

Klinika Położn. i Chorób Kobiet. U. J,	Nr. porz.	5955

szpitala św. Łazarza w Krakowie
Prof. Dra A. Marsa.



PRZYCZYNEK

do bezgnilnego i ściśle chirurgicznego
postępowania wśród niektórych operacyj
położniczych.

NAPISAL

Dar Prof. dra J. Zubrzyckiego

DR. FRANCISZEK KOŚMIŃSKI

asystent c. k. szkoły położniczej.



W KRAKOWIE,

DRUKARNIA UNIwersYTETU Jagiellońskiego

pod zarządkiem A. M. Kosterkiewicza.

1897.



Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie
pod kierunkiem Prof. Dra A. Marsa.



PRZYSZYNEK

do bezgnilnego i ściśle chirurgicznego
postępowania wśród niektórych operacyj
położniczych.

NAPISAŁ

Dar Prof. dra J. Zubrzyckiego

DR. FRANCISZEK KOŚMIŃSKI
asystent c. k. szkoły położnych.



W KRAKOWIE,

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1897.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1897. Nr. 26 i 27.

z - 139162

Akc. z l. 2023 nr 602.....

**Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie
pod kierunkiem Prof. Dra A. Marsa.**

Przyczynek do bezgnilnego i ściśle chirurgicznego postępowania wśród niektórych operacji położniczych ¹⁾.

Podał

Dr. Franciszek Koźmiński,
asystent c. k. szkoły położnych.



Wprowadzenie postępowania ściśle bezgnilnego podczas wykonywania wielu operacji położniczych napotyka na bardzo wielkie trudności. Główną przeszkodę w osiągnięciu tego celu stanowi pochwa, która, jak dotychczasowe badania wykazały, nie daje się dostatecznie podczas porodu wyjąłować, a w wielu przypadkach wyjąłowanie to jest wprost niemożliwe, jak n. p. przy wypadnięciu części drobnych; w tych zaś przypadkach, w których usiłujemy koniecznie do tego doprowadzić, dzieje się to kosztem sprawności i odporności tkanek, z powodu znacznego ich rozpulchnienia. Ponieważ operując w jamie macicznej, musimy wśród wielu zabiegów chirurgicznych, a szczególnie tam, gdzie działamy naciemno, pod

¹⁾ Rzecz wyłożona na posiedzeniu Tow. Ginek. w Krakowie w d. 1. Czerwca 1897 r.

kontrolą tylko rąk, dotykać się przedtem pochwy, przeto grozi zawsze niebezpieczeństwo przeniesienia istot chorobotwórczych, jakie się w pochwie znajdować mogą, do wyższych części przewodu rodneg, to jest do jamy macicy i spowodować zakażenie.

Z tego powodu unikamy o ile możności wprowadzania bez koniecznej potrzeby ręki lub narzędzia do jamy macicznej, a nawet ograniczamy badanie osób rodzących do możliwie ciasnych rozmiarów.

Jeżeli prawidłową wydzielinę pochwy możemy wśród porodu prawidłowego uważać za niezawierającą drobnoustrojów chorobotwórczych i to z pewnem zastrzeżeniem, to bezwarunkowo nie możemy tego powiedzieć o wydzielinie nieprawidłowej, lub też wobec porodów dłuższy czas trwających, a więc nieprawidłowych, gdy krew i wody płodowe, częstokroć ze smółką zmieszane, zalegają przez czas dłuższy w pochwie.

A właśnie te nieprawidłowo przebiegające porody zmuszają nas do wykonania różnych zabiegów, wśród których, czy to ręce operującego, czy też narzędzia, zanim dostaną się do pola operacyjnego, stykają się ze ścianami pochwy i wprowadzają wydzieliny, często już rozkładające się, z niższych do wyżej położonych części dróg porodowych, to jest z pochwy do macicy. Aby o ile możności ograniczyć to przenoszenie wydzieliny do jamy macicznej, istnieje już dziś wiele pomysłów przy licznych zabiegach operacyjnych, jak n. p. przy wydobywaniu ręcznem popłodu. W tym celu staramy się ręką zewnętrzną spychać macicę ku dołowi i sprowadzić jej ujście zewnętrzne aż do szpary sromowej, a po rozwarciu warg, wprowadzić rękę bezpośrednio do jamy macicznej; przy wykonywaniu zaś obrotu, wobec utrzymanego pęcherza płodowego, przebijamy zawsze pęcherz płodowy w okolicy ujścia zewnętrznego i wprowadzamy rękę do jaja płodowego, aby nie zetknęła się bezpośrednio z wewnętrzną ścianą macicy. Przy wykonywaniu innych operacyj położniczych, było jak dotąd rzeczą niemożliwą, uniknąć poprzedniego zetknięcia ze

ścianami macicy; natomiast możemy ograniczyć do najmniejszych rozmiarów zetknięcie się narzędzi ze ścianami pochwy i w tym celu spróbowałem osłaniać te ściany bardzo dużymi szerokimi wziernikami łyżkowymi i bezpośrednio, pod kontrolą wzroku, wykonywać niektóre operacye położnicze ściśle chirurgicznie, a nie jak dotąd — pociemku.

Przedewszystkiem uważałem za wskazane postępować w ten sposób w przypadkach porodów długo trwających lub zaniedbanych i nieczystych, w których należało wykonać pomniejszenie płodu, a więc bądź wymóżdżenie przy położeniach główkowych, bądź też rozkawałkowanie płodu przy położeniach poprzecznych zaniedbanych, a sposób postępowania opiszę dla każdej operacyi osobno.

Przeglądając tu odnoszącą się literaturę, nigdzie nie znalazłem wzmianki o podobnem postępowaniu w tym celu, aby wśród zabiegów jak najmniej mieć styczności ze ścianami pochwy i tylko w „Lehrbuch der operativen Geburtshilfe“ Kehrera, z roku 1891, na stronnicy 233, w opisie techniki wytrzewienia płodu, spotkałem co następuje:

„Zunächst wird der tiefstehende Föthaltheil, Brust oder Bauch, eröffnet, indem man, vielleicht zweckmässig unter Benutzung Simon'scher Rinnen und Seitenhalter, ein Spitzbistouri oder ein Scheerenperforatorium durch ein Rippeninterstitium oder die Bauchwände einsticht. Von diesem Einstich ausgehend schneidet man dann mit einer langgestielten Scheere die Rumpfwände nach vorn und hinten möglichst weit durch, um bequemen Zugang zu den Eingeweiden zu gewinnen. Eine Durchschneidung der Rippen werde, der Splitter wegen, womöglich vermieden. Dann dringt man mit den Fingern und einem Schlüsselhacken in die Spitze des Brustkorbs, hakt Speise- und Luftröhre an, zerreist diese durch Drehung und zieht nun die Brustorgane herab. Dann trennt man mit der Scheere das Zwerchfell von den Rippen und zieht dann, unter Benutzung einer Polypenscheere, sämtliche Brust- Baueingeweide heraus“.

Jak z tego wynika, wyraził Kehrler tylko przypuszczenie („vielleicht zweckmässig“), że użycie wzierników Simona może być przydatnem przy otwieraniu klatki piersiowej lub jamy brzusznej płodu, a nie w celu uchronienia narzędzi od zetknięcia się ze ścianami pochwy.

Operowałem zawsze, ułożywszy rodzącą poprzecznie na łóżku z podniesionemi ku górze udami, czasem w uśpieniu chloroformowem, czasem bez niego, przy pomocy jednego z obecnych kolegów, a kilka razy dla doświadczenia przy pomocy akuszerki i prawie we wszystkich przypadkach w obecności kilku kolegów.

W celu wykonania trepanacyi kładzie się wprowadzony duży, bardzo szeroki wziernik na tylnej ścianie pochwy i odsłania główkę, a najczęściej przedgłowie. Przy ujściu mała rozwartem odsłania się ujście zewnętrzne macicy. Jeżeli ujście zewnętrzne jest mała rozwarte, a przy tem zwrócone ku kości krzyżowej, należy podwójnemi szczypczykami, do czego najlepiej nadawały mi się bardzo mocne szczypczyki Doyena, ostre, z zamknięciem, — uchwycić przednią ścianę szyjki macicznej i naciągnąwszy, ustawić ujście tak, aby główka była widoczną; w razie potrzeby należy uchwycić i tylną ścianę szyjki drugimi takimi szczypczykami, a nawet, według potrzeby, rozciąć szyjkę maciczną na boki.

Jeżeli główkę lub przedgłowie w ten sposób odsłonimy, chwytamy się skórę główki tuż pod przednim brzegiem ujścia macicznego na jak najszerszej przestrzeni mocnemi podwójnemi szczypczykami, w kierunku poprzecznym miednicy matki i w ten sposób ustala się często jeszcze ruchomą główkę płodu, a w razie potrzeby, zakłada się nad brzegiem tylnym ujścia zewnętrznego drugie także szczypczyki. Wtedy szczypczyki założone na szyjkę macicy, są już niepotrzebne i należy je zdjąć. Pociągając, a raczej trzymając teraz silnie za szczypczyki, założone na skórę główki lub przedgłowia, ustala się główkę i zwykłym nożem przecina się skórę pomiędzy szczypczykami w kierunku poprzecznym miednicy matki, a rozkładając szczypczyki ku górze i dołowi, odsła-

nia się bezpośrednio kości czaszkowe, które przebijamy następnie zapomocą nożyce Naegelego, lub też trepanujemy trepanem Brauna. Zamiast poprzedniego przecinania skóry nożem można także odrazu przebić skórę i kości nożyczkami Naegelego; skóra jednak, poprzednio przecięta, naciągana szczypczykami, chroni nam w dalszym ciągu miękkie części matki od zranienia odłamkami kostnymi.

Po wykonaniu trepanacyi następuje zniszczenie i częściowe wydobyście mózgu, co najszybciej uskutecznić można dużą łyżeczką lub mocnymi szczypczykami tępymi. Jeżeli teraz założymy dwie, trzy lub cztery pary mocnych podwójnych lub potrójnych ostrych szczypczyków w ten sposób, że uchwycimy razem ze skórą kości główki, to pociągając pod kontrolą wzroku ku dołowi i uważając, żeby jaki odłamek kostny nie zetknął się z częściami miękkimi matki, najczęściej uda nam się po dokładnem wymóżdżeniu sprowadzić zapadniętą główkę do próżni miednicy. Wtedy należy wzienik wyjąć, jako zbyteczny, bo główka, wydłużona otworem trepanacyjnym, dosięga szpary sromowej. Zamiast mocnych szczypczyków można użyć również kranioklastu, zakładając jedno ramię do jamy czaszki, a drugie, jedynie tylko pod kontrolą wzroku, pomiędzy skórę a kości główki, co zwykle łatwo uskutecznić się daje, a w takim razie wprowadzenie ręki do jamy macicy jest zupełnie niepotrzebne. Dalszy ciąg wydobywania główki odbywa się jak zwykle.

W ten sposób postępując, operowałem cztery razy, raz zaś na moją propozycję i przy mojej pomocy wykonał w ten sposób operację jeden z kolegów, praktykujących na oddziale.

Przypadki te są następujące:

I) K. K. lat 25. Nr. prot. położnic 473, z r. 1896. Cięża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe, postawa II. Ścieśnienie miednicy II stopnia. Pierwsze bóle 24 Czerwca, wieczorem d. 25 Czerwca pękł pęcherz płodowy; 28 Czerwca przed południem badanie wykazało macicę mocno obkurzoną, tętna płodu nie słyhać, główka przyparta do wchodu miednicy, ujście zewnętrzne na talara rozwarte, przedgłowie dość duże, miękkie. W uśpieniu chloroformowem wykonałem trepa-

nacę, wymóżdzenie i wydobyć płodu w sposób powyżej podany, nie używając wcale kranioklastu. Operacja trwała 20 minut. Płód po wymóżdzeniu ważył 3700 grm. Przed operacją ciepłota 38.5° C., w położu najwyższa raz jeden 38.2° C.

II) M. K. lat 35. Nr. prot. położnic 505 z r. 1896. Ciąża I. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa II. Ścieśnienie miednicy II stopnia, większa ilość wód płodowych. D. 16 Lipca pękł pęcherz płodowy przy główce nieustalonej, ujście rozwarte na koronę. D. 17go Lipca wieczorem badanie wykazało, że pierścień skurczowy macicy dochodzi do wysokości pępka, tętno płodu nie słychać, główka we wchodzie nieustalona, ujście zewnętrzne wielkości talara. O godzinie 7 wieczór wykonałem trepanację i wymóżdzenie wyżej opisanym sposobem, operacja trwała nie całe 15 minut. Kranioklastu nie potrzebowałem używać. Płód po wymóżdzeniu ważył 3800 grm.

Pológ prawidłowy.

III) A. M. lat 30. Nr. prot. położnic 768 z r. 1896. Rodziła przed 4ma laty siłami przyrody, dziecko nie donoszone. Obecnie ciąża II. Położenie płodu podłużne czaszkowe, postawa I. Ścieśnienie miednicy na granicy I a II stopnia. D. 18 Grudnia wieczorem, macica obkurczona silnie, pierścień skurczowy na dwa palce poniżej pępka, tętno płodu słabe, nieregularne, główka ustalona, przedgłowie duże, ujście prawie zupełnie rozwarte. Założono kleszcze Brauna i wykonano kilka silnych trakcyj bez skutku, wśród tego tętno płodu stało się niesłyszalne. Wobec tego wykonano trepanację, przeciąwszy skórę i przedgłowie do kości nożem, a potem kości nożycami Naegelego w sposób poprzednio podany. Trepanacja trwała 12 minut. Płód po wymóżdzeniu ważył przeszło 4000 grm. Pológ bezgorączkowy.

IV) M. M. lat 43. Nr. prot. położnic 331 z r. 1897. Rodziła raz przed 2ma laty, płód niedonoszony, wydobyty kleszczami, zaraz umarł. Obecnie ciąża II. Położenie płodu podłużne główkowe, postawa II. Ścieśnienie miednicy II stopnia. D. 3go Maja wieczorem badanie wykazało: pierścień skurczowy o jeden palec poniżej pępka, tętno płodu ledwo słyszalne, słabe, ujście zewnętrzne na guldena, główka niezupełnie ustalona. Założono kleszcze Madurowicza, a gdy po kilku trakcjach główka nie zstąpiła niżej, wykonałem trepanację i wymóżdzenie sposobem opisanym. Trepanacja trwała przeszło 15 minut. Płód po wymóżdzeniu ważył około 3500 grm.

Pológ prawidłowy.

W przypadku zaś znacznego wodogłowia, Nr. prot. położnic 754 z r. 1896, wykonałem we wzierniku pod kontrolą wzroku szerokie nacięcie nożem główki płodu, poczem po-

ciągając szczypczykami, wydobyłem z łatwością główkę płodu. Położ prawidłowy.

We wszystkich tych przypadkach zabieg okazał się wcale nie trudniejszym od zwykle używanego bez wziernika, narzędzia były jak najmniej w styczności ze ścianami pochwy, a przy ujęciu, przynajmniej na trzy palce rozwartem, nie potrzeba było wcale dotykać się bezpośrednio ścian macicy.

W położeniach poprzecznych zaniedbanych płód ustawić się może albo tak, że najniżej położoną częścią będzie bark, co się przydarza najczęściej, albo też, co znacznie rzadziej, najniżej położoną, a więc i najłatwiej dostępną, będzie szyjka płodu; w pierwszym przypadku należy wykonać wytrzewienie płodu, w drugim oddzielenie główki od tułowia.

Aby odsłonić dokładnie szyjkę płodu w celu wykonania obezgłowania należy wziernik założyć nieco ukośnie na boczną i tylną ścianę pochwy z tej strony, po której znajduje się główka płodu. Po odsłonięciu szyjki, przecina się zwykłym nożem części miękkie aż do kręgosłupa w kierunku podłużnym do osi ciała płodu; w ten sposób otrzymamy płógórny i płat dolny części miękkich. Oba te płaty chwytamy następnie podwójnymi ostremi szczypczykami i rozstawiamy, aby odsłonić bezpośrednio kręgosłup, który pod kontrolą wzroku przecina się z łatwością silnymi nożycami, przyczem części miękkie szyi, które pozostają nietknięte, ochraniają nam najzupełniej części miękkie matki od skałeczenia, a wprowadzanie ręki w celu ochrony jest zupełnie zbyteczne. Zwracam przytem uwagę na ogromną korzyść przy takim postępowaniu, gdyż nie wprowadzając ręki dla ochrony matki do mocno rozszerzonej szyjki macicy, nie można nigdy rodzącej przynieść szkody; podczas gdy operując zwykle używanym sposobem, już samo wprowadzenie ręki w celu ochrony do macicy, może spowodować łatwo pęknięcie zcieńczonej ściany, nie mówiąc już o zranieniach szyjki narzędziami.

W ten sposób wykonane obezgłowanie może być czasem zabiegiem dość trudnym ze względu na trudny dostęp, należałoby zatem przy położeniach poprzecznych zaniedba-

nych wykonywać o ile możności najczęściej wytrzewienie płodu i to w sposób następujący:

Zakłada się wziernik duży, szeroki, na tylną i boczną ścianę pochwy ukośnie, w kierunku pośladków płodu, a gdy rączka jest wypadnięta, co bywa najczęściej, pociąga się równocześnie mocno za rączkę w kierunku przeciwnym, to jest w kierunku główki płodu. W ten sposób odsłaniamy pachę, poczem nożycami Naegelego lub nożem robimy otwór w klatce piersiowej w kierunku osi podłużnej płodu. Brzegi tego otworu, zrobionego w klatce piersiowej, należy następnie uchwycić dwoma silnemi szczypcami w ten sposób, aby o ile możności ująć żebra wraz z częściami miękkimi i rozstawić otwór. Następnie nożycami przecina się całą klatkę piersiową w kierunku osi podłużnej płodu, a więc wszystkie żebra i obojczyk, idąc krok za krokiem, to jest po przecięciu pierwszych żeber chwyta się innemi szczypcami coraz to dalsze części klatki piersiowej i przecina dalej, zawsze pod kontrolą wzroku, ciągnąc równocześnie mocno za szczypczyki ku przodowi i w kierunku główki płodu, aby naśladować niejako dobrowolne wytoczenie się płodu.

Po przecięciu klatki piersiowej obniża się cały tułów bardzo znacznie; połową ręki, czyli czterema palcami, które do klatki piersiowej płodu wtedy swobodnie wprowadzić można, wydobywa się z łatwością wszystkie trzewa klatki piersiowej i jamy brzusznej, poczem przy pociąganiu silnie za szczypczyki (dwie, trzy, lub cztery pary) z największą łatwością występuje płód ze szpary sromowej, naśladowując mechanizm dobrowolnego wytoczenia się. Jeżeliby przecinanie klatki piersiowej pod kontrolą wzroku wobec znacznego niestosunku porodowego napotykało na wielkie trudności, możnaby zastosować sposób, jakiego używamy przy wydobywaniu wielkich guzów przez pochwę, to jest chwytając krok za krokiem, miejsce za miejscem, mocnemi szczypcami coraz to dalsze części tułowia, natychmiast je odcinać i usuwać nożycami mocnemi, czyli dosłownie kawałkować płód, aż dokąd w całości wydobytym nie zostanie.

