



Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek ostrego nadmiaru potoku (*hydramnios acutus*) leczony przez punkcję macicy.

Napisał

Dr. Franciszek Kościński,
sekundaryusz oddziału.

Różne stany patologiczne samego płodu, pępowiny i łożyska spotykamy bardzo często równocześnie wraz z nadmierną ilością wód płodowych. Z tego też powodu przypuszczamy, iż różne są przyczyny, które mogą wywołać *hydramnios* a jedynie tylko przypuszczać możemy dlatego, że dotychczas prawdziwie nie wiemy, jakiego w ogóle pochodzenia jest woda płodowa. Gdy bowiem jedni przypuszczają, iż woda płodowa powstaje głównie skutkiem wydzielania moczu przez płód, to drudzy uważają wodę płodową za ciecz o cechach cieczy surowiczej, w której mocz płodu znajduje się tylko jako domieszka. Różne teorie, tłumaczące powstawanie *hydramnios* a tem samem wyświetlające poniekąd pochodzenie wody płodowej zestawił Philipps (*Edinb. med. Journ.* Kwiecień 1887).

Ścisłej granicy pomiędzy prawidłową ilością wód płodowych a *hydramnios* oznaczyć nie można, tem więcej, że ilość prawidłowa wody płodowej dokładnie oznaczoną nie

Dr. Fr. Kościński. — Przypadek i t. d.

1

WQ K744po 1895/s

Z-138513

Akc. zł. 2023 nr. 480

136 247801

jest; gdy bowiem G a s s n e r przyjmuje 1877 cm.³ wody płodowej jako ilość normalną, średnią na końcu ciąży, to Fehling na podstawie swoich badań oznacza ilość średnią wody płodowej na 630 cm.³ (*Handbuch der Geburtshilfe* v. Müller. T. II.).

Uwzględniając ilość wody płodowej, jako też powolniejszy lub prędszy sposób powstania, możemy rozróżnić trzy grupy czyli stopnie *hydramnios*. Do pierwszej zaliczymy przypadki najczęściej spotykane, gdzie ilość wód płodowych zwiększa się stopniowo powoli i nie jest zbyt wielka, skutkiem czego osoby dotknięte nie doznają poważniejszych zaburzeń. Do drugiej zaliczymy te, w których wprawdzie ilość wody płodowej zwiększa się powoli, jednak jest bardzo znaczna, a skutkiem nadmiernie zwiększonego parcia środkowego występują poważne, często wprost życiu zagrażające zboczenia w zakresie narządu oddechania i krążenia. Trzecią zaś grupę tworzyć będą przypadki wyróżniające się bardzo szybkim powstaniem i nadzwyczajnie wielką ilością wód a występujące przedewszystkiem w przebiegu ciąży bliźniaczej, z jednego jajka rozwijającej się. Te ostatnie nie są wcale częste tak, że K ü s t n e r (*Handbuch der Geburtshilfe* v. Müller T. II.) do roku 1883. zdołał zebrać z literatury tylko sześć takich przypadków; później opisał jeden taki przypadek Gu z z o n i (*Gazette de ospit.* 1887.) a następnie R e m y (*Archiv. de tocol. et de gyn.* T. XIX. 1892.), wreszcie S c h a u m b u r g w swojej rozprawce: *Über Hydramnios* (*Inaug. Dissert.* Basel. 1892.), obok kilku innych opisuje również jeden przypadek ostrego *hydramnios* w przebiegu ciąży bliźniaczej, z jednego jajka powstałej.

Nawet wtedy, gdy ilość wód płodowych nie jest jeszcze bardzo wielka, rozpoznanie *hydramnios acutus* nie jest łatwem; w późniejszym okresie zaś macica nadmiernie wypełniona, o ścianach cienkich, przedstawia łudzące podobieństwo do guzów jamy brzusznej, treść płynną zawierających a więc w pierwszym rzędzie do torbieli jajnikowych tak, że rozpoznanie pewne jest, co najmniej, bardzo trudne, czego



oczywistym dowodem są znane przypadki tego rodzaju pomyłek rozpoznawczych. I tak Reeves (*Brit. med. Journ.* Lipiec 1887.) opisuje przypadek, w którym z powodu nagle powiększającego się guza w jamie brzusznej wystąpiła wielka duszność. Zawezwany autor rozpoznał torbiel jajnikowy, wykonał celiotomię, podczas której przekonał się, że guzem tym była macica bardzo znacznie powiększona z powodu *hydramnios*. Powłoki brzuszne zeszyto, w kilka zaś dni wywołano poród przez sztuczne rozszerzenie szyjki macicy i przebicie pęcherza płodowego. Wilson (*Americ. Journal of. obst.* 1887.) podaje podobny przypadek. U kobiety, która od 5-ciu miesięcy nie miała regularności, wystąpiło nagle powiększenie się brzucha bardzo znacznego stopnia, duszność, bezdech i znacznych rozmiarów obrzęk kończyn dolnych. Rozpoznano torbiel jajnikowy, wykonano celiotomię, wśród której przekonano się o pomyłce; zeszyto zatem powłoki brzuszne, rozszerzono szyjkę macicy i przebito pęcherz płodowy i w ten sposób wyprózniono jamę macicy. Najciekawszy przypadek opisuje Reverdin (*Gaz. méd. de Paris* Nr. 9. 1894). I w tym przypadku rozpoznano torbiel jajnikowy i wykonano celiotomię, jednak i po otwarciu jamy brzusznej nie spostrzeżono pomyłki, nacięto następnie guz, wypuszczono bardzo znaczną ilość płynu brudnawo zabarwionego i dopiero, gdy przez otwór, skutkiem nacięcia guza powstały wypadła pętla pępowiny, rozpoznano *hydramnios*.

Taki nadzwyczajnie rzadki przypadek *hydramnios* w przebiegu ciąży bliźniaczej miałem sposobność spostrzegać w oddziale położniczym.

R. K., lat 36 licząca, przyjęta została do szpitala św. Łazarza rano dnia 7. Września 1894.

Wyw i a d y: Rodziła siedem razy na czasie a raz jeden przedwcześnie w szóstym miesiącu. Połogi odbywała prawidłowo. Ostatnia regularność na początku Marca 1894. Z początkiem Sierpnia 1894. zauważyła bardzo znaczne, nagle powiększenie się brzucha. Od tego czasu, to jest od Sierpnia, brzuch z tygodnia na tydzień coraz bardziej szybko się powiększał tak, że od dwu tygodni chora nie może z powodu

duszności ani spać ani nawet leżeć w łóżku. Chora sądzi, iż jest w szóstym miesiącu ciąży; ruchy płodu czuje od trzech tygodni.

Badanie wykazało: Osoba wzrostu średniego, dobrze zbudowana i odżywiona, temperatura ciała nie podwyższona, 37.1°C ., tętno przyspieszone 120 na minutę, duszność bardzo znaczna, liczba oddechów 28 do 32 na minutę. W dolnych częściach płuc szmery oddechowe osłabione; stłumienie serca w małej przestrzeni, tony serca czyste, czynność serca wzmożona, uderzenie silne. Sutki obwisłe, zrazy gruczołu mlecznego nieco powiększone; za uciskiem wydobywa się klej. Powłoki brzuszne napięte, w dolnych częściach brzucha skóra obrzękła. Brzuch w całości bardzo znacznie wypuklony, więcej pod pępkiem niż nad nim, przez guz ograniczony, wychodzący z miednicy małej, sięgający ku górze aż do wyrostka mieczykowatego mostka, na boki zaś zachodzący aż pod oba łuki żebrowe. Guz ten konsystencyi elastycznej okazuje wybitne chęłbotanie, za głębszem zaś obmacywaniem końcami palców czuć niekiedy jakby uderzenie ciała twardego o ściany guza. Wypuk nad guzem stłumiony; badanie przysłuchowe nie wykazuje.

Chora ta zostawała w domu pod opieką profesora Dra Marsa, który na moją prośbę podał mi kilka szczegółów. I tak pierwszy raz badał chorą dnia 28. Sierpnia; wtedy obwód brzucha mierzony przez pępek wynosił 118 cm., odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego 61 cm., odległość pomiędzy *spina anterior superior dextra ossis ilei* a pępkiem wynosiła 32 cm. pomiędzy zaś *spina anterior superior sinistra* a pępkiem 29 cm. Już wówczas rozpoznał *hydramnios acutus*.

Dnia 4. Września chora była badana wspólnie z prof. Drem Jordanem; wtedy obwód brzucha wynosił 119 cm., odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego 63 cm., od *spina anterior sup.* do pępka po stronie prawej 32 cm., po lewej 31 cm. Dnia tego po wspólnej naradzie, postanowiono z powodu szybkiego wzrostu *hydramnios* spróbować w tym przypadku punkcyi macicy według Schatzka i w tym celu polecono chorej udać się do szpitala.

Dnia 7. Września przed południem obwód brzucha mierzony przez pępek wynosił $122\frac{1}{2}$ cm., odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego 64 cm., odległość pomiędzy *spina ant. sup.* a pępkiem po prawej stronie wynosi $34\frac{1}{2}$ cm., po lewej zaś $33\frac{1}{2}$ cm. Obie kończyny dolne bar-

dzo znacznie obrzękłe. Badanie moczu wykazuje spory ślad białka. Wejście do pochwy szerokie, pochwa długa w górę wyciągnięta; część pochwowa, bardzo wysoko ustawiona wy-czuć się daje w postaci guzika. Ujście zewnętrzne szparowate z wrębami, na koniec palca drożne, szyjka zwęża się ku gó-rze, dalszy ciąg części pochwowej rozszerza się zaraz szeroko na boki i przechodzi w ściany guza.

Rozpoznanie: Ciąża IX., prawdopodobnie szósty miesiąc księżycowy skończony, *hydramnios acutus*.

Wobec ogólnego stanu, wobec wielkiej duszności i osłabienia chorej, nie można było zwlekać. Dwa postępo-wania w tym przypadku były możliwe, albo przebicie pę-cherza płodowego wprost przez szyję macicy, poczem nastą-piłby bezwątowania poród przedwczesny, albo też idąc za radą Schatza wykonać punkcję macicy przez powłoki brzuszne, wypuścić pewną ilość wód płodowych w celu zmniejszenia ciśnienia w jamie brzusznej, skutkiem czego duszność byłaby mniejsza, i starać się o utrzymanie ciąży. Powtarzając zaś taką punkcję w pewnych odstępach czasu, możnaby mieć nadzieję utrzymania ciąży aż do czasu, w którym płód staje się zdolnym do życia pozamacicznego. W naszym przypadku wybrano to drugie i dnia 7. Września około 11-tej godziny przed południem wykonano cienkiem trójgranicem punkcję macicy przez powłoki brzuszne, nieco powyżej i po stronie lewej w odległości 8—10 cm. od pępka. W celu zmniejsze-nia duszności i usunięcia bardzo znacznego napięcia w jamie brzusznej musiano wypuścić 4500 cm.³ wód płodowych, po-czem założono zwykły, plastrowy opatrunek antyseptyczny, taki, jak po zwykłej punkcji jamy brzusznej. Po punkcji obwód brzucha mierzony przez pępek wynosił 113 cm., od-ległość zaś spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego wynosiła 56 cm.

Chora zniosła zabieg bardzo dobrze, tętno zwolniło nieco, 108 na minutę, liczba oddechów zmniejszyła się na 24—26 na minutę. Bezpośrednio po punkcji podano chorej 25 kropel nastoju makowca i *laudanum* po 3 centygramy w czopkach.

Około godziny 3-ciej po południu, to jest w 4 godziny po punkcji, chora miała się zupełnie dobrze; duszność bar-dzo mała, liczba oddechów wynosiła 20 do 22, ciepłota nie podniesiona, 36·8° C., tętno dobrze napięte, tylko nieco przy-spieszone 98. Chora nie skarżyła się ani na bóle w krzy-żach, ani też na ściągania dołem w brzuchu; ściągani też

ani skurczów macicy nie zauważono żadnych. W godzinę później, bo około 4-tej po południu, uczuła chora nagle jeden silny ból w krzyżach i dołem, w pięć minut później dostała drugiego silnego, partego bólu, podczas którego wśród prawdziwego potoku wód urodziła jeden za drugim, małe niedonoszone bliźniaczki płci męskiej, zupełnie prawidłowo rozwinięte. Po wydaleniu płodów macica pomimo okładów lodowych i nacierania kurczyła się bardzo leniwie, krwawienia znaczniejszego jednak początkowo nie było; dopiero w godzinę po urodzeniu się płodów wystąpił początkowo mały, potem zaś coraz większy krwotok. Wydobyto wtedy ręcznie popłód, podano wewnętrznie sporą dawkę wyciągu sporyszu a gdy krwawienie nie ustawało, macica zaś wiotka, miękka prawie, dokładnie ograniczyć się nie dająca wcale nie jędrniała, natarto energicznie macicę ręką zewnętrzną, trzymając drugą rękę w pięść złożoną w jamie macicy, poczem dopiero macica skurczyła się nieźle i krwawienie ustało. Ilość wód płodowych, które wśród porodu odeszły, była z wszelką pewnością przeszło dwa razy większą od ilości, którą wypuszczono przez punkcję, a więc wynosiła przynajmniej około dziesięciu litrów. W przypadku tym przeto cała ilość wód płodowych dochodziła do piętnastu litrów.

Z bliźniaków pierwszy lepiej rozwinięty, urodzony w położeniu czaszkowem pierwszym, przez kilka minut dawał jeszcze znaki życia; drugi urodzony w położeniu czaszkowem drugim, obumarł prawdopodobnie na kilka dni przed porodem, powierzchowne bowiem warstwy skóry, na brzuchu i tułowiu rozmiękle, odchodziły płatami, okazując wyraźną macerację. Lepiej rozwinięty płód ważył około 900 grm. i był na 33 cm. długi; płód mniejszy nieżywo urodzony ważył nie całe 700 gramów, długość zaś ciała jego wynosiła 29 cm. Badanie anatomo-patologiczne zwłok obu noworodków nie wykazało zmian w narządach wewnętrznych.

Łożysko jedno, wspólne, dość duże, lecz cienkie; błony płodowe wszystkie, również wspólne, tworzyły jeden worek bez żadnej przegrody. Pępowina płodu większego odchodziła od środka łożyska; pępowina płodu mniejszego rozgałęziała się wśród błon (*insertio velamentosa*) i tą okolicznością tłumaczyć można śmierć płodu drugiego. A mianowicie póki parcie wewnątrz macicy skutkiem nadmiernej ilości wód płodowych nie było zbyt wielkiem, krew w naczyniach pępowiny, rozgałęziającej się w błonach mogła krążyć swobodnie; z chwilą jednak, gdy parcie wewnątrz macicy stało się więk-

szem, aniżeli parcie w naczyniach krwionośnych tejże pępowiny, krażenie krwi skutkiem uciśnięcia tychże naczyń do ściany macicy stało się niedostatecznem a wreszcie nie możliwem, sprowadzając śmierć właściwego płodu.

Dla przekonania się o stósunku obu powiatów łożyska dla jednego i dla drugiego płodu, nastrzykano łożysko powietrzem najpierw przez żyłę pępowiny, odchodzącej od środka łożyska i nastrzykano prawie całe łożysko, które stało się grubszem, wydeło się i przybrało barwę różową; tylko sam brzeg na 3 cm. szeroki a około 15 cm. długi od strony przyczepienia się pępowiny drugiej był zapadły i ciemno zabarwiony. Po 12 godzinach, gdy łożysko przybrało barwę szarowiśniową w całości, nastrzykano je przez żyłę pępowiny rozgałęziającej się w błonach; wtedy nastrzykano cały brzeg łożyska, który poprzód nie był nastrzykanym, a oprócz tego nastrzykanym został obszar podłużny wielkości około półtora talara, leżący więcej środka łożyska w miejscu, w którem łożysko niejako się zagłębiało, było cieńszem od otoczenia, obszar, który już poprzód przez żyłę pierwszej pępowiny był nastrzykanym. Obszar ten zatem wielkości półtora talara był wspólnym dla krażenia obu płodów.

Połów przebiegał u chorej bez zaburzeń. Rankę po punkceyi opatrywano co trzeci dzień antyseptycznie. Już w kilka dni po porodzie ustąpiły obrzęki kończyn dolnych; w moczu białka nie było. Macica zwijała się dość szybko; bezpośrednio po porodzie sięgała dnem do pępka, w siódmym zaś dniu po porodzie sięgała do połowy odległości pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem.

W dniu 14-tym Września osoba ta na własne żądanie opuściła oddział.

Przypadek ten z powodu bardzo szybkiego powstania i przebiegu zaliczyć musimy do rzędu tych, które autorowie francuscy (Charpentier) nazwali *hydramnios acutus*. Jak już powyżej przytoczono, cierpienie to występuje przedewszystkiem w ciąży bliźniaczej z jednego jajka rozwijającej się.

Jeżeli w przypadkach takich za pomocą nastrzykania przez naczynia pępowinowe będziemy się starać w takim łożysku bliźniaczem odgraniczyć od siebie powiaty, do każdego płodu z osobna należące, to przekonamy się, że na granicy obu powiatów znajduje się zwykle większy lub mniej-

szy obszar, który tak dobrze przez naczynia pępowinowe jednego, jakoteż i drugiego płodu nastrzykanym być może, a zatem obszar ten jest obszarem wspólnym, tak jak to było w naszym przypadku.

Według Schatza połączenie to odbywa się w ten sposób, że tętnica jednego płodu rozgałęzia się i kończy naczyniami włosowatemi, które łączą się następnie w żyłę należącą do krążenia płodu drugiego. W ten sposób krew płodu jednego może niejako przelewać się do obiegu krwi płodu drugiego. Otóż Schatz powstawanie takiego *hydramnios acutus* tłumaczy w ten sposób, że drogą tego wspólnego obszaru łożyskowego jeden płód przelewa więcej krwi do żylnego krwi obiegu drugiego płodu, aniżeli ten drugi oddaje. do żylnego obiegu krwi pierwszego płodu. Skutkiem tego następuje przerost serca płodu tego, który otrzymuje więcej krwi a jego nerki wydzielają więcej moczu, aniżeli w prawidłowych stosunkach. Który zaś z płodów otrzymuje więcej a który więcej krwi oddaje, to zależy od stosunków krążenia w tym wspólnym obszarze. I tak suma przekrojów odpowiednich naczyń krwionośnych jednego, może być znacznie większą od sumy przekrojów naczyń drugiego płodu, lub też drogi, któremi krew udaje się ze wspólnego lub do obszaru, mogą być różnej długości; jednego płodu naczynia biega wprost, drugiego zaś mogą okrążyć większe lub mniejsze przestrzenie, aby dojść do takiego samego miejsca.

Küstner tłumaczy sposób powstawania *hydramnios* w ciąży bliźniaczej, z jednego jajka rozwijającej się w sposób odmienny, a mianowicie sposób powstawania i miejsce, w którym się łożysko rozwija, zwykle bywa korzystniejszym dla rozwoju jednego płodu, aniżeli dla płodu drugiego, czy to skutkiem niejednakiego rozwoju w samych początkach jaja płodowego, czy też z powodu, iż przebieg naczyń pępowinowych jednego płodu jest prostym, na krótkiej drodze, gdy naczynia drugiego opisują dłuższą drogę, jak to n. p. bywa w razie rozgałęziania się naczyń w błonach płodowych (*insertio velamentosa*). Pomimo, że czynność serca jednego

płodu jest tak samo wydatną, jak płodu drugiego, jednak z powodu łatwiejszego odpływu większa ilość krwi ze wspólnego obszaru łożyskowego będzie dostawać się przez żyły do płodu z przyczepieniem pępowiny łożyskowem, aniżeli do drugiego a na odwrót dopływ krwi płodu przez tętnice pępkowe do łożyska będzie łatwiejszym, a więc i obfitszym dla płodu pierwszego, aniżeli dla drugiego. Skutkiem tego po pewnym czasie płód pierwszy rozwinie się lepiej a więc i czynność jego serca w porównaniu z czynnością serca drugiego płodu będzie wydatniejszą. Następstwem tej silniejszej czynności serca płodu pierwszego będzie przerost serca sprawiający większe wydzielanie się moczu. Gdy jednak ciągle wzmagającej się pracy serce przerosłe nie będzie już w stanie pokonać, występuje względna niedomoga serca, z następowym zastojem i zwiększeniem się parcia w naczyniach żylnych, co prowadzi do obrzęku i zwiększenia się transsudacyi. Wreszcie skutkiem długiego przekrwienia biernego wątroby rozwija się marskość wątroby (*cirrhosis hepatis*), przez co parcie w zakresie żyły pępkowej jeszcze się zwiększy, sprawiając jeszcze większą transsudację.

Oprócz tych, należy wspomnieć tutaj o teorii Wertha, który przypuszcza, że przyczyną *hydramnios* są zmiany w przybłonku kosmków łożyska, które, zdaniem jego, mają wtedy podobnie, jak przybłonek wyściełający gruczoły, wydzielać większą ilość płynu z obiegu krwi matki do naczyń płodowych.

Sallinger podaje za przyczynę *hydramnios* w swoim przypadku uciśnięcie żyły pępkowej w pierścieniu pępkowym, Nieberding zaś uważa zwężenie przewodu Botalla za przyczynę *hydramnios*; zwężenie bowiem przewodu tego utrudnia odpływ krwi z żyły czczej (*vena cava*) do tętnic, skutkiem czego powstaje zastój w naczyniach żylnych, co prowadzi do roboczego przerostu serca.

Najlepiej tłómaczy powstawanie takiego *hydramnios acutus* teoria Küstnera, który nie przypuszcza przedtem z góry żadnych zmian oprócz nierównych stósunków w krążeniu krwi

łożyskowem obu płodów tak, jak to było w naszym przypadku. W każdym razie są to tylko teorye i przypuszczenia, których dotychczas nie udowodniono.

W powyżej opisanym przypadku nie udało się utrzymać ciąży, czy to z powodu obumarcia jednego z płodów, czy też z powodu nagłej zmiany w parciu śródmacicznym, która powstała po punkcyi, czy też obu tych czynników razem. W każdym razie sędzę, iż obumarcie płodu było w tym przypadku okolicznością zagrażającą przerwaniem ciąży, przyczyną zaś bezpośrednią, która wywołała czynność porodową, była punkcja macicy, względnie bardzo znaczna, bo 4500 cm.³ wynosząca ilość wypuszczonej na raz wody płodowej; do wypuszczenia zaś tej ilości wód zmuszeni zostaliśmy stanem chorej, gdyż dopiero wtedy duszność zmniejszyła się a napięcie w jamie brzusznej zwolniło. Wypuszczenie mniejszej ilości wód płodowych w naszym przypadku nie miałoby racyi, gdyż nie zmniejszyłoby wcale groźnych przypadków u matki. Być może, iż punkcja macicy znacznie wcześniej w podobnych przypadkach dałaby lepsze wyniki, gdyż wtedy możnaby systematycznie wypuszczać niezbyt wielką ilość wód płodowych na raz, skutkiem czego mniejszą lubo nagłą różnicę w napięciu śródmacicznym mogłaby macica znieść łatwiej bez znaczniejszego odczynu. W każdym razie przypadek nasz wraz z innymi, znanymi w piśmiennictwie, w których wykonywano punkcję macicy z powodu pomyłek rozpoznawczych, dowodzi, że punkcją macicy można w przypadkach takich wykonywać bez szkody, zamiast dotychczas powszechnie używanego przebicia pęcherza płodowego przez szyję macicy. Skutkiem tego w odpowiednich przypadkach *hydramnios acutus* nie będziemy koniecznie z góry zmuszeni tracić wszelkiej nadziei utrzymania ciąży i ratowania życia płodów.



