

PRZYCZYNEK

DO POSTĘPOWANIA BEZGNIŁNEGO

podczas zabiegów

POŁOŻNICZYCH I GINEKOLOGICZNYCH.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

DAR
Prof. Dra J. Zubrzyckiego



KRAKÓW,

DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego
1898.

PRZYCZYNEK

DO POSTĘPOWANIA BEZGNILNEGO

podczas zabiegów

POŁOŻNICZYCH I GINEKOLOGICZNYCH.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.



DAR
Prof. Dra J. Zubrzyckiego



KRAKÓW,

DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem Józefa Filipowskiego

1898.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1898 Nr. 8 i 9.

2-139378

Akc. zI. 2024 .nr. 1

Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Jeżeli postępowanie podczas operacji chcemy nazwać bezgnilnem, w ścisłym słowa znaczeniu, koniecznem jest, aby wszystkie czynniki, wchodzące w grę wśród zabiegu operacyjnego, były w stanie bezgnilnym. Do tych czynników należą: pole operacyjne, tkanki, w których zabiegu dokonujemy, narzędzia, przybory, opatrunki, ręce operatora i asystentów. Wśród wielu operacji chirurgicznych warunki układają się tak, że wszystkie te czynniki istotnie mogą być w stanie możliwie bezgnilnym, a to się zdarza, gdy operujemy na powierzchni ciała ludzkiego i w tkaninach niezakażonych. Jeżeli zaś operacja ma miejsce w tkankach zakażonych, nie możemy już mówić o begnilnie dokonanym zabiegu operacyjnym; tak samo rzecz się ma, jeżeli musimy operować w głębi jam ciała ludzkiego, jak n. p. w jamie ustnej, w tchawicy, pochwie, odbytnicy itd.

W położnictwie i ginekologii, jak do dziś, możemy operować ściśle aseptycznie wówczas, gdy do narządu płciowego dochodzimy sztuczną drogą, utworowaną przez powłoki brzuszne; ilekroć jednak mamy operować od strony pochwy nie jesteśmy w stanie w zupełności tym wymaganiom zadość uczynić.

Dotychczasowe badania wykazały, że w pochwie od pierwszych dni niemowlęstwa do końca życia, znachodzić się mogą i znachodzą różne drobnoustroje, a między nimi i chorobotwórcze i że dotychczas znane sposoby nie są dostateczne do wyjałowienia pochwy.

Na zewnętrznych częściach sromowych znachodzi się również mnóstwo drobnoustrojów, a z chorobotwórczych niemal zawsze *bacterium coli commune*. Zewnętrzne części sromowe możemy dokładnie ogolić, należyście wyjałowić i chwilowo stan bezgnilny tam uzyskać; ale najczęściej nienadługo, gdyż lada chwila mogą być zanieczyszczone wśród zabiegu operacyjnego, czy to z pochwy, czy z pęcherza moczowego lub odbytnicy.

Doświadczenie dotychczasowe poucza, że w warunkach fizyologicznych, przy użyciu dotychczasowych sposobów wyjaławiania zewnętrznych części sromowych i pochwy, uzyskujemy stan do bezgnilnego zbliżony i mamy wyniki operacyjne stosunkowo bardzo dobre. Inaczej ma się rzecz tam, gdzie rozchodzi się o istniejące w pochwie stany patologiczne i rozwijające się obok nich drobnoustroje chorobotwórcze; zwykłe sposoby wyjaławiania są tu niedostateczne, a wyniki operacyjne nie są tak dobre. Okoliczność ta dała pochop do poszukiwań, dążących do tego, aby wśród zabiegów, dokonywanych na wewnętrznych częściach rodnych, ominąć części kanału rodneg, położone poniżej pola operacyjnego.

W tym celu, gdy mamy operować w pochwie, osłaniamy o ile to możebne zewnętrzne części sromowe kompresami wyjałowionymi. Jeżeli zaś operacyi dokonać mamy na macicy, lub w jamie macicznej, staramy się ominąć pochwę jużto zapomocą należytego rozwarcia jej wziernikami, już też spychamy lub ściągamy macicę na dół, aż do szpary sromowej, aby tym sposobem zetknięcia się z pochwą uniknąć. Aczkolwiek sposoby te przedstawiają znakomity postęp na drodze do osiągnięcia postępowania bezgnilnego wśród operacyj położniczych i ginekologicznych, to zawsze musimy wyznać, że są one niedostateczne. Kompresy, ułożone na ze-

wewnętrznych częściach sromowych, zesuwać się łatwo; wzierniki założone do pochwy osłaniają ją tylko częściowo, a zepchnięcie lub ściągnięcie macicy ku dołowi rzadko tylko tak się udaje, aby ujście zewnętrzne równo ze szparą sromową było ułożone, a tem samem by wśród operacyi srom i wnijście pochwowe mogły być ominięte. Nadmienię mi tu wypadka, że sposoby te łatwo dają się zastosować w szpitalu przy dostatecznej asystencyi, w praktyce jednak prywatnej, jak to każdemu praktykującemu położnikowi wiadomo, napotyka się na bardzo znaczne trudności, jużto pod wpływem nagłości przypadku, już też z braku potrzebnych przyborów i dostatecznej asystencyi.

Od dłuższego już czasu zajmujemy się tą sprawą w kierowanym przeze mnie położniczo-ginekologicznym oddziale; pracę w tym kierunku rozpoczął Dr. Kościński, który ogłosił w „Przeglądzie lekarskim“ (z r. 1897 Nr. 26 i 27) i w „Centrallblatt für Gyn.“ (1897 Nr. 29) swój sposób postępowania w niektórych operacjach położniczych. Kościński wprowadził w życie myśl już wypowiedzaną, że operacje położnicze należałoby, że tak powiem, wykonywać więcej po chirurgicznemu, o ile możności pod kontrolą wzroku. Sposoby te są cennym nabytkiem w położnictwie operacyjnem; operujemy tylko tymi sposobami i jesteśmy zupełnie z nich zadowoleni. Praca Kościńskiego dała pobudkę Burekhardtowi, który również w „Centrallblatt für Gyn.“ (1897 Nr. 45) ogłosił rozprawę, w której doradza, aby, w celu zapobieżenia zetknięciu się ze ścianami pochwy, w razie gdy mamy wprowadzić rękę do kanału rodnego, rozewrzeć pochwę bardzo szerokimi, umyślnie na ten cel zbudowanymi wziernikami liściowymi. O ile sposób ten jest praktyczny, doświadczenie pouczy; mnie się jednakowoż wydaje, że tylko teoretycznie się dobrze przedstawia, albowiem wątpię, aby w każdym przypadku można było wprowadzać rękę między niepodatnymi, posiadającymi różne wygięcia, metalowymi wziernikami. Wzierniki takie muszą krępować ruchy posuwającej się w górę ręki, albo wywierać nadmierny ucisk na części rodne kobiece.

Najłatwiej dałoby się, sędzę, to postępowanie zastosować w przypadkach porodowych, w okresie wydalania łożyska, w celu ręcznego wydobywania części dodatkowych. Bądź jak bądź, sposób ten niemoże być dostatecznym, albowiem nie osłoni zupełnie pochwy, aby zetknięcie się ręki z jej ścianami mogło być wykluczone.

Doświadczenia moje rozpocząłem z wiosną roku zeszłego, i w tym celu przygotowałem sobie najpierw kompresy płócienne na 50 ctm. długie, a 35 ctm. szerokie; zaopatrzyłem je po rogach tasienkami, w środku wyciąłem otwór, mający mniej więcej około 10-ciu ctm. w średnicy, aby przezeń ręka swobodnie przeprowadzoną być mogła. Do brzegów tego otworu przyszyłem rękaw długości około 15 ctm., tej co otwór szerokości; na jednej stronie rękaw ten wzdłuż do połowy zostawiłem niezszyty.

Postępowanie moje obmyślałem jak następuje: Kompres ma leżeć na dolnym odcinku brzucha, okrywać srom, międzykrocze, wewnętrzne powierzchnie ud, do którychby był tasienkami przywiązany, rękaw zaś ma leżeć w pochwie. Przez otwór w kompresie i przez wyścieloną rękawem pochwę możnaby się dostać ręką do jamy macicznej, nie dotykając bezpośrednio ścian pochwy. O ile myśl wydała mi się prostą, o tyle była niełatwą do przeprowadzenia, i okazało się, że pierwsze próby były niezupełnie zadawalniające, gdyż płótno do tego się nie nadaje. Wobec tego udałem się w czerwcu roku zeszłego do firmy Reithoffera w Wiedniu, aby mi sporządził takie kompresy z rękawkami z kauczuku. Poleciłem zrobić dwojaki: jedno z dużym otworem i tak szerokim rękawem, aby przezeń ręka przejść mogła z łatwością i drugie, do celów ginekologicznych, z dużo mniejszym otworem i odpowiednio węższym rękawem.

Pierwsze próby robiono na osobach ciężarnych, a gdy te wypadły pomyślnie, poczęliśmy używać tych przyrządów w przypadkach operacyjnych. Wygotowane przyrządy przechowywano w roztoczeniu sublimatu 1:1000, z którego je dopiero podczas zabiegu wyjmowano.

Przy użyciu tych kauczukowych kompresów z rękawkami wykonano 10 zabiegów a mianowicie:

3 obroty na nóżki, z tych jeden sam wykonałem, dwa zaś I asystent, Dr. Kościński;

1 raz zakładałem sam kleszcze na główce wysoko ustawionej;

2 razy wydobył ręcznie łożysko i błony płodowe Dr. Kościński;

3 razy wyskrobano jamę maciczną w przypadkach ginekologicznych i to w dwu przypadkach II-gi asystent Dr. Piotrowski, a w jednym praktykant szpitalny, Dr. Czerny;

1 raz wykonałem operację rozszerzenia wąskiego ujścia zewnętrznego macicy, *modo* Rosner - Mars.

We wszystkich przypadkach oddały nam te przyrządy bardzo dobre usługi, postępowaliśmy zaś w sposób następujący: przyrząd wygotowany i w roztworze sublimatu przechowany, wkładaliśmy na chwilę przed użyciem do roztworu lisolu, aby się stał śliskim, co bardzo dobrze osiągnąć się daje. Operator wprowadzał rękę do rękawa przez otwór w kompresie i ujmował końcami palców wolny brzeg kauczukowego rękawa wnicowany ku dłoni; drugą ręką rozwierał srom i rękę osłoniętą kauczukowym rękawem, wprowadzał do pochwy. Wprowadzenie tak okrytej ręki nienapotykało na trudności, jeżeli kauczuk był zwilżony roztworem lisolu, owszem było łatwe. Skoro wprowadzana ręka przechodziła największą objętością szparę sromową, puszczał operator trzymany końcami palców pośladkowy wolny brzeg rękawa. Asystująca osoba przywiązywała kompres do uda, a operator przesuwiał rękę przez rękaw, wyścielający ściany pochwy, ku jamie macicznej, której dno spychał drugą ręką ku dołowi.

W przypadku operacji kleszczowej i w przypadkach ginekologicznych postępowano nieco odmiennie, t. j. ujmowano szczypcami, wprowadzonymi przez otwór w kompresie, wolny brzeg rękawa i wsuwano po rozwarciu warg wprost do pochwy; jeszcze łatwiej dało się wprowadzić rę-

kaw do pochwy po wzierniku łyżkowym, założonym na tylną ścianę pochwy. Po wprowadzeniu rękawa i przymocowaniu do ud kompresu, rozwierano wyścieloną rękawem pochwę za pomocą wzierników łyżkowych.

Cała trudność w jednym i drugim razie polega na wprowadzeniu rękawa do pochwy; trzeba raz i drugi spróbować, a gdy się raz uda, później udaje się z łatwością.

Wśród dokonywania podanych zabiegów zauważono, że przy wprowadzaniu ręki do macicy, rękaw zbyt się wciągał do pochwy, a w przypadkach ginekologicznych wolny brzeg rękawa fałdował się i nieco zasłaniał pole operacyjne.

Chcąc te niedogodności usunąć, zwróciłem się w pierwszych dniach stycznia b. r. do firmy Reithoffera w Wiedniu, i poleciłem mu zrobić kauczukowe rękawy na 14 centymetrów długie, ale nierównej szerokości, lecz lejkowate, i wprawić na szerszych końcach cienkie krążki metalowe, o średnicy 12 i 10 centymetrów; na końcach zaś węższych także krążki jedne o średnicy $8\frac{1}{2}$ centymetrów dla przypadków położniczych i drugie, o średnicy 6 centym., do celów ginekologicznych. Krążki mniejsze postanowiłem wprowadzać do sklepień tak, aby część pochwową obejmowały; duże krążki zewnętrzne zastosowano, aby uniknąć wciągania się przyrządu do pochwy. Wreszcie poleciłem wykonać także rękawki z grubej gumy bez krążków.

Przy użyciu tych przyrządów wykonano:

2 razy badanie palcami szyi macicznej po porodzie, po wprowadzeniu połowy ręki do pochwy (Mars i Kołmiński);

2 razy tamponowano jamę macicy po porodzie (Mars, Czerny);

1 raz wyskrobano macicę połogową (Mars);

1 raz wytamponowano szyję maciczną gazą, w celu wzniesienia przedwczesnego porodu (Kołmiński);

1 raz wyskrobano jamę maciczną w przypadku ginekologicznym (Mars).

We wszystkich przypadkach przyrządy nasze okazały

się bardzo dobrymi tak, że się zniewolony czułem rzecz tę przedłożyć szerszemu Kołu kolegów do wypróbowania.

Krażki zakładano do pochwy, trzymając je albo od wewnątrz, albo od zewnątrz, przyczem zauważono, że krażki mniejsze dadzą się założyć zawsze łatwo, większe tylko w przypadkach poporodowych. We wszystkich przypadkach, gdzie używamy do zabiegów narzędzi, kółka wprowadzane do pochwy (na węższym końcu rękawa) trzymają się trwale i odsłaniają wyśmienicie pole operacyjne. W przypadkach, gdzie mamy wprowadzić rękę do jamy macicznej, krażki wewnętrzne nie są potrzebne; natomiast kążek zewnętrzny, niedozwalający się rękawowi wciągać do pochwy, jest bardzo pożyteczny.

Gdyby nawet mój przyrząd nie doznał zastosowania na klinikach, gdzie przecież dostateczne oczyszczenie sromu, międzykrocza i pochwy jest do pewnego stopnia względnie możliwe, to przecież zdaje mi się, może się znakomicie nadawać do praktyki prywatnej, szczególnie w tych przypadkach, w których nie mamy dość czasu na należyte oczyszczenie sromu, międzykrocza i pochwy, oraz gdy nagłość przypadku wzywa do pośpiechu, jak n. p. w przypadkach nagłych krwotoków przed wydaleniem łożyska, lub tuż po porodzie.

Dodać mi tu jeszcze wypada, że nim otrzymaliśmy przyrządy od Reithoffera, przemyślowaliśmy nad przymocowaniem kompresów płóciennych, aby się wśród zabiegu nie usuwały i nieodsłaniały okolicy rzyci. W tym celu robiliśmy niezupełny otwór w kompresie, w kształcie wywróconej dużej litery U, przez co otrzymywaliśmy obok otworu płatek płócienny, który, wprowadzony do pochwy, przytrzymywaliśmy łyżkowym wziernikiem na tylnej ścianie pochwy, co nam się też praktycznem okazało.



