



Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZPITALA STAROŻYTNY W WARSZAWIE

Prof. dr J. Zubrzycki

POCHWOWE PRZYSZCIE MACICY TYŁOZGIĘTEJ.

(*vaginofixatio uteri retroflecti*)

I OTWARCIE POCHWOWE JAMY BRZUSZNEJ (*koeliotomia vaginalis*)

CELEM WYCIECIA NOWOTWORÓW W PRZYDATKACH MACICY (*adnexa uteri*).

Dokonał i opisał

D-r Jakób Rosenthal,

ordynator oddziału.

Wiadomo powszechnie, iż zboczenia w położeniu macicy, a szczególnie ku tyłowi, powodują najrozmaitsze dolegliwości, tak czynnościowe narządu tego, jak i ogólne nerwowe. Każdy lekarz, w praktyce swej spostrzegał niejednokrotnie podobne przypadki; chora wędruje od jednego do drugiego lekarza, szukając porady na swe cierpienia. Jeżeli jest ono jeszcze krótkotrwałem, to odprowadzenie macicy i założenie wianka odpowiedniego sprowadza ulgę. Inaczej bywa, gdy cierpienie trwało lata całe; gdy zdążyły się wytworzyć zrosty, utrzymujące macicę w niewłaściwym położeniu. Tu o odprowadzeniu macicy mowy być nie może, a założony wianek nie tylko nie sprowadza ulgi, lecz przeciwnie zwiększa cierpienia.

Z rozwojem ginekologii operacyjnej, zaczęto przemyśliwać o leczeniu zboczenia tego na tej drodze. Z czasem wytworzyły się różne sposoby operacyjne, mające za zadanie umocowanie (*fixatio*) zgiętej macicy w położeniu, jeżeli nie prawidłowem, to doń zbliżonem. W tym celu przyszywano macicę do przedniej ściany brzusznej [OLSHAUSEN, SAENGER, CZERNY, LEOPOLD]; skracało więzy obłe [ALQUÉ-ALEXANDER-ADAMS]; związywano w ścianie brzusznej końce obu więzów obłych z sobą [MATLAKOWSKI]; szyję macicy sztucznie umocowywano ku tyłowi (*retrofixatio colli uteri retroflecti* SAENGER), wraz z przyszyciem dna do przedniej ściany pochwy [JACOBS]; w końcu przymocowywano ciało macicy do pochwy [SCHUECKING, ZWEIFEL].

Sposoby powyższe, zachwalane przez swych wynalazców, dawały w ręku innych operatorów różne wyniki. W 1892 r. jednocześnie prawie MACKEN-

WP R215pp 1895/6

Z-138585

Akc. z l. 2023 nr 492

136100660

RODT i DUEHRSEN przedstawili każdy z osobna w Berlińskim Towarzystwie położniczo-ginekologicznem sposoby swoje operowania, które nazwali „pochwowem umocowaniem [przyszyciem] macicy tyłozgiętej“. Oba te sposoby w zasadzie nie różnią się od siebie, gdyż polegają na przyszyciu ciała lub dna macicy do ściany przedniej pochwy; różnica zachodzi tylko w sposobie dokonywania operacji. Kolegom niespecyalistom, interesującym się tym przedmiotem, polecić mogę do przeczytania wykłady powyższych autorów w Tow. Berlińskim (*Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie* T. 24. str. 315-368), artykuły tychże i WINTER'a (*Centralblatt für Gynaekologie* 1893 Nr. 27, 29, 30), artykuł MACKENRODT'a (*Berliner klin. Wochenschr.* 1894. str. 713 i 734) a szczególnie pracę DUEHRSEN'a, opartą na 207 operowanych jego metodą przypadkach (*Archiv f. Gynaekologie* T. 47. zeszyt III str. 284).

Przebywając w r. z. w Berlinie, miałem niejednokrotnie sposobność widzieć, a niekiedy brać czynny udział w operacji tej, dokonywanej przez obu autorów, w ich klinikach. Z porównania obu sposobów nabrałem przekonania, że jakkolwiek metoda DUEHRSEN'a jest trudniejszą pod względem technicznym, jednakże, uwidoczniając całą macicę, pozwala na wykonanie ściślejsze i pewniejsze i powinna dawać lepsze wyniki. Sposobem też DUEHRSEN'a, przy zastosowaniu jego keliotomii pochwowej, postanowiłem w danym razie operować. Pogląd mój znalazł obecnie potwierdzenie w artykule D-ra WERTHEIM'a z kliniki prof. SCHAUTY w Wiedniu, który, wypróbowaawszy oba sposoby, t. j. MACKENRODT'a i DUEHRSEN'a, oddaje pierwszeństwo pod względem pewności i wyników sposobowi DUEHRSEN'a (*Centralbl. f. Gynäk.* 1895. Nr. 18).

Nie będę opisywał techniki operacyjnej obu sposobów, gdyż sądzę, że kolegom-ginekologom jest ona dostatecznie znana, a koledzy nie specjaliści znajdują ją poniżej w opisie pierwszego przypadku; przechodzę zaś do operowanych przezemnie przypadków. W dwóch z nich wskazaniem było tyłozgięcie ruchome macicy; poprzednie kilkoletnie leczenie nie dało żadnego dodatniego wyniku, i w nich dokonałem przyszycia dna macicy do ściany przedniej pochwy (*vaginofixatio intraperitonealis*); w dwóch drugich dokonałem otwarcia pochwowego jamy brzusznej (*coeliotomia vaginalis*) celem usunięcia torbieli jajników.

1-o. *Vaginofixatio intraperitonealis uteri retroflecti*. F. B., lat 28 licząca, zamężna, wyniszczona, małokrwista, w ciągu 9-letniego małżeństwa rodziła trzy razy na czasie, przed rokiem zaś poroniła w 3-im miesiącu. Miesiączkowanie co 4 tygodnie, o typie 5-o dniowym, bardzo obfite. Uskarża się na bóle w krzyżu, w dolnej części brzucha, bóle głowy, mdłości, *globus hystericus*. Leczona odprowadzaniem macicy i zakładaniem wianków macicznych. Po usunięciu ich po pewnym czasie, wszystkie przypadłości wracają. Przy badaniu części płciowo-rodzajnych znaleziono macicę nieco powiększoną w tyłopochylenio-zgięciu, ruchomą, łatwo odprowadzalną. Przydatki macicy zdrowe.

W d. 12 listopada 1894 r. dokonałem operacji *vaginofixationis* sposobem DUEHRSEN'a, w asystencji kol. ZWEIFBAUMA, JUROWSKIEGO, FINKELKRAUTA, GOTTARDA. Po uspianiu chorej w położeniu grzbietowem, odciągnięto ły-

żką Sims'a tylną ścianę pochwy i ujawszy kulociągami przednią wargę macicy, ściągnąłem nini część pochwową aż do wejścia do pochwy. Następnie poprowadziłem cięcie poprzeczne, nieco ku górze wypukłone, przez całą szerokość przyczepu ściany przedniej pochwy do części pochwowej. Ujawszy brzeg przeciętej pochwy szczypczykami PÉAN'a, uniosłem go do góry i dałem do trzymania asystentowi, sam zaś, naciągając lewą ręką kulociągi, palcem prawej ręki odłuszczyłem tępo ścianę pochwy od szyjki macicznej. W ten sposób doszedłem do fałdy pęcherzowo-macicznej, którą ująłem pincetą i nożyczkami przeciąłem przez całą szerokość. Górny listek przeciętej fałdy przyszyłem z obu boków i w środku do brzegu przeciętego ściany przedniej pochwy katgutem, po związaniu którego zostawiłem długie końce. Przez przednią ścianę widocznego ciała macicy nad przeciętą fałdą otrzewnową przeprowadziłem grubą igłą ligaturę jedwabną, której końce związałem z sobą. Ligatura ta miała służyć za lejce przy wyprowadzaniu macicy na zewnątrz. Teraz zdjąłem kulociągi z części pochwowej, a zwierciadłem Sims'a wsunąłem ją w głąb pochwy, starając się utrzymać ją ku tyłowi, pociągając jednocześnie ku dołowi za powyższe lejce. Takich ligatur, służących do ściągnięcia macicy, założyłem jeszcze dwie, coraz wyżej, aż w końcu, gdy w otworze pokazało się dno macicy, takowe ująłem kulociągami i pociągając lekko ku sobie, w ten sposób wyprowadziłem całe ciało macicy przed srom. Ta część operacji stanowi *koeliotomiam vaginale* i polega ona na otworzeniu fałdy otrzewnej pęcherzowo-macicznej i wyprowadzeniu macicy na zewnątrz. Przekonawszy się przez wyprowadzenie za pomocą pociągania jajników i jajowodów na zewnątrz, że takowe są zdrowe, a przez wymacanie palcem tylnej ściany macicy, że żadnych przyczepów (*strang*) i zrostów okołomacicznych nie ma, wsunąłem napowrót przydatki do jamy miednicy i przystąpiłem do przyszywania dna macicy do pochwy. W tym celu nitkę *fil de de Florence* nawleczoną w mocną, krótką igłą przeprowadziłem na $\frac{1}{2}$ ctm. od brzegu przez ścianę pochwy wraz z otrzewną do niej katgutem przytwierdzoną, i przez dno macicy, wkluwając igłę w odległości 1-go ctm. od ujścia jajowodu i wyprowadzając w odległości 1 ctm. od wklucia. Takich szwów przeprowadziłem trzy, t. j., po jednym z każdego boku macicy i jeden przez środek dna. Szwów tych nie zacisnąłem, lecz końce każdego z nich ująłem w szczypczyki PÉAN'a. Naprężwszy otwór w sklepieniu pochwy przez pociąganie ku przodowi pozostawionych długich końców ligatur katgutowych, wprowadziłem z powrotem ciało macicy do jamy miednicy, i teraz dopiero związałem mocno szwy z *fil de Florence* w ten sposób, aby węzeł wypadł na ścianie pochwy, i niezbyt krótko obciąłem. Obciąwszy krótko ligatury katgutowe łączące otrzewną z ścianą pochwy i usunąwszy ligatury jedwabne, odgrywające rolę lejców, schwyciłem znowu kulociągami za część pochwową ku tyłowi zwróconą i pociągając ją ku przodowi zaszyłem sklepienie pochwy w kierunku pionowym szwem ciągłym katgutowym. Ta część operacji stanowi właściwą *vaginofixationem uteri intraperitonealem*, w przeciwstawieniu do *extraperitonealis*, przy której nie otwiera się fałdy otrzewnej, lecz szew przez nią się zakłada wtedy, gdy ściągnięta macica dnem swoim wypukła fałdę

Z różnych przyczyn, których ramy tego artykułu nie pozwalają mi rozbie-
rać, DUERHISSEN sposób zewnątrz-otrzewnowy porzucił, i każdej waginofksacyi
dokonywa na drodze keliotomii waginalnej, w sposób jak powyższy.

Pochwę po operacyi wypełniłem lekko gazą jodoformową. Operacya
wraz z uśpieniem chorej trwała blisko godzinę.

Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia. Najwyższa cie-
płota wynosiła 37,1° C.. Tętno 76—84. Bólów żadnych operowana nie uczu-
wała. Dziesiątego dnia, t. j. 22. XI. przy badaniu znaleziono macicę w przo-
dopochyleniu. Zagojenie *per primam* przecięcia sklepienia. W d. 2. grudnia
wypisała się ze szpitala, t. j. w trzy tygodnie po operacyi. W trzy tygo-
dnie później, t. j. w 6 tygodni po operacyi szwy *fil de Florence* usunąłem.
Chorą od czasu do czasu widuję; macica znajduje się w przodopochyleniu,
a operowana żadnych dawnych dolegliwości nie uczuwa.

2-o. *Koelioovariotomia vaginalis c. vaginexfixatione intraperitoneale uteri re-
troflecti*. R. F., lat 35 licząca, zamężna, rodziła troje dzieci; ostatnie przed
5-iu laty; miesięczka zawsze o kilka dni przyspieszona, w ostatnich czasach
bardzo obfita. Uskarża się na bóle w krzyżu, przechodzące w pachwiny.
Znaleziono tyłozgięcie macicy, lekko odprowadzalne, jajnik prawy znacznie,
jajnik lewy nieco powiększony.

W d. 20 II. r. b. przystąpiłem do operacyi w asystencyi powyżej wymie-
nionych kolegów. Technika operacyjna jak w poprzednim przypadku. Po
wydobyciu na zewnątrz jajnika lewego, ten, wielkości orzecha włoskiego,
posiadał na powierzchni swej kilka małych torbieli, które przekłuto i jajnik
z powrotem do jamy miednicy odprowadzono. Jajnik prawy, wielkości brzo-
skwini, w całości był zwyrodniony, stanowiąc torbielak. Po podwiązaniu
jedwabną ligaturą *continua* więzu szerokiego, jajnik wyciąłem. Płaszczy-
zną odcięcia przypaliłem żegadłem PACQUELIN'a. Przymocowanie trzema
nitkami dna macicy do pochwy, odprowadzenie macicy do jamy brzusznej,
zamknięcie sklepienia pochwy podłużnie szwem ciągłym katgutowym, w spo-
sób jak w poprzednim przypadku.

W rekonwalescencyi ciepłota ciała, skutkiem zatrzymania wypróżnień,
podniosła się 5-o dnia do 38° C., lecz po użyciu środka wypróżniającego spa-
dła do 37,2° C.. Trzynastego dnia po operacyi dokonane badanie wykazało,
że rana w sklepieniu pochwy nie zagoiła się. Przeczekawszy jeszcze tydzień,
w d. 12. III. odświeżyłem brzeg przecięty sklepienia pochwy i macicy
i zeszyłem je poprzecznie z sobą. Zagojenie przez bezpośrednie zrośnięcie.

Skutkiem lekkiego nacieczenia w lewym *parametrium*, zakładano do po-
chwy tampony z ichtyolem. Przy wyjściu chorej ze szpitala w d. 7 IV.
po zdjęciu szwów z *fil de Florence*, macica znajduje się w przodopochy-
leniu.

3-o. *Koelioovariotomia bilateralis vaginalis*. F. L..., z osady Ciechanow-
ca, gub. Grodzieńskiej, skierowana do mnie przez kol. WOLFFA z Ciecha-
nowca, przyjętą została do szpitala d. 30 IV. r. b.. Dobrze zbudowana, lat
28 licząca, zamężna 8 lat, raz tylko rodziła przed 7-iu laty. Miesięczka od
5 u lat nieprawidłowo się odbywa; pojawiała się najpierw co 3 tygodnie,

a po skończeniu następowały plamy krwawe, trwające do pojawienia się nowej miesiączki. Przed rokiem dokonaniem zostało wyłyżeczkowanie macicy, po którym miesiączka, zamiast stać się prawidłową, pojawiła się co 2 tygodnie, dość obficie, z następnymi plamami krwawymi. Przy badaniu znaleziono macicę niepowiększoną w przodopochyleniu; z prawej strony macicy, tuż obok niej, wyczuwa się guz wielkości dużej pomarańczy, sprężysty, ruchomy, dający się od macicy oddzielić. Z lewej strony wyczuwa się takież sam guz, tylko mniejszy, nie przechodzący wielkości brzoskwini, usadowiony w górze macicy, lecz dający się od niej oddzielić, sprężysty, ruchomy. Rozpoznano torbiele obustronne jajników.

Operacyi dokonałem w d. 14 V. r. b, przy pomocy kol. JUROWSKIEGO, ZWEIGBAUMA, ADOLFA POZNAŃSKIEGO i GOTTARDA. Technika operacyjna jak w poprzednich. Po wyprowadzeniu ciała macicy przed srom, za pomocą lejc z ligatury jedwabnej, założonej przez dno macicy, ściągnięto tę ostatnią ku dołowi i na prawo. W ten sposób ułatwiłem sobie wydobyć palcem przydatków wraz z torbielą lewą. Wycięcie torbieli nastąpiło w sposób jak w poprzednim przypadku. Szypułę przypaliłem żegadłem PACQUELIN'a. Wydobyć na zewnątrz torbieli prawego jajnika napotkało na trudność skutkiem jej wielkości. Pociąganie macicy ku dołowi i na lewo nie pomagało. Wprowadziłem więc na palcu igłę aspiratora POTAIN'a, którą torbiel *in situ* przekłółem, a po wypuszczeniu z niej części zawartości kleistej, schwyciłem kulociągami i z łatwością na zewnątrz wyprowadziłem. Podwiązawszy więz szeroki i jajowód ściśle z torbielą spojony, za pomocą jedwabnej ligatury *continua*, odciąłem nowotwór, szypułę zaś przypaliłem żegadłem PACQUELIN'a. Macicę wprowadziłem z powrotem do jamy brzusznej, zeszyłem z sobą listki przeciętej fałdy otrzewnej pęcherzowomacicznej trzema szwami katgutowymi i w końcu przyszyłem poprzecznie przednią ścianę pochwy do części pochwowej macicy szwem ciągłym katgutowym.

Rekonwalescencya bez najmniejszych zaburzeń. Ciepłota ciała przez cały czas nie przechodziła 37,4° C. przy tętnie 72—76. Czwartego dnia podano olej rycynowy celem wywołania wypróżnienia. Dziesiątego dnia po operacyi przy zbadaniu chorej znaleziono zeszytę pochwy zrosniętę bezpośrednio. Pacjentka zdrową wypisana została ze szpitala w d. 31. V. r. b..

4-o. *Koelioovariotomia dextra vaginalis*. D. F..., tolerantka, lat 31 licząca, przybyła do oddziału d. 15. V. r. b., uskarżając się na bóle nad prawą pachwiną, nie pozwalające jej oddawać się swemu procederowi. Bóle te wystąpiły kilka miesięcy temu i coraz więcej stają się dolegliwymi. Dawniej cieszyła się dobrym zdrowiem, dzieci nie rodziła, miesiączka przychodziła prawidłowo. Wzrostu wysokiego, szatynka, źle odżywiona; podkład tkanki tłuszczowej podskórnej zanikły, barwa skóry szaro brudna, błony śluzowe widzialne i łącznica oczu blade. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono macicę niepowiększoną w przodopochyleniu i odsuniętą na lewo. Na prawo od macicy wyczuwa się guz, wypuklający sklepienie ku dołowi, kulisty, na dotyk sprężysty. Guz ten wielkości prawie dwóch pięści łączy się z macicą za pomocą sznurka grubego na palec, a długiego 2—3 ctm. i jest ruchomy, gdyż

daje się unieść nieco ku górze. Rozpoznano torbiel jajnika prawego i zaproponowałem chorej operację doszczętną, na którą się zgodziła.

Zachęcony poprzednim przypadkiem, postanowiłem dokonać keliotomii na drodze pochwowej. Operację uskuteczniłem w d. 22. V. w asystencji kol. JUROWSKIEGO, ADOLFA POZNAŃSKIEGO, FINKELKRAUTA i GOTTARDA. Skutkiem, zdaje się, przebytych zapaleń szyi macicznej, oddzielenie ściany przedniej pochwy od szyi macicy i przedostanie się do fałdy otrzewnej pęcherzowomacicznej było nadzwyczaj utrudnione i trwało przeszło 1½ godziny. Niejednokrotnie podczas oddzielania, dokonywanego na tępo i nożyczkami, krwawiły dość grube tętnice, które zmuszony byłem podwiązywać. Sama otrzewna była grubą najmniej na 5 milimetrów. Po poprzecznem otwarciu i przyszyciu przedniego jej listka do brzegu ściany pochwy, poprowadziłem na ostatniej cięcie pionowe 4 ctm. długie i oddzieliłem ścianę pochwy od pęcherza. Teraz dopiero za pomocą lejców i kulociągów, nałożonych na ciało i dno macicy, takową wyprowadziłem przed srom. Nałożoną ligaturą katgutową na wiąz obły i jajowód prawy, przy jednoczesnem odcąganiu macicy ku dołowi i na lewo, zbliżyłem guz do otworu w sklepieniu pochwy. Przekłuwszy go *in situ* trójgrańcem aspiratora POIRAIN'a, aspirowałem część zawartości jego, stanowiącej płyn jasny, opalizujący, nieco kleisty. Schwyciwszy podczas aspiracji guz kulociągiem, wraz ze zmniejszaniem się jego, lekko zań pociągając, w zupełności wydobylem go na zewnątrz. Podwiązawszy szypułę, będącą więzem szerokim, guz odciąłem i szypułę przypaliłem zegadłem PACQUELIN'a. Usunąwszy założone na jajowód ligatury katgutowe, naddarcia, spowodowane wrywaniem się kulociągów z macicy zaszyłem katgutem i wsunąłem macicę do jamy brzusznej. Listki fałdy pęcherzowomacicznej społem katgutem i zeszyłem przecięcia pionowe i poprzeczne pochwy w właściwych kierunkach. Operacja pod chloroformem, wskutek powyżej opisanych trudności, trwała 2½ godziny, i pod koniec jej, u chorej następowały chwile braku oddechu.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota ciała 36,5° C., przy tętnie 98 słabem. Następnego dnia, t. j. 23. V. z rana, brak tętna zupełny, ciepłota 38° C., chora niespokojna, przytomna, brzuch miękki, na ucisk niebolesny. Mając przed sobą wszelkie objawy zapadu, spowodowane upośledzoną nadzwyczaj czynnością serca, podaliśmy środki podniecające, jak: kamforę, *coffeinum natro-benzoicum*, eter z kamforą podskórnie; pomimo tego jednak czynność serca nie podniosła się i chora tegoż dnia o godzinie 10-ej wieczorem życie zakończyła.

Dokonana sekcyja w 36 godzin po śmierci wykazała: w małej miednicy nieco płynu krwawego macica nie przekrwiona, na szwach, nałożonych na naddarcia macicy, niema najmniejszego nalotu, szypuła podwiązana wygląda zupełnie świeżo, otrzewna ścienna i jelita nawet nie zaczerwienione, mają barwę zupełnie normalną, lśniąca. Wyniki te, otrzymane przy badaniu miejscowem po śmierci, dowodzą, pomimo niedokonania z powodów od nas niezależnych rozbioru klatki piersiowej, że śmierć prawdopodobnie była następstwem zwyrodnienia mięśnia sercowego, w skutek zbyt długiego chloroformowania. Przemawiały za tem także objawy za życia spostrzegane.

Zastanawiając się nad powyższymi przypadkami, pozwolę sobie zrobić kilka uwag, które mi nastręczyły. Najpierw co się tyczy wyniku *vaginofixationis*, to ten uznać muszę za zadawalający; w obu przypadkach, w jednym po 7-iu, w drugim po 3-ch miesiącach macica znajduje się w przodopochyleniu. Żadnych dolegliwości, tak zaraz po operacji, jak i obecnie niema. Czas rekonwalescencji jest bardzo krótki, gdyż już ósmego dnia, po zagojeniu się rany w pochwie, pacjentka wstać może z łóżka, a nawet wypisaną być z zakładu.

Otwarcie pochwowe jamy brzusznej (*koeliotomia vaginalis*) doskonale się nadaje przy wycinaniu niewielkich nowotworów w macicy i w przydatkach jej, i z prawdziwą korzyścią rywalizować może z keliotomią brzuszną. Przedewszystkiem zaleca się daleko krótszym okresem zdrowienia i nie pozostawia blizny na brzuchu, usposabiającej tak często do powstawania przepuklin brzusznych. Prawda, że technika koeliotomii pochwowej jest daleko trudniejszą i zmuśniesz ją niż keliotomii brzusznej, ale gdzie korzyść pacjentki odgrywa rolę, tam o większem lub mniejszem trudzeniu się mowy być nie może.

Gdy się czyta opisy metod operacyjnych, zalecanych przez ich autorów, wydają się one nam zwykle łatwemi-do wykonania. Niejednokrotnie przekonałem się, że jest to złudzeniem. To samo ma miejsce z keliotomią pochwową DUEHRSEN'a. Przedewszystkiem, jakkolwiek DUEHRSEN utrzymuje (*Ueber vaginale koeliotomie bei zwei Fällen von Tubarschwangerschaft. Centralbl. f. Gynäk. 1895. Nr. 15.*), że otwarcie fałdy otrzewnej pęcherzowomaciczej jest dlań igraszką (*spielend leicht*), to pozwolę sobie, na zasadzie moich operacji, o temi wątpić. Albo twórca operacji nabył tak ogromnej wprawy, albo też, pomimo bardzo znacznej liczby przezeń operowanych, nie zdarzyło mu się mieć przypadku takiego, jak mój czwarty, po przebytych niejednokrotnych zapaleniach szyi macicznej, skutkiem których nastąpiło zgrubienie i rozrost tkanki łącznej szyjowopochwowej. Tam nie wystarcza „*ein Messerschnitt, zwei Scherenschläge*“, aby oddzielić pochwę od szyi macicy! Oddzielanie w tym przypadku trwało przeszło 1½ godziny, a rozwinięte naczynia, które w zbitej tkance łącznej zmuszony byłem podwiązywać, dowodzą, do jakiego stopnia tkanka była rozrosłą i zgrubiałą. Po przecięciu fałdy otrzewnej pęcherzowomaciczej wyprowadzenie macicy na zewnątrz nie jest trudnem, ale nadzwyczaj nieprzyjemnem dla operującego jest wrywanie się zakładanych kulociągów na macicę, skutkiem czego bywa poszarpanie macicy. Jakkolwiek D. radzi, w razie wrywania się kulociągów, zakładać na macicę podwiązki tymczasowe [lejce] i za nie pociągając, wyprowadzić macicę na zewnątrz i utrzymuje, że podwiązki takie nigdy nie wrywają się;—ale zawsze mają niedogodność, mianowicie: przekłucie miększu macicy krwawi dość obficie i często nawet nałożony na otwór, z ukłucia pochodzący, szew nie jest w stanie krwawienia zatrzymać. Celem uniknienia tego wszystkiego, postanowiłem w przyszłości ciało macicy wyprowadzać na zewnątrz za pomocą dość szerokiego haka, odpowiednio przezemnie obmyślanego, do zaczepiania się o całą szerokość dna macicy.

Co się tyczy przecięcia w sklepieniu pochwy, to podłużne zeszyście jej, jak je uskutecznia DUEHRSEN, jest, zdaniem mojem, tam tylko wskazaniem, gdzie z powodu krótkości przedniej ściany pochwy pożądanem jest jej przedłużenie; w każdym innym przypadku jest ono niepotrzebnem, gdyż przyszywając przecięte sklepienie pochwy do macicy poprzecznie, tak jak je odeń odcięliśmy, zachowujemy w zupełności anatomiczne stosunki, jakie istniały przed operacją.

