

2127
XIII C.

7354

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego
prof. Dra Mađurowicza.

PRZYZYNEK
DO CIĘCIA ŁONOWEGO
(SYMPHYSEOTOMIA).

NAPISAŁ

DR. M. CERCHA

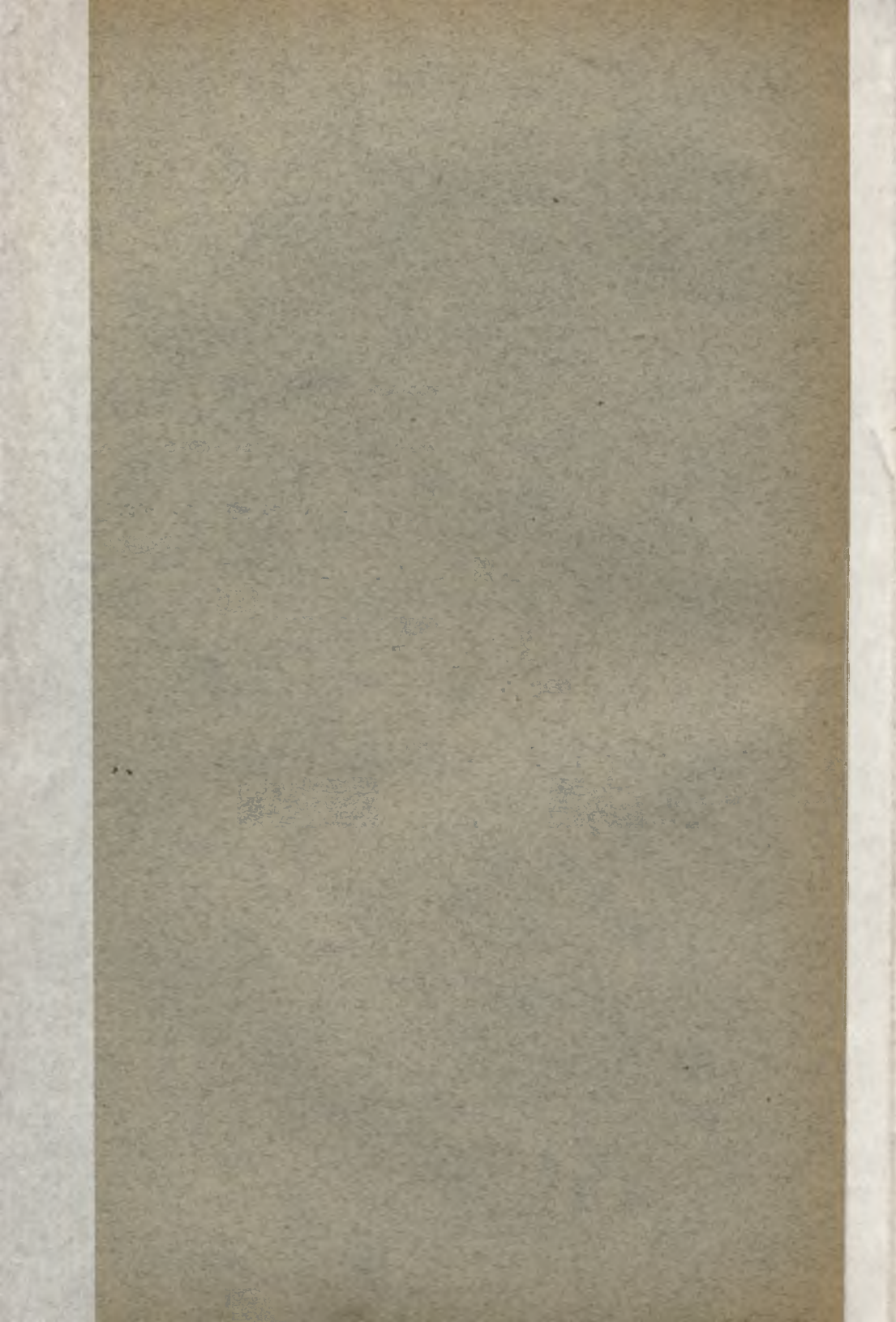
I-SZY ASYSTENT KLINIKI.



KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1893.



B 15619

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego
prof. Dra Madurowicza.

PRZYZYNEK

DO CIĘCIA ŁONOWEGO

(SYMPHYSEOTOMIA).

NAPISAŁ

DR. M. CERCHA

I-SZY ASYSTENT KLINIKI.



KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1893.

UNIWERSYTET
BIBLIOTEKI POŁOŻNICZO-
GINEKOLOGICZNEJ
WE WIEDNI

7127
XIII

Bz 58626
641414 II

B 15619



15,-

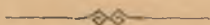
7517
1118

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel.
prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał

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



Minęły już, dzięki postępowaniu przeciwnie, czasy, gdy ciężarne, szukające pomocy w zakładach położniczych, z obawą oczekiwały dnia porodu, gdy, mimo nieraz prawidłowego przebiegu, ginęły z gorączki połogowej, która dziesiątkowała położnice, osoby młode i zdrowe. Dziś ciężarna może ze spokojem oczekiwać chwili, w której ma spełnić wielkie powołanie kobiety, chwili, w której ma zostać matką. Mimo jednak tych świetnych zdobyczy i tryumfów, jakie nauka lekarska, jakie część jej operacyjna święci w dzisiejszych czasach, niejednokrotnie musi jeszcze niewiasta życie płodu swoim własnem opłacać a to wtedy, gdy skutkiem znaczniejszego niestósunku porodowego, poddać się musi zabiegowi operacyjnemu, który ma na celu rozwiązać matkę, ale zarazem ocalić i płód. Mam tu na myśli tego rodzaju niestósunek, gdzie płód żywy drogami naturalnemi urodzić się nie może, jedynie tylko płód pomniejszony. Jeżeli ściśnienie przewodu rodowego jest tego rodzaju, że nawet pomniejszonego płodu nie można wydobyć bez narażenia matki

na niebezpieczeństwo utraty życia, to położnikowi pozostaje jedna tylko droga, t. j. cięcie cesarskie, bez względu czy płód jest żywy, czy nie; operacja ta, bardzo dawna, zawsze w tych razach była wskazaną i wykonywaną, jak o tem wiemy z historyi położnictwa, wyniki jednak były dla matki bardzo niepomyślne. Jestto cięcie cesarskie wykonywane ze wskazania bezwzględego, kiedy ścieśnienie przewodu kostnego jest takie, że najkrótszy wymiar wynosi mniej niż $5\frac{1}{2}$ cm.

Z biegiem czasu a mianowicie już w drugiej połowie naszego wieku, dzięki ulepszeniu metod cięcia cesarskiego podanemu przez Porę (1876) we Włoszech, który ogłosił sposób swój cięcia cesarskiego z wycięciem macicy, dzięki Saengerowi i Leopoldowi, których nazwiska w historyi cięcia cesarskiego złotem zapisane są głoskami a którzy przez podanie ulepszonego sposobu zeszywania macicy, wprowadzili tę, dotąd taki postrach wzbudzającą operację, na nowe tory i wywalczyli jej prawo obywatelstwa, skoro się przekonano, że wyniki tej operacji mogą iść w zawody z innemi tego rodzaju zabiegami położniczymi, wskazania do cięcia zaczęto rozszerzać i robiono je i tam, gdzie płód żywy pomniejszony mógł się urodzić. Dla ominięcia więc wymóżdżenia na płodzie żywym robiono cięcie cesarskie w tym przypadku dla wskazania względnego, oczywiście tylko wtedy, gdy czas do wzniesienia porodu przedwczesnego minął, t. j. z końcem ciąży. Sposobu tego używano przy miednicach ścieśnionych, gdzie najmniejszy wymiar wynosił $8\frac{1}{2}$ — $5\frac{1}{2}$.

Mimo pomyślnych wyników, jakie otrzymywali niektórzy operatorowie w dobrze urządzonych zakładach, gdzie dały się przeprowadzić wszelkie wymagania postępowania przeciwnilnego i beznilnego, zawsze cięcie cesarskie pozostało operacją bardzo ciężką, na którą nie każda pisała się niewiasta. Nawet tacy operatorowie, którzy zakresłali najszerze pole wskazań cięciu cesarskiemu, jak n. p. Leopold, zawsze uważają otwieranie dwóch dróg nienaturalnych, t. j. jamy brzusznej i macicy za zabieg nader niebezpieczny i chętnie też zastąpiliby go innym, gdyby tylko wyniki były

równie dobre. I tak mówi Leopold: „*So nothwendig der Kaiserschnitt bei unbedingter Anzeige ist, in den Fällen von bedingter Anzeige, von jeher, als ein höchst misslicher Nothbehelf gegolten und immer wieder die Aufmerksamkeit auf die geschichte Verwerthung der natürlichen Geburtswege gelenkt*“¹⁾).

To też, jak dawniej kruszono kopie w obronie cięcia cesarskiego, tak dziś skoro się na horyzoncie pojawiła inna gwiazda a raczej weszła na nowo, dziś wszyscy z gorączkowym pośpiechem pełni entuzjazmu dla nowej lub raczej wznowionej operacji, chcą ograniczyć *ad minimum* wskazania do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego a zastąpić je nie równie łatwiejszem i mniej niebezpiecznem cięciem łonowem (*symphyseotomia*). Gdy ten zabieg, dziś modny, coraz większe zyskuje uznanie, nawet między tymi, co pisząc prace o operacjach położniczych albo go pominęli, albo potępili, godzi się pokrótce wspomnieć o jego historii.

Pierwszą myśl przecinania spojenia łonowego podał we Francyi w 1774 r. Sigault, naówczas jeszcze student uniwersytetu paryskiego a w czyn ją wprowadził w r. 1777 w Paryżu. Historia jednak wspomina, że już starożytni wiedzieli, że pierścień miedniczy kostny pod koniec ciąży i podczas porodu może się nieco rozszerzyć pod wpływem napierającej części poprzedzającej, ba, nawet przecinać miano dziewczętom spojenie łonowe, aby im ułatwić sprawę porodu. Zdaje się, że Sigaultowi wzmianki te historyczne obcemi nie były. Po wykonaniu tej operacji, po której matka i dziecko wyszły cało, Sigault stał się przedmiotem owacyi a wielu położników wykonało ją po nim z mniej lub więcej pomyślnym wynikiem.

O dalszym losie tego zabiegu rozstrzygnął słynny Baudelocque, który wydał o nim bardzo niekorzystny sąd, twierdząc, że albo matkę ocala się kosztem życia dziecka, lub dziecko kosztem życia matki; tam zaś, gdzie ocalono oboje, cięcie łonowe było zbyteczne; dalej zarzucał operacji,

¹⁾ Centrbl. f. Gyn. Nr. 30. 1892.

że jeżeli osiągniemy dostateczny rozstęp, natenczas pękają więzadła krzyżowo-biodrowe a nawet stawy; tam zaś, gdzie tego nie ma, rozstęp jest za mały, aby przy znacznem ścieśnieniu wydobyć płód żywy; nadto obrażenia pęcherza, pochwy, sromu są następstwem tej operacyi.

Za Baudelocquem poszli inni i tak operacya Sigaulta poszła naprzód na tej ziemi, na której się zrodziła, prawie na całe sto lat w zapomnienie. W całej Europie potępiano ją tak, jakby już nigdy więcej nie miała podźwignąć głowy. Wszyscy autorowie, piszący podręczniki lub dzieła o operacyach położniczych, z pewną nawet dozą ironii wyrażają się o tej operacyi i tylko wspominają o niej ze stanowiska historycznego.

Dosyć wymienić nazwiska Baudelocqua, Dubois, Desormeaua we Francyi, Negelego, Kiliana, Scanzoniego, Siebolda, Fritscha, Kehrera w Niemczech; wszyscy oni wyrażają się o operacyi nieprzychylnie.

We Włoszech tylko przez całą setkę lat pozostał zabieg ten w spisie operacyj położniczych, co więcej, tu właściwie został po raz pierwszy na żywej osobie wykonany. Domenico Ferrara bawiący w r. 1774 w Paryżu, posłyszał z ust Sigaulta o cięciu łonowem i zaraz po powrocie wykonał je z pomyślnym wynikiem na ziemi włoskiej. Wytrwałość Włochów, ich badanie i doświadczenie dokonane na trupach, jak również pomyślne wyniki operacyj w szkole neapolitańskiej, na czele której stoją Moricani, Spinelli i Novi, sprawiły to, że od niedawna zabieg ten stał się przedmiotem roztrząsań naukowych, doświadczeń i badań nowych, stał się głównym tematem zjazdów ginekol. i ogólnie lekarskich (Wrocław, Rzym 1893) i że z każdym dniem zyskuje coraz to nowych zwolenników między położnikami, że zabieg ten zapomniany, zrobił wielki przewrót w nauce o operacyach położniczych i ma wyrugować w zupełności cięcie cesarskie ze wskazania względne.

W ostatnich latach, gdy operacya ta we Włoszech nabrała rozgłosu, i Francya znowu zwróciła na nią uwagę

i pracuje nad tem, aby jej zapewnić niczem nie odebrane laury zwycięstwa. W tej pracy najbardziej czynni są: Charpentier, Pinard, Varnier, Farabeuf. I Niemcy także nie pozostali w tyle za innymi; tu nawet ci, co przedtem należeli do zwolenników cięcia cesarskiego, przyznają dziś cięciu łonowemu wiele zalet i wykonywają je, wydając bezstronny sąd o wartości operacyi. Leopold, Freund, Zweifel, Wehle, Müllerheim i inni opisali przypadki cięcia łonowego, w których otrzymali pomyślne wyniki.

Dziś prawie każdy dzień przynosi nam nowe spostrzeżenia; kliniki, jakby na wyścigi, jedna przed drugą chcą zebrać doświadczenia i na tej podstawie wydać wyrok a tem samem przyczynić się do ujęcia w pewną całość zaokrągloną wskazań i przeciwwskazań do wykonania cięcia łonowego. Tym tylko sposobem przejdzie zabieg przez próbę ogniową i albo z niej wyjdzie zwycięsko, albo, tak jak to z wieloma dzieje się nowościami, zostanie tylko po niem wspomnienie.

Każdy też choćby najmniejszy przyczynek należy notować chętnie i skrzętnie; statystyka bowiem jedynie wykaże nam niezaprzeczenie, czego się po operacyi spodziewać należy. Z niej przekonamy się o tem, jakie i kiedy właściwie istnieje wskazanie do operacyi; ona zakreśli tej operacyi pewne granice, których przekraczać się nie godzi, jeżeli nie chcemy albo matki poświęcić, albo narazić się na zarzut, że operowaliśmy tylko dlatego, aby operować. Dziś jest ona jeszcze za szczupłą; jednak, jak dotąd przedstawia się bardzo pomyślnie. Co będzie dalej, czas najlepiej okaże.

Aby módz choć w przybliżeniu postawić jakieś punkta odnoszące się do wskazań, muszę tu wspomnieć o zapatrywaniach się pod tym względem przynajmniej wybitniejszych operatorów od czasu powstania operacyi aż do dni ostatnich.

Ferrara i Sigault nie określają ściśle wskazań; wykonywali oni cięcie łonowe w takich przypadkach, w których poprzednie porody odbywały się bardzo ciężko a dzieci zawsze były nieżywe; były to więc przypadki znacznieszego niestósunku porodowego.

Ponieważ zabieg przez następny szereg lat poszedł w zapomnienie, przeto też nikt nie zastanawiał się nad wskazaniami i w podręcznikach czyta się zwykle, że tam, gdzie trzeba przystąpić do wymóżdżenia na płodzie żywym, można wykonać cięcie cesarskie dla wskazania względnego, albo operację polegającą na przecięciu spojenia łonowego, lecz zaraz znajduje się mały dodatek, że ten ostatni zabieg raz już powinien być wyrugowanym z liczby operacyj położniczych. Ponieważ tylko Włosi pracowali wytrwale i nie dali się odstraszyć i ponieważ neapolitańska szkoła jest tem schroniskiem, w którym zabieg się ostał, przeto z tej szkoły wyszły poglądy oparte na doświadczeniu a ztąd szkoła ta zakreśliła ściślejsze granice, w których zabieg można wykonać z pomyślnym wynikiem dla obu istot.

Za Moricanim, przedstawicielem poglądów uniwersytetu i za Novim, przedstawicielem poglądów szpitalnych w Neapolu — poglądy te różnią się od siebie nieco co do rozciągłości granic wskazań — poszli dopiero Francuzi i Niemcy, którzy ogłaszając przypadki operowane, dodawali ze swej strony pewne uwagi, mające na celu albo ugruntowanie poglądów autorów włoskich, albo też ograniczenie i ścieśnienie granic wskazania.

Zapatrywania się na cięcie łonowe i wskazania do niego szkoły neapolitańskiej, przedstawił w pracy swej Charpentier (*De la symphyséotomie. 1892*), przy czem przedstawił nam wogóle postępowanie przy niestósunku porodowym. W pracy tej, która jest wynikiem pobytu jego we Włoszech, gdzie miał sposobność w rozmowie poznać poglądy Moricaniego i Noviego, gdzie naocznie przekonał się o wynikach po tej operacyi, przytacza on w zwięzieniach miednicy dwa rodzaje przypadków.

1) Skoro ciąża nie dobiegła do kresu, należy wywołać poród przedwczesny w okresie, gdy płód zdolny już jest do życia pozamacicznego. W ten sposób ocalamy dziecko, matkę zaś uwalniamy od następstw, jakie towarzyszą długotrwałemu porodowi.

2) Jeżeli poród odbywa się na czasie a kleszczami lub obrotem nie można go ukończyć pomyślnie, to albo należy płód pomniejszyć albo wykonać cięcie cesarskie. Pomniejszając płód, ratujemy matkę kosztem życia dziecka; cięcie cesarskie zaś, mimo znakomitych ulepszeń, zawsze pozostanie operacją poważną (9% śmiertelności Leopold).

Ideą naszych dążeń powinna być, mówi Charpentier, operacja pozwalająca uratować i dziecko i matkę. Operacji takiej dziś nie mamy, ale mamy coś bardzo do niej zbliżonego, t. j. cięcie łonowe.

Jeżeli cięcie łonowe ma spełnić swoje zadanie, to należy się zapytać, czy po jego wykonaniu rozmiary miednicy się powiększają? Że tak jest, to mamy dowód w pracach Bouchacourta, Pinarda, Palossana, Varniera i Farabeufa. — Udowodnili oni na zwłokach kobiet, że po przecięciu spojenia wszystkie wymiary i wchodu i jamy miednicy maleją się powiększają.

Pinard na podstawie swych badań przyszedł do następujących wniosków, które zbily dumne zapatrywania wypowiedziane przez Baudelocqua.

1) Powiększenie wymiarów miednicy po przecięciu spojenia łonowego jest dosyć znaczne.

2) W pewnych granicach i umiejętnie wykonane cięcie łonowe, nie wywołuje szkodliwych następstw, szczególnie pęknięcia stawów krzyżowo-biodrowych.

Teraz powracam do wskazań, jakie zakreśla szkoła neapolitańska dla cięcia łonowego i do różnicy, jaka zachodzi między uniwersytetem a szpitalem.

Moricani, przedstawiciel uniwersytetu, jako granicę, w której można wykonać z pomyślnym skutkiem cięcie łonowe, stawia miednice, których wymiar prosty wchodu wynosi 8·8—6·7 a nawet 6·5 cm. Poniżej tej granicy wykonywa on cięcie cesarskie; jest to zasada, od której pod żadnym nie odstępował warunkiem. Novi, przedstawiciel szpitala, idzie dalej i robi operację jeszcze tam, gdzie wymiar prosty wynosi 5·4 cm. Nadto chętnie łączy cięcie łonowe z wywołaniem przedwczesnego porodu lub wymóżdżenie

z cięciem łonowem, gdy płód jest nieżywy, aby ominąć cięcie cesarskie. Obydwaj jednak godzą się na to, że miednica nie powinna być zbyt ścięsniona, bo wtedy, nawet po dokonaniu cięcia łonowego, operacya kleszczowa lub wydobywanie płodu za nóżki, pozostaną tak dla matki jak i dla płodu niebezpieczne, nie osiągniemy więc zamierzonego celu; z drugiej strony musi istnieć pewnego stopnia ścięsnienie, aby operator nie naraził się na zarzut, że dokonał cięcia łonowego tam, gdzie poród odbyć się mógł siłami natury lub innym łatwiejszym zabiegiem. Dziecko naturalnie powinno być żywe, bo cięcie łonowe ma na celu ocalenie płodu.

To byłyby mniej więcej zasady wskazań szkoły neapolitańskiej. A teraz muszę przytoczyć zdania autorów i operatorów innych, którzy, może z mniejszym entuzjazmem, i powiem, z pewnem niedowierzaniem przystępowali do operacyi a przez to sąd ich o zabiegu możemy uważać za bezstronny.

Francuzi idąc za zdaniem Charpentiera, który w barwach różowych odmalował cięcie łonowe, wszyscy bez wyjątku oddają pochwały tej operacyi.

W pracach niemieckich i rosyjskich operatorów już widać pewien zwrot, już widać w nich pewne sztuczne zastrzeżenia, które tę dobrą mają stronę, że w krytyczny i przedmiotowy sposób, jak przez sito przepuszczają to, co zdrowe i racjonalne a odrzucają, co nie może ostać się wobec krytyki. Jakie są ich poglądy, to najlepszą miarą będą własne ich słowa przytoczone w odnoszących się do tego artykułach; naturalnie wspomnę tylko o ważniejszych i tak:

Leopold ¹⁾: Cięcie łonowe powinno w przypadkach, gdzie po kleszczach i obrocie nie możemy spodziewać się skutku pomyślnego, wyrugować wymóżdżenie na płodzie żywym i cięcie cesarskie dla wskazania względnego. Z dwóch przypadków, które ogłasza, nabrał tego przekonania, że cięcie

¹⁾ Centrbl. f. Gynaekol. Nr. 30. 1892. 586—587.

cesarskie robić należy tylko wtedy, gdy najkrótszy wymiar jest mniejszy niż 6 cm a płód jest donoszony.

Operacya zdaniem Leopolda jest bardzo łatwa; po przecięciu rozchodzą się kości aż na 7 cm. a płód z największą łatwością urodzić można kleszczami. (W drugim przypadku wymiar prosty wchodu wynosił $6\frac{3}{4}$ cm. a obwód czaszki płodu $35\frac{1}{4}$ cm.).

Jeżeli według obliczeń Baudelocqua i Girauda przyjmujemy, że po rozejściu się kości na 7 cm. wymiar prosty powiększy się o 1 i 12 cm., to jeszcze trudno pojąć, jak główka, której wymiar poprzeczny wynosił $8\frac{1}{4}$ i $9\frac{3}{4}$, tak łatwo przeszła przez przewód kostny, którego wymiar prosty wchodu wynosił pierwotnie 6.75.

Nie należy też według Leopolda przecinać więzadła łukowego, ba, nawet całego spojenia: wystarczy, jak mówi, tyle drzwi uchylić, ile potrzeba. Ależ nawet przez niezupełnie otwarte podwoje można się dostać na zewnątrz, tylko pytanie, co się stanie w takim razie z drzwiami lub z tym, co się za nie siłą dostał?

Z pracy Müllerheima¹⁾, asystenta kliniki prof. Freunda w Sztrasburgu, przytoczyć wypada co następuje: Autor wspomina, że mimo pomyślnych wyników, jakie otrzymali operatorowie włoscy w ostatnich 25 latach, operacya nie zyskała sobie aż do ostatnich czasów prawa obywatelstwa a to dlatego, że literatura lat poprzednich potępiła ten zabieg zupełnie, ponieważ następstwa takie, jak zropienie stawu, utrudnienie chodu, przetoki moczowe były prawie nieuniknione; autor widzi w tem błąd raczej operatora i brak postępowania czystego, niż błąd samej operacyi. Powiada on, że ruchomość w spojeniu łonowem i spojeniach krzyżowobiodrowych podczas ciąży i porodu jest taka, że i przecięcie spojenia szkody przynieść nie może; nie mogą pojąć, jak może być wszystko jedno, czy ja dren elastyczny naciągnę, lub też czy go w jednym miejscu przetnę?

¹⁾ Centrbl. f. Gynaekol. Nr. 30. 1892. 588—597.

Wprawdzie przyznaje, że przy znacznem rozstąpieniu się spojenia mogą pęknąć stawy krzyżowo-biodrowe, ale też powinniśmy się starać, aby nie przekroczyć granicy elastyczności więzów krzyżowo-biodrowych; a czy mamy pod tym względem jakieś *criterium*? Nie. Autor także go nie podaje. Mówi dalej, że przed operacją należy zbadać dokładnie ruchomość spojenia łonowego i spojów krzyżowo-biodrowych i tak ocenić, czy można wykonać cięcie łonowe, czy nie. W jaki to sposób robią w klinice prof. Freunda, lub jak to autor ocenia, to czytający ma sobie w duszy dośpiwać.

Autor mówi dalej, że ten zabieg można jeszcze wykonać bezpiecznie i z wynikiem pomyślnym w tym czasie, gdy już cięcie cesarskie daje wyniki złe t. j., po odpływie wód, gdy szyja macicy zbyt wyciągnięta a nawet, gdy mamy już objawy zakażenia. Zgadza się z nim co do dwóch pierwszych punktów, ale zastrzegamy co do ostatniego, bo cięcie łonowe robimy przecież w tym celu, aby płód ocalić a jakie on ma warunki, gdy już jest zakażenie, to dobrze my wiemy; autor zaś nie o tem nie wspomina. A już wcale nie można się z autorem zgodzić na to, że operacja jest tak łatwą, że nie wymaga wyćwiczonej asysty. Nie możemy pojąć, jak bez ostatniej wyglądać będą spojenia krzyżowo-biodrowe i z jakim spokojem będzie autor operował, gdy rodzącą usypiać będzie położna, rodzina lub służba?

Velits¹⁾ z Preszburga, w artykule swoim podziela zdanie Leopolda i Müllerheima, ba nawet chętnie widziałby operację oddaną w ręce lekarzy praktykujących; uprzedził więc pod tym względem prof. Zweifla z Lipska, który na zjeździe ostatnim ginekologów niemieckich w Wrocławiu wypowiedział to samo zdanie, lecz znalazł też wielu takich, co nietylko przeciw temu wystąpili (prof. Chrobak), ale nawet wogóle o cięciu łonowym nie tak korzystny sąd wydali; tak to bywa z każdą nowością; dziś już, gdy zebrano

¹⁾ Centrbl. f. Gyn. Nr. 40. 1892. S. 778—781.

większą liczbę przypadków, zaczyna powstawać pewien od-czyn, zapal słabnie a i świetna statystyka Spinellego straciła na wartości, gdy się dowiadujemy, że śmiertelność matek wynosi powyżej 10%.

A teraz co mówi o cięciu łonowem prof. Zweifel ¹⁾ przy sposobności przedstawienia chorej w Tow. położn.-ginekol. w Lipsku 17. października 1892 r. Matka w trzy tygodnie po operacyi była zupełnie zdrowa, dziecię zaś umarło dnia czwartego z powodu zapalenia płuc. Najlepiej jest przecinać całe spojenie i więzadło łukowe a nie iść za radą Leopolda, bo inaczej wydobycie płodu jest trudne a krwotok z przerwanych żył bardzo znaczny powstrzymać należy najlepiej przez okłucie. Jeżeli pociągania kleszczami są silne, to spojenia krzyżowo-biodrowe są w wielkiem niebezpieczeństwie. Zakładanie podczas operacyi na miednicę pasa elastycznego, jak radzi Freund, Müllerheim, uważa Zweifel za niepraktyczne; lepiej, jeżeli asystenci uciskają na okolicę krętarzy. Opanowanie krwotoku może sprawiać wielkie trudności.

Najważniejsze z całej pracy Zweifla są wnioski, jakie wysnuwa z wyniku jednego przypadku a które przecież nie idą tak daleko, jak to prof. Zweifel uczynił na ostatnim zjeździe we Wrocławiu, polecając operację lekarzom w praktyce prywatnej; powiedziałbym nawet, że w pierwszej tej pracy prof. Zweifel zastrzega się, że z jednego przypadku trudno wydawać sąd o zabiegu, jakkolwiek i tam już wspomina, że przebieg operacyi i wynik zrobił na nim niezwykle pomyślne wrażenie, że przeszedł jego oczekiwanie. Prawdziwą niespodzianką było dla niego to, że już po 19 dniach spojenie się zrosło a kobieta chodziła bardzo dobrze, że podczas operacyi spojenie rozeszło się tak znacznie a że spojenia krzyżowo-biodrowe nie były zupełnie zagrożone, rzecz, o której dawniej powątpiewano a którą nawet anatomowie liczyli do niemożliwości. Jednak zaraz później mówi,

¹⁾ Centrbl. f. Gyn. Nr. 44. 1892. S. 859—865.

że, jeżeli odstęp wynosi $6\frac{1}{2}$ cm., to wtedy już spojenia krzyżowo-biodrowe są w wielkiem niebezpieczeństwie. To też operatorowie, którzy cięcie łonowe wykonywać będą w zwężeniach trzeciego stopnia, muszą myśleć o pęknięciu spojenia krzyżowo-biodrowego; pęknięcia takie zdarzyć się mogą a czy one lepiej przebiegać będą wobec postępowania przeciwnilnego, powiedzieć się nie da. W każdym razie chore takie skazane będą na długie cierpienia; w daleko więc gorszem znajdą się położeniu, niż po cięciu cesarskiem. Ta ostatnia okoliczność, t. j. pęknięcie spojenia krzyżowo-biodrowego, musi stanowić dla cięcia łonowego zaporę na drodze do zyskania sobie obywatelstwa, chyba, że wskażemy granicę, poza którą niebezpieczeństwo dla spojenia krzyżowo-biodrowego jest nieuniknione a tej granicy nie przekroczymy.

W przypadku Krassowskiego ¹⁾ nauczyć się możemy, że mimo wszelkiej ostrożności po przecięciu spojenia, gdy płód silnie kleszczami pociągamy, może pęknąć spojenie krzyżowo-biodrowe. W jego przypadku rozeszło się spojenie na $6\frac{1}{2}$ cm. a przytem pękło prawe spojenie krzyżowo-biodrowe. Nadto wspomnieć wypada o przedarciu przedniej ściany pochwy palcem asystenta, który chcąc wepchnąć przednią luźną ścianę pochwy do rany, przedarł ją. Takie przedarcia są po cięciu łonowem prawie nieuniknione, szczerze mówiąc w razie silnego pociągania kleszczami; tkanki bowiem, które w zwykłych okolicznościach mają podstawę w spojeniu, gdy to po przecięciu się rozejdzie, tracą podstawę, wpuklają się do rozstępu i łatwo rozległemu ulegają przedarciu. Krassowski w końcu swej pracy tak mówi o cięciu łonowem: Dotychczasowe wyniki pozwalają dobrą wróżycę przyszłość cięciu łonowemu. Trzeba tylko przez dawnych operatorów postawione wskazania przejrzeć krytycznie, co można skutecznie dopiero na podstawie znacznie większej liczby przypadków. Obecnie sądzi, że tam należy je wyko-

¹⁾ Centrblt. f. Gyn. Nr. 5. 1893. S. 82—83.

nywać, gdzie istnieje wskazanie do wymóżdżenia płodu żywego, lub do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego. Zawsze uważa cięcie łonowe za zabieg nieobojętny, po którym mogą powstać uszkodzenia części miękkich a szczególnie pęcherza, dalej, że krwotok z ciał jamistych lechtaczki może być znaczny, na co zresztą wszyscy operatorowie zwracają uwagę. Zakładanie kleszczy przed operacją i silne trakcyje uważa za nieodpowiednie.

O przypadkach Schwartz a¹⁾ a szczególnie o pierwszym, który, zdaniem mojem nie dawał wskazania do cięcia łonowego, (chodziło bowiem o wydobyć oderwanej główki idącej na ostatek) chyba tylko dlatego wspomnę, aby pojąć miarę, jakie sobie można tworzyć wskazania, gdy się chce wykonać operację a innego przypadku niema pod ręką. Wszak mamy inne utrwalone i pewne metody wydobywania główki płodu nieżywego, zwłaszcza gdy wymiar prosty wchodu, jak w przypadku Schwartz a, wynosił 8½,—9. Drugi przypadek zakończył się niepomyślnie tak dla dziecka, jak i dla matki. Dziecko zmarło podczas pociągania za nóżki, matka z powodu zapalenia otrzewnej. Operowano z powodu ścieśnienia. Wymiar prosty wchodu 6 cm.

Lebiediew²⁾ opisując swój przypadek cięcia łonowego, nie podziela zdania tych autorów, którzy utrzymują, że ono może w przyszłości, wobec ścieśnienia miednicy średniego stopnia, wyrugować cięcie cesarskie, ponieważ 1) nie jest ono ani łatwiejsze, ani wygodniejsze od cięcia cesarskiego, 2) krwawienie powstałe z pęknięcia ciał jamistych lechtaczki bywa bardzo obfite i trudne do tamowania, zwłaszcza, gdy się idzie za wskazówką Leopolda i nie przecina całego spojenia; gdy bowiem przy silnych pociąganiach reszta pęka, powstaje tem gwałtowniejszy krwotok; 3) obok dobrych wyników są i smutne, n. p. przetoki pęcherzowo-pochwowe i cewkowo-pochwowe, nacieki moczowe, ropienie

¹⁾ Centrbl. f. Gyn. Nr. 5 1893.

²⁾ Wracz. Nr. 4. 1893.

tkanki miedniczej; nie radzi więc zapalać się do zabiegu i operować tylko w średnich stopniach ścieśnień, zwłaszcza wobec miednicy ogólnie ścieśnionej.

Przypadek Regnier¹⁾ z kliniki prof. Chrobaka o tyle jest ciekawy, że wykonano zabieg u wieloródki, którą przy pierwszym porodzie rozwiązał prof. Breisky za pomocą cięcia cesarskiego. Autor rozprawy twierdzi, że przypadek ten potwierdza wprawdzie twierdzenie Leopolda, że należy ograniczyć cięcie cesarskie, ale nie w tym stopniu, że należy je wykonywać tylko wobec bezwzględnego ścieśnienia miednicy, albowiem możemy się znaleźć wobec ścieśnienia miednicy w stopniu średnim a zatem mamy wskazanie do cięcia łonowego a przecież musimy wykonać cięcie cesarskie, ponieważ drogi miękkie nie są dostatecznie przygotowane a stan matki wymaga natychmiastowego ukończenia porodu. Dalej zwraca autor uwagę na myśl Chrobaka, że należałoby się zastanowić nad wskazaniem do cięcia łonowego, jako operacji przygotowawczej do wymłodzenia lub podzielenia płodu używanego wobec bezwzględnego ścieśnienia miednicy. Nie należy też zapominać o wieku rodzącej a to ze względu na większą lub mniejszą ruchomość stawów.

O przypadku Baum²⁾ muszę wspomnieć dla tego już, że jest bardzo a bardzo podobny do naszego. Zejście dla płodu dobre, dla matki nie tak pomyślne z powodu następstw. Przypadek ten znowu nie odpowiada tym świetnym wynikom, o jakich ustawicznie słyszymy. Gdyby tylko wszystkie mniej pomyślne ogłaszać chciano! a leży to w interesie nauki.

Cięcie łonowe wykonano w tym przypadku u pierwiastki. Wymiar prosty wchodu $8\frac{3}{4}$. Kleszcze po przecięciu spojenia; główka przeszła łatwo, lecz usłyszano szelest, jak w przypadku Krassowskiego. Zniszczenie części miękkich było znaczne, oderwanie cewki moczowej od reszty pęche-

¹⁾ Centrbl. f. Gyn. Nr. 6. 1893. 108—111.

²⁾ Centrbl. f. Gyn. Nr. 14. 1893. S. 301—306.

rza i oderwanie łechtaczki, krwotok znaczny, zeszycie uszkodzeń, połów ze zboczeniami, ruchomość kości spojenia łonowego.

Ekstein¹⁾ uważa cięcie łonowe przy pomocy odpowiedniej, wprawnej asysty za operację nie zbyt trudną i mimo, że matka zmarła najprawdopodobniej z posocznicy, radzi zawsze wykonywać cięcie łonowe w tych razach, gdzie wskazanoby było wymóżdzenie na płodzie żywym.

Kaschkaroff²⁾ doszedł na podstawie operacji dwóch przypadków do następujących wniosków. Należy rozstrzygnąć przed operacją, czy mamy przed sobą przypadek, że tak powiem, czysty, czy też, że zakażenia nie możemy wykluczyć; od tego bowiem zależy rokowanie po cięciu łonowym. Śmiertelność dzieci po cięciu łonowym, po którym najczęściej następuje jeszcze inny zabieg, musi być większa, niż po cięciu cesarskim; uważa też cięcie cesarskie tak dla matki, jak dla płodu za operację więcej zachowawczą. Cięcia łonowego nie uważa też za zabieg idący w zawody z cięciem cesarskim ze wskazania względnego, lecz za operację walczącą o lepsze z wymóżdzeniem na płodzie żywym. W przypadkach, gdzie zakażenie wykluczyć można, gdzie matka chce mieć dziecko żywe i na cięcie cesarskie się zgadza, nigdy nie radzi robić cięcia łonowego; w przeciwnym razie, gdy zakażenia wykluczyć nie można, daje pierwszeństwo cięciu łonowemu przed wymóżdzeniem płodu żywego. Chociaż to ostatnie (wymóżdzenie płodu żywego) należało już dawno wykreślić z rzędu operacji, to przecież cięcie cesarskie nie zdołało go zupełnie wyrugować, bądź z powodu trudnych okoliczności, w jakich operuje lekarz na prowincyi, bądź też z powodu obaw rodziny przed cięciem cesarskim. Autor sądzi, że właśnie w tym razie dla cięcia łonowego otwiera się najglówniejsze wskazanie.

¹⁾ Centrbl. f. Gyn. Nr. 19. 1893. S. 441—446.

²⁾ Centrbl. f. Gyn. Nr. 19. 1893. S. 446—450.

A teraz jeszcze słów kilka o dyskusyi, jaka się toczyła na ostatnim zjeździe ginekologów w Wrocławiu w przedmiocie cięcia łonowego.

Referował Zweifel z Lipska. Na podstawie 14 przypadków wypowiada referent zdanie swoje o tym zabiegu. Matki wszystkie uratowano, dwoje dzieci umarło zaraz po porodzie. Zweifel twierdzi, że po przecięciu najlepiej zostawić przebieg porodu siłom natury. Przyznaje, że krwotok z ciał jamistych lechtaczki bywa znaczny, przyznaje, że założenie szwów kostnych jest trudne, że leczenie po operacyi jest żmudne, że często powstaje niemożność utrzymania moczu, że obrażenia części miękkich są znaczne, że w położu gorączka należy prawie do reguły, ale mimo to obstaje przy twierdzeniu, że cięcie łonowe jest świetną zdobyczą w zakresie operacyj położniczych i że operacyę można oddać w ręce praktyków.

W ożywionej bardzo dyskusyi Leopold z Drezdna, ten sam, co niedawno bronił operacyi, nie podziela zdania referenta i twierdzi, że cięcie łonowe nie zyska sobie nigdy prawa obywatelstwa a to z powodu niemiłych powikłań po operacyi. — Chrobak z Wiednia, podnosi zarzuty przeciw operacyi a mianowicie; 1) uszkodzenia części miękkich są niebezpieczne; 2) występuje często gorączka (Chrobak stracił jeden przypadek); 3) potrzebuje wprawnej i licznej asysty i w tym względzie nie ustępuje cięciu cesarskiemu. — Frommel z Erlangi wspomina o przypadku cięcia łonowego, gdzie nastąpiło zropienie kości miednicy a chora leżała 4 miesiące. — Fehling z Bazylei podziela zdanie poprzednich, twierdząc, że leczenie po operacyi z powodu obrażeń trwa nieraz miesiącami. — Schauta z Wiednia zwraca uwagę, że po cięciu cesarskiem mamy wyniki świetne i stawia je znacznie wyżej, niż cięcie łonowe, i on stracił jedną chorą; sądzi, że gdy wymiar prosty mniej niż 7 cm. wynosi, o cięciu łonowem nawet myśleć nie można. — Olshausen z Berlina również nie unosi się nad zabiegiem a to z powodu obrażeń podczas wydobywania płodu i nawet mimo największych ostrożności. Nie rozumie on, że są operatorowie, co radzą,

aby nie przecinać więzadła łukowego a wszak dopiero po jego przecięciu otrzymujemy rozstęp na 5—6 cm.; jeżeli zaś nie przecinamy, to rozstęp wynosi najwyżej 2 cm. — Koffer z Wiednia, który wykonał 10 razy cięcie łonowe i stracił dwie matki z powodu ropnego zapalenia tkanki łącznej miedniczej, także nie świetną rokuje przyszłość operacyi a to z tych samych powodów, co i poprzedni mówcy.

Tak więc Zweifel jedyny zaleca gorąco operacyę, chociaż po pierwszych przypadkach, jak to wyżej przytoczyłem, zajął stanowisko najwięcej ze wszystkich wyczekujące i z wielkiem zastrzeżeniem pisał o korzyściach operacyi.

W ten sposób wspomniawszy o zapatrywaniach różnych operatorów co do wskazań i wartości zabiegu, przystępuję do opisanja historyi naszego przypadku a w końcu starać się będę, o ile możności, podać to, co za a co przeciw operacyi przemawia i wśród jakich okoliczności możemy dobrego oczekiwać po niej wyniku.

Dnia 14. lutego 1893 r. wieczorem zgłosiła się do kliniki położniczej G. R. lat 27, stanu wolnego, ze wsi T. i podaje, że w dzieciństwie nie chorowała na żadne ciężkie choroby, że zaczęła miesiączkować prawidłowo w 17. r. życia. Ostatnia regularność prawidłowa była w pierwszej połowie kwietnia 1892 r. Podaje, że jest w ciąży. Bóle wystąpiły dnia 13. lutego wieczorem i do chwili przyjęcia powtarzają się ciągle często a są bardzo mocne. W ciąży czuła się zupełnie zdrową.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Osoba średniego wzrostu, odżywienie dobre, budowa kośćca nie przedstawia na pierwsze wejrzenie żadnych zmian. Ciepłota nie podwyższona, tętno 96. Na twarzy widać lekkie zmęczenie. W sutkach, które zachowują się tak, jak u osoby, która nie rodziła, podwyższenie czynności. Brzuch mocno wypukłony wzdłuż i ku przodowi kopułowato tak, że między wzgórkiem łonowym a wyżej leżącemi powłokami tworzy się bruzda. Wypuklenie to pochodzi od macicy, która jest powiększona stósownie do końca ciąży i ku przodowi pochylona (*venter propendens*). Wymiary macicy: Od spojenia do pępka 24, do

granicy górnej 44 cm. Nad spojeniem nieco większe wypuklenie. Tu i nieco na lewo czuć główkę dużą, twardą, ruchomą (balotującą) opór większy po stronie lewej, macica kurczy się od czasu do czasu a rodząca jęczy, tętno płodu słyszalne, lecz nie zbyt głośne, na lewo. Chęłbotanie wyraźniejsze, niż zwykle.

B a d a n i e w e w n ę t r z n e. Srom, wejście do pochwy i pochwa jak u pierwiastki, nie przedstawiają osobliwego. Część pochwowa zanikła, ujście zupełnie rozwarłe, z ujścia aż do próżni sięga pęcherz napięty, z dużą ilością wód poprzedzających, za wodą główka nad wchodem i na lewo, w pauzie da się nad wchód zepchnąć, lecz do wchodu nie można jej wprowadzić z powodu dużej ilości wód. Do wzgórka kości krzyżowej dochodzi się łatwiej. Badanie wymiaru przekątnego wchodu (*con. diagonalis*) wykazuje $9-9\frac{1}{2}$. Wymiary miednicy są następujące: Wymiar kolcowy (*dist. spinalis*) 25 cm. Wymiar grzebieniowy (*dist. cristalis*) 29 cm. Wymiar zewnętrzny (*conj. Baudelocqui*) $17\frac{1}{2}$ cm. Wymiar krętarzy (*dist. trochanterica*) $30\frac{1}{2}$ cm. Wym. przekąt. wchodu (*con. diagon*) $9-9\frac{1}{2}$. Wym. prosty wchodu (*con. vera.*) $8-8\frac{1}{2}$.

R o z p o z n a n i e: Pierwiastka, rodząca na czasie. Położenie czaszkowe, postawa pierwsza, nieustalona, ścieśnienie miednicy drugiego stopnia, miednica płaska niekrzywicza, znaczna ilość wód płodowych, koniec pierwszego okresu. Wobec tego, że mieliśmy przed sobą pierwiastkę, że bóle porodowe były prawidłowe, że ścieśnienie miednicy odnosiło się tylko do jednego wymiaru, że mieliśmy znaczną ilość wód płodowych a główka dała się w czasie pauzy wprowadzić nad wchód, nie mogliśmy inaczej postąpić, jak tylko zająć stanowisko wyczekujące i pozostawić, jak to w naszej szkole czynimy, poród siłom natury, to jest otworzyć pęcherz, założyć opaskę na brzuch i wyczekać, czy bóle porodowe nie zdołają przeprzeć główki przez ścieśnione miejsce, co nie należy w tym stopniu ścieśnienia do rzadkości, a dopiero w razie niebezpieczeństwa grożącego płodowi lub matce uciec się do zabiegu operacyjnego. Jedna

tylko okoliczność a mianowicie wielkość główki, która rzeczywiście w nas wzbudziła pewne wątpliwości co do po myślnego dalszego przebiegu porodu, osłabiała nieco plan naszego postępowania zwykle pomyślnym uwiecznony skutkiem tak, że nie mogliśmy się pozbyć myśli, iż przeszkody, jaką główka stawiać będzie podczas dalszego przebiegu sprawy porodowej, nie pokonają, siły skurezów macicy, bo kości czaszki twarde, szwy wąskie, główka płaska kazały przypuszczać, że główka nie będzie się dobrze stósować do ścieśnionych wymiarów miednicy. Z drugiej zaś strony nieśtósunek, który mógł ztąd wyniknąć, nie wydawał się tego rodzaju, aby nas uprawniał do odstąpienia od zasady i do wkraczania natychmiastowego w prawa natury. Zapewne, że, gdyby przed nami była wieloródka, której przeszłość położnicza dałaby nam wyjaśnienie co do przebiegu poprzednich porodów, to niezawodnie wpłynęłoby to na powzięcie innego planu.

Nie mając zaś żadnych danych, rozumowaliśmy opierając się na codziennem doświadczeniu w ten sposób: Jeżeli po otworzeniu pęcherza główka się ustali, to bóle silne przeprowadzą ją przez miejsce ścieśnione i poród może się zakończyć siłami natury; jeżeli zaś nie, lub jeżeli główka wskutek braku zdolności stósowania się będzie stawiać wielkie trudności, to kleszczami wysokimi, a już łatwo po wykonaniu cięcia łonowego, będziemy mogli płód urodzić. Otóż to cięcie łonowe, modne a tak niewinne, że z opisów, których nie brak w ostatnim roku w pismach zawodowych, zdaje się, że można je wykonać u każdej rodzącej bez szkody a celem łatwiejszego ukończenia porodu, tak jest łatwe, i myśmy mieli na myśli i przyznać należy, żeśmy tylko czekali od niejakiego czasu na sposobność, aby wykonać tę, tak zachwaloną operację i przekonać się o tych zbawiennych a świetnych wynikach tak dla płodu jak i dla matki. Czy nasze nadzieje co do cięcia łonowego tak przez tych nawet, co o niem dawniej niekorzystny sąd wydali, a po cięciu cesarskiem rzeczywiście smutne mieli wyniki i o rozszerzenie wskazań do tej ostatniej operacji kopie

kruszyli (Leopold), czy nadzieje nasze, mówię, ziściły się, to opis przebiegu operacji, jej wyniku, leczenia pooperacyjnego a wreszcie i stanu operowanej w 3 miesiące po porodzie, same za siebie mówić będą.

Wracam teraz znowu do naszej rodzącej. Zgodnie z planem, jakiśmy ułożyli, wobec zupełnego rozwarcia ujścia otworzyliśmy pęcherz, poczem główka zesła nad wchód, ale tak, że tylko mały jej odcinek a mianowicie kość boczna prawa znajdowała się pod wchodem; teraz tem pewniej mogliśmy przekonać się o wielkości główki, o twardości kości, tak, że wątpliwości wyrażone co do pomyślnego przebiegu porodu z jednej strony a myśl wykonania cięcia łonowego celem urodzenia płodu żywego zaczęły coraz wyraźniejsze przybierać zarysy; za wygrane jednak nie daliśmy, stan matki i płodu był dobry, więc postanowiono czekać. I jakież był dalszy przebieg porodu?

Noc z 14. na 15 przeszła dosyć spokojnie, bóle występowały od czasu do czasu, ale nie zbyt mocne, w przezwach rodząca zasypiała. W nocy polecono co 2 godziny kąpiel nasiadową letnią a wzięła ich rodząca do rana trzy. Podawano też rodzącej w nocy wino i mocny rosół.

Badanie dnia 15. lutego rano wykazało stan następujący: Ciepłota prawidłowa, tętno 90 dobrze napięte, rodząca nieco więcej zmęczona. Macica od czasu do czasu kurczy się, główka płodu duża, twarda, większym odcinkiem daje się wybadać nad wchodem, wypukła też przednią ścianę macicy nad spojeniem łonowym; pierścień Schroedera wybadać można jako bruzdę nad spojeniem na 2—3 palców. Tętno płodu po stronie lewej 120—130 na minutę, regularne i wyraźne.

Badanie wewnętrzne. Ściany pochwy dobrze pulchne, ciepłota w pochwie niepodwyższona. Części pochwowwej nie ma, ujście, które dnia poprzedniego było prawie zupełnie rozwarte, teraz z powodu obrzmienia brzegów a szczególnie wargi przedniej i z powodu zapadnięcia się po otwarciu pęcherza, wydaje się jakby nieco mniej rozwarte, n. p. na wielkość talara, brzeg przedni grubszy, niż tylny, który

też trudniej można wybadać. Główka, na której można wybadać szew strzałkowy zbliżony więcej do wzgórka kości krzyżowej, poprzecznie przebiegający, małym odcinkiem wstąpiła do wchodu i to tylko kość boczna prawa, gdy lewa znajduje się ponad wzgórkim, a zatem główka zesła nie wiele więcej, niż dnia poprzedniego. Kości twarde mało co zachodzą na siebie, szwy wąskie, ciemiona małe. Na kości bocznej przodującej (prawej) zaczyna się wytwarzać obrzęk poprzedzający (przedgłowie), do którego przylegają zbrzękłe brzegi ujścia. Na palcu słuz bez smolki; euehnienia nie ma.

Ponieważ stan ani matki ani płodu nie budził żadnych obaw, ponieważ doświadczenie uczy, że po słabych skurczach siły macicy wobec przeszkód nieraz wzmagają się i wtedy natura nadspodziewanie pokonywa przeszkody, postanowiono jeszcze wyczekiwać czas jakiś, pilnie zważając na każdą zmianę, któraby mogła być zapowiedzią niebezpieczeństwa grożącego płodowi lub matce, aby wtedy udzielić czynnej pomocy. Rodzącą skrzepiano środkami wzmacniającymi i podano jej kąpiel pełną i kilka nasiadowych.

Tu muszę nadmienić, że jak z jednej strony już w tej chwili nie tuszyliśmy sobie, aby poród ten zakończył się dobrowolnie, za czem przemawiał dotychczasowy jego przebieg, przecież nie chcieliśmy z drugiej strony teraz już przystąpić do operacyi, bośmy nie mogli zupełnie pozbyć się tej myśli, że jeżeli nie siłami natury, to przynajmniej łatwiejszym zabiegiem, niżby to było możebnem w tej chwili, będziemy mogli rozwiązać matkę.

Stan rodzącej, badanej w południe, o tyle się zmienił, że przedgłowie wzrosło, że tętno płodu nieco było wolniejsze, choć regularne, 100—120 na minutę. Główka pozostała mimo skurczów na tem samem miejscu; pozornie jednak zdawało się, że, stoi niżej, a to o tyle, o ile wzrosło przedgłowie. Na tę okoliczność zwracam uwagę szczególną, mogłaby ona mniej wprawnego wprowadzić w błąd a ztąd stać się przyczyną fałszywych wniosków. Stan matki także się pogorszył, tętno stało się szybsze do 100 na minutę a na twarzy malowało się znaczne zmęczenie.

Teraz już nie mogliśmy się dłużej łudzić, że się obejdzie bez zabiegu operacyjnego i ułożyliśmy plan następujący: Ponieważ mamy znaczny niestósunek porodowy, którego siły natury bez narażenia matki i płodu na niebezpieczeństwo utraty życia nie przezwyciężą, dalsze wyczekiwanie jest już niemożliwe, albowiem w tej chwili (4. godzina po połud.) tętno matki 104, ciepłota 38.1, chociaż bez dreszczu. Tętno płodu 100 wskazówką jest najlepszą, że trzeba matkę rozwiązać; przeto mamy następujące sposoby do osiągnięcia tego celu. Przede wszystkim należy starać się ocalić i matkę i płód a to albo przez założenie kleszczy wysoko i wydobyć płodu, albo, gdyby nas kleszcze zawiodły, zmniejszyć niestósunek przez rozcięcie spojenia łonowego i wtedy wyciągnąć płód kleszczami. Dalej mogliśmy się uciec do cięcia cesarskiego i tym sposobem ocalić i matkę i płód, ale przy tem stopniu zwężenia (*conjugata vera* 8—8½) i ponieważ poród trwał już długo, co według niektórych (Schauta) pogarsza rokowanie cięcia cesarskiego, odstąpiliśmy od tej myśli, a chcąc się przekonać o skutku zachwalanego i modnego cięcia łonowego, które w tym stopniu ścieśnienia ma być i łatwe i ocala na pewne i płód i matkę, postanowiliśmy po założeniu kleszczy i jednej silnej trakcyi, gdyby się okazało, że główka na jednym i tem samem pozostaje miejscu, wykonać cięcie łonowe (*symphyseotomia*).

O godzinie 6½, wieczorem, w uśpieniu chloroformem przystąpił prof. Madurowicz do rozwiązania rodzącej.

Po dokładnem ogoleniu wżgórka łonowego i sromu, obmyciu mydłem i roztworem sublimatu 1‰ dolnej okolicy brzucha, sromu i wewnętrznej powierzchni ud, ułożono rodzącą na łóżku poprzecznem, następnie przepłukano pochwę 5‰ kwasem karbolowym i mocz odprowadzono. W uśpieniu chloroformem, założono kleszcze Madurowicza na główce poprzecznie we wchodzie ustawionej i ścianami szyi macicy jeszcze objętej, przyczem przekonano się, że trzonki łyżek daleko od siebie odstają, co przemawiało za znaczną objętością główki. Macicę pobudzano do skurczów przez przykła-

danie zimnych okładów na brzuch i wykonano podczas bólu dwa silne pociągnięcia ku dołowi; gdy zaś te okazały się bezskuteczne a przytem brzegi ujścia bardzo były napięte, ponacinano ujście po bokach nożyczkami w tej nadziei, że ono może stanowić zawadę; kiedy i ten zabieg okazał się bezskutecznym, wtedy zwolniono kleszcze otwierając je w zamku i przystąpiono do wykonania cięcia łonowego. Przecięto skalpelem części miękkie w linii środkowej zaczynając na centymetr powyżej górnego brzegu spojenia łonowego a kończąc cięcie na 2 cm. powyżej łechtaczki. Następnie włożono do pęcherza cewnik metalowy, aby był niejako drogowskazem i odsuwał pęcherz ku tyłowi. Dalej odpreparowano przyczepienia mięśni prostych i piramidalnych brzucha o tyle, aby palec wskazujący ręki lewej mógł wejść po za spojenie łonowe, poczem zwykłym nożem gałkowatym zaczęto od góry i tyłu przecinać chrząstkę spojenia łonowego ku dołowi i przodowi. Idąc za radą Leopolda, nie przecinaliśmy więzadła łukowego.

To postępowanie nie zaleca się dla tego, ponieważ, skoro podczas wydobywania płodu reszta części nie przeciętych pęka, powstaje z naczyń ciał jamistych łechtaczki dość obfity krwotok, który należy opanować najlepiej przez okłucie lub przez zatykanie gazą jodoformową; tak się stało w naszym przypadku. Za przecięciem górnej połowy spojenia nie było wcale krwawienia. Po przecięciu a nawet już podczas tego rozstały się kości spojenia na $\frac{1}{2}$ —1 cm., już wtedy pomocnicy wywierali rękami ucisk na boki miednicy w okolicy krętarzy, co szczególnie ważnem jest w chwili, gdy wyciągamy główkę kleszczami, lub wytaczamy ją po obrocie. Taki ucisk ma zapobiegać naciągnięciu lub przerwaniu więzadeł krzyżowo-biodrowych przednich, ba nawet złamaniu stawów krzyżowo-biodrowych, jak to zdarzyło się nieraz a w ostatnich czasach prof. Krassowskiemu w Petersburgu. Po przecięciu spojenia mimo bólów główka nie zeszła do próżni; przeto znowu zamknięto kleszcze, które podczas całej operacji pozostały na główce. Po jednej silnej trakei główka zeszła do próżni a wtedy odstęp brzegów kości

powiększył się z pewnością na 5—6 cm.; pomocnicy uciskając na okolice krętarzy starali się zbliżyć kości do siebie. To jedno pociągnięcie nie wystarczyło jednak do wydobywania główki, która posuwawszy się do próżni a nawet do cieśni stała poprzecznie; dla tego przesunięto łyżki kleszczy w wymiar miednicy ukośny prawy i w następnych pociąganiach dokonano zwrotu główki, poczem starano się wytoczyć potylicę płodu pod spojenie; w tej chwili właśnie pękła reszta części miękkich, przy czem powstał dosyć obfity krwotok. Miejsca broczące zatkało na razie; kiedy już wytaczano główkę po międzykroczu, gdy zatem już większy odcinek znajdował się w szparze sromowej, usłyszano rodzaj szelestu i w tej chwili główkę wytoczono; po chwili i boczki a za nimi i cały płód urodził się. Ponieważ krwawiły brzegi poszarpane dolnej części rany, przeto odklejono i wydobyto natychmiast ręcznie łożysko. Na tem zakończono operację mającą na celu rozwiązanie matki. Płód płci męskiej był dobrze rozwinięty, cechy prawie nadmiernego, przenoszonego okazujący; urodził się dosyć mocno omdlały, jednak w niespełna 10 minut docucono się go i oddano pod opiekę akuszerki zakładowej.

Do tej chwili zdawało się, że wszystko jeszcze pomyślnie przebiega, ale teraz straszny widok przedstawił się oczom naszym; mieliśmy, jak się wyraził prof. Madurowicz, przed sobą „kobietę, rozplataną od górnego brzegu spojenia aż do otworu niemal stolcowego“. Otóż podczas wytaczania główki pękła reszta części miękkich, ale, co więcej, pękła szyja głęboko, po prawej stronie pękła pochwa od sklepienia prawego ku dołowi, pęcherz moczowy po prawej stronie od przodu i to poprzecznie tak, że na przejściu między pęcherzem a cewką ta ostatnia była poprzecznie oddzielona i wraz z oderwaną lechtaczką przesunięta na lewo. Słowem było to zniszczenie, jakich się często nie widzi w tej okolicy, chyba po przejechaniu lub spadnięciu ze znacznej wysokości na przedmiot ostry lub sterczący.

Wobec tego trzeba było przystąpić do zeszcicia tych uszkodzeń a rzeczywiście w pierwszej chwili, gdy jeszcze

było krwawienie, które zatamowano przez okłucie, trzeba było dobrze się zastanowić, aby się znaleźć w tych stosunkach, zwłaszcza, że rana to była gnieciona o brzegach poszarpanych, krwią podbiegłych a tkanki były kruche, jakby rozpadające się. Powoli i z rozważą zeszyto naprzód pękniętą szyję, potem oderwaną cewkę złączono z pęcherzem i zaszyto rozdarcie pęcherza na ścianie prawej a od przodu zaszyto ranę pochwy, po czem przyszyto lechtaczkę i nareszcie zeszyto według zasad międzykrocze. W pęcherzu pozostawiono cewnik Nelatona komornem; pod spojenie łonowe a między nie i przednią ścianę macicy wsunięto pasek gazy, następnie zaszyto części miękkie szwami katgutowymi podwójnemi, przyczem pomocnicy zbliżyli brzegi spojenia prawie zupełnie. W końcu założono kilka szwów głębokich, jedwabnych, skórnych, założono opatrunek antyseptyczny i bandaż z organtyny mocno uciskający. Chorą ułożono spokojnie na wznak w łóżku. Cała operacya trwała 2 godziny, z czego lwia część przypada na leczenie operacyjne uszkodzeń powstałych podczas operacyi. Chora cały ten przeciąg czasu spała dobrze a przypadków podczas chloroformowania nie było żadnych.

Po ukończeniu operacyi i ułożeniu matki w spokoju zajęto się noworodkiem, który krzyczał mocno i poruszał się żwawo. Na głowce niepomiarowej kość boczna prawie jest wypukłona, podczas gdy lewa jest bardzo spłaszczona; kości na siebie prawie zupełnie nie zachodzą. Na twarzy w okolicy ucha odgniecenia od łyżek.

Pomiary dziecka. Waga ciała: 3640 gr.

Długość ciała 51 cm.

Obwód czaszki odpowiadający wymiarowi prostemu 38 cm.!

Wymiar poprzeczny przedni $9\frac{1}{2}$ cm.

" " tylny $10\frac{1}{4}$ cm.

" przodowo-tylny (czoło-potylicowy) $12\frac{1}{2}$ cm.

" ukośny duży (bródka-potylicowy) 14 cm.

" barków 13 cm.

Przebieg pooperacyjny: 16. lutego I. dzień połogu. Przez noc chora spała nieźle, skarży się tylko na pieczenie w częściach rodnych. Ciepłota 37·0 tętno 120. Cewnik pozostawiono w pęcherzu komornym. Wieczór ciepłota 38·0°, bez dreszczu, tętno 130; skarży się na znaczne bóle w okolicy bioder, co przypisać należy uciskowi od opaski, moczu odpływa przez cewnik do podstawionego naczynia, jest nieco krwawy. Podano makowiec (*opium*) w postaci czopka i przecięto opaskę krochmalną a założoną zwykłą organtynową.

17. lutego, drugi dzień połogu. Warga większa prawa nieco obrzmiała, równie jak i okolica międzykrocza. Nad spojeniem w miejscu rany zeszytej znaczniejszego obrzęku nie ma; okolica rany za dotykaniem bolesna. Ciepłota 37·2, tętno 188. Wieczorem ciepłota 37·6 tętno 112.

Taki stan bez zmiany trwa do 20. lutego.

20. lutego, t. j. w 4 dni, wieczorem ciepłota 38·5, tętno 116. Okolice rany zaczerwieniona, obrzękła; również widać znaczny obrzęk na prawej wardze sromowej większej. Strzęp gazy pod spojenie łonowe założony moczem przesiąkły; pościel również nie jest sucha, lecz moczem zwilżona; z pochwy idą prawidłowe odchody połogowe. Chora miała o godz. 4. popołudniu dreszczyki. Dzieci, które zupełnie jest zdrowe, oddała matka na wychowanie na wieś.

23. lutego. Siódmy dzień połogu. Rano ciepłota 38·0, wieczorem 39·4, tętno 136. Brzegi rany zaczerwienione odstają od siebie a między drugim a trzecim szwem wypływa przez ranę w spojeniu moczu; opatrunek tak dobrze jak i pościel moczem przesiąkłe.

Z tej przyczyny, jak również i dla tego, że chora skarży się na bóle w okolicy łopatek biodrowych, zdjęto ostrożnie opatrunek dotychczasowy a założono świeży i ściągnięto miednicę opaską elastyczną.

25. lutego. Dziesiąty dzień połogu. — Chora skarży się na ból pochodzący od ucisku opaski, na odpływanie moczu przez pochwę i na ból w kości krzyżowej i oświad-

cza, że w tej pozycyi dłużej leżeć nie może. Ciepłota rano 37·8, wieczór 39·0, tętno 116.

Rana rozeszła się w górze, czyli trzy szwy jedwabne leżą na spojeniu luźnie; dwa dolne trzymają się dobrze i tu rana zgojona doraźnie. Przez górną ranę wycieka mocz a przez szczelinę między brzegami kości łonowych na $\frac{1}{2}$ —1 cm. widać otwartą przednią ścianę pęcherza. Trzy szwy górne wyjęto. Również usunięto strzęp gazy jodoformowej pod spojenie wsuniętej. Obrzęk sromu znacznie mniejszy; w przedsionku przyszyta lechtaczka zgojona doraźnie — przez cewnik wypływa do naczynia tylko mała ilość moczu — reszta górą i przez pochwę; mocz zupełnie czysty. Międzykroczce zgojone doraźnie. Chora ułożono na poduszce gumowej, wypełnionej powietrzem.

Z tego, co dotychczas spostrzeżono w przebiegu położu musieliśmy przyjść do przekonania, że mamy do czynienia z przetoką na przedniej ścianie pochwy, że brzegi rany się rozeszły, że kości nie przylegają w spojeniu do siebie, że przetoka komunikuje przez szczelinę w spojeniu z raną z jednej strony a z drugiej z pochwą, której przednia ściana więcej na prawo była przzerwana, że mamy do czynienia z naciekiem moczowym. Nabraliśmy przekonania, że wskutek tego powikłania nawet wobec najpomyślniejszego przebiegu pozostanie przetoka na przedniej ścianie pęcherza, której wyleczenie nie należy do łatwych zadań operacyjnej ginekologii.

Od dnia 27. lutego do 8. marca nie zaszło w stanie chorej nic nadzwyczajnego; tylko wskutek podwyższenia ciepłoty, która wieczorami dochodziła aż do 40°, chora czuła się znacznie osłabioną. Mocz odchodzi w największej ilości ze szpary sromowej; rana skórna i szczelina pomiędzy kośćmi wypełnia się obficie ziarniną. Obrzęk rany i sromu ustąpił. Chora może poruszać kończynami i nie doznaje przy tem bólu ani w spojeniu ani w okolicy krzyżowo-biodrowej. Tak przy ruchach czynnych, jak i przy biernych można wyczuć, że końce kości łonowych nieco się poruszają.



Od 8. do 19. marca stan ogólny i miejscowy znacznie lepszy. Ciężota rano w tym czasie nie przekracza 37·3, tętno najwięcej 100. Wieczorami wahała się ciężota między 37·4 a 39·4, tętno pomiędzy 100 a 140. Apetyt lepszy, wejście znacznie lepsze.

Stan miejscowy: Rana spojenia pokryta ziarniną obficie stanowi tylko zagłębienie dołkowate, od brzegów pokrywające się przyskórką. W samym środku zagłębienia otwór wielkości grochu, z którego wydziela się mocz w bardzo małej ilości; szpary między brzegami kości łonowych nie widać, tem mniej przetoki na przedniej ścianie pochwy. Podczas ruchów kończyn, tak biernych jak i czynnych, końce kości łonowych prawie nie się nie poruszają. Obrzęk sromu ustąpił. Międzykrocze zgojone. Badanie przez pochwę wykazuje, że wejście do niej mierne szerokie; na przedniej ścianie pochwy, więcej na prawo, blizna idąca aż do sklepienia. Część pochwową z wrębem znacznym po stronie prawej, z którym łączy się owa blizna w pochwie; na przedniej ścianie pochwy nie ma przerwy ciągłości. Oglądając przedsionek widzimy, że co do barwy zmian nie przedstawia. Ujście cewki, przez które cewnik do pęcherza wchodzi, zdaje się być prawidłowe; obok ujścia cewki na lewo w przedsionku jest szczelina, przez którą wypływa mocz; szczelina ta idzie wzdłuż bocznej ściany pochwy do przewodu, przez który możemy dostać się aż do owego dołka nad spojeniem opisanego, ale na zewnątrz nie można wyprowadzić cewnika, bo pokrywa dołek ów błonka cieniutka, jakby z tkanki granulacyjnej wytworzona. Zgłębnik wprowadzony przez cewkę do pęcherza spotyka się z cewnikiem, wprowadzonym przez szczelinę bezpośrednio. Macica leży w kierunku prawidłowym i wielkość jej jest prawidłowa. Sklepienia nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Od 19. marca do 3. maja stan bezgorączkowy, odżywienie coraz lepsze, a co za tem idzie, i siły. Rana w spojeniu pod wpływem maści lapisowej zgojona zupełnie; chora próbuje od 17. kwietnia wstawać i chodzi, przyczem przekonać się można, że chód nie jest utrudniony a chora nie doznaje

przy tem dolegliwości; jeżeli się ją bada w postawie stojącej, to czuć od tyłu spojenia jakby wał twardy a brzegi kości przy unoszeniu to jednej, to drugiej kończyny dolnej nie poruszają się. Chora bierze kąpiele i pije co dzień 180-0 gr. odwaru kory chinowej. Mocz ciągle, choć w mniejszej ilości wycieka ze szpary sromowej.

Dnia 13. maja dostała chora dreszczów i bólu w boku lewym w pasze; badanie wykazało obrzęk zimniczy śledziony świeży i lekkie zapalenie opłucny po stronie lewej w pasze. Stan ten pod wpływem dużych dawek salicylanu sodowego i chininy ustąpił w kilka dni.

Bez względu, jaki będzie dalszy los chorej, zawsze nie jest godzien zazdrości, bo chociażby przetokę w najlepszym razie zaszyć się udało, co w obec tego, że jest na przedniej ścianie, na znaczne napotyka trudności, to już to samo, że poród był w lutym a chora opuści zakład nie wcześniej, jak w lipcu, nie świadczy dobrze o operacyi, po której podobne powikłania mogą się wydarzyć.

Stan ogólny, jak na teraz, jest zadawalający; chora wygląda dobrze, apetyt ma dobry, z każdym dniem zyskuje na wadze, nie ma wreszcie, co jest bardzo ważną rzeczą, upośledzenia w chodzeniu, ani nie doznaje przy tem żadnych dolegliwości, ale jednak czuje się mimo tego wszystkiego nieszczęśliwą z powodu przetoki, która u osób nawet w starszym wieku jest kalectwem, a cóż dopiero u osoby młodej, która żyć musi z pracy rąk własnych. Przetoka ta czyni ją na razie do pracy zupełnie niezdolną. Przy badaniu zewnętrznem widać w miejscu spojenia łonowego na skórze bliznę gwiazdkowatą twardą, zrosłą z kością. Przy oglądaniu sromu widzimy, że ujście cewki moczowej jest nieco na lewo przesunięte; obok cewki po stronie prawej jest szczelina, na dnie której widać mały otwór otoczony ziarniną; z otworu tego wylewa się mocz. Cewka jest drożna a cewnik wchodzi w kierunku prawidłowym. Zgłębnik macieczny wprowadzony do szczeliny wchodzi przez otwór wysoko, jednak nie styka się z cewnikiem bezpośrednio; po zgłębniku spływa mocz. Na międzykroczu jest blizna. W po-

chwile mamy po stronie prawej, więcej od przodu, bliznę podłużną, idącą aż do sklepienia prawego, z nią zrosła jest część pochwowa od strony prawej. Część pochwowa do spojenia zbliżona. Dalsza część macicy w sklepieniu tylnem, nieco na lewo; macica nie powiększona da się podnieść, ale zaraz opada, bo blizna ciągnie część pochwową ku przodowi. Przerwy ciągłości w pochwie nie ma. W sklepieniach nie ma zresztą nic nieprawidłowego. Jeżeli trzymamy palec w pochwie na okolicy spojenia łonowego i każemy chorej podnosić naprzemian kończyny dolne, to nie można wykazać znaczniejszej ruchomości w spojeniu łonowym.

Opisawszy przebieg porodu i operacji, opisawszy przebieg połogu, przynajmniej jego najważniejsze chwile, pozostaje mi jeszcze zastanowić się nad tem, czy w naszym przypadku cięcie łonowe da się usprawiedliwić, i czy inny zabieg operacyjny nie byłby zdołał bez narażenia matki na takie, wprawdzie nie niebezpieczne, ale bardzo niemiłe następstwa ocalić i matkę i dziecko.

Co do pytania, czy w danym przypadku cięcie łonowe było wskazane, odpowiedzieć musimy: *tak*. Wszak mamy miednicę, której sprzężna wynosi $8\frac{1}{2}$ cm. czyli 85 milimetrów, a toć przecie leży ten wymiar nieco tylko poniżej granicy, jaką podaje we wskazaniach Morisani i Charpentier, ale mógłby ktoś powiedzieć, że przecież w tym stopniu ścieśnienia nie raz płód rodzi się donoszony bez pomocy, a i my byliśmy tego samego zdania przed pęknięciem pęcherza; ta zaś okoliczność, że podczas badania w kilka godzin nabraliśmy przekonania, że główka jest zbyt twarda i duża, że zdolność zastósowania się jej jest nadzwyczaj mała, co też w rzeczywistości było, jeżeli po tylu godzinach i przy takich bólach niewiele poród postąpił, nasunąć nam musiała po założeniu kleszczy myśl tak zachwalanego cięcia łonowego. Z tejże samej przyczyny, że nie raz siły natury pokonać mogą, zwłaszcza u pierwsiastek, wielkie nieraz zapory, nie przystąpiliśmy od razu do obrotu, jak to chętnie czynimy mając przed sobą wieloródkę z przeszłością położniczą świadczącą, że porody poprzednie w położeniach główkowych dały wynik niekorzystny, nie

wykonaliliśmy, mówię, obrotu, lecz otworzyliśmy pęcherz i pozostawiliśmy dalszy przebieg porodu siłom natury.

Mógłby ktoś nam zrobić zarzut, że kiedyśmy już nabrali pewności, że poród dobrowolnie się nie ukończy i mieliśmy przygotowanie do cięcia łonowego, dla czego zakładaliśmy kleszcze? Otóż na to tylko tyle: kleszczami nieraz przewyciężamy wielkie przeszkody pomyślnie — musi to przyznać nawet najdoświadczeńszy położnik, że są przypadki, w którychby przysiągł, że operacja będzie łatwa, że urodzi płód szybko a właśnie w tym razie okazuje się, że tylko po bardzo silnych pociąganiach i to kilku lub kilkunastu zdoła płód wydobyć; i naodwrot nieraz tylko niechętnie bierze kleszcze w rękę przekonany, że to zabieg daremny, a tu po 2—3 nie silnych trakeyach rodzi płód żywy. Otóż myśmy tak powiedzieli: jedna lub dwie trakeye nie nie zaszkodzą a my będziemy mieli czyste sumienie, że cięcie łonowe było konieczne i uchronimy się od zarzutu wypowiedzianego jeszcze przez Baudeloqua, że tam, gdzie po cięciu łonowym wynik jest pomyślny i dla matki i dla płodu, tam ono nie było potrzebne, a to zyskaliśmy, że po cięciu od razu mogliśmy płód wyciągnąć, skoro już kleszcze leżały na główce.

Nareszcie powie ktoś, dlaczego nie robiliście cięcia cesarskiego? Na to tyle: Zamałe ścieśnienie, takiego niestósunku nie mogliśmy wczas przypuszczać a później już było zapóźno, już chwila stósowna dla cięcia minęła; a zresztą idąc za radą Leopolda, tego samego, co nie dawno jeszcze dla cięcia cesarskiego określał szerokie granice wskazań a dziś w takich przypadkach stawia wyżej cięcie łonowe, jako operację łatwą, pewną, chcieliśmy się przekonać o słuszności tego twierdzenia i swem doświadczeniem dołożyć jedną cegielkę do nowo budującego się gmachu z napisem: *Cięcie łonowe*.

Tem, co wyżej wspomniałem, usprawiedliwiłem, dlaczego nie robiono innych zabiegów, któreby mogły ocalić i matkę i dziecko. I tak obrotu nie robiono dlatego, że to była pierwszostka ze ścieśnieniem, przy którym dzieci rodzą się nieraz łatwo w położeniu czaszkowem; kleszczy próbowaliśmy

bez skutku, nie chcieliśmy wymóżdżać płodu żywego a w obec tego stopnia ścieśnienia, woleliśmy wybrać cięcie łonowe, niż cięcie cesarskie. Żeśmy dobrze uczynili, świadczy o tem zupełnie pomyślny wynik dla płodu a dla matki wprawdzie nie tak pomyślny, ale za to nauczyliśmy się i przekonaliśmy się, że cięcie łonowe nie jest operacją tak niewinną, za jaką ją w ostatnich czasach pod wpływem entuzjazmu i prądu ogólnego okrzyczano i nabraliśmy przekonania, że, aby postawić ściśle wskazanie do cięcia łonowego, nie wystarczy poprzeć go wymiarami miednicy, lecz należy uwzględnić nie tylko stopień, ale i rodzaj ścieśnienia, jak również uwzględnić wszystkie okoliczności ze strony płodu, które w obec tego samego stopnia ścieśnienia czynią poród nieraz o wiele trudniejszym, jak wielkość główki, twardość kości i zdolność zastosowania się do wymiarów miednicy; tak postępując z pewnością ograniczymy wskazanie a nie narazimy matki na przykre następstwa, z siebie zaś zrzucimy odpowiedzialność i zarzut, żeśmy niewłaściwy wybrali zabieg.

A na ostatek jeszcze słów kilka o tej przez wielu operatorów podnoszonej łatwości, z jaką wykonać można zabieg, że zdaje się czytającemu, iż ani asystentów, ani stołu, ani prawie instrumentu nie potrzeba, aby wykonać operację; ale chloroformować trzeba, ale wywierać ucisk na okolice krętarzy, ale trzeba krwotok nieraz gwałtowny tamować, to wszystko, kto wykona bez asysty, temu konia z rzędem; nie mówię już o tem, gdy się zdarzy jakie powikłanie; w najpomyślniejszych okolicznościach trzeba czterech, wyćwiczonych asystentów a z tą liczbą i cięcie cesarskie wykonać możemy wygodnie. W czem więc tkwi ta łatwość i uproszczenie, nie wiem; dalsze doświadczenia to wyjaśnią; my zaś wcale różowych zapatrywań się dzielić nie możemy.

Sumując w końcu wrażenia odniesione z przeczytania i zastanowienia się nad przypadkami w ostatnim ogłoszonym czasie, nadto opierając się na własnem doświadczeniu, musimy powiedzieć, że tak, jak z każdą nową operacją, jest też i z cięciem łonowem. Widocznem jest to gorączko-

we zajęcie się operacją, które w miarę coraz większej liczby przypadków musi ustąpić chłodnej rozwadze, która jedynie wydać może o zabiegu sąd sprawiedliwy. Owe świetne wyniki, zaczyna przyémiewać statystyka, a na 0% podana śmiertelność przez Spinello na ostatnim zjeździe w Wrocławiu zmieniła się na 10—15%. My o niem tyle powiemy:

1) Cięcie łonowe nie jest zabiegiem obojętnym a to z powodu, że znosząc ciągłość pierścienia kostnego miednicy, pozbawia znacznie części miękkie podstawy, w skutek czego one, zwłaszcza przy użyciu pewnej siły podczas operacyi, mogą doznać obrażeń sprowadzających czasowe lub trwale kalectwo kobiety.

2) Nie jest zabiegiem łatwym, wcale nie łatwiejszym, niż cięcie cesarskie; wymaga bowiem, co najmniej, trzech wprawnych asystentów, z których jeden prowadzi narkozę, dwóch zaś innych uciska na okolice krętarzy, przez co chronią spojenia krzyżowo-biodrowe od uszkodzeń.

3) Cięcie łonowe mające na celu ocalić i płód i matkę musi być wykonywane w takich okolicznościach, gdzie po cięciu pomyślnego wyniku spodziewać się można a gdzie inne łatwiejsze zabiegi do celu tego nieprowadzą.

A zatem wskazane jest w tych przypadkach, gdzie miednica jest tak ścieśniona, że ani kleszcze, choćby wysokie, ani obrót nie są możebne bez niebezpieczeństwa dla matki i płodu a czas do wzniesienia porodu przedwczesnego minął, gdzie więc trzebaby wykonać wymóżdzenie płodu żywego, lub cięcie cesarskie, matka zaś nie zgadza się na to ostatnie a objawy ze strony płodu świadczą o tem, że żyje. Jako granice podają 8·8—6·7 Włosi, 8—6 Niemcy wymiaru prostego wchodu.

4) Aby cięcie łonowe nawet w tych wskazaniach odniosło pomyślny skutek, nie dosyć jest uwzględnić stopień ścieśnienia miednicy, bo nieraz w tym samym stopniu ścieśnienia różne możemy otrzymać wyniki; trzeba też uwzględnić wiek rodzącej, rodzaj ścieśnienia miednicy, rozmiary płodu, uwzględnić wszystkie objawy świadczące o mniejszej lub większej zdolności zastosowania się główki płodu do

wymiarów ścieśnionych, co tylko ocenić możemy z pilnej obserwacji dotychczasowego przebiegu porodu.

5) Cięcie łonowe przy miednicy ogólnie ścieśnionej, zdaje się, da lepsze wyniki, niż wobec płaskiej; w pierwszym bowiem razie, wszystkie wymiary się zwiększą i główkę łatwiej można przeprowadzić, niż przy miednicy płaskiej, gdzie wymiary poprzeczne są zazwyczaj prawidłowe a powiększyć się może tylko wymiar prosty; w pierwszym też razie lepiej jest, jeżeli główka idzie naprzód, w drugim lepiej do rozwiązania użyć obrotu i wydobyć płodu.

6) Cięcia łonowego nie należy wykonywać, jeżeli mamy znaczniejsze ścieśnienie, bo wtedy musimy użyć trudnego zabiegu do wydobywania płodu, zabiegu dla niego niebezpiecznego, matka zaś może ponieść znaczne obrażenia części miękkich i mogą pęknąć spoiny krzyżowo-biodrowe. Z przebiegu w naszym przypadku wynika, że cięcie łonowe nie jest wskazane przy miednicy płaskiej, gdzie wymiar prosty wchodu wynosi 8 cm. a główka jest duża i twarda.

7) Cięcia łonowego można użyć jako operacji przygotowawczej w celu wydobywania płodu obumarłego w razie bezwzględnego ścieśnienia miednicy.

8) Krwotok z ciał jamistych łożni bywa dosyć znaczny, czasem trudny do opanowania. Obfitym bywa, gdy nie przecinamy więzadła łukowego i gdy ono pęka podczas silnych pociągów kleszczami.

9) Jakkolwiek wiemy, że spoiny łonowe zrastać się może, to nie możemy z góry powiedzieć, jak będą przebiegać następne porody, czy bliźnowate miejsca nie ulegną znacznijszemu uszkodzeniu, gdy po raz wtóry do cięcia łonowego u tej samej niewiasty przystąpimy.

10) Przetoki, które powstać mogą po cięciu łonowym, mogą się odnosić do bocznej a nawet do przedniej ściany pęcherza, jakto stało się w naszym przypadku, a zaszyte takich przetok przedstawia wielkie trudności, znacznie większe, niż w zwykłych odleżynowych po porodzie.

Z tego, co wyżej powiedziano, wypada, że tak ci, co zachwalają bardzo cięcie łonowe i starają się wyrugować

cięcie cesarskie ze wskazania względnego, jak i ci, co odmawiają mu zupełnie wartości, nie mają zupełnej słuszności. Jedni z nich operowali widocznie w okolicznościach pomyślnych, drudzy w okolicznościach dla cięcia łonowego niepomyślnych; obydwie zaś strony za mało miały przypadków, aby w sprawie cięcia łonowego wypowiedzieć ostatnie słowo. Prawda leży widocznie w pośrodku t. j. że cięciu łonowemu w pewnych, że tak powiem, dobranych przypadkach wartości odmówić nie można; nie należy tylko trzymać się pewnego szablonu, wykutego z wymiarów miednicy kostnej, ale należy uwzględnić i inne okoliczności. Nie można jednak zgodzić się na to, że cięcie łonowe zastąpi w zupełności wymóżdżenie płodu żywego i cięcie cesarskie ze wskazania względnego; te zabiegi zawsze będą w pewnych razach nawet bezpieczniejsze a na koniec sądzę, że tak, jak cięcie cesarskie jest operacją tem lepsze dającą rokowanie, w im pomyślniejszych okolicznościach technicznych robić się je będzie i dotychczas jest operacją wyłącznie klinik i szpitalów, tak też i cięcie łonowe po za dobrze urządzone sale operacyjne nie wyjdzie a tem bardziej nie będzie przystępne dla praktyków. Zresztą czekajmy, niech ucihną fale wzburzone, po których płynie statek nowej operacyi w różne chylący się strony a wtedy przekonamy się, czy cało do portu zawinie.

Kraków w maju 1893.



