ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE - SKŁODOWSKA
LUBLIN – POLONIA
VOL. VI, 18 SECTIO D 1951

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr med. Stanisław Liebhart

Stefan WITKOWSKI

Operacyjne leczenie bezpłodności
Операционное лечение бесплодия
Operative Treatment of Sterility

Zagadnienie bezpłodności zaprzątało umysły ludzkie od najdawniejszych czasów. Mając na względzie dobro jednostki, a pośrednio i całej społeczności, wielu lekarzy poświęcało niejedną chwilę i niemało pracy temu zawsze żywotnemu zagadnieniu. Coraz więcej uchylano rąbka tajemnicy, otrzymując coraz lepsze wyniki.

Trzeba jednak przyznać, że o ile leczenie zachowawcze dzięki choćby tylko dokładniej poznanemu działaniu hormonów i bardziej racjonalnemu ich stosowaniu, dzięki stale postępującej dużymi krokami naprzód seminologii, oraz zdolności określenia terminu jajeczkowania czy też wykrywania cykli anowulacyjnych, uzyskuje coraz lepsze wyniki, to leczenie operacyjne niewielkimi może poszczycić się w tej dziedzinie sukcesami. Statystyki na przestrzeni kilkudziesięciu lat niewiele się między sobą różnią.

Z tego też względu do leczenia operacyjnego należy przystąpić po zupełnym wyczerpaniu wszystkich możliwości konserwatywnego leczenia, gdy wiemy, że w narządach kobiety istnieją zmiany anatomiczne, które tylko na drodze operacyjnej mogą być zmienione na prawidłowe, lub przynajmniej do nich zbliżone.

Nie zawsze możemy badaniem dwuręcznym ustalić zmienione warunki anatomiczne narządów rodnych wewnętrznych, które by stanowiły przyczynę niepłodności, np. niedrożność jajowodów, a jest to jedna z najczęstszych przyczyn bezpłodności.

Godar podaje 22,4%, Dujol twierdzi, że 50% bezpłodności powstaje na skutek niedrożności jajowodów, które w $^2/_3$ przypadków dotyczą dystalnego ich odcinka. Nie jest więc rzeczą dziwną, że oddawna poszukiwano sposobu ustalenia niedrożności trąbek.

Początkowo sprawdzano trąbki przez otwarcie jamy brzusznej i albo sondowano je, lub też wpuszczano od strony pochwy przez macicę roztwór karminu i obserwowano, czy wydostaje się przez ujścia brzuszne jajowodów.

Von Ott wstrzykiwał poprzez tylne sklepienie 10 ccm 10% zawiesiny sproszkowanego węgla drzewnego w roztworze soli fizjologicznej i obserwował, czy cząstki węgla przewędrowały przez jajowody i macicę do szyi i znajdują się w śluzie szyjki, co według v. Otta miało miejsce już po upływie 12 minut.

Dużym krokiem naprzód było zastosowanie nowej metody przez amerykańskiego lekarza Rubina, polegającej na wprowadzeniu pod ciśnieniem powietrza do macicy i wysłuchiwaniu w okolicach nadpachwinowych, czy powietrze dostaje się poprzez jajowody do wolnej jamy brzusznej (charakterystyczny dźwięk wychodzenia pęcherzyków powietrza z ujścia brzusznego jajowodu).

Metodą, za pomocą której możemy wykazać umiejscowienie niedrożności, kształt i wielkość jajowodów i macicy, jest metoda wprowadzona przez Carego, polegająca na wykonywaniu zdjęć rentgenowskich macicy i jajowodów, uprzednio wypełnionych płynem kontrastowym, jak np. jodipiną, lipiodolem, perabrodilem itp.

Ostatnio Speck podał sposób stwierdzenia drożności jajowodów, polegający na tym, że wprowadza się 10 ccm izotonicznego roztworu soli kuchennej z dodatkiem 6 miligramów phenolsulfophtaleiny do macicy i jajowodów. W wypadku drożności trąbek po 20 minutach mocz zabarwiony jest na czerwono.

Jeżeli chodzi o wartość tych metod, to otwieranie jamy brzusznej i sprawdzanie, czy też wprowadzanie od pochwy poprzez macicę roztworu karminu i obserwowanie trąbek jest sposobem zarzuconym, jak zresztą sposób v. Otta, po którym, jak podaje Lemperg, występowało niejednokrotnie zapalenie otrzewnej.

Sposobem Specka Palan Fr. wykonał kontorlę 78 przypadków i doszedł do wniosku, że jest to metoda dość szybka, wadą jej jednak jest to, że nie lokalizuje niedrożności jajowodów. Przeciwnikiem tej metody jest Fraska G., który uważa sposób Specka za bezwartościowy, gdyż nawet przy drożnych trąbkach daje on wyniki negatywne,

o ile mamy do czynienia z niedomogą serca. Jednym z najbardziej spopularyzowanych sposobów ustalenia niedrożności jajowodów, który jest jednocześnie zabiegiem leczniczym, jest przedmuchanie jajowodów z zachowaniem jednak pewnych warunków. Przedmuchanie jajowodów można stosować po dokładnym przebadaniu internistycznym, po zbadaniu stopnia czystości pochwy, wydzieliny szyjki macicznej, pod kontrolą obrazu krwi i opadania krwinek.

Należy pamętać, że przy przedmuchiwaniu wtłaczamy powietrze pod ciśnieniem, może więc dojść do pęknięcia jajowodu, możemy wprowadzić różnego rodzaju infekcję, a przez dostanie się większej ilości powietrza do jamy brzusznej może dojść do zapaści. Engelmann, Schallehn podali przypadki zatoru powietrznego, a Graff wystąpienie objawów gruźliczego zapalenia otrzewnej.

Nie będziemy robili przedmuchania w czasie periodu czy też krwawienia, po stwierdzeniu wydzieliny ropnej z szyjki, czy też po znalezieniu gonokoków lub w czasie bolesności przydatków, oraz w razie choćby tylko podejrzeń na raka czy też gruźlicę.

Sam zabieg możemy w razie negatywnego wyniku powtarzać kilkakrotnie.

Doney E. podaje, że w ciągu 25 lat wykonał 400 insuflacji i miał do 28% przypadków zajścia w ciążę. Gorącym zwolennikiem przedmuchiwania jajowodów był Sellheim. Dalsage i Basch przedmuchują dwukrotnie, przy czym między jednym a drugim zabiegiem wpuszczają 200 tys. penicilliny.

Co zaś do histerosalpingografii, to robimy ją na 5—7 dzień po periodzie, również po przebadaniu stopnia czystości pochwy, sprawdzeniu leukocytozy i opadania krwinek. czyli w warunkach takich w jakich robimy przedmuchanie. Obawy powikłań są nawet mniejsze niż przy persuflacji. Liebhart i Grabowski na 200 przypadków histerosalpingografii, wykonanych w ciągu 4 lat, nie zanotowali ani jednego powikłania. Niebezpieczeństwo pęknięcia jajowodu, czy też powstanie zatoru praktycznie nie istnieje, jak również nie jest specjalnie groźnym powikłaniem *peritonitis adhaesiva* powstałe na skutek przedostania się płynu kontrastowego do jamy otrzewnowej. Sama technika zabiegu jest prosta: odpowiednią kaniułką wprowadzamy 5—10 ccm płynu kontrastowego do jamy macicy, ujście zewnętrzne zaciskamy kulociągami dookoła kaniuli, by płyn nie wydostał się z powrotem,

w pozycji leżącej chorej na grzbiecie lub w pozycji niezupełnego profilu robimy zdjęcia.

Salpingografia ma dużo zwolenników, jak Schultze, Claude Beclere. Ostatnio Matters podaje, że na 150 przypadków uterosalpingografii wykonanej w celach leczniczych miał 43 zajść w ciążę.

Sowiński uważa, że salpingografia w wypadku drożności jajowodów może raczej zaszkodzić. Na skutek działania płynu kontrastowego mogą zajść zmiany w śluzówce jajowodu i otrzewnej miednicy małej, gdzie się zbiera płyn kontrastowy po przejściu przez trąbki. Biorąc jednak pod uwagę to, że histerosalpingografię robimy przeważnie w wypadku niedrożności jajowodów, po uprzednim przedmuchaniu jajowodów, obawy te są co do *peritonitis adhaesiva* znikome.

O ile przedmuchanie powinno być wykonane przed najdrobniejszym zabiegiem mającym usunąć bezpłodność, by np. niepotrzebnie nie robić plastyki szyjki, czy też rozszerzenia ujścia o ile są niedrożne jajowody, to uterosalpingografię należy wykonać zawsze przed plastyką trąbek z przyczyn wiadomych.

Po ustaleniu drożności jajowodów, wykonujemy zabiegi krwawe, mające na celu ułatwienie zajścia w ciążę. Będą tu należały plastyki starego pęknięcia krocza, wykonane w zwykły sposób, następnie w wypadku krótkiej, ze spłaszczonym tylnym sklepieniem pochwy operację podaną przez Rungego, mającą na celu wytworzenie miejsca na jeziorko nasienne, robioną w ten sposób, że w najgłębszym miejscu tylnego sklepienia nacina się pochwę poprzecznie na przestrzeni około 2 cm i następnie zszywa się podłużnie.

W wypadku wąskiego punkcikowatego ujścia zewnętrznego macicy robimy za pomocą sondy i rozszerzaczy Hegara dilatację szyi, zaś w wypadku pęknięć szyi lub przy wywinięciu warg części pochwowej macicy, robimy operację zszycia pęknięć szyi sposobem podanym przez Emeta lub plastykę szyi macicy sposobem Sturmdorfa.

W razie istnienia polipów wychodzących z części pochwowej macicy, to o ile są one większe, na szerokiej podstawie, po podkłuciu i podwiązaniu odcinamy je, jeżeli są małe, wykręcamy je.

W wypadkach długo istniejących krwawień macicznych robimy wyłyżeczkowanie jamy macicy. Do zabiegu tego uciekamy się również, gdy chodzi o oznaczenie okresu jajeczkowania (skrobanka rysowa). Wyżej podane zabiegi są wykonywane od strony pochwy bez otwarcia jamy brzusznej i mają na celu ułatwienie zajścia w ciążę.

Dawniej uważano pęknięcia krocza za przyczynę bezpłodności sądząc, że prowadzą do wypływania nasienia post coitum i tym samym uniemożliwiają zajście w ciążę. Dzisiaj wiemy, że wystarczy odpowienia technika stosunku, jak uniesienie miednicy kobiety ku górze, przetrzymywanie przez kilka minut po wytrysku nasienia członka w pochwie i pozostanie kobiety w pozycji na wznak z uniesioną miednicą i skrzyżowanymi nogami około 15 minut, to jest tyle ile trzeba, by przeszły plemniki ze sklepienia tylnego do ujścia macicy. Bezcelowym zabiegiem jest pogłębianie operacyjne tylnego sklepienia pochwy, które zalecał Runge na tzw. jeziorko nasienne, ponieważ ta wada jest tylko fragmentem niedorozwoju całego narządu rodnego i zaburzeń hormonalnych. Najracjonalniejszym będzie leczenie zachowawcze jak „kolumnizacja" i mięsienie sklepień pochwy, oraz leczenie hormonalne.

Bardenheuer uważa, że przy dyspereunii zajście w ciążę jest trudniejsze i dlatego zaleca w wypadkach o ile odstęp między cewką moczową a łechtaczką jest większy niż 3 cm, podcięcie i skrócenie *ligamentum suspensorium clitoridis.*

Rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy wprowadził do leczenia Scanzoni. Schwarz jest zdania, że poszerzanie ujścia powinno się robić, gdy wielkość macicy jest prawidłowa lub nieznacznie mniejsza. Przypuszcza, on, że w tych wypadkach utrudnia zajście w ciążę niezbyt szybko zmieniający się śluz, który ulegając okresowym zmianom stwarza niekorzystne środowisko dla plemników. Natomiast wąskie ujścia przy hipoplastycznych macicach należy leczyć zachowawczo, wpływając na rozwój całego narządu.

Wiemy bowiem również, że przy niedorozwoju narządu rodnego mamy często anowulacyjne cykle miesięczne i z tego powodu niemożność zajścia w ciążę, celowym więc będze leczenie hormonalne.

Sowiński jest zdania, że stosując rozszerzanie ujścia usuwamy mechaniczną przeszkodę i wpływamy pobudzająco na rozrost macicy; ponadto uważa on, że zabieg jest celowy tylko u młodych kobiet.

Według Vignesa rozszerzenie ujść jest nie tylko mechanicznym zadziałaniem na macicę, lecz głównie działaniem szokowym. Zaleca on robić rozszerzenia przy końcu periodu.

Po dokonaniu rozszerzenia kanału szyi należy zrobić małe nacięcie na przedniej wardze szyjki, którą ściąga się możliwie nisko tak, że refleks pobudzany przez pociąganie przenosi się na więzadła krzyżowo-maciczne. Autor ten przestrzega przed stosowaniem środków znieczu-

lających, aby nie wyłączyć refleksu, w przeciwieństwie do Schwarza, który poleca raczej znieczulenie ogólne, jak evipan i pentotal. Wynikiem tego leczenia ma być zwiększona pojemność i zmniejszona *rigiditas* macicy. Rozważane są konsekwencje tego leczenia pod kątem odruchu genitalno-przysadkowego i neuro-hormonalnego refleksu Cotte'a. Autor uważa, że powstaje refleks parasympatyczny działający na przysadkę, która odpowiada wzmożeniem wydzielania hormonów gonadotropowych. Sellheim radzi rozszerzać kanał szyjki raz na trzy miesiące bezpośrednio po periodzie.

Fehling opisał sposób rozszerzania macicy przez zakładanie rurki szklanej do macicy na parę dni. Jest to sposób, tak jak i zresztą fructulet Nassauera, przynoszący więcej szkody niż korzyści. Rosner i wielu innych autorów są zdania, że przy zbyt wąskim ujściu należy rozciąć ujście zewnętrzne celem stworzenia dobrego odpływu śluzu, który jest zbyt gęsty i zalegający może być przeszkodą dla plemników. Z dalszych sposobów wymienić należy sposób Pozzi'ego zmodyfikowany przez Monsiorskiego polegający na wycięciu półksiężyców po obu bokach rozciągniętego uprzednio rozszerzaczami ujścia i na zeszyciu ran pojedynczymi szwami.

Sposób zaś Rosnera polega na obustronnym przecięcu szyjki i na wszyciu między rozcięte powierzchnie wypreparowanej tkanki z części pochwowej, aby uniemożliwić powrotne zarośnięcie się powierzchni.

Godar podaje, że na 16 operacyj na części pochwowej macicy przy bezpłodności 9 kobiet zaszło w ciążę.

Jeżeli chodzi o skrobanie śluzówki macicy, to metoda ta ma swoich zwolenników i przeciwników. I tak Freund i Alfieri są jej przeciwnikami twierdząc, że ujemnie wpływa na śluzówkę lub też może wywołać uaktywnienie utajonego ogniska gruźliczego.

Mayer uważa, że skrobanie śluzówki przy leczeniu bezpłodności jest pożyteczne choćby dla celów diagnostycznych.

Kowalski jest zwolennikiem wykonywania skrobania w celach leczniczych, podając, że po tym zabiegu wykonanym w poznańskiej klinice było 28,5% przypadków dodatnich.

Gdy mamy do czynienia z przerostem śluzówki, to chociaż jest to wskaźnikiem nieprawidłowego funkcjonowania jajników, jednak często po skrobance następuje zapłodnienie. Sam zabieg może wpływać pobudzająco na jajniki, jest więc wskazanym i celowym. Sądzę, że w tej sprawie mamy do czynienia również z działaniem szokowym, o którym

wspomina Vignes przy rozszerzaniu ujścia. Osobną grupę przyczyn bezpłodności stanowią wadliwe ułożenia macicy jak tyłozgięcia. Są to przyczyny, które na drodze operacyjnej można usunąć z procentowo dobrymi wynikami, bo jak wykazały badania Graffa i Petzolda 54% operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy dało wynik pozytywny. Godar operował 8 przypadków, z czego 6 zaszło w ciążę.

Jeżeli chodzi o metody operacyjne, jest ich kilka. Dużo zwolenników ma metoda Aleksander—Adamsa stosowana tylko przy wolnych tyłozgięciach macicy. Aleksander, anatom, podał ją w 1881 r., Adams opisał pierwszą operację w 1882 r. Polega ona na skróceniu więzadeł obłych poprzez kanały pachwinowe, a więc bez otwarcia jamy brzusznej. Pamiętać trzeba, aby macica przed zabiegiem była odprowadzona i w czasie operacji równomiernie wyciągnąć więzadła, tak, aby macica nie była na którąkolwiek stronę przeciągnięta. Gorącym zwolennikiem tej metody był Baum.

Drugą metodą, może nawet mającą więcej zwolenników, jest operacja brzuszna Webster—Baldy—Franke—Guggiberga; w tym wypadku, po otwarciu jamy otrzewnowej jesteśmy w stanie skontrolować narządy w miednicy małej i zauważyć najdrobniejsze zmiany, których jednak przy badaniu zwykłym nie można stwierdzić. Sam zabieg polega na przeciąganiu więzadeł obłych poprzez *ligamentum latum,* powyżej lub poniżej krezki jajników w zależności od technicznych możliwości i przyszyciu ich do tylnej ściany macicy, przez co macica znajduje się w normalnym przodozgięciu i przodopochyleniu. Trzeba mieć tylko na uwadze, aby w czasie operacji nie uciskać jajowodu, lub też nie spowodować jego zagięcia. Czasami, o ile nie ma zrostów, wystarczy skorygowanie położenia sposobem Mengego, tj. przyszycie więzadeł obłych do przedniej ściany macicy. Z innych metod wymienić należy: Dolerisa, Olshausena, Becka, Halbana i innych. Jeżeli chodzi o operację przy bezpłodności sposobem Dolerisa, to ma ona dużo przeciwników, którzy twierdzą, że powoduje dość duże bóle w czasie ciąży i że często występuje niedrożność jelit. Metodą Olshausena operowana była w Państwowym Szpitalu Klinicznym w Lublinie pacjentka, która przed tym 5 razy roniła, a po operacji o przebiegu bez powikłań zaszła wkrótce w ciążę i donosiła ją.

Jeżeli chodzi o poprawę tyłozgięcia macicy w bezpłodności, to jak wspomniano, górują metody operacyjne z równoczesnym otwarciem

jamy brzusznej, gdyż wtedy jesteśmy w możności skontrolować cały narząd rodny wraz z jego otoczeniem. Trzeba jednak nadmienić, że niejednokrotnie przy tyłozgięciach wystarczy odpowiednia pozycja w czasie stosunku, aby pacjentka zaszła w ciążę.

Często się zdarza, że pacjentka nie może donosić ciąży na skutek mięśniaków. W takim wypadku, o ile są podśluzowe, wykręcamy je podobnie jak polipy, a śródmiąższowe i podsurowicze usuwamy. Schwarz podaje, że w jednym przypadku wyłuszczył 8 włókniaków od wielkości orzecha laskowego do wielkości mandarynki, ciąża przebiegała normalnie, poród ukończył kleszczami.

Nürnberg podaje o spostrzeganym przypadku zajścia w ciążę po usunięciu podśluzowych mięśniaków. Na oddziale ginekologicznym Państwowego Szpitala Klinicznego w Lublinie wyłuszczono mięśniaka śródściennego wielkości mandarynki z 4-ro miesięcznej macicy ciężarnej u pacjentki, która poprzednie ciąże roniła. Po zabiegu i okresie zdrowienia bez powikłań, wypisała się ze szpitala jako zdrowa. Zgłosiła się w spodziewanym czasie na oddział położniczy, gdzie urodziła siłami natury żywe dziecko.

Ostatnią grupę w leczeniu operacyjnym bezpłodności stanowią przypadki niedrożności jajowodów.

W zależności od umiejscowienia niedrożności można wykonać operację plastyczną jajowodu różnymi sposobami. Powodzenie zaś operacji zależne jest od tego, czy mamy do czynienia tylko z zamknięciem jajowodu w okolicy ujścia brzusznego przy zachowaniu strzępków i niezmienionej czynnościowo ściany wewnętrznej jajowodu i wtedy możemy liczyć na wynik dodatni operacji, czy też funkcjonalnie jajowód jest nieczynny i wtedy wynik będzie raczej negatywny.

Pierwszym, który wykonał otwarcie jajowodu zamkniętego na skutek zmian chorobowych, był w 1883 r. Martin. Metoda jego była prosta, a polegała na tym, że nożyczkami odcinał zarośniętą część jajowodu, kikut zaopatrywał szwami catgutowymi, zbliżając śluzówkę do surowicówki i hamując w ten sposób krwawienie.

Na 65 przypadków operowanych, 2 zaszło w ciążę. Thalet z kliniki Schauty donosi o 2 zajściach w ciążę na 16 operowanych, które jednak uległy poronieniu. Lohnberg wykonał 14 razy operację, jednak bez wyniku dodatniego. Döderlein zmodyfikował sposób Martina przez naszycie jajowodów po plastyce na jajnik. Metoda ta nie dała ani jednego przypadku zajścia w ciążę.

Halban operował w ten sposób, że zakładał 2 podwiązki catgutowe i następnie przecinał jajowód między tymi podwiązkami. Wychodził z tego założenia, że po pewnym czasie catgut ulegnie wessaniu, a trąbki udrożnią się. Nürnberg podał metodę różniącą się tym, że nie przecina jajowodu, a tylko przepala żegadłem. Obecne doniesienia o sukcesach przy plastykach jajowodów są nieco lepsze. I tak Polloson podaje, że robiąc tubostomię lateralno-terminalną od strony jajnika i pozostawiając przynajmniej jeden strzępek, miał 27,2% przypadków dodatnich. Tubostomię okrężną uważa za złą, gdyż fertilizacja następuje w 1/3 części lateralnej trąbki.

Pasca zaś na 202 wykonanych tubostomii miał 17 przypadków dodatnich. Rutherford, Lamborn, Baks podają o 16 wykonanych operacjach tubostomii, z czego 11 zaszło w ciążę.

Gdybyśmy potrafili na drodze operacyjnej przywracać czynności fizjologiczne narządów, niewątpliwie wyniki tubostomii byłyby znacznie lepsze. Niestety udrożnić jajowód możemy, ale jego czynność fizjologiczna przeważnie pozostaje zachwiana.

W przypadkach niedrożności umiejscowionej w cieśni jajowodu bliżej macicy wykonuje się implantację trąbki do jamy macicy. Sposób ten wprowadził w Ameryce Watkins w roku 1899, a w Europie Nowak w 1923 roku. Opisał ją Strassmann w 1924 roku. Polega ona na tym, że wycinamy cięciem klinowym róg macicy z ujściem macicznym jajowodu, otwierając w ten sposób jamę macicy.

Następnie na cuglach catgutowych wprowadzamy już drożny odcinek jajowodu i jedną nitką poprzez przednią, a drugą poprzez tylną ścianę macicy przymocowujemy trąbkę w jamie macicy, wycięcie w rogu macicy odpowiednio zaopatrujemy, by nie uciskało jajowodu i nie krwawiło. Po wykonanych tą metodą operacjach Lork podaje 2 przypadki zajścia w ciążę, Unterberger zaś 10 przypadków, Küstner z lipskiej kliniki chorób kobiecych mówi o 10% skuteczności.

Vlatavsky na 18 wykonanych operacji implantacji tuby miał 3 pozytywne wyniki.

Bosch na 5 przypadków implantowanych trąbek podaje 1 przypadek pozytywny. Arnold i Shea opisują 1 przypadek ciąży po implantacji jajowodów.

Rutherford, Lamborn i Banks podają, że na 6 implantowanych trąbek w 2 wypadkach otrzymano pożądany wynik. Ci sami podają, że przy *salpingitis isthmica chronica* wykonali 11 laparatomii, przy czym udrożniali jajowody płucząc je przez rurkę Chet-

wooda roztworem fizjologicznym chlorku sodu i otrzymali 4 wyniki dodatnie.

W wypadkach całkowitej niedrożności jajowodów uciekamy się do implantowania zdrowego jajnika do jamy macicy, sposobu wykonanego po raz pierwszy przez Palmier Dudley'a w 1889 roku, następnie R. Morrisa w 1895 roku i przez Tuffiera, który opracował technikę samego zabiegu, polegającą na wycięciu jajowodu wraz z rogiem macicy i na wszyciu poprzez uzyskany otwór do jej wnętrza zdrowego jajnika. Bardenheuer robi otwór w tylnej ścianie macicy i poprzez niego na cuglach catgutowych wciąga jajnik do jamy macicy, zaopatrując odpowiednio pozostałą ranę.

Operacji tego rodzaju wykonano wiele. Estes np. wykonał sto, z czego u 33 zgłoszonych do kontroli w 4 przypadkach rozpoznał ciążę, a w 3 przypadkach musiał dokonać ponownej laparatomii na skutek torbielowato zmienionego jajnika.

W 1943 roku zgłosiła się na oddział ginekologiczny Państwowego Szpitala Klinicznego w Lublinie chora B. z powodu wtórnej bezpłodności. Podała, iż była raz w ciąży przed 7 laty i wtedy urodziła siłami natury. Od tego czasu mimo leczenia konserwatywnego nie może zajść w ciążę. Przedmuchanie dało wynik negatywny. Następowo zrobiona histerosalpingografia wykazała całkowitą niedrożność jajowodów. Pacjentka chcąc koniecznie zajść w ciążę zdecydowała się poddać zabiegowi operacyjnemu. Wobec czego w listopadzie 1943 r. wykonałem operację brzuszną wszczepiając jajnik prawy do jamy macicy sposobem Bardenheuera. Okres pooperacyjny bez powikłań. Chora wypisana ze szpitala jako zdrowa. W 1944 r., a więc już w 7 miesięcy po operacji zaszła w ciążę, którą donosiła i urodziła siłami natury żywe donoszone dziecko na oddziale położniczym tego szpitala. Okres połogowy bezgorączkowy, wypisana jako zdrowa. Ta sama pacjentka ponownie zaszła w ciążę w 1948 r. i znów urodziła siłami natury tym razem w domu na wsi. Poród i połóg bez powikłań.

Tuffier i Letulle podają, że około 10% operowanych z powodu bezpłodności tą metodą zachodzi w ciążę. Według Bardenheuera w ogóle tylko od 2 do 10% operowanych z powodu bezpłodności po operacji zachodzi w ciążę.

Jak widzimy operacyjne leczenie bezpłodności niestety daje niewielki procent wyników dodatnich, a przecież każdy z ginekologów prawie codziennie styka się z pacjentkami, które leczą się na bezpłodność całymi latami i mimo to nie mogą zajść w ciążę; każdy dobrze

wie, że takie kobiety gotowe są do największych poświęceń, byle móc zostać matką.

Głód macierzyństwa jest tak wielki, że zgadzają się one na każdą operację mimo uświadomienia ich o niewielkim procencie powodzenia ciężkiego zabiegu. Wobec tego uważam, że nawet ta niewielka ilość kobiet, których marzenia o macierzyństwie ziściły się po zabiegu operacyjnym, jest wystarczającą nagrodą i zachętą do proponowania i wykonywania, oczywiście po zupełnym wykorzystaniu innych sposobów i dróg, leczenia operacyjnego.

LITERATURA

1. Arnold H. i Shea J. — Amer. J. Obst. Gyn. 56/2, str. 386, 1948.
2. Basch H. — Deutsch. Medic. Wochenschrift 47/7, str. 211, 1948.
3. Cary — Am. Journ. Obst. a Gyn. Nr 4, 1923.
4. Dalsage . J i Basch M. — Comptes Rendus de la Société Française de Gynecol. Paris, 1948.
5. Donay E. — Gyn. et Obst. 47/2, str. 212, 1948.
6. Engelmann — Veit Stoekel. T. III. Berlin.
7. Frasca — Giornal di Ost e Gin. 12/5. str. 387, 1948.
8. Godar H. — Bruxelles Medical 28/16. str. 809, 1948.
9. Graff E. — Die Unfruchtbarkeit der Frau, 1926.
10. Graff E. i Petzold — Wiener kl. Woche, 1923 i Zeit. f. Gyn. u. Geb. 1923.
11. Gromadzki H. — W sprawie operacyjnego leczenia niedrożności jajowodów. Ginekologia Polska. Warszawa, 1938.
12. Heynemann Th. — Geburtshilfe und Frauenheilkunde, str. 467, zesz. 10, 1941.
13. Kowalski B.— Leczenie niepłodności kobiety w świetle materiału kliniki poznańskiej. Ginekologia Polska, 1938.
14. Lemberg — Zentr. für Gyn. 1926.
15. Liebhart St. i Grabowski W. — Polska Gazeta Lekarska, Nr 35, 1932.
16. Matters R. F. — Med. J. of Australia, Sydney 2/26, str. 740. 1948.
17. Monsiorski Z. — Plastyka otworu zewnętrznego macicy. 15 lat ginekologii w szpitalu Wolskim w Warszawie, 1915.
18. Nürnberger L. — W Biolog. u. Path. Halban i Seitz. T. III. Berlin—Wiedeń.
19. von Ott — Zentr. für Gyn. 1925.
20. Palan Fr. — Casopis Lekar. Ceskych 88/14, str. 388, 1949.
21. Pollosson — Lyons 43/5, str. 533, 1948.
22. Rosner A. — Ginekologia. Kraków, 1923.
23. Rutherford R., Lamborn H., Banks L. — Amer. J. Obst. Gyn. 58/4, str. 673, 1949.
24. Sellheim H. — Weitere Fortschritte der Sterilitätsbehandlung, 1927.
25. Schwarz St. — Niepłodność. Kraków, 1949.
26. Sowiński W. — Niepłodność i niemoc płciowa u kobiet. Warszawa, 1934.
27. Speck — Amer. J. Obst. i Gynec. 55/6, str. 1050, 1948.
28. Tuffier et Letulle — Presse medicale, 1924.
29. Vignes — La Semaine des Hopitaux de Paris 24/90, str. 2921, 1948.
30. Vlatovsky — Gynekologja Basle 125/6, str. 397, 1948.

РЕЗЮМЕ

К операционному лечению бесплодия надо приступить после использования всех возможностей консервативного лечения.

Безусловно, не обращая внимания на причину безплодия, надо всегда определить проходимость труб и лишь после этого приступить к мероприятиям имеющим целью обличение забеременения. Мы имели несколько методов изучения проходимости труб, чаще всего употребляем продувание труб и рентгеновские снимки матки и труб после введения контрастных жидкостей. Самые мероприятия в зависимости от причины совершаются со стороны влагалища, как пластика промежности и шейки матки, а также выскабливание матки, или со стороны брюшной полости, как исправление положения матки, пластика труб и имплантация в полость матки; эффекты этих операций в большой мере зависят от сохранения физиологической деятельности труб. В случаях совершенной непроходимости труб, имплантацию трубы делаем в полость матки. Собственный случай двукратного забеременения после имплантации трубы. Вопреки малого процента успешности операционного лечения, автор считается сторонником этого лечения.

SUMMARY

The operative treatment of sterility in woman should be resorted to only if the conservative measures have definitely failed. However, no matter what the cause of sterility is supposed to be, the procedures rendering conception possible should be deferred until tubal patency test has been performed.

There exist several methods for checking tubal patency; those most widely used consist in injecting air through the fallopian tubes, and applying hysterosalpingography with the aid of a contrast medium.

The treatment itself can be carried out either from the vaginal approach, as in the cases of plastic operations of the perinaeum, of the uterine cervix and the curettage of the uterine cavity, or from the abdominal approach, e. g. in the cases of corrections of a displaced uterus, plastic operations of the fallopian tubes and their implantation into the uterine cavity. The effect of those operations depends, to a considerable extent, on the preservation of the physiological function of the oviducts.

In case of a complete non-patency of the fallopian tubes, the intrauterine implantation of the ovary is performed. The author quotes from his own practice a case of a twice repeated conception following the implantation of the ovary. Notwithstanding small percentage of successful results obtained by means of operative measures, the author prefers this kind of treatment to others.

Papier druk sat. III kl. 90 g. Format 70 x 100. Ark. druku 14 str.
Annales U. M. C. S. Lublin 1952. Lubelska Drukarnia Prasowa, ul. Kościuszki 4, Zam. Nr 735 26 IV.52
1200 egz. A-3-10922 Data otrzymania manuskryptu 26 IV.52. Data ukończenia druku 11 VII.1952.