

BIBLIOTEKA
UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.
(Wydanie Redakcyi Gazety Lekarskiej).

AKUSZERYA.

PATOLOGIA I TERAPIA CIĄŻY, PORODU I POŁOGU.

W WOLNYM PRZEKŁADZIE

z podręczników akuszeryjnych J. Spaetha, C. R. Brauna, Naegele-Grensera
i C. Schroedera

PRZEZ

D-ra Stanisława Jerzykowskiego,

lekarza praktykującego w Poznaniu i członka Towarzystwa Przyjaciół Nauk
Poznańskiego.

Z 41 drzeworytami w tekście.

WARSZAWA.
w Drukarni Gazety Lekarskiej.
Ulica Śto-Krzyzka Nr. 1343 (9 nowy).

1875.



**Biblioteka Główna
WUM**

K. 8637

**Дозволено Цензурою.
Варшава, 9 (21) Января 1875 года.**

SPIS RZECZY

w tomie trzecim zawartych.

Stronnica.

I.

PATOLOGIA I TERAPIA CIĄŻY I PORODU.

A. Stany chorobne jaja.

| | |
|---|----|
| I. Nieprawidłowości w oddzielnych częściach jaja | 1 |
| a) Nieprawidłowości płodu | 1 |
| 1. Zbyt znaczna wielkość płodu | 1 |
| 2. Wady przyrodzone płodu | 4 |
| α. Podwójność ciała płodu (potwory podwójne czyli tak zwane bliźnięta zrosłe (<i>monstrua duplicia</i>)). | 4 |
| β. Inne wady przyrodzone płodu | 7 |
| γ. Prawa przysługujące potwornie zbudowanym dzieciom | 13 |
| 3. Nieprawidłowości w położeniu płodu | 15 |
| α. Nieprawidłowe stawienie płodu przy położeniu jego czaszkowém. | 15 |
| β. Nieprawidłowe położenie płodu | 22 |
| 1) Położenia twarzowe | 22 |
| 2) Położenia miednicze | 28 |
| 3) Położenia poprzeczne | 38 |
| 4) Położenia ukośne | 48 |
| γ. Nieprawidłowe ułożenie kończyn płodu. | 51 |
| 4. Śmierć płodu | 54 |
| α. Śmierć płodu podczas ciąży | 55 |
| β. Śmierć płodu podczas porodu. | 60 |
| b) Nieprawidłowości ępowiny. | 63 |
| 1. Przędowanie ępowiny i wypadnięcie jęj podczas porodu | 64 |
| 2. Owinięcie, zbyteczna krótkość, rozdarcie i inne nieprawidłowości ępowiny | 80 |
| c) Nieprawidłowości łożyska | 87 |
| 1. Nieprawidłowa wielkość łożyska | 87 |
| 2. Nieprawidłowa postać łożyska | 88 |

| | |
|--|------------|
| 3. Nieprawidłowe utkanie łożyska | 88 |
| α. Złogi włóknikowe w łożysku | 88 |
| β. Torbiele w łożysku | 89 |
| γ. Złogi wapienne w łożysku | 90 |
| δ. Nacieczenie kosmków i stłuszczenie łożyska | 92 |
| ε. Obrzęk łożyska | 92 |
| 5. Udar łożyska | 93 |
| η. Zapalenie łożyska | 95 |
| 4. Nieprawidłowe położenie łożyska | 98 |
| α. Przodowanie łożyska (<i>placenta praevia</i>) | 98 |
| β. Wypadnięcie łożyska przy porodzie | 132 |
| 5. Opóźnione oddzielenie się łożyska od ściany macicy przy porodzie | 135 |
| | |
| d) Nieprawidłowości błon jajecznych | 139 |
| 1. Zbyteczna wążłość błon jajecznych | 139 |
| 2. Zbyteczna wytrzymałość błon jajecznych | 141 |
| 3. Zrośnięcia błon jajecznych. | 142 |
| | |
| e) Nieprawidłowości wody płodowej | 144 |
| 1. Zbyt mała ilość wody płodowej | 144 |
| 2. Zbyt wielka ilość wody płodowej | 145 |
| | |
| II. Nieprawidłowości dotyczące całego w ogólności jaja | 147 |
| 1. Ciąża mnoga. | 147 |
| 2. Zmarnienie jaja i zamienienie się jego w tak zwany zaśniad (<i>mola</i>). | 156 |
| 3. Wydzielenie się jaja z macicy w czasie niewłaściwym. | 160 |
| α. Poród przed czasem należywym. | 161 |
| 1) Poronienie (<i>abortus</i>). | 161 |
| 2) Poród nieczesny i przedwczesny (<i>partus immaturus et praematurus</i>). | 175 |
| β. Poród opóźniony (<i>partus serotinus</i>) | 177 |
| 4. Ciąża w niewłaściwym miejscu czyli zamaciczna (<i>graviditas extrauterina</i>). | 179 |

B. Stany chorobne matki.

| | |
|---|------------|
| I. Choroby matki mające siedlisko swe w organach rodnych matki | 204 |
| | |
| a) Nieprawidłowości w miękkich częściach rodnych | 204 |
| 1. Nieprawidłowości macicy | 204 |
| α. Wady rozwojowe macicy | 204 |

| | | |
|----|---|-----|
| β. | Przeięcia i przechylenia macicy ciężarnej (<i>inflexiones et versiones uteri gravidi</i>) | 208 |
| 1) | Przeięcie i przechylenie macicy ciężarnej ku bokowi (<i>inflexio et versio lateralis uteri gravidi</i>) | 209 |
| 2) | Przechylenie macicy ciężarnej ku przodowi (<i>anteversio uteri gravidi</i>) | 210 |
| 3) | Przeięcie i przechylenie macicy ku tyłowi (<i>retroflexio et retroversio uteri gravidi</i>) | 212 |
| γ. | Opadnięcie i wypadnięcie macicy ciężarnej (<i>descensus et prolapsus uteri gravidi</i>) | 220 |
| δ. | Wyciowanie się macicy podczas porodu (<i>inversio uteri sub partu</i>) | 222 |
| ε. | Ścieśnienie i zarośnięcie ust macicznych (<i>stenosis et atresia oris uteri</i>) | 231 |
| 5. | Zapalenie macicy ciężarnej | 234 |
| 1) | Zapalenie błony doczesnej (<i>endometritis decidua</i>) | 234 |
| a) | Przewlekłe rozlane zapalenie błony doczesnej | 234 |
| b) | Guzowate i uklejowate zapalenie błony doczesnej | 235 |
| c) | Nieżytowe zapalenie błony doczesnej. Wodociek ciężarnych | 237 |
| 2) | Zapalenie mięszu macicznego (<i>metritis</i>) | 238 |
| 3) | Zapalenie otrzewnej powlekającej macicę (<i>perimetritis</i>) | 239 |
| γ. | Nowotwory macicy | 239 |
| 1) | Włókniaki macicy (<i>fibromata uteri</i>) | 239 |
| 2) | Rak macicy (<i>carcinoma uteri</i>) | 242 |
| ϑ. | Nieprawidłowa czynność porodowa macicy, czyli nieprawidłowe bóle (<i>dolores vitiosi</i>) | 244 |
| 1) | Zbyt słabe bóle porodowe | 244 |
| 2) | Zbyt mocne bóle porodowe | 259 |
| ι. | Rozdarcie się macicy (<i>ruptura uteri</i>) | 268 |
| 2. | Nieprawidłowości pochwy | 279 |
| α. | Ścieśnienie pochwy (<i>stenosis vaginae</i>) | 279 |
| β. | Wypadnięcie pochwy (<i>prolapsus vaginae</i>) | 282 |
| γ. | Nowotwory pochwy (<i>neoplasmata vaginae</i>) | 283 |
| δ. | Rozdarcie się pochwy podczas porodu (<i>ruptura vaginae</i>) | 284 |
| ε. | Guzy w częściach miękkich, leżących w sąsiedztwie kanału macico-pochwowego | 287 |
| 3. | Nieprawidłowości w zewnętrznych częściach płciowych | 293 |
| α. | Ścieśnienie szpary sromowej (<i>stenosis rimae vulvae</i>) | 293 |
| β. | Rozdarcie się głębiej leżących naczyń krwionośnych sromu | 295 |
| γ. | Rozdarcie się śródkrocza (<i>ruptura perinei</i>) | 299 |
| 4. | Ogólny pogład na krwotoki z części rodnych podczas ciąży, porodu i w pierwszych chwilach połogu | 302 |
| α. | Krwotoki podczas ciąży | 305 |
| β. | Krwotoki podczas porodu | 307 |
| 1) | W okresie rozszerzania się ust macicznych | 307 |
| 2) | W okresie występowania płodu | 308 |

| | |
|--|-----|
| 3) W okresie występowania łożyska | 309 |
| γ. Krwotoki w pierwszych chwilach połogowych | 311 |
| b) Nieprawidłowości w twardych drogach rodnych czyli miednicy. | 311 |
| 1. Badanie miednicy | 311 |
| 2. Nieprawidłowości miednicy nie mające wpływu na przebieg porodu | 323 |
| 3. Nieprawidłowości miednicy wpływające na przebieg porodu. Zwężenie miednicy | 324 |
| α. Pojęcie i podział zwężonej miednicy | 327 |
| β. Częstość zwężonej miednicy. | 331 |
| γ. Zwyczajne formy zwężonej miednicy, przy których wejście miednicy jest albo wyłącznie albo przeważnie zwężonym | 331 |
| 1) Ogólnie jednostajnie zwężona miednica | 331 |
| 2) W konjugacie zwężona czyli płaska miednica | 335 |
| I. Płaska miednica niekrzywicowa. | 336 |
| a) Zwyczajnie płaska miednica niekrzywicowa | 336 |
| b) Ogólnie zwężona miednica płaska albo ogólnie niejednostajnie zwężona miednica niekrzywicowa | 339 |
| II. Płaska miednica krzywicowa | 340 |
| a) Zwyczajnie płaska miednica krzywicowa | 340 |
| b) Ogólnie zwężona miednica płaska czyli ogólnie niejednostajnie zwężona miednica krzywicowa. | 345 |
| III. Miednica spłaszczona skutkiem obustronnego zwichnięcia (<i>luxatio</i>) w stawie udowym. | 351 |
| IV. Miednica z przyrodzoną szparą w spojeniu łonowym. | 352 |
| 3) Położenie i ułożenie płodu przy zwężonej miednicy | 352 |
| 4) Stawienie przodującej części i mechanizm porodowy przy zwężonej miednicy. | 354 |
| 5) Przebieg porodu przy zwężonej miednicy. | 359 |
| 6) Rozpoznanie zwężonej miednicy | 363 |
| 7) Skutki i zejścia dla matki oraz dziecka przy zwężonej miednicy | 364 |
| 8) Leczenie zwężonej miednicy | 373 |
| δ. Pozostałe formy rzadsze zwężonej miednicy | 385 |
| 1) Miednica zmieniona skutkiem kręgotomyku (<i>spondylolisthesis</i>) | 385 |
| 2) Garbata miednica | 390 |
| 3) Lejkowato zwężona miednica | 397 |
| 4) Miednica ukośnie zwężona skutkiem zeszywnienia (<i>ankylosis</i>) jej spojeń. | 401 |
| 5) Miednica poprzecznie zwężona skutkiem zeszywnienia jej spojeń | 416 |
| 6) Kościozmiękła (<i>osteomalacica</i>) miednica. | 420 |
| 7) Miednica zwężona skutkiem guzów kostnych. | 428 |
| ε. Rozdarcie się stawów miednicy przy porodzie. | 480 |

II. Choroby ciężarnych mające siedlisko swe zewnątrz organów rodnych i w ogólnym organizmie.

| | |
|---|-----|
| a) Cierpienia niezależne od ciąży | 422 |
| 1. Ospa | 432 |
| 2. Błonica i odra | 433 |
| 3. Durzyca. | 434 |
| 4. Cholera | 434 |
| 5. Zapalne procesy w organach piersiowych | 434 |
| 6. Gruźlica | 435 |
| 7. Ostry zanik wątroby | 436 |
| 8. Przymiot | 437 |
| 9. Przypadkowe kurcze | 438 |
| b) Cierpienia wywołane przez ciążę. | 438 |
| 1. Choroby skórne | 439 |
| 2. Choroby organów trawienia. | 439 |
| α. Ślinotok | 439 |
| β. Odbijanie się kwasami | 440 |
| γ. Wymioty | 440 |
| δ. Zaparcie stolca | 441 |
| 3. Zaburzenia w krążeniu krwi | 442 |
| α. Czynne stany nawałowe | 442 |
| β. Bierne zaburzenia w krążeniu krwi. | 443 |
| 1) Żyłakowe rozszerzenie żył | 443 |
| 2) Obrzęki | 444 |
| 4. Cierpienia nerwowe. | 446 |
| α. Zaburzenia zmysłów | 446 |
| β. Nerwobóle. | 447 |
| γ. Omdlenia | 447 |
| δ. Płasawica | 447 |
| ε. Kurcze. | 448 |
| 1) Kurcze historyczne | 447 |
| 2) Drgawka porodowa | 450 |

III. Śmierć matki 465

| | |
|--|-----|
| a) Śmierć matki podczas ciąży | 465 |
| b) Śmierć matki podczas porodu | 467 |

II.

PATOLOGIA I TERAPIA POŁOGU.

| | |
|--------------------------------|-----|
| A. Gorączka połogowa | 470 |
| i. Podział i pojęcie | 472 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| II. Patologiczna anatomia | 480 |
| III. Objawy i przebieg | 498 |
| IV. Rozpoznanie | 513 |
| V. Rokowanie | 517 |
| VI. Leczenie | 527 |

Dodatek. Tężec połogowy (*tetanus puerperalis*). 528

B. Cierpienia połogowe nie polegające na zakażeniu.

| | |
|--|-----|
| I. Cierpienia, które nie polegając na zakażeniu wywołują czę- sto gorączkę w połogu | 528 |
| II. Zmiany w położeniu macicy i pochwy. | 531 |
| a) Przegięcia i przechylenia macicy. | 531 |
| b) Wypadnięcie macicy i pochwy | 533 |
| III. Obrażenia części rodnych | 535 |
| IV. Nowotwory w połogu. | 535 |
| V. Krwotoki w połogu | 536 |
| VI. Cierpienia sutek. | 546 |
| a) Cierpienia gruczołu piersiowego | 546 |
| 1) Nieprawidłowości w wydzielaniu się mleka | 546 |
| 2) Zapalenia gruczołu piersiowego, Gorączka mleczna, Ropień w gruczole piersiowym | 548 |
| 3) Przepuklina mleczna (<i>galactocele</i>). | 552 |
| b) Zapalenie tkanki łącznej w gruczole piersiowym | 553 |
| c) Cierpienia brodawek sutkowych | 554 |
| VII. Choroby umysłowe u położnic. | 556 |

Dodatek. Nagła śmierć w połogu 558

| | |
|--|-----|
| I. Zator tętnicy płucnej | 559 |
| II. Dostanie się powietrza do żył macicznych | 560 |

AKUSZERYA.

I.

PATOLOGIA I TERAPIA CIĄŻY I PORODU.

Stany patologiczne, zachodzące podczas ciąży i porodu, miewają swe źródło jużto w organizmie macierzystym, już też w nieprawidłowościach jaja samego. Z tego też względu patologia i terapia ciąży porodu da się stosownie podzielić na stany chorobne jaja i na stany ichorobne matki.

A. Stany chorobne jaja.

I. Nieprawidłowości w oddzielnych częściach jaja.

a) Nieprawidłowości płodu.

1. Zbyt znaczna wielkość płodu.

Mechaniczną przeszkodę porodową może tworzyć nie tylko zwężenie miednicy, ale także zbyt znaczna wielkość płodu, a mianowicie zbyt wielka objętość główki dziecięcej.

Chociaż zaś, z wyjątkiem stanów patologicznych, dzieci nie dochodzą nigdy do takiej wielkości, iżby miały tak znacznie utrudniać poród, jak to widzimy nierzadko przy zwężonej miednicy, to jednakże nieprawidłowa wielkość płodu może nawet przy miednicy zupełnie normalnej niejedne spowodować trudności oraz posiadać wielkie znaczenie praktyczne, skoro miednica jest zwężona, chociaż tylko w stopniu nieznacznym. Z tych też powodów należy poznać bliżej te wszystkie okoliczności, które wpływają na silniejszy rozwój

plodu. Co się tyczy długości płodu, wywierającej na mechanizm porodowy wpływ tylko uboczny, to się tutaj nie będziemy zastanawiali nad nią obszerniej; nadmieniamy tylko, że długość płodu bywa popolicie tém większą, im większa jest ciężkość jego, i odwrotnie. Z badań Gassnera ¹⁾ wiemy, że ciężkie kobiety rodzą także ciężkie dzieci, a z badań Frankenhäusera ²⁾ dowiadujemy się, że dzieci tém cięższe bywają, im większe są matki; wpływu zaś ojca, na który pod tym względem należy także w każdym razie baczyć, nie stwierdzono dotąd jeszcze na pewno. Nadto wzmaga się ciężkość dzieci z wiekiem matki: mianowicie każde później urodzone dziecko bywa cięższe od poprzedniego, zrodzonego z téj samej matki. Chłopcy ważą w ogóle nieco więcej, aniżeli dziewczęta.

Dla mechanizmu porodu jest nadzwyczaj ważnym zachowanie się czaszki. Takowa przedstawia bardzo znaczne różnice, które się w ogóle zgadzają z rozwojem płodu, tak iż zwykle znajdujemy u dzieci lekkich czaszki małe, i co ważniejsza, czaszki giętkie i podatne; dzieci zaś ciężkie i mocno rozwinięte odznaczają się w ogóle czaszkami wielkimi i twardymi. Przymiarem są czaszki chłopców w przecięciu większe aniżeli czaszki dziewcząt, i co więcej najważniejszy wymiar międzyciemieniowy (*biparietalis*) zwiększa się z liczbą porodów, a mianowicie z wiekiem matki w takim stosunku niepomyślnym, iż najszerszych czaszek należy się spodziewać u płodów męskich, pochodzących od starszych mnogorodzących.

Uwaga. Hecker ³⁾ pobudzony pracami Veita ⁴⁾ i Frankenhäusera ⁵⁾ dowiódł przez szczegółowe zestawienia, że ciężkość dzieci wzmaga się tém znacznie, im więcej poprzedzało porodów. Okoliczność ta ⁶⁾ zdaje się być nader ważną, chociaż nie bez znaczenia jest także zdanie Duncana ⁷⁾, który powyższe zjawisko chciał tłumaczyć z zwiększającego się przymiarem wieku matek; na wzrastającą więc ciężkość płodu wpływają te obie okoliczności. (Mniemanie Frankenhäusera ⁸⁾, że przyczyną znaczniejszej ciężkości;

1) M. f. G., t. 19, p. 21.

2) Jenaische Zeitschrift f. Med. u. N. 1867, t. III, p. 184.

3) M. f. G., t. 24, p. 405 i t. 26, p. 348.

4) M. f. G., t. 6, p. 104.

5) M. f. G., t. 13, p. 172.

6) S. Castell, Ueber den Einfluss d. Alters d. Mutter etc. D. i. Königsberg. 1869, Ritter von Rittershain, Jahrb. f. Pädiatrik. 1870, t. II, p. 200 i. v. Sobbe. D. i. Marburg. 1872.

7) Edinb. med. J. Dec. 1864, p. 497.

8) W miejscu przytoczonym, p. 184.

plodów, pochodzących od osób mnogorodzących, jest dłuższe trwanie ciąży u mnogorodzących, okazało się nieprawdziwem już to z mych własnych ¹⁾ doświadczeń, już też z badań Ahlfelda ²⁾). Nierozstrzygniętą zaś dotąd jest rzeczą, czy powyższe prawo postępuje aż do lat klimakterycznych, albo czy też, jak Duncan mniema, płodność matki osiąga najwyższego szczytu około 29-go roku życia, tak iż od czasu tego rodzą się znowu dzieci lżejsze.

Jeśli obie wymienione wyżej okoliczności, t. j. wiek matki i liczba poprzedzających porodów, przyczyniają się do znaczniejszej wielkości płodu, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że najcięższe dzieci rodzą się wtenczas, kiedy obie okoliczności zejdą się równocześnie. Wernich ³⁾ wynalazł w rzeczy samej tak zwane lata predylekcyjne dla pojedynczych ciąż. Według niego najwięcej rozwiniętym jest pierwsze dziecko, kiedy matka ma 24 lat, drugie dziecko kiedy ma około 27 lat; trzecie kiedy ma około 29, czwarte gdy ma mniej więcej 31, i piąte kiedy matka liczy około 34—35 lat. Że dzieci późniejsze bywają cięższe, zależy to jeszcze w wysokim stopniu od ich płci, i ciężkość ta wzmagą się wtenczas najwięcej, gdy się po dziewczęciu rodzi chłopiec; dziewczę zaś, rodzące się po chłopcu, jest w przecięciu słabiej od niego rozwinięte.

Ta znaczniejsza ciężkość i ta większa objętość głowy u chłopców, ma zdaniem Clarkego ⁴⁾ i mianowicie Simpsona ⁵⁾ być główną przyczyną tego, że poród chłopca trwa dłużej i z większym połączeniem jest niebezpieczeństwem tak dla matki jak i dla dziecka. Różnica ta jednakże nie jest tak bardzo znaczną, jak się to okazuje z następujących liczb, które oznaczają przewyżkę przypadającą na chłopców. Różnica ta wynosi:

| | Ciężkość | D. tr. maj. | D. r. | D. obl. | Objętość |
|--------------------|----------|-------------|---------|---------|----------|
| według Heckera . . | 80 gram. | 0,04 c. | 0,21 c. | 0,42 c. | 0,6 c. |
| według Schrödera. | 66,5 " | 0,13 " | 0,12 " | 0,12 " | 0,57 c. |

Veit ⁶⁾ dowiódł zresztą statystycznie, że przyczyna powyższa nie polega jedynie na większej ciężkości chłopców, wykazawszy, że nawet z równo ciężkich dzieci umiera podczas porodu zawsze więcej chłopców, aniżeli dziewcząt. Z drugiej strony jednakże wielki poprzeczny wymiar głowy przybiera u chłopców niestosunkowo i Pfannkuch ⁷⁾ wykazał, że chłopcy, choć tyle waząc co dziewczęta, posiadają większe od nich głowy.

Dla przebiegu porodu jednakże największe posiadają znaczenie, jak to wykazaliśmy ⁸⁾, różnice zachodzące w wymiarze poprzecznym, tak iż, kiedy

1) Zob. Scanzoni's Beitr. t. V, p. 421.

2) M. f. G., t. 34, p. 218.

3) Berl. Beitr. z. G. t. I. p. 3.

4) Philos. Tr. Vol. 76. II. p. 349.

5) Edinb. med. J. 1844. p. 387 i Sel. Obst. Works I. 1871, p. 307.

6) M. f. G. t. 6. p. 119.

7) Arch. f. Gynäkol. IV. p. 297.

8) Scanzoni's Beitr. t. V. p. 401.

u młodych pierwiastek natrafiamy nie rzadko wymiar poprzeczny niżej $9\frac{1}{4}$ ctm., u starszych mnogorodzących dochodzi wymiar ten do $10-10\frac{1}{2}$ ctm., mianowicie, gdy płód jest rodzaju męskiego.

Rozpoznanie na wielką głowę dziecka można przed ukończeniem porodu stawić tylko w przybliżeniu. W niektórych wypadkach wnioskujemy o tój nieprawidłowości jużto z obmacywania główki przodującej w dolnym odcinku macicy, jużto z długości szwu strzałkowego, już téż z wielkiego przedziału między oboma ciemionami; wszakże na znakach tych można polegać tylko w nadzwyczaj rzadkich razach. Ponieważ zaś płeć płodu da się rzadko tylko rozpoznać przed ukończeniem porodu, przeto postąpimy sobie najlepiej, jeśli zważając na powyżej wymienione okoliczności, nie będziemy u młodych pierwiastek oczekiwać głów zbyt wielkich; zato u kobiet starszych, które rodziły już kilka razy, należy się spodziewać znacznej objętości głowy.

Rokowanie i leczenie jest takie samo, jak przy zaburzeniach porodu, powstających skutkiem miernego zwężenia miednicy; rokowanie tylko jest dla dziecka nieco więcej niepomyślne, ponieważ wielka głowa traci prawie zawsze także na właściwej sobie ściśłości. Okoliczność ta jest nadzwyczaj ważna przy wydobywaniu główki idącej na ostatku, ponieważ tego rodzaju głowy wielkie i twarde usposabiają do wgięć łyżkowatych i tym sposobem pogarszają znacznie rokowanie.

Gdy miednica jest prawidłowo zbudowana, natenczas tułów dziecięcy, choć silnie rozwinięty, utrudnia poród w stopniu tylko nieznacznym. Jeśli jednakże miednica jest zwężona, wtenczas tułów skutkiem zbytnej objętości może doznawać znacznej przeszkody przy wejściu do wchodu miednicy, a przez to wstrzymywać główkę stojącą już w prawidłowym wychodzie miednicy i czynić nader trudnym sztuczne wydobycie płodu.

2. Wady przyrodzone płodu.

α. Podwójność ciała płodu (potwory podwójne czyli tak zwane bliźnięta zrosłe.—*Monstrua duplicia*).

Literatura: Hohl, *die Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder*. Halle, 1850.—Playfair, *Obst. Tr. VIII, p. 300*.

Nieprawidłowość w liczbie pojedynczych części płodu, oraz utwory pasyżne przyczyniają się nader rzadko do znacniejszego

utrudnienia porodu, ponieważ przyrostki prawie zawsze są miękkie i wątłe i dla tego w czasie porodu mogą podlegać znacznemu uciśnieniu albo się też oderwać zupełnie.

Daleko ważniejsze są potwory podwójne czyli bliźnięta zrosłe, u których za najwyższy stopień potworności należy uważać, gdy dwoje zupełnie rozwiniętych dzieci zrosłe są z sobą częściami równymi.

Rozpoznanie téj nieprawidłowości jest niemożliwem na początku porodu, a nawet w późniejszym jego przebiegu może przedstawiać wielkie trudności. Za pomocą badania zewnętrznego, jako téż zwyczajnego badania wewnętrznego nie da się po większej części na pewno rozpoznać podwójności płodu, lecz tylko ciążę bliźniętami. Zrośnięcie bliźniąt należy przypuszczać, skoro istniejącej przeszkody porodowej nie możemy sobie dostatecznie wytłómaczyć żadnym innym sposobem. Do zupełnej pewności pod tym względem dochodzimy tylko przez wprowadzenie całej ręki lub jej połowy do jamy macicy i przez obmacywanie samego miejsca zrosłego.

Uwaga. Dla rozpoznania wszystkich potworów jest w ogóle rzeczą ważną wiedzieć, że potwory zachodzą częściej u mnogorodzących, że w pewnym stopniu są dziedzicznymi i nie rzadko powtarzają się kilkakrotnie u jednej i téj samej matki, że wreszcie niektóre płody potworne zachodzą jako powikłania, tak iż niekiedy z łatwych do rozpoznania wad mniejszych (np. *pes varus*, *spina bifida* etc.) można wnosić o istnieniu ważniejszych wad, nie dających się jeszcze na pewno oznaczyć, jak np. puchliny mózgowej lub potworu półgłowego.

Co się tyczy położenia płodu, to spotykamy najczęściej położenia czaszkowe, potem następują położenia miednicze, a najrzadziej zachodzą położenia poprzeczne.

Przy położeniach czaszkowych mechanizm porodu przedstawia się rozmaicie. Jeśli szyje są mniej więcej równo długie i oba płody rozwinięte należycie, natenczas jedna głowa wstępuje do miednicy, podczas kiedy druga szyją się opiera o spojenie łonowe. Pierwsza głowa po urodzeniu jest zawsze skierowana silnie w górę ku łukowi wstydliwemu, szyja zaś wciśnięta w łuk wstydlivy. Potem rodzi się tułów i pośladek tego dziecka, a dziecko drugie wychodzi końcem miedniczym naprzód. Odbywa się tedy poród w następującym porządku: najprzód głowa pierwszego dziecka, potem pośladek jego, następnie pośladek drugiego dziecka, a po nim głowa jego. W innych wypadkach, mianowicie gdy szyja drugiego dziecka jest krótszą od szyi pierwszego, przykłada się druga główka tak do szyi pierwszego, iż główka

druga wychodzi bezpośrednio za pierwszą i rodzą się oba tułowia i pośladki.

Przy położeniach pośladkowych przedstawia mechanizm porodu mniejsze trudności, ponieważ tułowia i pośladki rodzą się równocześnie, a główki wychodzą wkrótce jedna po drugiej, i to tak, że główka jednego dziecka przykłada się do szyi drugiego. Tym sposobem przejście przez miednicę, już z natury łatwiejsze, staje się jeszcze o wiele prościejszym.

Rokowanie ze względu na matkę nie jest koniecznie niepomyślnym, podczas gdy płody już dla samej potworności swój nie mogą się zazwyczaj utrzymać przy życiu. Sztuczna pomoc przy porodzie nie jest tak często potrzebną, jakby się tego niejedyn mógł spodziewać. Według Hohla i Playfaira w 150 wypadkach tego rodzaju zakończyło się 85 bez wszelkiej pomocy sztucznej.

Kiedy i jakiego rodzaju leczenie będzie potrzebnym, pokaże się łatwo z mechanizmu porodowego. Jeżeli się po urodzeniu jednej główki druga opiera silnie o wchód miednicy, natenczas należy najprzód wyciągnąć nóżki pierwszego dziecka, a potem dopiero nóżki drugiego. Jeżeli zaś ręką nie można się przedostać obok główki niezupełnie jeszcze urodzonej, natenczas należy się postarać o wydobycie jej za pomocą kleszczy, a jeśli się takowe okaże niemożliwym, wykonać przedziurawienie czaszki. Jeżeli w położeniach czaszkowych główka drugiego dziecka zstąpiła do miednicy za pierwszą i znajduje się obok jego szyi, to należy również użyć kleszczy do jej wydobycia.

Jeżeli w położeniach pośladkowych rozpozuamy zrośnięcie dość wczesnie, należy wszystkie cztery nóżki wydobyć na zewnątrz części płciowych, aby się pośladek drugiego dziecka nie oparł o wchód miednicy. W razie takim należy jednakże bacznie uważać na to, ażeby się nie pociągało równo silnie za wszystkie cztery nóżki, lecz raczej trzeba dziecko leżące od tyłu wydobyć nieco prędyj, aby główka leżąca od tyłu mogła się przyłożyć do szyi główki, zwróconej ku przodowi, podczas gdy ta stoi ponad spojeniem łonowem.

W położeniach poprzecznych należy tak samo, jak w położeniach pośladkowych, wykonać obrót na wszystkie cztery nóżki i potem płód wydobyć.

Stosując się do tych przepisów, będziemy rzadko kiedy, i to tylko wyjątkowo, mieli potrzebę wykonywania rozkawalenia płodu, a mianowicie oddzielenia główki od tułowia. Jednakże w wypadkach zrośnięć obszernych, które przy porodzie szczególne spr-

wiają trudności, nie należy się ociągać zbyt długo z rozkawaniem płodu lub odjęciem jednej główki, ponieważ w tych wypadkach płody nie są zdolne do życia.

Cięcia zaś cesarskiego, jako operacyi dla matki bardzo niebezpiecznej, nie wolno wykonywać w wypadkach tego rodzaju; w małoznaczném bowiem zrośnięciu, przy którym płody zdolne są do życia, poród musi się dać uskutecznić innym sposobem, a w zrośnięciach znacznego stopnia dzieci są niezdolne do życia i dla tego trzeba operacyom, zmniejszającym objętość płodu, dać pierwszeństwo przed cięciem cesarskiem.

Rozdzielenie płodów wśród macicy, którego dokonał Schönfeld ¹⁾, da się rzadko kiedy uskutecznić i okaże się zapewne potrzebném tylko w razach wyjątkowych. Nie rzadko obumierają potwory podwójne już podczas śródmacicznego życia, a wtedy w stanie zbudwienia (*maceratio*) przechodzą przez miednicę w każdym położeniu.

β. Inne przyrodzone wady płodu.

Literatura: Hohl, w miejscu przytoczonym.—Joulin, *Des cas de dystocie app. au fœtus*. Paris, 1863.

Płody bez serc (*acardiaci*) ²⁾ powstają, jak wiadomo, w ten sposób, iż przy zespoleniu się (*anastomosis*) systemu naczyniowego dwóch bliźniąt, leżących w jednej kosmówce, a więc równopłciowych, ciśnienie krwi w systemie jednego przeważa tak, iż się obieg krwi w drugim odwraca, przez to zanika serce, płuca i mniejsza lub większa część tułowia, a płód zniekształniony otrzymuje pożywienie od płodu normalnie rozwiniętego. Zastój powstający przytém w żyłę pępkową, powracającą z niego, może spowodować znaczny przerost i zbręknienie komórkowatej tkanki podskórnej. Płód nie mający głowy (*acephalus*) rodzi się po większej części w położeniu nóżkowym w $\frac{1}{2}$ —3—12 godzinach po urodzeniu płodu prawidłowo rozwiniętego. Skutkiem przerostu tułowia może się okazać potrzebném sztuczne wydobycie płodu, a jeśli przerost jest bardzo znaczny, wydobyć to może przedstawiać nadzwyczajne trudności. C. Mayer ³⁾

¹⁾ M. f. G., t. 14, p. 378.

²⁾ S. Poppel, M. f. G., t. 20. p. 249.

³⁾ Verh. der Berl. geb. Ges. I. p. 126.

musiał w podobnym wypadku tułów zmniejszyć za pomocą perforatora.

Zbyt mocne rozszerzenie komórek mózgowych przez płyn surowiczy może według stopnia cierpienia i według czasu, w którym się nagromadza ów płyn, wywołać albo potwory półgłowe (*hemicephalus*), albo też wodną puchlinę mózgu (*hydrocephalus*).

Potwory półgłowe (*hemicephalus*) lub potwory bez mózgu (*anencephalus*) bywają częstokroć bardzo dobrze rozwinięte, mianowicie miewają szerokie barki. Mała głowa siedzi bezpośrednio na tułowiu, twarz jest zwrócona ku górze, uszy spoczywają na barkach, oczy wystają mocno, język wystaje nie rzadko z otworu ustowego. Ilość wody płodowej jest często nader znaczną. Płody nie mające mózgu przodują niekiedy podstawą czaszki albo też twarzą; również często jednakże zachodzą także położenia nóżkowe lub poprzeczne. Jeśli czaszka przoduje, można rozpoznanie stawić z dającą się wymacać podstawy czaszki (dołka siodłowego-- *sella turcica*), a gdy twarz przoduje, musi prócz powyżej wyliczonych znaków przedewszystkiem małość twarzy pobudzić do bliższego zbadania czaszki. Jeśli się czaszka rodzi naprzód, natenczas szerokie barki mogą stanowić znaczną przeszkodę porodową z tego powodu, iż główka dla swjej małości nie utarowała im poprzednio drogi. Ponieważ zaś przy wychodzeniu naprzód pośladków łatwą jest rzeczą barki przeprowadzić przez miednicę, przeto w razach takich wskazanym jest obrót na nóżki. Jeśli obrót ten jest niemożliwym, to wyciąga się dziecko rękoma za głowę lub włożywszy palec w usta, albo też za pomocą tępego haka, albo wreszcie ściąga się ku dołowi jedno lub oba ramiona.

Od potworów półgłowych są daleko ważniejsze te wypadki, w których skutkiem puchliny w komórkach mózgowych (*hydrops ventriculorum*) nie nastąpił zanik sklepienia czaszkowego, lecz tegoż rozszerzenie czyli tak zwana wodna puchlina mózgu (*hydrocephalus*).

Przy wodnej puchlinie mózgu zachodzą rzadko wypadki, któreby przedstawiały rzeczywistą przeszkodę porodową; jednakże pokazują się one grupami i mogą się powtarzać u jednej i tej samej kobiety. W razach takich czaszka stoi w znacznej niestosunkowości do twarzy; czoło wystaje niezwyčajnie mocno ku przodowi, kości czaszkowe są cienkie, po brzegach promieniste i w swjej ciągłości poprzdzielane wolnemi miejscami; szwy są szerokie, ciemiona nadzwyczajnej wielkości.

Jeśli główka nie jest zbyt naprężona, a kości jęj miękkie i ru-chome, to przybierając postać śpiczastą może się ona zwolna przysto-sować do wchodu miednicy i tym sposobem ściśnięta i w podłuż wy-ciągnięta przejść przez miednicę; albo też główka pęka, płyn surowi-czy odpływa i główka tak zmniejszona przedostaje się przez miednicę. Jednakże w większej części wypadków jest koniecznie potrzebną po-moc sztuczna (według Pöhla w 77 wypadkach 63 razy). Najczęst-szém położeniem jest poł. czaszkowe, chociaż nierzadko czaszka nie przypada prosto na wchód miednicy, lecz nieco z boku spoczywa ko-ścią czołową lub potylicową na jednym z brzegów miednicy, tak iż tym sposobem wejście jęj do miednicy utrudnia się jeszcze więcej. Pomyślniejszemi są położenia miednicze, które przy wodnej puchlinie mózgu zachodzą częściej, aniżeli w stosunkach prawidłowych.

Rozpoznanie wodnej puchliny mózgu nie jest tak zupełnie łą-twém, jak to wiemy z doświadczenia. Przy dokładném badaniu ze-wnętrzném musi nam podpaść zwiększona objętość czaszki, i to jest jedyny środek do rozpoznania wodnej puchliny mózgu przy położe-niach miedniczych. Jeżeli zaś czaszka przoduje, natenczas przy ba-daniu wewnętrzném da się wyśledzić naprężony pęcherz, mianowicie podczas bólów porodowych; w chwili wolnej od bólów dają się wy-czuć szerokie szwy, które niekiedy podczas bólów wystają mocno, da-lęj szerokie ciemiona oraz promieniste cienkie kości. Im mniej napięta jest czaszka, tém łatwiejszém bywa rozpoznanie: w najgorszym razie możnaby ją natenczas wziąć jeszcze za czaszkę obumarłego zgnilego płodu. Jeżeli mimo wszystkich tych oznak zachodzi niepewność co do rozpoznania, to należy do jamy macicy wprowadzić połowę ręki lub też całą i przekonać się o objętości czaszki i o jęj stosunku do twarzy.

Rokowanie bywa dla dziecka bardzo niepomysłném, ponie-waż nawet w najlepszych wypadkach da się ono tylko przez krótki czas utrzymać przy życiu. Ze względu na matkę zależy ro-kowanie przeważnie od rodzaju sztucznej pomocy, jaka w danym ra-zie jest potrzebną. Szczególnie należy się mieć na baczności przed rozdarciem macicy, które się może wydarzyć bardzo łatwo, mianowi-cie przy niestosownej pomocy sztucznej.

Przy leczeniu należy najwięcej względu mieć na matkę, ponieważ rokowanie odnośnie do życia dziecka już samo przez się jest niopomysłne. Jeśli główka dziecięca jest dostępną, należy ją w ka-żdym razie przekłuć delikatnym trójgrańcem; zmniejszać bowiem objętość czaszki zbyt wielkięj nie jest bynajmniej jedynym racyo-

nalnym środkiem do leczenia matki, a nadto przekłucie (nie przedziurawienie) czaszki nie jest dla dziecka koniecznie śmiertelnym, ponieważ takową robimy pod pewnemi okolicznościami także w życiu po zamaciczném dziecka, celem jego uleczenia. Jeśli po przekłuciu główki można się obok niej przedostać łatwo do nówek płodu, to należy zawsze wykonać obrót i wydobyć płód przez pociąganie, ponieważ wyprózniona główka, wychodząc na ostatku, da się łatwo przeprowadzić przez miednicę, podczas kiedy wątlą główkę przodującą przychodzi bólowi porodowemu z trudnością przepchnąć przez kanał miedniczy. Kiedy zaś główka zstąpiła już tak nisko do miednicy, że niepodobna już dokonać obrotu, natenczas po przekłuciu wystarczą siły porodowe do jój wydalenia. Nigdy zaś w takich przypadkach nie należy zakładać kleszczy, ponieważ te przy silniejszém nieco pociąganiu zsuwają się bardzo łatwo i bywają jedną z najczęstszych przyczyn do pęknięć macicy. W położeniach miedniczych należy główkę, idącą na ostatku, przekłuć przez jedno z szerokich ciemion bocznych, naturalnie jeśli główka nie wychodzi sama przez się albo się nie da wydobyć z łatwością.

Zwiększona objętość brzucha sprawia tylko wtenczas wielkie trudności przy porodzie, kiedy zwiększenie to doszło do nader wysokiego stopnia. Nadmieniona objętość brzucha może być powodowaną przez wodną puchlinę brzucha, przez nadmierne rozszerzenie moczem pęcherza moczowego, albo też przez zwiększenie wątroby, nerek lub macicy. Jeśli rozszerzenie nie jest zbyt wielkie, to zachodzi tylko pewne zwolnienie przebiegu porodowego; w innych zaś razach nie może poród wcale nastąpić, albo też dopiero po pęknięciu pokryw. Do rozpoznania cierpienia dochodzimy prawie zawsze dopiero wtenczas, gdy po urodzeniu główki albo po urodzeniu pośladków, co się częściej wydarza, poród nie postępuje dalej i przez to nas skłania do dokładnego zbadania przeszkody porodowej. Jeśli się dziecko nie da wyciągnąć rękoma, należy płyn odpuścić za pomocą trójgrańca; jeśli zaś przeszkoda spoczywa w stałych guzach, należy wykonać rozkawalenie płodu.

U w a g a. Wypadki puchliny brzusznej (*ascites*) u płodu nie są rzadkie. W nowszej literaturze opisali wypadki tego rodzaju: Martin ¹⁾, Franqué ²⁾, Schroeder ³⁾, Robert ⁴⁾.

¹⁾ M. f. G., t. 27, p. 28.

²⁾ Wiener med. Presse 1866. N. 33.

³⁾ Schw., Geb. u. Woch., p. 151.

⁴⁾ De l'ascite de foetus etc. Thèse. Strasb. 1870.

Wypadki znaczniejszego powiększenia pęcherza moczowego opisali: Depaul ¹⁾, Hecker ²⁾, M. B. Freund ³⁾, Rose ⁴⁾, Kristeller ⁵⁾, Hartmann ⁶⁾, Arnold ⁷⁾, Duncan ⁸⁾, Whittaker ⁹⁾, Olshausen ¹⁰⁾, Carmichael ¹¹⁾. Rozszerzenie to może być tak znaczném, że nawet już u płodów sześciomiesięcznych pojawiają się bardzo ważne przeszkody porodowe. W wypadku opisanym przez Ahlfelda ¹²⁾ znaleziono moczotoki nadzwyczaj rozszerzone.

Noeggerath ¹³⁾ opisał wypadek raka w wątrobie, który sprawił przy porodzie bardzo wielkie trudności (wątroba ważyła 2 1/2 funta). Znana jest wielka liczba przeszkód porodowych, spowodowanych przez torbielowo zwyrodniałe nerki (Virchowa *hydrops renum cyst. congenitus*), które są często powikłane z innymi wadami rozwoju (*hydrecephalocoele*). W nowszych czasach pisali o tym przedmiocie: E. v. Siebold ¹⁴⁾, Uhde ¹⁵⁾, Virchow ¹⁶⁾, Diesterweg ¹⁷⁾, Kanzow ¹⁸⁾, Levy ¹⁹⁾, Voss ²⁰⁾, Wegscheider ²¹⁾, Wolf ²²⁾, Brückner ²³⁾, Madge ²⁴⁾, Zambert ²⁵⁾.

Brzuch płodu może nadto znacznemu ulegć rozszerzeniu skutkiem guzów innego rodzaju, rozwijających się w jamie brzusznej. Tak opisuje Buhl ²⁶⁾ wypadek *foetus in foetu*, a więcej tego rodzaju wymienia Joulin ²⁷⁾; Ger-

-
- 1) Gaz. hebdom. 1860. N. 20—23.
 - 2) Kl. d. Geb. I. p. 122 i M. f. G., t. 18, p. 378.
 - 3) Breslauer kl. Beiträge II. p. 240.
 - 4) M. f. G., t. 25, p. 425.
 - 5) M. f. G., t. 27, p. 165.
 - 6) M. f. G., t. 27, p. 273.
 - 7) Virchow's Archiv, t. 47. Z. I, p. 6.
 - 8) Edinb. med. J. August. 1870, p. 163.
 - 9) Amer. Journ. of Obst. Vol. III, p. 389.
 - 10) Arch. f. Gynäk. II, p. 280.
 - 11) Edinb. Obst. Tr. 1872, p. 134
 - 12) Archiv f. Gyn. IV, p. 161.
 - 13) Deutsche klinik 1854, N. 44.
 - 14) M. f. G., t. 4, p. 161.
 - 15) E. l., t. 8, p. 26.
 - 16) Verh. d. Berlin, geb. Ges. II, p. 176.
 - 17) E. l., VIII, p. 184.
 - 18) M. f. G., t. 13, p. 182.
 - 19) Günzburgs Zeitschr. 1856, p. 427.
 - 20) M. f. G., t. 27, p. 15.
 - 21) E. l., p. 27.
 - 22) Berl. klin. W. 1866. Nr. 26 i 1867. N. 46.
 - 23) Virchow's Archiv. 1869, t. 46. p. 503.
 - 24) London Obst. Tr. Vol. XI, p. 55.
 - 25) Verh. d. phys. med. Ges. in Würzburg, 1871, t. II, p. 8.
 - 26) Hecker u. Buhl, Kl. d. Geb. I, p. 301.
 - 27) W miejscu przytoczoném, p. 75.

vis ¹⁾ przytacza nawet wypadek, w którym obok braku szyjki i pochwy macica była mocno rozszerzona przez płyn mętny i surowiczy; Rogers ²⁾ zaś wspomina o wypadku, w którym jądra, pozostałe w jamie brzusznej i zwyrodniałe w postaci torbieli-włókniaków, przedstawiały porodowi ogromne trudności.

Jeśli płód obumarł i jest wystawiony na przystęp powietrza (po pęknięciu pęcherza płodowego, skutkiem częstego badania i prób operatywnych), natenczas po uzbieraniu się gazów w jamie brzusznej i komórkowatej tkance podskórnej może płód nabrznieć do tego stopnia, że w skutek wzdęcia brzucha wiatrami i rozedmy nastaje bardzo znaczna przeszkoda porodowa; przeszkoda ta jest tém nieprzyjemniejszą, iż przy próbach wydobywania płodu urywają się łatwo pojedyncze części zgniętego płodu.

W nadzwyczaj rzadkich wypadkach może przyczyna znacznych zaburzeń podczas porodu spoczywać w niezwykle wielkiem ogólnem wodnisto-galaretowatém nacieczeniu komórkowatej tkanki podskórnej. Keiller ³⁾ opisuje jeden taki wypadek, w którym matka także cierpiała na puchlinę zaskórną (*oedema*), a Betschler ⁴⁾ przytacza dwa nadżer zajmujące wypadki, z których w jednym dało się wykazać, że przyczyną nabrzęku było zaburzenie obiegu krwi w żyłach pępkowej. Coś podobnego przedstawia nam „*elephantiasis congenita cystica*”, której wypadek bardzo piękny opisał Steinwinker ⁵⁾.

Do guzów w pojawiających się na ciele dziecięcém, a mogących stanowić przeszkodę porodową, należą jeszcze tłuszczaki, raki i tak zwane torbiele wodne, które mogą osiągnąć objętości głowy dziecięcjej. Takowe siedzą na przedniej powierzchni szyi, w okolicy karku, pod pachą na mięśniu piersiowym albo téż w okolicy międzykrocza i kości krzyżowej. Na ostatniem miejscu zachodzą jeszcze innego rodzaju guzy, jako to przepukliny, wodostek rdzeniowy (*hydrorrhachis*) i płód w płodzie (*foetus in foetu*) ⁶⁾. Joulin ⁷⁾ przytacza wypadek, w którym surowicza torbiel w ścianie brzusznej, wielkości głowy dorosłego człowieka, sprawiała przy porodzie nadzwyczaj wielkie trudności. Zboczenie w położeniu (*ecthopia*) wnętrzości brzusznych, powstające skutkiem szpary brzusznej, utrudnia tylko rozpoznanie,

1) Obstr. Tr. V. p. 284.

2) Amer. J. of Obst. Vol. II. 626.

3) Edinb. med. and. surg. Journ. April 1855.

4) Breslauer Klin., t. I, p. 260.

5) D. i. Halle 1872.

6) S. Wernher, Die angeborene Cystenhygrome, Giessen 1843; Lotzbeck, die angeb. Geschv. d. hint. Kreuzbeingegend. München 1858; Schwartz, Marburger Programm 1860; Braune, die Doppelbildungen etc. Leipzig 1862; Staudé, Berl. Beitr. z. Geb. u. G. II. p. 108.

7) W miejscu przytoczonym p. 114.

ponieważ wątroba może przodować; Költseh ¹⁾ jednakże przytacza wypadek, w którym przeszkoda porodowa pochodziła od wątroby, leżącej w przepuklinie pępkowej. Wyżej wymienione guzy mogą poród tak dalece wstrzymywać, że trzeba je niekiedy zmniejszyć; ale bez operacji téj można się obyć wtedy, jeśli się uda guz wprowadzić w wyżłobienie kości krzyżowej.

U w a g a. W rzadkich wypadkach mogą stanowić przeszkodę porodową także odnogi zagięte lub zrosnięte w stawach. Tego rodzaju wypadek przytacza już J. v. Hoorn ²⁾. Jörg ³⁾ opowiada o utrudnionym porodzie skutkiem zrosnięcia ramion z kością krzyżową przy zboczeniu w położeniu wnętrzości brzusznych; podobnych wypadków znajduje się w literaturze wielka liczba. Nadto mogą płód wstrzymywać zrosnięcia tegoż z ścianą maciczną albo z łożyskiem ⁴⁾. Wreszcie może utrudniać ⁵⁾ nieco poród także stężenie pośmiertne obumarłego płodu. Że stężenie pośmiertne zachodzi wyjątkowo także u dzieci w macicy, tego dostrzegł także Schultze ⁶⁾, i to również z własnych spostrzeżeń możemy stwierdzić; stężenie to jednakże nie tworzyło żadnej przeszkody porodowej ani w wypadku Schultze'go ani też w mojem postrzeżeniu.

γ. Prawa przysługujące potwornie zbudowanym dzieciom.

Po dziś dzień panują jeszcze różne zdania pod względem praw, które przynależą potwornie zbudowanym dzieciom. Uczeni prawnicy rozróżniają potwory (*monstrua*) i dziwołagi (*portenta, ostenta*). Do potworów mają zdaniem ich należeć te istoty, które wprawdzie urodzone są przez kobietę, ale zamiast głowy ludzkiej mają głowę nierozumnego zwierzęcia i przez to nie są zdolne do żadnej pracy, wymagającej rozumu ludzkiej głowy. To téż istot takich nie uważa się za ludzi i odmawia im się wszelkich praw, które przysługują ludziom. Do dziwołagów zaś liczą te istoty, których głowa ma wprawdzie ludzką w ogóle postać, lecz mimo to w szczegółach wskazuje potworne ukształtowanie. Do dziwołagów zaliczają także te płody, których części płciowe są potwornie zbudowane, i te, które albo za

1) M. f. G., t. 10, p. 13.

2) Siphra und Pua, Anm. 11.

3) Handb. d. spec. Therapie etc. Leipzig 1835, p. 278. Anm.

4) S. Joulin, w miejscu przytoczonym, p. 101 i Whittaker, Amer. Jour. of Obst. Vol. III, p. 247.

5) S. Curtze, Zeitsch. f. Med., Chir., u. Geb. 1866. V, p. 261.

6) Deutsche Klinik 1857. N. 41.

mało albo też za wiele mają członków. Płody tego rodzaju nieprawidłowo zbudowane posiadają nie tylko wszystkie prawa przynależne ludziom, ale w razie śmierci mogą je nawet przelewać na innych.

Ze podział ten nie ma podstawy naukowej, wykazał już Bierbaum ¹⁾ i podzielił wszystkie potwornie zbudowane dzieci na dwie klasy, na potwory i na potwornie ukształtowane dzieci.

Za potwory ma się uważać zdaniem jego te istoty, które skutkiem swój budowy nieprawidłowej nie mogą opuścić stanu płodowego i przejść w stan dziecięctwa, które więc po rozerwaniu swego związku z ciałem matki nie mogą dalej żyć same i umierają jako płody. Bezpośrednią zaś przyczyną ich śmierci jest sam poród.

Dzieci zaś potwornie ukształtowane mogą po urodzeniu oddychać powietrzem mimo swój nienormalnej budowy, chociaż zawsze przy tego rodzaju życiu nie mogą się trwale utrzymać.

Ztąd też wszystkie dzieci potwornie zbudowane, tak potwory prawdziwe, jak i dzieci potwornie ukształtowane, skoro tylko żyją, mają najzupełniejsze prawo do tego, ażeby były chrzczone. Przy płodach podwójnych, albo przy pasożytach i samożytach należy chrzest odprawić podwójnie. Wszystkie dzieci potwornie zbudowane mają prawo do tego, ażeby je zachowano przy życiu i pielęgnowano.

Na potworze wolno wprowadzić spełnić czynność karygodną, ale nie wolno popełnić morderstwa; zgładzenie zaś płodu potwornie ukształtowanego należy uważać za mord i zabójstwo.

Co się tyczy korzyści, płynących z życia familijnego i obywatelskiego, to powinny takowych zażywać spokojnie płody potwornie ukształtowane, mogące jako dzieci żyć samodzielnie; prawo rzymskie jednakże nie przyznawało im tych wszystkich korzyści.

Ważnym nadto jest prawo należenia do jednej lub drugiej płci, a to ze względu na chrzest, wychowanie, wątpliwość co do ojcostwa, na procesy rozwodowe, jako też ze względu na uzdolnienie do zawarcia stanu małżeńskiego.

Z spostrzeżeń, które tu należą, zajmującym nader jest wypadek jeden, który się w nowszych wydarzył czasach, a który dotyczy człowieka mającego całą cewkę moczową rozszczepioną począwszy od ujścia aż do korzenia prącia i uchodzącą przy śródkroczu. Człowiek ten chodził przez 37 lat w stroju kobiecym, zapłodnił niewiastę pewną i zrodził dziecko z tą samą nieprawidłowością w częściach płcio-

¹⁾ Bierbaum, Henke's Zeitschr. 1854. N. 1.

wych, poczem przysądzono mu prawa mężczyzny, ale zarazem ukazano utrzymywać spłodzonego przezeń hypospadjaka (Traxel) ¹⁾. Pelliscliek ²⁾ przekonał się również, że mężczyźni dotknięci wadą prącia, w której ujście cewki moczowej znajduje się na dolnej stronie prącia, zdolni są do zapłodnienia niewiasty. To też w wypadkach, w których zachodzi wątpliwość co do płci dziecka, powinno się noworodka zaraz po porodzie kazać zbadać przez lekarzy, a gdyby badanie nie wykazało nic pewnego, powtórzyć takowe raz jeszcze w czasie, w którym osoba dotknięta powyższą wadą zaczyna dojrzewać. Chrzest zaś należy uskuteczyć wkrótce po porodzie. Obojniaki czyli hermafrodyty, u których charakter płciowy jest bardzo niewyraźny, zazwyczaj nie mają prawa do piastowania przesądów duchownych lub świeckich, i nie mogą zdawać żadnego zeznania przed sądem.

Osoby nie mające żadnych części płciowych nie mogą sobie rościć żadnych praw, przynależnych płci męskiej lub żeńskiej i przedziedziczać ich, nadto nie mogą zawierać ważnego małżeństwa.

Jeśli płeć jest wątpliwa, natenczas konieczną jest rzeczą, ażeby przed wejściem w stan małżeński lekarz zbadał należycie części płciowe.

Płody podwójne posiadają podwójnie prawa indywidualne, jeśli mają wyraźnie dwie głowy, oraz podwójne narzędzia oddychania, trawienia i części płciowych. Jeśli jednakże dwa ciała są tak z sobą zrosłe, iż jedno mniej wykształcone (pasożyt), jest zależnym od drugiego zupełniej wykształconego (samożyt), natenczas uważa się oba płody tylko za jedną osobę (Mende).

5. Nieprawidłowości w położeniu płodu.

α. Nieprawidłowe stawienie płodu przy czaszkowym jego położeniu.

Nieprawidłowe stawienia czaszki w miednicy mogą wpływ niepomysłny wywierać dopiero podczas porodu i dadzą się podzielić na stawienia pierwotne (*pos. primitivae*) i na stawienia wtórne (*pos. secundariae*). Pierwsze trwają tylko tak długo, dopóki czaszka stoi ruchomo ponad wejściem miednicy i dopóki czynność po-

¹⁾ Wiener med. Woch. 1856. N. 18, str. 289.

²⁾ Oesterr. Zeitsch. f. pract. Heilk. 1856. N. 27.

rodowa nie wywarła nań swego wpływu. Stawienia zaś wtórne dają się spostrzedz dopiero w głębszych przestworach miednicy skutkiem nieprawidłowego mechanizmu porodowego.

Do stawień pierwotnych zaliczamy tylko te stawienia ukośne, w których jedna powierzchnia boczna czaszki zaraz z początkiem porodu tak przypada na wejście miednicy, iż szew strzałkowy przechodzący w kierunku poprzecznym, wznosi się ku wzgórku krzyżowemu, podczas gdy ucho prawe lub lewe (stosownie do kierunku kręgosłupa płodowego ku stronie lewej lub prawej) opuszcza się po za spojeniem łonowym; przy wysokim stopniu stawienia ukośnego może ono nawet odpowiadać mniej więcej środkowi wejścia do miednicy. Tego rodzaju stawienie ukośne nazywają niektórzy także położeniem uszkowém.

Za przyczynę tej nieprawidłowości należy uważać przechylenie się dna macicy ku przodowi, spowodowane jużto przez mocne pochylenie i zwężenie wejścia miednicy, jużto przez znaczniejsze wypuklenie części lędźwiowej kręgosłupa, już téż przez niezwykłą niskość jamy brzusznej, jaką np. spotykamy nie rzadko przy wykrzywieniu kręgosłupa ku tyłowi (*kypnosis*), kiedy guz siedzi w części lędźwiowej kręgosłupa. Do tego nieprawidłowego położenia macicy może się nadto przyczyniać nadzwyczajna jej wielkość, oraz mocne rozdęcie jelit. Najczęstszą jednakże przyczyną jest nadzwyczajna wiotkość w powłokach brzusznych. Z przyczyn tych może wreszcie kilka działać jednocześnie; w takim razie nieprawidłowość powyższa jest znaczniejszą i da się rozpoznać daleko wcześniej. Skutkiem zaś tego pochylenia macica podczas porodu w tém położeniu się kurcząc wypycha czaszkę dziecka ku tylnemu obwodowi wejścia miednicy, przez co się utrudnia wstąpienie główki do jamy miednicy i jej dalsze przesuwanie się przez kanał rodny.

Rozpoznanie da się uskutecznić tylko za pomocą badania wewnętrznego, przycém znajdujemy szew strzałkowy mniej lub więcej blisko wzgórka krzyżowego, albo téż tak wysoko wzniesiony, że go nie można wcale dosięgnąć; zaraz zaś za spojeniem łonowym albo prawie w środku wejścia miedniczego da się wysledzić przodujące ucho. Ciemię wielkie i małe zwrócone są ku bokom i dają się tylko z wielką trudnością dosięgnąć, albo téż są zupełnie niedostępne; ciemiona zaś boczne można wysledzić palcem.

Rokowanie i leczenie są te same co przy brzuchu obwisłym. Kobietom takim należy tedy zalecić, aby już podczas ciąży nosiły na brzuchu stosowną opaskę, a podczas porodu trzeba mieć

przed wydobyciem główki wdania się operatywnego, do którego nie ma potrzeby czasu i które dla tego jest niebezpiecznym dla dziecka. Obie nieprawidłowości powstają zazwyczaj wtenczas, kiedy się płód wyciąga za dolne kończyny, a macica nie ściągnęła się jeszcze jednostajnie naokoło płodu.

Z położeń miedniczych nie wynika żadne niebezpieczeństwo dla matki, ani też żadne utrudnienie dla przebiegu porodowego, jeśli inne wszystkie stosunki są prawidłowe i prawidłowy mechanizm. Dla dziecka jednakże są one w każdym razie niebezpieczne, ponieważ 1) pępowina musi być uciśniętą podczas porodu, jeśli nie od tułowia, to niezawodnie od główki idącej na ostatku. Wszakże płód po większej części może znieść bez szkody dla siebie ucisk, trwający 5—6 minut; jeśli się ten jednakże przeciągnie do 10 minut lub dłużej, natenczas płód umiera zazwyczaj. 2) Koniec miedniczy nie jest tak jednostajnie zaokrąglony, jak czaszka, i dla tego niepomyślny dla wytworzenia się pęcherza. Pojedyncze wyniosłości i wypukłości, np. pięty, sprawiają często, że pęcherz płodowy pęka zaraz z początkiem porodu, poczem woda płodowa powoli odpływa zazwyczaj ze wszystkiem. Skutkiem tego nie tylko usta maciczne rozszerzają się wolniej, ale nadto nastaje dla płodu niebezpieczeństwo z tego powodu, że macica po odpływie wody płodowej ściąga się coraz silniej naokoło dziecka i części łożyskowych, przez co główka może uciskać właśnie łożysko przyłączone do dna macicy. Wywołane tym sposobem zaburzenia w krążeniu krwi, zakończają się nierazko śmiercią płodu. 3) Nadto należy uważać za niepomyślny moment dla płodu tę okoliczność, że po urodzeniu główki musi się macica w stosunkach prawidłowych tak skurczyć, iż naczynia umieszczone w jej ścianach podlegają zupełnemu ściśnieniu, a łożysko odziera się przynajmniej częściowo. Jeśli się tedy opóźnia przejście główki przez kanał miedniczy, natenczas płód musi cierpieć już pod wpływem tego niedostatecznego odżywiania krwi, chociażby nawet równocześnie nie była zupełnie uciśniętą jego pępowina.

Rozpoznanie położeń miedniczych z badania tylko zewnętrznego da się rzadko kiedy wykonać z zupełną pewnością; objawy bowiem przy nich znachodzone zgadzają się w ogóle z objawami, które natrafiamy przy położeniach czaszkowych, i przedstawiają w ogóle znamiona położeń podłużnych. Gdy ilość wody płodowej jest zwyczajna, to macica ma postać podługowato-okrągłą; w bliskości dna macicy, jako też prosto ponad spojeniem łonowem znajdujemy wielką

część płodu; pomiędzy oboma leży po stronie jednej grzbiet jako wielkie i płaskie ciało, gdzie w miejscu odpowiedniem dają się najwyraźniej wysłyszeć tony sercowe, po przeciwniej zaś stronie macicy można wymacać kończyny i ich poruszenia. Jedynym objawem charakterystycznym, jakiego dostrzegamy z badania zewnętrznego, jest ten, że wielki koniec ciała, leżący w dnie macicy, jest jednostajnie zaokrąglony i twardy, a część leżąca ponad spojeniem łonowem nie posiada tych właściwości w takim samym stopniu. Tę różnicę jednakże uda się nam tylko wtedy wysłedzić, gdy powłoki brzuszne i ściany maciczne są bardzo cienkie i wiotkie. Mogą się jednakże pod tym względem omylić nawet wśród pomysłnych okoliczności i najwprawniejsi w badaniu lekarze, a to z powodu nierównego napięcia i nierówniej grubości, jakie posiadają powłoki brzuszne ponad pępkiem i poniżej tegoż. Z tego téż względu rozpoznanie położzeń miedniczych, stawione jedynie z badania zewnętrznego, ma za sobą tylko znaczenie prawdopodobieństwa. Jest wprawdzie rzeczą naturalną, że przy tych położeniach macica pod koniec prawidłowy ciąży nie zstępuje tak głęboko, jak przy położeniach czaszkowych, ale z okoliczności téj nie można w rychlejszym czasie ciąży wyprowadzić żadnych wniosków celem różniczkowego rozpoznania, w prawidłowym zaś końcu ciąży mogą się do tego przyczyniać także inne powody. Również nie daje nam żadnej rękojmi tętno serca płodu, ponieważ takowe nie koniecznie zawsze da się przy położeniach tych wysłedzić więcej ku górze macicy, aniżeli przy położeniach czaszkowych, jak to niektórzy twierdzili. Również nie należy to do regularnego zjawiska, żeby poruszenia dziecka przy położeniach miedniczych uczuwały ciężarne w dolnej okolicy brzucha i w ogóle do tego rodzaju opowiadań bardzo mało tylko można przywiązywać znaczenia.

Do zupełnie pewnego rozpoznania dochodzimy tylko za pomocą badania przez pochwę i to tylko wtenczas, jeśli się nam uda wyczuć pojedyncze części pośladków. Do tych części liczymy następujące: twardą guzowatą powierzchnią kości krzyżowej, ruchomą kość ogozną, która pomiędzy pośladkami leży jakby w jakim zagłębieniu, przed nią otwór odbytowy, który u płodów żywych przedstawia się jako mały dołeczek nie przepuszczający palca, u płodów zaś niezżywych może się tak mocno rozwierać, iż nieraz da się przezeń łatwo przeprowadzić cały członek paznogciowy palca wskazującego; nareszcie przed otworem tym same części płciowe i w bok od tychże zaokrąglone miękkie pośladki. Stósownie zaś do tego, czy położenie

miednicze przedstawia pojedyncze położenie pośladkowe, czy też niezupełnie, lub czy wreszcie zupełnie podwojone, nie znajdujemy przy badaniu palcem obok pośladków albo żadnej nóżki, albo jedną tylko, albo wreszcie obie, które ku dołowi są częściami skierowane piętami, aniżeli wyprostowane palcami; przy położeniach zaś kolankowych lub nóżkowych wynajdujemy tylko kolanka albo nóżki w pochwie lub w ujściu macicznem. Do tych charakterystycznych objawów przychodzi jeszcze po pęknięciu pęcherza płodowego wydzielanie smołki, która się albo wydostaje z pochwy, albo też pojawia na palcu badającego.

Z tego, co się wyżej powiedziało, jest widocznem, że rozpoznanie położenia miedniczych da się tylko wtenczas stawić z łatwością i na pewno, gdy usta maciczne są rozwarłe i pęcherz płodowy albo jest wiotki, albo też pękł poprzednio. Ztąd też u mnogorodzących dają się rozpoznać dotyczące położenia płodu zazwyczaj już w dwóch ostatnich miesiącach ciąży, co u pierwiastek jest możliwem po większej części dopiero w okresie rozwierania się ust macicznych. Badając wewnątrz, zanim się rozwarły usta maciczne, znajdujemy sklepienie pochweowe zazwyczaj wysokie i płaskie i wyczuwamy przez nie albo tylko małe ruchome części (kończyny), albo też, jak przy położeniach twarzowych, ciało wielkie, ale niejednostajnie twarde i niejednostajnie zaokrąglone.

Wśród takich okoliczności można położenia miednicze od twarzowych odróżnić tylko za spółudziałem badania zewnętrznego, a nawet i w takim razie tylko z niejakim prawdopodobieństwem. Jeśli zaś badamy uważnie po rozszerzeniu się ust macicznych i po pęknięciu pęcherza płodowego, natenczas prawie niepodobną jest rzeczą pomylić się, ponieważ smołka i otwór odbytowy wystarczają zupełnie do rozróżnienia, nawet wtenczas, gdyby pośladki ucierpiały znacznie pod wpływem silnego ucisku i obrzmienia.

Do oznaczenia stawień płodu przyczynia się tak badanie wewnętrzne, jak zewnętrzne. Badając bowiem zewnątrz znajdujemy przy pierwszym stawieniu powierzchnią grzbietową płodu zwróconą ku stronie lewej, tony sercowe słyszymy po téjże stronie jak najwyraźniej i przekonywamy się, że i kończyny leżą po prawej stronie macicy. Z badania zaś wewnętrznego nabieramy pewności, że powierzchnia kości ogoźnej i krzyżowej jest skierowana ku lewej stronie miednicy i że wszystkie pozostałe części, które się przytém dają wysledzić, jako to części płciowe, pośladki, przodujące pięty, i t. d. wskazują odpowiedni kierunek. W stawieniu drugim przypa-

da na stronę prawą to, co się w pierwszym stawieniu dało wyśledzić po lewej stronie matki, a na stronę lewą to, co w pierwszym stawieniu leżało po prawej stronie matki.

Na płodzie już urodzonym można jeszcze rozpoznać jego położenie i stawienie, lecz zaraz w pierwszej chwili po porodzie i jeśli się nie przesunął przez kanał rodny zbyt szybko. Przy porodzie bowiem w położeniu miedniczém rozwija się obrzmienie porodowe zawsze na dolnym końcu ciała. Przy pośladkowych położeniach pośladki, które wśród porodu leżały od przodu (w pierwszym stawieniu lewy, w drugim prawy), jako też części płciowe znajdujemy surowiczo nabrzękle i krwią nabiegłe. Według formy zaś położenia pośladkowego może prócz tego w sposób powyższy obrzmieć jedna z nówek lub obie, a obrzmienie to może przy położeniach nóżkowych i kolankowych zajmować dolne kończyny w mniejszym lub większym rozmiarze. Czaszka płodu zrodzonego w położeniu miedniczém wskazuje zawsze swą pierwotną kształtną postać i przybiera formę niekształtną tylko w takim razie, jeżeli miała bardzo utrudnione przejście przez miednicę.

Rokowanie przy tego rodzaju położeniach nie powinno się nigdy stawiać jako bezwarunkowo pomyślne dla życia dziecka, mianowicie zaś u pierwiastek. Dziecko rodzi się bardzo często w pozornej śmierci albo też nieżywe. Jeżeli główka idąca na ostatku przebiega szybko przez kanał miednicy, która to okoliczność bardzo ważną jest dla zachowania dziecku życia, to wtedy najwięcej pomyślnych rezultatów dają podwojone położenia pośladkowe, ponieważ w takich przodujący koniec miednicy posiada największą objętość. Tym bowiem sposobem nie tylko drogi porodowe rozszerzają się lepiej i przygotowują się lepiej dla główki idącej na ostatku, ale nadto z powodu wielkiej przeszkody podczas porodu końca miedniczego wzmagają się bóle porodowe nadzwyczaj silnie i mogą potem daleko szybciej przepchnąć górną połowę ciała. Pod tym względem są położenia kolankowe i nóżkowe najniepomyślniejsze. Byłoby tedy nader niestosowném przez ściąganie nówek ku dołowi zupełnie podwojone położenia pośladkowe przemieniać na położenia nóżkowe.

Leczenie jest w ogóle to samo, co przy każdym położeniu podłużnym płodu. Przeważnie atoli należy uwagę zwrócić na to, żeby utrzymać pęcherz płodowy tak długo, aż się nie zatrą usta maciczne, a potem na to, ażeby się główka jak najspieszniej przesunęła przez miednicę, czyli innemi słowy aby usunąć niebezpieczeństwa, połączone z położeniami miedniczemi.

Rodząca tedy powinna się położyć w łóżko zaraz z początku porodu i próz tego powinno się baczyć na to wszystko, cośmy poczuli za konieczne przy położeniach twarzowych celem jak najdłuższego utrzymania pęcherza. Równocześnie należy przygotować wszystko, co się okaże potrzebnem w dalszym przebiegu porodu. Prócz zwyczajnych zaś przygotowań trzeba przedewszystkiem pamiętać o tém, aby rodząca leżała poziomo na grzbiecie z podwyższoną okolicą krzyżową, ponieważ w większej części wypadków trzeba koniecznie wykonać operacyą celem szybkiego wydobycia główki. Nadto nie należy o tém zapominać, że płód rodzi się nie rzadko w pozorniej śmierci i że na taki przypadek trzeba mieć przygotowane środki ocucające, mianowicie wodę zimną i ciepłą, ciepłe chustki i t. p. Prócz tego każda akuszerka jest obowiązana, mianowicie u pierwiastek, przywołać wczesnie lekarza akuszera, który w takim razie nie powinien nigdy zapominać o zabraniu z sobą kleszczy porodowych.

Dopóki się usta maciczne nie wyrównały i pęcherz płodowy nie pękł, leczenie porodu nie wymaga żadnych przepisów innych nad te, któreśmy podali dla zwyczajnych porodów, a rodząca może w tym czasie zachować według upodobania albo położenie poziome na grzbiecie, albo też na boku. Skoro zaś woda płodowa odpłynęła już, usta maciczne się zatarły i koniec miedniczy zstąpił tak głęboko do dróg porodowych, że zaczyna napierać na śródkrocze, wtenczas należy rodzącą ułożyć poziomo na grzbiecie z uniesioną ku górze okolicą krzyżową i podczas wrzynania i przerzynania się główki podierać śródkrocze sposobem zwyczajnym; a jeśli żadna okoliczność nie skłania do przyspieszenia porodu, to zresztą pozostawia się poród jego naturalnemu przebiegowi, i to tak długo, dopóki się płód nie wysunie aż pod pępek. Aż do chwili téj dziecku nie grozi żadne niebezpieczeństwo i doświadczoną to jest rzeczą, że przy położeniach miedniczych osiąga się daleko pomyślniejsze rezultaty, skoro się poród pozostawia jak najdłużej siłom naturalnym, a mniej pomyślne gdy się poród przyspiesza przedwcześnie. Ztąd właśnie uważano w czasach dawniejszych położenia miednicze za nader niekorzystne (*partus agrippinus*), ponieważ z obawy, że dziecko może utracić życie, starano się za każdym razem jak najspieszniej ukończyć poród przez obrót na główkę albo przez wydobycie płodu (*extractio*).

Po urodzeniu się płodu aż powyżej pępka należy zbadać pępowinę i przekonać się, czy jest naprężona, czy luźna, oraz czy tętni i jak tętni. Jeśli ją znajdziemy napiętą, należy część jęj przebiegającą po brzuchu dziecka uchwycić dwoma palcami i ściągać ku do-

łowi, przez co się pępowina staje na nowo luźną i zapobiega się w dalszym przebiegu porodowym wszelkiemu szkodliwemu szarpaniu jęj w okolicy pępka. Rękoczyn ten można sobie niekiedy ułatwić tym sposobem, iż podczas przyciągania pępowiny wsuwa się po obu jęj stronach palec wskazujący i średni pomiędzy brzuchem dziecka i częściami płciowemi matki.

Tętni zaś pępowina albo regularnie i mocno, albo już nieregularnie i słabo, albo wreszcie ustało w niej zupełnie wszelkie tętnienie. W pierwszym wypadku pozostawiamy naturze samęj wydalenie płodu tak długo, dopóki trwa tętnienie regularne i silne, ponieważ w tym czasie płód nie jest narażony na żadne niebezpieczeństwo i tém pewniej się posuwa dalej w normalnym mechanizmie, nadto przez ucisk macicy z góry pozostaje bródka przy klatce piersiowej i wreszcie zapobiega się wsunięciu się ramion ku górze. W razie takim okaże się bardzo często konieczną dopiero w końcu pomoc sztuczna celem wydostania główki, a niekiedy nawet nie potrzeba jęj wcale. Skoro zaś dostrzeżemy, że pępowina tętni słabiej albo nieregularnie, należy poród ułatwiać przez pocieranie dna macicy, przez zalecenie rodzącym, aby wyrabiały bóle porodowe, a jeśli to nie pomaga, pociągać według prawideł sztuki za urodzone już części dziecka, i zawsze tak sobie postąpić, kiedy w pępowinie nie znajdujemy już żadnego tętna; w takim bowiem razie płód może jeszcze nie umarł, lecz znajduje się tylko w chwilowém niebezpieczeństwie życia i może być uratowanym przez szybką pomoc. Tylko wtenczas nie jest konieczném żadne szczególnie przyspieszenie porodu, kiedy się przy płodzie pokazują już znaki zbutwienia (*maceratio*). Do szybkiego wydostania główki idącej na ostatku trzeba nie rzadko użyć kleszczy, a podczas rodzenia się główki należy za każdym razem podierać śródkrocze.

Części płodu, które się już urodziły, powinno się bezprzestannie okrywać miękkimi i ciepłemi płatami.

3) Położenie poprzeczne.

Poprzecznemi zowiemy te położenia płodu, w których wymiar podłużny tułowia dziecięcego leży równolegle z wymiarem poprzecznym macicy. Stósownie do tego musiałyby nie tylko czaszka dziecka leżeć po jednej stronie macicy i pośladki w przeciwnęj, ale nadto musiałyby obie wymienione części płodu znajdować się w równém oddaleniu od wejścia miednicy, co jednakże zachodzi tylko rzadko. To

tęż położen poprzecznych nie bierzemy tylko w czysto matematycznym znaczeniu tego słowa, lecz położenie płodu nazywamy wtenczas także poprzecznym, kiedy główka jego jest zwrócona ku jednej stronie macicy i pośladki ku drugiej, a przytęm oba leżą prawie w równym oddaleniu od wejścia miedniczego.

Przy tych położeniach możemy główkę dziecka znaleźć albo po lewej, albo tęż po prawej stronie matki i dopóki pęcherz płodowy jest nietknięty (przy pierwotnych położeniach poprzecznych), każda powierzchnia tułowia może być zwrócona ku ustom macicznym, tak iż ku dołowi jest skierowana lewa lub prawa strona płodu, grzbiet lub powierzchnia brzuchowa. Jeśli płód jest prawidłowo rozwinięty, natenczas w wypadku ostatnim znajdują się w dolnym odcinku macicy zawsze jego kończyny i tylko w razie nieprawidłowego rozwoju (jakim jest np. *eventratio*) może jego powierzchnia zakrywać bezpośrednio usta maciczne.

Gdy położenie poprzeczne pozostaje jako takie po odpływie wody płodowej (w którym to razie nazywamy je wtórnym) i pozostawiamy je samemu sobie w dalszym przebiegu porodu, natenczas wchodzi do wejścia miednicy za każdym razem jeden bark, jeżeli płód jest rozwiniętym prawidłowo.

Płodowe tony sercowe dają się przy położeniach poprzecznych również wysłyszeć najlepiej na tęg miejscu, w którym leży grzbiet dziecka, i to wzdłuż całej jego powierzchni grzbietowej. Stosownie więc do położenia powierzchni grzbietowej wysłedzamy tony sercowe płodu na brzuchu ciężarnych albo ponad pępkiem, albo w okolicy pępka samego, albo tęż poniżej tegoż. Bardzo słabemi są tony sercowe, albo tęż nie dają się wcale wysłyszeć w tych wypadkach, w których grzbiet dziecka jest zwrócony ku tyłowi, a więc powierzchnia jego brzuszna wraz z kończynami przed nią leżącemi jest skierowana ku przedniej brzusznej ścianie matki.

Również rozmaitem może być miejsce, na które przypadają kończyny dziecka, i w którym dają się wysłedzić poruszenia płodu.

Z powodu rozmaitego kierunku, jaki w pierwotnych położeniach poprzecznych mogą wskazywać płodowe powierzchnie ciała; nie można w tych położeniach rozróżniać odrębných stawień, jeżeli za przykładem Cazeau'a, za pierwsze stawienie nie przyjmujemy tego, w którym główka leży po stronie lewej, a za drugie stawienie tego, w którym główka spoczywa po stronie prawej, co jednakże nie odpo-

wiada zupełnie pojęciu stawienia. Tylko przy wtórnych położeniach poprzecznych, jak już wyżej nadmieniliśmy, wchodzą powierzchnie dziecięcego tułowia w pewne stósunki do ścian macicznych i do miednicy. Ztąd też można właściwie tylko przy nich, to jest przy położeniach barkowych, rozróżnić pewne stawienia, uważając za stawienie pierwsze to, w którym powierzchnia grzbietowa płodu jest skierowana ku przedniej ścianie brzusznej i ku przedniemu obwodowi miednicy, a za stawienie drugie to, w którym wymieniona powierzchnia płodowa jest zwrócona ku tyłowi. W obu stawieniach można potem jeszcze położenie główki po stronie lewej uważać za pierwszy stopień niższy i położenie po stronie prawej za drugi stopień niższy; oznaczenia te mają znaczenie praktyczne mianowicie dla obrotu płodu.

Ułożenie płodu jest przy pierwotnych położeniach poprzecznych zazwyczaj prawidłowém. Jeśli płód przytém jest skierowany ku dołowi powierzchnią brzuszną lub jedną z powierzchni bocznych, natenczas może jednakże na usta maciczne przypaść jedna kończyna, albo też kilka kończyn, mniej lub więcej wyprostowanych. Przy wtórnych zaś położeniach poprzecznych (położeniach barkowych) odpowiednia górna kończyna przedostaje się bardzo często przez usta maciczne do pochwy, a niekiedy ukazuje się nawet w szczelinie sromowej; że zaś pod wpływem skurczeń macicznych koniec głowy i miednicy muszą się do siebie zbliżać coraz więcej, przeto stós kręgowy krzywi się mocniej zwracając się wypukłością swą ku dołowi.

Przyczyny położeń poprzecznych są bardzo liczne, a do najczęstszych należą następujące:

1) Zbyteczne rozszerzenie macicy w stosunku do płodu, jakie zachodzi skutkiem niezwykłej ilości wody płodowej i które wprawia płód w tak wielką ruchomość, że u jednej i tej samej osoby znajdujemy go podczas ciąży raz w położeniu poprzeczném, drugi raz w położeniu podłużném, tak iż potem zależy tylko od przypadku, jakie położenie zatrzyma płód przy rozpoczęciu się porodu. Ten sam stosunek zachodzi fizyologicznie w początkowych miesiącach ciąży, ponieważ ilość wody płodowej jest względnie do płodu prawidłowo większą, aniżeli na końcu ciąży, i macica zarazem posiada więcej postać kulistą aniżeli owalną. Z tego też powodu położenia poprzeczne miewają daleko częściej płody niedojrzałe, aniżeli dojrzałe.

2) Nadzwyczajna wielkość macicy, jaką zachodzimy przeważnie u kobiet, które już poprzednio rodziły po kilka razy. Tego rodzaju macica nie jest zdolna utrzymać płodu podczas ciąży tak,

ażeby jego oś podłużna leżała w kierunku pionowym, lecz wraz z poprzecznie leżącym płodem zniża się i zapada się niejako; z rozpoczęciem jednakże porodu zmusza go bardzo często przyjąć położenie podłużne, skoro po nastaniu skurczeń zaczyna przybierać postać owalną.

3) Sercowata postać macicy, która się tórn odznacza, iż dno macicy jest zagłębione a części jój boczne silniej rozwinięte, tak iż przedstawia niejako niższy stopień macicy dwurożnej (*uterus bicornis*). Takie ukształtowanie macicy może dać powód do tak zwanych habitualnych położeń poprzecznych, to jest, że u osób wadą tą dotkniętych płód w następnych ciążyach zmuszonym bywa położyć się za każdym razem poprzecznie.

4) Ciąża bliźniacza, w której płód drugi dostaje się podczas porodu często w położenie poprzeczne, skutkiem tego, iż po urodzeniu się pierwszego zmieniają się stosunki przestworowe w macicy.

5) Zbutwienie płodu i potworne jego ukształtowanie, jak np. opróżnienie jamy brzusznej (*eventratio*) etc. należy także uważać za przyczyny, które mogą powodować położenia poprzeczne daleko częściej, aniżeli przy dzieciach żyjących, zbudowanych prawidłowo.

6) Wreszcie w większej części wypadków znajdujemy płód w położeniu poprzeczném wtenczas, gdy łożysko jest tak przyczepione do dolnego odcinka macicy, iż zakrywa zupełnie usta maciczne (łożysko przodujące środkowe); tym sposobem bowiem wstrzymuje się zastąpienie większego końca ciała płodowego i jego ustalenie w wejściu miednicy.

Szkodliwości zaś, wywoływane przez położenia poprzeczne, nie występują nigdy podczas ciąży, lecz dopiero podczas porodu i wychodzą na jaw wtedy, gdy naturalnego przebiegu przy położeniach poprzecznych nie zmieniamy wcale. Przebieg ten jest rozmaity, położenia bowiem poprzeczne albo zamieniają się dobrowolnie w położenia podłużne, albo też pozostają poprzecznymi w czasie porodu.

1) Położenie poprzeczne przechodzi w podłużne, bardzo często w ostatnich miesiącach ciąży, z tego powodu, że macica wcześniejszą swą postać kulistą przemienia z wolna coraz więcej w postać owalną i że ilość wody płodowej zmniejsza się w stosunku do płodu. Większa część z tych położeń poprzecznych, które natrafiamy przed ósmym miesiącem ciąży, przechodzi tym sposobem w położenia podłużne, co nazywamy sprostowaniem się (*rectificatio*) położenia płodu.

Również przydarza się nierzadko, że łopóki pęcherz płodowy jeszcze stoi, płód pod wpływem skurczów macicznych dostaje się w położenie podłużne, co się uskutecznia tém łatwiej, jeżeli rodząca leży na tym boku, w którym bliżej wejścia macicznego leży wielki płodowy koniec ciała. Najczęściej zaś zachodzi proces ten wtedy, gdy położenie poprzeczne jest następstwem niezwyčajnego zwiotczenia macicy. Nadzwyczaj rzadko zdarza się on dopiero po odpływie wody płodowej i nosi miano *obrotu dobrowolnego* (*versio spontanea*).

2) Jeśli bowiem położeniu poprzecznemu zostawimy naturalny przebieg aż do pęknięcia pęcherza, natenczas zaraz przy rozdarciu się pęcherza odpływa wszystka woda płodowa, ponieważ w ustach macicznych nie leży żadna wielka część płodu, któraby mogła wstrzymywać jój odpłynięcie; przytém wypada często przez usta maciczne także jedna lub druga kończyzna albo też pępowina. Po odpłynieniu wody płodowej nastaje zazwyczaj przerwa w bólach porodowych, która niekiedy jest wprawdzie nader krótką, ale pospolicie trwa przez czas dłuższy, a jeśli nie damy żadnej pomocy sztucznej i rodząca zachowuje się spokojnie w łóżku, to przerwa ta może w pojedynczych wypadkach trwać nawet wiele godzin. Zwolna jednakże rozbudzają się bóle porodowe na nowo z większą zazwyczaj siłą i zmuszają macicę do coraz ściślejszego ściągania się na około płodu i jego dodatkowych części, skutkiem czego jeden bark bywa zwykle wepchniętym do wejścia miednicy, a w łożysku i ścianach macicznych, tudzież w płodzie samym powstają nader łatwo i szybko zaburzenia w krążeniu krwi, które zagrażają życiu płodu i przyprawiają go szybko o śmierć. Pod wpływem niezwyčajnego oporu, bóle porodowe po największej części wzmagają się zwolna także do znaczniejszego stopnia, a jeżeli płód jest przytém mały i miękki, a więc znacznie ściśliwy, i jeśli w stosunku do płodu drogi porodowe są nader przestworne, natenczas wzmocnione bóle mogą go nawet przepchnąć w położeniu poprzeczném. Proces ten zowiemy *wykluciem dobrowolnym* (*evolutio spontanea*).

Mechanizm przy tym sposobie przejścia płodu przez kanał miedniczy jest następujący. Pod działaniem silnych bólów porodowych bark przodujący bywa coraz więcej spychanym do jamy macicy, główka zaś zwraca się coraz bardziej ku przodowi od téj strony matczynej, ku której była skierowana, aż w końcu przychodzi po nad spojenie łonowe mając powierzchnią boczną obróconą ku dołowi. Tułów porusza się równocześnie ku spojeniu krzyżo-biodrowe-

mu po stronie przeciwnej i w końcu skutkiem działania dna macicznego na pośladki spuszcza się po wyźłobieniu krzyżowej kości ku dołowi w ten sposób, iż przez szczelinę sromową wydostaje się najprzód przodujący bark, potem dolna część klatki piersiowej następnie brzuch, pośladki i kończyny, a na końcu dopiero samym rodzi się główka. Ponieważ zaś szyja przypada na przednią, a więc krótszą ścianę miednicy, przeto bark przodujący może już z tego powodu zstąpić głęboko; ale jego zupełne wyjście podczas zatrzymania się główki na wejściu miednicznym jest możebnym jedynie przez nadzwyczajne rozszerzenie się szyi.

Z powodu znacznego wyciągnięcia szyi bywają dzieci, zrodzone w tym mechanizmie, zwykle bardzo długie. Skoro się uchwyci je za barki tak, iż tułów i dolne kończyny wiszą prostopadle, główka zaś spada ku przodowi, natenczas opuszcza się główka zwykle aż do powierzchni brzusznej, a szyja rozciąga się po całej przedniej powierzchni klatki piersiowej. Jeśli dziecko żyło jeszcze czas niejaki po pęknięciu pęcherza, natenczas obrzmiewa także przodujący bark wraz z dotyczącym ramieniem i zabiega krwią, co się dzieje przy każdym dziecku żywym, które po pęknięciu pęcherza pozostaje przez dłuższy czas w położeniu poprzecznym.

Tym sposobem mogą się urodzić tylko płody niedojrzałe, z dojrzałych zaś te tylko, które są słabo rozwinięte i bardzo rozmiękłe, skutkiem zbutwienia lub zgnicia płodu. Rozumie się samo przez się, że mechanizm ten zachodzi zresztą tym łatwiej, im płód jest mniejszy i miększy, i że płód według tego mechanizmu tym łatwiej musi przechodzić przez miednicę, im już więcej jest rozwinięty. Przed szóstym miesiącem ciąży przechodzi płód łatwo także w położeniu poprzecznym; płód zaś dojrzały nie może nigdy wydostać się żywo w takim położeniu.

Jeżeli płód w stosunku do dróg porodowych jest za wielki, aby się mógł wykluć dobrowolnie, natenczas po odpłynieniu wody płodowej i rozbudzeniu się na nowo bólów porodowych, bark przodujący zstępuje tak głęboko, jak tego dozwala przestworność miednicy, a pozostałe części płodu wraz z łożyskiem ściągają się w jamie macicy niejako w jedną bryłę. Bóle porodowe wzrastają przytém do niesłychanej wysokości i następują bez przerwy jeden po drugim z największą siłą, aż wreszcie nie mogąc przewyciężyć przeszkody sprawiają, iż macica pęka niekiedy dobrowolnie, skutkiem czego ginie zazwyczaj matka wraz z dzieckiem. Częściej jednakże zdarza się, że bóle porodowe, niezwyczajnie natężone, albo zwolna słabną i nawet ustają

zupełnie przez czas niejaki, albo téż wzrastając jednostajnie coraz silniej przechodzą w bezprzesłanne tężcowe napięcie macicy, w tak zwane ściąganie macicy kurczowe (*constrictio uteri spastica*), do którego się przyłącza wkrótce także zapalenie macicy i wytwarza się tak zwane ściąganie macicy kurczowo zapalne (*constrictio uteri spastico-inflammatoria*). W dwóch tych wypadkach jest macica tak silnie ściągnięta naokoło płodu i bark jego jest tak mocno wepchnięty do wejścia miedniczego, że chcąc w razach takich sztucznie sprowadzić położenie podłużne, narażamy rodzącą na największe niebezpieczeństwo rozdarcia macicy, albo nawet nie możemy tego sprostowania płodu wcale dokonać. Tego rodzaju wypadki zwiemy zwykle zaniedbanemi położeniami poprzecznymi.

Jeśli płód po śmierci swój pozostaje czas dłuższy w łonie matki, to pod wpływem wilgotnego ciepła przechodzi łatwo w zgniliznę. Bark przodujący wraz z ramieniem, który już i tak mocno jest obrzmiały, skutkiem gazów wytwarzających się przy gniciu obrzmiewa jeszcze znacznie, a na ręce opadającej ku pochwie unosi się naskórek w postaci pęcherzy. W wypadku takim nagromadzone w jamie macicy gazy, które się rozwijają z gnicia płodu i wydają woń odrażliwą, mogą same rozszerzyć niesłychanie macicę, która w tym stanie wydaje przy opukiwaniu odgłos bębnowy. To téż jest rzeczą jasną, że w razie takim są złe widoki dla okresu połogowego i że położnica umiera zwykle skutkiem posocznego zapalenia macicy.

Rozpoznanie. Po największej części można położenia poprzeczne rozpoznać już z badania zewnętrznego, jeżeli stosunki są w ogóle dla niego pomyślne. Za objawy zaś charakterystyczne w takich położeniach uważamy następujące: a) Macica jest rozszerzona w poprzek i przytém niska, czyli innymi słowy jej wymiar poprzeczny przewyższa wymiar podłużny, co zachodzi jednakże tylko wtenczas, jeśli nie masz równocześnie niezwykle wielkiej ilości wody płodowej; w razie bowiem takim posiada postać zaokrągloną macica także przy położeniach poprzecznych płodu. b) Ważniejszą atoli od takiej postaci macicy jest dla rozpoznania ta okoliczność, że prosto ponad spojeniem łonowém nie można znaleźć żadnej wielkiej części płodu, lecz że ją wysledzamy po obu bokach macicy, i to tak po jednej jak i po drugiej stronie, w równym niemal oddaleniu od wejścia miednicy. c) Pomiędzy oboma wielkimi końcami ciała można nadto nie rzadko wymacać wyraźnie grzbiet dziecka, ciągnący się od jednej strony ku

drugiej, i wzdłuż grzbietu tego, a więc w linii idącej poprzecznie przez brzuch, wysledzić także tony sercowe płodu.

Z badania wewnętrznego dochodzimy do różnych rezultatów według tego, czy badamy przed pęknięciem pęcherza i wtenczas kiedy usta maciczne są jeszcze wąskie, czy też dopiero po jakimś czasie po odpływie wody płodowej.

Badając wśród okoliczności najpierw wyliczonych, a więc albo podczas ciąży albo na początku porodu, znajdujemy sklepienie pochwowe wysoko umieszczone, tak iż je trudno dosięgnąć palcem; prócz tego spiczaste w ten sposób, że się pochwa zwięża ku górze, i podstawa jej zajmuje tylko mały przestwór naokoło części pochwowej; wreszcie znajdujemy sklepienie to próżnym, gdyż dopóki pęcherz płodowy stoi, tułów dziecka nie łatwo zstępuje do dolnego odcinka macicy tak głęboko, iżby miał spychać sklepienie pochwowe i dał się wysledzić przez takowe. W czasie tym dostrzegamy zwykle, że albo nie przoduje żadna część płodu, albo też przodują tylko kończyny. Usta maciczne nie przedstawiają w postaci swój nic charakterystycznego podczas swego rozwierania się i mogą mieć kształt okrągły tak samo przy położeniach poprzecznych, jak czaszkowych. Dopóki tedy pęcherz płodowy stoi, badanie zewnętrzne daje nam daleko ważniejsze oznaki dla rozpoznania położenia poprzecznego, aniżeli badanie wewnętrzne.

Skoro zaś odpłynęła woda płodowa, wtenczas części płodowe dostają się zawsze do miednicy, i badając zaraz po pęknięciu pęcherza przekonujemy się, że mogą przodować wszystkie części dziecka z wyjątkiem główki i pośladków. Stósownie bowiem do położenia dziecka możemy wysledzić raz jego grzbiet, drugi raz dolną lub górną część jednej powierzchni bocznej, albo też jedną lub drugą kończynę górną, a nawet dolną kończynę i równocześnie kilka kończyn. W wypadkach zaś takich, w których badamy dopiero po dłuższym czasie po odpływie wody płodowej, znajdujemy zawsze jeden bark wraz z wypadłem ramieniem dotyczącem albo też sam bark bez ramienia.

O stawieniu płodu możemy się z badania zewnętrznego dowiedzieć czegoś tylko wtedy, kiedy za pomocą obmacywania zdołamy wyraźnie odróżnić główkę od końca miedniczego i wysledzić kierunek grzbietu. Na pewno jednakże da się tylko wtenczas rozpoznać stawienie płodu, jeśli po pęknięciu pęcherza wprowadziwszy palec przez pochwę możemy wysledzić kierunek płodowych powierzchni tułowia, wyczuwając np. kręgosłup, żebra, miękką okolice łądźwiową

i t. d. Gdy bark przoduje, stanowią dla rozpoznania ważny punkt oparcia obojczyk, łopatka i kąt, utworzony przez ramię wraz z bokiem klatki piersiowej. Ku tej bowiem stronie, ku której np. jest zwrócona powierzchnia łopatki (ku tyłowi lub przodowi), jest też naturalnie grzbiet skierowany, i po tej stronie, ku której otwiera się kąt wyżej oznaczony, leży także koniec miedniczy i t. d. Nadto rozpoznajemy nieraz daleko łatwiej stawienie płodu, jeśli przytém nie mamy żadnej wątpliwości, jaki bark przoduje we wejściu miednicy, a co się rozpoznać da łatwo po wypadłej ręczce. Należy zaś takową tak uchwycić, jak chwytamy rękę czyjaś witając się z nim po przyjacielsku; jeśli wypadła ręka odpowiada ręce badającego tak, iż wielki palec przypada na wielki palec i powierzchnia dłoniowa na powierzchnią dłoniową, natenczas ręka wypadła jest równoimienna z ręką badającego; w razie przeciwnym nierównoimienna.

Rokowanie. Poprzeczne położenie płodu należy w ogóle uważać za najniebezpieczniejsze tak ze względu na matkę, jak i na dziecko. Podczas ciąży jednakże niepodobna nigdy stawiać rokowania, ponieważ nigdy nie można wiedzieć, czy płód w położeniu tém stawia się także do porodu. To też znajdując położenie poprzeczne u ciężarnej, nie godzi się jej bynajmniej przestraszać jakim nieogłędnym lub ostrzegającym wyrzeczeniem. Podczas porodu zaś zależy rokowanie przeważnie od tej okoliczności, czy się położenie poprzeczne leczy zaraz z początku stósownie, czy też nie; czy obrót, zawsze w takich razach wskazany, da się wykonać wśród pomyślnych okoliczności, lub nie; czy się wreszcie da z łatwością uskutecznić, czy też przedstawia trudności. Jeśli tedy pęcherz płodowy pęknie w czasie, w którym usta maciczne są jeszcze ciasne, to zajście to należy do najmniej pożądanych zjawisk przy położeniach poprzecznych; nie pozwala bowiem akuszerowi dać pomoc w czasie stósownym i, zanim to zdoła uczynić, mogą łatwo nastąpić bardzo niepomyślne okoliczności, o których już wyżej mieliśmy sposobność napomknąć.

O leczeniu możemy mówić tylko przy porodzie. W ogóle jest jego zadaniem sprowadzić w sposób jak najłagodniejszy położenie podłużne, t. j. obrócić płód, i to o ile możności wśród okoliczności najwięcej pomyślnych. Zupełnie zaś obojętną rzeczą, jakie płód zajmuje położenie, jest tylko wtenczas, kiedy poród następuje przed szóstym miesiącem ciąży, ponieważ w czasie tym bywa płód jeszcze tak mały i miękki, iż przez drogi porodowe może przejść nawet wzięty we dwoje. Nadto obrót za pomocą rękoczynów zewnętrznych jest

w okresie tym niemożliwy, a obrót za pomocą rękoczynów wewnętrznych sprawia matce daleko więcej boleści, aniżeli poród w położeniu poprzecznym, ponieważ drogi porodowe są jeszcze mało rozszerzone.

Jeśli przychodzi leczyć kobietę, u której poród rozpoczął się po upływie pierwszej połowy ciąży i u której dziecko znajduje się w położeniu poprzecznym, natenczas należy jej zalecić, zaraz z początku położyć się w łóżko i, dopóki stoją wody płodowe, starać się o sprowadzenie położenia podłużnego za pomocą obrotu, wykonanego przez rękoczyny zewnętrzne. Jeśli się obrót uda, co się nierzadko zdarza, natenczas, żeby utrzymać położenie osiągnięte, powinno się zaraz przebić pęcherz płodowy, jeśli się temu nie sprzeciwi szerokość ust macicznych, albo też należy rodzącą ułożyć na tym boku, z którego się sprowadzało ku wejściu miedniczemu wielką część płodową, i zalecić jej, ażeby w tém położeniu pozostała tak długo, aż pęcherz płodowy nie pęknie sam, albo aż się usta maciczne nie rozszerzą tak dalece, że pęcherz będzie można przebić bez obawy opóźnienia porodu.

Kiedy się zaś sposobem powyższym nie uda sprowadzić położenia podłużnego, woda płodowa jeszcze nie odpłynęła i usta maciczne są jeszcze wąskie, wtedy staraniem naszym być winno, aby pęcherz płodowy utrzymać jak najdłużej w całości, ile możności aż do zupełnego rozwarcia się ust macicznych, by potem móżdż wśród okoliczności jak najpomyślniejszych wykonać obrót płodu za pomocą rękoczynów wewnętrznych. Aż do chwili téj należy rodzącą ułożyć na tym boku, po którym wielki koniec ciała leży bliżej wejścia miedniczego, aby tym sposobem ułatwić obrót dobrowolny, mogący jeszcze w każdym razie nastąpić. Jest rzeczą jasną, że w razach takich należy przepęnlony pęcherz moczowy i odbytnicę wypróchnić za pomocą katetru i enem i tym sposobem zrobić wolnym wejście do miednicy. Jeśli przy takiem leczeniu następuje obrót dobrowolny, to jest to okoliczność nader pożądana, ponieważ potem staje się już zbytęzną wszelka operacya dla poprawienia położenia płodu.

Kiedy zaś położenia poprzeczne zaczynamy leczyć dopiero po pęknięciu pęcherza płodowego, wtedy powinien akuszer bez najmniejszego wahania się wykonać obrót za pomocą rękoczynów wewnętrznych, skoro tylko usta maciczne są już tak dalece rozwarte, że bez niebezpieczeństwa da się wprowadzić ręka do jamy macicy, albo też, tak są wiotkie i tak rozciągliwe, że się wkrótce mogą stać przepuszczalnymi pod wpływem sztucznego ich rozszerze-

nia. Jeżeliby zaś to dotąd nie nastąpiło, natenczas sprowadzenie położenia podłużnego mógłby akuszer starać się osiągnąć tylko za pomocą rękoczynów zewnętrznych i odpowiednie ułożenie rodzącej; w razie nieudania się operacji musiałby tak długo czekać, aż się nie uda przeprowadzić ręki przez usta maciczne.

Oddzielenie główki od tułowia (*decapitatio*) i oddzielenie wydobyte tych części jest tylko w tych razach wskazanem, kiedy płód już umarł, kiedy się macica ściągnęła naokoło niego tak silnie i jego bark zstąpił tak głęboko do miednicy, iż chcąc wykonać obrót moglibyśmy łatwo spowodować pęknięcie macicy. Wśród tego rodzaju okoliczności spodziewać się wyklucia dobrowolnego możemy tylko wtedy, gdy drogi porodowe są nader przestworne i zarazem płód bardzo mały (mniej więcej podczas pierwszych siedmiu miesięcy ciąży), gdy bark został wyparty już prawie aż do szczeliny sromowej i jeszcze nader silną jest działalność bólów porodowych.

4) Położenia ukośne.

Przy położeniach ukośnych krzyżuje się wymiar długości płodu z wymiarem długości macicy pod kątem ostrym, główka zaś przypada na jedną stronę macicy a koniec miedniczy na stronę przeciwną tak, jak przy położeniach poprzecznych. Tu tylko zachodzi w tym wypadku różnica, że jedna z wielkich części płodu leży daleko bliżej ust macicznych i resp. wejścia miednicy, druga zaś daleko bliżej dna macicznego.

Stopniową tedy jest tylko różnica między położeniami poprzecznymi a ukośnymi, i w ogóle nie da się ustanowić między nimi żadnej pewnej granicy, chociaż odróżnianie ich jest nader ważne pod względem praktycznym.

W położeniach tych może w bliskości wejścia macicy leżeć albo główka płodu, albo też jego koniec miedniczy; jedna z tych części płodowych może zbaczać od wejścia miednicy ku stronie prawej lub lewej, a grzbietowa powierzchnia dziecka może w każdym z tych możliwych i rzeczywiście zachodzących wypadków zwracać się albo ku prawej albo też ku lewej stronie matki, z kąd powstają rozmaite formy położzeń ukośnych.

Przytém posiada płód zwykłe prawidłowe ułożenie i stosownie do tego znajdujemy w położeniach ukośnych tony sercowe najwyraźniejsze na tém miejscu brzucha ciężarnej, ku któremu jest

zwrócony grzbiet płodu. Zresztą znajdujemy tak tony sercowe jak poruszenia płodu jużto na prawo, jużto na lewo, jużto wyżej ku górze, jużto niżej nieco w podbrzuszu, stosownie do położenia tułowia dziecięcego.

Położenia ukośne zachodzą nader często, tak podczas ciąży jak podczas porodu. Do przyczyn tychże-położeń liczymy: niezwykajnie wielką ilość wody płodowej, zwięźnienie miednicy, guzy leżące w bliskości wejścia miednicy, np. guzy jajnikowe, a nawet mocne przepełnienie pęcherza moczowego i t. p.; dalej ukośny rozwój macicy, ciążę bliźniaczą, łożysko przyrzucone do ust macicznych i t. d.

Położenia ukośne zostawione swemu naturalnemu przebiegowi, przechodzą albo w położenia podłużne albo też poprzeczne, i to tak przed pęknięciem pęcherza płodowego, jak i po jego pęknięciu. Położenie ukośne przechodzi w poprzeczne podczas porodu wtenczas z największą łatwością, kiedy rodząca leży na tym boku, po którym wielka część płodowa jest więczej oddalona od wejścia miednicy, i jeśli w położeniu tém pęka pęcherz płodowy. Ztąd też położenia ukośne są zawsze niebezpieczne. Nadto zdarza się przytém częstokroć, że powłoka lub kończyny zsuwają się obok główki leżączej w bliskości wejścia miedniczego albo też obok pośladków ku ustom macicznym i występują przez ujście maciczne po pęknięciu pęcherza. Położenia ukośne podczas ciąży są rzeczą obojętną.

Rozpoznanie położeń ukośnych da się dokonać przeważnie za pomocą badania zewnętrznego, i to za pomocą obmacywania. Przytém jest objawem charakterystycznym, że w dolnej części brzucha niewiast ciężarnych lub rodzących nie znajdujemy wielkiej części płodu prosto ponad spojeniem łonowem, lecz od środka wejścia miednicy w bok ku jednej lub drugiej kości biodrowej, podczas gdy po stronie przeciwległej da się wyśledzić podobnieź wielką część płodu w bliskości dna macicznego. Z badania zaś wewnętrznego zdołamy tylko wtenczas dowiedzieć się czegoś, kiedy wielka część płodu, leżąca ku wejściu miedniczemu, nie zbacza od tegoż zupełnie, lecz dosięga go jeszcze mniej więczej ponad linią niemiannowaną. Badając w razach takich palcem przekonujemy się, że sklepienie pochwowe jest wysokie, i wyczuwamy przez takowe po stronie dotyczączej wielką część płodu; po stronie zaś przeciwniej jest ono próżne. Jeśli jednakże część płodu, leżąca ku wejściu miedniczemu, zbacza od tegoż zupełnie ku bokowi, natenczas przez sklepienie po-

chwowe da się wysledzić co najmniej pewnina, jedna lub druga kończy, albo też nie da się wynaleźć żadna część płodu, tak iż badając przez pochwę nie możemy rozróżnić położenia ukośnego od poprzecznego. Część pochwowa macicy oraz usta maciczne pozostają tylko wtedy w środku miednicy, kiedy jest bardzo wiele wody płodowej. Gdy zaś ilość wody płodowej jest małą albo kiedy pęcherz płodowy już pękł, natenczas zbaczają zawsze od linii środkowej ku tej stronie, po której się znajduje wielka część płodu, leżąca bliżej wejścia miednicy; ale okoliczność ta może także zachodzić przy położeniach poprzecznych.

O rokowaniu może być mowa tylko podczas porodu; w ogóle jest ono pomyślne tak dla matki, jak dla dziecka, ponieważ to nieprawidłowe położenie bywa nader łatwem do poprawienia, skoro je tylko rozpoznamy zaraz na początku porodu.

Przy leczeniu powinniśmy zwrócić głównie na to uwagę, aby ułatwić podczas porodu przejście położenia poprzecznego w podłużne. W tej myśli należy rodzącej zalecić, ażeby się zaraz z początku porodu położyła w łóżko i tak, jak przy położeniach poprzecznych, leżała na tym boku, po którym wielka część płodu leży bliżej wejścia miednicy. Tym sposobem ruchome dno macicy wraz z wielką częścią płodu tamże leżącą spada więcej ku owej stronie, na której leży rodząca, a dolny odcinek macicy jest przez to zmuszony przyjąć kierunek przeciwny, przyczem wielka część płodu, znajdująca się w tymże odcinku, zsuwa się zwykle na wejście miednicy albo też dostaje się w samo wejście. Jeśli zsunięcie to nie nastąpi dobrowolnie wśród powyżej oznaczonego położenia rodzącej, natenczas trzeba je ułatwić tym samym sposobem, jaki zastosowujemy przy położeniach poprzecznych dla obrócenia płodu za pomocą rękoczynów zewnętrznych. Kiedy się zaś udało sprowadzić położenie podłużne, wtedy chcąc płód ustalić w tym nowym położeniu, należy dalej tego samego użyć leczenia, co przy położeniach poprzecznych, jeśli się takowe poprawiło w czasie, w którym jeszcze nienaruszonym był pęcherz płodowy. Że we wszystkich tych wypadkach należy postarać się poprzednio o wypróżnienie pęcherza moczowego, jest rzeczą jasną; głównie zaś dotyczy to tych wypadków, w których przepełnienie pęcherza moczowego przyczynia się do położenia ukośnego.

Jeśli sposobem powyższym nie zdołamy otrzymać położenia podłużnego, co niepodobnem bywa np. wtenczas, kiedy narodziła się siedząca w bliskości wejścia miednicy powoduje położenie ukośne, kiedy jest

bardzo wielka ilość wody płodowej i t. d., natenczas w wypadkach tego rodzaju jesteśmy wskazani na obrócenie płodu za pomocą ręko-czynów wewnętrznych.

7. Nieprawidłowe ułożenie kończyn płodu.

Jeśli przed pęknięciem pęcherza płodowego kończyny płodu leżą tak w dolnym odcinku macicy, że badając wewnętrznie można je palcem wysledzić w okolicy ust macicznych, to zwiemy je przodującemi tak samo jak każdą inną część płodu wśród tychże samych okoliczności. W wypadkach zaś, w których po pęknięciu pęcherza kończyny wystąpiły przez usta maciczne na zewnątrz jużto przed inną jaką częścią płodu, już też obok takowej, wtedy mówimy o nich że w y p a d ł y; wyrażenia tego nie używamy jednakże w takich razach, w których dolne kończyny przodują obok końca miedniczego.

Takie nieprawidłowe ułożenie kończyn płodu da się dostrzedz przy każdym położeniu płodu, tak podczas ciąży, jak podczas porodu. Jeśli dolne kończyny znajdują się w bliskości ust macicznych już przed pęknięciem pęcherza, to po pęknięciu tegoż wypadają tém pewnością. Nie rzadko jednakże zsuwają się ku dołowi dopiero przy rozdarciu pęcherza, co może łatwo nastąpić mianowicie wtedy, kiedy się znajduje wiele wody płodowej i takowa albo odpływa wielkim prądem albo nawet w stojącej postawie niewiasty rodzącej. Pęknięcie tedy pęcherza jest chwilą najniebezpieczniejszą dla wypadnięcia kończyn.

Przodowanie i wypadnięcie górnych kończyn przy położeniach poprzecznych zachodzi z przyczyn anatomicznych nader często, jak to już wyżej nadmieniliśmy, i daleko częściej aniżeli kończyn dolnych; jedno i drugie jednakże jest tutaj rzeczą obojętną. Również nie zasługuje na szczególniejszą uwagę ta okoliczność, jeśli górne kończyny leżą obok końca miedniczego; z powodu bowiem małej objętości, a wielkiej ściśliwości końca miedniczego, okoliczność powyższa ani nie zaburza mechanizmu porodowego, ani też nie powoduje żadnego niebezpieczeństwa. Ważném atoli zjawiskiem jest przodowanie i wypadnięcie kończyn tak górnych jak dolnych przy położeniach czaszkowych i twarzowych; jeśli bowiem przez kanał miedniczy mają przechodzić płodowe kończyny równocześnie z główką, to mogą one nieraz spowodować istotne zaburzenia w mechanizmie

porodowym i nadto znacznie utrudniać i dla tego opóźnić przejście główki, jeśli stosunki przestworowe między główką a miednicą nie są nadzwyczaj pomyślnie, jak to np. bywa przy płodach niedojrzałych, zmarłych już od dłuższego czasu, słabo rozwiniętych i mających do przebycia bardzo przestworną miednicę. To też w dalszym ciągu wykładu naszego mówić będziemy tylko o nieprawidłowości tej przy położeniach czaszkowych.

Za przyczynę tej nieprawidłowości należy najpierw uważać śmierć płodu, ponieważ po jej nastąpieniu dolne kończyny nie bywają już przyciągane do tułowia za pomocą czynności odruchowej i skutkiem tego opadają łatwo obok przodującej główki ku ustom macicznym, jeśli dolny odcinek macicy nie przylega do niej szczelnie. Nadto zaliczamy do przyczyny wspomnianej nieprawidłowości te wszystkie okoliczności, które się przyczyniają do tego, iż główka zbacza mniej lub więcej znacznie od ust macicznych (położenia ukośne).

Rozpoznanie, które można stawić tylko z badania wewnętrznego, polega na tém, że się jużto przez sklepienie pochwowe dopóki usta maciczne są zamknięte (podczas ciąży lub na początku porodu), już też przez usta maciczne obok przodującej główki wyczuwa pospolicie małe części płodu, które się dają łatwo przesunąć; dopóki pęcherz płodowy jest nienaruszony, małe te części chowają się nieraz za dotknięciem w głąb macicy. Rozumie się samo przez się, że rozpoznanie kończyn płodu przez sklepienie pochwowe albo przez napięty pęcherz jest bardzo trudnym i niekiedy nawet zupełnie niemożliwym. mianowicie gdy są mocno ruchome; przeciwnie badając przez usta maciczne, kiedy pęcherz jest wielki albo kiedy już pękł, możemy części te rozróżnić zwykle łatwo po pojedynczych ich właściwościach, dających się wysledzić wyraźnie. Przy badaniach zaś tych łatwo jest pomylić się i uważać rękę za nogę i łokieć za piętę. Ku odróżnieniu nogi od ręki należy o tém wiedzieć, że palce u rąk końcami swemi nie leżą nigdy obok siebie w linii łukowatej, lecz wystają nierówno i dają się rozsunąć szeroko; palce zaś u nóg leżą końcami swemi zawsze w linii łukowatej i dają się tylko mało rozsunąć. Przy ręce wysledzamy, że po jednym jej brzegu bocznym wielki palec stoi daleko odsunięty, u nogi zaś są brzegi zupełnie wolne. Powierzchnia ręki jest równą w dłuży i szerz i przechodzi w bardzo tępy korzeń ręki; długość zaś podeszwy u nogi jest daleko większa, aniżeli jej szerokość i kończy się w tyle piętą, wązko wystającą. Trudniejszym jest odróżnienie pięty od łokcia i wymaga znacznej wprawy i zrę-

czności, mianowicie kiedy jeszcze stoi pęcherz płodowy. Przy łokciu są kłykcie mniej oddalone od szczytu wyrostku hakowatego i tworzą ze szczytem tym kąt daleko tępszy aniżeli kostki ze szczytem pięty. Ztąd też łokieć począwszy o kłykciów nie zdaje się być tak mocno wyciągnięty, jak pięta; na miejscu zaś najwięcej wystającym wyrostka hakowatego przedstawia się dla badającego palca daleko śpiczastszym, aniżeli pięta, wysłana tłuszczem i zaokrąglona.

Rokowanie zależy od tego, czy wypadła tylko jedna kończyna, czy też więcej; czy te kończyny przed przodującą główką mało co spadają ku dołowi, czy też głęboko; czy główka stoi jeszcze ruchoma ponad wejściem miednicy, czy też zastąpiła już do niego głęboko; czy wreszcie główka w stosunku do dróg porodowych jest wielką, czy też małą, czy twardą, czy też ściśliwą. Najmnień pomyślnem jest rokowanie wtenczas, jeśli wielka i twarda główka z więcej jak z jedną kończyną zastąpiła głęboko do kanału miedniczego i w tymże usadowiła się już silnie.

Leczenie podczas porodu zasadza się na tém, aby rozpoznawszy stan powyższy zalecić rodzącej położyć się w łóżko i aby jak najdłużej utrzymać w całości pęcherz płodowy, ile możności aż do zatarcia się ust macicznych. Tymczasem powinna się rodząca położyć na stronę przeciwną téj, po której przoduje kończyna, jeśli jak się to wydarza pospolicie, zastąpiła tylko jedna kończyna po boku ust macicznych. W tém bowiem położeniu rodzącej główka ciśnie silnie na tę stronę wejścia miedniczego, po której leży właśnie kończyna, a skutkiem tego kończyna cofa się nierzadko dobrowolnie do jamy macicy. Jeśli zaś to nie nastąpi, to przez powyższe położenie rodzącej osiągamy przynajmniej tyle, że przy pęknięciu pęcherza kończyna zsuwa się obok główki jak najmniej ku dołowi, co ułatwia dalszą pomoc.

Pomoc ta, jaką się nieść winno po pęknięciu pęcherza, zasadza się zawsze na odłożeniu (*repositio*) wypadłej kończyny, jeśli główka stoi jeszcze tak wysoko, iż nie sprawia wielkiej przeszkody przy wsunięciu kończyn. Nie konieczne zaś potrzebną jest operacya ta tylko wtenczas, kiedy płód jest bardzo mały lub zbutwiały, albo też kiedy jedna tylko ręka lub noga leży tak obok główki, iż zaledwie palce ich dają się przy badaniu wysledzić; w razach takich należy raczej rodzącej zalecić położenie boczne, o którym już wyżej była mowa. Wśród takiego położenia główka zstępuje coraz niżej, a dolna kończyna cofa się do jamy macicznej, tak iż w końcu przypada zupełnie powyżej główki.

Celem odłożenia kończyn układamy rodzącą w położeniu poziomém na grzbiecie z podwyższoną okolicą krzyżową, zalecamy jej uda zgiąć w kolanach i trzymać je nieco rozstawione; do operacji zaś samej wybiera się rękę, odpowiadającą téj stronie macicznej, po której przoduje kończyna, a więc rękę prawą, gdy kończyna wypadła po stronie lewej, i odwrotnie. Operator stawia przy rodzącej po stronie przeciwnéj i wprowadza rękę do pochwy na ten sam sposób, jak w celu dokonania obrotu; potem ręką wolną przytrzymuje dno macicy, a operującą chwytając za przodującą kończynę i przytrzymując ją tyłu palcami, na ile zezwala szerokość ust macicznych, wsuwa ją przez usta aż ponad największy obwód główki. Szerokość ust macicznych musi przytém być taka, ażeby się dało przeprowadzić przynajmniej dwa palce; najłatwiejszém zaś jest odłożenie wtedy, kiedy się usta maciczne zatarły już zupełnie. Wsuwając kończyny należy zawsze mieć na uwadze ich stosunki anatomiczne, aby je nie przesuwając w kierunku stawom ich nie odpowiednim, i nigdy nie należy przytém używać przemocy, ponieważ tym sposobem kończyny mogłyby łatwo uleść złamaniu. Jeśli się odłożenie nie uda, co się po największej części wydarza wtenczas, gdy wypadło więcej jak jedna kończyna, albo gdy nóżki zstąpiły obok główki i stoją od takowej niżej, natenczas należy wykonać obrót na nóżki, skoro główka stoi jeszcze wysoko.

Niekiedy jednakże wzywają lekarza dopiero wtenczas, gdy główka wraz z wypadłemi kończynami zstąpiła już tak nisko do kanału miednicy, iż nie może być mowy ani o odłożeniu, ani o obrocie. W razach takich należy czekać dopóty, dopóki widzimy, że się główka pod wpływem bólów porodowych posuwa jeszcze naprzód; natura bowiem przezwyteża nie rzadko podziwienia godne trudności i przeszkody. Jeśli jednakże przytém powstaje stosunek tak niepomysłny, że się nie można spodziewać porodu dobrowolnego, natenczas jest wskazauém zastosowanie kleszczy.

Wśród pewnych okoliczności może się okazać konieczném nawet przedziurawienie czaszki; tak np. jeśli miednica jest zarazem zwężona, albo główka bardzo wielka i twarda, albo gdy wypadło więcej jak jedna kończyna.

4. Śmierć płodu.

Płód może postradać życie każdego czasu podczas ciąży, i podczas porodu, zanim się jeszcze wy dostał z łona matki.

α. Śmierć płodu podczas ciąży.

Nader liczne są przyczyny, które podczas ciąży powodują śmierć płodu. Liczymy do nich następujące:

1) Zewnętrzne mechaniczne wpływy, które wstrząsają całym ciałem i mogą przez to wywołać rozdarcie naczyń macico-jajecznych, a więc częściowe oddzielenie jaja (łożyska). Jeśli okoliczność ta nastąpi rzeczywiście, natenczas z rozdartych naczyń krew występując albo odpływa na zewnątrz, albo też zbiera się pomiędzy jajem i ścianą maciczną, przez co może jaje oddzielić od macicy na większej jeszcze przestrzeni. Skoro zaś jaje (łożysko) oddzieliło się w większym obwodzie, to płód niszczeje skutkiem niedostatecznego odżywiania. Do działań, które wywołują szkodliwe następstwa, co dopiero skreślone, zaliczamy uderzenie w brzuch, upadnięcie, skakanie, tańczenie, jazdę konną, jeżdżenie po złych drogach, silne wstrząśnienia przepony zachodzące wśród kaszlu, lub gwałtownych wmiotów, podnoszenia ciężkich przedmiotów i t. p. Tego rodzaju szkodliwości wywierają zgubny wpływ. mianowicie w pierwszych miesiącach ciąży.

2) Na wały krwi do części płciowych, które na podobę wpływów wyżej wyliczonych mogą niemałe płodowi wyrządzić szkody, przepełniając naczynia macico-jajeczne i powodując przez to ich rozdarcie. Do tego rodzaju wpływów szkodliwych liczymy gwałtowne wzruszenia umysłu (przestrach, gniew), skutkiem których dostaje się więcej krwi do organów wewnętrznych, albo się też obieg krwi znacznie przyspiesza, niezwyčajne albo nadmierne używanie trunków rozpalających, używanie tak zwanych leków przeczyszczających (*drastica*) i namiesięcznych (*emmenagoga*), wysoką gorączkę, miejscowe drażnienia części płciowych, np. gwałtowne i zbyt częste spółkowanie, tamponowanie pochwy, długotrwałe i gwałtowne wstrzykiwania do pochwy i t. p.

3) Cierpienia (mianowicie trawiące) ciężarnych, z których najgłówniejsze są cholera, tyfus, ostry zanik wątroby, ospa, kiła, choroba Brighta, padaczka, gruźlica, skaza krwi rakowa, niedokrwistość i inne.

4) Nieprawidłowości w częściach dodatkowych jaja, jako to zwyrodnienie błon jajecznych oraz łożyska i wytworzenie się tak zwanych zaśniadów, największa część anormalności w utkaniu łożyska, łożysko przodujące i wszystkie nieprawidłowości

pepowiny, skutkiem których naczynia pepowiny albo się zwązają, albo też zamykają zupełnie, jak np. mocno ściągnięte węzły prawdziwe, owinięcia, skręcenia i t. p.

5) Cierpienia płodu samego, między którymi najczęściej spotęzegamy zapalenia jego błon surowicznych, puchliny, udary w rozmaitych organach, kiłę, krzywicę, bąblicę i t. d.

6) Wreszcie należy tu nadmienić przy wykł^ę (*habitualis*) śmierć płodu, to jest śmierć tegoż płodu powtarzająca się w kilku po sobie następujących ciążyach, i to zazwyczaj w każdej ciąży o jednym i tym samym czasie. Przyczyny t^ę nieprawidłowości da się rzadko dociec.

Mimo tak licznych okoliczności, które wśród życia śródmaciecznego płodu bywają przyczynami jego śmierci, zachodzą jednakże często wypadki, w których niepodobna dociec rzeczywistego powodu, dla którego śmierć musiała nastąpić.

Zmiany, jakim płód podlega po śmierci sw^ę, są rozmaite, stóswonie do tego czy zaraz po śmierci został wydalony z macicy, lub czy pozostał w matce jeszcze dłużej, czy umarł w rychlejszym, czy t^ę w późniejszym czasie ciąży. Płód może zaraz po śmierci sw^ę być wydalonym, jeśli ta sama przyczyna, która spowodowała jego śmierć, jest w stanie wywołać równocześnie bóle porodowe; w razie takim nie widać na trupie dziecka żadnych oznak, świadczących o dokonanym już jego rozpadzie.

Jednakże częściej niemal zdarza się, że płód zmarły pozostaje w macicy jeszcze przez czas dłuższy; wychodzi on nieraz z macicy dopiero po kilku dniach, albo kilku tygodniach, a niekiedy nawet dopiero po kilku miesiącach. Za najlepszy dowód w tym względie służą wypadki bliźniat, przy których jeden płód jest dojrzały i żyje, drugi zaś rodzi się nieżywym i na takim stopniu rozwoju, jaki przedstawiają płody w jednym z pierwszych miesięcy ciąży. Jeśli tedy w wypadku tego rodzaju śmierć płodu następuje w jednym z pierwszych 6-8 tygodni ciąży, a więc w czasie, w którym płód jest jeszcze bardzo mały i miękki, wtedy w wodzie owodn^ę rozpzcza się wkrótcie do tego stopnia, iż w jaj^u, które odeszło nienaruszone, znajdujemy nie rzadko albo tylko resztki zarodka, albo t^ę nie dostrzegamy po nim żadnego śladu. Jeśli zaś zarodek przebył już drugi miesiąc, natenczas nie może już przyjść do podobnego procesu rozpzczenia się, i płód zmarły w trzecim, czwartym, lub piątym miesiącu przechodzi w stan, który zowiemy zeschnięciem płodu (*mumificatio*). Wtedy płód się ścięga, skóra staje się fałdzist^ą brudno-

zółtawo-szara, a mięśnie jego tężeją mocniej; jeśli zaś obok niego rozwija się drugi zarodek i utrzymuje się do późniejszych miesięcy ciąży, natenczas doznaje zwolna spłaszczenia jużto w kierunku od powierzchni brzusznej do grzbietowej, już też w kierunku od jednego boku do drugiego, skutkiem czego nie obeznani z rzeczą widzą nierzadko w tego rodzaju płodach podobieństwo z pewnymi zwierzętami. W wypadkach, w których płód postradał życie dopiero w późniejszych miesiącach ciąży, podlega on zwolna licznym zmianom, które mają cechy wyraźniejsze od powyżej wyliczonych. Zmiany te przedstawiają szczególnie proces rozkładania się ciała, tak zwane zbutwienie płodu (*maceratio*), pod wpływem którego płód miękceje i odróżnia się bardzo znacznie od procesu gnicia, który nigdy nie może nastąpić bez przystępu powietrza. Wszystkie organy płodu zbutwiałego są wiotkie, miękkie i nasiakają brunatno-czerwonawym płynem surowicznym, który znajdujemy także w jamach ciała płodowego. Cały płód w takim stanie jest wodnisto opuchły, skóra jego da się z łatwością oddzielić i ściągnąć wielkimi kawałami, z naskórka ogołocona skóra jest brudno zabarwioną, czerwonawą. Włosy wypadają łatwo, połączenia kości głowy stają się luźniejsze, a jeśli zbutwienie postąpiło już daleko, rozpuszczają się zupełnie, kołyszą się wewnątrz skóry czaszkowej, jakoby w worku napełnionym wodą.

Pępowina zabarwia się również szaro, brunatno-czerwonawo, a skutkiem nagromadzenia się płynu surowiczego tkanka jęj trzęsinowata po większej części grubieje. Łożysko albo przedstawia jedną z nieprawidłowości, o których poniżej będzie mowa (nacieczenie kosmków, tłuszczowe zwyrodnienie kosmków, obrzęk i t. d.), albo też wygląda prawidłowo i jest tylko miękciejsze, niż pospolicie. W stosunku do płodu bywa ono niekiedy niezwykle wielkie, tak że się zdaje, jakoby jeszcze po śmierci płodu przynajmniej niekiedy mogło się jeszcze dalej rozwijać. Woda płodowa jest bardzo mętna, zabarwiona brunatnawo-czerwonawo i posiada szczególną woń słodka-wo-mdławą.

Rozumie się samo przez się, że zjawiska te zachodzą w daleko wyższym stopniu, im dłużej płód po śmierci swój pozostał jeszcze w jamie macicy. Co się tyczy czasu, w którym następuje zbutwienie płodu, to należy tu jeszcze wspomnieć, że takowe rozpoczyna się nader szybko i rozwija się spiesźnie, tak iż naskórek da się łatwo oddzielić już w 12—14 godzin po śmierci.

Z następstw, które płód zmarły, pozostając jeszcze dłuższy czas w macicy, wywołuje w organizmie matki, jest tylko to

jedno pewnym i stałym, że macica nie powiększa się już więcej, chyba że obwodowe części ją wyrodniejac zamieniają się w tak zwane zaśniady, albo obok płodu zmarłego znajduje się jeszcze drugi żyjący. Macica tedy zachowuje objętość odpowiednią czasowi ciąży, w którym płód umarł; nadto opuszcza się nieraz głębiej i jest wiotka, jeśli przez skurczenia występujące od czasu do czasu nie podlega napięciu. Sutki zwykle wiotczeją, niekiedy jednakże wypełniają się silniej swymi wydzielinami i pozostają netenczas obrzmiałe aż do wydalenia płodu. Rozliczne zaś są uczucia subiektywne i zaburzenia w ogólnym stanie ciężarnych.

Niektóre skarżą się, jakoby poruszając się w położeniu poziomym czuły w brzuchu kulę ciężką, przerzucającą się z jednej strony na drugą, i nie rzadko uczuwają w sobie parcie ku dołowi albo jakiś wielki ciężar w dolnej części brzucha, tak iż podnosząc się z miejsca jakiego muszą znowu przysieść na czas niejaki i tylko z trudnością mogą iść zaraz dalej. Nieraz nie są chore w stanie wcale oznaczyć na pewno, co im właściwie dolega. Skarżą się na zmęczenie, osłabienie, często powtarzające się dreszcze i przemijającą gorączkę; tracą apetyt do jedła, a dostają większego pragnienia i brzydkiego smaku w ustach i t. d. Często jednakże nie pojawia się żadne z wyliczonych uczuć i zaburzeń i ciężarna czuje się zupełnie zdrową. Dłuższego złego wpływu na organizm matki nie wywiera płód, który w czasie ciąży postradał życie.

Przebieg porodowy nie podlega żadnemu zaburzeniu skutkiem śmierci płodu; chociaż bowiem tenże stawia się do porodu często w nieprawidłowym ułożeniu, położeniu i stawieniu, to jednakże z powodu wielkiej ściśliwości takiego płodu zazwyczaj nie mogą temuż zagrażać takie niebezpieczeństwa, jak dzieciom żywym. Dla okresu zaś położowego nie pozostawiają tego rodzaju płody żadnej niepomyślniej skłonności (*dispositio*).

Rozpoznanie śmierci płodu nie da się z pewnością stawić nawet w drugiej połowie ciąży, ponieważ nie masz żadnych pozytywnych znaków, któreby nas o niej zapewniały. Chociaż bowiem wycucie poruszeń płodu i wysłyszenie tonów sercowych przez wyćwiczonego badacza są nieomylnym dowodem, że płód żyje, to jednakże z braku tych znaków nie wynika jeszcze koniecznie, żeby płód nie miał życia. Wiemy przecież, że uczucie poruszeń płodu, które miewają ciężarne, jest nader zwodniczym; że płód nie potrzebuje się ciągle poruszać i właśnie wtenczas, kiedy przedsiębierzemy badanie; że płód może mieć tego rodzaju położenie, albo że takie niepo-

myślne okoliczności mogą zajść, iż mimo tego, że płód żyje, nie możemy nigdzie wysledzić tonów sercowych, chociaż jak najdokładniej badaliśmy całą dolną część brzucha.

Z wielkiem prawdopodobieństwem zaś wnosić o śmierci płodu możemy tylko wtenczas, kiedy na ciężarną podziałała okoliczność mogąca spowodować śmierć płodu, i jeśli ciężarna od chwili téj nie uczuwa już poruszeń płodu, a za to doznaje jednej lub więcej dolegliwości, wyżej opisanych, i jeśli mimo wielokrotnego i starannego badania nie możemy wysledzić ani tonów sercowych, ani téż poruszeń płodu. Tém pewniej zaś możemy przyjąć śmierć płodu, jeśli w razie takim znamy dobrze jego położenie i stawienie, a więc także miejsca, w którychby można najpewniej wynaleźć znaki jego życia, jako téż jeśli stósunki dla wysledzenia tychże znaków są w ogóle pomyślne.

Podczas porodu ułatwiają nadzwyczaj rozpoznanie jeszcze różne inne okoliczności, jako to przesuwalność i ruchomość kości czaszkowych; łatwe wychodzenie włosów przy główce przodującej, kiedy je chwytamy dwoma palcami; szeroko rozwarty otwór odbytowy i szczególny stan wody płodowej. Że zaś podczas porodu można położenie i stawienie płodu wysledzić z wielką pewnością, przeto nie słysząc tonów sercowych płodu da się w podobnych razach do téj okoliczności większą już przywiązywać wagę.

O rokowaniu możemy mówić tylko ze względu na początek i przebieg porodu oraz ze względu na stan zdrowia matki. Na pewno nie można nigdy oznaczyć, kiedy po śmierci płodu nastąpi jego poród, chociaż nie tak łatwo dosięgnie płód prawidłowego końca ciąży, jeśli przestał żyć już w rychlejszym czasie ciąży. Odnośnie do przebiegu porodowego i do zdrowia matki tak podczas okresu połogowego, jak i po jego upływie, jest rokowanie nie mniej pomyślném, jak w wypadkach, w których dziecko żyje.

Leczenie może być tylko zapobiegającym (*prophylactica*). Przedewszystkiém powinniśmy przestrzedz każdą ciężarną, a mianowicie te, które już raz urodziły płód nieżywy skutkiem działania jednej z wyżej wymienionych szkodliwości, aby się miały na baczności przed temi złemi wpływami i stósownie do swój konstytucyi urządziły sposób życia. Upuszczenia krwi z żyły, które z powodu przywykłego odumierania płodu w niektórych okolicach bardzo popularnym bywają środkiem, można zastosować tylko u tego rodzaju osób wielokrwistych, u których skutkiem wielokrwistości téj należy się łatwo obawiać nawałów krwi do wewnętrznych organów. Jeśli zaś płód w dwóch ostatnich miesiącach ciąży różnyh odumierał po kilka

razy i zawsze o tym samym czasie, natenczas z na dejsćiem ponownej ciąży należy wykonać sztuczny poród przedwczesny.

Leczenie porodu płodów zbutwiałych nie wymaga żadnych szczególnych przepisów. Jeżeli przypadkiem nastąpi jakie zaburzenie porodu, natenczas rozpoznawszy śmierć płodu należy oczywiście więcej zważać na dobro matki. Nigdy przecież nie jest wskazanem przyspieszenie porodu jedynie z powodu zbutwienia płodu.

β. Śmierć płodu podczas porodu.

Przyczyną śmierci płodu podczas porodu mogą być najrozmaitsze okoliczności, z których jedne już wspomnieliśmy dawniej w poprzednich rozdziałach, o drugich mówić będziemy dopiero później w odpowiednich miejscach.

Gdy śmierć zagraża podczas porodu płodowi z późniejszych miesięcy ciąży, natenczas tętno jego, poprzednio silne, słabnie, wolniej i zaczyna bić nieregularnie; ruchy jego ustają i zwykle już przed śmiercią płodu smółka wydziela się częściowo przez rozwany otwór odbytowy do wody płodowej, która ztąd zabarwia się brudno, żółtawo-szaro albo zielonawo. Skoro okoliczności takie nastąpiły, to płód wkrótce zupełnie umiera, i jeśli pęcherz płodowy pękł po śmierci, natenczas pod wpływem dostępu zewnętrznego powietrza następuje szybko rozkład wody płodowej, części łożyskowych i płodu samego przez rzeczywisty proces gnicia, który się daje wkrótce poznać wonią szczególniej odrażającą. Woda płodowa przybiera zarazem coraz brudniejszą barwę i dostaje wyglądu posokowatego. W jamie macicy jako też w ciele płodu samego rozwija się gaz, który sprawia, iż przy opukiwaniu miejsce najwyżżej leżących ciała płodowe wydaje odgłos bębenkowy i rozpycha, na podobę rozedmy, części płodu, mianowicie części wypadłe. Naskórek skutkiem tych gazów unosi się w postaci pęcherzy i da się łatwo oddzielić; części zaś ciała, gazem naszłe, trzeszczą za naciskiem na nie wywieranym. Cały płód staje się brudnym, cuchnącym i miękkim.

Wpływ, jaki na organizm matki wywiera tego rodzaju proces rozkładowy, jest nadzwyczaj niebezpieczny. Skutkiem produktów gnicia macica doznaje silnego podrażnienia na swój wewnętrznej powierzchni, zapala się i staje się bolesną; jeśli zaś gnijący płód pozostaje jeszcze z dzień lub dwa dni w macicy, natenczas po zupełnem ustaniu bólów porodowych podlega macica nierzadko zna-

cznemu rozszerzeniu skutkiem nagromadzenia się gazów, wytworzonych przy procesie gnicia, a rozszerzenie to zowiemy wzdęciem macicy (*tympanitis uteri*). Prócz tego chora popada w silną gorączkę; a posokowata woda płodowa powoduje także często zapalenie w wewnętrznych częściach płciowych.

Rozpoznanie śmierci płodu podczas porodu jest daleko łatwiejszem i pewniejszym, aniżeli podczas ciąży. Jeśli wśród porodu spostrzeżemy, że woda płodowa, dotąd czysta, zaczyna się zabarwiać brudno, albo że tętno płodowe staje się słabszem, wolniejszym i zaczyna uderzać mniej regularnie, natenczas znaki te są zawsze niezawodnym świadectwem, że płód nie może już długo utrzymać się przy życiu. Na pewno jednakże możemy mówić o zaszłej już śmierci płodu tylko wtenczas, jeśli tonów sercowych nie wysłyszemy w tych miejscach, w których je stósownie do położenia i stawienia płodu powinniśmy byli wysłedzić jak najwyraźniej, i w których je poprzednio słyszeliśmy rzeczywiście, jako téż jeśli wystąpiły oznaki, że gnicie płodu już się rozpoczęło.

Rokowanie jest dla matki zawsze niepomyślne, skoro tylko przyszło do gnicia płodu, macica stała się wrażliwą i gorączka doszła do wysokiego stopnia; zwykle bowiem po porodzie matka umiera szybko skutkiem posokowatego zapalenia i ropnicy.

Leczenie zasadza się na tém, ażeby w takim przypadku, gdy płodowi podczas porodu zagraża niebezpieczeństwo życia, wykonać sztuczne rozwiązanie jak najspieszniej i jak najłagodniej, naturalnie jeśli na to zezwala szerokość ust macicznych oraz przestworowy stosunek między dzieckiem, a drogami porodowemi. Kiedy zaś płód przestał żyć zupełnie, to znaki poczynającego się gnicia jego zniewalają również do jak najspieszniejszego ukończenia porodu. Do operacyi w razach takich, potrzebnych stósownie do okoliczności, należy wydobyć płodu przez pociąganie za nóżki, obrót, zastosowanie klekszy, przedziurawienie czaszki lub oddzielenie głowy od tułowia.

Po opróżnieniu macicy należy się starać o jak największą czystość jamy macicznej przez letnie do niej wstrzykiwania oraz o jak najsilniejsze skurcze macicy, podając położnicy na wewnątrz *secale cornutum* i zastósuwując wszelkie inne środki w razach takich wskazane.

Nieprawidłowości płodu.



Fig. 1. Podwójność płodu według Kriegera.

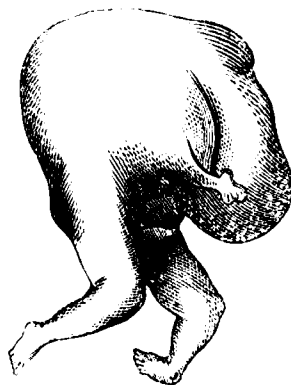


Fig. 2. Płód nie mający serca (*acardiacus*) według v. Franque'a



Fig. 3. Potwór półgłowy (*hemicephalus*) albo bez mózgu (*anencephalus*)—a. resztki mózgu.

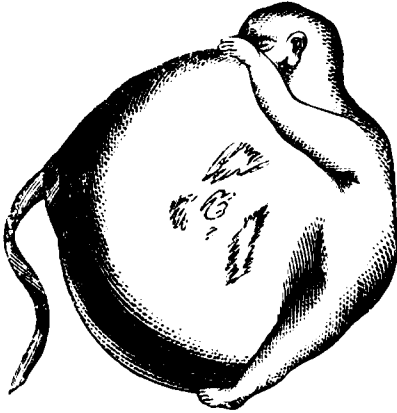


Fig. 4. Rozszerzenie pęcherza moczowego u płodu według Heckera.

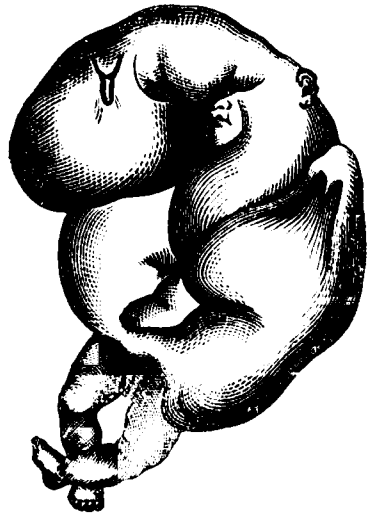


Fig. 5. Zbrzęknięcie płodu według Betschlera.

b) Nieprawidłowości pępowiny.

Do niepomysłnych okoliczności, które skutkiem nieprawidłowej pępowiny utrudniają poród i nieraz chorą narażają na największe niebezpieczeństwo, należy policzyć przedewszystkiém wypadnięcie, owinięcie, zbytęzną krótkość i rozdarcie pępowiny.

Literatura: Hebenstreit, Jo. Em., pr. J. A. Lehmanu, *Funiculi umbilicalis humani pathologia*. Lips. 1737, 4. (Haller, *Diss. anat. select. v. p. 671*). — B. de Buchwalden, *De partu diffc. et funiculo umbil.* Harn. 1749, 4. — G. G. Rockstroh, *Diversitas funiculi umbil. etc.* Lips. 1799, 4. — H. J. Fr. Albert, *De iis, quae in partu nobis offert funiculus umbil. impedimentis.* Götting. 1804, 8. — O. Kohlschütter, *Quaedam de funiculo umbil. frequenti mortis nascentium causa.* Lips. 1833, 8. — Chiari, Brauu u. Späth, *Klinik d. Geburtsk. u. Gynäkol. 1. Lief. VII. Beitrag: Zur Lehre und Behandlung der Anomalien der Nabelschnur.* — F. Winckel, *Klin. Beobachtg. z. Pathologie d. Geb.* Rostock. 1869.

1. Przodowanie pępowiny i wypadnięcie jej podczas porodu.

Zstąpienie pępowiny obok przodującej części płodu lub też przed takową nie jest wprawdzie wypadkiem częstym, ale też nie zbyt rzadkim, w każdym jednakże razie zejściem bardzo niepomyślném podczas porodu; płód bowiem jest zawsze wystawiony na niebezpieństwo utracenia życia skutkiem tego, iż pępowina nie leżąc w swém prawidłowém miejscu podlega podczas porodu mniej lub więcej silnemu naciskowi. Na sam jednakże przebieg porodu zstąpienie pępowiny nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu.

Pępowina może zstępować obok każdój części, którą się płód stawia do porodu. Wszakże z wyjątkiem położenia barkowego nieprawidłowość ta zachodzi częściej przy takich porodach, w których przodują nóżki, aniżeli przy porodach, w których się płody rodzą głową naprzód.

Uwaga 1. Co się tyczy częstości wypadania pępowiny, to tak różne rezultaty ogłaszają nie tylko pojedynczy lekarze, lecz i instytuty położnicze, że rzeczywiście trudno jest oznaczyć z jaką taką pewnością średni pod tym względem stosunek. Według obrachunku Schurého ma na 265 porodów przypadać raz jeden wypadnięcie pępowiny. Z naszych zaś doświadczeń wykazał się stosunek jak 1:120. Zdaje się, że nieprawidłowość ta pępowiny zachodzi częściej w praktyce prywatnej, aniżeli w większych zakładach leczniczych, również częściej u mnogorodzących, aniżeli u pierwiastek. Massmann opierając badania swe na 22,388 wypadkach zauważył, że na 123 porodów przypada jeden raz wypadnięcie pępowiny. Według zestawień zaś Hildebrandta, który średni stosunek częstości badał na 45,040 wypadkach porodu, wypada w 148 wypadkach położen główkowych pępowina tylko raz jeden.

Uwaga 2. Położnicy w wiekach starożytnych, zdaje się, nie wiedzieli wcale o tém, że pępowina wypada albo przynajmniej nie zważali na to wcale. Dopiero gdy Viardel, Mauriceau i Portal pierwsi badania swe na tém polu ogłosili publicznie, zaczęli się tym tak ważnym przedmiotem zajmować mniej lub więcej wszyscy późniejsi położnicy. Obszerny przegląd historyi oraz literatury, dotyczącej tego przedmiotu, znajduje się w poniżej nadmienionym pismach Kohlschütterera i Schurého. Do najważniejszych prac na tém polu należą:

J. Chr. Frensdorf, *De partu praeternaturali ac difficil. ob procidentiam funic. umbil. Argent. 1749, 4.* — Marc. Phil. Ruhland, *De partu praeternaturali ac diffic. ob procidentium funic. umbil. juxta caput. Argent. 1775. 4.* — Boër, *Abh. u. Vers. Bd. II. Thl. 2. Wien 1804. p. 15.* — Tegoż, *Sieben Bücher etc. 1834. p. 284.* — W. A. Crone, *De prolapsu funiculi umbilicalis, Groning. 1817. 8.* — Deneux, *Mém. sur la sortie du cordon umbilic. pendant*

le travail de l'enfantem. W *Journ. Gén. de med. etc. franç. et étrang.* t. 71. Mai. 1820. — Lachapelle, *Pratique des accouch.* t. III. 9. mém. — G. A. Michaelis, *Ueber die Ursachen des Vorfalls der Nabelschnur und die Reposition derselben.* Abhandl. Kiel. 1833, 8, p. 263. — R. Busseher, *De funiculi umbilic. prolapsu.* Groniag. 1833, 8. — J. F. Schuré, *Procidence du cordon ombilic.* Strasb. 1835, 8. — H. Fr. Naegele, *Comm. de causa quadam prolaps. fan. umbilic. in partu, non rara illa quidem, sed minus nota.* Heidelb. 1839, 4. — Joh. Chr. Saxtorph, *De funiculi umbilic. prolapsu.* Havn. 1840, 8. — Kohlschütter, w m. przyt. — Jos. Herm. Schmidt, *Annal. d. Charité z. Berlin.* II. 2. 1852. — Ant. Friedr. Hohl, *Deutsche Klinik* Nr. 18, 19. 1851 i Nr. 15. 1852. — Elsässer, *Würtemb. Corresp.-Bl.* 39—41. 1852. — Hildebrandt, *Beitr. z. Aetiol. u. Behandl. des Nabelschnurvorfalls bei Kopflagen,* M. f. G. XXIII. p. 115. — Massmann, *Ueber den Vorfall der Nabelschnur.* Petersb. med. Zeitschr. XIV, 1868, 3 i 4, p. 140, ref. w S. *Jbb. CXLI.* p. 55.

Niekiedy znajduje się pępowina już pod koniec ciąży w bliskości ust macicznych, w innych znowu razach zstępuje pomiędzy pęcherzem płodowym a przodującą częścią płodu zaraz z początku porodu albo dopiero podczas roztwierania się ust macicznych. Nieprawidłowość tę zowiemy przodowaniem pępowiny. Jeśli zaś pępowina równocześnie z pęknięciem pęcherza płodowego albo też po pęknięciu tegoż (bez względu na to, czy poprzednio przodowała, czy też leżała prawidłowo) dostaje się do ust macicznych, pochwy lub na zewnątrz części płciowych, natenczas zowiemy to wypadnięciem pępowiny. Niektórzy dzielą wypadnięcie pępowiny na zupełne lub niezupełne, według tego czy się pępowina wypadła znajduje jeszcze w pochwie, czy też pokazuje już zewnątrz części płciowych. Najczęściej zstępuje pępowina w okolicy jednego lub drugiego chrząstkozrostu krzyżo-biodrowego albo w okolicy panewki, rzadziej już przed wżgórkciem krzyżowym lub poza spojeniem łonowym. Pojedyncze zaś pętle pępowiny leżą albo blisko siebie albo też w pewnym oddaleniu od siebie.

Przyczyny. W pismach dotyczących tego przedmiotu znajdują się zazwyczaj wymienione liczne okoliczności najrozmaitszego rodzaju, które mają częścią ułatwiać wypadnięcie pępowiny, częścią przyczyniać się do tegoż. Do tych okoliczności zaliczają jednakże niejedne bez wątpienia zupełnie niesłusznie. Zastanawiając się nad przyczynami wymienionej nieprawidłowości, należy sobie przede wszystkim wyjaśnić, dla czego pępowina nie wypada częściej, a nawet przy każdym porodzie, kiedy przecież jest prawie zawsze dość długa, aby

mogła wypaść. i kiedy jako specyficznie cięższa od wody płodowej posiada skłonność do zstępowania ku ustom macicznym, jako ku tej części macicy, która przy każdym stawieniu i przy każdym położeniu rodzącej leży najniżej. Przyczyna tego spoczywa oczywiście przeważnie w zachowaniu się macicy, to jest w tém, że dolny jój odcinek zazwyczaj przylega dokładnie ze wszystkich stron do przodującej części płodu. Podczas porodu dotyczy rzecz ta owego mianowicie miejsca w dolnym odcinku macicy, które, jak z doświadczenia wiemy, pozostaje uawet w chwilach od bólu wolnych w pewnym stopniu skurczenia, to jest wewnętrznego ujścia macicznego. Przyczyna tedy nie pozwalająca wypaść pepowinie, jest ta sama, która po pęknięciu pęcherza płodowego sprawia, że nie odpływa wszystka woda, lecz tylko ta, która się znajduje pomiędzy pęcherzem płodowym a główką.

Wszystko tedy, co tylko sprawia zaburzenie w owém prawidłowym zachowaniu się macicy, co więc uniemożliwia przyłożenie się dolnego odcinka macicy do przodującej części płodu, usposabia tym sposobem do wypadnięcia pepowiny, pozbawiając takową jój naturalnej podpory. Za przyczyny zaś usposabiające do wypadnięcia należy uważać przedewszystkiém następujące: zbyt wielką ilość wody płodowej, płody mnogie, wążkość miednicy, niejednostajne skurcze macicy na początku porodu, które znowu pochodzą bardzo często skutkiem zbytecznego rozszerzenia macicy; przedwczesny odpływ wody płodowej, zanim się pojawiły bóle porodowe, lub zbyt nagły odpływ téjże, tak np. w niepomysłnym położeniu ciała: wreszcie sztuczne otworenie pęcherza płodowego, które może jest jedną z najczęstszych przyczyn tego niemiłego zajścia podczas porodu.

Nieprawidłowe ułożenie i położenie płodu, a więc np. położenie barkowe, wypadnięcie odnogi jakiej obok główki, przez co się toruje niejako drogę dla pepowiny i t. d. nie należy bynajmniej uważać za przyczyny wypadnięcia, lecz raczej tylko za skutki nieprawidłowego kształtu i nieprawidłowej czynności macicy. Przy położeniach nóżkowych pepowina wypada częściej, aniżeli przy położeniach główkowych, a przyczyną tego bywa zapewne tylko ta okoliczność, że przy położeniach główkowych wielka i jednostajnie wypukła główka przyczynia się nie tylko do regularnego przystósowania się (*configuratio*) dolnego odcinka macicy, ale także do zupełnego przyłożenia się jego do główki w tym czasie, kiedy pęka pęcherz płodowy; przy położeniach zaś nóżkowych ów dolny odcinek nie przystósowuje i nie przykłada się ani tak szybko, ani téż tak zupełnie do przodującej części, za czém przemawia także znana okoliczność, że przy położeniach

nożkowych po pęknięciu pęcherza płodowego odlewa się woda płodowa daleko zupełniej, aniżeli przy położeniach główkowych. To, co się powiedziało wyżej, odnosi się także do wązkiej miednicy, która z tego właśnie powodu sprawia, że pępowina wypadła. I tutaj należy przeważniej przyczyny wypadnięcia szukać w nieprawidłowym zachowaniu się dolnego odcinka macicy, spowodowaném przez anormalną budowę miednicy, a nie w tój okoliczności, że główka nie ma wypełniać należycie wchodu miednicy, że więc ma powstawać miejsce, przez któreby się mogła spuszczać ku dołowi pępowina i t. p.— Miednicy zbyt szerokiej nie uważamy za przyczynę do wypadania pępowiny (uwaga 1).

Do dalszych przyczyn wypadania pępowiny i, jak się zdaje, nie rzadkich, należy głębokie przyczepienie łożyska w bliskości ust macicznych, mianowicie gdy się pępowina opuszcza równocześnie w tój okolicy brzegu łożyskowego, która się znajduje najgłębiej lub najbliżej ujścia macicznego. Jeśli brzeg łożyska sięga aż do ust macicznych i jeśli się pępowina przyczepia właśnie na tём miejscu, natenczas musi koniecznie przyjść do przodowania pępowiny, a po pęknięciu pęcherza płodowego musi ona koniecznie wypaść (uwaga 2).

Nadmierna długość pępowiny może przyczyniać się do jój wypadnięcia dla tego, iż dla swój większej długości łatwiej zmienia miejsce, i dla swój zwiększonej ciężkości posiada większą skłonność do zstępowania ku ustom macicznym; sama przez się jednakże nadmierna długość nie jest prawdopodobnie nigdy powodem, dla któregoby miała pępowina wypadać. Już zwyczajna długość pępowiny wystarcza, jak się to wyżej powiedziało, jak najzupełniej do jój wypadnięcia; z drugiej jednakże strony znamy wiele wypadków, w których pępowiny były nader długie, a mimo tego nie wypadły. Owinięcia zaś pępowiny zapobiegają bez wątpienia prawie zawsze wypadaniu; wyjątkowo tylko i to w nader rzadkich wypadkach mogłyby owe owinięcia przyczynić się tym sposobem do wypadania pępowiny, iż zbliżają ją do ujścia macicznego. Przypomnijmy sobie tylko jak rzadko wypadła pępowina w stosunku do owych owinięć pępowiny zachodzących codziennie (uwaga 3).

Uwaga 1. Jak ważnem jest zachowanie się macicy, ze względu na etiologią wypadania pępowiny, na to zwracał uwagę F. C. Naegle w swych odczytach, jako też w swym podręczniku (ed. I. § 485). Obszerniej rozpisuje się o tym przedmiocie Michaelis w swej rozprawie p. 269 oraz w *N. Z. f. G.* III. p. 89.

Uwaga 2. Ze głębokie siedlisko łożyska w bliskości ust macicznych i równoczesne przyczepienie się pępowiny w tej okolicy brzegu łożyskowego, który leży najgłębiej i najbliżej ust macicznych, bywają przyczyną niekiedy do wypadania pępowiny, o tém pisze obszernie Herm. Fr. Naegele w wyżej przytoczonym dziele swém p. t. *Comment d. causa quadam fun. umbil. etc. Heidelb. 1839.*

Uwaga 3. Winckel (w m. przyt. p. 230) zwraca uwagę na zmianę miąższu pępowiny, jakie się znachodzą niekiedy przy wypadłej pępowinie. Tak znalazł W. w pierwszym wypadku na miejscu wypadłym pępowiny krwawiaka (*hæmatoma*) dość znacznej objętości, który powstał skutkiem rozdarcia żyły pępkowej; w drugim wypadku, także po wypadnięciu pępowiny, przy przodującym łożysku, krwawiaka wielkości prawie jaja kurzego; w innym znowu razie, w którym się ucisk pępowiny podczas porodu przyczynił najprawdopodobniej do śmierci dziecka, znalazł Ackermann w żyłce pępkowej, blisko końca pępka, nie wielki wylew krwi, który się składał z krwi już skrzepłej; tkanka łączna w bramie wątroby (*porta hepatis*) była trzęsiniawo nabrzęklą. Należy tedy dochodzić, czy się podobny stan zbręknienia resp. wybroczyny krwi nie dają napotkac zazwyczaj na częściach pępowiny wypadłych, dla czego to zaleca W., aby dokładnie badać mikroskopem pępowiny po ich wypadnięciu.

Rozpoznanie przodowania pępowiny nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności; przy badaniu bowiem wewnętrzném można łatwo w chwili od bólów wolnej wyczuć powrózek miękkiej, podobny do kiszki i dający się łatwo przesunąć, który nadto tętniąc rytmicznie co do istoty swój nie pozostawia żadnej wątpliwości. Tylko wtenczas rozpoznanie mogłoby połączone być z trudnością, kiedy pęcherz płodowy zawiera wiele wody i jest ciągle silnie napięty, jako też kiedy przoduje tylko pętla mała i słabo tętniąca. Jeśli płód już poprzednio odumarł, natenczas można przodującą pępowinę łatwo wziąć za palce od ręki lub nogi dziecka. Po pęknięciu zaś pęcherza rozpoznanie jest łatwém, ponieważ pępowina wypadła do pochwy da się bezpośrednio palcem wymacać. Niekiedy jednakże zachodzą wypadki, w których pępowina przoduje tak wysoko, że się nieprawidłowość tę rozpoznaje dopiero wtenczas, kiedy główka zstąpiła nisko, albo kiedy się dopiero przerzyna.

Uwaga 1. Dla rozpoznania życia lub śmierci płodu ważną jest rzeczą wiedzieć, że tętnienie w pępowinie ustaje niekiedy zupełnie podczas trwania bólów porodowych. W ogóle, jeśli nie znajdujemy tętniącej pępowiny, nie możemy bezwarunkowo wnosić, że dziecko nie żyje, dopóki się nie przekonamy, jak dawno przestała pępowina tętnić; być bowiem może, że pępowina własnie w tej chwili mogła zacząć być uciskana. Dość liczne doświadczenia pouczają nas, że chociaż pępowina nie tętniała już przez czas niejaki podczas trwania bólów, albo też w chwili od bólów wolnej, mimo to płody przychodziły

na świat żywe. Jak zaś długo pozostaje dziecko przy życiu po przerwaniu krążenia krwi w pępowninie, różne panują pod tym względem zdania. Zazwyczaj uważa się 10—15 minut za ostateczny termin, po upływie którego dziecko jeszcze żyć może; jednakże z drugiej strony znana jest rzeczą, że dzieci umierają bardzo często, chociaż ucisk pępownicy trwał tylko kilka minut.— *La Chapelle*, w m. przyt. p. 221.

Rokowanie. Wypadnięcie pępownicy, jak to już wyżej powiedzieliśmy stanowi dla płodu zajęcie nader niebezpieczne; skutkiem ucisku bowiem jakiemu pępownina podlega, mianowicie przy porodach główką naprzód, dziecko umiera w większej części wypadków. Uratować zaś płód można tylko w razie szczególniejszych pomysłnych okoliczności, o których poniżej pomówimy, albo kiedy pomoc sztuczna nadejdzie dość wcześnie. Nie należy jednakże w tym względzie za nadto się łudzić, ponieważ bardzo często nie osięgamy przez pomoc sztuczną żądanego celu, mimo największej troskliwości; nawet w zakładach położniczych, w których przecież każdej chwili można mieć potrzebną pomoc, nie osiągnięto pod tym względem pomyślniejszych rezultatów. Odnośnie do matki jest wypadnięcie samo pępownicy bez wszelkiego znaczenia; tylko pomoc sztuczna, potrzebna dla ratowania życia dziecka, jest zazwyczaj dla rodzącej bolesną, a nawet może być dla niej niebezpieczną.

Uwaga. Już od dawna zgodzono się na to, że niebezpieczeństwo dla płodu pochodzi skutkiem przerwanego krążenia krwi w wypadkłej pępownicy; jednakże nie pewną jest jeszcze przyczyna tego wstrzymania obiegu krwi, czy takowa polega na samym tylko ucisku pępownicy, czy też nie wpływa pod tym względem zewnętrzne powietrze, oziębiające naczynia pępkowe. Już *Lamotte* wykazał (*Traité, ed. 1, p. 400, 517*), że ostatnia hipoteza nie da się niczém podtrzymać. Z doświadczenia wiemy, że płody umierają, skoro tylko pępownina, choćby nawet nie oziębiona, podlega uciskowi; przeciwnie znowu jest rzeczą znaną, że pępownina nie podlegając uciskowi może przez czas dłuższy być wystawioną na działanie zewnętrznego powietrza, a płód mimo tego pozostaje przy życiu. Między tymi zaś, którzy w ucisku pępownicy upatrują najwięcej złego, a należy do nich większa część dzisiejszych akuszerów, panują jeszcze rozmaite zdania co do sposobu, w jaki następuje śmierć płodu. Jedni utrzymują, że ucisk trafia tylko żyłę albo też przeważnie żyłę, i że płód umiera z braku krwi dla tego, iż tętnice nie potrzebują wprowadzić krwi do prowadzić do łożyska, ale krew ta nie powraca już więcej do płodu przez żyłę; inni znowu sądzą, że po większej części podlegają uciskowi tylko tętnice, żyły zaś są od niego wolne, tak iż śmierć następuje skutkiem spełnienia naczyń krwionośnych w sposób udarowy. Obydwom hipotezom sprzeciwiają się różne powody, wzięte tak z teorii jak z praktyki. Nie zapuszczając się w obszerne roztrząsanie tych powodów, dla tego że je czytelnik znajdzie w dziełach *Kohlschütter*a i *Schurego*, wspominamy tutaj tylko, że

stopień, w jakim pępowina zostaje uciskana, może być bez wątpienia różnym, ale nie sposób ucisku, tak iżby raz miały podlegać uciskowi tylko żyły, a drugi raz tylko tętnice. Przeciwno możliwości tego częściowego ucisku przemawia najpierw cała budowa pępowiny, tkanka trzęsiniowata otaczającą naczynia, jako też wężownicze skręty tych naczyń; dalej sprzeciwiają się temu, i to najwięcej, rezultaty odbytych sekcji, które na dzieciach, zmarłych skutkiem ucisku pępowiny, nie wskazywały nigdy ani braku krwi, ani przekrwienia lub udaru. Ponieważ zaś łożysko służy płodowi nie tylko do brania pożywienia, lecz także do oddychania, przeto niewątpliwie przerwa w krążeniu krwi pępowiny pociąga śmierć za sobą skutkiem niedostatecznego odżywiania krwi, czyli skutkiem tego, iż krew płodowa zatrzuwa się kwasem węglanym (*asphyxia*). To też przy sekcjach takich nieżywo narodzonych płodów znajdujemy najczęściej przekrwienie i udar, mianowicie w mózgu, jego błonach, jako też w wątrobie, nadto liczne wybroczyny krwi, szczególnie na powierzchni piersiowych narządów, a mianowicie serca i jego naczyń. Jakie zmiany pokazały się przy sekcjach dokonanych na płodach, które zmarły pod wpływem uciśnięcia pępowiny, zobacz Winekel, *Klin. Beob. z. Pathol. d. Geburt.*, p. 224.

Przodowanie pępowiny jest głównie dla tego niebezpieczne, iż takowa wypada po większej części po pęknięciu pęcherza płodowego, i to zazwyczaj w stopniu daleko większym, aniżeli kiedy tylko przodowała; jednakże nie zachodzi to zawsze. W okresie roztwierania się ust macicznych albo dopiero w chwili pęknięcia pęcherza płodowego usuwa się niekiedy sama przez się pępowina, którą na początku można było wymacać przez pęcherz płodowy, albo właściwiej usuwa ją macica sama, przystosowując się z wolna lepiej i obejmując dokładnie przodującą część płodu. Do takiego pomyślnego wypadku przy czynia się bez wątpienia elastyczność i gładkość pępowiny.

Dopóki pęcherz płodowy jest nienaruszony, pępowina tętni zazwyczaj dość mocno i tylko w wyjątkowych przypadkach doznaje już w tym czasie niebezpiecznego ucisku. Takie wyjątkowe wypadki zachodzą np. kiedy główka otoczona dolnym odcinkiem macicy zstąpiła głęboko do wehodu miednicy, kiedy między główką a pęcherzem płodowym znajduje się bardzo mało wody albo nie ma jej wcale, jako też, kiedy się przy głębokim osadzeniu się łożyska pępowina przyczepia do brzegu leżącego najbliżej ust macicznych i tym sposobem podlega zaraz z początku uciskowi, jaki nań wywiera leżąca ponad nią główka. W większej jednakże części wypadków zagraża płodowi bezpośrednio niebezpieczeństwo dopiero wtenczas, kiedy pęknie pęcherz płodowy i płód przechodzi przez drogi porodowe.

Do okoliczności, które się pozwalają spodziewać, że się poród odbędzie szczęśliwie dla płodu i że nie będzie potrzeba sztucznej pomocy, należy policzyć następujące: późne pęknięcie pęcherza płodo-

wego w czasie, kiedy główka przeszła już zupełnie przez wejście miednicy albo przynajmniej w większej części; pomyślne położenie wypadłej pętli pępowiny, np. przed lewym chrząstkozrostem krzyżobiodrowym, gdzie mianowicie przy pierwszym stawieniu czaszkowym pępowina nawet w dalszym przebiegu porodowym pozostaje jak najdłużej wolna od ucisku; szybki przebieg okresu wydalania płodu; wreszcie wszystko to, co się przyczynia do spieszniejszego wydalenia płodu, jako to: obszerność miednicy, podatność miękkich dróg porodowych, bywająca zazwyczaj u mnogorodzących, mierna wielkość płodu i t. d.

Okoliczności przeciwne, które nadto nie pozwalają bardzo często na szybciejsze nkończenie porodu za pomocą sztuki, pogarszają naturalnie rokowanie w mniejszym lub większym stopniu. Do tych niepomyślnych dla płodu okoliczności liczymy zbyt wczesny lub niedostrzeżony odpływ wody płodowej, wypadnięcie większej masy pępowiny, wypadnięcie takowej na przedniej ścianie miedniczej, albo w ogóle w miejscu, które jest wystawione na ciągły ucisk, brak bólów porodowych albo też za słabe lub nieskuteczne bóle porodowe, nieprawidłową budowę miednicy, wreszcie niepodatność miękkich dróg porodowych.

Leczenie pępowiny wymaga wielkiej oględności i w każdym pojedynczym wypadku należy jak najstaranniej rozważyć jego indywidualność. Nie rzadko można bezwątpienia tylko przez stanowczą i szybką pomoc sztuczną mieć nadzieję, że się życie płodu da uratować. W innych znowu razach zachodzą takie okoliczności, że się należy zachować więcej biernie, i nie ulega wątpliwości, że tym sposobem pomagamy sprawie samąj daleko więcej, aniżeli zbytnią ruchliwością i przedwczesnym działaniem (uwaga 1).

Jeśli wczesnie rozpoznamy, iż pępowina przoduje, natenczas winniśmy całą naszą staranność zwrócić ku temu celowi, aby jak najdłużej wstrzymywać pęknięcie pęcherza. W tym celu układamy rodzącą na grzbiecie unosząc nieco miednicę ku górze, zalecamy jej, aby się zachowała jak najspokojniej i nie wyrabiała bólów porodowych (co w tym okresie porodowym jest niepotrzebnem i rodzące tylko osłabia); lekarz zaś winien dopełniać badania tylko w przestankach między bólami i z jak największą ostrożnością (uwaga 2). W wypadkach tego rodzaju spostrzegamy nie rzadko że okres rozszerzania się ust macicznych trwa nadzwyczaj długo, dla tego że jest za wiele wody płodowej i przez to bóle porodowe są słabe. Mimo tego nie należy nie przedsiębrać, coby przyspieszało poród; albowiem ten po-

wolny przebieg porodowy przyczynia się właśnie do usunięcia istniejącego stósunku niepomyślnego, i, gdy się skurcze macicy stają z wolna coraz silniejszymi i tym sposobem dolny odcinek macicy przystósowuje się coraz lepiej, usuwa się niekiedy pępowina sama przez się; prócz tego wydalenie płodu następuje zazwyczaj tém szybciej, im później pękł pęcherz płodowy, a jak pożądaną jest ta okoliczność, o tém mówiliśmy już powyżej.

Uwaga 1. Do autorów, którzy położyli wielkie zasługi około ustalenia racjonalnego sposobu leczenia wypadłych pępowin, należą szczególnie Baudelocque (t. I. § 1131—36) i Boër (w miejscu przytoczonym), jako też Lachapelle i Michaelis.

Uwaga 2. Aby zapobiedz zbyt wczesnemu pęknięciu pęcherza płodowego, zaleca w razach takich Birnbaum włożyć ostrożnie do pochwy kolpeurynter albo wielką miękką gąbkę. Takim sposobem zdobywamy sobie tę korzyść, że się drogi porodowe rozszerzają i dobrze przygotowują do operacyi, które się mogą później okazać potrzebnemi; a jeśli nawet pęcherz płodowy pęknie, to nie może woda płodowa odpłynąć nagle i z nią razem także zstępować pępowina, która co najdalej dochodzi do ust macicznych; zobacz *M. f. G. XXX. p. 303.*

Uwaga 3. W większej części wypadków pępowina tętni należycie tak długo, dopóki nie odpłynie woda płodowa. Z tego też powodu nie można w ogóle zalecać, aby już w tym czasie pępowinę odkładać, ponieważ przez tego rodzaju próby może pęcherz płodowy rozedrzeć się bardzo łatwo: należy raczej odłożenie ograniczyć na te wypadki, w których pępowina doznaje szkodliwego ucisku już przed pęknięciem pęcherza płodowego, a ucisk ten da się rozpoznać po zwolnieniu tętna w pępowinie.—Hüter, *Ueber Reposition der Nabelschnur bei unverletzten Eihäuten. Gem. d. Z. f. G. VI. 1831. p. 222.*

Uwaga 4. Ażeby się usunąć mogła napowrót przodująca pępowina, zaleca v. Ritgen w dziele swém p. t. *Lehrb. u. Handb. d. Geburtsh. f. Hebammen, Mainz, 1848, p. 324*, aby akuszerka, jeśli się to tylko da wykonać, zaleciła rodzącej przyjąć położenie kolano-łokciowe (*à la vache*) i w takowem pozostać przynajmniej przez kilka minut. Jeśli zaś takowe jest niemożliwem, natenczas ma akuszerka rodzącą ułożyć na boku i miednicę unieść wysoko ku górze; przyczém należy wybrać ten bok, po którym pępowina nie wypadła. Jeśli się takim sposobem uda dokazać, iż się pępowina wciąga napowrót ku górze, natenczas powinna rodząca koniecznie zachować nadal położenie boczne, ponieważ pępowina mogłaby zacząć powtórnie przodować. Tak samo zaleca Dr. Thomas w Nowym-Yorku w wypadkach, kiedy pępowina przoduje przy pęcherzu jeszcze całym, aby rodząca przyjęła położenie kolano-łokciowe, które ma zupełnie wystarczać do wsunięcia się napowrót pępowiny; *Med. Times and Gaz. Nov. 17. 1866. S. Jbb. CXXXIII. p. 184.* — Do zupełnie przeciwnych rezultatów doszedł Birnbaum, uczeń Ritgena, a potem przez lat pięć jego asystent. Miał on często sposobność do zastósowywania położenia kolano-łokciowego przy przodowaniu

i wypadnięciu pępowiny, starając się przez takowe zmusić pępowinę do odłożenia się bez pomocy rąk akuszera, ale zawsze usiłowania jego pozostały bezskuteczne. Zobacz *M. f. G. XXX. p. 298.*

Jeśli pęcherz płodowy pęka, ale pępowina nie wypada dalej, lecz pozostaje na miejscu, w którym się dała zaraz z początku wysłodzić, obok główki wysoko przodującej i ma położenie pomyślne (np. w okolicy lewego chrząstkozrostu krzyżobiodrowego), natenczas można poród tak długo pozostawić siłom natury, dopóki w tętnie nie dostrzeżemy żadnej nieregularności. Naturalnie nie należy zapomnieć o tém, aby się rodząca w odpowiedniem znajdowała położeniu i zresztą zachowała się stósownie; nadto należy się przez ostrożne badanie przekonywać, czy pępowina nie podległa czasem uciskowi, bo w takim razie trzeba wcześniej użyć pomocy sztucznej. Tym sposobem osiąga się tę korzyść, że chociaż się później okaże koniecznością sztucznie przyspieszyć poród, to poród ten da się wykonać za pomocą kleszczy, ponieważ główka tymczasem zstąpiła już głębiej.

Wśród pomyślnych okoliczności, wyliczonych już dawniej, może się nawet wydarzyć, że cały poród kończy się tak szybko, iż ucisk pępowiny, przemieszczający prędko, nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na życie dziecka; lekarzowi zaś w razach takich nie pozostaje nic innego do czynienia, jak napomnieć rodzącą, ażeby w odpowiednim czasie wyrabiała silnie bóle porodowe.

Jeśli zaś pępowina wypada zaraz po pęknięciu pęcherza, albo później zstępuje niżej, albo też tętno w niej staje się coraz rzadszem, natenczas należy użyć pomocy sztucznej, jeśli się nie możemy spodziewać, że do porodu spiesznego wystarczą siły naturalne. Zadaniem zaś tój pomocy sztucznej jest albo pępowinie nadać takie położenie, iżby w niem podczas dalszego przebiegu porodu była zabezpieczoną od ucisku (odłożenie jój), albo, jeśli by to było niemożliwem, przyspieszyć wydobycie płodu.

Uwaga. Wypadków tu dotąd należących, w których się poród ukończył siłami naturalnemi całkiem szczęśliwie, dostrzegło wielu autorów, jako to: Mauriceau (obs. 260), Lamotte (obs. 221), Lachapelle (w miejscu przytoczonym p. 238), Merriman (w miejscu przytoczonym *Append. Nr. XIX, wypadek 1*), Nägele (*Klin. Annal. t. III. p. 486*), Merrem (*Mem. d. Z. I. p. 609*) i inni.

Chociaż odłożenie wypadłej pępowiny nie rzadko jest połączone z wielkimi trudnościami i dość często się nie udaje, to mimo tego zasługuje na baczną uwagę akuszerów dla widocznej korzyści, jaką przynosi w razie, gdy się powiedzie pomyślnie.

Na tę okoliczność należy tém więcej jeszcze zważać, ponieważ doświadczenie uczy, że przez cierpliwość, oględność i zręczność da się wiele zdziałać w przewycięzeniu owych trudności, które zresztą nie są tak znaczne, jak je tu i owdzie przedstawiono (uwaga). Mianowicie zaś jest odłożenie nieocenionym środkiem w tych wypadkach, w których jużto z powodu niepomyślnego stósunku w przestworach miednicy, już téż z powodu niedostatecznego przygotowania dróg porodowych, rozwiązanie sztuczne nie da się jeszcze wykonać, albo przynajmniej kosztowałoby wiele czasu i pracy. Wśród podanych okoliczności nie jest jednakże wskazaném odłożenie pępowiny, jeśli w chwili przybycia lekarza tętnienie jest tylko słabe albo już ustało krótko przedtém. W razach bowiem takich jest bardzo wątpliwą rzeczą, czy życie dziecka, już i tak zagrożone mocno, da się jeszcze uratować przez rozwiązanie mniej lub więcej trudne; z tego téż powodu nie dałoby się usprawiedliwić, gdybyśmy matkę wystawiali na operacye, które w każdym razie są dla niéj połączone z niebezpieczeństwem w mniejszym lub większym stopniu.

Inaczej ma się rzecz, kiedy w czasie, w którym pępowina doznaje szkodliwego ucisku, usta maciczne są już należycie rozwarłe i główka stoi tak, iż można założyć kleszcze. W razach takich nie wolno tracić czasu na próby do odłożenia, lecz trzeba jak najprędzej ukończyć poród za pomocą kleszczy. Jeśli dolna część tułowia przoduje, natenczas wypadła pępowina nie podlega w ogóle tak szybko szkodliwemu uciskowi, jak przy położeniach główkowych; wśród powyższych jednakże okoliczności należy także w tych razach wydobyć dziecko przez pociąganie za pomocą rąk.

Wreszcie jest odłożenie zawsze bezskuteczném, kiedy przyczyna powodująca wypadnięcie pępowiny, działa bezprzestannie nawet po odłożeniu pępowiny, jeśli więc np. łożysko siedzi głęboko i pępowina przyczepia się do brzegu leżącego najbliżej ust macicznych. Porównaj H. Fr. Nägele, *Comment.* p. 27.

Uwaga. Myśl odłożenia wypadłej pępowiny napowrót do jamy macicy jest tak naturalną, że akuszerowie musieli na nią wpaść bardzo wczesnie. Mauriceau téż zalecał już odłożenie pępowiny (*Traité*, 2 éd. p. 325) i wykonywał to sam często z pomyślnym skutkiem. Peü, Amand, Siegemundin, Deventer, Roederer i inni zalecają przedsiębrać powyższą operacyą przynajmniej pod pewnemi warunkami. Lamotte zaś i później Smellie uznali wszystkie usiłowania, zmierzające do odłożenia pępowiny, za bezskuteczne i przenosili nad nie obrót i kleszcze. Do tego samego zdania skłaniał się Baudelocque. Najgorzej wyrokował Boër o odłożeniu pępowiny, porównując takowe z pracą Danaid. To téż nie dziwnego, że po-

waga takich znakomitości oraz widoczne trudności towarzyszące odłożeniu, których nawet najbieglejszemu nie zawsze się uda przewyciężyć, wzbudziły w wielkiej części akuszerów przesąd przeciwko owój operacji. Przesąd ten zaczyna obecnie zwolna dopiero ustępować, kiedy w nowszych czasach donosiło wielu o pomyślnym skutku osiągniętym przez odłożenie pępowiny. Takie pomyślne wypadki ogłosili w Niemczech: Siebold, d'Outrepont, Busch, Kluge i inni; również przemawiali silnie za odłożeniem pępowiny Hüter (*Gem. d. Z. f. G. IV. 1829. p. 591*) i mianowicie Michaelis (*Abhandl. w miejscu przytoczonym*), który dokonał odłożenia 35 razy i z tych zakończyło się pomyślnie 21 wypadków (M. Josephson, *De funiculi umbil. juxta caput prolapsi observationes XXVIII. Kıl. 1839*). Kilka wypadków szczęśliwie ukończonego odłożenia ogłosił H. Fr. Naegele w dziele swém *Comm. p. 20* i później jeszcze miał po kilku razy sposobność przekonać się o korzyści, jaką daje powyższa operacja. We Francji zalecała odłożenie usilnie pani Lachapelle, o której znakomitym praktycznym talencie nikt nie wątpi, i wykonywała takowe często i przytém prawie zawsze szczęśliwie (w 16 wypadkach 14 razy).

Doodłożenia pępowiny oraz utrzymania jęj w przynależnym miejscu nie masz w ogóle stósowniejszego i lepszego narzędzia, jak ręka akuszera. chociaż na cel powyższy wymyślono wiele narzędzi z rozmaitym przyrządem. Wybór ręki zależy od tego, po której stronie miednicy wypadła pępowina; jeśli pępowina wypadła po prawej stronie miednicy, natenczas operujemy ręką lewą, jeśli zaś wypadnięcie zaszło po stronie lewej, to używamy ręki prawej. W większej części wypadków nie wystarcza kilka palcy do odłożenia, lecz trzeba wprowadzić całą rękę. Jeśli pętla jest mała, natenczas usuwa się ją napowrót tym sposobem, że się końce palców przysadza do niej w środku i popycha ku górze. W razach zaś, w których pętla wypadła jest większą, robi się z niej kłębek za pomocą końców palcy złożonych stożkowato, albo téż bokiem do siebie zbliżonych wsuwa go się obok przodującej części płodu i ponad nią ku górze; albo téż wprowadza się pętlę zwolna, wsuwając najprzód część naostatku wypadła, potem część przedostatnią i tak dalej. Przytém należy głównie baczyć na to, ażeby się pępowina dostała dość wysoko t. j. aż ponad okolice wewnętrznego ujścia macicznego, aby ręki nie usuwać, dopóki przodująca część płodu nie zstąpi głębiej, albo dopóki się nie uczuje, że dolny odcinek macicy obejmuje szczelnie przodującą część dziecka. Tylko przy takim postępowaniu można mieć nadzieję, że pępowina nie wypadnie więcej. Już samo wprowadzenie ręki wywołuje często dostatecznie silne skurcze w dolnym odcinku macicy, tak iż po pierwszym lub drugim bólu porodowym można na próbę usunąć rękę. W innych znowu razach trzeba podierać pępowinę

końcami palcy daleko dłużej, z kwadrans lub pół godziny, zanim się takowa zatrzyma w macicy. Celem zapobieżenia powtórnemu wypadnięciu zalecano wypchać pochwę gąbkami, przykładkami i tym podobnemi rzeczami, co jednakże nie nie pomaga, jak się to wycóż już powiedziało i wyłożyło. Jeśli się zaś odłożenie powiodło zupełnie szczęśliwie, natenczas układamy rodzącą na stronę przeciwną téj, po której powinna była wypadła.

Uwaga 1. Już Mauriceau opisuje dobrze sposób odkładania pępowiny: „*il faut tâcher de reposer le cordon tout à fait derrière la teste de l'enfant; ce qu'on fera par le moyen du bout des doigts d'une main les tenant toujours du côté qu'il est sorti, jusques à ce que la teste étant tout à fait descendue et logée au passage, le puisse empêcher de retomber une autre fois*” etc. W miejsce ręki można także użyć przykładki, którą się wsuwa pomiędzy głowę a macicę, aby zapobiedz powtórnemu wypadnięciu pępowiny. Podobną radę dawała także Siegemundin (*Die churbrand. Hofwehennutter*, 4 ed. p. 142). W miejsce przykładek, zalecanych przez Mauriceau, używano później gąbki (Loeffler, Oslander, Siebold, Hopkins, Hogben, Barlow etc.). Inni dla zapobieżenia powtórnemu wypadnięciu zalecali odłożoną pępowinę owinać naokoło odnogi płodowej, jak np. Croft, któremu się to udało pomyślnie wykonać w dwóch wypadkach (*London med. Journ.* vol. II. 1786. p. 38) oraz de Puyt.

O metodzie odkładania pępowiny rozpisują się obszernie: Lachapelle (w miejscu przytoczonym p. 233), Michaelis (*Abhandl.* p. 287), jako téż Schuré (w miejscu przytoczonym p. 93).

Uwaga 2. Na udanie się odłożenia wpływa bez wątpienia położenie rodzącej, która téż z tego powodu powinna leżeć spokojnie na grzbiecie, a pośladki powinny być uniesione ku górze. W niektórych zaś razach może się odłożenie udać lepiej w położeniu kolano-łokciowym (*à la vache*) lub w odpowiedniem położeniu boczniem, aniżeli w położeniu poziomem na grzbiecie. Z nowszych autorów zalecał Ritgen (w miejscu przytoczonym) w bardzo szczegółowym wywodzie zastosowanie położenia kolano-łokciowego żeby przez to ułatwić sztuczne odłożenie wypadłej pępowiny; zob. Birnbaum, z. *Behandl. der vorlieg. u. vorgefallenen Nabelschnur*, M. J. G. XXX. p. 305.—Dalej Kiestra. *Lagerung der Gebärenden bei vorfall d. Nabelstranges*, *Nederl. Weekbl.* April. 1855.—S. *Jbb.* t. 91. 1856. p. 200.—Theopold, *Deutsche Klinik* 1860. Nr. 27.—Simpson, (*Knieellenbogenlage*) *Edinb. Monthly Journ.* 1864. April.—Dyce. *Nutzen der Knieellenbogenlage bei Nabelschnurvorfal.* *Ned. Times and Gaz.* Nov. 17. 1866. — Birnbaum (w m. przytoczonym p. 299) wyraża przekonanie swe, że jak położenie kolano-łokciowe bardzo mało się przyczynia do samowolnego odłożenia pępowiny, tak przeciwnie ułatwia wiecej w niektórych wypadkach odłożenie za pomocą rąk lub narzędzi. Tak np. bywa przy miednicy miernie zwężonej, lecz mocno pochylonej, zwłaszcza jeśli przytém łuk łonowy jest wązki i zwrócony ku tyłowi oraz *situs genital. posterior*. Gdyby zaś, mówi autor dalej, po odłożeniu pępowiny rodząca mogła tak długo pozostać w położeniu kolano-łokciowym

dopóki przodująca część płodu nie zstąpi głębiej do miednicy, natenczas zapobiegaloby się na pewno powtórnemu wypadnięciu. — A beg (*zur Geburtshilfe u. Gynäkologie* p. 74) zaleca również położenie kolano-łokciowe jako nader pomocne przy odkładaniu wypadłej pępowiny, mianowicie gdy ta wypadła pomiędzy główką a kością krzyżową, a więc na tyle. — Kidd, *Ueber die Knieellenbogenlage der Gebärenden bei vorfall der Nabelschnur, Dublin Quaterly-Journal, Aug. 1868. p. 89, ref. w M. f. G. XXXIV. p. 156.*

Zastosowanie narzędzi do odkładania pępowiny należy ograniczyć tylko na te wypadki, w których nie można użyć ręki albo takowa nie wystarcza. Dwie te okoliczności zachodzą wtedy, jeśli pępowina wypada w czasie, w którym usta maciczne są jeszcze niedostatecznie rozwarte, jeśli pochwa jest niezwyčajnie wązka i nader wrażliwa przy badaniu, jeśli wypadła bardzo wielka pętla pępowiny i t. p. Z narzędzi więcćej znanych zdaje się z wielu względów zalecać przed innemi elastyczny kateter ze sztyletem, o który się przyczepia pępowinę za pomocą jedwabnego sznurka (np. według wskazówki Dudana, Deweesa, Michaelisa). Również skutecznemi okazały się nierzadko narzędzia Schöllera i Brauna.

Uwaga. Odłożenie pępowiny według Dudana jest opisane w *Revue méd. t. XI. p. 502*. Modyfikacją tegoż według pomysłu Deweesa (*System of midwifery, 4 ed. Philad. 1830. p. 522 i pl. XVIII. Fig. 2*) objaśnia bliżej figura tamże się znajdująca. Więćej nieco powikłaną jest metoda Michaelisa. Przez mocny cewnik elastyczny, 12—16" długi, przeciąga się z dołu sznurek jedwabny, złożony we dwoje (za pomocą delikatnego drutu, który się kończy haczykiem), wydobywa się pętlę sznurka przez jeden z górnych otworów cewnika dość duży kawałek i przedostawszy ją przez wypadłą pętlę pępowiny sprowadza znowu przed części płciowe. Potém wsuwa się w kateter sztylet (z drutu miedzianego i dla tego giętki), który osadzony jest na rękojęści z drzewa i nie sięga aż do końca cewnika, wyprowadza się jego koniec z drugiego górnego otworu w cewniku i zawieszają się o koniec ten pętlę sznurka jedwabnego. Następnie przyciągając ostrożnie sztylet tak długo, aż się koniec wraz z sznurkiem nie schowa w cewnik, i późniój wysuwając sztylet zupełnie, potrzeba tylko jedwabne sznurki dołem przyciągnąć i zarazem cewnik posunąć ku pępowinie, aby takową, tym sposobem pewno ustalić. Skoro się udało pępowinę odłożyć, natenczas oddalwszy sztylet można cały przyrząd rozebrać bardzo łatwo. Porównaj Michaelis, *Abhandl. p. 296 i N. Z. f. G. III p. 45.*

Bliższy opis oraz obraz narzędzia Schöllera (tak zw. *omphalosoter*) znajduje się w C. Credégo *Diss. de omphaloproptosi. Berol. 1842. 4.* — Braun zaś opisuje swój przyrząd do odkładania pępowiny oraz jego zastosowanie w sposób następujący:

Narzędzie (zob. na str. 78 stojącą fig. 1) składa się z laski 16" długiej, zrobionej z gutaperki; średnica laski téj wynosi na jednym końcu (a) 7", a na drugim (b) tylko 3". Koniec cieńszy jest dobrze zaokrąglony

i w odległości 9" od szczytu posiada ucho, przez które się przeprowadza jedwabną wstążeczkę, złożony ją we dwoje dla utworzenia pętli. Ucho musi być dość szerokie, aby się pętla mogła w nim łatwo przesuwac, a cała pętla we dwoje wzięta powinna wynosić mniej więcej 24" dla tego, aby ją można

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



umocnić przy grubszym końcu dolnym.—Sposób zastosowania tego narzędzia jest bardzo prosty: Przeprowadziwszy przez ucho pętlę jedwabnego sznurka, wprowadza się końcem cieńszym laskę pod przewodnictwem dwóch palcy, które końcami swemi przytrzymują zarazem pętlę, tak iż koniec laseczki sterczy nieco ponad pętlą pępownicy. Potem przekłada się pętlę sznurka jedwabnego naokoło pępownicy, zahacza pętlę sznurka jedwabnego o koniec laseczki i przyciąga nieco na końcu dolnym, ale nie za nadto, aby nie ucisnąć zbyt mocno pępownicy, która się w pętli znajduje. Później (fig. 2) przywiązuje się dolny koniec wstążeczki do laseczki i wprowadza wypadłą pępownicę przez usta maciczne tak wysoko, ażeby cała pętla leżała przynajmniej ponad największym obwodem główki blisko szyi dziecka, co się zazwyczaj da nietrudno wykonać. Aby zaś pępownicę uwolnić z pętli, rozwiązuje się wstążeczkę, obraca się laseczką po kilka razy naokoło swój osi i wyciąga potem powoli. Porównaj: Chiari, Braun i Späth, *Klinik d. Geburtsh. u. Gynäkologie*, Erlangen. 1852. p. 88. — Scanzoni odmienił nieco przyrząd Brauna, ale zmiana ta nie przyczyniła się jednakże, jak się zdaje, do częstszego używania tegoż; zob. Scanzoni, *Lehrb. d. Geburtsh.*, 2 Aufl. p. 691. Na témże miejscu znajduje się obraz przyrządu podanego przez Kivisch'a. Przyrząd ten składa się ze zwyczajnego ślednika macicznego, z górnej części dość mocnego cewnika elastycznego i z kawałka wstążki. Inném tego rodzaju narzędziem jest tak zwane *omphalotacterium* Neugebauera. *Günsb. Zeitschr.* 111. 1. 1852. i S., s. *Jbb. t.* 74. p. 53. Pozostałe przyrządy i narzędzia, które

wynaleziono do odłożenia i wstrzymywania pępowiny [jako to gąbkonosze Starka, Osiandra, Tellegena i Raua, przyrządy pętłowe (*Schlingenapparate*) v. Eckhardta, Walbauma, elastyczna pochwa (*elastische Scheide*) Wellenbergha, widelec (*die Gabel*) Favereaua, laseczki Aitkena, Amelinea, Overdorpa i Davisa; „*porte-cordons*” Ducampa, Guillona, Bakker a metalowy kateter z gąbką etc. etc.] znajdujemy opisane i obrazami objaśnione w dziele Schurého (p. 84) i Saxtorpha (w miejscu przytoczonym p. 51). Opis bardzo prostego przyrządu Vargesa zob. *Credé, Klin. Vorträge* p. 292, a opis instrumentu proponowanego przez Seydelera w *M. f. G. III. p. 433.*—Wreszcie zasługują na wspomnienie przyrządy do odłożenia pępowiny, wynalezione przez Simona, Thomasa, *Niederl. Lancet. Septbr. Octbr. 1854.*—*S. Jbb. t. 87. p. 53.*—przyrząd Murphyeego, zob. opis tegoż w Spiegelberga *Lehrbuch d. Geburtshülfe* p. 288,--przyrząd do odłożenia pępowiny z fiszbiną wraz z miarką przez Ed. Martina, zob. tegoż *Handatlas d. Gynäkol. und Geburtshülfe*, tablica LXIX, fig. 2, — narzędzie Hyernauxa, *Acad. Med. Belg. Nr. 1. 1863.* — Łowecka, Robertsona etc. — Schmeisser zaleca jako przyrząd do odłożenia pępowiny tampon pęcherzowy (*Blasentampon*), na którego spodzie jest przyczepiony płateczek kauczukowy do utwierdzenia pępowiny. Przyrząd swój kazal Schmeisser wykonać Eschbaumowi w Bonn. Bliższe szczegóły zob. w *M. f. G. XXXIV. p. 143.*

Po odłożeniu pępowiny można się tylko za pomocą wysłuchiwania przekonać, czy się operacja udała zupełnie. Jeśli się tętno płodowe wzmoże, jest należycie częste i silne, natenczas możemy być pewni, że płodowi nie zagraża żadne niebezpieczeństwo. W razie przeciwnym poucza nas stetoskop, chociaż palcem nie badamy pępowiny, że takowa nie jest wolną od ucisku. Co więcej, sam sposób odkładania może dać powód do uciśnięcia pępowiny, mianowicie jeśli używamy do tego narzędzia chociażby nawet z jak największą ostrożnością. Porównaj H. Fr. Naegele, *Ueber die geburtshülflliche Auscultation*, p. 135.

Jeżeli się przekonamy, że pępowina wypadła jest wiotka i nie tętni w chwilach od bólów wolnych, jeśli przytém stan ten przetrwał już kwadrans albo też dłużej, natenczas należy przyjąć, że płód nie żyje i trzeba się zachować tak, jak gdyby pępowina nie była wcale wypadła.

W wypadkach, w których się pępowina nie da odłożyć mimo wszelkich starań, ani też uwolnić od ucisku jużto przez stósowne ułożenie jój w miednicy, już też przez położenie rodzącej na tym boku, po którego stronie pępowina wypadła. w wypadkach wreszcie, w których główka tak wysoko jest jeszcze umieszczona w miednicy, iż nie można zastosować kleszczy, nie pozostaje nic innego, jak płód obrócić i wydobyć go rękoma; środek to jednakże bardzo niepewny.

Wykonanie zaś téj operacyi zależy od tego, czy pępowina nie ucierpiała jeszcze za wiele i czy operacyi nie staną na zawadzie szczególne jakie trudności. Wśród takich okoliczności nie jest bezwątpienia rzeczą konieczną zaniechać zupełnie obrótu, jakto wielu utrzymuje, ponieważ nie rzadko operacya ta pomyślnym uwieńczona była skutkiem. Z naszej strony jednakże zalecalibyśmy operacyą powyższą tylko wtenczas, kiedy ze wszystkich okoliczności można wnosić z pewnym prawdopodobieństwem, że się obrót da wykonać szybko i łatwo, oraz kiedy nie stracono zbyt wiele czasu na próby do odłożenia pępowiny. W razach przeciwnych daleko lepiej jest poczekać, aż główka nie zstąpi tak nisko, że się da wydobyć za pomocą kleszczy; tymczasem zaś należy pępowinę, jeśli wypadła przed części płciowe, wprowadzić nazad do pochwy i tam ją przytrzymywać za pomocą gąbki lub przykładki.

2. Owinięcie, zbyteczna krótkość, rozdarcie i inne nieprawidłowości pępowiny.

Owinięcia pępowiny naokoło téj lub owéj części ciała płodowego zachodzą nader często. Po większej części owija się pępowina naokoło szyi, jużto pojedynczo już téż kilka razy (nawet do ośmiu razy), a niekiedy okręca się równocześnie o różne części płodu, np. około szyi i ramienia, około piersi lub brzucha i dolnych odnóg i t. p. Jako przyczyny skłaniające do tego zjawiska przytaczają zazwyczaj zbyteczną długość pępowiny, zbyt wielką ilość wody płodowej, oraz znaczny niedostatek w rozwoju objętości i ciężkości płodu; do przyczyn zaś przypadkowych liczą mocne poruszenia płodu, gwałtowne ruchy ciała ciężarnych i t. d. (zob. uwagę 2).

Uwaga 1. Co do częstości owinięć pępowiny, to spostrzeżono w heidelberskim zakładzie położniczym (w latach od 1828—1841), że na 3587 porodów przypadło 685 owinięć pępowiny, czyli innemi słowy, że w ogólności każde piąte dziecko rodzi się z pępowiną owiniętą naokoło ciała swego. Najkrótsza z pępowin owiniętych wynosiła 32,4 ctm. (12") długości, najdłuższa 124 ctm. (46"); w przecięciu zaś wynosiła długość 54—81 ctm. (20"—30"). W 100 wypadkach podwójnego owinięcia pępowiny naokoło szyi była ona raz jeden 40,5 ctm. (15") długa, dziewięć razy 48,6—54 ctm. (18—20"), w pozostałych wypadkach 56,7—105 ctm. (21—39") długa (porównaj poniżej cytowaną rozprawę Meyera). Veit (w miejscu przytoczonym p. 293) obliczył, że owinięcia pod względem swéj częstości stosują się do ogólnej liczby dzieci jak 1 : 4,5, która to liczba wyraża *minimum* częstości.

Uwaga 2. Neugebauer (*Morphologie der menschlichen Nabelschnur*, p. 48) rozróżnia bardzo słusznie owinięcia normalne czyli fizyologiczne i nieprawidłowe czyli patologiczne. Po większej części należą owinięcia pępowiny do zjawisk fizyologicznych, powstających tym sposobem, iż długość pępowiny, która rosnąc coraz więcej się zarazem zwiększa, przybiera w końcu długość w niepomysłnym stosunku do wymiaru jamy jajecznej. Skutkiem tego przyjmuje pępowina postać łuku, który z posuwającym się naprzód wzrostem pępowiny otacza płód coraz więcej, obwijając się naokoło niego raz lub więcej razy i okręcając się w końcu naokoło płodu jako śrubowata pętla. Takie pętle pępowiny czepiają się najłatwiej szyi dla szczególnego ukształtowania tej okolicy ciała płodowego, z tułowia zaś i kończyn mogą się łatwo zsunąć podczas porodu; z tej też przyczyny należy przyjąć, że owinięcia pępowiny zachodzą jeszcze częściej podczas ciąży, aniżeli to wskazuje stosunek wyżej wymieniony (uw. 1). Bezwątpienia rzadszemi są owinięcia patologiczne i powstają one skutkiem silniejszych poruszeń płodu oraz gwałtowniejszych ruchów u ciężarnych, przez co pępowina ułożona w kształcie pętli lub łuku dostaje się na jaką część ciała płodowego. Jeśli się przytém płód przesuwa całym swém ciałem przez taką pętlę pępowiny, natenczas powstaje owa nadzwyczajna nieprawidłowość, którą znamy pod nazwą prawdziwych węzłów pępowiny. Neugebauer w miejscu przytoczonym p. 59 i 63. Wypadki bardzo powikłanych owinięć opisali: H. von de Laar (*observationes chirurg. obstetr. anatom. med. L. B. 1794. 8. p. 39 i tab. 2*), Stein (*Geburtsh. Wahrnehm. cz. I. p. 84*), Daubert (w swéj rozprawie) i inni. Credé widział w Charité w Berlinie ośmiokrotne owinięcie pępowiny naokoło szyi i opisuje takowe obszernie w *M. f. G. Jan. 1853. p. 33*. Pępowina wynosiła 154 ctm. (57") długości; płód urodził się bez pomocy sztucznej i musiał już nie żyć od kilku dni. Gray opisuje (*Lancet, Sept. 1853*) bardzo krótko wypadek, w którym pępowina miała być dziewięć razy owiniętą naokoło płodu.

J. B. Freyer, *De partu diffic. propter funiculum umbilic. foetus collum stringentem. Hal. 1765. 4.*—Daubert, *De funiculo umbilic. humano foetus circumvoluto. Gott. 1808. 8.*—G. L. Michgorius, *De funiculo umbilic. foetus collum stringente. Groning. 1822. 8.*—Kohlschütter, w miejscu przytoczonym p. 37. —Ed. C. J. Siebold, *De circumvolutione funiculi umbilic. Gott. 1834. 4.*—G. A. Mayer, *De circumvolutionibus funiculi umbilic. foetus vitae haud raro infestis. Heidelb. 1842. 8.*—H. W. Hermann Weidemann, *Diss. inaug. Marb. 1856. 8. Bemerkungen über die Umschlingungen des Nabelstrangs um die Frucht, nebst Beschreibung zweier Fälle von tödlicher Nabelstrangs—Umschlingung.*—Neugebauer, w miejscu przyt. p. 51.—G. Veit, *Ueber die Frequenz der Nabelschnurumschlingung und den Einfluss derselben auf den Ausgang der Geburt für das Kind. M. f. G. XIX. 1862. p. 290.*

Skutkiem owinięcia bywa pępowina, jak to już wyżej powiedzieliśmy, rzadko kiedy skróconą tak bardzo, iżby przez to poród miał doznawać znacznego opóźnienia lub utrudnienia. To samo odnosi się do pępowiny już saméj przez się zbyt krótkiej. Jednakże nieprawidłowości te mogą pociągnąć za sobą inne szkodliwe skutki.

Tak np. w razie silnego obwiniecia się pępowiny może płód życie stracić dla tego, iż pod wpływem zbyt mocnego napięcia pępowiny zwięza się światło w naczyniach pępkowych i przez to wstrzymuje się obieg krwi w tychże. A chociaż nawet pępowina jest luźno opasaną naokoło płodu, mianowicie gdy się obwija kilkakrotnie, to jednak wynika dla płodu nie rzadko niebezpieczeństwo z powodu ustawicznego ucisku, jakiego doznaje pępowina pomiędzy ciałem płodowem a drogami porodowemi; najczęściej zachodzi to pomiędzy szyją płodu a przednią ścianą miednicy, a ucisk jest mianowicie wtenczas największym, gdy się opóźnia wrzynanie i przerzynanie główki (uwaga 1). Pępowina za krótka jużto skutkiem owinięcia, już téż z natury, może nadto oddziaływać zgubnie na płód dla tego, iż tenże zastępując podczas porodu coraz głębiej napręża tak znacznie pępowinę, że takowa albo pęka częściowo, lub się téż zupełnie (uwaga 2) rozrywa, albo się oddziela z łożyskiem, mianowicie gdy się osadza na jego brzegu, i tym sposobem może spowodować bardzo groźne krwotoki. Jeżeli przed urodzeniem główki zajdzie jedna z powyższych okoliczności i przytém dolny odcinek macicy otacza silnie główkę, natenczas krew nie odlewa się na zewnątrz, lecz na wewnątrz, i jeśli się łożysko oddzieliło, występują u matki objawy wewnętrznego krwotoku. Jeżeli zaś dolny odcinek macicy nie przylega tak silnie do przodującej części płodu, natenczas po ustąpieniu bólów porodowych odpływa krew na zewnątrz; również odlewa się krew na wewnątrz wtenczas, gdy się łożysko oddziela dopiero po urodzeniu główki, co się bardzo często wydarza. Że w tego rodzaju wypadkach krwotok trwa jeszcze po porodzie albo się téż ponawia, pochodzi to częścią ztąd, że się łożysko oddzieliło niewczesnie, częścią téż skutkiem urażenia miejsca łożyskowego i wynikłego ztąd wadliwego działania macicy. Wreszcie zbyt krótka pępowina może spowodować wycisowanie macicy, gdy się pierwsza nie da napiąć silnie. Jednakże wszystkie wyżej wymienione okoliczności niepomysłne zachodzą tylko w nader rzadkich wypadkach.

Owinięcie pępowiny naokoło szyjki płodowej rozpoznajemy zazwyczaj dopiero po urodzeniu główki. Jednakże w wielu wypadkach, chociaż nie we wszystkich, da się takowe rozpoznać już wtenczas, kiedy się główka zaczyna przerywać, i to rozpoznać za pomocą badania rodzącej przez kiszki odbytową, przyczém palec wprowadzony dochodząc aż do szyjki płodowej wyczuwa wyraźnie tętnienie w naczyniach pępkowych (uwaga 3). Tak zwany szmer pępowiny, który się daje często wysłyszeć w tych razach, w których po po-

rodzie znajdujemy owinięcie, ma także pewną wartość, chociaż nie wystarcza do niezawodnego rozpoznania.

O leczeniu owinięcia pępowiny była już dawniej mowa przy dytetyce porodu prawidłowego (zob. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 742). To też na miejscu tém wspominamy tylko po krótko niejedne uwagi godne rzeczy. Jeśli owinięcie pępowiny jest luźne, natenczas przy dalszém posuwaniu się tułowia zsuwa się takowa sama przez się po ramieniu nie sprawiając w porodzie żadnej przeszkody; w innych znowu razach wystarcza, jeśli koniec, idący do łożyska, przyciągamy nieco ku dziecku, poczem pętla tym sposobem rozszerzona da się łatwo przesunąć przez ramię. Jeśli zaś pępowina jest tak silnie owinięta, iż jój niepodobna przesunąć powyższym sposobem, natenczas przecina się pępowinę i wydobywszy jak najspieszniej dziecko podwiązuje ją się szybko. Dość często zdarza się, że właśnie w chwili, kiedy zamierzamy pętlę rozszerzyć, przesunąć ją przez ramię albo nawet przeciąć, silny ból porodowy wydała szybko tułów bez wszelkich trudności.

Przy położeniach miedniczych należy po ukazaniu się brzucha baczyć na to, żeby pępowina nie była szarpaną. Jeśli po urodzeniu bioder znajdujemy, że pępowina przechodzi między udami dziecka (dziecko jeździ na pępowinie), natenczas należy za część, znajdującą się ponad krzyżem, z góry pociągać ku dołowi, tak iżby ją mcźna przesunąć przez nogę zgiętą w kolanie. Jeśli się zaś przypadkiem nie uda owo przesunięcie (co się przecież wydarza nader rzadko), natenczas podwiązuje się pępowinę ponad pośladkiem na dwóch miejscach, mniej więcej na cal od siebie odległych, i przecina się ją wśrodku. Potem należy naturalnie dziecko wydobyć jak najspieszniej. Tak samo postępujemy sobie, jeśli np. pępowina opasuje silnie brzuch i przez oględne ciągnięcie nie da się obluzować.

Jeśli pępowina jest zbyt krótka nie skutkiem owinięcia, lecz już z natury, natenczas należy ją odciąć zaraz po porodzie. W wypadkach, w których zbytnią krótkość spostrzegamy wtenczas, kiedy się dziecko urodziło dopiero po pępek, należy pępowinę przeciąć w pochwie, poczem koniec płodowy podtrzymujemy tymczasowo palcem i podwiązujemy dopiero po urodzeniu się dziecka.

Z dotyczącej literatury należy tu jeszcze nadmienić: Chr. Sommer, *De partu laborioso obs. selectae*. Gott. 1765. p. 2.— S. Zeller, *Bemerk. ueber einige Gegenst. aus der Entbindungsk.* Wien 1789. p. 50.— Joerg, *Vers. u. Beitr. geburtsh. Inh.* Leipzig. 1806. 8. p. 66. — Haselberg, *Untersuchungen etc.* Berlin. 1808.

8. p. 90. — Wigand, *Die Geb. d. Menschen. II część.* — L. Lohmeier, *De funiculi nimia brevitate partui damnosa.* Hal. 1823. 8. — Hirtz, *Mém. s. la brièveté native ou accident. du cordon ombilic.*, w *Gaz. méd. de Paris*, t. XIII. 1845, p. 294 i 305. — De-yilliers, *Nouv. recherc. sur la brièveté et la compress. du cordon ombilic. Recueils de memoir. et d'observ. sur les accouch. et les malad. des femmes.* t. I.° Paris 1862. p. 127—252.

Uwaga 1. Między 685 wypadkami owinięć pępowiny (które znajdujemy zestawione w przytoczonej powyżej rozprawie Mayera p. 28) urodziło się 72 dzieci w pozornej śmierci, wkrótce jednakże udało się przywrócić je do życia; między 49 zaś, urodzonymi nieżywo, było 18, których śmierć nastąpiła jedynie skutkiem owinięcia pępowiny. Zresztą nie pokazało się, ażeby przy szczególnie silnym owinięciu *cat. paribus* przeważnie miał następować koniec niepomysłny. Owszem zdarzało się nierazdko, że dzieci przychodziły żywe na świat, mimo że pępowina była tak silnie owinięta, iż ją nawet trzeba było przecinać; w innych znowu razach pępowina otaczała płód luźno, a dzieci rodziły się mimo to w śmierci pozornej, lub też nieżywe. Nadto wykazało się bardzo wyraźnie, że u pierwiastek dzieci, mianowicie mocno rozwinięte, rodziły się daleko częściej w pozornej śmierci lub nieżywe, aniżeli u mnogorodzących. Pochodzi to ztąd, że u pierwszych główka pozostaje czas dłuższy na przerznięciu. Według Veita (w m. przyt. p. 301) zachodzą przy owinięciach zaburzenia w płodowym procesie oddychania 2—3 razy częściej, aniżeli przy prawidłowem położeniu pępowiny. Zaburzenia te wydzarżają się przy zwyczajnych porodach czaszkowych także częściej skutkiem owinięcia, aniżeli skutkiem ucisku, pochodzącego od bólów porodowych. Niebezpieczeństwo, jakie dla dziecka stwarza owinięcie samo, zaczyna zagrażać życiu jego dopiero pod koniec okresu wydalania płodu; u pierwiastek jest ono groźniejszym, aniżeli u mnogorodzących, również znaczniejszem dla płci męskiej; u mnogorodzących powracają dzieci prawie zawsze do życia, podczas gdy u pierwiastek śmierć pozorna kończy się prawie w każdym dziesiątym wypadku śmiercią rzeczywistą.

Uwaga 2. Częściowe rozdarcie pępowiny podczas porodu spostrzeżono w klinice heidelberskiej. Kiedy się główka miała zacząć przerzynać, wylało się nagle z części płciowych dość dużo krwi jasno-czerwonej; ten odpływ krwi powiększył się znacznie po urodzeniu się główki. W odległości pięciu cali od pępka znaleziono jedną tętnicę naddartą, a żyłę prawie zupełnie przerwaną. Dziecko było nadzwyczaj blade, ale wkrótce przyszło do siebie. Zaraz po porodzie pojawił się znaczny krwotok z części płciowych (*Heid. Ann. t. III. p. 489*).

Uwaga 3. Że się owinięcie pępowiny naokoło szyjki płodowej da wysledzić za pomocą badania rodzącej przez kiszkę odbytową, wykazał najpierw Haake (*Z. f. Med., Chir. und Geburtsh. N. F. IV. 3. p. 193. 1865*). Tym sposobem można rozpoznać nie tylko owinięcie samo, ale nadto przekonać się, jak silnem i jak częstem jest tętno płodowe. Okoliczność ta jest tém ważniejsza, że dla niespokojności rodzącej jest rzeczą nadzwyczaj trudną wysłuchiwać uderzenia serca płodu właśnie w okresie wydalania jego.

Tak więc w razie owinięcia pępowiny można za pomocą częstszego badania rodzącej w sposób wyżej oznaczony kontrolować łatwo tętno płodowe, rozpoznać szybko każde zaburzenie i zastosować leczenie oparte na pewnym rozpoznaniu.

Co do skutków, jakie za sobą pociąga pępowina zbyt krótka, to porównaj literaturę, którąśmy wymienili mówiąc nie dawno temu o leczeniu zbyt krótkiej pępowiny. Za zbyt zaś krótką należy pępowinę uważać wtenczas, kiedy jej długość nie wyrównywa największej odległości pomiędzy pępkiem płodu a jej miejscem przyczepienia do łożyska, które podczas porodu siedzi jeszcze na wewnętrznej powierzchni macicy. W literaturze znane są wypadki, w których długość pępowiny wynosiła ledwie kilka cali (porówn. Neugebauer, Akuszerya, t. I. p. 294); w nader rzadkich wypadkach miało nawet nie być pępowiny wcale, a łożysko miało być zrosłe z głową lub tułowiem płodu, który w razach takich był potwornie zbudowany. — Z dotyczącej tu literatury porównaj: Prager, *Vierteljahrsschrift*. II. 4 i VIII. *Orig.* p. 33, i Hohlschera *Hannov. Annal.* N. F. IV. *Novbr. Decbr.* 1844. — Stute, *Fall von plac. praevia mit totalem Fehlen der Nabelschnur*, *M. f. G.* VII. 1856. p. 36. — Sclaffer, *Gaz. des hôpit. ref.* w *M. f. G.* VII. 1856. p. 61.

Rozdarcie się pępowiny może nastąpić nie tylko skutkiem zbyt krótkości, ale także skutkiem porodów zbyt rychłych, odbywających się w niepomyślnym stanowisku (np. podczas stania) rodzącej, jako też skutkiem nieogłędnego zachowania się przy wydobywaniu dziecka. Najczęściej przerywa się pępowina w bliskości swych punktów końcowych, a więc blisko pierścienia pępkowego albo blisko łożyska; rozdarcie pierwsze jest najniebezpieczniejsze. W wypadkach tego rodzaju może dziecko uratować tylko nader szybka pomoc; należy je więc, jeżeli się jeszcze nie urodziło zupełnie, wydobyć jak najspieszniej i pępowinę podwiązać. W razie oderwania się pępowiny tuż przy pępku trzeba miejsce krwawiące uciskać za pomocą kuleczki szarpi, zmaczanych w zimnej wodzie lub occie, albo przyłożyć hubkę albo wreszcie posypać proszkiem ściągającym (*stypticum*), lub też przyżegnać. Gdyby się te środki miały okazać niedostatecznymi, natenczas powinno się naczyńia pępkowe wydobyć za pomocą szczypczyków i potem podwiązać, albo też ranę zeszyć odpowiednio.

U w a g a. O rozdarciu się pępowiny i jej wytrzymałości zobacz Ed. C. J. v. Siebold, *Lehrb. d. gerichtl. Med.* Berlin. 1847. p. 428, i Chiari, Braun i Spaeth, *Klinik d. Geburtsk. etc. Lief. I.* p. 75.

Co się tyczy prawdziwych węzłów pępowiny, to pokazało się z dotychczasowych doświadczeń, że z pomiędzy węzłów tych nie wystawiają płodu na żadne niebezpieczeństwo te, które się potworzyły dopiero podczas porodu. Jednakowoż nie da się zaprzeczyć, że węzeł taki może życiu płodowemu także zagrażać, jeśli mianowicie przy równoczesnej zbytniej krótkości pępowiny zostanie podczas porodu mocno ściągnięty albo przy owinięciu pępowiny i wolnym przebiegu porodowym dozna mocnego uciśnięcia pomiędzy ciałem płodowym a macicą, skutkiem czego krew nie może krążyć z zwykłą swobodą. Węzły, które się potworzyły już wcześniej podczas ciąży, zazwyczaj nie wywierają także żadnego złego wpływu. Jednakże kilka wypadków zdaje się dowodzić, że węzły takie mogą wyjątkowo utrudniać obieg krwi w pępowinie i tym sposobem spowodować zanik płodu (Puzos, w m. przyt. p. 100--102; Levret, *L'art etc.* § 305) podczas ciąży, a nawet jego śmierć.

Uwaga 1. Saxtorph zrobił to doświadczenie, że światło naczyń jest zwężone na tém miejscu, w którym zachodzi węzeł. Również znajdowano częściej takie węzły przy pępowinie płodów odumarłych i zgnitych, chociaż zawsze pozostanie rzeczą niepewną, czy się w wypadkach tych węzły nie ściągnęły tak silnie dopiero po odumarcu płodu. Van Swieten opowiada o kobiecie, która dwa razy po sobie urodziła płody nieżywe, przy których pępowina była za każdą razą ściągnięta w mocny węzeł. — Porównaj: Kohl-schütter, w m. przyt. p. 27.

Uwaga 2. Do rzadkiej nieprawidłowości pępowiny, mogącej spowodować śmierć płodu podczas porodu, należy rozgałęzienie się naczyń pępkowych w okolicy błon jajecznych, skierowanych ku ustom macicznym (*insertio velamentosa*). Hütter nieprawidłowość tę nazywa przodowaniem naczyń pępkowych (*vasa funic. umbilic. praevia*). Przy pęknięciu pęcherza płodowego może się równocześnie rozdrzeć jedno z naczyń i płód zalać się krwią. Pierwszy tego rodzaju wypadek spostrzeżono w klinice położniczej w Heidelbergu roku 1830. Przez grubą pęcherz płodowy dał się wyczuć powrózek grubości pióra, który przebiegał z tyłu ku przodowi i nie tętnił wcale. Począwszy od pęknięcia pęcherza aż do rozwiązania, które się odbyło z pomocą kleszczy, odpływała krew bezprzestannie i wynosiła mniej więcej 150—180 gramów. Dziecko było niedokrwiste i dawało tylko słabe znaki życia. Pępowina osadzała się w błonach jajecznych w odległości prawie 6,7 ctm. ($2\frac{1}{2}''$) od brzo-gu łożyska; jedna gałąź żyły, przechodząca właśnie ponad ustami macicznymi, pękła razem z pęcherzem płodowym (Rob. Benckiser, *De haemorrhagia inter partum orta ex rupto venae umbilic. ramo. Heidelb. 1831. 4. c. tab.*). — Drugi tego rodzaju wypadek opisał Ricker w Siebolda *Journ. t. XII*. O trzecim zupełnie podobnym spostrzeżeniu Meyera donosi Grenser w *Jahresb. über die Geburtsh. 1842*; zob. C. Ch. Schmidta *Encyklop. d. ges. Med., Supplem. t. II. p. 497.* — Czwarty tu należący wypadek opisuje Hecker *Klinik d. Geburtsh. p. 162*). — O nieprawidłowości powyższej rozpi-

suje się bardzo obszernie Hüter w *N. Z. f. G. XII. zeszyt 1. p. 48.* — W wypadku tamże skreślonym, a spostrzeżonym przez Hütera samego, zdawało się, że śmierć płodu musiała nastąpić skutkiem ucisku, który spowodowało parcie główki na naczynia pępkowe. Jednakże nie zawsze potrzebują przodujące naczynia pępkowe uleść uszkodzeniu; owszem zachodziły wypadki, w których takowe pozostały nietknięte przy pęknięciu pęcherza i nieprawidłowość ta nie wywarła w ogóle żadnego złego wpływu na dziecko. Porównaj Grenser, w m. przyt. p. 496. — Przy tego więc rodzaju nieprawidłowym przebiegu naczyń pępkowych powinien akuszer tych samych trzymać się przepisów, co przy przodowaniu pępownicy, przedewszystkiém tedy starać się o jak najdłuższe utrzymanie pęcherza płodowego. Jeśli się zaś po pęknięciu pęcherza płodowego pokaże krwotok z jaja, natenczas należy płód wydobyć jak najspieszniej; w przeciwnym razie, gdy po odpłynięciu wody płodowej krew nie odpływa wcale i tętno płodowe pozostaje prawidłowém, nie potrzeba żadnej pomocy sztucznej. Przyczepienie się pępownicy w błonach jajecznych, jako téż przodowanie naczyń pępkowych wyjaśnia Hüter bardzo obszernie w *M. f. G. XXVIII. p. 350.*

c) Nieprawidłowości łożyska.

1. Nieprawidłowa wielkość łożyska.

Nieprawidłowości pod względem wielkości łożyska mogą w obu kierunkach osiągnąć nader znacznego stopnia. Wiarogodni autorowie utrzymują nawet, że w pojedynczych wypadkach nie było wcale łożyska, przyczém naczynia pępkowe miały się rozgałęziać tylko w błonach jajecznych; jednakże nie określili nam bliżej jak się zachowywały delikatne rozgałęzienia końcowe tychże naczyń. Ponieważ zaś końce te, mając służyć do odżywiania płodu, musiały być koniecznie tego rodzaju, iżby mogły utrzymać zamianę krwi między płodem a matką, przeto w wypadkach tych nie może być mowy o właściwym braku łożyska. Być może, że te pojedyncze wypadki polegały na jakiejś pomyłce i prawdopodobnie dadzą się tylko odnieść do niedostatecznego rozwoju kosmków w miejscu późniejszej błony doczesnej.

Niezwyczajnie małe łożyska, jako téż niezwyczajnie wielkie, skoro ich budowa zresztą jest prawidłowa, nie należą bynajmniej do rzadkich wypadków. Niekiedy spotykamy łożysko, które osiąga zaledwie połowy prawidłowych rozmiarów, w innych znowu razach bywa od niej przeszło dwa razy większe. Wielkość łożyska nie stosuje się nigdy do wielkości płodu, lecz mocno rozwinięte znachodzi się tak przy płodach zbyt silnie zbudowanych, jak przy płodach zanikłych wraz z puchliną wodunkową (*hydramnion*).

Zwiększenie to w ostatnim wypadku pochodzi prawdopodobnie od zapalnego stanu w śluzowej błonie macicy, tak iż pod wpływem silnego bujania późniejszej błony doczesnej, oraz strzępów kosmówki wydziela się dużo wody płodowej i odbiera się płodowi część jego pożywienia.

Skutki szkodliwe, jakie za sobą pociąga tylko niezwykle wielkie łożysko, polegają na tém, że łożysko takie rozszerza nadzwyczaj mocno macicę w okresie występowania łożyska i tym sposobem może łatwo spowodować krwotoki; nadto łożysko tego rodzaju, jeśli sięga aż do ust macicznych, albo téż i za takowe, może taki sam wywierać wpływ, jak łożysko głęboko przyczępione lub przodujące, o czém później będzie mowa.

2. Nieprawidłowa postać łożyska.

Postać łożyska jest po największej części okrągła lub owalna, zboczenia zaś od téj prawidłowej postaci są nader różne, tak iż spotykamy łożyska trójkątne, eliptyczne, w postaci nerek, języka i t. p. Również rozpada się nie rzadko łożysko na kilka zrazów, wtedy stósownie do liczby zrazów zowiemy je podwójnym, potrójnym i t. d. Jeżeli zaś obok jednego głównego zrazu znajdujemy kilka pomniejszych, natenczas nadajemy im miano łożysk dodatkowych (*pl. succenturiatae*). Utwory te powstają tym sposobem, że strzępy kosmówki, nie siedzące w miejscu błony doczesnej późniejszej, zatrzymują naczynia i łączą się z błoną doczesną prawdziwą za pomocą naczyń. Jeśli nie masz tego połączenia, natenczas wybujałe strzępy tworzą tak zwane łożysko fałszywe (*pl. spuria*).

Nieprawidłowości te są zazwyczaj rzeczą obojętną i wtenczas tylko mogą posiadać znaczenie praktyczne, kiedy np. przy łożysku w postaci języka lub nerki jeden jego koniec dochodzi aż do ust macicznych, albo kiedy przy łożysku mnogiém jeden jego zraz przyczępia się obok ust macicznych lub siedzi ponad niemi.

3. Nieprawidłowe utkanie łożyska.

1) Złogi włóknikowe w łożysku.

Do najczęstszych nieprawidłowości w utkaniu łożyska należą bez wątpienia złogi włóknikowe. Składają się one przeważnie z bryłowato skrzepłego włókniku, zawierającego w sobie niekiedy bar-

wnik, i przedstawiają się w postaci blado-żółtych guzów lub pręg rozmaitej spójności i różnej wielkości.

W postaci guzów zachodzą one na każdym miejscu tak powierzchni płodowej jak macicznej. W miejscu pierwszym tworzą one płaskie guzy, z których najmniejsze są wielkości jagły, największe zaś wielkości talara; te rzadko kiedy zagłębiają się w miąższ łożyska więcej nad kilka linii i mało tylko sterczą ponad jego powierzchnią. Przeciawszy guzy te znajdujemy je nacieczonemi mniej więcej lepkiem płynem, i stósownie do jego ilości są one albo miękciejsze albo twardsze. Jeśli ilość tego płynu jest nadzwyczaj mała, natenczas mogą osiągnąć prawie spójności kauczuku.

Na powierzchni płodowej przedstawiają one po największej części osłony mniej lub więcej grube, w postaci kapturów, osłony te otaczają pojedyncze zrazy, w których wewnątrz zamknięty miąższ bywa albo prawidłowy, albo też pod wpływem wybroczonej krwi zamieniony w ognisko udarowe. Niekiedy są nawet obszerne oddziały łożyska w całej swój grubości zniszczone przez takie masy włóknikowe, mianowicie zaś często w bliskości brzegu łożyskowego.

W postaci pręgów znajdujemy złogi włóknikowe tylko na powierzchni płodowej łożyska i to wzdłuż brzegu; tutaj rozchodzą się one w rozmaitej szerokości i grubości i zajmują różne przestrzenie, a niekiedy nawet rozszerzają się naokoło całego łożyska w kształcie pierścienia, który albo przechodzi tuż nad brzegiem łożyska, albo się też zbliża więcej do jego środka.

Obie formy zachodzą często równocześnie przy jedném i tém samém łożysku i niekiedy są w tak wysokim stopniu rozwinięte, iż niemi zdaje się być zakryta cała powierzchnia płodowa albo maciczna.

Jakim zaś sposobem po wstają te złogi i jakie jest ich znaczenie, tego dotąd nie zbadano jeszcze dostatecznie. Po największej części należy zapewne uważać je tylko jako złogi włókniku, w przewyżce się znajdującego. Złogi jednakże w postaci guzów mogą się tworzyć także z udarów, w jakim to razie znajdujemy w nich także barwnik.

Wpływ, jaki złogi tego rodzaju wywierają na przebieg ciąży i odżywianie dziecka, jest rozmaity w miarę ich większego lub mniejszego rozszerzenia się. Mniejsze guzy i pręgi nie wywierają pospolicie żadnego złego wpływu, chyba że leżą tak na powierzchni płodowej, iż uciskają właśnie większe gałęzie naczyń

pępkowych, albo że w tak wielkiej znajdują się liczbie na powierzchni macicznej, iż mogą się stać niebezpiecznymi dla odżywiania płodu.

Jeżeli zaś na wypukłej powierzchni łożyska zajmują wielką przestrzeń, natenczas utkanie łożyska staje się twardszém i gęściejszém i oddziela się daleko łatwiej od macicy, tak iż w wypadku tego rodzaju może podczas ciąży łożysko już pod wpływem małodżanego, w innych razach nieszkodliwego wstrząśnienia, oddzielić się częściowo, skutkiem czego przychodzi krwotok i przedwczesny poród.

Złogi włóknikowe nie dostarczają żadnych oznak, po którychbyśmy mogli je rozpoznać już podczas ciąży; to też nie może być w razie takim mowy ani o rozpoznaniu, ani o leczeniu. Krwotoki zaś powyższym sposobem powstałe należy leczyć symptomatycznie.

2) Torbiele w łożysku.

W ściśłem związku z opisanymi co dopiero złogami wapiennymi stoją twory torbielowe w łożysku. Zachodzą one tylko na stronie wklęsłej łożyska i przedstawiają płaskie, przeświecające pęcherze wielkości najmniej jagły, a najwięcej talara i większe jeszcze. Pęcherze te spoczywają zupełnie na wierzchu pod pokrywą kosmówkową łożyska i sterczą mniej lub więcej ponad dotyczącą powierzchnią łożyska. Zazwyczaj wypełnia je rzadki płyn jasno-żółty albo czerwony, przytém nieco zmętniony, a na powierzchni podstawowej, przyczepionej do mięszu łożyskowego, okazują one trzęsinowato luźną kosmkową masę, która sterczy swobodnie w worek torbielowy i nie rzadko posiada grubość kilku linii. Badając pod mikroskopem płynną zawartość znajdujemy w niej molekularną masę, krople tłuszczu, nieregularne podścielisko włókniaste podobne do skrzepłego włóknika, ciała krwiste i ziarniste, czemu płyn winien swe zabarwienie i zmętnienie. Masa trzęsinowata, znajdująca się na podstawie, składa się z brył włóknikowych, wolnego tłuszczu, ciałek ziarnistych i po większej części z pierwiastków tkanki komórkowatej, tłuszczowo zwyrodniałych.

Pokrywa, granicząca z kosmówką, składa się z włókienek tkanki łącznej i w większych torbielach jest wyłożona nabłonkiem płaskim.

Powstają zaś torbiele tym sposobem, że wraz z wydzieleniem się włóknika występuje także większa ilość płynu surowiczego, która pokład tkanki łącznej w kosmówce unosi ku górze w postaci pęcherzy.

Posiadają tedy torbiele to samo znaczenie, co guzy włóknikowe na płodowej powierzchni łożyska.

3) Złogi wapienne w łożysku.

Nagromadzenia węglanu i fosforanu wapniowego miano nawet w większej ilości znajdować w owych złogach włóknikowych, o których wyżej była mowa, oraz w mięszu łożyskowym, zniweczonym przez zapalenie.

Częściej jednakże spotykamy je na stronie wypukłej łożyska w postaci małych ziarn, leżących zazwyczaj grupami obok siebie, przyczem łożysko pod każdym innym względem jest zbudowane prawidłowo. Ziarna te dają się dostrzedz już gołym okiem i zachodzą niekiedy w tak wielkiej ilości, że cała powierzchnia maciczna łożyska zdaje się nimi być jakby obsiana, a dotykający jęj doznaje takiego uczucia, jakby była posypana piaskiem.

Z badania mikroskopicznego dowiadujemy się, że pojedyncze ziarna wapienne mają postać gruczołkowatą i osadzają się albo tylko w końcach kosmków łożyskowych, albo też wzdłuż tychże wchodzą mniej lub więcej głęboko w sam miąższ łożyska. Ztąd też bardzo jest prawdopodobnym, że się takowe wytwarzają najprzód w końcach kosmków łożyskowych; że się zaś wytwarzają grupami, wynika to z budowy kosmków, podobnej do rozgałęziającego się drzewa.

Niekiedy ziarna wapienne schodzą się w tak wielkiej ilości, iż przedstawiają większe kawały i dają powód do fałszywej nazwy łożyska skostniałego. W pojedynczych wypadkach znaleziono nawet całe łożysko zamienione prawie w masę wapienną.

Złogi wapienne zachodzą w każdym czasie ciąży, i to równie u płodów słabowitych, jak silnie zbudowanych.

Przyczyny ich wytwarzania się nie zbadano dotychczas. Być może, że takowe należy uważać jedynie za rodzaj wydzielania się z krwi soli wapiennych, nagromadzonych w niej w zbyt wielkiej ilości. Że zaś przy łożyskach zrósłych, należących do bliźniąt, znajdowano złogi wapienne nie rzadko w jednym tylko łożysku, przeto okoliczność ta przemawiałaby za tém, że owe sole wydzielają się tylko z krwi płodowej.

W małej ilości nie mogą one spowodować żadnych zaburzeń w krążeniu krwi, ani też płodowi zagrażać żadnym niebezpieczeń-

stwem. Skoro się zaś w większej znajdują ilości, mogłyby jednakże łatwo życiu jego zagrażać przez to, że utrudniają jego odżywianie.

4) Nacieczenie kosmków i stłuszczenie łożyska.

Przez nacieczenie kosmków rozumiemy osadzanie się masy molekularnej w kosmkach łożyskowych, które z tego powodu przedstawiają się pod mikroskopem albo częściowo albo zupełnie zmętnione i nieprzejrzyste. Zazwyczaj rozpoczyna się to nacieczenie w czubkach kosmków, ogarnia zwołna całe grupy kosmków, a nawet całe zrazy łożyskowe, i przechodzi następnie na szypułki kosmkowe. W połączeniu z tym sposobem rozszerzania się zostaje ta okoliczność, że nieprawidłowość powyższa, pojawiając się na wypukłej stronie łożyska, występuje tamże daleko silniej, aniżeli na stronie wklęsłej, i że procesem tym są zajęte tém grubsze pnie kosmkowe, im się on dalej rozszerza. Niekiedy ogarnia proces ten prawie całe łożysko, w innych znowu razach jeden lub dwa tylko zrazy.

Nacieczenie kosmków należy uważać za proces wysiękowy-przyczém przychodzi do wysięku, rozpadającego się w końcu w masę, podobną do tłuszczu delikatnie rozartego; ztąd też można niejako usprawiedliwić wyrażenie stłuszczenie łożyska. Tego rodzaju łożysko wygląda blado żółtawo.

Natrafiamy zaś tę nieprawidłowość, mianowicie do wysokiego stopnia posuniętą, tylko u płodów zbutwiałych, ztąd też można ją łatwo uważać za przyczynę śmierci płodu.

5) Obrzęk łożyska.

Surowicze nasączenie mięszu łożyskowego, skutkiem czego łożysko się zwiększa, staje się pulchniejszym i bledszym, nazywany obrzękiem łożyska. W razach takich występują daleko wyraźniej bruzdy między zrazami, które się zdają być w bardzo luźnym tylko ze sobą połączeniu. łożysko tego rodzaju jest blado-czerwonawe, a przecięte lub pozostawione w naczyniu jakim przez czas dłuższy, wydziela z siebie blado-czerwonawą surowicę w mniejszej lub większej ilości.

Mięsz łożyska co do budowy swój anatomicznej zdaje się przytém być rozmaitym. Wedł bowiem i inni, badając pod mikroskopem kosmki takiego łożyska, przekonali się o zupeł-

nej ich prawidłowości; Meckel zaś i Scanzoni dostrzegli, że kosmki jakoby w postaci pęcherzy rozszerzone zawierały w jamie swój płyn surowiczny i że pętle naczyniowe, znajdujące się w tychże, były zamienione w sieci naczyniowe o szerokich otworkach. Błona przedstawiająca osłonę kosmków była przytém zgrubiała i obrzękła. Stosownie do tego dałoby się ustanowić dwa rodzaje obrzęku łożyska: wespół z obrzękiem jego kosmków, albo téż bez obrzęku tychże.

Przyczyny téj nieprawidłowości nie znamy dotychczas. Niekiedy da się obrzęk łożyskowy dostrzedz, gdy się znajduje nadzwyczaj wielka ilość wody płodowej i gdy surowiczym jest skład krwi u matki.

Wyższy stopień obrzęku łożyska zachodzi się tylko u płodów zmarłych, które przytém albo wskazują zwyczajne objawy zbutwienia, albo téż cierpią na znaczne nagromadzenia się surowicy w skórce ich lub w jamach ciała (wodna puchlina). Należy tedy nieprawidłowość tę policzyć w każdym razie do rodzaju stanów, które mogą spowodować śmierć płodu podczas ciąży.

Co się tyczy matki, to obrzęk łożyska może na nią w równym stopniu działać szkodliwie, jak w ogóle wielkie łożysko w okresie połogowym; szkodliwy ten wpływ następuje tém łatwiej, jeśli się woda płodowa znajdowała w nadzwyczaj wielkiej ilości, albo jeśli rodząca cierpi na surowiczny skład krwi.

6) U d a r y ł o ż y s k a .

Wybroczyny krwi z naddartych naczyń łożyskowych można napotkać na każdym miejscu tego organu, tak na jego powierzchni, jak i w głębi mięszu.

W pierwszym wypadku leżą one albo pomiędzy ścianą maciczną i wypukłą powierzchnią łożyska, do której znajdujemy je zazwyczaj przychepione po odejściu łożyska, albo téż siedzą na powierzchni płodowej, i podnosząc tamże w górę kosmówkową osłonę oddzielają ją w mniejszej lub większej przestrzeni od mięszu łożyska. Wylewy zaś krwi do mięszu samego przedstawiają ogniska od wielkości jagły aż do gołębiego jaja, które się znajdują mniej więcej głęboko w jednym zrazie, a jeśli są małe, to można je nie rzadko natrafić w większej liczbie w jednym zrazie. Mięsz, znajdujący się w otoczeniu, jest skutkiem nasiąknięcia krwią ciemniej zazwyczaj zabarwiony, a jama sama jest albo regularna, albo niere-

gularna skutkiem tego, że się kilka małych jam schodzi razem, oraz skutkiem częściowego zniweczenia otaczającej tkanki.

Krew wylana, za równo czy leży na wierzchu, czy w głębi mięszu, przechodzi z wolna z wyklę przemiany. Jeśli wylew jest jeszcze świeży, wtedy ma barwę ciemną, czaruawo-czerwonawą i posiada spójność smoły. Powoli oddziela się surowica od stałych części składowych i podlega wessaniu, skrzep zaś, wytworzony z włókniku i ciałek krwi, pozostaje i twardnieje. Skrzepy te starzejąc się bledną coraz więcej i zmieniają powoli barwę ceglata na blado-żółta.

Mogą zaś udary powstać skutkiem pęknięcia tak naczyń matczynych, jak płodowych. Za przyczyny tego cierpienia należy uważać: zewnętrzne mechaniczne wpływy, które bardzo silnie wstrząsają podbrzusze; stany nawałowe i bierne przekrwienie w częściach płciowych matki; skurcze macicy podczas ciąży i utrudnienie płodowego krążenia krwi jużto skutkiem uciśnięcia żyły pępkowej samej, już też jej większych rozgałęzień.

Udary zachodzą w każdym czasie ciąży, rzadko jednakże w jej późniejszych miesiącach, a częściej w rychlejszych, w których to naczynia rozwijającego się łożyska są daleko delikatniejsze.

Wpływy szkodliwe, przez nieprawidłowość tę spowodowane, zależą najprzód od ich mniejszego lub większego rozszerzenia w stósunku do jaja. W miesiącach wcześniejszych niweczą zazwyczaj luźną tkankę łożyskową i tym sposobem przyprawiają płód o śmierć nader szybko. Przy jajach tego rodzaju (pochodzących z końca drugiego miesiąca lub z trzeciego) znajdujemy nie rzadko w całym łożysku pełno nieregularnych wylewów krwawych, jego osłonę kosmówkową skutkiem mniej lub więcej znacznych wybroczyn podniesioną w górę w postaci garbów, a nawet pomiędzy błonami jajecznymi wylaną krew w wielkiej stósunkowo ilości.

Wybroczyny do mięszu łożyskowego powiększają się w późniejszych miesiącach ciąży zazwyczaj tylko nieznacznie i z tego powodu nie mogą tak łatwo szkodzić płodowi. Jeśli jednakże krew wylewa się na powierzchnię wypukłą, pomiędzy łożyskiem a macicą, natenczas może także w takim razie spowodować śmierć płodu, skoro się przytém łożysko oddziela w większym obwodzie. Jeśli się w wypadku takim wylewa krew w znaczniejszej ilości, albo źródło, z którego krew wycieka, znajduje się w bliskości brzegu łożyskowego, natenczas przedostaje się krew pomiędzy błonami jajecznymi i ścianą maciczną aż do ust macicznych i odpływa z części

płciowych na zewnątrz; taki krwotok zewnętrzny może stósownie do swój siły być niebezpiecznym także dla matki. Jeżeli zaś jaje albo łożysko oddzieli się na wielkiej przestrzeni, natenczas musi koniecznie nastąpić poród, co zresztą jest rzeczą jasną.

Podczas ciąży nie dają one żadnych objawów, któreby mogły posłużyć za środek do stawienia rozpoznania, z wyjątkiem owego krwotoku, o którymśmy już wyżej mówili.

Leczenie zasadza się w ogóle na tém tylko, ażeby u ciężarnych zapobiegać stanom tego rodzaju i wpływom zewnętrznym, któreby mogły spowodować pęknięcie naczyń macico-jajecznych albo macico-łożyskowych skutkiem jużto przepełnienia krwią, już téż gwałtownego wstrząśnienia.

7) Zapalenie łożyska.

Już z góry można przyjąć, że organ tak obfitujący w naczynia i w krew, jak łożysko, musi nie rzadko podlegać zapaleniu. Objawów jednakże tego procesu, oraz zejścia jego nie znamy dotąd bynajmniej w dostatecznej mierze.

Istotę zapalenia łożyska stanowi wysięk w tkankę łożyskową, która z tego powodu powierzchownie ma podobieństwo do płuca zwątrobiałego, jest ciemniejsza, aniżeli w stanie prawidłowym, przy dotykaniu uczuwa się twardszą, a z powierzchni przekroju wysącza lepki płyn, wskazujący pod mikroskopem właściwości włóknikowego wysięku. Takie ogniska zapalne rzadko się kiedy rozszerzają znacznie i zajmują pospolicie tylko pojedyncze zrazy, w których miąższ zagłębia się mniej lub więcej głęboko.

Zejsścia tych zapaleń są prawdopodobnie różne. Nie rzadko proces tego rodzaju może się bez wątpienia zakończyć wessaniem wysięku. Że zaś wysięk może się rozpaść ropiasto i tym sposobem spowodować suchoty łożyskowe (*phthisis placentae*), tego niepodobna zaprzeczyć, jak tego dowiedli Jacquemier i Oruveilhier mówiąc o zupełném nacieczeniu ropném łożyska. Bouchut zaś znalazł raz pod powierzchnią płodową dwa ropnie wielkości jaja gołębiego, a w innym wypadku wiele małych ropniów, otoczonych zwątrobiałą tkanką. W każdym jednakże razie zapalenia, przechodzące w ropienie, należą do wypadków nadzwyczaj rzadkich. Najczęściej spostrzegamy zanik utkania łożyskowego pod wpływem wytworzenia się nowej tkanki komórkowej w miejscu zapaloném; jeśli zaś przytém zapa-

liła się także odpowiednia część na wewnętrznej powierzchni macicy, natenczas łożysko przyczepia się zbyt mocno, co dla akuszera stanowi jedno z najważniejszych następstw po zapaleniu łożyska i dla tego też będzie o nim jeszcze później mowa.

Wpływ, jaki na płód wywiera ten patologiczny proces, zależy bez wątpienia od stopnia jego rozszerzenia. Jeżeli proces ten ogarnie łożysko na licznych miejscach, albo rozszerzy się w niem znacznie, natenczas płód może zemrzeć z powodu tego, że odżywianie jego napotyka wielkie trudności. Zwykle jednakże nie zagraża płodowi żadne niebezpieczeństwo, ponieważ proces powyższy ogranicza się pospolicie na małe tylko części łożyska. Dla matki zaś jest nieprawidłowość ta wtenczas niebezpieczną, gdy skutkiem niej łożysko przyrasta zbyt silnie do macicy; o tém pomówimy zresztą później. Czy zaś w wypadkach, w których wysięk w łożysku przechodzi w ropienie, może się ropa dostać do krwi matki i tym sposobem spowodować ropnicę, nie jest jeszcze rzeczą dostatecznie dowiedzioną, chociaż możliwą. To też z napadów zimna u ciężarnych, albo z pojawienia się niebezpiecznych procesów połogowych nie da się zaraz wyprowadzać na pewne wniosku o ropieniu łożyska, nie mając do takiego rozpoznania żadnych pewnych punktów oparcia.

Zapalenie łożyska samego nie wywołuje podczas ciąży żadnych pewnych objawów; dla czego też nie można nigdy z pewnością wnosić o jego istnieniu. Tylko jeśli macicę po stronie odpowiedniej zajmuje równocześnie proces zapalny, mogą tamże występować przez czas dłuższy stałe bóle, przyczem chore niekiedy także gorączkują. Lecz i te zjawiska nie dają dla rozpoznania żadnego pewnego punktu oparcia, ponieważ nie rzadko znajdujemy zbyt mocno przyczepione łożysko, chociaż podczas ciąży nie było wcale zaburzeń wyżej wspomnianych; nadto mogą objawy zupełnie te same wystąpić skutkiem częściowego zapalenia otrzewnej, pokrywającej macicę, skutkiem szarpania i nierównego rozszerzenia tkanki macicznej i t. d., a mimoto na łożysku wydzieloném nie można znaleźć najmniejszych śladów jakiegos zapalenia.

Gdzie nie masz żadnego rozpoznania, tam też nie może być mowy o żadném rokowaniu i racjonalném leczeniu. W wypadkach tylko, w których na pewnym miejscu macicy występują stałe bóle w połączeniu z gorączką, należy ciężarnym zalecić zachowanie jak największej spokojności i odpowiednią dyetę, a jeśli wymienione objawy patologiczne nie ustąpią przytém wkrótce, zastosować miejscowe upuszczenia krwi i kataplazmy.

Zzapaleń łożyskowych szczególny budzą interes przymiotowe cierpienia łożyska. Zajmują one matczyną część łożyska, jeśli matka podległa zakażeniu przed poczęciem, podczas poczęcia lub zaraz po poczęciu. W razach takich może przyjść do przymiotowych bujań w błonie doczesnej, które potem w postaci klinów wchodzą pomiędzy zrazy łożyskowe¹⁾. Te przymiotowe wybujałości składają się z jędrnej wielkokomórkowatej tkanki łącznej, w której się tu i owdzie znajduje wielkie mnóstwo młodszych komórek. Zewnętrzna istota korowa guzów tych jest więcej biaława, włókniasta, masa zaś środkowa miękkiejsza i żółtawa. Z ciekawych nad tym przedmiotem badań Frankla²⁾ okazało się z zupełną pewnością, że 1) Łożysko może zachorować przymiotowo i w razie takim wskazuje także charakterystyczne znamiona, jako to zwiększenie się swęj objętości, ciężkości i po większej części także spójności, mianowicie zaś oszpecające bujanie brodawkowe w kosmkach łożyskowych, skutkiem czego następuje w wyższym stopniu zarost naczyń i zmiana w kosmkach. 2) Przymiot łożyskowy znajduje się tylko obok przymiotu odziedziczonyego i przyrodzonego. 3) Siedlisko choroby jest różne według tego, czy matka pozostaje zdrową, a jad przymiotowy przechodzi przez nasienie wprost z ojca na jaje, czy też matka podlega temu cierpieniu. W pierwszym wypadku, jeśli w ogóle łożysko zachoruje obok płodu (co nie jest bezwarunkowo koniecznym), wyrodnieją zawsze kosmki w swęj części płodowej skutkiem oszpecającego bujania brodawkowego wraz z następczym zarostem i zanikiem naczyń, z czém się częścicęj wikła jeszcze mocne bujanie i zgrubienie nabłonkowej pokrywy kosmków. 4) W drugim wypadku, kiedy matka cierpi przymiot, może podlegz chorobie tęg trojakim sposobem: a) przez akt spółkowania zaraża się przymiotem matka razem z płodem, a w razie takim może się rozwinąć w łożysku rozlane zapalenie przymiotowe w kosmkach, przyczém jednakże nie jest wykluczone pierwotne zajęcie matczynęj części łożyska (*endometritis placentalis*); b) przez to, że matka cierpiała na przymiot już przed poczęciem albo podległa zarażeniu zaraz po poczęciu. W takim wypadku może łożysko albo pozostać prawidłowém, albo zachorować; w razie ostatnim dru-

1) Zob. Virchow, Die krankh. Geschwülste, II. p. 480, Slavjansky, Prager Vierteljahrschrift, 1871, t. 109, p. 130, Kleinwächter, tamże 1872, t. 2. p. 93. i Fränkel, Arch. f. Gyn. t. V. p. 45.

2) W miejscu przytoczoném.

gim choroba objawia się pod postacią *endometritis placentalis gummosa*, a według Vircho w a także pod postacią *endometritis decidualis* w ścisłym znaczeniu; c) przez to, że matka podlega zarażeniu dopiero w ostatnim czasie ciąży, pomiędzy 7 a 10 miesiącem. W razie takim, jeśli ojciec dziecka był jeszcze [zdrowym w czasie płodzenia, jest nie tylko płód zdrowym, ale i w łożysku nie można dostrzedz żadnej z wyżej opisanych zmian. 5) Zarażenie płodu podczas przejścia jego przez maciczne części rodne jest rzadkie i dotąd nie mamy jeszcze na to pewnego dowodu.

4. Nieprawidłowe położenie łożyska.

1) Pr z o d o w a n i e łożyska (*placenta praevia*).

Pojęcie i podział łożyska przodującego. Ponieważ pomiędzy nieprawidłowościami łożyska najpierwsze miejsce zajmuje wadliwy jego przyczep z powodu niebezpieczeństwa, które zagraża życiu tak matki jak dziecka, przeto zastanowimy się najprzód nad tą nieprawidłowością.

Przyczep łożyska i jego rozległość w dolnej części ciała macicznego oraz w bliskości wewnętrznych ust macicznych zwiemy przyczepem wadliwym czyli przodowaniem łożyska (*placenta praevia*, *praesentatio placentae*¹⁾, *placuntokatathesis*²⁾, *placutus enodios*³⁾).

Nieprawidłowością stojącą w związku z przodowaniem łożyska jest jeszcze wypadnięcie łożyska. Celem rozróżnienia obu pojęć trzeba koniecznie wiedzieć, że ukazywanie się łożyska w szyjce macicznej można tylko wtenczas uważać za przodowanie łożyska, kiedy naczynia pępkowe zagłębiały się w błonę doczesną w bliskości ust macicznych i w otoczeniu tychże rozszerzały się podczas ciąży. Przez wypadnięcie zaś łożyska (*prolapsus placentae*, *placuntoprobasis*, *placuntoproptosis*) rozumieć należy ten wypadek, w którym ono przoduje i występuje oddzielone jeszcze przed urodzeniem się dziecka.

1) Πλακούς, οὐντος, łożysko.

2) Κατάθεσις, εως, głębokie siedlisko.

3) Ἐν na, ὁδός droga.

Wypadnięcie może się tedy wywiązać z łożyska przodującego już podczas ciąży, skutkiem zupełnego oddzielenia się tegoż od ścian macicznych (Oslander ¹⁾); jednakże według d'Outrepona ²⁾ przez wypadnięcie łożyska rozumiemy zazwyczaj tylko tego rodzaju stan, w którym łożysko, pierwotnie siedzące prawidłowo wysoko w jamie macicy, oddzieliwszy się od macicy zsuwa się jeszcze przed dzieckiem do szyjki macicznej i do pochwy, co się wydarzyć może nawet przed pęknięciem błon jajecznych (De la Motte ³⁾, Lange ⁴⁾.

Pod wpływem łożyska przodującego następuje podczas ciąży i porodu zwykle mniej lub więcej gwałtowny upływ krwi, a krwotoki ztąd pochodzące zwiemy „nieuniknionemi” dla odróżnienia od krwotoków „przypadkowych”, pojawiających się przy prawidłowym siedlisku łożyska skutkiem przedwczesnego i częściowego oddzielenia się jego.

Stosownie do tego, czy łożysko mniej lub więcej zupełnie zakrywa dolny odcinek macicy i wewnętrzne usta maciczne, rozróżniamy rozmaite stopnie łożyska przodującego i leczymy je dla tego różnemi sposobami.

1. Za najwyższy stopień uważamy zupełne czyli całkowite przodowanie łożyska (*placenta praevia completa s. totalis*), w którym to razie łożysko nie tylko podczas ciąży, lecz także podczas porodu po powolném rozszerzeniu i zrównaniu się ust macicznych zakrywa jeszcze kanał szyjki macicznej i przyczepia się naokoło ciała macicznego, a przy badaniu nie można wyśledzić błon jajecznych bez oddzielenia łożyska. Nieprawidłowość tę zowią także przodowaniem łożyska środkowém (*plac. praevia centralis*) wychodząc z tego zapatrywania, że się jajko może zaszcześcić niedaleko szyjki w doczesnej błonie ciała macicznego, że naczynia pępkowe, wytwarzające się później, mogą się razem z omoczną (*allantois*) rozszerzać naokoło w postaci promieni i że potem punkt środkowy dojrziałego łożyska przypada na środek ust macicznych.

2. Przez niezupełne czyli częściowe przodowanie łożyska (*placenta praevia incompleta s. partialis*) rozumiemy czę-

1) Gem. Zeitschr. 1832. p. 223.

2) Neue Zeitschr. XIV. p. 123.

3) Traité compl. des acc. p. 942.

4) Prager Vierteljahr. 1845. t. IV. p. 37.

ściowe zakrycie ujścia wewnętrznego przez brzeg łożyskowy i błony jajeczne, rozszerzonego w mniejszym lub większym stopniu, przy czém łożysko nie rozszerza się naokoło w dolnej części ciała macicznego. W razach takich siedzi łożysko zazwyczaj tylko po jednej stronie, a jeden jego brzeg sterczy ponad wewnętrzne usta maciczne, tak iż podczas trzech ostatnich miesięcy ciąży możemy niekiedy nawet już w szyjce macicznej wyśledzić zraziki wielkości jaja kurzego nie nasączone naczyniami szyjki macicznej.

3. Trzeci i najniższy stopień zwiemy przodowaniem łożyska boczném (*pl. lateralis*). W tym wypadku łożysko się rozszerza po jednej stronie macicy i tylko jego brzeg spuszcza się aż do szyjki macicznej, lecz nie zakrywa wewnętrznych ust macicznych (głęboki przyczep łożyska). Ponieważ przy prawidłowym przebiegu porodowym wśród takich stosunków anatomicznych łożysko nie wydziela się przez szyjkę i pochwę jeszcze przed urodzeniem się dziecka, przeto tego rodzaju przyczepienie się łożyska nie należy właściwie zaliczać do łożysk przodujących.

Powyższy podział łożyska przodującego na rozmaite stopnie jest obecnie najwięcej przyjętym.

W miejsce łożyska nie zupełnie czyli częściowo przodującego używano także wyrażenia łożyska przodującego brzegiem (*pl. praevia marginalis*) i rozumiano przez nie pierwotny i pozostający przyczep brzegu łożyskowego przy brzegu wewnętrznego ujścia; przytém po większej części najbliżej ust macicznych leży miejsce przyczepu pepowiny. Nową więc nazwę nadano téj saméj od dawna już znanéj rzeczy.

Co się tyczy utkania łożyska przodującego, to odróżnia się takowe istotnie od utkania łożyska, przyczepionego prawidłowo ¹⁾. Jest ono tylko w tém miejscu, gdzie się przyczepia łożysko, grubém i obfitém w naczynia, odkąd zaś cieńciej coraz więcej ku brzegom swym, błona doczesna jest słabo rozwinięta, tłuszczeje wcześniej, na macicznej powierzchni łożyska dają się wyczuć guzowate wypuklenia, obwodowe strzępy kosmówki są krótkie, rozgałęzione w postaci drzewa, a zamiast nie wielu komórek w śluzowej tkance wnętrza znajdujemy drobnoziarnistą tkankę łączną. Tę przemianę w tkance łącznej kosmków natrafiamy najwyraźniej w krótkich kosmkach, które bry-

¹⁾ C. Hennig, Beitr. z. Anat. Phys. u. Pathol. der Placenta, Leipzig, 1872.

łowatą, nie zupełną tkanką łączną otoczone, siedzą na miejscu kosmówki, rozpościerającym się ponad wewnętrznymi ustami maciczuemi.

Tutaj nawet kosmki nie mają przybłonka. Łożysko przodujące jest często w postaci podkowy, albo też rozpada się na dwa oddziały oddzielone od siebie wyraźnie głęboką bruzdą lub szerszym odstępem.

Objawy i przebieg ciąży oraz porodu przy łożysku przodującym.

Łożysko przodujące wytwarza się tym sposobem, że zapłodnione jajko wychodząc z jajowodu spuszcza się ku dołowi po ścianie macicznej i później, skoro śluzowa błona macicy zaczyna bujać, zagnieżdża się niedaleko ujścia wewnętrznego w błonie doczesnej prawdziwej, której marszczki otaczają zwolna jaje coraz więcej i zakrywają je w końcu zupełnie. W pierwszych sześciu miesiącach naczynia pępkowe wraz z omoczną przystępują do istoty macicznej, pojedyncze strzępy kosmówki łączą się ściśle z błoną doczesną i aż do trzeciego miesiąca wytwarzają zupełnie łożysko. Skutkiem zaś rozgałęziania się naczyń w postaci promieni i skutkiem ich zagłębiania się w błonę doczesną najwięcej ku dołowi leżącej części ciała macicznego, powstają rozmaite stopnie łożyska przodującego. Pierwsze zetknięcie się naczyń pępkowych z powierzchnią macicy można po ukończeniu porodu na łożysku poznać po miejscu, w którym się pepowina osadza w łożysku; miejsce to znajduje się zazwyczaj na brzegu zraza leżącego najgłębiej, niekiedy jednakże także w miejscu oddalonym jak najwięcej od ust macicznych.

a) **Własciwość krwotoków.** W pierwszej połowie ciąży są wewnętrzne usta maciczne zamknięte przez błonę doczesną, albo są tak wąskie, że zrazy łożyskowe zakrywają je zupełnie nie zstępując wcale do szyjki macicznej. Z tego też powodu nie można w czasie tym wysledzić łożyska przodującego, jeśli poprzednio nie było bólów porodowych.

W tym czasie zazwyczaj w równej mierze rozszerza się sferycznie dolny odcinek macicy i wzrasta łożysko, tak iż nie przychodzi do żadnych targań łożyska, ani też do jego oddzielenia i ztąd też nie pojawiają się żadne widoczne krwotoki.

Kiedy łożysko przoduje zupełnie, rozszerza się u niektórych osób daleko szybciej dolny odcinek ciała macicznego i równocześnie rozciąga się powoli wewnętrzne ujście, skutkiem czego się oddziela najpierw ta część łożyska, która najbliższej leży ujścia macicznego,

i pojawiają się krwotoki w mniejszym lub większym stopniu. Jeśli przytém upływy krwi są bardzo znaczne, to może nawet nastąpić poronienie, które się tém różni od poronienia, wywołanego przez przypadkową przyczynę, iż krwotok poprzedza czas niejaki bóle porodowe, i łożysko rozwinięte wychodzi na zewnątrz przez usta maciczne i pochwę, zanim się jeszcze urodziło dziecko niezdolne do życia.

Wypadki dostrzeżone przez Wenzla ¹⁾, d'Outrepona, Buscha ²⁾, Feista ³⁾, Thudichuma ⁴⁾ i innych dają dostateczne dowody, że poronienie zachodzi skutkiem łożyska przodującego.

Jeśli się łożysko oddziela w małym obwodzie i wysięki krwawe są nieznaczne, jeśli takowe ponawiają się w dłuższych przerwach, natenczas przy zamkniętém ujściu wysięk doznaje przeobrażenia wstecznego, barwik krwi podlega wessaniu i bladożółte bryły włóknikowe otaczają zrazy, leżące naokoło wewnętrznego ujścia i w ujściu samém, tak iż wtenczas w razach wyjątkowych bez krwotoków zewnętrznych łożysko i płód mogą wzrastać aż do zupełnego dojrzania.

Jeśli zaś te wyboczyny krwawe pojawiają się w bardzo wczesnym peryodzie ciąży, to niekiedy zanikają naczynia kilku zrazów leżących w bliskości ust macicznych; wtedy krew nie dochodzi wcale do łożyska w obwodzie kilku cali, dolny odcinek macicy i usta maciczne rozszerzają się bez krwotoków, a urodzone łożysko posiada wtenczas albo postać podkowy lub pierścienia, albo téż zdaje się rozpadać na dwa oddzielne łożyska.

W drugiej połowie ciąży skutkiem przodowania łożyska zachodzą krwotoki częściej i są daleko gwałtowniejsze, tak iż wielu akuszerów w krwotokach, które się wydarzają w trzech ostatnich miesiącach ciąży, upatrywało szczególny związek z nieprawidłowém siedliskiem łożyska.

W czasie tym zaczyna się łożysko oddzielać zawsze w bliskości wewnętrznego ujścia macicznego i posuwa się następnie ku górze; nie dowiedziono zaś dotąd, aby się rzecz miała odwrotnie, t. j. aby się miał oddzielić górny brzeg łożyska, a pozostać normalne połączenie tegoż w bliskości wewnętrznych ust macicznych.

1) Gen. deutsche Zeitschr. 1827. t. I.

2) Neue Zeitschr. f. Geb. t. V. p. 100.

3) Tamże t. XIV.

4) Monatschr. f. Geb. u. Frauenkrankh. Märzheft 1855.

Przyczyny tych przypadłości zależą od procesów mechanicznych i fizjologicznych, jakie w tym czasie ciąży zachodzą w szyjce macicznej i w części pochwowój.

Jak dawniej ¹⁾ już była mowa, wewnętrzne usta maciczne w drugiej połowie ciąży wśród stosunków prawidłowych zaczynają się zazwyczaj rozszerzać i jaje rozpychając zwolna szyjkę zstępując mniej lub więcej zbliżając się do zewnętrznych ust macicznych, rozwartych w mniejszym lub większym stopniu.

Przy łożysku zaś przodującym dolna część ciała macicznego bardzo wczesnie przerasta i zwiększa swą objętość, tak iż macica przybiera postać jaja średnicą szerszą zwróconego ku dołowi, a szyjka pozostaje przez długi czas niezmieniona, niekiedy nawet aż do rozpoczęcia się porodu przedwczesnego albo i porodu w czasie właściwym, co zwykło zachodzić także często przy położeniach poprzecznych skutkiem niepomysłnych stosunków mechanicznych. Z tego powodu wewnętrzne usta maciczne oraz szyjka pozostają zgrubione i węższe, dla sprężystości jednakże, wywołanej powyższemi zmianami, ustępują zazwyczaj z łatwością za naciskiem palca.

Skoro wewnętrzne usta maciczne i część szyjki zaczynają się rozszerzać fizjologicznie, to naczynia łożyskowe podlegają rozdarciu i krwotok przychodzi tém łatwiej, że naczynia rozdarte znajdują się w bliskości ujścia. Inną przyczyną krwotoku bywają stosunki mechaniczne, według których każdy ucisk macicy powstający przez gwałtowne poruszenia, głębokie wdechanie, podnoszenie ciężarów i t. d. pociągę za sobą wypieranie dolnego odcinka macicy do jej wejścia; skutkiem tego rozszerzają się wewnętrzne usta maciczne, a razy leżące w ich bliskości doznają w wejściu miedniczém częściowego oporu i przez to najwięcej wystawione są na szkodliwe targania. Krwotoki tedy powstające skutkiem łożyska przodującego są zazwyczaj „nieuniknione” z powodu fizjologicznych przeobrażeń, jakie zachodzą w wewnętrzném ujściu; „przypadkowo” jednakże mogą one wzrosnąć, a ich częstsze ponawianie się dają się dla tego łatwo sprowadzić sztucznie, ponieważ wśród wyżej oznaczonych stosunków mechanicznych potrzeba tylko mało znaczących sił, ażeby spowodować odzielenie łożyska.

Źródłem krwotoków są przeważnie żyły macicy, chociaż krótko po rozdarciu naczyń może się przymieszać także krew tętnicza.

¹⁾ L. A. Neugebauer, *Akuszerya t. I. p. 499.*

Jeżeli sobie uprzytomnimy budowę łożyska ¹⁾ i przypomnimy, że krążenie krwi płodu i matki odbywa się w oddzielnych kolejkach z zamkniętymi kanałami, że wielki kanał okrężny i przestwory jamiaste łożyska płodowego prowadzą krew maczyną i zostają w wolnej komunikacji z szerokimi żyłami istoty macicznej, to niezawodnie zrozumiemy łatwo, że szkody wynikające skutkiem krwotoków dotyczą bezpośrednio matki, ponieważ krew sączy bezpośrednio ze ściany macicznej.

Kiedy się łożysko oddzieli częściowo, to naczynia w ścianie macicznej mogą się zamknąć wprawdzie chwilowo skutkiem regularnych skurczeń macicy, ale mimo tego wycieka krew maczyną; bocznymi bowiem drogami może się dostać przez zdrowe zrazy do wielkiej żyły okrężnej ²⁾, a z powodu miejscowych w niej przerw i niedostatecznej zdolności do kurczenia się może odpływać bezprzestannie.

O najważniejszym źródle tych krwotoków można się przekonać za pomocą bardzo prostego eksperymentu. Jeśli macicę ustawimy ukośnie i wprowadzimy wodę w żyły jajnikowe, których światło jest bardzo szerokie, natenczas woda wypływa w mocnym promieniu z ziejących otworów żylnych na ogołoconej ścianie macicznej (Jaquemier ³⁾).

Krwotok z płodowego krążenia krwi nie zachodzi zazwyczaj przy oddzieleniu się łożyska. Okoliczność ta jest jednakże możliwą w razach wyjątkowych, kiedy się przy badaniu nieoglednym ⁴⁾ rozrywa całe zrazy albo pojedyncze naczynia wolno komunikujące z powojną.

Jeśli przy zupełnym oddzieleniu się łożyska następują regularne skurcze w macicy i objętość jej regularnemu podlega zmniejszaniu się, to naczynia jej mogą zostać zamknięte i krwotok zatrzymać się zupełnie, za czém przemawiają liczne spostrzeżenia zrobione przez Simpsona ⁵⁾.

Krwotoki, wynikające z przodowania łożyska, wydarzają się najczęściej w ostatnich ośmiu tygodniach przed prawidłowym końcem

1) L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 307.

2) Zob. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 530.

3) Gaz. hébdom. 1854. Nr. 24.

4) Zob. Lehmann, Nederl. Tijdschr. Jan. 1868. p. 49, Schmidts Jahrb. t. 139. p. 301.

5) The obst. mem. and contrib. pag. 690.

ciąży. Niekiedy pojawia się krwotok dopiero w okresie rozwierania się ust macicznych podczas porodu i staje się w razie takim nadzwyczaj niebezpiecznym z powodu wpływu bólów porodowych na wewnętrzne usta maciczne, tudzież z powodu opóźnionego zrównania się szyjki oraz zewnętrznych ust macicznych.

Zazwyczaj występują krwotoki te bez widocznego powodu, bez znaków zwiastunnych, albo też zostają w związku z bardzo nieznanymi wzruszeniami lub uciskiem macicy lub też innemi tego rodzaju wpływami.

Krwotok, który się raz już pojawił, ponawia się zwykle po kilku tygodniach kilkakrotnie i powoduje wrazach takich po największej części przedwczesny poród.

Występują zaś tém wcześnieź krwotoki, im wcześnieź wewnętrzne usta maciczne zdają się rozwierać skutkiem zmiękczenia w swém utkaniu i są tém gwałtowniejsze, im silniejszym jest nawał krwi do macicy, im żywszym i mocniej zbudowanym jest płód, im spieszniej odbywała się zamiana pierwiastków i krążenie krwi w obrażonym zrazie łożyskowym. Objętość powierzchni oddzielonej od macicy wywiera pod tym względem wpływ mniejszego znaczenia. To też nieraz bywają krwotoki małoznaczne albo też nie pojawiają się wcale, jeśli płód już od dłuższego czasu przestał żyć, jeśli zamiana pierwiastków odbywała się w łożysko powoli, jeśli takowe ma miejscami zanikłe naczynia, pomimo że zakrywa zupełnie usta maciczne i pomimo silnych bólów porodowych.

Również wielki wpływ na stopień krwotoków wywiera niewielka sprężystość naczyń, większe zrazy i przyczep pępowiny do przodującego zrazu łożyskowego.

Jako skutki krwotoków bywają u matki: chorobny skład krwi, ubytek czerwonych ciałek krwi, chorobne odżywianie ośrodków nerwowych, niedokrwistość wraz z tak zwanemi nerwowemi i hysterycznemi przypadłościami, omdlenia powtarzające się w coraz krótszych odstępach i śmierć skutkiem zbytniego krwotoku, która może nastąpić, zanim się jeszcze pokażą ślady rozpoczętej działalności bólów porodowych.

Skutkiem znacznych krwotoków macezycznych może także płód zemrzeć z powodu niedokrwistości lub niedostatecznego dopływu krwi, albo też dla tego, że równocześnie z oddzieleniem się łożyska rozrywają się naczynia płodowe i krew płodu upływa wolno na zewnątrz. Nieraz wydarzają się nadto wypadki, że obok niedokrwistości matki znajdujemy przekrwienia i udary w płodowych błonach

mózgowych i w wątrobie, jako też przekrwienie w łożysku, podobnie jak po ucisku pepowiny. Te znaki na trupie dają się tém wytłumaczyć, że płód niedostatecznie odżywiany doznawszy przerwy w krążeniu krwi zaczyna przedwcześnie oddychać, że skutkiem istniejącej jeszcze czynności serca jój krew tętnicza wtłacza się do mózgu i wątroby i tam się gromadząc naczynia rozszerza tak długo, aż pękna, a żyła wklęśła skutkiem trwającego jeszcze dłużej dopływu krwi i przepełnienia serca krwią zwiększa jeszcze niebezpieczeństwo życia, na jakie już i tak dziecko jest wystawione.

Ponawianie się miesiączki ma przy przodowaniu łożyska zachodzić dość często w pierwszych miesiącach ciąży i częściej, aniżeli przy prawidłowym siedlisku tegoż; w nadzwyczaj tylko rzadkich wypadkach mają jednakże krwotoki te powtarzać się w regularnych odstępach aż do końca ciąży.

b) **Charakterystyczne objawy przy badaniu i obmacywaniu.**

Sklepienie pochwowe wraz z częścią pochwową stoi nieco wyżej jak zwykle, przy dotykaniu przedstawia się szerszém, grubszém i więcej obrzmiałém, a przodowania i odskakiwania płodu nie można pospolicie wyśledzić mimo najtroskliwszego badania. Tylko przy łożysku częściowo przodującym dochodzi się niekiedy do jakichś rezultatów pod tym względem przez to, jeśli się palec wsuwa tuż za spojeniem łonowém i trafia przypadkiem na to miejsce, w którém się rozszerza mniejszy zraz łożyskowy.

Powyższy stan sklepienia pochwowego przy łożysku przodującym zupełnie da się tém wytłumaczyć, że łożysko zakrywa dolny odcinek macicy i nie pozwala mu się rozszerzyć. ani też utwierdzić się główce płodowej i zstąpić do jamy miednicy.

Ztąd też zachodzą tutaj bardzo często nieprawidłowe położenia płodu, według obliczeń różnych dwadzieścia razy na sto wypadków.

Położenia poprzeczne zachodzą daleko częściej przy łożysku przodującym zupełnie, aniżeli przy przodującym niezupełnie, ponieważ przy niém płód się więcej może poruszać i zmieniać swoje położenie. Przez stosowne ułożenie matki na boku albo przez sprowadzenie główki na wejście miednicze za pomocą ucisku wywartego przez powłoki brzuszne, da się wprawdzie uzyskać na czas krótszy położenie podłużne, ale nieraz pozostaje bez wszelkiej korzyści z powodu krwotoków, skłaniających do czynnego i spieszego działania.

Szmer maciczny nie dowodzi nam bynajmniej o istnieniu łożyska przodującego, ponieważ słyszymy go przy takowem niekiedy na dnie macicznem, a przy prawidłowym przyczepie zwykle w okolicy pachwinowej w bliskości dolnego odcinka macicy. Znak ten nie posiada tedy żadnej wartości rozpoznawczej.

Przy łożysku przodującym przyczepia się łożysko częściej po prawej połowie macicy, tak samo jak przy jego prawidłowem siedlisku. W dwóch trzecich zaś wszystkich wypadków znajduje się przy łożysku przodującym zupełnie zraz większy po stronie prawej.

Najpewniejszym znakiem dla rozpoznania łożyska przodującego jest wyśledzenie w ustach macicznych ciała gąbczastego, miękkiego, nierównego, na którym można łatwo wypośrodkować charakterystyczną budowę łożyska.

c) Nieprawidłowości w bólach porodowych. Przy gwałtownych krwotokach bóle porodowe są zwykle słabe i nie sprawiają żadnych boleści. Przypadłość tę należy zapewne tak sobie wytłumaczyć, że już słabe bóle, na które się nie zważa wcale w stanie prawidłowym, sprawiają ten skutek, iż się rozszerza wewnętrzne ujście maciczne, rozdzierają naczynia i upływa krew, tym sposobem działają alarmująco i rodzają nie uczuwa żadnych boleści już to z powodu wielkiego przerażenia, już też dla większej zazwyczaj podatności i spulchnienia w ustach macicznych.

Wśród bólów porodowych krwotok zwiększa się a zmniejsza w chwili od bólów wolnej, ponieważ podczas trwania bólów porodowych usta maciczne się rozszerzają, rozdzierają naczynia macico-łożyskowe, krew zostaje wytłaczana z łożyska i odpływa zaraz z powodu bliskości ust macicznych. Tym sposobem różnią się krwotoki przy łożysku przodującym od krwotoków przy prawidłowem tegoż przyczepie i częściowem oddzieleniu się łożyska; te bowiem krwotoki słabną wśród bólów porodowych, ponieważ rozwarte żył otwory zamykają się tutaj i łożysko, leżące pomiędzy błonami jajecznymi a macicą, bywa o nią mocno uciskana skutkiem skurczów i wynikłego ztąd zmniejszenia się jamy macicy, przez co zamykają się krwawiące otwory. Źródłem zaś krwotoków tak przy prawidłowym jak i wadliwym przyczepie łożyska jest jedna i ta sama okoliczność, to jest że krew w obu razach podczas przestanku w bólach odpływa równo silnie, ponieważ stosunki i przyczyny uchodzącej krwi w ciągu ustąpienia bólów porodowych są te same, co przy każdym innym krwotoku, to jest poruszanie się

krwi. Różnie jednakże musi oddziaływać w obu razach początek bólów porodowych, w jednym razie powiększa je, w drugim zmniejsza; a zatem tylko wśród bólów porodowych różnią się od siebie krwotoki (Holst¹⁾).

Z powodu nader słabych bólów porodowych okres otwierania się ust macicznych trwa zwykle nader długo. Po długim działaniu bólów porodowych wyrównywa się zwolna część pochwowa, wargi pozostają grube, wewnętrzne usta maciczne i szyjka przy naturalnym przebiegu porodowym nie zacierają się wcale albo za późno, utkanie jednakże wewnętrznego ujścia staje się tak podatnym i luźnym, iż przy miernym tylko rozszerzeniu jego wdrażający się palec lub ręka doznaje mniejszego oporu, aniżeli przy prawidłowym siedlisku łożyska.

Przy przodowaniu łożyska zupełnym i niezupełnym może się wydarzyć, że dla gwałtownych bólów porodowych lub jakich innych okoliczności oddziela się łożysko nader spiesznie i wraz z dzieckiem wydostaje się na zewnątrz, nie sprawiając żadnego niebezpiecznego krwotoku. Rzadko jednakże zachodzą takie pomyślnie powikłania; dla tego jest obowiązkiem zawsze jak największą mieć troskliwość o osobę dotkniętą łożyskiem przodującym.

Gdy łożysko przoduje niezupełnie, krwotoki trwają zazwyczaj tak długo, aż się ujście rozszerzy miernie, błony jajeczne pękają, część wody płodowej odpłynie, wzmożą się bóle porodowe skutkiem zmniejszenia objętości macicy, przodującą część płodu zepchną do jamy miednicznej i skutkiem ucisku przodującego zraza łożyskowego oraz rozwartych otworów naczyń ustąpi krwotok (dobrowolna tamponada).

Rodzące z łożyskiem zupełnie przodującym umierają jednakże zwykle przy dobrowolnym przebiegu porodowym albo już podczas porodu, albo też wkrótce potem, przyczem krwotok albo trwa aż do końca życia, albo też ustaje na kilka godzin przed śmiercią; stan chorób zdaje się polepszać, ale nie długo potem następuje śmierć z ogólnego wyczerpnienia sił (*inanitio*), przez porażenie płuc, serca lub mózgu. W okresie połogowym zachodzi przy łożysku przodującym częściej połogowa ropnica, aniżeli po wszystkich znacznych krwotokach.

¹⁾ Monatschr. f. Geburtsk. Octoberheft 1853.

W okresie wydalania łożyska zachodzą te same stosunki przy łożysku przodującym, co przy jego prawidłowym przyczepie. Ztąd też nie potrzeba się obawiać, aby krwotoki w tym okresie miały się pojawiać częściej i gwałtowniej, aniżeli po zwyczajnym i zdrowym przebiegu porodowym, jak tego dostrzegli już Boër, Wigand i inni.

Przyczyny łożyska przodującego są jeszcze mało wyjaśnione, tak iż obecnie nie możemy jeszcze zapobiedz téj nieprawidłowości. Do prawdopodobnych hipotez liczymy jeszcze dzisiaj znacznieszą przestworność jamy macicznej lub kurczowe jęj ściągnięcia się w kilka dni po spółkowaniu zapładniającém (Holst).

Nieprawidłowa ślizkość błony śluzowej macicy i zwiotczenie jęj, które to stany zachodzą często skutkiem niedostatecznego powrotu macicy do stanu przedciążowego, oraz nietroskliwej pieczy w okresie połogowym, mogą również przyczyniać się do tego, iż jajko opada ku ustom macicznym. Ztąd też napotykamy łożysko przodujące daleko częściej po ciążyach powtórzonych, aniżeli przy ciążyach pierwszorazowych, i nie rzadko stoi tutaj w ściśłym związku częściejszą ciąża w krótkich po sobie przerwach, częste poronienie i zapłodnienie wkrótce po ukończeniu okresu połogowego.

Silne podrażnienia macicy, jako to gwałtowne spółkowanie, samogwałt, zaziębienie, erotyczne marzenia, leki przeczyszczające, przypadkowe mocne wstrząśnienia ciała i t. d. mogą spowodować skurcze maciczne tak samo w stanie nieciążarnym macicy jak i podczas ciąży, skutkiem czego może płyn w nięj się znajdujący być spychany ku ustom macicznym.

Jeśli wpływy tego rodzaju działają na macicę w kilku dniach po dostaniu się do jamy jęj zapłodnionego jajka, jeszcze zanim się wytworzyła prawdziwa błona doczesna i jajko się zagnieździło, to łatwo sobie wystawić, że pod wpływem skurczów macicznych jajko może się dostać w okolice wewnętrznego ujścia i tamże zostać osłoniętem przez bujającą błonę doczesną.

Nie możemy zaś zaliczać do przyczyn łożyska przodującego ani obfitęj niebolesnej miesiączki, przez którą się jajko razem z krwią ma dostawać do wewnętrznego ujścia, ani téż przerostu w części pochwowej, którą napotykamy często obok śluzotoku (*blennorrhoea*); stany bowiem te zachodzą częściej przy prawidłowém siedlisku łożyska.

Znaczniejszej ilości krwi w dolnym odcinku macicy i zagłębienia się naczyń pępkowych w strzępy ko-

smówki, odpowiadające temu miejscu, nie można uważać za żaden moment etiologiczny, ponieważ to sprzeciwia się danym anatomicznym, według których przyczepienie się jajka i osłonięcie go przez bującą błonę śluzową odbywa się wiele dni przedtem, zanim się wytworzyły kosmkowe strzępy.

Ogólne wpływy szkodliwe, których doznało w dniu poczęcia kilka niewiast razem, mogą wprawdzie sprawić równoczesne częściejsze pojawianie się łożyska przodującego, jak tego dostrzegł El. Siebold ¹⁾ w czasie wojen; wszakże nie należy w tém upatrywać jakiegoś epidemicznego działania, ponieważby się to sprzeciwiało powszechnionym dzisiaj pojęciom o epidemiach.

Rozpoznanie łożyska przodującego da się stawić na pewno tylko z badania wewnętrznego, przyczem chorą układa się w położeniu poziomém na grzbiecie i śledzi jak najogólniej za pomocą jednego lub dwóch palcy. Przytém znajdujemy część pochwową zwykle zgrubiałą, gąbczastą, szyjkę wątlą, skurczoną, podatną, wewnętrzne ujście otacza badającego palec i stawia mu małą przeszkodę przy dalszém ostrożném jego wdrażaniu się, a w świetle tegoż trafiamy na łożysko albo po obu stronach, albo tylko po jednej. Sklepienie pochwowe jest grube, miękkie, w szerz rozciągnięte, odskakujące płodu niewyraźne, oznaczenie położenia płodu pozostaje nierzadko wątpliwém, jedna połowa części pochwowej i sklepienia pochwowego jest niekiedy grubszą i miękkiejszą, aniżeli druga. Jeśli wchodząc palcem ponad usta maciczne nie znajdujemy wcale łożyska i jeśli błony jajeczne są prawidłowo zbudowane, natenczas nie może być mowy o przodowaniu łożyska. W razach takich, jeśli krwotok nie ustaje, musimy przypuszczać, że łożysko przyczepione z boku oddzieliło się przedwcześnie, i powinniśmy działać według odpowiednich pod tym względem prawideł.

Przodujący zraz łożyskowy jest tak charakterystycznym dla właściwego sobie utkania, że prawie niepodobna przypuścić, ażeby w tym względzie mogła zajść jaka pomyłka. Tylko bowiem przy badaniu pospieszném można się pomylić z powodu skrzepłej krwi, znajdującej się w pochwie i szyjce, z powodu przeobrażonych brył włóknikowych z czasów dawniejszych, które się zlepiają albo ze zgrubiałemi błonami jajecznymi, albo téż z błoną doczesną.

¹⁾ W miejscu przytoczoném p. 486.

Ku odróżnieniu należy o tém pamiętać, że skrzepy krwi są miękkie, przesuwalne i dają się łatwo zgnieść, bryły zaś włóknikowe są twarde, ostre, mają powierzchnią ściągniętą i nie dają się przesunąć.

Utkanie łożyska przodującego możnaby wreszcie wziąć za pęcherzyki zaśniadu wodunkowego (*mola hydatidosa*), którego objawy charakterystyczne rozbierzemy dopiero później przy rozpoznaniu różniczkowém ostatniej choroby.

Ponieważ powyższe objawy dają się dostrzedz zwykle tylko w ciąży już dość daleko posuniętej, przeto niemożliwem jest w pierwszej połowie ciąży rozpoznać na pewno łożysko przodujące, i staje się rozpoznanie pewniejszym dopiero w drugiej połowie ciąży, skoro się rozpoczyna poronienie i rozszerzają wewnętrzne usta maciczne, albo też dopiero podczas porodu.

Jeśli krwotoki są bardzo gwałtowne i grożą niebezpieczeństwem życia, to trzeba koniecznie przyjąć łożysko przodujące i postąpić sobie stosownie do tego, chociaż się nie ma jeszcze na to dowodu apodyktycznego.

Do charakterystycznych objawów, jakie sprawiają krw-otok przy łożysku przodującym, należą w krótkości następujące:

Zwykle występują krwotoki gwałtownie w trzech ostatnich miesiącach ciąży u osób poprzednio zupełnie zdrowych bez przyczyny wyraźnej, bez bóleści, bez spowodowania jakiej innej choroby, później ustają, ale powracają na nowo po kilku dniach lub tygodniach bez znanj przyczyny. Nadto nie sprawiają żadnego uczucia podobnego do bólów porodowych.

Do krwotoków pojawiających się podczas ciąży, a podobnych do krwotoków spowodowanych przez łożysko przodujące, mogą prócz zaśniadów pęcherzowych i skrzepów krwi przyczynić się jeszcze inne stany chorobne macicy, jak rak w części pochwowj i ukleje czyli polipy. Jak zaś krwotoki, które bywają następstwem tych stanów chorobnych, odróżnić od krwotoków przychodzących skutkiem łożyska przodującego, o tém będzie później mowa przy nowotworach macicy.

Rokowanie. Niebezpieczeństwo, jakie za sobą pociąga łożysko przodujące, nie dotyczy jedynie ciąży i porodu, lecz nieraz rozszerza się także na cały okres połogowy i wymaga jak najtroskliwszego leczenia z powodu swego groźnego działania. W przecięciu obracho-

wano śmiertelność matek przy łożysku przodującym na 20%, a dzieci na 60%.

Niebezpieczeństwo jest tém większe, im wcześniej pojawiają się krwotoki, ponieważ okoliczność ta przyczynia się do częściejszego ponawiania się tychże i wreszcie do przerwania ciąży; dalej tém groźniejsze jest niebezpieczeństwo, im częściej powtarzają się krwotoki, im mniejsze są między nimi przestanki i im dłużej trwa każdy wpływ, ponieważ przez to zmienia się skład krwi, nie dostaje czasu do nagrodzenia ubytku krwi i ztąd mogą wyniknąć porażenia najważniejszych organów; im słabsze są bóle porodowe, im dłużej trwa rozszerzanie się ust macicznych, pęknięcie błon jajecznych i zstępowanie płodu ku dołowi, ponieważ tym sposobem skutki krwotoków stają się jak najzgubniejszemi; im zupełniej łożysko zakrywa dolny odcinek macicy, im większą zajęło przestrzeń oddzielenie się łożyska, im więcej nieprawidłowo leży płód i im większą jest szkodliwość spowodowana przez operacje konieczne dla przyspieszenia porodu; im dłużej trzeba się wstrzymywać ze stanowczą operacją z tego powodu, że płód żyje, i im więcej niedokrwistém stało się ciało w czasie, w którym się rozpoczynają bóle porodowe; im czulszą jest osoba na utratę krwi i im znaczniejszym podlega cierpieniom systemu oddechowego i naczyniowego; im później przywołano lekarza, im większą jest obawa i niepokój chorój i im niepomyślniejsze są wpływy zewnętrzne, których działania nie można usunąć.

Na dziecko wpływają zgubniej obfite krwotoki maciczne, aniżeli odpływ powtarzający się i tylko sączący. Zbyt wczesny krwotok działa dla tego szkodliwie, że po największej części następuje wkrótce potem wydzielenie płodu niedojrzałego albo zaledwie zdolnego do życia.

Łožysko zupełnie przodujące działa zgubnie na dziecko z tego powodu, że z tém łączą się pospolicie mocniejsze krwotoki, że się poród opóźnia i że konieczne są w takim razie operacje, same przez się już niebezpieczne; pogarszają się zaś więcej jeszcze te stosunki, jeśli płód nie leży prawidłowo i krew płodowa płynie rączo.

Leczenie. Powyżej wykazaliśmy, że przy łożysku przodującym wielkie niebezpieczeństwo, zagrażające życiu matki i dziecka, spoczywa w skutkach krwotoków, dla czego to przy leczeniu powinno być przedewszystkiém naszym staraniem, ażeby krwotok spieszenie i pewno zatrzymać. Osiągamy zaś to albo za pomocą środków me-

chanicznych lub leczniczych, albo też za pomocą szybkiego opróżnienia macicy.

Ztąd też rozpada się ogólne leczenie łożyska przodującego na metody wyczekujące i metody czynne.

Do metod wyczekujących liczymy: tamponowanie materjami włóknistymi, pęcherzem kauczukowym (*colpeurysis* Brauna), przekłócie błon jajecznych, przedziurawienie łożyska, częściowe lub zupełne oddzielenie łożyska jeszcze przed urodzeniem się dziecka (Simpson, Bunsen, Cohen-Credé), zastosowanie sporyszu, wstrzykiwania zimnej wody (Jörg, Seyfert).

Do metod czynnych należą: zastosowanie kleszczy, obrót i wydobycie płodu, rozwiązanie przymusowe (*accouchement forcé*) i krwa-we rozszerzenie ust macicznych.

Najpierw zastanowimy się nad leczeniem łożyska przodującego w ogólności, rozbierzemy po kolei i szczegółowo rozmaite metody, będziemy się starali oznaczyć wartość każdej pojedynczej, a w końcu dopiero pomówimy o szczegółowym leczeniu łożyska przodującego.

I. Leczenie łożyska przodującego w ogólności.

A. Metody wyczekujące. a) Tamponowanie pochwy materjami włóknistymi jest obecnie w powszechnym używaniu przy krwotokach u ciężarnych i rodzących, przez co ustępują coraz więcej owe dawniej zwykle wykonywane porody przymusowe, a miejsce ich zajęło postępowanie łagodniejsze i mniej niebezpieczne tak dla matki jak mianowicie dla dziecka.

Tamponowanie pochwy za pomocą materji włóknistych zasada się na jój wypchaniu kawałkami płótna, przez co się zatyka usta maciczne, tak iż krew nie może odpływać na zewnątrz. W tym celu używano rozmaitych materji, jako to płótna, szarpi, konopi, gąbki zwyczajnej, waty, i wprowadzano je do pochwy bezpośrednio palcami, albo osłaniano je poprzednio szerokimi kawałkami płótna, woreczkami płóciennymi, albo też wsuwano pojedyncze korki pośrednio za pomocą wziernika macicznego. O rozmaitych odmianach tamponowania była już dawniej mowa w rozdziale o wywoływaniu przedwczesnego porodu za pomocą sztuki ¹⁾; dla tego opiszemy tutaj bliżej tylko jeden rodzaj tamponowania, który się może okazać skutecznym przy łożysku przodującym.

1) Zob. A. Krassowski, *Akuszerya* t. II. p. 50.

Do tamponowania używamy płatków ze starego płótna wielkości ręki, maczamy je w zimnej wodzie, wyciskamy potem mocno, składamy je kilka razy i zwinawszy wsuwamy do pochwy, w której przykładki zwinięte należy częściowo rozwinąć i palcem przycisnąć do tego miejsca sklepienia pochwowego, które jest najpodatniejsze. Aby niepotrzebnie nie wystawiać ujścia pochwowego na tarcie, jest stosowném posługiwać się przytém krótkim wzziernikiem, mającym tylko 1" długości.

Ponieważ zaś górne sklepienie pochwy jest bardzo szerokie i rozciągliwe, przeto należy spotrzebować wiele tego rodzaju korków i przyciskać je z pewną siłą. W wyjściu pochwowém należy wypełnić należyte boczne części kanału, aby tym sposobem utrudnić wypadnięcie tamponu; to samo da się także osiągnąć przez nałożenie przykładki i opaski w postaci głośki T na zewnętrzne części płciowe, albo téż przez przytrzymywanie tamponu palcem podczas trwania bólów porodowych.

Po ukończeniu tamponowania powinny masy nagromadzone w pochwie tworzyć ciało twarde, nie przepuszczające wody, które rozszerza całkowicie sklepienie pochwy, śródkrocze wypukła podczas bólów porodowych zupełnie, jak napierająca główka przy prawidłowym przebiegu porodowym, i nie przepuszcza żadnej kropli krwi.

Niektórym rodzajem twarde te masy sprawiają boleści dotkliwe, pobudzają je do wydymania się, tak iż tampon założony luźno może wypaść łatwo, poczem może nastąpić tém znaczniejszy krwotok.

Uchodząca krew może nasączać materyą, użytą do tamponowania, jeśli przed jej zastosowaniem nie zmaczamy jej w wodzie. Jeśli zaś ręki operującej nie wsunęliśmy dość wysoko i sklepienia pochwowego nie wypchaliśmy całkowicie, natenczas naczynia krwawiące nie doznają wystarczającego ucisku. Nadto tak wprowadzenie tamponu jak i jego wydalenie jest niewygodne, zabiera wiele czasu i sprawia boleści; ztąd téż tego rodzaju tamponowanie nie odpowiadało zawsze rezultatom, jakich się po niem spodziewano.

Jako daleko prostszy, wygodniejszy i pewniejszy sposób tamponowania zaleca C. R. Braun.

b) Tamponowanie pochwy za pomocą pęcherza przez siebie wymyślonego (*colpeuryxis*). Jest to pęcherz kauczukowy albo z jakiego innego utkania nieprzepuszczającego wody, który Braun

dla odróżnienia od podobnych przyrządów nazwał kolpeuryntrem¹⁾.

Na dowód skuteczności tamponowania pęcherzem kauczukowym²⁾, jako środkiem ulepszającym dawniejsze sposoby tamponowania, przytacza Braun następujące okoliczności:

1) Tamponowanie pęcherzem kauczukowym jest bardzo proste, nie uciążliwe, nie zabiera wiele czasu, jest wygodne i nie jest połączone z żadnym niebezpiecznym zajęciem, pozwala stopniowo zwiększać podrażnienie nerwów macicznych i wywołuje długotrwałą i energiczną działalność bólów porodowych. Przyrząd sam jest tani i da się przez długi czas zastosowywać w wielu wypadkach nie podlegając zepsuciu.

2) Jeśli pęcherz wypełnimy starannie, płyn wypuścimy częścię lub częściowo i staramy się unikać ciśnienia na dolny koniec pochwy, natenczas zastosowanie jego nie sprawia żadnej boleści.

3) Skutkiem podrażnienia pochwy wywołanego przez pęcherz kauczukowy, wzbudzenia czynności porodowej, przygotowuje się dolny odcinek macicy w sposób łagodny lecz szybki, a ujście otwiera się po większej części w kilku godzinach.

4) Do postępowania takiego nie potrzeba żadnych przygotowań.

5) Nie tak łatwo mogą się wydarzyć zranienia części płciowych, błon jajecznych lub płodu.

6) Metody tej można użyć tak przy pierwszej ciąży, jak przy ciążach późniejszych.

7) Gdy dla krwotoków z powodu przodowania łożyska lub zaśniadów wskazanem jest wśród ciąży lub porodu przyspieszenie poronienia, to kolpeurynter przedstawia środek pewny, wstrzymuje krwotok i przyspiesza poród, tak samo działa pomyślnie przy rozdarciu naczyń pochwowych i szyjki macicznej po odejściu łożyska i nie dozwala wcale na wysysanie krwi.

8) Przy położeniach poprzecznych da się kolpeurynter z pomyślnym skutkiem zastosować do odpowiedniego przygotowania dla obrotu.

9) Przy drgawkach można za pomocą pęcherza kauczukowego sprowadzić poród przedwczesny łatwo, szybko i łagodnie, przez co

1) 'Οκόλπος, łono, pochwa; εὐρύων rozszerzać od εὐρύς, στα, ὄ, szeroki.

2) Porów. A. Krassowski, *Ākuszerya* t. II. p. 74.

się unika operacyi nieraz potrzebnych skutkiem drgawek, jako to porodu przymusowego, cięcia cesarskiego, dokonywanego po śmierci rodzącej.

10) Jeśli skutkiem zwężenia miednicy jest wskazanym sztuczny poród przedwczesny, natenczas da się takowy podobnie, jak przez wstępujący natrysk maciczny, wywołać nie tylko pewno i szybko, ale także łagodnie dla matki i dziecka.

Tamponowanie pęcherzem kauczukowym dla powstrzymania krwotoku badało wielu doświadczonych akuszerów i przyznało mu wielką wartość praktyczną. którąby była jeszcze większą, gdyby kolpeurynter nie miał do siebie tej wady, że się rozdziera dość łatwo.

O wpływie kolpeuryntera przy przodowaniu łożyska sądzi Holst ¹⁾, że gdy pęcherz płodowy jest jeszcze cały, to łożysko przodujące jest podczas bólów porodowych, jako też w przestankach, wystawione na jednostajny ucisk, który działając z góry wypycha łożysko coraz więcej ku dołowi i oddziela od macicy. Kolpeurynter zaś wprowadzony wywiera z dołu znaczny opór, przez co łożysko wraz z odpowiednim odcinkiem macicy znajduje się w podwójnym ucisku, który zbliżając do siebie mocno wymienione części nie dozwala krwi odpływać, naturalnie jeśli ciśnienie wychodzące z dołu działa w dostatecznej mierze i w odpowiedniej szerokości.

Z zawartością macicy tworzy kolpeurynter nierozzerwalną całość, i to tém dokładniej, im silniej został wypełnionym. Skoro się usta maciczne zaczynają rozszerzać zwolna i do nich wtłacza się łożysko wraz z pęcherzem płodowym, to i pęcherz kauczukowy zostaje wypierany coraz głębiej, aż wreszcie rodzi się wśród mocnego bólu porodowego i wydostaje z pochwy, a woda płodowa po większej części odpływa w małej ilości, ponieważ przodująca część płodu znajduje się wtenczas pospolicie już w wejściu pochwowém. Rzadko tylko wypada łożysko z pochwy zaraz po pęcherzu kauczukowym, lecz leży zazwyczaj oddzielone albo przyczepione obok dziecka po jednej lub drugiej stronie.

Krwotok ustaje nie tylko podczas bólu porodowego, ale także i w chwili od bólów wolnej; po ustaniu bowiem bólu porodowego cała

¹⁾ Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkrakh. August. Decembr. Heft. 1853. p. 486.

siła pochwy i śródkrocza, działając z dołu bez wątpienia w dostatecznym stopniu, przyciska dolną część macicy i łożysko do nieściśliwej wody płodowej, na którą w wystarczającej sile wpływa napięcie macicy, w każdym razie jeszcze istniejące; co więcej mogłyby nawet nastąpić rozdarcia macicy, gdyby części powyższe nie ustały wreszcie w swém działaniu.

Ucisk jest jednostajny, t. j. działający z równą siłą na wszystkich punktach, ponieważ płaski pęcherz kauczukowy i jednostajna rozciągliwość sklepienia pochwowego tworzą zupełnie gładką powierzchnię; z tego powodu znajdują się w ciągłym zetknięciu krwawiące powierzchnie, tak podczas bólów porodowych jak po ich ustaniu.

Chociaż się krwotok rozpoczyna po większej części naokoło ust macicznych i tutaj występuje jak najgwałtowniej, to jednakże może on mieć miejsce na całym obwodzie łożyska i odpowiednim kawałku macicy. Te miejsca leżą w wejściu małej miednicy, ale także i poza linią krańcową (*linea terminalis*). Dla miejsc ostatnich tworzy silną podstawę dół biodrowy, o który przy tamponowaniu pęcherzem kauczukowym bywa uciskane łożysko wraz z odpowiednim oddziałem macicy; na przedniej zaś ścianie macicy, gdzie braknie kości, stawia dostateczny opór ściana brzuszna oraz macica sama, a dolny oddział macicy nie może podatnieć skutkiem tamponującego pęcherza; wewnątrz wejścia małej miednicy tworzy pęcherz kauczukowy podstawę silną dla miejsc krwawiących; naturalnie nie wypełnia on zupełnie wejścia miedniczego, ale zawsze w dostatecznej mierze. Zważywszy tedy, jak silną podstawę posiadają części leżące na zewnątrz od linii krańcowej, to wąskiego pasu, znajdującego się między temi miejscami a zewnętrznym obwodem pęcherza kauczukowego, nie można bynajmniej uważać za źródło możliwego krwotoku, ponieważ ten dostatecznie bywa podpierany przez części na zewnątrz i wewnątrz leżące a mające już dobrą podpore, ponieważ nadto ściany pochwy stojące również pod naciskiem oraz tkanka łączna w wejściu miednicy nie pozwalają podatnieć tym częściom. Wreszcie gdyby się krew wylała, nie miałyby żadnego punktu wyjścia, a już nieznaczna jój ilość w stanie płynnym nawet zapobiegałaby w razie takim dalszemu krwi wylewowi.

Staranne tedy tamponowanie pęcherzem kauczukowym musi powstrzymać każdy krwotok, wynikły z łożyska przodującego, dopóki pęcherz płodowy jest w całości; po pęknięciu jednakże pęcherza nie można z tamponowania nigdy robić użytku, ponieważ krew wyciśnie-

ta z łożyska miesza się z wodą płodową i przez to mógłby powstać krwotok wewnętrzny, kończący się śmiercią.

Przez tamponowanie kolpeuryntrem wzmagają się bóle porodowe, usta maciczne otwierają się spokojnie, wstrzymuje się zstąpienie przodującej części dziecka, pęcherz płodowy nie może pęknąć podczas jego zastosowywania, macica zatrzymuje swą wielkość, dziecko swą poruszalność, pochwa oraz jej wejście rozszerzają się, tak iż tym sposobem równocześnie wywołuje się sztucznie pomyślne warunki, które pozwalają płód obrócić lub wydobyć, albo mu dobrowolnie przejść spieszenie przez kanał miedniczy i prawdopodobnie utrzymać go przy życiu.

Podrażnienie pochwy i dolnego odcinku macicy, wywołane przez tamponowanie pęcherzem kauczukowym, działa pomyślnie z tego względu, że wzmacnia bóle porodowe; nadto jest ono nieszkodliwe, ponieważ pochwa i macica z powodu swój małożnącznej drażliwości i tkliwości znoszą bez wszelkiej szkody gwałtowne wpływy tak podczas porodu, jak i krótko po jego skończeniu się. Przypomnijmy sobie tylko, na jak silne wpływy skutkiem częstego badania bywają w klinikach większych wystawione tak pochwa jak usta maciczne; jak rzadko widzimy złe skutki po zręcznym nałożeniu kleszczy lub po oddzieleniu łożyska.

Aż do zupełnego rozszerzenia się ust macicznych dziecko nie doznaje pod wpływem kolpeuryntu większej szkody, jak kiedy go się nie używa, ponieważ tutaj działa na łożysko ta sama siła i ten sam ucisk, co przy prawidłowym przyczepie łożyska, tutaj pęcherz płodowy i ściana maciczna, tam pęcherz płodowy i kolpeurynter.

Kiedy po zatrzymaniu krwotoku przez pęcherz kauczukowy wydalenie dziecka pozostawiamy bólowi porodowemu, wtedy w razie koniecznego oddzielenia łożyska na jednej stronie, albo też na wszystkich, mogłoby życiu dziecka zagrażać niebezpieczeństwo, mianowicie gdyby poród trwał dłużej. Im większy jest oddzielony kawałek łożyska, tym też większe niebezpieczeństwo, chociaż po oddzieleniu nawet większej części da się jeszcze przez dłuższy czas utrzymać płód przy życiu, jeśli tylko pomyślnym jest przyczep powinien i jeśli się dostatecznie uciska część oddzieloną. Tutaj szkodzi dziecku mniej tamponowanie pęcherzem kauczukowym, aniżeli obrót z następczym wydobyciem; oddzielenie bowiem łożyska od macicy musi się odbyć na równej przestrzeni tak przy kolpeuryntrze jak przy obrocie, ponieważ dziecko rodząc się musi przechodzić przez ten sam otwór; tutaj chodzi tedy tylko o czas oddzielenia. W wielu wypadkach dzie-

cko rodzi się nader szybko po rozszerzeniu się ust macicznych, ponieważ pochwa jest już rozszerzona przez kolpeurynter. W takim razie kończy się poród spieszniej, aniżeli przy obrocie i wydobyciu.

W innych zaś wypadkach przodująca część dziecka przedostaje się szybko aż do wyjścia miedniczego i potem, mianowicie, przy położeniach pośladowych, następuje opóźnienie, które się może nieraz stać niebezpiecznym z powodu dalszego wydobywania płodu. A zatem i pod tym względem okazują się pomyślniejsze okoliczności dla tamponowania pęcherzem kauczukowym.

Wreszcie zachodzą wypadki, w których się płód przesuwa powoli przez miednicę, w których tedy przez obrót i wydobywanie płodu zdaje się poród zapowiadać koniec spieszniejszy i pomyślniejszy dla dziecka. Wszakże nie należy zapomnieć o niebezpieczeństwie krwotoku, który nie zawsze ustaje przy obrocie i wydobyciu, dalej o szkodliwym wpływie obrotu na dziecko, już i tak osłabione, nadto o wielkiej skłonności matek do cierpień położowych po łożysku przodującym, tak iż śmiało i w tych wypadkach możemy tamponowaniu pęcherzem kauczukowym przypisać większą i pewniejszą skuteczność aniżeli obrotowi i wydobyciu. Przy leczeniu tedy łożyska przodującego należałoby się kolpeuryntrowi ze względu na dziecko pierwszeństwo przed obrotem i wydobyciem nawet wtenczas, kiedy go tak długo używamy, aż go nie wydała bóle porodowe. Tamponowanie więc pęcherzem kauczukowym ma wiele zalet, jakeimi poszczycić się nie może żadna inna metoda, używana przy leczeniu łożyska przodującego.

Iegroux ¹⁾ zaleca również tampon w postaci pęcherza i zachwala jego zastosowanie w stojącej postawie cierpiących, przyczem tak skreśla rezultaty, jakie pod tym względem wydobył z badań swoich:

Wśród zwolnienia skurczów macicznych następuje nieznaczny krwotok, a skutkiem skurczów wydostaje się na zewnątrz tylko krew wylana w chwili od bólów wolnej.

Jakimkolwiek jest przyczep łożyska w macicy, krwotok każdy, spowodowany jego oddzieleniem się, zachodzi zawsze w przestanku bólów porodowych.

Skurcze macicy kładą tamę krwotokowi; należy tedy macicę pobudzić do energicznej czynności.

¹⁾ Arch. génér. Dez. 1855.

Krew odlewająca się na zewnątrz podczas skurczów macicznych, nagromadziła się podczas przerwy w bólach porodowych pomiędzy powierzchniami oddzielonemi od siebie i w pochwie.

Krwotok ustałby zupełnie, gdyby skurczomacicy były stałe, albo gdyby się dało oddzielone powierzchnie tak do siebie zbliżyć, iżby się nie oddalały od siebie w chwilach wolnych od bólów.

Krwotok jest prawie wyłącznie macicznym, a łożysko przyczynia się do niego tylko w stopniu mało znacznym; jeśli zaś po śmierci płodu ustało krążenie krwi macico-płodowe, to krwotok pochodzi wyłącznie z macicy.

Credé ¹⁾ oświadczył się także za użyciem kolpeuryntu przy wszystkich krwotokach u osób ciężarnych i przy łożysku przodującym, a C. Mayer przyznał mu wielkie znaczenie także przy porodzie.

Z temi zapatrywaniami zgadzają się nadto Grenser ²⁾, Chailly, Siebold, P. Dubois i wielu innych.

Uwaga. Nie ulega wątpliwości, że opisany co dopiero sposób tamponowania jest nader stosownym, tylko celem ogólnego rozpowszechnienia tego rodzaju tamponowania trzeba się było koniecznie postarać o jego większą wytrzymałość i większą taniłość; doświadczenie bowiem pouczyło, że kolpeurynty Brauna pękają łatwo, tak iż dla pewności trzeba by ich mieć zawsze kilka z sobą, co dla praktykującego, mianowicie po wsiach, byłoby zbyt uciążliwem i zbyt kosztownem. W miejsce tedy kolpeuryntu Brauna da się bardzo dobrze użyć kolpeurynter z wulkanizowanego kauczuku (z fabryki Martina Wallach w Cassel), który jest daleko trwalszy i rozciąga się tak jak wiedeński, i który zresztą robi każdy fabrykant kauczuku. Ponieważ tego rodzaju kolpeurynter powinien się znajdować w każdej torbie położniczej, przeto dla większej pewności zaleca się mieć ich ze sobą dwa lub trzy, które razem co najwięcej kosztują tyle, co jeden kolpeurynter Brauna. Kolpeurynty średniej wielkości (z fabryki Wallacha) posiadają 6—7 ctm. ($2\frac{1}{2}$ ") szerokości, 9—11 ctm. ($3\frac{1}{2}$ " — 4") długości, worek długości 27 ctm. (10") i dają się rozszerzyć aż do wielkości głowy dziecięcej, a nawet jeszcze bardziej.

c) Całkowite oddzielenie i wydobycie łożyska z dobrowolnym porodem dziecka. Według metody Simpsona ³⁾ oddziela się łożysko zupełnie palcem, kiedy usta maciczne

¹⁾ Verh. d. Ges. f. Geburtsk. in Berlin 1853. z. 7.

²⁾ Lehrb. d. Geburtsh. von Naegele (Sohn).

³⁾ The obstetr. memoirs etc. pag. 803.

są jeszcze wazkie i wydalenie łożyska jeszcze przed dzieckiem albo pozostawia się działaniu porodowych bólów, albo też w razie niebezpieczeństwa, grożącego matce, wydobywa je się przed naturalnym porodem dziecka.

Po uzasadnionych jednakże zaczepkach, jakich Simpson doznał od swych ziomków, R. Leea, Ashwella, Crowforta, Griffarda i innych, później ograniczył sam nadzwyczaj wskazania do tej metody, tak iż rzadko kiedy można zrobić użytek z tego sposobu operowania.

α) Nie wolno nigdy wykonać sztucznego oddzielenia łożyska, jeśli krwotoku nie masz wcale, albo jeśli jest małoznaczny, jeśli łożysko zakrywa tylko częściowo usta maciczne i dziecko w położeniu podłużnym rodzi się po pęknięciu pęcherza płodowego, albo jeśli łożysko zupełnie przodujące wydziela się na zewnątrz wśród gwałtownych bólów porodowych bez krwotoku.

β) Upuszczenie wody płodowej należy przenieść nad sztuczne oddzielenie łożyska wtenczas, kiedy jest wielka ilość wody płodowej, kiedy krwotok jest znaczny, a usta maciczne ciasne i nie rozciągliwe, kiedy ogólne osłabienie nie jest zbyt wielkiem.

γ) Obrót i wydobywanie dziecka trzeba zawsze przenieść nad sztuczne oddzielenie łożyska, kiedy usta maciczne są rozwarowane dostatecznie albo się dają łatwo rozciągnąć i kiedy dziecko żyje lub się znajduje w nieprawidłowym położeniu. Po odpływie wody płodowej albo się nakłada kleszcze, jeśli główka stoi stosownie do tego, albo też przy położeniach pośladkowych wydobywa się dziecko przez pociągnięcie za nóżki.

δ) Uzasadnić zaś sztuczne oddzielenie łożyska można wtenczas, kiedy krwotok tak jest gwałtownym, iż operacja zdaje się konieczną i nie da się ograniczyć na środki łagodniejsze, jak np. na upuszczenie wody płodowej; kiedy z powodu zwięzłej miednicy albo z powodu zamknięcia i niepodatności ust macicznych nie można wykonać ani obrotu ani porodu przymusowego bez największego niebezpieczeństwa rozdarcia macicy; kiedy dziecko przestało żyć, albo jest niedonoszonym i niezdołnym do życia; kiedy pępowina wypadła i przestała tętnić; kiedy silny krwotok łączy się z porodem przedwczesnym i z niedostatecznym rozwojem szyjki, oraz ust macicznych, co się przydarza u niektórych pierwiastek; kiedy się bóle porodowe pojawiają przed siódmym miesiącem ciąży; kiedy z powodu tężca macicy niepodobna obrotu wykonać; kiedy wrzekome twory (*pseudoplasma*) powodują organiczne zwiężenia w drogach porodowych; kiedy siły matki

są w najwyższym stopniu wycieńczone i bez największego niebezpieczeństwa nie można jęj wystawiać na skutki obrotu i porodu przymusowego.

Po oddzieleniu i wydobyciu łożyska nie należy nigdy (wyjąwszy przy położeniach poprzecznych) wydobywać dziecka; oddzielenie bowiem łożyska, równoczesne wydalenie tegoż i wydobyćie dziecka należy zaniechać jako przedsięwzięcia hazardownego.

Simpsona metodę zaczepiano ze wszystkich stron i w ogóle zarzucono ją, a to opierając się głównie na tém, że rzadko kiedy jest możliwém całkowite oddzielenie łożyska zupełnie przodującego, kiedy szyjka, oraz usta maciczne są bardzo wąskie, że nawet po zupełném oddzieleniu łożyska nie ustaje całkiem krwotok maciczny, ponieważ może nastąpić brak bólów porodowych albo nieprawidłowe skurcze zranionęj krwawięcej powierzchni macicznęj; ponieważ trudno się przekonać o śmierci dziecka zdolnego do życia, a dziecko jeszcze żyjące zemrze na pewno skutkiem oddzielenia łożyska; ztąd téż ze względu na dziecko powinno się oddzielenie wykonywać tylko w nadzwyczaj rzadkich wypadkach.

Metoda Simpsona nie jest zresztą nowa. W Niemczech używał jęj już Mohrenheim, a zarzucili ją A. Friderici¹⁾ i Oslander; w Anglii zaś pisał o nięj Kinder-Wood (1830).

d) Częściowe oddzielenie łożyska. Bunsen zalecał częściowe oddzielenie łożyska podczas ciąży, utrzymując że przez oddzielenie przodującego zrazu łożyskowego i oderwanie tegoż krwotoki ustają szybko i tym sposobem u ciężarnych zapobiegają grożącemu porodowi przedwczesnemu; podczas porodu zaś mają przez objechanie palcem po kilkorazowych próbach pękać wszystkie naczyńia w bliskości ust macicznych leżące, aż się wreszcie usta maciczne rozszerzą tak, że można przystąpić do wykonania obrotu.

Operacja tego rodzaju nie ma żadnych zwolenników, a nie tak dawno temu Holst wykazał słusznie jego niepraktyczność.

e) Zamiana łożyska przodującego środkowego (*centralis*) na częściowe (*partialis*) za pomocą oddzielenia łożyska w półkolu i dobrowolny poród dziecka. W roku 1855 wystąpił Cohen z nową metodą leczenia łożyska przodujące-

¹⁾ Diss. Strassburg, 1732.

²⁾ Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. April 1855.

go środkowego podczas porodu. Według tej metody ma się łożysko środkowe zamienić na boczne (*lateralis*) przez oddzielenie łożyska w półkolu, poczem poród w położeniach główkowych i miedniczych ma się pozostawić naturze, a w położeniach nieprawidłowych należy się wstrzymywać tak długo od wszelkiej pomocy sztucznej, dopóki się nie sprzeciwiają temu ogólne prawidła położnictwa, przestrzegane przy wadliwych położeniach płodu.

Od chwili, utrzymuje Cohen dalej, w której się udało osiągnąć powyższą zamianę, nie potrzeba się niczego obawiać ani dla życia matki, ani też dla życia dziecka (?).

Metoda Cohena ma wiele podobieństwa z metodą Zeitfuchsa ¹⁾, który łożysko oddzielał po jednej stronie, przebijał pęcherz płodowy, przodującą główkę chwycił ręką i wprowadziwszy ją do wejścia miednicy pozostawiał dalszy przebieg naturze saméj, wiedząc zdoświadczeń, że przy przodowaniu łożyska może natura sama wśród szczególnych stosunków nadać całej sprawie obrót pomyślny. Metoda ta zbliża się także do postępowania Bunsena podczas porodu (a nie zgadza się z jego postępowaniem podczas ciąży) i różni się tylko tém, że Cohen oddziela tylko w jednej połowie, że zabrania wydobycia dziecka za nóżki i że wydalenie dziecka przed łożyskiem pozostawia bólowi porodowym.

Credé ²⁾ ogłosił już poprzednio swój sposób operowania, identyczny z metodą Cohena.

Wątpliwe skutki metody Cohena i Credégo starali się za pomocą teoretycznych wywodów wykazać Hohl ³⁾ i Sichel ⁴⁾.

f) Zimny natrysk maciczny. Stosownie do zachwalanych przez Jörga ⁵⁾ wstrzykiwań zimnej wody, zastosowywał po kilka razy Seyfert ⁶⁾ w Pradze wstępujący zimny natrysk maciczny i doszedł przytém do następujących rezultatów:

„Aby przynajmniej ukrócić trwanie krwotoków, nie dających się powstrzymać, należy używać zimnych wstrzykiwań, a aby silniej-

¹⁾ Neue Zeitschr. f. Geburtsk. t. 13, 1843 p. 51 i 69.

²⁾ Verh. d. Ges. f. Geb. Berlin 1853. z. VII. p. 86 i Klin. Vortr. über Geburtsk. 1853. p. 200, 245, 262.

³⁾ Deutsche Klinik Nr. 27. 1855.

⁴⁾ Schmidt's Jahrb. 1855, t. 87. p. 212.

⁵⁾ Schriften z. Beh. d. Kenntn. d. menschl. Weibes. Leipzig 1818, cz. I. p. 292 i tegoż Spez. Therapie. 1835. p. 256.

⁶⁾ Prager Vierteljahrschr. 1853. III.

szym krwotokom zapobiedz, trzeba już poprzednio ciężarne same (?) pouczyć (?), jak mają używać klyzopomp.

Po zimnych wstrzykiwaniach można się wtenczas tylko spodziewać zatrzymania krwotoku, kiedy strumień wody trafia na samo miejsce krwawiące (?).

Daléj należy zimny natrysk maciczny zastosować u takiej ciężarnéj, która skutkiem upływów krwi jest blizką śmierci i upływ krwawy nie ustaje, tak jak przy każdym krwotoku, który się pojawia podczas ciąży i któremu nie towarzyszą skurcze macicy (?).

Podczas przebiegu porodowego należy wprowadzić palec do ust macicznych trudno przystępnych i tym sposobem część łożyska przyczepioną naokoło ust macicznych oddzielić naraz w większym obwodzie jak najspieszniéj i zaraz potém zastosować zimny natrysk.

Jeśli przez usta maciczne da się rękę wprowadzić bez trudności, natenczas trzeba poród zawsze zakończyć sztuką”.

Zastosowywanie zimnych natrysków przy łożysku przodującym uznali za nieodpowiednie i zalecili zaniechać téj metody następujący mianowicie autorowie: d'Outrepont, Nägele, Braun ¹⁾, Chiari, Späth, Lumpe ²⁾, Grenser ³⁾, Hohl ⁴⁾, Holst ⁵⁾ i inni. Również w nowszych czasach niesłychać znikąd o pomyślnych rezultatach z użycia zimnych natrysków przy łożysku przodującym. Nie można zatém wcale téj metody zalecać.

g) Upuszczenie wody płodowéj za pomocą przekłócia łożyska. α) Jedną z najstarszych i najgorszych metod jest upuszczenie wody płodowéj przez przedziurawienie palcami łożyska przodującego, poczem się dziecko obraca i wydobywa przez zrobiony otwór w łożysku. Operacją tę wykonywał już Peu ⁶⁾, Schacher ⁷⁾, Merriman ⁸⁾, Gooch ⁹⁾, Rigby, a w nowszych czasach Löwenhardt, Emsmann, Hecking,

1) Klinik d. Geb. etc. p. 160.

2) Med. Woch. 1852. Nr. 42—43.

3) Nägeles Lehrb. d. Geb. 1872. p. 803.

4) Deutsche Klinik. 1853. Nr. 17—22 i tegoż Lehrb. p. 388.

5) Monatschr. f. Geb. etc. Jännerheft. 1854. p. 39.

6) Prat. des acc. Paris. 1694.

7) Dissert. v. Seiler, De placentae uterinae morbis Lips. 1709.

8) A. Sinopsis of difficult. Parturition. 1838. London.

9) Prat. comp. of Mid. p. 253.

Kraus; La Motte zaś, Levret i wszyscy nowsi autorowie odstąpili zupełnie od téj metody, ponieważ przedziurawienie łożyska nie jest łatwem, ponieważ przytém łożysko oddziela się zawsze w zbyt wielkim obwodzie, ponieważ przy wązkich ustach macicznych nie zmniejszają się niebezpieczeństwa dla matki, a dla dziecka zwiększają się tylko podczas jego wydobywania.

β) Cazeaux, Ramsbotham ¹⁾, Radford ²⁾ przekłówiają przez łożysko błony jajeczne za pomocą trójgrańca i oczekują spokojnie urodzenia się główki. Tym sposobem powstaje opóźnienie porodowe, a zatem zwiększenie niebezpieczeństw krwotoku, dla czego to nie można się spodziewać pomyślnego wypadku po téj operacji.

h) Zastosowanie leków ściągających i nabólnych.
α) Wstrzykiwanie do pochwy leków, jako to rozczynu chlorku żelaza, octu, ałunu, ratańjany (*ratanha*), cierpny (*catechu*), rozczynu kreozotu (Arendt ³⁾) i t. p., okazało się przy łożysku przodującym tak samo bezskuteczném, jak użycie zimnej wody.

β) Sporysz (wewnętrznie) można tylko wtenczas zastosować, kiedy nam chodzi o wzmocnienie bólów porodowych i o spiesniejsze wydalenie płodu. Nie można się jednakże po środku tym spodziewać bezpośredniego zatrzymania krwotoku bez bólów porodowych przez kurczowe ściągnięcie się naczyń macicznych.

B. Metody czynne przy ogólném leczeniu łożyska przodującego.

Szybko opróżnić macicę możemy albo przez poród przymusowy, albo przez krwawe rozszerzenie ujścia macicznego, albo przez obrót i następcze wyciągnięcie dziecka, albo wreszcie przez nałożenie kleszczy.

a) Przez poród przymusowy (*accouchement forcé*), rozumiemy cały szereg operacyj, które się rozpoczyna ręcznym rozszerzeniem ujścia macicznego, przechodzi potem do obrotu dziecka na nóżki i do wyciągnięcia tegoż, i zakończy wreszcie wydobyciem łożyska.

Z powodu sprężystości szyjki macicznej przy łożysku przodującym da się operacya ta wykonać częścięj, aniżeli przy jakimś inném

¹⁾ Prat. Obs. in Midwifery. P. II. 188.

²⁾ Lond. med. Gaz. 1845. Jan.

³⁾ Med. Zeitung Russlands 1852. Nr. 43.

utrudnieniu porodowém; jednakże zachodzą także wypadki, w których wążka szyjka maciczna i usta maciczne są zupełnie niepodatne, tak iż celem opróżnienia macicy można się do niej dostać ręką tylko gwałtownie.

Chociaż jest rzeczą niezawodną, że obrót i wydobywanie dziecka przy oględném rozszerzeniu ujścia powstrzymują krwotok jak najprędzej, i zakończają się pomyślnie dla dziecka wprawdzie rzadziej, aniżeli dla matki, to jednakże nie można dość usilnie ostrzegać przed gwałtowném wdrażeniem ręki do niepodatnej szyjki macicznej; przytém bowiem mogą bardzo łatwo wydarzyć się rozdarcia macicy i skutkiem zmiażdżenia miejsca przyczepu łożyskowego przyjść zapalenie wnętrza macicy i ropnica; ponieważ nadto po gwałtowném przedostaniu się przez szyjkę maciczną może nieraz przyjść kurecz w wewnętrzném ujściu maciczném. przez co staje się nadzwyczaj trudnym wydobywanie dziecka nieżywego, a niekiedy następuje także porażenie dolnego odcinka macicy, gwałtowne krwotoki i chora umiera w pierwszych chwilach położogowych.

b) Krwawe rozszerzenie ujścia macicznego ¹⁾). Z powodu znanego niebezpieczeństwa, jakie za sobą pociąga ręczne rozszerzenie zewnętrznego ujścia macicy, pozwolono sobie nawet przy łożysku przodującym ponacinać usta maciczne bisturem, aby poprzedziłać ich kołowe mięśnie leżące poziomo i umożliwić szybkie ich rozszerzenie się. Nacięcie to ujścia macicznego nie spowoduje nawet przy łożysku przodującym znacznego krwotoku, jeśli zewnętrzne usta maciczne tworzą wążką, mocno wystającą i twardą lisztwę, jeśli szyjka i ponad nią leżące ujście wewnętrzne przedstawiają daleko większy okrągły przestwór, tak iż ostrze bistura nie trafia jego powierzchni, jeśli nadto cięcia dokonane po bokach zewnętrznego ujścia nie sięgają głębiej w istotę macicy nad 3—4”.

Jeśli się wykroczy przeciw tym wskazaniom i przy długiej wężkiej szyjce natnie jej ściany, albo nawet ujście wewnętrzne, albo w kierunku pęcherza moczowego lub odbytu, natenczas mogą przez to powstać niebezpieczne krwotoki, rozdarcia macicy, przetoki pęcherzowe i odbytowe.

Zważywszy zaś, że szybkie opróżnienie macicy jest z powodu silnego krwotoku koniecznym właśnie w tych wypadkach, w których szyjka maciczna jest jeszcze zupełnie nieprzygotowana, przekonamy

1) Porówn. A. Krassowski, Akuszerya t. II. p. 32.

się jasno, że w praktyce pozostaje nadzwyczaj ograniczone pole dla nacięć zewnętrznego ujścia, i że tutaj należy się po większej części pierwszeństwo tamponowaniu pęcherzem kauczukowym.

c) Obrót i wydobywanie dziecka przed urodzeniem się łożyska. Obrót płodu na nóżki i jego wydobywanie tworzą przy łożysku przodującym dwie operacje, które zawsze ze sobą należy łączyć. Stanowią one bardzo starą metodę, której od czasów Levreta, Saxtorpha i wielu innych używano prawie wyłącznie i dopiero w nowszych czasach chwycono się innych sposobów operowania. Racjonalną zaś jest ta metoda, kiedy usta maciczne są rozciągliwe, położenie płodu jest nieprawidłowe, błony jajeczne pękają jako też przy położeniach podłużnych, kiedy woda płodowa już odpłynęła, matce zagraża największe niebezpieczeństwo, a dziecko żyje i jest zdolne do życia.

Wyszukując nówek przy łożysku częściowo przodującym, wprowadza się rękę do jamy macicy z tej strony, która jest swobodną, t. j. ze strony przeciwległej łożysku. Należy tedy operować prawą ręką, jeśli łożysko siedziało pierwotnie po stronie prawej, nie zważając przytém ani na położenie, ani na stawienie płodu, ponieważ przy dostatecznej oględności zazwyczaj da się obrót wykonać tak jedną jak drugą ręką ¹⁾.

Przy łożysku zupełnie przodującym należy do operowania wybrać tę rękę, która jest nierównomierną z ową stroną macicy, w której leżą nóżki dziecka, a więc ręką prawą, kiedy nóżki i koniec miedniczy są zwrócone ku lewej stronie matki.

Potém za pomocą piłowatego poruszania palcy i ręki oddziela się łożysko w tém miejscu, które zdaje się być najcieńszem i najłatwiejszem do oddzielenia, posuwa się dalej rękę (nie wycofując jej) pomiędzy kosmówką a ścianą macicy aż do dna macicznego, aby przedramieniem tamponować krwawiące naczynia, przebija się błony jajeczne, chwytając za nóżki i wprowadza je do pochwy, poczem się wydobywa zupełnie dziecko i w końcu łożysko.

Ponieważ zaś podczas wyciągania płodu są nader pożądane silne bóle porodowe, przeto jest rzeczą skuteczną podczas operacji pocięrać dno maciczne, a przy porażeniu macicy podawać ergotynę.

Dla dziecka jest nadzwyczaj niebezpiecznem dłuższe trwanie operacji; dla tego należy usuwać wszystkie przeszkody, któreby

¹⁾ Porówn. A. Krassowski, Akuszerya t. II. p. 146.

mogły utrudniać wyciąganie. Należy tedy według możliwości usuwać kurczowe ściąganie się wewnętrznego ujścia i wprowadzając rękę oddzielić łożysko na dostatecznej przestrzeni, ponieważ nie można już wielkiej kłaść wagi na odżywianie dziecka przez przyczepioną jeszcze część łożyska i nawet w razie pomyślnym dziecko tylko w pozornej śmierci może się urodzić.

d) Wydobyć dziecko za pomocą kleszczy stanowi przy łożysku przodującym jedno z najkorzystniejszych wydażeń dla dziecka; nadzwyczaj jednakże rzadko bywa lekarz w tém szczęśliwem położeniu, że znajduje warunki potrzebne do nałożenia kleszczy. Bra u n wiedząc dobrze o pomyślnym pod tym względem wpływie kleszczy, wstrzymywał częściej krwotoki za pomocą kolpeuryntu i rozszerzał nim usta maciczne, a gdy się te zatarły lub stały dość rozciągliwemi i gdy po upuszczeniu wody płodowej główka zstąpiwszy do miednicy stanęła w warunkach potrzebnych dla nałożenia kleszczy, to używał tychże z bardzo pomyślnym skutkiem tak dla matek jak mianowicie dla dzieci. Wykonujemy zaś operacyę kleszczową według zwykłych prawideł; należy tylko przy nakładaniu kleszczy wsunąć połowę ręki pomiędzy główkę a łożysko, aby przytém nie zadzierznąć łożyska lub nawet ust macicznych.

II. Leczenie łożyska przodującego w szczególności.

Sposób leczenia w szczegółowym wypadku może być rozmaity: wybór jego zależy od tego, czy krwotok jest słaby lub silny; czy są bóle porodowe lub nie; czy pęcherz płodowy stoi jeszcze, czy też woda płodowa już odpłynęła; czy łożysko przoduje zupełnie, czy też tylko częściowo; czy położenie płodu jest wadliwe czy też prawidłowe; czy istnieje powikłanie z porodem bliźniaczym, zwężeniem miednicy, drgawkami, wypadnięciem pępowiny i t. d.

A. Leczenie łożyska przodującego podczas ciąży.

a) Przy krwotokach w ostatnich trzech miesiącach ciąży wolno się zachowywać biernie tylko wtenczas, kiedy krwotok jest słaby i przemija szybko. Podczas trwania upływu krwawego musi chora leżeć w łóżku, okolicę krzyżową mieć podwyższoną, być tylko lekko przykrytą, a lekarz powinien dbać o opróżnienie pęcherza moczowego i uregulowanie czynności jelit, zalecić pożywienie mierne lecz posilające i wiele kwaskowego chłodnego napoju i t. d.; bojaźliwość zaś wielką należy uspokajać przez słaby środek odurzający, usuwać na-

pady kaszlu lub womitów i zakazać surowo wszelkiego innego rodzaju wstrząśnień przepony i ciała.

Upuszczenia krwi z żyły nie zaleca się bynajmniej, ponieważ tym sposobem krwotokowi z macicy nie zapobiega się i można przyspieszyć złowrogie skutki niedokrwistości. Po zimnych okładach na brzuch nie można się spodziewać dobrego skutku; również zaniechać należy środków ściągających, podawanych na wewnątrz, albo wstrzykiwanych do pochwy.

b/ Jeśli zaś krwotok w ostatnich trzech miesiącach ciąży jest silny, albo jeśli krwotok słabszy powtarza się częściej i trwa przez czas dłuższy, natenczas choć nie masz bólów porodowych, lecz tylko pojawiają się oznaki rozpoczynającej się niedokrwistości, przystępujemy do tamponowania pochwy za pomocą kolpeuryntu, celem chwilowego zatrzymania krwotoku, chociażby się tym sposobem wywołało nawet poród przedwczesny. Tém więcéj zaś jesteśmy upoważnieni do takiego działania, ponieważ z doświadczenia wiemy, że jeśli krwotoki w tym czasie pociągają za sobą niedokrwistość, sprawiają zwykle dobrowolny poród przedwczesny, który natenczas bywa tém niebezpieczniejszym, im się dłużej przypatrywaliśmy nieczynnie krwotokom.

Jeśli się nam udało tym sposobem uspokoić chorą i utratę krwi zastąpić przez napoje i lekkie pożywienie, natenczas można z kolpeuryntu upuścić nieco wody, ażeby się stał wåtleszym, a jeśli chora ma się przez kilka godzin dobrze i nie pojawiają się żadne bóle porodowe, to można go nawet usunąć zupełnie; skoro się jednakże ponowi krwotok, trzeba go na nowo założyć.

B. Leczenie łożyska przodującego podczas czasowego porodu i przedwczesnego porodu.

a) Skoro rozpoznamy, że wyraźnie działają bóle porodowe, że dziecko jest dojrzałe albo przynajmniej zdolne do życia i żyjące, natenczas w okresie otwierania się ust macicznych, jeszcze przed pęknięciem pęcherza płodowego, należy przy każdym groźnym krwotoku zastosować kolpeurynter z wodą lodową, nie zważając na to, jakim jest położenie płodu; kolpeurynter pozostawia się tak długo, aż bóle porodowe nie podziały energicznie.

Rozpoznawszy dokładnie łożysko częściowe przodujące, oraz przekonawszy się, że płód znajduje się w położeniu poprzeczném i usta maciczne są rozciągliwe, powinniśmy się starać o to,

żeby główkę sprowadzić do wejścia miedniczego, a gdyby się to nie miało udać, natychmiast wykonać obrót na nóżki i przekłóć pęcherz płodowy.

Jeśli krwotok jest nieznaczny i łożysko przoduje częściowo, do ochronienia pęcherza jest kolpeurynter stosownym.

Jeśli przy łożysku częściowo przodującym płód znajduje się w położeniu podłużnym, główka lub koniec miedniczy są ustalone w miednicy i usta maciczne już zatarte, wtedy należy otworzyć błony jajeczne, upuścić część wody płodowej i wydalenie dziecka pozostawić bólom porodowym; kiedy się zaś poród opóźnia, zastosować zaraz kleszcze.

Po rozpoznaniu łożyska zupełnie przodującego, kiedy się usta maciczne zatary lub są mocno rozciągliwe, należy w wypadkach, w których krwotok jest gwałtownym, albo się już wytworzyła niedokrwiłość, tak przy położeniach podłużnych jak poprzecznych wykonać obrót na nóżki i wyciągnąć dziecko jak najspieszniej.

Jeżeli bóle porodowe działają gwałtownie i krwotok jest mierny, jeżeli przytém konstytucya rodzącej jest mocna i nie ma objawów niedokrwiłości, to można czas niejaki czekać na wydalenie płodu wraz z kolpeuryntrem i łożyskiem; w interesie jednakże dziecka lepiej jest przebić błony jajeczne, skoro łożysko zupełnie przodujące przeszło w łożysko boczne, i zastosować kleszcze, skoro główka stoi głęboko, lub wyciągnąć płód, kiedy koniec miedniczy zstąpił głęboko.

b) Skoro pęcherz płodowy pękł, nie wolno nigdy zastosować tamponowania za pomocą pęcherza kauczukowego, zarówno czy krwotok jest gwałtowny czy słaby, czy usta maciczne szerokie czy też wąskie.

Kiedy przy łożysku zupełnie przodującym usta maciczne dają się łatwo rozciągać, wtedy jest wskazanym obrót płodu i jego wyciągnięcie.

Jeśli krwotok jest bardzo silny, matce zagraża największe niebezpieczeństwo życia, nadzwyczaj wielką jest odporność wazkiej szyjki macicznej i ust macicznych, jeśli nadto woda płodowa już odpłynęła, natenczas pozostaje nam tylko wybór pomiędzy nacięciami ust macicznych i ich gwałtownym rozszerzeniem ręcznym (poród przymusowy) albo pomiędzy zupełnym oddzieleniem łożyska i jego wydobyciem jeszcze przed wyjściem dziecka (jako ostatni środek, kiedy obrót jest niemożliwym). Tęgo rodzaju kombinacya należy jednakże do rzadkości, jeśli się nie przekłóło pęcherza płodowego przypadkiem

albo też umyślnie, ponieważ w razach takich dobrowolne pęknięcie pęcherza pojawia się po większej części dopiero późno.

W okresie występowania łożyska postępujemy sobie wedle przyjętych powszechnie prawideł i wydalamy łożysko spiesznie, ponieważ zwykle leży ono już zupełnie oddzielone w pochwie. W wypadkach, w których łożysko przodowało, krwotoki w okresie wydalenia łożyska oraz w pierwszych chwilach położowych wydarzają się rzadziej, aniżeli po położach prawidłowych, są jednakże z tego powodu niebezpieczniejsze, że trafiają już i tak niedokrwistą osobę. Przeto też jest obowiązkiem akuszerza przez niejaki czas po wydaleniu łożyska baczyć pilnie na położnicę, przekonać się, czy się macica skurczyła należycie, a w razie niezupełnego porażenia oraz krwotoków zacząć szybko ugniatania i pocierania macicy, zimne wstrzykiwania, podawać ergotynę i t. d. Nadto jeśli położnica osłabła w wysokim stopniu, należy podawać dużo wina. Tym sposobem jako też przez niskie ułożenie głowy zapobiega się najlepiej omdleniom. W wypadkach rozpaczliwych może się okazać potrzebném przelanie krwi, które jednakże da się dość często zastąpić przez podskórne wstrzykiwania eteru, zalecane przez Heckera ¹⁾. Tenże wstrzykiwał 1,0 eteru aż do pięciu razy po krótkich przerwach i widział z tego znakomite skutki.

Jeśli z przodowaniem łożyska wikła się jeszcze zwięźlenie miednicy, natenczas należy sobie postępować według następujących prawideł:

a) Jeśli usta maciczne są ciasne, pęcherz płodowy jeszcze stoi i poród rozpoczyna się w czasie prawidłowym, to należy użyć tamponowania pęcherzem kauczukowym, a skoro się usta staną dostatecznie rozciągliwemi, trzeba wkrótce wykonać obrót na nóżki i płód wyciągnąć.

b) Jeśli usta maciczne są ciasne i pęcherz płodowy już pękł, to należy ponacinać zewnętrzne ujście, rozszerzyć je i potem przystąpić do obrotu i wyciągnięcia dziecka, jeśli takowe jeszcze żyje.

c) Jeśli usta maciczne są wąskie, pęcherz płodowy pękł, i dziecko już nie żyje, trzeba łożysko oddzielić w półkolu, a gdy się to nie uda, oddzielić je zupełnie.

1) Hecker, Bair *ärztl. Int.* 1873. Nr. 22.

d) Jeśli ujście jest szerokie, pęcherz pękł, bóle są gwałtowne i płód znajduje się w położeniu nieporuszaném, to w razie położenia główkowego, w razie śmierci dziecka i w razie wskazanego przedziurawienia czaszki, należy łożysko zupełnie oddzielić i wydobyć przed dzieckiem, aby potem tém pewniej mózż wykonać przedziurawienie i zgruchotanie czaszki.

e) Jeśli z powodu zwężonej miednicy okaże się konieczném wywołać sztuczny poród przedwczesny i z tém wikła się łożysko przodujące, to tamponowaniu za pomocą pęcherza kauczukowego należy się niezaprzeczenie pierwszeństwo przed wszystkimi metodami sztucznego porodu przedwczesnego.

f) Jeśli z łożyskiem przodującym wikła się poród bliźniaczy, to przy ujściu wazkiem zaleca się użyć kolpeuryntu, a przy szerokich obróciach pierwsze dziecko i wkrótce potem drugie (Hohl¹⁾, Hohl).

g) W razie rzadkiego powikłania łożyska przodującego z zupełnym brakiem pępownicy (Stute²⁾), można przy wazkich ustach macicznych zastosować tamponowanie pęcherzem kauczukowym, skoro się zaś rozszerzą, jest wskazanym obrót i wyciągnięcie dziecka.

Z nowszej literatury dotyczącej tego przedmiotu przytaczam tu jeszcze następujące prace:

Simpson, *Sel. Obst. Works. London. 1871. p. 177.* — Holst, *M. f. G. t. 2. p. 81.* — Chiari, Braun i Späth, *Kl. d. Geb. p. 151.* — Greenhalgh, *Obst. Tr. VI. p. 140.* — Kuhn, *Wien. med. Presse. 1867. Nr. 15. etc.* — Fränkel, *Berl. klin. Woch. 1870. Nr. 22 i 23.*

2) Wypadnięcie łożyska przy porodzie (*prolapsus placentae*).

Co rozumiemy przez wypadnięcie łożyska, powiedzieliśmy już dawniej na stronie 98.

Cierpienie to zachodzi się w ogóle rzadko i wywołuje krwotoki skutkiem zachodzącego przytém oddzielenia się łożyska, i to krwotoki

¹⁾ Med. Times and Gaz. 1858. August.

²⁾ Monatschr. f. Geb. etc. 1856, Jännerheft p. 86.

które mogą się stać niebezpiecznymi tak dla dziecka jak dla matki. Łożysko wypada nie tylko wtenczas, kiedy się przyczepia głęboko (Oslander ¹⁾), ale także, gdy się znajduje w prawidłowym miejscu, co nie ulega najmniejszej wątpliwości po badaniach pośmiertnych, dokonanych przez Scanzoniego ²⁾, Hütera ³⁾ i Heckera ⁴⁾, w których po wypadnięciu łożyska dało się wysledzić miejsce przyczepu łożyska na dnie macicy. Nieprawidłowość ta pojawia się po większej części tylko przy porodach przedwczesnych i chorobach łożyska, jako to po wylewach krwi, po zwyrodnieniu tłuszczowem, obrzęku łożyska i t. d., przez co płód obumiera; połączenie naczyniowe luźniejsze i bardzo łatwo może się przedwcześnie oddzielić łożysko i zsunąć ku ustom macicznym.

Okoliczność ta zachodzi tém łatwiej, im bliżej szyjki było przyczepionem łożysko i im luźniej jest wypełniony dolny odcinek macicy przez leżącą w bliskości część płodu.

Prócz chorób łożyska mogą się nadto mechaniczne obrażenia ciężarnych (E. Siebold ⁵⁾) przyczynić do przedwczesnego odklejenia się zdrowego łożyska, poczem pojawiają się krwotoki daleko częściej, aniżeli kiedy przyczyną oddzielenia się łożyska była jedna z jego chorób.

U płodów dojrzałych i żyjących wikła się z wypadnięciem łożyska zwykle położenie poprzeczne i wytwarza się po największej części tylko po pęknięciu błon jajecznych i po odpłynięciu wody płodowej. Przy bliźniakach oddzielone łożysko pierwszego dziecka wypada bardzo często do pochwy i jeśli podwójne są łożyska, nie odpowiada téż pojęciu, jakie łączymy z *prolapsus placentae*. Tylko wtenczas może być mowa o wypadnięciu łożyska, kiedy przy łożyskach podwójnych oddalono łożysko pierwszego dziecka, a łożysko drugiego zstępuje do pochwy, albo kiedy obydwia płody miały tylko jedno łożysko i to wypada do pochwy przed urodzeniem się drugiego dziecka.

¹⁾ Gen. Deutsche Zeitschr. f. Geb. Weimar. 1832. t. 7. p. 223; zob także E. Siebold, M. f. Geb. t. 6. p. 258.

²⁾ Lehrbuch, 2 Aufl. p. 697.

³⁾ Deutsche Klinik. 1862. Nr. 49.

⁴⁾ Bair. ärztl. Intelligenzblatt. 1871. Nr. 17. p. 4.

⁵⁾ Monatschr. f. Geburtskunde etc. 1855. Oktoberheft.

Z powodu odklejenia się łożyska, zachodzącego zawsze przed wypadnięciem jego, jest nieprawidłowość ta dla dziecka nader nie bezpieczna, jeśli go się nie wydobędzie w kilka minut potem. Ztąd też tak dzieci zdolne jak niezdolne do życia rodzą się zwykle niezżywymi i tylko wtenczas -dają się jeszcze uratować niekiedy dzieci, kiedy leżą w położeniu podłużném i bóle porodowe są bardzo silne, jak to zauważyli Lossius ¹⁾, Smellie ²⁾, Gower ³⁾, Trefurt ⁴⁾ i inni.

Objawy, towarzyszące wypadnięciu łożyska, są bardzo podobne do objawów dostrzeganych przy przodowaniu łożyska, tak iż odróżnienie obu stanów jest podczas ciąży częstokroć zupełnie niemożliwém.

Wyjątkowo można niekiedy rozpoznać na pewno wypadnięcie łożyska podczas porodu, kiedy na początku bólów porodowych dają się wyraźnie wyczuć błony jajeczne i pewne części płodu, a przy późniejszym badaniu bez względu na to, czy się położenie płodu zmieniło czy nie, łożysko zstąpiło do szyjki i do pochwy.

Leczenie należy zastosować według podobnych prawideł, co przy przodowaniu łożyska i odpowiednio do gwałtowności krwotoku. Jeśli tedy nie masz krwotoku, zachowujemy się biernie, używamy kolpeuryntu gdy usta maciczne są wąskie, i wykonujemy obrót, gdy się tenże da łatwo uskutecznić, dziecko jest zdolne do życia, daje znaki że żyje i krwotok jest gwałtowny.

Tylko nie należy sobie pozwalać żadnych operacyj, któreby mogły matce łatwo zaszkodzić, ponieważ i tak mało jest nadziei uratowania dziecka.

Jeśli gwałtowność krwotoku nie wymaga żadnej operacji, natenczas pozostawiamy naturze wydalenie zupełnie oddzielonego łożyska oraz płodu (w położeniu podłużném), i to tak przy płodach zdolnych i niezdolnych do życia, jak przy płodach już niezżywych.

1) *Observ. med.* London. 1672.

2) *Sammlung besond. Fälle*, Altenh. 1768. t. II. p. 317 i London. 1754. V. I. p. 311.

3) *Lancet*, Oct. 1831.

4) *Holschers Annal.* 1841. p. 561.

5. Opóźnione oddzielenie się łożyska od ściany macicy przy porodzie
(*retentio placentae*).

Jeśli łożysko wraz ze swemi dodatkowemi częściami w okresie łożyskowym porodu nie zostawie w czasie prawidłowym z jamy macicy wydalone do pochwy, aby z téjże mogło się wydostać na zewnątrz, natenczas opóźnienie to podczas porodu zwiemy zatrzymaniem się łożyska (*retentio placentae*).

Trzy mogą być przyczyny tego opóźnionego wydalenia łożyska, a mianowicie: *a)* że skutkiem zbyt mocnego przyczepienia się łożyska do macicy nie może takowe pod wpływem jedynie skurczeń macicy wydostać się na zewnątrz; *b)* że przyczep łożyska jest zwyczajny, ale siły wydalające nie rozwijają się prawidłowo; *c)* że oddzielonemu już łożysku może jakaś niezwyčajna przeszkoda utrudniać zstąpienie do pochwy.

a) O procesie, skutkiem którego łożysko przyczepia się zbyt silnie do ściany macicznej, mówiliśmy już wyżej i równocześnie nadmieniliśmy tamże, że łożysko zbyt mocno przyczepia się zawsze tylko częściowo, łącząc się silnie z macicą pojedynczemi zrazami, albo nawet kilkoma, ale nigdy wszystkimi razem.

Forma zrośnięcia jest rozmaita. Łožysko jest albo jednostajnie przyrośnięte na mniejszej lub większej powierzchni (wielkości srebrnika, krajcara, talara, dłoni i t. d.) albo téż łączy się z macicą tylko za pomocą silnych powrózków począwszy od grubości nitki aż do grubości gęsiego pióra. W pierwszym razie znajdujemy odpowiednią część łożyska jędrniejszą i przy dotykaniu daje się zaledwie odróżnić od mięszu macicznego, tak iż oddzielając łożysko sztucznie nie można bardzo często wynaleźé dokładnie granicy pomiędzy macicą a łożyskiem.

Nieprawidłowa część łożyska jest przytém zmarniała przez bryłki włóknikowe, włókienka tkanki łącznej i pierwiastki tkanki komórkowatej, świeżo wytworzonej i często stłuszczonej.

Także ciała ziarniste rozmaitej wielkości zachodzą się na niektórych miejscach. Przy drugiej formie zbyt mocnego przyrośnięcia łożyska pokłady zewnętrzne powrózków składają się z tych samych pierwiastków, we wnętrzu zaś ich znajduje się jedno lub kilka naczyń.

Do objawów i niebezpieczeństw, wywołanych przez zbyt silne przyczepienie się łożyska, należy opóźnione oddzielenie się

łożyska, tudzież zazwyczaj mocne krwotoki w okresie występowania łożyska. Krwotoki powstają tym sposobem, że części łożyska, łączące się prawidłowo z macicą, oddzielają się w czasie normalnym przez to powstają w ścianie macicy zięjące otwory żył, ponieważ łożysko znajdujące się w macicy nie pozwala jój skurczyć się w dostatecznej mierze. Tylko w takim razie nie przysłoby do krwotoku, gdyby łożysko całą swą powierzchnią przyczepiało się zbyt silnie.

Jeśli w razie takim łożyska nie oddzielimy sztucznie albo jeśli przy wydaleniu tegoż pozostają w macicy większe kawały z niego, natenczas już po upływie 3—4 godzin ściąga się dolny odcinek macicy, tak iż wprowadzić rękę do jamy macicy jest albo rzeczą nadzwyczaj trudną albo zupełnie niemożliwą. Nie rzadko skarży się położnica w wypadku takim na bardzo bolesne poporodowe bóle, które przynajmniej to mają dobrego, że właśnie dla gwałtownych skurczów zapobiegają dalszym krwotokom, że ułatwiają wydalenie przez zgniliznę oddzielonych już części łożyskowych, że nie pozwalają dostać się do krwi pierwiastkom gnijącym, że wreszcie przyczyniają się głównie do oddzielenia części zbyt silnie przyrośniętych. W wypadkach szczęśliwych, w których ani pierwiastki gnijące nie dostają się w krew, ani też nie powstaje żadne niebezpieczne zapalenie macicy, zatrzymane łożysko oddziela się po kilku dniach, albo nawet tygodniach pod wpływem ciągłego zmniejszania się macicy i wychodzi na zewnątrz przez usta maciczne, albo przynajmniej spuszcza się tak do rozszerzonych znowu ust macicznych, iż się da usunąć z nich bez wielkich trudności. Tego rodzaju łożysko albo część łożyska wygląda zazwyczaj w części swój, którą się przyczepiała zbyt silnie, jeszcze świeżo na mniejszym lub większym obwodzie, w częściach zaś oddzielonych już dawniej jest przez proces gnicia rozpadłe odpowiednio do czasu, przez jaki pozostawało w macicy, i z tego powodu też był odpływ połogowy cuchnący i brudno zabarwiony. (Częścięj jednakże stan ten niebezpieczny nie kończy się tak pomyślnie, lecz przychodzi do gnilnego zapalenia wnętrza macicy i jad przedostaje się do krwi, skutkiem czego położnica zazwyczaj umiera szybko, jeszcze przed oddzieleniem się łożyska; albo też, dopóki jeszcze w macicy znajduje się znaczniejszy kawał łożyska, powtarzają się szybko po sobie krwotoki, które wycieńczają zupełnie położnicę i w końcu doprowadzają ją do śmierci, jeśli niekiedy stojąc już nad grobem, nie znajdzie jeszcze dla siebie ratunku w dobrowolném oddzieleniu się łożyska lub wydaleniu sztuczném pozostałych resztek. Czy zaś większe kawały łożyska, albo cały ten organ może przez wessanie zniknąć zupełnie, nie

jest rzeczą dowiedzioną, chociaż niektórzy autorowie utrzymują, że widzieli tego rodzaju wypadki.

Rozpoznanie zbyt mocnego przyrośnięcia łożyska nie da się nigdy stawić przed okresem występowania łożyska, ponieważ nieprawidłowość ta nie wskazuje żadnych szczególnych objawów ani podczas ciąży, ani też w pierwszym czasie porodu. a proces zapalny powodujący to przyrośnięcie. nie daje także stale żadnych tego rodzaju objawów. Dopiero w okresie występowania łożyska możemy przypuścić tę nieprawidłowość, kiedy mimo bólów poporodowych łożysko się zatrzymuje zbyt długo i kiedy się pojawia krwotok. Że w wypadku takim rodzica przy pociąganiu za pępowinę skarży się na bóle i macica doznaje szarpania ku dołowi, jest wprawdzie rzeczą naturalną, ale objawów tych porównano z wyżej już przytoczonymi nie można uważać za rozstrzygające w tej mierze, ponieważ mogą one także rozwinąć się z otorbienia łożyska, ze ścieśnienia (*strictura*) macicy i t. d. Pewnego przekonania o dotyczącej nieprawidłowości nabieramy dopiero wtenczas, kiedy z powodu krwotoku lub opóźnionego oddzielenia się łożyska wprowadzamy do jamy macicy rękę, aby sztucznie wydalić łożysko, i kiedy ręką wyczuwamy zbyt silne przyczepienie łożyska.

Rokowanie jest w ogóle niepomyślne, ponieważ zatrzymanie się w macicy całego łożyska albo przynajmniej większych jego części pociąga za sobą dla matki jak najniebezpieczniejsze skutki; nadto sztuczne oddzielenie zbyt mocno przyrośłego łożyska należy zawsze uważać za operacją gwałtowną, choćbyśmy jej dokonali z jak największą oględnością.

Zadaniem leczenia jest sztucznie oddzielić i wydalić łożysko, do czego lekarz jest zmuszonym albo przez krwotoki albo przez długie nie ukazywanie się łożyska. Ponieważ zaś nigdy nie możemy się pierwój przekonać o rzeczywistém przyrośnięciu łożyska, aż nie wprowadzimy ręki do macicy, przeto przed operacją należy jeszcze wprzód w każdym wypadku starać się, żeby łożysko wydalić przez ugniatanie i pocieranie dna macicznego. Z drugiej znowu strony byłoby bardzo śmiałym przedsięwzięciem, gdybyśmy krwotok chcieli leczyć tylko symptomatycznie i wydalenie łożyska zamierzali pozostawić naturze saméj.

Po operacji zaś należy zaraz postarać się o dostateczne skurcze macicy jużto ugniatając dno macicy, już też podając na wewnątrz *secale cornutum* lub robiąc podskórne wstrzykiwania z roztworu *extr. sec. cornuti*. Jeśli krwotok nie ustaje zaraz po wydaleniu ło-

żyska, natenczas należy go leczyć na podobę krwotoków, które skutkiem zwiótczenia (*atonia*) macicy powstają w pierwszych godzinach okresu połogowego. W ogóle zaleca się w pierwszych chwilach połogowych robić codziennie kilka razy letnie wstrzykiwania do jamy macicy, biorąc do tego albo czystą wodę, albo też odwary z *althaea*, *malva* etc., aby tym sposobem wydalic pozostałe resztki jaja. zanim takowe przejdą w zgniliznę. Jeśli zaś mimo tego odpływ połogowy przybiera barwę brudną i cuchnie odrażliwie, natenczas są wskazane wstrzykiwania jakiego aromatycznego naparu z *chamomilla*, *mentha*, *acorus* etc., do których można dodać nieco wody z chlorku wapna, albo boraksu, albo najlepiej kwasu karbolowego.

Jeśli dopiero w późniejszym czasie połogowego okresu zaczynamy leczyć kobietę, u której się zatrzymało całe łożysko, albo się domyślamy, że przynajmniej większe jego kawały tkwią jeszcze w macicy, natenczas należy przez badanie przekonać się zaraz, czy tak rzeczywiście jest, a przekonawszy się o tém zająć się zaraz wydalaniem pozostałych części na zewnątrz.

Jeśli z pierwszego badania nie mogliśmy nabrac pewności o stanie rzeczy, albo jeśli dowiedzionych części łożyskowych nie dało się wydalic z powodu zwężonych ust macicznych, natenczas trzeba badać częściej aby skorzystać ze stosownej chwili, kiedy pozostałości łożyskowe spuszcza się do ust macicznych i kiedy te rozszerzą się dostatecznie. Aż do chwili téj należy robić wyżej oznaczone wstrzykiwania stosownie do stanu odpływu połogowego.

Krwotoki powstałe skutkiem zatrzymanych resztek łożyskowych ustają również tylko po ich oddaleniu; że zaś nie można ich usunąć, należy zapobiegać krwotokom przynajmniej przez zalecanie największej spokojności, przez miejscowe zastosowanie zimna w postaci zimnych okładów i wstrzykiwań, tudzież przez inne środki, pobudzające macicę do kurczenia się.

b) O zatrzymaniu łożyska skutkiem nieprawidłowości w siłach wydalających będzie później mowa w rozdziale, w którym rozberzemy bliżej słabe bóle porodowe i ścieśnienia macicy w okresie występowania łożyska.

c) Za niepomysłne wydarzenie przy wydostaniu się oddzielnego już łożyska z jamy macicznej do pochwy, a zatem także za przyczynę tego opóźnienia w wydaleniu łożyska należy uważać następujące okoliczności: α) zrośnięcie błon jajecznych z macicą, o czém później dopiero pomówimy; β) niezwyčajną wielkość łożyska; γ) zboczenie macicy od kierunku osi miedniczój, co spo-

strzegamy np. przy znacznych zwichnięciach miednicy, przy guzach leżących w bliskości wejścia macicznego, przy zbytelnym przepełnieniu pęcherza moczowego i t. d.

Łożysko, wśród takich okoliczności zatrzymane w macicy, może spowodować także krwotok, ponieważ rozszerza macicę tak, iż otwory naczyń powstałe po oddzieleniu się łożyska nie mogą się zamknąć zupełnie.

To też w każdym wypadku, w którym się opóźnia wydzielenie łożyska, należy zwrócić uwagę na powyżej wyliczone okoliczności, a jeśli się nie jest zupełnie pewnym, czy pęcherz moczowy jest opróżniony, należy zastosować cewnik, który na pewno nie zaszkodzi. Gdy mimo tego macicę znajdujemy ponad spojeniem łonowym zboczona od kierunku osi miedniczej, to powinniśmy rękoma wsuwać ją w prawidłowe stawienie do miednicy i zarazem pocierając dno macicy starać się o to, żeby wywołać w niej silniejsze skurcze i tym sposobem przyspieszyć oddzielenie się łożyska. W wypadkach, w których łożysko jest niezwykle wielkie, wystarczają zazwyczaj pocierania dna macicznego; w ogóle należy zawsze próbować pocierań tych, zanim się do jakiegokolwiek zabierzemy operacyi, bez wszelkiego względu na powód, z jakiego się opóźnia wyjście łożyska.

Jeśli łożysko nie odchodzi w dwóch godzinach po porodzie, natenczas jest wskazanem wydobyć je za pomocą wprowadzonej ręki nawet wtedy, kiedy tylko jedna z przyczyn na ostatku wyliczonych wstrzymuje jego odejście, bez względu na to czy przytém inna jaka okoliczność niebezpieczna zezwala na użycie tego środka, czy wstrzymuje od niego; oddzielenie bowiem i wydobyć łożyska nie przyczepionego zbyt silnie nie sprawia ani trudności ani też niebezpieczeństwa, a osiągnięta po wydobyciu pewność, że już żadne nadal nie zagraża niebezpieczeństwo, nagradza bez wątpienia położnicę sowicie te małe tylko bóle, które się jej sprawiło, ażeby od niej oddalić na przyszłość daleko większe niebezpieczeństwo.

d) Nieprawidłowości błon jajecznych.

1. Zbytelną wężkość błon jajecznych.

Jeśli błony jajeczne są zbyt wężkie, czyto w całej prawie rozciągłości, czy też tylko w niektórych miejscowościach, natenczas lekkie tylko wstrząśnienia podbrzusza, przemijające bez szkody wśród zwykłych stosunków, przyczyniają się podczas ciąży nie rzadko do

rozdarcia pęcherza płodowego. W takich razach zdarza się jeszcze daleko częściej, że pęcherz pęka zaraz z początku pierwszych bólów porodowych, ponieważ słabe błony jajeczne nie mogą wytrzymać napięcia, wywołanego przez skurcze macicy. Zachodzi zaś okoliczność ta częściej u mnogorodzących, aniżeli u pierwiastek, ponieważ u pierwszych w ostatnich miesiącach ciąży rozwierają się także wewnętrzne usta maciczne, przez co błony jajeczne oddzielają się w odpowiednim obwodzie.

Szkodliwe skutki, pochodzące od przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, mają nie mało znaczenia. Jeśli pęcherz pęka już podczas ciąży, natenczas koniecznym tego następstwem bywa poród przedwczesny, a jeśli pęka zaraz z początku porodu w czasie, w którym usta maciczne są jeszcze wąskie i niepodatne, wtenczas opóźnia się bardzo okres rozwierania się ust macicznych. To opóźnione rozszerzenie się ust macicznych zachodzi częściej u pierwiastek, u których usta maciczne są zazwyczaj mniej podatne, nie pociąga jednakże za sobą zwykle żadnych dalszych niedogodności, jeśli tylko płód stawia się czaszką do porodu i jeśli obok czaszki nie przodują ani kończyny, ani też pępowina. Przy położeniach twarzowych i miednicznych ma się rzecz gorzej, ponieważ przy nich żadne jednostajnie zaokrąglone ciało nie wypełnia dolnego odcinka macicy. Skutkiem tego może woda płodowa wśród wolnego rozszerzenia się ust macicznych powoli odpłynąć zupełnie, a macica ściągnąć się tak szczelnie naokoło płodu i jego części dodatkowych, że płód nie rzadko utraci tym sposobem życie. Najniebezpieczniejszą jest ta okoliczność w tych razach, w których płód leży poprzecznie, albo obok główki wypada pępowina lub kończyny. Jeśli bowiem w takich wypadkach woda płodowa odpływa, a usta maciczne są jeszcze nader wąskie i niepodatne, to wszelka pomoc, zamierzająca usunąć powyższe powikłania, jest zwykle niemożliwą, a kiedy usta maciczne rozszerzyły się dostatecznie, jest już za późno myśleć o niesieniu pomocy.

Zbyteczną wątpliwość błon jajecznych możemy tylko wtenczas rozpoznać, jeśli błony jajeczne znajdujemy niezwykle cienkie, albo gdy same pękają za lekkim dotknięciem lub przy nader słabych jeszcze bólach porodowych bez wszelkiego innego powodu. Przedwczesne zaś pęknięcie pęcherza samego rozpoznajemy po tém, że przy badaniu wewnętrznym jeszcze przed zupełnym rozszerzeniem się ust macicznych czujemy, jak woda płodowa spływa po badającym palcu, mianowicie gdy przodującą część płodu unosimy nieco ku górze; że smołka wydostaje się na jaw przez pochwę; że część przodującą znajdu-

jemy ogołoconą z błon jajecznych, albo że na przodującej części natrafiamy obrzmienie porodowe, którego obszerności odpowiada szerokości ust macicznych.

Niekiedy błony jajeczne nie rozdierają się w samym ujściu macicznem, lecz po bokach i wyżej w górze. W razach takich woda płodowa po pęknięciu pęcherza zbiera się zazwyczaj w przodującej części worka utworzonego z błon jajecznych i jako woda pierwsza wypycha błony jajeczne do ust macicznych, podobnie, jak gdy pęcherz płodowy jest nienaruszony. Zawsze jednakże są błony jajeczne w takim razie węższe niż zwyczajnie, a jeśli palcem uniesiemy w górę przodującą część płodu, natenczas odpływ wody płodowej wyjaśni nam dostatecznie stan rzeczy.

Leczenie przy zbytnej węższości błon jajecznych ogranicza się jedynie na tém, żeby zapobiedz rozdarciu błon tych, jeśli w ogóle na początku porodu jeszcze przed odpływem wody płodowej przypuszczamy tę nieprawidłowość; zasada się zaś na tém, że staramy się jak najdłużej utrzymać w całości pęcherz płodowy sposobem, któryśmy określili bliżej przy położeniach twarzowych na str. 27. To też opuszczając zupełnie bliższe jego opisywanie, wspomnę tutaj tylko jeszcze, że zaleca się do pochwy wprowadzić nie zbyt mocno wypełniony tampon kauczukowy, który zarazem nie tylko wstrzymuje odpływ reszty wody płodowej (tak iż tylko podczas bólów porodowych przeciska się nieco wody około niego), ale nadto wzmacnia bóle porodowe ¹⁾.

2. Zbytca wytrzymałość błon jajecznych.

Błony jajeczne, zbyt wytrzymałe, są zazwyczaj grubsze, aniżeli w stosunkach normalnych, i przyczyniają się do tego, że pęcherz płodowy nie pęka nawet po zupełnem zatarciu się ust macicznych i mimo prawidłowych bólów porodowych.

W tego rodzaju wypadkach błony jajeczne pozostają albo w pozycji ust macicznych, albo też nie pękając zstępują do pochwy, a nawet aż przed szparę sromową. Jeśli płód jest mały, a bóle porodowe silne, to może nawet całe jaje wyjść zupełnie nienaruszone, tak iż płód rodzi się otoczony błonami jajecznymi. Do okoliczności

¹⁾ Zob. Hugenberg, Petersburg. med. Z. 1872, t. III, zeszyt 4 i 5.

powstających skutkiem takiej nieprawidłowości w błonach jajecznych należy najpierw opóźnienie porodu z powodu opóźnionego pęknięcia pęcherza płodowego, z kąd nierzadko wyrasta osłabienie bólów porodowych. Nadto, ponieważ błony jajeczne bywają spychane ku dołowi przez drogi porodowe, przeto skutkiem szarpania może nastąpić częściowe przedwczesne oddzielenie się łożyska i krwotok.

Koniecznien zaś musi się łożysko oddzielić zupełnie, jeśli się płód rodzi w błonach jajecznych. Ztąd téż w wypadku takim mogą najłatwiej pojawić się krwotoki z macicy, a płód z powodu przerwanoego krążenia krwi w łożysku zemrzeć szybko, jeśli mu się nie uczyni możliwém oddychanie przez spieszne rozdarcie błon jajecznych.

Rozpoznanie stawiamy z tego, że błony jajeczne wyczuwamy daleko grubsze, niż zazwyczaj, i pomimo że są wiotkie, nie możemy na przodującej czaszce wymacać tak wyraźnie szwów i ciemion. Najważniejszy jednakże punkt oparcia stanowi opóźnione pęknięcie pęcherza płodowego, chociaż bóle porodowe są prawidłowo silne; wyżej zaś opisane objawy przemawiają jedynie za znaczniejszą grubością błon jajecznych, którym towarzyszy wprawdzie zwykle zbyt duża wytrzymałość, ale nie zachodzi koniecznien.

Rokowanie przy téj nieprawidłowości jest pomyślne; niedo-
godnościom bowiem, jakie za sobą pociąga zbyt duża wytrzymałość, można łatwo zapobiedz, a niekiedy nawet życzymy sobie tego bardzo, aby pęknięcie pęcherza płodowego zupełnie od nas zależało.

Leczenie zasadza się na sztuczném otworzeniu błon jajecznych (zob. Akuszerya, Tom II, str. 40), jeśli same nie pękają wkrótce po zatarciu się ust macicznych, bez względu na to czy przez to otworzenie nastąpi jedna z wyżej skreślonych szkodliwości.

5. Zrośnięcia błon jajecznych.

Prócz ścisłego połączenia błon jajecznych ze sobą zdarza się niekiedy, że takowe zrastają silnie albo z wewnętrzną powierzchnią macicy albo z powierzchnią płodu; zrośnięcie to jednakże zajmuje zawsze tylko pewną część tych powierzchni. Te dwie formy zrośnięcia zdają się ztąd pochodzić, że wewnętrzna powierzchnia macicy dostarcza wysięku, który w pierwszym wypadku przenika tylko błonę do czesną i kosmówkę przyczepia silnie do macicy; w drugim zaś wypadku przesiąka przez błony jajeczne, nie mające naczyń, aż na powierzchnię płodową i na nią się organizuje.

Zrośnięcie błon jajecznych z macicą rozpościera się zawsze w formie powierzchni jużto w mniejszej już też większej rozciągłości. W okresie połogowym może ono utrudniać wydalenie łożyska leżącego w pochwie, a jeśli zrośnięcie nastąpiło w bliskości łożyska, wstrzymać łożysko w zupełnym zstąpieniu do pochwy, czyli spowodować zatrzymanie łożyska. Jeśli w takim wypadku zamierzamy wydzielić łożysko przez silniejsze pociąganie za pępowinę, natenczas odrywają się zazwyczaj błony jajeczne od łożyska mniej lub więcej, albo też pozostają ich resztki w macicy, które tak samo, jak pozostałe kawałki łożyska, mogą wywołać krwotoki, dolegliwe bóle porodowe, mocno cuchnące odpływy połogowe i t. d., aż nie nastąpi wydzielenie albo dobrowolne albo sztuczne.

Rozpoznanie można tylko wtenczas stawić, kiedy łożysko leżące w pochwie nie postępuje za pociąganiem, albo kiedy się odrywają kawałki błon jajecznych, tkwiące jeszcze w macicy, albo wreszcie kiedy się rękę wprowadza do jamy macicznej, celem wydalenia zatrzymanego łożyska, i przytém wyczuwa zrośnięcie samo.

Rokowanie przy tój nieprawidłowości jest pomyślniejsze, aniżeli przy zbyt silnym przyrośnięciu łożyska; chociaż bowiem może się stać przyczyną równych szkodliwości, to jednakowoż nie w tak wysokim stopniu, a w okresie połogowym zagraża mniej zdrowiu matki.

Leczenie. W każdym wypadku, w którym łożysko wydzielone z macicy zatrzymuje się skutkiem zbyt mocno przyczepionych błon jajecznych, należy do pochwy wprowadzić całą rękę i ztąd dostawszy się kilkoma palcami do macicy oddzielić od ściany jęj błony jajeczne jak najłagodniej i jak najzupełniej. Jeżeli spostrzeżemy, że przy wyszłem łożysku braknie większych kawałów błon jajecznych, to powinniśmy sobie tak samo postąpić, jak wyżej. To samo dotyczy także tych wypadków, kiedy celem wydalenia łożyska, zatrzymanego w macicy wprowadzamy, do nięj całą rękę i uczuwamy zrośnięcie. Resztki błon jajecznych, nie dające się już oddalić z powodu zbyt ciasnych ust macicznych, dopóki nie odejdą, tego samego wymagają leczenia, co pozostałe części łożyska.

Zrośnięcia owodnej z płodem przedstawiają sznurki tkanki komórkowatej w postaci wstążki lub nitki. Sznurki te wychodząc z pierwszego lepszego miejsca owodnej kończą się na jakimkolwiek miejscu płodu. Porodu nie utrudniają one, ale okręcając się naokoło palcy lub całych kończyn mogą spowodować nawet ich

dobrowolne odjęcie (*amputatio*). Tego rodzaju sznurek może się także owinać naokoło pępowiny i tym sposobem przyprawić płód o śmierć.

O rozpoznaniu i o jakimkolwiek leczeniu nie można naturalnie nic pewnego powiedzieć przed urodzeniem się dziecka.

U w a g a. Takie same sznurki, utworzone z tkanki komórkowatej, mogą też przechodzić od jednego punktu owodnej do drugiego, albo też od jednego miejsca powierzchni płodowej do drugiego. Simonart, który w badaniach swych szczególną zwracał uwagę na te utwory, nadał wszystkim tutaj wyliczonym formom nazwę „węzłów przypadkowych”, i stosownie do ich punktu przyczepu rozróżniał węzy owodnej, jajeczno-owodne i płodowe. Według niego też otrzymały wszystkie do tego zakresu należące formy nazwę węzłów Simonarta.

e) Nieprawidłowości wody płodowej.

Nieprawidłowości wody płodowej dotyczą tak jęj jakości jak i ilości. O nieprawidłowościach co do jakości wody płodowej, z których niejedne nie wyjaśniła nam jeszcze dotychczas chemia, mówiliśmy już dawniej w rozdziale o śmierci płodu podczas ciąży i porodu, gdzieśmy je uwzględnili o tyle, o ile są znane i o ile budzą interes praktyczny. Co się tyczy ilości, to może woda płodowa być nieprawidłową tym sposobem, iż jest jęj albo zbyt mało albo zbyt wiele.

1. Zbyt mała ilość wody płodowej.

Zbyt mała ilość wody płodowej nie zachodzi bardzo często, polega zaś na tém, że w danym razie znajduje się w worku owodnej mniej płynu, aniżeli wśród stosunków prawidłowych.

Żeby zupełnie brakować miało wody płodowej, tego nie można wcale przyjąć.

Pod wpływem zbyt małej ilości wody płodowej nie może na początku porodu pęcherz płodowy wtłaczać się do ust macicznych, przez co się opóźnia rozszerzenie tychże. Tém łatwiej zaś zachodzi ta okoliczność, że w wypadku takim, kiedy jeszcze nienaruszonym jest pęcherz płodowy, także przodująca część płodu nie może przejąć rozszerzania ujścia macicznego. Jeśli zaś mimo tego przodująca część płodu wśród nietkniętych błon jajecznych zstępuje wraz z niemi do ust macicznych, natenczas skutkiem częściowego oddzielenia łożyska

pokazuje się zwykle krwawy odpływ. Nie prawdą zaś jest, żeby zbyt mała ilość wody płodowej miała wywoływać tak zwany poród suchy i opóźniony skutkiem niedostatecznego odwilżania dróg porodowych, ponieważ do utrzymania części rodnych w stanie śliskim przyczyniają się przeważnie zwiększone wydzieliny śluzowe, jako też maź skórna, znajdująca się w każdym razie u płodu.

Rozpoznanie opiera się na tém spostrzeżeniu, że macica przylega szczelnie do płodu i że płód z tego powodu jest nadzwyczaj mało ruchomy, albo też wcale się nie da poruszać; nadto że po rozszerzeniu się ust macicznych mimo nietkniętych błon jajecznych, tylko nader mało albo wcale nie znajdujemy wody pierwszej, że tedy błony jajeczne leżą bezpośrednio na przodującej części płodu.

Leczenie zasadza się na tém, że się rozdziera pęcherz płodowy, skoro tylko usta maciczne stały się wiotkimi i podatnymi, naturalnie musi się przytém płód znajdować w prawidłowém położeniu i obok główki nie może przodować żadna część płodu. W wypadku bowiem tego rodzaju po rozdarciu błon jajecznych główka może silniej napierać na usta maciczne i takowe rozszerzyć prędszej, aniżeli sam pęcherz płodowy. Nadto tamuje się tym sposobem krwotok, jeśli się w ogóle takowy był pojawił.

2. Zbyt wielka ilość wody płodowej (*hydramnion*).

Częściel daleko, aniżeli nieprawidłowość poprzednią, natrafiamy zbyt wielką ilość wody płodowej, i to w tym stopniu, że niekiedy może się w macicy nagromadzić dziesięć do dwudziestu funtów wody płodowej, a nawet jeszcze więcej.

Przyczyny tak tej nieprawidłowości jak i poprzedniej nie są dostatecznie wyjaśnione. Znajdujemy ją bowiem przy zaburzeniach w obiegu krwi u matki, skutkiem których powstają także w innych organach obrzęki i wodna puchlina, ale spotykamy ją także w wypadkach, w których nie masz wcale ostatnich objawów albo widocznie powstały dopiero następczo przez rozszerzoną macicę.

Szkodliwe skutki, spowodowane przez powyższą nieprawidłowość, zależą przeważnie od mniej lub więcej znacznego rozszerzenia macicy i występują na jaw częściowo już podczas ciąży, częściowo podczas porodu.

Niezwyczajnie wielka macica rozszerza téż odpowiednio całe podbrzusze, wprawia brzuszne powłoki w silne napięcie, a przez to jako téż przez wypchnięcie wnętrzości brzusznych staje się przyczyną bólów nieraz nader dolegliwych. W dolnych kończynach i zewnętrznych częściach płciowych rozszerzają się często żyły i wytwarzają obrzęki, a skutkiem mocnego wyparcia ku górze przepony wstrzymuje się jéj czynność i dolne części płuc podlegają takiemu uciskaniu iż niekiedy przychodzi nawet do nader utrudnionego oddechu. Okoliczności te wraz z niezwykłym rozszerzeniem brzucha utrudniają nadzwyczaj chodzenie osobom ciężarnym.

Poród zaś sam następuje nie rzadko wcześniéj z powodu niezwykłego rozszerzenia macicy. Nadto z powodu wielkiéj ruchomości płodu (zmiennego położenia jego) należą do bardzo powszednich powikłań położenia ukośne i poprzeczne, oraz wypadnięcie pępownicy lub kończyn. Prócz tego okres rozwierania się ust macicznych opóźnia się zwykle z powodu słabych bólów porodowych, a w okresie połogowym i w pierwszych chwilach połogu zachodzą nieraz krwotoki skutkiem wątłości (*atonia*) macicy. Nieuzasadnioném zaś jest mniemanie, jakoby rozwój płodu miał przytém stałe być niedostatecznym, ponieważ często bywają mimo to dzieci jużto silnie jużto słabo rozwinięte.

Nader ważną pod tym względem jest ta okoliczność, że według M. Clintoeka wodna puchlina płodu (*hydramnion*) zachodzi daleko częściej u mnogorodzących, aniżeli u pierwiastek (28:5) i że w jego 33 wypadkach urodziło się 25 dziewcząt, a ośmiu tylko chłopców.

Rozpoznanie nie jest bardzo trudném w końcu ciąży, mianowicie, gdy się cierpienie rozwinęło w wyższym stopniu. Podbrzusze znajdujemy niezmiernie rozszerzone, przytém macicę mocno napiętą, elastyczną i przedstawiającą rzadko kiedy wyraźne chęłbotanie, niekiedy nawet, gdy jest mocno napięta, uczuwa się jak twarda deska. Płodu po większój części nie da się wiele co wyczuć; przynajmniej nie uda się tak łatwo wyśledzić małych części płodu, podczas kiedy odszukiwanie jednéj lub dwóch wielkich części jest jak najwyraźniejszém tak przy badaniu zewnętrzném jak wewnętrzném. Części płodu jako téż tony sercowe zmieniają nadzwyczaj łatwo swoje położenie, niekiedy nawet bezprzestannie. Badając wewnątrznie znajdujemy dolny odcinek macicy sprężysty, mocno rozszerzony, a w nim brak wyraźnéj części płodowéj. Rozpoznanie ciąży nie może w ogóle sprawiać trudności, nawet po śmierci płodu, kiedy nie

słyszemy tonów sercowych, ani też nie możemy wyśledzić części dziecka, ponieważ musi się udać rozpoznanie, że guzem zawierającym płyn jest zwiększona macica sama, a tego rodzaju nagromadzenie się płynu w macicy nie zachodzi w innych stanach. Kiedy stopień cierpienia jest mały i takowe zachodzi we wcześniejszych miesiącach ciąży, to rozpoznanie wodnej puchliny płodu przedstawia niejedną trudność. Również nie łatwem jest rozpoznanie, gdy płynu jest bardzo wiele, ale przytém napięcie jaja tylko nieznaczne. Im silniej napięte jest jaje, tém łatwiejszém jest rozpoznanie wodnej puchliny płodu.

O leczeniu podczas ciąży, za pomocą którego miałyby się zapobiedz zbyticznemu nagromadzeniu się wody płodowej, nie może być wcale mowy. Niektórzy zalecali w wypadkach takich wywoływać poród przedczesny sztuką, o czém obszerniej zob. Akuszeryą tom II, str. 34. Osoba dotknięta wodną puchliną płodu musi z początku porodu położyć się zaraz w łóżko, aby pęcherz nie pękł czasem w jej postawie stojącej i aby takim sposobem nie przyszło tém łatwiej do nieprawidłowych położeń płodu, oraz do wypadnięcia pępowiny i kończyn. Nadto należy starannie baczyć na położenie dziecka aż do chwili, w której pęcherz płodowy pęknie, jako też na stan macicy w okresie łożyskowym i w pierwszych chwilach połogowych. Osłabienie bólów podczas rozszerzania się ust macicznych usuwa się najłatwiej przez sztuczne otworzenie błon jajecznych, co niekiedy jest także koniecznem do ustalenia położenia płodu, gdy tenże bardzo często zmienia swe położenie i właśnie się go natrafia w położeniu pomysłnem. Jak zaś leczyć pozostałe stany, których dostrzegamy nie rzadko, skutkiem zbyticznej ilości wody płodowej mówiliśmy już na dotyczącem miejscu.

II. Nieprawidłowości dotyczące całego w ogólności jaja.

1. Ciąża mnoga.

Przez ciążę mnogą rozumiemy równoczesne znajdowanie się więcej jak jednego płodu w macicy i stosownie do ich liczby różniamy ciążę bliźniaczą, trójjaczą, czworaczą i t. d.

Bliźnięta zachodzą dość często, bo mniej więcej na 89 ciężarne przypada jedna ciąża bliźniacza. Daleko rzadziej zdarzają się

trojaki 1), bo raz tylko jeden na 7910 porodów, a czworaki raz na 371126 porodów. Piątaki 2) są jeszcze rzadszym zjawiskiem; wypadków zaś jeszcze większej ilości płodów, rozwiniętych równocześnie, nie stwierdzono dotąd na pewno.

Uwaga. Już Arystoteles podaje, że nie zachodzi nigdy więcej płodów równocześnie jak pięć. Wypadek szóstaków, który ogłosił był F. B. Oslander 3), odwołał później syn J. F. Oslander w drugim wydaniu 4) dzieła ojca. Dotycząca matka rodem ze Szlązka celem oszukaństwa chowała swe poronione płody i udawała potem, że ich porodziła na raz sześcioro.

W dalszym przedstawieniu rzeczy będziemy mówili tylko o ciąży bliźniaczej, ponieważ dla ciąży mnogich rzecz odnośna *mutatis mutandis* wykaże się sama przez się. Tutaj tylko wspomnieć jeszcze należy, że przy trojakach, czworakach i t. d. ciąża zwykle nie osiąga prawidłowego końca, a płody bardzo słabo rozwinięte umierają po większej części zaraz po porodzie.

Ciąża bliźniacza zachodzi wtenczas, kiedy albo dwa jajka zostają równocześnie zapłodnione, albo w zapłodnionym jajku znajdują się dwa jądra. W pierwszym wypadku mogą jajka zapłodnione pochodzić z jednego pęcherzyka Graafa, albo też mogły się wytworzyć w różnych pęcherzykach jednego i tego samego jajnika, albo też dwóch jajników. Przyczyna tego spoczywa zatem w niezwykłej płodności matki, a z doświadczenia wiemy, że w niektórych familiach, a nawet w niektórych latach w ogóle znajdujemy szczególną skłonność do ciąży bliźniaczej.

Części dodatkowe płodu zachowują się różnie przy ciąży bliźniaczej. Każdy płód albo posiada dla siebie osobną kosmówkę, albo też istnieje tylko jedna kosmówka wspólna dla obu płodów. W pierwszym razie znachodzimy zawsze dwie wodówki i dwa zupełnie od siebie oddzielone łożyska, albo też tak ze sobą zrosłe, że się zdają

1) Créde, M. f. G. t. 30. p. 96.

2) Wypadki piątaków w nowszej literaturze, zob. Krebs, M. f. G. t. 3. p. 236; Spiegelberg, t. 7. p. 463; Fleischer, t. 9. p. 149; Galopin, t. 31. p. 475 i Sproule, Canstatt-Virchow'scher Bericht für 1867. II. p. 579.

3) Handbuch I. 1. p. 317.

4) P. 299 w uwadze.

tworzyć tylko jedno łożysko, chociaż na ich powierzchni macicznej da się rozróżnić mniej lub więcej wyraźną linią demarkacyjną. W wypadkach tego rodzaju pochodzą płody z jaj różnych. W drugim wypadku, w którym oba płody posiadają tylko jedną wspólną kosmówkę, oba łożyska spajają się zawsze ze sobą tak ściśle, iż nie rzadko dają się dostrzedz już większe powierzchowne zespolenia (*anastomosis*) między rozgałęzieniami naczyń pępkowych obudwu płodów, co się nie zdarza nigdy, gdy kosmówka jest podwójną. W takim wypadku oba płody wzięły początek swój z tego samego jaja i albo każdy posiada dla siebie osobną, albo też oba mają jedną wspólną wodówkę. W ostatnim wypadku mogą obie pępowiny, połączone w jeden powrózek, począwszy od swego przyczepu łożyskowego przebiegać razem mniejszą lub większą przestrzeń i dopiero później dzielić się widełkowato; po większej części jednakże są obie pępowiny zupełnie od siebie oddzielone.

Rozumie się samo przez się, że, jeśli jama płodowa jest podzielona i są dwie kosmówki oraz dwie wodówki, pomiędzy obydwoma płodami powstaje przepona składająca się z czterech liści; z dwóch zaś tylko liści wtedy, gdy jest jedna kosmówka i dwie wodówki. W wypadku ciąży bliźniaczej przy macicy dwujamistej (*bilocularis*) i dwudzielnej (*bipartitus*) mogą się płody rozwinać albo w jednej i tej samej jamie macicy, albo też w różnych, stosownie do tego czy jajka pochodzą z tego samego jajnika, czy też z jajników różnych.

W połączeniu niejako z częściami dodatkowymi płodu zostają stosunki płciowe. Jeśli bowiem oba płody mają wspólną kosmówkę, to bywają one zawsze tej samej płci, gdy zaś w osobnych znajdują się kosmówkach, to płody bywają pospolicie wprawdzie równej płci, ale często także płci nierównej. Częściej zatem natrafiamy płody różnopłciowe (64%), rzadziej zaś różnopłciowe (36%).

Co się tyczy rozwojowych stosunków dzieci, to należy nadmienić, że nadzwyczaj rzadko bywają równo silnie rozwinięte; nawet wtenczas nie przedstawiają równie silnego rozwoju, gdy łożyska są ze sobą ściśle zrosłe i obustronnie naczynia pępkowe są ze sobą zespolone. Różnica pod względem długości ciała, objętości głowy i ciężkości jest niekiedy nawet bardzo znaczną, a czasem dają się dostrzedz wypadki, w których różnica w długości ciała dochodzi do jednego lub dwóch cali, podczas gdy głowa i ciężkość różnią się od siebie w tym samym stosunku. Nie stałem zaś jest zjawiskiem, żeby płód najpierw urodzony miał być zawsze większym, jak się zwykło przyjmować w razie sporu o pierworodność.

Jeśli koniec ciąży jest prawidłowy, to przynajmniej płód większy bywa rozwinięty w zwyczajnych stosunkach wielkości dziecka dojrzałego. Prócz tego zdarza się nie rzadko przy bliźniętach, że jeden płód jest niekształtnie zbudowany, albo że przestał żyć już w rychlejszym czasie ciąży, albo wreszcie jajo zmarniało i zamieniło się w tak zwany zaśniad, płód zaś drugi rozwija się prawidłowo i silnie i dojrzewa zupełnie.

Ta nierówność w rozwoju płodu uwydatnia się również w obwodowych częściach jaj, mianowicie w łożyskach, które są zazwyczaj różnej wielkości. Nie rzadko znachodzimy nadto łożysko jedno zupełnie prawidłowe, a w drugim liczne złogi włóknikowe, złogi wapienne i t. d.

Co się tyczy położenia płodu, to znajdujemy wszystkie w ogóle zachodzące położenia, kombinujące się z sobą w każdy sposób, jaki sobie tylko możemy wystawić; najczęściej jednakże leżą oba płody podłużnie. Położenia poprzeczne i ukośne, które się wydarzają stosunkowo często, zachodzą daleko pospoliciej u dziecka rodzącego się drugim. Rzadkimi nader są położenia twarzowe. Stosunek ¹⁾ położen czaszkowych do położen miednicznych i poprzecznych pod względem częstości ich zachodzenia, jest jak 14:4:1.

Rozwój bliźniąt w macicy wywiera na przebieg ciąży i porodu taki sam wpływ, jaki przy wodnej puchlinie płodu zachodzi skutkiem nadzwyczajnej wielkości macicy. Ciężarne doznają zwykle tych samych dolegliwości, a poród przedwczesny zachodzi przy tej nieprawidłowości jeszcze daleko częściej. Nadto, jak to już nadmieniliśmy, przydarzają się daleko częściej nieprawidłowe położenia płodu, tudzież wypadnięcia pępowiny oraz kończyn, aniżeli przy ciąży pojedynczej; mianowicie zaś dają się one dostrzedz u płodu drugorodnego. Osłabienie bólów porodowych w okresie rozszerzania się ust macicznych, oraz krwotoki maciczne w okresie występowania łożyska pojawiają się równie często przy ciąży bliźniaczej, jak przy zbyt wielkiej ilości wody płodowej.

Rozpoznanie jeszcze przed porodem pierwszego dziecka nie sprawia zazwyczaj trudności, jeśli okoliczności są pomyślne dla badania zewnętrznego, to jest powłoki brzuszne i ściany maciczne są cien-

¹⁾ Zob. Kleinwächter, Lehre von den Zwillingen, Prag. 1871. p. 153.

kie, wątłe i nie wrażliwe, jeśli się w ogóle ma wprawę w badaniu zewnętrznym i jeśli ciąża doszła aż do ostatecznego kresu.

Do przypuszczenia, że w macicy znajdują się może bliźnięta, a następnie także do ściślejszego badania skłania nas po większej części niezwykła objętość podbrzusza. Za pewne zaś punkty oparcia dla rozpoznania należy uważać następujące objawy:

1) Wyraźne wyśledzenie kilku równych części płodu, mianowicie części wielkich, np. główki przy badaniu wewnętrznym, podczas gdy w bliskości dna macicy leży inna wielka część płodu po stronie prawej i trzecia po stronie lewej.

2) Wyraźne wysłyszenie płodowych tonów sercowych w dwóch przeciwległych miejscach macicy, między którymi miejscami tonów sercowych nie słyszymy wcale albo tylko słabo. Objaw ten jest najpewniejszym wtenczas, gdy się zarazem uda dowieść, że oba tony sercowe nie biją równo często.

3) Jeśli część przodująca nie zgadza się z tym miejscem, w którym najwyraźniej słyszymy tony sercowe. Okoliczność ta może zajść np. wtedy, gdy przy badaniu wewnętrznym znajdujemy położenie czaszkowe w pierwszym stawieniu, a przytém tonów sercowych nie słyszymy w lewej dolnej okolicy brzucha, lecz po stronie prawej w bliskości dna macicy, co w takim razie może się wydarzyć, kiedy pierwszy płód przodujący jest nieżywym.

4) Jeśli z badania wewnętrznego przekonujemy się, że przodująca część płodu jest utwierdzona w miednicy, a badanie przez powłoki brzuszne wykazuje nadzwyczajną poruszalność części płodowych.

5) Wycucie dwóch pęcherzów płodowych obok siebie w ustach macicznych, jeśli granica ich przypada właśnie na takowe; nadto wycucie w wejściu miedniczym kilku równych części płodowych albo takich części, które przy jednym tylko płodzie nie mogą żadną miarą leżeć obok siebie, np. dwóch prawych rąk albo nóg, dwóch czaszek, albo czaszki i pośladków. Zjawiska te dają się rzadko dostrzedz, skoro zaś zachodzą, są znakami charakterystycznymi.

Niezwyczajna wielkość macicy przemawia tylko wtenczas za bliźniętami, kiedy w niej zarazem wyczuwamy, że wszędzie części płodowe są nadzwyczaj mało poruszalne, a nawet w takim razie nie daje ona tak pewnego objawu, jakim jest każdy z wyżej wyliczonych. Zagłębianie, w środku macicznego dna napotykanie, nie jest zjawiskiem stałym i zachodzi także przy jednym tylko dziecku, ponieważ nie zależy

od zawartości macicy, lecz od jęj ukształtowania. Również nic jest niezawodnym objawem wyczucie poruszeń płodu w rozmaitych miejscach brzucha, ponieważ także jeden płód może uderzać o wiele miejsc macicy ¹⁾).

Ciążę bliźniaczą można najłatwiej wziąć za nadmiar wody płodowej (*hydramnion*), od którego się odróżnia tylko małą poruszalnością części płodowych, tudzież tęp, że można wyraźnie dowieść objawy charakterystyczne, któreśmy wyżej wyliczyli. Nadzwyczaj zaś trudnóm jest rozpoznanie, jeśli równocześnie z bliźniętami zachodzi zbyt duża ilość wody płodowej. Zupełnóm zaś niepodobieństwem jest stawić rozpoznanie w tych wypadkach, w których powłoki brzuszne, oraz macica są mocno napięte i wrażliwe, ciąża nie doszła jeszcze do miesięcy późniejszych, albo płód jest nieżywy.

W razach takich dowiadujemy się dopiero po wyjściu pierwszego dziecka, że w macicy jest jeszcze jeden płód, i to z tych okoliczności, że macica zatrzymuje niezwykłą wielkość, że wyczuwamy części płodowe przez badanie zewnętrzne albo tęp wewnętrzne, że w podbrzuszu słyszymy płodowe tony sercowe i że się stawia drugi pęcherz płodowy.

Jeśli poród bliźniaczy przebiega prawidłowo, natenczas aż do wydalenia pierwszego dziecka następują po sobie zjawiska porodowe w tych samych trzech okresach, co przy jednym tylko dziecku. Jeśli każde dziecko ma oddzielną jamę jajeczną, to po urodzeniu się pierwszego stawia się na nowo pęcherz płodowy, po którego pęknięciu wydostaje się płód drugi, i potęp dopiero rodzą się części dodatkowe płodu, za równo czy łożyska są zrosłe, czy tęp rozdzielone. Ztąd rozróżniamy przy porodzie bliźniaczym jeden ókres pierwszy czyli otwierania się ust macicznych, dwa okresy drugie czyli występowania płodu i jeden ókres trzeci czyli występowania łożyska.

Wtenczas tylko wychodzi niekiedy łożysko pierwszego dziecka jeszcze, przed pęknięciem drugiego pęcherza, jeśli łożyska są rozdzielone a kiedy oba płody otacza jedna tylko kosmówka i wodówka, to mogą oba równocześnie zstąpić do miednicy i przez to poród znacznie utrudniać. W pojedynczych takich wypadkach, w których się dziecko pierwsze stawiło do porodu w położeniu miedniczém, a drugie w po-

¹⁾ Porównaj Akuszerya, tom I. p. 602. L. A. Neugebauer.

łożeniu czaszkowém, dostrzeżono także, że po urodzeniu się tułowia pierwszego dziecka główka drugiego zstąpiła do miednicy i leżała tak przed główką pierwszego, iż wstrzymywała jój wyjście. W razie takim spoczywa główka drugiego dziecka tak w wydrażeniu szyjnym pierwszego, iż na siebie przypadają albo oba tyłogłowania albo obie dolne szczęki, albo też w ten sposób, iż twarz jednego leży na karku drugiego; poród zaś w takim wypadku może siłami natury nastąpić tylko wtenczas, kiedy po wyjściu tułowia pierwszego dziecka rodzi się najprzód dziecko drugie, a potem dopiero główka pierwszego dziecka.

Po urodzeniu się pierwszego dziecka nastaje po największej części przestanek w bólach porodowych, który niekiedy trwa tylko kilka minut, zazwyczaj zaś $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, a niekiedy znacznie dłużej; czasem ustają bóle nawet na kilka godzin, zanim wśród nowych skurczów rozpoczyna się poród drugiego dziecka.

W niektórych wypadkach uważano, że przerwa w bólach porodowych trwała kilka dni, a nawet kilka tygodni, zanim na świat przyszło drugie dziecko.

Rokowanie jest mniej pomyślne aniżeli przy ciąży pojedynczej, jużto z powodu rozlicznych dolegliwości, które mogą spowodować bliźnięta podczas ciąży, już też mianowicie z powodu różnych nieprawidłowości, mogących się pojawić podczas porodu.

W leczeniu porodu bliźniaczego należy się trzymać tych samych przepisów, któreśmy podali dla porodu pojedynczego. Najlepiej jest pozostawić poród naturalnemu przebiegowi tak długo, dopóki nie masz żadnego szczególnego wskazania do przyspieszenia porodu lub do operacji.

Rozpoznawszy zaś bliźnięta należy matkę jak najogólniej o tém uwiadomić, aby jój czasem nie przestraszyć tą zazwyczaj niespodziewaną wiadomością. Celem usunięcia słabych bólów porodowych, pojawiających się tak często w okresie otwierania się ust macicznych, najlepiej jest przekłóć pęcherz płodowy, skoro usta maciczne są już tak wiotkie, że się z wielką łatwością rozszerzają zupełnie pod wpływem napierania części przodującej płodu.

Po urodzeniu się pierwszego dziecka należy się zaraz przekonać o położeniu drugiego, a dziecko pierwsze odłącza się od matki zazwyczaj dopiero wtenczas, kiedy ustaje tętno w pępowninie, przy czém należy według znanych prawideł założyć dwie przewiązki

i w środku pomiędzy niemi przeciąć pępowinę ¹⁾ Ostrożność ta jest zawsze konieczną przy bliźniętach, ponieważ nie można przewidzieć, czy czasem nie ma zespożeń (*anastomosis*) pomiędzy naczyniami pępkowymi obu dzieci, w jakim to razie płód drugi może zemrzeć skutkiem ujścia krwi przez odciętą pępowinę.

Po odłączeniu noworodka pierwszego od matki i nastaniu dłuższego przestanku w bólach porodowych ociera się sucho położnicę podkładki krwią zbroczoną zastępuje świeżemi, poczem oczekuje się rozpoczęcia ponownego bólów porodowych. Gdyby płód drugi miał się znajdować w położeniu poprzecznem lub ukośnem, natenczas należy w czasie od bólów wolnym nieprawidłowe to położenie poprawić za pomocą rękoczynów zewnętrznych. W czasie tym jest rzeczą nader ważną pilnie i dokładnie badać tony sercowe drugiego płodu. Skutkiem bowiem nagłego i znacznego zmniejszenia się objętości macicy po porodzie pierwszego dziecka może bardzo łatwo nastąpić całkowite albo częściowe oddzielenie takżo łożyska drugiego dziecka, przez co życiu tego zagraża niebezpieczeństwo i musi być sztucznie wydobyte.

Przedewszystkiem zaś należy się wystrzegać, żeby nie przekłówać przedwczesnie drugiego pęcherza płodowego, ponieważ tym sposobem powstają najłatwiej krwotoki w okresie łożyskowym. Po urodzeniu się pierwszego dziecka należy macicy dać niejako czas, ażeby mogła na nowo przyjść do sił, i trzeba czekać z koniecznymi operacyami przynajmniej $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, jeśli na to zezwala przestanek w bólach porodowych i do przyspieszenia porodu nie skłania żadna inna nagląca okoliczność, np. krwotoki, drgawki i t. d.; nawet wtedy jeszcze należy odczekać chwili wyżej oznaczonej, kiedy położenie poprzeczne lub ukośne nie da się naprawić za pomocą rękoczynów wewnętrznych, albo kiedy przoduje pępowina lub kończyny drugiego płodu. Jeśli drugie dziecko znajduje się wśród stosunków prawidłowych, nie masz żadnego odpływu krwi i rodzająca czuje się zupełnie zdrową, to można poczekać nawet 4—5 godzin bez wszelkiej obawy. Tylko należy często w czasie tym przekonywać się, czy z pochwy nie odpływa czasem krew, i baczyć pilnie na ogólny stan rodzącej, aby rozpoznać zaraz mogący nastąpić krwotok wewnętrzny. Skoro zaś po upływie oznaczonego czasu nie pojawiają się bóle porodowe, natenczas trzeba się starać takowe sprowadzić przez przekłócie pęche-

¹⁾ Zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya, tom I. p. 744.

rza płodowego i pocierania dna macicy, aby przez zakończenie porodu pocieszyć rodzącą, która w razach takich doznaje pospolicie mocnego zaniepokojenia.

Poród, jak to już wyżej powiedzieliśmy, może nastąpić siłami naturalnymi w ten sposób, iż po tułowiu pierwszego dziecka rodzi się drugie, a potem dopiero główka pierwszego dziecka. Zazwyczaj jednakże jest potrzebną pomoc sztuczna.

Ponieważ zaś niczego dokazać nie można przez odsuwanie drugiej główki, jako też przez pociąganie za tułów pierwszego dziecka, przeto trzeba główkę drugą najpierw wydobyć kleszczami, poczem rodzi się sama przez się główka pierwsza. Gdyby się wydobyć kleszczami nie miało udać, wtedy musi główka drugiego dziecka być przedziurawiona, ponieważ główki pierwszego płodu nie można wcale dosięgnąć. Daleko rzadziej wstępują razem do miednicy przodujące główki obu płodów, tak iż główka drugiego płodu leży w wydrążeniu szyjnym pierwszego. Przeszkoda porodowa w razie takim nie jest tak znaczna, a ponieważ do obu główek można kolejno dojść kleszczami, przeto środek ten należałoby uważać za odpowiedni i wystarczający do sztucznego rozwiązania.

Łożysko odbiera się według tych samych prawideł, co przy porodzie pojedynczym. To tylko należy jeszcze tutaj dodać, że najprzód pociąga się za powinę pierwszego dziecka, dopóki się przynależnego mu łożyska nie ujrzy w szczelinie sromowej, poczem trzeba mieć staranie o to, ażeby wyciągnąć drugie, jeśli jeszcze nie zstało razem z pierwszym. Jeśli łożysko pierwszego dziecka rodzi się jeszcze przed porodem drugiego, to należy je także starać się wydalić przez lekkie pociąganie, lecz zaprzestać tego trzeba natychmiast, skoro się napotyka opór dość mocny, aby tym sposobem nie przyczynić się czasem do oddzielenia łożyska, należącego do dziecka, które się jeszcze w macicy znajduje.

Co się tyczy literatury ciąży mnogiej, to prócz prac wyżej przytoczonych wyliczamy jeszcze następujące źródła:

H. Meckel, *Müllers Archiv*. 3. 1850.—Veit, *M. f. G. t. 6. p. 126*—Spaeth, *Zeitsch. d. Ges. d. Aerzte zu Wien* 1860. Nr. 15 i 16.—H. Ploss, *Monatsblatt für med. Statistik u. s. w.* 1861. Nr. 1. p. 2.—Hyrtl, *Die Blutgefäße der menschl. Nachgeburten*, Wien 1870. p. 125.—Kleinwächter, *die Lehre von den Zwillingen*. Prag. 1871.—Reuss, *Archiv f. Gyn. t. IV. p. 120*.—B. Schultze, *Vollkmann's Saml. Klin. Vort. Leipzig*. 1872. Nr. 34.—Ed. v. Sie-

bold, *M. f. G. t. 14. p. 401.* — Chiari, Braun i Spaeth, *Klin. d. Geb. u. Gyn. Erlangen 1852. p. 5.* — Hecker i Buhl, *Klin. d. Geb., Leipzig. 1861. p. 72* i Hecker *t. II, Leipzig. 1864. p. 63.* — Winkel, *z. Path. d. Geb. Rostock 1869. p. 132.* — Hohl, *Neue Zeitsch. f. Geb. t. 32. p. 1.* — Joulin, *Des cas de dystocie app. au foetus. Paris. 1863. p. 83,*

Uwaga. Co do pytania, czy ciąża mnoga przychodzi do skutku zawsze przez jedno tylko spółkowanie, albo czy téż może nastąpić mnogie zapłodnienie i w jakim czasie jest ono jeszcze możliwém, to według dzisiejszego stanu nauki, tak możemy na pytanie powyższe odpowiedzieć:

Zapłodnienie kilku jajek z tego samego peryodu owulacyjnego (*Ueberschwängerung, superfoecundatio*) przez rozmaite akty spółkowania jest w każdym razie rzeczą możliwą; nie masz przynajmniej żadnego dowodu, któryby się dało przytoczyć przeciwko powyższej możliwości.

Nadpłodnienie (*Ueberfruchtung, superfoetatio*) to jest zapłodnienie kilku jajek, pochodzących z różnych okresów owulacyjnych, nie może zwykle zajść już z téj prostej przyczyny, że po zapłodnieniu jednego jajka ustaje jajkowanie (*ovulatio*) i pojawia się dopiero po rozwiązaniu. Czy jednakże w wypadkach nader rzadkich i wyjątkowych jajka mogą się także podczas ciąży wydzielać z jajnika, jest to pytanie, na które dzisiaj nie można jeszcze dać stanowczej odpowiedzi, w każdym zaś razie nie przytoczono dotąd na pewno żadnego przykładu nadpłodnienia rzeczywistego, chociaż nie można żadną miarą utrzymywać, żeby ono miało być całkiem niemożliwe ¹⁾.

2. Zmarnienie jaja i zamienienie się jego na tak zwany zaśniad (*mola*).

Kiedy jajko zapłodnione podlega już w pierwszych tygodniach swego rozwoju takiemu zwyrodnieniu, że płód marnieje, a obwodowe części jaja doznają takiej przemiany, iż jaje patologicznie zmienione albo zaledwie tylko przypomina prawidłowo rozwinięte jaje, albo téż wcale do niego nie jest podobne, natenczas nazywamy je zaśn i a d e m (*mola*), a ciążę tego rodzaju ciążą zaśn i a d o w ą (*graviditas molaris*). Zaśniad przedstawia tedy jaje rzeczywiście zapłodnione, lecz patologicznie zniekształcone.

¹⁾ Zob. Kussmaul, *Von den Mangel u. s. w. der Gebärmutter p. 271*; Bonnar, *Edinb. med. J. Jan. 1865 (M. f. G. t. 26. p. 155)*; Duncan, *Obst. Resp. p. 170* i B. Schultze, *Jenaische Zeitsch. f. med. u. N. 1866. t. II, p. 1.*

Możemy zaś rozróżniać głównie dwie formy zaśniadów: zaśniady mięsne (*mola carnosae*) i zaśniady groniaste (*mola racemosa*, *vesicularis*, *hydrotidosa*). O pierwszych pomówimy obszerniej w rozdziale o poronieniu, a tutaj zastanowimy się po krótko tylko nad zaśniadami groniastymi.

Zaśniad groniasty w stanie rozwiniętym przedstawia kłęb objętości odpowiedniej trwaniu ciąży i składa się z pęcherzyków cienkościennych, z których najmniejsze są jak jagły a największe jak orzechy,

Fig. 9.



Fig. 9. Zaśniad groniasty.

Przy jajkach poronionych w pierwszych 6—8 tygodniach spotykamy nie rzadko na zewnętrznej stronie kosmówki tego rodzaju pęcherzyki w mniejszej lub większej ilości, zaledwie gołym okiem dojrzeć się dające i dochodzące do wielkości ziarnka konopnego. Jajka takie nie są niczym innym jak zaśniadami groniastymi, wydzielonemi w ich wczesniejszym okresie rozwoju, których dla tego tylko nie nazywa się zaśniadami groniastymi, ponieważ się zbyt mało odróżniają od zwykłego jaja. Kiedy zaś jaja takie pozostają dłużej w macicy, natenczas pęcherzyki rozwijają się coraz dalej, mnożą się i rosną i zapełniają wreszcie całą jamę jajeczną, podczas gdy płód zazwyczaj zanika a kosmówka zamienia się w podścielisko włókien, na których wiszą grona rozwiniętych zaśniadów. Jeśli zaśniad groniasty wyjdzie na zewnątrz nierozdarty, co się wydarza nadzwyczaj rzadko, natenczas błona doczasna otacza go mniej lub więcej.

Badając mikroskopicznie znajdujemy we wnętrzu kosmków, rozdętych w postaci pęcherzyków, luźną tkankę łączną z szerokimi otworkami, a pomiędzy tkanką tą płyn po większej części prześwieca-

i obok siebie ułożonych w postaci baldaszków, gron i rozańca; pęcherzyki te są z sobą połączone przez podścielisko włókien i zawierają w sobie przezroczysty płyn surowiczy. Pospolicie znachodzi się także między niemi mniej lub więcej starszych i młodszych wybroczyn krwi. Pęcherzyki te zaczynają się wytwarzać już w pierwszych tygodniach ciąży i biorą początek z puchlinnego zwyrodnienia strzępów kosmkowych, które skutkiem nagromadzenia się płynu surowiczego w ich wnętrzu nabrzmiwiają i przedstawiają małe pęcherzyki.

Przy jajkach poronionych w pierwszych 6—8 tygodniach spotykamy nie

jący, jasny i lepki. Nawarstwione komórki nabłonkowe, przedstawiające właściwą pokrywę zwyrodniałych kosmków (błone komórkowatą), są co do objętości nieprawidłowo wielkie i posiadają wodnisto obrzmiałe jądra i ciała ziarniste.

Co się tyczy okoliczności powodujących wytworzenie się zaśniadów groniastych, to chodzi tutaj głównie o to, czy to przewłóknienie (*hyperplasia*) kosmkówki jest pierwotnym cierpieniem jaja, czy też polega na podrażnieniu, przeniesionem na strzępy kosmkówki z błony doczesnej albo też ze krwi matki. Za możliwością obu procesów przemawiają fakty, których prawdziwości trudno zaprzeczyć.

Za mniemaniem, że cierpienie jaja jest pierwotnym, przemawiają widocznie te wypadki, w których zaśniad groniasty się rozwinął obok prawidłowego jaja. Za tém, że śmierć płodu może się przyczynić do przewłóknienia strzępów kosmkówki, przemawia nadto ta okoliczność, że pierwsze początki śluzakowatego bujania znajdujemy stosunkowo często przy jajach poronionych, w których zarodek był zniekształcony lub w których go brakło zupełnie.

Z drugiej zaś strony zachodzą wypadki, z których możemy wnosić z wielkim prawdopodobieństwem, że przyczyna przewłóknienia kosmkówki może wychodzi także od matki. Do wypadków takich zaliczamy częste znachodzenie choréj błony doczesnej (Schröder widział mocno rozwinięty zaśniad groniasty przy wielkim włókniaku w mięszu macicy), częściowe śluzakowate bujanie łożyska u płodów należycie rozwiniętych, jako też częstsze zachodzenie takiego zwyrodnienia u jednéj i téj saméj kobiety. Nie można tedy wątpić, że cierpienie kosmkówki może także być początkiem choroby jaja.

Jeśli cały obwód jaja jest zwyrodniały albo całe miejsce łożyskowe, natenczas pożywienie przeznaczone dla płodu zużywają strzępy kosmkówki, płód umiera i znajdujemy go w jajach zniekształconym i zanikłym albo też zupełnie wessanym, jeśli był mały i poprzednio zbutwiał w wodzie płodowéj. Niekiedy zachowuje się jeszcze zbytek pępowiny. Kiedy zaś zwyrodnieniu nie podległa zbyt wielka część łożyska, natenczas płód może się zdrowo rozwijać dalej i urodzić się żywym w prawidłowym końcu ciąży.

Kiedy zaśniad groniasty zostaje wydzielonym z macicy już w pierwszych miesiącach ciąży, natenczas nie wywołuje on żadnych innych przypadłości nad te, które spostrzegamy w ogóle przy poronieniu. Skoro się zaś takowy rozwija aż do drugiéj połowy ciąży, to w stanie ogólnym cierpiącój pojawiają się nie rzadko różne niemiłe przypadłości, jako to brak apetytu, ogólne osłabienie, schu-

dnienie i t. d., a macica rozszerza się zazwyczaj nierówno, tak iż niekiedy zwiększa się szybko w bardzo krótkim czasie, albo też pozostaje przez czas dłuższy na tym samym stopniu rozwoju. Wcześniej lub później ukazują się zawsze krwotoki gwałtowane, często się powtarzające, które w końcu stają się najsilniejszymi przy rozpoczęciu się bólów porodowych i podczas wydalania zaśniadu. Co do natężenia i co do przebiegu są one zupełnie podobne do krwotoków, zachodzących przy łożysku przodującem.

Rozpoznanie w pierwszych miesiącach ciąży jest niemożliwem, a nawet w drugiej połowie pozostaje tylko prawdopodobnem, dopóki albo przez rozszerzone usta maciczne nie wyczuwa się wyraźnie zaśniadu, albo pojedyncze jego części nie zostaną wydalone na zewnątrz. Objawu charakterystycznego nie masz wcale. Do szeregu przypadłości, z których z prawdopodobieństwem możemy wnosić, że mamy do czynienia z zaśniadem groniastym, należą następujące: rozwój macicy nie odpowiedni trwaniu ciąży, niejednostajne zwiększanie się takowej, nie wysłedzenie części płodowych oraz jego tonów przy badaniu powtarzanem i bardzo dokładnem, mimo że ciąża doszła już mniej lub więcej do drugiej połowy, wreszcie krwotoki podobne w pojawieniu się swem i w przebiegu do krwotoków przy łożysku przodującem. Niemniej zaś do rozpoznania pomagają zaburzenia w stanie ogólnym, ponieważ zachodzą nierzadko także mimo prawidłowej z resztą ciąży.

Rokowanie jest w ogóle niepomysłne i zależy w szczególnych wypadkach od natężenia i powtarzania się krwotoków, które mogą być bardzo obfite. Oprócz tego, jak to wykazały nowsze spostrzeżenia, staje się rokowanie niepomysłnem z tego powodu, że zaśniady przybierają niekiedy charakter niszczący. W wypadku, ogłoszonym przez Volkmana¹⁾ masa zwyrodniałych kosmków rozwinęła się w głąb mięszu macicy przerosłej. Kosmki bujały w zatokowe matczyne przestwory krwi i przez ucisk sprawiły, iż utkanie macicy zanikło, tak iż w dnie macicy doszły aż do otrzewnej. Podobny wypadek przytaczają v. Jarotzky i Waldeyer²⁾. Takie bujanie kosmków w głąb naczyń żylnych, leżących w mięszu macicy, i następczy zanik tegoż musi naturalnie utrudniać znacznie wydzielenie się zaśniadu, a nawet w wypadkach daleko posuniętych nie-

1) Virchow's Archiv, t. 41. p. 528.

2) Virchow's Archiv, t. 44. p. 88.

dopuszczyć wcale do takiego wydzielenia się. W wypadku Kriegera ¹⁾ przyłączyło się do zaniku mięszu macicznego śmiertelne zapalenie otrzewnej, a w dawniejszym wypadku, dostrzeżonym przez Wiltona ²⁾ i w każdym razie tutaj należącym, nastąpiła śmierć skutkiem pęknięcia i wylania się krwi do jamy brzusznej.

Leczenie tak podczas ciąży, jak porodu dotyczy tylko krwotoków. Zgadza się zaś zupełnie ze sposobem leczenia łożyska przodującego i równie jak ono posiada w wypadkach gwałtownego krwotoku jako środek najlepszy miejscowe zastosowanie zimna i tampon. Tym sposobem leczy się tak długo, dopóki się usta maciczne nie rozszerzą należycie i nie zezwolą na sztuczne oddalenie zaśniadu, które się powinno wykonać według tych samych prawideł, co sztuczne oddzielenie zbyt mocno przyczepionego łożyska. Przymtem trzeba na zewnątrz podawać sporysz, ponieważ chodzi o to, ażeby utwór nieprawidłowy wydalić jak najzupełniej i aby się macica ściągnęła należycie.

Z literatury zaśniadów groniastych przytaczam tu jeszcze następujące prace:

H. Müller, *Abh. über den Bau der Molen, Würzburg. 1847.*
 —Gierse, *Verh. d. Ges. f. Geburtstk. in Berlin 1847. z. 2. p. 126.*
 —Mettenheimer, *Müller's Archiv 1850. p. 417. t. IX i X.*
 G. Braun, *Wiener Medicinalhalle III. Jahrg. 1. 3.* — Graily Hewitt, *Obstetr. Transact. I i II.*—Hecker, *Klinik d. Geburtstk. t. 2. p. 20.*—Virchow, *Die krankh. Geschwülste I. p. 405.*—Bloch, *die Blasenmole, Freiburg. 1869.* — Ercolau, *Mem. delle malattie della placenta. Bologna 1871 (Arch. f. Gyn. t. II. p. 454).*

3. Wydzielenie jaja z macicy w niewłaściwym czasie.

Jeśli się jaje wydostaje z macicy już przed końcem dziesiątego miesiąca ciąży albo dopiero nie długo potem, natenczas nieprawidłowość tę zowiemy wydzieleniem jaja z macicy w czasie niewłaściwym. W pierwszym wypadku rozróżniamy porody według upływnionego już czasu ciąży i dzielimy na *a)* poronienie (*abortus*), jeżeli wydzielenie jaja następuje w pierwszych trzech miesiącach ciąży

¹⁾ Berl. Beitr. z. Geb u. Gyn. I. p. 10.

²⁾ Lancet. Febr. 1840 i Annal. f. Frauenkrankh. t. IV. p. 149.

czyli w pierwszych dwunastu tygodniach; *b*) poród nieczesny (*partus imonaturus*), jeśli poród następuje wprawdzie po upływie pierwszych trzech miesięcy, ale jeszcze przed upływem 28-go tygodnia ciąży, to jest w czasie, w którym płód nie jest jeszcze w stanie utrzymać się przy życiu; *c*) poród przedwczesny (*partus praematurus*) w ściślejszym znaczeniu tego słowa, jeżeli się płód rodzi między 28 a 38 tygodniem ciąży. Po upływie tego czasu zowiemy już poród czasowym, a płód wydany na świat płodem czasowym czyli dojrzałym.

Jeżeli zaś wydzielenie jaja następuje dopiero po upływie 40-go tygodnia, to w takim razie nadajemy porodowi nazwę porodu opóźnionego (*partus serotinus*), płód zaś przez taki poród wydany na świat zowiemy płodem przenoszonym (*foetus s. infans per-maturus*).

Uwaga. Podział ten ma za sobą cel praktyczny, jak się to niżej okaże, zawsze jednakże pozostaje dowolnym; ztąd też przyjęli inni autorowie znowu inny podział. Wielu z nich poczytuje za poronienie porody aż do końca czwartego miesiąca, a mianowicie autorowie francuzcy aż do końca siódmego miesiąca, i to z tego powodu, że w ciągu całego tego czasu płód nie może się jeszcze utrzymać przy życiu, i sztuczne sprowadzenie porodu w czasie tym nazywa się ogólnie sztucznym poronieniem. Właściwości jednakże przebiegu uzasadniają podział tutaj przyjęty.

a) Poród przed czasem należytem.

1) Poronienie (*abortus, fosse couche*).

W pierwszych trzech miesiącach ciąży, kiedy poród pozostawimy naturalnemu przebiegowi, wydziela się jaje z macicy zazwyczaj całe i od razu, to jest bez rozdarcia błon jajecznych, czemu nadto towarzyszy mniej lub więcej silny krwotok. Z ostatniego też powodu zgadza się nauka o poronieniu zupełnie z nauką o krwotokach, które się wydarzają w trzech pierwszych miesiącach ciąży.

Poronienie zachodzi nader często, a przyczyna tego spoczywa z jednej strony w wielkiej delikatności i rozdarliwości naczyń błony doczesnej i macicołożyskowych w pierwszym czasie ich rozwijania się, z drugiej strony w wielkiej liczbie okoliczności, które mogą takowe spowodować.

Przyczyny poronienia dzielimy w ogóle na skłaniające i na przypadkowe.

Do przyczyn skłaniających liczymy: wielokrwistość i skłonność do stanów nawałowych w ogóle: wielką nerwowość, skutkiem której kobieta za najmniejszym powodem popada w gwałtowne wzruszenia cielesne lub umysłowe; ogólne osłabienie ciała, będące już to skutkiem wyniszczających chorób, już też skutkiem słabego i młodzieńczego jeszcze rozwoju ciała: pojawienie się miesiączki podczas ciąży, przez co już samo nastaje w macicy przekrwienie; nieprawidłowości macicy samej, np. przegięcia jęj i przechylenia, włókniaki w jęj ścianach, rak, zrośnięcia z organami sąsiednimi, wady rozwojowe macicy i t. d. W tych wszystkich wypadkach, a mianowicie w owych nieprawidłowościach macicy, może się wydarzyć, że poronienie następuje w kilku po sobie następujących ciążach o jednym i tym samym czasie, co w razie takim zowiemy przy wykłém poronieniem. W ogóle ma macica, która już w poprzednich ciążach poroniła, zatrzymywać skłonność do ściągania się o tym samym czasie w ciąży następnej.

Do przyczyn przypadkowych liczymy:

1) Wszystkie te wpływy, które mogą spowodować śmierć płodu w pierwszych trzech miesiącach ciąży, a o których mówiliśmy już dawniej zastanawiając się nad śmiercią płodu podczas ciąży.

2) Te okoliczności, które są w stanie wywołać pierwotnie skurczenia macicy, albo przez podrażnienie macicy samej albo też przez przeniesienie podrażnień na organ rodny według prawidła czynności odruchowej. Należą tu leki nabolne, działanie zimna na macicę, jakiemi są zimne okłady na dolną okolicę brzucha, lub zimne wstrzykiwania do pochwy; założenie gąbki prasowanej do szyjki macicznej; drażnienie sutek piersiowych, wywoływane przez założenie na brodawki przyrządów do wysysania mleka albo przez ssanie dziecka; gwałtowne podrażnienie nerwów pęcherzowych lub odbytowych i przechodzenie tego podrażnienia drogą odruchową na macicę; gwałtowne wzruszenia umysłu i t. d.

Sposób działania tych przyczyn jest różny. Mogą one spowodować najpierw wylew krwi przez rozdarcie naczyń macicjajecznych, skutkiem czego dopiero następuje śmierć płodu i skurcze macicy; albo też mogą sprawić, że pod wpływem skurczeń macicy jaje się oddziela i płód umiera; albo wreszcie może płód, już poprzednio zmarły, wywołać bóle porodowe, poczem dopiero następuje oddzielenie się jaja i odpływy krwawe. Niektóre przyczyny, jak np. gwałtowne wzruszenia umysłowe i t. d. mogą równocześnie wywołać wszystkie co dopiero wyliczone skutki.

Poronienie tedy rozpoczyna się rozmaicie.

1) Jeśli przyczyna jakaś powoduje najprzód rozdarcie naczyń macicojajecznych, natenczas pozypadłości, wśród których się pojawia poronienie, zależą przeważnie od ilości rozdartych naczyń i wylewu krwi. α) Jeśli bowiem rozdarcie podlega tylko mało naczyń i krew uchodzi z tychże tylko w małej ilości, to przydarza się, że płód nie doznaje żadnego zaburzenia w swym dalszym rozwoju, podczas kiedy krew w nieznacznej ilości, wylana pomiędzy błony jajeczne, krzepnie i przechodzi zwyczajne przemiany. β) Jeśli zaś więcej naczyń zostało rozdartych, to też znaczniejszy jest wylew krwi pomiędzy błony jajeczne; wylew ten może sam spowodować oddzielenie jaja na szerszych przestrzeniach, sprawić zaburzenie w płodowym krążeniu krwi i śmierć płodu. Przytém krew wylana albo dostaje się zaraz do ust macicznych i ztąd na zewnątrz, przez co już przed rozpoczęciem się bólów porodowych pojawia się mniej lub więcej silny krwotok zewnętrzny; albo też pozostaje w jamie macicy naokoło błon jajecznych i pomiędzy nimi, aż dopiero z rozpoczęciem się bólów przychodzi także do krwotoku zewnętrznego i na zewnątrz wychodzi jaje skrzepłą krwią pokryte. W ostatnich wypadkach pokazują się przed poronieniem znaki zwiastunne, wywołane właśnie przez krew nagromadzoną w jamie macicy. Ciężarna poczuwa głęboki tłoczący ból w okolicy miednicy, a jeśli przyczyną tego jest nawał krwi do macicy, to doznaje prócz tego nader zwiększonego ciepła. Nieraz uczuwa ona ciężkość w brzuchu i skłonność do częstego oddawania moczu, czemu towarzyszy znużenie, od czasu do czasu przechodzące dreszcze, brak apetytu i inne objawy gorączkowe, wydzieliny zaś śluzowe pochwy zwiększają się i przez czas dłuższy odchodzi z niej płyn podobny do opłuczyn pomiesnych. Od pojawiania się tych znaków zwiastunnych aż do właściwego nadejścia poronienia upływa zazwyczaj jeden do ośmiu dni, a w rzadkich wypadkach może upłynąć nawet kilka tygodni. γ) Wreszcie zdarza się nieraz, że się rozdziera wiele naczyń i tym sposobem jaje oddziela się w wielkich rozmiarach od ściany macicy, tak iż bardzo gwałtowny krwotok występuje zaraz po podziałaniu szkodliwego wpływu. W takich wypadkach zazwyczaj zaczynają się też wkrótce skurcze macicy, jeśli nie powstały już równocześnie z krwotokiem pod wpływem szkodliwego działania, a całe poronienie przebiega szybciej bez wszelkich znaków zwiastunnych.

Ten ostatni rodzaj poronienia zachodzi najczęściej, ponieważ poronienie bywa pospolicie skutkiem zewnętrznych obrażeń albo

skutkiem takich wpływów, które w naczyniach macicójajecznych sprawiają przekrwienie; zazwyczaj tedy pierwszym objawem rozpoznającego się cierpienia jest krwotok maciczny.

2) Daleko rzadziej bywają przyczyną poronienia przedwczesne skurcze macicy, które z początku są zwyczajnie słabe i powracają w długich i nieregularnych przerwach, lecz wzrastając powtarzają się w krótszych i regularniejszych przestankach, a skutkiem skurczów pojawia się także odpływ krwawy z macicy, szyjka zaś maciczna rozszerza się coraz więcej. Jeśli w wypadku tego rodzaju skutkiem skurczeń macicy krew wylewa się do jamy macicy i z téjże nie odpływa zaraz na zewnątrz, natenczas mogą wystąpić także te same objawy zwiastunne, które wyżej opisaliśmy.

3) Jeśli zarodek postradał życie nie z powodu rozdarcia naczyń macicójajecznych, lecz np. skutkiem nieprawidłowego odżywiania, własnych cierpień i t. d., natenczas jaje może pozostać w macicy jużto krócej jużto dłużej, czasem nawet przez kilka tygodni, aż nie pobudzi macicy do czynności i nie rozpocznie się poronienie. W czasie zaś, mijającym pomiędzy śmiercią płodu a rozpoczęciem się poronienia, w ogólnym stanie matki albo nie pojawiają się żadne zaburzenia albo téż występują takie same, jakieśmy już dawniej opisali w rozdziale, w którym była mowa o śmierci płodu podczas ciąży, wyliczając skutki jakie wywołuje w organizmie matki płód, który po śmierci swój pozostaje jeszcze czas dłuższy w macicy.

Skoro zaś poronienie rozpoczęło się na dobre, to w dalszym przebiegu wzrastają zwolna skurcze macicy zazwyczaj nader bolesne, wypierają jaje ku ustom macicznym i z takowych wypychają je wreszcie do pochwy. Po większej części trwa przebieg ten długo i postępuje z trudnością naprzód, ponieważ mięśnie macicy w tym czasie jeszcze niedostatecznie rozwinięte, wywołują wprawdzie bolesne, ale nie skuteczne skurczenia, a dolny oddział ciała macicznego i jój szyjka nie są jeszcze tak luźne i rozszerzone jak w prawidłowym końcu ciąży, lecz jeszcze wązkie, jędrne i niepodatne.

Usta maciczne tedy i szyjka rozszerzają się tylko zwolna przez wtłaczające się do nich jaje, przyczém ciągle krew odpływa, mianowicie przy każdym bólu porodowym.

Krwotok jest zazwyczaj gwałtowny podczas całego przebiegu i ustaje na dobre wtedy dopiero, kiedy się jaje wydzieliło zupełnie z macicy i kiedy się ta skurczyła należycie. Ztąd téż towarzyszą poronieniu zwykle objawy niedokrwistości, które nawet po upływie

poronienia uwydatniają się jeszcze przez czas dłuższy. Jeśli krwotok trwa długo albo jest bardzo obfity, to może w końcu sprowadzić zupełne wycieńczenie sił.

Jaje z tych miesięcy, jak to już wyżej nadmieniliśmy,

1) wydziela się zazwyczaj nie rozdzierając się wcale, i w takim razie wydostaje się od razu z macicy. Jeśli zaś jest jeszcze małe (np. z pierwszego lub drugiego miesiąca), a usta maciczne są jeszcze wąskie i niepodatne, jak u pierwiastek, to po zupełnym wyjściu z właściwej jamy macicy może jeszcze przez czas dłuższy pozostać w kanale szyjki macicznej, podczas gdy usta zewnętrzne są jeszcze mało rozwarte a ciało oraz dno macicy skurczyły się już należycie. W wypadkach tego rodzaju ustaje krwotok już po wydzieleniu jaja z jamy macicznej i dopiero zwolna pod wpływem skurczów szyjki wydostaje się jaje na zewnątrz.

2) Nieraz jednakże jaje pęka zanim się jeszcze wydzieliło zupełnie; okoliczność ta zachodzi najłatwiej wtenczas, gdy jaje zamierzamy przedwcześnie wydalić, albo gdy w pojedynczych miejscach jest nieprawidłowo silnie przyrośnięte do ściany macicznej, np. skutkiem dawniejszych wylewów krwi. W takim razie odpływa woda płodowa z rozdartego jaja, a zarodek, jeśli w ogóle istnieje, wisząc na pepowinie pozostaje w worku jajecznym albo dostaje się do pochwy, macica zaś ściąga się do mniejszej objętości, a bóle porodowe i krwotok ustają na czas niejaki.

α) Jeśli wśród takich stosunków powierzchnia jaja odzieliła się już na wszystkich punktach od macicy i ta się ściąga prawidłowo, natenczas jaje odchodzi zupełnie, po większej części nie wywołując żadnych dalszych krwotoków i nie sprawiając żadnych szczególnych trudności.

β) Kiedy zaś jaje jest miejscami przyczepione zbyt silnie albo kiedy dolna część macicy ściąga się kurczowo, wtedy albo pozostają w macicy zamknięte wszystkie obwodowe części jaja, albo też ich dolne części występując z wewnętrznych ust macicznych w mniejszym lub większym stopniu bywają przez takowe zasznurowane i odcięte od resztek jaja pozostałych we wnętrzu macicy.

Zazwyczaj i w takim razie ustępują na czas niejaki bóle porodowe i krwotok, aż w końcu pod wpływem nowych skurczów nastaje po większej części znowu silny krwotok i z nim zarazem wydziela się jaje zupełnie. Niekiedy trwa ta przerwa w bólach porodowych tak długo i bóle ustają tak zupełnie, że chora czuje się całkiem zdrową, a nawet powraca do sił dawnych po znacznych krwoto-

kach, i dopiero po kilku dniach a nawet po kilku tygodniach poronienie kończy się zupełnie wśród objawów co dopiero skreślonych. W innych znowu razach wśród całej tej przerwy chora czuje się niezdrową, skarży się na brak apetytu, przemijające dreszcze, przyczem z pochwy odpływa płyn surowiczy blado krwią zabarwiony a niekiedy pojawiają się także krwotoki mniej lub więcej silne oraz bóle w okolicy krzyżowej, aż wreszcie wśród takiego stanu wychodzą na zewnątrz wszystkie pozostałe resztki jaja.

Również mogą pozostałe części jaja przejść w zgniliznę i tym sposobem spowodować najprzód cuchnący i brudno zabarwiony odpływ z części płciowych, a nieraz także zapalenie wnętrza macicy (*endometritis*), zapalenie żył macicznych (*metrophlebitis*) i ropnicę (*pyaemia*), które to cierpienia bardzo często jak najgorszy miewają koniec.

Wydzielone jaje jest zwykle tak pokryte skrzepami krwi, iż przy oględzinach powierzchownych przedstawia owalną kulę krwawą i nierzadko bywa od ludzi nieznanających się na tém usuwana jako taka. Badając jednakże dokładniej jaje znajdujemy stan jego różnym stosownie do tego, czy zaraz po śmierci zarodka zostało wydzielone czy też dopiero po dłuższym czasie, jako też stosownie do tego czy obwodowe części jaja są zwyrodniałe, czy też nie.

1) Jeśli wydzielenie jaja następuje zaraz po podziałaniu szkodliwego wpływu i jeśli jaje jest nienaruszone, to zarodek znajdujemy w całości w jamie jajecznej, którą wypełnia albo czysta woda płodowa albo też krwią zabarwiona, gładka zaś wodówka skutkiem wylewów krwi, znajdujących się pomiędzy błonami jajecznymi, wtlacza się pagórkowato ku jamie jajecznej. Błony jajeczne oraz rozwijające się łożysko są mniej lub więcej krwią przesiąknięte i zniweczone, chociaż ich budowa da się wyraźnie rozróżnić.

2) Jeśli poronienie następuje w dwóch pierwszych miesiącach ciąży i rozpoczyna się dopiero w czas niejaki po śmierci zarodka, natenczas w jamie jajecznej, mniej więcej wielkości orzecha, albo tylko szczątki zarodka albo wcale żadnych już nie znajdujemy śladów; jaje zaś samo jest zresztą takie samo, jak w wypadku poprzednim, i nadajemy mu miano jaja poronnego (*ovum abortivum*); albo wreszcie

3) pomiędzy błonami jajecznymi i naokoło nich nagromadza się wiele wybroczyn, które potem, jeśli przebieg poronienia jest powolny, przechodzą właściwe im przemiany. Płynne części składowe krwi podlegają wessaniu, skrzepły włóknik blednieje i zamie-

nia się w tkankę łączną, a błony jajeczne zrastają się z sobą tworząc ścianę jędrną, mięsną, bladuróżową albo żółtawą, różnej grubości (od 3—6—9 linii); w ścianie tej nierzadko trudno rozpoznać budowę pojedynczych błon jajecznych, a miejscami znajdują się zazwyczaj świeże skrzepy krwi. Strzępy łożyskowe i kosmówkowe, które się dadzą jeszcze wysledzić, są nasiąknięte masą molekularną i zawierają wiele kulek tłuszczowych. W razach takich zarodek zanikł również, a jama jajeczna jest wypełniona albo mętnawą wodą płodową, albo też wodą, zawierającą w sobie wybroczyny krwi.

Jaja tego rodzaju przedstawiają tak zwane zaśniady mięsne (*mola carnosae*) i posiadają niekiedy bardzo liczne i bardzo wielkie złogi węglanu i fosforanu wapna, w jakich to razach zowiemy je także zaśniadami wapiennymi lub kamiennymi. Zaśniady takie są niekiedy bardzo mocno zrosłe ze ścianą maciczną, mianowicie w miejscu łożyskowym.

Poronienie pociąga za sobą niejedne złe skutki, mianowicie kiedy się chora w czasie tegoż nie zachowuje stosownie. Pod tym względem zachodzą dość często zboczenia w położeniu i postaci macicy, jako to opadnięcia jęj, przechylenia i przegięcia ku przodowi, przechylenia i przegięcia ku tyłowi, przerost, zwiększenie wydzielin śluzowych i t. d., skutkiem czego dla następnych ciąży wyradza się skłonność do poronienia (poronienie przywykłe), a co gorsza nawet dalsza niepłodność. Nadto wydarza się nieraz, że się macica nie skurcza należycie mimo całkowitego wydzielenia jaja, lecz powrót jęj do stanu prawidłowego (*involutio*) następuje powoli przeciągając się na tygodnie i miesiące, przyczem krew odpływa bezprzestannie i choręj zagraża niechybna śmierć, jeżeli się pomocą sztuczną nie uda zaradzić złemu. Cierpień połogowych dostrzegamy rzadziej, aniżeli po porodach w późniejszych miesiącach ciąży.

Rozpoznanie dotyczy trzech przeważnie pytań: 1) czy w danym razie należy się rzeczywiście obawiać poronienia; 2) czy jaje wyszło zupełnie z macicy, czy też pozostały w niej jeszcze części jego; 3) czy chora poroniła już poprzednio, lub czy nie miała jeszcze takiego przypadku.

Ad 1. Rozpoznanie, że w danym razie, należy się rzeczywiście obawiać poronienia, albo że takowe jest już w biegu, polega na wykazaniu, że dotycząca osoba jest w tym razie rzeczywiście ciężarną i że dają się dostrzedz u niej objawy, które trzeba uważać za oznaki poronienia. O objawach ciąży była już dawniej

mowa, w tomie I niniejszego dzieła na str. 562. Do objawów zaś poronienia należą: krwotok z jamy macicznej, bóle porodowe, niezwykła luźność szyjki macicznej i rozszerzenie ust macicznych.

α) Jeśli się u ciężarnej pojawi odpływ krwawy z macicy, to zawsze należy się obawiać poronienia. Im znaczniejszy jest krwotok, tém większą jest obawa, że jaje zostanie wydzieloném w czasie niewłaściwym; a jeśli krwotok jest tak wielki, iż w pochwie tworzą się skrzepy krwi, natenczas poronienie następuje prawie zawsze, i tylko nader rzadko da się takowe powstrzymać.

Przy tych krwawych wydzielinach z macicy nie należy jednakże o tém zapomnieć, że także podczas ciąży może się pojawić miesiączka. Dla rozróżnienia jednego od drugiego służy ta okoliczność, że miesiączka zachodzi zazwyczaj w tym samym czasie, w którymby i bez ciąży musiała się pojawić; że przytém wydzieliny krwawe występują bez wszelkiej przyczyny dowieść się dającej i że zwykle wyglądają więcej surowiczo; że odpływowi krwawemu albo towarzyszą z początku tylko słabe bóle, albo téż wcale nie przychodzą, jednakże bóle te nie przybierają charakteru bólów powtarzających się regularnie, i że przytém ani usta maciczne ani téż szyjka maciczna nie otwierają się nigdy tak szeroko, iżby przez nie dało się łatwo przeprowadzić palec. Krwotoki zaś, występujące skutkiem oddzielenia jaja, nie są przywiązane ściśle do pewnego czasu, i powstanie swe zawdzięczają często szkodliwemu wpływowi dającemu się dociec. Przy takich krwotokach wydzieliny są czysto krwawe, i to albo barwy jasnoczerwonej albo téż ciemnowej, a jeśli odpływ jest znaczny, to wkrótce pojawiają się bóle podobne do bólów porodowych, które spiesznie rozszerzają usta maciczne i tym sposobem usuwają wszelką wątpliwość. Najtrudniejszym jest rozpoznanie wtenczas, kiedy przyczyna krwotoku nie wychodzi z zewnątrz i kiedy krwotok pojawia się w czasie miesiączki, w którym się właśnie poronienie dość często daje spostrzegać.

β) Bóle porodowe, towarzyszące poronieniu, posiadają ten sam charakter, co bóle podczas porodu. Tylko z początku są one niekiedy trudne do rozpoznania i można je łatwo wziąć za kolki lub inne kurczowe bóle, i to tak długo, dopóki występują w przerwach nierównych i długich, dopóki nie towarzyszy im odpływ krwawy i dopóki nie wywierają widocznego wpływu na usta maciczne. Ponieważ nadto macica w czasie tym jest jeszcze schowana w jamie miednicy, przeto trudno jest dowieść, czy się macica podczas bólu

kurczy, czy też nie. Prócz tego mogą bóle tego rodzaju ustać na nowo i poronienie się powstrzymać.

Jeżeli zaś bóle następują już w przestankach regularnych i krótszych, jeśli wraz z nimi pojawia się krwotok i jeśli wpływ swój objawiają

γ) przez rozszerzenie szyjki macicznej, natenczas nie podlega najmniejszej wątpliwości, że poronienie nastąpi.

Ad 2. Co się tyczy pytania, czy w danym razie jaje wyszło całkowite, czy też nie, to (nie badając przez pochwę) możemy na nie tylko wtenczas pewno odpowiedzieć, kiedy jesteśmy w stanie zbadać jaje wydzielone zupełnie w całości. Jeżeli się zaś jaje wydzieliło albo zostało wydalonóm tylko cząstkami, natenczas trudno ztąd wnioskować, czy nie pozostały jeszcze resztki jakie w macicy. W wypadkach tego rodzaju mamy tylko wtenczas pewność, że jaje wyszło zupełnie, kiedy przez szyjkę maciczną da się jeszcze przeprowadzić palec i tymże wyczuć, że jama macicy jest próżna. Jeśli badania tego nie można dokonać i jeśli przed oczyma nie mamy całkiem nietkniętego jaja, to nie możemy zaraz rozstrzygnąć, czy jaje wyszło całkowicie, lecz należy zawsze baczyć na dalszy przebieg poronienia.

Że zaś w macicy pozostały jeszcze resztki jaja, musimy zawsze przypuszczać wtedy, kiedy się macica nie zmniejsza szybko, kiedy się ponawiają wkrótce krwotoki i bóle do porodowych podobne, albo kiedy się odpływ połogowy zabarwia brudno i zaczyna wydawać woń odrażającą. Potwierdzić zaś nasze podejrzenie możemy tylko w takim razie, kiedy jeszcze odchodzą resztki jaja, kiedy takowe wystają z ust macicznych, albo kiedy po rozszerzeniu ust macicznych wysledzimy je palcem w jamie macicy.

Ad 3. Czy zaś osoba pewna poroniła już raz poprzednio, da się tylko wtedy rozstrzygnąć, jeśli części jój płciowe poddajemy badaniu zaraz w pierwszym czasie po poronieniu. Jako wskazówki pod tym względem służą następujące okoliczności: małoznaczne jeszcze zmiany w sutkach, luźność i niebiesko-czerwone zabarwienie śluzowej błony pochwy i części pochwowéj, niezwykła szerokość zewnętrznych ust macicznych i szyjki macicznej, odpowiednie zwiększenie objętości macicy, odpływ z macicy albo czysto krwawy albo też więcej surowiczny, podczas kiedy powłoki brzuszne i zewnętrzne części płciowe nie okazują znaków żadnego rozszerzenia, którego doznały w ostatnim czasie.

Leczenie rozpada się na leczenie zapobiegawcze, na leczenie właściwe i na doleczanie poronienia.

Celem leczenia zapobiegawczego jest w ogóle uregulowanie sposobu życia ciężarnych, o czém już dawniej była mowa (zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya tom 1, str. 644 i następane), dalej zachowanie diety stosownej do ich konstytucyi, i o ile możności usuwanie wszelkich wpływów, któreśmy określili jako przyczyny poronienia.

Mianowicie zaś należy ściśle przestrzegać tych przepisów w takich razach, gdzie i tak istnieje już szczególna skłonność do poronienia, np. z powodu pojawiania się miesiączki podczas ciąży albo z powodu przywykłego poronienia. W wypadkach bowiem tego rodzaju działają zgubnie nawet takie okoliczności małoznaczne, które w innych razach nie pociągają za sobą żadnych następstw.

Przytém ważną odgrywa rolę spokój ciała i umysłu, wstrzymanie się od spółkowania i unikanie wszelkich wpływów, które się mogą przyczynić tak do miejscowych, jak do ogólnych wzburzeń. Jeśli wydzielinę miesiączkowe dosięgają znacniejszego stopnia, to powinna ciężarna prócz przepisów powyższych zachować lekką dietę i pozostać w łóżku w położeniu poziomém tak długo, aż regularność nie minie. Tak samo winna się zachować ciężarna na kilka tygodni przed czasem i po czasie, w którym ciążę poprzednie przerywało było poronienie. W nowszych czasach zalecają ¹⁾ bardzo przeciwko przywykłemu poronieniu podawanie na wewnątrz *kal. chloricum*; między innymi chwali środek ten Simpson podając go w dużych dawkach (1,0 gram trzy razy dziennie).

Jeśli się u ciężarnej pojawią stany patologiczne, to należy mieć o to staranie, ażeby je usunąć jak najspieszniej według ogólnych prawideł sztucznej pomocy. U osób wielokrwistych, u których się można obawiać nawałów do organów miedniczych, da się nieraz także przez upuszczenie krwi z żyły zapobiedz poronieniu, a nie rzadko można nawet u tego rodzaju osób tym sposobem usunąć przywykłe poronienie.

Zadaniem właściwego leczenia jest albo powstrzymać poronienie, albo też takowe przyspieszyć, jeśli już żadną miarą niepodobna mu zapobiedz.

Powstrzymania poronienia można się tylko w tym jednym przypadku spodziewać, kiedy mało krwi odpływa, kiedy bóle porodo-

¹⁾ Transact. of the Ed. obst. soc. 1870. p. 112.

we są jeszcze słabe i nie powracają w regularnych odstępach i kiedy się szyjka maciczna jeszcze znacznie nie rozszerzyła. Tego rodzaju małe krwotoki należy tak samo leczyć, jak zaleciliśmy dawniej przy słabych krwotokach skutkiem łożyska przodującego. Jak tam, tak i tutaj powinno się jak najstaranniej unikać wszystkich środków, które sprawiają w macicy podrażnienie i powodują ją do kurczenia się. To też wśród takich warunków nie da się zastosować ani miejscowego zimna w jakiejby postaći, ani tamponowania pochwy, ani nastoju cynamonowego i t. p. Za to może dobrze oddziałać upuszczenie krwi u osób wielokrwistych w ogóle i mianowicie kiedy przyczyną krwotoku jest nawał do macicy. Jeśli razem z krwotokiem, albo też bez niego pojawiają się bóle, wywołane kurczeniami się macicy, to wskazanem jest podawanie *opium* (0,01—0,03 grama *pro dosi*) albo *acetas morphi* (0,005—0,015 grama); bóle zaś, które są tylko natury kurczowej i którym nie towarzyszy żaden odpływ krwawy, usuwają się niekiedy także przez przykładanie suchych ciepłych płatów na podbrzusze albo przez letnie kąpiele w wannie; kąpiele te jednakże nie powinny być tak ciepłe, iżby chorą rozdrażniały. Spokojnego zaś położenia poziomego na grzbiecie nie powinna chora zaniechać prędzej, aż się krwotok nie zatrzyma przynajmniej przez dni kilka. Nawet w tych wypadkach nie trzeba tracić nadziei powstrzymania poronienia, w których szyjka maciczna jest rozwarta i wyczuwamy jaje wtłaczające się w takową; bez wątpienia bowiem zachodzą wypadki, że się szyjka taka zamyka na nowo i ciężarna donasza płodu. Leczy się zaś tego rodzaju wypadki podając kilka silnych dawek *opium per os* albo *per anum* i zastosowując wszystkie powyżej podane prawidła.

Kiedy zaś odpływa wiele krwi albo kiedy się pojawiły bóle silniejsze oraz regularniejsze, albo kiedy się już szyjka maciczna rozszerzyła znacznie pod ich wpływem, natenczas nie masz już żadnej nadziei, żeby się poronienie dało powstrzymać. W razach takich należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na krwotoki. Skoro krwotok nie jest tak znacznym, iżby oddziaływał zgubnie na ogólny stan zdrowia chorój, to leczenie jest tylko wyczekującym, przyczem cierpiącej zalecać się powinno ażeby spokojnie leżała, zachowała ścisłą dyetę, unikała wszelkich wzburzeń oraz używała chłodzących napojów. Kiedy zaś krwotok dosięga znacznego stopnia, należy mieć o to staranie, żeby go usunąć za pomocą zimnych okładów na brzuch, zimnych wstrzykiwań, przez wkładanie kawałów lodu do pochwy. Zimno uśmierza nie tylko krwotok, lecz przysparza także kurczenie się macicy i tym sposobem może się także przyczyniać do przy-

spieszenia poronienia. *Secale oornutum* i inne środki podawane na wewnątrz, a mające wzmagać kurczenia się macicy, nader rzadko wywołują jakiś skutek w tym czasie, co prawdopodobnie zdąd pochodzi, że włókna mięsne macicy w tym czasie ciąży są jeszcze niedostatecznie rozwinięte. W razach takich nie należy tedy zbyt wiele tracić czasu na doświadczeniu powyższych środków niepewnych i po większej części nieskutecznych, lecz trzeba natychmiast przystąpić do tamponowania pochwy. Z rozmaitego rodzaju tamponowania jest to najlepszym, które krwotok wstrzymuje na pewno, a przytém nie pobudza silniej działalności bólów porodowych. Z tego téż powodu nie można zalecać w tym celu tamponu kauczukowego, ponieważ miernie tylko napełniony nie usuwa krwotoku na pewno, a wypełniony silnie sprawia znaczne dolegliwości i mocne bóle porodowe. Najpewniej zapobiega się krwotokowi przez kawałki płótna, które się przykładają do miejsca krwawiącego. Takowe wysysają się formalnie i wstrzymują zaraz dalszy krwotok, tak iż nie potrzeba niemi wypychać całą pochwę, i mały tylko tampon wstrzymuje często najgwałtowniejszy krwotok.

Oddalwszy tampon po upływie 6--24 godzin (dłużej nie może leżeć), natrafiamy często poza nim jaje wydzielone z macicy. Jeśli się jaje nie posunęło jeszcze ku dołowi, to tamponujemy ponownie. Zresztą zakładając tampon nie trzeba koniecznie tracić nadziei, że się poronienia nie da powstrzymać, ponieważ się czasem wydarza, że po oddaleniu tamponu zatrzymuje się krwotok, usta maciczne znowu się cokolwiek ściągają albo przynajmniej nie rozszerzają się więcéj i ciąża przebiega bez wszelkiego dalszego zaburzenia.

Ręczne wydobycie jaja jest wtenczas koniecznym, kiedy mimo powyższych środków nie ustaje krwotok i staje się tak znacznym, iż zagraża niebezpieczeństwem życia, albo kiedy się opóźnia wydzielenie jaja, a usta maciczne przytém są rozszerzone dostatecznie. Operacja ta według okoliczności jest albo łatwą albo trudną, i w każdym razie wymaga wielkiej ostrożności. Najłatwiejszą zaś jest wtenczas, kiedy jaje jest całe, już częściowo wystaje z ust macicznych, a szerokość tych jest przynajmniej taka, iż przepuszczają kilka palcy. Celem wydalenia oddzielnego już albo częściowo tylko przyczepionego jaja układa się chorą poziomo na grzbiecie, podwyższa okolicę krzyżową i wprowadza się palec wskazujący jednej ręki ostrożnie obok jaja do macicy, drugą zaś ręką uciskamy przez powłoki brzuszne ponad spojeniem łonowym na dno macicy, aby wprowadzonym palcem mózdz tém łatwiej dojść aż do dna macicznego. Jeśli się

uda palec wprowadzić tak wysoko, to badamy nim, czy jaje jest na wszystkich punktach oddzielone od ściany macicznej, poczem staramy się wydobyć jaje palcem zgietym na podobę haka, albo też zachwyć palcem wskazującym i średnim, jeśli na to zezwala szerokość ust macicznych, albo jeśli się z nich jajko wydostaje częściowo. Przymtem trzeba przedewszystkiém na to zważać, aby czasem nie rozdrzeć jaja, mianowicie gdy ono nie jest jeszcze na wszystkich punktach oddzielone od macicy, ponieważ w razie takim pozostają bardzo łatwo w macicy pojedyncze resztki, których następcze wydobycie po większej części jest jeszcze trudniejszém i boleśnieszém z powodu skurczenia się szyjki macicznej. To też w każdym razie, a przeważnie wtenczas, kiedy wydobyte jaje zostało rozdarte, należy zaraz po jego wydaleniu jeszcze raz wprowadzić palec do jamy macicznej, aby się przekonać, czy takowa jest opróżnioną zupełnie, i w przypadku takim poodalać zaraz pozostałe jeszcze części jaja; po ściągnięciu się bowiem macicy wykonać to jest rzeczą nader trudną albo nawet zupełnie niepodobną.

Wydalenie jaja pękniętego i leżącego jeszcze zupełnie w jamie macicznej, albo też usunięcie pozostałych jeszcze resztek jego dokonuje się tym samym sposobem; tylko to jeszcze należy tutaj nadmienić, że zachloroformowanie chorój daje nadzwyczajne korzyści mianowicie w tych wypadkach, w których usta maciczne są wąskie albo kiedy ugniatanie macicy przez powłoki brzuszne jest nader trudne z powodu napięcia lub wielkiej wrażliwości w ścianach brzusznych. Przez usunięcie bowiem bólów oddziaływa operacya ta nie tak znacznie i prócz tego jest daleko łatwiejszą z powodu zwiotczenia powłok brzusznych. Tylko niedokrwiistość w wysokim stopniu istniejąca mogłaby wstrzymać od znieczulenia chloroformem.

W wypadkach, w których usta maciczne są tak wąskie, iż dla oddalenia resztek jaja nie da się wprowadzić nawet jednego palca, należy szyjkę maciczną poprzednio rozszerzyć za pomocą gąbki prasowanej lub stożków z blaszkowca (*laminaria*). Kiedy zaś pozostałe resztki jaja nie dadzą się usunąć palcami, wtedy trzeba je wydobyć za pomocą cążek o długiej szypułce (*kornzange*). Cążki te trzeba wprowadzić pod przewodnictwem palcy, dla czego to należy pomocnikowi przytrzymywać macicę z zewnątrz; wprowadza się zaś tak często cążki, aż się nie przekona, że już nie pozostały żadne resztki ¹⁾.

1) Zob. P. Grenser, Ploss's Zeitschr. 1868. VII. p. 232.

Równocześnie z tém leczeniem miejscowém trzeba chorym podawać koniecznie leki orzeźwiające (*analeptica*), skoro się tylko pojawiają znaki wysokiej niedokrwistości. Wśród takich okoliczności zaleca się dobre stare wino, czarną kawę, wódkę lub rum w wodzie gorącej po łyżce stołowej albo nastój cynamonowy i t. d.

Co się tyczy doleczenia, to kobietę, która poroniła, należy tak samo uważać za położnicę, jak tę, której rozwiązanie przypadło w późniejszym czasie ciąży. To téż leczenie położu po poronieniu powinno się odbywać w ogóle według tych samych przepisów, jakie obowiązują przy prawidłowym przebiegu czasu połogowego. Szczególną zaś uwagę na chorą winien lekarz w tych razach zwrócić, w których zaraz po wydzieleniu jaja nie mógł się przekonać, czy macica jest zupełnie opróżniona, albo kiedy mu się nie udało wydobyć całkowicie resztek jaja, jużto dla zbytniego ściągnięcia się ust macicznych, już téż dla zbyt wielkiej bolesności i t. d. Mianowicie powinien lekarz wtenczas badać chorą, kiedy wśród położu występują bóle w krzyżach, kiedy krwotok albo odpływ połogowy zabarwia się brudno, aby korzystać z chwili, w której się usta maciczne na nowo rozszerzają i resztki jaja stają się dostępniejszemi; wydalenie pozostałych resztek jaja w tym czasie może doprowadzić do pomyślnego rezultatu, nawet wtenczas, kiedy już powstało zapalenie mięszu macicznego, zapalenie żył macicznych i t. d.

Leczenie stanów pojawiających się w następstwie poronienia odbywa się według ogólnych prawideł, przestrzeganych w takich razach.

Tutaj tylko wypada jeszcze nadmienić, że przy krwotokach spowodowanych skutkiem niedostatecznego powrotu macicy do stanu prawidłowego, nie wiele co da się osiągnąć przez środki w razach takich zazwyczaj używane, jako to spokój, podawanie na wewnątrz kwasów, sporyszu lub leków ściągających, zimnych okładów, zimnych i ściągających wstrzykiwań i t. d. W takich niekiedy rozpaczliwych wypadkach widziano (Späth) najpomyślniejsze rezultaty po przyżeganiu jamy macicznej przez *nitras argenti fusus* za pomocą zalecanego przez Chiariego *porte caustique*.

Niedokrwistość, powstałą skutkiem utraty krwi, usuwa się najlepiej przez dobrą i pożywną dyetę, przebywanie w świeżem powietrzu na wsi, jako téż przez używanie środków gorzkich i zawierających w sobie żelazo; z tego téż względu zaleca się w takich razach używać żelazistej wody mineralnej.

Z nowszych prac dotyczących tego przedmiotu wspominam tu jeszcze następujące: Verdier, *Apoplexie plac. et les hematomes du Placente. Paris. 1868.* — Dohru, *M. f. G. t. 21. p. 30.* — Hegar, *M. f. G. t. 21. Suppl. p. 1.* — Hoening, *Scunzonis Beitr. t. VII. p. 213.* — Dohrn, *Vollkmann's klin. Vortr. Leipzig. 1872. Nr. 42.*

2) Poród nieczesny i przedwczesny (*partus immaturus et praematurus*).

Do przyczyn porodu nieczesnego i przedwczesnego liczymy te wszystkie okoliczności i wydarzenia, któreśmy już w rozdziale poprzednim skreślili jako przyczyny poronienia. Oprócz tych przyczyn mogą jednakże tutaj jeszcze inne wpływy, mianowicie w późniejszych miesiącach ciąży, zakończyć poród przed terminem prawidłowym. Do takich wpływów szkodliwych należy nadmierne rozszerzenie macicy skutkiem zbytnej ilości wody płodowej lub skutkiem bliźniaków, łożysko przodujące i t. d.

Przebieg porodu nieczesnego i przedwczesnego jest bardzo różny. W czwartym miesiącu zazwyczaj, a nawet i w piątym nie rzadko towarzyszą oddzieleniu jaja gwałtowne krwotoki, w późniejszych zaś miesiącach pojawiają się one tylko wtenczas, kiedy ich przyczyną jest jakaś szczególna okoliczność, np. przedwczesne oddzielenie łożyska skutkiem gwałtownego wzruszenia macicy, przodowanie łożyska lub głęboki jego przyrzep i t. d. Nadto także w czwartym, a nawet piątym miesiącu może jaje zostać wydalonem w całości, chociaż wypadku tego nie można uważać za prawidłowe. Zwykle pęka jaje, jeśli nie prędej, to wtenczas, kiedy się usta maciczne rozszerzyły już w mniejszym lub większym stopniu, poczem odpływa woda płodowa i płód się rodzi.

Do rozszerzenia ust macicznych przyczyniają się po największej części bardzo silne bóle porodowe, które działają tém wolniej i tém boleśniej, im mniej niepodatnym i luźnym jest dolny odcinek macicy z początku porodu. Rodzi się zaś płód tém łatwiej i tém spieszniej, im jest mniejszy, a w pierwszych sześciu miesiącach przechodzi zazwyczaj przez kanał miedniczy bez wielkich trudności w każdym położeniu, nawet w położeniu poprzecznym. Nadto im mniej jest rozwinięty płód, tém też częściej natrafiamy go w nieprawidłowym położeniu i tém się mniej potrzebuje rodzić w mechanizmie porodowym, oznaczonym dla rozmaitych położzeń i stawień płodu.

Odejście łożyska przy porodach nieczesnych opóźnia się często i łożysko może pozostać w macicy przez kilka dni, a nawet przez kilka tygodni, aż w końcu macica zmniejszając się zwolna oddziela je zupełnie od ścian macicznych i wydala na zewnątrz.

Wydzielenie jaja następuje tedy w czwartym i piątym miesiącu często wśród objawów towarzyszących poronieniu; im zaś więcej zbliża się ciąża do prawidłowego kresu, tém też więcej jest ono podobne do porodu dziecka dojrzałego.

Rozpoznanie porodu nieczesnego i przedwczesnego polega na dowodzie, że ciąża istnieje rzeczywiście, na oznaczeniu, jak długo trwa już ciąża, i na zbadaniu czy się poród już rozpoczął, albo czy wkrótce musi koniecznie nastąpić. O dwóch pierwszych punktach mówiliśmy dawniej w odnośnych miejscach. Co do ostatniego punktu to należy tutaj nadmienić jeszcze, że ustania działalności bólów porodowych i porodu można się jeszcze spodziewać w tych nawet wypadkach, w których się już pojawiają skurcze macicy, jeśli tylko bóle porodowe nie występują jeszcze w regularnych odstępach, jeśli płód żyje, jeśli żaden gwałtowny krwotok nie wskazuje na obszerniejsze oddzielenie łożyska, jeśli pęcherz płodowy jeszcze stoi, część pochwo-wa nie wyrównała się dotąd i usta maciczne są jeszcze zupełnie zamknięte albo też rozwarłe tylko stosownie do czasu ciąży. Z tego też względu nie możemy u mnogorodzących sądzić, że poród wkrótce nastąpi albo że się już rozpoczyna, skoro począwszy od siódmego miesiąca da się nawet palce przeprowadzić przez szyjkę maciczną aż do błon jajecznych. Jeśli jednakże bóle porodowe powracają w regularnych odstępach, jeśli skutkiem tego rozszerzyły się już widocznie usta maciczne, natenczas nie można już wątpić, że poród jest w biegu.

Kiedy zaś po odumarcu płodu albo po pęknięciu pęcherza płodowego nastąpi poród, niepodobna nigdy oznaczyć na pewno, ponieważ w pierwszym razie może nawet kilka tygodni upłynąć, a w drugim wypadku jeszcze przynajmniej kilka dni, zanim zostanie jaje wydzieloném.

Rokowanie odnośnie do matki bywa tylko wtenczas niepomyślném, jeśli wydzieleniu jaja towarzyszy gwałtowny krwotok albo jeśli przyczyną porodu przedwczesnego jest okoliczność, która w ogóle zagraża życiu matki. Jeśli przebieg jest zwyczajnym, natenczas stosunek wypadków chorobnych oraz śmiertelności nie jest nie korzystniejszym, jak przy porodach w prawidłowym końcu ciąży. Dla płodu zaś jest rokowanie bezwzględnie niepomyślném w pierwszych

siedmiu miesiącach ciąży ponieważ w czasie tym nie może dalej żyć mimo najtroskliwszej pieczy, czyli jest niezdolny do życia. To też widoki utrzymania go przy życiu są tém pomyślniejsze, im bliżej prawidłowego końca ciąży następuje poród i jeśli przytém porodu tego nie spowodowała przyczyna, wpływająca szczególnie zgubnie na jego życie.

Leczenie jest także w razach takich zapobiegawczém (*prophylactica*) i leczniczem (*curativa*).

Leczenie zapobiegawcze zgadza się zupełnie z tém, o któreśmy się rozpisali przy poronieniu. Zadaniem drugiego jest baczyć na to, czy rozpoczęcia porodu trzeba się tylko obawiać, albo czy poród musi koniecznie nastąpić, albo wreszcie czy już jest w biegu.

Dopóki tedy nie masz przypadłości powyżej wyliczonych, a przemawiających za tém, iż poród się już rozpoczął, trzeba się starać o to, żeby usunąć szkodliwe wpływy zewnętrzne, które prawdopodobnie działają jeszcze nadal zgubnie, uspokoić wzburzenie umysłowe chorój, tudzież system krążenia i system nerwowy. To też w razach takich jest wskazane jak najspokojniejsze leżenie w łóżku, chłodząca dyeta, leki odurzające (*narcotica*), mianowicie gdy się już pojawiają skurcze macicy. Z ostatnich zaleca się *aqua laurocerasi*, *opiūm*, *acetas morphi*.

Kiedy zaś występują oznaki, że jaje koniecznie zostanie wydzieloném, wtedy postępujemy sobie tak samo jak przy poronieniu i przy łożysku przodującym, jeśli równocześnie zachodzi krwotok. W innych wypadkach przestrzega się przepisów, zaleconych dla zwyczajnych porodów, a w razie powikłań mają miejsce te same wskazania dla operacyi; to tylko należy tu jeszcze nadmienić, że w czasie, w którym płód nie jest zdolny do życia, wskazaniem do operacyi mogą być tylko okoliczności zagrażające życiu matki.

b) Poród opóźniony (*partus serotinus*).

Ogólnie znaną jest rzeczą, że płód rozwijający się w jamie macicy, może w téjże pozostać dłużej nad dziesięć miesięcy. Jak zaś długo poza prawidłowy termin może kobieta pozostać w ciąży, nie docieczono dotąd naukowo.

Z tego też względu dowolnemi i różnemi są prawa co do prawowitości dziecka, które miało pozostawać w łonie matki poza nor-

malny kres ciąży. Tak przyjmuje kodeks Napoleona poród opóźniony za prawowity aż do 300 dni, prawo pruskie aż do 302 dni i prawo rzymskie przez cały dziesiąty miesiąc kalendarzowy; w Austrii zaś oddaje się dzieci, które przychodzą na świat w opóźnionych porodach, do rozstrzygnięcia osobom znajdującym się na tej rzeczy, a § 138 ogólnego prawa cywilnego brzmi tak: „w interesie dzieci zrodzonych z małżonki w dziesiątym miesiącu albo po śmierci męża albo po zupełnym rozerwaniu węzła małżeńskiego, należy przypuszczać że ich urodzenie się jest prawowite.” Porówn. Akuszerya t. I. str. 560. L. A. Neugebauer.

Również nieznanne są przyczyny, mogące spowodować poród opóźniony i wszystkie sposoby, któremi dotąd chciano wyjaśnić to zjawisko, upadły znowu jako hipotezy, nie dające się uzasadnić.

Autorowie nie zgadzają się nawet dotychczas, po jakich właściwościach da się rozpoznać dziecko pochodzące z porodu opóźnionego. Z jednej bowiem strony już u dzieci zrodzonych w prawidłowym końcu ciąży spotykamy częstokroć niezwykle silny rozwój ciała, mocną budowę kości, wazkie lub zupełnie skostniałe szwy i małe ciemiona, zęby już rozwinięte i t. d.; z drugiej zaś strony widziano dzieci pochodzące z porodów opóźnionych nadzwyczaj małe i słabo odżywione.

Przebieg porodowy zależy w każdym wypadku od wielkości dziecka.

U w a g a. Kilka wypadków tego rodzaju znajduje się u Henkego ¹⁾ i Montgomeryego ²⁾. Nowszy wypadek tego rodzaju opisał Rigler ³⁾. W cztery tygodnie po oczekiwanym terminie urodził się chłopiec nieżywy 19 1/2" długi i 10 1/4" funta wazący; włosy i paznogie były mocno rozwinięte. Łożysko, które się oddzieliło dobrowolnie, wazыło przeszło trzy funty i było solami wapiennymi jakby zasiane. Wody płodowej nie było prawie wcale. Ponieważ w wypadku tym dziecko urodziło się nieżywe, przeto należałoby sztucznie przerwać ciążę w tych wypadkach, w którychby się dało z pewnością skonstatować, że ciąża trwa zbyt długo; takie bowiem przerwanie ciąży nie zagraża matce żadnym niebezpieczeństwem, a dzieckiem jest do życia na pewno zdolne we wszystkich tego rodzaju wypadkach.

1) Abh. aus d. Geb. d. gen. Med. 2 Aufl. Leipzig. 1824. t. 3. p. 323.

2) W m. przyt. p. 314.

3) M. f. G. t. 31. p. 321.

Ze względu rozpoznawczego należy tu jeszcze nadmienić, że według Bonda ¹⁾ ma się przy porodach opóźnionych znajdować od jednej do dwóch linii szeroki pierścień czerwony pomiędzy powłokami brzuszными a pochwą pępowiny.

4. Ciąża w niewłaściwym miejscu czyli zamaciczna
(*graviditas extrauterina*).

Pojęcie, podział i przebieg ciąży zamacicznej. Jeśli się jaje zapłodnione rozwija do pewnego stopnia poza jamą maciczną, naten-

Fig. 10.



Fig. 10. Ciąża zamaciczna (*gr. extrauterina*) według Dreesena.
a. odbytnica, b. pochwa, c. pęcherz moczowy. d. ujście macicy, e. dno macicy,
f. prawy wiąz szeroki macicy, g. jajowód lewy, h. kiszka ślepa, i. jelito,
k. zrośnięcia z otrzewną.

¹⁾ Med. Times and Gaz. 29 Aug. 1868.

czas nieprawidłowość tę zowiemy ciążą w niewłaściwym miejscu, albo wadliwym połączeniem jaja z organizmem macierzystym (*graviditas extrauterina, paracyesis*¹⁾).

Według zaś rozmaitego miejsca szkodliwego, w jakim jaje osiada na śluzowej błonie trąbek, na otrzewnej, na jajniku, rozróżniamy ciążę trąbkową (*graviditas ovaria, salpingocyesis*²⁾), ciążę brzuszną (*graviditas abdominalis, coeliocyesis*³⁾) i ciążę jajnikową (*graviditas ovarii, oocyesis*).

Do tych trzech grup dają się anatomicznie odnieść wszystkie formy od nich nieco zbaczające, przez co się także czyni zadość potrzebie praktycznej.

I. Ciąża trąbkowa przedstawia różne zjawiska stosownie do tego, czy się jaje rozwinęło w środku, czy na końcu brzusznej, czy też na końcu macicznego jajowodu.

a) Ciąża w jajowodzie samym zachodzi najczęściej. W błonie śluzowej jajowodu przychodzi do przekrwienia, wytwarza

Fig. 11.

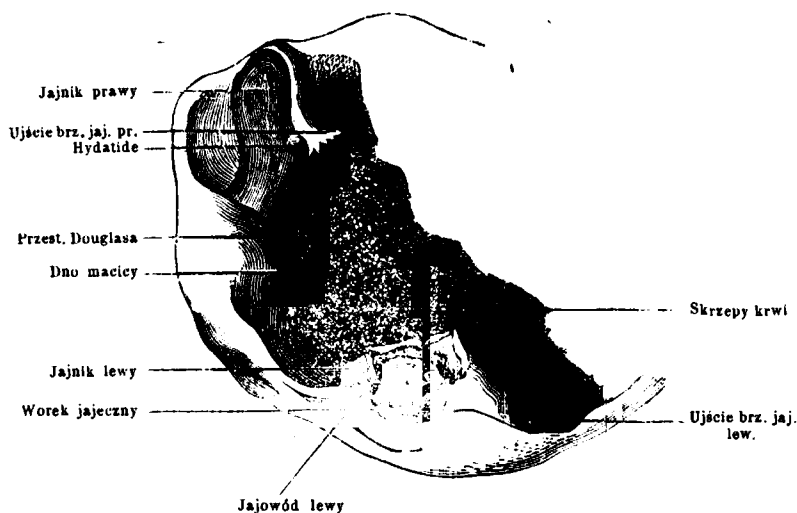


Fig. 11. Ciąża jajowodowa w połączeniu z wewnętrznym krwotokiem według preparatu znajdującego się w patol.-anat. instytucie w Erlangen.

- 1) Παρα = zewnętrz.
- 2) Ὀσάλπιγξ = trąbka.
- 3) Ἡ κοιλία = jama brzuszna.

W worku jajecznym podzielonym na cztery płaty, które zewnątrz pokrywa ściana jajowodu i wewnątrz składają się z mocno wybujalącej błony doczesnej, widać bardzo mały jeszcze zarodek z pępkowym pęcherzykiem.

się błona doczesna, jaje zagnieżdza się i rozwija, trąbka podlega rozszerzeniu, pęka już zwykle wtenczas, kiedy jaje dosięga wielkości orzecha laskowego i gwałtowne krwotoki sprowadzają nagłą śmierć; albo jaje dostaje się do jamy brzusznej, z czego wynika śmiertelne zapalenie otrzewnej; albo jajowód pęka, lecz jaje nie występuje z niego (Virchow); albo wreszcie jajowód może zostać w całości aż do dojrzewania płodu ¹⁾.

Błona doczesna rozwija się w trąbce w bardzo nieznacznym stopniu, tak iż niekiedy po utworzeniu ciężarnej trąbki przedstawia się bezpośrednio jaje wraz ze swą błoną kosmkową.

b) Ciąża w brzusznej końcu jajowodu (*graviditas tuboabdominalis*) odznacza się tém, że jaje rozpoczyna bujać w lekko-watém rozszerzeniu trąbki i rozprzestrzenia się na zewnątrz; przy-czém odcinek jaja, objęty trąbką, pokrywa błona doczesna, podczas kiedy na odcinku sterczącym ku jamie brzusznej da się najprzód dostrzedz tylko kosmówka, a później pokład wysiękowy albo nowo-twór. Tym sposobem łączy się jaje wkrótce z więzem trąbko-jajnikowym albo z jajnikiem samym, a ciążę w takim razie zowiemy trąbko-jajnikową (*graviditas tubo-ovaria*), albo téż nie dotyka wcale ajnika i zagłębia się w otrzewnej naczyniami daleko sięgającymi.

c) Kiedy zaś ciąża ma miejsce w końcu macicznym trąbki, natenczas można według Dezeimerisa ²⁾ rozróżnić następujące rodzaje: α) ciążę trąbko-macico-śródmiaższową, β) macico-śródmiaższową, γ) macico-trąbkową i δ) macico-trąbko-brzuszną.

α) Przy ciąży trąbko-macico-śródmiaższowej (*graviditas tubouterina interstitialis*) rozwija się jaje w téj części trąbki, którą otacza istota macicy; rozszerza ono pokłady mięśniowe macicy, unosi je w postaci zagłębień (*diverticulum*), jest jednakże osłonięte cienkimi pokładami błony trąbkowej.

¹⁾ Zob. Gałęzowski, Eine ausgetragene Tubenschwangerschaft. Diss. in. Breslau. 1869.

²⁾ Journ. des connaissances méd. chir. annal. quatrième.

β) Przy ciąży macico-śródmiaższowej (*graviditas uterointerstitialis*) wydostaje się jaje z trąbki, wdraża się pomiędzy mięśniami macicy i otaczają je tylko włókienka mięśniowe macicy.

Fig. 12.

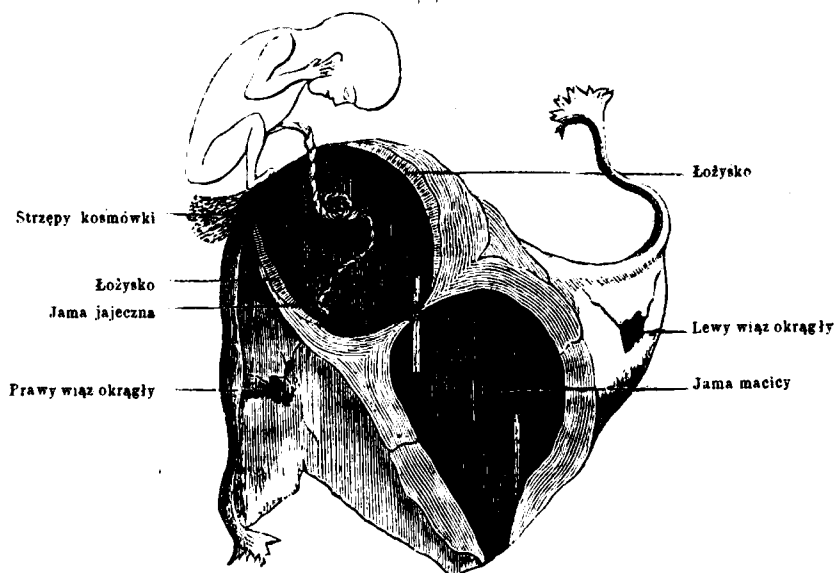


Fig. 12. Cięża śródmiaższowa (*graviditas uterointerstitialis*) według Poppla.

Cazeaux ¹⁾ tę nadzwyczaj rzadką nieprawidłowość tłómaczy tym sposobem, że się jajowód rozdziela (*bifurcatio*) wewnątrz istoty macicznej.

γ) Przy ciąży macico-trąbkowej (*graviditas utero-tubaria*) rozwija się jaje w błonie śluzowej trąbki i zwiększając się sterczy zwolna coraz więcej ku jamie macicznej, co w końcu trąbki zachodzi także bez wątpienia. To też niektórzy uważają tego rodzaju ciężę tylko za nieprawidłową ciężę maciczną (Behse ²⁾).

δ) Przy ciąży macico-trąbko-brzusznnej (*graviditas uterotuboabdominalis*) leży łożysko w jamie macicy, pepowina

¹⁾ L'art des acc. Paris. 1850. p. 55, 261.

²⁾ De gravid. tubar. Mitav. et Lipsiae 1852.

w trąbce, a płód wolno w jamie brzusznej. Podobne wypadki opisali: Patuna ¹⁾, Hunter, Hofmeister ²⁾, Hay ³⁾ i inni.

II. Przez ciążę brzuszną rozumiemy wadliwe siedlisko zapłodnionego jaja na miejscu jakim otrzewnej.

a) Ztąd też znajdujemy jaje przyczepioném albo do jelit, albo do błony śródjelitnej (*mesenterium*), albo do przedniej ściany brzusznej.

b) Zaliczamy tu także ciążę poza jamą brzuszną, przyczém jaje buja w miejscu otrzewnej, leżącém w przepuklinie, jak tego dostrzegli Gent ⁴⁾, Widerstein ⁵⁾ i inni.

c) Przez ciążę poza otrzewną (*graviditas extraperitonealis s. subperitoneo-pelvica*) rozumiano rozwój jaja pomiędzy listkami szerokich więzów macicznych. Ta nieprawidłowość ma ztąd pochodzić, że jajko występuje z miejsca jajnika, które nie jest pokryte otrzewną, i ma rozpoczynać swą przemianę albo w przyjajniku (*parovarium*), albo w kanale Gärtnera ⁶⁾. Jest to jednakże dotąd hipotezą i wyjaśnienia pod tym względem należy oczekiwać jeszcze po późniejszych dokładnych badaniach. Chailly ⁷⁾ i Cazeaux zaliczają tu dwa wypadki, dostrzeżone przez Duboisa i Voillemier.

d) Niektórzy liczyli do ciąży zamacicznej ciążę w zaczątkowym rogu macicy dwurożnej i t. d., i to z powodu jęj podobnie niebezpiecznego przebiegu. Opierając się jednakże na anatomicznej podstawie nie można tego nigdy przyjąć.

Wszystkie ciążę brzuszne posiadają tę właściwość, że w dalszym przebiegu otacza je torbiel mięsisty, zdolny do kurczenia się, który Meckel uważa za odrębny worek jajeczny i o którym

1) Ep. phil. med. etc. Viennae. 1765.

2) Rusts Magazin XV. p. 126. 1823.

3) Med. observ. and inquir. Vol. III.

4) Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin 1855.

5) Med. Jahrb. f. Nassau 1853. p. 478.

6) Recherches anatomiques sur quelques conduits particuliers et très remarquables appartenant aux organes de la generation femelle de quelques animaux. (Journ. de Phys. Vol. 95. 1822. p. 66. et Bull. de med. 1824. p. 289). Ueber einige besonders merkwürdige zu den weiblichen Geschlechtsteilen einiger Thiere gehörigen Gänge (Isis 1823. p. 677).

7) L'art des acc. Paris 1853. p. 139.

Hohl¹⁾ ogłosił jak najdokładniejsze spostrzeżenia. Po usunięciu na bok powłok brzusznych znalazł on worek gruby, miernie wypełniony, w niektórych miejscach chełboczący, barwy ciemno-brunatnej, który się łączył z tylną ścianą macicy, po prawej stronie z częścią jajowodu, przyczem rąbki (*fimbria*) pozostały wolne a jajnik zanikł, i z częścią szerokich więzów macicznych, po lewej stronie łączył się z temiż więzami, z jajowodem i jajnikiem; części te jednakże leżały na zewnętrznej powierzchni worka i nie zostawały z nim w żadnym związku, lecz tworzył on nieprzerwaną błonę. Wypełniał zaś jamę brzuszną aż po pępek i tworzył na tylnej ścianie miednicy guz w postaci worka, który można było wymacać już przy badaniu wewnętrznem. Na górnej części worka leżała okrężnica poprzeczna, na przedniej ścianie siatka i część małych jelit, które z nim były tylko słabo zrosłe, z śródjelciem zaś był mocno zrosły. Ważył 2¹/₂ funta, a więc w przybliżeniu tyle, co macica po rozwiązaniu w czasie właściwym. Ten nowo wytworzony torbiel przedstawiał się jako gęsta pilśniowa siatka, w której się przy badaniu mikroskopicznem pokazały następujące zjawiska:

1. Większa część włókien składała się ze zwyczajnej fałdzistej tkanki łącznej, która tak, jak w błonach włóknistych, przebiegała połączona w gęste wiązki. Po podziałaniu kwasu octowego okazała się bardzo wyraźnie większa ilość elastycznych włókien, zespajających się w kształcie siatki. 2. Szczególne włókna rozgałęziające się w niektórych miejscach wyraźnie i daleko, grubości 0,02—0,04^m, które nieco fałdzisto wygięte nie były zupełnie wałkowate i składały się z delikatnych włókienek, które obrzmiewały i prostowały się pod wpływem kwasu octowego; te włókna były jak najzupełniej równe poprzecznym włókuom mięsnym macicy, zanim się jeszcze preparat włożyło w wyskok. 3. W wielu miejscach, a mianowicie w tej części torbiela, która leżała po tylnej ścianie macicy, znajdowały się organiczne włókna mięsne, które się jako takie odznaczały częścią przez swój przebieg prosty i swą postać nie wałkowatą, lecz podobną do wstążki i gładką, częścią przez to, że niedostawało delikatniejszego rozdzielenia na włókienka, które były grube 0,02—0,03^m. Wewnętrzna powierzchnia tego nowo utworzonego torbiela albo przylegała do kosmówki tylko za pomocą błony delikatnej, strzępiastej

¹⁾ Lehrb. p. 422 i 430.

i podobnej do błony doczesnej, albo się zrastała z nią zupełnie, tak iż niekiedy nie można było wcale oddzielić kosmówki.

Wypadki dostrzeżone przez Courtiala, Martina, Hohla przemawiają stanowczo za tém, że zachodzi pierwotna ciąża brzuszna.

III. Ciążę jajnikową (*graviditas ovaria*) przyjmujemy w tych wypadkach, w których się łożysko znajduje w jajniku albo przy jajniku, przyczém zagłębienie naczyń omocznój (naczyń pępowiny) należy uważać za najważniejsze miejsce, przez które płód odbiera swe pożywienie. Podobne wypadki, w których rąbki były zupełnie swobodne, widzieli Home ¹⁾, Manget ²⁾, Deutsch, Campbell ³⁾, Granville, Gössmann ⁴⁾, Böhmer ⁵⁾.

Teoretycznie nie da się też zaprzeczyć, żeby ciąża jajnikowa nie miała zachodzić, ponieważ zawsze można sobie wystawić, że po pęknięciu pęcherzyka Graafa jajko w jajniku się znajdujące zostaje bezpośrednio potem zapłodnione i że nie wypada już więcej, że około niego buja błona podobna do doczesnej i że się rozwija tak dalej; albo też można przyjąć, że miejsce pęknięte, dla jajka za ciasne i niestosowne, zatyka się skrzepami krwi, jednakże pozwala plemnikom (*spermatozoon*) wniknąć tamże. Jeśli pęcherzyki Graafa są zupełnie zamknięte, natenczas jest rzeczą niepojętą, jakim sposobem powstaje ciąża jajnikowa, ponieważ w razie takim jest niemożliwem zetknięcie się plemnika z jajkiem, koniecznie potrzebne do zapłodnienia, i ponieważ u ludzi nie stwierdzono jeszcze spostrzeżenia Kerbera, że plemniki przenikają pęcherzyki Graafa. Nieznana jest dotychczas rzeczą, jak wielkimi muszą być otwory w pęcherzykach Graafa, aby się plemnik mógł do nich dostać. Dla tego też pozornego zamknięcia nie można uważać za dostateczny powód, któryby nie pozwalał przyjść do skutku ciąży jajnikowej. Do tego zdania skłaniali się Velpeau, Thomas i Mayer ⁶⁾.

Z tych tedy i innych powodów przyjmuje możliwość pierwotnej ciąży jajnikowej wielu znanych gynecologów i przyrodników,

¹⁾ Philos. Trans. Vol. 119.

²⁾ Thesaur. anat. Vol. II.

³⁾ Glasgow med. Journ. i Abhandl. über Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter aus dem engl. übersetzt von Ecker. Carlsruhe 1841.

⁴⁾ De conceptione duplic. Marburg. 1820.

⁵⁾ Observ. anat. variores Fasc. I. p. XXXI. Fasc. II. p. XVII.

⁶⁾ Klinik der Extrauterinschwangerschaften etc. Giessen 1845.

jak Cazeaux, Kiwisch ¹⁾, Hohl, Virchow, Grenser, Scanzoni, Willigh ²⁾, Hein ³⁾, Martyn ⁴⁾, Gusserow ⁵⁾, Hecker ⁶⁾, Wright ⁷⁾ i inni.

Skutkiem pęknięcia jajowodu, istoty macicznej albo jajnika może się jaje dostać do jamy brzusznej albo całe albo częściowo, bując tam dalej albo zmarnieć, czemu nadano niestosowną nazwę wtórnej ciąży brzusznej. Również, jeśli przy ciąży zamicznej jaje odumiera, sąsiednie utkania skutkiem ropienia topnieją i jaje albo części płodu dostają się przez miejsca przedziurawione do okrężnicy, odbytnicy, pęcherza moczowego lub pochwy, rzeczą niewłaściwą i fałszywą nazywać to wtórną ciążą zamiczną w rzeczonych organach.

Bliźnięta przy ciąży zamicznej widzieli Bell, Laspichler, Campbell.

O równoczesnym wystąpieniu ciąży macicznej oraz śródmacicznej donoszą Camerarius, Teichmeier ⁸⁾, Cluet ⁹⁾, Gössmann, Ed. Siebold, Böhnisch ¹⁰⁾, Horn, Landon ¹¹⁾, Pollack ¹²⁾, Argles ¹³⁾, Rosshirt ¹⁴⁾, Clarke ¹⁵⁾, Pennefather ¹⁶⁾ i inni. Dwa ostatnie wypadki zakończyły się dla matki pomyślnie.

Jedno z najciekawszych spostrzeżeń tu należących zrobili Löw i Lumpe ¹⁷⁾. W wypadku przez nich opisanym aż do czwartego

-
- 1) Klin. Vorträge etc. II. Abth. Prag. 1849. p. 131.
 - 2) Prager Vierteljahrschr. 1859. t. 63, p. 79
 - 3) Arch. f. path. Anat. t. I. p. 513.
 - 4) London Obst. Tr. XI. p. 57.
 - 5) Zob. Hess, Berl. klin. Woch. 1869. Nr. 34.
 - 6) M. f. G. t. 13. p. 84.
 - 7) Med. Times. 9 Jan. 1869. p. 34.
 - 8) Med. for. p. 46.
 - 9) Comptes rendus. Lyon 1817.
 - 10) Dresdner Zeitschr. f. Nat. u. Heilk. t. II. z. 2.
 - 11) Schmidts Jahrb. 1871. t. 150. p. 53.
 - 12) Virchow, Hirschscher Jahresb. f. 1871. p. 572.
 - 13) Lancet. Sept. 16. 1871.
 - 14) Lehrb. d. Geburtsh. p. 444. uwaga.
 - 15) Med. Times and. Gaz. 13. Dec. 1856.
 - 16) Lancet. 1863. Nr. 25.
 - 17) Wochenbl. d. Zeitschr. d. Ges. d. Aerzte in Wien. 1856. N. 2—5.

miesiąca ciąży nie było żadnych odpływów krwawych, w piątym pojawiły się gwałtowne bóle i nastąpił poród płodu potwornego (bez głowy), w siódmym zaczęły odchodzić cząstki błony, podobnej do błony doczesnej; równocześnie dały się wyśledzić porażenia płodu leżącego poza macicą i przez sklepienie pochwowe wyczuć jego tętniące naczynia, poczem w dziewiątym miesiącu ciąży płód zmarł sam przez się i powoli zmarniał, a matka wyzdrowiała zupełnie i nie było potrzeba ani rozcinać powłok brzusznych (*laparotomia*), ani też przecinać żadnych bolączek (*oncotomia*).

Zmiany macicy przy ciąży zamacicznej. W pierwszych miesiącach ciąży zamacicznej dostrzegamy w macicy te same zmiany, co przy ciążach śródmaciczych. Macica powiększa się także, utkanie jęj staje się luźném, miesiączka ustaje, wytwarza się błona doczesna, która potem odchodzi albo jako miazgowata ciemna masa, albo w postaci rozpadłej błony. Ku prawidłowemu zaś końcowi ciąży napotykamy niekiedy macicę w stanie mało co zbaczającym od prawidłowego, ponieważ zwrotne jęj przeobrażenie może bez wątpienia nastąpić także wśród późniejszego przebiegu.

Płód zamaciczny jest zwykle słabiej rozwinięty, aniżeli gdy siedzi prawidłowo w macicy samej, chociaż i pod tym względem zdarzają się wyjątki; położenie zaś jego i stawienie zależy od zwykłych stosunków.

Przebieg ciąży zamacicznej. Każda ciąża zamaciczna kończy się albo pęknięciem torbiela otaczającego jaje, albo też dłuższem zatrzymaniem się tegoż i zwrotnem przeobrażeniem płodu.

Pęknięcie nowowytworzonego torbiela, rozszerzonego jajnika, albo trąbki kończy się zwykle śmiercią skutkiem krwotoków występujących do jamy otrzewnej lub skutkiem następczego zapalenia otrzewnej; albo też pojawia się długotrwała charłowatość, otorbienie jaja masami wysiękowemi, przedziurawienie jelit, pęcherza moczowego, pochwy, lub powłok brzusznych, i wydalenie płodu mniej lub więcej rozpadłego, przyczem pojedyncze kostki wydostają się niekiedy także w dłuższych odstępach. Pęka zaś torbiel tym sposobem, że się zwolna ścieńcza na jedném miejscu coraz częściej, albo skutkiem mechanicznego podziałania lub nadmiernego do bólów porodowych podobnego skureczania się mięsnych ścian torbiela.

Skutkiem zatrzymania się torbiela po śmierci płodu następuje niekiedy także śmierć z powodu wyniszczenia sił, bez krwotoków, bez zapalenia i bez cierpienia dającego się dowieść materialnie, jak tego dostrzegli Jacquemier i Blass.

Płód zaś sam, skoro się zdrowie matki zaczyna polepszać, przechodzi nierzadko różny proces zmarnienia podlegając jużto zbutwieniu, jużto zgniciu, już też zeschnięciu, już wreszcie zwapnieniu.

a) Przy zbutwieniu (*maceratio*) płodu zamienia się mózg na miążgowatą istotę, części miękkie podlegają stłuszczeniu, kościec zaś trzyma się długo w całości i nie zmienia się, może nawet dojść do

Fig. 13.



Fig. 13. Zbutwiały płód zamaczony w worku jajecznym według Dreescena.

a. kości czaszki, b. prawa ręka, c. lewe ramię z ręką, d. lewa giczel, e. lewa noga, f. prawa noga, g. prawa giczel, h. pośladki.

wyższego stopnia skostnienia skutkiem trwającej nadal organicznej vegetacji i doznając nacisku może kształt swój rozmaicie zmieniać. Woda płodowa podlegą zwolna wessaniu, skutkiem czego opada guz w jamie brzusznej, a następnie kosmówka styka się bezpośrednio ze skórą płodu, w końcu zrastają obie części z sobą i pozostawiają pojedyncze powrózki w postaci więzów, za pomocą których przyczepia się płód do sąsiednich organów matki. Najdłużej rozwija się dalej łożysko.

b) Przy gnicciu (*putrescentia*) płodu może skutkiem wessania pierwiastków szkodliwych z płodu przyjść łatwo do posocznego zakażenia krwi, które jest niebezpieczniejszém, aniżeli przedziurawienie organów podbrzusza i dobrowolne wydzielanie się kości płodowych, dla tego potrzeba tu zwykle wczesnej pomocy chirurgicznej.

c) Zeschnięcie (*mumificatio*) płodu zależy na wessaniu wszystkich części płynnych płodu i obwodowych części jaja i doprowadza do skurczenia się jego i uschnięcia, jak to widzujemy często w wypadkach ciąży bliźniaczej. Jest to proces właściwy tylko płodom niedojrzałym, którego nie dowiedziono dotychczas anatomicznie u płodów zupełnie dojrzałych.

d) Przy zwapnieniu (*incrustatio*) czyli zamienieniu się płodu na tak zwany płód skamieniały (*lithopaedion*, *osteopaedion*) zatrzymuje płód swą pierwotną postać, albo też wapnieje tylko

w jednej części, a w drugiej butwieje lub zesycha, w innej znowu podlega gniciu i powolnemu wydalaniu, tak iż przy oględzinach pośmiertnych, dokonanych w późniejszych latach, dają się wysledzić tylko resztki minionej ciąży zamacicznej; albo też nie można się dopatrzeć żadnych jej śladów.

Jeden z najciekawszych wypadków tu należących stanowi płód ska mieniały Leinzella ¹⁾. Płód ten, zmarły w roku 1674 jako dziecko dojrzałe w jamie brzusznej, pozostawał w łonie zdrowej matki aż do roku 1720, zwapniał zupełnie i w r. 1854 przy badaniu Kiesera dały się wysledzić jeszcze następujące dane:

Płód leżący w jajowatej skorupie wapiennej ważył dwa funty, jego wymiar długości wynosił 18 centim., a poprzeczny 13 centim., skorupa była tak twarda, iż nie można było w niej nożem zrobić rysu; powierzchnia była częścią gładką, częścią pokryta brudno-żółtymi, lipkimi błonami.

Płód był do skorupy wapiennej przyrosły grzbietem i stroną wyprostną dolnych kończyn. Skóra ciemno-brunatna, dająca się łatwo przekrajać, mięśnie, tkanka komórkowata, wnętrzości piersiowe i brzuszne przedstawiały się na podobę łożu. Skorupa składała się z drobno-ziarnistych blaszek, w której się znajdowały sole wapienne; w niektórych miejscach widać było niezupełne skostnienie. Pod wpływem kwasu solnego obrzmiała skorupa i rozpadała się w pokłady blaszek cienkich, dla czego to uważano podścielisko skorupy wapiennej za stężały wysięk bezkształtny. Skóra tylko była jeszcze pokryta mało zmienionymi komórkami naskórka, z pierwiastkowych zaś części tkanki łącznej i mięśniów nie można było dopatrzeć ani śladu. Masa łożowata odróżniała się od tłuszczu trupiego (*adipocera*), tablic żółciowych nie można było znaleźć. We wszystkich organach dał się nadto wysledzić rozlany barwik środkujący między kolorem cytrynowym a złotożółtym.

Przyczyny ciąży zamacicznej są dotąd grubą zakryte osłoną. Znamy pod tym względem tylko pewne hipotezy, które po większej części polegają na mechanicznej przeszkodzie w dalszym posuwaniu się jajka zapłodniego. Do przeszkód zaś takich liczymy następujące okoliczności: albo pęcherzyk Graafa pęka w miejscu tak odległym od końca trąbki, że surowiczy prąd w jamie brzusznej,

1) Das Steinkind von Leinzell. Inaug. Diss. Tübingen. 1854.

zmierzający ku trąbce, nie może wywierać na jaje dostatecznego wpływu, albo jaje spychają gwałtownie z jego drogi nieprawidłowe ruchy we wnętrznościach brzusznych, mianowicie w jelitach, albo też ustał zupełnie lub częściowo ruch migotny w trąbce skutkiem zmarnięcia komórek migotnych przez niezbyt trąbkowy, albo wreszcie koniec równostronnej trąbki jest zamknięty i zapładniające nasienie dostało się do jamy brzusznej z otworu trąbkowego po drugiej stronie.

Przeszkody te występują dopiero po zapładniającem spółkowaniu; ponieważ według dzisiejszego stanu nauki wędrują plemniki przez jajowody do rąbków i do jajników, rozchodząc się w całej miedniczej części jamy brzusznej.

Rozpoznanie ciąży pozamacicznej w jej pierwszej połowie jest tak trudnem, że dojść do pewności pod tym względem jest niekiedy zupełnem niepodobieństwem. Tylko wśród nader pomyślnych okoliczności albo przez nagłą śmierć rozświeca się w tym względzie panująca ciemność.

Objawy przedmiotowe i podmiotowe występują tutaj tak samo, jak przy ciążach śródmacicznych.

Miesiączkowanie ustaje niekiedy na kilka miesięcy z rozpoczęciem się ciąży zamacicznej, nie sprawia żadnych dolegliwych przypadłości, aż nagle następuje śmierć wśród objawów niedokrwistości, gwałtownego bólu brzucha i brzuszego krwotoku.

W innych znowu wypadkach trwa miesiączka przez kilka miesięcy nie wzbudzając przez to podejrzania na ciążę w macicy samej. W innych razach wydzielają się w nieregularnych odstępach brunatne miazgowate masy, wśród pomyślnych okoliczności wydostaje się na zewnątrz wśród bólów porodowych także błona doczesna, której budowa utrzymała się jeszcze i da się rozpoznać. Macica zwiększa się i wiotczeje, jej ujście jest takim jak podczas miesiączki i nie rozszerza się; niekiedy dochodzi ona do wielkości pięści, stoi jednakże rzadko odosobniona, lecz zwykle przylepiona do torbiela zamacicznego, tak iż z nim może tworzyć jedno ciało i tym sposobem pozornie przedstawiać guz wielkiej objętości; czasem jest macica mocno utwierdzona i znajduje się w różnorodnem położeniu nieprawidłowem. Torbiel zamaciczny spychany ku dołowi w tylnem sklepieniu pochwowem sprawia, iż ujście maciczne może się unieść ku górze, przez co może powstać mniemanie, w skutkach nader zgubne, jakoby w danym razie chodziło o przegięcie macicy ciężarnej ku tyłowi.

Uczucia bolesne pojawiają się niekiedy bardzo wczesnie, powtarzają się w pojedynczych nasileniach i trwają przez kilka miesięcy

w stopniu bardzo gwałtownym, podczas czego guz wzrasta coraz więcej i daje się dostrzedz wzmagające się parcie do oddawania stolca i moczu, uporczywe trudne moczenie (*dysuria*) i zaparcie stolca. Sutki posiadają nieraz bardzo wiele mleka, w innych znowu razach są próżne i wiotkie.

Skoro się rozpoczęła druga połowa ciąży, przystępują nadto w niektórych razach znaki przedmiotowe, które już żadnej nie pozostawiają wątpliwości o istnieniu ciąży zamacicznej, lecz są najpewniejszymi jój dowodami

Matka uczuwa częściej czynne ruchy płodu i doznaje niekiedy jak najgwałtowniejszych napadów bólu. Za pomocą obmacywania przez powłoki brzuszne nie dają się one nieraz wysledzić wcale, częściej zaś na pewno przez sklepienie pochwowe.

W razach wyjątkowych można przez sklepienie pochwowe odkryć bardzo wcześnie nawet odskakiwanie płodu (*ballotement*).

Lumpe zwrócił uwagę na nowy rozpoznawczy objaw ciąży zamacicznej, który polega na tém, że się przez sklepienie pochwowe da wyczuć tętnienie naczyń płodowych, które się tém różni od tętna macicznych naczyń krwionośnych, że posiada dwa razy tak wysoką częstość.

Pępek jest wklęsły, mimo że guz brzuszny posiada znaczną objętość.

Z opukiwania i wysłuchiwania dowiadujemy się tylko o życiu płodu i o objętości guza brzuszego, ale nie nabywamy żadnej wiadomości, czy istnieje ciąża zamaciczna.

Na pewno rozpoznać ciążę zamaciczną możemy tylko wtenczas, kiedy prócz wysledzenia tętna naczyń płodowych, tonów serca płodu, albo czynnych lub biernych jego poruszeń, jamę macicy mierzymy ślednikiem i takową znajdujemy zupełnie próżną.

Dla samego jednakże podejrzenia na ciążę zamaciczną nie wolno do macicy wprowadzać ślednika, lecz tylko wtenczas, kiedy doglądawszy przez czas dłuższy i powtarzawszy starannie badania nabywamy zupełnej pewności o ciąży zamacicznej i nie zachodzi już żadna wątpliwość, że nie masz powikłania z ciążą śródmaciczną. Jeśli się przytém nie pokazuje żadne zagięcie w ujściu wewnętrznym, to guzik ślednika wdraża się łatwo i bez wszelkiego gwałtu do próżnej jamy macicznej. Nie należy jednakże zapomnieć, że ślednik nawet przy ciąży zamacicznej da się dość łatwo wsuwać pomiędzy błonami jajecznymi i ścianą maciczną, i że poronienie nie jest bynajmniej zwykłym skutkiem, następującym po ostrożnym wprowadzeniu ślednika, tak iż

o opróżnieniu macicy nie rozstrzyga bez wszystkiego możliwość wsunięcia ślednika aż po guzik albo ponad tenże, lecz raczej łatwość, z jaką się posuwa ślednik ponad ujściem wewnętrznym. Ażeby umieć dobrze to rozróżnić, potrzeba koniecznie dłuższego ćwiczenia się i wprawy w badaniu ślednikiem.

Wywiadowych wstrzykiwań do macicy, zalecanych przez Scanzoniego jako pomocniczego środka do rozpoznania ciąży zamacicznej, nie możemy z naszej strony polecać, ponieważ w macicy ciężarnej może tym sposobem jeszcze łatwiej przyjść do poronienia, aniżeli po wprowadzeniu ślednika; kiedy zaś macica jest próżna, może płyn wstrzyknięty dostać się przez jajowód do jamy brzusznej i spowodować śmiertelne zapalenie otrzewnej. Nadto przekonano się z doświadczeń robionych na trupach, że wstrzykiwania są bardzo niepewnym środkiem do rozpoznania pojemności jamy macicznej.

Te wszystkie trudności w rozpoznaniu ciąży zamacicznej mogą się stać jeszcze znaczniejszemi, jeśli zachodzą powikłania z najrozmaitszemi guzami w miednicy, tak iż omylić się może nawet najwięcej wyćwiczony badacz; to też lekarz powinien się w tym względzie mieć bardzo na ostrożności, i lepiej zrobi, jeśli w miejsce rozpoznania pewnego postawi rozpoznanie wątpliwe.

Rokowanie dla dziecka jest niepomysłne, ponieważ tylko nader rzadko udało się uratować mu życie przez rozcięcie powłok; rokowanie zaś odnośnie do matki jest lepszem, chociaż i tu większa pomyślność zawisa nie mało od siedliska jaja. Przynajmniej przy ciążach trąbkowych nastąpiła śmierć w większej części rozpoznanych wypadków, podczas gdy się daleko pomyślniejszemu okazało rokowanie przy ciążach brzusznych i jajnikowych (według obliczeń Heckera zmarło 42%).

Leczenie ciąży zamacicznej należy osądzać według trojakięgo okresu, stosownie do tego, *A*) czy jaje przechodzi przeobrażenia pierwszej, *B*) czy też drugiej połowy ciąży, *C*) czy wreszcie jako ciało obce, zmarniałe jaje pozostaje w jamie brzusznej miesiące lub lata po upływie prawidłowego trwania ciąży.

A. Rozpoznanie ciąży zamacicznej w pierwszej połowie ciąży jest połączone z tak wielkimi trudnościami, iż jęj zazwyczaj nie da się stwierdzić za życia, lecz można stawić tylko jęj przypuszczenie. Z tego też powodu nie powinniśmy się odważać na żadne heroiczne operacye, a uleczenia trzeba się spodziewać tylko od metody wyczekującej.

Śmierć w pierwszej połowie ciąży zamacicznej zachodzi wprawdzie bardzo często, jednakże następuje zwykle z taką szybkością mimo że się pacjentki nie uważały wcale za ciężarne, że nie poprzedzały żadne gwałtowne bóle, że się nie spodziewano nieprawidłowej ciąży ani ze strony choréj, ani ze strony lekarza. Dla tego wszelkie kroki zapobiegawcze są zwykle całkiem niemożliwe.

a) Jeśli lekarz w tym czasie przypuszcza ciążę zamaciczną, natenczas powinien się o to starać, ażeby ile możliwości zapobiedz pęknięciu jaja i nowowytworzonego torbiela. Z tego powodu należy starannie usuwać wszelkie mechaniczne uszkodzenia, zakazać jak najsurowiej wszelkich podróży pieszo lub na wózk, zalecić bezwzględny spokój w łóżku przez kilka miesięcy, uważnie usuwać wszelkie nawały krwi, zaparcia stolca, zatrzymania moczu, kaszel, womity, wzdęcia i t. d., a wszelkie napady bólów zwalczać energicznie za pomocą morfiny i enem makowcowych.

Aby przy ciąży zamacicznej zmniejszyć niebezpieczeństwo pęknięcia torbiela, zalecano także zabronić choréj pożywnych potraw, przekłuć torbiela i zabić płód.

Wstrzymanie się od potraw pożywnych i systematycznie wykonywane małe upuszczenia krwi zalecał P. Dubois w tój myśli, aby tym sposobem zadać śmierć płodowi i zapobiedz ścieńczeniu torbiela. Temu mniemaniu jednakże sprzeciwia się ta okoliczność znana, że osłabione i wyniszczające ciało matki nie dozwala na odejmowanie jój pokarmów i mimo najsurowszego przestrzegania przepisów pod tym względem płód jednakże niekiedy nie obumiera, lecz przeciwnie rośnie i rozwija się należycie ze szkodą matki; sprzeciwia się także i to spostrzeżenie, że krew surowicza nie usposabia mniej do wysięków, od krwi obfitéj w czerwone ciała krwiste. Przez peryodyczne stosowanie pijawek da się wprawdzie zmniejszyć miejscowe przekrwienie w torbielu, zostającym w połączeniu z macicą, jednakże wątpliwą jest rzeczą, czyby się tym sposobem udało także powstrzymać grożące pęknięcie torbiela.

Upuszczać wodę płodową za pomocą trójgrańca delikatnego, wprowadzonego przez sklepienie pochwowe do torbiela, i sprowadzać tym sposobem śmierć płodu zalecali Bardow ¹⁾, Riecke ²⁾,

¹⁾ Caspers Wochenschr. 1836. Mai.

²⁾ Geburtsh. Operationskursus. Tübingen 1846. p. 125.

Kiwisch ¹⁾. Nie zważając już na niepewność rozpoznania, sprzeciwiają się przekłuciu torbiela w pierwszej połowie ciąży jeszcze ta teoretyczna wątpliwość, czy ściana torbiela jest w tak wczesnym czasie tak ściśle zrosła z oddziałem otrzewnej, leżącym w przestworze Douglasa, iżby mogła zapobiedz niebezpiecznym wybroczynom do jamy brzusznej. Należy się przeto obawiać, że przebiecie żyjącego jajka w pierwszej połowie ciąży może się przyłożyć nie tylko do śmierci płodu, ale także do przedwczesnej śmierci matki. Schröder ²⁾ zaś zaleca w każdym razie przekłuć jajko, skoro tylko rozpoznanie jest jako tako pewnym i worek płodowy da się osiągnąć z pochwy, odbytu lub przez powłoki brzuszne. Najczęściej i najłatwiej udaje się ta operacya przez pochwę. Po odpływie wody płodowej umiera płód i przechodzi proces dawniej opisany. Takie przekłucia w pierwszych miesiącach ciąży wykonali z pomyslnym skutkiem Martin ³⁾ (dwa razy), Greenhalgh ⁴⁾, Stoltz ⁵⁾ i Köberle ⁶⁾ (po razie); niepomyślnie zaś, bo śmiercią zakończyły się wypadki operowane przez Simpsona ⁷⁾ i Braxtona Hicksa ⁸⁾; Friedreich ⁹⁾ zabił płód za pomocą wstrzykiwań morfiny i przez to sprawił zmarnienie płodu.

Cazeaux radził zabijać płód za pomocą sprowadzonych nańsilnych uderzeń elektrycznych, a Bacchetti ¹⁰⁾ zalecał w tym samym celu gromłokłucie (*electropunctura*). Dotychczas jednakże nie posiadamy żadnych danych, któreby skłaniały do naśladowania powyższego środka.

b) Skoro torbiel pękł, nastąpił krwotok do jamy brzusznej i pojawiła się niebezpieczna niedokrwistość, wtedy można się jeszcze najwięcej spodziewać od zastosowania zimna i tamowania krwi (*hae-*

³⁾ Klin. Vorträge. p. 284. Abth. II.

²⁾ Lehrb. d. Geburtsh. etc. Bonn 1874. p. 395.

³⁾ M. f. G. t. 21. p. 245 i t. 31. p. 248.

⁴⁾ Lancet. 23 i 30 März 1867; zob. M. f. G. t. 30. p. 238.

⁵⁾ Gaz. méd. de Strassbourg 1866. 12. p. 261.

⁶⁾ Zob. Keller, Des grossesses extrauterines etc. Paris. 1872.

p. 57.

⁷⁾ Edinb. M. J. March 1864.

⁸⁾ Obst. Tr. VII. p. 95.

⁹⁾ Virchow's Archiv t. 29. p. 312.

¹⁰⁾ Gaz. med. ital. Tossana 1853 Maggio. Gaz. hébdom. Paris. 1853.

Nr. 8. Nov.

motasis). W pierwszym celu należy nie tylko przykładać na brzuch pęcherz napełniony kawałkami lodu i podawać na wewnątrz w krótkich odstępach pigułki lodowe, lecz także po kilka razy dawać enemy z wody lodowej za pomocą średnio długiej, elastycznej rury. Tamowanie zaś krwi nie ma polegać na obwijaniu kończyn zwrotami krętymi, lecz na nałożeniu na dwa palce szerokiej opaski naokoło obu ud poniżej skrętów (*trochanteri*) i zatrzymania jej na tém miejscu tak długo, aż nie ustąpi wybroczenie krwi.

Uciśkanie aorty, zalecane przez Scanzoniego, może się tym sposobem stać niebezpiecznym, że się równocześnie ciśnię także na torbiel, a przez to zwiększa krwotok i może się rozszerzyć miejsce rozdarcia; nadto chwilowe zamknięcie aorty nie daje żadnej rękojmi, że się da powstrzymać nadal dopływ krwi, ponieważ wewnętrzne tętnice nasienne (*art. spermaticae internae*) i śródjelitne wyższe, które wypływają wyżej góra, mogą łatwo dochodzić do torbiela i utrzymywać wybraczenie krwi.

Daliej zalecano otworzyć jamę brzuszną, aby po pęknięciu torbiela i wystąpieniu niebezpiecznego krwotoku brzuszego można dojść do miejsca krwawiącego, naczynia podwiązać i w razie potrzeby wyjąć także macicę (Kiwisch); dla niepewności jednakże rozpoznania uważamy (Braun) tego rodzaju leczenie za wielką śmiałość, która dotąd nie przyniosła pomyślnych rezultatów.

Otworzenie jamy brzusznej w razach takich nie można żadną miarą porównywać z wyjęciem torbiela jajnikowego i podwiązaniem krwawiących naczyń, ponieważ operacją tę podejmujemy u kobiet zresztą zdrowo wyglądających i zwykle silnych; przy pęknięciu zaś jąja zamacicznego należałoby zawsze przystąpić do przecięcia brzucha i do podwiązania dopiero wtenczas, kiedy się okazała bezskuteczną wszelka inna pomoc, i gdyby się dla umniejszenia nadzwyczaj niebezpiecznej niedokrwistości widziało jeszcze jedyny ratunek w przecięciu brzucha i podwiązaniu krwawiących naczyń. A więc i ze względów teoretycznych nie można się pomyślnego skutku spodziewać po rozcięciu powłok brzusznych w wypadkach, w których torbiel zamaciczny pęka w pierwszej połowie ciąży.

B. W drugiej połowie ciąży, kiedy ciąża zamaciczna jest jeszcze wątpliwa, lecz tony serca płodowego dają się wyraźnie wysłedzić, płód porusza się żywo, naczynia płodowe tętnią podpadając częściej, aniżeli tętnica sprychowa matki, i kiedy płód nabył już zdolności do życia, metoda wyczekująca jest najracyo-

nalniejszą i najwięcej polecenia godną z następnych powodów. Najpierw bowiem zyskuje się tym sposobem na czasie, tak iż płód może dobrowolnie zemrzeć, miesiączka powrócić, bolesne do bólów porodowych podobne napady i powrotne zapalenia otrzewnej wcale się nie pojawić, oraz zmniejszyć się niebezpieczeństwo pęknięcia torbiela. Powtóre przez operacyą można wydalić tylko dziecko, które potem podczas wydobywania może także umrzeć, tak, iż według Kiwisch'a na 100 wypadków ciąży zamacicznej pozostaje przy życiu tylko dwoje dzieci i trzy matki. Po trzecie: łożyska, oraz torbiela wraz z błonami jajcznymi nie można już wydalić, lecz pozostają one w jamie brzusznej, ich naczynia się nie zamykają i za pomocą leków nie da się w nich sprowadzić połogowej zakrzepicy. Po czwarte wśród rozcięcia powłok brzusznych i wydobywania dzieci żyjących lub zmarłych podczas operacyi matki zwykle umierają skutkiem zbytniego krwi upływu, a zatem płódów nie utrzymuje się przy życiu i śmierć matki tylko się pospolicie przyśpiesza

Metoda wyczekująca w leczeniu ciąży zamacicznej z dziećmi zdolnymi do życia (za którą przemawiali bardzo Cazeaux, Chailly, Hohl, Scanzoni) okazała się w nowszych czasach nader skuteczną i uratowała, albo przedłużyła życie wielu matkom, które w razie rozcięcia powłok brzusznych za życia dziecka byłyby prawdopodobnie zesły z tego świata.

Zastanawiając się nad dwudziestu tylko wypadkami ciąży zamacicznej, zasłemi w ostatnich czasach, przekonamy się, że nadzwyczaj pomyślnie rezultaty wydała metoda wyczekująca podczas życia płodu i rośnięcia obwodowych części jaja; 11 bowiem wypadków zakończyło się wyzdrowieniem po zmarnieniu jaja, które się potem nie wydzielało na zewnątrz (*eliminatio*), 8 zaś po wytworzeniu się ropniów i powolném wydaleniu płodu, a więc razem 19 wypadków uleczono; w jednym tylko razie nastąpiła śmierć wkrótce po ustaniu bólów porodowych i po śmierci płodu, i to skutkiem wyczerpnięcia sił matki. Wypadki'te są następujące:

Romein¹⁾ opisuje wypadek ciąży zamacicznej, w której się ponad pępkiem utworzył ropień, z którego w przeciągu pięciu miesięcy wydzielili się rozmaite części dziecka. Jednego dnia skut-

1) Med. Weekb. v. Geneesk. 1852.

kiem wytworzenia się ropnia w żołądku wyszła na zewnątrz zaraz po wieczerzy część spożytych potraw (*perforatio ventriculi*). Później nastąpiło wydalenie kości czaszkowych i zupełne wyzdrowienie.

Bogren ¹⁾ spostrzegł, że kości siedmiomiesięcznego płodu odchodziły przez odbytnicę w wypadku ciąży zamacicznej, co trwało przez lat 25, poczem matka wyzdrowiała zupełnie.

Virchow ²⁾ widział uleczoną ciążę trąbkową, w której się miesiączka pojawiła na nowo, mniej więcej po upływie 9-u miesięcy, i po czterech latach nastąpiła śmierć z innych przyczyn. Przy oględzinach pośmiertnych dało się dowieść pęknięcie jajowodu bez wystąpienia jaja, dalszy rozwój jaja po pęknięciu i po zapaleniu otrzewnej ztąd wynikłej, podpadającą całość pewnych części płodu po tak długim czasie, tak iż można było rozpoznać pierwiastkową budowę tkanki łącznej i śluzowej, chrząstek i kości, naczyń i mięśni, a na wewnętrznej powierzchni skóry można było wysledzić piękny mosiężno-żółty barwik.

Ramsbatham ³⁾ dostrzegł w dwóch wypadkach, że płody dojrzałe zmarły w prawidłowym czasie, rozpoczęły proces zmrznięcia i że po sztucznem ich wydaleniu z jamy brzusznej, w której pozostawały przez czas dłuższy, matka odzyskała zupełne zdrowie.

Levy ⁴⁾ spostrzegł, że w dwóch wypadkach torbiel pękł, trzymiesięczne jaje dostało się do jamy brzusznej i matka pozostała zdrową; w trzecim zaś zrobił to pouczające spostrzeżenie, że płód pozamaciczny dojrzał całkowicie, w czasie prawidłowym pojawiły się także bóle porodowe, dziecko obumarło, poczem w 14 miesięcy nastąpiła gorączka i ropiasty odpływ z odbytnicy, a po dłuższym czasie nastąpiło wydalenie kości płodowych i uleczenie matki.

Filliter ⁵⁾ miał przy ciąży zamacicznej sposobność spostrzeżenia, że w ósmym miesiącu nastąpiły bóle porodowe, obumarcie płodu i w miesiąc potem jego wydalenie przez odbytnicę, poczem matka wkrótce wyzdrowiała.

1) Med. Zeitg. Russlands. 31. 1853.

2) Verhandl. der phys. med. Ges. in Würzburg III. 3. 1853.

3) Med. Times and Gaz. Nov. 1852.

4) Hospitals Meddelelser t. 6. 1853.

5) Med. Times and Gaz. Sept. 1853.

Blass ¹⁾ opisuje wypadek, w którym kobieta, dotknięta ciężą zamaciczną, w prawidłowym jój końcu zmarła skutkiem ogólnego wyczerpięcia sił.

Bremont ²⁾ starał się przy sześciomiesięcznej ciąży zamacicznej zapobiedz pęknięciu torbiela przez masę z beladonny i miejscowe upuszczenia krwi, przyczem macica wśród bólów porodowych powoli zetępowała coraz głębiej do miednicy, tak iż się zwolna otwierały najpierw usta maciczne zewnętrzne, a potem wewnętrzne, aż badając palcem dało się go wprowadzić do przedłużającej się jamy macicznej, w której prawy otwór trąbkowy był szeroki jak gęsie pióro, lewy zaś prawidłowy. Po trzech miesiącach urodził się sześciomiesięczny płód przez macicę, poczem wyszedł torbiel i w końcu matka ozdrowiała zupełnie.

Monod ³⁾ donosił o wypadku, w którym przy ciąży zamacicznej dojrzałego dziecka nastąpiły bóle porodowe, gwałtowne zapalenie otrzewnej i uleczenie, lecz po dwóch latach zaczęły się wytwarzać ropnie, po których sześciorazowem przekłuciu matka umarła i przy oględzinach pośmiertnych znaleziono kości płodowe w jamie brzusznej.

Will ⁴⁾ widział wypadek, w którym trzymiesięczne jaje zamaciczne pozostawało w jamie brzusznej przez ośm lat; w ciągu tego czasu zaszły jeszcze dwa porody w czasie właściwym i śmierć nastąpiła zupełnie niezależnie od ciąży zamacicznej.

Binet ⁵⁾ przytacza wypadek, w którym dojrzałe dziecko zamaciczne zmarło po czasowem nastaniu bólów porodowych i po silném zapaleniu otrzewnej, matka zaś wyzdrowiawszy przez dwa lata czuła się zupełnie czerstwą i potem dopiero po ośmiornazowem przekłuciu torbiela zamacicznego dokonała żywota.

Stern ⁶⁾ widział, że w wypadku, w którym dziecko dojrzałe żyło i leżało poza macicą, bóle porodowe trwały przez dwa tygodnie z największą gwałtownością, poczem po śmierci płodu wystąpiła u matki puchlina, która trwała przez dziewięć tygodni i mniej więcej

1) Wien med. Woch. Nr. 49. 1853.

2) Gaz. des Hôp. 24. 1855.

3) L'union 31. 1855.

4) Monthly Journ. Aug. 1854.

5) L'union, Mars 1855.

6) Deutsche Klinik 1855. Nr. 24.

w rok potem przyprawiła ją o śmierć. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono dojrzały płód w położeniu miedniczym.

Faber ¹⁾ widział, jak po pęknięciu dwumiesięcznego jaja zamacicznego nastąpiło wyzdrowienie i w rok potem śmierć po urodzeniu donoszonego dziecka śródmacicznego. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono płód 14'' długi i 6'' szeroki, nie mający ani głowy, ani czaszki.

RoussEAU ²⁾ w Epernay leczył kobietę, która podczas pierwszego miesiąca ciąży czuła po lewej połowie brzucha przemijające bóle, później przez 24 godzin doznawała mocnego parcia na mocz. Miesiączka ustała. W dziewięć miesięcy, jak przypuszczano, po poczęciu ustały zupełnie poruszenia płodu, których ta kobieta doznawała daleko wcześniej i silniej, aniżeli w każdej innej ciąży poprzedniej; wkrótce potem nastąpił z części płciowych krwotok bardzo znaczny i bezprzestannie zwiększało się wydzielanie mleka, które się rozpoczęło było równocześnie z ustaniem poruszeń płodu. Niedługo potem pojawiły się zaburzenia w trawieniu i w ogólnym stanie zdrowia, gorączka i chudnienie. Po lewej okolicy biodrowej, w której się dało wyczuć główkę, przyżęgiwano chorą w przeciągu jednego miesiąca sześć razy za pomocą żegadła (*cauterium*) w postaci noża; w następnym miesiącu zrobiono za pomocą bistura dalsze potrzebne rozszerzenie, aby się dostać do jamy wodówki; otworzono czaszkę płodu, wydalono istotę mózgową i kości czaszkowe, łożysko zaś i błony jajeczne pozostawiono na miejscu.

Operacją wykonano bez otworzenia jamy otrzewnej; również nie przyszło do zapalenia otrzewnej, ale za to wystąpiło zapalenie żył (*phlebitis*).

Do jamy wodówki wstrzykiwano najpierw płyn rozmiękczejący, zaprawiony chlorem, na wewnątrz podawano *sulphas chinini*. Zapalenie żył znikło, jama wodówki zmniejszała się z dnia na dzień coraz więcej, łożysko jeszcze dłużej się utrzymujące zablizniało się równocześnie z raną; zewnętrzna rana zagoiła się pozostawwszy małą przetokę.

Mikschik ³⁾ leczył ciężarną w szóstym miesiącu, u której tony sercowe płodu dały się wysłedzić wyraźnie po lewej stronie

1) Württemberg. Corresp. blatt. 39. 1855.

2) Wiener med. Woch. Nr. 27. 1855. p. 426.

3) Oesterreichische f. practisch. Heilkunde Nr. 23. 1855.

i wynosiły 174 uderzeń na minutę; po dwóch tygodniach sutki stwardniały silnie przez noc jedną, napełniły się mlekiem, które za naciskiem wytryskiwało w silnym promieniu, tony zaś sercowe płodu, które się dały wysłyszeć jeszcze dnia poprzedniego, znikły zupełnie. Po dwóch miesiącach ustąpiło całkowicie zapalenie otrzewnej, tkiwość macicy ustała ze wszystkiemi i ślednik maciczny dał się na trzy cale wprowadzić do jęj jamy; guz zamaciczny skurczył się do objętości wielkiej pięści, przy obmacywaniu przedstawiał się nierównym i średnio twardym, jak guz zapalny, i dał się przez pochwę wysłedzić wyraźniej, aniżeli przez tłuste powłoki brzuszne. Później nie dostrzeżono w nim zmian żadnych.

W wypadku ciąży zamacicznej, który opisali Löw i Lumpe, zmarł płód prawie donoszony, poczem matka doznała wielkiej ulgi; we dwa tygodnie potem pojawiła się regularność i w dwa miesiące później usta maciczne były zamknięte, macica mała i twarda, ciało leżące na stropie wnękowym (*laquear*) przedstawiało się więcej nierównem i twardem aniżeli dawniej, ściany brzuszne mniej napięte, pępek nieco rozszerzony, poza tymże więcej na prawo dało się wyraźnie wyczuć główkę dziecka, a tułów wysłedzić łatwo aż do okolicy miedniczej; kobieta ta mogła się z łatwością oddawać zatrudnieniom domowym.

W spostrzeżeniu zrobionem przez Rittersheima ¹⁾ i Seyfertha zmarło dziecko zamaciczne w ósmym miesiącu ciąży, w ciągu następującego roku wywoływało u matki napady kolek i ograniczone zapalenia otrzewnej, które ze zmniejszeniem się guza i z zanikiem płodu ustępowały zwolna, aż wreszcie matka wyzdrowiała zupełnie.

Z tych statystycznych danych widać wyraźnie, że po dobrowolnem obumarciu płodu w drugiej połowie ciąży należy unikać wszelkiej operacyi i że wypadki tego rodzaju należy uważać za *noli me tangere*. W każdym jednakże razie należy usiłowania natury, zmierzające do wydalenia obcego ciała, wspierać przez nacięcia i wydobywania płodu w kawałkach jużto przez powłoki brzuszne, jużto przez pochwę, już też przez odbytnicę. Jeżeli zaś zachodzą obszerne zrośnięcia z ścianami brzuszными, to można tém śmieliej wykonać nacięcia, aby jak najspieszniej wydalić zawartość jaja. W innych znowu razach można według metody Simona, używanej przy wieńcogłówkach w wątrobie, wywoływać zrośnięcia przez prowowa-

¹⁾ Prager Monatschr. f. Homöopath. April 1855.

dzenie dwóch trójkątów i przeciąwszy most między nimi sprawić przez to większy otwór.

Należy tutaj jednakże zastanowić się jeszcze nad pytaniem, czy w interesie żyjącego dziecka powinno się wykonywać rozcięcie powłok brzusznych (*laparotomia*) lub pochwy (*colpotomia*).

Heim ¹⁾ utrzymywał, że dozwolone jest przecinać brzuch celem uratowania dziecka życia. Ponieważ jednakże przytem małej liczbie dzieci da się uratować życie, a większa część matek umiera, ponieważ nadto przecięcie brzucha przy ciąży zamacicznej jest dla matek jeszcze niebezpieczniejszem, aniżeli cięcie cesarskie, przeto znalazło się wielu przeciwników takiego postępowania, z których jedni tylko rozcięcie pochwy uważali za operacją dozwoloną dla ratowania dziecka, drudzy zaś nawet w téj nie widzieli żadnego ratunku ani dla dziecka, ani dla matki. Zwolennicy przecinania pochwy chcą takowe tylko wtenczas wykonywać, kiedy miednica jest szeroka i przestwor-na, przoduje główka lub koniec miedniczy płodu, skutkiem już długo trwających i silnych bólów porodowych przodująca część płodu została głęboko zepchniętą do miednicy i trzeba się obawiać pęknięcia torbiela nowowytworzonego. Zważywszy jednakże trudności, z jakimi się płód przez przecięty stróp wnekowy (*laquear*) da przeprowadzić za pomocą kleszczy lub rąk, kiedy worek zawierający w sobie płód nie podlegając skurczom nie wspiera jego wyciągania, to po największej części zapewne iluzoryczną tylko będzie nadzieja uratowania dziecka, podczas kiedy matka może łatwo ponieść śmierć skutkiem tego że koniecznem zwykle jest pozostawić łożysko przepiętne krwią i worek jajeczny.

Inni autorowie nie przedstawiają skutki powyższych operacyi w tak niekorzystnym świetle. Schröder ²⁾ n. p. zaleca bezwarunkowo przecinać brzuch w tych wypadkach, w których ciąża dosięgła prawidłowego kresu i dziecko żyje. W razie takim nie powinno się ociągać z operacją, ponieważ śmierć płodu lub pęknięcie torbiela może szkodliwą zmianę sprawić w położeniu rzeczy. Jeśli dziecko żyje jeszcze przy operacyi, to ma się dla jego utrzymania jak najpo-

1) *Erfahr. u. Bemerk. über Schw. ausserhalb d. Gebärm.* Berlin 1812 i *Beobacht. einer Bauchhöhlenschwangerschaft.* Berlin 1817.

2) *Lehrb. d. Geburtsh. etc.* Bonn 1874. p. 395.

myślniejsze widoki, dla matki zaś jest w każdym razie operacya wprawdzie niebezpieczną, ale zapewne mało co niebezpieczniejszą jak wyuczkiwanie. Z resztą zależy skutek operacyi wiele od rodzaju ciąży. Pomyślniejszemi zdają się być te ciąży brzuszne, w których jaje leży w jamie brzusznej zupełnie swobodnie albo się ustala w niej tylko przez małe zrosnięcia. W razie takim można wydalić całe jaje, a często bez zbytniego zapewne niebezpieczeństwa nawet i łożysko, jak to uczynił Schreier ¹⁾. Również pomyślniejszemi są te wypadki, w których worek jajeczny jest tak zrosnięty z przednią ścianą brzusznią, że przy operacyi niepotrzeba otworzyć samej jamy brzusznej. W razach takich jest niezawodnie najlepiej, łożysko i worek jajeczny pozostawić w połączeniu z powietrzem zewnętrznym. Jeżeli się łożysko oddala sztucznie, natenczas jest wielkie niebezpieczeństwo, że się kobieta zaleje krwią, ponieważ miejsce przyczepu łożyska nie może się tak kurczyć, jak w macicy ²⁾.

Po pęknięciu torbiela i przedostaniu się dojrzałego dziecka żyjącego do worka otrzewnej, odradzają jak najusilniej przecinać powłoki brzuszne Cazeaux, Chailly, Scanzoni i inni. Za tém zdaniem przemawia ta okoliczność, że skutkiem zrosnięć torbiela z jelitami trzeba drogę sztuczną torować niekiedy przez bardzo niebezpieczne miejsca; że płód sam może być przyrosły do torbiela, albo powtórnie być zbudowany i z tego powodu można go żywo wydobyć jeszcze rzadziej, aniżeli po rozdarciach macicy; że niebezpieczne zapalenie otrzewnej po pęknięciu może się uleczyć bez operacyi, a przez rozcięcie brzucha skutkiem upływu krwi podczas operacyi zwiększa się już i tak istniejąca niedokrwistość; że się przez dostanie powietrza do jamy brzusznej wstrzymuje wytworzenie się płodu skamieniałego i zwiększa się niebezpieczeństwo silnego zapalenia otrzewnej i znacznego ropienia.

C. Najwięcej skuteczne leczenie dla lekarza rozpoczyna się w trzecim okresie ciąży zamacicznej, w którym płód obumarł, bóle porodowe ustały, płód nie rośnie więcej, lecz pozostaje w jamie brzusznej jako ciało obce, rozpoczynające proces marnienia.

1) M. f. G. t. 14. p. 283.

2) Meadows, London Obst. Tr. XIV. p. 309 i Discussio.

Jeśli się chore mają dobrze, guz pozamaciczny zmniejsza się z wolna, jeśli przytém nie powstaje zaburzenie w żadnej ważnej funkcji i w odbywaniu zwykłych zatrudnień, to należy przyjąć że płód zaczyna butwieć lub kamienieje i natenczas odpowiedniem jest leczenie bierne, nakazujące lekarzowi doglądać pilnie stanu chorój.

Kiedy się zaś pojawiają peryodyczne napady kolek albo ograniczonego zapalenia otrzewnej, to należy je zwalczać zwykłemi w tej mierze lekami, lecz nigdy nie wolno otwierać jamy brzusznej dla gwałtownego bólu.

Jeśli się jednakże wytworzą ropnie i chełbotanie jest wyraźném w powłokach brzusznych, albo w jamie miednicy, to należy takowe, jak to wyżej już nadmieniliśmy, wcześniej otworzyć według prawideł chirurgii i przyspieszać wydalenie płodu, zawsze jednakże ociągać się jeszcze z wydobyciem łożyska.

Powtarzać przekłócia ropniów za pomocą trójgrańca nie zaleca się, ponieważ przez to nie usuwa się przyczyn ropienia t. j. pozostających kości płodowych, i ponieważ przy tego rodzaju leczeniu umiera wiele osób.

Wydalenie ropiejącego płodu kończy się wtenczas często wyzdrowieniem matki, kiedy w miejscu przecięcia zrasta otrzewna z torbielem, tak iż wprost przez pokrywy brzuszne można się dostać do jamy jajecznej, nie obrażając wcale jamy otrzewnej. Z tego powodu należy odczekać pojawienia się téj pomyślnéj okoliczności, albo ją sprowadzić sztucznie. Aby tedy ułatwić wydalenie ropiejącego płodu zamacicznego i matkę uleczyć zupełnie, należy za środki najracjonalniejsze uważać przecięcie brzucha albo pochwy, gdy się wytworzą ropnie, jako téż powolne rozszerzanie rany, zmniejszanie główki płodowej i wydobywanie w kawałkach tak główki płodowej jak kości tułowia.

B. Stany chorobne matki.

I. Choroby ciężarnych mające siedlisko swe w organach rodnych matki.

a) Nieprawidłowości w miękkich częściach rodnych.

α. Nieprawidłowości macicy.

1. Wady rozwojowe macicy.

Literatura: Kussmaul, *Von dem Mangel u. s. w. der Gebärmutter, Würzburg 1859.* — Fürst, *M. f. G. t. 30. p. 97 i 161.* — Schatz, *Arch. f. Gyn. II. p. 289.*

W rozdziale tym nie zajmują nas te wady rozwojowe w niewieściach częściach rodnych, w których ciąża nie może nastąpić. Pod tym względem należy tu nadmienić, że poczęcie jest zawsze możliwem w tych wypadkach, w których się prawidłowe jajka wydzielają z jajnika i w których droga od jajnika aż do wejścia pochwowego w żadnym miejscu nie jest zupełnie nieprzepuszczalną.

Uwaga. Należy tu jednakże i na to zwrócić uwagę, iż znane są dwa spostrzeżenia, w których przy zamkniętej pochwie zapłodnienie nastąpiło przez odbytnicę, łączącą się z pŃchwą. W jednym wypadku, opisanym przez Rossi'ego ¹⁾, nastąpił poród przez sztucznie utworzoną pochwę, w drugim zaś, o którym pisze Louis ²⁾, urodziło się dziecko przez odbytnicę.

Skoro tedy zachodzą powyższe warunki, może przyjść do zapłodnienia tak w jednoróżnej macicy (zob. fig. 14), jak we wszystkich rodzajach podwojenia macicy.

Jeśli zaczątkowy róg przyboczny jest siedliskiem jaja (zob. fig. 15), to przebieg ciąży podlega nadzwyczajnym zmianom. Okoliczność zaś ta może nastąpić dwojakim sposobem, nawet kiedy szyjka maciczna rogu jest wcale nieprzedziurawiona. Albo może się nasienie przez róg dobrze rozwinięty i należący do niego jajowód

1) Zob. Kussmaul, w miejscu przytoczonym p. 45. uwaga.

2) Zob. Kussmaul, w miejscu przytoczonym p. 78.

Fig. 14.

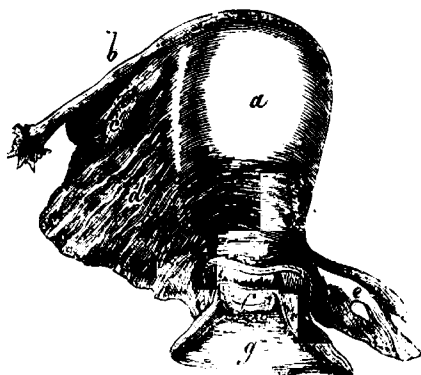
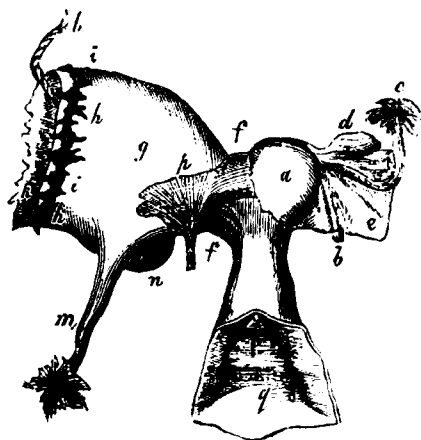


Fig. 14. Cięża przy jednoróżnej macicy bez przybocznego rogu według Kussmaula. (Spostrzeżenie Chaussiera. Żyjące bliźnięta. Śmierć siódmego dnia po porodzie.

a) Prawa macica jednoróżna, b) prawy jajowód, c) prawy jajnik, d) prawy wiąz szeroki, e) zanikłe części dołatkowe macicy po lewej stronie, f) część pochwowa, g) pochwa.

Fig. 15.



i przez jamę brzuszną dostać aż do jajnika strony przeciwnej i tutaj zapłodnić jaje, które przejęte przez jajowód zaczątkowego rogu dostaje się do tegoż (zewnątrzne przechodzenie nasienia); albo też nasienie zapłodnia jaje należące do jajnika prawidłowo rozwiniętego rogu i jaje to bywa przejmowane potem przez jajowód strony przeciwnej (zewnątrzne przechodzenie jaja). Przebieg ciąży w zaczątkowym rogu przybocznym ma wiele podobieństwa do opisaną poprzednio ciąży w jajowodach. Rozdarcie worka jajecznego wraz ze zgubnymi skutkami tego zjawiska wydarza się w czasie od trzeciego aż do szóstego miesiąca. Miejsce pęknięcia znajduje się na końcu rogu najściślej rozwiniętym. Róg zaś prawidłowo rozwinięty zachowuje się w takim razie tak samo, jak przy ciążach zamacicznych, t. j. przerasta i wytwarza błonę doczesną.

Uwaga. Za stosunkowo pomyslnie zejście należy uważać wtedy, gdy dziecko rozwijające się w zaczątkowym rogu obumiera i zamienia się w płód skamieniały. Koeberle ¹⁾ wy dobył za pomocą rozcięcia powłok brzu-

1) Gaz. hébd. 1866. Nr. 34.

Fig. 15. Cięża w zaczątkowym rogu przybocznym według Kussmaula. (Spostrzeżenie Czihaka, rozdarcie w szóstym miesiącu).

a) Lewy prawidłowo rozwinięty róg macicy, częściowo powleczone otrzewną, b) lewy wiąz okrągły, c) lewy jajowód, d) lewy jajnik, e) lewy wiąz szeroki, f) mięsiste połączenie pomiędzy oboma rogami, g) zaczątkowo rozwinięty róg prawy, który się stał siedliskiem ciąży, h) miejsce rozdarcia tegoż, i) łożysko, k) błony jajeczne. l) pępowina, m) prawy jajowód, n) prawy jajnik, o) prawy wiąz okrągły, p) granica, do której oddzieloną jest otrzewna, q) pochwa.

sznych dziecko takie w 21 miesięcy po jego śmierci. Że cięża tego rodzaju może wyjątkowo osiągnąć także prawidłowego kresu, dowodzi jeden tylko na pewno stwierdzony wypadek. W tym wypadku ogłoszony przez Turner¹⁾ gwałtowne bóle porodowe ustały po kilku dniach i przy oględzinach pośmiertnych kobiety téj, zmarłej po pół roku na suchoty, znaleziono płód w zamkniętym lewym rogu.

Rozpoznanie na ciążę w zaczątkowym rogu da się u zyjącej stawić z niejakiem tylko prawdopodobieństwem. Chociaż bowiem nieprawidłowość tę w stanie nieciążarnym można wśród pomyślnych okoliczności za pomocą obmacywania i badania ślednikiem rozpoznać po wygiętym ku jednej stronie i ostro się kończącym kształcie przepuszczalnego rogu, to jednakże skutkiem ciąży w rogu przybocznym postać zmienia się tak znacznie, że nie może wcale być mowy o jako tako pewnem rozpoznaniu. Nawet na trupie stan tego rodzaju można łatwo poczytać za ciążę w jajowodach. Pewny punkt oparcia daje miejsce wyjścia więzu okrągłego, które przy macicy podwójnej wychodzi na zewnątrz od worka jajecznego, przy ciąży zaś trąbkowej pomiędzy workiem jajecznym a macicą. Do prawdopodobnego rozpoznania może jeszcze niekiedy naprowadzić ta okoliczność, że w ogóle róg zaczątkowy pęka później, aniżeli jajowód.

Jeśli przy macicy jednoróżnej (*unicornis*) z zaczątkowym rogiem nastaje ciąża w rozwiniętym rogu, natenczas przebiega ona zwykle sposobem prawidłowym. Ta nieprawidłowość nie jest dla rozpoznania zupełnie nieprzystępna. Można je stawić wtenczas, kiedy zwiększona macica w postaci łuku i ku górze ostro się zakończając przebiega ku grzebieniowi biodrowemu po jednej stronie i przez połączone badanie wewnętrzne z zewnętrznem da się po stronie drugiej wyśledzić mały guz, zostający w związku z macicą za pomocą

¹⁾ Edinb. med. J. May 1866. p. 974.

krótkiego sznurka. Oprócz tego wspierają rozpoznanie odśrodkowy przyczep i nieprawidłowa krótkość części pochwowej.

Jeśli obie połowy kanału rodnegó są rozwinięte dostatecznie, ale je przedziela przegroda mniej lub więcej zupełna (macica dwurożna (*bicornis*) i macica rozdzielona (*septus*) (zob. fig. 16), natenczas nie dość często zachodzi ciąża w jednym rogu albo w obu rogach równocześnie.

Fig. 16.

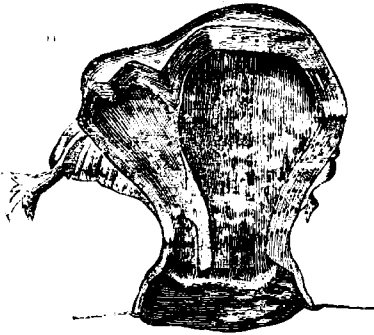


Fig. 16. Półogowa macica podwójna rozdzielona według Kussmaula. (Spostrzeżenie Cruveilhiera. Lewa strona większa była siedliskiem jaja, prawa nie).

macica jest prawidłowo zbudowana, jest jeszcze rzeczą wątpliwą. Przebieg zaś ciąży przy wszystkich rodzajach podwojenia jest prawidłowym.

Co się tyczy rozpoznania tych nieprawidłowości, to podwójna pochwa nakazuje we wszystkich wypadkach rozpocząć dokładne badanie. Jeśli zaś znajdziemy taką w każdej pochwie szyjkę maciczną, natenczas jest prawie bezwzględną pewnością, że macica i ponad szyjką jest rozdzielona. Kiedy podwójna szyjka wchodzi do pojedynczej pochwy, wtedy ciało macicy może być także pojedynczym, chociaż zjawisko to bywa nadzwyczaj rzadkiem. We wszystkich wypadkach, w których są dwie części pochwowe macicy, rozpoznanie nie sprawi zapewne zbyt wielkich trudności; przy zapłodnieniu bowiem jednego tylko rogu leży tenże po jednej stronie tak wyraźnie, iż w szyjkę po stronie przeciwnej można śmiało wprowadzić ślednik. Jeśli ciąża nie postąpiła jeszcze zbyt daleko, to przy połączonym ba-

Tylko przy zupełnym rozdzieleniu obu połówek aż do wejścia pochwowego (co zachodzi u zwierząt workowatych), równoczesna ciąża w obu rogach, jeśli ją w ogóle dostrzeżono, jest w każdym razie nader rzadkiem zjawiskiem, chociaż z góry nie można zaprzeczyć, żeby nie miała nigdy zachodzić.

Wszystkie rodzaje podwojenia kanału rodnegó, jeśli przytém są dostatecznie rozwinięte obiedwie połowy, mogą przechowywać dzieci aż do prawidłowego końca ciąży, i bez wątplenia zachodzi to regularnie. Czy w razie takim poronienie jest częstszym, aniżeli kiedy

daniu zewnętrzném z wewnętrzném musi macica nie obciążona przystępną być także dla macania. Kiedy zaś obie połowy znajdują się w ciąży równocześnie, to na należyte rozpoznanie naprowadza nas głęboka bruzda, która się w środku brzucha ciągnie od dna macicy aż do spojenia łonowego. Trudnemi do rozpoznania są te wypadki, w których pochwa i szyjka są pojedyncze, albo tylko jedna pochwa jest dostępną. W ostatnim wypadku może się w zamkniętej pochwie nagromadzić krew miesiączkowa i tym sposobem zachodzić równocześnie ciąża i krwistek maciczny (*haematometra*). W wypadkach, w których szyjka jest pojedynczą, może do prawdopodobnego rozpoznania doprowadzać tylko znaczne zboczenie boczne macicy ciężarnej, przyczém da się wymacać mały guz po stronie przeciwniej. Jeśli przegroda jest tak nieznaczna, że płód leży w obu połowach, albo jeśli jako wskazówka podwojenia znajduje się tylko zagłębienie w dnie macicznym (macica łukowata—*uterus arcuatus*), natenczas postać macicy daje jedyny punkt oparcia przy badaniu zewnętrzném. Pod tym względem należy jeszcze zwrócić uwagę na tę okoliczność, ważną dla rozpoznania wszystkich rodzajai, że charakterystyczna postać macicy występuje wyraźnie dopiero podczas skurczu.

Uwaga. Podwójnej pochwy można łatwo wcale nie dostrzedz. Tak badało razu jednego dwudziestoletnią pierwiastkę dwóch doświadczonych akuszerów (F. A. Mai, autor Stolpertusa, i Prof. Fischer z Heidelberga), z których jeden utrzymywał, że usta maciczne są rozwarte, a drugi zapewniał, że są zupełnie zamknięte. Byłoby prawie do gwałtownego przyszło sporu, gdyby się ze starannego badania nie było wykazało, że każdy z nich badał przez inną pochwę i innych dotykał się ust macicznych.

2. Przegięcia i przechylenia macicy ciężarnej (*inflexiones et versiones uteri gravidi*).

Pomiędzy dwoma nieprawidłowemi stanami macicy, pomiędzy przegięciami (*obliquitas quoad formam*) i przechyleniami (*obliquitas quoad situm*) zaznaczono wybitne różnice i liczone do przegięć (*inflexio, infractio*) wszystkie nieprawidłowości w postaci, w których oś macicy jest łukowato wygięta albo pod kątem załamana. do przechyleń (*versio*) zaś te zboczenia w położeniu, w których nie jest wygięta oś macicy i szyjki macicznej; przytém zachodzą w obu stosunkach zmiany położenia, z tą jednakże różnicą, że przy przegięciach przyjmują wadliwe położenie

i wadliwy kierunek albo tylko dno albo tylko szyjka, przy przechyleniach zaś tak duo, jak ciało i szyjka macicy.

Przeięcia albo najwyższe jego stopnie zwane załamami, nazywano stosownie do różnorodnego wypuklenia bocznej, tylnej lub przedniej ściany macicznej przeięciami macicy jużto ku bokowi (*inflexio lateralis*), już téż ku tyłowi (*retroflexio*) lub ku przodowi (*anteflexio*); pochyleniom zaś dna macicznego ku bokowi, tyłowi lub przodowi nadano miana przechylenia ku bokowi (*versio lateralis*), ku tyłowi (*retroversio*) i ku przodowi (*anteversio*). Macicom załamanym nadawali starsi autorowie także nazwę postaci ogrzewalnika (*retorta*), a najwyższe stopnie przechyleń macicy ku bokowi, w których przednia i tylna powierzchnia maciczna były zwrócone ku bokom, zwane były pod nazwą skręceń (*torsiones*) macicy już Levretowi ¹⁾ i Deventerowi ²⁾. O ich znaczeniu i ważności rozpisali się najpierw Denmann ³⁾, Boivin-Dugés ⁴⁾ i Boër.

Znaki różniczkowe pomiędzy przeięciami a przechyleniami mają pewne znaczenie w stanie nieciążarnym, podczas ciąży jednakże zmiany w położeniu i postaci macicy przechodzą jedne w drugie tak często, że rozbierając razem te stany uczynimy zadość potrzebie praktycznej.

αα) Przeięcia i przechylenia macicy ciężarnej ku bokowi;
(*inflexio et versio lateralis uteri gravidi*).

Przeięcie i przechylenie macicy ciężarnej ku jednemu z boków nie wywołują żadnych zaburzących wpływów w pierwszej połowie ciąży; nawet kiedy się poród rozpoczyna we właściwym czasie, stany te same przez się nie wymagają nigdy żadnej operacji, co już dobrze zauważyli Baudelocque ⁵⁾, Boër ⁶⁾ i Smellie ⁷⁾,

1) *Novum lumen etc.* Bap. 17—1701.

2) *Suite des observ.* p. 108. Paris. 1751.

3) *Introduction of midwifery* 1801.

4) *Mad. Boivin veuve et Dugés. A Traité prat. des Mal. de l'utérus.* Bruxelles 1834.

5) *L'art des acc.* t. I. p. 161. Paris. 1781.

6) *Abh. u. Vers.* 2 Th. p. 29. Wien. 1792.

7) *Treat. Introd.* p. 50. London. 1754.

a stwierdzają codziennie liczne doświadczenia. Być może, że przyczynami tychże są niekiedy przyrodzone wady macicy co do kształtu, zwykle jednakże są one spowodowane prawdopodobnie przez niestałą równowagę, w jakiej się znajduje macica w stawieniu prostopadłym, aniżeli przez zbytęzną krótkość wiązu szerokiego, przez przyrośnięcia, przez guzy zamaciczne i śródmaciczne i t. d. Chociaż powyższe nieprawidłowości zachodzą nader często, to jednakże przy oględzinach pośmiertnych trudno przynajmniej wynaleźć anatomiczno-patologiczną przyczynę tychże.

Rozpoznanie przy zwyczajnym sposobie badania nie podlega żadnym trudnościom.

Podczas ciąży do stanów tych nie da się zastosować żadnego leczenia, a nawet podczas porodu nie są dozwolone żadne sztuczne operacye, jeśli równocześnie położenie płodu jest prawidłowe. Należy się tylko o to starać, ażeby pęcherz płodowy utrzymać w całości przez dość długi czas, i dbać o fizyologiczne rozszerzenie się ust macicznych, co się zwykle da osiągnąć, kiedy się rodząca położy na boku (na biodrze leżącym po stronie przeciwniej dna macicy) i zaprzestanie wszelkiego wyrabiania bólów porodowych.

Jeśli jednakże woda płodowa odpływa znacznie i jeśli przednią wargę ugniata spojenie łonowe boleśnie, to można ją wśród bólów porodowych wsunąć palcami ponad przodującą część płodu i w tém położeniu utrzymać tak długo, dopóki nie nastąpią silne bóle porodowe; usiłowania te prawie zawsze pomyślny uwieńcza skutek.

ββ) Przechylenia macicy ciężarnej ku przodowi (*anteversio uteri gravidi*).

W pierwszych miesiącach ciąży przechylenie macicy ku przodowi nie dochodzi zwykle do wysokiego stopnia, ciało macicy wypełnia przednie sklepienie pochwowe, dno jęj opiera się o powierzchnię kości łonowych, a usta maciczne zwracają się ku kości krzyżowej. Tylko wyjątkowo przyjmuje macica położenie zbliżające się do płaszczyzny poziomej w postawie stojącej; zupełne jednakże przegięcie macicy nie występuje nigdy w tym czasie. Dolegliwości, spowodowane przez przechylenie macicy ciężarnej, ograniczają się w tym czasie na zaburzeniach w wydzielaniu moczu i ustają już zupełnie w czwartym i piątym miesiącu, kiedy się dno macicy uniosło ponad górny brzeg spojenia łonowego.

Przyczynami zaś, dla których przechylenie nie wywołuje nigdy niebezpiecznych przypadłości, są krótkość i niepodatność przedniej torby otrzewnej, oraz wypychanie dna macicznego ku tyłowi przez peryodyczne wypełnianie się pęcherza moczowego. Przyczynami przechylenia macicy ku przodowi bywają mniejsza tęgość tkanki naokołomacicznej, ucisk wnętrzości brzusznych i tłoczni brzusznej przy miednicy przestwornej, a nadzwyczaj rzadko tylko zrośnięcia albo guzy w miednicy.

W drugiej połowie ciąży nazywamy przechylenie macicy ku przodowi w ogóle brzuchem obwisłym ¹⁾ (*venter propendens s. procoelia*), przyczém oś macicy w postawie stojącej może spaść nawet niżej płaszczyzny poziomej, usta maciczne wciągają się ku wzgórkowi krzyżowemu i stają się bardzo niedostępnymi, chociaż nie opuszczają nigdy wejścia miedniczego, powłoki brzuszne mocno naprężone zaczynają dolegać, sieć Malpigha naddziera się, pokrywa się bliznami i smuga biała nie rzadko się rozdziela.

Z wyższym stopniem obwisłości brzucha łączy się zawsze także przegięcie (*anteflexio*) macicy, ponieważ anatomiczne utwierdzenie szyjki macicznej nie pozwala się jej zbyt daleko oddalać od wzgórka krzyżowego.

Przyczynami obwisłości brzucha są zwężenia miednicy, wielkie pochylenie miednicy, podatność ścian brzusznych i rozluźnienie smugi białej. Wpływ przechylenia macicy ku przodowi nie zaburza przebiegu ciąży ani w pierwszej, ani w drugiej połowie i staje się ono dolegliwem tylko dla zatrzymania moczu i zaparcia stolca, jako téż dla targania ścian brzusznych. Jeśli się poród rozpoczyna we właściwym czasie, to samo przechylenie macicy ku przodowi wyrządza mniejszą szkodę, aniżeli przyczyny które powodują to przechylenie.

Rozpoznanie przechylenia macicy ku przodowi w pierwszej połowie ciąży da się łatwo wypośrodkować w stojącej postawie niewiast rodzących za pomocą śledzenia, a w drugiej połowie za pomocą oglądania i obmacywania.

Leczenie przechylenia macicy ku przodowi w pierwszej połowie ciąży należy rozpocząć tylko dla zaburzeń w wydzielaniu moczu

1) Porówn. str. 16.

i łajna; polega ono jedynie na tém, że krótko przed wydzieleniem i podczas wydzielania moczu zaleca się ciężarnej przyjąć położenie poziome na grzbiecie, a zaparcie stolca usuwa się za pomocą enem.

W drugiejj połowie ciąży umniejsza się dolegliwe wpływy brzucha obwisłego przez noszenie sprężystej opaski brzusznej, której także przy rozpoczęciu się porodu w właściwym czasie nie należy odkładać, dopóki przodująca część płodu nie zstąpi do kanału miedniczego i usta maciczne nie roztworzą się dostatecznie. Przy brzuchu obwisłym należy położeniu rodzącej na boku dać pierwszeństwo przed położeniem poziomem na grzbiecie, aby przez to usta maciczne zmusić do powolniejszego rozszerzenia się.

Sprowadzenie ust macicznych do osi miedniczej za pomocą palca nie przynosi żadnej korzyści i środka tego należy zupełnie zaniechać jako niepraktycznego.

γγ) Przegięcie i przechylenie macicy ciężarnej ku tyłowi
(*retroflexio et retroversio uteri gravidi*).

Przechylenie macicy ciężarnej połączone bardzo często z jej przegięciem zachodzi tylko w pierwszej połowie ciąży. Z tego widać, że i tutaj dokładne rozróżnianie nie ma żadnego znaczenia dla praktycznego zastosowania.

Przy przechyleniu macicy ku tyłowi przestwór Douglasa wypełnia się mniej lub więcej przez rozszerzające się ciało i dno macicy, a tylne sklepienie pochwowe bywa wypieranem ku dołowi, przyczem część pochwowa macicy wznosi się ku spojeniu łonożwemu, a pochwa zwięza się i wyciąga. Skoro ciąża trwała dłużej, dno macicy spada coraz głębiej, włacza przednią ścianę kiszki odbytowej i ciśnie na kanał pochwowy od tyłu ku przodowi. Im się więcj dno macicy zbliża do śródkrocza i im mniej się wznosi część pochwowa, tém się bardziej zakrzywia ós macicy i tém znaczniejsze jest przegięcie jej, które jednakże początkowo pociąga za sobą mniejsze niebezpieczeństwo, aniżeli zwyczajne przechylenie ku tyłowi, ponieważ przy takowem macica leżąca poziomo i mająca ós jeszcze prostą sprawia bez porównania większe zaburzenia przy wydzieleniu moczu i łajna.

Przechylenie macicy ku tyłowi wytwarza się u ciężarnych zwykle powoli począwszy od szóstego tygodnia aż do piątego mie-

siąca, przyczém zaburzenia w wydzielaniu moczu i łajna wzmagają się coraz znaczniej, aż wreszcie za spóldziałem zewnętrznych wpływów szkodliwych, a nawet bez takiego spóldziałania występują nagle wszelkie objawy uwięzienia (*incarceratio*) macicy (zob. fig. 17), okazujące się przez gwałtowne bóle w miednicy, nudności, wymioty, przemijającą lub trwałą bezprzytomność, zupełne zatrzymanie się moczu i zaparcie stolca, rozszerzenie pęcherza moczowego aż po pierścień pępkowy. Jeśli w takim razie nie nadejdzie wczesna

Fig. 17.

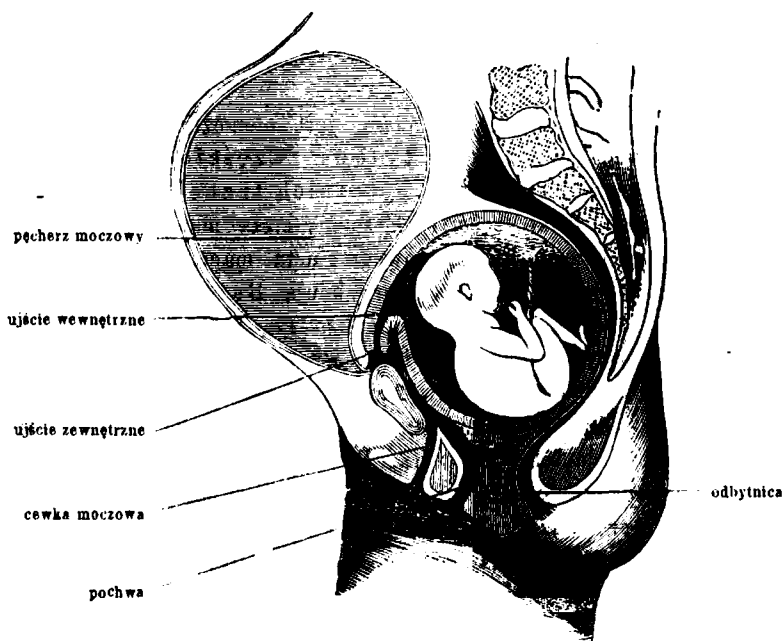


Fig. 17. Przeگیęcie macicy ciężarnej ku tyłowi wraz z jej uwięzieniem.

pomoc skuteczna, to podlegają rozszerzeniu także moczotoki i miednice nerkowe, przychodzi zapalenie śluzowej błony, pęcherza moczowego i mocznicowe drgawki, rozmiękczenie i przedziurawienie ścian pęcherza moczowego, zapalenie otrzewnej, wielka gorączka i bardzo bolesne obrzmienie macicy.

W ośmiu wypadkach przechylenia macicy ciężarnej ku tyłowi, spostrzeżonych przez Brauna, raz tylko jeden nastąpiła śmierć

wśród objawów drgawek mocznicowych i przedziurawienia pęcherza, o czym referował już Bamberger ¹⁾. Chiari dostrzegł w dwóch wypadkach, że niebezpieczeństwa uwięznionej macicy znikły po poronieniu, które nastąpiło dobrowolnie; Dubois ²⁾ widział, jak pod wpływem gwałtownych skurczów macicy rozdarła się otrzewna i tylna ściana pochwowa, a dno maciczne ukazywało się w szczelinie sromowej. Przyczyną przechylenia macicy ku tyłowi bywa znaczniejsza głębokość i szerokość przestworu Douglasa, podatność i zwiotczenie tkanki macicznej i luźność więzów macico-pęcherzowych, większa poruszalność macicy, niekiedy przecięcie ku tyłowi i opadnięcie macicy, istniejące już przed zajęciem w ciążę, wreszcie gwałtowne wstrząśnienia ciała i niezwykle przemijające ciśnienia ze strony jelit i tłoczni brzusznej.

W drugiej połowie ciąży jest niemożliwem zupełne przechylenie macicy ku tyłowi. Częściowe przechylenie macicy ku tyłowi w ostatnich trzech miesiącach ciąży, przyczem tylko część tylnej ściany ciała macicznego i szyjki opuszcza się obok wzgórka krzyżowego i usta maciczne wznoszą się ponad brzeg spojenia łonowego, przyjmują Bartlett, Kiwisch, Scanzoni i Veit. Ponieważ jednakże rzadkie te przypadki zachodzą tylko przy brzuchu obwisłym i pełnym sklepieniu pochwowym, na przebieg ciąży nie wywierają żadnego szkodliwego wpływu, a i podczas porodu nie sprawiają nigdy wspomnienia godnego zaburzenia, przeto (zdaniem Brauna, P. Duboisa, Chaillyego ³⁾, Hohla) należy zaniechać zupełnie powyższego wyrażenia, mogącego łatwo spowodować nieporozumienie, i stany tego rodzaju nazwać wypadnięciem tylnej ściany macicznej i wadliwym przednim przyczepem ust macicznych.

Rozpoznanie przechylenia i przecięcia macicy ku tyłowi nadaje charakter pewności wysledzenie dwóch guzów. Pierwszy z nich sięga aż po okolice pępkową, da się przez opukiwanie dowieść obiektywnie i po założeniu cewnika nagle znika zupełnie; drugi zaś mający spójność mięśniową wypełnia przestwór Douglasa, ciśnię na pochwę i odbytnicę, a część pochwowa leży tuż za spoje-

¹⁾ Scanzonis Beiträge 1855. p. 158.

²⁾ Presse médic. 1837. Nr. 20.

³⁾ Traité pratique etc. Paris. 1853. p. 413.

niem łonowém dość wysoko, chociaż rzadko tak, iżby się nie dało jój osiągnąć.

Równoczesne znachodzenie . kilku najważniejszych objawów ciąży, peryodyczne zatrzymanie moczu w postawie stojącej i mimo-wolny odpływ moczu, skoro się ciężarna w łóżko położy na boku, brak chęłbotania w guzie miedniczym i wyraźne w tymże odskakiwanie płodu nie pozwalają macicy ciężarnéj, wypartéj z swego siedli-ska, uważać za uwięznięcie, spowodowane przez jaki inny guz miedniczy, jako to przez krwistek maciczny (*haemometra*), ropień, ciężę zamaciczną, torbiel jajnikowy lub otorbiony wysięk otrzewnéj.

Jeśli badanie jest utrudnioném z powodu zapalenia otrzewnéj, wzdęcia brzucha i wielkiéj bolesności przy śledzeniu, i jeśli przez to staje się wątpliwém rozpoznanie, natenczas najlepszém jest wśród odurzenia chloroformem rozpocząć na nowo dokładne badanie.

Roko wanie zależy od czasu, w którym nadeszła pomoc le-karska i od stopniá uwięznięcia, tudzież od tego, jak długo już ono trwa.

Jeśli cierpienie nie trwa od dawna, jeśli objawy uwięznięcia nie są gwałtowne i jeśli odłożenie (*reductio*) macicy do położenia prawidłowego udá się bez żadnych znacznych operacyi, to nie może być wątpliwości o pomyślnym skutku dla matki; dziecku zaś zagraża jeszcze przez kilka tygodni niebezpieczeństwo poronienia.

Leczyć przechylenie macicy ku tyłowi można trojakim spo-sobem: naśladowując sposób, jakim natura nieraz sama sobie pomaga, odkładając macicę lub wywołując poronienie sztuczne.

1. Przy małoznacznych cierpieniach naśladowujemy lecze-nie natury przez to, że w przestankach pewnych wydalamy na-gromadzony mocz i łajno, jako téż że zmniejszamy ciśnienie jelit na macicę. W tym celu staramy się o wolny stolec za pomocą środków przeczyszczających, a nie za pomocą enem, mocz oddalamy cewnikiem co dwie godziny, albo téż pozostawiamy cewnik stale, nadto zaleca-my ciężarnéj leżeć przez kilka dni w położeniu poziomém na brzuchu, a gdy się zmęczy, na lewym lub na prawym boku.

Wprowadzenie prostego cewnika metalowego jest pospolicie niemożliwém, a wprowadzenie krzywego cewnika metalowego, zwró-conego wklęsłą stroną ku kości krzyżowéj, który zaleca: Burns ¹⁾,

¹⁾ The principles of midwifery etc. ed. 8. Uebersetzt v. Kilian. Bonn-1834. p. 267.

Busch ¹⁾, Meissner, Ramsbotham ²⁾ i Küchenmeister, jest często połączone z wielkimi trudnościami i już mały nawet gwałt może łatwo uszkodzić zapalno rozmiękłą cewkę moczową.

Zastosowanie elastycznego cewnika bez drutu (*mandrain*) mie- wa zawsze najprędszy skutek, jeśli się pacjentkę ułoży na boku, je- den palec wsunie aż do części pochwowój, palcem tym odpycha ostrożnie część pochwową od spojenia łonowego, i cewnik uchwyci- wszy krótko posuwa go się wśród ruchów obrotowych. Gdy się mi- mo długotrwałych usiłowań nie dało wprowadzić cewnika, to może się okazać koniecznym przekłucie pęcherza moczowego.

Przy tego rodzaju postępowaniu, nie rozpoczynając żadnych prób do odprowadzenia macicy, zapewniają Busch, Braun, Ramsbot- ham, Trefurt ³⁾, Rigby ⁴⁾, Grenser, Scanzoni ⁵⁾, Bili ⁶⁾, że w 83 wypadkach chore zupełnie wyzdrowiały po większej części w przeciągu dwóch dni i że się ukończyła ciąża w czasie wła- ściwym.

To też powyższego sposobu leczenia trzeba próbować przez kilka dni w każdym wypadku, w którym objawy uwięznięcia nie są zbyt silne, zanim postanowimy macicę odłożyć mechanicznie.

2. Najstarsze i zwyczajne postępowanie, odłożenie (*repositio*) macicy ku tyłowi przechylonój za pomocą jedno- lub kilku palcy wprowadzonych do odbytnicy, zowiemy me- todą Richtera ⁷⁾; Burns, Schmitt ⁸⁾ w Wiedniu, Kiwisch, Scanzoni, Garin ⁹⁾, Küchenmeister ¹⁰⁾, i inni przenosili je nad wszelkie inne usiłowania; przeciwnie odłożenie tylko przez pochwę zalecają Meckel, Baudelocque ¹¹⁾, Lohmeier, Nae- gele ¹²⁾, Kilian ¹³⁾, Hohl, Douglas ¹⁴⁾ i inni.

¹⁾ Neue Zeitschr. f. Geburtsk. 1837.

²⁾ Med. Times and Gaz. Oct. 1852.

³⁾ Erfahr. u. Abhandl. 1844. p. 272.

⁴⁾ Times 1841. Oct.

⁵⁾ Lehrb. d. Geburtsh.

⁶⁾ In Omodeis Annalen 1844. Febr.

⁷⁾ Chir. Bibl. t. IV. p. 1.

⁸⁾ Gesammelte obstetric. Schriften etc. Wien 1820.

⁹⁾ Gaz. des Hôp. 1851. Nr. 103.

¹⁰⁾ Wiener med. Woch. 1854. Nr. 38.

¹¹⁾ L'art. des acc. pag. 148.

¹²⁾ Erfahr. u. Abhandl. Mannheim 1812. p. 346.

¹³⁾ Operationslehre f. Geb. II. Bonn 1853. p. 179.

¹⁴⁾ Med. Times March. 1851.

Operowanie przez pochwę jest tylko wtenczas potrzebném, kiedy wprowadzenie palcy przez odbytnicę sprawia wielkie boleści z powodu guzów krwawniczych albo téż kurczowego lub organicznego zwięzienia odbytu, co jednakże jest rzadkim wypadkiem przy tych cierpieniach, zachodzących zwykle u niewiast po kilka razy już ciężarnych.

Gdy dolegliwości są znaczne, trzeba po wypróżnieniu pęcherza moczowego natychmiast przedsięwziąć odłożenie macicy. Jeśli się ono uda, to dla matki kończy się zwykle pomyślnie, dla płodu zaś pociąga za sobą tę niedogodność, że w kilka dni potem następuje poronienie pozornie samo przez się, ale najprawdopodobniej z powodu wykonanej operacji.

Najłatwiej skutecznia się odłożenie w położeniu na boku lub położeniu kolanołokciowém (*à la vache*), wsuwając albo palce do odbytnicy lub pochwy, albo téż w ich miejsce pęcherz kauczukowy.

Gregoire, Kiwisch i wielu innych zalecali wprowadzać dwa palce przez odbytnicę aż do wzgórka krzyżowego i, opróżniwszy zupełnie pęcherz moczowy, ku spojeniu krzyżobiodrowemu unosić wśród ruchów obrotowych dno macicy ponad wejście miednicy; skoro się to udało, część pochwowa miała przyjmować zwykle zaraz prostopadłe stawienie w osi miedniczej.

Godetroy ¹⁾ kazał się przytém pacjentce w poprzek łóżka położyć na brzuchu i nogami oprzeć się o podłogę.

Tego rodzaju postępowanie Braun znalazł zawsze łatwém do wykonania, nie zauważył nigdy większych bólów jak przy wprowadzaniu cewnika i sądzi, że takowe jest o wiele łagodniejszym, aniżeli uciskanie macicy przez pochwę.

Obecnie zaprzestali słusznie prawie wszyscy gynecolodzy ściągać ku dołowi część pochwową celem odłożenia macicy przechylonej ku tyłowi.

W celu odłożenia macicy ku tyłowi przechylonej wprowadzano także nieraz do odbytnicy pęcherz i rozszerzano go za pomocą wody lub powietrza. Vermandois ²⁾, Halpin ³⁾, Lambert ⁴⁾ uży-

¹⁾ Journul des conn. méd. chir. Août. 1846.

²⁾ Journ. de Méd. chir. et Pharm. LXXXVIII.

³⁾ Arch. gén. Sept. 1840. p. 88.

⁴⁾ Kurhessisch Zeitsch. 1844. zeszyt 1.

wali do tego pęcherza zwierzęcego; Favrot ¹⁾ zaś, Gariel ²⁾, Wohlgemuth ³⁾, Chiari i inni pęcherza kauczukowego.

Pęcherze wprowadzone do odbytnicy i rozszerzane z wolna powinno się po 15-stu minutach opróżnić i wyjąć, ponieważ po upływie tego czasu jest jego cel dopięty, a pozostawianie go przez noc lub dłuższy jeszcze czas mogłoby łatwo stać się powodem do poronienia.

Zastosowanie kolpeurynta zaleca Braun tylko w tych wypadkach, w których odłożenie za pomocą palcy okazało się niepodobnym.

E. Siebolda laseczkę fiszbiniową, owiniętą w gąbkę, zaleca jeszcze Kilian przy odkładaniu przez pochwę.

Jeśli środki, zmierzające do odłożenia macicy, okażą się bezskutecznymi, to należy takowe wśród odurzenia chloroformem powtórzyć wprowadzając połowę ręki do odbytnicy w bocznym położeniu ciężarniej; jeśli zaś w razie takim przeszkadza wzdęcie brzucha, to trzeba je zmniejszyć przez wprowadzenie rury jelitowej.

Celem zatrzymania macicy w miejscu, do którego się ją wprowadziło przed chwilą, wystarcza zupełnie ułożenie ciężarnej na boku; wprowadzanie zaś gąbki, krążka macicznego, albo Bonda ⁴⁾ przyrządu służącego do powstrzymywania, a składającego się z dwóch kuli, z których jedna przychodzi w pochwę, a druga w odbytnicę, jest nie tylko niepotrzebnym, ale nawet niebezpiecznym, ponieważ łatwo może przerwać ciążę. Schröder ⁵⁾ zaleca w tym samym celu zakładać zwyczajny pierścień kauczukowy Meyera, który nie pozwala zwracać się części pochwowej macicy ku przodowi i przez to zapobiega ponownemu przechyleniu się macicy ku tyłowi. Za zupełnie udane możemy dopiero wtenczas uważać odłożenia macicy, gdy część pochwowa zajęła w miednicy swe prawidłowe siedlisko.

3. W trzecim i czwartym miesiącu ciąży udaje się odłożyć macicę po większej części bez szczególnych trudności; w piątym jednakże bywa odłożenie mianowicie wtenczas niemożliwym, kiedy wzgórek krzyżowy wystaje równocześnie zbyt mocno ku miednicy i pęcherza moczowego nie można opróżnić mimo wszelkich starań.

1) Revue med. chirurg. Nov. 1851.

2) Schmidts Jahrb. t. 77. Nr. 1.

3) Monatschr. f. Geb. Berlin 1853.

4) Bonda narzędzie jest odrysowane w Meiga Ostetrics. p. 669.

5) Lehr. d. Geb. Bonn 1874. p. 361.

Wśród takich niepomyślnych powikłań nawet najzagorzalsi przeciwnicy sztucznego poronienia, jak Siebold ¹⁾, Hohl ²⁾ i inni, wywołują takowe przy uwięźnieniu macicy, nie dając się odłożyć; Chiari ³⁾ zaś słusznie robi tę uwagę, że wywołując poronienie sztuką nie polepsza się z pewnością istniejącego zapalenia otrzewnej.

Kiwisch zaleca wykonać poronienie za pomocą ślednika macicznego wprowadzonego odwrotnym końcem do macicznej szyjki. Łatwiej jednakże i pewniej da się ono osiągnąć przez wsunięcie elastycznego cewnika do jamy macicznej, przez co się okaże zapewne po większej części zbytecznym przekłócie ściany dna macicznego za pomocą trójkątka, i to albo przez tylną ścianę pochwową okazującą się w szczelinie sromowej, albo przez odbytnicę, co jako ostatni ratunek dla matki wykonali Vericel ⁴⁾, Martin ⁵⁾, Baynham ⁶⁾ i Jourel ⁷⁾.

Wysokie przekłócie pęcherza moczowego powinno się tylko wtedy wykonywać, kiedy się nie uda ani odłożyć macicy ani wywołać poronienia, i kiedy już nastąpiło przedziurawienie pęcherza moczowego.

Po odpływie wody płodowej odłożenie macicy następuje zwykle dobrowolnie. Jeśli zaś do tego nie przychodzi, to należy takowe wspierać mechaniczną pomocą.

Aby się przechylenie nie powróciło, muszą pacjentki po udaniu się operacyi dłuższy czas pozostać w łóżku, nadto dbać o regularne wypróżnienia moczu i łajna i nie rozpoczynać rychłej swych zwykłych zatrudnień, jak w szóstym miesiącu ciąży.

Po odłożeniu macicy, albo po poronieniu nie mogą chore przez dni kilka zatrzymać przy sobie moczu (*incontinentia urinae*), co jednakże ustępuje samo przez się.

Z nowszych prac, dotyczących tego przedmiotu, wspominam tu jeszcze następujące: Martin, *Neigungen u. Beug. d. Gebärmutter*,

1) Lehrb. d. Geb. 1854. 108.

2) Lehrb. d. Geb. 1855. p. 327.

3) Klinik d. Geb. etc. 1855. p. 382.

4) Lisfranc chir. Klinik. t. 3. p. 270.

5) Mémoires etc.

6) The Edinb. Journ. Vol. 34. 1830, Ap. p. 260.

7) Bulletin de la faculté de Med. de Paris Nr. 8.

Berlin 1866. p. 185. Saxinger, *Prager Vierteljahrs. 1866. IV. p. 53.* — Schroeder, *Schw. Geb. u. Wochenbett p. 36.* — May, *Ueber die Reclination der schwang. Gebärm. Giessen 1869.* — Barnes, *Obst. Op. 2 ed. 1871. p. 242.*

3. Opadnięcie i wypadnięcie macicy ciężarnej (*descensus et prolapsus uteri gravidi*).

Cierpienia te przedstawiają tylko rozmaite stopnie zбочenia w położeniu macicy. Przez opadnięcie (*descensus*) bowiem rozumiemy niezwykle głębokie opuszczenie się macicy do dolnych przestworów miednicy, przyczem się część pochwowa da osiągnąć daleko ławiej, ale zawsze jeszcze jest ona ukryta przez szparę sromową; przy wypadnięciu (*prolapsus*) zaś występuje macica z pochwy albo częściowo, albo też zupełnie.

Opadnięcia i wypadnięcia macicy zachodzą pospolicie tylko w pierwszych trzech miesiącach ciąży, ale dają się tutaj dostrzedz dość często, ponieważ w tym czasie jest macica jeszcze tak mała, iż się może spuszczać przez kanał miedniczy i w normalnych stósunkach stoi w miesiącach tych głębiej z tego powodu, że pozostałe części płciowe stają się luźniejszymi, a ona sama coraz bardziej cięższe. Jeśli tedy cierpienie to trwało już dawniej, albo jeśli poprzednio istniała już do niego jaka skłonność, natenczas w czasie powyższym rozwija się w tém znaczniejszym stopniu. Począwszy od czwartego miesiąca znika zazwyczaj opadnięcie na cały czas trwania ciąży, i wypadnięcie poprawia się także, ponieważ macica dla zwiększającej się objętości swój musi się wznieść ponad jamę miedniczą. Dolny jednakże odcinek macicy stoi mimo to dość często głębiej, chociaż zresztą okoliczności są pomyślne (prawidłowo szeroka miednica, normalne położenie dziecka, niezbyt wielka ilość wody płodowej i t. d.). W rzadszych zaś wypadkach dno macicy i ciało wznosi się ponad wejście miednicze, ale szyjka maciczna przedłuża się tak, że część pochwowa, albo pojedyncze wargi (pospolicie nierówno długie) przybierają postać ryjkowatą i nawet wystają z szczeliny sromowej. Rzadziej jeszcze wydarza się, że macica z przestworu miednicy nie unosi się wcale ku górze, lecz w nim pozostaje uwięznięoną, czego przyczyną może być zwichlenie wejścia miednicy, podczas gdy dalsze przestwory miednicy są szerokie, mianowicie jeśli się wznieść macicę nie staramy odpowiedniemi leczeniem.

W pojedynczych wypadkach dostrzeżono, że macica wypadłszy przed szczylinę sromową rozwijała się dalej aż w późne miesiące ciąży.

Jeśli w późniejszych miesiącach ciąży zmniejszyło się to cierpienie, to po upływie czasu połogowego pojawia się ono na nowo w stopniu jeszcze znaczniejszym.

Do szkodliwych skutków téj nieprawidłowości należy najprzód poronienie, które występuje najłatwiej, jeśli macica ciężarna pozostaje wypadłą, bywa uwięznięoną w miednicy, albo jeżeli ją się ponosi przez niestósowne przyrządy. Skutkiem uwięznięcia zatrzymuje się także uporczywie mocz i zapiera się stolec, a te sprowadzają znowu zapalenie mięszu macicznego i otrzewnej. W wypadkach, w których macica pozostała wypadłą, dostrzeżono, że prócz przedwczesnego przerwania ciąży, może także przyjść do pęknięcia macicy, kończącego się śmiercią dla matki i dziecka. Jeśli w wypadku takim poród rozpoczyna się dopiero w późniejszych miesiącach ciąży i jeśli przytém dalszy odcinek macicy stoi niezwykle głęboko, to okoliczność ta bywa często powodem, że się powolniej rozszerza ujście maciczne. Przedłużone wargi maciczne mogą same podczas porodu uwięznić pomiędzy przodującą częścią płodu i dotyczącą ścianą miednicy; skutkiem tego występują po większej części gwałtowne bóle w krzyżach, jako téż przekrwienie, wysięki krwawe i surowicze obrzmienie wargi uwięznięj. To obrzmienie może być tak znaczném, że jest w stanie powstrzymywać posuwanie się dziecka. Wśród takich okoliczności widziano nawet, że się warga maciczna oderwała zupełnie.

Zadaniem leczenia jest powstrzymywać wypadły organ i ułatwiać podczas ciąży wzniesienie się jego ponad wejście miednicy. W tym celu zaleca się rodzącój pierwsze miesiące ciąży przeleżeć w położeniu poziomém; mianowicie w końcu trzeciego i na początku czwartego miesiąca trzeba doglądać, czy się macica unosi ponad wejście miednicze. Jeśli tego nie dostrzeżemy w tym czasie, to trzeba się starać, żeby ją wsunąć łagodnie w prawidłowe położenie. Ten rękoczyn wykonujemy w położeniu poziomém na grzbiecie i z podwyższoną okolicą krzyżową, przyczém wprowadzamy do pochwy o ile możności połowę ręki, albo przynajmniej kilka palcy. Tem konieczniejszą zaś bywa operacya ta, kiedy macica tylko małą już posiada ruchomość w kanale miedniczym. Jeśli się odłożenie uda i jeśli potem rodząca przeleży jeszcze kilka tygodni w położeniu poziomém to nie potrzeba się już obawiać ponownego wypadnięcia.

Kiedy okoliczności nie pozwalają osobie przebyć pierwsze miesiące w położeniu poziomém, to należy się starać o to, ażeby cierpieni

zmniejszyć przez stósonnie i łagodnie założoną opaskę, np. w postaci T, która nie dozwala macicy wystąpić z szczeliny sromowej. Równocześnie można jeszcze wprowadzić do pochwy gąbkę, aby macicę utrzymać dość wysoko; tylko należy gąbkę częściej czyścić i zmieniać. Krążki maciczne można tylko wtenczas wprowadzać do pochwy, kiedy osoba nosiła takowe już poprzednio i tym sposobem jest przyzwyczajoną do drażnienia, jakie one sprawiają.

Przy uwięźnieniu najważniejszą jest rzeczą mieć oto staranie, aby opróżnić pęcherz moczowy i odbytnicę, i jak najspieszniej odłożyć macicę w sposób powyżej opisany. Jednakże nawet w wypadku pomyslnym operacyi przychodzi bardzo często poronienie, ponieważ wśród takich okoliczności operacya jest zawsze gwałtowną i przy niej macica podlega łatwo szkodliwemu naciskowi. Jeżeli się odłożenie okaże niemożliwem, to wskazanem jest wywołanie sztucznego poronienia. Gdyby wypadła macica była już tak wielką, iżby się już wcale nie dała odłożyć, natenczas trzebaby chorą zatrzymać w łóżku i wypadły organ chronić od szkodliwych wpływów zewnętrznych. Zapalenie i poronienie wymagają leczenia, o którym w miejscach dotyczących będzie mowa. Przedłużone wargi maciczne trzeba po dostatecznym rozszerzeniu się ujścia wsuwać podczas porodu ponad posuwającą się część dziecka, aby zapobiedz uwięźnieniu. Nadto jest rzeczą bardzo ważną, aby położnica, która temu cierpieniu podlegała przed ciążą lub podczas niej, jak najdłużej pozostała w łóżku, żeby o ile możności nie dopuścić przynajmniej pogorszenia się tego cierpienia.

4. Wynecowanie się macicy podczas porodu (*inversio uteri sub partu*).

Wynecowanie się macicy (*inversio uteri, metranastrophe*¹⁾ przedstawie tego rodzaju zбочenia w postaci i położeniu macicy, przy którym powierzchnia wewnętrzna i zewnętrzna przewracają się częściowo lub zupełnie i dno macicy doznaje mniej lub więcej głębokiego lejkowego wtłoczenia (*depressio, intussusceptio uteri*); albo też w wyższym stopniu cierpienia wchodzi wewnętrzna powierzchnia macicy do ust macicznych (niezupełne wynecowanie się—*inversio uteri incompleta*), albo wreszcie przedostaje się przez takowe zupełnie tak, iż

1) Ἡ αναρροφη.

powierzchnie jamy macicznej naokoło dotykają ścian pochwowych przedstawiając zamkniętą kulę, umocnioną górą w końcu pochwy; kula ta jest tylko od strony jamy brzusznej przystępną dla pętlic jelitowych, a najwyższą położoną granicę macicy tworzą natenczas usta maciczne (zupewne wynicowanie się macicy—*inversio uteri incompleta*). Jeśli do wynicowania się macicy przystępuje także zupełne wynicowanie się pochwy, tak iż przed zewnętrznymi częściami płciowymi nie tylko wewnętrzne powierzchnie macicy, ale i wewnętrzne.

Fig 18.

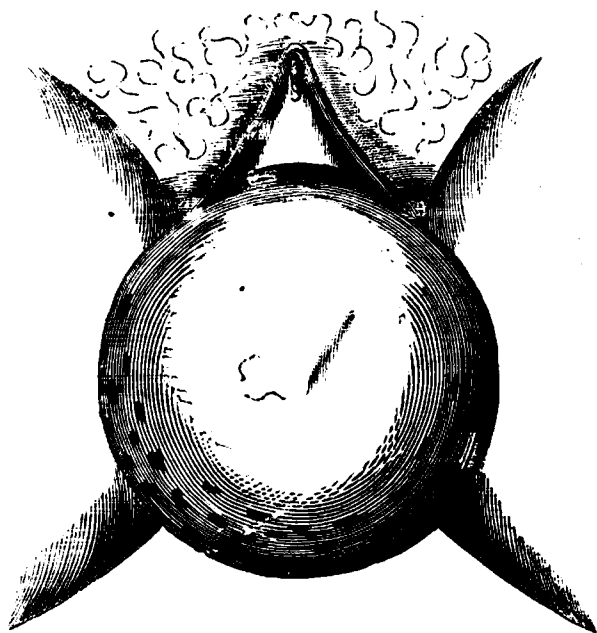


Fig. 18. Wypadnięcie wynicowanej macicy według Boivin et Dugès.

powierzchnie pochwy leżą częściowo lub zupełnie, to stan tego rodzaju nazwano w wypadnięciem wynicowanej macicy (*prolapsus uteri inversi*).

Każde wynicowanie się może albo powstać ostro, albo też dopiero z wolna wytwarzać się coraz wyraźniej po kilku miesiącach skutkiem długotrwałego ciśnienia tętnicy brzusznej. Nas obchodzą tutaj przede wszystkim świeże wynicowania się, które zachodzą podczas

okresu występowania łożyska. Wynecowania się macicy następują tylko wtenczas, kiedy się macica pozbywa szybko swęj zawartości i kiedy ściany jęj są nader wielkie. To tęż dostrzegamy ich zwykle w okresie występowania łożyska, rzadziej w pierwszych chwilach połogowych i tylko nader rzadko, kiedy się ukleje maciczne dostają do pochwy, albo kiedy przekłóto ścianę maciczną przy krwisteku (*haemometra*) lub przy wodosteku macicznym (*hydrometra*).

Wynecowania się macicy w okresie występowania łożyska i w pierwszych godzinach połogowych mają w położnictwie bardzo wielkie znaczenie z powodu niebezpieczeństwa, jakie pociągają za sobą.

Do przyczyn wynecowania się macicy liczymy albo mechaniczną siłę działającą zzewnątrz lub wewnątrz na dno maciczne, albo nacisk tłoczni brzusznej, albo częściowe porażenie miejsca przyczepu łożyska, albo prawdopodobnie także nieregularne kurcze dna macicznego z zupełném zwiotzeniem ciała i szyjki macicznej.

Mechaniczna siła, działająca podczas porodu na wewnętrzną powierzchnię macicy, nie jest zapewne sama przez się zdolną wywołać wtlóczenie lub wynecowanie się macicy. Przy położeniu miedniczém płodu nie może żadne wtlóczenie macicy powstać podczas ciąży ani jedynie skutkiem znacznej krótkości bezwzględnej w pępowinie, ani skutkiem względnej krótkości powstałej z powodu owinięć.

Podczas porodu dzieci w położeniu miedniczem wtlóczenie macicy nie wytwarza się zapewne nigdy skutkiem napięcia pępowiny podczas bólów porodowych, lecz tylko skutkiem szybkiego i niezręcznego wyciągania płodu podczas przestanku w bólach porodowych, albo przy niezupełném porażeniu macicy.

W okresie występowania łożyska ma się do wynecowania macicy przyczyniać najwięcej niezgrabne pociąganie za pępowinę, albo za łożysko zbyt mocno przyczepione. Tak smutne następstwa pociąga jednakże niezręczna pomoc tylko wtenczas, kiedy się macica znajduje w powyżęj opisanym stanie porażenia; pociągając bowiem za pępowinę lub łożysko, kiedy macica jest skurczoną, dostrzegamy, że takowe odrywa się kawałkami, a pępowina się rozdziera, zanim się wytworzy wynecowanie się macicy. Jak zaś łatwo przychodzi do wynecowania się macicy, kiedy ta jest w stanie porażenia, przekonać się można przy rozcięciu macicy u zmarłych, przyczém zjawisko powyższe występuje zawsze, jeśli łożyska nie oddzielamy z jak największą ostrożnością.

Jeśli tedy wewnętrzną powierzchnią macicy pociągamy przez zbyt mocno przyłączone łożysko, natenczas cierpienie to powinno zwykle powstać tylko wtenczas, kiedy je poprzedziło zaburzenie w kurczach istoty macicznej.

Skutkiem ciśnienia, działającego przez powłoki brzuszne na zewnętrzną powierzchnią macicy, przychodzi tylko wtenczas do wyciwania się, kiedy usta maciczne są jeszcze szerokie i szyjka maciczna wraz z sklepieniem pochwowym jest dostatecznie przymocowaną do sąsiednich organów i do przepony miednicznej (*diaphragma pelvis*).

Cierpienie to miało dość często być skutkiem przykładania na podbrzusze worków, wypełnionych piaskiem, które dawniej robiono dla zatrzymania krwotoku.

Podobnie jak mechaniczne wpływy zewnętrzne, uważa się także gwałtowne skurcze tłoczni brzusznej za bardzo ważną przyczynę wyciwania się macicy. Skurcze te mogą nie tylko brać udział w każdym inném szkodliwém działaniu, ale nadko mogą nawet same, chociaż nie pociągamy wcale ani za łożysko, ani za pepowinę, spowodować różne stopnie wyciwania się macicy, jak tego dowodzą najwyraźniej wypadki dostrzeżone przez Carusa, Meissnera, Levreta, Radforta, Hohla i innych.

Dno macicy, kiedy przytém szyjka jest wiotka i ujście wewnętrzne jest rozszerzone, ma skutkiem silnych bólów porodowych powodować częściowe lub całkowite wyciwanie się macicy, jak to widzieli Edward, Ashwell, Veit, Hohl, Trousseau ¹⁾ i inni. Jednakże nie jest jeszcze zupełnie pewną rzeczą, że cierpienia te powstają tylko przez nieregularne skurcze macicy saméj. Jest raczej rzeczą prawdopodobniejszą, że główną przyczyną wyciwania się macicy, występujących w okresie łożyskowym dobrowolnie bez wpływów mechanicznych, działających z zewnątrz lub wewnątrz, jest częściowe porażenie miejsca, przyczepu łożyskowego, które najpierw ocenił należycie Rokitański i które się da dowieść jeszcze na trupie.

W wypadkach dostrzeżonych przez Rokitańskiego, Betschlera, Meigsa ²⁾, Merrimana ³⁾, Chiariego i Brauna nie można było sobie innego wynaleźć wytłumaczenia.

1) Gaz. des Hôp. Nr. 105. 1855.

2) Obstetries: the science and the art. Philadelphia 1849. p. 350.

3) Med. Times 1851. Juli.

Hohl ¹⁾ uważa skurcze dna macicznego za konieczny warunek, aby się mogło wytworzyć wycisnienie się macicy, a Krause ²⁾ tłumaczy to sobie z kurczenia się mocnej wiązki mięśni, która w osi podłużnej macicy przebiega po jej przedniej i tylnej powierzchni, przechodzi do pochwy i tam znajduje dla siebie punkt oparcia.

Na trupie nie da się rozróżnić wycisnienia się macicy dobrowolne od powstałego gwałtownie.

Z każdym wtłoczeniem i wycisnieniem się macicy jest połączone mniejsze lub większe niebezpieczeństwo. Wtłoczenie macicy, które występuje tak po porodach odbytych w prawidłowym czasie, jak po poronieniach pociąga za sobą często krwotok kończący się śmiercią, jeśli się nie uda wcześniej usunąć porażenia częściowego w miejscu przyczepienia się łożyska. Skoro się macica wywróci zupełnie, natenczas krwotoki są bardzo często także niebezpieczne, ale niekiedy nie pojawiają się wcale i chora umiera skutkiem wstrząśnienia systemu nerwowego, spowodowanego przez wycisnienie się, a wstrząśnienie to poznać można po szybkim tętnie, niespokojnym oddychaniu, po braku przytomności, wymiotach i t. d.; albo też umiera skutkiem uwięznięcia pętlic jelitowych, które się dostały we wtłoczony przestwór macicy. Skoro powyższe cierpienie trwa czas dłuższy, następuje zapalenie i zgorzelina macicy, zatrzymanie się moczu i zaparcie stolca, i śmierć wśród objawów ropnicy; tylko zaś w nader rzadkich wypadkach wydarza się, że wycisnienie się macicy trwa dłuższe lata i wewnętrzna powierzchnia macicy, leżąca przed zewnętrznymi częściami płciowemi, przybiera barwę podobną do barwy skóry.

Do nieuniknionych skutków każdego wycisnienia się macicy zaliczają bolesność przy spółkowaniu, obfite wydzieliny miesięczkowe, upławy białe i niepłodność; Meigs ³⁾ przytacza jeden tylko wypadek, w którym przy wycisnieniu się macicy nastąpiło nawet zajście w ciążę.

Rozpoznanie wycisnienia się macicy jest połączone z mniejszymi lub większymi trudnościami stósownie do tego, czy powstaje nagle czy też przewlekłe. Jeśli po zupełnym wycisnieniu się macicy łożysko pozostaje jeszcze w połączeniu z macicą, natenczas przez

¹⁾ Lehrbuch etc. p. 802.

²⁾ Die Theorie u. Praxis. Berlin 1853. II. cz. p. 177.

³⁾ Woman, her diseases and remedies. Philadelphia 1854. Ed. 3. p. 251.

zewewnętrzne części płciowe wydostaje się jego mniejsza lub większa część; przy obmacywaniu zaś i opukiwaniu podbrzusza nie znajdujemy onej twardej kuli, dającej się wysledzić po porodzie dziecka, za to natrafiamy ponad wejściem miedniczem części jelit i pęcherz moczowy.

Kiedy zaś przy zupełnym wyciowaniu się macicy łożysko się już oddzieliło, wtedy na pierwszy rzut oka można rozpoznać wewnętrzną powierzchnią macicy po jej ziejących otworach naczyń. Jeśli do wyciowania się macicy nie przyłącza się równocześnie jej wypadnięcie, to przy badaniu stósownie do upłynionego czasu ciąży znajdujemy mniejszy lub większy guz, który jest okrągły i dołem szeroki, nigdzie nie da wysledzić otworu przystępnego dla palca, a naokoło otoczony jest pochwą; po opróżnieniu zaś pęcherza moczowego da się przy opukiwaniu wysledzić ton bębnowy zaraz ponad spojeniem łonowém i na całej rozległości podbrzusza.

Na mocy tych objawów odróżnia się zupełne wyciowanie się macicy od niezupełnego wypadnięcia macicy bez wyciowania się tym sposobem, iż przy ostatnim guz jest ku dołowi węższy, posiada dostępny otwór i jest osłonięty błoną śluzową pochwy; od ukleja zaś, występującego z macicy nieciążarnéj, odróżnia się już przez anamnezę, a obiektywnie jeszcze przez to, że ukleję nie pociąga za sobą pochwy, że wprowadzając przy ukleju odwrotnym końcem męzki cewnik nie można się nim dostać nigdy do środka guza, jak przy wyciowaniu się macicy, że ponad uklejem można przez usta maciczne daleko wdążyć ślednik i przez obmacywanie da się wyczuć ponad wejściem miedniczem wzniesioną macicę, że wreszcie ukleję przy dotykaniu jest nieczuły, i że mu towarzyszą krwotoki w odstępach zupełnie nieregularnych.

Wtłoczenie dna macicznego w postaci pucharowego zagłębienia da się z uiejaką pewnością rozpoznać po tém, że się pojawiają krwotoki, że wprowadzając palec wskazujący przez szyjkę maciczną natrafia się na oporną powierzchnią nierówną, że palcami przyłożonemi do powłok brzusznych lub wprowadzonemi przez odbytnicę da się wymacać wklęsłość wistocie macicznej, że cewnik wprowadzony odwrotnym końcem do pęcherza moczowego dosięga mniej więcej środka wysledzonej wklęsłości, że to cierpienie znika po kilku tygodniach albo przechodzi w ropnicę.

Zwyczajne wtłoczenie macicy odróżnia się wymienionemi powyżej objawami także od ukleja opuszczającego się do pochwy, przez to, iż ten jest nieczuły, że mu towarzyszy guz sterczący ponad wejście miednicze, który ślednikiem da się aż do końca dosięgnąć,

że się rozwija przewlekłe i że przy wprowadzeniu ślednika nie natrafiamy żadnej nieprawidłowości.

Co się tyczy powstawania wycicowań się macicy, to dają się one z anamnezy zwykle odnieść do czasu połogowego, co po większej części nie można powiedzieć o uklejach.

Rokowanie przy wycicowaniu się macicy jest zwykle niepomyślnem i zależy od stanu porażenia w pewnej części macicy, a nie zawsze od stopnia wycicowania się. Im się łatwiej, zupełniej i wcześniej uda odprowadzić macicę, tém większą jest w ogóle nadzieja dla chorój, chociaż ugniecenia pęcherza moczowego, jajników i pętlci jelitowych, które przytém powstają, mogą także później wywołać znaczne szkody.

Leczenie każdego nagle powstałego wycicowania się zupełnego macicy, polega na tém, aby jak najspieszniej wprawić ją w jej prawidłowe położenie. Celem odłożenia macicy układamy pacjentkę w położeniu poziomem i podwyższamy okolicę krzyżową, aby zmniejszyć ściąganie się ujścia macicznego i bolesność usypia się ją chlorkiem; potém wywieramy nacisk przez przyłożenie na dno maciczne palcy stożkowato złożonych albo téż w postaci koła ustawionych na miejsca wycicowane, przyczém równocześnie albo obejmujemy dłonią dno maciczne, albo zachwytyjemy w około ciało maciczne obiema rękoma i wypychamy dno maciczne oboma palcami wielkimi (Meissner ¹⁾, Hohl ²⁾), albo téż usuwamy ku górze tylną wargę maciczną. Tym sposobem odwracając nazad (*reinvertio*) macicę należy przytém ustalić tę jej część, która się da dosięgnąć przez ściany brzuszne. Stósownie do rozmaitości wypadku dosięgniemy celu raz przez ten, drugi raz przez ów rękoczyn. Dopóki całe łożysko albo pojedyncze zrazy tylko pozostają w połączeniu z macicą, należy bezwzględnie odkładać zawsze macicę wraz z łożyskiem i dopiero po prawidłowém odłożeniu macicy ukończyć oddzielenie łożyska; oddzielenie bowiem łożyska od wycicowanej macicy pociąga za sobą zwykle śmiertelne upływy krwawe.

Jest rzeczą jasną, że przy wycicowaniu się, które powstało nagle, odłożenie ułatwia się przez opróżnienie pęcherza moczowego i odbytnicy, jako téż przez zalecenie chorój, aby się nie wydymała.

1) Forschungen des 19 Jahrhunderts. 5 cz.

2) Vorträge i t. d. p. 436.

Skoro się udało odłożenie, należy rękę tak długo zatrzymać w macicy, aż nie nastąpią mocne skurcze, które się da najlepiej wywołać przez to, że się obok ręki wprowadza do macicy gruby cewnik elastyczny i wstrzykuje zimną wodę na krwawiące miejsca łożyskowe.

Kiedy zaś macica się skurczyła dostatecznie, to celem powstrzymania takowej i celem trwałego zatamowania krwotoków, zalecali Wellenbergb, Stein ¹⁾, Diday ²⁾, Slymann ³⁾, Kilian ⁴⁾, wprowadzić pęcherz do jamy macicznej.

Braunowi ⁵⁾ wystarczał do tego samego celu, pęcherz kauuczukowy (kolpeurynter), który wypełniwszy wodą lodową wprowadzał go po kilka razy do pochwy i do części szyjki macicznej, przyczem ręką spoczywającą na ścianach brzusznych badał dokładnie skurczenia się kuli macicznej. Pomyślność tych doświadczeń Brauna stwierdził także Scanzoni ⁶⁾.

Nieznaczne stopnie wtłoczenia dają się niekiedy odwrócić nader łatwo za pomocą palca wprowadzonego do odbytnicy.

Jeżeli zaś mimo największej staranności nie uda się odłożyć macicy z powodu mocno ściągniętych ust macicznych, co zachodzi zwykle po kilkodniowym cierpieniu, natenczas według spostrzeżeń Ritgena ⁷⁾, Mendego, Rusta, Radforda, Scanzoniego, Kiliana i innych mają operacją nadzwyczaj ułatwiać nacięcia zewnętrzne ujęcia macicznego; dają się one jednakże wykonać tylko w tych rzadkich wypadkach, w których wynicowanie się macicy występuje równocześnie z zupełnym wypadnięciem i wynicowaniem się pochwy.

Przy równoczesnym wypadnięciu wynicowanej macicy należy odwracanie (*reïnversio*) rozpocząć najprzód od macicy i potem przejść na pochwę. Przeciwno niezupełnemu wynicowaniu się i wtłoczeniu macicy, które trwają już długo, albo się rozwijały przewlekłe, i szyjka nie przepuszcza już kilku palcy, proponowano zastosowanie

¹⁾ Reflex. sur l'implant. de l'arrière-fait sur le col de la matrice. A la Hye. 1849.

²⁾ Monthly Journ. Edinburgh 1850.

³⁾ Gaz. méd. de Paris 1849. p. 68.

⁴⁾ Opérationslehre p. 149.

⁵⁾ Klinik i t. d. p. 132.

⁶⁾ Lehrb. 2. Ed. p. 522.

⁷⁾ Anzeigen der mech. Hülfeu p. 231.

przyrządów podobnych do laseczek. Tak używał Champion ¹⁾, laseczkę fiszbinową z guzikiem z kości słoniowej, Osiander cążek uklejowych opatrzonych w gąbkę, Löffler ²⁾ podpory macicznej zrobionej na podobę rurki macicznej, El. Siebold ³⁾ i Kiwisch zwyczajnej rurki macicznej. Zdaniem Brauna zwyczajny stępel wziernika macicznego albo laseczka gutaperkowa, zalecane przez El. Siebolda i Dépaula ⁴⁾, mogą wprawdzie przy niezupełnem wynicowaniu się macicy ułatwiać niekiedy operacją, jednakże nie ulega wątpliwości, że pomyślne wypadki uleczenia da się w wypadkach ostrych osiągnąć daleko pewniej za pomocą odłożenia ręcznego przez odbytnicę lub pochwę, za pomocą miejscowego zastosowanie zimna, a w krwotokach pochodzących od wtłoczenia ściany macicznej, wywołanego przez przewlekłe częściowe porażenie, za pomocą przyżegań macicznej błony śluzowej kamieniem piekielnym.

Jeśli wynicowanie się macicy nie da się odnieść do czasu położowego, lecz raczej zależy od występującego ukleja, natenczas przed każdą próbą odłożenia macicy należy uklej oddalić albo za pomocą odcięcia albo za pomocą przewiązania.

Gwałtownego zapalenia, a nawet zgorzeli i znacznego osłabienia nie powinno się bynajmniej uważać za przeciwwskazania do odkładania macicy, wynicowanej podczas porodu lub w położu.

Jeśli się okażą bezskutecznymi próby starannie i kilkakrotnie wykonywane celem odłożenia macicy, to macicę wypadłą i wynicowaną powinno się podeprzeć za pomocą wieszadła i pojawiające się od czasu do czasu krwotoki zwalczać za pomocą zimna.

Co się tyczy odjęcia wynicowanej macicy, to w 20 operacjach, wykonanych celem usunięcia tego dla chorych nieznosnego stanu, zmarły tylko trzy osoby (Breslau ⁵⁾. Z powodu omyłki wyjęto bez wątpienia nieraz całą macicę. W miejsce odjęcia wynicowanej macicy zaleca Thomas ⁶⁾ zrobić nacięcie powłok brzusznych aż do wtłoczonego lejka przytykającego do tychże, pierścien ścieśniający rozszerzyć bezpośrednio narzędziem i potem spróbować, czy się nie

1) Dict. d. Sc. méd. p. 488.

2) Frauenkrankheiten t. II. p. 374.

3) Rusta Handbuch der Chirurgie.

4) Gaz. des Hôp. Nr. 135, 1851.

5) De totius uteri exstirpatione, München 1852.

6) Amer. J. of Obst. Vol. II. 423.

uda odłożenie. W jednym wypadku, operowanym w sposób powyższy, udało się macię odłożyć, i chora wyzdrowiała mimo przedziurawiającego rozdarcia w pochwie, które powstało przy operacyi.

W czasie połogowym należy po szczęśliwem odłożeniu macicy zalecić, ażeby chora spokojnie leżała na boku, zakazać wszelkiego gwałtownego ciśnienia na powłoki brzuszne, usuwać napady kaszlu lub wymiotów, ułatwiać wydzielenie moczu i łajna, następnego dnia po operacyi oddalić z pochwy wszelkie ciała obce, wywoływać długo trwałe skurcze macicy za pomocą sporyszu, odpowiednią dyjetę i zapalenia usuwać odpowiedniami środkami przeciwzapalnymi.

Z dzieł dotyczących tego przedmiotu wspominam tu jeszcze: Veit, *Krankh. d. weib. geschlechtsorgane. Erlangen 1867. p. 342.*—Scanzoni, *Beitr. zur Geb. u. Gyn. t. V. p. 83.*—M. Duncan, *Researches in Obstetrics. Edinb. 1868. p. 374.*—W. A. Freund, *Zur Pathologie u. Therapie der veralteten Inversion uteri etc. Breslau 1870.*

5. ścieśnienie i zarośnięcie ust macicznych (*stenosis et atresia oris uteri*).

Literatura: W. J. Schmitt, *Heidelb. Kl. Annalen I. p. 537.*—Lachapelle, *Prat. des acc. t. 3. p. 298.*—F. C. Naegele, *Heid. Kl. Ann. III. p. 492.*—H. F. Naegele, *Mogostokia e congl. orif. ut externi. Comment. Heidelb. 1835 i Med. Annal. 1836. II. p. 185 i 1840 VI. p. 33.*—*Discussion üb. d. Congl. orif. auf d. Naturforschervers. in Mainz, Neue Zeitschr. f. Geb. t. 14. p. 143.*—Genth, *tamże t. 29. p. 118.*—Arneth, *Die geb. Praxis. p. 64.*—Credé, *Klin. Vortr. I. p. 143.*—E. Siebold, *M. f. Geb. t. 14. p. 96.*—Roth, *M. f. g. t. 19. p. 144.*—Martin, *tamże p. 254.*—Wachs, *tamże t. 30. p. 46.*—Chiari, Braun u. Spaeth, *Kl. d. Geb. p. 226.*—Schroeder, *Sch. Geb. u. Woch. p. 80.*—Winkel, *Path. d. Geb. p. 155.*—Cazeaux-Tarnier; *Traité d. accouch. 7. éd. Paris 1867. p. 704.*—Kuhu, *Wien. med. Jahrb. 1870. t. XX. z. II. p. 24.*—Kleinwächter, *Prager Vierteljahrschr. 1870. t. III. p. 109.*—Salisbury, *Boston m. and s. J. 24 April 1870.*—Zweifel, *Arch. f. Gyn. V. p. 145.*—Becker, *Bair. ärztl. Int. Bl. 1873. N. 27.*—Depaul, *Gaz. méd. de Paris 1860. N. 22.*—Arneth, *Geb. Praxis. p. 66.*—Hayn, *Berl. Kl. Woch. 1870. No. 10.*—Kleinwächter, *Prager Vierteljahrs. 1870. t. III. p. 110.*—Latz, *Berl. Klin. W. 1870. No. 35.*

Ponieważ przy zupełném zarośnięciu ust macicznych nie może nastąpić poczęcie, przeto wypadki zarośnięcia, które dostrzegamy podczas porodu, mogły się były wytworzyć tylko podczas ciąży.

Najczęściej zachodzi tylko powierzchowne zlepienie zewnętrznych ust macicznych (*conglutinatio orificii externi*), dające się łatwo rozdzielić, którego przyczyną jest proces zapalny warg macicznych skutkiem śluzotoku (*blennorrhœa*). W razie takim spostrzegamy, że podczas porodu przodująca główka spycha dolny odcinek macicy aż do wyjścia miedniczego i coraz więcej go ścieńcza. To ścieńczenie może być tak znacznem, że się zdaje jakobyśmy przed sobą mieli główkę pokrytą tylko błonami jajecznymi. Dopiero po dokładniejszym badaniu da się miejsce ust macicznych wymacać jako mały, miękki dołeczek, zwrócony mocno ku tyłowi. Jeśli podczas bólu porodowego ciśniemy mocno palcem albo ślednikiem macicznym na ów dołek, to rozwierają się nagle usta maciczne, lekko tylko zlepione, rozszerzają się po większej części zaraz szybko i całkowicie i przebieg porodu nie doznaje następnie żadnej przeszkody. Nieraz udaje się nawet samym bólom porodowym rozerwać owo zlepienie. W razach tylko wyjątkowych po rozerwaniu zlepienia rozszerzają się usta maciczne tylko w części i pozostają niepodatne, tak iż później jeszcze okazują się potrzebnymi nacięciami.

Rzadko kiedy jest w bezpośredniem otoczeniu wewnętrznego ujścia zrośnięcie macierzystych i płodowych błon jajecznych tak mocném, żeby się dolny odcinek macicy nie mógł zsunąć po jaję. Przez oddzielenie zrośnięć palcem, albo przez przekłucie pęcherza płodowego umożliwia się rozszerzenie się ust macicznych ¹⁾. Zresztą w wypadkach tego rodzaju pękają często-dobrowolnie w wewnętrzném ujściu zewnętrzne błony jajeczne (błona doczesna i kosmówka), zrosłe zbyt mocno, tak iż obie wraz z dolnym odcinkiem macicy zesuują się po wodówce, która sama tylko tworzy wypuklający się pęcherz płodowy. Na wydzieloném jaję znajdujemy potem worek wodówki oddzielony od wewnętrznej powierzchni kosmówki na bardzo wielkiej przestrzeni.

Rzadszem jeszcze od zlepienia jest rzeczywiste bliznowate zarośnięcie ust macicznych podczas ciąży. Następuje ono

¹⁾ Zob. Eichstaedt, Zeug. Geb. u. Woch. etc. Greifswald 1859. p. 70.—Hecker, Kl. d. Geb. I. p. 119.—Neumann, Ueber die Anzeig. z. künstl. Sprengen d. Eihäute. D. i. Halle 1869, i Barnes, Obst. Operations. 2. ed. 1871. p. 80.

skutkiem zapaleń szyjki macicznej, niekiedy także skutkiem przyżegań. W takim położeniu wyczuwamy wyraźnie, że usta maciczne są zamknięte przez bliznowate sznurki. Jeśli pomoc sztuczna nie nadejdzie wcześniej, to rozdziera się przednie sklepienie pochwy. Aby temu zapobiedz, trzeba wykonać krwawe otworenie miejsca zarosłego za pomocą bisturo lub nożyczek.

Zresztą bliznowate zamknięcie ust macicznych jest częściej nie zupełnym, tak iż pozostają mniej lub więcej delikatne otworki i możliwem jest poczęcie, chociaż takowe jest utrudnionem z powodu ścieśnienia ujścia macicznego. Ścieśnienia tego najczęstszą przyczyną jest owrzodzające zapalenie w czasie połogowym. Leczenie jest takie samo, jak powyżej.

Ścieśnienie, albo raczej niedostateczna rozciągliwość ust macicznych, może nadto być spowodowana przez inną nieprawidłową budowę ich utkania. O stwardnieniu wywołanem przez nowotwory pomówimy później, a tutaj ograniczymy się tylko na zwyczajnej twardości (*rigiditas*) ust macicznych. Przyczyną takowej są przewlekłe zapalne procesy macicy i mianowicie jęj szyjki. Szczególnie często znajdujemy tę nieprawidłowość u starszych mnogoroźdzących, u których można było już podczas ciąży wyraźnie stwierdzić znaczne przedłużenie i zgrubienie szyjki (w wysokim stopniu n. p. kiedy dawniejsze wypadnięcie macicy zostało usuniętem dopiero przez ciążę). Wewnętrzne ujście maciczne da się po większej części dość łatwo rozepchnąć, zgrubiałe zaś zewnętrzne mimo usilnych bólów porodowych rozszerzają się tylko do pewnego stopnia, a wśród okoliczności może się nawet oderwać warga, a niekiedy także cała część pochwy macicy (zob. niżej przy rozdarciu się macicy). Za pomocą kilku śmiałych nacięć, dokonanych bisturem guzikowatym albo wygiętymi nożycami, da się prawie zawsze przeszkodę usunąć. Dobrowolnemu zaś rozszerzeniu się stwardniałych ust macicznych można przyjść bardzo skutecznie w pomoc przez ciepłe wstrzykiwania, mianowicie gdy się takowe spostrzeże zaraz na początku porodu.

Właśnie przy przerosłej szyjce macicznej wydarzają się najłatwiej wylewy krwawe do choręj tkanki, które dochodząc do znacznej wielkości tworzą tak zwane zakrzepy w szyjce macicznej i mogą same przez się utrudniać przebieg porodu.

6. Zapalenie macicy ciężarnej.

α) Zapalenie błony doczesnej (*endometritis decidua*).

Przez zagnieżdżenie się zapłodnionego jaja w błonie śluzowej macicy doznaje błona ta tak silnego podrażnienia, że się wytwarza z niej prawidłowa błona doczesna.

Wśród pewnych okoliczności (np. kiedy już przed poczęciem istniało zapalenie wnętrza macicznego, którego przyczyną może być także innego rodzaju pobudka, jak przymiot), może owo podrażnienie w błonie śluzowej dojść do nieprawidłowo wysokiego stopnia.

Skutki téj zwiększonej czynności twórczej są rozmaite w miarę przebiegu i charakteru podrażnienia zapalnego.

Podrażnienie zapalne może wystąpić ostro, sposobem gwałtownym (Sławjansky ¹⁾ poszukiwał to dokładnie przy cholercze), i doprowadza wtenczas z powodu udarów w błonach jajecznych albo do szybkiego poronienia, albo do zmarnienia jaja i zamienienia się tegoż w tak zwany zaśniad krwawy lub mięsny.

Jeśli zapalenie przybiera charakter więcej przewlekły, natenczas może mniej więcej przedstawiać trzy następujące rodzaje przebiegu.

1) Przewlekłe rozlane zapalenie błony doczesnej
(*endometritis decidua chronica diffusa*).

Literatura: H. Müller, *Bau der Molen* p. 80.—Hegar, *M. f. G. t. 21. Suppl. p. 12.*—Klebs, *M. f. G. t. 27. p. 401.*—M. Duncan, *Bes. in obstetrics. p. 290.*—Pani Kaschewarowa, *Virchows Archiv, 1868. t. 44. p. 103.*

Bujanie komórek błony doczesnej jest przewlekłe i rozprze-strzenia się po całej błonie śluzowej; błona zagięta może w tém także brać udział. W wyższych stopniach cierpienia, odróżniających się pod względem formy od następnej tylko jednostajnym zajęciem błony doczesnej, może płód zmarnieć i skutkiem tego nastąpić poronienie. Bez wątpienia może poronienie przyjść także jedynie skutkiem zapa-

¹⁾ Arch. f. Gyn. IV. p. 285.

lenia błony śluzowej, działającego drażniąco na nerwy maciczne. Zgrubiała błona śluzowa wskazuje bardzo dużo wielkich komórek błony doczesnej; albo też bujanie posiada budowę więcej jamistą, mianowicie w głębszych pokładach. W przewlekłej zapalnej błonie doczesnej zachodzą także torbiele ¹⁾. W innych wypadkach przebiega przewłóknienie (*hyperplasia*) błony śluzowej jeszcze więcej przewlekłe, odżywianie jaja nie doznaje żadnego zaburzenia, ciąża dosięga prawidłowego kresu i zapalenie da się rozpoznać tylko przy badaniu dojrzałych błon jajecznych. W zgrubiałych błonach jajecznych dojrzałego płodu znalazła pani Kaschewarowa nie tylko bujającą tkankę łączną i komórki błony doczesnej, ale także nowo wytworzone gładkie włókna mięsne. Zapalne zgrubienie często nie rozszerza się jednostajnie po całym obwodzie jaja, lecz niekiedy ogranicza się na pojedyncze jego części.

Uwaga. Vom Hofe ²⁾ opisuje kilka błon doczesnych, które tworzą przejście do formy następnej; zapalenie bowiem przewlekłe doprowadziło do wytworzenia się wyniosłości, które dochodząc aż do wielkości ziarna pszenicznego albo nawet większe, sterczyły ponad powierzchnią błony śluzowej.

Bujanie błony doczesnej jest nierzadko także wtórnym, spowodowanym przez śmierć płodu i zanik jaja. Mianowicie zachodzi ono wtenczas, kiedy jaje po zmarnięciu płodu pozostaje jeszcze dłuższy czas w jamie macicznej i nie pojawiają się żadne znaczniejsze krwotoki ³⁾.

2) Głzowate i uklejowate zapalenie błony doczesnej (*endometritis decidua tuberosa et polyposa*).

Literatura: H. Müller, *Bau der Molen, Würzburg 1847 p. 33.*—R. Virchow, *Virchows Archiv. 1861. t. 21. z. 1. p. 118 i die krankh. Geschwülste t. II. p. 478.*—Strassmann, *M. f. G. t. 19. p. 242.*—Gusserow, *M. f. G. t. 27. p. 321.*—Dohrn, *M. f. G. t. 31. p. 375.*—Haselberg, *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. t. I. p. 34.*—Vedeler, *Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht für 1871. II. p. 560.*

Tu dotąd należące jaja zostały wydzielone w końcu drugiego miesiąca aż do początku czwartego miesiąca i wskazywały charakterystyczne zmiany w błonie doczesnej.

¹⁾ Zob. Hegar *M. f. G. t. 21. Suppl. p. 14* i *Virchows Archiv 1871. t. 52. p. 161.*

²⁾ Ueber Hyperplasie der Decidua. *D. i. Marburg. 1869.*

³⁾ Zob. Duncan, w miej. przyt. p. 293.

Zazwyczaj była tylko prawdziwa błona doczesna siedliskiem przewłóknienia, w wypadkach zaś opisanych przez Dohrna i Müllera, w których niedostawało prawdziwej błony doczesnej, błona zagięta w szczególnym znajdowała się bujaniu. Błona doczesna, mianowicie w miejscach odpowiadających przedniej i tylnej ścianie macicznej, jest mocno zgrubiała aż do 4^{mm}, a na powierzchni zwróconej do jaja posiada wielkie wyrostki w postaci garbów albo więcej ukleją, powierzchnia zaś maciczna jest chropowata i pokryta skrze-

Fig. 19.

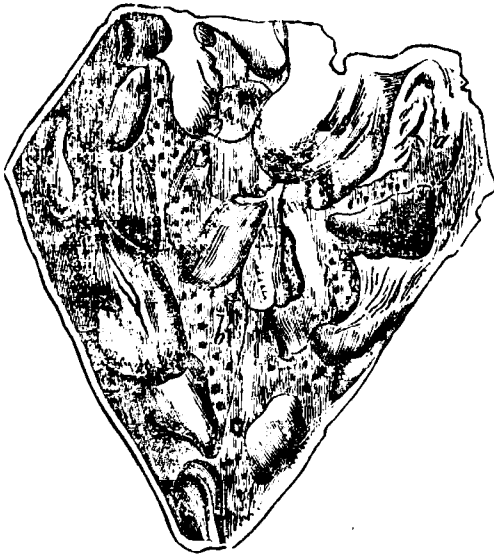


Fig. 19. Guzowate zapalenie błony doczesnej (*endometritis decidua tuberosa*) według Virchowa.

Do jaja zwrócona powierzchnia błony doczesnej wraz z swymi wyniosłościami i a) z drobniejszemi i b) z większemi otworkami gruczołowemi.

pami krwi. Wyrostki przyczepiają się albo szeroką podstawą albo też są więcej szypułkowate na podobę ukleją, dochodzą do 1/2^{''} długości i są prawie tak samo szerokie. Na powierzchni ich, mocniej zaczerwienionej, nie masz otworków gruczołów macicznych, podczas kiedy takowe okazują się nader wyraźnemi w pozostałych częściach błony śluzowej. Przez mikroskop da się rozpoznać, że pierwiastkiem bującym jest śródmiąższowa tkanka błony śluzowej. „W słabo-

włóknistej istocie głównej leżą wielkie, miejscami nader mocno rozwinięte komórki postaci soczewkowatej, które na przekroju prostopadłym przedstawiają się po większej części jako grube wrzeciona" (Virchow). Przytém znajduje się bardzo wiele naczyń w całej błonie śluzowej, mianowicie zaś w grudkach (*papula*).

Ta zmiana błony doczesnej była w opisanych jajach poronnych bez wątpienia zmianą pierwotną. Strzępy kosmówki były tylko w jednym wypadku prawidłowe; w jajku, opisanym przez Virchowa, przedstawiały kolby w postaci grubych wałków z bardzo długimi, ale po większej części delikatnymi wyrostkami nabłonkowymi, w wypadku Gusserowa kończyły się kolbiastymi obrzmiałościami, jaja zaś opisane przez Dohrna i Müllera wskazywały początki wielorakiego śluzaka (*myxoma multiplex*) w kosmkach. Zarodek był tylko w jednym wypadku dobrze rozwinięty, raz zmariał i nie dało się dowieść ani moczówki, ani pęcherzyka pępkowego, a w innych razach nie było zarodka wcale, dwa razy zaś znaleziono zaczątki pępowiny. Przyczyna tego przewłóknienia w błonie śluzowej nie jest zupełnie jasną. W wypadku opisanym przez Virchowa, zachodziła kiła, której nie było w innych wypadkach. Ponieważ jedna z tych kobiet miała blednicę, druga cierpiała bez wątpienia na zapalenie wnętrza macicy, a trzecia zaszła w ciążę krótko po położu, przeto proces powyższy zostaje zapewne w połączeniu z drażnieniem błony śluzowej, które istniało już przed zapłodnieniem. Zmiany zaś w kosmówce oraz w płodzie są wtórne.

- 3) Nieżytowe zapalenie błony doczesnej. Wodociek ciężarnych (*endometritis decidua catarrhalis, hydrorrhoea gravidarum*).

Literatura: Chassinat, *Gaz. de Paris 1858. No 29 etc.* (zob. *M. f. g. t. 15 p. 465.*—C. Braun, *Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1858. No 17. p. 257.*—C. Hennig, *Der Katarrh der innern weibl. Geschlechtstheile. Leipzig 1862. p. 48.* — Hegar *M. f. g. t. 22. p. 299 i p. 437 (porówn. t. 25. suppl. p. 64).*

Przewlekłe zapalenie błony doczesnej, tak samo jak zapalenie błony śluzowej w macicy nieciążarnej, może się objawiać nie tylko bujaniem komórek, ale nadto nieprawidłowemi ich wydzielinami. Jak się zdaje, zbierają się wydzieliny pomiędzy błoną doczesną i kosmówką (w pojedynczych wypadkach zapewne także między kosmówką i wodówką) i przedostawszy się przez błonę śluzową wydzielają się

od czasu do czasu. Większe ilości (dochodzące do 1-go funta i wyżej) tego płynu żółtawego, surowiczego, niekiedy krwią zabarwionego, odchodzą naturalnie tylko w ostatnich miesiącach ciąży, podczas kiedy w kroplach odcieka ten płyn już od trzeciego miesiąca. Najczęściej zachodzi wodociek u kobiet cierpiących na wodnistość krwi (*hydraemia*), u których w ogóle przychodzi łatwiej do mocnych wydzielin surowicznych; w niektórych wypadkach ma się on odbywać w odstępach miesięczkowych ¹⁾.

Skutkiem czynności macicznej, pobudzonej przez wydzielanie surowicy, przerywa się niekiedy ciąża, pospolicie jednakże dosięga prawidłowego kresu.

Rozpoznanie nie jest trudnym, ponieważ wodociek można wziąć tylko za przedwczesny odpływ wody płodowej, który jednakże pociąga za sobą zawsze poród.

Zadaniem leczenia jest usuwać wszelkie wpływy, które według doświadczenia powodują nawały krwi do macicy; zresztą jest ono czysto symptomatycznym.

β) Zapalenie mięszu macicznego (*metritis*).

Zapalenie mięszu samej macicy ciężarnej jest niezawodnie rzadkiem zjawiskiem. Rozszerza się ono najczęściej po całym organie skutkiem nieprawidłowych stósunków w położeniu macicy, mianowicie przy przechyleniu macicy ciężarnej ku tyłowi, albo też jest tylko częściowym ograniczając się na pojedyncze okolice macicy. W razie takim może się zakończyć ropieniem i wytworzeniem się ropniów. Nadto nie jest rzeczą nieprawdopodobną, że niektóre wypadki dobrowolnego rozdarcia się macicy podczas porodu należy przypisać przerwaną ciągłości macicy, skruszałej skutkiem odgranicozonego rozmiękania zapalnego.

Uwaga. Zmiany natury zapalnej znajdujemy nadzwyczaj często w części pochwowej, przynajmniej u ciężarnych z niższych klas ludu. Tak Liewen ²⁾ między 100 ciężarnymi, nie licząc w to lżejszych cierpień, znalazł 55 razy wyraźne owrzodzenia, które jednakże nie wywarły żadnego niepomyślnego wpływu ani na przebieg ciąży ani też na przebieg porodu.

¹⁾ Porówn. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 574.

²⁾ Würzb. med. Z. 1864. t. 5. p. 177.

γ) Zapalenie otrzewnej pokrywającej macicę (*perimetritis*).

Mocno przekrwiony stan, w jakim podczas całej ciąży pozostaje otrzewna osłaniająca macicę, przechodzi nierzadko w częściowe lekkie zapalenia, skutkiem, czego macica ciężarna jest w odgraniczonych miejscach więcej tkliwą, skutkiem czego niekiedy wytwarzają się lekkie płatkowate nawarstwienia. Znaczniejsze wytworzenie się wysięków jest nadzwyczaj rzadkiem, a przejście w śmiertelne zapalenie otrzewnej ogólne następuje zapewne tylko po znacznych obrażeniach.

7. Nowotwory macicy.

α) Włókniaki macicy (*fibromata uteri*).

Literatura: Puchelt, *de tumoribus in pelvi part. imped. Comment. Heidelberg 1840*, p. 116. — Pillore, *Gaz. des hop. 1854*, No 137. — Lehmann, *Nederl. Tydschr. for. Genesk. Maart en April 1854* (*Schmidt's Jahrb. 1855. t. 58*). — Habit, *Zeitschr. d. Ges. d. Wiener. Aerzte 1860*, No 41. — Hecker, *Kl. d. Geb. II*, p. 124 i *M. f. G. t. 26*, p. 446. — Breslau, *M. f. G. t. 25. Suppl.* p. 122. — Guéniot, *Gaz. des hôp. 1864*, No 43. — Tolocznow, *Wiener med. Presse 1869. No 30*. — Magdelaine, *Etudes sur l. tumeurs fibreuses sous-périt. etc. Thèse. Strassbourg 1869*. — Lambert, *des grossesses compl. de myomes utérins. Thèse. Paris. 1870*. Oldham, *Guys Hosp. Rep. Apr. 1844. Vol. III, p. 105. i Vol. VIII, p. 71*.

Włókniaste guzy stósownie do siedliska swego wywierają nader różny wpływ na ciążę.

Podotrzewne włókniaki utrudniają poczęcie i zmieniają przebieg ciąży tylko wtenczas, kiedy są bardzo wielkie. Przy obmacywaniu dają się takowe wykryć łatwo; jednakże czasem można je wziąć za małe części płodowe.

Śródmiąższowe włókniaki utrudniają poczęcie w wysokim stopniu, mianowicie kiedy siedząc w bliskości ujścia wewnętrznego zwięzają takowe. Ciąża następująca w razie takim przebiega niekiedy bez zaburzenia aż do prawidłowego końca, często jednakże pojawia się poronienie lub poród przedwczesny, a nawet może nastąpić dobrowolne rozdarcie się macicy.

Podśluzowe włókniaki, mające już to węższą, już to szerszą podstawę, rzadko tylko pozwalają kobiecie zająć w ciąży. Jeżeli zaś to nastąpiło to pospolicie kończy się ciąża bardzo wczesnie poronieniem, a w nader wyjątkowych tylko razach dochodzi do prawidłowego końca. Jeśli podśluzowy włókniak posiada szypułkę, natenczas mogą podczas ciąży wystąpić bardzo niebezpieczne krwotoki, mianowicie gdy ukłój wychodzi z szyjki macicznej.

Rozpoznanie śródmiąższowych i podśluzowych włókniaków staje w większej części wypadków wiele trudności na przeszkodzie, jeśli się nie miało sposobności badać chorą przed rozpoczęciem się ciąży. W pierwszym czasie ciąży zachodzi to niebezpieczeństwo, że rozpoznawszy włókniaki, kiedy są znacznej wielkości, nie dostrzeżemy ciąży; w ostatnim zaś czasie ciąży włókniaki po największej części wcale się nie dają wyśledzić.

Podotrzewne włókniaki zatrzymują podczas ciąży swą normalną budowę, pozostałe zaś podlegają zwykle mniej lub więcej mocnemu rozmięczeniu, tak iż w ostatecznych wypadkach mogą się nawet zamienić w czerwono-brunatną miazgę.

Podczas porodu mogą się przyczynić do rozdarcia się macicy podśluzowe włókniaki tym sposobem, że przez ciśnienie wywierane bezprzestannie na jedno miejsce ścieńczają utkanie macicy, śródmiąższowe zaś przez to, iż w miejscu ich jest zupełnie przerwanem utkanie. W okresie występowania łożyska sprawiają gwałtowne krwotoki, jeśli ich siedlisko przyczynia się do tego, że miejsce łożyskowe nie może się należycie skurczyć.

Jeśli włókniaki podśluzowe mają wazkie szypułki (ukleje), natenczas mogą zostać zepchniętymi ku dołowi przed przodującą częścią płodu i przy niedokładnym badaniu można je wziąć za takową. W takich razach jest często konieczną pomoc sztuczna, ponieważ trzeba albo dziecko wyciągnąć albo poprzednio usunąć uklej (oddalenie ukleja za pomocą nożyc należy już ze względu na połóg wykonać zawsze, kiedy takowe jest tylko możliwem). Niekiedy rozrywa się szypuła także samowolnie. Zresztą dają się sztucznie oddalić także nie szypułkowate włókniaki podśluzowe, jeśli siedzą w dolnej części szyjki macicznej. Tak wyłuszczyli Danyau ¹⁾, Braxton Hicks ²⁾

1) Zob. Magdeleine, w m. przyt. p. 17.

2) London. obst. Tr. XII. p. 273.

i Wallace ¹⁾ bardzo wielkie tego rodzaju guzy i tym sposobem sprawili, że się poród mógł naturalnym odbyć trybem.

Podotrzewniane włókniaki w wielu wypadkach nie wywołują żadnych zaburzeń podczas porodu. Jeśli jednakże są bardzo wielkie i jeśli nie siedzą na dnie maciczném, lecz głębiej, natenczas zmniejszając wejście miednicy mogą porodowi, nie matce, sprawić trudności. Jeśli wejścia miedniczego nie zamykają zupełnie, natenczas ulegają często tak mocnemu rozmięczeniu, że mimo oczekiwania dziecko bywa przepchniętém obok guza albo przynajmniej da się wyciągnąć, chociaż niekiedy dopiero po zmniejszeniu objętości czaszki (zawsze łatwiejszém jest ręczne wydobyć za nóżki, aniżeli przodującej główki za pomocą kleszczy). W każdym razie jednakże należy się przede wszystkiém o to starać, aby guz wpełznął do wielkiej miednicy; niekiedy zresztą może się włókniak samowolnie wynieść z małej miednicy, wzniesiony ku górze przez macicę, zsuwającą się zwolna po jąju. Jeśli usiłowania wypełnienia macicy powtarzamy z wytrwałością i konsekwentnie, to często dochodzimy do pożądanego celu, nawet w takim razie, gdy guz jest bardzo wielkim i z początku zdawał się zupełnie nieruchomym. Jeśli zaś wszelkie usiłowania pozostaną bezskutecznymi, to trzeba wykonać cięcie cesarskie, które wśród takich stosunków kończy się dla matki prawie zawsze śmiercią (według Lamberta z 15 matek wyzdrowiały dwie tylko), a dla dziecka dosyć często ²⁾.

Uwaga. Braxton Hicks ³⁾ musiał wykonać cięcie cesarskie, ponieważ włókniak wychodzący z szyjki macicznej był przyrośnięty po lewej stronie miednicy. Olbrzymiej zaś pod tym względem operacji dokonał Storer ⁴⁾, który widząc że włókniak nie dawał się odłożyć, zrobił najpierw cięcie cesarskie, a potem wyjął całą połogową macicę wraz z guzem. Operowana żyła jeszcze przez trzy dni.

Jak znaczny wpływ wywierają włókniaki na położenie płodu i mechanizm porodowy, pokazuje statystyka Toloczino wa, który w 25 wypadkach porodowych znalazł 13 położzeń miedniczych i 10 poprzecznych. Przebieg porodu był prawidłowym w 30 razach, w 21 razach trudnym, lecz obyło się bez pomocy sztucznej, a 39 razy trzeba było wykonać operacye.

1) Brit. med. J. 30. Sept. 1871.

2) Zob. Spiegelberg, Arch. f. Gyn. t. V. p. 110.

3) London obst. Transact. XI. p. 99.

4) Journ. of the Boston gyn. soc. Vol. I. p. 223.

Zwyczajny przerost przedniej wargi macicznej dochodzi rzadko do takich rozmiarów, iżby ztąd miała powstawać mechaniczna przeszkoda. Zob. Kennedy ¹⁾, Schöller ²⁾ i Cazeaux-Tarnier ³⁾. Zupełnie podobny wypadek jak Schöller, widział Schroeder w piątym miesiącu ciąży, w którym prawie na ramię grubą wargę przednią wzięto za wycelowaną macicę; niestety chora zaniechała dalszego leczenia. W wypadku Cazeaux-Tarniera przez położenie guza w wyźłobieniu krzyżowém skrzyła się szyjka maciczna tak mocno, że tylna warga zajęła miejsce przedniej. W wypadku ogłoszonym przez Niemeyera ⁴⁾ guz wielkości głowy dziecięcej leżał pomiędzy udami. Dziecko wydobyto kleszczami, a guz oddalono w położu za pomocą podwiązania. W wypadkach opisanych przez Godsona ⁵⁾, Szukitsa ⁶⁾ i Scharlana ⁷⁾ przerosła warga opadła w położu prawie zupełnie.

β) Rak macicy (*carcinoma uteri*).

Literatura: Puchelt, w m. przyt. p. 74. — Menzies, *M. f. G. t. 5. p. 207.* — Simpson, *Sel. Obst. Works I. 1871. p. 498.* — Dieterich, *der Gebärmutterkrebs, als Compl. d. Geburt. D. i. Breslau 1868.* — Cohnstein, *Arch. f. Gyn. t. V. 366.*

Jednym z najgroźniejszych powikłań ciąży jest rak maciczny, który pierwotnie zachodzi prawie wyłącznie w szyję macicy.

Wprawdzie zachodzi poczęcie po większej części tylko w pierwszych początkach tego cierpienia, jednakże skutkiem zwiększonego dopływu soków do macicy zwiększa się tak znacznie bujanie i zarazem rozpad mas nowo wytworzonych, że cierpienie powyższe wzmagają się nadzwyczaj szybko podczas ciąży. Pospolicie następuje poronienie; ponieważ jednakże nowo wytworzone masy nie posiadają zdolności rozszerzania się porównywalnie z rosnącą macicą, przeto może się także rozdrzeć macica w samym nowotworze. W nader rzadkich tylko wypadkach, kiedy cierpienie jeszcze nie jest zbyt dokuczliwe, kończy się ciąża prawidłowo.

1) Dublin Journal, Nov. 1838. p. 332.

2) Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin IV. p. 11.

3) Traité des acc. 7 éd. Paris 1867. p. 714.

4) Niemeyers Zeitschr. f. Geb. etc. Halle 1828. t. I. z. 1. p. 236.

5) Med. Times. April. 10. 1869. p. 381.

6) Wien. med. Woch. 1855. Nr. 33.

7) Berl. B. z. Geb. u. Gyn. t. II. p. 22.

Rozpoznanie nie sprawia żadnych trudności, ponieważ stan szyjki macicznej jest taki sam, jak przy rakach, które się nie wikłają z ciążą. Leczenie jest czysto symptomatyczném, skoro wybujałości znacznego dosięgły stopnia, przedewszystkiém należy dbać o jak największą czystość. Sztucznego poronienia nie można usprawiedliwić.

Podczas porodu może część płodowa, napierająca na zrakowaciałe usta maciczne, spowodować najrozleglejsze rozdarcia w szyjce i dolnym odcinku macicy, ponieważ szyjce, której utkanie rozciągliwe zostało zastąpione przez niepodatny nowotwór, niedostaje zdolności rozszerzania się; albo téż skutkiem ucisku powstaje w nowotworze martwina i śmierć następuje dopiero w położu skutkiem zgorzeli.

Przy leczeniu należy się przedewszystkiém starać o potrzebne rozszerzenie ust macicznych i w tym celu należy śmiało ponaciąć zwyrodniałe masy. Dla ocalenia tak dziecka jak matki trzeba sztucznie ukończyć poród, skoro to tylko jest rzeczą możliwą. Jeśli dziecko żyje, natenczas zachodzi kwestya cięcia cesarskiego, które bez wątpienia wykonuje się zbyt rzadko w celu ratowania dziecka mimo że z doświadczenia wiemy, że i bez téj operacyi matki umierają nadzwyczaj często już podczas porodu albo w położu.

Przy guzach kalafiorowych zachodzą znaczne krwotoki i rokowanie jest również niepomyślném dla matki, ponieważ nowotwór podlega zgorzeli w czasie położowym. Z tego względu zaleca się wykonać radykalną operacyą jeszcze przed rozwiązaniem. Przy rozpoznaniu trzeba się mieć na baczności, ażeby stanu tego nie wziąć za łożysko przodujące; w jednym wypadku ¹⁾ wzięto nawet brodawkowate wybujałości za palce u ręki dziecka ²⁾.

Uwaga. Jak niepomyślném jest przy tém powikłaniu rokowanie, pokazuje się z obliczeń Cohnsteina, według których z 126 matek, cierpiących na raka, umarło podczas porodu albo w położu 72 (57,1⁰/₀), a z 116 dzieci urodziło się żywych tylko 42 (36,2⁰/₀). Że zresztą rokowanie przy cięciu cesarskiém nie jest bezwzględnie niepomyślném dla matek nawet wśród tych okoliczności, okazuje się z wypadków opisanych przez

¹⁾ Zob. Cazeaux-Tarnier, *Traité d'accouch.* 7. éd. Paris 1867. p. 718.

²⁾ Zob. Puchelt, w m. przyt. p. 96; Michaelis, *Neue Zeitschr. f. Geb. t. 4.* p. 176; Spaeth, *Wochenbl. d. Zeitschr. d. Wiener Aerzte.* 1855. Nr. 14. p. 218 i Jacobi, *Amer. J. of Obst.* Vol. I. p. 85.

Oldhama ¹⁾, Greenhalgha ²⁾ i Newmanna ³⁾, w których matki wyzdrowiały po operacji.

8. Nieprawidłowa czynność porodowa macicy czyli nieprawidłowe bóle (*dolores vitiosi*).

Nieprawidłowości bólów porodowych zależą przeważnie na zboczeniach pod względem ich siły i ich rozszerzania się po organie rodnym.

W pierwszym względzie dają się rozróżnić dwojakiego rodzaju zboczenia w znaczeniu przeciwném, to jest zbyt słabe i zbyt mocne bóle porodowe. Do osądzenia, czy są słabe lub silne, służy za wskazówkę trwanie i natężenie pojedynczych skurczów, długość przestanków w bólach porodowych i pospolicie także natężenie bólu powstającego przy skurczach, ale te okoliczności ocenić należy względnie do rozmaitych okresów porodowych. Nadto należą tutaj skutki wywołane przez bóle porodowe.

W drugim względzie obie powyżej oznaczone nieprawidłowości mogą tak wystąpić, że albo cała macica, albo tylko pojedyncze jej części podlegają dotyczącej nieprawidłowości, a pozostałe części albo się zachowują prawidłowo, albo nawet zbaczają w sposobie przeciwnym.

a) Zbyt słabe bóle porodowe.

α) Ogólne osłabienie bólów porodowych.

Skoro macica w stosunku do dotyczącego okresu porodowego we wszystkich swych częściach ściąga się za słabo albo wcale nie, to nieprawidłowość tę zwiemy ogólném osłabieniem bólów porodowych.

Ta nieprawidłowość może zachodzić w różnym stopniu, począwszy od jak najmniejszego zboczenia aż do zupełnego braku bólów porodowych. Dzielimy zaś te stopnie zwykle na trzy grupy, chociaż nie zbyt wyraźnie od siebie odróżnione, a mianowicie: 1) przez gnuśność macicy (*inertia uteri*) rozumiemy stopień najniższy,

1) Guy's Hosp. Rep. 1851. Vol. XI. p. 426.

2) Obst. Tr. IX. p. 241.

3) Med. Times. 1866. Vol. II. p. 92 i 199.

w którym czynność porodowa posiada jeszcze takie natężenie, że się poród chociaż powoli to jednakże samodzielnie odbywa dalej i kończy się pomyślnie dla matki i dziecka. 2) Wątłość macicy (*atonia uteri*) przedstawia wyższy stopień cierpienia, w którym bóle porodowe występują z tak małym natężeniem, że poród albo się wcale nie posuwa dalej, albo się opóźnia tak znacznie, że ztąd mogą wyniknąć niebezpieczne stany dla matki lub dla dziecka, albo też dla obudwu razem. 3) Najwyższy stopień tworzy zupełne wyczerpienie albo porażenie macicy (*exhaustio vel paralysis uteri*), przyczem ustaje całkiem czynność porodowa i podnieść jej niepodobna nawet za pomocą środków, których skuteczność w innych razach nie podlega najmniejszej wątpliwości.

Według przyczyn tej nieprawidłowości można rozróżnić dwa rodzaje osłabienia bólów porodowych, to jest pierwotne i wtórne, co dla rokowania i leczenia jest bardzo ważnym.

Osłabienie bólów porodowych zwiemy wtenczas pierwotnym, gdy się takowe dało dostrzedz zaraz na początku porodu. Zachodzi tedy albo w pierwszym tylko okresie porodowym, który się przez to może opóźnić nawet o dni kilka, albo też przenosi się także na drugi okres porodowy, albo nawet sięga i w okres trzeci.

Przyczyny pierwotnego osłabienia bólów porodowych nie są jeszcze dostatecznie zbadane i prawdopodobnie polegają nie rzadko albo na niedostatecznym rozwoju mięsnych włókien macicy, albo na zbyt słabemu wpływowaniu nerwów, regulujących czynność porodową. Tych dwóch okoliczności niepodobna niestety rozpoznać dotychczas i nie stoją one w żadnym związku stałym z konstytucją rodzającą. Chociaż bowiem za podstawą niedostatecznej czynności porodowej nie da się niekiedy nic innego wynaleźć, jak ogólne osłabienie sił, to jednakże widocznym jest nie rzadko, że dostatecznie silne bóle porodowe zachodzą u osób jak najmocniej wynędzniałych.

Za dowiedzione zaś przyczyny należy uważać jeszcze następujące: 1) Niedostateczny rozwój macicy, jaki spostrzegamy np. w macicy jednorożnej (*unicornis*) i t. d. Zbyt mocne rozszerzenie i przez to ścieńczenie ścian macicznych, które zachodzą przy niezwykajnie wielkiej ilości wody płodowej i przy ciążyach mnogich. 3) Zapalenie macicy (albo pokładu mięśniowego, albo też powłoki otrzewnianej), gdy takowe występuje już przed porodem albo zaraz z jego rozpoczęciem się. W wypadkach tego rodzaju mimo słabości i nieskuteczności skurczów macicznych bywają boleści zwykle bardzo dotkliwe. Dla tego to bólowi takim nadajemy także nazwę zbył

bolesnych bólów porodowych. Rodząca znajduje się w gorączkowym wzburzeniu, ma temperaturę podwyższoną, tętno przyspieszone, język suchy, pragnienie znaczne, macicę czułą na najlżejsze dotknięcie i już przy małych skurczach skarży się na nadzwyczajne bóle, które objawia niespokojnością i głośnym narzekaniem. Ten obraz cierpienia nazywano dawniej także gośćcem macicy (*rheumatismus uteri*). 4) Nadto ma zdaniem niektórych autorów osłabienie bólów porodowych wpływać także z dziedzicznej skłonności, czego jednakże nie da się jeszcze uzasadnić naukowo, ponieważ z pojedynczych wypadków nie można stawiać żadnych wniosków pewnych i niepodobna się spuszczać na opowiadania dotyczących osób (matki, babki i t. d.).

Wtórna zwiemy zbyt małą czynność porodową wtedy, kiedy poprzednio bóle porodowe były prawidłowe albo nawet nadzwyczaj silne. W takich razach mogą pierwsze okresy porodowe ukończyć się w prawidłowym czasie albo nawet szybciej, aniżeli zwyczajnie.

Do przyczyn tego stanu nieprawidłowego należy liczyć 1) wszystkie te okoliczności, które mogą spowodować nadzwyczaj wielką przeszkodę porodową, jak np. zarośnięcie, zwężenie, niezwykłą niepodatność w miękkich drogach porodowych; zwężenia miednicy; niezwykłą wielkość płodu, położenia jego poprzeczne, które po odpływie wody płodowej pozostawiamy samym sobie i t. d. W tego rodzaju wypadkach, skoro poród postąpił tak daleko, że dotycząca przeszkoda może się już dawać we znaki, czynność porodowa zazwyczaj wzrasta do niesłychanej wysokości, a potem dopiero słabnie, gdy mimo silnych bólów nie dało się usunąć przeszkody. 2) Rozdarcie macicy, mianowicie gdy macica pęka na wylot i płód dostaje się do jamy brzusznej. 3) Zapalenia macicy, gdy takowe następują dopiero podczas porodu. 4) Osłabienie skutkiem gwałtownego wyrabiania bólów porodowych, zanim usta maciczne dosięgły szerokości, wystarczającej dziecku do przejścia. 5) Pognębiające wzruszenia umysłu, jak np. przerażenie, bojaźń i t. d., chociaż ich wpływ nie jest koniecznie szkodliwym i niekiedy sprawia skutek zupełnie przeciwny.

Skutki szkodliwe, jakie za sobą pociąga zbyt słaba czynność porodowa, za równo czy ona jest pierwotną czy też wtórną, są następujące:

1) Najpierw opóźnia się poród. To opóźnienie objawia się stosownie do okresu porodowego przez zbyt powolne rozszerzanie się ust macicznych i opóźnione pęknięcie pecherza płodowego, albo przez

zbyt wolne posuwanie się przodującej części płodu i opóźnione oddzielenie i wydzielenie się łożyska, a więc przez niezwykle długie zatrzymanie tegoż w macicy (*retentio placentae*), i może szkodzić rozmaitym sposobem tak matce, jak dziecku. Chociaż zaś każda rodząca jest już mniej lub więcej przestraszona, i to tém znacznie, kiedy poród nie postępuje zwyczajnym trybem, chociaż nadto bóle nie są gwałtowne i pojawiają się w długich przerwach, to jednakże przy wzburzonym stanie umysłu cierpiąca traci wszelki spokój, przez co przy nieco dłuższym opóźnieniu porodowym organizm jęj słabnie tém łatwiej, że podczas trwania całego porodu z powodu uszczuplonej dyjety odżywianie jest bardzo niedostatecznym.

W tym względzie najpomyślniejszemi są jeszcze stósunki przy położeniach czaszkowych, ponieważ przytém okrągła czaszka zamyka po pęknięciu pęcherza dolny odcinek macicy i tym sposobem wstrzymuje zupełne odpłynięcie wody płodowej; przy położeniach zaś czaszkowych i miedniczych woda płodowa zwolna odpływa zupełnie. Skoro woda płodowa odpłynęła ze wszystkiem, macica musi się znacznie zmniejszyć i mimo słabych bólów porodowych ściagać się coraz bardziej naokoło płodu i części łożyskowych, przez co takowe mogą łatwo podlegać szkodliwemu ciśnieniu i obieg krwi w ścianach macicznych doznać tém znaczniejszej przeszkody. Nadto opóźnienie porodowe przy położeniach miedniczych, spowodowane słabymi bólami porodowymi, działa szkodliwie najczęściej w czasie wrzynania się przodującej części płodu, ponieważ główka idąca na ostatku przechodząc powoli przez kanał rodny uciska za długo pępowinę, o czém już na dotyczącem miejscu (zob. str. 79) mówiliśmy obszernie.

2) Dalej zachodzą gwałtowne krwotoki, gdy niedostateczne skurcze macicy przychodzą w okresie występowania łożyska albo w pierwszym czasie po wydzieleniu łożyska; w takim bowiem wypadku szerokie naczynia maciczne nie doznają dostatecznego ucisku i ztąd krew może łatwo odpływać przez ziejące ujścia naczyń w miejscu łożyskowym z powodu częściowego lub zupełnego oddzielenia się łożyska. Tego rodzaju krwotokóm macicznym nadajemy zwykle miano atonicznych (*atonicus*), czyli powstałych skutkiem zwiotczenia macicy. Przytém może się krew albo nagromadzić w macicznej jamie (krwotok wewnętrzny), albo téż odpływać na zewnątrz przez pochwę (krwotok zewnętrzny), i to w różnym stopniu, tak iż w nader krótkim czasie mogą matki zemrzeć skutkiem zbyt znacznego ubytku krwi.

3) Nadto podlegają rodzące częstym cierpieniom wśród połogu, których przyczyną mogą być tak pozostałe w macicy resztki jaja, jako też i ta okoliczność, że naczynia maciczne nie doznają dostatecznego ucisku i tym sposobem pozwalają zatrzymywać się w tychże większej ilości krwi i krzepnąć, skąd powstaje tak zwana zakrzepica połogowa (*thrombosis puerperalis*). Rozpad tego rodzaju skrzepów może skutkiem drażnienia ścian żylnych spowodować zapalenie żył macicznych (*metrophlebitis*) i ropnicę, do której już i tak skłonniejszymi są niedokrweste położnice.

Objawy przemawiające za osłabieniem bólów porodowych są następujące: zbyt krótkie trwanie pojedynczych skurczów macicznych w stosunku do okresu porodowego, w którym dostrzegamy stan powyższy; zbyt małe napięcie macicy podczas bólów porodowych, co najlepiej rozpoznać przyłożywszy rękę na podbrzusze; zbyt wielkie przerwy w bólach porodowych i prawie zwykle bardzo małe bóleści wśród skurczów macicznych. W danym razie mogą te objawy zostawać do siebie w odpowiednim stosunku, albo też jedno z nich występować silniej jak drugie. Nieraz np. trzeba czynność porodową uznać za zbyt słabą, ponieważ przerwy w bólach są zbyt długie, chociaż pojedyncze skurcze nie różnią się wiele od prawidłowych ani co do trwania, ani co do natężenia; w innym znowu razie liczne bóle porodowe następują szybko po sobie, lecz pojedyncze skurcze są zbyt krótkie i nie działają skutecznie.

Do tych objawów, wywołanych przez same bóle porodowe, przystępują stosownie do różnych okresów porodowych jeszcze takie, które świadczą o ich niedostatecznym działaniu. Tak np. w pierwszym okresie porodowym rozszerzają się usta maciczne bardzo wolno, błony jajeczne napinają się mało nawet podczas bólów porodowych i opóźnia się pęknięcie pęcherza płodowego. W okresie występowania płodu posuwa się bardzo wolno przodująca część dziecka, albo wcale nie; rodząca zaś, nie podniecana do wyrabiania słabych bólów porodowych, leży sobie zazwyczaj spokojnie, albo daje tylko słabe znaki bóleści. W okresie występowania łożyska dowodzi niedostatecznych skurczów ta okoliczność, że macica jest wielką i miękką, łożysko zaś zatrzymuje się niezwykle długo w macicy i pojawia się krwotok.

W najwyższym stopniu osłabienia czynności porodowej, kiedy zupełnie nie masz skurczów, i kiedy porażeniu podlega macica, nie można dostrzedz żadnej działalności bólów porodowych i poród stoi zupełnie spokojnie. Jeśli się płód urodził już, to w razie takim macica leży w jamie brzusznej rozszerzona jak wiotki worek i przy wy-

macywaniu przez przednią ścianę brzusznią przedstawia się ciastowato, miękko i tylko w nieregularnych obrysach; wprowadziwszy zaś rękę przez pochwę znajdujemy obszerną jamę wypełnioną krwią, która po większej części odpływa także częściowo na zewnątrz.

Rokowanie jest różnym stósownie do przyczyny, stopnia, okresu porodowego i powikłań. Pierwotne osłabienie bólów porodowych ustępuje zwykle przy stósownem leczeniu dyjetetycznym lub terapeutycznym; przy wtórnem zaś jest po największej części potrzebną pomoc sztuczna. Za najniepomysłniejszy wypadek należy uważać, kiedy czynność porodowa za słabą jest z powodu zapalenia lub rozdarcia się macicy. Porażenie macicy kończy się zawsze śmiercią. Niedostateczne skurcze macicy w okresie występowania łożyska stają się w położu niebezpiecznym dla usilnych krwotoków i częstych cierpień. Do niepomysłnych powikłań należą przeważnie krwotoki i te okoliczności, które mogą sprawić znaczniejszą przeszkodę porodową.

Leczenie. Chociaż konstytucya rodzącej nie stoi w żadnym związku pewnym z powyższą nieprawidłowością bólów porodowych, to jednakże powinno się na nią zważać przy leczeniu, ponieważ tworzy ogólną podstawę stanu jęj zdrowia i tym sposobem może przynajmniej pośrednio wywierać wpływ na cierpienie mające się leczyć.

Jeśli siły rodzącej są już bardzo wycieńczone albo zesłabły skutkiem długiego cierpienia, to trzeba je podtrzymywać przez stósowne środki dyjetetyczne, do czego najprzydatniejszymi są posilające potrawy i napoje, jak n. p. dobry rosół, rosół z żółtkiem, zupa z wina, dobre stare wino i t. p. U osób silnych, wielokrwistych należy zupełnie unikać tych środków, a w miejsce nich podawać chłodzące napoje z kwasów owocowych i t. d. Do upuszczenia zaś krwi, za pomocą którego myślano w czasach dawniejszych wybawiać z więzów uwięzioną czynność porodową u osób wielokrwistych, można przystępować tylko nadzwyczaj rzadko i oględnie, i to jedynie u tych wielokrwistych osób, którym rzeczywiście zagraża niebezpieczeństwo skutkiem nawałów krwi podczas porodu.

Przeważnie zaś na to należy zważać przy opóźniającym się porodzie, aby rozsądnemi uwagami dodawać rodzącej otuchy i nie trudzić jęj szczegółowemi przepisami, dopóki takowe nie okażą się koniecznemi.

Środki, których używamy przy słabych bólach porodowych, są częścią dyjetetyczne, częścią farmakologiczne, częścią mechaniczne,

i rozpadają się na dwa działy, z których jedne możemy nazwać środkami pobudzającymi do bólów porodowych, a drugie środkami zastępującymi bóle porodowe.

Pierwsze są wskazane w ogóle przy słabych bólach porodowych i zastępujemy je zawsze przed środkami drugimi, dopóki w ogóle można się spodziewać jeszcze, że się poprawią bóle porodowe, i nie zagraża żadne niebezpieczeństwo, któreby wymagało jakiejś spiesznej operacji. To też nie można ich zastosować, kiedy się n. p. rozdarła macica, albo kiedy przyczyną wtórnego osłabienia bólów porodowych jest znaczne zwięźlenie miednicy, położenie poprzeczne dziecka i t. d.; kiedy przy dostatecznie rozszerzonym ujściu macicznym matka znajduje się w gorączce, tętno dziecka jest już nieregularne lub słabe i t. d.

Zadaniem, środków zastępujących bóle porodowe jest wyręczyć bóle porodowe i wydać zawartość macicy. Polegają one na operacjach, wskazanych zawsze, gdy środki powyżej opisano pozostały bez skutku; zaraz zaś trzeba je zastosować w tych przypadkach, kiedy po pierwszych środkach nie można się spodziewać żadnego, albo niedość odpowiedniego skutku, albo kiedy się pojawi niebezpieczeństwo, nakazujące poród natychmiast ukończyć.

Jednych i drugich środków używamy stosownie do rozmaitych okresów porodowych; dla tego rozberzemy je tutaj odpowiednio do tychże.

I. Okres otwierania się ust macicznych.

a) Środki pobudzające do bólów porodowych:

1) Zmiana w położeniu rodzącej. Aby zmienić położenie rodzącej w czasie, kiedy usta maciczne są jeszcze wąskie i nie potrzeba się obawiać żadnego szczególnego niebezpieczeństwa po przedwczesnym pęknięciu pęcherza płodowego, można rodzącej kazać powstać i chodzić po pokoju albo usiąść na czas niejaki, jeśli chodzić nie zdoła. Jeśli istnieją okoliczności, które nie pozwalają rodzącej opuścić łoża, albo jeżeli jej tego nie można zalecić, to powinniśmy upomnieć rodzącą, aby naprzemian leżała raz na grzbiecie, drugi raz na boku, przez co nieraz się wzmagają znacznie bóle porodowe.

2) Kąpiele nasiadowe są wskazane wtenczas, kiedy równocześnie części płciowe są niepodatne. Używa się takowych najlepiej w wannie do kąpiei nasiadowych, w miejsce której można w razie potrzeby użyć także szerokiego szaffika. Dotyczące naczy-

nie napełnia się wodą, mniej więcéj 36° R. ciepła, tak iż siedzącéj we wannie matce sięga aż po pępek. W takiej kąpieli powinna rodząca pozostać przynajmniej $\frac{1}{2}$ —1 godziny, jeśli do wyjścia z kąpieli nie skłania wzmaganie się bólów porodowych, albo jaka inna okoliczność. Rodzące znoszą tego rodzaju kąpiele pospolicie bardzo dobrze i mogą je powtórzyć według potrzeby kilka razy z przerwami, w których pozostają w łóżku.

3) Kąpieli waniennych używa się wśród tych samych okoliczności i siedzi się w nich również długo jak w poprzednich. Tylko na to należy baczyć przy każdej kąpieli, aby się rodząca nie rozdrażniła przez zbyt wysoką ciepłotę wody i aby się nie zziębiła.

4) Sztuczne przekłócie pęcherza płodowego wykonujemy pospolicie wtenczas, kiedy przyczyną zbyt słabych bólów porodowych jest niezwykle mocne rozszerzenie się macicy. Jeśli część wody płodowéj odpływa, to macicy objętość zmniejsza się, przez co ściany jéj grubieją i macica przylega ściśléj do płodu, którego nierówne części ciała drażnią śilnieéj wewnętrzną powierzchnią macicy i przez to mogą spowodować silniejsze skurcze ¹⁾.

5) Tamponowanie pochwy działa pomyślnie mianowicie wtenczas, kiedy równocześnie odpływa krew z macicy, albo kiedy wymienione powyżéj środki nie odniosły żadnego skutku. Robimy zaś tak przez długi czas, aż się usta maciczne nie rozszerzą zupełnie i w miejsce jego staje się potém konieczną jaka operacja, jeśli czynność porodowa jest niedostateczną, albo zagraża jakie inne niebezpieczeństwo. Pod tym względem jest najstósowniejszym pęcherz kauczukowy, który się wypełnia letnią wodą.

6) Natrysk maciczny, t. j. bezprzerwne wstrzykiwanie promienia wody przez pęchwę ku ustom macicznym za pomocą przyrządu, umyślnie na ten cel zrobionego, jest jednym z najenergiczniejszych środków, jakie przed dostateczném rozszerzeniem się ust macicznych posiadamy do pobudzenia bólów porodowych. Wskazany zaś jest natrysk przeważnie wtedy, kiedy równocześnie usta maciczne są twarde, i wtenczas, gdy środki wyżéj wyliczone pozostały bez wszelkiego skutku. Wstrzykiwany promień wody nie powinien po-

¹⁾ Zob. Massmann, Petersb. med. Zeitschr. 1866. Z. 11. p. 46. i 1869. Z. 4. p. 201. i Bidder także 1868. Z. 7 i 8. p. 1.

siadać wyższej temperatury nad 28° — 30° R., a każde wstrzykiwanie powinno trwać od pięciu do piętnastu minut.

Blizsze szczegóły o trzech ostatnich środkach zobacz w tomie drugim niniejszego dzieła, traktującym o operacjach akuszeryjnych.

b) Jako środki zastępujące bóle porodowe zastosowujemy w tym okresie porodowym niekiedy ręczne, rzadziej zaś krwawe rozszerzenie ujścia macicznego, ażeby tym sposobem obrócić i wyciągnąć płód, jeśli jak najspieszniejsze ukończenie porodu jest koniecznym z powodu innego niebezpieczeństwa, np. krwotoku, zapalenia macicy albo otrzewuėj, gwałtownej duszności u matki, słabienia tonów serca płodowego i t. d. Jednakże operacyą tę winno się wykonywać tylko w nader nagłych wypadkach. Tu dotąd należy także zaliczyć sztuczne przekłócie pęcherza płodowego, kiedy je robimy przy słabych bólach porodowych dłuższy czas po zatarciu się ust macicznych.

II. Okres występowania płodu.

a) Środki pobudzające do bólów porodowych. Zmiana w położeniu rodzącej może także w tym okresie wystarczyć do poprawienia zbyt słabych bólów porodowych. W tym celu należy zalecić rodzącej, ażeby przynajmniej naprzemian leżała na boku i na grzbiecie, i jeśli bóle porodowe wzmagają się w położeniu na grzbiecie, żeby w temże oczekiwała porodu.

b) Kąpiele parowe, które się w wcześniejszym okresie dają lepiej zastąpić przez kąpiele nasiadowe. Podczas zastosowania tych kąpielii jest dla wygodnego ułożenia rodzącej najlepszym krzesło porodowe, t. j. wyściełane krzesło do oparcia się, które na przednim brzegu ma wycięcie, aby podczas siedzenia części płciowe pozostały ku dołowi wolne i łatwo przystępne dla badania. Usadziwszy tedy rodzącą na owym krześle podstawią się pod nią naczynie z gorącą wodą tak, iż unosząca się ciepła para działa na części płciowe. Aby zaś części płciowe nie były tak bardzo wystawione na działanie wysokiej temperatury pary i aby zapobiedz wszelkiemu nieszczęściu, gdyby płód miał wystąpić niespodzianie, zaleca się położyć zawsze na siedzenie cienki kawałek płótna, tak aby się przodem opuszczał po owym wycięciu w krześle.

Na działanie takiej kąpielii powinna rodząca być wystawiona przynajmniej przez 30—60 minut, jeśli już poprzednio nie zmusi jej

położyć się w łóżko spieszniejsze posuwanie się przodującej części płodu ku przodowi. Jeśli kąpiel tego rodzaju nie skutkuje dostatecznie, to można ją powtórzyć po upływie 1—2 godzin; jednakże nie należy ich używać za często i w zamocnym stopniu, ażeby części płciowe nie podlegały zbyt silnemu drażnieniu, ponieważ tym sposobem mogłoby łatwo przystąpić zapalenie, a później nawet zgorzel.

Dopóki rodząca siedzi ponad parową kąpielą, należy się przez częstsze badanie ręczne przekonać, jakim jest stan przodującej części płodu, i jeśli takowa stoi już głęboko, ręką pilnować bezprzerwanie części płciowych, aby nieść pomoc potrzebną przy niespodziewanie szybkim przejściu dziecka. W tym celu osoba dozoruująca rodzącą powinna siedzieć przed nią na rycze.

3) Z środków podawanych na wewnątrz bywa sporysz ¹⁾ (*secale cornutum*) skuteczniejszym, chociaż nie w każdym wypadku dopisuje. Przyczyną tego jest przeważnie ta okoliczność, że się sporysz bardzo łatwo psuje, mianowicie gdy go przechowujemy w postaci proszku; dla tego to otrzymujemy nierzadko w miejsce świeżego, dobrego stary przetwór nieskuteczny. Ale i działanie sporysza nie jest zawsze równem. Po największej części wzmacnia on wprawdzie już w krótkim czasie, bo w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny po pierwszej dawce, w tym stopniu bóle porodowe, że pojedyncze skurcze są wiele bolesniejsze, mają większe natężenie i trwają dłużej, a macica zaledwie wiotczeje zupełnie w chwilach od bólów wolnych i poród postępuje szybko; nieraz jednakże wytwarza się tym sposobem w macicy natężenie gwałtowne i przez dłuższy czas jednostajnie trwające, prawie stan kurczowy, który bynajmniej nie przyspiesza porodu, lecz raczej go wstrzymuje. W takich wypadkach przestaje też szybko uderzać tętno płodno płodowe i płód umiera, ponieważ skutkiem ciągłych skurczów naczynia macicy podlegają uciskowi i przez to musi doznać zaburzenia krążenie krwi w naczyniach macicołożyskowych. Nie dowiedziona zaś jest rzeczą, żeby sporysz miał wytwarzać w dziecku szczególny stan otrucia (*ergotismus*) i przez to pozbawiać je życia, jeśliby się dziecko nie urodziło najpóźniej w dwóch godzinach po

¹⁾ Zob. Feist, M. f. G. t. 3. p. 241. — West, Obst. Tr. III. p. 222. — Mayerhofer, Wien. med. Presse 1868. Nr. 1. 3. 5. — Denham, Dublin J. of med. sc. April 1872. p. 336 i June 1872. p. 535. — A. Wernich, zob. Gaz. Lek. 1873. t. XV. p. 255. — Tarnier, zob. Gaz. Lek. 1874. t. XVI. p. 224.

spożyciu sporyszu. Nadto nie można śmierci płodu, następującej po zadaniu sporyszu, przypisywać takowemu, ponieważ bez wątpienia umiera wiele dzieci skutkiem innych okoliczności niepomysłnych, które zachodzą przy tego rodzaju porodach.

Te doświadczenia powinny dla nas być przynajmniej ostrzeżeniem, ażebyśmy sporyszu nie podawali przedź, aż poród nie postąpi tak daleko, że go można ukończyć szybko za pomocą łagodnych środków operatywnych. Nie należy go tedy podawać pierwej, aż się nie zatrą usta maciczne i nie pęknie pęcherz płodowy. Nadto napomina nas do jak największej oględności w podawaniu sporyszu wypadek Begya ¹⁾, w którym u kobiety źle odżywionej i nadzwyczaj wynudźniałej wystąpiła zgorzel wszystkich czterech kończyn w sześć tygodni po rozwiązaniu, podczas którego zażyła cztery gramy sporyszu.

Przetwory, forma i dawka sporyszu:

1. Sporysz jako taki podaje się w postaci proszku i powinno go się zawsze świeżo sproszkowany zapisywać w dawkach 0,3—1,0—2,0 gramów.

2. Do naparu lub odwaru bierze się 2,0 — 4,0 gramów na 60,0 wody i daje się z tego łyżkami stołowymi.

3. Wyciąg sporyszu wodny, nazwany także przez Bonjeana ergotyną (*extractum see. cornuti, extr. haemostaticum Bonjean*) podaje się najlepiej w postaci pigułek, i to w dawkach od 0,12 do 0,24 grama. Ergotyna zaś Wiggersa przedstawia najmocniejszy przetwór i wystarcza, jeśli go się podaje w dawkach od 0,06 — 0,12 grama, i to w postaci proszku ²⁾.

Z oznaczonych dawek dajemy chorym 4—6 w przestankach od $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, jeśli się wcześniej dla pomyślnego już skutku nie okażą zbyt cennym wszelkie dalsze zastósowywanie. Jeśli określona co dopiero ilością dawek nie uda się wywołać żadnego skutku, natenczas nie pomagają nic także dalsze dawki.

W końcu należy jeszcze przypomnieć, ażeby na każdej recepcie, w której zapisujemy sporysz, znajdował się dodatek „*ne repetatur*“, aby tychże nie zabrały potem akuszerki i nie nadużywały dowolnie.

¹⁾ Lancet 1870.

²⁾ Porównaj: Dr. H. Köller, Vergleichend-experimentelle Untersuchungen über die physiolog. Wirkungen des Ergotin Bonjean u. des Ergotin Wiggers. Virchows Archiv. tom 60. zeszyt 3 i 4. 1874.

W najnowszych czasach zalecali Hehle ¹⁾ i Gollak ²⁾ chininę jako środek pobudzający także do bólów porodowych. Wielu jednakże lekarzy nie przyznaje jej wcale tego wpływu, mianowicie ci, którzy w okolicach malarii mieliby sposobność przekonać się dostatecznie o jakichkolwiek ubocznych działaniach chininy ³⁾.

W wypadkach, w których bóle porodowe, same przez się nie zbyt mocne, nie wywołują żadnego skutku, ponieważ macica nie wiotczeje dostatecznie w przerwach między bólami porodowymi (kurczowe osłabienie bólów porodowych), działają nadzwyczaj skutecznie leki odurzające. Po zażyciu 0,06 grama opium skurcze dotąd bezskuteczne pokazują często niespodziewane rezultaty. Tak samo pomaga opium przy mocnym rozdrażnieniu nerwowém i umysłowém wzburzeniu.

Chloroform i chlorał działają w tój samój mierze przy opóźniającej się czynności porodowój; po przebudzeniu się rodzącej przebiegały porody (w wypadkach Gersona de Cunha) szybko wśród silnych bólów porodowych. Schröder ⁴⁾ widział także nadzwyczaj pomyślny skutek po chlorału w wypadkach, w których bóle porodowe nie tylko nie wywierały żadnego skutku, ale nawet sprawiały mocne dolegliwości.

4. Pocierania dna macicznego, które wykonujemy w ten sposób, że położywszy rękę na płask pocieramy dno maciczne, skutkują dopiero w tym czasie porodu, w którym się zaczyna wrzynać przodująca część płodu. Jeśli tedy np. przy położeniach czaszkowych lub twarzowych po urodzeniu się główki tułów nie występuje z powodu braku bólów porodowych, albo jeśli przy położeniach miedniczych po urodzeniu się tułowia nie rodzi się zaraz i główka.

5. Za środki zastępujące bóle porodowe należy w tym okresie porodowym uważać ręczne wyciągnięcie za nóżki, wydobywanie główki za pomocą kleszczy i wyciągnięcie tułowia zahaczywszy w pachach palce wskazujące.

¹⁾ Wien. med. Presse 1872. Nr. 29.

²⁾ Wien med. Presse 1872. Nr. 31.

³⁾ Zob. Bordley, Amer. J. of med. sc. July 1872. p. 73.—Brown, tamże p. 287.—Erickson, tamże.—Harris, tamże p. 290.—Seeds i Rutland, tamże Oct. 1872. p. 438 i 439.

⁴⁾ Lehrb. d. Geburtsh. 1874. p. 453. i Gaz. Lek. t. XVI. 1874. p. 208 i 380.

III. Okres występowania łożyska.

a) Środki pobudzające do bólów porodowych. Środki, których używamy w tym okresie porodowym, otrzymały także nazwę tamujących krew, ponieważ pobudzając macicę do kurczenia się, zatrzymują równocześnie krwotoki, spowodowane przez niedostateczne bóle porodowe. Najwięcej w używaniu są następujące:

1) Pocieranie dna macicznego, które zastosowujemy tak w celu zapobiegawczym, aby macicę zachować od zwątlenia, jak w celu leczniczym, aby się macica skurczyła. Wykonujemy je zaś w tym okresie porodowym w ten sposób, że przez wiotkie powłoki brzuszne obejmujemy ręką dno maciczne i pocieramy je mocno. Pocierania te są prawie jednym z najlepszych środków nabólnych w tym peryodzie.

2) Zimno i to

a) w postaci nakrapiań powłok brzusznych i równoczesnego nacierania szybko ulatniającego się płynu, jak np. *aether sulphuricus*, *spiritus aethereus* i t. d., przyczém posiada wielkie znaczenie nie tylko samo pocieranie, ale także oziębienie ścian brzusznych, spowodowane przez szybkie ulotnienie się płynu;

β) w postaci zimnych okładów, do których bierzemy wielkie kawały płótna, np. ręczniki, które składamy tyle razy w kształcie równobocznego trójkąta, iż mogą zakryć dolną połowę brzucha. Takie płótno zanurzamy w świeżą wodę zimną, albo w wodę lodową i wyżawszy mocno przykładamy tak na podbrzusze, iż podstawa trójkąta sięga przynajmniej pępka, szczyt zaś przypada na zewnętrzne części płciowe;

γ) w postaci wstrzykiwań świeżej wody zimnej albo wody lodowej do jamy macicznej. W tym celu układamy rodzącą w położeniu poziomym na grzbiecie i podwyższamy okolice krzyżową, ażeby się pod części płciowe dało wsunąć miskę lub jakie inne naczynie do przejęcia odpływającej wody. Celem zaś wstrzykiwań samych wprowadzamy przez pochwę pod przewodnictwem dwóch palcy rurkę maciczną tak daleko, aby jój koniec wewnętrzny przedostał się przez usta maciczne do samej macicy; w takiem położeniu umacniamy ją częścią przez wprowadzone palce, częścią przez rękę wolną, aby właśnie wprowadzony koniec pozostał na pewno w macicy i nie cisnął, a tymczasem ktoś inny wstrzykuje płyn za pomocą strzykawki używanej do enem. Takie wstrzykiwania robimy tak długo, dopóki

wstrzyknięta woda nie odpływa już zabarwiona krwią, co dowodzi dostatecznego skurczenia się macicy.

3) Przy wstrzykiwaniu płynów drażniących i ściągających możemy do wody, przeznaczonej do wstrzyknięcia, dodać nieco octu, żytniówki, wysokoku, czerwonego wina i t. d., albo ałunu, *tanniny*, *murias ferri*, *sulphas zinci* i t. d.

4) Wprowadzenie ręki, którą się w macicy układa w pięść, przyczem uciska się dno i ciało maciczne ręką wolną ku ręce znajdującej się wewnątrz, aby tym sposobem działać równocześnie przez drażnienie zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni macicznej.

Starając się powyższymi środkami miejscowymi pobudzić macicę do kurczenia się, zastósowujemy równocześnie

5) środki wewnętrzne, aby wpływ miejscowych drażeń wesprzeć i podtrzymać przez czas dłuższy. Należy tu przedewszystkiem znowu sporysz, wymiotnica (*ipecacuanha*) i cynamon. Sporysz podajemy w oznaczonych już dawniej dawkach, tylko w nieco krótszych odstępach, t. j. co 10 do 15 minut, a nawet co 5 minut w tych wypadkach, w których bardzo gwałtownym jest krwotok spowodowany przez zbyt słabe bóle porodowe. Wymiotnicę można albo samę podawać w proszkach, zawierających 0,03—0,06 grama na dawkę, i w tych samych odstępach co sporysz, albo też w określonej dawce i postaci domieszujemy ją do sporyszu. Tak samo mieszamy z sproszkowanym sporyszem cynamon albo w postaci *pulvis corticis cinnamomi* lub *elaeosaccharum cinnamomi* (0,3 *pro dosi*), albo też dolewamy do naparu sporyszowego w postaci *aqua* lub *syrupus cinnamomi* (15,0—30,0 gramów). Sam cynamon najlepiej jest podawać w formie tinctura cinnamomi (łyżeczkę od kawy w łyżce stołowej wody co 5—10 minut po kilka razy), gdy krwotok spowodowany wåtłością macicy wywołuje już ogólne osłabienie, bledość skóry, zawrót, zaburzenia zmysłów, omdlenia i t. d.

Uwaga. Prócz wyliczonych środków, zmierzających do pobudzenia i wzmocnienia skurczów macicznych w okresie występowania łożyska, zalecano jeszcze wiele innych środków, które jednakże należy uważać za mniej skuteczne i z tego powodu zastósować tylko razem z poprzednimi środkami albo też wcale nie. Do tych mniej skutecznych środków liczymy np. wstrzykiwanie zimnej wody przez żyłę pępkową do łożyska, znajdującego się jeszcze w macicy (według M ojona); przykładanie noworodka do piersi cierpiącej; wyciśnięcie cytryny w jamie macicznej; elektryczność i t. d.

6) Do środków zastępujących bóle porodowe w tym okresie należy uważać tylko wydalenie z jamy macicznej łożyska i nagromadzonych w niej skrzepów krwi. Wydalenie to jest w każdym razie wskazane, jeśli łożysko nie występuje wkrótce po pocieraniach dna macicznego. Tym sposobem ułatwia się macicy skurczenia się i pozostałe środki nabólne albo się stają zupełnie zbytniami, albo doznają znacznego poparcia w swém działaniu.

β) Zbyt słabe skurcze w pojedynczych częściach macicy.

Stan ten zachodzi często w okresie występowania łożyska i znamionuje się tём, że część ściany macicznej pozostaje wątłą i w niezwykłym rozszerzeniu, pozostałe zaś części kurczą się prawidłowo albo nawet niezwykajnie silnie. Tak np. przy kurczowém ściągnięciu się ujścia wewnętrznego pozostaje zazwyczaj wiotkiem dno macicy i jój szyjka.

Formę stanu tego, na szczęście rzadko znachodzoną, stanowi porażenie miejsca przyczepu łożyskowego, które występuje w ostatnim okresie porodowym i w pierwszych godzinach połogowych. Przytём pojedyncze części macicy bywają prawidłowo skurczone, zkad macica przedstawia się ściągniętą do prawidłowej objętości i twardą. Wątłą zaś pozostaje tylko ta część ściany macicznej, do której się przyczepiało łożysko, i wpukła się ku jamie macicznej, tak iż tworzy częściowe wycisnienie się macicy (*depressio fundi uteri*); skutkiem tego znajduje się zewnątrz w odpowiedniém miejscu małe wtłoczenie, wewnątrz zaś wystaje zwiotczała część jako guz nierówny, miękki, krwawiący. Wypadki tego rodzaju stają się niebezpiecznemi z powodu krwotoków, które się pojawiają z rozwarłych naczyń w miejscu łożyskowym.

Niepomyślne rokowania w tym względzie jest przyczyną ta okoliczność, że cierpienie powyższe opiera się zazwyczaj uporczywie wszelkim środkiem i w kilku godzinach sprowadza śmierć z powodu zbytniej utraty krwi.

Zbyt słabe skurcze w pojedynczych częściach macicy rozpoznajemy po tём, że jedną jój część znajdujemy mocno ściągniętą; drugą zaś niezwykle miękką i rozszerzoną. Niekiedy nie można np. przy kurczowém ściągnięciu się wewnętrznego ujścia przeprowadzić przez nie palca, gdy tymczasem ponad spojeniem łonowém da się wymacać, że ciało i dno maciczne jest rozszerzone i miękkie.

Przy porażeniu miejsca przyczepu łożyskowego służą jako charakterystyczne objawy nie tylko oznaczone już wyżej wtłoczenie w bliskości dna macicy, przyczem zresztą macica jest prawidłowo skurczoną, ale także wątpa część jęj ściany, wystająca do jamy macicy w postaci miękkiego guza. Pierwszego objawu możemy wtenczas dowieść, gdy się dotyczące miejsce znajduje na przedniej ścianie lub w środku dna macicznego i gdy powłoki brzuszne są cienkie i podatne; drugiego zaś objawu, jeśli usta maciczne są jeszcze tak szerokie, że można do jamy macicznej wprowadzić rękę. Wśród przeciwnych okoliczności nie da się cierpienie to rozpoznać na żywych.

Przez leczenie zamierzamy zwolniać część macicy pobudzić do kurczenia się i tym sposobem powstrzymać krwotok. W tym celu używamy tych środków, które są w ogóle wskazane przy słabych bólach porodowych w okresie występowania łożyska, a więc sporyszu, pocierań dna macicznego, wstrzykiwań zimnej wody, środków ściągających i t. d. Również należy oddalić łożysko, jeśli cierpienie następuje przed odejściem tegoż. Jeżeli się równocześnie dają wysledzić miejscami zbyt mocne skurcze macicy, to należy do takich zastósować odpowiednie leczenie.

b) Zbyt mocne skurcze macicy (kurczowe bóle porodowe).

α) Skurcze w ogóle za mocne.

Skurcze macicy w ogóle za mocne dają się spostrzegać w dwóch formach.

1) Macica kurczy się wprawdzie rytmicznie, ale pojedyncze skurcze są bardzo gwałtowne; macica podlega przytęm nadzwyczaj silnemu napięciu, połączoneму z silnemi boleściami, które trwają daleko dłużej i są od siebie oddzielone tylko bardzo krótkimi przerwami, tak iż niemal następuje ból po bólu, a w przestankach wolnych od bólów porodowych macica zaledwie zdoła wiotczeć zupełnie; ztąd tęż dostrzegamy wprawdzie krótkich zwolnień, ale nie chwil zupełnie wolnych od bólów porodowych. Przez to popada rodząca w bardzo krótkim czasie w wielkie wzburzenie, twarz jęj obrzmiewa i rumieni się, oczy się lśnią, naczynia szyjne wypełniają się mocno krwią, tętno jest szybkie i pełne, całe ciało pokrywa się potem. W największym niepokoju rzuca się rodząca na wszystkie strony i nie zważając na żadne napomnienie wyrabia gwał-

townie bóle i w chwilach zwolnienia tychże daje znaki mocnych dolegliwości.

Taki nawał bólów porodowych, wyrównywający najsilniejszym kurczom drgawkowym, daje się dostrzedz tylko podczas otwierania się ust macicznych i występowania płodu.

Przyczyny skurczów w ogóle zbyt silnych nie można zawsze dowieść; często jednakże należy jęj szukać albo w niezwykle wielkiej przeszkodzie porodowej, albo w sztuczném pobudzeniu bólów porodowych. Do stanów pierwszego rodzaju należy liczyć zbyt twarde lub zarosłe ujście maciczne, ścieśnienie pochwy, zwężenia miednicy, zaniębane położenia poprzeczne płodu i t. d. Przyczyną zaś drugiego stanu bywa niekiedy nieostrożne zastosowanie natrysku macicznego, podawanie sporyszu, niestósowne próby obrotu i t. d.

Wpływ na przebieg porodowy i szkodliwe skutki dla matki oraz dziecka bywają różne stosownie do przyczyny cierpienia, do stopnia gwałtowności, do jakiego wzrasta czynność porodowa oraz ogólne wzburzenie, i stósownie do okresu porodowego, w którym się pojawiają zbyt mocne skurcze.

Jeżeli nie masz żadnej nadzwyczajnej przeszkody, to poród przebiega tak szybko, że się cały akt może skończyć w kilku minutach. Proces taki nazywamy porodem nagłym (*partus praecipitatus*). Jeżeli w takim wypadku osoba rodzi poraz pierwszy, to zazwyczaj rozdziera się śródkrocze, a niekiedy także pochwa i usta maciczne, gdy gwałtowne bóle powstały już przed zatarciem się ust macicznych. Nadto bardzo częstym skutkiem następczego porażenia macicy bywają silne krwotoki maciczne w okresie występowania łożyska.

Kiedy zaś przeszkoda porodowa jest nader znaczną, wtedy czynność porodowa wzrasta do takiego stopnia, że albo zwalcza wreszcie przeszkodę, która leżąc w częściach miękkich doprowadza nie rzadko do obszernych rozdarć; albo macica nie mogąc przewyciężyć przeszkody rozdziera się, poczem i rodząca i dziecko umierają w kilku chwilach; albo gwałtowne skurcze przechodzą w bezprzesztanne napięcie jednostajne macicy; albo wreszcie bóle słabną powoli i przechodzą w stan przeciwny, t. j. we wtórne osłabienie bólów porodowych. W dwóch ostatnich wypadkach pozostaje poród na tym samym stopniu, aż go się wreszcie zakończy pomocą sztuczną.

Nadto dostrzegamy w tego rodzaju wypadkach nieraz krwotoki skutkiem przedwczesnego odklejenia się łożyska, a niekiedy popada rodząca w tak silne rozdrażnienie, że umiera skutkiem udaru.

Dziecko pozostając wśród takich okoliczności przez dłuższy czas w macicy staje się wkrótce ofiarą zaburzeń, których doznaje obieg krwi w naczyniach macicznych.

Rozpoznanie wynika z opisanego co dopiero obrazu chorobnego.

Rokowanie jest stósownie do przyczyn cierpienia mniej więcej niepomyślne, a najgorszem wtenczas, kiedy równocześnie istaieje niezwykła przeszkoda porodowa.

Przez leczenie zamierzamy złagodzić czynność porodową i zapobiedz złym następstwom. W każdym wypadku, w którym wśród jakiegobądź okresu porodowego pojawiają się u rodzącej gwałtowne bóle porodowe, należy ją położyć w łóżko i zalecić jej żeby jak najspokojniej leżała na boku; również trzeba surowo zakazać, aby nie wyrabiała bólów porodowych, i usunąć wszystkie punkta oparcia, któreby jej ułatwiały to wyrabianie. Jeśli nie wystarczają te prawidła dyetetyczne i jeśli bóle następują tak gwałtownie po sobie, iż się trzeba obawiać złych skutków, to należy równocześnie użyć środków odurzających, mianowicie *acet. morphii* (co $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ godziny po 0,01—0,015 grama na dawkę), albo enemy z makowcowego nastoju, naturalnie jeśli nie grozi w tej chwili żadne niebezpieczeństwo albo poród nie postąpił tak daleko, że się można spodziewać jego zakończenia, zanim podany środek zdoła podziałać i skutek jakiś okazać. W takich razach zaleca się wdychania chloroformu, które pomagają na pewno, jeśli rodząca popadnie przez nie w głębokie odurzenie. Stósownie do okoliczności należy to odurzenie utrzymywać tak długo, aż się poród nie ukończy, albo przynajmniej tak długo, aż się nie usunie przeszkody porodowej, jeśli takowa istniała.

Co do ostatniego względu, to w wypadkach, w których usta maciczne są nader twarde i niepodatne (tak iż rzeczywiście zagraża rozdarcie się macicy), a w których pochwa jest ścieśniona, wskazanem jest krwawe rozszerzenie; przy zwięzieniach zaś miednicy, stósownie do ich stopnia, kleszcze, przedziurawienie lub cięcie cesarskie; przy położeniach poprzecznych obrót lub rozkawalenie płodu i t. d. o czem bliższe szczegóły zobacz w tomie drugim niniejszego dzieła, obejmującym naukę o operacjach akuszeryjnych.

Aby zapobiedz udarowi z powodu ogólnego gwałtownego rozdrażnienia, możnaby u osób wielokrwistych upuścić krwi z żyły stósownie do stopnia wielokrwistości. Aby zaś zapobiedz pęknięciu śródkrocza, należy takowe podtrzymywać z jak największą starannością, a jeśliby mimo tego rozdarcie się okazało się nieuniknionem,

przedsięwziąć krwawe rozszerzenie szczeliny sromowej. Po nagłym porodzie trzeba pilnie baczyć na stan macicy i pobudzać ją do silnych skurczów przez pocieranie od czasu do czasu dna macicznego, aby tym sposobem zapobiedz niebezpiecznym krwotokom.

2) Drugą formę za mocnej w ogóle czynności porodowej stanowi tak zwany *tetanus uteri*, tężcowy kurcz macicy. Tężec ten tém się znamionuje, że się macica znajduje w ciągłych, silnych i nader bolesnych skurczach, które nie okazują najmniejszego zwolnienia. Macica jest przytém bardzo twarda i napięta; przed pęknięciem pęcherza, odpowiednio do ilości wody płodowej, kolistą albo podługowato okrągłą i przypiera mocno do przedniej ściany brzusznej; po pęknięciu zaś pęcherza płodowego tak ściągnięta naokoło płodu, że części tegoż nadają macicy postać.

Jeżeli stan taki trwa przez dłuższy czas, to pospolicie przychodzi do zapalenia macicy, które samo jedno może wywołać także ten nieprawidłowy stan. Ztąd téż znajdujemy powyższe cierpienie jużto z objawami zapalnymi macicy, już téż bez takowych; ze względu na to rozróżniamy ściągnięcie się macicy kurczowe (*constrictio uteri spastica*) i ściągnięcie się macicy kurczowo-zapalne (*constrictio uteri spastico-inflammatoria*).

W pierwszym wypadku czułość macicy za dotknięciem jest nieco mniejsza; tętno małe, częste i nierzadko nieregularne, dolne kończyny chłodne, skóra wåtła, wygląd i zachowanie się chorój pełne bojaźni i niespokojne. Jeżeli zaś równocześnie zachodzi zapalenie macicy, to tętno chorój jest częste i pełne, ciepłota podwyższona, twarz rozczzerwieniona i obrzmiała, pragnienie wielkie, macica nader wrażliwą nawet na lżejsze ciśnienie. Badając przez pochwę przekonujemy się, że części rodne są suche, gorące i bolesne.

Obie formy tężca macicznego mogą się pojawiać w dwóch pierwszych okresach porodowych. Za przyczyny należy uważać oziębienie i zapalenie macicy, które nieraz wywołują to cierpienie zaraz z rozpoczęciem się porodu; dalej wszystkie właśnie wymienione okoliczności, które mogą w ogóle spowodować zbyt mocną czynność porodową, a między temi najczęściej zapewne sporysz i niezręczne próby obrócenia płodu.

Na przebieg porodu wpływa powyższe cierpienie tak, że dopóki trwają tężcowe skurcze, poród nie postępuje dalej, za równo czy macica jest zapaloną równocześnie, czy téż nie. Jeżeli się przy tem nie zatarły jeszcze usta maciczne, natenczas pozostają ciągle na-

pięte i zachowują tę samą wielkość, a po odpływie wody płodowej przodująca część płodu nie posuwa się naprzód nawet wten czas, gdy mu nie stoi w drodze żadna mechaniczna przeszkoda.

Niebezpieczeństwo dla matki wyrasta przeważnie z zapalenia macicy i otrzewnej, które albo przyłączyło się do niego, już przed nadejściem tęcza, albo się pojawia po takich porodach często w czasie połogowym. Wśród takich okoliczności jest także niebezpieczną nadzwyczaj każda operacja, mianowicie obrócenie płodu, ponieważ rozdarcia się macicy są bardzo łatwem następstwem śmiałego i nie rozważnego przedsięwzięcia.

Płód umiera zazwyczaj już w kilka minut po nastaniu dotyczącego cierpienia.

Rokowanie jest w ogóle niepomyślném; najgorszém zaś, kiedy cierpienie znamionuje się już w pierwszym okresie porodowym jako téż kiedy się macica równocześnie zapala, ponieważ natenczas opiera się uporczywiej leczeniu.

Leczenie. Najpewniejszym środkiem jest odurzenie chloroformem, które wśród takich stosunków niesłychane oddaje usługi, mianowicie usuwa niebezpieczeństwa operacyj i doprowadza wtedy do pomyślnego rezultatu, kiedy się poród posunął już tak daleko, że go podczas uśpienia można sztucznie ukończyć sposobem łagodnym. Jeśli nie nastąpił jeszcze ten okres porodowy, albo jeśli się nie ma chloroformu pod ręką, to należy zastosować w wielkich dawkach przetwory makowcowe tak wewnątrznie jak w postaci enem i zalecić letnie kąpiele w wannie, co nieraz daje nader pomyślny rezultat. Upuszczenia krwi należy zastosować tylko u osób wielokrwistych i z jak największą ostrożnością. Upuszczeń krwi, doprowadzających aż do omdlenia, albo u osób słabszych, należy się wystrzegać głównie dla tego, że niedokrwiste osoby posiadają wielką skłonność do niebezpiecznych cierpień połogowych.

β) Zbyt mocne skurcze w pojedynczych częściach macicy

Częściowe skurcze macicy występują nieraz już podczas ciąży i dają się rozpoznać przez bolesne napięcie jakiegokolwiek części tego organu.

Zwykle są one tylko słabe i przemijają szybko; niekiedy jednakże tak silne, że mogą się przyczynić do rozpoczęcia się porodu. Przyczyn zaś téj nieprawidłowości nie można zawsze dowieść i bez

wątpienia bywają niemi nierzadko wzruszenia umysłowe, nowotwory ścian macicznej, przyrośnięcie macicy do jakiego sąsiedniego organu skutkiem poprzedzającego zapalenia i t. d.

Tak samo może każda część macicy także podczas porodu popaść w zbyt mocne skurcze, które albo przemijają szybko, albo trwają dłużej. Najczęściej zaś zachodzą one w tych częściach macicy, które posiadają mięśnie obrączkowe, jak w zewnętrznym i wewnętrznym ujściu macicznym, w dolnej części ciała i w bliskości ujść jajowodów. W miejscach tych nadajemy im miano kurczowych ścieśnień (*stricturae*), i przedstawiają one ściągnięcia się dotyczącego oddziały macicy, które albo trwają bez przerwy przez dłuższy czas, albo wolnieją po jakimś czasie, ale pojawiają się na nowo za najmniejszą podniętą, np. za najsłabszym dotknięciem macicy. Pozostałe objawy i szkodliwe skutki, spowodowane przez tę nieprawidłowość, a nawet miejsce pojawiania się tychże i odpowiednia pomoc sztuczna są różne stosownie do rozmaitych okresów porodowych.

a) W okresie otwierania się ust macicznych siedliskiem cierpienia są prawie wyłącznie zewnętrzne usta maciczne. W takich razach są usta maciczne za dotknięciem nader czułe i po brzegach napięte na podobę struny. Podczas bólów porodowych nie rozszerza się ich otwór, a niekiedy bywa nawet nieco węższym, aniżeli w chwilach wolnych od bólów, w których albo nie wolnieje wcale albo nadzwyczaj mało. Przynajmniej bóle porodowe sprawiają rodzącej mocne dolegliwości i pojawiają się często. Poród nie posuwa się dalej, chora staje się niespokojną, rzuca się w łóżku, skarży się na znaczne bóle w krzyżu i podbrzuszu; niekiedy także na uczucie, jakoby dziecko pchało się ku górze, nieraz doznaje innych kurczowych cierpień, jako to odbijania się, nudności, rzeczywistych wymiotów, parcia do oddawania moczu i wypróżnień stolcowych i t. d.

Przyczyna nie zawsze da się dociec. Niekiedy trzeba za przyczynę cierpienia uważać przedwczesny odpływ wody płodowej albo zbyt silne rozdrażnienie ujścia macicznego, np. przez badanie zbyt częste lub nieogłędne.

Przebieg jest rozmaitym. Wśród stosowego łączenia kurcz albo wolnieje i poród postępuje dalej prawidłowo; albo też, mianowicie gdy pęcherz płodowy pęka przedwcześnie i rozbudza się silniejsza czynność porodowa w dniu macicznym, usta maciczne, ciągle ściągnięte, bywają coraz więcej wypierane ku dołowi i stają się coraz cieńszymi, przez co zagraża im rozdarcie się; nieraz rozdzierają

się rzeczywiście i przyczyniają się nawet do pęknięć sięgających wyżej w szyjkę maciczną; albo wreszcie usta maciczne obrzmiewają, są suche gorące i nader wrażliwe, słowem podlegają zapaleniu, przez co się poród opóźnia jeszcze więcej.

Leczenie. Przedewszystkiem należy się postarać o to, ażeby usunąć wszelkie drażnienie ust macicznych. Rodząca powinna leżeć jak najspokojniej i wstrzymywać się od wszelkiego wyrabiania bólów porodowych. Badać przez pochwę należy tylko w znacznych odstępach i z nadzwyczajną oględnością.

Celem usunięcia kurczu, zastósowujemy ciepłe okłady wilgotne, letnie kąpiele w wannie lub nasiadowe, wstrzykiwania do pochwy wody letniej albo letnich płynów klejkowatych, których można użyć także w postaci natrysku macicznego. Przy tém należy mieć staranie o to tylko, aby temperatura płynu nie była za wysoka (bo ma być przyjemną dla rodzącej) i aby promień wody nie był zbyt silny. Nacięcia brzegu ujścia macicznego są tylko wtenczas dozwolone, kiedy się skutkiem niepomysłnego powikłania okaże potrzeba szybkiego rozwiązania i dla tego powodu nie można już odczekiwać działania oznaczonych środków.

Na wewnątrz można podawać ciepły rumianek, aby rodząca dostała się w przyjemne poty, po których często wolniej kurcz macicy. W uporczywych wypadkach są wskazane nadto enemy z rumianku z kilku kroplami nastoju makowcowego.

b) W okresie występowania płodu daje się kurczowe ścieśnienie dostrzedz w dolnej części ciała macicznego, w wewnętrznym ujściu, a u pierwiastek także w zewnętrznym ujściu macicznym. Przedstawia zaś ono pierścieniowe ściągnięcie się dotyczącego miejsca macicy, które zazwyczaj oddziela część dziecka, wyszłą już z macicy, od części następującej. Takiemu ściągnięciu tedy podlega najczęściej przy położeniach miednicznych, po urodzeniu się dziecięcego tułowia szyjka lub kark i dolna część twarzy (tak zwany obwód twarzy), jako też przy położeniach główkowych szyjka i przy położeniach poprzecznych wypadła ręka.

Rozpoznanie da się tylko wtenczas stawić z pewnością, kiedy się wyczuwa samo ścieśnienie, co przy położeniach poprzecznych i miednicznych jest nam łatwem, gdy wprowadzamy celem operacji rękę przez pochwę, przy położeniach zaś główkowych tylko wtenczas możliwem, gdy ścieśnienie zachodzi w wewnętrznym ujściu albo nieco wyżej i tym sposobem przypada tak wysoko, że je wysledzić można

zewnątrznie przez powłoki brzuszne jako ściągnięcie się macicy. Jeżeli się to nie uda, natenczas przekonywamy się o istnieniu powyższego cierpienia ztąd, że bóle porodowe są nadzwyczaj bolesne, że rodząca rozdrażniona i niespokojna rzuca się z jednej strony na drugą, że wyrabia gwałtownie bóle porodowe i przodująca główka nie zstępuje niżej, chociaż tylko lekko tkwi w miednicy. Jeśli się staramy główkę wydobyć za pomocą kleszczy, to możemy ją ściągnąć nieco głębiej tylko wśród znacznych boleści dla matki; przytém także macica postępuje za pociąganiem i, skoro przestaniemy pociągać, wraca razem z główką napowrót do dawniejszej wysokości.

Z znanych przyczyn należy tutaj te najpierw wymienić, które już w okresie otwierania się ust macicznych mogą spowodować powyższe cierpienie; dalej operacje, jak np. obrót, kleszcze, ręczne wydobywanie za nóżki i t. d. gdy takowe wykonywało się jeszcze przed dostatecznym rozszerzeniem się ust macicznych albo gwałtownie i niezręcznie; nadto nowotwory albo bliznowate utkanie w bliżkości wewnętrznego ujścia i t. d.

Do szkodliwych skutków liczymy opóźnienie porodu, śmierć płodu skutkiem obciążenia się macicy naokoło ważnych organów, np. przez zasznurowanie szyi dziecięcej, przez uciśnienie pepowiny przy położeniach miedniczych, w których płód najprędzej umiera z powodu téj nieprawidłowości w bólach porodowych i t. d.; utrudnienie potrzebnych operacji i niebezpieczeństwo dla matki skutkiem naddarć w szyjce, które się mogą posunąć także wyżej ku ciału macicznemu, i szczególnie wtenczas łatwo powstają, kiedy się celem uratowania dziecka chce przemocą wydobyć zatrzymaną część płodu.

Leczenie. Srodkiem najpewniejszym w tym względzie jest zachloroformowanie choréj. Jeśli chloroformu nie mamy pod ręką i jeśli ściśnienie zajmuje tylko zewnątrzne usta maciczne, to działają szybko i skutecznie nacięcia ich brzegów. Kiedy zaś niebezpieczeństwo nie jest bardzo nagłem, lecz można jeszcze czas niejaki poczekać, to należy także spróbować, czy się nie okażą skutecznymi wielkie dawki makuwca i letnie kąpiele.

c) W okresie występowania łóżyska pojawiają się kruczowe ściśnienia tylko w wewnętrzném ujściu, w dolnym odcinku macicy i w bliskości ujść jajowodowych. Skutkiem tych ściąga się macica tak silnie w dotyczącém miejscu, że niepodobna jest przesunąć przez zwięzienie nawet jednego palca, gdy

tymczasem pozostałe części macicy znajdują się w zupełnym porażeniu albo kurczą się tylko nieznacznie. Przez to traci macica swą prawidłową postać. Jeśli kurczowe ścieśnienie przypada na wewnętrzne ujęcie albo dolny odcinek macicy, to takowa przybiera postać zegaru piasecznego, a jeśli ścieśnienie siedzi w bliskości ujścia jajowodu, to wystaje po dotyczącej stronie w postaci rogu.

Do rozpoznania wystarczają te dwie okoliczności, t. j. gdy się przy obmacywaniu macicy przez powłoki brzuszne uda nam wyśledzić tę szczególną jej postać, i mianowicie gdy przy badaniu wewnętrznym albo przy wprowadzeniu ręki celem oddalenia łożyska wynajdujemy zwężone miejsce.

Przyczyną tego cierpienia jest najczęściej zbyt mocne przycepienie się miejscami łożyska. Również może ono powstać skutkiem nowotworów lub blizn w ścianie macicznej i nierzadko przenoszą się do tego okresu kurczowe cierpienia już z okresów poprzednich.

Do skodliwych skutków należy zatrzymanie łożyska (*retentio placentae*) które się rozwija tym sposobem, że łożysko albo leży zupełnie pozamiejscem ścieśnionem, albo przez nie do tyła jest ściągnięte, że tylko jedna część leży poza miejscem ścieniającem, a druga wystaje z niego. Pierwsze zwiemy zupełnym uwięzieniem łożyska (*inarceratio placentae completa*), drugie niezupełnym uwięzieniem łożyska (*inarceratio placentae incompleta*). W takich wypadkach bywa bardzo trudnym i bolesnym nawet sztuczne oddzielenie łożyska i zwykle zachodzi krwotok maciczny z powodu wątlności w pozostałych częściach macicy, a mianowicie w dnie macicznym.

W leczeniu tego cierpienia należy za środek najpewniejszy uważać także wdychania chloroformu. Przez nie bowiem wolniej ścieśnienie, poczem łożysko daje się usunąć łatwo i bez bólów. Należy je zaś w takim razie zawsze oddalić, ponieważ po jego odejściu znikają zazwyczaj tak ścieśnienie jak i krwotok. Co się tyczy makowca, letnich kąpiei i spuszczeń krwi, to można o nich to samo powiedzieć tutaj, cośmy nadmienili powyżej, w braku chloroformu można te zastosować.

W końcu wypada jeszcze nadmienić, że się nie łatwo osiąga cel, jeśli się przez zwężone miejsce chce gwałtem przeprowadzić palce celem usunięcia łożyska. Ścieśnienie staje się tém węższem, iż większemu podlega drażnieniu, a przez takie postępowanie możemy

bardzo łatwo spowodować następnie zapalenie macicy. Daleko łatwiej udaje się przesunąć rękę przez zwężone miejsce, jeśli ją wprowadziwszy aż do tego miejsca pozostawiamy tamże spokojnie przez czas niejaki; przy tego rodzaju bowiem postępowaniu wolniej nieraz ścieśnienie samodzielnie w kilku minutach. Gdy to nastąpi, należy rękę przeprowadzić spieszno dla tego, ponieważ ściągnięcie się następuje zazwyczaj na nowo za najmniejszym dotknięciem i poruszeniem.

9. Rozdarcie się macicy (*ruptura uteri*).

Rozdarcia się macicy pod wielu względami należą do najgorszych wydarzeń, jakie się mogą pojawić podczas aktu porodowego. Nie tylko przyprawiają bowiem rodzącą i płód zazwyczaj o śmierć, ale nadto wzbudzają podejrzenie, że się popełniło błąd w zastosowaniu sztucznej pomocy, mianowicie w tych razach, w których rozdarcia zaszły podczas operacji, i tym sposobem stają się niebezpiecznymi dla opinii akuszerza. Chociaż to niepomysłne wydarzenie zachodzi stósunkowo rzadziej od czasów, jak położnictwo w lepszych znajduje się rękach, to jednakże z dotyczącej literatury przekonujemy się, że wypadki tego rodzaju rok rocznie w znacznej wydarzają się liczbie, nie rachując tych wypadków, które zostają na zawsze tajemnicą z przyczyn łatwych do odgadnienia.

Literatura. Do najważniejszych prac dotyczących rozdarcia się macicy należą następujące:

J. Raph. Steideler, *Sammlung merkwürdiger Beobachtungen von der in der Geburt zerrissenen Gebärmutter*. Wien. 1774. Nachtrag 1775.

Douglas, *Observations on an extraordinary case of ruptured uterus etc.* London 1785.

L. Ch. Deneux, *Essai sur la rupture de la matrice pendant la grossesse et accouchement*. Paris 1804. 4.

G. C. H. Sander, *Die Zerreiſsung der Gebärmutter geburts-hülflich und ärztlich behandelt. Ein Process zwischen Baudelocque und Sacombe. Aus dem Französischen*. Göttingen 1807. 8.

Ramsbotham, *Pract. observ. in midwifery*. London 1821. P. I.

La chapelle, *Pratique des accouchem.* t. III. 1825. Mém. VIII. Art. II.

Thom. M' Keewer's, *Practical remarks on Laceration of the uterus and the vagina with cases.* London 1824. 8. Uebers. im Magazin d. ausl. med. Liter. 1825. Septbr. u. Octbr. p. 270.

Rob. Colins, *A pract. treatise on midwifery etc.* 1835, p. 240.

M. L. Lachapelle, *Pratique des accouchem. etc. t. III. 8. mémoire, p. 109.*

Bluff, *Die Zerreiſſung des Uterus u. der Scheide während der Schwangerschaft und Entbindung.* W. El. Siebolds Journ. t. XV. 1835, p. 249.

F. Duparcque, *Histoire complète des ruptures etc.* Paris 1836. Po niem. *F. Duparcque's vollständige Geschichte der Durchlöcherungen, Einrisse und Zerreiſſungen des Uterus, der Vagina und des Perinäums, nebst Angabe der präservativen und radicalen Behandlung dieser Affectionen. In einem sehr erweiterten, die Leistungen aller wissenschaftlich gebildeten Nationen der ganzen Erde berücksichtigenden Maasse bearbeitet von J. C. W. Nevermann.* Quedlinburg u. Leipzig. 1838.

J. T. Ingleby, *Essay on Laceration of the uterus and the vagina.* Dublin Journal 1836. Nr. 24.

Ritter, *w Allgem. Zeit. f. Chirurgen.* 1843, Nr. 26—39, (*Schmidts Jahrb. XLII. p. 193.*)

Fabre, *Biblioth. du méd. praticien, t. I. p. 263—302. Art. Ruptures de la matrice.*

Lehmann, *Ein Beitrag zur Lehre über d. Rupturen des Uterus u. der Vagina, M. f. G. XII. p. 1858. p. 408.*

R. Olshausen, *Ueber Durhreißungen u. Rupturen des Uterus.* M. f. G. XX. p. 271.

O. v. Franque, *Ueber Ruptur des Uterus u. der Scheide während d. Geburt.* Wien. med. Presse VI, 24, 25, 26, 28. 1865.

Kormann, *Ueber die Uterusrupturen in forensischer Beziehung.* Diss. inaug. Leipzig. 1864.

Kazuistykę rozdarć się macicy zob. u F. Ludw. Meissnera *die Frauenzimmerkrankheiten nach den neuesten Ansichten und Erfahrungen zum Unterricht für praktische Aerzte.* Leipzig 1845. t. II, p. 164. Busch u. Mosser *Handb. d. Geburtsk. in alphab. Ordnung.* Art. *Ruptura uteri*; dalej *Jahresber. über die Leistungen der Geburtshülfe: von Naegele w Schmidta Encyklop. d. gesammten Medicin. Suppl. II, III i IV. 1842—1845; von Kiwisch v. Rottarau i Ed. C. Jac. v. Siebold. w Cannstatta i Eisenanna Jahres-*

ber. über die Forsch. der ges. Medicin von 1845—1861; C. Credé Rückblicke auf die Fortschritte u. Leistungen in d. ges. Medicin in der J. 1850—1851 i Jahresber. über die Leistungen u. Fortschritte der ges. Medicin, herausgegeben von Virchow u. Hirsch, Berlin: Spiegelberg (Geburtshülfe), fortg. v. Olshausen.

Według Velpeaua miał Guillemau pierwszy rozpoznać naturę tego cierpienia (*Oeuvres compl.* p. 319).

Najczęściej rozdziera się macica w swój tylny ścianie na tém miejscu szyjki macicznej, które odpowiada wżgórkowi krzyżowemu, a to skutkiem nacisku i zmiążdżenia, jakich ta część doznaje nieraz podczas porodu. Najprzód wytwarza się tutaj nadżarcie (*usura*) i przetarcie, z którego wreszcie przychodzi do rozdarcia się macicy. Jeśli jednakże istnieje jaka skłonność chorobna albo działają zewnętrzne wpływy, do jakich np. należą operacye, to macica może pęknąć na każdym miejscu. Prócz w tylnym dolnym odcinku macicy zachodzą przetarcia i pęknięcia najczęściej po bokach, mianowicie na lewój stronie szyjki macicznej (uwag. 1). Najrzadziej napotykamy rozdarcia macicy w jój przedniej ścianie, ponieważ tutaj wystawioną na największe ciśnienie nie jest szyjka maciczna, lecz górna część przedniej ściany pochwowój. Kierunek pęknięć zależy od tego, które włókna mięśniowe przeważają w dotyczącém miejscu; przebiegają tedy w kierunku ukośnym, poprzecznym, a najrzadziej w podłużnym. Ich wielkość i rozległość jest naturalnie nader różną i wynosi od kilku centymetrów aż do 16 ctm. Przytém trzeba nadmienić, że na trupie wskazują rozdarcia tylko natenczas pierwotną wielkość, kiedy macica utraciła natychmiast swą ściągliwość, gdy tymczasem w wielu wypadkach okazują się daleko mniejszemi z powodu skurczenia się macicy. Niekiedy istnieją tylko przedziurawienia utkania macicznego, mianowicie w wypadkach, w których macica bywała przypieraną do jakiego ostrego brzegu kostnego albo została zraniona przez jakie ostre narzędzie (uwaga 2).

Od pęknięć macicy, o których właśnie mowa, należy zupełnie odróżnić mniej lub więcej głębokie naddarcia brzegów ujścia macicznego, które się bardzo często tworzą podczas aktu porodowego, i które po największej części nie mają szkodliwych następstw. Tylko w tych wypadkach mają one większe znaczenie, w których naddarcia tego rodzaju przechodzą poza włókna okrężne wewnętrznego ujścia, ponieważ natenczas mogą tworzyć punkt wyjścia dla dalszych rozpęklin w ścianach macicznych.

Uwaga 1. Stein przyjmuje, że pęknięcia, które przy wąskiej miednicy nierzadko zachodzą w szyjce macicznej, powstają stąd, że głowa płodu nie mogąc się dostać do miednicy zwraca się od téjże i pod wpływem dalszych bólów porodowych działa jako klin na bok szyjki macicznej. Dla tego téż rozdarcia te nie zachodzą na żadném inném miejscu, jak tylko po bokach szyjki i nigdy nie przy wklonowaniu się główki. Najczęściej spotykamy miejsce rozdarcia po lewej stronie szyjki; zob. Ges. W. Stein, *Lehre d. Geburtsh.* I. cz. *Elberfeld 1825. p. 231.*

Uwaga 2. Co się tyczy pytania, jak często zachodzą pęknięcia macicy, to według Inglebyego (w m. przyt.) przypada jedno pęknięcie na 300—4000 porodów. Bluff podaje stósunek 1:466. Collins widział w 16,414 porodach 34 wypadków rozdarcia się macicy, t. j. 1:482 (dwie kobiety wyzdrowiały, a jedna nawet porodziła potem jeszcze dwa razy). M'Clintock i Hardy na 6634 porodów dziewięć, t. j. 1:737; Ramsbotham opisuje, że w Royal Maternity Charity w Londynie w ciągu 21 lat zaszło między 48,719 porodami 11 wypadków rozdarcia się macicy lub pochwy, t. j. 1:4429; zob. Arneth, *die geburtsh. Praxis etc. Wien 1851. p. 184.* Z sumy wszystkich liczb, zebranych przez Franque'go, okazuje się, że na 367,708 porodów przypadło 114 wypadków rozdarcia się macicy, a więc jedno rozdarcie się na 3225 porodów; zob. *Wien. med. Presse, VI. 24, 25, 26, 28. 1865.*

Według stopnia obrażenia, jakiemu podległy pojedyncze pokłady tkanki macicznej, rozróżniamy rozdarcia macicy dziurawiące czyli zupełne i niedziurawiące czyli niezupełne. Przy pierwszych istnieje swobodna komunikacja z jamą brzuszna, przy drugich zaś pozostaje nienaruszoną otrzewniana powłoka macicy, a rozdzierają się tylko mięśnie, i w rzadkich tylko wypadkach podlega rozdarciu wyłącznie otrzewna, a właściwy miąższ macicy pozostaje w całości. Bardzo często znajdujemy równocześnie naddarcia w sklepieniu pochwowém, daleko zaś rzadziej w pęcherzu moczowym i w odbytnicy. Ponieważ zaś pochwa sięga ponad górny brzeg wejścia miedniczego i szyjki macicznej częściowo nie pokrywa otrzewna, przeto na przedniej ścianie wytwarza się rzadko otwarta komunikacja z jamą brzuszna; na tylniej zaś ścianie, gdzie otrzewna pokrywa zupełnie szyjkę maciczną, musi skutkiem przetarć szyjki macicznej utworzyć się jama otrzewnej. Dalsze rezultaty sekcyjne są nader różne i zależą częściowo także od tego, czy śmierć nastąpiła zaraz po rozdarciu się macicy, czy dopiero później nieco. To téż znajdujemy brzegi ran rozdartych, już to cienkie, gzygzowate, podarte, już téż zapalone i obrzmiałe; tkankę maciczną w najbliższém otoczeniu już to prawidłową, już téż chorobnie zmienioną, kruchą, zgorzelinową i zapaloną; również w otoczeniu znajdującą się otrzewną już to zdrową, już téż zapaloną w wię-

kszej rozległości. Wysięk krwawy, znajdujący się w jamie brzusznej, może być bardzo znaczny, ale też nader mały, przyczem wylana krew' rozpada się często. Ostatnia okoliczność zachodzi mianowicie na wewnętrznej powierzchni macicy, gdzie się często przedstawia zmieniona w miążgowatą, czekuladową masę, która tkanke maciczną przesiąka w mniejszym lub większym stopniu, rozmiękcza i zabarwia czarnawo.

Przy nie dziurawiających pęknięciach macicy znajdujemy tylko wybroczyny krwawe pod otrzewną, niekiedy jednakże w tak wielkiej ilości, iż otrzewna jest rozszerzona na podobę worka.

Objawy i rozpoznanie. Rozdarcia się macicy zachodzą po największej części nagle w okresie wydalania płodu, bez wszelkich poprzednich znaków zwiastunnych. W wypadkach tylko, w których tkanka maciczna była już poprzednio zmieniona chorobnie, pojawiają się niekiedy przed pęknięciem bóle w dotyczącem miejscu już podczas ciąży, z których wprawdzie nie można pewnego wyciągać wniosku.

Rodzająca doznaje wśród bólu porodowego bardzo gwałtownego bólu w pewnej okolicy, który się różni zupełnie od boleści wywołanych przez bóle porodowe i niekiedy sprawia, że chora drżąc ze strachu krzyczy przeraźliwie. Równocześnie powiada nieraz rodzająca, że doznała uczucia, jakoby się jój w brzuchu coś rozdarło i czasem mimowolnie wskazuje ręką na chore miejsce. Niektóre chore doznają w tej samej chwili głuchego szmeru, jak gdyby coś pękło; co niekiedy mają słyszeć osoby znajdujące się w jój otoczeniu. Potém wolniej bóle porodowe naraz i ustają wkrótce zupełnie. Pod tym względem zachodzą jednakże niekiedy wyjątki, bo widziano wypadki, w których rozdarta macica kurczyła się jeszcze dłużej, i to z tą samą siłą i regularnością, co poprzednio (uwaga 1). Niekiedy pojawia się nieznaczny odpływ krwawy z pochwy, ale pojawienie jego nie jest koniecznem. Przymót maluje się w twarzy wielka bojaźń wewnętrzna i twarz nabiera bladój barwy, oczy tracą zwyczajny połysk, kończyny bywają chłodne, ciało pokrywa się zimnym potem, tętno małe częste, w końcu staje się nitkowatém i drgającym, wreszcie przystępują mdłości i wymioty, ciężki oddech, wielki niepokój i osłabienie, dzwonienie w uszach, zaciemnienie w oczach, omdlenia lub też drgawki. Wyliczone co dopiero przypadłości występują tém naglej i tém wybitniej, im większą bywa siła, z jaką się macica rozdziera, i im większy obszar, na jaki się rozdarcie to rozciąga. Przy zewnętrzném badaniu okazuje się brzuch nader bolesnym w okolicy miejsca rozdartego, posiada odmienną po-

stać, a jeśli przez miejsce rozdarte przestąpiły części po stronie przedniej, lub po jednej z bocznych, to dają się wyraźnie wysledzić tuż pod powłokami brzuszniemi, poza temi zaś albo obok nich wyczuwamy zmniejszoną macicę. Gdy badamy wewnątrznie, podpada nam cofnięcie się przodującej części płodu albo zstąpienie na wejście miednicze zupełnie innej części płodu, poczem się pospolicie pojawia także krwotok zewnętrzny, a śledząc całą ręką można się domać rozdarcia i gołych jelit. zwłaszcza że się macica nie kurczy zbyt mocno. Nie masz zaś naturalnie tych znaków wystąpienia płodu do jamy brzusznej wtenczas, kiedy w czasie rozdarcia się macicy przodująca główka była utwierdzoną już silnie w małej miednicy, jako też kiedy rozdarcia nie są dziurawiające. W tego rodzaju wypadkach, jako też w ogóle w tych wszystkich, w których się macica rozdziela zwolna i rozpekłina pozostaje małą, mogą objawy towarzyszące temu cierpieniu być tak nieznaczące i tak dobrym przez dłuższy czas ogólny stan zdrowia u chorój, że się niebezpieczeństw albo nie rozpozna wcale albo rozpoznanie pozostaje przynajmniej wątpliwym, ponieważ za rozdarcie się przemawiają tylko: pewna czułość macicy za dotknięciem zewnętrznym w połączeniu z podpadającym osłabieniem bólów porodowych, które się pojawiło nagle, jako też częste i drobne tętno i powolne opadanie sił rodzącej.

Uwaga 1. Dwa wypadki rozdarcia się macicy, dostrzeżone w *Maternité* w Paryżu przez Jolly'ego, przedstawiały to niezwykle zjawisko, że macica kurczyła się z dawniejszą siłą i regularnością, a w jednym nawet wypadku ukończył się poród zupełnie bez wszelkiego zaburzenia; wspomniany autor zebrał prócz tego 21 wypadków z literatury, w których po rozdarcie się macicy trwały potem jeszcze silne i regularne skurcze aż do sztucznego lub naturalnego ukończenia porodu; zob. *Arch. gén. de méd. Septbr. — Novbr. 1868, ref. w M. f. G. XXXIII. p. 304.*

Uwaga 2. Kiwisch (zob. tegoż *Klin. Vortr. über d. Krankh. d. weibl. Geschl. I. Abth. p. 254*) nadmienia jeszcze jako bardzo ważne znamie rozpoznawcze rozedmę (*emphysema*), która się w niektórych wypadkach bardzo szybko rozwija i tym sposobem powstaje, że przez miesiące rozdarcia powietrze atmosferyczne dostaje się do tkanki komórkowatej. Na ten objaw zwrócił ponownie uwagę McClinton (*Allgem. med. Central-Ztg., Berlin. 16 Debr. 1827. p. 103*) zapewniając, że w kilku wypadkach rozdarcia się macicy przy wysłuchiowaniu dosłyszał w okolicy podbrzusznój bardzo wyraźnie szmeru trzeszczącego, przez który się rozedma da łatwo rozpoznać. Hecker (*„Zur Symptomatologie der unvollkommenen Gebärmutterzerreissung” M. f. G. XXXI. p. 292*) w dwóch wypadkach niezupełnego rozdarcia się macicy znalazł guz, który przednią ścianę pochwową spychał ku dołowi i tyłowi i wywołany został przez wylanie się krwi do tkanki komórkowatej pomiędzy pęcherzem

moczowym a macicą *resp.* pochwa, a więc przez wytworzenie się krwisteku przedmacicznego zaotrzewnianego (*haematocele anteuterina extraperitonealis*). Z tego powodu sądził on, że takowy należy uważać za ważny objaw przy niezupełnych rozdarciach się macicy i stawił tedy twierdzenie: „że jeśli przy porodzie, wskazującym już i tak podejrzany charakter, wytwarza się w przedniej ścianie pochwowój szybko wzrastający i napięty elastyczny guz, którego nie można sobie wytlómaczyć ani opadnięciem ani przepukliną pęcherzową (*cystocele vaginalis*), natenczas bardzo prawdopodobnym jest, że istnieje niezupełne rozdarcie się macicy”. Jolly (*Arch. gén. d. méd. Septbr.-Novbr. 1868*) również zwracał uwagę na to, że wystąpienie wylewu krwawego w przedniej ścianie pochwowój stanowi ważny objaw rozpoznawczy dla niezupełnych rozdarć macicy, przy których powłoka otrzewnianna pozostaje w całości.

Rokowanie. Skoro się macica rozdziera w większym rozmiarze, to zazwyczaj następuje śmierć szybko wśród podanych objawów wyczerpięcia sił i wewnętrznego krwotoku. Ponieważ zaś ilość wylanей krwi na wewnątrz, którą znajdujemy w trupie, niekiedy jest bardzo nieznaczną i śmierć pojawia się często już przy małych rozdarciach, nawet nie dziurawiających, przeto trzeba przypuścić, że pierwotną przyczyną śmierci bywa także ubytek sił i porażenie systemu nerwowego.

W wypadkach, w których osoby pozostają przy życiu dnie lub tygodnie, występują objawy zapalenia otrzewnej i macicy w połączeniu z wielkiem osłabieniem, małym tętnem, chłodnemi kończynami i t. d. Jeśli zaś ten stan przewlekłym się staje i płód pozostaje w jamie brzusznej, to otrzymujemy obraz wtórnej ciąży zamacicznej. Wyzdrowienia można w ogóle spodziewać się tylko w razach wyjątkowych (zob. uwagę).

Jeśli po pęknięciu macicy nie można spiesznie ukończyć rozwiązania, to pospolicie jest także życie dziecka straconém.

Uwaga. Sprawozdania o szczęśliwie uleczonych rozdarciach się macicy nie zasługują wszystkie na zupełną wiarę, ponieważ w wielu wypadkach zachodzi wątpliwość, czy rozpoznanie było dobrém. Do prawdopodobnych wypadków tego rodzaju należą: J. Nep. Eiselt, *Historia rupturae uteri etc. Pragae 1829*, 8.—Wilb. Hendric, w *Amer. Journ. of the med. science*, Aug. 1830. — *Magazin d. auzl. med. Liter.* Mai, Juni 1831, p. 520. — M'Keewer, *Pract. remark. on lacerat of the uterus etc.* London 1824.—*Arch. gén. de méd.* 1825. Août. p. 597. — Brühl, *Casper's Wochenschrift*, 1844. Nr. 20.—Mitchel, *Doublin. journ.* 1843, Jan.—*Ordinaire, Gaz. de hôp.* 1845. Nr. 75. — Robiquet, *Bullet. de l'acad. de méd. t. XI*, p. 615.—Colson, *Gaz. de Paris*, Mai 1845. — Cox, *Britisch. med. Journ.*

27. Jan. 1866. -- Clarke, *Jam. Ferrier, Lancet* II 26, Dec. 1869. — Schatz F., *A. f. G. I. 1. p. 150.*

O wypadkach, w których płód po pęknięciu macicy wydobyto za pomocą rozcięcia ścian brzusznych i matka pozostała przy życiu, donoszą: Kuhn, *Oesterr. Woch.* 1844. Nr. 42. — Lud. Frank, w *med. chir. Zeitg.* 1825. *Beilage* Nr. 14. p. 255. — Winckel, *med. Zig. v. d. Vereine f. Heilk. in Preussen*, 1854. Nr. 49. — R. W. Brighton, *Edinb. med. Journ.* Nr. CX. August 1864. — E. Whinery, *Amer. Journ.* Nr. 8. CIV. p. 401. Oct. 1866.

Wypadki zaś, w których kobiety po rozdarciu się macicy nie tylko wyzdrowiały, lecz zaszły ponownie w ciążę, zebrał Bluff (w m. przyt. spostrzeżenie 10, 11, 16, 18 i 25). Zob. także Collins, *Pract. treatise on midwifery etc.* 1835. p. 240. — Thomas Radford, *Obstetr. Transact.* VIII. p. 150. 1867

Ze względu na przyczyny dzielimy rozdarcia się macicy na samodzielne t. j. takie, które się wytwarzają niejako same przez się z przyczyn wewnętrznych, leżących w organizmie rodzącej, i na gwałtowne czyli przypadkowe. t. j. wywołane przez obce wpływy, np. przez operacje.

Samodzielne rozdarcia się macicy powstają po największej części skutkiem chorobnej skłonności macicy, do jakiej liczymy wady rozwojowe, podwójność, cienkościennność, niejednostajny rozwój w ścianach, które w dnie i ciele macicy są bardzo grube i mięsiste, w szyjce zaś tracą nadzwyczaj na grubości i tutaj stają się cienkimi niekiedy zaledwie na kilka linii (uwaga 1), nowotwory, zmiękczenia skutkiem procesów zapalnych, przyrośnięcie dolnego odcinka, wytworzenie się blizn (np. po dawniejszem cięciu cesarskiem), zarosnięcie ust macicznych i t. d. Ponieważ tego rodzaju patologiczne stany macicy są nieraz następstwem poprzednich porodów, przeto też znachodzą się takie pęknięcia bez porównania częściej u mnogorodzących. W ogóle zachodzą rozdarcia się macicy częściej samodzielnie, aniżeli pod wpływem operacji. Do przyczyn powodujących należą bardzo silne i gwałtowne, w ogóle nieregularne skurcze, mianowicie wtenczas, gdy wydaleniu płodu stawają na zawadzie znaczne przeszkody, np. bardzo wąska miednica, ostre brzegi i kołczaste wyniosłości miednicy, wielki płód (uw. 2) i wodna puchlina płodu. Z tego powodu macica pęka łatwo przy nieprawidłowym położeniu płodu, kiedy odpłynęła już woda płodowa i naokoło nieprawidłowo leżącego płodu macica ściągnęła się silnie w zupełnie nieregularnej formie; przez to bowiem podlegają pojedyncze miejsca nadmiernemu targaniu i naciskowi i zmieniają się nawet chorobnie. Nad-

to może się stać przyczyną rozdarcia się gwałtowne wyrabianie bólów porodowych i rzucanie się na łożu porodowym. Często jednakże tak zwane samodzielne rozdarcia się są następstwem zmiążdżenia i przeciercia w dolnym odcinku macicy, mianowicie w tylnej części szyjki macicznej, odpowiadającej wgórkowi krzyżowemu (uwaga 3), przy czém nie da się przypuścić, żeby w tém miejscu utkanie macicy miało być chorobnie zmienione już podczas ciąży.

Uwaga 1. Arneth (*Die Geburtsh. Praxis etc. p. 179*) widząc niekiedy przy sekcji osób, zmarłych skutkiem rozdarcia się macicy, nadzwyczaj wielką objętość górnej części tego organu, przypuszcza że w takich wypadkach rozdarcie się macicy zostało wywołane wyłącznie przez niestósunkowo silniejszy rozwój pokładu mięśniowego w dnie i w ciele macicy, któremu to pokładowi utkanie szyjki, gdy się ta zaczęła rozszerzać, nie mogło stawić dostatecznego oporu. Silniejszy zaś ten rozwój może albo być przyrodzonym, albo nastać wyłącznie dopiero podczas ciąży. Za zapatrywaniem tém przemawia zdaniem jego ta okoliczność, że samodzielne pęknięcia zachodzą w tych razach, w których bynajmniej nie masz żadnego zwężenia i porodowa czynność nie była nadzwyczaj silną. Grenser także dostrzegł samodzielnych pęknięć macicy w r. 1853 i 1854 w zakładzie położniczym w Dreźnie, w których uderzała znaczna grubość ciała i dna macicznego w stósunku do cienkościeności dolnego odcinka macicy, dotkniętego rozdarciem. Zob. Grensera *Jahresbericht w M. f. G. i Chiari, Braun u. Späth, Klin. d. Geburtsh. Erlangen 1855. p. 188.*

Do przyczyn, nie ocenionych dotąd należycie a zachodzących nie tak rzadko, które powodują obrażenia i przedziurawienia macicy podczas aktu porodowego, należą ostre kanty, śpiczaste wyniosłości i prawdziwe wyrosłe kolczaste w kościach miedniczych. Tak znajdujemy niekiedy, mianowicie przy miednicach krzywicowych o bardzo ostrych krawędziach linią biodro grzebieniową (*iliopectinea*) i inne miejsca wewnętrznej linii łukowatej (*linea arcuata interna*), szczególnie także wzgórek krzyżowy. W jednym wypadku (zob. *M. f. G. I. 1853. p. 147*) wyniosłość biodrogrzebieniowa takiej miednicy (*eminentia iliopectinea*) tworzyła kolec kilka linii długi, który także spowodował znaczne obrażenie dotyczącej miednicy. Na tę szczególną ostrość kantów linii biodrogrzebieniowej i wytwarzanie się kolców w miednicy (nazwanej dla tego miednicą kolczastą, *pelvis spinosa, akantopelys*) zwrócił ponownie uwagę szczególnież Kilian, dowiódł faktami ich zgubnego wpływu podczas aktu porodowego i objaśnił nieprawidłowości bardzo dobrymi obrazami. Porówn. H. Fr. Kilian, *Schilderungen neuer Beckenformen u. ihres Verhaltens im Leben. Mit. 9. lithograph. Tafeln. Mannheim 1854. 4.*—To wytworzenie się kolców nie ma nic wspólnego z chorobnym stanem kości albo z nowotworem i nie tworzy anatomicznie żadnej szczególnej formy miednicy, jak téż nie łączy się z żadnymi nieprawidłowościami miednicy; zob. Lambl, *Ueber Stachelbecken, Prager Vierteljahrschr. 1855. Jahrgang. XII. p. 142* i Feiler, *M. f. G. XI. p. 249.*—Według Luschki (*Die Anatomie des menschlichen Beckens*) formują się kolce także w męzkiej miednicy, nie są wynikiem stanu patologicznego, ani mocniej rozwiniętą guzowa-

tością biodrogrzebieniową, lecz pochodzą z wyjątkowego, na to miejsce skoncentrowanego przyczepienia się cięciwy mniejszego mięśnia połączwicowego (*psaos minor*).

Uwaga 2. Dowiedziono statystycznie, że rozdarcia się macicy przy porodzie chłopców zachodzą częściej z tego tylko powodu, że chłopcy są w ogóle więksi i mianowicie mają mocniejsze i większe głowy, aniżeli dziewczęta. Tak w 34 wypadkach rozdarcia się macicy, zebranych przez Simpsona, były 23 płody płci męskiej. W ogóle wpływu płci na utrudnienia i niebezpieczeństwa porodu nie opisał nikt tak obszernie, jak James Y. Simpson; zob. jego znakomitą rozprawę o tym przedmiocie w *Edinb. Journ. October 1844.*—*S. Ibb. t. 45. p. 311.*

Wypadki, w których głowy dotknięte wodną puchliną mózgu, wywołały rozdarcia się macicy, opisał Grenser w *Schmidt's Encyklop. der ges. Med. Suppl. III. p. 229.* — Zobacz także *Verhand. der Gesellsch. f. Geburtsh. in Berlin in M. f. G. VIII. p. 396.*

Uwaga 3. Lachapelle (w m. przyt. p. 109) dzieli rozdarcia się (*déchirures*) macicy stósownie do sposobu ich wytwarzania się na dwie istotnie różniące się klasy, t. j. na przedziurawienia (*éraiilements*) albo nadzarcia (*usures*), gdy się utkanie macicy rozszerza i ścieńcza aż się nie rozdzieli, albo gdy uciskane o wejście miednicze w końcu rozstępuje się skutkiem zmiażdżenia, i na pęknięcia (*ruptures*), gdzie się utkanie macicy rozdziera zupełnie nagle.

Gwałtowne rozdarcia się macicy mogą się wydarzyć także przy zupełnie prawidłowém utkaniu macicy skutkiem nieostrożnego, gwałtownego i szorstkiego operowania, jużto za pomocą ręki, już toż narzędzi. Pod tym względem przestrzega się przedewszystkiem, aby nie dokonywać gwałtem prób obrotu, gdy macica jest silnie skurczona (uwaga 1). Jeśli do tego przychodzi chorobna skłonność macicy, to wśród takich okoliczności pęka już wtenczas, kiedy akuszer średniej tylko użyje siły. Prócz tego przyczyniają się do obrażeń macicy i do pęknięć mianowicie nieostrożne zastosowanie haka i perloratorium, jako téż trzaski kościowe po przedziurawieniu czaszki lub rozkawaleniu płodu, nadto także operacye kleszczami dokonane nicogłędnie i przeciwko prawidłom nauki. Rzadziej zaś bywają przyczynami pęknięć macicy gwałtowne wpływy zewnętrzne, jak uderzenia, upadnięcia i t. p., które zachodzą podczas porodu.

Uwaga 1. Grenser opowiada, że przed kilku laty został przywołany na naradę do porodu, w którym przez nieostrożne i gwałtowne pociąganie za jedno udo, celem obrócenia płodu, nie tylko rozdarło macicę, lecz nawet oderwano w stawie biodrowym udo chłopca zdrowego i silnie zbudowanego. Widok krwią zbroczonego, rozszarpanego uda był okropny. Położnica zmarła w godzinę po rozwiązaniu. Rozdarło miejsce wynosiło przy seceyi 16 ctm.

długości i rozciągało się od boku sklepienia pochwowego ukośnie ku górze przez szyjkę i ciało macicy aż do prawego jajowodu.

Uwaga 2. Geisler opisuje wypadek, w którym u osoby znajdującej się w ostatnich dniach ciąży, byk rogim rozpruł brzuch i macicę, tak, iż donoszone dziecko wypadło przez ranę rozdarta, poczem znaleziono je na ziemi zupełnie nienaruszone i żyjące obok umierającej matki; zob. *M. f. G. XXI. p. 272.*

Leczenie powinno być zapobiegawczém w tych wypadkach, w których już znana jest skłonność macicy do rozdarcia się (jak np. u kobiet, które już przeżyły cięcie cesarskie), w których poprzedziły zranienia macicy (zob. uwagę), w których istnieją nowotwory, wielka cienkościenność macicy i t. d. Tego rodzaju rodzące trzeba zaraz z początku porodu ułożyć poziomo na grzbiecie, należy zalecić zachowanie jak największego spokoju, zakazuje się wyrabiać ból porodowe, podtrzymuje się macicę podczas porodu albo za pomocą rąk płasko ułożonych, albo za pomocą odpowiedniej opaski brzusznej, i wydobywa się płód według prawideł sztuki kleszczami, jeśli główka przoduje, albo rękoma, jeśli się naprzód rodzi koniec miednicy.

Uwaga. W wypadku, w którym kobiecie ciężarniej w dziesiątym miesiącu dostał się przez przednią ścianę brzuszną i maciczną żelazny hak od mięsa aż do jamy jajecznej, udało się Grenserowi za pomocą wyżej skreślonego leczenia zapobiegawczego i wyciągnięcia dziecka kleszczami, kiedy bóle porodowe nastąpiły w trzech dniach po owém ciężkim zranieniu, nie tylko zapobiedz rozdarciu się macicy, ale także uratować życie matki i dziecka.

Przy leczeniu powstałego już rozdarcia macicy chodzi głównie o to, ażeby wydobyć płód i łożysko. Dopóki się płód nie dostał jeszcze zupełnie do jamy brzusznej, dokonywamy tego po naturalnych drogach porodowych za pomocą zwykłych prawideł sztuki, przyczem jednakże trzeba się wystrzegać, aby się przez operacyą rana nie rozpruła dalej. Łožysko należy oddalić przez pociąganie za pępowinę, albo w razie potrzeby za pomocą wprowadzonej ręki, nie zaś przez zewnętrzny ucisk, ponieważ tym sposobem mogłoby ono przez miejsce rozdarte dostać się do jamy brzusznej. W wypadkach zaś, w których płód wystąpił już zupełnie przez rozpeklinę i macica się skurczyła, jest wskazaném rozcięcie powłok brzusznych (*laparotomia*). Również należałoby oddać pierwszeństwo rozcięciu ścian brzusznych wtedy, kiedy miednica jest mocno zwężona, w którym to razie główka nie da się zachwycić kleszczami, mianowicie gdy płód jeszcze żyje. Jeśli po rozwiązaniu występują objawy silnego krwotoku, to robimy zimne okłady na podbrzusze, na wewnątrz podajemy

acid. phosphor. tinct. cinnamomi, a gdy siły fizyczne znacznie opadły, dajemy leki orzeźwiające (*analeptica*), jak wino, *liquor anodynus, moschus* i t. p.; zupełnie zaś należy się wstrzymać od wstrzykiwań tamujących krew, ponieważ wstrzyknięty płyn dostałby się do jamy brzusznej. — Wypadłe lub uwięźnione pętle jelit trzeba natychmiast odłożyć. W wypadkach, w których siły fizyczne nie opadły chorą tak bardzo i chora znajduje się we wielkiem nerwowém wzburzeniu, zaleca się w celu uspokojenia dać zażyć kilka dawek *morphium accticum*.

Doleczanie jest to samo, jak dziurawiących ran brzusznych, przyczem nie należy zapomnieć o czynnościach połogowych. Tak zwaną metodę wycokującą, wedle której nie godzi się oddalać płodu wyszłego do jamy brzusznej i wśród stósownej symptomatycznej pomocy resztę pozostawiać naturze, możnaby zastosować w tych tylko wypadkach, w których płód jest nieżywy, albo nie donoszony i matka jest tak słaba, żeby nie przeżyła rozcięcia ścian brzusznych. W takim razie przychodzi nam leczyć tak jak ciążę zamaciczną, przy której natura stara się zmarły płód wydalić przez ropienie.

β. Nieprawidłowości pochwy.

1. Ścieśnienie pochwy (*stenosis vaginae*).

Ścieśnienia zachodzą prawie wyłącznie tylko w pochwie i zaszają się na tém, że albo jest zwężona pochwa sama przez się, albo téż zmniejszając jęj światło nowotwory.

a) Zwężenia pochwy same przez się nazywamy popolicie ścieśnieniami i są albo przyrodzone albo nabyte.

Do pierwszego działu należą: a) nieprawidłowa wąskość całej pochwy bez wszelkiego innego zniekształtnienia; b) rozdział kanału pochwowego przez przegrodę przebiegającą równoległą z osią pochwy i zwyczajnie rozpiętą od przodu ku tyłowi, która się ciągnie albo przez całą pochwę, albo tylko przez pewną jęj część i tym sposobem przedstawia mniej lub więcej zupełną pochwę podwójną (*vagina duplex*). Takie przedziały zachodzą często przy podobnych stanach macicy, niekiedy jednakże i bez takowych; poprzecznie rozpięte, otworem zaopatrzone błony, które rozmaitej będąc grubości przechodzą na podobę przepony przez kanał pochwowy zwykle powyżej jego środka; c) zwężenia wejścia pochwowego przez błonę

dziewiczą, istniejącą sposobem nieprawidłowym jeszcze podczas porodu albo przez mięsiste beleczki, które zwykle przechodzą od przodu ku tyłowi i rzadko kiedy znajdują się w górnych oddziałach pochwy.

Nabyte ściśnięcia są następstwem procesów pozostawiających po sobie blizny; te procesy mogą nastąpić skutkiem pęknięć samodzielnych lub wywołanych narzędziami przy poprzednich porodach, albo też skutkiem (durowych, połogowych i t. d.) owrzodzeń i zgorzeli, mianowicie w wejściu pochwowém.

Jakiegobądź zaś rodzaju są ściśnięcia pochwy, to objawiają się one dopiero podczas zstępowania przodującej części płodu od wejścia miedniczego przez kanał miedniczy aż do szczeliny sromowej, i wprawdzie przez to, że wstrzymują przodującą część płodu w jej posuwaniu się ku dołowi i opóźniają tym sposobem poród. Przytem z początku wzmagają się zwykle znacznie bóle porodowe, i tak przy przyrodzonych jak bliznowatych ściśnieniach, nawet kiedy to do znacznego dochodzą stopnia, może się kanał pochwy przez napieranie przodującej części płodu, chociaż powoli rozszerzyć tak znacznie, że poród przebiega samodzielnie i bez wszelkiej szkody. Po największej jednakże części jest potrzebną pomoc sztuczna, ponieważ się zbyt opóźnia poród skutkiem tego, iż nie może przezwyciężyć przeszkody z powodu wtórnego osłabienia w bólach porodowych, albo też trzeba się obawiać, że z powodu silnych bólów porodowych może się rozdrzeć macica lub stósownie do rodzaju zwięzienia nawet i pochwa naraża się na rozdarcie w mniejszym lub większym rozmiarze, albo też sąsiednie organy.

Jeśli pochwa jest w ogóle zwięzona, albo jeśli istnieją obszerne blizny, to nawet pomocą sztuczną nie można zawsze zapobiedz dalszym rozdzieraniom się. Błona dziewicza, istniejąca podczas porodu, może się stać powodem, że się rozdziera śródkrocze, jeśli takowa pozostawiona samą sobie pęka podczas przechodzenia dziecka.

Rozpoznanie nie jest w ogóle trudnym dla badającego przez pochwę. Niekiedy jednakże błony poprzecznie idące albo ściśnięcia spowodowane przez blizny, gdy siedzą w górnej części pochwy, mogą przybierać pozór ust macicznych. Jeśli w takich razach badamy, zanim się jeszcze zatarły usta maciczne, to w każdym razie przeprowadzając palec przez ściśnione miejsce i wyczuwając wyżej położone ujście możemy przyjść do pewnego rozpoznania: gdy jednakże ściśnienie jest bardzo znaczne albo gdy lekarza wzywają dopiero w czasie,

w którym się usta maciczne już zatarły i przodująca część płodu napiera na samo ściśnięcie, to rozpoznanie bywa trudnym i stan ten można uważać albo za zamknięte albo za niepodatne ujęcie maciczne. Gdy zaś otwór jest bardzo wąski, to czasem nawet takowy tylko z trudnością da się wynaleźć przez wzienik tym sposobem, że się dostrzega, jak śluz, krew i woda płodowa wypływają z otworu. W takich razach rozstrzyga w tej mierze mniejsza odległość dotyczącego miejsca od miejsca pochwowego i tkanka bliznowata w bliskości niepewnego otworu.

Rokowanie jest bardzo różnym stosownie do rodzaju ściśnięcia. Jeśli przyczyną takowego są tylko przegrody, mięsiste beleczki, albo nieprawidłowa błona dziewicza, to sztucznym sposobem można je zwykle łatwo i bez wszelkiego niebezpieczeństwa usunąć. Jeśli zaś ściśnięcie jest spowodowane przez blizny, to rokowanie pogarsza się w miarę rozległości, położenia i odporności w bliznowatym utkaniu. Najniebezpieczniejszemi są szerokie mocne blizny w przedniej i tylnej ścianie pochwowój, ponieważ w bliskości znajduje się pęcherz moczowy i kiszka odbyłowa. Ogólne ściśnięcie pochwy, mianowicie gdy przytém jest niepodatną, bywa także powodem, że się pochwa po największej części rozdziera.

Tak samo téż jest różnym leczenie. Przegrody na podłuż się ciągnące albo mięsiste beleczki przedziela się najlepiej za pomocą bistura guzikiem zaopatrzonemu albo za pomocą tępych noży. Jeśli zaś przeszkodę porodową stanowią podobne do przepony błony, albo nienaruszona jeszcze błona dziewicza, to środkiem najlepszym jest wykonać bisturem guzikowatym kilka miękkich nacięć w ich wolne brzegi.

Bliznowate ściśnięcia rozszerzą się również najlepiej za pomocą guzikowatego bistura, przyczem kieruje się nacięciami ku bokom, aby nie tralić na pęcherz moczowy i kiszkę odbyłową. Ilość i głębokość nacięć zależy od niepodatności i rozległości blizn i w danym razie trzeba to pozostawić osądzeniu operatora. Jeśli takie wypadki spostrzeczemy już przed porodem albo przynajmniej zaraz z jego rozpoczęciem się, to w każdym razie należy poprzednio robić rozmięczające okłady i wstrzykiwania, włożyć gąbkę zmoczoną w letnim płynie, zalecić kąpiele nasiadowe i waniczne, aby tym sposobem dopomagać naturze, która niekiedy podziwieniami godnych rzeczy dokonuje w rozluźnieniu i rozszerzeniu tego rodzaju ściśnień. To téż w takich razach należy dopiero wtenczas przystąpić do operacji, gdy z powodu gwałtownych bólów porodowych i mocnego napięcia w ściśniętym

miejscu, spowodowanego przez napierającą główkę, zanosi się rzeczywiście na pęknięcia.

Tych samych rozmięczających środków należy użyć także przy ogólném zwięzieniu pochwy. W takich razach nie byłoby także bez skutku założenie rozszerzającego tamponu.

b) O guzach, które ścieśniają światło tak pochwy jak kanału miedniczego, będzie poniżej mowa.

Z najnowszej literatury tego przedmiotu przytaczam tutaj następujące prace: Devilliers, *Anat. f. Frauenkrankh. VI. p. 297.*—v. Siebold, *Neue Zeitschr. f. Geb. p. 230.* — Cazeau x-Tarnier, *Traité des accouch. 7. éd. 1867. p. 690.* — Roth, *M. f. G. t. 19. p. 150.* — Moritz, *M. f. G. t. 13. p. 60.*—Wachs, *M. f. G. t. 30. p. 54.*—Schön, *Allgem. Wien. med. Zeit. 1868. Nr. 11.*—Herzfeld, *Wiener med. Presse. 1868. Nr. 34.* — C. Bell, *Tr. of the Edinb. obst. sc. 1870. p. 116.*—Martin, *Berl. B. z. Geb. u. Gyn. t. I. p. 62.*—Odebrecht, *D. i. Greifswald. 1871.*

2. Wypadnięcie pochwy (*prolapsus vaginae*).

Wypadnięcie pochwy polega na tém, że dolna jęj część w postaci fałd występuje z szczeliny sromowj. Wypadnięcie to może do tego stopnia być różném, że wypada albo tylko przednia, albo tylko tylna ściana pochwowa, albo téz najniżej leżąca część wysuwa się w całym obwodzie. Wypadnięcie pochwy może się także albo łączyć z opadnięciem lub wypadnięciem macicy, albo téz samo tylko występować.

Cierpienie to zachodzi daleko częściej, aniżeli wypadnięcie macicy, i da się dostrzedz pospolicie tylko u mnogorodzących. Nawet gdy macica podczas ciąży wznosi się ku górze, cierpienie to rzadko łagodnieje łatwo, lecz zwykle pogarsza się bezprzestannie z powodu zwiększającej się luźności w częściach płciowych. Podczas porodu pozostaje nieraz wypadła fałda pochwowa w przednim lub tylnym obwodzie pochwy i może przodem, mianowicie pomiędzy główką a łukiem łonowym, tak uwięzgnąć, że obrzmiewa surowiczo i od przekrwienia i wysięków krwawych ciemnoniebiesko zabarwiona przedstawia wielki guz, który może nawet wstrzymywać posuwanie się główki i śródkrocze wprawia w niebezpieczeństwo. Nawet w położeniu poziomém podczas położu nie cofa się zupełnie z taką łatwością

wypadła fałda pochwowa, i później występuje jeszcze w większym stopniu.

Leczenie podczas ciąży ma to jedynie na celu, aby jak najwięcej powstrzymać wypadłą fałdę, i w tym względzie da się nie mało osiągnąć, jeśli się postaramy o wypróżnienie pęcherza moczowego i odbytnicy, założymy opaskę w postaci głoski *T*, do pochwy włożymy gąbkę stosownej postaci i t. d. Podczas porodu pozostawiamy tego rodzaju stan samemu sobie aż do chwili, w której przodująca część płodu zaczyna się wrzynać. W tym czasie należy wypadłą fałdę wsuwać napowrót i tamże ją przytrzymywać, jeśli się sama nie cofnie nazad. W położu powinna chora leżeć dłużej w położeniu poziomém, aniżeli pośpolicie, aby się części płciowe mogły lepiej pościągać.

Po kilku tygodniach można także spróbować, czy się za pomocą ściągających wstrzykiwać nie da cierpienia zmniejszyć.

3. Nowotwory pochwy (*neoplasmata vaginae*).

Nowotwory w pochwie znachodzą się nadzwyczaj rzadko. Spostzegamy zaś: ukleje, które zakorzeniają się w szyjce macicy albo w ścianie pochwowej samej i swém mniej lub więcej wielkiem ciałem sterczą ku światłu pochwowemu; włókniki, torbiele i raki w samej ścianie pochwowej; zakrzepy czyli krwawiaki pochwy i sromu (*thrombus s. haematoma vaginae et vulvae*), które już przed urodzeniem się dziecka powstają w otoczeniu pochwy; ropnie w tkance komórkowatej albo w gruczole Bartolina; obrzęki pochwy.

Przebieg porodu jest przy takich guzach różny, stósownie do ich siedliska, wielkości, spoistości i poruszalności. Gdy guzy te siedzą dość nisko w ścianie pochwowej lub w świetle pochwy, to pozwalają przodującej części płodu odpowiednio głęboko zstąpić do kanału miedniczego i potem tworzą przeszkodę mniej lub więcej znaczną, przez co się znowu opóźnia poród; z początku wzmagają się bóle porodowe, potem słabną, a niekiedy nawet mogą się przyczynić do pęknięcia macicy.

Rozpoznanie takich guzów jest możliwém tylko za pomocą badania wewnętrznego; przytém trzeba baczyć nie tylko na ich siedlisko, wielkość i spoistość, ale także na to, czy się dadzą zmniejszyć (torbiele, zakrzepy, obrzęki), czy zupełnie usunąć (włókniki), czy téż nie.

Rokowanie jest tedy bardzo różném w miarę tego, w jakim stopniu takie guzy ścieśniają kanał pochwowy i według tego, czy się guzy dają oddalić łatwo, czy trudno, czy téż weale nie.

Leczenie. Ukleje, włókniaki i raki trzeba podczas porodu wyciąć, jeśli są dość znacznej wielkości. Torbiele są po większej części tak małe, że nie tworzą żadnej przeszkody porodowej. W wypadku jednakże ogłoszonym przez Petersa ¹⁾ był torbiel tak znacznej objętości, że się dziecko dało wydobyć dopiero po przekłóciu torbiela. Ropnie w tkance komórkowatej albo w gruczołach Bartolina należy także otworzyć. Zakrzep pochwy i sromu, tworząc się pospolicie dopiero po wydaleniu płodu, jest z tego powodu tylko wyjątkowo przeszkodą porodową ²⁾.

Jeśli się zakrzep ukaże przed zupełném zatarciem się ust macicznych, to należy pochwę całkowicie wypełnić pęcherzem kauczukowym, napełnionym wodą lodową, aby przez ucisk i zimno nie pozwolić mu się zwiększać i ułatwić skrzepnięcie krwi wylanéj.

Jeśli zaś guz po zupełném rozszerzeniu się ust macicznych tworzy przeszkodę porodową, to należy go przekłóć i dziecko wydobyć, gdy się samo nie rodzi z dostateczną szybkością. Znaczny obrzęk sromu, który może stanowić bardzo bolesną przeszkodę przy porodzie, daje się po największej części usunąć za pomocą odpowiednich nacięć. (O krwawiakach pochwy i sromu oraz obrzękach będzie jeszcze później mowa).

Jeśli się zaś znajdują guzy, których nie można ani oddalić, ani zmniejszyć, to stósownie do przestworów przez nie zajmowanych, trzeba użyć kleszczy, przedziurawić czaszkę albo nawet wykonać cięcie cesarskie.

4. Rozdarcie się pochwy podczas porodu (*ruptura vaginae sub partu*).

Rozdarcia się pochwy, gdy dotyczą sklepienia pochwowego i są obszerne, sprowadzają te same niebezpieczeństwa, co rozdarcia się

¹⁾ M. f. G. t. 34. p. 141.

²⁾ Tego rodzaju wypadki opisali: Puchelt, de tumoribus in pelvi etc. Heidelberg. 1840. p. 145; Sinclair i Johnston, pract. midw. p. 488. Nr. 4; Barker, Amer. J. of Obst. Vol. III. p. 500; Elliot, tamże Vol. I. p. 200; Flögl, Wiener med. Presse 1870. Nr. 25; Kuhn, Wien. med. Jahrb. 1870. z. IV.

macicy. Nadto stoją one często w bezpośredniem połączeniu z pęknięciami macicy i tworzą ich dalszy ciąg, tak iż ich objawy, przyczyny, rokowanie i leczenie są prawie te same, co przy rozdarciach macicy. W ogóle nie zachodzą przecież tak często, jak rozdarcia się macicy, i pojawiając się odosobniono kończą się daleko rzadziej śmiercią, aniżeli rozdarcie się macicy. Aby stanu tego nie wziąć za pęknięcie macicy, trzeba koniecznie badać dokładnie przez pochwę, przez co można łatwo osiągnąć miejsce rozdarte.

Uwaga. W dalszym ciągu będziemy się tedy starali wyliczyć więcej tylko właściwości pęknięć pochwowych, chcących się zaś zapoznać z dotyczącą literaturą odsyłamy do rozdziału, w którym była mowa o rozdarcu się macicy; zob. str. 268.

W sklepieniu pochwowém wskazują rozdarcia się, a mianowicie samodzielne, najczęściej kierunek poprzeczny: może się nawet wydarzyć, że się pochwa w całym obwodzie odrywa od swego przyczepu przy dolnym odcinku macicy (uwaga 1). Gwałtowne rozdarcia się pochwy mogą mieć najrozmaitszy kształt i kierunek. Skoro rozdarcie się jest znaczniejsze, to tworzy się ztąd także komunikacya z jamą brzusznią, mianowicie kiedy rozdarcia się zachodzą w tylnej górnej ścianie pochwowój. Ztąd też może płód w takich razach wystąpić całkowicie albo częściowo przez miejsce rozdarte wśród tych samych objawów, co przy pęknięciach macicy. Ponieważ zaś ściągliwość ścian pochwowych jest mniejszą, przeto ich rozdarcia się odstają od siebie więcej, aniżeli rozdarcia się macicy, i z tego powodu wypadają też przy nich daleko łatwiej pętle jelitowe.

Jeśli pochwa pęka w środku albo w bliskości zewnętrznego ujścia, to objawy ztąd wynikłe są często tak małoznaczne, że to zdarzenie dostrzega się zwykle dopiero po rozwiązaniu. Kiedy zaś krew, wylewająca się przy pęknięciu pochwy, nie znajduje żadnego odpływu na zewnątrz, to zbiera się w tkance komórkowatej, otaczającej pochwę, spuszcza się ku dołowi ku wargom sromowym i śródkroczu i tym sposobem tworzy tak zwany krwawiak pochwy (zob. rozdz. poprzedni).

Uwaga 1. Braxton Hicks opisuje (*Lancet I. Jan. 1869*) wypadek, w którym się pochwa oderwała w całym obwodzie, i gdy próbowano wydobyć łożysko przez pociąganie za pępówinę, wystąpiła zupełnie oderwana macica.

O rozdarcu się pochwy i wystąpieniu dziecka do jamy brzusznej, zob. L. J. Boëra *Sieben Bücher über natürl. Geburtsh. Wien 1834, p. 50*, Bell

Rupt. vagin. during. labour child in abdomen 3 $\frac{1}{2}$ hours, recovery; London obstetr. Transact. 1863. p. 197. (W rok potem widział autor tę kobietę ponownie w ciąży). Rozdarcie się pochwy wraz z wypadnięciem torbielaka jajnika (*hydroovarium*) podczas porodu, które się zakończyło śmiercią, opisują Luschka i E. Martin w *M. f. G. XXVII. 1866. p. 267.*—M^cClintock, *Dublin. quart. Journ. May. 1866.*

Do następstw, jakie sprowadzają znaczniejsze rozpękliny pochwy, jeśli śmierć nie następuje szybko, liczymy zapalenie ścian pochwowych, otaczającej tkanki komórkowatej i otrzewny w pobliżu leżącej wraz z ropieniem, posoczeniem i częściową zgorzelą. Skutkiem tych wytwarzają się przetoki, mianowicie pęcherzopochwowe i odbytopochwowe, stósownie do tego, czy cierpieniem zajęta była przednia czy tylna ściana pochwy, i często obszerne spustoszenia w wewnętrznych częściach miękkich miednicy; prędzej tedy czy później przyprowadzają chorą o śmierć. Kiedy zaś zapalenie było średniem i nie zajmowało zbyt wielkiej przestrzeni, to nieraz następuje zupełne wyzdrowienie, ale czasem pozostaje mimo to znaczne zwężenie pochwy skutkiem wytworzenia się blizn.

Rozdarcia się samęj tylko błony śluzowej znachodzimy bardzo często, mianowicie w zewnętrznm ujściu pochwy i w przedsionku. Jeśli się rozdziera jamista tkanka w okolicy łechtaczki i w okolicy ujścia cewki moczowej, to może nastąpić bardzo znaczny, a nawet śmiercią kończący się krwotok; zresztą goją się te rozdarcia zazwyczaj w kilku dniach i trzeba tylko przestrzegać potrzebnej czystości. W owrzodzenia zaś przechodzą tylko wtenczas, kiedy gojenie się ich zaburzają zewnętrzne wpływy epidemiczne, nieczystość i t. d.

Oprócz przyczyn, któreśmy już przy rozdarciach się macicy wymienili (str. 268), przyczyniają się jeszcze do rozdarcia się pochwy mianowicie: wielka wążkość i twardość, częściowe zrośnięcie ścian wady rozwojowe, jak podwójność i t. d., procesy zapalne, owrzodzające, zgorzelowe, jako też bezpośrednie obrażenia pochwy przez nieostrożne używanie perforatora, haku, kleszczy albo przez ostre kawałki kości.

Uwaga. Często wytwarzają się przedziurawienia i przetoki w pochwie dopiero w czasie połogowym jako następstwo długotrwałego ciśnienia na ściany pochwowe podczas porodu i ztąd wynikłej zgorzeli.

Leczenie. Jeśli rozdarcia się pochwy rozpoznamy jeszcze przed ukończeniem się okresu występowania płodu, natenczas jest to także

wyraźną wskazówką, że bez zwłoki należy ostrożnie płód wydobyć i usunąć łożysko, aby zapobiedz powiększeniu się rozpekliny i dostaniu się płodu do jamy brzusznej. Gdyby zaś płód miał już częściowo przestąpić przez miejsce rozdarcia, to trzeba się starać z takowego jak najogledniej wydobyć płód po drodze naturalnej na zewnątrz, przyczem należy się wystrzegać ugniecenia i zmiżdżenia pętlis jelitowych. Rozcięcie zaś ścian brzusznych byłoby tylko wtenczas wskazanem, gdyby się wyciągnięcie płodu okazało niepodobnem, co jednakże w takich razach przydarza się rzadziej, ponieważ ściany pochwove nie zdołają wykonywać silniejszych skurczów. Ponieważ do powstrzymania krwotoków nie wolno użyć wstrzykiwań, przeto należy wkładać kawałki lodu, albo, jak poucza Busch, przykładać po kilka razy do miejsc krwawiących małą gąbkę na laseczce umieszczoną i w zimnej wodzie zmoczoną, i wyciągać ją potem napowrót. Tylko w ostatecznych razach trzeba się uciec do tamponowania pochwy, ponieważ takowe może się łatwo przyczynić do rozstąpienia się brzegów rany i spowodować krwotok na wewnątrz. Wypadłe pętle jelit trzeba natychmiast odłożyć.

W doleczaniu postępujemy sobie według zwyczajnych prawideł szczegółowej terapii i chirurgii. Aby zapobiedz zrośnięciu się ścian pochwovych oraz skurczeniu się i ścieśnieniu kanału pochwowego, zaleca się podczas procesu gojenia się włożyć do pochwy mniej więcej jeden cal szeroką rurkę kauczukową, albo kawałek gąbki używaney do kapieli i t. p.

5. Guzy części miękkich, leżących w sąsiedztwie kanału macico-pochwowego.

Literatura: Puchelt, *De tumoribus in pelvi part. imped.* Coment. Heidelberg. 1840. p. 157, 225 i 231. — Meigs, London. med. Gaz. April. 1845. — Stoltz, Gaz. méd. d. Strassbourg. 1845. Nr. 1. — E. A. Meisner, M. f. G. t. 21. Suppl. p. 138. — Christian, Edinb. J. IX. p. 281. — Ramsbotham, Med. Times. Jan. 1. 1859. — Hecker, Kl. d. Geb. II. p. 135. — Broadbent, Obst. Tr. 1864. p. 44. — Charrier, Gaz. des hôp. 1866. Nr. 6. — Litzmann, Deutsche Klinik. 1852. Nr. 38, 40, 42. — Playfair, Obst. Tr. IX. p. 69. — Doumairon, Etudes sur le Kystes ovar. etc. Thèse. Strasbourg 1869. — Barnes, Obst. Op. 2. ed. p. 263

Do guzów, nad którymi powikłaniem z ciążą należy się bliżej zastanowić, należą prawie wyłącznie guzy jajnikowe. Jeśli takowe nie są zbyt wielkie, to ciąża przebiega bez zaburzenia, a nawet zdarza się nieraz, że się guz wyśledza dopiero w czasie połogowym. Nieco większa objętość wzmaga tylko zwykłe dolegania ciąży, chociaż nawet mierniej wielkości guzy jajnikowe mogą przedwcześnie przerwać ciążę, mianowicie gdy się utwierdzają w bliskości małej miednicy.

Inaczej ma się rzecz z nader wielkimi torbielami jajnikowemi. Takowe nie przyczyniają się bynajmniej tak często do poronienia, ale w ostatnim czasie ciąży powodują jak najcięższe zaburzenia i niebezpieczeństwa. Skutkiem nadzwyczaj mocnego rozszerzenia podbrzusza mogą do takiego stopnia dojść obrzęki dolnej połowy tułowia i mianowicie zaburzenia w oddychaniu, że konieczną jest jakaś pomoc sztuczna. Nadto grozi torbielowi pęknięcie, a także skrócenie się guza jajnikowego naokoło swój osi zdaje się zachodzić bardzo często podczas ciąży.

Z tego powodu jest niepodobieństwem zachowywać się wyczekująco przy wielkich guzach jajnikowych. Według najnowszych doświadczeń zdaje się być rzeczą najlepszą wyciąć jajnik, ile możności, w pierwszych miesiącach ciąży. W każdym razie wycięcie to nie jest niebezpieczniejszem, jak wśród zwyczajnych okoliczności. Jeśli się nie chce jajnika wyciąć, to zaleca się przekłóć torbiel, mianowicie gdy jest jeden tylko albo przeważająco wielki w pośród kilku mniejszych. Także to przekłócie nie sprawia większego niebezpieczeństwa, jak poza stanem ciężarnym. Wywołanie poronienia sztuką nie jest wskazanem ¹⁾.

Uwaga. Wycięcie jajnika podczas ciąży wykonano kilka razy jużto umyślnie, już też nieumyślnie. Pomijając trzy wypadki, w których przekłóto macicę dla tego, że ją mylnie uważano za drugi torbiel, pozostaje nam ośm takich wypadków, w których operowali Burd, Atlee, M. Sims, Keith i Spencer Wells (cztery razy). W sześciu z nich nastąpiło uleczenie i ciąża nie została przerwana; jedna chora wyzdrowiała, ale poroniła, a jedna tylko umarła, lecz i ta nie skutkiem samej operacji, lecz w trzydziści dni po takowej skutkiem osłabienia z powodu bezprzestannych wymiotów.

Z drugiej strony i ciąża nie pozostaje bez wpływu na torbiele. Wątpliwą jest jeszcze rzeczą, czy się torbiele zazwyczaj zwiększają

¹⁾ London. Obst. Tr. IX. p. 82. XI. p. 200, 251 (Spencer Wells, diseases of the ovaries. London 1872. p. 167), p. 263 i XIII. p. 275, Donmairon, Et. s. l. kystes ovariques, etc. Thèse. Strassbourg 1868, Hartmann, M. f. G. t. 33. p. 196.

podczas ciąży. Nie rzadko jednakże występują częściowe zapalenia otrzewnej, pozostawiające po sobie zlepienia; nadto może się pojawić zapalenie wewnętrznej powierzchni wraz z ropieniem, a o pęknięciu skręceniu się naokoło swój osi mówiliśmy już wyżej. Wernich ¹⁾ utrzymuje, że w pojedynczych wypadkach ciąża przyczynia się prawdopodobnie do tego, iż guzy te przybierają formę złośliwą.

Podczas porodu zaś zasługują na uwagę następujące guzy.

Przepukliny mogą się wtenczas stać niebezpiecznymi, kiedy zawartością ich jest jelito i tak leży w małej miednicy, że bywa uwięzionem pomiędzy kostną miednicą i częścią płodu, która przez nią przechodzi. Wypadek ten może zajść wtedy, kiedy przy wypadnięciu tylnej ściany pochwowój przestwór Douglasa wypukła się mocno ku dołowi, a więc przy zwyczajnej przepuklinie pochwowój, albo kiedy za więzem szerokim albo częściej przed nim pętla jelitowa przedostaje się przez powięź miedniczą i mięśnie dna macicznego i wypycha śródkrocze — przepuklina śródkrocza (*hernia perinealis*). Jeśli ta przepuklina znajduje się przed więzem szerokim, to zawartość jego opuszcza się do tylnej części jednej wargi — przepuklina tylna sromowój wargi większej (*hernia lab. maj. post.*).

Zawartość przepukliny należy naturalnie odkładać zawsze podczas porodu. Jeśli się to jednakże okaże niemożliwem, to trzeba przez jak najspieszniejsze ukończenie porodu starać się zapobiedz uwięzieniu i zmiążdżeniu jelita.

Odbytnica może być tak wypełnioną masami kałowemi, że ztąd wyrasta rzeczywista przeszkoda w porodzie. Uczucie, jakie wywołuje kałowy guz, jest charakterystyczne. Jeśli nań przez pochwy wywieramy nacisk palcem, to znaki tegoż pozostają jak w miękkiej glinie. Za pomocą enem, a w razie koniecznym za pomocą palca należy wypróżnić kiszkę odbytową.

Zatrzymanie moczu nie jest bynajmniej rzadkiem u rodzących i może osiągnąć wysokiego stopnia. Działa ono na poród szkodliwie dla tego, że wstrzymuje czynność porodową oraz zstąpienie przodującej części płodu do miednicy. Przytém widać już zewnętrznie mniejszy guz obok macicy, który leży nieco ku bokowi

¹⁾ Berl. B. z. Geb. u. Gyn. t. II. p. 143.

przeciwnemu tój stronie, po której się znajduje macica. Poniżej pępka jest wyraźną bruzdą oddzielony od macicy.

Rozszerzony pęcherz moczowy tworzy tylko wtenczas zuaczniejszą guz, wystający w pochwę i mogący leżeć znacznie zwrócony ku bokowi, jeśli już poprzednio istniała przepuklina pęcherzowa (*cystocele*). W takim razie wypadła część ściany pochwowój wraz z mniejszym lub większym zaułkiem (*diverticulum*) pęcherza moczowego bywa wypychaną ku dołowi przez napierającą główkę, przez co może się poród opóźnić, mogą nastąpić znaczne ugniecenia, a nawet pęknięcia ściany pochwowój i ściany pęcherza moczowego.

Opróżnienie wypełnionego pęcherza moczowego za pomocą cewnika może niejedne sprawić trudności. Otwór cewki moczowój jest nieraz wciągnięty tak daleko do pochwy, że nie można go dostrzedz oczyma, a niekiedy uciska główka prawie zupełnie cewkę moczową. Do upuszczenia moczu u rodzących trzeba się zawsze posługiwać męzkim cewnikiem, poprzednio wymacać położenie pęcherza moczowego i przy zakładaniu cewnika zwrócić w rękę się znajdujący koniec ku przeciwnój stronie tak, ażeby się szczyt cewnika posunął w kierunku pęcherza moczowego. Jeśli się tym sposobem nie uda wprowadzić cewnika, to trzeba zrobić nową próbę w położeniu kolanołokciowém (*à la vache*). Przepuklinie pęcherzowój zapobiega się najlepiej, jeśli w czasie, w którym główka zstępuje do miednicy, wsuwamy ku górze przednią ścianę pochwową.

Kamienie w pęcherzu moczowym ¹⁾ mogą także nie małej wagi spowodować przeszkody porodowe. Jeśli takowe wysledzimy, zanim się główka ustaliła mocno, to muszą się dać przesunąć do wielkiej miednicy, gdzie nie wywierają szkodliwego wpływu. Kiedy się zaś utwierdziły między główką a spojeniem łonowém, i główka nie może się obok nich przesunąć wcale albo tylko z jak najwidoczniejszém niebezpieczeństwem, to trzeba przez pochwę naciąć miejsce, w którém się kamień znajduje, wydobyć go i ranę zaraz zeszyć.

Uwaga. Uwięznione kamienie pęcherzowe wzięto w kilku wypadkach mylnie za wyrostki kostne miednicy, skutkiem czego na szkodę matki i dziecka okazały się potrzebnymi daleko gorsze operacje. W jednym nawet

¹⁾ Zob. Puchelt, w m. przyt. p. 193.

wypadku, ogłoszonym przez Colna ¹⁾, postanowiło trzech lekarzy razem wykonać cięcie cesarskie, gdy tymczasem matka porodziła samodzielnie najpierw żywe dziecko, a potem kamień.

Guzy jajnikowe mogą podczas porodu tak samo stanowić przeszkodę, jak podotrzewniane włókniaki, zwiężając wejście miednicze. I tutaj jest najlepszym środkiem odłożenie, jeśli je można wykonać. W innych razach trzeba się starać zmniejszyć guz przez przekłócie. (Zawartość torbiela może być tak gęsta, że trzeba użyć bardzo mocnego trójgrańca). Nadto należy tu jeszcze wspomnieć, że pod wpływem bólów porodowych guz, nawet stanowiąc torbiel, może uleść takiemu napięciu, że zdaje się być twardym jak deska i nie można w nim dopatrzeć żadnych śladów chęłbotania. Jeśli guz jest twardy, to nie chcąc robić wycięcia jajnika podczas porodu, postępujemy sobie z nim, jak z podotrzewnianymi guzami.

Uwaga. Berry ²⁾ i Luschka ³⁾ ogłosili każdy po jednym wypadku, w którym po rozwiązaniu guz jajnikowy wypadł na zewnątrz przez rozpuklinę w sklepieniu pochwowém. W pierwszym wypadku wyzdrowiała kobieta i zaszła później znowu w ciążę.

Dotychczasowa statystyka poucza nas, że guzy jajnikowe tworzą jedno z najgorszych powikłań podczas porodu. Według Litzmanna z 56 porodów zakończyło się 24 śmiercią dla matki, a z 42 dzieci urodziło się tylko siedm żywych; chociaż jest rzeczą prawdopodobną, że się na później dają pomyslniejsze pod tym względem osiągnąć rezultaty. Przynajmniej przemawia za tém statystyka Playfaira, według której nie umarła ani jedna matka w pięciu wypadkach, w których się udało guz odsunąć, i w dziewięciu wypadkach, w których guz przekłóto, a z 13 dzieci urodziło się wśród tych okoliczności dziewięć żyjących. Ta zaś okoliczność, że z 13 matek, u których poród pozostawiono naturalnemu przebiegowi, umarło sześć, poucza nas, że należy zaniechać leczenia wyczekującego. Kleinwächter ⁴⁾ musiał nawet na prawidłowej miednicy wykonać cięcie cesarskie z przyczyny opadłego włókniaka w prawym jajniku.

Nadto mogą także z tkanki komórkowatęj, leżącej w miednicy, jako też z okostnej kości miedniczych. wyjść guzy (raki, mięsaki, włókniaki), które prawie nigdy nie dają się odłożyć i dla tego albo trzeba je usunąć, albo też wykonać cięcie cesarskie; chyba, że rozmiękną

1) Berl. klin. Woch. 1866. Nr. 41.

2) London. Obst. Tr. VIII. p. 261.

3) M. f. G. t. 27. p. 267.

4) Zob. Gaz. Lekarska 1873. tom XV. Nr. 12.

podczas porodu, jak się to stało w wypadku ogłoszonym przez d'Ou-trepont'a ¹⁾.

Uwaga. Oprócz wypadków zebranych przez Puchelta ²⁾ (z wyjątkiem guzów, twardych jak kość, o których pomówimy przy zwięzieniu miednicy), należą tu jeszcze wielkie włókniaki, wycbodzące z kości miedniczych a spostrzeżone przez Kiwischa ³⁾, Dohrna ⁴⁾ i Putegnata ⁵⁾. Raki i mięsaki, które wyszły również z kości miednicy, widzieli Mayer ⁶⁾, El-kington ⁷⁾, Martin (Staph) ⁸⁾, Berry ⁹⁾ i Swaagmann ¹⁰⁾. Należy tu bez wątpienia także wypadek ogłoszony przez Shekeltona ¹¹⁾. W wypadku opisanym przez Kürsteina ¹²⁾ przeszkodę porodową tworzył rak klejnowy (*carcinoma colloides*) w kiszce odbytowej. Barnes ¹³⁾ miał sposobność widzieć, że przeszkodę w porodzie tworzył krwistek poza-maciczy (*haematocele retrouterina*), Sadler ¹⁴⁾ musiał wykonać cięcie cesarskie z powodu wieńcogłówki (*echinococcus*) w wątrobie, Birnbaum ¹⁵⁾ widział również skutkiem wieńcogłówek znaczne przeszkody porodowe, Rubbe ¹⁶⁾ opowiada o podotrzewnianém ropmiu wielkości głowy dziecięcej, który siedząc w lewej okolicy biodrowej pękł podczas porodu i zawartość swą wylał do jamy brzusznej. Jedynym w swym rodzaju jest wypadek Hugenbergera ¹⁷⁾, w którym otorbione, na 1" grube masy wysiękowe, spoistości chrząstkowatej, tak mocno zwężyły miednicę, że się okazało konieczném zgruchotać czaszkę. Również rzadkiem zjawiskiem jest przez tegoż samego autora ¹⁸⁾ opisany wypadek, w którym płód skamieniały, pochodzący z dawniejszej ciąży zamacicznej, tak zwężył kanał miedniczy, że trzeba było zrobić cięcie cesarskie. Podobne także do tych wypadków są spostrzeżenia Daya ¹⁹⁾.

1) Neue Zeitschr. f. Geb. t. 9. p. 1.

2) W m. przyt. p. 48 i 205.

3) Geburtskunde II. p. 192.

4) M. f. G. t. 29. p. 11.

5) Journal de Méd. de Bruxelles. Avril. 1863, dwa wypadki.

6) Archiv. gén. Mai 1848. p. 107.

7) Brit. Recorder 1. 11. 1848, zob. Schmidt's Jahrb. t. 68. p. 197.

8) Méd. Z. III, zob. Schmidt's Jahrb. t. 87. Nr. 8.

9) Obst. Tr. VII. p. 261.

10) Schmidt's Jahrb. t. 120. p. 310.

11) Sinclair and Johnston, pract. midw. p. 434, zob. M. f. G. t. 2. p. 309.

12) Beitrag. zur Casuistik der Beckengeschwülste D. i. Zürich 1863.

13) Obst. Op. 2. ed. p. 267.

14) Med. Times 1864.

15) M. f. G. t. 24. p. 428.

16) Ueber Geschwülste der Beckenweichtheile etc. D. i. Bonn 1870.

17) Bericht aus d. Hebammeninstitut etc. p. 97.

18) P. 122.

19) Obst. Tr. VI. p. 3.

i Cooka ¹⁾. W pierwszym dał się guz, który leżał w przestworze Douglasa, odsunąć, w drugim zaś istniała równocześnie z ciążą śródmaciczną ciąża zamaciczna i płód leżący za macicą stanowił bardzo znaczne utrudnienie w porodzie.

γ. Nieprawidłowości w częściach płciowych zewnętrznych.

1. Ścieśnienie szpary sromowej (*stenosis rimae vulvae*).

Ścieśnienie szpary sromowej nie sprawia podczas ciąży żadnych zaburzeń i daje się rozpoznać dopiero pod koniec okresu występowania płodu, kiedy się zaczyna wrzynać przodująca część płodu. Przyczyny tej nieprawidłowości pochodzą albo od niepodatnego wąskiego, albo od bardzo szerokiego rozciągliwego, albo twardego śródkrocza, albo też od zrośnięcia wielkich warg, powstałego podczas ciąży, albo od zrośnięcia warg mniejszych, od znacznego wytworzenia się blizn, albo wreszcie od przerosłego wędzidełka warg sromowych.

1. U pierwiastek jest nawet podczas przerywania się główki zazwyczaj bardzo wąskim ujście pochwowe; pospolicie jednakże udaje się bólom porodowym w krótkim czasie rozszerzyć szparę sromową i dokończyć posuwania się główki ku przodowi. Ztąd też ścieśniona szpara sromowa wymaga dopiero wtenczas czynnego leczenia, kiedy jest bardzo wąską, śródkrocze twarde, znacznie szerokie, wciągnięte, albo kiedy się śródkrocze nie wypukła mimo silnych bólów porodowych i napierania z strony główki, kiedy się da dostrzedz, że guz znajdujący się na widomiej części dziecka rozszerza się coraz więcej, kiedy czynność porodowa, dotąd prawidłowo przebiegająca, zaczyna słabnąć, albo ustaje zupełnie (wtórne osłabienie bólów porodowych, zob. str. 246), i kiedy przodująca część płodu wrzyna się przez kilka godzin.

Jeśli wśród takich okoliczności pozostawimy poród naturalnemu przebiegowi, to następuje zwolnienie tętna płodowego, albo udar u płodu, a często umiera on podczas okresu swego występowania; rodząca popada w mocną gorączkę i po najgwałtowniejszym nateżeniu tłoczni brzusznej naddziera się niekiedy twarde śródkrocze, począwszy od tylnego spojenia warg sromowych, poczem połogowych czynności przebieg odbywa się mniej lub więcej niebezpiecznie.

¹⁾ Lancet 1863. Juni 11.

2. Jeśli śródkrocze jest bardzo szerokie i twarde, to przebieg porodu jest podobnym do opisanego eo dopiero, śródkrocze tylko wypukła się w takim razie prawidłowo podczas bólów porodowych i szpara sromowa doznaje znaczniejszego zwężenia.

Kiedy zaś śródkrocze jest bardzo szerokie i podatne, to pod wpływem wzmagającej się siły porodowej wypukła się ono nadzwyczaj mocno i ścieńcza, główka występuje zupełnie z wyjścia miedniczego i nawet podczas przestanku w bólach porodowych pozostaje przez śródkrocze pokrytą na podobę czapki, szczelina sromowa pozostaje wąską podczas bólów porodowych i bywa posuwana w górę ku wzgórkowi krzyżowemu.

Gdy wśród takich okoliczności nie nadejdzie lekarz z odpowiednią pomocą, to się zaczyna rozdzierać śródkrocze przed zewnętrznym ściągaczem odbytu; rozdarcie to rozprzestrzenia się na tkanę łączną, na pokład tłuszczowy, znajdujący się między dolnym końcem pochwy i odbytovej kiszki, i na tylną ścianę pochwy, ale nie na błony kiszki odbytovej, tak, iż podczas bólu porodowego widać przez otwór, na cał szeroki i znajdujący się w przednim obwodzie ściągacza odbytu, włosy dziecka albo przodującą rączkę.

Jeśli czynność porodowa trwa nadal, to wychodzi przodująca część płodu przez otwór powstały w śródkroczu, przyczem przedziera oba ściągacze odbytu i część kiszki odbytovej, jako też tylny oddział śródkrocza (środkowe rozdarcie się—*ruptura centralis*), przednia zaś część śródkrocza, ściągacz szpary sromowej (*sphincter cunni*) i wędzielko warg sromowych mogą pozostać zupełnie w całości.

4. Nadto może ujście pochwowe wskazywać zupełne zarośnięcie (*atresia*), skutkiem zrośnięcia się wielkich warg sromowych, i

5. Ścieśnienie (*stenosis*), wstrzymujące mniej lub więcej znacznie przebieg porodowy (zob. str. poprz.). To ścieśnienie może się wytworzyć skutkiem utraty istoty i bliznowatego ściągnięcia się poprzedzających ciężkich porodach, albo téż objawiać się jako przyrodzony błąd w wędzielku warg sromowych, które w postaci grubej mięsistej zasówki zakrywa dolną połowę szpary sromowej.

Przebieg porodowy przy ostatnich błędach przedstawia te same zjawisko, co przy ścieśnieniu spowodowaném przez znaczną oporność dna miedniczego.

Leczenie ścieśnienia w szparze sromowej zmierza do tego, aby w czasie stosownym naciąć takową, a kiedy bóle porodowe są

słabe, aby ogłędnie zastosować kleszcze, o czém obszernie była mowa w nauce o operacjach akuszeryjnych (zob. t. II. p. 211)

Jeśli śródkrocze chronimy starannie, to nader tylko rzadko okażą się potrzebnemi nacięcia szpary sromowój, tak iż na tysiąc wypadków nie będziemy się bez nich mogli obyć w przybliżeniu tylko raz albo najwięcej dwa razy. Ci zaś, którzy na podtrzymywanie śródkrocza żadnej nie kładą wartości, są zmuszeni uciekać się często do nacięcia warg sromowych większych, jak to potwierdzają kliniczne ogłoszenia Scanzoniego ¹⁾, v. Ritgena ²⁾ i innych.

Z nowszych prac, dotyczących tego przedmiotu, przytaczam tu jeszcze następujące:

Scanzoni, *Allgem. Wien. med. Zeit.* 1864. N. 4.—Leopold, *M. f. G. t.* 10. p. 357. — v. Franque, *Wien. med. Halle.* 1864. N. 50. — Edmond, *Gaz. des hôp.* 1864. N. 52. — Fethersten, *Brit. med. J.* 26 March 1864. — Hubbauer, *Zeitschr. Wundärzte u. Geb.* 1863. XVI. 3.—Horton, *Philad. med. and surg. Rep. Nov.* 1869. p. 314.—Holst, Scanzoni's *Beiträge t. V.* p. 398.—Godefroy, *Jour. d. connaiss. méd. chir.* 1870. N. 3 i 4. — Leisenring, *Philad. med. Times.* August 1871. p. 395.—Johnson, *Brit. med. J.* 1871. N. 25.—C. Braun, *Wien. med. Woch.* 1871. N. 46. — Cazeaux-Tarnier, *Traité d. acc.* 7. éd. 1867. p. 689. — Neugebauer, *Bresl. kl. Beitr. z. Gyn.* III. p. 1.—Hanuschke, *Chir. oper. Erf.* 1864. p. 182.—P. Müller, *Würzb. med. Z.* VII. p. 61.

2. Rozdarcie się głębiej leżących naczyń sromu lub najbliższego ich otoczenia.

Prócz naczyń, które się muszą koniecznie rozdzierać przy opisanych dawniej obrażeniach części płciowych, pękają nieraz pojedyncze, głębiej położone, większe naczynia (żyły lub tętnice), przyczém jednakże nie podlega równocześnie pęknięciu wierzchnia strona utkania. W takich wypadkach krew z rozdartych naczyń wylewa się do tkaniki dotyczącego organu i zebrawszy się w takiój masie, iż stanowi

¹⁾ Beitr. zuz Geburtskunde etc. Würzburg. 1855. t. II.

²⁾ Ueber Dammschutz verfahren, Monat. f. Geb. etc. Nov. 1855. p. 323.

obrzemie, tworzy tak zwany krwawiak czyli zakrzep (*hämato-
toma s. thrombus vulvae*).

Co się tyczy miejsca, to zachodzą takie krwawiaki najczęściej w zewnętrznych częściach płciowych (w jednej lub obu większych wargach sromowych i w śródkroczu), w tkance komórkowatej, znajdującej się między pochwą a miednicą, mianowicie w bliskości odbytnicy, a daleko rzadziej w jednej z warg macicznych. Taki wylew krwawy może się dalej rozszerzać z swego pierwotnego siedliska, tak iż zewnętrznie przechodzi niekiedy na pośladki i uda, wewnętrznie zaś posuwa się z otoczenia pochwy pod otrzewną po mięśniach biodrowych i mięśni polędźwiczowym aż do nerek i pępka.

Wielkość takiego guza jest więc różna. Jeśli się znajduje w jednej z wielkich warg sromowych, to może takową rozszerzyć aż do wielkości pięści, a nawet jeszcze znacznie; a jeśli się wytworzył w otoczeniu pochwy we wnętrzu kanału miedniczego, to często jest w stanie wypełnić zupełnie cały jego przestwór i wstrzymać wyjście dziecka, kiedy powstał jeszcze przed porodem. Podczas położu zaś utrudnia się w takich wypadkach odpływ z macicy i stósownie do miejsca, w którym się znajduje zakrzep, wytwarzają się przeszkody w wydzieleniu moczu i łajna.

Zazwyczaj powstaje zakrzep w okresie występowania płodu, chociaż go spostrzegamy po największej części dopiero podczas okresu wydalania łożyska albo po upływie tegoż; zawsze bowiem potrzebuje on pewnego czasu, zanim tak urośnie, że go możemy dojrzeć oczyma. Według wielu badaczy mogą zakrzepy, chociaż daleko rzadziej, dać się pokazać już podczas ciąży ¹⁾ a nawet u osób nieciążarnych. Według Winkla przypada w ogóle na 1600 porodów tylko jeden zakrzep. Okoliczności przyczyniające się do tego cierpienia mogą być rozmaite stósownie do czasu, w którym ono powstaje. U osób nieciążarnych mają przyczyną zakrzepów być jedynie obrażenia z zewnątrz pochodzące. Ciężarne zaś mają się nabawić takowego z powodu przepełnienia krwią naczyń miedniczych. Podczas porodu najczęstszą przyczyną zakrzepów bywa bez wątpienia szybkie przejście główki, ponieważ w takim razie naczynia nie mają dosyć czasu, aby się mogły zwolna rozszerzyć, lecz raczej pękają gdy są mocno napięte. Ztąd téż natrafiamy krwawiaki częściej

1) Zob. C. Braun, Wien. med. Woch. 1861. Nr. 30. p. 473.

u pierwiastek, aniżeli u mnogorodzących. Niepewną zaś jeszcze jest rzeczą, czy rozszerzone żyły należy uważać za przyczynę tego cierpienia. Również widzimy rzadko kiedy zakrzepy po ciężkich rozwiązaniach, operacjach kleszczowych i t. d.

Przebieg i zejście zakrzepów są rozmaite. Niekiedy wylew krwawy, zwiększając się szybko, dochodzi prawie aż do powierzchni i napina i ścieńcza leżącą ponad nim skórę lub błonę śluzową do tego stopnia, iż ta pęka samodzielnie, skutkiem czego może przyjść do zewnętrznego, nawet znacznego krwotoku. Kiedy zaś wylew wzrasta zwolna albo pozostaje w głębi, to wśród ustawicznych bólów guz powiększa się tak długo, aż się naczynia uadarte nie zamkną przez ściągnięcie się albo przez skrzepy krwi; poczem przez niejaki czas zatrzymuje tę samą objętość i, jeśli wylew był tylko nieznaczny, znika wreszcie przez wessanie. Jednakże skutkiem drażnienia, jakie sprawia rozpadająca się krew, i skutkiem zniweczenia tkanki, sprawionego przez wylanie się krwi, rozwija się po największej części zapalenie i ropienie, które również może się zakończyć samodzielną pęknięciem guza, albo sztucznym jego otworzeniem i uzdrowieniem. Daleko rozprzestrzenione wylewy powodują nieraz sposoczenie, ropnicę i śmierć.

Rozpozanie jest zwykle łatwem, mianowicie kiedy się spostrzeże zakrzep podczas porodu albo wkrótce po jego ukończeniu się. Objawia się on w postaci guza, który nagle wyrasta na jednym z wyżej oznaczonych miejsc; jest przy dotykaniu mniej więcej sprężysty i pospolicie wzrasta szybko (niekiedy nawet chełboce). Podczas jego zwiększania się istnieją gwałtowne bóle, dla których cierpiąca skarży się mocno i które nieraz pobudzają do dokładnego badania choréj. Jeśli się krew wylana wciska więcej ku skórze lub błonie śluzowej, to guz posiada ciemno-niebieskawą barwę, a jeśli pęka zakrzep, to dostaje się, gdy otwór jest dość obszernym, badający palec do mniej lub więcej wielkiej, nieregularnej jamy, którą wypełnia skrzepła i płynna krew i przez którą przechodzą rozdarte części utkania.

Rokowanie jest niepomysłnym, kiedy guz dochodzi do znaczniejszej objętości, mianowicie kiedy się rozszerza daleko pod otrzewną, co się niestety nie da rozpoznać. Jeśli się krwawiak ogranicza tylko na ścianę pochwową, wargi sromowe albo śródkrocze, to może dojść do znacznej objętości nie sprawiając bynajmniej niepomysłnego zejścia. Niebezpieczeństwo polega z początku w krwotoku, a później w sposoczeniu. Jednakże znaczna część tych guzów kończy się wy-

zdrowieniem. Według Winkla nastąpiła w 50 wypadkach tylko sześć razy śmierć (trzy razy skutkiem ujęcia krwi).

Leczenie. Zapobiegać temu cierpieniu jest rzeczą niemożliwą, ponieważ krwawiaki występują po największej części całkiem niespodzianie i nie masz ich prawie nigdy w tych wypadkach, w którychby z powodu rozszerzonych żyłaków należało się ich spodziewać. Jeśli krwawiaka dostrzeżemy wcześniej, to głównym zadaniem jest zapobiedz jego zwiększaniu się. W tym celu zaleca się tampon kauczukowy wypełniony wodą lodową, jeśli tenże może wpływać na punkt, z którego się rozwija zakrzep; w przeciwnym razie należy się ograniczyć na zimne okłady, na zimne wstrzykiwania i wkładanie do pochwy kawałków lodu, aby przyspieszyć skrzepnięcie krwi wylanéj. Jeśli się zakrzep wytwarza już podczas porodu i jeśli jest widocznym już przed wydaleniem płodu, to należy dziecko wyciągnąć jak najspieszniej, a kiedy guz jest tak wielki, iż przeszkadza jego wydobyciu, to trzeba go już wcześniej przeciąć.

Gdy guz pęka krótko po swém wytworzeniu się, albo gdy go się musiało otworzyć celem wydobycia dziecka, to dla zatamowania krwotoku należy według okoliczności zastosować tampon kauczukowy albo tamponowanie skubanką jego jamy i równocześnie użyć zimna.

Kiedy zaś nie pęka zaraz po powstaniu, to stósując zimne okłady trzeba odczekać trzeciego lub czwartego dnia, aby nie otwierać jamy, dopóki się nie zamkną dobrze krwawiące naczynia. Jeśli się w tym czasie nie otworzy sam, to należy go przeciąć, skrzepy krwawe powydalać z jamy, ile się tylko da, i starać się o dobre ropienie przez częste letnie wystrzykiwania i ciepłe okłady. Nacięcie samo trzeba wykonać w miejscu opuszczającém się najwięcej ku dołowi. Jeśli jama zamyka się powoli, to skutecznemi bywają wstrzykiwania z rozrzedzonego rozczywnu niedokwasu potasowego, przyżeganie kamieniem piekielnym i ostrożne z góry uciskanie jamy zakrzepu.

Z literatury dotyczącej tego przedmiotu wspominam tutaj prace następujących jeszcze autorów: Deneux, *Mém. sur les tumeurs sang. de la vulve et du vagin. Paris 1830.* — Blot, *Des tumeurs sang. etc. Paris 1853.* — Chiari, Braun u. Späth, *Kl. d. Geb. p. 219.* — Hecker, *Kl. d. Geb. t. 1. p. 158.* — v. Franque, *Wien. med. Presse. 1865. Nr. 47, 48.* — Hugenberger, *Petersb. méd. Ztg. 1865. z. 11. p. 257.* — Winkel, *Pathol. d. Wochenb. 2. Aufl. p. 129.* — Valenta, *Memorabilien. 1871. 6.*

3. Rozdarcie się śródkrocza (*ruptura perinej*).

Do rozdarcia się liczymy tylko obrażenia śródkrocza samego, nie zaś pęknięcia wędzidełka warg sromowych, które nie wywołują żadnej szkody.

Stosownie do rodzaju swego rozwijania się zachodzą one w dwóch formach. Jedne rozpoczynając się w wędzidełku rozrywają mniej lub więcej zupełnie śródkrocze w kierunku otworu odbytowego i nazywają się rozdarciami się sromo-śródkroczo-wemi (*rupturae vulvo-perineales*). Drugie zaś wychodząc z punktu śródkrocza, który leży mniej lub więcej blisko odbytu, przy dalszym rozrywaniu się rozszerzają się ku przodowi i tyłowi; te rozdarcia się zowiemy środkowemi (*rupturae centrales*).

Rozdarcia się śródkrocza należące do pierwszej formy, spostrzegamy daleko częściej i dzielimy je na powierzchowne, u których pęka tylko zewnętrzna skóra, i na głębokie, w których śródkrocze jest przedzielone w całej swój grubości. Ostatnie możemy także nazwać małemi, wielkiemi i zupełnemi, w miarę tego, czy dochodzą nie zupełnie do środka śródkrocza, czy sięgają poza środek, albo czy obejmują otwór odbytowy i nawet mniej więcej wysoko rozrywają przednią ścianę kiszki odbytowój.

Pod względem swego rozszerzania się różnią się tak samo środkowe rozdarcia się. Zachodzą bowiem we wszystkich stopniowaniach, począwszy od powierzchownych szpar w skórze aż do spustoszeń zupełnie dziurawiących i tak obszernych, że cały płód może przejść przez rozpęklinę, gdy tymczasem od przodu pozostaje jeszcze w całości mały mostek śródkrocza, albo że srom łączy się z odbytnicą i tworzy formalną kloakę.

Rozdarcia się śródkrocza znajdujemy zazwyczaj tylko u pierwiastek, a daleko rzadziej u mnogorodzących, i pospolicie wytwarzają się one tylko podczas przechodzenia wielkich części płodowych przez szczelinę sromową.

Przyczyny takich obrażeń śródkrocza mogą być następujące:

1) Nieprawidłowe stany w śródkroczu i w zewnętrznych częściach płciowych w ogóle, jako to niezwykłe ścieśnienie w szczelinie sromowój, któremu po największej części towarzyszy bardzo szerokie śródkrocze. W takich razach zachodzą najłatwiej środkowe rozdarcia się;—nadmierzajna twardość w ze-

wewnętrznych częściach płciowych, jaką nieraz natrafiamy u starszych kobiet, po raz pierwszy rodzących;—obrzemieńce śródkrocza samego, bez względu na to, czy takowe powstało skutkiem zapalenia, czy obrzęku, czy wylewu krwawego;—przymiotowe cierpienia mianowicie owrządzenia w dołku łódkowatym (*fossa navicularis*) i liczne szyszkowiny (*condylomata*) zewnętrznie; — zabliznienia na śródkroczu bez względu na to, czy takowe pochodzą skutkiem poprzedzających owrządzeń czy pęknięcia, które zaszło przy dawniejszym porodzie i po złączeniu brzegów rany zagoiło się napowrót.

2) Nieprawidłowa wielkość płodu, mianowicie jego główki, bez względu na to, czy płód jest stanowczo za wielkim, czy też zaczyna się przerzynać większym obwodem, aniżeli zwykle, jak to np. bywa, kiedy płód jest potylicą skierowany ku tyłowi albo się rodzi w położeniu twarzowém.

3) Szybkie przejście główki przez szparę sromową, zarówno czy się to dzieje samodzielnie, czy też uskutecznia sztuką.

4) Niespokojne zachowanie się rodzącej podczas okresu występowania płodu, bo w takim stanie niepodobieństwem jest dać stósowną pomoc.

5) Niezręczne podtrzymywanie śródkrocza lub zupełne zaniedbanie tegoż.

Co się tyczy skutków, to rozdarcie się śródkrocza sprawia najprzód palące bóle i krwotok. Krwotok jednakże pojawia się rzadko i tylko przy znacznych pęknięciach dochodzi do takiego stopnia, iż wymaga leczenia. Jeśli rozdarcie się nastąpiło tylko na wierzchu albo jest małe, to się zabliznia szybko nie pozostawiając żadnych stanów szkodliwych, bez różnicy, czy się zupełnie zrosły z sobą brzegi rany, czy też tylko zablizniły powierzchnie rany.

Kiedy miejsce rozdarte jest obszerne, to nie tak łatwo można się spodziewać, że się brzegi jego zrosną samodzielnie, lecz nieraz podczas położu zwiększa się ono jeszcze skutkiem zgorzeli, i goi się zwykle tylko przez zabliznienie się jego powierzchni, tak iż przy sromo-śródkrocзовém rozdarciu się pozostaje odpowiednie rozszerzenie szpary sromowej i, jeśli mniej lub więcej braknie śródkrocza, może łatwo tylna ściana pochwy opuścić się w postaci fałd, a to później może się stać przyczyną opadnięcia i wypadnięcia macicy. Tak samo ma się rzecz z środkowemi rozdarciami się, jeśli przodem dochodzą aż do sromu, w przeciwnym zaś razie pozostawiają nie rzadko mniejszy lub większy otwór w śródkroczu. Jeśli rozdarciu się podlega ściągacz

odbytu wewnętrzny i pozostaje nadal rozdartym, to zwykłym następstwem jest, iż chora nie może zatrzymać przy sobie kału (*incontinentia alvi*).

Do rozpoznania tego cierpienia trzeba przedsięwziąć dokładne badanie miejscowe, którego się nie powinno nigdy zaniechać, ponieważ zaniedbane rozdarcia się śródkrocza mogą za sobą pociągnąć przykre i jak najsmutniejsze skutki. Co do oznaczenia wielkości rozdarcia się, to należy tu nadmienić, że ono, badane zaraz po porodzie, zdaje się być większym aniżeli później, kiedy się w ogóle skurczyły części płciowe i tym sposobem także brzegi rany.

Rokowanie zależy najprzód od wielkości rozdarcia się i przytém przeważnie od téj okoliczności, czy ściągacz odbytu zewnętrzny jest także rozerwany, czy téż pozostał w całości. Pod tym względem jest także ważną rzeczą postać brzegów, ponieważ brzegi porozrywane nakształt płatów podlegają łatwo zgorzeli.

W leczeniu ważną odgrywa rolę zapobieganie (*prophylaxis*) temu cierpieniu. Polega zaś ono na opisaném już dawniej ¹⁾ podpieraniu śródkrocza, które tém staranniej należy wykonywać, jeżeli istnieje jedna z wyżej wymienionych okoliczności, które się mogą łatwo przyczynić do rozdarcia się śródkrocza. Jeśli mimo tego pęknięcie jest nieuniknioném, to trzeba się starać powstrzymać je przez nacięcie warg sromowych, ponieważ bez wątpienia lepiej jest, jeśli wykonamy ranę ciętą, mianowicie w kierunku bocznym, aniżeli kiedy pozwolimy się rozedrzyć śródkroczu w kierunku ku ściągaczowi odbytu albo w środku śródkrocza, którego to rozdarcia rozległości nie możemy zawsze ograniczyć według upodobania.

Pomoc lecznicza jest potrzebną tylko wtenczas, kiedy krwotok jest znaczny albo rozdarcie się obszerne. Pierwszemu zapobiega się przez zimne okłady, dla drugich zaś trzeba się postarać o zablżnienie przez złączenie brzegów i powierzchni rany. W tym celu stósownie do grubości rozdartego śródkrocza i głąbokości rozdarcia jest wskazanym krwawy szew, który się nakłada według znanych prawideł chirurgii; albo téż można zastosować spineczki (*serres fines*). Mianowicie zręcznego zeszyca rany wymagają znaczniejsze rozdarcia, które sięgają aż w kiskę odbytową, tak iż stósownie do okoliczności trzeba, szwy nakładać z pochwy, śródkrocza i kiszki odbyto-

1) Zob. L. A. Neugebauer, t. I. p. 736.

wój. W każdym wypadku należy ranę zeszyć zaraz po rozdarciu się, zatamowawszy poprzednio krwotok; wyczyściwszy z wierzchu rany i zrównawszy brzegi, jeśli takowe były poszarpane na płaty. Jeśli rozdarcie się zaczynamy leczyć w czasie, kiedy się powierzchownie rany zablizniły już częściowo albo zupełnie, to trzeba je poprzednio poddźwieżać. Jakiegokolwiek zaś użyjemy metody do zeszywania rany, to zawsze bardzo ważną jest rzeczą, aby aż do zrośnięcia się rany chora leżała jak najspokojniej i aby dbać o zachowanie jak największej czystości w częściach płciowych. Aby tedy uniknąć wszelkiego targania, powinno się miękką chustką związać obie kończyny dolne powyżej kolan. Żeby zaś zapobiedz wszelkiemu zanieczyszczeniu rany, trzeba mocz upuszczać za pomocą cewnika i położnicę ułożyć na boku, aby odpływ połogowy mógł odciekać ku przodowi po udzie. Jeśli odpływ jest wyzerającym, to powinno się zastosować letnie wstrzykiwania do pochwy. Szwy oddala się dopiero między 4—7 dniem. Jeśli je usuniemy wcześniej, to przy lada mocniejszym poruszeniu może się łatwo rozerwać delikatna jeszcze blizna.

Zresztą pozostawienie dłuższe szwów nie sprawia żadnych złych skutków, ponieważ małe otworki od nitki, chociaż z początku ropieją nieco, zamykają się łatwo po usunięciu szwów.

Niekiedy jednakże mimo największej troskliwości nie udaje się połączyć rany; w takim razie należy później nową zrobić próbę odświeżywszy poprzednio brzegi rany.

Z literatury wymieniam tutaj następujące jeszcze prace:

Schultze, *M. f. G. t.* 12. p. 241. — Hecker, *Kl. d. Geb. I.* p. 141. — Preiter, *Ueber Dammrisse, D. i. München.* 1867. — Winkel, *Path. u. Ther. des Wochenbettes, 2. Aufl.* p. 37. — Schröder, *Schw. Geb. u. Woch.* p. 163. — Olshausen, *Volkmann's Sammlung klin. Vortr. Leipzig.* 1872. Nr. 44.

δ. Ogólny pogląd na krwotoki z części rodnych podczas ciąży, porodu i w pierwszych chwilach połogowych.

Krwotoki, występujące podczas okresu płodzenia niewiasty z części płciowych, można w ogóle podzielić na krwotoki wewnętrzne i zewnętrzne (*haemorrhagia interna et externa*), stósownie do tego, czy się krew zbiera w jednej z jam ciała (w pochwie, ma-

cicy, jamie brzusznej), czy też odpływa na zewnątrz. Jeśli krew odpływa z samej macicy, to krwotok tego rodzaju zowiemy macicznym (*metrorrhagia*).

W krwotokach każdej formy rozróżniamy krwotoki słabe, średnio silne i bardzo silne i ku oznaczeniu tychże zważamy na ilość odeszłej krwi, na czas, w którym odpłynęła takowa, i na wpływ, jaki wywiera na ogólny stan matki. Jeśli odpływa tak mało tylko krwi, że jedynie kilka plam widać na bieliznie i nawet przy dalszym trwaniu krwotoku nie pogarsza się stan zdrowia u matki, to krwotok taki zowiemy słabym. Kiedy zaś tyle krwi odchodzi, że na bieliznie pozostają zaraz obszerne plamy, albo że takowa przesiąka zupełnie krwią, i kiedy stan matki widocznie się pogarsza, chociaż krwotok trwał krótko, wtenczas mówimy o nim, że jest średnio silnym. Nader zaś silnym zowiemy krwotok wtenczas, kiedy krew formalnie w postaci strumienia wypływa z części rodnych, tak iż w nader krótkim już czasie występują objawy niedokrwistości i śmierć zagraża.

Najniższy stopień krwotoku, kiedy krew odcieka tylko kroplami, zowie się także „kapaniem” lub „cieczeniem krwi (*stillidium sanguinis*); najwyższemu zaś stopniowi nadano nazwę krwotoku piorunującego (*haemorrhagia fulminans*).

Przypadłości, które towarzyszą gwałtowniejszym krwotokom i które świadczą o krwotoku wewnętrznym, jeśli krew nie odpływa na zewnątrz, są skutkami poczynającego się braku krwi w ciele czyli niedokrwistości. W takich razach twarz cierpiącej bladej, wargi i lica tracą barwę; chora zaczyna często ziewać i skarżyć się na ospałość. Powoli zaczynają jej dolegać zaburzenia w czynności umysłowej, a mianowicie narzeka, że jej się ciemno robi w oczach, że widzi iskry i barwy różne, skarży się na szum w uszach, słyszy głos dzwonów, doznaje zawrotu i przemijających omdleń. Oko staje się mdłym, czoło chłodnym, cierpiąca coraz bladejszą i słabszą, tętno małe i częste, wreszcie nieregularne i przerywane. Skarży się na niedostatek tchu i zaledwie można jej docucić z omdlenia. Wreszcie nie da się wcale wymacać tętna i nastaje u chorej niepokój. Cierpiąca uderza i przerzuca się naokół, stara się uciekać z łóżka, dostaje drgawek i nie masz już żadnego dla niej ratunku.

Stósownie do wielkości ubytku krwi występują te objawy w mniejszej lub większej liczbie i prawie zawsze w tym samym po-

rządku, i to tém wcześniéj, im mniej krwi posiadała już poprzednio osoba i im większą jest szybkość i obfitość, z jaką występuje krwotok. Objawy te są niemylną miarą do oznaczenia wielkości niebezpieczeństwa.

Leczenie. W każdym wypadku powinniśmy się przedewszystkiem starać, ażeby jak najspieszniéj zatamować krwotok, równocześnie zwalczać objawy niedokrwistości, gdy się pojawiły już takowe; a potém należy usunąć osłabienie pozostające często w organizmie przez czas dłuższy.

Sposób zatamowania krwotoków jest różny, stósownie do źródła i przyczyny krwotoku i stósownie do czasu, w jakim się tenże da dostrzedz.

Do zwalczenia objawów, spowodowanych przez niedokrwistość, służą następujące środki: środki do wachania np. ocet, woda kolońska, amoniak, eter i t. d.; zmywania zimną wodą, kolońską wodą i t. d.; podawanie (łyżkami) rosółu, zupy z wina, mocnéj kawy czarnej, gorzałki i rumu w bardzo ciepłej wodzie i t. d., jako téż leków orzeźwiających (*analeptica*), jakimi są: *tinctura cinna-momi* (łyżeczkę od kawy w łyżce stołowej wody po kilka razy), *spirithus aethereus*, *camphora*, *moschus*, wino i t. d. Przy każdym krwotoku, skoro się tylko pojawiają znaki niedokrwistości, używamy tych środków równocześnie z owemi, które są przeznaczone dla zatamowania krwotoków. Jeśli krwotok doszedł do tak znacznego stopnia, że śmierć zagraża, to można zastosować podwiązanie odnóg lub wykonać przelanie krwi, które można dość często zastąpić przez podskórne wstrzykiwania eteru, zalecane przez Heckera ¹⁾. H. wstrzykuje 1,0 *aeth. sulph.* aż do pięciu razy krótko po sobie i widział z zastosowania tego środka znakomite skutki. Müller ²⁾ proponuje w takich razach w miejsce przelania krwi albo przynajmniej ku jego wsparciu, aby za pomocą metody Esmarcha sprowadzić sztuczną próżnię krwi w czterech odnogach i tym sposobem doprowadzić sercu tyle krwi, żeby można zapobiedz poczynającemu się jego porażeniu.

Do zupełnego usunięcia niedokrwistości i wynikłego ztąd ogólnego osłabienia można dojść pospolicie tylko przez

¹⁾ Bair. ärztl. Int. 1873. Nr. 22.

²⁾ Wien. med. Presse. 1874. Nr. 8; zob. ref. w Gaz. Lek. 1874. t. XVII. Nr. 2.

dłuższe troskliwe leczenie. Pod tym względem zaleca się szczególnie: pobyt w zdrowym świeżym powietrzu, mianowicie na wsi; pożywne pokarmy, szczególnie wiele mięsa; mierne spożywanie wina; żelaziste leki, wody mineralne zawierające żelazo i kuracya w żelazistych wodach mineralnych.

a) Krwotoki podczas ciąży.

Krwotoki występujące podczas ciąży pochodzą najczęściej skutkiem przedwczesnego oddzielenia się jaja, jak to nadmieniliśmy w rozdziale o poronieniu, przy nieprawidłowościach łożyska, przy ciąży zaśniadowej i t. d. Nadto mogą swe źródło mieć w swobodnej powierzchni dolnego odcinka macicy, jak przy raku, albo wreszcie być wynikiem pęknięć w częściach rodnych.

1) Przy krwotokach pierwszego rodzaju wylewa się krew albo do macicy samej, albo też odcieka na zewnątrz, i dla tego dzielimy je na wewnętrzne i zewnętrzne.

Krwotoki wewnętrzne nie są tak niebezpieczne dla życia matki jak zewnętrzne, ponieważ do obfitszego wylania się krwi nie masz przestworu w jamie macicy wypełnionej jajem; zewnętrzne zaś są zwykle obfitsze i dają się rzadko kiedy dostrzedz bez równoczesnego wewnętrznego nagromadzenia się krwi.

Skutkami jednego i drugiego krwotoku są: śmierć płodu, przedwczesne nastanie porodu i niedokrwistość matki.

Nagromadzenia się krwi w jamie macicznej nie można podczas ciąży dowieść na pewno, lecz tylko przypuszczać takowe z objawów nadmienionych dawniej, kiedy była mowa o poronieniu (zob. str. 163). Zewnętrzny krwotok nie ulega zapewne nigdy najmniejszej wątpliwości; że zaś krwotok pochodzi z macicy, o tém możemy się najpewniej przekonać wprowadzając do pochwy wziernik, za pomocą którego widzimy, jak krew wypływa z samych ust macicznych.

Przy leczeniu, zamierzającem zatrzymać krwotok, należy przedewszystkiém usunąć przyczynę, która jeszcze może oddziaływać, jeśli to jest możliwém, i powstrzymać wszelkie tak fizyczne jak duchowe wzruszenia. To też w każdym wypadku są wskazane: zupełny spokój cielesny i umysłowy, poziome położenie, chłodzące napoje i w ogóle chłodna dyeta. Jeśli zachodzi mocniejsze wzburzenie

umysłu, to zaleca się przeważnie zastosować kwasy, a u osób wielokrwistych upuścić nawet krwi, gdy przyczyną krwotoku jest nawał krwi do organów miedniczych.

Jakie dalej zastosować środki, zależy zawsze od tego, czy się ma jeszcze nadzieję zatamowania krwotoku nie przerywając przytém ciąży, czy téż ta nadzieja znikła już zupełnie. Ostatnia okoliczność zachodzi wtenczas, kiedy odpływa wiele krwi, kiedy już istnieją prawdziwe w regularnych odstępach powtarzające się bóle porodowe, kiedy usta maciczne rozszerzyły się już znacznie albo nawet odpłynęła już woda płodowa. Wśród takich okoliczności jest koniecznym zastosować zimne okłady na podbrzusze, wstrzykiwać do pochwy wodę lodową albo wkładać do niej kawałki lodu i wykonać tamponowanie pochwy, jeżeli się nie zmniejsza krwotok po użyciu zimna.

Kiedy zaś krwotok jest nieznaczny i nie masz żadnego innego objawu, któryby przemawiał za szybkim rozpoczęciem się porodu, to nie wolno pod żadnym warunkiem używać zimna, tamponowania pochwy, *tinctura cinnamomi*, *secale cornutum* i w ogóle trzeba unikać wszystkiego, coby mogło macicę pobudzić do kurezenia się, a należy zastosować tylko leczenie powyżej skreślone.

2) Krwotokom z szyjki macicznej, gdy ta siedliskiem jest raka. zapobiega się najlepiej przez spokojne leżenie poziome na grzbiecie, uspokojenie krążenia krwi, a w gwałtownych wypadkach przez zimne okłady na brzuch, oraz zimne i ściągające wstrzykiwania. Do wstrzykiwań ściągających można użyć rozczyну ałunu, tanniny, *urias ferri*, *ferrum sesquichloratum* (4,0 gramy na jeden funt wody) etc.

3) Krwotoki skutkiem rozerwań w częściach rodných dają się dostrzedz, z wyjątkiem pęknięcia żyłaków w pochwie, tylko przy jaju zamacicznie rozwiniętém i przy rozdarciu się macicy. W ostatnim razie krew wylewa się zwykle do jamy brzusznej i po największej części następuje śmierć szybko.

W rzadkich bardzo wypadkach udaje się zmniejszyć krwotok i powstrzymać spieszną śmierć przez uciskanie aorty, zastosowanie lodowych okładów na brzuch i wstrzykiwanie lodowej wody do pochwy i odbytnicy. Jeśli płód w takim razie jest zdolny do życia i żyje, to wskazaném jest rozcięcie ścian brzusznych, aby spiesznie można wydobyć dziecko.

Krwotoki pochodzące z żyłaków zatrzymuje się przez użycie zimna, uciskanie lub podwiązanie krwawiących naczyń.

b) Krwotoki podczas porodu.

α) W okresie rozszerzania się ust macicznych.

Także w tym okresie zachodzi największa część krwotoków z przyczyny przedwczesnego odklejenia się łożyska, które może być wywołane przez zewnętrzne wpływy wstrząsające, przez przedwczesne i zbyt silne wyrabianie bólów porodowych, gwałtowne wzburzenie umysłu, stany nawałowe, brak wody płodowej, przez głębokie zepchnięcie pęcherza płodowego, głęboki przyczep łożyska, przodujące łożysko, ciążę zaśniadową i t. d. Nieraz tworzą te krwotoki dalszy ciąg upływów, które się rozpoczęły już podczas ciąży. Daleko rzadziej napotykamy krwotoki z powodu rozdarcia się macicy, z powodu raka w części pochwowój macicy, albo z powodu rozdarcia się naczyń pępkowych: ostatnią okoliczność miało dostrzedz wielu lekarzy, którzy pisali o tym przedmiocie.

Największa część krwotoków tego okresu jest zewnętrzną; na wewnątrz zaś wylewa się krew tylko po rozdarciu się macicy lub pęknięciu naczyń pępkowych.

Rozpoznanie jest zwykle nie trudnem, ponieważ przyczyny krwotoków dają się po największej części rozpoznać łatwo częścią przez bezpośrednie ich wykrycie, częścią przez szereg właściwych im objawów. Tylko krwotoki wynikające z pęknięcia naczyń pępkowych są zupełnie nieprzystępne dla naszego rozpoznania.

To też o leczeniu ostatnich krwotoków wcale nie może być mowy. O krwotokach zaś, spowodowanych rozdarciem się macicy, zobacz bliższe szczegóły w dotyczącym rozdziale (str. 268).

Przy pozostałych krwotokach wynikłych skutkiem przedwczesnego odklejenia się łożyska, czy się takowe przyczepiało prawidłowo, czy przyczep był nieprawidłowym, oddziaływa na sposób leczenia obfitość krwotoku, wpływ tegoż na stan zdrowia u matki i szerokość ujścia macicznego.

Jeśli usta maciczne są jeszcze wąskie, odpływ krwawy nader mały i w stanie matki nie pokazują się jeszcze żadne objawy niedokrwistości, to zalecać się powinno rodzącej, aby się zachowała spokojnie, i pozostawiać poród naturalnemu przebiegowi nie przystępując do żadnej pomocy sztucznej. Kiedy zaś krwotok znaczniejszych osiąga rozmiarów, albo kiedy na zdrowie matki zaczyna

wywierać wpływ szkodliwy, to wskazaném jest robić zimne okłady na dolną część brzucha, zimne wstrzykiwania do pochwy, a gdy środki te okażą się bezskutecznymi, tamponowanie pochwy, które trzeba powtarzać tak długo, aż się usta maciczne rozszerzą tak dalece, że będzie można poród zakończyć sztucznie.

Jeśli się zaś zatarły już usta maciczne, albo nie wiele braknie do ich zrównania się, albo wreszcie tak mocno są rozciągliwe, że je można łatwo rozszerzyć, a przytém krwotok jest średni, to przekłówa się pęcherz płodowy (mianowicie gdy jest głęboko zepchnięty albo przy małej ilości wody płodowej przylega silnie do przodującej części płodu), skoro mamy pewność, że bóle porodowe są regularne i dziecko ma przynajmniej położenie podłużne. Jeśli jednakże przy rozwartych ustach macicznych krwotok staje się niebezpiecznym, to trzeba płód obrócić i wyciągnąć go za nogi.

β) W okresie występowania płodu.

Źródłem krwotoków w tym okresie są również rozdarcia naczyń macico-łożyskowych, gdy się łożysko oddziela przedwcześnie, albo naczyń pępkowych, albo naczyń macicy, pochwy, lub śródkroczka, gdy się rozdzierają te organy.

W pierwszym wypadku mogą przyczyną przedwczesnego oddzielenia się łożyska być te same okoliczności, co w pierwszym okresie porodowym. Prócz tego należy uważać za przyczyny oddzielenia się łożyska targanie z powodu zbyt krótkiej pępowiny (zob. str. 80), bez względu na to, czy takowa jest już z natury zbyt krótka, czy też stała się nią z powodu owinięć; dalej szybkie zmniejszenie się macicy, kiedy po pęknięciu pęcherza płodowego staje się wiotką, jak to np. bywa niekiedy przy położeniach poprzecznych, w których po rozdarciu się błon jejecznych odpływa naraz wszystka woda, i przy wodnej puchlinie płodu, w którymto razie po pęknięciu pęcherza odcieka zaraz wielka część wody płodowej. Również należą tu krwotoki, które natrafiamy nieraz po urodzeniu się pierwszego bliźnięcia.

Krwotoki z naczyń pępkowych pochodzą albo skutkiem pęknięcia pępowiny samej, albo też pojedynczych jego rozgałęzień przy powłokowym przyczepie łożyskowego końca pępowiny ¹⁾.

1) Zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 278.

Rozdarcia się macicy wydarzają się w tym czasie najczęściej. Pęknięcia zaś pochwy i śródkrocza powodują krwotoki zwykle dopiero w okresie występowania łożyska.

Krwotoki maciczne tego okresu mogą być albo zewnętrzne albo też wewnętrzne, ponieważ po częściowém albo zupełném odpłynięciu wody płodowej powstaje w macicy dosyć miejsca, aby się w niej mogła nagromadzić większa ilość krwi.

Lecząc krwotoki, wywołane rozdarciem się naczyń macicołożyskowych, powinniśmy także przedewszystkiém zwrócić uwagę naszą na wielkość krwotoku. Jeśli ten jest nieznaczny, w zdrowiu matki nie widać żadnego zaburzenia, tętno płodowe jest silne i regularne i przebieg porodowy zresztą normalny, to trzeba się wstrzymać od wszelkiej pomocy sztucznej. Skoro zaś krwotok wzrasta, albo zaraz występuje z wielką gwałtownością, skoro przytém tętno płodowe słabnie i uderza nieregularnie, albo skoro się w przebiegu porodowym pojawia jaka inna okoliczność, nakazująca poród przyspieszyć, to należy rozwiązanie jak najszybciej ukończyć. Tak samo trzeba działać spieszenie przy krwotokach z rozdartych naczyń pępkowych. Sposób zaś ukończenia porodu jest różnym, stósownie do położenia dziecka i do niższego lub wyższego stawienia przodującej części płodowej: wyciągnięcie za nogi lub nałożenie kleszczy. Tampnować pochwy nie wolno nigdy począwszy od chwili, w której pękł pęcherz płodowy, ponieważ tym sposobem możnaby krwotok zewnętrzny zamienić na wewnętrzny.

Jak loczyć rozdarcia macicy, mówiliśmy już dawniej obszernie w dotyczącém miejscu (zob. str. 278). Zatamowanie zaś krwotoków z powodu pęknięcia pochwy i śródkrocza pozostawia się zwykle do okresu występowania łożyska.

7) W okresie występowania łożyska.

Do krwotoków w okresie występowania łożyska przyczyniają się najczęściej zbyt słabe skurcze macicy. Dają się zaś dostrzedz w każdym stopniu począwszy od tak zwanój gnuśności macicy (*inertia uteri*) aż do zupełnego jój porażenia; a o krwotokach tych mówimy, że wynikają z włąłości (*atonia*) macicy. Prócz tego mogą spowodować krwotok także częściowo za słabe bóle porodowe (towarzyszące zwykle kurezowym ścieśnieniom), porażenie miejsca przyczepu łożyskowego, zbyt mocny przyczep łożyska, nieprawidłowy

skład krwi (np. wodnisty, gnilny, gnilcowy i t. d.) i rozdarcia w szyjce macicznej, w pochwie i śródkroczu. Również przy łożysku przodującym i głębokim przyczepie łożyska zachodzą nieraz krwotoki jeszcze w tym okresie.

Do okoliczności, które ułatwiają pojawianie się krwotoków z powodu wadliwości macicy, należą następujące: zbyt spieszny przebieg dwóch poprzednich okresów porodowych, zbyt mocne rozszerzenie macicy przez wodną puchlinę płodu, bliźnięta i t. d.; powtarzane rozszerzenie macicy przez ciążę (dla czego mnogorodzące cierpią częściej na krwotoki w okresie występowania łożyska) i wyniszczenie sił przez zbyt mocne wyrabianie bólów porodowych w okresie występowania płodu. Wadliwość macicy w tym okresie przedstawia się niekiedy tylko jako dalszy ciąg osłabienia bólów porodowych, które już było widocznym wśród całego porodu i dla tego należy je uważać raz za pierwotne, drugi raz za wtórne osłabienie czynności porodowej.

W tym okresie jako też w pierwszych chwilach połogowych wydarzają się krwotoki najczęściej i są najobfitsze i najniebezpieczniejsze, wyjąwszy gdy są następstwem łożyska przodującego. Mogą zaś być tak wewnętrznymi jak zewnętrznymi.

Wewnętrzne krwotoki można rozpoznać po tém, że się macica zwiększa i miękceje, a jeśli tych objawów nie dostrzeżemy i nagromadza się większa ilość krwi, to je poznajemy po zwyczajnych znakach niedokrwistości. Rozpoznanie zewnętrznych krwotoków, rozumie się, nie może żadnych przedstawiać trudności.

Przy leczeniu trzeba przedewszystkiém baczyć na przyczynę krwotoku i dla tego zważać nie tylko na stan macicy, ale także na ogólny stan położnicy i przedsięwziąć dokładne badanie miejscowe, czy się czasem nie rozdarła szyjka maciczna, pochwa lub śródkrocz.

Jeśli nie masz tych pęknięć w częściach rodnych, to tak przy krwotokach wewnętrznych, jak zewnętrznych, należy najpierw przez pocierania dna macicznego pobudzić macicę do wydzielenia łożyska i do lepszych skurczów ¹⁾. Jeśli tym sposobem łożysko nie odchodzi wkrótce, to trzeba je sztucznie oddzielić i przytém usunąć zarazem nagromadzone w macicy skrzepy krwi, przez co, mianowicie przy mocnym przyczepie łożyska i przy ściśnieniach (*strictura*), daje się

1) Porówn. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 752 i 754.

najlepszą pomoc i macicy ułatwia się skurczanie się. Jeśli zaś mimo tego nie ustępuje krwotok, to wskazane są wszystkie wewnętrzne i zewnętrzne środki, pobudzające do bólów porodowych, o czém mówiliśmy obszernie na str. 252 i następnych.

Przy porażeniu macicy jednakże bywają prawie zawsze bezskutecznemi starania nasze o powstrzymanie krwotoku, a nawet uciskanie aorty brzusznej i tamponowanie macicy saméj za pomocą skubanki i t. d. nie doprowadzają nigdy do pożądanego celu.

Przy krwotokach, spowodowanych przez rozdarcia się części rodnych, najlepszym bez wątpienia środkiem jest zastosowanie zimna w postaci zimnych okładów i wstrzykiwań. Do ostatnich można także dodać jaki lek ściągający, jak ałun, tanninę, *urias ferri*, *ferrum sesquichloratum*, ocet i t. d.

c) Krwotoki w pierwszych chwilach położowych.

Przyczyną krwotoków w pierwszych chwilach położu są te same okoliczności, co krwotoków w okresie występowania łożyska tylko że nieraz zatrzymane resztki części łożyskowych zastępują miejsce zbyt mocno przyczepionego łożyska.

Występują one wśród tych samych objawów i wymagają tego samego leczenia, co krwotoki w okresie występowania łożyska, ponieważ i w tym razie pocierania dna macicznego okazują się bardzo skutecznym środkiem, ponieważ po wydaleniu zawartości macicy po największej części wzmagają się dostatecznie jéj skurcze, a gdy to nie następuje, używamy tych samych środków i tym samym sposobem, co w okresie występowania łożyska.

b) Nieprawidłowości w twardych drogach rodnych czyli miednicy.

z. Badanie miednicy.

Literatura: W. Smellie, *Coll. of cases. Lond. 1754. p. 367.* — G. W. Stein (starszy), *Kleine Werke zur prakt. Geb. Marburg. 1798. p. 133 i 157.* — J. L. Baudelocque, *L'art des accouch. 8. éd. 1844. t. I. p. 73.* — Michaelis, *Das enge Becken, Leipzig. 1865. p. 81.* — Credé, *Klin. Vortr. 1854. p. 620.* — Schröder, *M. f. G. t. 29. p. 30.* — Dohrn, *M. f. G. t. 29. p. 291. t. 30.*

p. 241 i *Volkmann's Sammlung Klin. Vorträge Nr. 11.*—Litzmann, *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. Nr. 20.*

Do najtrudniejszych zadań badania akuszeryjnego należy rozstrzygnięcie pytania, jak jest wąską lub szeroką miednica. Do rozwiązania tego pytania trzeba użyć wszystkich środków pomocniczych, na jakie się tylko zdobyć możemy. Z tego powodu, chociaż za pomocą jedynie ręcznego badania dokładnego możemy dojść do rezultatów jako tako pewnych, to jednakże nie powinniśmy spuścić z uwagi wszystkich innych okoliczności, mianowicie dotyczących się wyводу słownego (anamnezy), z których możemy się domyślać, że miednica uległa zwięźeniu.

Za pomocą anamnezy należy się najprzód dowiedzieć, czy istnieją albo istniały jakie choroby, które, jak to wiadomo z doświadczenia, mogą pociągnąć za sobą zmiany w postaci miednicy. Pomijając nader rzadkie cierpienia, liczymy tu przeważnie krzywicę (*rachitis*) i zmięknienie kości (*osteomalacia*) czyli kościozmięk. Ponieważ zaś nie tylko te choroby mogą być dziedzicznymi, ale także inne zbożenia w postaci miednicy, jako téż nawet miednice regularnie zbudowane i szerokie mogą w dziedzictwie przechodzić z rodziców na dzieci, przeto w anamnezie trzeba także dochodzić, jakimi były porody u osób spokrewnionych z badaną. Jeśli badana przeżyła już kilka połów, to bardzo ważną jest rzeczą dowiedzieć się dokładnie, jaki był przebieg poprzednich porodów. Jednakże nie należy o tém zapomnieć, że pierwsze porody prawie zawsze kończą się jak najpomysłniej, chociaż miednica była mocno zwięziona, tak iż nieraz kobiety, dotknięte znacznym zwięzieniem miednicy, rodzą dzieci zupełnie prawidłowo. Jeśli przez anamnezę dojdziemy pod tym względem do jakiego pozytywnego rezultatu, t. j. jeśli nabierzemy pewnego przekonania, że przy porodach dawniejszych była potrzebną pomoc sztuczna, która już sama jedna może świadczyć o mechanicznej przeszkodzie (do pomocy zaś sztucznej należą tu mianowicie wymóżdżenie i zgruchotanie główki płodowej), albo jeśli czaszka dziecięca była wygięta lub miała na skórze wyraźne ślady nacisku, to mamy powód stawić rozpoznanie na zwięźenie kostnej miednicy, gdy się da wyłączyć nieprawidłowo wielkie głowy. Pod ostatnim względem nie należy o tém zapomnieć, że niestósowna pomoc sztuczna (kleszcze) może nawet w prawidłowo zbudowanej czaszce wśród okoliczności spowodować wgięcia kości.

Przy badaniu samém należy się najprzód zastanowić nad postacią ciała i nad wzrostem badanej.

Jak z jednéj strony u kobiet nadzwyczaj małych możemy z wielkiém prawdopodobieństwem przyjmować wąską budowę miednicy, tak z drugiejj strony żadna kobieta średniego wzrostu albo nawet więcéj jak średniego nie daje nam jeszcze zupełnéj pewności, że nie ma zwięzonej miednicy, chociaż w ogóle mamy uzasadnione prawo spodziewać się, że osoba dobrego wzrostu będzie miała także regularnie zbudowaną miednicę. U kobiet regularnie i kształtnie zbudowanych, mających szerokie biodra i szeroką kość krzyżową oraz proste odnogi dolne znajdziemy nieprawidłowości miednicy tylko w wyjątkowych wypadkach. Przeciwnie zaś biodra bardzo wąskie i mianowicie wygięte dolne kończyny są prawie zawsze pewną zaowiedzią nieprawidłowości miednicy; ostatnia szczególnie okoliczność jest bardzo ważną z tego powodu, że najczęściej bywa skutkiem przebytejj krzywicy. Ze względu na tę chorobę powinno się prócz tego zwrócić pilną baczość na niezwykajne wygięcie obojczyków i na tak zwany krzywicowy różaniec w miejscach, w których się osadzają chrząstki żebrowe, jako téż na wygięcia kończyn górnych. Ponieważ zaś wykrzywienia kręgosłupa są często następstwem krzywicy, to i te mogą nam pod tym względem być niezawodną wskazówką. Nadto należy pamiętać jeszcze o tém, że przy wąskiejj miednicy natpykamy także u pierwiastek brzuchy obwisłe częściejj i w wyższym stopniu, tak iż znaczna obwisłość brzucha w pierwszéjj ciąży jest zawsze bardzo podejrzaną rzeczą.

Wszystkie te okoliczności trzeba mieć w pamięci, ażeby sobie utworzyć pewne wyobrażenie o miednicy. Mimo to można z nich tylko z wielką ostrożnością wnioskować o stanie miednicy i, co najwięcéj, mogą wszystkie te okoliczności być jedynie wskazówką, czy w ogóle zwięzenie miednicy jest prawdopodobném lub nie; ale co do stopnia zwięzenia, to z nich nawet w przybliżeniu pewnego wyobrażenia nabrać niepodobna.

Dokładną wiadomość o stanie miednicy, o ile takowa jest możliwą u żyjącejj osoby, otrzymujemy tylko po staranném zbadaniu miednicy saméjj. Tego badania dokonujemy jużto za pomocą rąk już téż narzędzi, jużto wewnątrznie już téż zewnątrznie.

Przy badaniu zewnątrznie używamy do odmierzenia pojedynczych odległości miednicomierza Baudeleque'a (zob. fig. 20). Osobę, mającą się poddać badaniu, układamy na łóżku tak, jak przy

zwyczajném badaniu ciężarnych i śledzimy stósownie do punktów, które zamierzamy wymierzyć, jużto w położeniu poziomém na grzbiecie, jużto w położeniu na boku, już téż w położeniu na brzuchu. Osa-

Fig. 20.

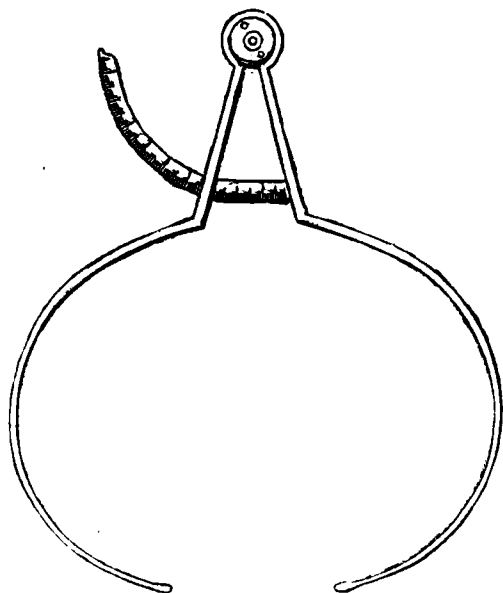


Fig. 20. Miednicomierz Baudelocque'a.

dziwszy zaś guziki miednicomierza na punktach, które zamyślamy wymierzyć, odczytujemy otrzymaną miarę z miarki, znajdującej się między rękojeściami.

Lekarze zajmujący się tym przedmiotem podali wielką ilość zewnętrznych wymiarów miednicy, które są częścią zupełnie niepotrzebne, częścią ważne tylko dla nader rzadkich nieprawidłowości miednicy. Na tém miejscu ograniczymy się na wyliczeniu tych tylko wymiarów, które są najważniejsze.

W miednicy wielkiej ważnym jest najprzód wymiar, oznaczający oddalenie pomiędzy przednimi kolcami górnymi dwóch kości biodrowych, zwany wymiarem kolcokolcowym przednim (sp. i.), i wymiar oznaczający oddalenie między najbardziej na zewnątrz wypukłemi

miejscami grzebieni dwóch kości biodrowych, czyli wymiar grzebieniogrzebieniowy (cr. i.).

Aby otrzymać wymiary stałe i dające się między sobą porównać, ważną jest rzeczą, ażeby zawsze używać téj samej metody mierzenia.

Jednostajne w przybliżeniu rezultaty otrzymamy wtenczas, kiedy przy wymierzaniu wymiaru kolcokolcowego nie będziemy się starali, jak przy szkieletach miedniczych, wyśledzić rzeczywiście odległość kolców, lecz kiedy się guziki miednicomierza przykładają tuż na zewnątrz od miejsca, w którym się przyczepia cięciwa mięśnia krawieckiego (*m. sartorius*), i odczyta się tym sposobem otrzymaną miarę; przy odmierzaniu zaś wymiaru grzebieniogrzebieniowego staramy się poznać jak najdalsze oddalenie między zewnętrznymi brzegami grzebieni. Wymiar pierwszy wynosi w przecięciu 26 ctm. (9" 8"), wymiar drugi 29 ctm. (10" 9").

Ważność tych wymiarów polega zresztą mniej na ich bezwzględnej wielkości (o stósunku tych wymiarów do wymiaru poprzecznego we wejściu miedniczym zob. R. Scheffer ¹⁾), aniżeli na stósunku zachodzącym pomiędzy jednym a drugim. Krzywicową bowiem miednica odznacza się tém, że wymiar kolcokolcowy rośnie w stósunku do wymiaru grzebieniogrzebieniowego, tak iż różnica między oboma zmniejsza się, albo wymiary oba zrównywają się, albo wreszcie że wymiar kolcokolcowy przewyższa nawet wymiar grzebieniogrzebieniowy. Ponieważ przy ostatniej okoliczności oddalenie między grzebieniami, mierzone za kolcami, zmniejsza się, przeto nie można w takim razie wymierzać odległości grzebieniogrzebieniowej sposobem wyżej oznaczonym. W tego rodzaju wypadkach wystarcza nam w ogóle ten rezultat, że odległość kolcokolcowa jest większą, aniżeli odległość grzebieniogrzebieniowa, albo téż mierzy się odległość między grzebieniami w oddaleniu $2\frac{1}{2}$ cala za kolcami.

Największa odległość między oboma skrętarzami (tr.) ma nie wielkie znaczenie. Podejrzana jest tylko nadzwyczaj mała odległość między nimi, ponieważ przytém muszą być zwężonemi poprzeczne wymiary małej miednicy; jeśli jednakże ta odległość zbacza mało co od stanu prawidłowego, to żadnego nie można wyciągać wniosku co do ostatnich wymiarów. Miarę zaś wziąć jest rzeczą łatwą, w przecięciu wynosi takowa $31\frac{1}{2}$ ctm. (11" 7").

¹⁾ M. f. G. t. 31. p. 299.

Najważniejszym jednakże wymiarem w całej miednicy jest konjugata prawdziwa, ponieważ bardzo znaczna większość wszystkich miednic zwężonych jest jedynie albo przynajmniej głównie w tym kierunku ścieśnioną.

Dla jej oznaczenia ma niemałą ważność tak zwany wymiar Baudeloque'a (d. B.) lub konjugata zewnętrzna.

Konjugatę zewnętrzną wymierzamy w położeniu boczném kobiety za pomocą miednicomierza Baudeloque'a. Za tylny punkt wymiaru bierzemy dołek pod wyrostkiem kolcowym (*proc. spinosus*) ostatniego kręgu lędźwiowego. Ten dołek jest zawsze wyraźny i da się łatwo znaleźć, tak iż niekiedy można go wyśledzić już okiem. Obok powierzchni kości krzyżowej widać po bokach dwa dołki, w których skóra jest mocniej przyczepiona do kości pod nią leżącej, t. j. do tylnych górnych kości biodrowej. Połączywszy te dołki linią, to szukany punkt leży przy miednicy prawidłowej 1—2 cali powyżej téjże, tak iż z połączenia dołka pod wyrostkiem kolcowym z górnymi kołcami tylnymi (*spin. post. sup.*) z jednej strony i z mięśniami pośladkowemi począwszy od ostatnich łączącemi się ku dołowi z drugiej strony, otrzymujemy czworokąt, który przy regularnych miednicach zbliża się do postaci czwartaka (*Michaelis*). Przy miednicach zbudowanych wadliwie, mianowicie przy krzywicowych, leży głębiej wyrostek kolcowy ostatniego kręgu lędźwiowego, tak iż górny kąt staje się tępszym, przez co wyżej opisany dołek może przypaść w linią łączącą obydwa tylne kolce górne, albo nawet poniżej takowej. Z czworokąta tworzy się natenczas trójkąt.

Za przedni punkt wymiaru wybieramy to miejsce spojenia łonowego, które daje największą miarę. Miejsce to znajduje się zawsze w górnym brzegu spojenia łonowego.

Aby mierzyć pewno, wyszukuje się najprzód tylny punkt wymiaru, który się da prawie zawsze rozpoznać łatwo za pomocą macańia, ponieważ wyrostki kolcowe kręgów lędźwiowych są daleko dłuższe i dają się wyraźniej wymacać, aniżeli wyrostki kości krzyżowej, i dołek jest po największej części wybitnie nacechowany.

Przyłożywszy do tego dołka jeden guzik miednicomierza i przytrzymując go tamże jedną ręką chwytamy palcami drugiej ręki guzik drugi, wyszukujemy oznaczone miejsce spojenia łonowego i na leżącym miednicomierzu odczytujemy miarę przyciskając go średnio.

W rzadkich wypadkach dołek nie jest wyraźnym i w takim razie trzeba kolce rachować z góry, aby wynaleźć ostatni krąg ledźwiowy.

Jeśli miednica jest prawidłową, to wymiar Baudelocque'a wynosi w przecięciu $20\frac{1}{4}$ ctm. ($7'' 5''' - 6'''$).

Wielu jest tego mniemania, że odciągnąwszy od powyższego wymiaru mniej więcej dziewięć ctm. otrzymujemy dość dokładną miarę dla konjugaty prawdziwej. To zdanie jednakże jest nieuzasadnionem; z wymiaru Baudelocque'a nie można nigdy nawet z jaką taką pewnością obrachować długości konjugaty prawdziwej. Dla rozpoznania zwężenie w konjugacie w ogóle nie jest bez znaczenia wymierzanie wymiaru Baudelocque'a, dla rozpoznania jednakże stopnia tego zwężenia nie posiada prawie żadnej wartości.

Co się tyczy pierwszego względu, to nie ulega wątpliwości, że miara 18 albo też 19 ctm. ($6'' 8''' - 7''$) jest zawsze podejrzaną i trzeba przypuszczać, że miednica może być zwężoną; jeśli zaś wynosi 21 ctm. ($7'' 9'''$) i wyżej, to na pewno znajdziemy konjugatę zwężoną tylko w nader rzadkich wypadkach.

Daleko pewniej sądzić o wielkości konjugaty prawdziwej dozwala nam odmierzanie konjugaty ukośnej (*conjugata diagonalis—c. d.*).

Przez konjugatę ukośną rozumiemy połączenie dolnego brzegu spojenia łonowego z tym punktem wzgórka krzyżowego, który leży najbliżej niego. Przednim punktem wymiaru jest tedy ostry brzeg więzu łukowatego, tylnym zaś w największej części wypadków środek wzgórka krzyżowego. Tylko kiedy miednica jest bardzo niesymetryczną, leży z boku najwięcej wystający punkt wzgórka krzyżowego. Jeśli miednica jest wadliwą, to może czasem połączenie pierwszego kręgu krzyżowego z drugim dać krótszy wymiar; w takim razie przyjmujemy ten krótszy wymiar, ponieważ pod względem praktycznym chodzi głównie o to, ażeby oznaczyć najwęższe miejsce w prostym wymiarze miednicy.

Do zmierzenia konjugaty ukośnej wprowadzamy do pochwy (zob. fig. 21) palec wskazujący i średni lewej ręki mocno je ściskając, pozostałe zaś palce zgiąwszy wypychamy nimi śródkrocze powoli, ale silnie ku górze. Obniżając zaś nieco przedramię, aby nie dojść za daleko ku tyłowi w zagłębienie kości krzyżowej, staramy się dosięgnąć wzgórka krzyżowego. Doszedłszy potem wierzchołkiem (po stronie łokciowej) lewego palca średniego do wzgórka krzyżowego weiskamy stronę sprychową tej samej ręki mocno w spojenie łonowe.

Teraz zbliżamy palec wskazujący prawej ręki do spojenia łonowego tak, iż jego czuła powierzchnia jest zwrócona ku spojeniu łonowemu, i przykładamy jego wierzchołek dokładnie do tego miejsca u lewego palca wskazującego lub jego śródręcza, na które przypada dolny brzeg więzu łukowatego. W tém miejscu robi się wyraźny znak pa-

Fig. 21.

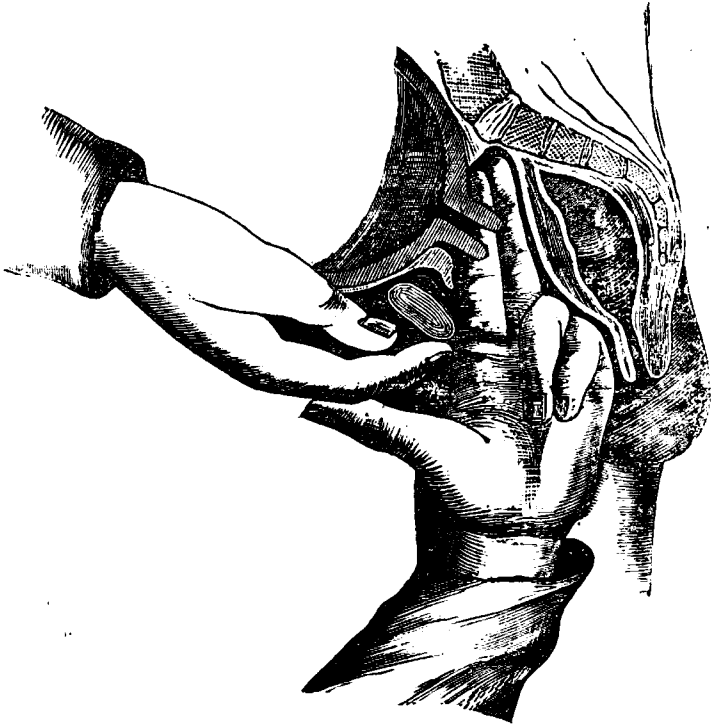


Fig. 21. Wymierzanie konjugaty ukośnej.

znogciem palca wskazującego u prawej ręki, wyciąga się lewą ramię i lewą rękę dokładnie w tém stawieniu, w jakim nią mierzyliśmy, i odmierzamy zaraz za pomocą miednicomierza odległość pomiędzy wierzchołkiem strony łokciowej u lewego palca średniego, a zrobionym znakiem.

Jeśli miednica jest prawidłową, można wśród okoliczności nie zbyt niepomyślnych dosięgnąć wzdórka krzyżowego i tym sposobem wymierzyć konjugatę zewnętrzną (aby mieć pewność, że go się do-

siegiło rzeczywiście, powinno się wyczuć chrząstkę między kością krzyżową i kręgiem lędźwiowym). Mierzenie jest łatwiejszem u mnogorodzących, które posiadają szerokie wejście pochwowe i podatne śródkrocze; trudniejszem zaś u pierwiastek z krótką, wąską pochwą i z wysokiem, twardem śródkroczem, przy znacznej bolesności lub przy ścieśnieniach pochwy; zupełnie niemożliwem wreszcie może być wtenczas, kiedy przodująca część płodu stoi głęboko i kiedy się w wejściu pochwowém znajdują guzy.

Aby sobie ułatwić mierzenie, należy jeszcze pamiętać następujące przepisy.

Osoba mająca być mierzona musi się znajdować w stósowném położeniu. Najlepszem pod tym względem jest dobre gynecologiczne krzesło do badania, w braku tego wystarcza stół albo położenie poprzeczne w łóżku z mocno podwyższoną okolicą krzyżową.

Lokieć lewój ręki musi się opierać o kolano, aby nie zesłabł podczas mierzenia.

Wprowadzając rękę lewą trzeba wargi otworzyć ręką prawą, aby tychże nie wtłaczać i nie zabierać włosów, coby ból sprawiało.

Śródkrocza nie powinno się nigdy unosić nagle ku górze, lecz należy go wtłaczać w głąb powoli, ale silnie.

Pęcherz moczowy, a mianowicie kiszkę odbytową należy opróżnić przed mierzeniem.

Ostatecznej pewności w rezultatach nabywa się tylko przez dłuższe ćwiczenie. Podczas gdy z początku dwóch badających otrzymuje nieraz bardzo różne rezultaty, później przy znaczniejszej wprawie zgadzają się często ich rezultaty najzupełniej, albo różnią się o $\frac{1}{4}$ ctm. lub najwyżej o $\frac{1}{2}$ ctm.

Przestrzegając wszelkich przepisów, jakie nakazuje ostrożność, można w przeważnej części wypadków osiągnąć wzgórek krzyżowego, albo się przynajmniej przekonać, że najmniejsza miara konjugaty wynosi tyle, iż z niej nie można wcale wnioskować o zwięźeniu miednicy. Wśród pomyślnych okoliczności można mierzyć do 13 ctm. lub nieco wyżej.

Aby tedy z konjugaty ukośnej obliczyć konjugatę prawdziwą, o którą tutaj głównie chodzi, trzeba odciągnąć od pierwszej w przecięciu $1\frac{3}{4}$ ctm. (8^{''}); ta różnica zmienia się wprawdzie nieco, ale tylko w nieznacznym stopniu.

Im tępszy jest koniec, który konjugata prawdziwa tworzy ze spojeniem łonowém, i im wyższe jest takowe, tém też więcej trzeba odciągnąć i odwrotnie.

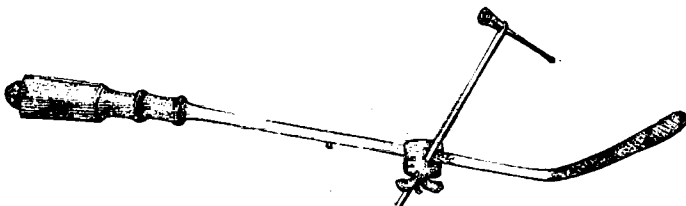
Wymierzając rozmaitego rodzaju miednice, popełnimy bez wątpienia małe tylko błędy, jeśli

- przy prawidłowej i przy ogólnie zwężonej miednicy odciągniemy $1\frac{3}{4}$ ctm.
 przy płaskiej, nie krzywicowej miednicy dobre $1\frac{3}{4}$ ctm.
 przy krzywicowej miednicy 2 ctm. i więcej.

Ręczne mierzenie konjugaty ukośnej wystarczy podczas porodu we wszystkich wypadkach do stawienia terapeutycznych wskazań. Dla niejednych przecież wypadków, mianowicie dla oznaczenia czasu, w którym należy sztucznie wywołać poród przedwczesny, może wiele na tém zależeć, ażebyśmy miarę konjugaty prawdziwej zdołali jak najdokładniej poznać i takową bezpośrednio wymierzyć.

Celu tego możemy dopiąć jak najzupełniej za pomocą miednicomierza Vanhuela (zob. fig. 22). Przyrząd ten składa się z dwóch ramion, dających się jedno na drugim posuwać, z których

Fig 22.



Eig. 22. Miednicomierz Vanhuela.

wierzchołek dłuższego przykłada się do wystającego brzegu wzgórka krzyżowego, ramię zaś krótsze, opatrzone w guzik, przyciska się do pewnego punktu na przedniej powierzchni spojenia łonowego.

Tym sposobem otrzymujemy wymiar konjugaty prawdziwej *plus* grubości przedniej ściany miednicznej. Ażeby zaś obliczyć ostatnią, przykłada się dłuższe ramię do tylnej powierzchni spojenia łonowego i utwierdza guzik krótszego ramienia dokładnie znowu w dawniejszym miejscu. Jeśli liczbę tym sposobem otrzymaną odciągniemy od miary pierwszej, to otrzymana różnica oznacza, jak wielką jest konjugata prawdziwa.

To mierzenie za pomocą narzędzia ma niejedną niedogodność. Potrzeba najprzód wyćwiczonego pomocnika; potem osoba, którą zamierzamy mierzyć, powinna leżeć bardzo wygodnie; wreszcie i samo mierzenie jest nieco bolesnym, jeśli je odbywamy dokładnie. Jednakże w wypadkach, w których chodzi o oznaczenie czasu dla wywołania sztuką porodu przedwczesnego, można je przedsięwziąć u ciężarnych jak najwygodniej, jeśli tego potrzeba także wśród odurzenia chloroformem, i daje ono bardzo ważne rezultaty, mianowicie w porównywaniu rezultatu z miarą konjugaty ukośnej. Ponieważ dłuższe ramię niekiedy źle się przykładają do tylnej ściany spojenia łonowego, przeto otrzymujemy nieraz zbyt wielką miarę dla grubości przedniej ściany miedniczej, a zatem zbyt małą dla konjugaty.

Jeśli za pomocą powyższych metod jesteśmy w stanie u żyjących obliczyć na pewno w przybliżeniu długość konjugaty prawdziwej, to nie możemy niestety tego powiedzieć o poprzecznym wymiarze wejścia miedniczego. Braknie nam metody, za której pomocą moglibyśmy z jaką taką pewnością oznaczyć długość tego wymiaru. Nie może zaś to zadziwiać tak bardzo, jeśli sobie przypomnimy, że wziąć tę miarę nawet na trupie, dochodząc do miednicy z otwartej i opróżnionej jamy brzusznej, nie jest bynajmniej rzeczą tak łatwą. Z tego powodu tylko w przybliżeniu możemy oznaczyć wielkość tego wymiaru, którego niepodobna na pewno wymierzyć. Wymiar kolcokolcowy, grzebieniogrzebieniowy i skreśtoskreśtowy dają pod tym względem tylko małoznaczne wskazówki, kiedy są nadzwyczaj wielkie lub małe, ponieważ ich wielkość zależy tylko w małej części od szerokości małej miednicy, a w większej części od rozwoju i stanowiska kości biodrowych, od rozwinięcia się i kierunku szyjki kości udowej i t. d. Największą jeszcze korzyścią dla wyćwiczonego badacza bywa ta okoliczność, jeśli się dwoma palcami albo lepiej połową ręki dotyka bocznych ścian małej miednicy, i tym sposobem usiłuje nabrać jak najpewniejszego wyobrażenia o wielkości miednicy w poprzecznym kierunku.

Małoznaczne nieprawidłowości miednicy dają się na żyjących rozpoznać zaledwie z jaką taką pewnością. W tym względzie należy z jak największą ostrożnością korzystać ¹⁾ z zewnętrznych wymiarów

1) Zob. Schneider, M. f. G. t. 29. p. 273 i Gruner, Zeitschr. f. rat. Med. 1868. p. 242.

ukośnych (idących od górnego kolca przedniego po jednej stronie do górnego kolca tylnego po stronie przeciwnéj). Bardzo ważne jeszcze rezultaty otrzymujemy z dokładnego badania wewnętrznego, przy którym zważamy na stanowisko wzgórnka krzyżowego i śledzimy palcami obie połowy miednicy; śledzenia tego należy jednakże dokonywać zawsze krótko po sobie obiema rękoma, ponieważ badając tylko jedną ręką moglibyśmy łatwo wyczuć jaką asymetryę.

W ymierzaniu wyjścia miedniczego mało się dotąd zajmowano, ponieważ dokładne jego wykonanie połączone jest z niemałemi trudnościami i zwięźenie w wyjściu miedniczym rzadko się znachodzi. Breisky ¹⁾ proponował nie dawno temu, aby wymierzenie to wykonać następującym sposobem:

Ponieważ prosty wymiar wyjścia miednicy (nie rachując w to kości ogonowéj, a więc od wierzchołka kości krzyżowéj aż do szczytu łuku łonowego) nie da się wewnątrznie oznaczyć dokładnie, jak to wiemy z doświadczenia, przeto należy raczej zewnątrznie wymierzyć ten wymiar. W boczném położeniu ciężarnéj uwydatnia się już dla oka tylny punkt wymiaru, odpowiadając górnéj granicy szpary odbytowéj (*rima ani*) i tworząc u chudych osób małe wypuklenie; nadto dają się po największej części dolne kąty kości krzyżowéj wymacać bez trudności.

Chcąc być zupełnie pewnym, wprowadza się do odbytnicy palec wskazujący i, poruszając kość ogonową między palcem wskazującym a palcem wielkim, można tym sposobem wysledzić łatwo miejsce stawu.

Za przedni punkt wymiaru bierze się ostry brzeg więzu łukowatego w szczycie łuku łonowego. Gdy zaś jedną ręką przytrzymujemy guzik miednicomierza na tylnym punkcie wymiaru, wprowadzamy wielki palec drugiéj ręki do pochwy i przykładamy nim do więzu łukowatego drugi guzik. Otrzymana miara, którą odczytujemy na leżącym miednicomierzu, jest jako zewnętrzna naturalnie większą, aniżeli właściwy wymiar prosty. Ile zaś trzeba odciągnąć, aby otrzymać ostatni wymiar, nie jest jeszcze rzeczą na pewno znaną, prawdopodobnie $1-1\frac{1}{2}$ ctm.

Poprzeczny wymiar wyjścia miednicy mierzy Breisky tym sposobem, że w położeniu poziomém na grzbiecie z podwyższoną oko-

¹⁾ Med. Jahrb. XIX, 1. Wien 1870. p. 3.

licą krzyżową i tylko średnio rozstawionemi udami zgiętymi dotyka wewnętrznych brzegów guzów kulszowych i odległość między niemi oblicza wpychając cyrkiel Osiana (którego ramiona są zwrócone na wewnątrz). Ponieważ między guzikami cyrkla i punktami kostnemi leżą części miękkie, przeto do otrzymanej miary trzeba nieco dodać, mniej więcej około $1\frac{1}{2}$ ctm.

Doświadczając metody Breisky'ego przekonaliśmy się, że odmierzenie prostego wymiaru udaje się bez zbyt wielkich trudności. Jest ona jednakże nieco niewygodną i bolesną, gdy pochwa jest bardzo czuła. Prostsze zaś do wykonania i niemniej pewne zdaje się nam być mierzenie wymiaru poprzecznego, jeśli w położeniu ciężarnej jak przy wycięciu kamienia, oznaczamy sobie ołówkiem na zewnętrznej skórze pośladków położenia guzów kulszowych i potem cyrklem Osiana odmierzamy odległość między niemi. Grubość części miękkich należy potem odciągnąć.

Nad rozpoznaniem rzadszych form miednic zwężonych zastanowimy się jeszcze bliżej przy opisie tychże.

β. Nieprawidłowości miednicy nie mające wpływu na przebieg porodu.

Zbyt szeroka miednica nie utrudnia przebiegu porodowego w żadnej mierze; do nagłych porodów przyczynia się tylko wśród tych samych okoliczności, co prawidłowa miednica. To też ze względu położniczego żadnym sposobem nie można miednicy zbyt szerokiej uważać za patologiczną.

Również zbyt wysoka miednica, jeśli przytém nie jest zwężona, nie sprawia żadnych szkodziwości.

Nieprawidłowe stany w pochyłości miednicy jeśli się na nie nie zważa, mogą pociągnąć za sobą*mejedne szkodziwości. Zbyt mocna pochyłość miednicy może przeszkadzać dostaniu się główki do wejścia miedniczego, zbyt zaś mała pochyłość może wstrzymywać wystąpienie główki z wyjścia miedniczego. Nieprawidłowość pierwszą da się zmniejszyć podwyższając pośladki i górną część ciała, tak iż okolica lędźwiowa spoczywa jak najgłębiej i rodząca znajduje się w na pół siedzącym stawieniu; zbyt małą zaś pochyłość da się powiększyć, jeśli się pośladki układa nisko i okolice krzyżową mocno podpira ¹⁾.

1) B. Schutze, Jenaische Zeitschr. f. Med. u. N. B. III, z. 2 i 3.

γ. Nieprawidłowości miednicy wpływające na przebieg porodowy.
Zwężenie miednicy.

Literatura: Henr. v. Deventer, *Oper. chir. novum lumen exhib. obstetr. etc. Lugd. Bat. 1701. cap. 3. 27*, po niemiecku: *Neues Hebammenlicht, Jena 1717. p. 196.* — Guill. de la Motte, *Traité compl. des acc. nat. etc. Paris 1722. L. II. Ch. V. p. 202 i L. III. Ch. XIX. p. 418.* — N. Puzos, *Traité des acc. publiés par Morisot Deslandes. Paris 1759. Ch. I.* — W. Smellie, *Treatise on the theory and pract. of mid. Vol. I. 3. ed. London 1756. p. 82.* — De Frémery, *De mutat. fig. pelvis etc. Lugd. Bat. 1793.* — G. W. Stein jun., *Lehre der Geburtshülfe I. część, Elberfeld 1825, 1. oddział, 2 i 3 cap.*, i w wielu innych pismach. — G. A. Michaelis, *Das enge Becken, herausg. von Litzmann, Leipzig 1851.* — C. C. Th. Litzmann, *Die Formn des Beckens, insb. des engen weibl. Beckens. Berlin 1861 i Volkmann's Sammlung klin. Vortr. Nr. 23.* — F. A. Kehrer, *Beitr. z. vergl. u. experim. Geburtsk. 3. H. Pelikologische Studien. Giessen 1869.*

Uwagi historyczne. Nauka o zwężonej miednicy jest jeszcze świeżą umiejętnością. Aż do końca siedemnastego stulecia akuszerowie nie przypuszczali w ogóle, żeby miednica mogła być zwężoną, i dopiero w drugiej połowie bieżącego stulecia przyznano należyte znaczenie nauce o zwężonej miednicy.

Że o zwężeniu miednicy tyle wieków nic nie wiedzano, jest rzeczą tak dziwną, że Michaelis pisząc historyczne uwagi do swego dzieła o „zwężonej miednicy” rozpoczyna od tego, iż się stara wyjaśnić przyczyny, dla których tak późno rozpoznano powyższą nieprawidłowość.

Przyczyną tego były raz fałszywe hipotezy, które miały wyjaśniać trudności w porodzie, a potem niedostateczna znajomość miednicy prawidłowej i mechanizmu porodowego.

Pod pierwszym względem była bardzo zgubną nauką panująca od czasów Hippokratesa, że się dziecko rodzi samo. Ztąd wynikało naturalnie, że porody zmarłych dzieci musiały być niemożliwe albo przynajmniej bardzo trudne. Ponieważ zaś z doświadczenia pokazało się, że trudne porody przypadają razem ze śmiercią dziecka, przeto śmierć dziecka, która była dopiero skutkiem ciężkiego porodu, uważano za powód do tego utrudnienia. Nie potrzeba bliżej objaśniać, jakie nieszczęsne skutki spowodzić musiało dla praktyki to branie przyczyny za skutek i odwrotnie.

O budowie miednicy normalnej nic prawie nie wiedzano, ponieważ nie zajmowano się oględzinami pośmiertnymi, a analogia z ciałem zwierzęcym była właśnie tutaj zupełnie niewystarczającą. Starodawnym było mniemanie, że połączenia kości luznieją podczas porodu i że dopiero tym sposobem toruje

się i umozębnia przejście dziecka. Ztąd też przyjmuje Soranus i Aëtius, że przyczyną ciężkich porodów jest właśnie zbyt mocne połączenie pomiędzy kośćmi. Według tej nauki była tedy właściwie każda miednica za wąską i poród doznawał trudności, jeżeli się miednica nie rozszerzała w ciągu jego przebiegu. Jeśli więc po wprowadzeniu ręki do miednicy wąskiej zwężenie wyczulo się jak najwyraźniej, to samo to zwężenie nie było patologicznym, lecz tylko zbyt mocnym połączeniem kości między sobą. Na dowód, że zwężenie miednicy znanym było Aëtiusowi, przytaczają zeń ten ustęp, w którym powiada że poród może być utrudnionym „*ob nimiam lumborum cavitate uterum comprimentem*”, co także, chociaż w innych nieco słowach, przytacza już Soranus z Herofilusa. Jest wielkie pytanie, czy z tych słów można w ogóle przypuszczać zwężenie w konjugacie, a w każdym razie z takiego jednego i ogólnego napomknienia nie można wnosić, że piszącemu te słowa znaną było rzeczą, iż nieraz miednica bywa zwężoną.

Mylna nauka o rozszerzaniu się miednicy panowała tak długo, aż Andreas Vesalius (1543) wykazał jej bezpodstawność przez swój wyborny opis anatomiczny normalnej miednicy. Jego uczeń J. C. Arantius, który sam był praktycznym akuszerem, odkrył potem wreszcie w roku 1572 zwężoną miednicę. Uważał on ją za najważniejszą przyczynę trudnych porodów, chociaż przyjmował fałszywie, że zwężenie pochodzi od wygięcia się na wewnątrz kości łonowych i od ich zbyt wielkiej szerokości.

Jednakże ta nauka, nie doznawszy należytego uznania, poszła całkiem w zapomnienie, a pod wpływem A. Parégo (1550) i Severina Pinaeusza (1597) zaczęła na nowo nabierać znaczenia i zyskiwać zwolenników stara nauka o rozstępowaniu się kości miedniczych i pozornie poparto ją dowodząc w obec licznie zgromadzonych uczonych prawdziwość jej na trupie zabójczyni dziecka, rozwiązanej dzień przedtęm.

Począwszy od połowy XVI-go stulecia zrobiła ogromne postępy nauka położnictwa we Francji, dla tego że zaczęli się nią zatrudniać znakomici chirurdzy, jak A. Paré i Jacques Guillemeau. Nie znali jednakże jursze wąskiej miednicy, a nawet Mauriceau (1668) wspomina o niej wprawdzie mimochodem, ale się wcale nie domyslał jej wielkiego znaczenia pod względem praktycznym.

Za pierwszego, który właściwie stworzył położniczą naukę o miednicy, należy uważać H. v. Deventera (1701), który dzieło swe p. t. „*neues Hebammenlicht*” rozpoczyna od opisu prawidłowej miednicy, skreśla dwie główne formy zwężonej miednicy, ogólnie zwężoną i płaską i właściwości przebiegu porodowego tak jednej jak i drugiej. Również znanym mu był wpływ zwężonej miednicy na główkę dziecka, t. j. przesuwanie się kości czaszkowych, przedłużenie czaszki w prostym wymiarze; odcisnięte miejsca w częściach miękkich. Jemu współczesny de la Motte (1722), akuszer słynny ze swej zręczności w praktyce, twierdzi że miednica zwężona w wejściu jest najgłówniejszą przyczyną trudnych porodów i daje wyborne przepisy dla leczenia. Z pism Dionisa (1718) i Puzosa († 1753) pokazuje się także, że znali zwężenie miednicy. Ostatni utrzymuje już, że zmiany krzywicowej miednicy są skutkiem ciśnienia tułowia na rozmiękłe kości i dowodzi znakomitego doświadczenia nabytego z praktyki, kiedy twierdzi, że przy znacznych zwężeniach krzywicowych zachodzą szczęśliwe porody, że jednakże po niektórych łatwych

i szczęśliwych porodach w końcu padają ofiarą zwężonej miednicy albo matki same albo dzieci.

Dalszego znacznego rozwoju doznała nauka o wązkiej miednicy przez Anglika W. Smellie'go (1751), który opisał znakomicie prawidłową miednicę jako całość, jako też krzywicową miednicę i zmiany, którym podlega postać główki w wązkiej miednicy, i pierwszy obliczył długość konjugaty prawdziwej przez ręczne wymierzenie konjugaty ukośnej. Jego sławny współzawodnik Francuz Levret (1747), który mniej trzeźwo zapatrywał się na tę sprawę, ale odznaczał się genialnością w swych pomysłach, zna tylko krzywicową miednicę i ma niejedne zapatrywania się, które się sprzeciwiają zupełnie faktycznym stosunkom. Twierdzi on, że konjugata jest największym wymiarem w wejściu miedniczym (5"—6") i że poprzeczny wymiar jest o 1" mniejszy.

Wielkie znaczenie, jakie Levret posiadał nie tylko we Francyi, ale i w Niemczech, przyczyniło się do tego, że nauka o wązkiej miednicy nie zrobiła w następnym czasie żadnych postępów, lecz ze stanowiska, jakie zajęła za Smellie'go, zaczynała widocznie schodzić. Zasługują jednakże na szczerze uznanie prace jego sławnego niemieckiego ucznia, Steina starszego (1763), który we wszytkim szedł w ślady swego nauczyciela, chociaż usiłowania te nie zostały uwieńczone szczególnym skutkiem.

Steina współczesnik, Anglik Denman (1788) ocenił pierwszy mechaniczne prawa, które się dają rozpoznać w budowie miednicy, nie zastosował ich jednakże do zwężonej miednicy. Porównywał on miednicę ze sklepieniem i kość krzyżową mylnie z jego ostateczną granicą. W holenderskiej rozprawie, wydanej w r. 1793 przez de Fremery'ego próbowano poraż pierwszy z dobrym skutkiem, wykazać wszystkie okoliczności, które wpływają na ukształtowanie prawidłowej miednicy, nie spuszczać z uwagi ich wpływu na chorobnie zmiękzone kości.

Wielki francuzki akuszer Baudelocque (1781) nabył na tém polu wielkiej sławy nie tak przez dokładną znajomość anatomiczną miednicy zwężonej, jak przez właściwe jego praktycznemu zmysłowi usiłowanie dokładnego rozpoznania jęj na żyjących, chociaż jednakże i pod tym względem nauka jego nie jest zupełnie wolną od błędów. Nauczył on, jak mierzyć palcem konjugatę zewnętrzną (od niego zwaną także wymiarem Baudelocque'a) i konjugatę ukośną. Błędna zaś jego nauka o wklonowaniu się główki, posunięta aż do ostateczności, posiada jeszcze dotychczas zwolenników.

Stein młodszy (1803) zgadzając się jak najzupełniej ze Smellie'm we względzie praktycznym i w trzeźwem zapatrywaniu się opisał pojedyncze formy zwężonej miednicy sposobem, który po dziś dzień jeszcze można zwać wzorowym. Skreśla doskonale miednicę zmienioną skutkiem krzywicy i zmięknienia kości i przypomniał znowu naukę o ogólnie zwężonej miednicy.

Najdalej pod każdym względem postąpiła nauka o zwężonej miednicy przez usiłowania dwóch sławnych nauczycieli, rodem z Kiela, t. j. Michaelisa i Litzmanna. Michaelis (1851) tworzy nową erę przez to, iż zaburzenia spowodowane przez zwężoną miednicę, upatruje nie tylko w niepomysłnych stosunkach mechanicznych, ale że przeważnie zwraca uwagę na wpływ zwężonej miednicy, na położenie dziecka i na czynność porodową, i że

wykłada zбочenia mechanizmu porodowego przy rozmaitych rodzajach zwężonych miednic. Prócz tego wymierzając wszystkie wypadki, które miał w swęj praktyce, dowiódł najwidocznięj, że miednica wązka zachodzi daleko częściej, aniżeli dotąd przyjmowano. Litzmann (1861) opisał sposobem, rozpoczętym przez de Fremery'ego, formy zwężonej miednicy na podstawie mechanicznych warunków, które nadają i zmieniają postać miednicy, opierając się przytęm na pracach braci Weberów i Hermanna Meyera o mechanice miednicy, i przez dokładne oraz mozolne mierzenia dowodzi, jakimi rezultatami zostały usiłowania jego uwieńczone.

Na nową myśl i bez wątpienia w skutki płodną wpadł Kehrler bada-
jąc za pomocą eksperymentów patologiczne zmiany w miednicy. Za pomocą kwasu solnego pozbawiwszy normalne miednice mniej lub więcj zawartęj w nich soli, otrzymał giętkie, tak zwane kauczukowe miednice i na tych rozważał różne mechanizmy, które mogą się wytworzyć przez charakterystyczne zmiany rozmaitych form miednicy. Chociaż się nie zupełnie możemy zgodzić z jego rezultatami (kauczukowęj miednicy równa się zapewne miednica zmieniona skutkiem zmięknienia kości, ale nie krzywicowa, a wpływ ciągnienia mięśniów jest zdaniem naszym przesadzony), to jednakże nie można zaprzeczyć, że oryginalny i bez wątpienia pożyteczny uczyniono krok celem rozwiązania pytania, jakimi są mechanizmy porodowe zachodzące przy patologicznie zmienionych miednicach.

1. Pojęcie i podział zwężonej miednicy.

Pytanie, czy miednica w danym razie jest dostatecznie wielka, aby dziecko mogło przez nią przesunąć się bez zaburzenia, nie zależy jedynie od wymiarów miednicy, lecz także od wielkości dziecka, a mianowicie jego głowy. Ponieważ jednakże do wielkich rzadkości należą te zwiększenia czaszki, które dla mechanizmu porodowego tworzą znaczną przeszkodę, ponieważ rzadko przynajmniej głowy dojrzałych i zdrowych dzieci nigdy nie przechodzą znacznie miary średnięj, przeto przyzwyczajono się uważać główkę dziecka za stałą wielkość. Rzecz tę należy tęm więcj uniewinnić, że nie mamy dokładnęj metody, według któręj moglibyśmy oznaczyć wielkość główki, znajdującęj się jeszcze w macicy. W każdym jednakże razie jest rzeczą ważną, o któręj nigdy nie należy zapominać, że w pojedynczym wypadku dla nieprawidłowęj objętości główki jedna i ta sama miednica zwężona może raz być dostatecznie szeroką, drugi raz za wązką.

Uważając tedy w rozdziałach następných główkę jako stałą wielkość o średnich wymiarach znanych z doświadczenia, będziemy uważali tę miednicę za zwężoną, przez którą nie może przechodzić główka średnięj wielkości.

Miednica może podlegać zwiężeniu we wszystkich miejscach i we wszystkich wymiarach; ztąd też nie podobna ustanowić pewnych reguł, któreby obejmowały wszystkie rodzaje zwiężonej miednicy.

Naukę o zwiężonej miednicy, tak ważną dla praktycznego akušzera, ułatwia wielce ta jedna okoliczność, że pospolicie zwiężenia znachodzą się jedynie, albo przeważnie w wejściu miednicy.

Pomijając kilka bardzo rzadkich form zwiężonej miednicy możemy pozostałe kształty z wężonem jedynie lub przeważnie wejściem miedniczém bardzo dobrze rozbiąć pospołu, a takie roztrząsanie jest tém ważniejsze, że te dwie ostatnie formy zachodzą prawie wyłącznie w praktyce.

Tymczasowo więc odkładamy na później rzecz o kilka bardzo rzadkich formach wązkiej miednicy, jako to miednicę zmienioną skutkiem zesunięcia się kręgow łędźwiowych ku przodowi (*spondylolisthesis*), miednicę poprzecznie zwiężoną skutkiem skostnienia jój spojeń (*synostosis*) i poprzecznie zwiężoną skutkiem garbu (*kyphosis*), miednicę zwiężoną ukośnie skutkiem skostnienia jój spojeń, miednicę zwiężoną wyłącznie albo głównie w wyjściu miednicy, miednicę zmienioną skutkiem zmiękczenia kości. Tutaj mówiąc o wązkiej miednicy bez wszelkiego innego dodatku będziemy mieć na myśli tylko pozostałe jój formy, w których zwiężonem jest wejście miednicy.

Bez porównania częściej jest wejście miednicy zwiężone w kierunku konjugaty, tak iż zazwyczaj oznacza się wązkość miednicy po prostu podług wielkości konjugaty. Jest to rzeczą prawdziwą dla znacznie większej liczby wypadków; nigdy jednakże nie godzi się zapomnieć, że położnicze ocenienie wązkiej miednicy zależy bardzo od tego, czy przy zwiężeniu konjugaty poprzeczny wymiar posiada normalną miarę, albo czy tenże równocześnie podlega także zwiężeniu.

Z tego powodu dzielią się wąskie miednice na następujące kategorie:

1) ogólnie jednostajnie zwiężone miednice. Zwiężenie zachodzi dosyć jednostajnie we wszystkich wymiarach wejścia miedniczego i ogarnia także jamę miednicy i jój wyjście:

2) płaskie miednice. Miednica jest zwiężoną jedynie albo przeważnie w konjugacie. Stósownie zaś do tego, czy przytém poprzecz-

ny wymiar wejścia jest prawidłowo wielki, czy też równocześnie zwężony, rozróżniamy:

- a) zwyczajnie płaską miednicę i
- b) ogólnie zwężoną płaską czyli ogólnie niejednostajnie zwężoną miednicę.

Ważnym jest pytanie dotyczące granicy między miednicą prawidłową, a zwężoną.

Jest rzeczą jasną, że z położniczego względu praktycznego możemy tylko wtenczas mówić o zwężeniu miednicy, jeśli takowe jest tak znacznym, że zdoła zaburzyć przejście dziecka przez miednicę. Chodzi tedy o rozstrzygnięcie pytania, jakim musi być stopień zwężenia, aby przez niego mogło się wytworzyć takie zaburzenie w porodzie.

Gdy dawniej niedogodności wąskiej miednicy npatrywano jedynie w rzeczywistym mechanicznym utrudnieniu przebiegu porodowego, Michaelis pokazał pierwszy, że wpływ wąskiej miednicy jest daleko znaczniejszym, że się takowy uwydatnia także w nieprawidłowych położeniach i stawieniach dziecka, jako też w nienormalnej czynności porodowej; wykazał nawet, że akuszer obeznany z nieprawidłowym stawieniem czaszki przy wąskich miednicach rozmaitego rodzaju może z rodzaju stawienia rozpoznać rodzaj zwężenia także w tych wypadkach, w których mniej doświadczony lekarz oczekiwałby prawidłowego przebiegu porodowego.

Michaelis opierając się na swych doświadczeniach uznał za stosowne miednicę przyjąć za zwężoną, jeśli konjugata wynosi mniej aniżeli $9\frac{1}{2}$ ctm. Przez to jednakże nie jest jeszcze określonym zupełnie pojęcie wąskiej miednicy. Z jednej bowiem strony, jak to uznaje sam Michaelis, może poród znacznego doznać zaburzenia, gdy przy ogólnie zwężonej miednicy konjugata wynosi nieco nawet więcej jak $9\frac{1}{2}$ ctm., z drugiej zaś strony przy płaskiej miednicy z konjugatą wynoszącą więcej nad $9\frac{1}{2}$ ctm. nie zachodzą zapewne już wcale rzeczywiste zaburzenia w przejściu dziecka, dają się jednakże dostrzedz jeszcze zboczenia w stawieniu główki, charakterystyczne dla płaskiej miednicy. To też właśnie porody przy takich miednicach pokazują nam jak najczęściej mechanizm porodowy przy wąskiej miednicy.

Z tych względów nie dobrze sobie postępujemy, gdy nie zwracamy uwagi na miednice, których konjugata wynosi nieco więcej, jak $9\frac{1}{2}$ ctm., gdy je stawiamy na równi z prawidłowymi miednicami.

Daleko stósowniejším jest zaliczać je jeszcze do wąskich miednic; wszakże należy w takim razie wiedzieć, że nie zachodzi tutaj żadne utrudnienie mechaniczne w przejściu prawidłowego dziecka, lecz że wpływ takich miednic objawia się tylko zбочeniami w mechanizmie porodu.

Rozróżniamy trzy stopnie zwężonej miednicy:

1) Miednicę bezwzględnie zwężoną, dla której w żadnym razie nie może się odbyć trybem zwyczajnym poród dojrzałego dziecka. Tego rodzaju są wszystkie miednice, których najkrótszy wymiar wynosi aż do $6\frac{1}{2}$ ctm. ($2''\ 5'''$).

2) Wąską miednicę, która wśród pomyślnych okoliczności zezwala na poród żyjącego dziecka, przy której jednakże istnieje zawsze niebezpieczeństwo nieszczęśliwego zejścia dla matki i dziecka. Granice tego rodzaju wąskiej miednicy, wynoszą przy płaskiej miednicy, zwężonej tylko w konjugacie, $6\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$ ctm., przy ogólnie zaś zwężonej miednicy dochodzą aż do $9\frac{3}{4}$ ctm. Jeśli tego rodzaju miednica podlega nawet jak najmniejszemu zwężeniu, to gdy się poród powtarza częścię, przychodzi zwykle do znacznych zaburzeń już to przy jednym, już to przy drugim porodzie.

3) Trzeci stopień tworzy ta wąska miednica, która już nie przedstawiając żadnej znacznej przeszkody mechanicznej wpływ swój objawia tylko stawieniem główki zbaczającym od stawienia jej prawidłowego. Takie miednice przechodzą nieznacznie w prawidłowe miednice.

Pospolicie liczymy do wąskich miednic tylko dwa pierwsze rodzaje, i jest to o tyle rzeczą słuszną, że do znacznych zaburzeń porodowych przyczynia się zwężenie tylko przy miednicach dwóch pierwszych rodzajów. Abyśmy jednakże mogli należycie ocenić wpływ zwężenia miednicy na poród i szczególnie na stawienie czaszki, jest rzeczą bardzo ważną poznać mechanizm porodowy także, kiedy miednice są tylko mało co zwężone; szersze zaś miednice drugiego stopnia odróżniają się tylko tém od miednic trzeciego stopnia, że się z kilku porodów może nieszczęśliwie zakończyć jeden lub drugi, pozostałe zaś przebiegają tak, jak wszystkie porody przy zwężeniu miednicy trzeciego stopnia.

2. Częstość zwężonej miednicy.

Literatura: Michaelis, *Des enge Becken* p. 68.—Litzmann, *Die Formen des engen Beckens* p. 3.—Schwartz, *M. f. G. t. 26 p. 437*.—Schroeder, *Schw. Geb. u. Wochenbett.* p. 58.—Spiegelberg, *M. f. G. t. 32 p. 283*.

Ponieważ trzeci rodzaj przyjętych przez nas wążkich miednic przechodzi nieznacznie w prawidłowe miednice i ponieważ przy obrażowaniu częstości zwężonych miednic chodzi nam o to, jak częstemi są te miednice, które powodują znaczne zaburzenia porodowe, przeto na tém miejscu liczymy do wążkich miednic tylko dwa pierwsze rodzaje.

Chociaż w niektórych okolicach, w których krzywica zachodzi często, natrafiamy daleko częściej wyższe stopnie zwężenia miednicy, aniżeli w innych krajach, to jednakże w Niemczech zdaje się wążka miednica zachodzi wszędzie w przybliżeniu równie często. Za tém przemawia ta okoliczność, że we wszystkich miejscach, w których wymierzano regularnie miednice, jako to w Kielu, Marburg, Gietyndze, Wrocławiu, w Bonie i Erlangen, znaleziono wążką miednicę prawie w równej liczbie, t. j. 14—20% wszystkich wypadków; a więc na 5—7 kobiet przypada zawsze jedna z wążką miednicą.

3. Zwyczajne formy zwężonej miednicy, przy których wejście miednicy jest albo wyłącznie albo przeważnie zwężonem.

a. Ogólnie jednostajnie zwężona miednica.

Literatura: H. v. Deventer, w miejs. przyt. rozdz. 3. 27.—G. W. Stein (młodszy), *Annalen*, 3. 1809. p. 23 i *Lehre d. Geb. I.* p. 78.—E. de Haber (*Naegele*), *Diss. exh. cas. rar. partus etc. Heidelberg 1830*.—T. O. Naegele, *Das schräg. verengte Becken i t. d. Mainz 1839.* p. 98.—Michaelis w miejs. przyt. p. 135.—Litzmann, w miejs. przyt. p. 39.—Brandau, *Beitr. z. Lehre v. allg. etc. Becken Marburg 1866*.—Riese, *Zur Kenntniss des allg. gleichm. verengten Beckens, D. i. Marburg. 1868*.—Löhlein, *Ueber die Kunsthülfe etc. D. i. Berlin 1870*.

Uwagi historyczne. H. v. Derenter jest pierwszy, który przyjmuje zwężoną miednicę. Nazywa ją *pelvis nimis parva*, odróżniają od *pelvis plana*, zna jej niebezpieczność i kładzie na to przycisk, że dla porodów przy takich miednicach jest najgłówniejszą rzeczą oierpliwłość, aby główka wyciągająca się na podłż mogła swolna zastąpić do miednicy. Znajomość tego rodzaju miednicy ginie po nim chociaż nie zupełnie, to jednakże dla praktyki. Dionis i Smellie wspominają o niej mimochodem, że zachodzi u bardzo małych kobiet, Puzos zaś wie, że takową natrafiamy także u kobiet wyrosłych i dobrze zbudowanych. Denmann, Roederer, Deleurye i inni wspominają o niej także tylko w krótkości.

Dopiero Steinowi młodszemu należy się ta zasługa, że należycie ocenił ogólnie zwężoną miednicę. Wie on, że zwężenie przy niej jest tylko mierne (choć za daleko poszedł ograniczając zwężenie na $\frac{1}{2}$ " tylko), że jednakże wpływ porodu jest większym, aniżeli przy innych zwężeniach. Ten wpływ jest najpierw czysto mechanicznym, który może być zupełnie zniesionym przez małość główki, nadto czynność porodowa doznaje zaburzenia, tak iż poród trwa nadzwyczaj długo przy takich miednicach. Naegele poprawił niejedną błąd Steina przytaczając, że zwężenie może we wszystkich wymiarach wynosić jeden cal i że tego rodzaju miednicę mogą mieć także kobiety więcej jak średniego wzrostu i proporeyonalnej budowy ciała.

Michaelis wykazał właściwość przebiegu porodowego i charakterystyczny mechanizm przy tych miednicach, a Litzmann dowiódł, że chociaż miednice te przedstawiają normalny typ niewieści, to jednakże znachodzą się przy nich jakieś podobieństwa do dziecięcej formy. Rezultaty badań Litzmanna potwierdził w głównej części Ries (Dohrn) wymieniając w tym celu 31 miednic.

Ogólnie jednostajnie zwężona miednica posiada właściwości prawidłową, niewieścią postać, tylko wszystkie jej wymiary są jednostajnie skrócone więcej, aniżeli w stanie prawidłowym.

Rozróżniamy dwa rodzaje tych miednic:

Fig. 23.

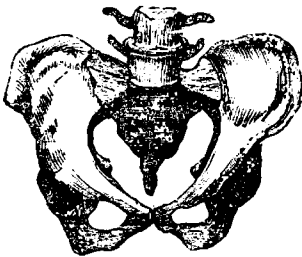


Fig. 23. Ogólnie jednostajnie zwężona miednica.

1) Miednice, które się od prawidłowych odróżniają tylko małością swych kości, podczas gdy grubość, budowa i sposób wzajemnego ich połączenia nie zbacza w żadnej mierze od prawidłowych miednic. Kości są albo stósunkowo grube i mocne, albo też wysmukłe i delikatne, tak iż miednica przedstawia normalny układ w młodzieńczym rozwoju nieraz postaci nadzwyczaj pięknej. Natrafiamy tego rodzaju miednice najczęściej u osób małego

wzrostu; jednakże zachodzą one także u dobrze zbudowanych, wysmukłych i delikatnych kobiet, miewają wielkość średnią i nawet więcej jak średnią.

2) Miednice, które w swój postaci pokazuja regularny niewieści typ, których kości jednakże tak co do wielkości i siły, jak po największej części także co do sposobu ich połączenia, równają się miednicy niewieściej; miednice tego rodzaju zowiemy karłowatemi. Takie miednice są nadzwyczaj rzadkie i zachodzą tylko u bardzo małych symetrycznie zbudowanych osób, u prawdziwych karłów.

Miednice tych dwóch rodzajów mogą wprawdzie pod każdym względem przedstawiać prawidłowy typ niewieści, tak iż małość miednicy (szczególnie drugiego rodzaju) da się wyjaśnić tylko z pierwotnej małości w założeniu, częściej jednakże przypominają one także postać dziecięcej miednicy. Należy tu przeważnie wazkość kości krzyżowej, mianowicie jej skrzydeł, jako też postać jej więcej prosta i położenie jej mniej pochylone ku miednicy; miednica stanęła więc na wcześniejszym stopniu rozwoju, rośnięcie pojedynczych kości jako też ich wzajemne połączenie doznały przedwczesnego spokoju. Być może, że przy ogólnie zwężonej miednicy tego rodzaju pierwotnym zjawiskiem jest przedwczesne połączenie się pojedynczych kości, i przez to dopiero wtórnie przychodzi do wstrzymania dalszego ich wzrastania.

W tych wszystkich wypadkach może zwężenie rozmaity wskazywać stopień. Naturalnie najznaczniejszym będzie ono wtenczas, kiedy się przyrodzona małość w założeniu kości schodzi z przedwczesnym ustaniem ich rozwoju; ale i w tych razach powinno zwężenie wynosić zawsze mniej niżeli trzy ctm. we wszystkich wymiarach. Po największej części jest zwężenie nieco znaczniejszym w prostych wymiarach, niżeli w innych; pospolicie jest najmocniej zwężonym wejście miednicy, wyjątkowo zaś podlega znaczniejszemu zwężeniu wyjście miednicy.

Ogólnie jednostajnie zwężone miednice są bez porównania daleko rzadsze, niżeli zwężone jednostronnie w konjugacie.

Uwaga. Dla względnej rzadkości tego rodzaju miednic przytoczymy kilka wypadków tu należących. Przykłady dla miednicy pierwszego rodzaju znajdujemy u Naegelego ¹⁾, Martina ²⁾, Michaelisa ³⁾,

1) W miejscu przyt. p. 100.

2) Zur Gynäk. z. 1. Jena 1848. p. 142.

3) W miejscu przyt. p. 136.

Schmidta ¹⁾, Lambla ²⁾, Hübnera ³⁾, Hugenbergera ⁴⁾, Poppla ⁵⁾, Schrödera ⁶⁾ i Kleinwächtera ⁷⁾. Miednice karłowate natrafiamy u Naegelego ⁸⁾, Michaelisa ⁹⁾, Hugenbergera ¹⁰⁾, Levy'ego ¹¹⁾, Zagórskiego ¹²⁾ (szczególnie zwężenie konjugaty), Heckera ¹³⁾ i Kleinwächtera ¹⁴⁾.

Fig. 23 przedstawia bardzo piękną tu należącą miednicę ze zbioru w Bonie; wymiary jej są następujące:

| | d. r. | d. tr. |
|------------------------|---|---|
| wejście miednicy . . . | 9 ctm. (100) | 11 ¹ / ₄ ctm. (125) |
| jama miednicy. . . . | 11 ctm. (122) | 11 ¹ / ₂ ctm. (128) |
| wyście miednicy . . . | 10 ¹ / ₄ ctm. (113) | 10 ctm. (111). |

Rozwiązanie z ośmiomiesięcznego dziecka odbyło się za pomocą klezczy; matka umarła skutkiem drgawek (*eclampsia*).

W wyjątkowych razach może także krzywica wytworzyć ogólnie zwężoną miednicę. O bliższych warunkach tego wyjątku będzie później mowa przy ogólnie jednostajnie zwężonej miednicy krzywicowej.

Prócz powyższych form, ważnych tylko pod względem praktycznym, zachodzi jeszcze u osób dorosłych, ale zacofanym w rozwoju umysłowym i fizycznym tudzież z nierozwiniętym przyrządem płciowym, jeszcze inny rodzaj ogólnie zwężonej miednicy, która zachowała typ dziecięcy nie tylko w postaci i we wzajemnym połączeniu kości, ale także w kształcie samej miednicy. Praktycznego znaczenia położniczego nie posiadają naturalnie takie miednice, ponieważ kobiety tego rodzaju nie zachodzą w ciążę. Takie miednice opisali

1) Verhandl. d. berl. geb. Ges. IV. p. 33.

2) Prager Vierteljahrschr. t. 45. p. 150.

3) Beschreib. zweier partiell. kindl. B. b. Erwachs. Diss. inaug. Marburg 1856.

4) Bericht aus d. Hebammeninstitut etc. Petersburg. 1863. p. 76.

5) M. f. G. t. 28. p. 225.

6) Schw. Geb. u. Woch. p. 75.

7) Prager Vierteljahrschr. 1870. t. III. p. 117.

8) W miejscu przyt. p. 101.

9) W miejscu przyt. p. 138.

10) W miejscu przyt. p. 81 (11-sty wypadek).

11) Schmidts Jahrb. 1861. t. 111. p. 315.

12) M. f. G. t. 31. p. 57.

13) Bericht. etc. 1868. p. 10.

14) Prager Vierteljahrschr. 1872. t. 3. p. 94.

Naegele ¹⁾, Lerche ²⁾, Leisinger ³⁾, König ⁴⁾, Schnur-
rer ⁵⁾ (powikłanie z krzywicą).

Nader zajmującą jest rzeczą, że we wszystkich wypadkach, w których części płciowe nie były rozwinięte, brakło niewieściego łuku łonowego, a jego miejsce zajmował łuk łonowy śpiczasty, jak w miednicy męskiej. Okoliczność ta przemawia za tém, że na budowę łuku łonowego wpływa rozwój części płciowych. W miednicy opisaney przez Lerchego był kąt łonowy mało co więcej śpiczasty, jak normalnie; wygięcia na zewnątrz u wstępujących gałęzi kości kulszowych nie dostawało także tutaj. Zresztą wszystkie te miednice były więcej zwężone w poprzek, aniżeli jednostajnie; a co więcej, panewki, w których te trzy kości były połączone za pomocą chrząstek, były na podobę miednic, zmienionych skutkiem kościozmięku (*osteomalacia*), wepchnięte nieco do miednicy skutkiem ucisku wychodzącego ze strony ud.

b. W konjugacie zwężona czyli płaska miednica.

Charakterystycznym objawem téj wielkiej grupy miednic zwężonych (wszystkie pozostałe rodzaje wązkich miednic natrafia praktyczny akuszer tylko w wyjątkowych razach) jest spłaszczenie w kierunku od przodu ku tyłowi, które pochodzi skutkiem mocniejszego rozciągnięcia poprzecznego, jakiego doznały tego rodzaju miednice.

Płaska miednica rozpada się na dwa wielkie działy stósownie do tego, czy spłaszczenie wystąpiło skutkiem krzywicy, czy téż niezależnie od takowój. Każdy z tych działów da się znowu podzielić na dwie grupy, stósownie do tego, czy poprzeczny wymiar wejścia miednicy posiada mniej więcej prawidłową wielkość, czy téż jest skrócony, chociaż nie w tym stopniu co konjugata.

¹⁾ W miejscu przyt. p. 106.

²⁾ De pelvi in. transv. ang. Halis 1845.

³⁾ Anat. Beschreib. eines kindl. B. von einen 25 Jahr. alten Mädchen. Tübingen 1847.

⁴⁾ Beschreib. eines kindl. B. Marburg. 1855.

⁵⁾ Das schräg verengte Becken einer Cretinin. Diss. inaug. Stuttgart. 1842.

Do tych wielkich grup przyłączają się potem jeszcze dwa bardzo rzadkie rodzaje płaskiej miednicy, to jest miednice, których spłaszczenie wynika z przyrodzonego obustronnego zwichnięcia (*luxatio*) kości udowych, i miednice z przyrodzoną szparą w spojeniu łonowém, które również są mocno rozciągnięte w poprzek, chociaż to spłaszczenie nie uwydatnia się dla tego, że nie masz spojenia łonowego.

Nad temi miednicami zastanowimy się tutaj po kolei:

I. Płaska miednica niekrzywicowa.

a) Zwyczajnie płaska miednica niekrzywicowa.

Literatura: Betschler, *Annalen der klin. Anstalten. Breslau 1832. t. I. p. 24, 60. t. II. p. 31.*—Michaelis, w miejscu przyt. p. 127.—Litzmann, w miejscu przyt. p. 44. — Schröder, w miejscu przyt. p. 70.

Uwagi historyczne. Jak dawną jest znajomość płaskiej miednicy niekrzywicowej, trudno oznaczyć. J. C. Arantius, który odkrył wążką miednicę utrzymywał, że zwężenie w konjugacie pochodzi skutkiem wgięcia się wewnątrz kości łonowych, H. v. Deventer zaś, ów uczonego założyciel nauki o wążkiej miednicy, zna już dobrze płaską miednicę, nie opisuje jednakże sposobu jej powstawania. Również de la Motte nie oznacza bliżej rodzaju płaskiej miednicy, jeśli w słowach „*la cause la plus essentielle de l'accouchement long est difficile et lorsque les vertebres inferieures des lombes avec la partie superieure de l'os sacrum, ou même cet os tout entier s'avancent si fort en dedans*” nie chcemy przez pierwszy rodzaj rozumieć krzywicowej, a przez drugi niekrzywicowej miednicy płaskiej. Atoli słowa powyższe wyrażają rzeczywiście najgłówniejszą różnicę w przestworach tych dwóch rodzajów zwężonej miednicy.

Od czasu jednakże, w którym Dionis i Puzos zwrócili uwagę na zmiany, miednicy spowodowane przez krzywicę, wspominają pisarze prawie jedynie o tego rodzaju wążkiej miednicy. Zdaje się, jakoby milczeniem przyjmowano, że wszystkie miednice jednostronnie w konjugacie zwężone zawdzięczają to zwężenie krzywicy.

Betschler był pierwszy, który na to zwrócił uwagę, że zachodzą także miednice spłaszczone w wejściu miedniczém, ale nie natury krzywicowej, a Michaelis opierając się na swych dokładnych mierzaniach wykazał, że najczęstszą z wszystkich miednic zwężonych jest właśnie płaska miednica niekrzywicowa, Litzmann zaś wzmierzył i opisał ją z tą samą dokładnością, co inne wadliwości miednicy.

Zwyczajnie płaska miednica niekrzywicowa zachodzi nadzwyczaj często we wszystkich okolicach, w których nie spotykamy nad-

zwyczaj często krzywicy, a nawet w takim razie jeszcze nieco częściej, aniżeli miednicę krzywicową.

Na pierwszy rzut oka zdaje się ona być zupełnie prawidłową i niekiedy nawet bardzo kształtną; mierząc jednakże narzędziami odkrywamy łatwo spłaszczenie w jej prostym wymiarze. Przyczyną tego spłaszczenia jest ta okoliczność, że kość krzyżowa zstępuje nieco niżej do miednicy, przyczem jednakże nie skręca się naokoło swjej osi. Zwężenie więc w wymiarze prostym ma miejsce we wszystkich płaszczyznach miednicy, chociaż przeważnie w płaszczyźnie wejścia miednicznego, tak iż stosunek prostego wymiaru jamy miednicznej i wyjścia miednicznego do konjugaty prawdziwej jest w przybliżeniu ten sam, co w prawidłowej miednicy.

Fig. 24.

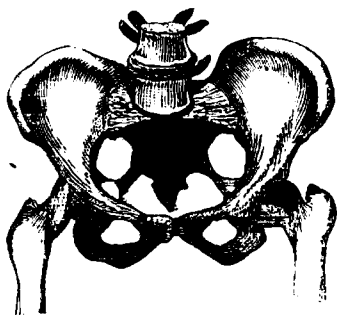


Fig. 24. Zwyczajnie płaska miednica nie krzywicowa.

Przy tém nie można nie dojrzeć dosyć jednostajnego zmniejszenia we wszystkich kościach miedniczych, mianowicie w kości krzyżowej, tak iż nawet poprzeczne wymiary uległyby skróceniu, gdyby przeciwko temu nie działało opadanie ku przodowi kości krzyżowej. Ponieważ bowiem kość krzyżowa łączy się z kolcami tylnymi kości biodrowych za pomocą mocnych niepodatnych więzów, przeto wypierana ku przodowi musi silnie pociągać za sobą tylne kolce. Gdyby się obrączka miednicza nie za-
mykała przodem w spojeniu łonowém, to w takim razie musiałyby widocznie kości łonowe obu stron oddalić się od siebie. Ponieważ zaś do tego nie może przyjść z powodu mocnego połączenia tych kości w spojeniu łonowém, przeto, gdy kości są jeszcze dosyć giętke, musi się przez pociąganie kolców tylnych zwiększyć nieco poprzeczny wymiar miednicy i spojenie łonowe zbliżyć się nieco do kości krzyżowej. Jeśli tedy wystawimy sobie miednicę w małym stopniu ogólnie jednostajnie zwężoną, to pod wpływem mocniejszego opadania kości krzyżowej do miednicy, rozpoczynającego się już w pierwszej młodości, następują zmiany w kształcie miednicy, a mianowicie: proste wymiary zmniejszają się nieco przez to zstępowanie samo ku dołowi, poprzeczne wymiary zwiększają się nieco przez silniejsze rozciągnię-

cie w poprzek, a zwiększenie to zrównoważa się znowu przez to, że spojenie łonowe zbliża się do kości krzyżowej. Poprzeczne więc wymiary zwiększają się, a proste skracają z dwóch powodów; ponieważ miednica była nieco ogólnie zwężona, przeto poprzeczne wymiary dosięgły prawidłowej wielkości, proste zaś wymiary zmniejszyły się znacznie. (Zresztą znajdujemy pospolicie przy tej miednicy także wymiary poprzeczne nieco poniżej ich średniej długości). Widzimy tedy, że płaska miednica powstaje przez ten sam mechanizm, przez który się z miednicy noworodka wytwarza miednica dorosłej niewiasty ¹⁾, tylko zmiany w miednicy, już z natury małej, stają się wszystkie nieco znaczniejszemi.

Co się tyczy przyczyn, powodujących takie miednice, to należałoby się zastanowić, czy się nie przyczynia do ich wytworzenia się zbyt wczesne i długotrwałe siedzenie, tudzież latanie małych dziewcząt, jako też zbyt znaczne i częste zwiększanie się ciężaru tułowia, które zwykłym bywa następstwem, kiedy dziewczęta podnoszą i dźwigają ciężkie przedmioty, zanim w rozwoju fizycznym doszły do okresu dojrzałości.

Pojedyncze kości pokazują zresztą normalną budowę i siłę. Również kości biodrowe nie zbaczają od prawidła ani co do ich stawienia, ani co do postaci. Wygięcie tychże uwydatnia się po największej części dość wyrazisto.

Jak wyżej już nadmieniliśmy, najczęściej z wszystkich miednic zwężonych zachodzi zwyczajnie płaska miednica niekrzywicowa (jest bez wątpienia częściej, aniżeli wszystkie inne rodzaje wazkiej miednicy razem wzięte) i bywa pospolicie przyczyną, że się poród zaburza. Najwyższe stopnie zważenia nie zachodzą jednakże przy tego rodzaju miednicy, prawdziwa bowiem konjugata rzadko wynosi mniej, jak ośm ctm.

W rzadkich wypadkach znachodzimy płaskie miednice, które są równocześnie zwężone w poprzecznym wymiarze wyjścia miedniczego. Jest to powikłanie z płaską miednicą ²⁾, które pod względem praktycznym posiada wielkie znaczenie. Niekiedy tworzy połączenie pierwszego kręgu krzyżowego z drugim (które może pozostać

1) Zob. L. A. Neugebauer, *Akuszerya t. I.* p. 90.

2) Michaelis, w miejscu przyt. p. 128 i Schroeder, w miejscu przyt. p. 72.

nie skostniałe) tak zwany wzgórek podwójny, t. j. oba kręgi przytykają do siebie pod tępym kątem, rozwartym ku tyłowi, i połączenie ich wystaje do jamy miedniczej zwiężając takową. Jeśli linia łącząca tę krawędź ze spojeniem łouowém jest tak samo wąską albo jeszcze węższą, aniżeli właściwa konjugata, to taka nieprawidłowość posiada bez wątpienia wielkie znaczenie położnicze i należy na nią zwrócić uwagę przy wymierzaniu miednicy ¹⁾.

U w a g a. W figurze 24 dajemy obraz bardzo kształtnej miednicy płaskiej ze zbioru zakładu położniczego w Monachium. Niewiasta, która tę miednicę miała, została rozwiązana za pomocą kleszczy i zmarła skutkiem zapalenia otrzewnej. Wymiary jój są następujące:

| | d. r. | d. tr. |
|------------------------|---|---|
| wejście miednicy . . . | 8 ³ / ₄ ctm. (100) | 13 ctm. (148,6) |
| jama miednicy . . . | 10 ¹ / ₂ ctm. (120) | 12 ¹ / ₂ ctm. (143) |
| wyjście miednicy . . . | 10 ctm. (114,3) | 11 ¹ / ₂ ctm. (131,4) |

b) **Ogólnie zwiężona miednica płaska albo ogólnie niejednostajnie zwiężona miednica niekrzywicowa.**

Przy zwyczajnie płaskich miednicach, jak to powiedzieliśmy wyżej, posiada poprzeczny wymiar długość, leżącą jeszcze pośród fizyologicznej szerokości. Tylko w wyjątkowych razach jest on mniejszym (niżej 12¹/₂ ctm.), tak iż miednica jest ogólnie zwiężona, ale mimo to przeważa zwiężenie w wymiarze prostym. Przyczyną tego rodzaju miednicy, na którą Michaelis ²⁾ pierwszy zwrócił uwagę, bywa bez wątpienia zawsze małość

Fig. 25.

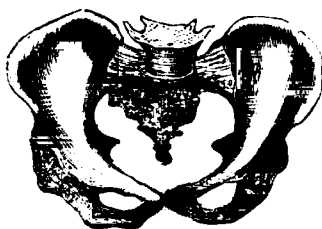


Fig. 25. Ogólnie niejednostajnie zwiężona miednica niekrzywicowa.

konjugata zmniejsza się znacznie z powodu małości wszystkich części, podczas gdy rozciągnięcie poprzeczne nie ma dostatecznej wielkości, aby poprzeczny wymiar miednicy zrobić prawdziwo wielkim.

¹⁾ Michaelis w miejscu przyt. p. 130.

²⁾ W miejscu przyt. p. 134.

Uwaga. Z tego rodzaju miednic wąskich dajemy tutaj obraz bardzo pięknego egzemplarza, który się znajduje w zbiorze instytutu położniczego w Bonn. Poród zbutwiałych bliźniąt nie budził żadnego dalszego interesu; wymiary miednicy są następujące:

| | d. r. | d. tr. |
|----------------------|-----------|-------------|
| wejście miednicy . . | 8,6 (100) | 12,2 (142) |
| jama miednicy . . | 9,8 (115) | 12,3 (143) |
| wyjście miednicy . . | 9,8 (115) | 13,0 (151). |

II. Płaska miednica krzywicowa.

a) Zwyczajnie płaska miednica krzywicowa.

Literatura: M. Dionis, *Traité gen. des acc. Paris 1724. p. 241 i 264.* -- Puzos, w miejscu przyt. p. 4. — W. Smellie, w miejscu przyt. — G. W. Stein młodszy, w miejscu przyt. — G. Michaelis, w miejscu przyt. p. 122. — Litzmann, w miejscu przyt. p. 47. — Halbey, *Zur Kenntniss des engen Beckens. Diss. inaug. Marburg. 1869.* — Stanesco, *Recl. clin. s. l. rétréciss. du bassin basées sur 414 cas etc. Paris, 1869.* — Rigaud, *Examen critique de 396 cas de rétréciss. du bassin. Paris, 1870.* — Kehler, *Arch. f. Gyn. V. p. 55.*

Uwagi historyczne. Pierre Dionis pierwszy zwracał na to uwagę, że zwężona miednica znachodzi się najczęściej u tych kobiet, które w swój młodości cierpiały na krzywicę. Puzos zna już dokładnie właściwości krzywicowej miednicy. Zwraca on uwagę na zagłębienie pomiędzy kręgiem lędźwiowym a krzyżowym, zna asymetryę krzywicowej miednicy, skutkiem której wejście miednicy zwęża się więcej po jednej stronie, aniżeli po drugiej, i przypisuje zmiany tegoż ciśnieniu ciężaru tułowiowego na rozniękle kości w postawie stojącej i siedzącej. Po Puzosie opisują wzorowym sposobem Smellie i Stein młodszy krzywicową miednicę z jak największą dokładnością.

Płaska miednica krzywicowa wskazuje następujące właściwości:

Fig. 26.

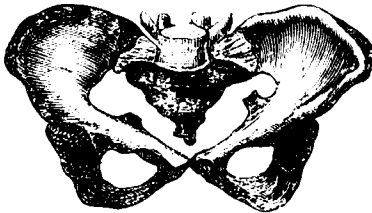


Fig. 26. Zwyczajnie płaska miednica krzywicowa.

Utkanie kości jest po największej części prawidłowe, rzadko kiedy natrafiamy je mocno zanikłe, a niekiedy są nadzwyczaj twarde i niekształtne.

Pochylenie miednicy jest prawie zawsze nieprawidłowo wielkie.

Wszystkie kości miednicy wskazują nieprawidłową małość, podobnie jak u płaskiej miednicy

niekrzywicowój; ta małość uwydatnia się najwięcej w kościach biodrowych i da się tamże najłatwiej rozpoznać. Również kość krzyżowa jest wązka i krótka; poprzeczny jednakże wymiar może osiągnąć prawidłowej wielkości przez to, że boczna wklęsłość kości krzyżowój znosi się przez zstępowanie trzonów kręgowych pomiędzy skrzydła.

Główne zmiany miednicy powstają tym sposobem, że się kość krzyżowa opuszcza mocniej do miednicy i przytém skręca naokoło swój osi. Z tą zmianą w położeniu kości krzyżowój łączy się także podwójna zmiana w jój postaci. Raz bowiem bywają trzony kręgow krzyżowych wtłaczane pomiędzy skrzydła, utwierdzone w końcach stawowych, tak iż w kierunku poprzecznym wklęsła postać kości krzyżowój się znosi i zamienia w linią prostą, albo nawet trzony bywają wyparte z skrzydeł, tak iż do miednicy nie wystaje już w poprzecznym kierunku wklęsła, lecz wypukła kość krzyżowa. Potém zwiększa się wygięcie kości krzyżowój w kierunku od wzgórka krzyżowego ku jój wierzchołkowi; skutkiem tego, gdy kierunek górnej części zwraca się mocno ku tyłowi, dolna część kieruje się ku przodowi, wyginając się po największej części ostro w kształcie haka; to wygięcie leży wyjątkowo w trzecim, najczęściej w czwartym, rzadziej także w piątym kręgu. Pod wpływem mocniejszego wciśnięcia się górnej części kości krzyżowój do miednicy wystają tylne kolce kości biodrowych silniej ponad tylną powierzchnią kości krzyżowój, aniżeli w stanie prawidłowym. Trzony kręgow, a mianowicie trzon pierwszego, są mocno ściśnięte na swój tylny powierzchni.

Skrzydła kości biodrowych są małe, mocno ku poziomowi pochylone, nieznacznie wygięte i rozdziawiają się od przodu, tak iż wymiar kolcokolcowy zwiększa się w stósunku do wymiaru grzebienio-grzebieniowego, niekiedy nawet go przewyższa.

Łuk łonowy jest bardzo szeroki, spojenie łonowe tworzy z konjugatą większy kąt, guzy kości kulszowych są od siebie bardziej oddalone i panewki zwrócone więcej ku przodowi, aniżeli w prawidłowej miednicy.

Powyższe zmiany wpływają na przestwory miednicy w sposób następujący. Przez to iż wzgórek krzyżowy zstępuje głębiej ku miednicy, spłaszcza się miednica od przodu ku tyłowi, a spłaszczenie to zwiększa się jeszcze skutkiem następczego rozciągnięcia miednicy w poprzek, tak samo jak przy płaskiej miednicy niekrzywicowój. Rozszerzenie to może być tak znaczném, że mimo pierwotnej małości w wszystkich kościach wymiar poprzeczny wejścia miedniczego staje się

nieprawidłowo wielkim, i że się w linii łukowatej niedaleko od skrzydeł kości krzyżowych pojawia formalne załamanie pod kątem. We wejściu miednicy ma więc poprzeczny wymiar prawidłową wielkość albo jest nawet dłuższym, ukośne zaś wymiary są skrócone tylko nieznacznie; odległości zaś krzyżopanewkowe (*distantiae sacrocotyleoid*) są znacznie zmniejszone i konjugata jest najwęższą. W kierunku ku jamie miednicy zwiększają się wszystkie wymiary. Skutkiem skręcenia się kości krzyżowej naokoło swój osi poprzecznej dochodzi niekiedy prosty wymiar jamy miedniczej do swój prawidłowej wielkości, a w wyjściu swém jest miednica krzywicowa nieraz nieprawidłowo wielką, szczególnie w poprzecznym wymiarze.

Opisane powyżej zmiany wytwarzają się skutkiem krzywicy w sposób następujący:

Krzywica zachodzi po największej części u dzieci w pierwszych latach życia. Jeśli krzywica trwała dosyć długo i silnie, to miednica chora składa się u takich dzieci z stałych kawałków kości, które na wszystkich stronach są pokryte miękkimi, nibykostnymi pokładami, i które się łączą z sobą za pomocą mocnych chrząstek, prawidłowo utkanych. Połączenie więc dwóch kości z sobą składa się z miękkiego pokładu nibykostnego, który leży na końcu kości (w stosunkach prawidłowych istota ta byłaby podległa skostnieniu) i mocniejszych chrząstek w środków między nimi spoczywających. Przymiędzy są kości same cieńsze i dla tego podlegają łatwiej zagięciom i załamaniom.

Zmiany tedy co do kształtu miednicy pomijając tutaj zmiany, spowodowane skutkiem zmienionych stosunków ciśnienia przy wykrzywieniach stósa pacierzowego na bok jeden lub drugi (*scoliosis*) i t. p. powstają skutkiem nacisku, jakiemu w stawowych końcach kości (*epiphysis*) podlega pokład nibykostny, i skutkiem przesuwania się kości obok siebie.

Skutkiem nacisku na nibykostny pokład, w części następuje zapewne małość pojedynczych kości, w części zaś może też być przyczyną tego dłuższa nieczynność mięśniów udowych i miedniczych.

Dzieci podległe krzywicy albo się jeszcze nie nauczyły, albo też zapomniały chodzić. W postawie siedzącej w łóżku powstają krzywcowe zmiany pod wpływem nacisku ciężaru tułowiowego następującym sposobem:

Ponieważ przy siedzeniu odpada zupełnie boczne przeciwcisnienie ud, przeto bywa miednica od tyłu i góry ku przodowi i dolo-

wi ścisną w tym stopniu, że przy wyższych stopniach cierpienia wytwarza się po ścianach bocznych miednicy formalne załamanie pod kątem i tym sposobem rozpada się miednica na tylną i na przednią połowę. Ponieważ zaś zanikłe skrzydła kości biodrowych należą do tylnej połowy, przeto rozchodzą się od przodu. Do przedniej połowy miednicy należą panewki; z tej przyczyny są one zwrócone wprost ku przodowi i ich stawienie w ten sposób zmienione sprawia, że spłaszczenie od tyłu ku przodowi zwiększa się jeszcze znacznie, gdy dziecko później zaczyna próbować czy może znowu chodzić.

Ponieważ pod ciężarem tułowia górna część kości krzyżowej bywa głębiej wciskana do miednicy, przeto wznórek krzyżowy opuszcza się niżej i wystaje więcej ku przodowi i kość krzyżowa skręca się naokoło swjej osi. Z tego powodu zaś, że dzieci tak często na pół leżą, na pół siedzą w łóżku, dolna część kości krzyżowej, już i tak ustalona przez więzy krzyżokolcowe (*sacrospinalia*) i krzyżoguzowe (*sacro-tuberosa*), zagina się na kształt haka. Ponieważ pojedyncze kręgi krzyżowe nie łączą się mocno ani z sobą, ani z skrzydłami, przeto kręgi bywają pomiędzy utwierdzonymi skrzydłami wypierane ku przodowi tylna jej powierzchnia podlega spłaszczeniu. W następstwie spuszczenia się ku przodowi kości krzyżowej mocne więzy biodro-krzyżowe pociągają silnie tylne kolce kości biodrowych, a skutkiem tego wytwarza się znowu znaczniejsze naprężenie obrączki miedniczej. Ze się kości biodrowe rozchodzą, pochodzi to również z powyższej okoliczności, po części zaś ztąd, że zapewne nacisk mocno rozdętych kiszek, silniej je rozpycha. Guzy kulszowe bywają wypierane na zewnątrz już to pod wpływem działania przyczepiających się do nich mięśni udowych, już też pod wpływem siedzenia na miękkich kościach; tym sposobem zwiększa się łuk łonowy i spojenie łonowe ustawia się ukośniej.

Krzywica zachodzi w ogóle wszędzie, chociaż w niektórych okolicach nadzwyczaj często. Jest ona jedną z najpospolitszych przyczyn, która sprawia bardzo znaczne zwężenia miednicy. Te zwężenia mogą dojść do takiego stopnia, że zaledwie istnieje jeszcze jakaś jama miednicza.

Formy krzywicowej miednicy wąskiej, zbaczające od powyższego obrazu, jako też znaczne w niej asymetrye poznamy cokolwiek później.

U w a g a. Szczególne znaczenie dla krzywicowej miednicy posiadają ostre krawędzie i śpiczaste kolce, które choć nie wyłącznie, to przeważnie na-

potykamy przy zmienionej krzywicą miednicy. Nie zważając na bardzo ostry niekiedy wzgórek krzyżowy, znajdujemy takowe głównie na przedniej ścianie miednicy. Tutaj na tylnej powierzchni spojenia łonowego może chrząstka, jakby wyciśnięta, tworzyć lisztewkę ¹⁾ wystającą mocno ku miednicy (widzieliśmy przetokę pęcherza moczowego, która powstała z takiej lisztewki), albo też grzebień kości łonowej tworzy ostrą krawędź, albo wreszcie skostniał przyczep cięciwy mniejszego mięśnia lędźwiowego (*m. psoas minor*). Na szkieletcie miednicy mogą dwa ostatnie być nadzwyczaj ostre i zupełnie spiczaste. U żyjących osób są one naturalnie pokryte częściami miękkimi, a mianowicie kolec jest osłonięty mocną cięciwą, tak iż pospolicie nie wywierają żadnego szkodliwego wpływu. Przy długotrwałym porodzie i przy wazkiej miednicy, kiedy pod wpływem silnych bólów porodowych główka przez czas dłuższy bywa przypieraną do wejścia miedniczego, może w miejscu macicy, leżącym pomiędzy taką kostną wyniosłością a czaszką, tak samo jak przy wystającym wzgórku krzyżowym, wytworzyć się nadtarcie (*usura*), a to stać się przyczyną do przedziurawienia macicy ²⁾.

Z ostrego grzebienia łonowego i w postaci kolca wyciągniętej cięciwy mniejszego mięśnia lędźwiowego utworzył Kilian osobny rodzaj miednicy i nazwał ją miednicą kolcową (*Stachelbecken*). Tworzy te, które się znajdują tak w miednicach męzkich jak niewieścich, tak w miednicach prawidłowych jak patologicznych, wyjaśnił dobrze i ocenił należycie dopiero Lamb l. Luschka ³⁾ stwierdził, że kolec powstaje przez przyczep cięciwy mniejszego mięśnia lędźwiowego.

W fig. 26 znajduje się obraz krzywicowej miednicy ze zbioru instytutu położniczego w Bonie, która następujące posiada wymiary:

| | d. r. | d. tr. |
|------------------------|-------------|--------------|
| wejście miednicy . . . | 6,3 (100) | 13,8 (219) |
| jama miednicy . . . | 8,1 (128,5) | 11,5 (182,5) |
| wyjście miednicy . . . | 8,5 (134) | 12,0 (190). |

Ponieważ główka po przedziurawieniu jej nie dała się wydobyć za pomocą kęfalotryba, przeto trzeba było dziecko obrócić i wyciągnąć za nogi.

¹⁾ Hennig, M. f. G. t. 33. p. 137.

²⁾ Zob. Klein, Partus memorab. Diss. inaug. Bonnae 1842. p. 15; H. F. Kilian, Schild, neuer Beckenformen. Mannh. 1854; Lamb l, Prag. Vierteljahrshr. 1855. t. 45. p. 142; Grenser, M. f. G. t. 1. p. 145; Lehmann, Schmidts Jahrb. 1869. t. 143. p. 188; v. Frauque, Scanzonis Beiträge t. VI. p. 91; Feiler, M. f. G. t. 9. p. 249; Leopold Arch. f. Gyn. IV. p. 336.

³⁾ Die Anat. des menschl. Beckens. Tübing. 1864. p. 87.

- b) Ogólnie zwężona miednica płaska czyli ogólnie niejednostajnie zwężona miednica krzywicowa.

Literatura: Michaelis, w miejscu przyt. p. 132.—Litzmann, w miejscu przyt. p. 55.—Halbey, *Zur Kenntniss des platten Beckens. Diss. inaug. Marburg 1869.*

Tego rodzaju miednice posiadają w najwyższym stopniu wszystkie właściwości charakteryzujące krzywicową miednicę kości, jednakże są tak zanikłe i w rozwoju

Fig. 27.

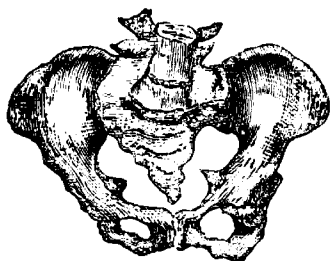


Fig. 27. Ogólnie niejednostajnie zwężona miednica krzywicowa.

swym tak mało postąpiły, że prócz przeważnie zwężonej konjugaty jest także nieznacznie zwężonym wymiar poprzeczny przynajmniej w wejściu miednicy. Małość kości miedniczych podpada szczególnie w skrzydłach kości biodrowych. Tego rodzaju miednica wytwarza się prawdopodobnie wtenczas, kiedy krzywica wystąpiła wczesnie, była bardzo silną, ale wkrótce zakończyła się zupełnem skostnieniem także pojedynczych kości między sobą.

Uwaga. Miednica, której obraz przedstawia fig. 27, znajduje się w zbiorze w Bonn przy szkielecie, w najwyższym stopniu zniekształconym przez krzywicę, i odznacza się podwójnym wzniesieniem krzyżowym. Konjugata do górnego wzniesienia krzyżowego wynosi 8,25 ctm., do dolnego tylko 7,25 ctm. Wymiary tej miednicy są następujące:

| | d. r. | d. tr. |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| wejście miednicy . . . | 7,25 ctm. (100) | 11,75 ctm. (162) |
| jama miednicy . . . | 8,5 ctm. (117,2) | 9,75 ctm. (134,5) |
| wyjście miednicy . . . | 9,25 ctm. (127,6) | 7,75 ctm. (106,9) |

Aby poznać w związku wszystkie zmiany w miednicy, jakie może wywołać miednica krzywicowa, przyłączamy tutaj do tych płaskich form miednicy krzywicowej jeszcze kilka bardzo rzadkich form miednicy krzywicowej, chociaż nie należących do spłaszczonej miednicy:

1, **Ogólnie jednostajnie zwężoną miednicę krzywicową.** Takie miednice znachodzą się nader rzadko. Pomijając skrzydła kości biodrowych nie znajdujemy przy tego rodzaju miednicach żadnych znamion charakterystycznych dla krzywicy, albo tylko w nieznacznej mierze. W wejściu miednicy mogą one być zwężone zupełnie jednostajnie; ku wejściu miednicy zmniejsza się zwężenie w prostym wymiarze; w poprzecznym zaś zwiększa się często. Kości łonowe mają niekiedy kształt podobny nieco do dziobu, przez co wyglądają jak miednica zmieniona skutkiem kościozmięku. Tego rodzaju miednice powstają tym sposobem, że przy bezprzeznaczonym używaniu dolnych odnóg także ze strony panewek wychodzi ciśnienie, tak iż miednica doznaje ze wszystkich stron jednostajnego nacisku. Najważniejszą rzeczą jest uciskanie pokładów nibykostnych (*osteoid*) leżących między kośćcami, tak iż wzrost kości

Fig. 28.

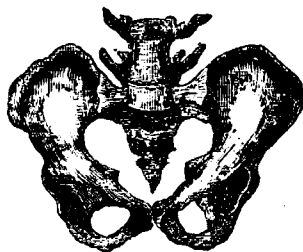


Fig. 28. Ogólnie jednostajnie zwężona miednica krzywicowa.

doznaje bardzo wielkiej przeszkody, zmian zaś w kształcie pojedynczych kości albo wcale nie masz, albo są nieznaczne tylko.

U w a g a. O ogólnie zwężonych miednicach krzywicowych napomykają tylko pobieżnie rozmaici autorowie, jak Kilian, Kiwisch, Wilde, Scanzoni, Späth, Braun. Dokładniej zastanawia się nad nimi Michacelis i Litzmann. Ogólnie jednostajnie zwężonej miednicy krzywicowej znamy tylko kilka egzemplarzy. Bardzo piękny egzemplarz, którego obraz przedstawia fig. 28, znajduje się wraz z całym szkieletem w zbiorze instytutu położniczego w Bonn. Odmalował je zaś i opisał Korten¹⁾. Wymiary tej miednicy są następujące:

| | d. r. | d. tr. |
|------------------------|--|--|
| wejście miednicy . . . | 8 ctm. (100) | 10 ¹ / ₄ ctm. (128) |
| jama miednicy . . . | 10 ¹ / ₄ ctm. (128) | 9 ¹ / ₄ ctm. (115,6) |
| wyjście miednicy . . . | 9 ¹ / ₂ ctm. (118,7) | 7 ctm. (87,5). |

Także w monachijskim zbiorze zakładu położniczego znajduje się ogólnie zwężona miednica, której bardzo małe i wyraźnie krzywicowe skrzydła ko-

¹⁾ De pelvi ubique justo minore. Diss. inaug. Bonnæ 1853; zob. także Schroeder, Schw. Geb. u. W. p. 77.

ci biodrowych nie pozwalają wątpić o jej krzywicowej naturze. Wymiary téjże są następujące:

| | d. r. | d. tr. |
|------------------------|---|---|
| wejście miednicy . . . | 8 ¹ / ₄ ctm. (100) | 11 ¹ / ₂ ctm. (138) |
| jama miednicy . . . | 9 ¹ / ₂ ctm. (115) | 10 ctm. (119) |
| wyjście miednicy . . . | 10 ³ / ₄ ctm. (130) | 9 ³ / ₄ ctm. (118). |

2) **Wrzekomo kośćozmięktą** (*pseudo osteomalacica*) miednicę (Michaelis) czyli w sobie załamana miednicę krzywicową ¹⁾ (Litzmann). Miednica tego rodzaju ma uderzające podobieństwo do miednicy zniekształconej przez zmięknienie kości (*osteomalacia*). Wzgórek krzyżowy opuścił się głąkoko ku dołowi i skutkiem załamania w trzecim, a nawet w drugim kręgu zbliża się dolny koniec kości krzyżowej znacznie do wzgórka krzyżowego. Również panewki zbliżają się do siebie, spojenie zaś łonowe bywa wypieranem ku przodowi, tak iż wejście miednicy przybiera kształt trójkąta. Od miednic zmienionych skutkiem rzeczy wistego zmięknienia kości odróżniają się te miednice małością kości, szczególnie w skrzydłach kości biodrowych. Mianowicie ostatnie zachowują najczęściej postać

Fig. 29.



Fig. 29. Wrzekomo kośćozmiękła (*pseudoosteomalacica*) miednica.

i położenie jak przy krzywicy, tak iż nie mają załamania nakształt tytki. W innych jednakże razach uwydatnia się także takowe wyraźnie.

Te wrzekomo kośćozmiękłe miednice wytwarzają się w ogóle wtenczas, kiedy chora używa pilnie dolnych kończyn w czasie, w któ-

¹⁾ Smellie, Treatise etc. London 1752. p. 83 i tab. anat. t. III; Stein młodszy, Die Lehranstalt der Geb. in Bonn. Elberf. 1823. p. 184; Clausius, Diss. s. cas. rariss. etc. 1834 i F. C. Naegeler, Das schräg verengte Becken p. 85. t. XII i XIII; Lange, Prager Vierteljahrschrift 1844. p. 5; Hohl, Zur Pathologie des Beckens. p. 78; A. P. Kilian, De rachitide etc. Diss. inaug. Bonn. 1855; Litzmann, w miejscu przyt. p. 92, Scanzoni, Lehrb. d. Geb. 4 Aufl. t. II. p. 437; C. O. Weber, Errar. cons. etc. Prag. Bonn 1862.

rym kości są znacznie rozmiękłe. Wśród takich okoliczności górna część kości krzyżowej zstępuje głęboko do miednicy pod ciężarem tułowia, okolice zaś panewkowe bywają przez główki kości udowych wypchane również do małej miednicy. Takie znaczne rozmiękczenie całej kości może nastąpić skutkiem długotrwałej krzywicy, jeśli się na zewnętrznej powierzchni kości osadzają tylko pokłady nibykostne, a gotowa kość z biegiem czasu musi ustępować jamie takowej, a więc fizyologicznemu wessaniu. W innych znowu razach może przy krzywicy w znacznym rozwiniętej stopniu, jak tego dowiódł O. Weber, nastąpić także zrzeszczenie kości (*osteoporosis*), czyli zmięczenie tej kości, która już była skostniała. Okoliczność ta byłaby natenczas właściwem powikłaniem krzywicy ze zmięknieniem kości.

Uwaga. Obraz tych miednic przedstawił już Smellie na trzeciej stronie swych anatomicznych tablic, a Hull, Gooch, Burns i Davis wspominają o tej rzadkiej formie krzywicowej. Pierwszy, dokładny opis miednicy tu należącej mamy zrobiony przez Steina młodszego; fig. 29 przedstawia taką miednicę opisaną przez Naegelego. Prócz wyżej przytoczonych opisali jeszcze kilka tego rodzaju miednic dziecięcych: Stoltz, Betschler, Otto, Krumbholtz, Wallach i Mayer.

3) **Krzywicową miednicę z kręgosłupem wykrzywionym ku bokowi.** Wykrzywienia kręgosłupa ku bokowi (*scoliosis*) wpływają tylko wtenczas na postać miednicy, kiedy kość krzyżowa (co zachodzi zazwyczaj) bierze udział w wyrównującym (kompensacyjnym) wykrzywieniu ku bokowi. W ogóle posiadają te miednice wyraźnie własności krzywicy. Poprzecznego zagłębienia w kości krzyżowej brakuje, albo kręgi są nawet wyparte ze skrzydeł. Przytém przesuwa się wzgórek krzyżowy nieco ku stronie wygięcia, a skrzydło po tej stronie jest często znacznie węższe, aniżeli po stronie przeciwnej. Kość biodrowa bywa wepchnięta ku górze, na wewnątrz i ku tyłowi część panewkowa unosi się w górę i skrzydła kości biodrowych stoją więcej stromo. Guz zaś kulszowy jest pospolicie wygięty na zewnątrz i łuk łonowy jest wielki. Spojenie łonowe przesuwa się nieco ku przeciwnej stronie, linia niemianowana po stronie zwiężonej przebiega więcej wyprostowana i wymiar ukośny tej strony jest większy, aniżeli po stronie przeciwnej, podczas gdy odległość krzyżo-panewkowa (*dist. sacrocotyleoidea*) jest znacznie mniejsza, aniżeli przeciwna. Wytworzenie się tych asymetrii da się łatwo wyjaśnić silniejszym ciśnieniem ze strony jednej panewki. Jeśli wykrzywienie ku bokowi jest bardzo znaczne, to przez wzmożone ciśnie-

nie panewki może się panewka tej strony tak zbliżyć do wzgórka krzyżowego, że miednica nabiera formy podobnej do miednicy wrzeczowato kościomiękłej. Jeśli się odległość krzyżopanewkowa po tej stronie zwęża tak dalece, że już żadna część czaszki nie może zstąpić do niej, to cała ta połowa miednicy jest stracona dla mechanizmu porodowego; miednica albo raczej szersza jej połowa zachowuje się w takim razie (jeśli w ogóle może jeszcze być mowa o wejściu główki), jak miednica ogólnie zwężona, której konjugatę prawdziwą tworzy odległość krzyżopanewkowa, a wymiar poprzeczny mniej więcej wymiar ukośny strony szerokiej; fig. 30

Fig. 30.

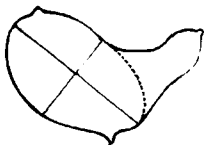


Fig. 30. Wejście miednicy krzywicowej z kręgosłupem wykrzywionym ku bokowi.

objaśnia rzecz tę szematycznie. Należy tu zapewne miednica opisana i odrysowana przez G. Brauna ¹⁾, jako też miednica określona przez Lamba ²⁾, która się

znajduje w patologiczno-anatomicznym muzeum we Florencji.

4) **Krzywicową miednicę z kręgosłupem wykrzywionym ku tyłowi czyli z garbem.** Charakterystyczna postać krzywicowej miednicy zmienia się daleko znacznie, jeśli skutkiem krzywicy wytworzył się zarazem garb głęboko siedzący w kręgosłupie. (Własności krzywicowej miednicy tworzą prawie we wszystkich punktach wyraźne przeciwieństwo z własnościami miednicy garbatéj). W takim razie pozostaje tylko mało zmian krzywicowych, tak iż tego rodzaju miednice rozpoznać często trudno jako krzywicowe, a to mianowicie dla tego, że stosunek wymiaru kołkocokowego do wymiaru grzebienio-grzebieniowego także przy miednicy garbatéj zmienia się nieco na korzyść wymiaru kołkocokowego. Kość krzyżowa pokazuje pospolicie bardzo wyraźnie największą ilość zjawisk właściwych wykrzywieniu kręgosłupa ku tyłowi. Skręca się ona naokoło swój osi poprzecznej, tak iż się konjugata prawdziwa albo mało co, albo wcale nie zmniejsza, a niekiedy nawet powiększa nieco, prosty zaś wymiar wyjścia miedniczego pokazuje małą długość. Przymiennie stoi wzniesienie krzyżowe bardzo wysoko, a ponieważ kość krzyżowa po największej części zatrzymuje w kierunku poprzecznym prostą, albo nawet wypukłą

1) Wien. med. Woch. 1857. Nr. 24, 25 i 26.

2) Prager Vierteljahrschrift 1859. t. 61. p. 192.

formę krzywicową, przeto konjugatę zastępuje często połączenie pomiędzy spojeniem łonowym i dolnym brzegiem pierwszego albo nawet drugiego kręgu krzyżowego. Wyjątkowo jednakże mogą także trzony kręgowy być z skrzydeł wyparte ku tyłowi, jak przy miednicy garbatéj. Konjugata jest często skrócona, niekiedy jednakże prawidłowo wielka, albo nawet zwiększona; mimo to pozostaje zapewne zawsze mniejszą od poprzecznego wymiaru. Skrzydła kości biodrowych wskazują pośpolicie charakterystyczne znamiona krzywicy, są zanikłe, bardzo wyraźnie wygięte w postaci głoski S, przodem rozchodzą się szeroko. Łuk łonowy pozostaje po większej części szeroki, również guzy odstawają od siebie daleko i są wygięte na zewnątrz, niekiedy jednakże jest wyjście miednicy takiego kształtu jak przy miednicy garbatéj.

Wytworzenie się tych zmian wytłumaczyć sobie nie trudno. Krzywicowe właściwości pozostają tylko w części i uwytatniają się najczęściej tém, że kość krzyżowa w poprzecznym kierunku nie ma wklęsłego wygięcia, że skrzydła kości biodrowych są małe, płaskie, i że się rozdziwiają na zewnątrz. Jeśli się garb wytwarza z rozpoczęciem krzywicy, to guzy kulszowe mogą się wsunąć tak mocno na wewnątrz, że potem skutkiem siedzenia wyjście miednicy zwięża się jeszcze znaczniej; jeśli jednakże pod wpływem krzywicy guzy kulszowe wystąpiły więcej na zewnątrz, wtedy stanowisko to zatrzymują i później.

Jeśli garb siedzi wyżéj, to może go zrównoważym (kompensować) silniejsze wykrzywienie lędźwi ku przodowi (*lordosis*), a taka miednica posiada natenczas wszystkie właściwości miednicy krzywicowéj.

5) Krzywicową miednicę z kręgosłupem wykrzywionym ku bokowi i tyłowi. Szczególnych zmian, zbaczających jeszcze od tychże przy krzywicowéj miednicy garbatéj, doznaje krzywicowa miednica skutkiem głęboko umiejscowionego wykrzywienia ku tyłowi (*kyphosis*) i bokowi (*scoliosis*). Ciężar tułowia przypada przytém na tylny oddział jednéj połowy miednicy, tak iż miednica doznaje po téj stronie bardzo małego pochylenia, boczna zaś ściana przeciwnéj strony jest mocno pochylona. Tym sposobem powstaje szczególna asymetrya miednicy, która na żyjących daje się wykazać bez trudności za pomocą mierzenia.

U w a g a. Na tę modyfikacyą krzywicowéj miednicy nie zwrócono dotąd uwagi. Mielśmy sposobność badać na żyjących dwie tego rodzaju bar-

duzo piękne miednice. W obu wypadkach umiejscowiło się po lewej stronie wykrzywienie ku bokowi i tyłowi; lewa kończyna dolna była nieco dłuższa od prawej.

Przesunięcie się obu połów miednicy obok siebie można łatwo stwierdzić, mierząc od przednich kołców górnych i od grzebieniów biodrowych po obu stronach albo w położeniu poziomem do kostki zewnętrznej (*malleolus ext.*), albo w postawie stojącej do ziemi. Gdy kołec strony garbatą stoi wyżej, jest grzebień przeciwnej strony znacznie wyższym. Ukośnego przesunięcia, odpowiedniego wykrzywieniu ku bokowi, dowodzi się sposobem zwyczajnym, wymiar jednakże idący od guza kulszowego do tylnego kolca górnego wskazuje przeciwny stosunek, ponieważ guz kulszowy po stronie garbu wygina się mocno na zewnątrz. Ukośne więc przesunięcie odwraca się w kierunku ku wyjściu miedniczemu.

III. Miednica spłaszczona skutkiem obustronnego zwichnięcia (*luxatio*) w stawie udowym.

Literatura: Gurlt, *Ueber einige etc. Misstaltungen des m. Beckens*, Berlin 1854, p. 31.—Fabbri, *descrizione di una pelvi obliqua-ovale etc. Bologna 1861.*—Gueniot, *des luxations coxofemorales etc. Paris 1869.*—Sassmann, *Arch. f. Gyn. V., p. 241.*

Przy przyrodzonym zwichnięciu obustronnem w stawie udowym wskazuje miednica następujące zmiany:

Pochylenie miednicy jest nadzwyczaj wielkie, skrzydła kości biodrowych stoją stromo.

Kość krzyżowa zstępuje głęboko do miednicy, tak iż rozciągnięcie jej w poprzek jest nieprawidłowo wielkie i miednica przedstawia się jako spłaszczona od przodu ku tyłowi. Nadzwyczaj zaś rozszerzonym jest poprzeczny wymiar wyjścia miedniczego, gdy jego prosty wymiar jest skrócony.

Przyczyną zmian takich jest najprzód zmienione stanowisko zwichniętych ud, które przez nacisk wywołuje strome stawienie kości biodrowych i przez działanie mięśni sprawia poprzeczne rozszerzenie wyjścia miedniczego; po drugie przyczynia się do powyższych zmian ta okoliczność, że dla zwichnięcia nie mogą dzieci wczesnie biegać. Skutkiem tego siedzą ciągle w swych pierwszych latach życia i ponieważ nie masz prawidłowego nacisku bocznego z strony ud wytwarza się mocniejsze spłaszczenie miednicy.

Do znacznego pochylenia miednicy przyczynia się częścią mocne pociąganie zwichniętych ud za więzy biodrowe, częścią także

ta okoliczność, że przez zwiechnięcie przypada ku tyłowi linia podpierająca tułów, tak iż dla równowagi muszą się kręgi lędźwiowe wygiąć ku przodowi (*lordosis*).

IV. Miednica z przyrodzoną szparą w spojeniu łonowém.

Literatura: Crève, *Von d. Krankheiten d. weibl. Beckens. Berlin 1795.*, p. 122.—Freund, *Arch. f. Gyn. III*, p. 398 i 406. Litzmann, *tamże IV*, p. 266.

„Rozdzielona miednica”, jak ją Litzmann nazywa, wytwarza się podobnie jak miednica spłaszczona, chociaż się od téj odróżnia bardzo pod względem przestworności, ponieważ z powodu braku spojenia łonowego może się wytworzyć mocne rozciągnięcie poprzeczne w tylnej połowie miednicy, ale nie spłaszczenie miednicy. To naprężenie poprzeczne jest przecież nadzwyczaj wielkie (większe aniżeli przy krzywicy), ponieważ kość krzyżowa wtłacza się głęboko pomiędzy kości biodrowe i tylne części bocznych ścian miednicy rozdziawiają się mocno ku przodowi, przednie zaś części odłamują się tak, iż przebiegają z sobą równolegle albo zbiegają się lekko ku przodowi. Pomiedzy kośćcami łonowemi znajduje się większy przestwór, nie mający kości, lecz wypełniony albo mocnym więzmem albo tylko utworami śródkrocza.

Tego rodzaju miednica powstaje tym sposobem, że zwyczajne działanie ciężaru tułowia staje się nadzwyczaj silném. Gdy bowiem dla niedostawania spojenia łonowego braknie prawidłowej równowagi, utrzymywanej przez pociąganie, jakie w spojeniu łonowém wywiera każda kość łonowa na drugą, przeto napinają się w poprzek bardzo silnie tylne końce bocznych ścian miednicy, nacisk zaś ud odłamuje przednie części.

c. Położenie i ułożenie płodu przy zwężonej miednicy.

Zwężona miednica wpływa w wysokim stopniu na położenie płodu podczas porodu, tak iż przy takowej zachodzą przynajmniej cztery razy częściej wadliwe położenia dziecka, aniżeli przy prawidłowej miednicy. Jeszcze widoczniej uderza ten stosunek u osób rodzących po raz pierwszy.

W fizyologii ciąży widzieliśmy, że jędrna, jajowata macica u pierwiastek ustawia dosyć prosto na wejściu miednicy główkę dziecka leżącą nieco ku dołowi, i że niepodatne ściany brzuszne i kurczące się więzy okrągłe wypychają w ostatnim czasie ciąży do miednicy, gdy jej wejście jest prawidłowe, dolny odcinek macicy wraz z główką w nim się znajdującą, tak iż w stósunkach prawidłowych znajdujemy u pierwiastek na początku porodu główkę dziecka już mniej lub więcej głęboko w miednicy ustawioną.

Ten stósunek zmienia się także u pierwiastek, skoro miednica jest tak wązka, że do niej główka nie może łatwo wstąpić. W większej liczbie wypadków jędrna macica reguluje także natenczas położenie płodu tak, iż główka przoduje w wejściu miedniczym; często jednakże główka, nie mogąc się przystosować do wejścia miednicy, zbacza ku przodowi lub bokowi, i skutkiem tego stawia się na brzegu kości biodrowej albo na spojeniu łonowym. Położenie dziecka bywa niekiedy jeszcze więcej nieregularnym, mianowicie skutkiem nieprawidłowości w położeniu macicy. Zwężona miednica sprawia obwisłość brzucha i znaczną poruszalność macicy. Przy brzuchu zaś obwisłym macica w stojącej postawie ciężarnej nie leży, jak pospolicie, do poziomu pod kątem wynoszącym mniej więcej 35° , lecz w przybliżeniu horyzontalnie albo nawet głębiej dnem swoim, aniżeli dolnym odcinkiem. Z tego co się dawniej ¹⁾ już powiedziało o przyczynach położzeń prawidłowych dziecka, pokazuje się oczywiście, że wśród takich okoliczności wytwarzają się łatwo położenia poprzeczne i miednicze. Ale nawet wielka poruszalność macicy, zachodząca wtedy, gdy miednica jest wązka, skutkiem czego dno jej spada łatwo raz na tę, raz na drugą stronę, musi sprowadzać częstą zmianę w położeniu dziecka, która jak dowiedzionem jest, zachodzi daleko częściej przy zwężeniu miednicy, aniżeli wśród stósunków prawidłowych, i musi także łatwiej powodować nieprawidłowe położenia dziecka.

Jeśli główka na początku porodu zboczyła ku bokowi, to bóle porodowe, które macicę zmniejszają w kierunku poprzecznym, sprowadzają pospolicie na nowo położenie podłużne, tak iż główka zaczyna znowu przodować; w innych jednakże wypadkach położenie poprzeczne nie zmienia się podczas porodu, a nawet pierwotnie przodująca główka, nie mogąc być utwierdzoną w zwężonym wejściu mie-

1) Zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. 1. p. 338 i następ.

dniczém, może od tegoż zostać odsunięta, tak iż położenie poprzeczne nastaje dopiero wtórnie.

Przy tego rodzaju zmianach w położeniu dziecka staje się także jego ułożenie łatwo nieprawidłowém. Bródka oddala się od piersi i twarz zaczyna przodować, albo przy położeniach miednicznych wypadają nóżki do pochwy, albo téż przy położeniach poprzecznych jako téż czaszkowych wypadają przed główką górne kończyny i bardzo często także pępowina. Mianowicie wypada pępowina prawie wyłącznie u pierwiastek mających zwężoną miednicę. U pierwiastek bowiem, które mają miednicę prawidłową, zstępuje główka do miednicy już w ostatnim czasie ciąży albo przynajmniej zaczyna się ustalać w wejściu miednicy, i dla tego usta maciczne zsuwając się ciasno po główce nie pozwalają wypaść pępowinie; kiedy zaś dla zwężonej miednicy główka pozostaje wysoko, to usta maciczne rozszerzając się pozostawiają prawie zawsze dosyć miejsca, aby pępowina mogła wypaść, i wypadłaby ona bez wątpienia jeszcze daleko częściej, gdyby nie przeszkadzało temu często jój zbytńia krótkość lub owinięcia naokoło płodu.

Jeśli tedy wśród takich okoliczności zachodzą u pierwiastek już dość często nieprawidłowe położenia płodu, to przyczyny tych nieprawidłowych położeń tém bywają liczniejsze, im częściej niewiasta przychodzi w poród. Macica więcćj wiotka dozwala już podczas ciąży daleko łatwiej wytworzyć się położeniu poprzecznemu i, ponieważ miednica jest za wązką dla objęcia główki, przeto téż często rozpoczynające się bóle porodowe nie mogą główki ustalić w położeniu czaszkowém. Nawet pierwotnie przodująca główka bywa usuwana nie rzadko, ponieważ przy każdym boczném położeniu rodząćj spada ku bokowi nader ruchoma macica. Im wiotciejszą jest macica i im częściej bywała przez odbyte porody wycieńczoną, tém téż częściej i z tém większemi powikłaniami występują nieprawidłowe położenia dziecka. W takim razie we zwiotczalym worku macicznym ustaje także prawidłowe ułożenie dziecka, i tak dostrzegamy u mnogorodzących z wązką miednicą takie położenia i ułożenia dziecka, jakich nie napotyamy wśród żadnych innych okoliczności.

d. Stawienie przodująćj części i mechanizm porodowy przy zwężonej miednicy.

Nawet w tych wypadkach zwężonej miednicy, w których poród pozornie przebiega zupełnie prawidłowo, t. j. w których się poród

kończy jedynie siłami naturalnymi w niezbyt długim czasie i bez szkody tak dla matki jak dziecka, może doświadczony akuszer, nie wymierzając wcale miednicy, rozpoznać z wielkim prawdopodobieństwem nie tylko zwięźenie w ogóle, lecz i rodzaj zwięźenia. Stawienie bowiem przodującej części dziecka i przejście jej przez zwięźone miejsce jest charakterystycznym dla różnych rodzajów zwięźonych miednic.

Przy prawidłowym mechanizmie porodowym widzieliśmy ¹⁾, że gdy opory są równe na przodzie i na tyle głowy, przodować musi tenże tył głowy, przy którym bliżej znajduje się działająca siła, ponieważ ten sam opór działa silniej na dłuższe ramię dźwigniowe, aniżeli na krótsze. Kiedy miednica jest jednostronnie zwięźona w konjugacie, to prawidłowo zstępując do konjugaty w wymiarze międzyciemieniowym (*diam. biparietalis*) doznaje w miejscu zwięźonym przeszkody. Ta przeszkoda leży daleko bliżej tyłu głowy aniżeli przodu. Skoro jednakże bródka oddali się nieco od piersi, kierunek działającej siły (kręgosłupa) spada więcej ku czółu, przednie ramię dźwigniowe skraca się, tylne przedłuża się. Ponieważ tym sposobem wzrasta opór na tyle głowy i działa na ramię dźwigniowe względnie albo bezwzględnie dłuższe, przeto musi przód głowy zstąpić jeszcze głębiej. Skutkiem tego zstępuje główka przy z wyczejnie płaskiej miednicy do wejścia miedniczego głęboko stojącym przodem głowy, a skoro bóle ustaliły główkę w wejściu, to szew strzałkowy przebiega w przybliżeniu poprzecznie albo nieco tylko ukośnie w bliskości kości krzyżowej i że wielkie ciemię stoi nie daleko od wzniesienia krzyżowego, i to przy pierwszym stawieniu czaszkowym nieco po stronie prawej, przy drugim nieco po stronie lewej od wzniesienia krzyżowego. Teraz więc w zwięźonej konjugacie nie leży już wymiar międzyciemieniowy, lecz mniejszy, więcej ściśliwy, międzyskroniowy (*bitemporalis*) wymiar czaszki dziecięcej. W tym stawieniu a więc z poprzecznie przebiegającym szwem strzałkowym i głęboko stojącym ciemiem wielkim bywa główka wtłaczana do miednicy (zob. fig. 31). Dla całej zaś połowy czaszki leżącej w tył od szwu wieńcowego (*coronalis*) nie masz żadnego miejsca w jednej połowie miednicy, i z tego powodu główka zstępuje przez zwięźoną konjugatę większym wymiarem, aniżeli międzyskroniowym, chociaż zwykle nie przechodzi przez konjugatę jej największą rozległość w wymiarze międzyciemieniowym. Skoro główka

1) Zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 703.

przeszła przez wąskie miejsce, przodujący przód głowy doznaje w miednicy znaczniejszego oporu, i z tego powodu zstępuje znowu głębiej tył głowy, małe ciemię daje się łatwo osiągnąć i wkrótce stawia się niżej, aniżeli wielkie. Kiedy tylna ściana miednicy objawia swą przewagę ponad przednią ścianą jeszcze w czasie, w którym

Fig. 31.

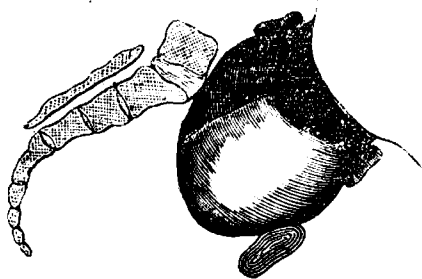


Fig. 31. Wejście główki do spłaszczonej miednicy.

wielkie ciemię stoi głęboko, to takowe obraca się z początku ku przodowi i dopiero później zwraca się ku tyłowi; jeśli zaś oba ciemiona stoją mniej więcej na równej wysokości, to poprzeczne stanowisko główki utrzymuje się bardzo długo i małe ciemię zwraca się dopiero wtenczas ku przodowi, kiedy poprzednio zstąpiło głębiej. Ponieważ wyjście miednicy jest prawidłowe, przeto dalszy

mechanizm porodowy przebiega zwyczajnym trybem.

Jeśli konjugata jest jeszcze znacznie skrócona, to z tych samych przyczyn przód głowy zstępuje jeszcze głębiej, tak iż wzgórek krzyżowy może w takim razie cisnąć na górny kąt w tyle leżącej kości czołowej. W takim kierunku przechodzi główka nader trudno i tylko w wypadkach wyjątkowych.

Jeśli przy wąkiej miednicy i mocnym jej pochyleniu odpywa nagle woda płodowa, to główka spoczywająca na spojeniu łonowym może pozostać w tym miejscu. W takich wypadkach przebiega szew strzałkowy nie w bliskości wzgórka krzyżowego, lecz tuż za spojeniem łonowym, a kość ciemieniowa, zwrócona ku tyłowi, leży płasko w wejściu miedniczym. W takim stawieniu nie zstępuje główka do miednicy, lecz pozostaje ruchomą ponad wejściem miedniczym i dopiero wtenczas zstępuje niżej, gdy siły naturalne albo pomoc sztuczna sprawiły tego rodzaju zmianę, że szew strzałkowy przebiega bliżej kości krzyżowej.

Ten sam mechanizm co przy prawidłowej miednicy, tylko w bardziej uwydatnionym stopniu, zachodzi przy ogólniej jednostajnie zwężonej miednicy. Główka może na wejście miednicy zstąpić we wszystkich możliwych kierunkach; zawsze jednakże, skoro tylko podziały już bóle porodowe, stoi małe ciemię bar-

dzo głęboko (zob. fig. 32), ponieważ opór przy większym przednim ramieniu dźwigniowym jest stosunkowo jeszcze znaczniejszy, aniżeli przy tylnym ramieniu dźwigniowym, tak iż przy mocno zwężonej miednicy można je wysledzić zupełnie w linii kierunkowej kanału miednicy. W tym stawieniu wstępuje główka do miednicy a skoro

Fig. 32.

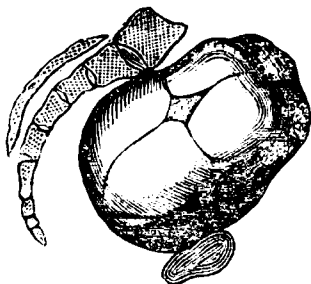


Fig. 32. Wejście główki do ogólnie jednostajnie zwężonej miednicy.

tylna ściana miednicy, zyskała przewagę, zwraca się ku przodowi małe ciemię. Gdy zwężenie ustaje w jamie miedniczej i w wyjściu miedniczym, to ustępuje niezwykle głębokie stanowisko małego ciemienia i ma miejsce prawidłowy mechanizm porodowy; skoro jednakże zwężenie jednostajne rozciąga się aż do wyjścia miedniczego, to małe ciemię zatrzymuje swe głębokie stanowisko i przy wyjściu główki może się zamiast pod łukiem łonowym ukazać ponad węzidełkiem.

Przy ogólnie lecz niejednostajnie zwężonej miednicy składa się mechanizm porodowy z mechanizmu zachodzącego przy spłaszczonej i przy ogólnie jednostajnie zwężonej miednicy, jak to łatwo sobie wystawić i zrozumieć z tego, co się poprzednio powiedziało. Im węższą jest konjugata w stosunku do poprzecznego wymiaru, tym podobniejszemu bywa stawienie czaszki do tegoż przy płaskiej miednicy; im węższy zaś jest poprzeczny wymiar, tym podobniejszemu jest stawienie czaszkowe do tegoż przy ogólnie zwężonej miednicy. Zazwyczaj posiada ono nieco z jednej i drugiej właściwości, t. j. uporczywe stawienie poprzeczne od częściowo zwężonej miednicy, i opuszczenie się tyłu głowy od ogólnie zwężonej miednicy. W niektórych wypadkach przy zstępowaniu główki ku dołowi zmienia się raz po raz głębokie stanowisko małego i wielkiego ciemienia, tak iż tym sposobem może się utrzymać poprzeczne stawienie główki aż do wyjścia miednicy.

U w a g a. Przy zwyczajnie płaskiej miednicy z mocnym wykrzywieniem ku przodowi lędźwi i kości krzyżowej (*lordosis lumbosacralis*), a więc w wypadkach, w których kręgosłup dzielił miednicę niejako na dwie połowy boczne, spostrzegł Breisky ¹⁾ kilka razy szczególne odśrodkowe ustawienie się

1) Prager Vierteljahrschr. 1869. t. 4. p. 58.

czaszki, przycém ta stawiała się tylko ponad jedną połową miednicy w ten sposób, iż opuściła się mocno tyłem głowy do wejścia miedniczego, jak przy ogólnie jednostajnie zwężonej miednicy. To szczególne stawienie czaszki przy płaskiej miednicy można teoretycznie wytłomaczyć sobie łatwo, ponieważ boczna połowa płaskiej miednicy, na którą jedynie zstępowała główka w sprostżonych wypadkach, w podobnym znajdowała się stanie jak ogólnie jednostajnie zwężona miednica. Ułatwia się zaś tego rodzaju stawienie czaszki przez zbaczanie wzgórka krzyzowego ku stronie przeciwnéj; zob. str. 348 ¹⁾).

Położenia twarzowe zachodzą częściej przy zwężonej, aniżeli przy prawidłowej miednicy. Przebieg porodu jest utrudniony, twarz zatrzymuje długo swe poprzeczne stawienie i bródka po największej części zwraca się dopiero późno ku przodowi.

Z położeń miedniczych napotykamy przy zwężonej miednicy częściej położenia nóżkowe, aniżeli pośladkowe. Okoliczność ta wyjaśnia się najprzód tém, że wązka miednica nie dozwala wczesnie zstąpić pośladkom i że z tego powodu nóżki dostają się do dolnego odcinka macicy, a potem także częstém położeniem ukośném i bezkształtuością macicy, mianowicie u mnogorodzących z wązką miednicą, u których pośladki leżąc więcej ku dołowi mimo tego zbaczają od wejścia miednicy, tak iż nóżki przypadają w rozszerzając się usta maciczne. Zresztą jest prawidłowym mechanizm położeń miedniczych. Siła wypychająca działa na pośladki tak mocno ku tyłowi, że takowe stoją zawsze najgłębiej i skutkiem tego obracają się także przy wązkiej miednicy grzbietem ku przodowi. Główka idąca na ostatku wchodzi przy miednicy częściowo zwężonej do wejścia miednicy zawsze poprzecznie, a w konjugacie ustawia się wymiar międzyskroniowy, tak iż wzgórek krzyżowy leży w okolicy ucha i przy dalszém posuwaniu się główki wznosi się w górę ku guszowi kości ciemieniowej. Gdy miednica jest dość znacznie zwężona, przejście na ostatku idącej główki opóźnia się prawie zawsze do tyła, że dziecko umiera, jeśli się nie postara o wczesną pomoc sztuczną. Jeszcze trudniej przechodzi na ostatku rodząca się główka przez zwężoną miednicę, gdy się bródka oddaliła od piersi, tak iż główka bywa wypychaną przez miednicę z przodującym tyłem głowy. Jeśli miednica jest ogólnie jednostajnie zwężona, to główka przesuwą się przez

¹⁾ Zob. jeszcze F ankhauser, die Schädelform nach Hinterhauptslage. Diss. in. Bern 1872. p. 74, i Kleinwächter, Prager Vierteljahrschr. 1872, t. 3. p. 104.

kanał miedniczy sposobem zwyczajnym, z bródką opuszczoną na klatce piersiowej.

Przy położeniach poprzecznych stawia się główka po największej części również barkiem do przodu, jak przy prawidłowej miednicy. Często jest położenie pierwotnie poprzeczném, niekiedy wytwarza się dopiero podczas porodu, gdy z początku przodowała główka. Grzbiet dziecka spoczywa przy wązkiej miednicy częściej ku tyłowi, aniżeli przy prawidłowej miednicy, rzadziej przoduje pierś, bardzo często zaś wikła się wypadnięcie jednego ramienia i pępownicy. Zakończenie się takiego porodu naturalnemi siłami, które zachodzi tylko wyjątkowo także przy prawidłowej miednicy, jest przy miednicy zwężonej połączone z jeszcze większymi trudnościami, chociaż może ono nastąpić przy miednicy płaskiej, jeśli ta posiada dostatecznie wielki wymiar poprzeczny ¹⁾.

Uwaga. U wszystkich autorów przed Michaelisem znajdujemy pojedyncze tylko notatki o sposobie, jakim przechodzi główka przez wązką miednicę. Smellie przedstawia na 27 i 28 stronie swych anatomicznych tablic, skreślonych wybornie i z wielką naturalnością, że rozumiał należycie mechanizm porodowy przy zwężonej miednicy. W pismach Steina młodszego, tak zasłużonego w nauce o miednicy, napotykamy tylko krótkie wspomnienia o sposobie przechodzenia główki przez wązką miednicę; w rozmaitych jednakże miejscach ²⁾ objawia swój znakomity dar spostrzegania. Pierwsze nauki o tym przedmiocie dotyczące istoty rzeczy, chociaż nie rozwinięte dalej znajdują się w rozprawie Mampago ³⁾. Powiada on, że przy zwężonej konjugacie kość ciemieniowa leżąca od przodu stawia się bardzo głęboko, tak iż szew strzałkowy przechodzi tuż przy wzgórku krzyżowym i że rozmaita wysokość obu ciemion zależy przeważnie od zwężenia miednicy. Gdy konjugata jest zwężoną i miednica zresztą prawidłowa, to zstępuje głębiej wielkie ciemię, w razie zaś zwężenia w jamie miednicy opuszcza się małe ciemię. Dalszy rozwój tej nauki, który powyżej skreśliliśmy, zawdzięczamy Michaelisowi.

e. Przebieg porodu przy zwężonej miednicy.

W przecięciu trwa poród przy wązkiej miednicy daleko dłużej, aniżeli przy prawidłowej miednicy. Powodem tego opóźnienia jest

¹⁾ Zob. Kleinwächtcr. Arch. f. Gyn. t. II. p. 111.

²⁾ Theor. Geb. § 600. 4, Robertis Dissert. p. 16 i 27 i Siebolds J. IV. p. 493.

³⁾ De partus hum. mech. Diss. in. Hal. 1821. p. 23 i p. 59.

w części, ale nie wyłącznie, niepomysłny stósunek w przestworach miednicy. Okres bowiem otwierania się ust macicznych przebiega także wolniej, ponieważ przodująca część płodu stoi wysoko i nie ciśnie w tój mierze na usta maciczne, jak kiedy miednica jest prawidłowa, a pęcherz płodowy nie rozszerza tak szybko ust macicznych. Okres występowania płodu opóźnia się z powodu niepomysłnego stósunku mechanicznego. Skoro zaś główka przeparała się przez wąskie miejsce, to po większej części rodzi się tóż szybko; wyjątkowo tylko słabną przy tём bóle porodowe do tego stopnia, że potrzebują jeszcze dłuższego czasu do wydalenia płodu z jamy macicznej.

Nadto może się poród opóźnić przez przedwczesne odpłynięcie wody płodowej. Wypadek ten zachodzi daleko częściej przy zwężonej miednicy, aniżeli przy prawidłowej, i nie rzadko pęka pęcherz płodowy przed pojawieniem się bólów porodowych, gdy usta maciczne są jeszcze zamknięte.

Na dłuższe lub krótsze trwanie porodu, jako tóż na pomysłny lub niepomysłny jego koniec, bardzo wielki wpływ wywiera rodzaj czynności porodowej.

W ogóle można postawić to twierdzenie, że czynność porodowa jest tём silniejsza, im znaczniejszym jest opór. Ztąd tóż widzimy że przy wąkiej miednicy w większej liczbie wypadków natężenie siły porodowej dochodzi do wysokości, która przy miednicy prawidłowej zachodzi tylko w razach wyjątkowych. Najsilniejszymi są bóle porodowe przy spłaszczonej miednicy i siła ich może się w takich razach wzmódz do tego stopnia, że krótko po sobie następują jak najmocniejsze bóle porodowe i bardzo łatwo może się rozdrzeć macica. Ale nawet tój bez granic zwiększonej czynności porodowej nie należy przy miednicy zwężonej uważać za patologiczną, ponieważ jest konieczną do przewycięzenia nieprawidłowo zwiększonego oporu.

Początek okresu otwierania się ust macicznych przebiega zwykle powoli i opieszale, ale w miarę jak się rozszerzają usta maciczne, wzrasta także energia bólów porodowych. Główka ustala się w wejściu miedniczym i przystósowując się zwolna do formy wejścia miedniczego włącza się powoli do zwężonego miejsca. W tым właśnie czasie jest ważną nadzwyczajną energią wydalających sił, i dla tego nie masz nic gorszego jak osłabnienie bólów porodowych w tым czasie, co na szczęście zachodzi tylko w razach wyjątkowych. Skurcze macicy w tым okresie porodowym należy wzmacniać wszelkimi środkami pomocniczymi. Trzeba tedy zalecić rodzącą, aby dostatecznie

wyrabiała bóle porodowe i należyście używała tłoczni brzusznej. Im silniejsze są bóle w tym czasie, tém téż pomyślniejszego końca można się spodziewać w ogóle dla matki i dziecka. Są to więc wypadki, w których współdziałanie tłoczni brzusznej jest nader pożądaném nawet wtedy, gdy główka stoi wysoko.

Bardzo wielkiego znaczenia jest rozszerzenie się ust macicznych w właściwym czasie. Może ono w dwóch kierunkach stać się niebezpieczném. Raz mogą się usta maciczne wyrównać nader szybko i zsunąć się po przodującej części płodu, zanim takowa zstąpiła do miednicy. W takim razie pochwa, mianowicie gdy nie współdziała silnie tłocznią brzuszną, może być wystawioną na znaczne rozszerzenie, które niekiedy może spowodować rozdarcia, a nawet całkowite oderwanie się od dolnego odcinka macicy. Najczęściej znachodzimy stan tego rodzaju przy zaniedbanych położeniach poprzecznych, ale takie targanie pochwy może także nastąpić wtenczas, kiedy się opóźnia zstąpienie główki do miednicy.

Inna szkodliwość może ztąd wyniknąć, że się usta maciczne zsuwają za późno. Skutkiem obwisłości brzucha, często znachodzonej w znacznym stopniu, i skutkiem ustawienia się główki w wejściu miedniczem przednią kością ciemieniową, są usta maciczne po największej części zwrócone bardzo daleko ku tyłowi i przednia warga zaciera się tylko bardzo wolno. Jeśli się nie zatarła jeszcze w czasie, w którym bóle porodowe przypierają już główkę silnie do wzgórka krzyżowego i spojenia łonowego, to przez nacisk zachodzący między główką, a spojeniem łonowém może się stać niemożliwém jój całkowite zrównanie się i podlegz tutaj bardzo mocnemu zmiążdżeniu. Tym sposobem mogą się wytworzyć bardzo znaczne obrznięcia w wardze, jako téż jój rozmiążdżenia i rozdarcia.

Daleko rzadziej, jak zbyt mocne bóle porodowe, natrafiamy przy zwężonej miednicy przynajmniej pierwotnie za słabą czynność porodową, i w razie takim trzeba przyjąć nieprawidłowość; co więc osłabienie w bólach porodowych należy do najmniej pomyślniejszych powikłań z wąską miednicą, skutkiem czego prawie zawsze okazuje się konieczną pomoc sztuczna. Dla przewycięzenia większego oporu potrzeba silniejszych skurczów: jeśli te ostatnie pozostają słabemi, to poród nie może się zakończyć siłami naturalnemi. Tego rodzaju osłabienie bólów porodowych wytwarza się przy płaskiej miednicy tylko wtórnie skutkiem poprzedzających bardzo ciężkich porodów, przy ogólnie jednakże zwężonej miednicy także niekiedy pierwotnie. Zdaje się, jakoby częściowe ciśnienie, jakiego przy płaskiej miednicy dozna-

Je dolny odcinek macicy w wżórkú krzyżówym i spojeniu łonówym, podniecało bóle porodowe do silniejszej działálności, aniżeli nacisk zachodzący na wszystkich miejscach przy ogólnie zwiężonej miednicy. Być może, że przy ostatniej natrafia się także częściej słaby rozwój pokładu mięśniowego w macicy (powstrzymanie się w rozwoju wszystkich organów płciowych).

Częstszym i większego znaczenia przy miednicy wąskiej jest wtórne osłabnienie bólów porodowych, jakie niekiedy spostrzegamy u mnogorodzących, mianowicie tych, które już przeżyły wiele porodów. Nadzwyczajne wysilenia macicy przy dawniejszych porodach, szczególnie gdy one następowały krótko po sobie, mogą w wysokim stopniu działać zgubnie na rozwój pokładu mięśniowego w macicy. Ztąd téż wydarza się nieraz u mnogorodzących, mających wąską miednicę, że już podczas ciąży macica przedstawia wielki worek, który przeważnie skłania do poprzecznych położeń; podczas porodu zaś jest taka macica niezdatna do żadnego mocnego natężenia, jakie bywa tak potrzebném przy wąskiej miednicy. Jest to jedna z najważniejszych przyczyn, która powoduje, że przy wąskiej miednicy niebezpieczeństwo dla matki i dziecka tém bywa większe, im więcej przeżyła matka porodów, i że przy późniejszych porodach są daleko częstsze operacye.

Jeśli bardzo znacznym jest opór, jakiego płód doznaje w dalszém posuwaniu się przez miednicę, to czynność porodowa macicy wzrasta coraz więcej, przerwy w bólach porodowych są coraz krótsze, skurcze coraz silniejsze. To wzmożenie bólów porodowych należy tak długo uważać za zupełnie pomysłne, dopóki macica w przerwach wiotceje jeszcze należycie. Jeśli zaś téj do najwyższego stopnia rozwinętej czynności porodowej nie uda się wydalić dziecka (co najczęściej zachodzi przy połozeniach poprzecznych, rzadziej przy połozeniach czaszkowych), to w przestankach wolnych od bólów macica coraz mniej wiotceje, aż wreszcie popada w niepodatne tężcowe napięcie, co zowiemy tężcem macicy. W takim razie przestaje się dalej posuwać dziecko, które macica osłania kurczowo i utrzymuje w wejściu miedniczém, do którego zostało zepchnięte.

Stan tego rodzaju jest jeszcze z tego powodu szczególnie niepomysłnym, ponieważ niesienie mu pomocy sztucznej jest niezmiernie utrudnioném. Przez podawanie środków odurzających (szczególnie chloroformu), przez ciepłe kąpiele, a w wyjątkowych tylko wypadkach przez ogólne upuszczenia krwi, (której tego rodzaju chore nie powinny

wiele utracąc), trzeba się starać o uśmierzanie tężcowego napięcia do tego stopnia, ażeby można dać sztuczną pomoc.

f. Rozpoznanie zwężonej miednicy.

Już przy wymierzaniu miednicy zwężonej zastanowiliśmy się obszernie nad rozpoznaniem tego nieprawidłowego jój stanu, tak iż tutaj nadmienimy tylko pokrótce najważniejsze z dotyczących rzeczy.

Podczas ciąży powinniśmy domyślać się, że miednica jest zwężoną natenczas, kiedy miednica posiada nadzwyczaj małą postać, zarówno czy takowa jest rzeczywiście symetrycznego kształtu karłowatego, czy też wytworzyła się skutkiem krzywicy; kiedy kości wykrzywione są wygięte przez krzywicę; kiedy bardzo znaczną jest obwisłość brzucha (osobliwie u pierwiastek) i szczególną poruszalność macicy, tak iż się daje przerzucać z wielką łatwością z jednej strony na drugą; kiedy zachodzą poprzeczne położenia i w ogóle wysokie stanowisko przodującej części płodu u pierwiastek w ostatnim miesiącu ciąży. Do pewności, że zwężenie istnieje rzeczywiście, i o ile możności jak najdokładniejszego wyobrażenia o stopniu zwężenia można przyjść tylko przez dokładne wymierzenie miednicy.

Długość konjugaty prawdziwej da się najpewniej obliczyć z konjugaty ukośnej; z wymiaru *B a u d e l o c q u e'a* możemy się wprawdzie niejednej ważnej rzeczy dowiedzieć o istnieniu zwężenia w ogóle, ale w jakim stopniu zachodzi zwężenie, wymiar ten żadnej nie daje nam wskazówki. Tego rodzaju stanowisko wyrostka kolcowego przy ostatnim kręgu lędźwiowym, że takowy nie leży przynajmniej 1 cal ponad linią łączącą tylne kolce górne, zachodzi tylko przy zwężonej miednicy. Oddalenie między kolcami biodrowymi, znaczne w porównaniu z oddaleniem między grzebieniami biodrowymi, natrafiamy prawie wyłącznie przy krzywicowej miednicy. Nadzwyczaj mała długość wymiaru kolcokolcowego i grzebieniogrzebieniowego musi wzbudzić podejrzenie, że miednica jest także zwężoną w poprzecznym wymiarze. Nie mamy dokładnej metody, za pomocą której moglibyśmy wymierzyć poprzeczne wymiary małej miednicy; z tego powodu zaleca się przy wszystkich miednicach obmacywać palcami boczne ściany miednicy; znaczne skrócenia poprzecznego wymiaru podpadną bez wątpienia wywiczonemu badaczowi. Dokładniej o wielkości tegoż poucza nas właściwy rodzaj mechanizmu porodowego

Podczas porodu muszą prawie wszystkie okoliczności, zbaczające od stanu prawidłowego, wzbudzić w nas podejrzenie, że istnieje

zwężenie miednicy. Już przedwczesny odpływ wody płodowej natrafiamy częściej przy wąskiej miednicy; z nieprawidłowych zaś położeń dziecka i mianowicie z wypadnięcia pewiny możemy przypuszczać zwężenie miednicy; szczególnie u pierwiastek są bardzo podejrzane te okoliczności. Również, mianowicie u pierwiastek, dość pewną wskazówką, że w przestworach miednicy niepomyślny zachodzi stosunek, jest wysokie stanowisko główki, chociaż bóle porodowe działały już silnie i rozszerzyły się usta maciczne. Te wszystkie okoliczności mają szczególniejszą ważność z tego powodu, że skłaniają nas do dokładnego zbadania miednicy, nie są jednakże żadnym dowodem stopnia zwężenia. Stopień skrócenia rozpoznajemy z wymierzania konjugaty ukośnej. Daleko trudniejszym jest wśród porodu rozpoznanie wymiaru poprzecznego. Wymierzyć go z zupełną dokładnością jest niepodobnym, ale mechanizm porodowy jest bardzo ważną wskazówką do utworzenia sobie wyobrażenia o jego wielkości. Jeśli przy miednicy, której zwężenie w konjugacie stwierdzono przez mierzenie, główka ustawia się w wejściu miednicy z głęboko opuszczonym ciemieniem małym, to z stawienia tego można z wielkim prawdopodobieństwem wnosić o ogólnym zwężeniu miednicy, i odwrotnie, kiedy wielkie ciemień stoi nisko, wnosić że poprzeczny wymiar miednicy posiada przynajmniej w przybliżeniu prawidłową wielkość. Jeśli głęboko ustawione ciemień małe zwraca się wcześniej ku przodowi, to miednica jest zwężona dosyć jednostajnie; skoro zaś główka stoi długo poprzecznie, to przeważa skrócenie w prostym wymiarze.

g. Skutki i zejścia dla matki oraz dziecka przy zwężonej miednicy.

Rokowanie przy wąskiej miednicy zależy w większej części od stopnia zwężenia, chociaż także leczenie wywiera pod tym względem wpływ niemały. Rozróżniać należy ściśle rokowanie dla matki od rokowania dla dziecka.

Gdy miednica jest zwężona w średnim stopniu, to rokowanie jest w ogóle dla matki pomyslniejsze, aniżeli dla dziecka; gdy zwężenie jest znacznym, to bywa ono w równym stosunku niekorzystne tak dla jednego, jak i dla drugiego; przy bezwzględnej zaś zwężeniu jest rokowanie dla matki bardzo niepomyślne, dla dziecka zaś, dla którego bez leczenia jest ono bezwzględnie niepomyślnym, staje się pomyslnym przez stosowną pomoc sztuczną (cięcie cesarskie)

Zastanówmy się najpierw nieco bliżej nad skutkami dla matki. Największém niebezpieczeństwem dla matki przy zwężeniu miednicy bywają ugniecenia części miękkich. Przycém ważną nader jest rzeczą wiedzieć, że szybko przemijający, chociaż bardzo silny nacisk nie wywołuje martwiny (*mortificatio*) w częściach miękkich, gdy tymczasem najzgubniejsze za sobą może pociągnąć skutki ciśnienie daleko mniejsze, ale działające bezprzestannie. Jest to przyczyna, dla której położenia miednicze i poprzeczne stósownie leczone, nie tak łatwo stają się zgubnemi dla matki, z położzeń zaś czaszkowych mogą wyznaczyć znaczne obrażenia. Wprawdzie gdy stósunek w przestworach miednicy jest nieznacznie niepomyślnym, osobliwie, kiedy bóle porodowe działają silnie, przechodzi główka przez miednicę z taką szybkością, że części miękkie matki albo wcale nie uraża, albo też mało co; skoro jednakże zwężenie wyższego dosięgło stopnia, wzrasta niebezpieczeństwo dla matki. W razach takich główka wepchnięta pomiędzy spojenie łonowe, a wzgórek krzyżowy ugniata znajdujące się tutaj miękkie części matki już to w mniejszym, już to w większym stopniu.

Skutki takiego ugniecenia objawiają się niekiedy tylko miejscowém zapaleniem, kończącém się pomyślnie; jednakże ugniecenie tego rodzaju może skutkiem zgorzeli i wessania rozpadłych pierwiastków organicznych doprowadzić do cierpień, znanych pod nazwą gorączki połogowej. Gdy usta maciczne zostały ugniecione w czasie, w którym się jeszcze nie ściagnęły poza główkę, to uwięźnięcie wargi może wytworzyć głębokie rozdarcia, albo przez zmiżdżenie istoty macicznej i otrzewnej może przyjść do przedziurawienia do jamy brzusznej. Jeśli ugnieceniu podległa część tylnéj ściany pęcherzowej, natenczas mogą się pojawić uporczywe zatrzymanie moczu, nieżyłowe lub błonicowe zapalenie pęcherza moczowego, albo nawet przetoki pęcherzowe. W rzadkich wypadkach skutkiem przejścia główki przez miednicę zwężoną rozdziiera się jeden lub kilka stawów miedniczych, a najczęściej podlega takiemu rozdarciu spojenie łonowe.

Uwaga. Ahlfeld ¹⁾ zestawił 21 wypadków rozdarcia się spojenia łonowego, z których się wykazuje, że ono zachodzi najczęściej przy miednicy zmienionej skutkiem mięknięcia kości, i że prawie wyłącznie natrafiamy je

¹⁾ Ueber die Zerreiſsung der Schamfuge während d. Geb. Diss. in Leipzig 1868.

przy położeniach czaszkowych. Wypadek ten pojawia się nie tylko po ciężkich wyciągnięciach za pomocą kleszczy lub kefalotryba, lecz także wcale nie rzadko przy naturalnych porodach. Schroeder spostrzegł raz tego rodzaju wypadek, wywołany przez wyciągnięcie płodu kefalotrybem, przy porodzie nadzwyczaj utrudnionym przez niejednostajnie zwężoną miednicę krzywicową (c. v.: 7,6 etu., d. tr.: 12,6 ctm.) i przez niezwykle silnie rozwinięte dziecko (wazyło ośm funtów po wymóżdzeniu i zgruchotaniu czaszki, było długie 60 ctm.). Matka zmarła w siedm godzin po porodzie. Na rozpoznanie naprowadza ból w okolicy spojenia łonowego, niemożliwość poruszania nóg i śledzenie spojenia łonowego, z którego się da stwierdzić, że się rozchodzą kości łonowe i że jest miejscowe zapalenie. Zazwyczaj zachodzą także zaburzenia ze strony pęcherza moczowego. Rokowanie jest bardzo wątpliwem, mianowicie w tych wypadkach, w których rozdarcie nastąpiło przy niesieniu sztucznej pomocy, a nawet w tych wypadkach, które się zakończyły uleczeniem, trwają wyzdrowiny (*reconvalescentia*) pospolicie bardzo długo i pozostają łatwo trwałe zaburzenia. Zadaniem leczenia jest rozchodzące się końce kości zbliżyć do siebie przez stósownie nałożony pas miedniczy ¹⁾

Prócz tych obrażeń zagrażają matce wszystkie zajścia, jakie za sobą pociągają przedłużone porody. Poród trwający jeszcze długo po upływie wody płodowej wywołuje zapalenie wnętrza macicy i samego mięszu, gorączkę i skutkiem wyniszczenia sił może nawet śmierć sprowadzić. Gdy bóle porodowe są nader silne i przeszkoda porodowa nie daje się przezwyciężyć, to może się macica rozedrzeć.

Nadto nie należy zapomnieć, że dla matki mogą spowodować wielkie niebezpieczeństwo operacje, które trzeba przedsięwziąć z powodu zwężonej miednicy. Najniebezpieczniejszem jest cięcie cesarskie, potrzebne przy bezwzględnie zwężeniu miednicy: przedziurawienie czaszki samo nie grozi matce żadnem niebezpieczeństwem; również nieszkodliwym jest obrót, jeśli go się wykona dosyć wczesnie, chociaż przy zaniedbanych położeniach poprzecznych może spowodować zapalenie macicy przez operacją, w takim razie gwałtowną, albo nawet przyspieszyć grożące już rozdarcie się macicy. Kleszcze nierozważnie zastosowane mogą jak najgorsze pociągnąć za sobą skutki, nie spowodują zaś żadnej szkody w ręku doświadczonego akuszerza, który zna granice, w jakich je należy zastosować.

¹⁾ Zob. jeszcze Gmelin, Ueber Krankheiten d. Symphyse etc. Diss. in. Tübingen 1854; Ercole Galvagni, Schmidts Jahrb. 1869. t. 141. p. 52; Fodéré, des arthrites pelv. etc. Thèse Paris 1869; Winkel, Pathol. u. Ther. d. Wochenbettes. Berlin 1869. p. 427 i Duchène, de la rupture des symphyses du bassin etc. Thèse. Strasbourg. 1869.

Tak położenia miednicze jak poprzeczne nie stwarzają dla matki żadnego niebezpieczeństwa, jeśli odpowiednią jest pomoc sztuczna i miednica nie jest zbyt wąską. W pierwszych miękkie pośladki nie sprawiają żadnych ugnieceń, a jeśli główki idącej na ostatku nie wydała bóle porodowe, to wydobywa się ją sztuczną pomocą, tak szybko, że nacisk trwa za krótko, aby mógł pozostawić zgubne skutki. Jak nieszczęsnymi zaś mogą być dla matki położenia poprzeczne, tak nieszkodliwymi są dla niej, jeśli się je rozpozna wcześniej i odpowiednie zastosuje leczenie.

Nie mniej wielkiego znaczenia są skutki, jakie powoduje wąska miednica odnośnie do dziecka.

Nie obojętną rzeczą dla dziecka jest już dłuższe trwanie porodu, które prawie regularnie zachodzi z powodu niepomyślnego stosunku w przestworach. Przy każdym porodzie może dziecko popaść w niebezpieczeństwo skutkiem okoliczności, których nawet patologicznymi nie można nazwać, jak przypadkowe położenie pępowiny w miejscu, w którym jest wystawiona na ciśnienie; im dłużej trwa poród, tym też dłużej stosownie do tego pozostaje dziecko w niebezpieczeństwie, i możliwość niepomyślnego zejścia wzrasta znacznie dla dziecka, gdy przy zwężonej miednicy jeszcze po pęknięciu pęcherza płodowego przeciąga się poród długo. Wprawdzie nie odpywa nigdy wszystka woda płodowa, nawet gdy dolny odcinek macicy nie obejmuje ściśle główki, lecz, jeśli przez nieostrożne badanie nie przyczynimy się do tego, że się do jamy macicznej dostanie znaczna ilość powietrza, ciśnienie atmosfery sprawia, że pozostaje w macicy woda, która płodowi nadaje zupełnie postać owalną, która więc wypełnia zatoki pomiędzy pojedyńczymi częściami dziecka; jednakże silniejsze bóle porodowe, jakie przy zwężonej miednicy są potrzebne dla przejścia główki, bywają po pęknięciu pęcherza płodowego i odpłynięciu większej części wody płodowej niebezpieczne dla dziecka pod dwójakim względem. Najprzód bowiem następstwem mocnych, tylko krótkimi przestankami przerywanych bólów porodowych, jest wydalenie krwi z maczynych naczyń, które wśród bólów porodowych podlegają znacznie podwyższonemu ciśnieniu, i to nigdy w kierunku ku łożysku, lecz ku brzusznyom naczyniom matki, ponieważ zawartość macicy znajduje się pod tym samym ciśnieniem, co ściana maciczna. Tym sposobem utrudnia się wymiana pomiędzy krwią macierzystą a płodową, i następstwem spowodowanego tym sposobem przepelnienia krwi płodowej kwasem węglanym, jest drażnienie nerwu błędnego, która to znowu okoliczność zmniejsza częstość tętna płodowego

i sprawia więc także, że krew płodowa ubożeje w tlen. Tym sposobem silne, krótko po sobie następujące bóle porodowe mogą sprawić, że się w wysokim stopniu krew płodowa przepełnia kwasem węglanym i wytwarza się zamartwica (*asphyxia*), a nawet mogą spowodować śródmaciczną śmierć płodu. Po drugie skutkiem znacznych skurczów macicy może się łożysko albo częściowo albo zupełnie odzielić, a takie przedwczesne odklejenie się łożyska zachodzi tém łatwiej, gdy się po odpłynięciu wody płodowej zmniejsza znacznie macica i wraz z nią miejsce przyczepu łożyskowego. Są to okoliczności dla dziecka niepomyślne, które się mogą pojawić także przy prawidłowej miednicy, które jednakże zachodzą przeważnie często przy wąskiej miednicy dla tego, że się poród opóźnia dla niepomyślnego stósunku i że się zwiększa czynność porodowa.

Inną okolicznością dla dziecka nader niepomyślną jest wypadnięcie pępowiny. Właśnie przy wąskiej miednicy zachodzi ono bardzo często, ponieważ przy prawidłowej miednicy rozszerzające się usta maciczne otaczają zazwyczaj główkę szczelnie, przez co się zapobiega przodowaniu pępowiny, a po pęknięciu pęcherza płodowego jej wypadnięciu. Przy wąskiej jednakże miednicy stoi główka długi czas wysoko, tak iż się usta rozszerzają tylko przez napierający pęcherz płodowy, a pomiędzy główką i ustami macicznymi pozostaje w pęcherzu dosyć miejsca, aby pępowina mogła przodować. Jeżeli tedy pęknie pęcherz płodowy w czasie, kiedy główka stoi jeszcze wysoko, to pomiędzy główką i ustami macicznymi powstaje przestwór, przez który pępowina musi prawie koniecznie wypaść, jeśli nie jest za krótką bezwzględnie, albo względnie skutkiem owinięcia lub zawieszenia się na jakiej części płodu. Każde zaś wypadnięcie pępowiny jest dla dziecka niebezpieczne; co więcej, gdy się z zwięzieniem miednicy wikła wypadnięcie pępowiny, życie dziecka jest zazwyczaj stracone, jeśli się nie wkroczy z stósowną pomocą sztuczną, a nawet przy najstósowniejszej pomocy jest życie dziecka wystawione na wielkie niebezpieczeństwo.

Nawet położenie czaszkowe, nie połączone z niepomyślnymi powikłaniami, które w innych razach najpomyślniejszym bywa dla płodu, przy wąskiej miednicy naraża dziecko na liczne niebezpieczeństwa, których powodem jest w ogóle ta okoliczność, że główka przechodząc przez zwięzione miejsce doznaje mechanicznie obrażeń. Na stronach następnych zastanowimy się w krótkości nad zmianami, którym podlega główka we wąskiej miednicy, jako też nad pływem tychże na życie dziecka.

Znacznej zmiany w postaci swój może główka doznać przez przedgłowie. Przedgłowie, aczkolwiek wysokiego dosięga stopnia, nie naraża dziecka na żadne niebezpieczeństwo, nawet należy je z różnych względów uważać za pomyślne. Przy wysoko stojącej główce wytwarza się przedgłowie tym sposobem, że całe ciało dziecka podlega jednostajnemu ciśnieniu, którego nie masz tylko w miejscu czaszki, leżącym w ustach macicznych. Znaczne więc przedgłowie wytwarza się tylko wtenczas, kiedy przy silnych bólach porodowych usta maciczne przylegają ściśle do czaszki, kiedy główka zaczyna zstępować do wejścia miedniczego, a więc tylko wtenczas, kiedy stósunek w przestworach miednicy nie jest zbyt niepomyślnym. Znaczne przedgłowie działa dalej pomyślnie z tego powodu, że ustala główkę w miejscu miedniczym i że nadaje jej postać klinową, przez co może łatwiej wdrażać się w zwężone miejsce. Ponieważ nadto z przedgłowia da się stawiać pomyślne rokowanie dla życia dziecka, przeto należy przedgłowie uważać za pomyślną pod każdym względem zmianę w postaci czaszki dziecięcej.

Inaczej ma się rzecz z zmianami co do kształtu, jakich w wąskiej miednicy doznaje kostna czaszka ¹⁾. Ponieważ pojedyncze kości w swych połączeniach szwowych dają się przesuwac obok siebie i ponieważ same kości nie są zupełnie niepodatne, przeto posiada czaszka tę właściwość, że pod wpływem bólów porodowych, przypierających ją do matczynych kości miedniczych, może zwolna zmieniać swój kształt i przystosowywać go do postaci wejścia miedniczego. Pierwszym znakiem, jaki wywołuje niepomyślny stósunek w przestworach, jest zachodzenie na siebie pojedynczych kości czaszki w swych szwach. Ponieważ zaś główka w zwężoną konjugatę wstępuje poprzecznym wymiarem, przeto regularnym skutkiem, powodowanym przez zwężoną miednicę, jest skrócenie poprzecznego wymiaru przez to, że kości ciemieniowe w szwie strzałkowym zachodzą na siebie. Pospolicie kość ciemieniowa leżąca od tyłu, a więc ta, która bywa przypieraną do wzgórka krzyżowego, wsuwa się pod kość przednią. Ten rodzaj zachodzenia na siebie kości zdarza się prawie wyłącznie przy ogólnej zwężonej miednicy. przy spłaszczonej zaś miednicy wsuwa się nieraz kość przednia pod tylną kość ciemieniową. W szwie czołowym zachodzą na siebie kości pospolicie w kierunku odwrotnym, jak w szwie

¹⁾ Zob. jeszcze Michaelis, R. Barnes, *Obstetr. Tr.* Vol. VII. p. 171; Olshausen, *Volkmanns Samml. klin. Vorträge*, Leipzig 1870. Nr. 8 i Litzmann, tamże Nr. 23. p. 190.

strzałkowym, potylicą zaś wsuwa się w szwach potylicowych (*s. lambdoidea*) prawie regularnie pod kości ciemieniowe.

To zachodzenie na siebie kości w swych szwach należy w ogóle uważać także za pomyślną zmianę w kształcie czaszki i w stopniu niezbyt znacznym nie sprawia ono dziecku żadnej szkody, jak się to okazało z licznych doświadczeń; tylko kiedy osiąga wysokiego stopnia, mogą się rozedrzeć zatoki leżące pod szwami i krew wylać się na zewnątrz pod osłonę czaszki, albo na wewnątrz na powierzchnię mózgu.

Dalsza zmiana w kształcie czaszki może się wytworzyć z powodu giętkiej jeszcze postaci pojedynczych kości. Przy płaskiej miednicy doznaje skutkiem ciśnienia wzgórka krzyżowego zazwyczaj spłaszczenia kość ciemieniowa, leżąca od tyłu, wypukłość zaś kości ciemieniowej, zwróconej ku przodowi, zwiększa się, skoro czaszka zstąpiła częściowo do miednicy, tak iż w wydatniejszych wypadkach otrzymuje czaszka na pierwsze wejście nadzwyczaj asymetryczną postać (zob. fig. 31). Kość czołowa, leżąca ku tyłowi, która przez wgórek krzyżowy przechodzi tylko w razach wyjątkowych, doznaje tylko rzadko spłaszczenia, najczęściej jeszcze przy ogólnie zwężonej miednicy.

Współ z spłaszczeniem kości zachodzą bardzo często drobniejsze rozdzielania ich ciągłości: od obwodu bowiem kości ku ich punktowi kostnienia przebiegają szpary, które w większej części wypadków nie pociągają za sobą żadnej szkody. Tego rodzaju szpary należą już do rzeczywistych obrażeń czaszki, które przy wąskiej miednicy nie są rzadkie ani na kościach, ani na częściach miękkich.

W miękkich częściach powstają one skutkiem długotrwałego ucisku z strony wzgórka krzyżowego lub spojenia łonowego, wytwarzają się zaś tylko, gdy ucisk trwał dłuży czas; dla tego też nie spotykamy ich nigdy na głowce idącej na ostatku, która szybko przechodzi przez miednicę, nawet kiedy ucisk był bardzo znacznym. Wgórek krzyżowy stanowi kostną część, która najwięcej wystaje do miednicy i dla tego sprawia najczęściej tak zwane oznaki odciśnięte. Przy ogólnie zwężonej miednicy zachodzą one tylko w nader rzadkich wypadkach, najczęściej znajdują się przy płaskiej miednicy i to na tej kości ciemieniowej, która podczas porodu była zwrócona ku tyłowi. Pospolicie ciągną się od wielkiego ciemienia wzdłuż szwu wieńcowego (*s. coronalis*), czasem, gdy poprzeczny wymiar jest nieco wąski, zwracają się więcej w kierunku ku uchu. Rzadko siedzą w bliskości guza kości ciemieniowej, albo na kości czołowej obok szwu wieńcowego. W większej liczbie wypadków znajdujemy tylko zaczerwienione pręgi, które blednieją już w kilka godzin po porodzie;

w innych razach są zasinione niebieskawo, naskórek oddziela się i rozwija się dłużej trwające zapalenie skóry; niekiedy pod wpływem ciśnienia podlega martwinie także pokrywa czaszki w rozmaitej głębokości. Natenczas natrafiamy ograniczone czarne miejsce otoczone obwódka zapalną. W następnych dniach odpada strup w rozmaitej głębokości, dosięgając niekiedy aż samęj kości i utrata istoty goi się przez ropienie. Te obrażenia są dla dziecka niebezpieczne tylko w razach wyjątkowych, szczególnie zaś ważne są one dla rozpoznania mechanizmu porodowego. Jeśli jest tylko jedno miejsce odcisnięte, to pochodzi ono prawie zawsze od wzgórka krzyżowego i od spojenia łonowego, albo przynajmniej od miejsca przedniej ściany miedniczej, leżącego w bliskości spojenia łonowego.

Pod względem rokowania są dla dziecka daleko ważniejsze obrażenia kości czaszkowych. Z tych napotykamy najczęściej rynienkowate wgnięcia brzegu kości ciemieniowej, leżącego przy szwie wieńcowym. Takowe znajdujemy w mniejszym stopniu bardzo często, tak iż gdy kości ciemieniowej brzeg wystaje nieco ponad szew wieńcowy, miejsce leżące tuż przy tym brzegu doznało widocznego wgnięcia; rzadko kiedy dochodzą do tego stopnia, że się w rynienkę da włożyć prawie palec. Po największej części kość ugina się tylko zwyczajnie, rzadziej zaś załamuje się (*infractio*) formalnie. Wygięcie to samo przez się nie jest niebezpiecznym; gorszem staje się szczególnie przez to, że się wikła z niem często rozdzielenie szwu łuskowego (*s. squamosa*), o czém pomówimy później.

Niebezpieczniejszemi dla życia dziecka są tak zwane łyżkowate wgnięcia kości czaszkowych. Takowe znajdują się na kości czołowej i ciemieniowej pomiędzy guzem, wielkiem ciemieniem i szwem wieńcowym. Tworzą one głębokie wtłoczenia (*impressio*) kości, tak iż wysokość guza tworzy najsromiej spadający brzeg dołka. W tym dołku w miejscu załamania się kości wytwarzają się regularnie krwa wiaki nagłówne (t. j. wylewy krwawe pomiędzy kością a przyczasnią (*epicranium*)—*cephalhaematoma*), które zresztą zachodzą zwyczajnie przy wszystkich pozostałych obrażeniach czaszki. Kąt obrażonej kości, zwrócony ku wielkiemu ciemieniowi, unosi się przytém mocno ku górze, a w obwodzie w kierunku ku szwom widać zwykle jedną lub kilka szpar. Na kości czołowej zachodzą te zagięcia samodzielnie tylko rzadko; najeczęściej bywają tutaj ich przyczyną kleszcze, gdy je źle nakładając i gwałtownie zastosowując wyciągamy kość czołową gwałtem obok wzgórka krzyżowego. Na kości ciemieniowej wytwarza je nie tak bardzo rzadko sama siła bólów poro-

dowych; ale daleko częściej także kleszcze albo gwałtowne wyciąganie na ostatku rodzącej się główki, najczęściej, gdy czaszka jest twarda i niepodatna. Rokowanie tych wgięć jest bardzo niepewnym, chociaż żadną miarą niebezwzględnie niepomyślnym. W 65 wypadkach łyżkowatych wgięć urodziło się nieżywych lub umierających już dzieci 22 (34%), 10 (15,4%) umarło wkrótce po urodzeniu się skutkiem skałeczenia, a 33 (50,8%), dopóki o nich była wiadomość, pozostało przy życiu i zdrowie ich zdawało się niczem nie być zaburzone. W ostatnim wypadku może się wgięcie powoli wyrównać, częściej jednakże pozostaje na czole jako mało widoczne znamię niebezpieczeństw połączonych z porodem ¹⁾.

Z innych jeszcze skałeczeń dziecięcej czaszki posiada wielkie znaczenie rozdzielenie kości ciemieniowej i skroniowej w szwie łuskowym. Może ono zajść przy przodującej główce, pojawia się jednakże częściej, gdy się główka rodzi na ostatku. Obie kości znajdujemy oddzielone od siebie, bardzo rzadko tym sposobem, że kość ciemieniowa stoi zewnątrz ponad kością skroniową; pospolicie zaś tak, że obie leżą na jednej płaszczyźnie, ale między nimi znajduje się większa szczelina wypełniona tylko twardą błoną mózgową. Przez rozdarcie i krwawienie zatoki kończy się bardzo często śmiercią tego rodzaju obrażenie, ponieważ krwotok ma miejsce w bliskości podstawy czaszkowej.

Jeszcze niebezpieczniejszym dla miejsca swego jest szczególny rodzaj oddzielenia się końców stawowych kości potylicowej. Przez zgniecenie łuski kości potylicowej z boków odrywają się części kłykciowe (*partes condyloideae*) rzadziej zapewne przy przodującej główce (zazwyczaj przy czaszce zgniecionej kefalotrybem), a częściej przy główce rodzącej się na ostatku. W większej bez wątpienia liczbie wypadków łączy się z tém oderwaniem krwotok do jamy czaszkowej, który się kończy śmiercią, ponieważ ma miejsce bezpośrednio przy rdzeniu przedłużonym (*med. oblongata*).

Schroeder ²⁾ widział przy dwojgu niedonoszonych dzieciach, że skutkiem bardzo trudnego wyciągnięcia płodu wystąpiły poprzeczne złamy w łusce kości potylicowej na tém miejscu, gdzie w stó-

¹⁾ Zob. Köhler, Intrauterine Schädelimpressionen, Diss. in. Berlin 1869 i Hoffmann, Ueber löffelförmige Schädelimpress. bei Neugeb. Diss. in. Halle 1869.

²⁾ Schwang. Geb. u. Wochenbett. Bonn. 1867. p. 125.

sunkach prawidłowych *suturæ mendosæ* dzielą łuskę. Ten poprzeczny złam zachodzi bez wątpienia najczęściej wtenczas, kiedy *suturæ mendosæ* z obu stron sięgają głęboko w kość. (U Peruanów trwa zupełny przedział jeszcze w pierwszych miesiącach po porodzie, dla czego to górną kość nazywają także *os incaæ*).

Poznaliśmy tedy liczne obrażenia czaszki jużto mniej, już więcej niebezpieczne. W ogóle należy tu powiedzieć jeszcze, że niezbyt znaczne krwotoki na powierzchnią mózgu znoszą osoby po największej części dość dobrze, i że tylko wtedy są bezwarunkowo niebezpiecznemi, gdy siedzą w bliskości podstawy czaszkowej. Z drugiej znowu strony może płodowi zadać śmierć podczas porodu sam tylko ucisk mózgu bez wszystkich namacalnych zmian.

Nad skutkami, jakie za sobą pociągają rozmaite rodzaje sztucznej pomocy dla dziecka, zastanowimy się później mówiąc o leczeniu zwężonej miednicy.

Niebezpieczeństwo grożące dziecku z powodu wązkiej miednicy jest najmniejsze przy pierwszych porodach i wzrasta tak znacznie z liczbą przebytych porodów, że gdy przy pierwszych trzech rozwiązaniach rodzi się jeszcze raz tyle dzieci żywych co nieżywych, przy trzech porodach następnych stósunek ten bywa prawie pięć razy niepomysłniejszym (Michaelis). Przyczyną takiego niepomysłnego rezultatu jest owo tak częste osłabnienie bólów porodowych, nastające po ciężkich lub częstych porodach, i ztąd wynikłe nieprawidłowe położenia dziecka, a z drugiej strony ta okoliczność, że poprzeczny wymiar główki dziecięcej powiększa się znacznie w miarę wzrostu wieku matki i liczby porodów przez nią odbytych.

h. Leczenie zwężonej miednicy.

Po dziś dzień lekarze dbają bardzo mało o to, aby zapobiegać powstawaniu wązkiej miednicy, a przecież zasługuje ono ze wszech miar na uwagę domowego lekarza, ponieważ nie ulega wątpiwości, że chociaż kierując stósownie małemi dziewczętami niepodobna zupełnie usunąć zmiany w miednicy, to jednakże można je ograniczyć na mniejszą skalę. Ponieważ zwężenie w konjugacie wytwarza się przez nacisk ciężaru tułowia, który wpycha wzgórek krzyżowy do miednicy, przeto powinniśmy się o to starać, aby okoliczność ta jak najmniej rozwinąć mogła działalności, zakazując siedzieć prosto, stać i chodzić.

Również dałoby się zapewne nieco ograniczyć wytwarzanie się zwyczajnej miednicy płaskiej, jeśli się na to zwróci uwagę, aby młode dziewczęta prosto nie siedziały zawczasie i zbyt długo, i jeśli się staramy, aby przed zupełnym wykształceniem miednicy tułów nie był zbyt często i zbyt mocno przeciążanym.

Skoro się zaś wytworzyła już wążka miednica, to na leczenie wpływa przeważnie stopień niepomyślnego stósunku w przestworach miednicy. Niestety podczas porodu nie można tego stopnia nigdy stwierdzić z zupełną pewnością. Chociażby bowiem wymierzanie miednicy wypadło zupełnie dokładnie, to jednakże jest niepodobieństwem na pewno oznaczyć, jak wielką jest główka rodzącego się dziecka. Chociaż się więc wymierzyło miednicę jak najdokładniej, to jednakże jesteśmy obowiązani podczas porodu zawsze uważać pilnie na jego przebieg, abyśmy w dotyczącym wypadku zdołali należycie ocenić zagrażające trudności.

Kiedy zwężenie miednicy jest małoznaczne, kiedy więc przy płaskiej miednicy konjugata wynosi nad $9\frac{1}{2}$ ctm. i przy ogólnie zwężonej nad $9\frac{3}{4}$ ctm. (zob. str. 329), to w ogóle nie potrzeba tak samo żadnego leczenia, jak przy prawidłowej miednicy, a przy innych nieprawidłowościach, a więc mianowicie przy anormalnych położeniach dziecka nie wpływają bynajmniej na leczenie takie małoznaczne zwężenia miednicy. Tego rodzaju miednice budzą interes zazwyczaj tylko dla charakterystycznego mechanizmu porodowego, dającego się przytęm dostrzedz, jednakże trzeba zawsze mieć w pamięci, że przy tych miednicach wyjątkowo wielka główka może z małoznacznego zwężenia sprawić w przestworach miednicy stósunek niepomyślny w wysokim stopniu.

Pod względem praktyki jest najważniejszém leczenie w tych wypadkach, w których długość konjugaty prawdziwej wynosi $6\frac{1}{2}$ do $9\frac{1}{2}$ ctm.

Zastanówmy się najpierw nad leczeniem, jakieby mogło być potrzebném przy położeniu czaszkowém.

Jeśli przoduje czaszka, to w takim razie, gdy zwężenie wynosi nie wiele mniej jak $9\frac{1}{2}$ ctm., poród przebiega zwykle tym sposobem, że główka wstępuje w wejście miednicze w stawieniu opisaném na str. 355, że przy ustach macicznych mało jeszcze rozwartych dostaje się do wejścia miednicy, kości zaś zachodzą na siebie i wytwarza się przedgłowie, i że wreszcie po zupełnym zrównaniu się ust macicznych bywa przepchnięta przez miednicę. W takich wypadkach matka nie

doznaje zazwyczaj żadnej szkody, a dzieci rodzą się także po największej części czerstwemi. Wprawdzie wyjątkowo, nawet przy pospiesznym przebiegu porodu, mogą one doznać śmiertelnych obrażeń skutkiem mocnego nacisku na czaszkę, jednakże zazwyczaj kończy się poród takim sposobem pomyślnie dla matki i dziecka, tak iż nie potrzeba żadnego leczenia i akuszerowi pozostaje tylko ograniczyć się na badaniu, w jakim rodzaju i sposobie przechodzi główka, i na oglądaniu samego porodu ¹⁾.

W innych wypadkach, gdy się usta maciczne nie rozszerzyły jeszcze dostatecznie, główka zstępuje wprawdzie do wejścia miednicy i ustala się tutaj, usta zaś maciczne rozszerzają się dalej, ale zupełne przejście główki znacznie się opóźnia.

Również w takim wypadku można się zachować wyczekująco, dopóki zezwala na to stan matki. Gdyby słabnące tony sercowe płodu miały zapowiadać, że mu grozi niebezpieczeństwo, a usta maciczne rozszerzyły się dostatecznie, to wtedy należy spróbować, czy się nie da wykonać obrót; gdy atoli główka jest utwierdzona, jak to z góry przyjęliśmy, to obrót nie może się udać bez odurzenia rodzącej chloroformem, a czynność ta zabierze tyle czasu, że obrócenie nie może nic pomódz dziecku znajdującemu się już w zamartwicy. Ponieważ w razach takich z przyczyn, które wyjaśnimy później, nie da się także zastosować kleszczy, przeto pospolicie jesteśmy zmuszeni dziecku spokojnie dać zemrzeć i stwierdziwszy śmierć jego ułatwić matce poród przez przedziurawienie czaszki. Skoro jednakże dłuższe trwanie porodu wzbudza obawę o zdrowie matki, to należy pomyśleć o tém, ażeby poród skrócić pomocą sztuczną. W takich razach, skoro usta maciczne są dostatecznie rozszerzone, powinno się zawsze próbować, czy się po zachlorotormowaniu rodzącej nie uda główki zepchnąć nieco ku bokowi i potem płód obrócić i wyciągnąć. Oględna pod tym względem próba nie szkodzi nigdy, udaje się jeszcze często w tych razach, w których główka zdawała się zupełnie mocno ustaloną, i stanowi jak najlepsze rokowanie dla matki i dziecka. Z tą próbą jednakże nie godzi się ociągać tak długo, aż matka popadnie w widoczne niebezpieczeństwo życia, lecz należy ją wykonać wtenczas, kiedy dla trwającego już dość długo porodu trzeba się obawiać ugięcień miękkich części matki, chociaż jeszcze nie dadzą się wyra-

1) Zob. Osterloh, Arch. f. Gyn. IV. p. 520.

źnie dowieść objawy tego ugniecenia. Jeśli się nie powiedzie wykonanie obrotu, to główka jest tak silnie wparta w zwężone miejsce, że silne bóle porodowe przepchną ją zazwyczaj tak daleko, iż ją można zachwycić kleszczami i wydobyć. Z tego powodu, przekonawszy się o niemożliwości obrotu, należy jeszcze oczekiwać dalej działania bólów porodowych. Pospolicie przepychają one w takich razach główkę w nie zbyt długim czasie.

Niekiedy jednakże pozostaje główka mocno wklonowaną w zwężonym miejscu i występują objawy, które nakazują koniecznie zakończyć poród w interesie matki. Te objawy pochodzą albo od miejscowych ugnieceń, których doznają części miękkie pomiędzy główką a miednicą, i od wynikłego ztąd zapalenia, albo mają swe źródło w osłabieniu rodzącej skutkiem bezprzeznacznych wysileń. (Obawiać się grożącego pęknięcia macicy można się niestety tylko rzadko, ponieważ takowe pospolicie nastaje całkiem niespodzianie, a nadto nie zachodzi wcale mimo najsilniejszych skurczów macicy). Jeśli tedy pochwa jest suchą i podbrzusze bardzo bolesne za dotknięciem, jeśli matka gorączkuje i zesłabła znacznie, to wszystkie inne względy trzeba odrzucić, a zająć się jedynie ratowaniem matki. Jeślibyśmy bowiem jeszcze w tym czasie chcieli wyczekiwać, aż tętno matczyne stanie się częstszem i przytęm słabem, i aż ją zupełnie opuszczą siły, to matka na pewno umiera a dziecka nie można prawie nigdy ocalić. W takich wypadkach celem ukończenia porodu nie pozostaje nam nic innego, jak przedziurawić czaszkę dziecka.

Pospolicie zalecają w takich razach nałożyć kleszcze, aby przez nie uratować matkę i dziecko; ale zamiar ten da się urzeczywistnić bez wątpienia tylko w nader wyjątkowych wypadkach, nierzadko zaś taką sztuczczą pomocą przyprawia się o śmierć matkę i dziecko.

W tego rodzaju wypadkach nie zaleca się zastosoowywać kleszczy. Główka bowiem zstępuje szwem strzałkowym w poprzeczny wymiar zwężonej miednicy; ponieważ zaś kleszcze dają się na wysoko stojącą główkę nałożyć tylko w wymiarze poprzecznym miednicy, przeto muszą zachwycić główkę za czoło i potylicę, a więc w położeniu wadliwem, w którym jak dołem rękojeści, tak górą końce łyżek odstawają mocno od siebie na niekorzyść matki i w którym łatwo się zsuwają. W ten sposób leżące kleszcze uciskają nadto równocześnie główkę w kierunku jój prostego wymiaru, skutkiem czego zwiększa się ciśnienie na ugnieczone już i tak miękkie części matki, leżące pomiędzy główką z jednej, a wzgórkami krzyżo-

wym i spojeniem łonowém z drugiej strony. Jest więc rzeczą jasną, że się tym sposobem utrudnia jeszcze więcej przejście główki przez zwężone miejsce. Używając tedy kleszczy działa się zupełnie przeciw pomyślnemu wpływowi bólów porodowych, które główkę przystósowują do postaci wejścia miedniczego, które ją przedłużają w prostym wymiarze, a skracają w poprzecznym. Jednakże nie należy powątpiewać, żeby się główka przez silne pociąganie kleszczami nie miała dać przeciągnąć przez zwężone miejsce, mianowicie gdy bóle porodowe działają mocno i gdy niepomyślny stosunek nie jest zbyt znacznym. Skutek jednakże dla czaszki dziecięcej zewsząd ścisłanej będzie zawsze nieszczęśliwym, jeśli bóle porodowe nie działają prawie wszystkiego, a ugniecenie miękkich części matki dosięgnie daleko wyższego stopnia. Z tego powodu przestregamy początkującego akuszerza jak najusilniej, ażeby sobie nie obiecywał żadnego ratunku po kleszczach, kiedy główka stoi wysoko w zwężonym wejściu miedniczym. Dopóki się główka nie ustaliła jeszcze tak mocno w miednicy, że się po zachloroformowaniu da jeszcze przesunąć obok niej ręką, natenczas wskazanym jest obrót płodu; jeśli to jest niemożliwem, to może umiejętny akuszer nałożyć kleszcze i starać się za pomocą umiarkowanych choć silnych pociągań przedostać zupełnie główkę, już częściowo stojącą w wąziem miejscu miednicy. Gdy się to nie uda, będzie on umiał w stosownym czasie odłożyć znowu kleszcze; początkujący zaś lekarz, gdy główka nie postępuje, gdy się ze strachu potem zaczyna zalewać, gdy się obawia zawstydzienia przed przytomnemi osobami, ciągnie coraz mocniej i w końcu z taką siłą, że z nieszkodliwych kleszczy czaszkowych czyni jedno z największych niebezpiecznych narzędzi. Przy zwężonej miednicy wolno kleszczy dopiero wtenczas użyć, kiedy siły naturalne przeszkodę zupełnie przewyciężyły, albo przynajmniej prawie zupełnie. W takim razie wydają wprawdzie w większej części wypadków bóle porodowe główkę dość szybko, wszakże zdarzają się wyjątki, że się bóle porodowe wyczerpnęły przy przepychaniu główki przez zwężone miejsce i że główka pozostaje przez dłuższy czas w jamie miedniczej. Natenczas jest chwila stosowna dla nałożenia kleszczy, natenczas są one narzędziem nieszkodliwem, pomocnem, ale natenczas nie nakładamy ich dla tego, że zwężoną jest miednica, lecz dla osłabienia bólów porodowych.

Jeśli jednakże główka nie przebyła jeszcze wejścia miednicy, i jeśli stan matki nakazuje koniecznie poród zakończyć, natenczas, gdy dziecka nie można obrócić, pozostaje nam tylko ta smutna alter-

natywa, albo dać zemrzeć matce i dziecku, albo życie dziecka, w takich razach zawsze stracone, skrócić za pomocą sztuki, aby przynajmniej uratować matkę, t. j. trzeba wykonać przedziurawienie czaszki dziecięcej. Jeśli jednakże chcemy, aby matka z tej operacji odniosła jaką korzyść, to nie należy jej wykonywać dopóty wtenczas, kiedy się matka znajduje w takim stanie, iż z ukończenia porodu nie może już być dla niej żadnego pożytku, lecz należy ją wykonać wcześniej, kiedy obrażenia maczyny dają jeszcze pomysły rokowanie. Oznaczyć tu należy czas, w którym się z jednej strony ma jeszcze dostateczne widoki ocalenia matki. i w którym się z drugiej strony nie chce zniszczyć życia dziecka, któreby mogło być uratowanem, jest jednym z najtrudniejszych zadań akuszerza. Jedynym środkiem któryby w takich razach mógł zbytecznym uczynić przedziurawienie żyjącego dziecka, jest cięcie cesarskie. Tym heroicznym środkiem możemy ocalić matkę i dziecko, nie mamy jednakże żadnej pewności, że ocalimy choć tylko dziecko. W praktyce ma się stósunkowo rzadko sposobność zastanawiania nad tą operacją, ponieważ bez porównania większa część matek zezwala chętniej na rozkawalenie dziecka. Po przedziurawieniu czaszki trzeba niejaki czas czekać, czy nie wydała główki siły naturalne. Skoro zaś po wymóżdzeniu opóźnia się jej wydalenie i chodzi o spieszne rozwiązanie matki, to trzeba za stosować kefalotryb.

Usta maciczne mogą się także wyrównać przy przodującej główce, chociaż główka nie zstępuje do miednicy. W takim razie większej wagi jest ta okoliczność, czy rodzająca jest pierwiastką czy też mnogorodzącą.

U pierwiastek potrzeba do dostatecznego rozszerzenia ust macicznych tak silnej czynności porodowej, że, gdy się téjże nie uda główki wepchnąć przynajmniej częściowo do wejścia miednicy, nie można wcale przewidzieć, jak długo trwać będzie poród i jakie niebezpieczeństwa sprowadzi poród pozostawiony naturalnemu przebiegowi. Jeśli zatem u pierwiastek, gdy usta maciczne są dostatecznie rozwarłe, główka stoi jeszcze ruchoma ponad wejściem miednicy, jeśli tedy bóle porodowe, dość silne aby się u pierwiastek rozszerzyły należyście usta maciczne, nie zdołały dotąd główki ustalić w wejściu miedniczym, natenczas uzasadnionem jest przy puszczeniu, że przy dalszym naturalnym przebiegu porodowym w pomysłnym razie główka zostanie przepchniętą przez zwężone miejsce tylko pod wpływem tak wytrzymujących i tak silnych bólów porodowych, że się dziecko dostanie w jak największe niebezpieczeństwo i że główka będzie prze-

chodzić tak wolno przez miednicę, iż się nie da uniknąć znacznych ugnieceń w miękkich częściach matki. Z tego powodu jest w takich razach koniecznym dla nas wskazaniem zastosować środki sztuczne, i to w czasie, w którym nie wystąpiły jeszcze owe niebezpieczne objawy. Ponieważ zaś w wypadkach, w których usta maciczne są dostatecznie rozszerzone i główka jest ruchoma, obrócenie płodu nie sprawia żadnych trudności i niebezpieczeństw, i ponieważ wyciągnięcie na ostatku idącej główki łatwiejszem jest z jednej strony, aniżeli przejście przodującej główki, a z drugiej strony dla szybkiego przejścia przez zwężone miejsce najpomyślniejsze dla matki i nie mniej pomyślniejsze dla dziecka, aniżeli przejście przodującej główki, przeto przy powyższym stanowisku porodu wskazanym jest natychmiast obrót płodu i wyciągnięcie jego ile możności jeszcze przed pęknięciem pęcherza płodowego. Że matka daleko lepiej na tém wyjdzie, jeśli się jeszcze dłużej będzie czekać, jest rzeczą wątpliwą, a że się tym sposobem nie pogarsza rokowania dla dziecka, okazały z największą pewnością najnowsze doświadczenia. Inaczej ma się rzecz, gdy u mnogorodzącej z nienaruszonym dotąd pęcherzem płodowym główka znajduje się jeszcze ruchoma ponad wejściem miednicy i przytém usta maciczne są rozwarte w dostatecznej mierze. U mnogorodzących bowiem zacierają się usta maciczne nieraz już po bardzo małej czynności bólów porodowych, tak iż o dalszym przebiegu porodowym nie możemy żadnego pewnego wyprowadzić wniosku z téj okoliczności, że bóle porodowe, które rozszerzyły usta maciczne, nie zdołały jeszcze ustalić główki. Przy miernie zwężonej miednicy zdarza się dość często, że główka stoi wysoko aż do pęknięcia pęcherza i że po rozdarciu się tegoż pod wpływem silnego bólu porodowego przechodzi szybko przez zwężone miejsce i wkrótce się rodzi. Z tego powodu, gdy się z wymierzenia miednicy i z przebiegu dawniejszych porodów wykazało, że miednica nie jest zbyt zwężona, możemy u mnogorodzących wyczekiwać niejaki czas także po dostatecznym rozszerzeniu się ust macicznych, mianowicie dopóki pęcherz płodowy jest w całości. Jeśli pęcherz płodowy pęka i główka nie zstępuje krótko potem do miednicy, to obrót zawsze będziemy mogli wykonać jeszcze wśród pomyślnych okoliczności, chociaż w każdym razie nie tak pomyślnych jak poprzednio. Jednakże i w takim położeniu nie należy się zbyt długo ociągać z obrotem, ponieważ się nigdy dokładnie nie zna wielkości główki dziecięcej, która znacznie wpływa na niepomyślny stosunek w przestworach miednicy, i ponieważ może się okazać potrzebnym przedziurawienie żyjącego dziecka, gdy się głów-

wka ustaliła w wejściu miedniczym i minął już czas do obrotu. Jeśli zaś wykazał przebieg dawniejszych porodów, że średnio wielkie dzieci przeszły przez dotyczącą miednicę tylko wśród nadzwyczajnych trudności i niebezpieczeństw, to z powodów wyżej wyliczonych należy jak najwcześniej obrót wykonać. Tym sposobem otrzymujemy dla matki rozwiązanie w każdym razie wolne od niebezpieczeństwa, dla dziecka zaś może lepszy, a zawsze nie gorszy rezultat, jak gdybyśmy się zachowywali wyczekująco.

Simpson wyłożył bardzo trafnie powody, dla których główka idąca na ostatku przechodzi daleko łatwiej przez zwężoną miednicę. Słusznie zwraca S. na to uwagę, że główka przedstawia stózek, który przy przodującej główce zstępuje do miednicy końcem grubym, tęnym, przy główce zaś idącej na ostatku końcem węższym. Nadto bardzo wielkiej wagi jest ta okoliczność, że przy główce idącej na ostatku możemy czynność porodową wspierać przez mocne pociąganie za tułów, i to przez pociąganie, przy którym się główka może swobodnie jak najdogodniejszym sposobem przystosować do kształtu wejścia miedniczego, przeciwnie niemasz tej możliwości, kiedy główka przoduje; z wyżej bowiem wyliczonych przyczyn kleszcze nie pozwalają główce przystosować się pomyślnie do ścian miedniczych.

Martin ¹⁾ nadmieniał, że obrót przy wąskiej miednicy jest wskazanym dla tego, ażeby za pomocą niego potylicę dziecka, leżącą w węższej połowie asymetrycznego wejścia miedniczego, ustawić w szerszej połowie. Nie powątpiewając bynajmniej o pomyślnym skutku, jaki może wyrzucić taka zmiana w ułożeniu płodu, musimy przecież na to zwrócić uwagę, że przy asymetrycznej miednicy krzywicowej (o ukośnie zwężonej miednicy skutkiem zeszywnienia—*ankylosis*—stawu pomówimy później) bardzo trudno jest rozpoznać na żyjących niezbyt znaczne przesunięcie ukośne; prócz tego musimy uważać za rzecz nierozstrzygniętą, czy się przez obrót da zawsze na pewno osiągnąć zamierzoną zmianę w stawieniu. W każdym razie nie posiada to wskazanie żadnego wielkiego znaczenia pod względem praktycznym.

Ponieważ obrót płodu na nóżkę i wyciągnięcie jego przy wąskiej miednicy zalecamy głównie w interesie matki, ponieważ dalej wydobyto żyjące dzieci nawet przy bardzo wąskiej miednicy, której

¹⁾ M. f. G. t. 15. p. 16 i t. 30. p. 321.

konjugata prawdziwa dochodziła aż do $7\frac{1}{4}$ ctm. ($2'' 9'''$), ponieważ wreszcie w przedziurawieniu na ostatku się rodzącej główki nie widać dla matki ani, znacznie większych trudności, ani znaczniejszych niebezpieczeństw, jak przy przedziurawieniu przodującej główki, przeto zalecamy obrót aż do granic bezwzględnego zwężenia. Nawet gdy konjugata prawdziwa nie wynosi 8 ctm., będziemy tu i owdzie mogli wydobyć dziecko żywe średniej wielkości, a w najgorszym razie będziemy tylko musieli przedziurawić na ostatku idącą główkę. Nie rzadko zresztą może się obyć bez przedziurawienia, któreby było potrzebnem przy przodującej główce, i to tym sposobem, że się poprzeczny wymiar na ostatku wychodzącej główki zmniejsza znacznie przez łyżkowate wgicie. Wprawdzie pozostaje przy życiu tylko połowa dzieci, które doznały tego rodzaju skaleczenia, wszakże nie należy zapomnieć, że rezultat ten jest nader pomyślnym; przez to bowiem, że się wgina czaszka, która to okoliczność w połowie wypadków pociąga za sobą śmierć, nie potrzeba wykonywać bezwzględnie śmiertelnego przedziurawienia czaszki.

U w a g a. Aż do najnowszych czasów toczy się spór o to, co stósowniejsem jest przy wązkiej miednicy, czy użyć kleszczy czy też wykonać obrót. Już w innem miejscu ¹⁾ mieliśmy sposobność wyłożyć, że takiego pytania w ogóle stawiać nie można, że obrót i kleszcze w ogóle się wyłączają nawzajem, na co już Stein młodszy ²⁾ wyraźnie zwracał uwagę. że kleszcze są przeciwwskazane, kiedy się obrót daje wykonać jeszcze, i że chwila dla obrotu przeminęła już, kiedy wskazaniami są kleszcze.

Z tego, cośmy dawniej ³⁾ powiedzieli o nakładaniu kleszczy na główkę idącą na ostatku, będzie jasnem, że, chociaż de la Motte i Levret, którzy nie nakładali kleszczy na główkę rodzącą się na ostatku, zalecali obracać płód także przy wązkiej miednicy, większa jednak część akuszerów począwszy od Smellie'go zaniechała zupełnie tej operacyi jako zbyt niebezpiecznej dla dziecka, albo przynajmniej ograniczyła znacznie jej wskazania. Wyjątek pod tym względem stanowi pani Lachapelle, która się posługiwała rękoczynami ręcznymi i z 25 obróconych dzieci przy wązkiej miednicy wydobyla 16 żywych. Zwolennicy nakładania kleszczy na główkę idącą na ostatku powątpiewali ogólnie o tym rezultacie, jako zbyt pomyślnym.

W Niemczech był pierwszym Osiander młodszy, który zalecał tę operacyą w szerszych nieco rozmiarach, gdy Osiander starszy przy miednicy zwężonej w konjugacie przekładał nad obrót kleszcze i zalecał obrót tyl

¹⁾ Schw. Geb. u. Woch. p. 106.

²⁾ Was war Hessen der Geburtsh. etc. 1819. p. 35, 36, 47.

³⁾ A. Krassowski, Akuszerya t. II. p. 262.

ko wyjątkowo, gdy miednica była mocno pochylona, wyjście miednicy bardzo wąskie, albo gdy obok główki przodowała rączka.

Mimo niepomyślnych dla dziecka rezultatów, jakie spowodowało nakładanie kleszczy na główkę idącą na ostatku, większa część nowszych badaczy oświadczyła się tylko warunkowo za nakładaniem kleszczy przy wąskiej miednicy, jako to Trefurt, Naegele, Ritgen, Rosshirt, Hohl, Arneth, C. Braun, G. Braun, Spaeth, Scanzoni i Hecker. W Anglii wystąpili gorliwie w obronie obrotu mianowicie Simpson, Barnes, Milne i Braxton Hicks.

Już dawniej¹⁾ nadmieniliśmy, że chociaż rezultaty dłu dziecka są nieco niepomyślniejsze przy wczesnym obrocie, to jednakże trzeba tę operację przedsięwziąć ze względu na wielkie korzyści, jakie ztąd wypływają dla matki. Ponownie jednakże musimy tutaj wyznać otwarcie, że w większym niebezpieczeństwie dla zwięzłej miednicy znajduje się dziecko przodujące główką, aniżeli dziecko przodujące miedniczym końcem i wydobyte rękoma; i że mniemania, jakoby powolne przystosowywanie się przodującej główki w wąskiej miednicy miało być mniej szkodliwem dla dziecka, aniżeli szorstkie przeciągnięcie główki idącej na ostatku, nie stwierdziły doświadczenia. lubo na pierwszy rzut oka zdaje się za niem przemawiać wiele okoliczności. Na takie mniemanie naprowadziły dobre rezultaty, które rozmaici badacze w nowszych czasach osiągnęli zastępując rękoczyn Veita. Oczywiście, że musimy odmówić wiarygodności wszystkim starszym spostrzeżeniom, w których nakładano kleszcze na główkę idącą na ostatku i które cytowano jako statystyczne świadectwa, jak wielkiem jest niebezpieczeństwo obrotu przy zwięzieniu miednicy. W nowszych czasach prócz nas ogłosili jeszcze Fuhrmann, Scharlau, Strassmann i Höning pomysły doświadczenia, zrobione przy obrocie z powodu zwięzłej miednicy i przy ręcznym wydobywaniu główki. Dalej ze względu na szereg spostrzeżeń, w których ta sama kobieta rodziła po kolei dzieci z przodującą i na ostatku idącą główką i pierwsze zmarły podczas porodu, drugie zaś pozostały przy życiu, jako też szczególnie ze względu na wypadek spostrzeżony przez Höninga²⁾, wedle którego w czterech po sobie następujących porodach tej samej kobiety z czworga dzieci, mających główki prawie równo wielkie, dwoje zmarło skutkiem położenia czaszkowych, drugie zaś urodziły się żywemi w położeniach miedniczych, ze względu na te spostrzeżenia jesteśmy obecnie tego przekonania, że przy jako tako zręcznym obrocie i ręcznym wydobyciu główki, idącej na ostatku, jest więcej zapewnionem życie dziecka przy zwięzłej miednicy, aniżeli gdy przoduje główka. Jeśli zdanie to jest prawdziwem, to prostem jego następstwem, że ze względu na wielkie korzyści wypływające dla matki po wczesnym obrocie, należy takowy przy wąskiej miednicy zawsze robić, ile razy tylko można go wykonać bez niebezpieczeństwa.

Z tego względu jesteśmy pewni, że w niedalekim czasie obrót przy wąskiej miednicy będzie daleko częściej zastępowywanym, aniżeli się to dzieje po

1) W miejscu przyt. p. 133 i M. f. G. t. 32. p. 183.

2) M. f. G. t. 33. p. 255.

dzis dzień. Obawa zaś, że się natenczas będzie za wiele operować, nie może zdaniem naszym stanowić żadnego przeciwwskazania, ponieważ w racjonalnym położnictwie nie chodzi o częstość operacji samych, lecz raczej o to, czy się przez operacją rezultaty polepszają czy też pogarszają; tylko w ostatnim razie należy do rozszerzania operacji jak najrzadziej przystępować ¹⁾.

Jeżeli przy przodującej główce bez wszelkich innych powikłań dla obrotu są bardzo pomyślne widoki, to takowy jest naturalnie tém więcej wskazanym, kiedy przystępują okoliczności niepomyślne. Jeżeli się tedy przodująca główka ustawia w miednicy czołem lub twarzą, albo jeżeli wypadają obok niéj kończyny lub mianowicie pępowina, to obrót jest jedyném odpowiedniém leczeniem. Również obracamy naturalnie płód przy wązkiej miednicy w tych razach, w których to wypada czynić także przy prawidłowej miednicy, a więc mianowicie gdy dziecko leży poprzecznie i gdy zagraża niebezpieczeństwo matce lub dziecku.

Położen miedniczych przy wązkiej miednicy, gdy jest pomoc lekarska, nie można uważać za niepomyślne, ani dla matki, ani dla dziecka, jak to zresztą jest jasnym z tego, co się powiedziało wyżej.

Znacznie zmienia się leczenie, jeśli dziecko zemrze w macicy. Gdy dziecko umiera w czasie, kiedy główka stoi jeszcze ruchomą, to

¹⁾ Z bardzo obszernéj literatury, dotyczącej obrotu płodu przy zwężonej miednicy, przytaczamy tutaj najważniejsze prace następujące: J. F. Oslander, Handb. d. Entb. III. p. 179.—J. Simpson, Prov. med. and surg. J. D. 1847. p. 673, Monthly J. of Med. Febr. 1852. p. 135 i Sel. Obst. Works. I. 1871. p. 393 i 486.—Dubreuilhe, Gaz. méd. de Paris. Nr. 28. 1856.—Hohl, Deutsche Klinik 1860. Nr. 36. — Hecker, Kl. d. Geb. I. 1861. p. 101. — Blot, Gaz. méd. de Paris. Nr. 29. 1862 i Arch. gén. July 1863.—Inglis, Edinb. med. J. Dec. 1864. p. 503. — M'Clintock, Obst. Tr. IV. p. 175. — G. Hewitt, Lancet. 27. Aug. 1864. Milne, Edinb. m. J. March. 1867. p. 798.—Schroeder, Schw. Geb. u. Woch. p. 116 i M. f. G. t. 32. p. 162. — Scharlau, M. f. G. t. 31. p. 32^r.—Strassmann, M. f. G. t. 31. p. 406. — Delore, Gaz. méd. de Paris 1867. Nr. 44.—Barnes, Obst. Op. 2 ed. p. 224. — Fuhrmann, Berl. Klin. Woch. 1868. Nr. 9. etc.—Poppel, M. f. G. t. 32. p. 200. — Ringlound, Dubl. quart. J. of m. sc. Aug. 1868. — Höning, M. f. G. t. 33. p. 255 i Berl. Klin. Woch. 1871. Nr. 34. — Lehmann, Schmidt's Jahrb. 1869. t. 143. Nr. 8. p. 188.—Wichers, tamże p. 192. — Braxton Hicks, Guy's Hosp. Reports. 1870. Art. XV. (zob. Brit. and for. Med.-chir. Review. July 1870).—Marchant, J. de méd. etc. de Bruxelles 1870 i 1871. p. 501 i p. 17. — Borinski, Arch. f. Gyn. t. IV. p. 226 i Schatz, tamże t. V. p. 163.

obrócenie i wyciągnięcie płodu jest bez wątpienia łatwiejszém i mniej niebezpieczném dla matki, aniżeli przedziurawienie ruchomój główki, mniej niebezpieczném szczególnie dla tego, ponieważ nie można z góry wiedzieć, czy siły naturalne wystarczą do wydalenia przedziurawionój główki. Jeśli się główka ustaliła już mocno w wejściu miednicy, natenczas, gdy stwierdzono na pewno śmierć płodu i poród opóźnia się długo, trzeba koniecznie wykonać przedziurawienie czaszki, ponieważ przepchnąć przedziurawioną czaszkę uda się bez wątpienia łatwiej bólowi porodowemu i miękkie części matki nie są wystawione na takie ugniecenie, jak przy rodzeniu się nie zmniejszonej główki, i ponieważ niemasz żadnej rozumnej przyczyny do oszczędzenia trupa dziecięcego, skoro się matce może pomódz przez jego obrażenie. Wydalenie przedziurawionój główki pozostawia się bólowi porodowemu i dopiero wtenczas przystępujemy do zgruchotania czaszki, gdy w interesie matki chodzi o zakończenie porodu.

Odmiernemi nieco są rezultaty operacji, wykonywanych przy ogólnie zwężonój miednicy. Przy tego rodzaju miednicy jest wyciągnięcie na ostatku idącej główki trudniejszém, tak, iż przez obrót da się daleko rzadziej wydobyć żyjące dziecko. Z nakładania kleszczy przy takiej miednicy nie wynika wprawdzie tyle niebezpieczeństwa, co przy miednicy płaskiej, jednakże, gdy zwężenie jest znaczném trudno i tutaj wydostać dziecko bez uszkodzenia, mianowicie kiedy zwężenie ogarnia także jamę miedniczą. Z tego powodu zaleca się niezbyt gwałtownie używać kleszczowych prób i, gdyby wśród operacji miało zemrzeć dziecko, natychmiast odłożyć narzędzie i przedziurawić główkę. Przedziurawienie jest nadzwyczaj stósowną operacją dla ogólnie zwężonój miednicy, ponieważ przez to zmniejszają się wszystkie wymiary główki.

Jeśli konjugata prawdziwa wynosi mniej jak $6\frac{1}{2}$ ctm., to należy się łudzić nadzieją, że się wydobędzie żyjące dziecko naturalną drogą. Jedynym do tego środkiem jest cięcie cesarskie, do którego się w razie zezwolenia matki akuszer skłonić winien tém łatwiej, że także zgruchotanie czaszki wśród podobnych okoliczności nie jest dla matki obojętną operacją. Wszakże w praktyce tylko nadzwyczaj rzadko zezwała matka na cięcie cesarskie, jeśli jest możliwym jeszcze jaki inny sposób rozwiązania, tak iż pospolicie akuszer jest zmuszonym przy tak mocno zwężonój miednicy zgruchotać czaszkę, zarówno czy dziecko jeszcze żywe, czy już zmarło. Jednakże jest i w zwężeniu miednicy także pewna granica, w której zgruchotanie czaszki jest niebezpieczniejszą operacją, aniżeli cięcie cesarskie,

i w takim razie trzeba je wykonać nawet gdy dziecko żyje. Gdzie zaś leży ta granica, jest rzeczywiście rzeczą trudną oznaczyć. W Niemczech uważają $5\frac{1}{2}$ ctm. za najniższą granicę, w której można jeszcze wykonać cięcie cesarskie, Anglicy wydobywają swemi metodami dziecko z miednicy płaskiej której konjugata jest zwężona aż do 4,0 ctm., a Barnes wyraża nadzieję, że możeby się udało minimum zredukować do $2\frac{3}{4}$ ctm. W każdym razie przy tych nadzwyczaj mocnozwięzonych miednicach, należy zważać na to, że nie mając zbyt wysokiego rozumienia o swój zręczności i nie posiadając niezbędnych narzędzi dla takich wysokich stopniów, lepiej będzie wykonać cięcie cesarskie, jako operację w takich razach daleko łatwiejszą i wśród takich okoliczności także mniej niebezpieczną dla matki ¹⁾.

Zastanawiając się dotychczas nad sposobem, jakim leczyć należy zwężoną miednicę, wychodziliśmy z tego przypuszczenia, że lekarza wzywają do rodzącej dopiero po rozpoczęciu się porodu. Jeżeli zaś akuszer ma sposobność stwierdzić błąd w miednicy już podczas ciąży, to sztuczne poronienie tworzy dla matki bardzo ważny środek leczniczy, dla dziecka jednakże daleko wątpliwszy. Bliższe szczegóły o tém znajdują się w tomie II, str. 105.

4. Pozostałe formy rzadsze zwężonej miednicy.

a. Miednica zmieniona skutkiem kręgotomyku (spondylolisthesis).

Literatura: Rokitansky *Oest. med. Jahrb. t. 19. 1839. p. 202.*—Spaeth, *Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 10 Jahrg. 1854, t. I, p. 1.* — Kiwisch, *Geburtskunde, II. p. 168.* — Seyfert, *Verh. d. phys. med. Ges. in Würzburg III. p. 340 i Wiener. med. W. Januar 1853.*—Kilian, *De spondylolisthesi, grav. pelv. c. etc. Bonnae 1853 i Schild. neuer Beckenf. etc. Mannheim 1854.* — Breslau, *Scanzonis Beitr. 1855 t. II.*—Breslau, *M. f. G., t. 18, p. 411 i Billeter, Ein neuer Fall von hochgrad. Sp. Diss. in. Zürich 1862.*—Lenoir-Belloc, *Archiv gén. 1859, p. 192.*—Olshausen, *M. f. G., t. 22, p. 301 i t. 23, p. 190.*—Hartmann, *M. f. G. t. 25, p. 465 i t. 31, p. 285.*—Blasius, *M. f. G., t. 31, p. 241.* Ender,

¹⁾ Zob. Parry, *Amer. J. of Obst. V. p. 644.*

M. f. G., t. 33, p. 247. — Hugenberger, *Bericht i t. d. Petersburg 1863*, p. 121. — Barnes, *Lancet*. 18 Juni 1865. — Lehmann, *Schmidts Jahrb.* 1855, No 12, p. 328. Blake, *Amer. J. of med. sc.* July 1867, p. 285. — Robert, *M. f. G.*, t. 5, p. 81. — Lambl, *Scanzonis Beitr.* t. III, p. 2.

Uwagi historyczne. U Herbiniauxa ¹⁾ czytamy wprawdzie o wypadku porodowym, w którym chodziło bardzo prawdopodobnie o kręgomykową miednicę, chociaż ją uważano za krzywicową, Rokitansky jednakże był pierwszym, który ze stanowiska anatomicznego opisał dwie tu należące miednice. Jedną niekształtną olbrzymią miednicę ²⁾ znaleziono przypadkiem na trupie, drugą jest ta, którą opisał Spaeth. Trzecią miednicę, tak zwaną Pragską, opisał najprzód Kwisch, potem Seyfert i obszernej Kilian; tenże zapoznał nastakże z czwartą miednicą, Paderbornską. Breslau opisał dwie miednice; z tych pierwsza, o której nie ma żadnych bliższych notatek, była tylko średnio zwężoną, w drugiej zaś, której kształt przedstawia fig. 33, rozpoznano na żyjącej rodzaj zwężenia. Prócz tego opisali jeszcze cztery miednice na osobach zmarłych Belloc-Lenoir, Olshausen, Blasius i Ender, a Hartmann dostrzegł wypadku na żyjącej, w którym o rozpoznaniu nie można było wcale wątpić. Robert widział wypadek taki u czteroletniego dziewczęcia. Lambl wywodzi początek tego rodzaju miednic z wodosteku rdzeniowego (*hydrorrhachis*), skutkiem którego wyrostki stawowe są tak zniekształnione, że się ostatni krąg lędźwiowy może zsuwać. W pierwszym wypadku Breslau'a i w miednicy Pragskiej wykazał on prócz tego resztki wsuniętego z tyłu dodatkowego kręgu zaczątkowego, który jest dla tego ważnym, że ułatwia zsuwanie się.

Miednice kręgomykowe napotykamy nader rzadko. Przedmiotem położniczych spostrzeżeń było dotąd dopiero ośm wypadków tego rodzaju miednic, z których przy siedmiu stwierdzono przez oględziny pośmiertne właściwą zmianę miednicy. W wypadkach ogłoszonych przez Hugenbergera, Barnes'a, Lehmana i Blakego bardzo prawdopodobnie chodzi również o taki sam błąd w miednicy.

Zmiana miednicy polega głównie na tém, że ostatni krąg lędźwiowy zsuwa się od kręgu krzyżowego ku dołowi i do miednicy, tak iż albo dolna powierzchnia pierwszego wystaje tylko częściowo wolno do miednicy, częściowo jednakże spoczywa także na górnej powierzchni ostatniego, albo dolna, a niekiedy nawet tylna powierzchnia ostatniego kręgu lędźwiowego leży przed przednią powierzchnią ko-

1) *Traité sur div. acc.* Brux. 1872, t. I, p. 349.

2) Lambl, w miejscu przyt. p. 25.

ści krzyżowej. Ta zmiana w położeniu odbywa się w każdym razie zwolna, tak iż zanika chrząstka międzykręgowa i kształt cierpieniem zajętych trzonów kręgowych podlega znacznej zmianie przez zeszlifowanie się. Często wytwarza się kościorost (*synostosis*) pomiędzy oboma kręgami, skutkiem czego nastaje przerwa w procesie przesuwania się kręgów.

Fig. 33.

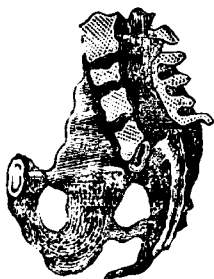


Fig. 33. Miednica kręgomysłkowa opisana przez Breslaua.

Przez opuszczanie się kręgosłupa lędźwiowego do małej miednicy zwięża się prosty wymiar miednicy w mniejszym lub większym stopniu. Wymiar rzeczywistej konjugaty prawdziwej nie ma tutaj żadnego znaczenia, ponieważ miejsce wzgórka krzyżowego w znaczeniu położniczym zastępuje ta część kręgosłupa lędźwiowego, która jest najbliższą górnemu, wewnętrznemu brzegowi spojenia łonowego. W wypadkach, w których się dało ten wymiar oznaczyć z pewnością, miejsce wzgórka krzyżowego zastępował trzy razy dolny brzeg czwartego kręgu lędźwiowego, raz jeden dolny brzeg trzeciego (resp. górny brzeg czwartego), a raz nawet dolny brzeg drugiego kręgu lędźwiowego. Stopień zwiężenia może być nader różnym. Prosty wymiar wejścia miedniczego, mierzony na szkieletach miednicy, wynosił: $5\frac{1}{2}$, 6, $7\frac{1}{4}$, $7\frac{1}{2}$, $7\frac{3}{4}$, dwa razy $8\frac{1}{4}$ i $9\frac{3}{4}$ ctm. Zwiężenie więc było pospolicie bardzo znaczne.

To zwiężenie w prostym wymiarze wejścia miedniczego nie stanowi jednakże jedynej zmiany, jakiej podlega miednica. Doznaje ona podobnej zmiany, jak przy wykrzywieniu kręgosłupa ku tyłowi (*kyphosis*). Ponieważ bowiem cały kręgosłup, a więc cały ciężar tułowia opuszcza się ku miednicy, przeto punkt ciężkości zmienia się tak, że przypadłby daleko więcej ku przodowi, gdyby nie sprawiła równoważenia mniejsza pochyłość miednicy, która się znachodzi regularnie. Przemieszczony kręgosłup lędźwiowy cisnąc na górny koniec kości krzyżowej rozpycha tylne kolce kości biodrowych i koniec kości ogonowej wystaje znacznie ku miednicy. Tym sposobem skraca się nieco prosty wymiar wyjścia miedniczego, zwiększa zaś rzeczywista konjugata prawdziwa (oddalenie spojenia łonowego od górnego brzegu pierwszego kręgu krzyżowego). W poprzecznym wymiarze zwiększa się zwiężenie zwolna w kierunku ku wyjściu miedniczemu

z tego powodu, że przez rozchodzenie się górą kości biodrowych i przez pociąganie więzów biodrowych, mocno naprężonych skutkiem małego pochylecia miednicy, zbliżają się do siebie guzy kulszowe. W niektórych wypadkach było bardzo znaczném to zwężenie w poprzecznym wymiarze wyjścia miednicy, a w drugim wypadku Bresała a spostrzeżono jeszcze inny skutek skręcania się kości krzyżowej, t. j. wielką ruchomość w miedniczych stawach.

Uwaga. Co się tyczy przyczyny tej nieprawidłowości w miednicy, to przedewszystkiém należy o tém wiedzieć, że kręgosłup lędźwiowy nie ustala się przy kości krzyżowej przez chrząstkę międzykręgową, lecz przez stanowisko obu stronnych wyrostków stawowych. Dopóki więc wyrostki ukośne są prawidłowo silne i ustawione, jest faktycznie niemożliwem zesunąć się kręgosłupowi lędźwiowemu. Może zaś to nastąpić, gdy albo powierzchnie stawowe pierwszego kręgu krzyżowego tak daleko stoją od siebie, że się mogą przesunąć powierzchnie stawowe ostatniego kręgu lędźwiowego, albo w tychże zaś zaszło zwichnienie, albo ukośne wyrostki zostały złamane lub zniszczone przez próchnienie kości (*caries*). Na stanowisko ukośnych wyrostków może wpływać niepomysłnie wodostek rdzeniowy (*hydrorhachis*) albo zaczątkowy, z tyłu wsunięty krąg dodatkowy. Jeśli ostatniego kręgu lędźwiowego dla jednego z wyżej opisanych powodów wyrostki stawowe nie przytrzymują dostatecznie, to może on powoli zsuwać się do miednicy. Proces przesuwania się kręgów rozpoczyna się albo zaraz po porodzie, skoro tułów ciężarem swym ciśnie na kość krzyżową, albo dopiero wtenczas, gdy osoba dotycząca nabiera coraz więcej ciała i częściej bywa zmuszana dźwigać za wielkie ciężary w wieku dojrzałym około 17-go lub 18-go roku.

W kilku wypadkach wykazała anamneza niestety zupełnie ujemny rezultat. W wypadku Hartmanna nastąpiła zmiana w drugim roku, w wypadku Belloca w dziesiątym roku skutkiem obrażenia przy upadnięciu, w trzech innych wypadkach rozpoczęła się choroba dopiero w 17 lub 18-tym roku, a dwa razy podają wyraźnie za powód dźwiganie ciężkich przedmiotów. (Czy w wypadku Endera rozpoczęło się cierpienie dopiero skutkiem podniesienia ciężkiej kadzi w 29-tym roku życia, jest rzeczą wątpliwą). Wypadek Olshausena zasługuje dla tego na uwagę, że w czasie zsuwania się kręgów chora znajdowała się w chirurgicznej klinice w Hali. Szczególne to cierpienie miało najwięcej podobieństwa z obustronném zapaleniem mięśnia lędźwiowego (*psosis*).

Skutkiem próchnienia kości pierwszego kręgu krzyżowego i ostatniego kręgu lędźwiowego nie zsuwa się rzeczywiście kręgosłup lędźwiowy tak długo, dopóki pozostają w całości stawowe wyrostki. Dopiero gdy kości spróchniały tak dalece, że wyrostki stawowe uległy zniszczeniu, może skutkiem próchnienia kości w kręgach nastąpić także rzeczywisty kręgomysł (*spondylolisthesis*).

Rozpoznanie zdaje się być łatwém z powodu znacznego skrzywienia stósu pacierzowego ku przodowi (*lordosis*) i z powodu wystawiania lędźwiowego kręgosłupa do małej miednicy. Jeśli za

ostatnim kręgiem lędźwiowym, w tém miejscu, w którym się łączy z krzyżową kością, da się wyraźnie wyczuć wsunięty kąt, to bez wątpienia rozpoznanie nie będzie przedstawiać trudności. Jeśli zaś nie zachodzi ta okoliczność, to może być nader utrudnioném odróżnienie takiej miednicy od krzywicowej miednicy. Przy krzywicy bowiem natrafiamy także wysokie stopnie wykrzywienia kręgosłupa ku przodowi, a ostatni krąg lędźwiowy, wsunięty do miednicy, można uważać za wżgórek krzyżowy i jego połączenie z kością krzyżową wziąć za mocne wygięcie ostatniej. Będzie tedy trzeba o to starać się, ażeby wysledzić inne krzywicowe zmiany (w obojczyku, chrząstkach żebrowych, kończynach). Ważną różnicę między oboma rodzajami miednic stanowią także poprzeczne wymiary wielkiej miednicy. Jeśli z anamnezy dojdziemy do ujemnych rezultatów pod względem krzywicy, jeśli się nam nie uda wysledzić żadnych krzywicowych zmian w pozostałym szkielecie i jeśli, jak to zazwyczaj zachodzi przy kręgomykowej miednicy, odległość wymiaru grzebieniogrzebieniowego jest o $2\frac{1}{2}$ —3 ctm. większą od odległości wymiaru kołcokolcowego, natenczas z pewnością nie może tu być miednicy krzywicowej zmiennej w wysokim stopniu, za którą jedynie można wziąć miednicę kręgomykową.

Dowiódłszy tym sposobem, że miednica nie jest zmienioną przez krzywicę, nie powinniśmy już wcale powątpiewać o kręgomyku. Kostne wyrostki właśnie w tém miejscu i tak regularnego kształtu nie zachodzą razem z tak znaczném skrzywieniem kręgosłupa ku przodowi. Jeśli prócz tego anamneza dostarczy dowodów jakiegós cierpienia w okolicy krzyżowej z pierwszych lat życia albo zaraz z epoki dojrzałości, to rozpoznanie kręgomyku jest rzeczą pewną; owo zaś właściwe toczenie się przy chodzeniu nie znachodzi się w każdym razie. Nadto może wielkie posiadać znaczenie ta okoliczność, że skutkiem zsuwania się kręgosłupa do miednicy przypada tak głęboko miejsce, w którym się aorta dzieli, że można jój samėj dosięgnąć, albo przynajmniej obu z niój wychodzących wspólnych tętnic biodrowych (*art. il. communes*). Na ten ważny znak rozpoznawczy zwrócił Olshausen pierwszy uwagę i Breslau już w swym drugim wypadku wyczuł tętniące naczynie na tylnój ścianie miedniczój. Hartmannowi udało się na górnym brzegu przedostatniego kręgu lędźwiowego wyczuć samo miejsce, w którym się aorta rozdziela na dwa główne pnie.

We wszystkich wypadkach, w których zwięzenie jako tako znacznego dosięga stopnia, jest r o k o w a n i e wątpliwém i w każdym ra-

zie gorszym, aniżeli przy krzywicowej miednicy o równie długiej konjugacie. W kręgomykowej bowiem miednicy nie jest zwężoną krótka przestrzeń, lecz skutkiem wykrzywienia kręgosłupa lędźwiowego rozpoczyna się zwężenie już w wielkiej miednicy i nie ustaje, gdy dziecko przeszło przez najwięcej zwężone miejsce, lecz rozciąga się jeszcze do jamy miednicznej. Prócz tego należy jeszcze zwrócić uwagę na zwężenie w wyjściu miedniczym.

Leczenie stósuje się głównie do stopnia zwężenia. W ogóle zdaje się być rzeczą zalecenia godną, aby w razie znacznego zwężenia w wejściu miedniczym bez wszystkiego dokonać cięcia cesarskiego. Wypadek Breslau a (konj. $7\frac{3}{4}$ ctm.) jest pod tym względem nader pouczającym, ponieważ osoba umarła nie rozwiązana i nie zrobiono cięcia cesarskiego. Przy miednicy Pragskiej, Olshausena i Belloc'a wykonano cięcie cesarskie i raz pomyślnie przy miednicy Paderbornskiej, a osoba dotknięta tą nieprawidłowością umarła dopiero przy drugim cięciu cesarskim. W wypadkach spostrzeżonych przez Spaetha i Endera przedziurawiono czaszki dzieci. Jedynie w wypadku Hartmanna, w którym jednakże konjugata ukośna wynosiła 11 ctm., wywołano dwa razy szczęśliwie sztuczny poród przedwczesny, przyczem przeciw dojrzałe dzieci urodziły się żywe.

b. Garbata miednica.

Literatura: Herbiniaux, *Traité sur divers acc. etc. Bruxelles, 1782, p. 270 i 276.*—Jörg, *Ueber d. Verkr. d. menschl. Körpers etc. Leipzig 1810, p. 51.*—Rokitansky, *Med. Jahrb. des oesterreich. Staates. Wien 1839, t. 19, p. 199.*—Neugebauer, *M. f. G., t. 22, p. 297.*—A. Breisky, *Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1865. I. p. 21.*—J. Mohr, *Das in Zürich bef. Kyph. querverengte Becken. Zurich 1865.*—Hugenberger, *Petersb. med. Zeitschr. 1868, t. 15. z. 4.*—Chantreuil, *Déf. du bïssin chez les cyph. IV Paris 1869 i Gaz. hebdom. 2. Sér VII. 34, 1870.*—Höning, *Beitr. z. Lehre v. kyph. v. Becken. Bonn 1870.*—Lange, *Arch. f. Gyn. t. I., p. 224.*—Fehling, *Arch. f. Gyn. IV, p. 1.*

Pojedyńcze wypadki: Baudelocque, *Bello in Transact. méd. Paris. Sept. 1833.*—*Enc des sc. méd. t. XIII Brux. 1833.*—Hayn, *Beiträge zur Lehre vom schräg ov. Becken. Königsb. 1852.*—Kind, *Pelv. inf. in ad. Diss. in. Marburg 1854.*—Lambl, *Scanzonis Beiträge 1858, III, p. 61 i 68.*—Sinclair, and Johnston, *Pract. Midw.*

London 1858, p. p. 236. No 28, p. 241., No 69 i p. 502, No 1.—Litzmann, *Die Formen des Beckens* p. 64.—Birnbäum, *M. f. G.*, t. 15, p. 102, t. 16, p. 67 i t. 21, p. 353.—Martin, *Neigungen u. Beugungen etc.* p. 128.—Olshausen, *M. f. G. t.* 17, p. 255.—Chiari Braun u. Spaeth., *Klin. d. Geb.* p. 647 Jenny, *Würsb. med. Zeitschr.* VI., p. 335.—Schmeidler, *M. f. G. t.* 31, p. 31.—Elliot, *Obsteirc. Clinic.* p. 251.—Stadfeldt, *Med. Chir. Review.* No LXXXV. Jan. 1869, p. 24 i tamże Juli 1871, p. 275.—Br. Hicks, *Obst. Tr.* X., p. 45. — Kezmarszky, *Wiener med. Woch.* 1872, No 2.

Uwagi historyczne. Herbiniaux pierwszy, który zwrócił uwagę na usuwanie się w tył wzdórka krzyżowego u garbatych, opisuje wypadek porodowy przy krzywicowym garbie lędźwiowym i zaznacza już, że przez garb może podlegz zwiężeniu wyjście miednicy. Również Jörg zwracał uwagę na wielką konjugatę u garbatych. Rokitansky ocenił bardzo trafnie wpływ garbu odnośnie do jego siedliska, z charakterystycznych zaś zmian miednicy wspomina tylko nadzwyczajną wysokość i długość konjugaty. Dopiero Neugebauer na zgromadzeniu przyrodników w Szczecinie r. 1863 wykazał, jak ważną jest w położnictwie miednica przez garb poprzecznie zwiężona, chociaż poprzeczne zwiężenie wywodził mylnie z zaniku kości krzyżowej.

W roku 1865 pojawiła się praca Breisky'ego, który opisał wysuszone miednice i szczegółowo skreślił właściwości miednicy, zmienionej przez garb, jako téż sposób jej rozwijania się. W jego myśli pracował Mohr, który w Zürich w klinice Breslau a spostrzegł bardzo zajmujący wypadek porodowy przy miednicy w wysokim stopniu poprzecznie zwiężonej przez garb, przyczém rozdarła się macica. Nowszy wypadek ogłosił obszernie Hugenberger; Chantreuil opierając się na dokładnej znajomości literatury niemieckiej i na własnych doświadczeniach dokonanych tak na wysuszonych miednicach, jak na miednicach osób żyjących, ogłosił wielkiej wartości monografią i później opis dwóch innych jeszcze miednic garbatych. Hoening, badając jak najszczegółowiej przyczyny tego zmienienia miednic, przytacza prócz miednicy, dawniej już opisanéj przez Birnbäum a, inną w najwyższym stopniu zwiężoną przez garb krzyżo-lędźwiowy (kształt jej przedstawia fig. 34), przy której pozostała przetoka kałowa skutkiem dawniej dokonanego cięcia cesarskiego. Nader zajmująca miednica, opisana przez Langego (która zresztą nie ma widocznie nic wspólnego z krzywicą i nie jest zmienioną przez grzbieto-lędźwiowy, lecz przez lędźwio-krzyżowy garb) pokazuje tak samo jak miednica Hayna zeszywnienie w lewym stawie krzyżobiodrowym i dała powód do cięcia cesarskiego.

Miednica opisana przez Hayna jest równocześnie zwiężona ukośnie przez zeszywnienie (*ankylosis*), chociaż jej główne zmiany są spowodowane przez garb. Miednica Kinda jest opisana jako *pelvis infantilis in adulta*; miednicę zaś, na której Hicks dokonał cięcia cesarskiego, choć niedokładnie opisaną należy bez wątpienia zaliczyć do klasy miednic, o których mówimy.

Do wytworzenia się téj szczególniej formy miednicy jest konieczną rzeczą, ażeby garb siedział tak nisko, że jego wpływu na miednicę nie zrównoważa głębiej leżące wykrzywienie ku przodowi. Ta postać miednicy przedstawia się téż najwyraźniej, kiedy garb zajmuje kręgosłup lędźwiowy, chociaż lędźwiokrzyżowy garb wywołuje tę samą charakterystyczną postać miednicy, nawet w nieco wyższym stopniu, i tylko sama kość krzyżowa jest nieco odmienną. Jeżeli garb zajmuje dolną część piersiowego kręgosłupa, to zmiany w miednicy są prawie zawsze wyraźne jeszcze, chociaż nie rozwinięte w tak wysokim stopniu; gdy jednakże siedzi jeszcze wyżej, to zacierają się charakterystyczne znamiona, a nawet pod wpływem znacznego zrównoważającego wykrzywienia ku przodowi lędźwiowego kręgosłupa może miednica doznać zmian innego rodzaju. Zupełnie czysto występują tylko wtenczas zmiany spowodowane przez garb, jeśli skrzywienie było następstwem próchnienia ciał kręgowych, ponieważ krzywicowa miednica może zmienić tylko kształt miednicy już charakterystycznie zmienionej i zmiany przez garb sprawione są zupełnie przeciwne zmianom, jakie wywołuje krzywica (zob. str. 349).

Do najważniejszych zmian w miednicy, występujących przy garbie w kręgosłupie lędźwiowym, należą następujące:

Kość krzyżowa jest w swój górnej części usunięta ku tyłowi, tak iż trzony kręgowe tyłem występują ze skrzydeł i powierzchnia

kości krzyżowej staje się od lewej ku prawej stronie mocno wklęsłą. Przytém przednia powierzchnia kości krzyżowej jest na podłuż wyciągnięta, tak iż wzgórek krzyżowy stoi bardzo wysoko i daleko ku tyłowi. Długość kości krzyżowej jest powiększona, poprzeczny zaś wymiar skrócony. Wygięcie z góry ku dołowi uwydatnia się tylko w dolnej części, część zaś górna nierzadko jest wypukłą, tak iż cała powierzchnia przednia kości krzyżowej wskazuje wygięcie w postaci S. Kość krzyżowa jest tak skrócona, że prosty wymiar jamy miednicznej i mianowicie prosty wy-

Fig. 34.

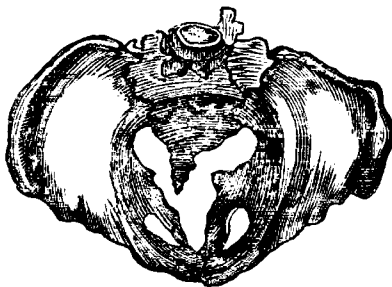


Fig. 34. Miednica zmieniona przez garb lędźwio-krzyżowy (*kyphosis lumbosacralis*), opisana przez Hoeninga.

krzyżowej wskazuje wygięcie w postaci S. Kość krzyżowa jest tak skrócona, że prosty wymiar jamy miednicznej i mianowicie prosty wy-

miar wyjścia miedniczego są znacznie, mniejsze aniżeli konjugata prawdziwa.

Skrzydła kości biodrowych leżą płasko do poziomu, ich wygięcie w postaci *S* jest zmniejszone, odległość między grzebieniami i kolecami (mianowicie pierwsza) jest większą, aniżeli w stósunkach prawidłowych, górne zaś kolce tylne są zbliżone do siebie z powodu wężkości w kości krzyżowej. Przednie kolce dolne są nadzwyczaj mocno rozwinięte, ściany boczne w małej miednicy niezwykle wysokie, linia niemianowana ciągnie się mocno wyprostowana. Kulszowe kości zbliżyły się mocno do siebie, tak iż również odległość między guzami kulszowemi, jak między kolecami kości kulszowych, jest znacznie mniejsza, aniżeli w stanie prawidłowym. Naturalnym tego skutkiem jest małość łuku łonowego, który przybiera kształt podobny, jak przy miednicy zmienionej skutkiem mięknienia kości.

Co się tyczy zmian w przestworach małej miednicy, to we wejściu miednicy są zwiększone nieco ukośne wymiary, bardziej już odległości krzyżopanewkowe (*dist. sacrocotil.*), a najwięcej konjugata, poprzeczny zaś wymiar jest zazwyczaj nieco mały, bardzo często nawet bezwzględnie mniejszy, aniżeli konjugata. W miedniczej jamie proste wymiary są cokolwiek skrócone, poprzeczne znacznie więcej, i skrócenie to zwiększa się mocno ku wyjściu miedniczemu, tak iż rzeczywiście prosty wymiar wyjścia miedniczego przy niezwykle długiej konjugacie prawdziwej posiada w porównaniu z prawidłową miednicą zwyczajną wielkość, albo zmniejszoną tylko w nieznacznym stopniu, poprzeczne zaś wymiary przedstawiają zwięźenie w bardzo wysokim stopniu.

Jeśli garb w miejsce kręgów lędźwiowych zajmuje kręgi lędźwiowe i krzyżowe, to w daleko znaczniejszej mierze napotykamy zmiany w miednicy, kość zaś krzyżowa przedstawia pewne zboczenia. Nie jest ona przedłużona, lecz krótsza, aniżeli w prawidłowym stanie, jest pospolicie nadzwyczaj wąską i braknie jęj właściwego wżgórka krzyżowego. W miednicy Mohra i Brukselskiej (z garbem w kręgach krzyżowych) podpadała niezwykła poruszalność w stawach.

Jeśli garb siedzi głęboko, to może się pojawić jeszcze inne ważne zmniejszenie przestworów miednicy. Garb bowiem może natenczas takiego doznać zrównoważenia przez mocne wypuklenie ku przodowi ostatnich kręgów lędźwiowych, że miednicę zupełnie, jak przy kręgomysku zakrywa lędźwiowy kręgosłup i tym sposobem zwięża się znacznie prosty wymiar w wejściu miednicy. Należy tu także wypadek Olshausena (położnicza konjugata aż do górnego brzegu

ostatniego kręgu lędźwiowego wynosiła $8\frac{3}{4}$ ctm.) i wypadek Gluge'a z Brukseli ¹⁾ (położnicza konjugata idąca do przedostatniego kręgu lędźwiowego wynosiła również $8\frac{3}{4}$ ctm.). Nie dawno temu opisał obszernie Fehling ²⁾ taką w wysokim stopniu zwężoną miednicę (najwęższe miejsce wynosiło 3,8 ctm.) jako *pelvis obtecta*.

U w a g a. Zmiany powyższe miednicy występują pod wpływem cisnącego ciężaru tułowia w następujący sposób:

Skutkiem garbu zmienia się najprzód punkt ciężkości ciała tak, iż leży przed płaszczyzną podpierającą stopy. Ciało więc musiałoby się przegiąć ku przodowi, gdyby się nie zmieniło położenie punktu ciężkości. Zmianę tę sprawia częścią zrównoważające wykrzywienie kręgosłupa ku przodowi (*lordosis*), częścią także zmienione położenie miednicy. Według H. Meýera nie przypada w prawidłowych stosunkach linia ciężkości w płaszczyznę podpierającą miednicę a utworzoną przez główki udowe, lecz nieco poza nią. Pierścień miednicy musiałby się tedy przechylić ku tyłowi, gdyby przeciwko temu nie działało mocne naprężenie więzów biodro-udowych (*lig. ileofemoralia*), najsilniejszych w ciele ludzkim. Jeśli więc skutkiem garbu punkt ciężkości pada przed powierzchnią podpierającą natenczas, gdy więzy biodro-udowe zwiotczały przez zgięcie i skręcenie się ud na wewnątrz (co sprawia taki chód jakoby osoba coś przed sobą niosła), zmniejsza się pochylenie miednicy i to tak długo, dopóki linia ciężkości ciała przypada przynajmniej w linią łączącą główki udowych kości i dopóki tułów się znajduje w niestałej równowadze. Gdy garb jest jako tako znacznym i szczególnie, gdy siedzi tak głęboko, że szczyt guza leży nie daleko za miednicą (w którym to ostatnim razie punkt ciężkości pada znowu więcej ku tyłowi), wtedy zmniejsza się znacznie pochylenie miednicy i kierunek kości krzyżowej do poziomu staje się tym sposobem więcej prostopadłym. Okoliczność ta zachodzi tém łatwiej, że w dostrzeżonych dotąd wypadkach garb wystąpił zawsze w latach dziecięctwa i po największej części w pierwszych latach życia, a więc w czasie, w którym tułów ciężarem swym cisnąc nie był jeszcze wpełniał kości krzyżowej do małej miednicy. Przytém działa ciężar tułowia przez dolne ramię garbu, które się ciągnie z tyłu i góry ku dołowi i przodowi. Ciśnienie zatem ciężaru tułowia zamiast przy zwykłym stawieniu kości krzyżowej wpychać górny jej koniec do miednicy, pociąga teraz wzdórek krzyżowy ku tyłowi, przez co się wierzchołek kości krzyżowej zbliża więcej ku przodowi. Tym sposobem z jednej strony przedłuża się przednia powierzchnia kości krzyżowej i krąg lędźwiowy należący do dolnego ramienia garbu, tylna bywa ścisłaną, tak iż pojedyncze kręgi otrzymują klinowatą postać, zwróconą ostrzem ku tyłowi; z drugiej strony przedłuża się konjugata, skracają się zaś przynajmniej względnie wymiary proste w jamie i w wyjściu miednicy. Tym sposobem zmniejsza się napięcie w więzach kolcokrzyżowych i guzokrzyżowych, więzy wiotczeją i skutkiem tego są słabo

1) Lambi, p. 61.

2) W miejscu przytoczonym.

rozwinęte ich punkty przyczepu, t. j. kolce i guzy kulszowe. Ponieważ przy pojawieniu się garbu w wieku dziecięcym kość krzyżowa nie złała się jeszcze w jedną kość, przeto trzony kręgów krzyżowych bywają wyciągane ze skrzydeł ku tyłowi, przez co wytwarza się znaczna wklęsłość kości krzyżowej w kierunku poprzecznym. Przez pociąganie kości krzyżowej ku tyłowi rozchodzi się tyłem górna część kości biodrowych, przodem zaś bywają dolne kolce przednie (które z tego powodu są mocno rozwinięte) również silnie pociągane przez silny więz biodrowy (*lig. ileofemorale*), tak iż to pociąganie z przodu i tyłu działając na skrzydła kości biodrowych na zewnątrz od linii niemianowanej układu kości biodrowe więcej płasko do poziomu i w naturalnym następstwie zbliżają się do siebie guzy kulszowe. Skutkiem tego pociągania i równocześnie przez to, że ustaje zwyczajna przyczyna rozciągania pierścienia miedniczego w poprzek, to jest pociąganie górnych kolców tylnych przez więzy biodrokrzyżowe, wytwarza się zarazem ów więcej wyprostowany kierunek kości biodrowych. Wyjście zaś miednicy podlega jeszcze większemu zwężeniu z tego powodu, że przy niedostającym naprężeniu poprzecznym miednicy nacisk ud w panewkach wypycha dolne części boczne miednicy ku sobie i że guzy kulszowe zbliżywszy się do siebie aż do pewnego stopnia, pod wpływem siedzenia zbliżają się do siebie coraz więcej i wyginają na wewnątrz coraz znaczniej. Sposobem co dopiero skreślonym dają się wyjaśnić wszystkie wyżej opisane zmiany w garbatej miednicy, jak się to wyprowadzić łatwo da z pojedyncza.

Jeśli chodzi o garb lędźwiokrzyżowy, jeśli więc dolne ramię garbu jest utworzone przez samą kość krzyżową to nacisk ciężaru tułowia nie działa przez pociąganie za dolne kręgi lędźwiowe, lecz bezpośrednio przez ciśnienie na górną część kości krzyżowej z przodu i góry ku tyłowi i dołowi. Skutkiem tego nacisku nie wytwarza się naturalnie żadne przedłużenie przedniej powierzchni kości krzyżowej, tak iż miednice zmienione przez garb lędźwiokrzyżowy odznaczają się krótką kością krzyżową. Punkt ciężkości przypada jeszcze bardziej ku przodowi, ponieważ wierzchołek guza nie leży poza miednicą, tak iż charakterystyczne zmiany są najwyraźniejsze właśnie przy tego rodzaju miednicach.

Kość krzyżowa, obracając się naokoło swej osi poprzecznej, może wytworzyć mocniejszą ruchomość w stawach krzyżobiodrowych i spojeniu łonowemu może także nadać więcej ruchomości z tego powodu, że górne końce poziomych gałęzi kości łonowych oddalają się nieco od siebie przez skręcanie się kości biodrowych. Przy miednicy Zurychskiej była ruchomość nadzwyczaj wielką. Gdy się kość krzyżową obracało tak naokoło jej osi poprzecznej, iż wzgórek krzyżowy zwracał się ku tyłowi, a wierzchołek kości krzyżowej ku przodowi, to grzebień biodrowe oddalały się od siebie, guzy zaś kulszowe zbliżały się do siebie; przeciwnie zmniejszało się poprzeczne zwężenie w wyjściu miedniczym, a wypychał się do miednicy wzgórek krzyżowy.

Bardzo ważnym ze względu na zupełne wytworzenie się wyżej opisanych zmian jest naturalnie czas, w którym się garb tworzy. Im się wcześniej pokazuje, tém też charakterystyczniejszą staje się postać miednicy.

Rozpoznanie nie może przedstawiać żadnych trudności, skoro się zwróci uwagę na wyżej wymienioną zmianę. Garb podpada pod

oczy nasze i z tego powodu nie będzie się uważało tój miednicy za kościozmiętką, z którą niejaki podobieństwo posiada wyjście miednicy. Takie mylne zapatrywanie się można było wszakże uniewinnić tem łatwiej, że także garbata miednica dla ruchomości w swych stawach może się podczas porodu powiększyć w wyjściu miedniczym tak samo, jak miednica kościozmiętką pod wpływem rozmiękczenia kości. Prócz anamnezy odróżnia się ta miednica od kościozmiętkiej zupełnie odmienną postacią kości krzyżowej i kości biodrowych, jako téż tém, że poprzeczne wymiary wielkiej miednicy, które są regularnie zmniejszone przy kościozmiętku, przy garbatiej miednicy wskazują po największej części zwiększenie. Wzgórek krzyżowy przy garbatiej miednicy nie da się pospolicie osiągnąć; wymierzenie zwiężenia w wyjściu miedniczym należy wykonać sposobem podanym na str. 328.

Rokowanie przy tój miednicy stósuje się głównie do tego, w jakim stopniu jest zmniejszony przestwór wyjścia miedniczego. Zupełnie pomyślném jest ono tylko wtenczas dla matki, gdy wyjście miednicy podlega bardzo znacznemu zwiężeniu. Dla dziecka jest ono wśród takich okoliczności również niepomyślném (chyba że się wykona cięcie cesarskie), a nawet wtenczas, kiedy zwiężenie nie jest bardzo znaczne; jeśli jednakże stawy miednicze są ruchome, to może nastąpić poród pomyślny tak dla matki jak i dla dziecka, nawet gdy zwiężenie poprzeczne w wyjściu miednicy znacznego dosięga stopnia. Prócz tego może na czynność porodową wpływać niepomyślnie wysoki stopień obwiśłości brzucha, który spostrzeżono w kilku wypadkach.

Jakie w takich razach stosowném jest le c z e n i e, nie można jeszcze wiele co pewnego powiedzieć. Jeśli się sposobność nadarzy, to w większej części wypadków jest bez wątpienia wskazaném wywołanie sztucznego porodu przedwczesnego, cięcie zaś cesarskie zapewne tylko rzadko będzie potrzebném, gdy wyjście miednicy jest niezwykle zwiężone. Ponieważ główka zstępuje bez trudności do miednicy, przeto można poród pozostawić siłom naturalnym tak długo, dopóki na to zezwala stan rodzącej. Jeśli zaś dłużej nie można czekać, to kleszcze dadzą się niekiedy zastosować skutecznie, chociaż bardzo często będzie trzeba wykonać przedziurawienie czaszki.

Uwaga. Na tém miejscu przytoczymy jeszcze o mało znanych i dopiero w nowszych czasach należycie ocenionych miednicach kilka dat statystycznych, które pod niejednym względem wyjaśniają przebieg porodu i jego leczenie.

Wedle statystycznych opisów u 14 kobiet cierpienie powstało cztery razy w najwcześniejszym dziecięctwie, dwa razy w drugim, cztery razy w trzecim, raz w szóstym roku, dwa razy w siódmym i raz w ogóle w dziecięctwie. W tych wypadkach podano za przyczynę ośm razy upadnięcie albo spadnięcie z wzniesionego miejsca, raz jeden nastąpienie nogą na kość krzyżową.

Pomijając spostrzeżenia Baudelocque'a i Hicksa jako niedokładne i nie zupełnie pewne; jako téż wypadek Jenny'ego, w którym miednica była równocześnie ogólnie zwężoną (we wszystkich trzech wypadkach zrobiono cięcie cesarskie); miednice Olshausena, Brukselską i Fehlinga, których konjugata była zwężona przez zrównoważające wykrzywienie ku przodowi; opisaną przez Hayna miednicę, która równocześnie była mocno zwężoną w kierunku ukośnym; pomijając wreszcie dwa wypadki powikłane z wewnątrzniemi chorobami: posiadamy szczegóły z 36 wypadków porodowych u 18 garbatych kobiet. U tych 18 kobiet wywołano ośm razy sztuczny poród przedwczesny, przyczém cztery razy trzeba było dziecko wydobyć kleszczami; raz nastąpił poród sam przez się (bardzo trudne rozwiązanie za pomocą kleszczy). Z donoszonych dzieci urodziło się czworo naturalnym trybem, u dziesięciorga nałożono kleszcze, ale dwa razy bez skutku, tak iż w tych wypadkach, jako też w dziewięciu innych trzeba było wykonać operacye zmniejszające objętość czaszki. Prócz tego jedna kobieta zmarła nierozwiązana, na dwóch dokonano cięcia cesarskiego, i to raz ze szczęśliwym skutkiem; raz było bardzo trudne rozwiązanie za pomocą narzędzi i dziecko urodziło się nieżywe. Dla mechanizmu porodowego zajmującą jest ta okoliczność, że przy 23 położeniach czaszkowych była potylica sześć razy zwrócona ku tyłowi.

Rezultat tych 36 porodów był dla dzieci nadzwyczaj niepomysłnym; 23 umarły albo podczas porodu albo skutkiem porodu, a przy życiu pozostało tylko 13 (z tych 2 wydobytych przez cięcie cesarskie). Matki przeżyły szczęśliwie 28 porodów, w ośmiu zaś razach nastąpiła śmierć; z 18 więc matek ośm straciło życie po porodzie. Należy tutaj jeszcze nadmienić, że wędle tych spostrzeżeń garbata miednica przedstawia się w skutkach swych nader niepomysłną dla tego, ponieważ dotychczas zwracano uwagę prawie na te tylko wypadki, które dały powód do znacznych zaburzeń porodowych.

c. Lejkowato zwężona miednica.

Już dawniej nadmieniliśmy, że w daleko większej liczbie wypadków wejście miednicy tworzy wyłącznie albo głównie zwężoną płaszczyznę miedniczą. Tego więc rodzaju miednice rozszerzają się od wejścia miednicy ku jój wyjściu. Rzadko natrafia się stósunek odwrotny, a więc w przybliżeniu prawidłowe wejście miednicy, która się zwolna zęwa ku wyjściu swemu. Jest to głównie forma garbatéj miednicy, jak to widzieliśmy w poprzednim rozdziale.

Prócz tego rodzaju miednic natrafiamy jeszcze inne miednice, które mając mniej więcéj prawidłowe wejście dają się podzielić na

trzy formy. Miednica bowiem taka, o jakiej mowa, może się w kierunku ku wyjściu zwężać albo w poprzecznym, albo w prostym wymiarze, albo w jednym i drugim.

Zwężenie w kierunku ku wyjściu w poprzecznym wymiarze zachodzi przy spłaszczonej miednicy, jak to widzieliśmy na str. 338, niekiedy jednakże także przy wymiarach wejścia miedniczego. Zostających w granicach prawidłowości, kość krzyżowa wskazuje albo zu-

Fig 35.

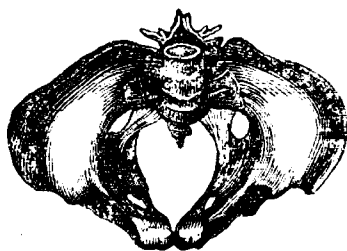


Fig. 35. Lejkowato zwężona miednica.

pełnie prawidłową postać i prawidłowe położenie, tak iż prosty wymiar wyjścia miedniczego posiada mniej więcej tę samą długość co konjugata prawdziwa, albo wygina się nadzwyczaj mało na podłuż, tak iż prosty wymiar jamy miedniczej jest tylko mało co większy od konjugaty prawdziwej, znacznie zaś większym prosty wymiar wyjścia miedniczego. Boczne ściany małej miednicy schodzą się w znacznym stopniu w kierunku ku wyjściu miednicy, tak iż się bardzo zbliżają do siebie tak kolce kulszowe, jak szczególnie guzy kulszowe, i łuk łonowy tworzy bardzo ostry kąt.

Zwężenie wyłącznie albo prawie wyłącznie w prostym wymiarze wyjścia miedniczego znachodzi się nader rzadko; w takim razie kość krzyżowa jest wyprostowana na podłuż i stoi tak samo, jak przy garbatą miednicą. Daleko częściej łączy się z takim stawieniem także zwężenie poprzecznego wymiaru przez co miednica taka ma wiele podobieństwa do garbatą. Wszystkie tego rodzaju miednice bywają pospolicie w mniejszym lub większym stopniu asymetryczne.

U w a g a. O przyczynach tych zwężeń w kierunku wyjścia miedniczego wiemy dotąd nadzwyczaj mało. Aby takowe zrozumieć, trzeba sobie przypomnieć, że zbyt mało pochylone stawienie kości krzyżowej wynika z tego, że miednica stanęła na dawniejszym stopniu rozwoju, że więc zbyt mało wpływają te okoliczności, które w stosunkach prawidłowych z miednicą noworodka wytwarzają miednicę dojrzałą ¹⁾. Ponieważ zaś nie może zapewne chodzić

¹⁾ Zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 90.

o zbyt mały ciężar ciała, przeto należałoby *a priori* przyjąć za przyczynę opóźnione działanie nacisku ze strony ciężaru tułowia. Do zdania tego skłaniałibyśmy się sami także z tego powodu, iżśmy widzieli, że to zbyt małe skręcenie kości krzyżowej zachodzi nadzwyczaj często w Erlangen, gdzie dzieci bardzo długo noszą zawinięte w poduszkach. Co więcej zdaje się, jakoby także przy pierwszym siadaniu dziecka jeszcze w poduszkach, które się odbywa w położeniu na pół leżącym i na pół siedzącym, ciężar tułowia nie działał z góry i tyłu na kość krzyżową, stojącą jeszcze dość pionowo, lecz więcej z góry i przodu, a więc podobnie jak przy garbie. (W położeniu na pół siedzącym na pół leżącym nie wskazuje właśnie kręgosłup lędźwiowy żadnego wypuklenia ku przodowi, lecz bardziej ku tyłowi). Według naszego mniemania mogłaby miednica tym sposobem w swym zwykłym rozwoju doznać powstrzymania w tym rodzaju, że także później podczas siedzenia i chodzenia nacisk ciężaru tułowiowego, działający prawidłowym sposobem, nie zdołałby usunąć zupełnie zmian, które zaszły w pierwszych latach dziecięctwa. Również jasnym jest z poprzedniego owe także w Erlangen często spotykane poprzeczne zwięźlenie wyjścia miedniczego; jeśli bowiem z tego powodu, iż górna połowa kości krzyżowej nie przegina się ku przodowi, nie masz w miednicy dostatecznego napięcia poprzecznego, to guzy zbliżają się do siebie i przez siedzenie muszą zatrzymać to stanowisko.

Rozpoznanie. Jeżeli nie wymierzamy narzędziami, to rozpoznanie tylko wtenczas jest łatwym, kiedy zwięźlenie w wyjściu miedniczym znacznego dosięga stopnia. Natenczas podpada nam przy badaniu równoległy grzbiet zstępujących gałęzi kości łonowych, wąskość łuku łonowego i zbliżenie się guzów kulszowych. Mniejszy zaś stopień zwięźlenia trudno rozpoznać, jeżeli się nie bierze narzędzi do wymierzania. Tego rodzaju nieprawidłowość musimy przypuszczać wtenczas, kiedy mimo silnych bólów porodowych nie postępuje naprzód główka stojąca widocznie w małej miednicy, a podejrzenie to należy potwierdzić albo usunąć za pomocą dokładnego ręcznego śledzenia i za pomocą wymierzania, jakieśmy opisali na str. 322, kiedyśmy mówili o wymierzaniu wyjścia miedniczego.

Rokowanie nie jest wątpliwym tylko w nieprawidłowości niższego stopnia; przy znacznych zaś zwięźleniach jest ono dla dziecka złym i także dla matki nie jest pomyślnym. Główka napierająca bezprzestannie na łuk łonowy sprawia tutaj bardzo łatwo w częściach miękkich zgorzel, tak iż w następstwie mogą się wytworzyć z jednej strony bliznowate ścieśnienia (*stricturae*) pochwy, a z drugiej strony przetoki pochwowe i próchnienie (*caries*) ramion łuku łonowego. Bardzo ważnym nadto jest pytanie, czy przy poprzecznym zwięźleniu prosty wymiar miednicy jest dostatecznie szerokim, ponieważ w ostatnim wypadku główka nie potrzebuje tak daleko być wepchnięty w zwięźlony łonowy.

Co do leczenia, to w razie znacznego zwężenia w wyjściu miednicy jest wskazanym sztuczny poród przedwczesny. Jeśli zaś już minął czas do tego, to w ciągu porodu będziemy rzadko kiedy mogli pomyśleć o obrocie, ponieważ główka po rozwarciu się ust macicznych stoi już głęboko w miednicy. Skoro dziecko żyje i zwężenie nie jest zbyt znacznym, a główka stoi w warunkach, w których można zastosować kleszcze, to bez wątplenia jest wskazanym nałożenie kleszczy; jednakże w interesie matki niewolno robić żadnych gwałtownych pociągów, ponieważ tym sposobem mogą łatwo powstać rozdarcia pochwy, przetoki pochwowe, próchnienie kości i rozerwania stawów. Skoro silne, lecz rozważne pociągania kleszczami nie doprowadzają nas do celu, należy jak najspieszniej przystąpić do przedziurawienia czaszki. Rezultat pozostaje dla dziecka ten sam, dla matki zaś polepsza się znacznie. Skoro dziecko przestało żyć i opóźnia się jego wydalenie z wyjścia miednicy, należy natychmiast główkę przedziurawić. Cięcie cesarskie nie będzie zapewne nigdy potrzebnym przy miednicy z nieprawidłowością tego rodzaju.

Uwaga. Na lejkowato zwężoną miednicę, której w dawniejszych czasach wielkie przypisywano znaczenie, niesłusznie przestano zwracać uwagę w najnowszym czasie. Przytoczymy tutaj choć kilka wypadków: Hugenberger, *Bericht. etc. p. 76 sequ.* wypadek 1, 2, 19, 40 i z wymiarami szkieletu miednicy wypadek 31, 35 i 56; Schroeder, *Schw. G. u. W. p. 91*; Hecker, *Klinik d. Geb. 1861. p. 118* i *Bericht über 1868, Bair. Intelligenzblatt. 1869. Separatabdruck p. 11*; Braun, *M. f. G. t. 20. p. 236*; Poppel, *M. f. G. t. 28. p. 224*; Dedolph, *Ueber ein im Ausgang verengtes Becken. Diss. in. Marburg. 1869* i Ernst Braun, *Arch. f. Gyn. t. III. p. 154*. Jeszcze niepomyślniejszym jest naturalnie zwężenie wyjścia miedniczego w tych wypadkach, w których nieprawidłowo wązkim bywa już wejście i zwężenie zwiększa się w kierunku wyjścia. W wypadku, który ogłosił Scharlau, *M. f. G. t. 27. p. 1.*, wytworzyła się w następstwie zgorzel pochwy, próchnienie prawej kości łonowej, sposoczenie macicy z przedziurawieniem i rozdarciem prawej tętnicy krzyżobiodrowej.

Oryginał miednicy, której kształt przedstawia fig. 35, znajduje się w zbiorze położniczego zakładu w Erlangen; wymiary jej są następujące:

| | d. r. | d. tr. |
|------------------------|--------------|--------------|
| wejście miednicy . . . | 11,4 (100) | 12,6 (110,5) |
| jama miednicy . . . | 13,6 (119,3) | 11,2 (98,2) |
| wyjście miednicy . . . | 10,7 (93,9) | 8,5 (74,6). |

d. Miednica ukośnie zwężona skutkiem zeszywnienia
(*ankylosis*) jej spojeń.

Literatura. F. C. Naegele, *Heidclb klin. Amalen. t. X, p. 449 i Das schräg verengte Becken. etc. z Mainz. 1839.*—Betschler, *Neue Zeitschr f. Geb. 1840, t. 9, p. 121* — E. Martin. *Progr. de pelvi obl. ov. etc. Jenae 1841 i Neue Zeitschr f. Geb. t. 15, p. 49 i t. 19, p. 111 i Schmidts Jahrb. t. 71, p. 360.*—U n n a, *Oppenheims Zeitschr. für die ges. Med. Hamburg. 1843, t. 23, p. 281.*—Moleschott, *tam-że 1846, p. 31, 441.*—G. W. Stein, *Neue Zeitschr. f. Geb. t. 13, p. 396 i t. 15, p. 1.*—v. Ritgen, *Neue Z. f. G., t. 28, p. 1.*—E. Rosshirt, *Lehrb. d. Geb. Erlangen 1851, p. 305.*—Kiwisch, *die Geburtskündr. Erlangen 1851. II część p. 173.*—C. Hunnius (*Walter*), *De pelvi obl. ov. Diss. in. Dorp. 1851.*—Hayn, *Beitr. z. Lehre nom schräg. ov Becken. Königsb. 1852.* — Hohl, *Zur Pathologie des Beckens, Leipzig. 1852.* — Litzmann, *Das schräg ov. Becken etc. Kiel 1853.*—S. Thomas, *D. schräg verengte Becken etc. Leyden u. Leipzig 1861.*—Fabbri, *descrizione di una pelvi obliqua ovale ect. Bologna 1866.*—Olshausen, *M. f. G., t. 19, p. 161.*—S. Thomas, *M. f. G., t. 20, p. 384.*—Litzmann. *M. f. G. t. 23, p. 249.*—A. Otto, *M. f. G. t. 28, p. 81.*—M. Duncan, *Obst. Research. Edinb. 1868, p. 113.*—Kleinwächter, *Prager Vierteljahrschr. t. 106, 1870. 2. p. 12.*—Spiegelberg; *Arch. f. Gyn. t. II. p. 145*—Nadto zobacz literaturę przytoczoną przy poprzecznie zwężonej miednicy.

Pojedyńcze wypadki do r. 1861 znajdują się w dwóch monografiach Naegelego i Thomasa. O wypadkach z późniejszych czasów zob. *Credé, M. f. G., t. 15, p. 258.* — Hugenberger, *Be-richt etc. wypadek 71, 72 i 73.*—*Bulp, de pelvi obl. ov. Diss. in. Breslau. 1866.*

Uwagi historyczne: Naegele starszy zwrócił pierwszy uwagę na ważność tego rodzaju miednicy zwężonej pod względem położniczym. Poprzednio wspominali mimochodem o pojedynczych tylko takich miednicach, częścią patologiczni anatomowie, najczęściej jednakże badacze polemizujący przeciwko rozcięciu spojenia łonowego; na jego bezskuteczność wskazywano w tych wypadkach, w których istniało zeszywnienie w stawach krzyżobiodrowych. Również Stein młodszy w swém dziele p. t. „*Lehre der Geburtshülfe*” przedstawia obraz ukośnie zwężonej miednicy z zeszywnieniem stawu (znalezionej na ciele heskiego huzara), w tekście jednakże wspomina o niej

tylko w krótkości. Skoro jednakże Naegele pierwszy zwrócił uwagę akuszerów na tę miednicę, pojawiło się prócz 35 wypadków, opisanych już przez Naegelego, wiele nowych, a do zajmowania się miednicami tego rodzaju dała pochop polemika, która się wywiązała względem wytwarzania się takich miednic i która trwa jeszcze do dzisiaj. Naegele sam wyrażał się bardzo ostrożnie o przyczynach tej nieprawidłowości, skłaniał się jednakże do uważania kościozrostu za pierwotny błąd w rozwoju. Przeciwno temu wystąpił najpierw Betschler, dowodząc na pewno jednym spostrzeżeniem, że zeszywnienie zaszło skutkiem zniszczenia skrzydeł kości krzyżowych przez próchnienie. Ponieważ zaś tak Naegele sam jak Betschler nie objawili jeszcze stanowczo zdania swego, przeto utrzymywali wkrótce potem Martin i Stein (wraz z Danyau i Dubois), że cierpienie w stawach pochodzi tylko z zapalenia, uczeń zaś Naegelego Unna i Moleschott wywodzili początek zapalenia z pierwotnego niedostawania skrzydeł kości krzyżowej albo zmarnienia ich jąder kostnienia. Na zdanie Martina i Steina zgodzili się w głównych punktach także Rosshirt i Ritgen, przeciwnie Kiwisch uważał, że skostnienie stawu pochodziło ztąd, że proces kostnienia przechodził na międzyczrząstkę.

Bardzo ważnemi okazały się dokładne badania anatomiczne Hohla, który dowiódł, że w skrzydłach kości krzyżowej może rzeczywiście niedostawać wcale jąder kostnych, albo też mogą te jądra być niedostatecznie rozwinięte, na co dotąd nie było jeszcze dowodu. Wykazał on, że jeśli nie masz jądra kostnego tylko w skrzydle pierwszego kręgu fałszywego, natenczas skrzydło to może zastąpić silniejszy rozwój w skrzydle, należącym do drugiego kręgu; że jednakże, w razie, w którym nie masz tego kręgu i być może także trzeciego, dotycząca strona kości krzyżowej musi zmarnieć i tym sposobem miednica przybrać kształt ukośny. Kościozrost nie jest koniecznym następstwem, przystępuje jednakże do tego często, ponieważ także chrząstka jest słabo rozwinięta lub znika pod naciskiem, a kości pod wpływem tak ścisłego stykania się zlepiają się z sobą (lecz bez zapalenia).

Litzmann w rozprawie swęj ogłoszonej zaraz po wyjściu pracy Hohla wystąpił z nowemi zapatrywaniami, na które niestety dotąd zbyt mało zwrócono uwagi. Nadmienia on, że zeszywnienie zachodzi często z zapaleniem stawu (*coxitis*) po przeciwnęj stronie (co Naegele uważał tylko za przypadkowe powikłanie) i utrzymuje że od jednostronnego ciśnienia pochodzi tak kościozrost jak przesunięcie się miednicy. W takich wypadkach powstaje kościozrost w każdym razie nie skutkiem mocniejszego zapalenia ropnego, lecz tylko skutkiem zapalenia w powierzchniach chrząstkowych, wywiązującego się pod wpływem ciągłego ciśnienia. Główna zasługa Litzmanna, który wytłumaczył dosyć jasno powstawanie takich miednic, polega na tém, że zwrócił uwagę na ważność przesunięcia zeszywniałej kości biodrowej ku tyłowi. U wszystkich mienic dotkniętych takiem przesunięciem, zeszywnienie nie może być pierwotnem.

W najnowszych czasach wystąpił znowu Simon Thomas w Leyden utrzymując, że tego rodzaju miednice wytwarzają się jedynie przez zapalenie, i wywołał tym sposobem znową polemikę tak z Olshausenem, który stał w obronie Litzmanna, jak z Litzmannem samym.

Miednice ukośnie zwężone skutkiem zeszywnienia zachodzą się rzadko. Dotychczas opisano tylko mało co nad 50 takich wysuszonych miednic, a jeszcze mniejszą jest liczba wypadków spostrzeżonych na żyjących, w których rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości. Ze tego rodzaju miednice zachodzą już od dawnych czasów, dowodzi zresztą ta okoliczność, że Naegele opisał tu dotąd należącą miednicę, znalezioną w egipskiej mumii.

Fig. 36.

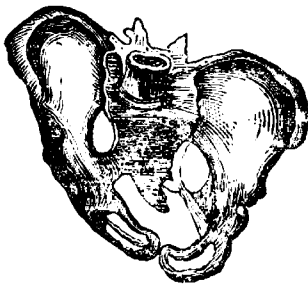


Fig. 36. Ukośnie zwężona miednica, opisana przez Heckera.

Fig. 37.

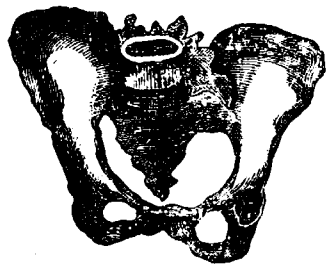


Fig. 37. Ukośnie zwężona miednica opisana przez Litzmanna.

Właściwości miednic tego rodzaju wytwarzają się głównie przez to, że jedna panewka ciśnie daleko mocniej, aniżeli druga. Tym sposobem kość biodrowa po dotyczącej stronie bywa wypychana ku górze, na wewnątrz i często także ku tyłowi.

Fig. 38.

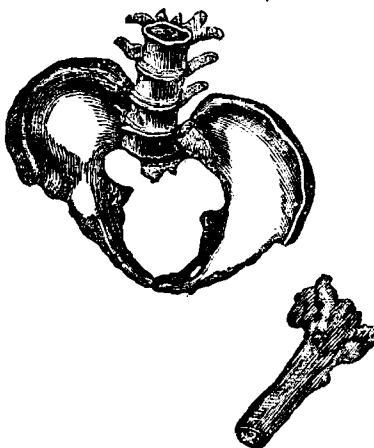


Fig. 38. Ukośnie zwężona miednica z Erlangen, opisana przez Litzmanna.

Skutkiem tego wskazuje miednica następujące znamiona:

Po stronie zeszywnienia skrzydło kości krzyżowej staje się węższym, albo znika zupełnie, dziury przednie bywają węższe, powierzchnia zrostu mniejsza, aniżeli powierzchnia uchowata (*facies auricularis*) po przeciwnej stronie, i przebieg kośćczostn (*synostosis*) po największej części poznać po widocznej

listewce. Kręgi lędźwiowe są przednimi powierzchniami zwrócone nieco ku stronie zeszywnienia (*ankylosis*),

Kość biodrowa po tej samej stronie stoi więcej spadzisto, wyżej i często znacznie ku tyłowi zwrócona. Przez to zmniejsza się wcięcie knlszowe (*inc. ishiad.*), a kolec jako też guz kulszowy zbliża się do kości krzyżowój. Panewka leży również nieco wyżej i zwraca się bardziej ku przodowi; ujście łuku łonowego jest skierowane ku tej stronie.

Spojenie łonowe zbacza ku przeciwniej stronie, linia niemianowana po stronie zeszywniałej jest mocno wyprostowana, po przeciwniej zaś stronie tyłem wygięta mniej, przodem więcej.

Różnica pomiędzy ukośnemi wymiarami jako też pomiędzy odległościami krzyżopanewkowemi (*dist. sacrocotył.*) po największej części znacznego dosięga stopnia. Konjugata prawdziwa zwiększa się nieco przez ukośne przesunięcie, poprzeczny jednakże wymiar wejścia miednicy jest skrócony, a skrócenie to przybiera w kierunku wyjścia miedniczego.

W poniżej stojącej uwadze zastanowimy się nad sposobem wytwarzania się tego rodzaju miednic, który dał powód do licznych obszernych rozpraw.

Uwaga. Spojenie krzyżobiodrowe tworzy rzeczywisty staw z jamą stawową, wyłożoną przez stawomazną (*synovialis*) błonę. Według dzisiejszych zapatrywań nie możemy sobie inaczej wystawić zaniku tej jamy, jak tylko na drodze zapalenia. Trzeba więc przyjąć (opuszczając wypadki, w których stawu może pierwotnie niedostawać), że tylko skutkiem zapalenia może się wytworzyć zeszywnienie w stawie krzyżobiodrowym.

Takie zapalenie w stawie krzyżobiodrowym może:

1) wskazywać mocne ropienie, rozszerzać się także w okolicy stawu i często łączyć się z próchnieniem kości leżących w otoczeniu. Tego rodzaju wypadki opisali Betschler, Ritgen Hayn, Hecker-Paetsch (zob. fig. 36), S. Thomas, Holst, Sinclair, Voigtel-Martin. W tych wypadkach znaleziono wyraźne ślady dawnego próchnienia kości, albo otoczenie stawu było pokryte starszemi grubemi, zapalnymi błonami lub nieregularnymi wybujałościami kostnemi. W innych razach znaleziono ślady starych ropniów, które się otworzyły na zewnątrz, i z anamnezy można było w kilku wypadkach wysledzić wyraźnie dawniejsze cierpienie zapalne w tych częściach. Nadto ze względu na wytwarzanie się tego rodzaju miednic jest ważną dziejącą miednica, którą S. Thomas opisał na str. 47 i dał obraz jej na tabl. VII. str. 1. W prawym jej stawie krzyżobiodrowym jest zupełnie zniszczoną chrząstka stawowa i prócz tego przez próchnienie kości wytworzyła się na uchowatej powierzchni kości biodrowej utrata istoty, w którą się częściowo wdrążyło węższe prawe skrzydło kości krzyżowój. Miednica choć w mniej-

szym stopniu, to jednakże wyraźne nosi znamiona tej formy miedniczej, i nie można wątpić, że, gdyby nie była nastąpiła śmierć, byłby się staw zagoił zeszywnieniem i byłaby się wytworzyła miednica, o której mowa.

W innych wypadkach pod wpływem zapalenia stawu krzyżobiodrowego (*coxitis*) lub innych zmian po tej stronie staje się mniej lub więcej prswdopodobnym, że także przyczyną zeszywnienia w stawie krzyżobiodrowym jest podobne zapalenie stawu. To też przy wypadku, spostrzeżonym przez Danyau'a, w którym po całej lewej stronie aż do czwartego kręgu lędźwiowego znaleziono tkankę bliznowatą, nie podlegało żadnej wątpliwości, że przy zapaleniu główki udowej przebytym w dziesiątym roku życia, był zajęty także staw biodrowy. Tak samo ma się rzecz z wypadkiem Fabbri'ego i Sandifort van Wieringena, jako też z miednicą heskiego huzara odrysowaną przez Steina i opisaną przez Lambła; także należy zapewne tutaj miednica pod Nr. 24 opisana przez Naegelego. Czy zaś do tej klasy zaliczać należy miednicę Marseilską opisaną przez Lambła oraz miednicę Fraenzel-Otto'a, u których się znalazły złamy w kościach łonowych, nie można na pewno rozstrzygnąć. Dziecięca miednica, którą S. Thomas opisał na str. 47, i której obraz znajduje się na tablicy VII. fig. 2, daje także zajmujące wyjaśnienia co do rozwijania się tego rodzaju miednicy.

Zapalenie w stawie krzyżobiodrowym może jednakże bez wątpienia 2) ograniczyć się także na ewewnętrznej jamę stawową, przebiegać bez znacznego ropienia, doprowadzać do zlepienia i do kościozrostu. Jak w każdym innym stawie, tak też w stawie biodrokrzyżowym może tego rodzaju zapalenie powstać pierwotnie, a przynajmniej tak, że niepodobna dociec przyczyny.

Jeśli się takowe pojawi po ukończeniu się wzrostu kości, kiedy więc już zupełnie są rozwinięte skrzydła kości krzyżowej, natenczas postać miednicy nie podlega żadnym zmianom. Takie kościozrosty w jednym lub w obu stawach nie zachodzą bynajmniej rzadko w późniejszym wieku. Crève¹⁾ przyszukając trupiarnie po cmentarzach znajdował takowe tak często, że na nie wcale już nie zważał. Zresztą jest w tych wypadkach zeszywnienie zazwyczaj niezupełne, lecz od jednej do drugiej kości przechodzą tylko mostkowate połączenia. Te zlepiające zapalenia stawu przypisuje Crève ciśnieniu ciężaru ciała i utrzymuje, że skostnienie zachodzi po stronie prawej części z tego powodu, iż prawej kończyny dołnej używamy częściej.

Jeśli to zapalenie występuje u dzieci, to może ono przebiec bez znaczniejszych przypadłości, wywołując może tylko przemijające bóle i lekkie chromanie (przypadłości, które się później dają rzadko zapewne dowieść jeszcze z anamnezy). Ponieważ skrzydła kości krzyżowej u dzieci nie rozwinięły się jeszcze zupełnie, przeto w następstwie kościozrostu pozostają skrzydła na tym stopniu rozwoju, w którym się znajdowały w czasie kiedy wystąpił był proces zapalny. Ponieważ po przeciwnej stronie skrzydło dosięga swęj zwykłej szerokości, przeto sposobem który poniżej opiszemy, ciężar tułowia rozdziela się nierówno i kościozrosła strona bywa wystawioną na silniejszy nacisk, aniżeli zdrowa strona. Ten wzmocniony nacisk pojawia się jednakże

¹⁾ Krankh. d. w Beckens. Berlin. 1795. p. 163.

dopiero wtenczas, kiedy się już wytworzył kośćciorost; w takich więc wypadkach pod wpływem wzmocnionego ciśnienia nie może kość biodrowa przesunąć się obok kości krzyżowej ku tyłowi, podczas gdy pozostałe zmiany w miednicy również występują, i zeszywniałe skrzydło może zaniknąć jeszcze znacznie przez wzmoczone ciśnienie. (Jeśli skutkiem przewlekłego zapalenia w stawie nie pojawia się żaden kośćciorost, lecz tylko stwardnienie (*sclerosis*) i zanik przyległej kości, to następstwem wzmoczonego przeciążenia dotyczącej strony może prócz ukośnego przesunięcia być także przemieszczenie (*dislocatio*) kości biodrowej ku tyłowi), jak się to pokazuje z miednicy, opisaną przez Spiegberga).

Gdy zapalenie występuje podczas życia śródmacicznego, to powstaje przyrodzone zeszywnienie, przyczém w każdym razie skrzydło kości krzyżowej jest bardzo wąskie po stronie zeszywniałej, a z przyczyn, które niżej podamy, wytwarza się pod wpływem wstrzymanego rozwoju także ukośne przesunięcie miednicy. Nigdy jednakże nie może także w tych wypadkach przesunąć się ku tyłowi kostna, z krzyżową kością zrosła kość biodrowa; ciśnienie zaś ciężaru tułowia działające później podczas życia zamacicznego i nierówno rozdzielone musi powiększyć przesunięcie miednicy i zanik skrzydła kości krzyżowej.

W dwóch więc ostatnich wypadkach będzie miednica wskazywała wszystkie znamiona ukośnego zwężenia, tylko kość biodrowa nie może się przesunąć obok kości krzyżowej ku tyłowi, ponieważ kośćciorost jest pierwotnym. Ponieważ właśnie pod tym względem niedostatecznie opisana jest większa liczba znanych miednic i przy obrazach z miary obu linii niemianowanych nie możemy nic pewnego wnioskować o tém przesunięciu, przeto mało tylko miednic możemy tu dotąd zaliczać z niejaką pewnością. Prawdopodobnie wytworzyły się tym sposobem: miednica opisana przez S. Thomasa pod Nr. 13 na str. 22 wypadek 72 spostrzeżony przez Hugenbergera i z wypadków przytoczonych przez Naegelego wypadek pod Nr. 3 i 10. Że takie miednice nie znachodzą się często za tém przemawia ta okoliczność, iż aż do roku 1861 Litzmann widział tylko jedną tego rodzaju miednicę.

Z drugiej strony jednakże może także nacisk ciężaru tułowia, jeśli mu w nadzwyczaj wysokim stopniu podlega jedna połowa miednicy, spowodować zapalenie dotyczącego stawu, kończące się kośćciorostem. Przyczynę tego rodzaju zmiany w ciśnieniu tułowia może stanowić 1) przyrodzony brak albo nieprawidłowo mały rozwój skrzydła kości krzyżowej po jednej stronie, albo 2) ustanie lub przynajmniej nader ograniczone używanie jednej kończyny dolnej.

Jeśli skutkiem tych okoliczności ciężar ciała przypada przeważnie na kończynę jednej strony, to w takim razie może przyjść do zapalnego podrażnienia stawu krzyżobiodrowego. Z tych samych przyczyn przesunie się równocześnie kość biodrowa obok kości krzyżowej ku tyłowi. To przesunięcie odbyło się już wtenczas, kiedy skutkiem zapalenia stawu występuje zeszywnienie. Przy zeszywniałych więc miednicach, które się wytworzyły tym sposobem, znajdujemy kość biodrową przesuniętą

1) Archiv f. Gyn. t. II. p. 159.

ku tyłowi. Do miednic powstałych sposobem pierwszym, należy miednica Litzmanna, której obraz znajduje się w *M. f. G. t. 23. str. 249* (zob. fig. 37), miednica opisana przez Martina w przytoczonym dziele na str. 5, trzy miednice znajdujące się w patologiczno-anatomicznym muzeum w Wiedniu i miednica opisana przez Klei nwächtera, nader zajmująca dla swego powikłania z krzywicą, jako też prawdopodobnie miednice Naegelego pod Nr. 4, 7 i 17. Do miednic nieprawidłowych, powstałych skutkiem ograniczonego używania jednej kończyny, należy miednica znajdująca się w zakładzie położniczym w Erlangen (zob. fig. 38), w Dreźnie (Naegele Nr. 12) i miednica opisana przez Naegelego pod Nr. 5.

Mechanizm, przez który się wytwarza ukośne przesunięcie miednicy, jest następujący:

Najpierw, zanim jeszcze zaczyna naciskać ciężar tułowia, wywołuje już asymetryczny kształt obu skrzydeł kości krzyżowej nie tylko asymetrią miednicy, lecz także jej ukośne przesunięcie. Wygięcie kości biodrowej formuje się tym sposobem, że, gdy więz biodrokrzyżowy utwierdza tylne kolce, rosnące skrzydło kości krzyżowej ciśnie na uchowatą powierzchnią. Gdyby oba półpięścienie miednicy nie były silnie połączone w spojeniu łonowym, to oczywiście w miejscu tém oddalałyby się od siebie kości łonowe. Ponieważ jednakże w spojeniu łonowym pociąganie z obu stron jest równe, przeto musi spojenie łonowe pozostać w środku, a kość biodrowa wygina się skutkiem wzmagającej się siły w powierzchni uchowatej. Otóż skutek wynikający wtenczas, kiedy pociąganie spojenia łonowego jest z obu stron równe. Jeśli pociąganie jest mniejszém po jednej stronie, to spojenie łonowe musi zostać przeciągniętém na tę stronę, po której działa większa siła. Jeśli tedy kolce tylne są utwierdzone przez mocne więzy, to słabiej rozwinięte skrzydło kości krzyżowej ciśnie słabiej na uchowatą powierzchnią i w następstwie tego wygina się mniej kość biodrowa po tej stronie, a spojenie łonowe pod wpływem silniejszego pociągania drugiej kości biodrowej bywa przeciągniętém na przeciwną stronę.

Z tych powodów musi się wytworzyć wyraźny ukośny kształt miednicy już podczas życia śródmacicznego. Wszakże nie dosięgnięciu na wysokiego stopnia, ponieważ w tym czasie także prawidłowe skrzydło kości krzyżowej jest bardzo wąskie. Daleko charakterystyczniejszą staje się postać miednicy później, kiedy się skrzydło po stronie zdrowej rozwinię znaczniej, i kiedy również na postać miednicy wpływa ciśnienie ciężaru tułowia, któremu podlega kość krzyżowa, i przeciwcisnienie wychodzące ze strony panewek.

Przy symetrycznej bowiem budowie ciała linia ciężkości pada w płaszczyznę, położoną pionowo przez środek linii, łączącej obie główki kości udowej; ciężar więc tułowia ciśnie jednakowo na każdą główkę udową. Jeśli jednakże skrzydło kości krzyżowej jest po jednej stronie węższe, aniżeli po drugiej, to główka udowa tej strony leży bliżej linii ciężkości i jest zatem wystawiona na silniejsze ciśnienie, aniżeli główka po przeciwnej stronie. To ciśnienie zwiększa się jeszcze znaczniej skutkiem ukośnego przesunięcia miednicy, o czém powyżej była mowa. Ta zatem strona miednicy, która posiada węższe skrzydło kości krzyżowej, jest silniej przeciążona, aniżeli druga strona. Ciężar zaś działa ze strony kości krzyżowej i ze strony panewki. Ciężar tułowia spycha kość krzyżową po tej stronie głębiej w miednicę (innemi słowy: kość biodrowa przesuwa się obok kości krzyżowej ku tyłowi) i całą kość bio-

drową wypiera panewka ku górze i wewnątrz, przez co się rozwija silniej ukośne przesunięcie. Skutkiem znacznego nacisku wywieranego na panewkę, stoi dalej kość biodrowa więcej spadzisto, grzebień biodrowy jako też linia niemianowana wyżej, ostatnia ciągnie się więcej wyprostowana, kolce i guzy kulszowe są wyparte ku kości krzyżowej, jeśli inne okoliczności nie działają przeciwko temu. Przytém skutkiem nacisku, jaki na siebie nawzajem wywierają powierzchnia uchowata i panewka, cała kość niemianowana jest w sobie ściśnięta, a więc także nieco mniejsza i twardziej silnej istoty kostnej.

Ze względu na różne rodzaje, jakimi się wytwarzają takie miednice, zjawiska są dość rozmaite.

Przy miednicach zeszywniałych skutkiem ropnego zapalenia może tylko wtenczas być wielkim ubytek kości krzyżowej, kiedy zapalenie wystąpiło w bardzo wczesnym wieku życia, albo kiedy bardzo wysokiego dosięgło stopnia zniszczenie istoty kostnej przez próchnienie kości. Przesunąć się ku tyłowi może tylko wtedy kość biodrowa, kiedy na miednicę chorą, ale jeszcze nie zeszywniałą, działał ciężar tułowia. Ukośne przesunięcie nie jest następstwem samego zeszywnienia, lecz dopiero następstwem zwężenia skrzydła kości krzyżowej po tej stronie, skutkiem którego ciężar ciała spoczywa więcej na udzie chorąj strony, tak iż się panewka zbliża do wzgórka krzyżowego i spojenie lonowe przesuwają się ku drugiej stronie. Zresztą przesunięcie jest po największej części nie zbyt znaczne, ponieważ ubytek kości krzyżowej prawie nigdy nie jest zupełny. W dziewięciu należących tu miednicach różnica pomiędzy oboma ukośnemi wymiarami wejścia miedniczego wynosiła w przecięciu tylko jeden cal; co więcej w dwóch miednicach, w których najlepiej widać ślady zapalenia, to jest w miednicach opisanych przez Veigel-Martina i Hecker-Paetscha, wynosi różnica tylko 2, resp. 1 1/2". (Fig. 36 przedstawia obraz ostatniej miednicy).

Miednice zniekształcone przez pierwotne zapalenie zlepane, które wystąpiło podczas życia śródmacicznego lub dziecięcego, dostają w dziecięcym wieku z tej samej przyczyny przesunięcia ukośnego. Jeśli zapalenie pojawiło się wcześniej, to ubytek może także być znacznym. W czterech tu dotąd zaliczanych wypadkach różnica nkośnych wymiarów w wejściu miedniczém wynosiła przecięciowo 1" 2".

Ukośne przesunięcie miednicy musi być najznaczniejszym, jeśli przyrodzonem jest niedostawanie albo bardzo znaczny zanik jednego skrzydła kości krzyżowej. Ztego, co się wyżej powiedziało, musi miednica ukośny kształt przybrać, zanim jeszcze podziałał ciężar tułowia. Skutkiem niedostawania skrzydła kości krzyżowej i skutkiem ukośnego przesunięcia, które się wzmacnia z rozpoczęciem się chodzenia, panewka zniekształconej strony przypada tak blisko linii ciężkości ciała, że ona sama dźwiga po największej części ciężar ciała. Nieuniknionem więc jest mocniejsze naruszenie (*insultatio*) dotyczącego stawu krzyżobiodrowego, ponieważ przy każdym nastąpieniu przesuwa się kość krzyżowa obok kości biodrowej. Nie można się tedy dziwić, jeśli następuje zlepane zapalenie stawu i jeśli na zeszywniałej miednicy widać wyraźnie przesunięcie kości biodrowej ku tyłowi. Do tego przesunięcia, jako też do znacznego rozluźnienia stawu, które ułatwia wystąpienie zapalenia, przyczynia się może pod niejednym względem słabe rozwinięcie więzów biodrokrzyżowego (którego prawidłowego punktu przyczepu niedostaje t. j. skrzydła kości krzyżo-

węj). W każdym razie jest przesunięcie bardzo znaczném przy tych miednicach (przy pięciu miednicach wynosiło w przecięciu $1'' 9\frac{1}{4}'''$) i bardzo właściwie tworzą one pierwowzór wszystkich tego rodzaju miednic. W fig. 37 dajemy obraz bardzo znacznie ukośnie przesuniętej miednicy, opisanę przez Litzmanna ¹⁾.

Z tego, co się powiedziało, jest jasnym, że kośćciorost nie bywa koniecznym następstwem zaniku skrzydła kości krzyżowej, lecz że tylko łatwo wytłumaczyć sobie można jego pojawienie się. Rzeczywiście znamy także miednice, w których nie masz skrzydła pierwszego kręgu krzyżowego i skrzydło drugiego zastępuje jego brak tylko w bardzo niedostatecznej mierze ²⁾. W przytoczonych wypadkach istniały prócz zeszywnienia wszystkie charakterystyczne znamiona ukośnie zwężonej miednicy. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że, gdyby w tych wypadkach było niedostawało także skrzydła drugiego kręgu krzyżowego, byłoby wystąpiło jeszcze silniejsze przesunięcie i zarazem także zeszywnienie. Że jednakże zeszywnienie nie jest koniecznym potrzebnym nawet wtenczas, tego dowodzi miednica opisana przez Schnella ³⁾, przy której nie masz zeszywnienia, chociaż prawie skrzydło zanikło w wysokim stopniu i miednica była znacznie przesuniętą ukośnie.

Miednice zwężone ukośnie skutkiem ustania albo przynajmniej bardzo rzadkiego używania dolnej kończyny zachodzą przeważnie w następstwie zapalenia główki udowej (*coxitis*). Jeśli się chorą osobę nie używa wcale albo tylko mało co, to ułożenie tułowia (wtórnie powstaje wypuklenie (*scoliosis*) ku zdrowej stronie) bywa takim, że linia ciężkości przypada w powierzchnią, która podpira zdrową nogę. Skutkiem jednostronnego nacisku na zdrową główkę udową wytwarzają się natenczas wszystkie zmiany, charakterystyczne dla miednic, o jakich mówimy. Ukośnie przesunięcie zachodzi w dość wysokim stopniu, w trzech wypadkach wynosiło w przecięciu $1'' 2\frac{1}{4}'''$. Fig. 38 przedstawia obraz miednicy spozstrzeżonej przez Rosshirta i opisanę przez Litzmanna wraz z chorem udem; miednica ta znajduje się w zbiorze zakładu położniczego w Erlangen.

W takich także razach nie pojawia się zawsze zeszywnienie w stawie biodrokrzyżowym; jednakże prawie regularnie jest ściśniętym jak cała kość biodrowa tak też skrzydło kości krzyżowej po zdrowej stronie przez nacisk ze strony panewki, przez co ostatnie jest węższém, aniżeli skrzydło po przeciwnej stronie ⁴⁾. Prócz znanych znamion podpada nam przy tego rodzaju miednicach zanik we wszystkich kościach chorąj strony. W wypadkach

¹⁾ M. f. G. t. 23.

²⁾ Zob. Naegle, w m. przyt. p. 54; Hohlf, w m. przyt. p. 18. tabl. II. fig. 2, p. 22, tabl. III. i Thomas, w miejscu przyt. p. 36. Nr. 1. i p. 37. Nr. 2.

³⁾ De pelvi oblique-ovata. Diss. in. Dorp. Liv. 1853.

⁴⁾ Wypadki przez zapalenie uda biodrowego zwężonych ukośnie miednic bez zeszywnienia zob. Litzmanna, w m. przyt. p. 8; v. Siebold, Neue Zeitschr. f. G. t. 29. p. 215. i Boeckel, Arch. de Physiologie. 1870 Nr. 4. p. 435

w których chore zmarły nie używając wcale zdrowej kończyny, nie dostawało naturalnie ukośnych przesunięć, i wtedy może chora strona doznać zwężenia skutkiem bardzo znacznego zaniku ¹⁾. Jeśli jednakże chora używała cierpieniem zajętej kończyny, i takowa podlegała Znaczniejszemu obciążeniu, aniżeli strona zdrowa, to tym sposobem może się wytworzyć ukośne przesunięcie wraz ze zwężeniem choréj strony ²⁾.

Bardzo ważnym przy miednicach zwężonych ukośnie skutkiem nerwobólu biodrowego (*coxalgia*) jest stan jamy miedniczej i wyjścia miednicy. Pospolicie ukośne przesunięcie, które się rozpoczęło w wejściu miednicy, pozostaje aż do wyjścia, chociaż w nieznacznym stopniu. W takich wypadkach jest guz kulszowy po stronie zdrowéj wraz z całą kością biodrową przesunięty ku górze i wewnątrz ku kości krzyżowej, a guz kulszowy po stronie choréj wyciągnięty na zewnątrz, mianowicie gdy pacjentka przynajmniej raz po raz używała téj kończyny. W innych razach obie zmiany są zaledwie uwydatnione, tak iż nie istnieje już wcale przesunięcie w wyjściu miednicy. Jednakże i guz zdrowéj strony może przez pociąganie mięśniów zostać skierowanym więcéj na zewnątrz i ku przodowi. Jeśli przytém, co pospolicie zachodzi przy zupełnym zeszywnieniu kości udowej, zanikły guz choréj strony cofnął się na wewnątrz i ku tyłowi, to ukośne przesunięcie wejścia miedniczego odwraca się zupełnie w wyjściu miednicy. (Zob. miednicę pragskiego malarza obrazów u Litzmanna ³⁾ i frankfurcką miednicę mężką opisaną przez Kreuzera ⁴⁾, która wskazuje przesunięcie w mniejszym stopniu. Jedyną tu należącą miednicą niewieścią z takim przesunięciem—nie rachując w to miednicy garbatéj i wypukłonéj ku bokowi (zob. str. 350)—jest miednica Maryi Giess, opisana przez Ritgensa ⁵⁾).

Podobne przesunięcie jak przy miednicy zmienionéj skutkiem zapalenia udowej główki może także wystąpić skutkiem odjęcia jednéj kończyny, naturalnie tylko wtenczas, jeśli się nie używało wcale kikuta ⁶⁾, albo téż skutkiem przyrodzonego zaniku ⁷⁾ jednéj kończyny dolnéj. W wypadku bardzo znacznego przesunięcia miednicy wraz z zeszywnieniem prawéj strony, opisanym przez Spiegelberga ⁸⁾, było powodem cierpienia skrócenie prawego uda począwszy od trzeciego roku życia, tak iż ciężar tułowia padał przeważnie na tę stronę. Nadto widzieliśmy ukośne przesunięcia w następstwie skrócenia jednéj nogi przez powikłany złam w piszczeli i przez wykrzywienie nogi na wewnątrz (*pes valgus*) skutkiem obrażenia.

1) Zob. Blasius, M. f. G. t. 13. p. 328 i Valenta, M. f. G. t. 25. p. 161.

2) Zob. Spiegelberg, M. f. G. t. 32. p. 305 i Ernst Braun, Wiener med. Presse 1871. Nr. 34. według spostrzeżenia na żyjących.

3) W miejscu przyt. p. 9 i tabl. III, IV i V.

4) Deser. pelv. cujusd. etc. Diss. in. Bonnae. 1860.

5) Neue Zeitschr. f. Geb. t. 30. p. 153 i M. f. G. t. 2. p. 433.

6) Zob. Herbiniaux, w miejscu przyt. p. 478 i pani Lachapelle, Prat. des acc. t. III. p. 413.

7) Zob. Valenta, M. f. G. t. 25. p. 168.

8) W miejscu przytoczonym.

Przy starych zwichnieniach uda przesunięcie ukośne jest zwykle bardzo mało znacznym, albo się wcale nawet nie wytwarza, ponieważ po największej części zwichniona kończyna staje się znowu w wysokim stopniu zdolną do użycia przez nowo uformowaną panewkę ¹⁾.

Że ukośne przesunięcie występuje również, skoro jedna połowa miednicy z jakiegokolwiek innej przyczyny doznaje silnego ciśnienia, dowodzi wypadek ogłoszony przez S. Thoma ²⁾. Takowy dotyczy miednicy żebraka znajdującą się w Amsterdamie, w wysokim stopniu ukośnie przesuniętej, lecz nie zesztyniałej; żebrak ten porażony na dolne kończyny szukał zarobku siedząc lewym biodrem na osle (zesztynienia nie było prawdopodobnie z tego powodu, że przez spokojne siedzenie staw podlegał mniejszemu drażnieniu, aniżeli przez wstrząśnienie przy każdym nastąpieniu).

Bardzo ważnym dla zrozumienia, jak się wytwarza ta forma miednicy, jest rozwijanie się poprzecznie zwężonej miednicy skutkiem zesztynienia (zob. poniżej uwagę tego rodzaju poprzecznemu zwężeniu uległej miednicy!).

Rozpoznanie. Z tej okoliczności, że ukośnie zwężone miednice rozpoznano u żyjących osób w nader rzadkich wypadkach, możnaby wnioskować, że rozpoznanie jest nadzwyczaj trudnym. Wniosek ten jednakże jest o tyle tylko słusznym, że przy zwyczajnym badaniu miednicy można bardzo łatwo nie dostrzedz tego rodzaju miednicy. Mamy jednakże rozpoznawcze kryteria, które, gdy jest podejrzenie na taką miednicę, pozwalają nam (przynajmniej przy znacznym przesunięciu) to podejrzenie albo usunąć albo stwierdzić. Chodzi więc głównie o to, ażeby w dotyczącym wypadku mieć zawsze na myśli, że może istnieć miednica zwężona ukośnie skutkiem zesztynienia.

Przed rozpoczęciem się porodu będziemy rzadko kiedy mieli takie podejrzenie, to jest tylko w tych wypadkach, w których osoba chroma, albo jedno biodro stoi wyżej, albo istnieje zapalenie stawu biodrowego (*coxitis*) po jednej stronie, albo na pośladkach widać blizny po zagojonych przetokach. Przy anamnezie powinno uwagę naszą zająć wspomnianie dotyczącej osoby, że dawniej chromała, albo że przebyła ostrą lub przewlekłą chorobę w tylniej okolicy miednicy. We większej jednakże liczbie wypadków znajdujemy u zdrowych pierwiastek prawidłowo wielką konjugatę zewnętrzną w tych miednicach.

Jeśli się poród już rozpoczął, to łatwiej się wyradza u nas podejrzenie. Jeśli mimo silnych bólów porodowych główka stoi wysoko i jeśli z długości konjugaty nie możemy sobie wytłómaczyć tego

1) Zob. Guéniot, des luxat. coxo-fémor. etc. Paris 1869.

2) W miejscu przytoczonym p. 38.

opóźnienia, natenczas musimy przyjąć ukośnie zwężoną miednicę, kiedy przytóm da się także wykluczyć nieprawidłową wielkość główki.

Stwierdzenie ukośnie zwężonej miednicy albo jój wykluczenie ma się potem udać sposobem, który poniżej opisujemy.

Już bardzo ważną jest okolicznością, jeśli jedno skrzydło kości biodrowej stoi wyżej, co się wysledzić da w postawie leżącej lub stojącej, zachowując naturalnie przytóm potrzebną ostrożność. Nadto jest bardzo ważną rzeczą, jeśli nierówną jest odległość górnych kolców tylnych od wyrostków kolcowych (Martin). Tylny bowiem kołek przy takich miednicach stoi po największej części po stronie zeszywnienia daleko bliżej środkowej linii; wszakże w innych przypadkach różnica ta była tak nieznaczna, iż nie dało się jój stwierdzić na pewno przy wymierzaniu na żyjących, albo nawet nie dostawało jój zupełnie. Jeśli się więc przekonamy, że tylny kołek po jednej stronie stoi znacznie bliżej wyrostka kolcowego, aniżeli kołek po przeciwnej stronie, to rozpoznanie jest dosyć pewnym; rezultat jednakże negatywny niedowodzi bynajmniej, że nie masz zwężenia skutkiem zeszywnienia.

Przy badaniu zewnętrzném trzeba najpierw wymacać łuk łonowy, który przy miednicy ukośnie zwężonej jest wyraźnie zwrócony ku jednej stronie; potem należy się przekonać, czy kolce kulszowe po obu stronach są dość równo oddalone od brzegu kości krzyżowej (Ritgen), i wysledza się obie boczne ściany miednicy, przy czém podpada płaski przebieg linii niemianowanej po chorój stronie Wzgórek krzyżowy da się zawsze osiągnąć, jeśli się bada połową ręki. Przy tém badaniu musi nam podpaść boczne jego stanowisko, tudzież jego nierówna odległość od linii niemianowanej (nierówność w odległości krzywopanewkowej).

Prócz tego podań już Naegele rozmaite zewnętrzne wymiary miednicy, które przy prawidłowej jój budowie dają równe miary, przy ukośnóm zaś zwężeniu miednicy miary odmienne. Do tych wymiarów należą następujące:

- 1) od guza kulszowego jednej strony do górnego kolca tylnego po przeciwnej stronie (w przecięciu $17\frac{1}{2}$ ctm.);
- 2) od górnego kolca przedniego jednej strony do górnego kolca tylnego po przeciwnej stronie (21 ctm.);
- 3) od wyrostka kolcowego przy ostatnim kręgu lędźwiowym do górnego kolca przedniego obu stron (18 ctm.);
- 4) od skrętarza jednej strony do górnego kolca tylnego po drugiej stronie ($22\frac{1}{4}$ ctm.);

5) od środka dolnego brzegu spojenia łonowego do górnego kolca tylnego po każdej stronie ($17\frac{1}{4}$ ctm.).

Odległości między kolcami tylnymi i przednimi dają się łatwo wymierzać (przy tylnych kolcach jest skóra przyrosła mocno do kości, przez co się tworzy dołek dający się już zewnątrz dostrzedz) wymierzenie zaś od guzów kulszowych i skrętarzy przedstawia już niejedną trudność.

Co do rezultatu tego mierzenia należy tutaj naturalnie nadmienić, że różnice obu stron muszą być znaczne (zawsze wyżej 1 ctm.). Nadto przedsiębiorac wymierzanie należy przy miednicy zmienionej skutkiem zapalenia stawu biodrowego ocenić zanik kości i części miękkich po chorój stronie.

Z pomocą tych wszystkich środków rozpoznawczych uda się nam w wypadkach znacznego przesunięcia rozpoznać ukośne zwięźlenie miednicy, daleko trudniej jest oznaczyć, jak wielkiem jest zwięźlenie. Zawisło ono przeważnie od tego, czy miednica pierwotnie należy do wielkich czy do małych, prócz tego naturalnie także od stopnia przesunięcia.

Stopień przesunięcia da się w przybliżeniu oznaczyć przez wszystkie wyżej przytoczone metody badania, mianowicie z znacznych różnic w wymiarach Naegелеgo możemy wnioskować na mocne przesunięcie. Stosownie zaś do tego, czy przytém wszystkie wymiary miednicy są albo dosyć wielkie albo nadzwyczaj małe, będziemy mogli wydrowadzić wnioski także na pierwotną wielkość miednicy (wymiar koleokolcowy i grzebienio-grzebieniowy są prawie zawsze mniejsze, aniżeli w stosunkach prawidłowych).

Czy zaś przy ukośnem przesunięciu istnieje skostnienie, czy też nie, będziemy mogli tylko wtenczas oznaczyć na pewno, jeśli są wyraźne ślady dawniejszych zapaleń. Jeśli tylny kołek chorój strony stoi bardzo blisko wyrostka kolcowego, to w każdym razie można z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć kościorost. Według Freunda ¹⁾ można, w razie niedostawania zeszywnienia, w stojącej postawie osoby, którą się bada przez odbytnicę, wyczuć przesunięcie w biodrokrzyżowym stawie, jeśli się jój każe naprzemian stać raz na jednę, raz na drugą nodze.

Według ogłoszonych dotychczas doświadczeń jest tak dla matki jak dla dziecka nadzwyczaj niepomysłnem rokowanie przy tych

¹⁾ Arch. f. Gyn. III. p. 399.

miednicach. Według Litzmanna ¹⁾ z 28 matek umarło 22 skutkiem pierwszego porodu, między temi pięć nierozwiązanych, trzy umarły przy drugim i dwie przy szóstym rozwiązaniu. Z 41 porodów zakończyło się siłami naturalnymi tylko sześć i z tych sześciu pięć zaszło u jednej i tój samej osoby. Z tych 41 dzieci urodziło się tylko dziesięcioro żywych (między temi sześć z tój samej matki, a dwoje za pomocą cięcia cesarskiego). Jednakże jest pewną rzeczą, że rokowanie zestawione z tych danych jest tylko z tego powodu tak niepomyślném, ponieważ niepoznano wielkiej liczby łżejszych wypadków, albo nie ogłoszono ich wcale w razie rozpoznania jako nie budzących wielkiego interesu. W dwóch ostatnich latach widzieliśmy sami trzy wypadki, które się dały dowieść przez mierzenie i których przyczyny były jasne; zakończyły się one pomyślnie dla trzech matek i trojga dzieci (z tych umarło tylko jedno przypadkowo w trzy tygodnie po porodzie).

Najlepszym jest rokowanie, jeśli miednica jest pierwotnie obszer-na. W takim wypadku może się poród zakończyć naturalnymi siłami, chociaż przesunięcie znacznego dosięga stopnia. Jeśli małość miednicy łączy się z znaczném przesunięciem ukośném, to rokowanie jest dla matki po największej części zupełnie niepomyślném, a dla dziecka niepomyślne, ponieważ wydobyćcie główki prawie zawsze stawia wielkie trudności; dla matki zaś lepsze, aniżeli czaszkowe, ponieważ poród trwa czas krótszy.

Bardzo zajmującym jest mechanizm porodowy przy miednicy ukośnie zwężonej. Sposób zstępowania główki do miejsca miedniczego zależy w wysokim stopniu od stanowiska, jakie zajmuje wzgórek krzyżowy. Jeśli się wzgórek ten cofnął nieco w tył, to główka zstępuje najłatwiej szwem strzałkowym w długi wymiar ukośny; jeśli zaś wzgórek krzyżowy sięga głębiej w miednicę, to zbliża się tak mocno do kości biodrowej po zesztwniałej stronie, że przestwór wyjścia miednicy poza odległością krzyżopanewkową tój strony jest zupełnie stracony dla mechanizmu porodowego; odległość bowiem krzyżopanewkowa dotyczącej strony jest tak mała, że się nie zmieści w nią żadna część czaszki (zob. str. 349 i fig. 30). W takich wypadkach wejście miednicy równa się najwięcej miednicy ogólnie jednostajnie zwężonej, a główka w takim razie zstępuje do zwężonej

¹⁾ M. f. G. t. 23. p. 284.

jamy miednicy bardzo głęboko stojącym tyłem głowy, i to niekiedy najłatwiej, tak iż więc szew strzałkowy przebiega w krótszym wymiarze ukośnym. Jest rzeczą jasną, że jeśli miednica jest przytem z natury już małą, to tak znaczny kawał wejścia miedniczego może pozostać bez wszelkiej korzyści, iż pozostała jego część nie pozwala w ogóle już wcale zstąpić główce do miednicy.

Ale nawet wtenczas nie są bynajmniej przezwycięzone trudności porodowe, kiedy główka weszła do wejścia miednicy, ponieważ miednica zęża się w poprzecznym kierunku. Przez wyjście miednicy przesuwają się główka najłatwiej wtedy, kiedy szew strzałkowy przechodzi w kierunku krótkiego wymiaru ukośnego.

Główka idąca na ostatku przechodzi łatwiej przez miednicę, jeśli tył głowy odpowiada szerszej połowie miednicy.

Leczenie stósuje się przedewszystkiem według pierwotnej wielkości miednicy, a potem według stopnia przesunięcia.

Jeśli się uda rozpoznać ukośnie zwązoną miednicę podczas pierwszej ciąży, albo jeśli osoba z taką miednicą zachodzi poraz drugi w ciążę po szczęśliwem przebyciu pierwszego porodu, to zwykle jest wskazanem wywołać sztuką poród przedwczesny. Należy zaś tego zaniechać, jeśli tylko średnio przesunięta ukośnie miednica pierwiastki jest z natury wielką, albo jeśli się pokazało z poprzedzających porodów, że nawet wielkie dzieci mogą przejść przez miednicę bez niebezpieczeństwa. Czas, w którym należy wywołać sztuczny poród przedwczesny, zależy głównie od obszerności miednicy.

Jeśli się taką miednicę rozpozna dopiero podczas porodu i szczególnie dopiero w skutek utrudnienia przy porodzie, to należy się zachować wyczekująco, skoro główka zstąpiła do wejścia miedniczego. Jeśli przytém potrzeba przyspieszyć poród, to przy żyjącem dziecku jest wskazanem nałożenie kleszczy, ponieważ po zstąpieniu główki mogą one jedynie uratować życie matce i dziecku. Z nałożeniem jednakże kleszczy łączą się wielkie niebezpieczeństwa, ponieważ do celu mogą doprowadzić tylko mocne pociągania. Inną niedogodność kleszczy stanowi ta okoliczność, że mogą one powstrzymywać dla dotyczącego wypadku odpowiednie skrócenie się główki. Skoro się przekonamy, że główka nie postępuje dalej mimo bardzo mocnych pociągania, to najlepiej sobie postąpimy, jeśli odłożymy kleszcze i natychmiast przedziurawimy czaszkę. Wśród takich bowiem okoliczności nie wydobędziemy nigdy żyjącego dziecka, a po wykonaniu silnych jeszcze pociągania rokowanie dla matki również nigdy prawie nie bywa pomyślnem. Wprawdzie po przedziurawieniach, które dotychczas wykona-

no przy tego rodzaju miednicach, umarły wszystkie matki, ale przy czyną śmierci była bez wątpienia ta okoliczność, że przedziurawienie zrobiono za późno. Gdy dziecko nie żyje, powinno się natychmiast przedziurawić czaszkę, skoro się tylko pokazują mechaniczne utrudnienia.

Jeśli także po zupełném rozszerzeniu się ust macicznych główka nie zstępuje do miednicy, to najwięcej wskazaném jest niekiedy cięcie cesarskie, ponieważ w tych wszystkich wypadkach zwięzenie miednicy jest bardzo wielkiém. Jeśli się cięcie cesarskie uważa za niepotrzebne, albo jeśli matka nie zezwala na nie, to jedyném leczeniem jest obrót płodu. Wprawdzie wśród tych okoliczności nie wy dostaniemy tak łatwo żyjącego dziecka, ale życie dziecka można uratować w takich wypadkach także tylko przez cięcie cesarskie, i dla matki ratowanie polepsza się znacznie; kiedy się bowiem główka nie da wyciągnąć rękoma, to umiera dziecko, a po przedziurawieniu czaszki rozwiązanie odbywa się szybko i wśród jak najpomyślniejszych okoliczności dla matki. Przedziurawienie zaś główki idącej na ostatku jest dogodniejszém od tój operacyi, dokonywanéj na główce ruchomo przodującej w wejściu miednicy.

e. Miednica poprzecznie zwięzona skutkiem zeszywnienia jój spojeń.

Literatura: F. Robert, *Beschreibung eines im höchsten grade querverengten Beckens etc. Carlsruhe u. Freiburg 1842.* — C. Kirchhoffer, *Neue Zeitschr. f. Geb. 1846 t. 19. p. 305.* — B. Seyfert, *Verh. der phys. med. Ges. in Würzburg 1852. t. III. zeszyt 3. p. 324* i Lambl, *Prager Vierteljahrschr. 1853. 2. p. 142* i 1854. t. 4. p. 1. — F. Robert, *Ein durch mech. Verl. u. ihre Folgen querverengtes Becken im Besitz von Herrn P. Dubois in Paris, Berlin 1853.* — Lloyd Roberts, *Obst. Tr. IX. p. 250.* — Kehrer, *M. f. G. t. 34. p. 1.* — E. A. Martin, *Ein während d. Geb. erk. querverengtes Becken etc. Diss. in. Berlin, 1870.* — Kleinwächter, *Arch. f. Gyn. t. I. p. 156.* — Grenser, *Ein Fall von querverengtem Becken. Diss. in. Leipzig. 1866.* — Litzmann, *Die Formen des Beckens, p. 50.*

Uwagi historyczne. Pierwszy wypadek miednicy ukośnie zwięzonej skutkiem zeszywnienia ogłosił w roku 1842 Robert (obraz tójże przedstawia fig. 39), zanim nastąpiło spostrzeżenie Kirchhoffera (w Kielu) i Seyfert-Lambla (w Pradze), poczm Robert opisał w r. 1853 jeszcze jedną miednicę, znajdującą się w posiadaniu P. Duboisa. Lloyd Roberts

z Manszestru piątą tu należącą miednicę przedstawił na posiedzeniu *Obst. Soc. of London* w dniu 4 grudnia 1867: Kehrler opisał szóstą miednicę, która się znajduje w patologiczno-anatomicznym zakładzie w Gießen, i E. A. Martin ogłosił siódmą miednicę stwierdzoną przez oględziny pośmiertne, a pochodzącą z berlińskiej polikliniki. Miednica opisana przez Kleinwächtera według spostrzeżenia na żyjącej jest najzupełniej podobną do miednicy Robert-Duboisa. Zwężenie nie było nadzwyczaj wielkiem, tak iż poród było można zakończyć przez przedziurawienie i zgruchotanie czaszki. Czy miednica opisana przez P. Grensera należy tutaj, jest rzeczą bardzo wątpliwą; prawdopodobnie przedstawia ona miednicę w wejściu ogólnie jednostajnie zwężoną, która się ścieśnia znacznie w poprzecznym wymiarze w kierunku ku wyjściu miednicy. Wszakże z próchnienia zstępującej gałęzi kości łonowej, które miało trwać lat czternaście, trzeba się zawsze domyślać zniszczenia stawów biodrokrzyżowych, które sprawił proces próchnienia kości.

Własność tego najrzadszego rodzaju miednic polega na tém, że zeszywnienie w biodrokrzyżowym spojeniu zachodzi po obu stronach.

Fig. 39.



Fig. 39. Miednica poprzecznie zwężona skutkiem zeszywnienia, opisana przez Roberta.

Przy tém albo nie masz wcale skrzydeł kości krzyżowej, albo są tylko zaczątkowo rozwinięte. Kręgi krzyżowe są wąskie, wygięcie kości w poprzek nie jest wklęsłe, lecz wypukłe, wygięcie zaś na podłuż jest rozmaite. Kość krzyżowa zmienia swe położenie, spada głęboko do miednicy, tak iż tylne końce kości biodrowych wystają nadzwyczaj daleko i górne kolce tylne zbliżają się do siebie znacznie. Wygięcie linii niemianowanej jest bardzo małe albo się prawie wcale nie wytwarza. Kości biodrowe od miejsca zeszywnienia ciągną się płasko ku przodowi i łączą się w spojeniu łonowym pod bardzo ostrym kątem. Pierwsza miednica Roberta jest symetryczną, w drugich dają się dowieść asymetrie.

Przestwory miednicy zmieniają się naturalnie bardzo znacznie wśród takich okoliczności. Prosty wymiar wejścia miednicy jest skrócony przez głębsze zstąpienie kości krzyżowej, chociaż skrócenie to po największej części znosi się znowu przez niedostające rozciągnięcie miednicy w poprzek i ztąd wynikłe dalsze oddalenie spojenia

łonowego od wzgórka krzyżowego. Najważniejszą zmianą bywa bardzo wysokie zwężenie poprzeczne, które ku wyjściu miednicy wzrasta tak mocno, że pozostaje tylko długa wązka szpara. (W przytoczonych powyżej wypadkach wynosiło zwężenie poprzecznego wymiaru w wyjściu miednicy od 6,1 ctm. do $2\frac{3}{4}$ ctm.).

Uwaga. Miednica Robert-Duboisa różni się znacznie od innych. Ma ona wprawdzie skrzydła kości krzyżowych, ale słabo rozwinięte i zeszywnienie jest tylko częściowem. Przynajmniej w bliskości ślady zapalenia, górny kolec tylny po lewej stronie odłamał się widocznie i przemieszczony znowu potem przyrósł. Z anamnezy dotyczącej osoby pokazało się, że w szóstym roku życia przeszło ją kolo od wozu przez miednicę, że skutkiem tego nie mogła chodzić przez cały rok, że cierpiała na bolaka ściekowego i że zagojenie nastąpiło dopiero w piętnastym roku. Pomijając zaś mało znaczące przemieszczenie (*dislocatio*) kości biodrowej ku tyłowi i gorze (które bardzo prawdopodobnie sprawione zostało przez sam uraz), różni się ta miednica od pozostałych głównie przez to, że kość krzyżowa nie opuszcza się głębiej do miednicy. Jak się zaraz przekonamy, jest to zboczenie bardzo ważnem dla wytwarzania się poprzecznie zwężonej miednicy.

W tym wypadku jest dosyć jasnym sposób rozwijania się wspomnianej miednicy. Skutkiem urazu w roku szóstym wytworzyło się zapalenie w obu stawach biodrokrzyżowych i w następstwie tegoż częściowe zeszywnienie. Skoro nastąpiło zeszywnienie, nie mogła kość krzyżowa pod ciężarem tułowia być głębiej zepchniętą pomiędzy kości biodrowe. Począwszy więc od szóstego roku życia więzy biodrokrzyżowe nie pociągaly już wcale tylnych końców kości biodrowej. Z tego powodu jako też skutkiem tego, iż pod wpływem zeszywnienia skrzydła kości krzyżowej przestały rość i zozwijać się, ubył powód do znacniejszego rozciągnięcia miednicy na poprzek, i miednica musiała zatrzymać mniej więcej tę postać, jaką posiadała w szóstym roku życia; co więcej, poprzeczne wymiary musiał się względnie jeszcze bardziej zmniejszyć pod wpływem ciśnienia ud, wychodzącego wyłącznie z boków, przeciwko czemu nie stawiało żadnej przeszkody rozciągnięcie, którego doznała miednica w poprzecznym kierunku.

Pozostałe zaś miednice wyróżniają się od opisanej co dopiero tém mianowicie, że kość krzyżowa wstępuje głęboko do miednicy. Ztąd wynika, że kościozrost nie mógł być pierwotnym, lecz że nastąpił dopiero wtenczas, kiedy tułów ciężarem swym zaczął cisnąć. Wytworzenie się więc innych miednic da się wytłómaczyć tylko tym sposobem, że się przyjmuje pierwotny błąd w ukształceniu i rozwoju skrzydeł kości krzyżowej po obu stronach (za czém przemawia także negatywny rezultat anamnezy). Skutkiem mniejszej powierzchni stawowej (może także skutkiem niedostatecznego rozwoju więzów biodrokrzyżowych) opuszczała się kość krzyżowa pod ciężarem tułowia i zstępowała głębiej do miednicy. Przez tarcie i targanie ztąd wynikłe rozwinęło się po obu stronach w stawach biodrokrzyżowych zapalenie zlepane (w wypadku *Martini* a ropne), które w końcu przeszło w zeszywnienie.

Zmiany w przestworach miednicy powstają następującym sposobem:

Ponieważ miednicę rozpychają w poprzek dopiero rozrastające skrzydła kości krzyżowej, przeto w wypadkach, w których skrzydła nie są dostatecznie rozwinięte albo nie masz ich wcale, musi to rozciągnięcie być nieznacznym albo wcale nie istnieć. Kości więc biodrowe pozostają płasko wyprostowane. Proces jest taki sam, jaki przy ukośnie zwężonej miednicy zachodzi po jednej stronie; tylko przy ostatniej następuje ukośne przesunięcie skutkiem jednostronnie zmienionych stosunków ciśnienia i skutkiem pociągania spojenia łonowego przez zdrową kość biodrową. Poprzecznie zwężona miednica zatrzymuje podobieństwo do miednicy dziecięcej, kość tylko krzyżowa zstępuje głębiej do miednicy i kości biodrowe zbliżają się jeszcze więcej do siebie przez nacisk ze strony ud, tak iż poprzeczne wymiary są stosunkowo daleko mniejsze, aniżeli u noworodków. Konjugata skraca się przez to, iż wzgórek krzyżowy zstępuje niżej, a zwiększa się znowu tym sposobem, że dla niedostającego naprężenia w poprzek spojenie łonowe nie zbliża się do wzgórka krzyżowego, tak iż po największej części nie zbacza znacznie od stanu prawidłowego. W miednicy Robert-Dubois'a jest konjugata ta większą, aniżeli się można spodziewać, ponieważ ta miednica, którą miała 17-letnia dziewczyna, była nadzwyczaj małą i delikatną (dla tego, że jak wyżej nadmieniliśmy, kość krzyżowa nie zstąpiła do miednicy); długość zaś konjugaty przy miednicy opisanej przez Kirchhoffera da się wytłómaczyć pierwotną jej obszernością.

Poprzecznie więc zwężone miednice przez zeszywnienie są najoczywistszym dowodem, że rozmaite są rodzaje wytwarzania się ukośnie zwężonej miednicy, jak to powyżej rozebraliśmy. Miednica opisana przez Robert-Dubois'a jest podobna do miednic ukośnie zwężonych przez próchnienie kości (*caries*), drugie zaś do miednic powstałych skutkiem pierwotnego błędu rozwojowego po jednej stronie wraz z przesunięciem kości biodrowej.

Rozpoznanie tych miednic rzadko tylko jest połączone z trudnościami. Odległość między kolcami i między grzebieniami, a szczególnie odległość między skrętarzami jest nieprawidłowo mała, wymiar zaś Baudelocque'a posiada dość prawidłową wielkość. Na szczególną uwagę zasługuje tylna powierzchnia kości krzyżowej. Jeśli anamneza wypadnie przecząco, zeszywnienie więc nie jest następstwem mocniejszego zapalenia ropnego, to górne kolce tylne znajdziemy nadzwyczaj blisko siebie, wyrostki zaś kolcowe leżą tak głęboko, że się dają wyczuć tylko niewyraźnie.

Przy wewnętrznym badaniu musi nam zaraz podpaść wążkość poprzecznych wymiarów i prawie równoległy przebieg zstępujących gałęzi kości łonowych. To zwężenie dochodzi do tak wysokiego stopnia, że tego rodzaju miednic nie można brać prawie za żadne inne. Od kościozmięklej miednicy dają się one łatwo odróżnić przez anamnezę i przez odmiennosć tylnej powierzchni kości krzyżowej, tudzież odmiennie stanowisko wzgórka krzyżowego i skrzydeł kości biodrowych, od poprzecznie skutkiem garbu zwężonej przez niedostawanie

garbu i przez odmiennosc poprzecznego wymiaru w wielkiej miednicy i wymiaru między skrętarzemi. Najtrudniejszym mogłoby być odróżnienie od miednicy z natury już małej z lejkowato poprzecznie zwężonem wyjściem, mianowicie gdy poprzeczne zwężenie nie jest bardzo znacznem.

Rokowanie przy tego rodzaju miednicach wykazuje się z leczenia.

W większej części tych wypadków jest zapewne cięcie cesarskie jedynie stosownem leczeniem, nawet wtenczas kiedy dziecko nie żyje. Wykonano je też sześć razy w siedmiu co do rozpoznania niewątpliwych wypadkach; przy pragskiej miednicy cyganki, przy której poprzeczne zwężenie było najmniej znacznem, wystarczało do wydobycia dziecka przedziurawienie i zgruchotanie czaszki. Matka umarła na gorączkę połogową.

f. Kościozmiękła miednica.

Literatura: G. W. Stein starszy, *Kleine Werke zur prakt. Geb. Marburg. 1798. VI. Abh. von d. Kaisergeburt.* Trzeci wypadek, 1872, p. 283, tab. 10; zob. tamże p. 325, także starsze wypadki Coopera 1776 i p. 327 Vaughan-Atkinsona. — G. W. Stein młodszy, *Annalen d. Geb. St. I. p. 119 i St. II. i III i Lehre d. Geb. Elberfeld 1825. cz. I. p. 103.* — F. C. Naegele, *Erf. u. Abh. etc. Mannheim 1812. p. 409* i Clausius, *Comentatio etc. Frankfurt. 1834. p. 19.* — H. F. Kilian, *Beiträge zu einer genauen Kenntniss der allgem. Knocherwrichungen der Frauen etc. Bonn. 1829* i *das halisteretische Becken etc. Bonn 1857.* — Litzmann, *Die Formen des Beckens p. 85 i p. 113.* — Casati, *sulla osteomalacia oss. etc. Milano. 1871.*

Uwagi historyczne. Stein młodszy opisał pierwszy w Niemczech wypadek cięcia cesarskiego, które wykonano z powodu kościozmiękłej miednicy. W Anglii wykonali już przed nim Cooper i Atkinson cięcie cesarskie także z powodu kościozmięku (*osteomalacia*). Stein w podręczniku swym nie wspomina jeszcze o kościozmiękłej miednicy. De Fremery w swój rozprawie ogólne zasady dotyczące wytwarzania się niekształtności zastosował także do kościozmiękłej miednicy, chociaż sam taką miednicę widział tylko w odlewie z gipsu.

Stein młodszy w swój „Nauce położnictwa” policzył „rozmiękłą miednicę” do wad miedniczych i opisał zniekształcenie miednicy z jak największą dokładnością.

Po nim należy się szczególniejsza wdzięczność Kilia nowi za dokładniejsze jeszcze zbadanie miednicy kościozmięklój, a Litzmann zajął się także szczegółowo jej wymierzaniem i zestawił wypadki znane w literaturze aż do 1861 roku.

Kościozmiękle miednice są w swém pierwotném założeniu rozmaitej wielkości; jednakże z pierwotnie wielkich kości mogą się wytworzyć małe skutkiem ciśnienia z wszystkich stron działającego, tak iż przez kościozmięć z prawidłowej miednicy może się uformować ogólnie zwężona miednica.

Miednice odznaczają się nadzwyczajną lekkością nawet gdy kości są bardzo grube. Pojedyncze kości są mocno wygięte i wskazują nawet załamania (*infractio*). Po przecięciu kości widać zrzeszociałe gąbczaste utkanie często z bardzo cienką tylko warstwą zbitój istoty kostnej; nie rzadko nawet zanika ona zupełnie w pojedynczych miejscach miednicy, tak iż tutaj wskazuje kość powierzchnią chropowatą, gąbczastą jakby nadzartą.

Najważniejsze zmiany w pojedynczych kościach są następujące: Kość krzyżowa bywa zwężona szczególnie w swych skrzydłach. Trzony kręgów krzyżowych są wyparte ze skrzydeł i zepchnięte do miednicy zupełnie, jak przy daleko posuniętej krzywicy, przytém stoją trzony kręgowy niżej aniżeli skrzydła, tak iż przez to pociąganie ku dołowi i przodowi wskazują niekiedy skrzydła wyraźną fałdzystość. Wzgórek więc krzyżowy zstąpił głęboko do miednicy, stoi bliżej spojenia łonowego i wierzchołka kości krzyżowej. Ostatnią zmianę wywołuje zmienione położenie wzgórków krzyżowych i ta okoliczność, że kość krzyżowa staje się na podłuż nadzwyczaj wklęsła, tak iż w ostatecznych wypadkach wzgórek krzyżowy i wierzchołek kości krzyżowej dotykają się prawie nawzajem. Przyczyną tego monego wygięcia bywa po największej części wyraźny załam najczęściiej w górnej części trzeciego albo nawet już drugiego kręgu krzyżowego. Prztém trzony kręgowy kości krzyżowej tak samo, jak kręgi lędźwiowe, są z góry ku dołowi ściśnięte i zanikłe. Przez opuszczenie się wzgórków krzyżowych zbliżają się kręgi lędźwiowe więcej do wejścia miednicy, tak iż przez wypuklenie lędźwi ku przodowi (zrównoważone przez wypuklenie kręgów grzbietowych ku tyłowi) wejście miednicy może zostać tak zakrytém, jak przy kręgomysłowej miednicy, i położniczą konjugatę trzeba pociągnąć od spojenia łonowego do jednego z ostatnich kręgów lędźwiowych.

Skrzydła kości biodrowych są niekiedy małe z przejrzystymi miejscami, w innych znowu razach nadzwyczaj grube. Odległość

między górnymi kolcami przednimi jest pospolicie nieco mniejszą, aniżeli w prawidłowych stosunkach, wymiar grzebieniogrzebieniowy

Fig 40.

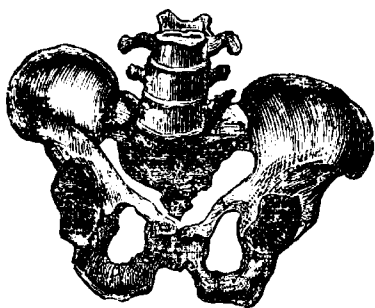


Fig. 40 Kośćozmiękła miednica.

jest zazwyczaj daleko większy od wymiaru kolcokolcowego. Przymiędzy widać na dołach biodrowych bruzdę ciągnącą się z góry ku dołowi, która się niekiedy dzieli widełkowato. Górne kolce tylne wystają za ledwie poza kość krzyżową, lecz są małe i leżą w jednej płaszczyźnie z kolcowym wyrostkiem ostatniego kręgu lędźwiowego. Niekiedy wystaje znacznie wyrostek kolcowy i może się w takim razie przegiąć ku jednej stronie.

Pierścień miednicy jest od przodu ściśnięty z boków, tak iż guziki biodrogrzebieniowe zbliżają się do siebie. Panewki wysuwają się ku górze, ku przodowi i na wewnątrz i wejście miednicy zaokrąglają się w postaci dzioba ku spoinie łonowemu. Tym sposobem zbliżają się do siebie zstępujące gałęzie kości łonowych i wstępujące gałęzie kości kulszowych, jako też guzy kulszowe; ostatnie jednakże wywijają się po największej części nieco na wewnątrz. W najsłabszych miejscach natrafiamy rzeczywiste załamy, niekiedy stykają się nawet kości, które tworzą łuk łonowy, albo które tworzą dziobiaste spoinie łonowe. Bardzo regularnie widać w tych miejscach mniejsze lub większe asymetrie.

Pod wpływem tych nieprawidłowości zmieniają się przestwory miednicy w najwyższym stopniu; po większej części wyjście jest znacznie zwężonem, aniżeli wejście, rzadziej zachodzi stosunek odwrotny.

Przez zbliżenie się wzgórka krzyżowego do obu panewek przybiera wejście miednicy trójzastawkowa postać, tak iż w najwyższym stopniu przedstawia szparę trójramienną podobną do głoski Y. Konjugata jest często zwężoną, poprzeczny wymiar prawie regularnie, zwężenie poprzecznego wymiaru zwiększa się w jamie miedniczej i w wyjściu miednicy. Prosty wymiar jamy miedniczej nie doznaje skrócenia, jeśli takowego nie sprawia wysoko zagięty wierzchołek kości krzyżowej. Ostatnia okoliczność zmniejsza nader prosty wy-

miar wyjścia miedniczego, co więcej może ono prawie zupełnie zostać zamkniętym przez to, że ramiona łuku łonowego i guzy kulszowe zbliżają się do siebie i z tyłu wchodzi kość krzyżowa.

Tego rodzaju zniekształcenia wytwarzają się przez właściwości chorobnego procesu, jak się to okaże z poniżej stojącej uwagi.

Uwaga. Istota kościozmięku polega na tém, że wśród zapalnych objawów gotowa kość zaczyna od strony kanałków Haversa tracić swe sole wapienne i że pozostała rozmiękła istota kostna bywa wypieraną przez bujającą szpik. Charakterystyczną przytém jest rzeczą, że to zaburzenie w odżywianiu kości postępuje ciągle dalej. Patologiczno-anatomicznie więc możnaby chorobę tę nazwać najlepiej postępowym zapaleniem szpiku kostnego (*progressive osteomyelitis*) i zapaleniem istoty kostnej (*osteitis*)¹⁾.

To cierpienie nie zachodzi wyłącznie, ale jednakże przeważnie u ciężarnych lub położnic i w tych wypadkach rozpoczyna się od miednicy. Niekiedy pojawia się już podczas pierwszej ciąży, daleko częściej po powtarzanych ciążach. Właściwe przyczyny nie są jasne. Bez wątpienia wpływają na jej rozwinięcie się mieszkania wilgotne i ciemne, niedostatek, jako téż wszystkie okoliczności, które osłabiają odżywianie ciała, chociaż jedynie w okolicach, w których ta choroba zachodzi swojsko (*endemiis*); niedostateczne odżywianie jest bez wątpienia najważniejszą pod tym względem rzeczą. Tak nie znachodzi się prawie wcale kościozmięku w Anglii i północnej Ameryce, dość zaś często w innych okolicach, mianowicie nad brzegami Renu i w jego dolinach, w zachodniej Flandryi, w okolicy Medyolanu i w innych miejscowościach. Jeśli te warunki są dane, to do wybuchnięcia choroby może się łatwo przyczynić stałe przekrwienie, na jakie wystawione są kości miednicze podczas całej ciąży.

Proces kościozmięku rozpoczyna się głównie jako zapalenie szpiku (*osteomyelitis*) kości. Szpik obfity w tłuszcz zanika i w jego miejsce wytwarza się młoda czerwona tkanka szpikowa, której małe okrągłe komórki bujają mocno wśród znacznego przekrwienia, doprowadzającego niekiedy do wybroczyn krwawych. Odwapnienie gotowej kości rozpoczyna się od kanałków Haversa i posuwa się blaszkowato dalej, tak iż w obwodzie tych kanałków wytwarza się nibykostna (*osteoid*) tkanka, t. j. tkanka kostna pozbawiona soli wapiennych. Przytém podlega zmianie także samo utkanie kości; ciałka kostne grubiejąc, zaokrąglają się więcej, wypełniają się tłuszczem, kanałki ich zanikają częściowo. Nareszcie rozpuszcza się cała tkanka i bywa wypartą przez bujającą tkankę szpikową. Nieprawdopodobną zaś jest rzeczą, ażeby się ciałka kostne same miały przemienić w komórki szpikowe. To zastępowanie (*substitutio*) kości przez szpik odbywa się w kierunku kanałków Haversa, tak iż nienaruszone jeszcze blaszki kostne leżą wewnątrz szpiku i cała kość wygląda gąbczasto. W wysokim stopniu cierpienia kość mięknie zupełnie na

¹⁾ Zob. Volkmann, Handb. d. allg. u. sp. Chir. von Pitha u. Billroth. Erlangen 1865, tom II. cz. 2, p. 342.

podobieństwo wosku, da się łatwo krajać i przytém trzeszczy tylko w pojedynczych miejscach. W najwyżej posuniętém cierpieniu pozostają tylko bloniaste worki okostnej, w których się znajduje tkanka szpikowa i tłuszcz. Sławnemi pod tym względem stały się dwie kobiety przez Moranda opisane, pani Soupiot, której szkielet przechowuje się w muzeum Dupuytren, i Elżbieta Foster, która według W. Coopera przedstawiała w końcu nieporuszną bryłę żyjącego mięsa, a która także w tej postaci zaszła ponownie w ciążę.

Co do chemicznych procesów przy kościozmięku, to z badań pod tym względem okazały się ujemne rezultaty. Pewną jest rzeczą, że się w kościozmiękłych kościach zmniejszyły organiczne części składowe, raz więcej węglan wapna, drugi raz fosforan wapna. W kościach bardzo już zniszczonych nie zachodzi ani glutyna ani chondryna. Kwaśne oddziaływanie bujającego szpiku nie jest rzeczą stałą; również nie zachodzi we wszystkich wypadkach w moczu kwas mleczny, który w nim znaleźli Schmidt, C. O. Weber, Moers i Muck. Nieuzasadnioném zatem pewno jest zdanie, że się sole wapienne rozpuszczają pod działaniem jakiegoś kwasu i tak wydzielają się z kości. Również nie stwierdzono na pewno, jakim się sposobem wydziela wapno z ciała. Według dawniejszych spostrzeżeń moczu kobiet chorych na kościozmięk miał bardzo wiele zawierać wapna; według Gusserowa ¹⁾ ma mleko ich posiadać wiele wapna; obu jednakże spostrzeżeniom odmawiają inni autorowie ²⁾ wiarygodności.

Przy kościozmięku więc miękceją kości w swém utkaniu z wewnątrz na zewnątrz i doznają przez to bardzo znacznych zmian w kształcie swym, przy krzywicy zaś pojedyncze kości zazwyczaj pozostają twardemi i nibykostne pokłady między niemi sprawiają tylko to, że się mogą znacznie obok siebie przesuwac.

Zmiany w kościach bywają następstwem tych samych okoliczności, które wytwarzają dojrzałą miednicę niewieścią, tylko że te okoliczności działają zbytnie mocno na rozmiękłe kości ³⁾. Bardzo ważnym naturalnie jest stopień rozmiękczenia, który wskazują kości, i porządek, w jakim kolejno podlegają temu cierpieniu. Na zmianę wpływa w małym tylko stopniu pociąganie mięśni.

Ciężar tułowia wypiera kość krzyżową ku przodowi i dołowi i dolny koniec tegoż skutkiem siedzenia zagina się ku górze. Opuszczająca się ku dołowi kość krzyżowa pociąga za sobą tylne części kości biodrowych. Gdy tym sposobem krzywicowa miednica z mocnemi kośćmi, której niedostaje przeciśnięcia ze strony panewek, znacznie się rozciąga w poprzek, to przy kościozmięku wyginają się same kości miękkie i formuje się załam kości biodrowych. Przytém pod wpływem przeciśnięcia, wywieranego przez główki udowe, bywają panewki wypierane ku górze i na wewnątrz, a w następstwie tego załamują się jeszcze silniej kości biodrowe i doły biodrowe fałdzą się. Prócz tego zaostrza się zarazem spojenie łonowe dziobiasto (często w połączeniu ze zła-

¹⁾ M. f. G. t. 20. p. 19.

²⁾ Pagenstecher, M. f. G. t. 19. p. 128.

³⁾ Zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 90.

manianii). Przez leżenie spłaszcza się u takich osób tylna powierzchnia kości krzyżowej i tylna część kości biodrowych, a kolcowe wyrostki wyginają się niekiedy ku bokowi. Pochyłość miednicy zmniejsza się w wysokim stopniu przy rozmiękłych kościach z tego powodu, że w normalnych stosunkach linia ciężkości ciężaru tułowia pada w tył podpierającej płaszczyzny, która się ciągnie przez panewki.

Przez szczególne ułożenie ciała, mianowicie przez ustawiczne leżenie na jednej stronie, ale także przez niejednostajne zmięczenie pojedynczych części miednicy, tworzą się rozliczne asymetrie i odmiany w miednicy.

Bardzo ważną jest rzeczą, jak długo chodzą jeszcze chore z rozmięklemi kośćmi. Jeśli się w łóżko kładą wcześniej i mało leżą na bokach, natenczas panewki nie zbliżają się do siebie. W postawie siedzącej spada wzgórek krzyżowy głęboko do miednicy, co przecież nie zdarza się, gdy chora leży spokojnie na grzbiecie.

Fig. 40 przedstawia miednicę, której historia jest bardzo zajmująca ¹⁾. Pani Charoubel, od której pochodziła ta miednica, zapadła na kościozmięk przebywszy poprzednio dwa prawidłowe porody. Trzeci poród ukończył się jeszcze łatwo i szczęśliwie, przy czwartym zaś i piątym okazało się potrzebnem przedziurawienie, przy szóstym musiano zrobić obrót, po którym urodziło się dziecko nieżywe. Kiedy zaszła w ciążę poraz siódmy, wykonał Kilian ²⁾ cięcie cesarskie z pomyślnym skutkiem dla dziecka i matki; siatkę, która wypadła dnia następnego po operacji, odcięto później. Przy ósmej ciąży ³⁾, gdy nienaruszone jaje dostało się do jamy brzusznej przez samodzielne rozdarcie się macicy, wydobyto nieżywe dziecko po rozcięciu powłok brzusznych (*laparotomia*). Kiedy potem wyzdrowiała i ponownie zaszła w ciążę, rozcięto znowu powłoki brzuszne, skoro się ponownie macica rozdarła, i to ze szczęśliwym skutkiem tak dla matki jak dla dziecka.

Rozpoznanie może być trudnem w początku cierpienia, gdy nie masz jeszcze charakterystycznych zmian w miednicy, ale gdy one są jeszcze mało uwydatnione. W okolicach, w których zachodzi swojsko kościozmięk, trzeba przypuszczać to cierpienie u wszystkich kobiet ciężarnych lub położnic, które się skarżą na gwałtowne „reumatyczne” bóle w dolnej połowie tułowia. Jeśli nie omieszkamy wymierzyć wielkości ciała i konjugaty ukośnej, to nieraz z mniejszą się wielkości tyłże będziemy mogli rozpoznać kościozmięk w czasie, w którym niedostaje jeszcze zmian, zapewniających rozpoznanie. Jest to rzeczą tém ważniejszą, że na żyjącej trudno rozpo-

¹⁾ Zob. Pütz, Enarr. Sect. Caes. etc. Diss. in. Bonn. 1843.

²⁾ Zob. Küpper, Sect. Caes. etc. Diss. in. Bonnae 1838.

³⁾ Kilian, Organ für die gesammte Heilkunde. t. 1. zeszyt 3. Bonn. 1841.

znać z pewnością małe stopnie zwężenia w łuku łonowym i dziobiastego wypchnięcia spojenia łonowego.

Jeśli kościomięk postąpił dalej, to nie trudno rozpoznać zmiany wywołane w miednicy przez to cierpienie, szczególnie że w takich wypadkach naprowadza na kościomięk zupełnie charakterystyczna anamneza.

Przy badaniu miednicy znajdujemy konjugatę zewnątrz często zmniejszoną, ale nie zawsze, wzgórek zaś krzyżowy da się prawie zawsze łatwo dosięgnąć. Wymiary wielkiej miednicy, mianowicie odległość między skrętarzami, są małe, grzebienie kości biodrowych mocno wygięte, i nadzwyczaj charakterystycznymi dziobiaste spojenie łonowe, równoległe ciągnące się ramiona łuku łonowego i zbliżone do siebie guzy kulszowe. Również da się bez trudności rozpoznać znaczny załam w kości krzyżowej.

Jak odróżnić tę miednicę od poprzecznie zwężonej skutkiem garbu i skutkiem zeszywnienia, za któreby ją można prawie wyłącznie uważać, na to zwróciliśmy już uwagę przy tych miednicach. Od wrzekomo kościomiękłej (*pseudoosteomalacia*) miednicy da się odróżnić przez anamnezę.

Bardzo trudno jest oznaczyć stopień zwężenia, ponieważ przy tych miednicach nie wystarczy ani odmierzenie konjugaty ukośnej, ani też oznaczenie innego jakiego wymiaru. Najlepiej jest w takim razie zachloroformować rodzącą i wprowadziwszy całą rękę w jamę małej miednicy wyrobić sobie tym sposobem wyobrażenie o jej przestworności.

Rokowanie jest złe. Zupełne uleczenia kościomięku należą do największych rzadkości, a nawet polepszenie się zdrowia zachodzi tylko wtenczas, gdy chore przez dłuższy czas nie zachodzą ponownie w ciążę. Zmiany w miednicy pozostają jednakże nawet wtedy, kiedy chora wyzdrowieje zupełnie. Tak zmarła na rozdarcie się macicy także niewiasta z miednicą opisaną przez Winkla ¹⁾, u której znaleziono przy oględzinach pośmiertnych kości daleko jędrniejsze i twardsze, aniżeli bywają w normalnych miednicach. Jeśli zaś rozważymy, że przy bardzo wysokim stopniu cierpienia miednica może tak zmięknąć, iż bóle porodowe właczając dziecięcą główkę do miednicy mogą ją rozszerzyć znowu, to właściwie, ze względu jedynie na poród, po wyzdrowieniu można gorszych spodziewać się następstw, aniżeli po dalszém postępowaniu choroby.

¹⁾ M. f. G. t. 23. p. 326.

Ponieważ zaś zdolności do poczęcia nie usuwają nawet najwyższe stopnie kościozmięku (przynajmniej tak długo, dopóki do wyjścia miednicy możliwą jeszcze jest *immissio penis*, przeto większa część chorych umiera podczas porodu albo w skutek porodu, inne zaś tracą życie w smutniejszym jeszcze stanie skutkiem przewlekłego charłactwa.

Jak niepomysłnie wpływa kościozmięk na przebieg porodowy, widać z zestawienia Litzmanna, według którego z 72 kobiet, które zaszyły w ciążę w czasie swęj choroby, 38 nie porodziło zwyczajnym trybem i u 21 tylko odbyło się rozwiązanie przez naturalny poród.

Rezultaty dla dziecka bywają różne. W początku cierpienia, jako też przy zupełnem rozmiękczeniu miednicy może się żyjące dziecko urodzić naturalną drogą. Z drugiej strony są widoki dla dziecka pomyślniejsze z tego powodu, że przy kościozmięku jest bardzo często bezwzględnie wskazaném cięcie cesarskie, a więc operacya, która należy do rzędu pomyślnych dla dziecka.

Leczenie musi się stosować według dokładnego osądzenia miednicy. Badając całą ręką trzeba się starać dociec, czy przez przestwory dotyczącej miednicy przejdzie nienaruszona albo przynajmniej przedziurawiona czaszka. W bardzo wielu wypadkach jest zwężenie tak znaczném, że bezwzględnie niemożliwą jest rzeczą, aby się poród miał odbyć naturalnym sposobem, chyba że kości są tak miękkie, iż się znowu mogą rozszerzyć przestwory miednicy, o czém przy wyższych stopniach cierpienia zawsze należy pamiętać. Nader zaś trudnóm do rozstrzygnięcia w danym razie może być to pytanie, czy w wysokich stopniach cierpienia należy wśród pomyślnych okoliczności wykonać natychmiast cięcie cesarskie, lub czy się powinno zachowywać wyczekująco w nadziei, że się rozszerzy rozmiękła miednica. Jeśli można dowieść jaką taką tylko rozciągliwość, to ze względu na wielkie niebezpieczeństwo cięcia cesarskiego i szczególnie ze względu na doświadczenia zrobione w Medyolanie przez Lazzati'ego i Cassati'ego (przy 62 porodach wykonano tylko dwa razy cięcie cesarskie) zaleca się użyć ostatniego leczenia.

Uwaga. Wcale nie rzadkiemi zdają się być te wypadki, w których mocno rozmiękła miednica rozszerzyła się pod wpływem napierającej główki, tak iż mimo wszelkiego oczekiwania poród mógł się zakończyć naturalnym sposobem, albo przez sztuczną pomoc. Prócz wypadków zestawionych przez Kilia na ¹⁾ należą tu jeszcze dwa wypadki Roberta ²⁾ (z których pier-

¹⁾ Das halisteretische Becken, p. 35.

²⁾ De dilat. pelv. hal. etc. Bonnae, 1859.

wszy dotyczy ponownej ciąży u kobiety, opisanej przez Kiliana pod Nr. X, drugi zaś opisał także Schmitz ¹⁾), wypadek Olshausena ²⁾), Hugenbergera ³⁾ i Kézmarszky'ego ⁴⁾). W wypadkach Breslaua ⁵⁾, Fassbender-Püllena ⁶⁾ i Krassowskiego ⁷⁾ znaleziono również rozciągliwe wyjście miednicy, jednakże w drugim wypadku wykonano z pomyslnym skutkiem cięcie cesarskie. Na miednicach, wyjętych z trupów, obserwowano rozciągliwość w rodzaju kauczuku Winkel ⁸⁾, Schieck ⁹⁾ i Weber-Ebenhof ¹⁰⁾, dwaj ostatni na miednicach, w których kośćcozmięk nie wystąpił podczas porodu. (Lazzati w Medyolanie utrzymuje według sprawozdania Barnes'a ¹¹⁾, że chociaż kośćcozmięk zachodzi w owem miesiącu bardzo często, to przecież rzadko kiedy okazuje się potrzebnem cięcie cesarskie, nawet przy wielkiej niekształtności miednicy. Zazwyczaj wykonywał on obrót, poczem kości miednicy podatniały i przepuszczały dziecko w całości albo rozkwalone).

Litzmann zestawil operacye, które się okazały potrzebnymi przy kośćcozmiękiej miednicy. Według tego przedziurawiono czaszkę u 16 kobiet, ocięcie cesarskie wykonano u 40; sztuczny poród przedwczesny wywołano u dwóch kobiet, a raz tylko rozcięto spojenie łonowe (*symphysiotomia*); u siedmiu kobiet rozdarła się macica, cztery umarły nie rozwiązane.

g. Miednica zwężona skutkiem guzów kostnych.

Rzeczywiste guzy kostne, utrudniające poród, znachodzą się nadzwyczaj rzadko, tak iż tylko kilka wypadków jest znanych w literaturze. Prócz tego może zwężenie jamy miedniczej być spowodowanem przez złamania miednicy, które się zagoiły z przemieszczeniem odłamków lub z wytworzeniem niekształtnej kostniny (*callus deformis*).

Ogólnych prawideł nie można postawić dla tych wypadków. Tak rokowanie jak położnicze leczenie stosują się do wielkości i do położenia guza.

1) Scanzoni Beitr. IV. p. 42.

2) Berl. Klin. Woch. 1869. Nr. 33.

3) Petersb. med. Zeitschr. 1872. t. 3. z. 1.

4) Archiv f. Gyn. t. IV. p. 537; zob. ref. w Gazecie Lekarskiej 1874. t. XVI. Nr. 2. p. 23.

5) Deutsche Klinik 1859. Nr. 36 i M. f. G. t. 20. p. 355.

6) M. f. G. t. 33. p. 177.

7) Zob. Hugenberger, w miejscu przyt. S. A. p. 20.

8) M. f. G. t. 23. p. 81.

9) Tamże t. 27. p. 178.

10) Prager Vierteljahrschr. 1873. I. p. 78.

11) Obst. Op. 2 ed. p. 325.

O guzach, które nie są tak twarde jak kości, a które wychodzą z kostnej miednicy, mówiliśmy już dawniej na stronie

Uwaga. Naegele ogłasza w Habera ¹⁾ rozprawie wypadek spostrzeżony w Moguncyi przez Leydiga, w którym nie tylko cała prawie mała ale także wielka miednica była w części wypełniona przez kolosalny guz kostny. Również w wypadku M'Kibbina ²⁾ zajmował kostniak prawie

Fig. 41.

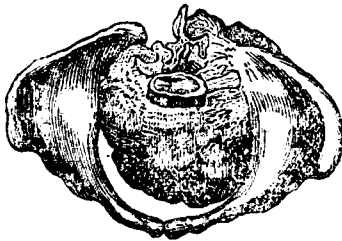


Fig. 41. Miednica zwężona skutkiem kostnych narośli, opisana przez Behm a.

całą miednicę małą i sprawił, iż trzeba było wykonać cięcie cesarskie. W spostrzeżeniu G. A. Frieda ³⁾, ogłoszonym w rozprawie Thierry'ego, wyrosł kostna w postaci kasztana siedziała na całej chrząstce, leżącej pomiędzy ostatnim lędźwiowym a pierwszym krzyżowym kręgiem. Inny bardzo zajmujący wypadek, którego obraz przedstawia fig. 41, opisał nie dawno temu Behm ⁴⁾. Guz wypełniał prawie całą miednicę małą i spowodował cięcie cesarskie. Dalej wykonał z pomyslnym skutkiem cięcie cesarskie Marchant ⁵⁾ z powodu wielkiego półkulistego guza kostnego, siedzącego w górnej części kości krzyżowej. W Ameryce wykonano po kilka razy

cięcie cesarskie z powodu kostnych wyrosli ⁶⁾. Wszystkie te wypadki jednakże nie są jeszcze dokładnie opisane i niejedno w nich podlega wątpliwości. O zwężeniu miednicy przez niekształtną kostninę, powstałą po złamaniach, zebrał Lenoir ⁷⁾ kilka bardzo zajmujących spostrzeżeń, dokonanych przez Papavoine'a ⁸⁾, Rowland-Gibsona ⁹⁾ (którego wypadek nie jest zupełnie pewny; może to była kręgomysłkowa miednica) i Davida ¹⁰⁾.

¹⁾ Diss. in. exh. cas. rariss. partus, qui propter exostosim etc. Heidelberg. 1830.

²⁾ Edin. med. and surg. J. 1831. 35. tom. p. 351 i Naegele, Das schräg verengte Becken 1839. p. 110 i t. XVI.

³⁾ De partu diff. a mal. conf. pelvi Argent. 1764.

⁴⁾ De exostosi pelv. etc. Diss. in. Berol. 1854 i M. f. G. t. 4. p. 12.

⁵⁾ Journ. de med. de Bruxelles, Dec. 1864, Constatts Jahresb. pr. 1865. p. 315.

⁶⁾ Zob. Harris, Amer. J. of Obst. IV. p. 633, 634 i 645.

⁷⁾ Archives gén. Juni 1859. p. 5.

⁸⁾ Tamże p. 7.

⁹⁾ Tamże p. 11.

¹⁰⁾ Tamże p. 12.

W wypadku ogłoszonym przez Hulla ¹⁾, po rozdarciu macicy wykonał Barlow z pomyślnym skutkiem rozcięcie powłok brzusznych. Także złamania panewek mogą zwęzać ²⁾ miednicę przez wyniosłości kostne, albo téż główki udowe mogą wpełznąć w miednicę ³⁾ zwężone dna panewkowe.

δ. Rozdarcie się stawów miednicz przy porodzie.

Rozluźnienie połączeń kości miedniczych, zachodzące podczas ciąży jako stan fizyologiczny, może takie przybrać rozmiary przez chorobę, że się podczas porodu rzeczywiście rozłącza lub rozdziera je dno połączenie albo kilka takich połączeń kości, przyczem się chrząstki wraz z okostną odrywają od dotyczących kości niekiedy wśród wysłyszeć się dającego trzeszczenia. Najczęściej znaleziono rozłączonóm spojenie łonowe, rzadziej jeden lub oba stawy biodrokrzyżowe. Rzadkie to w ogóle zjawisko przydarza się u pierwiastek i muogorodzących po większej części skutkiem operacji, wykonywanych podczas porodu, mianowicie skutkiem nakładania kleszczy. Pokazało się jednakże, że zachodzi ono także samodzielnie, przy porodach zakończonych tylko naturalnemi siłami, szczególnie wtenczas, gdy miednica była zwężona albo główka płodu wielka, twarda i nie dość zdolna do przystosowania się, jako téż gdy bóle porodowe były bardzo silne. Do takich rozłączeń w stawach najwięcej posiada skłonności kościomiękła miednica, potem ogólnie zwężona miednica, w krzywicowej zaś zdają się spojenia wcale nie podlegać ani rozszerzeniu, ani rozdarciu się. Największa skłonność do rozdarcia się pochodzi z zapalnych procesów, które już poprzednio powstały w stawach miedniczych.

Skutkiem rozdarcia się powstają gwałtowne bólesci, nie dozwalające prawie wcale poruszać się udom i dolnej połowie ciała, zapalenie, ropienie, wytwarzanie się ropniów i przetok, które po największej części przyprawiają w końcu o śmierć. W wypadkach, w których się wyleczy osoba dotknięta takim cierpieniem, pozostaje jeszcze zazwyczaj dłuższy czas częściowe porażenie jednej lub obu kończyn dolnych i chód kulejący.

¹⁾ A defence of the Ces. op. Manchester p. 68 i 72.

²⁾ Burns, Handb. d. Geburtsh. von Kilian, p. 86; Lenoir, w miejscu przyt. p. 17 i Gurlt, Ueber einige etc. Misstalt. d. menschl. Beckens, Berlin 1854. p. 36 i 37.

³⁾ Otto, Seltne Beobacht. zur Anat. Phys. u. Path. II. p. 19.

Uwagi historyczne. Już w starożytnych czasach wiadano, że się stawy miednicze rozstępują podczas porodu, mianowicie zaś spojenie łonowe, a Severinus Pinaeus i Paré dokonawszy w roku 1579 w Paryżu sekcji na kobiecie, ściętej w dziesięć dni po rozwiązaniu z powodu zamordowania swego dziecka, i przekonawszy się przytém, że kości łonowe dały się przesunąć jedna na drugą o 13 mm. ($\frac{1}{2}$ "), oparli na tém spostrzeżeniu naukę, że u niewiasty, tak jak u niektórych zwierząt, kości łonowe rozsuwają się podczas zwyczajnego porodu; zob. *Severin. Pinaei opusc. physiol. et anatom. tib. II. cap. VI i VI.* Od tego czasu znajdujemy ogłoszenia o rozdzielonych spojeniach miedniczych w literaturze począwszy od Guillemeau'a i Smellie'ego aż do najnowszych czasów. Tutaj nadmieniamy tylko spostrzeżenia, których dokonali Spigelius, Harvey, Scultetus, Heister, Morgagni, Camper, Plenck, Richter, Loder, Deleurye, Mohrenheim, El. v. Siebold, v. Ritgen, Mende, d'Outrepont, Ulsamer, Meissner, Trefurt, Grenser, Scanzoni, Hecker, Ahlfeld i inni. Zob. znakomitą rozprawę Ulsamera, *Ueber die Erweichung der Beckensymphysen während der Schwangerschaft und die Trennung derselben bei der Geburt*, w *N. Z. f. G. II. p. 169*, i Trefurt, *Abhandl. u. Erfahrungen aus dem Gebiete der Geburtshülfe und der Weiberkrankheiten. Erste Decade. Göttingen 1844. p. 180.*—Wypadki rozłączenia się spojenia łonowego, dostrzeżone przez Grensera w drezdeńskim zakładzie położniczym w r. 1847 i 1857 są opisane w *M. f. G. I. p. 143* i *XII. p. 469*. Opis samodzielnego rozłączenia się w prawym stawie biodrokrzyżowym, które dostrzegł Scanzoni, znajduje się w *Allgem. Wiener med. Zeitg. 1859. Nr. 8*; wypadek zaś Heckera w *Hecker u. Buhl. Klinik der Gebursk. p. 111*; Ahlfelda w *Diss. inaug. Ueber Zerreißung der Schamfuge während d. Geb. Leipzig. 1868. ref. w Schmidts Jahrbh. CXLIII. p. 47.*

Ulsamer przypuszcza bardzo słusznie, że stawy miedniczy rozdzierają się w każdym razie daleko częściej podczas operacji kleszczowych, aniżeli to nam znaném jest z wypadków podanych w literaturze. Częścią bowiem nie rozpoznaje się należycie tych wypadków, częścią przemilcza o nich akuszer z tej prostej przyczyny, że publiczność zwykła niepomysłny skutek przypisywać niestosownej i zbyt gwałtownie wykonanej operacji, chociaż jest rzeczą dowiedzioną, że nawet po najrzęczniejszém i najogólniejszém nałożeniu kleszczy pojedyncze spojenia miednicze rozłączają się tak samo, jak przy naturalnych porodach.

Debout, Fél. Courot, Montard Martin, Putégnat, Devilliers, Stoltz, *Ueber Krankhafte Erschlaffung der Beckensymphysen bei Schwangeren und Wöchnerinnen, und ihre Behandlug mittels Druckverbandes*, w *Schmidts Jahrb. d. ges. Med. t. 119. 1863. p. 59.* — Ercole Galvagni, *Riv. clin. VII. 5. 1868. refers w Schmidts Jahrb. CXXI. p. 47.* *Ueber einige Erkrankungen der Beckensymphysen in Schwang. Geb. und Puerperium.*— F. Winckel, *Die Pathol. u. Therapie des Wochenbettes. Berlin. 1869. p. 427.*

O bja w y towarzyszące rozdarciu się spojeń miedniczych nie są bynajmniej zawsze tak widocznymi, iżby z nich można cierpienie rozpoznać zaraz na pewno. Chociaż bowiem w niektórych wypadkach

naprowadzał na cierpienie szmer dający się wysłyszeć (niewyraźne trzeszczenie) wraz z silniejszym posunięciem się główki płodowej podczas porodu, to jednakże w większej liczbie wypadków nie widziano nic takiego; nawet z objawów następczego zapalenia w dotyczącym miejscu nie można było nigdy wyprowadzić pewnego wniosku, ponieważ zwykle cały proces niki w obec występujących równocześnie objawów gorączki połogowej. Charakterystycznym jest tylko rozchodzenie się kości łonowych, co może stwierdzić uczucie macającego, który przytęm wysledza, że się takowe oddalają od siebie na 13—27 mm. ($\frac{1}{2}$ —1"), albo w rzadkich wypadkach wchodzą na siebie swemi końcami.

Zazwyczaj mniej wyraźnie da się rozpoznać rozstawanie spojenia biodro-krzyżowego, nawet trzeszczenia w głębi nie można wysledzić zawsze, i rozpoznanie okazuje się prawdopodobnym tylko z gwałtownego bólu w dotyczącym miejscu, wstrzymującego każde poruszenie dolnej połowy ciała i t. d.

Jeśli już podczas porodu występują objawy nieprawidłowej poruszalności w jednym z stawów miedniczych, to lekarz powinien chorą zalecić, ażeby spokojnie leżała, zabronić wyrabiania bólów porodowych i nałożyć naokoło miednicy dobrze zamykający pasek albo jaką opaskę. Jeśli się kleszcze okażą potrzebnymi, to przy pociąganiu należy je jak najmniej obracać i w ogóle pociągać jak najogładniej; zmarły płód należałoby przedziurawić. Skoro się rozdarcie rozpozna dopiero po porodzie, to prócz najsposkojniejszego leżenia w położeniu poziomem na grzbiecie i prócz ustalenia rozdzielonego spojenia łonowego przez nałożenie odpowiedniego pasa miedniczego (np. szerokiego rzemienia, wysłanego podkładkami) wskazanym jest odpowiednio do stanu chorą miejscowe zastosowanie zimna i to chirurgiczno-terapeutyczne leczenie, którego się używa przy wewnętrznych ogniskach zapalnych.

II. Choroby ciężarnych mające swe siedlisko zewnątrz organów rodnych i w ogólnym organizmie.

a) Cierpienia niezależne od ciąży.

O stosunku przypadkowych cierpień do ciąży i odwrotnie można w ogóle powiedzieć tylko tyle, że chociaż niektóre choroby jak np. durzycę spotykamy u ciężarnych daleko rzadziej, to jednakże ciąż-

ża nie jest zupełnie wolną od żadnego cierpienia; że ciąża nie przedstawia żadnego pomyslnego powikłania przy żadnych cierpieniach, ani przy ostrych, ani przy przewlekłych, i że niekiedy może nawet zgubnie wpływać na ich przebieg; cierpienia zaś ostre, zapalne, mianowicie łączące się z dusznością i rozkładem krwi, mogą na ciążę lub poród wywierać wpływ niepomyślny.

Leczenie każdego cierpienia w tym okresie życia kobiety należy urządzać według tych samych zasad, jakich przestrzegamy w stanie nieciążarnym niewiasty; tylko trzeba unikać wszelkich heroiczych środków, mianowicie wszystkich leków wymiotnych i przeczyszczających, aby takowemi nie zaburzyć przebiegu ciąży, dopóki jest nadzieja, że się ciążę da utrzymać, i dopóki przerwanie jej nie okaże się koniecznością dla uratowania życia matki. W ostatnim wypadku może nawet być nakazanem sztuczne wywołanie poronienia lub przedwczesnego porodu.

Niepodobna tutaj przechodzić po kolei wszystkie cierpienia, ponieważżby to nas odprowadziło za daleko od rzeczy; wspomnimy tylko po krótko o najważniejszych i najczęściej zachodzących chorobach.

1) Z ostrych chorób w sypkowych zachodzi ospa najczęściej, która w wyższym stopniu jest nader niebezpieczną, ponieważ bardzo często ciężarne umierają pod wpływem dławcowych (*croupous*) procesów lub rozkładu krwi, spowodowanych przez ospę. W takich wypadkach umiera po większej części płód albo pojawiają się bóle porodowe i powodują poród. Dziecko może się urodzić nieżywem albo żywem, zazwyczaj już z ospą na ciele, rzadziej bez niej, chociaż takowa pokazuje się dość często dopiero po porodzie. Nieraz umierają w takich razach matki jeszcze przed porodem albo też podczas porodu. Nierzadko jednakże mija ospa szczęśliwie, ciąża dosięga prawidłowego kresu i dziecko rodzi się zupełnie zdrowem albo też pokryte bliznami ospowemi. Szczepienie krowianki nie udaje się zwykle u tych dzieci, których matka przeżyła ospę podczas ciąży 1). Kobiety

1) Zob. Scanzoni, Lehrb. d. Geburtsh. 4 Auflage p. 14; R. Barnes, Obst. Tr. IX. p. 102; Paulicki, M. f. G. t. 33. p. 190; Isambert, L'union 66. 1869; Fränkel, Deutsche Klinik 1870. Nr. 21. p. 194; Chantreuil, Gaz. des hôp. 1870. Nr. 44; Sedgwick, Med. Times. 10. June. 1871.

ciężarne nie doznają żadnego zaburzenia tak przy szczepieniu krowianki, jak przy szczepieniu powtórném (*revaccinatio*) ¹⁾.

2) Błonica i odra, które się znachodzą daleko rzadziej podczas ciąży, wywołują niekiedy te same skutki.

3) Durzycia (*typhus*) sprowadza zwykle śmierć płodu albo prze-waża ciążę przedwcześnie, jeśli chora nie zemrze jeszcze przed rozwiązaniem. W niektórych jednakże wypadkach może nawet przy wysokim stopniu cierpienia przeminąć ono bez szkody dla matki i dziecka. O brzusznej durzycy utrzymywano dawniej, że osoby ciężarne prawie nigdy jej nie doznają; jednakże według nowszych badań ²⁾ przerywa ona dość często ciążę (według Kamińskiego w 98 wypadkach 63 razy, według Zülzera w 24 wypadkach 14 razy, według Scanzoniego w 10 wypadkach sześć razy, razem więc 63% wypadków). Przy gorączce powrotniej (*recurrens*) miała według dawniejszych podań skłonność do poronienia być największą, jednakże Weber ³⁾ przekonał się, że z pomiędzy 63 ciężarnych tylko u 23 (36,5%) nastąpił poród przedwczesny. Najmniejszą zdaje się być skłonność do poronienia przy wysypkowej durzycy (*typhus exanthematicus*) ⁴⁾.

4) Przy cholercie da się śmierć płodu, następująca zazwyczaj w martwiczym okresie, łatwo wytłómaczyć ustaniem wymiany gazów w łożysku ⁵⁾; nie zachodzi śmierć jednakże tak często, jak to podaje Bagiński ⁶⁾ według swych doświadczeń.

5) Zapalne procesy w organach piersiowych, zapalenie płuc, zapalenie opłucnej i t. d. wywołują nie rzadko poronienie lub poród przedwczesny, jak wszystkie ostrzejsze zapalenia, i stają się, mianowicie w ostatnich miesiącach ciąży, niebezpiecznymi dla matki z powodu duszności, i to tém więcej, że w tym czasie działanie przepony jest jeszcze utrudnione przez rozszerzoną

¹⁾ Zob. Jameson, Philad. med. T. 1872. Nr. 41 i Martin, Boston Gyn. I. VII. p. 107.

²⁾ Hecker, M. f. G. t. 27. p. 423.

³⁾ Berlin. klin. Woch. 1870. Nr. 2.

⁴⁾ Zob. Zülzer, w m. przyt.

⁵⁾ Zob. Bouchut, Gaz. med. de Paris. 1849. Nr. 41; Drasche, Die epidemische Cholera Wien. 1860. p. 293; Kersch, Memorabilien 1867. XII. 1 i 2; Hennig, M. f. G. t. 32. p. 27; Weber, Allgem. med. Centralz. 1871. Nr. 4.

⁶⁾ Deutsche Klinik 1866. Nr. 39 i 40.

macicę (według Chatelaina¹⁾ umiera połowa matek zapadłych w trzech ostatnich miesiącach ciąży na zapalenia płuc. Jeśli w takich wypadkach zagraża rzeczywiste niebezpieczeństwo życiu chorąg, to bezwarunkowo jest wskazanem wywołać sztuką poród przedwczesny; Gusserow²⁾ zwraca jednakże słusznie uwagę na zwiększone niebezpieczeństwo, jakie czynność porodowa musi powodować dla krążenia krwi. Również może ten stan w celu przyspieszenia porodu nakazywać obrócenie płodu lub nałożenie kleszczy, zarówno czy poród został pobudzonym sztucznie, czy też nastąpił samodzielnie, byle tylko był w biegu; dla znacznej bowiem duszności nie może rodząca wyrabiać bólów porodowych albo wyrabianie takowych połączone jest z bardzo wielkiem niebezpieczeństwem.

Do takiego samego leczenia skłaniają wszystkie cierpienia, które w ostatnim czasie ciąży dla połączonej z niemi duszności zagrażają życiu matki, a do takich chorób należy np. puchlina piersiowa (*hydrothorax*), obrzęk szpary głosowej (*oedema glottidis*) i t. d.

6) Ostra gruźlica kończy się także u ciężarnych szybko śmiercią, tak iż dotyczące osoby umierają po większej części, nierozwiązane. Wpływ zaś i przebieg przewlekłej gruźlicy nie jest bynajmniej zawsze jeden i ten sam, i nieprawdziwem jest zdanie, jakoby podczas ciąży pozostawała zazwyczaj niezmienną i dopiero po upływie téjże szybko kończyła się śmiercią, chociaż niekiedy zachodzą wypadki tego rodzaju. Daleko częściej spostrzegamy, że to cierpienie powoli wzrasta coraz silniej i nieraz następuje śmierć jeszcze przed ukończeniem się ciąży. Jeśli zaś nie nastąpi śmierć, to wtedy, jak wszystkie wyniszczające choroby, wywołuje także gruźlica niekiedy poród przedwczesny, rzadziej zaś śmierć płodu, który się nawet u mocno wynędzniałych osób rozwija silnie, i także z niezwywój już matki da się jeszcze niekiedy wydobyć żywo przez cięcie cesarskie. Jeśli się w następstwie gruźlicy wytwarzają w ostatnich miesiącach stany, które zagrażają życiu matki i dla których można się na niejaki czas spodziewać polepszenia po opróżnieniu jamy macicznej, jak np. zapalenie opłucnej, odma piersiowa (*pneumothorax*), krwotoki z płuc i t. d., to może także być wskazanem sztuczne wywołanie

¹⁾ Journ. de méd. de Bruxelles. Juin et Juillet 1870.

²⁾ M. f. G. t. 32. p. 87; zob. także Wernich, Berl. klin. Woch. 1873. Nr. 14.

przedwczesnego porodu ¹⁾, i, gdy się poród rozpocznie, przyspieszenie tegoż przez obrócenie płodu lub nałożenie kleszczy.

7) Ostry zanik wątroby, który zachodzi nie tylko w późniejszych ale i w pierwszych miesiącach ciąży, i dla tego nie może być spowodowanym przez ciśnienie dna macicznego na wątrobę, kończy się śmiercią tak matki jak dziecka, i to z taką szybkością, że po sztuczném wywołaniu porodu nie można się już dobrego skutku spodziewać. Przyczyną tego cierpienia może być czasem zatrucie fosforem, albo może ono tworzyć jedno z najwybitniejszych znamion gnilnego zakażenia (jako takie zachodzi ono częściej u położnic), albo może także wystąpić pierwotnie jako miąższowe zapalenie wątroby. Dla większej jednakże części wypadków jest najprawdopodobniejszém wyjaśnienie *Davidsohna* ²⁾. Według niego nieżyłowa żółta czka jest pierwotnóm cierpieniem i, ponieważ podczas ciąży jest utrudnionóm wydzielanie przez nerki zgubnie działających kwasów żółciowych, przeto przychodzi nadzwyczaj łatwo podczas ciąży do ogólnego zatrucia krwi z następczém tłuszczowóm zwyrodnieniem wielkich gruczołów brzusznych i z mięśniów szczególniej serca ³⁾.

Należy tu jeszcze nadmienić, że przy wszystkich ostrych chorobach zapalnych u matki nie rzadko następuje śmierć płodu skutkiem zbyt wysokiej temperatury. Według *Kamińskiego* ⁴⁾ ciepłota matki przechodząca 40° jest już dla dziecka bardzo niebezpieczną. Poruszenia tegoż stają się najpierw mocniejszymi, częstość tonów sercowych przyspiesza się, później wolniej, poruszenia ustają i płód umiera ⁵⁾. Przez śmierć płodu przerywa się ciąża, chociaż po największej części nie natychmiast. Poród może się jednakże rozpocząć, kiedy dziecko jest zupełnie zdrowém. Tak dowiódł *Slawjansky* ⁶⁾,

1) Zob. *Hecker*, *Klin. d. Geb. I.* p. 182 i *Lebert*, *Arch. f. Gyn. IV.* p. 457.

2) *M. f. G. t.* 30. p. 452.

3) Zob. *Discuss. w Berl. geb. Ges. M. f. G. t.* 21 p. 89; *Hecker*, tamże p. 210; *v. Haselberg*, t. 25. p. 344; *Poppel*, t. 32. p. 197; *Valenta*, *Wiener med. Jahrb.* 18. t. 3. z. 25. rocznik VI. 1869. p. 188.

4) *Moskiewska gaz. med.* (w ruskim języku) 1867. Nr. 13—19 (zob. *Pet. med. Zeitg.* 1868, zeszyt 2. p. 117) i *Deutsche Klinik* 1866. Nr. 47.

5) *Ueber die Abhängigkeit der foetalen Herztöne von der Temperatur der Mutter*; zob. jeszcze *Fiedler*, *Arch. der Heilkunde* 1852. zeszyt 3. i *Winkel*, *zur Pathol. d. Geburt.* p. 196.

6) *Archiv. f. Gyn. IV.* p. 285.

że u nieciężarnych i ciężarnych osób, chorych na cholere, pojawia się krwotokowe zapalenie macicy (*endometritis haemorrhagica*), które u pierwszych wywołuje krwotok maciczny, u drugich sprowadza poronienie.

8) Z chorób przewlekłych najwięcej zajmującym jest przymiot (o przymiotowych zmianach w łożysku mówiliśmy już na str. 97). Jeśli przez zapłodniające spółkowanie podlega zarażeniu matka i dziecko, to zazwyczaj płód umiera przedwcześnie i następuje poronienie. Jeśli dziecko pozostaje przy życiu, to regularnie rodzi się za wcześnie, jest słabo rozwinięte i umiera po największej części zaraz po urodzeniu się. Kiedy przymiot ojca jest ukrytym w czasie poczęcia, to tak samo wywiera on niepomyślny wpływ na płód, i matka może również podlegać zakażeniu, prawdopodobnie przez dziecko.

Przymiot u matki zdaje się utrudniać zajście w ciążę, ale nie wyklucza go bynajmniej. Jeśli przychodzi do poczęcia, to wpływ matki podlegającej przymiotowi jest taki sam, jak w poprzednim wypadku, ale jeszcze niepomyślniejszy. Jeśli zaś przymiot matki jest ukrytym w czasie poczęcia, to po większej części rodzą się dzieci pozornie zdrowe i dopiero później zaczynają chorować.

Kiedy przymiot ojca lub matki podczas poczęcia przybrał już formy trzeciorzędne, to niekiedy jest dziecko wolnym od zarażenia, ale może się także urodzić z objawami drugorzędnej formy.

Jeśli matka jest zdrową w czasie poczęcia i zostaje zarażoną dopiero w późniejszym czasie ciąży, to dziecko rodzi się prawidłowo i pozostaje zdrowym, jeśli się nie zarazi od matki podczas porodu lub w czasie połogu ¹⁾).

Co się tyczy pytania bardzo ważnego pod względem praktycznym, czy kobiety ciężarne podlegające przymiotowi mogą bez niebezpieczeństwa dla siebie i dla płodu przechodzić leczenie merkuryszem, to należy na nie odpowiedzieć twierdząco, ponieważ przy leczeniu merkuryalnym znacznie się zmniejsza tak częstość przedwczesnych rozwiązań, jak liczba zmarłych dzieci podczas ciąży ²⁾.

¹⁾ Zob. v. Bärensprung, die hereditäre Syphilis. Berlin 1864; Hecker, M. f. G. t. 33. p. 22. i Sigmund, Wien. med. Presse 1873. Nr. 1.

²⁾ Zob. Löwy, Wien med. Woch. 1869. Nr. 39; Fonberg, tamże 1872. Nr. 49 i Weber, Berl. Klin. Woch. 1870. Nr. 2.

Jeśli podczas porodu znajdują się w częściach rodnym owrzodzenia przymiotowe, szczególnie w dołku czółenkowatym, albo zewnętrznie na śródkroczu, to należy na nie pilną mieć bacność, ponieważ mogą one łatwo spowodować rozdarcie się śródkrocza. Podczas porodu powinno się starać o jak największą czystość w częściach rodnym i podczas podpierania śródkrocza pokryć rękę płóciennym płatem, posmarowanym jakąś tłustością. Jeśli się ma choć najmniejszą ranę na rękę, to ile możności należy w takim razie wystrzegać się wszelkiego pomagania, albo przynajmniej miejsce skaleczone trzeba owinąć paskami plastru lepkiego. Rozumie się samo przez się, że po porodzie trzeba jak najtroskliwiej obmyć tak siebie jak dziecko; ostatnie należy nadto obejrzeć, czy nie ma na ciele znamion przymiotu, i w danym razie odpowiednio zastosować leczenie.

9) Do przypadkowych kurczów należy zaliczyć te, które powstają skutkiem przypadkowych cierpień, jak np. durzycy, chorób mózgowych (przekrwienia, udaru, zapalenia błon mózgowych i t. d.), wetchnięcia gazów szkodliwych oddychaniu, zatruciu i t. d., jako też padaczkę (*epilepsia*). Pierwsze formy stosownie do przyczyn cierpienia mają jużto mniejsze, jużto większe znaczenie i wymagają odpowiedniego leczenia. Padaczki, która była już przed ciążą, nie usuwa ciąża, i może ona tak podczas ciężarnego stanu, jak podczas porodu rozmaicie częste wskazywać napady, które jednakże nie powodują żadnego innego niebezpieczeństwa nad to, które w ogóle pociąga za sobą padaczka. Napady jej nie zaburzają ani przebiegu ciąży, ani też przebiegu porodowego. W tym tylko razie, gdyby się miały częściej powtarzać podczas porodu, co się bardzo rzadko zdarza, mogłoby być wskazaniem przyspieszenie porodu przez nałożenie kleszczy.

b) Cierpienia wywołane przez ciążę.

Jak już dawniej ¹⁾ mieliśmy sposobność nadmienić, może ciąża najróżnorodniejsze spowodować zaburzenia w rozmaitych organach ciała, a nawet w życiu duchowym. Dopóki takowe z małym tylko występują natężeniem i nie sprowadzają żadnych szkodliwych skutków, uważa je się za mniej więcej potrzebny dodatek do ciąży ztąd

¹⁾ Zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 538.

téż za znak ciąży) i pozostawia się je bez pomocy lekarskiej, ponieważ zazwyczaj albo jeszcze podczas ciąży albo po jój upływie znikają znowu same, albo się przynajmniej polepszają. Jednakże wiele z tych zaburzeń dochodzą niekiedy do takiej wysokości, że rzeczywiście nabierają znaczenia patologicznego i znowu inne wywołują stany chorobne, i dla tego wymagają pomocy lekarskiej. Nie łatwą zaś jest rzeczą oznaczyć granice, poza którą te zaburzenia w rozmaitych organach należy już uważać za patologiczne. Również nie wiemy bynajmniej o wszystkich chorobach, w jakim się stosunku zależności znajdują do ciąży, chociaż w pewnych wypadkach z ich zachowania się zmuszeni jesteśmy wnioskować, że źródłem ich jest ciąża. Najważniejsze z należących tu cierpień są następujące:

1) **Choroby skórne.** Najczęściej znachodzą się: trądzik (*acne*), wyprysk (*eczema*), rumień (*erythema*), swędzenie (*pruritus*), pokrzywka (*urticaria*), bąblica (*pemphigus*), liszajec (*impetigo*) i t. d. Jeśli one stoją w ścisłym związku z ciążą, to pokazują się po największej części zaraz po zajściu w ciążę, towarzyszą jój aż do końca nie dając się usunąć żadnym środkiem i po upływie połogu znikają same przez się; w następnej ciąży występują znowu w tym samym uporczywym charakterze, przez co właśnie okazują jak najwięcej swą zależność od ciąży ¹⁾.

2) Choroby organów trawienia:

a) Ślinotok (*salivatio*) jest również uporczywym, jak przykrym towarzyszem ciąży, chociaż zwykle nie zaburza ani jój przebiegu, ani ogólnego stanu w zdrowiu ciężarnych. Zadziwiającą rzeczą jest rzecz, jak wielką masę śliny musi niekiedy kobieta wyrzucać w ciągu całej ciąży, a mimo tego nie traci swego zdrowego wyglądu. Środki przeciwko temu cierpieniu pozostają pospolicie bez wszelkiego skutku. Najwięcej jeszcze zaleca się ściągające wody do płukania w ustach, np. z taniny, ałunu, *tinct. ratanhiae*, *tinct. laudani* i t. d., chociaż one rzadko przynoszą jakąś korzyść.

b) Odbijanie się kwasami, zachodzące niekiedy tylko w pierwszych miesiącach, a nieraz także podczas całej ciąży, przedstawia zjawisko więcej przykre, aniżeli szkodliwe; szczególnie skutecznie przeciwko niemu mają być *infus. chichorei et chamomillae*. Pewną

¹⁾ Zob. Hebra, Wien. med. W. 1872. Nr. 48.

zaś, choć tylko przemijającą ulgę sprawiają: *carbonas magnesiae, creta alba, lapides cancrorum* lub *conchae praeparatae* w postaci proszku, zażywane na koniec noża.

c) Wymioty mogą wprawdzie, jak wszystkie wymienione tutaj stany patologiczne, przedstawiać tylko przypadkowe powikłanie z ciążą lub porodem, wywołane najrozmaitszymi okolicznościami, jednakże częściej stoją one rzeczywiście w związku z płciowemi czynnościami. Pod ostatnim względem występują wymioty rozmaitym sposobem. Najczęściej pokazują się one w pierwszym czasie ciąży, tak iż dotycząca osoba zaledwie podniósłszy się z łóżka zwraca codziennie rano jeszcze przed spożyciem śniadania, rzadziej dopiero po takowém, bezbarwny śluzowo-wodnisty płyn, i to bez wielkiego natężenia. W téj formie znikają one zazwyczaj począwszy od 4—5go miesiąca, nie pozostawiając żadnego złego skutku, aby niekiedy powrócić znowu na 6—4 tygodni przed prawidłowym końcem ciąży. W ostatnim wypadku pochodzą one od mechanicznego uciskania żołądka przez dno maciczne, pojawiają się pospolicie dopiero po spożyciu potraw i zachodzą częściej u pierwiastek aniżeli u mnogorodzących, ponieważ u ostatnich skutkiem zwióczenia powłok brzusznych dno maciczne opada więcej ku przodowi i dla tego nie ciśnie tak łatwo na żołądek. Również giną one w ostatnim miesiącu razem z opuszczaniem się macicy ku dołowi. Nie rzadko jednakże zdarza się, że ciężarna przez cały czas trwania ciąży musi zwracać po pewnych potrawach, a niekiedy nawet po spożyciu każdego pokarmu, co organizm w pojedynczych wypadkach przez długi czas w zadziwiający znosi sposób; i rzeczywiście wydarza się rzadko, żeby ztąd miało wyniknąć niebezpieczeństwo dla życia matki.

Podczas porodu pojawiają się wymioty często z rozpoczęciem się pierwszych bólów porodowych, albo w późniejszych okresach porodowych, kiedy się bóle wzmagają do wysokiego stopnia, mianowicie kiedy ciężarna krótko przedtém przeładowała żołądek niestosownemi pokarmami.

Właściwe przyczyny tego cierpienia nie są jeszcze jasne. Niejedne doświadczenia w zakresie położniczym przemawiają za tém, że powodem do niego bywa mechaniczne rozszerzenie się macicznej jamy. Szczególnie téż często zdają się one zachodzić w tych wypadkach, w których bierne rozszerzenie się macicy przeważa czynne ro-

śnięcie macicy przez niezwykle mocne rozwijanie się jaja (wodna puchlina, bliźniaki ¹⁾).

Chociaż tylko uporczywe wymioty po każdym jadle zdrowie matki podczas ciąży wystawiają na zaburzenia, tak iż pomoc lekarska staje się potrzebną, to jednakże i inne formy cierpienia tak są dokuczliwe, iż zasługują na to, ażeby je zwalczać przynajmniej dyjetycznymi środkami. Jeżeli zwracanie nastaje tylko ranem, gdy żołądek jest próżny, to zaleca się śniadać w łóżku, a ciężarna, podlegająca temu cierpieniu w ostatnich miesiącach, powinna spożywać tylko lekko strawne pokarmy nie rozdymające, i to zawsze tylko w małych ilościach naraz, a za to częściej. Kiedy wymioty następują tylko po pewnych pokarmach, to nie należy takowych wcale spożywać, a gdy się zdają pojawiać po każdym jedzeniu, to z początku trzeba w małych tylko ilościach spożywać wszystkie pokarmy, mianowicie bardzo pożywne. Przytém można także zastosować lody, pigułki lodowe, wino szampańskie, mineralne wody, które zawierają w sobie kwas węglany (n. p. Rohitsch), musujący proszek i proszek Seidlitz'a; kiedy zaś i temi środkami nie zdoła się powstrzymać wymiotów, to nieraz działają pomyślnie *aqua laurocerasi*, *aqua cerasorum nigrorum* i t. d., *morphium* (0,003—0,01 grama *pro dosi*), rano lub kilka razy na dzień, chinina i przetwory żelaziste (mianowicie gdy istnieją także inne objawy blednicy, albo się wytwarza niedokrwistość skutkiem niedostatecznego odżywienia). Jeśli się wszystkie środki okażą bezskutecznymi i matce zagraża widocznie niebezpieczeństwo, azatém i dziecku, natenczas jest wskazaném sztuczne poronienie albo sztuczny poród przedwczesny. W końcu należy tu jeszcze zwrócić na to uwagę, że uporczywych wymiotów przyczyną może być także okrągły wrzód żołądkowy.

d) Zaparcie stolca (*obstructio*) jest uporczywą dolegliwością, którą się bardzo często u ciężarnych, znachodzi, mianowicie w 3—4 miesiącu i w ostatnim czasie ciąży, kiedy się macica opuszcza głębiej w miednicę i ciśnie na odbytową kiszkę. Nieraz dokucza ono od początku aż do końca ciąży i sprawia, że ciężarna doznaje innych zaburzeń w trawieniu i bólu głowy, i czuje w sobie jakies ogólne niedomaganie. Do uregulowania wypróżnień wystarcza nie-

¹⁾ Zob. Grailly' Hewitt, London Obst. Tr. XIII. p. 103 wraz z *Discussio*.

kiedy odpowiednia dyjeta, spożywanie owoców, komputu, wody słodkiej albo proszku Seidlitz'a, przytém średnie przechadzanie się na świeżem powietrzu; w przeciwnym razie zaleca się lekkie środki przeczyszczające: gorzką wodę, olejek rycynowy, *potus limonatus purgativus* etc., a nieraz trzeba dla usunięcia twardych mas kałowych zastosować enemy (z letniej wody albo odwaru otrębowego z nieco oleju) za pomocą długiej elastycznej rury.—Rozwolnienie jest daleko częściej przypadkowym tylko powikłaniem i wymaga za każdym razem odpowiedniego uregulowania dyjety, ciepłego trzymania się i leczenia, zastosowanego do przyczyny cierpienia.

Przez ciśnienie ciężarnej macicy może prócz zatrzymania stolca powstać także zaburzenie w pęcherzu moczowym, o czém tutaj zaraz w krótkości pomówimy. *P a r c i e n a m o c z* jest najczęstszém zaburzeniem z strony pęcherza moczowego. Przyczyną tego cierpienia bywa zapewne mniej nacisk na pęcherz moczowy, aniżeli drażnienie tegoż skutkiem targania (według *Playfaira* ¹⁾ bywa ono wywołwanem w ostatnich miesiącach nieraz przez poprzeczne położenie płodu i znika, gdy się uda płód wyprostować).

Zupełna niemożność zatrzymania przy sobie moczu (*incontinentiaurinae*) i zatrzymanie moczu (*anuria*) zachodzą rzadziej przy prawidłowém położeniu macicy. Ostatnie cierpienie może jednakże w ostatnim miesiącu ciąży, kiedy główka przypiera cewkę moczową do spojenia łonowego, wystąpić tak uporczywie, że się okaże konieczném kilkorazowe zastosowanie cewnika.

3) **Zaburzenia w krążeniu krwi**, które powstają częścią czynnie przez nawał, częścią biernie przez ciśnienie na pewne naczynia.

a) *Czynne stany nawałowe* zachodzą przeważnie u osób tych, u których już dawniej istniejącą wielokrwistość powiększyła jeszcze ciąża, i stossownie do tego, czy krew napływa do organów piersiowych lub brzusznych, wywołują rozmaite stany następce, bardzo szkodliwe dla ciąży. Tak np. nawałom do głowy towarzyszą nierzadko długotrwałe lub przynajmniej często się powtarzające bóleci zębów, krwawienie z nosa, szum w uszach, ból głowy, zawrót i omdlenie; w organach zaś piersiowych wywołują trudne od-

¹⁾ London Obst. Tr. XIII. p. 42.

dychanie, mocne bicie serca, kaszel krwawy i t. d., a nawały do organów brzusznych mogą nieraz spowodować krwotoki maciczne i poronienie

Zabierając się do leczenia powinniśmy przedewszystkiēm uregulować dyjetę. Lekko strawne i nie wzdymające pożywienie roślinne należy w każdym razie przenieść nad pokarmy mięsne. Wina, piwa, herbaty i w ogóle wszystkich napojów wysokowych trzeba zupełnie zakazać. Przytēm powinna ciężarna starać się o regularne wypróżnienie stolcowe, które w razie znacznego zaparcia należy sprowadzać sposobem wyżej opisanym. Upuszczenia krwi, których sobie niestety za często pozwalają u ciężarnych, mogą być rzeczywiście wskazaniami w niektórych wypadkach uporczywych i niebezpiecznych i mogą znakomite oddać usługi, jednakże należy z nich korzystać tylke w naglających wypadkach. Prócz tego każdy pojedynczy wypadek wymaga odpowiedniego właściwego sobie leczenia, stósownie do tego, czy ten lub ów z wymienionych powyżej stanów następczych sprawia szczególne niebezpieczeństwo.

b) Bierne zaburzenia w krążeniu krwi pojawiają się najczęściej w dolnych kończynach i zewnętrznych częściach płciowych, i wywołuje je ciśnienie macicy na żyły leżące w wejściu lub w jamie macicy. Najważniejszymi ich następstwami są żylaki i obrzęki.

α) Żylakowe rozszerzenie żył zachodzą najczęściej na grzbiecie nogi, w otoczeniu kostek, na przedniej i tylnej powierzchni piszczeli i na wielkich wargach sromowych. Niekiedy tworzą one obszerną sieć żył skórnych, rozszerzonych nieraz aż do objętości małego palca i mających miejscami guzowate wypuklenia. Sieć tę można wyśledzić po całych dolnych kończynach, na wargach sromowych, w pochwie, a nawet ogarnia ona żyły krwawnicze.

Chociaż nacisk na miednicze żyły jest przyczyną powodującą to cierpienie, to jednakże nie mały w tym względzie wpływ wywiera także spadziłość położenia owych części ciała, w których się pojawiają rozdęcia żył, oraz niezwyčajne zwątlenie (*laxitas*) w ścianach naczyńiowych. Stąd tēż spotykamy je w każdym razie częścię przy nadzwyczaj mocnym rozszerzeniu macicy. (n. p. przez wielką ilość wody płodowej, przez bliźnięta i t. d.) i pojawia się zwykle w późniejszych dopiero miesiącach. Nie rzadko rozwija się jednakże to cierpienie zaraz na początku ciąży. Przez swobodniejszy obieg krwi w położeniu poziomem położnicy polepsza się ono nieco, ale nie znika zupełnie. W następnych ciążyach dochodzi do wyższego stopnia

i dla tego to natrafiamy je daleko częściej i daleko silniej rozwinięte u osób mnogorodzących.

Jeśli cierpienie w nieznacznym tylko zachodzi stopniu, to zwykle nie wywołuje ono złych skutków. Kiedy zaś żyłki większą obejmują przestrzeń, to towarzyszą im obrzęki nóg i giczeli, i sprawiają swędzenie, przez co cierpiąca osoba jest zmuszona raz po raz drapać się i tym sposobem wytwarzają się żyłakowe owrzodzenia, które często opierają się uporczywie wszelkim środkom leczniczym. Nieraz, prawdopodobnie skutkiem targania ścian naczyńniowych, powodują one boleści, albo w niektórych guzach przychodzi do zapalenia, które się może rozprzestrzenić dalej po żyłach albo wytworzyć ropnie. Jeśli pękają żyłakowe guzy, już to samodzielnie, już to przez mechaniczne obrażenie (jak się to wydarza często przy uderzeniu się w giczeli), to następuje krwotok, który może nawet stać się groźnym dla życia.

Leczenie ogranicza się w ogóle na tém, aby zapobiedz zbyt mocnemu rozdęciu żył, ażeby tym sposobem usunąć także niobezpieczne stany, jakie może ono wywołać, a gdy takowe nastąpią, ażeby je usunąć albo przynajmniej uczynić nieszkodliwymi.

Co do pierwszego względu, to należy ciężarnym podlegającym takiemu cierpieniu zalecić, ażeby we dnie jak najczęściej i jak najdłużej pozostawały w położeniu poziomem i aby na dolnych kończynach nie nosiły żadnych mocno przylegających przewiązek. Skoro się cierpienie rozwinęło już silniej, to dobrze jest nosić stósowne pończochy elastyczne albo owijać dolne kończyny flanelowymi opaskami, przy czém można podawać na wewnątrz środki moczopędne (*diuretica*), i leki napotne. Przeciwko silnemu swędzeniu są najstósowniejszymi zimne okłady albo zmywania, i jeśli się wytworzy zapalenie, to należy je leczyć według ogólnie przyjętych w tym względzie prawideł. Jeśli przez pęknięcie żyłaka przychodzi do krwotoku, to można go zatamować przez silnie naciskające opatrzenie, przez podwiązanie krwawiącej żyły, albo przez tamponowanie pochwy, gdy krwawiąca żyła tamże się znajduje. Jeżeli się można obawiać, że żyłak pęknie, natenczas należy zalecić dotyczącej osobie, ażeby w razie krwotoku tak długo przyciskała palcem krwawiące miejsce (gdy takowe leży zewnątrznie), aż nie nadejdzie lekarz z pomocą.

3) Obrzęki, które wypływają z tego samego źródła, zachodzą przeto także razem z żyłakowem rozdęciem żył. Zazwyczaj rozwijają się także one dopiero w późniejszych miesiącach ciąży i to czę-

ścięj i w wyższym stopniu u mnogorodzących, tudzież w wypadkach, w których macica jest niezwykle rozszerzona.

Najpierw występują w okolicy kostek i na grzbiecie nogi, skąd się rozszerzają w górę po dolnej kończynie. W wypadkach wysokiego stopnia obrzmiewają nie tylko całe kończyny dolne, ale także zewnętrzne części płciowe. Takie obrzmienia polepszają się przez noc zawsze z powodu poziomego leżenia w łóżku, tak iż znikają zupełnie albo się przynajmniej zmniejszają, ale wśród następnego dnia pogarszają się znowu. Z tego powodu są zawsze gorszymi wieczorem, aniżeli rano, i raz wystąpiwszy, zwiększają się coraz więcej w dalszym przebiegu ciąży by potem w położu zupełnie zniknąć w krótkim czasie.

Do tej kategorii obrzęków należy największa część z tych, które spostrzegamy podczas ciąży na oznaczonych częściach. Jednakże nie rzadko mogą się obrzęki w tych miejscach wytworzyć przez rozmaite cierpienia, mianowicie przez wodnisty skład krwi, zapalenie nerek, choroby wątroby lub serca. W takich wypadkach pojawiają się one wprawdzie pod tą samą formą i na tém samym miejscu, jednakże rozszerzają się po największej części także na inne części ciała (jak twarz i ręce), albo przyłączają się do nich surowicze wydzieliny do piersiowej lub brzusznej jamy. Dla rozpoznania więc różniczkowego trzeba zawsze badać dotyczące organy i jamy ciała, jako też stan moczu.

Jeśli obrzęki wytworzyły się tylko skutkiem nacisku na żyły miednicze i nie dosięgły wysokiego stopnia, natenczas nie zawierają w sobie szczególnego niebezpieczeństwa, chociaż często utrudniają używanie zwyczajnego obuwia i uprzykrzają chodzenie. Przy mocnym obrzmieniu, mianowicie części płciowych, czynią chodzenie zupełnie niemożliwem. W takich razach naskórek pęka niekiedy i odpływa nacieczona surowica, poczem naturalnie zmniejsza się zbręknienie. Niekiedy jednakże, szczególnie gdy równocześnie istnieją żylaki, wytwarzają się stąd owrzodzenia, a nawet zgorzel. Róże są rzadszém tego następstwem. Podczas porodu mocne obrzmienie warg sromowych i śródkrocza może nawet utrudniać wyjście główki, a surowiczo nabrzmękłe śródkrocze rozdziera się daleko łatwiej, aniżeli prawidłowe.

Leczenie takich obrzęków zgadza się po największej części z leczeniem żylaków. Najpierw powinniśmy się starać, ażeby obrzęki nie dosięgły zbyt znacznego stopnia, w tym to celu należy za-

lecić ciężarnę, aby we dnie, przynajmniej od czasu do czasu leżała poziomo na łóżku; mianowicie zaś powinna unikać ciasnych podwiązek. Do pokrycia nóg są najodpowiedniejsze trzewiki z gumą, które należy wciągnąć zaraz po wstaniu złoza, ponieważ później jest to zazwyczaj rzeczą niemożliwą. Opaski z flaneli działają także skutecznie przy obrzękach, dopóki się takowe ograniczają tylko na nogi i piszczele. Jeśli cierpiecie to powoduje bolesne napięcia, to pomagają nieraz aromatyczne okłady i suche ciepłe chustki. Jeżeli zaś skutkiem napięcia, grozi skórze zgorzel, natenczas trzeba poprzekłówać wodniste miejsca, przy czém należy nie zapomnieć o tém, że ukłócia śpilka nabrzękłych warg sromowych bardzo łatwo pobudzają czynność porodową. Jeśli obrzmienia sromowych warg są podczas porodu tak znaczne, że go utrudniają, to mogą się okazać potrzebnymi ponacinania (*scarificatio*). Ze względu praktycznego ważną jest rzeczą wiedzieć, że wszystkie te dolegliwości zmniejszają się znacznie z końcem dziewiątego albo na początku dziesiątego miesiąca, kiedy macica zstępuje nieco głębiej i opada więcej ku przodowi.

Kiedy zaś przyczyną obrzęków jest jedna z chorób wyżej przytoczonych, to stósownie do jój ważności pogarsza się rokowanie i w leczeniu główną uwagę powinniśmy zawsze zwrócić na pierwotne cierpienie.

4) Cierpienia nerwowe.

a) Z zaburzeń w zmysłach, które dochodzą do patologicznego znaczenia, spostrzegamy najczęściej ślepotę pozmierzchną (*hemeralopia*). Ciężarna cierpieniu temu podległa widzi zupełnie dobrze podczas dnia, od zmierzchu zaś począwszy aż do świtania jest zupełnie ślepa. To cierpienie rozwija się po największej części dopiero w ostatnich miesiącach ciąży, opiera się wszelkiemu leczeniu i znika samo przez się wkrótce po rozwiązaniu.

Istota jój nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Widziano ją przy zapaleniu nerek (*morbis Brighti*) i prawie jeszcze częściej, gdy tego nie było. Prawdopodobnie przyczyną jój jest obrzęk nerwu wzrokowego.

b) Bóle w najrozmaitszych organach, mianowicie ból głowy, ból twarzy (niekiedy straszliwie dotkliwy), bóle zębów i t. d. nie powstają zawsze skutkiem nawałów, jak to wyżej przytoczyliśmy, ale w wielu wypadkach trzeba je uważać za czyste nerwobóle, które się pojawiają niekiedy już na początku ciąży, niekiedy dopiero w późniejszym czasie; nieraz ustępują po jakimś czasie, nieraz zno-

wu dokuczają osobie choréj bardzo uporczywie przez długi czas, nawet aż do końca ciąży, chociaż niekiedy ustają na kilka chwil. Nieraz można w ich powtarzaniu się dostrzedz regularnego typu.

Do najpewniejszych jeszcze środków przeciwko temu cierpieniu zaliczają narcotica, mianowicie acetas morphii i chininę, chociaż i te pozostają często bez wszelkiego skutku.

c) Omdlenie. zachodzące także skutkiem nawałów krwi do mózgu, można również często uważać za stan czysto nerwowy. Powstaje ono podczas ciąży najłatwiej wtedy, kiedy osoba do tego skłonna znajduje się w zamkniętych lokalach pomiędzy wielu ludźmi, albo kiedy umysł jéj lub organy zmysłowe doznają niemiłych wrażeń. Podczas porodu i zaraz po jego zakończeniu się spostrzegamy je nadzwyczaj rzadko, jeśli go nie wywołuje znaczny ubytek krwi, strach przed operacją albo podczas operacji albo téż bardzo gwałtowne bóleści.

Jeśli ono jest cierpieniem czysto nerwowém, te nie łączy się z niem żadne niebezpieczeństwo, chyba że się ciężarna pokaleczy padając nagle na ziemię.

Zadaniem leczenia jest unikać wszystkich wpływów, które utrzymują ten stan; mianowicie, gdy się ciężarna lęka, powinno się jéj dodawać otuchy, a w razie omdlenia postarać się, żeby świeże powietrze miało przystęp, usunąć wszystką ściśle przylegającą odzież, pokrapiać wodą, podawać orzeźwiające środki do wachania i t. d. Jeśli przyczyną omdlenia jest znaczny ubytek krwi, to należy zwalczać niedokrwistość:

d) Płasawica (*chorea*) wikła się dość często z ciążą. Zachodzi ona bardzo łatwo u tych ciężarnych, które w dzieciństwie podleżały temu cierpieniu, i może się potem powtarzać w kilku ciążach. Płasawica wikłająca się z ciążą, zagraża nieraz życiu matki (według Barnes a w 56 wypadkach okazała się 17 razy zabijającą) i może w następstwie pozostawić psychiczne zaburzenia. W pomyślnym wypadku ustępuje płasawica i ciąża osiąga prawidłowego kresu. W innych wypadkach przychodzi do samodzielnego poronienia (nie wyłącznie przy zbutwiałem dziecku), poczem choroba zwykle ustępuje. Jeśli płasawica zagraża życiu matki, to należy wywołać sztuką poród przedwczesny, a jeżeli tego wymagają okoliczności, nawet poronienie, w mniej zaś gwałtownych wypadkach oddziaływa dobrze

amonium aromatum z sol. arsen. ¹⁾, i *kalium bromatum*. Usilnie zaleca się zastosowanie środków odurzających, z którycyę chloroformu i morfiny używał z pomyślnym skutkiem ²⁾ Weber ³⁾, a wodanu chloralu Russel ⁴⁾.

e) Kurcze (*convulsiones*), które dają się dostrzedz wśród życia płciowego niewiasty i z procesami tegoż w ścisłym zostają związku, obejmowano dawniej jednem wyrażeniem „drgawek (*eclampsia*)” Dokładne jednakże badanie naukowe wykazały, że chociaż pozornie do siebie podobne pod względem formy, jednak dają się podzielić na dwie grupy istotnie od siebie odrębne tak co do przyczyny swego powstawania, jak co do wpływu na zdrowie matki i dziecka, a więc także tak co do rokowania, jak co do leczenia.

Jedną z tych grup nazywamy kurczami histerycznemi, a drugiej nadajemy miano drgawki porodowej (*eclampsia*).

α) Kurcze histeryczne

Za kurcze histeryczne podczas życia płciowego niewiasty należy uważać kurczowe poruszenia, które się pojawiają w jakichbądź mięśniach i których nie można pocztywać ani za przywykłą padaczkę, ani téż za następstwo organicznój zmiany poza sferą płciową, zepsucia się krwi, zatrucia albo mechanicznego jakiego wpływu.

Tego rodzaju kurcze zachodzą często także u kobiet, które nie będąc w ciąży cierpią na histeryczne kurcze; pokazują się jednak również u innych kobiet i tworzą nie rzadko jedno z najprzykrzejszych powikłań ciąży. Nieraz trzeba patologiczne stany w częściach płciowych uważać za ich przyczynę. U osób skłonnych do tego cierpienia powstają one najłatwiej przez gwałtowne wzruszenia umysłu, przez szczególną tkliwość (*idiosyncrasia*) lub boleści, np. przez bolesne napięcie części płciowych podczas przerzynania się główki przy porodzie, przez bolesną operacyą i t. d. Nie rzadko stoją pojedyncze na-

¹⁾ Hill Davis, Transact. of the clin. soc. of London. Vol. II. London 1868. Art. XIV.

²⁾ Zob. R. Barnes, Obst. Tr. X. p. 147 (zestawienie 56 wypadków), Thompson i Hall Davis, Lancet. 10. Oct.

³⁾ Berl. Klin. Woch. 1870. Nr. 5.

⁴⁾ Med. Times 1870. Vol. I. p. 30.

pady w związku z czynnością porodową i powtarzają się natenczas częściej w okresie występowania płodu.

Pod względem formy są one nadzwyczaj rozmaite. Pospolicie występują nagle i mogą się ograniczać tylko na pojedyncze mięśnie lub grupy mięśniów, mogą ogarniać mięśnie dowolne lub mimowolne, albo też rozprzestrzeniać się na całe ciało i przedstawiać jużto lekkie tylko drgania, już też najgwałtowniejsze kurcze tężcowe (*tonicus*) i drgawkowe (*clonicus*); w ostatnim wypadku mogą pojedyncze napady być zupełnie podobnemi do napadów przy padaczce albo przy drgawce porodowej, albo też naśladować tężec, płasawicę i t. d. W lżejszych wypadkach przytomność nie odstępuje chorój, w cięższych niknie tylko przemijająco i wraca się znowu zaraz po ustąpieniu kurczów, i nigdy czynność zmysłów nie ustaje tak zupełnie, jak przy drgawce porodowej. Podczas napadu ostry promień światła zmusza cierpiącą do zamykania powiek, a przy skrapianiu zimną wodą albo przy nagle powstałym gwałtownym krzyku czują tego rodzaju osoby drganie w całym ciele.

Tak samo rozmaita jest częstość, w której występują napady. U jednej osoby pokazują się po kilka razy od samego początku ciąży i za najmniejszym powodem utrzymują się nawet aż do jej końca, u innych zaś ustępują zupełnie po jakimś czasie. Niekiedy powtarzają się nawet typowo po pewnych przerwach. Napady gwałtowne podobne do napadów przy drgawce porodowej pojawiają się pospolicie tylko w małej liczbie, tak iż np. podczas porodu przychodzą tylko raz lub dwa razy. W ogóle zachodzą one daleko rzadziej podczas porodu, aniżeli kurcze epileptyczne.

Że istniejące kurcze są tylko histerycznej natury, nie jest zwykle rzeczą trudną do rozpoznania, chociaż dotąd rozpoznanie to nie posiada żadnej dodatniej podstawy, i tylko się tym sposobem je stawia, że się dowodzi niedostawania wszystkich innych stanów, mogących powodować kurcze. W wypadkach, w których kurcze formą swą zdają się być podobne do kurczów epileptycznych lub kurczów występujących przy drgawce porodowej, ma anamneza i zbadanie moczu bardzo wielkie znaczenie.

Rokowanie bywa w ogóle pomyślnem, ponieważ pospolicie nie zaburza to cierpienie ani przebiegu ciąży ani porodu, ani też nie zagraża wcale życiu matki lub dziecka. Pojedyncze wypadki widziało jedna kże zakończone niepomyślnie.

Leczenie. Ponieważ tego rodzaju kurcze nie łączą się zazwyczaj z żadnym niebezpieczeństwem, występują niespodzianie i przemijają szybko, przeto nie potrzeba ich wcale leczyć, kiedy są nieznanego stopnia. Jeśli się przekonamy, że u osoby jakiej powstają one skutkiem wzruszenia umysłowego albo szczególnej tkliwości, to trzeba się starać o ile możności, żeby powód ten usunąć. Jeśli nastają regularnie w pewnych przerwach, to można podawać na wewnątrz *sulphas chinini*, który przynajmniej niekiedy wstrzymuje napad. Przy napadach silnych, podobnych do napadów przy drgawce porodowej, trzeba przedewszystkiēm na to baczyć, ażeby się chora nie skaleczyła podczas napadu, i starać się o ukrócenie napadu zwyczajnemi środkami np. skrapianiem zimną wodą. Rzadko kiedy trzeba się uciekać do chloroformowania lub podawania na wewnątrz *morphium* albo *tartarus emeticus refracta dosi*. Dwa ostatnie środki można także zastosować, kiedy kurcze trwają dłużej. Jeśli podczas porodu występują bardzo gwałtowne kurczowe napady, natenczas może być wskazanēm przyspieszenie porodu sposobem łagodnym, np. przez nałożenie kleszczy.

β) Drgawka porodowa (*eclampsia*).

Przez drgawkę porodową rozumiemy kurcze tēm się charakteryzujące, że pojedynczy napad równa się zupełnie epileptycznemu, kurcze zaś powtarzają się w krótszych lub dłuższych przerwach, i że po pierwszych napadach powraca jeszcze przytomność, później zaś nastaje śpiączka (*sopor*) także w chwilach wolnych od napadów. Może ona dotyczyć tak ciężarnych jak rodzących i położnic, dla czego tēż rozróżniano to cierpienie jako *eclampsia gravidarum*, *parturientium* i *puerperarum*.

Nieraz krótko przed cierpieniem albo tēż przez kilka dni pojawiają się znaki zwiastunne, które wskazują zajęcie mózgu i które się objawiają smutnym usposobieniem ciężarniej, zadumą, wielkiēm rozdrażnieniem, niepokojem, zawrotem głowy, wymiotami, zaciemnieniem (*obnubilatio*) zmysłów, gwałtownym bólem głowy, dzikim wzrokiem i, gdy poród już minął, przez odrazę przeciwko dziecku i t. d. Jednakże równie często zachodzi ona zupełnie nagle, chociaż się poprzednio nie dało wynaleźć żadnego zaburzenia w stanie zdrowia dotyczącej osoby. Cierpiąca pada nagle, traci przytomność i w działaniu zmysłów następuje jakiś zastój. Mięśnie w jej twarzy, mianowicie

cie w kątach ust. zaczynają drgać, powieki zamykają i otwierają się szybko, rysy twarzy szpetnieją, w całym obliczu co chwilę silnie widać zmiany, oczy z rozszerzoną źrenicą obracają się ku górze i na wewnątrz. Głową przerzuca chora nieuważnie na wszystkie strony, albo przegina ją tężcowo ku barkowi lub tyłowi, szczęki zaciska silnie, język między nimi wysunięty ulega pokaleczeniu, a miejscami nawet przegryzieniu. Powoli rozszerzają się kurcze także na kończyny i na tułów, a nawet nie oszczędzają żadnego mięśnia. Pięście zamykają się mocno, dolne i górne kończyny prostują się i zginają na przemian i rzucają się jak całe ciało z jednej strony na drugą. Mięśnie piersiowe i przepona popadają w nieregularne drgania, które sprawiają zaburzenie w oddychaniu i krążeniu krwi. Serce bije nieregularnie, tętno sprychowe maleje i bije częściej i w przerwach. Tętnice szyjne biją gwałtownie, żyły szyjne grubieją, twarz obrzmiewa, z początku wygląda czerwono, a później ołowiano sina. W ustach pokazuje się krwią zabarwiona piana, całe ciało oblewa się potem i trzęsie wśród najgwałtowniejszych drgań, jakby pod wpływem elektrycznych uderzeń. Powoli wolnieją znowu mięśnie, oddychanie staje się głębokiem i charczącym. Nieraz odchodzą mimowolnie mocz i kał. Siny wygląd twarzy ginie i wycieńczona na siłach osoba leży w śpiączce bez przytomności.

Taki napad trwa kilka minut albo nawet kwadras do pół godziny. Rzadko jednakże kończy się na jednym tylko napadzie. Po krótszej lub dłuższej przerwie (trwającej od kilku minut do kilku godzin), w której chora albo ciągle pozostaje bezprzytomną i śpiącą, albo tylko częściowo odzyskuje zmysły, następują nowe napady już to częściej, już to rzadziej, czasem nawet tak, iż można dostrzedz 20 do 50 i więcej napadów. Rozpoczynanie się nowego napadu zapowiada pospolicie niepokój, owładniający chorą, przerzucanie się w łóżku i drgania w mięśniach twarzowych, oraz w kończynach.

W późniejszych przerwach pozostaje chora zawsze zupełnie bezprzytomną i nawet po wyzdrowieniu przebywa w śpiączce jeszcze czas dłuższy, a nieraz kilka dni po ostatnim napadzie; z tego stanu nie można jęj z początku wcale docucić, lecz dopiero powoli przez mocniejsze poruszanie i nawoływanie, chociaż jeszcze niezupełnie, to przynajmniej na kilka chwil powraca jęj przytomność.

Niekiedy przechodzą napady w bezprzestanne drgania mięśniów, które nawet przez kilka godzin mogą trwać, aż wreszcie następuje śmierć, która może się pojawić także nagle podczas gwałtownego napadu, a nawet już podczas pierwszego napadu.

Równocześnie można w większej części wypadków dowieść w moczu znaków choroby tak zwaney *morbus Brighti*, t. j. białka i włóknikowych wałeczków. Nadto widać surowicze zbręknienie w rozmaitych częściach ciała, mianowicie w nogach, w okolicy kostek, na rękach, twarzy, powiekach i t. d.

Cierpienie to kończy się albo *αα*) wyzdrowieniem albo *ββ*) śmiercią.

αα) Chore tego rodzaju przebudziwszy się ze śpiączki nie wiedzą początkowo nic, co zaszło w ich bezprzytomnym stanie, nie chcą poznać swego dziecka, twierdzą nieraz uporczywie, że nie były nigdy w ciąży i skarżą się na odurzenie i ból głowy, osłabienie, bóleści w kończynach i w języku mniej lub więcej pokaleczonym. W krótkim jednakże czasie nikną te niemiłe skutki, również ustępują szybko kliniczne objawy cierpienia nerkowego, tak iż już po kilku dniach nie można dowieść w moczu ani białka ani włóknikowych wałeczków.

Często jednakże wyzdrowienie nie następuje bezpośrednio. Znaną jest rzeczą, że osoby podległe drgawkom porodowym doznają stosunkowo często niebezpiecznych i nieraz długich chorób połogowych i nie rzadko pozostają jeszcze przez dłuższy czas smutne usposobienie, zaduma, głupota, słaba pamięć, ślepotą (*amblyopia*), porażenie nerwu wzrokowego (*amaurosis*), albo porażenia mięśniów. W następstwie drgawki porodowej widziano także u takich osób napady szaleństwa.

ββ) Jeśli się cierpienie kończy śmiercią, to takowa następuje albo wśród gwałtownego i długotrwałego napadu, albo, gdy napady przeszły w bezprzestanne kurcze, skutkiem wynikłych ztąd zaburzeń w oddychaniu i krążeniu krwi, przez obrzęk płuc, przez porażenie serca lub mózgu, rzadziej przez udar. Daleko większa jednakże część takich położnic umiera dopiero skutkiem następczych procesów połogowych.

Oględziny pośmiertne wypadają różnie, stosownie do tego, czy śmierć nastąpiła tym, czy owym sposobem. U osób, które umierają podczas napadów albo zaraz po ich ustaniu, znachodzi się często niedokrwistość mózgu i obrzęk, jako też znaczniejsze nagromadzenie się surowicy w jamach mózgowych, nadto obrzęk płuc i zapalenie nerek we wszystkich jego okresach (przekrwienie, wysięk, tłuszczowe zwyrodnienie lub zanik). Rzadziej napotykamy przekrwienie i udary w mózgu i wysięki krwawe na powierzchni wątroby. Nieraz wypadek oględzin pośmiertnych daje zupełnie ujemny rezultat i nawet może niedostawać przytoczonych wyżej zmian w nerkach, chociaż klinicznie uwydatniały się jak najwyraźniej objawy zapalenia nerko-

wego. Jeśli śmierć nastąpiła dopiero w kilka dni po ustaniu kurczowych napadów, to znajdujemy także znamiona połogowych procesów z wszystkimi ich szkodliwymi następstwami.

Co się tyczy stosunku drgawki porodowej do ciąży, to należy nadmienić, że takowa występuje pospolicie dopiero w ostatnich miesiącach ciąży, że jej pojawienie się w siódmym i szóstym miesiącu jest rzadkiem, a przed piątym miesiącem należy do jeszcze radszych zjawisk. Jeśli się pokazała podczas ciąży, natenczas może pobudzić poród i zwykle ustaje dopiero po rozwiązaniu. Nadzwyczaj zaś rzadkiemi są te wypadki, w których to cierpienie jeszcze podczas ciąży znika znowu zupełnie i poród rozpoczyna się dopiero po upływie kilku dni lub tygodni i odbywa się bez najmniejszego zaburzenia.

Daleko częściej (na 100 wypadków 55 razy) zachodzi drgawka porodowa podczas porodu i żaden okres porodowy nie jest wolnym od tego cierpienia. Czynność bólów porodowych może być przytém zupełnie prawidłową i poród ukończyć się nawet szybko. Niekiedy jednakże dają się także dostrzedz kurczowe ściągnięcia się macicy, które mogą poród znacznie i niebezpiecznie przedłużać. Chociaż pojedyncze napady podczas porodu nieraz statecznie się powtarzają wraz z bólami porodowymi, to jednakże nie można twierdzić, żeby zawsze miał być tak ścisłym związek między napadami drgawek a porodowymi bólami. W wypadkach bowiem, w których działalność bólów porodowych jest niedostateczną, można takową wzmocnić, a mimo tego nieraz nie wzmaga się drgawka porodowa. Po ukończeniu się porodu ustają niekiedy napady, często jednakże ponawiają się także jeszcze przez czas dłuższy.

Najrzadziej stosunkowo (mniej więcej 18%) rozpoczyna się to cierpienie dopiero podczas połogu. W tego rodzaju wypadkach pospolicie występuje ono zaraz po porodzie albo przynajmniej w pierwszych dniach połogowych, chociaż niekiedy pojawia się rzadko dopiero w późniejszym czasie po upływie kilku tygodni.

Drgawka porodowa powodując bardzo często przedwczesne przerwanie ciąży pozbawia już tym sposobem dziecko zdolności do życia; nadto wpływa szkodliwie na życie jego także bezpośrednio, ponieważ z doświadczenia wiemy, że $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ części dzieci rodzi się nieżywych i że dzieci odumierają głównie wtenczas, kiedy się rodzą dopiero w dłuższym czasie po wybuchnięciu drgawek. Przyczyna odumarcia nie jest zawsze ta sama; wszakże nieraz bywa nią gwałtowna pomoc sztuczna, którą się daje dla przyspieszenia porodu, albo téż kurczowe ściągnięcia się macicy. Daleko częściej zachodzi jednakże

to niepomysłne zdarzenie przy porodzie zupełnie prawidłowym, często nawet bardzo szybkim. W takich wypadkach przyczyną śmierci może być tylko wpływ chorobnego składu macierzystej krwi.

Co się tyczy przyczyn tego cierpienia, to w tym względzie nie masz jeszcze dotąd zgody pomiędzy badaczami. Gdy Lever, Devilliers i Regnauld zwrócili byli uwagę na to, że równocześnie z drgawkami zachodzi białko w moczu, twierdził Frerichs, że drgawka porodowa jest najwybitniejszym objawem mocznicy (*uraemia*), t. j. że u eklamptycznych krew jest zatrutą pierwiastkami, które się zwykle z ciała wydzielają przez mocz. Ponieważ się nie udało dowieść mocznika we krwi, przeto przyjął Frerichs, że się takowy zamienia w węglan amoniaku i jako taki wywiera owe zgubne skutki.

Główną podporą Frerichsowego twierdzenia była ta okoliczność, że mniej więcej we wszystkich wypadkach znaleziono białko w moczu chorych i przy oględzinach pośmiertnych nerkę w rozmaitych stadyach cierpienia Brighta. Chociaż w większej liczbie wypadków w podpadającej dysharmonii zostawał mały stopień zapalenia z groźnemi zjawiskami jakie ono miało wywołać, to wyjaśnienia tegoż szukano w ostrym wystąpieniu choroby. W najnowszych jednakże czasach, w których zwrócono większą uwagę na badanie moczu eklamptycznych, uzbierało się wiele takich wypadków, w których nerki były zdrowe, albo przynajmniej nie podlegały cierpieniu z rozpoczęciem się napadów i w których białko w moczu pojawiło się dopiero w przebiegu drgawki porodowej. To też jest powodem do mniemania, że także w niejednym z dawniejszych wypadków białko znalezione w moczu pokazało się było w nim dopiero pod wpływem bólów porodowych i pod wpływem napadów. Jest tedy rzeczą jasną, że teoria Frerichsa nie daje dostatecznego wyjaśnienia dla wielu wypadków. W najnowszych czasach Halbertsma ¹⁾ odmienił twierdzenie to o tyle, że największa część wypadków drgawki porodowej ma być powodowaną przez zatrzymanie części składowych moczu, które nie jest następstwem pierwotnego cierpienia nerek, lecz następstwem nacisku wywieranego przez macicę na moczotoki. Przekrwienie i rozlane zapalenie nerek ułatwia wytworzenie się drgawki porodowej.

¹⁾ Medic. Centralblatt. 1871. Nr. 27.

Uwaga. Czy wyjaśnienie Frerichsa ma znaczenie w ogóle dla jakichbądź wypadków drgawki porodowej, musi pozostać jeszcze wątpliwem nawet po wypadku ogłoszonym niedawno temu przez Spiegelberga. Chociaż bowiem wypadek ten bardzo ważnym jest z tego powodu, że niewątpliwie dowiedziono węglanu amoniakalnego we krwi eklamptycznej, to jednakże i w tym jeszcze nie można uważać za rzecz dowiedzioną, że drgawki wywołała ta patologiczna część składowa krwi. Bo choć Spiegelberg i Heidenhain, jak dawniej już inni lekarze, wykazali ponownie przez doświadczenia robione na zwierzętach, że przez wstrzyknięcia węglanu amoniakalnego krew takiej podlega zmianie, iż występują kurcze i śpiączka, to jednakowoż nie jest to jeszcze dowodem, że u owiej eklamptycznej mała tylko ilość węglanu amoniakalnego była powodem drgawki porodowej. Chociaż bardzo ważnym jest to spostrzeżenie Spiegelberga, to jednak z naszej strony nie możemy go uważać za pewny dowód dla teorii Frerichsa; możliwą bowiem jest rzeczą, że u owiej eklamptycznej osoby, w której krwi znaleziono nieco węglanu amoniakalnego, przyczyną kurczów mogły być inne jakie okoliczności.

Te wypadki drgawek porodowych, w których nerki były zdrowe, zdaje się dostatecznie wyjaśniać Traube. Twierdzi on, że tak zwane mocznicowe zjawiska przy cierpieniach nerkowych nie pochodzą z zatrzymania we krwi takich pierwiastków, które miały być wydzielonemi z ciała, lecz ztąd, że przy ubytku białka i w następstwie tegoż wynikłej wodnistości krwi (*hydraemia*) przez równoczesny przerost lewej komórki istnieje w tętnicznym systemie wzmożone ciśnienie krwi, które wywołuje obrzęk mózgu i tym sposobem mżenie (*coma*), jeśli ogarnia tylko wielki mózg, jako też kurcze, jeśli dotyczy także środkowych części mózgu. Według Traubego więc okolicznością powodującą kurcze nie jest cierpienie nerkowe, lecz dwa zjawiska t. j. ubytek białka we krwi i zwiększenie ciśnienia w tętnicznym systemie, których przyczyną bywa wprawdzie pospolicie cierpienie nerek, ale które wśród okoliczności mogą także wystąpić zupełnie od niego niezależnie. Rosenstein przeniósł na drgawki porodowe teorię Traubego o tak zwanych mocznicowych objawach, i trzeba przyznać, że takowa według dzisiejszego stanu nauki może dla bardzo wielu wypadków stanowić jak najwięcej zadawalniające wyjaśnienie.

U rodzących bowiem istnieją zawsze choć w małym stopniu oba warunki, potrzebne według Traube-Rosensteina do wywołania kurczów; bo ciężarnym osobom jest właściwym wodnisty skład krwi, a podczas bólów porodowych przez wprawienie w czynność wszystkich mięśniów ciała wzmagają się nacisk krwi w tętnicznym systemie. Jeśli jeden z tych warunków albo oba osiągną szczególnie wysokie-

go stopnia, natenczas mogą się wyrodzić kurcze eklanptyczne. Ponieważ zaś wodnistość krwi dosięga bardzo często nadwyzczaj wysokiego stopnia skutkiem utraty białka przez nerki, przeto jasną jest rzeczą, że drgawka porodowa zachodzi szczególnie często (ale nie wyłącznie) u rodzących, które cierpią na *morbis Brightii*. Wzmocnione ciśnienie w tętnicznym systemie może się według Rosensteina zwiększyć jeszcze „przez działanie kwasu węglanego na serce, którego odtlanie (*reductio*) zwiększa się przez niezupełne oddychanie”.

Właściwy patologiczno anatomiczny proces przy drgawce porodowej jest według tej teorii następujący. Jeśli przy znacznej wodnistości krwi zwiększa się nagle ciśnienie w systemie aorty, to przychodzi do przekrwienia w mózgu. Przy tym wodnistym zaś stanie krwi jest obrzęk mózgu koniecznym następstwem przekrwienia. Wystąpienie zaś wody do tkanki pociąga znowu za sobą mechanicznie nacisk na naczynia i tym sposobem następczo sprawia niedokrwistość w mózgu. Objawem tej ostrzej niedokrwistości mózgu jest napad podobny do padaczki.

W końcu zastrzegamy sobie tutaj wyraźnie, że bynajmniej nie jest dotychczas wyjaśnioną dostatecznie przyczyna tych kurczów, które występują podczas życia płciowego niewiasty, a którym nadajemy nazwę drgawek porodowych (*eclampsia*), i że jest bardzo prawdopodobnym, iż chorobny obraz, skreślony tutaj pod nazwą drgawki porodowej, rozdzieli się w przyszłości na więcej chorobnych procesów, różniących się wyraźnie pomiędzy sobą pod względem patologiczno-anatomicznym.

U w a g a. Znaną już jest wielka liczba wypadków, w których albo niedostawało białka podczas całej choroby, albo przynajmniej wystąpiło ono dopiero podczas napadów, albo w których przy oględzinach pośmiertnych znaleziono zupełnie zdrowe nerki. W literaturze znajdujemy 53 tego rodzaju wypadków, z których Krassnig, Bossi, Mohr, Riedel, Mauer, Seydel, Dohrn, Winkel, Brumerstaedt, Depaul, Lever, Dubois, Martin, Breslau, Hartmann, Serré, Putegnat ogłosili po jednym, Spiegelberg, Mascarel, Elliot, Thomas, Wernich po dwa, Mięczkowski sześć, Sinclair and Johnston ośm, Hugenbergger dwa naście wypadków.

Rozpoznanie drgawki porodowej stawia się tym sposobem, że się dowodzi opisanego wyżej obrazu kurczów i w moczu wynajduje białko oraz wałeczki włóknikowe. Zazwyczaj jest ono dość łatwym

ponieważ pojedyncze wypadki tak są do siebie podobne, że trudno nie rozpoznać tego cierpienia, choćby się je tylko raz było widziało.

Najłatwiej można drgawkę porodową wziąć za padaczkę lub histeryczne kurcze znaczniejszego stopnia, ponieważ przy tych cierpieniach pojedyncze napady mogą być zupełnie podobne do napadów zachodzących przy padaczce. Do odróżnienia w obu wypadkach służy niedostawanie objawów choroby Brighta; mocz wygląda przytém bardzo wodnisto i żółty jak słoma. Przy padaczce niewa osoba dotycząca już poprzednio napady epileptyczne, napady pojawiają się tylko pojedynczo, poczem powraca znowu przytomność; przy drgawce porodowej zaś występuje wkrótce drugi i trzeci napad i przytomność niknie coraz więcej. Należy tylko nadmienić jeszcze, że przypadkiem osoba epileptyczna może także mieć chorobę Brighta i cierpieć na drgawkę porodową. Histeryczne kurcze zachodzą również tylko w pojedynczych napadach, po których ustąpieniu chore wracają zaraz do przytomności, jeśli takowa zniknęła podczas napadów. Nie rzadko cierpią tego rodzaju osoby na napady histeryczne także poza ciążą, o czém się zresztą należy wywieść z anamnezy. Udary mózgu wywołują objawy porażenia, a kurcze, spowodowane przez ostro powstałą niedokrwistość, dają się również łatwo odróżnić przez właściwe sobie objawy.

Rokowania nie jasnym jest już z tego, co się dotąd powiedziało, i da się ująć w następujących zdaniach:

α) Jeśli istnieje cierpienie nerkowe, to nie potrzebuje ono koniecznie wyrodzić drgawki porodowej; wszakże w takim razie należy się zawsze obawiać jej wybuchnięcia. Niedostawanie zaś tej choroby nie wyłącza jeszcze bynajmniej drgawki porodowej.

β) Wspomniane wyżej cierpienie nerkowe przebiega u ciężarnych bardzo często bez wszelkiego złego skutku; opiera się podczas ciąży uporeczywie wszelkim leczniczym środkiem i szybko znika po porodzie samo przez się. Rzadko tylko, jeżeli się rozwinęło już zbyt daleko, staje się przewlekłym, ale w takich nawet razach kończy się niekiedy jeszcze pomyślnie.

γ) Kurcze eklamptyczne są zawsze niepomyślnymi dla matki, ponieważ się często przyczyniają do niebezpiecznych chorób następnych i połogowych procesów, które sprowadzają dla cierpiącej śmierć, albo ponieważ mogą bezpośrednio spowodować zejście śmiertelne. Do chorób mogących wynikać z tego cierpienia należą prze-

dewszystkiém dolegliwości nerkowe i szaleństwo (*mania*)¹⁾. Chociaż większa ich część kończy się wyzdrowieniem, to jednakże przy każdym leczeniu umiera czwarta lub trzecia część już podczas napadu albo w ich następstwie. Rokowanie jest tém gorszém, im liczniejszemi i gwałtowniejszemi są napady i im szybciej następuje jeden po drugim, ponieważ tym sposobem mogą się daleko łatwiej przyczynić do obrzęku mózgowego lub płucnego, do udarów i t. d. A ponieważ napady ustępują rzadko przed rozwiązaniem, przeto z tego powodu jest cierpienie niebezpieczniejszém, jeśli się pojawia już przed porodem albo zaraz na początku porodu, najmniej zaś pociąga za sobą szkodliwości, jeśli się rozpocznie dopiero w okresie występowania płodu. Każde opóźnienie porodu tworzy niepomysłne powikłanie. Za niebezpieczne objawy należy uważać bardzo rozprzestrzenione puchliane wylewy, zupełną bezprzytomność zaraz po pierwszym napadzie, szybkie zwiększanie się częstości tętna oraz duszności od napadu do napadu, bardzo znaczną sinicę twarzy, mocne tętnienie szyjnych tętnic i obrzmiewanie szyjnych żył, zwiększanie się białkomoczu wśród ponawiania się napadów, przechodzenie napadów w bezprzestanne kurcze i długie trwanie śpiączki po ustaniu napadów.

δ) Eklamptyczne napady są tém niebezpieczniejsze dla dziecka, im wcześniej nastają podczas ciąży i im więcej mija czasu od ich wystąpienia aż do ukończenia się porodu. Życie więc dziecka jest zawsze mocno zagrożone, rokowanie zaś dla matki, choć wątpliwe, to jednak może się stać pomyślném przez stosowne leczenie.

Przy leczeniu należy uważać nie tylko na eklamptyczne kurcze, ale także na cierpienie nerek wraz z jego pozostałemi stanami następczemi.

Jeśli podczas ciąży spostrzemy cierpienie nerkowe, to zadaniem lekarza jest starać się chorobę tę usunąć albo przynajmniej zapobiedz jój dalszemu szerzeniu się i tym sposobem powstrzymać także nastanie mocznicy i drgawki porodowej. W tym celu liczne zalecano środki. Między temi zasługują na pierwszeństwo te, które ułatwiają wydzielanie się moczu, ponieważ mniemano, że się tym sposobem wydała najpewniej ze krwi dostateczną ilość soli moczowych i przytém spłukuje z kanalików moczowych wałeczki włóknikowe. Podaje się

¹⁾ Zob. Seydel, Horns Vierteljahrschr. f. ger. med. 1868. IX. p. 317.

więc: *digitalis, cremor tartari, kali aceticum; acidum tartaricum, acidum citricum, flores Benzoes* i t. d.; *Selters, Vichy* i t. d. Ponieważ jednakże środków moczopędnych z największą ostrożnością należy używać u ciężarnych, przeto trzeba naprzemian podawać środki napotne i zalecać letnie kąpiele, parowe kąpiele i t. d. Jak jedne, tak drugie środki pozostały dotąd bezskutecznymi, i nie zdołały ani usunąć cierpienia nerek, ani zapobiedz wystąpieniu drgawki porodowej.

Jeśli teoria Traube-Rosensteina jest prawdziwą, to przez szybkie wypróżnienie systemu naczyniowego, co zmniejsza ciśnienie krwi, powinno być rzeczą możliwą powstrzymać napady. Z doświadczenia jednakże wiemy, że po upuszczeniu krwi ubytek ten szybko się znowu uzupełnia przez przejmowanie surowicy ze wszystkich tkanek, ale jakość krwi pogarsza się znacznie przez to jój upuszczenie. Należy się więc spodziewać, że ciśnienie krwi wkrótce po jój upuszczeniu będzie w tętnicznym systemie w takim samym stopniu co poprzedni, lecz że krew sama daleko wodnistszą, aniżeli przedtém. Z tych teoretycznych rozważań wynika, że, gdy te dwa warunki są przyczyną kurczów, upuszczenia krwi będą miały chwilowo skutek pomyślny, i rzeczywiście wśród okoliczności może tym sposobem także przeminąć całe cierpienie. Jeśli się jednakże zresztą stosunki nie zmieniają, to po niejakiem czasie ciśnienie krwi do tego samego dojdzie stopnia, jakość krwi jednakże stała się tymczasem pod wpływem leczenia daleko niepomyślniejszą i przez to powiększyło się niebezpieczeństwo cierpienia. Za twierdzeniem tém przemawia doświadczenie. Z upuszczeń krwi okazały się często pomyślne rezultaty, a mianowicie występują one bardzo szybko; bardzo często ponawiają się jednakże napady wkrótce i przebiegają następnie z tém mniejszą pomyślnością.

Jeśli się wychodzi z mniemania, że przyczyną napadów jest mocne ciśnienie krwi w tętnicznym systemie, spowodowane przez silne działanie mięśniów przy bólach porodowych, to z drugiej strony przez pojedynczy napad, któremu również towarzyszą tężcowe i kurczowe ściągnięcia się we wszystkich grupach mięśniowych, musi się jeszcze znacznie powiększyć tętniczne ciśnienie krwi i musi się wzmódz przekrwienie mózgu i w następstwie jego obrzęk, tak iż niejako już każdy napad daje powód do następnego. Zadaniem więc racjonalnego leczenia musi być porażenie czynności dowolnych mięśniów, a zadaniu temu możemy zadość uczynić przez środki odurzające. Bardzo ważną jest rzeczą, ażeby takowe podawać tylko w takich dawkach, iżby się nie tylko zniosło wyrabianie bólów porodowych, lecz iżby także mięśnie podległy porażeniu w takim stopniu, żeby nawet w napadzie

nie mogły się skurczać. Tym sposobem możemy na pewno powstrzymać kurcze i to przez kilka godzin, jeżeli tak długo podtrzymamy znieczulenie; prócz tego ma się jeszcze tę korzyść, że się nie pogarsza składu krwi. Nadto dowiódł Scheinsson ¹⁾ na drodze eksperymentalnej, że pod wpływem chloroformu zmniejsza się ciśnienie krwi w tętnicznym systemie.

Za korzyścią takiego leczenia przemawia stanowczo doświadczenie. Tylko nigdy nie należy poprzestawać na pewnej ilości środków odurzających; leczenie bowiem skutkuje jedynie wtenczas, kiedy uspienie jest zupełne, t. j. jeśli chora leży całkiem bezprzytomna, tak iż się nie kurczy żaden dowolny mięsień. Skoro tylko zadrgnie powieka albo chora zacznie się raz po raz trochę rzucać, trzeba nową podać dawkę środków odurzających. Tego rodzaju znieczulenia możemy osiągnąć tylko przez chloroform; ponieważ takowe jednakże musi trwać ciągle przez czas dłuższy, przynajmniej 6—12 godzin, przeto lepiej jest zastosować morfinę. Jeśli nam chodzi o spieszne znieczulenie, to możemy początkowo użyć chloroformu, a potem podtrzymywać to znieczulenie przez podskórne wstrzykiwania morfiny. O ilość zużytego środka odurzającego nie chodzi nam tutaj wcale, ponieważ uspienie musi być bezwzględne, a do osiągnięcia tego celu potrzeba u jednych osób większej u drugich mniejszej dawki. W najnowszych czasach zastosowywano z nader pomyślnym skutkiem także wodan-chloralu przeciwko drgawce porodowej. Można go wprawdzie podawać na wewnątrz, ale lepiej jednakże zdaje się być zastosować go w podskórnych wstrzykiwaniach, które zaleca Rabl-Rückhard ²⁾. Martin ³⁾ dał z bardzo pomyślnym skutkiem dwie enemy z 2 gramów chloralu rozpuszczonych w 30 gramach *decoct. alth.* i wlanych do pół filiżanki gąszczu maczkowego. Pod tym względem dochodzą ze wszystkich stron bardzo pomyślne doniesienia.

Przy używaniu środków odurzających rozumie się samo przez się, że nie tylko nie potrzeba wcale żadnych środków pobudzających, jak zimnych okładów, drażniących enem gorczyczników i t. p., lecz że takowe są właśnie szkodliwymi, ponieważ opóźniają zupełnie znieczulenie.

¹⁾ Petersb. med. Zeitschr. 1868. zeszyt 7 i 8. p. 137.

²⁾ Berl. Klin. Woch. 1869. Nr. 48.

³⁾ Berl. Klin. Woch. 1870. Nr. 1.

Upuszczenie krwi, jest również rzadko kiedy potrzebném i rzadko da się usprawiedliwić. Jeśli chodzi o to, aby przerwać istniejący właśnie napad albo powstrzymać grożący, to można ono z pomyślnym zastosować skutkiem, wszakże nie należy nigdy o tém zapomnieć, że przez upuszczenie krwi pogarsza się jej skład, że się tedy wzmacnia właśnie przyczynę wywołującą napad.

Za to trzeba się starać innym sposobem zmniejszyć wodnistość, krwi to jest przez silne pocenie się (*diaphoresis*). W rzeczy samej podaje Ja c q u e t ¹⁾, że po takim leczeniu widział bardzo pomyślnie skutki u ósmiu chorych. W tym celu rozpościera się na łóżku chorej wielka wełniana dora i kładzie na nią prześcieradło zmoczone w wodzie o 18° R. W to mokre prześcieradło kładzie się chorą i zawija mocno wełnianą kołdrą. Po upływie jednéi godziny zaczynają mocne poty występować, które można utrzymywać i podsycać stósownie do potrzeby. Postępowanie takie zdaje się być zupełnie racjonalném, ponieważ krew traci wodę i słabnie ciśnienie w tętnicach, zaleca się zaś tém więcej, że bynajmniej nie wyklucza podawania środków odurzających.

Nadto powinno się podczas napadów także na to baczyć, ażeby się rodząca nie pokaleczyła. W tym celu należy każdą osobę, u której się pojawi drgawka porodowa, natychmiast ułożyć w łóżko, jeśli się w niem jeszcze nie znajduje; trzeba się starać o to, ażeby nie uderzała nigdzie o twarde przedmioty; nie należy jednakże zabraniać zupełnie wolnego poruszania się. Aby zapobiedz skaleczeniom języka, obwija się rękojeść łyżki lub inny jaki twardej podłużny przedmiot kawałkiem płótna i podczas napadów wsuwa się chorej pomiędzy zęby. Pokój powinien być dobrze przewietrzonym i nie posiadać więcej nad 15° R., należy usunąć wszystkie odzież, która ścieśnia szyję, pierś, podbrzusze lub kończyny. Od czasu do czasu trzeba łagodnie badać przez pochwę, aby się dowiedzieć, jak daleko postąpił poród i jakie według tego zastosować leczenie. Ponieważ u eklamptycznych zatrzymuje się niekiedy mocz, przeto należy także uważać na stan pęcherza moczowego, aby w danym razie można wczesnie zastosować cewnik. Niebezpieczne skutki drgawek, jako to przekrwienie mózgu i płuc, obrzęki w tych organach i udary, należy przytém zwalczać symptomatycznie. W tym celu stosuje się zawsze

¹⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. G. I. p. 100.

na czoło zimne okłady, dopóki trwają kurcze. Jeśli twarz nabiera siniej bardzo barwy, żyły szyjne nabrzmiewają mocno i tętnice szyjne tętnią silnie, natenczas można zastósować 10—20 pijawek w okolicę śpikowa i za uszy. Upuszczenia krwi są wskazane tylko u osób wielokrwistych, a nawet u tych należy z nimi być bardzo ostrożnym, ponieważ oględziny pośmiertne wykazują daleko częściej niedokrwistość, aniżeli przekrwienie w mózgu. Z środków wewnętrznych można w takich razach użyć jeszcze kalomelu (0,3 *pro dosi*) samego lub w połączeniu z *radix jalapae*, aż nastąpią miazgowate wypróżnienia. Również skutecznym jest *tart. stibiatus* (*tart. stib* 0,12—0,18 grama, *aq. destil.* 180 gramów), jednakże nie trzeba go podawać zbyt długo.

Co się tyczy pytania, czy w wypadkach cierpienia nerkowego podczas ciąży dobrze jest wywoływać sztuczny poród przedwczesny, to w ogóle należy na nie przecząco odpowiedzieć. Dozwolonym zaś jest ten sztuczny poród przedwczesny tylko wtenczas, kiedy cierpienie doszło do takiej wysokości, że się trzeba obawiać zniweczenia nerek bardzo rozlanego i następnie nie dającego się już uleczyć, albo gdy się pojawiają tak znaczne zbrzęknięcia, że życiu matki zagraża niebezpieczeństwo (zwykle dla duszności).

Osobnego leczenia położniczego odnośnie do matki nie potrzeba zazwyczaj wcale; stan matki nie pozwala nawet na żadną znacniejszą operacją, ponieważ każde podrażnienie macicy przez wprowadzenie rąk dla wykonania obrotu, przez nałożenie kleszczy albo przez samo pocieranie dna macicznego jest zdolne na drodze odruchowej wywołać napad. Tylko w tych wypadkach, w których się usta maciczne rozszerzyły już zupełnie, woda płodowa odpłynęła i główka stoi w warunkach potrzebnych dla nałożenia kleszczy, trzeba ukończyć poród przez nałożenie kleszczy, albo gdy przoduje koniec miedniczy, przez ręczne wydobycie płodu za nóżki, ponieważ po porodzie drgawki porodowe często nie powracają wcale i w ogóle można się prędzej spodziewać, że się takowe da usunąć. Jeżeli zaś dawniej było prawidłem, że przy drgawce porodowej należało wśród każdych okoliczności poród ukończyć jak najspieszniej, że więc w wypadkach w których się usta maciczne dopiero rozpoczynały rozszerzać, trzeba było wykonać poród przymusowy (*accouchement forcé*), to późniejsze doświadczenia wykazały jak najoczywiściej szkodliwość takiego leczenia i nowsze położnictwo zarzuca zupełnie poród przymusowy wśród podobny okoliczności. Należy raczej z operacją tak długo czekać, aż się porodu nie da ukończyć bez szczególnych tru-

dnosci przez samo tylko wyciągnięcie płodu. Za to zaleca się w tych wypadkach, w których jest bardzo wiele wody płodowej, albo mocuo rozszerzony pęcherz napiera na mało jeszcze rozwarte usta maciczne i położenie jest główkowe, przekłóć pęcherz płodowy, ażeby zmniejszyć napięcie w macicznych ścianach. Kiedy się zaś nadzwyczaj opóźnia rozszerzenie się ust macicznych o napiętych i bardzo twardych brzegach, i kurcze trwają z tém samém natężeniem mimo oznaczonego wyżej leczenia, to trzeba przyjść w pomoc rozszerzeniu się ust macicznych przez małe nacięcia brzegów. Postępowanie to doprowadza jak najłagodniej i najspieszniej do pożądanego celu i zasługuje na pierwszeństwo przed ręczném rozszerzeniem. Również przez ostrożne zastosowanie kolpeuryntu, wypełnionego ciepłą wodą, jako téż przez ciepły wstępujący natrysk maciczny można się starać o rozszerzenie się ust macicznych. Zresztą jak każda reguła nie jest bez wyjątku, tak téż w rozpaczliwych wypadkach drgawki porodowej, w których wszystkie środki okazały się nieskutecznymi, jest wyjątkowo konieczną przy mało jeszcze rozwartych ustach macicznych wykonać poród przymusowy, jako jedyny środek mogący jeszcze chorój uratować życie.

W interesie dziecka może także być potrzebném czynne leczenie. Teoretycznie łatwo jest zrozumieć i stwierdzić z doświadczenia, że drgawki porodowe u matki szkodzą dziecku i że szkodzą tém więcej, im się częściej powtarzają i im dłużej trwają. Chociaż się to niebezpieczeństwo da usunąć przez znieczulenie, to takowe może jednakże wyrządzić dziecku szkodę. Chociaż bowiem mało szkodliwém jest dla dziecka przemijające uspienie matki, to jednakże jest niewątpliwą rzeczą, że odurzenie matki, trwające przez kilka godzin, może zgubnie oddziaływać na dziecko. Jeśli się tedy dziecko da wydobyć przez łatwy obrót albo nie niebezpieczną operacją kleszczową, to zrobimy dobrze w interesie dziecka, jeśli je w powyższy sposób wybędziemy.

Zastosowanie sporyszu, niejako do ustalenia czynności porodowej, uważamy za całkiem niepożyteczne.

Jeśli drgawki występują w stanie występowania łożyska, to należy takowe oddalić natychmiast, a jeśli macicę znajdziemy wypełnioną skrzepami krwi, to i te trzeba usunąć, ponieważ nie rzadko działają one jako chorobna pobudka i stają się przyczyną drgawki porodowej.

Tym samym sposobem, który wyżej opisaliśmy, leczy się w położu drgawkę porodową, jednakże zawsze zważać trzeba na czyn-

ności połogowe i co najwięcej zastósowywać miejscowe upuszczenia krwi.

Jest rzeczą jasną, że ta tak gwałtowna i niebezpieczna choroba musiała w wysokim stopniu zwrócić na siebie uwagę lekarzy, i że literatura drgawki porodowej musi być bardzo obfita w dzieła dotyczące; to téż możemy przytoczyć tylko najważniejsze na tém polu prace:

T. Denmann, *Essay on puerperal convulsions*. London. 1768.—Gehler, *Diss I i II, de eclampsia partientium etc.* Lipsiae 1766 i 1767.—Hamilton, *Prakt. Bemerkungen über die Convulsionen der Schwangeren u. Gebärenden nebst einer Krankengesch.*, z Duncana *Annals of med.*, vol. V. 1801. w zbiorze *Abhandl. z geb. f. prakt. Aerzte t. XX. p. 534.*—Boér, *Aphorismen über Frauen i tegoż Abhandl. etc. t. II. cz. IV. 1807. p. 89.*—J. H. Wigand, *Die Geburt des Menschen, t. I. 1820. p. 249.*—A. C. Baudelocque, *Sur les convulsions, qui surviennent pendant la grossesse etc.* Paris. 1822. 4.—Chaussier, *Considérations sur les convulsions qui attaquent les femmes enceintes*, Paris 1823; 2. éd. 1824.—A. Miquel, *Traité des convulsions chez les femmes enceintes, en travail et en couches*. Paris 1823.—A. Velpeau, *Die Convulsionen in der Schwangerschaft, während und nach der Entbindung. Aus dem Franz. mit. Anmerk. von M. J. Bluff, Köln u. Achen. 1835. 8.*—F. S. Stein, *Tractatus de eclampsia*. Hagae 1837. 8.—Rambotham, *Tract. observ. in midwifery*. 2 ed. London 1842.—Lever, *Cases of puerperal convulsions with remarks* N. Z. f. G. XVI. p. 252.—Rob. Johns, *Obserr. on puerperal convulsions*. N. Z. f. G. XVI. p. 238.—Landsberg, *Ueber das Wesen u. die Bedeutung der Eclampsia part. w Oppenheims Zeitschr. 1846. Nr. 7 i 8.*—Hellm, *Ueber Convulsionen der Wöchnerinnen*. Oester. med. Jahrb. t. 29. z. 2.—Kiwisch, *Die Geburtsk. II. 1. Erlangen 1851. p. 56.*—*Verhandl. d. Gesellschaft f. Geburtsh. in Berlin IV. Jahrg. 1851. p. 23.*—Litzmann, *die Brighische Krankheit. und die Eclampsie der Schwangeren, Gebärenden u. Wöchnerinnen. Deutsche Klinik 1852 Nr. 19—31; tamże 1855 Nr. 29. i 30, i M. f. G. XI. 1858. p. 414.*—F. Wiegner, *Ueber die urämische Eklampsie; Gaz. de Strasb. Nr. 6—12. 1854. Zob. Ibb. t. 87. p. 57.* (bardzo ważna praca).—C. Braun, *Zur Lehre u. Behandl. der in der Fortpflanzungsperiode des weibl. Geschl. vorkomenden Convulsionen etc w Klin. d. Geburtsh. z. II. p. 249, i tegoż Lehrb. d. Geburtsh. Wien*

1857 p. 458.—Kraussnig, *Neunzehn neue Beobachtungen über Eclampsie der Schwang. Gebärd. u. Wöchner. und ihren Zusammenhang mit der Brigh'schen Nierenerkrankung. Wiener Spitalzeitung 1859. Nr. 17—24*—Braun, *Chiari, Braun u. Spaeth, Kl. d. Geb. p. 249*.—Hecker, *Klin. d. Geb. t. II. p. 155 i M. f. G. t. 24. p. 298*.—Rosenstein, *Pathol. u. Therapie der Nierenkrankheiten. Berlin 1863. p. 57 i M. f. G. t. 23. p. 413*.—J. W. Betschler, *Zur Lehre von den puerperal. Krämpfen Klin. Beitr. z. Gynäkologie. Breslau. 2. p. 24—85. 1864*.—Brummerstaedt, *Bericht a. d. Centralhebammanstalt in Rostock, nebst einer statist. Zusammenstellung von 135 etc. Fällen. 1866. p. 89*.—Dohrn, *Zur Kenntn. d. heut. Standes d. Lehre v. d. Puerperaleklampsie. Programm. Marburg 1867*.—Eliot, *Obst. Clinic. New-York. 1868. p. 1. etc*.—Simon Thomas, *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. Afd. p. 321, 1869, zob. Schmidts Jahrb. 1871. t. 149. p. 290*.—Hall Davis, *London obst. Tr. Vol. XI. p. 268*.—Mieczkowski, *Fünzig Fälle von Eclampsie. Diss. in. Berlin 1869*.—Spiegelberg, *Archiv f. Gynäkologie t. I. p. 383*.

III. Śmierć matki.

a) Śmierć matki podczas ciąży.

Literatura: Reinhardt, *der Kaiserschnitt an Todten. Diss. in Tübingen. 1829*.—Heymann, *Die Entbindung lebloser Schwangerer etc. Coblenz. 1832*.—Lange, *Caspers Woch. 1847. No. 23. 26*.—Schwarz, *M. f. G. t. 18. Suppl. p. 121*.—E. A. Meissner, *M. f. G. t. 20. p. 40*.—Ferber, *Schmidts Jahrb. 1863. t. 117. p. 179*.

Ponieważ płód po śmierci matki może pozostać przy życiu przez czas niejaki, chociaż tylko bardzo krótki, przeto obowiązkiem jest lekarza, nakazanym we wszystkich prawodawstwach, jeśli po stwierdzonej śmierci matki można przyjąć, że płód jest zdolny do życia, aby się starał dla ocalenia dziecka zrobić tak zwane cięcie cesarskie, t. j. otworzyć jamę brzuszną i maciczną i wyciągnąć dziecko przez utworzoną tym sposobem ranę. Przy tém największą trudnością jest rozpoznać, że matka rzeczywiście zmarła. Jeśli bowiem chcemy mieć jak najwyraźniejsze znamiona śmierci, a więc przede-

wszystkiem odczekać objawów gnicia ciała, to tymczasem dziecko zemrze na pewno; jeśli zaś śmierć matki nie jest na pewno stwierdzoną, natenczas wykónuje się na pozornie zmarłej matce bardzo niebezpieczne cięcie cesarskie. Ponieważ zaś dzieci, wydobyte na zewnątrz dopiero po upływie przeszło 10 minut po jej śmierci, tylko wyjątkowo pozostają przy życiu, przeto tym sposobem nadzwyczaj rzadko ocala się dziecku życie, (według doniesień H e y m a n n a i L a n g e g o z 331 operowanych utrzymało się przy życiu tylko 6 lub 7 dzieci i 13 żyło tylko kilka godzin). Jeśli śmierć matki nastąpiła rzeczywiście, to bez wszelkiego wątpienia dziecko podlega szybko zamartwicy (*asphyxia*), i to tém prędzej, im jest dojrzalszem. Wszakże czynność sercowa może się utrzymać u dziecka dość długi czas także po nastąpieniu zamartwicy, i dopóki takowa trwa, można jeszcze ciągle mieć nadzieję, że przez stósowne leczenie zamartwicy da się wydobyte dziecko utrzymać przy życiu. To téż nie jest rzeczą niemożliwą uratować dziecku życie po upływie kwadransa, a nawet dłuższego nieco czasu po śmierci matki. Z uowszych tego rodzaju wypadków zob. B r e s l a u ¹⁾ (dziecko wydobyte w 15 minut po śmierci matki żyło kilka godzin), P i n g l e r ²⁾ (dziecko wydobyte także w 15 minut po śmierci matki żyło tylko 32 minuty, a drugie dziecko ³⁾, wydobyte w 23 minutach po śmierci matki, utrzymało się przy życiu) i B r o t h e r s t o n ⁴⁾ (w 23 minutach po śmierci matki wydobyto dziecko zamartwicze, które się udało przywrócić do życia). Wypadki, w których się miało wydobyć żyjące dziecko w kilku godzinach po śmierci matki, należy bez wątpienia odnieść do pozornej śmierci matki, jeśli w ogóle wypadkom tym można dać wiarę. W nagłych nieszczęściach, które bez wątpienia przyprawiają matkę o śmierć, można jeszcze najłatwiej uratować dziecko przez szybkie wykonanie rozcięcia powłók brzusznych. Jeśli matka umiera na łożu, to rzeczywistego skonania trzeba dokładnie śledzić stetoskopem, aby w właściwym czasie można wykonać operację w interesie dziecka. Tak udało się H o s c h e c k o w i ⁵⁾ u osoby, która umarła na suchoty najzupełniej rozwinięte, wydobyć dziecko w zamartwicy, które

1) M. f. G. t. 20. p. 62.

2) M. f. G. t. 34. p. 251.

3) M. f. G. t. 34. p. 244.

4) Edinburgh med. J. April 1868. p. 930.

5) Archiv. f. Gynaekol. t. II. p. 118.

sie jeszcze udało przywrócić do życia. Zresztą, gdy śmierć matki żadnej nawet nie ulega wątpliwości, należy tak operacją samę, jak i następnie opatrzenie rany wykonać według przepisanych w tym względzie prawideł.

Uwaga. Cięcie cesarskie na osobach zmarłych jest starszém, aniżeli historia medycyny. Ślady jej znajdujemy już w mitologii Greków, którzy bez wątpienia przy ofiarach ciężarnych zwierząt zrobili byli to spostrzeżenie, że młode mogą przeżyć śmierć matki. Tak Hermes na rozkaz Jowisza wyciął Dyoniza z brzucha zmarłej Semeli, co więcej, Eskulapa sam ojciec Apollo wyciął z brzucha Horonidy zabitej przez Artemidę. Z czasów rzymskich przechowało się w pandektach tak zwane prawo królewskie (*lex regia*), przypisywane Numie Pompiliuszowi, które nie pozwalało chować zmarłych ciężarnych, dopóki się nie zrobiło na nich cięcia cesarskiego; Pliniusz wspomina o kilku dzieciach tym sposobem uratowanych i tłómaczy nazwę cięcia cesarskiego tak: „*Auspiciatus enecta parente gignuntur: sicut Scipio Africanus prior natus, primusque Caesarum a caeso matris utero dictus: qua de causa et Caesones appellati. Simili modo natus et Manilius, qui Carthaginem cum exercitu intravit*”. Później kościół chrześcijański, starając się koniecznie utrzymać to prawo z powodu chrztu, przypomniał ten przepis w wielu kościelnych rozporządzeniach, a że operację tę wykonywano także w wiekach średnich, dowodzi ta okoliczność, że opat w St. Gallen i biskup w Konstancyi, którzy żyli w dziesiątym wieku wyjęci byli z brzucha zmarłej swej matki.

b) Śmierć matki podczas porodu.

Podczas porodu może matka ponieść śmierć z najrozmaitszych powodów. Wycieńczenie sił przez zbyt długie trwanie porodu i zbyt silną czynność porodową, dziurawiające rozdarcia macicy, drgawka porodowa, ostra niedokrwistość i inne okoliczności mogą spowodować śmierć mniej lub więcej gwałtowną. (O nagłych wypadkach śmierci, które wywołuje zator (*embolia*) w tętnicy płucnej i dostanie się powietrza do żył macicznych, a które zachodzą także u rodzących, pomówimy później w patologii położu).

Jeśli się poród rozpoczął rzeczywiście, to w razie śmierci matki należy ukończyć poród, bez względu na to czy dziecko żyje, lub nie. W pierwszym wypadku jest prawie nakazaniem zakończenie porodu. Jeśli się poród da uskutecznić drogą naturalną przez obrót i wyciągnięcie za nóżki, albo dziecko wydobyć za pomocą kleszczy, to należy się chwycić tych środków; jeśli zaś nie podobna już tego uczynić, to trzeba natychmiast wykonać cięcie cesarskie. Jeśli dziecko jest nieżywe, to także postąpimy sobie w każdym razie najlepiej,

nie pozwalając żeby macierzysty brzuch był trumną dla dziecka, a polityka lekarska nakazując szczególnie w tych wypadkach wydobyć dziecko, w których poród stawał nadzwyczajne trudności i tym sposobem spowodował był śmierć matki.

U w a g a. Zresztą może się poród odbyć samodzielnie także po śmierci matki; przez silny bowiem śródbrzuszy nacisk, jaki powstaje z wytwarzania się gazów w trupie, może dziecko zostać wydaloné na zewnątrz. Aveling ¹⁾ przytacza wielką liczbę tu należących wypadków, które wszakże częścią nie zasługują wcale na wiarę, częścią przedstawiają na podobę romansów upstrzone opowiadania.

¹⁾ London. Obst. Tr. XIV. p. 240.

II.

PATOLOGIA I TERAPIA POŁOGU.

W rozdziale tym zastanowimy się nad temi wszystkimi cierpieniami, które zachodzą w okresie połogowym zostają w przyczynowym związku z procesami podczas porodu albo z prawidłowými funkcjami połogowemi, jako to z powrotem części płciowych do stanu, w jakim się znajdowały przed ciążą, oraz z pobudzeniem piersi do karmienia dziecięcia.

Naturalnym porządkiem należałoby właściwie przy skreślaniu chorób tych przejść po kolei cierpienia pojedynczych organów. Tymczasem jednakże zachodzą w okresie połogowym pewne rodzaje chorób, które się tém odznaczają, iż częścią przebiegają ostro i złośliwie częścią skłaniają się przynajmniej do takiego przebiegu, i których etyologia jest w każdym razie wspólną. Do tego rodzaju chorób należą te zjawiska patologiczne, które polegają na zakażeniu pierwiastkami gnilnemi i którym zazwyczaj nadajemy wspólną nazwę gorączki połogowój.

Gorączka połogowa ma tak ważne znaczenie pod względem praktycznym, że uważamy za stósowne przedstawić takową w związku i jasno. Przez to odstępujemy tutaj od zwyczaju, jaki dotąd przestrzegaliśmy w naszej pracy, to jest od uporządkowania materiału według pojedynczych organów; zazwyczaj bowiem przechodziliśmy po kolei wszystkie cierpienia jednój i téj samój części, tutaj zaś wyszczególniamy według etyologii pewien szereg patologicznych stanów w rozmaitych organach. Z powodu jednakże ważności przedmiotu, o którym zamierzamy mówić, nie można poczytać nam za złe, jeśli postanowiliśmy dać w związku obraz patologii okresu połogowego, spowodowanój przez zakażenie gnilne.

A. Gorączka połogowa.

Literatura: R. Zee, *Research. on the path. etc.* London 1833, tłumaczył Schueemann, *Hannover 1834.*—Eisenmann, *die Kindbettfeber. Erlangen 1834, i Wund. u. Kindbettfeber. Erlangen 1837.*—Helm, *Monographie der Puerperalkrankht. Zürich. 1840.*—Kiwisch, *D. Krankh. d. Wöchnerinnen. Prag. 1840—41 i Klin. Vorträge. 4 Auf. I. t. Prag. 1854. p. 600.*—Litzmann, *Das Kindbettfeber. Halle 1844.*—Berndt, *Die Krankheiten d. Wöchnerinnen. Erlangen 1846.*—Meckel, *Charitéannalen. 1854. V. p. 290.*—C. Braun, *Chiari, Br. u. Sp., Klin. d. Geb. p. 423.*—Silberschmidt, *Darst. d. Path. d. Kindbettfebers. Erlangen 1859.*—Hugenberger, *D. Puerperalfieber. Petersb. med. Zeitsch. Sep. Abdr. 1862.*—Leyden, *Charitéannalen, 1862. X. z. 2. p. 22.*—Fischer, *tamże 1864. t. XII. p. 52.*—Hildebrandt, *M. f. G. t. 25. p. 262.*—Veit, *Puerperalkrankheiten. 2. Avfl. Erlangen 1867. aus d. Handb. d. spec. Path. u. Ther. von Virchow.*—Le Fort, *Des maternités, Paris 1866.*—Winkel, *die Path. u. Ther. d. Wochenbettes, Berlin 1866, 2 Auf. 1869.*—Schroeder, *Schw. Geb. u. Woch. p. 197.*—*Discuss. d. geb. Section d. Petersb. Aerzte. Petersb. med. Z. 1868. z. 6. p. 313.*—Hervieux, *L'Union med. 1869. N. 129. i Traité des mal. puerp. etc. I. Paris 1870.*—E v o r y Kennedy, *Dublin quart. J. May 1869. p. 269.*—Spiegelberg, *Ueber das Wesen d. Puerperalfiebers in Volkmanns Sammlung klin. Votr. Leipzig 1870. N. 3.*—Florence Nightingale, *Introductory notes on Lying in Institutions. London 1871.*—M. A. d'Espine, *Archives générales. Octobre 1872.*

Uwagi historyczne. Bez wątpienia zachodziły we wszystkich czasach wypadki, w których położnice podległy cierpieniu skutkiem zakażenia gnilnego i umarły, a ślady tego znajdujemy już u najdawniejszych pisarzy. Tak opisuje Hipokrates kilka niewątpliwych wypadków téj choroby; mówią o niej także Galen, Celsus, Avicena i inni badacze aż do siedmnastego wieku.

O prawdziwych jednakże epidemiach dochodzą nas wieści dopiero z tych czasów, w których urządzono zakłady położnicze albo przynajmniej oddziały położnicze w szpitalach. Pierwszy tego rodzaju zakład założono w Paryżu w Hôtel Dieu, w którym odebrali swe wykształcenie położnicze mężowie, jak Mauriceau i de la Motte. Peu opowiada, że czasami w zakładzie owym panowała między położnicami bardzo wielka śmiertelność; tak np. mia-

nowicie w roku 1664. Przy sekcji znaleziono w trupach pełno ropniów. Również de la Motte mówi o epidemii w Hôtel Dieu w roku 1678 i opowiada o innej, która na początku XVIII-go stulecia grasowała w Normandji, a osobliwie w Caën i Rouen. Taka gorączka połogowa epidemicznego charakteru pokazała się wkrótce także w innych miastach, w których porządzano zakłady położnicze, jak w roku 1750 w Lionie, 1760 i 1761 w Londynie w „British Hospital” i w małym prywatnym zakładzie położniczym, 1765 i 1766 w zakładzie kopenhagskim, 1767 w Dublinie, w 10 lat po założeniu Lyng-in Hospital. W Niemczech dostrzeżono epidemiczne wystąpienie gorączki połogowej po raz pierwszy w roku 1770 w Wiedniu w szpitalu St. Marx. Tak samo pojawiła się epidemia ta w Edynburgu r. 1772, w Berlinie 1778, w Cassel 1781 i t. d. Najwięcej zaś morderczo panowała ona w paryżkiej Maternité, oddziale położniczym, odłączonym od Hôtel Dieu, pojawiając się prawie rok w rok. Tutaj w roku 1829 na 2788 położnic zmarły 252, w roku 1831 na 2907 położnic umarło 254; w lutym r. 1831 rozwiązano w jednym dniu 6—7 kobiet, które wszystkie zmarły. W Wiedniu panowała epidemia ta także w sposób straszliwy. W roku 1823 w ciągu lutego, marca i kwietnia na 698 położnic umarło 133, co daje 19% i co drugi dzień trzy trupy. W roku 1842 umarło w wiedeńskim zakładzie położniczym 518 z 3287 położnic (prawie 16%); w roku 1846 z 4010 położnic 459, a w roku 1854 z 4393 zmarło 400. Z tych drobnych danych, których szereg łatwo jeszcze powiększyć znacznie, widać jasno, w jak okropnym i morderczym stopniu wybiera niekiedy ofiary swe gorączka połogowa w zakładach położniczych.

Za dalekoby nas odprowadziło od rzeczy, gdybyśmy chcieli rozbierać tutaj wszystkie teorie, jakie postawiono o gorączce połogowej, chociażby tylko ze stanowiska historycznego. Eisenmann i Silberschmidt rozpisują się o nich bardzo obszernie. W najnowszych czasach dwie mianowicie teorie walczyły o pierwszeństwo. Według jednej jest gorączka połogowa produktem zaduchu (*miasma*), wytwarzającego się między licznie w jednym miejscu umieszczonemi położnicami, według drugiej jest skutkiem wessania pierwiastków gnilnych. Według teorii pierwszej zależałaby więc gorączka połogowa od przejścia pierwiastku specyficznego i wytworzonego przez wpływy atmosferyczno-teluryczne; pierwiastek ten działając tylko na położnicę wywołuje w nich cierpienie specyficzne, gorączkę połogową. Teoria ta, stawiająca gorączkę połogową na równi z zakażeniami zimniczemi (*malaria*), nie da się utrzymać i dla tego dzisiaj odstąpiono od niej prawie zupełnie. Więcej nieco zwolenników liczy ta teoria, że gorączka połogowa na podobę durów rozwija się początkowo miasmaticznie, że jednakże organizm chory może wśród pewnych okoliczności wytwarzać w sobie jad ten na nowo, i potem przenieść go na inne dla niego stosowne osoby, mimo że zaduch jako taki nie jest już czynnym; że więc podczas cierpienia zaduchowego powstaje zarazek i choroba ta może się potem rozszerzać dalej przybierając zarazliwy charakter.

W najnowszych jednakże czasach ustala się coraz więcej mniemanie, które także w niniejszem dziele staraliśmy się uzasadnić, że gorączka połogowa nie jest niczem inném jak zakażeniem gnilném, pochodzącém z powierzchni jakiejś rzeczy. Po nader licznych w tym względzie spostrzeżeniach jest teoria ta, jak mówi Hirsch, tak uzasadnioną, że jeśli przy badaniu etyologiczném

nie będzie się tymczasowo żądać od niej dowodów matematycznej dokładności, mało niezawodnie zagadnień z zakresu etiologii da się tak jasno i z taką pewnością rozwiązać. W rzeczy samej, czytając poniżej cytowane prace Veita i Hirscha, musi każdy przyjść do tego przekonania, że gorączka połogowa może się rozwijać tylko skutkiem wessania rozpadłych pierwiastków organizmowych.

Z tego też powodu nie uważaliśmy za potrzebne, przytaczać tutaj choć tylko w wyciągu wielką liczbę powodów i spostrzeżeń, wyłuszczonych w powyższych dziełach na poparcie wspomnianej teorii; poniżej przytoczymy tylko kilka z najoczywistszych dowodów, które się faktycznie tém tylko odróżniają od doświadczeń dokonywanych na zwierzętach, że je zrobiono bezmyślnie, nie w celu zakażenia.

Powyższy sposób tłumaczenia gorączki połogowej pojawił się najpierw w Anglii, udoskonalił zaś w Niemczech. Denman był pierwszy, który wyrzekł, że się gorączka połogowa przenosi niekiedy na inne położnice przez lekarzy i akuszerki, którzy leczą gorączki połogowe. Wkrótce wynaleziono w Anglii jeszcze wiele dowodów, przemawiających za przenoszeniem choroby przez ręce, i liczne spostrzeżenia dowiodły dostatecznie, że położnice przez rękę lekarza podległy zarażeniu, pochodzącemu nie tylko od osób chorych na gorączkę połogową, ale także od cierpiących na różę zapalną lub mających posokowate rany. To też panuje już dość dawno w Anglii zwyczaj, że lekarz zaprzestaje praktyki swój na niejaki czas, skoro położnice jego zapadną na gorączkę połogową. Semmelweis który zasługuje na nazwę największego dobroczyńcy rodzaju ludzkiego, rozważał teorią tę w skutkach jej, mianowicie dla wielkich zakładów położniczych, badał ją wszechstronnie i za pomocą dokładnych obliczeń oparł ją na niewzruszonym fundamencie. W roku 1847 wystąpił on po raz pierwszy z dowodem jednostronnym i niedostatecznym (co się łatwo dało wykazać), że gorączka połogowa pochodzi skutkiem zarażenia jadem trupim, później jednakże zmienił sam swe zapatrywanie tak dalece, że panujące obecnie zdanie co do etiologii gorączki połogowej należy głównie uważać za jego odkrycie i za jego zasługę.

I. Pojęcie i rozwój gorączki połogowej.

Literatura: Semmelweis, *Die Aetiologie, d. Begr. u. d. Prophyl. des Kindbettfiebers*, 1861 i *Offner Brief an sämmtl. Prof. d. Geb. Ofen 1862*.—Hirsch, *Historisch-geograph. Path. Erlangen 1862—1864. t. II. p. 433*.—Veit, *M. f. G. t. 26. p. 173*.—Ferber *Schmidt's Jahrb. t. 139. N. 9*.—Boehr, *M. f. G. t. 32. p. 401*.—Stange, *Ueber sogelser etc. Kjöbenhavn 1868*; zob. *Virchow Hirsch'scher Jahresbericht über 1868. t. II. oddział 3. p. 637*.—Martin, *Berl. Klin. W. 1871. No. 32*.

Przez gorączkę połogową rozumiemy te wszystkie cierpienia u położnic, które się w ich organizmie wytwarzają skutkiem zakażenia gnilnego, mającego początek w częściach płciowych.

A że by zakażenie to mogło nastąpić, jest potrzebną świeża rana, z której się jad gnilny dostaje do organizmu. Takie zaś świeże rany znajdujemy u każdej położnicy. Po oddzieleniu bowiem łożyska znajdują się u każdej rozwarte naczynio krwionośne i prawie każda posiada małe naddarcia w szyjce macicznej oraz w wejściu do pochwy.

Zródło, z którego pochodzą te pierwiastki zakażające, może być w ogóle dwojakiego rodzaju: jedne wytwarzają się w organizmie samym—samozakażenie się (*Selbstinfection*), drugie dostają się do niego z zewnątrz—zakażenie z zewnątrz (*Infection von aussen*).

Samo zakażenie się może nastąpić w tych wszystkich wypadkach, w których podczas porodu albo zaraz po rozwiązaniu rozkładają się części organizmu macierzystego. Do rozkładu zaś tego przychodzi najpewniej i najprędzej wtenczas, kiedy nowotwory (rak w szyjce macicznej) zaczynają podlegać rozpadowi; dalej może przyjść do niego tym sposobem, że miękkie części matki podlegały podczas porodu naciskowi, wywołującemu w nich martwinę; albo też mogą pozostałe w macicy resztki łożyska błon lub krwi rozkładać się posokowato w kanale rodnym. Ostatnim sposobem zachodzi samo zakażenie się stosunkowo rzadko, ponieważ do zakażenia organizmu jest koniecznym świeże obrażenie zewnętrznej powierzchni w drogach porodowych, a tego obrażenia niedostaje zazwyczaj w kilka dni po porodzie, kiedy nastąpił rozpad posokowaty. W tym bowiem czasie zamyka się już rana od łożyska a pęknięcia błony śluzowej albo zablizniają się *per prim. int.* albo też zamieniają w brodawkuje owrzodzenia. Waż zaś bujających brodawek zapobiega wessaniu jadu. W razach wyjątkowych może naturalnie rana pozostać przez dłuższy czas zdolną do wessania jadu, albo też miejscem, w którym się jad ten zaszczepia, może być jakie nowe оголоcenie błony śluzowej z nabłonka lub zniszczenie powstałych brodawek.

U waga. Najpomyślniejsze warunki dla samozakażenia przedstawiają się wtenczas, gdy rozłożone pierwiastki organiczne wytwarzają się już w tym czasie, w którym powstają świeże rany, a więc podczas porodu dziecka. Okoliczność ta zachodzi mianowicie w takim razie, kiedy płód obumarły pozostając jeszcze w macicy tutaj po pęknięciu pęcherza płodowego jest przez dłuższy czas wystawiony na działanie powietrza i przez to gnić zaczyna (płody bez przystąpienia powietrza wymiękle nie zarażają wcale według naszych doświadczeń); nadto kiedy ucisk na części miękkie matki trwa tak długo, iż w tychże przychodzi do zgorzeli jeszcze przed ukończeniem porodu; nareszeie kiedy rak jest w szyjce macicznej, przyczem nowo wytworzone części rozpadają się szyb-

ko posokowato. Daleko rzadszém bywa samozakażenie się w tych wypadkach, w których ugniecione miękkie części matki rozpadają się dopiero później, kiedy już rany świeże nie posiadają zdolności do wessania; czego powodem zdaje się być ta okoliczność, że części martwinne odgraniczają się od tkanki zdrowej przez linią demarkacyjną, która nie wsysa. Że z tej linii demarkacyjnej zazwyczaj nie następuje wessanie mas zgorzelinowych do otoczenia zdrowego, tego dowodzi najwyraźniej widoczny przykład, t. j. częściowa zgorzel błony dziewiczej. U każdej pierwiastki można spostrzedz po porodzie, że pod wpływem ciśnienia główki dziecięcej zamieniają się pojedyncze części błony dziewiczej w masę niebieskoczarnawą. W następnych dniach miejsca te podlegają zgorzeli, tak iż w miejscu wystających końców znajdujemy później małe owrzodzenia. Ponieważ zaś części zgorzelinowe odpadają dopiero po kilku dniach, przeto też nie przychodzi do żadnego zakażenia. Zresztą Billroth dowiódł także za pomocą eksperymentów, że brodawkujące rany nie zarażają tak długo, dopóki zarażający czynnik nie działa niszcząco na brodawkowanie.

Do zakażenia z zewnątrz przychodzi tym sposobem, iż do świeżych ran w kanale rodnym dostają się pierwiastki gnilne już to przez gąbkę, płótno i inne środki używane do czyszczenia, już to przez narzędzia, już też, i to najczęściej, przez palce wprowadzane przy śledzeniu. Pierwiastki gnilne, znajdujące się w pokoju, mogą się także rozszerzać przez powietrze, jednakże w każdym razie nie jako zaduchy w postaci gazów, lecz jako małe cząstki organiczne bujające w powietrzu; tym sposobem mogą się dostać do świeżych ran, chociaż do przyjęcia tej możliwości nie zmuszają nas żadne ważne okoliczności.

Źródła pierwiastków zakażających mogą być bardzo różne. Tworzą się one wszędzie, gdzie się tylko rozkładają pierwiastki organiczne; mogą tedy pochodzić od trupów, ale także od ropiejących ran, rozpadających się nowotworów i mianowicie od wydzielin położnic chorych, a pod pewnemi warunkami także od wydzielin położnic zdrowych.

U w a g a Dla jasności etyologii gorączki połogowej, jako też dla wykazania, jak różnemi mogą być źródła zakażenia, wspomniemy tutaj choć kilka tylko wypadków najciekawszych, które zestawił Hirsch.

Simpson opisuje następujący wypadek. Lekarz pewien w Leith robił sekcją na kobiecie zmarłej skutkiem ropnia w miednicy. W następnych dwóch dniach po porodzie przywołano go do pięciu położnic u czterech z tych nastąpiła wkrótce gorączka połogowa, a w jednym wypadku, z którego kobieta wyszła zdrowa, ukończył się poród już przed jego przybyciem.

Hutchinson przytacza następujące zdarzenie. Dwóch lekarzy, mieszkających od siebie w odległości dziesięciu mil angielskich, leczyło razem

osobę pewną, cierpiącą na różę zapalną, przyczem badali dokładnie chorą kończynę i dotykali się szczegółowo rękoma powierzchni posoką pokrytej. Po powrocie do domu, mniej więcej w 30—40 godzin po owej wizycie, rozwiązał każdy z nich jedną kobietę; obie te kobiety zachorowały na gorączkę połogową i umarły.

Robertson tak opisuje epidemię w r. 1830 w Manszestrze. „Akuszerka B. rozwiązała na dniu 4-go grudnia 1830 r. biedną jedną kobietę, która wkrótce zmarła skutkiem gorączki połogowej. Począwszy od tego dnia aż do 4-go stycznia, a więc właśnie w przeciągu jednego miesiąca, rozwiązała ta sama akuszerka w rozmaitych okolicach obszernego przedmieścia 30 innych kobiet, z których zachorowało szesnaście na gorączkę połogową i wszystkie umarły. Były to pierwsze i jedyne wypadki tej choroby, które spostrzeżono w Manszestrze. Akuszerki miasta, których zazwyczaj bywało 25, rozwiązywały na tydzień w przecięciu 90 kobiet i z wszystkich tych 380 nie zachorowała potem żadna już położnica, z wyjątkiem owych niewiast, zarazonych przez akuszerkę B.”

W wypadkach opisanych pod Nr. 22 źródłem zakażenia była wyzerająca (*phagaedenica*) dymietica i uwężgniona przepuklina, która przeszła w zgorzel, w wypadku zaś 23 zgorzelinowe moszna. W ciągu własnej praktyki spostrzeżliśmy przenoszenie się pierwiastku zakażającego z powikłanego złamu piszczeli wraz z zgorzelinowemi częściami miękkimi, jako też z napółzgnięłego jaja poronnego. Nadto mieliśmy nierzadko sposobność przekonania się, że zakażenie przedostawało się z kliniki do polikliniki. Odpływy połogowe, pochodzące od osób nawet zupełnie zdrowych, mogą się również tak rozkładać, że bez wątpienia mogą się stać powodem do zakażenia.

Zresztą od czasu, jak lekarze praktyczni zwrócili uwagę swą na możebność zakażenia za pośrednictwem rąk, mnożą się także doniesienia o epidemiach gorączki połogowej, zachodzących poza zakładami położniczymi. Werdmüller ¹⁾, Mair ²⁾, Stehberger ³⁾, Kaufmann ⁴⁾, Stage ⁵⁾, Spiegelberg ⁶⁾ i Olshausen ⁷⁾, przytaczają wypadki, w których ta zębna choroba została przeniesioną przez akuszerki. Sami widzieliśmy także lekką tego rodzaju epidemię, która się zakończyła bez wypadku śmierci, a którą sprowadziła akuszerka.

Palce oraz narzędzia, któremi się dotykało pierwiastków gnilnych, mogą spowodować zakażenie, chociażby je poprzednio wymyli jak najstaranniej. Przypomnijmy sobie tylko, jak długo pomimo najtroskliwszego i powtarzanego czyszczenia nie wychodzi z nich owa charakterystyczna woń, co jest najlepszym dowodem, że w nich znajdują się jeszcze cząsteczki pierwiastków gnilnych.

1) M. f. G. t. 25. p. 293; zob. Boehr, t. 32. p. 409.

2) Bair. ärztl. Intelligenzblatt 1865. Nr. 19. p. 269.

3) M. f. G. t. 27. p. 300.

4) M. f. G. t. 29. p. 246.

5) W miejscu przytoczonym.

6) W miejscu przytoczonym p. 22.

7) Volkman's Samml. klin. Vortr. Nr. 28. p. 242.

Znajomość nasza natury jadu zakażającego nie jest jeszcze dotąd zadowalniająca. Tyle jednakże należy uważać obecnie za rzecz pewną, że przy tym odgrywają ważną rolę bardzo drobne organizmy, bakterye, jak tego dowiedli pracami swemi Recklinghausen, Waldeyer, Klebs, Hüter i inni. Za to nie jest jeszcze rzeczą rozstrzygniętą, czy takowe działają tylko mechanicznie wdzierając się w wielkiej masie do tkanek, czy też tym sposobem, że dają powód do rozkładania się normalnych części składowych ciała. Przez te najnowsze odkrycia dawniejsze nasze zapatrywanie się na istotę gorączki połogowej nie doznaje żadnej zmiany, owszem zgadza się z niemi tak, iż możemy zupełnie niezmienione pozostawić dawniejsze przedstawienie rzeczy, jeśli tylko w miejsce „gnilny jad”, „istota zarażająca” i t. p., położymy „mętwiki” (*vibrio-nes*) albo „produkty rozpadowe wytworzone przez mętwiki” i t. d. Mianowicie zaś zwracamy jeszcze uwagę na jedną okoliczność, której zawsze już zaprzeczaliśmy, t. j. na tę okoliczność, że według nowszych badań nie da się utrzymać różnicy między ropnicą (*pyaemia*) a posocznicą (*septicaemia*), i że powstanie ograniczonych przerzutów można sobie wytłómaczyć także bez udziału zatorników (*embolus*), i to w ten prosty sposób, iż bakterye wnikają do dróg krwionośnych i gromadzą się w wielkiej ilości w miejscach ze zwolnioném krwi krążeniem.

Istota więc gorączki połogowej spoczywa w zatruciu pierwiastkami gnilnemi, które źródło swe ma w częściach rodnych.

Z tego widać już, że gorączka połogowa sama w sobie nie jest niczem specyficznem, o czém przedewszystkiem pamiętać należy. Gdzie tylko dostają się do tkanek produkty gnijących pierwiastków organicznych, tam widzimy wszędzie w ogóle te same zjawiska. Gorączka więc połogowa należy do tych samych stanów, które spostrzegamy tak często w klinikach chirurgicznych pod nazwą zapalenia tkanki łącznej (*phlegmone*), ropnicy, gnilicy i posocznicy. Pomiędzy gorączką połogową a wyliczonymi co dopiero chorobami nie masz żadnej różnicy specyficznej, chociaż w objawach zachodzą w rzeczy samej modyfikacye. Modyfikacye te są jednakże powodowane po większej części tylko przez szczególne miejsce zakażenia, a daleko rzadziej przez zmiany, jakim części płciowe podlegają w okresie połogowym.

Zazwyczaj zachodzą tylko w okresie połogowym zakażenia pierwiastkami gnilnemi, których źródłem są części płciowe niewieście. Wyjątkowo tylko następują one także po operacyach ginekologicznych, dokonywanych na częściach płciowych; w razie takim są jednakże skutki ich te same, co po zakażeniu w połogu, jak tego dowodzą zajmujące wypadki, spostrzeżone przez B u h l a ¹⁾. U dwóch

1) M. f. G. t. 23. p. 303.

dziewcząt, u których zrobiono nacięcie warg większych (*episioraphie*), jako też u dwóch innych, którym odjęto część pochwową łąnicy z powodu raka w tejże, znaleziono przy sekcji zmiany, pod każdym względem takie same, jakie natrafiamy u osób zmarłych na gorączkę połogową ¹⁾. Sami także mieliśmy sposobność spostrzeżenia podobnych wypadków.

Że gorączka połogowa nie ma w sobie nic specyficznego, może posłużyć za dowód także ta okoliczność, że zakażenie gnilne z osób cierpiących na zapalną różę lub mających rany ropiejące i posokowate może być przeniesione na położnice i wywołać u nich gorączkę połogową. Dalej znane są spostrzeżenia, że w oddziałach położniczych, w których natenczas panowała gorączka połogowa, dostawały róży zapalnej ciężarne, które miały małe tylko starcia naskórka, albo dozórczynie, które miały styczność z chorými położnicami. Nadto mogą pierwiastki gnilne się przenieść na uowrodki, najczęściej wychodząc z rany pępkowej, i mogą u tychże spowodować różę w pokrywach brzusznych, rozpad zakrzepów w naczyniach pępkowych, a nawet zapalenie otrzewnej i tkanki komórkowatej pod nią leżącej, jako też posokowate przerzuty w innych organach. Wreszcie widzimy bardzo często podczas epidemicznej gorączki połogowej, że u noworodków z małych miejsc, ogołconych z naskórka, wyrastają zapalenia tkanki łącznej (*phlegmone*).

Z tego więc co się dotąd powiedziało, widzimy jasno, że jad gnilny nieważ w ogóle zawsze te same skutki, wywołując postępowe złośliwe formy zapalenia, mianowicie w skórze zewnętrznej różę, w tkance łącznej zapalenie, w błonach surowiczych włóknikoworopiaste zapalenia, w organach mięszkowych rozpad komórek. Z tego powodu możemy gorączkę połogową albo raczej zakażenie gnilne w znaczeniu tém nazwać wydatno-zaraźliwém, ponieważ jad dostawszy się do otwartéj rany wywołuje regularnie postępowe zapalenie z charakterem złośliwym.

Przez to jednakże nie myślimy zaprzeczać, że w przebiegu tego procesu zachodzą istotne różnice, stosownie do rodzaju rany, do stanu części miękkich znajdujących się w otoczeniu, i stósownie do indywidualnej konstytucyi. Według naszych doświadczeń zdaje się, jakoby zakażenie gnilne następowało u położnic daleko łatwiej i daleko re-

¹⁾ Martin, Berl. Klin. W. 1871. Nr. 32. p. 375.

gularniej doprowadzało do skutków gorszych, aniżeli u rannych chirurgicznie. Może to stąd pochodzi, że u położnic rozszerza się zapalenie tkanki łącznej nadzwyczaj łatwo aż do otrzewnej i tutaj sprawia śmiertelne zapalenie otrzewnej, podczas gdy u osób mających rany w kończynach, zapalenie tkanki łącznej rzadko się dostaje do tak niebezpiecznych miejsc. Nadto przyczynia się do tego bez wątpienia tkanka łączna, znajdująca się naokoło macicy i pochwy, która u świeżych położnic jest luźna, wsysa bardzo łatwo i dla tego jest szczególnie skłonna do przeprowadzania dalej pierwiastków gnilnych.

U w a g a. Dla jaśniejszego przedstawienia sobie, jakim sposobem następuje zakażenie u położnic, najlepiej jest porównać takowe z niezadkim rodzajem zakażenia gnilnego w innej jakiej części ciała.

Jeśli przy sekcji trupa dostaną się pierwiastki gnilne do małej rany znajdującej się na palcu, natenczas skutki tego wypadku rozmaite są stosownie do ilości i jakości przeniesionego pierwiastku, a w każdym razie także stosownie do usposobienia dotyczącej osoby. W razach takich albo bywa silnie podrażnioném tylko miejsce zakażenia samego, tak iż na miejscu tém wyrasta krosta, często ropiejąca długi czas, albo też z rany rozszerza się zapalenie dalej w okolo téjże. Skutkiem tego przychodzi zapalenie w naczyniach chłoniczych ręki, idących ku górze, oraz ostre zapalne zbrzęknięcie tkanki łącznej, leżącej pod skórą i pomiędzy mięśniami. Przytém nie znajdujemy w ogólnym organizmie żadnych innych objawów, prócz tych, jakie się zwykle pokazują także przy innych miejscowych zapaleniach, t. j. średnią gorączkę.

Tak samo u położnicy pod wpływem zakażenia rany, siedzącej w wejściu do pochwy, może się uformować zwyczajny wrzód gojący się powoli albo też może się zapalenie rozszerzyć dalej po naczyniach chłoniczych i po tkance łącznej, może przyjść do ropnego zapalenia naczyń chłoniczych (*Lymphangitis*) i do ostrego zapalnego obrzęku w otoczeniu pochwy i macicy. W organizmie ogólnym nie znajdujemy żadnego innego współdziałania, jak że chora osoba ma gorączkę odpowiednią miejscowemu zapaleniu.

W wypadkach jednakże mniej pomyslnych już w 24—36 godzin po zakażeniu jadem trupim występują nader złowrogie objawy ogólne. U osób żyjących odznaczają się takowe tém mianowicie, iż chory posiada wielką gorączkę, wcale nieodpowiednią miejscowemu cierpieniu; gorączka ta wysoka zagraża w znacznym stopniu czynnościom wszystkich organów, tak iż śmierć może nastąpić w bardzo krótkim czasie. Przy sekcji prócz mało znaczących odmian we krwi nie znajdujemy żadnych zmian, widzialnych makroskopicznie, i o chorym takim mówimy, że umarł na gnilicę (*septicaemia*). W innych wypadkach znajdujemy ostre zwyrodnienia w wielkich gruczołach brzusznych, jako też w niektórych częściach mięśni dowolnych, albo też powstało zapalenie płuc i opłucnej (*pleuro-pneumonia*), zapalenie otrzewnej lub zapalenie stawów, a o chorym takim mówimy, że umarł na posocznicę (*ichorrhemia*). W innych wreszcie razach napotykamy zakrzepy w żyłach, otaczających ranę; zakrzepy te wskazują rozpad posokowaty, a pojedyncze ich cząstki dostawszają się do

obiegu krwi utykają w małych naczyniach, najczęściej płuc, i wywołują w nich zawały oraz ropnie. Rozpoznanie w razie takim wskazuje, że chory zmarł na ropnicę (*pyaemia*).

W ten sam sposób ustępują niekiedy miejscowe zjawiska, gdy zakażenie nastąpiło w okresie połogowym. W przeciągu 36 godzin rozwija się gorączka nadzwyczaj mocna jużto w połączeniu z silnym dreszczem, już téż bez niego, i mamy u położnicy tę samą gorączkę durową, co u osób zakażonych jadem trupim. Dalej nie potrzebujemy przeprowadzać porównania, ponieważ uzasadnienia powyżej wyłożone dają się słowo w słowo zastosować na położnicę.

Działania więc zakażenia tak u położnic, jak u osób rannych dwójakiego są rodzaju. Jedne wywierają wpływ tylko miejscowo drażniący i ogarniający tylko otoczenie utkania, drugie zaś ogarniają cały organizm. Różnica ta ma dla praktyki wielkie znaczenie.

Charakterystyczna różnica pomiędzy raną czystą a zakażoną według naszych doświadczeń polega na tém, że zapalenie następuje przy ranach czystych ogranicza się zawsze na bezpośrednie otoczenie; przy ranach zaś zakażonych rozszerza się dalej jeśli się wessaniu jadu nie zapobiegnie przez zapalenie które się wytwarza szybko, odgranicza ognisko zakażne i zamienia je w wrzód. Przy ranach czystych może zresztą cierpieniu podlegać także cały organizm, co nazywamy gorączką przyranną. Chociaż zaś zwyczajna gorączka przyranna powstaje bez wątpienia skutkiem dostania się do krążenia krwi produktów, wytwarzających się w ognisku zapalnym z rozpadłych tkanek, i dla tego należy ją także nazwać gorączką pochodzącą z wessania; chociaż dalej produkty te trudno zapewne odróżnić od produktów, tworzących się przy zakażeniu gnilnym¹⁾; to jednakże pozostaje w każdym razie jako rzecz znamionująca ranę niezakażoną jej miejscowy charakter, t. j. zapalenie nie przechodzi na tkanki z nią graniczące, a gorączka nie przechodzi nigdy stopnia według doświadczeń odpowiedniego zapaleniom miejscowym, chociaż stopień jej może wskazywać znaczne różnice indywidualne. Kiedy zaś rana jest zakażoną jużto z zewnątrz, jużto przez samozakażenie się, natenczas wśród pewnych okoliczności może zakażenie pozostać jeszcze miejscowym, a to dla tego, iż po przejściu rany w wrzód, nie zdolny do wysysania, odgraniczają się pierwiastki zakażne od reszty organizmu. Jeśli jednakże nie nastąpi tego rodzaju chroniące owrządzenie, albo jeśli się wytwarza nie dosyć wczesnie, natenczas pod wpływem zarażającego czynnika przechodzi zapalenie na sąsiednie tkanki. W wypadkach, w których się to zapalenie rozszerza powierzchownie po skórze (zewnątrzną) albo po błonie śluzowej, występuje w formie róży; w innych jednakże razach, w których sięga głębiej i rozprzestrzenia się po tkance łącznej, pojawia się jako zapalenie tkanki łącznej, albo jako róża zapalna. Współudział ogólnego organizmu w razach takich nie potrzebuje się również objawiać niczem więcej, jak tylko gorączką mniej więcej odpowiednią miejscowemu zapaleniu. Bardzo często jednakże jest temperatura daleko wyższa i mianowicie często tętno daleko szybciejsze, aniżeli by tego pozwalało spodziewać miejscowe zapalenie, a okoliczność tę należy uważać za oznakę, że soki do-

1) Zob. Bergmann, Petersb. med. Z. 1868. z. 7 i 8. p. 94.

chodzące do organizmu z zakażonego ogniska zapalnego wpływają silnie na pobudzenie gorączki; a nawet przy stosunkowo niskim stopniu gorączki zachodzi zawsze obawa, że ogólny organizm weźmie w zapaleniu udział przez podobne zapalne zaburzenie w odżywianiu wszystkich organów (gnilicę), albo przez znaczniejsze zapalenia pojedynczych organów (posocznice).

Owa tedy wielka skłonność do posuwania się zapalenia na drodze (*continuitas*) tkanek jest właściwością charakterystyczną dla ran zakaźnych, ale zarazem i niebezpieczną. U położnic mamy w zajęciu lub niezajęciu tkanki łącznej, leżącej po bokach macicy, bardzo ważną i pewną oznakę świadczącą o zapaleniu szerzącym się dalej z pochwy lub z szyjki macicznej. Według doświadczeń naszych zapalenie tej tkanki łącznej wytwarza się tak u położnic, jak u innych niewiast zawsze tylko przez zakażenie. Jeśli przy porodzie przyszło do rozdarcia błony śluzowej w górnej części pochwy, natenczas w razie niedostawania zakażenia zapala się zawsze tylko bezpośrednie otoczenie rany, a boki macicy nie są ani nabrzękle ani też bolesne, zakażenie zaś choćby najmniejszego naddarcia w błonie śluzowej, pokrywającej wejście do pochwy, sprawia bez wątpienia, że się zapalenie przenosi na tkankę łączną, znajdującą się po bokach macicy.

Jak pewnym i niezawodnym jest ten stosunek, można się przekonać z tego, że w 403 porodach (w klinice w Bonn), odbytych w czasie panowania gorączki połogowej, spostrzegliśmy między 265 porodami 53 pomyślnych wypadków zapalenia tkanki otaczającej macicę; w czasach zaś gdzie nie było gorączki połogowej, albo gdzie się pojawiała tylko sporadycznie, między 138 położnicami tylko trzy dostały tego rodzaju zapalenia w obokmacicznej tkance łącznej. Stosunek ten na tém większą zasługuje uwagę, gdy rozważymy, że podczas epidemii zachodzą daleko cięższe wypadki chorób, które naturalnie trzeba tu odliczyć. Potém pokazuje się, że podczas epidemii na 138 zdrowych przypadało 53 pomyślnych wypadków zapalenia tkanki okołomacicznej (a więc jedna chora na 2,6 zdrowych), w czasie zaś wolnym od epidemii na 130 zdrowych bywały trzy wypadki (a więc jedna chora na 43,3 zdrowych). Widząc zaś, że z trzech ostatnich zapaleń powstały dwa w jednym dniu, że więc wskazują wspólne źródło, można twierdzić z wielką pewnością, że także cięższe zapalenia tkanki okołomacicznej wytwarzają się z tego samego jadu, który wywołuje ciężkie wypadki choroby.

II. Patologiczna anatomia gorączki połogowej.

Literatura: Virchow, *Ges. Abh.* p. 597 i *Virchow's Archiv* t. 23. p. 415. — Buhl, *Hecker u. Buhl, Klin. d. Geb. t. I. p. 231.* — Erichsen, *Bericht etc. Petersb. med. Z. t. VIII. p. 257 i 359.* — Klob, *Path. Anat. d. weibl. Sex. p. 235 sequ.* — Maier, *Virchow's Archiv 1864. t. 29. p. 526.*

W rozdziale tym rozbiernemy najprzód te zmiany, które zachodzą w miejscu zakażenia i przy których pierwiastek zakażający rozszerza się na drodze tkanek (*per continuitatem*).

Zakażenie może mieć swe źródło w rozmaitych miejscach, o czém mówiliśmy już dawniej. Rana powstająca po oddzieleniu łożyska może bez wątpienia wciągać w siebie pierwiastki gnilne, chociaż się to rzeczywiście wydarza rzadko, ponieważ pierwiastki gnilne zazwyczaj nie dochodzą do takowej. W każdym razie częściej bywa zakażenie, wychodzące z naddarc w szyjce macicznej, które w małym stopniu znajdują się przy każdym porodzie, i których się przy badaniu dotyka łatwo palcem zakażającym. Jednakże w większej części wypadków pośredniczą w zakażeniu małe rozdarcia błony śluzowej, które podczas przerywania się główki tworzą się w wejściu do pochwy tak u pierwiastek, jak i u wielkiej liczby mnogorodzących. Przy każdym porodzie przechodzi często przez wejście do pochwy palec lekarza i akuszerki, badających rodzącą, łatwo więc osiadają w wejściu pierwiastki gnilne, wprowadzone przez palec, a stamtąd dostają się łatwo do małych pęknięć błony śluzowej. Jeśli zaś zakażenie następuje przez części miękkie matki, przechodzące w zgorzelinę, natenczas podlegają wessaniu pierwiastki gnilne wyjątkowo tylko przez zdrowe jeszcze otoczenie, a daleko częściej przez świeże rany, po których spływają posokowate wydzieliny.

Brzegi rany przechodzą bardzo często (choć nie zawsze) we wrzód, tak zwany w r z ó d p o ł o g o w y. Wrzód ten znajduje się naturalnie na miejscu rany, zazwyczaj więc we wejściu do pochwy po bokach warg albo za wędzidełkiem. Z pęknięcia krocza wytwarzają się także łatwo wrzody, które się goją dopiero później *per sec. int.* Jednakże zdarza się także, że w wejściu do pochwy znajdujemy obok owróżnienia już zabliznione pęknięcie krocza; wtedy zakażenie nie nastąpiło w ranie śródkrocza, które się oczywiście musiało zagoić pierwej, nim spływające po niej wydzieliny mogły z niej wrzód wytworzyć. Błona śluzowa pochwy wskazuje wyjątkowo także małowaznacne pęknięcia, które również mogą potem przechodzić w wielkie wrzody. To samo może zająć także na miejscu łożyskowym, gdy w szyjce macicy są małe naddarcia i gdy istnieje silne zapalenie wnętrza macicy. Wrzód połogowy ma brzegi nabrzmiałe, spód zajęty masą żółtą albo też brudną, wskazuje skłonność do rozszerzania się i goi się tylko bardzo wolno tym sposobem, iż się owa masa żółta zaczyna oddzielać i na spodzie wrzodu pojawiają się delikatne brodawkowania. W wypadkach, w których wrzód bardzo znacznej uległ zmianie i które się dają dostrzedz mianowicie u trupa w szyjce ma-

cieźniej i w miejscu łożyskowym, znajdujemy na wrzodzie strup błonicowy, brunatnozielony.

Skoro zapalenie rozszerza się po powierzchni, natenczas obrzmiewa błona śluzowa pochwy i w tkance podśluzowej przychodzi do mniej lub więcej znacznego obrzęku. Przy tém położowém zapaleniu pochwy (*colpitis*) bywa błona śluzowa miękka i nacieczona; najwięcej obrzękłym bywa otoczenie wrzodów, tak iż zazwyczaj przychodzi do znacznego obrzęku warg sromowych. Jest to zupełnie ten sam proces, jaki zachodzi na zewnętrznej skórze pod nazwą róży. Z tego też powodu Virchow tego rodzaju cierpienia nazwał „*erysipelas malignum puerperale internum*.” Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że ten proces róży ogarnia nie rzadko wargi sromowe, pośladki i graniczące z niemi części ud, chociaż u świeżych położnic rozpoznanie jest trudne, ponieważ części powyższe wymienione są już u nich zazwyczaj silnie różowo zabarwione. To też stósunkowo widzimy rzadko w tych miejscach wyraźną różę z pęcherzami. Jednakże za zdaniem powyższém przemawia nie tylko ów tak częsty obrzęk warg sromowych, ale także owa odleżyna, występująca niekiedy po kilku dniach przy gorączce nie zbyt wysokości. Zresztą nie zachodzi żadna szczególna różnica pomiędzy procesem tym rozszerzającym się po błonie śluzowej, a zapaleniem sięgającym głębiej w pokłady tkanki łącznej, które leżą pod błoną śluzową. Obydwa procesy polegają na małokomórkowatém nacieczeniu tkanki, które według dawniejszego zapatrywania powstało skutkiem bujania komórek tkanki łącznej, według zaś badań Co h n h e i m a skutkiem tego, że białe ciała krwi wychodzą z naczyń; nacieczenie to jest połączone z silném przekrwieniem i z surowiczém przesączeniem. Według badań V o l k m a n n a i S t e u d e n e r a proces ten nawet przy prostej róży nie ogranicza się jedynie na sieć M a l p i g h i e g o, lecz tak samo, jak przy zapaleniu tkanki łącznej, schodzi głębiej w podskórną tkankę komórkowatą.

Na błonie śluzowej macicy samój sprawia zapalenie tylko wtenczas znaczne zmiany, kiedy występuje w wysokim stopniu. Wewnętrzna powierzchnia macicy, ogołocona z nabłonka, przedstawia nawet w normalnym położeniu obraz silnego nieżytego zapalenia. Widoczniejszymi stają się dopiero wtenczas zmiany na wnętrzu macicy, kiedy większe części pozostałej błony śluzowej ulegają szybko martwinie, kiedy zapalenie wnętrza macicy przybiera charakter błonicowy. Wygląd wewnętrznej powierzchni macicy jest w razach takich różny, w miarę tego jak daleko rozszerza się mar-

twina i jak głęboko ona sięga. Jeśli pozostały większe strzępy błony doczesnej, natenczas obrzmiewają takowe i wystają na podobę garbów. Warstwy powierzchowne zamieniają się w strupy albo tylko miejscami albo też w większej przestrzeni, tak iż pomiędzy prawidłową błoną śluzową znajdujemy miejsca żółtoszarawe albo zielonawe, z których się za pomocą trzona od noża dają zeskrobać masy zgorzelinowe w postaci papki. Miejsce, do którego przyczepionem było łożysko, sterczy w większej części silnie ku jamie macicy, chociaż zresztą jest małą co zmienione. Jeśli jednakże całe wnętrze macicy podległo martwieniu, natenczas stósownie do nacieczenia organu znajdujemy albo małe wysepki, dość twardo utkane, koloru brudnoszarego, albo też masę miazgowatą, podobną do czekolady, po których zdjęciu pokazują się dopiero albo najgłębsze warstwy błony śluzowej, albo też nagie włókna mięśniowe. W zmianach tych bierze udział także miejsce, do którego przyczepionem było łożysko, jużto pokrywając się grubym strupem, już też pokazując po rozpadnięciu zakrzepów warstwę gładkich mięśniów i ziejące żyły ujścia.

Zwykłe macicę samą dotykają tych stopni cierpienia. Warstwa mięsna macicy jest wielką, kurczy się źle a cała jej istota jest obrzmiała i rozmiękła. W wyższych stopniach cierpienia znajdujemy w mięszu samym macicy, albo także tuż poza jego brzegami prawie regularnie naczynia chłonicze rozszerzone i wypełnione płynem ropiastym; początki tychże naczyń można często wyśledzić aż do owrzodzeń na szyjce macicznej. Niekiedy znajdujemy przy tych naczyniach chłoniczych częściowe żylakowate rozszerzenia, wypełnione ropą i dochodzące wielkości laskowego orzecha; wzbudzają one pozór ropniów w mięszu macicy, i ponieważ nie zawsze można wynaleść naczynie doprowadzające i odprowadzające, przeto odróżniają się od ropniów tylko tém, że posiadają gładkie ściany. O znaczeniu zakrzepnic w naczyniach chłoniczych będzie później mowa.

Zazwyczaj nie rozszerza się proces ten w błonę śluzową jajowodów, tak iż nawet przy wysokim stopniu zapalenia w wnętrzu macicy jajniki bywają normalne, albo wskazują tylko lekki nieżyt. Niekiedy jednakże przychodzi do ropnego zapalenia jajowodów (*salpingitis*), które się wypełniają brudną ropą lub strzępami zgorzelinowemi. Skutkiem tego zapalenia może nastąpić zapalenie otrzewnej jużto przez dalsze rozszerzanie się procesu, już też przez pęknięcie jajowodu i wylew ropy do jamy brzusznej; w większej jednakże części wypadków rozwija się zapalenie otrzewnej innym sposobem.

Uwaga. Buhl ¹⁾, Martin ²⁾ i Förster ³⁾ zwracali szczególniej uwagę na zapalenie jajowodów i przypisywali mu wielkie znaczenie przy powstaniu połogowego zapalenia otrzewnej. Tego rodzaju wywód staje się nieprawdopodobnym już dla tego, że zazwyczaj tylko koniec brzuszny jajowodu wypełniony jest ropą, pozostały zaś kanał posiada prawidłową błonę śluzową albo tylko nieżytowo obrzmiałą. Bez wątplenia daleko częściej rozwija się proces zapalny w otrzewnej skutkiem zapalenia tkanki łącznej, leżącej pod otrzewną, a zapalenie brzuszego końca jajowodu przechodzi na takowy dopiero z otrzewnej. Również nie można uważać za zupełnie pewne zdanie Förstera, jakoby zapalenie otrzewnej miało wtenczas być wywołane przez zapalenie jajowodu, kiedy zmiany w okolicy końca brzuszego są daleko starsze; i te bowiem zapalenia otrzewnej, które powstają skutkiem zapalenia tkanki naokolomaciczej (*parametritis*), mogą brać początek z okolicy więzów szerokich.

Jeśli całe wnętrze macicy zostało zamienione w miazgowatą papkę, nateczas w procesie tym bierze zawsze udział także mięsz macicy samej. Zmiany w mięszu macicy znajdujemy regularnie już wtenczas, kiedy zapalenie wnętrza macicy jest dość silne, a nadajemy im nazwę z a p a l e n i a m i ą ż s z u m a c i c z n e g o (*metritis*). Takowe polegają na rozmiękczeniu całego organu oraz na jego mętnem zbręknieniu. Macica jest przytém niedostatecznie skurczona i tak miękka, że pętle jelitowe, spoczywające na niéj, wytwarzają wtłoczenia skutkiem nacisku. Rozmiękczenie jest albo czysto surowicze, albo téż częściej mętno białnikowe, wyglądu drobno ziarnistego. Jeśli posokowate zapalenie wnętrza sięga głębiej, nateczas posoczeje zupełnie część macicy samej (*putrescentia uteri*), tak iż tym sposobem może nawet nastąpić przedziurawienie do jamy brzusznej.

W innych wypadkach, wprawdzie nader rzadkich, zaczynają komórki mięszu macicznego mocno bujać na ograniczonych miejscach, ztąd mogą się rozwinąć ropnie, które albo serowacieją albo pękają. Od jam w naczyniach chłonnych, napełnionych ropą różnią się tém, iż nie posiadają gładkiej błony, wyściełającej ich wnętrze, i że postać ich jest więcej zatokowa, a mniej okrągła; nie ulega jednakże wątpliwości, że już nieraz wzięto je za rozszerzenia naczyń chłonnych.

¹⁾ Zeitschr. f. rat. med. 1856. VIII. p. 106 i Klin. d. Geb. I. p. 233.

²⁾ M. f. G. t. 13. p. 11 i t. 17. p. 163.

³⁾ Wiener med. Woch. 1859. Nr. 44 i 45.

Chociaż w pewnych warunkach może zapalenie przejść z macicy na tkankę komórkowatą, która ją otacza, to jednakże zazwyczaj przychodzi do zapalenia tkanki naokoło macicznej (*parametritis*) z innego powodu. Powodem tym bywa ta okoliczność, że proces zapalny, wytworzony przez zakażenie, rozszerza się mniej po powierzchni błony śluzowej, lecz z miejsca zakażenia (a więc zazwyczaj z wejścia pochwowego) postępuje brzegiem tkanki łącznej, leżącej naokoło pochwy i naokoło macicy.

Zapalenie téj tkanki łącznej jest zupełnie identyczne z tym procesem zapalnym, który spostrzegamy nie rzadko w tkance łącznej kończyn. Proces ten polega na ostrym zapalnym obrzęku; tkanka łączna obrzmiewa, staje się nieco mętną i nieprzezroczystą. W wypadkach gwałtownych obrzmienie bywa daleko silniejsze, cała tkanka łączna nasiąka niekiedy cienkim płynem surowicznym, częściej zaś pierwiastkiem galaretowato trzęsinowatym i na pół skrzepłym, który wypełnia małe otworki w utkanu. Przynajmniej zachodzi w tkance łącznej bardzo obfite, drobnokomórkowate nacieczenie. Siedliskiem tego rozlanego ostrego obrzęku jest wszystka tkanka łączna, znajdująca się w miednicy. Zazwyczaj zaś rozpoczyna się zapalenie naokoło pochwy, ztąd rozszerza się dalej ku górze i udziela się całej tkance podsurowiczéj leżącej pod otrzewną, tak iż skutkiem obrzmienia swego podkładu otrzewna zdaje się być nieco uniesioną ku górze. Wśród okoliczności może ono nadto ogarnąć i doły biodrowe i ku tyłowi dojść aż do tkanki łącznej, leżącej naokoło nerek, a nawet aż do przepony, ku przodowi zaś zająć wielką część przedniej ściany brzusznej. Rzadziej przechodzi proces ten na tkankę łączną, otaczającą wielkie nerwy i naczynia kończyny dolnej, sprawiając w niej zapalne obrzmienie uda, znane pod nazwą *phlegmasia alba dolens*. Najznaczniejsze obrznięcia znajdujemy pod tą częścią otrzewnej, która wyściela miednicę; tutaj są bez wątpienia najpomyślniejsze warunki do obrznięcia. Po porodzie zmniejsza się znacznie objętość macicy, dla czego to część otrzewnej wyścielająca miednicę, jest niejako za wielką jeszcze dla wnętrzości miednicy, chociaż nie przychodzi do wytwarzania się fałdów z powodu sprężystości, jaką posiada ta błona. Najwięcej zaś wystawioną na ostre zbręknienie jest mianowicie ta tkanka komórkowata, która leży między oboma listkami więzów szerokich, a to z powodu swéj nadzwyczajnej luźności (podczas ciąży rozchodzą się więzy szerokie i pokrywają boki macicy). A ponieważ miejsca te dają się nader łatwo wyśledzić z wszelką dokładnością, przeto rozpoznanie zapalenia tkanki komórkowatej w miednicy można najlepiej

stać ze stanu więzów szerokich. Do macicy zaś samój jest tak szczelnie przyczepioną otrzewna, iż tutaj nie zachodzi żaden znaczniejszy wysięk.

W łżejszych i niepowikłanych wypadkach kończy się proces ten zazwyczaj wyzdrowieniem, a w takim razie obrzęk znika szybko i nawet nie pozostawia najmniejszego śladu, jeśli wytworzenie się komórek nie było jeszcze znaczne. Jeśli się jednakże zebrała wielka ilość pierwiastków komórkowatych, natenczas ulegają one zazwyczaj stłuszczeniu i po szybkim wessaniu płynnych części składowych tworzą guz coraz twardszy, który w kilku tygodniach ulega również wessaniu, jeśli okoliczności jako tako temu sprzyjają. W rzadkich stosunkowo wypadkach nacieczenie komórkowate tkanki staje się tak gęstym na ograniczonym miejscu, iż wytwarza się ropień, którego przebieg może być jednym z poniżej wymienionych.

W wypadkach, w których zakażenie było bardzo silnym, może podsurowicza tkanka łączna uleść pewnemu rodzajowi rozmiękczenia zgorzelinowego. W razach takich znajdujemy otrzewnę uniesioną często w znacznym stopniu ponad tkanką pod nią leżącą, tkankę łączną samą nasiąkniętą mętnym płynem surowicznym; pod wpływem nasiąknięcia barwnikiem krwi i zgnilizną wygląda często ciemnobrunatnoczerwona, prawie jak czekolada, i wydaje woń posokowatą. Nadto może tkanka komórkowata, uległa martwinie, oddzielić się zupełnie, jak to mieliśmy sposobność widzenia u pewnej chorój, która przy ustępującem już ogólnem zapaleniu otrzewnej zmarła na posokowaty ropień w płucu. Komórkowata tkanka pozaotrzewna, otaczająca mięsień biodrolędźwiowy, leżała zupełnie swobodna w jamie, która się znajdowała pod otrzewną, w postaci białego martwinowego strzępu, którego długość wynosiła mniej więcej jedną stopę.

W niektórych wypadkach zapalenia naokołomacicznego znajdujemy w zapalnym ognisku zakrzepicę (*thrombosis*) naczyń chłonniczych. Skrzepla limfa wypełnia całe naczynie albo jednostajnie albo więcej w postaci różańca; nieraz tworzą się także pojedyncze większe rozstrzenie (*ectasis*), bardzo podobne do tych, któreśmy wyżej opisali w macicy. Przyczyną tej zakrzepicy może być bezpośrednio wpływ zakażającego pierwiastku, częściej jednakże wywołuje się ona zapewne z zapalenia tkanki łącznej, otaczającej naczynia. Także produkty, tworzące się przy zapaleniu tkanki łącznej, posiadają skłonność do krzepnięcia i zawartość naczyń chłonniczych wciągają w ten sam proces.

Zakrzepicy naczyń chłonniczych przypisywano zupełnie różne znaczenia. Hecker i Buhl zapalenie to w naczyniach chłonniczych uważali za okoliczność, powodującą ów zgubny charakter gorączki połogowej, Virchow zaś dowiódł pierwszy tego, że zakrzepica naczyń chłonniczych stanowi o tyle pomyślnie zajście, iż zatkane naczynia same nie mogą już przepuszczać zakażającego pierwiastku. Rzeczywiście po największej części natrafiamy zapalenie tylko w najbliższych gruczołach, tutaj przynajmniej zatrzymuje się proces zapalny i pozostały system naczyń chłonniczych na tej drodze nie bierze udziału w zapaleniu.

Z tego powodu nie można zapalenia naczyń chłonniczych uważać za zmianę najgłówniejszą i właściwie zgubnie wpływającą. Nie tworzy ono charakteru groźnego, jest tylko przypadkową zmianą, która się zazwyczaj ogranicza na ognisko zapalne i może się zagoić. Rzadko kiedy przechodzi zakrzepica dalej (aż do piersiowego przewodu); w takim razie są jednakże zawsze bardzo znaczne zmiany innego rodzaju. Na trupie położnicy, która zakończyła życie kiedy już ustępowało ogólne zapalenie otrzewnej, widzieliśmy gojące się naczynia chłonicze zajęte zakrzepicą; zawartość rozstrzeni nie była już ropną, lecz przedstawiała zgęstniałą żółtą kulę.

W każdym znaczniejszym zapaleniu obokmacicznym biorą udział także jajniki stojące w połączeniu z tkanką łączną, z kąd téż rozwija się zapalenie jajników (*oophoritis*). Zresztą należy takowe prawie bez wyjątku uważać za mniej ważne, więcej uboczne cierpienie, ponieważ ono nie powoduje głównie groźnego niebezpieczeństwa. W wypadkach, w których się błona podsurowicza rozpada posokowato, znajdujemy wprawdzie rozpadłem niekiedy całe podścielisko jajnikowe, tak iż po rozcięciu osłony cała zawartość jak z jakiego torbiela wypływa w postaci brudno zabarwionej surowicy; ale w takich razach pozostałe zmiany bywają również tak znaczne, że zapalenie jajnika pozostaje na niższym stopniu, jeśli nie pod względem natężenia, to przynajmniej pod względem swego rozszerzania się. Rzadko tylko wytwarzają się w jajnikach ropnie, które albo pękają wczesnie, albo doszedłszy do znacznej objętości mogą potem przerznąć się na zewnątrz lub do sąsiednich organów przyrosłych.

Gdy zapalenie obokmaciczne jest znaczne, to także graniczące pokłady macicy bywają regularnie siedliskiem zapalnego obrzęku, który się tém tylko różni od obrzęku powstającego przy zapaleniu wnętrza macicy, że największej zmianie podlegają pokłady leżące na zewnątrz.

Ponieważ przy zapaleniu obokmaciczném zapala się także tkan-ka łączna, leżąca tuż pod otrzewną, przeto nie jest dziwną rzeczą, że pospolicie proces ten ogarnia także samą błonę surowiczą. Ból, który jest najpewniejszą oznaką, że zapalenie przeszło także na otrzewną, może tylko wtenczas niedostawać zupełnie, gdy zakażenie jest mało jadowitóm (*virulenta*) i gdy obrzmienie następuje bardzo wolno. Jeśli obrzmienie jest znaczném, to już przez samo targanie otrzewnej i przez zmianę położenia podlega otrzewna drażnieniu; występują objawy zapalenia otrzewnej osłaniającej macicę (*perimetritis*), albo raczej zapalenia otrzewnej wyścielającej miednicę (*pelveoperitonitis*), ponieważ regularnie mniej jest zapaloną otrzewną pokrywającą macicę, aniżeli inne jej części, które się rozprzestrzeniają w miednicy. W złośliwych wypadkach zapalenie zajmuje szybko całą otrzewną i bardzo prędko może przyjść do ogólnego zapalenia otrzewnej.

Zapalenie otrzewnej, która wyściela miednicę (*pelveoperitonitis*), zazwyczaj polega tylko na zapalnym drażnieniu otrzewnej bez żadnego znaczniejszego wysięku. W innych wypadkach mogą się wytworzyć wrzekome błony, które mogą spowodować zlepianie się pojedynczych organów, leżących w miednicy, i niejedne dolegliwości skutkiem zmian ich położenia, rozwijających się przy bliznowatém ściągnięciu się. Jeśli zapalenie jest znaczniejszém, to może ono doprowadzić także do otorbionych śródtrzewnych ognisk ropnych, które ustępują tylko bardzo powoli, albo zapalenie przechodzi na całą otrzewną.

To ogólne zapalenie otrzewnej powstaje najczęściej sposobem wyżej opisanym, gdy się dalej rozszerza zapalenie obokmaciczne i zapalenie otrzewnej, pokrywającej miednicę, albo też przez posocznicę (*iehorrrhaemia*). Rzadziej zaś wynika ono z zapalenia w wnętrzu macicy, przy którym proces zapalny przechodzi na otrzewną albo przez miąższ macicy albo przez jajowody.

W świeżych i stosunkowo pomyślnych wypadkach znajdujemy całą otrzewną delikatnie nastrzykniętą, a mianowicie te jej części, które stanowią powłokę pętli jelitowych, organy zaś brzuszne są lekko z sobą pozlepiane przez wrzekome błony. Wysięk jest niekiedy nieznaczny tylko, prawie czysto surowiczy i nie wygląda podejrzano. W innych wypadkach znajdują się składy ropy, albo wytwarzają się grube żółte błony ze skrzepłego włóknika, które wszędzie leżą na organach. Wątroba posiada zazwyczaj grubą powłokę, macica także jest tym wysiękiem pokryta wszędzie, gdzie pętla jelit nie przytykają

do niej zupełnie. Jelita są przytem wzdęte, przepona wyparta ku górze.

W najgorszych wypadkach, powstałych przez posoczne zapalenie obokmaciczne, nie masz włóknikowego wysięku; natenczas natrafiamy w jamie brzusznej wydzieliny cienkie, brudno zabarwione i nadzwyczaj silnie cuchnące, pętle jelit wyglądają ciemnobrunatnoczerwone, podobnie jak przy uwięźnieniu przepukliny. Ostatniego rodzaju wypadki kończą się zawsze śmiercią. Jeśli zaś wysięk jest surowiczny, czysto włóknikowy lub ropiasty, to może nastąpić uleczenie przez wessanie albo otorbienie i powolne zgęszczenie. Niekiedy jednakże ogniska ropne nawet wtenczas otwierają się do jelita i przez dostanie się łąna do ropnia przychodzi do posocznego zapalenia otrzewnej albo także, gdy zmiany zaczęły się już w najlepsze przestaczać zwrotnie, nowe natężenie cierpienia sprowadza śmierć.

Z otrzewnej może zapalenie przenikając przez przeponę dostać się do opłucnej i osierdzia; co więcej, zapalenie tkanki łącznej może także zająć oskrzele, przyczem tkanka łączna, otaczająca je, nasiąka galaretowato, i tym sposobem przedostać się głęboko do płuc posuwając się za szkieletem tychże. Do tego śródmiąższowego zapalenia płuc może się następczo przyłączyć prawdziwe zapalenie płuc. Buhl widział tego rodzaju zapalenie, które on nazywa międzyzrazikowym zapaleniem płuc, szczególnie u zakażonych noworodków. Schroeder zrobił spostrzeżenie, że także u osoby chorzej na gorączkę połogową było ono bardzo wyraźnie nwydatnionem. Daleko częściej powstaje jednakże zapalenie opłucnej i zapalenie płuc z posocznicy lub ropnicy.

Teraz przechodzimy do zakażenia całego organizmu, to jest do zmian, które nie postępują za przebiegiem utkania, i przedewszystkiem musimy wyjaśnić sposób, jakim się wytwarzają zapalenia w odlegle leżących organach. Przy tej sposobności raz jeszcze nadmieniamy wyraźnie, że to zakażenie całego organizmu w gorączce połogowej jest takie samo, jakie zachodzi przy zakażonych obrażeniach innych części ciała, a więc także u chirurgicznie chorych.

Doświadczenie uczy, że w wypadkach mocnego gnilnego zakażenia może śmierć nastąpić w krótkim czasie, mimo że przy oględzinach pośmiertnych nie pokazuje się nic więcej nad ciemną nie skrzepłą krew i wybroczyny krwawe w rozmaitych organach, jako zmiany dające się dostrzedz makroskopicznie. Badając jednakże delikatniejszą budowę pojedynczych organów znajdujemy w nich początki zapalnego zwyrodnienia: drobnoziarniste nacieczenie (tak zwane mętne

obrzemiecie), tłuszczowe przeistoczenie albo już rozpad komórek. Ponieważ zaś C. O. Weber, Billroth i inni dowiedli za pomocą eksperymentów, że pierwiastki gnilne posiadają własności gorączkowe (*pyrogen*) i zapalne (*phlogogen*), t. j. że mogą wywołać gorączkę i miejscowe zapalenie, przeto bardzo łatwo nasuwa się myśl, że w tych wypadkach ostrój gnilicy (*septicæmia*) bywa przejmowaną taka ilość pierwiastku gnilnego, że krew otrzymuje tym sposobem własności zapalne, t. j. że jest w stanie wywołać zapalne procesy wszędzie, dokąd się tylko dostanie. Takić ogólne zapalenie całego organizmu i szczegółowo tych organów, których niczém nie zaburzona czynność jest bezwarunkowo konieczną do utrzymania życia, musi być w stanie zniszczyć życie pierwój, zanim się w pojedynczych organach wytworzyły wydatniejsze zmiany. W tego rodzaju stanach znajdujemy z wymienionego powodu podczas życia tylko zaburzenia w funkcjach organów i po śmierci początki mięszowego zapalenia w pojedynczych organach, mętne obrzemiecie komórek.

Uwaga. Bardzo prawdopodobnie należą tu także te wypadki, na które Hecker nie dawno temu zwrócił uwagę. Są to wypadki, w których dość niespodzianie następuje śmierć wkrótce po porodzie i przy oględzinach pośmiertnych znajduje się tylko mięszowe zapalenie albo ostre tłuszczowe zwyrodnienia wielkich gruczołów brzusznych lub mięśnia sercowego wraz z bardzo licznymi wybroczynami krwi w najrozmaitszych organach. Wypadek oględzin pośmiertnych zgadza się tak dokładnie z tymże przy najostrzejszych formach gnilicy, iż za rozstrzygające przeciwdowody nie można uważać tych okoliczności, że w pojedynczych wypadkach były podczas życia stosunkowo małoznaczne objawy i że się nie dało dowieść zakażenia ¹⁾.

W innych wypadkach zakażenie krwi nie dosięga tak wysokiego stopnia: ogólne objawy występują tylko jako gorączka; czynności organów ważnych dla życia nie doznają takiego zaburzenia, żeby śmierć musiała koniecznie nastąpić. Jeśli się w tych wypadkach pierwiastek zakażający dostał do krwi tylko jednorazowo, to ztąd wynika zaburzenia przemijają szybko, jak tego dowodzą liczne na zwierzętach przedsięwzięte doświadczenia, jad w organizmie nie sprawia żadnej szkody albo bywa wydalonym z niego. Okoliczność ta następuje wtedy, kiedy się zrobiło jedno tylko wstrzyknięcie do krwi. Przy zakażeniu rany pierwiastek dostający się do krwi wywiera je-

¹⁾ Zob. Hecker, M. f. G. t. 29. p. 321 i t. 31. p. 197 i Poppel, tamże, t. 32. p. 197.

szeze inny skutek; wywołuje on w otoczeniu rany zapalenie z postępowym charakterem, t. j. ostry zapalny obrzęk ze skłonnością do rozszerzania się dalej w tkance łącznej. W tém ognisku zapalnym wytwarzają się na nowo pierwiastki rozpadowe tkanek, które to pierwiastki, również posiadają gorączkowe i zapalne własności. Gdy z tych pierwiastków dochodzą do krwi bezprzestannie małe ilości, utrzymuje się gorączka. Równocześnie zaś może krew, w której się tym sposobem wytworzyły, choć w małym stopniu, zapalne własności, wywołać miejscowe zapalenia w pojedynczych organach; które stosownie do swój natury albo stosownie do indywidualności dotyczącej osoby posiadają skłonność do zapalen. Do takich organów należą przede wszystkim wielkie gruczoły brzuszne i surowicze błony, tudzież poprzecznie przegowane mięśnie i tkanka łączna. Kiedy w poprzednich rozdziałach opisany proces ostrego jednostajnego zwyrodnienia we wszystkich organach nazywamy gnilicą (*septicaemia*), to procesowi skreślonemu w końcu, który przebiega przewlekłej i umiejscowia się w pojedynczych organach, nadajemy nazwę posocznicy (*ichorrhœmia*). Specyficznój różnicy między oboma nie masz wcale, lecz zachodzi tylko stopniowa; skoro bowiem gnilica nie przebiega zupełnie ostro, nie jest już czystém otruciem (*intoxicatio*) przez pierwotnie zakażający pierwiastek, ponieważ wkrótce produkty zapalne, nie różniące się od tegoż specyficznie, przyczyniają się z miejscowego ogniska do zakażenia krwi. W ogóle można gnilicę nazwać ostrém, a posocznicę przewlekłym albo lepiej ostrawém zakażeniem gnilnym.

Uwaga. Virchow ¹⁾ zwrócił pierwszy na to uwagę, że się w ogniskach zapalnej tkanki łącznej znajdują zatrute soki, które dostawszy się do krwi wskazują zapalne własności. Te zatrute soki uważał Virchow za specyficznie różne od produktów gnicia, i zakażenie całego organizmu za ich sprawą spowodowane nazwał posocznicą (*ichorrhœmia*). Że jednakże nie masz tu żadnej specyficznój różnicy, dowodzą liczne eksperymenty Bergmauna, który się przekonał, że świeża ropa, świeża surowica ropna i soki, wytwarzające się w ognisku zapalnym (a nawet, co w teoretycznym względzie jest bardzo zajmującym, produkty fizyologicznego rozpadu tkanek), posiadają te same gorączkowe i zapalne własności, co gnijące płyny. Z drugiej strony także soki w ognisku zapalnym mogą przybrać widocznie gnilny charakter. Z tego powodu nie da się podtrzymać specyficznój różnicy pomiędzy gnilicą a posocznicą, chociaż oba stany nie zgadzają się zupełnie, jak się to pokazuje z powyższych wywodów.

¹⁾ Ges. Abhandl. p. 702.

Cały organizm może nadto jeszcze innym sposobem brać udział w miejscowem cierpieniu. Czasem się bowiem zdarza, że się w krążenie krwi dostają kawałki zakrzepu, które się wytworzyły w żyłach, że się takowe na jakim miejscu w tętnicy zatrzymują i tutaj sprawiają miejscowe zapalenie. Ponieważ zakrzepami zatkane żyły same przez się nie mają nic wspólnego z gnilnem zakażeniem i także bez zakażenia oderwany kawałek zakrzepu może się dostać w obieg krwi i utkwąć w tętnicy płucnej jako zatornik, przeto zator (*embolia*), sam przez się nie posiada nic wspólnego z cierpieniami wynikającymi z zakażenia, zator nie jest żadną chorobą zakaźną. W rzeczywistości jednakże przedstawia się rzecz inaczej. Jest to niezawodnie bardzo rzadkie zdarzenie, żeby się oderwała cząsteczka od zakrzepu zdrowego, który mocno przyczepiony do ściany naczynia tkwi w zatkanej gałęzi pobocznej i wystaje nieco do głównej żyły; jeśli jednakże do tego przychodzi i jeśli zatornik utyka w płucach, to wśród prawidłowych stosunków bywa zwykle otorbionym, zatkany zaś przez niego oddział naczyń dostaje się na drodze ubocznej napowrót w krążenie krwi. Inaczej ma się rzecz, jeśli się zapala tkanka łączna, leżąca naokoło zatkanej żyły. Pod wpływem w otoczeniu występującego zapalenia (Recklinghauseni-Bunoff stwierdzili, że komórki wędrujące przez ścianę naczyniową mogą się dostać do zakrzepu ¹⁾, rozpada się zakrzep i produkty jego rozpadu przechodzą łatwo w krążenie krwi. Jeśli zaś taka cząstka utkwie w płucu i po zostaje w niem stale, to wśród zmienionych stosunków chorego organizmu wytwarza się krwawy zawał (*infartus haemorrhagicus*), t. j. zastój krwi w naczyniach leżących w obwodzie zatkałego miejsca; a zatornik sam wywołuje zapalenie w owem otoczeniu, zupełnie podobne do tego, przez które podległ był rozpadowi, a więc albo ropne albo posoczne zapalenie. Faktycznie więc zakażenie jest bardzo ważnym dla wytworzenia się zatorowych ognisk, jednakże ostatnie są zawsze tylko powikłaniami posocznicy, a zator sam przez się nie przedstawia żadnej na zakażeniu podlegającej przypadkowej choroby przyrannej.

Zrazu mogłoby się zdawać, jakoby zatorowe ogniska szczególnie często musiały zahodzić u położnic, które przecież w miejscu łożyskowem mają zawsze zakrzepami wypełnione naczynia i u których, jak to wykazał Virchow, jest dostateczną przyczyną do za-

¹⁾ Zob. także Saviotti, Med. Centralblatt 1870. Nr. 10 i 11.

krzepicy ugniotowej (*thrombosis compressiva*) i rozstrzennéj (*dilatatoria*). Tymczasem rzecz się bynajmniej tak nie ma: zdaje się, jakoby choroby te zachodziły łatwiej u chirurgicznie zranionych, i jakoby téż u chorych położnic, wskazujących zatorowe ogniska, te ostatnie w największej części wypadków nie pochodziły z źródeł wyżéj opisanych, lecz z żył, które zakrzepicy podległy dopiero następczo w zapalnym ognisku.

Uwaga. Również Billroth zwraca na to uwagę, że następcze zakrzepy w zapalónéj tkance komórkowatej bywają daleko częściej przyczyną ropiastego stopnienia, aniżeli pierwotne zakrzepice przyranne. Te zakrzepice uważa Billroth za ugniotowe zakrzepice t. j. za takie, które się wytworzyły pod wpływem nacisku nacieczenia na żyły. Waldeyer jednakże dowiódł, że żyły w ogniskach zapalónéj tkanki komórkowatej zapalają się również, że podlegają zakrzepicy i że się potém zakrzep rozpada ropiasto pod wpływem zapalenia w otoczeniu. W tych więc wypadkach pierwotnym nie bywa zakrzep, lecz zapalenie żył, w następstwie czego wytwarza się zakrzep i jego rozpad.

Ważnem jest to pytanie, czy się ograniczone zapalenia w pojedynczych organach mogą wytworzyć jedynie przez zator sam, albo téż przez posocznice. Bezwarunkowo twierdzącą dajemy pod tym względem odpowiedź utrzymując, że ograniczone zrazikowe zapalenia mogą wystąpić także bez zatoru. Zgodził się na to także Virchow¹⁾, chociaż z pewném zastrzeżeniem, uważając tę okoliczność za dosyć prawdopodobną, Billroth zaś i Waldeyer wywodzą wszystkie odgraniczone zapalenia przerzutowe z zatorów, przyznając jednakże że się bardzo często nie da dowieść zatornika. Według naszych doświadczeń ograniczone zapalenia w pojedynczych organach zachodzą bez wątpienia także bez zatorów, tak że nawet posocznicy przypisujemy zdolność wywoływania zrazikowych zapaleń. Rozróżnienie tych od zatorowych ognisk może wszakże być trudnem. Jeśli zachodzi pod tym względem jaka wątpliwość, to ogniska w płucach przemawiają za zatorowym, a ogniska w innych organach za posocznym początkiem.

Uwaga. Już w płucach, w których bez wątpienia zachodzą bardzo często zatorowe zawały i ropnie, występują niekiedy zapalenia z cieniłym brudnozabarwionym wysiękiem, które albo jeden zraz zupełnie zajmują, a innych zrazów tylko pojedyncze oddziały, albo które występują w ogóle tylko zraziko-

1) W miejscu przytoczoném p. 705.

wo. Ale nawet w ostatnim wypadku wielkość ogniska, cienki wysięk i powolne przechodzenie w zdrowe utkanie świadczą przeciwko zatorowej naturze zapalenia płuc. Daleko rzadziej, aniżeli w płueu, natrafiamy niewątpliwe zatory w organach zaopatrzonych od lewego serca. Ponieważ zatory musiały przebyć krążenie krwi w płucach, przeto téż wyjaśnienie tychże jest naturalnie daleko trudniejszym, chociaż nie niepodobnym, ponieważ O. Weber dowiódł eksperymentami, że zachodzi takie przechodzenie przez krążenie krwi w płucach. Z drugiej strony natrafiamy w śledzionie, w wątrobie i w nerkach zrazikowe zapalenia, których przyczyną z pewnością nie są zatory. W śledzionie jako na początek tych zapaleń pokazują się szczególnie nieprawidłowości w rozdzieleniu krwi, których bez wątpienia nie można brać za objawy trupie, jak tego żąda Waldeyer. Widać w niej zupełnie niedokrwiście jasnoszaro wyglądające miejsca naprzemian z mocno przekrwionemi, tak iż tym sposobem śledziona nabiera szczególnego marmurowego wyglądu. Prócz tego znajdujemy w śledzionie także wielkości grochu polnego i większe szare zapalne nasiąki, które wystają ponad powierzchnią przekroju i które stanowczo świadczą przeciwko zatorowemu początkowi tą okolicznością, że w wielkiej ilości rozprzestrzeniają się jednostajnie po całej śledzionie. W wątrobie także znachodzą się nierzadko prócz częściowego zwyrodnienia tłuszczowego także ograniczone ogniska z zupełnie rozpadłemi komórkami wątrobowemi, które powoli przechodzą w prawidłowe utkanie, a w nerkach znajdujemy również niezliczone ogniska tłuszczowo zwyrodniałe tak wielkie, jak główka od szpilki, i inne częściowe zapalenia nie polegające na zatorze.

Bardzo różnorodnym jest tedy obraz, jaki widzimy na trupie pod wpływem zakażenia całego organizmu. Przy bardzo jadowitem szybko działającym otruciu — przy ostrój gnilicy — znajdujemy mięszsz najurażliwszych organów w okresie mętneho obrzmienia, a więc w początkach mięszszowego zapalenia. Przytém pojawiają się nierzadko liczne wybroczyny krwi, szczególnie podśródsierdziem (*endocardium*), i pod błoną śluzową pokarmowego przewodu wraz z nieżytym w tymże przewodzie (obie okoliczności tworzą regularne dane u zwierząt, które za pomocą sztuki zakażono gnilnie). Gdy jad działa mniej silnie, przewlekłej — a więc przy posocznicy — napotyamy mianowicie rozlane lub odgraniczone mięszszowe zapalenia w wielkich narządziach brzusznych i ropne zapalenia w surowicznych błonach, a przy tem także ostre zbrzęknienia lub ropienia w tkance łącznej, częściowe zapalenia w pojedynczych mięśniach i ropnie w chłoniczych gruczołach. Nadto spotykamy u osób zmarłych na gnilicę rzadko (przy zupełnie ostrym przebiegu nigdy), u zmarłych zaś na posocznicę bardzo często w płucach i niekiedy także w organach zaopatrzonych przez wielkie krążenie krwi, odgraniczone ognisko zatorowej natury.

Na tem miejscu wypada nam choć po krótcie wymienić najwazniejsze zmiany znachodzone w pojedynczych organach.

Z błon surowiczych prócz otrzewnej podlega zapaleniu najczęściej opłucna. O zapaleniu otrzewnej (*peritonitis*) i o możliwości jej wytworzenia się pod wpływem posocznicy mówiliśmy już na stronie 448. Zapalenie opłucnej (*pleuritis*) zachodzimy nadzwyczaj często; nie powstaje ono jednakże zawsze drogą posocznicy. Nie rzadko przyczyną jego bywa przebiecie się albo też tylko przejście zapalenia z jednego ogniska zatorowego w płucu, albo z każdego innego zapalenia. Może jednakże powstać także na drodze tkanek, jak tego dowodzi zapalne zbrzęknięcie między niemi leżących pokładów, i to tym sposobem iż zapalenie otrzewnej przechodzi przez przeponę. Raz jeudeu widzieliśmy, jak ono powstało przez przedziurawienie posocznego ropnia w śledzionie do jamy opłucnej. Z zapaleniem opłucnej po lewej stronie łączy się bardzo często zapalenie oserca (*pericarditis externa*). Zapalenie opłucnej może wystąpić jako zlepne z grubemi, niekiedy surowiczo galaretowato nacieczonymi zlepieniami, albo natrafiamy na niej włóknikowo ropne błony; albo też najczęściej swobodny surowiczy wysięk lub ropny niekiedy brudno zabarwiony posoczny.

Zapalenia błon mózgowych zachodzą się stósunkowo rzadko. Na wewnętrznej powierzchni błony twardej widać galaretowato ropne włóknikowe pokłady i błonę mózgową miękką (*pia mater*) w rozmaitym stopniu zmienioną, począwszy od pospolitego nastrzyknięcia i lekkiego surowiczego zmętnienia aż do ropnego zapalenia błon mózgowych (*meningitis*). Virchow w jednym wypadku znalazł także ropne zmętnienie w tylnym rogu lewej komórki bocznej.

Daleko częściej wydarzają się zapalenia stawów. Najczęściej podlega temu cierpieniu staw ramieniowy i kolanowy, ale siedliskiem ropnego zapalenia mogą być także staw rękowy, łokciowy, biodrowy, jako też wszystkie inne. W jednym wypadku znaleźliśmy ropę w otoczeniu stawu ramieniowego, który sam był nie naruszony. Ropa nagromadzona w stawie może także przedziurawiać i na szerokiej przestrzeni podminować w otoczeniu leżące części miękkie.

Zapalenia śródśierdza dają się dość często spostrześć na trupach osób zmarłych skutkiem posocznicy lub gnilicy. Śródśierdzie znajdujemy delikatnie nastrzyknięte i pod niem wybroczyny krwawe, które się rozciągają w pokład mięsny. Może także przyjść do brodawkowych bujań nabłonka, do owrzodzeń w zastawkach i tym sposobem w następstwie do zatorów. Odgraniczone za-

palenie śródsierdzia widzieliśmy powstałe tym sposobem, że posocznym zakrzep zaczął się być pod wewnętrznym cypłem zastawki czapęczkowej (*valvula mitralis*).

W p ł u c u zachodzą najczęściej zatorowe zawały i ropnie znanego wyglądu klinowatego, jak to już wyżej nadmieniliśmy. Ponieważ pod wpływem zakażenia zakrzepy rozpadają się pospolicie w bardzo drobne cząsteczki, tak dostają się w krążenie krwi i jako bardzo małe kawałeczki utykają w bardzo cienkich gałązkach tętnicy płucnej, przeto znajdujemy nierzadko wprawdzie bardzo wiele zatorowych ognisk, ale tylko wyjątkowo znaczniejszej objętości. Przy gnilnem zakażeniu dostają się tylko rzadko do płucnej tętnicy zakrzepy takiej wielkości, iż się zatrzymują już w jej większych gałęziach.

U w a g a. Raz jednakże na trupie położnicy, u której już ustąpiło było ogólne zapalenie otrzewnej, przy zakrzepicy w żyłach pachwinowych i udowych i w zyle wklęsłej aż do trzeciego kręgu lędźwiowego widzieliśmy, że w największej części znaczniejszych gałęzi tętnicy płucnej tkwiały wielkie zatorniki, które przecież nie zatykały zupełnie naczyń. Wolną była tylko gałąź, prowadząca do lewego górnego zrazu. W miejscu, w którym się dzieli tętnica, idąca do dolnego lewego zrazu, siedział wielki, zupełnie odbarwiony zatornik. To samo miało miejsce w gałęzi przeznaczonj dla prawego płuca. Zatorniki te nie wypełniały jednakże zupełnie tętnic. Zupełne zatkanie dało się wynaleźć tylko w kilku mniejszych naczyniach; ale także w częściach płuc, w których się rozgałęziały te naczynia, nie zachodziły wszędzie zawały, tak iż te ostatnie nie były bynajmniej w wielkiej liczbie i większa część płuca wskazywała tylko obrzęk w znacznym stopniu.

Prócz zatorów napotyamy w płucu dość często posoczne zapalenia płuc zrazowe i zrazikowe. Wysięk jest rzadko czysto krupowym (*crouposus*), po największej części nieco surowiczym i brudno zabarwionym, i rzadko kiedy zajmuje zupełnie jeden zraz i to tylko wyłącznie jeden. Częściej widzimy jeden zraz po większej części nacieczonym i przytem w drugim zrazie tego samego rodzaju zrazikowe nacieczenia. Bardzo często zachodzi skłonność do zgorzeli płucnej przy posocznych zatownikach, ale także przy brudno zabarwionem zapaleniu płuc może się również rozpaść tkanka płucna.

Ś l e d z i o n a jest bardzo często zwiększona, miazga (pulpa) jej miękka, podobna do czekolady, rzadko rozplywa się zupełnie; w innych wypadkach znachodzą się zrazikowe nasiąki posocznj natury. Zatorowe ogniska w śledzionie znachodzą się także dość często.

Wątroba rzadko tylko zupełnie jest niezmieniona. Prócz zatorów znajdujemy w niej wszystkie okresy od początkowego mętnego obrznięcia komórek wątrobowych aż do ich zupełnego rozpadu, do ostrego żółtego zaniku. Zmiany są rzadko kiedy rozprzestrzenione jednostajnie po całym organie. Po największej części widać w wysokim stopniu nacieczenie tłuszczowe, albo już zupełny rozpad komórek obok części mniej więcej zdrowych albo nawet zupełnie zdrowo jeszcze zachowanych. Tłuszczowe nacieczenie da się rozpoznać już na przekroju po jaśniejszych miejscach, które odbijają od brunatnego mięszu, ale zazwyczaj przechodzą rozlanie w tenże.

Także w nerkach zachodzą się zatorowe ogniska, jako też inne rozlane i odgraniczone zapalenia. Nabłonki kanalików moczowych znajdujemy nacieczone tłuszczem i rozpadłe, a w istocie korowej daje się dość stale dostrzedz mętne obrznięcie, niekiedy także ograniczone zwyrodnienia.

Buhl znalazł w jednym wypadku mięszowe zapalenie gruczołu żółtego (*pancreas*) z rozpadłymi komórkami gruczołowymi, podobnie jak w wątrobie.

Prócz tego zachodzą ropiejące i posoczne zapalenia w gruczołach przyusznym (*parotis*), w gruczołach piersiowym i przy wolu w gruczołach tarczowatym (*thyreoidea*), które tylko wyjątkowo formują się skutkiem zatorów i dają albo czystą ropę albo ciekłą posoczną wydzielinę.

Zapalenia oczu pochodzą bez wątpienia najczęściej z zatorów. Rozpoczynają się one wśród nabrzmiewania powieki przekrwieniem i krwotokami; rogówka i tęczęwka mętnieją, rogówka pęka i proces zakończy się przez zanik oka (*phthisis bulbi*).

Nierzadko podlegają ropieniu chłonicze gruczoły w późniejszym jeszcze okresie choroby, najczęściej gruczoły w pachwinach i w pachach.

Prócz tych ropniów zachodzą także ropne zapalenia w mięśniach, jako też w tkance łącznej, mianowicie dolnych kończyn. Niekiedy powstają takowe zapewne przez zatory, ale w każdym razie nie zawsze. Zazwyczaj wytwarzają one czystą ropę, nieraz jednakże podlegają wiązki mięśniowe (także przy sercu) molekularnemu rozpadowi i podobnie wytwarzają się w tkance łącznej ograniczone miękkie miejsca, które pękają i wydzielają z siebie ciekłą posokę wraz z martwinnymi strzępami. Ostre zbrzęknięcia tkanki łącznej mogą się jednakże także zagoić zupełnie.

W kanale jelitowym napotyamy często (także choć się nie zażywa kalomelu) nieżytowe zapalenie z krwotokiem i czasem także owrzodzające procesy w błonie śluzowej, które się wytwarzają z miejsc krwotoczno-nacieczonych. (Wrzód ostatniego rodzaju skutkiem krwotocznego zniszczenia błony podsurowiczéj znajdujemy także w pęcherzu moczowym). W rzadkich wypadkach trafia się rzeczywiste błonicowe zapalenie jelit.

W końcu nadmieniamy jeszcze zapalenia skóry występujące jako ograniczone przekrwienia skóry, albo jako krosty. Tak tedy przytoczyliśmy najważniejsze przerzutowe ogniska posocznéj i zatorowéj natury podczas okresu połogowego, ale téż wyliczyliśmy prawie wszystkie organy ciała. (Róża (*erysipelas*) powstaje zapewne zawsze przez bezpośrednie zakażenie, wychodzące albo z pierwotnie zakażonego miejsca w wejściu pochwowém albo przez przeniesienie z zakażonego miejsca; dwa razy widzieliśmy, że wychodziła z starcia skóry (*excoriatio*) lewéj dziury nosowéj).

Uwaga. Wyżej już nadmieniliśmy, że w czasach, w których panują epidemie gorączki połogowéj, nieraz umierają także noworodki skutkiem gnilnego zakażenia. To zakażenie rozpoczyna się pospolicie od rany pępkowéj (bez wątpienia przez ręczne przeniesienie jadu) i przebiega całkiem podobnie do gorączki połogowéj u matek. W takim razie albo się pojawia róża w powłokach brzusznych albo się z tkanki komórkowatéj, otaczającéj naczynia, przenosi zapalenie na podotrzewną tkankę łączną i wywołuje następczo śmiertelne zapalenie otrzewnéj. Przytém mogą zropieć albo sposoczeć naczynia same tudzież ich najbliższe otoczenie; w pępkowych tętnicach natrafia się na rozpadłe zakrzepy. Zatorowe ogniska w innych organach znachodzą się nader rzadko, bardzo zaś często przydarzają się posoczne zapalenia płuc.

III. Objawy i przebieg gorączki połogowéj.

Literatura: Veit, *M. f. G. t.* 26. p. 127.—König, *Archiv. d. Heilkunde* 1862. 3. Jahrg. p. 481.—Schroeder, *M. f. G. t.* 28. p. 108.—Baumfelder, *Beitr. z. d. Beobachtung über Körperwärme.* Leipzig 1867.—Gruenewaldt, *Petersb. med. Z.* 1868. zeszyt 9. p. 152.—Olshausen, *Volkmanns Samml. Klin. Vorträge.* Leipzig 1871. N. 28.

Kiedy następuje wybuch cierpienia, zależy to przeważnie od czasu zakażenia. Zachodzi ono zazwyczaj, jak to wspomnieliśmy na str. 480, w okresie występowania płodu albo występowania łożyska. Ponieważ jednakże naddarcia ust macicznych mogą się wyda-

rzyć już w wcześniejszym okresie porodowym i ponieważ także u ciężarnych, gdy usta maciczne są rozwarłe, wdrażający się palec przez oddzielenie błony doczesnej może otworzyć naczynie chłonnae (badający palec powraca dość często zbroczony nieco krwią), przeto może przyjść do zakażenia także już we wcześniejszych okresach, a nawet już u ciężarnych. Jeśli ciężarne podlegają zakażeniu, to regularnie przerywa się ciąża. Jeśli minęły już pierwsze dni po rozwiązaniu, to tylko wyjątkowo przychodzi do zakażenia, ponieważ wtenczas małe rozdarcia albo się już zabiłiły albo brodawkują; jeduakże jest ono naturalnie możebnem, ponieważ świeże blizny mogą się ponownie rozerwać i brodawki (*granulae*) mogą łatwo uleść zniszczeniu.

Jeśli zakażenie nastąpiło w ostatnim okresie porodowym, co się wydarza pospolicie, to pierwsze chwile połogowe przemijają zazwyczaj prawidłowo. Temperatura podczas porodu i krótko po rozwiązaniu zależy wyłącznie od zajęć podczas porodu samego; jeśli podczas porodu nie było żadnych znaczniejszych zaburzeń, to także u zakażonych jest ona prawidłową, t. j. wzrasta w pierwszych 12 godzinach, a w drugich 12 godzinach znowu opada (często poniżej 37°). Przytem także tętno może być niskiem, wynosić nieraz 60—70 uderzeń na minutę, jest jednakże niekiedy zaraz z początku bardzo częstem. Pierwsze znaki rozpoczynającego się cierpienia występują w 30—40 godzin po zakażeniu, zazwyczaj więc drugiego lub trzeciego dnia po porodzie, w wypadkach zaś, w których nastąpiło wcześniej zakażenie, choroba rozpoczyna się już w pierwszym dniu albo nawet w ciągu porodu, a wyjątkowo może także choroba wystąpić w późniejszym czasie, gdy do zakażenia przyszło późno.

Początek choroby uwydatnia się niekiedy, ale nie zawsze dreszczem wyraźnie wstrząsającym; częściej już temperatura wzrasta wśród uczucia zimna i lekkich dreszczyków, w innych zaś wypadkach gorączka rozpoczyna się bardzo wolno.

U w a g a. Dreszcz nie stanowi bynajmniej objawu rozstrzygającej wartości. Często nie masz go wcale w najgubniejszych wypadkach, nieraz znowu podlegają położnice tak łatwo dreszczom, że nawet bardzo mocny dreszcz wstrząsający u położnicy sam przez się nie wzbudza jeszcze żadnej większej obawy; widzimy przecież dość często, że zaraz po porodzie przy nieznaczném tylko podwyższeniu ciepłoty pojawia się dreszcz, którego przyczyną jest zapewne ta okoliczność, że w chwili, kiedy temperatura ciała wzrasta, przez

obrażenie ciała i ulotnianie się potu ¹⁾ oziębia się skóra zewnętrzna położnicy.

Ponieważ gorączka połogowa może ogarnąć prawie wszystkie organy ciała, przeto objawy jej są nadzwyczaj różne. Ograniczymy się na skreśleniu objawów właściwych gorączce połogowej.

O wrzodzenia połogowe po największej części przedstawiają tylko nieznaczne objawy; najpewniejszym jest jeszcze palenie przy odlewaniu moczu, które się zresztą, znachodzi także przy bardzo małych nie owrzodziałych rozdarciach. Zapalenie rozchodzi się pospolicie na tkankę łączną, otaczającą owrzodzenie, tak iż w wargach występuje mocne zbręknienie pod wpływem owrzodzenia. Ponieważ owrzodzenia prawie zawsze są silniejsze po jednej stronie aniżeli po drugiej, przeto bardzo często siedzi obrzmienie przeważnie w jednej wardze. Prócz palenia przy oddawaniu moczu, prócz niedogodności z powodu obrzmienia i często znacznych boleści za dotknięciem, nie wywołują te owrzodzenia same przez się żadnych dalszych zaburzeń. Z wystąpieniem ich łączy się prawie zawsze gorączka, ponieważ proces zapalny przechodzi na otaczającą tkankę; że jednakże one same nie przyczyniają się do tego podwyższenia temperatury, dowodzi ta okoliczność, że przy bardzo obszernych owrzodzeniach znajdujemy często bardzo wielką temperaturę. Owrzodzenia goją się bardzo wolno tym sposobem, że się oddziela pokrywająca je masa i na dnie pokazują się dobre brodawki. Niekiedy nawet w kilku tygodniach po ustaniu gorączkowej choroby wywołują one jeszcze często zaburzenia, mianowicie mocne boleści przy chodzeniu i krwotoki. Także stwardnienie warg sromowych utrzymuje się długo, przynajmniej w średnim stopniu.

Już w fizjologii położu zwróciliśmy uwagę na to, że po każdym świeżem rozwiązaniu znajdujemy u położnicy w błonie śluzowej pochwy i mianowicie macicy tego rodzaju zmiany, które wszędzie indziej zowiemy nieżytkowem zapaleniem. Z tego też powodu nie podobna nam skreślić objawów prostego nieżytkowego zapalenia w wnętrzu macicy (*endometritis*). Do takich zaliczają zwykle gorączkę, skąpe wydzielanie i cuchnącą woń odpływów połogowych (*lochia*). Z samej jednakże gorączki nie można naturalnie rozpoznać żadnego zapalenia wnętrza macicy, i gorączka sama, doszedłszy do

¹⁾ Zob. także Ueber der Frost der Neuentbundenen von Dr. Pfannkuch. Arch. f. Gynäkol. 1874. VI. 2.

znacznego stopnia, sprawia w następstwie ze swój znowu strony skape odpływanie wydzielin, a zatem także połogowego odpływu. Brzydka zaś woń wytwarza się skutkiem rozkładu pozostałych resztek błony doczesnej, rozkładu, który także u zupełnie prawidłowych położnic może wystąpić w wysokim stopniu.

Początki więc zapalenia w wnętrzu macicy nie dają żadnych pewnych objawów, silniejsze zaś i mianowicie posoczne zapalenia można w każdym razie wykryć. Ucierpienie tych odpływ jest brunatny, zwykle gęsty, niekiedy jednakże także zupełnie surowiczny i przytem mocno cuchnący posoką. Pozostałe inne objawy wywołane przez tego rodzaju zmianę wewnętrznąj powierzchni macicznej, nie dają się dokładnie wysledzić, ponieważ regularnie występuje przytem poprzednio gnilne lub posoczne zakażenie całego organizmu.

Bardzo ważnemi są objawy łączące się z ostrym zapalnym obrzękiem tkanki łącznej w miednicy. Ból towarzyszący zwykle temu obrzmieniu jest wyraźną wskazówką, że w zapaleniu bierze udział surowicza osłona, i o tyle nie można klinicznie odróżnić właściwie zapalenia obok macicznego od zapalenia otrzewnej wyścielającej macicę. Z tego względu uważamy za stósowne pod formą zapalenia obok macicznego rozważać te wszystkie wypadki, w których ból sam przez się albo przynajmniej stósunkowo do pozaotrzewnego wysięku jest nieznacznym, w których więc przeważają objawy zapalenia obokmacicznego. Jako zapalenie otrzewnej pokrywającej macicę (*perimetritis*) lub jako zapalenie otrzewnej wyścielającej miednicę (*pelveoperitonitis*) opiszemy potem te wypadki, w których się uwydatniają silniej objawy częściowego zapalenia otrzewnej.

Zapaleniu obokmacicznemu (*parametritis*) towarzyszy regularnie gorączka, której wysokość wszakże jest nader rozmaita. Rozpoczyna się ona często dreszczem, ale nie rzadko także bez niego, najczęściej w drugim dniu choroby, i dochodzi do najwyższego stopnia jeżeli nie zaraz w pierwszym dniu, to z pewnością przynajmniej w najbliższych dniach po zachorowaniu. Gorączka nie jest nigdy czystą, nieprzerwaną (*continua*), lecz zawsze wskazuje zwolnienia (*remissio*), i to po większej części bardzo znaczne; nawet zupełnych przerw (*intermissio*) można dostrzedz bardzo często. W wyjątkowych razach może temperatura pozostać niską; dwa razy przy wyraźnym wysięku nie mogliśmy w niej dostrzedz żadnego nieprawidłowego podwyższenia, mierząc regularnie przynajmniej rano i wieczorem. Pospolicie jednakże dosięga ona wysokiego stopnia i może dojść do najwyższego natężenia, w jakim w ogóle jeszcze utrzymać

się może życie. W ogóle zależy wysokość temperatury od wielkości wysięku, tak iż przy znacznych guzach znajdujemy także większą i dłużej trwającą gorączkę. Niekiedy spada zupełnie temperatura, a wkrótce znowu wzrasta z nowym i silniejszym wysiękiem. We wszystkich prawie wypadkach, w których się znaczna gorączka, bóleści w brzuchu i wysięk pojawiają dopiero w późniejszym czasie połogowym, poprzedziło już dawniej nieznaczne zapalenie obokmaciczne, które mając się już ku lepszemu nasila się po największej części pod wpływem jakiejś zewnętrznej szkodliwości.

Tętno odpowiada zwykle co do częstości temperaturze, chociaż się pojedyncze wypadki odznaczają tem, że przy średniej temperaturze tętno bywa bardzo wysokiem. Charakter tego rodzaju wypadków jest zawsze bardzo podejrzanym, ponieważ się z nim łączą bardzo łatwo posoczne i gnilne cierpienia. Z rozpoczęciem się gorączki występują także subiektywne objawy, a więc prócz zachodzącego często dreszczu początkowego i niekiedy także powtarzającego się, występuje gorąco, pragnienie i bóleści głowy.

Uwaga. W 116 wypadkach zapalenia obokmacicznego, któreśmy obserwowali, a w których objawy ze strony otrzewnej nie przeważały zupełnie, znajdujemy 39 takich, w których rozpoznanie stawiono tylko z odgraniczonych, po jednej lub obu stronach macicy występujących bóleści samodzielnych i z wrażliwości powstającej za naciskiem; w 34 zaś razach można było wysłedzić wyraźne, chociaż nie dające się dokładnie odgraniczyć obrzmienie, a w 43 wypadkach można było dowieść odgraniczone guzy. Gorączka rozpoczęła się 24 razy zaraz po porodzie, 46 razy w drugim dniu, 23 razy w trzecim, ośm razy w czwartym, sześć razy w piątym dniu i dziewięć razy dopiero w następnym dniach. Najwyższą była temperatura 17 razy w pierwszym dniu choroby, 21 razy w drugim, 18 razy w trzecim, 13 razy w czwartym i piątym, a 34 razy między szóstym a 28 dniem. Gorączka w większej części wypadków była nadzwyczaj wysoka; 11 razy dochodziła do 39,0 incl.; 18 razy do 39,5; 11 razy do 40,0; 22 razy do 40,5; 31 razy do 41,0; 17 razy do 41,5; trzy razy do 42,0 incl.; dwa razy dosięgła 42,2 raz jeden 42,5. We wszystkich wypadkach nawet w ostatnich nastąpiło uzdrowienie, przez co naturalnie nie można dowodzić, że cierpienie to nie pociąga za sobą niebezpieczeństwa, ponieważ tutaj są wliczone tylko te wypadki, które przebiegały bez powikłań, a we wszystkich śmiertliwie się kończących wypadkach przyłączyło się zapalenie otrzewnej albo posoczne i gnilne objawy. Po największej części trwała gorączka dosyć długo. Jeśli ona była nieprzerwaną (bez względu na jednorazowe zwolnienia), to w 64 wypadkach trwała przecięciowo 8,7 dni (najkróćiej jeden dzień, najdłużej 40 dni); jeśli się zaś pojawiały przerwy wolne od gorączki, to w 52 wypadkach trwała w przecięciu 15,8 dni (najkróćiej pięć dni, najdłużej 61 dni).

Z pozostałych objawów subiektywnych jest najważniejszym boleść. Przyczyną jej nie jest wprawdzie samo zapalenie obokmaciczne, lecz zawsze równoczesne podrażnienie otrzewnej. Ponieważ zaś ostatnia leży tuż nad zapaloną tkanką łączną, przeto rzadko tylko niedostaje bólów samodzielnych, zawsze zaś istnieje wrażliwość na nacisk. Siedliskiem téjże są zawsze boczne krawędzie macicy albo tylko po jednej albo téż po obu stronach i w początku choroby jest wrażliwość ta bardzo zmienna, tak iż raz jest silniejszą po lewej, drugi raz po prawej stronie.

W dalszym przebiegu pojawiają się potem zazwyczaj w pojedynczych miejscach znaczniesze obrzmienia, bardzo łatwo pomiędzy listkami więzów szerokich. Ostatnie posiadają tem większe znaczenie, iż przy połączonem badaniu są dla badających palcy łatwo dostępne, tak iż z nasięku w téj okolicy można najłatwiej rozpoznać zajęcie tkanki łącznej w miednicy. Rezultat zaś tego badania może być różnym. Albo znajdujemy obok macicy tylko zwiększoną oporność, obrzmienie, tak iż nie wyczuwając określonego, odgraniczyć się dającego guza, nie możemy palcy obok macicy zbliżyć do siebie tak wyraźnie, jak zwyczajnie, lecz doznajemy uczucia, że po bokach macicy spoczywa pomiędzy palcami jeszcze jakiś gruby pokład. Nasiąk kończy się naturalnie w górnym brzegu więzu szerokiego, tak iż go można wyczuć wyraźnie, jeśli zgrubienie sięga aż tego miejsca. Niekiedy jednakże siedliskiem tego rozlanego wysięku jest okolica wewnętrznego ujścia, skąd się on rozszerza ku tyłowi, tak iż zupełnie wolnemi są boki obok dna macicznego.

Najłatwiej da się wysięk wymacać wtedy, kiedy albo pierwotnie był odgraniczonym, albo kiedy w dalszym przebiegu ustąpiło ogólne surowicze nasiąknięcie i pozostał tylko gruby wysięk pomiędzy liściami szerokiego więzu. Natenczas wyczuwamy gruby guz obok macicy, który niekiedy szeroką swą podstawą czepia się bocznych krawędzi macicy, tak iż odróżnić wysięk od samej macicy można tylko przez tę nieprawidłową postać, a w późniejszym czasie także przez znacznieszą jego twardość. Daleko częściej jednakże możemy wyśledzić wyraźną bruzdę pomiędzy macicą a guzem. Guzy tego rodzaju znajdujemy nieraz po obu stronach, chociaż pospolicie po jednej stronie guz bywa większym; często jednakże jest zupełnie wolną jedna strona, albo tylko siedliskiem rozlanego nasięku, na przeciwnej zaś stronie daje się wymacać odgraniczony guz. Zresztą siedzą te guzy zwykle tak wysoko, że badającemu przez samą pochwę nie podobna ich wyśledzić. Niekiedy jednakże spuszcza się

tak dalece ku dołowi, że obok macicy wystają do pochwy jako twarde, gruby, półkulisty guz. Przytem wśród okoliczności mogą być bardzo znaczne i dochodzić aż do wielkości główki dzieięćej, chociaż zwykle są mniejszemi od kurzego jaja. Postać ich jest często nieregularną fałdzistą, do czego wśród okoliczności może się przyczynić to, że jajnik leży tuż przy guzie albo w guzie samym. Rzadko dochodzi wysięk do takiej wielkości, iż wypełnia całe wejście miednicze i otacza macicę zupełnie, tak iż jój ciała nie można osobno wymacać. W bardzo rzadkich razach siedzą guzy w przedniej lub w tylnej ścianie macicy.

U w a g a. W 38 wypadkach, w których się dało wysledzić tylko rozlane obrzmienie, siedziało takowe 15 razy po lewej, 11 razy po prawej stronie, 12 razy po obu stronach; z 54 wyraźnych guzów siedziało 21 po lewej, 11 po prawej stronie, 21 po obu bokach, a jeden tylko siedział prosto w tyle. Siedliskiem więc guzów były 33 razy obie strony, 36 razy lewa, tylko 22 razy prawa strona, tak iż według tego zapalenie zajmuje stanowczo częściej lewą stronę. Na tylnej i przedniej powierzchni macicznej zachodzą bardzo rzadko guzy skutkiem zapalenia obokmacicznego, tak iż wielki guz w przestworze Douglasa siedzi z bardzo wielkim prawdopodobieństwem śródotrzewnie. Jednakże, jakeśmy to dostrzegli dwa razy na trupie, może otrzewna ku szyjce zostać podniesioną przez mocny wysięk tylnej powierzchni macicznej. Na przedniej stronie macicy nie widzieliśmy nigdy, żeby wystawały wyraźne guzy, chociaż w niektórych wypadkach znaczna tkliwość jako też twarde i nieregularny stan tego miejsca mogły pochodzić od cieżkiego pokładu wysięku. W jednym razie mogliśmy dostrzedz wielki zewnątrzotrzewny guz w tém miejscu, w którém otrzewna przechodzi z pęcherza moczowego na przednią ścianę brzuszłą. Widzieliśmy wprawdzie tę kobietę dopiero we dwa miesiące po rozwiązaniu, ale aż do tego czasu musiała być pozostać w łóżku i skarżyła się na gwałtowne boleści w brzuchu. Macica mało co zwiększona była pochyloną nieco ku tyłowi, nie była wrażliwą i dawała się łatwo poruszać. Przed nią tuż za powłokami brzuszniemi leżał guz wielkości dłoni, twarde, gruby i bardzo bolesny, który można było wyczuć także z pochwy i który był oddzielony od macicy, tak iż pomiędzy macicą a guzem można było zbliżyć do siebie palce. Cewnik wprowadzony do pęcherza moczowego leżał poza guzem. Że naturę jego rozpoznano należyście i że chodziło o zewnątrzotrzewny wysięk leżący przeciwieź w bardzo niezwyčajnym miejscu, tego dowodzi skuteczność zastosowanego leczenia. Skutkiem ciągłego spokojnego leżenia w łóżku i używania *kalium jodatatum* ustąpiły boleści, a guz zmniejszał się tak szybko, że po kilku tygodniach nie było już żadnego po nim śladu.

Częściej nieco przechodzi nasiąknienie z boków macicy na doły biodrowe. W tych wypadkach przy połączonym badaniu nie znajdujemy albo żadnego obrzmienia obok macicy, albo tylko cienie rozlane obrzmienie; przy wyłącznym obmacywaniu zewnątrzotrzewnym można jednakże wyraźny guz wysledzić w dole biodrowym. Takie guzy skut

kiem nacisku na nerwy dolnej kończyny wywołują zwykle wyraziste objawy. Kiedy bowiem przy właściwych guzach, wynikłych skutkiem zapalenia obokmacicznego, znajdziemy tylko rzadko porażenie lub nerwobóle, to występują takowe daleko częściej, skoro guz leży więcej na zewnątrz. Zapalenie może zresztą także sam nerw ogarnąć ¹⁾.

Co się tyczy dalszego losu tych guzów, to pospolicie gęściej a coraz więcej i po upływie kilku tygodni albo także miesięcy podlegają zupełnie wessaniu nie pozostawiając po sobie żadnych śladów. Skoro ustępuje zapalny okres i wrażliwość guza, to ściąga się takowy, i zmniejsza się, grubieje i twardnieje i obwód jego daje się wyraźnie określić. Przy stósowném leczeniu i odpowiedniém zachowaniu się chorąg zmniejsza się potem szybko. Wessanie wysięku następuje wśród wyraźnie uwydatnionej gorączki trawiącej, jeśli ono przy większych guzach odbywa się prędko. Podczas kiedy pacjentki czują się zdrowymi i zaczynają dostawać dobrego apetytu, temperatura, która rano była prawidłowa, a nawet niżej prawidłowego stopnia, przechodzi bez dreszczu wieczorem do znacznej wysokości, często aż do 40 stopni i wyżej. Pouczający przykład tego rodzaju mieliśmy sposobność przytoczyć dawniej ²⁾. Guz zmniejsza się znacznie przy tég gorączce, tak iż w końcu pozostaje tylko nieznaczna twardość. Przytém jest macica przeciągnięta ku tég stronie i tutaj utwierdzona. Ale to także następstwo cierpienia wyrównywa się zupełnie w późniejszym czasie, tak iż potem macica odzyskuje prawidłowe swe położenie i nie pozostaje najmniejszy ślad nacieczenia.

W innych wypadkach, mianowicie gdy nieustannie wpływają zewnętrzne szkodliwości, wysięk nie podlega wessaniu, lecz ściąga się tylko cokolwiek, twardnieje jak deska i pozostaje w takim stanie.

W stósunkowo rzadkich wypadkach wysięk miękceje i przychodzi do ropienia. (W praktyce naszej widzieliśmy to w 92 wypadkach jeden raz tylko). Guz staje się potem znowu coraz miękciejszym i zaczyna dolegać równie jak i jego otoczenie. Przytém pojawia się także trawiąca gorączka, ale nie z rannemi przerwami, lecz tylko z zwolnieniami. Pacjentki czują się choremi i chudną. Pęknięć zaś może guz ku rozmaitym okolicom; najczęściej na zewnątrz pod

¹⁾ Zob. Leyden, w miejscu przytoczonym Nr. 44.

²⁾ M. f. G. t. 27. p. 14.

wieżem Pouparta, do odbytnicy, pochwy, pęcherza moczowego, rzadko do jamy brzusznej lub do macicy. Prócz tego może ropień przez dziurę kulszową (*for. ischiadicum*) dostać się pod mięśnie pośladkowe i tutaj pęknąć albo okazać się obok macicy. Ropnie w dole biodrowym opuszczają się łatwo ku więzowi Pouparta i tutaj się otwierają.

W znaczniejszych formach zapalenia obokmacicznego biorą często w cierpieniu udział żyły i naczynia chłonicze, które przebiegają w ognisku zapalnym. Że przy lżejszych wypadkach zapalenia prawie zawsze niedostaje zakrzepicy żylnéj, można wnioskować z klinicznego przebiegu. Daleko zaś mniej pewną jest rzeczą, czy przytém nie biorą udziału także naczynia chłonicze. W każdym razie zakrzepica naczyń chłoniczych nie posiada takiego znaczenia, jakie jéj dawniej przypisywano dość ogólnie.

W rzadkich wypadkach zapalenie tkanki łącznej przechodzi z ogniska zapalnego mniej na tkankę komórkowatą miednicy jak na tkankę łączną uda. Przytém może się zapalenie rozszerzać albo na podskórną tkankę łączną, albo tkankę łączną otaczającą wielkie naczynia i nerwy. Prowadzi ono do zapalenia dolnej kończyny, które u położnic zowie się białém bolesnym zapaleniem (*phlegmasia alba dolens*) uda.

Rzadko kiedy jest przebieg choroby takim, że najpierw występuje zakrzepica żyły udowej i do tego przyłącza się później zapalenie żył i zapalenie uda. Zazwyczaj zapalenie uda jest pierwotnym i może za sobą pociągać zakrzepicę żyły, jako téż naczyń chłoniczych, może jednakże przebiegać także bez nich. To téż we wielu wypadkach tu należących nie dostaje czasem zakrzepicy. Jeśli zakażenie było bardzo złośliwym, to w żyłe wytwarza się zwykle zakrzepica, równocześnie jednakże występuje posocznica i skutkiem rozpadu zakrzepu także zator.

Białe bolesne zapalenie dolnej kończyny rozpoczyna się często w drugim dopiero tygodniu po rozwiązaniu, gdy poprzednio jako znamiona zapalenia tkanki komórkowatej miednicy istniały bóleści w podbrzuszu, jako téż często kulawienie i ból w nodze (skutkiem ciśnienia wysięku na nerwy). Obrzmienie rozpoczyna się zwykle najpierw od uda, chociaż niekiedy zachodzi także obrzęk naokoło kostek. Wkrótce wzrasta to obrzmienie, objętość całej kończyny zwiększa się znacznie, chorym trudno ją poruszać i skarżą się na uczucie zdrtwienia lub kłujące bóleści. Przytém stopień spoistości nie jest miękkim i ciastowatym, jak przy zwyczajnym zbręknieniu, lecz twarzym jak deska. Skutkiem napięcia nabiera skóra białego lub silnego

wyglądu i może się unosić w postaci pęcherzy. Nieraz obrzmienie zapalne tkanki łącznej przechodzi także na sąsiednią błonę brzuszna i wśród okoliczności także na drugie udo.

Dopóki jeszcze trwa ostre zapalenie, jest dość silna, mniej lub więcej znacznie zwalniająca gorączka; jeśli się zapalenie ograniczy i jeśli, jak to zachodzi w większej części wypadków (według Winkla w 70 wypadkach 48 razy), przyjdzie do powolnego w każdym razie wessania, to w takim razie opada gorączka. W innych wypadkach opóźnia się jeszcze więcej wyzdrowienie dla częściowego wytworzenia się ropniów, które mogą spowodować długotrwałe ropienie. Śmierć następuje tylko w wyjątkowych razach skutkiem samego obrzmienia uda, i to dla tego, iż przystępuje zgorzel skóry i pod nią leżących części miękkich; daleko częściej przyczyniają się do zejścia śmiertelnego przyłączające się procesy posoczne albo pośrednie następstwa zapalenia kończyny (zatory).

Nadmieniliśmy już, że boleści, nie zachodzące tylko w wyjątkowych razach przy zapaleniu obokmaciczném, pochodzą w każdym razie od przejścia procesu zapalnego także na otrzewną. Regularnie więc z zapaleniem obokmaciczném łączy się nieznaczny stopień zapalenia otrzewnej, która powleka macicę (*parametritis*), albo raczej która wyściela miednicę (*pelveoperitonitis*).

W niektórych jednakże wypadkach przeważa znacznie zapalenie otrzewnej wyścielającej miednicę (*pelveoperitonitis*). Nagle występuje silna bolesność podbrzusza, albo jako pierwsze zjawisko zakażenia, albo kiedy już poprzednio trwały niejaki czas objawy zapalenia obokmacicznego. Boleści te są tak znaczne, że nawet cierpliwe zresztą kobiety głośno wydają jęki i narzekają; za naciskiem jest nadzwyczaj bolesną cała dolna część brzucha, bardzo pospolicie jedna krawędź macicy. Przytém temperatura wzrasta, dość szybko z dreszczem lub bez dreszczu i może osiągnąć wysokiego stopnia dochodząc do 40° i 41° stopni; rzadko występuje wzdęcie (*meteorismus*). Te częściowe zapalenia otrzewnej, występujące tak nagle i wśród tak gwałtownych objawów, są bardzo przystępnymi dla odpowiedniego leczenia. Po zastosowaniu miejscowych upuszczeń krwi, zimna i środków odprowadzających kończą się one zazwyczaj dość szybkim wyzdrowieniem.

W innych wypadkach bóle występują tylko nieznacznie, albo ustawszy na czas niejaki powracają na nowo szybko; odgraniczone zapalenie przechodzi w ogólne.

Daleko jednakże częściej pojawia się ogólne zapalenie otrzewnej, wśród objawów mniej ostrych i gwałtownych i wytwarza się albo powoli z zapalenia obokmacicznego, albo powstaje wolno skutkiem posocznego zakażenia tak samo, jak zapalenie opłucnej i zapalenie stawów.

W wypadkach tego rodzaju choroba zwykła się rozpoczynać drugiego dnia po rozwiązaniu od dreszczu wstrząsającego, albo przynajmniej od krótkich dreszczyków; czasem jednakże może dreszczu niedostawać zupełnie podczas całego przebiegu cierpienia, w innych znowu razach powtarza się on po kilka razy. Z dreszczem łączą się zwykle objawy zapalenia obokmacicznego, zmieniająca się tkliwość po bokach macicy i zwalniająca gorączka.

Zwolna wzrasta bolesność brzucha i zajmuje większą przestrzeń; występuje mocniejsze wzdęcie i wrażliwość zwiększa się i dochodzi do téj wysokości, że wreszcie chora nie może znieść nawet nacisku koldry, i chore nie przestają głośno narzekać. Skutkiem wzdęcia przepona bywa wypierana ku górze i tym sposobem wytwarza się znaczna duszność, często zwiększona jeszcze przez przyłączające się zapalenie opłucnej. Chora nie może już znieść obmacywania brzucha; przy ostrożném opukiwaniu można często wysledzić swobodny wysięk, który przy zmienianiu położenia bocznego pacjentki niekiedy zwolna tylko zmienia swe siedlisko; przepona jest mocno uniesiona ku górze i sięga niekiedy do czwartego lub trzeciego żebra; stłumienie wątroby przedstawia się tylko jako wązka linia. Przytém trwają ciągle mdłości lub wymioty zielonych mas, do czego przystępuje często rozwolnienie. Nieraz jednakże, i to nie w pomyślnych właśnie wypadkach, doznaje stolec uporczywego zaparcia.

Gorączka po większej części ciągła albo słabo zwalnająca utrzymuje się na średniej wysokości, tak iż nie przechodzi często 40°, tętno zaś prawie zawsze zachowuje się charakterystycznie. Jeśli ono było jeszcze pełném i niezbyt częstém na początku zapalenia otrzewnej macicznej, natenczas, gdy się zapalenie stało ogólnem, wzrasta szybko do 120, 140, 160 i wyżej i przytém staje się małym. Z zbliżeniem się śmierci opada często temperatura, tętno zaś uderza jeszcze częściej, co jest bardzo złym znakiem ze względu na rokowanie. Przy znaczniejszém wzdęciu brzucha bywa oddech prawie zawsze bardzo pospiesznym, przytém trudnym, powierzchownym. Twarz nabiera bardzo trwożliwego wyrazu, na czole występuje zimny pot, kończyny są zimne jak lód, i chore często w kilku godzinach opadają całkiem z sił.

Od tego zwyczajnego przebiegu ogólnego zapalenia otrzewnej zachodzą ważne zboczenia, tak iż wszystkie pojedyncze objawy albo nie występują wcale, albo przynajmniej mogą się uwydatniać w bardzo małym stopniu. Najstałym z objawów jest jeszcze ból, a mimo tego zdarzają się wypadki, w których tkliwość przynajmniej nie jest znaczna. Przyczyną tój małej wrażliwości jest niekiedy zajęta czujnia (*sensorium*), chociaż czasem można słyszeć, że chore nawet w śpiączce (*sopor*) jęczą z bólów. Nieraz jednakże zachodzą także zapalenia otrzewnej, których ogólne rozszerzenie się stwierdzono przy oględzinach pośmiertnych, a w których chore nie leżące w śpiączce skarżyły się tylko chwilami na samodzielne bóleści i w których bolesność dała się stwierdzić tylko za pomocą naciskania na boczne ściany macicy. O podobnych wypadkach ogólnego zapalenia otrzewnej, w których żadnej nie było wrażliwości albo była tylko nieznaczna, podaje obszerniejsze wiadomości *Sinclair and Johnston* ¹⁾ i *Olshausen* ²⁾. Częstszymi są te wypadki, w których wprawdzie istnieją samodzielne bóleści w brzuchu, zawsze jednakże nie dosięgają tego stopnia, jakiego się spodziewamy przy ogólném zapaleniu otrzewnej. Nawet gdy nastąpi obfity wysięk, bóleści poprzednie bardzo mocne wolnieją nierzadko, tak iż zmniejszenie wrażliwości przy złym stanie ogólnym zdrowia, przy nieustępującem wzdęciu brzucha i przy częstém małym tętnie, nie dają bynajmniej żadnego powodu do lepszego rokowania

Także wzdęcia brzucha niepodobna prawie niedostrzedz, jest jednakże tak słabo uwydatnioném w niektórych razach, że nie można go zużytkować dla rozpoznania, zwłaszcza, że prawidłowe położenie wskazują zazwyczaj nieznaczne wzdęcie brzucha. Ważniejszém dla oceny stanu otrzewnej staje się ono wtedy, kiedy przez powłoki brzuszne można rozpoznać obrysy pojedynczych guzami wypełnionych pętlic jelitowych. Raz widzieliśmy, że wzdęcie brzucha wystąpiło u chorej dopiero krótko przed śmiercią, choć u nię ustępowało już zapalenie otrzewnej z włóknikowym wysiękiem.

Również wymioty nie tworzą żadnego zupełnie stałego objawu, chociaż się pojawiają regularnie, niekiedy wszakże w późnym dopiero czasie; nawet w mdłości mogą niedostawać zupełnie.

Przez opukiwanie możemy wysledzić tylko bardzo znaczne ilości płynnego wysięku, ponieważ w jamie małej miednicy i po bokach

1) *Pract. midwifery*, London 1858, p. 56 i 57.

2) W miejscu przytoczoném p. 248.

kregosłupa może znaleźć miejsce bardzo wiele wysięku. Włóknikowe błony, ktorými znajdujemy pokryte tak często wszystkie organy jamy brzusznej, usuwają się również wysłedzeniu za pomocą opukiwania.

Chociaż stan gorączki i mianowicie tętna bardzo ważnym jest dla rozpoznania ogólnego zapalenia otrzewnej, to jednakże pod tym względem zachodzą także wielkie różnice. Temperatura, dochodząca niekiedy do 41° a nawet do 42° stopni, jest w innych wypadkach nadzwyczaj małą, tak iż tylko sporadycznie wzrasta ponad 39°, i że zachodzą bardzo znaczne zwolnienia, a nawet zupełne przerwy. Przy zupełnie ostrym przebiegu i bardzo obfitym wysięku płynnym może według Gr ü n e w a l d t a ¹⁾ niedostawać nawet całkiem gorączki. Najstalszym jeszcze jest zachowanie się tętna, które zawsze jest małym prawie zawsze częstszym, aniżeli by się tego można spodziewać stosownie do wysokości temperatury. Ale i ta okoliczność nie jest wolną od wyjątków i znane są wypadki, w których tętno mniej więcej odpowiada zawsze temperaturze, albo ku końcowi dopiero wzrasta nadzwyczajnym sposobem.

Cierpienie to kończy się po największej części śmiercią. Następuje ono często już w pierwszym tygodniu i może się rozwinąć już po 36 godzinach. Przytomność może pozostać nietkniętą zupełnie, aż do ostatnich chwil życia; ku końcowi mogą się nawet chore czuć dość zdrowymi, tak iż znajdujemy je prawie bez tętna, ale cieszące się polepszeniem swego stanu. W innych znowu razach cierpią mocno, szczególnie z powodu duszności i pod koniec życia popadają w straszliwą bojaźń. Na szczęście zaciemnia się częściej czujnia (*sensorium*); chore zaczynają bredzić, albo zapadają w śpiączkę i umierają tak dla upadku sił albo bardzo często dla przyłączenia się obrzęku płucnego.

Rzadziej ustępują znowu objawy ostrego zapalenia otrzewnej i procesy w jamie brzusznej zaczynają powoli znikać. Z rozlanych wysięków wytwarzają się w takich razach otorbione guzy, które się jednakże odróżniają istotnie od guzów leżących zewnątrz otrzewnej. Przy obmacywaniu wyczuwamy wielkie, odgraniczone i pospolicie po bokach miednicy leżące guzy, które zwykle sięgają aż do okolicy pępkowej. Warczące szmery można zwykle słyszeć po dłuższym obmacywaniu, w rzadkich wypadkach da się wyczuć trzeszczenie jak przy

1) W miejscu przytoczonym p. 171.

rozedmie. Przy wewnętrzném badaniu przekonujemy się, że dno maciczne jest przylepione mniej więcej w tém miejscu, które zajmowało w początku zapalenia; a ponieważ się tymczasem zmniejszyła macica, przeto szyjka stoi bardzo wysoko i nie masz żadnej części pochwowój, lecz usta maciczne przedstawiają tylko otwór w górnym końcu mocno wyciągniętej pochwy. Ku odróżnieniu od zewnątrz otrzewnianego wysięku znajdujemy przestwór Douglasa zwykle wypełniony przez mocny twardy guz, boczne zaś guzy dają się z pochwy zazwyczaj trudno dosięgnąć albo też są zupełnie niedostępne. W innych jednakże wypadkach bywa przestwór Douglasa mało co dotknięty cierpieniem, nawet przy bardzo mocnym zapaleniu otrzewnej.

W niejednych tego rodzaju wypadkach chore nie uchodzą również śmiertelnemu w końcu zejściu, bo śmierć następuje przez inne posoczne lub zatorowe zapalenia albo przez nowe nasilenia w zapaleniu otrzewnej, przez zropienie wysięków i przedziurawienia się tychże do jelita. Czasem kończy się choroba wyzdrowieniem, ale i w takich razach pozostają liczne śródtrzewniane zrośnięcia, które mogą spowodować napady podobne do kolek, zmiany w położeniu macicy i przez to tak samo, jak przez otorbienie jajników, załamania i zamknięcia jajowodów sprawić niepłodność. Pod wpływem zapalenia tylko otrzewnej, wyścielającej miednicę, zmienia się położenie macicy zazwyczaj tak, że dno jej bywa przeciaganem ku bokom, ku przodowi lub tyłowi, po ogólnem zaś zapaleniu otrzewnej może się macica przykleić wysoko górą, tak iż po ustąpieniu procesu zapalnego pozostaje uniesienie w górę (*elevatio*) i znaczne wyciągnięcie pochwy na podłuż.

Już ogólne zapalenie otrzewnej nie występuje tak łatwo bez posocznego współdziałania innych organów. Ponieważ drogą posoczną mogą podlegać zapaleniu prawie wszystkie organy ciała, przeto szereg wynikłych stąd objawów musi naturalnie być bardzo rozmaitym. Ponieważ zaś, jak to wykazaliśmy już wyżej, posocznica i gnilica nie różnią się od siebie specyficznie i zazwyczaj jedna przechodzi w drugą, przeto objawy ich chorobowe nie dają się rozdzielić dokładnie; jednakże są one bardzo różne w ostatecznych z całego szeregu zjawiskach, występujących przy wolno przebiegającej posocznicy i ostro do śmierci prowadzącej gnilicy.

Gorączka przy posocznicy ma najwięcej podobieństwa z gorączką przy zapaleniach obokmacicznych, a nadzwyczaj mocna gorączka i bardzo spieszne tętno u tychże są już w każdym razie posocznój natury, chociaż nie można stawić rozpoznania na posocznicy

we większej części wypadków, które się kończą wyzdrowieniem i nie da się dowieść cierpienia w odleglejszych organach. Pospolicie rozpoczyna się gorączka wstrząsającym dreszczem albo przynajmniej uczuciem zimna, a dreszcze te po większej części powtarzają się kilkakrotnie. Charakter gorączki jest zupełnie nieregularny. Temperatura opada i wzrasta często w kilku godzinach o kilka stopni. W górnych wypadkach stan chorych jest bardzo złym; niekiedy narzekają głośno nie skarżąc się na żaden szczegółowy organ, i myślą tylko o śmierci. Nie rzadko następuje żółtaczką, jako też mocne krwotoki z części płciowych. Do tego przyłączają się potem objawy ze strony pojedynczych organów chorych: kaszel, bóleści w piersiach, rzadko krwawe plwociny wskazują zajęcie płuc i opłucnej; cierpienia nerek objawiają się białkiem, ropą i krwią w moczu. Prócz tego mogą się pojawić bóleści i obrzmienia stawów, zapalenia tkanki komórkowatej, ropnie w mięśniach i często jeszcze bardzo późno w gruźlicach chłonniczych. Wśród powolnego ustępowania objawów choroby kończy się wyzdrowieniem, albo wśród wzrastającej coraz więcej częstości tętna następuje śmierć niekiedy przy bardzo niskiej temperaturze, często w śpiączce.

Również przebiegające szybko gnilice (*septicaemia*) mogą się rozpocząć od zimna. Temperatura jednakże po większej części nie dosięga wysokiego stopnia (dochodzi mniej więcej do 40°) i utrzymuje się na średniej wysokości ciągle albo przynajmniej wolniej tylko nieznacznie, tętno zaś i oddech bywają bardzo przyspieszone. Śmierć może nastąpić bardzo szybko, w 2—3 dniach wśród cuchnących wypróżnień, wzrastającej częstości tętna i oddychania, przy spadającej temperaturze i durzycowym stanie. W wielu innych wypadkach przechodzi obraz ten niepostrzeżenie w posocznicę. Proces, z początku nazwany stanowczo gnilicą, staje się, jeśli przebieg nie jest bardzo ostrym, posocznicą, skoro się wykazało zajęcie pewnego organu, jak n. p. płuca lub stawu.

Takim jest ogólny obraz i przebieg gorszych wypadków gorączki połogowej. Obraz ten naturalnie zmienia się rozmaicie w miarę tego, który z pojedynczych organów podległ cierpieniu.

Za daleko doprowadziłoby nas, gdybyśmy chcieli obszernie przechodzić objawy wszystkich zapaleń, które sprowadza gorączka połogowa. Z tego powodu nie będziemy tu opisywać zjawisk, wywołanych przez pojedyncze posoczne lub zatorowe ogniska, tylko przy rozpoznaniu i rokowaniu zwrócić nam wypadnie uwagę na niektóre zjawiska tych właściwości.

IV. Rozpoznanie gorączki połogowej.

Pod względem rokowniczym i szczególnie zapobiegawczym jest nader ważnem rozstrzygnięcie tego pytania, czy cierpienie położnicy jest gorączką połogową, t. j. czy polega na zakażeniu czy też nie. Odpowiedź nie jest naturalnie trudną, gdy posocznica i gnilica uwydatniają się wyraźnie, trudniejsza zaś może już być przy ogólnom zapaleniu otrzewnej; rzadko się jednakże pomylimy w rozpoznaniu tegoż, jeśli za gnilne będziemy uważać wszystkie wypadki, w których wypadki podczas porodu nie wyjaśniają nastania zapalenia otrzewnej.

O zapaleniu obokmaciecznem wypowiedzieliśmy już dawniej nasze zdania. Jesteśmy tego przekonania, że te w tkance łącznej postępowo się rozszerzające zapalenia polegają zawsze na zakażeniu i z tego powodu uważamy zapalenie obokmacieczne za właściwe criterium nastąpiętego zakażenia.

Odpyły cuchnących rozpadłych wytoków połogowych nie możemy bynajmniej przyjmować za dowód, że nastąpiło zakażenie. Bardzo bowiem często w kilka dni po porodzie znajdujemy mocno cuchnący odpyły połogowy w znacznej ilości, a mimo tego u położnicy nie masz ani śladu cierpienia. Rozpad zapewne następuje głównie wtedy, gdy większe kawałki błony doczesnej, oderwane częściowo od gruntu macierzystego, pozostały w jamie macicznej. Znaczne zaś nagromadzają się wydzieliny szczególnie wtenczas, gdy usta maciczne są zamknięte przez mocne przegięcie macicy ku przodowi. Do samozakażenia się nie przychodzi w tych razach, ponieważ niedostaje obrażenia w zewnętrznej pokrywie. Oddzielająca się błona śluzowa macicy nie wysysa, a drobne pęknięcia w błonie śluzowej, które się wytworzyły podczas porodu, albo zagoiły się już, albo są ubezpieczone przez brodawkowanie. Jednakże zdrowe położnice z rozpadłemi odpyływami połogowemi wywierają nie mały wpływ przy rozwijaniu się epidemii. Jak bowiem później jeszcze może nastąpić samo zakażenie się, jeżeli się ponownie obrazi ich błonę śluzową, tak też inne położnice z świeżemi ranami mogą uleść zarażeniu przez ich rozpadłe odpyły połogowe.

Trudno jest czasem odróżnić, czy ostre zapalenie w odległych organach należy uważać za posoczne, czy też nie. Ropne zapalenia

stawów są niezawodnie w każdym razie natury posocznój i tylko wyjątkowo mogłoby w początku cierpienia trudnym być odróżnić je od ostrego gościa stawowego. Trudniejszym bez porównania jest pytanie, jakiej natury są zapalenia płuc i opłucnej występujące podczas położu. Bardzo ważnym pod tym względem jest wysledzenie zapalenia obok macicznego. Jeśli zapalenie takie istnieje, to rzadko kiedy się omylimy uważając cierpienie organów oddechowych za posoczne. Potwierdza się zaś natura zapalenia płuc szczególnie przez to, jeśli się pojawia beztornie (*atypisch*), jeśli więc nie ogarnęło całego zraza, jeśli nie masz charakterystycznych plwocin, i jeśli gorączka znacznie zwalnia.

Mniejszego znaczenia pod względem rokowania i leczenia, ale ważniejszym dla sumiennego lekarza jest rozstrzygnięcie pytania, czy w danym razie zaszło samozakażenie się, czy też zakażenie z zewnątrz. Z góry oświadczamy, że nie wierzymy w przeważającą częstość samozakażenia się, jak to utrzymuje wielu lekarzy.

Jest rzeczą zupełnie pewną, że w czasach, w których po zakładach położniczych panują epidemiczne choroby, położnice zwykle znoszą dobrze nawet bardzo mocne obrażenia, jako też pozostałe resztki błon jajecznych i łożyska. Kiedy zaś nie ma epidemii, rzadko widać wyraźny wypadek posocznicy lub gnilicy, któryby się łatwo uważać dał za następstwo samozakażenia się, ostre zaś zapalenia otrzewnej skutkiem znacznych uraz zachodzą dość często, ale naturalnie nie mogą być zaliczone do gorączki położowej.

Że samozakażenie się nie jest bynajmniej częstym, dowodzi także ta okoliczność, że napotykamy rzadko odosobnione wypadki gorączki położowej mianowicie w praktyce prywatnej, jako też ten znany fakt, że w położniczych zakładach, w których się stosunkowo mało materiału używa do nauki, wiele upływa czasu zanim się pokażą formy gorączki położowej; przy pilnym zaś użytkowaniu materiału i częstym badaniu pogarsza się zaraz stan zdrowia. Wszakże jest to rzeczą zupełnie naturalną, że lekarz woli przyjąć samozakażenie się, aniżeli zakażenie przez swe ręce.

Również ważnym jest nadto pytanie, czy po zakażeniu proces pozostał jeszcze miejscowym, czy też ogarnął już cały organizm.

Że się proces rozszerzył tylko drogą tkanek można wnosić tak długo, dopóki miejscowemu cierpieniu odpowiadają ogólne objawy, a mianowicie temperatura, tętno, oddech, czynności mózgowe, i dopóki nie można dowieść zapaleń w organach, odleglejszych od miejsca zakażenia. Jeśli jednakże objawy mózgowe występują przy mało-

znaczném zapaleniu miejscowém, np. przy mało bolesném zapaleniu obokmaciczném z nieznacznym wysiękiem, jeśli przytém gorączka jest wysoka, szczególnie jeśli temperatura i tętno nie odpowiadają sobie, tak iż np. przy temperaturze 39,5 tętno wynosi 160 uderzeń na minutę, to gorączka posiada już posoczny charakter.

Przy rozpoznaniu pojedynczych cierpień miejscowych chodzi naturalnie przedewszystkiém o dokładne badanie, podjęte według prawideł gynecologii, wewnętrznój medycyny i chirurgii. Na miejscu tém ograniczamy się tylko na wyliczeniu niektórych ważniejszych momentów.

Zapalenie obokmaciczne nie można w łatwych wypadkach rozpoznać bez dokładnego badania zewnętrznego połączonego z wewnętrzném, ponieważ tym tylko sposobem da się wysledzić małe nacieczenie znajdujące się obok macicy.

Częściowe i ogólne zapalenia otrzewnej zasługują zazwyczaj w wysokim stopniu na uwagę z przyczyny gwałtownych boleści, jakie sprawia zapalona otrzewna. Można je łatwo rozpoznać tak tym sposobem, jako téż po znacznej wrażliwości na nacisk, po wzdęciu brzucha i przy ogólném zapaleniu otrzewnej także po wymiotach i wysledzeniu przy opukiwaniu swobodnego wysięku. Jednakże wszystkie te zjawiska, jak to widzieliśmy na str. 507, mogą się mało uwydatniać także przy zupełnie rozlaném zapaleniu otrzewnej i w takich razach może rozpoznanie nadzwyczajne przedstawiać trudności. Śmiało nawet możemy twierdzić, że wiele wypadków, które dla mało wybitnych objawów nazwano zapaleniami otrzewnej wyścielającej miednicę i które się zakończyły wyzdrowieniem, były ogólnemi zapaleniami otrzewnej. Twierdzenie to opieramy na kilku przez nas dostrzeżonych wypadkach, w których śmierć nastąpiła mimo nieznacznych objawów, i przy oględzinach pośmiertnych wykazało się, że była zapaloną cała otrzewna, a szczególnie na jednym wypadku, w którym oględziny pośmiertne, dokonane na osobie zmarłej w rok po położu na gruźlicę, wykazały resztki zupełnie rozlanego zlepnego zapalenia otrzewnej, chociaż cierpienie położowe przedstawiało było tylko obraz zupełnie średniego, ale organizm silnie osłabiającego zapalenia otrzewnej, która powleka macicę. Przy rozpoznaniu tych ogólnych zapaleń otrzewnej, przebiegających z tak mało wybitnemi objawami, kładziemy największą wartość na zachowanie się tętna i ogólnego stanu, który regularnie robi niepomyślne wrażenie. Na różnicę wysięków śródtrzewnych od zewnątrzotrzewnych zwróciliśmy uwagę już na str. 508.

Zapalenie opłucnej objawia się bólem i daje się rozpoznać przez swe fizyczne znamiona (szczególnie przez szmer tarcia i wysłedzenie wysięku). Trudniejszymi do rozpoznania są zrazowe zapalenia płuc, ponieważ po największej części nie dostaje charakterystycznych płwocin, i słumienia często nie można wcale dowieść, albo da się ono wysłedzić w bardzo małym stopniu. Jednakże zapaloną okolicę płuc można często rozpoznać po małowębenkowym rżeniu, mniejsze zaś ogniska powstałe przez zatory bywają zwykle nieprzystępne dla rozpoznania.

Z rozpoznaniem zapalenia błon mózgowych trzeba być bardzo ostrożnym. Gdy objawy mózgowe u położnic są bardzo częste, to zapalenia błon mózgowych znachodzą się tak rzadko, że trzeba dowieść porażenia, jeśli się je rozpoznać chce na pewnej podstawie.

Łatwiej rozpoznać zapalenia stawów. Zwracają one na się uwagę przez utrudnione ich poruszanie i często bardzo gwałtowne boleści w zajętych chorobą stawach. Gdy jednakże chore leżą bez przytomności, to boleści te mogą być bardzo nieznaczne, albo nawet nie występować wcale. Czasami zachodzą zresztą także silniejsze bóle w pojedynczych stawach, a mimo tego nie można przy oględzinach pośmiertnych wynaleźć żadnych zmian anatomicznych. Przy obrznięciach stawów może niedostawać ropy; jeśli jednakże obrznięciu podległa torebka stawowa, to przyczyną guza jest bez wątpienia zawsze ropa.

Zapalenia śródserdza dowieść z pewnością u żyjących jest rzeczą bardzo trudną, ponieważ zaburzenia w czynności sercowej zachodzą także w wielu wypadkach, w których oględziny pośmiertne nie wykazują żadnych zmian anatomicznych.

Obrznięcia śledziony można w małej objętości dowieść prawie u wszystkich znacznie chorych; nie da się zaś oznaczyć na pewno, czy przyczyną tego obrznięcia jest przekrwienie, czy zawały, czy ropnie. Nie możemy tu pominąć, że posoczny ropień śledziony znaleźliśmy w jednym wypadku, w którym istniała bardzo mocna i przerywana gorączka z dreszczami wstrząsającymi, które się nadzwyczaj często powtarzały. Przy zapaleniu otrzewnej niepodobna wysłedzić obrznięcia śledziony.

Także cierpienia wątroby są pospolicie nieprzystępne dla rozpoznania. Żółtaczkę znachodzimy często, nawet wtedy kiedy się przy oględzinach pośmiertnych wątroba okazuje prawidłową albo tylko w pierwszym okresie mięszowego zapalenia. Na dolegania w okolicy wątroby skarżą się chore rzadko.

Dla rozpoznania chorób nerkowych bardzo ważnym jest badanie moczu. Jeśli u osób, które poprzednio zawsze były zdrowe, znajdujemy w moczu krew, białko i włóknikowe wałeczki, to nerka podległa także procesowi zapalnemu. Jednakże nie należy o tym zapomnieć, że ropa i krew mogą także pochodzić z pęcherza moczowego. Rozumie się samo przez się, że u położnic nie wolno używać do badania moczu samodzielnie odlanego, lecz tylko moczu upuszczonego za pomocą cewnika.

V. Rokowanie gorączki połogowej.

W ogóle należy z bardzo wielką ostrożnością stawiać rokowanie w połogowych cierpieniach wszelkiego rodzaju, polegających na zakażeniu. Nawet najłatwiejsze formy zapalenia obokmacicznego mogą przejść w ciężkie cierpienia posoczne.

Jeśli zakażenie ograniczy się na proste zapalenie obokmaciczne, to rokowanie jest w każdym razie pomyślne, ponieważ w bardzo wielkiej liczbie wypadków przy stosownem leczeniu podlega guz wessaniu i nie pozostają żadne szkodliwości. Wytworzenie się ropniów jest rzadszem i daleko niepomyślniejszem z tego powodu, że z dłużeniem ropieniem łączy się znaczny ubytek sił i po zagojeniu się zapalnego ogniska pozostają często zmiany w położeniu macicy i jajników.

Przy znacznych zapaleniach otrzewnej należy rokowanie zawsze stawiać bardzo oględnie, można jednakże po największej części zapobiedz dalszemu szerzeniu się zapalenia otrzewnej, ograniczającego się tylko na część miedniczną. Wszystkie śródtrzewne zapalenia posiadają praktyczną ważność z tego powodu, że się kończą wytworzeniem się wrzekomych błon i tym sposobem mogą spowodować ścieśnienia i zarośnięcia w jajowodach i zmianę w położeniu organów małej miednicy.

Zapalenie otrzewnej, rozciągające się na całą otrzewną, daje niepomyślne rokowanie; wyjątkowo bowiem tylko przychodzi chora do zdrowia a nawet w wypadkach, w których ustępują ostre objawy i rozpoczyna się otorbienie nagromadzonej ropy, umiera niejedna chora skutkiem wyczerpięcia sił, skutkiem przedziurawienia ropnia albo skutkiem nowego nasilenia w zapaleniu otrzewnej. Sami widzieliśmy, że z 16 chorych bez wątpienia na ogólne zapalenie otrzewnej, utrzymało się przy życiu tylko cztery, zmarło zaś 12, a między temi znajdowały się cztery osoby, u których ustępował już

proces zapalny w brzusznej jamie. Nadmieniliśmy jednakże już na str. 515, że według naszego przekonania niektóre wypadki ogólnego zapalenia otrzewnej, które się zakończają wyzdrowieniem, bywają rozpoznawane tylko jako częściowe zapalenia otrzewuėj, powlekającej jamę miedniczą.

Posoczne i gnilne objawy pogorszą niesłychanie rokowanie. W tych wszystkich wypadkach trzeba rachować na śmierć, chociaż takowa na szczęście nie następuje dość często. Dopóki nie można dowieść żadnych miejscowych procesów, jest rokowanie tylko wtenczas nader niepomyślném, kiedy ogólne objawy występują w bardzo wysokim stopniu. Zapalenia organów oddechowych pociągają za sobą znaczne niebezpieczeństwa, chociaż także mogą się zakończyć zupełném uleczeniem. Skutkiem ropnego zapalenia stawów następuje bardzo często śmierć, po większej części pod wpływem innych jeszcze znacznych cierpień, ale nieraz także w następstwie z ropienia. Prócz tego może także nastąpić niezupełne uleczenie ze zwyczajnemi zejściami ropnego zapalenia stawu.

Największa część pozostałych chorób przedstawia znaczne trudności tak pod względem rokowania, jak rozpoznania. Zaszłych zatorów można się, choć niezupełnie pewno, wtenczać domyślać, gdy podczas wstrząsającego dreszczu temperatura wzrasta bardzo wysoko i zaraz potem opada znowu znacznie. W takich razach rokowanie jest zawsze wątpliwém; jednakże widzieliśmy wypadek, w którym następowały kilkorazowe gwałtowne dreszcze wstrząsające z bardzo znaczném podwyższeniem temperatury (która raz dochodziła do 42,5 w jamie pachowej i następnie opadła aż do 37,5 stopni), a mimo tego nie można było wysledzić żadnej innėj choroby, jak tylko zapalenie obokmaciczne z bardzo znaczném wytworzeniem się wysięku. Wśród wolnych, sztuką wywołanych wypróżnień, ustała po 13 dniach mocno przerywana gorączka i po trzech tygodniach opuściła chora zakład, z wysiękiem naturalnie nie wessanym jeszcze zupełnie.

VI. Leczenie gorączki połogowej.

Literatura: Martin *M. f. G. t.* 25, p. 82.—Dohrn. *M. f. G. t.* 25, p. 382.—Breslau, *Archiv der Heilkunde* 1863. IV, p. 97 i 481 i *Deutsche Klinik* 1865. N. 5.—Ferber, *Smidts Jahrb. t.* 139, z. 10. p. 327.

Leczenie gorączki połogowej musi przedewszystkiem być zapobiegawczem. Ponieważ zakażenie następuje przez pierwiastki gnilne, przeto trzeba temu zapobiegać, ażeby rozpadłe pierwiastki organiczne nie były wsysane przez rodzące lub położnicze.

Zastanówmy się najprzód nad przepisami, jakie należy zastosować przeciwko samo zakażeniu się.

Wyżej już wypowiedzieliśmy nasze zdanie, że samozakażenie się zachodzi daleko rzadziej, aniżeli zakażenie z zewnątrz. Według naszego zdania zmiażdżone części miękkie zazwyczaj zostają otopione przez zapalenie i stają się nieszkodliwymi dla całego organizmu; nadto zdaniem naszym pozostałe resztki jaja nabierają pospolicie dopiero wtenczas zakażających własności, kiedy już nie chłonią wcale te miejsca, które mogą podlegać zakażeniu. Stósownie do tego uważamy przedewszystkiem za odpowiednielą samozakażenia się te wszystkie wypadki, w których się wytworzyły gnilne pierwiastki przed ukończeniem się porodu i takowe odchodzą przez pochwę, a więc szczególnie te wypadki, w których zmarłe dziecko rozkłada się pod wpływem zewnętrznego powietrza, albo w których nowotwory u matki rozpadają się posocznie już podczas porodu. Ciśnienie, rozmiądzające części miękkie, działa pospolicie tylko wtenczas zakażająco, kiedy się poród odbywa dopiero po rozwinięciu się zgorzeli w miękkich częściach, tak iż zgorzelowe wydzieliny opłukują świeże obrażenia błony śluzowej.

Niebezpieczeństwo zakażenia wynika więc nie tyle z trudnego porodu, połączonego z naczynym naciskiem na części miękkie, ile z trudnego i długo trwającego porodu. Jest tedy obowiązkiem lekarza postarać się o skrócenie porodu. Jakim to sposobem osiągnąć, nie podobna na tém miejscu rozierać szczegółowo; nadmienimy tylko, że bardzo ważną jest rzeczą zawsze poród ukończyć pierwej, zanim się ukazuje ropiasty odpływ. W tych wszystkich wypadkach, jako téż wtenczas, kiedy po przedziurawieniu lub rozkawalenieniu płodu części trupa dziecięcego stykają się z kanałem rodnym, trzeba bezpośrednio po wydaleniu jaja wypłókać części płciowe bardzo starannemi wstrzykiwaniami, najlepiej z rozrzedzonego kwasu karbolowego, aby tym sposobem odwietrzyć małe szczeliny w powłoce błony śluzowej.

Nadto może się lekarz przychylić do samozakażenia się w położu tym sposobem, jeśli w czasie, w którym się rozpadają odpływy połogowe, sprawia sam miejsce dla zakażenia. Okoliczność ta może wtenczas nastąpić, jeśli lekarz świeżą jeszcze błonę śluzową wnętrza ma-

cicy albo ziarnkujące rany wejścia pochwowego tak niweczy przez nacisk wprowadzonego palca, że przychodzi do krwotoku. Przez takie świeże obrażenia zewnętrznej pokrywy utkania pierwiastki gnilne (odpływ połogowy) mogą podlegać wessaniu i tym sposobem sprawić zakażenie.

Co do środków, jakimi się powstrzymuje zakażenie z zewnątrz, to pisząc dla lekarzy praktycznych, pomijamy tutaj przepisy, potrzebne dla zakładów położniczych, a zastanowimy się głównie nad pytaniem, w jaki sposób może lekarz w swój praktyce uniknąć górażczy połogowej.

Chodzi tu wyłącznie o usunięcie wszystkich rozpadłych pierwiastków organicznych od położnic. Tego rodzaju pierwiastki dostają się do części płciowych u osób co dopiero rozwiązanych głównie trojakim sposobem 1) przez podkładki, gąbki i t. p. 2) przez rękę albo narzędzia lekarza i 3) przez rękę albo narzędzia akuszerki.

Co się tyczy pierwszego punktu, to zwykle zachodzi on najczęściej w prywatnej praktyce. Należy się o to starać, aby przedmioty stykające się z położnicą były zawsze jak najczystsze. Mianowicie jest to potrzebnym podczas porodu i w pierwszych dniach po rozwiązaniu. Skoro ten czas minął, to położnica zazwyczaj nie posiada już żadnych miejsc, któreby mogły podlegać zakażeniu. Z tego też powodu widzimy dość często, że zupełnie zdrowe położnice leżą na podkładkach cuchnących w najwyższym stopniu i nasiąkłych rozpadłą krwią oraz odpływami połogowymi. Że mimo tego trzeba jak najspieszniej usunąć owe podkładki, jest rzeczą naturalną.

Po drugie ręce lekarza i jego narzędzia winny być jak najczystsze, ażeby ręka, która nie ma nigdy szkodzić, lecz zawsze pomagać, nie spowodowała ciężkich chorób lub nawet śmierci. Zasada ta jest wprawdzie bardzo prosta i naturalna, ale trudnym jest jej dokładne przeprowadzenie.

Rozumie się samo przez się, że lekarz przystępuje do badania położnicy z rękoma zawsze czysto umytemi; ale ostrożność ta bynajmniej nie wystarcza. Lekarz powinien się do tego przyzwyczajać, ażeby sobie, zanim rozpocznie śledzić rodzącą lub położnicę, za każdym razem uprzytomnił wszystko, co w ostatnim czasie miał pod rękoma. Na zwyczajnem umyciu rąk w wodzie i mydle powinien tylko wtenczas poprzestać, jeśli wie z pewnością, że się w tym czasie nie dotykał rozpadłych pierwiastków organicznych. Niepodobna naturalnie wyliczać tutaj wszystkie modyfikacye, pod którymi za-

chodzą zanieczyszczenia gnilnemi pierwiastkami; ograniczymy się na wspomnieniu tylko niektórych najczęściej napotykaných. Za zakażone gnilnemi pierwiastkami powinien lekarz uważać swe ręce w tych razach, jeśli miał w nich jakiegokolwiek części trupa, jeśli leczył osoby chore na zapalną różą lub jaką formę ropnicy, jeśli się dotykał posoczných albo w ogóle ropiejących ran, jeśli chwycił rozpadające się nowotwory, jeśli u roniących kobiet wydobywał nie zupełnie świeże jaje albo rozpadłe resztki jaja, jeśli badał położnice, których odpływ połogowy jest cuchnącym albo które cierpią na gorączkę połogową. Jeśli tym lub owym sposobem ręce podległy zakażeniu, to przed śledzeniem powinien je lekarz jak najstaranniej wyczyścić, do czego jednakże nie wystarcza zwyczajne mycie wodą i mydłem, choćbyśmy nawet powtórzyli to kilka razy. Należy raczej tak długo i tak często myć, dopóki się nie nabierze pewności, że z myciem odpadły także najwięcej powierzchownie leżące warstwy naskórka, albo też dokłada się do wody odwietrzające pierwiastki. Jako takie zaleca się wodę chlorkową, nadmanganian potażu, zgęszczone kwasy, jako też szczególnie kwas karbolowy.

Z taką samą ostrożnością trzeba czyścić narzędzia, najlepiej w gorącej wodzie i kwasie karbolowym. Jeśli się przez dłuższy czas miało do czynienia z gnilnemi pierwiastkami, to konieczną jest rzeczą zmienić bieliznę i surdut, ponieważ, jeśli się n. p. badało zwykłym sposobem położnicę cierpiącą na gorączkę połogową, nie można nigdy być pewnym, że w rękawach surduta, wprowadzonych pod koldrę, nie pozostały zakażające pierwiastki. Jeśli się lekarz będzie trzymał ściśle tych przepisów, to bez wątpienia będzie mógł uniknąć zwyczaju angielskich lekarzy, którzy zaniechują na niejaki czas zupełnie położniczej praktyki, gdy krótko przedtem leczyli osoby na gorączkę połogową.

Trzecim czynnikiem, który może pośredniczyć w zakażeniu, jest akuszerka. Wymaga ona tem dokładniejszego czuwania, ponieważ nie zna niebezpieczeństwa przenoszenia jadu rękoma, albo, chociaż się jęj uwagę na to zwraca, nie poznaś jest w stanie zupełnie charakter niebezpieczeństwa. Z tego powodu jest rzeczą bardzo pożądaną, aby nie były dopuszczane do porodów te akuszerki, które pielęgnują chore położnice. Ponieważ rzecz ta dałaby się tylko trudno przeprowadzić, a może wcale tego nie można się spodziewać, przeto zasługuje na wszelkie uznanie projekt, jaki robi Boër¹⁾.

1) M. f. G. t. 32. p. 415.

Zaleca on, ażeby od chwili, w której zachorowała położnica, nie pozwolić już akuszerce chodzić do téj chorój i aby udzielanie potrzebnej pomocy w takich razach poruczyć jakimkolwiek innym osobom.

Że tylko tym sposobem można skutecznie uniknąć przenoszenia cierpienia, jest także naszym niezachwianem przekonaniem. Projekt ten napotkałby z początku trudności tak z strony publiczności, jak z strony akuszerki. Jednakże opór ten powinienby wkrótce ustać, ponieważ niezbyt dalekim jest zapewne czas, w którym się także szersza publiczność w ulubionej popularno-medycznej formie dowie o niebezpieczeństwie, jakie jój grozi z strony nieostróżnych lekarzy i akuszerki.

Ścisłe i dokładne wykonywanie tych środków ochronnych jest wielkiego znaczenia, ponieważ ono tylko zdoła powstrzymać dalsze szerzenie się i ponieważ, skoro cierpienie już wybuchło u położnicy, dalszego jój przebiegu nie można już z pewnością utrzymać w granicach, chociaż leczenie bynajmniej nie jest tak bezwładnem, jak to niektórzy mniemają.

Nie mamy specyficznych środków, za pomocą których moglibyśmy po zaszłem zakażeniu zniweczyć w utkaniach i we krwi zgubny wpływ gnilnych pierwiastków. W tym celu zalecał nie dawno temu Polli ¹⁾ sole kwasu podsiarkawego. Bernatzik i G. Braun ²⁾ używali tychże u chorych i nie zalecają ich zastosowywania, jednakże według naszego zdania sąd ich o tym środku wypadł zbyt niepomyślnie, stósując to do rezultatów próby. Siarczan potażu i siarczan sodu (4,0 gramy na dzień jeden), jako téż kwas siarkawy (2,0 gramy na jeden funt wody słodkiej, zażyć w jednym dniu) wywoływały gwałtowne rozwolnienie i działały nadzwyczaj skutecznie, chociaż zawsze odstawiano je znowu szybko z przyczyny licznych wypróżnień. Hüter i Tommasi ³⁾ według doświadczeń, robionych na królikach, zalecają do prób karbolan sodu, jako téż nadmaganian potażu. Tylor Smith ⁴⁾ widział że w jednym bardzo groźnym wypadku nastąpiło wyzdrowienie po wstrzyknięciu do żył *liq. ammon.* z wodą (1:3).

1) Zob. Cantani, Archiv d. Heilk. 1863. p. 273.

2) Wiener med. Woch. 1869. Nr. 94—100 i 1872. Nr. 3—5.

3) Zob. Hüter, Handb. d. allg. u. spec. Chir. von Pitha u. Billroth. t. I. oddział II. zes. 1. p. 54.

4) Obst. Tr. XI. p. 247.

Już w zeszłym stuleciu zastosowywano w gorączce połogowej środki odprowadzające, które także usilnie polecają znowu w nowszych czasach de Latour, Seyfert i Breslau. Środki te mają z góry coś za sobą. Jeśli się można spodziewać, że się wessane pierwiastki gnilne da znowu wydalić z ciała, to bez wątpienia może to nastąpić najłatwiej przez kanał jelitowy, i uczynione spostrzeżenie, że gnilnie zatrute psy przychodzą do zdrowia po obfitych cuchnących wypróżnieniach, powinno zalecać sztuczne wywoływanie rozwolnienia. Jakoż w rzeczy samej widzieliśmy sami znakomite skutki po środkach odprowadzających i zalecamy je jak najusilniej także w lekkich wypadkach. Po zadaniu tych środków można pospolicie dostrzedzniżenia się gorączki, a zapalenie otrzewnej, jeśli takowe istnieje, dolega daleko mniej i także ogólne objawy stają się mniej niepokojącemi.

Szkody nie widzieliśmy nigdy po obfitych wypróżnieniach; nawet przy bardzo znaczném rozwolnieniu siły choréj nie opadają więcéj, jakby się i bez tego spodziewać można. Przez to nie zamierzamy bynajmniej zalecać używania bez wszelkiej różnicy środków od prowadzających u każdéj położnicy choréj. Zdaje się, jakoby się niektóre epidemie odznaczały bardzo licznemi wypróżnieniami, i przyznajemy bardzo chętnie, że takowe mogą dojść do tak ogromnéj ilości, iż chcieć takowe jeszcze powiększyć byłoby więcéj jak śmiałością ¹⁾. W lżejszych wypadkach podajemy olejek rycynowy, który nie drażni wcale jelit, w cięższych zaś przetwoty senesowe, które jednakże wywołują łatwo boleśli w brzuchu, lub kalomel.

Jako ostateczny już środek do zastąpienia zatrutéj krwi przez zdrową możnaby zalecić przelanie krwi, któregó Hüter ²⁾ dokonał przynajmniej z przemijającym skutkiem.

Na szczególną uwagę lekarza zasługuje gorączka, mianowicie kiedy się pojawia w postaci gorączki ciągłéj (*continua*). Jeśli wysoka temperatura trwa przez czas dłuższy, to sama przez się przynosi organizmowi niebezpieczeństwo niszcząc jego siły. Do zmniejszenia tego niebezpieczeństwa posiadamy nieoszacowany środek w metodycznym zastosowywaniu zimnéj wody.

Zastosowanie zimnéj wody nie da się oznaczyć jedynie według wysokości temperatury. Do 40°, nawet 41° i wyżéj dochodzi prze-

¹⁾ Zob. Hecker, Klin. d. Geb. 'II. p. 214 i Holst, Beiträge I. p. 170.

²⁾ W miejscu przytoczoném uwaga.

mijająco temperatura tak często i zazwyczaj opada znowu sama przez się tak szybko, iż nie uważalibyśmy jeszcze za konieczne wskazanie do użycia zimnej wody takiego jednorazowego podniesienia się temperatury do wysokości powyżej 41°. Inaczej ma się rzecz, gdy przy takiej wysokości gorączka jest ciągłą albo tylko zwalnia nieznacznie, gdy występują objawy mózgowie albo gdy koniecznie trzeba oszczędzać siły chorój.

Najstosowniej używamy wody w postaci zimnej kąpeli albo pozwoli ostudzonej kąpeli. Jednakże bardzo skutecznymi są także obwijania w zmaczane zimną wodą prześcieradła, które się zaleca szczególnie wtedy, kiedy zastosowanie całkowitych kąpeli niemożliwem jest dla zewnętrznych trudności. W tym celu najlepiej ustawić obok siebie dwa łóżka i przenosić chorą z jednego na drugie. W każdym z nich znajduje się prześcieradło zmaczane zimną wodą, w które się obwija chorą, ale po kilku minutach przekłada na drugie łóżko w świeże prześcieradło. Takie obwijania można wykonać 12—24 razy, a nawet częściej.

Ponieważ tego rodzaju leczenie sprawia wielkie trudności i wiele zmudy, przeto w lżejszych wypadkach może wystarczyć, jeśli zimno zastosujemy tylko na jedną stronę tułowia. W tym celu składa się kilka wielkich ręczników razem tak, iż posiadają mniej więcej wielkość tułowia, macza się je w zimnej wodzie i przykładają na całą przednią powierzchnią tułowia chorój, odmieniając szybko takie okłady.

Po największej części bywa nader pomyślnym rezultat tego rodzaju leczenia. Wszakże różnemi są chwilowo zebrane rezultaty. Kiedy przy użyciu wody temperatura doszła do najwyższego stopnia, albo zaczynała już spadać, to z pewnością możemy osiągnąć często znaczne niżenia temperatury aż do stanu prawidłowego, a nawet i niżej. Jeśli jednakże wzrastała szybko, to pospolicie osiągnięty rezultat przemija spiesznie. Podnoszenie się temperatury, na krótki czas przerwane, wkrótce potem wśród wstrząsającego dreszczu zaczyna się powiększać na nowo. Ale i w tych wypadkach widać najoczywistej błogi wpływ zimna na temperaturę ciała, szczególnie gdy się zastosowanie zimnej wody powtarza po kilka razy. W następnych dniach gorączka nie dochodzi do tak wysokiego stopnia i zaczyna więcej zwalniać albo się przerywać. Również tętno staje się regularnie wolniejszem już po jednorazowem tylko użyciu zimna.

Znakomity skutek odciążenia ciepła pokazuje się jednakże najwyraźniej w zmianie ogólnego stanu u chorych. Pacjentki, które poprzednio leżały bez wszelkiej przytomności, może po raz pierwszy

od kilku dni przychodzą znowu do siebie i dają jak najwyraźniejsze znaki, że to energiczne odciąganie ciepła sprawia im przyjemność i ulgę; w innych wypadkach, gdy czujnia nie była zajęta, polepsza się wyraźnie subiektywny stan, gwałtowne bóle głowy ustają, męczące pragnienie ustępuje, a w miejsce dręczącego strachu i ścieśnienia nastaje uczucie polepszenia i większego spokoju.

Daleko mniej skutecznymi są pozostałe środki zalecane przeciwko gorączce. Po chininie, nawet w dawkach od 1,0—2,0 gramów, nie zdołaliśmy dostrzedz żadnych jako tako stałych rezultatów. Barker, Elliot i Gruenewaldt zalecają weratrynę. Przy bardzo wysokiej temperaturze jest wskazanem podawanie *digitalis*.

Leczenie miejscowych cierpień ma bardzo wielkie znaczenie praktyczne. O wrzodzenia połogowe opatruje się bardzo stosownie kwasem karbolowym. Wczesne użycie tego środka wstrzymuje dalsze ich rozszerzanie się i ułatwia ich zagojenie, i nie potrzeba owrzodzenia przyżęgać kamieniem piekielnym, co stanowi bardzo bolesną operacyą. Przy posocznem zapaleniu wnętrza macicy trzeba robić czyszczące i odwietrzające wstrzykiwania, należy je jednakże, tak samo jak całe miejscowe leczenie gorączki połogowej, wykonywać z jak największą ostrożnością i oględnością, aby zapobiedz przeniesieniu się choroby.

Zwyczajne zapalenie obokmaciczne nie wymaga żadnego energicznego leczenia, ponieważ bez powikłań prawie zawsze przebiega pomyślnie. Wilgotne ciepło w postaci tak zwanych okładów Priessnitza łagodzi miejscowy proces i z wielką pewnością uspokaja bolesci.

Na szczególną uwagę zasługują pozostające wysięki, niekiedy bardzo wielkiej objętości. Zazwyczaj podlegają takowe same przez się zupełnemu wessaniu, jeśli się chora zachowuje odpowiednio, t. j. jeśli leży spokojnie w łóżku albo przynajmniej ochrania się, gdy opuściła łóżko. Ułatwiać wessanie można przez ciepłe kąpiele nasiadowe z ziołami lub bez nich, jako też bardzo skutecznie przez podawanie na wewnątrz *kalium jodatum* (10,0 na 60,0 wody, dwa razy dziennie po 20 kropli). Dłuższe używanie tegoż zmniejsza szybko nawet bardzo wielkie i jak deska twarde guzy, które nawet po największej części znikają zupełnie, ogólny zaś stan zdrowia polepsza się i poprawia się odżywianie ciała.

Żeby zaś zapalenie nie przeszło na otrzewną, które to niebezpieczeństwo istnieje przy każdym zapaleniu obokmacicznym, albo żeby nie wystąpiły posoczne objawy, możemy działać najskuteczniej pod-

jąc jak najwcześniej środki rozwalniające. Skoro się tylko pierwsze pojawią bóle, dajemy natychmiast kilka łyżek stołowych oleju rycynowego krótko po sobie, aż się nie pokaże kilka cieukomiazgowatych wypróżnień. Jeśli olejek ten pozostaje bez skutku, co się przydarza tylko wyjątkowo, to łatwo dają się sprowadzić wodniste wypróżnienia za pomocą przeczyszczających soli lub przetworów sene-sowych.

Jeśli jednakże gwałtowne bóle wskazują, że proces zapalny ogarnął częściowo otrzewną, to leczenie winno być energiczniej, aby się zapalenie nie rozszerzyło na całą otrzewną. W takich razach dajemy natychmiast 0,3 grama kalomelu i potem 0,15 grama co dwie godziny, dopóki nie nastąpią obfite wypróżnienia albo się nie pokaże cierpienie dziąseł. Przymiemy zalecamy równocześnie przystawić przynajmniej 12 pijawek na dolegające miejsca, po których odpadnięciu powinna jeszcze czas niejaki krew powoli odciekać. W miejsce tego zaleca Olshausen ¹⁾ przystawić 2—4 pijawek, de części pochwo-wój, które się tam przysysają dość łatwo pomimo odpływu pło-gowego. Aby zapobiedz dostaniu się zwierząt do macicy, trzeba poprzednio szybką maciczą zatkać skubanką lub watą. Po upuszczeniu krwi przykładają się worki lodowe na bolesne miejsca podbrzusza. Przy tego rodzaju leczeniu bóle poprzednio nieznośne ustępują szybko prawie we wszystkich wypadkach, i zazwyczaj tym sposobem zupełnie się usuwa wszelkie niebezpieczeństwo. W innych wszakże wypadkach bóle powracają na nowo i mogą sprawić, iż trzeba ponownie przystawić pijawki i zastosować lodowe okłady.

Jeśli się rozwinęło ogólne zapalenie otrzewnej, to stan taki jest wprawdzie niebezpiecznym w najwyższym stopniu, jednakże nie znikła jeszcze wszelka nadzieja uratowania życia. Jeśli nie masz jeszcze rozwolnienia, to trzeba je przez kalomel sprowadzić zawsze jak najwcześniej, okłady lodowe na brzuch robić dalej, a wymioty starać się powstrzymać przez pigułki lodowe lub szampańskie wino. Przeciwko gwałtownym boleściom trzeba zastrzykiwać podskórnie morfinę, a przeciw dręczącemu wzdęciu brzucha okazują się jeszcze najskuteczniejszymi enemy terpentynowe. Tarnowski i Dohrn widzieli pod tym względem pomyślne skutki po pędzlowaniu kleiną (*collodium*) przedniej ściany brzusznej, inni zaś lekarze nie doszli do tak pomyślnych rezultatów.

¹⁾ Volkmanns Samml. Klin. Vorträge, Nr. 28, p. 266.

Jakie znaczenie przy leczeniu ogólnego zapalenia otrzewnej będzie miało wydalenie płynnego wysięku przez przekłócie, to mogą rozstrzygnąć dopiero przyszłe badania. Sp. Wells, gdy się po wycięciu jajnika nagromadzają wysięki w przestworze Douglasa, przekłówa takowe trójgrańcem, i w jednym wypadku, w którym się przebieg okazał bardzo pomyślnym, zastosował osączenie (*drainage*). Thompson i Storer ¹⁾ wypłukiwali nawet jamę brzuszną rozrzedzonym mocno kwasem karbolowym. Upuszczenie wysięku przez przekłócie z strony pochwy przestworu Douglasa możnaby zalecić w tych wszystkich wypadkach, w których istnieje zamaciczny guz obok niebezpiecznych objawów zapalenia otrzewnej albo obok obydwóch tych zjawisk zakażenie krwi. Jednakże przy swobodnych wysiękach, które są najniebezpieczniejszemi, nie wytwarza się żaden guz zamaciczny, któryby można przekłóć, a przekłócie przez powłoki brzuszne powinno się zachować tylko dla ostatecznych wypadków, w których się da dowieść, że wysięk jest bardzo znacznym.

Jeśli siły upadają znacznie, to niekiedy jeszcze da się usunąć zejście śmiertelne przez obfite podawanie mocnego wina. Mieliśmy sposobność widzieć cztery wypadki, w których przy tego rodzaju leczeniu śmierć nie nastąpiła przynajmniej w chwili najsilniejszego zapalenia otrzewnej, lecz dopiero gdy takowe zaczęło już ustępować znacznie, i cztery inne, w których chore zupełnie wyzdrowiały. W jednym z tych wypadków chora w najgłębszej pograżona śpiączce i mocne dająca słyszeć rżenie leżała już prawie nieżywa, ale przez obfite podanie wina przyszła nieco do siebie i później odzyskała zupełnie zdrowie. Również pomyślne skutki widzieliśmy w jednym wypadku po podskórnych wstrzykiwaniach eteru, zalecanych przez Heckera (zob. str. 304); wypadek ten zakończył się wprawdzie śmiercią, ale można było widocznie dostrzedz, że tętno, poprzednio za ledwie wyczuć się dające, regularnie wzrastało po każdym wstrzyknięciu i tym sposobem udało się chorą utrzymać przy życiu jeszcze przez dłuższy czas.

W ogóle zaleca się jak najusilniej zastosowanie dobrego pożywienia i obfite podawanie wina i piwa, nawet kiedy gorączka jest jeszcze znaczną.

¹⁾ Boston gyn. J. Vol. III, p. 288. i Vol. IV. p. 5.

Leczenie przerzutowych zapaleń nie podobna tutaj przechodzić pojedynczo; należy je zastosować według znanych prawideł wewnętrznej medycyny i chirurgii.

Dodatek. Tężec połogowy

(*Tetanus puerperalis*).

Literatura: Simpson, *Edinb. monthly. J. Febr. 1854. p. 97 i Sel. Obst. Works. Edinb. 1871. p. 569.*—Craig, *Edinb. med. J. July. 1870. p. 24 i Edinb. Obst. Tr. 1872. p. 55.*—Baart de la Faille, *Berl. B. z. Geb. u. Gyn. II. p. 30.*—Wiltshire, *London Oct. Tr. XIII. p. 133.*

W wypadkach, na szczęście nader rzadkich (przynajmniej w Europie), pojawia się tężec po porodach czasowych i nieco częściej jeszcze po porodach przedwczesnych. Przyczyna tej nieprawidłowości jest jeszcze zupełnie niejasna; wspominamy ją tutaj jako dodatek do chorób zakaźnych, ponieważ przyczyna do niej jest bardzo prawdopodobnie zakażenie albo przynajmniej jakieś szczególne drażnienie jakiejś połogowej rany. Również nie są jeszcze pewnymi te okoliczności, które się przyczyniają do wybuchnięcia tężcu. Najmniej pewnym zdaje się być wpływ zaziębienia się; stósunkowo najczęściej pojawił się tężec po znaczniejszych krwotokach, mianowicie gdy z przyczyny ich trzeba było zatamponować pochwę.

Objawy nie różnią się niczem innem od tych, które występują przy tężcu, spowodowanym przez innego rodzaju obrażenia.

Rokowanie jest bardzo niepomyślnem. Według obliczeń Simpsona w 27 wypadkach zakończyło się tylko pięć wyzdrowieniem. Leczenie więc, jak widać, może wykazać tylko małe skutki. Z naszej strony zalecalibyśmy zgodnie z Simpsonem, aby chore tego rodzaju jak najzupełniej zachloroformać lub też uspić innym jakim środkiem.

B. Cierpienia połogowe nie polegające na zakażeniu.

I. Cierpienia, które nie polegając na zapaleniach w częściach płciowych, wywołują często gorączkę w połogu.

Rzecz naturalna że, położnice mogą podlegać także najrozmaitszym chorobom gorączkowym, które tworzą tylko przypadkowe po-

wikłanie z połogiem. Cierpienia te nie przedstawiają natenczas w ogóle żadnych charakterystycznych właściwości. Trudności przy rozpoznaniu mogą zajść wtedy, kiedy objaw są podobne do objawów przy ciężkich procesach połogowych. Tak może być bardzo trudno odróżnić cięższe wypadki durzycy od połogowego zakażenia z gnilnym charakterem. Również mogą się niejedne trudności łączyć z rozpoznaniem zapaleń w różnych organach, szczególnie w płucu, o ile takowe mogą wystąpić jako przypadkowe powikłania połogu lub jako posoczne zapalenia w gorączce połogowej. Ostatnie jednakże różnią się tём, iż niedostaje im typowego przebiegu który charakteryzuje pierwsze.

Podobnie brano bardzo często rzeczywistą płonicę (*scarlatina*), za wyrzuty podobne do płonicy, które nie tak rzadko znachodzą się w gorączce połogowej. Chociaż nie ulega wcale wątpliwości, że czasem także położnice, zakażone rzeczywistym zarazkiem, zapadają na prawdziwą płonicę, to jednakże bynajmniej nie są one głównie skłonne do zarażenia się tym jadem, tak iż bardzo wielką część pod formą płonicy skreślonych ciężkich wypadków chorobnych z rumieniowem (*erythematosus*) zapaleniem skóry, którą się rozszerzają na podobę płaszczyzny, należy uważać za gorączkę połogową w połączeniu z takim zapaleniem skóry.

Pomijając te częste powikłania musimy zpośród przyczyn, które nie polegając ani na zakażeniu, ani na miejscowych zapaleniach w częściach rodnych, wywołują u położnic szczególnie często gorączkę, wymienić przedewszystkiem przepełnienie jelita masami kałowemi. Już podczas ciąży czynność jelita jest tak ospała, że się nieraz nagromadzają w niem kolosalne masy kału, i że z stolcem przed porodem albo podczas porodu bardzo mało tylko zdoła odejść z tych mas. Z tego powodu położnica rozpoczyna połóg jak najzwyczajniej z przepełnionym kanałem jelitowym, dla którego pierwszych chwil jest charakterystycznym owa ospałość jelita. W takich razach mogą zatrzymane masy kałowe wywołać bardzo znaczne objawy podrażnienia jelit. W lżejszych wypadkach tylko wypełnia się i wzdyma brzuch, przyczem błona śluzowa podlega zapalnemu podrażnieniu w małym stopniu. Wcale nie rzadko przechodzi jednakże to drażnienie także na błonę surowiczą jelita, tak iż może wystąpić zadrażnienie otrzewnej i nawet ostre zapalenie otrzewnej. Brzuch, nieco wzdęty już sam przez się i przytem twardy, obrzmiewa jeszcze mocniej, pojawia się ograniczona (pospolicie w okolicy ślepej

kiszki) albo częściej znacznie rozlana bolesność, która do wysokiego może dojść stopnia i sprawić nawe uporczywe wymioty. Po wystarczającym opróżnieniu jelita wolniej szybko wszystkie objawy.

Na rozpoznanie muszą naprowadzać szczególnie masy kałowe, dające się wyczuć. Mocno wypełniona kiszka odbytowa dowodzi tego bardzo mało, ważniejszą już wskazówką bywa wypełnienie przestworu Douglasa mocno napełnioną pętlą jelita, którą można wymacać przez tylne sklepienie pochwowe; jednostajne zaś wypełnienie całego kanału jelitowego uwydatnia się najwyraźniej przy obmacywaniu podbrzusza. Chociaż bowiem podbrzusze jest zwykle nieco wzdętem także u prawidłowych położnic, to jednakże jest przytem także podatnem i daje się łatwo wtłoczyć. Przy silnem zaś zaparciu stolca bywa ono twardem, zwykle jednostajnie niepodatnem, tak iż nieraz trudno jest wymacać macicę, nawet w pierwszych dniach połogowych; w innych wypadkach dają się wyczuć rozlane obrzmienia. Jeśli przytem przy połączonem badaniu boki macicy są wolne od bólów, a jeśli szczególnie okolica kątnicy jest bolesną, natenczas nie mamy do czynienia z zapaleniem otrzewnej, powlekającej macicę, lecz z drażnieniem jelita przez zadzierżenie kału (*coprostitis*). Od rozpoznania tego nie trzeba się dać odwieść nawet wtenczas, gdyby położnica utrzymywała, że posiada regularny stolec. Zdarza się raz po raz, że mimo codziennych wypróżnień jelita jest ono jednak wypełnionem kolosalnie.

Leczenie jest dosyć proste. U położnic zaleca się zaraz po porodzie zwrócić uwagę na czynność jelita, a w wypadkach, w których się ono zdaje być mocno zapechaném, podawać rozwalniające środki zaraz pierwszego albo przynajmniej drugiego dnia po rozwiązaniu. Bez różnicy zaś są wskazane te środki, kiedy mniej więcej do czwartego dnia położnica nie miała jeszcze wcale stolca. Najpewniejszym środkiem, który jelito drażni jak najmniej i z pewnością sprawia miazgowate stolce, jest olejek rycynowy. W rzadkich tylko razach pozostają bez skutku nawet większe dawki oleju, tak iż natenczas trzeba się uciec do senesowych i rzewieniowych (*rheum*) przetworów albo do kalomelu. Jeśli się położnica wzbrania zażyć oleju rycynowego dla nieszczególniej jego smaki, to najlepiej podawać przeczyszczające sole, które wszakże łatwo sprowadzają wodniste wypróżnienia. Jednakże w okresie połogowym nie potrzeba bynajmniej mieć obawy, jeśli rozwolniony jest stolec. Skutkiem środków rozwalniających odchodzą

często kolosalne masy kału. Tak opowiada Poppel¹⁾ wypadek zadzierżenia stolca, w którym w 4 dniach nastąpiły 44 wypróżnienia po większej części bardzo zasobnych.

Nadto wspomnimy tutaj jeszcze po krótko o innej nie rzadkiej przyczynie do podwyższenia temperatury u położnic, to jest o podniesieniu się temperatury po mocnym ubytku krwi. Po ostrych bardzo gwałtownych krwotokach pojawia się nie tylko przyspieszone tętno, ale także dosyć stale podwyższenie temperatury, które trwa przez dłuższy czas i żadnego regularnego nie pokazuje typu. Pospolicie nie podnosi się temperatura nad 39°, lecz regularnie zwalnając w nieznacznym stopniu trzyma się pomiędzy 38° i 39° stopniami.

II. Zmiany w położeniu macicy i pochwy.

a) Przegięcia i przechylenia macicy

(*flexiones et versiones uteri*)

Literatura: Winkel, *Path. u. Ther. d. Wochenb.* p. 88.—Schroeder, *Schw. Geb. u. Woch.* p. 187.—Bidder, *Petersb. med. Z.* 1869, t. 17, z. 4 i 5.—Credé, *Arch. f. Gyn.* t. I, p. 84.—Martin, *Neig. u. Beug. der Gebärm. Berlin.* 1870 i *Berl. B. z. Geb. u G.* I, p. 149.

Już w fizjologii połogu widzieliśmy, że opróżnioną macicę wypiera ku przodowi nacisk tłoczni brzusznej na jej tylną powierzchnię, tak iż spada na spojenie łonowe, i że pozostaje w tém położeniu w pierwszych chwilach połogowych, jeśli jej z tego miejsca nie wypędzą inne jakie przyczyny (najczęściej przepełniony pęcherz moczowy). W pierwszym czasie po rozwiązaniu szyjka maciczna zwiesza się do pochwy jak wiotki żagiel; w następnych jednakże dniach powraca już o tyle do swego dawnego stanu, iż można oznaczyć jej kierunek w stosunku do osi macicy. Szyjka formuje się tak przy macicy, że pospolicie tworzy z jej osią tępy kąt, często prosty, a nieraz także ostry. Stosownie do tego różnego zachowania się szyjki przegięcie macicy ku przodowi (zob. str. 210) uwydatnia się w mniejszym lub większym stopniu. Najznaczniejszém jest ono wtenczas, gdy ciało maciczne przebiega z tyłu i góry ku przodowi i dołowi. Natenczas

¹⁾ M. f. G. t. 25. p. 306.

może załamanie takiego osiągnąć stopnia, że się przednia ściana macicy i szyjka stykają prawie z sobą. Gdy ciało macicy leży ku przodowi, szyjka maciczna zwraca się rzadko kiedy tak ku tyłowi, że możemy mówić jedynie tylko o przechyleniu (*anteversio*) a nie zarazem o przegięciu (*anteflexio*) macicy.

Uwaga. W pierwszym czasie położu macica leży regularnie ku przodowi, nawet u kobiet, które przed poczęciem cierpiały na przegięcie macicy ku tyłowi; im się zaś więcej zmniejsza macica, tym też znacznie powraca z tego położenia do prawidłowego swego stanowiska. W pierwszym tygodniu położowym znaleźliśmy macicę w prawidłowym położeniu w 9,5⁰/₀, od 8—11 dnia w 16⁰/₀, od 12—14 dnia w 44⁰/₀, od 14—21 dnia w 52⁰/₀ i począwszy od 21 dnia w 56⁰/₀. Siedlisko łożyska zdaje się nie wywierać żadnego wpływu na położenie macicy w pierwszym czasie położowym. Kiedy bowiem jedni (Schroeder) znaleźli macicę częściej przegiętą ku przodowi wtenczas, gdy się łożysko przyczepiało do przedniej ściany macicznej, dostrzegli inni (Bidder) stosunku zupełnie przeciwnego.

Zazwyczaj macica przegięta ku przodowi zwraca się także nieco ku jednej stronie, pospolicie nieco na prawo odpowiadając temu swemu częstszemu położeniu podczas ciąży, a niekiedy jest także załamana nieco w swą prawą krawędź.

Jak pospolicie leży od przodu macica w pierwszych chwilach położowych, tak rzadko znajdujemy ją zwróconą ku tyłowi. Wyjaśnienie tego jest łatwem. W pierwszym czasie położu jest macica jeszcze za wielką, aby mogła opaść pod wzgórek krzyżowy, i w zwyczajnym położeniu pada ciśnienie wewnętrzności brzusznych przy bardzo powiększonym jeszcze organie na tylną ścianę.

Uwaga. Przed siódmym dniem nie znaleźliśmy nigdy przegięcia macicy ku tyłowi, a siódmego dnia raz tylko u położnicy przymiotem zakażonej, która urodziła przedwcześnie nieżywe dziecko. W dziewiątym dniu dostrzegliśmy, że u osoby, cierpiącej na krzywicę i posiadającej zwężoną miednicę z konjugatą prawdziwą o osm ctm., dno maciczne leżało pod wzgórkim krzyżowym. Harwey¹⁾ przytacza wypadek, w którym po porodzie osmiomiesięcznego dziecka znalazł już w trzecim dniu przegięcie macicy ku tyłowi. Im więcej już upłynęło czasu po rozwiązaniu, tym też częściej znajdujemy macicę przegiętą ku tyłowi, tak iż w kilku tygodniach po porodzie napotykamy nie rzadko przegięcia macicy ku tyłowi, a w późniejszym jeszcze czasie bardzo często.

Jak już wyżej nadmieniliśmy, wytwarza się w pierwszym czasie położu przegięcie macicy ku przodowi także u położnic, które przed poczęciem cierpiały na przegięcie macicy ku tyłowi, i dopiero później, kiedy wstawszy

1) Obst. Tr. V. p. 267.

z łóżka zaczęły się zajmować swemi zwykłemi zatrudnieniami, przegina się macica znowu ku tyłowi.

Te zmiany w położeniu macicy nie wywołują żadnych objawów w pierwszych chwilach połogowych. Ani kobiety dotknięte przegięciem macicy ku przodowi, ani téż cierpiące na przegięcie ku tyłowi nie skarżą się na żadne dolegliwości, dopóki trwa spokój czasu połogowego. U niektórych jednakże położnic uważaliśmy, że się przez załam w wewnętrzném ujściu maciczném zatrzymał odpływ wydzielin połogowych, tak iż po wyprostowaniu dna odeszło z macicy kilka uncyi brunatnego mocno cuchnącego płynu (*lochiometra*). Przymót nieregularnie wprawdzie, ale w pojedynczych jednakże wypadkach, temperatura wzrasta wysoko wśród wstrząsającego dreszczu, a podwyższenie to pochodzi w każdym razie z przejścia do krwi składowych części odpływu połogowego, zwalnia zaś gorączka, skoro się sprowadzi wolny odpływ.

Leczenie przegięcia macicy ku przodowi jest niepotrzebném, ponieważ samo przez się ustępuje zwolna; przegięciu zaś ku tyłowi zapobiega się najlepiej zalecając położnicy pozostać w łóżku przez dłuższy czas, jeśli się w wypadkach, w których to cierpienie istniało już poprzednio, można spodziewać jego ponownego pojawienia się.

b) Wypadnięcie macicy i pochwy.

Z powodu ciąży przerasta pochwa tak znacznie, że już podczas ciąży przednia jej ściana wystaje do wejścia pochwowego i nieraz wypada także z niego w małym stopniu. Ostatnie zjawisko jest zupełnie zwyczajném w czasie połogowym, jednakże zwolna wyrównywa się znowu to wypadnięcie przez ściągnięcie się pochwy.

Tylna ściana pochwową wystaje rzadziej z wejścia pochwowego, najczęściej jeszcze u mnogorodzących, u których już poprzednio istniało wypadnięcie pochwy, i kiedy rozdarłe śródkrocze goi się przez ropienie. Jeśli tylna ściana pochwy wypada znacznie, to może za sobą pociągnąć także samą macicę ¹⁾.

Jednakże może także macica w czasie połogowym pierwotnie opnieść się, albo wypaść zupełnie ²⁾. W pierwszych chwilach po roz-

¹⁾ Porównaj str. 282.

²⁾ Porównaj str. 220.

wiązaniu nie przychodzi bodaj wcale do rzeczywistego wypadnięcia dla znacznej objętości tego organu. Skoro się jednakże macica ściągnęła nieco, może przy niestosowném zachowaniu się położnicy wypaść nagle. Najłatwiej przychodzi do tego, gdy szpara sromowa jest bardzo szeroką i gdy już poprzednio było wypadnięcie. Daleko częściej wypada macica zupełnie, i to powoli w kilku tygodniach po rozwiązaniu. Ku uleczeniu macicy wypadłej zaleca się z początku, po jej odłożeniu, spokojnie leżeć chorą na grzbiecie, później zaś należy zastosować to samo leczenie, co poza okresem płodzenia u niewiasty.

Należy tu jeszcze nadmienić, że wypadnięcie, które istniało już dawniej, może się w rzadkich wypadkach uleczyć przez okres połogowy, i to tym sposobem, iż przez zlepienia utwierdza się ciało maciczne w miednicy, albo że pochwa podlega ścieśnieniu pod wpływem zgorzeli.

Uwaga. W literaturze są znane dwa wypadki, w których po wydzieleniu dziecka macica przegięta ku tyłowi wypadła przez rozpęklinę pochwową. Pierwszy jest opisany przez Schnakenberga ¹⁾. Po odłożeniu i po 14-dniowém leżeniu na brzuchu wyzdrowiała dotycząca kobieta. W drugim wypadku, ogłoszonym przez Martina ²⁾, chirurg pewien macicę, takim samym sposobem wypadłą, wziął za mięsny ukłój i wyrwał ją rękoma. Jest rzeczą prawdopodobną, że w tych wypadkach popękala była poprzednio śluzowa błona tylnéj ściany pochwowéj, co się może wydarzyć także przy prawidłowych porodach.

Przyczyną podniesienia się macicy może w pierwszym czasie połogowym być przepełnienie pęcherza moczowego. Przynęt leży macica pospolicie ku prawej stronie i może sięgnąć aż do wysokości pępka, dołem zaś po lewej stronie można wymacać pęcherz moczowy. Wzniesienie to ustępuje szybko po upuszczeniu moczu za pomocą cewnika.

W późniejszym czasie połogowym może nastąpić wysokie stanowisko macicy kiedy skutkiem śródotrzewnianych zlepień macica utwierdza się pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowém, tak iż się pochwa zdaje zupełnie wyciągniętą na podłuż, przynęt część pochwowa znika i usta maciczne dają się bardzo trudno osiągnąć.

Najważniejszą zmianę położenia macicy podczas połogu, t. j. jej wynicowanie się, opisaliśmy już dawniej (zob. str. 222) w patologii porodu, ponieważ się najczęściej pojawia w okresie występowania łożyska.

1) Caspers Wochenschrift 1838. Nr. 35. p. 70.

2) M. f. G. t. 26. p. 4. i Horns Vierteljahrschrift 1865. z. 3.

III. Obrażenia części płciowych.

W patologii porodowej rozebraliśmy już dostatecznie te obrażenia części płciowych, które prawie wyłącznie powstają podczas porodu. Tutaj powiemy tylko kilka słów o objawach gorączkowych, występujących skutkiem tych obrażeń, a pominiemy przytém zupełnie dziurawiące pęknięcia macicy, u których zaraz przeważają objawy zapalenia otrzewnej.

Gorączka przyranna, która chociaż nieregularnie, to jednakowoż bardzo często występuje po mocniejszych skaleczeniach pochwy lub wejścia pochwowego (mianowicie przy rozdarciach się środkowca), łączy się niekiedy ściśle z porodem albo się objawia zaraz w pierwszych dniach po rozwiązaniu. Rozpoczyna się ona bardzo rzadko od rzeczywistego dreszczu wstrząsającego, częściej od małych dreszczyków i w ogóle nie dochodzi do wysokiego stopnia (do sięga 40° tylko wyjątkowo). Gorączka zwalnia mniej lub więcej znacznie, jest w wyjątkowych tylko razach przerywana i rzadko kiedy trwa dłużej nad 5 dni; niekiedy jednakże pojawia się jeszcze później nieznaczne gorączkowanie.

IV. Nowotwory w połogu.

Literatura: Hecker, *Kl. d. Geb. t. II. p. 124* i *M. f. G. t. 26, p. 446.*—Horwitz, *Petersb. med. Z. 1868. z. 5. p. 249.*

Rzadko wprawdzie, ale ważne powikłanie połogu tworzą włókniste guzy macicy. Mogą one w czasie połogowym szkodzić rozmaitym sposobem. Najprzód nie pozwalając macicy skurczyć się należycie mogą się stać przyczyną znacznych krwotoków, a potem przechodzą łatwo w patologiczne zmiany, które mają wielkie znaczenie. Powierzchnia bowiem włókniaków może sposoczeć i posoka wessana przez małe obrażenia może sprawić stany gnilne. Prócz tego zdaje się, że niemałe niebezpieczeństwo może być spowodowanym także przez ostre topnienie włókniaków, powstające z brania udziału w wtórnym przeobrażeniu, jakie przechodzi podobny do guzu mięsny macicy. Jest rzeczą prawdopodobną, że ostry rozpad tak znacznych mas utkania i wessanie tych rozpadłych części może także samo przez się wywołać posoczne stany. Jeśli organizm zniesie to wtórne prze-

obrażenie włókniaków, to zresztą mogą się włókniaki przez połów zagoić także całkowicie.

Z powodu niebezpieczeństw łączących się z włókniakami zaleca się we wszystkich wypadkach, które można operować, a więc mianowicie przy włóknistych uklejach, nowotwór oddalić za pomocą odgniatacza lub nożyc.

O niepomyślném rokowaniu, jakie w połogu tworzy zrakowaciałe zwyrodnienie szyjki macicznej, chociaż się macica nie rozdziera podczas porodu, mówiliśmy już obszernie na str. 242.

V. Krwotoki połogowe.

Literatura: Kiwisch, *Klin. Vorträge. t. 1. p. 243.*—Chiari, Braun u. Spaeth, *Kl. d. Geburtskunde. p. 201 i 218.*—Elliot, *Obst. Clinic. p. 223.*—Winkel, *Pathol. u. Ther. d. Woch. p. 108.*—B. Barnes, *Obst. Tr. Vol. XI. *p. 219 i Obst. op. 2. ed p. 464.*—Breisky, *Volkmanns Samml. klin. Votr. Leipzig. 1871. N. 14.*

Krwotoki u położnic są bardzo ważne pod względem praktycznym. W prawidłowych stosunkach traci położnica w pierwszym dniu dość czystą krew, ma potem przez dzień jeden lub dwa dni odpływ ciemnoczerwony i przez taki sam przeciąg czasu odpływ jaśniejszy zawierający mało tylko krwi. Często jednakże nie ustaje on w tym czasie, w którym z reguły ustać właściwie powinien. Krwotok albo trwa dłużej albo się ponawia przez nieznaczne szkodliwości, do których przedewszystkiem należy pierwsze wstanie z łóżka. Ale nawet krwotoki, które zachodzą po piątym dniu, nie mają żadnego znaczenia tak długo, dopóki się w odpływie połogowym pokazują tylko krwawe pręgi, albo dopóki tylko chwilami odchodzi nieco krwi.

Nie zbyt rzadkiemi są jednakże wypadki, w których albo następują bezpośrednio po porodzie mocne i niebezpieczne krwotoki, albo też pojawiają się w późniejszych dniach jeszcze przewlekłe i osłabiające krwotoki.

Na miejscu tém opuszczamy krwotoki, które się skutkiem pęknięć rozpoczęły już podczas porodu, albo zaraz po wydaleniu dziecka, ponieważ o nich mówiliśmy już w patologii porodu (zob. str. 268), a zastanowimy się tutaj najprzód nad krwotokami na swobodną powierzchnią błony śluzowej, w których krew odpływa na zewnątrz.

Najczęstszą pobudką do krwotoków pojawiających się bezpośrednio po wydaleniu łożyska bywa zwiótczenie (ato-

nia) macicy. Na przyczynę tego cierpienia zwróciliśmy uwagę już na str. 309, a tutaj nadmieniamy tylko jeszcze, że nie rzadkim powodem do krwotoków macicznych właśnie u położnic bywa mocno wypełniony pęcherz moczowy, który wypiera macicę ku górze

Przy leczeniu trzeba się przede wszystkim starać o to, aby się macica kurczyła silnie, ponieważ tym sposobem zamykają się prawie zawsze naczynia. W tym celu pociera się mocno dno maciczne (zob. str. 256), wytłaczając je równocześnie podobnie jak przy rękoczynie Credé'go, mającego na celu wytłoczenie łożyska ¹⁾. Przez ostatni rękoczyn dają się na pewno wydusić z macicy tkwiące w niej skrzepy krwi, tak iż nie potrzeba w tym celu wprowadzać ręki do jamy macicznej. Gdyby się mimo energicznych pocierań macicy nie miała pojawić żadna skłonność do kurczenia się, to można często sprowadzić skurcze wprowadzając do macicy rękę ułożoną w pięść i ponad nią pocierając macicę ręką wolną przez powłoki brzuszne. Nadto możemy wewnętrzną powierzchnię macicy podrażnić silnie przez wstrzykiwanie zimnej wody lub wody z octem, i bardzo stósownie także wkładają kawałki lodu do jamy macicy. Prócz tego zaleca się we wszystkich wypadkach zwiócenia macicy podawać natychmiast *secale corn.* na wewnątrz (najmniej na 2,0 gramy w dwóch szybko po sobie następujących dawkach); tylko nie należy się nigdy spuszczać na ten środek, lecz terapeutycznie działać dokładnie tak, jak gdyby się nie było dało żadnego sporyszu. Jeżeli nie można żadnym sposobem osiągnąć dostatecznych skurczów macicy, to trzeba próbować, czy krwotoku nie powstrzyma nacisk, który sprawiamy przyciskając przednią ścianę macicy do tylnej. Deneux dokonał tego przez przyciskanie macicy z zewnątrz do kręgosłupa, Hamilton zaś jedną ręką z zewnątrz a drugą z wewnątrz zbliżał do siebie obie powierzchnie macicy. Hubbard ²⁾ zalecał w połowicznem położeniu boczniem położnicy uciskać macicę o dół biodrowy, o mięśnie bocznej ściany brzusznej i o kręgosłup lędźwiowy. Fasbendera ³⁾ zasługą jest, że na ten środek zwrócił ponownie uwagę w Niemczech. Postępuje on sobie przytém w ten sposób, że jedną rękę wprowadza wysoko w tylne sklepienie pochwowe i potém przyłożywszy rękę drugą zewnątrz na przednią powierzchnią przyciska do siebie obie ściany

1) Zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 753.

2) Amer. J. of med. sc. April. 1871. p. 369.

3) Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. t. I. z. 1. p. 46.

maciczne ¹⁾). Zdaniem naszym dałoby się ciśnienie wykonywać praktyczniej tym sposobem, że się jedną rękę kładzie w przednie sklepienie pochwowe, potem drugą ręką chwyta się z zewnątrz tylną powierzchnią macicy i tak uciska macicę ku spojeniu łonowemu i ku ręce znajdującej się w pochwie. W wypadkach, w których się wprawdzie macica kurczy, ale nie do tyła, aby się mógł zatrzymać odpływ krwi z miejsca przyczepu łożyskowego, można krwotok zatamować wstrzykując do macicy rozrzedzony *liq. ferr. sesquichl.*, przez co się wytwarzają zakrzepy. Tego rodzaju leczenie zaleca nadzwyczaj Barnes w nowszych czasach. Rozrzedza się zaś *liquor* tak dalece, że płyn, który zamierzamy wstrzykiwać, przybiera mocno winnożółtą barwę (roczyn 4 uncji na 12 uncji wody, zalecany przez Barnes'a, nie jest potrzebnym) i wstrzykując do jamy macicznej należy najskrupulatniej baczyć na to, ażeby razem z lekiem nie wstrzyknąć powietrza. Wynn. Williams ²⁾ zaleca jako środek dający się prędzej zastosować, wprowadzić do macicy gąbkę zmoczoną w roztworze chlorku żelazowego i pocierać nią wewnętrzne ściany macicy.

Jeśli się udało pobudzić macicę do skurczu, to najważniejszym zadaniem jest zapobiedz ponownemu jęj zwiotczeniu, a zatem ponownemu pojawieniu się krwotoku. W tym względzie jest bardzo dobrze podawać sporysz, chociaż lek ten nie jest bezwzględnie skutecznym. Najpewniej czuwamy nad dalszym stanem macicy przykładając rękę na powłoki brzuszne, która bezprzestannie strzeże macicy i skoro zaczynają mięknąć, przez łagodne pocieranie pobudza ją do ponownego kurczenia. Niebezpieczeństwo przemija dopiero wtenczas zupełnie, kiedy macica samodzielnie pozostaje twardą. Jeśli pokazuje skłonność do ponownego wiotczenia i w stanie tym do krwotoków, to trzeba ręką strzedz macicy dalej. Jeśli zaś krwotok się zatrzymuje i macica mięknie tylko nieznacznie od czasu do czasu, natenczas można strzeżenie dalsze powierzyć ręce akuszerki, a w nagłej potrzebie nawet samej położnicy, ponieważ macica skurczona da się łatwo wymacać. Trzeba tylko tak jednej jak drugiej na to zwrócić uwagę, ażeby, gdyby nie miały już wyczuć twardego ciała w brzuchu, pocierały silnie całą dolną okolicę brzucha, aż się znowu nie utworzy ograniczona twardość, t. j. kurcząca się macica. Temu strzeżeniu ręką, chociażby dotycząca osoba nie znała się wcale na położnictwie, przy-

¹⁾ Zob. Avater, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. t. II. p. 40.

²⁾ Obst. Tr. XI. p. 236.

pisujemy zawsze daleko większą skuteczność, aniżeli strzeżeniu za pomocą worka wypełnionego piaskiem lub grubej książki.

Rozumie się samo przez się, że chwilowe i trwające skutki krwotoków należy zwalczać stósonym sposobem. Chcąc tedy zapobiedz omdleniom należy dbać o to, aby głowa spoczywała nisko, jako téż aby chora otrzymała obfite dawki wina zwyczajnego lub grzanego, punczu lub groku; a gdy niedokrwistość do ostatecznego dochodzi stopnia, może się nawet okazać potrzebném przelanie krwi. Późniejsze następstwa niedokrwistości zwalcza się przez dobre pożywienie i wielkie dawki żelaza.

Jeśli się macica skurczyła dobrze, to bez wątpienia tylko w nader rzadkich wypadkach przychodzi do krwotoku macicznego. Kiwisch widział znaczne krwotoki przy błędach sercowych i innych zaburzeniach w krążeniu krwi, skutkiem których wytwarza się zastój w żyłach dolnej połowy ciała, i jako przyczynę tych krwotoków przytacza prócz tego nieprawidłowo szerokie ujścia żył w tém miejscu, w którém się przyczepia łożysko. Hecker ¹⁾ widział śmiertelny krwotok z nadzwyczaj rozszerzonej żyły w szyjce macicznej, Mikschik ²⁾ z miejsca grubości pióra i nadżartego przez wrzód w szyjce macicznej, Graily Hewitt ³⁾ spostrzegł śmiertelne zejście skutkiem powtarzających się krwotoków z powierzchownie leżącego tętniaka tętnicy macicznej (*art. uterina*), a Johnston ⁴⁾ przytacza wypadek, w którym śmiertelny krwotok był spowodowany przez pęknięcie zakrzepu w szyjce macicznej ⁵⁾.

Wszystkie tego rodzaju krwotoki zachodzą nadzwyczaj rzadko, jeśli jednakże zachodzą, są bardzo niebezpiecznemi, ponieważ mimo należytego ściągnięcia się macicy krew odcieka z naczyń bezprzerwanie. Dla leczenia nie pozostaje w takich razach nic innego, jak robić ściągające wsrzykiwania do macicy, aby przyspieszyć wytworzenie się zakrzepów. Rozpoznanie nie będzie można zapewne stawić inaczej, jak na drodze wyłączenia (*per exclusionem*).

1) M. f. G. t. 7. p. 2.

2) Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1854. X. p. 478.

3) Obst. Tr. IX. p. 246.

4) Zob. Sinclair, and J. Pract. Midwif. London 1858. p. 501

Nr. 5.

5) Zob. Murray, Great Britain. Obst. J. I. p. 11.

Inny rodzaj bardzo niebezpiecznych krwotoków następuje w tych wypadkach, w których się nie ściąga miejsce przyczepu łożyskowego, choć zresztą cała macica jest należycie skurczona. Przy tём porażeniu miejsca przyczepu łożyskowego ¹⁾ bywa miejsce to przez kurczący się naokoło mięsz wypieranem do jamy macicznej, tak iż w niej wystaje jako kolbiasty guz, zewnątrznie zaś daje się wysledzić wtłoczenie albo lejkowate zagłębienie ściany macicznej.

Rozpoznać ten stan można z pewnością przez staranne badanie, dopóki jeszcze szyjka jest przepuszczalną. Jeśli się palec ręki wprowadzi do jamy macicznej i ku niemu ręką drugą napycha macicę z zewnątrz, to można ręką znajdującą się wewnątrz wyczuć sterczące miejsce łożyskowe, a drugą ręką z zewnątrz wyczuć owo wtłoczenie.

Rokowanie jest bardzo niepomyślném w najwyższych stopniach porażenia, ponieważ nie ustające krwotoki mogą położnicę przyprawić o śmierć.

Przez podawanie sporyszu w wielkich dawkach, jako tём przez dalsze pocieranie dna macicznego z zewnątrz trzeba się starać o usunięcie porażenia, albo w najgorszym razie przez odpowiednie wstrzykiwania (*liquor ferri sesquichlorati* z wodą) zatamować krwawienie z porażonego miejsca.

Uwaga. Engel ²⁾ opisał pierwszy dwa tu należące wypadki przy poronieniach w czwartym i trzecim miesiącu. W pierwszym wypadku czepiało się łożysko jeszcze bardzo silnie (zupełnie podobny wypadek zdaje się przedstawiać obraz dany przez Virchowa ³⁾, w drugim wytworzył się włóknikowy ukłój (zob. niżej). Rokitansky ⁴⁾ widział tego rodzaju stan dwa razy (raz przy poronieniu) i wspomina w uwadze, że Betschler spostrzegł jeden wypadek w Wroclawiu i że Burkhart opisuje tę nieprawidłowość jako ostry grzyb krwawy (rak kędzierzakowy) macicy. Również Kiwisch ⁵⁾ widział go raz jeden i Chiari Braun i Spaeth ⁶⁾ opisują wypadek, który po porodzie w siódmym miesiącu zakończył się w trzech godzinach śmiercią. Valenta ⁷⁾ dostrzegł pomyślny koniec takiego wypadku, a Dr. Alt widział w naszej klinice zupełnie podobny wypadek, w którym się

1) Porównaj str. 545.

2) Oesterr. med. Jahrb. Neueste Folge. t. 22. 1840. p. 310.

3) Geschwülste I. p. 148.

4) Handb. d. spec. Pathol. Anat. Wien. 1842. t. 2. p. 555.

5) W miejscu przytoczonym p. 427.

6) W miejscu przytoczonym p. 202.

7) Die Catheterisatio uteri Wien 1871. p. 7.

dało z zewnątrz wyraźnie wyczuć wtłoczenie i z wewnątrz wystawianie miejsca łożyskowego. Równoczesne pocieranie macicy z zewnątrz i wewnątrz i podawanie *secale cornutum* zatrzymały krwotok¹⁾. Chociaż może rzadko zachodzą wypadki zupełnego porażenia miejsca, w którym się łożysko przyczepia, to jednakże jest rzeczą prawdopodobną, że częściej znachodzą się niezupełne porażenia, które mogą wywołać gwałtowne krwotoki. Przynajmniej u położnicy pewnej, która w dziewiątym dniu połogowym doznała bardzo mocnego krwotoku, znaleźliśmy przy śródmacicznym badaniu całe miejsce łożyskowe w znacznym stopniu uniesione jednostajnie ponad poziom wewnętrzną powierzchnię maciczną, przyczem zresztą nie dało się z zewnątrz wyśledzić wtłoczenia. Ponieważ nie można było dowieść żadnego innego powodu do krwawienia, przeto trzeba było przyjąć, że się do tego przyczyniało niedostateczne ściągnięcie się miejsca, w którym łożysko było przyczepione. Po pocieraniach macicy i podawaniu sporyszu zatamował się krwotok.

Niedostateczne skurczenie się macicy wywołuje jeszcze niejedne inne krwotoki, które przeszliśmy już dawniej, tak krwotoki przy wycisnieniu się, przy podwójności i przy włókniakach macicy.

Prócz tych krwotoków, zachodzących bezpośrednio po porodzie, mogą się także w następnych zaraz dniach i jeszcze później pojawić nagle mniej lub więcej obfite krwotoki, albo krwawy odpływ połogowy trwa dłużej jak zwykle, i przytém staje się niekiedy tak silnym, że organizm słabnie pod jego wpływem. Przyczyną krwotoków tego rodzaju jest pospolicie nieprawidłowa zawartość macicy. Zawartość ta składa się albo z skrzepów krwi, albo z kawałków łożyska.

Uwaga. Resztki łożyska pozostają najczęściej w macicy po sztucznym oddzieleniu łożyska, mogą jednakże zatrzymać się także przy samodzielnym odejściu łożyska. Tak opowiada Städfeldt²⁾, że w 70 sekcyach położnic znalazł w macicy siedm kawałki łożyska wielkości orzecha laskowego aż do jaja gęsiego, i w wypadkach tych odeszło łożysko pięć razy samodzielnie. Podobne wypadki przytaczają Scholz³⁾, Hecker⁴⁾, Hütter⁵⁾ i Frankel⁶⁾. Jeśli się zatem mogą znachodzić resztki łożyska po samodzielnym jego odejściu, to nie można się dziwić, jeśli je się czasem napotyka także po zastosowaniu rękoczynu Credégo⁷⁾. Przyczyny tego zatrzymywania się kawałków łożyska polegają częścią na mocniejszych zrośnięciach po

8) Zob. jeszcze Klob, Path. Anat. d. weibl. Sexl. p. 263.

2) Schmidts Jahrb. t. 118. p. 191.

3) Schmidts Jahrb. t. 112. p. 189.

4) M. f. G. t. 7. p. 2.

5) M. f. G. t. 9. p. 117.

6) Archiv f. Gyn. t. II. p. 79.

7) Zob. Hecker, Klin. d. Geb. II. p. 175; C. Martin, M. f. G. t. 29. p. 257; G. Braun, Wiener med. Woch. 1869. Nr. 96. p. 1591.

zapaleniu łożyska (zob. str. 95), częścią zaś są to zapewne także małe łożyska dodatkowe (zob. str. 88), które się z głównym łożyskiem łączą tylko przez błony jajeczne i naczynia i dla tego łatwo się mogą od niego oderwać ¹⁾. Prócz tego mogą się do krwotoków połogowych przyczynić także wielkie kawały nieprawidłowo wybujałej błony doczesnej, które pozostały w macicy. Tak widzieliśmy, że po bardzo szybkim porodzie naturalnym, w którym się zaraz po wydaleniu łożyska przez nacisk pojawił był mocny krwokok, także w następnych dniach następowały mniejsze krwawienia i znaleźliśmy przy badaniu ponad wewnętrznym ujściem poprzecznie się ciągnący mocny kawałek błony doczesnej na kilka cali długi i na pół cala szeroki, który się po jednej stronie tylko nożycami dał oddalić od ściany macicznej. Po jego usunięciu ustał także krwotok.

Te w macicy pozostałe resztki jaja różnego doznają losu. Jeżeli nie są zbyt wielkie, jeśli zatem chodzi tylko o małe zrazy łożyska, to pospolicie odłączają się wraz z kawałkami błony doczesnej pozostałymi w macicy, i odchodzą razem z wydzielinami połogowymi, nie wywołując żadnych innych objawów, jak tylko ów częsty, gęsty i mocno cuchnący odpływ połogowy. W innych wypadkach, ale żadną miarą nie koniecznie zawsze po operacjach, w których się do jamy macicy dostało powietrze, mianowicie po sztucznym oddzieleniu łożyska, posoczeją i mogą natenczas spowodować posoczny odpływ, sprawić gnilne zapalenie wnętrza macicy i tym sposobem sprowadzić cały szereg zjawisk znanych pod gorączką połogową. Resztki łożyska mogą jednakże tak po poronieniach jak i po przedwczesnych i czasowych porodach pozostać zupełnie świeżymi i potem niekiedy jeszcze w późniejszym czasie przyczynić się do gwałtownych i uporczywych krwotoków.

Uwaga. Chociaż nie podlega wątpliwości, że pozostałe resztki łożyska przez swe sposoczenie mogą się stać przyczyną gorączki połogowej, to jednakże okoliczność ta zachodzi tylko w mniejszej liczbie wypadków. Widzieliśmy nawet wypadek, w którym położnica, zmarła skutkiem posocznego zapalenia we wnętrzu macicy, wskazywała resztkę łożyska wielkości orzecha (po wytłoczeniu łożyska metodą Credégo), w której jednakże daleko posunięty rozpad posoczny błony doczesnej przy powierzchniowym tylko współudziale miejsca łożyskowego i świeżym wyglądzie kawałka łożyska na powierzchni przekroju, przemawiał widocznie za t^{em}, że ta resztkę łożyska nie była przyczyną posocznego rozpadu wnętrza macicy.

¹⁾ Zob. Hegar, Die Path. u. Ther. d. Placentarretention. Berlin 1862 i Hüter, w miejscu przytoczonym.

Pozostałe takich kawałków łożyska, jako téż osadzanie się skrzepów krwi na miejscu łożyskowym, mogą w połogowej macicy wytworzyć utwory, które podobne bywają do uklejąw i wielkie posiadają znaczenie pod względem praktycznym.

Mniejsze skrzepy krwi, które się łączą ściśle z występującemi zakrzepicowemi zatyczkami miejsca łożyskowego, widać pospolicie na trupach świeżych położnic; ale także większe skrzepy krwi, które wywołują już powtarzające się krwotoki i są postaci okrągłej aż do wielkości orzecha laskowego lub płaskie i podobne do zrazów (w jakim to razie mogą wystawać do jamy macicznej w kształcie kogutowego grzebienia) nie stanowią bynajmniej tak wielkich rzadkości, jak się to mieliśmy sposobność przekonać niedawno temu ¹⁾. Bardzo rzadkiemi zaś są te wypadki, w których w prawidłowym miejscu łożyskowym osadzają się wielkie skrzepy krwi w postaci uklejąw i tęym końcem sterczą aż do szyjki macicznej albo do pochwy. Tego rodzaju włóknikowy ukleją ²⁾, swobodny uklejąwaty krwawiak macicy ³⁾ składa się z skrzepłego włóknika, który w sobie zamyka jądro skrzepłej krwi.

Jakie okoliczności ułatwiają wytworzenie się włóknikowych uklejąw, nie jest jeszcze rzeczą zupełnie pewną. Nie zachodzą one wyłącznie wtedy, gdy jama macicy jest uderzająco szeroka, i z drugiej strony napotykamy często macice z bardzo obszerną jamą, w których na miejscu łożyskowym nie siedzą żadne większe skrzepy. Zdáje się, że do ich wytworzenia się usposabia najwięcej szczególna szorstkość albo znaczniejsze wystawanie miejsca łożyskowego do jamy macicznej, a więc mocno wystające zakrzepy i porażenie miejsca przyczepu łożyskowego. Jednakże nie dawno temu widzieliśmy dwa wypadki, wprawdzie nie zbyt znacznego stopnia, w których przecież nie można było wysledzić żadnej nadzwyczajnej chropowatości na powierzchni macicznej.

Włóknikowy ukleją zachodzi tak po nieczasowych porodach, jak po porodach w właściwym czasie. Jeśli się wytwarza po poronieniach, natenczas zdaje się krwotoki powodować daleko później (po tygodniach, a nawet po upływie kilku miesięcy); po porodach zaś zu-

1) Zob. także Bidder, Petersb. med. Z. 1869. t. 17. z. 4 i 5. S. A. p. 15.

2) Kiwisch, Kl. Vorträge, 4 Aufl. t. I. p. 504.

3) Virchow, Geschwülste. I. p. 146.

pełnie albo prawie zupełnie czasowych sprawia krwotoki już w pierwszym albo najpóźniej w drugim tygodniu połogowym.

Uwaga. Cały szereg włóknikowych uklejęw zestawiliśmy w pracy ¹⁾, którąśmy poświęcili temu przedmiotowi. Prócz tego należą tu jeszcze wypadki, które spostrzegli Säxinger ²⁾, Kuhn ³⁾, Kulp ⁴⁾, Fränkel ⁵⁾ i Duncan ⁶⁾.

Daleko częściej dają się spostrzedz podobne do uklejęw utwory, kiedy się zatrzymały w macicy jeden lub kilka kawałków łożyska. Na tych kawałkach osadza się potem albo krew sposobem wyżej opisanym, tak iż się otrzymuje ukleję włóknikowy, którego szypuła składa się z utkania łożyskowego, albo też częściej uchodzi krew z pozostałego zraza, który staje się twardym i otrzymuje kształt odpowiadający jamie macicznej; powstaje tak zwany łożyskowy ukleję ⁷⁾. W takim razie albo zaraz w pierwszym czasie połogowym pojawia się krwotok, albo też przebiega ten czas zupełnie prawidłowo, a potem niekiedy na końcu pierwszego, częściej drugiego, a nie rzadko dopiero trzeciego tygodnia, a nawet i później przychodzi do krwawych odpływów, które się ponawiają, jeśli się nie usunie ukleję.

Uwaga. W pracy wyżej oznaczonej zestawiliśmy również długi szereg takich włóknikowych uklejęw, których szypuły składają się ze strzępów kosmówki, a które się wytwarzają także po przedczesnych porodach, rzadko zaś w pierwszej połowie ciąży, jako też niejedne wypadki czystych uklejęw łożyskowych. Z nowszych wypadków tego rodzaju znajdujemy jeszcze w literaturze te, które spostrzegli Kulp ⁸⁾, Fränkel ⁹⁾, Valenta ¹⁰⁾, Frankenhäuser ¹¹⁾ i Martin ¹²⁾.

-
- 1) Scanzonis Beiträge t. VII. p. 1.
 - 2) Prager Vierteljahrschr. 1868. t. 98. p. 90.
 - 3) Wiener med. Woch. 1869. Nr. 89 i 90.
 - 4) Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. t. I. z. 1. p. 18.
 - 5) Archiv. f. Gynaekol. t. II. p. 77.
 - 6) Edinburgh. med. J. July. 1871. p. 1.
 - 7) C. Braun, Allgem. Wien. med. Z. 1860. Nr. 47; zob. Schmidts Jahrb. t. 118. p. 119.
 - 8) W miejscu przytoczonym p. 19.
 - 9) W miejscu przytoczonym p. 79.
 - 10) Zob. Schmidts Jahrb. t. 146. p. 171.
 - 11) Martin, Neig. u. Beug. d. Gebärm. 2 Aufl. p. 34. uwaga.
 - 12) Tamże p. 163 i Berl. B. z. Geb. u. Gyn. t. I. p. 151.

Rozpoznanie tych uklejęw nie jest trudnem, ponieważ wewnętrzne usta maciczne, które się w prawidłowych warunkach zamykają do dwunastego dnia, w takich wypadkach pozostają rozszerzonymi daleko dłuższy czas, albo się znowu otwierają za ponowieniem się krwotoku. Badając wewnętrznie znajdujemy guz, który bardzo rzadko sięga aż do pochwy, niekiedy wystaje w zewnętrznem ujściu macicznym, a zazwyczaj w wewnętrznem da się wysledzić; guz ten można palcem obejść z wszystkich stron i dosięgnąć jego przyczepu do ściany macicznej, jeśli się macię z zewnątrz napycha na badający palec. Macica leży zazwyczaj nieco przegięta ku przodowi, i jeśli nie zważamy na zwiększenie jej przez zawartość, zdaje się być dobrze ściągnięta i przyprowadzona do stanu, w jakim się znajdowała przed ciążą.

Rokowanie nie jest niepomyślnem, jeśli się wczesnie bada i zastosuje odpowiednie leczenie; w innych znowu razach może śmierć nastąpić skutkiem ujścia krwi, albo skutkiem sposoczenia ukleju, i może się wytworzyć gnilne zapalenie wnętrza macicy.

Przyczynę krwotoku da się usunąć tylko przez wydalenie ukleja. Zazwyczaj udaje się to ręcznym sposobem wykonać, miękki bowiem ukleję albo odpada za naciskiem palca, albo też jego twardsza szypuła da się odciąć przynajmniej paznogciem. Łatwiejszem jest usunięciu ukleju wtenczas, kiedy można wprowadzić dwa palce. Jeśli się tym sposobem nie da oddzielić szypuły ukleju, natenczas zaleca się pomocnikowi, ażeby z zewnątrz utwierdził macię w odpowiednim stawieniu, a lekarz sam wprowadza pod przewodnictwem palca długie szczypcy uklejowe (*kornung*), chwytą niemi ukleję i odcina resp. odkręca go jużto w całości, już też w kawałkach. Ostatnich małych resztek nie potrzeba koniecznie usuwać, lecz można je pozostawić, ponieważ takowe odchodzą same i ich sztuczne oddalenie mogłoby łatwo spowodować obrażenie macicy.

Po oddaleniu ukleju ustaje pospolicie krwotok i pojawia się cienki, do opłóczywn pomięsnych podobny, a niekiedy także cuchnący gęsty odpływ połogowy. Gdyby po usunięciu ukleju miał jeszcze nadal trwać krwotok, to robi się wstrzykiwania z rozrzedzonego *liquor ferr. sesquichlorati*. Zresztą wewnętrzne usta maciczne zewężają się tylko zwolna i dla tego też osoba w ten sposób chora powinna się jeszcze dłuższy czas ochraniać.

Uwaga. Pomijając inne dawniejsze napomknienia, należy Velpéau'a i Kiwisch'a uważać za pierwszych, którzy zwrócili uwagę na takie

włóknikowe ukleje. Kiwisch mniemał, że się one wytwarzają niezależnie od ciąży, wszakże zbil go pod tym względem Scanzoni ¹⁾, ogłaszając kilka wypadków, które się wytworzyły po poronieniu. Rokitansky poparł twierdzenie Scanzoniego głównie przez to, że opisał wypadki tak zwanęj ciąży w szyjce macicznej, t. j. wypadki, w których jaje umocnione na długiej szypule, składającej się z gruczołów macicznych, leżało już w szyjce macicznej. Jest rzeczą jasną, że, gdyby w tych wypadkach było przyszło rzeczywiście do poronienia, potrzebaby było tylko osadzenia się skrzepów krwi na pozostałej szypule, aby wywołać utwor, o których mowa.

Zresztą rozumie się samo przez się, że nie wolno tych uklejowatych utworów brać za rzeczywiste ukleje, ponieważ nie przedstawiają żadnych właściwych nowotworów i nie są zdolne do żadnego dalszego ciałotwórstwa (*organisatio*).

O zakrzepie czyli krwawiaku (*thrombus s. haematoma*) pochwy i sromu, które najczęściej występują po przejściu główki, mówiliśmy obszernie już w patologii porodu (zob. str. 296). Z tego powodu pomijamy je zupełnie na tem miejscu.

VI. Cierpienia sutek.

a) Cierpienia gruczołu piersiowego.

1) Nieprawidłowości w wytwarzaniu się mleka.

Literatura: Kiwisch, *Krankheiten d. Wöchner II. p. 160, 167 i 170.*—Scanzoni, *Kiwischs Klin. Vorträge t. III. 1855. p. 108*—Veit, *Frauenkrankh. p. 612.* (W polskim przekładzie Dr. Gruella, p. 501).—Winkel, *Path. u. Ther. d. Woch. p. 353*

Ilość mleka wydzielonego przez gruczoł piersiowy bywa u rozmaitych osób bardzo różna. Niektóre matki mają przez długie lata bardzo wiele mleka, inne zaś już po upływie krótkiego czasu nie są w stanie nasycić dziecka.

Zupełny niedostatek mleka (*agalactia*) zachodzi nader rzadko w czasie połogowym, żeby się przy tém nie dało dowieść jakiej przyczyny do téj nieprawidłowości; daleko częściej zdarza się, że wydzielanie mleka pojawia się tylko niezupełnie i po jakimś czasie ustaje całkowicie. Przyczyną tego może być niedostateczny rozwój gruczołu, który jest niekiedy przyrodzonym, i nadto zachodzi

1) Verh. d. Würzb. phys. med. Ges. 1852. II. p. 30.

u bardzo młodych i bardzo starych matek. Daleko częściej napotyamy tę nieprawidłowość u bardzo słabowitych kobiet, u niedostatecznie lub nieodpowiednio odżywianych, i w wypadkach, w których pokład tłuszczowy jest w całym ciele mocno rozwinięty, a więc i w sutkach; prócz tego mogą mocne wzruszenia umysłowe w następstwie zatrzymać wydzieliny mleczne. Stopniowo zmniejsza się mleko nadzwyczaj często skutkiem niestosownego albo przynajmniej niezwykłego pożywienia. Wysoka gorączka i silniejsze wypróżnienia wodniste mogą szybko zmniejszyć obfitość mleka.

Jeśli niedostatek mleka jest następstwem niedokładnego wykształcenia lub zupełnego zaniku gruczołu piersiowego, albo skutkiem ogólnej tłustości, to przeciw wypadkom tego rodzaju nie pomoże nic pomoc sztuczna. W innych wypadkach chodzi przede wszystkim o uregulowanie diety. W ogóle nie powinna karmiąca zmieniać dawniejszego zwyczajnego sposobu życia, wystrzegać się natężeń i znacznego zmęczenia, a potrawy, jakie zwykła karmiąca spożywać, należy jej podawać w dostatecznej ilości i dobrze przyrządzone. Tym sposobem da się utrzymać jak najlepiej już w biegu będące wytwarzanie się mleka. Nad to działają pomyślnie na wydzielanie mleka spożywanie samego mleka, jako też mączne potrawy i używanie bawarskiego piwa ¹⁾.

Jeśli się u karmiących kobiet pojawi miesiączka, to pospolicie nie potrzeba przerywać karmienia, ponieważ wydzielanie mleka w wielkiej liczbie wypadków nie ustaje i mleko służy dziecku dobrze.

W bardzo rzadkich wypadkach wydziela się mleko u karmiących osób w tak wielkiej obfitości, że w skutek tego pogarsza się widocznie ogólny stan zdrowia, a stan tego rodzaju zowiemy nadmiarą mleka (*polygalactia*); albo też po odsadzeniu dziecka mleko odpływa bezprzestannie osłabiając przez to mocno, i to po większej części z obu sutek, a stanowi temu nadajemy nazwę mleko ciek (*galactorrhoea*). Dość wypływającego mleka może dziennie wynosić do kilku funtów.

Przez ubytek soków tego rodzaju mogą wystąpić zupełnie te same objawy, co po długotrwałych krwotokach lub ropieniach. Niejednokrotnie uważano, że kobiety takie nadzwyczaj słabły i chudły,

1) Porównaj L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 792 i następ.

może się nawet u nich wytworzyć gruźlica, zaburzenie zmysłowe (ślepotą) i cierpienie umysłowe. Te same pojawiają się szkodliwości, kiedy karmienie trwało zbyt długo. Przytem miesiączkowanie bywa często bardzo obfitem, tak iż mogą nastąpić gwałtowne krwotoki, dające się zatamować tylko odstawieniem dziecka od piersi. Szczególnie zaś niepomyślny wpływ wywiera przedłużone karmienie na kobiety cierpiące na mięknienie kości (*osteomalacia*).

Uwaga. Zaburzenia wzrokowe (*hemeralopia*, *amblyopia*, *amaurosis*) zachodzą zresztą u położnic także bez nieprawidłowości w wytwarzaniu się mleka, łącząc się niekiedy z przekrwieniem spojówki (*conjunctiva*) oka, jednakże po największej części nie można także wzniemieniem ocznym stwierdzić żadnych zmian. Rokowanie jest po większej części dobrém, zaburzenia wzrokowe ustępują w kilku dniach, najpóźniej w kilku tygodniach.

Jeśli wytwarzanie się mleka jest zbyt obfitem, to najprędzej zmniejsza się takowe, gdy sprowadzimy obfite wodniste wypróżnienia, które się u położnic dają łatwo osiągnąć i bez szkody za pomocą *magnesia sulphurica*. Przytem zalecić należy, aby karmiąca brała nieco mniej pożywienia.

Jeśli się rozwinął rzeczywisty mlekociek, to trzeba się starać o zmniejszenie wydzielania nakładając opatrunek cisnący. Z wewnętrznych środków zaleca się najwięcej *kalium jodatum*. Zresztą po pojawieniu się na nowo miesiączki ustępuje pospolicie mlekociek, a Abbeg ¹⁾ dwa tego rodzaju wypadki uleczył tym sposobem, iż przez natrysk maciczny nastąpił krwotok z macicy.

Cosiętyczy zmian mleka pod względem jego jakości, to mało co o tém wiemy. Odmiana pożywienia zdaje się więcej wpływać na ilość mleka i dopiero w drugiej linii na jego jakość. Że zresztą wzruszenia moralne matki zmieniają jakość mleka, jest rzeczą stwierdzoną przez doświadczenie, chociaż bez wątpienia wpływ owych wzruszeń przesadzano nieraz w wysokim stopniu.

2) Zapalenia gruczołu piersiowego. Gorączka mleczna. Ropień w gruczołe piersiowym.

Literatura: Winkel, *M. f. G. t.* 22. p. 348 i *Path. d. Wochenb.* 2. Aufl. p. 405. — Schroeder, *M. f. G. t.* 27. p. 114 i *Schw. Geb. u. Woch.* p. 194. — Wolf, *M. f. G. t.* 27. p. 241.—

¹⁾ *M. f. G. t.* 16. p. 424.

Schramm, *Scanzonis Beiträge. t. V. z. 1. p. 1.*—Veit, *Frauenkrankh. p. 606* (w polskim przekładzie D-ra Gruella, p. 493).—Fock, *de koorts in het begin van het kraambed. Utrecht. 1871.*

Mięsaszowe zapalenie gruczołu piersiowego (*mastitis*) w czasie połogowym różni się głównie według tego, czy przebiega w kilku dniach bez żadnych dalszych następstw, czy też doprowadza do ropienia.

Pierwszy rodzaj wywołuje się powolnymi przejściami z fizjologicznego rozwijania się wydzielin mlecznych podczas połogu.

Chociaż połóg przebiega zupełnie prawidłowo, to jednak w trzecim lub czwartym dniu połogowym temperatura dochodzi do najwyższego stopnia, a zwiększenie to temperatury nie pochodzi z właściwych części płciowych, jak to mieliśmy sposobność wykazać już dawniej, zależy więc bez wątpienia od wytworzenia się mleka.

Jeśli przytém sutki nie są wrażliwe i jeśli temperatura przechodzi 38° stopni tylko o kilka dziesiątych, to rozpoczynająca się działalność gruczołu trzyma się ściśle w fizjologicznych granicach. Nieraz jednakże wydzielanie mleka rozpoczyna się wśród nieco gwałtowniejszych objawów. Gruczoł obrzmiewa mocno, jest bolesny w całości albo przynajmniej w pojedynczych miejscach i dolega samodzielnie; skóra leżąca nad nim jest zaczerwieniona, napięta, a nierzadko zapalone naczynia chłonicze ciągną się ku obrzmiałym gruczołom chłoniczym w pachach. Przytém w trzecim lub czwartym dniu temperatura wzrasta do 39°, a nawet do 40° stopni i zwalniając w godzinach rannych może się na nieprawidłowej wysokości utrzymać przez trzy lub cztery dni.

Tego rodzaju zapalenie gruczołu zachodzi najczęściej, ale nie wyłącznie w tych wypadkach, w których dziecko przyłożono za późno do piersi, albo w których ono nie wyciąga z gruczołu wiele mleka (już to dla słabości, już też dla wadliwego wykształcenia brodawek), albo w których dziecko nie bywa wcale karmionem. W przeważającej liczbie wypadków ustępują zapalne objawy jako też gorączka po upływie jednego dnia lub kilku dni, rzadziej dopiero po czterech dniach, i gruczoł zaczyna funkcjonować zupełnie prawidłowo.

Ponieważ w tych wypadkach mamy najwyraźniejsze znamiona miejscowego zapalenia i nie może podlegać żadnej wątpliwości, że przyczyną téj gorączki jest zapalenie, przeto nazwę zapalenia gruczołu (*mastitis*) zachowując pospolicie dla ropnych zapaleń, można te

objawy, zostające w związku z rozpoczynającym wytwarzaniem się mleka, nazwać gorączką mleczną.

Chociaż opisane powyżej zapalenie gruczołu w największej części wypadków zakończy się rozejściem, to jednakże może także przejść w ropienie w wyjątkowych razach, szczególnie przy niestosownym zachowaniu się.

Częściej zaś przychodzi do ropienia gruczołu piersiowego dopiero w późniejszym czasie, kiedy już dawno znikło lekkie zapalenie, które wystąpiło z początkiem wytwarzania się mleka. W wyjątkowych razach może się ropień przenieść już z ciąży do czasu połogowego.

Ropne zapalenie gruczołu piersiowego przyłącza się zazwyczaj do małych obrażeń w brodawkach (zob. niżej); przez wytworzony bowiem strup podlegają zamknięciu łatwo ujścia kanalików mlecznych, przebiegających przez brodawkę. Tym sposobem zatrzymuje się wydzielina, kanaliki mleczne i pęcherzyki gruczołowe podlegają rozszerzeniu, zapaleniu i w ich ścianach rozpoczyna się ropienie. Rzadziej rozwija się to zapalenie wtenczas, kiedy się po nagłym odstawieniu dziecka mleko zbiera w piersiach w znacznej ilości. W wyjątkowych razach mogą jego przyczyną być także urazy (np. uderzenie w zraz gruczołowy).

Zwykle ogarnia zapalenie tylko jeden zraz jednego gruczołu piersiowego, jednakże przy niestosownym leczeniu może w następstwie podlegać zropnieniu cały gruczoł; częściej rozwija się zapalenie nieco później w drugim zrazie albo w drugim gruczole.

Pierwsze znamiona ropnego zapalenia w gruczole piersiowym bywają te same, które są w ogóle dla zapalenia charakterystycznymi. Wśród znacznego podwyższenia temperatury (która z czasem wśród dreszczu dochodzi do 40°), obrzmiewa zraz gruczołowy, zaczyna samodzielnie dolegać i stawać się czułym za naciskiem, a skóra ponad nim leżąca zaczyna się czerwienić. Im powierzchowniej jest zapalenie, tym się wcześniej doznaje przy macaniu owego szczególnego ciastowatego uczucia, które wskazuje, że się w zrazie znajduje ropa. Tylko przy wielkich ropniach da się wyśledzić wyraźne chęłbotanie, skoro jednakże zropnieniu uległa wielka część gruczołu, to chęłbotanie to jest bardzo wyraźnym. Gorączka, która z rozpoczęciem się cierpienia była bardzo znaczną, opada znowu prawie zupełnie drugiego, lub trzeciego dnia, albo przynajmniej zwalnia znacznie i przechodzi potem w dłuższą trwającą gorączkę ropną. Najwybitniejszym objawem jest ból, który może być tak silnym, że nie pozwala

chorój zasnąć; ustaje on dopiero po sztuczném otworzeniu ropnia albo po jego samodzielném pęknięciu. Tkanka łączna leżąca ponad ropniem powoli cieńsze coraz więcej, skóra nabiera siniej barwy, zaostrza się i ropień pęka, tworząc mały otvorek. Często zatyka się ten otvorek napowrót, poczem się wytwarzają inne otworki, pomiędzy którymi znajdująca się skóra może podlegz zgorzeli. Pospolicie otwiera się ropień sam dopiero po upływie kilku tygodni.

Niekiedy łączy się ropień bardzo wczesnie z przewodem mlecznym, tak iż przez niego może ropa wypływać razem z mlekiem. W takim razie opisane wyżej objawy mogą wystąpić daleko mniej groźno, a samodzielną bolesć może zupełnie niedostawać; jednakże właśnie w tych wypadkach można rozpoznanie łatwo stawić wyciskając ropę z brodawki.

Nawet po samodzielném pęknięciu trwa pospolicie ropienie jeszcze długo, tak iż może upływać i kilka miesięcy, zanim się ropień zamknie zupełnie. Jeśli takowy stał w połączeniu z przewodem mlecznym, to w miejscu pęknięcia może pozostać przetoka mleczna, która po ustaniu wytwarzania mléka zamyka się samodzielnie. W nader tylko rzadkich wypadkach u położnic zresztą zupełnie zdrowych przychodzi do sposoezenia gruczołu i do śmierci skutkiem posocznicy. Nieraz pęknięcie ropnia trwa tak długo, że zwolna podlega zropieniu cały gruczoł piersiowy; gdy nacinamy gruczoł w takich razach, wychodzi kolosalna masa ropy gęstym promieniem, a skóra całego gruczołu opada jak wiotki worek.

Rozpoznanie ropnia w gruczole piersiowym jest podczas położu łatwém, chociaż niekiedy, gdy się bardzo wolno rozwija u położnic, można go wziąć za jakie inne cierpienie. Prócz ogólnych objawów bywa rozpoznanie pewném przez to, że obrzmiały zraz jest bardzo bolesnym, że początkowa twardość przemienia się w miękką ciastowatą spoistość.

Zapobiegawcze leczenie polega przedewszystkiem na uważném opatrywaniu drobnych obrażeń. Jeśli już wystąpiły pierwsze znaki poczynającego się zapalenia, natenczas przez energiczne leczenie da się często powstrzymać jeszcze ropienie. Piers podpira się stósownie nałożoném wieszadłem (*suspensorium*) i podaje się na wewnątrz *magn. sulph.* tak długo, aż nastąpi kilka wodnistych wypróżnień i pierś cokolwiek opadnie. Wczesne zastosowanie leczenia tego rodzaju jest tak samo skuteczném, jak ów wielce zachwalany opatrunek klajstrowy, który przez wszechstronny nacisk ma powstrzymać ropienie. Próstszém, a również skuteczném jest popędzowanie sutek kleiną

(*collodium*), która wszakże pociąga za sobą łatwo obnażenia naskórka. Jeśli się wytworzyła ropa, to nie można nigdy dość wczesnie naciąć. Skoro się wyczuje nieco miękkie miejsce, trzeba zrobić nacięcie idące w promieniu ku brodawce, nie za małe i dość głębokie i potem wydalić ropę o ile możności zupełnie wolno ją wyciskając. Dla natężonych bólów nie uda jej się wydalic ze wszystkim. Jeśli się staramy, aby nie zarosł zrobiony otwór, to proces zapalny nie rozszerza się dalej i jama ropnia zagaja się samodzielnie, jeśli się z niej wycisnie należycie wszelka zawartość. Jednakże w dłuższym dopiero czasie następuje zupełne zabliznienie. Aby proces ten przyspieszyć, zalecano najrozmaitsze środki. Winkler zalecał usilnie opatrunek kłajstrowy, który jest bardzo niewygodny, szczególnie dla tego, że go trzeba odnawiać często, jeśli się ma okazać skutecznym. Kleina, która wywiera znakomity nacisk przed opróżnieniem ropnia, gdy sutka jest silnie napężona, mniej bywa pożyteczną, gdy pierś zwiotczała po wydaleniu ropy. Najprostszym jest nacisk przez stósownie nałożone chustki i codzienne wyciskanie jamy ropnia. Jeśli ropień siedzi w dolnym zrazie, to wystarcza zupełnie proste *suspensorium mammae*; jeśli zaś siedzi górą, to trzeba stósownie nałożyć chustkę do koła klatki piersiowej.

Jeśli ropa jest cienką i gojenie bardzo się przewleka, to można przyspieszyć zagojenie jamy przez wstrzykiwania roztworu kamienia piekielnego lub jodu; albo téż ścianę ropnia przyzegać wprost sztyftem saletrzanu srebra. Dla samego ropnia nie jest koniecznem odsadzać dziecko od piersi; wszakże dla komunikacyi ropnia z zdrowym przewodem mlecznym może się okazać potrzebnem odstawienie dziecka przynajmniej od choréj sutki. Pozostałe przetoki ropne i mleczne zablizniają się zazwyczaj dopiero wtenczas, kiedy ustało zupełnie karmienie piersią (*lactatio*).

3) Guz mleczny (*galactocele*).

Literatura: Virchow, *Die krankhaften Geschwülste*. I. p. 283.—Veit, *Frauenkrankh.* 2. Aufl. p. 610 (w polskim przekładzie Dra Gruella, p. 499)

Bardzo rzadko wydarza się, że po zatkaniu przewodu mlecznego trwa nadal wydzielanie w zrazie gruczołowym doń należącym, a mimo to nie przychodzi do ropienia. W takim razie przewód mleczny rozszerza się coraz bardziej, tak iż sam tworzy wielką jamę, albo się

tęż rozrywa jego ścianę i mleko mieści się w świeżo powstałej jamie, jakby w jamie ropnia. Zazwyczaj są te przepukliny mleczne małe tylko, chociaż niekiedy mogą nadzwyczajnie dosięgać objętości, jak tego dowodzi wypadek, który opisał Skarpa; guz ten zwieszał się aż do lewej pachwiny i zawierał 10 funtów mleka.

Zawartością guza jest z początku czyste mleko, później odłącza się surowica i stałe części składowe podlegają zgręszczeniu, albo krwawe wylewy do torbiela, sprawiają, że się cała masa zabarwia krwawo.

Rozpoznanie przepukliny mlecznej może być bardzo trudnym. Dopóki ściana przewodu mlecznego nie pękła jeszcze, to z przyczyny mocnego naprężenia i wyraźnego odgraniczenia można przepuklinę wziąć najłatwiej za torbiel, po pęknięciu zaś i wylaniu się zawartości w otaczające utkanie można ją uważać za ropień.

Ta niepewność rozpoznania nie zmienia zresztą znacznie leczenia. Ponieważ po prostym przekłóciu jama wypełnia się ponownie wydzieliną, przeto trzeba w ścianie przewodu mlecznego wywołać zapalenie przez wstrzykiwanie rozczyńń jodowych. Jeśli się tym sposobem nie uda uleczyć torbiela, to trzeba worek otworzyć cięciem, opróżnić i doprowadzić do ropienia.

b) Zapalenie tkanki łącznej w gruczole piersiowym.

Zapalenie podskórnej tkanki komórkowatej sutek może się ograniczyć na okolicę obwódki brodawkowej (*phlegmone subareolaris*), jeśli skutkiem obrażeń brodawki, albo skutkiem zapalenia gruczołów w obwodzie brodawki przechodzi zapalenie na tkankę komórkowatą, znajdującą się w bezpośrednim sąsiedztwie.

Pomijając tę okoliczność, że międzyrzazikowa tkanka łączna także przy mięszszowem zapaleniu gruczołu podlega regularnie zapaleniu, mogą także podczas położu zachodzić łagodne zapalenia tkanki łącznej (najczęściej skutkiem urazu), które się kończą ropieniem. Częścić jednakże występują one pod formą róży zapalnej (*erysipelas phlegmonosum*) skutkiem guilnego zakażenia drobnych obrażeń (*excoriatio*) brodawek. W takim zaś razie albo się ograniczają tylko na sutkę i kończą natenczas zwykle wytworzeniem się ropni, a czasem tęż sposoczeniem, albo tęż może nastąpić śmierć z przyczyny zakażenia całego organizmu. Skoro się wytworzyły ropnie, należy jak najwcześniej ropę wydalić przez kilka wielkich i głębokich nacięć.

W rzadkich wypadkach rozwija się u położnic zapalenie pod-
s utko w é j t k a n k i ł ą c z n é j, która leży pomiędzy gruczołem zrazu,
leżącym najgłębiej.

Przytém obrzmiewa sutka i przyciskana do klatki piersiowej
sprawia takie uczucie, jak gdyby gruczoł spoczywał na pęcherzu wy-
pełnionym przez płyn; podstawa sutki nabrzęka surowiczo. Jeżeli
się gruczołu nie natnie wcześniej po brzegu, to mogą nastąpić długo-
trwałe i niebezpieczne opuszczenia się rOPY.

c) Cierpienia brodawek sutkowych.

Literatura: Winkel, *M. f. G. t. 22. p. 345* i *Berl. klin. Woch. 1864. N. 2.*—Scharlau, *Berl. klin. Woch. 1864. N. 19* i *20.*

Brodawki pokryte delikatnym nabłonkiem są u karmiących ko-
biet bardzo skłonne do cierpień. Przyczyniają się zaś do tego rozmaite
okoliczności. Przez ssanie dziecka tudzież odpływanie mleka
namiękka brodawka tak, iż się naskórek unosi łatwo w postaci ma-
łych pęcherzyków, które się gojąc pozostawiają strupy. Nadto tak
na wierzchołku brodawki jak na jej podstawie znajdujemy fałdki,
w których naskórek jest jeszcze delikatniejszy i przytém mocniej
przyczepiony do utkania pod nim leżącego. Jeśli się na tych fałd-
kach osadziły strupy wytworzone z wysączającej siary (*colostrum*)
i z brudu, natenczas, gdy strupy przy ssaniu podlegają rozerwaniu
może się fałdka otworzyć na podłuż i powstaje rozpadlina. U ko-
biet,, u których się te fałdy uwydatniają nieznacznie, tak iż brodawki
wskazują prawie zupełnie gładki wygląd, nie wytwarzają się z tego
powodu tak łatwo rozpadliny (*rhagades*). Inne zaś posiadają mo-
cno porozrywane brodawki; pomiędzy pojedynczemi małemi broda-
weczkami, zanim się jeszcze przyłoży dziecko, widać miejsca czerwone,
wydzielające ciecz surowiczo-ropiastą i bolesne, skoro się bro-
daweczki oddala jedne od drugie. U takich osób wytwarzają się
łatwo rozpadliny, skoro się dziecko przykłada do piersi. Nadto pod-
legają rozpadlinom daleko mniej te osoby, u których brodawki wy-
stępują należycie ponad powierzchnią gruczołu, tak iż je dziecko mo-
że zachwycić wygodnie, aniżeli te, które dziecko musi bezprze-
staannie targać chcąc je przytrzymać mocno.

Uwaga. Opisane co dopiero cierpienia brodawek zachodzą nadzwyczaj często. Winkel znalazł w Berlinie między 200 położnicami 70, które miały mniej lub więcej znaczne rozpadliny, a w Rostocku nawet 72

na 150 wypadków. My zaś sami badając w tym względzie 77 wypadków bardzo starannie, mogliśmy w nich wynaleść tylko 17 z rzeczywistymi rozpadlinami, a przy dziewięciu jeszcze obnażenia naskórka wraz z wytworzeniem się strupa. Rezultat ten zgadza się mniej więcej ze spostrzeżeniami Schramma¹⁾, który pomiędzy 100 położnicami znalazł tylko 17 dotkniętych rozpadlinami.

Rozpadliny stanowią bardzo przykre cierpienie dla karmiących kobiet, ponieważ sprawiają mocne bólesci, ile razy się podaje dziecku piersi do ssania; zwyczajne zaś obnażenia z małemi strupami lub wybroczynami krwawemi są mniej bolesne, ale mogą także doprowadzić do rzeczywistych rozpadlin. Same zaś rozpadliny mogą spowodować wysoką gorączkę, chociaż takowej niedostaje w większej części wypadków. Czy następuje gorączka lub nie pojawia się wcale nie zależy to tak od wielkości rozpadlin, jak szczególnie od ich głębokości, od bolesności i indywidualnej drażliwości. Wśród pomyślnych okoliczności gorączka może dojść aż poza 40^o stopni, po ustaniu jednakże drażnienia opada znowu również szybko.

Jeśli się zaniedba rozpadliny, to zagłębiają się one coraz więcej i dolegają coraz silniej; położnice przebywają w bezprzeznaczonym wzburzeniu, w ciągłym strachu przed każdorazowym przyłożeniem ssawca do piersi. Prócz tego nie mogą sypiać, tracą apetyt i słabną skutkiem gorączki. Przy przykładaniu dziecka do piersi matki, wiedząc jak to jest dotkliwem dla nich, z braku odwagi cofają mimowolnie pierś, przez co się rozpadlina rozdziera jeszcze dalej, aż wreszcie dziecko trzeba odstawić, gdy bóle są zbyt silne, albo gdy się zatrzyma wydzielanie mleka. Wśród okoliczności mogą rozpadliny sięgać tak daleko, że się brodawka prawie zupełnie odziera od piersi i zostaje z nią w połączeniu prawie tylko przez przewody młeczne.

W innych wypadkach przez wytworzenie się strupów zatykają się pojedyncze większe przewody młeczne, a skutkiem zastoju wydzielin wytwarza się mięszkowe zapalenie w zrazie gruczołowym, na leżącym do tego przewodu; zapalenie to kończy się nieraz ropieniem.

Co się tyczy leczenia, to ważną bardzo rolę odgrywa zapobieganie temu cierpieniu już podczas ciąży. Trzeba o to dbać, aby brodawki wystawały należycie i aby naskórek nieco zahartować. W pierwszym celu wyciągamy brodawkę często palcami albo ssawkami²⁾; dla zmniejszenia zaś drażliwości brodawek zaleca się jak najtroskli-

1) Scanzonis Beiträge V. 1. p. 23.

2) Zob. L. A. Neugebauer, Akuszerya t. I. p. 811.

więj utrzymywać je w czystości i często obmywać je czystą wodą, spirytusem, albo słabym roztworem tanniny, kiedy skóra jest bardzo delikatną.

Jeśli tym sposobem przygotowana ¹⁾ położnica rozpoczyna karmić dziecko, mając brodawki zdrowe i należycie długie, to nie tak łatwo pojawiają się rozpadliny. Jeśli mimo to wszystko brodawki pozostają małemi, tak iż dziecko tylko z trudnością może je zachwycić; natomiast jeszcze przed przyłożeniem dziecka do piersi należy zawsze nałożyć pompkę mleczną i dziecko przystawić dopiero do brodawki tym sposobem wyciągniętej, tak iż ssawiec natychmiast bierze w usta całą pełną brodawkę.

Jeśli zaś są już rozpadliny, to najlepiej zaraz po ich wytworzeniu się przyżegnąć je sztyftem saletrganu srebra, tak iż całe dno rozpadliny pokryje się strupami, powstałemi z tego przyżegnienia. Wszakże w takim przypadku nie wolno dziecka przykładać wpierv do piersi, aż się nie zagoi powierzchnia pod owym strupem, ponieważ w przeciwnym razie dziecko odrywa strup i na nowo rozrywa rozpadlinę.

Jeśli się nie chce albo nie może odstawić dziecka na tak długi czas, to wypłukuje się pilnie dno rozpadliny albo wyczyszcza przez przyżegnienie i wkłada się w rozpadlinę kilka nitek skubanki, zmoczonych w roztworze tanniny (1,0 gram na 30,0—50,0 gramów wody). Jeśli się rozpadlinę utrzymuje czysto, to tym sposobem leczona zabliznia się bardzo szybko od dołu ku górze i zagaja zupełnie.

VII. Cierpienia umysłowe u położnic.

Literatura: Berndt, *Krankh. d. Vöchnerinnen. Erlangen. 1846.* -- Leubuscher, *Verh. d. Ges. in Berlin III. p. 94.* -- Ideler, *Charitéannalen 1852. I.* -- Scanzoni, *Klin. Vorträge von Kiwisch. III. p. 520.* -- Veit, *Frauenkrankh. 2. Aufl. p. 705* (w polskim przekładzie Dra Gruella, p. 624). -- Tuke, *Edinb. med. J. Jan. 1867* (zob. *Virchow-Hirsch'scher Jahresber. über 1867. t. II. oddział 3. p. 605*). -- Winkel, *Path. u. Ther. d. Woch. p. 449.* -- Weber *Allgem. med. Centralztg. 1870. N. 87 i 88.* -- Madden, *Brit. and. for. med. chir. Review. Oct. 1871.* -- Leidesdorf, *Wien. med. Woch. 1872. N. 25.*

¹⁾ Zob. jeszcze L. A. Neugebauer, *Akuszerya t. I. p. 809* i następne.

Ponieważ choroby umysłowe u położnic bynajmniej nie mają nic sobie właściwego, specyficznego, lecz ciąża, poród i połów bywają bez wątpienia bardzo ważną przyczyną do rozwijania się pewnych psychicznych cierpień, przeto pomówimy o nich tylko po krótko, a zastanowimy się bliżej jedynie nad etiologią wymienionych chorób.

Codziennie doświadczenie pokazuje, że w całym psychicznym życiu kobiet wpływy, pochodzące od przyrzędu płciowego, mają bardzo wielkie znaczenie. Przypomnijmy sobie tylko maciunicę (*hysteria*) i jej ścisłą łączność z chorobami zachodzącymi w przyrządzie płciowym. Również w fizjologii ciąży zwróciliśmy już na to uwagę, jak wielki ona wpływ wywiera na umysłowy stan kobiet. Kobiety dawniej poważne stają się niekiedy nadzwyczaj wesołemi i odwrotnie kobiety młode poprzednio pełne życia smutnieją, zamyślają się i popadają w zadumę. Stany te w rzadkich tylko wypadkach dochodzą do tego, że się rozwijają rzeczywiste cierpienie umysłowe. Częściej zatrzymują osoby w położu tylko owe smutne i poważne usposobienie.

Wpływ ciąży na organy mózgowe da się przynajmniej w części wytłómaczyć fizyologicznie, nawały bowiem krwi do czaszki i jego zawartości towarzyszą regularnie ciąży i mogą tak samo, jak połówowe wyrośle kostne (*osteophyta puerperalia*), na wewnętrznej powierzchni czaszkowej wywołać także zaburzenia w odżywianiu mózgu. Przyczyną ostatnich okoliczności może nadto być już sama niekorzystna zmiana w pierwiastkach składowych krwi, która obficie dopływa do mózgu. Również wielkie znaczenie dla chorób umysłowych, pochodzących z czasu połogowego, posiadają także owe nagłe ubytki krwi, które nie rzadko zachodzą podczas ciąży i porodu.

Zważywszy nadto, że psychiczne przyczyny nieraz w nadzwyczajnym stopniu wpływają na ciężarne i rodzące niewiasty (mianowicie na osoby niezamężne), to nie będziemy się mogli dziwić, że u wielu kobiet umysłowo chorych da się początek wywieść z czasu połogowego. Że inne jeszcze okoliczności, które się w ogóle przyczyniają do rozwoju chorób umysłowych, a więc przede wszystkim dziedziczność, wpływają także podczas położu w znacznym stopniu na wytworzenie się zaburzeń umysłowych, jest rzeczą łatwą do zrozumienia.

Stósownie do rozmaitego usposobienia duszy podczas ciąży i porodu występują cierpienia umysłowe głównie w dwóch formach, t.j. jako stany pogńębienia (*depressio*), i podniecenia (*exaltatio*).

Pierwsze pod formą lekkiej zadumy przechodzą pospolicie już z ciąży do czasu połogowego, w której to epoce mogą w dalszym swym rozwoju przybrać charakter ciężkiej zadumy (*melancholia*).

Podniecenia psychiczne pochodzą najczęściej z porodu. Przecież nieraz widzimy, że się nagły wytwarza szal (mania) w chwili, w której się główka przeryna, w której więc ból najwyższego dosięgnął stopnia; nawet z resztą cierpliwe i rozsądne kobiety w tej chwili wydają głośny i gwałtowny krzyk, patrzą naokoło siebie dzi kim wzrokiem, grożą i uderzają w otaczające osoby. Stany te ustępują po większej części po wydaleniu dziecka, wszakże wyjątkowo mogą się one przenieść także do okresu połogowego.

Stany szaleństwa, które w cierpieniach połogowych występują jako objawy podrażnienia mózgu, pomijamy zupełnie na tem miejscu.

Rokowanie w zaburzeniach umysłowych, pochodzących z czasu połogowego, jest z resztą dosyć pomyślnem: wiele bowiem chorych powraca do zupełnego zdrowia, chociaż częstokroć dopiero po kilku miesiącach.

Co się tyczy leczenia, to należy chore tego rodzaju, skoro tylko stan ich zdrowia na to zezwala, odesłać do zakładu dla obłąkanych, a nim to nastąpi, pilnować je starannie. Rownież położnic, które chorują na zadumę, nie można pozostawiać samych, ponieważ w tym stanie wzburzenia umysłowego mogą popełnić łatwo samobójstwo.

Dodatek. Nagła śmierć w położu.

Literatura: Mordret, *De la mort subite dans l'état puerperal. Mém. de l'acad. de Méd. t. XXII.*—Jepson, *Amer. J. of Obst. Vol. V. p. 191.*

W rozdziale tym rozbierzemy te straszliwe wypadki, w których śmierć następuje zupełnie nagle i niespodzianie albo u zupełnie zdrowych położnic albo przynajmniej tylko lekko chorych.

Przy tém pomijamy tutaj rozmaite rodzaje nagłych wypadków śmierci, które już rozebraliśmy należycie w poprzednich rozdziałach, a więc mianowicie śmierć skutkiem nagłej utraty krwi i skutkiem bardzo ostrych form gnilnego zakażenia, jako też śmierć skutkiem niebezpiecznych udarów lub pęknięcia serca z przyczyny ostrego zapalenia mięszu sercowego (*myocarditis acuta*), którego zajmu-

jący wypadek miał Spiegelberg ¹⁾. Zastanowimy się zaś tutaj nad dwoma nie zbyt rzadkimi przyczynami nagłej śmierci podczas porodu i położu, to jest nad zatorem tętnicy płucnej i nad dostaniem się powietrza do żył macicznych.

I. Zator tętnicy płucnej.

Literatura: Hecker, *Deutsche Klinik* 1855. N. 36.—Charcot i Ball, *Gaz. hebdom.* 1858. V. 44 etc. (*Schmidts Jahrb. t.* 104. p. 187).—Mackinder, *Obst. Tr.* Vol. I. p. 213.—Hervieux, *Gaz. des hôp.* 1864. N. 8.—v. Franque, *Wien. med. Halle.* 1864. N. 33 i 34. (zob. *M. f. G. t.* 25. *Suppl.* p. 335).—Barnes, *Obst. Tr.* IV. p. 30.—Frankenhäuser, *Jenaische Z. f. M. u. N. B.* III. p. 74.—Steele, *Brit. med. J.* 7. April. 1866. (Virchow Hirsch'scher, *Jahresber. üb.* 1866. p. 542).—Chantreuil, *Gaz. des hôp.* 1866. N. 59.—Playfair, *Lancet*, July u. August 1767. Virchow Hirsch'scher, *Jahresb. über* 1867. p. 603) i *Lond. Obst. Tr.* Vol. X. p. 21.—Duncan, *Bes. in Obst.* p. 399.—Ritter, *M. f. G. t.* 27. p. 138.—Worley, *British med. J.* 7. May 1870.—Martin, *Neig. u. Beug.d. Gebärm.* 2. Aufl. p. 163.—Ringland, *Dublin J. of med. sc.* April. 1872. p. 329.

Zatory (*embolia*), jak to widzieliśmy wyżej, zachodzą bardzo często w ciągu gorączki połogowej i wytwarzają się tym sposobem, że w żyłach zatkaných zakrzepami albo fizyologicznie albo przez przeniesienie się zapalenia z tkanki łącznej, leżącej naokoło żył, zakrzepy rozpadają się pod wpływem guilnego zakażenia; zakrzepy te jednakże, jakeśmy to wykazali na st. 492, w większej liczbie wypadków dotyczą tylko mniejszych gałęzi tętnicy płucnej, ponieważ zakrzepy rozkładają się prawie zawsze na drobne cząsteczki.

Jeśli nie masz guilnego zakażenia, to zatory pojawiają się na szczęście bardzo rzadko; skoro jednakże fizyologiczna zakrzepica ogarnia większe żyły, to kawałek zakrzepu może się dostać w obieg krwi. Taki większy zakrzep może natenczas dostać się przez prawe serce do tętnicy płucnej i zatkać onę samą, albo przynajmniej jedną ze znaczniejszych jój gałęzi, tak iż śmierć następuje albo nagle, albo po niewielu dniach wśród wzrastającej duszności, sinicy i zniżania się temperatury ciała. Pod tym względem jest bardzo zajmującym wypadek

¹⁾ M. f. G. t. 28. p. 439.

ogłoszony przez Rittera. który się nim bardzo starannie zajmował. Że wśród pomyślnych okoliczności może także nastąpić uleczenie, jest rzeczą bardzo prawdopodobną wedle spostrzeżeń, jakie Playfair poczynił na tém polu.

II. Dostanie się powietrza do żył macicznych.

Literatura: Olshausen, *M. f. G. t. 24. p. 350* (wraz z wyliczeniem obszerniej literatury). — Litzmann, *Arch. f. Gyn t. II. p. 176*.

Że powietrze, które się dostało do żył, może się przyczynić do niebezpiecznych objawów, a nawet spowodować nagłą śmierć, jest rzeczą doświadczeniami stwierdzoną. Najczęściej zachodzi ta okoliczność przy operacjach dokonywanych na szyi, przy których podlegają skaleczeniu żyły leżące między powięziami i przez te powięzie mające światła swe rozwarte.

W pojedynczych jednakże wypadkach może powietrze także podczas porodu albo krótko po rozwiązaniu przez rozwarte żyły maciczne przedostać się dalej do układu naczyniowego i w następstwie spowodować nagły upadek sił (*collapsus*) albo nawet nagłą śmierć.

Nie ulega żadnej wątpliwości i stwierdzonem jest przez liczne fakty, że u rodzących i u położnic powietrze może się dostać i nie rzadko się dostaje do pochwy i macicy przy operacjach akuszeryjnych, a nawet przy zwyczajnem badaniu niewiast. Najczęściej zaś zachodzi ta okoliczność w pewnych położeniach, w których nacisk w jamie brzusznej staje się ujemnym, jak szczególnie w położeniu kolanołokciowem (*à la vache*), ale także i w położeniu na boku. Jeżeli w takich położeniach pochwa się nie zamyka na podobę klapki, może się powietrze dostać do macicy, a potem gdy macica jest wątlą, może wnikać także do rozwierających się naczyń macicznych.

Oprócz tego, jak niewątpliwie dowodzą wypadki uważane dokładnie przez Olshausena i Litzmanna, może przy zastosowaniu natrysków lub wstrzykiwań wewnątrzmacicznych dostać się powietrze wraz z wodą do macicy i do jęj naczyń krwionośnych.

Z tego powodu zaleca się jak najusilniej, aby niewiastom świeżo rozwiązany, a mającym szeroką pochwę i zwiotczałą macicę, nie pozwalać w pierwszym czasie inaczéj leżeć, jak tylko w położeniu poziomem na grzbiecie. Jeżeli się zaś w tym czasie okażą potrzebnemi wstrzykiwania, to najlepiej jest zastosować zwilzacza (*irrigator*), który najpewniej chroni od równoczesnego wstrzyknięcia powietrza.

SPIS RZECZY ABECADŁOWY

z odniesieniem do strony.

A.

Abortus str. 161.
Acardiacus 7, 62.
Accouchement forcé 125.
Agalactia 546.
Acephalus 7, 62.
Anencephalus 8, 62.

B.

Badanie miednicy 311.
Bliźniacza ciąży 41.
Bliźnięta zrosłe 4.
Błon jajecznych nieprawidłowości 139;
przekłócie 126; zbyteczna wąż-
tłość 139; zbyteczna wytrzyma-
łość 141; zrosnięcia 142.
Błon mózgowych zapalenie 495.
Błonica u ciężarnych 434; u poło-
żnic 529.
Bóle porodowe kurczowe 259; zbyt
mocne 258; zbyt słabe 244.
Brodawek sutkowych cierpienia 554.
Brzucha objętość zwiększona 10; ob-
wisłość 211.

C.

Cholera u ciężarnych 434.
Cięża bliźniacza 41; brzuszna 183;
jajnikowa 185; trąbkowa 180;
zamaciczna 179; zaśniedo-
wa 156.
Cieczenie krwi 303.

Cierpienia brodawek sutkowych 554;
sutek 546; umysłowe u poło-
żnic 556.
Cierpienia ciężarnych 55, 432, 438;
krążenia krwi 442; nerwowe 446;
organów trawienia 439; skór-
ne 439.
Ciężkość płodu 2.
Conglutinatio orificii externi 231.
Czaszki rynienkowate wgłęcia 371;
cz. kości obrażenia 370.
Czołowe^v położenia płodu 28.

D.

Decapitatio foetus 48.
Dostanie się powietrza do żył maci-
cznych 560.
Drgawka porodowa 450.
Durzyca u ciężarnych 434.
Dziwolągi 13.

E.

Evertatio 39, 41.
Evolutio spontanea foetus 42.

G.

Gnicie płodu 60, 188.
Gnilica 491, 512.
Gnusność macicy 244.
Gorączka mleczna 548, 550.

Gorączka połogowa 470; Leczenie 518; objawy i przebieg 498; patologiczna anatomia 480; połączenie rozwój 472; rokowanie 517; rozpoznanie 513.

Gościec macicy 246.

Gruźlica u ciężarnych 435.

Gruzołu piersiowego zapalenia 548.

Guzy części miękkich leżących w sąsiedztwie kanału macico-pochwowego 287; jajnikowe 291; mleczne 552.

H.

Hemicephalus 8, 62.

Hydramnion 145.

Hydrocephalus 8.

Hydrorrhachis 12.

Hydrorrhoea gravidarum 237.

J.

Jajnikowa ciąża 180; guzy 291; zapalenia 487.

Jajowodów ciąża 180; zapalenia 483.

Incontinentia urinae 219.

Incrustatio foetus 188.

Insertio velamentosa fun. umb. 86.

K.

Kamienie w pęcherzu moczowym 290.

Kleszcze przy wąskiej miednicy 376.

Kolankowe położenia płodu 29.

Kolpeurynter 116, 120, 229.

Konjugata prawdziwa 316; ukośna 317; zewnętrzna 316.

Kręgomyk (*spondylolisthesis*) 385.

Krwawe rozszerzenie ust macicznych 126.

Krwawiak macicy 543; nagłowny 371; pochwy i sromu 296.

Krwotoki podczas ciąży 305; podczas porodu 311, 536; podczas porodu 307; piorunujący 303; przy łożysku przodującym 102; zewnętrzne i wewnętrzne 302.

Kurcze 448; histeryczne 448; przy-padkowe 438.

Kurczowe bóle porodowe 259.

L.

Laparotomia 201.

Lithopaedion 188.

Ł.

Łożysko dodatkowe 88; nieprawidłowe położenie 98; nieprawidłowa wielkość 87; obrzęk 92; przekłócie 124; przodowanie 98; przymiot 96; stłuszczenie 92; suchoty 95; torbiele 90; ukłój 544; utkanie nieprawidłowe 88; udary 93; uwięznięcie 267; wydobycie sztuczne 120; wypadnięcie 132; zapalenia 95; zatrzymanie 135, 247, 267; złogi wapienne i włóknikowe 91; zrosnięcia 135.

M.

Maceratio foetus 57, 188.

Macica dwudzielna 149; dwujamista 149; dwurożna 41, 207; gnuśność 244; gościec 246; jedno-rożna 204; nieprawidłowa czynność 244; porażenie 245; prze-gięcia i przechylenia 208, 531; rak 242; rozdarcie się 268; m. rozdzielona 207; ścieśnienie kurczowe 264; wady rozwojowe 204; wątość 245; włókniki 239; wypadnięcie 220, 223, 533; tężec 262, 528; zapalenia 234, 500.

Miednica garbata 490; kośćoźmiękła 420; kręgomykowa 385; krzywocowa z kręgosłupem wykrzywionym ku bokowi 348; krzyw. z kręg. wykrz. ku bokowi i tyłowi 350; krzyw. z kręg. wykrz. ku tyłowi 349; lejkowata 397; ogólnie jednostajnie zwężona 331; ogólnie jednostajnie zwężona

krzywicowa 346; ogólnie zwężona płaska krzywicowa 345; ogólnie zwężona płaska niekrzywicowa 339; płaska 335; płaska krzywicowa 340; poprzecznie zwężona skutkiem zeszywnienia jej spojén 416; spłaszczona skutkiem obustronnego zwichnięcia 351; ukośnie zwężona skutkiem zeszywnienia 401; wrzekomo kościozniękła 347; zbyt pochyla 323; zbyt szeroka 323; zbyt wysoka 323; z przyrodzoną szparą w spojeniu łonowém 352; zwężona 324; zwężona skutkiem guzów 428; zwyczajnie płaska krzywicowa 340; zwyczajnie płaska niekrzywicowa 336.

Miednicomierz 314, 320.

Miednicy badanie 311; nieprawidłowości 312.

Miednicze położenia 28, 358.

Mleczna gorączka 548; ml. guz 552.

Mlekocię 547.

Moczu zatrzymanie 442.

Mola 156; *carnosa* 157; *hydaticosa* 157.

Mumificatio 188.

N.

Nadmiar mleka 547.

Nagła śmierć w porogu 558.

Natrysk maciczny 123.

Nerwobóle 446.

Niedostatek mleka 546.

Nieprawidłowa czynność porodowa macicy 244; n. położenie łożyska 98; n. położenie płodu 15, 21, 105; n. stawienie czaszki 17; n. ułożenie kończyn płodu 51; nieprawidłowa wielkość płodu 300.

Nieprawidłowości błon jajecznych 139; części płciowych zewnętrznych 293; łożyska 87; macicy 204; miękkich części rodnych 204;

pępowiny 63; płodu 1; pochwy 279; twardych dróg rodnych 211; wody płodowej 144.

Nowotwory pochwy 283; w porogu 535.

Nózkowe położenie płodu 29.

O.

Obrażenia części płciowych 535; kości czaszkowych 371.

Obrót samodzielny płodu 42; przy wązkiej miednicy 380.

Obrzęki 444; łożyska 92.

Obwisłość brzucha 211.

Oddzielenie główki od tułowia 48; od łożyska sztuczne 121, 123.

Odłożenie macicy 216; pępowiny 73; wypadłych kończyn 53.

Odra u ciężarnych 434.

Omdlenia 447.

Opadnięcie macicy ciężarnej 220.

Oplucnej zapalenia 495.

Oslabienie bólów porodowych 19; pierwotne 245; wtórne 246, 362.

Ospa u ciężarnych 433.

Ostenta 13.

Otrzewnej zapalenie 488.

Owinięcia pępowiny 80.

Owrodzenia pogołowe 500, 525.

Oznaki odcisnięte 370.

P.

Partus agrippinus 37.

Pęcherz kauczukowy 229.

Pępowiny owinięcia 80; przodowanie 64; rozdarcie się 85; wypadnięcie 64; zbyt duża krótkość 82.

Phthisis placentae 95.

Pławsawica 447.

Płód bez głowy 7, 62; bez serca 7, 62; skamieniały 188; płód w płodzie 12.

Płodu ciężkość 2; nieprawidłowości 1; wady przyrodzone 4; wielkość 1.

Płonica 434, 529.

Pluc zapalenie 498.

Pochwy nieprawidłowości 279; nowotwory 283; rozdarcie się 284; ścieśnienie 279; wypadnięcie 282, 533; zapalenia 482.

Połogu patologia i terapia 469.

Położenie czołowe 28; kolankowe 29; miednicze 28, 358; nóżkowe 29; poprzeczne 38, 106, 359; poprzeczne zaniedbane 44; poślądkowe podwojone 29; pośląd. pojedyncze 29; twarzowe 22, 358; ukośne 48.

Porażenie macicy 245; miejsca przyczepu łożyskowego 540.

Poród nieczesny 175; opóźniony 177; przedwczesny 175; przymusowy 125.

Poronienie 161; przywykłe 167; sztuczne 219.

Portenta 13.

Posocznica 491, 511.

Potwory 13; bez mózgu 6, 82; podwójne 4; półgłowe 8, 62.

Prawa przysługujące potwornie zbudowanym dzieciom 13.

Przechodzenie nasienia 205; jaja 205.

Przechylenia macicy 209, 531; ku bokowi 209; ku przodowi 211; ku tyłowi 212.

Przekłócie łożyska 124; ścian dna macicznego 219; pęcherza moczowego 219.

Przepukliny 289, 553.

Przodowanie kończyn płodu 51; łożyska 98; naczyń pępkowych 86; pępowiny 64.

Przymiot u ciężarnych 97, 437.

Putrescentia foetus 188.

R.

Rak macicy 242.

Rectificatio foetus 41.

Reinversio uteri 229.

Ropień w sutkach 551.

Rozcięcie powłok brzusznych 201.

Rozdarcie się pochwy 284; głębiej leżących naczyń sromu 295; macicy 268, 275, 277; pępowi-

ny 85; śródkroczka 19, 294, 299; stawów miednicy 430.

Rozpadliny 554.

Rozszerzenie pęcherza moczowego u płodu 11, 62; ujścia macicznego 126.

S.

Samozakażenie się 519.

Ścieśnienie pochwy 279; macicy 264; ust macicznych 231; szpary sromowej 293.

Ślepotą u ciężarnych 446.

Ślinotok 439.

Śluzotok 109.

Śmierć matki podczas ciąży 465; nagła w połogu 558; podczas porodu 467.

Śmierć płodu podczas ciąży 55; podczas porodu 60; przywykła 56; pozorna 19, 25.

Sprostowanie się płodu 41.

Śródsierdzia zapalenia 495.

Stany chorobne jaja 1.

Stawienie pierwotne 15; poprzeczne 20; poprzeczne głębokie 24, 32; wtórne 15.

Stawów zapalenia 495.

Stillicidium sanguinis 303.

Stłuszczenie łożyska 92.

Suchoty łożyskowe 95.

Sutek cierpienia 546.

T.

Tamponowanie pochwy 113; pęcherzem kauczukowym 114.

Tężec macicy 262; połogowy 528.

Torbiele łożyska 90.

Twardość ust macicznych 233.

Twarzowe położenia 22, 358.

Tympanites uteri 61.

U.

Udary łożyska 93.

Ukleje 240; łożyskowy 544; włóknikowy 543.

Ukośne położenia płodu 48.
 Ułożenie kończyn płodu nieprawidłowe 51.
 Umysłowe cierpienia położnic 556.
 Upaszczenie wody płodowej 124.
 Uwięznięcie macicy 213, 222; łożyska 267.

W.

Wątlność błon jajecznych 139; macicy 245.
 Wątroby ostry zanik 436.
 Wgięcia rynienkowate czaszki 371.
 Wielkość łożyska nieprawidłowa 87; płodu zbyt znaczna 1.
 Włókniaki macicy 239, 240.
 Wodocię ciężarnych 337.
 Wodna puchlina mózgu 8.
 Wodostek rdzeniowy 12.
 Wody płodowej zbyt mała ilość 144; zbyt wielka 145.
 Wrzód połogowy 481, 500.
 Wyklucie samodzielne płodu 42.
 Wymierzanie miednicy 320, 322.
 Wymioty u ciężarnych 440.
 Wyciowanie się macicy 222.
 Wypadnięcie kończyn płodu 51; łożyska 132; macicy ciężarnej 220; macicy w położu 533; macicy wyciowanej 223; pępowiny 64, 368; pochwy 282.
 Wtlóczenie dna macicznego 227.
 Wzdęcie macicy 61.

Z.

Zakażenie z zewnątrz 520.
 Zakrzep pochwy i sromu 283, 296; w szyjce macicznej 233.
 Zakrzepica naczyń chłonniczych 486; połogowa 248.
 Zamartwica płodu 868.
 Zaniedbane położenia poprzeczne 44.

Zapalenie błony doczesnej 234, 235, 237; błon mózgowych 495; gruczolu piersiowego 548; jajników 487; jajowodów 483; macicy ciężarnej 234; macicy w położu 484; opłucnej 516, 494; otrzewnej 507, 508, 515, 526; płuc 434, 498, 516; pochwy 482; śródsierdzia 495, 516; stawów 495, 516; tkanki naokołomacicznej 485, 501, 515, 525; uda białe bolesne 506; wnętrza macicy 483, 500, 525; żył macicznych 248.

Zaparcie stolca 441.

Zarośnięcie ujścia pochwowego 294; ust macicznych 231.

Zaśniad 156; groniasty 157; mięsny 157, 167; wapienny 167.

Zator 492; tętnicy płucnej 559.

Zatrzymanie łożyska 135, 247, 267, 542; moczu 289, 442.

Zbrżknięcie płodu 12, 68.

Zbztwienie płodu 57, 188.

Zeschnięcie płodu 188.

Zgniecie płodu 44, 60.

Zlepianie ust macicznych 232.

Złogi łożyska wapienne 91; włóknikowe 88.

Zmarnienie jaja 156; płodu 188.

Zrośnięcia błon jajecznych 142; łożyska 135.

Zwapnienie płodu 188.

Zwężona miednica 324: częstość 331; pojęcie i podział 327; położenie i ułożenie płodu przy zw. m. 352; przebieg porodu 359; rozpoznanie 363; skutki i zejścia 364; stawienia przodującej części płodu i mechanizm porodowy 354.

Zwiótczenie macicy 309, 537.

Żyłaki 443.

SPROSTOWANIE POMYŁEK.

| <i>Strona.</i> | <i>Wiersz.</i> | <i>Zamiast.</i> | <i>Czytaj.</i> |
|----------------|----------------|--------------------------|-----------------------------|
| 7 | 13 od góry | obumierają | odumierają |
| 64 | 1 — | przodowanie | przodowanie |
| 114 | 4 od dołu | C. R. Braun | E. R. Braun |
| 120 | 2 — | dobrowolném | samodzielném |
| 139 | 5 — | wąskość | wątlność |
| 180 | 10 — | <i>hydátide</i> | wodunka (<i>hydátide</i>) |
| 193 | 18 — | torbiela | torbiel |
| 200 | 10 — | obumarcu | odumarcu |
| 467 | 10 od góry | Horonidy | Koronidy |
| 469 | 2 — | zachodzą | zachodząc |
| 473 | 11 — | samo zakażenie | samozakażenie |
| 483 | 11 od dołu | zakrzepnie | zakrzepic |
| 491 | 5 od góry | pierwiastki, | pierwiastki |
| 495 | 15 — | surwiczó | surowiczó |
| 500 | 16 od dołu | wielką | nizką |
| 501 | 18 od góry | wyścielającój | pokrywającój |
| 503 | 19 od dołu | aż tego miejsca | aż do tego miejsca |
| 509 | 12 — | położenie | położnice |
| 521 | 6 — | nie poznaś jest w stanie | nie jest w stanie poznać |
| 522 | 1 od góry | chwilki | chwili |
| 529 | 3 — | objaw | objawy |
| 531 | 3 — | wypróżnienia | wypróżnień |

**Biblioteka Główna
WUM**

**Przy cytowaniu rozmaitych źródeł następujące zachodzą
skrócenia:**

A. f. G. = Archiv für Gynäkologie.

M. f. G. = Monatsschrift für Geburtskunde.

S. Ibb. = Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medicin.

J. = Journal.

N. Z. f. G. = Neue Zeitschrift für Geburtskunde.

Gem. d. Z. f. G. = Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde.

Liczby rzymskie odnoszą się do tomów.