

Igor TATZKY

Przypadek ciąży w rogu szczątkowym macicy dwurożnej

A case of pregnancy in the rudimentary uterine horn

Dnia 26. V. 1949 r. przybyła do Kliniki chora lat 22, hist. chor. Nr 4770 w stanie krańcowego wykrwawienia. W wywiadach podała, że nigdy dotychczas nie chorowała. Miesiączki prawidłowe od 18 go roku życia co 4 tygodnie, trwające 3 — 4 dni, miernie obfite, niebolesne. Ostatnia miesiączka 14. II b. r. o normalnym przebiegu. Jeden raz rodziła siłami natury w r. 1946, ciąża donoszona, dziecko żyje, karmione było piersią do 15-go miesiąca życia. Połóg przebiegał normalnie. Nie roniła. W ciągu pierwszych miesięcy drugiej ciąży czuła się dobrze. Dnia 25. V. r. b. nagle o godz. 9-ej wystąpiły silne bóle w okolicy całego podbrzusza o charakterze bólów okresowych. Były one połączone z uczuciem parcia na kışkę stolcową, tak że chora oddała stolec, z nudnościami i bardzo znacznym osłabieniem. Nie mogła sama oddać moczu. Wieczorem, tego samego dnia do powyższych dolegliwości dołączyły się bóle w okolicy obojczykowej prawej. Wobec coraz bardziej pogarszającego się stanu została dn. 26. V. r. b. o godzinie 13-ej przywieziona do Kliniki.

Podczas badania stwierdzono: wzrost średni, budowa prawidłowa. Skóra i widoczne błony śluzowe wybitnie blade, źrenice rozszerzone. Płuca i serce bez zmian patologicznych. Stwierdza się tylko bardzo przyśpieszoną akcję serca, oraz przyśpieszone ruchy oddechowe połączone z ruchami skrzydełek nosa. Tętno na obwodzie chybkie, słabo napięte, trudne do policzenia. Jama brzuszna, zwłaszcza poniżej pępka, wyraźnie wysklepiona, na ucisk bolesna, objaw Blumberga wybitnie dodatni. Przy opukiwaniu stwierdza się stłumienie w obrębie lewego podbrzusza. Górna granica stłumienia sięga na dwa palce powyżej pępka. Cechy płciowe drugorzędne dobrze rozwinięte. Narządy rodne

zewnątrzne jak u wieloródki. Na wargach sromowych, oraz wewnętrznych powierzchniach ud widoczne są ślady krwi. Pochwa szeroka bez zmian chorobowych. Część pochwowa walcowata znajduje się w linii środkowej ciała, dobrze rozwinięta, o ujściu zewnętrznym szparowatym, zamkniętym. Tylne i lewe sklepienie wyraźnie obniżone. Konturów macicy oraz przydatków ustalić nie można ze względu na wzmożoną obronę mięśniową powłok brzusznych. Wskutek ciężkiego stanu chorej i konieczności natychmiastowej interwencji dokładniejszych badań zaniechano.

Objawy powyższe, oraz ogólny stan chorej wyraźnie przemawiał za ciężkim krwotokiem wewnętrznym, przy czym nasuwało się przypuszczenie pękniętej, lewostronnej ciąży pozamacicznej. Po zastosowaniu wlewu podskórnego soli fizjologicznej (500 cm) przystąpiono niezwłocznie do operacji.

W uśpieniu eterowym, cięciem w linii środkowej ciała, pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowym, otwarto jamę brzuszną. W chwili przecinania otrzewnej wylała się w dużej ilości na zewnątrz płynna, jasnoczerwona krew. Po wprowadzeniu ręki do jamy brzusznej stwierdzono w obrębie lewych przydatków guz wielkości gęsiego jaja, konsystencji w pewnych miejscach zbitej, w innych miękkiej, połączony szypułą z leżącym obok niego po stronie prawej powiększonym i rozpulchnionym trzonem macicy. Guz wraz z trzonem macicy częściowo wyloniono i wówczas stwierdzono, że powyższe twory są macicą dwurozną, której lewy ciężarny róg uległ pęknięciu w obrębie górnej, przyśrodkowej części jego ściany w miejscu największego jej ścięczenia. Wielkość średnicy otworu powstałego w lewym rogu wskutek pęknięcia wynosiła mniej więcej 3 cm. brzegi jego były nierówne, częściowo wywinięte, linia przebiegu nieregularna. W świetle otworu widniało kilka wyniosłości wypuklającego się z jamy rogu łożyska, oraz cienka pępowina biegnąca w kierunku lewego podżebrza. Władło obłe i przydatki odchodziły od dolnej zewnętrznej ściany rogu nie wykazując zmian chorobowych. Jajnik lewy powiększony do wielkości dużej śliwki, zawierał ciało żółte. Obydwa rogi macicy były połączone ze sobą mostkiem o szerokości mniej więcej 1,5 cm. i grubości $\frac{1}{2}$ cm., który dochodził do lewej bocznej ściany rogu prawego, tuż powyżej szyjki macicy. Obydwa rogi rozchodząc się ze sobą na boki tworzyły między sobą kąt mniej więcej prosty. Od rogu prawego typowo odchodziły przydatki prawe, nie zmienione chorobowo, przy czym jajnik był o połowę mniejszy niż po stronie lewej. Umieszczone obok zdjęcie (ryc. L. 1) wyciętego rogu macicy, wraz ze schematycznym szkicem ilustruje w przybliżeniu wyżej opisane stosunki anatomiczne. Z brzegów otworu pękniętego rogu oraz uszkodzonego w tym miejscu łożyska stwierdza się dość obfite krwawienie. Odcięto jajowód lewy od jego krezki, pozostawiając lewy jajnik nietknięty, a następnie klinowo

wycięto mostek wraz z uszkodzonym rogiem tuż przy prawym rogu macicy. W tym momencie pępowina łącząca łożysko z płodem uległa przerwaniu. Ranę powstałą na prawym rogu macicy po wycięciu mostka zeszyto dwiema warstwami szwów węzełkowych, kreskę jajowodu podwiązano. Powstały szew oraz kikuty pokryto otrzewną przy pomocy więzadła obłego i listków otrzewnowych więzadła szerokiego. Następnie z głębi lewego podżebrza wydobyto płód i wiele dużych świeżych skrzepów. Po dokonaniu toalety jamy brzusznej powłoki zeszyto warstwowo. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Bezpośrednio po zabiegu przetoczono chorej 450 cm.³ krwi konserwowanej, na piąty dzień po operacji dokonano transfuzji krwi od dawcy w ilości 420 cm.³ Siódmego dnia po zabiegu, po nieznacznym krwawieniu odeszła doczesna z rogu prawego. Operowana trzynastego dnia jako zdrowa opuściła Klinikę.



Ryc. L. 1.

Wycięty róg macicy przedstawia jajowaty twór 8 cm długi i 4,5 cm szeroki. Na bardziej rozdętym biegunie rogu, na jego górnej ścianie po stronie przyśrodkowej widnieje owalny otwór o średnicy 3 cm o brzegach ścięczyłach, nierównych, częściowo wywiniętych. Z powyższego otworu wypuklają się na zewnątrz części łożyska i odchodzi pępowina łącząca łożysko z trzymiesięcznym płodem otoczonym skrzepami. Rozdęta część rogu przechodzi bez wyraźniejszej granicy w partię rogu bardziej zbitą o ścianach znacznie grubszych, która w dalszym przebiegu, w miejscu przeciętego mostka łączącego go z rogiem prawym ma wygląd ściętego stożka spłaszczonego znacznie w wymiarze przednio-tylnym. Od dolnej ściany rogu, mniej więcej w połowie odległości od obu jego biegunów odchodzi niezmienny i drożny jajowód. Na przekroju poprzecznym rozdętej części rogu stwierdza się obszernie światło wypełnione łożyskiem, które wchodzi w ścisłą łączność ze ścianą górną i przyśrodkową rogu i w tym miejscu z trudem daje się oddzielić. Na przekroju poprzecznym mostka łączącego oba rogi, makroskopowo światła się nie stwierdza.

Badając szereg histologicznych preparatów (badanie wykonano w Zakładzie Anatomii Patologicznej Uniwersytetu M.C.S. w Lublinie, dyrektor prof. dr St. Mahrburg) pobieranych w odstępach 1 mm z poprzecznego

przekroju mostka łączącego róg szczątkowy z rogiem prawym macicy, stwierdza się liczne włókna tkanki mięsnej poprzęplatanie pasmami łącznotkankowymi o wyglądzie mięśnia macicy. Pomiedzy pęczkami tych włókien liczne, młode naczynia, o wąskim świetle i wężykowatym przebiegu z rozpulchnionym śródbłonkiem, wypełnione czerwonymi krwinkami, bądź też torbielowato rozszerzone, nie zawierające krwinek. Błony śluzowej macicy ani przewodu w powyższych preparatach nie stwierdza się.

Preparat histologiczny z przekroju poprzecznego ściany przyrodkowej górnego odcinka rozdętej części rogu szczątkowego, wykazuje pojedyncze torbielowate przestrzenie wysłane ścięnczałym znacznie nabłonkiem, w niektórych miejscach przypominającym nabłonek walcowaty gruczołów błony śluzowej macicy, w stanie daleko posuniętego zaniku. W całym preparacie bardzo liczne kosmki przerastające wszędzie tkankę mięsną częściowo zwłókniaste oraz uległe zeszkliwieniu i zwapnieniu.

Preparat histologiczny z doczesnej rogu prawego (głównego) macicy wykazuje liczne wyraźnie ukształtowane komórki doczesnowe oraz wlewy krwawe.

Zastanawiając się nad wyżej opisanym przypadkiem należy przyjąć, że mieliśmy do czynienia z ciążą w rogu szczątkowym macicy dwurożnej (uterus bicornis uno laterale rudimentarius), który w przebiegu ciąży uległ pęknięciu. Przed dwoma laty został opisany *) obserwowany w naszej Klinice przypadek pięciomiesięcznej ciąży w rogu szczątkowym macicy dwurożnej. W pracy tej strona teoretyczna zagadnienia została szerzej potraktowana. W niniejszym więc przypadku chciałbym pokrótce tylko zatrzymać się nad jego stroną teoretyczną, zastanawiając się raczej nad jej aspektem klinicznym.

Powstanie ciąży w rogu szczątkowym jest zjawiskiem stosunkowo rzadkim. Ciąża w rogu szczątkowym macicy powstaje wówczas, gdy śluzówka wyścielająca światło rogu, mającego połączenie z drożnym jajowodem, jest niedorozwinięta w takim stopniu, że nie miesiączkuje; w innym bowiem przypadku w rogu szczątkowym nagromadziłaby się krew, co uniemożliwiłoby zagnieżdżenie się jaja. W przypadku wyżej opisanym zasługuje na uwagę ten moment, że jajeczkowanie nastąpiło w jajniku lewym po stronie rogu szczątkowego, w którym w czasie zabiegu stwierdzono ciało żółte. Ponieważ jak to wykazały badania histologiczne (ryc. L. 2 i L. 3), mostek łączący róg szczątkowy z rogiem głównym nie był skanalizowany, wobec tego musimy przyjąć, że zapłodnienie nastąpiło dzięki przejściu plemników z macicy (róg główny) poprzez prawy jajowód i jamę brzuszną do jajowodu rogu

*) Wośkowski — „Uwagi o ciąży w rogu szczątkowym“ — *Anales U.M.C.S.* Lublin 1947 r.

szczątkowego, gdzie zostało zapłodnione jajo pochodzące niewątpliwie z jajnika rogu szczątkowego zawierającego ciałko żółte. Według H o e h n e jajnik będący po stronie rogu szczątkowego jest najczęściej mniej wartościowy i nie musi jajczkować naprzemian z jajnikiem rogu głównego, który częściej niż jajnik rogu szczątkowego dostarcza, jajo zdolne do zapłodnienia. Ta okoliczność czyni jeszcze ciekawszym mechanizmem zapłodnienia jaja, jego wędrówki i zagnieżdżenia.



Ryc. L. 2.



Ryc. L. 3.

Obraz kliniczny pękniętej ciąży w rogu szczątkowym, jak to widać z wyżej opisanego przypadku, nieznacznie tylko się różni od obrazu klinicznego pękniętej ciąży pozamacicznej trąbkowej lub ciąży śródściennej, która wcześniej uległa pęknięciu. Towarzyszy jemu również

bardzo silny krwotok do jamy brzusznej, przebiegający jednak bardziej gwałtownie i groźnie jeśli chodzi o życie chorej. Dzieje się tak dlatego, ponieważ pęknięcie rogu szczątkowego następuje zazwyczaj w późniejszych miesiącach ciąży, najczęściej między 3 — 6 miesiącem, a więc wówczas, gdy łożysko jest już dostatecznie rozwinięte, a ściana mięśniówki odpowiednio przerośnięta i silnie ukrwiona. Powstały z pęknięcia otwór ulega najczęściej dalszemu rozdarciu na skutek skurczów silnie rozwiniętej warstwy mięsnej, dolnej części rogu, prowadzących zazwyczaj do urodzenia się całego jaja płodowego lub tylko samego płodu do jamy brzusznej. Następstwem tego bywa ciężki, nieraz śmiertelny krwotok do jamy brzusznej. Miejsce pęknięcia znajduje się zazwyczaj w obrębie ściany przyśrodkowej górnego odcinka rogu; ta okolica bowiem jest najgorzej ukrwiona i dlatego w czasie ciąży mniej przerasta. W obserwowanym przez nas przypadku na podstawie preparatu histologicznego zostało stwierdzone, że właśnie w tym miejscu znajdowało się łożysko, którego kosmki przeżarły mięśniówkę i spowodowały pęknięcie ściany rogu. Krwotok zatem powstały na skutek pęknięcia ściany rogu szczątkowego, był spotęgowany obecnością w tym miejscu uszkodzonego na znacznej przestrzeni łożyska, krwawiącego również obficie.

W takich przypadkach ze względu na bardzo silny krwotok wewnętrzny wczesna i szybka interwencja chirurgiczna stanowi o życiu pacjenta. Metoda operacyjna winna być jak najbardziej prosta i szybka, polegającą na wycięciu rogu szczątkowego wraz z jajowodem, a w przypadkach wyjątkowo ciężkich może być uzasadnionym usunięcie rogu wraz z jajowodem i jajnikiem jako zabieg szybszy i technicznie łatwiejszy.

PIŚMIENNICTWO

- 1) Braude I. L.: Nieotłóżnaja chirurgija w akuszerstwie i giniekologii 1947 r. str. 207.
 - 2) Halban J und Seitz L.: Biologie und Pathologie des Weibes 1928. VII Band, 2. Teil str. 797.
 - 3) Lubarsch: Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie VII/2. 1930.
 - 4) Rahkes H.: Ginekologia Polska 1927 r. tom VI.
 - 5) Wośkowski A.: Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska Lublin — Poland 1947 r.
-

S U M M A R Y

A rare case of pregnancy in the rudimentary uterine horn involving the rupture of the latter and profuse internal hemorrhage, is described. The presence of the corpus luteum in the ovary of the rudimentary horn, and the want of communication between the main and the rudimentary horn, could be seen. These would point to an interesting fertilization mechanism consisting in the passing of the spermatozoa from the uterus via the oviduct of the main horn, abdominal cave, oviduct of the rudimentary horn to the very rudimentary horn where the implantation of the ovum took place,

Annales Universitatis M. C. S. Lublin, 1949.

P. L. Z. G. Oddział 13. — Lublin, Kościuszki 8.

Nr zam. 43. Nakład 900 egz. format 61x86. V kl. 80 gramm. A - 1 - 12563

Data otrzym. manusk. 12.XII.49. Data ukończ. 9.IV.50.
