

M

E 8



003035477



COBISS

ОГ ХИРУРШКОГ ДРУШТВА
ЗА ОПЕРАТИВНУ МЕДИЦИНУ)

ПРОШИРЕНЕ ИНДИКАЦИЈЕ
ЗА ЦАРСКИ РЕЗ
— SECTIO CAESAREA —

ИНДИКАЦИЈЕ — ПРИМАРНИ РЕЗУЛТАТИ
МОРТАЛИТЕТ МАЈКЕ И ДЕТЕТА

Dr. МИЛОШ БОГДАНОВИЋ
ПРОФЕСОР БЕОГРАДСКЕ ГИНЕКОЛОШКЕ
КЛИНИКЕ



БЕОГРАД, 1934.

Štamparija Ž. Madžarevića, Beograd, Cara Nikole II, br. 3. Tel. 21-129.

ID=193236748

Q. e. X. 1138

E 8

I. КОНГРЕС ЈУГОСЛОВЕНСКОГ ХИРУРШКОГ ДРУШТВА
(V ЈУГОСЛОВЕНСКИ САСТАНАК ЗА ОПЕРАТИВНУ МЕДИЦИНУ)

ПРОШИРЕНЕ ИНДИКАЦИЈЕ
ЗА ЦАРСКИ РЕЗ
— SECTIO CAESAREA —

ПРОШИРЕНЕ ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ЦАРСКИ РЕЗ
— SECTIO CAESAREA —

Dr. МИЛОШ БОГДАНОВИЋ
ПРОФЕСОР БЕОГРАДСКЕ ГИНЕКОЛОШКЕ
КЛИНИКЕ



БЕОГРАД, 1934.

Štamparija Ž. Madžarevića, Beograd, Cara Nikole II, br. 3. Tel. 21-129.

83

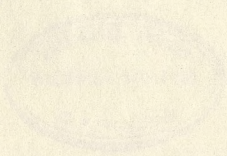
УНИВ. БИБЛИОТЕКА

Л. И. Бр. 35477

И. КОМ. ПЕС. УЛГОСЛОВЕНСКОГ. ХИРАРИКОГ. ДРУШТВА
(V. УЛГОСЛОВЕНСКИ. САСТАНАК ЗА ОПЕРАТИВНИ МЕДИЦИНИ)

ПРОШНПЕНЕ НИДНАКАЛНЕ
ЗА ЦАРСКИ ПЕЗ
— SECTIO CAESAREA —

DR. MINDOŠI BOLDAHOVNI
ПРОФСОР БЕОГРАДСКЕ ИНТЕРКОЛИКЕ
КАНИКЕ



БЕОГРАД 1934
Stamperia S. Marković, Beograd, Cara Nikola II, br. 3. Tel. 24.120.

ПРОШИРЕНЕ ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ЦАРСКИ РЕЗ — SECTIO CAESAREA

Д-р Милош Богдановић

У последњим деценијама у акушерству највеће реформе издано у томе што је хируршка сра све више места узела. Највеће пролеу најчешћу полемичку су изазвале у Немачкој публикације Мих-Нирсча између 1927—1931 године. Указао

ПРОШИРЕНЕ ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ЦАРСКИ РЕЗ

— SECTIO CAESAREA —

у последње време најчешће биле некада кривовање детета, а некада и тешке повреде матара. Царски рез је сматран само као изузетна метода а као профилактички подухват ретко је употребљавана. Поред данашње асепсе и савршене технике све се више одомаћују њене разне методе. Проширујући пак индикације за ове даје се могућност продужења живота детета без опасности за живот мајке. Мануелни лагиналис подухвати проширују се индикације за операције и на поља, на које се пре није смело ни мислити. Чак се се пада се у екстремне особито од стране не акушер-хирурга, који се нису специјализирали на акушерско-гинеколошким, дакле, у школи где се полаже важност на добро познавање порођајног механизма. Акушерско звање се оснива на прецизној дијагностици, на могућности стварања правих прогноза, критично просудивање постојећих и могућих компликација, које се могу предупредити са малим и безбедним профилактичним методама.

Нирсча своје ставовиште у погледу проширења индикација ради вршења Царског реза заступа на немачком гин. конгресу 1923 год. у Лајпцигу; но његове конклузије наглашава свако претеране и макар се на противност скоро свих професора клиничара. Његова је статистика једнострана и према њој стоји Winter који је 1928 године од 38 немачких операција и клиника као и 29 страних зуптера покупио податке и односному 4450 случаја долази до закључка да Нирсча преце-



ПРОШИРЕНЕ ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ЦАРСКИ РЕЗ — SECTIO CAESAREA.

Д-р Милош Богдановић.

У последњим деценијама у акушерству највеће реформе видимо у томе што је хируршка ера све више маха узела. На томе пољу најжешћу полемику су изазвале у Немачкој публикације Мах - Hirsch између 1927—1931 године. Указале се знатне разлике између старијег и новог акушерског менталитета. Пре су доминирали вагинални подухвати и у најкомпликованијим случајевима, чије су последице биле некада жртвовање детета, а некада и теже повреде матера. Царски рез је сматран само као изузетна метода а као профилактични подухват ретко је употребљавана. Поред данашње асепсе и савршеније технике све се више одомаћују њене разне методе. Проширујући пак индикације за ове даје се могућности очувања живота детета без опасности за живот мајке. Напуштајући вагиналне подухвате проширују се индикације за операције и на поља, на које се пре није смело ни мислити. Разуме се пада се у екстреме особито од стране не акушера хирурга, који се нису специјализирали на акушерским клиникама, дакле у школи где се полаже важност на добро познавање порођајног механизма. Акушерско знање се оснива на префињеној дијагностици, на могућности стварања правилне прогнозе, критично просуђивање постојећих и могућих компликација, које се могу предупредити са мањим и без опасним профилактичним методама.

Hirsch своје становиште у погледу проширења индикација ради вршења Царског реза ставља на немачком гин. конгресу 1929 год. у Лајпцигу; но његове конклузије изгледају свакако претеране и наилазе на противност скоро свих професора клиничара. Његова је статистика једнострана и према њој стоји Winter који је 1928 године од 38 немачких оператора и клиника као и 29 страних аутора покупио податке и на основу 4450 случаја долази до закључка да Hirsch преце-



њује са Царским резом постигнуте резултате, а уједно подцењује оне резултате који су добивени не хируршким путем.

Ма да је тема у литератури свестрано обрађена за наше прилике у Југославији још увек је од великог интереса и значаја пошто је у болницама мало чисто акушерско гинеколошких одељења на челу којих стоје специјалисте акушери, већина шефова су „хирурго гинеколози“ (Winter).

Вршеће типичног Царског реза свакако је за једног хируршки увежбаног лекара једноставнији, бржи, са мање одговорности скопчан и благодарнији задатак него они подухвати, где се изискује велико акушерско знање и искуство, критично посматрање и стрпљиво чекање поред породиље некада дан-два, скопчано са великом и двосруком одговорношћу. Па када се ова, за акушера физичка и психичка перманенција оконча и порођај према постављеној прогнози сретно спонтано заврши — онда је награда од стране лаичке публике изјава, да лекар није учинио ништа. Стога није се чудити, ако многи млађи — особито не акушери већ хирурго-гинеколози лако постављају индикације хируршким подухватима.

Да би са податцима иностране литературе могао сравнити прилике у нашој држави, разаслао сам циркуларе са постављеним питањима свима гинеколошким и хируршким одељењима. Нажалост и на поновно тражење само сам од 14 одељења добио одговора. Из добивених података види се активност особито код млађих шефова. Свега располажем са 554 случајева Царског реза, који се односе на 45175 порођаја, према чему је фреквенција Царског реза 1.22%. Док породиштва показују мању фреквенцију, као клиника у Београду 0.97%, у Загребу 1.24%, у Љубљани 1.25% у болницама је већи број: Осигек 3.8%, Пожаревац 3.5%, Нови Сад 5.6%, Бечкерек 5.8%. Статистике иностранства показују такође разлику између акушерских клиника и болничких одељења где су шефови хирурго-гинеколози, проценат варира између 0.4% (Tindall) и 17—27% (Hüssy - Aarau). Разуме се да клинке, на које се упућују породиље са разним анормалијама, где је материјал различит па и индикације су постављене индивидуално различито показују разну фреквенцију, која се некада пење. Hammerschlag (Berlin - Neuköln) 0.9%, Adams (Portland - Oregon) 1.12%, Preisseecker (Wien) 1.18%, Labhardt 1.7%, Frigyessy (Budapest) 2%, Berlin (Hornung) 2.4%, Greenhill (Chicago) 2.6%, Heynemann 2.5%, Sellheim (Leipzig) 2.7%, Weber (München) 3%, Schröder (Kiel) 3.2%; али бројеви показују да се просечно не прелази у крајности што се види из великих статистика: код Ammon-a на 252.989 порођаја долази 4.198 Царског реза, т. ј. 1,66%, док у нај-

новијој статистици Pressecker-a 3.08%. Опажа се у иностранству као и код нас, да се сада у болничким одељењима, где нема израђених акушера врши Царски рез сразмерно у много случајева, где би се са опробаним вагиналним операцијама могао завршити порођај. Број Царског реза у последњим годинама повећава се према укупном броју порођаја, у појединим институтима постиже 6—7%. Ова активност основана је на пропаганди Hirsch-a и одличним резултатима Dörffler-a.

Hirsch своју пропаганду за Царски рез оснива на статистичким подацима, по којима у Немачкој годишње умре 4.500 жена на порођају, 2.600 у првој недељи бабиња услед сепсе; ако урачуна по Döderlein-у да на једну смртоносну сепсу пада 4—5 тешких случајева бабиње грознице из којих се после дуготрајне болести жена извуче, али се последице болести носе за време целог живота, онда изалази број 15—20 хиљада тешко оболелих после порођаја од бабиње грознице. Што се пак смртности деце тиче налази, да годишње на порођају умре 3%, што износи 45.000 мртворођених, а даљи 45.000 умре у првој недељи услед последица самог порођајног акта (траума). Ови бројеви јасно говоре, да се мора наћи пута и начина да се породиље спасу и да се жива и за живот способна деца рађају, стога пропагира Царски рез, чији морталитет по мајке данас у клиникама по њему није већи 1,3%. Dörffler пак тврди, да је Царски рез по живот мајке потпуно сигурна операција, код њега је морталитет мајке 0,75% а редуцирани 0,25% деца су пак сва жива рођена.

Winter-ова статистика за Царски рез показује морталитет мајке 7,1%, а редуцирани 4,2%; морталитет деце 5,1%. Да крајња активност коју Hirsch пропагира какве последице има, показује пример у Сједињеним државама Америке, где је 1921 године више од 11% породиља умрло услед Царског реза. Вредност једне операције не зависи само од примарних резултата већ и од других даљних последица, која се морају узети у обзир, као што су могућност спонтане руптуре материце код поновне трудноће односно порођаја, или чињеница, да жена која је једном пребродила операцију боји се поновне трудноће и гледа да се на некоји начин од ње сачува. Winter на основу скупљених података сматра, да је Царски рез, што се прогнозе тиче, најтежи акушерски подухват а и остаће најтежи због опасности, које потичу из широких индикација, стога пледира, да се индикације врше екзактно. Gauss је мишљења, да за љубав детета не смемо мајку излагати опасности, јер колико предности показују спасавање живота мајке и детета, толики је баш супротно већи морталитет и морталитет, као и смањена способност за поновно



раћање. Hognung naglašava da i kod najrigoroznije indikacije mortalitet majke iznosi 3—4% kod Царског реза а код већих вагиналних подухвата 0,43%. По мишљењу већине клиничара потребне су за вршење абдоминалног Царског реза егзактне и на научној основи постављене индикације, Winter је у својој статистици од 1928 године могао набројати 63 разних индикација често само из разлога, што је технички лакше изводљива операција него вагиналне методе или стрпељиво чекање спонтаног порођаја, стога су потребне директиве за будућу делатност. Извесно шематизирање за поједине групе неправилности приликом порођаја олакшаће практичним лекарима постављање индикација за Царски рез, али зато мора се поступити и индивидуално у појединим случајевима. Акушеру је стављено у дужност, да заврши порођај оним путем и методама, који су скопчани са најмањом опасношћу по мајку и дете. Царски рез је стога онда индикован, када постојећа компликација механички онемогућује порођај, када доведе у опасност живот матере и детета, или када се порођај не може завршити са мањом безопаснијом операцијом. Данас више нема вредности стара подела индикација на апсолутну и релативну, са ретким изузетком све су индикације релативне.

Међу индикацијама у свима статистикама највише налазимо случајеве уске карлице, односно несразмерност између порођајног канала и главе детета, даље еклампсију и плаценту превиу, о којима ћу опширније да говорим.

Са брзим развитком индустрије повећао се и фабрички рад, који угрожава здравље запослених, све се већи број радника и радница регрутује из земљорадничког staleжа, све се више долази из слободне здраве природе у варошке нездраве станове, радионице и фабрике. Данас се и жене боре за опстанак, организам им слаби, често оболевају, па је стога и разумљиво да рађају мање отпорну, болешљиву децу. Тако се догађа, да међу закржљавелима све више налазимо уске карлице. — На формацију карлице упливишу многе околности почев од феталног развитка костију до пубертета као например: хондродистрофија, рахитис, анкилоза и т. д. па и већ развијену карлицу могу доцније да сузе остеомалација, траума, израштај и т. д.

У погледу уске карлице још и данас не влада једнообразност; у самој дефиницији, подели мерењу, терапији, налазимо разна и мање више супротна мишљења. Уска карлица је релативан појам, јер свагда треба да је у складу са порођајним објектом са дететом. Може и сасвим нормалних промера карлица да буде уска, ако је дете односно његова глава велика; уским карлицама сматрамо не само оне, које чине

сметње порођају због велике сужености, него све оне, које уплившу на механизам порођаја главе и његов конфигурабилитет. Код порођаја са уском карлицом пати и мајка и дете. Мајка долази у опасност, јер је већа порођајна траума, јер може пре времена да пукне водењак, те патогени микроорганизми могу да се увуку у материцу, продужи се доба ширења. Могу да издају порођајне снаге или пак мишићни рад материце не може да савлада препреку — долази до руптуре. Али ако после тешкоћа и дође до порођаја, прети опасност атоничног крварења. Код уске карлице још је у већој опасности дете: неправилни положај, испад пупчане врвце, дуготрајни притисак на главу угрожавају живот детета. Код избора терапије поред врсте карлице узима се у обзир степен сужења, који се може утврдити само са тачним мерењем коњ. вере, па и онда се намеће главно питање, да ли може глава изнесеног детета проћи кроз теснац и живо се родити; стога је илузорно повући строге границе између појединих степена сужења, већ морамо индивидуално поступати на основу стечених искустава. Код мањег степена сужења над 8 см. коњ. вере морамо размотрити да ли се може очекивати природан ток порођаја без животне опасности по мајку и по дете; ако је тај случај онда нећемо интервенисати већ експектативно поступати и само подпомоћи ток спонтаног порођаја узевши у обзир порођајне снаге и конфигурабилитет главе детета. Разуме се бољи ће бити изгледи на спонтани порођај код младе прворотке, која са јаким трбушним напном и снажним мишићима материце обично мање дете доноси на свет него код старије и вишеротке, која је са малим размацима једно за другим дошла у другостање, код које је и материца млтавија, а због viseћег растањеног или масног трбушног зида слабији ће бити и напони, те ће се и због обично већег детета морати интервенисати.

У великим статистикама видимо, да код мањег сужења можемо очекивати спонтани порођај. Тако су забележили: Chrobak - Peham 72,42%, Zangemeister 75%, Tauffer - Scipades 76%, Pinard 79%, Schauta 80%, Döderlein - Baisch 80%, Krönig 85%, Durst 67,7%, Богдановић 81,7%, Hammerschlag - Tollas 91% случајева. Може се дакле рећи да је просечно код 20% уских карлица потребна оперативна интервенција. У новијем добу видимо да активан правац овлађује у терапији мањег степена сужене карлице, запостављају се вагиналне методе као: вештачки рани порођај, профилактичан обрт на ноге и високи форцепс због великог морталитета деце. У новијим збирним статистикама (Geede) налазимо код вештачког раног порођаја 11,3%, код профилактичног обрта на ноге због оте-



жаних екстракција 24%, код високог форцепса 26,5% морталитета деце.

Ако после дужег посматрања не наступи спонтани порођај или се због опасности по живот мајке или детета не сме чекати, могу се предузети као ривалне операције симфизиотомии и разне врсте Царског реза.

Симфизиотомиа се може вршити код вишероткиња када је коњ. вера над 8 см., када порођајни канал није сасвим асептичан или кад постоји повишена температура. Морталитет деце је ипак 7,4% (Geede) а мајке 1,7%. Али ако је међувремено дете мртво без оклевања мора се завршити порођај са перфорацијом главе детета. Намеће се тако питање дали би могли са евентуално раније предузетим Царским резом спасти дете и ако порођајни канал није интактан. Задатак мора бити код сваког подухвата да спасемо мајку стога не смемо са Царским резом изложити мајку опасности перитонита или сепсе, знајући да инфекција потиче из материце. Када је водењак пуко отворен је пут микроорганизмима из вагине према горе. Harris и Brown су са својим истраживањима доказали, да после пукнућа водењака на 6 сати матерична дупља је пуна бактерија. Унутарњи прегледи породиља као и њин пренос у болницу убрзају инвазију бактерија и чине за Царски рез неповољну прогнозу. Што се више чека операцијом пење се и морталитет по податцима Eardly Holland од 1,8%—10%.

Ако је сужење већег степена испод 8 см. коњ. вере, дете живо, са вршењем Царског реза најбоља је прогноза и по мајку и по дете. Уска карлица по најновијим статистикама стоји на првом месту међу индикацијама за Царски рез од свих оперисаних 62,2% (Preissecker). Између наших 554 случајева вршен је Царски рез 276 = 49,1% пута због уске карлице. Овде можемо опазити каква је разлика у погледу развитка карлице у појединим деловима наше државе. Где доминира земљорадња, где је исхрана боља и мање има фабрика, тамо налазимо мање уских карлица, те је мање вршен Царски рез због те индикације, тако у Београдској Унив. клиници налазимо забележено код 54,3%, у Љубљани код 61%, у Загребу код 73,5%. Ако и под најстрожијим индикацијама приступамо завршењу порођаја код уске карлице са Царским резом, ипак ће морталитет мајке бити знатно већи него са вагиналним методама. Статистика Ammon-а показује морталитет 3,81%, а Winter-ова 3,9%. Истина је ипак да се морталитет деце смањује по Ammon-у изнаша 2,8% на 1.094 случаја Царског реза вршене због уске карлице.

Еклампсија као индикација за вршење Царског реза долази бројно у статистикама на друго место. По Winter-у вр-

шена је је у 19,4% ; Straus (Berlin - Lichtenberg) описује у 13% , код Schröder-a (Kiel) 11,3% , по Preisseecker-у 11,6% , који број је новије спао на 10,3% . Лечење еклампсије је увек на дневном реду. И поред многобројних радова још се није нашао дефинитиван метод за њено успешно лечење. Тачно је да прекидом трудноће најчешће прекидамо и еклампсију, те болеснице оздраве; вероватно је стога да узрок оболења мора бити у овулуму одакле потичу токсини, чија природа нам је још непозната. Да ли треба одмах евакуисати материцу у случају еклампсије или не, аутори су подељени у два табора, једни су за такозвану терапију средње линије (Engelmann) односно конзервативну по Stroganoff - Zweifel-у када се индивидуално поступа, испочетка симптоматски док се не може завршити порођај на по мајку безопасан вагинални начин, овде живот детета не долази у обзир; други су за абдоминални Царски рез. Статистички подаци су врло различити што се mortalитета матера тиче, по Buden-у је између 20 до 25% а није се променио ни са активном терапијом. У Bakšt-овој (Русија) статистици из светске литературе на 1520 еклампсија mortalитет и са Царским резом износи просечно 20,8% , од којих аутор сматра да је 75% умрло услед самог оболења. У Seitz-овој публикацији из материјала Берлинске, Минхенске и Лајпцишке клинике mortalитет мајке је са активном терапијом 17,2% , а експектативном 28,6% , но питање је колики број смртних случајева пада на саму суштину болести, а колики је услед саме операције. У Winterovoј статистици добијамо на то одговор, између 456 случаја еклампсије укупни mortalитет је 15,9% од којих је умрло као последица операције 2,3% а услед саме еклампсије 13,8% ; код Schröder-a 12,2% Geede у својој збирној статистици на основу 598 случаја износи mortalитет операције 1,9% ; али има са абдоминалним Царским резом и бољих резултата у појединим клиникама, шта више Hoeven (Холандија) износи 0% mortalитета. У погледу терапије не треба се ослонити на статистике, јер наилазимо на серију сретно свршених случајева, када и по изгледу безнадежне оздраве, а умиру релативно бенигни случајеви, зато се и каже да је еклампсија „болест изненађења.“ Налазимо лакше и теже случајеве, међу последње сматрамо оне где су конвулзије учестане и дуготрајне, када је породиља у коматозном стању, када постоји анурија или мало мокраће са грануларним и хиалиним цилиндерима и црвеним крвним зрнима, када је јако повишен крвни притисак или када се пулс нагло погорша, а најгоре је када се указује одема у плућима и ретинитис албуминурика. Потребно је брижљиво опажање целог тока оболења као и околност у коме се времену трудноће појав-



љује, да ли на крају трудноће, да ли за време порођаја као и у ком чину порођаја. Када је случај у почетку доба ширења са живим дететом треба вршити Царски рез. Stoeckel сматра бржи завршетак порођаја Царским резом исто тако важним подухватом као лапаротомију код ванматеричне трудноће. Када је дете мртво или недонесено, или када порођајни канал није више асептичан морамо завршити порођај вагиналним методама а према условима који појединим методама одговарају. Исто важи и за случајеве који су на крају доба ширења или у доба потискивања. У сваком случају морамо почети са терапијом по Stroganoff - Zweifel-у и ову продужити и у бабињама. У нашој статистици између 554 случаја вршен је Царски рез у 110 = 19,8% због еклампсије са 18,1% морталитетом, колико се из података дало закључити сви су на терет самог оболења. И овде показују клинике већу конзервативност него болничка оболења. У материјалу Љубљане је 5,67%, у Загребу 10%, у Београду 14,3% док Осиек показује 27,6%, Бечкерек 45,9%, а Нови Сад 58,7%. Ова сувиша активност могла би се тумачити што одељења немају довољан број лекара, који би случајеве по средњој линији третирали, те се одлучују на брзо решење проблема, а не на дуготрајније посматрање.

Ако се са Царским резом и није могао код еклампсије смањити проценат морталитета матера, успело се знатно смањити морталитет деце. Док је са конзервативном методом код Zweifel-а 18,8% код Franque-а 31% морталитет деце а у збирној статистици Hermann-а између 22—24%, дотле у Ammon-овој статистици са Царским резом износи 4,6%, код Sarvey-а 5%; Reuben - Petersen-а 3,6%, Stoeckel пак је сву децу живу добио. И у нашој статистици клинике показују сву живо рођену децу.

Пошто код еклампсије постоји тешка токсикоza органиzма, која показује изразите симптоме још пре но што наступи конвулсија т. ј. постоји *праееклампсија* или *екламписизмус*, стављено је питање да ли може Царски рез профилактично уплиvisати на ток оболења, спречити конвулсије или смрт мајке. Са конзервативном терапијом Stroganoff - Zweifel према публикацији Rupp-а (Wonn) у 52 случаја се спречило избијање конвулсије, но губитак деце беше 11,5%. У Шведској се одомаћила такозвана „активна профилакса“, прекид трудноће са методом пробушења водењака (Essen - Möller, Lindquist, Forssner), на 605 случаја морталитет мајке беше 1,2% а деце 17%, али се нигде не спомиње у колико је метода спречила конвулсије. Царски рез има својих побораника и за екламписизмус, не само из разлога што се евакуацијом мате-



рице елиминишу токсини, већ и због тога што се искључују контракције материце, услед којих се изазивају конвулзије и повећава крвни притисак. Seitz, Zangemeister, Dörffler врше Царски рез, чим се појаве преекламптични симптоми, неки аутори одбацују Царски рез у случајевима конвулзије и врше само у преконвулзивном стању (Phaneuf, Loiseaux, Davis). Phaneuf објављује 50 случајева Царског реза без смртности мајке, но исход деце нам је непознат. Winter је сакупио 131 случај са 5,2% морталитета мајке и 11% деце. Знајући случајеве, где је постојећа токсикоza изазвала у организму тешке патолошке промене, да и без конвулзије наступи смрт, активна терапија у преекламптичном стању нема оправданости, јер нам не пружа бољу прогнозу ни по мајке ни по децу.

У неправилностима порођаја *плацента превии* спада међу оне компликације где живот детета долази у колизију са животом мајке. Форсирање порођаја детета чија је виталност проблематична, носи за собом опасност расцепа грлића материце те и новог крварења, стога нам се налаже дужност да спасемо мајку. Прогноза код пл. превие је и по мајку и по дете хрђава. Морталитет мајке са старијим конзервативним подухватима и код увежбаних стручњака износи у институцима још и данас 6—7%, а морталитет деце 50—60%. Мајкама прети опасност од искрвављења, инфекције и у ретким случајевима од ваздушне емболије. Како се хируршка ера одомаћила у акушерству настао је преокрет нарочито у терапији латералне и централне пл. превие, фреквенција Царског реза у новијим статистикама по Preissecker-у износи 11,5%, док према старијим податцима 4,85% а у нашој статистици 14,4%.

Предност Царског реза била би у томе што се велики број деце може спасти, али код постављења индикације овај моменат треба да долази у обзир тек у другом реду, главно је спасти живот мајке, то треба да је индикација у првом реду. Од многог крварења ћемо сачувати мајку онда, ако операцију вршимо у почетку порођаја, када се доњи пасиван део материце још није развукао и постељица се још није одлучила. Нећемо вршити Царски рез када је порођајни канал инфициран, ако је рађена тампоиада те сумњамо на инфекцију, јер само онда има смисла Царски рез, ако се са операцијом морталитет пл. превие смањи, а не да у место искрвављења наступи смрт мајке услед инфекције. Са абдоминалним Царским резом, код пл. превие по статистикама можемо рачунати да се живот 90% деце спасе (Winter). Морталитет материце наводе у статистикама Ammon између 2320 случаја 7,3%, Bakst на 1809 случаја 6,6%, Geede на 2789 случаја 6,2% Ноewen (Холандија) 3,2%, али има акушера, код којих је

морталитет 0% у серијама од 100—120 случаја Frey, Greenhill - Chikago).

Има случајева када је услед пл. превие мајка толико кр-вавила, да неби могла поднети ни најмањи губитак крви, тада се може вршити Царски рез али са ампутацијом материце, или пак да се извади gravidна материца у целини и тада разреже; мати једва губи коју кап крви а може се са брзим радом од неколико минута добити и живо дете (Toth).

Друге индикације Царског реза према подацима литературе можемо поделити на групе са обзиром на компликације које доводе до операције а према задатку, који треба да Царски рез изврши.

1.) *Аномалије у порођајним путевима због којих не може доћи до спонтаног порођаја.*

Сем уске карлице овамо спадају израштаји полних органа или других трбушних органа који леже у малој карлици или су спуштени у Дуглас, те чине апсолутну препреку порођају детета. Могу доћи у обзир *цистични тумори јајника* (Zalokar, Batory, Rismondo). У Енглеској статистици налазимо 39 таквих случајева, код Wintera 19 случаја. Beckmann у најновијој литератури налази 13 случаја, просечни морталитет је 10%. Поред Царског реза врши се и одстрањење тумора. Ако је у питању малигнитет морамо се задовољити само са Царским резом.

У нашој статистици као индикације за Царски рез налазимо једанпут тумор пелвис цистикус и једанпут ренпелвинус цистикус (Durst).

Долазе у питање *миоми* материце, када се најчешће после вађења детета врши и суправагинална ампутација материце. У инфицираним случајевима или када се констатује некроза тумора поред мртвог детета врши се екстирпација целе неразрезане материце.

Код *рака* грлића материце, ако је случај операбилан после Царског реза вади се цела материца по Wertheimu (у нашој статистици Zalokar, 1, Durst 3, Деканић 2 случаја), или суправагинална ампутација са следећим зрачењем заосталог дела. Прогноза је за мајку уопште рђава просечни морталитет је 8—9% (Winter).

Ожиљци, стенози вагинае и дољњег дела материце могу правити сметњу порођају те бити индикација за Царски рез (Zalokar, Durst).

Могу постојати *аномалије у развоју материце*, као утерус диделфис, утерус дуплекс (Grausow), утерус бикорнис униколис (Grausow, Hohl) поред којих може постојати трудноћа и дати узроке за Царски рез. После операције по

Strasmann-у (због утерус бикорнис биколис) Abraham је радио Царски рез.

2.) Када је потребно у интересу мајке одмах завршити порођај.

У ову групу можемо убројати случајеве еклампсије према већ изложеном индикацијама; даље случајеве када се на нормалном месту усађена плацента пре времена одлубли, као и случајеве где прети опасност руптуре утери.

Пре времена може да се одлубли на нормалном месту усађена плацента често код токсикозе, еклампсије, нефритиса и т. д. У опасности је дете јер угине ако се одлубли пола површине плаценте, шта више већ у $\frac{1}{3}$ одвајања наступи дубока асфиксија; но прети опасност матери од јаке анемије и искрвављења. Прогноза је по мајке 15—30% морталитет; а по дете 60—80% (Winter) стога мора што пре да се заврши порођај а најбољи је начин абдоминални Царски рез. Па и тако је морталитет мајки доста знатан. Geede је сакупио у литератури 137 случаја са 14,5% морталитета мајки услед крварења и емболије; од деце спасено 85—59%. Међу домаћим ауторима налазимо два случаја забележена (Durst, Zalokar) од којих је један смртан.

Руптура утери је једна од најопаснијих компликација самог порођајног акта како по мајку тако и по дете. Задатак је акушера да профилактично делује, да не дође до руптуре или ако је иста наступила да одмах оперативно интервенише и ту најбоље услуге пружа Царски рез. Но главно је упознати у којим случајевима прети опасност руптуре. Могу довести до руптуре свака диспропорција између главе детета и карлице, неправилни и неприродни положаји детета, уска карлица и т. д. Као и свака препрека порођајног канала пошто се доњи сегмент материце јако развуче и растањи. Када и како треба интервенисати да се дете роди пер виас натуралес као и када се сме абдоминално поступати зависиће од критичног пресуђивања и декстеритета акушера, исход пак операције по мајку зависиће од тога да ли је случај асептичан.

Опасност руптуре прети од старих ожиљака на месту предходне руптуре, или где је вршен већ једном Царски рез. У првом случају Küstner, Winter су за стриктно вршење Царског реза; у другом случају дато је место брижљивој експектативној терапији, јер се према податцима литературе већина може спонтано пер виас натуралес породити и тек изузетно наступа руптура на месту ожиљка. Rakowski и Rabinowitch наводе да на укупан број Царског реза долази 4—10% руптуре материце. Запажени су случајеви да после профиксације задњи зид материце се неправилно растеже,

растања и за време порођаја може да прсне стога Winter препоручује абдоминални Царски рез као једину спасоносну терапију код високих и широких фиксација фундуса матере и то још одмах у почетку доба ширења.

У домаћој статистици налазимо међу индикацијама 4 пута руптуру утери интра партум (Batory, Zalokar) са живом децом, 4 пута претећу руптуру (Богдановић, Zalokar), једанпут је вршен Царски рез због стања после вендрофиксације (Durst), једанпут због интерпозиције (Zalokar) а 7 пута због јаког срашћења трбушног зида са предњим зидом матере после предходног Царског реза (Zalokar).

3.) *Када се у интересу детета мора интервенисати.* Као индикација за све вагиналне методе важи интраутерина асфиксија детета ако за операцију постоје услови. Ако прети опност детету од асфиксије у добу ширења, мати жели живо дете и прима на себе ризик абдоминалне операције можемо вршити Царски рез, али треба да смо на чисто, да мајкин живот доносимо у опасност. Ако је случај чист и нема сумње на инфекцију у збирним статистикама налазимо да морталитет мајке варира између 0%—2,6%, док код Ammon је забележено на 1245 случаја 1,5%. У нашој статистици налазимо 4 случаја (Zalokar) са живом децом. Али у већини случајева настаје интраутерина асфиксија баш због тога што пре времена пукне водењак, одуговлачи се доба ширења те је дата могућност асцендирању патогених клица и инфекцији; у таквим случајевима морталитет матере је 4,3% (Winter) стога не може се оправдати индикација за Царски рез, мада се за 34% више живих деце добија него са вагиналним методама.

Исто важи и када је испала пупчана врвца а нема услова да би се могао завршити порођај вагиналним путем. Са Царским резом 95% деце можемо спасти, али живот мајке је у опасности у 4%—6,4% ма да има забележених случајева и са 0% морталитетом. Ова разлика у морталитету лежи у томе што пупчана врвца виси у вагини која садржи микро-организме, дакле изложена је породиља екзогену инфекцији. У домаћој статистици су забележена два случаја (Durst, Zalokar) са добрим резултатом.

Пред велики задатак је стављен акушер када порођај застане и одуговлачи се било из узрока каквих аномалија, било пак што су *слаби порођајни болови*. Стрпељив, увежбаан и који акушерски мисли моћи ће се снаћи у терапији тих случајева и неће хтети завршити порођај са абдоминалним Царским резом, знајући да ће изложити мајку великој опасности од инфекције пошто код протрахираног порођаја и прснутог водењака обично се учестано врши унутарњи пре-

глед са којим се уноси инфекција. У Немачкој литератури сем Dörfflera не постоји индикација за Царски рез због слабих болова; што се и вршило више у Америци показало је 25,5% морталитета мајки и 13,6% деце (Winter).

У интересу детета некада се мора вршити Царски рез када је велико и пренесено; може да прети опасност и матери због величине детета, због руптуре материце и инфекције. Пренесено дете може да угине без икаквог видљивог узрока за време или пре порођаја интраутерино по свој прилици услед промена у плаценти. Са Царским резом добијамо живо дете а и мати не долази у опасност пошто се операција врши када је материца стерилна.

У ову групу би се могли убројати и случајеви старијих првороткиња, код којих се због ригидности меких делова обично одуговлачи доба ширења, те долази у питање живот детета, које би се иначе у интересу мајке морало жртвовати.

4.) Због аномалија у положају детета или плаценте. О плаценти преви сам говорио. Неправилни положаји главе: чеони, лични, задњи асинклитизам обично су последице уске карлице, о терапији ових сам већ говорио. Напомињем само, да претерана експектативна терапија није увек умесна, мора се индивидуално поступати; боље ћемо резултате добити и по мајке и по децу ако што раније вршимо Царски рез док не прети руптура материце, инфекција и асфиксија детета.

Ако постоји карлични положај детета већ код мањег степена сужења карлице, или ако је старија првороткиња са ригидним меким деловима или када пукне рано водењак и наступе компликације препоручује се вршење Царског реза (Winter, Bumm, Neunemann и т. д.) јер код мануелне екстракције у опасност долази дете, пошто глава долази напоследку, може да се заглави; дете угине; према статистикама и код некомпикованих случајева морталитет деце чини 6,3%—19,4% (Winter); ако је уска карлица морталитет деце је код Geede-а 19,2%; код Heckera 20%; ако је у питању старија првороткиња онда морталитет деце пење се на 28,5% (Linden). У интересу детета био би индикован Царски рез.

Друго је у случајевима попречног положаја, где је због хрђаве прогнозе детета код вагиналних интервенција препоручиван Царски рез. Морталитет деце је у клиникама са обртом на ноге; екстракцијом 6—8%, а мајки 0,5%, разумљиво је да се овај проценат смањује ако се обрт врши још код постојећег водењака код мајке на 0%, код деце на 2,6%. Ако је раније пукао водењак и настало укљештење са испалом руком и живим дететом, нема повишене температуре, ако

прети опасност руптуре материце, ако је старија првороткиња са регидним меким деловима и ако је уска карлица оправдано је вршити Царски рез (Winter). Морталитет мајке је у статистикама код некомплицованих случајева 2,2%, док код занемарених и инфицираних случајева 5,5% па због тога боље је завршити порођај са ембриотомијом. У нашој статистици је забележено 15 случаја, где је због попречног положаја вршен Царски рез (Batory, 7, Лазаревић 4, Zalokar 2, Dražančić 1 и Богдановић 1 случај).

5.) *Разна оболења матере.* Има болести које се за време трудноће у порођају и бабињама погоршају, те се у интересу мајке мора прекинути трудноћа; међу ове спадају туберкулоза плућа и грла, срчане мане и хронично запаљење бубрега. Ако се стање породиља погоршало у почетку доба ширења када се вагиналним подухватом не може завршити порођај а са експектативном терапијом само доводимо живот у највећу опасност. Поред живог плода једини је спас мајке — Царски рез. Ретки су случајеви туберкулозе плућа и грла где долази у обзир Царски рез, у литератури је мало случајева забележено (код Wintera 14 случајева, Schuler 1 тбц. ларингис) и то све случајеви где је живот мајке запечаћен те је само живот детета у питању.

Код *срчаних мана* у декомпезираном стадиуму прети опасност услед појачаног рада срчаног мишића, услед повећаног крвног притиска; услед повећања интраторакалног притиска трбушни напон ствара озбиљне препреке у трбушном крвотоку, а доводи у опасност породиљу и нагла промена крвног притиска после испражњења материце. Опасност се да избећи са Царским резом, то је најсигурнија метода у тешким случајевима, а омогућује одмах и стерилизацију жене. (Frey, Fröhlich, Toffte).

Оболење бубрега је озбиљна компликација трудноће, предроханом и рационалном терапијом можемо очекивати порођај пер виас натуралес и ретко ће се указати потреба да се заврши порођај са Царским резом. Важи ово нарочито код такзованих нефропатија, код екламписмуса. Постојећи нефритис већ је опаснији. Велики број деце угине интраутерино. Опасности који прете матери јесу: уремиа, инсуфицијенције хипертрофичног срца, ретинитис албуминурика, амауроа, аблатио ретине. Сви ови симптоми појављују се у трудноћи те се мора вршити у интересу матере вештачки побачај или рани порођај, а пошто је дете најчешће угнуло употребљују се вагиналне методе; ако је пак живо дете са Царским резом може се спасти 75% деце, а и многе мајке могу остати у животу. У домаћој статистици има забележено два случаја нефропатија (Zalokar) један нефритис (Богда-

новић) где је вршен Царски рез, овај последњи се завршио летално.

Има још неких обољења мајки код којих може доћи у обзир Царски рез. Winter набраја следећа: Basedow са појавама тешке срчане инсуфициенције; дијабетес где прети или је избила кома; акутна леукемија и пернициозна анемија (Schuler, Esch), илеус (Zalokar), апоплексија за време порођаја (Hessler), тежак енцефалитис, кореа минор (Лазаревић), тетанија, Landry-ова парализа, тешки случајеви општег неуритиса, статус епилептикус (Zalokar). У новијој литератури налазимо случајеве где је вршен Царски рез због пионефрозе (Hessler), септичног пиелитиса (Schroder); из офталмолошких узрока као врло велика миопија (Schroder), аблатио ретине (Schroder, Stehlo), услед токсемие (Clifford).

6.) *Када се мора избећи порођај пер виас натуралис због инфекције или разних обољења и промена у неким порођајним путевима.* — Проширени варикозитети, који могу довести до искрварења (Scheu, Kehler), хематома вулве (Sahler, Bloch), улкус фagedеникум вулве (Frommolt), едема вулве јер може довести до гангрене и инфекције (Деканић, Gusatow, Gertler, Graenhil). Инфекциозни процеси због којих се врши Царски рез, да се избегне за време порођаја инфицирано поље; овде долазе у обзир велики кондилони (Phaneuf, Proskogov) загнојени Bartolinitis, екцем и фурункулоза перинеума и вулве (Mariancik, Kubig), перивезикални и периуретрални абсцес (Schroder, Stiegelbaum); велики папилом вагине и цервикса (Couvelaire).

Има случајва када је са успехом вршена операција везиковагиналне фистуле, да неби дошло приликом порођаја до поновне озледе, препоручује се профилактично вршити Царски рез (Durst, Batory, Küstner).

Ако постоји *инфекција порођајног канала* биће од пресудног значаја за исход порођаја, па ако се врши још и нека операција отвориће се капија ширењу инфекције, ова асцендира на перитонеум и везивно ткиво карлице из инфициране материце. Већ сам казао да најдаље после 6 сати од прснућа водењака у дупљу материце улазе бактерије (Harris и Brown). Али зато ипак неће наступити у сваком случају локална или општа инфекција можда због тога што нису вирулентни микроорганзми или што је одбранбена моћ органа била довољна да инвазиу микроба сузбије. Стога нисмо у стању већ у напред казати каква ће бити прогноза једног оперативног подухвата на материци, која у себи носи инфективне клице. Winter ради прогнозе дели случајеве на четири групе:

1.) Чисти (неинфицирани) случајеви где се у унутрашња гениталија последњих дана трудноће није улазило или је са-

мо вршен један унутарњи преглед са свима каутелама асепсе и антисепсе; где још водењак постоји или је пуко пре 4—6 сати.

2. Нечисти (или сумњиви на инфекцију) случајеви који су више пута прегледани од непоузданих лица, где је вршена тампонада, где је пре дужег времена пуко водењак, али где температура није достигла 38° С.

3. Инфицирани случајеви са температуром више од 38 С. и са смрдљивим одливом.

4. Случајеви где је безуспешно покушана нека вагинална операција са или без температуре. На основу ове поделе из разних статистика могу се повући извесни закључци. Најбоља је прогноза у случају прве групе. Случајеви из друге групе могу се завршити са Царским резом ако и постоји сумња да је породиља више пута прегледана, али не сме имати већу температуру од 38° С. Мора се узети у обзир опште стање мајке и добри срчани тонови детета, понаособ ако је водењак пуко већ више сати раније. После пукнућа водењака почиње асцендирање спонтане инфекције и што се више продужи порођај опасност постаје већа. По Holland-у морталитет је после дуготрајног порођаја 9,4%, по Routh-у 10,8%. Е. Martin сматра за горњу границу вршења абдоминалне методе 5—6 сати после пукнућа водењака; Morrison налази да морталитет расте са 1% на свака два сата, ово потврђује и Williams. Има аутора који рано прснуће водењака не сматрају као контра индикацију за Царски рез (Schröder, Dörffler) јер нису приметили битне разлике што се прогнозе тиче. Ми смо на клиници у четири случаја вршили Царски рез са успехом знатно после пукнутог водењака. (1 после 15 сати код рахитичне карлице са 6,5 см. коњ. вера, само је прва три дана имала 38,5 температуру, 19. дан је отпуштена као здрава. 2) 16 сати доцније, код чеоног положаја, нормалне бабиње. 3) 24 сата доцније код латералне пл. превие, у бабињама првих 8 дана субфебрилна. 4) 54 сати после пукнућа водењака код 42 године старе прворотке, због ригидитета меких делова и карличног положаја, пошто је жена желела дете. У бабињама због циститиса субфебрилна, а 25. дан као здрава отпуштена).

III. група већ показује знаке постојеће инфекције и да се процес вероватно проширио и на перитонеум. Овде се показује знатно велики морталитет. Krukenberg (Bonn) наводи 8,9%; у збирној статистици Gauss-а 7,6%; Kerr (Glasgow) 16% Schröder 28%; код Wintera налазимо 27%; Holland у Енглеској збирној статистици наводи 26,5%. Услед овог великог броја морталитета са правом наглашује Stöckel да је температура контраиндикација абдоминалном Царском резу.

Случајеви који спадају у IV групу апсолутно су неподесни за абдоминалну операцију, морталитет је велики 66% по Winter-у. Опасност лежи у томе што се са многим прегледом породиља уносе у материчну дупљу патогени микроби и угњезде у нагњечено и напросло ткиво, које је настало услед покушаја високог форцепса, обрта на ноге и т. д. У таким случајевима не може се оправдати Царски рез ни у интересу детета јер је ово услед покушаног подухвата патило те је постао живот проблематичан.

7.) У литератури публиковане ређе индикације за вршење абдоминалног Царског реза. Schröder је вршио због спонтане руптуре и консекутивне хематоме мускулус ректус абдоминаиса. Jellinghaus у случају волвулуса; због карцинома ректи (Burger, Ciganović). Wolfring је вршио са успехом абдоминални Царски рез у једном случају перфоративног апендицитиса и дифузног гнојавог перитонитиса. Због хидрокефалуса (Batory). Winter набраја још каузистичне случајеве као: спондилитис, тромбофлебитис, тумор мозга, инбещилитет, маниакално-депресивно лудило, склерозис мултиплекс, струма, ексулцерирани рак дојке, холециститис.

Има случајева када мати изрично жели по сваку цену живото дете, пошто су деца из необјашњивих разлога интраутерино умрла; или ако је у старијем добу па се није више надати поновној трудноћи, или када мајка пати од неизлечиве болести и не сме више рађати. Разуме се да у овим случајевима треба да је порођајни канал интактан, те да се искључује могућност инфекције; матери се мора предочити ризик операције и придобити њена дозвола за операцију (Winter).

8.) Абдоминални Царски рез на мртвој и морибундној породиљи.

Нећу да се упуштам у разматрање са јуридикског гледишта, али полазећи са лекарског становишта морам нагласити, да је лекарева дужност покушати да се живот детета спасе. У новије доба овај проблем је обрађен од Neumann-a, Peters-a и Kolisch-a, публиковани су и појединачни случајеви. Код мртве породиље долази у питање после коликог времена од смрти мајке можемо се надати живом детету. Експерименти Breslau-a и Runge-a на животињама, као и опажања Breslau-a утврдили су да је максимално време после смрти мајке 15 до 20 минута да се са операцијом добије живо дете. Burian и Hammerschlag-ово време продужују на 25 минута. Резултат операције зависи и од узрока смрти мајке као и дали је дуго трајала агонија или брзо наступила смрт. Küstner је мишљења, да ако смрт наступи услед емболије, срчане мане или обољења централног нервнег система онда се може очекивати са Царским резом живо дете. Backmann још допуњује ако је

узрок смрти еклампсија, менингитис, апоплексија и туберкулоза. Necker опомиње да у свима наведеним случајевима треба узети у обзир колико је дуго мајка била у агонији, ово наглашава и Lintzenmeyer на основу својих опажања за време епидемие инфлуенце у 1929 години. Разуме се да дете мора бити за живот способно; што се пак срчаних тонова тиче у литератури се наглашује, да пошто се тешко могу утврдити тонови, може се вршити Царски рез и ако се тонови не чују, добивена су и тада жива деца. Питање је код вршења операције одлучност оператора остављајући на страну сентименталност, али сматрам ипак да је потребно предходно од присутне породице тражити дозволу за интервенцију.

Резултати постморталног Царског реза све су повољнији ако се пази на протекло максимално време после смрти мајке. У новијој литератури налази Cathalo (1908 год.) 61% живе деце, Böhme 68%, Backmann (1922. год.) 58% са Царским резом пост мортем. Али има и неповољних података, Vaich је нашао само 21—25% живе деце, али ови су већином случајеви где су мајке умрле услед еклампсије; Kolisch пак објављује (1925 год.) 6 случаја од којих је само једно живо дете добивено.

У домаћој литератури нашао сам забележено 3 случаја Царског реза пост мортем. Bazala: 1) после смрти мајке (Лептоменингитис тбц.) на 5 минута вршен је Царски рез = живо дете; 2) глиома церебри, 10 минута после смрти мајке вршен је Царски рез = живо дете. Браварски: услед срчане мане смрт мајке, после 15 минута Царски рез = живо дете, али после 15 минута умрло.

Већ се теже одлучити за Царски рез на *морибунди*. Ако се преухитри са операцијом, можемо бити изложени изненађењима, ако се пак оклева може бити подухват за дете неуспешан. Мора се погодити најзгодније време и онда леге артис извршити Царски рез пошто је описано да су неки случајеви после операције још неколико дана у животу остали, тако Fütth наводи један случај, где је мајка тек трећи дан после операције умрла, Marek-ова породиља је умрла трећи дан шта више Busalla описује један случај где је мајка оздравила. Операција је над морибундом оправдана само онда, када се може очекивати засигурно живо дете, т. ј. када се врши пре но застане радња крвотока и дисање у мајке. Böhme је 1908 године према податцима литературе нашао 89% живе деце, када је рађен Царски рез на морибунди, према којој стоји статистика од 68% живе деце код мрвте мајке, стога је оправдана индикација Царског реза код морибунде, али треба увек добити пристанак породице породице. У нашој статистици има забележен један случај (Dražanić — Šibenik),

где је код морибунде услед крупозне пнеумоние рађен Царски рез и добивено живо дете.

Као што се из наведених података види индикације за абдоминални Царски рез су у последњим годинама проширене, број извршених операција се множи, а колико је то оправдано најбоље показују статистике. Што се прогнозе тиче ја ћу да се ограничим само на резултате које су са операцијом постигнути, т. ј. морталитет мајке и деце; док други референт има да обради прогнозу у ширем смислу што се има односити на будућност породиље.

Вредност једне терапије, дакле и абдоминалног Царског реза, можемо проценити не само према постигнутим резултатима, већ када узмемо у обзир компликације и опасности којима излажемо мајку да да до тих резултата дођемо. Прогноза зависиће не само од тога по којој је методи рађена операција, већ највише од тога услед које је индикације приступљено подухвату. У статистикама стога налазимо разне резултате — већи или мањи морталитет, ако се пак узимају у обзир и извесне околности, које немају везе са операцијом указаће се бољи резултати. У новијој литератури стоје нам на расположењу три велике збирне статистике, које се односе на велики број операција.

Winter: 4.450 случаја са укупним морталитетом 7,1% а редуцираним 4,2%.

Ammon: 17.071 случаја са укупним морталитетом 5,76%, а редуцираним 2,67%.

Naujoks: 33.271 случаја, са укупним морталитетом 5,31%, а редуцираним 3,5%.

Но занимљиво је споменути морталитет по појединим публикацијама познатих клиника и оператора: *Preissecker-Wien* укупни морталитет 5,7%, *Koüwer — Hollandia* — 4,3%, *Schröder - Kiel* 4,1%, *Hornung* 4,2%, *Sellheim* 3,1%, *Haynemann* 3%, *Franque* 2,5%, *Labhardt* 2,1%, *Greenhill (Chicago)* 1,7%, *Waltherd* 1%, *Schweizer* 0,2%, *Dörffler* 0,25%. Има аутора, који су читаву серију операција вршили без једног смртног случаја: *Hessler - München* на 113 случаја 0%, *Anspach* на 122 случаја 0%, *Frigyesi* на 152 случаја 0% морталитета. Али ма колико се усавршила оперативна техника и асепса морталитет мајки и данас још изнаша 2—4%.

У нашој статистици укупан број морталитета износи 9% а редуцираних 4,6% т. ј. када се неурачунају смртни случајеви услед еклампсије, већ искрварених, и морибундних. Према појединим ауторима: *Durst*, укупан морталитет 6,5%, редуцирани 5,3; *Zalokar* укупан морталитет 4,26%, редуцирани 2,13%; *Богдановић* на 35 случаја један (еклампсија) 2,8%; *Batory* 4,4%, *Rismondo* 9%; *Деканић* укупан број 13,5%, ре-

дуцираних 5,4%; Лазаревић укупан морталитет 20,6% тојест на 63 операције 13 морталитета од којих је 12 услед еклампије, редуцирани морталитет је 1,6%.

Ако тражимо узрок смрти највећи контигенат чине случајеви од *перитонитиса*, који потиче примарно директно из отворене (расечене) материце, која је инфицирана, када је дуже времена протекло после прснућа водењака, или пак секундарно кроз шав материце (Stöckel). По статистици Ammon-а 67,2% износи морталитет услед перитонитиса, сепсе или друге гениталне инфекције. Секундарна инфекција може наступити, када вршимо операцију на материци која још није показивала контракције, т. ј. када још нису почели порођајни болови; тада су уста материце затворена и дата је могућност ретенцији лохиа. Да би што мање било лохие, која може да се у материци задржи, лако инфицира, да се материца што боље стеже, употребљујем методу, да са етером натопљеном газом добро избришем шупљину материце, те тако донекле одстраним децидуалан слој.

У другом реду налазимо као узрок смрти *емболиу* по Ammon-у у 10,1%. Нису ретки случајеви *плеуса* 5,2%, који могу бити паралитични или механичког порекла услед срашћења црева са раном материце. *Атонична* крварења нису ретка (2%) али могу се избећи, ако се директно у материцу убризга одмах после вађења детета 1 см³ питуитрина или као што сам препоручио 1 см³ адреналина (Zbl. f. gyn. 1909 № 12). *Пнеумонија* 3—6%, *инсуфициенција* срца 2% налази се забележено међу смртним случајевима (Ammon). Смрт услед *наркозе* било опште или лумбалне анестезије не да се избећи, она се спомиње у 2—3% случајева (Ammon), 4,3% (Winter).

Што се *прогнозе* деце тиче теориски Царски рез између свих акушерских операција пружа најбољу статистику. Код брзе, глатке операције, дете се не излаже инсулту. Али зато ствар не стоји тако идеално, јер је дете већ пре операције патило услед крварења матере, када се порођај одуговлачио, када се у интересу детета вршила операција; могуће је и то да дете није донесено или је за време операције патило услед наркозе. Морталитет деце зависи много од тога због какове се индикације вршила операција и у коме времену. — Статистике нам пружају стога важне резултате. У збирној статистици Ammon-а забележен је укупан морталитет 8,8% а редуцирани 3,4%; код Winter-а укупни 9%, редуцирани 5,1%; Naujoks-а 8,5%; има оператора, који имају читаву серију операција без морталитета деце (Dörffler). У нашој статистици износи редуцирани морталитет деце 27 = 4,8%.

Према податцима нашим и новије литературе можемо донети закључак, да абдоминални Царски рез и поред најбоље

технике има велике опасности по мајку и не може истиснути неке вагиналне методе. Наше становиште у погледу Царског реза је конзервативно. У случајевима уске карлице се ово највише испољава јер омогућујемо вршење конзервативне терапије и тек ако се укаже потреба лаћамо се Царског реза, узимајући увек у обзир доба старости мајке и да ли има живе деце. У случајевима еклампсије поступамо према средњој линији, али избегавамо Царски рез; код плаценте превије вршимо Царски рез само у почетку порођаја, да избегнемо последице великог крварења. Ако се прошире још више индикације оперисаће се и такви случајеви, који би се спонтано завршили. Светиће се полипрагмазија као што се види из статистика, многе мајке плате са својим животом због непотребне хероичне интервенције.



Résumé :

Dr. Bogdenovitch Miloche. — Le rapport au congrès yougoslave de chirurgie, 1934 à Beograd: *Indications élargies de l'opération césarienne.*

Le Rapporteur cite des données de la littérature la plus récente et des statistiques réunies, et les compare aux résultats obtenus par les auteurs Yougoslaves. Dans 14 services d'obstétrique et de gynécologie de Yougaslavie, qui ont envoyés leurs statistiques portant sur 554 cas de Sections Césariennes, la fréquence en est de 1,22%. On rémarque l'activité des chefs de service jeunes qui sont des gynécologues-chirurgiens et n'ont pas une éducation obstetricale spéciale, surtout dans les services hôpitaliers, et qui relativement assez souvent ont recours à la section césarienne même dans des cas où l'accouchement aurait pu être terminé avec des interventions vaginales éprouvées.

Le R. fixe ensuite les indications rigoureuses pour la S. C.: quand les complications mécaniques existantes rendent l'accouchement impossible, quand la vie de la mère ou de l'enfant est en danger ou quand l'accouchement ne peut se terminer sans une intervention plus dangereuse. Il divise les indications en groupes: 1) anomalies dans les voies de passage qui empêchent l'accouchement naturel spontané; 2) quand il faut terminer vite l'accouchement dans l'intérêt de la mère; 3) quand il faut intervenir dans l'intérêt de l'enfant; 4) pour anomalie de position de l'enfant ou du placenta; 5) divers maladies de la mère; 6) quand il faut éviter l'accouchement par voie naturelle à cause d'une infection déjà existante ou pour divers maladies et variation dans les parties molles; 7) indication rares pour la S. C. haute, publiées dans la littérature; 8) S. C. abdominale sur des parturientes mourantes ou mortes.

Le R. traite largement les cas de bassin rétréci, d'éclampsie, de placenta praevia, de rupture de l'uterus et les cas où l'on craint une infection déjà existante. Parmi les indications signalées dans la statistique du pays on trouve: 49,1% de S. C. pour bassin rétréci, 19,8% pour éclampsie, 14,4% pour placenta prae-

via. La S. C. a été pratiquée encore: pour tumeur kystique dans le bassin, pour rein pelvien kystique, pour myome, carcinome de l'utérus, pour retrécissement cicatriciel du vagin et de la partie inférieure de l'utérus, pour edème de la vulve, pour asphyxie intra-utérine de l'enfant, pour rupture ou danger de rupture de l'utérus, pour ventrofixation ou interposition de l'utérus faites antérieurement, pour adhérences de l'utérus avec la paroi antérieure de l'abdomen à la suite d'une S. C. antérieure, pour proéminence du cordon, pour position transversale du fœtus ou pour présentation du front, pour hydrocéphalie, pour néphropathie et néphrite, pour chorée, pour une fistule vésico-vaginale opérée avec succès avant la grossesse, pour carcinome du rectum, ensuite, sur une mourante et sur des mortes (3 cas).

Le R. discute ensuite le pronostic de la S. C. abdominale se limitant sur les résultats obtenus par l'opération, c'est-à-dire sur la mortalité des mères et des enfants. Dans la statistique yougoslave la mortalité totale pour la mère est de 9%, et la mortalité réduite est de 4,6%. La mortalité réduite pour l'enfant est de 4,8%.

Le point de vue du Rapporteur sur la S. C. est conservatif, surtout dans les cas de bassin rétréci. Dans les cas d'éclampsie il garde le juste milieu mais ne rejette pas la S. C. Dans le cas de placenta praevia il admet la S. C. au début de l'accouchement seulement, pour éviter à la femme les suites des grandes hémorragies. Le R. est d'avis que si l'on élargissait encore les indications de la S. C., on arriverait à opérer même dans des cas où l'accouchement pourra se terminer très bien spontanément et, alors, la polipragmasie se vengera, comme cela se voit dans les statistiques, ou beaucoup de mères ont payé de leur vie une intervention héroïque inutile.

