

I g o r T A T Z K Y

Kilka uwag o krwiakach sromu.

Some considerations about haematome of the vulva.

Krwiaki sromu, nad którymi mam zamiar po krótko się zastanowić, należą do stosunkowo często spotykanych obrażeń narządów rodnych kobiety. Budzą one jednak duże zainteresowanie ze względu na mechanizm powstawania, którego poznanie, zarówno dla zagadnień klinicznych jak i medycyny sądowej, nie jest rzeczą obojętną. Przyczyny bowiem powstawania krwiaków sromu są, jak to powszechnie wiadomo, bardzo różnorodne.

Dzisiaj mam zamiar zająć się nimi nieco szczegółowiej. Zanim jednak przejdę do rozważań teoretycznych dotyczących tego tematu, podam dla ilustracji krótkie streszczenie historii chorób kilku przypadków obrażeń sromu, spostrzeganych w Klinice Położniczej i Chorób Kobięcych Uniwersytetu M.C.S. w Lublinie.

Przypadek I. L. hist. chor. 3681. P. J., l. 17, przybyła do Kliniki 4.VIII.1947 r. i w wywiadach podała: pierwsza miesiączka wystąpiła w 14-ym roku życia, następne były prawidłowe, co 28 dni, 3 dni trwające, miernie obfite, niebolesne. Nie rodziła, nie roniła. W dzieciństwie chorowała na odrę. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Po uporczywym wypytywaniu zwierzyła się, że dnia 4.VIII.1947 r., w czasie nieobecności rodziców, miała stosunek płciowy po raz pierwszy w życiu, odbyty z jej woli, w czasie którego odczuła bardzo silny ból, a następnie zauważyła na sromie po stronie prawej guzek wielkości śliwki, twardy i bolesny. W dwie do trzech godzin po tym zjawily się bóle o charakterze rwącym i chora zauważyła, że powyższy guzek powiększył się do wielkości pięści i przybrał barwę sinawą. Tego samego dnia chora udała się do położnej. W tym czasie spostrzegła, że guz powiększył się jeszcze bardziej i zsiniał, a z powierzchni zaczęła się przesączać krew. Następnego dnia chorą przewieziono do kliniki.

Badanie wykazało: chora jak na swój wiek dobrze rozwinięta, cechy płciowe drugorzędne wyraźnie zaznaczone. Chód chorej kaczkowy, z szerokim rozstawianiem nóg, skóra i błony śluzowe bez wyraźniejszych zmian w zabarwieniu, ciepłota ciała 36,5° C., tętno 80/min., miarowe, dobrze napięte. W czasie oglądania sromu stwierdzono obły guz, wielkości dużej pięści, twardy, o powierzchni gładkiej, elastycznie napiętej, zabarwieniu sinym, na ucisk bolesny. Guz ten obejmuje wargę dużą i małą po stronie prawej sromu, ku górze sięga do dolnego brzegu splotu łonowego, od tyłu przechodzi na krocze, a od strony przyśrodkowej zasłania całkowicie szparę sromową i wejście do pochwy. Poza tym na przyśrodkowej powierzchni uda lewego w jednej trzeciej jego części górnej i stwierdza się linijne zderzenie naskórka na przestrzeni około 6 cm. i takie samo zderzenie naskórka, tylko mniejsze, tuż przy sromie po stronie prawej.

W czasie badania wewnętrznego stwierdza się przerwanie w kilku miejscach błony dziewiczej, a po stronie prawej, tuż przy wejściu do pochwy, uwypuklenie sięgające ku górze na mniej więcej 2 cm., zwężające w tym miejscu światło pochwy, na ucisk bolesne. Pozostałe części narządów rodnych bez zmiany.

Rozpoznanie: krwiak sromu (Ryc. 1).

Ponieważ krwiak nie miał tendencji do powiększania się, zastosowano leczenie zachowawcze. Po czterech dniach, napięta skóra na szczycie guza uległa o-



Ryc. 1.

bie guza uległa o-
bumarcu i powstał
ubytek tkanki,
o średnicy około
3 cm., przez który
część zawartości
krwiaka wydobyła
się na zewnątrz.
Resztę opróżniono
przez ostrożne wy-
gniecenie. Chora
opuściła klinikę w
dziesięć dni po
przybyciu, wyleczo-
na. Narządy rodne
zewnętrzne powróci-
ły do prawidłow-

ych anatomicznych stosunków, wykazując tylko nieznaczne zgrubienie w zakresie wargi większej.

Przypadek II L. hist. choroby 4656. Chora S. J., l. 35. Dnia 8.IX.1947 r. została przywieziona do kliniki przez Pogotowie Ratunkowe. W wywiadach podała, że pierwsza miesiączka wystąpiła w 18-ym roku

życia, następnie nieregularnie, co półtora — dwa miesiące, 5 dni trwające, obfite, niebolesne. Ostatnia miesiączka 12.VIII.1947 r. Dwa razy rodziła, ostatni raz w 1945 r. Nie ronila. Dnia 8.IX.1947 r. zsuwając się ze sterty zboża, wpadła okrzakiem na stojącą obok paczkę, uderzając się sromem o jej brzeg. Jak podaje, od razu buchnęła krew w ilości mniej więcej dwu szklanek. Chora nie zemdląła i o własnych siłach przeszła do domu, nieznacznie tylko krwawiąc. W domu stwierdziła na sromie guz wielkości jaja kurzego, który po godzinie urósł do rozmiaru dużej pięści. Odczuwała silny ból, nie mogła oddać moczu i stolca.

Badanie wykazało: chód chorej bardzo upośledzony, skóra i błony śluzowe blade, ciepłota ciała $37,1^{\circ}$ C., tętno 90/min, miarowe, średnio napięte. Przy oglądaniu sromu stwierdza się guz wielkości dużego jabłka o zabarwieniu sinym, twardy, o powierzchni gładkiej, elastycznie napiętej, bolesny. Wychodzi on z prawej połowy sromu, sięga ku górze na wzgórek łonowy, na prawo do fałdu udowo-łonowego, ku tyłowi na krocze i prawy pośladek, od strony przyśrodkowej zasłania szparę sromową i wejście do pochwy. Na powierzchni krwiaka, w zakresie wargi dużej stwierdza się ubytek w skórze wielkości jednogroszówki, przez który wystercza na zewnątrz skrzep krwi. W czasie badania wewnętrznego stwierdza się zwężenie światła pochwy na skutek wypuklenia się po stronie prawej i od tyłu ściany pochwy, sięgające ku górze od 6 cm., na ucisk bardzo bolesne.

Rozpoznanie: krwiak sromu.

Krwiak nie powiększał się, wobec czego zastosowano leczenie zachowawcze. Po tygodniu zawartość krwiaka częściowo opróżniła się przez ubytek w skórze wielkości dziesięciocziółówki, powstały na skutek obumarcia napiętej części skóry na szczycie krwiaka. Pozostałe skrzepy krwi ostrożnie wygnieciono. Po 11 dniowym pobycie w klinice chora wypisała się do domu. W czasie leczenia ciepłota ciała nie przekroczyła $37,5^{\circ}$ C., a tkanki w zakresie sromu powróciły do prawidłowych stosunków anatomicznych.

Przypadek III. L: hist. choroby 8081. Chora O. L., 1.22, mężatka. Przybyła do kliniki 19. II. 1947 r. W wywiadach podała, że pierwsza miesiączka wystąpiła w 14-ym roku życia, następnie regularne, 4 dni trwające, miernie obfite, niebolesne. Jeden raz rodziła, nie ronila. Dnia 19. II. 1947 r. została kopnięta nogą w okolice sromu. Poczuła silny ból i stwierdziła obecność szybko powiększającego się guza, który osiągnął po godzinie wielkość pięści. Badanie wykazało obraz podobny do opisanego w pierwszym przypadku.

Rozpoznanie: krwiak sromu.

Postępowanie nasze i w tym przypadku było zachowawcze. Po sześciu dniach doszło do obumarcia części skóry na szczycie krwiaka, o średnicy około 3 cm. Zawartość krwiaka częściowo się opróżniła,

a resztę ostrożnie wygnieciono. Na dwunasty dzień chora opuściła klinikę. Srom powrócił do prawidłowych stosunków anatomicznych.

Przypadek IV. L. hist. choroby 3584 D. K, 1. 34. Dnia 17. IV. 1948 r. została przywieziona do Kliniki przez Pogotowie Ratunkowe. W wywiadach podała, że pierwsza miesiączka wystąpiła w 16-ym roku życia, następne prawidłowe, co 28 dni, miernie obfite, niebolesne. Ostatnia miesiączka 2. IV. 1948 r. Cztery razy rodziła, jeden raz ronila. W dzieciństwie nie chorowała. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Dnia 17. IV. 1948 r. w czasie sprzeczki z gospodarzem, gdy była schylona stojąc w rozkroku przy rąbaniu drzewa, została przez niego, od tyłu, kopnięta nogą. Jak podaje, odczuła bardzo silny ból, poczem zemdląła. Po odzyskaniu przytomności odczuwała silny ból w okolicy sromu i stwierdziła guz wielkości jaja kurzego po prawej stronie sromu, który w krótkim czasie powiększył się do wielkości pięści. W ciągu 2 dni chora nie mogła sama oddać moczu i stolca. Poza tym często wymiotowała.

Badanie wykazało: chora chodzić bez pomocy otoczenia nie może, skóra i błony śluzowe zewnętrzne blade, ciepłota ciała 36,6⁰ C., tętno 98/min. W czasie oglądania sromu stwierdza się obły guz, wielkości dużej pięści, twardy, o powierzchni gładkiej, elastycznie napiętej, zabarwieniu sinym, na ucisk bardzo bolesny. Guz ten obejmuje wargę dużą i małą po stronie prawej sromu, ku tyłowi sięga na krocze i prawy pośladek, ku górze do dolnego brzegu spojenia łonowego, a od strony przysrodkowej zasłania całkowicie szparę sromową i wejście do pochwy. Poza tym po stronie lewej krocza, stwierdza się powierzchowny wylew krwawy na przestrzeni mniej więcej, 2 cm.²

W czasie badania wewnętrznego stwierdza się po stronie prawej, tuż przy wejściu do pochwy, uwypuklenie sięgające ku górze na mniej więcej 3 cm., zwężające w tym miejscu światło pochwy, na ucisk bardzo bolesne. Pozostałe części narządów rodnych bez zmian.

Rozpoznanie: krwiak sromu.

Ponieważ krwiak nie powiększał się zastosowano leczenie zachowawcze. Przebieg leczenia był podobny do leczenia wyżej opisanych krwiaków.

Przypadek V. L. hist. chor. 6732 G. J. I. 25. Przybyła do kliniki dnia 27. VIII. 1948 r. W wywiadach podała, że pierwsza miesiączka wystąpiła w 14 roku życia, następne były prawidłowe, co 28 dni, 3 dni trwające, miernie obfite, niebolesne. Nie ronila. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Ostatnia miesiączka w listopadzie 1947 r. W czasie ciąży czuła się dobrze. Poród odbył się o czasie, w domu w obecności wiejskiej babki. Pierwsze bóle wystąpiły 21. VIII. rb o godz. 12. ej, a o godz. 16. ej tegoż dnia, jak podaje urodził się samoistnie pośladkami płód płci męskiej, a o godz. 21. ej płód płci żeńskiej, również samoistnie w położeniu pośladkowym, Oba płody żywe. Łóżysko

odeszło po jednej godzinie. Podaje że przy tym dużo krwawiła. Po odbytych porodzie czuła się dobrze. W zakresie sromu nie odczuwała żadnych bóli, po za nieznaczny pieczeniem występującym podczas wypływania na zewnątrz odchodów z macicy i pochwy. Dnia 22. VIII. rb. rano oddała sama moc, a 24. VIII. rb. zaczęła siadać. Przez cały ten czas czuła się dobrze. Dnia 26. VIII. rb. siedząc na łóżku oddała jak podaje po dużym wysiłku trochę spieczonego stolca, po czym wystąpił silny ból po prawej stronie sromu. Po kilku godzinach do bólu dołączyło się uczucie rozpierania w zakresie sromu i chora zauważyła guz wielkości dużej pięści, który stopniowo narastał, po pewnym czasie nagle wystąpił silny krwotok. Chorej zrobiło się słabo, zjawiły się szum w uszach i moczki przed oczyma. Chora, jak podaje, była bliska zemdlenia. 26. VII. rb. chorą przywieziono do szpitala.

Badanie wykazało: chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, skóra i błony śluzowe blade, cechy płciowe drugorzędne dobrze rozwinięte, ciepłota ciała 37,60., tętno 110/min, miarowe, średnio napięte. Przy oglądaniu sromu stwierdza się guz wielkości dużej pięści o powierzchni gładkiej, elastycznie napiętej, o zabarwieniu sinym, na ucisk bolesny. Guz ten obejmuje wargę dużą i małą po stronie prawej sromu, ku górze sięga do dolnego brzegu spojenia łonowego, ku tyłowi przechodzi na krocze, na prawo sięga do fałdu udowo-łonowego, od strony przyśrodkowej zasłania szparę sromową i wejście do pochwy. Po stronie przyśrodkowej wargi mniejszej, tuż przy wejściu do pochwy stwierdza się ubytek tkanek o średnicy mniej więcej 3 cm. przez który widać skrzep krwi.

Przy badaniu wewnętrznym powyższy ubytek w tkankach przechodzi w szczerelinowate pęknięcie w zakresie tylnej ściany pochwy sięgające ku górze do 5 — 6 cm. Po za tym stwierdza się linijne naddarcie śluzówki o długości około 4 cm przebiegające również po wewnętrznej powierzchni wargi mniejszej a sięgające ku górze do podstawy łechtaczki, po stronie prawej. Wędzidełko i krocze nie wykazują uszkodzeń.

Rozpoznanie: krwiak sromu.

Postępowanie nasze i w tym przypadku było zachowawcze. W ciągu pierwszych siedmiu dni chora gorączkowała do 39^o C, na ósmy dzień temperatura spadła do 37^o C, a na 16-ty dzień chora wypisała się do domu jako zdrowa. W okresie gorączkowym chora otrzymywała per os preparaty sulfamidowe.

Krwiaki sromu, ze względu na ich umiejscowienie, należą do grupy tak zwanych krwiałów podprzeponowych miednicy, w odróżnieniu od grupy krwiałów nadprzeponowych miednicy, umieszczonych powyżej mięśnia przepony moczowo-płciowej. Mogą one mieć łączność ze światem zewnętrznym w przypadkach uszkodzeń skóry lub ściany pochwy, sięgających do łożyska krwiaka. W tych razach tworzeniu się krwiaka

towarzyszy mniejsze lub większe krwawienie na zewnątrz. Najczęściej w takich przypadkach dochodzi do większego krwiotoku bezpośrednio po urazie. Następowo bowiem tworzący się w ranie skrzep hamuje w znacznym stopniu, a nieraz całkowicie, krwawienie na zewnątrz. Ten rodzaj krwiaków nie osiąga zazwyczaj większych rozmiarów, ponieważ w razie narastania ciśnienia wewnątrz guza, krew wkrótce poczyną wydostawać się nazewnątrz. Często jednak powstające krwiaki nie mają połączenia ze światem zewnętrznym. Oba te rodzaje krwiaków są następstwem uszkodzeń ciągłości ścian naczyń krwionośnych, znajdujących się u wejścia do pochwy lub w okolicy sromu. Krew z uszkodzonych naczyń, najczęściej żylnych, wypływa do otaczającej tkanki łącznej pod pewnym ciśnieniem i rozprzestrzenia się w niej według zasad mniejszego oporu. Niszczy przy tym liczne przegrody łącznotkankowe, przenikające przez bogatą podściółkę tłuszczową warg sromowych większych i wzgórek łonowego. W ten sposób powstaje bardzo szybko jama wypełniona większą ilością krwi. Krwiak może nieraz, w ciągu kilkunastu minut, zająć całą wargę sromową większą, osiągnąć niekiedy wielkość głowy dziecka i rozprzestrzeniać się ku górze na wzgórek łonowy, ku tyłowi na krocze i pośladek, a szerząc się w głąb może też przechodzić w okolice pochwy i dołu kulszowo-odbytniczego sięgając do przepony moczowo-płciowej. W tym miejscu wylewająca się krew napotyka na przeszkodę, ponieważ włókna mięśnia przepony moczowo-płciowej ściśle przeplatają się z włóknami mięsnymi ściany pochwy, tworząc w ten sposób punkt oparcia dla stosunkowo wiotkiego narządu jakim jest pochwa i skutkiem tego najczęściej krwiak nie przechodzi poza tę granicę. Zdarza się jednak, w nielicznych przypadkach, że wzrastające ciśnienie wewnątrz krwiaka pokonuje tę przegrodę istniejącą w postaci mięśnia przepony moczowo-płciowej, a wówczas krwiak może rozprzestrzeniać się poprzez tkankę łączną wiotką otaczającą pochwę (parakolpos), do przymacicza i więzadeł szerokich, pozaotrzewnowo w kierunku nerek, ku przodowi w okolice pępka a bocznie przechodzić na talerze biodrowe. Zależy to od nasilenia urazu, wielkości uszkodzonego naczynia i jak już wyżej wspomniałem, ciśnienia panującego wewnątrz krwiaka. Spotykamy się więc z takim zjawiskiem przy sprzyjającej sumie tych momentów.

Poza krwiakami powstałymi na tle urazu i przerwania ciągłości ściany naczynia, spotykamy się w wyjątkowych przypadkach z wylewami krwi do tkanek sromu, spowodowanymi przez zmiany chorobowe ścian naczyniowych, bez właściwego przerwania ich ciągłości. Powstają one u osobników z następującymi schorzeniami: purpura, choroba Werlhoffa, szkorbut, jak również u osobników w pewnych rodzajach zatruc, jak w zatruciu łożem oraz w schorzeniu innych narządów, na przykład w schorzeniu nerek.

Najczęstszymi przyczynami powstawania krwiaków sromu są urazy i nad nimi to szczególnie mam zamiar zastanowić się i szerzej je omówić.

Jeśli chodzi o urazowe przyczyny powstawania krwiaków sromu, to powstają one najczęściej wskutek: 1) czysto przypadkowych urazów na przykład: upadku z pewnej wysokości, uderzenia, kopnięcia, 2) urazu powstałego przy spółkowaniu odbywanym za zgodą kobiety lub bez jej zgody (zgwałcenie), 3) urazów w czasie porodu i to tak prawidłowego jak i patologicznego, 4) po zabiegach operacyjnych na sromie. Nie trzeba chyba podkreślać, że każdy nieszczęśliwy przypadek, jak na przykład upadek z pewnej wysokości, uderzenie kopnięcie, przypadkowe urazy podczas napadów padaczkowych, w czasie których kobieta może być narażona też i na uraz w okolicę sromu, może stać się momentem wyzwającym dla powstania krwiaka. Sądzę też, że nie trzeba wyszczególniać wszystkich momentów, w których dochodzi do tego rodzaju uszkodzeń sromu. Codzienne życie kobiety jak również zajęcia zawodowe, gdzie nieraz jest zmuszona zająć miejsce mężczyzny, praca w fabrykach, a nawet jak to ilustruje nasz 2-gi przypadek praca na roli, stwarzają możliwości takich bardzo wiele. Chcę jednak zwrócić uwagę, że te brutalne urazy mają niemniejsze znaczenie, jeśli chodzi o przyczynę pęknięć naczyń sromu, niż czynniki związane z życiem płciowym kobiety, jej fizjologicznymi czynnościami, związanymi ściśle z rodzajem jej płci.

W omawianiu krwiaków sromu powstałych w czasie stosunku płciowego, należy zwrócić szczególną uwagę na czynniki takie, jak niedorozwój narządów rodnych, niestosunek narządów płciowych obu partnerów, gwałtowność odbywanego stosunku, na czynnik fizjologiczny, jakim jest przekrwienie narządów rodnych, występujące podczas stosunku płciowego, zmiany w naczyniach krwionośnych (żylaki, kruchość naczyń), oraz zmiany patologiczne w narządach rodnych (zrosty). Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że obrażenia w rodzaju ran szczelinowatych, podłużnie biegnących w okolicy wejścia do pochwy, drażących mniej lub więcej głęboko, a będących zazwyczaj przedłużeniem przerwań błony dziewiczej, mogą powstawać w czasie stosunków płciowych. Zazwyczaj są one wynikiem istniejącego niedorozwoju narządów rodnych lub ich niestosunku do membrum masculinum, zwłaszcza gdy stosunek płciowy odbywa się w sposób brutalny (zgwałcenie). Tak samo jak wspomniane wyżej uszkodzenia, mogą w tych razach powstawać również uszkodzenia naczyń w postaci przerwania ciągłości ścian, lecz bez widocznych zewnętrznych uszkodzeń ścian narządów rodnych. Właśnie tego rodzaju obrażenia sromu mogą stanowić punkt wyjścia dla powstania krwiaka sromu podczas stosunku płciowego. Niektórzy autorzy jak K e h r e r, S t r a s s m a n, M a r c i n, F r o e n k e l podkreślają, że krwiaki w jajniku, przymaciaczach, więzadłach obłych i tkance łącznej miednicy są wynikiem pewnych

zaburzeń fizjologicznego aktu, spotykanych w czasie stosunków płciowych. Twierdzą oni, że skłonność do uszkodzeń naczyń rośnie przy zwiększonym stopniu wypełnienia tychże. Zdaniem ich wszelkie zaburzenie życia płciowego, prowadzące do nadmiernie długo utrzymującego się przekrwienia w narządach rodnych kobiety, należy traktować jako czynnik etiologicznie ważny do powstania pęknięć naczyń, zwłaszcza żyłakowato zmienionych. Uwzględniając jednak to, że u wielu kobiet spotykamy się z tymi нефизjologicznymi zjawiskami, a mimo to krwiak sromu u nich nie występuje, musimy te zaburzenia życia płciowego umieścić na dalszym planie, jeśli chodzi o moment sprzyjający powstaniu krwiaka sromu. W ogóle należałoby zakwestionować ich znaczenie przyczynowe dla powstawania krwiaka, a przypisać im tylko znaczenie sprzyjającego momentu. Nawiązując do opisanego przypadku, przyczyny powstania krwiaka sromu należy doszukiwać się przede wszystkim w niestosunku narządów rodnych i brutalności odbywanego stosunku, o czym świadczą wywiady i badanie ginekologiczne. Zdaniem naszym jest to najczęstsza z przyczyn powstawania krwiaków w narządach rodnych w czasie stosunku płciowego.

Krwiaki powstałe z powodu urazu porodowego są zjawiskiem stosunkowo rzadkim. Mogą one występować zarówno przy porodach prawidłowych jak i operacyjnych. Wytwarzać się mogą także w okresie porodu (Z u b r z y c k i), częściej jednak po wydaleniu płodu, rzadziej w połogu. Przyczyną tych krwiaków są również urazy działające w okolicy wejścia do pochwy i jej otoczeniu, głównie urazy spowodowane przeciągającym się porodem. Spostrzegamy je też w porodach ulicznych oraz w porodach operacyjnych. Powstawaniu ich sprzyja rozpulchnienie, a przede wszystkim przekrwienie tkanek, z jakim spotykamy się w każdej ciąży. Poza tym w czasie porodu dochodzi do znacznego rozciągnięcia i przemieszczenia wzajemnego poszczególnych warstw ścian narządów rodnych względem siebie. W następstwie tego i naczynia doprowadzające krew poprzez tkankę łączną wiotką do pochwy ulegają również znacznemu rozciągnięciu, co w rezultacie może doprowadzić do ich pęknięcia. Sprzyjającym momentem dla powstawania krwiaka będzie w tych razach obecność żyłakowato zmienionych naczyń.

Znaczenie praktyczne powstałego krwiaka sromu w czasie porodu zależy przede wszystkim od stosunku okresu jego powstania do okresu porodu. Jeżeli taki krwiak powstanie w końcu ciąży lub w czasie porodu, to może on stanowić przeszkodę porodową, wywoływać niewłaściwy zwrot główki dziecka, zamartwicę płodu, duże wykrwawienie matki i zmusić do czynnego postępowania: szybkiego opróżnienia krwiaka, ukończenia porodu i zatamowania krwawienia (Z u b r z y c k i). W wyjątkowych przypadkach taki niebezpieczny krwiak sromu może dać wskazanie do cięcia cesarskiego (B l o c h). Może też wystąpienie krwia-

ka po urodzeniu się pierwszego bliźniaka utrudniać poród drugiego (Peterson-Tofte, Schlantz). Dla przebiegu trzeciego okresu porodu może taka przeszkoda mieć znaczenie wtedy, jeśli krwiak wystąpił w czasie porodu lub bezpośrednio po urodzeniu się płodu. Może on w wysokim stopniu utrudnić odejście uwolnionego już i znajdującego się w kanale rodny łóżyska (Chazan).

Rzadkim stosunkowo zjawiskiem jest pojawienie się krwiaka w czasie położu. Jest to zjawisko czysto przypadkowe nie związane właściwie bezpośrednio przyczynowo z okresem położu, a występujące raczej w związku ze zmianami w naczyniach i tkankach narządów rodnych będących następstwem przebytej ciąży i przebytego porodu. Do zmian takich należy przede wszystkim zaliczyć uszkodzenia ciągłości tkanek w zakresie sromu i wejścia do pochwy, obecność żyłaków oraz rozpułchnienie tkanek otaczających naczynia krwionośne. Momentem wyzwalającym jest mniejszy lub większy uraz, częstokroć nawet o bardzo małym nasileniu, tak jak to mieliśmy sposobność spostrzeć w naszym 5 tym przypadku, gdzie bez żadnej wątpliwości wzmoczenie ciśnienia śródżylowego przy defekacji spowodowało powstanie krwiaka z najprawdopodobniej nadwyreżonego już w czasie porodu naczynia krwionośnego.

W pewnych przypadkach krwawienie pooperacyjne w zakresie sromu, na przykład po wyluszczeniu torbieli gruczołu Bartholiniego, zeszytciu krocza i t. p. może być również punktem wyjścia dla powstania krwiaka. Niezbitym tego dowodem są spostrzeżenia kliniczne, dotyczące chorych pooperacyjnych z przedłużającym się z tego powodu okresem zdrowienia i gojenia się rany pooperacyjnej. Przyczyny w takich przypadkach należy zazwyczaj doszukiwać się w niedokładnym zaopatrzeniu krwawiącego naczynia i nienależyтым tamowaniu krwawienia w czasie zabiegu operacyjnego.

Pierwszymi objawami podmiotowymi powstającego krwiaka sromu są ostre bóle o charakterze świdrującym lub rwącym. Klinicznie zaś spostrzegamy tworzenie się powiększającego się szybko guza, zauważonego już niejednokrotnie przez samą chorą, błyszczącego, o zabarwieniu intensywnie sinym, o powierzchni napiętej. W przypadku dużych krwiaków chód chorej jest bardzo upośledzony lub w ogóle niemożliwy. W zależności od rozszerzania się krwiaka mogą bardzo szybko wystąpić objawy niedokrwistości. Napięcie guza staje się niekiedy bardzo znaczne. Nieco później może wystąpić chęłbotanie. W międzyczasie może także dochodzić do rozprzestrzeniania się krwiaka i do jego coraz większego wzrostu. W miejscu największego napięcia i ścięnięcia skóry krwiak może pęknąć, a zawartość wylać się na zewnątrz. W innym natomiast przypadku warstwy powierzchniowe skóry, w pewien czas po powstaniu krwiaka, obumierają częściowo i krwiak zaczyna się stopniowo opróżniać i zmniejszać wskutek wypływania zmienionej krwi wraz ze skrzepami na zewnątrz.

Rozpoznanie krwiaka sromu rzadko przedstawia jakiegokolwiek trudności. Nagłe wystąpienie guza szybko wzrastającego wśród ostrych bólów, niczym innym nie może być spowodowane jak krwiotokiem, a jeżeli przy tym guz będzie zabarwiony na sino o konsystencji sprężysto-elastycznej, wówczas rozpoznanie jest bardzo proste. W wyjątkowych przypadkach, gdy powstaniu krwiaka towarzyszy zatrzymanie oddawania stolca i moczu, powinniśmy pomyśleć o możliwości istnienia w tym miejscu uwięźniętej przepukliny. Jednak obraz i mechanizm powstawania krwiaka jest tak charakterystyczny, że pomylić go z przepukliną można tylko w wyjątkowych przypadkach.

Co do rokowania to najczęściej jest ono korzystne. W zależności od wielkości krwiaka zejście może być dwojakie. Duże krwiaki, które mają skłonność do rozprzestrzeniania się ku górze i drażenia w głąb tkanki łącznej miednicy, należy oceniać zawsze poważnie. Niebezpieczeństwo rozległych ropowic jest szczególnie duże, a powstanie przetok do кишки stolcowej lub pochwy wcale nierzadkie (Schmid). Natomiast małe krwiaki, o ile nie dołączy się zakażenie, zazwyczaj ulegają całkowitemu wessaniu, a tkanki powracają do prawidłowych stosunków anatomicznych. Z największym niebezpieczeństwem zakażenia spotykamy się w przypadku krwiałków, mających poprzez kanał ranny połączenie ze światem zewnętrznym.

Jeżeli chodzi o leczenie to znane są w piśmiennictwie dwa kierunki: zachowawczy i czynny — operacyjny. Większość autorów (Nugbauer, Sasanova i inni) w przypadku małych krwiałków sromu, nie mających dążności do wzrostu, zalecają postępowanie wyczekujące. Gdy nastąpi obumarcie napiętej na szczycie krwiaka skóry, wtedy przez ostrożne wygniecenie usuwamy resztę skrzepów, sprzyjając najczęściej w ten sposób szybkiemu powrotowi, do normalnych stosunków anatomicznych w zakresie sromu. W przypadkach małych krwiałków następuje zazwyczaj samoistne wyleczenie dzięki całkowitemu wessaniu. Inne natomiast dają się wykazać później jako zorganizowane, pasmowate, twarde utkania w tkance łącznej sromu i pochwy. W przypadku dużych krwiałków, wywołujących niedokrwistość u chorej, lub stanowiących przeszkodę w urodzeniu się dziecka lub łożyska, gdy życie płodu jest zagrożone, wówczas wskazanym jest czynne postępowanie: nacięcie i opróżnienie krwiaka, ukończenie porodu i opanowanie krwawienia. Takie postępowanie wydaje się być najbardziej celowe jeżeli chodzi o życie i zdrowie matki i dziecka, chociaż Sahler dla krwiałków powstałych w trzecim okresie porodu zaleca inne postępowanie. W przypadku gdy zachodzi obawa, że krwiałek będzie się powiększał, nie bacząc na możliwość jego pęknięcia proponuję najpierw przystąpić do ręcznego wydobycia łożyska a potem zaopatrzyć krwiałek. Wydaje się jednak, że takie postępowanie jest bardziej brutalne i mniej oszczędza-

jące od sposobu wyżej wspomnianego, to znaczy, najsampierw krwiak opróżnić przez jego nacięcie, a następnie przystąpić do ręcznego wydobycia łożyska. Wykonując bowiem zabieg ręcznego wyjęcia łożyska przed zaopatrzeniem krwiaka możemy łatwo spowodować pęknięcie krwiaka. Powstająca przy tym rana o poszarpanych brzegach nie może stanowić lepszych warunków gojenia się, niż rana cięta dokonana nożem operacyjnym. W przypadku, gdy krwiak zropieje, postępujemy według ogólnych zasad chirurgii: szeroko nacinamy i sączkujemy.

W wyżej przytoczonych przypadkach krwiaków sromu postępowaliśmy według zasad wyżej wspomnianych i chore po stosunkowo krótkim pobycie w klinice wypisały się jako zdrowe.

Na tych uwagach kończę opis i omówienie kilku przypadków krwiaków sromu, spostrzeganych ostatnio w Klinice Położniczej Chorób Kobięcych Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie.

Żyjemy w dobie powojennej, kiedy olbrzymia rzesza kobiet, poza spełnianiem roli matki i żony, stanęła przed koniecznością zarobkowania. Nic więc dziwnego, że spotykamy ją pracującą niemal w każdym zawodzie, zastępującą z powodzeniem mężczyznę, wykonywującą nieraz pracę fizycznie ciężką i niebezpieczną. Narażona więc jest ona na wszelkiego rodzaju urazy między innymi na takie, które w rezultacie wywołują powstanie krwiaka sromu. Toteż w swojej pracy chciałem zwrócić po krótku na te sprawy uwagę, jako że się wydarzają stosunkowo często i w związku z tym przytoczyć kilka uwag dotyczących mechanizmu i przyczyn ich powstawania i postępowania leczniczego w powyższych przypadkach.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) J. Halban und Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, VII Band, 2. Teil 1928, VIII Band, 1. Teil 1927.
 - 2) Lubarsch, Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie, VII/2. Weibliche Geschlechtsorgane. 1930.
 - 3) A. Rozner, Ginekologia 1924 r.
 - 4) Bumm, Grundriss zum Studium der Geburtshilfe 1930 r
 - 5) Cz. Uhma, obrażenia pochwy i mechanizm ich powstawania. Polska gazeta lekarska, rok 1930 Nr. 22.
 - 6) T. Bulski, Protokół 152 posiedzenia naukowego. Ginekologia Polska, rok 1931, tom X, str. 853.
 - 7) M. Bloch, Urazowy krwiak sromu jako wskazanie do cięcia cesarskiego. Ginekologia Polska, rok 1930 tom IX, zeszyt XXII.
 - 8) J. Zubrzycki, Postępowanie w przypadku krwiaka sromu powstałego w II okresie porodu. Zentralblatt für Gynäkologie, 1913 r. Nr. 8.
-

S U M M A R Y.

After classification of the pudental haematoms from the anatomopathological standpoint, and having dealt with the mechanism of their development, the author proceeds to discuss the causes originating their setting up, and gives special attention to traumatic factors, viz those that are most frequently responsible for the setting up of the pudental haematoms i. e.: 1) trauma of purely incidental nature, 2) injuries arising during intercourse 3) during child delivery, and finally 4) those inflicted by a surgical treatment of that area.

The enunciations regarding the clinical symptoms, diagnosis, prognosis, and therapy of the pudental haematoms are backed by the observations of clinical cases.

Annales Universitatis M. C. S. Lublin.
Nakład 750 egz. format 61x86. V kl. 80 gramm. A. 15656.
Druk. „Sztuka“ Zrzesz. Rob. Lublin, Kościuszki 8.
