

7537
XIII C. 14

73189.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

PRZYPADEK PORODU

POWIKŁANEGO

WŁÓKNIAKAMI I TEŻCEM MACICY.

NAPISAŁ

DR. M. CERCHA

były I-szy asystent tejże kliniki.



7537
XIII

KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1894.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ r. 1894. Nr. 10—12.

B 15620

Bz 58631
640353 II



Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Przypadek porodu powikłanego włókniami i tęrcem macicy.

Rzecz wypowiedziana na posiedzeniu Towarzystwa ginekol. krakowskiego
dnia 7. listopada 1893. r.

Podał

Dr. M. Cercha,
były I-szy asystent tejże kliniki.

Jakkolwiek włókniaki zaliczamy do najczęstszych nowotworów macicy, to przecież porody powikłane ich obecnością nie należą do zjawisk częstych. A może to i dobrze, że kobiety dotknięte tem cierpieniem nie zastępują, gdyż statystyka wcale nie zachęcające przedstawia wyniki tak dla matek, jak i dla dzieci. Przeszło 52⁰/₀ matek a 65⁰/₀ dzieci (Süsserott)¹⁾ ginie podczas porodu lub po nim z przyczyny tego niepomyślnego powikłania. W klinice prof. Madurowicza postrzegano w przeciągu roku, zatem mniej więcej na 350 porodów dwa razy włókniaki macicy. Przypadek pierwszy tyczył się osoby w 5. miesiącu ciąży, u której po otwarciu jamy brzusznej wyłuszczone włókniak. Kobieta ta poroniła w drugim tygodniu po operacyi, poczem nastąpiło wyleczenie. Przypadek ten opisał kol. Rosner²⁾ i zestawił

¹⁾ Süsserott. Inaugur. Dissert. Rostock 1870.

²⁾ Rosner Al. Przegląd lekarski Nr. 39—41. 1893.

zarazem wskazania lecznicze podczas ciąży wobec włókników. Drugi przypadek tyczył się rodzącej pierwsiastki. Ponieważ zdaniem mojem jest on ciekawym ze względu na przebieg porodu i położu, przeto pozwolę sobie w krótkości pomówić o powikłaniu porodu i położu włóknikami, uwzględniając ciążę o tyle, o ile to dla wyjaśnienia jest koniecznem. Na przebieg porodu i położu chcę szczególną zwrócić uwagę tem bardziej, że gdy lekarz praktyczny, badając ciężarną mającą włókniki, może dłużej zastanawiać się nad sposobem ich leczenia, może nareszcie zasięgnąć rady lekarza położnika, może wreszcie ciężarną odesłać celem odpowiedniego leczenia do zakładu położniczego, to nie zawsze może to uczynić podczas porodu, jeżeli jeszcze, jak się to u nas najczęście dzieje na prowincyi, szukają jego pomocy dopiero ówczas, gdy położna widzi, że siłami natury poród ukończyć się nie może. Wtedy już nie ma czasu na długie zastanawianie się, nie można też rodzącej w daleką puszczać podróż pod opiekę lekarza położnika, bo nieraz nie godziny, ale minuty rozstrzygają o życiu matki i dziecka; wtedy lekarz, rad nie rad, zmuszony *periculo in mora*, winien z całą rozwagą przystąpić do działania mającego przynieść ratunek matce a czasem i płodowi. Jeżeli zaś, nie znając wskazań i warunków, nie poweźmie z góry obmyślanego planu, lub licząc za wiele na siły natury, biernie się zachowa, to często mija czas niepowetowany bezpowrotnie a z nim gaśnie życie dwojga istot. Radę więc dobrą musi mieć na zawołanie; stanowczość w rozstrzygnięciu, co i jak w danym przypadku czynić wypada? Ponieważ porody w tych okolicznościach nie są czemś zwykłym, przeto i sposoby postępowania ulatują z pamięci; to też sędzę, że opisanie takiego przypadku nie minie bez korzyści dla czytających.

A więc do rzeczy! Powiedziałem na wstępie, że porody powikłane włóknikami należą do rzadkich. A dla czego tak jest? Odpowiedź na to nie trudna. Wszak włókniki są przyczyną niepłodności, jak to twierdzą zgodnie wszyscy au-

torowie. Nie tylko, że mechaniczną często stanowią dla ciąży przeszkodę, bądź to, że zmieniają znacznie kształt i kierunek jamy macicy, lub sprowadzają zmianę w położeniu macicy, bądź też, że nie pozwalają swobodnie rozwijać się macicy, ale co więcej, wywołują, szczególnie włókniaki podśluzowe i mięsaszowe, zmiany na błonie śluzowej, których następstwem są upławy i krwotoki.

Albo też znowu małe nowotwory mogą nie zwrócić na siebie naszej uwagi podczas ciąży i porodu, nie wywierając na tę sprawę żadnego wpływu szkodliwego; ztąd też porody te mimo obecności włókniaków uważamy za prawidłowe.

Bo też, aby ocenić wpływ szkodliwy włókniaków na ciążę, poród i połów, nie możemy wszystkich pod jedną podciągnąć miarę, lecz musimy powiedzieć, że wpływ szkodliwy zależy od wielkości i usadowienia się włókniaka.

Nowotwory podśluzowe i mięsaszowe większe wpływają prawie zawsze szkodliwie na ciążę, wywołując poronienie z groźnemi następstwami. Z zestawień Tołoczynowa¹⁾ wynika, że w 119 przypadkach ciąży nastąpiło 21 razy poronienie, Lefour²⁾ zaś podaje, że na 307 przypadków było poronień 62. To też z takimi włókniakami podczas sprawy porodowej i połogowej rzadko się spotykamy; a ponieważ chodzi mi głównie o przebieg porodu, przeto nad tym rodzajem włókniaków, które raczej w ciąży leczyć wypada, przechodzę do porządku.

Inaczej rzecz się ma z włókniakami podsurowiczymi, czyli podotrzewnowymi. Kobieta cierpiąca na nie może zastąpić, może nawet i donosić do czasu, bo guzy te, zwykle tylko szypułą z macicą połączone, o tyle tylko wpływają na rozwój ciąży, o ile zajmując miejsce w jamie brzusznej, przyczyniają się do znaczniejszego powiększenia brzucha i wywołują u ciężarnej objawy podmiotowe, jak duszność,

¹⁾ Tołoczynow. Wien. med. Presse Nr. 30. 1869.

²⁾ Lefour: Des fibromes utérines au point de vue de la grossesse. Paris 1880.

uczucie ciężkości, utrudnienie chodu, i t. d. Ależ tak zachowują się włókniaki podotrzewnowe wychodzące z dna lub z trzonu macicy. Powiększająca się macica wypycha je ku górze, nie doznając sama wielkiej przeszkody w swym rozwoju. Mamy jednak włókniaki podsurowicze i takie, co wychodzą z tylnej ściany trzonu macicy na granicy szyi, lub też punktem ich wyjścia jest tylna ściana szyi już pod otrzewną (*fibromata retrocervicalia*). Te zazwyczaj nie zachowują się tak obojętnie podczas ciąży a szczególnie podczas porodu i nieraz dużo kłopotu sprawiają lekarzowi a niebezpieczeństwem grożą ciężarnej, rodzącej i położnicy.

Że podczas ciąży włókniaki nawet podsurowicze, w skutek znacznieszego dowozu materiału odżywczego do części rodnych wraz z niemi ulegają szybszemu rozrostowi, rozpulchnieniu, to nie ulega wątpliwości, ale też przez powiększenie swej objętości stają się tem groźniejsze a zwłaszcza włókniaki wychodzące z tylnej ściany macicy, lub szyi, które już we wczesnych miesiącach ciąży mogą dostać się do zatoki Douglasa pod wzgórek kości krzyżowej, uleść tam zaklinowaniu i dać powód do wystąpienia groźnych objawów, jakie towarzyszą uwięźnieniu macicy ciężarnej i wszelkim jego następstwom. Same wtedy z powodu ucisku i zmiany w krążeniu mogą ulegać przemianom wstecznym, jak zropieniu, zgorzeli, które, nawet mimo pomocy odpowiedniej, kończą się niepomyslnie dla ciężarnej. O jednej jeszcze rzeczy zapominać się nie godzi a mianowicie, że tak jak w obec innych nowotworów w jamie brzusznej, tak też i w obec włókniaków podsurowicznych, spotykamy zadrażnienie otrzewny urazowe, (*peritonitis circumscripta traumatica*), którego następstwami są zrosty między włókniakami a macicą, lub też sąsiednimi narządami jamy brzusznej. Że te zrosty podczas ciąży mogą tamować naturalny a prawidłowy wzrost macicy a tem samem w pewnym czasie stać się przyczyną poronienia, że one podczas porodu mogą niedopuszczyć leczenia polegającego na odprowadzeniu guza, to zaprzeczyć się nie da; nie znalazłem jednak nigdzie wyraźnie zapisanej tej okoliczności, że

zrosty świeże, albo, co najmniej, rozpulchnione podczas ciąży mogą uleść i ulegają podczas cofania się guza z zatoki Douglasa nad wchód miednicy przerwaniu, skutkiem czego powstać może do jamy brzusznej w położu krwawienie a raczej sączenie, które wprawdzie powoli i bez objawów ostrej niedokrewności może się stać bezpośrednią przyczyną śmierci. Że tak może być rzeczywiście, to najwymowniejszym dowodem będzie przebieg położu w naszym przypadku.

Wprawdzie rozpoznanie takich zrostów nitkowatych jest podczas porodu trudne, gdy guz duży wklonowany jest do miednicy małej, a gdyby było możliwe, niezawodnie wpływałoby na leczenie. Zawsze jednak o takim powikłaniu pamiętać trzeba, i gdyby się po porodzie w przebiegu położu okazało, że mamy objawy przemawiające za sączeniem się krwi do jamy brzusznej, niechże owe zrosty przerwane przyjdą nam na pamięć a zabierzemy się do takiego leczenia, które daje rękojmię najpomyślniejszego wyniku t. j. do tamowania krwotoku po otwarciu jamy brzusznej. Jeszcze raz powtórzyć muszę, że o takich zrostach i o tem, że mogą uleść przerwaniu, jakkolwiek rzadko (Süsserott¹⁾) przytacza w swej rozprawie jeden przypadek Robinsona), pamiętać należy.

Jeżeli włókniaki podsurowicze podczas ciąży wpływać mogą tak szkodliwie na jej przebieg, to o ileż groźniejszy wpływ wywierają one podczas sprawy porodowej? Już to nam daje dobre wyobrażenie, gdy powiem, że według Süsserotta¹⁾ na 147 przypadków porodowych wykonano 61 razy zabieg operacyjny, co czyni prawie $41\frac{1}{2}\%$ a przecież zabiegi operacyjne podczas porodu nie są rzeczą obojętną. Przebieg porodu zależy naturalnie od miejsca usadowienia się guza a względnie od przeszkód, jakie stawia płodowi, czy to wprost przez wywołanie mniejszego lub większego stopnia niestósunku porodowego, czy też pośrednio, wpływając niepomyślnie na siły płód wydalające.

¹⁾ Süsserott. Inaugur. dissert. Rostock 1870.

Tak jak w ciąży guzy tkwiące wysoko, wychodzące więc z okolicy dna macicy i luźnie z nią połączone najmniej przedstawiają niebezpieczeństwa, tak samo ten rodzaj guzów najmniej obaw budzi i podczas porodu. I nie ulega wątpliwości, że są i takie przypadki, gdzie mimo włókniaków poród przebiega prawidłowo, że lekarz nawet nie domyśla się ich obecności i dopiero po porodzie, gdy powłoki brzuszne stają się wiotkie, podatne a macica pomniejszy swą objętość, ze zdziwieniem przekonywa się o ich obecności i rozmiarach i stosunku do macicy. Ależ nawet i wtedy, gdy już leży niżej i podczas czynności porodowej macicy znajduje się we wchodzie, poród może ukończyć się siłami natury. gdy skurcze macicy, pociągając ku górze dolny odcinek macicy, wraz z nim usuwają z nad wchodu włókniak, który z tym odcinkiem w ścisłym zostaje związku lub gdy część poprzedzająca płodu pod wpływem bólów porodowych, które jeszcze w razie niestósunku zwykły się potęgować, stosując się do pomniejszonych przez guz wymiarów miednicy przeciw się do niej wtłacza a włókniak z wchodu do miednicy dużej wysuwa (Spiegelberg, Hecker) ¹⁾ Jeżeli guz leży w szyi macicy lub stanowi zgrubienie jednej z warg części pochwowej, wtedy płód posuwa guz aż przed części rodne i w ten sposób toruje sobie drogę na zewnątrz; to samo dzieje się z włókniakami podśluzowymi na szypułach; jeżeli szypuła jest długa, to guz rodzi się przed częścią poprzedzającą albo nawet szypuła może się oderwać, a wtedy rodzi się naprzód guz a potem bez przeszkód i płód. Takie przypadki opisali: Ramsbotham, Dubois, Depaul. Wreszcie włókniaki szyi macicy można podczas porodu wyłuszczyć przed urodzeniem się płodu. Dowodzą tego przypadki Danyau ²⁾, Langenbecka ³⁾ i Braxton Hicksa ⁴⁾. Włókniaki

¹⁾ Spiegelberg: Arch. f. Gyn. V. p. 100, Hecker. Klinik, d. Geburtsh. H. p. 124.

²⁾ Danyan: Gaz, d. Hôp. 42, 1851.

³⁾ Langenbeck: Deutsche Klinik 1859. I.

⁴⁾ Braxton Hicks. London obstr. Transact. XII p. 273.

7

mogą też w skutek rozpułchnienia i zmięknienia, jakiego w ciąży doznają pod wpływem silnych i długo trwających skurczów macicy, uleść przypłasczeniu i w ten sposób uczynić możliwym poród naturalny.

Dopiero co opisany a pomyślny przebieg porodu powikłanego guzami włóknistymi nie zdarza się zawsze, lecz występują podczas pracy porodowej objawy groźne, które zmuszają nas do wkroczenia czynnego. I tak, włóknaki umieszczone w miednicy małej, które zmniejszają jej wymiary, wytwarzają zawsze niestósunek porodowy; siły macicy, chcąc przezwyciężyć przeszkodę, powiększają się i albo następuje tężec macicy, albo też bóle słabną zupełnie. W obydwóch razach następstwa są znane, to jest poród wcale nie postępuje, na czem cierpi i płód i matka. Matka zginąć może jeszcze przed porodem a to wskutek ciężkiej pracy porodowej (*Simpson*) tem łatwiej, jeżeli przedtem straciła dużo krwi, lub jeżeli narażona była na zabiegi operacyjne, które w takich razach niekiedy nie wychodzą po za granicę nieudanych prób. Pęknięcia macicy zwłaszcza, że miąższ jej w sąsiedztwie włókniaków często okazuje zmiany patologiczne, nie mogą być niespodzianką a powstają w obec położen poprzecznych płodu, do czego usposabia obecność włókniaków (Nauss 16—21% położen poprzecznych), jeżeli operator niezręcznie lub w niewłaściwym czasie przystępuje do obrotu. Największe i najczęstsze niebezpieczeństwo grozi matce z powodu krwotoków (*D'Outrepoint*), które przy włókniakach podśluzowych bywają gwałtowne; przyczyną śmierci może być niedowład lub porażenie macicy zwłaszcza, jeżeli łożysko umieszczone było w tem miejscu, gdzie się znajdował nowotwór; tu bowiem miąższ nie może kurczyć się dobrze, z naczyń łożyskowych otwartych wylewa się krew strumieniem, krwotoku opanować nie możemy a matka ginie w naszych rękach. Takie przypadki usprawiedliwiają zabieg nawet tak ciężki, jak wycięcie macicy po otwarciu jamy brzusznej, lub wyjęcie jej przez pochwę (*Martin*). A czyż nie należy wspomnieć o wynicowaniu macicy i wynikających ztąd następstwach? Takie przypadki opisali Lambert, Oldham.

Takie to niebezpieczeństwa grożą matce podczas porodu, ale nawet z chwilą jego ukończenia lekarz nie może powiedzieć: *z y c i ę ż y ł e m!* Nowe czekają w położu niebezpieczeństwa matkę.

Oślabienie z utraty krwi podczas porodu i powtarzające się krwawienia mogą stać się przyczyną jej śmierci. Teraz już nie potrzeba dużej utraty krwi; lekarz wezwany nagle do umierającej ze zdziwieniem znajduje tylko niewielką plamę krwi na bieleźnie, ale już i ta ilość wobec znacznej poprzednio utraty wystarcza, aby wywołać objawy ostrej niedokrewności i porażenie serca. Ztąd dla lekarza nauka, że podczas położu w takich okolicznościach trzeba oszczędzać każdej kropli krwi, bo utrata tej ilości, której u organicznie zdrowej kobiety nawet najbieglejszy lekarz nie pozna, zabija osobę niedokrewną. Rzadko tylko, ale przecież możebną jest rzeczą, że w położu, kiedy w organizmie niewiasty odbywa się szybko zwijanie części rodnych i guzy ulegają pomniejszeniu i nie wywołują nadal żadnych przypadków. Takie przypadki, to prawdziwe białe kruki; szkoda niestety, bo to sposób idealny samoistnego uleczenia. Takie zejście opisali: Playfair i Löhlein. Tak się rzecz ma w razie guzów podśluzowych i śródmiaższowych.

Nieco inaczej, choć nie mniej groźnie, przedstawiają się stósunki wobec włókniaków podotrzewnowych. Zapalenie otrzewnej, ropienie i posocznica nie należą do rzadkości, przy czem same guzy nie okazują albo żadnych zmian, albo też powstają w nich, to jest w ich wnętrzu lub na powierzchni, zmiany wsteczne, jak zropienie lub rozpad posokowaty a dopiero w następstwie tego ogólne zakażenie. Może też guz a raczej jego szypuła w skutek nagłej zmiany w położeniu uleść okręceniu, poczem w guzie w skutek braku dowozu materiału odżywczego powstają przemiany wsteczne. Wspominałem też o zrostach, jakie powstają w ciąży między guzem a macicą lub między guzem a narządami sąsiednimi; wiemy z anatomii patologicznej, że zrosty takie odznaczają się dużą ilością cienkich i drobnych naczyń, które samoistnie

lub też podczas zabiegów operacyjnych mogą pęknąć, następuje wylanie się krwi do jamy brzusznej (sączenie), krwotok zamaciaczny, który może stać się bezpośrednio przyczyną śmierci, albo przynajmniej stanowi bardzo niebezpieczne powikłanie położu. Sączenie to może być bardzo powolne tak, że na razie rozpoznać się nie da, (jak to było w naszym przypadku), a przecież ono położyło kres życiu matki. Taki byłby w głównych zarysach wpływ włókniaków na przebieg porodu i położu a teraz zobaczymy, jak było w naszym przypadku?

Dnia 25. Marca 1893. przywieziono do kliniki położniczej K. R. z Rz., lat 30 liczącą, zamężną, Izraelitkę. Odbyla ona podróż dwudziesto-milową koleją żelazną. Chora podaje co następuje: Regularność miała się pojawić po raz pierwszy w 15. roku życia i powtarzała się w prawidłowych odstępach czasu; trwała zazwyczaj 5—7 dni, nie była zbyt obfita, chora nie doznawała też podczas peryodu żadnych dolegliwości. Zamężna od lat pięciu, nie rodziła i nie roniła. Zawsze czuła się zdrową, chorób cięższych nie przebywała. Ostatnia regularność prawidłowa odbyła się z końcem Czerwca 1892. roku. W ciąży nie doznawała też żadnych znaczniejszych dolegliwości. W czasie podróży koleją miała jeszcze czuć ruchy płodu; od północy jednak ruchy te stawały się coraz słabsze, aż wreszcie zupełnie ustały. Podczas podróży skarżyła się na dreszcze. Położna, która osobie tej wraz z mężem towarzyszyła, podaje, że wezwano ją na jakiś czas przed porodem, że miała radzić, aby zawezwano lekarza a to dla tego, że w wyniku badania nabrała przekonania, że poród będzie ciężki; czy życzeniu jej stało się zadość, odpowiedzieć nie umie a i mąż, który nie był natenczas w domu, nie wie, czy lekarza wzywano.

Pierwsze bóle porodowe miały wystąpić dnia 19. Marca i trwały aż do chwili, w której chorą wsadzono do wagonu. Drugiego, czy nawet trzeciego dnia, po wystąpieniu bólów, zawezwano lekarza, który miał badać a nawet próbo-

wać jakiegoś zabiegu, po którym miały odpłynąć wody a bóle dotychczas słabe występowały znacznie częściej i były silniejsze. Wtedy lekarz oświadczył po radzie z drugim kolegą, że trzeba wykonać cięższą operację i radził, aby chorą odwieźć do Krakowa, do kliniki położniczej, co się też rzeczywiście stało. Czy i o ile wywiady te zasługują na wiarę, nie chcę stanowczo rozstrzygać; to tylko mogę powiedzieć, że tak mąż, jak i akuszerka często w odpowiedziach na jedno i to samo zapytanie, na które nawet osoba nie znająca się na sprawie porodu może dać pewną odpowiedź, w zeznaniach swych znacznie się różnili, rodząca zaś była tak sprawą porodową i podróżą zmęczona a rozkazem natychmiastowego udania się do Krakowa na operację przestraszona, że na jej zeznaniach bezwarunkowo polegaćby nie można, zwłaszcza, że jako pierwiastka, chociaż 30 l. licząca, niektórych pytań wcale nie rozumiała.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Osoba wzrostu średniego, na kończynach dolnych około kostek nieznaczne obrzęki, kończyny szablowato wygięte, nasadki kości długich zgrubiałe, na klatce piersiowej widoczne zmiany krzywcowe w postaci wyniosłości na granicy między żebrami a chrząstką; odżywienie liché, rysy twarzy zaostrzone, na policzkach wypieki, język suchawy; ciepłota ciała wynosi 37° C., tętno mało napięta, wąska, tętno 120 uderzeń na minutę. Skarży się na ciągle trwające bóle w krzyżach i w dolnej okolicy brzucha. Sutki małej objętości, obwódka ciemna, gruczoły bardzo wybitne, za uciskiem występuje obficie klej. Brzuch wypukłony niejednostajnie przez guz odpowiadający macicy, ale macicy, której zarysy występują bardzo wybitnie przez chude powłoki brzuszne, macicy, która jest twarda jak deska, zatem pozostaje w ciągłym skurczu (*tetanus uteri*). Macica dochodzi dnem swem na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego, dno jest szerokie, na ścianie przedniej macicy na szerokość dwóch centymetrów od linii środkowej na prawo a na pięć centymetrów poniżej pępka można wybadać guz wielkości jabłka,

o powierzchni gładkiej, tej samej zbitości, co ściągnięty mięsień macicy, guz w ścisłym związku z macicą zostający, bo nieprzesuwalny, niebolesny, nie wykazujący objawu chęłbotania. W okolicy lędźwiowej prawej guz wielkości pięści, te same własności, co wyżej opisany posiadający, ale zdaje się, jakoby część jego wchodząca niżej ku okolicy pachwinowej prawej gubiła się za macicą. Zresztą z powodu tężca macicy ani części płodu wymacać, ani też tętna jego wysłuchać nie można. Chęłbotania wcale wykazać nie można. Wymiary macicy: Od spojenia łonowego do pępka wypukłego 19 $\frac{1}{2}$ cm., do granicy górnej guza 33 cm.

B a d a n i e w e w n ę t r z n e. Wejście do pochwy dosyć wąskie; wargi większe i mniejsze nieco surowiczo zbrzękłe, suche. Pochwa szczególnie od przodu długa, część pochwowa prawie zanikła, ujście zewnętrzne dla dwóch palców drożne, wysoko ustawione, prawie w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego i do tegoż spojenia przyparte, brzegi ujścia zewnętrznego grube, warga przednia obrzmiała, za dotykaniem tkliwa. W szyi macicy, która ku górze nie balonowato, lecz miernie tylko się rozszerza, wy badać można drobną część płodu a mianowicie nóżkę i to lewą, której paluszki, ku dołowi i tyłowi zwrócone, znajdują się w równej wysokości z brzegami ujścia zewnętrznego macicy. Nóżka ta przy drażnieniu wcale się nie cofa, ani się nie porusza. Sklepienie przednie szczelinowate i wklęsłe. W sklepieniu tylnem, które jest bardzo aż do wysokości cieśni miednicy małej wypukłone, wy badać można guz, który je właśnie wypukła; guz twardy o powierzchni gładkiej, zajmujący całą tylną ścianę miednicy, nad nim błona śluzowa sklepienia przesuwalna, powierzchnia guza, wszędzie jednostajnej zbitości, nie okazuje miejsc elastycznych, ani miękkich; guz ten jest niebolesny, nieruchomy, nie daje się bowiem wysunąć przy tego rodzaju badaniu nad wzgórek kości krzyżowej i zmniejsza on znacznie wymiary wchodu i próżni miednicy, szczególnie wymiar przodowo-tylny miednicy, która już i tak jest ściśniona. Za guzem, palec bowiem łat-

wo dochodzi do wzgórka kości krzyżowej, który sterczy mocno ku przodowi; wygięcie kości krzyżowej nie jest łukowate, lecz od wzgórka kość krzyżowa idzie wprost ku tyłowi a dopiero w okolicy trzeciego kręgu krzyżowego zagina się ku przodowi; toż samo kość ogonowa zagięta haczykowato ku przodowi. Wymiary miednicy kostnej są następujące:

Wymiar kołcowy (<i>Dist. spinalis</i>)	23	cm.
„ grzebieniowy (<i>Dist. cristalis</i>)	23	„
„ zewnętrzny (<i>Conjugata externa</i>)	17 $\frac{1}{2}$	„
„ przekątny wchodu (<i>Conj. diagonalis</i>)	10	„
„ prosty wchodu (<i>Conj. vera</i>)	8 $\frac{1}{2}$	„
„ krętarzy (<i>Dist. trochanterica</i>)	29	„

Jeżeli bierzemy w rachubę guz zaklinowany w miednicy małej, to wymiar prosty wchodu nie był większy, niż 5 cm. czyli, że mieliśmy przed sobą miednicę bezwzględnie ścieśnioną. Palec wyjęty z pochwy zawalany ciecżą brunatnawo-zieloną, nieco cuchnącą.

Mocz, odprowadzony cewnikiem w niewielkiej ilości, jest wysycony, kwaśny, nie zawiera białka.

Rozpoznanie brzmiało: Rodząca pierwiastka, poród na czasie, położenie płodu nóżkowe pierwsze, płód nieżywy, ścieśnienie bezwzględne miednicy wynikłe z powodu zaklinowania się włókniaka podsurowiczego, z tylnej ściany macicy wychodzącego, w zatoce Douglasa, niestósunek porodowy znacznego stopnia, zapalenie wnętrza macicy posokowate z powodu gnicia płodu, teżec macicy.

Na usprawiedliwienie pewnych szczegółów rozpoznania nawet więcej miejsca poświęcać nie będę. Objawy pewne tłómaczą rozpoznanie ciąży, zmiana dolnego odcinka macicy usprawiedliwia rozpoznanie porodu, brzegi ujścia bez blizn, że jest pierwiastką, ciągły skurecz macicy, tkliwość jej ścian i brzegów ujścia zewnętrznego, zwłaszcza wobec tak znacznego niestósunku, częstego badania, ba nawet usiłowanych zabiegów operacyjnych, a zatem przyczyn najczęstszych teżca macicy, tłómaczą w zupełności jego wystąpienie. Odchody cuchnące z macicy to objaw gnicia a wobec szybkiego tęt-

na i poprzednich dreszczów najczęściej zapalenia posokowego błony śluzowej macicy. Dla czego jednak rozpoznaliśmy, że guz wypuklający tylne sklepienie jest włókniakiem? Wszak mógł to być zwyrodniały jajnik zaklinowany lub torbiel skórzakowy, albo guz wychodzący ze ścian miednicy małej. Zapewne, że wszystko to jest możliwe, nawet przyznać trzeba, że o ile guzy w jamie brzusznej znajdujące się a nie zaklinowane różnią się znacznie od siebie, o tyle przy uwięzieniu, gdy nawet torbiele z przyczyny znacznego napięcia ścian tracą cechę elastyczności, a więcej stają się twarde, różnicy tej dopatrzeć się trudniej. Dopiero próbne nakłucie nieraz rozstrzyga. W naszym przypadku rozpoznanie było bez użycia nakłucia łatwe, bo guz miał cechy włókniaka a nadto takie same nowotwory wykazaliśmy w innych ścianach macicy; na cóż więc przyjmować dwie różne sprawy, kiedy właśnie włókniaki wielokrotne są częstą w macicy zmianą.

O ile rokowanie w porodach powikłanych tego rodzaju włókniakami, które wytwarzają niestósunek porodowy, jest wątpliwe, o tyle w naszym przypadku długie trwanie porodu, znużenie matki, ścieśnienie miednicy kostnej, zabiegi poprzednich operatorów a najbardziej niedostateczne rozwarcie dróg miękkich, tężec i objawy rozkładu w macicy rokowanie to bardzo pogarszały. Mielśmy jednem słowem przed sobą przypadek zaniedbany, który już oddawna wymagał umiejętnej pomocy, i wykluczyć się nie da, że pomoc ta w odpowiednim podana czasie, mogła uratować życie i matki i płodu. Okoliczności, w których rozpoczęliśmy swe działanie, aby wobec niewątpliwej śmierci płodu ratować chociaż matkę, były tak niepomyślne, że już z góry nie tuszyliśmy sobie, aby zabiegi nasze pomyślnym na pewne mogły być uwieńczone skutkiem. A przecież trzeba było matkę już rozwiązać, a w jaki sposób, to zaraz pokrótce wyłuszczyć.

Rozumowanie nasze było takie: Mamy przed sobą przypadek bezwzględego ścieśnienia miednicy z powodu guza. W takich przypadkach, przynajmniej w szkole położniczej krakowskiej, pytamy się, czy ten guz nie da się wy-

cofać, bez uśpienia chloroformowego, lub w niem, do miednicy dużej nad wchód. Być może, że nam to powiedzie się. A jeżeli nie, pytamy się wtedy, czy guz nie da się pomniejszyć? To pytanie w naszym przypadku nie wchodziło w rachubę, bośmy mieli to przekonanie, że o pomniejszeniu guza mowy być nie może. Cóż wtedy pozostaje, gdy na obydwie te pytania odpowiedź mamy przeczącą? Wtedy postępujemy tak, jak w bezwzględnem ścieśnieniu, t. j. albo drogą naturalną trzeba wydobyć płód pomniejszony, jeżeli ścieśnienie nie przekracza poniżej $5\frac{1}{2}$ cm. lub też robimy cięcie cesarskie, i to albo zachowawcze (Saenger), albo z wycięciem macicy (Porro).

Jakże się rzecz miała w naszym przypadku?

Gdybyśmy mogli wykazać niewątpliwie, że płód żyje, i gdyby tylko guz zaklinowany w miednicy małej stanowił zapórę, to według zasad szkoły krakowskiej, a powiedzmy, i w innych szkołach używanych, musielibyśmy myśleć w pierwszym rzędzie o wycofaniu guza w uśpieniu chloroformowem i wydobyciu płodu drogą naturalną i moglibyśmy się spodziewać w razie, gdyby się guz dał wysunąć, pomyślnego wyniku i dla płodu i dla matki, taki bowiem przebieg nie jest czemś nadzwyczajnem. Ależ w naszym przypadku oprócz guza mieliśmy jeszcze ścieśnienie ogólne miednicy kostnej drugiego stopnia; otóż, gdyby płód był żywy, to zdaniem mojem nawet po wycofaniu guza nie wyszedłby on przy zabiegu operacyjnym cało, a w takim razie bylibyśmy się niewątpliwie zdecydowali na wykonanie cięcia cesarskiego, wydobywszy zaś płód żywy bylibyśmy wykonali na macicy taki zabieg, któryby uwolnił raz na zawsze kobietę od włókników, a więc bądź wycięcie włókników, bądź też wyłuszczenie sposobem Martina, lub odcięcie macicy powyżej szyi z zapuszczeniem kikuta do jamy brzusznej, lub z pozostawieniem go na zewnątrz. Zdaje mi się, że tym sposobem osiągnęlibyśmy najpomyślniejszy wynik porodu a zarazem uwolnilibyśmy matkę od niebezpieczeństw połączonych z obecnością włókników w macicy. Niestety zaraz po pierwszym

badaniu nabraliśmy przekonania, że płód nie żyje, a przyczyną tego było przeciąganie się porodu, bezskuteczne zabiegi operacyjne w domu a nadewszystko tęzec macicy, który był następstwem niestósunku porodowego i wyżej wymienionych okoliczności. Zabieg tak ciężki, jak cięcie cesarskie przy porodzie powikłanym włókniakami macicy, który według Saengera w 83⁰/₀ przypadków kończy się niepomyślnie dla matki, byłby za cenę żywego płodu niewątpliwie usprawiedliwiony. Ale zwolennik cięcia łonowego mógłby nam powiedzieć, że nie pomyśleliśmy o tej zbawiennej operacji po odprowadzeniu guza. Owszem i ta myśl nam zabłysła, ale gdyby nawet było do niej wskazanie, to nauczeni doświadczeniem jednego wprowadzie tylko przypadku, nie łatwiejbyśmy się na nie pisali, niż na wykonanie cięcia cesarskiego. Przypadek ten ogłosiłem w *Przegl. lekarskim*.¹⁾

To też na razie o cięciu cesarskiem i o cięciu łonowem musieliśmy zapomnieć a starać się użyć zabiegów mających na celu usunięcie guza i urodzenie płodu pomniejszonego drogą naturalną. Dopiero, skoroby guz nie dał się wysunąć, wdzielibyśmy się zmuszeni w obec bezwzględnego wskazania rozwiązać matkę drogą nienaturalną mimo nawet śmierci płodu i połączyć to rozwiązanie z odpowiedniem, dośzczętnem usunięciem włókniaków. Wprowadzie mógłby nam ktoś powiedzieć, po co wycofywać guz? wszak można było zaraz, zwłaszcza że poród trwał długo, że cuchnące były odchody a zatem pewnie sprawa zapalna posokowata na błonie śluzowej i do tego włókniaki, przystąpić do cięcia cesarskiego metodą Porry, przezco uwolniłoby się matkę od źródła zakażenia i wyleczyłoby raz na zawsze od włókniaków. Zapewne, że i temu, któryby tak postąpił, zarzutu niktyby nie uczynił, ale czy my wiemy, jak daleko jad gnilny wtargnął do organizmu, czy mimo wyjęcia macicy nie nastąpiłoby uogólnienie sprawy, a dalej przypomnieć musimy i to,

¹⁾ Cercha: Przyczynek do cięcia łonowego. *Przegląd lekarski* 1893 Nr. 34—38.

że nie każdy przypadek, w którym poród trwa długo i mamy już objawy rozkładu obumarłego płodu po jego urodzeniu, gdy nie żałujemy płynu mającego zniszczyć jad, kończy się niepomyślnie; owszem na poparcie swego zdania mógłbym przytoczyć cały szereg porodów bardzo zaniedbanych, z objawami zakażenia, w których po rozwiązaniu i sumiennej desinfekcji części rodnych przebieg porodu nie nie pozostawiał do życzenia.

Co się zaś tyczy włókników, to one w porodu mogły uleść pomniejszeniu, na co mamy w literaturze niewątpliwe dowody, i mogły bez szkody dla niewiasty istnieć dalej, jak istniały przed ciążą nie wywołując żadnych ważniejszych objawów; wszak rodząca do chwili porodu wcale o nich nie wiedziała.

Owa niepomyślna statystyka Saengera, wykazująca po cięciu cesarskiem w przebiegu porodu włóknikami powikłanego 83% śmiertelności, wprawdzie nie może nas od zabiegu odstraszyć, gdzie tego potrzeba wymaga koniecznie, ale w każdym razie do wykonania cięcia cesarskiego z pominięciem innych, możliwych sposobów łagodniejszego rozwiązania rodzącej nie zdaje się, że nas uprawnia. To też i my wybraliśmy, stosując się do zasad przyjętych w szkole położniczej krakowskiej, nie zaraz cięcie cesarskie, lecz postąpiliśmy w sposób, który poniżej opiszę. Żeśmy nie uzyskali pomyślnego skutku, wina, zdaje się, nie polega na wyborze sposobu; szukać jej raczej należy w zaniedbaniu porodu i w powikłanych stosunkach, jakie guz przedstawiał względem macicy, jak również i w tej okoliczności, że wynik pomyślny w podobnych przypadkach należy do rzadkości.

Tak więc przystąpiliśmy w uśpieniu chloroformowem do odprowadzenia guza, używszy przedtem i innych środków mających na celu usunięcie ciężca macicy, jak kąpieli i morfiu.

Skutek podania tych leków był niewielki; macica podczas całej operacji pozostała w stanie skurczu. W narkozie więc, w obecności prof. Madurowicza, za jego zezwoleniem i korzystając z jego rad, przystąpiłem naprzód do odprowadzenia guza. Wszedłszy ręką prawą do pochwy a drugą

umieściwszy na dnie macicy, lekko starałem się guz z tylnego sklepienia wysunąć, zaczynając od zatoki krzyżowobiodrowej prawej. Ten zabieg poszedł dosyć łatwo; wnet też guz znalazł się ponad wzgórkiem kości krzyżowej a dno macicy wystąpiło więcej ku przodowi, część pochwowa zaś a raczej ujście zewnętrzne, przed zabiegiem więcej do spojenia łonowego zbliżone, teraz znajdowało się w osi miednicy. Zmieniły się też teraz stósunki i przy badaniu przez powłoki brzuszne, albowiem guzek, znajdujący się po stronie prawej poniżej pępka, skrył się więcej ku okolicy lędźwiowej prawej; snąć macica musiała być również koło długiej swej osi nieco skręcona. Teraz nie bez trudności udało mi się na nóżkę lewą, będącą w ujściu zewnętrznym mało rozwartem, założyć pętlę obrotową, po czem ułożywszy rodzącą na łóżku poprzecznem, gdy już na dłuższe wyczekiwanie stan matki nie pozwalał a i na siły natury wobec ciężca macicy liczyć nie mogłem, przystąpiłem do dalszego rozwiązania rodzącej.

Po kilku pociągnięciach, przy czem nie dostrzegłem, aby brzegi ujścia zewnętrznego były bardzo napięte, zdołałem płód, na którego skórze widoczne były znaki rozpoczynającego się gnicia, urodzić po łopatki, po czem nastąpiło uwolnienie rączek, które było trudniejsze, niż zazwyczaj a to z przyczyny, że rączki były ku górze wyprostowane, co zwłaszcza wobec ścieśnienia miednicy kostnej czyni uwolnienie rączek trudnem. Gdy następnie wytoczenie główki tak sposobem Smeliego jak również Kiwischea okazało się bezskutecznem a z obawy, aby nie spowodzić pęknięcia napiętych brzegów ujścia zewnętrznego, większej siły użyć nie chciałem, wbiłem nożyce Negelego w czaszkę na ostatek idącą po nad pierwszy krąg szyjny, wypłukałem mózg i następnie wytoczyłem główkę, zakładając kranioklast Brauna. Że zabieg ten był na miejscu a obawy moje co do pęknięcia szyi uzasadnione, to trudne wydobyć główki pomniejszonej kranioklastem i płytkie pęknięcie szyi po stronie lewej, o czem mogłem się przekonać przy ręcznem wydobyćiu łożyska, zdaje się, że najlepiej za tem przemawia. Po ukoń-

czeniu operacyi macica dobrze się skurczyła, ale zawsze dno jej sięgało wyżej, niż po porodach zwykłych, co przypisać należy obecności włókniaków. Krwotoku nie było żadnego. Macicę i pochwę wystrzykano dokładnie 30% kw. karbolowym. Lekkie pęknięcie pochwy po stronie prawej zeszyto szwem katgutowym. Położnicy podano ławatywę z dwóch gramów wyciągu sporyszu, do pochwy założono seton z gazy jodoformowej, na brzuch dano okład wysychający. Płód płci męskiej tak co do długości (50 cm.), jak i co do wagi ciała (3120) odpowiadał płodowi donoszonemu.

Przebieg porodu był następujący:

Pierwszy dzień porodu 25. Marca. Zaraz po operacyi położnica śpi przez kilka godzin dosyć spokojnie.

Ciepłota ciała 37°, tętno drobne 120. Nudności i wymioty. Wieczorem skarży się na osłabienie. Ciepłota 37°0, tętno 124. Podano wino i *aq. laurocerasor.*

26. Marca drugi dzień porodu. Rano ciepłota 37°0, tętno 104 pełniejsze. Chora w nocy spała snem przerywanym, skarży się na czkawkę, wymiotów nie było. Przy oglądaniu brzucha widać wzdęcie a macica i okolica lędźwiowa lewa przy obmacywaniu są bolesne. Wieczorem ciepłota 37°5, tętno 134, bardzo nikłe. Polecono wino stare, ciepłe napoje w miernej ilości i założono do kiszki stołcowej czopek opioowy (*Extr. opii-aquos 0.03*).

27. Marca trzeci dzień porodu. W nocy chora nie spała z powodu czkawki i wymiotów; wzdęcie brzucha i bolesność utrzymują się w równym stopniu. Ponieważ chora sama twierdzi, że przed porodem nie był należyte przewód pokarmowy oczyszczony, przeto podano jej olejek rącznikowy, który jednak zwymiotowała, dlatego podano w 1½ godziny ławatywę a gdy ta skutku nie odniosła, postanowiono zastósować wlewania wody do jelit. Kiedy wprowadziłem palec do odbytnicy, aby po nim wsunąć rurę kauczkową, przekonałem się, że guz znowu obsunął się do miednicy małej i ucisnął kiszkę grubą. Dotykanie guza a tembardziej próba, aby guz wysunąć, okazały się tak bolesne, że znowu podano położnicy nieco chloroformu, po czem rurę obok guza udało się przesunąć wysoko. Po zastósowaniu wlewań odeszło nieco zbitych mas kałowych i dużo wiatrów, w następstwie czego wzdęcie brzucha nieco się zmniejszyło.

Ciepłota rano 37·8, tętno 128, wieczorem ciepłota 37·0, tętno 116. Wieczorem posmarowano brzuch kolodyonem.

28. Marca, czwarty dzień położu. Rano ciepłota 38·0, tętno 120. W nocy i nad ranem wymioty i czkawka. Podano 2 proszki kalomelu co 2 godziny po 0·5 bez skutku. Chora skarży się na bóle mocne dołem i w krzyżach. Podano okłady lodowe. Bóle po tem nieco zmniejszyły się. Po południu powtórzyły się wymioty, w wymiotach domieszką żółci; podano roztwór kokainy. Wieczorem ciepłota 36·9, tętno 128. Język wilgotny, badanie moczu wykazuje dosyć dużą ilość białka. Ponieważ chora skarży się na wzdęcie i przelewania w jelitach a kalomel nie zrobił skutku, powtórzono wlewania wody do jelit, poczem odeszło nieco stolca i wiatrów.

29. Marca, piąty dzień położu. Ciepłota 37·0, tętno 124. W nocy chora spała dosyć dobrze, wymiotów nie było. Rano po każdym przyjęciu płynów czkawka i wymioty. Wiatry nie odchodzą, wzdęcie brzucha jednak nieco mniejsze, co widać po pomarszczeniu się kolodyonu. Przy obmacywaniu brzuch w okolicy lędźwiowej tam, gdzie jest guz, najwięcej jest bolesny. Odchody, tak dziś, jak i dni poprzednich nieobfite, ale nie cuchnące. Około godziny 4-tej po południu stolec dosyć obfity i odeszło dużo wiatrów. Ciepłota wieczorem 36·9, tętno 128.

30. Marca, szósty dzień położu. Ciepłota 38·0, tętno przepuszczające 164. W nocy chora była niespokojna, skarżyła się na bóle w dolnej części brzucha; przez noc podano 2 razy czopek (0·03 *extr. opii*) t. j. jeden wieczór, drugi nad ranem. Wzdęcie znacznie większe, wargi spieczone, język zasycha, rysy zaostrome, wymiotów nie ma. Około południa chora skarży się na mdłości, jest nieprzytomna, zrywa się, tętno bardzo szybkie nie daje się zliczyć, podano szampan *cum ol. cinnamomi*, kamforę, eter. O godzinie 2-giej po południu wśród objawów zapadu śmierci.

Rozpoznanie kliniczne na karcie sekcyjnej brzmiało:

Partus, primipara—fibromata multiplicia subserosa uteri, incarceration fibromatis in cavo Douglasi, inde pelvis absolute angusta, tetanus uteri. Repositio fibromatis in narcosi. Extractio foetus mortui. Craniotomia. Extractio manualis placenta. Peritonitis.

Sekeya wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym prof. Browicza wykazała co następuje:

Peritonitis fibrinosa universalis. Haemorrhagia in cavo peritonei nec non subperitonealis e ruptis adhaesionibus in cavo Douglasi inter tumorem et parietem posteriorem uteri; degeneratio fibrosa ovarii dextri, perioophoritis adhaesiva dextra. Endometritis puerperalis purulenta, metrophlebitis. Fibromyomata multiplicia subserosa uteri.

Jeżeli porównamy rozpoznanie kliniczne za życia z rozpoznaniem na stole sekeyjnym, to one nie wiele różnią się od siebie. Nie rozpoznaliśmy wprawdzie krwotoku do jamy brzusznej z przedartych zrostów pomiędzy guzem a macicą, krwotoku, który stał się bezpośrednią przyczyną zejścia niepomysłnego, bośmy nie mieli do tego żadnych podstaw. Wszak rozpoznając zapalenie otrzewny ogólne, mieliśmy łatwy sposób wytłómaczenia szybkiego i niskiego tętna; tem bardziej w obec częstych wymiotów mogliśmy zapad, który nie wystąpił nagle, tłómaczyć równie dobrze zapaleniem otrzewny, której zwykł towarzyszyć. Prawda, że gdybyśmy mogli rozpoznać zrosty, to myśl, że mogły uleść przerwaniu, musiałaby nam nasunąć się mimowoli, ale w obec łatwości, z jaką guz dał się odprowadzić, nie mogliśmy się tego spodziewać; dalej okoliczność, że ciąża nie została przerwana, lecz, że mieliśmy do czynienia z porodem na czasie, nie przemawia za, lecz przeciw obecności zrostów. Nie rozpoznaliśmy dalej zmian chronicznych w jajniku i około jajnika prawego; tego przecież za błąd poczytać nie można zwłaszcza, gdy ani wywiady, ani przebieg ciąży niczem nie zamięcony nie dawały nam w tym względzie żadnych wskazówek. Rozpoznanie zmian włóknistych w okolicy macicy podczas ciąży należy do największych trudności, możemy się tylko z pewnych objawów ich obecności domyślać n. p. z bolesności na ograniczonym miejscu przy obmacywaniu, z bólów stale w jednym miejscu podczas ciąży występujących a powiększających się przy zmianie pozycji ciężarnej osoby, ze zmiany w położeniu macicy; na pewne zaś rozpoznać możemy wtedy

i to w pierwszych miesiącach ciąży, gdy wybadamy najczęściej w zatoce Douglasa napinające się nitki. O zmianach w błonie śluzowej macicy i o ropie w żyłach nie napisaliśmy wyraźnie w rozpoznaniu, bo rozumie się samo przez się, że zapalenie otrzewny powstało w następstwie zakażenia jamą gnilnym, który z błony śluzowej macicy drogą naczyń tamże wtargnął, a przecież przed ukończeniem porodu mówiliśmy o rozkładzie gnilnym i na błonie śluzowej macicy i na płodzie, za czym odchody cuchnące dostatecznie zdawały się przemawiać. Tym sposobem uporaliśmy się z rozpoznaniem. Do czego mieliśmy podstawę, tośmy rozpoznali; o domysłach zaś, jakie w każdym przypadku mogą się nasunąć, woleliśmy zamilczeć. A teraz zapytać się godzi, dlaczego nasz przypadek zaliczyć musimy do niezwykłych.

Naprzód widzimy, że u tej kobiety istniały włókniaki od dawna, nie wywołując prawie żadnych objawów. Że nie było krwotoków, to nie dziwne, bo to przecież cecha włókniaków mięsistych a szczególnie podśluzowych, ale osoba ta na zapytania co do objawów uciskowych stanowczo twierdziła, że nigdy żadnych zboczeń nie miała. A ciąża jakże przebiegała? Wszak włókniaki są przyczyną częstych poronień z przyczyny, że macica swobodnie nie może się rozwijać; w naszym zaś przypadku ciąża dobiegła bez powikłań do kresu, mimo zrostów tak rozległych między guzem a macicą i sąsiednimi organami, mimo zmiany włóknistej w jajniku i około jajnika prawego. Śnać te zrosty podczas ciąży ulegały rozpulchnieniu i nie przeszkadzały macicy w rozwoju, albo też powstały one dopiero podczas ciąży; obecność bowiem nowotworów w jamie brzusznej usposabia zawsze do powstawania zadrażnienia otrzewny, a cóż dopiero podczas ciąży w obec tak znacznego przekrwienia części rodnych! Co się tyczy porodu, to przebieg jest o tyle ciekawy, że mimo takiego niestósunku porodowego, mimo wczesnego odpływu wód płodowych, przecież nie mieliśmy nawet w chwili rozwiązania znacznego rozszerzenia i zcieńczenia szyi macicy, jak to bywa w podobnych przypadkach, po

czem łatwo nastaje pęknięcie macicy. Zdaje się, że ów tężec macicy, podczas którego macica we wszystkich swych częściach jednostajnie jest skurczona, przez co znika współzawodnictwo między górnym kurczącym się a dolnym odeinkiem macicy, który ulega znacznemu rozdęciu, zapobiegł temu, a dalej i to, że do porodu nie stawiała się część twarda, jaką jest główka, lecz że pośladki a względnie nóżki przodujące nie mogły tak znacznie rozszerzyć szyi. I to jest bardzo dziwne, że mimo opieki lekarskiej poród przedstawił nam się tak zaniedbanym. W położu ani zapalenie posokowate wnętrza macicy, ani ropa w naczyniach, ani wreszcie zapalenie otrzewny, w obec tak zaniedbanego porodu, nie były dla nas niespodzianką; było nią natomiast owe krwawienie do jamy brzusznej powoli powstające z rozdartych zrostów, które znalaziono przy sekcji a które miało położyć kres życiu matki. Z przypadku tego, który zdaniem mojem wypada z czystem sumieniem nazwać zaniedbanym, nabraliśmy tego przekonania, że należy o zrostach takich pamiętać, że w razie, gdyby je można rozpoznać a płód żyje, lepiej byłoby może przystąpić do rozwiązania drogą sztuczną i połączyć z niem radykalne usunięcie włókniaków, a jeżeli już zmuszeni okolicznością rozwiązać musimy rodzącą w sposób wyżej podany, to należy pilnie śledzić, czy nie ma objawów wewnętrznego krwotoku; skoro go zaś rozpoznamy, przystąpić do otwarcia jamy brzusznej i odpowiedniego leczenia, którem matkę moglibyśmy od śmierci uratować.

