

GAZETA LEKARSKA

I. ZE SZPITALA WOLSKIEGO.

Haematoccele anteuterina.

Podał

Dr med. Zygmunt Monsiorski.

Krwistek przedmaciczny należy do zjawisk tak rzadkich, że nawet bardziej wzięty praktyk mógł go w ciągu długiej działalności lekarskiej ani razu nie napotkać. Dlatego też i literatura tego przedmiotu jest bardzo uboga: niewiele prac udało mi się znaleźć, mających za temat „*haematoccele anteuterina*”. Nie chcąc jednak przeoczyć artykułów, które pod innym tytułem mogły traktować ten sam przedmiot, przejrzałem i zamieściłem w spisie prace o „ciężarnych jajowodach, położonych przed macicą” oraz o „opróżnianiu się zamacicznego worka płodowego przez pęcherz”. Prawda, że możliwość istnienia ciężarnego jajowodu przed macicą jest i ciekawa i ważna przy różniczkowym rozpoznaniu guzów zagłębienia pęcherzowo-macicznego; ale to jest przedmiot zupełnie różny od tematu, jaki sobie nakreśliłem, — mianowicie: na podstawie swojego i opisanych w literaturze przypadków określić warunki powstawania krwisteku przedmacicznego. To samo da się powiedzieć o związku niniejszego przedmiotu z pracami o opróżnianiu się worka płodowego zamacicznego przez pęcherz. Do wystąpienia tego ostatniego zjawiska, jak się okazuje, bynajmniej nie jest konieczne istnienie uprzednie krwisteku przedmacicznego; najczęściej zdarza się ono przy ciąży jajowodowej międzywzględowej; bywa jednak i przy krwisteku zamacicznym. W niektórych zaś pracach albo brak danych o umiejscowieniu krwisteku, albo też wydobywanie się kości płodu z pęcherza i odpowiednie leczenie jest traktowane jako odrębna całość, bez powoływania się na dawniejszą historię choroby.

Przystępując *ad medias res*, na wstępie zaznaczę, że przypadek, obserwowany przeze mnie, bynajmniej nie daje się podciągnąć pod tę kategorię, która według E. WINTERITZ’a (*Haematoccele*, Veit tom V) nosi nazwę „*haematoccele*”

ante v. suprauterina, a powstaje w ten sposób, że „*bei einem grösseren Bluterguss das Blut über den Uterus zum Theil in die plica vesicouterina nach vorn getreten ist*“. Obserwowałem niedawno podobny przypadek w szpitalu Wolskim, gdzie krwistek zajmował i jamę DOUGLAS'a i zagłębienie pęcherzowo-maciczne i ku górze dochodził aż do linii pępkowej. Ponieważ wypukłał się bardzo ku pochwie, a chora gorączkowała [do 38°] i skarżyła się na cały szereg różnych dolegliwości, przeto zrobiłem *colpotomiam posteriozem*, opróżniłem część skrępow i założyłem tampon. W kilka dni później chora zmarła przy objawach ogólnego zakażenia. Podczas autopsji skrzepy okazały się tak wielkimi, twardeymi i tak trudno odrywały się, że w ogóle zwątpilem, czy i laparotomia dałaby lepszy wynik. Otóż takich przypadków, w których krew tylko dzięki swej obfitości dostała się do zagłębienia pęcherzowo-macicznego, wypełniwszy poprzednio jamę DOUGLAS'a, nie mam zamiaru zaliczać do kategorii krwisteków przedmacicznych; przy tych ostatnich guz główną swą masą znajduje się w zagłębieniu pęcherzowo-macicznym, dając przedłużenia na bok, — a jama DOUGLAS'a jest zupełnie wolna. Tutaj to zalicza się i obserwowany przeze mnie przypadek, którego najdrobniejsze szczegóły pozwolę sobie przytoczyć tak co do anamnezy, jako też i przebiegu choroby, a to z tej przyczyny, że w szczegółach tych znajdę materyał do różniczkowego rozpoznania między ciężarnym jajowodem, krwistkiem zewnątrzotrzewnym i wewnątrzotrzewnym przedmacicznym. Nie przeczę, że materyał dowodowy miałbym lepszy, operując przez powłoki brzuszne; aliści dla dobra chorej wydawało mi się lepszem operowanie przez przednie sklepienie pochwy.

M. D., lat 40, wstąpiła do szpitala Wolskiego 10.XII. 1904 r., skarżąc się na ból w dole brzucha, trwający już od 3-ch tygodni. Ból wystąpił nagle, przy omdleniu, wymiotach, dreszczach i krwawieniu z macicy; D. czuła się wówczas tak bardzo słabą, że nawet poruszyć się na łóżku nie mogła. Ból nie jest ciągle jednakowy: od czasu do czasu to wzmacnia się, to słabnie. Pierwszy peryod miała D. w 18-ym roku życia; następne zjawiały się w odstępach 4-tygodniowych, trwały 5 do 7 dni, były niebolesne. W 28-ym roku życia D. wyszła za mąż. W rok po zamążpójściu leczyła się w klinice ginekologicznej szpitala św. Ducho, gdzie zrobiono jej najpierw jakąś operację przez pochwę; później miano jej robić „brzuszne cięcie“, ale „szczęśliwie wszystko się rozeszło“. W 3½ roku po zamążpójściu rodziła cześnie, siłami natury; po porodzie nie chorowała, wstała 7-go dnia; karmiła sama. Po dwóch latach rodziła po raz drugi, również zupełnie szczęśliwie. Po drugim porodzie w 2¼ roku zaszła w ciążę i urodziła na czasie; połóg był bez powikłań. Ten trzeci i ostatni poród odbył się przed 22-a miesiącami; po tym porodzie peryod zjawiał się w 15 miesięcy, czyli 7 miesięcy temu. Z początku peryody były prawidłowe. Lecz od początku października peryodu już nie było aż do końca listopada; w końcu listopada zjawiał się ból, krwotok z macicy i rozwolnienie; z narządów płciowych wyszedł kawałek, wielkości gęsiego jaja; od tego czasu D. ciągle krwawi i doznaje bólu w dole brzucha.

Status praes. D. jest wzrostu średniego, zbudowana prawidłowo, mocna, odżywiona średnio. Srom i pochwa normalne. Macica odsunięta zupełnie ku tyłowi i ku

lewej stronie, a odsunięcie to spowodowane jest guzem formy walcowatej w prawych przydatkach. Guz ten wypełnia częściowo prawą połowę i środek miednicy i nawet cokolwiek przechodzi na stronę lewą. Guz nieruchomy, mało bolesny, konsystencji średniej. Lewych przydatków nie wyczuwa się. Z powodów zrozumiałych badania ruchomości macicy nie robiono; stąd też kwestya, czy *retrolateropositio uteri* jest ruchome, czy nie—została na razie nierozstrzygnięta.

R o z p o z n a n i e: *Graviditas extrauterina, probabil. tubaria dextra, abortus tabarius, haematocele peritubaria s. lateralis.*

P r z e b i e g. Przy normalnej temperaturze chora przebyła w szpitalu aż do 2-go stycznia; przez ten czas była leczona kolumnizacją pochwy zapomocą tamponów z waty, maczanych w 10%-owym roztworze ichtyolu w glicerynie. Do 25.XII stan nie uległ znaczniejszej zmianie; tego zaś dnia stwierdziłem, że guz wypełnia lewą połowę miednicy. Guz był nieprawidłowej formy, twardy, niebolesny. Na moje pytania, czy w ostatnich dniach nie miała silniejszego bólu w brzuchu, omdlenia, dreszczów, wymiotów, chora odpowiedziała przecząco; co najwyżej miała odczuwać lekkie klucie w okolicy sromu, zewnątrz. Pomimo to jedynie możliwe było przypuszczenie wtórnego krwotoku do jamy brzusznej; nowy krwistek zajął wolną przestrzeń między przednią ścianą miednicy a odsuniętą w tył i na lewo macicą. Chociaż chora nie odczuła pogorszenia swego stanu, ale niezadowolona z tego, że leczenie się przedłuża, opuściła szpital d. 2.I. 1905. Wróciła dopiero po 19-u dniach, d. 21.I. 1905. Tym razem badanie było tak odmienne, a wyniki tak niezwykle, że cała sprawa wydała mi się niejasną, a poprzednie rozpoznanie zostało zakwestyonowane. Mianowicie, ani z prawej, ani z lewej strony wyraźnego guza się nie wyczuwa, natomiast między macicą [która tym razem również jest odsunięta ku tyłowi, ale jest bardziej na środkowej linii] a pęcherzem znajdujemy guz, wielkości pięści, dający wyraźne chęłbotanie; guz daje małe przedłużenia na prawo i na lewo. Kateteryzacja pęcherza stwierdzała, że pęcherz był wydłużony ku górze w formie bocznych zaułków—prawego i lewego. Innemi słowy—gdybym widział chorą po raz pierwszy, to do postawienia rozpoznania miałbym tylko dane anamnestyczne oraz guz chęłbocący w zagłębieniu pęcherzowo-macicznym. Tym razem była mi pomocną znajomość przebiegu choroby; pomimo to o naturze guza nie decydowałem się powiedzieć nic stanowczego. Tymczasem wobec skarg chorej oraz nalegania, by z racji domowych jej warunków leczenie przeprowadzić jak najprędzej, zaproponowałem jej operację; propozycja moja przyjęta została. Przed operacją chora była badana przez kol. FR. KIJEWSKIEGO, który wyraził zdanie, że mimo niezwykle trudnych warunków mamy tu jednak do czynienia z krwistkiem przedmacicznym. Operacji dokonałem d. 9.II r. b. w następujący sposób: cięcie poprzeczne poprowadziłem w przednim sklepieniu pochwy, a następnie pęcherz oddzieliłem od macicy; guz, do którego bezpośrednio dochodziłem palcem, przebiłem na tępo, a wówczas w obfitości zaczęły wychodzić miękkie, drobne, ciemne skrzepy krwi oraz płynna ciemna zawartość guza. Zbadałem palcem wnętrze guza, ale robiłem to z nadzwyczajną ostrożnością; chociaż więc nie doszedłem ani do górnej, ani do bocznych granic guza, nie

nalegałem dalej i jamę wytamponowałem gazą, nie robiąc żadnych przemywań. O dalszym przebiegu da się tyle powiedzieć, że był w zupełności bezgorączkowy, oraz że w początkach marca chora, uleczona, opuściła szpital z małym niezagojonym jeszcze otworkiem w przednim sklepieniu pochwy. Jako niezmiernie ważny szczegół stwierdzam, że już wkrótce po operacji macica okazała się ruchomą i ułożoną w normalnem przodopochyleniu. Daje to cenną wskazówkę o stanie narządów płciowych chorej przed jej ostatniem poczęciem ciężą jajowodową.

Przechodzę teraz do zużytkowania przytoczonych szczegółów w celu ostatecznego ustalenia rozpoznania. Guz walcowaty w prawej połowie miednicy, który odsuwał macicę w tył i ku lewej stronie, musiał zajmować i ciężarny jajowód prawy; lewe przydatki były już wówczas niewyczuwalne, a więc wyraźnie nie były zmienione. Wtórny krwotok między przednią ścianą odsuniętej ku tyłowi macicy a przednią ścianą miednicy mógł tylko odsunąć ku tyłowi przydatki macicy. Innemi słowy—rezultaty badania stanu pierwotnego chorej i przebiegu choroby wykluczają obecność ciężarnego jajowodu w zagłębieniu pęcherzowo-macicznym w chwili badania przed operacją. Pozostaje do rozstrzygnięcia kwestya: „*haematocèle an haematoma*”? Krwistek międzywiązadłowy w szerokich więzach stanowczo wykluczyć należy, gdyż, jak wykazują dane badania, nigdzie niema nawet wzmianki o tem, by przy dwuręcznem badaniu otrzymywało się wrażenie tego rodzaju, jak np. przy wysięku przymacicza (*parametritis*) lub torebki międzywiązadłowej. Gdyby nie przebieg choroby wyraźnie wskazujący na dwa krwotoki, to dane, otrzymane przy badaniu guza, mocno przypominałyby obraz wylewu krwi do „*subserosium vesico-uterinum*“, przedstawionego znakomicie w monografii ROSTHORN'a „*Krankheiten des Beckenbindegewebes*“ na rys. D (VEIT, tom III, druga połowa). Również i fig. 21 na str. 45 tejże monografii wykazywałaby możliwość stopniowego przejścia krwisteku zewnątrz-otrzewnowego ze strony lewej na prawą przez owo „*subserosium vesico - uterinum*“. Ale, powtarzam, nigdy ani prawy, ani lewy guz nie dawał wrażenia międzywiązadłowego. Nastają na to, a ponieważ jądro sprawy stanowi, by nie została najmniejsza wątpliwość co do tego, czy krwistek był zewnątrz - czy wewnątrzotrzewny, zwracam jeszcze uwagę na następujące szczegóły.

Choroba zaczęła się wymiotami, dreszczami i k r a ń c o w e m osłabieniem (*collapsus*), — zjawiskami, zwykłemi przy *haematocèle*; przy „*haematoma*“ występują bóle, przypominające porodowe. Przy „*haematoma anteuterinum*“ samo odseparowanie pęcherza od macicy [z przecięciem więzów pęcherzowszyjnych] dawałoby wprost dostęp do jamy guza: tymczasem w danym przypadku po oddzieleniu pęcherza od macicy należało przebić ścianę guza, wytworzoną od dołu przez powięź i otrzewną. Jeżeli argumentacya powyższa była dostateczna do ustalenia rozpoznania krwisteku przedmacicznego, pozwolę sobie przejść do streszczenia znanych w literaturze przypadków. Za ostatnie 10 lat nie znalazłem żadnej publikacyi w kwestyi nas obchodzącej. Przypadki zaś, ogłoszone do 1895 roku, zebrane są i szczegółowo omówione w rozprawie doktoryzacyjnej [z Nancy] BERTRAND'a: „*De l'hématocèle antéutérine*“. Jest ich

ogółem 26; z tych jednak tylko 19 zawiera pożądane szczegóły, użyteczne do wyciągnięcia pewnych wniosków. Przytaczać ich „*in extenso*“ nie sposób; zawierają bowiem 28 stronic druku. Uznałem więc za właściwe usunąć szczegóły, dotyczące danych wywiadowczych; zwróciłem główną uwagę na wyniki badania dwuręcznego, na dane, otrzymane przy laparotomii lub przy autopsyi; szczególnie zaś kładłem nacisk na stwierdzenie przebytych chorób ginekologicznych, któreby mogły sprzyjać powstawaniu krwisteku przedmacicznego. Wszystkie te szczegóły ułożyłem w formie następującej tablicy [p. str. 986].

Analizując załączoną tablicę [z włączeniem mojego przypadku], widzimy, że 12 przypadków krwisteku przedmacicznego stwierdzono u kobiet, które rodziły [raz jeden lub więcej], 6 przypadków u nierodzących, a dwa razy ten szczegół nie jest notowany. Widzimy dalej, że 9 chorych przechodziło poprzednio różne choroby w sferze płciowej, a 11 miało narządy płciowe normalne, lub też choroby swej nie odczuwało. Sam krwistek w 12-u przypadkach powstał przy ciąży zamacicznej, w 4-ch z innych powodów; reszta przypadków [4] tej kwestyi nie porusza. Najciekawsze atoli są zmiany w sferze płciowej, stwierdzone bądź podczas operacyi, bądź na autopsyi. Ubywa tu jednak dużo materiału, gdyż sporo przypadków leczono środkami wewnętrznymi z dobrym rezultatem, czyli że *ad oculos* zmian żadnych nie stwierdzono. Z pośród innych 3 razy zanotowano zrosty tylnej powierzchni macicy z tylną ścianą miednicy [zarośnięcie zupełne jamy DOUGLAS'a]; 1 raz ruchome tyłopochylenie macicy, które istniało przed nastąpieniem krwisteku; 1 raz dawniejsze tyłozgięcie macicy; 2 razy zrosty i powstające stąd zboczenia w położeniu przydatków macicznych, które ze swej strony wpływać mogły na nienormalne położenie macicy; 2 razy brzuszny koniec ciężarnego jajowodu zagięty był ku przodowi i zanurzony w skrzepach krwisteku, wypełniającego zagłębienie pęcherzowo-maciczne; 4 razy wyraźnie zaznaczono brak zrostów.

Tyle nam mówią szczegóły opisanych przypadków o etyologii tej choroby. Przed wyciągnięciem ostatecznego wniosku, przytoczę jeszcze zdania różnych autorów w tej kwestyi. SCHROEDER [l. c.] powiada: „Do wytworzenia się krwisteku przedmacicznego macica musi być odsunięta ku tyłowi lub nawet utrzymana w tej pozycji przez zrosty“. Ten sam autor w znanym swym podręczniku mówi: „Krwistek przedmaciczny może być częściowym objawem krwisteku zamacicznego, jeżeli ten ostatni ponad macicą dochodzi aż do ściany brzusznej; najczęściej jednak powstaje on wtedy, gdy ściany jamy DOUGLAS'a są zupełnie z sobą zrośnięte. Gdy macica przyrosła do kiszki, zagłębienie pęcherzowo-maciczne powiększa się stopniowo pod wpływem ucisku ze strony trzew brzusznych i zastępuje pod każdym względem jamę DOUGLAS'a, nawet pod względem lokalizacyi i krwisteku. PONCET (*Thèse d'aggregation* 1878) jest tego samego zdania, co SCHROEDER. DE COURTY (*Traité pratique des maladies de l'uterus* 1881) zaznacza jeszcze inny szczegół: „Wylew następuje najczęściej za macicą, gdyż tam surowicówka najszerszej jest rozpostarta, a jajniki i otwory jajowodów skierowane są zawsze ku tyłowi, a nie naprzód. To też krwi-

Autor	Nazwisko i wiek chorej	Przebyte poro- dy, poronienia i choroby kobiece	Przyczyna krwisteku i jego wielkość	Zabieg i zejście
1. CHASSAIGNAC <i>Tr. de suppur.</i> II t. str. 463	L. A. 27 l.	—	Wstrzymanie peryo- du wskutek silnego przestrachu. Krwi- stek w górę dochodzi do <i>hypochondrium</i> <i>dextrum</i>	<i>Laparotomia.</i> <i>Mors</i>
2. PUECH <i>Atrésie des voies</i> <i>génitales</i>	—	Wieloródka. Zarośnięcie po- chwy i przetoka pęch. - pochw. po porodzie	—	Przekłucie. Wyzdrowienie
3. SIREDEY <i>Thèse de Paris</i> 1860	A. S. 28 l.	2 porody: 1) przed 9-ulaty, 2) przed 3½ r. <i>peritonitis</i> po 2-im por.	Ciąża zamaciczna. Skrzep wystaje na parę ctm. nad wej- ściem do miednicy; krew płynna dochodzi do wątroby	Leczona środkami wewnętrznymi <i>Mors</i>
4. OLSHAUSEN <i>Arch. f. Gyn.</i> 1870	—	—	<i>Dysmenorrhoea</i> <i>acuta</i>	Lecz. śr. wewn. Wyzdrowienie
5. BRAUN <i>Wiener med.</i> <i>Woch.</i> 1870	35 l.	—	Ciąża jajowodowa. Wielkość krwisteku, jak główka dziecka	Przekłucie (½ litra krwi). <i>Mors (collapsus)</i>
6. SCHRODER <i>Arch. f. Gyn.</i> 1873	B. 33 l.	Wieloródka	Ciąża jajowodowa prawa	Lecz. śr. wewn. <i>Mors</i>

Wyniki zwykłego badania tudzież dane, otrzymane na autopsyi lub stwierdzone podczas operacyi.

Autopsya: Kiszki zrosnięte i odsunięte na prawo i ku dołowi: krwistek zajmuje dół biodrowy prawy; płyn krwawy i ropny znajduje się między pęcherzem a macicą. Macica wolna na powierzchni tylnej, zrosnięta z pęcherzem powierzchnią przednią. Płyn otorbiony prze-dał się prawdopodobnie do jamy brzusznej i wywołał rozlane zapalenie otrzewnej. Na kilka ctm. ponad *valv. coecalis* przedziurawienie kiszki, wywołane według autora działaniem niszczącym krwisteku.

Autopsya: Macica leży w zagłębieniu kości kuprowej (*os sacrum*) i krwistek między macicą a pęcherzem, wolny, bez zrostów, sam wypadł po przewróceniu trupa. Pęknięcie prawego jajowodu, mające 8 mm. długości; w rozszerzonym jajowodzie resztki łożyska. Między raną jajowodu a sąsiednim jajnikiem krwistek. Jajnik z jajowodem zrosnięty; zrosty stare. Takie same zrosty jajowodu, jajnika i szerokiego więzcu po stronie lewej; przydatki przylegają tu bezpośrednio do lewego boku macicy. O zrostach na tylnej ścianie macicy niema wzmianki.

Z lewej strony miednicy, przed macicą jama wielkości główki dziecka; jajowód zanurzony w jamie; otwór brzuszny jajowodu zatkany skrzepem. [Autopsya].

Autopsya: W jamie brzusznej 2 litry płynnej krwi. W jamie miednicy, ograniczonej od tyłu macicą, z przodu pęcherzem — skrzepy krwi. Nad macicą i nieco za nią pętle sklejonych kiszek; od tylnej powierzchni macicy do ściany miednicy idą liczne szerokie zrosty. Przestrzenie, ograniczone tymi zrostami, pokryte są twardymi skrzepami włókniaka. Prawy jajowód ciężarny zawiera całe jaje z płodem; pęknięty jest na długość 1 ctm.; gruby w tem miejscu na 6 mm.

Autor	Nazwisko i wiek chorej	Przebyte poro- dy, poronienia i choroby kobiece	Przyczyna krwisteku i jego wielkość	Zabieg i zejście
7 PONCET (<i>Th. d'aggrégation</i>)	—	Wieloródka. <i>parametritis post partum</i> przed 3-a laty	—	Lecz. śr. wewn. <i>Mors</i>
8. BARNES <i>Tr. de mal. des f.</i> 1876	—	—	2 przypadki: wielkość pomarańczy	Lecz. śr. wewn. Wyzdrowienie
9. CHAUFFARD (<i>Thèse de fousset</i>)	W. M. 20 l.	Nie rodziła, nie roniła, <i>peritonitis</i> przed 3-a laty	Ciąża zamaciczna (?) Wymiar podłużny od kości łonowej 11 ctm., poprzeczny górny 21 ctm.	Lecz. śr. wewn. Poprawa (wypi- sana wcześniej na własne żądanie)
10. EMMET <i>La prat. d. mal. d. fem</i> 1887	Van B. 27 l.	1 poród, 1 poronienie. <i>Retroversio ut. mobilis.</i> Twarda masa na przodzie ma- cicy, wzięta za fibroid	Krwistek zaotrzew- nowy przedmaciczny, 4 ctm. w przecznicy	Lecz. śr. wewn. <i>Mors</i>
11. FANNY BER- LIN <i>Am. J. of. Obst.</i> 1889	38 l.	<i>Virgo intacta.</i> <i>Retroflexio uteri</i>	5 ctm. nad spojeniem łonowem	<i>Laparotomia.</i> Wyzdrowienie
12. GAUTHIER <i>Am. J. of. Obst.</i>	22 l.	—	<i>Gravid. extraut.</i> Krwist. wielk. pomarańczy	Lecz. śr. wewn. Wyzdrowienie (wydalenie pło- du przez pę- cherz)
13. TUFFIER <i>Thèse de Binaud</i> 1892	E. P. 34 l.	Nie rodziła, nie roniła. <i>Metritis</i> przed 8-u laty	Ciąża jajowodowa prawa Krwistek wielkości dużej pomarańczy	<i>Laparotomia</i> (<i>Salpingectomy</i>) Wyzdrowienie

Wyniki zwykłego badania, tudzież dane, otrzymane na autopsyi lub stwierdzone podczas operacyi.

Lewy jajnik „bardzo duży”. „Z r o s t y m a c i c y” i „w dołach biodrowych”.
[Autopsya].

Badanie: Obie chore miały guzy twarde, wielkości małej pomarańczy, położone przed macicą i odsuwające duo macicy ku tyłowi.

Badanie: Macica zupełnie odsunięta ku tyłowi, w lekkim tyłopochyleniu; słabo ruchoma. Przez przednie i boczne sklepienia pochwy wyczuwa się masę twardą, równą, bolesną.

Autopsya: W dole jamy brzusznej duży skrzep przykrywa narządy płciowe, po usunięciu skrzepu widać, że krwotok powstał w tkance łącznej między ścianami szerokiego więzu. Krew uniosła do góry otrzewną przedniej ściany szerokiego więzu, ściany pęcherza i zagłębienia pęcherzo - macicznego. Pęknięcie ściany nastąpiło w środku prawego szerokiego więzu. Krwotok do jamy brzusznej.

Operacya: Guz przylega do pęcherza i do kiszek; wypuszczono zeń $\frac{1}{4}$ litra płynu czekoladowego. Ściana guza usunięta. Guz bez szypuły. Macica przymocowana w tyle przez zrosty. Guz wydawał się zorganizowanym skrzepem.

Guz wielkości pomarańczy z lewej strony macicy [i chyba przed nią?].

Operacya: Przed macicą i nieco na lewo guz, zawierający skrzepy i ciemną płynną krew. Prawy jajowód, rozszerzony do wielkości pięści, zupełnie zrosnięty z pęcherzem, wypełniony gęstą ciemną krwią.

Autor	Nazwisko i wiek chorej	Przebyte poro- dy, poronienia i choroby kobiece	Przyczyna krwisteku i jego wielkość	Zabieg i zejście
14. CESTAN (obs. X) (<i>Thèse de Bertrand</i>)	A. G. 34 l.	Poród przed 10-u laty. Przed 5 laty upadła na kuper, krwawiła 2 mie- siące; peryody przychodziły na czas	Ciąża jajowodowa lewa Krwistek wystaje na 5 ctm. nad spoje- niem łonowem	<i>Laparotomia</i> (<i>Salpingectomy</i>) Wyzdrowienie
15. CESTAN (obs. XIII) (<i>Thèse de Bertrand</i>)	M. B. 27 l.	3 porody	Ciąża jajowodowa prawa Krwistek wielkości 2 pięści	<i>Laparotomia</i> Wyzdrowienie
16. BROCA CESTAN str. 160 (cyt. BER- TRAND'a)	J. H. 34 l.	4 „grossesses facheuses“	Ciąża zamaciczna	<i>Laparotomia</i> (<i>Salpingectomy</i>) Mors (krwotok wtórny)
17. VAUTRIN (<i>Th. de Bertrand</i>)	34 l.	1 poród przed 12 laty <i>Metritis chronica</i>	Ciąża zamaciczna. Górna granica krwi- steku dochodzi prawie do pępka	<i>Laparotomia</i> Wyzdrowienie
18. DUFFNER (<i>Th. de Bertrand</i>)	H. 31 l.	3 porody	<i>Grav. extrauterina</i> (?)	Lecz. śr. wewn. Wyzdrowienie (zropienie i otwarcie do kiszek)
19. BERTRAND (<i>Th. de Nancy</i>)	K. W. 24 l.	2 porody, ostatni przed 14 miesiącami. Jedno poronie- nie	<i>Haematocoele</i> <i>katamenialis</i> Guz wypełnia przednie sklepienie	Lecz. śr. wewn. Wyzdrowienie (zropienie i otwarcie do odbytnicy)

Wyniki zwykłego badania, tudzież dane, otrzymane na autopsyi lub stwierdzone podczas operacyi

Operacy: Masa szara, wielkości 2-ch pięści, twarda; po przerwaniu powłoki widać czerwone skrzepy. Jama nierówna zawiera skrzepy i płód, długości 8-u ctm. Macica w tyle i na prawo. Z lewej strony granicę jamy stanowi gruba kiszka, z przodu pęcherz. Guz rozwinął się w jajowodzie lewym.

Operacya: Krew czarna w zagłębieniu pęcherzowo-macicznym, otorbiona zrostami sieci. Z prawej strony pęknięty ciężarny jajowód wielkości 2-ch pięści.

Operacya: Sieć przyrośnięta w prawym dole biodrowym; w jamie otrzewnej widać krew płynną, burą. Po usunięciu zrostów widać między siecią, ślepą kiską i pętlami kiszek skrzepy krwi połączone słabymi zrostami; pod skrzepami widać jajowód, który wypełnia prawy dół biodrowy i zrośnięty jest z wyrostkiem robaczkowym. Tuba wielkości pięści; pod nią jajnik wielkości mandarynki. Macica odsunięta w tył [o zrostach niema wzmianki.]

Badanie: Guz przed macicą. Macica odsunięta zupełnie do krzyża; przednie sklepienie wypełnione masą sprężystą. Operacya: Usunięto skrzepy, nie znaleziono płodu. Granice jamy stanowiły od góry świeżo wytworzone błony; od dołu macica i szerokie więzy. Jama najbardziej wgłębiona w okolicy prawego jajowodu; tylną jej ścianę stanowiła przednia powierzchnia macicy. Koniec brzuszny jajowodu sterczał we środku guza.

Badanie: Szyja macicy odsunięta do krzyża; w przednim sklepieniu wyczuwa się guz bolesny, zasłaniający macicę. Po miesiącu leczenia środkami wewnętrznymi — ropa w stolcu; wtedy przednie sklepienie przyjęło kształt normalny, a szyja macicy wróciła na swoje miejsce.

Badanie: Twardy guz w przednim sklepieniu pochwy, szyja macicy odsunięta ku tyłowi; macica względnie ruchoma w całości odłączona ku tyłowi.

stek częściej bywa zamacicznym niż bocznym. Ta zasada jest pewna, że krwistek przedmaciczny należy uważać zawsze za wtórny, a nigdy za pierwotny; że krwistek ten formuje się zawsze w następstwie krwisteku bocznego lub tylnego, który go poprzedził, a dalej tam formować się nie mógł z powodu zrostów, łączących macicę z odbytnicą i z kością krzyżową. Pozzi wyraża się w tym samym sensie, co SCHROEDER i PONCET. BARNES przypisuje pewien wpływ stopniowi napełnienia pęcherza. BERTRAND w swej rozprawie w ten sposób formułuje swój wniosek: „Krwistek przedmaciczny ma zwykle jedną przyczynę: zamiana roli fizyologicznej jamy DOUGLAS'a na zagłębienie pęcherzowo-maciczne, bez względu na to, czy macica jest ruchoma, czy nie. Wszystkie inne przyczyny są drugorzędne. Patogeneza jest tu ta sama, co i w krwisteku zamacicznym; tylko położenie macicy i jej przydatków jest zmienione. Krwistek przedmaciczny formuje się przy skłonności macicy do opuszczania się, przy zrostach w jamie DOUGLAS'a i pęknięciach [czego?] ku przodowi“?

[D. n.].

II. Intubacya i tracheotomia

na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci
pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894 — 1903.

Podał

dr Stanisław Czarnik,

ordynator szpitala.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 39]

Dławiec błonicy w przebiegu odry i płonicy. Z dławcem krtani spotykamy się nie rzadko w przebiegu odry. Zwężenie krtani w przebiegu odry najczęściej jest natury błonicznej. I tak HEUBNER wykazał we wszystkich przypadkach odry, gdzie były naloty w krtani, prątki LOEFFLER'a; THUERMER również stwierdził klinicznie i bakteryologicznie dławiec błonicy w większej części zwężeń odrowych krtani. VARGAS jest zdania, że dławiec dyfterytyczny jest bardzo częstym powikłaniem odry. MALINOWSKI zaznacza fakt, że błonica LOEFFLER'owska może się przyłączyć do płonicy i do odry tak w pierwszym dniu choroby, jak i w dalszym jej okresie.

Morbilli, diphtheritis, croup laryng. leczono 5-u, umarło 2 ch = 40%.

Z tego intubowanych 3-ch, umarł 1
 intub. i tracheot. następ. 1, „ —
 nieoperowany 1, „ 1

Morbilli, croup laryngis leczono 17-u, umarło 5-u = 29,4%.

Z tego:

intubowanych 7-u, umarło 2-ch.
 intub. i tracheot. nast. 3-ch, umarł 1.
 nieoperowanych 7-u, umarło 2-ch.

We wszystkich tych przypadkach pierwotną chorobą była odra; błonica i dławiec powikłaniami następowemi. W leczeniu dławca odrowego wystarcza w większości przypadków intubacja, gdy zaś mamy zmiany w płucach, należy dać od razu pierwszeństwo tracheotomii.

Dławiec w przebiegu szkarlatyny i to w jej okresie ostrym, początkowym widziałem w 4-ch przypadkach, z tego 2 intubowane, jeden tracheotomowany skończyły się śmiercią. Jeden chory nieoperowany wyzdrowiał. Jedna chora intubowana w 4-tym tygodniu przebiegu płonicy wyszła zdrowa.

U 18-u chorych w szpitalu przyłączyła się płonica do dławca. Wszyscy oni zachorowali po operacji. Zauważyć należy, że u niektórych występowała płonica niekiedy już po 24-ch godzinach, zwłaszcza po tracheotomii.

Tylko intubacja u 14-u, umarło 9-u.
 Intubacja i tracheot. nast. u 2-ch, umarł 1 [1 wyszedł nieulecz.].
 Tracheotomia pierwotna u 2-ch, umarło 2-ch.

18 „ 12 = 66,6%.

Tracheotomia przy dławcu, do którego przyłączyła się szkarlatyna, daje zatem absolutnie złe rokowanie. Z intubowanych zdołaliśmy przecież uratować 35,7%. KRAUSE widział na 200 tracheotomii jeden raz szkarlatynę w 4-ym dniu po tracheotomii. Po 8-u dniach dziecko zmarło.

Powikłanie krztuśca z dławcem widziałem w 3-ch przypadkach. W dwóch z nich chorzy [jeden tylko intubowany, drugi intubowany, a następnie tracheotomowany] opuścili szpital zdrowi. W trzecim natomiast przypadku chory nieoperowany zmarł na zapalenie płuc. U chorych z krztuścem dopóki są intubowani napady kokluszowe ustają, po usunięciu tubusa występują na nowo i to z tem samem nasileniem.

Wreszcie jeden 3-letni chory, tracheotomowany, zaraził się w szpitalu prawdziwą ospą. Chory ten opuścił szpital zupełnie zdrowy. O dwu przypadkach zarażenia się ospą po tracheotomii i wyjęciu kaniuli wspomina KRAUSE. Oba skończyły się śmiercią.

Należałoby nam się wreszcie zastanowić nad działaniem surowicy przeciwbłoniczej. Według zdania jednych surowica spowodowuje głównie działanie

antytoksyczne, t. j. zobojętnia jad, wytworzony przez sprawę chorobową i krążący w organizmie. Według innych działanie surowicy jest przede wszystkim miejscowe. ESCHERICH widzi działanie surowicy w tem, że po wstrzyknięciu błony nie rozszerzają się i prędkiej odpadają, natomiast mniejszego znaczenia jest działanie surowicy na objawy ogólne, t. j. toksyczne. Tego samego zdania jest BAGINSKY, HEUBNER, GANGHOFNER, SŁAPA z kliniki Krakowskiej, MALINOWSKI z warszawskiego szpitala dla dzieci. Wszyscy ci autorowie zaznaczają szybkość, z jaką wytwarza się zapalenie demarkacyjne naokoło błon tak, że po 3—4-ch dniach błony odpadają, powstrzymanie tworzenia się nowych błon, niezjawianie się dławca w krtani tam, gdzie go przed wstrzyknięciem nie było. Jako dowód korzystnego działania surowicy, podają też, że po pierwsze — procent śmiertelności chorych na błonicę od czasu wstrzykiwania we wszystkich prawie krajach kuli ziemskiej się zmniejszył; po drugie — objaw, że im wcześniej wstrzykujemy surowicę, tem mniejszą mamy śmiertelność, wreszcie po trzecie — liczba chorych na dławiec, którzy zapomocą leczenia surowią unikają operacji, jest dziś znacznie większa, niż dawniej.

Zaznaczyliśmy już wyżej, że śmiertelność w naszym szpitalu od czasu leczenia surowicą obniżyła się znacznie, bo z 60% do 24,6%. Nieoperowanych zwężeń krtani było 178, t. j. 28% dławca krtani obeszło się bez operacji. Według BÓKAI'a, przed używaniem surowicy przy leczeniu dławca mogliśmy tylko w 8,6 do 15,2% przypadkach uniknąć operacji. W czasach leczenia surowicą podaje BÓKAI w r. 1897, że 26% chorych z dławcem unika operacji, a w roku 1901 podaje 37%. SIEGERT zaś zaznacza, że przed wprowadzeniem surowicy trzeba było operować 47% wszystkich przypadków, obecnie tylko 27,5%. W naszym szpitalu operowaliśmy 44,6%, a więc prawie połowę wszystkich, przyjętych do leczenia na błonicę.

Niestety, ze szpitala naszego nie mogę podać dnia choroby, w którym wstrzykiwano surowicę. Przekonałem się bowiem, że daty podane przez rodziców, są po większej części nieprawdziwe. Dziecko bowiem dopiero wtenczas uważają za chore, kiedy znajduje się już w ostatnim stadium duszności, lub gdy skutek ogólnej infekcyi leży złożone ciężką niemocą. Często zaś rodzice podają umyślnie daty nieprawdziwe z obawy przed zarzutem, że późno oddają dziecko do szpitala.

WIELAND, zwolennik teoryi miejscowego działania surowicy, na podstawie statystyk dotychczasowych przychodzi do przekonania, że nieda się wykazać pomyślnego wpływu *serum* przez wczesne jego wstrzyknięcie, szczególnie u operowanych.

FABER, według którego działanie surowicy polega na tem, że ona neutralizuje toksynę wolną, krążącą w organizmie, nie związaną z komórkami, na podstawie statystyki, opartej na 3137 przypadkach, wykazuje dosadnie, że im później wstrzykujemy surowicę, tem gorsze mamy wyniki. Szczególniej dotyczy to błonicy gardła, niepowikłanej dławcem. Przy dławcu błoniczym rzecz ma się inaczej: tu według FABER'a *serum* nie ma tak wielkiego wpływu na śmiertelność, albowiem u tych, którym zastrzyknięto surowicę w 5-y dzień choroby, śmiertelność jest taka sama, jak w 1-y dzień choroby, a u tych, którym zastrzyknięto

w 4-y m dniu choroby, procent śmiertelności nawet jest mniejszy, niż w dniu pierwszym. Dalej, zdaniem tego autora, liczba umierających na ogólne zatrucie jest tem większą, im później wstrzykuje się *serum*, gdy tymczasem u tych, którzy umierają na dławiec zstępujący lub zapalenie płuc, dzień wstrzyknięcia nie ma tam wybitnego wpływu.

ADELA WEISSENBERGER, z kliniki w Bazylei, widzi wpływ surowicy przeciwbłoniczej tylko w przypadkach nieoperowanych, u operowanych nieda się to wykazać. Śmiertelność np. u tych, u których wstrzyknięto *serum* 2-go dnia choroby, jest taka sama, jak u tych, którym wstrzyknięto surowicę w 7-y m dniu choroby, co więcej—rezultat leczenia u tych, którym wstrzyknięto *serum* w 8-y m dniu choroby, jest lepszy, aniżeli u tych, którym wstrzyknięto pierwszego dnia.

THUERMER z kliniki w Lipsku podaje na podstawie swojej statystyki, że śmiertelność jest tem większa, im później dziecko zostało przyjęte. Wynika jednak ze statystyki tego autora, że śmiertelność opada u wziętych do leczenia po pięciu dniach choroby. KORAL podaje, że im później nastąpiło zastrzyknięcie, tem bardziej wzmagą się liczba przypadków z zejściem śmiertelnem, zastrzyknięcie jednak surowicy nie wpływa ani dodatnio, ani ujemnie na przebieg choroby po dokonanej już tracheotomii.

Opierając się na swoim doświadczeniu, muszę powiedzieć, że działanie surowicy przeciwbłoniczej w przypadkach nieoperowanych nie da się zaprzeczyć, mimo licznych wyjątków, w których błony po 3-ch lub 4-ch dniach nie ustępują, ale utrzymują się przez 7 do 8-u dni, w których nawet po ustąpieniu pierwszych nowe się tworzą. W przypadkach ciężkich, t. j. septycznych i u operowanych niezawsze pomaga surowica, nawet wcześniej i w wielkich dawkach wstrzyknięta. Szczególniej u operowanych nie mogłem w wielu razach powstrzymać rozszerzania się sprawy chorobowej na niższe drogi oddechowe. W zupełności więc przyłączam się do zdania WIELAND'a: „*serum* BEHRING'a nie jest środkiem leczniczym, któryby prowadził do celu w każdym przypadku błonicy klinicznie sprawdzonej, mimo wstrzyknięcia go w samym początku choroby“. Nie chcę bowiem iść tak daleko jak GORTSEIN, który utrzymuje, że korzystne działanie surowicy tłumaczyć należy w ten sposób, że dzisiaj znajdujemy się w tem stadyum przebiegu epidemii dyfteryi, w którem zmniejsza się tak ilość zachorowań, jak i śmierci, a więc w stadyum zanikania tej choroby.

Z pracy mojej wynikają następujące wnioski:

- 1) Intubacja jest zabiegiem, który przynajmniej w $\frac{2}{3}$ wszystkich przypadków operowanych sam niewątpliwie działa skutecznie.
- 2) Tracheotomia jest operacją, która w dzisiejszym stadyum leczenia dławca nie da się w zupełności usunąć.
- 3) Zapomocą tracheotomii następowej możemy niejednokrotnie uratować życie choremu.

Wreszcie:

- 4) Surowica przeciwbłonicza niezaprzeczenie wywiera wpływ dodatni na przebieg błoniczego dławca krtani, nie w takim jednak stopniu, jak przy samostatnej błonicy gardła.

Na tem miejscu składam najserdeczniejsze podziękowanie mojemu szefowi i dyrektorowi szpitala Ś-tej Zofii drowi EMIŁOWI MERCZYŃSKIEMU za powierzenie mi niegdyś samoistnego kierownictwa w pawilonie chorób zakaźnych.

L I T E R A T U R A.

- 1) JAKUBOWSKI. Porównanie wyników leczenia dławca zapomocą tracheotomii a intubacji krtani metodą O'Dwyer'a. Gaz. Lek. 1891.
- 2) MOMIDZOWSKI. O intubacji w dławcu. Przegl. Lek. 1892.
- 3) KRAUSE. 200 przypadków tracheotomii przy krupie i dyfterycie u dzieci. Gaz. Lek. Lek 1892.
- 4) BĄCZKIEWICZ. Intubacja krtani w dławcu u dzieci. Gaz. Lek. 1893.
- 5) MALINOWSKI. Leczenie chorych na błonicę surowicą. Gaz. Lek. 1895.
- 6) SZAPA. O wynikach leczenia błonicy surowicą w r. 1895 w szpitalu św. Ludwika w Krakowie. Przegl. Lek. 1896.
- 7) KORAL. Kilka uwag o przebiegu i wynikach leczenia surowicą krupu i błonicy. Medycyna. 1-97.
- 8) JAKUBOWSKI. Kronika szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie. 1901.
- 9) MALINOWSKI. Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego. Gaz. Lek. 1903.
- 10) BAGINSKY. Diphtherie und diphtheritischer Croup. Wien. 1898.
- 11) BÓKAI. Inzwelchen Verhältnisse findet bei der O'Dwyer'schen Intubation die Hinabstossung der Pseudomembranen und die Verstopfung des Tubus statt und welche Bedeutung haben diese Complicationen. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 38.
- 12) BÓKAI. Die Dauer der Intubation bei geheilten Diphtheriekranken vor der Serumbehandlung und jetzt. Deutsche med. Woch. 1895.
- 13) BÓKAI. Heilserumbehandlung gegen Diphtherie im dem Budapester „Stephanie Kinderspitale“. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 44.
- 14) BÓKAI. 73 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg [autoreferat w Jahrb. f. Kinderheilk. T. 54]
- 15) CARSTENS. Ueber das Verfahren der Intubation bei der diphtheritischen Kehlkopfstenose. Jahrbuch f. Kinderheilk. T. 38.
- 16) ESCHERICH. Diphtherie. Croup. Serumtherapie. Wien. Leipzig. Teschen. 1895.
- 17) FABER. Der Einfluss der Serumbehandlung auf die Diphtheriemortalität. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 59.
- 18) FOLGER. Zur Lehre vom erschwerten Decanülement und dessen Behandlung bei tracheotomirten Diphtheriekranken Kindern. Jahrbuch f. Kinderheilk. T. 54.
- 19) GALATTI. Ueber Narbenstricturen nach Intubation. Jahrbuch f. Kinderheilk. T. 42.
- 20) GANGHOFNER. Handbuch der Therapie Innerer Krankheiten. T. I. Diphtherie.
- 21) GANGHOFNER. Ueber das Verhältniss von Intubation und Tracheotomie bei der Behandlung der diphtheritischen Larynxstenosen. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 55.
- 22) GOTTSTEIN. Beiträge zur Epidemiologie der Diphtherie. Therapeut. Monatshefte. 1901.
- 23) HEUBNER. Masern. Deutsche Klinik. 1902.
- 24) HEUBNER. Lehrbuch der Kinderheilkunde. Leipzig. 1903.
- 25) PELS LEUSDEN. Die operative Beseitigung der Intubationsstenosen des Larynx und der Trachea bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 55.

- 26) RAHN. Tracheotomie und Intubation als Stenosenoperation bei Diphtherie. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 55.
- 27) SIEGERT. Intubation und Tracheotomie in der Serumperiode. 73 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg (autoreferat w Jahrb. f. Kinderheilk. T. 54).
- 28) THÜRMER. Zur Behandlung der diphtheritischen Stenosen. Jahrb f Kinderheilk. T. 59.
- 29) TRUMP. Die unblutige operative Behandlung von Larynxstenosen mittelst der Intubation. Leipzig u. Wien. 1900.
- 30) WEISSENBERGER ADLA. Diphtherieserumtherapie und Intubation im Kinderspital in Basel. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 52.
- 31) WISLAND. Das Diphtherieheils serum, seine Wirkungsweise und seine Leistungsgrenzen bei operativen Larynxstenosen. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 57.
- 32) VARGAS. Masernkrup. Monatschrift f. Kinderheilk. T. 2.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

27. Henkel. O zachowawczem leczeniu włókniaków macicy.

Pytanie, jak uwolnić chorą od dolegliwości, spowodowanych włókniakiem macicy,—czy na drodze operacyjnej, czy też zapomocą leczenia objawowego,—znajduje takie lub inne rozstrzygnięcie, zależnie od zasady, której hołdujemy, mianowicie, czy zapatrywać się będziemy na włókniak, jako na guz dla organizmu zawsze niebezpieczny, a zatem zasadniczo podlegający usunięciu, czy też nważać go będziemy za taki, który z powodu anatomicznej swej budowy nie usprawiedliwia bądź co bądź poważnego ryzyka, z operacją związanego. Pewne światło na tę sprawę rzucają cyfry z kliniki prof. OLSHAUSEN'a: na 47,126 ginekologicznych chorych było 927 włókniaków, t. j. 1,9%. Z tych 927-u operowano 149, t. j. 16,1%. Taki sam procent operowanych włókniaków miał OLSHAUSEN w swej praktyce prywatnej. Trojakiego rodzaju dolegliwości, spowodowane włókniakami, stanowią wskazanie do operacji: zaburzenia w oddawaniu moczu, bóle i krwawienia. Zaburzenia w oddawaniu moczu występują głównie w dwu postaciach: jako częste parcie na mocz, lub też nagłe jego zatrzymanie. Ostatnie zostaje spowodowane ostrem obrzmieniem włókniaka podczas przekrwienia miesięczkowego, nagłym naciskiem włókniaka nadmiernie ruchomego na pęcherz lub cewkę, rzadziej na moczowody, wreszcie ostrym zapalnym stanem błony śluzowej pęcherza i cewki. Zwykle jednak objawy ze strony pęcherza występują powoli i stopniowo się potęgują, gdyż włókniaki powiększają swoją objętość zazwyczaj powoli, a pęcherz, jako narząd bardzo ruchomy, może się od nich usuwać i rozciągać się w stanie pełnym w innym zupełnie kierunku. Zaburzenia ze strony pęcherza powstają także na drodze zwrotnej, mianowicie, gdy wskutek podrażnienia ciągłego, spowodowanego włókniakiem, występuje przekrwienie śluzówki i przerost mięśni pęcherza. Ostatecznem zejściem takiego przerostu jest zanik mięśni i następnie rozszerzenie pęcherza, t. j. jego niewydolność. W takich razach operacja włókniaka jest nieunikniona i musi być wykonana o ile możności wcześniej, póki mięśnie pęcherza jeszcze sprawności swej nie utraciły zupełnie. Daleko rzadsze są zaburzenia w oddawaniu moczu, zależne od mechanicznego wpływu włókniaków na moczowody, gdyż te ostatnie, jako bardzo ruchome, uciskowi nie bardzo ulegają, i dzięki swej sprężystości i rozciągliwości zachowują swą sprawność

nawet wtedy, gdy są w znacznym stopniu przemieszczone. Przy włókniakach jednak międzywiązadłowych wskutek zgięcia moczowodów może nastąpić zupełne zatrzymanie moczu, czego następstwem bywa *hydro-* lub *pyonephrosis*. Naturalnie, że jedynym leczeniem w takich razach może być tylko natychmiastowe usunięcie włókniaka.

Bóle, zjawiające się przy włókniakach, mają rozmaite źródło, a ponieważ wiele chorych na włókniaki wcale bólów nie doznaje, przeto nie będzie od rzeczy zbadać warunki, wśród których one występują. Bóle umiejscawiają się albo w macicy, dotkniętej włóknakiem, albo w przydatkach, lub w przymaciczu. Włókniaki bardzo unaczynione są zazwyczaj bardzo bolesne same przez się, a szczególnie na dotyk, gdyż mocno napełnione naczynia wywierają na nerwy ucisk, zwiększający się oczywiście przy badaniu. Najlepszym tego dowodem, że miejscowa deplecja w takich razach, zmniejszając ciśnienie krwi w małej miednicy, wpływa znakomicie na złagodzenie lub nawet zupełne usunięcie bólu. Złepne zapalenie otrzewnej niezakaźnego pochodzenia wskutek rozrostu włókniaka powoduje bóle tylko wtedy, gdy dotyczy otrzewnej ściennej, i gdy włókniak jest bardzo ruchomy; bóle ustają też, gdy włókniak przestaje się dalej rozwijać, gdyż zrosty zazwyczaj także wtedy zanikają. Cierpienia przydatków przy włókniakach zdarzają się bardzo często, najczęstszym jest *salpingitis* i *perisalpingitis*; dalej, wskutek złepnego zapalenia strzępek jajowodu, wywołanego powtarzającym się przekrwieniem mocno unaczynionych włókniaków rozwija się *hydro-* lub *pyosalpinx*. Bóle, towarzyszące tym cierpieniom, łagodnieją bardzo pod wpływem odpowiednich kąpeli, które mogą mieć nawet pewne rozpoznawcze znaczenie, mianowicie w tych przypadkach, w których stan przydatków macicy, dotkniętej włóknakiem, nie daje się ściśle określić. Zapalenia tkanki łącznej około macicy (*parametritis*), włóknakiem zajętej, powstają skutkiem kataru szyjki, zranienia przy sondowaniu, zakażenia, pochodzącego z grubych kiszek i t. d., a wytwarzający się przy tem wysięk, wywiera ucisk na naczynia i nerwy tem dotkliwszy, że spotęgowany uciskiem włókniaka na wysięk. Rozpoznanie takiego wysięku niezawsze jest łatwe, i nieraz się zdarzało, że zastarzały wysięk poczytywano za włókniak. I tu kąpiele mineralne mogą mieć znaczenie rozpoznawcze, tembardziej, że w zastarzałych przypadkach ani termometr, ani leukocytoza dla rozpoznania nie daje punktów oparcia, a wręcz, gdy dla operacji wybieramy drogę pochwową, przesuwalność tkanki łącznej okółomacicznej ma bardziej decydujące znaczenie, niż nawet wielkość włókniaka. Katar błony śluzowej macicy (*endometritis*) jest często przyczyną bólów u kobiet, dotkniętych włóknakiem; bóle te przybierają najczęściej postać miesiączki bolesnej (*dysmenorrhoea*); spotykamy je zwykle przy małych włókniakach. Często także włókniaki podśluzowe, wtłoczone siłą skurczów mięśni do jamy macicy, powodują silne bóle, których źródło tylko przez rozszerzenie szyjki macicznej i śledzenie palcem daje się dopiero rozpoznać. Znaczne wreszcie bóle powstają przy włókniakach, ulegających zwyrodnieniu, mianowicie rozmięknieniu, rozpadowi, bujaniu naczyń krwionośnych i limfatycznych, tworzeniu się torbieli, spoczyniu, zgorzeli, zapaleniu lub przeistoczeniu mięsakowatemu. Zmiany klinicznie nie są charakterystyczne; w praktyce możemy się kierować następującą wskazówką: jeżeli włókniak szybko rośnie i powoduje bóle, nie usprawiedliwione ani stanem przydatków lub przymacicza, ani mechanicznym jakimś momentem, to przypuszczać należy, że uległ zwyrodnieniu i włókniak taki usunąć trzeba, nie zwlekając. Również tylko operacja zdolna jest wybawić pacjentkę od długotrwałej rwy kulszowej (*ischias*), spowodowanej włóknakiem *in fundo uteri*, wywierającym ucisk na zwój kulszowy skutkiem bocznego zgięcia macicy, ustalonej zrostami w tem położeniu (OLSHAUSEN).

Krwawienia są bardzo częstym objawem włókniaków dlatego, że po największej części włókniaki są albo podśluzowe, albo śródmiąższowe, t. j. powodują zawsze mniej lub więcej głębokie zmiany w błonie śluzowej macicy. Krwawienia występują jako *meno* - lub *metrorrhagia*, a niekiedy przybierają postać zagrażających życiu krwotoków. Wskutek częstego ich wystąpienia chore nabierają charakterystycznego wyglądu: twarz staje się nalana, o cerze żółto-zielonawej, białkówki oka dostają zabarwienia żółtaczkowego (*facies myomatosa*), krew tych chorych także się zmienia, staje się wodnistą, cienką, barwy różowawej, wielce dla wpraw nego oka znamiennej i traci dużo na swej krzepliwości. Oprócz tego częste utraty krwi wywierają wielce szkodliwy wpływ na serce, naczynia, żołądek, wątrobę, nerki i t. d. Serce ulega dwójakiemu zwyrodnieniu: barwikowemu lub tłuszczowemu, niekiedy w bardzo znacznym stopniu. Przy włókniakach, przebiegających bez krwotoków, ale dosięgających dużych rozmiarów, następuje znów przerost serca skutkiem wzmożonej jego czynności. Klinicznie przerost taki niezawsze daje się stwierdzić, mianowicie, gdy przy dużych włókniakach mamy do czynienia z podniesieniem przepony i przemieszczeniem serca; tętno wszakże, pełne i napięte, jest wtedy dla nas ważną wskazówką. Rzeczony zmiany sprzyjają powstawaniu objawów niedomogi serca, wyrażające się przesięgami lub uczuciem duszności, trwogi i braku powietrza. Szczególnie wyraźnie występują te objawy astmy sercowej u osób anemicznych i nerwowych. W przypadkach, w których ani wielkość włókniaków, ani krwotoki nie mogą być uważane za przyczynę tych przypadłości, trzeba przypuszczać, że włókniaki oddziałują na serce na drodze zwrotnej, t. j. że mamy do czynienia z nerwicą, nimi wywołaną.

Z krwotokami ściśle wiąże się kwestya powstawania zatorów i zakrzepów po operacyi włókniaków. BURCKHART na 236 myomotomii 12 razy spostrzegł to powikłanie pooperacyjne, z tych 6 z zejściem śmiertelnem. Jaka tego przyczyna? Ponieważ krew po obfitych krwotokach nie łatwo krzepnie, więc błędem byłoby przejąć je za jedyny moment etyologiczny zakrzepów, jak to czynią niektórzy. Wchodzą tu w grę i inne czynniki, a mianowicie z jednej strony złe odżywianie naczyń wskutek wysokiej bezkrwistości, w szczególności tłuszczowe zwyrodnienie błony wewnętrznej naczynia (*intima*), z drugiej strony układ anatomiczny *venae spermaticae sinistrae*, w obrębie której, jak wykazało doświadczenie, najczęściej owe zakrzepy się zdarzają. Wiadomo bowiem, że żyła ta pod kątem prawie prostym wlewa się do żyły nerkowej, i to utrudnienie krążenia w niej krwi usposabia do zakrzepów. Do tego dołącza się jeszcze osłabienie czynności serca, jako skutek krwotoków i chloroformu przy operacyi. Nie należy jednak zapominać, że niektóre przypadki zakrzepów są następstwem zakażenia podczas operacyi. O grożącym zakrzepie przestrzega nas objaw MAHLER'a: przyspieszenie tętna przy prawidłowej temperaturze, i zniechęca do podawania takim chorym zawczasu środków pobudzających w celu zapobiegawczym.

Spostrzegany często przy dużych włókniakach b i a ł k o m o c z, nie ma wielkiego znaczenia; wskazuje on tylko, że w nerkach zachodzą sprawy zastoinowe. Włókniaki atoli u chorych na zapalenie nerek pogarszają znacznie ich stan i wczesna *myomotomia* jest tu tem bardziej wskazana, że, jak doświadczenie wykazało, ilość białka w moczu po dokonaniu jej znacznie się zmniejsza.

Powikłanie włókniaków z c u k r o m o c z e m jest rzadkie; autor spostrzegł je wszystkiego trzy razy, chociaż o związku tych dwu cierpień w ostatnich czasach dużo mówiono (GOTTSCHALK, LOEB, KLEINWAECHTER, SCHEUNEMANN; JAHREISS, na przykład, uważa wprost ustawiczne krwotoki za moment etyologiczny cukromoczu. Okazało się jednak, że cukromocz niezawsze znika po operacyi, jak również, że nie może on być uważany za przeciwwskazanie tam, gdzie *myomotomia* z innych powodów okazuje się niezbędną.

Co się tyczy zwyrodnienia mięsakowatego (*sarcomatosis*) włókniaków, to obawa pod tym względem jest mocno przesadzona; szczególnie, jeżeli weźmiemy w rachubę nie tylko przypadki operacyjne, ale włókniaki, które operacyi nie wymagają, a także i te, które tylko przypadkowo rozpoznajemy. Autor ze 121 włókniaków w r. 1903 operował 30, z których jeden tylko mięsakowato był zwyrodniony. Rakowate zaś zwyrodnienie włókniaków wcale dotychczas stwierdzone nie zostało. Spornem jest także, czy gruczolaki (*adenomyoma*) przy włókniakach taką skłonność okazują. Błędem również jest twierdzenie, jakoby część pochwowa, zostająca po nadpochwowej amputacyi macicy, miała być szczególnie usposobioną do zwyrodnienia rakowatego. Na 332 przypadki *amputationis uteri supravaginalis*, autor widział je raz tylko jeden. W każdym razie odsetka śmiertelności po wycięciu całkowitem macicy jest dziś jeszcze większa, niż odsetka ta po odcięciu nadpochwowem; to też większem jest prawdopodobieństwo śmiertelnego wyniku po wycięciu, niż prawdopodobieństwo rakowatego zwyrodnienia części pochw. po odcięciu nadpochwowem. Ponieważ dzięki pracom ULESKO - STROGANOWEJ, i SCHLAGENHAUFER'a kwestya zwyrodnienia złośliwego włókniaków nabrała pewnego rozgłosu, więc ważnem jest pytanie, w jaki sposób możemy powikłanie to rozpoznać. JOSSET de JONG podaje następujące cechy: 1) powiększenie się włókniaka w menopauzie, 2) krwawienia w tym czasie, 3) charłactwo, 4) *ascites*, 5) szybki wzrost miękkich włókniaków, 7) powstanie nowego polipa po usunięciu poprzedniego. To wszystko jednakże może się zdarzyć i przy niezłośliwych włókniakach. Włókniaki rosną w okresie klimakterycznym wskutek rozmięknienia, obrzęku i t. d., przyczem mogą się pojawić i krwawienia. *Ascites* przy włókniakach jest rzeczą nawet zwykłą, niż przy mięsakach, które tworzą raczej zrosty z rozmaitymi narządami. Zwłaszcza dużym włókniakom podotrzewnym o długiej szypule towarzyszy niekiedy *ascites* znacznych rozmiarów wskutek ciągłego podrażnienia otrzewnej. Otrzewna bowiem taka ulega zgrubieniu, przez co zdolność jej chłonicza znacznie się zmniejsza. Usunięcie guza jest w takich razach jedynie racjonalnem leczeniem, bez względu na to, czy jest on mięsakowato zwyrodniony, czy nie, tembardziej, że rozstrzygnąć to może tylko mikroskop; chociaż nie ulega wątpliwości, że szybki rozrost takiego włókniaka i bóle nim spowodowane, a nie mające źródła w zapalnych sprawach, czynią przypuszczenie takiego zwyrodnienia bardzo prawdopodobnem.

Leczenie włókniaków wymaga w każdym oddzielnym przypadku bardzo subtelnej rozważ. Gdy przypadkowo tylko stwierdzamy obecność włókniaka, nie należy o tem chorej powiadomić i niepotrzebnie jej trwożyć. Wogóle postępowanie nasze nie powinno być szablonowe, ale dążyć do usunięcia dolegliwości, przez włókniaki wywołanych, trzymając się zasady, że mamy do czynienia z nowotworem łagodnym, którego złośliwe zwyrodnienie zdarza się tylko wyjątkowo. Wypytujemy przedewszystkiem chore starannie o wiek, zajęcie, rodzaj cierpien, jakość i ilość odpływów miesięczkowych, ew. także, czy się guz powiększa i jak prędko, o liczbę porodów, poronień i t. d. Potem następuje badanie zewnętrzne i wewnętrzne [niekiedy pod narkozą], przyczem zwracamy uwagę na wielkość i kształt guza, wrażliwość jego na ucisk, czy jest ruchomy, w jakim stanie są *adnexa*, *ligamenta rotunda* i *parametria*, nareszcie staramy się o ile możności określić siedlisko włókniaka (*myoma submuc.*, *interst.*, *subseros.* *et intraligament.*). W ten sposób już przy tem badaniu znajdujemy niekiedy podstawę do zrozumienia dolegliwości chorej, włókniakiem dotkniętej, zarazem do rozważenia pytania, o ile możliwe jest w danym razie leczenie zachowawcze, przyczem liczyć się musimy ze stosunkami życiowymi chorej. W każdym razie pytanie to powinno być na pierwszym planie, a dopiero na następnym, czy dany włókniak da się usunąć przez cięcie brzuszne, czy też przez pochwę, co przedewszystkiem zwolenników interwencyi chirurgicznej zda-

je się zajmować. Naczelne miejsce w terapii chorych na włókniaka macicy zajmują krwotoki. Przedewszystkiem powinniśmy określić stopień bezkrwistości; często wskazuje go nam już sam wygląd chorej; w przypadkach wątpliwych koniecznem jest badanie krwi pod względem stosunku czerwonych i białych jej ciałek i zawartości w niej hemoglobiny. Ważnem jest także badanie dna oka, jak również serca i tętna, oraz moczu na białko i cukier. Z wszystkich krwawień, spowodowanych włókniakami, najważniejsze są krwotoki, powstające od razu, niebezpieczne wskutek swej obfitości. Gorące wstrzykiwania pochwowe i mocna tamponada pochwy mają tu pierwszeństwo przed środkami wewnętrznymi, ale niezawsze odnoszą skutek pożądany. Zdarza się to mianowicie wtedy, gdy krew stała się bardzo wodnistą i straciła dużo na swej krzepliwości. W takich razach przemycie macicy wodą gorącą zapomocą kateteru [SCHROEDER'a - OLSHAUSEN'a] po ewentualnem rozszerzeniu szyjki wywiera skutek, gdyż działa wysoka temperatura wprost na miejsce krwawiące, gdy tymczasem wyżej wspomniane rękoczyny działają pośrednio przez pobudzenie skurczów macicy. Dla skutecznego leczenia omawianych krwawień ważną jest niezmiernie znajomość długości i kierunku jamy macicy. Nabieramy często o tem pojęcia już przy badaniu dwuręcznem, niekiedy posługujemy się sondą, rozszerzenie jednak szyjki macicy z następnem wysledzeniem jej wnętrza zapomocą palca, jest środkiem dyagnostycznym nieocenionej wagi. Pozwala ono nam bowiem nie tylko dokładnie określić siedlisko włókniaka i jego wielkość, lecz także rozpoznawać np. polip śluzowy, który, usuwając się z powodu swej miękkości od nacisku sondą, bez badania palcem może nie być rozpoznany; wreszcie pozwala oryentować się we wszystkich zagłębieniach i zagięciach jamy macicznej.

Najlepiej rozszerzać szyjkę zapomocą środków pęczniejących, o ile jesteśmy w stanie dokładnie je wyjałować. Co się dotyczy blaszkowca palczastego (*laminaria*), najwięcej używanego, to autor celem wyjałowienia go zaleca następujące postępowanie: kładzie się go do nasyconego wodnego roztworu *Ammon. sulfur.* i gotuje przez 15 minut, potem się opłukuje przegotowaną wodą i spirytusem i zachowuje w naczyniu, napełnionem roztworem sublimatu w alkoholu. Rozszerzenie dostępne dla palca otrzymuje się zapomocą laminarii w przeciągu 24 — 48-u godzin. Niekiedy celem dokładnego wysledzenia wnętrza macicy chore usypiamy; jeżeli jama macicy okazuje się wszędzie równą i dostępną, robimy wyskrobanie. Przy zachowaniu najściślejszej antyseptyki jest to rękoczyn, który w terapii krwotoków z powodu włókniaków daje znakomite wyniki, szczególnie u chorych blizkich menopauzy. Bardzo pożyteczne są przyżegania 10% — 20% roztworem chlorku cynku po dokonaniem wyskrobaniu, i w klinice prof. OLSHAUSEN'a stale są stosowane [w odstępach kilkodniowych]. Używać można do tego strzykawki BRAUN'a, niestety obecnie zdyskredytowanej, z tem jednak zastrzeżeniem, by nasada jej była zaopatrzona nie w otwórki boczne, jak to zwykle bywa, lecz w otwórki na stronie przedniej [wkłęsłej] i tylnej [wypukłej], by płyn wpuszczać, a właściwie wkraplać pod lekkim ciśnieniem, i nareszcie nie więcej na $\frac{1}{2}$ — 1 ctm. sz. na raz. Dobrze jest za każdym razem, najpierw płyn nagromadzony w jamie macicy wyciągnąć inną szpryką, a potem lekarstwo zastrzyknąć. Jeżeli jama macicy jest niedostępna z powodu rozmaitych zagłębień i wygięć, to wyskrobanie, albo jest niemożliwe, albo nie ma celu. W takich razach otrzymał autor niejednokrotnie świetne wyniki z przemycia macicy gorącym roztworem chininy w 50%-owym alkoholu: *Chin. muriatici* 5,0° *Spirit.* 50,0% 500,0 — trzykrotnie takie przemycie zatrzymuje krwotoki na długi czas. Chinina działa tu jako środek hemostatyczny i dezynfekujący, a alkohol, jako przeciwzapalny; oprócz tego ma on jeszcze tę zaletę, że wnika głęboko w tkankę.

Co się dotyczy środków wewnętrznych, to dają one dobre wyniki tam, gdzie krwotoki, zależne od włókniaków, nie trwają zbyt długo i dopóki nie nastąpi-

ły jeszcze zmiany w sercu, naczyniach i składzie krwi, o których mówiliśmy wyżej. Najwięcej używane są: ergotyna, stypticyna i *Extr. Hydr. canad. fluid.* Ostatni środek uważa autor, jak wielu innych, np. Scharz, za najlepszy. Radzi go jednak dawać w dawkach większych, po łyżce od kawy, trzy razy dziennie. Nigdy przytem nie spostrzegał objawów zatrucia, pomimo, że więcej niż 100 razy w takich dawkach go poławał. Szczególniej go zaleca w krwotokach, które mają charakter obfitych miesiączek (*menorrhagia*) i radzi dawać go zapobiegawczo na 3 do 4-ch dni przed każdym peryodem. Gdy krwotoki przybierają postać krwawień ciągłych (*metrorrhagia*), to *Extr. Hydr. canad. fluid.* jest mniej odpowiednie. Pożytecznem jest wtedy *Chlorcalcium* i żelatyna, obok leczenia miejscowego. Osobom anemicznym należy jednocześnie podawać przetwory żelaza (*Chininum ferrociticum* + arsen + strichnina), u ubogich — *Ferrum carbonicum saccharat.* *Chlorcalcium* i żelatyna należą do środków, które według obecnych poglądów nauki czynią krew bardziej skrzepliwą i dlatego użycie ich jest racjonalnem w razach hydremii, przy której, jak wiadomo, własność tworzenia się skrzepów jest mocno upośledzona. *Chlorcalcium* przepisujemy przez miesiące całe i dajemy po 2 łyżki dziennie [zrana i wieczorem] (*Chlorcalc. 10,0 Aq. dest. 180,0 Syr. ad 200,0*). Żelatynę najlepiej stosować podskórnie; ku temu najodpowiedniejszy, bo najbezpieczniejszy, jest preparat MERCK'a: *Gelatina sterilisata pro injectione*. Skutek po iniekcji następuje bardzo prędko, ale po 8 — 10-u dniach trzeba ją powtórzyć. Używany także bywa roztwór adrenaliny, ale ponieważ działanie jej jest krótkotrwałe, więc do leczenia przewlekłych krwotoków, o których tu właśnie mowa, się nie nadaje. Omawiane wyżej leczenie jest na miejscu przy włókniakach przeciwko krwotokom u kobiet, które blizkie są lat klimakterycznych; gdy bowiem osiągną menopauzy, to najczęściej włóknia, którego jedynym objawem były krwotoki, leczenia żadnego już nie wymaga. Mniej pożyteczne jest u kobiet młodych, mniej więcej 30-letnich, gdyż przy każdym peryodzie stan ich się pogarsza, a takie peryody powtarzać się będą jeszcze przez długi szereg lat. Oprócz wspomnianych zalet, leczenie zachowawcze posiada i pewną dyagnostyczną wartość, mianowicie w przypadkach uporczywych krwotoków, nie dających się w ten sposób opanować, i nasuwających przypuszczenie, że mamy do czynienia z powikłaniem. Rzeczywiście, jeżeli w takich razach przez wysłedzenie palcem wnętrza macicy uda nam się wyczuć pewne płaskie zgrubienia około wylotów jajowodów lub na przedniej lub bocznej powierzchni, to podejrzenie nasze, że mamy przed sobą nie zwyczajny włóknia, ale gruczolak (*adenomyoma*), będzie usprawiedliwione.

Trudniejsze jest nasze stanowisko wobec bólów, uwarunkowanych obecnością włókników. Jeżeli bóle pojawiają się przy włókniakach, które szybko rosną, ulegają zwyrodnieniu, acz nie mięsakowatemu [bo to nadzwyczajna rzadkość], lecz torbielowatemu, jeżeli przytem bóle te są bezustanne, to nie pozostaje nic innego, jak guz usunąć. W innych razach zachowawcze leczenie może mieć pewne szanse powodzenia, mianowicie, gdy bóle powstają w samym włóknia, lub są spowodowane zapalnymi sprawami w tkankach przyległych. W pierwszym razie przez deplecye miejscowe możemy złagodzić bóle miesiączkowe, najbardziej tu dokuczliwe, w drugim znowu kąpiele w Toelz, Kreuznach, Franzensbad, przynoszą chorym niewątpliwą ulgę, przyczyniają się bowiem do wessania wyśięków, poprawy ogólnej przemiany materii i uregulowania krążenia. To samo osiągnąć możemy i w domu przez kąpiele nasiadowe, solankowe lub błotne, okłady prysznicowskie, tampony z gliceryny i t. d. Mówiąc o leczeniu zachowawczem włókników, nie możemy pominąć leczenia elektrycznością, które, niestety, zupełnie zawiodło pokładane w niem nadzieje, tak pod względem zmniejszenia guzów, jak usuwania krwotoków i bólów; słusznie też obecnie zarzucone zostało.

W końcu autor wypowiada następujące poglądy: 1) leczenie zachowawcze włókniaków daje w większości przypadków znakomite wyniki; 2) operować należy wtedy, gdy obecność włókniaka naraża zdrowie chorej na większe niebezpieczeństwo, niż operacja. Zdarza się to w wyszczególnionych wyżej przypadkach, mianowicie gdy guz jest bardzo duży, gdy uległ zwyrodnieniu, gdy jest przyczyną zaburzeń w oddawaniu moczu, gdy powoduje krwotoki, nie dające się opanować, gdy przybrał formę gruczolaka (*adenomyoma*), gdy urodził się do jamy macicy lub pochwy i t. d.; 3) uwzględniać przytem trzeba wiek i zajęcie chorej, wychodząc z założenia, że z nastaniem menopauzy najczęściej wszelkie objawy ustają, i prócz rzadkich wyjątków zachodzi involucja włókniaka; że organizm im starszy, tem mniej jest odporny na uraz chirurgiczny wskutek zmian w sercu i we krwi i że z drugiej znów strony im młodszą jest chora, tem dłuższy ma przed sobą okres cierpień; i nareszcie, że zdrowie kobiety, zmuszonej ciężką pracą zdobywać swe utrzymanie, jest skutkiem włókniaka zagrożone więcej, niż zdrowie kobiety, żyjącej w wygodach, mogącej się pielęgnować. Zasady powyższe przyjęte są w klinice prof. OLSHAUSEN'a, który tylko 10% włókniaków poddaje operacji, gdy WINTER, na przykład, operuje 45,8%. Tem się tłumaczy poniekąd, że statystyki wyników myotomii tak się między sobą różnią; kto operuje wszelkie małe włókniaki, będzie miał naturalnie lepsze wyniki, niż ten, kto interwencję chirurgiczną stosuje tylko do włókniaków, powodujących ciężkie dolegliwości, przedstawiających zarazem przy operacji większe trudności techniczne.

Co się tyczy metody operacyjnej, to każda jest dobra, o ile operujący jest panem techniki i pamięta o tem, by usuwać tylko to, co dla chorej rzeczywiście jest groźne.

(*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie T. LIII. Z. 3*).

Wertenstein.

Wiadomości bieżące.

— Metoda leczenia gruźlicy sposobem BEHRING'a. Na ostatnim Kongresie międzynarodowym zwalczania gruźlicy prof. BEHRING mówił o nowej wynalezionej przez siebie metodzie leczenia tej choroby. Przemówienie BEHRING'a podaje *in extenso Presse medicale* w Nr. 81 z d. 7-go b. m.

Zasada metody polega na przepojeniu żywych komórek ustroju substancją, pochodzącą z zarazka gruźliczego, którą BEHRING oznacza TC. TC pod wpływem komórek ustroju przeobraża się na TX; jest to materya, która posiada czynność substancyjną twórczej i własności fermentacyjnej [a w szczególności katalityczne]. Droga wytwarzania tego czynnika leczniczego w ustroju jest zbyt długa i niebezpieczna. To też BEHRING starał się otrzymać TC *in vitro* i uodpornienie czynne zamienić na bierne. W tym celu uwalniał laseczniki gruźlicze od 3-ch grup substancji. Do nich należą: 1) substancja rozpuszczalna tylko w wodzie, posiadająca działanie fermentacyjne i katalityczne. Od niej zależą w znacznej mierze trujące własności tuberkuliny Kocu'a. 1 gram tego ciała (TV) w stanie suchym wywiera silniejszy wpływ, aniżeli 1 litr tuberkuliny Kocu'a. 2) Substancja o własnościach globulin, rozpuszczalna tylko w roztworach soli obojętnych [np. w 10%-owym roztw. chlorku sodu]—TGL; i to ciało jest również trujące. 3) Wiele substancji nietrujących, które rozpuszczają się

tylko w alkoholu, eterze, chloroformie i t. d. Po wylugowaniu z tych substancji pozostaje ciało, które BEHRING nazywa *Restbacillus*. Posiada ono postać i barwliwość laseczników gruźliczych. Te reszty laseczników przemienia BEHRING metodą, której w komunikacie nie podaje, na substancję bezpostaciową, którą pochłaniać mają komórki limfatyczne zwierząt [świnki morskiej, królika, barana, kozy, bydła rogatego i koni]. Pod jej wpływem następuje przeobrażenie głębokie komórek limfatycznych, występuje eozynofilia i jednocześnie rozwija się stan odporności. TC posiada własności wytwarzania gruzelka, który nigdy nie ulega zserowaceni, ani rozmięknieniu i odpowiada t. zw. *granulation tuberculeuse Laënnec'a*.

Ogłoszenie szczegółów swej metody BEHRING odkłada do chwili, kiedy inni uczeni ją sprawdzą, a wybrane kliniki skuteczność jej potwierdzą.

— W I-ym międzynarodowym Kongresie chirurgów w Brukselli z polaków udział przyjęli: prof. RYDYGIER, oraz koledzy BOGDANIK, EHRLICH, RYDYGIER jun., A. ZAWADZKI.

— W niedzielę d. 8-go b. m. kol. KOZERSKI przedstawił zaproszonym kolegom swój prywatny Zakład leczniczy dla przychodzących chorych przy ul. Hortensya N. 4.

Zakład ten, zaopatrzony w możliwie wszystkie urządzenia pomocnicze, używane w nowoczesnej dermato- i wenerologii, mieści w sobie oprócz gabinetu i kilku poczekalni:

1) gabinet do finsenoterapii (*lupus vulgaris*); 2) gabinet do roentgenoterapii (*epithelioma, carcinoma* skóry; *carcinoma* głębsze po operacji; *alopecia areata; favus, herpes tonsurans capillitii et barbae; acne; lupus vegetans, l. exulceratus; sarcoma, mykosis fungoides; eczema inveteratum tyloiticum, sycosis; scrophuloderma; tuberculosis superficialis ossium exulcerans; leukaemia* i t. d.); 3) gabinet do leczenia radem (*naevus vasculosus planus, pigmentosus, lupus epithelioma, keloid, angioma*); 4) gabinet do leczenia arsonwalizacją (*lupus erythematodes*); 5) gabinet do leczenia lampą „Dermo“ (*alopecia areata, folliculitis, powierzchowny lupus vulgaris*); 6) gabinet do miejscowej termoterapii (*ulcus venereum serpiginosus, bubo, acne indurata, syphosis parasitaria, favus unguinum, furunculus, uporczywa epididymitis, prostatitis, vesiculitis seminalis, periorchitis*, wszelkie przewlekłe nacieczenia, *arthritis i tendovagitis gonorrhoeica*); 7) urządzenie do elektrolizy (*hypertrichosis, verrucae*); pracownię analityczno-bakteryologiczną [badanie włosów, łusek, paznokci, wydzielin [gonokokki], moczu]; 9) osobne ambulatoryum dla niezamożnych chorych, w którym przyjęcia odbywają się od 8-ej do 9-ej zrana i od 10-ej do 11-ej przed poł.

— Parlament brazylijski uchwalił nagrodę 8 milionów marek, która ma być przyznana autorowi niezawolnej metody leczenia suchot, syfilisu lub raka.

— Kol. L. ANDERS mianowany został pomocnikiem naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus.

— Kol. TACZANOWSKI mianowany został naczelnym lekarzem szpitala Ś-go Jana Bożego, kol. A. ROSENTHAL starszym ordynatorem tegoż szpitala.