

JAN LESIŃSKI

## **Nowsze sposoby chirurgicznego leczenia tyłozgięcia macicy.**

### **Newer surgical methods in the treatment of retrodisplacement of the uterus.**

Leczenie operacyjne tyłozgięcia macicy przedstawia się co do liczby metod operacyjnych zapewne najpokaźniej spośród wszystkich zabiegów chirurgicznych, stosowanych obecnie w leczeniu chorób kobiecych.

Powodów, które się na to złożyły, wyliczyć by można wiele. Doniosłą rolę odegrała tu w pierwszym rzędzie okoliczność, że nieprawidłowość ta należy do bardzo częstych. Powtórę przyczyniła się do tego sama budowa narządów rodnych kobiecych i wynikająca stąd możliwość i łatwość we wprowadzaniu najrozmaitszych odmian operacyjnych. Sprawił to ponadto fakt, iż zachowawcze sposoby leczenia tyłozgięcia zawiodyły pokładane w nich nadzieje, a chirurgiczne — nie zawsze stały na poziomie.

Nie wdając się w szczegółowsze rozpatrywanie najrozmaitszych przyczyn, których ostatecznym wynikiem jest całe krocie różnych sposobów chirurgicznego leczenia tyłozgięcia macicy, wspomnę jedynie, że na przestrzeni ok. 70-ciu lat podano z górną 300 przeróżnych metod operacyjnych i całe mnóstwo ich odmian.

Wiele z podanych w różnych czasach sposobów operacyjnych tego rodzaju przeszło dość szybko do historii, pokaźna jednak ilość przetrwała do dziś dnia i bywa stosowana w różnych krajach pod różnymi nazwami. Co pewien czas pojawiają się w ciągu dalszym nowe metody i o tych właśnie w pierwszym rzędzie będzie tu mowa. Wydaje się jednak rzeczą niemożliwą mówić o nowszych sposobach operacyjnych bez uczynienia wzmianki o niektórych dawniejszych, które stanowią niejako pod-

walinę pod dalszy rozwój techniki chirurgicznego leczenia tych zmian w topografii macicy.

W odnośnym piśmiennictwie światowym spotykamy szereg najrozmaitszych mniej lub więcej jasnych podziałów tego typu zabiegów. Dla uproszczenia wszakże całości sprawy i jaśniejszego ujęcia zagadnienia wprowadzę podział, przyjęty przez Klinikę Położniczą i Chorób Kobiecych U.M.C.S., naszym zdaniem najprostszy. Wszelkie zabiegi operacyjne, zmierzające do leczenia tyłozgięcia, dzieli się na tutejszej Klinice na dwie duże grupy. Jedna z nich to zabiegi na macicy, druga — zabiegi na wiązadłach.

Na wstępie omówię zabiegi na macicy, które dzielimy na zabiegi dokonywane przez powłoki brzuszne oraz zabiegi wykonywane od strony pochwy.

Rozpocznę zaś od tych, które polegają na umocowaniu macicy do powłok brzusznych.

Pierwsze, a zarazem najdawniejsze zabiegi tego rodzaju, wykonywali w połowie ubiegłego stulecia Marion Sims i Lawson Tait. Zabiegi te wykonywano jednakże — *sit venia verbo* — przy sposobności, w czasie operacji w jamie brzusznej z innego powodu. Nie były one zatem w ścisłym tego słowa znaczeniu zabiegami pomyślanymi dla leczenia tyłozgięcia macicy.

Dopiero ok. roku 1886 podał Olshausen zabieg, mający na względzie wyłącznie leczenie tyłozgięcia. Zabieg ten nosi w piśmiennictwie nazwę *Ventrofixatio uteri*, a polega na umocowaniu trzonu macicy, uchwyconego w szwy w miejscu domacicznego przyczepu więzów obłych, do powłok brzusznych. Wykonuje się go od strony powłok brzusznych. W krótki czas po tym podali Leopold i Czerny sposób operacyjny, polegający na umocowaniu trzonu macicy przez przyszycie jej dna do powłok. Inne, podobne pod względem technicznym zabiegi, podali w następnych latach Kelly (*hysterorrhaphio* — szew umocowujący zakłada na tylną ścianę macicy), Worrall (zakłada dwa szwy, jeden od tyłu, drugi nieco ku przodowi), oraz Kocher (*exohysteropexio* — wszycie trzonu macicy poza otrzewnowo w powłoki brzuszne).

Pewne nieznaczące odmiany tego rodzaju zabiegów podali w nowszych czasach Gubarew i Georgiu. Najbardziej zbliżonym technicznie do zabiegu Kochera jest sposób podany przez Coulin'a (*exohysteropexio subcutanea*). Pokrewnym zabiegiem jest również sposób Jubasa, noszący w piśmiennictwie nazwę *interpositio uteri et adnectorum subfascialis*.

Warto przy sposobności wspomnieć o zabiegu Murphiego, który różni się pod względem pomysłu i postępowania technicznego od wyżej podanych zabiegów w sensie zasadniczym. Jest on ponadto

świadectwem faktu, jak daleko posuwali się operatorzy w pomysłach, by usunąć tak nieznaczną zmianę w położeniu anatomicznym narządów rodnych, jakim jest tyłozgięcie. Zabieg ten polega na przecięciu macicy podłużnie na dwie połowy, wyluszczeniu błony śluzowej, a następnie wszyciu tak rozpolowionej i pozbawionej błony śluzowej macicy pomiędzy mięśnie a skórę powłok.

Do niedawna jeszcze stosowano wymienione sposoby operacyjne z wyjątkiem może ostatnio przytoczonego u chorych, u których nie wchodziła już w grę czynność rozrodcza, a więc przede wszystkim u chorych starszych. Z nowszych doniesień Kraula i Matwiejewa dowiadujemy się wszakże o przypadkach zajęć w ciążę, a nawet o odbyciu prawidłowych porodów po tego rodzaju zabiegach.

Co do wartości omówionych sposobów operacyjnych zdania są najwyraźniej podzielone. Frigyesi nie spozstrzegał po operacjach wykonywanych sposobem Olshausena żadnych nawrotów. Inni autorowie np. Kempter, Guggisberg, Bumm, Shaffer podają 10—75% nawrotów. Nieco lepszą statystykę posiada zabieg Leopolda-Czernego. Według zestawień Küstnera obejmujących autorów takich jak Halban, Noble, Dorsette, Smith, Kelly i inni przypada na ten zabieg około 6% nawrotów. Zabieg Kelly'ego daje wg. Worralla 4% nawrotów. Michael zaleca jako najlepszy, sposób Kochera. Inne, podane wyżej odmiany tej grupy zabiegów, posiadają stosunkowo małe jeszcze statystyki, aby można ocenić ich wartość.

Poza możliwością nawrotów, o których dopiero co była mowa, kryją te zabiegi inne jeszcze znacznie groźniejsze niebezpieczeństwo. Między trzonem macicy, umocowanym do powłok, a pęcherzem moczowym powstaje luka, w którą z łatwością mogą przedostawać się pętle jelit i powodować objawy ostrej niedrożności. Przed kilkunastu laty opisał Hastrup około 20 takich przypadków. Mniema on jednak, że są one znacznie częstsze.

Celem uniknięcia tego powikłania zalecają Halban, Kraul oraz WERTH zeszyście powstałej luki.

Z kolei przejdę do przedstawienia zabiegów polegających na umocowaniu szyjki macicy do wzdórka kości krzyżowej — promontoriofixura cervicis uteri. Zabieg ten polega na oddzieleniu otrzewnej na kości krzyżowej i przyszyciu tylnej wargi do kości krzyżowej za pomocą szwów lub gwoździ. Ten sposób operacyjny, wykonywany przez Freuda, Oehlckera, Latzke i innych nie przyjął się jednakże jako metoda leczenia tyłozgięcia. Częste powikłania oraz wątpliwa wartość tego sposobu postępowania sprawiły, że zabieg ten bywa rzadko stosowany. Wykonują go nieliczni i to przede wszystkim w przypadkach wypadnięcia lub obniżenia macicy.

Podobnie jak do wzgórka kości krzyżowej umocowywano szyjkę również do okolicy spojenia łonowego (collifixura). Ten sposób postępowania w przypadkach tyłozgięcia macicy podał B u m m. Polega on na umocowaniu okrwawionej szyjki do otrzewnej, mięśni i powięzi nad spojeniem łonowym. Niektóre statystyki podają korzystne wyniki po tego rodzaju zabiegach. Opisywano również samoistne porody po tej operacji. Co się tyczy wartości tego sposobu postępowania, nie można również na podstawie szczupłego materiału znanego z piśmiennictwa wypowiedzieć jakiegoś zdecydowanego zdania. Pewnym jest tylko, że zabieg ten nie zyskał wśród sposobów operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy prawa obywatelstwa.

Osobną grupę zabiegów stanowią sposoby operacyjne, w których zawieszona jest trzon macicy na uszypułowanej powięzi mięśnia prostego brzucha.

Okolo r. 1914 podał S c h u b e r t sposób operacyjny, polegający na przymocowaniu trzonu macicy do płata powięzi mięśnia prostego brzucha. Wycinał on prostokątny płatek powięziowy, uszypułowany od spojenia łonowego, i przymocował go do przedniej ściany trzonu macicy.

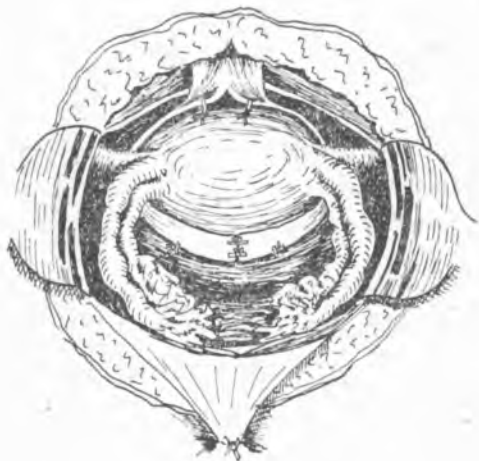
Do tego typu zabiegów należy zabieg, podany w r. 1932 w Polsce przez H. B e c k a. Oryginalna technika tego zabiegu, podana przez autora, przedstawia się następująco: rozcięcie skóry i tkanki podskórnej w linii środkowej ciała między spojeniem a pępkiem do głębokości powięzi mięśnia prostego; rozcięcie powięzi w linii środkowej z rozdwojeniem cięcia w dolnej części tak, by oba ramiona cięcia tworzyły wraz z krawędzią kości łonowej, jako podstawą, trójkąt równoramienny; odzielenie powięzi, zaczynając od wierzchołka wspomnianego trójkąta wraz z mięśniami stożkowatymi, a w razie ich braku, nawet włóknami mięśni prostych. Po otwarciu jamy brzusznej następuje w odpowiedniej chwili umocowanie macicy przez przyszycie płata powięziowo mięśniowego do przedniej lub tylnej ściany macicy. Oba brzegi płata przymocowuje się następnie dwoma lub trzema szwami zaczynając od szczytu. Na tylnej ścianie trzonu macicy przyszywa się płatek w tych wypadkach, w których nie liczymy się już z możliwością zajścia w ciążę. Gdzie taka możliwość istnieje, przyszywa się płatek do przedniej ściany trzonu. Płatek taki, złożony z tkanki łącznej i mięsnej, przylega na dużej powierzchni do ściany macicy. Uzasadnia to przypuszczenie, że zrost, a tym samym i umocnienie macicy, będą trwałe i mocne. Autor operował tą metodą okolo 140 przypadków i nie spotkał nawrotów, 61% przypadków operowanych zgłosiło się do kontroli po 8 i 24 miesiącach. Wszędzie macica pozostawała w prawidłowym położeniu. Trzy z operowanych chorych odbyło prawidłowy poród.

Dalsze odmiany tego rodzaju zabiegów podali w następnych latach H e n t z i B o l a n o, a następnie H a l b a n. H e n t z postępował w ten sposób, że wycinał z przedniej pochewki powięzi mięśnia prostego brzu-

cha prostokątny płatek długości około 12 cm, i umocowywał go na tylnej ścianie macicy. Inaczej zabieg ten pomyślał Halban. Po oddzieleniu otrzewnej wraz z pęcherzem od macicy przeprowadzał jeden lub dwa płatki powięziowe pod przebiegiem tętnicy macicznej, a więc na wysokości szyjki przez więź szeroki na drugą stronę, po czym w wypadku jednego płatka przyszywał koniec jego do okolicy uszypułowania, w wypadku zaś posługiwania się dwoma płatkami opasywał nimi podwójnie szyjkę macicy. Po przeprowadzeniu w podobny sposób i zeszywał na przedniej ścianie szyjki. Oddzieloną otrzewną zeszywał w miejscu przecięcia. Zabieg ten zaleca zresztą Halban przede wszystkim w wypadkach wypadnięcia macicy.

W kilka lat po podaniu opisanych wyżej zabiegów podał Agostino metodę operacyjną, podobną, w założeniu do poprzednich, którą on uważał za nową. Polega ona na wycięciu prostokątnego płatka powięzi mięśnia prostego brzucha w postaci paska; przeprowadzeniu płatka przez sztuczny kanał podotrzewnowy, zrobiony na przedniej powierzchni macicy w okolicy ujścia wewnętrznego (jak pasek przez sprzączkę) i przymocowaniu go na przedniej ścianie trzonu macicy.

Zubrzycki wykonuje ten zabieg w Klinice Chorób Kobięcych U.M.C.S. w Lublinie wg. własnej odmiany. Wycina on prostokątny płatek powięziowy odpowiedniej długości wraz z mięśniami stożkowatymi, który następnie w końcu wolnym rozdziela podłużnym cięciem na dwa ramiona. Ramiona te przeprowadza następnie przez więzy szerokie po obu stronach pod przyczepem przydatków i przymocowuje na tylnej ścianie macicy, zeszywając wolne końce ze sobą. Dodaje ponadto szwy umacniające powięź do macicy od przodu i tyłu. W zasadzie łączy on ten zabieg z zabiegiem Wertha, usuwając przez to możliwość uwięźnięcia pętli jelit. Umocowanie wykonane tym sposobem jest tak mocne, że można zabieg stosować także w wypadkach obniżenia i wypadnięcia macicy, jako zabieg dodatkowy do innych zabiegów rekonstruujących pochwę, krocze i przeponę miednicową. Tego rodzaju zabieg wykonuje Zubrzycki wyłącznie u kobiet, u których nie wchodzi już w grę czynność rozrodcza. (Rys. 1).



Rys. 1.

Umocowanie trzonu macicy powięziowe, pierścieniowate,  
(Fixatio corporis uteri fascialis annularis m. Zubrzycki.)

Płatkem powięziowym posługuje się również K u c z a ł o w. Używa on jednakże do tego celu nie powięzi mięśnia prostego brzucha, lecz powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego. Płatki wydzielone po obu stronach przeprowadza autor przez kanały pachwinowe, a następnie przy mocowuje je w okolicy rogów macicy. Metodą własną operował on 222 przypadki i nie spostrzegł nawrotów ani powikłań operacyjnych. Dzieci z operowanych chorych zaszło w ciążę i odbyło prawidłowy poród.

Dużą grupę zabiegów stanowią w piśmiennictwie dotyczącym chirurgicznego leczenia tyłozgięcia macicy zabiegi, których istotą jest umocowanie trzonu macicy do pęcherza moczowego. Operacje tego rodzaju noszą w piśmiennictwie nazwę vesicofixatio uteri i można je wykonywać zarówno od strony pochwy jak i od strony powłok brzusznych. Ten sposób postępowania podał w latach 1890 M a c k e n r o d t. Postępowanie jego polega na przyszcyciu oddzielonej na wysokości fałdu pęcherzowo-macicznego otrzewnej w okolicę dna macicy. W odmienny sposób postępował W e r t h. Przeprowadzał od dwa równoległe szwy catgutowe od okolicy domacicznego przyczepu więzów obłych aż w okolicę spojenia łonowego podotrzewnowo. Po związaniu wspomnianych szwów uzyskiwał umocowanie trzonu do pęcherza moczowego.

W późniejszych latach opracowano szereg innych sposobów operacyjnych zmierzających do poprawy nieprawidłowego położenia macicy przez umocowanie trzonu macicy do pęcherza. Wymienię tu dwa sposoby bardzo do siebie podobne. Podobieństwo to stało się później powodem rozległych dyskusyj w piśmiennictwie w dochodzeniu prawa pierwszeństwa.

Jeden ze wspomnianych sposób, to zabieg K a k u s z k i n a, nazwany przez autora antefixura uteri supplicata. Polega on na przecięciu otrzewnej zatoki pęcherzowo-macicznej i przyszcyciu części pozostającej przy pęcherzu do tylnej powierzchni trzonu. W ten sposób dno i pewna część tylnej ściany macicy zostają ustalone pod wspomnianym fałdem otrzewnej. K a k u s z k i n miał możliwość kontrolować na 177 operowanych wypadków szereg razy chore po dwóch i trzech latach. Wyniki tak bezpośrednie jak i dłuższy czas po operacji były zawsze dobre lub zadowalające.

W Polsce wykonywał w kilku przypadkach B o c h e ń s k i zabiegi sposobem K a k u s z k i n a. Wyniki uzyskane tą metodą uważa on za dobre i podnosi, że dzięki zabiegowi K a k u s z k i n a posiadamy korzystną metodę operacyjną, nadającą się do leczenia tyłozgięcia macicy umocowanego zrostami. Pokrywająca bowiem trzon od tyłu otrzewna zapobiega powstawaniu nowych zrostów.

Po ukazaniu się pracy K a k u s z k i n a w r. 1933 rozpoczęli autorowie włoscy z D e b i a s i m na czele dyskusję, utrzymując, że zabieg K a k u s z k i n a jest identyczny z zabiegiem podanym w roku 1906 przez włoskiego

autora Pestalozzę. Zabieg Pestalozzy polega na nacięciu otrzewnej w załamku pęcherzowo-macicznym, oddzieleniu jej na boki ku wiązadłom obłym, a następnie przyszyciu oddzielonej w ten sposób otrzewnej tylko do dna macicy. Jak wynika z opisu zabiegi te, mimo dużego podobieństwa, nie są identyczne.

Sposobem Pestalozzy operowali: Alfieri, Clivio, Monturino, Ferrai i in. Nie spostrzegali oni ani nawrotów ani powikłań. Obszerniejszą statystykę zabiegu omawianego podał Gyarmati. Z zestawienia jego wynika, że nawroty zdarzają się rzadko, w około 4%, dolegliwości ustępują, a chore zachodzą w ciążę i odbywają porody bez powikłań.

Ostatnia z grup zabiegów tego typu polega na umocowaniu macicy do pochwy (vaginofixura). W odróżnieniu od poprzednio wymienianych zabiegów operacje te wykonujemy wyłącznie od strony pochwy. Nie są one zbyt liczne. Pierwowzorem ich jest zabieg podany przez Duhressena. Polega on na przymocowaniu odpowiednio ułożonej macicy do przedniej ściany pochwy. Ze względu na liczne powikłania pooperacyjne, szczególnie zaś powikłania w czasie ciąży, zabiegi te również dawno już zarzucono w przypadkach tyłozgięcia macicy.

Z kolei rzeczy przejdę do omówienia zabiegów na wiązadłach macicy, uwzględniając w pierwszej części operacje na wiązadłach obłych. W tym drugim dużym dziale zabiegów operacyjnych, wykonywanych w wypadkach tyłozgięcia macicy, wyróżniamy ze względu na podobieństwo w technice operacyjnej i podejście do zabiegu, trzy grupy sposobów operacyjnych. Grupa pierwsza dotyczy zabiegów wykonywanych od strony kanału pachwinowego, druga obejmuje zabiegi wykonywane przez jamę brzuszną i trzecia to zabiegi wykonywane od strony pochwy.

Przystępując do omówienia zabiegów wykonywanych od strony kanału pachwinowego, muszę nadmienić, że należą one do najstarszych zabiegów operacyjnych w leczeniu chirurgicznym tyłozgięcia macicy.

Myśl skrócenia wiązadeł obłych celem usunięcia tyłozgięcia macicy podali ok. roku 1840 Alquier i Aran. Myśl podaną przez nich urzeczywistnili w przeszło 40 lat później Alexander i Adams. Metoda operacyjna podana przez ostatnich polega na otwarciu kanału pachwinowego i uchyłka otrzewnej (processus vaginalis peritonei), wydzieleniu obwodowego końca więzów od miejsca przyczepu dołonowego, podciągnięciu macicy na więzach do pożądanego położenia i umocowaniu wiązadeł na tylnej ścianie powięzi brzucha.

Pośród bardziej znanych, dawniejszych odmian tego zabiegu, można wyliczyć odmiany: Rouxa, Wertha, Kochera, Kümmersa, Beuthiera, Wertheima, Küstnera, Döderleina i innych. W późniejszych latach podano dalsze odmiany: Asch, Brose, Calmann, Cleveland, Fritsch, Gelpken i inni.

Poważniejszych różnic między przytoczonymi odmianami w istocie nie ma. Niektóre różnią się od siebie jedynie nazwiskiem autora. Ogólnie tylko można powiedzieć, iż nowsi autorowie nie radzą otwierać kanału pachwinowego i zalecają umocowanie więzów obłych wzdłuż linii łączącej pierścień podotrzewnowy z kolcem przednim wyższym.

W Klinice Chorób Kobięcych UMCS w Lublinie wykonuje Zubrzycki zabieg Alexandra-Adamsa wg. własnej odmiany. Po wykonaniu cięć skórnych, równoległych do więzów Pouparta, następuje wypreparowanie otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, uchwycenie zawartości kanałów w zębate kleszczyki i napięcie powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego przez pociąganie za nie. Przecięcie napinającej się powięzi nożem, prowadzonym ukośnie do kanału. Wydzielenie więzu obłego i zsunięcie uchylka otrzewnowego, pokrywającego częściowo więzadła, ku jamie brzusznej, co ułatwia w wysokim stopniu odszukanie więzów obłych. W odróżnieniu od techniki podanej przez Alexandra-Adamsa Zubrzycki stara się nie otwierać otrzewnej. Po odpowiednim podciągnięciu obu więzadeł i przecięciu ich przy wzgórku łonowym, wszywa więzy w powięź mięśni brzusznych w ten sposób, że w każdy szew powięziowy chwyta równocześnie więzadło. Takie zespolenie więzu obłego z rozścięgnięciem mięśni brzucha zapewnia mocny i trwały zrost tkanek.

W nowszych czasach podali autorowie francuscy Villar i Labry sposób operacyjny, polegający na następującym postępowaniu: otwarcie kanału pachwinowego z cięcia poprzecznego półokrągłego nad spojeniem łonowym; oddzielenie więzów obłych od ich dołonowego przyczepu; związanie wydzielonych więzów ze sobą w linii środkowej ciała nad powięzią mięśnia prostego brzucha; pograżenie węzła w ten sposób powstałego szwem kapciuchowym w powięzi. Skrócenie więzów w ten sposób przeprowadzone może być o kilkanaście centymetrów większe od innych, dotąd znanych sposobów.

Okolo r. 1940 podał Gutzeit sposób operacyjny, będący podobnie jak zabieg Villara-Labry, odmianą sposobu Alexandra-Adamsa. Postępowanie jest tu następujące: otwarcie brzucha z cięć równoległych do więzu Pouparta; przeprowadzenie nieskróconych, wyosobnionych i odpowiednio podciągniętych więzów obłych przez otwór, zrobiony kleszczykami Kochera w powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego i tunel przed pochewką mięśnia prostego brzucha na stronę przeciwną (lewe więzadło na stronę prawą, prawe na stronę lewą) a następnie umocowanie ich w okolicy kanałów pachwinowych.

W Japonii operuje się tyłozgięciem macicy wg. rozpowszechnionego tam szeroko sposobu. Informację o tym sposobie zawdzięczam prof. Zubrzyckiemu, któremu sposób ten podał Hideo Yagi, profesor chorób kobiecych w Japonii, bawiąc u niego w odwiedzinach. Zabieg ten polega na wykonaniu krótkich, najwyżej dwucentymetrowych cięć



skórnych okolicy pierścienia pachwinowego podskórnego (cięcia przebiegają równolegle do linii białej); wydzieleniu więzów obłych i przeciągnięciu ich z pomocą kleszczyków przez wytworzony podskórnym tunel na stronę przeciwną; umocowanie więzów w okolicy przeciwległych kanałów pachwinowych. Zaletą tego rodzaju zabiegu są doskonałe efekty kosmetyczne zewnętrzne.

Pewne odmiany w postępowaniu podanym przez *Alexandra-Adamsa* podali w ostatnich czasach *Ladin*, *Romaniello*, *Acconci* oraz *Pollart*. Dwie ostatnie odmiany należą do pewnej odosobnionej grupy zabiegów tego typu. Wykonujemy tu skrócenie więzów obłych od strony kanału pachwinowego, lecz otwieramy również jamę brzuszną. Te zabiegi znajdują zastosowanie w przypadkach tyłozgięcia umocowanego zrostami. Jednym ze starszych nieco i bardziej rozpowszechnionych przedstawicieli tych zabiegów jest sposób podany przez *Franza*. Postępowanie przedstawia się w taki mniej więcej sposób: otwarcie jamy brzusznej z cięcia *Pfannenstiela*; uwolnienie zrostów, przeglądnięcie przydatków lub w razie potrzeby innych narządów jamy brzusznej; otwarcie kanałów pachwinowych od strony cięcia brzuszno podskórnym i skrócenie ich wg zasad podanych przez *Alexandra-Adamsa*. W szeregu przypadków operowanych tym sposobem podawano około 90% wyników korzystnych. Zabiegi te kryją jednak w sobie wszelkie niebezpieczeństwa otwarcia jamy brzusznej.

O wartości zabiegów przeprowadzanych na więzadłach obłych od strony kanału pachwinowego, podawano w piśmiennictwie dawniejszym najsprzeczniejsze dane. Wg autorów pierwszych dziesiątek lat bieżącego stulecia, występowały nawroty w dużym odsetku przypadków operowanych tymi lub podobnymi sposobami. *Fuchs* podaje ilość nawrotów w granicach około 14%, *Besserer* — 20%, *Beurnier*, *Burrage* i inni około 23%, a *Andersch* nawet 44%. Nawroty te odnosiły się jednak, jak to potem wykazał *Franz*, przynajmniej częściowo, do przypadków z nierozpoznanym, częściowo ustalonym tyłozgięciem, operowanych tą metodą.

W nowszych czasach podano znacznie korzystniejsze dane statystyczne. Tak n.p. *Zubrzycki* ocenia ilość nawrotów na 12%, *Schafer* i *Bumm* na 13%. Inni autorowie np. *Fehling*, *Schickele*, *Franz* oraz *Hammerschlag* donoszą o 3 — 9% nawrotów.

Śmiertelność w omawianych zabiegach leży w granicach 1—1,5%, przy czym najczęściej chodzi tu o nieszczęśliwe przypadki, zdarzające się równie dobrze tu, jak i po wielu innych operacjach. Nieznaczny ten, lecz mimo to, jak na polecany w piśmiennictwie szeroko zabieg, dość wysoki odsetek nawrotów, może mieć częściowo źródło w wątej budowie obwodowego odcinka więzu obłego oraz, jak pouczyło doświadczenie kliniczne, w niewłaściwym doborze przypadków do opera-

cji. Jeśli bowiem decydujemy się na wykonanie zabiegu Alexandra-Adamsa u chorej z dużym, a przez to ciężkim trzonem macicy, to musimy oczekiwać, że w pewnych niekorzystnych warunkach statycznych i wątlej budowie więzu obłego i całego aparatu więzadłowego, trzon taki opadnie z powrotem ku tyłowi, dając nawrót.

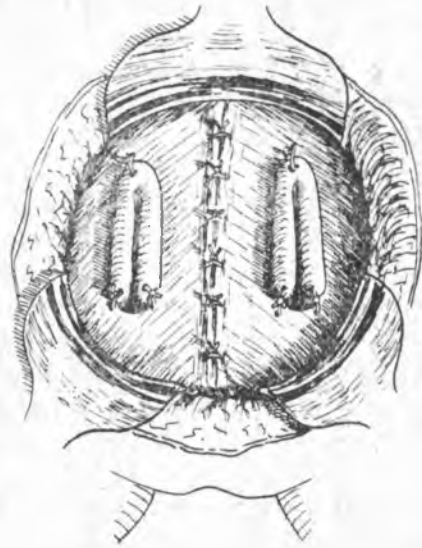
Spośród częściej zdarzających się trudności w przebiegu zabiegów tego typu, wyliczyć można: oderwanie się więzu w czasie zabiegu a to w następstwie zrostów lub słabości więzu; silne krwawienie, po uszkodzeniu naczyń nasiennych lub nadbrzusznym dolnym i w końcu trudności w odszukaniu, słabo rozwiniętego więzu.

Na korzyść zabiegów tej grupy podnieść należy, że stosunki anatomiczne po operacji nie ulegają prawie żadnej zmianie, a wskutek tego nieznanne są tu zupełnie takie powikłania, jak uwieżgnięcie pętli jelitowych, sprawa zdarzająca się po ventrofixatio bezpośredniej lub pośredniej, przeprowadzonej za pomocą więzów obłych. Nieznane są tu również żadne niekorzystne wpływy na przebieg ciąży lub porodu, po wspomnianych zabiegach.

Drugą z kolei grupę zabiegów dokonywanych na więzadłach obłych, stanowią operacje przeprowadzane od strony jamy brzusznej. W tej grupie zabiegów spotykamy szereg sposobów operacyjnych nadających się do leczenia nawet postaci tyłozgięcia macicy umocowanych zrostami. Jednym z dawniejszych, szeroko stosowanych i bardzo rozpowszechnionych zabiegów tego rodzaju, jest zabieg, podany nieomal w jednym czasie przez Dolerisa i Gilliama. Zasada obowiązująca przy tym zabiegu jest skrócenie więzadeł obłych w ich domacicznym odcinku. Postępowanie operacyjne jest następujące: po otwarciu jamy brzusznej następuje przeciągnięcie zdwojonej pętli więzadeł obłych przez kanał, zrobiony w otrzewnej i mięśniu (odmiana Dolerisa) — lub mięśniu i powięzi (odmiana Gilliama). Przeciągnięte pętle więzadeł obłych łączy się szwami nad mięśniem lub powięzią w linii środkowej ciała. Sposób ten znalazł wielu zwolenników we Francji (Faure, Richelot, Hartman) oraz w wielu innych krajach Europy (Adler, Schauta, Stoeckel, Arce, Cabalero, Rollanda i inni). Zubrzycki stosuje ten zabieg w Klinice Chorób Kobietych UMCS. wg. własnej odmiany. Przeciągnięte więzadła obłe przez powięź umocowuje za pomocą kilku szwów catgutowych do powięzi, po czym szczyt pętli zawieszona jednym szwem catgutowym na powięzi ku górze, a nie łączy obu pętli ze sobą ponad zespolonymi brzegami powięzi w linii środkowej jak to czynią Doleris i Gilliam. Zwraca on przy tym uwagę na to, aby jak najmniej uszkodzić utkanie więzu, a w każdym razie nie pozbawić go odżywienia przez uszkodzenie naczyń.

W odmianie Lockeyera wygląda zabieg Dolerisa w ten sposób, że pętle więzów obłych łączy się jednym szwem w miejscu domacicznego przyczepu, a następnie dopiero przeciąga się je przez powłoki brzuszne i umocowuje w typowy sposób.

W nowszych czasach podał odmianę zabiegu Dolerisa Figarella. Więzy obłe nie łączy on ze sobą w linii środkowej typowo, lecz przecina jedną z pętli w pobliżu końca obwodowego i przeciąga koniec domaciczny przeciętego więzu obłego przez pętlę drugiej strony, a następnie zeszywa przecięty więz ze sobą. W ten sposób ostatecznie oba więzy wyglądają tak, jak skrzyżowane ręce (Bras croisés).



Rys. 2  
Zabieg Dolerisa w odmianie  
Zubrzyckiego.

Pewną odmianę zabiegu Gilliam'a podał niedawno K.o, Y.K. Postępuje on w ten sposób, że więzy obłe ujmuje blisko przyczepu domacicznego i przeprowadza przez kanał między powięzią mięśnia prostego brzucha, a mięśniami skośnymi w okolicę pierścienia podotrzewnowego, po czym umocowuje je szwami catgutowymi.

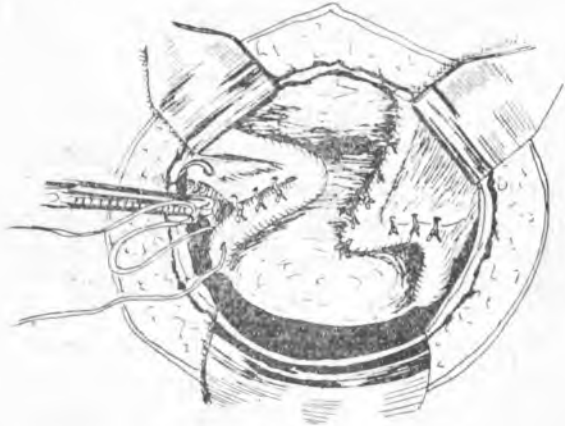
Co do wartości zabiegów Dolerisa i Gilliam'a oraz ich odmian, możemy zdać sobie sprawę z wyników pooperacyjnych na podstawie dość licznych zestawień statystycznych. Zestawienia Schauty, Adlera i Kornera, wykazują zupełny brak nawrotów. Zubrzycki podaje około 2,7% nawrotów. Niektóre zestawienia starsze np. Illa, Caballera, Mc. Farlana i inni wykazują około 7% nawrotów.

Jeśli w odniesieniu do nawrotów po tego rodzaju zabiegach, statystyki przedstawiają się na ogół niezłe, o tyle nieporównanie gorzej ma się rzecz z powikłaniami pooperacyjnymi. Zabiegi tej grupy stwarzają pewne nieprawidłowe stosunki anatomiczne, a mianowicie między zdwojeniem więzadeł obłych a miednicą oraz powłokami a macicą powstaje wolna przestrzeń, w którą mogą się przedostawać pętle jelit i wywoływać objawy niedrożności. Szczególnie zestawienia Molnara, Palmera, Raoula i Luciena nakazują liczenie się z możliwością takich powikłań.

Celem zapobiegania tym powikłaniom usiłowano w najrozmaitszy sposób usunąć wspomnianą przestrzeń, zwaną „pierścieniem śmierci“. W wyniku tych usiłowań podano cały szereg odmian, omijających niebezpieczeństwo zapętlenia.

Jednym z nich jest zabieg, podany przez B o e m a. Autor wydziela więzy obłe z otrzewnej w okolicy pierścienia pachwinowego podotrzewnowego i przyszywa je poza otrzewną do powłok brzusznych. W przypadkach kiedy więzy te są zbyt długie, zaleca autor przecięcie i przymocowanie obwodowego końca do macicy. L o u t e w podanej przez siebie odmianie otwiera jamę brzuszną z cięcia poprzecznego, więzadła obłe przecina w okolicy pierścienia podotrzewnowego, koniec więzów przeciętych przeciąga kleszczykami Kochera poprzecznie przez mięsień prosty brzucha i zeszywa oba więzadła nad mięśniami w linii środkowej ciała, na wysokości pierścienia podotrzewnowego. Autor przypuszcza, że uniknie w ten sposób zapętlenia jelit i uszkodzenia jajowodów oraz uzyska doskonałe położenie macicy. Na 320 operowanych przypadków spostrzegł zajście w ciążę i prawidłowy poród w 21 przypadkach. Ilość nawrotów wynosiła około 10%. M i l n e r podał również pewną odmianę zabiegów D o l e r i s a i G i l l i a m a, która ma na względzie wyłączenie niebezpieczeństwa zapętlenia jelit. Więzadła obłe przecina on możliwie daleko od macicy po wydzieleniu ich z więzu szerokiego; przeciąga je następnie przez ścianę brzucha i tu umocowuje. W odróżnieniu od tego sposobu postępowania, które nazwał autor metodą transperitonealną podał on jeszcze drugi sposób, nazwany metodą subperitonealną. W odmienny sposób postępuje L y l e C a m e r o n. Przecina on więzy obłe w odległości 1 cm. od domacicznego ich przyczepu, w górnym odcinku trzonu macicy robi nożem tunel na przedniej ścianie macicy długości 5 cm., biegnący zbieżnie z takimże samym tunelem drugiej strony ku górze. Kleszczykami wprowadza w ten tunel więzy obłe i przymocowuje na szczycie tegoż kanału po obu stronach. Metoda ta jest podobna do amsterdamskiej metody van R o o y 'a i nosi w piśmiennictwie nazwę „tunnel method”. Dalszą odmianę tego typu zabiegów podał S a n t i. Po otwarciu jamy brzusznej oddziela on otrzewną pęcherza w miejscu, przejścia na macicę. Więzy obłe przecina w pobliżu ich domacicznego przyczepu. Następnie wykonuje w trzonie macicy na przedniej ścianie mniej więcej w linii środkowej dwa nacięcia, oddalone od siebie o 1,5cm. We wspomniane nacięcia wprowadza końce więzadeł obłych i umocowuje je szwami catgutowymi. Ponad tak umocowanymi więzami przyszywa otrzewną pęcherza. To podwójne zabezpieczenie zapobiega nawrotom i zrostom z otrzewną jamy brzusznej. Większych danych statystycznych na temat wartości omawianej metody brak. Spośród innych odmian wymienię sposób B a u m g a r t a. Chwyta on więzy obłe w kleszczyki w odległości 1 cm. od domacicznego ich przyczepu i unosi macicę ku górze. Kleszczyki zdejmuję i w miejscu zgniecenia tkanki zakłada poprzecznie szew, po czym drugim ramieniem catgutu obciąża kilkakrotnie więzadło obłe od miejsca pierwszego wkłucia w kierunku kanału pachwinowego. Oba ramiona catgutu wiąże. Po związaniu kurczy się cały więz, przesuwając macicę ku przodowi. Dla wzmocnie-

nia uzyskanej zmiany w położeniu macicy zakłada autor jeszcze szwy jedwabne. Zbliżony pod względem sposobu postępowania zabieg wykonuje w przypadkach niewielkich zmian w topografii macicy, przy istnieniu wyjątkowych wskazań, Z u b r z y c k i. Szewem catgutowym przesywa on kilkakrotnie więzadła obłe, po czym tak ujęte w węzeł więzy przyszywa pozaotrzewnowo do powłok brzusznych w okolicy kanału pachwinowego podotrzewnowego. Wspomnę na koniec o metodzie, szeroko rozpowszechnionej w krajach skandynawskich, noszącej tam nazwę zabiegu Crossen-Giliaam-Waren-Wichmanna. Zabieg ten oparty jest na zasadzie zabiegu Dolerisa, lecz omija niebezpieczeństwo zapętlenia i uwięźnięcia jelit. Po otwarciu jamy brzusznej przeprowadza się narzędzie poprzecznie przez mięsień prosty brzucha, powięź i otrzewną. Pozaotrzewnowo wędruje się narzędziem w okolicę pierścienia podotrzewnowego ujmuje się w nie więzy i przecina. Koniec domaciczny przeciąga się na powierzchnię mięśnia prostego z obu stron, a następnie zszywa się z więzami strony przeciwnej. Wyniki pooperacyjne mają być bardzo korzystne (W a r e n - W a r i s), a nawroty rzadkie. Wg Pitkaena ilość nawrotów wynosi około 3,4%. N o w a k i L o u r o s przeprowadzają więzy obłe nie przez mięsień prosty brzucha, lecz przez mięsień poprzeczny.

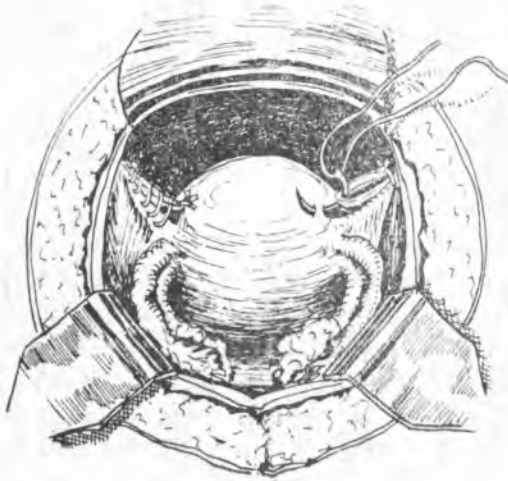


Rys. 3. Fixatio ligamentosa m. Menge-Dudley

Inną grupę zabiegów na więzadłach obłych od strony jamy brzusznej zapoczątkował Polk. Faldował on mianowicie więzy obłe i zeszywał razem pofaldowane w pętle. Na wzór Polka postępowali: Bode, Wylie, Menge, Dudley, Coffey i Freund (rys. 3).

Podano również cały szereg sposobów operacyjnych, polegających na tworzeniu podwójnej, a nawet potrójnej pętli więzów obłych. (Duplicatio et triplicatio ligamentorum). Pankow Langes. (rys. 4).

Grad w r. 1920 podał podobną odmianę z tą jedynie różnicą, że zdwojone pętle pokrywał otrzewną. Zabieg ten łączył autor ze skróceniem więzadeł krzyżowo-maciczych oraz umocowaniem trzonu do powłok. W r. 1937 opisał Carones sposób operacyjny, polegający na śród-



Kys. 4.  
Triplificatio ligamentorum m. Langes.

otrzewnowym skróceniu więzadeł obłych. Składał on więzy w pętle i układał na przedniej ścianie macicy równolegle, a następnie przymocowywał tak ułożone pętle do macicy. Stąd e podał również zabieg, należący do zabiegów na więzadłach obłych, który nazwał „wewnętrznym Alexandrem“. Ujmuje on więzadła obłe w odległości 1,5 cm. od macicy w kleszczyki i przeciąga lewe więzadło na stronę prawą, prawe na lewą, a następnie zaczynając z okolicy 2—3 cm. od macicy zakłada szew przez więzadło i otrzewną ścienną, zbliżając

się szwami aż w okolice założonych kleszczyków.

Bardzo licznie jest również reprezentowana w technice operacyjnej tyłogięcia macicy grupa zabiegów na więzadłach obłych. znamienna tym, że pętle więzadeł przeciąga się przez wolną od naczyń część więzu szerokiego i umocowuje na tylnej ścianie macicy, zawieszając w ten sposób trzon macicy jakby na cuglach.

Zabiegi tego rodzaju podali prawie równocześnie Webster i Baldi, a nieco później Franke i Guggisberg. Odmian tych zabiegów podano całe szeregi. Z ciekawszych odmian zasługuje na uwagę odmiana Alfieri'ego. Polega ona na przecięciu więzadeł obłych w odległości 1 cm. od domacicznego przyczepu. Długie ramiona więzów przeciąga się przez więz szeroki na tylną stronę macicy i tu się je przymocowuje. Ramię krótkie zszywa się z przeciągniętym więzem. Inną odmianę podał Pocher. Przeprowadzał on więzadła obłe nie jak inni dotąd przez więz szeroki, lecz przez kanał w mięśniu macicy, przewiercony w okolicy obydwu rogów. Zaletą tego zabiegu jest, zdaniem autora, nieograniczanie ruchów jajowodu. Christea postępuje w ten sposób, że więzadła obłe przeciąga przez kreskę jajowodów, jak w sposobie Webstera na tylną ścianę macicy. Na tylnej ścianie tego narządu wycina dwa płatki otrzewnowo-mięśniowe i pod tymi płatkami przymocowuje więzy obłe.

Odmian tego rodzaju zabiegów podano w piśmiennictwie całe mnóstwo. Poza wyżej wymienionymi wyliczę tu kilka bardziej znanych np. odmiana Dartigues, Carraven, Hirsch, Sinclair,

Pollak, Wallner i Holden. Różnice pomiędzy poszczególnymi odmianami są bardzo nieznaczne. Ostatnio, tj. 1946 podali Amerykanie Mc. Callum i Schumann odmianę polegającą na tym, iż po przecięnięciu więzów obłych złożonych w pętle na tylną stronę macicy, robi się otwór na tylnej ścianie macicy między otrzewną a mięśniem i podotrzewnowo umocowuje się więzadła. (Rys. 5).

Wyścig pomysłowości w kierunku tworzenia coraz to nowych sposobów operacyjnych i ich odmian doprowadził w ostatnich latach do podania nawet osobnego przyrządu do podtrzymywania więzów obłych w czasie zabiegu. Celem tego przyrządu jest zapobieganie uszkodzeniom więzu. Są to szczytce, posiadające odpowiednie wygięcie w obu ramionach, w które w czasie zabiegu wchodzi więz.

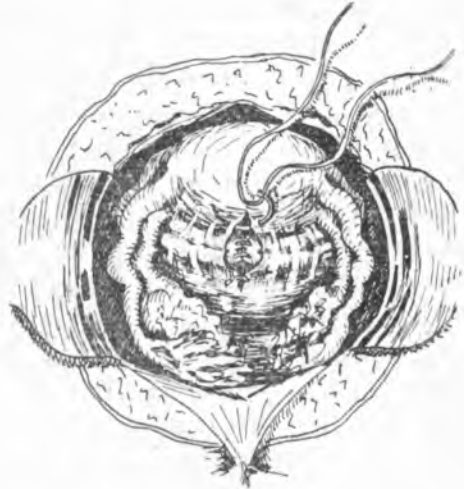
W odniesieniu do wartości zabiegów, polegających na przecięnięciu więzadeł obłych przez więzy szerokie na tylną ścianę macicy, pragnę zaznaczyć, że

niektórzy autorowie podnoszą, iż usposabiają one do ciąży pozamacicznej i nawrotów. Statystyka Siegela wykazuje, że na 73 przypadki ciąży pozamacicznej, 11 wystąpiło u kobiet operowanych powyższym sposobem.

Trzecią wreszcie grupą zabiegów na więzadłach obłych są zabiegi dokonywane od strony pochwy. Liczba metod operacyjnych tego rodzaju jest nieporównanie mniejsza od wymienionych w grupach poprzednich.

Twórcami tej metody są Mackerodt i Duhrssen. Skrócenie więzadeł obłych od strony pochwy udoskonalił po wspomnianych autorach, Wertheim, który z biegiem czasu ulepszył pierwotny sposób postępowania. Po otwarciu jamy brzusznej przez przednie sklepienie pochwy w sposób typowy, chwycił on pętle więzów obłych z jednej i drugiej strony i zszywał je w podwójny fałd pojedynczymi, szwami. W innej odmianie zalecał umocowanie zdwojonych pętli więzów obłych do tkanki łącznej przypochwowej. Ostatnio zaś przewlekał zdwojone pętle wspomnianych więzadeł przez ścianę pochwy na zewnątrz, umocowując ją do sztucznie w ścianie pochwy zrobionych otworów.

Pewne nieznaczne odmiany sposobu Wertheima podali Bode i Adler.



Rys. 5.  
Zabieg Webstera w odmianie Mc. Callum  
Schumanna

Zupełnie odmiennie postępował Caturani. Przecinał on więzadła obłe i domaciczne końce więzów przyszywał do ścian pochwy. Metody pochwowe skrócenia więzadeł obłych, nie należą dzisiaj do szeroko stosowanych i jak dane statystyczne pouczają, dają stosunkowo duży odsetek nawrotów, niemniej jednak w pewnych przypadkach dają wyniki zadowalające.

Wspomnę na koniec jeszcze o metodzie operacyjnej tyłozgięcia macicy, która pod względem pomysłu nie da się właściwie zaliczyć do żadnej z wyżej wspomnianych grup zabiegów. Sposób postępowania zbliża ją jednak do metod pochwowych. Metodę tę podał niedawno Danef. Dochodzi on do przedniego załamka otrzewnej od strony pochwy, odziera na pewnej przestrzeni otrzewną od przedniej ściany macicy, po czym w miejscu zagięcia wycina kawałek mięśnia macicy w postaci klina, zwróconego ostrym kątem ku światłu tego narządu. Brzegi w ten sposób powstałego ubytku zeszywa ze sobą.

Ostatnim z działów operacji na więzadłach, są zabiegi na więzadłach krzyżowo-macicznych. Zabiegi te bywają wykonywane najczęściej w połączeniu z innymi sposobami chirurgicznego leczenia tyłozgięcia macicy. O skróceniu więzadeł krzyżowo-macicznych, jako wyłącznej metodzie leczenia operacyjnego tej nieprawidłowości w położeniu macicy, spotykamy w nowszych czasach drobne zaledwie wzmianki. Wzmianki te w dodatku o tyle nie zasługują na umieszczenie w pracy zajmującej się sposobami chirurgicznego leczenia tyłozgięcia macicy, że poczynione są na marginesie zagadnienia operacyjnego leczenia wypadnięć macicy.

Frommel i Scipiadès wykonywali niejednokrotnie skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych od strony jamy brzusznej, wykonywał ten zabieg również Grad, ale w połączeniu z umocowaniem trzonu macicy do powłok brzusznych i skróceniem więzów obłych.

Od strony pochwy wykonywał skrócenie wspomnianych więzadeł Wagner. Robił on kleszczykami Kochera otwór w więzie szerokim poniżej przebiegu tętnicy macicznej, przez który następnie przeciągał wydzielone więzadło krzyżowo-maciczne ku przodowi i tu go umocowywał na przedniej ścianie szyjki za pomocą szwów catgutowych.

Robinson wykonywał skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych w ten sposób, że nie otwierał załamka otrzewnej od strony zatoki Douglasa, lecz bez kontroli wzroku chwycił więzadła w szew i przez związanie obu więzadeł razem uzyskiwał ich skrócenie.

Zestawienia statystyczne tego rodzaju zabiegów nie zdają się przemawiać na korzyść tych sposobów operacyjnych, toteż o szerszym rozpowszechnieniu ich nie ma mowy ani w piśmiennictwie ani w życiu praktycznym, zwłaszcza w odniesieniu do tyłozgięcia macicy względnie tyłopochylenia.



Przedstawiony przegląd nowszych sposobów chirurgicznego leczenia tyłozgięcia macicy nie jest w żadnym względzie wyczerpujący. Bowiern poza wymienionymi wyżej sposobami operacyjnymi i ich odmianami, stnieją w piśmiennictwie całe szeregi innych, mniej lub więcej oryginalnych i wartościowych. Wiele tych sposobów wyszło już całkowicie z użycia przechodząc do aktów historii operacyjnego leczenia tyłozgięcia, skąd świadczą wymownie o bogatej jego przeszłości. Akta te bynajmniej nie są jeszcze zamknięte.

Szczegółowsze i bardziej wyczerpujące przedstawienie tego zagadnienia wymagałoby bardzo obszernej i bogato ilustrowanej monografii.

Na zakończenie pragnąłbym rzucić jeszcze kilka luźnych uwag w odniesieniu do nowszych poglądów na etiologię tyłozgięcia macicy. Wychodzę bowiem z utartego powszechnie mniemania, że poglądy te jak wszędzie tak i tu zaważyły decydująco na rozwoju i kształtowaniu się metodyki postępowania leczniczego w tym dziale chorób kobiecych.

Chciałbym ponadto podać po krótkce wskazania ogólne do tego rodzaju zabiegów, gdyż sądzę, że uległy one pod wpływem nowszych zapatrywań na powstawanie omawianej nieprawidłowości, rozległemu ograniczeniu.

W dotychczasowym ujęciu faktów dotyczących powstawania tyłozgięcia macicy wielu zwolenników miał pogląd przypisujący poważne znaczenie momentom statyczno-dynamicznym (Scipia des). Jednym z najważniejszych takich momentów miało być działanie tłoczni brzusznej na przednią ścianę macicy za pośrednictwem pętli jelit, przedostających się w pewnych warunkach w przestrzeń między pęcherz i macicę.

Powszechnym było również zapatrywanie, że większość zmian w położeniu macicy jest wynikiem przemian w narządach rodnych i tkankach miednicy, dokonywujących się w czasie ciąży i porodu. (Kustner, Fritsch, Hofmeier, Martin).

Przyjmowano ponadto słabość aparatu więzadłowego (Schultze, Freund) oraz wiotkość przepony miedniczej, stanowiącej naturalną podporę narządów rodnych (Tandler, Halban), jako przyczyny zmian w położeniu macicy. Niektóre z tych właściwości tkanek podtrzymujących narządy rodne w prawidłowym położeniu, odnoszono do warunków konstytucjonalnych, inne zaś przypisywano zaburzeniom gry turgoru i tonusu tkankowego (Sellheim).

W związku z przytoczonymi zapatrywaniami uważano tyłozgięcia za wyodrębnioną i ściśle klinicznie określoną jednostkę chorobową. A autorowie podręczników chorób kobiecych, kształtujący pojęcia z zakresu wspomnianych chorób oraz zasady postępowania leczniczego na całe dziesiątki lat, podają do dziś dnia całe zespoły objawów chorobowych,

towarzyszących tyłozgięciu. Żaden z tych objawów nie jest jednakże dla tych nieprawidłowości swoisty, bo może równie dobrze zdarzać się w przebiegu całego szeregu innych cierpień obok tyłozgięcia.

Nowsze poglądy, mające źródło w rozwoju nauki o konstytucji, przypisują nie bez słuszności dużą rolę w powstawaniu tyłozgięcia macicy właściwościom osobniczym przekazanym dziedzicznie. W świetle tych poglądów pewne typy konstytucjonalne, na przykład asteniczny i infantylny, posiadają już a priori skłonność do tyłozgięcia. Zwolennicy tego rodzaju poglądu nie uważają tyłozgięcia za żadne osobliwe zagadnienie w zakresie chorób kobiecych. W ich rozumowaniu jest ono miarą ogólnych właściwości ustrojowych, a więc zagadnieniem o szerokim zasięgu genetyczno-biologicznym, obejmującym możliwości ustroju zarówno z zakresu psychicznego, jak i somatycznego.

Ostatnie czasy przyniosły dalsze zmiany w zapatrywaniach na przyczyny i powstawanie tyłozgięcia. Zapatrywania te zawdzięczamy rozległym badaniom nad układem nerwowym roślinnym. Badania te, poparte szeregiem spostrzeżeń klinicznych oraz doświadczalnych, wykazują, że tyłozgięcie macicy może być również wyrazem zachwiania równowagi neuro-wegetatywnej na korzyść układu parasympatycznego. Udowodniono, że stałe napięcie szyjki pozostaje w zależności od nerwu miednicowego (nervus pelvici) parasympatycznego. Napięcie zaś trzonu zależy od układu sympatycznego miednicy małej. W związku z tym wszelkie sprawy, które powodują ciągłe drażnienie szyjki, na przykład jej schorzenia lub obrażenia w czasie porodu, prowadzą do opadania trzonu macicy i tyłozgięcia. Tłumaczymy to sobie wzmożeniem działania w zakresie parasymptaticus.

W razie natomiast wzmożonego napięcia trzonu, co najczęściej zdarza się w przypadkach osłabionego działania parasymptaticus (wyłączenie nerwu miednicowego przez znieczulenia lędźwiowe lub porażenie go jadami parasymptaticznymi, sprawy stwierdzone doświadczalnie) następuje zwiotczenie szyjki i samoistne prostowanie się trzonu, wskutek przewagi napięcia sympaticus w trzonie.

To ostatnie zapatrywanie na powstawanie tyłozgięcia macicy wywarło duży wpływ na kierunek postępowania. Niektórzy autorowie, między innymi Horalek, zalecają w leczeniu wolnego tyłozgięcia podawanie belladonny, tonizację układu sympatycznego przez odpowiednią dietę, ogrzewanie nóg oraz środki farmakologiczne. Autorowie ci kładą również duży nacisk na wczesne i dokładne leczenie wszelkich obrażeń szyjki, celem usunięcia podrażnienia nerwu miednicowego i uniknięcia zachwiania równowagi układu roślinnego miednicy małej.

Wszystkie wyżej przytoczone poglądy na powstawanie tyłozgięcia nie pozostały również bez wpływu na ukształtowanie się wskazań do

operacyjnego leczenia omawianej nieprawidłowości w położeniu macicy. Dzisiejsze wskazania są nieporównanie szersze od dawnych i dotyczą przede wszystkim przypadków:

- 1) niepłodności u kobiet, które nie rodziły w ogóle, pod warunkiem, że nie ma w narządach rodnych innych nieprawidłowości, na przykład między innymi zaburzeń rozwojowych, powodujących niepłodność;
- 2) poronień nawykowych, wywołanych tyłozgięciem;
- 3) silnych bólów, obfitych krwawień lub utrudnienia względnie uniemożliwienia współżycia płciowego;
- 4) uwięźnięcia macicy ciężarnej, tyłozgiętej, nie dające się w inny sposób odprowadzić;
- 5) należące do wyjątków, przypadki tyłozgięcia macicy pourazowe.

Mimo jednak ograniczenia wskazań do chirurgicznego leczenia tyłozgięcia macicy, zakres jego jest nadal stosunkowo duży. Nie należy się bowiem łudzić, że leczenie tyłozgięcia przez wyrównanie zmian w napięciu roślinnego układu nerwowego da wyniki stałe, zwłaszcza w przypadkach długotrwałych, bez względu na to, czy wyrównanie to osiągniemy na drodze działania środkami farmakologicznymi, czy też przez miejscowe zadziaływanie na zmiany w szyjce. Nie należy również zapominać i o tym, że dawniej szeroko stosowane w podobnych wypadkach leczenie za pomocą protez, dzisiaj nie bywa już właściwie brane w ogóle w rachubę. Dobór zaś sposobów postępowania chirurgicznego powinien być uzależniony od szeregu czynników, z jakimi w danym przypadku się spotykamy, na przykład: czynników konstytucjonalnych, wieku chorej, wielkości macicy, nasilenia objawów chorobowych i t.p.

Bezkrytyczne posługiwanie się tylko jednym sposobem jest nieuzasadnione. Tego rodzaju ujednostajnienie postępowania musi, siłą faktu, prowadzić do wyników niezupełnie zadowalających, a w związku z tym i dyskredytujących sposoby postępowania, które przy odpowiednim doborze przypadków dają przecież dobre wyniki.

---

## S U M M A R Y.

Operative methods of treatment of retroflexio uteri used at the M. Curie Skłodowska University Clinic of Obstetrix and Gynecology in Lublin are divided in procedures utilising the uterus (corpus and cervix) and in those utilizing the ligaments (round and sacrouterine).

Out of various methods used, this report deals with original Polish methods and with Polish modifications of well known foreign methods.

First of all the method of Zubrzycki is described (fixatio corporis uteri fascialis annularis). This consists in the following procedure: after opening the abdominal cavity a beltshaped part of the fascia musculi recti abdominis is prepared. The base of this fascial loop lies on the symphysis. The loop is then cut longitudinally in two parts. A small opening in the nonvascular area of the mesosalpinx is made on each side. Clamps introduced into both of these openings from the backside grasp the fascial loops and draw them through the mentioned openings to the posterior side of the uterus. The loops are then fixed by catgut sutures to both the anterior and the posterior walls of the uterus and finally to each other.

The peritoneum of the bladder and the anterior wall of the uterus are united by a continuous suture like in the Werth method in order to avoid the possibility of incarceration of the bowels between the wall of the fixed uterus and the wall of the bladder.

A description of the Polish method of H. Beck follows (fascial uterus fixation). This operation is based on the fixation of the corpus uteri by a triangular loop of rectus fascia to the region of the symphysis. The method is not used in our clinic.

Polish modifications of the Gilliam-Doleris, Alexander-Adams and Baumgart operations are also mentioned.

Although we have a large variety of surgical methods in the treatment of this malposition of the uterus, the indications to those operations in general are very limited.

Only those cases are submitted to operative treatment at our clinic in which the symptoms are directly referable to the malposition and do not respond to conservative treatment.