

O wycinaniu macicy.

Wykład miany na II-gim zjeździe chirurgów polskich
w Krakowie

przez

Prof. L. Rydygiera.

Sz. Panowie! Uderzyć musi każdego z nas nie mało, że istnieje jeszcze różnica zdań w leczeniu operacyjném cierpienia tak częstego, jakim jest rak macicy, który jak wiadomo jeszcze częściej nawiedza kobiety, niż rak sutka, a zabiera jedną trzecią wszystkich kobiet, umierających na raka. Należy się więc zastanowić nad środkiem, za pomocą którego możnaby uratować pewną część nieszczęśliwych tych ofiar, — dalej jeżeli środków tych jest więcej, który z nich można uważać za najlepszy? Pytanie to zajmowało w ostatnich latach dość często zebrania najpoważniejszych towarzystw rozmaitych narodów. Cieszyłbym się, gdyby i nasze zjazdy przyczyniły się do rozwiązania téj ważnej, a nierozstrzygniętej dotychczas kwestyi i dlatego zabrałem w tem zgromadzeniu dzisiaj głos, żeby wywołać dyskusyję nad tym tak ważnym przedmiotem.

Nie miejsce tu potemu, aby rozwodzić się nad anatomią patologiczną i rozpoznaniem raka macicy. Wystarczy zaznaczyć, że za Schroederem i Rugem wszyscy od różniają rakowca części pochwowój, raka szyjki i raka trzonu macicy. Dodam tylko, że rozpoznanie w samych początkach

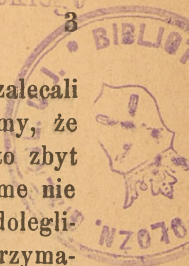
2-138522

Akc. zI. 2023 nr 481

13600245

bywa nieraz trudne, że w takich przypadkach należy wyciąć kawałek klinowaty z części chorych, zbadać pod mikroskopem, nie ograniczając się do kilku powierzchownie zeszkrobanych strzępków, chociaż i takie postępowanie we wyjątkowych przypadkach nie chroni zawsze na pewno od pomyłek, a przynajmniej wymaga specjalnej biegłości badania właśnie tych części. (Landau). Tyle atoli można twierdzić, że obserwacja i badanie kliniczne razem z badaniem mikroskopowym dość weześnie na pewno dozwala wykryć istotę cierpienia, żeby w czasie odpowiednim przedsięwziąć leczenie jedynie skuteczne, t. j. operacyjne. Niestety rzadko kiedy dostajemy chore w tym okresie. Korzystam więc ze sposobności, żeby zaznaczyć, że rak macicy w początkach jest radykalnie uleczny, a nawet przedstawia lepsze widoki pod tym względem, niż raki innych okolic, bo dość długo ogranicza się do miejsca powstania, późno stosunkowo zajmuje gruczoły i wyjątkowo tworzy przerzuty do dalszych narządów.

Twierdzenie to moje opieram na doświadczeniu najpoważniejszych mężów: Schroederowi żyło z 46 takich operowanych po czterech latach jeszcze 19, więc przeszło 41% bez recydywy i zupełnie wyleczonych; Martin ogłasza przypadki, gdzie po 6-ciu latach stwierdzano zupełne wyleczenie, a wyleczenie trwające dłużej niż 2 lata, które zwykle uważa się za radykalne, oblicza na przeszło 70%; Olshausen podaje przypadek raka szyjki macicy, w którym po całkowitym wycięciu tego organu przez pochwę jeszcze po 9 $\frac{1}{2}$ latach niema recydywy. Nawet po wypaleniu żelazem nowotworu i po operacji pętlą galwanokautystyczną mamy dość liczne przypadki zupełnego wyleczenia z dawniejszych czasów. I tak podaje Pawlik z kliniki K. Brauna, że dłużej niż 2 lata po operacji wyleczonych mieli 2%, a pomiędzy temi dwie jeszcze przed 12 laty były operowane, jedna zaś przed 19 $\frac{1}{2}$ roku. Jeżeli do tego dodamy małe niebezpieczeństwo bezpośrednie po tych operacjach, gdyż śmiertelność jest nadzwyczaj niską, to tem dosadniej uwidocznia się obowiązek, żeby lekarze jak naj-



wcześniej starali się rozpoznać należyte cierpienie i zalecali odpowiednią operację. Zaznaczyć wprawdzie musimy, że niezawsze lekarze są winni temu, że chore tak często zbyt późno zgłaszają się do operacyi i bywa, że chore same nie mając w początkach żadnych albo tylko nieznaczne dolegliwości, późno szukają porady lekarskiej, a nieraz otrzymawszy należytą, jeszcze przed zabiegiem operacyjnym zwlekają.

Przystąpmy teraz do najważniejszego pytania: Jakaż operacyja najwięcej zaleca się w raku macicy? Dla chirurga odpowiedź tu nietrudna: ta, która najradzykalniej usuwa cierpienie. Jeżeli w raku sutka nigdy nie kusiśmy się pozostawić części narządu, jeżeli w raku innych narządów n. p. nerki, jądra i t. d. gdzie tylko można, staramy się wyciąć cały organ wraz z nowotworem, to nie widzimy przyczyny, dlaczegoby w raku macicy inaczej postępować. Co do raka trzonu macicy jakoteż i szyjki, zdania są jednakowe, gdyż wszyscy zalecają całkowite wycięcie macicy. Nawet Schroeder zgadza się w zasadzie na takie postępowanie, i tylko wyjątkowo uważa za wskazaną w przypadkach raka szyjki amputację dolnej części macicy (tak zwaną przez niego *amputatio supravaginalis*). Sprzeczność zdań istnieje tylko co do postępowania w rakowcu części pochwowój. Schroeder i jego szkoła przemawia w tych przypadkach stanowczo za amputacją. Martin, Olshausen i obecnie pewnie już większa część ginekologów i chirurgów za wycięciem całej macicy.¹⁾ Zwolennicy częściowych operacyj, do których prócz Schroedera amputacji nadpochwowój, zaliczamy amputację pętłą galwanokaustyczną, wyskrobywanie z następowem przyżeganiem rozpalonem żelazem, tylko że te operacje jeszcze mniej pewniejsze wyniki dają — powtarzam zwolennicy częściowych operacyj podają jako przyczyny, przemawiające na ich korzyść nastę-

¹⁾ Cieszę się, że na ostatnim zjeździe międzynarodowym wszyscy przemawiali za całkowitą wycięciem; pomiędzy nimi pierwszy referent Williams (z Londynu), dalej Schauta (z Pragi), Pozzi (z Paryża) Olshausen i inni.

pujące okoliczności: 1-mo twierdzą, że rakowiec części pochwowój nigdy albo bardzo późno na szyjkę i trzon macicy przechodzi, z czego wnoszą, że nie należy okaleczać kobiet, wycinając macicę, któraby mogła jeszcze posłużyć do dalszego rozmnażania rodu ludzkiego; 2-do wycinania całkowite macicy ma być według nich niebezpieczniejsze niż amputacyja.

Nie lekceważę sobie wcale zadania macicy, ale przyznacie Panowie, że w przypadkach raka zadanie to macicy zwykle już bywa spełnione albo czas do spełnienia już minął. Rozchodzi się prawie zawsze o osoby już starsze, które zwykle dość często rodziły. — Zresztą nie jest to wcale korzystną rzeczą dla operowanych z rakiem macicy, żeby po operacyi zaszyły w ciążę; przeciwnie, jak wiadomo, stan taki może tylko usposabiać do powrotów złego, a korzyści dla ludzkości zwykle z tego nie ma, bo stosunkowo często następuje poronienie. Jedynie więc przywiązuję wagę do pytania, czy rzeczywiście rakowiec części pochwowój nigdy nie przechodzi na wyższe części macicy, a powtóre czy i o ile całkowite wycięcie macicy jest niebezpieczniejsze niż częściowa amputacyja? Rozumie się, że gdyby nigdy rakowiec części pochwowój nie przechodził na wyższe części macicy, natenczas nikt nie miałby prawa zalecać wycięcia całkowitego, chociażby ta operacyja nie była wcale niebezpieczniejszą. Tak jednakowoż nie jest; przeciwnie doświadczenie nie dwuznacznie stwierdziło, że rakowiec może rozszerzyć się na szyjkę, że może tworzyć przerzuty do mięszu trzonu, pominąwszy już to, że w późniejszych okresach nieraz trudno rozstrzygnąć, czy rak wyszedł pierwotnie z szyjki, czy z części pochwowój. Pomijam też zdanie Abła, asystenta Landaua, który twierdzi, iż bardzo często znalazł przy rakowcu części pochwowój złośliwe zmiany błony śluzowój, a mianowicie prócz rakowatych zmian zwyrodnienia mięsakowate tkanki śródgruczołowój. Powiadam, że pomijam to twierdzenie Abła, bo znalazły się głosy poważne, zaprzeczające słuszności jego badaniom, ale i tak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że rakowiec części pochwo-

wój może się szerzyć i rzeczywiście nieraz, aczkolwiek nie tak często jak rak szyjki, rozszerza się na wyższe części macicy. Jeżeli to przyznamy, natenczas należy wyciąć w każdym przypadku całą macicę, tem więcéj, że operacyja ta w ostatnich czasach wcale nie jest niebezpieczniejszą, niż *amputatio supravaginalis* Schroedera, a nawet w ogóle przedstawia nadzwyczaj małe niebezpieczeństwo. Cieszę się, że pomiędzy innemi oprócz się mogą na doświadczeniu własnie polskich operatorów, którzy może jak nigdzie indziej otrzymali świetne wyniki. Matlakowski na 23 przypadków ogłoszonych nie ma ani jednego przypadku śmierci. Ja sam wycinałem 20 razy macicę przez pochwę. Z tych 4 przypadki operowałem sposobem Freund'a i swoim, a 16 razy przez pochwę. O pierwszych tu nie mówię, bo jak wiadomo, dziś chyba wyjątkowo i dla szczegółowych przy czyn operujemy *per laparatomiam*. Operacyja to nadzwyczaj niebezpieczna.

Z 16 przypadków wycięcia macicy przez pochwę jeden tylko przypadek śmierci mogę zapisać na karb operacyi i to u osoby w bardzo podeszłym wieku z daleko bardzo posuniętem cierpieniem. Część pochwowa macicy i dolna część szyjki była do tego stopnia rozpadnięta, że nie mogłem żadnemi kleszczami uchwycić macicy i na dół ściągnąć, a oddzielenie sklepienia przedniego i pęcherza od macicy mogłem tylko w ten sposób skutecznić, że uciskając lewą ręką przez powłoki brzuszne na trzon, spychałem go na dół i ku palcowi wskazującemu prawej ręki, którym na tępo oddzielenie skuteczniłem. Mimo poprzedniego przeplukania, mimo ucisku dość silnego na trzon w czasie operacyi zdarzyło się, że dopiero po odcięciu więzadła szerokiego i jajnika po lewej stronie, kiedy potem ściągałem macicę na dół, wylało się kilka kropli ropy z niej do rany tak, że muszę przypuścić, że ropa ta może z trąbki wypłynęła. Widząc to, natychmiast splukałem ranę i dopiero potem ukończyłem przecięcie więzadła po prawej stronie. Mimo to nastąpiło ograniczone zapalenie otrzewny w dolnej części, ciepłota tylko miernie się

podniosła, ale chora już wyniszczona i osłabiona przenieść tego nie mogła i nastąpił *exitus letalis*.

W drugim przypadku, gdzie śmierć nastąpiła w 7 tygodni po operacyi, nie mogę jęj przypisywać zabiegowi, raczej nieszczęśliwemu przypadkowi. Chorą tę operowałem 23 listopada r. 1886, będąc jeszcze w Chełmnie. Kiedym więzadło szerokie po lewój stronie przeciął i macicę na dół ściągnął, zaczęły się jelita wysuwać. Żeby temu przeszkodzić wsunąłem dość wielki kawał gazy antyseptycznej, a następnie ukończyłem operacyję, przecinając więzadło po prawej stronie. Po ukończonej operacyi chciałem gazę wyciągnąć, ale nie znalazłem jęj już na miejscu. Mimo pilnego poszukiwania, wprowadzenia całej ręki do jamy brzusznej, gazy nie znalazłem. Zastanowiłem się nad tem, czy nie dodać laparotomii i z góry nie szukać, ale zdecydowałem się odczekać, spodziewając się, że aseptyczna gaza na razie nie wywoła groźniejszego zapalenia, a powoli może na dół się opuścić. Jako też z początku po operacyi nie była ciepłota podniesiona. Dopiero po kilku dniach zaczęła się ciepłota wieczorem podnosić i większa ilość ropy przez pochwę wydzielać. Zaprowadziłem gruby na kilkanaście centymetrów długi sączonek w lewą stronę w kierunku do talerza biodrowego, gdzie czułem od zewnątrz większą oporność. Przez 6 tygodni stan ten się utrzymywał, znaczna ilość ropy ciągle się wydzielała, dopiero w 7 tygodni przy silniejszym przepłukiwaniu wypadł kłęb gazy ropą przesiąkniętej. Uradowany myślałem, że teraz nastąpi wkrótce zupełne wyleczenie. Niestety wystąpiły zaraz dnia następnego kilka razy dreszcze i inne objawy pyemii i chora umarła 16/1 1887 r., więc przeszło 7 tygodni po operacyi. Przyznacie mi Panowie, że tego zejścia żadną miarą nie można operacyi przypisać, a tylko nieszczęśliwemu przypadkowi. Nie znam wyników innych operatorów polskich, ale już moje, a jeszcze więcej M a t l a k o w s k i e g o dowodzą, jak mało niebezpieczną jest ta operacyja. Niemieccy i inni operatorowie mieli większą wprawdzie śmiertelność, ale stosunkowo do wielkości operacyi śmiertelność ta jest też niską: i tak M a r t i n podaje na 134 operacyj 22 przy-

padków śmierci, a więc przeszło 16% śmiertelności; jeżeli zaś uwzględnimy tylko wykonania wycięcia macicy wskutek raka, miał 66 przypadków, z których 11 zakończyło się śmiercią, to jest przeszło 18% śmierteln. F. Münchmeyer¹⁾ podaje, że w 110 przypadkach operowanych w klinice drezdeńskiej umarło 6, a z 80 operowanych wskutek *carcinoma* umarło 4. Secheyron²⁾ zestawia 337 przypadków wycięcia macicy przez rozmaitych operatorów od roku 1883 do 1887 i oblicza na 16·9%. Olshausen liczy 10·15%. Schauta 76%. Kaltenbach na 80 operowanych utracił tylko dwie. W ostatnich czasach i tak już mała śmiertelność po tej operacyi jeszcze coraz więcej się obniża tak, że z pewnością się nie zawiedziemy, jeżeli przyjmiemy tylko około 5% śmiertelności.

Co zaś do samej operacyi, to pozwolę sobie zrobić króciutką uwagę historyczną. Według własnego twierdzenia wyciął w roku 1507 pewien średniowieczny operator nazwiskiem Carpus macię z dobrym skutkiem, a przed nim nawet, ojciec jego. Opisuje on ten fakt w swęj anatomii, wydanej w roku 1535, a udzielonęj mi łaskawie przez Dra Rosnera, jak następuje:

Potes (matrix) pati omne genus morbi, saepe procidit et tota potest extrahi e corpore durante valetudine: unam matricem corruptam ego vidi extrahi integre in terra Carpi, a genitore meo: quae sanata est et diu vixit.

Ego etiam Bononiae extrahi unam aliam integre, quae erat cancrenata anno 1507 mense Mai, quae supervixit sana.

Unam aliam corruptam me praesente nepos meus ex fratre, Damianus, extraxit integre in caetu doctorum et multorum Scholasticorum anno Domini 1520, die quinto Octobris. Ista ultima nomine Gentilis erat uxor Christophori Brianti de Mediolano habitatoris Bonn, in contrata dicta lo inferno, quae hora ista 1522, decima Novembris est sana et exercet negotia familiaria.

¹⁾ Arch. f. Gyn. Bd. 36, Hft. 3.

²⁾ Volkmanns klin. Vortr. 337, pag. 39 resp. 3231.

Si majora quaeris, vide commentaria mea supra anatomiam Mundini.

Zdaje się więc, że rzeczywiście już wtenczas na początku XVI. stulecia wycinano macicę, chociaż wyobrażenia o jej kształcie nie miano dokładnego, o czem świadczy rycina w téjże anatomii, którą autor uważa za wielkie dzieło sztuki i w tych słowach chwali:

Et ut aliquanter tibi satisfacias de sua figura loco: et situ videas infrascriptas figuras immediate sequentes (ad quas videndas non veniat, qui non est ingeniosus et expertus in lineis et umbra) seu in pictura; que multum juvat medicos et alios multos artifices.

Schroeder podaje jako pierwszego operatora, który wyciął rakowatą macicę w roku 1822, Sautera z Konstaneyi, inni Langenbecka starszego. Wiem, że i Girsztow już bardzo dawno wyciął macicę przez pochwę, wyłuszczając ją z otrzewny.

Na zakończenie dodam tylko jeszcze kilka słów o sposobie operowania: Postępuję według Olshausena, jakto i Schroeder zaleca: wycinam macicę nie przewracając jej. Ma to pewne zalety, a mianowicie: nie narażamy choręj tak łatwo na zakażenie rozpadającemi się tkankami rakowatemi. Podwiązki zakładam tylko na zewnątrz od zrobić się mającego cięcia, dawniej przecinałem pomiędzy podwójnie założonemi podwiązkami; utrudnia to i przedłuża daremnie operację, a nie jest potrzebnem. Do zakładania podwiązek używam Dechampa odgiętego pod kątem rozwartym według Hahna, jestto nadzwyczaj wygodne narzędzie. W ostatnich przypadkach próbowałem Martinowskiego sposobu operowania, ale muszę przyznać, że odstąpiłem od niego, bo obrabiając przecięte sklepienie, zwiężamy otwór, przez który później mamy macicę wydobyć. Jego krótkie wzieniki natomiast bardzo się zalecają i są daleko lepsze, niż Simonowskie, bo zezwalają ściągnąć na dół macicę. Kleszczy Richelota nie używam, bo obawiam się przypadkowego otwarcia lub zesunięcia. Raz tylko (w przedostatnim przypadku) założyłem kleszcze te na prawe więzadło u dołu, gdzie naciek rako-

waty w bok sięgał, że trudno było podwiązkę poza niego założyć i w tym przypadku musiałem na nie-szczęście końcem kleszczyków ucisnąć kawałek ściany pęcherza, bo w kilka dni po odjęciu kleszczy wytworzyła się przetoka pęcherzowo-pochwowa. Sklepienia nie zaszywałem nigdy i nie widziałem ztąd żadnego niekorzystnego powikłania.

Sączek gruby zawinięty w gazę jodoformową zakładałem do pochwy tak, żeby sięgał aż nieco powyżej przeciętych jej ścian; naokoło niego wsuwam paski gazy jodoformowej. Tylko raz u osoby tłustej widzieliśmy z tego powodu objawy poważniejszego zatrucia jodoformowego. Naturalnie trzeba wten-czas usunąć gazę jodoformową i zastąpić ją sublimatową. Opatrunek pierwszy zostawiamy 5—7 dni, jeżeli nie występują objawy nakazujące wcześniejszą jego zmianę.

