

A. WOŚKOWSKI

Uwagi o ciąży w rogu szczątkowym.

Notes on pregnancy in a rudimentary horn of the uterus.

Z pośród różnych postaci wad rozwojowych, jakie mogą dotyczyć narządów rodnych kobiety, szczególniejszą naszą uwagę przyciągają te z nich, które lubo rzadkim są zjawiskiem prowadzić mogą do mniej lub więcej poważnych zaburzeń w stanie jej zdrowia, a nawet stać się w pewnych momentach groźnymi dla jej życia. Do takich właśnie zaliczyć należy wadę rozwojową określaną mianem macicy dwurożnej o rogu szczątkowym (uterus bicornis rudimentarius lateralis, seu uterus bicornis cum cornu rudimentario). Zaszeregować ją należy do wad, wynikających z niezrośnięcia się fałdów moczowopłciowych (plicae urogenitales) w pasmo płciowe (tractus genitalis). Z tego, jak bowiem wiadomo, odcinka przewodów Muellera po zetknięciu się ich ze sobą i po zaniku przylegających wtedy do siebie ich ścianek powstaje przy udziale rozrastającej się mezenchymy macica i pochwa.

Zależnie od stopnia oddalenia niezrośniętych ze sobą przewodów Muellera oraz od długości odcinka jaki te zjawisko obejmuje spotykamy różne stopnie rozdwojenia: rozdwojenie zupełne macicy i pochwy (uterus duplex separatus et vagina duplex separata), gdy niezrośnięcie się przewodów Muellera obejmuje całą długość pasma płciowego (postać o wyjątkowej rzadkości); rozdwojenie zupełne samej macicy (uterus duplex separatus) — niezrośnięcie się przewodów na nieco krótszym odcinku; rozdwojenie niezupełne macicy — macica dwurożna (uterus bicornis) — niezrośnięcie się przewodów w obrębie pewnej tylko części przyszłej macicy.

W macicy dwurożnej rozdwojenie może obejmować częściowo i szyjkę (uterus bicornis partim bicollis), częściej jednak znajduje się ono powyżej ujścia wewnętrznego i dotyczy bądź całego trzonu (uterus bicor-

nis, seu bicorporeus unicollis), bądź tylko górnej jego części (uterus suprabicorporeus, seu corpus uteri suprabicornis infra simplex).

We wszystkich tych odmianach rozdwojeń macicy może wystąpić jej niedokształcenie spowodowane niedostatecznym zrośnięciem się mezenchymy dookoła poszczególnych części dolnych odcinków przewodów *Mueller*a i w ten sposób powstaną różne stopnie niedokształcenia macicy dwurożnej zarówno symetryczne, t.j. występujące po obu stronach (uterus bicornis rudimentarius bilateralis), jak i niesymetryczne t.j. jednostronne (uterus bicornis rudimentarius lateralis, seu uterus bicornis cum cornu rudimentario).

W nierozdwojonej pochwie istnieć może przegroda już to zupełna, już niezupełna, t.j. rozciągająca się na całej długości danego odcinka, czy też jego części (cervix, vagina septa, subseptum). Ponieważ przewody *Mueller*a, łącząc się ze sobą, mogą leżeć nie tylko jeden obok drugiego, ale i jeden za drugim, przeto i przegrody w różnych odcinkach macicy mogą przebiegać w różnych płaszczyznach (*R. Meyer*).

Stopień niedokształcenia rogu macicy może być różny: poczynając od nieznacznej asymetrii (uterus bicornis asymmetricus), kończąc na zupełnym jego braku — mamy wtedy przed sobą macicę jednostronną (uterus unilateralis). Postać przejściową stanowić będzie macica o jednym rogu szczątkowym (uterus bicornis cum cornu rudimentario). Róg szczątkowy połączony jest z rogiem rozwiniętym powyżej ujścia wewnętrznego za pomocą silniej lub słabiej wykształconego mostka utworzonego z tkanki mięsnej i łącznej. Przedstawia się on jako cienkie lub grube płaskookrągłe mięsiste pasmo w części górnej mniej lub więcej silnie rozdęte, lite albo posiadające różnej wielkości jamę, już to tylko w swej górnej części, już to i w obrębie wyżej wymienionego mostka. Rogi macicy dwurożnej tworzy się poniżej, czy powyżej ujścia wewnętrznego. Każdy z nich znajduje się w pochyleniu bocznym (*lateroversio*).

Ścianka rogu szczątkowego w obrębie jego górnego odcinka jest zazwyczaj słabiej rozwinięta; łączące się z nim przydatki również często wykazują mniejszy lub większy stopień niedorozwoju. Nierzadko napotykamy w przypadkach rogu szczątkowego na inne jeszcze wady rozwojowe; częściej jednak występuje on jako wada odosobniona. Czasem stwierdza się brak tętnicy macicznej bądź po stronie rogu szczątkowego bądź po stronie przeciwległej.

Śluzówka, wyścielająca jamę rogu szczątkowego bywa w różnym stopniu rozwinięta; często wykazuje znaczny stopień niedokształcenia; wykształcona dostatecznie bierze udział w miesiączkowaniu. Prowadzić to może do nagromadzenia się krwi w świetle jamy rogu, jeżeli mostek, łączący obydwie rogi macicy, nie jest całkowicie skanalizowany. Obecność takiego powikłania uniemożliwia rzecz oczywista zagnieżdzenie się w rogu szczątkowym zapłodnionego jaja.

Ciąża w rogu szczątkowym jest rzadkim zjawiskiem biologicznym. na przestrzeni naprzykład 11 lat (od 1904 — 1915) zebrał Bayer 81 przypadków. Ciąża w rogu szczątkowym, jama którego niema połączenia z kanałem szyjki może powstać wtedy, gdy zapłodnione jajo z jajnika strony przeciwległej przewędruje zewnątrz macicy do ujścia brzuszego połączonego z nim jajowodu (*migratio ovi externa*), albo też gdy jajo z jajnika, znajdującego się po tej samej stronie, zostanie zapłodnione przez plemnik, który podobną przebedzie drogę. Jakkolwiek wędrówka zewnętrzna jednego lub drugiego rodzaju gonady powinna zdawałoby się sprzyjać powstawaniu ciąży jajowodowej — w omawianych stosunkach anatomicznych stanowi ona zjawisko rzadkie.

Po zagnieżdzeniu się jaja w rogu szczątkowym dalszy jego rozwój zależeć będzie od stopnia rozwoju śluzówki i ściany mięsnej rogu. Warstwy te, jak już nadmieniono, w różnych przypadkach mogą się pod tym względem różnić bardzo znacznie. Rozwój jaja zależeć dalej będzie również i od tego w jakim odcinku rogu szczątkowego nastąpi jego zagnieżdzenie. Inne bowiem warunki znajdzie zapłodnione jajo w górnym słabiej rozwiniętym, niż w znacznie lepiej wykształconym i ukrwionym odcinku dolnym.

O ile jajo zagnieżdzi się w pierwszym z nich o śluzówce słabo wykształconej, to nie może wytworzyć się dostatecznie gruba doczesna; wtedy komórki trofoblastu wrastają w mięśniówkę a to prowadzi do przeżarcia ściany rogu, podobnie jak to widzimy w przypadkach ciąży jajowodowej. Oczywiście proces ten ze względu na większą grubość ścianki będzie tu wymagał dłuższego czasu.

Jest to pierwszy mechanizm z jakim spotykamy się w przypadkach przedwczesnego przerwania ciąży w rogu szczątkowym.

Nadżarta przez kosmki ściana rogu szczątkowego może ulec jeszcze wcześniej pęknięciu; następuje ono bądź samoistnie — pod wpływem prężności samego jaja płodowego — bądź też pod wpływem nieznacznego nawet urazu. Pęknięcie znajdzie się zazwyczaj w obrębie ściany przyśrodkowej górnego odcinka rogu. W tym bowiem miejscu, jak wspomniano, bywa ona najsłabiej rozwinięta, wobec zaś bocznego zgięcia i pochylenia rogu wystawiona w większym stopniu na napór rozrastającego się jaja, niż część dolna i boczna mocniej rozwinięta i lepiej ukrwiona.

Powstały skutek pęknięcia otwór ulega często dalszemu powiększeniu w związku z tym, że brzegi jego rozchodzą się pod wpływem kurczenia się silniej rozwiniętej warstwy mięsnej dolnych części rogu. Następstwem tego bywa groźny, nieraz śmiertelny krwotok do jamy brzusznej; wobec bowiem dość grubej, ulegającej ponadto przerostowi ściany mięsnej do pęknięcia dochodzi dość późno — w 3—6 miesiącu, najczęściej zaś w 4—5 miesiącu, co nie jest obojętne dla nasilenia krwotoku w następstwie daleko posuniętego w tych przypadkach ukrwienia,

Przy zagnieżdzeniu się natomiast jaja w dolnym odcinku rogu szczątkowego, gdzie i warstwa mięsna jest silniej rozwinięta i śluzówka lepiej wykształcona mogą się wytworzyć bardziej pomyślne warunki dla jego rozwoju. W miejscu zagnieżdżenia rozwija się łożysko. Jednak i w tych również przypadkach ciąża może ulec przedwczesnemu przerwaniu; górna bowiem część rogu szczątkowego jest często zbyt słabo rozwinięta aby mogła wytrzymać napór rozwijającego się jaja. Skutkiem tego w obrębie części przyśrodkowej jego górnej ścianki, która stawia najslabszy opór, już we wczesnych miesiącach ciąży powstaje wybrzuszenie, które w miarę jej przedłużania się coraz bardziej się powiększa, powodując coraz silniejsze rozciąganie górnego odcinka rogu i coraz znaczniejsze cieńczenie jego ścianki w tym miejscu (Robert Meyer). Na skutek powstania tego wybrzuszenia miejsce połączenia przydatków z rogiem ciężarnym ulega stopniowemu przesunięciu ku dołowi.

Wzmagający się ucisk na ściankę rogu szczątkowego i brak dostatecznego przerostu powoduje coraz gorsze jej ukrwienie w następstwie zaś tego ściana jego ulega zwyrodnieniu tak iż w końcu następuje pęknięcie ściany rogu raptowne lub powolne.

Jest to drugi mechanizm przedwczesnego przerwania ciąży w rogu szczątkowym, który cechuje możliwość wystąpienia tylko nieznacznego krwiotoku wobec słabego unaczynienia rozciągniętej ściany rogu.

Przez stopniowo powiększający się w pękniętej ścianie otwór całe jajo płodowe lub też tylko sam płód może się urodzić do jamy brzusznej. Jeżeli łożysko nie ulegnie odklejeniu, płód, znajdujący się poza obrębem rogu, może utrzymać się przy życiu i rozwijać się dalej w wolnej jamie brzusznej.

W trzeciej wreszcie grupie przypadków ciąży w rogu szczątkowym możemy spotkać się z przedwześnie spowodowanym obumarciem płodu, znajdującego się wewnątrz jamy rogu. Zdarza się to wtedy, gdy ściana rogu szczątkowego, wskutek przewagi utkania łącznotkankowego w jej warstwie mięsnej jest nierozciągliwa i nie podatna; skutkiem tego jama rogu nie ulega powiększeniu, dotrzymującego kroku wzrostowi jaja, niepodatna ściana rogu uciska na jaje płodowe i powoduje niedostateczny dopływ krwi. W tych przypadkach spotykamy częstokroć i pewne nieprawidłowości w rozwoju łożyska w postaci wystąpienia łożyska wielopłatowego lub rozsianego (placenta lobata, disseminata), które cechuje się bardzo powierzchownym rozwojem. Także i ono ulegać może obumarciu pod wpływem ucisku nierozciągliwej ściany rogu, lub częściowego oderwania się od niej, co pociąga za sobą wylewy krwawe pozałożyskowe z następowym zamarciem płodu.

Możliwość utrzymania się ciąży w rogu szczątkowym do końca i całkowitego rozwoju w nim płodu istnieje tylko w tych przypadkach, gdy w rogu tym znajduje się dostatecznie wykształcona błona śluzowa

i dobrze rozwinięta w ścianie warstwa mięsna zdolna do rozrostu i przerostu, mogąca zapewnić dostateczne rozszerzenie się jamy rogu i utrzymanie równowagi biologicznej między rozwijającym się jajem płodowym, a podłożem maczynym.

W ujęciu statystycznym wyżej opisane rodzaje zejścia ciąży w rogu szczątkowym przedstawiają się w ten sposób, że w 45 — 50% przypadków następuje pęknięcie ściany rogu, w 25% śmierć płodu w niepękniętym rogu i w 25% przypadków donoszenie ciąży.

Zamarcie płodu zarówno wewnątrz nieuszkodzonego rogu szczątkowego, jak i w jamie brzusznej dokąd się on po pęknięciu ściany rogu może przedostać, już to w worku płodowym, już to bezpośrednio wywołuje szereg zmian swoistych, polegających bądź na wysuszeniu (*mumificatio*), bądź skamienieniu (*petrificatio*). lub też na maceracji i szkieletyzacji. Płód skamieniały (*lithopaedion*) niekiedy objęty całkowicie lub częściowo skamieniałymi błonami płodowymi (*lithokelyphopaedion*) może nieraz przez długie lata pozostawać w jamie brzusznej. Innym razem następuje zropienie lub rozpad gnilny obumarłego jaja płodowego i przebicie tak powstałego ropnia do jamy sąsiednich narządów.

Przykładem ilustrującym rozwój ciąży w rogu szczątkowym w wyniku zagnieżdżenia się jaja w jego dolnym odcinku może służyć spostrzeżenie w naszej klinice poniżej opisany przypadek.

H. K. Lat 28 przybyła do kliniki 29.V 1946 r. Rodziła 2 razy ostatni poród przed 2 laty o przebiegu normalnym. Miesiączki prawidłowe od 15 roku życia, co 4 tygodnie po 3—4 dni trwające, umiarkowanie obfite, niebolesne. Ostatnia miesiączka w ostatnich dniach grudnia 1945 r. Pierwsze miesiące ciąży przebiegały bez zaburzeń i chora czuła się dobrze. Od kilku tygodni odczuwa w podbrzuszu bóle, nasilające się coraz bardziej i coraz częściej powracające. Z powodu tych bólów chora zgłosiła się do kliniki. Przy badaniu stwierdzono: wzrost średni, budowa prawidłowa; ukrwienie powłok i widocznych błon śluzowych normalne; płuca i serce zmian chorobowych nie wykazują; gruczoły sutkowe dobrze rozwinięte; przy wyciskaniu wydobywa się z brodawek sutkowych nieznaczna ilość kleju. W dole brzucha stwierdza się obecność guza o kształcie jajowatym, wychodzącego z miednicy małej i sięgającego swoją górną granicą do poziomu pępka. Oś guza biegnie skośnie w górę i w prawo. Kontury jego niezbyt ostro obrysowane. Guz jest spoistości napięto elastycznej, mało ruchomy, przy ucisku tkliwy. W obrębie guza nie wyczuwa się części płodu, ani też nie wysłuchuje jego tętna. Błona śluzowa przedsiionka i pochwy zlekka sinawa i rozpułchniona. Część pochwową kształtu normalnego, miękka; kanał szyjki nie przepuszcza opuszki palca.

Guz, wypełniający podbrzusze nie wykazuje wyraźnej łączności z szyjką maciczną. W prawo od niego przez sklepienie boczne wyczuwa się

kulisty mało ruchomy miękko elastyczny twór wielkości pięści, wykazujący łączność z szyjką maciczną; obydwie guzy leżą blisko jeden obok drugiego, w dole jakby połączone ze sobą. Ciepłota ciała normalna; w moczu zmian chorobowych nie stwierdzono.

W ciągu następnych dni po przybyciu bóle w obrębie podbrzusza prawego to na jakiś czas słabły, to znów się wzmagaly, bolesność uciśkowa utrzymywała się. Objawy powyższe nasuwały podejrzenie na ciążę pozamaciczną, wobec czego zdecydowano się na zabieg operacyjny. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono: w prawej połowie miednicy trzon macicy kształtu kulistego wielkości dużej pomarańczy o zabarwieniu sinawo czerwonym leży w prawopochyleniu i zgięciu; od rogu prawego typowo odchodzą przydatki prawe niezmięcone chorobowo. Od przodu i z lewej strony trzonu umiejscowiony jest duży guz, którego dolną część można swobodnie obejść; jest on wielkości główki noworodka. W odległości kilku centymetrów od dolnego bieguna guza odchodzi przyśrodkowo pasmo mięsne około $2\frac{1}{2}$ ctm długie i szerokie, 1 ctm grube; biegnie ono ku trzonowi macicy i łączy się z nim w obrębie jego cieśni (isthmus). Ściana dolnej części guza jest dość gruba, mięsista pokryta prawidłową otrzewną i tak samo jak trzon macicy zabarwiona. Górna jego natomiast i znacznie większa jajowato wydłużona część jest pokryta silnie przyrośniętą do niej siecią i licznymi pętlami jelita cienkiego. Po oddzieleniu sieci i pętli jelit guz w całości odsłonięto i wtedy okazało się, że jest to ciężarny szczątkowy róg macicy, w dolnej części którego usadowione jest łożysko, w górnej zaś bardzo rozciągniętej i ścieńczej znajduje się płód i duża ilość wód płodowych. Ten ciężarny róg szczątkowy posiada kształt z lekka klepsydrowaty z przewężeniem, przebiegającym w obrębie jego dolnej połowy. Oś podłużna rogu biegnie ukośnie w prawo i w górę tak iż górny jego biegun znajduje się w pobliżu wstępującego odcinka okrężnicy. Poniżej przewężenia odchodzą lewe przydatki.

Łączący obydwie rogi mostek przecięto tuż przy ścianie rogu prawego i ciężarny róg szczątkowy odjęto. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań; operowana 20-go dnia po zabiegu zdrowa opuściła Klinikę.

Wycięty róg ciężarny przedstawia jajowaty twór 25 ctm długi i 15 ctm szeroki; w odległości 9 ctm od jego dolnego bieguna przebiega poprzecznie dookoła jego obwołu wyraźne przewężenie w postaci dość głębokiej brzozy. Mniejsza dolna część rogu posiada ścianę grubą i pokrytą prawidłową otrzewną. W obrębie tej części, poniżej brzozy odchodzą normalnie przydatki (lewe). Ściana górnej większej części staje się w kierunku ku górze coraz cieńsza i w jej szczytowym odcinku posiada zaledwie grubość papieru, tak iż prześwieca przez nią jej zawartość, którą stanowią płód i znaczna ilość wód płodowych. Większa część powierzchni górnego odcinka rogu jest pokryta łącznotkankowymi

strzępami oddzielonych zrostów. Jama rogu zawiera płód około 5-miesięczny płci żeńskiej. Układ poszczególnych części jego ciała wskazuje na niestosunek wielkości płodu do pojemności jamy rogu: szyjna część kręgosłupa silnie przegięta, a główka przylega do górnego barku. W dolnej części rogu usadowione jest łożysko o normalnym wyglądzie zewnętrznym. Pępowina — długości i grubości właściwej dla tego okresu ciąży — wykazuje przyczep mimośrodkowy.

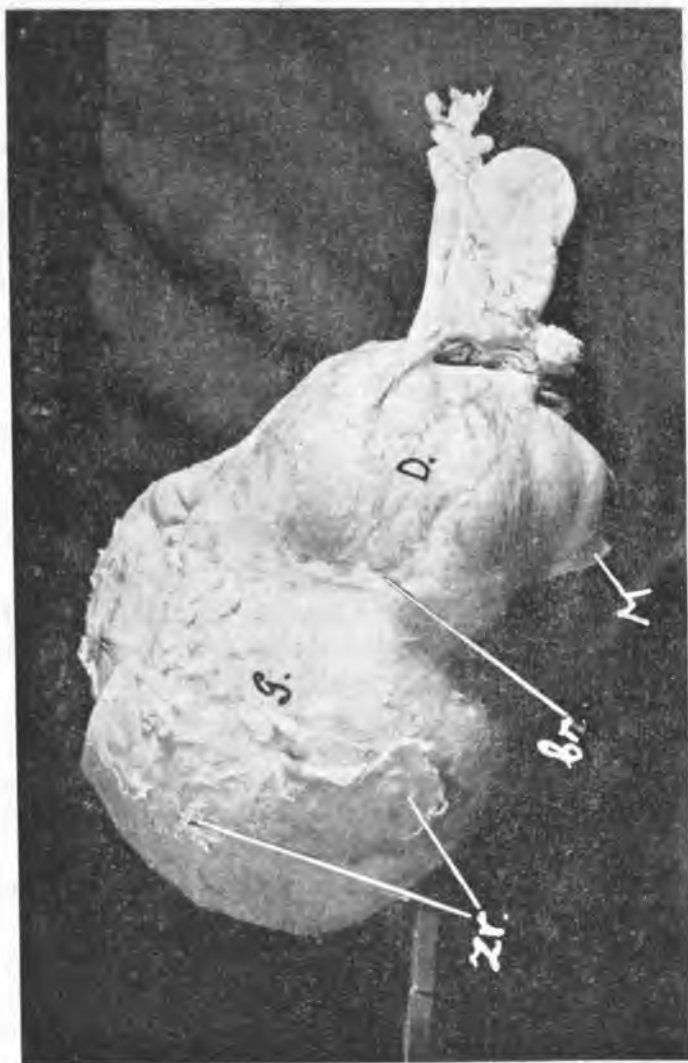
Poniżej umieszczone zdjęcie fotograficzne uzyskanego preparatu ilustruje najlepiej jego wygląd.

Ściana dolnej części rogu badana histologicznie (badanie wykonano w Zakładzie Anatomii Patologicznej Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie, Dyrektor Prof. Dr Mahrburg Stanisław) przedstawia się jako gruba warstwa mięsna o układzie wielowarstwowym w stanie znacznego obrzęku oraz zwyrodnienia poszczególnych włókien mięsnych. Budowa kosmków zaznaczona jest wyraźnie. Stosunek kosmów łożyska do jego podścieliska nie wykazuje odchyień od normy; kosmki nie zdradzają tendencji do przenikania w głąb mięśniówki ściany rogu.

W obrębie ścięczenia ściany utkanie wykazuje budowę łącznotkankową z niedużą ilością włókien mięsnych w stanie zaniku. Na wewnętrznej powierzchni tej warstwy — tkanka wiotka obficie unaczyniona z nielicznymi niedużymi drobnokomórkowymi naciekami. Nabłonka na powierzchni wewnętrznej brak.

W obrębie mostka łączącego obydwie rogi macicy, utkanie z warstw mięsnych obficie przeplecionych tkanką łączną; po środku poprzecznego przekroju mostka znajduje się przewód, światło którego o brzegach pofałdowanych zajmuje mniej więcej $1\frac{1}{2}$ pola widzenia przy powiększeniu okular 7, obiektyw 0,2. Budowa ściany przewodu zatarta o zły barwność; na jej powierzchni nabłonek cylindryczny, podścielisko którego stanowi szeroka warstwa tkanki łącznej, przechodzącej bezpośrednio w mięśniówkę mostka. Opisany przewód robi wrażenie tworzącego szczątkowego. Na przekrojach mostka w pobliżu ściany rogu rozwiniętego obecności przewodu nie stwierdza się.

Analizując wyżej opisany przypadek należy przyjąć, że mieliśmy tu do czynienia z ciążą w rogu szczątkowym. Dzięki temu, że zagnieżdżenie jaja nastąpiło w podstawowej części rogu, o czym świadczy umiejscowienie łożyska, ciąża mogła się rozwinąć do VI miesiąca. W typowym jednak miejscu a mianowicie w górnym odcinku ścianka rogu zaczęła ulegać coraz znacznieszemu rozciąganiu w związku z czym nastąpiły w niej zmiany wsteczne; to spowodowało powstanie rozległych zrostów, które być może chroniły znacznie już rozciągniętą ściankę od pęknięcia. W krótkim już jednak czasie musiałyby zapewne dojść do niego trudno bowiem przypuścić, by do tego stopnia ścięczała i zwy-



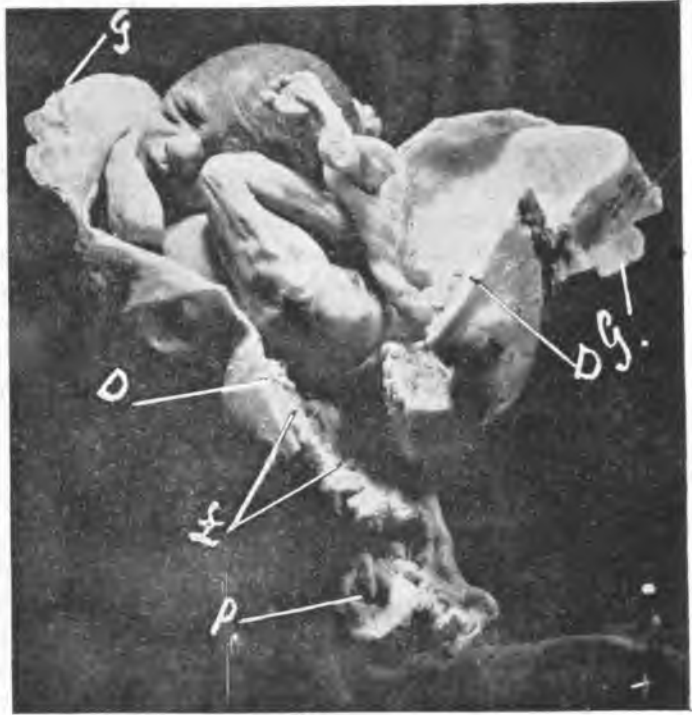
Rycina L. 1 przedstawia ciężarny róg szczątkowy macicy dwurożnej o kształcie klepsydrowatym. Dolna część rogu pokryta prawidłową otrzewną, górna nadmiernie scieżczala, pokryta strzępami oddzielonych zrostów. Na prawo w dole widać część mostka, który łączył obydwie rogi macicy. D. część dolna rogu G. część górna rogu. br. brzoźda między górną a dolną częścią rogu. M. mostek. zr. zrosty.

rodniała ścianka rogu była jeszcze zdolna do większego rozciągnięcia i dalszego opierania się prężności jaja płodowego,

Podczas ciąży w rogu szczątkowym następuje przerost ściany w drugim rogu, śluzówka którego przeistacza się w doczesną. Gdy ciąża w rogu szczątkowym ulegnie przerwananiu, czy to wskutek obumarcia płodu czy też wskutek usunięcia drogą operacyjną, doczesna ta pod wpływem skurczów porodowych oddziela się częściami lub w całości w postaci błony wiernie odtwarzającej kształt jamy rogu.

Wydaleniu temu towarzyszy krwawienia zazwyczaj umiarkowane. Po wydaleniu doczesnej co może zupełnie ująć uwagi, następuje inwolucja rogu i na nowo rozpoczynają się przemiany cykliczne jego śluzówki, a wraz z nimi i miesiączkowanie. Dzięki temu w rogu rozwiniętym może powstać ciąża nawet i w tych przypadkach, gdy w rogu szczątkowym zostało zatrzymane zamarłe jajo płodowe. Ciąża taka może być donoszona i zakończyć się normalnym porodem, jak tego dowodzą przypadki opisane przez Thalera, Kustnera i innych. Co więcej opisano przypadki (Haydon i Smith, L. Meyer, Sauers) ciąży w rogu szczątkowym, zawierającym pozostałości po dawniej obumarłym jaju płodowym.

Ciąża w rogu szczątkowym dość często poprzedzana bywa jedno— lub parokrotną ciążą w drugim lepiej rozwiniętym rogu (H o e h n e); przebieg tych ciąży i porodów jak to miało miejsce w opisanym przez nas przypadku bywa często zupełnie prawidłowy; świadczy to o nor-



Rycina L. 2 ciężarny róg macicy podłużnie przecięty, ścianka górnej części rogu wywinięta; widoczne jest przymusowe ułożenie płodu D. ścianka dolnej części rogu G. wybitnie ścięta ścianka górnej części rogu. Ł. łożysko; P. przydatki

malności. Ciąża w rogu szczątkowym dość często poprzedzana bywa jedno— lub parokrotną ciążą w drugim lepiej rozwiniętym rogu (H o e h n e); przebieg tych ciąży i porodów jak to miało miejsce w opisanym przez nas przypadku bywa często zupełnie prawidłowy; świadczy to o nor-

malnej w tych przypadkach zdolności czynnościowej rogu rozwiniętego.

Rozpoznanie ciąży w rogu szczątkowym z uwagi na grożące w niej niebezpieczeństwa jest rzeczą wielkiej wagi; rzadko jednak udaje się ono postawić we właściwym czasie — jak wynika z piśmiennictwa rozpoznano w porę tylko 15% przypadków. W rozpoznawaniu należy zwrócić uwagę na obecność guza, zdradzającego cechy ciążowe i połączonego z pochylonym w przeciwną stronę trzonem macicy za pomocą mniej lub więcej grubego mostka mięsnego; na połączenie więzadła obłego z górnym bocznym biegunem guza; na jego spoistość, która w odróżnieniu od torbieli jajnikowej ulegać będzie wyraźnej zmianie szczególnie po zastosowaniu dożylnym hormonu tylnego płata przysadki mózgowej. W przypadkach daleko posuniętej ciąży róg szczątkowy ciężarny może posiadać kształt jajowaty prawidłowej i prawidłowo położonej macicy. Wówczas stwierdzenie obecności drugiego dobrze rozwiniętego rogu pochylonego ku stronie przeciwległej poparte sondowaniem, a nawet zdjęciem kontrakstowym jego jamy będzie posiadało dużą wartość rozpoznawczą. Należyta ocena tych danych oraz przebiegu klinicznego poszczególnego przypadku naprowadzić nas może na drogę właściwego rozpoznania, jeżeli w rozważaniach naszych o istnieniu ciąży w rogu szczątkowym wogóle pamiętać będziemy.

Leczenie przypadków ciąży w rogu szczątkowym traktujemy z punktu widzenia klinicznego, wskazań i sposobu postępowania jak przypadki ciąży pozamacicznej, uwzględniając odrębne warunki anatomiczne z jakimi się tu spotykamy. Stosujemy leczenie operacyjne, które technicznie pod pewnym względem różni się będzie od leczenia operacyjnego w ciąży pozamacicznej. Bo, chociaż tak tu, jak i tam usuwamy tą część narządów rodnych, w której nieprawidłowo rozwija się zagnieżdżone jajo, to jednak w ciąży pozamacicznej dotyczy to jajowodu względnie jajnika, tu zaś niedokształconej części macicy zrosniętej z jej częścią zdolną do spełnienia zadań biologicznych. Zabieg polegać winien na jak najwięcej zachowawczym postępowaniu, a więc na odjęciu rogu szczątkowego wraz z połączonym z nim jajowodem. Uciekanie się do zabiegu plastycznego, mającego na celu połączeniu obu rogów w jeden uzasadnione jest tylko w wyjątkowych przypadkach tam mianowicie, gdzie i drugi róg macicy wykazuje cechy znacznieszego niedorozwoju.

S U M M A R Y

Conditions of the development of pregnancy in a rudimentary horn are discussed. The lower part of the horn which is better developed and which has a better blood supply, provides more favourable conditions for the development of the egg than the upper part. The usual result of pregnancy in the upper part is early stillbirth. It may be caused: 1. by destruction of the wall by trophoblasts, 2. by rupture of the damaged wall and 3. by death of the fetus effected by excessive pressure of the wall, which in such cases is very little extensible.

If the fetus is still alive after rupture of the horn, it may continue to develop in the peritoneal cavity because the placenta situated in the lower part of the horn continues to supply it. In the case of death the fetus undergoes recessive transformations in the abdominal cavity: mumification, petrification or formation of a purulent focus, which may perforate into the neighbouring organs, or into the peritoneal cavity.

A case is reported of a 5 months pregnancy in a rudimentary horn of a uterus bicornis in a woman aged 28 years. The patient was always healthy and had two normal parturitions. During the fifth month of this pregnancy she began to feel pains in the hypogastric region and suffered of it for several weeks. The operation consisted in an abdominal resection of the uterus horn. The persistence of this pregnancy for a period of over 5 months is due to the implantation of the egg in the lower part of the horn.

The microscopic structure of this part of the wall was almost normal. The upper part of the horn was built of connective tissue with a small amount of muscle fibers and was extremely distended and thin. A bridge formed of muscle layers with connective tissue connected both horns. Sections of this bridge in its part near the pregnant horn revealed a duct of irregular lumen lined by cylindrical epithelium. Its walls consisted of a tissue of indistinct structure, which was poorly stained. The fetus found inside the removed horn showed characteristics of a 5 months old fetus. Its position revealed the disproportion between the size of the fetus and the capacity of the horn.

Possibilities of a pregnancy in the second horn are considered in view of the retention of the dead egg in the rudimentary horn.

Diagnosis and therapy of pregnancy in a rudimentary horn are discussed.

