

www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM

KS.646



210000000646

BIBLIOTEKA
UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH
(Wydanie Redakcyi Gazety Lekarskiej).

NAUKA
O CHOROBAK KOBIEŦ
(GYNAEKOLOGIA).

PRZEKŁAD

Dziela D-ra G. Y e i t ' a: „Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.
Puerperalkrankheiten." (2 Auflage, Erlangen. 1867).

PRZEZ

D-ra Mieczysława Gruella

Lekarza m. Ostrowca.

Z 32 - ma drzeworytami w tekście.



WARSZAWA,
w Drukarni Józefa Bergera
przy ulicy Daniłowiczowskiej Nr. 619.

1871.

Biblioteka Główna WUM

Дозволено Цензурою.

Варшава, 13 (25) Октября 1871 года.

SPIS RZECZY.

	<i>Strona</i>
Literatura	1
ROZDZIAŁ I. Ogólne uwagi przygotowawcze.	3
1. Przyczyny chorób kobiecych	3
2. Symptomatologia	6
3. Badanie	14
a) Badanie za pomocą dotyku	—
b) Badanie za pomocą zgłębnika macicznego	19
c) Rozszerzenie szyi macicznej za pomocą gąbki prasowanej, stożków z blaszkowca i t. p.	22
d) Badanie za pomocą wzroku i słuchu	25
e) Badanie za pomocą wziernika macicznego	26
f) Zastosowanie sztucznego obniżania macicy w celu rozpoznawania chorób	31
4. Leczenie	32
a) Miejscowe upusty krwi	34
b) Kąpiele nasiadowe i wstrzykiwania do pochwy	38
c) Zastowanie środków ściągających w formie roztworów, proszków i maści, jakoteż w postaci lekarskich krążków macicznych etc.	42
d) Zastosowanie środków żrących na szyję maciczną	45
e) Przyżeganie jamy macicznej	50
f) Zastosowanie środków znieczulających	53
ROZDZIAŁ II. Choroby macicy	59
1. Wady rozwojowe	—
a) Brak, stan zaczątkowy, postać płodowa i dziecięca, małość macicy.	59
b) Macica jednorożna.	62
c) Macica podwójna	63

II

	<i>Strona</i>
2. Zarośnięcie macicy	65
a) Krwistek maciczny (Haematometra)	68
b) Puchlina macicy (Hydrometra)	73
3. Ścieśnienie ujścia macicy	75
4. Zanik macicy	76
5. Przerost macicy	77
6. Zboczenia w położeniu macicy	80
a) Pochylenia macicy	85
α) Przodopochylenie macicy	—
β) Tyłopochylenie macicy	94
γ) Pochylenie boczne	95
b) Zgięcia i załamania macicy	96
Dodatek: Tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy ciężarnej	112
c) Opadnięcie macicy i pochwy	118
d) Wycinowanie macicy	135
e) Przepukliny maciczne	147
7. Naruszenia całości macicy	148
8. Zapalenia macicy u kobiet niebrzemiennych	148
a) Zapalenie błony śluzowej macicy i po- chwy	149
α) Ostry nieżyt macicy i pochwy	—
β) Przewlekły nieżyt macicy i pochwy. Białe upławy	153
b) Zapalenie mięszu macicy	164
α) Ostre zapalenie macicy	—
β) Przewlekłe zapalenie macicy. Prze- wlekły zawał. Przerost macicy	168
9. Zapalenie macicy podczas ciąży i porodu	177
10. Obnażenia i owrzodzenia szyi macicznej	
11. Włókno-mięśniak. Mięśniak macicy. Guz włóknisty macicy	181
12. Torbiele i torbielaki macicy	206
13. Polipy macicy	208
14. Gruźlica macicy	229
15. Pasożyty w macicy	230
16. Mięsak rdzeniowaty macicy	—
17. Rak i rakowiec macicy	232
a) Rak szyi macicy	233
Dodatek: Narośl kalafiorowata	253
b) Rak ciała macicy	256
18. Wrzód zgorzelinowy czyli żrący szyi maci- cznej	258
19. Zboczenia w miesiączkowaniu	260

III

	<i>Strona</i>
a) Brak miesiączki	264
b) Miesiączka utrudniona czyli bolesna	270
c) Obfita miesiączka i krwotok maciczny	276
20. Nerwoból maciczny	282
 ROZDZIAŁ III. Choroby jajowodów	 286
1. Wady rozwoju i położenia	—
2. Przekrwienia i krwotoki w jajowodach	287
3. Zapalenie jajowodów	288
4. Nowotwory w jajowodach i obok nich.	293
 ROZDZIAŁ IV. Choroby jajników	 295
1. Wady rozwojowe	—
2. Przemieszczenia jajników. Przepukliny	297
3. Przekrwienia i krwotoki w jajnikach	300
4. Zapalenia jajników	302
a) Zapalenia jajników nie połogowe.	—
α) Zapalenie ostre	—
β) Zapalenie jajników przewlekłe	305
b) Zapalenie jajników połogowe	307
5. Torbiele i torbielaki jajników. Puchlina jaj- ników	309
6. Twarde guzy jajników	362
 ROZDZIAŁ V. Choroby więzów macicznych	 368
1. Choroby więzów okrągłych	—
2. Zapalenie więzów szerokich. Zapalenie otrze- wnej miednicy	370
3. Krwotoki w więzach szerokich. Krwistek oko- łomaciczny	379
4. Nowotwory w więzach szerokich i obok nich.	389
 ROZDZIAŁ VI. Choroby pochwy i części płciowych zew- trzych	 392
1. Wady rozwojowe	—
2. Opadnięcie pochwy	404
3. Zapalenie pochwy	—
4. Ciała obce w pochwie	406
5. Łagodne guzy w pochwie	—
a) Guzy naczyniowe	407
b) Torbiele	—
c) Włókniaki	409
d) Polipy	410
6. Rak pochwy	411
7. Gruzlica pochwy	412

IV

	<i>Strona</i>
8. Naruszenia całości pochwy	412
a) Przetoki moczowe pochwy	413
b) Przetoki kiszko-pochwowe	435
9. Kurcz pochwy	438
ROZDZIAŁ VII. Choroby sromu i cewki moczowej	441
1. Wady rozwojowe	—
2. Przepukliny części płciowych zewnętrznych	445
3. Zapalenie sromu	446
4. Obrzęk i zgorzel sromu	450
5. Choroby wysypkowe sromu	452
6. Guzowatości sromu	456
a) Zakrzep czyli zawał krwisty sromu	456
b) Słoniowacizna sromu	—
c) Guzy brodawkowe i narośle polipowate	457
d) Torbiele	459
e) Nerwiaki, tłuszczaki, włókniaki, śluzaki, mięsaki	461
f) Rak sromu.	462
7. Pęknięcia krocza	463
8. Przetoki pęcherzo-sromowe	469
9. Nadczułość sromu	—
10. Ból okolicy ogonowej	472
<i>Dodatek:</i>	
11. Choroby cewki moczowej żeńskiej	475
a) Wady rozwojowe cewki moczowej	—
b) Rozszerzenie, wypadnięcie, niezbyt cewki moczowej	477
c) Narośle grzybiaste.	479
ROZDZIAŁ VIII. Choroby sutek	481
1. Wady rozwojowe	—
2. Zanik gruczołu sutkowego	483
3. Przerost gruczołu sutkowego	—
4. Owrzodzenia brodawek	488
5. Zapalenie sutek.	490
a) Zapalenie tkanki łącznej podskórnej	—
b) Zapalenie tkanki łącznej podsutkowej	492
c) Zapalenie gruczołu	493
6. Przetoki mleczne	498
7. Guz mleczny	499
8. Brak i nadmiar mleka	501
9. Nowotwory sutek	504
a) Tłuszczaki	505
b) Częściowy rozrost tkanki łącznej	—

	<i>Strona</i>
c) Mięsak	507
d) Śluzaki i e) Chrzastniaki	508
f) Gruczołak	509
g) Torbiele	513
h) Rak sutki	515
10. Ból nerwowy sutki	525

ROZDZIAŁ IX. Choroby położowe. 526

1. Krwotoki położowe; polip włóknikowy czyli łożyskowy i krwawiak czyli zakrzep pochwy i sromu	532
a) Krwotok z miejsca przyczepienia łożyska	533
b) Zakrzep czyli krwawiak pochwy i sromu.	536
2. Położowe zapalenia macicy i t. p.	539
a) Zapalenie położowe wnętrza macicy i po- chwy	—
b) Położowe rozlane zapalenie macicy i za- palenie obokmaciczne	546
c) Zakrzepy położowe	566
d) Położowe zapalenie otrzewnej powleka- jącej macicę	572
3. Gorączka położowa	579
4. Oblęd położowy	624

N A U K A
O
CHOROBACH KOBIÉT.
(GYNEKOLOGIA) ¹⁾.

LITERATURA.

Die pseudo-hippocratisehen Schriften: De morbis mulierum, de sterilibus et de natura muliebri. Magni Hippocr. opera omnia. Edit. von Kühn II i III. — Aëtius: Sermo IV. tetrabibl. IV, cap. 26—111. — Israel Spach: Gynaeciorum sive de mulierum affectibus et morbis libri Graecorum, Arabum, Latinorum etc. Argent. 1597. — Rodericus a Castro: De universa morborum mulierum medicina. Pars II. Hamb. Edit. quart. 1662. — J. Astruc: Traité des maladies des femmes etc. Paris 1761—1765. A. d. Fr. von Otto, Dresden 1768—1776. — T. b. Denman: Introduction of the practice of midwifery. 5 edit. London 1816. — Alex. Hamilton: Treatise on the management of female complaints. 7 edit. Edinb. 1813. A. d. E. Leipzig 1793. — Elias v. Siebold: Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten. Frankfurt a M 2 Aufl. 1821, 1823 und 1826. — C. M. Clarke: Observations on those diseases of females, which are attended by discharges. London 1821. A. d. E. von Heineken, Hannover 1818 i 1823. — C. G. Carus: Lehrbuch

¹⁾ Przekład dzieła D-ra E. Veit: *Krankheiten der weiblichen geschlechtsorgane. Puerperalkrankheiten. Erlangen 1867 (2-te Auflage).*

der Gynäcologie. Leipzig 3 Aufl. 1838. — L. J. C. Mende: *Die Geschlechtskrankheiten des Weibes. I Th. Göttingen 1831. II Th. von Baling 1836.* — M. d. Boivin et A. Dugès: *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, accompagné d'un atlas de 41 planches. Paris 1833.* — W. P. Dewees: *Treatise on the diseases of females. A. d. E. von Moser, mit Zusätzen von Busch. Berlin 1837.* — D. W. H. Busch: *Das Geschlechtsleben des Weibes. Leipzig 1839 — 1841.* — Colombat de l'Isère: *Traité des maladies des femmes. Paris 1838.* — F. L. Meissner: *Die Frauenzimmerkrankheiten. Leipzig 1842—1846.* — F. A. Kiwisch v. Rotterau: *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankh. des weibl. Geschlechtes. 3 Aufl. Prag 1851. III Bd. von Scanzoni 1853—1855* — S. Ashwell: *Pract. treatise on the diseases peculiar to women. London 3 edit. 1848. deutsch bearb. von Hoedler. Stuttgart 1853.* — C. D. Meigs: *Woman, her diseases and remedies. Philadelphia 3 edit. 1854.* — Charles West: *Lectures on the diseases of women. Part. I. Diseases of the uterus. London 1856. Part. II. Diseases of the ovaries etc. 1858.* — v. Scanzoni: *Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Wien 1857.* — Kilian: *Operationslehre für Geburtshelfer. II Theil. Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers. 2 Aufl. Bonn 1856* — F. A. Aran: *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, recueillies par le docteur Gauchet et révisées par l'auteur. Paris 1858—1860* — H. A. Becquerel: *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Avec atlas de 18 planches, représentant 44 figures. 2 vol. Paris 1859.* — Nonat: *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1860.* — Bernutz et Goupil: *Clinique médicale sur les maladies des femmes. T. I. Paris 1860. T. II 1862.* — Baker Brown: *On surgical diseases of women. Second edition. London 1861* — J. Y. Simpson: *Clinical lectures on diseases of women. Illustrated with one hundred and two engravings on wood. Philadelphia 1863.* — A. H. M. Clintock: *Clinical memoirs on diseases of women, including the diagnosis of pregnancy. Founded on a course of lectures delivered at St. Mary's Hospital Medical School. London 1863.* — Tilt: *A Handbook of uterine therapeutics. London 1863. Thom. Theile Erlangen. 1863.* — Jul. M. Klob: *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien 1864.* — A. Courty: *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1866.* — J. M. Sims: *Notes cliniques sur la chirurgie utérine. Paris 1866.*

ROZDZIAŁ I.

OGÓLNE UWAGI PRZYGOTOWAWCZE.

1. Przyczyny chorób kobiecych.

Czynność przyrządu płciowego kobiety, rozpoczyna się dopiero z okresem dojrzewania (*pubertas*), i nie do najpóźniejszego trwa wieku. Łatwo też pojąć, że choroby tego przyrządu rozwijają się głównie w latach tak zwaną dojrzalsci płciowej. Przed dojściem do téj ostatniej, prócz wrodzonych wad rozwoju i ukształcenia, które nie dają jeszcze powodu do żadnych, albo jeżeli dają, to do nieznacznych tylko zaburzeń, spotykamy prawie wyłącznie takie sprawy patologiczne, które są podrzędną manifestacją innych, i to głównie ogólnych chorób; tak np. nieżyty w następstwie skrofuiów, krwotoki przy ostrych wysypkach, durzycy, posocznicy i innych, cierpienia gruźlicze. Z zaprzestaniem miesiączkowania zmniejsza się znowu coraz bardziej usposobienie do chorób. Zła opinia, przywiązana do okresu przekwitowego (klimakterycznego), jak od dawnego już czasu okazała się nieuzasadnioną, tak teraz staje się coraz bardziej niewątpliwé, że początek wielu chorób pozornie w tym okresie rozwiniętych, do wcześniejszej odnieść należy epoki. Dalej, nie należy spuszczać z uwagi, że zaprzestanie czynności płciowej następuje nie nagle, lecz stopniowo, jak tego dowodzą niejednokrotnie spostrzegane fakty, że po zaprzestaniu odpływów miesięcznych, jeszcze przez czas niejaki wracają peryodyczne objawy (według Brierre de Boismont, u 11 na 180 kobiet). W rzeczywistości, pozostaje tylko większe usposobienie do choroby, która i w innych przyrządach przeważnie także w późniejszym pojawia się wieku, mianowicie do raka. Prócz tego, właściwy starcom zanik części rodzajnych (*atrophia senilis*), staje się szczególną przyczyną do wypadnięcia macicy.

Podczas trwania okresu dojrzalsci płciowej, rozmaite czynności przyrządu płciowego, dają wciąż ponawiającą się sposobność do powstania mniej lub więcej znacznych zaburzeń. Odnosi się to przedewszystkiém do owego peryodycznego przekwie-

1*

nia, towarzyszącego dojrzewaniu jajek. W zwykłych okolicznościach, natężenie tego przekrwienia reguluje się odpowiedniemi krwawieniami z macicy, a w odstępach międzymiesiączkowych zupełne następuje wyrównanie. Jeżeli jednak to przekrwienie fizjologiczne z jakiegobądź powodu nadmiernie się podniosło, jeżeli krwawienie jest zaszczupłe, albo, jeżeli to ostatnie, co się nierzadko wydarza, zostało nagle powstrzymanem, skutkiem nieodpowiedniego zachowania się lub przypadkowego wpływu zewnętrznych szkodliwości, wtedy wyżej wspomniane wyrównanie doznaje utrudnienia. Powstają tu przewlekłe przekrwienia, i to łatwiej wtedy, jeżeli czynność serca i ciśnienie tętnicze są zmniejszone, jak to bywa przy błednicy i różnych innych chorobach, albo jeżeli skutkiem zmiany kształtu i położenia macicy, utrudnionym jest odpływ krwi z żył. Przytoczone tu momenta posłużyć mogą przeważnie lub w części do wyjaśnienia wielu faktów, jak np. powstawania ostrych i przewlekłych zapaleń, oraz innych spraw w macicy, jajowodach i jajnikach u 'dziewic, większego usposobienia do rozwoju włókniaków z zaprzestaniem miesiączkowania i t. p.

Znaczenie drażnienia wywołanego spółkowaniem, jako wpływu sprowadzającego choroby, jakkolwiek często przeceniane, nie jest jednak bez wszelkiego znaczenia. Najwybitniej występuje to przy ostrych zapaleniach sromu i wejścia pochwy, w skutek niestosunku między częściami płciowemi, co często spostrzegać można nietylko u używanych niedojrzałych dziewcząt, ale niekiedy i w wieku dojrzałym, mianowicie też wtedy, gdy kobiety w późniejszych latach, lub z macienniczą nadezłością wchodu pochwy, wstępują w związki małżeńskie. Dalej, pewnem jest, że zaraźliwe śluzotoki (rzeżączki) nietylko przechodzą w przewlekłe nieżyty pochwy, macicy i jajników, ale także często stają się przyczyną zapalenia jajników i otrzewnej miednicy (*pelveoperitonitis*). Nakoniec i nadużycia płciowe nie są także bez wpływu. Stosunkowa rzadkość chorób przyrzędu płciowego u nierządnic, niczego jeszcze pod tym względem nie dowodzi, gdyż nie o zbytek w użyciu tu idzie. Gdzie lubieżne pobudzenie doprowadzanem bywa istotnie do zbytku, tam widzimy rozwijające się ostre lub przewlekłe zapalenia macicy, chociaż także przy współudziale innych momentów, jak przekrwienia miesiączkowego, wysilenia ciała, zaziębień i t. p. Słusznie też spółkowanie w czasie miesiączkowania, oraz zwyczaj podróży weselnych uważane być muszą za niebezpieczne.

Niemniej ważnym jest, w latach rozwijania się, bynajmniej nierzadki, samogwałt, który obok ustawicznego miejscowego drażnie-

nia, sprowadza nadto zaburzenia w całym układzie nerwowym i odżywianiu, a tym sposobem często daje powód do przewlekłych nieżyków i t. p.

Najważniejszy przecież wpływ wywierają *przemiany położowe*. Z niemi to wiele cierpień kobiecych w bliższym lub dalszym stoi stosunku. Pomijając już właściwe choroby okresu położowego, w których przyczyny nie będziemy tu wchodzić; pomijając żylakowate rozszerzenia, pozostające w splotach otaczających macicę, pochwę i kışkę odchodową po kilkakrotnie powtórzonych ciężach, i mogące sprowadzić krwistek (*haematocela*); pomijając wreszcie, rzadkie w ogóle, pęknięcia i rozdarcia, do których akt porodowy daje sposobność, z dalszemi ich następstwami; — dotknąć tu musimy szczególnież zaburzeń w położowej inwolucyi macicy, przemieszczeń tego organu i pochwy, oraz rozmaitych spraw chorobowych w sutkach, spraw, będących w związku z wydzielaniem mleka. Większa część chorych które zgłaszają się do lekarza, zmuszoną jest szukać jego porady na skutek błędów dyetetycznych i t. p., po porodach już to czasowych, już niewczesnych.

Podobnie jak z czynności, tak téż i z *anatomicznej budowy* organów rodnych wynikają usposobienia do rozmaitych chorób. Macica, jajowody i jajniki powleczone są błoną otrzewną. To téż ta ostatnia, wraz z pierwotnem cierpieniem rzeczonych organów, nierzadko także cierpieć zaczyna, — bądź to, że sprawa chorobowa bezpośrednio na nią się szerzy, bądź, że wystąpienie krwi, śluzu, ropy i t. p. przez otwory naturalne lub przez uprzednio przedziurawione ściany, daje powód do następczego zapalenia téj błony surowiczej. Z drugiej znowu strony, pierwotne sprawy dotyczące otrzewną, przenoszą się także i na więzy maciczne, albo téż, jak np. przewlekłe zapalenie otrzewnej biodrowej, sprowadzają zmianę w naprężeniu więzu szerokiego, z dalszemi stanami tego następstwami (ustalenie dna macicy, przodozgięcie macicy).

Z powodu że macica, jajowody i pochwa wysłane są błoną śluzową, to téż podlegają szeregowi chorób, jak nieżytkom, błonicy, gruźlicy. Gruczołki w różnych miejscach w znacznej nagromadzone ilości, ulegają nierzadko przeistoczeniom, które mogą się zakończyć zapaleniem lub wytworzeniem polipów, albo przerostem i wydłużeniem szyi macicznej. Błona śluzowa ust macicznych łatwo ulega nadżarciu (*errosio*), z czego powstają rozmaite formy wrzodów. Brodawki części pochwowej macicy i samęj pochwy przerastają niekiedy i tworzą większe guzy. Gruczołki

D u v e r n e y ' a znajdujące się w wargach większych, w pewnych okolicznościach ulegają zapaleniu i przemieniają się w torbiele.

W mięsistym mięszu macicy przerasta tkanka łączna, powstają mięśniaki i polipy szypułkowe; — ostatnie także w tkance komórkowej pochwy. Torebki jajnika, kanaliki w więzie szerokim, oraz pęcherzyki i przewody gruczołu sutkowego, dają powód do rozwoju torbieli, a włókniste podścielisko pierwszego, bywa niekiedy siedliskiem raka.

Ze sposobu przytwierdzenia wynika możliwość rozmaitych zboczeń w położeniu macicy i pochwy. Zniekształcenie pierwszego z tych organów, obecność jamy w jego wnętrzu, oraz rozdział takowej na dwie części: górną i dolną, za pośrednictwem przesmyku, — wszystko to umożliwia w pewnych okolicznościach nagromadzanie się wydzielin i rozciąganie przez takowe bądź samą tylko właściwą jamę macicy, bądź też i kanału szyi macicznej.

2. Symptomatologia.

O b j a w y c h o r o b o w e, zależące od nieprawidłowego zachowania się przyrządu płciowego kobiety, należą albo do niego samego, albo do organów sąsiednich, albo wreszcie pojawiają się na odleglejszych okolicach ciała, gdzie często nawet najwybitniej występują.

Z pomiędzy objawów odnoszących się do samego p r z y r z ą d u p ł c i o w e g o, na pierwszym miejscu postawić wypada rozmaite nieprawidłowe wrażenia (sensacje). Podniesiona wrażliwość wyraża się uczuciem bólu, który, stosownie do różności przyczyn go wywołujących, występuje w trzech odmiennych, łatwych do rozróżnienia formach:

Tak zwany ból zapalny polega na czynnym lub biernym przekrwieniu, i przy wielkiej zmienności co do natężenia, odznacza się swoją trwałością, jakoteż wzmaganiem się pod wpływem nacisku na bolące miejsce. Trwałe to wrażenie, ogranicza się po większej części na uczuciu pełności, ciężkości i ciśnienia w głębi podbrzusza, przecież w wielu bardzo wypadkach przeważnym miejscem tego rodzaju dolegliwości bywa okolica krzyżowa. Często bywa przy tém, od czasu do czasu, szczególnie podczas stania i chodzenia, a przynajmniej przy wysileniach ciała, uczucie tłoczenia ku okolicy sromowej. Bóle żywsze, często przez chorych mianem „kłujących” określane, odnoszą się do zapalenia śluzki otrzewnej, powlekającej wewnętrzne organa płciowe.

Bardzo wiele chorych skarży się czasami na bóle „do porodowych zbliżone.” Te są po największej części następstwem rzeczywistych kurczeń macicy, wywołanych nagromadzeniem się krwi, śluzu, ropy, w jamie macicy, nowotworami rozwijającymi się w ścianach lub jamie tego organu, wysiękiem w tknię błony śluzowej, prowadzącym do częściowego odłuszczenia się tej ostatniej (miesiączka bolesna błoniasta). Natężenie takowych bólów zależnem jest od siły ściągania się, od stopnia targania jakiego przy tém szyja doznaje, wreszcie od stopnia chorobliwej wrażliwości macicy. Odnaczają się one stale swym charakterem przepuszczającym, oraz krótkością trwania pojedynczych napadów, chociażby te, stosownie do okoliczności, następowały po sobie z częstością silnych bólów porodowych. Polegają one na uczuciu ciągnięcia, raz ograniczającego się na samém tylko podbrzuszu, drugi raz wychodzącego z okolicy lędźwiowej lub krzyżowej i promieniejącego ku sromowi i dolnym kończynom. Tworzą one tak zwane kolki maciczne (albo podczas miesiączki — miesiączkowe). Niektóre chore określają jako porodowe także i:

Bóle newralgiczne, które z wyjątkiem nader rzadkich tylko wypadków, gdzie od prawdziwej pochodzą hysteralgii, zwykle są objawem przewlekłych cierpień macicy, i dla tego zdarzają się bardzo często. I te także przychodzą napadami, z których pojedyncze, jużto krócej już dłużej trwające, częściej lub rzadziej powracające, przedstawiają wyraźny typ przepuszczający (intermittujący), a przynajmniej wyraźne nasilenia i zwolnienia, — zwykle przecież ze swego zachowania się łatwo dają się odróżnić od bólów spowodowanych kurczeniem się macicy. Przychodzą one raz bez żadnego szczególnego powodu, drugi raz widocznie w skutek wzruszeń umysłowych, wysień ciała lub miejscowego podrażnienia organów płciowych, a często także przed lub podczas trwania regularności, jako tak zwana miesiączka bolesna nerwowa. Mogą się one poczynać z miernem natężeniem i zwolna wzmagać się aż nie do zniesienia, lub téż odrazu występować z charakterem przyszywającym. Punktem ich wyjścia bywa mała miednica; często bardzo jedna lub druga tylko strona takowej. Ztąd promienieją one ku podbrzuszu lub pachwinom, albo téż dalej ku lędźwiom, krzyżowi, sromowi zewnętrznemu, ku przedniej wewnętrznej lub tylnej powierzchni ud, albo jeszcze więcéj ku dołowi. Do nich częstokroć dołączają się także podobne bóle w sutkach, oraz najrozmaitsze stany kurczowe. Często bardzo ból w miednicy samej jest bardzo nieznaczny, albo téż daje się dostrzegać przy dłuższém np. staniu i t. p., gdy tymczasem w okolicy pachwinowej (*ovarian pain* anglików), w dolnej okolicy lędźwiowej i krzyżowej, w okolicy ogonowej (*coc-*

cogodynia), rzadziej w biodrach lub w dolnych kończynach, jest powodem największej męczarni. Te nerwobóle rozgałęzień splotu lędźwiowego i krzyżowego, oraz nerwów ogonowych, tłómaczyć należy albo jako objawy rozpromieniania i odruchów, albo odnosić je do przekrwień, po większej części przewlekłych, w naczyniach miedniczych, albo uważać je za następstwo poprzednich wpływów traumatycznych (przy dawniejszych porodach), lub wreszcie jako nieznaczne pozostałości zapaleń wokółmacicznych. U innych chorych występują na widownię i odleglejsze nawet nerwy, gdy np. chora dręczona jest głównie migreną, nerwobólem twarzowym (*prosopalgia*), lub bólami w odstępach między krótkimi żebrami, lewej osobliwie strony.

Nadczułość (*hyperaesthesia*) nerwu sromnego wspólnego (*n. pudendus communis*) wyraża się bardzo często uczuciem swędzenia. To swędzenie pochwy i sromu dostrzeganem bywa przy bardzo wielu cierpieniach macicy i t. p. i należy do najprzykrejszych objawów. Większa część chorych ukrywa je z przyczyny wstydu tak długo jak można. Wiele z pomiędzy nich doprowadza to do samogwałtu, a niektóre wpadają w choroby umysłowe. Rzadziej, nadczułość nerwów sromnych objawia się kurczowemi ściąganiem mięśnia zwieracza pochwy (*Spasmus vaginae, Vaginismus*), które występują szczególnie przy dotykaniu wejścia pochwy, a tém samém utrudniają, a nawet zupełnie uniemożliwiają spółkowanie.

Mniej często niż nadczułość, ale bynajmniej nie rzadko, miewa miejsce nieczułość sromu (*anaesthesia vulvae*), a w skutek tego więcej lub mniej zupełna utrata popędu płciowego, długotrwały a nawet ciągły brak uczucia rozkoszy przy spółkowaniu i ztąd odraza i wstręt do takowego.

Obok wrażeń chorobliwych zawsze prawie mamy do czynienia z nieprawidłowością wydzielin. W stanie normalnym, wydzielanie błon śluzowych wyściełających organa rodne niewieście w czasie poza miesiączkowym, tak jest szczupłe, iż jego następstwem bywa tylko wytworzenie się czopka śluzowego w kanale szyi macicznej, który to czopek wydalonym zostaje za nadejściem pierwszej regularności; wpływu zaś z części płciowych nie ma żadnego. Tak zwane białe upławy (*fluor albus*) każą zawsze dorozumiewać się chorobliwego powiększenia wydzielin. Powiększenie to nierównie częściej dotyczy błony śluzowej macicy niż pochwy. Badania Donné'go, Tyler'a Smith'a,

Scanzoni'ego i Koelliker'a, oraz Hennig'a wykazały, że wydzieliny rozmaitych oddziałów przyrzędu rodnegu, różnią się między sobą, i tak:

Śluz z jamy macicy przedstawia się albo jako płyn bezbarwny, lub szarawy, przezroczysty, rzadki; albo też jest ciągliwy, lepki; albo mętny, mniej lub więcej do ropy podobny; albo z krwią pomieszany. Stosownie do tych różnic, znajdujemy w nim pod drobnowidzem albo tylko szczupłą ilość nabłonka migawkowego, albo prócz tego jeszcze zmienną ilość komórek ziarnistych, ciałek krwi, a u starszych szczególnież osób tłuszcz wolny, niekiedy cholesterynę, monady i algi (dwukomórkowe). Oddziaływanie jest przeważnie alkaliczne.

Wydzielina kanału szyi macicznej jest bardzo lepka, bezbarwna, alkaliczna, i zawiera głównie bardzo blade, okrągławe lub też wydłużone komórki z migawkami lub bez nich, a obok tego, lubo rzadko, grzybki fermentacyjne i wibryony. Przez pomieszanie ze śluzem pochwy, część czopka galaretowego, wystająca z ust macicznych, a przynajmniej z niemi granicząca, staje się mętną, przyjmuje barwę białawą lub biało-żółtawą i odmienne oddziaływanie. Większe jeszcze zmiany w wydzielinie wywołują powikłania z różnorodnemi postaciami owrzodzeń, tak często zdarzających się w dolnym końcu szyi macicznej, oraz z wybujałościami, które kończyć się zwykły rozpadem posokowatym. W tych razach, o czém na właściwém miejscu będzie wspomnianém, napotykamy wydzieliny surowicze, ropiaste, posócyste, często nadzwyczaj cuchnące i niejednokrotnie z krwią pomieszane, lub naprzemian z odchodami krwawemi.

Śluz pochwoy przedstawia się jako płyn gęstawy, mleczny lub śmietankowaty, wyraźnie kwaśno oddziaływający, albo też mniej lub więcej ropiasty. W nim znajduje się nabłonek brukowy, ciała śluzowe i ropne, a im te ostatnie liczniej są reprezentowane, tém częstszym jest odkryty przez Donnego i pod nazwą rzęsistka pochwowego (*Trichomonas vaginalis*) opisany wymoczek, jakoteż nierzadko napotykane wibryony i wiele rodzajów grzybków, z których jeden, jak L. Mayer się przekonał, ma znaczenie patologiczne. Ten rodzaj grzybka, posiadający szerokie od 0,0015—0,0034 milim. w tym przemiarze wynoszące nici (*thalli*), okrągłe lub owalne zarodniki, nagromadza się między nabłonkiem na błonie śluzowej pochwy i sromu w gniazdach podobnych do plamek cechujących Soor, i sprawia wtedy gwałtowne palenie i swędzenie.

Zaburzenia czynnościowe, występujące w następstwie rozmaitych cierpień, przeważnie manifestują się zmianami w mię-

s i ą c z k o w a n i u. Wystąpienie i trwanie czynności organów rodnych, nawet w granicach zdrowia, podlega znacznym wahaniom. Z tém wszystkiém, znaczniejsze pod tym względem zboczenia wymagają ścisłego zbadania, i zasługują na tém większą uwagę, jeżeli stan ogólny całego ustroju nie odpowiada zachowaniu się czynnościowemu przyrządu płciowego. Opóźnione wystąpienie, pozorny lub rzeczywisty brak odpływów miesięcznych, mogą mieć źródło w wadliwości rozwoju jajników i macicy, we wrodzonym zamknięciu dróg rodzajnych. Wydzieliny krwiste mające pozór miesiączki wczesnej (*menstruatio praecox*) często są patologicznej natury. Zaprzymanie miesiączkowania w wieku dojrzałości płciowej, może być czasowém lub trwałém. Pierwsze spowodowane być może tak brzemiennością, jakotéż rozmaitemi stanami chorobowemi; drugie — przerodzeniem obu jajników lub rozrostem tkanki łącznej macicy. Nie-równie częściej spostrzegać się zdarza, że pod wpływem wielu cierpień, zmienia się czas trwania okresu miesiączkowania i krwawienia miesiączkowego, w ten mianowicie sposób, że zwykle mamy skrócenie pierwszego z powiększeniem i przedłużeniem drugiego, i odwrotnie: rzadsze przychodzenie regularności z uszczupleniem wydzielin i wydalin. Pojedyncze sprawy chorobne, prowadzą w różnych swych okresach stopniowo do obu tych zmian. Nawet po zaprzestaniu miesiączkowania, stany patologiczne macicy, mianowicie téż najczęściej w tym wieku występujący rak, sprowadza krwotoki, które łatwo bardzo przez chore błędnie zostają tłómaczone, gdyż uważane bywają za powracającą miesiączkę. Złudzenie tego rodzaju tém jest łatwiejszém dla kobiet, że z powszechnego doświadczenia wiadomo, iż miesiączkowanie zanim zupełnie ustąpi, często przychodzi w odstępach nieregularnych i dłuższych. Dla tego téż mierne nawet odpływy krwi w latach przekwitowych wymagają wielkiej ze strony lekarza baczości.

Często zdarzają się przeszkody w s p ó ł k o w a n i u, jakiemi są wrodzone lub nabyte zwężenia lub zarośnięcia sromu i pochwy, kurecz pochwy, nieodprowadzalne wypadnięcie macicy, a daleko częściej jeszcze, wrażliwość na dotykanie, powstająca w skutek przekrwień i zapaleń rozmaitych oddziałów dróg rodzajnych, której w razie istnienia owrzodzeń lub wybujłości na części pochwowej macicy, towarzyszą odchody krwawe.

Jeżeli przez to i p ł o d n o ś ć także zostaje zmniejszoną, wpływać na to mogą więcéj jeszcze przeszkody w przenikaniu nasienia do macicy, powstające z nieprawidłowego położenia części pochwowej przy rozmaitych zmianach w kierunku macicy, z zaciśnięcia wewnętrznego otworu szyi macicznej przy zgięciach macicy, z nieprzenikalności jajowodów

przy nieżytych i zarośnięciach. Daléj uniemożliwioném być może dojrzewanie i uwalnianie się jajek, przez przewlekłe zapalenia lub przeistoczenia jajników, albo téż ich zatrzymywanie się w macicy, jakotéż przez sprawy nieżytowe w téj ostatniéj się odbywające. U kobiet zaś które nie utraciły płodności, zajście w ciążę daje powód do wielu dolegliwości i niebezpieczeństw, gdyż z wyjątkiem rzadkich wypadków ciąży zewnątrzmacicznej, zagraża ciężarnym przedwczesne przerwanie ciąży, a gdyby ta doszła do swego kresu — grożą im mniej lub więcej znaczne zboczenia w akcie porodowym i położu.

Organa, bezpośrednio graniczące z częściami płciowemi wewnętrznymi, mianowicie pęcherz moczowy i kiszka odcibodowa, wyjątkowo tylko nie doznają zaburzeń w swych czynnościach, w obec spraw patologicznych, odbywających się w tamtych. Najzwyklejszym objawem jest częste parcie na mocz, czemu nie rzadko towarzyszy ból przychodzący w czasie lub po oddaniu moczu. Zaburzenia te, nie zawsze są skutkiem nacisku, jakiego pęcherz doznaje, lub téż następczego nieżyty pęcherza, lecz bardzo często wywoływane bywają przemieszczeniem i targaniem, jakiego ten organ doznaje, albo téż (podobnie jak wspomniane już cierpienia nerwów, pochodzących od splotu udowego i kulszowego) uważane być mogą za proste objawy odruchowe. W niektórych razach miewa także miejsce dłużéj lub krócéj trwające zatrzymanie moczu, lub przeciwnie, mimowolny odpływ takowego; — ale i te objawy nie są wyłączném tylko następstwem mechanicznego ucisku, wywieranego na szyję pęcherza, lub istnienia przetok moczowych. Nie zbyt rzadko powstaje zwężenie lub zagięcie moczowodów, z następczém rozszerzeniem takowych wraz z miedniczką (*Hydronephrosis*), szczególnie przy zgięciach lub raku macicy, oraz w razie obecności wysięków naokoło przedniéj części szyi macicznej, do którój moczowody ściśle przylegają.

Przy wszystkich przewlekłych cierpieniach wewnętrznych części rodnych — z aparcie stolca, a przy ostrych przekrwieniach — biegunkę, połączoną z odchodzeniem śluzu przezroczystego lub mętnawego, niekiedy prążkami krwi zabarwionego (*diarrhée glaireuse*), uważać należy za prawidło. To téż wiele kobiet cierpiących na choroby przewlekłe, dostają biegunki na kilka dni przed pojawieniem się regularności, lub równocześnie z takową; zaś chore cierpiące na przewlekłe zapalenia macicy, lub jéj części dodatkowych, za każdym nasileniem (*exacerbatio*) processu. Często przed lub w czasie oddawania stolca przychodzi ból, z przyczyny przewlekłego przekrwienia saméj kiszki od-

chodowej, lub też w skutek wypełnienia téj ostatniej, wreszcie w skutek tego, że posuwające się massy kału w téjże kiszce, wywierają bolesny nacisk na macicę lub jéj części dodatkowe. Rozdęcie żył odbytniczych jest nadzwyczaj pospolitým powikłaniem; stoi ono częstokroć w blizkim związku z cierpieniem macicy, — to bowiem ostatnie wywołuje długotrwałe przekrwienie we wszystkich organach miedniczych, lub też samo jest przekrwienia takiego następstwem. Często też, w skutek habitualnego zatrzymania stolca, przychodzi do znacznego nawet rozszerzenia dolnego końca kiszki odchodowej (*rectocele*).

Tak zwane objawy sympatyczne czyli w s p ó ł c z u c i o w e (konsensualne) okazują się w najrozmaitszych okolicach ciała. Polegają one na przypadłościach nerwowych i zmianach w skórze, takich samych, lub podobnych do tych, jakie wywołują miesiączka i ciąża. Do najczęstszych przypadłości należą tu zaburzenia w trawieniu, jak niestrawność z nudnościami, a nawet wymiotami, nadmierny apetyt, kurcz żołądka, wzdęcie brzucha, a przynajmniej okolicy podżołądkowej, oraz nerwobóle o których wspominaliśmy już przy opisie miejscowych wrażeń nieprawidłowych. Częstokroć obok tych, napotykamy jeszcze mnóstwo innych przypadłości, polegających na rozmaitych nadczułościach, znieczuleniach, kurczach i porażeniach, aż do najzupełniejszego obrazu maciennictwa (*hysteria*). W tych wprawdzie wypadkach, gdzie mamy najwięcej charakterystycznych objawów właściwego maciennictwa, jak kulę macienniczą (*globus hystericus*) i maciennicze napady drgawek, zwykle wykazać można usposobienie dziedziczne do téj choroby, lub że ta ostatnia wybuchła jeszcze przed rozwinięciem się miejscowego cierpienia przyrzędu płciowego. Jeżeli przeto początek maciennictwa często nie daje się odnieść wyłącznie do chorób macicy, jajników i t. d.; zawsze jednak te ostatnie pozostaną główném źródłem rozmaitych cierpień nerwowych, które zazwyczaj prowadzą do przypadłości znanych pod nazwą macienniczych. Nawet w przypadku porażen i przykurczeń kończyn dolnych, zwłaszcza gdy te są jednostronne, przychodzić winna na myśl możliwość takiego związku, bowiem w przeważnej liczbie tak objaśnianych wypadków, nie było rzeczywistego porażenia kurczliwości mięśniowej, ale tylko używalność kończyny znajdowała przeszkodę w bólu jaki przy tém powstawał. Zrobiono także spostrzeżenie, że drgawki padaczkowe (epileptyczne), które wybuchły w skutek przestrawu podczas miesiączki, i od tego czasu przez lat 7 często się powtarzały, ustąpiły po uleczeniu istniejącego w tym wypadku przewlekłego zapalenia macicy.

Zaburzenia w trawieniu, jakotóż i inne cierpienia współzuciowe, coraz to więcej upośledzają odżywianie, które częstokroć i tak już cierpiało, w skutek związanej z miejscowem cierpieniem utraty soków, lub też w skutek poprzedzającej je jeszcze blednicy i niedokrwistości. To też wiele z pomiędzy chorych znacznemu ulegają wychudnieniu. Wprawdzie skóra i błony śluzowe nie zawsze przedstawiają takie własności jak przy wysoko posuniętej blednicy, a szmerów w naczyniach szyjnych i w sercu często bardzo brakuje. Nadto, w wypadkach gdzie objawy takie zdarzy się napotkać, pomijając choroby połączone z silnemi krwotokami macicznymi, anamneza wykazuje najczęściej, że jeszcze przed rozwinięciem się sprawy chorobowej w częściach rodnym, niedokrwistość istniała. Nakoniec, zdarzają się wypadki, w których przeciwnie, przychodzi do znacznej otyłości, co szczególnież widzieć można u chorych cierpiących na brak miesiączki (*amenorrhoea*). Zwykle przecieź odżywianie jest podupadłym, a to odzwierciedla się już w fizyognomii chorej. Tak zwany wygląd maciczny (*facies uterina*) cechuje się właściwem, bladem i płowem (*fahl*), niekiedy nawet w żółtawe wpadającym, ale różnem od charakterystycznego dla kahexyi rakowej, zabarwieniem skóry. Skóra przytém nie ma tak zdrowego wejrzenia jak przy blednicy, lecz przeciwnie — jest zwiedła i na powiekach szczególnież pomarszczona. W różnych miejscach, najczęściej jednak i najwidoczniej na skroni, są mniejsze lub większe, potem zlewające się, brunatnawe plamy — ostuda maciczna (*chloasma uterinum*), a nie rzadko i szerokie pierścienie tej samej barwy naokoło oczów, lub półkoła ograniczające się do dolnych powiek. Wzrok mdły. Ponieważ często bardzo równocześnie plamy takie znajdują się także na szyi, piersiach i t. d., to też dawniejęj pospolicie szukano siedliska choroby raczėj w wątrobie niż w sferze płciowej.

Skóra w inny jeszcze sposób brać może udział w cierpieniu. Trądzik, wyprysk, wypadanie włosów, często towarzyszą przewlekłym cierpieniom macicy i t. d., a pojawieniu się miesiączki lub nasileniu choroby częstokroć towarzyszy ukazanie się świeżej wysypki na skórze. Ostre podrażnienia części płciowych dają powód do powstania przemijających plam czerwonych na skórze szyi, piersi, twarzy, a nawet pokrzywki gorączkowej (*Urticaria febrilis*). Sutki doznają często, w przebiegu przewlekłych cierpień macicy i jajników, zmian zupełnie podobnych jak podczas ciąży, jakkolwiek mocnego ciemno-brunatnego zabarwienia obwódki brodawki sutkowej (linii białej i skóry naokoło pępka), jakie u ciężarnych wykształcać się zwykło, nigdy w innych okolicznościach nie spostrzegaliśmy.

3. B a d a n i e.

a) B a d a n i e z a p o m o c ą d o t y k u.

Części płciowe wewnętrzne tylko w razie znakomitego ich powiększenia, alboważ znacznego przemieszczenia ku górze, mogą być wymacaniemi od strony okolicy podbrzusznój. W każdym innym razie, albo wcale nie dają się dosięgnąć przez powłoki brzuszne, albo przynajmniej, w żaden sposób niepodobna z pewnością określić górnego ich obrysu. O ile, w ogóle, palce ręki płasko ułożonój ponad kośćmi łonowemi zbliżyć możemy do tylnego odcinka wchodu miednicy, a nawet w przednią część jamy miednicznej je wprowadzić, — zależy to od rozmaitych okoliczności. Jędrność powłok brzusznych u dziewic i kobiet które nigdy nie rodziły, stanowi częstokroć trudną do przewyciężenia przeszkodę. Tam nawet, gdzie skutkiem przebywanych poprzednio ciąży, przyszło do znacznego rozstąpienia się mięśni prostych, obawa mającego się dokonać badania, tudzież podniesiona wrażliwość ścian i trzewiów brzusznych w chwili pierwszego dotknięcia, wywołać może tak silne naprężenie mięśni brzusznych, że nawet największa wytrwałość i najłagodniejsze przełożenia ze strony lekarza, nie zawsze wystarczą do usunięcia tój przeszkody. Dalej, badanie zewnętrzne utrudniać mogą rozdęte gazami kiszek, jakoteż zbyteczna otyłość. Pierwsze spotykamy szczególniej u osób macienniczych, a w związku z ostatniem, także w wypadkach tak zwanój ciąży pozornej (*graviditas spuria*). Jędrny pokład tłuszczowy w ścianach brzusznych zdarza się przeważnie u kobiet, które już przekroczyły punkt kulminacyjny dojrzałości płciowej, ale też dosyć często i przed tym okresem życia, a obecność jego niweczy częstokroć najusilniejsze starania, by choć przybliżenie ocenić objętość powiększonój macicy. Nieprzyjaznemu wpływowi wyżej przytoczonego momentu jesteśmy w stanie zapobiedz stosownem postępowaniem. Naturalne naprężenie ściany brzusznej zmniejsza się, jeżeli uda zbliżone będą do brzucha; zaś dowolny opór zależący od działania tłoczni brzusznej najłatwiej się przewycięża, zajmując uwagę chorych coraz to nowemi zapytaniami. Wzdęcie brzucha zmniejsza się z chwilą opróżnienia przewodu pokarmowego za pomocą lewatyw i łagodnych środków rozwalniających, samo zaś przez się, mniejsze jest wczesnie zrana, przed przyjęciem pokarmu. Wysoko posuniętą wrażliwość osłabić można przez zachloroformowanie; przecież bardzo rzadko tylko zachodzi istotna potrzeba uciekania się do tego środka.

Dolny odcinek macicy wraz z częściami przyległemi, osiągalnym jest tylko przez pochwę i kışzkę odchodową. U dziewic, badanie tego rodzaju na znaczne napotyka trudności, nie w takim wszakże stopniu, żeby aż musiano opierać się na dogmacie: „*medico non est crimen, virginibus frangere hymen.*“ Częstokroć błona dziewicza ma postać kolistego szlaku, co ułatwia wprowadzenie palca wskazującego do pochwy. Jeżeli błona ma kształt półksiężycowaty, wystrzegać się trzeba, by nie przedsiębrać badania przy rozłożonych udach, aby przez to nie powiększać bardziej jeszcze napięcia wolnego brzegu błony. W wypadkach zresztą gdzie dolegliwości chorób dają podejrzenie choroby wewnętrznych organów płciowych, tam zwykle błona dziewicza jest bardziej wiotką niż w stanie prawidłowym. Nakoniec, doświadczenie uczy, że nawet w niekorzystnych warunkach, przy potrzebnej cierpliwości i baczności, udaje się wprowadzić palec wskazujący do pochwy. Dlatego też w takich wypadkach usiłowanie wprowadzenia najpierw małego palca, zdaje się być wcale nie odpowiedniem, gdyż badając nim, nie możemy otrzymać rezultatów wystarczających. Mniej jeszcze zasługuje na uznanie przełożenie niektórych lekarzy, by w celu oszczędzania wstydlivosti dziewczęj, rozpoczynać badanie od strony kışzki odchodowej. Tego rodzaju badanie, częstokroć wprawdzie uzupełnia w sposób bardzo pożądany wypadki innego; lecz zastosowane samo jedno wyłącznie, pod względem rezultatów jakie daje, nie dorównywa badaniu przez pochwę. Chore, mniej go się wprawdzie obawiają niż tego ostatniego, z tém wszystkiem jest ono dosyć często u dziewic, chociaż nie tak jeszcze często jak u zamężnych, tak samo a może bardziej jeszcze nie przyjemném, a zarazem bolesniejszém niż badanie przez pochwę.

Po przebytych porodach, nie tylko jeden lub dwa palce pozwalają się z łatwością do pochwy i kışzki odchodowej wprowadzić, ale nawet sklepienie pochwy i przednia ściana odbytnicy, dla znacznej ich wiotkości, dają się łatwiej i dalej odepchnąć ku górze. Jeżeli przytém macica nie jest ani przemieszczoną ani powiększoną, to można omacać tylną jej powierzchnię poczynając od tylnej wargi ust macicznych, aż do przesmyku, przednią zaś nie wiele wyżej ponad takowy; jajniki zaś wcale dosięgnąć się nie dają.

Badanie zewnętrzne najlepiej się udaje, jeżeli ułożymy chorą na grzbiecie z podwyższonym tułowiem i udami przywiedzionemi (*in adductione*). Badając wewnętrznie, część pochwowa macicy, oraz dolny odcinek przedniej lub tylnej powierzchni części nadpochwowej, częstokroć wygodniej dają się dosięgnąć w położeniu stojacém. Mimo to, rzadko mamy dobrą zasadę by to ostatnie przekładać nad inne. W razie pra-

widłowego położenia, wielkości i ruchomości macicy, palec wprowadzony w kierunku osi pochwy, napotyka najpierw przednią wargę ust macicznych i sam otwór tychże ust, a przez unoszenie przedniego sklepienia pochwy dojść może, aż po nad miejsce połączenia szyi macicy z jej ciałem; gdy tymczasem poza wargą tylną normalnie wyczuć się daje tylko tylna powierzchnia części nadpochwowej szyi macicznej, ponieważ oś macicy schodzi się nieco z osią wchodu miednicy. Przy położeniu na grzbiecie, u kobiet, które nie rodziły, część pochwowa macicy, (która daje śledzącemu palcowi uczucie podobne jak koniec nosa) jest przecięciowo na 55 milim. odległa od wejścia pochwy,—przednie sklepienie 60—62, a tylne 75—80-ciu milim. Skoro położenie leżące zamienimy na stojące, to część pochwowa zbliży się do wchodu pochwy tylko o 2—5 milim., jeżeli zamiast tego nieznacznego obniżenia nie nastąpi małe pochylenie ku przodowi, które dla zbadania przedniej powierzchni macicy jest również małego znaczenia. U kobiet które rodziły, przy poziomym ich położeniu, część pochwowa i przednie sklepienie pochwy w normalnych okolicznościach leżą prawie na jednej wysokości; tylko tylne sklepienie jest nieco głębsze (60 milim.). W położeniu stojącym, następuje u takich kobiet obniżenie części pochwowej, jakoteż i sklepienia, o 5—12 mm. Korzyść z badania w położeniu stojącym, nie tylko że sama przez się jest nie wielką, ale nawet nie jest odpowiednią do skutków jakie osiągnąć można przez poucie tłoczni brzusznej w położeniu poziomym. Kurczenie się mięśni brzusznych, nietylko że zbliża organa w małej miednicy zawarte do śledzącego palca, ale zarazem zapobiega usuwaniu się ich ku górze pod naciskiem tegoż, do czego z powodu swjej normalnej ruchomości są usposobione.

Najważniejszym przecież zarzutem przeciwko badaniu w położeniu stojącym jest to, że przy takowem niepodobna połączyć badania wewnętrznego z zewnętrznym. Z wszelką słusnością utrzymywać się godzi, że ten sposób badania, który od lat 15-tu zasłużonego doznał uznania, przyczynił się głównie w nowszych czasach do uszczuplenia pomyłek w rozpoznaniu. Od chwili rozpoczęcia naszej działalności naukowej, postawiliśmy sobie za najważniejsze zadanie, przyzwyczajając naszych słuchaczy do tego, by nigdy nie badali przez pochwę lub kışkę odchodową bez jednoczesnego obmacywania brzucha drugą ręką. Tym sposobem uniemożliwiamy wszelkie zboczenie badanego organu, i przy sprzyjających warunkach jesteśmy w stanie zbadać i uzmysłowić sobie całą jamę miedniczą. Czego od góry nie można dosięgnąć, to jest dostępnem od strony pochwy lub odbytnicy; po za przednią ścianą miednicy łatwo udaje się doprowadzić do siebie i zetknąć

palce obu rąk; poza macicą dokonać tego częstokroć niepodobna. Z natury rzeczy wynika, że najdogodniej jest wnikać śledzącym palcem, do przedniej części jamy miednicznej, aż ponad kości łonowe, jeżeli 3-ci, 4-ty i 5-ty palec złoży się w pięść, a powierzchnię dłoniową tej ostatniej obróci ku przodowi; chcąc zaś jak najwyżej unieść tylne sklepienie pochwy, trzeba wspomniane palce wyprostowane ułożyć na kroczu. Również jasnym jest, że lewy brzeg macicy od wewnątrz najlepiej jest śledzić prawą ręką, prawy zaś — lewą, gdyż w takim razie dłoniowe powierzchnie palców zwrócone będą do badanego przedmiotu. Przeciwnie, jeżeli zamierzamy zbadać prawy wiąz maciczny, a szczególnie prawy jajnik, najodpowiedniej jest wprowadzić do pochwy palec prawej ręki, zaś dla zbadania lewej połowy miednicy posługiwać się ręką lewą.

Połączenie badania zewnętrznego z wewnętrznym nie wymaga żadnej szczególnej pozycji ze strony badającego. Jeżeli ten siedzi na brzegu łóżka lub sofy na której chora leży, to jest w możności ustalić ją o tyle o ile potrzeba. Dążności niektórych kobiet do utrudnienia badania przez wyprostowywanie udów, łatwo można przeszkodzić, zalecając oprzeć bliższe kolano na swych piersiach. Jeżeli zaś przewidujemy, że po badaniu beznarzędziowym, nastąpić musi jeszcze inne, w takim razie dla skrócenia całego tego nieprzyjemnego aktu, wykonać trzeba i badanie ręczne w takim położeniu, jakiego wymagać będzie druga metoda. Kto potrzebuje badać wiele kobiet, posługuje się w tym celu stosownym krzesłem, na sposób osławionych krzeseł porodowych, lecz odpowiedniej celowi urządzonem ¹⁾. Jeżeli ono nie stoi na podstawie zawysokiej, wtedy części płciowe nie tylko są zupełnie wolne, ale uadto przypadają w dogodnej wysokości, tak, że przez postawienie nogi równoimiennej z ręką badającą na podnóżku, można łokieć wesprzeć na kolanie, jakoteż łagodnym naciskaniem równoważyć opór muskulatury krocza. Badając chorą w jej mieszkaniu, urządza się na stole tak zwane: „łoże do operacji kamienia” (*Steinschnittlager*).

Jeżeli nie ma znaczniejszych nieprawidłowości, to postępując według tej metody, natrafiamy tylko na ograniczoną odporność macicy pośrodku leżącej, nieco ku przodowi pochylonej, nieczuliej, we wszystkich kierunkach ruchomej, łatwo dającej się poznać po owym kształcie i po tem, że bezpośrednio przechodzi w szyję. Jeżeli jeszcze zadamy sobie

¹⁾ Krzesło tego rodzaju, nieco skomplikowane, opisał Baumgartner i objaśnił rysunkami (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 37 i 38. 1863).

trochę trudu, to i z boku tego organu jajnik o tyle zdołamy zepchnąć ku dołowi i ustalić, że palcem przez pochwę da się on wyczuć w kształcie i wielkości migdała w łupinie. Uczucie odmienną odporności dawać będzie tylko kał napełniający odbytnicę lub zgięcie biodrowe (*flexura iliaca*). Szczególniej też nagromadzenie kału w tém ostatniem daje powód do powstania ograniczonych, czasowo nawet niebolesnych guzów, które mogą leżeć po jednej lub po drugiej, albo nawet po obu stronach, o czém zawsze pamiętać należy.

Macica powiększona — łatwiej, przemieszczona zaś — w niezwykłym miejscu wyczuć się daje, i to stosownie do rodzaju przemieszczenia już od strony przedniego, już od tylnego sklepienia pochwy, nad prawą lub lewą gałęzią poziomą kości łonowych. By guz dostrzeżony w takich okolicznościach można wziąć za powiększoną lub przemieszczoną macicę, nie wystarcza do tego wyśledzenie jego kształtu, spójności (*consistentia*) i ruchomości, oraz udziału części pochwowój w ruchach wykonywanych zagadkowym guzem. Wprawdzie powiększone ciało macicy ma zwykle postać kulistą; przecież skutkiem obecności w niém ograniczonych guzów (włókniaków), zewnętrzna jego powierzchnia może się stać bardzo nierówną. Spójność przeważnie okazuje się mocno zbitą, i to nawet tam, gdzie powiększenie spowodowaném zostało nagromadzeniem się płynu w jamie macicy, gdyż towarzyszy temu zwykle znaczne zwiększenie masy jej ścian. Wyjątki od tego najczęściej jeszcze przytrafiają się w powtórzonych ciążach, w których (mianowicie w 3-cim ich miesiącu), macica może mieć spójność ciastowatą. Mimo to, taką samą postać i spójność przedstawiać mogą i guzy innych organów, mianowicie też jajańników. Guzy te mogą być nawet tak samo ruchome jak ciało macicy, a przy swych ruchach mogą powodować równoczesne przemieszczenie téj ostatniej. To też główném zadaniem badającego będzie zawsze wykazanie, czy obok wynalezione go guza nie istnieje drugi, który mógłby być uważanym za macicę. Tam gdzie jeden tylko guz znajdujemy, możemy jeszcze uleść złudzeniu. Najpierw bowiem, guz ten może tylko pozornie wydawać się samotnym, skutkiem tego, że jest bezpośrednio przyciśniętym do macicy. Staranne połączenie badania wewnętrznego z zewnętrznym, wykazuje wtedy, że przynajmniej w niektórych miejscach na powierzchni guza znajdują się szczeliny lub przewężenia, odpowiadające granicom obu sąsiadujących ze sobą guzów, a w takim razie udaje się niekiedy takowe od siebie odciągnąć, wnikać palcami w przedział między niemi, lub téż macicę i guz, oddzielone od siebie, poruszać osobno w pewnych kierunkach. Powtóre, — guz zewnątrz macicy będący, może następnie zrosnąć się z takową. W takich, rzadkich zresztą wypad-

kach, obmacywanie samo przez się nie dostarcza nam dostatecznych wyjaśnień. Po trzecie, zdarza się, że guzy rozwijają się w ścianie macicy, a rosnąc w kierunku ku otrzewnej, następnie odstawiają od macicy. Takie szypułkowate, podsuirowicze guzy maciczne, rzecz naturalna, przedstawiają się przy obmacywaniu jako guzy zewnątrzmaciczne.

b) Badanie za pomocą zgłębnika macicznego.

Simpson: *Contribution to the pathology and treatment of diseases of uterus. Monthly journ. Juni 1843.* — Kiwisch: *Kl. Vortr. I. p. 36.* — Scanzoni: *Die Gebärmuttersonde. Ejusd. Beiträge zur Geburtsk. I. p. 173.* — Simpson: *Obstetr. memoirs etc. I. p. 33.* — Becquerel: *Malad. de l'uterus etc. I. p. 54.* — Matthews Duncan: *On a hitherto undescribed disease of the uterus, namely, an natural patency of the inner extremity of a Fallopian Tube. Edinb. med. jour. June 1856.* — Lasarewitsch: *Ueber das Einführen des Mutter-spiegels und über eine neue Muttersonde. Wiener med. Wochenschr. Nr. 42. 1664.* — Avrard: *De l'hystéromètre dilateur. Gaz. hebdom. Nr. 34 i 28. 1865.*

Wewnętrzna powierzchnia macicy dostępną jest dla badania ręką tylko w stanie położowym, w razie obecności wielkich guzów lub nagromadzenia się znaczniejszych ilości płynu w jej jamie, oraz przy wpukleniach (*inversio*) tego organu. Zdarza się to tak rzadko, że nasuwała się myśl, by do zbadania własności macicy posługiwać się tym samym sposobem, którego pożytek w patologicznych stanach przełyka, pęcherza moczowego, przy przetokach i t. p. oddawna już był widocznym. To też nie w ostatnich dopiero latach zdarzało się, że niektórzy lekarze w pojedynczych wypadkach wprowadzali w tym celu zgłębniki, świeczki lub cewniki przez usta maciczne. Z tém wszystkiém, dopiero w piątym dziesiątku bieżącego stulecia, badania za pomocą zgłębnika stały się tak częstemi, że okazała się potrzeba sporządzenia osobnych ku temu przyrządów. — Simpson z Edinburga pierwszy podniósł ważność takiego postępowania w 1843 r., a o ile się zdaje, niezależnie od tego badacza, poszli potem tą samą drogą Huguiere w Francyi i Kiwisch w Niemczech. Przyrządy zalecane przez rozmaitych lekarzy, są to dłu-

gie, cienkie, u góry guzikiem, a u dołu wygodną, płaską rękojeścią opatrzone zgłębniki. Górna ich część, odpowiednio do kierunku osi miednicy jest zakrzywiona, a w odległości 2'' 5''' od końca znajduje się wyrostek, lub też drugi guziczek, który oznacza prawidłową długość macicy, zaś poniżej tego, znajdują się nacięcia, umieszczone w odległości pół cala lub 1 centymetra. Zgłębniki te wyrobione są po większej części z twardego metalu, nowego srebra, a w nowszych czasach opatrzone zostały stawem, przypadającym w miejscu znaczka dla ust macicznych, lub też złożone z dwóch ramion na sobie się przesuwających.

Nigdy nie tęskniliśmy do posiadania przyrządów skomplikowanych; przeciwnie, — od początku naszej działalności, uczuwalismy potrzebę używania zgłębników giętkich, i dla tego też posiłkowalismy się tylko wyrobionemi ze szczerzego srebra. Podobnie jak zaprowadzanie cewników i badanie przetok, najlepiej się udaje za pomocą grubych stosunkowo przyrządów, gdyż cienkie łatwo gdzieniebądź więzną, — tak też i zgłębnik maciczny nie powinien być zanadto cienki. Z tém wszystkiém, w niektórych rzadszych wypadkach, posiadanie cieńszego narzędzia pod ręką bywa pożądaném.

Wprowadzanie zgłębnika macicznego, przy prawidłowym stanie organu, nie przedstawia żadnych trudności, jeżeli tylną wargę ust macicznych, przez przyłożenie do niej palca, niejako przedłużamy, po tym przewodniku wsuniemy zgłębnik drugą ręką do zewnętrznego otworu, a potem posuwać go będziemy w górę obniżając stopniowo rękojeść. W wyjątkowych przecież razach, już zewnętrzny otwór ust macicznych może z trudnością przepuszczać główkę zgłębnika, bądź dla tego że jest zwężony, bądź też, co częściej, że w skutek przodopochyłości macicy zwrócony jest do tylnego sklepienia pochwy. W tym ostatnim razie, najłatwiej usuwamy przeszkodę, pociągając ku przodowi całą część pochwową, za pomocą palca znajdującego się w pochwie. Często bardzo, zgłębnik łatwo wślizga się w szyję, ale nie wchodzi dalej. Pochodzić to może ztąd, że guzik utkwiał w składce błony śluzowej w pobliżu ujścia wewnętrznego. Dopomagamy tu sobie, wyciągając częściowo narzędzie i posuwając go na nowo w innym kierunku. Zwykle jednak przeszkoda tkwi w samym wewnętrznym otworze, spowodowana zgięciem osi ciała macicy, co już przy prostém omacywaniu, przynajmniej z prawdopodobieństwem, było rozpoznane. Tu, należy tak nakierować krzywiznę zgłębnika, by odpowiadała skrzywieniu lub kątowemu zgięciu macicy; zatem przy tyłozgięciu (*retroflexio*) trzeba krzywiznę obrócić ku tyłowi, a rękojeść unosić, zaś przy przodozgięciu należy rękojeść mocno opuścić ku kroczu, a jednocześnie

szyję maciczną ciągnąć zgłębnikiem ku przodowi, by tym sposobem kąty jaki macica tworzy w przesmyku, w płaski łuk zamienić. Inne modyfikacje wynikają same z siebie. Chociaż przyrząd wdrażył się do właściwej jamy macicznej, to i tu jeszcze może być zatrzymywany przez guzy wnikaające do takowej ze ścian. Zgłębniki wyrobione ze szczerzego srebra i dlatego sprężyste, łatwiej w takich okolicznościach torują sobie drogę aż do dna macicy.

Niekiedy zdarza się, że zgłębnik bez trudności wsuwa się wiele cali ku górze, gdy tymczasem omacywanie wykazuje, że macica jest nierównie krótszą. Jedyne wypadki, w którym zdarzyło nam się podobną okoliczność spostrzegać, odnosi się do najwcześniejszej epoki naszej działalności; to też wstrzymujemy się od objaśniania go. *Matthews Duncan* objawił silne przekonanie, że u trzech chorych, u których on objaw ten spostrzegał, rozszerzony był koniec maciczny jednego z jajowodów, i dla tego też zgłębnik weń wdrażył.

Użytek zgłębnika do rozpoznawania chorób, jak się to dzieć zwykło z każdym nowym sposobem postępowania, został nazbyt przecenionym, a używanie go w takich nawet okolicznościach, w których go zupełnie unikać należy, pociągnęło za sobą, jak wiadomo z doświadczenia, wiele i bardzo szkodliwych następstw: rzadko wprawdzie przedziurawienie macicy, ale nadewszystko krwotoki, zaś w razie istniejącej ciąży — poronienie. Najsmutniejszą okolicznością jest to, że lekarz wprawny w rozpoznawanie, rzadko potrzebuje zgłębnika; zaś szkody jakie zrzadza zgłębnik w rękach tych, którzy mało jeszcze mają pewności w omacywaniu, przewyższają korzyści jakie im oddaje. To też i my możemy tylko potwierdzić przestrożę daną przez *Scanzoni*'ego, żeby przyrządu tego wtedy tylko używać, gdy po starannem zbadaniu ręcznem, daje on nam nadzieję prawdziwego rozwiązania wątpliwości; niebrać zaś go do ręki tam, gdzie okoliczności rzucają choćby ślad podejrzenia o istnieniu ciąży.

Zgłębnik maciczny pozwala wnosić o położeniu, wielkości i ruchomości organu, oraz o przebiegu jego jamy i może doprowadzić ciało macicy do zetknięcia z palcem umieszczonym na brzuchu, lub (co jest lepsze przy wadach rozwojowych) wprowadzonym do odbytnicy. Dwie na początku wymienione własności macicy — zwykle, trzecia zaś — bardzo przynajmniej często, zbadać się dadzą bez pomocy narzędzia, o ile tego wymagają cele działalności lekarskiej. Kierunek jamy macicy, głównie tylko przy obecności większych włókniaków, nie da się określić w drodze prostego wnioskowania z innych faktów; co też w tych razach nigdy prawie nie wpływa na sposób leczenia.

Potrzebujemy tedy zgłębnika macicznego głównie: 1) przy wadach rozwojowych macicy; 2) przy zgięciach macicy, dla oznaczenia jej ruchomości, ze względu na pytanie, czy należy przedsiębrać próby mechanicznego wyprostowania; 3) w tych wypadkach, gdzie trudno jest rozstrzygnąć, czy guz znajdujący się w macicy jest z nią ściśle zrośnięty, czy też nie. Jeżeli górna część jamy miednicznej, nie jest zbyt dostępną dla badania, to związek guza z macicą, lub też stan przeciwny, da się niekiedy tym sposobem wykazać, że zgłębnikiem wprowadzonym do macicy porusza się tę ostatnią w różnych kierunkach, i uważa, czy ruchy te udzielają się guzowi, czy też nie. Lecz, — powtarzamy, — wypadki takie rzadko zdarzają się wprawnym badaczom.

c) Rozszerzenie szyi macicznej za pomocą gąbki prasowanej, stożków z blaszkowca (*laminaria*) i t. p.

J. T. h. Simpson: *Monthly journ. of medic. scienc. August 1844*; *Obstetric memoirs. Vol. I. p. 122 i Edinb. med. journ. July 1864*. — Aveling: *Medic. tim. and gaz. Juni 26. 1858*. — Becquerel: *Gaz. des hôpît. Nr. 32. 1858*. — C. Braun: *Wien. med. Wochenschrift August 1. 1863*. — W. O. Priestley: *Med. tim. and gaz. March 5. 1864*.

Badanie jamy macicy zgłębnikiem, nie rozstrzyga zwykle pytania, czy znajdują się w niej mniejsze polipy i t. p., czy też nie, a nawet przy obecności większych narośli nie pozwala wyprowadzić dostatecznych wniosków co do sposobu ich przyczepienia. Trwałe rozciągnięcie szyi macicznej do tego stopnia, iżby przez nią można było palec wprowadzić, następuje w tych wypadkach częstokroć nierównie później, aniżeli sobie tego życzyć można ze względu szkodliwego wpływu krwotoków i bólu na stan ogólny chorj. Niekiedy, skutkiem obfitszych krwotoków i kolki macicznej, już stosunkowo wcześniej, usta maciczne stają się czasowo dostępnymi dla palca; z tém wszystkiém nawet, spożytkowanie i téj okoliczności, nie o wiele zmniejsza ilość wypadków, wystawiających na próbę cierpliwość lekarza. Z tego też powodu, zalecał Simpson bez-

krwawe rozszerzenie szyi macicy, jako najprostszy ze sposobów umożliwiających wczesne rozpoznanie. Dokonywało się ono dawniej, przeważnie za pomocą stożkowato zakończonych kawałków gąbki prasowanej, które dobierano w coraz większych rozmiarach i pozostawiano aż do zupełnego napęcznienia. Stożki te wprowadzają się za pomocą długich korncażków, pod przewodnictwem palca, lub ustawiwszy poprzednio część pochwową macicy w otworze wziernika macicznego, i przytrzymując się dopóty, dopóki nie nasiąkną dostatecznie płynem i nie zostaną bezpiecznie utrwalonemi w swém miejscu, przez zatampowanie pochwy wata. Według przepisu *Simpsóna*, gąbka napaja się najpierw stężonym roztworem gummy arabskiej i przekłuwą drutem w kierunku długości, zanim rozpocznie się ściskanie jej za pomocą sznurka. Tym sposobem stożek zaopatrzonym zostaje w kanał, mający ujście w szerszym jego końcu, w który to kanał, dla ułatwienia włożenia stożka w szyję, wprowadzić można metalowy przewodnik. Jeżeli mając zwyczajną gąbkę prasowaną, chcemy się posługiwać przewodnikiem zamiast korncażków, to trzeba najpierw zrobić w gąbce kanał szydłem. Wyjawszy po upływie 24-ch godzin wprowadzoną gąbkę, będziemy mogli przeprowadzić palec przez zewnętrzne usta maciczne; żeby zaś i wewnętrzne sztucznie rozszerzyć, wprowadzić należy drugą gąbkę aż do jamy macicy.

Niestety, nie możemy w ten sposób rozszerzyć szyi macicznej, bez znacznego podrażnienia i obnażenia błony śluzowej. Z tego zapewne powodu, powrócono w części do używanych niegdyś stożków z korzenia goryczki (*rd. gentianae*), lub też zaczęto używać, jak np. *Becquerel*, stożków *Charrière'a*, wyrobionych z giętkiej kości słoniowej, które jednak pęczniejąc, nie zwiększają swój objętości 4—5 razy, jak gąbki prasowane, lecz podwajają ją tylko. W ostatnich czasach *Wilson* z Glasgowa podał rozszerzadła z blaszkowca palczastego (*Laminaria digitata*), rośliny z rodziny morszczynowatych (*Fucaceae*). Nasiąkają one płynem bardzo powolnie, a ztąd nie wywołują tak gwałtownego rznięcia jak gąbki, dla gładkości swój powierzchni mało atakują błonę śluzową i nie nabierają tak szkaradnej woni. Gdzie pożądanym jest bardzo znaczne rozszerzenie, tam spajamy ze sobą dwa większe stożki za pomocą obrączek gumowych.

Krwawe rozszerzenie szyi macicznej, używa się prawie wyłącznie w celach terapeutycznych. Wykonać to można za pomocą każdego cienkiego, guziczkowatego noża, o długim trzonku, w ten sposób, że nacina się nim szyję w obie strony. Prawdziwe stożkowate rozszerze-

nie osiągamy jednak pewniej za pomocą narzędzia podanego przez Simpson'a, a zmodyfikowanego przez Greenhalgh'a,

Fig. 1.

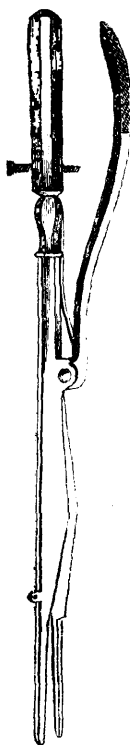
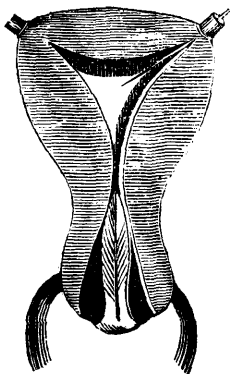


Fig. 2.



Stozkowate rozszerzenie szyi macicznej.

Narzędzie
Simpson'a.

które, na podobieństwo „*lithotome cachè*” brata Kosmy, posiada jedno lub dwa osłonięte ostrza. Aby można było rozciąć szyję maciczną w całej długości, wraz z otworem wewnętrznym, Priestley z Coxeter kazał sporządzić sobie nóż, w którym kształt zgłębnika macicznego połączył z mechanizmem używanym przez Thompson'a do rozszerzania cewki moczowej u mężczyzn.

Krwawe rozszerzenie szyi macicznej częstokroć pociąga za sobą silne krwawienie, wymagające przyżegania kamieniem piekielnym, lub nadto jeszcze i tamponowania. Jeżeli powierzchnie przecięcia nie mają się z sobą szybko zrosnąć, następce ich przyżeganie zawsze jest potrze-

bném; tylko że częstokroć nie osiąga ono zamierzonego celu. Co więcćj, jeżeli nawet zakładaliśmy potem gąbki prasowane, i częstém wprowadzaniem palca staraliśmy się o ile można przeszkodzić zrośnięciu, widzimy mimo to, że po wielu tygodniach, szerokość ust macicznych zmniejsza się coraz bardziej.

d) Badanie za pomocą wzroku i słuchu.

Choroby organów płciowych wewnętrznych, wtedy tylko bezpośrednio zmieniają postać brzucha, jeżeli skutkiem nich, organa te znacznego ulegają powiększeniu. Guz powstały w skutek obecności włókniaków w ścianie macicy, w skutek wielkich torbieli jajników, słowem w skutek każdego znaczniejszego powiększenia objętości macicy i jój części dodatkowych, skoro się tylko wzniesie do wielkiej miednicy, układa się w taki sam sposób przy przedniej ścianie brzucha, jak i macica brzemenna, odpychając kiszki ku górze i na boki. To też w tych wypadkach, brzuch, najprzód w dolnej swój części, a następnie także i w okolicy pępkowej, oraz w częściach górnych rozciąga się i wypukła. W ogóle, miernie powiększone macice zajmują więcćj środkowe, zaś guzy jajników więcćj boczne położenie; przecież i pod tym względem znaczne zachodzą różnice, a różnice te jeszcze się zwiększają, jeżeli w następstwie niektóre odcinki guza rosną w jednym przeważnie kierunku. Ztąd też ani środkowe, ani boczne wygórowanie powłok brzusznych, nie upoważnia do robienia zbyt prawdopodobnych wniosków co do siedliska guza w pewnej określonej części przyrządu płciowego. Większe guzy macicy i jajników sprowadzają podobne co i ciąża zmiany w sieci Małpighiego, w zabarwieniu skóry wzdłuż linii białej i w cechach pępka.

Pośrednio, rozmaite stany patologiczne organów płciowych niewieścich, wywołują widoczne zmiany kształtu brzucha, przez to szczególniej, że częstokroć dają powód do zaparcia stolca, z ogólném wzdęciem gazami przewodu pokarmowego, a niekiedy i do zatrzymania moczu. W tym ostatnim wypadku, przy umiarkowanym napełnieniu pęcherza moczowego, powstaje boczne, zwykle ponad-lewą gałęzią poziomą kości łonowej położone, niewyraźnie odgraniczone wygórowanie. Dopiero w razie mocniejszego napięcia ścian pęcherza, wygórowanie to przechodzi w guz ostro ograniczony, postaci kulistój. Jeżeli zbierze się półtora, dwa i wię-

cęj nocników moczu, wtedy, skutkiem zwiększania się przeważnie wymiaru podłużnego, guz przybiera kształt coraz bardziej jajowaty, a pęcherz może przyjąć prawie środkowe położenie. W takim stanie, u kobiet które rodziły, występuje on przez odstęp powstały z rozstąpienia się mięśni prostych brzucha, bardziej niż wszelki guz innej natury.

Guzy wewnętrznych organów płciowych, wznoszące się ponad wejście miednicy, zmieniają odgłos opukowy. Z tém wszystkiém, ta metoda badania małej jest wartości, albowiem granice guza ściślej dają się wysledzić za pomocą obmacywania, a opukiwanie nie pozwala wyprowadzić żadnych wniosków o własnościach powierzchni guza, ani o jego stosunku do organów zawartych w miednicy. To téż tylko przy olbrzymich, aż do łuku żebrowego sięgających guzach jajnika, znajdujemy potrzebę uciekania się do opukiwania, w celu rozróżnienia ich granic i uchronienia się od zmięszania ich z wolnym płynem w jamie otrzewnej (*ascites*).

O s ł u c h i w a n i e bardzo często już z tego powodu jest nieuniknione, że możemy być w prawie podejrzywania ciąży w drugiej połowie. Lecz nawet bez względu na to, daje ono niekiedy ciekawe, i nawet pod względem praktycznym ważne wypadki. Przy większych włókniakach macicznych, oraz — jakkolwiek mniej często — przy złożonych guzach jajnika, wysłuchać się dają po jednej lub po drugiej stronie, szmery naczyniowe, mające siedlisko w wielkich tętnicach przebiegających na powierzchni guzów i zachowujące się zupełnie tak samo, jak tak zwane szmery maciczne u ciężarnych.

e) Badanie za pomocą wziernika macicznego.

H a c k e r: *Ueber gläserne Mutterspiegel. Summarium 1836. Bd. II. Heft 6.* — S c h n i t z e r: *Die Metroscopia. Berlin 1838.* — C. M a y e r: *Ueber das Milchglasspeculum und über die Anwendung der Mutterspiegel überhaupt. Verhandl. d. Gesellsch. d. Geburtsh. zu Berlin. VII. 1853.* — H. P l o s s: *Ueber eine Hilfsmittel bei der Vaginal-Inspection. Monatsschr. f. Geburtsk. October 1859 und Juni 1862.* — T o b o l d: *Ueber einen Beleuchtungsapparat in specie zu gynäcologischen Zwecken. Monatsschr. f. Geburtsk. Juli 1861.* — L. M a y e r: *Ueber das zweckmässigste Speculum. Monatsschrift f. Geb. Juli 1861.* —

Moulin: *Note sur un utéroscope et un redresseur utérin. Union méd. Nr. 65. 1861.* — Marion Sims: *Dr. Marion Sims' Speculum. Lancet. Octob. 29. 1864.* — G. Simon: *Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln etc. Rostock 1862.*

Ponieważ przednia i tylna ściana pochwy ściśle do siebie przylegają, to też tak pochwę, jakoteż wpukloną w nią część pochwową macicy tym tylko sposobem uczynić można dostępnymi dla wzroku, że przez rozszerzenie wejścia do pochwy i oddalenia od siebie jej ścian, zamienia się ją w kanał otwierający się ku dołowi. Uskutecznia się to przez wprowadzenie tak zwanego wziernika macicznego czyli pochwowego (*Speculum uteri s. vaginae*). Przyrząd ten, według podań Pawła z Egiptu, już w VII-y wieku znajdował się w rękach lekarzy; później jednak poszedł w zapomnienie i dopiero w pierwszych dwóch dziesiątkach lat bieżącego stulecia na nowo wynalezionym został przez Récamier'a, najpierw w celu umożliwienia sobie miejscowego leczenia owrzodzeń na części pochwowój, a następnie jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu. Aż do końca 5-go dziesiątka lat bieżącego wieku, używano przeważnie wzierników metalowych, mianowicie cynowych, nowosrebrnych lub żelaznych. Miały one albo kształt prostej rury stożkowatej z rękojeścią lub bez, albo też składały się z kilku — dwóch, trzech, czterech liści, ruchomo ze sobą połączonych. Te ostatnie pozwalają się złożone wygodniej wprowadzić, a po rozsunięciu, szeroko rozwierają ściany pochwy; mają przecież tę niedogodność, że w chwili ich wyjmowania łatwo między zamykającymi się liśćmi więzną części pochwy. Bardzo ulubiony dawniej wziernik trójlistny Charrière'a, służący do tego, aby pewną część ściany pochwy w całej jej długości odsłonić, tak jest urządzony, że jeden z liści pozwala się całkowicie usunąć.

W nowszych czasach wzierniki metalowe coraz bardziej rugowane — były przez szklane lub porcelanowe, które łatwiej dają się czyścić i nie ulegają wpływowi rozmaitych płynów, częstokroć potrzebowanych w celach leczniczych. W Anglii wyrobił sobie prawo obywatelstwa wziernik Ferguson'a szklany, srebrem platerowany, a na zewnętrznej swój powierzchni czarno polakierowany; w Niemczech zaś, zalecany przez C. Mayer'a wziernik ze szkła mlecznego. Przy wyrabianiu tych wzierników, ten wzgląd miano na uwagę, by przez odbicie się wpadających promieni światła od ścian wziernika, lepiej oświetlić przedmiot badany. Tymczasem przekonano się, że nierównie jest odpowiedniej zaniechać tego zamiaru. Pożądane bowiem odbicie się światła, następuje tylko przy pewnym oznaczonym ustawieniu kątowym, i to jeszcze w ma-

łym bardzo stopniu; gdy tymczasem bardzo często promienie światła odbijają się nieregularnie, i przez to nawet szkodzą. Z poznaniem tego, ginie mniemana wyższość wziernika *Ferguson'a* nad wziernikiem *Mayer'a*, a pozostaje tylko do rozważenia 4-kroć wyższa cena pierwszego. Wziernik ze szkła mlecznego daje najwyraźniejszy obraz wtedy dopiero, gdy wewnętrzna jego powierzchnia zostanie matowo oszlifowaną; przecież i mimo téj zmiany, z jego pomocą widzieć można dosyć wyraźnie. Nie ma tedy potrzeby ani przysparzać sobie kosztów przez szlifowanie na mat, ani téż wracać do poczernionego szklanego wziernika *Hacker'a*.

By zyskać lepsze oświetlenie, posiłkowano się w ostatnich czasach prawdziwemi zwierciadłami. *Ploss* poleca w tym celu albo wklęsłe zwierciadło stalowe, albo téż wylaną polewą zwierciadlaną soczewkę o 7—10" odległości ogniskowej; soczewka ta nie potrzebuje być opatrzona otworem dla oka badającego, gdyż jest dosyć miejsca patrzeć obok niej.

Tobold i *L. Mayer* podali osobny przyrząd oświetlający. Składa się on ze zwierciadła parabolicznego, o 4" wylocie, oraz z rewerberu, którego środek optyczny leży na osi zwierciadła, a który odbija także i promienie, wpadające w otwór służący do umieszczenia lampy. Przyrząd ten, by nie tamować lekarzowi swobody poruszeń, przytwierdza się w odległości 5—6' na podstawie z rury żelaznej, w której za pomocą pewnego mechanizmu (*Frictionsrolle*) porusza się pręt drobno-zębowany. Przy okrągłym, tym pręcie znajduje się podobne urządzenie jak przy zwyczajnej lampie przesuwalnej (*Schiebelampe*), które pozwala nakręcać ją według upodobania i które z boku opatrzone jest w płatkę oszlifowaną pod kątem prostym i poziomo stojącą, w której lampa (moderator) wisi, i może być dowolnie nachylana pod kątem. Przyrząd ten oświetla silniej niż zwykłe światło dzienne; przecież gynecolog z powołania, dla oszczędzenia swego wzroku, przekładać będzie to ostatnie. Zwierciadło *Ploss'a* przydatne jest do ułatwienia sobie w niektórych razach badania w prywatnych mieszkaniach; zawsze jednak stosowniej będzie unikać nieodpowiednich po temu miejscowości.

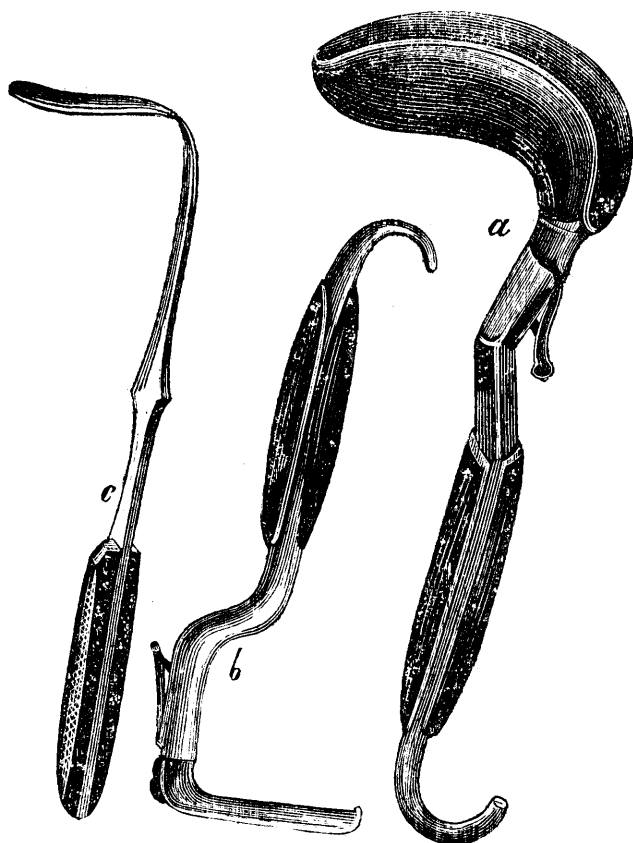
Różnice w pojemności pochwy i w objętości części pochwowej, wymagają, by lekarz miał do swego rozporządzenia wzierniki rozmaitego kalibru. Daléj, raz zasługują na pierwszeństwo równo, drugi raz skośnie u góry zakończone. Te ostatnie łatwiej prześlizgują się przez wejście do pochwy, mają obszerniejsze pole widzenia, i w tych wypadkach, gdzie ós macicy znacznie zboczyła od normalnego swego kierunku, szczególnież téż przy przodopochyłości, łatwiej przyjmują w siebie część pochwową. Z tém

wszystkiém, korzyści te nie są wielkiego znaczenia, szczególnież téż ostatnia. Bowiem bardzo często, za pomocą poruszeń drażkowych, udaje się nastawić dla oka jedną tylko wargę ust macicznych, gdy tymczasem drugą zakrywa skośny koniec wziernika. Równó ucięte wypełniano dawniej zatykadłem czyli przewodnikiem, by wprowadzenie do pochwy było ile można łagodném; tym jednak sposobem pozbawiamy się możności śledzenia wzrokiem za brzegiem otworu, a tylko na téj drodze najpewniej uniknąć można bolesnego ucisku na ujście cewki moczowej i inne części sromu. My téż nigdy nie używamy przewodników, lecz otwieramy srom

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.



Wzierniki Simon'a.

c rozwieracz boczny, *b* blaszkowaty, *a* rynienkowaty.

i pochwę przez rozchylenie warg, a w razie potrzeby — i innych części, i patrzymy przez sam wziernik, wprowadzając go za pomocą pokręcania. Jeżeli przy posuwaniu narzędzia dalej, baczyć będziemy, by poprzeczna szczelina, utworzona przez zetknięcie obu ścian pochwy, stale przypadała na środek otworu wziernika, to część pochwowa najczęściej bez wszelkich trudności wejdzie w ten otwór. Jeżeli się to nie stało, w takim razie staramy się to osiągnąć przy pomocy poruszeń drągowych, obrotowych i przez poruszanie górnego końca wziernika w innych kierunkach. Jeżeli

Fig. 6.



Wziernik
Mariona Sims'a.

mimo to wszystko nie udaje się uwidocznic całej części pochwowój, w takim razie bierzemy zgłębnik lub szczypce uzbrojone skubanką lub watą, by przez naciskanie ściany pochwy, lub też bezpośrednie działanie na część pochwową, tę ostatnią całą wciągnąć w otwór wziernika. Niewprawnym, może w pewnych okolicznościach wypaść potrzeba wprowadzenia najpierw zgłębnika w szyję macicy, a następnie przezeń wziernika. Skoro już część pochwowa wstawiła się, przekonać się można, że wziernik równo ucięty przez jednostajne napięcie całego sklepienia pochwy, wargi ust macicznych grzybowato na zewnątrz wywraca, i tym sposobem odsłania także dla wzroku dolną część wewnętrznej powierzchni szyi macicy. Tę korzyści wziernik skośnie ścięty nie daje. By dokładnie wysledzić własności błony śluzowej, znajdującej się w polu widzenia, najczęściej oddalić trzeba pokrywający ją lepki śluz, za pomocą zwitka waty ujętego długim korcangiem i zwilżonego wyskokiem lub

roztworem sody.

Jeżeli część pochwowa macicy jest mocno obrzmiała, albo gdy idzie o obejrzenie większych guzów w sklepieniu pochwy, albo o ściślejsze zbadanie samych ścian pochwy, w takich razach zamiast wzierników pełnych ze szkła, użyć trzeba pół-wzierników metalowych, takich, jakie zostały wynalezionemi do ułatwienia operacji przetoki pęcherzo-pochwowej. Przed zastosowaniem tych przyrządów nie zwracano wcale uwagi na to, na jakiej rozciągliwości pochwa da się uczynić dostępną dla wzroku. Częstość wystarcza już wprowadzenie rynienkowatego półwziernika wzdłuż tylnęj ściany pochwy; innym razem trzeba jeszcze roztworzyć pochwę

ku górze przez założenie wziernika blaszkowego, a nawet rozciągnąć boczne ściany przy pomocy wąskich rozwieraczy bocznych. Pół-wzierniki pozwalają nadto połączyć badanie ręczne z badaniem za pomocą wzroku, tak że niepotrzeba już do tego używać osobnego krótkiego wziernika pełnego ze szkła.

f) Zastosowanie sztucznego obniżenia macicy
w celu rozpoznawania chorób.

Jobert: *Traité de chirurg. plastique. Paris 1849.* — G. Simon: *Die Operation des Blasenscheidenfisteln u. s. w. Rostock 1862.*

Wykonanie rozmaitych operacyj na wewnętrznych częściach płciowych ułatwia się przez uprzednie ściągnięcie macicy aż do wejścia, albo i przez wejście pochwy. Tak postępując, nie tylko że sklepienie pochwy i część pochwową macicy przybliżamy do oka i palca lekarza, ale nadto, przy dostatecznej szerokości szyi macicznej umożliwiamy sobie wprowadzenie palca do jamy macicy i obmacanie wewnętrznej powierzchni takiej. To też sztuczne obniżenie (*descensus*) macicy zaleca się jako pomocniczy środek rozpoznawczy w tych wypadkach, w których istniejące objawy wskazują, że w jamie macicy dotykalne zmiany mają miejsce, jakotóż wtedy, gdy udowodnioną jest obecność tamże narośli, której przyczępienie i t. p. dokładniej chcemy wysledzić. Prosty, metodycznie wzmacniany nacisk na dno macicy przez powłoki brzuszne, albo, przy tyłopochyłości macicy, pociąganie dwoma wysoko do odbytnicy wprowadzonymi palcami, tylko przy znaczném zwiotczeniu przyrządu przytwierdzającego, wystarcza do zepchnięcia części pochwową aż do wchodu pochwy. Zwykle, w ten tylko sposób macica dostatecznie obniżoną być może, że samą część pochwową pewno ujmujemy, i silnemi pociągnięciami ściągamy. W tym celu, wprowadziwszy szczypce *Museux*'go pod przewodnictwem palca, lub po uprzednim założeniu pół-wziernika, ujmujemy niemi część pochwową od przodu i od tyłu, a następnie za pomocą mocno skrzywionej igły, przeciągamy parę pętlic z mocnych nitek przez wargi ust macicznych. To ostatnie postępowanie potrzebnem jest dla tego, że pętlice nietylko utrudniają wprowadzenie palca w szyję maciczną co haki szczypców. Gdzie szyja jest dostatecznie rozszerzona,

tani możemy także zwyczajny wziernik do jamy macicznej wprowadzić i stan takowej okiem zbadać.

Sztuczne obniżanie macicy jest w pewnych okolicznościach przedsięwzięciem niebezpiecznym; to téż przystępując doń, postępować trzeba oględnie, nieustannie próbować czy macica jest ruchomą, a skoro się napotka bardzo znaczny opór, zaniechać dalszych usiłowań. Gdzie jednak obniżenie udaje się bez użycia wielkiej siły, tam nigdy złych następstw, ani nawet utrwalenia się przemieszczenia obawiać się nie ma potrzeby.

4. L e c z e n i e.

Dokładne postrzeżenie przebiegu rozmaitych chorób organów płciowych niewieścich, jakiém odznaczają się ostatnie lat dziesiątki, wykazało widocznie, że nie licząc tych wypadków, w których przywrócenie zdrowia możliwém jest tylko w drodze operacyjnej, wyleczenie lub polepszenie stanu zdrowia chorych osiągnąć się daje tylko pod wpływem leczenia miejscowego, — które bardzo często stanowi najważniejsze zadanie sztuki. Zanim to przekonanie zdobytém zostało, prowadzono gwałtowny spór o wartość ogólnego i miejscowego leczenia, w którym to sporze stronnicy leczenia miejscowego nie zdołali uchronić się od przecenienia jego wartości, co doprowadziło do niepotrzebnych i niebezpiecznych napaści na dostępne części macicy.

Leczenie ogólne, stosownie do rodzaju sprawy patologicznej, jéj przyczyn, istniejących równocześnie nieprawidłowości konstytucjonalnych i t. p., może wyprowadzić na scenę rozmaite siły lecznicze (*Heilpotenzen*), których zastosowanie należy do dziedziny ogólnej i szczegółowej terapii ¹⁾. Tu ograniczymy się téż tylko na przytoczeniu dwóch

¹⁾ Co się tyczy pomyslnego wpływu metodycznej kuracyi źródłanej i kąpielowej porównaj między innemi: Boullay: *De l'hydrothérapie dans le traitement de quelques maladies de l'utérus*. *Gaz. méd.* Nr. 32—33. 1855. — Frickhöfer: *Schwalbach in seinen Beziehungen zum chronischen Uterin- und Vaginal-Katarrh*. *Monatssch. of Geburtsk.* Juni 1860. — Engelmann: *De l'emploi de l'eau minéral de Creutznach dans les affections de l'utérus et*

momentów, których uwzględnienie wielkiego jest znaczenia, a któremi są: potrzeba spokojnego zachowania się w ogóle, a wypoczynku organów rodnych w szczególności. *Lisfranc*, który w przewlekłym zapaleniu macicy, czyli tak zwaném „*Engorgement*,” widział punkt wyjścia prawie wszystkich patologicznych zmian tego organu, zobowiązywał swe chore, aby aż do zupełnego wyzdrowienia zachowywały położenie poziome. Postępowanie takie, nie tylko że było zbyt cennym, ale nawet stanowczo szkodliwym; upośledzało bowiem i tak już zwykle podupadłe odżywianie, zwiększało istniejącą już skłonność do zatrzymania stolca i t. p. Z wyjątkiem chwil znaczniejszych przekrwień miesięczkowych lub innego rodzaju, oraz najbliższych godzin lub dni po ważniejszych działaniach terapeutycznych, chore dotknięte przewlekłymi cierpieniami potrzebują tylko unikać wszelkich wysiłków ciała, i dlatego też pieszych swych spacerów nie przeciągać nigdy ponad siły, oraz strzedz się wszystkiego, coby było w stanie cierpienie ich pogorszyć. Przejażdżki dozwolone być tylko mogą po równych drogach i w pojazdach pozwalających przybrać położenie wpołużące. Położenie takie, o ile to jest możebnym, zachowywać należy i w pokoju, gdyż właściwe siedzenie, jakoteż długie stanie, zwykle złe następstwa za sobą pociągają.

Spółkowanie, chociażby nawet bezpośrednio bólu nie spowodowało, szkodzi najczęściej przez towarzyszące mu miejscowe przekrwienie, jakoteż ogólne pobudzenie nerwowe, i nierzadko wyraźnie bardzo wpływa na postęp złego. Jeżeli zdolność do zapłodnienia jest zachowaną, to w skutek zmian towarzyszących ciąży, oraz nieprzyjaznego wpływu przedwczesnie lub na czasie nastąpionego rozwiązania, przebieg choroby staje się zwykle jeszcze cięższym. Wyjątkowo tylko, od rozpoczęcia się prawidłowego położu oczekiwać właśnie należy stanowczej poprawy, a przynajmniej większego zabezpieczenia przeciwko ponowom, o czém zastrzeżony sobie jeszcze wzmiankę przy opisie właściwych chorób. W ogóle tedy, należy chorym niezamężnym stanowczo odradzać wchodzenia w związki małżeńskie przed wyleczeniem; zaś zamężne, na czas leczenia zachować winny rozdział płciowy. Niestety — w obu tych ka-

des ovaires. Journ. de méd. de Bruxell. Septemb. 1861. — Kaufmann: Einwirkung der Duerkheimer Soolbaeder in Verbindung mit der Traubeuer auf chronische Gebärmutterkrankh. Monatsschr. f. Geburtsh. August 1863. — Ed. Charrière: Les cures des petit-laits dans les maladies des femmes des monde. Gaz. des hôpit. Nr. 75. 1864.

tegoriach chorych, rada lekarza częstokroć pozostaje bez skutku. Ze strony ostatniej, lekarz tę jeszcze ma przykreść, że w czasie leczenia wciąż pónawiać musi zapytanie, czy w tym czasie nie miała chora stosunków płciowych. Znadto często musieliśmy z tego powodu przerywać rozpoczętą przez nas kuracyę, abyśmy nie mieli na tę okoliczność zwrócić uwagi początkujących w praktyce gynecologicznej.

Leczenie miejscowe, stosownie do istniejących wskazań, posługiwać się może różnemi siłami leczniczymi (*Heilpotenzen*), sposób zastosowania których wymaga szczegółowego opisu.

a) Miejscowe upusty krwi.

Hieronymus Nigrisoli: *Progymnasmata, in quibus novum praesidium medicum, appositio videlicet hirudinum internae parti uteri etc. confirmatur. Ferrara 1665*; — Guilbert: *Considérations pratiques sur certaines affections de l'utérus. Paris 1826*. — Kiwisch: *Klin. Vortr. I.* — Duncan: *Monthly journ. of med. Mai 1855*. — Scanzoni: *Würzb. med. Zeitschr. I. p. 92, i Die chronische Metritis p. 237*. — F. Weber: *Wien. med. Wochenschr. Nr. 43. 1861*. — Horatio R. Storer: *Cupping the interior of the uterus. Americ Journ. of med. scienc. January 1868*.

Większej części chorób przyrzędu płciowego kobiety, towarzyszą trwale lub przemijające przekrwienia, które najskuteczniej miarkować lub usuwać się dają za pomocą powtarzanych upustów krwi. Upusty krwi odwodzące, jakie Lisfranc w tym celu stosował, słusznie zostały zaniechane, albowiem nie przedstawiały oczekiwanych korzyści, a co więcej, powiększały tylko u wielu istniejącą niedokrwistość. Przystawianie pijawek na brzuch, zwykle także nie opróżniało naczyń żylnych odprowadzających krew z chorych tkanek, a bóle zapalne zmniejszało tam tylko, gdzie sprawa chorobowa rozszerzyła się na otrzewną. Skuteczniejszymi okazują się pijawki przystawione do sromu lub odbytu. Ale i takie postępowanie często zle skutki za sobą pociąga, gdyż u osób otyłych, naokoło każdej z ranek po ukąszeniu pijawki, powstają rozległe nacieczenia krwi, kończące się wytworzeniem ropni i długotrwałemi znacznymi dolegliwościami. Gdzie to nieprzyjemne następstwo się nie roz-

winie, tam za pomocą małej stosunkowo liczby pijawek (6—10 sztuk) możemy złagodzić cierpienia chorąg.

Od czasu, jak Guilbert na nowo wskazał gynecologom drogę już pierwój utorowaną przez Hieron. Nigrisoli, a polegającą na wprowadzaniu pijawek dół samego kanału rodnego, zaczęto przekonywać się coraz bardziej, że do części zewnętrznych przystawiać należy pijawki tylko w wypadkach ewentualnych, tam mianowicie, gdzie bezpośrednie opróżnienie naczyń macicznych okazuje się w żaden sposób niemożliwym, z powodu dziewiczej ciasności wejścia do pochwy. Ten sam bowiem skutek, i to z największą pewnością, osiągnąć można przez przystawienie do części pochwowój macicy o połowę mniejszej liczby pijawek.

Przystawianie pijawek do części pochwowój odbywa się w prosty sposób. Ułożywszy chorą na grzbiecie, wprowadza się pełny wziernik do pochwy, tak aby jego brzeg w około, części pochwowój szczelnie do sklepienia przylegał, poczem wkłada się pijawki we wziernik i dolny otwór takowego zatyka płótnem lub t. p., dopóki pijawki ssać nie zaczną. Jeżeliśmy poprzednio przestrzyknięciem oczyścili pochwę, a tam gdzie wydzielina szyi była przykra, takową delikatnie otarli, to pijawki łatwo się przypinają. Odpadłe należy starannie zebrać, by zapobiedz pozostaniu ich wewnątrz lub w sąsiedztwie chorąg, co zawsze nieprzyjemne sprawia wrażenie. Po odpadnięciu, krwawienie bardzo często trwa jeszcze przez czas dłuższy, szczególniej wtedy, jeżeliśmy użyli większych pijawek, lub gdy która z nich przypadkowo otworzyła większą żyłę. To ostatnie zdarzenie bywa wprawdzie częściej tam spostrzegane, gdzie nie starano się przeszkodzić przesunięciu się pijawek między górnym brzegiem wziernika a sklepieniem pochwy, i przypięciu się ich do ścian samej pochwy; ale niekiedy zdarza się i po przystawieniu do samej części pochwowój. Czasami powstają potem znaczne nawet krwotoki, sprowadzające niedokrwistość w wyższym stopniu, omdlenia i t. p. Doświadczenie to zabrania pozostawiać przystawianie pijawek samym akuszerkom, jakoteż oddalać się od chorych przed zupełnem zatamowaniem krwawienia.

Rzadko zachodzi potrzeba przystawienia 6-ciu pijawek; zwykle wystarcza 3—4 mniejszego gatunku. Już ze względu na zdarzające się bardzo często widoczne zaburzenia w odżywianiu, znaczniejsze utraty krwi nie są do życzenia. To też, skoro tylko opróżniliśmy naczynia o tyle ileśmy zamierzili, należy przerwać dalsze krwawienie za pomocą nastrzykiwań z zimnej wody. Jeżeli takowe nie wystarczają, to najlepiej będzie albo zatamponować pochwę, albo też wprowadziwszy wziernik, odszukać

krwawiącą ranę i przyedz ją sztyftem saletranu srebra, rozpalonym drutem, lub t. p.

Zdarzające się dość często obfite krwotoki, nie są jedyném złem, jakie sprowadza za sobą przystawianie pijawek do części pochwowej macicy. Nie rzadko się przytrafia, że zamiast złagodzić cierpienie choréj, wywołuje ono przeciwnie bardzo silne rżnięcie w macicy (*Gebärmutterkoliken*). Może to być skutkiem dostania się jednéj z pijawek do kanału szyi macicznej, jak to sami dwukrotnie stwierdzić mieliśmy sposobność. By temu zapobiedz, F. Weber przeprowadza przez pijawki nitki, i usiłuje za pomocą tych lejc nakierować każdą w to miejsce, w którém powinna się przypiąć. Postępowanie to odstraszało nas wielokrotnie, podobnie jak i Scanzoni'ego, swoją uciążliwością. Ale i rada tego ostatniego, by przy rozwartych ustach macicznych tylko przednią powierzchnię części pochwowej wstawiać w otwór wziernika, wydaje nam się mało odpowiednią, albowiem górny otwór wziernika, tylko przez przyciśnięcie do sklepienia pochwy, da się na pewno zamknąć. My téż wciąż jeszcze posługujemy się zwyczajnymi sposobami, unikamy wszelkich sposobów zapobiegających, a w wypadku, jeżeli pijawka przypnie się wewnątrz szyi macicznej, przecinamy wystającą część nożyczkami, dla ułatwienia sobie ewentualnie jéj wydobycia.

Zresztą, rżnięcia w macicy najczęściej przychodzą całkiem niezależnie od powyższego wydarzenia, a podstawą ich są li tylko odruchy, pobudzane ssaniem pijawek. Mogą się one łączyć z napadami macienniczemi, wymiotami, pomyśzaniem umysłu. Rzadziej już — jak to Scanzoni pierwszy zauważył, a my w jednym tylko wypadku widzieć mieliśmy sposobność (zapewne dla tego, że w ostatnich latach rzadko w ogóle przystawialiśmy pijawki do części pochwowej macicy) — miejscowe drażnienie sprowadza ostre wysypki skórne. Na różnych, czasem bardzo obszernych miejscach skóry, rozwija się wśród poruszeń gorączkowych i zajęcia głowy, silny czerwień (*erythema*), lub wyraźna pokrzywka (*urticaria*), znikające po kilku godzinach.

Wspomniane powyżej wielorakie niedogodności, mogące być następstwem przystawiania pijawek do części pochwowej macicy, skłoniły nas, jakotéż wielu innych lekarzy, by postępowanie takie zastąpić nacinaniem (*scarificatio*) ust macicznych, co z każdym rokiem częściej się praktykuje. Posiłkujemy się w tym celu najlepiej właściwemi nożami obosiecznemi o długich rękojeściach, częścią spiczasto, częścią zaś zaokrągloném ostrzem zakończonemi, i o tyle waz-

kiemi, żeby wnikać mogły nawet w usta maciczne dziewic. Jeżeli takim nożem natniemy wewnętrzną powierzchnię wprowadzonych we wziernik warg macicznych, wielokrotnie ale powierzchownie, to ilość upuszczonej krwi nie przeniesie kilku drachm. Tam tylko, gdzie istnieje znaczne przekrwienie, lub też błona śluzowa pokryta jest brodawkami bardzo skłonniemi do krwawienia, udaje się zawsze upuścić większą liczbę uncyj w ciągu 8—15 minut. W innych razach, pragnąc zastąpić pijawki nacięciami, należy je robić głębsze, do czego szczególnie nadają się te miejsca, gdzie wargi jedna w drugą przechodzą. Zamiast tego, można otworzyć jedną z większych żył, przebiegających na zewnętrznej powierzchni części pochwowój, jeżeli ta, co się niekiedy zdarza, jest widoczną. W każdym razie, mocni jesteśmy na tém samém posiedzeniu, za pomocą nowych nacięć krwawienie do takiego posunąć stopnia, jaki w danych okolicznościach uznamy za potrzebny. Skoro to nastąpiło, natychmiast należy powstrzymać dalsze krwawienie za pomocą zimnej wody, octu, tamponu, by uniknąć niepotrzebnej utraty krwi; chwilowe bowiem zaprzestanie krwawienia bynajmniej nie zabezpiecza od jego powrotu.

Nacięcia mały zwykle sprawiają ból, a wystąpienie rżnięcia w ich następstwie, do wielkich należy rzadkości. Wyższość tego postępowania uad przystawianiem pijawek do części pochwowój, w tém jeszcze znajduje poparcie, że dokonywa się ono w nierównie krótszym czasie, jakoteż, — co jest wielkiej wagi u dziewic, — że posługiwać się można do tego wziernikiem najmniejszego kalibru, w którym 3 lub 4 pijawki nie mogłyby się obok siebie przypiąć.

Na mocy wszystkich przytoczonych zasad, ograniczamy teraz wskazanie do przystawiania pijawek, tylko do tych wypadków, w których nietylko naczyńia macicy opróżnić, ale właśnie — jak przy braku lub zatrzymaniu miesiączki — sztuczne ich przekrwienie wywołać pragniemy. Ale i tu skutek ten bardzo często nas zawodzi, albo też tak prędko przemija, że zaraz po odpadnięciu pijawek zmuszeni jesteśmy zastosować inne środki, temu samemu posługujące założeniu, jako to: wtryski, wprowadzanie zgłębników i t. p.

By bezpośrednio spowodzić przekrwienie naczyń wewnętrznej powierzchni macicy z ich pękaniem (*rhexis*), Simpson próbował wyciągać z niej powietrze. Przyrząd, używany w tym celu przez H. Storera, składa się z małej pompki, połączonej za pomocą rurki kauczukowej z inną rurką zakrzywioną, tak cienką, by wygodnie mogła być przeprowadzoną przez szyję maciczną, a przecież dostatecznie wielką do pomieszczenia kilku drachm krwi. Gdy rurka o tyle zostanie wprowadzoną, że jej koniec prawie dna

macicy dotyka, przesuwając się poruszając się po niej pierścień guttaperkowy aż do ust macicznych, aby je dokładniej zamknąć. Sam Storey upomina, by przyrzędu tego używać z bacznością, albowiem raz widział głębokie omdlenie już po piérwszém poruszeniu pompy. My sami nigdy nie mogliśmy się zdecydować na taką próbę, bowiem połączona z tém insultacya wtedy tylko wydawałaby nam się usprawiedliwioną, gdyby wszelkie inne środki jakieniu nauka rozporządza, nie wystarczyły do usunięcia cierpienia i doszczętnego uleczenia choroby.

b) Kąpiele nasiadowe i wstrzykiwania do pochwy.

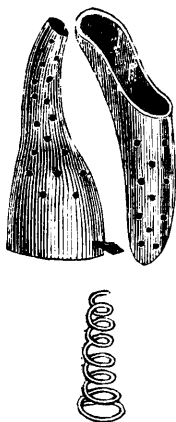
Sack: *Ueber das Sitzbad bei Frauenkrankheiten. Monatsschr. f. Geburtsh. XI.* — Raciborski: *Speculum de bain. Gaz. des hôp. Janvier 25. 1855.* — Spengler: *Der Kolpoluter v. Scanzoni's Beitr. zur Geburtsh. IV. 1860.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. I. p. 50.* — Scanzoni: *Krankh. etc. p. 43.* — Martiarta (de Bilbao): *Gaz. méd. Nr. 11. 1857.* — R. Ellis: *Lancet. May 31. 1862.* — Graily Hewitt: *Obstetr. transact. Vol. IV. p. 27.* — Ad. Rasch: *A simple instrument for vaginal injections. Obstetr. transact. Vol. VI. p. 224.*

Główne zadanie sztuki, przy leczeniu chorób macicy, na tém polega, by zapobiegać zatrzymywaniu się patologicznych jéj wydzielin; albowiem nagromadzanie się takowych, przeszkadza zagojeniu się cierpiących i owrzodzonych powierzchni błony śluzowej, a zarazem sprzyja rozkładowi śluzu, ropy i t. p., co sprowadza nadżarcia wchodu pochwy, sromu i przyległej skóry, przez odpływające massy.

Proste obmywanie sromu, chociażby często było powtarzaném, może tylko uchronić od następcej czerwieni (*erythema*), lub zmniejszyć ją, oraz złagodzić swędzenie i palenie, częstokroć nader nieznosne. Kilka razy dziennie powtarzane kąpiele nasiadowe nie przynoszą téż zwykle więcéj pożytku, albowiem płyn do kąpieli użyty nie może dość głęboko przeniknąć. By to ostatnie osiągnąć się dało, urządzono ostatniemi czasami osobne wzierniki kąpielowe, które same chore mogą sobie wprowadzić i przez czas trwania kąpieli pozostawić. Wzierniki te nie tylko w obu końcach są otwarte, ale nadto w ścianach swych posiadają

liczne otworki i szpary, aby płyn mógł także i ściany pochwy więcej lub mniej obmywać. Są one po części wygięte według osi pochwy; wyrobione zaś bywają z guttaperki lub węzownicy drucianej. Jedne z nich opatrzone są rękojeścią, inne zaś — by uniknąć potrzeby przytrzymywania ich rękami — posiadają cynkową blaszkę, pozwalającą się z łatwością wyginać w różnych kierunkach, aby narzędzie zastosowało się do kierunku pochwy, a nadto zaopatrzoną w otwory, by je za pomocą opasek do ciała przytwierdzić było można.

Fig. 7.



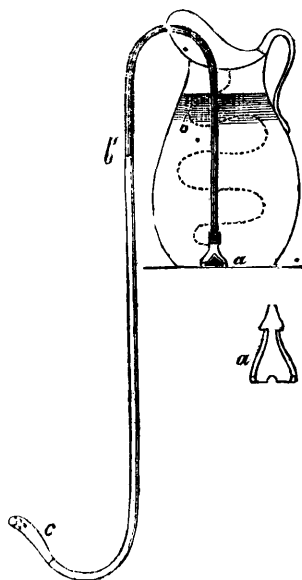
Wzierniki kąpielowe.

Użycie wzierników wspiera naturalnie działanie kąpeli nie tylko tam, gdzie one są polecane ze względu na utrzymanie czystości, ale i tam, gdzie przez dodanie rozmaitych ciał, wywierać mają wpływ leczniczy. Przecież kąpiele nasiadowe już z tego względu — częstokroć ustępować muszą kąpielom ogólnym, że długie siedzenie, jak już zauważyliśmy, nie tylko że u wielu chorych powiększa dolegliwości, ale nawet samą chorobę pogarsza. By niedogodność tę usunąć, S a c k zaprojektował wannę do siedzenia, w której przybierać można dwie pozycje. Skoro stoi prosto, stanowi taboret, na którym chora siada; gdy zaś grzbietową poręcz stopniowo ku tyłowi opuścimy, chora przechodzi w wygodne, półleżące położenie, a jednocześnie woda oblewa okolice jej miednicy i powyżej.

Najłatwiej zapobiegać można zatrzymywaniu się wydzielin macicy i pochwy, przez przestrzykiwanie téj ostatniej. Zwyczajne strzykawki cynowe i kauczukowe, z nasadzonemi na nie kankami macicznymi, nie zwilżają wewnętrznych części przez czas dostateczny, a do tego łatwo wywołują ból, przez to, że przy ich wypróżnianiu, rurka w niektóre miejsca mocno uderza. Irrygator E g u i s i e r ' a ma przynajmniej pierwszą z tych niedogodności. To też wybierać trzeba jeden z licznych innych przyrządów do nastrożykiwań, które różnią się między sobą głównie pod względem gwałtu mechanicznego, z jakim wodę ze siebie wyrzucają. Rzadko tylko wskazanym jest wpływ silnego mechanicznego drażnienia; — to też zwykle takie tylko przyrządy są odpowiednie, z których płyn więcej wycieka, niż gwałtownie wytryska. My posługujemy się często klysupompą, złożoną z długiej rury elastycznej ssącej i takież odpływowej, oraz z wsuniętego między nie cylindra gumowego; byłoby je-

dnak do życzenia, aby klyzopompa ta większą odznaczała się trwałością. S c a n z o n i zaleca przyrząd do nastrzykiwań złożony z wydrążonej półkuli ołowianej, w najwyższym punkcie której znajduje się otwór,

Fig. 8.



Przyrząd do nastrzykiwań S c a n z o n i ' e g o,
z zastosowaniem postępowania R a s c h ' a.

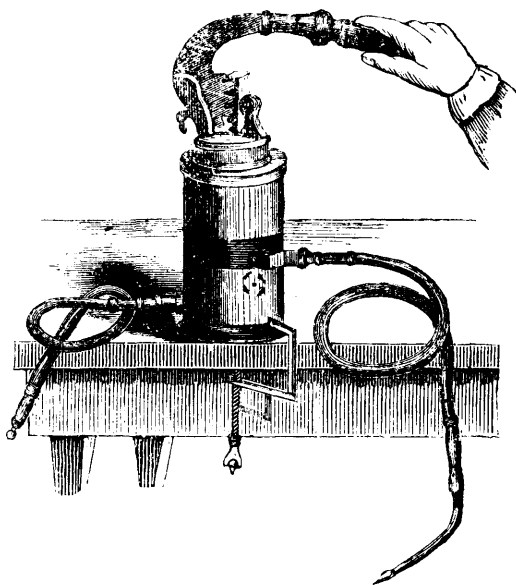
w który wprawioną jest rurka elastyczna 3 stopy długa. Półkula wstawia się w stojące na stole naczynie, napełnione płynem, i na zasadzie lewara otrzymuje się strumień nieprzerywany. Na ten cel, brzeg półkuli posiada kilka płytkich nacięć; zaś do wsysania płynu dodany jest właściwy rogowy munsztuk, który zastępuje się kanką maciczną, jak tylko płyn zacznie wypływać. I ten aparat nie jest zbyt drogi, łatwo przenośny, a do tego trwalszy. Zamiast wsysania wody do rurki przez munsztuk, nierównie jest odpowiedniej, za radą R a s c h ' a, użyć rurki odrazu jako lewara. W tym celu zwinąwszy ją w 2' długą węzownicę, zanurza się jój koniec w głęboki dzban, a gdy mieszek już na znacznej przestrzeni napełnił się, zaciska się go palcami powyżej tego miejsca i o tyle wyciąga z płynu po za brzeg dzbana, aby koniec słupa wody wy-

prowadzony na zewnątrz dzbanka, opuścić niżej poziomu płynu w dzbanku, przez co uzyskuje się ciągły odpływ.

K i w i s c h używał blaszannego, lub téż z grubéj skóry wyrobionego naczynia, do którego dna przystosowaną była rurka elastyczna, za pomocą krana zamykać się dająca. Stosownie do tego, czy wyżej lub téż niżej na ścianie zbiornik ten powieszono, woda wypływa z większą lub mniejszą siłą, odpowiednio do wysokości spadku.

Także przyrząd lewarowo-enemowy (*Syphon Enema Apparatus*) K e n n e d y'ego z flaszka India Rubber, mieszkami elastycznymi i kaniką maciczną, daje strumień ciągły, miernie silny. Silniej działają rozmaite tryskadła maciczne, opatrzone, na wzór sikawek, ogniowych osobnymi bębnami powietrznymi, z pomiędzy których i klysopompa C. M a y e r'a została przez nas wypróbowaną.

Fig. 9.



Klysopompa C. M a y e r'a.

Jeżeli do nastrzykiwania użyjemy mniej silnego strumienia i ciepłoty obojętnéj, około 26° R., to w ciągu kilku minut pochwa dostatecznie zostanie oczyszczoną. Natryski wykonywane strumieniami z większą siłą mechaniczną wyrzucanymi, jakotéż płynem ogrzanym do wyż-

szych lub niższych stopni ciepłoty, jakkolwiek mogą być wskazaniami w pewnych okolicznościach, mianowicie: przy zwiótczeniu i opadnięciu pochwy i macicy w celu osiągnięcia skurczenia i zwężenia, przy przewlekłych przekrwieniach i obrzmieniach macicy, dla sprowadzenia przemiany wstecznej, oraz przy krwotokach, by przez niższenie ciepłoty działały ściągająco — przecież częstokroć drażnienie jakie wywołują, przechodzi pożądaną działaniem. To też żadnego z obu tych czynników nie należy używać bez szczególnej zasady, a nawet i w takim razie, tak siłę jakoteż i ciepłotę zmieniać z bacznością — następstwa bowiem tego, z góry obliczyć się nie dają. Drażnienie wyraża się albo występującą kolką maciczną, albo nerwowymi i macienniczymi dolegliwościami odruchowymi, mdłościami, ściskaniem i t. p. Niekiedy występuje cały szereg najśroźszych przypadłości, jak: mdłości, wzdęcie brzucha, gwałtowne bóle w brzuchu, dotkliwość okolicy podbrzusza na dotykaniu, duszność, tętno przyspieszone i małe, a także zatrzymanie moczu. Trwać to może godzinami, albo nawet dłużej niż jedną dobę. Napady takie spostrzegać można osobliwie u kobiet z rozszerzoną szyją maciczną; nie ma więc nic nieprawdopodobnego, że przyczyną ich jest między innymi wnikanie płynów lub powietrza do jamy macicy. U położnic możliwe jest na tej drodze nawet dostanie się powietrza do żył, jak to, prócz O l s h a u s e n ' a, według ustnie udzielonych nam wiadomości, spostrzegał także i L i t z m a n n.

Wielu lekarzy rozpuszcza w nastrzykiwanych płynach środki ściągające, lub też odwrotnie, rozmięczające — by przez to więcej wpływać na stan chorobowy organu. Nastrzykiwania z mleka, kleiku owsianego, siemienia lnianego i t. p., z dodaniem odwaru główek makowych lub naciągu makowca, albo i bez tego, mają niewątpliwie stanowcze działanie kojące; z tém wszystkiém, do miejscowego stosowania środków ściągających, posługujemy się lepiej innymi metodami, o których zaraz będzie mowa.

c) Zastosowanie środków ściągających w formie roztworów, proszków i maści, jakoteż w postaci lekarskich krążków macicznych (*pessaria*) i tak zwanych „*crayons*.”

G u b l e r: *Un instrument, destiné à porter des poudres médicamenteuses sur le col de l'uterus et dans le vagin. Union médical* Nr. 120,

1857. — Simpson: *Medicat. pessaries. Monthly journ. June 1848.* — Th. H. Tanner: *On the use of medic. pessar. Obstetr. transact. Vol. IV p. 205.* — Becquerel: *Traité cliniq. Paris 1859.* — Simpson: *On medicated pessaries and suppositories. Edinb. medic. Journal. May 1865.*

Płyn wstrzykiwany do pochwy za pomocą rurki macicznej i t. p., w najprzyjaźniejszym razie oblewa tylko zewnętrzną powierzchnię części pochwowój, i to często nie zupełnie, gdyż niejednokrotnie z przyczyny nieprawidłowego ustawienia szyi macicznej, jedna jej ściana przyciśniętą jest do ściany pochwy. Tymczasem pragniemy by środki ściągające dostać się mogły przynajmniej do wewnętrznej powierzchni warg macicznych, które przeważnie bywają siedliskiem rozmaitych owrzodzeń. By tego dokazać, należy usta maciczne ile możności rozszerzyć, co w najprostszy sposób dokonywa się przez naciskanie prosto uciętym wziernikiem sklepienia pochwy. Jeżeli tym sposobem wywinęliśmy usta maciczne na zewnątrz, to płyn wlany do wziernika wnika głębiej do kanału szyi macicznej. Przy takim postępowaniu działanie środka ściągającego rozciąga się i na błonę śluzową szyi macicznej i jesteśmy w możności miarkowania natężenia jego działania, wybierając silniejsze lub słabsze roztwory saletranu srebra, siarczanu cynku, siarczanu miedzi, kwasu garbnikowego i t. p., jakoteż skracając lub przedłużając od 10—15 minut trwanie działania środka. Jeżeli i błona śluzowa pochwy w całej swjej rozciągliwości ma być wystawioną na wpływ leczniczy, potrzeba tylko po wykapaniu części pochwowój, zanim płynowi damy wypłynąć, wziernik zwolna wyciągać. W przeciwnym razie, należy płyn pierwój wydalić, a resztki jego potoknąć wodą. Jedyną niedogodność tej metody leży w tém, że chora nie jest w stanie sama zastosować lekarstwa. Niweczy ją przecież, więcej niż zupełnie, pewność skutku, a nadto dostarcza ona i lekarzowi szacowną sposobność dokładnego śledzenia zmian zachodzących w przebiegu choroby.

Zastosowanie sproszkowanych środków lekarskich na błonę śluzową szyi macicznej, tam tylko się zaleca, gdzie idzie o środki nierozpuszczalne, jak kalomel; bowiem napotyka ono na nierównie większe trudności. Jeżeli w tym celu zechcemy się posługiwać cienką rurką metalową ze stemplem w nią się poruszającym, lub też przyrządem podanym przez Gublera, a składającym się z elastycznej rurki przewodniej, zbiornika metalowego i pęcherza kauczukowego, — to jednak nie będziemy pewni, czy proszek osiągnie

gnie błony śluzowej na pożądaną rozciągliwość, a do tego i czas trwania działania pozostawiony być musi przypadkowi.

Nierównie odpowiedniejszą jest ta droga stosowania środków, dla błony śluzowej pochwy. Tu często są w użyciu i obojętne proszki, jak: mączka lub siemię lniane, np. przy istnieniu owrzodzeń, by zapobiedz mechanicznemu drażnieniu, wynikającemu z tarcia się części pochwowej o ściany pochwy, zamiast używanych zwykle małych tamponików z waty lub szarpi, pomazanych tłuszczem lub gliceryną. To samo po przyżeganiu szyi. Jeżeli mianowicie mamy potrzebę podzielać na zewnętrzną powierzchnię części pochwowej, to przenosimy na nią mieszaninę środka lekarskiego z mączką lub cukrem, przy pomocy wziernika i pędzelka. Jeżeli chcemy działać na błonę śluzową całej pochwy, to wkładamy przez wziernik cylindryczną zatyczkę z waty, posypaną proszkiem, lub też wypełnioną nim woreczek muslinowy.

Postępowanie powyższe zawsze przekładać należy nad użycie środków lekarskich w postaci maści. Wszakże, jeżelibyśmy z jakiegobądź powodu mieli wybrać tę ostatnią, należałoby rozsmarować maść na miękkiej gąbce, i tę wprowadzić do pochwy.

By chorym, które nie są w stanie stawiać się osobiście przed lekarzem, umożliwić użycie środków ściągających, Simpson wprowadził na nowo w praktykę, używane już dawniej lekarские kрąжки мацичные. Za zaprawę (*constituens*) służy albo mieszanina 3-ch części tłuszczu z $\frac{1}{2}$ —1 cz. wosku, albo masło kakaowe, albo olej kokosowy; kształt nadaje się takim krążkom kulisty lub walcowaty, waga zaś około 2 drachm. Ponieważ krążki te powinny być takiej twardości, by mieszanina zaczynała topnieć w temperaturze pochwy, z tej przyczyny przekładamy kulki urobione z masła kakaowego lub oleju kokosowego nad inne. Nie należy tylko do wyżej wymienionej zaprawy dodawać zbyt wielkiej ilości środków lekarskich, gdyż w takim razie mieszanina staje się kruchą i utracą swoją plastyczność; tak np. na 2 dr. masła kakaowego nie należy dodawać więcej, jak najwyżej 1 skrupuł kwasu garbnikowego. Dalej, kulki przechowywane być winny w chłodnym miejscu. Chore wprowadzają je sobie wieczorem, leżąc w łóżku. Resztki, chociażby nawet w dzień wtryski do pochwy były stosowane, znajdują się niekiedy na trzeci jeszcze dzień w dnie pochwy.

Kulki pochwowe, jeżeli cierpi błona śluzowa szyi macicznej, zawsze należy uważać tylko jako środek pomocniczy, i używać ich tylko po poprzednim przeprowadzeniu innych metod, albo w odstępach między takowemi. Przeciwnie, obrana przez Becquerel'a forma sztyftów (*crayons*), jest tam właśnie użyteczną, gdzie wskazanem jest wyrzucić

mocno ściągające, niemal przyżegające działanie na jamę szyi macicznej. Szytyfty te przyrządzają się z proszku ściągającego, najlepiej tanniny, przez zarobienie gumą tragankową do twardości mniej więcej kamienia piekielnego, nadając im długość mniej więcej 1 cala. Wsuwa się je za pomocą szczypczyków i przytrzymuje tamponem z waty; po 3 lub 4 godzinach zwykle już stopnieją. Sprawiają one silne drażnienie; następnego dnia błona śluzowa wydaje się obrzmiałą, wydzielina jęj powiększona, a chwilowe to pogorszenie znika w ciągu 5—6 dni, tak, że przed tym czasem powtarzania tego środka unikać należy.

d) Zastosowanie środków żrących na szyję maciczną.

Scanzoni: *l. c.* p. 36. — Aran: *Malad. de l'utérus* p. 234. — R. Ellis: *A practical inquiry in to the properties of nitrate of silver, with on account of a new instrument for its use in uterine disease. Obstetric transact. Vol. IV. p. 116.* — Bennet: *On the present state of uterine pathology. Nr. 9—16. 1856.* — Tyler Smith: *Observations on Dr. Bennet's review etc. Lancet. Nr. 12 i 15. 1856.* — R. Barnes: *Observations on uterine pathology and treatment. Lancet. Nr. 23. 1856.* — Tilt: *On the treatment of uterine inflammation by the acide nitrate of mercury, potassa fusa cum calce and potassa caustica. Lancet. April 27. 1861.* — Elleaume: *Mercurielle Salivation in Folge der Cauterisation des collum uteri mit Quecksilbernitrat. Gaz. des hôpit. Nr. 88. 1860.* — Boys de Loury: *Sur quelques applications des caustiques à la gutta-percha etc. Gaz. des hôpit. Nr. 88. 1856.* — Becquerel (Calvat): *Du cautère actuel dans le traitement des affections chroniques de l'utérus. Gaz. des hôpit. Nr. 114. 1857.* — O. v. Grunewald: *Ueber die Galvanokaustik in der Gynaekologie. Petersb. med. Zeitschr. I. 1861.* — R. Ellis: *On cauterisation by electric heat etc. Obstetr. transact. Vol. III.*

Część pochwowa macicy i jama szyi macicznej, przy pomocy zwierników bardzo są dostępnymi dla aplikacji środków żrących, z pomiędzy których przeważnie używanymi bywają najłagodniejsze, mianowicie saletran srebra i siarczan miedzi, i to zwykle w postaci szytyftów. Ująwszy

te ostatnie kornączkami, albo też posługując się w tym celu zwycajnemi długiemmi żegadłonoszami (*porte-caustique*), po staranném oczyszczeniu błony śluzowej, przez kilkakrotne pokręcanie sztyftem, zamienia się powierzchowną jej warstwę w strup. Przy wykonywaniu tego, czysty kamień piekielny łatwo się przelamuje; to też dobrze jest zmniejszyć jego łamliwość przez dodanie kilku gran saletry, jeżeli nie mamy zamiaru dodaniem większej ilości takowej, działania jego złagodzić. Można też, za radą Ellis'a, używać takich sztyftów saletranu srebra, które wzdłuż są przewiercone.

Częstokroć wkrótce potem, albo też następnego dnia, ma miejsce nieznaczne krwawienie, trwające kilka godzin, albo i dłużej. Na trzeci lub czwarty dzień strup zaczyna się oddzielać, szóstego podrażnienie już przechodzi, a kauteryzacja winna być powtórzoną. Dosyć często przecież, naruszenie błony śluzowej bezpośrednio sprowadza krwotok, który już z tego powodu nie jest pożądanym, że przeszkadza działaniu środka żrącego. To też, jeżeli błona śluzowa jest bardzo skłonna do krwawienia, należy saletran srebra w substancyi zastąpić stężonym jego roztworem, pociągając nim żądane miejsca za pomocą bardzo miękkiego pędzelka z włosów. Jeżeli tym sposobem nie uda się przeszkodzić krwawieniu, to pozostaje tylko wybór innego środka żrącego, mianowicie octu drzewnego, lub też przejście do innego sposobu zastosowania, mianowicie do miejscowych kąpieeli części pochwowój. Jeżeli przyżeganie ograniczy się tylko do wewnętrznej powierzchni warg macicznych, to może ono być wprawdzie bolesnem, ale rznięcia maciczne rzadko bywają jego następstwem. Jeżeli zaś sztyftem żrącym wnika się głęboko w szyję macicy, to napady tego rodzaju przychodzą już w $\frac{1}{2}$ —3 godzin; ztąd też należy chore już z góry o tém uprzedzić, a natęzenie napadów poskramiać już od samego ich początku bezwzględny spokojem, później zaś środkami odurzającymi. Godnym jest nadto uwagi, że przyżeganie łatwo wywołuje przedwczesne ukazanie się miesiączki.

Z pomiędzy silniejszych środków żrących chemicznych, najczęściej używają się: *liquor stib. muriat.*, *liquor hydrarg. nitric.* i *acid. chromic.* rozsmarowując je pędzelkiem z włosów lub skubanki. Drągi z pomiędzy tych środków jest podejrzany, albowiem wywołać może ślinotok. Od bardzo ulubionego niegdyś użycia potażu gryzącego, jakoteż rozmaitych ciast i sztyftów środek ten zawierających, stopniowo odstępowano, gdyż działanie potażu gryzącego, podobnie jak i poprzednio wymienionych środków, nie da się ograniczyć, a owrzodzenia powstałe po odpadnięciu strupów źle wyglądają i ma-

ło mają skłonności do zabliznienia się. Tém potaż gryzący różni się od żegadła.

Ż e g a d ł o (*cauterium actuale*) nie tylko jest właściwém do tamowania gwałtownych krwotoków i niszczenia wybujałości rakowatych, ale częstokroć także, w zdumiewająco szybkim czasie, sprowadza zabliznienie dobrej natury owrzodzeń i nabrzmiałości warg macicznych, podczas gdy wszelkie inne środki działają nader powolnie. Stosownie do tego, czy mamy zamiar przypalić jamę szyi, czy zewnętrzną powierzchnię części pochwowój — bierzemy żegadła rozmaitych kształtów; tam stożkowato zakończone lub oliwkowate, tu guzikowate. Ponieważ żelazo rozpalone promieniuje znaczną ilość ciepła, to téż do zastosowania go przysposobiono właściwe wzierniki drewniane lub rogowe. Wszakóż, jestto zupełnie zbyteczném, gdyż przypalanie żelazem rozpaloném nigdy nie potrzebuje trwać tak długo, żeby wzierniki metalowe o tyle się aż miały rozgrzać, iżby to wpływało na otaczające części miękkie. W każdym razie, właściwém jest oziębic wziernik przed użyciem przez zanurzenie w zimnej wodzie, zaś bezpośrednio po przypaleniu, przez przestrzykanie takąż wodą. Uszkodzenie wziernika żelaznego jest samo przez się niemożliwém; a nawet przyrządy wyrobione z łatwo topliwych iniekszanin metalicznych, w skutek dotykania rozpaloném żelazem, bardzo nieznacznej tylko doznają zmiany w kształcie. My zwykle posługiwaliśmy się w tym celu pełnemi wziernikami porcelanowemi, ale téż bardzo często i mlecznemi szklannemi, a nie widzieliśmy z tego żadnych innych złych skutków, prócz zryśnięcia przyrządu, i to nie podczas jego ogrzewania, ale najczęściej w czasie oziębienia zimną wodą. W skorupy nigdy nam jeszcze wziernik przy tém nie popękał. Przy rakowatém zwyrodnieniu części pochwowój, wprowadzenie jój całej w otwór pełnego wziernika, albo przynajmniej utworowanie dla żegadła przystępu do obu bocznych kątów ust macicznych, za pomocą takiego wziernika jest niekiedy niemożliwém. W takich wypadkach używamy pół-wzierników, jak do operacyi przetok pęcherzo-pochwowych.

Stopień użyć się mającego ciepła, miarkuje się stosownie do zadania, jakie lekarz sobie postawił. Do tamowania krwotoków na pierwszeństwo zasługuje mierny stopień ciepłoty, lecz należy przeciągać jego działanie do kilku minut. W innych razach żelazo powinno być rozpalone do jasnej czerwoności; a zniszczenie warstwy tkanek znaczniejszej grubości, wymaga użycia 4—6—8—12 żegadeł na jedném posiedzeniu. W tym razie nie będzie zbyteczną ta przezorność, by między użyciem jednego a drugiego, robić przestrzykiwania zimną wodą.

Ból może być bardzo znaczny, ale i w takim razie po sztuczném ochłodzeniu szybko ustępuje. To też nie należy chorych napadać z nie-nacka, jeżeli i nie uważamy za potrzebne, aby doświadczyły więcej niż potrzeba gwałtownej, bolesnej kauteryzacji w ogóle. Chloroformowanie nawet u wrażliwych kobiet jest niepotrzebne, a użycie jednego lub dwóch żegadeł nie zabrania chorym odbycia zaraz potem krótkiej drogi do swego mieszkania, pieszo lub powozem. Tu najlepiej chronią się one od gwałtownych bólów macicznych, przez trwałe spokojne zachowanie się; a natężenie i trwanie takowych bólów, jest przecięciowo mniej znaczne, aniżeli po głęboko w szyję maciczną sięgającym przypaleniu saletranem srebra.

Bezpośrednio po przytknięciu rozpalonego do czerwoności żelaza, oddziela się w wielkich płatkach warstwa nabłonka, pokrywająca część pochwową. Powstały skutkiem tego strup, oddziela się częstokroć już na 7-my lub 8-my dzień, ale niekiedy dopiero pod koniec drugiego tygodnia. Zagojenie wrzodu następuje wtedy, gdy dno jego staje się zdrowém, 8—14-go dnia. Becquerel, na 88 wypadków w ten sposób przez siebie traktowanych, nie widział ani razu złych następstw; my zaś, na jeszcze większą liczbę przyżegań, widzieliśmy raz tylko zwężenie szyi, które potem wymagało jej rozszerzenia; drugi raz krótkotrwale zapalenie macicy; trzeci raz znaczniejsze zapalenie wokółmaciczne (*parametritis*) z wytworzeniem się guza wielkości jaja i pięcio-tygodniowém leżeniem; nakoniec u czwartej chorąg, u której rakowate zwyrodnienie wymagało użycia wielu żegadeł, a u której istniał nadto guz jajnika wielkości jaja gęsiego — zapalenie otrzewnej nie rozprzestrzeniające się po za część miedniczą tej błony surowiczej i zresztą nie zakończone śmiertelnie. Niekiedy występowało także szybko przemijające podrażnienie pęcherza.

Wstręt wielu chorych do rozpalonego żelaza, który zresztą zawsze udawało nam się przezwyciężyć, dał pochop lekarzom do wyszukiwania środków złagodzenia tego przykrego wpływu psychicznego. Cel ten osiągnąć się daje za pomocą galwanostatyki. Wprawdzie żegadło porcelanowe należy tak jak zwyczajne żelazo zupełnie rozżarzyć, zanim je nasadzimy; ale o żarze elektrycznym wielu laików niejasne jeszcze mają wyobrażenia. Mimo to jednak, nie usunie on z użycia rozpalonego żelaza. Nawet ci, którzy posiadają przyrząd Middeldorffa, ociągać się będą z wprowadzeniem go w ruch, nietylko w celu użycia pętli i nożyka kaustycznego, ale już dla prostej kauteryzacji, którą nierównie taniej, prędzej, i bez obawy o szkodę, zwyczajnym sposobem będą

w stanie wykonać. Jeżeli więc aparat nie jest już naszykowanym, to pozostawimy go na te rzadkie wypadki, gdzie przewidywaną będzie potrzeba bardzo długotrwałego palenia. W takich okolicznościach, rozumiem się, ma on swe korzyści.

A r a n zastępuje żegadło B o n n a f o n d o w s k i m i w a l c a m i p a l ą c y m i, jakie przygotowują się z 5 grm. gummy tragankowej, 15 grm. węgla i 2 grm. saletry. Szyft taki aplikuje się po uprzedniem rozżarzeniu go na przestrzeni 1 ctm., i za pomocą niego otrzymuje się strup gruby na 1—2 milim. S c a n z o n i zachwala skuteczność kautystyczną topiącego się laku. Nas wstrzymywał dotychczas od takiego postępowania, wzgląd na nieznaczne natężenie obrażeń, zdarzających się wypadkowo przy pieczętowaniu; częściej już używaliśmy loutu od kieszonkowej maszyny ogniwowej, tam zwłaszcza, gdzie nie chodziło wiele o pewność działania ¹⁾.

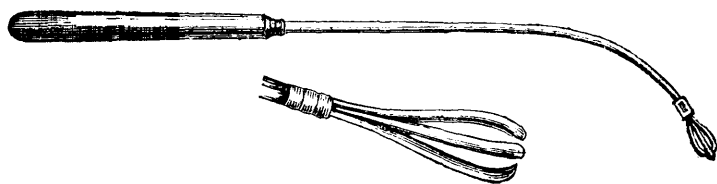
¹⁾ Jakkolwiek na mocy wyż podanych uwag, do kauteryzacji polecić możemy tylko saletran srebra w substancji lub roztworze, ocet drzewny, kwas chromny i żelazo rozpalone, nie możemy jednak, dla uzupełnienia całości, nie wspomnieć o dobrych skutkach innych środków żrących. Tak, T i l t wciąż jeszcze posługuje się roztworem saletranu rtęci (*liq. hydrarg. nitric.*) przy obecności owrzodzeń, dla usunięcia których saletran srebra nie wystarcza. Zabezpiecza on zdrowe części od wpływu środka żrącego, przez obłożenie ich watą zmoczoną w roztworze węglanu potażu, a następnie płyn żrący aplikuje także przy pomocy waty. Powstającemu w skutek tego strupowi daje na wyschnięcie 1—2 minut czasu. — Potaż gryzący używanym jest także przez R. B a r n e s ' a i T i l t ' a. Ten ostatni przyznaje zresztą, że środek ten wystarcza tylko do zniszczenia powierzchownych wybujałości, gdyż głębiej przeniknąć tylko można przez dłuższe wiercenie szyftem i podminowywanie części miękkich. Używa go też osobiście tylko w chorobowych stanach błony śluzowej szyi macicznej bez owrzodzeń, gdy już kamień piekielny i saletran rtęci okazały się niewystarczającymi. W tym razie wprowadza szyft żrący w szyję macicy i pozostawia go tu przez 5—15 sekund. — B o y s d e L o u r y zachwala ciasto przyrządzone przez R o b i q u e t ' a, ze stopionej guttaperki z chlorkiem cynku, które daje się ugniatać w dowolne kształty. Ciasto to, przyciśnięte w miejscu zastosowania, ma się natychmiast przylepiać i pozostawać tam aż do następnego rana, tak, że pozostawałoby tylko najbliższej leżące części ochronić nałożeniem szarpi—o czém już A r a n powątpiewa.

e) Przyżeganie jamy macicznej.

Kiwisch: *Klin. Votr. I.* — Scanzoni: *Krankheiten etc.* — Vidal: *Essai sur un traitement methodique de quelques maladies de la matrice par les injections intravaginales et intrautérines.* Paris 1840. — Tenze: *Union med.* Nr. 66. 1850. — Duparque: *Gaz méd.* Nr. 19. 1840. — Oldham: *London Gaz.* Februar 1847. — Sigmund: *Ueber die Anwendung ätzender Mittel auf die innere Wand der Gebärmutter.* Wien, med. Wochenschr. Nr. 40 i 43. 1857. — Plouviez: *Sur le traitement des pertes blanches ou rouges chroniques.* Journ. de méd. de Bruxell. Février et Mars 1857. — Courty: *Note sur l'innocuité et sur l'efficacité de la cautérisation des cavités utérines.* Compt. rend. de l'acad. des sciences. T. 57. — E. H. Klemm: *Ueber die Gefahren der Uterininjectionen.* Inaug. Dissert. Leipzig 1863. — C. Braun: *Spritzte zu Injectionen in die Gebärmutterhöhle* Monatsschr. f. Geburtsk. Juli 1865.

Do przyżegania błony śluzowej jamy macicznej saletranem srebra w substancyi, używa się właściwie urządzonego żegadłonosza (*porte-caustique*). Kiwisch używał w tym celu przyrządu podanego przez Lallemand'a do przyżegania cewki moczowej; lecz pojedyncze członki tego przyrządu kantami swemi łatwo zrzadzają powierzchowne obrażenia i krwotoki, co znosi a przynajmniej osłabia działanie kautystyczne. Chiari polecił uzbroić w środek żrący zgłębnik zakończony rodzajem wąskiego kielicha. Scanzoni używał w tym celu rurki srebrnej, zbudowanej naksztalt zgłębnika macicznego i zakończonej

Fig. 10.



Żegadłonosz Scanzoni'ego.

trzema sprężystymi ramionami, zamykającemi się za pośrednictwem obrączki. Nie należy jednak tać przed sobą, że w ten sposób nie jesteśmy w możności przypalenia bezpośrednio błony śluzowej macicy, jak to się pozwalało skutecznie z szyją maciczną, lecz musimy tylko cieszyć się nadzieją, że część saletranu srebra rozpuści się w wydzielinie jamy. Że jednak saletran srebra z ciałami organicznemi wchodzi po większej części w związki nierozpuszczalne — to też i działanie przyżegające przy takim postępowaniu redukuje się do minimum. Tym względem kierowany Ch i a r i zamierzył sztyft żrący wprowadzony za pomocą swego żegadłonosza, przyłamać, i w jamie macicy pozostawić. Ale i tym sposobem niewiele się zyskuje, gdyż, jak sami mieliśmy sposobność spostrzegać, a co i C o u r t y potwierdza, sztyft cały powleka się nieprzenikliwą osłoną, utworzoną z chemicznie zmienionego śluzu, i nawet mimo wielodniowego pozostawiania w jamie macicy, nie jest w stanie działać przestaczająco. My też od wielu już lat nie postępujemy w ten sposób, lecz przy przewlekłych śluzotokach z jamy macicy, nastrzykujemy tam roztwór kamienia piekielnego lub naciąg jodowy, zaś przy krwotokach — ocet drzewny lub roztwór chlorku żelaza.

Te nastrzykiwania wewnętrzne łatwo pociągają za sobą gwałtowne rznięcia w macicy, a niekiedy nawet silne zapalenie tak samej macicy, jak i tkanki łącznej ją okalającej (*perimetritis*). Przyczyny zapalenia błony surowiczej, szukano w przenikaniu płynu żrącego przez jajowody do jamy brzusznej, opierając się na doświadczeniach czynionych na zwłokach. Te ostatnie przecież udają się tylko wyjątkowo, wtedy mianowicie, gdy jama macicy tak gwałtownie zostanie rozciągnięta, jak to nigdy nie bywa przy nastrzykiwaniach robionych żywym. To samo i obawa przedostania się nastrzykiwanego płynu do żył macicy i więzów szerokich, z wyjątkiem okresu połogowego, jest nieusprawiedliwioną, jakkolwiek także powołać się może na skuteczne doświadczenia V i d a l'a i v. K l e m m'a. W każdym razie, podrażnienie ścian macicy, jakie tu ma miejsce, a które przy chorobowym stanie tego organu, jakoteż dodatkowych jego części, łatwo się dalej rozszerza, jest momentem stojącym na pierwszym planie. Dla praktyka zaś wystarczy ten fakt, że przestrzeganiem wszelkich ostrożności, jest w stanie usunąć niebezpieczeństwo nastrzykiwania. Aby o ile można podrażnienia macicy oszczędzić, dbać należy o to, by płyn nastrzykiwany nigdy jamy macicznej rzeczywiście nie rozszerzał. Dla tego też należy rozpoczynać nastrzykiwanie zwolna i nie gwałtownie, dalej zaś nastrzykiwać o tyle tylko, o ile płyn z ust macicznych odpływa. Jeżeli jama

szy maciczej jest sama przez się bardzo szeroka, to do wprowadzenia płynu posługiwać się można prostą rurką elastyczną, lub też metalową; ta jednak powinna być tylko tak grubą, aby obok niej płyn mógł swobodnie odpływać. W innym razie albo szyja macicy musi być przedtém sztucznie rozszerzoną, albo, co najuniżej, użyć trzeba zgłębnika „à double courant,” którego rurka odpływowa winna być opatrzona nie jednym tylko otworem, jak to bywa przy cewnikach używanych do nastrzykiwań do pęcherza, ale większą ich liczbą i to dostatecznej szerokości. Czy odpływowi płynu przeszkadza śluz zatykający okienka, rozstrzygnąć można przez staranną kontrolę tegoż odpływu. Powolne wnikanie płynów żrących do jamy macicy zapewnić sobie można, używając dobrej strzykawki małego kalibru. Przyrząd podany przez B r a u n ' a, jest naśladowaniem strzykawki P r a v a z ' a, używanej do nastrzykiwań podskórnych. Składa się on z długiej na $2\frac{1}{2}$ —3'' rurki ze stwardniałej guminy, której górny koniec opatrzony jest w ruchomą oliwkę z bocznym otworem; dalej, z walca szklanego służącego do pomieszczenia 12 kropeł płynu, wreszcie z rurki przedłużonej opatrzonej tłokiem, którego drąg podzielony jest na grany. Z przyrządu tego wysacza się płyn tylko bokiem i to kroplami.

Fig. 11.



Strzykawka B r a u n ' a do nastrzykiwań wewnątrzmacicznych.

Zamiast właściwej do tego strzykawki, użyć można rurki szklanej pionowo stojącej, której zawartość swobodnie wypływa, albo też przyrządu zbudowanego podobnie jak przyrząd L u ë r ' a do nastrzykiwań krtańowych. Ten ostatni składa się z kanki, przechodzącej na zewnętrznym swym końcu w mały balonik kauczukowy.

Dla osiągnięcia oczekiwanego skutku, potrzeba pierwój o ile możliwości oczyścić jamę macicy od nagromadzonej wydzieliny, przez ostrożne przestrzykanie wodą, wprowadzając przytém, tak jak i przy nastrzykiwaniu samych środków żrących, kankę aż do dna macicy. Jeżeli odpływ trwa bez przerwy, można śmiało nastrzyknąć stopniowo 1—1½ uncyi nawet nieobojętnych płynów. Niekiedy zużywaliśmy nawet 3 i 4-kroć większą ilość na jedném posiedzeniu, bez żadnej szkody. Od wystąpienia kolki macicznej, nie zabezpiecza zresztą stanowczo żadna z przedsię-

branych ostrożności; tylko natężenie takowej łagodzi się przez ogrzanie mającego się nastrzyknąć płynu do 26° R.

Oprócz nastrzykiwania, wpływać jeszcze można na błonę śluzową macicy sproszkowanemi środkami żrącemi. Postępuje się z niemi albo w ten sposób, że napełnia się cewnik elastyczny mieszaniną tanniny, siarczanu miedzi, saletrzanu srebra z mączką lub cukrem, i takową wydmuchiwą, albo téż używa się osobnych w tym celu przyrządów, o których wzmiankowaliśmy powyżej na str. 43.

f) Zastosowanie środków znieczulających.

H. Bennet: *Du traitement hypodermique des douleurs utérines. Bull. de thérap. Mai 15, oraz Lancet. March. 12. 1864.* — Troussseau: *Des tampons medicamenteux dans le vagin. Journ. de méd. de Bruxell. Septemb. 1856.* — Aran: *Coup d'oeil sur la thérap. génér. des malad. de l'utérus. Bull. de thérap. Avril 30 et Mai 15. 1858.* — Hardy: *Ueber die örtliche Anwendung der Chloroformdämpfe, besonders in Krankheiten des Uterus. Dubl. quart. journ. Nov. 1853.* — Scanzoni: *Krankh. etc. p. 41.* — Aran: *Injections de vapeurs de chloroforme dans la cavité utérine etc. Bullet de thérap. Janvier 30. 1855.* — Simpson: *A few observations on carbonic acid gas, as a local anæsthetic in uterine diseases. Edinb. méd. journ. July 1856.* — Churchill: *On the employment of carbonic acid gas. Dublin. quart. journ. August 1857.* — Démarquay: *Note sur l'emploi de l'acide carbonique et les appareils mis en usage. Union méd. Nr. 29. 1857.* — Ch. Bernard: *Des injections d'acide carbonique dans le traitement des affections de l'utérus, et des troubles générales, qui peuvent en être la consequence. Arch. génér. Novemb. 1857.* — Scanzoni: *Ein Todesfall, herforgerufen durch das Einströmen von Kohlensäure in die Uterushöhle. Ejusd. Beiträge für Geburtsk. III. p. 181.* — J. Arnott: *On the mode of applying cold effciently in diseases of the uterus. Médic. tim. and. gaz. Nr. 352. 1857.* — Aran: *Du tamponnement à la glace dans le traitement des affections utérines. Bullet. de thérap. Sept. 30. 1856.* — Tenze: *De l'emploi de vésicatoires sur le col de l'utérus. Bull. de thérap. Juillet 30. 1856.* — R. Johns: *Practical observations on blistering the cervix uteri etc. Dublin. quart. journ. Mai 1857.*

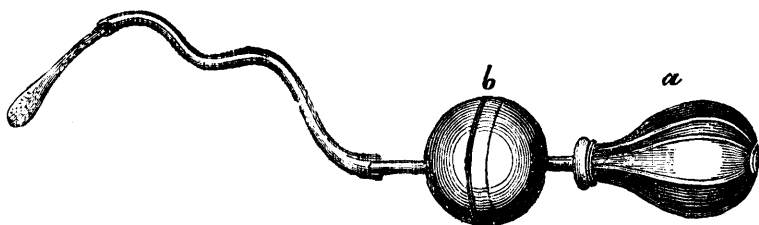
Bóle długotrwałe lub téż powracające, częstokroć nie do zniesienia, nie tylko zmuszają nas do podawania środków odurzających, tak przez usta jak i odbytnicę, ale zniewalają do wyszukiwania innych dróg po temu, i do wywoływania miejscowego znieczulenia przez inne niż odurzające środki. To téż wprowadzenie nastrzykiwań podskórnych jest szacownym dla ginekologa nabytkiem; jakkolwiek z naszego doświadczenia nie możemy w całej rozciągłości zgodzić się na zdanie H. Bennet'a, który utrzymywał, że podskórne użycie morfiny nie pociąga za sobą nieprzyjemnych objawów ubocznych, takich jak ból głowy i nudności, które występują po zastosowaniu enem makowcowych. Ból wywoływany ukłóciem pozwala się zmniejszyć przez ściśnięcie palcami składki skóry w którą igła ma wdrążyć; zaś następczego zapalenia uniknąć można, wstrzymując się od dodatków wysokoku lub kwasów do nastrzykiwanego płynu. My używamy zwykle roztworu chlorku morfiny, zaś do nakłucia obieramy okolicę podbrzuszną, pachwinową, lub (osobliwie polecaną przez Bennet'a) okolicę sercową.

Miejscowe zastosowanie środków odurzających na część pochwową macicy lub pochwę, zwykle mało bardzo przynosi skutku, gdyż błona śluzowa nader powolnie środki te pochłania. Z tém wszystkiém, nie należy tu spuszczać z uwagi, że w wyjątkowych razach powstają przy tém gwałtowne objawy ogólne. Okoliczność ta wymaga pewnej baczności, osobliwie przy użyciu wilczjéj jagody. Jeżeli zastosowanie chcemy pozostawić samym chorym, to obieramy formę wspomnianych już wyżjéj lekarskich krążków macicznych, dodając do nich $1\frac{1}{2}$ —2 gran morfiny, lub 4—8 gr. wyciągu wilczjéj jagody (*extr. Belladonnae*). Możemy téż kazać przyrządzić małe kulki z waty, wielkości jaja gołębiego, wewnątrz wypełnione wyciągiem odurzającym, a na powierzchni pociągnięte białkiem. Pozostawiając zaś sobie samemu zastosowanie środka, wlewamy, za radą Aran'a, 30—60 kropel naciągu makowcowego (*tinct. opii*) we wziernik, wysypujemy potém kilka grammów krochmalu aby płyn został pochłonięty, i tę papkę spoistą, utrzymujemy w zetknięciu z częścią pochwową i sklepieniem pochwy za pomocą małego tamponu ze skubanki lub waty. Działanie następuje częstokroć dopiero po upływie kilku godzin, a w pewnych okolicznościach dojść może do wymiotów i senności.

Środki odurzające z większym lub mniejszym skutkiem zastępowane być mogą przez miejscowe użycie chloroformu, kwasu węglanego, zimna, pryszczadeł, elektryczności.

Miejscowe zastosowanie par chloroformu w celu wywołania miejscowego znieczulenia, po raz pierwszy wprowadzonym zostało w praktykę przez Hardy'ego. Przyrząd w tym celu używany składa się z małego walca metalowego lub drewnianego, albo też z puszeki (*b*) z dwóch półkul złożonej, i przeznaczonej do umieszczenia gąbki napojonej chloroformem. Z puszeki téj wychodzą dwie rurki elastyczne, z których jedna przechodzi w kankę maciczną, druga zaś łączy się z pęcherzem kauczukowym (*a*). Przez powtarzane naciskanie te-

Fig. 12.



go pęcherza, przepędza się do pochwy gromadzące się wciąż na nowo w jego próżni powietrze, które przechodząc przez puszkę z gąbką, nasycą się parami chloroformu. Jeżeli rurka będzie dostatecznie długa, chora sama uskutecznić to sobie może. Wejście par chloroformu do pochwy wywołuje w niej, jakoteż i w zewnętrznych częściach płciowych, początkowo uczucie nieprzyjemne, często nawet silnego palenia. Po upływie jednak 5—10—15 minut trwania manipulacji, uczucie to znika, a przytém i uczucie wszelkiego bólu, o którego usunięcie nam chodziło, zmniejsza się albo ustaje zupełnie. Spostrzegamy to nie tylko przy bólach spowodowanych kurczeniami macicy, ale także i przy bólach umiejscowionych w okolicy pachwinowej, lędźwiowej i krzyżowej — już to w wyższym, już w niższym stopniu. Niekiedy ustępują tylko bóle na ostatku wymienione, gdy tymczasem w samej okolicy miednicowej żadnej nie ma ulgi.

Znieczulenie miejscowe trwa kilka — 4 do 6-ciu godzin. Chore, które są w stanie określić doznawane przez siebie wrażenie, doświadczają uczucia zimna lub próżni w brzuchu, tak jakby były wytrzewione; inne porównują uczucie jakie mają w téj części ciała do tego, jakie pozostaje w ustach po spożyciu cukierków miętowych. Gdzie działanie jest zbyt niedostatecznym, można je niekiedy powiększyć przez wprowadzenie par chloroformowych do odbytnicy zamiast do pochwy. Pierwiastkowo wpro-

wadzał A r a n pary chloroformu aż do saméj jamy macicznej, za pomocą wydrążonego zgłębnika macicznego; wkrótce jednak jawnie postępowanie takie zarzucił. W każdym razie, od miejscowo zastosowanych par chloroformowych nie należy oczekiwać zbyt wielkich skutków. Przeciwnie — setki spostrzeżeń przekonały nas, że przy silnych bólach użyteczniejsze są lewatywy makowcowe lub czopki stolcowe.

K w a s w ę g l a n y jako miejscowy środek znieczulający, przy chorobach macicy i innych organów w miednicy zawartych, po raz pierwszy użytym został przez S i m p s o n ' a. Do wywiązania gazu posługiwał się on zwyczajną butelką od wina, dobrze zatkaną korkiem przedziurawionym rurką metalową. Do butelki takiej wkładał .6 drachm krystalicznego kwasu winnego i nalewał roztworem 1 uncyi dwuwęglanu sody w 6 lub 7 uncjach wody. Przyrząd ten został przez innych wielorako zmieniony; albo téż zamiast niego używano pęcherza świńskiego, wypełnionego czystym kwasem węglanym i komunikującego z rurką zamkniętą kranem. My posługujemy się zwyczajną fiaszką do wywiązania gazów, zatkaną korkiem kauczukowym, przez który przechodzi jedna rurka szklanna lejkowata, dochodząca prawie do samego dna; druga zaś, krótsza, łączy się z rurką elastyczną, do której znowu przystosowana jest rurka szklanna 3—4 cali długa, stożkowato zakończona i przeznaczona dla pochwy. Fiaszka wypełnia się w części małemi kawałeczkami marmuru, a przez lejek, od czasu do czasu, wlewa się rozcieńczony kwas solny. Tym sposobem otrzymujemy jednostajny strumień kwasu węglanego i unikamy tego, by przy gwałtowném wywiązaniu gazu porywane być miały cząsteczki kwasu i sody, któreby zanieczyszczały ubranie, pościel i t. p.

Spostrzeżenia nasze nie stwierdziły, by zastosowanie kwasu węglanego miało być tak pożyteczném, jak to S i m p s o n początkowo przywodził, mianowicie żeby w tych wypadkach, w których inne środki nie skutkowały, znaczne przynosiło korzyści. W ostatnich latach i przez innych także używanym był kwas węglany, jako środek znieczulający, głównie przy raku; że pominiemy tu jego użycie w celu pobudzania macicy do kurczenia się, oraz sprowadzenia jéj rozpulchnienia i przekrwienia. Ubocznego—nieprzyjemnego, a tém mniej niebezpiecznego działania, nigdy także nie zdarzyło nam się spostrzegać. C l. B e r n a r d przecież, musiał w wielu razach przerwać użycie kwasu węglanego, ponieważ przychodził ból głowy, szum w uszach, przyćmienie i osłabienie wzroku, nudności, ogólna sztywność, większa lub mniejsza senność, słowem — objawy zatrucia kwasem węglanym. — S c a n z o n i

takoż podaje, że pewna kobieta brzemienna od 4-ch miesięcy, skoro jęj zaledwie 2—3 cali sześciennych kwasu węglanego przeniknęło do otwartęj i rozszerzonęj s z y i m a c i c z n é j, głośnie krzyknęła, cała stężała, poczem nastąpił upadek sił, a w $1\frac{3}{4}$ godziny już nie żyła. Tu śmierć nie była prawdopodobnie następstwem zatrucia, lecz dostania się gazu do jednego z większych naczyń, jak to bywa przy wnikięciu powietrza do żył. Spostrzeżenia te, z różnych stron poczynione, domagają się pewnéj ostrożności, w położowym przynajmniej okresie.

A r n o t t zalecał swoją metodę z a m r a ż a n i a także i przy chorobach macicy. Tamponuje on pochwę mieszaniną lodu i soli, której ciepłota zwykle wynosi — 5° , a przy raku macicy obniża się aż do — 20° . Wszakże postępowanie to nie odpowiada celowi, gdyż po nazbyt znaczném obniżeniu ciepłoty, następuje bardzo wielki odczyn, a rozpuszczająca się sól nagryza pochwę i srom. Doświadczenie przekonało, że do zniesienia uczucia bólu, wystarcza wprowadzenie do pochwy kawałków lodu, z pomocą wziernika lub bez, i zastąpienie ich świeżemi, skoro tylko stopnieją. Niedogodność, która przy przedłużaniu tego rodzaju postępowania przez pół, jedną lub dwie godziny się nastęrcza, polega na tém, że chore, które przeważnie ulgi potrzebują, nie mogą znieść zbyt długiego pozostawania na twardym bassonie; to téż należy używać podobnych naczyń kauczukowych. Wykonanie tego stale pozostawiamy samym chorym, i w tych tylko wypadkach, w których pochwa potłuczonym lodem prawdziwie była zatamponowaną, uważaliśmy za potrzebne, po jego stopnieniu, robić jeszcze przez czas pewien natryski z zimnéj wody, aby złagodzić zagrażające oddziaływanie. Lecz właśnie przy raku macicy, a nade wszystko tam, gdzie bóle są nie do zniesienia, miejscowe użycie zimna nie przynosi wielogodzinnej ulgi.

Zastosowanie p r y s z c z a d e ł (*vesicantia*) n a c z ę ś ć p o c h w o w ą, popieraném było osobliwie przez A r a n ' a i R. J o h n s ' a, w celu złagodzenia bólów w okolicy krzyżowéj, biodrowéj, pachwinowéj i łonowéj, — bólów występujących przy przewlekłych zapaleniach, zmianach położenia, i t. p. stanach macicy, lub' téż pozostających po usunięciu zapaleń. A r a n zachwalał ten sposób postępowania jeszcze z tego względu, że przy przewlekłym infarkcie macicznym miał on przyspieszać pochłanianie, a nadto miał poprawiać charakter złej natury owrzodzeń. Lecz te ostatnie cele pozwalają się pewniéj i prędjéj osiągnąć za pomocą przyżegania i t. p., a nawet jako środek znieczulający, jak slu-

sznie J o h n s zwrócił uwagę, okazuje się przyszcadło skuteczném głównie tylko wtedy, jeżeli uczucie bólu pozostało po ustąpieniu przekrwienia.

A r a n używał dawniej tak zwanego „*vesicatoire d'Allespeyre*” — papieru pociągniętego masą kantarydową; w nowszym jednak czasie, wyłącznie zwyczajnego officynalnego plastra przyszcadłowego, którego kawałek odpowiedniej wielkości przykładła na starannie otarte usta maciczne i utwierdza tu za pomocą wielkiej zatyczki ze skubanki zanurzonej w kleinie (*collodium*). Chora musi potem przez 8—10 godzin pozostawać w położeniu poziomém. Po 24—28 godzinach odejmuje się plaster, a w ciągu kilku dni następnych oczyszcza się pochwa za pomocą przestrzykiwań, wprowadzając po każdym przestrzyknięciu nieco mączki do sklepienia pochwy. Po upływie tygodnia powtórzyć można nałożenie plastra.

R. J o h n s pociąga część pochwową 2—3 razy dziennie za pomocą pędzelka mięszaniną 2-ch części stężonego naciągu eterycznego kantaryd z jedną częścią zwyczajnego roztworu guttaperki w chloroformie. Postępowanie to wywołuje nieznaczny tylko ból, trwający najdłużej jedną tylko minutę; wkrótce tworzą się małe pęcherzyki, a po upływie pół godziny rozpoczyna się wydzielanie wodnistej cieczy, trwające zwykle 3—4 dni, poczem odpływ staje się ropiastym. Po 6-ciu dniach przedsięwziąć można drugie popędzłowanie. Postępowanie J o h n s 'a jest oczywiście nierównie mniej dla chorych uciążliwém, ponieważ nie zmusza ich do leżenia; my też wyłącznie jego tylko używamy.

Co się tyczy działania znieczulającego prądów galwanicznych tak ciągłych jak i przerywanych, akta tej kwestyi nie zostały jeszcze zamknięte. Pierwszych używaliśmy częstokroć z pożytkiem przy bólach nerwowych w brzuchu i kończynach dolnych, przykładając elektrody albo do obu nerwów udowych, albo też, — jeżeli część prądu nie miała przechodzić przez brzuch — jeden do nerwu, a drugi do rzepki tejże samej strony. Od ciągłego strumienia, dotąd nie zauważyliśmy właściwie żadnego innego skutku, nad powstawanie strupa zgorzeliowego.

ROZDZIAŁ II.

CHOROBY MACICY.

1. Wady rozwojowe.

Meckel: *Handb. d. pathol. Anat.* I. 659 i 673. — Rokitański: *Pathol. Anat.* III. p. 511. — Tenże: *Oesterreich. Jahrb. Bd. 17. str. 1*; tudzież *Zeitschr. d. Wien. Aerzte* Nr. 33. 1859 i Nr. 31. 1860. — Kiwisch: *Klin. Vortr. Bd. I. (3 Aufl. p. 81)*. — Kussmaul: *Von dem Mangel, der Verkümmerng und Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg 1859.*

Jajowody, macica i pochwa powstają z przewodów Müllera w ten sposób, że te ostatnie w dolnej swej części zlewają się, tworząc kanał rodny (*canalis genitalis*), a część zlna dzieli się poprzecznie na dwie części: macicę i pochwę. Rozwój ten może być zaraz w pierwszych miesiącach życia płodowego w rozmaity sposób powstrzymany, tak że albo oba pierwotwory macicy, lub tylko jeden z nich marnieją, albo też rozwijają się wprawdzie dalej, lecz nie zlewają się ze sobą w dostatecznej rozciągłości. Rozwój ten powstrzymanym też być może i w późniejszym okresie życia płodowego, albo też w wieku dalszego rozwoju macicy. Z uwagi na cele praktyczne, porządkujemy rozmaite wady rozwojowe w następujący sposób:

a) Brak, stan zaczątkowy, postać płodowa i dziecięca, małość macicy.

α) Macicy brakuje zupełnie, albo też wyrażoną jest słabym zarysem formy V z tkanki łącznej i włókien mięsnych. Przytém i pochwa bywa także stale mniej lub więcej zmarniała; przynajmniej w wypadkach na pewno oznaczonych była ona bardzo krótka, lub też nie istniała wcale. Jajowodów albo brakuje zupełnie, albo przedstawiają się w postaci zbitych powrózków; tylko koniec strzępiasty bywa niekiedy

wykształcony. Jajników może także brakować; niekiedy jednak istnieją, i to nawet opatrzone licznymi pęcherzykami Graaf'a. Więzów szerokich macicy niedostaje tylko przy zupełnym braku części rodnych wewnętrznych, chociaż nawet w takim wypadku części rodne zewnętrzne mogą być zupełnie prawidłowe, a całe ciało przedstawiać może typ kobiecy. Miednica wyjątkowo tylko bywa przy braku macicy szeroka i kobieca, zaś usiłowań miesięczkowych (*molimina menstrualia*), o ile się zdaje, nie bywa nawet pomimo istnienia prawidłowo rozwiniętych jajników.

β) Istnieje tylko zaczątek (*rudimentum*) macicy, który może mieć kształt rozmaity: okrągławy, gładki, łukowaty; zwykle jednak składa się z dwóch rogów, albo zupełnie powrózkowatych, albo też opatrzonych w jamki wielkości soczewicy lub grochu, wysłane błoną śluzową. Zaczątek taki (macie'a rozdwojona — *uterus bipartitus*, według Mayer'a i Rokitański'ego), pospolicie przechodzi ku dołowi we włóknisty powrózek, zastępujący całą pochwą lub tylko górną jej część. Jajowody są także więcej lub mniej zmarniałe, jakkolwiek nie tylko ich końce strzępiaste, ale nawet i maciczne wydrążonemi być mogą. Jajniki bywają już to prawidłowe, już wadliwie rozwinięte; części rodne zewnętrzne po większej części prawidłowo rozwinięte. W wypadku macicy dwudzielną, opisaną przez Rénauldin'a, pochwa prawidłowej długości komunikowała z jamą szyi macicznej na 1 cal długo, która ze swjej strony przechodziła w zaczątek ciała macicy. Usiłowania miesięczne, przy zaczątkowym rozwoju macicy, częściej się napotykały, a perjodyczne odpływy krwi z ślepo zakończonej pochwy spostrzeżanemi były przynajmniej w kilku wypadkach. Czy spółkowanie jest możliwem, czy nie, — miarą tego jest najpierw stopień rozwinięcia pochwy; ale i wtedy nawet, gdy w miejscu téj ostatniej znajduje się zaledwie tylko nieznaczne wpuklenie skóry zewnętrznej, może ono stopniowo zostać rozciągnięte do obszerności dostatecznego ślepego worka. W wielu stosunkowo wypadkach cewka moczowa sprawowała usługi pochwy, co według Kussmaul'a tém się tłómaczy, że przysionek brakującej pochwy przechodzi bezpośrednio w cewkę, która to ostatnia niekiedy bywa niezwykle szeroką.

γ) Jeżeli rozwój macicy zakłóconym został dopiero po upływie pierwszych miesięcy, albo i całej ciąży, wtedy przedstawia ona kształt i wielkość macicy płodowej lub dziecięcej. Szyja może być wydłużoną aż do 2-ch cali, lecz ciało bywa stale niepospolicie krótkiem,

przy równoczesnej cienkości ścian jęgo; części pochwowęj może być albo ślad tylko, albo też będzie ona nadzwyczaj mała. Podczas gdy zewnętrzne usta maciczne przedstawiają się w postaci wązkiej szczeliny poprzecznej, lub też małego zagłębienia, — wewnętrzne są tylko mało ściągnięte. Jajowody są zwykle dość zupełnie rozwinięte; pochwa przeciwnie, wyjątkowo tylko bywa prawidłowej szerokości i długości. Jajników niekiedy brakuje, lub są tylko ich ślady; najczęściej jednak o tyle tylko niezupełnie się wykształciły, że brakuje im pęcherzyków *G r a a f ' a*, albo też że jajka w pęcherzykach tych zawarte nie dojrzewają. Zewnętrzne części rodne, sutki, jakoteż i miednica, rzadko bywają należycie wykształcone. Usiłowania miesięczkowe spostrzeganiami były tylko w razie istnienia pęcherzyków *G r a a f ' a*; objawiały się one pod postacią peryodycznych napływów do rozmaitych organów.

δ) Niekiedy mimo nadejścia wieku dziewiczego, macica przestaje się rozwijać, nie zatrzymując przecież postaci macicy dziecięcej; jest ona zamałą, a szczególnie szyja i część pochwa niedokształcone. Wada ta przytrafia się sama w sobie, obok dokładnie rozwiniętych jajników, pochwy i sutek, i nierzadko, jakkolwiek nie zawsze, daje się odnieść do chorób konstytucjonalnych. Miesiączki nie zawsze brakuje u takich osób. W wypadku opisanym przez *P f a u ' a* ¹⁾, nastąpiła ciąża, a po czasowym porodzie macica prawidłowej nabyła wielkości.

Rozpoznanie. Zupełnego braku macicy od zaczątkowego jęj rozwoju, niepodobna u żyjącej kobiety rozróżnić, gdyż małe zaczątki macicy nie łatwo odkryć się pozwalają. Badanie napotyka tu na większe w ogóle trudności, ponieważ powłoki brzuszne mało bywają podatne, pochwa wcale albo niezupełnie rozwinięta, odbył wązki, a ztąd i o własnościach organów miedniczych z mozołem tylko do wniosków jakichś dojść można.

Wielkiej ważności, przy braku pochwy lub jęj sklepienia, jest badanie przez odbytnicę, po uprzedniem wprowadzeniu cewnika do pęcherza moczowego. Celem takiego badania jest przekonanie się, czy między temi dwoma organami nie ma macicy, chociażby bardzo niedokładnie wykształconej, jaka jest wielkość i postać takowej, oraz czy nie nabrzmiewa ona równocześnie z usiłowaniami miesięczkowemi. Z tém wszystkiem, i przy takim postępowaniu, przemieszczone jajniki, wyna-

¹⁾ Oester. med. Wochenschr. Nr. 32. 1845.

czynienia krwawe i inne stany chorobowe, mogą dać powód do złudzenia. To też w każdym wypadku należy przedewszystkiem postawić sobie pytanie, czy u osoby wadliwie ukształconej męskiego rodzaju, nie istnieje *Hermaphroditismus transversalis* (porównaj wypadek *Steglehner'a*); i dla tego w pozornych wargach wstydliwych i kanałach pachwinowych starannie szukać należy jądra; a nadto, wprowadziwszy wziernik do zątki moczopłciowej (*sinus urogenitalis*), jak się to udało *Mulderowi* u *Gottlieba Göttlich*, trzeba szukać zaczątków gruczołu krokowego i leżących poniżej niego ujść przewodów wyprowadzających nasienie (*ductus ejaculatorii*).

Jeżeli pochwa jest prawidłowej długości, w takim razie już z góry wielkie istnieje prawdopodobieństwo, że macica dosięgła przynajmniej tego stopnia rozwoju, jaki jest właściwy ostatnim miesiącom życia płodowego, lub wiekowi dziecięcemu. Nie trudno jest też przekonać się o nieobecności lub też istnieniu chociażby zaczątków części pochwowój, z ustami macicznymi lub też bez nich, a w razie wynalezienia ust macicznych wdążyć przez nie zgłębnikiem, by ściślej ocenić wymiary macicy.

Przeciwnie, niezwykła długość pochwy nadzwyczaj utrudnia zbadanie jej dna, czego sami doświadczyliśmy u pewnej 22-letniej panny, cierpiącej peryodyczne dolegliwości bez krwawienia miesięczkowego, u której po kilkakrotnym a bezowocnym badaniu dopiero od strony powłok brzusznych udało się zbliżyć różne miejsca bardzo szerokiego sklepienia pochwy do palca badającego przez pochwę i nakoniec odkryć zaczątek macicy.

Leczenie tylko przy istnieniu nieprawidłowości opisaną pod *a* może być innem niż objawowe. Ale i tu, równie rzadko jak i innym, udało nam się przez ostrożne użycie środków namiesięcznych (*emmenagoga*) lub miejscowe drażnienie, wywołać odpływ miesięczny. Osobliwie użycie natrysków (*douche*), oraz wprowadzanie gazu kwasu węglanego, pomimo wytrwałości z naszej strony, pozostawało zupełnie bezskutecznem.

b) Macica jednorożna (*Uterus unicornis*).

Jeżeli jeden z przewodów *Müller'a* zmarnieje mniej lub więcej, to powstaje macica jednorożna. W dzieciennym wieku ma ona postać do rogu podobną, później jest więc walcowata; właściwego dna jej

brakuje. Cały organ przedstawia się stosunkowo długim, nagiętym ku stronie odpowiadającej temu przewodowi Müller'a, którego rozwój nie został zakłóconym, i tu łączy się z jednym jajowodem i jednym jajnikiem; część pochwowa bywa zwykle mała, a pochwa szczupła. Nie zawsze spotykamy zupełny brak drugiego rogu z odpowiednim mu jajowodem; owszem częstokroć istnieje jego początek przy wykształconym rogu. W pierwszym tylko razie nie ma części dodatkowych macicy po stronie wady, lub też są niedokształcone i leżą oddzielone od macicy, w okolicy lędźwiowej. Jeżeli istnieje początek drugiego rogu, to ten, odpowiednio do swego zmarnienia, przedstawia się jako tasiemkowata smuga, zbity powrózek, albo też opatrzone jest jamką, lub też przedziurawiony kanałem, wnikającym jużto głębiej, już wyżej do macicy. Wydrążone zaczątki, nie są też pozbawione odpowiednich jajowodów z jajnikami. Po stronie wadliwej brakuje częstokroć nerki i moczowodu.

Zmarnienie jednego z dwóch pierwotworów macicy nie znosi zdolności do miesiączkowania, a tém samém i do zapłodnienia. Nietylko róg rozwinięty, ale nawet niedokształcony, może zostać brzemiennym, w razie jeżeli jest połączony kanałem z pierwszym, a K u s s m a u l udowodnił, że takie wypadki dawniej nawet przy sekcyach brano za ciążę jajowodów. W rogu wykształconym, płód może być donoszonym tak dobrze jak i w normalnej macicy, gdy tymczasem niedokształcony pęka w 3—6 miesiącu, jeżeli płód wcześniej nie zamarze.

Rozpoznanie za życia nie może być na pewno zrobioném. Boczne pochylenie osi miednicy, oraz walcowata postać całego tego organu, przy równoczesnem istnieniu zmarniałej części pochwowej, z prawdopodobieństwem tylko pozwalają przypuszczać obecność macicy jednorożnej.

c) Macica podwójna (*Uterus duplex*).

Jeżeli przewody Müller'a rozwijają się wciąż bez przeszkody, nie zlewając się z sobą w zupełności, albo na dostatecznej przestrzeni (aż do miejsca przyczepienia więzów okrągłych), to powstaje macica całkiem albo w części podwójna. Stosownie do tego, czy rozdział na dwie boczne połowy jest na zewnątrz już widoczny, czy też nie, rozróżniają macicę dwurożną (*ut. bicornis*) i macicę dwujamistą czyli przegrodzoną (*ut. bilocularis s. septus*).

α) W razie istnienia macicy dwurożnej, oba jej rogi schodzą się z sobą pod tępym lub pod ostrym kątem, stosownie do tego, czy łączą się z sobą dopiero znacznie poniżej otworu zewnętrznego, czy też już po nad nim. Przytém rozdział jest albo zupełny, albo częściowy. Najwyższy stopień niedostatecznego zlania się, przy którym oba rogi z podwójną lub przedzieloną częścią pochwową otwierają się do podwójnej lub jednej pochwy, jest nader rzadki. Częściej się zdarza, że w dolnej części oba rogi schodzą się, tworząc wspólną szyję. W najniższym stopniu, dno macicy daje tylko w pośrodku mały wyrostek do jamy, prawie pojedynczej (m a c i c a ł u k o w a t a, *uterus arcuatus*).

Obie połowy macicy dwurożnej nie zawsze są jednostajnie rozwinięte; nierównie częściej zdarzają się wszystkie stopnie przejściowe do macicy jednorożnej z rogiem zaczątkowym. Przy zupełnym a przynajmniej symetrycznym rozwinięciu się obu przewodów Müller'a, organ przedstawia się stosunkowo szerszym a krótszym, niż wtedy, gdy jest pojedynczy; ściany zresztą nie są ścięte. Ciekawem jest, że niekiedy całe ciało, osobliwie też i twarz, były niestosunkowo szerokie.

Przy istnieniu podwójnej pochwy, obie jej jamy takż często są jednostajnie szerokie. Niekiedy jedna z nich kończy się ślepo u dołu lub u góry, a w takim razie oba ujścia macicy otwierają się do otwartego kanału.

β) W macicy dwujamistej przedział rozciągać się może takż albo przez cały organ od dna aż do ujścia zewnętrznego, albo nawet przedłużać się i do pochwy. Częstokroć jednak przedział ten jest niezupełny i dosięga tylko do ujścia wewnętrznego, albo istnieje tylko skórzasty wyrostek od dna do górnej części jamy macicznej, albo wreszcie tylko tasiemkowaty mostek między obydwiema wargami ust macicznych.

Następstwa. Przy istnieniu macicy dwurożnej i dwujamistej, czynności płciowe nie zawsze odbywają się równie dobrze w obu połowach. Odpływ miesięczny nie zawsze z obu następuje połów; a nawet do spółkowania, mimo istnienia podwójnej pochwy, często służy jeden tylko z kanałów. Pod względem praktycznym to jest ważne, że skutkiem zarośnięcia jednej połowy macicy lub pochwy, mimo niezakłóconego odpływu krwi miesięczkowej i śluzu z niezamkniętej drugiej połowy, w pierwszej z nich nastąpić może zatrzymanie tych płynów.

Podwójność macicy nigdy sama przez się nie spowodza niepłodności; wiele z pomiędzy kobiet macicę taką posiadających, odznaczało się właśnie wielką płodnością, a częstokroć nawet zachodziły w ciążę bliźniaczą. Ciąża, podobnie jak u posiadających macicę jednorożną, pospolicie

trwa przez zwykły przeciąg czasu; ale za to poród bywa częściej nieprawidłowy niż prawidłowy, mianowicie też bywa przedłużony, albo też utrudniony nieprawidłowem ustawieniem płodu, rozdarciem przegrody, albo nawet samój ściany macicy, krwotokami po urodzeniu się ciała dziecięcia. Z téj przyczyny i zejście położu bywa częstokroć dla matki niepomyślném.

Rozpoznanie. Rozdwojenia ograniczające się tylko do górnego odcinka macicy, pozwalają się rozpoznać tylko w szczególnie przyjaznych okolicznościach, po rozwiązaniu, lub też, jak my spostrzegaliśmy, w razie bujania nowotworów w jednej połowie. Ale i w innych także przypadkach potrzebne jest ścisłe badanie; do takowego widzimy się najczęściej zniewolonemi znalezieniem zupełnej lub niezupełnej przegrody w pochwie, która jednak łatwo może nie być dostrzeżona, jeżeli się nie jęj wprost szuka. Tam, gdzie w każdym ze sklepień pochwy tkwi część pochwowa, zdaje się stale istnieć zupełny podział macicy; przeciwnie, obecność podwójnych ust macicznych w pochwie nie dowodzi jeszcze, aby podział miał się także rozciągać i na górną część macicy; tu bowiem dopiero badanie za pomocą zgłębnika, oraz ocenienie zewnętrznego kształtu organu tak od strony powłok brzusznych, jak i od strony odbytnicy, jest w stanie dalej zadecydować. W razie zarośnięcia jednej połowy macicy, excentryczne położenie części pochwowój swobodnie sterczącej do pochwy, oraz przyłączenie pochwy na wewnętrznej stronie ust macicznych, może zwrócić uwagę naszą na istniejącą wadę.

2. Zarośnięcie macicy.

(*Atresia uteri*).

Meissner: *Frauenkrankh.* I. p. 554. II. p. 66. — Brierre de Boismont: *Die Menstruation; übers. von Moser* p. 261. — Seyfert: *Prager Vierteljahrsschr. Heft. I. 1854.* — C. Braun: *Allg. Wien. Zeit. Nr. 13 i 53. 1861.* — Bernutz et Goupil: *Clinique méd. sur les maladies des femmes I.* — Rokitskij: *Zeitschr. d. Wien. Aerzte. Nr. 31. 1860.* — Schröder: *Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocoe retrouterina u. s. w. Bonn 1866. i Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 38, 1866.* — Bryck: *Zur Diagnose der Atresien u. s. w. Wien. med. Wochenschr. Nr. 11—18. 1865.*

Przy opisie wad rozwojowych macicy wspominaliŝmy juŝ o rozmaitych niedokształceniach, przy których równocześnie dolna część organu tego ŝlepo się kończy. Ale w nieskończenie rzadkich wypadkach zdarzają się w r o d z o n e z a r o ŝ n i ę c i a m a c i c y bez żadnego zresztą powstrzymania j j rozwoju, albo, co najwyŝej, po łączone tylko z nieprawidłową krótkością cześci pochwow j. Zamkn cie pochodzi wtedy albo ztąd, że błona ŝluzowa powlekająca cze c pochwową nie posiada otworu między wargami ust macicznych, albo t ŝ ztąd, że szyja macicy, przy prawidłową lub niedostateczną rozwinięciu cześci pochwow j, jest nie przedziurawioną.

Pochwa, przy wrodzoném zarośnięciu macicy, moŝe by  albo prawidłowo ukszaltowana, albo t ŝ moŝe j j brakować zupełnie lub w cześci. Spostrzegano t ŝ i jednoczesne zamkn cie sromu.

Cz stszymi od wrodzonych s  n a b y t e z a r o ŝ n i ę c i a m a c i c y, ale i te bardzo rzadko powstają przed nadejściem p wniejszego wieku. Najczęściej zarasta ujście wewnętrzne, rzadziej ujście zewnętrzne lub właściwa jama miednicy; kiedy niekiedy zarasta tak ujście wewnętrzne jak i zewnętrzne.

Najczęstszą tego przyczyn  jest zapalenie nieŝytowe z nadŝarciem a nawet owrzodzeniem błony ŝluzow j. Zrośnięcia z szczególną łatwością następują wtedy, gdy nieŝyt przewlekły zejdzie się ze starcz m niki ni ciem (*involutio senilis*) macicy, bowiem to wpływa na zw ŝenie wewnętrznego ujścia. Sprzyjają t ŝ zarastaniu istniejące równocześnie zg cia, przy których przednia i tylna ŝciana macicy, w okolicy ujścia wewnętrznego stykają się z sobą, jakkolwiek przyt m, w latach dojrza oci p ciow j, wy atkowo tylko prawdziwe następuje zarośnięcie. Zarośnięcie zewnętrznych ust macicznych, z nagromadzeniem się kilku uncyj krwistego płynu i kulist m rozciągnięciem cześci pochwow j, powstałe w skutek wp wy gryzących wydzielin z macicy, wywoływanych obecnością włókniaka, widział S i m o n ¹⁾. Da ej zak ejaj  się niekiedy podczas brzemienności usta maciczne—N a e g e l e ' g o *Conglutinatio orificii externi*. My dotychczas spostrzegaliśmy jeden tylko tego rodzaju wypadek, w którym zrośnięcie było cze ciowe, a jednak przez 18 godzin przeszkadzało rozszerzeniu się ust macicznych; w połogu przyszło do znacznego zniszczenia pochwy i cześci pochwow j macicy przez zgorzel, co się skończyło zupełném zarośnięciem zewnętrznych ust macicznych. Niekiedy zarasta

¹⁾ Monatsschr. f. Geburtsk. Januar—Maerz. 1869.

jama macicy na większej lub mniejszej rozciągłości, skoro rozwinęły się w jej ścianach guzy włókniste, zbliżające takowe ściany do siebie.

Nierównie rzadziej niż w następstwie przewlekłego nieżytu przychodzi do zarośnień w skutek ostrych zapaleń lub też zgorzeli. Obserwano je także po silnych przyżeganiach szyi macicznej, po odjęciu części pochwowój, po tyfusie, po chorobach położowych, a w tych ostatnich razach nawet w połączeniu z przyrośnięciem części pochwowój do ściany pochwy.

W literaturze przytoczonych jest także parę spostrzeżeń, odnoszących się do zupełnego zarośnięcia jamy macicznej, obok którego nie znaleziono żadnych innych zboczeń, któreby można było uznać za przyczynę zarośnięcia.

Dwa z tych wypadków odwzorowali Boivin i Dugès w swym atlasie na tabl. XIII. W pierwszym z nich nie było ani śladu jamy, zarówno w ciele, jako też i w szyi macicy. W drugim istniał przynajmniej wązki kanał w szyi macicznej, a na frontowym przecięciu dostrzedz się dawała biaława linia trójkątnego kształtu, która odpowiadała zarysom istniejącej poprzednio jamy.

Trzeci wypadek odwzorował Albers w swym atlasie anatomicznym, według znajdującego się w zbiorze anatomicznym w Bonn preparatu, którego dotychczas bezskutecznie poszukiwaliśmy.

Drugie z przytoczonych powyżej spostrzeżeń dowodzi, że objaśniać je trzeba w taki sam sposób, jak większą część wypadków zarośnięcia pochwy; oczywiście, nie idzie tu o wrodzony brak jamy macicznej, lecz o powstałe później zalepienie i zarośnięcie bezpośrednio stykających się ze sobą ścian takowej jamy.

Następstwa. Zarośnięcie macicy niebrzemiennej tamuje odpływ wydzielin macicznych i dlatego ma wtedy mianowicie wielkie znaczenie praktyczne, gdy jest wrodzonem lub też nabytym w latach dojrzałości płciowej; powoduje bowiem wtedy zatrzymanie odpływu krwi miesięczkowej, — *krwistek wewnątrz macicznego (haematometra)*. Jeżeli macica zarośnie dopiero po zaprzestaniu miesięczkowania, wtedy najczęściej anatomiczny tylko przedstawia interes. Przecież i tu w wyjątkowych razach nagromadza się znaczna ilość śluzu w jamie macicznej, co w dalszym ciągu prowadzi do tak zwanego *puchliny macicy (hydrometra)*.

a) K r w i s t e k m a c i c z n y (*Haematometra*).

Krwistek maciczny rozwija się nietylko przy istnieniu zarośnięcia macicy, bądź wrodzonego, bądź téż nabytego przed ustaniem zdolności do zapłodnienia, ale nadto, i te właśnie wypadki są liczniejsze—przy nieprzenikalności pochwy, powstałej albo z powodu zarośnięcia błony dziewiczej tylko (co bywa najczęściej), albo z powodu całkowitego lub częściowego, wadliwego lub następczego zarośnięcia samej pochwy (porównaj: choroby pochwy). Ale i tam nawet, gdzie zarośnięcie dotyczy macicy, początek jego rozwoju przypada po większej części na pierwsze chwile po nastąpieniu dojrzałości płciowej, gdyż zupełne zarośnięcia nabyte przed zaprzestaniem miesiączkowania, do największych liczą się rzadkości.

Rozciąganie jakiemu ulega macica od zatrzymanej w niej krwi, zwiększa się po każdej miesiączce; a stosownie do tego czy wylewa się przy tém obfitsza czy szczuplejsza ilość krwi, dochodzi onę prędkiej lub później znacznego stopnia, i może powoli osiągnąć takiego stopnia, jaki istnieje w jednym z ostatnich miesięcy ciąży. Nagromadza się w macicy 8—10 i więcej funtów krwi.

Jeżeli przeszkoda tkwi w pochwie, to ta ostatnia najpierw, o ile w górnej swjej części jest przenikliwą, krwią się wypełnia. Spostrzeżenia nasze własne, jako téż S c a n z o n i ' e g o, przemawiają za tém, że własności ścian macicznych od tego zależą, czy macica w krótkim czasie znacznie została rozciągnięta, czy téż przeciwnie, następowało to stopniowo tylko. W ostatnim razie macica znacznie przerasta, gdy w pierwszym ściany jęj mogą ścienieć prawie tak jak papier.

Krew zebrana w macicy, bywa zwykle czarna i mazista. Nagromadza się niekiedy znaczna jęj ilość w jajowodach, a przez rozerwanie macicy lub jajowodów, albo téż przez wylot brzuszny tych ostatnich, wystąpić może do jamy brzusznej. Nie rzadkim jest mianowicie wylew do worka otrzewnej (*saccus peritonei*) bez żadnego pęknięcia,—a zapalenie téj błony, następujące po wylewie, jest najważniejszém z niebezpieczeństw jakie chorobą zagrażają.

Objawy choroby, przy zarośnięciu wrodzoném, rozpoczynają się z nadejściem okresu dojrzewania (*pubertas*). Z początku są one nieznaćne, a wzmagają się dopiero w miarę zwiększającego się rozciągania macicy. Polegają one na przypadkach tak zwanych usiłowań miesiączkowych, albo bólów niby-porodowych, które występują w terminach odpow-

wiadających typowi miesięczkowemu, trwają 4—8—12 dni, i stopniowo przechodzą w najdolegliwsze kolki maciczne. Podczas przerw wolnych chore z początku mają się dobrze, albo co najwięcej dokucza im uczucie pełności, ciężkości i tłoczenia w brzuchu; z czasem jednak przerwy te skracają się coraz bardziej, i nawet podczas nich doznają chore uczucia bólu w okolicy krzyżowej lub lędźwiowej, jako też dolegliwości przy oddawaniu stolca i moczu. Do tego dołączają się nadto współczulne zaburzenia w odleglejszych przyrządach, podobnie jak podczas ciąży lub przy istniejących najróżnorodniejszych cierpieniach macicznych. Wielkie cierpienia upośledzają odżywianie, jakkolwiek niekiedy chore mimo długoletniego zatrzymania odpływu, mogą się mieć jeszcze niezgorzej.

W wypadkach zarośnięcia nabytego, pierwsze objawy zjawiają się w tym czasie, gdy nastąpi istniejące już poprzednio, a przerwane ciążą lub chorobą, dojrzewanie jajek. Dolegliwości są tu zwykle z samego zaraz początku nierównie znaczniejsze; a i stan ogólny wcześniej zostaje podkopanym, i życie wcześniej zagrożone.

Rozpoznanie krwisteku wewnątrz macicznego, polegającego na wrodzonym zarośnięciu macicy, w zwykłych okolicznościach możliwem jest dopiero po długim trwaniu cierpienia, gdyż zaburzenia spowodowane przez zatrzymaną wydzielinę miesięczkową w początkach, a częstokroć i przez długie lata, tak przez otaczających chorą, jako też zwykle i przez leczących ją lekarzy, błędnie bywają tłumaczone. Usprawiedliwia się to wielką rzadkością wrodzonych zarośnięć macicy, a niezwykłą częstością takich wypadków, w których z powodu istniejącej blednicy lub t. p., usiłowania miesięczkowe przychodzą wprawdzie i powtarzają się, ale odpływ miesięczny na długie lata się odwleka. Nadto wchodzi tu także w rachubę niechęć młodych dziewcząt do poddawania się ścisłemu badaniu, oraz poszanowanie wstydlivosti dziewczęcej, ze strony lekarza. Ale w razie długiego trwania cierpienia, zwiększająca się coraz bardziej przez ten czas rozciągłość macicy, nader ułatwia rozpoznanie. Już samo badanie zewnętrzne może wykryć obecność guza wystającego z miednicy. Badanie przez pochwę, tam nawet gdzie takowa jest normalną i żadnej nie uległa zmianie, u różnych chorych, różnych dostarczą też danych. Niekiedy palec napotyka nie przedziurawioną część pochwową macicy, prawie normalnej długości; najczęściej jednak jest ona albo bardzo krótka, albo nie ma jej wcale; chociaż bowiem pierwiastkowo istniała prawidłowo ukształtowana, to w skutek gromadzenia się krwi w jamie macicy i szyi macicznej, rozciąga się i zaciera. Nie powinno też zadziwiać, że niekiedy

niepodobna było oznaczyć dokładnie miejsca, które część pochwowa zajmowała poprzednio w sklepieniu pochwy.

Jeżeli połączymy badanie przez pochwę i przez odbytnicę z badaniem zewnętrznym, to upewnimy się, że guz umieszczony w miednicy lub też wystający do jamy brzusznej, jest macicą. Nadto, jeżeli jeden lub oba jajowody także napełniły się krwią, to może się przytém udać wyczuć je jako guzy kształtu palca, podługowate lub też jajowate, siedzące z boku na macicy.

Nie rzadko, obok objawów chorobowych (peryodyczne kolki), już ta okoliczność, że w razie istnienia krwisteku macicznego, część pochwowa macicy zaciera się, chociaż macica jest nierównie mniejszej objętości niż w ciąży, posłużyć może do rozróżnienia obu tych stanów. Okoliczność ta jest ważną, albowiem zmiany kształtu i spistości macicy, początkowo są do siebie podobne. Wyraźne chęłbotanie wyczuć się da tylko przy nagromadzeniu się znaczniejszych ilości krwi i nieznacznym przeroście ścian macicy. W innych razach, podejrzenie o istniejącą ciążę da się wykluczyć tylko za uwzględnieniem innych momentów, których dla braku miejsca, wyliczać tu nie możemy. Skorośmy to wykluczenie uczynili, to w razie dostrzeżenia dołka podobnego do ust macicznych, lub też nie zupełnie zatartej części pochwovej, nic już stać nam nie będzie na zawadzie do dopełnienia badania próbami wdrażenia, za pomocą cieńszych i grubszych zgłębników do jamy macicy i przekonania się tym sposobem bezpośrednio o nieprzenikalności szyi macznej.

Przy krwisteku powstałym w skutek nabytego zarośnięcia, dolegliwości nierównie prędzej zmaglają do miejscowego badania, gdyż od samego zaraz początku występują one z wielkim natężeniem; że jednak wówczas macica w mniejszym jeszcze stopniu okazuje się być rozciągniętą,—to też niezbędną jest rzeczą troskliwie rozważyć wszystkie okoliczności.

Nie zwróciliśmy dotąd uwagi na szczególną formę krwisteku wewnątrzmacicznego, t. j. na krwistek jednostronny w razie istnienia macicy podwójnej. Był on już spostrzegany przez L e r o y, lecz dopiero R o k i t a n s k y, który go trafunkowo napotkał na zwłokach, zwrócił nań uwagę lekarzy, a niezadługo potem S c h r ö d e r uczynił zeń przedmiot badań krytycznych w dziedzinie gynecologicznej literatury. Z badań tych okazuje się, że i w ostatnich także czasach podobne spostrzeżenie ogłoszonym zostało przez C r é d é'go, ale pod fałszywem nazwaniem, albowiem błędnie wziętém było za krwistek zewnątrzmaciczny (*Haematocoele*). Krwistek

wewnątrzmaciczny jednostronny, zdarza się zatem nie tak rzadko; jakkolwiek częściej w skutek jednostronnego zarośnięcia pochwy (porównaj: choroby pochwy), aniżeli przy pochwie pojedynczej, zdwojeniu macicy i zarośnięciu jednego jej rogu. Dla rozpoznania wzięść trzeba pod uwagę raz objawy krwisteku wewnątrzmacicznego przy macicy pojedynczej, a powtórnie znaki zdwojenia tego organu. Jak przy macicy podwójnej niezaroślej, tak też i tu obie połowy macicy w czasie napływów miesięczkowych rozmaicie zachowywać się mogą, mianowicie też, że krwawienie odbywa się albo z obu połów, albo z jednej tylko strony. Jeżeli krwawienie ma miejsce z zarośniętej tylko połowy, to rozpoznanie krwisteku wewnątrzmacicznego ułatwia już pozorny brak miesiączki (*amenorrhoea*); to też w rzeczywistości i L e r o y nie miał pod tym względem wątpliwości, u chorób przez siebie obserwowanej. Przeciwnie, nie dopatrywał on jednoczesnego podwojenia macicy, albowiem róg lewy, otwarty od dołu, wraz ze swemi ustami macicznymi przemieszczony był ku górze, i dlatego też, dopiero po opróżnieniu zamkniętego rogu, mógł być osiągnięty. Jeżeli krwawienie miesięczne z obu następuje połów, to nietamowany odpływ krwi z otwartego rogu łatwo w błąd nas wprowadzić może. Wszakże, jeżeli zachowamy w pamięci, że jednostronny krwistek wewnątrzmaciczny przytrafia się obok istniejących odpływów miesięczkowych; to w rozpoznaniu nie napotykaemy nieprzewidywanych trudności.

Skutkiem zatrzymania się krwi w zamkniętej połowie, powstaje guz, leżący obok rogu swobodnie otwierającego się do pochwy, i dolnym swym końcem tworzący sklepienie tej ostatniej. Te stosunki dotyczące położenia, łatwo pozwalają się ze ścisłością oznaczyć przez skombinowanie badania przez powłoki brzuszne i przez pochwę. Jeżeli macica przedstawia się nie w formie macicy dwujamistej, lecz w formie dwurożnej, jak to w wypadkach do tego czasu dostrzeganych stale się zdarzało, to przytém okaże się także, że otwarty róg nie w całej długości przytyka do zagadkowego guza, lecz że górny jego koniec odchyła się na bok od tego ostatniego. Wewnętrzny związek guza z macicą, dającą się wykryć za pomocą omacywania, a ewentualnie za pomocą zgłębnika, chroni od pomięszania go z guzem jajnikowym.

W ogóle, wypadek tego rodzaju, tak pod względem wyvodu, jako też pod względem miejscowego zachowywania się, odpowiada zupełnie zwyczajnemu krwistekowi wewnątrzmacicznemu, pomijając to tylko, że niema dla braku miesiączki (*amenorrhoea*), ale owszem, macica nie zarośnięta wykryć się daje. Potrzeba też tylko rozróżnić jednostronny krwistek wewnątrzmaciczny (*haematometra*), od krwisteku zewnątrzmaciczne-

go (*haematocele extra-uterina*). Tego rodzaju błędu uniknąć można zwracając uwagę na położenie guza.

Już sam wiek młodzieńczy przy krwisteku wewnątrzmacicznym wskazuje, że chora jest tego rodzaju osobą, u której proces taki przeoczonym być może. Nakoniec, w dalszym biegu choroby, jak to miało miejsce w wypadku przez *C r é d é 'g o* spostrzeganym, guz otworzyć się może do otwartej jamy macicznej, co przecież nigdy się nie zdarza przy krwisteku zewnątrzmacicznym.

Leczenie. Skoro tylko choroba dobrze rozpoznana zostanie, leczenie ma na celu utorowanie zamkniętej drogi. Cel ten osiągnąć się daje bez szczególnych trudności, jeżeli zatrzymanie się krwi zostało spowodowanem przez zarośnięcie szyi, przy prawidłowo ukształconej pochwie. Nienależy jednak uważać operacyi za zupełnie bezpieczną, gdyż w wypadku jednoczesnego rozděcia jajowodów, opróżnienie macicy sprzyja wystąpieniu z nich krwi do jamy otrzewnej, jak to bliżej rozbierzemy przy opisie zarośnięć pochwy.

Na wykonanie operacyi zużytkować należy przedział czasu między dwoma okresami miesięczkowemi, biorąc to jeszcze pod uwagę, że ani pierwsze, ani ostatnie dni takowego, nie są dla niej stosownemi, albowiem w tym czasie zwiększa się i tak już istniejące niebezpieczeństwo następczego zapalenia otrzewnej.

Aby macicę z jak największą pewnością uczynić przenikalną, o biera się do tego zgięty trójkąt, którym przenika się ostrożnie przez usta maciczne, albo, gdy tych odszukać nie można, wbija się go w miejsce najwięcej wypukłone.

Zaraz po otwarciu macica może się silnie skurczyć; w innych jednakowoż wypadkach krew zatrzymana odpływa tylko zwolna i w małej ilości, przez miejsce nakłucia. By o ile można uniknąć zapalenia otrzewnej, radzono, aby przy wielkiem nagromadzeniu się krwi, wypuszczać ją stopniowo tylko, zamiast przyspieszania jeszcze opóźniającego się wypływu za pomocą nastrzykiwań. Z tego samego téż powodu unikać należy w pierwszych dniach pozostawiania rurki trójkątowej lub cewnika, w celu utrzymania otworu w miejscu nakłucia, co się robi z obawy, by nie wynikła potrzeba powtórnego nakłuwania.

Z tém wszystkiém, nawet ósmiodniowe wprowadzanie świeczek (*bougies*) nie zabezpiecza od zarośnięcia, jeżeli się rany od trójkąta na-

tychmiast bisturem nie rozszerzy. T a p p e r t ¹⁾ zmuszony był później dwa razy jeszcze powtarzać nakłucie, a po ostatniem otworzeniu trzymać rurkę przez trzy miesiące, zanim otwór się utrzymał.

b) P u c h l i n a m a c i c y (*Hydrometra*).

O ile krwistek wewnątrzmaciczny jest najczęściej następstwem wrodzonych zarośnień macicy, o tyle p u c h l i n a maciczna dotychczas spostrzegana była wyłącznie przy zarośnięciach i zwężeniach nabytych. Rozwój jój poprzedzonym bywa przez brak miesiączki, a przed nadjeściem okresu dojrzewania ma miejsce znaczniejsze wydzielanie śluzu do jamy macicznej, tam nawet gdzie takowa swobodnie się otwiera. Puchlina macicy w mniejszym stopniu, często dostrzegać się daje trafunkowo na zwłokach kobiet, zmarłych w późniejszym wieku. Napotyka się także nie rzadko, jako stan przechodni, przed przejściem lat dojrzałości płciowej, u osób dotkniętych zgięciem macicy, włókniakami i innemi guzami, skoro te cierpienia podtrzymują obfitsze wydzielanie się śluzu, mechanicznie zamykają usta maciczne, i sprawiają niezwykle przedłużanie się okresu miesięczkowego. Rozciągnięcie macicy do objętości głowy dziecka lub mężczyzny albo nawet do objętości odpowiadającej macicy brzemiennj w ostatnich miesiącach, następuje prawie wyłącznie tylko w skutek przewlekłych nieżyków, po trwałem zaprzestaniu miesięczkowania.

Ponieważ miejscem zaciśniętém jest najczęściej ujście wewnętrzne, przeto zwykle sama tylko właściwa jama macicy zostaje rozciągniętą; znane są wszakże wypadki, w których, skutkiem równoczesnego zarośnięcia obu ujść, rozszerzoną była zarówno jama macicy, jako téż i jama szyi macicznej, a organ przyjął kształt klepsydry. Gdy nagromadzenie się śluzu trwa przez czas dłuższy, gruczołki śluzowe zanikają, błona śluzowa cienieje i staje się gładką, a zawartość przemienia się na płyn wodnisty. Zmiany te podobne są do zmian powodujących wytworzenie się tak zwanej puchliny jajowodów (*hydrops tubarum*) i puchliny pęcherza żółciowego (*hydrops vesicae felleae*).

Przy nieznaczniem rozdęciu macicy w późniejszym wieku, nie ma żadnych o b j a w ó w cierpienia macicznego; wszakże nagromadzenie

¹⁾ Ein Fall von Atresia uteri congenita mit nachfolgender Schwangerschaft, v. S c a n z o n i ' s Beitr. z. Geburtsk. III.

się znaczniejszej ilości płynu połączone bywa z gwałtownymi kolkami macicznymi, powracającymi czasowo w nieregularnych odstępach, pomijając już nieznaczne w ogóle dolegliwości, jakie bywają wywoływane obecnością mniejszego rozmiaru guzów w podbrzuszu. Jeżeli ujście maciczne nie jest zarośnięte, lecz tylko zamknięte w skutek zgięcia kąowego macicy, nowotworów w niej lub w jajnikach, — to od czasu do czasu następuje wydalenie nagromadzonego płynu z towarzyszeniem bólów jakby porodowych. W takich też to głównie wypadkach, skutkiem tego, że dostęp powietrza atmosferycznego do jamy macicy nie jest tu trwale przeciętym, następuje rozkład nagromadzonego w niej płynu, a wywiązane przytém gazy znacznie zwiększają rozdęcie macicy, wytwarzają tak zwaną *Physo-Hydrometra*, i w formie „wiatrów” peryodycznie odchodzą.

Co do rozpoznania, to puchlina maciczna różni się od krwisteku wewnątrzmacicznego tém, że występuje u osób w podeszłym wieku; że powiększa się zwolna, i to nie w związku z peryodami miesięczkowymi lecz stale; że szyja maciczna jest przy niej zwykle przenikalną aż do wewnętrznego ujścia; a nadto, że w pojedynczych wypadkach miewa miejsce peryodyczny odpływ płynu wodnistego z macicy.

Mimo to, wypadek świeżo przez B r y c k ' a obserwowany świadczy, że błędy w rozpoznaniu są niekiedy nieuniknionemi. U panny 18-letniej, która nigdy jeszcze nie miesiączkowała, z zamkniętą pochwą, znalazł B. macicę tak rozciągniętą, że na dwa poprzeczne palce przesięgała pepek, a przytém przedstawiała postać klepsydry. Że takie przewężenie guza pochodziło nie od jednoczesnego istnienia i napełnienia płynem ślepego worka z pochwy, lecz od małego rozszerzenia wewnętrznych ust macicznych, można to było stwierdzić wykazaniem przegrody pęcherzo-odbytniczej, odpowiedniej co do długości pochwie; co dawało się uskutecznić, wprowadzając palec do odbytnicy, a cewnik do cewki moczowej. B. ze względu na wiek chorąg, i na tę okoliczność, że dolegliwości od 4 miesięcy trwające, ostatecznie występowały w 3 1/2-tygodniowych odstępach czasu, rozpoznał naturalnie krwistek wewnątrzmaciczny. Skoro zamknięte wejście do pochwy do głębokości 1 cala, za pomocą noża rozdzielonemu zostało, a pozostała część kanału została przywróconą przez rozdarcie palcami wiotkiej tkanki łącznej, i gdy nareszcie przebito guz trójkątnym, — w miejsce oczekiwanój krwi miesięczkowej wypłynęło 1 1/2 litra zgęstniałego śluzu. W 3 dni potém wywiązało się zapalenie otrzewnej, które po 48 godzinach zakończyło się śmiercią.

Przy sekcji znaleziono w prawym jajniku kilka pękniętych pęcherzyków Graafa i oba jajowody rozciągnięte przez ropę; koniec brzuszny

prawego z nich był otwarty; ropa zeń wylana, wywołała śmiertelne zapalenie otrzewnej.

W wypadku tym należy, o ile się zdaje, szukać przyczyny zarośnięcia w poprzedzającym je niezycie pochwy, i upatrywać związek powstania procesu, który sprowadził rozwój puchliny macicznej i jajowodowej, z rozpoczęciem się wytwarzania jajek (*ovulatio*).

Leczenie wymaganém będzie tylko przy znaczniejszém rozciągnięciu macicy. Odpływ zawartości da się sprowadzić przez wprowadzenie zgłębnika, a w potrzebie — trójgrańca. Ponownemu zebraniu się, w ten tylko sposób można zapobiedz, że z jednej strony utrzymuje się swobodną drogę, z drugiej zaś, usiłuje się zmniejszyć wydzielanie, za pomocą nasrzykiwań ściągających, lub przyżegania kamieniem piekielnym.

3. Ścieśnienie ujścia macicy.

(*Stenosis uteri*).

L i t t r e: *Mémoires de l'acad. de scienc.* 1704 p. 27.— *S i m p s o n*: *Obstetric memoirs* p. 288.— *O l d h a m*: *London med. Gaz.* II. p. 919. 1846.— *B e r n u t z* et *G o u p i l*: *Clin. méd.* I.

Ścieśnienia ujść macicy są częstsze, aniżeli zupełne ich zamknięcia, i podobnie jak te ostatnie, mogą być albo wrodzonymi, albo też nabytymi w następstwie rozmaitych, w poprzednich rozdziałach opisanych chorób. Ograniczają się one przeważnie do ujścia zewnętrznego, niekiedy jednak dotyczą i ujście wewnętrzne.

Już *L i t t r e* w 1704 r. opisał wypadek, w którym ujście zewnętrzne macicy tak zostało zacieśnionem przez błonę śluzową pochwy, że pozostały tylko dwa małe otworki, skutkiem czego przy każdym miesiączkowaniu trapiły chorą gwałtowne kolki, i po 19-letniem pożyciu małżeńskiem pozostała nieplodną. Przeshkoda, która utrudniała odpływ krwi miesięczkowej, doprowadziła do wydłużenia szyi i rozszerzenia całej macicy ze ścieśnieniem jęj ścian. Ostatniemi czasy *S i m p s o n*, *O l d h a m* i inni, zwrócili powszechną uwagę na tę okoliczność i wykazali, że bolesne miesiączkowanie i nieplodność, stosunkowo często polegają na ścieśnieniu ust macicznych.

Chociażby nawet, w Anglii osobliwie, znaczenie praktyczne ścieśnień przecenioném być miało, mimo to jednak, z uwagi na liczne pod tym względem spostrzeżenia, wątpić się o niem nie godzi. Nie we wszystkich wypadkach, w których usta maciczne widocznie ścieśnionemi się wydają, przy każdym miesiączkowaniu występują rznięcia w macicy; niekiedy brakuje ich nawet stale. Czasami miesiączka bywa wprawdzie bolesną, ale, jak uważne badanie wykazuje, zależy to od innych zmian patologicznych. Przecież, jeżeli dolegliwości nie wracają peryodycznie, to, chociażby tylko czasowo przychodziły, nie należy wyprowadzać ztąd wniosku, że nie mają one żadnego związku ze ścieśnieniem; gdyż szczupły otwór ust macicznych może być wprawdzie dostatecznym przy nieobfitym odpływie miesięcznym, ale nie będzie wystarczającym w razie silniejszego przekrwienia miesiączkowego ze znacznieszym odpływem krwi. Usunięcie przeto ścieśnienia, w jednym wypadku zapobiegnie dolegliwościom regularnie wracającym, w innym rzadziej występującym zaburzeniom w miesiączkowaniu.

Nie zbywa też już i na spostrzeżeniach dowodzących uleczenia niepłodności na téj drodze. Lecz pod tym względem to jeszcze godném jest uwagi, że rozszerzenie nawet mało co, albo wcale nie zwężonych ust macicznych, według *S i m p s o n ' a*, ułatwia zapłodnienie, a tém samym winno tam być próbowaném, gdzie niepodobna wykryć innego powodu od dawna trwającej niepłodności. Z tego faktu, że kobiety, które przez długie lata były niepłodnemi, po pierwszym połogu łatwo, a po następnym i prędko zachodzą w ciążę, wnosićby należało, że zmiany jakich doznaje szyja macicy podczas porodu, korzystnie wpływają na poczęcie. Jeżeli rozszerzenie szyi macicznej w taki wykonamy sposób, że natniemy ją z obu stron w całej długości, tak, aby cięcie postępując od góry ku dołowi, stawało się coraz głębszém, a usta zewnętrzne zostały szeroko rozszczepione, — to nadamy szyi macicznej podobną postać, jaką przybiera po porodzie.

Usunięcie ścieśnień da się uskutecznić zarówno na drodze krwawej jak i niekrwawej, postępując według wskazówek podanych na str. 22.

4. Zanik macicy.

(*Atrophia uteri*).

K i w i s c h: *l. c. I. p. 142.* — S c a n z o n i: *l. c. p. 63.*

Pomijając już z a n i k macicy przy ogólnym zaniku części płciowych u starców, zdarza się on nadto przy przewlekłych nieżytych, za-

trzymaniu regularności, porażeniu dolnej połowy ciała; dalej po położeniu zapaleniu macicy, albo po częstych i w krótkich odstępach czasu po sobie idących porodach, a wreszcie także bywa następstwem ucisku wywieranego na macicę przez przyległe do niej guzy lub stare wysięki.

Objętość i waga organu (jeżeli równocześnie nie zostanie on rozciągnięty skutkiem nagromadzenia się śluzu lub krwi miesięczkowej) bywa wtedy zmniejszoną, a jama jego ścieśnioną; ściany cienieją, kruszeją i łatwo dają się rozedrzeć.

Przy formie najczęściej napotykaniej, jaką jest *zanik starczy*, z powodu istniejącej równocześnie kruchości ścian tętniczych, mogą następować wylewy w tkankę macicy i znaczniejsze krwotoki maciczne.

5. Przerost macicy.

(*Hypertrophia uteri*).

L o b s t e i n: *Pathol. Anat. Bd. 1. pag. 50.* — B o i v i n et D u g è s: *Traité pratique etc. T. I. pag. 193.* — E. K e n n e d y: *Dublin Journ. Novbr. 1838.* — S c a n z o n i: *l. c. p. 66.* — V i r c h o w: *Archiv Bd. 10 i Monatsschr. f. Geburtsk. XI. pag. 163.* — H u g u i e r: *Mémoire sur les allongemens hypertrophiques du col de l'uterus. Paris 1860.* — C. B r a u n: *Wien. medic. Wochenschr. Nr. 30. 1859.* — G. S i m o n: *Monatsschr. f. Geburtsk. Juni 1860 und April 1864.*

Cechą anatomiczną *przerostu* jest powiększenie objętości, w skutek dość jednostajnego pomnożenia wszystkich tkanek. Tém różni się on od *stwardnienia*, będącego częstym następstwem przewlekłych mięszowych zapaleń macicy, przy którym tkanki łącznej przybywa, a włókien mięsnych częstokroć nawet ubywa.

Przerost rzeczywisty, może być w części następstwem tych samych przyczyn co i *zanik*. Przeważnie wywołują go miejscowe przekrwienia dłużej trwające, jakie towarzyszą wypadnięciom, wpukleniom, zgięciom, przewlekłym nieżydom macicy, wreszcie wielokrotnym ciążom. Dalej bywa on częstym następstwem puchliny macicznej, krwisteku wewnątrzmacicznego, oraz włókniaków, osobliwie wewnątrzmacicznych. Nawet i ogólne zaburzenia w obiegu krwi, jak np. wywołane wadami serca i t. p. są w stanie sprowadzić mierny przerost macicy. Pozorny przerost macicy,

jak to wykazał *Virchow* ¹⁾, występuje także przy mączkowém zwyrodnieniu tego organu.

W wyszczególnionych tu wypadkach nie tyle zwraca uwagę naszą przerost macicy, ile raczej, jeżeli nawet nie wyłącznie, choroba go powodująca. Pod względem praktycznym przecież ważniejszym jest rzadko wprawdzie zdarzający się przerost ograniczony do części pochwowej lub do warg ust macicznych.

Jeżeli zwiększona jest objętość nie tyle warg, ile raczej ciała części pochwowej, wtedy przedstawia się ona jako narośl głęboko w pochwę opuszczona, 1½ do 3 cali długa, stożkowata, walcowata, jajowata lub też kulista, na dolnym końcu której dostrzedz można usta maciczne w postaci okrągławego lub szczelinowatego otworku, albo też przyczępione tu wargi, więcej lub mniej wydłużone i zgrubiałe. Postać ust macicznych i od tego także zależy, czy cierpienie wystąpiło u dziewicy, czy też u kobiety, która już rodziła. W wypadku opisanym przez *Simon'a* bujająca błona śluzowa jednej wargi tworzyła jeszcze dwa oddzielne skrzydłaste przyrostki. Utkanie części pochwowej, przy tej formie częściowego przerostu, po raz pierwszy przez *Kennedy'ego* dokładniej określonej, okazuje się albo wcale, albo też mało tylko zmienioném.

Przy przeważającym albo też wyłącznym przerostcie jednej lub obu warg ust macicznych, która to forma częściej daje się spostrzegać, wargi te mogą także dojść długości kilku cali i przedstawić kształt rozmaity: języczkowaty, polipowaty, jajowaty lub kulisty. Taka „wargaryjowato wydłużona” (*Virchow*), niekiedy całą swoją powierzchnią zbliża się do powiększonego migdała (*tonsilla*). W innych wypadkach, powierzchnia zewnętrzna, odwrócona od ust macicznych, jest gładka, a tylko wewnętrzna, z powodu obecności licznych brodawek, okazuje się kostropatą; nadto opatrzona jest licznymi lejkowatemi zagłębieniami, prowadzącemi do torebek (*cryptae*), które wystąpiły z rozszerzonych gruczołów. Okoliczność ta dowodzi, że tu chodzi głównie o bujanie i w winięcie dolnej części kanału szyi macicznej; to też *Virchow* upatruje moment uspasabiający do choroby, w formowaniu się większych torebek (*folliculi*) na wargach macicznych. Doświadczenie wykazało, że na przerost i wydłużenie się części pochwowej, oraz warg macicznych, wpływają nadto jeszcze przebyte

¹⁾ Archiv Bd. 11 p. 188.

ciężę, a osobiwie porody, które sprowadzają znaczne zapalne nabrzmienie szyi, jak to sami mieliśmy sposobność spostrzegać w jednym wypadku, w którym pęknięcie przedniej wargi zakończyło się wytworzeniem guzika szypułkowatego, okrągławego, twardego, wielkości śliwki. Wpływają tu także zapalenia macicy w nie połogowym stanie kobiety, a wyjątkowo tylko wypadnięcie (*prolapsus*), które zwykle daje powód nie do przerostu części pochwowój, ale do wydłużenia nadpochwowej części szyi macicznej,

Przerost części pochwowój macicy daje powód raz do większych, drugi raz do mniejszych dolegliwości. Pospolicie skarżą się chore na uczucie tłoczenia w wejściu pochwy lub szparze sromnej, a uczucie to dolega im szczególnie podczas siedzenia, stania, chodzenia, oddawania stolca i t. d. Częstokroć towarzyszą temu równocześnie jeszcze bóle w podbrzuszu, krzyżu lub lędźwiach; a prawie zawsze obfite wydzielanie śluzu. Spółkowanie jest utrudnione, bolesne; zapłodnienie doznaje przeszkody, a nie rzadko także zdarzają się i zaburzenia w odpływach miesięcznych, które są albo nieobfite, opóźnione, bolesne, albo też za obfite. U niektórych chorych wydarzają się także trudności w oddawaniu moczu, objawy kardialgiczne, migrena, przygnębienie psychiczne i t. p.

Błędów w rozpoznaniu, nawet w wypadkach zkądinąd nie powikłanych, uniknąć tylko można przez ściśle zbadanie. Od prawdziwego opadnięcia macicy, przerost części pochwowój tém się wyróżnia, że przy nim sklepienie pochwy zatrzymuje zupełnie normalne, albo prawie normalne swe położenie, a guz znajdujący się w pochwie, albo nawet występujący ze szpary sromnej, nie daleko odprowadzonym być może. Polipowate wydłużenia jednej z warg macicznych tém się cechują, że przechodzą bezpośrednio w przedni lub tylny kontur ust macicznych, gdy tymczasem polipy nie mają podstawy swęj w tém właśnie miejscu, a przynajmniej nie na całym obwodzie wargi.

Dobrowolne uleczenie spostrzeganém było wtedy tylko (L e r o u x), jeżeli część pochwowa uległa przerostowi podczas ciąży; nastąpiło ono skutkiem połogowego powrotu do stosunków normalnych (*involutio*). W innych, świeżych wypadkach, K e n n e d y i H u g u i e r zalecają postępowanie przeciwzapalne, z następném użyciem środków ściągających i żrących. Przy mierném wydłużeniu całej części pochwowój, sami widzieliśmy dobry skutek po jednorazowém lub dwukrotném energiczném użyciu rozpalonego żelaza.

W wyższych stopniach cierpienia, a osobiwie przy znaczniejszym przeroście warg, dolegliwości chorych, jako téż częstokroć istniejącą niepłodność, usuwa tylko odcięcie (*amputatio*). Jeżeli do tego celu posługujemy się nożem lub nożyczkami, oczekiwać należy bardzo silnego krwawienia, bowiem przerosła tkanka nader obfituje w naczynia tętnicze.

Z tém wszystkiém, zastosowanie półtorochlorku żelaza lub téż żegadła, wystarcza do zatamowania krwotoku; należy tylko przed wycięciem na to zwrócić uwagę, ażeby i po dokonaniu takowego, pozostały trzon za pomocą szczypców *M u s e u x ' g o* lub t. p. utrzymać i uczynić dostępnym. W dwóch wypadkach podanych przez *S i m o n ' a*, w których krwawienie powstrzymaném zostało za pomocą tamponu ze skubanki zmoczonej w półtorochlorku żelaza, po kilku dniach nastąpił gwałtowny krwotok następczy; z tego téż powodu przyznać należy pierwszeństwo rozpalonemu żelazu.

By zupełnie uniknąć niebezpieczeństwa krwotoku, *H u g u i e r S i m o n i i a n i*, zamiast odcięcia zalecają odgniecenie (*écrasement*) *M i d d e l d o r p f i* in. pętlę galwanokaustyczną. Przy użyciu obu tych metod, nastąpić może uszkodzenie sąsiednich organów (pęcherza moczowego np. lub t. p.), jeżeli poprzednio, dla dogodniejszego i pewniejszego nałożenia łańcuszka lub pętli silnie ściągamy macicę, a wraz z nią i sąsiednie organa. To téż, przed sztuczném obniżeniem macicy, należy ściśle określić miejsce przyczepienia pochwy do części pochwowój, by być pewnym, że się później przyrząd dokoła głębiej leżącego miejsca zaciska. Przy odgniataniu, może być rozdartém sklepienie pochwowe, i to nie tylko wtedy, gdy skutkiem nasiąknięcia stało się ono kruchszém niż miejsce operowane. Łańcuszek bowiem wcześniej rozdziela substancję macicy, aniżeli wytrzymałą od niej powłokę z błony śluzowój, a tém samém gwałtownie pociąga ścianę pochwy ku miejscu, które zaciska. Niebezpieczeństwa tego unikamy przy użyciu galwanokaustyki. Jeżeli jednak zechcemy spróbować odgniatania, to przy takowém zasługuje na uwzględnienie rada podana i wypróbowana przez *S i m o n ' a*, aby po nad miejscem zaciskania, przekłuć przez całą grubość części pochwowój szeroką igłę ochronną, by tym sposobem zabezpieczyć się od silnego pociągania dna pochwy ku miejscu zaciskanemu.

6. Zboczenia w położeniu macicy.

M e i s s n e r: *Die Dislocationen der Gebärmutter 1—III. Leipzig. 1821—1822.* — *V a l l e i x*: *Leçons cliniques sur les déviations*

de l'utérus recueillies et publiées par T. Gallard. Paris. 1852. — Duncan: *On the displacements of the uterus. Edinburgh. 1854.* — Depaul: *Traitement des déviations utér. Paris. 1854.* — *Verhandlungen der Academie der Medicin zu Paris in den Jahren 1849—50 und 1854, mitgetheilt im Bullet. de l'acad. de méd. und in verschiedenen Zeitschriften.* — Dunal: *Etudes méd. chir. sur les déviations utérines. Paris. 1859.* — Bernutz et Goupil: *Cliniq. méd. II. pag. 459.* — M. B. Freund: *Die Lageentwicklung der Beckenorgane in klinisch. Beitr. II. Breslau 1864.* — Martin: *Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten, klinisch bearbeitet. Berlin. 1866.*

Połączenia, za pomocą których macica znajduje się w związku z przyległemi organami a przez nie z miednicą, w normalnych stosunkach są tego rodzaju, że zapewniają one wprowadzie macicy pewne położenie, ale pozwalają jej czasowo zmieniać takowe, o ile na to wpływają, (że pominiemy tu stan ciąży) zmiany w napełnieniu pęcherza moczowego i odbytnicy, oraz ciśnienie tłoczni brzusznej. Najbardziej ustaloną jest część nadpochwowa szyi macicznej, gdyż przednia jej połowa połączona jest za pomocą tkanki łącznej z dnem pęcherza; do tylną zaś przyczepiają się więzy maciczno-krzyżowe (*ligam. utero-sacralia*) i mięsień ściągający macicę (*m. retractor uteri*, Luschka). Na tej też zasadzie Virchow był w stanie nazwać szyję macicy właściwą dźwignią ciała tego organu¹⁾. Szerokie i okrągłe więzy maciczne tak są luźne, że rozciągnięty pęcherz moczowy może odpychać macicę ku tyłowi, wypełniona zaś odbytnica — ku przodowi. Na znaczniejsze przesunięcie się dna ku tyłowi pozwalają więzy okrągłe wtedy dopiero, gdy się staną bardziej rozciągliwemi; podobnie jak i więzy szerokie tylko w stanie większego zwiotczenia pozwalają macicy bardzo znacznie przesunąć się na boki. Znaczniejszemu wypieraniu szyi macicznej ku przodowi sprzeciwia się mięsień ściągający (*m. retractor*). Tenże sam mięsień zabezpiecza także macicę od przemieszczenia ku dołowi, a to w ten po części sposób, że nie dopuszcza koniecznego przy tém wpuklania się sklepienia pochwy, do którego tylną część oddaje on włókna.

¹⁾ Aran nazywa to miejsce, dokoła którego odbywają się wszystkie ruchy macicy w kierunku ku przodowi, ku tyłowi i na boki — osią zawieszenia (*axe de suspension*).

Skoro opór, jaki mięsień ten stawia, zostanie przewyciężony, to znaczniejsze niż o 1 cal obniżenie się macicy, napotyka nową przeszkodę w innych środkach przytwierdzających pochwę, jako też w więzach szerokich i okrągłych.

Wadliwość przyrządów przytwierdzających, powoduje albo naruszenie prawidłowego stopnia ruchomości, albo też trwale przemieszczenie macicy.

Silne naprężenie więzu szerokiego, będące następstwem lewo lub prawostronnego zapalenia przewlekłego otrzewnej biodrowej, ustala dno macicy. Odwrotnie: niezwykle zwiotczenie więzów tak szerokich jak i okrągłych, pozostające częstokroć po położu, dozwala mu większej swobody ruchów.

Taka z b y t e c z n a r u c h o m o ś ć — „obojętność“ macicy, uważana przez C r u v e i l h i e r'a za normalną — sprawia, że dno tego organu poddaje się bezwładnie to zmiennemu ciśnieniu trzewiów, to sile ciężkości własnej, i ztąd też, stosownie do położenia ciała, to w przedni, to w tylny worek otrzewnej zapada. Okoliczność ta może dawać powód do błędnego rozpoznania, mianowicie do przyjęcia trwałego przemieszczenia w pewnym oznaczonym kierunku, jeżeli się chorą w jednej tylko pozycji śledzi, niezwracając uwagi na to, czy macica przez naciśkanie palcem pozwala się znacznie przechylać w obu kierunkach. W takich wypadkach napotykamy zwykle równocześnie przedmiotowe i podmiotowe objawy przewlekłego zapalenia macicy, którą to chorobę udaje się usunąć tylko za uwzględnieniem nieprawidłowej ruchomości macicy, co wymaga wprowadzenia gąbek lub tamponów ze skubanki w przednie lub tylne sklepienie w celu ustalenia organu.

T r w a ł e p r z e m i e s z c z e n i a bywają rozmaite, i tak:

1) P o ł o ż e n i e m a c i c y e x c e n t r y c z n e (*Retropositio, Antropositio, Positio lateralis*) ¹⁾. Organ stoi tu, względnie do ścian miednicy, w normalnej wysokości, a jest tylko zepchniętym z linii środkowej miednicy ku tyłowi, ku przodowi, ku prawej lub ku lewej stronie, bez żadnej zmiany w swjej osi, i mniej lub więcej równolegle do normalnego swego położenia. Najczęściej zdarza się ustawienie boczne; więzy szerokie i okrągłe są niejednostajnie długie; pochwa przyjmuje wprawdzie położenie środkowe, ale excentrycznie tkwiąca w niej część

¹⁾ Opisane najpierw przez K i w i s c h'a w *Klin. Vortr. Bd. I. S. 191. 2 Aufl. Prag. 1847.*

pochwowa, dzieli sklepienie takowej na dwie nierówne połowy. To zboczenie położenia bywa zwykle wrodzoném, a jak pokazały dochodzenia M. B. F r e u n d'a, jest ono wynikiem niezwykle znacznego zepchnięcia macicy, jeszcze za życia zarodkowego, przez kiskę odchodową, na stronę przeciwną téj ostatniej. Czy stan ten daje powód do jakowych zaburzeń, a tém samym czy przedstawia jaki interes praktyczny, dotychczas nie wyświetlono dostatecznie.

2) Zmiana położenia osi podłużnej macicy, względem osi miednicy, bez skrzywienia lub załamania się pierwszej z nich, sprawia p o c h y l e n i a (*versiones*). Dno podaném jest ku przodowi, ku tyłowi, lub ku jednej z dwóch stron, część zaś pochwowa ku stronie przeciwnogłęb; gdy tymczasem przesmyk tworzy punkt stały. Stosownie do kierunku w którym dno zbacza, rozróżniamy: przodopochyłość (*anteversio*), tyłopochyłość (*retroversio*) i pochylenia boczne (*versio lateralis dextra et sinistra*).

3) Od pochyłeń, oddzielono mieszane z nimi zupełnie do czasów D e v e n t e r'a z g i ę c i a m a c i c y (*flexiones*), które zresztą, częstokroć jeszcze i teraz przez francuzkich zwłaszcza autorów, wraz z pochyleniami obejmowane bywają wspólném mianem z b o c z e ń (*deviationes*). Podział ten nastąpił od czasu, gdy B o ë r, z położniczego wychodząc stanowiska, zwrócił uwagę na ważność takowego. I tu także wyrażenia: przodozgięcie (*anteflexio*), tylozgięcie (*retroflexio*), zgięcie boczne prawe lub lewe (*flexio lateralis dextra et sinistra*), oznaczają położenie dna macicy. Przy zgięciach przeto, — w przeciwstawieniu do pochyłeń — najpiérw ma miejsce zboczenie kształtu, a to dopiero pociąga za sobą zboczenie w położeniu. Przecież rozmaite okoliczności, które bliżej przy opisie pojedynczych odmian zagieć wytkniemy, usprawiedliwią nas, że zgięcia stawiamy obok pochyłeń. W tém miejscu ograniczamy się tylko na przytoczeniu, że obie te nieprawidłowości częstokroć wzajemnie się wklajają. Tak np. zdarzają się wrodzone pochylenia połączone ze skrzywieniem t. j. z przesunięciem obu połówek macicy w całej ich długości, albo téż ze zgięciem około jednego z bocznych brzegów; zaś obok pierwotnie nabytych zagieć częstokroć istnieje równocześnie i pochylenie.

4) Jeżeli macica nie zbacza wprowadzie z osi miedniczej, lecz zmienia swe położenie w miednicy, to przemieszczenie takowe nastąpić może albo ku górze, albo ku dołowi. U n i e s i e n i e (*elevatio*), zdarza się jako nieprawidłowość wrodzona albo téż nabyta. W pierwszym wypadku, idąc za F r e u n d'em, uważać ją można za skutek

niedoszłej w życiu płodowém najczęściej jeszcze, zmiany położenia kiszki odchodowej, a mianowicie trwałego pośredkowego jęj położenia, przyczęm, w miarę wypełniania się tęg kiszki smółką (*meconium*), macica wypieraną zostaje z małej miednicy ku górze.

W podobny sposób w późniejszym wieku wpływają guzy rozmaitej natury, rozwijające się w pochwie lub w pobliżu macicy, i wywierające na nią ciśnienie od dołu (najczęściej od dołu i od tyłu) coraz się wzmagające. Dalej, uniesienie do wielkiej miednicy następuje w skutek wszelkiego rodzaju fizyologicznych i patologicznych stanów samej macicy, przy których objętość jęj znacznie się zwiększa, tak np. w czasie ciąży, przy rozděciu jamy macicznej krwią lub śluzem, przy rozwijaniu się w niej większych włókniaków i polipów. Nakoniec macica bywa niekiedy przez guzy rozwinięte wpośród więzów szerokich a najczęściej przez guzy jajników, uniesioną ku górze i ustaloną na rozmaitej wysokości, częstokroć na wysokości pępka; wreszcie w okresie puerperalnym, mogą przeszkodzić powrotowi jęj do prawidłowego położenia zrosty, pozostałe po przebyciu zapalenia otrzewnej, w ciąży lub połogu.

Każde uniesienie macicy łączy się z proporcjonalnym doń wydłużeniem pochwy. Jeżeli macica od góry ciągniętą była w tym kierunku, to sama się wydłuża. Najbardziej rozciągana zostaje przytęm okolica przesmyku (*isthmus*), tak, że może nawet nastąpić zupełne przerwanie ciągłości całej błony śluzowej i mięsnej, a ciało i szyja macicy zostaną ze sobą w połączeniu tylko za pomocą powłoki surowiczej. Pospolicie skutek rozciągania jakiemu ulega szyja, macicy ogranicza się na wyciągnięciu jęj na długość o 2—3 cali, ze skróceniem części pochwowęj aż do zupełnej zagłady, ścięńczeniem ścian i zwężeniem jęj jamy, a szczególnie ujścia wewnętrznego. Ciało macicy mniej lub więcej przerasta. To właśnie następstwo, albo raczej powikłanie uniesienia macicy, ma znaczenie praktyczne; sama zaś zmiana położenia, jest rzeczą podrzędną, jako uboczny i nieważny objaw choroby przyczynowej. Tak np. spostrzegaliśmy niejednokrotnie wielkie guzy jajników, na przedniej powierzchni których, znacznie powyżej kości łonowych, leżała macica, dla samych nawet chorych dotykalna, gdy tymczasem większy guz, mniejszą posiadający odporność, uchodził ich baczności. Chore te cierpiały głównie na stale powracające krwotoki i kolki maciczne, a przypadłości te ustąpiły prawie zupełnie, skoro środki zawierające jod i brom wywarły swe działaałanie na macicę.

Nierównie częstszęm, i z powodu swych następstw nierównie ważniejszęm, jest przemieszczenie macicy ku dołowi, które gdy ma miejsce

w niewielkim stopniu, nosi nazwę obniżenia (*descensus*), w wyższym zaś stopniu — opadnięcia macicy (*prolapsus*).

5) Do zmian w położeniu macicy zaliczyć także można wpuklenie i wynicowanie (*inversio*), oraz

6) Przedostanie się macicy do worków przepuklinowych (*Hernia uteri* v. *Hysterocele*).

a) Pochylenia macicy.

W. J. Schmitt: *Bemerkungen und Erfahrungen über die Zurückbeugung der Gebärmutter bei Nichtschwangeren*. Wien. 1820. — Tiedemann: *Von den Duverneyschen Drüsen, und der schiefen Gestalt und Lage der Gebärmutter*. Heidelberg. 1840. — E. Lacroix: *De l'anteversion et de la rétroversion de l'uterus*. Paris. 1844. — Simpson: *Obstetric. memoirs*, pag. 199. — Détschy: *Wien. med. Wochenschrift*, Nr. 29 i 30. 1857. — Bonnet: *Gaz. méd. de Lyon* Nr. 2 i 3 1858. — C. Mayer: *Monatsschr. f. Geburtsk.* Juni 1863. — A. Mayer: *Ibidem*. — Martin: *Ibidem*. — G. Braun: *Ueber die Verwendung von „Hebel-Pessarien“ bei Behandlung der Lageveränderungen des nicht geschwängerten Uterus*. *Wien. med. Wochenschr.* Nr. 27—29. 1864. — Spiegelberg: *Bemerkungen über Hebelpessarien und Hartgummisonden*. Würzburg. *med. Zeitschr.* Bd. VI, Heft 3 i 4. 1865. — E. Martin: *Ueber die Behandlung der Neigungen und Beugungen des Uterus mittelst der von Hodge empfohlenen Pessarien*. *Monatsschrift f. Geburtsk.* Juni. 1865. — Grenet: *Ueber Hysteroeautomie*. *Gaz. des hôpît.* Nr. 53—58, 1865.

α) Przodopochylenie macicy. (*Anteversio uteri*).

Przy przodopochyleniu osi macicy krzyżuje się w taki sposób z osią miednicy, że ciało pierwszej zbacza ku przodowi i ku dołowi, szyja zaś jej ku tyłowi i ku górze. Tym sposobem ciało spoczywa na pęcherzu moczowym, szyja zaś zbliżoną jest, albo nawet przyciśniętą do tej części ściany pochwowój, która tworzy tylne sklepienie.

Stosownie do stopnia przemieszczenia, kąt jaki tworzą ze sobą osie macicy i miednicy, jest więcej lub mniej znaczny; w najwyższym stopniu, zewnętrzne usta maciczne są prawie zbliżone do wzgórka kości krzyżowój (*promontorium*). Górna część szyi macicznej stano-

wiąca oś obrotu przy powstawaniu przemieszczenia, wydaje się być wyżej umieszczoną, niż w stanie prawidłowym. Z téj przyczyny, jako téż z tego powodu, że ciało macicy leżąc ponad przedniem sklepieniem pochwowém, uciska takowe, to ostatnie wydaje się więcej lub mniej zagładzoném, a nadto i górna część tylnéj ściany pochwy częstokroć bywa pociągniętą ku górze.

Ponieważ wpuklenie otrzewnej, znajdujące się przed macicą, jest płytsze niż wpuklenie poza nią leżące, to téż nie może tu nastąpić prawie zupełne przechylenie macicy, jak to bywa przy tyłopochyleniu; wszakże jeżeli stan ten powikłany jest z opuszczeniem się przedniéj ściany pochwy i wpukleniu się pęcherza moczowego do téj ostatniéj (*cystocele*), to zdarza się, że macica nietylko przyjmuje położenie poziome, ale nawet dno jéj opuszcza się niżej aniżeli szyja.

Przodopochylenie jest częstsze (według L. M a y e r'a trzy razy) od tyłopochylenia. Objasnia się to normalném położeniem macicy w prostéj części osi miedniczej, a kątowém jéj ustawieniem względem osi ciała. Niewątpliwą jest rzeczą, że ten stosunek anatomiczny, więcej sprzyja przemieszczeniu ciała macicy ku przodowi niż ku tyłowi, jak skoro wystawioném ono zostanie na powiększony nacisk od góry albo gdy zwiększy się ogólnie jego objętość i waga. Łatwo téż zrozumieć, że mierne pochylenie macicy ku przodowi w pierwszych miesiącach ciąży jest rzeczą prawidłową; że w pewnych okolicznościach, wstrząśnienia całego ciała, jako téż działanie mięśni brzusznych, pochylenie to znacznie zwiększają; wreszcie, że wiele a może nawet połowa wszystkich przodopochyleń datują początek swój od położu, w czasie którego powstały albo skutkiem przedwczesnego opuszczenia łóżka, przedwczesnych wysileni ciała, dźwigania, kasłania, wymiotowania i t. p. W położowym stanie, to samo następstwo wywołać mogą wstrząśnienia ciała i silne działanie tłoczni brzusznej. Tylko u dziewczic i kobiet nieplodnych, bardzo często niepodobna wysledzić najbliższej przyczyny przodopochylenia. Prócz tego, pod względem przyczynowym zasługują na uwzględnienie inne jeszcze momenta, jako to: nader znaczne nachylenie miednicy, oraz skrócenie więzów maciczno-krzyżowych i okrągłych.

Oprócz tych przodopochyleń pierwotnych zdarzają się częstokroć następujące, t. j. takie, przy których zboczenie w położeniu spowodowaném zostało przez nowotwory macicy lub jajników, przez wysięki wewnątrz lub zewnątrz otrzewnej, przez niby-błoniaste przyrosty przedniéj części dna macicy, albo tylnéj powierzchni szyi macicznej, przez bliznowate skurczenie się tkanki łącznej znajdującej się pod otrzewną tworzącą dół Douglasa, wreszcie przez wpuklenie się pęcherza moczowego do kanału pochwy (*cystocele vaginalis*).

Nawet i przodopochylenie *p i e r w o t n e* stale powikłaném bywa z przewlekłym zapaleniem macicy; to też kwestya, czy przemieszczenie to, samo przez się, jest w stanie wywołać objawy chorobne, była i pozostanie wątpliwą.

Objawy jakie spotykamy u chorych przodopochyleniem macicy dotkniętych, polegają w części na właściwych przypadłościach macicznych: bólu w podbrzuszu, krzyżu, pachwinach i lędźwiach, śluzotoku, i rozmaitych zaburzeniach w miesiączkowaniu; w części zaś odnoszą się do organów sąsiednich, mianowicie do pęcherza moczowego. Parcie na mocz zdarza się częściej niż wydymania (*tenesmi*), chociaż rzadziej niż zaparcie stolca. Bardzo częstemi są współzuciowe nerwice, zaburzenia w trawieniu i rozmaitego rodzaju przypadłości maciczne. Nakoniec, wiele z pomiędzy takich chorych pozostało zupełnie nieplodnemi, albo też stały się takimi po przebyciu połogów, od których przodopochylenie początek swój dotykalnie albo prawdopodobnie datuje.

Objawy choroby są przeto te same, jakie się napotykają i przy innego rodzaju przemieszczeniach macicy, oraz przy przewlekłym zapaleniu tak macicy jak i okołomaciczném; parcie na mocz przy przodopochyleniu bynajmniej nie bywa częstszém i dotkliwszém niż przy tyłopochyleniu i t. d.

Rozstrzygnięcie pytania, o ile zboczenia zwykle spostrzegane, odnoszonemi być mogą do samego przodopochylenia, *G o u p i l* przez to naprzód posunął, że w tym celu śledził nietylko te osoby, które doświadczały podmiotowych przypadłości macicznych, ale nadto i wiele innych. Znalazł on przytém, że u mnogorodzących, przodopochylenia macicy bez powikłań, z jednej strony nie są rzadkie, z drugiej — żadnych nie wywołują zaburzeń; a nadto za pomocą ścisłych epikryz pierwszych wypadków, chce dowieść, że u kobiet, które poprzednio rodziły, przypadłości regularnie tu istniejące polegają stale na innego rodzaju stanie patologicznym, który to ostatni, w bardzo rzadkich chyba tylko razach trudnym jest do odkrycia.

Krytycznej bystrości *G o u p i l*'a zupełną przyznajemy słusność; wszakże wniosek jego, że przodopochylenie samo przez się żadnych nie sprowadza zaburzeń, nie uważamy za zupełnie dowiedziony. I my często wprawdzie spostrzegaliśmy, że usunięcie powikłań leczyło wszystkie dolegliwości, a mimo to znajdowaliśmy przodopochylenia u takich kobiet, które wcale nie skarżyły się na właściwe temu przypadłości, a wzywały tylko pomocy lekarskiej z przyczyny nieplodności. Ale sama już nieplodność, tak często napotykaną jest objawem ważnym, a w wypadkach niepowikłanych jest ona widocznie tylko następstwem przodopochylenia, wywołaném przez

zboczenie ust macicznych. Do tego dodać należy, że zdarzają się pojedyncze, jakkolwiek rzadkie wypadki, w których przypadłości maciczne istnieją, chociaż prócz pochylenia nic więcej nieprawidłowego wykryć się nie daje. Jakkolwiek wypadki te, o ile się zdaje, dotyczą zawsze przodopochylen pochodzenia połogowego, a więc macicy znacznie większej i cięższej od macicy dziewiczej, to jednak ostatniego tego stanu nie można uważać za chorobowy. Co więcej, przyjęcie w takich wypadkach powstrzymania inwolucyi połogowej macicy za przyczynę pochylenia, wymaga pewnych podstaw, jakoto: niezwyklej wielkości macicy na ilość przebytych połogów, wielkiej skłonności do krwotoków i t. p.

Zdaniem naszym tedy, o ile wymaga tego objaśnienie objawów chorobowych, powikłanie jest najczęściej rzeczą główną, zaś przodopochylenie podrzędną; jakkolwiek ta ostatnia, w wyjątkowych razach, i pod tym względem może mieć pewną wartość. Dalej, nie należy pomijać tego, że wykształcenie się przodopochylenia macicy podczas połogu, może być przeszkodą do fizyologicznej inwolucyi tej ostatniej, i że pochylenie to podtrzymywać może proces zapalny, bądź równocześnie z niem, bądź też wcześniej lub później powstały; jakkolwiek spostrzeżenia dotychczasowe nie wystarczają do ustanowienia granic, w jakich ten *circulus vitiosus* się odbywa. W szczególnych wypadkach staranna epikryza pozwala dojść do dostatecznych wniosków.

Jeżeli przodopochylenie bardzo znaczne powstanie w drugim lub trzecim miesiącu ciąży, to przychodzi do bardzo dokuczliwego parcia na mocz i stolec, z mdłościami, częstemi wymiotami, skłonnością do omdlenia, bólem w krzyżu. Popęd do napierania, jaki miejscowe cierpienia choréj wywołują, jeszcze bardziej zwiększa przemieszczenie, i nader łatwo wstawiają się znaki poczynającego się poronienia.

Rozpoznanie nie jest trudnem, jeżeli nadamy choréj położenie sprzyjające połączeniu badania zewnętrznego z wewnętrznem. W położeniu stojącym nierzadko powstaje nieznaczne przodopochylenie, które znika, jak skoro chora się położy. Ale jeżeli i przy położeniu na wznak znajdziemy przednie sklepienie pochwy mniej lub więcej zatarte, część pochwową skierowaną ku tyłowi, i z téj przyczyny usta maciczne trudno albo zaledwie osiągalne; jeżeli wyczuwamy tak przez powłoki brzuszne, jako téż od strony przedniej ściany pochwy, że ciało macicy leży ponad tą ostatnią; jeżeli między ciałem a szyją macicy nie dostrzeżemy kąta załamania, i jeżeli usiłując poruszyć z miejsca macicę, przekonamy się, że nie mamy do czynienia z nadmienioną ruchomością tego organu (o jakiej wspomniano, mówiąc ogólnie o przemieszczeniach), wtedy ustępuje wszelka wątpliwość. Trudniejszem jest wykrycie istniejących

powikłań, ich stosunku do przemieszczenia, momentów przyczynowych, słowem, wierne ocenienie całego stanu chorób, które samo jedno tylko zdolne jest wytknąć drogę postępowania leczniczego.

Leczenie, jak sama treść poprzednich paragrafów wskazuje, nawet przy pierwotnych przodopochyleniach, wyjątkowo tylko ma na celu bezpośrednie usunięcie przemieszczenia. Zwykle pierwój usunięciem i przynajmniej znacznie złagodzonemi być muszą powikłania, jak przewlekłe zapalenie macicy i okołomaciczne, nawały do macicy i jej przerost, gdyż poprzednie leczenie pochylenia jest zawsze niebezpiecznym, a zresztą nie zawsze bywa potrzebnym.

Dla przywrócenia położenia macicy drogą mechaniczną, próbowano rozmaitych sposobów. W wypadkach świeżych, mianowicie też powstałych w czasie ciąży lub porodu, wystarcza nakierowanie ciała macicy odpowiednimi rękoczynami od strony pochwy i powłok brzusznych, a następnie dłuższe utrzymanie chorób w położeniu leżącym. Jeżeli przy postępie ciąży, macica wzniesie się do wielkiej miednicy, albo gdy po porodzie nastąpi t. z. involucja macicy, wtedy albo wcale, albo mniej potrzeba się obawiać ponowienia się choroby. Nawet, jeżeli przemieszczenie dłużej trwało, częstokroć jeszcze udaje się nakierować macicę palcami lub przy pomocy wziernika, w który to ostatni, część pochwoy częstokroć z wielkim dopiero mozołem, za pomocą ruchów dźwigniowych wstawić się daje. Inni ująwszy całkami kawałek gąbki, albo też zwitek waty lub skubanki, unoszą niemi macicę ku górze od strony pochwy. Gdzie postępowanie takie nie odnosi skutku, pozostaje jeszcze nakierowanie macicy za pomocą zgłębnika, który drażniąc błonę śluzową, łatwo powiększa śluzotok, albo też powoduje krwawienie, i ztąd też powinienby być stosowanym jedynie tylko jako środek pomocniczy.

W przewlekłych tych wypadkach, — a one właśnie są prawie codziennymi — pochylenie wraca natychmiast po zaprzestaniu prób na-prostowania. Aby tedy utrwalić macicę w nadanym jej prawidłowem położeniu, S i m p s o n zalecał wprowadzanie i pozostawianie tak zwanych wianków wewnątrzmacicznych (*pessaria intrauterina*). Doświadczenie jednak wkrótce przekonało, że przyrządy tego rodzaju, osobliwie przy przemieszczeniach, bardzo często wywołują silne i groźne zapalenie lub też znaczne krwotoki; a nawet w tych wypadkach, w których bywają znoszone, jeżeli nie zawsze, to przynajmniej dosyć często znacznie zwiększają śluzotok. Już to samo ogranicza możność ich zastosowania przy przodopochyleniach, w ogóle mniej są one właściwemi przy pochyleniach niż przy zgięciach. Jeżeli mianowicie wprowadzimy sam tylko właściwy rektyfikator bez przytwierdzenia guzika, którym on się kończy,

do Simpsonowskiego pasa miedniczego, to macica nie będzie doznawała przeszkody do pochylania się naprzód; jeżeli zaś użyjemy aparatu przytwierdzającego, to niebezpieczeństwo narzędzia znacznie się powiększy. Z tego powodu wielu ginekologów usiłowało wynaleźć takie przyrządy ochronne, za pomocą których możnaby było macicę stopniowo przyzwyczaić do jej prawidłowego położenia. Z pomiędzy nich, najmniej właściwem jest użycie zwyczajnego zgłębnika, którym macica codziennie musi być nakierowana, i chociaż za każdym razem pozostawi się go przez czas krótszy lub dłuższy na miejscu, powtarzając to wciągu wielu miesięcy a nawet dłużej niż rok, to jednak w wielkiej zaledwie mniejszości wypadków zdoła się osiągnąć cel zamierzony. Polepszenia, szczególnie w ogólnym stanie chorych często tym sposobem dają się sprowadzić; niekiedy zaś i uleczenie niepłodności.

Wszakże udaje się również dobrze i często usuwać dolegliwości, przez zastosowanie podpór mechanicznych, nie wnikających do jamy macicy, które tém samém nie są niebezpieczne i w ogóle mniej dla chorych uciążliwe; jak np. przez wprowadzenie odpowiednio przykrajanych gąbek, kulek z waty lub skubanki, w przednie, a odpowiednich w tylne sklepienie pochwy. Ponieważ tampony te, mniej lub więcej łatwo nasiakają wydzielinami części płciowych, muszą więc być codziennie, albo przynajmniej co drugi lub trzeci dzień zmieniane, a najczęściej gąbki. Że zaś częstokroć bardzo krótko pozostają one na miejscu, i łatwo się usuwają, to téż zastąpiono je rozmaitemi właściwemi wiankami (z trzonkami i bez trzonków), jak np. małemi kauczkowemi pęcherzami G a r i e l'a, unośnikiem macicznym R o s e r-S c a n z o n i'e go, pierścieniem gumowym wypróbowanym przez C. M a y e r'a, wiankami dźwigniowemi zalecanemi przez H o d g e'g o, i często przez M a r t i n'a szczególnie używanemi, tak zwanemi *pessaires à contraversion*.

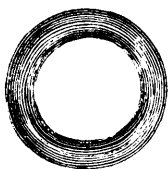


Fig. 13.

Pierścień gumowy

C. M a y e r'a.

Pierścieni gumowych M a y e r'a, i my także chętnie używamy. Dobrze wybrane, mało są uciążliwemi dla chorych, z których wiele nie miarkuje nawet ani że pierścień został do pochwy wprowadzony, ani że tam pozostał; niektóre tylko zrazu większych doświadczają dolegliwości, i dopiero zwolna przyzwyczajając się muszą do pierścienia. Z drugiej jednak strony, wspomniany pierścień na samo przodopochylenie wywiera wpływ stopniowy tylko, i częstokroć po dłuższem nawet użyciu dość nieznaczny; jakkolwiek, według naszych spostrzeżeń, za pomocą tego pierścienia, prawie zawsze również dobrze poprawić można położenie macicy, jak i za pomocą unośnika H o s e r'a, wywierającego silny nacisk na macicę, a ztąd częstokroć bardzo dolegliwego.

Za wiankami dźwigniowemi H o d g e' g o, w Niemczech oświadczył się pierwszy G. B r a u n, przysposobiwszy takowe ze stwar-

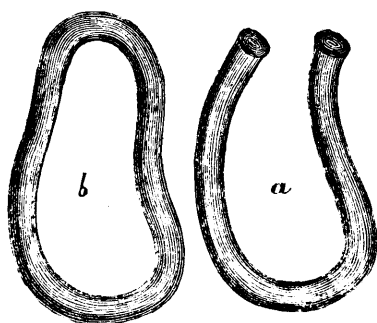


Fig. 14.

Wianki dźwigniowe H o d g e' g o.
a) dźwignia otwarta; b) dźwignia zamknięta z wygięciem esowatém.

dniałej gumy a nie z metalu. Wianki te bywają rozmaitych kształtów: otwarte lub zamknięte, albo wreszcie pierścieniowate. Otwarte mają kształt podkowy, wygiętej po płaszczyźnie, pojedynczo lub też esowato. Koniec zamknięty — „drag“, spoczywać ma w tylném sklepieniu pochwy, i jako krótsze ramię dźwigni, unosić to sklepienie i części poza niem się znajdujące (przy tyłopochyleniu — ciało macicy) ku górze, jak skoro „rogi“ obniżą się lub naciśnię-

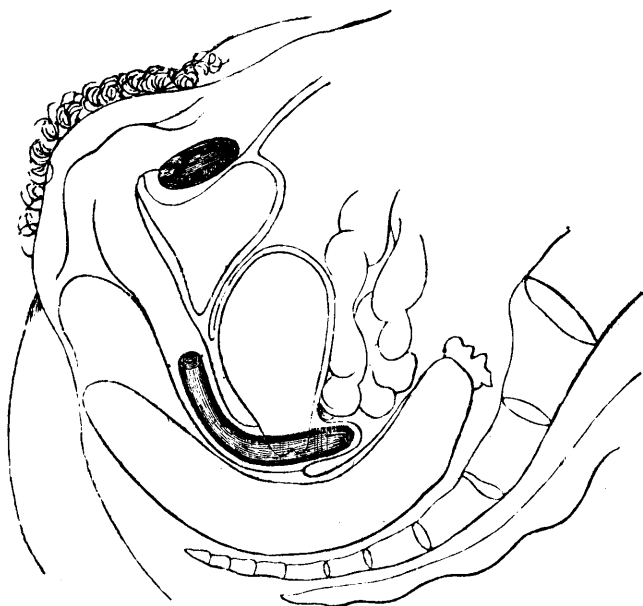


Fig. 15.

Dźwignia esowato wygięta na miejscu.

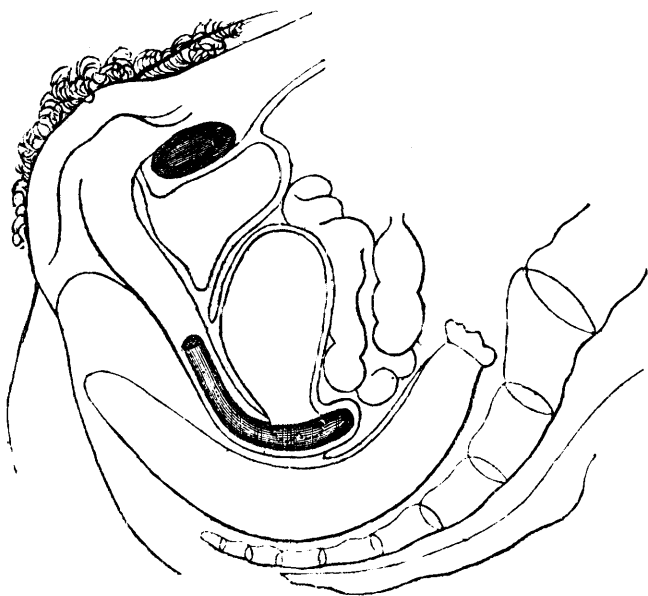


Fig. 16.
Dźwignia pojedyncza na miejscu.

temi zostaną ku dołowi. Dźwignie zamknięte są również albo raz tylko, albo podwójnie wygięte. Aby szyję pęcherza moczowego pozostawić wolną, pierścień jest przerwany. E. M a r t i n stanowczo zaprzecza, by przyrząd ten działał jako dźwignia; a i według naszego doświadczenia rzadko działanie dźwigniowe dosięga stopnia godnego téj nazwy. Zwyczajnie pożytek przyrządów tych na tém się ogranicza, że są prostą podporą obniżonego ciała macicy, a w niektórych razach mogą téż korzystnie wpływać na istniejące przemieszczenie, przez mechaniczne drażnienie mięśnia ściągającego (*m. retractor uteri*) przy tyłopochyleniu, pochwy zaś przy obniżeniu się macicy. Użycia zaś dźwigni podkowiastych winniśmy się stanowczo wystrzegać, albowiem (na co już także zwrócili uwagę M a r t i n i S p i e g e l b e r g) wolne ich końce lub guziki częstokroć bardzo silnie wpijają się w ścianę pochwy powodując ból i owrzodzenia. Przyrządy zamknięte i na przednim swym końcu, nie sprowadzają tych przykrych następstw, ale i ich użycie, jak to kilkakrotnie spostrzegaliśmy, może dać powód do utworzenia się szczelinowatych owrzodzeń na tylnej powierzchni części pochwowój, albowiem niekiedy tylny brzeg drąga tu się wrzyna. To téż używać należy tylko dźwigni

o dragach starannie zaokrąglonych, a przy zachowaniu téj ostrożności, w ogóle często przekonywamy się, że przyrządy H o d g e'g o lepiej leżą, a przez to są pożyteczniejsze od pierścieni M a y e r'a. Przeciwnie, nie mogliśmy się przekonać o tém, aby pierwsze, w skutek podatności stwardniałej gummy ¹⁾, pod wpływem ciepłoty ciała, miały się lepiej przystosowywać do kształtu kanału rodnegó; ale właśnie z żalem widzieliśmy w ostatnich czasach ukazujące się w handlu pierścienie M a y e r'a, niezdolne prawie do użycia, z powodu zbyt ciężaru i niepodatności. Oba rodzaje wianków mało przeszkadzają odpływowi wydzielin i zastosowaniu nastrzykiwań. Szpara pozostawiona w pierścieniach „przerwanych“ dla cewki moczowej, według naszych spostrzeżeń żadnych nie przynosi korzyści. To téż wybierając wianek ograniczamy się głównie na zadaniu sobie pytania, czy przyrząd obrączkowy lepiej będzie leżał, działał, i czy lepiej znoszonym będzie.

„*Pessaires à contraversion*” są excentrycznymi wiankami macicznymi, przyrządzonemi z waty z powłoką kauczukową, albo téż z gutaperki. Excentryczne umieszczenie otworu, pozwala zbliżyć zboczoną część pochwową do linii kierunkowej, a przez to z jednej strony zmniejszyć pochylenie, z drugiej strony zaś, ułatwić nasieniu przenikanie do jamy macicznej.

Chcąc odpowiedzieć na pytanie, czém takie ortopedyczne leczenie jest pomocne, należy uwzględnić fakt, że najróżnorodniejsze podpory maciczne sprowadzają polepszenie a nawet zupełnie usuwają miejscowe przypadłości, nie zawsze po dłuższém dopiero ich użyciu, ale częstokroć bezpośrednio po ich zastosowaniu; chociaż równocześnie nie usuwają ani całkiem ani nawet w znacznej części, istniejącego przemieszczenia; nadto, że niekiedy, chociaż bez porównania rzadziej, nałożenie t. z. *ceinture hypogastrique* ten sam sprowadza skutek, jakkolwiek nigdy nie może wpłynąć na polepszenie przemieszczenia. Leczenie więc mechaniczne, jak to W e g s c h e i d e r ²⁾ słusznie zauważył, wywiera wpływ nietylko przez poprawienie położenia macicy, ale najczęściej przez innego rodzaju następstwa psychiczne i somatyczne. Z tych ostatnich wymienić należy: zmniejszenie poprzedniej ruchomości macicy (co ją więcéj zabezpiecza od targań i wstrząśnień), a nadto także, uczucie nowéj niedogodności występującej w miejsce poprzednich nieprawidłowych sensacyj.

¹⁾ Ostatniemi czasy pojawiły się w handlu wianki dżwi gniowe z giętkiego metalu, powleczone kauczukiem, którym nadawać można kształt według upodobania.

²⁾ *Monatsschr. f. Geburtsk.* XXI. 6. p. 454.

My tedy, w wypadkach przodopochyleń pierwotnych, zalecamy przede wszystkim usunięcie powikłań, a potem dopiero, w razie jeżeli przypadłości nie ustępują, albo gdy istniejąca niepłodność domaga się usiłowań uleczenia jéj—leczenie mechaniczne; to ostatnie najpierw za pomocą łagodniejszych przyrządów, a gdy te nie pomagają i w wypadkach z bacznością ku temu wybranych, zapomocą rektyfikatorów wewnątrz-macicznych.

β) Tyłopochylenie macicy (*Retroversio uteri*).

Przy tyłopochyleniu dno macicy opuszcza się ku tyłowi; więcéj lub mniej głęboko do dołu *Douglass'a*, szyja zaś jej, odpowiednio temu posunięta jest ku przodowi i ku górze. W najwyższym stopniu, dno skierowane jest wprost ku dołowi, usta maciczne ku górze, a ciało macicy leży po za pochwą w odwrotnym kierunku. Przecież niższe stopnie nierównie są częstsze. Głębokość dołu *Douglass'a* sprawia, że macica może weń zapadać bez tak znacznego wydłużania się pochwy jak przy przodopochyleniu; ale tylna ściana pochwy utracą przytem swą sklepistość, podobnie jak przy ostatniém—przednią.

Powodem przeważnéj liczby tyłopochyleń są zrosty na tylnej powierzchni macicy, w następstwie przebytego poprzednio zapalenia okołomacicznego; dlatego téż tyłopochylenia zdarzają się rzadziéj u dziewic, niż u kobiet które rodziły. Potém występują tyłopochylenia jako objaw wtórny, wzbudzający podrzędny interes, przy włókniakach macicy, mianowicie usadowionych w tylnej ścianie tego organu, przy guzach w sąsiednich organach a szczególniéj w jajnikach, które naciśkają macicę od przodu i od góry; wreszcie przy otorbionych wysiękach przed macicą się znajdujących. Inne, prócz wymienionych tu przyczyn, należą do rzadkości. Przyjmowane i przez nas poprzednio momenta przyczynowe wyjaśnimy przy opisie tak zwanego tyłopochylenia macicy ciężarnej, które, dla słusznych powodów, zamieszczamy między zgięciami.

Objawy są w ogóle te same co i przy przodopochyleniu, a ponieważ tyłopochylenie zwykłe jest cierpieniem następczém, to téż objawy te nierównie częściéj jeszcze dają się odnieść do momentów przyczynowych, a zatem do pozostałości po zapaleniu macicy i zap. okołomaciczném albo do istniejących guzów. Mimo to, zdarza się częstokroć, że po zupełném

usunięciu stanu zapalnego, dolegliwości trwają dalej albo też wracają czasowo, szczególnie po utrudzeniach, a jednak nie da się to objaśnić przekrwieniem organu. Istniejące w takim razie zaburzenia, wyprowadzać trzeba od unieruchomienia macicy i targania, jakiego doznają sąsiednie organa.

Rozpoznanie zwykle jest bardzo łatwe, albowiem cała macica dosięgnąć się daje palcem przez powłoki brzuszne, pochwę i kışkę odchodową. O ile zniesioną jest ruchomość, dowiadujemy się dokładniej dopiero po wprowadzeniu zgłębnika.

W leczeniu kierować się należy zasadami wyjawionemi przy przodopochyleniu. Z rozważenia przyczyn tyłopochylenia wynika, że samo przemieszczenie nierównie rzadziej można próbować leczyć, a zwykle pozostaje tylko leczenie objawowe, do którego zaliczamy także mechaniczne podpieranie macicy wiankami zewnątrzmacicznymi lub podobnemi im przyrządami ¹⁾. Uleczenia często istniejącej niepłodności, z powodu wiskających okoliczności, rzadko możemy się spodziewać.

γ) Pochylenie boczne (*Versio lateralis*).

Pochylenie boczne, jeżeli nie zechcemy wyłączyć stopni umiarkowanych takowego i wypadków powikłanych ze zgięciem bocznem, są najczęstszą formą pochylenia. Dno macicy zbacza przytem już to na prawo,

¹⁾ B o n n e t z Lyonu wpadł na dziwną ideę, aby sprowadzić wzajemne zrośnięcie dwóch listków otrzewnej, powlekających górną część pochwy i kışkę odchodową, a tém samem zniszczyć przestrzeń w którą ciało macicy zapada. W tym celu uzbroidł właściwe podkowiastę unośniki ciastem wiedeńskiem i chlorkiem cynku, w ten sposób, aby działały na tylne sklepienie pochwy. W rezultacie tylna ściana pochwy przyrastała do części pochwowój, a przez to szyja była pociągana ku tyłowi i ku dołowi, i macica zostawała unieruchomioną. W 3-ch wypadkach z pomiędzy 4-ch, dolegliwości chorych ustąpiły prawie zupełnie.

Osiągnięto tu polepszenie objaśnia się momentami omówionemi przez nas przy przodopochyleniu; zresztą operacya ta, jak łatwo zrozumieć, miała wprowadzić pewne skutki, ale nie takie, jakich oczekiwał B o n n e t. Zastosowanie rozpalonego żelaza na sklepienie pochwy, zalecanem już było przez A m u s s a t'a w celu doszczętnego leczenia przemieszczeń macicy; w nowszych czasach G r e n e t za pomocą tego sposobu chce zupełnie usuwać nie tylko pochylenia (8 z 13-tu wypadków) ale nawet i zgięcia (6 tyłozgięć i 1 przodozgięcie).

już na lewo, niekiedy tak dalece, że dotyka do bocznej ściany miednicy. Więzy maciczne, pomijając tu boczne pochylenia, powstałe skutkiem rozwinięcia się guzów wewnątrz lub też zewnątrz macicy, są nierówne z obu stron, a częstokroć istnieje równocześnie skręcenie macicy około jej osi podłużnej, tak, że przednia jej powierzchnia zwróconą jest cokolwiek na prawo lub na lewo. Niekiedy obie boczne połówki macicy są niesymetryczne, i w całej swjej długości po sobie przesunięte. Często też dno nie jest wprost na bok skierowane, ale jest zarazem odepchnięte lub też pociągnięte ku przodowi lub ku tyłowi, tak, że połączone jest pochylenie na bok z przodo-albo z tyłopochyleniem.

Przemieszczenie tego rodzaju bywa albo wrodzone albo nabyte. Rozwój pierwszej z tych form, aż do lat ostatnich objaśniano pierwotną krótkością jednego z więzów szerokich, a więc niejednostajną długością tychże więzów, dopóki L o r a i n, G o u p i l i M. B. F r e u n d badaniami swemi nie wykazali, że krzywe położenie (resp. także krzywość) i nierówność więzów macicy są wspólnym następstwem trzeciego momentu, mianowicie też odpychania, jakiego macica za życia płodowego doświadcza od napelnionych sąsiednich organów; co w pewnych okolicznościach, na które przy opisie zgień bliżej zwrócimy uwagę, trwa i nadal. W pojedynczych wypadkach wrodzone pochylenie boczne ma inne przyczyny, jak np. skurczenie się jednego więzu szerokiego, skutkiem zapalenia rozwiniętego w nim za życia płodowego.

Pochylenia boczne n a b y t e wywoływane bywają albo sprawami zapalnymi w miedniczej części otrzewnej, które doprowadziły do powstania wysięku a następnie do skrócenia się więzów szerokich, okrągłych lub maciczno-krzyżowych po jednej stronie, albo też rozwinięciem się nowotworów w macicy lub sąsiednich organach.

Dolegliwości i zaburzenia w czynnościach istnieją prawie wyłącznie w tych tylko wypadkach, w których momentem przyczynowym jest trwające jeszcze lub przebyte zapalenie, albo też nowotwór. Niepłodność, zdarzająca się także i przy wrodzonym pochyleniu na bok, oraz przeciągnięciu macicy, może dać powód do usiłowań naprowadzenia ust macicznych do osi miednicy, za pomocą wprowadzania tamponów lub wianków, by przez to ułatwić dostawanie się nasienia do wnętrza macicy.

b) Z g i ę c i a i z a ł a m a n i a m a c i c y . (*Flexiones et infractiones uteri*).

S i m p s o n: *l. c. p. 199.* — E. R i g b y: *Medic. tim. Novbr. 1845.* — V e l p e a u: *Gaz. des hôpit. Nr. 82. 1845; i Revue mèd.*

chir. Decbr. 1849. — K i w i s c h: *Beitr. z. Geburtsh. II p. 134.* — S o m m e r: *Beitr. zur Lehre der Infract. u. Inflexionem der Gebärmutter, J. D. Giessen 1850.* — C. M a y e r: *Verhdl. d. Ges. f. Geburtsh. z. Berlin. IV pag. 200. 1851.* — R o c k w i t z: *Ibidem V. pag. 82, 1852.* — *Dissert. inaug. de anteflex. et retroflex. uter. Marburg 1851.* — B e n n e t: *On inflammat. of the uterus. London 1853.* — S c a n z o n i: *Beitr. z. Geburtsh. I. pag. 40 i II. p. 161.* — V i r c h o w: *Gesammelte Abhdl. p 819; Clin. europ. Nr. 3, 4 i 21. 1859; i Monatsschr. f. Geburtsh. März u. April 1859.* — R o k i t a n s k y: *Clin. europ. Nr. 17, 1859.* — F a n o: *Union med. Nr. 134, 1859.* — M a s s m a n n: *Monatsschr. Juni 1861.* — F r e u n d j u n: *Monatsschr. December 1862.* — B e a t t y: *Dublin. quart. journ. August 1862.* — G. B r a u n: *Die Behandlung der Uterinflexionen ausserhalb der Fortpflanzungsperiode durch Hartgummisonden. Wien. Wochenschr. Nr. 16—19. 1864.* — E. L u m p e: *Beitrag zur Lehre von der durch Inflexion des Uterus bedingten Sterilität, Oesterr. Zeitschr. Nr. 1—3. 1864.* — H i l d e b r a n d t. *Ueber die Anwendung der Intrauterin pessarien. Monatsschr. f. Geburtsh. August. 1865.*

Nazwą z g i ę ć (*flexio*) oznaczaném bywa wygięcie się samej macicy, a więc jęj skrzywienie, po przedniej lub po tylnej powierzchni (zgiąd przodozgięcie — *anteflexio* i tyłozgięcie — *retroflexio*), oraz po jednym z brzegów bocznych (zgięcie boczne — *flexio lateralis*). W wyższym stopniu nie znajdujemy już wygięcia łukowatego, ale zgięcie organu pod kątem; jestto z a ł a m a n i e (*infractio*). Wierzchołek łuku albo kąta odpowiada zwykle przesmykowi macicy (*isthmus uteri*), a zatém wewnętrznym ustom macicznym; wyjątkowo tylko (przy niektórych wrodzonych zgięciach bocznych) znajduje się on w szyi, w miejscu przytwierdzenia się sklepienia pochwy, a w jednym wypadku włókniaka macicy, obserwowanym przez K l o b'a, gdzie na dolnej granicy guza tylna ściana macicy składała się prawie wyłącznie ze splotu żył, wierzchołek przypadał w tém właśnie miejscu ciała macicy, o pół cala ponad przesmykiem.

Zgięcia stanowią prawie czwartą część wszystkich przemieszczeń macicy; najczęstszém jest przodozgięcie, rzadszém tyłozgięcie, najrzadziej zaś zdarza się zgięcie boczne.

O przyczynach zgięć, w najnowszych dopiero czasach jaśniejsze rozszerzono pojęcia. Pierwszym ważnym momentem tu się odnoszącym

jest wykształcanie się położenia organów miedniczych. Macica, skutkiem nacisku jakiego doznaje w drugim okresie życia płodowego, od kisзки odchodowej, napelniającój się coraz to więcej smolką (*meconium*) oraz od pęcherza moczowego, zmienia swe położenie i postać. Zostaje ona coraz bardziej odpychaną ku stronie miednicy niezajętej przez odbytnicę, a górna jój część ku tyłowi. Najczęściej zbliża się ona do lewój strony miednicy, albowiem odbytnica pierwotnie najczęściej lewą zajmuje stronę, a w większej liczbie wypadków z powodu silnego rozwijania się zgięcia biodrowego (*flexura iliaca*) począwszy od 4-go do 6-go miesiąca życia płodowego na przeciwną przechodzi w miednicy stronę. Zanim to przemieszczenie na bok i ku tyłowi zupełnie się wykształci, skutkiem unieruchomienia dna macicy przez napinające się coraz bardziej więzy, następuje zgięcie z przesmyku po stronie graniczącój z odbytnicą (najczęściej więc po lewój), oraz po powierzchni przedniej, dotykającój do pęcherza moczowego. To zgięcie boczne, jakotóż i przodzogięcie, zmniejsza się z czasem, skoro odbytnica wypełni się do samego wierzchu, więzy stopniowo zwiotczeją i macica wtłoczoną zostanie do dołu krzyżo-biodrowego. Po urodzeniu, z powodu że teraz na czas pewien odbytnica i pęcherz moczowy opróżniają się, a miednica stosunkowo więcej rośnie, zgięcie to zmniejsza się o tyle, że przedstawia się jako wygięcie po przedniej powierzchni, które odpowiedniejby było oznaczyć nazwą pochylenia niż zgięcia. Z tém wszystkiém, w fizyologicznych tych przejściach tkwi zaród trwałego i prawdziwego przemieszczenia. W pewnych okolicznościach boczne nagięcie dosięgnąć może niezwykłego stopnia i pozostać na tym stopniu jako skrzywienie T i e d e m a n' a, albo téż wrodzone z g i ę c i e b o c z n e (*flexio lateralis*). Niekiedy odbytnica niezupełnie zmienia swe miejsce, a wtedy „niezupełne jój umieszczenie po stronie prawej lub lewój” sprowadza wprawdzie boczne przegięcie się macicy; że tu jednak macica tylko w dolnej części leży z boku kanału rodnegó, następuje więc silne załamanie, nie w przesmyku, lecz w sklepieniu. Załamanie to, ze swój strony, powoduje znaczną zmianę w kształcie macicy. Im głębiej opuszcza się jeden kąt dna, tém bardziej zostaje on wyciągniętym przez wiaz szeroki, a przy znaczném odepchnięciu szyi na bok, jedna połowa macicy zostaje jakoby przesuniętą po drugiej. Stosunki te już się późniój nie wyrównywiają, doprowadzają one do wytworzenia się wrodzonych p o c h y l e ń b o c z n y c h, z więcej lub mniej wyraźną asymetryą boczną (porównaj na str. 95) tak, jak je napotykamy w liczbie spostrzeżeń T i e d e m a n' a.

Jeżeli, jak to spostrzegali M. B. F r e u n d, więzy okrągłe będą nadzwyczaj niepodatne, co stanowi przeszkodę do jednostajnego odpychania całej macicy ku tyłowi, to ucisk pęcherza moczowego na przesmyk sprawia silne p r z o d o z g i ę c i e. Takież same trwale przemieszczenie może również powstać skutkiem niezwykle głębokiego umieszczenia pęcherza, którego wierzchołek w stanie prawidłowym przeięga dno macicy.

Drugim ważnym momentem przyczyniającym się do powstawania zgięć, są anatomiczne stosunki macicy i jej więzów.

Macica od czasu życia płodowego nachyloną jest ku przodowi, a nachylenie to trwa nie tylko do czasu dojrzewania płciowego, ale nawet do zajścia w ciążę. Stopień nachylenia odpowiada kątowi 140° , którego wierzchołek znajduje się w przesmyku. Ta postać płaskołuskowata nie ulega zmianie pod naciskiem przyległych organów, a kąt pozostaje tembardziej stałym, że tkanka maciczna jest sztywną. Według poszukiwań R o k i t a n s k y' e g o, masę ciała macicy podtrzymuje głównie tkanka włóknista, znajdująca się pod błoną śluzową szyi macicznej, i ztąd, przez wewnętrzne usta maciczne, przechodząca na ciało, a osobliwie na tylną jego ścianę, w postaci grubego podścieliska. Ale prawidłowe położenie ciała macicy względem szyi, doznaje powolnej zmiany, skoro górna część macicy utraci normalną swą ruchomość; tak, że przy zwiększonym ucisku ze strony organów sąsiednich, nie jest w stanie cofnąć się ku tyłowi. Przy każdym znaczniejszym wypełnieniu pęcherza moczowego, w normalnych okolicznościach macica odpychaną zostaje ku górze i zarazem ku tyłowi, i to w ten sposób, że dno najwięcej zbacza od swego położenia. Jeżeli unieruchomienie dna przeszkadza powstaniu takiego przechodniego tyłozgięcia, a szyja za pomocą swoich przyczepów do pęcherza jest także unieruchomiona, to przesmyk jako część najruchliwsza zostaje odepchniętym ku tyłowi, skutkiem czego zwiększa się wygięcie przy przesmyku i powstaje p r z o d o z g i ę c i e. Wypełnienie kiszek odchodowej sprzyja także powyższemu zajściu, gdyż przytém kał odpycha część pochwową ku przodowi, podczas gdy silniej naprężone więzy maciczno-krzyżowe pociągają przesmyk. Tém według V i r c h o w'a objaśnia się, że wiąz szeroki przy przodozgięciu zawsze prawie jest mocno napięty i utrzymuje macicę zawieszoną w naprężeniu. Napięcie pochodzi zwykle od zgrubień otrzewnej, których siedliskiem bywa jeden z dołów biodrowych (zwykle lewy), a które są pozostałościami po przewlekłym zapaleniu otrzewnej w obrębie kiszek zagiętej biodrowej albo też kiszek ślepej i wyrostka robaczkowego, przebytém w wieku płodowym, dziecięcym a nawet i późniejszym. W innych razach poprzedzające zapalenie otrzewnej

dotyka jeden jajowód, a wywołaném zostało pierwotnym nieżytem macicy, który się później nań rozszerzył.

Zmniejszenie konsystencji macicy i jej więzów sprzyja również powstaniu zgięcia; ale zgięcie ciała macicy względem szyi zwykle robi się tu odwrotném niż było prawidłowe, tak, że następuje mniej lub więcej znaczne tyłozgięcie ¹⁾. Powód do zwiótczenia mięszu macicy i więzów, dają zwykle czasowe lub niewczesne porody, a niekiedy także miesiączka i nieżyty.

Nacisk ze strony organów sąsiednich i tłoczni brzusznej odsuwa dno macicy ku tyłowi i ku dołowi; istniejące częstokroć równocześnie powiększenie ciała macicy, jest drugim momentem, sprzyjającym takowemu przemieszczeniu; a jeżeli opór, jaki przedstawiają przytwierdzenia szyi, przeważa nad spójnością mięszu macicznego, to nie następuje opuszczenie się całego organu, lecz zgięcie albo załamanie w przesmyku. Odprowadzanie wreszcie wypadniętj, zwiótczałj macicy, łatwo sprowadza tyłozgięcie, jeżeli wzgórek kości krzyżowj przeszkadza wznoszeniu się dna do góry.

Do tak zwanych zgięć pierwotnych, przychodzą jeszcze inne, które mianują wtórnemi, z powodu, że albo bezpośrednie przyrośnięcie przedniej powierzchni macicy do pęcherza moczowego, albo tylnej do odbytnicy, albo rozwinięcie się włókniaka w jednej ze ścian macicy, albo nacisk guza pozaotrzewnego (jajnikowego), jest tu widocznie przyczyną przodozgięcia, zgięcia bocznego lub tyłozgięcia, a ta ostatnia nieprawidłowość jest rzeczą zupełnie podrzędną.

Różne warunki sprzyjające powstaniu rozmaitych zgięć, objaśnią ten fakt, że tyłozgięcie zdarza się przeważnie u kobiet które rodziły, a nigdy prawie jako nieprawidłowość wrodzona; gdy tymczasem przodozgięcie i zgięcia boczne odwrotnie, przytrafiają się często u dziewic, i napotykanne bywają najczęściej u kobiet, które nie przebywały przedtem pólógów.

Zmiany anatomiczne. P r z o d o z g i ę c i e rzadziej dosięga wysokiego stopnia niż tyłozgięcie, lecz wtedy łatwiej przybiera formę zała-

¹⁾ Wyjątek od tego pravidła sprowadzają okoliczności towarzyszące pierwszemu chwilo pólógu, w którymto czasie przodozgięcie jest prawie normalnem. Lecz tu objętość macicy tak jest znaczna, że dno nie może opuścić się w tył pod wzgórek kości krzyżowj (*promontorium*); ztąd téż nacisk trzewiów brzusznych zgina wprawdzie zwiótczały organ, ale zarazem przesuwają ciało ku dołowi i ku przodowi.

mania pod kątem. Dno bywa częstokroć jednocześnie cokolwiek na bok skierowane. Ściśle biorąc rzeczy, przemieszczenie nie ogranicza się do samego ciała macicy tylko; dotyka ono także i szyję, gdyż przesmyk pociągany zostaje ku tyłowi i ku górze przez więzy maciczno-krzyżowe. Tylua powierzchnia części pochwowój, skutkiem nacisku wywieranego przez kał, wydaje się być splaszczoną. Stosownie do warunków mechanicznych, w każdym szczególnym wypadku, część pochwowa albo zachowuje prawie normalne ustawienie względem osi miednicy, albo też z przodozgięciem połączone jest zarazem przodopochylenie, lub wreszcie tyłopochylenie.

Miejsce załamania w początkach nie przedstawia żadnej zmiany w utkaniu ¹⁾, a tylko mechaniczne zwężenie; gdyż obie ściany macicy są tu do siebie zbliżone. Wkrótce jednak błona śluzowa grubieje tutaj, a jej torebki, skutkiem zatkania otworków, zamieniają się w jajka *N a - b o t h' a*, co znacznie zwiększa ścieśnienie wewnętrznych ust macicznych. Po dłuższem trwaniu załamania, i substancja mięśniowa w przedniej ścianie otworu wewnętrznego także coraz bardziej zanika, a ściana ta coraz więcej przez to cienieje i wiotczeje. U starszych kobiet zwężenie ujścia wewnętrznego przechodzi niekiedy w zupełne zamknięcie, z następczém rozszerzeniem jamy macicznej przez gromadzącą się w niej własną wydzielinę.

T y ł o z g i ę c i e, skutkiem znaczniejszej głębokości dołu *D o u - g l a s'a* łatwo wyższego dosięga stopnia, ale rzadko przechodzi w załamanie pod kątem. Część pochwowa zwróconą bywa zwykle ku przodowi i ku górze, a przednia warga ust macicznych ulega skróceniu, skutkiem rozciągania jej od góry przez przednią ścianę macicy, a od dołu przez przednią ścianę pochwy. Dno macicy, zapadłe w wydrążenie odbytniczo-pochwowe, nawet poniżej poziomu zewnętrznego ujścia macicznego, nie zawsze zajmuje położenie środkowe, lecz częstokroć zwróconém bywa cokolwiek ku lewej lub prawej stronie miednicy. Zwykle tak dno, jako też i ciało macicy, bywają mniej lub więcej przerosłe. I tutaj ujście wewnętrzne, nawet w wieku dojrzałym, może prawie zupełnie uleść zamknięciu; wszakże zwężenie takie zdarza się tu przecięciowo rzadziej, niż przy przodozgięciu. Niekiedy załamuje się także i moczowód, przy-

¹⁾ *R o k i t a n s k y* występuje tu w sprzeczności ze zdaniem *V i r - c h o w a*; gdyż on przeciwnie znalazł warstwę podśluzową, która tworzy główną dźwignię ciała macicy, stale cieńszą i bardziej wiotką, a niekiedy zupełnie nawet zanikłą.

twierdzony do szyi macicznej zbitą tkanką łączną, co wywołuje zatrzymanie się moczu, a skutkiem tego, mniej lub więcej znaczne rozszerzenie miedniczek nerkowych z zanikiem substancji nerek t. z. wodonercze (*hydronephrosis*).

Obok zmian wywołanych widocznie mechanicznymi zaburzeniami w krążeniu krwi w miejscu załamania, zdarzają się często i inne, stojące w rozmaitym stosunku do zgięcia. Najpospolitszym z pomiędzy takowych, jest ogólny nieżył macicy; ale często, szczególnież też przy tyłozgięciach, nie zbywa także na przewlekłych infarktach macicy i zapaleniu okołomaciczném. Przy tak zwanych zgięciach wtórnych, przewlekłe to zapalenie macicy i otrzewnej nie jest skutkiem, lecz przyczyną załamania. W pewnych razach można spostrzegać wykształcenie się tego ostatniego podczas trwania zapaleń; w innych zaś, związek ten przyczynowy wyprowadzić można z wyvodu choroby.

Przodozgięcia pierwotne poprzedza, niekiedy przynajmniej, nieżył macicy i zapalenie rozszerzone na jajowody, jajniki i przyległe części otrzewnej, a w takich okolicznościach przewlekłe trwanie sprawy, z pogorszeniami od czasu do czasu przychodzącemi, zadziwiać nie powinno. Nawet i przy pierwotnych tyłozgięciach, szczególnież połogowego pochodzenia, przewlekłe zapalenie macicy, częstokroć przybiera znaczenie prostego powikłania. Z drugiej strony niesłusznie jest wątpić, iżby samo załamanie, przez wywołanie zaburzeń w krążeniu, jako też następnych zaburzeń w miesiączkowaniu, nie mogło spowodować zapalenia macicy i okołomacicznego. Rozumie się, że nie mówimy tu wcale o zapaleniach mogących być następstwem mechanicznych insultacyj macicy, wywołanych nieprzebornym leczeniem. Prócz tego zachodzi jeszcze kwestya, o ile istniejąca już sprawa zapalna może być podtrzymywana i wzmacniana przez zgięcie macicy.

Objawy napotymane tak przy przodozgięciu jak i przy tyłozgięciu macicy niebrzemiennej, odpowiadają opisanym powyżej zmianom anatomicznym. Najczęstszą i zarazem najwcześniej występującą grupę objawów stanowią nieprawidłowości w miesiączkowaniu, pod formą miesiąki zaobfitłej (*menorrhagia*) i bolesnej (*dysmenorrhoea*). W przerwach między pojedynczemi peryodami miesiączkowemi zwykle ma miejsce śluzotok, który, gdy się wydzielina nagromadzi w jamie macicy, dać może chwilowo powód do kolki macicznej, podobnie jak i sam odpływ miesięczny. Do tego przyłączają się nadto przypadłości ze strony pęcherza moczowego, a szczególnież ustawiczne pozywanie do oddawania moczu, często także uczucie tłoczenia i bólu w odbytnicy przy oddawaniu stolca, a jeszcze częściej parcie na stolec i zatrzymanie wypróżnień stolcowych;

nadto bóle w krzyżu, w jednej lub drugiej pachwinie, w jednej kończynie dolnej. Dalej, spotykamy przy zgięciach najróżnorodniejsze objawy nerwowe, aż do maciennictwa w najwyższym stopniu. Nakoniec, jako objaw bardzo częsty, przytoczyć wypada niepłodność; C. M a y e r spostrzegał ją 18 razy na 63 przodozgięcia, a 8 razy na 54 tyłozgięcia. Na zniweczenie płodności wpływają: nieprawidłowe położenie części pochwowój, śluzotokowy charakter błony śluzowej macicy i jajowodów, ścieśnienie wewnętrznego ujścia macicy, a niekiedy także zarośnięcie jajowodów i jajników. Przecież bardzo często załamanie nie przeszkadza zastąpieniu, lecz wtedy może dać powód do poronienia lub powstania objawów uwięźnienia.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że wyliczone powyżej różnorodne, po części bardzo dolegliwe przypadłości, bardzo często zgięciom towarzyszą; lecz niemniej pewna, że może ich niebyć zupełnie, a załamania mogą bez żadnego pozostać znaczenia. Ta właśnie okoliczność, jak również i mniemanie, że wszystkie przykre przypadłości usuniętemi być mogą odpowiedniem leczeniem, nawet bez wyleczenia samego zgięcia macicy, doprowadziło znaczną liczbę najslawniejszych ginekologów, a między niemi B e n n e t'a, P. D u b o i s'a i S c a n z o ņ'i'ego do tego wniosku, że załamania same przez się bezpośrednio nie spowodzają żadnych istotnych zaburzeń, ale dopiero za pośrednictwem swych następstw i powikłań, mianowicie towarzyszącego im przewlekłego zapalenia macicy. Bardzo szczegółowe rozprawy, przeprowadzone nad tą kwestyą w łonie paryżkiej akademii lekarskiej r. 1854 nie przyczyniły się do pojednania przeciwnych sobie partyj. Tymczasem dalsze spostrzeganie, a osobliwie staranne rozważanie pojedynczych objawów, i dokładna epikryza szczegółowych wypadków, zdaniem naszym, rozstrzygnęły istotnie tę kwestyę.

Najpierw, pewnem jest, że załamanie samo przez się może spowodzić niepłodność; jakkolwiek równie często istnieją jednocześnie i inne momenta niweczące płodność. Dalej, jest rzeczą niewątpliwą, że mechaniczne ścieśnienie ujścia wewnętrznego w pewnych warunkach, utrudniać musi odpływ wydzielin macicznych. Zdarzają się wprawdzie przodo i tyłozgięcia, przy których odpływy miesięczne odbywają się bez żadnych dolegliwości; i znowu inne, przy których istniejąca miesiączka bolesna z nierównie większém prawdopodobieństwem spowodzić się daje do innych przyczyn, jak: silnego przekrwienia macicy, przewlekłego zapalenia tego organu, zapalenia okołomacicznego. W ogóle, i tu także wpływają wszystkie te okoliczności, które wyszczególniliśmy przy opisie wrodzonych ścieśnień; tak, że przyczyna bolesnego miesiączkowania w każdym szczególnym wypadku, potrzebuje oddzielnego zbadania. Da-

leko prostszym jest związek załamania z zatrzymaniem się wydzieliny nieżyłowej i następstwami takowego.

Zaburzenia w czynności pęcherza moczowego i kiszki odchodowej, a także bóle w krzyżu, pachwinach i kończynach dolnych, w największej liczbie wypadków przypisać należy istniejącym powikłaniom. Bóle w miejscach tylko co wymienionych, często już jednostronném swém umiejscowieniem wskazują na związek swój z trwającym jeszcze lub przebytém już, prawo lub lewostronném zapaleniem około-maciczném. Przyczyny rozmaitych objawów nerwowych lub mazienniczych, szukać należy jużto przeważnie w powikłaniach, jużto, jak starannie zebrany wywód choroby pokazuje, w usposobieniu dziedziczném. Ale zdarzają się także i nerwobóle należące do splotu objawów wodonercza (*hydronephrosis*), będącego raz bezpośredniém następstwem zgięcia, drugi raz skutkiem ucisnienia moczowodów przez wysięk złożony w sąsiedztwie macicy.

Z tego stanu rzeczy wynika, że zgięcia dla dotkniętych niemi osób, głównie tylko w wieku dojrzałości płciowej mają pewne znaczenia, i że tyłozgięciom łatwiej i większe towarzyszą dolegliwości niż przodozgięciom.

Jeżeli, mimo istniejącego załamania, chora zajdzie w ciążę — co się szczególnie często przytrafia przy tyłopochyleniu — to w trzecim miesiącu ciąży po największej części przemieszczenie znika. Z tém wszystkiém, nie zapewnia to wcale prawidłowego przebiegu ciąży; owszém widzieliśmy wielokrotnie w takich wypadkach następujące poronienie, pomimo przedsięwzięcia największych ostrożności, jak np. ciągłego leżenia. Przyczyną niewczesnego przerwania ciąży, było tu w istocie powikłanie zagięcia z przewlekłym zapaleniem macicy. Jeżeli macica zgięta ku tyłowi nie przybierze w trzecim miesiącu ciąży normalnego położenia, to organa w miednicy zawarte zostają uwięzionemi.

Znaczna różnica obrazu chorobowego tego stanu od zwykłego zbioru objawów zwyczajnych zgięć macicy, jako téż dalsze ciężkie następstwa, zniewalają nas do opisu powikłania tyłozgięcia macicy z brzo-
miennością, w osobnym dodatku.

Rozpoznanie. Zgięcia, w większej liczbie wypadków, za pomocą dokładnego ręcznego zbadania, dają się rozpoznać z zupełną pewnością. Już sam kierunek części pochwowej, a u kobiet które nie rodziły do tego jeszcze i otwarcie ust macicznych, mogą już obudzać podejrzenie; zaś przy badaniu sklepienia pochwowego, wyczuć można wyraźnie, z przodu lub z tyłu części pochwowej, guz ruchomy, ograniczony, będący przemieszczoném ciałem macicy. Nadto, częstokroć samo miejsce załamania

wygodnie daje się dosięgnąć, a tém samém pozwala się stwierdzić na pewno łączność macicy z guzem.

W takich okolicznościach można tylko być w wątpliwości, czy mamy przed sobą powiększenie macicy (w skutek obecności włókniaków, przerostu i t. p.) czy też jej zgięcie; lecz i tę wątpliwość najczęściej będziemy w stanie rozstrzygnąć, przekonawszy się, iż przeciwna część sklepienia pochwy jest zupełnie pustą, oraz że tak przez powłoki brzuszne jako też przez kiszkę odchodową górna część macicy w zwykłym swém miejscu wyczuć się nie daje. W tych tylko wypadkach, w których badanie jest utrudnione skutkiem niepodatności powłok brzusznych, pochwy i odbytnicy, postępowanie to nie wystarcza, i może okazać się potrzeba użycia zgłębnika macicznego. Aby narzędziem tém wniknąć do jamy macicznej, należy go zwyczajnym sposobem, po palcu, wprowadzić do szyi macicy, a wtedy dopiero nadać mu takie położenie i wygięcie jego tak skierować, aby odpowiadało osi miednicy; zatém przy tyłozgięciach wklęsłość zwrócić do kości krzyżowej, a przy przodozgięciach, rękojeść mocno obniżyć a szyję pociągnąć ku przodowi. Ale właśnie przy zgięciach, przeprowadzenie zgłębnika przez miejsce załamania napotyka niekiedy na bardzo znaczne trudności, które tylko przy wielkiej wprawie i biegłości pokonać się dadzą z zachowaniem takiej delikatności w postępowaniu, jaka jest niezbędna, ze względu na skłonność do krwotoków, zapalenia i t. p.

Jeszcze większej ostrożności wymaga dochodzenie ruchomości macicy za pomocą zgłębnika; lecz i w tym celu użycie tego ostatniego częstokroć bywa zbyt trudnem. Przy przodozgięciach, z góry zawnioskować można, że dno macicy jest unieruchomione; zaś przy tyłozgięciach wywód choroby zwraca uwagę na istnienie jakowychś zrostów. Zgrubienia i powrózki w sąsiedztwie macicy pozwalają się często wymacać przez pochwę lub odbytnicę, albo łącząc badanie wewnętrzne z zewnętrznem; i odwrotnie,— swoboda ruchów dna, pozwala się odkryć przez omacywanie. W ogóle, badanie ręczne objaśnia nas także i o stanie organów miedniczych, nie licząc zgięcia. Nigdy też nie trzeba zapominać, że oprócz rozpoznania tego ostatniego, zadaniem lekarza jest także zbadanie przyczyn, następstw i powikłań. Zatém, gdzie istnieją równocześnie znaki zapalenia macicy lub zapalenia okołomacicznego, radzą tam zupełnie badania zgłębnikiem zaniechać; gdzie są zaś pozostałości po przebytym poprzednio zapaleniu okołomacicznym, tam niebezpiecznem jest przynajmniej badanie ruchomości macicy za pomocą zgłębnika, chyba że sprawa zapalna uznana zostanie za zupełnie i od dawna już wygasłą.

Rokowanie, o ile dotyczy uleczenia samego zgięcia, nawet przy tak zwanych zgięciach pierwotnych, jest wątpliwe. Tylko w mniejszej liczbie wypadków, a i tu nawet po długotrwałem dopiero leczeniu, sztuka cel swój osiągnęła. Przy przodozgięciach, w najlepszym razie oczekiwać można najpierw usunięcia niepłodności tylko, a dopiero od dalszych przeistoczeń macicy — trwałego usunięcia przemieszczenia.

Leczenie. Skoro tylko dokładniej poznanym został związek, zachodzący między wielorakimi zaburzeniami czynnościowymi a zgięciami macicy, najzuakomitsi gynecologowie kwapić się zaczęli z zastosowaniem środków mechanicznych do leczenia takowych zgięć. Posługiwano się w części zwykłym zgłębnikiem macicznym, w części zaś oddzielnymi przyrządami, z których najgodniejszemi wzmianki są przyrządy K i w i s c h'a, S i m p s o n'a, V a l l e i x'a D ò t s c h y e g o. Przeznaczone one były do tego, by za pomocą nich, zgiętą macicę wyprostować, i w normalnym kształcie ją utrzymać. Wszystkie te przyrządy mają tę wadę, że zanadto drażnią macicę, sprowadzając łatwo krwotoki, ból, zapalenie macicy, tak samój jako téż i wraz z otrzewną (*metroperitonitis*), co przy wielogodzinném ich zastosowaniu, i nie stosowném przynajmniej zachowaniu się chorych, wywołuje tak gwałtowne zapalenie, że w wielu już wypadkach niepodobna było przeszkodzić śmiertelnemu zejściu. To téż przy używaniu tych przyrządów, które przedłużać się musi na tygodnie i miesiące, musiano zachowywać jak największą ostrożność; po założeniu ich, chore pozostawać musiały w bezwzględny spokoju; dziennie przyrządy te zostawiać można było tylko na 30—60 minut, a najwyżej na kilka godzin; w innych znowu wypadkach od ich użycia zupełnie trzeba było odstąpić. Taki nadmiar ostrożności miał to dalsze przykre następstwo, że macica po jej na prostowaniu nie przestawała okazywać skłonności do zginania się na nowo. Skłonność tę próbowano usunąć przez jednoczesne użycie miejscowe i ogólne środków wzmacniających i ściągających, i w tym celu stosowano szczególnież zimne natryski maciczne, nastrzykiwania garbnika, ergotyny i półtorochlorku żelaza, przyżegano jamę maciczną saletrzanem srebra, a wewnątrz zadawano żelazo, ergotynę i garbnik. Prócz tego, najważniejsze następstwa zgięć leczono symptomatycznie.

W krótkim stosunkowo czasie, zebrano wielką liczbę spostrzeżeń, dowodzących pożyteczności powyższego postępowania, tak, że już na początku 1854 r. V a l l e i x był w stanie zestawić ze sobą wypadki 180 spostrzeżeń tak swoich własnych, jako téż i innych lekarzy. Z pomiędzy

nich, 129 wypadków zakończyło się zupełnem uleczeniem; w pozostałych zaś, albo znaczne nastąpiło polepszenie, albo też leczenie jeszcze trwało.

Wkrótce jednak pokazało się, że spostrzeżenia te w większej części polegały na illuzyi. *V a l l e i x*, aby uniknąć drażnienia macicy, zmniejszył długość swego redressera z 6ciu na 3 ctm., i osiągnął takiż sam rezultat jak i pierwój, chociaż przyrząd o tyle skrócony, wcale nie może działać jak redresser. Później wielu biegłych w rozpoznawaniu gynecologów, jak *P. D u b o i s*, *B e n n e t*, *S c a n z o n i* i inni, zapewniali, że u wielu z pomiędzy chorych, które *V a l l e i x*, *S i m p s o n*, *K i w i s c h* i inni wypuścili z swój opieki jako uleczone, oni później znowu znajdowali tyłozgięcie.

Jednocześnie wielu przeciwników narzędzi przeciwko zgięciom, utrzymywało, że następstwa zgięć dozwalały się odpowiedniem leczeniem usuwać, bez działania na przyczynę. Inni obstawali wprawdzie za leczeniem samego zgięcia, ale usiłowali zgiętą macicę naprostować za pomocą środków więcej szczedzących. Wywierali oni nacisk na przednie lub tylne sklepienie pochwy za pomocą gąbki, zwitka skubanki, krążka macicznego *G a r i e l'a* lub innego; albo wprowadzali tampony ze skubanki lub pęcherze kauczukowe do odbytnicy, usiłując zatrzymać stolec na 10,20 do 30 dni; albo też zalecali oddawać mocz w dłuższych tylko odstępach czasu. *F a n o* i inni stosowali prąd galwaniczny, przykładając jeden biegun do części pochwowój a drugi zewnątrz, ponad brzegiem kości łonowych, nieco z boku, aby przez to wrócić muskulaturze macicy utraconą kurczliwość.

Dziś większa część gynecologów zgadza się na to, że niektóre z wyżej wspomnianych sposobów postępowania były bezużyteczne i przewrotne. W ostatnich też latach bardziej upowszechniło się przekonanie, że zaburzenia będące bezpośredniem następstwem zgięć, mianowicie też nieplodność i utrudnienie odpływu wydzieliny miesięczkowej i nieżytowej, często domagają się usunięcia zgięć, a zarazem ocenioną została wartość przezornego ortopedycznego leczenia, w wypadkach starannie dobranych ¹⁾.

Zdarzają się przodo i tyłozgięcia, przy których nietylko wprowadzenie ale i pozostawienie zwyczajnego zgłębnika, albo odrazu rektyfika-

¹⁾ Niektórzy wprawdzie nierównie dalej jeszcze zaszli w niewłaściwem traktowaniu macicy. Tak np. *J o h n M o i r*, gdy mu odmawiały pomocy jego świeczki, które opatrzył guzikowatém zgrubieniem, aby mogły się opierać na wewnętrznych ustach macicznych, jakoteż i unośnik *S i m p s o n'a*; rozszerzał

tora Simpson'owskiego, znoszoném jest bez żadnych dolegliwości. Lecz takie wypadki nie należą do najczęstszych. Każą się one domyślać nietylko braku zapalenia macicy i zapalenia okołomacicznego, oraz braku wszelkiej skłonności do krwotoku macicznego, ale nadto małej drażliwości macicy i całego układu nerwowego. Dla zwalczenia takich wypadków wcale nie potrzeba zastosowywać wianków wewnątrzmacicznych, gdyż tu podstawą zgięcia jest nic innego jak tylko znakomite zwiotczenie ścian macicy, a stan taki, ze wszystkimi swemi następstwami i wszystkimi towarzyszącymi mu przypadłościami miesięczkowemi i nerwowemi, daje się usunąć użyciem garbnika, ergotyny, przetworów żelaznych, przebywaniem w miejscowościach leczniczych alpejskich, kąpielami morskimi, a osobliwie roztropném zastosowaniem natrysków macicznych z wody stopniowo coraz zimniejszej. Nie możemy tylko nie zauważyć, że wypadki podobne nie zdarzały nam się tak często, jak *Hildebrandt* o wi, który czwartą część wszystkich wypadków, za takie liczyć musiał.

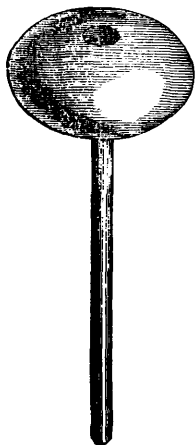
Najczęściej tedy, najpierw uwzględnionemi być muszą sprawy zapalne lub nieżytowe odbywające się w macicy, obok istniejących zgięć. Przy tém zdarzyć się może, że po wypełnieniu tego wskazania, pozostaje już tylko wspomniane powyżej zwiotczenie tkaniny, a tém samym, że i tu leczenie mechaniczne będzie zbytceźnym. Nierównie jednak częściej i to nietylko przy przewlekłym zapaleniu macicy z jej przerostem, niepodobna usunąć zgięcia, bez następnego użycia zgłębników wewnątrzmacicznych; a i ono jeszcze niezawsze się powodzi, z powodu, że niezawsze pozostaje bez złych następstw. Usiłowań rozciągnięcia lub rozerwania na tej drodze zrostów przytwardzających dno macicy od przodu lub od tyłu do sąsiednich organów, dawno już zaniechaliśmy, z powodu towarzyszącego im niebezpieczeństwa. Ale i tam nawet, gdzie macica nie jest unieruchomioną, doświadczenie może nas nauczyć, że ortopedyja na zawsze wykluczona być powinna. To też we wszelkich okolicznościach zalecamy zachować jak największą przezorność przy wprowadzaniu narzędzi do jamy macicznej, a w szczególności radzimy, aby w pierwszych chwilach niezbędnie trzymać chore w położeniu poziomém, w razie wystąpienia chociażby miernego bólu, krwawienia i t. p., narzędzie wyjąć, i następną

macicę za pomocą metodycznie wprowadzanych gąbek prasowanych, w ciągu 2—3 tygodni, do takich rozmiarów, jakie okazuje po poronieniu, a następnie pozwalał jej się ściągać na przyrządach stopniowo coraz cieńszych, urządzonych na kształt łożyska *Simpson'a* (*Edinb. med. journ. Febr. 1860*).

próbę wprowadzenia go odłożyć dotąd, póki chora zupełnie dobrze się mieć nie będzie.

Wielu lekarzy, a między niemi i my sami, przekładaliśmy dawniej wprowadzanie zwyczajnego zgłębnika nad zastosowanie wianków wewnętrzniczych, w tém przekonaniu, że zgłębnik, jeżeli tylko na krótki czas w ciągu dnia został wprowadzonym, mniej drażnił macicę. Lecz doświadczenie i nas także nauczyło, że w ogóle rzecz ma się przeciwnie. To też teraz, ilekroć decydujemy się na ortopedyę, natychmiast próbujemy wrażliwości macicy samym wiankiem, a przez to skracamy sobie czas leczenia, gdyż wspomniane narzędzie naturalnie rychlejszego skutku oczekiwać pozwala. Przez codzienne też wprowadzanie zgłębnika, na pół albo na całą godzinę, i my dawniej tak jak i inni, często osiągaliliśmy cel zamierzony, usunięcie istniejącej nieplodności. Wystarcza do tego często, żeby czasowo przywróconą została komunikacja między macicą a pochwą, co osiągnąć możemy przez rozszerzenie ujścia wewnętrznego, jak się o tém i A. L u m p e przekonał, używając gąbek prasowanych do usunięcia nieplodności. A właśnie krążek wewnętrzniczy dokonywa co najmniej to samo co zgłębnik, a przecięciowo nierównie więcej; sztuczne zaś rozszerzenie całej szyi macicznej, za pomocą stożków z blaszkowca palczastego (*laminaria*), można sobie zachować do niektórych wypadków, w których postępowanie to obiecuje szczególne korzyści.

Fig. 17.



Krążek wewnętrzniczy S i m p s o n'a.

Z pomiędzy rozmaitych narzędzi przeciwciwko zgięciom, najodpowiedniejszym jest rektyfikator S i m p s o n'a, gdyż ten, przypuszczając, że się go nie przymocowuje zewnątrz, do pasa miedniczego, najmniej drażni macicę. Przy przodozgięciu, guzik znajdujący się na dolnym końcu narzędzia, znajduje w tylnej ścianie pochwy dostateczny punkt oparcia do utrzymania się w swém położeniu. Przy tyłozgięciu przeciwnie, potrzebuje on częstokroć podpory, któraby zapobiegała wyślizgnięciu się jego podczas stania, przy oddawaniu stolca i t. p. Jeżeli za pomocą pałaka przytwierdzimy go do Simpsonowskiego pasa miedniczego, to zostanie on za mocno ustalonym, i każda zmiana jakiejś ulega stale zmieniające się ciśnienie trzewiów na macicę, oraz każdy, chociażby najmniejszy gwałt działający na pałak, pociągają za sobą dolegliwości,

a nawet trwale złe skutki. Z tego powodu, lepiej jest używać za podpórę tamponu z gąbki lub waty, albo też cienkiego krążka macicznego bez trzonka. Martin posługuje się w takim razie rektyfikátorem, połączonym za pomocą stawu z owalnym pierścieniem podobnym do wianka macicznego; Dètsch y zaś zbudował na ten cel swój unośnik maciczny (*hysterophor*), będący połączeniem rektyfikátora z wiankiem macicznym Zwanc k'a.

Rektyfikatory, jakich my zwykle używamy, dla zmniejszenia ich wagi, mają część zgłębnikową wyrobioną z kości słoniowej, a guzik z twardego drzewa. Część zgłębnikowa, aby nie drażniła dna macicy, nie powinna być nigdy dłuższą nad $2\frac{1}{2}$ cala; często przecież skrócenie jej pożądanem jest już dlatego samego, że w razie szczupłości pochwy trudno jest przeprowadzić ją przez ujście wewnętrzne. Dla wprowadzenia w szyję, przy pewnej zręczności, w rzadkich zaledwie razach potrzeba pomocy wziernika; chcąc zaś narzędzie przesunąć przez wewnętrzne usta maciczne, trzeba naturalnie, stosownie do kierunku osi ciała macicy, przyciskać guzik mniej lub więcej silnie do tylnej, przedniej lub jednej z bocznych ścian pochwy. Jeżeli to się nie udaje, to częstokroć, naciskając drugą ręką okolicę podbrzuszną, pozwala się macica od góry nadziać na zgłębnik. G. Braun zaleca wyrabiać krążki wewnątrzmaciczne ze stwardniałej gummy, który to materiał odznacza się odpornością na wpływ wydzielin macicznych, i podatnością, przy mierném ogrzaniu.

Fig. 18.

Fig. 19.



Prosty rektyfikator
czyli re-
dresser.



Zgłębnik
wewnętrz-
maciczny
Braun'a.

Używany przezeń zgłębnik ze stwardniałej gummy, zakończony jest od dołu oliwkowatym guzikiem, posiadającym otwór opatrzonej boczniemi nacięciami i nutrą, a przeznaczony do przystosowania przyrządu, w celu podtrzymywania zgłębnika, gdyby takowego wypadło użyć przy wprowadzeniu. I tego przyrządu także często używaliśmy, ale zrobiliśmy przy tém to spostrzeżenie, że przy użyciu jego możemy niekiedy odłamać zgłębnik od guzika; oraz, co jest bardzo nieprzyjemném, że w razie dziewiczej ciasności pochwy, ostry brzeg otworu guzika, nie tylko może wciskać się w składki pochwowe, ale nadto może wtedy naciskiem swoim wywołać gwałtowne bóle i owrzodzenie, już po 24-godzinném pozostawianiu.

Skutki leczenia ortopedycznego wiele jeszcze pozostawiają do leczenia. Przodozgięcie, nawet pod działaniem rektyfikátora w ten tylko prawie wyrównywa się sposób, że szyja cofa się w tył, i powstaje przodo-

pochylenie; objaśnia się to istniejącem tu prawie zawsze silném przytwierdzeniem dna. Macica dotknięta tyłozgięciem przy użyciu zgłębnika i rektyfikatora, z wyjątkiem świeżych wypadków położowych, tylko bardzo powoli wzwyczajają się do prostego kierunku; dopiero po leczeniu, trwającem całe miesiące, oś pozostaje na czas pewien nieskrzywioną, ale wkrótce znowu się zgina. Jak często udaje się osiągnąć trwałe uleczenie, po jedno lub wieloletnich mozołach, niepodobna jeszcze rozstrzygnąć. Mimo to, pożytek jaki próby te przynoszą, nie może być niedostrzegalnym. My sami nawet widzieliśmy kobiety, które skutkiem przodozgięcia przez wiele lat były nieplodnymi, zachodzące w ciążę po 8-tygodniowem użyciu zgłębnika, a u których po przejściu ciąży, przemieszczenie się nie ponowiło. Przeistoczenie więzów sprawiło zatem, że poprzedni wpływ zgrubień otrzewnej już się więcej nie dał uczuć, gdy tymczasem podług naszych spostrzeżeń, tyłozgięcia najczęściej wracają podczas porodu, co téż łatwo daje się zrozumieć przez wzgląd na różnice stosunków przyczynowych. Dalej, mechaniczne leczenie zgięć, ważnem jest także jako środek paliatywny, gdyż częstokroć usuwa on przynajmniej skutki zwężenia wewnętrznego ujścia macicy, bolesną miesiączkę i nagromadzanie się śluzu w jamie macicznej, przez rozszerzenie zwężonego miejsca. Następnie, jest ono pożytecznem przy następczém wodonerczu (*hydronephrosis*), przez usunięcie załamania moczowodów. Nakoniec, przez zmniejszenie zgięcia, może ono, zapobiedz wystąpieniu albo ponowieniu się następczego zapalenia macicznego lub okołomacicznego.

Jeżeli tedy uznajemy pożytek leczenia ortopedycznego, tu uważamy za potrzebne raz jeszcze powtórzyć, że przy wyborze wypadków do takowego leczenia, zachować potrzeba jak największą przezorność i baczność, a podczas samego leczenia, troskliwie chorą doglądać; nadto, że zadanie lekarza z początku najwięcej, a bardzo często wyłącznie na tém polega, aby zwalczać inne, istniejące już stany patologiczne macicy i jej części dodatkowych, mianowicie téż zapalenie macicy i okołomaciczne. Przy tém rzeczywiście często widzimy, że w miarę tego jak miejscowa choroba ustępuje, nietylko zmniejszają się cierpienia chorych, ale nadto ze zmniejszeniem się objętości macicy, zmniejsza się i (tyło) zgięcie. Pozostające jeszcze potem dolegliwości, pozwalają się częstokroć złagodzić, podobnie jak przy pochyleniach, użyciem pasa brzuszno¹⁾ i odpowiedniego pierścieniowatego wianka macicznego, lub gąbki bez trzonka.

¹⁾ T. 2. „Ceinture hypogastrique” uwalniać miała macicę od ucisku graniczących z nią pętlic kiszkowych. Ale stosownie do swój natury, może ona tylko ograniczać pojemność brzucha, i podobnie jak działanie tłoczni brzusznej ma ten skutek, że macicę głębiej spycha i przeszkadza jej ruchomości.

Ponieważ zgięcia same nie dają się usuwać tak często, jakbyśmy sobie życzyli, to też ważnem jest zapobieganie im, i pod tym względem na wielkie uwzględnienie zasługuje rada *Virchow'a*, aby usposobienie do nich zmniejszać przez staranne leczenie częściowych zapaleń otrzewnej, dawać na siebie baczność w epokach miesięczkowych i połogowych, i nie zaniedbywać nieżyłtów macicy.

DODATEK.

Tyłożgięcie i tyłopochylenie macicy ciężarnej.

(*Retroflexio et retroversio uteri gravidi*).

Oprócz wykładów i podręczników ginekologii i położnictwa porównaj:

W. Hunter: *Medic. observat. and inquiries. Vol. 4 i 5. 1771 1776.*— F. L. Meissner: *Die Dislocationen der Gebärmutter u. s. w. Leipzig 1821.*— Busch: *Neue Leitschrift f. Geburtsk. Bd. V. Heft 1 u. 2.*— Tyler Smith: *Transact. of the obstetrical society of London. Vol. II. p. 286.*

Dawniej powszechne panowało mniemanie, że w razie powikłania tyłożgięcia z ciążą, ostatnia poprzedziła pierwsze; że zatem ciężarna już macica, skutkiem szczególnych okoliczności, pochyliła się w tył. Za moment usposabiający uważano macicę u dołu szeroką, a u góry wąską, albo wielką szerokość i głębokość dołu Douglas'a; zaś za przyczynę bezpośrednią, poczytywano wzmocniony nacisk trzewiów brzusznych, przy gwałtowniejszem działaniu tłoczni brzusznej, oraz silne wstrząśnienia ciała. Niektórzy nadto, idąc za W. Hunter'e m, wciąż jeszcze stawiali w rzędzie momentów przyczynowych, najpospolitsze następstwo przemieszczenia — zatrzymanie moczu, i powstające wskutek tego rozdęcie pęcherza. W nowszych czasach Tyler Smith wyrzekł, że wypadki te zwykle niczém inném nie są, jak obciążeniem w tył zgiętej macicy. Według naszego przekonania zdanie to jest zupełnie słuszném. Za jego prawdziwością to już przemawia, że dolegliwości chorych przychodzą nie nagle, lecz zwolna i stopniowo się podnoszą. Ścisłejszy dowód daje dokładne obserwowanie osób cierpiących na tyłożgięcie, jeżeli te zajądą w ciążę. Nasze spostrzeżenia zgadzają się z podanemi przez Tyler'a Smith'a; przecież mówimy wyraźnie tylko o tyłożgięciach,

a nie o tyłopochyleniach, albowiem na 18 spostrzeganych przez nas wypadków tak zwanego tyłopochylenia macicy ciężarnéj (*retroversio uteri gravidi*), ani razu nie widzieliśmy pochylenia, tylko zawsze zgięcie. W jednym z tych wypadków, przed nastaniem ciąży istniało opadnięcie (*prolapsus*), zgięcie zaś powstało dopiero skutkiem niestosownych usiłowań odprowadzenia, które chora w pierwszych miesiącach sama zmuszoną była sobie wykonać ¹⁾).

Objawy i następstwa. Osoby dotknięte tyłozgięciem macicy ciężarnéj, najczęściej w 4-m miesiącu ciąży szukają porady lekarza, i to dopiero wtedy, gdy na 8—14 dni przedtem doznawać zaczęły cierpień, co raz się wzmagających. Dokładne badanie wykazuje wprawdzie, że cierpienia te dawniej już trwały; ale dopóki nie osiągną one pewnego stopnia natężenia, chore uważają je za zwykłe przypadłości ciąży i nie zwracają na nie uwagi. Dopiero wystąpienie objawów tak zwanego uwięźnienia, w tych wypadkach, w których zgięcie macicy z powiększaniem się objętości téj ostatniej, samo nie znikło (jak to najczęściej bywa), albo jeżeli w 3-m miesiącu nie nastąpiło poronienie, zwykle sprowadza chore do lekarza. Rzadko objawy uwięźnienia organów miedniczych rozwijają się w sposób ostry; ciężarne w tym razie nagle użalać się zaczynają na najgwałtowniejsze bóle w miednicy; napadają je wymioty, ogólny upadek sił, a nawet omdlenia. Zwykle najpierw powstają dolegliwości przy oddawaniu moczu i zaparciu stolca, z nieprzerwanym bólem w głębi miednicy, i uczuciem silnego parcia. Nierównie większa część takich chorych, należy do klasy biedniejszej, roboczej; albowiem powtarzające się tu codziennie wysiłki ciała, najłatwiej przeszkadzają wznoszeniu się zgiętej macicy do wielkiej miednicy, i niekiedy nagle zwiększają stopień przemieszczenia; a że niższe warstwy społeczeństwa późno szukają pomocy lekarskiej, to też zanim to nastąpi, uwięźnienie bywa już zwykle zupełnem. Skutkiem zatrzymywania moczu, znajdujemy pęcherz sięgający aż do pępka, a nawet do dołka podsercowego; skutkiem uciśnienia odbytnicy — кишки mocno rozdęte gazami; wreszcie skutkiem nacisku na naczynia miednicze — obrzmiałe żyły hemoroidalne. O zatrzymaniu moczu wiele z pomiędzy chorych nie wie wcale, albowiem ze zwiększaniem się objętości pęcherza moczu od czasu do czasu odpływa; co jednak pozostaje bez wpływu na

¹⁾ Taki sam związek przyczynowy spostrzegał Baker Brown (Gaz. hebdomad. Nr. 17. 1855).

istotne zmniejszenie się objętości pęcherza. Zatorowanie odbytnicy spowodować wymioty, nawet ląnistę; rozdęcie pęcherza przenosi się na moczowody i miedniczki nerek; powstaje zapalenie, a niekiedy pęknięcie pęcherza, lub też zgorzelinowe rozmiękczenie ścian jego, z następczém zapaleniem otrzewnej. Przekrwienie macicy saméj doprowadza również aż do zapalenia tego organu, oraz otrzewnej go powlekającej (*metroperitonitis*). W ślad za zapaleniem, do istniejącego już przedtém zajęcia układu nerwowego dołącza się jeszcze znaczna gorączka. Uwięźla macica coraz bardziej brzmieje i staje się nadzwyczaj bolesną; przychodzi do krwotoków i dotkliwych kurczeń, usiłujących opróżnić jaje płodowe, a zarazem także wydalić je; przyczém jednak zwykle tłocznią brzuszną macicę coraz głębiej spycha, tak, że otrzewna i tylna ściana pochwy rozdierają się i dno macicy może się ukazać w szparze sromnej. Jeden taki wypadek, który był przedmiotem dochodzenia sądowego, podał *Dubois* ¹⁾, a drugi *Grensler* ²⁾.

Rozpoznanie. Przy tyłozgięciu macicy ciężarnéj, badanie okolicy podbrzusznój utrudnia rozdęty pęcherz moczowy, wzdęcie brzucha gazami i wrażliwość na uciskanie; również i śledzenie wewnętrzne utrudnione jest skutkiem zwężenia pochwy i odbytnicy, które to zwężenie, stosownie do położenia wtłoczonéj w dół *Douglassa* i wraz z niém zepchniętój ku dołowi macicy, rozpoczyna się albo zaraz od wejścia pochwy, albo téż wyżej dopiero. To téż pierwszą rzeczą powinno być opróżnienie pęcherza moczowego, który, jeżeli sięga aż ponad pępek, może być już zwykle poznany po położeniu i kształcie utworzonego przezeń guza, gdyż inne guzy nie łatwo rozpychają tak znacznie przestrzeń między mięśniami prostemi brzucha i nie mają tak wyraźnie podłużnego kształtu. Opróżnić pęcherz dotąd zawsze nam się udawało za pomocą krótko zgiętego męskiego cewnika, jeżeliśmy wklęsłość takowego zwrócili w jedną lub drugą stronę, stosownie do tego, czy szyja pęcherza przemieszczona była na lewo, czy na prawo (co zapewne zależy od początkowego rozwijania się tego organu w lewej lub prawej połowie miednicy). Skoro po dokonaniu tego, badanie zewnętrzne zostanie cokolwiek ułatwioném, to pomimo wciąż bardzo wysokiego stanowiska części pochwowéj, udaje się od góry zbliżyć ją do palca znajdującego się w pochwie, dosięgnąć kąta załamania i przekonać się, że część pochwowa przechodzi bezpośrednio w guz

¹⁾ Presse medic 1837. Nr. 20.

²⁾ Wien. med. Wochenschr. 1856. Nr. 38 i 39. Dodatek.

znajdujący się w dole D o u g l a s 'a. Cechy zaś samego tego guza zbadać można śledząc równocześnie przez pochwę i odbytnicę, a nadto od strony powłok brzusznych. Równość powierzchni zewnętrznej i ciastowata albo téż wyraźnie sprężysta spoistość, obok innych kryterij zarówno przedmiotowych, jak i podmiotowych pomagają do rozpoznania i tak już prawdopodobnej ciąży, gdyż włókniaki macicy nader rzadko sprowadzają objawy uwięźnienia. W jednym wypadku, gdzie macica w tył zgięta, tworzyła półkuliste sklepienie w odbytnicy, palce nasze przy uciskaniu przedniej i tylnej powierzchni organu wyczuwały wyraźnie wewnątrz guza ruchome ciało; w innym znowu—B a k e r B r o w n wyczuwał poruszenia płodu.

Jeżeli rozwinęło się już zapalenie otrzewnej, to wielka dotkliwość brzucha, tak bardzo utrudnia badanie zewnętrzne, że łatwo można zbłądzić w rozpoznaniu. Tak np. w jednym wypadku ciąży zewnątrzmacicznej, spostrzeganym przez C a p u r o n 'a, zebranie najsłynniejszych paryzkich chirurgów i ginekologów, w liczbie których znajdowali się D u p u y t r e n, L i s f r a n c, D u b o i s, w podobnych okolicznościach rozpoznało tyłopochylenie macicy ciężarniej. Przecież, jeżeli mieć będziemy w pamięci, że objawy uwięźnienia wywoływane być mogą także przez nacisk guzów zewnątrz macicy leżących, jakkolwiek nierównie rzadziej w takich razach się wydarzają; i jeżeli nie będziemy żalowali trudu szukając macicy obok guza, to zawsze, a przynajmniej po powtórzeniu badania, będziemy w możności wyrobić sobie jasne pojęcie o stanie rzeczy. W jednym wypadku krwisteku pozamacicznego, w którym trzeba było polegać na wartości wyvodu choroby, i nam dopiero przy drugim badaniu udało się wynaleźć próżną macicę ponad lewą kością łonową.

Leczenie. Względ na to, że tyłozgięcie (albo opadnięcie macicy) jest zwykle cierpieniem pierwotnem, wymaga troskliwego pielęgowania kobiet takowemu dotkniętych, w razie, jeżeli zajdą w ciążę. Spoczynkiem i ustawicznem dbaniem o regularne wypróżnienia stolcowe i oddawanie moczu, najlepiej zapobiedz można złym następstwom, a mianowicie grożącemu poronieniu jakotéż dalszemu trwaniu przemieszczenia; temu ostatniemu z dość wielką nawet pewnością. Przecież w klasie roboczej rzadko może być mowa o środkach zapobiegawczych. Tu chodzi najczęściej o odprowadzenie (*repositio*), gdy już wystąpiły znaczne dolegliwości a nawet groźne objawy.

Bez wdania się sztuki, nigdy oczekiwać nie można ocalenia choréj z poświęceniem płodu; wypadki bowiem, w których poronienie nietylko się rozpoczęło, ale nadto jaje zostało w zupełności wydaloném, a w sku-

tek zmniejszenia się macicy uwężenie ze wszystkimi swemi następstwami ustąpiło, należą do rzadkości. Zwykle przychodziło tylko do krwotoku macicznego albo nawet do odejścia wód płodowych; wystąpieniu zaś pozostałych części przeszkadzało ścieśnienie ust macicznych, gdyż dobrowolne wzniesienie się macicy nie następowało; co więcej, rozwinięte pod ten czas zapalenie otrzewnej, kończyło się śmiercią. Wypadek postrzegany przez (G u i c h a r d 'a ¹⁾), w którym zapalenie ustąpiło, a następnie utworzyła się komunikacya między macicą i kiszka odchodową, przez którą części płodu wydalonemi zostały, jest zupełnym unikatem (jeżeli tu jeszcze nie nastąpiła zamiana z ciążą zewnątrzmaciczną).

Od czasu D e n m a n 'a z różnych stron powątpiewać zaczęto o tém, że zadanie sztuki polega tu przeważnie na odprowadzeniu; albowiem stosunkowo często przemieszczenie zwolna ustępowało, chociaż nie robiono nic więcej, tylko dbano o regularne opróżnianie pęcherza moczowego. My przecież przekonaliśmy się, że fakt ten bynajmniej nie zmniejsza wartości odprowadzenia. Tylko w pierwszych ciąży miesiącach, gdy objętość macicy jeszcze jest zamała, by mogła zabezpieczyć od ponowienia się zgięcia, — gdzie zatém sztuczne odprowadzenie nie zapewnia trwałego skutku, tam przytoczone powyżej postępowanie zapobiegające stać powinno na pierwszym planie. Ale skoro tylko chociażby kilkodniowe zatrzymanie moczu nastąpi, wtedy obok uwzględnienia tego objawu zalecamy także i odprowadzenie, gdyż takowe nie jest szkodliwem, a w każdym razie prędzej doprowadza do celu, a tém samém bardzo zabezpiecza od wszelkich ewentualności, a osobliwie od grożącego poronienia.

Przed opróżnieniem pęcherza moczowego, odprowadzenie zwykle bywa wcale niemożliwem, ale też to pierwsze, już dla samego ułatwienia sobie rozpoznania, wykonać należy. Jeżeliby wprowadzenie cewnika miało się nie udać, w takim razie pozostawałoby spróbować wykonać odprowadzenie częściowe, a następnie powtórzyć pierwszą operacyę; zaś w razie koniecznym przystąpić nawet do przekłucia pęcherza ²⁾. Przeciwnie, każde usiłowanie opróżnienia kiszki odchodowej przed częściowem przynajmniej odprowadzeniem, jest bezcelowem, gdyż kiszka ta sama jest zaciśniętą.

Do wykonania odprowadzenia projektowano i stosowano różne metody. Wszelkie usiłowanie pośredniego naprostowania ciała i dna maci-

¹⁾ Gaz. hebdomad. Nr. 8. 1856.

²⁾ Operacya ta, w wypadku opisanym przez M ü n c h m e y e r a ocalała chorą i płód (Monatsschr. f. Geburtsk. Novemb. 1859).

cy przez działania na część pochwową, czyto od strony pochwy, czy od zewnątrz, nie prowadzi do celu; owszem działać trzeba bezpośrednio na dno macicy, przez pochwę albo przez odbytnicę. I jedno i drugie postępowanie w wielu razach cieszyło się powodzeniem. Jeżeli dwa do czterech palcy pozwolą się swobodnie przez odbyt wprowadzić do kiszki odchodowej, to droga ta jest zwykle najlepszą, gdyż działamy tu na tylną część przemieszczonej macicy, którą, wywieranym przez nas naciskiem, nie zbliżamy do kości krzyżowej, lecz ją od niej oddalamy. Przytém zawsze trzeba się starać, aby nie unosić macicy w kierunku wzgórka krzyżowego, lecz na bok, w kierunku jednego ze spojeń krzyżobiodrowych. Najodpowiedniejszym do dokonywania tych manipulacyj jest ustawienie choréj na kolanach i łokciach, lub położenie na boku. Bardzo często odprowadzenie nie udaje się przy pierwszej próbie, jeżeli ją wykonywamy z taką delikatnością, jakiej okoliczności wymagają, albo téż udaje się niezupełnie, i dopiero po kilkakrotném powtórzeniu naszych usiłowań, w ciągu kilku dni, cel swój osiągamy. Niezbędnie przytém zalecić należy chorym, aby w przerwach ciągle leżeli na boku, dbać o opróżnianie pęcherza i odbytnicy tak często jak tylko można, i wszelkimi siłami starać się łagodzić istniejące objawy zapalne, gorączkowe i nerwowe.

W wypadkach, w których mimo największej wytrwałości odprowadzenie się nie udaje, albo gdy już zwłoka niebezpieczeństwem zagraża, jako ostatni środek pozostaje zmniejszenie objętości macicy, przez sztuczne wydalenie jéj zawartości. Zalecano to wykonywać i wykonywano, zarówno przez wprowadzenie zgłębnika przez usta maciczne, jakotéż przez przekłucie macicy trójgrancem, bądź od strony pochwy, bądź od odbytnicy. Pierwszego z tych manewrów, jak łatwo przewidzieć, dosyć często wykonać niepodobna, i o ile nam wiadomo, dotychczas K i w i s c h tylko z pomyślnym używał go skutkiem. Przekłucie łatwo daje się wykonać, a chociaż musi ono koniecznie zwiększyć istniejące już zapalenie macicy i powlekającéj ją otrzewnej, mimo to jednak wielokrotnie z pomyślnym skutkiem wykonywane było przez Viricel'a, Bainham'a i Jourrel'a (ten ostatni wykonał je po bezowocnych usiłowaniach przeprowadzenia cewnika przez szyję macicy). To téż z zastosowaniem ostatniego tego środka nie należy się ociągać, a do nakłucia wybierać trzeba miejsce najwyraźniejszego chęłbotania, aby, o ile można uniknąć przekłucia macicy w miejscu przyczepienia się łożyska. Jeżeli bowiem zadługo ociągać się będziemy, jak Delaharpe (*Schweizer. Ztschr. Hft. 5 u. 6. 1856*), to niepodobna będzie uchylić śmiertelnego zejścia zapalenia otrzewnej, chociażby nawet przekłucie samo do tego

się nie przyczyniło. Po wypuszczeniu wody płodowej należy ponowić próby odprowadzania. Często też teraz macica sama przez się wznosi się do góry.

Gdy odprowadzenie się udało, to niekiedy zapalenie pęcherza, otrzewnej, i t. p., trwają dalej, i wymagają oddzielnego leczenia; dalej grozi teraz poronienie, które jednak tylko wtedy jest nieuchronnem, gdy już wody płodowe odeszły, w innych zaś razach uniknąć go można, chociażby nawet jeszcze przed odprowadzeniem przyszło do krwotoku macicznego; na koniec—obawiać się trzeba ponów, które bardzo łatwo następują. Tym ostatnim nalepij zapobiega długotrwałe leżenie na boku i dbanie o oddawanie stolca i moczu; chore najlepiej pozostawać winny w łóżku, aż do upływu 4-go miesiąca ciąży.

e) Opadnięcie macicy i pochwy.

(*Prolapsus uteri et vaginae*).

F. L. Meissner: *Die Dislocat. der Gebärm. I. Leipzig 1821.*—Malgaigne: *Journ. de Chirurg. Novbr. 1843.*—Dieffenbach: *Operat. Chirurg. I pag. 638.*—C. Mayer: *Verhdl. d. Ges. f. Geburtst. zu Berlin VII p. 13 i VIII p. 5.*—*Monatsschr. f. Geburtst. H. XI. 3.*—Virchow: *V. d. G. f. G. 2. B. II p. 205.*—Chiari: *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäcologie. Erlangen, 1853. II pag. 374.*—Scanzoni: *Verhdl. d. medic. phys. Gesellsch. in Würzburg. II, i Beitr. 2. Geburtst. IV. 1860.*—Riedel: *Verh. d. G. f. G. 2. B. VII.*—Gariel: *Gaz. d. hôpit. 1852. N. 55. 61 i 74.*—Valleix: *Gaz. d. hôp. 1852, Nr. 54—123.*—Zwank: *Monatsschr. f. Geburtst. 1853 März.*—A. Mayer: *Monatssch. XII. 1.*—Huguier: *Mémoire sur les allongemens hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous les noms de descente, précipitation etc. Paris. 1860.*—O. v. Franque: *Der Vorfall der Gebärmutter in anatomischer und klinischer Beziehung. Mit 7 lithographischen Tafeln. Würzburg. 1860.*—Martin: *Monatsschr. Sept. 1862.*—Braun: *Wien. med. Wochenschr. Nr. 30. 1859.*—Rob. Ellis: *Radical cure of prolapsus uteri. Lancet. Dezemb. 24. 1864.*

Każde znaczniejsze obniżenie się macicy musi koniecznie spowodować wynicowanie pochwy, i odwrotnie, opadnięcie pochwy, albo, ściślej się wyrażając - - wynicowanie jednej lub obu jej ścian—w następstwie częstokroć prowadzi do obniżenia się macicy. Związek obu tych nieprawidłowości nie jest jednak wyłącznie tylko genetyczny, lecz przebiega

się także w ich objawach i leczeniu. To też opisujemy je tu jednocześnie, rozróżniając dwa następne rodzaje: 1) pierwotne opadnięcie macicy i 2) pierwotne opadnięcie pochwy.

I. Pierwotne opadnięcie macicy, stosownie do stopnia jakiego dosięgło, rozróżniają jeszcze na: obniżenie (*descensus uteri*), opadnięcie (*prolapsus uteri incompletus*), i zupełne wypadnięcie (*prolapsus uteri completus*), rozumiejąc pod pierwszą nazwą takie opuszczenie się macicy, przy którym usta maciczne nie dochodzą jeszcze do wchodu pochwy; pod nazwą wypadnięcia—częściowe albo nawet całkowite wystąpienie macicy ze szpary sromnej; a pod nazwą opadnięcia—formy pośrednie.

Uspობiają do powstania takiego przemieszczenia wszystkie momenta, zwątlające przytwierdzenia macicy (i pochwy); a ponieważ przytwierdzenia te nigdy nie dochodzą takiego stopnia zwątlenia jak w okresie połogowym, to też czas ten, jak uczy doświadczenie, najbardziej sprzyja powstaniu opadnięć;—od niego bowiem większość wypadków datuje swój początek. Opadnięcie powstaje tu niekiedy nagle, podczas gwałtownego działania tłoczni brzusznej, lub też silnego wstrząśnienia ciała (w skutek upadnięcia, skoku); najczęściej jednak wykształca się powolnie, gdy położnica wcześniej opuści łóżko i nie odpowiednio podejmuje zajęcia, a powiększona jeszcze macica skutkiem swego ciężaru, coraz się niżej opuszcza i zostaje spychana przez nacisk tłoczni brzusznej (przy dźwiganiu, schylaniu się i t. p.) Bardzo często powstaje najpierw nieznaczne tylko obniżenie, które przy sprzyjających okolicznościach, jakimi bywają następne położy, napady kaszlu lub wymiotów, ciężka praca i t. p., zwiększa się coraz bardziej, i z upływem lat dochodzi do zupełnego wypadnięcia.

Obok przemian połogowych, w rzędzie przyczyn uspasabiających do opadnięcia postawić należy nienie części rodnych w starości; sprowadza ono bowiem zwiotczenie i skrócenie się pochwy, utratę tłuszczowej podściółki w dnie miednicy, a szczególnie u wchodu pochwy, wreszcie zwiotczenie więzów macicznych. To też nieznaczne nawet obniżenia macicy, łatwo po 55 lub 60 roku życia, pod wpływem wspomnianych wyżej okoliczności szybciej lub powolniej się zwiększają; niekiedy zaś w podeszłym wieku opada macica u osób, które przetrwały do tego czasu w stanie dziewiczym, albo nigdy nie zachodziły w ciążę, lub też, co najwyżej, rodziły niewczesnie.

Wyjątkowo powstaje opadnięcie w skutek wyniszczających chorób, po cholerze, i t. p., albo też wskutek powiększenia ciężaru samej macicy przy rozwijających się włókniakach lub polipach.

Nakoniec, macica, podobnie jak przez zwiększenie własnego swego ciężaru i działanie tłoczeni brzusznej, opaść może w następstwie coraz zwiększającego się nacisku na nią przez graniczące z nią trzewia brzuszne. Najczęściej sprawiają to torbiele jajników.

II. Pierwotne opadnięcie pochwy dotyczyć może obu jej ścian, albo być tylko do jednej z nich—przedniej lub tylnej—ograniczonem. I opadnięcie pochwy także, powstaje najczęściej w położu, gdyż w tym czasie sprzyja temu znaczne wydłużenie i rozszerzenie pochwy oraz szpary sromnej. Bezpośrednim powodem może być także niewłaściwe zachowanie się, przedwczesne opuszczenie łóżka, wysiłki ciała i t. p. Jeżeli pierwotkowo mała tylko część jedułej ze ścian pochwy wypukliła się albo u góry—do pochwy, albo u dołu—do szpary sromnej, to wpuklenie to coraz bardziej rozmiary swoje powiększa, pociągając za sobą pozostałe części. Najczęściej opadnięcie rozpoczyna się tu od przedniej ściany pochwy, która częstokroć pociąga za sobą tylną ścianę pęcherza moczowego (*cystocele*). Jeżeli podczas poprzedniego porodu nastąpiło głębsze pęknięcie krocza, które goiło się przez ropy; to w skutek następnego ściągania się blizny, szpara sromna trwale się powiększa, błona śluzowa pochwy pociągana zostaje ku tylnemu kątowi rany i na téj drodze łatwo przychodzi do następczego opadnięcia tylnej ściany pochwy. Niekiedy opadnięcie rozpoczyna się od tylnej części sklepienia pochwy, gdy takowe zostaje spychanem przez nacisk trzewiów brzusznych, zapadających do dołu Douglas'a, a mianowicie guzów jajnikowych, rzadziej—pętlic kiszek (*enterocele vaginalis*), albo przez płyn nagromadzony w jamie otrzewnej (przy puchlinie brzusznej—*ascites*). Za opadającą tylną ścianą pochwy, nie rzadko idzie w ślad i przednia ściana odbytnicy (*rectocelę*).

W niektórych razach przeciwnie wpuklenie się odbytnicy do pochwy (*rectocele vaginalis*), nie jest następstwem lecz przyczyną opadnięcia téj ostatniej, samo zaś spowodowanem bywa przez przeciągle zastoiny kału. Być może, że tu i owdzie istnieje też podobny związek między wpuklaniem się pęcherza do pochwy (*cystocele*), a opadaniem téj ostatniej, t. j., że przysadkowate wypuklenie pęcherza ku dołowi jest pierwotną nieprawidłowością.

Jeżeli tedy jedna ze ścian pochwy (albo i obie) na znaczniejszej przestrzeni opadła, to musi ona koniecznie pociągać za sobą macicę z jej przytwierdzeniami, a tém samém macica także zostaje przemieszczoną: opada ona mniej lub więcej, albo też—przy t. z. *cystocele* —pochyla się jednocześnie ku przodowi,

Warunki przyczynowe opadnięć macicy i pochwy dostatecznie objaśniają ten fakt, że oba te cierpienia napotykają się bardzo często, i to szczególnie w niższych warstwach społeczeństwa. Na 1440 kobiet leczonych przez C. Mayer'a na choroby organów płciowych, opadnięciem dotkniętych było $470/933$ z klasy uboższej, a tylko $28/507$ z klasy zamożniejszej.

Zmiany anatomiczne bywają rozmaite, stosownie do punktu wyjścia opadnięcia, do stopnia jakiego takowe dosięgło i do czasu trwania cierpienia, od czego też zależą różnorodne następstwa.

Jeżeli opadnięcie ogranicza się tylko do przedniej lub tylnej ściany pochwowój, to opadnięta część błony śluzowej nie przedstawia albo żadnych, albo małe tylko zmiany w zabarwieniu i wydzielinie; ale odpowiednia część sklepienia pochwy jest spłaszczona, a jedna z warg macicznych, w skutek pociągania jakiego doznaje, jest mniej lub więcej zagłazdona. Pęcherz moczowy mały przyjął udział w przemieszczeniu, albowiem opadnięcie ściany przedniej zwykle nie przegrody cewko-pochwowój lecz średniej części dotyczy. Inaczej rzecz się ma z odbytnicą, przy opadnięciach tylnej ściany pochwy ta bowiem w tych razach przedstawia częstokroć przysadkowate wypuklenie. Macica jest albo tylko cokolwiek niżej opuszczona, albo też, skutkiem targania jakiego doznaje od opadniętej ściany, ciało jej bywa ku odpowiedniej stronie pochylonem lub też nagiętem. Jeżeli jednak macica już się znacznie obniżyła, to i przy opadnięciach przedniej ściany pochwowój, często bywają tylopochylenia i zgięcia. W miarę opadania samej macicy, zwiększają się też zmiany w utkaniu takowej. Już przy niezupełnem opadnięciu istnieje częstokroć przerost, a prawie zawsze przekrwienie i nadżarcie lub owrzodzenie jednej lub obu warg macicznych. Najczęściej bywa przy tém także wpuklenie się pęcherza do pochwy (*cystocèle*).

Jeżeli opadną obie ściany pochwy, to przednia najczęściej opada całkowicie, tylna zaś nie zawsze, lecz częstokroć tylko w górnej, a niekiedy wyłącznie tylko w niższej swjej części. Macica prawie stale sięga tu aż do wchodu pochwy, albo też wystaje ze szpary sromnej.

Kształt guza utworzonego przez opadniętą macicę, bywa rozmaity, stosownie do udziału jaki w opadnięciu przyjmują ściany pochwy, do stopnia wypadnięcia pęcherza, stale pociągniętego wraz z opadniętymi częściami, do położenia macicy, oraz do istnienia lub braku wpuklenia odbytnicy w pochwę. Wypadnięte ściany pochwy tracą poprzeczne swe

marszczki; przednia bywa zwykle przez pęcherz sklepiście rozciągnięta i naprężona; błona śluzowa pochwy jest biaława, skórzasta, gdyż pokryta jest grubym i twardym pokładem naskórka, a nawet głębsze jej warstwy znakomicie przerosłe. W niektórych miejscach najczęściej odpowiadających sklepieniu pochwy, istnieją bardzo często mniejsze lub większe, okrągławe lub nieregularne wrzody o brzegach ostrych lub modzelowatych, a dnie szarem lub brudnym, niekiedy nawet zaczerwienionem. Wrzody te są następstwem mechanicznego przekrwienia, i ustawicznego ocierania się o uda lub części odzieży, zanieczyszczenia moczem i t. p.

Usta maciczne znajdują się najczęściej na tylnym obwodzie guza; rzadziej na środku, a jeszcze rzadziej na przedniej jego części; tylna bowiem ściana pochwy pospolicie mało jest wycięwana. Wargi ust macicznych są albo zagładzone, albo też, skutkiem pociągania jakiegoś doświadczenia ze strony ścian pochwy, bywają nawet na zewnątrz grzybiasto wywinięte, tak, że szyja rozwiera się lejkowato i częstokroć palec przepuszcza. Wargi zwykle także bywają owrzodzone; a owrzodzenia te, odpowiednio jednoczesnemu wywinięciu szyi, wydają się być obszerniejszemi i wyżej sięgającemi. Wyglądają one rozmaicie, stosownie do tego czy powstały skutkiem przewlekłego zapalenia macicy, czy też prosto w skutek drażnienia. W późniejszym wieku prowadzą one niekiedy do zalepienia i zarośnięcia zewnętrznego ujścia macicy.

Sama macica bywa powiększoną, a szczególnie wydłużoną, jeżeli jeszcze nie zaczęła niknąć skutkiem starości. Wydłużenie dojść może do 6 i 7 cali. . Zwykle wydłuża się przeważnie, a nawet wyłącznie szyja macicy; rzadko tylko jej część pochwowa; częściej już nadpochwowa, która w takim razie przedstawia się jako powrózek o cienkich ścianach, przyczem wewnętrzne ujście macicy może być zwężone albo też całkiem zamknięte. Ściany macicy przy znaczniejszej swej grubości zwykle bywają tęższe niż w stanie prawidłowym; rzadziej wiotksze;—tylko część pochwowa częstokroć bywa rozpulchnioną jak gąbka. Błona śluzowa dotknięta jest przewlekłym nieżytem. Bardzo często trafiają się przytém pochylenia i zgięcia macicy, osobliwie ku tyłowi. Jajowody i jajniki często także bywają dotknięte nieżytem i obrzękiem. Organa te wchodzą niekiedy w skład zawartości guza wystającego ze szpary sromowej, zwykle jednak leżą przy brzegu lejka, jaki tworzy jama miednicza, wydłużona skutkiem opadnięcia macicy. Przecież lejkowate to wydłużenie miedniczego odcinka otrzewnej, nie wyrównywa zagłębień kieszonkowatych istniejących przed i poza macicą; co więcej,—zagłębienia te (pęcherzo-maciczne i odbytniczo-maciczne) sięgają częstokroć aż do wier-

chołka wypadniętego guza, tak, że podstawa ich znajduje się niżej od ujścia zewnętrznego, a otrzewna pokryta jest tylko ścianą pochwową. W przednim zagłębieniu rzadko znajdują się 'pętle kiszek cienkich, w tylnym zaś obecność ich jest niemal prawidłem, co może o tyle wpłynąć na zwiększenie objętości guza, że ten staje się nieodprowadzalnym.

Cewka moczowa, odpowiednio do przemieszczenia ściśle połączonej z nią części ściany przedniej pochwy, przyjmuje kierunek z góry ku dołowi, i otwiera się do wpuklenia utworzonego z tylnej ściany pęcherza, które to wpuklenie, pokryte przez ścianę pochwy, leży w przedniej części wypadniętego guza i sięga prawie do jego wierzchołka. Ponieważ ta część pęcherza nie opróżnia się jak należy, to też w niektórych razach tworzą się w niej kamienie, jak to już R u y s c h przytaczał, a w nowszych czasach częściej spostrzegać się dało. Ściany pęcherza grubieją, a niekiedy istnieje rozszerzenie moczowodów i wodonercze (*hydronephrosis*). Nierównie rzadziej, i to w małym stopniu, bierze w opadnięciu udział i odbytnica, przez wypuklenie się przedniej jej ściany; częściej już ulegają rozszerzeniu wyżej leżące części takowej, a w szczególnych wypadkach obok opadnięcia macicy i pochwy istnieje oddzielne wypadnięcie odbytnicy, które w wypadkach przez nas spostrzeganych dochodziło objętości pięści mężczyzny.

Pozostałości po zapaleniu miedniczego odcinka otrzewnej rzadko się zdarzają; w pewnych jednak okolicznościach sprawiają one, że macica poprzednio opadająca przez czas krótszy lub dłuższy zostaje utrzymaną w miednicy, albo też, że części wypadnięte zostają unieruchomionymi i nie pozwalają się odprowadzić.

Objawy. Rozpoczynającemu się opadnięciu macicy wtedy tylko gwałtowne towarzyszą objawy, jeżeli powstaje ono nagle i od razu najwyższego dosięga stopnia. Objawami temi, których powodem jest targanie więzów otrzewnych i t. d., bywają: silny ból w brzuchu, dreszcze, omdlenia. Jeżeli jednak cierpienie rozwija się, jak zwykle, w sposób powolny, to przy samém obniżeniu się macicy (*descensus*) niebywa częstokroć żadnych zaburzeń, i to nie tylko podczas leżenia na wznak, ale też i podczas zwykłych zatrudnień; jeżeli zaś są, to co najwięcej bywa uczucie targania w dole brzucha z łagodnym bólem krzyża. Tylko znaczniejsze wysiłki ciała dają powód do gwałtowniejszych dolegliwości. Przy wyższym stopniu opadnięcia bóle w brzuchu i w krzyżu są zwykle bardziej dokuczliwymi już podczas stania i chodzenia; później zaś dołączają się do tego częstokroć nudności, odbijania, zaparcie stolca,

wietrznicą, dolegliwości ze strony pęcherza moczowego, wypływy ropiaste, krwawe lub posokowate, oraz głębokie niekiedy rozstrojenie umysłu.

Cierpienia chorych wzmagają się, rzecz naturalna, z trwaniem opadnięcia, gdyż takowe coraz to bardziej się powiększa i coraz znaczniejsze sprowadza za sobą zmiany; łagodnieją one podczas spoczynku, zaś przy ciężkiej i wysiłającej pracy wzmagają się do niezniesienia. W wyjątkowych razach drażnienie na jakie część wypadnięta ciągle jest wystawiona, doprowadza ją do zgorzeli, a przez to do otworzenia się wypuklenia pęcherzowego, lub też do oddzielenia się znaczniejszych kawałków pochwy i macicy. Również, skutkiem nadmiernych wysiłków ciała lub też użycia nieodpowiednich krążków macicznych, rozwinąć się może zapalenie obokmaciczne i okołomaciczne. W wypadku niedawno ogłoszonym przez E d w a r d s ' a ¹⁾, u kobiety 74-ro letniej, guz nieodprowadzalny na takiej przestrzeni uległ zgorzeli, że wycięcie pozostało jedynym środkiem ratunku. E d w a r d s najpierw guz podwiązał, a potem go wyciął; chora dość prędko przyszła do zdrowia.

W początkach, guz wystający ze szpary sromnej, przy leżeniu na wznak sam się cofa, a przynajmniej łatwo daje się odprowadzić; jeżeli jednak wypadnięcie zupełne trwało przez czas dłuższy, to skutkiem rozdęcia pęcherza i odbytnicy, wsunięcia się pętlic kiszkowych, utworzenia się zrostów, częstokroć większa część guza pozostaje na zewnątrz, a niekiedy staje się on zupełnie nieodprowadzalnym.

Przy p i e r w o t n e m o p a d n i ę c i u p o c h w y , chociaż choroba mniejszego dosięga stopnia, przypadłości jej bywają cięższe niż przy opuszczeniu się macicy. Chociaż dopiero mała część przedniej lub też tylnej ściany pochwy wypukli się przez szparę sromną, to ciągle jej drażnienie sprowadza ból, często bardzo dokuczliwy, ciągnący i palący. Jeżeli pęcherz moczowy bierze udział w opadnięciu, to powstają dość znaczne przypadłości i z tej strony; najczęściej ciągle parcie na mocz; rzadziej niemożność oddawania lub zatrzymywania moczu. Pochodzi to ztąd, że pęcherz nie może się w zupełności opróżniać, a szyja jego ciąglemu ulega drażnieniu. Jeżeli istnieje *rectocele*, to skłonność do zaparcia stolca coraz bardziej wzrasta, gdyż wypuklenie odbytnicy się powiększa, a chore obawiają się dolegliwości przy oddawaniu stolca.

Choroba ta często żadnego nie wywiera wpływu na odbywanie się regularności; niekiedy jednak, sprowadzając w następstwie przerost lub

¹⁾ Case of prolapsed uterus; Removal of the entire organ, Brit. med. Jouru, February 6, 1864.

przewlekłe zapalenie macicy, zmniejsza lub powiększa krwawienie. Spółkowanie często już przy nieznacznym opadnięciu macicy lub pochwy bywa utrudnione, z powodu belesności. Mimo to, nawet przy zupełnym wypadnięciu, jeżeli tylko nie spowodowało ono znaczniejszych zmian w macicy lub zarośnięcia dodatkowych jej części, zapłodnienie częstokroć jeszcze nastąpić może. Cięża, przy stosownem zachowaniu się, ma zwykle takie następstwo, że macica, w miarę swego powiększania się, wznosi się do wielkiej miednicy i tu skutkiem swój objętości, zostaje zatrzymana. Z tém wszystkiem, przebieg nie zawsze bywa tak pomyślny, lecz następuje poronienie. Niekiedy znowu część macicy pozostaje zewnątrz miednicy; w takim razie następuje później uwięźnienie organów miedniczych, przedwczesne przerwanie ciąży, albo przy dłuższem utrzymaniu się takowej, znaczne dynamiczne i mechaniczne utrudnienia porodu, mianowicie téż łatwe rozdarcie się szyi macicy.

W pojedynczych wypadkach choroba ustępuje sama przez się, co w rozmaity sposób stać się może, i tak: Najpierw, skutkiem przelotnego zapalenia okołomacicznego, rozwiniętego w połogu lub podczas noszenia krążka macicznego lub t. p. macica może się na znacznej przestrzeni porzastać z sąsiednimi organami i zostać zatrzymana w miednicy. Powtórze, zdarza się i to, że macica silnie się zgina, a zgięcie to przeszkadza ponownemu opadaniu. Nakoniec, daje się niekiedy spostrzegać, że wypadnięta błona śluzowa pochwy ulega w części zgorzeli, wrzodzieje, a tworząca się potem silna blizna zwęża pochwę i przeszkadza opuszczaniu się macicy. Z tém wszystkiem, tak zapalenia okołomaciczne, jakoteż zgięcia i wielkie owrzodzenia nierównie częścię przechodzą, nie pozostawiając po sobie tak przyjaznych następstw.

Rozpoznanie najczęściej jest łatwe. Jeżeli opadnięcie jest w nieznacznym stopniu, ujawnia się ono najlepiej przy badaniu chorych stojących, lub téż nadymających się. Zamiany choroby téj z polipami zdarzały się wprawdzie, ale przy starannem badaniu za pomocą dotykania i wzroku oraz zgłębnika macicznego, są niemożliwe. Proste wydłużenie szyi macicy tém się różni od opadnięcia, że przy pierwszém, nie tylko ciało i dno macicy ale nadto i sklepienie pochwowe znajdują się w normalnej wysokości. Pomiaru przedsiębrane na zwłokach zmarzniętych jakoteż na osobach żyjących wykazały, że w stanie prawidłowym część pochwowa oddaloną jest od wejścia pochwy o 5,5 ctm.; przednia część sklepienia o 6,0—6,2, a tylna o 7,5—8,0 ctm, oraz, że te odległości podczas stania, nawet u kobiet, które rodziły, zmniejszają się tylko o 5—12 milimetrów.

Dla rokowania i leczenia potrzeba też zawsze ściślej skreślić rodzaj opadnięcia i jego powikłania. Nawet przy zupełnem wypadnięciu, z umieszczenia ust macicznych w tylną, przednią albo też środkową części guza i t. p. można jeszcze poznać, czy przeważnie przednia lub tylna, albo czy prawie jednostajnie obie ściany pochwy się opuściły. Rozpoznanie wpuklenia odbytnicy (*rectocele*) sprawdzić można przez badanie tej ostatniej, zaś wpuklenia pęcherza (*cystocele*) przez wprowadzenie doń cewnika męskiego z wklęsłością ku dołowi obróconą.

Leczenie. Pod względem zapobiegawczym, wielkiej jest ważności dobra opieka podczas położu, i troskliwe leczenie powstałych przy porodzie pęknięć krocza. W wypadkach świeżo powstałego opadnięcia, próbować można leczyć takowe doszczętnie, przez utrzymanie chorych całymi tygodniami i miesiącami w położeniu leżącym na wznak, które to położenie nie powinno być zmieniane nawet przy oddawaniu stolca i moczu; przez ułatwienie oddawania tych wydaliny, oraz przez miejscowe i ogólne zastosowanie środków wzmacniających, ściągających. Miejscowo najlepiej jest używać słusznie zachwalanych przez K i w i s c h 'a zimnych natrysków macicznych, i nastrzykiwać albo zwyczajną zimną wodą, albo też roztwory garbnikowe. Ze skutkiem też używać można gąbek napojonych roztworami zawierającymi garbnik, które się codziennie do pochwy wprowadza. Kąpiele nasiadowe, w początkach przynajmniej, nie są odpowiedniami, gdyż zmuszają do opuszczenia poziomego położenia; użyteczniejszymi już mogą być w pokuracyach, lecz i tu w skuteczności swęj ustępują ogólnym zimowym kąpielom, osobliwie też kąpielom morskim.

W wypadkach dawniejszych, po uskutecznieniu odprowadzenia, zwykle potrzebne jest sztuczne utrzymanie macicy; przecież i w tych razach, o ile zewnętrzne okoliczności na to pozwalają, a indywidualność wypadku nie niweczy z góry nadziei doszczętnego uleczenia, doradzać można próbę wyż wspomnianego postępowania leczniczego.

Dla wykonania o d p r o w a d z e n i a, wystarcza częstokroć popchnięcie macicy w górę, jednym lub dwoma palcami. Jeżeli choroba znacniejszego dosięga stopnia, a przytém istnieją powikłania, to najpierw postarać się trzeba o opróżnieniu kiszki odchodowej, a szczególnie pęcherza moczowego, potem ułożyć chorą na wznak z uniesionymi pośladkami, a następnie, naciskając guz jedną ręką, drugą odpychać go do pochwy unosząc go zarazem w górę, w kierunku osi miednicy. Jeżeli na ten ostatni moment nie zwrócimy bacznęj uwagi, to przy odprowadzaniu łatwo bardzo zegnijemy macicę, albo też zwiększymy już istniejące zgięcie. Niekiedy guz wystający ze szpary sromnój tak znaczną

przedstawia objętość, że wszelkie usiłowania odprowadzenia go przyczyniają tylko gwałtownego bólu chorą ale się nie udają;—tu tedy należy przedewszystkiem zmniejszyć objętość guza. Osiągamy to częstokroć, już przez samo w prowadzenie cewnika krótko zgiętego do pęcherza, gdyż często właśnie rozdęcie wypuklenia tego ostatniego (*diverticulum*), przyczynia się do zwiększenia objętości całego guza.

Jeżeli wielkość guza pochodzi przeważnie od przewlekłego przekrwienia i obrzmienia części wypadłych i od objętości części, które się od góry do worka przepuklinowego opuściły, to kilkodniowe leżenie w położeniu poziomém, przy użyciu skąpego pożywienia, jest środkiem umożliwiającym odprowadzenie. W jednym wypadku, gdzie kilkakrotne próby odprowadzenia pozostawały bez skutku, musieliśmy olbrzymi guz ścisnąć obydwoma rękami, a przytém wprowadzać kolejno do jamy brzusznej liczne pętlice kiszkowe, które się opuściły do dołu Douglas'a. Jeżeli sposobem tu przytoczonym oględnie postępować będziemy, to w tych tylko wypadkach odprowadzenie wykonać się nie da, w których macica sama (skutkiem ciąży lub t. p.), bardzo będzie powiększona, albo w których ona i opuszczone trzewia brzuszne znacznie się z sobą pozrastają, albo wreszcie w tych, w których znacznej wielkości guz zewnątrz-maciczy górną przestrzeń miednicy wypełnia. Zresztą, nawet przy dość daleko posuniętej ciąży, udaje się często odprowadzenie, wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, przy ponowionych usiłowaniach.

Nierównie ambarasowniejszem od odprowadzania i zwykle wiele czasu zabierającym jest leczenie zmian wtórnych macicy i pochwy, które musi być przeprowadzonym przed zastosowaniem rozmaitych środków, zalecanych w celu utrzymania na miejscu opadających części—jeżeli zechcemy aby te ostatnie były znoszonemi i nie przynosiły większej szkody niż pożytku. Najpierw, istniejące już, chociażby tylko przewlekłe zapalenie macicy, jakoteż owrzodzenia warg macicznych i pochwy, muszą być znacznie przynajmniej zmniejszone. Do tego trzeba często wytrwałości przez całe miesiące. Wrzody powstałe skutkiem mechanicznego drażnienia błony śluzowej, leczyć należy odpowiednio do ich charakteru; jeżeli wyglądają one atonicznie i mają brzegi modelowate, to najlepiej je kilkakrotnie nacinać i przyżegać; mimo to późno dopiero albo też i nie zupełnie udaje się doprowadzić je do zablźnienia. Konsekwentne leżenie na wznak, odpowiednia dyeta i używanie przez czas dłuższy łagodnych środków rozwalniających przyspieszają uleczenie; ale niestety, większa część kobiet nie może sobie pozwolić ciągłego leżenia przez czas dłuższy. Owrzodzenia warg ust macicznych, jeżeli tylko niema znaczniejszego przekrwienia, goją się częstokroć nader szybko po przypale-

niu rozpalonem żelazem; przytém zmniejsza się zwykle bardzo powiększona równocześnie część pochwo. Jeżeli jednak ta ostatnia jest znacznie wydłużona i twarda, to trzeba ją odjąć. Operacye tego rodzaju, często wykonywane ostatniemi laty przez C. Mayer'a, Huguiera i innych wykazały, że one nietylko są środkiem najszybciej umożliwiającym zastosowanie wianków macicznych, ale nawet usuwają potrzebę użycia tego rodzaju podpór, gdyż macica potém mniej opada, albo nawet zupełnie opadać przestaje.

W celu sztucznego utrzymania macicy na swém miejscu, posługujemy się niekiedy rozmaitego rodzaju operacyami, mającemi za zadanie zwęzić sztucznie pochwę lub szparę sromną; zwykle jednak służą nam do tego krążki czyli wianki maciczne. Do budowy krążków macicznych używano najrozmaitszych materyałów w najprzeróżniejszej formie. Hippokrates już wspomina o kłębkach z wełny, bawełny lub lnu, kulkach z wosku, gąbkach i t. p. Później wyrabiano krążki maciczne z drzewa, korka, szkła, kości słoniowej, metalu, a dla nadania im większej trwałości powlekano takowe woskiem lub kauczukiem. Nadawano im kształt krążka, kuli, gruszki i t. p. W nowszych czasach wiele używać zaczęto wianków sprężystych kauczukowych. Zasadniczą przecież różnicę między rozmaitemi rodzajami krążków stanowi to, że jedne są z trzonkami, a inne bez trzonków, t. j. że pierwsze utrzymują się w swém położeniu za pośrednictwem przyrządów zewnętrznych: opasek, pasów brzusznych, pasów przepuklinowych, gdy tymczasem ostatnie same przez się wewnątrz utrzymywać się muszą. Krążki bez trzonków nie dają się wcale użyć w zadawnionych formach choroby, gdy zwiótczenie pochwy i rozszerzenie jej ujścia oraz szpary sromnej przekroczyło już pewną granicę, albowiem jeżeli będą mierniej wielkości, łatwo usuwają się, stawiają się pionowo, i wtedy nie są w stanie podtrzymywać opadające części, albo też całkiem wypadają; jeżeli zaś będą nadmiernie wielkie, przeszkadzają oddawaniu stolca i moczu, sprawiają nieznośne bóle, wywołują zapalenie i t. p. W takich wypadkach mogą być jeszcze użyte krążki z trzonkami, ale i te nie zawsze wystarczają, bo chociaż same utrzymują się na miejscu, to jednak nie zawsze przeszkadzają wysuwaniu się macicy obok siebie. Dalej mają one tę wyższość, że co wieczór same chore mogą je wyjmować, a następnego rana znowu wkładać, a tym sposobem nie drażnią pochwy bez przerwy. Z drugiej jednak strony są one dla tego właśnie niewygodne dla chorych, a nadto podczas dnia są dolegliwemi z powodu ucisku i drażnienia jakie przytwierdzające je opaski i pasy wywierają. Uciążliwemi są też przy oddawaniu stolca i moczu.

Jeżeli, jak większa część tego rodzaju przyrządów (np. podawane i bardzo zalecane przez *K i w i s c h ' a* i *S i m p s o n ' a*), przymocowane będą za pomocą metalowego pałaka do pasa przepuklinowego, to przyczyniają chorym nowych dolegliwości przez to, że przy każdym naciśnięciu trzonka, jakie częstokroć już przy szybkim siadaniu ma miejsce, potrącają macicę, a przytem także usuwają się i dozwalają macicy opadać z boku obok siebie.

Wzgląd na powyższe niedogodności, a osobiwie na życzenia kobiet z klasztorów, które nie chcą się obciążać codziennym wyjmowaniem i wprowadzaniem sobie krążków macicznych, zapewnił wiankom bez trzonków nierównie rozleglejsze użycie. Z pomiędzy najwięcej używanych wianków tego rodzaju, aż do ostatnich czasów, najtańszymi są drewniane krążki; powłoka z wosku nie powiększa ich użyteczności ani trwałości, gdyż łatwo się oddziela. Owalne (*L e v r e t*) najmniej utrudniają oddawanie stolca i moczu, ale łatwo się usuwają, wypadają, i pozwalają macicy opuszczać się przed lub po za sobą i więznąć; mają zatem te niedogodności, których nie przedstawiają okrągłe (*S m e l l i e*). W niektórych przecież razach trzymają się lepiej niż te ostatnie. Wianki kanciaste powinny być zupełnie zarzucone, gdyż łatwo spowodują owrzodzenie, a nawet przedziurawienie pochwy. Z tem wszystkiem, wianki okrągłe utrudniają oddawanie stolca i moczu wtedy tylko, gdy są bardzo wielkie. Pośrodku posiadają one otwór, który ułatwia ich wprowadzenie i przyjmuje w siebie usta maciczne, aby umożliwić odpływanie wydzielin z macicy i zapłodnienie; otwór ten przecież nie powinien być tak wielki, aby część pochwową przezeń więznąć mogła. *S t o s o w n i e* do *b r a n e* mają tę tylko niekorzyść, że drażnią błonę śluzową pochwy, gdyż same chore nie mogą ich sobie wprowadzać i dla tego też rzadko tylko zmieniane być mogą. Drażnienie zaś to spowoduje śluzotok, który, przy większej wrażliwości chorąg, znacznego dojść może stopnia.

Okrągłe krążki sprężyste, przygotowywane z kauczuku, na przedłożenie akuszerki *R o n d e t*, mniej nieco drażnią pochwę od drewnianych, lecz za to są droższe.

Chcąc użyć takiego krążka obrączkowego, trzeba mieć ich zapas różnej wielkości, i troskliwie dobrać taki, aby nie był w szczególnym wypadku ani za wielki, ani za mały; co się poznaje po tem, że po wprowadzeniu nie sprawia bólu i nie zmienia swego położenia przy nadymaniu się, staniu i chodzeniu. O tem, po wprowadzeniu, trzeba się dokładnie przekonać. Jeżeli krążek dobrze leży, to stosowne jest, trzymać chore jeszcze przez czas pewien w położeniu poziomem, a przynajmniej zalecić im, aby stopniowo tylko wracały do swych zajęć; gdyż tym spo-

sobem najlepiej zapobiedz można obfitemu śluzotokowi. Jeżeli jednak, mimo to, zjawi się takowy, to przy zachowaniu bezwzględnej spokoju i szczupłym pożywieniu zalecić należy łagodne wstrzykiwania do pochwy. Skoro i przy tém upławy białe się nie zmniejszają, a nawet występuje ból i objawy zapalne, to nie pozostaje nic innego jak tylko krążek wyjąć i wprowadzić inny odpowiedniejszy, albo przedtém jeszcze zahartować części rodne zimnemi nastrzykiwaniami i t. p. Później, należy niezbędnie wyjmować przyrząd w odstępach 4—6 tygodniowych, oczyszczać pochwę przestrzykiwaniami, kąpielami nasiadowemi i t. p. i przekonywać się o stanie jój zdrowia. Od téj zasady nigdy nie należy odstępować, chociażby się nawet zdawało, że krążek żadnych nie sprawia zaburzeń; zaniedbanie bowiem tego w większej liczbie wypadków przykre sprowadza następstwa; chociaż znowu dosyć często wianki maciczne pozostają w pochwie bez przerwy całemi latami, żadnej nie zrządzając szkody.

Odpowiednio użyty krążek maciczny jest użytecznym środkiem palliatywnym, a nawet w pojedynczych, bardzo zresztą rzadkich wypadkach, leczy on doszczętnie, gdy po upływie miesięcy lub lat, macica samodzielnie w miejscu utrzymywać się zaczyna. Przeciwnie, jeżeli przy wyborze mającego się wprowadzić wianka zaniedbamy największej staranności, albo téż później chora usunie się z pod opieki lekarskiej, to powstać mogą bardzo niebezpieczne następstwa, a mianowicie: obfite śluzotoki, posokowate upławy z pochwy, częściowe zapalenia, owrzodzenia i przedziurawienia takowej, zapalenia pęcherza, odbytnicy i otrzewnej, przetoki, wrośnięcie i oskorupienie wianka, tak, że wyjąć go nie będzie można inaczej, jak po uprzedniem rozdrobnieniu szczypcami kostnemi lub pilką. Wina ciąży tu albo na lekarzu, albo jak zwykle na chorój, która przez niedbalstwo usunęła się z pod oczu lekarza ¹⁾.

W ostatnich dziesiątkach lat podano dwa unośniki maciczne, które my, trzymając się naszego podziału, zaliczyć musimy do beztrzonkowych, a które zarazem tę, nie tak znowu wysoko ocenianą, przedstawiają korzyść, że chore codziennie mogą je sobie wkładać i wyjmować. To téż rozpowszechniły się one prędko, i jeżeli niezupełnie to przynajmniej znacznie wyrugowały z użycia dawniejsze krążki beztrzonkowe. Jeden z nich, podany przez G a r i e l ' a i we Francyi szczególnież bardzo ulubiony, składa się z pęcherza wyrobionego z wulkanizowanego kau-

¹⁾ Jak głębokie owrzodzenia, i to w krótkim czasie wywołać może zawielki wianek maciczny dowodzi wypadek podany przez L ü d e r s ' a (*Deutsche Klin. Nr. 10. 1858*). Wianek wyjęto tu 15-go dnia i zastąpiono mniejszym, lecz ten wcisnął się do dołu D o u g l a s ' a i podtrzymywał tu zapalenie, które po dwóch latach sprowadziło przedziurawienie odbytnicy.

czuku, który to pęcherz po wprowadzeniu go do pochwy nadyma się powietrzem i w razie potrzeby podtrzymuje opaską kroczoową również z kauczuku sporządzoną. Z powodu wielkiej swęj sprężystości i codziennego zmieniania, unośnik ten („*pessaire à air*“), bardzo mało drażni pochwę i bywa uciążliwym chyba tylko w razie wielkiej szerokości pochwy—nieodzowną wtedy większą swą objętością, lub w razie istnienia bardzo szerokiej szpary sromnej—potrzebną wówczas opaską kroczoową. Ma on jednak tę niekorzyść, że rozciąga pochwę we wszystkich kierunkach, rozszerza ją coraz bardziej, a ztąd i sam coraz więcej musi być nadymany; nadto, tamuje swobodny odpływ wydzielin macicznych. To téż w tych wypadkach, w których przemieszczenie nie było zbyt wielkiem, a szpara sromna zbyt szeroką, odstępowaliśmy od użycia unośnika *G a r i e l' a*, przekładając nadeń zwyczajne gąbki, które można napoić płynami ściągającymi, jeżeli takowe są wskazane, albo, jak zwykle, wprowadzić namoczone w kłajstrze krochmalowym. Ale i te rzadko znajdują dziś zastosowanie, gdyż zalecane przeciwko pochyleniom i zgięciom macicy pierścienie gumowe i wianki dźwigniowe bardzo często dokładnie podtrzymują i opadającą macicę, a skoro się okażą wystarczającymi, przewyższają wszystkie dawniejsze wianki maciczne, raz swą sprężystością, a powtóre, niezwykle stosunkowo szerokością swego otworu. Pierścienie gumowe i wianki dźwigniowe są nadto przyrządami takimi, że intelligentne chore, jeżeli wypadek nie jest za ciężki, są w stanie same je sobie dokładnie zastosować, i że codziennie zmienianemi być nie potrzebują.

W Niemczech, ale téż i daleko po za ich granicami, zjednał sobie prawie powszechne uznanie unośnik zbudowany przez *Z w a n k' a*, według nie nowęj prawdopodobnie idei, a zmodyfikowany przez *E u l e n b u r g a i S c h i l l i n g' a*. Składa się on z dwóch owalnych tabliczkowatych skrzydeł, połączonych ze sobą stawem w ten sposób, że złożone pozwalają się wprowadzić do pochwy, a tam rozłożone, opierają się na ramionach łuku łonowego. Ostatnia własność tę przedstawia korzyść, że przyrząd daje się zastosować nawet tam, gdzie szpara sromna jest bardzo rozszerzona; a i w takich razach, częstokroć nawet małe sztuki, bez wszelkiego innego przymocowania trzymają się na miejscu.

Troskliwy wybór unośnika stosownej wielkości, w każdym szczególnym wypadku i tu jest potrzebnym, a niekiedy, jak *A. M a y e r* właściwie zaleca, należy nadto umieć zapobiedz opadaniu jednéj ze ścian pochwy obok unośnika, przez nadanie skrzydłom w miejscu ich połączenia większej szerokości, lub włożenie między nie małych tamponików z waty, i t. p. Jeżeli rada ta zostanie zaniedbaną, to zdarzyć się może,

jak to kilkakrotnie widzieć mieliśmy sposobność, że macica i pochwa wypadają przed unośnikiem, a ten cofa się w górę do tylnego sklepienia pochwy, tak, że wydobyć go z pochwy nader jest mozolném. Naj-

Fig. 20.

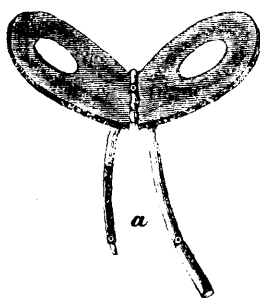
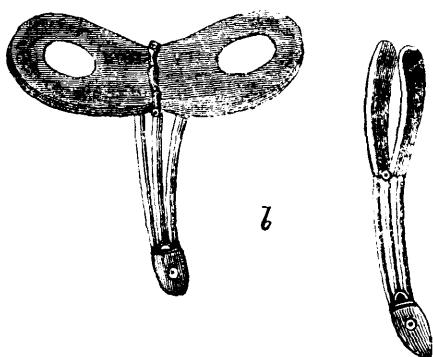


Fig. 21.



Unośnik Z w a n k ' a.

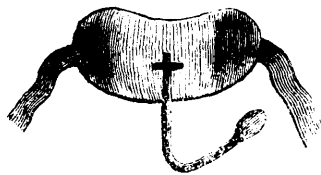
Ulepszony przez Schilling ' a.

łatwiej dokuczać może chorym szypuła przyrządu, przez drażnienie sromu, to też i jęj długość także zastosowaną być winna do każdego szczególnego wypadku.

Rozumie się, że i ten unośnik nie zawsze wystarcza. Zastosowaniu jego sprzeciwia się osobliwie zbytńia szerokość łuku łonowego.

Jeżeli zachodzi potrzeba użycia wianka z trzonkiem, to naszym także zdaniem, zasługuje na pierwszeństwo unośnik podany przez R o s e r ' a, bądź w pierwotnej swęj postaci, bądź z modyfikacją S c a n z o n i ' e g o, bądź też zmieniony odpowiednio do szczególnego wypadku. Do utwierdzenia unośnika służy tu owalna pod uszczeczka skórzanna, która za pomocą opaski przytwierdza się na spojeniu łonowém; pałak zaś składa się ze sprężyny stalowej przyciskającej się do przednięj ściany pochwowęj. Jeżeli zaś nacisku na to miejsce wywieranego chora

Fig. 22.



Unośnik maciczny R o s e r ' a.

znosić nie jest w stanie, lub gdy sama macica potrzebuje być podpartą, wtedy pałak wyrobiony być może z nowego srebra, niesprężysty, i na 2 cale poniżej zewnętrznego swego końca opatrzony zawiasą, na obie strony ruchomą. Na końcu pałaka, jako unośnik, utwierdza się gąbka, pierścień lub guzik, odpowiednięj wielkości i kształtu. Modyfikacja

zaprowadzona ostatniemi czasy przez Grandeollet'a, czyni tylko przyrząd więcej złożonym i droższym ¹⁾).

Jeżeli nawet i przyrząd Roser-Scanzoni'ego użyć się nie da, to pozostaje tylko zamykać srom odpowiedniem podpasywaniem krocza, albo téż, idąc za prostą radą Riedel'a umocować gąbkę na trzonku zakończonym od spodu guzikiem, i wprowadziwszy gąbkę do pochwy, guzik wpiąć w dziurkę zrobioną w zwyczajnej opasce na krocze.

Z właściwych operacyj wykonywanych przy opadnięciach, wymieniamy tu najpierw zaszyście sromu (*Episiorrhaphia*). Zmniejsza ona stopień cierpienia, zamieniając wypadnięcie zupełne na opadnięcie niezupełne, a nadto łagodzi dolegliwości chorych, przez uchronienie błony śluzowej pochwy od wpływu zewnętrznego powietrza, moczu, od tarcia i t. p. Aby jednak chociaż taki skutek sobie zapewnić, nie należy postępować według pierwotnej rady Fricke'ego, i łączyć ze sobą tylko środkowe $\frac{2}{3}$ części warg większych, gdyż tylny otwór, przeznaczony do odpływu wydzielin macicznych łatwo zostaje o tyle rozciągniętym przez napierającą macicę, że ta przezeń na nowo wypada, co sami widzieć mieliśmy sposobność w wypadku operowanym przez Diefenbach'a. Owszém, przez połączenie warg wstydlivych, poczynając od tylnego spoidła, należy krocze przedłużyć ku przodowi, i zostawić maleńki tylko otworek z przodu od góry. Lecz operacja taka niemożliwia spółkowanie, a nawet utrudnia nieco odpływ krwi miesięczkowej; to téż właściwą być może tylko dla kobiet w późniejszym wieku. Dalej, widzimy zwykle, że przy wzmocnionym nacisku trzewiów brzusznych, lub znaczniejszém powiększeniu się macicy, sztucznie utworzony mostek skóry przedłuża się nakszałt worka przepuklinowego i kulisto się wypukła, wtedy osobiwie, jeżeli od razu nie zrobiono go mocnym i niepodatnym. W takich razach zaszyście sromu o tyle tylko przynosi większe korzyści od opaski w kształcie T lub od t. z. *suspensorium*, o ile chroni od zewnętrznych szkodliwości i jest wygodniejszym środkiem do podpory; ztąd téż operacja ta (szczególniej téż w połączeniu z zeszyściem krocza, jeżeli takowe jest równocześnie pęknięciem) zaleca się wtedy tylko, gdy zwyczajny krążek maciczny nie może być założony albo znoszony. Ponieważ szew krwawy niekiedy jest bardzo trudny do nałożenia i nie

¹⁾ Zasługuje także, zdaniem naszém, na wypróbowanie pomysł Laza-rewicza (*Coup d'oeil sur les changement de forme et de positions de l'uterus et sur leur traitement. Paris 1862*) i Luër'a, aby w każdym szególnym wypadku przysposobić cały unośnik maciczny z cienkich rurek cynkowych, które zatrzymują każde zgięcie sobie nadane.

zawsze się udaje, to téż D o m m e s ¹⁾, zalecał jako środek pomocniczy, utrzymanie ze sobą warg większych za pomocą przewleknięcia przez nie drutów ołowianych, które później zastąpić trzeba srebrnymi kółkami. I ten sposób postępowania, aż do ostatnich lat był tu i owdzie próbowanym, lecz—rozumie się—jest mniej jeszcze dostatecznym niż zaszcycie szpary sromnej.

O ile zaszcycie sromu jest operacją bolesną wprawdzie, lecz bynajmniej nie niebezpieczną, o tyle s z t u c z n e z w ę ż e n i e p o c h w y nie da się wykonać bez niebezpieczeństwa żadnym z używanych sposobów, czy to za pomocą noża, czy żelaza rozpalonego, czy téż środków żrących.

Przy z s z y w a n i u p o c h w y (*Elytrorrhaphia*) wycinano z jej błony śluzowej jużto podłużne paski, w różnym od siebie oddaleniu, jużto owalne kawałki z obu stron, powierzchnie obranione łączono szwami, i gojono bądź przez połączenie bezpośrednie (*per primam intentionem*), bądź przez ropienie. Ale nawet pomimo gojenia przez ropienie, rzadko pochwa zwężała się tak znacznie, aby to trwale zapobiegało opadaniu; owszém — opadnięcie już przed upływem pierwszego roku, dawniejsze swe odzyskiwało rozmiary.

R o z p a l o n é m ż e l a z e m uleczył D i e f f e n b a c h trwale znaczną liczbę chorych. Robił on niém wzdłuż błony śluzowej pochwy 3, 4 do 6-ciu pasów, aby powstały wyraźne bruzdy, a wyniki tego postępowania tak były pomyślne, że zszywanie pochwy, jako mniej pewne, zupełnie zarzucił. Ale jak przy tej ostatniej operacji możliwem jest zranienie odbytnicy, pęcherza, cewki moczowej i otrzewnej, tak téż i użycie żegadła nie jest wolne od niebezpieczeństwa, gdyż może dać powód do gwałtownych zapaleń otrzewnej i t. p.

Liczne próby używania c h e m i c z n y c h ś r o d k ó w ż r ą c y c h stale się nie udawały. Saletrzan srebra przypalał bardzo powierzchownie tylko; zaś działanie głębiej sięgających środków żrących nie pozwalało się ograniczyć do pewnej oznaczonej przestrzeni. Postępowanie D e s g r a n g e s ' a ²⁾ jest wiele dolegliwszém, a nie mniej nie-

¹⁾ Hannover'sche Annalen V. Prócz tego porównaj: Würtemb. Corresp. Bl., Nr. 20, 1843; Med. Centr. Zeit. Nr. 61, 1855; Deutsche Klinik, Nr. 20, 1856.

²⁾ Mémoire sur le traitement de la chute de l'utérus par une nouvelle méthode. Paris 1853. D. próbował sprowadzić w różnych miejscach pochwy zgorzel jej błony śluzowej, przez ujmowanie składek takowej w serfyny o silnych sprężynach; później zaś, dla skrócenia czasu leczenia połączył nacisk z przyżeganiem, używając w tym celu szczypczyków z rynienkowatemi ramionami,

bezpieczném od wycinania kawałków błony ślazowej pochwy z następ-
czém ropieniem, nie może téż więcej przynieść pożytku.

Ponieważ zarówno zmniejszenie szpary sromnej, jakoteż zwężenie
pochwy, na drodze operacyjnej dokonane, rzadko są w stanie trwale ule-
czyć chorobę, to téż w ostatnich czasach R o b. E l l i s kładzie nacisk
na to, aby łączyć na jednej chorągwie obie te operacye, t. j. zarówno zszywać
krocze i szparę sromną, jakoteż zwężać górną część kanału pochwy, by
przez to spadająca macica znajdowała dostateczny opór. Ustnie dowie-
dzieliśmy się, że G. S i m o n w podobnym wypadku użył teraz poprze-
cznego zaszcicia pochwy, jakie się praktykuje przy przetokach pęcherzo-
pochwowych.

Leczenie opadnięcia pochwy według tych samych pro-
wadzi się zasad. Wypada jednak zwrócić uwagę, że żaden z krążków
macicznych zwykle nie jest w stanie zapobiedz opuszczaniu się tyłnej
ściany pochwy, jeżeli opadnięcie do niej się tylko ogranicza; ztąd téż
przy znaczniejszych stopniach t. z. *Rectocele*, jedynie tylko pomoc ope-
racyjna może się okazać stosowną. Jeżeli, jak to często bywa, krocze
jest od dawna pękniętém, to należy je zeszyć; zwykle jednak wyciąć
potrzeba duży kanał tyłnej ściany pochwy i połączyć ze sobą część warg
większych.

d) W y n i c o w a n i e m a c i c y .

(*Inversio uteri*).

J. F. W e i s s e n b o r n : *Von der Umkehrung der Gebärmutter. Durch zwei Fälle erläutert. Krfurt. 1788.*—M. S a x t o r p h : *De di-
versis uteri inversi speciebus. I. d. gesammelten Schriften. Kopenhagen 1803.*
p. 300.—D a i l l e z : *Précis des leçons de M. Baudelocque sur le ren-
versement de la matrice. Paris 1803.*—F r i e s : *Abhandlung von der
Umkehrung oder eigentlichen Inversion der Gebärmutter. Münster 1804.*—
W. N e w n h a m : *Essay of the symptoms of inversio uteri, with a hi-
story of the successful exstirpation of that organ during the chronic state
of the disease. London 1818.*—J. G. C r o s s e : *Essay literary and
practical on inversio uteri. W Transact. of the prov. med. and surg.
assoc. Lond. N. p. 1.*—D e p a u l : *Gaz. des hôpit. Nr. 135. 1851.*—
C h a r l e s A. L e e : *A statistical inquiry into the causes, symptoms,
pathology and treatment of inversion of the womb. Americ. journ. of
medic. scienc. October. 1860.*—B e t s c h l e r : *Ueber Inversio uteri.*

które napełniał chlorkiem cynku. W Niemczech sposobu tego próbowali
w kilku wypadkach S c a n z o n i i S e y f f e r t .

Ejusdem Klin. Beiträge zur Gynäcologie. Hft. 1. Breslau 1862.—
Gurlt: Ueber die Coincidenz von Polyp und Inversio uteri. Monats-
schr. f. Geburtsk. Juli 1860.

Pod nazwą wynicowania macicy (*inversio uteri*), rozumiemy taką zmianę w jej kształcie, że dno zbliża się coraz bardziej do ust macicznych, i w końcu przez usta występuje, skutkiem czego zewnętrzna powierzchnia macicy staje się wewnętrzną, i odwrotnie. Rozróżniano już to dwa, już 3, już wreszcie 4 stopnie tego cierpienia, lecz najwięcej praktycznej wartości ma podział na 3 stopnie. W pierwszym stopniu, określanym nazwą zakłębienia (*depressio*), dno macicy znajduje się jeszcze powyżej jej ujścia. W drugim stopniu — wynicowanie zupełne — cała macica jest wprawdzie wynicowaną, ale jeszcze znajduje się w pochwie. Nakoniec w trzecim stopniu — wypadnięcie wynicowanej macicy — pochwa przyjmuje także udział w wynicowaniu, a macica wystaje ze szpary sromnej i leży między udami.

Najprzychylniejszym warunkiem do powstania wynicowania jest rozciągnięcie macicy połączone ze zwiotczeniem jej ścian, a zatem okres poporodowy po szybkim porodzie, a w pewnych okolicznościach i pierwsze chwile połogu. W tym czasie każdy gwałt zbliżający dno macicy do ujścia wewnętrznego, czy on będzie działał na dno od wewnątrz czy od zewnątrz, wywołać może wynicowanie. Czy wynicowanie to nieznacznego tylko osiągnięcia stopnia, czy też szybko lub stopniowo stanie się zupełnem — zależy to będzie od natężenia przyczyny, jej ciągłego trwania lub też ponawiania się, jakoteż od oporu jaki przeciw niej stawia dolny odcinek macicy, a osobliwie ujście takowej. To nam objaśnia, dlaczego nagle powstałe zupełne wynicowania spostrzeganemi bywają tylko w okresie poporodowym i w pierwszych chwilach połogu, jakoteż to, dlaczego raz powstałe zakłębienie dna, łatwo coraz bardziej się powiększa.

Najczęstszą przyczyną wynicowania macicy podczas porodu, jest pociąganie jakiego doznaje łożysko przyczepione w dnie macicy, wraz z miejscem swego przyczepienia, od sznurka pępkowego. Jeżeli ten jest bezwzględnie za krótki, albo przez owinięcie się znacznemu uległ skróceniu, to przy innych sprzyjających okolicznościach, szybkim przebiegu porodu, nagłym wydaleniu dziecięcia (osobliwie też jeżeli rodząca stoi, lub siedzi w kuczki), nadto przy silném działaniu tłoczni brzusznej, wynicowanie może samo przez się nastąpić. Nierównie jednak częściej sprowadzają je niezręczne akuszerki, przez gwałtowne pociąganie sznurka pępkowego; czego dowodzi już ta okoliczność, że z wzrastającym wykształceniem akuszerek wynicowania macicy stają się coraz rzadszemi,

a w zakładach położniczych prawie nigdy się nie zdarzają. Nierównie rzadziej dno macicy zostaje wciśniętém od zewnątrz, skutkiem gwałtownego napierania tłoczui brzusznej, zdarzającego się przy silnym kaszlu lub wymiotach, ale też niekiedy i przy gwałtownych bólach poporodowych. Edward, Ashwell i my sami, spostrzegaliśmy takie wypadki, gdzie w okresie poporodowym przychodziło samo przez się tak gwałtowne parcie, jakby jeszcze drugie dziecko urodzić się miało, co bardzo szybko sprowadzało zupełne wynicowanie macicy. Nadto, tłocznia brzuszna ma bardzo wielki udział w dalszém wykształcaniu się tych wszystkich wynicowań, które datują swój początek od położu, a które w początkach lub nawet przez czas dłuższy były niepostrzeżone, gdyż bardzo powolnie znacniejszego dosięgały stopnia.

Poglądu naszego na współudział tłoczni brzusznej przy powstawaniu tak zwanych wynicowań dobrowolnych, nie podzielają zresztą wszyscy. Owszem, wielu nowszych nawet autorów, jak West i Betschler jest tego zdania, że wynicowanie spowodowaném zostaje wskutek kurczenia się macicy częściowego, do samego tylko dna ograniczonego, w podobny zupełnie sposób jak ruchy kiszek sprowadzają wpochwienie się takowych (*intussusceptio*).

Pomijając już okres połogowy, warunki do wynicowania się macicy, o ile niezawodne dotychczasowe spostrzeżenia dowodzą, znajdują się prócz tego tylko przy obecności włókniaków i mięsaków w macicy, i to takich, które osadzone są na wewnętrznej powierzchni dna macicy szerszą swą podstawą, lub też na krótkiej, nie zbyt cienkiej szypule, i stopniowo zostają wypierane po za usta maciczne. Według Crossea prawie ósma część wszystkich wypadków do téj odnosi się przyczyny.

Zmiany anatomiczne bywają rozmaite, stosownie do przyczyny czasu, trwania i stopnia przemieszczenia. Jeżeli wynicowanie zupełne powstało w położu, to początkowo w jamie utworzonej przez wynicowaną macicę leżeć mogą więzy szerokie z jajowodami, a nawet jajnikami, jak to znalazł Saxtorph. Spostrzeżenia jednak Wrisberg'a, a szczególnie Boyer'a przemawiają za tém, że jajniki nie zawsze wciąganiem bywają do nowopowstałej torebki. Z czasem macica zmniejsza się, jak w prawidłowym położu, i zupełnie albo prawie zupełnie do dawnego przychodzi stanu; później częstokroć nawet zanika, i to nie koniecznie dopiero za nadejściem wieku przekwitowego. W miarę zmniejszania się macicy, zmniejsza się także i torebka otrzewnej znajdująca się wśród takowej; więzy szerokie częściowo się z niej wysuwają, tak, że

w końcu pozostają w owéj torebce tylko początki wspomnianych więzów z przebiegającymi wśród nich częściami jajowodów, niema zaś w niej końców strzępiastych jajowodów ani téż jajników. Torebka zaś sama zamienioną zostaje w jamkę walcową, cieńszą od palca, która skutkiem zapalenia wyścielającej ją otrzewnej, wypełnić się może czopkiem włóknistym. Kiszki, tylko przy niezupełném wycicowaniu podczas połogu, spostrzeganymi były, jako stanowiące zawartość torebki; w tym razie skurczenie się ust macicznych dokoła wpuklonego w nie dna macicy, dać może powód do uwięźnienia części kiszek cienkich tu się znajdujących (wypadek G é r a r d ' a). Przyrośnięcie kiszki do dolnego brzegu torebki, oraz zrośnięcie się sieci, która jeszcze głębiej w ten léjek zapadła, spostrzegali L i s f r a n c . w. zastarzających wypadkach. Jeżeli macica została wycicowaną skutkiem obecności nowotworów, to torebka stale zawiera tylko początki szerokich więzów macicznych. To téż przy podwiązywaniu lub oddzielaniu wycicowanej macicy nie ma nigdy potrzeby obawiać się o uszkodzenie pętli kiszek; możliwém jest tylko wypadnięcie kiszki, jeżeli otwór torebki nie zostanie zamkniętym jeszcze przed odcięciem macicy, przez zapalenie zlepne. Bez takiego poprzedniego zlepiania się, zranienie otrzewnej bywa również znaczniejszém, gdyż więzy szerokie przeciętymi zostają poprzecznie, od ich przyczepienia się w dolnej części ciała macicy, do górnego, wolnego brzegu takowych. Tym sposobem rana od okrągławego swego środka, odpowiadającego szyi macicy, przedłuża się w obie strony wązkimi paskami, blisko na 2". Dalej, zda się nam zasługiwać na uwagę to, że w wypadkach wycicowań przez nas obserwowanych (jeden świeży i 2 zastarzałe) szyja macicy wtedy tylko brała w tém udział, gdy macica zstępowała do szpary sromnej i wychodziła z niej, resp. była ciągnioną. W miarę wznoszenia się macicy, natychmiast znikało wycicowanie się szyi, a miejsce zawinięcia tworzyła okolica wewnętrznego ujścia macicy. Nie ma wątpliwości, że we wszystkich wypadkach tak samo się rzeczy mają.

Objawy i następstwa. Samo zakłęśnienie dna macicy (*depressio*), częstokroć bywa bardzo małych tylko zaburzeń powodem, lecz mimo to jest zawsze niebezpieczne dlatego, że prędzej czy później zmienić się może w wycicowanie zupełne. Jeżeli przejście to nie jest nagłem,— a zanim ono nastąpi upłynąć mogą nietylko dni, ale nawet miesiące lub lata,—to i objawy bezpośrednio po tém się rozwijające, nie należą do gwałtownych.

Przeciwnie, ostro powstałe wycicowanie zupełne macicy w okresie połogowym, natychmiast silnie wstrząsa całym układem nerwowym ko-

biety wywołuje nietylko zaburzenia w ruchach klatki piersiowej i serca, omdlenia, wymioty, drżenie członków, utratę przytomności i ogólnie drgawki, ale nawet śmierci stać się może przyczyną. Jeżeli, jak to zwykle bywa, chora zostanie przy życiu, to najpierw powstaje mniej lub więcej obfity krwotok maciczny. Natężenie krwotoku tego zależy głównie od obszerności przestrzeni na jakiej łożysko zostało od macicy oddzielnem, i może być zmienione, ale częstokroć już bardzo wcześnie przypisać może chorą o utratę życia. Mimo to, nie rzadkie są wypadki, w których do gwałtownego krwotoku wcale nie przychodzi.

Jeżeli chora nie umrze ani w skutek wstrząśnienia układu nerwowego ani z krwotoku, a wycinowanie nie zostanie usuniętem, to w krótkim czasie rozwija się zapalenie, i to niezawsze do samęj tylko ograniczone macicy.

Szybkie i silne skurczenie się ujścia macicy, wywołuje zasznurowanie części wycinowanej, a ztąd powierzchowną lub głębszą zgorzel takową; jeżeli zaś za dnem macicy opuściła się i część kiszek cienkich, to następuje uwięźnienie takowych.

W obec tych szkodliwości, nierównie większa część chorych szybko traci życie. W pojedynczych tylko wypadkach zapalenie stopniowo się zmniejsza, i albo trwa wciąż dalej z miernem natężeniem, albo też przechodzi zupełnie. Tak np. spostrzegano wypadki, gdzie chore dotknięte wycinowaniem macicy w drugim stopniu, żyły przez czas dłuższy wśród przemijających lub też ustawicznych cierpień, dopóki wreszcie nie uległy krwotokom, ropieniu i t. p. Z drugiej znowu strony znane są takie wypadki, gdzie wycinowanie zadawniło się i trwało przez długie lata nie sprowadzając albo żadnych, albo nie zbyt wielkie dolegliwości. Tak: *Denman* widział kobietę dotkniętą tém cierpieniem od lat 20-tu, *d'Outrepoint*—od 26-ciu, a *de la Motte*—od 30-tu.

Utrzymują, że wycinowanie macicy położowe ma się nawet leczyć siłami natury, znikać dobrowolnie. Do spostrzeżeń *Thatcher'a* i *Baudeloque'a*, ostatniemi czasy *Meighs* dołącza jeszcze trzy inne wypadki, w których potem nawet ciąża nastąpić miała.

Wycinowanie spowodowane obecnością nowotworu, ma się odprowadzać samo przez się, zaraz po wyluszczeniu takowego, jak tego dowodzi świeży wypadek podany przez *Abarnell'a*.

Rozpoznanie świeżych wypadków nigdy nie przedstawia trudności a nawet i wypadki zadawnione rozpoznać się dają bez wszelkiej wątpliwości. Zakłęśnienie dna w pierwszych dniach położu poznaje się po tém, że przy obmacywaniu od zewnątrz, macica zamiast kulistego kształ-

tu, przedstawia na swój powierzchni zagłębienie lejkowate, dołkowate lub też kubkowate; później ta zmiana kształtu da się jeszcze ocenić przez połączenie badania zewnętrznego z wewnętrznym. Jeżeli część macicy wystąpiła już przez usta maciczne, to badając przez pochwę, wyczuwamy ją jako ciało sklepiaste, którego podstawę otaczają wargi tychże ust. Gdy w położu cała macica lub przynajmniej większa jej część znajduje się w pochwie, to wyczuć ją można w kształcie mięsistego ciała, którego powierzchnia albo pokryta jest jeszcze łożyskiem, albo też na znaczniejszej przestrzeni przedstawia się nierówną, strzępiastą i krwawiącą. W pierwszych dniach położu ciało to ma spoistość ciastowatą i nigdzie nie pozwala na sobie zauważyć miejsca odpowiadającego ustom macicznym, ale owszem, górnym swym końcem przechodzi bezpośrednio w niewpochwioną szyję albo w sklepienie pochwy. Nawet od zewnątrz wymacać można ujście worka utworzonego przez macicę, ponad kośćmi łonowymi, jako szparę wyraźnie okrągłą lub poprzeczną, w którą można wprowadzić jeden lub dwa palce.

Jeżeli wycinowana macica wypadła, to staje się ona także i dla wzroku dostępną. Przy obmacywaniu od zewnątrz cała miednica wydaje się wtedy pustą, a po odprowadzeniu macicy do pochwy, występują wyraźnie znaki powyżej opisane. Z tego się pokazuje, że nawet przy umiarkowanej uwadze nie można wziąć świeżego wycinowania, ani za część dziecięcia, ani też za łożysko, zaśniad lub polip.

Inaczej się rzecz ma, jeżeli wycinowanie istniało już przez czas dłuższy; bo w takim razie rozpoznanie większej potrzebuje przezorności i ogłędności. Brak otworu cechującego usta maciczne, przez któryby można było przeprowadzić zgłębnik do jamy macicy, łatwo wprawdzie pozwala rozróżnić wycinowanie macicy od jej opadnięcia; ale zato dość często zamieniano je z polipami. Podobny błąd popełnił nawet P e t i t. W takich już wypadkach nabiera ważności wywód choroby, gdyż w wyjątkowych tylko razach początek wycinowania nie daje się odnieść do okresu połogowego. Dalej, wycinowana macica zwykle bywa bolesną na dotknięcie, polip zaś nie. Najważniejszych danych dostarcza zbadanie miejsca przyczepienia zagadkowego guza, oraz przestrzeni ponad nim się znajdującej, zarówno przez powłoki brzuszne, jakoteż przez pochwę i odbytnicę, słowem badanie skombinowane. Dwa przez nas spostrzegane wypadki, nie przedstawiały nawet najmniejszej w rozpoznaniu trudności. W obu z nich, badając przez pochwę, łatwo można się było przekonać, że szyja guza w pośród ust macicznych bezpośrednio w szyję macicy przechodziła; zaś macając przez powłoki brzuszne wyczuć można było miejsce wycinowania jako dołek poprzecznie owalny lub też okrągławy,

odpowiadający ujściu wewnętrznemu. Jeżeli można było guz jeszcze niżej ściągnąć, to wycinowywała się także i szyja macicy. Oba ujścia jajowodów dozwalały się także wyczuć na prawo i na lewo, jako maleńkie doleczki.

Jeżeli wycinowanie powstało nie w połogu, lecz zostało spowodowane obecnością nowotworu, to i wtedy także najczęściej można będzie przeniknąć palcem przez pochwę aż do miejsca gdzie ciało macicy przechodzi w szyję i sklepienie pochwy, zaś od zewnątrz uda się wynaleźć wchód do worka przez macicę utworzonego. Do badania tego, w potrzebie uspić można chorą chloroformem.

W okolicznościach nadzwyczaj nieprzyjaznych, można sobie ułatwić przystęp do dolnej powierzchni miejsca wywinięcia przez ściągnięcie guza; zaś do górnego brzegu lejkowatego zagłębienia dostać się można przez kyszkę odchodową, jak to wypróbował B e t s c h l e r. Ale jeżeli przeciwnie, przekonamy się o obecności ciała i dna macicy po nad guzem, albo gdy się nam uda grubszy lub cieńszy zgłębnik daleko po za usta maciczne wprowadzić; okaże się jasno, że mamy z polipem do czynienia.

To pewna, że jeżeli wyczerpiemy wszelkie środki rozpoznawcze, to w żadnym wypadku, po powtórzonem przynajmniej badaniu, nie pozostaniemy w wątpliwości.

Rokowanie bywa często niepomyślne, i zależy szczególnie od tego, jak wcześniej pomoc będzie udzieloną i od skutku usiłowań odprowadzenia. W razie zupełnego powrotu do zdrowia pozostaje niebezpieczeństwo ponowienia się choroby przy pierwszym następnym połogu, co wielokrotnie spostrzegał B a u d e l o c q u e.

Leczenie. Pierwszém zadaniem, jakie lekarz we wszystkich świeżych wypadkach ma do spełnienia, jest o d p r o w a d z e n i e (*repositio*). Ono jest zawsze najpewniejszym środkiem usunięcia istniejącego, i zapobieżenia grożącemu niebezpieczeństwu. Tylko wtedy, jeżeli wstrząśnienie układu nerwowego znacznego dosięgło stopnia, należy równocześnie albo jeszcze przed przystąpieniem do odprowadzania, podnieść upadające siły, środkami orzeźwiającymi jak eter, środki wonne i t. p.

Odprowadzenie częstokroć bardzo znaczne przedstawia trudności, a najlepiej jeszcze wykonywać je na łóżku poprzeczném; jeżeliby zaś siły choréj na to nie zezwalały, to należy ją przynajmniej ułożyć na wznak z mocno uniesioną miednicą. Jeżeli łóżysko jest mało oddzielone od macicy, albo nie oddzieliło się wcale, to oględni akuszerowie radzą zaniechać jego oddzielania, i odprowadzić je wraz z macicą; doświadcze-

nie bowiem nauczyło, że sztuczne oddzielenie łożyska w takich razach pociąga zwykle za sobą gwałtowny, czasem życiu zagrażający krwotok. Przeciwnicy téj zasady, zapewniają, że odprowadzenie macicy wraz z łożyskiem jest zawsze bez porównania trudniejszém, a bardzo często mimo wszelkich usiłowań wykonać się nie daje. Jakkolwiek zarzut ten może być słusznym, niemniej przeto wyżej wyrażona zasada pozostaje niewzruszoną; boć jeżeli nie uda się próba, którą nam przezorność poddyktowała, to zawszejeszcze do oddzielania łożyska przystąpić będziemy mogli. Ale jeżeli już większa część łożyska została oddzieloną, to jednogłośném zdaniem wszystkich, należy przyklejoną jeszcze część niezwłocznie oddzielić.

Do wykonywania samego odprowadzenia rozmaite podawano sposoby: Niektórzy radzą najpierw wpukłać dno macicy ręką stożkowato ułożoną; inni znowu zalecają rozpoczynać odprowadzenie od najpóźniej wypadłej, zatém, przy wynicowaniu zupełném, od szyi macicznej. Wątpić należy, czy obie te metody doprowadziły do celu; bądź co bądź żadna z nich nie da się we wszystkich zastosować wypadkach. Jeżeli usta maciczne nie zacisnęły się jeszcze silnie, to odprowadzenie daje się zwykle wykonać bez trudności; jeżeli zaś przeciwnie ścieśniły się już bardzo, w takim razie postępować należy odpowiednio do towarzyszących w danym razie okoliczności,—ewentualnie, próbować obu sposobów jednego po drugim. W naszym wypadku odprowadzenie wtedy dopiero się udało, gdyśmy go rozpoczęli od miejsca na tylnéj części szyi macicznej, gdzie przesmyk macicy nie tworzył kąta ostrego, lecz był wygięty łukowato. W cięższych wypadkach potrzeba przed przystąpieniem do odprowadzania i podczas takowego ścisnąć macicę o ile można rękami; ważném jednak być się nam zdaje dopomaganie sobie drugą, wolną ręką, która przez powłoki brzuszne może otwór worka macicznego unieruchomić, pochwycić bardzo sprzyjającą odprowadzeniu chwilę największego zwolnienia tego otworu i pomagać przywróceniu organu na prawidłowe jego miejsce. Jeżeli skurczenie się wewnętrznego ujścia macicy uporczywie sprzeciwia się odprowadzeniu takowéj, to można pomódz sobie zachloroformowaniem choréj, puszczeniem krwi, ciepłą kąpielą, przypuszczając, że ogólny stan choréj na użycie tych środków zezwala. Chloroform będzie właściwym także i dla tych chorych, u których odprowadzenie dla nieznosnego bólu wykonaném być nie może.

Odprowadziwszy macicę, należy rękę dopóty zatrzymać w jéj jamie, dopóki się ona dostatecznie nie skurczy i powtórnego wynicowania nie uniemożliwi. Jeżeli macica jest bardzo rozwolnioną, to na najwię-

ksze zaufanie, według naszego przekonania zasługują zimne natryski. Do wewnątrz, dla zapobieżenia ponownemu zwiotczeniu dawać można sporysz.

Dla zapobieżenia ponowom niezbędnie należy trzymać chore tygodniami całymi w położeniu leżącym na wznak, i zalecić im aby unikały wszelkiego natężania tłoczni brzusznej. W tym też celu dbać należy o częste i łatwe opróżnianie kiszek odchodowej i pęcherza moczowego. Nadto, trzeba się od czasu do czasu samemu przekouywać, czy macica pozostaje w prawidłowym swém położeniu.

Jeżeli wycinowanie nie jest zupełnie świeżem, to przedewszystkiem należy się przekonać, czy przed próbami odprowadzenia, odbytnica i pęcherz nie potrzebują być opróżnionymi. Dalej, wydarzyć się może, przed tém potrzeba złagodzenia następnych objawów zapalnych, jak to widział *L a u v e r j a t* i inni. Tu będą na miejscu: makowiec, miejscowe upusty krwi, a osobliwie miejscowe użycie zimna lub przeciwnie, wilgotnego ciepła. W razie zgorzeli, odprowadzenie dozwolone jest wtedy tylko, gdy takowa bardzo niewielką zajmuje przestrzeń; w przeciwnym bowiem razie macica nieodprowadzona traktowaną być winna według zasad chirurgii. Zresztą, doświadczenie uczy, że nawet po wystąpieniu zgorzeli nie tylko życie ocalonem być może, ale nadto, skutkiem oddzielenia się zmartwiałej części, chora doznać może polepszenia, a nawet nastąpić może rodzaj uleczenia.

W z a d a w n i o n y c h w y p a d k a c h bardzo często wypaść może potrzeba wstrzymania się z odprowadzaniem do chwili szczególnie temu przyjaznej, np. do ukazania się krwotoku lub do powrotu miesiączki; ale z góry nigdy zaprzeczać nie można, iżby wycinowanie, chociażby nawet zastarzałe, odprowadzić się nie dało.

B a r n i e r ' o w i udało się, pod wpływem odurzenia chloroformem, odprowadzić macicę, po sześciomiesięczném trwaniu choroby, a *N o e g g e r a t h* ¹⁾ odprowadził macicę od 14-tu aż lat wycinowaną. Najodpowiedniejszy sposób postępowania w takich wypadkach trudniej jest jeszcze ustanowić, niż w wypadkach świeżych. Niekiedy nacisk odpowiednim przyrządem—cylindrem macicznym (*K i w i s c h*), zglębnikiem opatrzonym kulą (*W o o d s o n*), żelazem do przyżegania okręconém plastrami lepkiem—skuteczniej działa od nacisku palcami. Najczę-

¹⁾ *Monatsschr. f. Geburtsk.* Septemb. 1862. Porównaj także spostrzeżenie *P r i d g i n ' a* *Teale. Medio. tim.* August 1859.

ściej przez ugniatanie i naciskanie guza sprawiamy to tylko, że ściany jego w niektórych miejscach zakłęsaają, ale miejsca zakłęśłego nie jesteśmy w stanie pomimo ciągłego naciskania przepchnąć przez pierścień, jaki tworzy wewnętrzne ujście macicy. Częściej już prowadzi do celu nieprzerwany nacisk na dno macicy lub miejsce wywinięcia, za pomocą odpowiedniego krążka macicznego. Według H a r t m a n n ' a uleczono wycicowanie od lat pięciu trwające przez dłuższy wpływ eliptycznego i cylindrycznego wianka macicznego. S m a r t ¹⁾, w wypadku od trzech tygodni trwającym naciskał dno macicy ku górze za pomocą przyrządu naksztalt tłuczka od moździerza, utrzymywanego opaską w kształcie T, przez dwa dni. Tym sposobem zmniejszył wycicowanie. A gdy potem, z przyczyny bardzo gwałtownych przypadłości, przyrząd wspomniany zastąpił gąbką, macica następnej już nocy odzyskała prawidłowe swe położenie. B o r g g r e v e ²⁾ do odprowadzenia wycicowania powstałego przed czterema dniami podobnego użył przyrządu, i po 4-ch dniach znalazł macicę odprowadzoną. P r a ë l ³⁾ próbował odprowadzić macicę więcej niż od 1/2 roku wycicowaną, za pomocą przyrządu podobnego do kubka, ale przy powtórnym dwudniowym zastosowaniu takowego rozwinęło się zapalenie otrzewnej zakończone śmiercią chorej.

W nowszych czasach, częstokroć używać zaczęto w tym celu, bez porównania właściwych tamponów pęcherzowatych kauczukowych. Tyler Smith ⁴⁾ po 12-letnim trwaniu wycicowania nagniał macicę codziennie przez 10 minut, a następnie wprowadzał wianek G a r i e l ' a ; po ośmiu dniach przysły gwałtowne przez noc wytrzymujące bólesci, i przemieszczenie znikło. B o c k e n d a h l ⁵⁾ doszedł do tego samego rezultatu, w obec choroby od 6 lat trwającej przez wprowadzanie kolpeuryntera; szóstego dnia na czas krótki wystąpiło rżnięcie w brzuchu, poczem macica okazała się na swoim miejscu. Ch. West ⁶⁾ leczył wycicowanie jedenastomiesięczne przez ośm dni wprowadzaniem tamponu pęcherzowatego, ale bezskutecznie; z tego powodu wprowadził przez usta macicy do niewycicowanej szyi macicznej mniejszy i cieńszy pęcherz kauczukowy, w górnym przeważnie końcu rozciągalny i zapomocą szypulki przytwierdzony do pasa miedniczego;

¹⁾ Americ. journ. of medic. scienc. Vol. XII. 1835.

²⁾ Preuss. Vereinszeit. Nov. 25. 1841.

³⁾ Monatsschr. f. Geb. December 1865.

⁴⁾ Medic. chir. transact. Vol. XLI. 1858.

⁵⁾ Deutsche Klinik. Nr. 52. 1859.

⁶⁾ Med. tim. Octob. 29. 1859.

trzeciego dnia pośród bólów macica wróciła na normalne swe miejsce. Birnbaum ¹⁾ osiągnął cofnięcie się od dwóch lat wycinowanej macicy po trzech-miesięcznych zabiegach, przez powtarzane naciskanie ku górze dna macicy, za pośrednictwem zgłębnika opatrzonego guzikiem i wprowadzania następnie krążka G a r i e l ' a. Dopiero gdy dno macicy podniosło się nad poziom ust macicznych, macica cofnęła się na miejsce wśród okropnych bólów brzucha. Nam w dwóch wypadkach (jeden od 15-tu, drugi od 16-tu miesięcy trwający), przeprowadzane z wytrwałością usiłowania odprowadzenia nie udały się. W pierwszym z pomiędzy nich, macica tak była wiotka, że ściany jej w rozmaitych miejscach z łatwością pozwalały się wpuklać, ale przez ujście wewnętrzne ani jednej części przeprowadzić nam się nie udało. Tamponu pęcherzowego nie używaliśmy tu, gdyż takowy przygniatałby tylko do ścian pochwy organ tak wiotki, nie naciskając go w górę, ku miejscu zawinięcia. U drugiej chorąg macica była grubsza i odporniejsza; ale i tu, mimo licznych manipulacyj i użycia tamponu pęcherzowatego, odprowadzenie nam się nie udało.

Skoro wszystkie próby odprowadzenia nas zawiodą, pozostanie ograniczyć się najprzód do leczenia objawowego. Znacznej ulgi doznają już chore, gdy macica w pochwie pozostaje, albo gdy tu zostanie utrzymywana (jak to miało miejsce przez lat 14 w wypadku H a m i l t o n ' a). Jeżeli i tego zrobić nie można, to należy przynajmniej nałożyć opaskę podtrzymującą (*suspensorium*). Im więcej zarazem dbać będziemy o czystość, o regularne oddawanie stolca i moczu; im lepiej i szybciej będziemy zapobiegali ponawiającym się zapaleniom, jakoteż śluzotokom i krwotokom, przez zalecanie odpowiedniego zachowywania się, a istniejące zwalczali stosownymi środkami, — tém większą przyniesiemy ulgę w cierpieniach chorąg.

W niepomyślnych okolicznościach, wielkość i długotrwałość cierpień, a ztąd niebezpieczeństwo zagrażające życiu, mogą bezwątpienia usprawiedliwić przedsięwzięcie odjęcia (*exstirpatio*) wycinowanej macicy. Operacja ta dosyć już często wykonywana była, bądź za pomocą podwiązania, bądź też za pomocą cięcia, — jużto naumyślnie, już bezwiednie, skutkiem błędnego rozpoznania. B r e s l a u (*De totius uteri exstirpatione D. I. 1852*) naliczył od 1802 r. 31 wszystkich wypadków, w których cała wycinowana macica została odjęta; 22 z pomiędzy nich

¹⁾ Monatsschr. f. Geburtsk. Septemb. 1862.

zakończyło się pomyślnie. Z 20 operacyj z wiedzą podjętych, tylko 3 zakończyły się śmiercią.

West ¹⁾ zestawił 36 pomyślnych i 12 śmiercią zakończonych wypadków odjęcia macicy wynicowanej w skutek porodu. 21 razy operacja wykonana była przed upływem pierwszego roku, a w tej liczbie 12 razy rezultat był pomyślny; zaś z pomiędzy 25 chorych, u których macicę odejmowano, dopiero po wieloletniem trwaniu cierpienia, tylko 2 umarły.

Chociażby wypadło przyjąć, że nie wszystkie niepomyślnie zakończone wypadki zostały ogłoszonemi, to i tak niebezpieczeństwo odjęcia aż nadto się równoważy dolegliwościami i niebezpieczeństwem samej choroby; — i pozostaje tylko na to zwrócić uwagę, aby raz uznawszy operację za potrzebną, wykonać ją, zanim jeszcze chora nazbyt z sił nie opadnie.

Co się zaś tyczy metody operacyjnej, to najczęściej wykonywano podwiązanie. Podług West'a, z 36-ciu operowanych za pomocą podwiązania, umarło 8; z 4-ch operowanych nożem — 1; zaś z 8, gdzie połączono wycięcie z podwiązaniem — 3.

Podwiązanie pociąga za sobą straszne cierpienia, trwające kilka tygodni; a do tego przed odpadnięciem macicy, zawsze łączy się z niem niebezpieczeństwo rozwinięcia się posocznicy. Przy wycinaniu obawiać się znowu trzeba obfitszego krwotoku, znacznego zapalenia otrzewnej, a nawet wypadnięcia pętlic kiszkowych.

W nowszych czasach, M. Clinto c k ²⁾ w dwa dni po podwiązaniu przystąpił do odgniecenia (*ecrasement*). My znowu w 3 dni po podwiązaniu, w rynnę utworzoną przez podwiązkę założyliśmy pętlę galwano-kaustyczną. Chora M. Clinto c k'a łatwo przebyła częściowe zapalenie otrzewnej; nasza zaś, której galwanokaustyka nie ochroniła od dość znacznego krwotoku, 6-go dnia po operacji zmarła skutkiem wzdęcia kiszek (*meteorismus*), a sekcyja wykazała, że dokoła otworu powstałego w otrzewnej nie było ani śladu zapalenia zlepnego, owszem — powierzchnia rany była w owrzodzeniu, a otrzewna powlekająca okoliczne pętle kiszek i część ściany brzusznej uległa zapaleniu, po części rozpniemu. Już na stole operacyjnym mogliśmy nabrać przekonania, że krwawienia z rany operacyjnej nie można bezpośrednio opanować, gdyż nietylko powierzchnia przecięcia więzu szerokiego, ale nawet takż po-

¹⁾ Lectures on Diseases of Women. I. pag. 240.

²⁾ Dublin. quart. journ. Februar. 1859.

wierzchnia, powstała w miejscu gdzie ciało macicy przechodzi w szyję (ta ostatnia skutkiem tego, że wynicowana szyja wraca do prawidłowego położenia natychmiast po oddzieleniu macicy) zawracają się do jamy otrzewnej. Z téj przyczyny niepodobna uniknąć przedostawania się potem wydzielin rany do jamy brzusznej, jeżeli jeszcze przed oddzieleniem macicy pole operacyjne nie otorbiło się w drodze zapalenia zlepnego.

To téż, pomimo przytoczonych powyżej rezultatów statystyki, zdaje nam się że jesteśmy usprawiedliwieni, jeżeli radzimy zupełnie zaniechać odcięcia; odgniecenie lub galwanokaustykę poprzedzić podwiązaniem, a założoną podwiązkę, gdzie tylko się da, pozostawić dłużej nad trzy dni. Tylko ten sposób pozwala z niejaką pewnością wyliczać na otorbienie się pola operacyjnego.

e) Przepukliny maciczne.

(*Herniae uteri. Hysterocele*).

Boivin et Dugès: *Malad. de l'uterus etc. I. pag. 168.* — Meissner: *Die Dislocationen der Gebärm. etc. III p. 146.* — Tenże: *Frauen-Krankh., I p. 775.* — Skrivani Lumpe: *Ztschr. f. Wien. Aerzte Heft 9 1851 i Heft 2 u. 6. 1853.* — Kiwisch: *Klin Vortr. I p. 238.* — Rektorzik: *Wien. Ztschr. f. pract. Heilk. Nr. 18. 1860.*

Prawdziwe przepukliny macicy zdarzają się nadzwyczaj rzadko. Najczęstszy rodzaj, t. z. przepuklina brzuszna (*H. ventralis*), zwykle nie jest przepukliną w ścisłym znaczeniu, lecz tylko workowatém wypukleniem przedniej ściany brzucha przez ciężarną macicę. W razie istnienia blizn po cięciu cesarskiem, nietylko że rozstępują się niekiedy mięśnie brzuszne, ale także i powięzie zostają zerwane; Ruyssch zaś pamięta podobne zdarzenie przy istniejącej bliznie po ropniu w okolicy pachwinowej. Przepukliny: pachwinowa (*H. inguinalis*) i udowa (*H. cruralis*) spostrzeganemi były zarówno podczas ciąży jak i w stanie nieciążarnym, i to najczęściej u dzieci. Były one albo wrodzone, albo téż nabyte już po urodzeniu, w taki sposób, że najpierw przez otwór przepuklinowy wystąpiły jajowody i jajniki, albo téż który z innych trzewiów brzusznych zrośnięty z macicą (zwykle kiszka i sieć), i te dopiero macicę w zupełności albo częściowo za sobą pociągnęły. Jeden wypadek przepukliny kul-

s z o w é j (*H. ischiadica*) opisany przez P a p e n ' a, M e i s s n e r wydarł zapomnieniu. Lecz była to tylko olbrzymia przepuklina, w której znajdowały się prawie wszystkie trzewia i prawy jajnik, gdy tymczasem macica dnem swoim wspierała się na worku przepuklinowym.

Przepukliny maciczne, pomijając już interes anatomiczny i rozpoznawczy jaki przedstawiają, w pewnych razach mają téż i znaczenie praktyczne przez to, że w razie zajścia w ciążę uniemożliwiają urodzenie się dziecka drogą naturalną.

Rozpoznanie, jeżeli ciąża nie istniała, stawianém było dopiero na stole sekcyjnym, a za życia byłoby możebném tylko w takim razie, jeżeliby się udało, wprowadziwszy zgłębnik do jamy macicy, wejść do worka przepuklinowego. Do próbowania tego skłoniłby już mogło rozciąganie pochwy wzdłuż i przesunięcie się jéj sklepienia na bok.

Leczenie najwłaściwiej byłoby prowadzić według zasad ustanowionych dla przepuklin w ogólności. W razie zajścia choréj w ciążę, należałoby próbować odprowadzenia; gdyby się zaś to nie powiodło, rozwiązać chorą, jeżeliby się dało, drogą naturalną, a ewentualnie (jak to dotychczas zawsze bywało) wykonać cięcie cesarskie.

7. Naruszenia całości macicy.

Zdarzają się one najczęściej przy porodzie, a potem w czasie ciąży; o tyle téż należą do położnictwa. W stanie niebrzemienym kobiety, są one nadzwyczajną rzadkością i przedstawiają się albo jako pęknięcia w skutek chorobliwego rozciągnięcia macicy (*Haematometra* lub t. p.), albo téż jako r a n y i o b r a ż e n i a. Pęknięcia i przedziurawienia będą opisane w rozdziałach traktujących o stanach patologicznych które je sprowadzają. Co się zaś tyczy właściwych traumatyzmów, odsyłamy z niemi do dzieł chirurgicznych, albowiem rokowanie i leczenie w takich razach zależy głównie od obrażeń innego rodzaju równocześnie istniejących.

8. Zapalenia macicy u kobiet niebrzemienych.

Zapalenie w rzadkich wypadkach dotyka jednostajnie wszystkie warstwy macicy, i występuje albo jako choroba pierwotna, albo jako na-

stępcza. W pierwszym razie poczyną się stale w błonie śluzowej, ale częstokroć przenosi się także i na mięsz, a dalej i na surowiczą powłokę macicy. Zapalenia następne mogą albo ograniczać się na pojedynczych warstwach, albo też dotyczyć cały organ. Po większej części są one następstwem innych chorób macicy lub organów z nią sąsiadujących; rzadziej zaś bywają częścią splotu objawów cierpienia całego organizmu.

Jakkolwiek w następującym opisie, głównie weźmiemy pod uwagę zapalenia pierwotne, przy których mięsz macicy i jej powłoka surowicza nie bywają zajęte, bez poprzedniego lub równoczesnego cierpienia błony śluzowej; to jednak różnica między przebiegiem zapalenia błony śluzowej macicy (*Endometritis*), a przebiegiem zapalenia mięszowego tegoż organu (*Metritis parenchymatosa*) każe nam opisywać je oddzielnie. Zapalenie okołomaciczne (*Perimetritis*) wymaga również oddzielnego opisu, jeżeli pod tą nazwą (co jest niezbędnym ze stanowiska klinicznego) obejmujemy zapalenia całego miednicznego odcinka otrzewnej, bez względu na to, czy punktem ich wyjścia była macica sama, czy też jej części dodatkowe. Tylko że cierpienie to właściwiej będzie, zamiast na tém miejscu, opisać między chorobami więzów macicznych. Przeciwnie znowu, z praktycznych względów, przy opisie zapalenia wnętrza macicy (*Endometritis*) okazuje się korzystnym opis zapalenia błony śluzowej pochwy, gdyż oba te cierpienia w bardzo blizkim stoją ze sobą związku.

a) Zapalenie błony śluzowej macicy i pochwy.
(*Endometritis et Kolpitis*).

Zapalenie to w dwojakić występuje formie: jako nieżyłowe, lub jako błonnicowe. To ostatnie jednak, u kobiet niebrzemien-nych pojawia się tylko jako proces wtórny, przy durzycy, cholerze, płonicy, odrze, albo też w razie obecności w pobliżu ognisk posokowatych, jak to szczególnie bywa przy raku macicy. To też my roztrząśniemy tu bliżej tylko formę nieżyłową, rozróżniając nieżyt ostry i przewlekły.

α. Ostry nieżyt macicy i pochwy.

(*Metritis et Elytritis (vaginitis) catarrhalis. Catarrhus uteri et vaginae acutus*).

Boivin et Dugès: *Maladies de l'utérus. II p. 198.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. I p. 248.* — Bennet: *On inflammation of the*

uterus. London 1853. p. 39. — v. Scanzoni: Krankh. d. weibl. Sex. pag. 152. — Charles West: On diseases of women. I. pag. 89. — Hennig: Der Katarrh. der weibl. Sexualorgane. Leipzig 1852. — Klob: Path. Anat. der weibl. Sex. p. 211.

Zmiany anatomiczne w błonie śluzowej pochwy, polegają na obrzmieniu, rozpułchnieniu i nasiąknięciu surowicą lub krwią jēj tkani-ny, z nastrzyknięciem naczyń włosowatych, a częstokroć także i naczyń większego światła. Żywo czerwona błona śluzowa macicy, od istnieją-cych często małych wynaczynień, wygląda jakby nakrapiana. Część po-ehwowa bywa ciemno-czerwona, powiększona i rozpułchniona; brodawki jēj uwydatniają się; wargi ust macicznych bywają nadżarte, a same usta zamienione w mały dołeczek. Wewnętrzna powierzchnia macicy pokryta jest cienką warstwą wolnego wysięku, przedstawiającego się z początku jako płyn surowiczy lub krwisto-surowiczy, później zaś jako śluzo-ropny, a nawet całkiem ropiasty. Obrzmiałe gruczołki szyi maci-cznej wydzielają śluz częścią wodnisty, to znowu więcej ropiasty.

Często rozszerza się zapalenie w górę na jajowody i ku dołowi na pochwę, a z pierwszych może nawet przenieść się na otrzewną miednicy. W gwałtowniejszych wypadkach biorą także udział w cierpieniu mięsz macicy i powlekająca ją otrzewna. Pierwszy staje się przeto zasobniej-szym w soki i krew; druga zostaje nastrzykniętą, lub téż pokrywa się wysiękiem.

W innych razach sama tylko błona śluzowa pochwy, lub téż ona pierwotnie zostaje zajęta. Główném siedliskiem zapalenia bywa zwykle ujście pochwy i przylegająca doń powierzchnia sromu; niekiedy jednak rozszerza się ono po całej pochwie aż do macicy. Przy zapaleniu po-chwy, nasiąknięcie rozciągać się może aż do tkanki podśluzowej; stale jednak normalne składki błony śluzowej pochwy bywają zgrubiałe i wy-nioślejsze, a tkwiące w niej liczne brodawki, skutkiem znaczniejszego przekrwienia, występują na powierzchnię w postaci ciemno-czerwonych guziczków.

Najczęstszą przyczyną ostrego nieżyty macicy i pochwy jest za-razek tryprowy, który wywołuje najpierw gatunkowe zapalenie sromu, ujścia pochwy i cewki moczowej, a to w dalszym ciągu rozszerzyć się może na całą pochwę, szyję i ciało macicy. Nieżyt niezaraźliwy (o któ-rym tylko właściwie mówićby tu wypadało, gdyż tryper znalazł pomie-szczenie w inném miejscu tego dzieła) zdarza się również najczęściej w wieku dojrzałości płciowej. Dotychczas był on wprawdzie dosyć czę-

sto spostrzegany po przejściu lat przekwitowych, ale, o ile się zdaje, ani razu przed nadejściem dojrzałości płciowej. Najczęstszą jego przyczyną jest niewłaściwe zachowanie się przed samém pojawieniem się i podczas trwania miesiączki, osobliwie też zaziębienie (tak zw. *Suppresio mensium*), a dalej nadużycie spółkowania, niesforne lub też gwałtowne wykonywanie takowego i t. p. Oprócz tego napotyka się także niezbyt macicy i pochwy, lecz to już z przebiegiem raczej ostrawym (*subacutus*), jako objaw podrzędny ogólnych chorób bądź ostrych, bądź przewlekłych — cholery, durzycy, krwawej biegunki, zółzów i gruźlicy.

Objawy miejscowe polegają na mniej lub więcej gwałtownym bólu w okolicach: krzyżowej, łonowej i lędźwiowej, który jednak wtedy tylko znacniejszego dochodzi stopnia, gdy zapalenie rozszerzy się i na pozostałe warstwy macicy. Ta ostatnia bywa przytém dotkliwą na dotykanie i ucisk od strony powłok brzusznych, pochwy i odbytnicy; lecz nie bywa powiększoną. Tylko część pochwową okazuje się nabrzmiałą i gąbczastą. Z ust macicznych wypływa wydzielina, zmienna stosownie do okresu zapalenia, w mniejszej lub większej obfitości. Stosownie do stopnia i rozległości miejscowego cierpienia, wstawiają się następnie łagodniejsze lub gwałtowniejsze objawy gorączkowe, które jednak ustępują po dniach kilku, w ogóle wcześniej niż objawy miejscowe. Jeżeli zapalenie nie ogranicza się do samej macicy, lecz zajmuje także i większą część pochwy, albo też gdy rozszerzy się na organa przyległe — pęcherz moczowy i odbytnicę, to obraz choroby wikłać się zaczyna, skutkiem właściwych objawów miejscowych, chorobom tym przynależnych. Szczególniej też zapalenie wchodu pochwy staje się powodem wielkich dolegliwości, sprawiając częstokroć bardzo gwałtowne bólesci, nadzwyczaj dotkliwe peryodyczne kurcze mięśni pochwy, pęcherza i odbytnicy, nieznośne swędzenie zewnętrznych części rodnych i pobudzenie płciowe.

Ostry niezbyt trwać może dni lub tygodnie; kończy się zaś albo wyzdrowieniem, albo, co najczęściej, przechodzi w przewlekły.

Rozpoznanie opierać się musi na obecności objawów nawału (*congestio*) do macicy i pochwy, jakotóż na zwiększeniu wydzieliny. Dla ocenienia siedliska i rozległości cierpienia, wystarcza zwykle, obok uwzględnienia zaburzeń czynnościowych, badanie za pomocą zmysłów dotykania i wzroku, bez użycia wziernika. Przy większém podrażnieniu

pochwy wziernik nie powinien być wprowadzanym, gdyż staje się to powodem zbyt wielkiego bólu. Lecz jeżeli pochwa mało jest wrażliwa, to używszy wziernika, można się przekonać, że wargi ust macicznych są obrzmiałe, zaczerwienione i pozbawione nabłonka, a z pomiędzy nich wysącza się wydzielina nieżyłowa.

Leczenie. Ostry nieżyt wymaga postępowania przeciwzapalnego. Ogólne upusty krwi, odpowiedniami są tylko u osób silnych i przy wielkiem natężeniu choroby; lecz mimo to i tu nie będą zbyt użytecznymi także i upusty miejscowe. Wewnętrznie podajemy sole przeciwzapalne i łagodnie przeczyszczające, wybierając odpowiednio do gwałtowności choroby i szczególnych wskazań salmiak, emulsje olejne, winian potażu, sól Glauberską, gorzką, lub saletrę. Miejscowo użytecznymi są stosowane równocześnie kataplazmy, mokre zimne obwijania brzucha, letnie enemy i nastrzykiwania do pochwy letniej wody, kleistych odwarów lub mleka. Przy gwałtowném zapaleniu pochwy i sromu, łagodne nawet wstrzykiwania źle bywają znoszone, a natomiast ogólne letnie kąpiele przynoszą ulgę. Wymienione powyżej środki, przy odpowiedniem zachowaniu się choréj, stosują się dopóty, dopóki zapalenie nie ustąpi, lub nie przejdzie w formę przewlekłą, która wymagać będzie znowu stosownego leczenia.

K i w i s c h, w szczególnych wypadkach prostego ostrego nieżyty, gdy miejscowe upusty krwi ze względów konstytucjonalnych (u osób gruczołowych) zaniechanemi być muszą, zaleca rozpoczynać leczenie przyżeganiem saletranem srebra, tak jak przy zapaleniu zaraźliwém lub krupowém; lecz przyżegania te nie pozwalają się w jamie macicy wykonać z potrzebną dokładnością.

B e c q u e r e l ¹⁾ (po części wraz z R o d i e r' e m) porównywał ze sobą skuteczność rozmaitych środków miejscowych, używanych w celu leczenia ostrego zapalenia pochwy. Wynikiem tych badań było, że przyżeganie sztyftem saletrzanu srebra i stężonym roztworem tego środka, wywoływało bardzo gwałtowne, całemi godzinami wytrzymujące bólesci, i do tego leczenie trwało dłużej aniżeli po bezbolesném zastosowaniu tanniny rozpuszczonej w takiej samej ilości wody. Przecięciowo, 7 do 8 razy powtórzone popędzłowanie tym środkiem, w ciągu 26 do 27 dni sprowadzało uleczenie.

¹⁾ *Traité clinique etc.* I. p. 498 seq.

β. Przewlekły nieżyt macicy i pochwy.

Białe upławy.

(Leucorrhoea. Fluor albus).

J. Raulin: *Traité des fleurs blanches*. Paris 1767. Przekład niemiecki Riederer'a z przedmową Ackermann'a. Norymberga 1793. — Truka de Krzowitz: *Historia leucorrhoeae omnis aevi observata medica continens*. Diss. Vindobonae 1781. — J. B. Blatin: *Du catarrhe utérin ou des fleurs blanches*. Paris 1801. — C. M. Clarke: *Observat. on diseases of females, attended with discharges*. Lond. 1814. 1822. A. d. E. von Heineken, Hannover 1818 i 1823. — Pinel i Bricheteau: *Art. Leucorrhée* im *Dic. d. scienc. méd.* I. 28. — Jevet: *Pract. observ. on Leucorrhoea*. London. 1832. — Fricke: *Annalen der chirurg. Abtheil. d. allgemeinen Krankenh. zu Hamburg*. II. Hamburg. 1833. — Marc d'Espine: *Archiv. génér. de méd.* 1836. Februar. — Donné: *Recherch. microsc. sur la nature du mucus et la matière des divers écoulemens des organes génito-urinaires chez l'homme et la femme*. Paris. 1837. — *Maladies de l'uterus d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc p. Pauly*. Paris 1836. — Lisfranc: *Clinique chir.* II. Paris. 1842. — Blatin i Nivet: *Traité des maladies des femmes, qui déterminent des fleurs blanches*. Paris. 1842. — Jobert de Lamballe: *Annal. de Thérap.* 1843 Juli i 1844 November. — Tanchou: *Gaz. d. hôpit.* 1844. Nr. 3, 8 i 9. — Récamier: *Annal. de thérap.* Août 1846. — Kaufmann: *Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. zu Berlin* V. — C. Mayer: *V. d. G. f. G. z. B.* VII. — Robert: *Des affect. granul. ulcér et carcinom. du col de l'uterus*. Paris. 1840. — J. H. Bennet: *Pract. tract. on inflammation of the uterus*. 3 Ed. London. 1853. — Nélaton: *Gaz. d. hôpit.* Nr. 17. 1853. — Tyler Smith: *Monatsschr. f. Geburtsh.* Juli 1853. — Chiari: *Klinik für Geburtshülfe und Gynäkologie*. 3 Lief. Erlangen 1855 p. 711. — Koeliker i Scanzoni: tego ostatniego *Beitr. z. Geburtsh.* II. 1855. — E. Wagner: *Archiv. f. physiol. Heilk.* Hft. 4. 1856. — Goldschmidt: *Des fongosités de la cavité de l'utérus*. Thèse. Strassbourg. 1859. — Roser: *Das Ectropion am Muttermund*. Arch. f. Heilk. Heft 2. 1861. —

C. H e n n i g: *Der Katarrh. etc. Leipzig. 1862.* — L. M a y e r: *Ueber die pflanzlichen Parasiten der weiblichen Sexualorgane. Monatsschr. f. Geburtsk. Juli 1862.* — A r a n: *Bullet. de therap. Mars. 15. 1868,* oraz *Malad. de l'uterus etc. p. 419.*

Nazwą białych upławów, aż do ostatnich czasów, obejmowano wszelkiego rodzaju wypływy śluzowe z części płciowych niewieścich, nie uwzględniając bynajmniej ich pochodzenia, i sądząc, że źródłem ich jest po większej części błona śluzowa pochwy. Dzieleno białe upławy na idiopatyczne, symptomatyczne, a poniekąd także i sympatyczne, stosownie do tego, czy były one w zależności od innych chorób organów płciowych, lub też organów odleglejszych, albo wreszcie całego ustroju, czy też nie. Rozróżniano je nadto na formę ostrą i przewlekłą. Lecz gdy w ostatnich dziesiątkach lat, zaczęto bliżej śledzić za siedliskiem białych upławów, przekonano się, że upławy z m a c i c y zdarzają się nierównie częściej niż do owych czasów przyjmowano, i że nawet samo leczenie domaga się ścisłego odgraniczenia upławów macicznych od pochwowych. To też i my, o ile się okaże potrzebném, wyraźnie nakreślimy właściwości obu chorób. Uważamy tylko za stosowne nadmienić, że mówić tu będziemy nietylko o tych śluzotokach, przy których wykryć można anatomiczne zmiany w błonie śluzowej, — jakby tego nazwa „zapalenia nieżyłowego” w ścisłym znaczeniu wymagała, — ale, dla uniknienia powtarzań, także i o tak zw. *Phlegmorrhoea uteri et vaginae* pochodzącej oczywiście tylko ze zmienionej czynności błony.

Cechą anatomiczną przewlekłego nieżyłowego zapalenia macicy jest również obrzmienie, rozpulchnienie i większa obfitość soków w błonie śluzowej; lecz zaczerwienienie spowodowane przepełnieniem naczyń krwią, spotyka się, co najwyżej, w pierwszych tylko chwilach. Później wewnętrzna powierzchnia macicy przedstawia się w części, lub też na znaczniejszej przestrzeni zabarwioną na bruno-czerwono; częściej jeszcze bywa szyfrowato-szara, a niekiedy całkiem biała. W miarę trwania sprawy chorobowej, zmienia się coraz więcej utkanie błony śluzowej. W miejsce odłuszczonego nabłonka migawkowego, przychodzą komórki bezmigawkowe, nieregularnej ostatecznie postaci; gruczolki obrzmiewają nakszałt torbieli, a część ich zostaje zgryzioną, lub też w inny sposób niszczone, tak, że w końcu jama macicy pozostaje wysłaną tylko cienkim pokładem tkanki łącznej, lub warstwą modzelowatą. Powierzchnia jamy macicznej, a szczególnie tylna jej ściana, przedstawia częstokroć płaskie ziarnistości (*granulationes*)

rozmaicie wielkie, często bardzo obfitujące w naczynia, a przez to skłonne do silnego krwawienia. Składają się one z tkanki łącznej, wraz z przeistoczonymi i zniszczonymi torebkami gruczołowemi; — ziarnistości i grzybowatości francuzów. Bujanie takie prowadzi niejednokrotnie do wytworzenia się polipów śluzowych lub torebkowych.

W kanale szyi macicznej składki pierzaste bywają przedłużone, a gruczołki również powiększone. Często obrzmiała błona śluzowa wypukła się przez rozwarte ujście zewnętrzne (Roser'a wywinicie się (*ectropion*) warg ust macicznych) i przedstawia się ziarnistą, strzępiastą, lub też pokrytą pęcherzykami Naboth'a, na wpół, albo i zupełnie wystającymi. Wewnętrzna powierzchnia warg ujścia macicznego pospolicie bywa obnażona z nabłonka, lub też owrzodzona, a powierzchnia zewnętrzna pokryta przerosłemi brodawkami błony śluzowej.

Ziarnistości te złożone są z pojedynczych, jużto większych, już twardszych guziczków, wielkości łebka szpilki, lub też większych, przeważnie czerwono zabarwionych. Zajmują one rozmaitą rozległość: raz tylko jedną wargę maciczną, drugi raz całe ujście dokoła, to znowu prawie całą zewnętrzną, a w części i wewnętrzną powierzchnię części pochwowój macicy, i wydzielają większą lub mniejszą ilość ropiastego śluzu. Krwawia też bardzo łatwo.

Wydzielina jamy macicznej, podobnie jak w późniejszych okresach ostrego zapalenia, jest płynem surowiczym, śluzowym lub też ropiastym, barwy zwykle szarawej, zielonawej lub żółtawej, a chyba wyjątkowo tylko — czerwonej. Z płynem tym miesza się w szyi macicznej, wydzielająca się z gruczołów tu obecnych, ciągliwa białkowata lub też szklista galareta, która zatkać może ujście wewnętrzne macicy, dając powód do stopniowego rozszerzania się jęj jamy.

Błona śluzowa samego ciała macicy, u starszych szczególnież kobiet, przedstawia niekiedy owrzodzenia, które, podobnie jak i wybujałości, sprowadzić mogą zarosnięcie wewnętrznych ust macicznych, lub też zrosnięcie się ze sobą ścian jamy macicznej. Jeżeli nieżyt trwa długo, wtedy i miąższ macicy doznaje zmiany. Często, skutkiem rozrostu tkanki łącznej ściany macicy grubieją i twardnieją, albo też przeciwnie zanikają, wiotczeją i więdną. Część pochwowa również się powiększa, a obok tego pulchnieje, lub też twardnieje.

Oprócz macicy, bardzo często zajętemi także bywają jajowody i pochwa. Przy przewlekłym nieżycie znajdujemy ściany pochwy zwiótczałe, sinawo zabarwione, marszczki ich wygładzone; brodawki bywają albo przerosłe, albo też przedstawiają się jako kropki czarno-szare, nie wystające nad powierzchnię. To też dawniej usiłowano sprawę tę uwa-

zać za niezbyt torebkowy (*follicularis*). Wydzielina pochwowa jest zbliżona do mleka, lub też śmietanki, ale niekiedy bywa także ropiasta i zawiera wymoczki opisane przez *Donné*'go pod nazwą „*Triehomenas vaginalis*,” oraz pasożyty roślinne. Z. pomiędzy tych ostatnich, mają praktyczną ważność grzybki wynalezione przez *L. Mayer'a* z niemi (*thalli*) długości na 0,0015 — 0,0034 mm. i okrągławemi lub owalnemi zarodnikami. Wyrastają one na warstwach nabłonkowych, wnikają między takowe, tworząc na wewnętrznej powierzchni sromu i pochwy białawe lub jasno-żółtawe plamy, rozmaitej obszerności, podobne do grzybków (*soor*). Pleśń ta sprawia nadzwyczaj gwałtowne palenie i swędzenie.

Przyczyny. Przewlekły śluzotok macicy i pochwy, zarówno z widocznymi zmianami w błonie śluzowej, jakoteż i bez nich, przytrafia się w każdym okresie życia, chociaż w ogóle nierównie rzadziej napotyka się przed nadejściem okresu dojrzewania, aniżeli w latach dojrzałości, lub w późniejszym wieku. Szczególne usposobienie do tej choroby spostrzegać się daje u osób słabowitych, nerwowych i skrofulicznych. Dalej, zdają się już i dawniejsze spostrzeżenia za tém przemawiać, że powstaniu téj choroby sprzyjają zarówno pewne kraje, jakoteż niektóre pory roku i lata. Mianowicie téż zauważono, że panuje ona w Hollandyi i Anglii, a do tego w porze wilgotnej i chłodnej; zaś od czasu *Morgagni*'ego wiele było doniesień o epidemiczném jéj szerzeniu się w pewnych porach roku.

Nieżyt przewlekły częstokroć powstaje z ostrego; ale niemniej często odrazu występuje jako taki. Liczne jego przyczyny dadzą się ugrupować w dwa główne działy, mianowicie takie, które bezpośrednio wywołują częste lub ciągle przekrwienia, i takie, które spowodzają cierpienie błony śluzowej pośrednio, przez zmiany w całym zachodzące ustroju. Nie należy jednak zapominać, że bardzo często zbiegają się z sobą przyczyny z obu tych grupp. Już regularne napływy miesięczkowe, przy istniejącem usposobieniu, łatwo dają powód do wydzielin śluzowych, które w przyjaznych razach objawiają się w formie okresu rozpoczynającego lub kończącego krwawienie miesięczne, a w wypadkach niepomysłnych stanowią ciągle śluzotok, który wzmagając się peryodycznie, zastępować nawet może odpływy krwiste. Stan taki nader często spotykamy w czasie rozwijania się płciowego, jakoteż w pierwszych latach wieku dojrzałości płciowej u dziewcząt źle żywionych, skrofulicznych, gruźliczych, lub téż dotkniętych bladaczką. Jeżeli śluzotok taki trwa dłużej, staje się habitualnym, i nie znika już, chociaż przyczyny uspasabiające wpływ swój wywierac przestaną. Jak miesiączka, tak samo i ciąża, jeżeli czę-

sto i szybko ponawiać się będzie, prowadzi również do upławów śluzowych, — czy to będzie przebiegała prawidłowo, a tém bardziej, gdy przedwcześnie przerwana zostanie.

Obok tych napływów fizyologicznych, wypada téż wspomnieć i o patologicznych. Pomijając już innego rodzaju choroby macicy i pochwy, podtrzymujące objawowy śluzotok, które na inném miejscu dokładniej opisanemi zostaną, wymieniamy tu przede wszystkim następujące wpływy: zaduszne i wilgotne mieszkania, nieodpowiedni sposób życia i nieodpowiednie zatrudnienia, samogwałt, niepowściągliwe a przynajmniej częste spółkowanie, słowem, wszystkie te wpływy tak zewnętrzne jak i wewnętrzne, które uważane być także muszą za przyczyny krwotoków macicznych.

Rozważanie stosunków przyczynowych wyjaśnia, że raz macica, drugi raz pochwa bywa organem pierwotnie cierpiącym, ale że pierwotne cierpienie pierwszej (szczególniej szyi macicy) bywa nierównie częstszém.

Objawy i następstwa. Stałym, a bardzo często i jedynym objawem przewlekłego nieżytu macicy, jest nieustanny wpływ śluzowy z tego organu. Ilość jego bywa bardzo rozmaita, a nawet u jednej i téj samej osoby zwykle bywa większą w dzień aniżeli w nocy; przy utrudzeniu i rozgrzaniu ciała powiększa się, zmniejsza się zaś podczas spoczynku. Niekiedy w ciągu doby ilość wydzieliny tak bywa znaczna, że się pozwala liczyć na funty. W jednym wypadku podanym przez F o r d y c e ' a, dzienna ilość wydzieliny równała się objętości nocnika.

Jakość wydzieliny, jak już wyżej przytoczono, bywa także rozmaita; z tém wszystkim, oddziaływanie jej na papier lakmusowy, dopóki jeszcze nie zmieszała się ona z śluzem pochwowym, zwykle bardzo wyraźnie kwaśno oddziaływającym, bywa zawsze alkaliczne.

Jeżeli materya wypływająca jest gryząca, to łatwo wywołuje różowe zapalenie sromu i skóry okolicznej, które znowu doprowadzić może do powstania nadżarć i rozległych owrzodzeń. Do śluzotoku dołączają się wtedy objawy innych chorób, stojących w stosunku przyczynowym lub następczym do cierpienia błony śluzowej, albo téż nie będących z niém w żadnym związku, lecz tylko wypadkowo się przyłączających. Często dostrzeganiem bywają przelotne objawy silnego napływu do macicy, a niekiedy nawet objawy zapalenia macicy, lub zapalenia maciczno-otrzewnego. Bardzo często także wstawiają się przelotne bóle i obrzmienia sutek, podobne do zmian jakie w nich zachodzą w początkach ciąży. Często bardzo chore takie cierpią na brak apetytu, zabu-

zenia w trawieniu, rozstrojenie umysłu i różnorodne przypadłości maciennicze; a wielkość doznawanych z tego powodu cierpień stoi nieraz w wielkiem sprzeciwieństwie z nieznanem miejscowem zajęciem. Jeżeli zmiany zachodzące w błonie śluzowej macicy sprowadzą zwężenie lub zamknięcie ust macicznych, to skutkiem rozciągania jamy tego organu przychodzą bóle jakby porodowe i gwałtowne rznienia w macicy. Jeżeli ilość wydzieliny jest bardzo obfita, a choroba długo się wlecze, to skutkiem straty soków cierpi w końcu i stan ogólny chorych; dostają one sinych pierścieni pod oczami, stają się ociężałymi i chudną. Zwolna rozwijają się coraz to inne objawy, będące wyrazem postępującej niedokrwistości.

Dołączające się tak często do upławów obnażenia i zziarnienia (*granulatio*) części pochwowój macicy, robią ją wrażliwą, a spółkowanie bolesnem i uciążliwem. Dopełnienie zaś takowego pociąga za sobą odpływ krwi, gdyż przerosłe brodawki i obnażone miejsca łatwo za dotknięciem krwawią.

Właściwe czynności przyrządu płciowego nie zawsze cierpią w skutku przewlekłego nieżyty, ale zaburzenia w miesiączkowaniu często się przytrafiają, zarówno pod formą krwotoku macicznego i miesiączki bolesnej, jako téż, gdy już i cały organizm został zajęty, pod formą braku miesiączki. Płodność bywa także często zniesioną.

Niepłodność napotykać się daje nietylko w tych wypadkach, w których zapalenie sprowadziło zamknięcie się jamy macicy, albo téż przeniosłszy się na jajowody i macicę zrobiło te pierwsze nieprzenikalnemi, ale także i w takich razach, gdzie nie tyle zapłodnienie jajka, ile raczej jego wżłobienie się w błonę śluzową macicy zdaje się doznawać przeszkody. Już sama ta okoliczność, że u kobiet które cierpiały na obfite białe upławy łożysko bardzo często nizko bywa umieszczone, naprowadza na domysł nader prawdopodobny, że dość często jajko nie zostaje zatrzymanem nawet przy wewnętrznych ustach macicznych, lecz może poza nie wypaść i zmarnieć.

Nawet na przebieg ciąży, jeżeli ta nastąpi, wywiera przewlekły nieżyt wpływ nieprzyjazny, sprowadzając często przedwczesne jój przerwianie, łożysko poprzedzające i t. p. W wypadkach, w których pochwa jest wyłącznem albo przeważnem siedliskiem upławów, występować mogą te same objawy, jakie się przy dłuższem trwaniu nieżyty macicy napotykają. Objawy miejscowe ograniczają się do uczucia swędzenia i bólu przy oddawaniu moczu, wreszcie bólu przy chodzeniu i spółkowaniu; a przyczyną ich bywają często w części miejscowe nadżarcia, w części zaś wytworzenie się peśni.

Zarówno przy upławach macicznych jak i pochwowych choroba ciągnąć się może miesiącami i latami, a w ciągu tego czasu zachodzą częstokroć znaczne wahania w natężeniu objawów, jako też przejścia w formę ostrawą lub ostrą.

Rozpoznanie. Mając do czynienia z jakimbądź odpływem śluzu z części rodných niewieścich, należy przedewszystkiem ściśle wysledzić z kąd takowy pochodzi, gdyż wiadomość ta jest konieczną do zastosowania pewnego i właściwego leczenia.

W ogóle jest rzeczą niezawodną, że upławy pochodzące wyłącznie z pochwy rzadziej się zdarzają; zwykle zaś macica bywa albo sama jedynie, albo też współcześnie z pochwą zajęta chorobą. Tak na przykład R o b e r t s (*Journ. de médec. p. Férussac. 1846. Januar*) między 59-ma wypadkami znalazł 46 razy szyję macicy dotkniętą.

Aby w każdym szczególnym wypadku ściśle określić siedlisko i rozległość choroby, nie wystarcza do tego obejrzenie bielizny i pościeli choréj; jakkolwiek obecność sztywnych plam (powstałych przez zaschnięcie ciągliwego śluzu z gruczołków szyi macicznej) nieodzownie rzucić musi podejrzenie na szyję macicy. Nawet i ilość wydzieliny z rozległości plam na bieliźnie, zaledwie w przybliżeniu pozwala się oznaczyć. Nic też bardziej pewnego wywnioskować nie można ze zbadania wewnętrznego choréj za pomocą zmysłu dotykania, co do obecności i cech jakowychś obnażeń lub owrzodzeń. Z tych przyczyn wzziernik pochwoy przy białych upławach zasługuje na najrozleglejsze zastosowanie. Odsłania on dla wzroku otwarte usta maciczne; pozwala widzieć wypływającą z nich wydzielinę, zaczerwienienie, obnażenie z nabłonka lub ziarninę na części pochwowéj macicy, a nawet część wewnętrznąj powierzchni samego kanału szyi macicznej. Nawet ilość wydzielającego się płynu, o ile to jest potrzebném dla celów praktycznych, pozwala się ocenić, zwracając uwagę na wydzielinę wpływającą do wzziernika, lub wyciskaną przez nacisk wywarty na część pochwową. Tampon z waty zalecany przez K i w i s c h 'a dla określenia ilości wydzieliny, nie jest potrzebny, a jego zastosowanie bywa uciążliwém zarówno dla lekarza jak i dla choréj.

Oprócz zbadania siedliska i natężenia śluzotoku, należy jeszcze wysledzić, jakie w danym wypadku istnieją powikłania, jakoteż czy nieżyt jest idiopatyczny, czy symptomatyczny.

Rokowanie w nieżycie idiopatycznym przewlekłym w ogóle nie jest niepomyślne. Bardzo często sprawia on chorym stosunkowo małe dole-

gliwości; ale często także, bywa powodem wielkich cierpień i udręczeń, szczególnież téż w skutek następstw jakie sprowadza. Ale za to rzadko tylko przyczynia się widocznie do skrócenia życia chorych. Nadto, odpowiednie leczenie, bardzo często przynajmniej, pomyślnym cieszy się skutkiem; jakkolwiek znowu w zastarzałych wypadkach wyjątkowo tylko oczekiwać można zupełnego uleczenia. W szczególnych wypadkach rokowanie zależy od przyczyny, trwania i następstw choroby, jakoteż od zewnętrznych stosunków życia choréj.

Leczenie przewlekłych białych upławów wymaga przedewszystkiem uwzględnienia przyczyn. W ogóle jednak, terapia wymierzona wyłącznie przeciw samemu nieżyłowi, w stosunkowo bardzo małej tylko liczbie wypadków pomyślny osiąga skutek. Tam nawet, gdzie pozornie nieznaczące tylko zmiany ogólne ustrojowe wysledzić się dadzą, nieodzownie terapię przeciwko nim skierować należy. To nam objaśnia, dla czego najróżnorodniejsze metody lecznicze z korzyścią stosowanemi były przy białych upławach: dla czego raz leczyło postępowanie wzmacniające, drugi raz osłabiające, to znowu przeistaczające. Głównemi środkami, które, z uwzględnieniem okoliczności każdemu pojedynczemu wypadkowi towarzyszących, używanemi być muszą, są: żelazo, chinina, środki przeczyszczające, tran rybi, jod i odpowiednie zachowanie się chorych. Na utworzenie sobie planu postępowania leczniczego, prócz konstytucji ciała, wpływać nadto powinien stan przyrzędu płciowego w ogóle, a w szczególności macicy; albowiem mięsz tego organu, jak to już wzmiankowaliśmy, różnym ulegać może zmianom, a jego przerost lub stwardnienie, jak łatwo pojąć, zupełnie innego wymagać będzie leczenia, aniżeli częstokroć przy téj chorobie napotykaný zanik i zwiotczenie. W pierwszym wypadku na to także należy zwracać uwagę, czy nie ma jeszcze trwałych lub przemijających objawów nawału, wrażliwości na ucisk i t. p., gdyż w razie ich istnienia, na pierwszym planie nie miejscowe leczenie poniżej opisywane stać powinno, lecz umiarkowane i dłużéj trwające postępowanie przeciwarzpalne.

Z drugieý jednak strony, nie należy znowu przeceniać doniosłości leczenia ogólnego, zastosowanego do stanu konstytucji i macicy; gdyż równoczesne stosowanie środków miejscowych wpływa niewątpliwie na przyspieszenie wyzdrowienia, a nawet w większej części wypadków bez użycia tych środków chore wcale do zdrowia wrócić nie mogą.

Z pomiędzy środków wewnętrznych, specjalnie przeciwko białym upławom zalecanych, od czasów *G a l e n a* ważne zajmują miejsce środki odciągające, a z pomiędzy nich znowu — przeczyszczające. Uży-

teczność ich popierają: doświadczeni lekarze, jak *Hoffmann*, *Boerhave* i *van Swieten*. Używanie przez czas dłuższy zarówno soli przeczyszczających i wód mineralnych takowe zawierających, jako też środków drastycznych (*senes*, *aloes*, *jalappa*, *socznica*) może prawdziwą przynieść korzyść, jeżeli przy ich wyborze uwzględnionemi zostaną własności macicy. Nierównie mniej są pewne, i oczywiście tylko przy całkiem osobliwych wskazaniach pomocne być mogą środki napotne, moczopędne i wymiotne. Z wielu stron zachwalano także skutki użycia rozmaitych środków namiesięcznych (*emmenagoga*), a szczególnież *rozmarnu*, *sporyszu* i *sawiny*; co nawet w wypadkach ze zwiótczeniem macicy połączonych, do dalszych prób zachęcać się zdaje. Przeciwnie, wszystkie środki ściągające, jakoteż środki wypróbowane przy śluzotokach z części płciowych męzkich, jak *balsam tolutański*, *peruwiański*, *kopaiwiany*, *terpentyna wenecka* i *olejek terpentynowy*, *kubeby*, wyszły całkiem z użycia przy przewlekłych upławach macicznych, skoro ich bezskuteczność jawnie się wykazała.

U wielu chorych bardzo bywają pożyteczne kąpiele rzeczne, morskie i naturalne kąpiele mineralne. Działają one głównie przez przyjazny wpływ jaki wywierają na ogólną konstytucję; miejscowo zaś niewiele skutkują, chociażby nawet przez wprowadzenie wziernika kąpielowego ułatwianym był dopływ wody do dna pochwy. Z tej to przyczyny od zdrojowisk żelaznych oczekiwać można doszczętnego wyleczenia tylko takich białych upławów, które polegają na błednicy, zaś u osób skrofulicznych lub też cierpiących na zaburzenia w ogólném krążeniu krwi, użycie wody ze źródeł solnych, zawierających sól gorzką lub *glauberską* uważać należy za leczenie jakkolwiek ważne, lecz tylko przygotowane. Kąpiele nasiadowe i obmywania zimną wodą zewnętrznych części rodnych, nic się nie przyczyniają do usunięcia choroby, i głównie tylko zapobiegają następstwu owrzodzeniu sromu, jeżeli wydzielina jest obfita i ostra. Skuteczniejszemi już nieco są przestrzykiwania pochwy czystą wodą, lub rozmaitemi roztworami. Przeszkadzają one zatrzymywaniu się w pochwie śluzu, rozkładaniu się jego, i wszystkim tego następstwom, przyspieszają gojenie się istniejących już owrzodzeń, ale nie wywierają wielkiego wpływu na sam nieżyt macicy, gdyż co najczęściej dostają się tylko do części pochwowój, ale i z tą nawet nie pozostają przez czas dłuższy w zetknięciu. Tej ostatniej niedogodności, w potrzebie można do pewnego stopnia uniknąć w ten sposób, że płyn nastrzyknięty staramy się zatrzymać przez odpowiednie ułożenie chorój i założenie gąbki do pochwy. Zastosowanie silnego przyrządu natryskowego sprowadza

dość znaczne drażnienie całej macicy, które może być jeszcze wzmocnioném, jeżeli płyn nastrzykiwany posiadać będzie nie obojętny stopień ciepłoty. Lecz to jest stosownem tylko tam, gdzie środki miejscowe są wskazane.

Najszybciej osiągniemy polepszenie choroby jeżeli potrzebne środki miejscowe sami zachowywać będziemy, pozostawiając chorym li tylko wykonywanie obmywań i nastrzykiwań w celu zachowania czystości. Tylko tym sposobem można użyć najwłaściwszych środków w najodpowiedniejszej postaci, i przyprowadzić je w ścisłe zetknięcie z cierpiącemi częściami. Najczęściej miejscowego leczenia wymaga przedewszystkiem błona śluzowa kanału szyi macicznej. Jakże zaś ono być powinno przy różnych formach owrzodzeń, podamy później.

Przy prostym niezycie, błona śluzowa staje się dostępną dopiero po usunięciu czopka śluzowego, tkwiącego w ustach macicznych, do czego Hennig osobny nawet przyrząd wymyślił. Nam wszakże wystarczał zawsze zwitek waty lub skubanki zwilżony wyskokiem. Jeżeli błona śluzowa nie ma skłonności do krwawienia za dotknięciem, to przekładamy nad inne, przyżeganie wewnętrznej powierzchni szyi macicznej sztyftem saletrzanu srebra, do którego, dla zmniejszenia jego kruchości domieszano kilka gran saletry; lub też salerzanem srebra złagodzonem 1 lub 2-ma częściami saletry, stosownie do stopnia choroby. Jeżeli skłonność do krwawienia istnieje, to nawet przez zastosowanie mniej lub więcej stężonych roztworów saletrzanu srebra niezawsze jesteśmy w stanie dostatecznie błonę przyżędz, gdyż w pewnych razach nawet najdelikatniejsze pędzelki włosianne rozrywają naczynka, a kąpanie części pochwowój w roztworze za pomocą wziernika, nie dosyć wysoko płynowi sięgać pozwala. Jeżeli często powtarzane przyżeganie sprowadziło znaczną poprawę, to powtarzamy je potem w dłuższych odstępach czasu, lub też używamy słabych roztworów saletrzanu srebra ($\mathfrak{Dj}$, $\mathfrak{D}\beta$, na $\mathfrak{Jj}$) codziennie. Prócz tego środka szczególnie skuteczni okazały się: kwas garbnikowy i siarczan miedzi, zarówno pod formą sztyftów jako też i stężonych roztworów; tylko że sztyfty z tanniny trzeba na kilka godzin pozostawić w kanale szyi macicznej. Gdzie przyżeganie powierzchowne pozostało bez skutku, tam francuzcy i angielscy szczególnie lekarze, jak Gendrin, Jobert de Lamball, Bennet i inni, używali częstokroć silniejszych środków żrących, jak np. kwasu azotnego, roztworu azotanu rtęci, roztworu chlorku antymonu i potażu gryzącego. Ale działanie tych środków nie da się umiarkować według życzenia. Saletrzan rtęci może niekiedy sprowadzić

łagodne zatrucie; potaż gryzący pozostawia ranę mało skłonną do gojenia się, a do tego silne środki żrące pociągają czasem za sobą znaczne zwężenie kanału szyi macicznej. To też najlepiej pozostawiać je w odwodzie na ostatnią potrzebę, która zresztą rzadko kiedy się trafia, gdyż nawet tam, gdzie cała część pochwowa jest zgrubiała i rozpulchniona albo też stwardniała, tę samą usługę co środki żrące oddaje nam wtedy żelazo rozpalone, tę zarazem przedstawiając korzyść, że po odpadnięciu strupa powstałego ze spalenia, rana prędzej się goi. Zalecane go przez L. M a y e r' a, kwasu chromowego używamy w różnych rozcieńczeniach tam głównie, gdzie błona śluzowa łatwo krwawi, a żegadło jeszcze nie jest potrzebne. Jeżeli gruczołki błony śluzowej szyi macicznej są bardzo przeistoczone, to najlepiej nam się przydały roztwory jodku rtęci i krążki maciczne z białego precypitatu.

Leczenie powyżej opisane pospolicie usuwa chorobę po kilku (3—6) miesiącach lub też znaczne sprowadza polepszenie, gdzie takowe może być osiągnięciem przez przyżeganie kanału szyi macicznej. Lecz nie ma to miejsca przy rozległym zajęciu ciała macicy; tu bowiem nie pozostaje nic innego, jak wprowadzić właściwe środki lekarskie do samej jamy macicznej. Przyżeganie tej jamy kamieniem piekielnym zapomocą właściwego żegadłonosza bywa w ogóle lepiej znoszone, aniżeli nastrzykiwania do wnętrza macicy; lecz z drugiej strony jest ono nierównie mniej skutecznem, gdyż nie może jednostajnie dotknąć wszystkich części błony śluzowej, i częstokroć do małej tylko części się ogranicza. W nowszych czasach A r a n zwrócił uwagę na wielką skuteczność lewatyw aloesowych, właśnie przy przewlekłym nieżycie błony śluzowej samej macicy. Składać się one mają z 5 do 10 granów aloesu na tyleż mydła i 100 granów wody. Zadawane być winny wieczorem w chwili kładzenia się spać, po poprzedniem opróżnieniu odbytnicy; powtarzając to przez 4—8 wieczorów z rzędu, albo też, gdy chore są bardzo wrażliwe, co drugi wieczór. Rozumie się, że lewatywy podobne właściwe są w takich tylko razach, gdy już wszelki ślad napływów przeminął, i gdzie nie ma znacniejszego rozszerzenia żył odbytniczych.

Gdzie znaczne i wciąż ponawiające się krwotoki każą podejrzewać istnienie t. z. ziarniny w jamie macicznej, tam R e c a m i e r próbował zeskrobywać takową za pomocą swojej „curette“, a pomysł ten znajduje we Francyi od czasu do czasu coraz nowych zwolenników; chociaż takie lekceważenie niebezpieczeństwa zwykle nie przynosi pożytku, a może spowodować groźne obrażenie błony śluzowej.

Skoro się tylko uda przez właściwe wewnętrzne leczenie usunąć nieżyt macicy i połączoną z nim tak często niedokrwistość, to u wię-

kszej liczby chorych przypadłości maciennicze zaraz łagodnieją i stopniowo ustępują zupełnie. Często też zdarza się widzieć, że kobiety dotąd nieplodne, u których żadnej innej przeszkody do zapłodnienia prócz białych upławów, wykryć nie było można, po uleczeniu takowych zachodzą w ciążę.

Do leczenia przewlekłego niezytu pochwy temi samemi posługujemy się środkami. Dla obszerności powierzchni mającej być przyżegana, nierównie tu jest dogodniejszym pędzlowanie stężowym roztworem saletrganu srebra aniżeli użycie kamienia piekielnego w sztyfcie; przy pędzlowaniu bowiem takim łatwiej udaje się nie pominąć ani jednego miejsca w pochwie, co także ma pewne znaczenie. Tannina, najlepiej rozpuszczona w wodzie lub glicerynie, także rozciąga się za pomocą pędzelka co kilka dni. Jeżeli zaś chore pozostawione są same sobie, to mogą posługiwać się tamponem z waty, posypanym mieszaniną równych części tanniny z cukrem lub gummą, a następnie krążkami z taniny. Wielu lekarzy nader chętnie używa alūnu, lecz według naszego przekonania, ustępuje on w skuteczności dwom powyżej wymienionym środkom; to samo siarczan żelaza, miedzi i cynku, naciąg jodowy i t. p. Obok postępowania tu zaleconego potrzebne są także nastrożkiwania i kąpiele nasiadowe z użyciem wziernika kąpielowego, dla zachowania niezbędnej czystości; zaś usiłowania aby wyłącznie na tej ostatniej drodze przyprowadzić środki lekarskie w zetknięcie z błoną śluzową, zwykle żadnych albo bardzo niedostateczne obiecują korzyści.

b) Zapalenie mięszsumacicy.
(*Metritis. Metritis parenchymatosa*).

α. Ostre zapalenie macicy.
(*Metritis acuta*).

Voigtel: *Pathol. Anatomie. Halle 1805.*—C. Wenzel: *Krankheiten des Uterus. z 12-ma miedziorytami. Mainz 1816.*—Boivin et Dugés: *Malad. de l'uterus. p. 194.*—Pauly: *Malad. d. l'uter. d'apres les leçons de M. Lisfranc. p. 300.*—Lisfranc: *Clin. chir. II.*—J. Lever: *Pract. treatise on organic diseases of the uterus. London 1843 p. 19.*—Kiwisch: *Kl. Vortr. I. p. 549.*—Henr. Bennet: *Inflamm. of the uterus.*—Mikschik: *Zeitschr. d. Wien. Aerzte, Heft. 7 u. 8 1855.*—Scanzoni: *Krankh. d. weibl. Sexualorg. p. 135.*

Zmiany anatomiczne zbliżają się w ogóle do tych, jakie są właściwemi wyższym stopniom ostrego nieżytu macicy; tylko że organ więcej obfituje w krew i soki, a ztąd jest czerwieńszy, większy i wyraźniej powiększony. Macica dosięga wielkości jaja kurzego, a nawet gęsiego, a wymiar jej podłużny zwiększa się o pół do jednego cala. Zapalenie najsilniej bywa wyrażone w miejscu będącém punktem jego wyjścia t. j. w warstwie bezpośrednio graniczącej z błoną śluzową; jeżeli jednak wyższego dosięga stopnia, to i powłoka surowicza bywa takż silnie zajęta. Z naczyń krwią przepelnionych, następują niekiedy wylewy w miąższ; to téż zdarza się napotykać wybroczyny (*ecchymoses*), albo téż większe ogniska zalewowe (tak zupełnie, jak przy złośliwych zapaleniach wnętrza macicy), podbiegnięcia krwawe i swobodne krwawienia. Jeżeli w następstwie wysięk miąższowy nie zostanie wessanym, to wykształca się stwardnienie i przerost macicy. Wyjątkowo tylko zapalenie kończy się ropieniem i wytworzeniem ropnia. W ostatnim razie ropień zwykle otwiera się na zewnątrz, wylewając się albo w tkankę łączną między szerokimi więzami macicy, albo do odbytnicy, lub wreszcie do jamy brzusznej.

Ostre miąższowe zapalenie macicy bywa rzadko chorobą pierwsotną. Powstaje ono, jak to już z jego stosunku do ostrego nieżytu macicy wynika, z tych samych przyczyn co i ten ostatni, a więc najczęściej skutkiem niewłaściwego zachowywania się podczas regularności, a niekiedy także po nadużyciu środków namiesięcznych, po przyżeganiu macicy i t. p. Zapalenia następujące dołączają się albo do ostro przebiegającego raka lub gruźlicy w macicy, albo też, jak zwykle, zjawiają się przy guzach włóknistych, przewlekłym stwardnieniu i t. p. pod postacią zapalnej kolki miesięczkowej. Zawikłaniami bywają tu zapalenia pochwy, jajowodów, jajników, i t. p.

Pierwszym, a zarazem najwydatniejszym objawem ostrego zapalenia macicy są silne bóle w głębi miednicy, posiadające zwykle cechy kurczu jakby porodowego, rozpromieniającego się na krzyż, lędźwie i uda. Natężenie bólu pozostającego w przerwach, zależy szczególnie od tego, w jakim stopniu powłoka surowicza macicy i sąsiednie składki otrzewnej, przyjęły udział w zapaleniu. Według tego także miarkuje się stopień wrażliwości okolicy podbrzusnej, a nawet i samej macicy, na dotykanie. Naciskanie palcem części pochwowój nie sprawia zwykle znacniejszego bólu; ale jeżeli równocześnie mocno przyciśniemy macicę od góry, do palca znajdującego się w pochwie, to chociażby nawet nie

było rozleglejszego zajęcia otrzewnej, bolesność się powiększa. Skutkiem wzmaganja się bólu chore nie mogą stać ani chodzić; siedzenie nawet, jako też oddawanie stolca i moczu powiększa ich cierpienia.

Jeżeli, jak to się dzieć zwykło, zapalenie rozwinie się podczas trwania regularności, to najczęściej odpływ zostaje powstrzymanym; w pojedynczych tylko razach prędzej lub później następuje krwotok maciczny; w innych znowu wypadkach sprawa przebiega pod postacią tak zwanęj miesiączki trudnej błoniastęj. W pierwszym wypadku, jakoteż i wtedy gdy zapalenie macicy rozwinie się niezależnie od okresu miesięczkowego, pochwą i część pochwowa macicy są z początku gorące i suche na dotknięcie; w dalszym jednak biegu choroby powstaje wydzielina ropiasta lub śluzowa. Z miejscowemi temi objawami, występuje zawsze od samego zaraz początku gwałtowna gorączka. Obok tego bardzo często napotykamy mdłości i nudności, chociaż nawet otrzewna nie jest zajęta; rzadziej wymioty. Często także oddawanie moczu bywa dolegliwe, a nadto rozwija się współczuciowe obrzmienie i bolesność sutek.

Przy odpowiedniem leczeniu choroba kończy się zwykle w ciągu 5—10—12 dni wyzdrowieniem, albo przynajmniej traci na natężeniu i staje się przewlekłą. Jeżeli jednak przyjdzie do ropienia, to przebieg bywa zwykle bardzo powolny, i przy objawach ropnia w miednicy choroba najczęściej śmiercią się kończy (porównaj wypadki Bird'a, *Lancet* 1843. V. I. p. 645 i spostrzeżenie Scanzoni'ego w jego: *Krankh. d. weibl. Sex.* p. 150).

Rozpoznanie. Już samo powierzchowne zbadanie organów miednicy, do którego zwykle momenta przyczynowe, a zawsze miejscowe objawy zmagają, pozwala wysłedzić siedlisko choroby w macicy. Większa wrażliwość tego organu na silniejszy nacisk, jako też powiększenie jego objętości rozróżniają zapalenie macicy mięsaszowe od nieżytego, a ściśle ograniczona powierzchnia zewnętrzna i brak przylegającego do niej rozlanego, ostro powstałego obrzmienia,—od zapalenia okołomacicznego. Przy wielkiej niepodatności powłok brzusznych i znaczniejszym współudziale otrzewnej w zapaleniu, niepodobna jest ściśle określić objętości macicy i stanu jej części dodatkowych; tu jednak zawsze za pomocą ręcznego badania rozróżnić można, czy zapalenie dosięgło większego czy mniejszego stopnia natężenia i rozległości, a że rezultat taki wystarcza do celów leczniczych, to też zalecane w takich razach przez K i w i s c h 'a użycie zgłębnika macicznego, z powodu wielkiej bolesności przy jego zastosowaniu, nie może być oczywiście doradzanem.

Rokowanie. Chociaż ostre zapalenie macicy rzadko kiedy śmierć za sobą pociąga, przecież z powodu wielkiej skłonności do przechodzenia w formę przewlekłą, częstokroć w chorobie tej stawiać wypada rokowanie niepomyślne.

Leczenie. Zachowywanie się ściśle przeciwzapalne, sole przeciwzapalne i wypróżniające, olej rącznikowy, kalomel, upusty krwi, ogólne ciepłe kąpiele i miejscowe zastosowanie wilgotnego ciepła, są głównymi środkami mogącymi wpłynąć na pomyślne zejście choroby. Jeżeli zapalenie odrazu występuje z wielką gwałtownością, to można rozpocząć leczenie upustem krwi ogólnym, dopełniając go potem upustem miejscowym. Ten ostatni najlepiej się dokonywa przez przystawienie co najmniej 4—5, a zwykle 6—8 pijawek do części pochwowej macicy i sklepienia pochwy, albo też przez ponacinaue (*scarificatio*), poczem krwawienie podtrzymuje się wstrzykiwaniem letniej wody. Po upuszczeniu krwi zastosować należy kataplazmy albo też wilgotne zimne okłady, które to ostatnie, według naszego przekonania, zasługują na pierwszeństwo, i to nie tylko tam, gdzie okłady papkowe z powodu swjej ciężkości są dla chorych uciążliwe albo wcale znoszonymi być nie mogą. Jeżeli stanowisko społeczne choręj na to dozwala, zalecamy ogólną kąpiel ciepłą, raz lub dwa razy dziennie.

Do wewnętrznego użycia wybieramy takie sole, które najlepiej odpowiadają doraźnym wskazaniom; tak np. roztwór octanu amonii, w pewnych okolicznościach nawet emetyk w rozdrobnionej dawce, tam gdzie momenta przyczynowe wymagają użycia środków napotnych; w innych razach saletra chilijska lub potażowa obok związków sody, potażu lub magnezyi z kwasami: winnym, fosfornym lub siarczanym. W razie gwałtownych boleści dajemy nadto jeszcze wodę z gorzkich migdałów lub morfinę. Kalomel zachować można do takich wypadków w których otrzewna niezawodnie cierpi.

Z chwilą przejścia w stwardnienie, rozpoczyna się leczenie takie jak przewlekłego zapalenia macicy; z chwilą zejścia w ropienie,—takie jak ropni w miednicy. Szczególne względy jakich jeszcze powstrzymywanie miesiączki wymagać może, porównaj na właściwem miejscu.

β. Przewlekłe zapalenie macicy. Przewlekły
zawał. Przerost macicy.

(*Metritis chronica. Infarctus uteri chronicus. Hypertrophia uteri.*
Engorgement hypertrophique).

Wenzel: *Krankh. des Uterus. Mainz 1816 p. 54.*—Guilbert: *Considérations pratiques sur certaines affections de l'uterus, en particulier sur la phlegmasie chronique etc. Paris. 1826.*—Lisfranc: *Gaz. méd. de Paris. Nr. 61, 64 et 73. 1833.*—Pauly: *Maladies de l'uterus d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc. Paris 1836.*—Kennedy: *Dubl. journ. Novembr. 1838.*—Kiwisch: *Klin. Vortr. I p. 104.*—Simpson: *Obstetr. memoirs, i Monthly journ. 1843 i 1844.*—Jaeschke: *Med. Zeit. Russl. Nr. 26 i 72. 1846.*—O. Prieger: *Monatsschr. f. Geb. Maerz. 1853.*—Chiari: *Klinik f. Geb. p. 372.*—Bennet: *On inflammation etc.*—Rigby: *Med. tim. Nr. 274 i 200. 1855.* oraz *January-April 1856.*—Aran: *Maladies de l'utérus etc. p. 582.*—Rochard: *Abeille méd. Janvier 15. 1857.*—Becquerel: *Traité clinique etc. I. p. 403.*—West: *Lectures etc. I. p. 106.*—Nonat: *Traité prat. etc. p. 77.*—Tilt: *Lancet. April 27. 1861.*—Klob: *Pathol. Anat. etc. p. 124.*—v. Scanzoni: *Die chronische metritis. Wien. 1863.*

Różnemi, wyżej podanemi nazwami określanem bywa powiększenie i stwardnienie macicy, rozwijające się nader często w następstwie uporczywych przekrwień, lub też powstające po przebyciu ostrego zapalenia macicy, jako niepożądane zejście takowego. Scanzoni ze względu na różnice w zmianach anatomicznych rozróżnia 2 okresy tego processu: 1^o okres nasięku i 2^o okres stwardnienia. Rozróżnienie to ma pewne znaczenie praktyczne, chociaż pewnem jest, że zachodząca tu sprawa patologiczna takie wywołuje zmiany w mięszu macicy, które zwolna dopiero ostatniego dosięgają stopnia, i że w różnych odcinkach mięszu macicy nie rzadko napotykać się dają zmiany w różnych okresach swego rozwoju.

W początkach występuje przekrwienie, i to więcej plamiste aniżeli jednostajnie po wszystkich częściach rozpostarte, z rozszerzeniem żył a nawet tętnic. Obok spowodowanego przez to więcej czerwonego,

a tu i owdzie sinawego zabarwienia, miąższ macicy wydaje się jakoby nasiąknięty płynem surowicznym albo surowiczo-krwistym, albowiem rozwija się w nim znaczna ilość niedojrzałej tkanki łącznej. Z czasem nie tylko znika przekrwienie, ale nawet macica wyraźnie ubożeje w krew, gdyż bujanie coraz się zwiększa, nowa tkanka łączna staje się coraz bardziej włóknistą, a przez to zamknięte naczynia włosowate jakoteż i większe, na coraz większy wystawione zostają ucisk. Jak się zachowują włókna mięsne w obec przybywania tkanki łącznej, nie zbadano jeszcze dokładnie. Według Klob'a przerastają one z początku, ale później mogą zupełnie zaniknąć. Foerster w wypadkach, które badał, nie mógł stwierdzić przewagi tkanki łącznej nad włóknami mięsnymi, na którą inni autorowie kładli nacisk.

Odpowiednio do zmian powyżej opisanych, macica okazuje się być powiększoną, a jej ściany zgrubiałe, przytém w początkach soczystsze, czerwienie i większe (*etat fongueux* francuzów); później zaś często w wysokim stopniu małokrweste i twarde. Ściany macicy są wszędzie zgrubiałe; najznaczniejszą jednak, bo 12—15 linii dochodzącą grubość przedstawia dno i tylna ściana. Cały organ przybiera w skutek tego postać więcej kulistą; jama jego się zwiększa, nie będąc stosunkowo rozszerzoną. Szyja macicy jest rozszerzona i wydłużona; zewnętrzne ujście macicy u kobiet, które rodziły, często szeroko rozwarte. Macica może tym sposobem w czwórnasób zwiększyć swą objętość. W jednym z wypadków przez nas spostrzeganych, gdzie choroba od pólgu początek swój datowała, dno macicy znajdowało się odwa palce ponad pępkiem, zaś część pochwowa opuściła się tak nisko, że wzięto to za obniżenie się macicy i założono krążek maciczny.

Błona śluzowa pospolicie przedstawia cechy przewlekłego nieżytu; szyja macicy okazuje się nim być szczególniej dotkniętą, a skutkiem tego napotykać się daje znaczne powiększenie i napężnienie gruczołów, wywiniecie warg i owrzodzenia. Na otrzewnej powlekającej macicę nie rzadko dostrzegamy świeże lub dawniejsze zrosty z częściami dodatkowymi macicy, z odbytnicą i t. p. Żyłakowate rozszerzenia żył splotu macicznego, pochwowego i odbytniczego istnieją często, a do tego także przewlekły nieżyt pochwy, jajowodów, odbytnicy i pęcherza moczowego, jakoteż przewlekłe zapalenie jajników.

Przyczyny. Przewlekłe zapalenie macicy może być pozostałością po zapaleniu ostrem, ale nierównie częściej to ostatnie wcale go nie poprzedza. Za przyczyny jego uważane być muszą wszystkie te momenta, które są w stanie wywołać ponawiające się lub też trwałe nawały do

macicy. Z tego też powodu napotykamy je częstokroć jako następstwo różnych innych stanów patologicznych macicy, habitualnego nieżytu, przodopochylenia, opadnięcia, wynicowania, guzów włóknistych, polipów i t. p., gdzie ma tylko znaczenie objawowej. Forma idiopatyczna spostrzegana bywa szczególnie u kobiet, które rodziły lub też roniły. Początek jej daje się po największej części odnieść do okresu połogowego, w którym ściąganiu się macicy stało na przeszkodzie wadliwe dyetyczne zachowywanie się położnicy, ostre zapalenie okołomaciczne, co dało powód do nieustannego przekrwienia. Rzadziej wywód choroby pozwala odnieść jej początek do epok miesięczkowych, wykazując, że podczas ich trwania, skutkiem ogólnego osłabienia fizyologiczne przekrwienie trwało niezmiernie długo, aż wreszcie stało się przewlekłym. Już Boivin, Dugès i Kiwisch, zwrócili uwagę na częstość przewlekłego zapalenia macicy u osób wątłych, leniwo funkcjonujących, bladaczkowych.

W innych razach, przewlekłe przekrwienie bywa następstwem nadużyć płciowych i samogwałtu. W końcu, niekiedy i ogólne zaburzenia w krążeniu, spowodowane chorobami serca lub płuc, bywają same przez się dostateczną takowego przyczyną. Etiologia taka objaśnia nam, dla czego przewlekłe zapalenie macicy jest najczęstszą ze wszystkich chorób przyrządu rodnej kobiety.

Objawy i przebieg. Przewlekłe mięaszowe zapalenie macicy przebiega bardzo często bez znaczniejszych trwałych zaburzeń, zarówno miejscowych jakotóż i ogólnych. Mołoznaczne niezwykle jakieś uczucie w okolicy macicznej krzyżowej, lędźwiowej, pachwinowej i łonowej; uczucie ciśnienia i ciężaru w miednicy, tłoczenia ku ujściu pochwy i szparze sromnej; bóle ciągnące, które wstawiają się szczególnie po długiem chodzeniu i staniu, przy silniejszym działaniu tłoczni brzusznej, po nateżeniu cielesnem i umysłowem, przy spółkowaniu; umiarkowany śluzotok, skłonność do zaparcia stolca, a niekiedy także małe dolegliwości przy oddawaniu moczu;— oto jedyne zwykle napotykane objawy. Jeżeli jednak błona śluzowa jest w wyższym stopniu zajęta chorobą, jeżeli macica skutkiem dawniej przebywanych zapaleń pozrastała się z sąsiednimi organami, albo jeżeli wszystkie żyły miednicy są przepełnione, i t. p. wtedy spostrzegać się dają nierównie gorsze objawy miejscowe. Do takich należą: silne a nawet nadmierne śluzotoki, przypadłości hemorrojdalne, uporczywe zatrzymanie stolca mogące doprowadzić do znacznego wzdęcia brzucha, mdłości, wymiotów i t. p., bolesność przy oddawaniu moczu, nadczułość lub nieczułość pochwy i sromu, kurcz pochwy, ból

nerwowym w okolicy ogonowej, a niekiedy nawet objawy porażenia w przebiegu pni nerwowych w miednicy się znajdujących, a osobiście nerwu kulszowego. Mimo to wszystko i tu nawet macica niezawsze jest wrażliwa na nacisk, lecz niekiedy tylko, podczas zaostrzeń choroby. Przypadłości maciennicze często także istnieją, a z wolna cierpieć także zaczyna trawienie i odżywianie.

Wszystkie przypadłości nieprzerwanie istniejące wzmagają się znacznie od czasu do czasu, w skutek częstego, i to głównie równoczesnego z miesiączkowymi napływami, zaostrzania się zapalenia. Mogą one czasowo dosięgać téj samej wysokości, jak przy ostrem zapaleniu macicy. Te to właśnie peryodyczne pogarszania się przyczyniają chorym największych, a ponieważ choroba bardzo się zwykła przewlekać,—więc i długotrwałych męczarni.

W samych odpływach miesięcznych bardzo częste także zachodzą zmiany. W pierwszym okresie, przekrwienie łatwo sprowadza krwotoki; przeciwnie, gdy już stwardnienie rozległą zajmie przestrzeń, to w miarę zwiększania się zbitości i małokrwistości macicy, utrudnionemi też zostają napływy miesięczne, a odpływ miesięczny się zmniejsza; w końcu zupełnie ustaje (*amenorrhoea*). Obok tego nie bez znaczenia pozostaje także wpływ napotykanym zwykle powikłań, jak błednicy, owrzodzeń krwawiących i t. p. Kolki maciczne przychodzą w późniejszym mianowicie czasie krótko przed rozpoczęciem się i w początkach odpływu miesięcznego; przecież spostrzegano i wcześniej objawy bolesnego miesiączkowania, w skutek silnego nieżyty szyi macicznej oraz tak zwaną miesiączkę bolesną błoniastą przy znacznem zajęciu błony śluzowej właściwej jamy macicy.

Przewlekłemu zapaleniu macicy częstokroć towarzyszy niepłodność. Chociażby nawet zmiana w miększu macicy w skutek takowego zapalenia powstała, sama przez się nie stała na przeszkodzie zapłodnieniu, to już niekiedy przez istniejącą nadczułość pochwy spółkowanie jest utrudnione. Dla wyjaśnienia powodu niepłodności, szczególnież jednak zasługują na uwagę rozmaite a częste powikłania, jakoto: nieżyt macicy i jajowodów, przemieszczenia macicy, a z nich osobiście przodopochylenie, zapalenie okołomaciczne, zapalenie jajników. Jeżeli chora zajdzie w ciążę, to znowu grozi jój niebezpieczeństwo poronienia; a chociaż poród i na czasie nastąpi, to łatwo powstają zaburzenia w jego przebiegu, jakotóż i w połogu, wywoływane niepodatnością ust macicznych, zboczeniami w bólach, krwawieniem następczém, niedostateczném ściąganiem się macicy w połogu.

Zajście w ciążę uważać trzeba za okoliczność o tyle mniej dla chorych pomyślną, że cierpienie trwa zwykle dalej bez zmiany. Wyjątkowo tylko się zdarza, że przy o ile można najwłaściwszém zachowaniu się dyetetyczném, pod wpływem położowego zwijania się macicy, następuje znakomita poprawa, albo nawet zupełne wyleczenie. Również rzadkiem są bezwątpienia wypadki, gdzieby zmiana sposobu życia, pomieszkania, albo téż ciężkie choroby ogólne (durzyca, według K i w i s c h 'a), pomyślny wpływ na przewlekłe zapalenie macicy wywierały.

Rokowanie o tyle nie może być niepomyślném, o ile przewlekłe zapalenie macicy samo przez się życiu nie zagraża, i nie tylko że w późniejszych latach znika dobrowolnie, ale nawet nie jest całkiem niedostępne dla sztuki lekarskiej. Uleczenia tak dobrze jakby zupełnego, to jest trwałego i całkowitego usunięcia wszystkich przypadłości, spodziewać się wprawdzie można tylko w pierwszym okresie choroby, ale i to tylko w takich wypadkach, gdzie przekrwienie przyczynowe nie polega na momentach, któreby się usunąć nie dały.

Rozpoznanie po większej części nie przedstawia znaczniejszych trudności. Powiększenie ciała i szyi macicy pozwala się odkryć za pomocą równoczesnego badania przez powłoki brzuszne, oraz przez pochwę lub odbytnicę. Przytém można także przybliżyć ocenić stopień powiększenia objętości, a zarazem więcej zaokrągloną i przytém regularniejszą powierzchnię organu, jako téż jego spoistość, z początku zmniejszoną, a potem zblizszą. Za pomocą wziernika wyrabiamy sobie pojęcie o istnieniu przekrwienia lub przeciwnie, o nastąpionéj już małokrwistości tak zewnętrznej, jakotéż i wewnętrznej powierzchni części pochwowéj macicy, a nadto o owrzodzeniach tu istniejących. Aby jednak o ile można uniknąć błędów w rozpoznaniu, niezbędném jest także staranne zebranie wyvodu choroby. Szczególniej téż, choćby najściślej przeprowadzone zbadanie przedmiotowe, nie zabezpiecza od pomieszania choroby opisywanéj z ciążą. Najłatwiej jest nie rozpoznać tego ostatniego stanu u kobiet, które pomimo to, że cierpią na przewlekłe zapalenie macicy, albo które przez wiele lat były nieplodnymi i nie miesiączkowały — zaszły jednakże w ciążę. W tych wypadkach dopiero dalsza obserwacja daje pewne wskazówki.

Co się tyczy znaków odróżniających proste stwardnienie macicy od krwisteku i puchliny macicznej, guzów włóknistych i poczynającego się zrakowacenia, zobacz w rozdziałach traktujących o wyliczonych tu chorobach.

Leczenie. Przy wyborze metody leczniczej, na to przedewszystkiem wzgląd mieć potrzeba, czy mamy już tylko do czynienia z resztkami poprzednio istniejącego, albo, co więcej, z całkowicie już minioném zapaleniem lub przekrwieniem, czy też przeciwnie, istnieją jeszcze trwałe, a przynajmniej często się ponawiające objawy nawalu. Najlepszą podstawę do rozwiązywania tego pytania, daje stopień wrażliwości macicy na dotykanie i nacisk, oraz zabarwienie części pochwowój; że pominie my tu zboczenia czynnościowe. Dopóki trwa przekrwienie i skoro tylko takowe powraca, musi być stosowane leczenie przeciwzapalne w odpowiednich celowi rozmiarach. Tu, obok zupełnego spokoju ciała i nierozdrażniającej, mniej lub więcej pożywnej dyety, niezbędnymi są miejscowe upusty krwi. To też nacinanie części pochwowój, lub też przystawienie pijawek do téj ostatniej, częstokroć bywa wskazaném, i to nie tylko w początkach przewlekłej téj choroby, ale także i później, w razie wielkiej skłonności do zaostrzeń i częstego występowania tak zw. miesiączki bolesnej zapalnej. Łagodzą one istniejące bóle i zapobiegają postępowi sprawy bujania.

Do wewnętrznego użycia zalecają się najbardziej łagodne środki zwalniające: rzewień, kora szakłaka kruszyny (*cort. rhamni frang.*), magnezya palona, sole wypróżniające i odpowiednie wody mineralne. Nie upośledzają one odżywiania, jak rtęć dawniej przekładana, i są wygodniejsze, a zarazem skuteczniejsze od bardzo zachwalanego przez C l a r k e ' g o korzenia sarsaparylli (do 4 uncyi na dzień).

Używanie przy przewlekłym zapaleniu macicy wód ze źródeł Marienbad, Carlsbad, Eger, Kissingen, Homburg i t. p., wody gorzkiej Friedrichshaller, cieszy się zasłużonym rozgłosem. Pomijając już to, że większość chorych tego rodzaju cierpi na habitualne zaparcie stolca, zwiększające ich dolegliwości, — własność czyszcząca wód wymienionych zmniejsza przekrwienie w macicy, jakoteż we wszystkich organach brzusznych. Pożytecznymi téż są odciagnienia na skórę za pomocą pryszczadeł (*vesicantia*), stawianych w okolicy podbrzusznój lub pachwinowój, gdyż przyczyniają się one przynajmniej do złagodzenia częstokroć bardzo dolegliwych w tém miejscu bólów.

Kąpiele średniej temperatury, tak ogólne jak i nasiadowe, liczą się także do korzystnych środków pomocniczych. Jeżeli w końcu pozostanie znaczne zwiotczenie macicy, to często z pomyślnym skutkiem używać można do wewnątrz zalecanych już wielokrotnie przeciw przewlekłemu zapaleniu macicy w ogóle: sporyszu, tanniny i t. p., dla zapobieżenia ponawianiu się lub zaostrzeniu choroby. Odpowiedniami są tu także zimne natryski i kąpiele nasiadowe.

Jeżeli nie można już wyśledzić miejscowych nawałów, to na pierwszym planie stać będą środki przyspieszające wysysanie, mianowicie też jod i brom. Wewnętrzne użycie pierwszego w szczupłych zawiera się granicach; są jednak pojedyncze osoby, które środek ten w niezbyt małych dawkach przez czas bardzo długi przyjmować mogą, nie doznając niepożądanych skutków jego drugorzędnego działania. Nie odrzucamy też ani jodku potassu, ani wód jod zawierających. Jeżeli użycie jodu ze względów konstytucjonalnych z góry jest przeciwwskazaniem, albo gdy takowy nie może być znoszonym, to ograniczyć się trzeba do bromku potassu, szczególnie zachwalanego przez Simps o n'a, chociaż ten mniejsze obiecuje korzyści.

Pożytek wypływający z zewnętrznego zastosowania tak sztucznych jako też naturalnych przetworów jodowych, ze wszystkich stron zjednał sobie uznanie. Czy do tego użyjemy naciągu jodowego, czy maści z jodku rtęci, niezbyt słabego roztworu jodu w glicerynie; czy wreszcie okładów z Kreuznachskiego ługu macierzystego, to głównie skutkuje tu, o ile się zdaje, odciągające działanie, będące następstwem stopniowego drażnienia. Pobudzenie skóry jest także napotykanym w rzeczywistości skutkiem kąpieli ogólnych i nasiadowych, jod, brom lub sole zawierających. Jeżeli chcemy więcej liczyć na wchłanianie, to wprowadzamy krążki jod zawierające do pochwy. Jeżeli równocześnie albo przeważnie mamy na względzie podrażnienie błony śluzowej pochwy, to na pierwszeństwo zasługuje roztwór jodku potassu w glicerynie (3 j na 3 j; Scanzoni) wprowadzony za pomocą gąbki. Naszem zdaniem, najwłaściwiej się zawsze postępuje, jeżeli przy zewnętrznem zastosowaniu jodu nic się nie wylicza na jego wchłanianie się; jeżeli się zaś ma na wyraźnym względzie to ostatnie, tam wprowadza się środek do organizmu przez usta lub odbytnicę. Ograniczone działanie na skórę najpewniej się osiąga przez bardzo uciążliwe i niszczące bieliznę pędzlowanie brzucha naciągiem jodowym, jako też przez okłady z ługu macierzystego. Dla podrażnienia całej skóry, obieramy kąpiele solne.

Że metodyczne używanie źródeł leczniczych Kreuznach, Hall w górnej Austrii, Kissingen, Ems, Neuenahr, Eger-Franzensbad i t. p. istotną przynosi korzyść, powszechne doświadczenie ani na chwilę wątpić o tém nie dozwala; chociaż znowu znakomite zmniejszenie się objętości macicy, pod ich wpływem, do wielkich należy rzadkości.

Nawet po ustąpieniu wszelkich objawów napływowych, obok wspomnianych powyżej, a na pierwszym planie stojących właściwych środków rozrabiających (*resolventia*), godne są zalecania łagodne środki wypróżniające. Z tego też powodu w nowszych czasach zjednały sobie nie bez-

zasadny rozgłos kuracye winogronowe przeprowadzone w połączeniu z kąpielami solnemi, albo po tych ostatnich.

Jeżeli już przyszło do znaczniejszego stwardnienia i małokrwistości macicy, to wtedy wprowadzone być mogą w grę środki drażniące, tak miejscowo jako téż i wewnątrznie stosowane. Wszakże nadzieja zmniejszenia stwardniałego organu teraz jeszcze, przez rozpuszczanie i wessanie włóknistej tkanki łącznej, zawsze pozostanie mrzonką. Z lepszym skutkiem próbowane były: natryski miejscowe, stosowanie silnych środków ściągających, albo stanowczych zżerań oraz drastyków, jakoteż środków namiesięcznych. Działanie silnego strumienia wody o 30—32° R., albo przeciwnie o bardzo niskiej ciepłocie, po kwadransie trwające, przyspieszać ma przemianę materyi, przez powiększenie dopływu krwi i pobudzenie nerwów. Ale zastosowanie takich natrysków, jakie nawet przy rozmaitych zakładach kąpielnych, w Ems, Landeck, i t. p. są w użyciu, wymaga wielkiej baczości tam nawet, gdzie oczywiście mamy do czynienia tylko z resztkami sprawy chorobowej, i gdzie nie ma powikłań, któreby przy podobnem postępowaniu mogły doznać pogorszenia. Wprowadzanie czopków tanninowych w szyję maciczną, jest przeciwko jój stwardnieniu środkiem bardzo niepewnym, jak to już *Becquerel* zauważył; zaś używana przez *Scanzoni*ego maść *Richard'a* (6 gr. związku jodu z chlorem i rtęcią na $\frac{3}{4}$ tłuszczu) według nabytego przez nas przekonania działa tylko na błonę śluzową i znajdujące się w niej gruczoły. Gdzie te ostatnie nie uległy zbyt szkodliwemu przerodzeniu, tam, dla podtrzymania pewnego stopnia drażnienia zalecamy chętniej pędzlowanie roztworem kantaryd *Rob. John's'a*, sprowadzające więcej prawidłowe wydzielanie. Przyżeganie jamy macicznej, nawet kamieniem piekielnym, okazało się *Kiwisch'o*wi pożytecznem w dwóch wypadkach. My, jak zapewne i większa część innych ginekologów, widzieliśmy pomyślny wpływ takich przyżegań tylko na białe upławy, chociażby znacznego dosięgające stopnia; ale już dla tych samych korzyści chwytamy się ich w każdym zastarzałym wypadku.

Zastosowanie silnego zżeradła chemicznego, osobliwie téż potażu gryzącego na część pochwową (co może być powtórzone w razie potrzeby) wysławiał *Bennet*. Od tego czasu zżeradło to, szczególnie pod postacią sztyftów *Filhos*, często było używane w Anglii i we Francyi; okazało się jednak, że stosunkowo często stawało się ono powodem niebezpiecznych zapaleń okołomaciczych. Chociażbyśmy te złe skutki przeważnie na rachunek niebaczości przy dobieraniu właściwych wypadków do zastosowania zżerań policzyć zechcieli, to jednak zawsze przekładać będziemy nad nie żelazo rozpalone, które nie mniej czyni dobrego, a nie

pozostawia tak leniwo gojących się owrzodzeń. Zresztą, nie udało mu się dotychczas, podobnie jak i S c a n z o n i e m u spostrzegać tak przyjaznego wpływu na wykształcone już stwardnienie, jak to miał uważać B e c q u e r e l. Do wewnątrz zalecany był szczególnie aloes, tak w pigułkach jako też w lewatywach. My także doszliśmy do przekonania, że aloes sam lub też w połączeniu z innymi środkami drastycznymi nie przedstawia w późniejszych okresach przewlekłego zapalenia macicy tych złych stron i niebezpieczeństw, dla których w początkach słusznie się obawiamy go używać. Przekonaliśmy się nadto, że bardzo wiele chorych czuje nie urojoną ulgę, skoro rozwinięty z czasem wstręt do innych środków czyszczących uwzględnionym w końcu zostanie. Czy za pomocą środków drastycznych da się jeszcze więcej osiągnąć, pozostanie do czasu przynajmniej wątpliwem. To samo odnosi się także do prób z użyciem sawiny.

Przy rozbieraniem powyżej leczeniu nie uwzględnialiśmy po szczególnej większej części zachodzących tu powikłań. Rzecz jednak do zrozumienia, że niektóre z pomiędzy nich, a szczególnie rozmaite formy owrzodzeń, domagają się oddzielnego kuracyi, którą czytelnik znajdzie we właściwych rozdziałach. Inne znowu powikłania wymagają, aby je brać w rachunek przynajmniej przy wyborze jednego z kilku środków w działaniu do siebie zbliżonych. Tak np. osobom bardzo nerwowym, potrzebującym uspokojenia, zalecimy Landeck, Schlangenbad, Gastein; a znowu bardzo często trzeba nam będzie dla usunięcia ogólnej niedokrwistości zalecić używanie przez czas pewien żelaza lub zdrojowisk żelaznych.

Różne znowu, szczególnie dotkliwe objawy, wymagają doraźnego usunięcia; tak np. nieznośne częstokroć bóle potrzebują użycia makuwca, morfiny i innych środków odurzających. Te właśnie bóle bywają znowu często nadspodziewanie leczonemi przez kąpiele, jak np. obwijania szlamowe w Franzensbad i Landeck, oraz kąpiele chłodne w Kissingen.

W końcu nie możemy zamilczeć, że w późniejszych okresach przewlekłego zapalenia macicy odjęcie szyi macicznej częstokroć lepszy i szybszy obiecuje skutek, aniżeli wszystkie środki wyżej przytoczone. Przemawiają za tém bardzo ważne spostrzeżenia C. B r a u n ' a ¹⁾. Że po usunięciu części szyi macicznej, cała macica znacznie zmniejszyć się może, widzieli to już i inni. Ale że zmniejszenie to polega na podobnem przeistoczeniu tłuszczowem jakie towarzyszy przemianom poło-

¹⁾ Wien. med. Jahrb. 1. Heft. 1864.

gowym, a które znacznego osiągnąć może stopnia; udowodnili to pierwsi Braun i Heschl. Znacznego ściągnięcia się organu wprowadzić tam tylko oczekiwać można, gdzie naczynia przypadające w obrębie rany operacyjnej znacznie są rozszerzone, a zatem tam w ogóle, gdzie i część pochwowa znacznie jest powiększona. Lecz w takich razach odjęcie części pochwowój nie będzie środkiem ostatecznym, któryby dopiero po różnorodnych innych bezowocnych usiłowaniach leczenia miał być wprowadzonym w wykonanie.

9. Zapalenie macicy podczas ciąży i porodu.

Zapalenie macicy ciężarnej dotyka zwykle albo wewnętrzną albo zewnętrzną powierzchnię tego organu. Rzadko tylko, i to najczęściej dopiero w ostatnich chwilach ciąży, siedliskiem jego bywa miąższ macicy.

Szczegółowy opis tego zapalenia, zaprowadziłby nas na pole aku-szeryi, w której zapalenie wnętrza macicy, a w części także i zapalenie maciczno-otrzewne ciężarnych, opisywanem bywa przy przerodzeniach jaja płodowego, przedwczesnem przerywaniu ciąży i bólach kurczowych. Nadto, byłoby rzeczą całkiem zbyteczną traktować tu jeszcze szczegó-łowo takie zapalenia surowiczej powłoki macicy, które nie zakłócają biegu ciąży; ze wszystkiego bowiem co o zapaleniu okołomacicznem i o zapaleniu otrzewnej w innych miejscach tego dzieła podano, najwa-żniejsze podstawy patologiczne i terapeutyczne same z siebie wynikają.

Zapalenie macicy płożowe, rozbierzemy szczegółowo między cho-robami płożowemi.

10. Obnażenia i owrzodzenia szyi macicznej.

Lisfranc: *Gaz. méd. de Paris*. Nr. 10. 1834. — Gilbert: *Rév. méd.* Decbr. 1837. — Filhos: *Considérat. prat. sur les affections du col de l'utérus*. Paris 1847. — Kennedy: *Dubl. quart. journ.* February 1847. — Robert: *Des affect. granul., ulcér. et carcin. de l'utérus*. Thèse. Paris. 1848. — Simpson: *Monthl. journ.* April 1850 i July 1851. — Tenże: *Obstetr. mémoires* I. pag. 97. — West: *An inquiry into the pathol. import. of ulceration of the os uteri*. London, 1854; w skró-czeniu podane przez Hecker'a, *Monatsschr. f. Geburtsk.* 1 R. 2. —

Scanzoni: *Krankh. d. weibl. Sexualorgane* p. 171. — Tenże: *Die chronische Metritis* p. 78. — Boys de Loury: *Gaz. Hebdom. Nr. 36. 1856*; i *Gaz. des Hôpit. Nr. 88. 156.* — J. Mascarel: *Gaz. méd. de Paris. Nr. 2—41. 1859.* — C. Mayer: *Ueber Erosionen, Excoriationen und Geschwürsformen der Schleimhaut des Cervicalskanals und der Muttermundslippen. Verhdl. d. Vers. d. Naturf. in Königsberg. 1860.* — Tilt: *Lancet. April 27. 1861.* — Paul Lieven: *Ein Beitrag zur Aetiologie der Geschwüre der Vaginalportion. Würzb. med. Zeitschr. V.*

Postać obnażeń i wrzodów bywa różną, stosownie do stopnia i sposobu powstania zmian, jakim ulegają rozmaite części składowe błony śluzowej szyi macicznej. W większej liczbie wypadków istnieje tylko nadżarcie (*erosio*) powstałe przez proste oddzielenie się nabłonka. Może ono być ograniczone tylko do zewnętrznej powierzchni jednej lub obu warg macicznych; rzadko przeciwieście występuje w tej postaci. Miejsce obnażone odznacza się od sąsiednich części nie pozbawionych swego nabłonka brukowego, barwą żywo czerwoną; wydziela ono płyn mlecznawy, i niekiedy krwawi. Rozległość jego i kształt bywają zmienne; niekiedy tworzy pierścień dokoła ust macicznych; niekiedy znowu przedstawia się w postaci plam rozproszonych lub zlewających się z sobą.

U ciężarnych, jako też poza granicami okresu połogowego, nadżarcia zdarzają się tylko przy przewlekłych nieżytych, powstają zaś skutkiem rozpulchnienia błony śluzowej i zwilżania jej alkaliczną wydzieliną szyi macicznej, jako też skutkiem mechanicznego drażnienia, jakiego część pochwowa macicy doświadcza od ścian pochwy, podczas spółkowania, samogwałtu i t. p. Nierównie częściej nadżarcia znajdują się na wardze tylnej niż na przedniej, gdyż pierwsza częściej do ścian pochwy przytyka. Szczególnego leczenia nie wymagają.

Częściej zdarza się napotykać nadżarcia części pochwowej, rozpościerające się na wewnętrznej powierzchni warg macicznych. Jeżeli nam się uda wewnątrz szyi macicznej dość głęboko odsłonić dla wzroku, to częstokroć można zauważyć, że nadżarcie sięga bardzo daleko ku górze, a przynajmniej, że wewnątrz szyi, nierównie jest znaczniejsze, aniżeli na zewnątrz zagłębienia utworzonego przez usta maciczne. Pod względem praktycznym, nadżarcia zewnętrzne i tu także tylko u osób z ściśle do siebie przylegającymi wargami ust macicznych mają znaczenie, gdyż każą podejrywać podobne zmiany na właściwej błonie śluzowej szyi macicy. Wszystkie bowiem okoliczności przemawiają za tém, że odluszczenie się nabłonka rozpoczyna się na

wewnętrznej powierzchni, i ztąd dopiero na zewnętrzną przechodzi. W pewnym okresie sięga ono właśnie do brzegu ujścia zewnętrznego, który wtedy przedstawia się pod postacią ciemno-szkarłatnego wałeczka. Napęczniała błona śluzowa, skoro jest obnażona, barwą swą i drobnoziarnistém wejrzeniem przypomina szkarłatną poziomkę (Mayer), gdyż przekrwione brodawki wystają jak punkciki; prócz tego przedstawia ona w większym lub mniejszym stopniu zmiany nieżytowe. Z ust macicznych zwykle sterczy czopek ciągliwego śluzu.

Nadżarcia kanału szyi macicznej, bywają także następstwem zmian, jakie ciąża lub téż nieżyt macicy sprowadza; chociaż nie tak znowu często, powstanie ich daje się objaśnić prawdziwém nadżarciem błony śluzowej przez wydzielinę. Przy odpowiedniém leczeniu choroby zasadniczej, nikną one wraz z innemi zmianami patologicznemi w błonie śluzowej.

Jeżeli nie sam tylko nabłonek błony śluzowej ulega zniszczeniu, ale nadto i górna powierzchnia delikatnej substancji zasadniczej brodawek; jeżeli do tego nadżartem i zostają pętle naczyniowe znajdujące się w tych brodawkach: wtedy powstaje nadżarcie brodawkowe (*erosio papillaris*), przez C. Mayer'a pierwszy raz co do swéj natury poznane. Przedstawia się ono jakoby miejsce do krwi pokłute szpilkami, bowiem na dnie szkarlatno-czerwonej barwy, ponadżerane brodawki tworzą niezliczoną ilość ciemniejszych punktów, z których za ostrożném chociażby dotknięciem, krew występuje (wrzód krwawiący Kennedy'ego). Zczasem, powierzchnia obnażona w skutek bujania brodawek nabrać może ziarnistego wejrzenia (wrzód ziarninowy dawniejszych autorów); jeżeli zaś przerost znaczniejszego dosięgnie stopnia, pokryć się ona może grzybiastemi wyrostkami (wrzody grzybiaste), a nawet wybujałościami podobnemi do grzebieni kogucich (*Cook's Comb Granulation Kennedy'ego*), doprowadzając do wytworzenia się form przejściowych, do właściwych narośli brodawkowatych (*Cauliflower Excrescence*). Z tém wszystkiém, nie to jedno tylko nadaje nadżarciom brodawkowym znaczenie praktyczne. Już bowiem przy najprostszych formach takowych nadżarc, odpływy miesięczne zwiększają się nadmiernie co do ilości i przedłużają, a do tego i w odstępach między nimi odpływa śluz krwisty, co stopniowo przyczynia się do coraz większego upośledzenia ogólnego stanu ustroju. Bądź co bądź, nadżarcia tego rodzaju, nie zdarzają się nigdy u dziewic; zaś do bujania, skłonne są głównie u kobiet które już rodziły. Jeżeli powierzchnia ich jest gładka, rozpoznać je można tylko za pomocą wzroku; gdy zaś pokryją się wybujałościami, to chociażby nawet w szyi

macicznej się znajdowały, z powodu dostępności téj ostatniej, nie trudno jest odkryć je za pomocą śledzącego palca.

Proste nadżarcia brodawkowe stale pogorszają się po zastosowaniu saletranu srebra, gdy tymczasem powtarzane kąpanie ich w occie drzewnym, sprowadza ich ropienie, a przez to, uleczenie. Wybijałości brodawkowe mało nad powierzchnię wyniesione, nie zawsze dają się zniszczyć saletrzanem srebra lub siarczanem miedzi, ale wymagają silniejszych zżeradeł, nad które przecież przekładać musimy rozpalone żelazo. Znaczniejsze wyrosła przed zastosowaniem żegadła, muszą być pierw wycięte nożyczkami, ale i wtedy nawet ponowy nie są rzadkie, tak, że w końcu okazać się może potrzeba odjęcia części pochwoj macicy.

Nadżarcie brodawkowe nie należy zatém do chorób małoznacznych. A że ono, skoro potrwa dłużej, co najmniej wymaga długiego przeciągu czasu do owego uleczenia, nawet przy użyciu najwłaściwszych środków, to téż gdzie można, należy się starać opanować je już w okresie rozwoju. Dla osiągnięcia tego celu, należy przedewszystkiém starannie obserwować kobiety w epokach połogowych, od których początek cierpienia bardzo często datuje, a w których miejscowe leczenie owrzodzeń części pochwoj, szybkiém cieszy się powodzeniem.

Przerodzenie torebek (*folliculi*) przy przewlekłym nieżycie macicy, daje powód do powstania owrzodzeń torebkowatych (*ulcera folliculosa*, Mayer). Te mają zwykle siedlisko na wewnętrznej powierzchni kanału szyi macicznej, ale niekiedy także i na błonie śluzowej pokrywającej wargi ust macicznych. Powstają one skutkiem ropienia wewnątrz torebek i pękania tych ostatnich; dosięgają wielkości groszyny; mają kształt okrągły i gładką powierzchnię. Wydzielina ich jest ropiasta, a przytém niekiedy krwawa. Jeżeli, jak to bywa często, istnieją obok tego liczne napęczniałe torebki, to przedstawiają się one, jako ciemno-czerwone, sine lub téż żółtawe (jeżeli zawartość jest ropiasta) wyniosłości, a wargi maciczne wyczuwają się chropowatemi i twardemi jak przy raku. Uleczenie téj choroby udaje się łatwo; należy tylko niepęknięte jeszcze torebki opróżnić przez nakłucie, a potém przypalić je, jakotéż istniejące już owrzodzenia, saletrzanem srebra. W innych razach powiększone torebki coraz więcej i więcej występują ponad powierzchnię błony śluzowej, tworząc niby polipowate torbiele na szypułkach, które jakby „połyskujące krople krwi, lub szkarłatno-czerwone perły” z ust macicznych sterczą. W takiéj formie podtrzymują one nadmiernie obfite odpływy miesięczne i krwisto-wodnistą wydzielinę, co doprowadza do znacznej niedokrwistości i tylko przez wycięcie torebek z następném przyżeganiem usunąć się pozwala.

Rzadko spotykamy wrzód żylakowaty (*ulcus varicosum*) na części pochwowój macicy. Rozwija się on z prostego nadżarcia u kobiet, które z jakiegobądź powodu mają znacznie poroszszerzane żyły w całej wogóle miednicy, a w szczególności w błonie śluzowej sklepienia pochwy. Przyżeranie wtedy dopiero okazuje się tu pożytecznym, gdy przynajmniej na czas pewien usuniemy zastoje żyłne w dnie i otoczeniu wrzodu, za pomocą miejscowych upustów krwi (np. nakłuwania większych żył i t. p.).

Nawet wykwity pleśniawkowe (*eruptiones aphthosae*)¹⁾, bywają spostrzegane na części pochwowój. Na zewnętrznej powierzchni téj ostatniej powstają pęcherzyki wielkości łepka szpilki do ziarnka soczewicy, które pękają, pozostawiając małe, czerwone, niekiedy zlewające się z sobą nadżarcia. Niekiedy wykwity takie przypadają równocześnie z rozwijaniem się pleśniawek w ustach.

Castelnau, Nélaton i C. Braun²⁾, (ten ostatni u ciężarniej kobiety), widzieli większe, okrągławe, surowicą napelnione pęcherze. Bąblica ta (*pemphigus*) ustępowała dobrowolnie po 3—4 dniach.

Co się dotyczy wrzodu przymiotowego (*ulcus syphiliticum*), odsyłamy do innego rozdziału tego dzieła. Wrzód zgorzelinowy (*ulcus phagedaenicum*) opiszemy przy raku macicy.

II. Włókno-mięśniak. — Mięśniak macicy. — Guz włóknisty macicy.

(*Fibroid. — Myoma. — Tumor fibrosus uteri*).

Sandifort: *De tumoribus utero annexis. Obs. anat. pathol. Lib. I. Cap. 8.* — Bayle. *Journal de médecine de Corvisart. An. XI. Vendémiaire*; oraz Art. — Meckel: *Path. Anat. II. 2. p. 242.* — Dupuytren: *Leçons oral. IV.* — R. Lee: *Medico-chirurg. Transact. 1835.* — Lisfranc: *Clin. chirurg. III.* — Rokitsansky: *Path. Anat. III. pag. 479.* — Walter: *Denkschr. über fibröse Geschwülste der Gebärmutter. Dorpat. 1842.* — Amussat: *Mémoire sur les tu-*

¹⁾ Soanzonei. Krank. etc. p. 172.

²⁾ Monit. des scienc. méd. et pharm. Nr. 41, 1861; oraz med. Jahrb. Wien. 1861. V. Fachher. p. 182.

meurs fibreuses de l'uterus. Paris. 1842. — S. L e e: *Geschwülste der Gebärm. n. s. n. p. 5.* — K i w i s c h: *Klin. Vortr. 1, p. 416.* — C h i a r i: *Klinik f. Geburtsh. etc. p. 396.* — A l b e r s: *Deutsche Klinik Nr. 9. 1855.* — S c a n z o n i: *Krankh. etc. p. 186.* — B i n z: *Deutsche Klinik. Juli. 1857.* — C h. W e s t: *Lectures I. p. 266.* — H u t c h i n s o n: *Report on the enucleation treatment of uterine fibrous tumours. Medic. tim. Nr. 369, 371 i 373. 1857.* — L a n g e n b e c k: *Deutsche Klinik. Nr. I. 1859.* — J. B a k e r B r o w n: *Surgical diseases of women. II. edit. p. 182.* — M' C l i n t o c k: *Diseases of women p. 110.* — R o u t h: *Lettsonian lectures on some points connected with the pathology, differential diagnosis, and treatment of fibrous tumours of the uterus. Brit. Méd. Journ. February—July 1864.* — E. K o e b e r l é: *Documents pour servir à l'histoire de l'exstirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne. Gaz. méd. de Strassbourg. Nr. 2—4. 1864.*

Guzy te przez dawniejszych autorów pod rozmaitemi opisywane nazwiskami (*steatomata, tubercula* etc.), przez B a y l e'a zwane ciałami włóknistemi, a przez R o k i t a n s k y'ego fibroidami, składają się raz z włókien tkanki łącznej i włókien mięsnych, drugi raz, lecz to rzadko, wyłącznie z tych ostatnich. Na rozkroju są gładkie, prawie atlasowato połyskujące, białe lub szaro-czerwonawe. Przebieg pojedynczych wiązek włókien zwykle wyraźnie daje się rozróżnić; są one albo nieregularnie, pilśniowato poplątane, albo też ułożone regularnie, współśrodkowo, dokoła jednego lub kilku punktów. Od tych różnic zależy też i zewnętrzna postać guza. P o j e d y n c z e są kuliste; z ł o ż o n e nieregularnych kształtów, wzgórkowate a nawet zrazowate. Kształty nieregularne mogą także powstać przy współśrodkowym ułożeniu włókien, przez zlanie się kilku, z początku rozdzielonych guzów. Spoistość ich jest wogóle zbita, sprężysta; lecz i od tego liczne zdarzają się zboczenia. I tak: najpierw, trafiają się takie guzy, których tkanina już sama przez się jest nierównie pulchniejsza, soczystsza, i które z téj przyczyny są bardziej miękkie. Guzy włókniste złożone, częstokroć takowem zachowaniem się wyróżniają się od pojedynczych. Powtóre, nawet w twardych guzach przekrwienie miesiączkowe wywołuje czasowo znaczną ich krwistość i soczystość. Potrzebie, guzy włókniste ulegają niekiedy przeistoczeniom, przez co ich spoistość istotnej uleść może zmianie. Najczęstszemi z tych przeistoczeń są s t ł u s z c z e n i e i s k r e d o w a c e n i e, które nawet w jednym i tym samym guzie obok siebie istnieć mogą. Przeistoczenie tłuszczowe włókien mięsnych, może być wywołane połogiem, ale nastąpić też może i w czasie przerw międzymiesiączkowych. Nastę-

stwem tego jest zmięknienie guza i powstrzymanie jego wzrostu. Przez odkładanie się soli wapiennych w tkance łącznej, guz włóknisty zmienia się w masę podobną do kości i jak kość twardą, co kładzie również tamę dalszemu jego wzrostowi. Do takiego zwapnienia, guzy podotrzewne skłonniejszemi są od innych. Mimo to było ono przez dawniejszych autorów opisywane także i w guzach śródmiaższowych, a nawet podśluzowych, pod nazwą skamienienia macicy, złogów kamienistych w tym organie, albo téż odchodzenia zeń kamieni. W innych razach, i to najczęściej w skutek przekrwienia wywołanego miesiączką lub zająciem w ciążę, przychodzi do wylewów krwi w tkankę guza, a przez to do powstania jednej lub kilku jam, podobnych do torbieli zalewowych, które już to bliżej obwodu, już więcej ku środkowi znajdować się mogą, i niekiedy zmieniają się w wielkie torbiele, o cienkich stosunkowo ścianach. Przemiana w torbielaki (*cystoides*), podobne do takichże guzów w jajnikach, wywoływaną bywa przez nacieczenie obrętkowe, które było spostrzegane zarówno w guzach włóknistych pojedynczych, jako téż i w złożonych, a w tych ostatnich, w wiotkiej tkance łącznej spajającej ze sobą pojedyncze części guza, łatwo doprowadza do wytworzenia się jam.

Guzy włókniste tak luźno bywają spojone z otaczającą je tkanką macicy, że z łatwością palcem albo ręką skalpela wyluszczone być mogą. Połączenie to stanowi luźna tkanka łączna, otaczająca powierzchnię guza jakby torba. Ta torba z tkanki łącznej zaopatrzona bywa zwykle licznymi, żylnymi szczególnież naczyniami, gdy tymczasem sam guz jest ubogi w naczynia, i tylko szerokimi naczynkami włosowatymi poprzenikany ¹⁾).

Guzy przytrafiają się już to pojedynczo, już po kilka równocześnie; rzadko kiedy wszakże liczba ich bywa znaczniejsza, jakkolwiek wyjątkowo Meckel napotkał 16, Lisfranc—20, Kiwisch—40 w jednej macicy. Wielkość pojedynczych guzów bywa także bardzo różną; z tém wszystkiém większe nad objętość głowy dziecka rzadko dają się spotykać. P. U. F. Walter widział guz włóknisty mający 41 cali obwodu i 71 funtów wagi. Siedliskiem ich bywa zwykle dno albo ciało

¹⁾ Virchow widział w niektórych miejscach wielkiego guza włóknistego twory jamiste z przestrzeniami oczkowatemi, które pozmieniały się w jamki wielkości groszycy, a przez nie przechodziły beleczki z włókien mięsnych—mięśniak przenaczyniony (*myoma telangiectodes*). (Archiv VI. p. 553). Klob wspomina także o podobnym wypadku.

macicy; w szyi zdarzają się rzadko, a w części pochwowej tylko wyjątkowo. Leżą one albo tuż pod błoną śluzową, albo tkwią w głębi ścian macicznych, albo wreszcie bezpośrednio pod powłoką surowiczą. Pierwsze, najczęściej się przytrafiające, p o d ś l u z o w e, w miarę wrastania do jamy macicy, rozciągają takową, mogą tu wywołać częściowe lub też obszerniejsze zrosty, i podobnie jak ciąża, pociągają za sobą przerost ścian macicy, które, jeżeli guz jest znacznej wielkości, dojść mogą grubości pół a nawet całego cala. Równocześnie z tém zaciera się szyja macicy, a w końcu i usta maciczne się roztwierają. Guzy nawet znacznie do jamy macicy wpuklone, prócz powłoki śluzowej, mają jeszcze drugą, choćby cienką, z zachowanego samego mięszu. Podczas swego wzrostu mogą one utracić szeroką podstawę i przewęzić się w tém miejscu na podobieństwo polipów. Nie tylko guzy włókniste szypułkowate, o których będzie mowa przy opisie polipów, ale nawet guzy o szerokich podstawach, stają się groźnemi w skutkach, przez to, że naczynia powlekającej je błony śluzowej pospolicie znacznie się rozszerzają, a ściany ich cienieją; ztąd też przy każdym silniejszym napływie łatwo pękają, powodując częste i gwałtowne krwotoki. Obok tego, zmiana taka w błonie śluzowej pociąga jeszcze za sobą mniej lub więcej obfity śluzotok, który rozszerzyć się może na jajowody i spowodować ich rozdęcie ropiastym śluzem a wkońcu puchlinę jajowodów (*hydrosalpinx*).

Jak guzy pośladowe coraz bardziej wrastają w jamę macicy, tak znowu p o d o t r z e w n e stopniowo coraz silniej występują na zewnątrz powierzchnię. Ścieńczają one pokrywającą je warstwę mięszu macicy, a później także i powłokę surowiczą (jeżeli te błony nie przeraśtają znacznie); w najwyższym stopniu jako guzy polipowate, już tylko za pomocą szypuły z otrzewnej przytwierdzone do macicy, wdrażają swobodnie do jamy brzusznej, albo też uwalniają się dobrowolnie, przedstawiając w tym razie ciała obce, które najczęściej za pomocą błon fałszywych zostają unieruchomione w pobliżu miejsca ich rozwoju, a osobliwie w zagłębieniu D o u g l a s'a, ale także mogą pozostać przytwierdżonemi zewnątrz małej miednicy, do grzebienia biodrowego i t. p. ¹⁾). Niekiedy guz rozpiera najpierw obie blaszki więzu szerokiego, a rosnąc dalej, otrzymuje z nich powłokę, połączoną ze swą powierzchnią za pomocą luźnej i surowiczo nacieklnej tkanki łącznej. Im więcej punkt wyjścia włóknika zbliżony jest do zewnętrznej powierzchni macicy, i im bardziej

¹⁾ H u g u i e r. Gaz. des hôpit. 1860. p. 411. — N e l a t o n. Ibid. 1862. p. 77.—B a r t h. Buli. de la société anatom. XIX. 13.

ku zewnątrz guz się rozwija, tém mniejszym zmianom ulega sam organ, tak, że przy guzach włóknistych podotrzewnych częstokroć niema ani śladu przerostu ścian, jakoteż rozszerzenia i wygięcia jamy macicy.

Przy guzach włóknistych *ś r ó d m i ą ż s z o w y c h* właściwych, macica również przerasta, 'ale tylko częściowo, dokoła guza; jama maciczna także się rozszerza, wydłuża i wygina w rozmaity sposób. W podeszłym wieku obecność guzów włóknistych, nie zawsze przeszkadza ni knieniu starczemu macicy; a w pewnych razach przed nadejściem tego okresu napotykamy ścieńczenie ściany macicy, aż do tego stopnia, że się stają skórzastemi.

Następcze zmiany w macicy, dosięgają naturalnie najwyższego stopnia, gdy współcześnie istnieje większa ilość guzów. W takim razie i zewnętrzna jęj postać zostaje bardzo zniekształtnioną. To się odnosi szczególnie do guzów pod samą otrzewną leżących, które tworzą na powierzchni macicy odosobnione garbowate lub tęg główkowate wydatności; bo przy obecności bardzo wielu *ś r ó d m i ą ż s z o w y c h* a tęg bardziej podśluzowych guzów, macica ma kształt gruszkowaty lub kulisty, taki sam, a przynajmniej bardzo podobny do tego jak podczas ciąży.

Powiększenie macicy, jak łatwo pojąć, pociąga tęg za sobą zmianę w jęj położeniu. Przy obecności guzów podśluzowych miernęj objętości, widzimy tylko nieznaczne obniżenie się macicy; gdy tymczasem guzy *ś r ó d m i ą ż s z o w e* i podotrzewne bardzo często sprowadzają pochylenia i zgjęcia. W tym ostatnim razie prawidłem jest, że jeżeli guz był miernęj objętości, to macica pochyla się ku stronie w której takowy się znajduje; ale w miarę postępującego wzrostu wypieraną zostaje na przeciwną stronę. Skoro guzy włókniste znacznej już dosięgną objętości, to macica tak samo jak podczas ciąży, z małej miednicy wznosi się do wielkiej. Znaczniejsze powiększenie macicy w kierunku ku dołowi zdarza się rzadko, gdyż włókno-mięśniaki pospolicie z górnej jęj części biorą początek. Mimo to, część pochwowa macicy jużto przez wnikające w nią, już przez w niej samęj powstałe guzy włókniste, zostaje bardzo zniekształtnioną; jedna z warg ust macicznych może wtedy tworzyć szypulę guza wdrażającego do pochwy na podobieństwo polipa, albo tęg, jak to *B o i v i n - D u g è s* na rysunku przedstawili, a my także widzieć mieliśmy sposobność, może ona być zamienioną na powłokę wielkiego guza, do którego przednia warga przylega nakształt sierpowatęj obwódki.

Obok guzów włóknistych napotykamy niekiedy w macicy i innego rodzaju zmiany. Najczęściej zdarzają się tu polipy, i to nietylko włókniste, ale także i śluzowe, co się objaśnia wielką częstością silnych

i długotrwałych nieżyłtów błony śluzowej macicy i szyi macicznej. Ale w pojedynczych wypadkach obok guzów włóknistych występuje także i rak. W tym razie, rzeczy zwykle tak się mają, że część pochwowa ¹⁾ bywa siedliskiem zwyrodnienia rakowatego, a później i we włóknaku massy rakowe się odkładają. K l o b przecież przekonał się na jednym preparacie, że w guzie włóknistym rak pierwotnie nawet rozwinąć się może.

Przyczyny jeszcze są ciemne. Guzy włókniste zdarzają się w macicy bardzo często; chociaż znowu zdanie B a y l e'a że napotykają się one u piątęj części wszystkich kobiet zmarłych po skończeniu lat 35-ciu, jest cokolwiek przesadzoném.

Przytrafiają się one we wszystkich okresach życia, lecz wyjątkowo tylko przed nadejściem dojrzałości, a częściej po, niż przed punktem kulminacyjnym zdolności płodzenia. Ale i znaczenie tych ostatnich stosunków przez wielu było przecenianém, dopóki tylko jednostronnie się zapytrywano na wyniki poszukiwań pośmiertnych. Z pomiędzy 37-miu chorych, które C h i a r i za życia obserwował, 15, a zatém 40% było jeszcze w wieku od 20 do 30 lat. Odsetka ta, za uwzględnieniem 39 przez W e s t'a przytoczonych wypadków sprowadza się wprawdzie do 24%, ale nawet według naszego doświadczenia wynosi więcej niż 25%. Zdanie B a y l e'a, że powściągliwość w stosunkach płciowych, a w innych razach nieplodność zupełna lub mała plodność, sprzyjają rozwijaniu się guzów włóknistych, nie ma na poparcie swoje dostatecznych dowodów. D u p u y t r e n przeciwnie, między 58-ma choremi naliczył tylko 4 niezamężne, a między 51 tylko 4, które nie rodziły. Z pomiędzy 40 wypadków W e s t'a—34, a $\frac{4}{5}$ z naszej praktyki, dotyczyło kobiet zamężnych. Z zestawienia R ę o u t h'a obejmującego 156 spostrzeżeń wykazuje się, że 68,5% odnosiło się do mężatek; jeżeli do tego doliczymy 155 wypadków polipów włóknistych, to ogółem przeszło 70% przypadnie pod tę rubrykę. Z pomiędzy chorych w wieku lat 35—40, było 22, resp. 47 zamężnych, a tylko 5, resp. 9 niezamężnych, to jest że pierwszych było $4\frac{1}{2}$ do 5 razy tyle co drugich, chociaż w tym wieku niéma nawet czwartęj części kobiet niezamężnych. Spostrzegana u wielu chorych nieplodność okazuje się być raczej skutkiem aniżeli przyczy-

¹⁾ Nasięk rakowaty guza włóknistego w następstwie pierwotnego raka pochwy, spostrzegał B e n p o r a t h i L i e b m a n n (*Monatsschr. f. Geburtshk. Januar. 1865*).

na rozwijania się nowotworu. Na rozwój ten ma widoczny wpływ czynność macicy, jak się to okazuje ze związku w jakim stoi powstawanie włókniaków z okresem zdolności płciowej. Nierzadko w każdym razie napotykanie włókniaki u niezamężnych, B. B r o w n skłonny jest odnieść do samogwałtu; a i my także, znaczną część naszych spostrzeżeń zmuszeni byliśmy w ten sposób objaśniać.

Następstwa nie tyle są zależne od samej tylko objętości guzów, ich liczby, oraz prędszego lub powolniejszego wzrostu, ile raczej od ich umiejscowienia i od wieku chorych. Najmniejsze stosunkowo zaburzenia towarzyszą włókniakom p o d t r z e w n y m, które bywają uciążliwymi zwykle tylko przez ucisk i drażnienie jakie wywierają na pograniczne. Totóż, jeżeli guzy te będą mierniej wielkości, chore najczęściej uskarżają się tylko na uczucie tłoczenia i ciężaru w miednicy; a dopiero później w miarę ich wzrastania, przylączają się jeszcze rozmaite objawy ucisku. Do najczęstszych przypadłości należą tu: częste parcie na stolec i ciągle zatrzymanie stolca, wzywanie do oddawania moczu, bóle przy oddawaniu takowego i przemijające albo nawet długotrwałe zatrzymanie moczu. W jednym wypadku, obserwowanym przez L e v e r'a, zatrzymanie kału i moczu tak było znaczne, że kiszki grube przepelniły się twardymi masami, a pęcherz moczowy, moczowody i miedniczki nerek znakomicie zostały rozszerzone.

Jeżeli większe pnie żyłne zostaną uciśnięte, to na ich rozgałęzieniach wytwarzają się żylaki, a w obrębie przez nie zaopatrywanym—obrzęk. To samo ucisk wywarty na pnie nerwowe w miednicy się znajdujące sprowadza najrozmaitsze nieprawidłowe wrażenia, częstokroć nader gwałtowne, nieznośne bóle i zaburzenia w czynnościach mięśni przez nie zaopatrywanych.

Ponieważ ucisk wywierany przez te narośle, zwykle ograniczone tylko miejsca dotyka, to téż i skutki tego ucisku w większej liczbie wypadków objawiają się na przebiegu pojedynczych tylko naczyń i nerwów, a tém samém zwykle w jednej tylko kończynie dolnej. Mimo to niekiedy bóle i nieużywalność kończyn tak wielkiego mogą osiągnąć stopnia, że chore stają się całkiem niezdolnymi do pracy i zostają przeważnie albo zupełnie przykutymi do łóżka.

Skutkiem drażnienia przez guzy te wywieranego, częstokroć i otrzewna także współcierpi, powstają przemijające częściowe zapalenia, które rozszerzyć się mogą na wszystkie części dodatkowe macicy i tkankę łączną między niemi się znajdującą, sprowadzając rozległe zrosty, otorbione wysięki, ropnie i t. p. Zdradzają się one bólami, gorączką i innemi

zaburzeniami, a jeżeli często wracają, pozostawiają niekiedy po sobie puchlinę brzuszłą (*ascites*).

Wszystkie następstwa dotychczas wymienione, mogą się jedno po drugim u téj saméj choréj rozwijać, trwać z rozmaitem natężeniem i na rozmaitej przestrzeni, i albo znikać na zawsze, albo naprzemian przychodzić i ustępować. Różnice te zależą przeważnie od tego, czy położenie guza skutkiem jego wzrostu, poruszeń ciała i t. p. zmienia się, czy nie; jako téż od tego, czy przychodzą czasowo silniejsze napływy, zapalenia i obrzmienia (jak się to często zdarza przy szybkim rozwoju).

Jeżeli guz jest bardzo wielki, to w rzadkich wypadkach przyjęść może do zupełnego uwięźnienia wszystkich organów miednicy; zwykły jednak przebieg bywa taki, że w miarę zwiększania się włókniaka, wznosi się on z jamy miednicznej do jamy brzusznej. Temu wzniesieniu się nierzadko towarzyszy znaczna ulga w poprzednich przypadłościach, ale téż dosyć często dołączają się do tego jeszcze nowe zaburzenia. Jeżeli guzy takie zaczęły się rozwijać krótko przed nadejściem lat przekwitowych, i jeżeli rosną powoli, nie dosiegając w ogóle znaczniejszej wielkości, albo téż gdy wzrost ich zostanie przerwany przez zwapnienie, to częstokroć dolegliwości obecnością ich spowodowane, bywają bardzo ograniczone albo nawet i żadne.

Guzy włókniste p o d ś l u z o w e, jeżeli macica znacznie się powiększy lub przemieści, wywołują, podobnie jak podotrzewne, także objawy ucisku,— ale obok tych ostatnich (a zwykle już nierównie wcześniej) uwytadniają się także i inne ważne następstwa, które, przy równych zkadinał warunkach, tém znaczniejszemi bywają, im chora jest młodsza i im prędzej guz się powiększa. Ciągłe drażnienie błony śluzowej wywołuje śluzotoki i krwotoki. I jedne i drugie wiążą się początkowo z okresem miesiączki w ten sposób, że odpływy miesiączkowe są obfitsze, dłużej trwają, przechodzą wkońcu w białe upławy, i już na tym stopniu mogą upośledzać stan ogólny chorych. Cierpi on jeszcze więcej, jeżeli krwotoki zaczęły przychodzić nieregularnie, w obfitej ilości (jak to przy obecności tak małych, jako téż i wielkich guzów zwykle już bardzo wcześniej się dzieje), albo gdy wkońcu staną się ciągłemi. Występują wtedy wszystkie objawy daleko posuniętej wodnistości krwi: wychudnienie ciała i upadek sił. Niekiedy nawet chore umierają skutkiem nagłej utraty krwi, albo,—przy znacznej niedokrwistości — z ogólnej wodnej puchliny. Z tém wszystkiém takie zejście choroby należy do bardzo rzadkich. My widzieliśmy je w jednym tylko wypadku ¹⁾.

¹⁾ Matthews Duncan przy pośmiertném badaniu zwłok pewnej kobiety zmarłej skutkiem krwotoku, znalazł na powierzchni guza włóknistego

Wymienione powyżej zaburzenia w miesiączkowaniu, nie są wszelako jedynymi i bynajmniej najuciążliwszymi. Za takie uważać raczej należy kolki maciczne, które u większej liczby chorych pojawiają się regularnie z każdym odpływem, i całemi dniami najokropniejszych przyczyniają im bóleści. Bóle jużto przychodzą wyraźnie przepuszczająco, na podobieństwo bólów porodowych, już znówu są ciągle, a tylko nasilają się peryodycznie. Głównem ich siedliskiem jest okolica miednicy; lecz częstokroć rozpromieniają się bardzo daleko, napadają i inne trzewia, osobliwie téż żołądek, i niejednokrotnie przywodzą chore do rozpacz. Przyczyna tych kolek tkwi czasami li tylko w zakrzywieniu jamy macicznej, co utrudnia odpływ krwi miesiączkowej, ale najczęściej wiąże się ona głównie z silnym nawałem zapalnym, który ukazaniu się miesiączki u podobnych chorych zwykle towarzyszy; to téż często także wstawiają się znaczne poruszenia gorączkowe. Gdy chore takie osiągną okresu przekwitowego, wtedy, skutkiem ustania peryodycznych nawałów, przypadłości wywoływane przez włókniaki podśluzowe częstokroć znacznie łagodnieją, albo nawet całkowicie znikają.

Guzy śródmiąższowe właściwe, w skutkach swych zbliżają się jużto więcej do podśluzowych, jużto do podotrzewnych, stosownie do tego, czy leżą bliżej wewnętrznej czy zewnętrznej powierzchni organu. Wogóle, wywołują one później dopiero i w mniejszym stopniu zaburzenia w miesiączkowaniu, a nawet i mniej obfite białe upławy; wszelako i im także towarzyszą gwałtowne i długotrwałe krwawienia miesiączkowe i krwotoki maciczne, jakotéż silne kolki.

Daléj, bardzo ważnym jest wpływ niepomyślny, jaki guzy włókniste wywierają na sprawę płodzenia. Spółkowanie samo bywa utrudnione w wyjątkowych tylko razach, mianowicie przez takie włókniaki, które mając za punkt wyjścia dolną część macicy, leżą w głębi miednicy; za to zapłodnienie bardzo często doznaje przeszkody, a nawet bywa uniemożliwione skutkiem następczego przemieszczenia i skrzywienia macicy, jakotéż nieprzenikalności jajowodów. Zupełna mianowicie niepłodność zdaje się być bardzo często następstwem pozarastania jajowodów i t. d., w skutek przechodnich zapaleń okołomaciczych. Według Chiari'ego na 25 zrobionych sekcij znaleziono zarośnięcie jajowodów 8 razy, a zatem prawie w trzeciej części wypadków. Jeżeli guzy włókniste nie przeszkodzą zapłodnieniu, to przez uszczuplanie rozciągliwości macicy, jako-

wdrążającego do jamy macicznej okrągławy otwór zatkany skrzepem, prowadzący do jednej z żył macicznych (*Edinb. med. journ. Januar. 1864*).

téż przez ustawiczne targanie, usposabiają do przedwczesnego przerwania ciąży. Jeżeli mimo to płód zostanie donoszonym, to w rozmaity sposób zakłócają one przebieg porodu i położu; najmniej jeszcze sprawiają to włókniaki w górnej części macicy umieszczone, które powodują tylko nieprawidłowości w bólach, ale w wyjątkowych razach i rozdarciu macicy spowodować mogą. Guzy usadowione w dolnym odcinku macicy ścieśniają przestrzeń miednicy i sprowadzają przez to mechaniczne przeszkody przy porodzie. W okresie poporodowym i w położu przeszkadzają one ściąganiu się macicy, dając powód do gwałtownych, niekiedy nawet śmiertelnych krwotoków macicznych. Nakoniec część tych matek, które przebyły szczęśliwie wszystkie opisane powyżej niebezpieczeństwa, marnieje jeszcze następnie, skutkiem rozwiniętego przy porodzie traumatycznego zapalenia.

W nieskończenie rzadkich wypadkach choroba leczy się dobrowolnie. Za uleczenie takie, przynajmniej w porównaniu z małymi skutkami jakie sztuka wywołać jest w stanie, uważaném być już może stłuszczenie i zwapnienie guza, gdyż takowe sprawia, iż guz pozostaje nadal w niezmiennym już stanie.

Daléj, doświadczeni diagnostycy zapewniają, że pod wpływem szczególnie przyjaznych okoliczności, guzy włókniste mogą znikać dobrowolnie. Scanzoni widział chorą u której guz prawie tak wielki jak głowa mężczyzny, po 11-letniém istnieniu, zupełnie zniknął podczas położu. Spostrzeżenie to może być w ten sposób objaśnione, że guz włóknisty, jak bierze udział w postępowych przemianach macicy podczas ciąży, tak samo téż przyjmuje udział w przeistoczeniu tłuszczowém jakimu włókna mięsne podczas położu ulegają, i że podczas téj sprawy odradzanie się nie następuje. To pewna, że u osób zmarłych w czasie położu, znajdował on guzy rozmiękczone i wiotkie.

Częściej już, jakkolwiek wogóle rzadko, zanik starczy wywiera swój wpływ także i na guzy włóbobione w ściany macicy, które zmniejszają się w sposób uderzający. Pomijając działanie tych dwóch czynników, zdarza się jeszcze czasowe zmniejszenie objętości, ale trudno o trwałe ściągnięcie się; pierwsze zaś objaśnia się ustąpieniem silnego przekrwienia lub téż surowiczego nasięku. Nierzadko zdarzają się wypadki, gdzie guz podczas każdej miesiączki silnie pęcznieje, a z ustaniem odpływu nawał się zmniejsza, a obrzmienie może zniknąć.

Niekiedy silne przekrwienia tak czynne jako téż i żylne, wywołują zapalenie lub téż zgorzel i zropienie włókniaka wraz z jego łożyskiem, a przez to, w szczęśliwych razach, oddzielenie się pierwszego i wyeliminowanie drogami rodnymi. Zupełne uleczenie na téj drodze spostrzegali:

Cruveilhier, Ziemssen ¹⁾ i Lumpe ²⁾ w jednym, a Chiari w dwóch wypadkach. U choréj Z i e m s s e n'a wydalenie poprzedzone gorączką z charakterem typowym i znaczném zwiększeniem się istniejącego już osłabienia, poczęło się gwałtownymi bólami i odpływem cieczy posokowatéj, i trwało bez przerwy dni 17, w ciągu którego to czasu odeszło 6 kawałków od wielkości orzecha do pięści. W wypadku podanym przez L u m p e'g o, guz włóknisty wielkości głowy mężczyzny, wydany został w postaci posoki, zawierającej szczątki tkanek i konkrementa wapienne, której odpływ trwał 4 miesiące, a po powrocie regularności pojawiał się znowu w przerwach międzymiesięczkowych. Jednak większa część chorych, zropienie włókniaka przypłaca życiem; tak w wypadkach H u g u i e r'a, L e e'g o, M a r s h a l l H a l l'a i innych. Niekiedy posoczeją także guzy nie tylko podśluzowe, ale głębiej w ścianę macicy wżłobione, a ropień ztąd powstały nie otwiera się do jamy macicznej, ale albo aż do śmierci choréj pozostaje nieotwartym, albo téż otwiera się do innych organów lub do jamy otrzewnej. Wylanie się ropnia do odbytnicy, śmiercią zakończone, spostrzegał M'Clintock.

Rozpoznanie włókno-mięśniaków bardzo często nie przedstawia trudności, przypuszczając że ciało macicy jest wygodnie dostępne dla dotyku, albo téż takiem uczynić się dozwala. Im więcéj guzy wystają na zewnętrzną powierzchnię macicy, tém łatwiej wymacać je można jako kuliste, kłębowate wydatności, które nie tylko kształtem ale nadto sprężysto-twardą spistością zdradzają swą włóknistą naturę.

Jeżeli siedliskiem ich nie jest dno maciczne, a wielkością nie przechodzą prawidłowéj albo co najwyżej, mało powiększonéj macicy, to najdogodniéj wymacać je można przez sklepienie pochwy i wziąć za przodozgięcie, tyłozgięcie lub zgięcie boczne macicy, albo wreszcie za zapalne obrzmienie tkanki łącznéj okołomacicznej. Niekiedy zamianie nowotworu ze z g i ę c i e m macicy stoi na przeszkodzie ta okoliczność, że macica obciążona w pierwszym wypadku, obniża się, a ztąd łatwiej jest dosięgnąć przeciwnéj ściany z drugiéj strony dna pochwy. W innym razie wysledzić trzeba przez połączenie badania zewnętrznego z wewnętrzném, czy ciało macicy jest po prostu tylko przemieszczoném, i dlatego nie znajduje się na właściwém miejscu, albo téż czy guz wyznaczany przez ścianę pochwy jest wyrosłą na macicy, dającéj się obok

¹⁾ *Virchow's Archiv.* XVII. 3 i 4. 1859.

²⁾ *Zeitschr. d. Wien. Aerzte* Nr. 29. 1860.

niego wymacać. Jeżeli i to postępowanie nie doprowadzi do celu, to wprowadzenie zgłębnika macicznego da nam pojęcie o kierunku osi macicy; jeżeli zgłębnik wchodzi w prawidłowym kierunku ku przodowi, albo jeżeli mimo poprawienia kierunku macicy guz po za dnem pochwy nie znika, to już nie może być mowy o zgięciu.

Rozróżnienie w y s i ę k ó w m i e d n i c z y c h od guzów włóknistych jest trudne, jeżeli te pierwsze przytykają bezpośrednio do powierzchni macicy, mają granice ostro określone, są niebardzo już dotkliwe, albo też gdy do istniejących włókniaków przyłączy się zapalenie okołomaciczne. W tych razach i badanie przedmiotowe nie zawsze chroni od błędu; trzeba tu wnikać ściśle w wywód choroby. Ten albo wykaże, że zapalenie okołomaciczne po poronieniu lub naturalnym porodzie poprzedziło, albo że chora przeciwnie cierpiała na białe upławy, krwawienia miesięczkowe, kolki maciczne i inne objawy właściwe guzom włóknistym. Jeżeliby jeszcze tu i owdzie pozostała jakowa wątpliwość, to dalsze postrzeganie przekona, czy guz trwa ciągle, czy też znika skutkiem wessania.

Jeżeli guzy włókniste znaczniejszą przedstawiają objętość, to macica wstępuje mniej lub więcej do jamy brzusznej, a tém samém i zniekształtnienie zewnętrznej jęj powierzchni pozwala się zwykle dogodnie ocenić przez powłoki brzuszne, sklepienie pochwy i odbytnicę. Z tém wszystkiém i tu także natrafiamy niekiedy na trudności, gdyż kobiety dotknięte włókniakami są właśnie częstokroć bardzo otyłe, a już ta okoliczność może nam utrudnić odpowiedź na pytanie czy guz napotkany w brzuchu, umiejscowiony jest w macicy, czy też w którym z sąsiednich organów. Najłatwiej jest pomieszać guzy macicy z nowotworami jajników, które niekiedy mają także wżgórkowatą powierzchnię obok twardej konsystencji. Rozważenie wyvodu choroby, w tych razach, chociaż nie wyklucza możności pomyłki, wszelako dostarczyć nam może ważnych wskazówek, gdyż tego rodzaju guzy jajników nieznaczne wogóle wywołują przypadłości, mianowicie też nie łatwo sprowadzają ponawiające się krwotoki miesięczkowe i rżnięcia w macicy. Pozostaje jeszcze dopóty badać za pomocą dotykania, dopóki nie wykryjemy macicy obok guza i próbując poruszać je oddzielnie nie przekonamy się, że takowe leżą obok siebie nie łącząc się ze sobą, albo też dopóki się nie przekonamy że guz bezpośrednio przechodzi w macicę. Jeżeli nie można będzie dokonać tego gołą ręką, to trzeba użyć na pomoc zgłębnika. Ten wnika niekiedy łatwo aż do dna macicy, wykazując przy obecności guzów włóknistych, że odpowiednio do ich objętości, jama macicy jest wydłużona.

Często jednak przenika on do macicy zaledwie z trudnością, bądź że oś macicy w okolicy wewnętrznych ust macicznych silnie zbacza, bądź że ta, już nawet w miejscach wyżej leżących, jest skrzywiona przez guz wdrażający do jój jamy. Z kierunku, jaki zgłębnik wprowadzany przybiera, można niekiedy wnosić, że znajduje się on w środku guza; częściej jednak leży bliżej powierzchni tego ostatniego, a w takim razie, wymacać się daje przez ściany brzuszne albo w całej swój długości, albo tylko jego główka. Że częstokroć szukać go trzeba z boku guza, na to zwraca uwagę już sam kierunek rękojeści. Chociaż z badania takiego się pokaze, że macica jest mało tylko powiększona, to jednak guz mógł w niej się rozwinąć i leżeć może pod otrzewną. W tym razie może on być połączony z macicą albo cienką tylko szypułką, albo też mieć szerszą podstawę. Jeżeli jest szypułkowaty, to częstokroć, przynajmniej przy niektórych położeniach chorój, daje się od macicy oddalić, a wtedy wprowadziwszy zgłębnik, można w razie potrzeby rozpoznać, że ta ostatnia nie porusza się z nim razem. Tak zachowujący się guz, musi być uznany za zewnątrzmaciczny, i jest takim w rzeczywistości; a tylko obecność innych cech przynależnych włókniakom może uzasadnić podejrzenie, że się pierwiastkowo w macicy rozwinął. Na rozważanie tych „innych” cech możemy być wyłącznie skazani, gdy ani bezpośredniego związku guza z macicą, ani też przeciwnego stanu wykryć nie zdołamy, bądźto że guz nie zupełnie oddzielił się od macicy, bądź że rozwinąwszy się w jajniku przyrósł tylko do macicy, bądź wreszcie, że mimo braku połączenia, wszelkie usiłowania rozdzielenia ich pozostały bez skutku. Punktu wyjścia guzów bardzo sprężystych w całości lub w pojedynczych odcinkach, z wielkiem prawdopodobieństwem szukać będziemy w jajnikach; ale i tu pomyłki są niekiedy możebne, gdyż stanowczego rozpoznania bez autopsyi zrobić tu niepodobna. Osluchiwanie guza nie daje także stanowczych wypadków, gdyż tak zwane szmery maciczne zdarzają się również i przy guzach jajników, jakkolwiek rzadziej niż przy mięśniakach macicy.

Niekiedy istnieje kilka włókniaków obok siebie i do tego tak ułożonych, że i ku dołowi mocno wystają i otaczają szyję macicy. W podobny sposób, co do położenia, kształtu i odporności zachowywać się mogą raki zaotrzewne gruczołów miednicy, skoro obrosną macicę dokoła. Ale przy obecności tych ostatnich, jama maciczna ani się wydłuża ani zagina, a bóle mogą wprawdzie przychodzić w napadach, ale nie pod postacią właściwej kolki macicznej. Często też równocześnie

obecność innych objawów, wykazuje zajęcie rakowate innych także organów.

Prócz raka, w wypadkach takich mieć trzeba na uwadze, że wydatności podobne mogą być następstwem obszernego zapalenia tkanki łącznej dookoła macicy (*phlegmone periuterina*) albo też krwistkiem (*haematocele*). Znaki cechujące krwistek, przyczyny i sposób jego rozwijania się, spoistość guza i dalszy przebieg takowego, opisane będą później.

Nierzadko brakuje nawet tego znaku cechującego włókniaki, który w niniejszym opisie postawiliśmy na pierwszym planie. Jest nim nieregularność zewnętrznej postaci macicy, pochodząca od ostro-odgraniczonych guzów. Tak np. mimo obecności wielu podśluzowych włókniaków, znajdujemy macicę zupełnie prawidłowego kształtu, gruszkowatego lub kulistego. Podobnie zachowuje się ona i przy obecności mniejszych guzów śródmiąższowych. Macica bywa w tych razach twarda i zbita; lecz przy większych rozmiarach niekiedy też i podatniejsza. Może tu zajść podobieństwo do brzemienności, przewlekłego zapalenia macicy i raka w tym organie. Jeżeli ciąża nie może być wyłączonej, — bo i wywód choroby nie daje tu niezawodnych podstaw, i przypadłości zarówno miejscowe jako też i ogólne są do siebie podobne, i sutki w podobny sposób zmienione — to oczekiwać należy rozstrzygnięcia wątpliwości od ponowionego w późniejszym czasie zbadania. Z tem wszystkiem, dalsze obserwowanie chorób rzadko będzie potrzebne temu, kto zwróci uwagę na tę okoliczność, że macica w trzecim i czwartym miesiącu ciąży częstokroć odznacza się ciastowatą spoistością, a w czwartym bardzo często w obrębie jej granic słychać już szmer macicy, którego, przy tak małych włókniakach nikt przynajmniej nie wykazał. Do tego dodać należy, że guzy wcześniej niż ciąża rozszerzają szyję macicy, która też wcześniej palec przez siebie przepuszcza. Co się tyczy rozróżnienia guzów włóknistych od przewlekłego zapalenia macicy, to tu najpierw zasługuje na uwagę, że ta ostatnia choroba bywa albo następstwem ostrego zapalenia, albo też rozwija się po poroku, albo wreszcie z przyczyn podtrzymujących przewlekłe przekrwienie organów miednicy; że przy niej nadzwyczaj często napotykaną bywają owrzodzenia ust macicznych, oraz, że w miarę twardnienia tkanki macicy, odpływy miesięczne zmniejszają się co do ilości. Lecz najpewniejszych podstaw do rozpoznania dostarcza nam badanie za pomocą zgłębnika, który w wypadkach gdzie włókniaki nie zniekształniły

macicy od zewnątrz, wprowadzony do jej jamy, na sam guz napotyka. Za r a k a szyi macicznej, co najwyżej mógłby być wzięty guz wystający z pomiędzy ust macicznych i wyżłobiony na wierzchołku przez owrzodzenie, ale i to tylko wtedy, jeżelibyśmy zaniedbali przekonać się o obecności ust macicznych, dokoła lejka powstałego z owrzodzenia. Co się zaś tyczy rozpoznania rzadkich wypadków pierwotnego raka w ciele macicy, odsyłamy do rozdziału traktującego o tej chorobie.

Rozróżnienie guzów włóknistych szypułkowatych od bezszypułkowych, umieścimy przy rozpoznawaniu polipów.

Rokowanie. Chociaż nowotwory będące niniejszego opisu przedmiotem rzadko kiedy życiu zagrażają, to jednak rokowanie przy nich w ogóle bywa niepomysłne, gdyż wszelkie usiłowania dążące do usunięcia, zmniejszenia lub przynajmniej powstrzymania wzrostu guza w drodze pochłaniania (*resorbtio*), rzadko cieszą się powodzeniem, a do szczonego leczenia drogą operacyi nie często próbować można.

Leczenie. Doświadczenie uczy, że t e r a p e u t y c z n e leczenie guzów włóknistych macicy w większej liczbie wypadków pozostaje bez wpływu na dalszy ich rozwój. Co więc, wielu z lekarzy albo stanowczo zaprzecza, albo przynajmniej niedowierza prawdziwości i tych nielicznych wypadków, które pod wpływem wyżej wspomnianego leczenia pomyślnie zakończyć się miały. Mnóstwo jest bowiem źródeł błędu, które z łatwością przyćmić mogą wynik spostrzeżenia. Odnoszą się tu nietylko błędy w rozpoznaniu (mianowicie przyjęcie za guz włóknisty wysięków okołomacicznych lub prostych przewlekłych zapaleń macicy), ale nadto wielka zmienność w samej objętości włókniaków, spostrzegana szczególnie w guzach bardziej miękkich a zależących od istnienia lub braku przekrwienia i nasięku surowiczego. Złudzenia tego rodzaju są w samej rzeczy możliwe, i mogły rzeczywiście odgrywać rolę w licznych wypadkach trwałego uleczenia lub zmniejszenia guzów, jakie dotychczas spostrzegano. Bądź co bądź, nie wszystkie oczywiście wypadki, podane przez różnych wiarogodnych autorów, dadzą się dowolnie w ten sposób objaśnić, a ztąd też nietylko że usprawiedliwione, ale nawet nakazane jest dalsze postępowanie tą drogą leczniczą, przypuszczając, że używane środki nie więcej zagrażają ustrojowi aniżeli sama choroba.

Trwałe zmniejszenie guza lub powstrzymanie jego wzrostu, dotychczas dawało się osiągnąć przez konsekwentne a przytém przezorne zasto-

sowanie środków przeciwpalnych, odciągających i roztwarzających. Ponieważ z góry przygotować się trzeba na kilkomiesięczną a nawet i dłuższą kurację, to też niestosownemi tu są ani znaczne upusty krwi, ani środki łatwo upośledzające stan ogólny, jak np. wiele dawniej używana rtęć, a tém mniej, właściwa kuracya głodowa. Przeciwnie, powtarzane miejscowe upusty krwi bardzo często cieszyły się powodzeniem, jeżeli były zastosowane do sił chorych. Liczne także spostrzeżenia wzywają do używania jodu, bromu i chlorku wapnia. Przetwory jodowe dawać można albo oddzielnie obok lekko przeczyszczających soli (jodek potasu po 2 grana, naciąg jodowy po 5—10 kropel kilka razy dziennie, a u osób małokrwistych i źle odżywionych jodek żelaza, po 2—4 gran na dawkę), albo też łączyć je z temi ostatniemi, zalecając np. brać całemi tygodniami a nawet miesiącami roztwór gr. XX — 3 β jodku potasu i 5 vj — 5 j β winianu potażu w 6 uncjach wody, po 3 łyżki dziennie. Angielscy lekarze osobiwie stosują równocześnie wcierania maści jodowych i rtęciowych, w podbrzusze lub w błonę śluzową części pochwowój macicy. Pomyślniej jednak od wspomnianych wcierań wpływa używanie ogólnych kąpiei mineralnych naturalnych, osobiwie też solnych, morskich, lub im powinowatych.

Bromek potasu zachwalany był szczególnie przez Simpson'a i Rigby'ego w dawkach 3-granowych, trzy razy dziennie z wyciągiem goryczki (*extr. gentianae*). Ma on tę znakomitą wyższość nad jodem, że nietylko nie upośledza odżywiania, ale je stanowczo poprawia. Ale też tonizujące to działanie, a obok niego i pożądanе bardzo uregulowanie stolca, są jedynemi skutkami jakie według naszego przekonania za pomocą tego środka zwykle osiągamy. Chlorek wapnia zalecany był przez Rigby'ego, a M'Clintock wypróbował go u pewnej 28-letniej kobiety, u której guz wielkości jabłka znikł zupełnie, a potem nastąpiła ciąża.

Obok zadawania chorym powyższych lekarstw, należy staranną pieczołowitością otoczyć cały sposób ich życia; nie dawać nigdy środków lekarskich, tak długo żeby aż upośledzać stan ogólny do stopnia budzącego obawę; dbać o regularną nierozdrażniającą dyetę i o umiarkowany ruch na wolném powietrzu; jeżeliby nastąpiło krwawienie, zalecić bezwzględny spokój i unikanie wszystkiego, coby mogło wywołać nawal do macicy, mianowicie też spółkowania, które prócz tego grozi jeszcze niebezpieczeństwami mogącój nastąpić ciąży.

Oddawna też używano przeciw guzom włóknistym macicy, wód mineralnych do picia i kąpiei i to częstokroć z wielorakim pożytkiem.

Są tu w użyciu źródła Ems, Kissingen, Kreuznach, Adelheidsquelle w Heilsbronn (w Bawaryi), jako téż kuracye mleczne, serwatkowe i winogronowe. Według O. P r i e g e r'a (*Monatsschr. f. Geburtsh. 1853. 3*), pod wpływem zdrojowisk Kreuznach'skich, niekiedy z pomocą innych środków lekarskich, na 25 wypadków, 6 razy nastąpić miało zupełne wessanie guzów, 9 razy zmniejszenie ich ze znaczną ulgą we wszystkich dolegliwościach, najmniej 8 razy zupełne zawieszenie wzrostu guza, a tylko 2 razy żadnej nie było poprawy. Użytek tych kąpielei nie powinienby doznać ujmy, chociażby chore dostawały do picia umiarkowaną ilość wody ze źródła Elżbiety (*Elisabethquelle*), która znacznie upośledza trawienie żołądkowe.

Obok wyszczególnionego powyżej postępowania leczniczego, zwykle potrzebném jest także i leczenie o b j a w o w e. Trzyma ono główne miejsce u takich chorych, u których szczególnie jakie przypadłości wysokiego doszedłszy stopnia, niebezpieczeństwem grozić zaczynają.

Najczęściej upośledzonym bywa stan ogólny chorych, skutkiem upływów krwi i śluzu. Z tém wszystkiém nie tyle to upośledzenie, ile raczej kolki miesięczkowe, przelotne zapalenia maciczne i okołomaciczne, następstwa ucisku trzewiów, nerwów i naczyń, częstokroć największych przyczyniają chorym męczarni.

Leczenie palliatywne krwotoków macicznych, białych upławów i kolki macicznej nie może tu być szczegółowiej wyłożone, gdyż stany te opisane są na innych miejscach. Tu chcemy tylko zwrócić uwagę na szczególne względy, któremi kierować się trzeba przy stosowném leczeniu krwotoków zależnych od obecności guzów włóknistych, ze względu na ich przyczynę. Część środków wewnętrznych, i prawie wszystkie miejscowe, które przy krwotokach istotnie pomocnymi być mogą, działają równocześnie mniej lub więcej drażniaco, na samą macicę, a tymczasem przy leczeniu guzów włóknistych główném zadaniem jest unikać o ile można wszelkich podobnych podrażnień. To musi koniecznie ograniczyć lekarza w wyborze środków używanych przeciw wspomnianemu wyżej objawowi. Z téj przyczyny najstosowniejszém się być zdaje, dopóki krwawienie nie jest zbyt gwałtowne, zwalczać je odpowiedniém zachowaniem się choréj, oraz zimnemi kąpielami nasiadowemi i lawatywami; z wewnętrznych zaś używać tylko kwasów roślinnych lub mineralnych, a szczególnieju soku cytrynowego, dwuwinianu potażu (*cremor tartari*), kwasu garbnikowego, gallusowego, siarczanego, jakotéż przetworów żela-

znych działających ściągająco: siarczanu żelaza i roztworu półtorochlorku żelaza. Każdy z tych środków nieraz okazał się pożytecznym, ale żaden z nich nie jest pewny. Niektóre z pomiędzy nich, a nadewszystko zimne kąpiele nasiadowe zwiększają nawet niekiedy krwotok, gdyż w ślad za miejscowém oziębieniem idzie silne oddziaływanie. Jeżeli mamy równocześnie objawy znacznego targania macicy, w nieustannym i nieznośnym bólu krzyża i t. p., jak się to często zdarza przy guzach śródmiąższowych, to kilkakrotnie widzieliśmy jak najlepszy skutek po zastosowaniu długo-trwających ciepłych kąpielei nasiadowych. W takich razach czasowo pomocnym téż bywa makowiec, bądź sam, bądź w połączeniu z wymiotnicą, jakotéż i konopie indyjskie. Angielscy lekarze, idąc w ślady Churhill'a, zalecają naciąg konopi indyjskich (*tinct. cannabis indici*) jako środek tamujący krwawienie, który w porównaniu z poprzednio wymienionemi rzadko kiedy zawodzi, i zadają go po 5—10 kropel kilka razy na dzień, a nawet co pół godziny. Prócz tego w tym samym celu używają oni także kalomelu i sublimatu, które po części zadają aż do wystąpienia ślino-pływu (*salivatio*). W jednym, podanym przez T. H. Tanne'r'a ¹⁾ wypadku, który ostatecznie z powodu wycieńczenia śmiercią się zakończył, niejednokrotnie zapobiegano za pomocą tych środków grożącej utracie życia z krwotoku. Tu także z zadowoleniem dowiadujemy się, że sublimat w dawce po $\frac{1}{16}$ grana co 6 godzin, nie mniej był skutecznym od kalomelu zadawanego aż do ślino-pływu.

Przy krwotokach grożących niebezpieczeństwem, częstokroć nic innego nie pozostaje, jak przystąpić do nastrzykiwań wewnątrz-maciczych. Chwilowo pomocnym jest także tampon pęcherzowy, z którym połączyć się daje działanie zimna, i który jest lepiej znoszonym aniżeli tampon stały. Gdzie już krańcowa drażliwość tamponu wprowadzić nie dozwala, tam kładziemy chorą na bassonie i każemy jęj wprowadzać sobie bez przerwy małe kawałki lodu do pochwy.

W nowszych czasach przeciw krwotokom towarzyszącym włókniakom macicy, używać nawet zaczęto operacyj chemicznych. Davis, Atlee, Nélaton, Backer Brown i M'Clintock, spostrzegli, że krwotoki maciczne, które pierwój ciągle powracały grożąc życiu chorych, ustawały po nieudaniu się prób oddalenia guzów podśluzowych.

¹⁾ Obstetric. transact. III, p. 11.

Proste nacięcie ust macicznych często miało ten sam skutek. B. Brown objaśnia to sobie w ten sposób, że po rozszczepieniu szyi macica może się obciągnąć naokoło guza i zacisnąć naczynia. Routh zwraca uwagę, że krwotok może pochodzić albo z powierzchni samego guza, albo z pozostałej części błony śluzowej macicy, stosownie do tego czy sam włókniak będzie siedliskiem przekrwienia, czy też będzie drażnił błonę śluzową macicy. Rozszerzenie ust macicznych zmniejsza ciśnienie i drażnienie jakich powierzchnia macicy od guza doznaje. Jeżeli ten ostatni tkwi głęboko, w pobliżu szyi macicznej, to nacięcie działa tak samo jak częściowe oddzielenie łożyska przyczepionego do ust macicznych, gdyż pociąga za sobą częściowe oddzielenie włókniaka od ściany macicy. Czy te objaśnienia są słuszne, czy też nie, sam fakt jest zawsze wielkiej wagi pod względem praktycznym, gdyż nietylko otwiera nam nową drogę leczenia objawowego, ale nadto domaga się od nas abyśmy nie zwlekali z krwawym rozszerzeniem ust macicznych tam, gdzie bez tego nie można dokładnie rozpoznać siedliska guza.

W innych razach nie zadawalniano się rozszerzeniem ust macicznych, lecz nacinano także powierzchnię samego guza, albo też usiłowano bezskutecznie oswobodzić go, obrażając przez to mniej lub więcej jamę macicy (Davis, M'Clintock). I skutkiem tego również osiągnano tylko to, że niebezpieczeństwo śmiertelnych krwotoków lub też wyniszczającej małokrwistości, znikало. Z doświadczeń tych można wyciągnąć pod względem leczenia objawowego taką naukę, aby tam, gdzie nacięcie szyi nie wystarczy do usunięcia krwotoku, spróbować naciąć sam guz.

Przypadłości jakie wywołują guzy włókniste macicy przez ucisk wywierany na rozmaite organa, usuwać się dadzą tylko przemieszczeniem tychże guzów, zmieniając położenie chorych lub też wprost odsuwając macicę ponad wejście miednicy. Jeżeli objętość macicy zaczyna być za wielką w stosunku do pojemności małej miednicy, to odprowadzenie takie może być wprawdzie trudne a niekiedy nawet niemożliwe, ale jeżeli się uda, to guz nie łatwo już się na nowo opuści. Nawet przy mniejszej objętości tego ostatniego, zmiana jego położenia może istotną przynieść ulgę choréj. Chociażby ulga taka przemijającą nawet być miała, albo chociażby przez ucisk innego organu nowe wystąpiły przypadłości, to i tak zmiana podobna, jest dla choréj dosyć pożądaną.

Zapalenie, ropienie i sposoczenie guzów traktujemy według zasad podanych dla ropni w miednicy, ułatwiamy odpływ wydzieliny za po-

mocą przestrzykiwań i t. p., pomagamy wydaleniu się guza, gdzie to się da wykonać, a do wewnątrz dajemy środki odpowiadające cechom gorączki.

W tém miejscu nie możemy pominąć, że następujące niekiedy na téj drodze dobrowolne uleczenie naprowadziło na myśl, aby przy leczeniu ten sam cel wziąć pod uwagę.

Ponieważ postępowanie wyżej opisane w pojedynczych tylko wypadkach sprowadza istotne polepszenie choroby, a objawowe leczenie bardzo często daje wyniki najmniej zadawalniające, to téż chirurgowie i gynecolodzy niejednokrotnie próbowali usuwać włókniki drogą operacyi, a tém samém wykorzeniać zle ze szczętem. W tym celu nietylko wnikano przez drogi rodne nożyczkami i nożem, ale nawet nie cofano się przed przecięciem ścian brzusznych, jeżeli przedmiot operacyi od góry tylko był dostępny. R o u t h zestawil 33 takich operacyj, podejmowanych wprawdzie po większej części z tém przekonaniem, że guz w jajniku się mieścił; z tych, 23 zakończyło się śmiercią, a tylko 10 wyzdrowieniem. W 15 wypadkach guz leżał bliżej błony surowiczej; z pomiędzy nich 5, albo inaczej 33% szczęśliwie się zakończyło. Ta niestosunkowo wielka śmiertelność, pomimo pomyślnych napozór warunków operacyjnych, tłumaczy się tém, że u dwóch operowanych szypuła nie dosyć dokładnie została podwiązana, co się przyczyniło do powstania następczego krwotoku; u trzech zaś pozostałych po przecięciu ścian brzusznych dokonano wyłuszczenie (*enucleatio*) ¹⁾. Z dziewię-

¹⁾ Świeżo operowany przez B a o k e r B r o w n ' a wypadek, zakończył się także śmiercią. Przecięcie ściany brzusznej zrobiono, gdyż choréj pozostawało tylko niewiele chwil życia, a życzyła sobie operacyi. Przez nacięcie najpierw otworzył się dostęp do górnej części guza, ważącego 16 funtów, a następnie krótka jego szypułka, mająca 3 cale obwodu, została przeciętą. Ponieważ żyły na palec grube, znajdujące się na powierzchni rany, silnie krwawiły, to téż musiano następnie założyć 3 srebrne podwiązki. Przy bliższém zbadaniu pokazało się teraz, że macica mieściła w sobie jeszcze 3 włókniki, z których jeden wielkości głowy dziecka, a 2 wielkości pięści, jakotéż że jajnik skutkiem zwyrodnienia torbielowatego, doszedł wielkości gęsiego jaja i przyrosł do macicy. To téż B. B. przystąpił do wyłuszczenia i tego także organu. Naprzód podwiał oba więzy maciczne pojedynczą podwiązką, a szyję podwójną. Ale

ciu operowanych, u których guz był śródmiaższowy lub podśluzowy, jedna tylko, u której macica aż po szyję została wycięta, wyzdrowiała.

Najpomyślniejsze były właśnie te operacje, gdzie guz leżał wysoko w jamie brzusznej, a przez to jajniki łatwo pozwalały się razem oddzielić, a podwiązka mogła być nałożona dokoła szyi macicznej lub sklepienia pochwy.

Do wyłuszczenia guzów włóknistych macicy drogą naturalną, Dupuytren i Velpeau najpierw podali odpowiedni sposób, radząc wyłuszczyć guz z jego torby łączno-tkankowej, po krwawém rozdzieleniu powłoki. Operacja ta wykonana po raz pierwszy przez Amussat'a w 1840 roku, dwa razy z pomyślnym, a raz z niepomyślnym skutkiem, została przezeń szczegółowo opisana w oddzielnej broszurze, przyczem zaleca on ją nietylko dla tak małych guzów, które bez poprzedniego rozdrobnienia pozwalają się wydobyć, ale i dla większych. Sam Velpeau z dwóch wyłuszczeń które rozpoczynał, jedno tylko mógł doprowadzić do końca, lecz stracił obie chore; dlatego też odradza przedsiębrać tę operację, jeżeli objętość guza przechodzi dwie pięści. Smutne zejście tych dwóch wypadków, jakoteż przykrości jakie Amussat znosić musiał z okoliczności swego opisu, nie były w stanie ośmielić innych do podobnych prób. To też operacja ta nie przyjęła się we Francyi, a co więcej — Nélaton¹⁾ przeciwko niej się oświadczył. Wprawdzie Démarquay²⁾ wykonał ją znowu 4 razy, lecz zaledwie jedną chorą utrzymał przy życiu.

W Niemczech Kiwisch z wielkimi tylko ograniczeniami oświadczył się za wyłuszczeniem; dopuszczał je tylko wtedy, gdy guz nie przechodził objętości gęsiego jaja. Także i Langenbeck³⁾ uważał każde usiłowanie wyłuszczenia włókniaka usadowionego w części macicy pokrytej otrzewną, za przeciwwskazane, gdyż nie można przed-

trzeba było odnowić podwiazkę na lewym więzie, gdyż się ześliznęła; druga zaś także niedokładnie obejmowała powierzchnię rany, tak, że operowana spadła z sił i umarła (Obstetr. transact. VI. p. 249).

¹⁾ Gaz. des hôpit. Nr. 91. 1856.

²⁾ Journ. de Bordeaux. Nr. 25. 1860.

³⁾ Deutsche Klinik Nr. 1. 1859.

tém określić jak blisko otrzewnej guz się znajduje, a tém samém zachodzi obawa zapalenia otrzewnej. Chociaż nawet guz włóbobiony jest w szyję lub w usta maciczne, to operację tę uważa on wtedy tylko za wskazaną, jeżeli u młodych osób nie można przewidzieć końca niebezpiecznych krwotoków; i operował po za okresem połogowym dwa razy szczęśliwie.

W Anglii operacja ta częściej była podejmowaną. Hutchin-son ¹⁾ zestawiając wszystkie operacje wyluszczenia włókniaków, jakie doszły do jego wiadomości, znalazł, że tylko 18 było skończonych, 6 zaś musiano przerwać. Z pierwszych — 6, z ostatnich zaś — 2, zakończyły się śmiercią. Rozumie się, że nie wszystkie te wypadki znajdowały się w jednakowo pomyślnych warunkach do operacji. W 13-stu z pomiędzy nich guz był wielki, tkwił w ścianie i nigdzie nie wystawał; wyluszczenie zatem rozpoczynane było w jak najniebezpieczniejszych okolicznościach; to też tylko 7 razy skończyło się wyzdrowieniem, a 6 razy śmiercią. Gdzie okoliczności były pomyślniejsze, włókniak sterczał nieco, lub też był mały, tam tylko 2 wypadki skończyły się śmiercią, a w jednym z nich, guz nie mógł być wydobyty z powodu swęj wielkości. Za przyczynę śmierci po większej części podawano zapalenie otrzewnej, jakotęż tkanki łącznej miednicy. Krwawienie tylko w dwóch wypadkach było niebezpieczném; mimo to wyzdrowienie następowało nieraz dopiero po groźnej chorobie. Routh zbogacił tę statystykę 9-ma wypadkami, z których 8 pomyślnie się zakończyło.

Gdzie z powodu znacznej wielkości lub silnego włóbobienia guza, wyluszczenie było niewykonalném, tam usiłowano go wydalić za pomocą działań mających na celu doprowadzenie guza do zgorzeli, a następnie wyropienia. Drogę tę, ale zarazem i wielkie jęj niebezpieczeństwo, wskazało lekarzom postrzeganie dobrowolnego sposoczenia guzów; a pomyślne zakończenia na téj drodze kilku wypadków, w których daremnie usiłowano guz wyluszczyć, zdawały się przemawiać za jęj pożytecznością w razach, gdy o pierwotném wyluszczeniu myśleć nawet nie można. Atlee zwrócił uwagę na to, że niekiedy już proste nacięcie powłoki, doprowadzić może do zgorzeli guza.

¹⁾ Medic. tim. 369, 371 i 373. 1857.

Ale najczęściej trzeba było oddzielić włóknia od jego torebki. B a c k e r B r o w n ¹⁾ usiłował przejście guza w zgorzel zrobić pewniejszém i przyspieszyć przez to, że wycinał kawałek i od strony jamy rozdzierał otoczenie. Później ²⁾ wyłabiał guz za pomocą umyślnie na ten cel podanych rurkowatych przyrządów, w których mieściły się haki do jego unieruchomienia i noże do zrobienia dziury. Teraz przecież ³⁾ nie używa już tych przyrządów, a tylko długich, zakrzywionych, tępo zakończonych nożyc; następnie zaś tamponuje starannie porobione nacięcia, jakoteż i całą pochwę, aby powstrzymać krwotok i przez niedopuszczenie powietrza zapobiedz rozwinięciu się zapalenia macicy i otrzewnej. W ogóle rzadko teraz potrzebuje uciekać się do sposobów dążących do wywołania zgorzeli w guzie, gdyż w 12 wypadkach na 14 tych ostatnich operacyj, proste nacięcie szyi macicznej wystarczyło do zatrzymania krwotoków i przzerwania dalszego wzrostu włókniaków.

Niebezpieczeństwo połączone z usiłowaniami wywołania sztucznie spococzenia włókniaków, pozwala się do pewnego stopnia dopatrzeć z zestawienia dotychczasowych operacyj, dokonanego przez H u t c h i n s o n ' a i R o u t h ' a. W 6-ciu z pomiędzy 15-stu wypadków pierwszego, a w 4-ch z 10-ciu wypadków drugiego, usiłowania te śmierć za sobą pociągnęły. B. B r o w n ze swoich spostrzeżeń ten wyciąga wniosek, że niebezpieczeństwo można zmniejszyć przez odpowiedni sposób operowania i troskliwe leczenie następce. Co do pierwszego, kładzie na to mianowicie wagę, aby operację wykonywać w dwóch tempach, t. j. odłożyć działanie na sam guz do czasu zbliżnienia się ran po nacięciach ust macicznych, by przez to uniknąć zakażenia tych ostatnich odpływami z guza. Z tém wszystkiém, i on teraz gdzie może zostawia włókniaki nietkniętymi, chociaż nie był w stanie dłuższém śledzeniem losu operowanych, przekonać się z dokładnością, że nacięcie ust macicznych nie tylko zapobiega wznawianiu się krwotoków, ale nadto przerywa istotnie wzrost samego guza.

Z tego co się wyżej powiedziało, wynika najpierw, że usunięcie włókniaka przez przecięcie ściany brzusznej, jest operacją przebiegającą

¹⁾ Obstetric. transact. I. pag. 329.

²⁾ Philipp Harper. Lancet. Nr. 12 i Backer Brown. Obstetr. transact. III. p. 67.

³⁾ Lancet. March, 26, i Medic. tim. March 19. 1864.

szczęśliwie tylko w nader małej liczbie wypadków. To téż mowa o niej może być wtedy tylko, gdy pozostanie nam ona już jako ostatni środek oddalenia niewątpliwie blizkiej śmierci; a zatém tylko w tych rzadkich wypadkach, w których guz osiągnął kolosalnych rozmiarów, lecz i to tylko wtedy, gdy oddechanie jest już utrudnione, albo gdy zaburzenia w odżywianiu i krążeniu bliski skon choremu gotują.

Wyluszczenie nigdy nie jest operacją bezpieczną; lecz jéj niebezpieczeństwo jest stosunkowo nieznaczne, jeżeli punktem wyjścia guza będzie szyja maciczna. W tym ostatnim przeto razie dobrze jest kierować się wskazaniem podanem przez *L a n g e n b e c k ' a*, przypuszczając, że już samo nacięcie ust macicznych, wolne od wszelkiego niebezpieczeństwa, zapobiega gwałtownym krwotokom. Jeżeli włókniaki będą wżłobione w wyższych częściach macicy, to wyluszczenie ich jest bardzo niebezpieczném, gdyż przy takowém spodziewać się można albo bezpośredniego uszkodzenia otrzewnej, albo przynajmniej następczego zapalenia téj błony. W podobnych wypadkach z ostrożnością wykonane częściowe oddzielenie guza, pozwala oczekiwać doszczętnego uleczenia w drodze następczej zgorzeli, z małym niebezpieczeństwem. To téż postępowanie powyższe należy przekładać nad inne, jeżeli usunięcie włókniaka będzie w ogóle wskazaném. Znaczniejsze krwotoki, których zakończenie przewidzieć się nie da, rzadko zapewne będą do tego pobudką, jeżeli przedtém zrobimy nacięcie ust macicznych, a w razie potrzeby, pojedyncze nacięcie samego guza, nierównie mniej niebezpieczne od sztucznego doprowadzenia go do sposoczenia.

Objawy uwięźnięcia organów miedniczych, a mianowicie zatrzymanie stolca i moczu, wtedy tylko skłonić mogą do operacyi, gdy usiłowania przepchnięcia macicy do wielkiej miednicy pozostaną bez skutku. Nakoniec szybki wzrost włókniaka może wprawdzie niekiedy do takiej doprowadzić go objętości, że ta życiu zagrozi, i wtedy pozostaje już tylko przecięcie ścian brzucha (*gastrotomia*). Zwykle jednak guz nie dochodzi takiej wielkości, a zatém i niebezpieczeństwo to wtedy dopiero się ujawni, gdy ani o pierwotném wyluszczeniu, ani o wyluszczeniu z następczym obumarciem myśleć nie będzie można.

W razie powikłania się z ciążą, włókniak stanowić może przeszkodę do porodu, jeżeli, jak to najczęściej bywa, nie da się odprowadzić. W takim wypadku zachodzi pytanie, czy wyluszczenie uprzedzające może być właściwém, gdyż niebezpieczeństwo jego stoi w prostym stosunku do chwilowej potrzeby. Było ono wykonywane przez *D a n y a u i L a n g e n b e c k ' a*. Podczas połogu guz włóknisty dać może powód do nie-

bezpiecznego krwotoku, który da się tylko powstrzymać przez niezwłoczne usunięcie pierwszego. Tu nawet guz tkwiący w samym ciele macicy dostępny jest zarówno dla badania, jakoteż dla wyluszczenia; to też musielibyśmy go próbować wyluszczyć, chociażbyśmy nawet nie mieli przed oczyma szczęśliwych skutków, jakie K i w i s c h z operacyi w takich okolicznościach wykonanej osiągnął.

Samo wykonanie operacyi w ogólnym zarysie jest następujące: opróżniamy pęcherz i kiszkę odchodową; układamy chorą jak do operacyi kamienia; jeżeli guz mieści się w przedniej ścianie macicy, zabezpieczamy pęcherz od obrażenia przez wprowadzenie doń cewnika, i zalecamy pomocnikowi zepchnąć macicę ile można ku dołowi przez ścianę brzuszna lub odbytnicę, gdy tymczasem inni pomocnicy rozszerzają ściany pochwy za pomocą wzierników używanych przy operacyach przetok pęcherzo-pochwowych. Przez nacięcie téj ściany szyi macicznej, która leży naprzeciw guza, torujemy sobie drogę do górnego jego końca, i ztąd począwszy prowadzimy głębokie cięcie aż do dolnej granicy. Następnie wprowadzamy palec w ranę i staramy się nim, jakoteż rękojeścią noża, wyluszczyć guz z jego torebki, gdzie zaś potrzeba, używamy do tego nożyczek zakrzywionych i na końcu zaokrąglonych. Akt ten można sobie niekiedy ułatwić pociągając silnie ku dołowi oswobodzoną część włókniaka za pomocą szczypców M u z e u x ' g o, lub też pokręcając nim w różnych kierunkach. Podczas tego nietrzeba spuszczać z uwagi możności obrażenia otrzewnej, tam zwłaszcza, gdzie guz wyżej sięga, i starać się tego uniknąć częstem śledzeniem i jak największą przezornością pod koniec wyluszczenia.

Jeżeli celem operacyi jest tylko doprowadzenie guza do obumarcia, to po zrobieniu nacięcia, ograniczamy się tylko na oddzieleniu guza od jego torebki, na takiej przestrzeni, jaką uważamy za dostateczną w danych okolicznościach, a następnie ułatwiamy wydalenie zadawaniem sporyszu, przestrzykiwaniami, i wyciąganiem oddzielających się kałków.

12. Torbiele i torbielaki macicy.

Kiwisch: *Klin. Vortr. I. p. 389.* — Cruveilhier: *Anat. pathol. Livr. 13. pl. 4.* — Chiari: *Klinik der Geburtst. pag. 404.* — Hewitt: *London Journ. of medic. Juli 1850.* — Fletcher: *Medic. tim. and. gaz. 1862. I. p. 679.* — Sp. Wells: *Ibid. 1862. II. p. 75.* — J. G. Schacher: *De uteri atheromate piloso. Lipsiae 1755. c. tab. aen.* — Voigtel: *Path. Anat. III. pag. 612.* — C. Wagner: *Wunderlich's Archiv. Heft 12. 1857.* — Consot: *Bull. de l'acad. de méd. de Belgique. Nr. 10. 1862.*

Opisując następstwa nieżyty macicy i budowę polipów śluzowych, zwróciliśmy uwagę na częstość przeistoczenia gruczołków łagiewkowatych (*gl. utriculares*) i torebek (*folliculi*) szyi macicznej w torbiele, skutkiem zatkania ich ujść. Torbiele te w jamie macicznej dochodzą tylko wielkości siemienia konopnego, a nawet w kanale szyi macicznej jako jajka N a b o t h ' a rzadko dosięgają wielkości wiśni lub orzecha laskowego. Tu pozostaje tylko wspomnieć o tych rzadkich wypadkach, gdzie większe torbiele i torbielaki zachowujące się podobnie jak analogiczne twory w jajnikach, rozwijają się w macicy drogą niedokładnie dotąd poznaną.

Kiwisch, Cruveilhier, Chiari, Hewitt spostrzegali w macicy torbielaki obok guzów włóknistych.

Guz opisany przez Kiwisch'a ważył 40 funtów; dolna jego granica sięgała do dna miednicy, górna zaś aż do wyrostka mieczykowego. Składał się on po większej części z jam różnej wielkości, wypełnionych wysiękiem włóknikowym, a jego podstawa tworzyła wiotki guz włóknisty macicy, wielkości guzika. Największa torbiel, wielkości dwóch głów, była kilka razy przekłuwana przed śmiercią, która nastąpiła skutkiem zapalenia otrzewnej.

W wypadku wspomnianym przez Chiari'ego, objętość brzucha odpowiadała dwukrotnej objętości brzucha kobiety w końcu ciąży, a po przekłuciu wypłynął płyn mętny. Chora, na której Hawkins dopełnił przekłucia, także umarła na zapalenie otrzewnej. W czasie operacyi wyciekło 15 pint gęstego, z krwią i włóknikiem zmieszanego

pływu. Przy sekcji pokazało się, że górna część składała się z wydrążeń cienkościennych, uległych zapaleniu; dolna była więcéj zbita, lecz zawierała nadzwyczajną ilość mniejszych torbieli (do wielkości pomarańczy), wypełnionych płynem białkowatym, i za pomocą szypuły 2 cale grubéj, a 1 1/2 cala długiej, przytwierdzoną była po prawej stronie dna macicy. W samém ciełe macicy, znajdował się prócz tego włókniak wielkości grochu szablatego.

W tych zatém 4-ch wypadkach, być może że nastąpiło tylko wytworzenie się torbieli w guzach włóknistych. Ale w dwóch innych wypadkach, w których Fletcher i Spencer Wells wykonali „wycięcie jajników (*ovariotomia*)” pomyślnie zakończone, nic nie wspomniano o obecności włókniaków. W pierwszym z nich, guz złożony ze stałej masy z niezliczoną ilością małych torbieli, wychodził z tylnej powierzchni macicy, mając podstawę szerokości monety dwu talarowej. Guz wycięty przez Sp. Wells'a zawierał wiele wydrążeń i wychodził z prawej strony macicy.

Trafiają się téż w macicy i prawdziwe torbiele skórzaste. Już dawniejsi pisarze podają pojedyncze spostrzeżenia tu się odnoszące. W nowszych czasach K i w i s c h widział „torbiel wielkości głowy dziecięcia na wewnętrznej powierzchni macicy, z włosami i zębami,” a E. W a g n e r i C o n s o t dokładną udzielili wiadomość o podobnych naroślach, które stanowiły mechaniczną przeszkodę przy porodzie. W wypadku W a g n e r'a dolna część guza mieściła w sobie jamę wypełnioną płynem mlecznawym, kulkami tłuszczu i włosami. Z jamy téj trzy otwory prowadziły do mniejszych torbieli, których ściany obsadzone były brodawkami, gruczołkami łojowemi i włosami, a oprócz tego zawierały chrząstkę wielkości soczewicy, kostkę 19 mm. długą, 6 mm. szeroką, a 2 mm. grubą i wielki ząb trzonowy. Górna część téj narośli, która siedziała wysoko w jamie miednicy, podobna była do guza włóknistego, lecz zawierała same tylko włókna tkanki łącznej, a nic włókien gładkich mięsnych. Spostrzeżenie C o n s o t'a dotyczy narośli wychodzącej z tylnej wargi ust macicznych, która to narośl złożoną była z torbieli wypełnionej tłuszczem, włosami i ropą. Ściany torbieli w części były jakby skórzaste. Rozwinęła się ona nie na obwodzie polipa włóknistego, tak jak poprzednia.

Wielkie torbielaki macicy, wrastające do jamy brzusznej, dotychczas przed operacyami brane były za guzy jajników, i zdarzać się to będzie zawsze, gdyż w jajnikach torbiele wytwarzają się bardzo często, w macicy zaś niezmiernie rzadko, tak, że choćby się nawet udało wykryć łączność guza z macicą, to małe będzie prawdopodobieństwo, iżby on

z téj ostatniej miał wziąć początek. Torbiele skórzaste do pewnego stopnia mogą być rozpoznane. W wypadkach powyżej przytoczonych, ponieważ narośle zstąpiły do pochwy, nie mogło być wątpliwości że pochodzą z macicy, a ponieważ czuć w nich było chelbotanie, więc i obecność jamy w ich wnętrzu była niewątpliwą.

Leczenie kierowane być winno zasadami podanemi dla torbielaków jajnika, a pod pewnym względem dla guzów włóknistych i polipów macicy.

13. Polipy macicy.

Levret: *Observat. sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice.* 1759; i *Mémoir. de l'Acad. de chirurg. T. III.* — Herbiniaux: *Parallèle des differens instrum. pour la ligat. des polypes de la matrice.* A la Haye 1771; i *Traité sur divers accouch. etc. Bruxelles* 1782. — Goertz: *Diss. sistens novum ad polypos uteri instrum.* Goeting. 1783. — Nissen: *Diss. de polypis uteri, novoque ad eorum ligaturam instrum.* Goetting. 1789. — Desault: *Auserles. chirurg. Wahrnehm. Bd. VIII.* Frankfurt. 1799. — Ribke: *Rust's Magazin d. ges. Heilk. III. 1. p. 153.* — C. M. Clarke: *Beobacht. u. s. w. I. p. 156.* — F. B. Osiander: *Handb. der Endbindungsk. I. 2. Tübingen* 1818. — Meissner: *Ueber die Polypen u. s. w. Leipzig* 1820. — C. G. Meyer: *Diss. de polypis uteri. Berol.* 1821. — S. Simson: *Diss. de polypis uteri. Berol.* 1828. — Gooch: *Ueber einige der wichtigsten Krankh. der Frauen. A. d. E. Weimar* 1830. — Malgaigne: *Thèse sur les polypes de l'uterus. Paris.* 1832. — Velpeau: *Médec. operat. IV.* — R. Lee: *Méd. chirurg. Transact. T. 19.* — Nivet et Blatin: *Arch. génér.* 1838. październik. — Rokitsansky: *Denkschr. d. Wiener Akad. I. p. 328.* — Montgomery: *Dublin. quart. Journ.* 1846. sierpień. — S. Lee: *Geschwülste der Gebärmutter p. 40* — Simpson: *Edinb. monthly Journ.* 1850. styczeń (*Obstetric. memoirs.* pag. 120). — Kiwisch: *Klin. Vortr. I. p. 442.* — Scanzoni: *Beitr. z. Geburtsh. u. s. w. II. p. 94.* — Billroth: *Ueber der Bau der Schleimpolypen. Berlin* 1855. — C. Hirsch: *Histologie und Form der Uteruspolypen. D. i. Giessen.* 1855. — E. Wagner: *Archiv für physiolog. Heilk.* 1855, 1856 i 1857. — Braun: *Winn. med. Wochenschrift Nr. 39.* 1859. — Habit: *Zeitschr. d. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien. Nr. 12, 41 i 42.* 1860. — Gurlt: *Monatsschr. f. Gebur.*

Juli 1860. — G. Simon: *Monatsschr. f. Geburtsk. Juli u. December 1862.* — Rokitansky: *Zeitschr. d. Wien. Aerzte Nr. 37. 1860.* — Hegar: *Monatsschr. f. Geburtsk. Maerz 1863.* — J. Baker Brown: *Surgic. diseases etc. p. 199.* — M'Clintock: *Diseases of women p. 155.* — Routh: *Lettsomian lectures. Brit. med. journ. Febr. July 1864.*

Polipy macicy, pod względem swęj budowy anatomicznej, rozpadają się na dwie wielkie grupy: — na takie, których punktem wyjścia jest miąższ macicy — polipy włókniste i włóknisto-mięsne; oraz na takie, którym początek daje błona śluzowa: — polipy śluzowe. Narośle do każdej z tych dwóch grup należące, przedstawiają jeszcze wielką rozmaitość w swojej budowie; wszakże ze stanowiska praktycznego dalszy ich podział byłby zbyt cenny.

1) Polipy włókniste i włóknisto-mięsne mieszczą w sobie wszystkie takie guzy włókniste podśluzowe, które się nad powierzchnią błony śluzowej coraz bardziej wznoszą i od wewnętrznej powierzchni macicy stopniowo oddzielają, przybierając tym sposobem postać polipowatą. To też narośle tego rodzaju nie różnią się bynajmniej utkaniem od okrągłych włókniaków. Rzadko przedstawiają one układ włókien wyraźnie współśrodkowy; najczęściej powierzchnia ich rozkroju bywa nieregularnie pilśniowatą, lub też ma wejrzenie jednostajnie ziarniste; przytém bardzo często miewają kształt zrazowaty. Podobnie jak włókniaki, otoczone bywają powłoką z tkanki łącznej, a ich powierzchnia pokryta jest błoną śluzową macicy. Między błoną śluzową a powłoką łączno-tkankową, znajduje się albo na całej przestrzeni guza cienka warstewka miąższu macicy, którą włókniak, oddzielając się, pchał przed sobą; albo też właściwa tkanka maciczna istnieje jużto tylko na górnej części polipa, już też tylko na najwyższej części szypuły.

Oprócz tych mięsno-włókniaków szypułkowatych, należą tu jeszcze innego rodzaju narośle polipowate, złożone również z włókien łączno-tkankowych i mięsnych (przeważnie przecież z pierwszych) i także okryte błoną śluzową, lecz nie posiadające torebki z tkanki łącznej, ale — jak pokazał P a g e t, — przechodzące swą szypułą bezpośrednio w miąższ macicy. To też zdają się one być następstwem bujania ku wewnątrz, odbywającego się na ograniczonej przestrzeni, najczęściej w podścielisku błony śluzowej. Niekiedy polip taki składa się przeważnie z zarodkowej tkanki łącznej, a wtedy miewa spoistość ciastowatą i utkanie jednostaj-

ne. Polipy złożone z włókien falistych i komórek wrzecionowatych o długich jądrach są twarde; na przecięciu przedstawiają budowę ziarnistą lub włóknistą, a w wyjątkowych razach przytém także i współśrodkowo ułożone wiązki włókien. W skutku równoczesnych zmian w gruczołkach łagiewkowatych powstają twory złożone — mięsak gruczołakowaty (*sarcoma adenoides*) i torbielo-mięsak gruczołakowaty (*cysto-sarcoma adenoides*) macicy, Rokitański'ego. Gruczoły te biorą częstokroć udział w przeroście błony śluzowej powlekającej powierzchnię polipa, wydłużają się, wrastają w guz, odłączają się i przeistaczają w torbiele. Do wnętrza wydrążeń wrasta tkanka łączna polipów w formie brodawkowatych wyrosli, które się przedstawiają jako kolby i guziki ograniczone, dające się wyluszczać (gdyż tylko w jedném miejscu są przyczepione). Ponieważ w tym samym czasie narasta także massa guzowata, dokoła przeistoczonych torebek gruczołowych, to téż ostatnie coraz bardziej zagłębiają się w polipa. Okoliczność ta skłoniła Rokitański'ego do uważania natrafianych tu torebek za nowotwory. Oddzielone części gruczołów tworzą większe lub mniejsze próżnie, postaci nieregularnej lub kulistej, wysłane wyraźnie pokładem nabłonkowym, lub téż nie. Zawartość ich składa się po większej części z surowicy, a niekiedy z cieczy śluzowatej, krwistej lub klejowatej.

Punktem wyjścia polipów włóknistych bywa najczęściej dno lub górna część ciała macicy; rzadziej część niższa, a najrzadziej szyja. Zwykle przytrafiają się pojedynczo, ale nie rzadko bywa ich kilka jednocześnie, albo téż obok nich istnieją mięsno-włókniki. Wielkością nie przechodzą zwykle kurzego jaja, ale dosyć często bywają znacznie większe, tak dalece, że mogą przejść głowę dorosłego mężczyzny. Polip spostrzegany przez N. Meyer'a, ważył prawie $7\frac{1}{2}$ funta; przez Baudier'a i Veial'a przeszło 10 — 12 funtów, a Meighs wspomina nawet o guzie ważącym 29 funtów.

W miarę wzrostu polipa macica rozciąga się i przerasta; a gdy szyja maciczna i usta zostaną rozszerzone, odcinek guza zstępuje do pochwy. Dzieje się to tém wcześniej, im cieńszą jest szypuła guza i im bardziej guz jest podługowaty. Stopniowo cały guz zostaje do pochwy zepchniętym, a ta ostatnia częstokroć znacznemu ulega rozszerzeniu i wydłużeniu, tak że niekiedy macica zostaje przemieszczoną ku górze, a krocz kulisto się wypukła. Gdy polip występuje z jamy macicy, to albo szypuła jego się wydłuża, albo téż pociąga on za sobą miejsce swego przyczepienia, powodując w tym ostatnim razie częściowe wycisowanie macicy. Niekiedy zdarza się i tak, że polip wyszedłszy z macicy rośnie w kierunku ku górze, rozciągając coraz bardziej jamę maciczną.

Dopóki błona śluzowa jest tylko przerosłą, powierzchnia polipa jest gładka. Ale w miarę znacniejszego wzrostu tego ostatniego, przychodzi do takich samych przemian, jakie spostrzegamy w błonie doczesnej w późniejszych okresach ciąży. Błona śluzowa cienieje, a następnie, skutkiem rozszerzenia ujść gruczołowych, przybiera wejrzenie sitowate, jeżeli jeszcze na jej powierzchni torebki nie pozmienią się w małe torbiele.

Spoistość polipów bywa rozmaita, stosownie do okresu ich rozwoju, do większej lub mniejszej soczystości, oraz do obecności lub braku większych wydrzeń w ich wnętrzu. Niekiedy nawet bywa ona różną, w różnych miejscach jednej i tej samej narośli. Kształt tych polipów bywa częstokroć gruszkowaty lub figowaty, chociaż i tu zachodzić może wielka różnorodność. To samo i szypuła, bywa jużto dłuższa już krótsza, grubsza lub cieńsza. Skutkiem zlania się z sobą dwóch guzów pierwiastkowo rozdzielonych, albo też skutkiem następnych częściowych zrośnień, powstaje niekiedy pozór guza o dwóch szypułach; i odwrotnie, spotykać się niekiedy daje na jednej szypule polip zrazowaty, głębokiem wcięciem na dwie części rozdzielony.

Podczas przechodzenia przez usta maciczne, skutkiem uciśnięcia guza, tworzą się niekiedy na jego powierzchni pierścieniowate rowki; a jeżeli przejście to następowało z pewnemi przerwami, to rowki podobne istnieć mogą w kilku miejscach. Czasami usta maciczne całkowicie odciskają szypułę, albo też ta ostatnia oddziela się od miejsca przycepienia.

Polipy włókniste, w porównaniu z włókniakami, są bogato unaczynione. Szypuła ich rzadko kiedy posiada grubsze tętnice i żyły, z którychby, podczas wyłuszczenia za pomocą noża, niebezpieczny krwotok mógł nastąpić. Ale za to na ich powierzchni, a więcej jeszcze na całej pozostałej błonie śluzowej macicy, znajduje się mnóstwo rozszerzonych i żyłakowato porozdymanych naczyń, które są źródłem krwotoków i śluzotoków, chorobie tej towarzyszących.

Błona śluzowa powlekająca powierzchnię polipów, częstokroć ulega zapaleniu i owrzodzeniom, a jeżeli guz jest wielki i tkwi w pochwie, to równocześnie uledek może owrzodzeniu przyległa część ściany pochwy, co spowodować częściowe zrośnięcie się polipa z pochwą, jak to już spostrzegano wielu lekarzy, a nawet i my sami.

Guzy włókniste szypułkowate mogą wapnieć, podobnie jak i okrągłe, dając początek tak zw. kamieniom macicznym, których miało się znajdować aż do 32 w jednej macicy. Przeistoczenie tłuszczowe przytrafia się nawet w polipach czysto włóknistych. Sprzyja ono obumarciu gu-

za, które wywołuje się zwykle przewiązaniem lub skręceniem szypuły. Przytém polip może się oddzielić i wypaść, albo téż powstać może następce zropienie i sposoczenie ściany macicy, z przedziurawieniem téj ostatniej i t. p. Nader ciekawy wypadek tego rodzaju podał Loir (*Mémoir. d. l. société de chirurg. de Paris II*). Przednia ściana macicy, rozciągniętej przez polip wielkości pięści, przyrosła do ściany brzusznej i przeszła w zgorzel, poczem ropień otworzył się na zewnątrz, a wraz z tém ukazał się polip przytwierdzony za pomocą szypuły do przedniej ściany macicy po lewej stronie.

2) Polipy śluzowe powstają w skutek bujania elementów błony śluzowej macicy, i nie mało się różnią tak pod względem zewnętrznego swego wyglądu, jakotéż pod względem budowy wewnętrznej. Różnice te głównie od tego zależą, czy wszystkie części składowe błony śluzowej przerastają równocześnie, czy téż tylko jeden lub drugi utwór buja przeważnie, a mianowicie, czy gruczołki przeistaczają się w torbiele, czy téż tylko po prostu wydłużają się, albo téż w części marnieją.

Zewnętrzna powierzchnia tych polipów bywa jużto gładka, już nieregularna, brodawkowata, albo jakby sfałdowana, a pokrywająca ją warstwa nabłonka rozmaicie gruba. Wewnątrz guza mieszczą się wszystkie części składowe błony śluzowej — tkanka łączna, naczynia i gruczoły, tylko nie zawsze w normalnym, ale owszem bardzo często w nieprawidłowym stosunku; brakuje tylko włókien sprężystych, jakie istnieją w warstwie podśluzowej. Narośle, w których przeważa tkanka łączna, nazwano polipami komórkowo-naczyniowatemi (*cellulo-vasculäre Polypen*); jeżeli zaś większa ich część składała się z rozdętych torebek, to z powodu znaczniejszych wydrążeń istniejących w ich wnętrzu, nadano im nazwę polipów pęcherzowatych (*Blasenpolypen*). Najprostszą, a zarazem najczęstszą formę tych ostatnich przedstawiają pęcherzyki śluzowe szyi macicznej, znane pod nazwą jajek Naboth'a. Wydłużają się one w wyraźną, długą szypułę, gdy tymczasem powlekająca je błona śluzowa albo żadnym nie ulega zmianom, albo nieznacznym tylko. Zawartość tych torbielek, po większej części kulistych, stanowi płyn mało zabarwiony, lepki. Jeżeli podczas rozdymania się jednej z torebek wypychaną także będzie i okoliczna błona śluzowa, to gruczołki w téj ostatniej zawarte mogą następco zamienić się również w torbiele (np. skutkiem zasznurowania tworów polipowatych przez usta maciczne), a przez to polip zwiększyć się może i przybrać postać wzgórkowatą. Wreszcie,

skutkiem pękania torbieli powierzchownie leżących, mogą zachodzić nowe zmiany w kształcie i wielkości polipa.

Podobnie narośle szypułkowate powstają na wewnętrznej powierzchni ciała i dna macicy, skutkiem rozděcia jednego lub więcej gruczołków łagiewkowatych. W ich wnętrzu znajduje się częstokroć wiele wydrążeń, najczęściej małych i wypełnionych bezbarwną surowicą, lub też śluzem, bądź przezroczystym, bądź mętnym.

Zewnętrzna postać polipów śluzowych bywa bardzo rozmaita: kulista, gruszkowata, figowata, garbowata, maczugowata. Szypuła ich pospolicie jest krótka, a przytém częstokroć bardzo gruba; w pojedynczych przypadkach bywa cienka i kilka cali długa. Polipy te są zwykle niewielkie i nie przechodzą wielkością grochu lub orzecha laskowego; niekiedy jednak dochodzą wielkości kurzego jaja. Spoistość ich bywa w ogóle bardziej miękką aniżeli polipów włóknistych, lecz, stosownie do utkania, nader rozmaita. Tylko polipy złożone przeważnie z tkanki łącznej, bywają bardzo zbite; a nawet i polipy pęcherzowate, jeżeli torbiele są silnie napięte a powłoka gruba, posiadają dość znaczną odporność; często przecież są tak miękkie, że palcami roznieść się dają. Narośle bardzo obfite w naczynia, krwawią częstokroć już przy ostrożnym dotknięciu.

Polipy śluzowe bardzo często przytrafiają się w górnych i dolnych częściach macicy, a w obu tych razach mogą się ukazać w ustach macicznych, zstąpić do pochwy, a nawet wystąpić z otworu sromnego; wszakże opór stawiany przez ujście wewnętrzne zwykle wystarcza by narośl w jamie macicy się znajdującą, tamże zatrzymać. Napotyka się one zarówno pojedynczo, jakotóż po kilka równocześnie, a w tym ostatnim razie często bywają niejednostajnej budowy. Z powodu małej objętości, jaką zwykle posiadają, rzadko też znacznie rozszerzają kanał szyi macicznej lub jamę macicy, ale za to bardzo często znajdujemy całą błonę śluzową macicy znakomicie przerosłą, krwią nabiegłą lub dotkniętą przewlekłym nieżytem. Obok nich często napotykać się dają równocześnie i włókniaki.

Przyczyny. Szypułkowate guzy włókniste macicy rozwijają się oczywiście pod temi samemi warunkami co i bezszypułkowe; zaś polipy śluzowe często w następstwie przewlekłego nieżyty macicy. Zarówno polipy włókniste jakotóż i miękkie przytrafiają się w każdym okresie życia, tak przed nadejściem epoki dojrzałości płciowej, jak i podczas niej i po niej; tak np. P f a f f operował guz wielkości pięści u dziecka zaledwie

dwuletniego. *Malgaigne* zestawił z literatury 51 wypadków, z pomiędzy których 4 przypadało na wiek od lat 26 do 30; 20 od 30—40; 16 od 40—50; 4 od 50—60, i 7 od 60 do 74. Z tego widać, że polipy przeważnie pojawiają się między 30 a 50 rokiem życia.

Obszerniejsza statystyka, którą *Routh* podał odnośnie polipów włóknistych, wykazuje, że wpływ wieku i użycia płciowego jest podobny jak przy włókniakach okrągłych. Ze 150 wypadków, przypa-

na wiek od lat 21 do 25 wypadków	5
„ „ 26 — 30 „	21
„ „ 31 — 35 „	19
„ „ 36 — 40 „	30
„ „ 41 — 45 „	24
„ „ 46 — 50 „	32
„ późniejszy „	19

Nie całe jeszcze 13% chorych było niezamężnych. Między rokiem 25 a 50 liczba tych ostatnich do zamężnych stała jak 100 : 650, gdy tymczasem ogólny stosunek niezamężnych do zamężnych stoi jak 100 : 500. Zatem stan małżeński zwiększa usposobienie.

Następstwa. Pierwszym początkom rozwijania się polipów włóknistych, nigdy prawie nie towarzyszą żadne zaburzenia; to też i lekarz pod ten czas o ich obecności się nie dowiaduje. Przeciwnie, rozwój polipów śluzowych częstokroć poprzedzanym jeszcze bywa objawami nieżytności macicy. — W późniejszym czasie, stałym towarzyszem obu tych form bywa mniej lub więcej obfity, ciągły śluzotok. Przy guzach wewnątrzmacicznych pochodzi on od ustawicznego drażnienia błony śluzowej macicy; ztąd też brakuje go często wtedy, gdy polipy biorą początek z ust macicznych, lub z dolnej części kanału szyi macicznej, albo też wstawia się dopiero podówczas, gdy narośle te zaczną drażnić pochwę. Już ten ciągły odpływ śluzu albo wydzieliny wodnistej lub ropiastej, częstokroć bardzo dokucza chorym i może źle wpływać na ich odżywianie ogólne.

Tych samych przykrości, tylko w wyższym jeszcze stopniu, stają się powodem krwotoki, stale towarzyszące zarówno twardym, jakotóż i miękkim polipom; krwotoki, których przyczyną bywa wspomniane już bujanie naczyń, rozpostartych na powłoce guza, a w szczególności na błonie śluzowej macicy. Krwotok objawia się w początkach, zanim jeszcze

guz znaczniejszej dojdzie wielkości, pospolicie pod formą obfitęj miesięczki; a chyba wyjątkowo tylko w początkach choroby odpływy miesięczne mogą być skąpsze aniżeli poprzednio. Prędzej lub później krwotoki miesięczkowe przechodzą w nieregularne krwotoki maciczne, albo też krwawienie staje się ciągłym, zwiększa się i zmniejsza; to znowu czasowo zastępują je krwisto-śluzowe upławy. Wypływająca krew, rozmaite przedstawia własności: raz miewa cechy odpływów miesięcznych, drugi raz odchodzi w postaci skrzepów, które, jak zauważył Clarke, mogą tak wyglądać, jakby się skrzep oddzielił od powierzchni kulistego ciała. Ostatni ten charakter może mieć pewną wartość przy rozpoznawaniu. Jeżeli krew przez czas dłuższy zatrzymuje się wewnątrz części rodnych, to odbarwia się i nabiera mdłej woni, albo też staje się nadzwyczaj cuchnącą.

Krwotoki należą do najstalszych objawów polipów i przychodzą zarówno w latach dojrzałości płciowej, jakoteż i w wieku późniejszym; niekiedy wszakże, mianowicie u kobiet starszych i cierpiących na małe, ubogie w naczynia polipy śluzowe, krwotoków wcale nie bywa. Skutkiem utraty krwi, kobiety stają się coraz bardziej niedokrwistemi. Niektóre z nich skarżą się głównie na objawy, będące następstwem tego stanu, a mianowicie na ociężałość, ból głowy, bicie serca, przypadłości żołądkowe, a mało co na objawy miejscowe.

Znaczniejsza utrata krwi może stać się przyczyną nagłej śmierci; albo też po dłuższem trwaniu krwotoku macicznego, śmierć zbliżać się może stopniowo, skutkiem wycieńczenia. Daje się to spostrzegać tylko przy polipach włóknistych.

W pojedynczych wypadkach wcześniej już, zanim jeszcze białe upławy i krwotoki znaczniejszego dosięgły stopnia, spostrzegać się dają liczne objawy maciennictwa. Niekiedy także i ssutki doznają zmiany; obwódka brodawki ciemniej się zabarwia; gruczołki jej się zwiększają, a z przewodów mlecznych wydziela się siara (*colostrum*). Nadzwyczaj dolegliwymi dla chorych stają się bóle w brzuchu, występujące z różnych przyczyn i w różnych czasach, częstokroć z wielką gwałtownością. Już przez to samo, że większe polipy rozciągają jamę macicy, powstają nie tylko złejsze nieprawidłowe wrażenia, jak np. uczucie tłoczenia i ciężaru w miednicy, oraz opuszczania się macicy, ale nadto dolegliwości przy oddawaniu stolca i moczu, jakoteż bóle w lędźwiach, krzyżu i kończynach dolnych. Nakoniec, po'ip rosnąc dalej i rozciągając szyję macicy i jej ujście zewnętrzne, aby powoli zstąpić do pochwy, wywołuje silne skurcze niby porodowe, z nader gwałtownym połączone bólem. Ponieważ

guz zwykle nie od razu zostaje wydalonym z macicy, to też bóle dopiero co wspomniane wracają w nieregularnych odstępach czasu, i mogą trwać tak całemi latami, jeżeli polip bardzo powoli macicę opuszcza. Rzadko kiedy polip występuje z macicy niepostrzeżenie. Skoro polip zstąpił do pochwy, to jeżeli jest wielki, wywołać może objawy uwięzienia organów miedniczych. Małe narośle, opuszczające się aż do ujścia pochwy lub do szpary sromnej, skutkiem drażnienia wywołują silne swędzenie i t. p. bardzo przykre uczucia w częściach rodnych zewnętrznych. Nakoniec w pochwie częstokroć ulega zapaleniu i owrzodzeniu tak polip jakoteż i ściany pochwy, co tém łatwiej pociąga za sobą zgorzel, posokowate zakażenie krwi i t. p. następstwa, że chore zwykle już bardzo bywają wycieńczone poprzednią utratą soków.

Na sprawę płodzenia wywierają polipy, podobnie jak i włókniaki, wpływ bardzo nieprzyjazny. Już samo spółkowanie bywa częstokroć bolesne i łatwo wywołuje krwawienie. Zapłodnienie często utrudnionem bywa nawet przy obecności małych narośli, skutkiem krwawienia i białych upławów, jak tego dowodzą wypadki, w których w ciągu choroby kobieta stała się nieplodną. Jeżeli jednak ciąża nastąpi, to większy polip może albo wywołać przedwczesne przerwanie takowej, albo też, gdy się ciąża przeciągnie dłużej — stanowić może mechaniczną przeszkodę do porodu. Będzie on przeszkodą mechaniczną nie tylko wtedy, jeżeli wziął początek z dolnego odcinka macicy, ale nawet wtedy, gdy jest przytwierdzony wysoko, lecz długoszypułkowy. Zaledwie w mniejszej liczbie wypadków sama natura zwalcza takową przeszkodę, i to albo w ten sposób, że przodująca część dziecięcia przesuwą się obok guza, albo też pcha go przed sobą dopóty, dopóki go nie urwie.

Rozpoznanie polipów jest możliwe dopiero po starannem zbadaniu chorych, czego zresztą domagają się same przez się długotrwałe dolegliwe przypadłości. Najtrudniejsze jest rozpoznanie wtedy, jeżeli narośl mieści się całkowicie jeszcze wewnątrz macicy, i w takich razach jest ono niemożliwem dopóty, dopóki usta maciczne nie będą w stanie przynajmniej palca przepuszczać. Najściślejsze zbadanie przyrządu rodowego za pomocą ręki, zgłębnika i wziernika macicznego, przy polipach wewnątrz-maciczych, bardzo często żadnej nie wykazuje zmiany, albo tylko co najwyżej, jednostajne powiększenie macicy, które, miarkując według stopnia wrażliwości i rodzaju zaburzeń czynnościowych, pochodzić może zarówno od przerostu lub przewlekłego zapalenia, jak i od ograniczonego guza. Jeżeli macica jest

znacznie powiększona, to większe jest prawdopodobieństwo, że mieści ona w sobie włókno-mięśniak, czy to szypułkowaty czy bezszypułkowy. Zresztą często już bardzo wczesnie polip daje się dosięgać przez usta maciczne, jeżeli nie ciągle to przynajmniej czasowo; to też w razie podejrzenia należy badanie powtarzać częściej i w przyjaznych chwilach a mianowicie podczas krwotoków lub bólów niby porodowych. Ale jeżeli i przytém szyja maciczna nie otwiera się o tyle, aby przez nią można było palec przeprowadzić pokręcając nim świderkowato, to dla umożliwienia sobie rozpoznania, a zarazem i leczenia, należy postąpić według rady S i m p s o n'a i sztucznie rozszerzyć szyję macicy, za pomocą gąbki prasowanej lub wałeczków z blaszkowca (*laminaria*). Pożytek takiego postępowania zyskał sobie teraz powszechne uznanie. My osiągaliliśmy zawsze na téj drodze pożądaný skutek, bez przyczynienia chorym znaczniejszych przykrości, a nawet wrazie istnienia mniejszych polipów, częstokroć nie tylko przekonywaliśmy się o ich bytności, ale nadto ocenialiśmy na pewno szczególne własności takowych.

Przykrości wywoływane sztuczném rozszerzaniem szyi macicznej bogato się wynagradzają umożliwieniem wczesnego usunięcia narośli. Ale chociaż i dosięgniemy palcem dolną część polipa, to częstokroć trudno jeszcze rozstrzygnąć czy dosięgnięta narośl jest istotnie szypułkowatą, czy też jest ona okrągłym, podśluzowym włókniakiem. Nieraz z trudnością zaledwie uda nam się uciskając macicę od góry zepchnąć ją o tyle ku dołowi, abyśmy mogli przeprowadzić palec między ścianą macicy i guzem, aż do szyi tego ostatniego, albo też przeciwnie, wyczuć szeroką jego podstawę. Gdyby się to nie udało, to nawet używszy zgłębnika nie zawsze potrafimy określić, w jaki sposób narośl jest przytwierdzona. Jeżeli guz, mimo miernéj swéj objętości sięga aż do wewnętrznego ujścia macicy nie będąc w pobliżu takowego przytwierdzonym, to z wielkiém prawdopodobieństwem będziemy go mogli uważać za polip. W razach wątpliwych, może wypaść potrzeba ująć narośl szczypczykami (jak zaleca S c a n z o n i) i spróbować czy da się ona skręcać około podłużnéj swéj osi.

Co się zaś tyczy różnienia polipów włókniastych od śluzowych, to najważniejsze pod tym względem kryterium stanowi ta okoliczność, że pierwsze są twarde, drugie zaś miękkie, i częstokroć palcami zgnieść a nawet zmiażdżyć się dają, a do tego krwawią za lada dotknięciem. Pod uwagę wzięść nadto trzeba, że polipy śluzowe są przecięciowo nierównie mniejsze, zwykle biorą począ-

tek w szyi macicznej, a jeżeli są wysoko osadzone, to nader rzadko schodzą aż do ujścia macicy.

Jeden i jedyny dotąd wypadek przekonywa nadto, że polip wewnętrzniciczny nie tylko wzięty być może za przewlekły zawał macicy lub włóknik okrągły, ale dać także może powód do pomyłki przez to, że rozwijają się w nie wielkie jamy, które zamieniają macicę na guzy chłoboczące. Spostrzeżenie to dotyczyło kobiety 66-letniej, której macica miała 35 centymetrów długości, 25 cm. szerokości, a ważyła 7 kilogramów (Lécorché. *Compte rendu de société de biologie. Juin 1856*).

Nawet wtedy, gdy guz sam rozszerzył szyję, i już w części sterczy z ujścia zewnętrznego, tylko staranne badanie chroni nas od wzięcia go za co innego.

Znaki rozróżniające polipa od wynicowania macicy podaliśmy już wyżej (patrz str. 140). Postępując według wskazówek tam podanych można także odkryć powikłanie obu tych chorób ze sobą.

W razach, jeżeli mało można było przywiązywać wartości do momentów anamnestycznych, brano częstokroć polipy za rozpoczynające się poronienie. Dolna część jaja tkwiącego w ustach macicznych bardzo często daje uczucie małej sprężystości, gdyż po większej części utworzoną bywa z krwią nacieklą błonę doczesną, a w takim razie kształtem swym i spoistością zbliżać się może do niektórych polipów. — Wszakże, skoro się tylko uda głębiej palec wprowadzić, znika natychmiast wszelka wątpliwość.

Sami także widzieliśmy, jak mały kawałek niedojrzałego łożyska, który przez kilka tygodni po odejściu innych części jaja płodowego występował z pomiędzy ust macicznych, uważany był za polipa. Jednakowoż właściwe uczucie ziarnistości jakie przedstawiają części takiego łożyska, wprowadziło nas w tym wypadku na właściwą drogę.

W podobny sposób, wzbudzić może podejrzenie obecności prawdziwego polipa, twardszy skrzep krwi lub włóknika t. z. polip włóknikowy; lecz ten ostatni powstaje li tylko w skutek poronienia lub porodu, czy to przedwczesnego czy czasowego, i daje się oddzielić, podobnie jak jaje.

Polipowata wybujałość raka wychodząca z wewnętrznej powierzchni szyi macicznej, różni się od polipa nierównością powierzchni, miękkością i pulchnością utkania, łatwem oddzielaniem się jej kawał-

ków, a gdzie to jeszcze nie wystarcza, cechami drobnowidzowymi oddzielonych cząstek.

Gdy polip zupełnie już zstąpił do pochwy, i jest miernej wielkości, to śledzący palec może obejść cały obwód jego ciała i przynajmniej części szyi, a często nawet i szypułę, aż do miejsca jej przyczepienia. Tu przeto tylko przy niedbałym rozpoznawaniu błąd popełnić można.— W pierwszej chwili można uleść złudzeniu, jeżeli na dolnym końcu guza znajdzie się otwór szczelinowaty lub okrągły. Szczelinę taką, polegającą na pierwiastkowym układaniu się włókien, która dawała pozór ust o bniżonej i powiększonej macicy spostrzegał Scanzoni i odrysował w swych „Beiträge zur Geburskunde. Bd. 2.“ — Częścię już tworzą się na dolnym odcinku polipa głębsze i nierówne zagłębienia, w skutek owrzodzeń. W tym razie guz ma dalekie podobieństwo do przerostu części pochwowój i raka macicy. Jeżeli w pierwszej z tych chorób powiększona jest cała część pochwowa, to obecność ust macicznych w najniższej jej części i możliwość wprowadzenia przez nie zgłębnika głęboko, pozwala ją rozróżnić od wszelkich polipów. Wrazie przerostu wargi przedniej, który według naszych spostrzeżeń, doprowadza niekiedy do wytworzenia się guza prawie gruszkowatego, może wprowadzić przy podstawie takowego istnieć rodzaj szyi, lecz ta będzie utworzona z całej wargi, a nie z szypułki wychodzącej z wargi, jak to bywa u polipów krótkoszypułkowych biorących początek w wyż wspomnionem miejscu. Również na pewno odróżniają się polipy owrzodzone, szczelinowate i powydrążane od raka części pochwowój, przez to, że pomijając już zbitsze ich utkanie i wyraźną niekiedy wrażliwość na nacisk, są otoczone zdrowymi ustami macicznymi, i przynajmniej górna ich część gładką jeszcze przedstawia powierzchnię.

Nierównie już większe trudności w rozpoznaniu przedstawiają wielkie polipy wewnątrzpochwowe, wypełniając całą pochwę, rozciągające ją na wszystkie strony, a niekiedy także zrosnięte z jej ścianami w jednym lub kilku miejscach. Tu trzeba objąć guz połową a niekiedy całą ręką i wprowadzić ją aż ponad otwór wchodu miednicy, ażeby się przekonać, że guz ten spoczywa swobodnie w pochwie, do której zstąpił z pomiędzy ust macicznych. Jeżeli wynikiem tego badania było uznanie guza za polip, to pozostaje jeszcze oznaczyć miejsce jego przytwierdzenia. Bardzo często niepodobna śledzić za szypułą aż do jej końca, gdy się ta nie przyczepia do warg macicznych. Jeżeli przeto w pośród szyi macicznej takowa jest ze wszystkich stron wolna, to musi być wyżej przytwierdzoną,

Gdy polip tak jest wielki, że waży dwa lub więcej funtów, to szyi jego częstokroć nie można osiągnąć, zanim nie wyprowadzimy ciała polipa na zewnątrz sromu, albo, (jeżeli to się nie da wykonać) zanim go nie zmniejszymy przez nacięcia lub częściowe wycięcie. Ale i wtedy jeszcze, dopiero badanie zewnętrzne z wewnętrzném połączone chroni od błędu, gdyż wciśnienia naśladujące szyję, mogą pochodzić od ucisku ustami macicznymi. Wreszcie, jeżeli polip rozwinął się ze złożonego włókno-mięśniaka, to górny koniec najniższego, może być wzięty za podstawę całego guza.

Rokowanie rzadko bywa wątpliwe, gdyż polipy rzadko skutkiem krwotoków, wycięczenia, zapalenia macicy lub też skutkiem ropnicy śmierć za sobą pociągają, a leczenie operacyjne w większej liczbie wypadków nie przedstawia szczególnych trudności i rzadko kiedy z większém niebezpieczeństwem bywa połączone. Trudności operowania są naturalnie tém większe, im wyżej polip jest przytwierdzony i im jest większy; niebezpieczeństwo zaś téj czynności wzrasta w miarę większych trudności w wykonaniu. Przy użyciu noża niebezpieczeństwo to leży w możności silnego krwotoku, zaś przy użyciu podwiązki w łatwości wywiązania się ropnicy lub posocznicy w trakcie inortyfikacyi narośli. Prócz tego niektóre chore umierają po operacyi skutkiem wycięczenia jeszcze poprzednio istniejącego.

Leczenie d o s z c z ę t n e możliwe jest tylko w drodze operacyjnej. W celu usunięcia polipów posiłkujemy się wyluszczeniem, podwiązaniem, wykręceniem, wyrwaniem, zmiażdżeniem, środkami żrącymi, żegadłem, a w nowszych czasach nadto odgniataniem (*ecrasement*) i galwanokaustyką. Wszystkie te sposoby wymagają mniej lub więcej, aby guz był dostępny, lub aby go można było dostępnym uczynić. Dopóki ciało polipa całkowicie jeszcze, a przynajmniej w większej części w macicy się mieści, to chyba tylko przy bardzo małych, najczęściej zatem przy śluzowych polipach (ale i tu nie często) znajdujemy usta i szyję macicy o tyle rozwartemi, ile operacja wymaga. Pozostają zatem dwie drogi do wyboru: albo odłożyć wydalenie polipa do czasu póki się więcej nie obniży, (czemu można dopomagać użyciem tamponu pochwowego i sporyszu, które to środki zarazem skutecznie zapobiegają krwotokom), albo sztucznie usta maciczne rozszerzyć. W niektórych razach dostatecznie rozszerzyć je można palcami, lub też pociąganiem za guz, jeżeli go można, silnie i pewno uchwycić ostrym hakiem; w innych zaś razach tylko za pomocą kilkakrotnego wprowadzania gąbek lub wałeczków z blaszkowca, albo przez nacięcie warg macicznych.

Nawet wtedy gdy istnieją wszystkie warunki, jakich technika operacyjna wymaga, ogólny stan chorych może nam nie tylko doradzać ale nawet uniezbędnić odłożenie operacyi na później. Tak, przy zapaleniu macicy, najpierwszem zadaniem lekarza będzie nsunięcie tego stanu, gdyż operacya mogłaby posunąć zapalenie do groźnego stopnia. Podobnież w razie znacznego wycieńczenia chorój, należy troskliwie rozważyć wszystkie okoliczności, zanim sobie odpowiemy na pytanie, czy mamy operować natychmiast, czy też usiłować pierwój obok objawowego leczenia zaburzeń, podnieść siły ustroju za pomocą właściwych środków. Szczególniej téż operacya polipów za pomocą noża pociąga niekiedy za sobą silny krwotok, który osoby bardzo osłabione łatwo o śmierć przyprowadza; tu zatem wzięść wypada pod uwagę i tę ilość krwi, jaką chora może jeszcze stracić. Z tém wszystkiém, metody operacyjne będące nabytkiem lat ostatnich, bardzo zredukowały liczbę wypadków, w których zwłoka w operowaniu mogłaby być potrzebną.

Ze wszystkich sposobów postępowania, zalecanych w celu usuwania polipów, najrzadziej okazuje się odpowiedniém użycie *z z e r a d e l i z e g a d l a*, gdyż środkami temi w wyjątkowych tylko razach można uleczyć chore prędko, zupełnie i bez innych szkodliwych następstw. — Rzecz naturalna, że środki te używa się do niszczenia małych tylko narośli śluzowych, a nawet i takie, jeżeli nie mają szerokiej podstawy, nierównie jest odpowiedniej odcinać lub miażdżyć. Przy polipach brodawkowatych, o szerokiej podstawie i twardych wystarcza kilkakrotne ich przyżarcie silniejszym środkiem żrącym lub żelazem rozpaloném; prędzej wszakże osiągamy nasz cel, jeżeli przedtém wytniemy nożyczkami wszystko co się tylko da usunąć. Dawniej używano niekiedy *p r z y ż e r a n i a* i do leczenia większych guzów, mając na celu częściowe ich zniszczenie, a szczególniej następce wyropienie; dziś jednak zostało ono słusznie zaniechaném, gdyż działa niepewno i powolnie a do tego jest i niebezpieczném, z powodu długotrwałego ropienia i posoczenia ¹⁾. Zanim się przekonano, że pozo-

¹⁾ *R e y b a c h* wprowadzić sądzi, że t. z. przez niego przyżeranie podskórne zastosować można i przy polipach macicznych, co téż przekłada nad wycinanie i podwiązanie. Wbija on trójkątne u polipa aż do jego szczytu; przez rurkę wprowadza walec żrący przyrządzany z ciasta *C a u q u o i n'a* i bawełny, i pozostawia go przez 7—20 godzin. Tak postępując jest w stanie 4go dnia rozszerzyć otwór powstały z uklucia, a 10go guz wykręcić. (*Abeille médic, Fevrier 15. 1857*).

stałe szczątki szypulek dobrowolnie się oddzielają, niektórzy chirurgowie a między niemi Dupuytren używali zżeradeł w leczeniu następczém.

Miażdżenie i wyrywanie także małe znajdują zastosowanie do leczenia polipów macicznych, gdyż sposoby te nadają się tylko dla polipów małych, krótko a szeroko szypułkowych, a nie dla zbitych polipów śluzowych. Jeżeli szypułka jest znaczniejszej długości i cienka, jakoteż jeżeli narosł jest większej objętości, to zawsze oddać należy pierwszeństwo wycięciu. Postępowanie tu jest proste. Chwytny polip palcami, korncażkami lub kleszczykami od polipów i zgniatamy go. Jeżeli przytém massa okaże się bardzo miękką, to wyrywamy ją odrazu lub też kawałkami; gdy zaś jest zbitszą, to poprzestajemy na zgnieceniu. Daleko odpowiedniej jest tak postąpić, aniżeli usiłować wyrwać polip, wykręcając go. W jednym wypadku gdzieśmy aż tak daleko zaszli, powstało silne krwawienie i gwałtowne przypadłości nerwowe. Amussat spostrzegł także podobne następstwa. Jeżeli się zaś ograniczymy na samém zgnieceniu, jak to wyżej podano, to i krwawienie bywa zwykle nieznaczne, i pozostałe szczątki zostają wydalone w drodze ropienia, bez rozwinięcia się niebezpiecznego zapalenia.

Wykręcania probować można tam tylko, gdzie się da z góry przewidzieć, iż pozwoli się ono wykonać bez wielkiego gwałtu, a zatem tylko na małych polipach włóknistych lub na śluzowych o bardzo cienkiej szypule. Tę ujmujemy szczypczykami i ostrożnie ukręcamy. Gdzie się łatwo uda, postępowanie to jest tak dla chorób jak i dla lekarza nierównie dogodniejszém aniżeli wszelkie inne. Jeżeli jednak nadspodziewanie na znaczniejsze trafimy przeszkody, to z przyczyn powyżej wytkniętych, przejść należy do wycięcia. Kisich z dwóch chorych operowanych za pomocą ukręcania stracił jedną na posokowate zapalenie jajnika. W ogóle, nawet nieznaczne zapalenie macicy jest przeciwwskazaniem do wykręcania, gdyż to ostatnie łatwo powiększa stan zapalny na co się zgadza i Lisfranc, który stosunkowo często tym sposobem operował.

Rozległe zastosowanie znalazły: wycięcie i podwiązanie, a każda z tych dwóch metod cieszy się tak u pojedynczych lekarzy, jakoteż w całych krajach szczególną wziętością. Wycięcie, aż do połowy zeszłego stulecia w zwykłym było użyciu; i dopiero od tego czasu, pod wpływem przekonań Levert'a, jakoteż skutkiem wynalezienia przezeń narzędzi do podwiązywania, udoskonalonych przez jego naśladowców, ustępo-

wać zaczęło miejsca podwiązce. Wreszcie pod koniec pierwszej ćwiartki bieżącego stulecia, *O s i a n d e r i E. v. S i e b o l d* w Niemczech, a *D u p u y t r e n* we Francyi na nowo podnieśli głos w obronie pierwszego sposobu operowania, i wkrótce ustalili mu przewagę w obu tych krajach, gdy tymczasem angielscy lekarze dopiero w nowszych czasach pociągnięci staraniami i przykładem *S i m p s o n'a* odstąpili od użycia podwiązki. Wyższość wycinania nad podwiązywanie najlepiej się uwydatni, skoro postawimy obok siebie obie te metody i bezpośrednie ich następstwa.

Do w y c i ę c i a najczęściej używamy nożyczek, gdyż za pomocą nich najwygodniej i najpewniej wewnątrz części rodnych szypułę przeciąć możemy. Nożyczki powinny być długie, ostre, na końcu zaokrąglone i zgięte po płaszczyźnie. Proste długie nożyczki *C o w p e r'a*, nożyczki podane przez *v. S i e b o l d'a*, albo też piękne nożyczki *C h a r r i è r'e'a* z excentryczną śrubką, są tu najwłaściwszymi narzędziami.

Jeżeli szypuła polipa znajduje się zewnątrz szpary sromnej lub wśród niej, albo też gdy tak daleko obciągniętą być może, to z równą pewnością a zarazem i wygodniej można operować nożem. Mniejsze polipy wstawić można we wziernik, a napiąwszy ich szypułę, przeciąć takową nożyczkami. Wszakże przy niejakić zręczności można zaniechać wprowadzania wziernika, a tylko pod przewodnictwem dwóch palcy, które doprowadzamy aż do samej szypuły, wyciąć polipa wystającego z ust macicznych a nawet jeszcze w szyi się mieszczącego. Ułatwimy sobie postępowanie, jeżeli idąc za radą *D u p u y t r e n'a* każemy polipa ujętego szczypczykami ściągać o ile można ku dołowi. W trudniejszych wypadkach, chociażby nawet narodził się mierniej wielkości, dobrze jest tak ją, jako też i macicę, ściągnąć aż do szpary sromnej, lub na zewnątrz takowej, za pomocą baczego i metodycznego pociągania. Pociągania te dokonywają się przy pomocy szczypców *M u s e u x'e'g o*, które wbijamy w guz; należy tylko, przy miększych osobliwie polipach, dawać baczenie, czy instrument nie ma dążności do wyrwania się, a w takim razie trzeba go będzie założyć w inném miejscu, powyżej pierwszego. Doświadczenie przekonywa, że prawie zawsze udaje się w ten sposób sztucznie obniżyć macicę, i że obniżenie to potem znika samo przez się, nie pozostawiając żadnych trwałych złych następstw. Wielkie polipy wewnątrzpochwowe muszą być zawsze o ile można ściągane, gdyż szypuła ich zwykle albo wcale, albo z wielką zaledwie trudnością bywa dostępną. W tym razie najlepiej użyć do pociągania albo kleszczy porodowych (*B o ë r'a*,

S m e l l i e'g o), albo krzywych kleszczy L u ë r'a, albo téż pociągać za pomocą pętli oprowadzonej dokoła dolnej części polipa lub przez niego przeciągniętej, albo wreszcie wolną ręką. Jako dowód, że i tutaj zawsze z wielką przezornością działać należy, posłużyć może wypadek opisany przez P i e d a g n e l'a i G o s s e l i n'a (*Gaz. d. hôpit.* 1851. Nr. 133), w którym, przy obciąganiu polipa ważącego $2\frac{1}{2}$ *℥*, kleszczami porodowemi macica została wynicowana i naddartą, a chora w 5 dni potém umarła na zapalenie otrzewnej. Okazać się téż może potrzeba rozszerzenia szpary sromnej przez nacięcie warg, jak przy rozwiązaniu.

W wyjątkowych tylko razach, nawet mimo użycia wyszczególnionych powyżej środków pomocniczych, nie udaje się i tyle polipa ściągnąć, aby można było dosięgnąć szypułę nożyczkami. Jeżeli potworzyły się zrosty guza ze ścianami macicy lub téż z pochwą, to takowe często pozwalają się rozdzielić palcami lub tępemi narzędziami, jak np. kością od wygładzania. Wrazie mocniejszych zrostów należy bardzo ostrożnie ciąć nożyczkami, aby minąć obrażenia kiszki odchodowej, pęcherza lub otrzewnej. W innych razach usiłowania obciągnięcia guza rozbijają się o zbyt dużą jego objętość. Tu pozostaje tylko albo objętość tę zmniejszyć przez wycięcie jednego lub kilku klinowatych kawałków, albo téż umożliwić sobie rozciągnięcie narośli, nakształt węzownicy, za pomocą przeciwnieglęch nacięć ciała polipa, któremi na różnej wysokości nie tylko rozdzielamy niepodatną torebkę ale przenikamy aż do środkowej osi lub jeszcze po za takową. Ostatni ten sposób, opisany przez G. S i m o n'a pod nazwą: „przedłużenia w drodze operacji“ pociąga za sobą małe bardzo krwawienie, i pozwala największe polipy z łatwością tak rozwinać, że szypuła ich może być dosięgnięta.

Zamiast nożyczek używano do przecinania szypuły rozmaitego kształtu noży, tam nawet gdzie szypuła nie mogła być zbliżona do szpary sromnej, a tém bardziej, gdy ją trzeba było przecinać w głębi jamy macicznej. S i m p s o n podał polipotom, mający postać haka opatrzonego ostrzem na wklęsłej swój stronie. Narzędzie to 10 cali długie, może być wysoko wprowadzone, a zahaczywszy niém szypułę przecina się ją ruchami piłującemi, których siłę zwiększyć jeszcze można naciskając tępy brzeg haka. Polipotom L e v e r'a zbudowany jest w podobny sposób, tylko żeby było można narzędzie to wprowadzić wyprostowane, z ostrzem skierowanym na bok, hak ruchomo jest połączony z rękojeścią za pomocą stosownego urządzenia. Najlepszym wszakże narzędziem w tych wypadkach, w których nożyczki nie wystarczają, jest nóż sierpo-

waty guziczkiem zakończony, którego brzeszczot za pomocą śrubki umieszczonej przy rękojeści może być ustawiony pod dowolnym kątem względem téj ostatniejj.

Jeżeli się okaże, że polip nie jest przytwierdzony do macicy za pomocą szypułki, lecz siedzi na szerokiej podstawie, to najlepiej będzie go oddzielić za pomocą nożyc. Cięcia wymagają tu takiej saméj ostrożności jak przy rozdzielaniu mocnych zrostów następnych.

W końcu, z okoliczności świeżo opisanego przez H a b i t'a wypadku, nie możemy pominąć ostrzeżenia, że przed przecięciem szypuły należy się raz jeszcze za pomocą skombinowanego badania przekonać, czy mniemana szypuła nie jest przypadkiem wycinową macicą, bo wynicowanie takie może powstać przy sztuczném ściąganiu polipa, tak samo jak przy nagłym porodzie.

Z powyższego opisu pokazuje się, że przytrafiają się w saméj rzeczy okoliczności, pod których wpływem nawet najostrożniejszym operatorom zdarzy się uszkodzić jakiś organ przyległy. Wypadki podobne są jednak tak rzadkie, że nie mogą usprawiedliwić obaw, jakie zwolennicy podwiązki ze względu na wycinanie przywodzą. Nawet dolegliwości jakich chore doznają podczas wycinania wtedy tylko są znaczne, jeżeli polipa z trudnością ściągnąć przychodzi, ale i tych można uniknąć przez zachloroformowanie. W rzadkich tylko razach wycięcie spowodza obfitsze krwotoki, a chyba wyjątkowo śmierć skutkiem utraty krwi. Tak np. L i s f r a n c na 165, a D u p u y t r e n na 200 operacyj, 2 razy tylko mieli silny krwotok, który obudwom udało się opanować przez zatamponowanie pochwy; zatem śmierć operowanej, jak np. w wypadku M o n t g o m e r y'e g o, uważaną być musi za wyjątkowo rzadką. — W każdym razie ostrożność wymaga, aby być zawsze przygotowanym na gwałtowny krwotok, mieć w pogotowiu środki do zatamowania takowego potrzebne (półtorochlorek żelaza, tampon, żegadło), a nawet po skończonej operacyi starannie chore doglądać, gdyż nawet po kilku godzinach może nastąpić silny krwotok następny. Tamponada jest tu niezawodnym środkiem zapobiegającym.

Jeżeli podczas operowania nie obrażono żadnej z części przyległych, a przy obciążaniu guza nie zanadto nadwierzono organa płciowe, to w następstwie nie ma obawy silniejszego zapalenia. Pozostała reszta szypuły oddziela się sama przy prostych przestrzykiwaniach, a chorą zaraz po ukończeniu wycięcia uważać można za uleczoneą.

P o d w i ą z a n i e z wolnej ręki tam tylko może być wykonane, gdzie szypuła polipa znajduje się na zewnątrz otworu sromnego, lub gdy znaj-

dując się w dolnej części pochwy wygodny przedstawia dostęp; w każdym innym razie wymaga ono osobnych narzędzi. Część tych narzędzi urządzoną jest zarazem do zakładania i zaciskania podwiązki; inne składają się z oddzielnych instrumentów do zakładania pętli, a oddzielnych do jej zaciskania. Narzędzia należące do pierwszego działu, mają postać rurek, kleszczy lub pręcików; wszakże rozleglejsze zastosowanie znalazły tylko rurkowate (z pomiędzy których pierwszy się pojawił podwójny cylinder *Levre'ta*), zwłaszcza w formie instrumentu *Goer'za* ulepszanego przez *Nissen'a*, *Ivery'ego*, *Meissner'a* i *Gooch'a*. Podczas gdy w Anglii instrument *Gooch'a* w wielkim był użyciu, Niemcy i Francuzi posilkowali się przeważnie narzędziami złożonemi z oddzielnych części do zakładania i oddzielnych do zaciskania podwiązek, mianowicie przyrządem różańcowym *Ribke'go* i postępowaniem *Desault-Bicha'ta* z pomocą stałych zaciskaczy pętlic. Użycie tych narzędzi wtedy tylko mogłoby być zrozumiałem, gdyby do opisu dołączone były one w oryginale lub w rysunku; to też chcących się z nimi zapoznać odsyłamy do *Blasiu's'a: Handb. der Akiurgie* z atlasem *Kilia'n'a Operationslehre für Geburtshelfer*, t. 2. wyd. 2 i t. p. Podwiązywanie polipów często jest możebne, bez tak znacznego ich obciążania jakiegoby wymagało wykonanie cięcia na pewno. Ale zato podwiązywanie większych guzów w górnej części pochwy bywa zwykle nadzwyczaj utrudzające, a dla chorych bardzo dokuczliwe; to samo i pierwsze zaciśnięcie pętli połączone zazwyczaj bywa z nierównie żywszym bólem aniżeli przecinaanie szypuły. Przy każdym podwiązywaniu, trzeba się nadto wystrzegać zakładania podwiązki zbyt wysoko na szypułę, i za silnego od razu jej ściskania; gdyż wywołać to może nieznośny ból, jakotóż gwałtowne zapalenie macicy i otrzewnej ten organ powlekającej (*metropéritonitis*). Nawet mimo przestrzegania wyżej podanych ostrożności, wstawić się mogą silne bardzo bóle, gwałtowne przypadłości nerwowe i znaczne zapalenie; to też niepodobna doradzać wykonywania podwiązania przy istniejącem, chociażby nieznacznem zapaleniu macicy. Wymienione dopiero przypadłości wymagają chwilowego złuzowania pętli. Nie można też z góry wymiarkować w jakich odstępach czasu podwiązka może być coraz silniej zaciskana. Zwykle robi się to raz na dzień; czasem dwa razy, lub odwrotnie, w dłuższych odstępach czasu. Martwienie polipa połączone bywa z mniej lub więcej znacznem jego sposoczeniem (stosownie do wielkości i spoistości tegoż). Zwykle odpada on w ciągu pierwszego lub drugiego tygodnia; wszelako odwlec się to może do dni 20tu a nawet 30tu. Przez cały ten czas, pomimo najstaranniejszego zachowy-

wania czystości za pomocą przestrzykiwań wodą zwyczajną, chlorową lub t. p., chore nie tylko że cierpią, ale prawdziwie godne są pożałowania, a do tego ciągle grozi im niebezpieczeństwo rozwinienia się ostrego zapalenia macicy, zapalenia okołomacicznego, zakrzepu, zapalenia otrzewnej i posocznicy. To też po rozległym sposoczeniu robiono nawet nacięcia polipa, albo wyluszczano go częściowo lub całkowicie nie będąc i tak w stanie usunąć w zupełności niebezpieczeństwa. Podwiązanie nie zabezpiecza nawet od krwotoku, którego się tyle obawiają przy wycinaniu. G o o c h, M o n t g o m e r y i M' C l i n t o c k widzieli po podwiązaniu niebezpieczne krwotoki, ten ostatni u takiej chorąg, która na dwa lata przedtém ani razu nie miała krwawych upławów. D u b o i s miał nawet stracić kilka operowanych skutkiem utraty krwi (art: „*Polype*“ w „*Diet. d. scienc. méd.*“). Że podwiązanie istotnie dość często śmierć operowanych za sobą pociąga, widać to także ze statystycznego zestawienia jednego ze zwolenników tég metody—L e e' g o. Z pomiędzy 59 wypadków w ten sposób operowanych, 9 zakończyło się śmiercią, gdy tymczasem z 35 chorych operowanych przez wykręcenie lub wycięcie, ani jedna nie umarła. M' C l i n t o c k na 34 operowane, stracił 3, i to 3 z pomiędzy 10 operowanych za pomocą podwiązki. Jeden wypadek referowany przez P o r t e r S m i t h'a ¹⁾ zdaje się dowodzić, że wyjątkowo nawet tégzec rozwinąć się może w skutek użycia tég metody operacyjnej.

Porównyując tedy podwiązanie z wycięciem widzimy, że to ostatnie zasługuje na pierwszeństwo. Lecz nie dla każdego wypadku jest ono najwłaściwszém. Wprawdzie trudności techniczne tego sposobu operowania rzadko kiedy w dzisiejszym czasie mogłyby być niepokonalnemi, ale nierównie częściej zdarzyć się może, że tętnienie w szypule zdradzając obecność w niej grubych naczyń tętnicznych każe się obawiać niebezpiecznego krwotoku, albo tég, że chore skutkiem daleko posuniętego wycięczenia, nie byłyby w stanie znieść nawet miernég utraty krwi, a tymczasem bez zwłoki operowane być muszą. W takich razach trzeba się było wyłącznie uciekać do podwiązki, a zdarzało się niekiedy, że i przy pomocy tég metody tylko częściowo guz mógł być usuwanym. R i g b y ²⁾ musiał raz aż 20 nałożyć podwiązek w przeciągu 7 miesięcy i to jeszcze potrzebował zostawić małą resztkę naturze do wyleczenia. Dziś, liczba

¹⁾ Medic. tim. and gaz. 1861.

²⁾ Medic. tim. and gaz. Nr. 271, 1855.

takich wypadków zmniejszyła się znakomicie, przez wprowadzenie galwanokaustyki i odgniatania liniowego (*ecrasement*). Gdyby dziś wypadła potrzeba zastosowania podwiązki, to należałoby zawsze, natychmiast po podwiązaniu polipa wyciąć go, gdzie tylko się to da skutecznie.

Za pomocą pętli galwanokaustycznej, nawet w głębi operować można na pewno; ale nie zawsze szypuła polipa jest dla niej osiągalną, a do tego wspomniana metoda, z powodu wysokiej ceny potrzebnego do niej przyrządu, a rzadkości wypadków, w których jest niezbędna, nie w każdym lekarzu znaleźć może wykonawcę.

Nie można tego samego powiedzieć o użyciu odgniatacza (*ecraseur*). Wszakże narzędzie to, nawet w zagiętej swjej formie, nie da się użyć w tak licznych razach jak pętla galwanokaustyczna. Nie wymaga on wprawdzie aby szypuła polipa była koniecznie ściągniętą aż do ujścia pochwy, ale też nie przy każdym przyczepieniu guza da się założyć w głębi macicy. Przy odgniataniu nie brak też w zupełności i niebezpieczeństw, jakie podwiązka za sobą pociągnąć może; my sami bowiem po zastosowaniu odgniatacza widzieliśmy dwa razy niebezpieczne przypadłości, — raz zakrzep żył macicznych i miedniczych, drugi raz zapalenie macicy. W obu tych razach polipy były przewężone i na szerokijszym osadzone podstawie ¹⁾.

Pomijając więc wykręcanie, jeżeli narodził się ku temu właściwy, na pierwszym miejscu zawsze postawić musimy wycięcie, a dopiero tam, gdzie od wycięcia konieczne potrzeba odstąpić, użyjemy jednej z trzech na końcu opisanych metod, stawiając i tu jeszcze podwiazkę na ostatnim planie.

¹⁾ Do odgniatania polipów, oprócz ekrazera podano ostatnimi czasy inne jeszcze narzędzia. Aveling (*Medic. tim. Nr. 369. 1857*) przyśrubowywał płatkę metalową do haka przeprowadzonego przez szypułę, podobnego do Anchenister'a Scanzoni'ego. *Pince-ecraseur* Richel'a (*Union medic. Nr. 42. 1864*), są to zakrzywione kleszcze opatrzone zębami, których urządzenie zapożyczonem zostało z Simpsonowskiego *craniocladt'a*. Braxton Hicks (*Obstetr. transact. III. p. 316*) zastąpił łańcuszek odgniatacza 2—6 razem skręconemi drutami wypalonymi, aby zyskać możliwość ustawienia pętli pod dowolnym kątem względem osady, i założenia jej w samej macicy. Jeżeli zasadność tej modyfikacji się potwierdzi, będzie ona pamiętnym wynalazkiem.

14. Gruźlica macicy.

Rokitansky: *Fathol. Anat. III*, p. 549 i 583, oraz *Allg. Wien. med. Zeit. Nr. 21. 1860.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. I.* p. 521. Giacinto Nambia: *Annal. univ. di medic. Milano. Agosto e Settembre. 1858.* — Klob: *Path. Anat.* p. 191.

Gruźlica macicy zdarza się w ogóle rzadko. Według Kiwisch'a spostrzegać się daje raz na 40 wypadków gruźlicy (według Nambia's'a raz na 8—9) i to w każdym okresie życia. Występuje ona albo jako całkiem podrzędny objaw gruźlicy ogólnej, albo też jako choroba pierwotnie rozwinięta w organach płciowych. W tym ostatnim razie, cierpią też równocześnie i jajowody, które prawie zawsze najpierw bywają zajęte.

Gruźelki odkładają się w błonie śluzowej jamy macicy, tak samo jak i w błonie jajowodów, najczęściej w postaci nacieczenia; rzadziej powstają najpierw szare i żółte gruzełki jagłowate. Zwolna przychodzi do rozpadu, smugowatego lub rozlanego owrzodzenia wewnętrznej powierzchni macicy, i nagromadzenia się gruźliczej masy w jej jamie. Ponieważ nacieczenie zwykle ostro bywa odgraniczone przy ujściu wewnętrznym macicy, zatem szyja maciczna zwykle pozostaje zdrową; wszakże ograniczone wrzody gruźlicze tworzą się niekiedy i tutaj, a nadzwyczaj rzadko także i na zewnętrznej powierzchni części pochwowej, jako też w górnej części pochwy. Klob spostrzegał raz chorobę, która rozpoczęła się w szyi macicznej, i doprowadziła do rozwinięcia się w ścianie tejże szyi jamy wielkości wiśni; punktem wyjścia tej sprawy był zapewne gruczoł torbielowato przeistoczony.

Przy zwykłym przewlekłym przebiegu, choroba ta nie wywołuje żadnych charakterystycznych zaburzeń czynnościowych. Białych upławów, braku miesiączki i bólu rzadko przytém brakuje, ale też objawy te zdarzają się nierównie częściej przy innych chorobach. Wszakże równoczesne zmiany w jajowodach mogą ułatwić rozpoznanie.

Ostrą gruźlicę widział Rokitansky obok ostrzej gruźlicy płuc w okresie połogowym u pewnej kobiety, która już miała chroniczne złoży w płucach.

Śmierć nastąpiła 19 dnia po porodzie przedwczesnym odbytym w 8 miesiącu ciąży. Błona śluzowa macicy i jajowodów usiana była nnóstwem rozsianych szarawych i szaro-żółtawych gruzełków, wielkości

maku, do soczewicy, skutkiem czego wyglądała jakby potoczona. Także i w błonie mięsnej aż do otrzewnej widzieć było można podobne granulacje.

15. Pasożyty w macicy.

Już dawniejsi pisarze pamiętają o znajdowaniu się hydatydów w macicy; w nowszych zaś, nagromadziło się wiele spostrzeżeń tego przedmiotu dotyczących. Oczywiście, w większej części tych wypadków mieszano pasożyty z zaśniami groniatemi; mała tylko liczba autorów daje dostateczną rękojmię prawdziwości owych podań. Do takich należą: R o k i t a n s k y, który raz widział b ą b l o w c a (*echinococcus*) w macicy (*Path. Anat. III. p. 538*) i W i l t o n, który opisał podobny wypadek, zakończony śmiercią (*Lancet. 1840 Nr. 19*). Pierwszym objawem choroby był tu krwotok maciczny, wracający w odstępach tygodniowych, i trwający całymi dniami, jakoteż bóle nieporodowe coraz bardziej się wzmagające, w czasie których, od czasu do czasu wytryskał pływ. Po 3 mniej więcej miesiącach chora umarła niespodzianie, wśród objawów krwotoku wewnętrznego. Przy sekcji znalazł W i l t o n w górnej części ściany macicy znaczną ilość guzów hydatydowych, które częścią swobodnie wnikały do jamy macicznej, a na zewnętrznej powierzchni tworzyły nieregularne wyniosłości z mniej lub więcej cienką powłoką, i tu w jednym miejscu sprowadziły pęknięcie, którego następstwem był śmiertelny krwotok do jamy otrzewnej. Być może, że i spostrzeżenie F a h n e r'a (*Beitr. zur gerichtlichen und pract. Arzneik. I. 1799. Nr. 11. p. 98*) dotyczyło bąblowca.

Trzy wypadki hydatydów, które H i s l o p ze swjej praktyki ogłosił (*Monthl. Journ. 1850. April*) nie zdają się tu należeć.

Za pojawieniem się w ą g r a (*Cysticercus cellulosae*) zdaje się przemawiać opis S c h l e g e l'a (*Material. f. d. Staatsarzneiwiss. St. 3 p. 158.*).

16. Mięsak rdzeniowaty macicy.

(*Sarcoma medullare uteri*).

V i r c h o w: *Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. XIII. p. 182*; oraz *Die krankhaften Geschwülste Bd. II. p. 350*. — C. M a y e r: *Monatsschr. f. Geburtsk. März — April 1859*. — L. M a y e r: *Ibid. Mär. 1861*. — S. L. H a r d y: *Dubl. jour. Mai, 1864*.

Mięsak rdzeniowaty macicy przez Virchow'a dopiero został ostro oddzielony od polipów, guzów włóknistych i rakowatych. Różni się on od guzów łącznotkankowych t $\acute{e}$ m, że nie posiada budowy czysto włóknist $\acute{e}$ j; owszem, dostrzedz w nim można coraz bardziej przeważający rozwój elementów komórkowych; zaś od raka, brakiem charakterystyczn $\acute{e}$ j budowy oczkowat $\acute{e}$ j. Pojawia się on niekiedy w formie guzikowat $\acute{e}$ j, polipowat $\acute{e}$ j, albo t $\acute{e}$ ż (gdy skutkiem zakażenia tworzą się nowe guziki) w formie narośli zrazikowat $\acute{e}$ j; częśc $\acute{e}$ ściej rozwija się pod postaci $\acute{a}$ obszern $\acute{e}$ j wybujałości naciekl $\acute{e}$ j błony śluzow $\acute{e}$ j. Punktem jego wyjścia najczęśc $\acute{e}$ ściej bywa błona śluzowa ciała macicy.

Gdy dojdzie znaczniejsz $\acute{e}$ j wielkości, rozszerza on tak $\acute{z}$ e i szyję macicy, i wtedy może być osiągnięty badającym palcem i wymacany bądź jako guz twardy, częśc $\acute{e}$ ściej jednak jako mi $\acute{e}$ kki, częstokroć znacznie rozciągający jamę macicy.

Podobnie jak polipy włókniste, sprawdza on białe upławy, krwotoki i bóle. To t $\acute{e}$ ż t $\acute{e}$ m łatwi $\acute{e}$ j wziętym być może za narośl wspomnian $\acute{e}$ j natury, im jest twardszy; a dopiero ściśle zbadanie jego utkania, jakot $\acute{e}$ ż okoliczność, że po wycięciu na nowo się odtwarza, zwraca uwagę na prawdziwą nowotworu tego naturę. Mi $\acute{e}$ kkie narośle mogą ulegać owrzodzeniom, częśc $\acute{e}$ ciowo posoczeć, a przez to nadawać widzielinom podobne własności jakie mają przy raku. Gdy choroba trwa dłu $\acute{z$ ej, nabrzmiewają tak $\acute{z}$ e i gruczoły limfatyczne a nawet twardnieją, chocia $\acute{z}$ nierównie rzadziej i późni $\acute{e}$ j niż przy raku. Wypadek taki opisał L. M a y e r. Cały mi $\acute{e}$ szak macicy był tu zmieniony w żółto-białą rdzeniowatą masę; macica 4 cale długa; wewn $\acute{e}$ trzna powierzchnia j $\acute{e}$ y jamy, oraz ujście owrzodziałe. Tylna ściana macicy gubiła się w twardej gruzłowat $\acute{e}$ j narośli, te same przedstawiając $\acute{e}$ j cechy, na 1' $\frac{1}{2}$ cala szeroki $\acute{e}$ j, i zlewając $\acute{e}$ j się z przerodzon $\acute{a}$ równie $\acute{z}$ przedni $\acute{a}$ ścian $\acute{a}$ odbytnicy. Gruczoły tak pachwinowe jakot $\acute{e}$ ż kreskowe były obrzmiałe i miały wejrzenie rdzeniowate.

Mięsak rdzeniowaty napotyka się w macicy zarówno w wieku dojrz $\acute{a}$ łości płciow $\acute{e}$ j, jako t $\acute{e}$ ż po zaprzestaniu miesiączkowania; w ogóle jednak rzadko. C. M a y e r miał sposobność obserwowania tylko 4 czy 5 wypadków. My napotkaliśmy 3; z tych jeden u 20-letni $\acute{e}$ j panny; drugi u kobiety 40-letni $\acute{e}$ j, u któr $\acute{e}$ j po wycięciu najpi $\acute{e}$ rw polipa włóknistego rozwinął się guz obfitujący w komórki; ten znowu wycięty, tak gwałtownie się odtwarzał, że po 14 dniach już przechodził objętość dwóch pięści. W trzecim wypadku, po usunięciu dość wielkiego polipa siedzącego na przedni $\acute{e}$ j ścianie szyi maciczn $\acute{e}$ j nastąpiło pi $\acute{e}$ rwsze odtworzenie się po 16, a drugie po 18 miesi $\acute{a}$ cach, chocia $\acute{z}$ po

pierwszém śmiało użyto rozpalonego żelaza. Ostatnia operacya sprowadziła zarośnięcie ust macicznych. Na zejście oczekujemy.

Uleczonym może być tylko mięsak guzowaty a nie rozlany, i to tylko po wczesném dokonaniu operacyi; ale pole operacyjne bywa niestety tak nieprzyjemne, że prawie zawsze wypadnie pozostawić część zajętej już błony śluzowej. W naszych wypadkach mogliśmy przy pomocy wziernika obejrzeć okiem wewnętrzną powierzchnię macicy. W drugim z kolei dało się to nawet zrobić tak wygodnie, że nie wahaliśmy się po odgnieceniu guza przyżędz dno i okolice rany sześcioma żegadłami, co wszakże pozostało bez wpływu na ponowienie się choroby. Nie większą korzyść przyniosło wyżarcie powierzchni cięcia saletranem rtęci, do jakiego uciekł się S. L. Hardy u 17-letniej dziewczyny, po wycięciu odtworzonego już guza. W tym wypadku mięsak rozsiał się potem po wargach macicznych, a chora wkrótce uległa, pod wpływem wzmagającego się wycieńczenia.

17. Rak i rakowiec macicy.

Bayle i Cayol: Art. „cancer“ w *Dict. d. scienc. médic.* III. 1812. — Téallier: *Du cancer de la matrice etc.* Paris. 1836. A. d. Fr. von Martiny. Weimar. 1837. — Tanchou: *Journ. des connoissanc. médic.* 1836. Nr. 2. — Pauly: *Malad. de l'utérus d'après les leçons cliniq. de M. Lisfranc.* Paris. 1836. — Duparcque: *Traité théor. et prat. des malad. organ. simpl. et cancér. de l'utérus.* Paris. 2. Ed. 1839. — Lever: *Méd. chir. Transact.* XXII. London. 1838; oraz *Pract. treatise on organ. diseases of the uterus*, p. 153. — Rokitański, *Path. Anat.* III. — Montgomery: *Dublin. Journ.* 1842. Styczeń. — Walsh: *Nature and treatment of cancer.* London. 1846. — Huguiet: *Gaz. d. hôpit.* 1847. Nr. 92, 100 i 116. — Kiwisch: *Klin. Vertr.* I. p. p. 475. — Forget: *Gaz. méd. de Paris.* 1851. Październik. — Lebert: *Traité pract. des malad. cancér.* Paris. 1851. — Köhler: *Die Krebs-und Scheinkrebskrankh.* Stuttgart. 1853. — Hannover: *Das Epithelioma.* 1852. — Chiari: *Klinik für Geburtsh. und Gynäkol.* Erlangen. 1855. — Scanzoni: *Krankh. der weibl. Sexualorg.* p. 241, i *die chronische Metritis* p. 170. — E. Wagner: *Der Gebärmutterkrebs.* Leipzig. 1858. — Virchow: *Verhdl. d. Würzb. Gesellsch.* 1. p. 106. i *Monatsschr. f. Geburtsk.* X. p. 244.

Macica jest organem, który na równi z żołądkiem bywa najczęstszym siedliskiem raka. Według tabelli Marc'a d'Espine opartej na wykazach śmierci w kantonie Genewy między r. 1838—1855, z pomiędzy 880 wypadków raka, na macicę przypadało 139, zatem 15% ogólnej cyfry. Podobny rezultat — 18% — osiągnął Virchow, zestawiając stosunki śmiertelności miasta Würzburga.

Rak pojawia się w macicy najczęściej pierwotnie; prócz tego macica może być wciągnięta w obręb zwyrodnienia rakowatego rozwiniętego pierwotnie w pochwie, tkance łącznej okołomaciczej lub miedniczej, w jajnikach, kościach miednicy, pęcherzu moczowym lub w kiszcze odchodowej, drogą bezpośredniego przeniesienia się. Może ona także uleźć tej chorobie następco, w ścisłym tego słowa znaczeniu, jeżeli rak rozwinął się pierwotnie w sutce, jajniku, albo też w innych organach, np. limfatycznych lub oddechowych. Gdy rak przechodzący z miejsc przyległych, jakoteż następczy, może się pojawić w najróżnorodniejszych miejscach macicy, to pierwotny, z małemi wyjątkami, bierze początek w tej części, która jest najbardziej wystawiona na wpływy traumatyczne, to jest w części pochwowej, bez względu na to czy wystąpi pod formą raka czy rakowca.

Zdania autorów rozchodzą się przy rozstrzygnięciu pytania, która z tych dwóch form raka w macicy jest częstsza. Według opinii Rokitańskiego, Förster'a, Wagner'a i innych, rakowiec zdarza się w ogóle rzadko, a w każdym razie nierównie rzadziej niż rak. Z drugiej strony Hannover już wnosił, iż rakowiec częstszym być musi, opierając się na tym fakcie, że rak macicy bardzo często pozostaje ograniczonym do organu pierwotnie zajętego. Virchow większą część wypadków do tej zalicza kategorii. L. Mayer spostrzegł 27 razy rakowca, a tylko 8 razy prawdziwego raka. Nie wątpimy, że oczekiwane niezadługo dokładne sprawozdania Virchow'a, mniemaniu temu powszechne zjedną uznanie.

Ze względów praktycznych, opiszemy oddzielnie raka szyi i oddzielnie raka macicy; wstrzymujemy się zaś od zupełnego rozdzielania rakowca od raka.

a) Rak szyi macicy.

Rak w macicy przedstawia się zwykle w formie pośredniej między rakiem miękkim a włóknistym; rzadziej w tej ostatniej formie, albo

téż w formie raka oczkowego (*c. alveolare*). W a g n e r z pomiędzy wszystkich przez siebie spostrzeganych wypadków raka, jeden tylko uznać mógł za istotnego skira; co się zaś tyczy raka galaretowatego, to za jego przytrafianiem się przemawiają pojedyncze tylko spostrzeżenia R o k i t a n s k y ' e g o, L e b e r t ' a ¹⁾ i innych. Rak w części pochwowój rozpoczyna się zwykle jako rozlane, jednostajne nacieczenie błony śluzowój, lecz warstw głębszych; rzadko tworzy on ograniczone guziczki. To téż część pochwowa od samego zaraz początku powiększa się, dochodząc 2 — 3 — 4 — 5-kroć większej objętości (przyczém częstokroć jedna warga przeważnie grubiej), jéj powierzchnia staje się stopniowo coraz bardziej nieregularną, wzgórkowatą, a do tego zmienia się i konsystencya, która częstokroć bywa niejednakowa w różnych miejscach, — tu twardsza, tam bardziej miękka. Przerwanie ciągłości błony śluzowój następuje zwykle wcześniej, niż nacieczenie zdoła zająć część nadpochwową szyi. Wrzód skutkiem tego powstały, bywa zwykle lejkowaty, nierówny, o podstawie szczelinowatéj, brzegach nieregularnych, otoczeniu twardém i wzgórkowatém, o dnie pokrytém szaro-zieloną masą rozpadową, lub krwawą posoką.

Z otwartéj powierzchni wrzodu podnoszą się teraz wybujałości rozmaitéj postaci, bardzo obfite w naczynia, jasno lub ciemno-czerwone, łatwo krwawiące, które się składają z podścieliska łączno-tkankowego i zawartych w niém licznych komórek i jąder. Jednocześnie wznosi się rak coraz wyżéj. Bardzo często bujanie ogranicza się tylko do mniej lub więcej obszernego miejsca, a pozostała część skutkiem owrzodzenia ulega znacznej utracie substancyi. Prędzej lub później rozpadają się także wybujałości wrzodu na krwistą, cuchnącą posokę, z którą odpływają na zewnątrz zachowane dotąd elementa morfologiczne, a miejsce ich zajmują nowe wyrośle. Stosownie do tego, czy rozpad posokowaty rozpoczyna się wcześniej czy później, jakotéż czy rozpad czy téż bujanie bierze przewagę, różnić się musi i objętość masy raka. Niekiedy prawie wcale nie bywa wybujałości na powierzchni owrzodzenia, a zniszczenie macicy gwałtownie postępuje od dołu ku górze. Guzy rakowate części pochwowój zwykle nie dochodzą znacznej wielkości; niekiedy przecież nietylko wypel-

¹⁾ Archiv. Virchow'a IV. p. 239.

nią górną część pochwy, ale nawet zstępują aż do jęj ujścia. Lecz i w takim razie posoczenie zawsze szybko bierze górę, zamieniając najpierw część pochwową w szeroki, nieregularny, odwrócony lejek czyli krater, którego węższy otwór tembardziej się przybliża do właściwej jamy macicznej, im bardziej ku górze postępuje nacieczenie i rozpad posokowaty. W ten sposób niszczy stopniowo cała szyja maciczna, a jeżeli nacieczenie nie ograniczy się ostro przy wewnętrznych ustach macicy, jak to się często zdarza, to także i większa część ciała macicy, a w pojedynczych razach cały ten organ aż do dna ulega zniszczeniu.

R a k o w i e c rozwija się również najczęściej w części pochwowej, a przynajmniej w szyi macicy, ale nie zawsze w taki sam sposób. Najpierw, zdarza się, że bez poprzednich zmian w błonie śluzowej, powstają między warstwą łączno-tkankową a mięsną, lub też na obwodzie tej ostatniej, małe oczka wypełnione elementami rakowca, to jest komórkami typu naskórkowego; oczka te w miarę powiększania się zlewają się z sobą, rozrywają powierzchnią osłonę i pozostawiają owrzodzenie, które coraz bardziej się szerzy, ponieważ dokoła niego powstają coraz nowe guziczki raka jakoby węgry (*comedones*), powiększają się i otwierają.

Nierównie jednak częściej rozpoczyna się proces w błonie śluzowej, na jednej lub obu wargach macicznych, a pierwszą zmianą jest bujanie brodawek tej błony. Skutkiem przerastania, nakształt brodawek złożonych (*verruca*) lub kondylomatów, grubieją one i wydłużają się olbrzymio, a powstała skutkiem tego narośl brodawkowa ta wydaje się być złożoną z mnóstwa ściśniętych ze sobą słupków, których treść utworzoną jest z pętli naczynka włosowatego, otoczonej małą bardzo ilością tkanki łącznej, powierzchnia zaś składa się z bardzo grubych pokładów nabłonkowych. Wyrostki brodawkowate dzielą się potem krzewiasto i wyrastają na kosmki długości cała, skutkiem czego narośl zatracą coraz bardziej poziomkowatą swą postać i zamienia się na wybujalosc kalafiorowatą. Powierzchnia jęj jest czerwonawa lub brudno-biała, a spoistość miękka i krucha; to też słusznie porównywano ją z mózgiem młodych zwierząt. W czerwonawo-szarej substancji korowej guza, jeszcze wyraźniej rozpoznać można budowę brodawkowatą; w wewnętrznej zaś części wyraźnie się odróżniającą żółtawo-czerwonem zabarwieniem, nie widać wcale oczek wypełnionych sokiem rakowym, a co więcej, szczupła ilość tkanki łącznej nie jest tu nawet ułożona oczkowato, cała zaś massa składa się przeważnie z okrągławych lub nieregularnych ko-

mórek typu naskórkowego. Rakowcowa natura narośli brodawkowatej wtedy dopiero się ujawnia, gdy u podstawy takowej narośli, w sposób poprzednio opisany, rozwijać się zaczęły przestwory wypełnione komórkami nabłonkowymi, co się dzieje prędzej lub później, a niekiedy dopiero po upływie lat.

Powstałe ogniska raka nabłonkowego, rozrywają błonę śluzową, podobnie jak w owych wypadkach, gdzie występują bez przerostu brodawek. Z podstawy, albo też z brzegu rakowcowego owrzodzenia wznosić się mogą nowe wyrośle brodawkowate, które, zarówno jak i pierwotna, często dobrowolnie się rozpadają i niszczą skutkiem sposoczenia. To też wrzód odznacza się tu najczęściej nietylko zatokowo strzępiastą swą postacią i zgrubiałymi twardymi brzegami, ale nadto głębokimi rozpadlinami i szczelinami w dnie.

Skoro owrzodzenie już raz powstało, to zwyrodnienie zaczyna się szerzyć dokoła, bez względu na to, czy pochodzi od raka czy od rakowca. W dalszym biegu choroby ta tylko ważna zachodzi iniedzy niemi różnica, że rak z wielką łatwością sprowadza cierpienia następne, gdy tymczasem rakowiec nader małą okazuje skłonność do upowszechniania się; ztąd też przy tym ostatnim nierównie już rzadziej napotykamy nacieczenie sąsiednich gruczołów limfatycznych, a wyjątkowo chyba nacieczenie gruczołów pachwinowych. Różnica ta nie wzbrania nam bynajmniej roztrząsania tu jednocześnie następstw i dalszego biegu choroby, przy obu tych odmianach raka.

Przekrwienie wywołane i podtrzymywane zwyrodnieniem rakowatym lub rakowcównym, sprowadza nieżyty, a ten znowu, bądź sam przez się, bądź za współudziałem zwężenia ujścia szyi macicznej i następczego nagromadzania się wydzieliny, często wywołuje przerost macicy, przy czém ta ostatnia 2 lub 3-kroć się powiększa. Ogniska rakowe i nacieczenia rozwijające się w obwodowej i przyległej tkance łącznej, znoszą ruchomość macicy i wywołują zapalenie otrzewnej, skutkiem którego powstają zrosty między macicą a kiszka odchodową, pęcherzem, jajnikami i jajowodami, pętlcami kiszek i kiszka zgiętą biodrową, co jeszcze bardziej macicę unieruchamia. Rak przechodzi także i na sąsiednie organa, a najpierw na pochwę z miejsc pośrednich między tą ostatnią a macicą. Z tkanki łącznej otaczającej macicę i pochwę, przenosi się zwyrodnienie bardzo często na tylną ścianę pęcherza moczowego (w 38% wszystkich wypadków), oraz na przednią ścianę odbytnicy (w 16%). Gdzie się to stanie, tam u trzeciej części chorych powstają rakowate

przetoki pęcherzo-pochwowe, a u $\frac{3}{4}$ przetoki odbytniczo-pochwowe. Obszerne kloaki, o ścianach utworzonych z resztek zwyrodniałych organów i z powierzchni owrzodzeń rakowych, sięgające niekiedy przez zniszczoną tkankę łączną aż do mięśni lub kości miednicy, tworzą się tylko w 3—4% wszystkich wypadków raka macicy. Raka jajników rozwijającego się następnie, widział Lebert 2 razy na 39 wypadków, Dittrich 6 razy na 59, Wagner 2 razy na 19 wypadków. Zrakovacenie jajowodów Dittrich widział 3 razy, a Kiwisch 18 razy na 73 wypadki. Więzy szerokie macicy rzadko cierpią (w wypadkach Dittrich'a 3 razy); okrągłe jeszcze rzadziej. Na moczowody zniszczenie często się przenosi, i to albo z dna pęcherza, albo z tkanki łącznej miednicy; przeciwnie, cewka moczowa rzadko zostaje wciągnięta w obręb choroby. Rak gruczołów limfatycznych zdarza się mniej więcej w połowie wypadków. Najczęściej naciekają gruczoły w bezpośrednim sąsiedztwie z macicą będące, więc w więzach szerokich i w splocie podbrzusznym, biodrowym zewnętrznym i krzyżowym. Częstokroć zmiany szerzą się ztąd dalej na gruczoły lędźwiowe. Przeciwnie, gruczoły nie będące w bezpośrednim związku z macicą, jak np. gruczoły pachwinowe, kręzkowe i t. p. rzadko ulegają cierpieniu. Raki następnie w innych organach rzadko się też zdarzają; w wątrobie tylko u 5% chorych, w płucach u 6%.

W niewielu wypadkach widział Rokitański dobrowolne uleczenie raka, które następowało w ten sposób, że nacieczenie pozostawało ograniczonem do samej szyi macicznej, massa rakowa przez sposoczenie w zupełności się oddzielała, a dno wrzodu oczyszczało się i zabliźniało. Scanzoni spostrzegał także to samo u pewnej 60-letniej kobiety, która mimo to już po upływie $1\frac{1}{2}$ roku umarła na raka sutki.

Przyczyny. Dochodzenia lekarzy wykryły wiele momentów sprzyjających rozwojowi raka macicy. Z pomiędzy takowych, na pierwszym miejscu wymienić należy wiek. Już Bayle miał w zasadzie słuszość, skoro wiek od 20-go roku życia począwszy za sprzyjający rozwojowi raka uważał, a największą liczbę wypadków tej choroby odnosił do 5-go dziesiątka lat. Później wszakże zmieniło się ogólne to zdanie, w skutek obszernej statystyki, ogłoszonej przez Boivin-Dugès. Statystyka ta stoi jednak w sprzeczności nie tylko z orzeczeniem Bayle'a, ale także i z wynikami badań innych autorów, tak, że uzasadnionem być się zdaje powątpiewanie w jej prawdziwość. Najbardziej uderzającą jest ta sprzeczność w oznaczeniu częstości raka macicy w pier-

wszycy 20-stu latach życia, na który to wiek, według B. i D., przypada 12 z pomiędzy 409 wypadków, to jest 2,93%, oraz w okresie wieku między rokiem 20—30, na który przypada 80 wypadków, t. j. 20,29% ogólnej cyfry; a tymczasem wszyscy jednozgodnie zapewniają, że choroba ta przed 30-ym rokiem życia należy do rzadkości; nie ma zaś ani jednego niezaprzeczalnego przykładu rozwinięcia się ję przed 20-ym rokiem życia ¹⁾).

Z tęj przyczyny zdaje się być rzeczą konieczną, odstąpić zupełnie od tabelli Boivin-Dugès, a wyciągać wnioski tylko z cyfr podanych przez Lever'a, Kiwisch'a, Lebert'a, Chiari'ego, i Scanzoni'ego, które są ze sobą dosyć zgodne. Autorzy ci podają w ogóle 446 wypadków, z pomiędzy których przypada:

między 20—25 r. życia,	wypadków	6	} = 6,0% cyfry ogólnej
„ 25—30 „ „	21		
„ 30—40 „ „	121		= 27,1% „
„ 40—45 „ „	104	} = 39,2% „	
„ 45—50 „ „	71		
„ 50—60 „ „	87		= 19,5% „
„ 60—70 „ „	31		= 6,9% „
po 70-ym „ „	5		= 1,1% „

Z cyfr powyższych wykazuje się, że rak macicy może nigdy nie zdarza się przed nadejściem okresu dojrzałości, a następnie, przed upływem lat 25-ciu wyjątkowo się tylko przytrafia; od tęj zaś epoki aż do 5-go-dziesiątka wieku choroba ta pojawia się częściej, ale lata przekwitowe bynajmniej usposobienia do niej nie zwiększają.

U kobiet które już rozpoczęły 4-ty dziesiątek lat życia, szyja macicy, skutkiem czynności płciowych, doznawała już mniej lub więcej znacznych i częstych insultacyj, a w 4-ym i 5-ym lat dziesiątku traumatyzm ten trwa wciąż dalej. Powyższa statystyka popiera zatem podnoszoną już dawniej okoliczność, że tak rakowiec jakoteż i rak zwykle biorą początek w części pochwowęj macicy. Z w i ą z e k p r z y c z y n o-

¹⁾ Tak np. W i g a n d (*Hamburg. Magaz. f. Geburtsh. I. 2. p. 155*) miał znaleźć u dziewczynki zmarłej na konwulsje (taniec św. Wita) macicę na wskróś skriowatą, i tęp objaśnia sobie objawy chorobowe za życia; wszakże w niewielu słowach zawarty opis stanu macicy i dodatkowych ję części prawie nie pozwala wątpić, że tłumaczenie tego stanu było niesłuszne.

wy rozwoju raka macicy z miejscowym traumatyzmem, czerpie dla siebie dowód w innych jeszcze faktach. Wprawdzie usiłowania wynalezienia podstaw do etyologii raka w poprzednich nieprawidłowościach miesiączkowania, a mianowicie w tych którym towarzyszy znaczne targanie szyi macicznej, żadnego nie odniosły skutku, Ch. West np. między 94 chorem naliczył tylko 6 takich, które pierwój bolesną miały regularność; ale nie można znowu pominąć spostrzeżenia Scanzoni'ego, że 54 z pomiędzy 108 rakiem dotkniętych, uskarżały się poprzednio na zaburzenia w miesiączkowaniu i na śluzotoki. Dalej, za wpływem stosunków płciowych na rozwój opisywanej choroby przemawia to powszechne doświadczenie, że u dziewcząt zdarza się ona bardzo rzadko. Że rak macicy nie daje się szczególnie często obserwować u nierządnic, dowodzi to tylko, że bezpłodne spółkowanie nie jest tu najważniejszym momentem. Czy nie należałoby także wziąć pod uwagę braku silnego pobudzenia zmysłowego przy rzemieślniczym nierządzie, wstrzymujemy się od roztrząsania; wspominamy tylko, że Scanzoni u 15 z pomiędzy 108 chorych, napotkał niezwykle popęd płciowy.

Niewątpliwy jest tu wpływ płodności. Wprawdzie niektórzy badacze, przy swych poszukiwaniach otrzymali wyniki napozór wpływu tego zaprzeczające; i tak, z pomiędzy 36 chorych, spostrzeganych przez Chiari'ego, 7 t. j. prawie $\frac{1}{3}$ część była bezdzietnych, a z pozostałych prawie połowa miała nie więcej jak po jednym lub dwoje dzieci. Lebert także naliczył 3 niepłodne między 37-ma, a u $\frac{2}{3}$ cz. płodnych tylko po 1, 2, 3 — 4 dzieci; przecięciowo po 3,94. Ale znowu ci, którzy rozporządzali większą liczbą cyfr, do innych doszli wyników. Tak np. Lever i Scanzoni bardzo często wprawdzie spostrzegali raka u kobiet niepłodnych; 8,3% chorych rakowatych wspomnianych przez pierwszego z dopiero wymienionych badaczy, a prawie $\frac{1}{3}$ cz. wspomnianych przez drugiego z nich, do téj liczą się kategorii.

Wszakże u pozostałych zauważyli oni znakomitą płodność. 103 chore Lever'a, urodziły razem 596 dzieci, zatem w przecięciu po 5,8. Z pomiędzy 72 przytoczonych przez Scanzoni'ego, wiele przebyło liczne porody, a mianowicie:

11 przebyło porodów	9—11
14	„ 8
13	„ 7
21	„ 6

10 przebyło porodów 5
a tylko 3 „ 4;
średnio biorąc każda odbywała po 7 porodów.

W e s t na 118 chorych miał tylko 2 niezamężne, a z pozostałych tylko 7 niepłodnych; liczył tedy 1 niepłodną na 16,6 płodnych, gdy tymczasem w Bartolomäus-Hospital stosunek ten stał jak 2 : 8,5. Ze 109 kobiet płodnych, każda odbywała po 5,6 porodów na czasie i 1,2 razy roniła; a tymczasem w téj saméj okolicy liczyło się średnio tylko po 4,2 dzieci na jedno małżeństwo.

Po tém co się przytoczyło, zdaje się być rzeczą pewną, iż w miarę większej liczby odbytych porodów, do których liczyć także trzeba i niewczesne, bo te również szyję macicy naruszają, wzrasta usposobienie do raka macicy. Z drugiej strony, nawet pozornie niestosunkowa częstość téj choroby u kobiet niepłodnych, może także służyć za dowód istnienia przyczynowego związku między traumatyzmem miejscowym a rozwojem choroby; boć część przyczyn sprowadzających niepłodność, jak np. niezżyt macicy, połączona jest z ustawiczném lub téż peryodycznie powracającym drażnieniem części pochwowéj.

Słuszności tego tłómaczenia dowodzi nakoniec spostrzeżenie zrobione najpierw przez C. M a y e r ' a, że rakowiec rozwinąć się może ze wrzodu brodawkowego. Jeżeli ten ostatni trwa długo, to powstają najpierw wybujałości brodawkowe dobrej natury, a do tych przyłączają się następnie w głębszych warstwach gniazda komórek typu naskórkowego. Indywidualne właściwości utkania błony śluzowéj sprzyjać mogą temu przejściu. Być może, że tém wytłómaczyby się dało uderzający ów fakt, iż zarówno u narodowości z przeważającym ciemnym zabarwieniem skóry i włosów, jakotéż u narodowości z zabarwieniem jasnym, najwięcej brunetek podpada opisywanéj chorobie. Tak np. w Anglii nawet, według L e v e r ' a, liczba chorych blondynek wynosiła tylko 20,8%.

Właściwości osobiste, usposabiające do rozwoju raka macicy, mogą być podobnie jak i inne, dziedzicznymi w pojedynczych rodzinach. Na tém właśnie polega udowodniony już, chociaż częstokroć w obszerności swéj przeceniany wpływ takiego momentu przyczynowego, jakim jest podstawa dziedziczna. Kontyngens chorych jaki ten moment przyczynowy dostarcza, do pewnego czasu nie da się jeszcze z pewnością oznaczyć, gdyż największa część kobiet nie jest w stanie dać objaśnień względem chorób swych rodziców, nie mówiąc już o chorobach dalszych krewnych. L e b e r t w liczbie 13 wypadków odkrył ten moment 2 razy, a L e v e r od 6-ciu z pomiędzy 120 swych chorych dowie-

dział się, że matki ich cierpiały na raka (4 na raka macicy, 2 na raka sutki). Ostatni ten autor widział raz chorobę tę napastującą 3 pokolenia: babkę, matkę i córkę. W est wykrył podstawę dziedziczną w 7 z pomiędzy 44 wypadków, t. j. w 1 na 62.

Nakoniec, nie mamy wątpliwości, że długotrwałe p o g n ę b i a j ą c e w r a ż e n i a u m y s ł o w e usposobienie do raka macicy nie mało podnoszą. My stwierdziliśmy wpływ téj przyczyny u mniejszej połowy chorych przez nas leczonych, a S c a n z o n i w $\frac{4}{5}$ swych wypadków.

Objawy i przebieg. Rozwoju raka macicy nie poprzedzają żadne takie objawy, któreby za zapowiednie uważać było można; że pominemy opisane już poprzednio owrzodzenia brodawkowate. Zatem ogólny stan zdrowia osób, u których choroba ta rozwijać się dopiero poczyną, zależy od różnych innych okoliczności. Jedne z tych osób przedstawiać się mogą w kwitnym stanie, gdy tymczasem, inne najróżnorodniejszym podlegają dolegliwościom.

Ale już pierwsze początki pierwotnego zajęcia szyi m a c i c z n ę j zdradzają się bardzo uderzającymi objawami, zawdzięczającymi swe istnienie bądź powstawaniu brodawkowatych owrzodzeń, bądź téż miejscowym nawałom towarzyszącym nacieczeniu. Do takich objawów należą: 1^o krwawienia, 2^o śluzotoki i 3^o uczucia nieprawidłowe.

Krwawienie, w latach zdolności do płodzenia, objawia się początkowo zwykle pod formą obfitęj miesiączki, a przynajmniej tak bywa przez chore określaném; w późniejszym nawet wieku pojawia się ono perjodycznie w podobnych odstępach czasu, a tém samém niejednokrotnie poczytywaném bywa za powracającą regularność. Chore tém łatwiej ulegają złudzeniu, że krwawienie występuje w początkach bez wszelkiego na pozór powodu. W miarę postępu choroby krwotoki przychodzą w coraz mniej regularnych odstępach; przerwy coraz się skraca ją, a w końcu krwawienie staje się ciągłym. Stopień krwotoku bywa nader rozmaity; niekiedy bywa on najgwałtowniejszy w pierwszych zaraz napadach, ale prawie nigdy nie bywa mało znaczący. Krew odchodzi zwykle w postaci skrzepów, w k a w a ł k a c h ; ale często téż i w stanie płynnym. W większej liczbie wypadków krwotok pojawia się zaraz od początku choroby (L e b e r t znajdował to u $\frac{2}{3}$ przeszło, z pomiędzy chorych przez siebie obserwowanych); w innych razach może on poprzedzić otworzenie się raka, albo téż przyłączyć się później dopiero, a wtedy w początkach choroby częstokroć całemi miesiącami nie bywa wcale odpływów miesięcznych. Niekiedy przez cały czas trwania cho-

roby wcale nie bywa krwawienia (według L e b e r t ' a w $\frac{1}{3}$ części wypadków).

Zwykle do pierwotnego zaraz krwotoku dołącza się obfity śluzotok; niekiedy istniał on już przedtém, a teraz tylko się wzmacnia; czasem znowu bywa on przez długi czas jedyną albo nawet główną nieprawidłowością w wydzielaniu części rodnych; należy przeto we wszystkich okresach do najstalszych objawów raka. Wszakże przed otworzeniem się nowotworu śluz wypływający z części rodnych albo wcale, albo mało tylko się różni od zwykłych białych upławów; jest on jak przy tych ostatnich śluzowaty lub też więcej wodnisty, białawy lub żółtawy, przymieszaną krwią tu i owdzie czerwono lub brunatno zabarwiony, i bynajmniej nie zbyt często w początkach już miewa odór nieprzyjemny, a nawet cuchnący.

Początkom cierpienia, w mniejszej zaledwie liczbie wypadków (w $\frac{1}{4}$ według L e b e r t ' a), towarzyszą nieprawidłowe sensacje, a i te nie bywają pospolicie zbyt dokuczliwemi, lecz ograniczają się tylko do uczucia tłoczenia i ciężaru w podbrzuszu i miednicy, albo też do tępego bólu w krzyżu, pachwinach i udach, oraz swędzenia zewnętrznych części rodnych; co się wzmacnia tylko skutkiem dłuższego chodzenia lub stania albo przy spółkowaniu. Nierównie częściej wspomniane dolegliwości pojawiają się dopiero w dalszym biegu choroby, tuż przed, podczas lub po otworzeniu się raka. Fakt ten znalazł obecnie objaśnienie w stosunkowo częstszym występowaniu rakowca, a większej rzadkości raka. Przy tym ostatnim, gwałtowne bóle od samego zaraz początku są rzeczą zwykłą, gdy tymczasem rakowiec przez długi czas objawia się jedynie tylko krwistemi lub wodnistemi wydzielinami.

W ogólnym stanie ustroju z początku nie bywa żadnych zaburzeń; chyba tylko w wyjątkowych razach apetyt wcześniej już znika, a chora widocznie chudnie. Zwykle odżywianie cierpieć zaczyna dopiero wskutek zubożenia soków wywołanego krwotokami i śluzotokami, co z wolna sprowadza znaczną niedokrwistość.

Częstokroć jeszcze przed otworzeniem się raka, zaś od chwili gdy to nastąpi — zawsze, wzmagają się wymienione powyżej przypadłości, a do tego przyłączają się i inne, zależące już to od szerzenia się choroby na wyższe części macicy i na sąsiednie organa, już od rozwijającego się zwykle pod ten czas zlepnego zapalenia około macicznego, już wreszcie od współcierpienia całego ustroju.

Krwotok, z chwilą otworzenia się raka, częstokroć (choć nie zawsze) się powiększa, ale może się też i zmniejszyć na czas pewien lub nawet stale. Obfitość jego w tym okresie od tego głównie zależy, czy

wybujałości bogato unaczynione trwają w jednej mierze, czy powstają nowe, albo czy przeważa rozpad i owrzodzenie. Nawet bardzo znaczne wyrośłe kalaforowate częstokroć bardzo mało krwawią, a tylko wydzielają nadmierną ilość wodnistej cieczy. Krew teraz odpływająca, pod względem jakości nie różni się od poprzedniej. Śluzotok i bóle zwykle znakomicie się wzmagają. Z pochwy prawie nieustannie odpływa nadwyzczaj cuchnąca tu i owdzie zgorzelinowa lub gnijąca posoka, pomieszana niekiedy z kosmkami oddzielonemi z owrzodzonych powierzchni. Nadzera ona skórę na wargach sromowych i na udach. Zamiast tępego uczucia tłoczenia i ciężaru, przychodzą żywe bóle, które niekiedy, zwłaszcza gdy szyja macicy zostanie zatkana wybujałościami, przybierają wyraźną cechę porodowych; zwykle zaś bywają rozdzierające, kłujące lub przeszywające. Siedliskiem ich bywa osobiłwie okolica krzyżowa, łonowa i lędźwiowa, ale chwilowo rozszerzają się na cały brzuch i na dolne kończyny. Powtarzają się one często; nocami bywają szczególnie gwałtowne, a pod koniec choroby najokropniej dręczyć mogą chore całemi dniami, tygodniami i miesiącami. Wszakże nie rzadko bywa i tak, że bóle nigdy nie dochodzą większego natężenia; Lebert spostrzegął to u $\frac{1}{7}$ swoich chorych.

Do bólu przyłączają się zaburzenia w wydalaniu moczu; częste parcie na mocz, niemożność zatrzymania moczu, a niekiedy zatrzymanie takowego, co nawet doprowadzić może do pęknięcia pęcherza, jak to spostrzegł Kiwisch. Zaciśnięcie moczowodów sprowadza częstokroć ich rozszerzenie, jakoteż rozszerzenie miedniczek nerkowych, a to ze swjej strony nowe sprawia dolegliwości. Często też występują zaburzenia w oddawaniu kału: nadymania (*tenesmi*), zaparcie stolca, śluzowe lub posokowate odpływy z odbytu. Skoro nastąpi połączenie między przyrządem rodnyim a pęcherzem moczowym lub odbytnicą, wtedy przez pochwę odchodzi mimowolnie mocz, gazy z kiszek i kał.

Niekiedy zdarzają się w tym okresie choroby nerwobóle w czole i sutkach, z obrzmieniem tych ostatnich lub bez.

Krwotoki, upławy posokowate, boleści i t. p. dolegliwości wyczerpują siły chorych coraz więcej. Niekiedy nadmierne krwotoki maciczne zmieniają się na przemian z silnemi napadami bólu. Toteż ogólne odżywianie coraz bardziej podupada; apetyt zmniejsza się zwykle zaraz od początku, a potem coraz więcej ginie; przychodzą mdłości i nudności, a częstokroć następują istotne wymioty, które się mogą powtarzać codziennie dochodząc nawet do wymiotów kałowych (*ileus*); częściej pra-

wie jeszcze występuje biegunka, niejednokrotnie połączona z bolesciami i rozdziem brzucha. (K i w i s c h w $\frac{1}{71}$ cz. wypadków spostrzegał gwałtowną czerwonkę). Chore dręczy bezsenność, wywoływana nie tylko gwałtownymi bólami, ale także ogólnym niepokojem i drażliwością; dalej, zjawia się gorączka z nasileniami wieczornymi, chociaż tętno nie bywa znacznie przyspieszonem; na koniec zupełna bledź skóry i znaczne wychudnienie zdradzają najwyższy stopień wycieńczenia. Nie rzadko widzieć można skórę zlekka żółtawo zabarwioną i nadzwyczaj suchą. Zwykle też brzmieje jedna lub obie kończyny jakoteż i srom, bądźto skutkiem znacznej niedokrwistości, bądź też ucisku lub cierpienia wielkich pni żylnych. Jeżeli (jak się to często zdarza) narośl rakowata na znacznej przestrzeni ulegnie zgorzeli, to dołączają się jeszcze do tego wszystkie objawy gorączki tyfoidalnej.

Wreszcie, gdy już chore w ciągu ostatnich miesięcy nie mogły opuścić łóżka, przychodzi śmierć, zwykle przy pełnej ich przytomności, bądź w skutek ogólnego wycieńczenia, bądź też w skutek nie rzadko dołączających się później do raka macicy innych chorób, jak np. rozległego zapalenia otrzewnej (po otworzeniu się raka do jamy brzusznej), zakrzepów z następczemi zatorami, mocznicy spowodowanej wodonerczem, zapalenia przyrządu oddechowego lub przyrządu trawienia, a w szczególności w skutek błonicy jamy ustnej i gardzieli.

Nie u wszystkich wszakże chorych rak przechodzi wszystkie swe okresy; znaczna bowiem część ($\frac{1}{7}$ chorych L e b e r t ' a) umiera skutkiem utraty soków oraz skutkiem zaburzeń w odżywianiu, jeszcze przed utworzeniem się raka.

Według dotychczasowych spostrzeżeń chorob t r w a od 5 tygodni aż do 5 lub 7 lat; z tém wszystkiem zarówno bardzo szybki jakoteż i bardzo powolny przebieg nadzwyczaj rzadko daje się napotkać. Szybko przebiega choroba u młodych mianowicie osób, gdzie jej też mogą towarzyszyć gwałtowne objawy gorączkowe; powolnie—u osób starych i u dotkniętych rakiem włóknistym. L e v e r zestawiając ze sobą 197 wypadków obliczył, że choroba trwa średnio 20,35 miesięcy; L e b e r t podał $16\frac{7}{30}$, a W e s t (z 17 spostrzeżeń) 15 miesięcy. Z pomiędzy chorych L e b e r t ' a $\frac{1}{3}$ cz. umierała przed upływem 9-ciu miesięcy; $\frac{2}{3}$ po upływie 18 miesięcy, a tylko 2 chore z pomiędzy 39-ciu umarły po przeszło dwuletnim trwaniu choroby.

Liczne spostrzeżenia dowiodły, że chore zapłodnionemi być mogą nie tylko przed, ale nawet już po utworzeniu się raka. Jeżeli choroba

wysokiego dosięgła stopnia, to ciąża zwykle przed czasem zostaje przerwana, a fatalne zejście się przyspiesza; najmniej jeszcze, jeżeli poród bardzo wczesnie nastąpi. Skoro jednak ciąża dojdzie do końca, to poród zagraża zarówno matce jak i dziecięciu. Z 27-miu takich wypadków zestawionych przez Puchelt'a (*Comment. de tumor. in pelvi, partum impediens. Heidelberg. 1840. p. 71*), siły natury wystarczyły same do wydalenia płodu tylko 14 razy, ale i to zawsze po kilkudniowym dopiero, (raz aż 8-dniowym) trwaniu porodu. Podają także, że tylko 10 razy dzieci rodziły się żywe, i tyleż matek na długi czas po porodzie pozostało przy życiu. W wypadkach spostrzeganych przez K i w i s c h'a wszystkie dzieci i matki utraciły życie, a z tych ostatnich połowa przed rozwiązaniem. Według tabelli podanej przez W e s t'a straciło życie 41 z pomiędzy 74-ch matek, i 47 z pomiędzy 71 dzieci. Rozszerzaniu się ust macicznych towarzyszą zwykle nadzwyczaj gwałtowne bóle i silny krwotok, i w tym czasie częstokroć macica, a szczególniej szyja téj ostatniej, się rozdziera. To téż często wynika potrzeba sztucznego rozszerzenia ust macicznych, a w pewnych okolicznościach przedsięwziąć trzeba częściowe wyluszczenie raka, jakotéż najróżnorodniejsze operacye położnicze.

Rozpoznanie. Większa część chorych na raka tém ułatwia lekarzowi rozpoznanie, że późno dopiero wzywa jego pomocy. W pierwszym bowiem okresie choroby, można wziąć rakowca i raka macicy za co innego, a mianowicie z jednej strony za narośl brodawkową dobrej natury, z drugiej zaś strony, za stwardnienie, przerost i torbielowate przeistoczenie części pochwowéj, jakie pozostaje po przewlekłym zapaleniu takowéj i po przebytych porodach. Pomyłki téj tém trudniej uniknąć, im wcześniéj badanie będzie przedsięwziętém. Krzaczkowe wybujałości brodawkowe prowadzą do rozwoju takich narośli, w których budowie, nawet po mikroskopowym zbadaniu nie można dosledzić tak wybitnych różnic, aby można stanowczo orzec, czy w danym wypadku mamy do czynienia z rakowcem, czy téż nie. Dopiero dalsze zmiany utkania przy podstawie i dokoła narośli brodawkowatéj nadają jéj cechy rakowca; lub odwrotnie, zupełne ustąpienie choroby pod wpływem odpowiedniego wdania się sztuki, nie zostawia wątpliwości, że narośl była dobrej natury. W wypadkach, w których rakowiec rozpoczyna się od razu pod formą tak zwanego nacieczenia, jak również przy istnieniu prawdziwego raka, w celu rozpoznania rozważyć należy oznaki zwyrodnienia w tkance podśluzowéj. Lecz w początkach choroby kryteria te mogą być tylko następujące: 1) Po-

większenie objętości części pochwowój, z jednostajném, a częściej niejednostajném powiększeniem obu warg macicznych; później zaś niegładkość lub wgórkowatość jój powierzchni. 2) Niezwykła twardość, już to ostrzej odgraniczona, już więcej rozlana, powiększonego odcinka macicy, dająca się równocześnie wysledzić przez dotykane. 3) Występująca w dalszym przebiegu niejednostajność konsystencji w nacieklém stwardniałém miejscu. Jedném słowem, rozwój ognisk rakowcowych jakoteż rakowatych zmienia najpierw część pochwową w taki sam zupełnie sposób, jak i przewlekłe stwardnienie, bez względu na to czy datuje ono swój początek od pólgu, czy téż powstało po za okresem pólgowym. Rozróżnienie tych stanów od siebie pozostawione być musi dalszemu postrzeganiu przebiegu choroby. Odkładać je trzeba dopóty, dopóki po upływie tygodni lub miesięcy postęp rozwoju raka nie pozostawi wątpliwości co do natury choroby, lub téż odwrotnie utrzymywanie się choroby na jednym stopniu, a nawet jój polepszanie się będzie niewątpliwém. Tylko zwyrodnienie torebek części pochwowój (jeżeli zwłaszcza do pomocy użyjemy wzroku, a w razie potrzeby nakłujemy małe wydatności) pozwala się odrazu jako takie rozpoznać.

Gdy się rak utworzy, wtedy palcem już wyczuć możemy brak substancyi i wrzód rakowaty, dający się poznać po nieregularnej swój postaci, po dnie nierówném, często szczelinowatém, pokrytém brudną, gnijącą wydzieliną, a zwykle także i kalaflorowatemi wyrośłami, jakoteż po znacznej twardości jego brzegów i otoczenia. Dokładne badanie ręczne chroni od przyjęcia go za owrzodzony polip. To téż w celu rozpoznania rzadko potrzebujemy używać w tym okresie wziernika macicznego, ale nie możemy się bez niego obejść przy leczeniu, jakkolwiek zarzut, iż wprowadzanie wziernika często wielki bardzo ból chorym sprawia, może być tam szczególniej uzasadniony, gdzie już i sama pochwa zaczyna ulegać zwyrodnieniu.

Badanie zewnętrzne i połączenie go z wewnętrzném, jakoteż śledzenie przez odbytnicę, przy raku macicy tam osobliwie będą ważne, gdzie chodzić będzie o rozpoznanie rozległości choroby i jakowychś powikłań (np. powikłania z guzem włóknistym lub ciążą); bo tylko na téj drodze można ocenić wielkość i zewnętrzną powierzchnię całej macicy, istnienie zapalenia okołomacicznego lub wynikłych skutkiem przebycia takowego zrostów, nacieczenie gruczołów limfatycznych i t. p.

Rozpoznanie szczególnych form raka możliwem jest tylko na drodze badania drobnowidzowego, które za życia chorych dopiero po odjęciu części pochwowój dopełnioném być może.

Rokowanie stawiać należy w ogóle bardzo niepomyślném; albowiem wyjątkowego uleczenia drogą natury przez wydzielenie się części nacieklój i zabliznienie owrzodzonej powierzchni wcale nie można brać pod uwagę; leczenie terapeutyczne co najwyżej opóźnić może smutne zejście choroby; zaś usunięcie miejscowego cierpienia na drodze operacyjnej nader rzadko bywa możliwém z powodu nieprzyjaznych własności pola operacyjnego, i ociągania się chorych z zażądaniem pomocy lekarskiej w odpowiednim czasie.

Ale chociaż popolicie śmiertelnego zejścia oczekiwać wypada, to pożądaném bywa jeszcze rokowanie co do czasu trwania choroby. Tu należy wziąć pod uwagę: formę raka, rozległość i okres choroby, wielkość zaburzeń następczych, a mianowicie krwotoków, upławów śluzowych i posokowatych, jakotóż i bólu; wreszcie wiek chorój i zewnętrzne okoliczności, gdyż po przejściu lat płodności przebieg choroby bywa w ogóle powolniejszy, a zakres terapii wiele zależy od okoliczności zewnętrznych.

Leczenie. W celu doszczętnego leczenia raka macicy, tak jak i raka innych organów, stosowano metodę przeciwzapalną, roztwarzającą. Równocześnie próbowano tu wielką ilość z pomiędzy niezliczonych środków t. z. specyficznych na raka w ogóle, a mianowicie rtęć (osobliwie kalomel i przetwór Hahnemanna wewnątrznie, a szarą maść zewnątrznie), złoto, arszenik, żelazo (osobliwie pod formą wodoru tlenika żelaza i soli fosfornych), alun, jod, węgiel zwierzęcy, pietrasznik plamisty (*conium maculatum*), nagietek lekarski (*calendula off.*), wilczą jagodę (*belladonna*), szalęj (*hyoscyamus*), naparstnicę (*digitalis*), wodę wawrzyno-śliwową i t. p. Doświadczenie jednak przekonało niewątpliwie, że w najpomyślniejszym razie udaje się tylko na dłuższy czas przedłużyć życie, a i to zaledwie rzadko. Częstość, zastosowanie tych metod i środków specyficznych, zamiast pomagać, szkodziło właśnie, gdyż środki te albo same przez się więcej szkody niż korzyści przynoszą, albo też stosowane były niebacznie, w nieodpowiednim okresie choroby, lub też u osób, dla których nie były właściwemi.

Doszczętne uleczenie na drodze operacyjnej, jak uczy doświadczenie, także uważaném być musi za wyjątkowe. Wszelkich usiłowań wyluszczenia, któreby się nie miało ograniczyć do samej tylko szyi macicznej, należy zaniechać, chociażby nawet macica wypadniętą była; gdyż takowe prawie zawsze kończy się śmiercią; pomyślne zaś zejście jakim uwieńczone zostało całkowite wyluszczenie niewypadniętej macicy, dokonane przez Kietera w Kazaniu (*Medic. Zeit. Russl.*

Juli 1848), uważać należy za wypadek nader wyjątkowo szczęśliwy. Odjęcie zaś zrakowaciałej szyi macicznej wtedy tylko budzić może nadzieję trwałego uleczenia, jeżeli będzie mogło być dokonaniem w zupełnie zdrowych jeszcze tkankach, a tém samém, gdy da nadzieję oddalenia wszystkiego, co tylko zwyrodnieniu uległo. Warunkowi temu, już nawet w okresie czasu bezpośrednio poprzedzającym otworzenie się raka, zwykle zadosyć uczynić niepodobna. Zresztą, większa część chorych później dopiero dostaje się w ręce lekarzy. To nam tłumaczy, dlaczego tak mało posiadamy wypadków szczęśliwie zakończonych wyluszczenia niewątpliwego raka macicy ¹⁾; a i między temi znajdują się takie jeszcze, które zawczasie zostały ogłoszone, iżby mogły zdać sprawę z późniejszego stanu chorych, a szczególnie z jakowych powrotów choroby. Samo zresztą odjęcie szyi macicznej, pomijając już możliwe przytem obrażenie otrzewnej i t. p., nie jest także operacją wolną od niebezpieczeństwa, i niejednokrotnie już było przyczyną śmierci, skutkiem następczego zapalenia maciczno-otrzewnego, ropnicy lub krwotoku. Mimo to, pozostanie ono jedynym środkiem, zdolnym dać nadzieję uleczenia.

C. M a y e r ²⁾ w jednym wypadku osiągnął rezultat trwale pomyslny, a w drugim po 5 przynajmniej miesiącach miał sposobność przekonać się o braku ponowy. L a n g e n b e c k ³⁾ również spostrzegał, że jedna z kobiet przez niego operowanych przez kilka lat była zdrową. Fakt ten, że większa część lekarzy, a między niemi i my sami, mniej dotychczas byliśmy szczęśliwi, może nas tylko pobudzać do jak najwcześniejszego przystępowania do operacji, w każdym na przyszłość napotkanym wypadku, i do oddalenia przy operacji jak można najwięcej z szyi, gdyż i części przylegające do tkanki widocznie zwyrodnionej, zwykle już są wciągnięte w sprawę chorobową. Wprawdzie i odcięcie w zdrowych tkankach nie zupełnie zabezpiecza od rozwinięcia się wtórnej choroby. E g g e l ⁴⁾ spostrzegał w pół roku po operacji pierwotnego rakowca, rozwinięcie się guza w prawym dole biodrowym, gdy tymczasem nowotwór nie odnowił się ani na miejscu, ani w żadnym z organów, które najczęściej zwykł zajmować. Guz ten rósł gwałtownie, i wypeł-

¹⁾ Porównaj osławiony spór między L i s f r a n c ' i e m i jego asystentem P a u l y ' n , w pierwszego „Clin. chirurg.“, a ostatniego „Malad. de l'uterus etc.“

²⁾ Monatsschr. f. Geburtsk. Juli 1861.

³⁾ Ibid.

⁴⁾ Ibid. Februar. 1866.

niał prawą połowę jamy brzusznej, gdy chora po trzech miesiącach umarła.

Odejmoowano szyję maciczną przy pomocy nożyczek, odgniatacza lub pętli galwanokaustycznej. Używając nożyczek obawiać się trzeba z jednej strony otworzenia jamy otrzewnej, z drugiej—niebezpiecznego krwotoku. Tak np. C. M a y e r, wycinając na miejscu (*in situ*) raka, który wyszedłszy z tylnej wargi macicznej sięgał aż do pochwy, miał ten przykry wypadek, że przeciął tylne sklepienie pochwy, tak, że później mógł wejść dwoma palcami do dołu D o u g l a s'a i wyczuć pętlę kiszki tam się znajdującą. Ale wypadek ten ¹⁾ pokazuje zarazem że podobne obrażenie może być bardzo dobrze znoszone. Chora która mu uległa, dostała wprawdzie niezaślugo wymiotów, ale wcale nie miała gorączki, a zagojenie nastąpiło w przeciągu 14 dni przy użyciu tamponu ze skubanki i oczyszczających przestrzykiwań. Aby uniknąć otworzenia jamy brzusznej S i m p s o n ²⁾ zaleca układać chore na brzuchu i przecinać część pochwową od tyłu ku przodowi. Postępowanie takie wyłącza możność użycia chloroformu. Niebezpieczne krwotoki tętnicze z powierzchni cięcia, które dawały się zatamować dopiero po kilkakrotném zastosowaniu żegadła (lub zatamponowaniem pochwy) i w części wracały po odzieleniu się strupa, zdarzały się zarówno nam, jakoteż i innym lekarzom. To też aby uniknąć niebezpieczeństw połączonych z wycinaniem, ostatnimi laty po większej części zastępowano je odgniataniem (*ecrasement*) lub pętlą galwanokaustyczną. M' C l i n t o c k ³⁾, A r m s t r o n g ⁴⁾, K e i l l e r ⁵⁾, B r e s l a u ⁶⁾, D é m a r q u a y ⁷⁾, L a n g e n b e c k posługiwali się odgniataczem. D e m a r q u a y przeoczył nawet u pewnej kobiety istniejącą równocześnie ciążę w 5-m już miesiącu, a mimo to takowa się nie przerwała.

Odgniatanie z dość wielką pewnością zabezpiecza od silniejszego krwawienia; ale za to B r e s l a u' o w i zdarzyło się, że odgniół zarazem kawałek przedniego sklepienia pochwy wielkości złotego, i dał przez to powód do wypadnięcia pętli kiszek cienkich.

¹⁾ Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh. in Berlin. VIII. 1855.

²⁾ Dubl. quart. Journ. Novbr. 1846, i Obstetr. memoirs p. 173.

³⁾ Dubl. hosp. gaz. Nr. 6. 1857.

⁴⁾ Brit. med. journ. Nr. 55. 1857.

⁵⁾ Edinb. med. journ. April. 1858.

⁶⁾ S c a n z o n i' s Beitr. z. Geburtsk. III.

⁷⁾ Monit. des hôpit. Nr. 13 et 14. 1858.

Przy odejmowaniu części pochwowój za pomocą odgniatacza, tam nawet, gdzie powodem do przedsięwzięcia téj operacyi nie było zwyrodnienie rakowate, spostrzegano rozmaitego rodzaju obrażenia przypadkowe. Jeżeli tedy wspomnianej metodzie nie możemy odmówić pierwszeństwa przed wycięciem, to zdaniem B. L a n g e n b e c k ' a , w takich tylko wypadkach, w których zwyrodnienie nie dosięga sklepienia pochwy. A zresztą, wiemy z własnego doświadczenia, że użycie odgniatacza bynajmniej nie zawsze wyklucza potrzebę uciekania się potem jeszcze do nożyczek, aby niemi powycinać resztę chorych części; zwyrodnienie bowiem niekiedy w różnych kierunkach tak niejednostajnie robi postępy, że łańcuszkiem przyrządu, nie można zająć wszystkiego, co potrzebuje być usuniętem.

Gdzie macica jest dostatecznie ruchoma, obniżywszy ją sztucznie, można sobie wiele ułatwić kierowanie nożyczkami, jakoteż odgniatanie. Gdzie to się nie da wykonać, tam odsłaniamy sobie szyję maciczną dla wzroku za pomocą półwzierników, podanych do operacyi przetok pęcherzo-pochwowych, nie pozbawiając się przez to możności przewodniczenia nożyczkom lub łańcuszkowi palcami. Skoro nastąpi znaczny krwotok, najlepiej tamować go rozpaloném żelazem, już dla tego samego, że tamponowanie, potrzebując dłuższego czasu, nazbyt jest uciążliwe dla operującego i uniemożliwia oczyszczanie rany. Prócz tego, żegadło niszczy i te warstwy tkaniny, na prawidłowy stan których nie mamy dowodu. My téż, w każdym razie, po odjęciu części pochwowój, stosowaliśmy tyle jeszcze żegadeł, ile się dało. U jednej choréj wywiązało się wprawdzie po tém jeżeli nie śmiertelne to niebezpieczne przynajmniej zapalenie otrzewnej; ale téż znowu z góry powinniśmy jasno to sobie przedstawić, że podejmując taką operacyę nie o to głównie chodzić nam powinno aby ją zrobić o ile można najmniej niebezpieczną, ale raczej o to, aby tyle oddalić i zniszczyć, ile się tylko da, bez narażenia się na zarzut niesumiennosci. Postępując inaczej, nigdy nie zapobiegniemy śmiertelnemu zakończeniu się choroby, chyba w pojedynczych wypadkach, gdzie ta była jeszcze bardzo świeża.

Z powyższego opisu wynika już, że pomocy operacyjnej bynajmniej nie mamy zamiaru zbyt szczupłych zakreślać granic. Usprawiedliwieniem tego będą poglądy nasze dotyczące rodzaju i sposobu p a l l i a t y w n e g o l e c z e n i a opisywanéj obecnie choroby.

Gdzie obszar zwyrodnienia z góry odbiera wszelką nadzieję uleczenia doszczętnego, zadanie terapii polega na tém, aby z jednej strony gwałtowny przebieg choroby o ile można opóźnić, z drugiej zaś dolegliwości chorych, według sił, złagodzić. Dla dopięcia pierwszego celu, na-

leży przedewszystkiem starannie określić cały sposób zachowania się chorych. W regulaminie tym, pominiętym być musi wszystko, coby mogło wywoływać nawał do organów miedniczych, a zatem wszelkie wysilenia cielesne i natężanie umysłu, zaspakajanie popędów płciowych, wszelkie drażniące i trudno strawne pokarmy i napoje. Równocześnie usiłować trzeba, o ile można jak najdłużej, podtrzymać siły chorych, które prędzej lub później zaczynają być podkopywane przez upławy, bóle i t. p., za pomocą łagodnej, pożywniej i do stanu przyrzędu trawienia chorych dokładnie zastosowanej diety. W początkach, w pierwszym okresie choroby, skoro wstawiały się przemijające nawały do organów płciowych, uważano za potrzebny, czasowo przynajmniej, regulamin ściśle przeciwwzapalny; i jeżeli odstąpiono od ogólnych upustów krwi, to mniemano być rzeczą zbawienną kilkakrotne przystawienie 4—6 pijawek do części pochwowój. Równocześnie wielu z lekarzy zalecało rtęć (wewnętrznie w formie kalomelu lub zewnętrznie pod postacią szarąj maści), po części aż do nastąpienia ślinopływu. K i w i s c h' o w i także się zdawało, że w pierwszym okresie choroby widział niekiedy dobry skutek przy takiem postępowaniu. Wszelako w tym czasie, wszelkie inne w ogóle postępowanie, a nie operacyjne, byłoby zbrodnią w obec chorego.

Po otworzeniu się raka, wytrwałem i przezornem postępowaniem bardzo często jeszcze udaje się daleko odwlec chwilę fatalnego zejścia. Dopóki jeszcze trawienie mało jest nadwerężone, podtrzymywać trzeba siły chorych odpowiedniami, a pożywnymi pokarmami, oraz środkami tonicznymi podawanymi do wewnątrz.

Najbliższe niebezpieczeństwo grozi zawsze ze strony nadmiernych wydzielin macicy. Przeciwko odpływom surowicznym i posokowatym nie bez pożytku zastosowaniami być mogą nastrzykiwania z roztworu alunu ($3j$ — 3β na $\mathcal{U}j$), wody ołowianej ($3ij$ na $\mathcal{U}j$), roztworu saletrzanu srebra (3β — $3ij$ na $\mathcal{U}j$), roztworu garbnika ($3j$ — $3j\beta$ na $\mathcal{U}j$), a jeżeli odpływy są cuchnące, nastrzykiwania z wody chlorowej, roztworu kreozotu (3β na $\mathcal{U}j$), lub z kwasu drzewnego (*acid. pyrolignosum*). Dobrym także środkiem odwonniającym jest zalecana przez S k i n n e r a mieszanina następnego składu: *Rp. Tinct. camphor. Tinct. myrrh. ana 3ij, Linim. sapon. 3ij, Acid. acet. glacial. gtt. XX, Ol. picis gtt. Xjj MDS.* Po łyżeczce na funt wody. To samo i prosta woda smołowa. Do tamowania krwotoków dziś używa się szczególniej półtorochlorek żelaza (3β na $\mathcal{U}j$). Roztwór taki może być wystarczającym, jeżeli idąc za radą K i w i s c h' a wciśnie się kankę strzykawki o ile można najgłębiej w wybujałości rakowate, by je niejako zmumifikować. W tru-

dniejszych razach uciec się trzeba do silniejszych zżerań albo do żegadła, a gdy niepodobna w inny sposób zapobiedz nagłemu niebezpieczeństwu śmierci należy zatamponować pochwę. Z pomiędzy zżerań używano szczególniej saletrzanu rtęci pod formą płynu *Bellost'a* (*Recamier*) i potażu żrącego (*Dupuytren*). Żegadło gorąco było zalecanem przez *Busch'a* i *Jobert'a*. Dobry skutek z użycia zżerań i żegadła podnosi się, jeżeli bezpośrednio przed ich zastosowaniem, oddalimy część wybujałości rakowatych za pomocą palców, nożyczek lub noża, jak żywo doradzał *Kiwisch*.

W ciągu ostatnich dwunastu lat zwykle w podobny sposób używaliśmy żelaza rozpalonego, a przezto obok opanowania krwotoków stwierdziliśmy słuszność spostrzeżeń innych, że potem wrzód rakowaty czystszy nabiera wejrzenia, i przez pewien czas wolniejsze robi postępy. Niekiedy skutek ten jest nadzwyczaj uderzający, jak to już *Daniel de Cette* ¹⁾ twierdził. Dla tego też nie wahamy się używać żelaza rozpalonego nie tylko w ostatecznych razach, gdy krwotok życiu zagraża, ale używamy go także śmiało od czasu do czasu. Z pomiędzy zżerań chemicznych używamy jeszcze tylko nierozcieńczonego roztworu chlorku żelaza, a i to tam tylko prawie, gdzie z powodu zajęcia sklepienia pochwy wprowadzenie wziernika nie tylko nieznacznie wywołuje bóle ale jeszcze grozi niebezpieczeństwem rozdarcia ściany pochwy. W takim razie nastrzykujemy 1—2 uncyj wspomnianego płynu do pochwy, i staramy się go tam zatrzymać, przez uniesienie krzyża chorób i zbliżenie do siebie warg sromnych. Stężony roztwór półtorochlorku żelaza zamienia miękkie wybujałości i wyciekającą krew w drobinowatą papkę, tamuje przez to krwotok, a nie pociąga za sobą żadnych innych zniszczeń, gdyż zdrową część błony śluzowej chroni pokrywający ją nabłonek. Ten ostatni oddziela się następniemi dniami pod postacią błon. Kto porównywał działanie tamujące krwotok półtorochlorku żelaza w ten sposób użytego, z zastosowaniem tegoż środka przy pomocy wziernika, ten z pewnością do ostatniego sposobu nigdy nie powróci. Bo najpierw bardzo często niepodobna wstawić w pole widzenia całej krwawiącej powierzchni, a powtórę, jak dotykane palcami, tak też i zetknięcie z wziernikiem powiększa krwotok, a krew świeżo wyciekająca przeszkadza działaniu środka ściągającego na miejsce krwawiące.

Szczególnej pomocy wymagają dalej gwałtowne bóle (których rzadko brakuje), jako też ustawiczny niepokój i bezsenność. Rzeczywisty

¹⁾ Jouru. des connoissanc. méd. Septembre 1842,

pożytek przynosi tu makowiec i jego przetwory. Inne środki odurzające nigdy prawie znaczniejszego nie wywierają skutku. Wracamy do nich zawsze, gdy dawki morfiny jakich chora potrzebuje, stają się nazbyt wielkimi. Tak np. w jednym wypadku musieliśmy całemi miesiącami zadawać dwa razy dzień po 20 gran morfiny, nie będąc w stanie osiągnąć zwolnienia na dłużej jak 2—3 godzin. Usiłowanie zastąpienia téj ilości 50-ma granami makowca było zupełnie bezskuteczne; a gdyśmy tę dawkę do 100 gran podnieśli przychodziło przemijające wyczerpanie (*collapsus*).

Z téj przyczyny ponawiają się wciąż próby użycia środków miejscowo znieczulających; lecz niestety, wyznać musimy, że nigdy nie zdarzyło nam się widzieć, aby w rozpaczliwych wypadkach chore znaczniejszej doznawały od nich ulgi. Mówimy tu o zastosowaniu par chloroformowych i kwasu węglanego. Ten ostatni łagodzi istotnie mierne napady bólu, i zawsze pozostanie szacownym środkiem, gdyż i w takich okolicznościach chętnie na czas pewien zawieszamy użycie morfiny; jako nowość ożywia on chociaż przemijająco nadzieje chorych. Przy silnych dolegliwościach nie zawsze téż pozostawało bez pożytku i miejscowe zastosowanie zimna. Wiele chorych z własnego popędu wciąż na nowo domagały się pozwolenia, aby sobie mogły całemi godzinami wprowadzać po kawałku lodu do pochwy, chociaż przez ten czas na bassonie pokutować musiały.

Gdy chore zachodziły w ciążę, to aby uniknąć grożącego im wielkiego niebezpieczeństwa, proponowano wywoływać sztuką poronienie (między innymi także K i w i s c h), i niejednokrotnie już je wywoływano. Zdaje się, że postępowanie to ostatnimi czasy coraz więcej zyskiwać zaczęło zwolenników. Godnóm jest tylko uwagi, że zwolennikami jego, stają się ci właśnie lekarze, którzy czują się w prawie rozstrząsania, co ma większą wartość—życie matki, czy życie dziecka, gdzieby przy łożu rodzącej zachodzić mogło pytanie, czy należy wykonać cięcie cesarskie, czy rozkawalenie dziecięcia. A jednak to jest niewątpliwém, że życie matki choréj na raka uważać należy prawie za stracone, a nieurodzonego dziecięcia pewno nie można tu uważać za „część trzewiów matki.“

DODATEK.

Narośl kalafiorowata macicy (Clarke).

John Clarke: *Transact. of a society for the improvem. of med. and surg. knowledge. Vol. III. 1809.*—C. M. Clarke: *Diseas.*

of females. A. d. E. v. Heinken II p. 43.—Simpson: *Edinb. med. Journ.* 1842, i *Dubl. Journ.* 1845.—Lever: *The organic diseases of the uterus* pag. 138.—W. Scott: *Dubl. med. press.* 1844. *Październik*,—Montgomery: *Dublin journ. of med. science.* 1646.—S. Lee: *Geschwülste der Gebärm.* pag. 96.—Robin: *Arch. génér.* 1848. *Juli-Octob.*—Robert: *Affections du col de l'uterus.* Paris. 1848. p. 101.—Watson: *Monthly journ.* Novbr. 1849.—Virchow: *Verhandl. der Würzb. Ges.* 1, i *Monatsschr. f. Geburtsh.* X. 4.—C. Mayer: *Verhdl. d. Ges. f. Geburtsh. zu Berlin.* IV.—Schuh: *Prager Vierteljahrsschr.* XXIX, i *Pseudoplasmen* 1854. p. 236.—Lebert: *Mal. cancér.* p. 217.—Köhler: *Krebs und Scheinkrebs* p. 522.—L. Mayer: *Monatsschr. f. Geburtsh.* April. 1861.

Narośl, o której mówić zamierzamy, aż do początku bieżącego stulecia mieszaną była z innemi. Pierwszy dopiero John Clarke, a po nim C. M. Clarke, i inni angielscy osobliwie lekarze, opisali ją jako *ens sui generis*, pod ogólną nazwą: *Cauliflower excrescence*. Wielce jest jednak prawdopodobnem, że później narośl ta nie zawsze bywała oddzielną od wybujałości kalafiorowatych napotykanych przy prawdziwym raku, gdyż bracia Clarke nie byli w stanie dać jęj opisu tak zupełnie dokładnego, iżby ten wykluczał możebność wszelkiej zamiany.

Tymczasem poszukiwania Virchow'a wykazały, że narośl Clarke'go powstaje w skutek bujania brodawek, a tém samém jest identyczną z wspomnianemi już przy opisie raka naroślami brodawkowatemi. A zatém pod tą nazwą wciąż obejmowano dwa twory, według dzisiejszych poglądów różne między sobą pod względem istoty, a mianowicie narośl brodawkowatą, zwyczajną i rakowcową. Błędu tego i dziś nawet trudno uniknąć przy łóżku chorego, (jak to powyżej już zauważono), a osobliwie tam, gdzie zmiany cechujące rakowca jeszcze nie wystąpiły i długo każą na siebie czekać. Jeżeli dla wypadków takich, bardzo zresztą rzadko zdarzających się lekarzowi, mamy chęć zachować wyżej podaną nazwę, to ze stanowiska praktycznego nic przeciwko temu zarzucić się nie da. To także usprawiedliwi i nas, że wątpliwe jeszcze pod względem swęj natury narośle brodawkowate dodatkowo tu opisujemy.

Rozwijają się one zwykle bez żadnych prawie zaburzeń w ogólnym stanie ustroju, i bez wszelkich innych miejscowych objawów, prócz dosyć szybko się zwiększającego rzadkiego, śluzotokowego wypływu z pochwy. Z tego powodu, a osobliwie dla tego, że niema przy tém prawie żadnej bolesności, chyba tylko co najwyżej, uczucie gnienienia i ciężaru

w okolicach—łędźwiowej i udowej,—choroba najczęściej wtedy dopiero dostawała się pod obserwację, gdy już narośl doszła pewnej wielkości. J. Clarke nie przypominał sobie aby kiedykolwiek widział narośl mniejszą od gołębiego jaja.

Skoro wypływ z części rodnych się zwiększy, to bywa zwykle wodnisty lub krwisto-surowiczy, nie cuchnący, i pozostawia na bieliźnie sztywne, białe lub czerwone plamy. Wkrótce staje się on nadmiernie obfitym, tak dalece, że np. chora Ramsbotham'a prawie przez cały rok zużywała tygodniowo po 20 tuzinów ręczników, a każdy z nich był tak przemoczony, jakby go kto z wody wydobyl. W innym znowu wypadku, spostrzeganym przez C. M. Clarke'go potrzeba było codziennie 20—30 ręczników. Jeżeli wydzielina zostaje przez czas dłuższy zatrzymaną w pochwie, albo gdy narośl ulegnie owrzodzeniu, to i ciecz wypływająca nabiera nieprzyjemnej woni, a nawet staje się nadzwyczaj cuchnącą. Oprócz wodnistych tych upławów przychodzą jeszcze stale od czasu do czasu prawdziwe krwotoki, ukazanie się których, często przynajmniej, daje się odnieść do pewnej, jużto zewnętrznej już wewnętrznej przyczyny, jak np. spółkowania, badania, silnego działania tłoczni brzusznej, lub też do innych wysileń ciała—jeżeli nie pojawia się wprost pod formą zaobfitj miesiączki. Zarówno nadmierność wydzielin wodnistych jakoteż i częstość krwotoków, dają się w zupełności objaśnić anatomiczną budową narośli, która bardzo obfityje w kolosalnie rozszerzone i prawie swobodnie na jej powierzchni leżące naczynia włosowate. Ilość wydzielin odpowiada także w ogóle rozmiarom narośli. Wzrost tej ostatniej zależy wprawdzie najpierw od wewnętrznych warunków rozwoju takowej, ale wchodzi tu także w grę i warunki zewnętrzne, a mianowicie większa lub mniejsza obszerność pochwy. To też u dziewic narośl wolno zwiększa swą objętość; zaś u kobiet które wielokrotnie rodziły, częstokroć tak szybko, że nie tylko zstępuje do ujścia pochwy lub zeń sterczy, ale nawet we wszystkich kierunkach pochwę i miednicę wypełnia. Ucisk ścian pochwy wywiera swój wpływ nawet na utkanie guza. Rindfleisch¹⁾ wykazał, że w skutek ucisku mogą zlać się z sobą maczugowate zgrubienia, któremi brodawki się kończą, a w powstałych skutkiem tego próżnych przestrzeniach między podstawami słupków, nagromadzić się może wydzielina śluzowa, dając początek brodawczakowi torbielowatemu (*Papilloma cysticum*).

¹⁾ Monatsschr. f. Geburtsk December 1864.

Rozpoznanie opiera się na siedlisku narośli, a głównie na jęj wyglądzie, z początku poziomkowatym, później zaś kalaforowatym, oraz na właściwém uczuciu jakie odbiera dotykający do nięj palec, a które już C l a r k e określił jako podobne do uczucia doznawanego przy dotykaniu łożyska. Wszelako cechy czerpane za pośrednictwem zmysłu dotykania, jak łatwo zrozumieć, bywają różne, stosownie do okresu rozwoju guza i jego spoistości.

Leczenie pewnëm być może tylko w drodze operacyjnej, którą wybrawszy, nierównie częściej zabezpieczyć się można od powrotu choroby aniżeli przy zdeklarowanym rakowcu. Do osiągnięcia tego celu wystarczyć może zupełne wycięcie wybujałości za pomocą nożyczek, a następnie wypalenie żegadłem. Dla większej wszakże pewności, lepiej jest i tu nie poprzestawać na odcięciu narośli, lecz odjąć część pochwową powyżej.

Miejscowe to leczenie jest oczywiście nierównie odpowiedniejsze, aniżeli doradzane przez C. M. C l a r k e ' g o leczenie narośli kalaforowatych miejscowemi upustami krwi w początkach choroby, a w okresach późniejszych nastrzykiwaniem środków ściągających, lub w razie potrzeby—podwiązaniem. To téż środków dopiero co wymienionych użyć można u takich tylko chorych, którzyby odrzucali propozycję by najmniejszej operacji. C l a r k e kilkakrotnie osiągał na czas pewien korzyść z miejscowego użycia alunu, siarczanu miedzi, siarczanu cynku, kory dębowej, dębianek, kory korzenia granatowego, cierni. W każdym jednak razie skuteczniejszy jest jeszcze ocet drzewny, a po nim rozcieńczony kwas chromny.

b) Rak ciała macicy.

Forget: *Gaz. méd. Nr. 41. 1851.*—Rokitansky: *L. c. III p. 550.*—Lebert: *L. c. p. 219.*—Koehler: *L. c. p. 477.*—Wagner: *L. c. p. 122.*—Gosselin: *Gaz. des hôp. Nr. 115. 1856.*—Strobel: *Ein Fall von Carcinom des Uterusgrundes. Dissert. Erlangen 1857.*—Foerster: *v. Scanzoni's Beitr. z. Geburtsk. IV. 1860.*—v. Recklinghausen: *Monatsschr. f. Geburtsk. September. 1862.*—Saexinger: *Prager Wochenschr. Nr. 17—22. 1864.*—Simpson: *Edinb. med. journ. April 1864.*

Gdy rąkowiec stale rozpoczyna się w części pochwowęj, to rak brać może początek i z wyższych części macicy. Wielu np. spostrzegaczy

widziało zwyrodnienie nadpochwowej części szyi macicznej, przy zupełnie nietkniętém ujściu zewnętrzném, jużto na zwłokach, już u żyjących. Virchow ¹⁾ znalazł taki stosunek przy równocześnie istniejącym raku w tylnéj ścianie pochwy, nerkach i nadnerczach, jakoteż w skórze. My sami widzieliśmy także w jednym wypadku, że sprawa chorobowa rozpoczęła się w okolicy wewnętrznych ust macicznych, i ztąd szerzyła się przeważnie ku dołowi.

Pierwotnego raka ciała i dna macicy spostrzegali: Lebert w 39 wypadkach, Ferrus w 32 wypadkach, i Forget w 33 wypadkach dwa razy; wszazę z cyfr powyższych nie należy wnosić o jego częstotści. Wylączywszy bowiem mięsaki, które dawniej łączono z rakami, wypadki podobne okażą się bardzo rzadkimi. W oddziale chorób kobiecych w Wiedniu ²⁾, w ciągu lat 13 na 420 wypadków raka macicy, widziano jeden tylko, tu się odnoszący; w Pradze ³⁾ przeciwnie 1 na 54.

Rak ciała macicy częściej przedstawia się pod postacią rozlanego nacieczenia, aniżeli ograniczonych guziczków. Wskutek bujania mass rakowatych w kierunku jamy macicznej, ta ostatnia może zostać rozciągniętą do objętości głowy dziecka albo i więcej, a wraz z tém zwyrodnienie przechodzi stopniowo na szyję maciczną, dosięga błony otrzewnej, a nawet zająć może sąsiednie organa. W wypadku podanym przez Foerster'a oddzielne ogniska rozwinęły się w takiej ilości i tak wielkie, że macica doszła do 28" obwodu, 12" średnicy i 19 ½ wagi.

Objawy chorobowe nie różnią się od tych, jakie towarzyszą innym chorobom macicy. Niekiedy na długi czas poprzedzają chorobę krwotoki maciczne, a dopiero później przychodzą bóle, lub wraz z niemi i upławy posokowate. Czasem chore umierają skutkiem przedziurawiającego zapalenia otrzewnej. W innych razach spostrzegamy u nich objawy przewlekłego zapalenia otrzewnej z wychudnieniem i zmianą zabarwienia skóry. Jeżeli szyja macicy stosunkowo wcześniej zostaje zniszczoną, to obraz przebiegu zbliża się do tego jaki przedstawia pierwotne zajęcie części pochwowej.

W ostatnim tylko wypadku rozpoznawano dobrze chorobę za życia jeszcze; w innych zaś, znaczne powiększenie objętości macicy odnoszono do włókniaków macicznych lub guzów jajnikowych. Pomieszania z temi ostatnimi najczęściej można uniknąć, przez połączenie badania

¹⁾ Verhandl. d. Ges. d. Geburtcb. in Berlin X. p. 140.

²⁾ Ztschr. d. Wien. Aerzte. 1857.

³⁾ Prager Vierteljahrsschr. 1853 II p. 4.

zewnątrznego z wewnętrzném, a usiłując wielokrotnie przeniknąć palcem przez szyję maciczną, można niekiedy przynajmniej, otworzyć sobie dostęp do istniejących wybujałości. S i m p s o n uważa za bardzo charakterystyczne, regularne pojawianie się co dzień kilkogodzinnych napadów bólu, prawie o tój samėj godzinie, gdyż prócz raka macicy spostrzegał on to tylko przy zwapniałym guzie włóknistym i przy krwisteku wewnątrzmacicznym.

Leczenie może być tylko palliatywném.

18. Wrzód zgorzelinowy czyli żrący szyi macicznej.

Ulcus phagadaenicum seu corrodens uteri.

C. M. Clarke: *Diseas. of femal. A. d. E. II. p. 140.*—R o k i t a n s k y: *Path. Anat. 111 p. 538.*—L e v e r: *On the organ. diseas. of the uterus. pag. 145.*—A s h w e l l: *Krankh. d. weibl. Geschl.,* tłum. H o e l d e r' a p. 408.—L e b e r t: *Malad. cancer. p. 217.*—K ö h l e r: *Krebs und Scheinkr. p. 519.*—F o e r s t e r: *Path. Leipzig. 1854 p. 317.*—A. F i e d l e r: *Archiv der Heilk. Heft. 2. 1862.*—M a r t i n: *Monatsschr. f. Gebursk. November. 1865.*

J o h n C l a r k e i C. M. C l a r k e określali nazwą „*Corroding ulcer of the os uteri*“ właściwą formę chorobową, której w późniejszym czasie z wielu stron stanowczo odmawiać zaczęto samoistości. Wielkie bowiem budziło się podejrzenie, że rak (zdaniem K i w i s c h' a) lub rakowiec (zdaniem L e b e r t' a) dawały tu powód do błędnego rozpoznania, a tymczasem wrzód opisywany przez obudwóch C l a r k e, z przyczyny wielkiej swój rzadkości tylko przez niektórych ginekologów i anatomów naocznie był widziany. Mimo to, podania C l a r k e' g o potwierdzili rozmaici wiarogodni spostrzegacze; dla tego też i my oddzielnie je tu pomieszczamy.

C l a r k e spostrzegał wrzód zgorzelinowy tylko u kobiet limfatycznych, po zaprzestaniu miesiączkowania, między rokiem 40 a 55; L e v e r widział go także 2 razy u kobiet w wieku lat 35 i 37; A s h w e l l u osób osłabionych dwa razy przed upływem 25-go roku, a F ö r s t e r u młodej, od niedawna zamężnej kobiety. Wrzód ten ma kształt nieregularny, zatokowo-ząbkowaty; dno brudne, zielonawe, lub czarno-zielone, strzępiaste; brzegi zgrubiałe, modelowate; tém się jednak różni od owrzodzonego raka i rakowca, że badając drobnowidzem, niepodobna wynaleźć tak w dnie, jakoteż i w otoczeniu wrzodu ani

ślądu nacieczenia pierwiastkami morfologicznymi właściwymi obu wspomnianym chorobom. Prosty sposób przechodzenia tkanki w zgorzel, zdaniem Klebs'a, najbardziej przypomina właściwości okrągłego wrzodu żołądka. Według podania Clarke'go, wrzód żrący rozpoczyna się od zewnętrznych ust macicy i stąd szerzy się dokoła. Lever widział tylko wrzody, które powstawszy wewnątrz szyi macicznej, rozszerzały się stąd ku górze i ku dołowi. W wypadkach spostrzeganych przez Förster'a i Martin'a wrzód znajdował się przy wewnętrznych ustach macicznych i zniszczył w części szyję i ciało macicy. Rozległość owrzodzenia, połączonego z rozpadem zgorzelinowym, może się stać bardzo znaczną; może się ono rozszerzyć na pęcherz moczowy i odbytnicę, i sprowadzić przedziurawienie tych organów. Zwykle przecież macica nie zrasta się z otaczającymi ją częściami, lecz zachowuje normalną swą ruchomość.

Pierwszemi objawami choroby są nieprawidłowe sensacje—uczucie niedogodności, ciepła, gorąca w miednicy oraz umiarkowany śluzotok. Z czasem wpływ z części rodnych staje się coraz obfitszym, nabiera nieprzyjemnej woni, zmienia się w rzadki, posokowaty, rzadziej ropiasty, nadżera skórę otaczającą szparę sromną, a od czasu do czasu, w nieregularnych odstępach, zastępują go mniej lub więcej silne krwotoki. Następnie wstawiają się bóle miejscowe, które niekiedy przez cały czas trwania choroby bywają bardzo nieznaczne, gdy tymczasem w innych razach dochodzą takiej rozległości i natężenia, jak przy raku. Zwolna podkopywanym zostaje coraz silniej ogólny stan chorych; apetyt znika, trawienie podupada, skóra staje się suchą i brudną, tętno częste i małe, ciało stopniowo chudnie. W końcu przychodzi niekiedy gorączka wyraźnie zwalnająca (*f. remittens*). Śmierć następuje zwykle skutkiem coraz znaczniejszego wyczerpania sił, częstokroć poprzedzona biegunką. Rzadziej umierają chore wcześniej już, skutkiem ostrego zapalenia otrzewnej lub utraty krwi. Choroba ta trwa dłużej aniżeli rakowa. Ashwell przez 5 lat utrzymał jedną chorą przy życiu.

W wypadku niedawno przez Fiedler'a ogłoszonym, chora przez 10 lat cierpiała bóle, wzdęcie brzucha, zaburzenia w wydalaniu moczu, a ostatnimi laty miewała do tego często krwotoki i upławy posokowate. Sekcja wykazała, że macica była wielkości głowy dziecka, lecz wiotka; jama jej wypełniona brudną papką i skrzepami krwi; a cała wewnętrzna powierzchnia, aż do ujścia zewnętrznego, zmieniona we wrzód nierówny, przenikający aż do warstwy mięsnej. Po prawej stronie wrzód ten przedziurawił warstwę mięsna i wywołał śmiertelne zapalenie otrzewnej.

Prócz tego istniało wodonercze (*hydronephrosis*) oraz liczne ropnie w nerkach.

Badając chore za życia wewnątrznie, co im nie sprawia bólu, wy-
czuć możemy wrzód znajdujący się na szyi macicznej, połączony z utra-
tą substancyi, a dokoła niego nic więcej prócz nieznacznego obrzmienia
i stwardnienia, jakie musi się koniecznie wytworzyć, skutkiem przewle-
kłego zapalenia. Napotkawszy to, można jeszcze nadal pozostawać
w wątpliwości, czy wrzód ten jest zgorzelinowy, rakowaty lub rakowco-
wy, gdyż i oba ostatnie niekiedy tak samo się przedstawiają. Nawet
na stole anatomicznym rozpoznawać można na pewno tylko okiem uzbro-
joném; bowiem uwagi gołego oka łatwo ujść mogą nawet warstwy masą
rakowatą naciekle, jeżeli bardzo cienie.

W celu zapobieżenia chorobie zalecał Clarkę postępowanie
przeciwzapalne, a po wybuchnięciu takowej leczenie czysto objawowe.
Lever i Ashwell pragną uleczyć wrzód zgorzelinowy, a przynaj-
mniej wstrzymać jego postęp przyżerając go kamieniem piekielnym lub
kwasem azotnym. Oczywiście, ponieważ choroba co do istoty swój,
zdaje się być procesem wrzodzenia, połączonym z rozpadem zgorzelino-
wym, i nigdy nie prowadzi do cierpień wtórnych, ani w sąsiednich ani
tęż w odleglejszych organach; przeto oddalenie części chorój drogą chi-
rurgiczną, pozwala spodziewać się trwałego uleczenia. Czy jednak za-
stosowanie choćby najsilniejszych środków żrących daje zawsze pewność
osiągnięcia tego celu, rzeczą jest bardzo wątpliwą. Z tego też powodu
zasługuje na pierwszeństwo odjęcie szyi macicy, jeżeli ta operacja da się
jeszcze wykonać w zdrowych tkankach. W wypadkach, w których po-
zostaje już tylko leczenie objawowe, prowadzić je należy według zasad
wskazanych przy leczeniu raka.

19. Zboczenia w miesiączkowaniu.

Brebiss (*Fräs. G. E. Stahl*): *Diss. de mulierum fluxu etc. Halae 1694.*—Jaeschke (*Präs. Stahl*): *Diss. de mensium insoli-
tis viis. Halae 1702.*—F. Hoffman: *Diss. de haemorrhæico mensium
fluxu in virgine observato Halae 1730.*—A. Leroy: *Leçons sur les
pertes de sang etc. Paris 1801.* A. d. Fr. von Renard, *Leipzig 1802.*—
A. A. Roger-Collard: *Essay sur l'aménorrhée. Paris. 1802.*—
Goffin: *Essai sur les hemorrhag. en general et en particul. sur la
ménorrhagie. Paris. 1815.*—Duncan Stewart: *Treatise on uteri-
ne haemorrhage. London 1816.*—J. B. Galaray: *Essai sur les pertes*

utérines hors l'état de grossesses. Paris. 1817.—Desormeaux et P. Dubois: *Art. „Métrorrhagie“ w Dietion. d. scienc. med. XIX.*—H. H. L. Spitta: *Comment. physiol, pathol. mutationes, affectiones et morbos in organismo et oeconomia feminarum cessante fluxus menstrui periodo sistens. Goetting. 1818.*—St. Surun: *Théorie de la menstruat. Paris. 1819.* A. d. Fr. von Wendt. *Leipzig 1822.*—Michaëlis: *Observant. quaed. de catam. viis insolit. Berol. 1830.*—L. E. Soyer: *Essai sur l'aménorrhée. Paris 1831.*—Ulsamer: *Encyclop. Wört. d. medic. Wiss. XIII.*—Gendrin: *Traité philos. de médic. prat. II. Paris. 1839.*—Lisfranc: *Clin. chirurg. II.*—Brierre de Boismont: *De la menstruation etc. Paris 1842.* A. d. Fr. von Krafft, mit Zusätzen von Moser. *Berlin 1842.*—E. Rigby: *Medic. Times. Septbr. 1844.*—Oldham: *London medic. Gaz. 1846 Novbr. oraz 1847 Februar.* Simpson: *Monthl. journ. 1846. Septbr. i 1848 Mai. Obstetric memoirs p. 281.*—F. Edwards: *Lancet. April. 1849.*—J. Whithead: *Lond. med. Gaz. April. 1849.*—Kiwisch: *Klin. Vortr. I. p. 326.*—Bennet: *Lanc. Decbr. 1853.*—E. J. Tilt: *Diseases of women and ovarian inflamm. 2 Edit. London 1853.*—F. Szukits: *Ueber die Menstruation in Oesterreich. Wien. Ztschr. XIII. 1857.*

Według Tilt'a, który zestawił 12037 wypadków, zebranych we wszystkich strefach przez rozmaitych spostrzegaczy, miesiączkowanie u kobiet rozpoczyna się przecięciowo w 14,85 r. życia. W strefie umiarkowanej, rozpoczyna się ono średnio w r. 14,94 (według obliczenia z 7237 wypadków); wszakże i tu trafiają się w pojedynczych wypadkach bardzo znaczne zboczenia. Tak np. raz miesiączka ukazała się po raz pierwszy w 6-m, a raz w 8-m roku życia, prawie u 70% wszystkich wypadków przed skończeniem lat 12-tu, a u nieco więcej nad 60% między rokiem 19 m a 26-m.—70% wszystkich kobiet rozpoczęło miesiączkowanie w 13-m, 120% w 14-m, 160% w 15-m, 190% w 16-m, 500% w 17-m, 110% w 18-m, a 70% w 19-m roku życia. Wywierają tu wpływ zarówno ogólne jako też i szczególne, tak zewnętrzne jak i wewnętrzne okoliczności; a badania dotychczasowe z niektórymi z nich przynajmniej nas zaznajomiły. U dziewcząt wyższego stanu jakoteż w większych miastach miesiączka pojawia się wcześniej aniżeli w klasie niższej i uboższej, oraz po wsiach. Jak sposób życia i wychowanie, tak samo też narodowość i stosunki rodzinne, drogą dziedziczności mogą tu wpływać na ujednostawienie lub rozmaitość.

Nowsze badania Szukits'a nad miesiączkowaniem u austriaczek, obejmujące 2275 wypadków, potwierdziły w istocie powyżej przy-

toczone fakta. Pierwsza regularność pojawiała się średnio w lat 15 miesięcy $7\frac{1}{2}$ od urodzenia.

Kazuistyka lekarska obejmuje już nie małą liczbę spostrzeżeń, według których miesiączka rozpocząć się miała w bardzo wczesnym wieku, u dziewcząt mających zaledwie lat kilka, a nawet kilka miesięcy; wszelako większa część wypadków, zaliczanych do kategorii miesiączki przedwczesnej (*menstruatio praecox*), polega oczywiście na pomieszaniu jęj z krwotokami chorobowemi. Mała ilość wiarogodnych wypadków, którym towarzyszyło przedwczesne rozwinięć przyrzędu rodnego, a nawet całego ciała, uważać należy po części za niewinne *curiosa*, po części zaś za świadectwo tego faktu, że przedwczesne dojrzewanie płciowe łatwo sprowadza miejscowe zaburzenia, a w szczególności krwotoki maciczne i przez to szkodliwie wpływa na cały ustrój ¹⁾. W przeciwstawieniu do tych wypadków, zebrano szereg innych, pod nazwą miesiączki opóźnionej (*menstruatio retardata*), gdzie kobiety dopiero po przejściu jednę lub kilku ciąży, albo już nawet po przekroczeniu zwykłego punktu kulminacyjnego zdolności do płodzenia, miesiączkować zaczęły. I te wyjątki nie mają praktycznego znaczenia same przez się, lecz o tyle tylko, o ile polegają na oddzielnych stanach chorobowych miejscowych lub ogólnych.

Równie zmiennym jak czas pojawienia się pierwszej miesiączki, jest także wiek, w którym ta czynność organizmu gaśnie, jak również liczba lat jęj trwania. Brierre de Boismont, Guy i Tilt robiąc poszukiwania nad terminem ostatniej regularności, u 865 kobiet razem, otrzymali daty, z których porównania wykazuje się, że termin ten chwiał się między rokiem 21 a 61 i przypadał prawie w 2% wszystkich wypadków przed r. 31, w 19% między r. 31—40, w 65% między 41—50 (z tego 30% przed r. 46), a w 14% między r. 51—61. Wyjątkowo miesiączkowanie przeciąga się do jeszcze późniejszego wieku, tak np. u pewnej kobiety wspomnianej przez B. d. Boismont trwało

¹⁾ Jeden z najciekawszych takich wypadków podaje Rowlet (*Trans-sy. med. journ. VII p. 447* i *Americ. journ. 1834 Listop. p. 266*). Sally Deweese w Kentucky, urodziła się 7 kwietnia 1824 r.; mając 1 rok życia zaczęła miesiączkować, a 20 kwietnia 1834 r. urodziła dziecko płci żeńskiej, wążące $7\frac{1}{2}$ funtów. Sama miała wtedy wzrostu 4 stopy i 7 cali, a wążyla 100 funtów.

Scanzoni obserwował także dziewczynkę 8-letnią, która była tak rozwiniętą jakby miała lat 13—14, i oddawna już cierpiała na obfity miesiączkę (*menstruatio profusa*) (*Krankh. d. weibl. Sexualorg. p. 263*).

ono aż do 72 r. życia bez żadnych nieprawidłowości w przyrządzie płciowym. B. d. B o i s m o n t, ze 177 spostrzeżeń, obliczył, że miesiączkowanie trwa przeciętnie, lat 28, 93; T i l t obliczył tę cyfrę z 271 wypadków na lat 30,89. Jako krańcowe cyfry otrzymali obadwaj z jednej strony 5-letnie, z drugiej 48-letnie trwanie tej czynności. Jeżeli trwa ona dłużej, to okoliczność ta świadczy w ogóle o dobrym stanie zdrowia; wszakże nie należy przytém spuszczać z uwagi, że po przejściu zwykłych lat klimakterycznych bardzo często trafiają się krwotoki maciczne, których powodem jest chorobliwy stan przyrządu płciowego; ale kobiety tłomaczą je sobie jako miesiączkowe. Niezwykle wczesne zaprzestanie miesiączkowania bardzo często bywa następstwem chorób, jużto miejscowych, już ogólnych, i zawsze zwracać winno uwagę lekarza.

Trwanie okresu międzymiesiączkowego, obliczane przez S c h w e i g'a z 500 spostrzeżeń, średnio na 27,39 dni, bywa bardzo różne u różnych kobiet; chociaż pewne oznaczone typy, a mianowicie 28-dniowy, a następnie 30-dniowy zdają się przeważać. Zresztą, podania autorów, którzy robili poszukiwania statystyczne tego punktu dotyczące, zgadzają się ze sobą. Tak, M u r p h y na 596 kobiet, znalazł 496 u których miesiączka wracała co 28 dni, a jedną tylko, u której wracała co 30-ci dni; B. d. B o i s m o n t przeciwnie, spotykał typ 30-dniowy bardzo często. Wszelako w granicach zdrowia nie łatwo zdarza się napotykać, aby miesiączka przekraczała w swych wahanich typ 21—35 dniowy; to też T i l t, który w 17% swych wypadków spostrzegał typ 3 tygodniowy, a w 5%—6 tygodniowy, prawie u połowy indywiduów w ten sposób miesiączkujących, był w stanie wykazać bądź miejscowe, bądź też ogólne choroby. Nawet indywidualny typ miesiączki bardzo często ulega wahaniom i zmianom (pomijając już nieregularności zwykle zdarzające się w początku okresu pokwitania), które w części przynajmniej są w związku ze zmianami sposobu życia, z używaniem stosunków płciowych, z ciążą, chorobami innych organów i t. p.

Odptyw krwi z macicy, towarzyszący dojrzewaniu jajka (*ovulatio*), trwa zwykle w naszych okolicach 3—5 dni; wszakże częstokroć przytrafia się, że bez jednoczesnych lub też następnych zaburzeń, odptyw ciągnie się 8 dni, albo, co nierównie rzadziej, że ustaje w krótkim bardzo czasie; niekiedy nawet trwanie jego liczy się tylko na godziny. Ilość wydalonej przez ten czas krwi, bywa również bardzo zmienna i nieda się oznaczyć na miarę ani na wagę. W rzadkich wypadkach niema ani śladu odptywu krwistego, chociaż sprawy w jajniku jakie zwykły się odbywać podczas miesiączki, odbywają się tu, a obok tego nie zbywa na mniej lub więcej wyraźnych usiłowaniach miesiączkowych. Ogólne

wpływy zewnętrzne, jak klimat, sposób życia i t. p. mają widoczny wpływ tak na czas trwania, jakotéż na obfitość krwawienia. W ogóle odpływ trwa dłużej i jest ofitszy w miarę tego, jak temperatura miejscowa się powiększa; znaczniejszym téż bywa w miastach i u kobiet z klass wyższych, zbytkowniej żyjących, aniżeli po wsiach i w klassie pracującój (porównaj tablice podane przez Br. de Boismont'a, Ravn'a i Tilt'a). Z pomiędzy wpływów indywidualnych przedewszystkiem zasługują na uwagę zmiany w odżywianiu, zaspakajanie stosunków płciowych i ciąża. To już objaśnia nam wiele zmian częstokroć zdarzających się w przebiegu lat zdolności płciowój, u jednej i téj samój kobiety.

Zaburzenia patologiczne w miesiączkowaniu, dzielimy odpowiednio do ich pochodzenia na trzy klasy: brak miesiączki (*amenorrhoea*), miesiączka trudna czyli bolesna (*dysmenorrhoea*) i miesiączka zaobfita (*menorrhagia*).

a) Brak miesiączki

(*Amenorrhoea*).

Rzeczywisty brak miesiączki (gdyż o pozornym jej braku; o tak zwaném wstrzymaniu miesiączki, *retentio mensium*, mówiliśmy już na str. 67 i następnych), rozciąga się zwykle na pojedyncze tylko okresy wieku dojrzałości płciowój, i przytrafia się najczęściej w początkach i pod koniec tego wieku; ale bardzo także często występuje jako przemijające przerwanie miesiączkowania, od dawna już rozpoczętego. W ostatnim razie zawieszenie miesiączkowania (*suppressio mensium*) występuje albo nagle, albo téż powolnie, przez stopniowe zmniejszanie się odpływu za każdym następnym peryodem. Każda z tych form może być następstwem bardzo różnych przyczyn, zarówno miejscowych, jako téż i ogólnych.

W rzędzie miejscowych przyczyn braku miesiączki, wymienić należy' wielki zastęp chorób organów płciowych niewieścich, które miesiączkowanie, jużto w bardziej ograniczoném, już w rozleglejszém znaczeniu tego wyrazu, t. j. także i sprawy zachodzące w jajnikach, zakłócają, lub je uniemożliwiają. Ostatui wypadek ma miejsce przy wrodzonym braku, zaczątkowym rozwoju, lub niedokształceniu jajników, gdzie albo wcale dostrzedz nie można najmniejszych oznak peryodycznej czynności przyrządu płciowego kobiety, albo téż tylko niezupełne i to rzadko występujące objawy wspomnianej czynności. Opóźniony rozwój tego

przyrządu, pociąga za sobą opóźnienie jego czynności; zaś zanik następczy, rozległe zwyrodnienie torbielowate lub rakowate, a ewentualnie także wyluszczenie, przedwczesne zaprzestanie takowej. Nieprawidłowości dotyczące macicy, mogą tylko powodować albo zupełny brak, albo uszczuplenie odpływów miesięcznych, towarzyszących dojrzewaniu jajek. Równie ograniczone znaczenie ma także brak miesiączki napotykaną przy pełnym braku, stanie zaczątkowym lub niedokształceniu macicy; przy zaniku następczym, przewlekłym zapaleniu, włókniakach, raku i gruźlicy tego organu. Z pomiędzy wad i chorób innych organów, lub téż całego ustroju, te przedewszystkiem zdolne są spowodować brak miesiączki z równoczesnym powstrzymaniem owulacji, lub bez tego, które w wysokim stopniu upośledzają rozwój i odżywianie całego ciała. Dla tego téż opóźnione pojawianie się miesiączki spostrzegać się daje najczęściej przy błędnicy a następnie przy gruźlicy. Ważną téż rolę odgrywa tu nastrój ducha, jak się to już wykazuje nawet w obrębie zdrowia duchowego, z wpływu długotrwałych a szczególnie pogłębiających affektów ¹⁾, a więcéj jeszcze z wstrzymywania się miesiączki u melancholiczek i t. p.

Nie rzadko zdarza się spostrzegać ostre wstrzymanie miesiączki t. j. nagle zaprzestanie odpływu krwi miesięczkowej, w skutek szkodliwego wpływu fizycznego lub psychicznego. Przyczyną większej części tu się odnoszących wypadków było albo raptowne zaziębienie, zwłaszcza po rozgrzaniu się, albo téż gwałtowne pogłębiające wzruszenie umysłowe; niekiedy wszakże wstrzymanie miesiączki zdawało się być następstwem innego rodzaju szkodliwości, a mianowicie: różnorodnych obrażeń, wysiłków ciała, zaburzeń w trawieniu, użycia niektórych środków lekarskich (kubebę, balsam kopaiwiany), przy szczególnéj wrażliwości chorych, gwałtownego a przynajmniej niepowsięgliwego spółkowania, upustu krwi z żył ramienia i t. p. Wstrzymanie miesiączki nie zawsze wprawdzie, ale jednak w przeważnéj liczbie wypadków pociąga za sobą inne dolegliwości i choroby; najczęściej dają się tu spostrzegać objawy mniej lub więcéj gwałtownego nawalu do wewnętrznych części rodnych, zwłaszcza téż do macicy, a niekiedy rozwija się zapalenie macicy, zapalenie okołomaciczne, lub zapalenie jajników. W najpomyślniejszym razie, odpowiednie leczenie i właściwe zachowanie się, szybko usuwa te następstwa, a miesiączka wraca potem w sposób pra-

¹⁾ My wszakże jesteśmy tego zdania, że Raciborski zalicza tu i takie wypadki, które były skutkiem przeciwnéj przyczyny (*De l'aménorrhée par causes psychiques et particulièrement par la peur excessive, d'être grosse ou par le vif désir d'avoir des enfans. Archiv. génér. Mai 1865*).

widłowy. Bardzo jednak często odpływ krwi zostaje na długo lub na zawsze wstrzymanym a przynajmniej zmniejszonym, gdyż choroby z razu wywołane, przybierają przebieg przewlekły. W takich razach powstać może następny przerost sutek; najczęściej jednak buja tkanka tłuszczowa podskórna. Niekiedy złe skutki wstrzymania miesiączki objawiać się miały w organach oddechowych, żołądku, wątrobie, śledzionie, mózgowiu i oblekających te organa błonach surowiczych, w organach zmysłów (zwłaszcza w oczach), bądź pod formą przemijającego nawalu z krwotokiem lub bez, bądź też pod postacią prawdziwego zapalenia; co miało po sobie pozostawiać przewlekłe zapalenie oskrzeli lub opłucnej, przerost wątroby, śledziony, padaczkę, obłąd, szaleństwo, ślepotę, głuchotę i t. p. Spostrzegano nawet ogólny przerost całego ciała, uwydatniający się szczególnie na skórze, tkance podskórnej i kościach (porównaj: B. d. Boismont l. c. p. 271).

W wielu wypadkach długotrwałego wstrzymania miesiączki, pojawiają się w regularnych odstępach czasu wyraźne usiłowania miesiączkowania, którym niekiedy zamiast krwawienia z macicy towarzyszy krwotok z innych organów (*Miesiączka zastępcza — Menstruatio vicaria, menses devii*). Najczęściej bywa to krwotok z nosa, żołądka, płuc, lub naczyń odbytniczych (hemoroidalnych); dalej — z jamy ustnej, a osobliwie z dziąseł; wreszcie ze skóry zewnętrznej, lub tkanki łącznej podskórnej (zwłaszcza też na sutkach), z brodawki sutkowej i t. d. Może on jednak pochodzić z każdej innej części ciała, i często kilkakrotnie zmienia miejsce w ciągu tego czasu jak miesiączkowanie jest wstrzymane. Jeżeli już który z organów ciała ze swej strony uległ chorobie, a przeto stał się punktem mniej odpornym (*locus minoris resistentiae*), to łatwo dostaje mu się w udziale krwawienie zastępcze; dla tego też widzimy często tego rodzaju krwotoki z naczynek, ran, przetok i wrzodów, a szczególnie wrzodów na kończynach dolnych. Nie zawsze z miejsca zastępującego następuje prawdziwy krwotok; częstokroć ogranicza się to zastępstwo tylko na obrzmieniu puchlinowem lub zapalnem, wydzielaniu surowicy, ropy, i t. d.; tak np. częstokroć pojawiają się peryodyczne biegunki lub puchlina brzuszna, peryodyczne zapalenie gardła lub wyrzuty skórne pod formą pęcherzyków, krost, wrzedzianek, róży, a nawet peryodyczne obfitsze wydzielanie ze starych wrzodów i przetok.

Dodatkowe wydzieliny i krwotoki tego rodzaju, nie są wszakże wyłącznem następstwem powstrzymania miesiączki, ale prócz tego, jakkolwiek nierównie rzadziej, zdarzają się i przy pierwotnym jej braku. Spostrzegano je zarówno przy wadach rozwojowych macicy, jako też i wtedy, gdy organ wspomniany nic nieprawidłowego widocznie nie przed-

stawiał, a zboczenie trwało niekiedy przez cały czas zdolności do płodzenia, bez względu na zaście w ciążę. W osobliwych wypadkach, oprócz normalnego odpływu z macicy, pojawiać się mogą nadto krwotoki w innych miejscach. Obserwowanie takiej miesiączki, którąby nie tyle zastępczą, ile raczej *z b y t e c z n ą* nazwać należało, wraz ze spostrzeżeniami wyżej przytoczonymi, gdzie miejsce krwawienia zastępuje powiększenie ilości wydzieliny surowiczéj lub ropnéj, dały klucz do objaśnienia związku zachodzącego między brakiem miesiączki a miesiączką zastępczą. Oczywiście, jest tu tylko mowa o niedostatku odpływu miesięcznego, ale nie o zawieszeniu spraw miesięczkowych w jajnikach. Należy więc przyjąć, że te ostatnie zwyczajnym sposobem wywołują przekrwienie w organach miednicy i przyczyniają się do powiększenia pobudzalności całego układu nerwowego, która to pobudzalność dla braku krwawienia z macicy, mogącego miarkować przekrwienie, jeszcze znacznieszego dosięga stopnia. Pod takim wpływem, rozumie się, wydzieliny patologiczne będące produktem istniejących owrzodzeń, nieżyków błony śluzowéj kiszek i innych organów, cierpień gruczołów skóry na czas pewien stają się obfitszemi; cienkościenne naczynia brodawkujących ran lub sińców pękają, a nieusposobione z kąd inąd do krwawienia, lecz bogato już unaczynione skutkiem częstych ostrych lub przewlekłych przekrwień błony śluzowe, zaczynają krwawić.

W y w o ł a n i e b r a k u j ą c é j m i e s i ą c z k i wymaga przede wszystkim oddalenia wad i chorób, które są tego stanu przyczyną. Z tego się pokazuje, że wszędzie tam, gdzie brak odpływu miesięcznego polega na wrodzonych lub nabytych nieprawidłowościach organów rodnych, które nie są dostępnymi dla sztucznej pomocy, albo też gdzie polega on na inego rodzaju chorobach nieuleczalnych, nie może być mowy o leczeniu tego stanu. W pozostałych wypadkach pierwszém zadaniem lekarza będzie uwzględnienie wskazania przyczynowego; co też samo jedno prawie zawsze prowadzi do celu. Tylko wtedy gdy przyczyna została usunięta, a mimo to odpływ miesięczny nie jest dostateczny, można użyć niektórych środków do wywołania takowego. Zanim jednak do nich się weźmiemy, należy się raz jeszcze upewnić, czy przypadkiem pod ten czas chora nie zaszła w ciążę, która użycie wzmiankowanych środków przeciwwskazuje.

Możliwość taką tam nawet należy mieć na myśli, gdzie brakowi miesiączki towarzyszy nadmierna otyłość i gdzie nigdy nie bywa usiłowań miesięczkowych. Zwracamy na to szczególną uwagę; gdyż nieraz w podobnych okolicznościach zdarzało nam się widzieć, jak lekarze

mając przed sobą osoby od wielu lat nieplodne spuścili z uwagi możliwość ciąży, i starając się pomódz, pozbawiali oddające się ich pieczy kobiety, spełnienia oddawna żywionych przez nie nadziei.

Większa część środków namiesięcznych działa bardzo niepewnie; te zaś które sprowadzają znaczne przekrwienie organów miedniczych, jak aloes i sawina, mają nie zawsze pożądane działanie współrzędne. To też z pomiędzy tych ostatnich głównie używa się tylko aloes, a cel zamierzony osiąga się najłatwiej, gdy go zastosujemy pod postacią ławatyw. Ze środków nie niebezpiecznych zalecać zaczęto w nowszych czasach krwawnik, pietruszkę i apiol, otrzymywany z jej nasienia. Dyetetyczne użycie szafranu, według naszego własnego przekonania, nie zdaje się być całkiem bezskuteczne. Środki zewnętrzne, zapomocą których usiłujemy albo wywołać przekrwienie dolnej połowy ciała, albo też działanie refleksyjne na macicę, a w szczególności: drażniące kąpiele nóg, ciepłe kąpiele nasiadowe i połowiczne, gorczyczniki i suche bańki stawiane na kończynach dolnych i okolicy krzyżowej, natryski na dolną część grzbietu, bardzo często zawodzą; z pomiędzy nich najskuteczniejszemi jeszcze okazały się nam zimne natryski. Wielokrotnie zachwalany but Junod'a w próbach dokonanych z nim przez Mikschik'a i innych nie odpowiedział oczekiwaniom; zastosowanie jego bowiem wywoływało bicie serca, trwogę, mdłości, a po jego odjęciu wracały poprzednie zaburzenia, częstokroć w wyższym jeszcze stopniu. Najskuteczniejszém jest mechaniczne lub dynamiczne drażnienie samej macicy. Już kilkakrotne zastosowanie natrysków z zimnej wody, częstokroć sprowadza napowrót miesiączkę; w innych razach do natryskiwanego płynu dodać można amonii gryzącej. Gdzie i to postępowanie okaże się niedostateczném, tam zasługuje na zastosowanie przystawienie pijawek do części pochwowej, pędzlowanie ust macicznych naciągiem jodowym (*tinct. jodi*)¹⁾ i kategoryzm jamy macicznej t. j. wprowadzenie i pozostawienie zgłębnika lub rektyfikatora. Nastrzykiwanie do macicy roztworów drażniących, np. saletrzanu srebra, naciągu jodowego, jest już bez porównania niebezpieczniejszém. Nakoniec idea Simpson'a, urządzenia bańki dla macicy, została wprawdzie wprowadzoną w wykonanie, lecz nie okazała się praktyczną.

Wszystkie środki namiesięczne wtedy, rozumie się, najłatwiej sprowadzają pożądany skutek, gdy zostaną użyte w czasie gdy usiłowa-

¹⁾ Mikschik po 4-ro dniowém użyciu naciągu jodowego zalecanego przez Boinet'a w wielu razach osiągnął pożądany skutek (*Wiener. med. Wochenschr.* 1855, Nr. 22).

nia miesięczkowe albo już dają się uczuwać, albo wkrótce są spodziewane. U wielu dziewcząt dopiero wyjście zamięsz i spółkowanie działało jak środek namiesięczny i zupełnie uregulowało miesięczkę.

Przy nagłym wstrzymaniu odpływów miesięcznych wskazanie przyczynowe także bardzo często na pierwszy plan występuje; wszakże nie tak często jak przy pierwotnym braku miesięczki; mianowicie téż: 1^o) jak najwcześniej, 2^o) w takich razach, gdy wstrzymanie wywołaném zostało nie raptownie, pod wpływem jedużej szkodliwości, ale zwolna, wskutek długotrwałych, nieprzyjaznych wpływów zewnętrznych, jakimi są zimne, wilgotne mieszkania, lub téż szkodliwe zatrudnienia. Jeżeli miesięczka została wstrzymaną skutkiem nagłego zaziębienia, to bardzo często do przywrócenia jej i zapobieżenia dalszym następstwom, wystarcza, właściwe postępowanie napotne, wspierane podawaniem do wewnątrz roztworu octanu amonii (*liq. amoniac. acet.*) lub naciągu gwajakowego amoniakalnego (*tinct. Guajaci ammoniat*). Jeżeli postępując tą drogą lekarz nie osiąga celu, albo téż gdy wypadek nie jest zbyt świeży, to należy bezwzględnie przystąpić do zastosowania wyżej wymienionych środków odciągających (kąpieli nóg i t. p.), a gdzie niebezpieczeństwo zagraża, do upustu krwi z części pochwowój macicy.

Skoro tym sposobem odpływ krwi napowrót został wywołany, to często zdarza się widzieć, że złe następstwa albo wcale nie występują, albo przynajmniej wkrótce same przez się znikają. Gdzie taki skutek nie nastąpił, albo gdy już upłynął długi przeciąg czasu od podziałania przyczyny chorobowej, tam nie pozostaje nic innego, jak tylko z razu leczyć choroby wtórne, a później, w czasie gdy wstrzymana miesięczka powinna powrócić, usiłować przywrócić ją odpowiedniemi postępowaniem. Jeżeli odpływ miesięczny zbaczać zacznie od normalnej drogi, to należy zwrócić nawał od organu zastępującego do części rodnych. Gdy krwawienie zastępcze jest niebezpiecznem, to ustąpić winny wszelkie obawy zastosowania skuteczniejszych wewnętrznych środków namiesięcznych, rozumie się, jeżeli ich działanie wtórne nie rozciąga się do miejsc krwawiących. Prócz tego, jak łatwo zrozumieć, w tych wypadkach gdzie organ zastępujący skutkiem uprzedniej choroby usposobiony był do przyjęcia tej roli, potrzeba przystąpić do leczenia owej choroby, aby zapobiedz powtórzeniu się takiego krwotoku. Na tych samych zasadach polega także leczenie pierwotnej miesięczki zastępczej, t. j. takiego zboczenia, które zaraz od nadejścia dojrzałości płciowej, bez poprzedniego wstrzymania odpływu miesięcznego, na niewłaściwem odbywa się miejscu; tylko niestety, że w takich razach sztuka często przez długi czas pozostaje bez skutku.

b) Miesiączka utrudniona czyli bolesna

(Dysmenorrhoea. Colica uteri menstrualis).

Powyższą nazwą określamy miesiączkę, połączoną z osobliwymi dolegliwościami i cierpieniem. Najczęstszymi objawami bywają tu bóle w podbrzuszu, okolicach: krzyżowej i lędźwiowej, oraz w udach, jużto tępsze, już żywsze, to ciągle i peryodycznie wzmagające się, to znowu wyraźnie przepuszczające, rzńące lub do porodowych zbliżone. Zwykle zaczynają się one wraz z początkiem odpływu miesięcznego; w pierwszych godzinach lub dniach są najsilniejsze, a z rozpoczęciem się obfitszego krwawienia łagodnieją lub zupełnie ustają; w innych wszakże razach trwają aż do ukończenia się miesiączki z różnym nasileniem, lub też występują dopiero pod koniec. Do bólów tych bardzo często przyłączają się zaburzenia w sferze czucia i ruchu innych organów; zwykle kurcz żołądka z wymiotami; niekiedy rzńicie w kiskach z biegunką lub zaparciem stolca, dolegliwości przy wydalaniu moczu; często ból głowy, zawrót, złudzenia zmysłowe, omdlenia, bicie serca, zatchnienie, drżączka, podrywanie ścięgien, ogólne drgawki kloniczne i toniczne. Obok tego bardzo często spostrzegamy oznaki nadzwyczaj silnego przekrwienia organów rodnych i sąsiednich im, do czego przyłącza się wtedy więcej lub mniej gwałtowna gorączka, a często także gwałtowne nawały do głowy i piersi, którym towarzyszy krwawienie z nosa, krwioplucie i t. p. W innych znowu wypadkach, które dla odróżnienia od tylko co opisanój zapalnej formy kolki miesiączkowej, określają nazwą nerwowój, nie bywa ani objawów gorączkowych, ani też objawów nadmiernego nawału, a niekiedy nie bywa żadnej ze zmian dających się przedmiotowo dostrzedz w organach rodnych, które to zmiany zresztą nie u każdej miesiączkującej kobiety występują.

Odpływ miesięczny, przy utrudnionej miesiączce, bardzo często tylko pod względem ilościowym zbacza od normy, stając się skąpszym lub obfitszym; częstokroć wszakże krew nie bywa wydzieloną w stanie płynnym, jak zwyczajnie, lecz w części pod formą skrzepów, przyczem bóle niby porodowe się wzmagają; nakoniec nie rzadko wydalone zostają błoniaste kawałki, objętości $\frac{1}{2}$ —1—2 cali kwadratowych, które są prawdziwymi częstkami błony śluzowej macicy zamienionój w błonę doczesną (*decidua*), co można poznać nieuzbrojoném nawet okiem, po znajdujących się w nich ujściach gruczołków łagiewkowatych.

Miesiączka bolesna zależy nader często od wykryć się dających wad i chorób macicy oraz dodatkowych jej części. Daje się ona spo-

strzeżać przy istnieniu zaczątku zaledwie macicy, lub przy niedostatecznym jej rozwinięciu, gdzie występuje pod formą nadzwyczaj silnych usiłowań miesięczkowych; dalej przy przemieszczeniu jajników, a zwłaszcza przy przepuklinach, gdzie rozpoczyna się silnymi bólami w wartościach worka przepuklinowego. Do tych wypadków, w których miesięczka bolesna widocznie jest jajnikowego pochodzenia, dodać wypada inne, w których badanie wykrywa równoczesne zmiany chorobowe w jajnikach, oznaki przewlekłego zapalenia tych organów i t. p., ale obok nich istnieją także nieprawidłowości w macicy. Tu zachodzi może wątpliwość, który z tych dwóch organów jest punktem wyjścia dolegliwości, gdyż nawet właściwości objawów nie zawsze wystarczają do rozróżnienia pod tym względem.

Najczęściej zdarza się miesięczka bolesna maciczna. W ścisłym znaczeniu nazwy mechanicznej widzimy ją przy wrodzonych lub nabytych zwężeniach zewnętrznych i wewnętrznych ust macicznych, przy zgięciach macicy, a w tym razie zwykle obok niepłodności. W takich okolicznościach zdarza się wprawdzie bardzo często, że każdy peryod miesięczkowy połączony bywa ze znacznymi dolegliwościami, ale jak tu dolegliwości te nie zawsze z jednym występują natężeniem, i raz dłużej trwają, drugi raz szybciej przechodzą; tak też zdarza się niekiedy, że odpływ miesięczny w pewnych okolicznościach prawidłowo się odbywa. Zwężenie szyi macicznej nie zawsze utrudnia odpływ wydzielonej krwi, ale głównie wtedy, gdy krwawienie jest obfitsze, i szybko znaczniejsza ilość krwi dostaje się do jamy macicznej; przy skąpym bowiem wydzielaniu nie bywa tak przykrego następstwa. To też przy rozpoznawaniu mechanicznej miesięczki utrudnionej, obok szerokości ujść macicy zawsze brać należy pod rozwagę sposób miesięczkowania.

Nierównie częstszą od mechanicznej bywa miesięczka trudna o rg a n i c z n a t. j. taka, której podstawą bywają jawne nieprawidłowości w macicy, nie utrudniające jednak bezpośrednio odpływu krwi. Najróżnorodniejsze choroby tego organu, poprzednio już opisane, jak złożenia w położeniu, przewlekłe zapalenie i przerost, guzy włókniste, polipy, rak, gruźlica, pociągają za sobą mniej lub więcej znaczne dolegliwości podczas miesięczkowania. Dolegliwości te odpowiadają zwykle nawałowej formie kolki, ale niekiedy także i formie nerwowej, jak np. przy niektórych guzach włóknistych, które tylko sprawiają targanie macicy.

Wypadki w których wysledzić można zmianę w utkaniu macicy, a przynajmniej złożenia co do kształtu i położenia, jeżeli nie wyłącznie, to przynajmniej przeważnie należą do tych, przy których oddzielają się

większe płatki błony śluzowej macicy, a nawet cała błona doczesna miesięczkowa zostaje wydaloną w postaci trójkątnego worka. Błonia ta forma trudnej miesięczki po raz pierwszy dokładniej została opisana przez Simpson'a i Oldham'a, a Virchow miał sposobność widzieć na zwłokach początek sprawy odluszczenia się. Niższe stopnie téj formy zdarzają się bardzo często; według Scanzoni'ego stanowią one $\frac{2}{3}$ wszystkich wypadków kolki miesięczkowej. To jest w związku z tą okolicznością, że kolka miesięczkowa jest zwykłym zjawiskiem przy przewlekłym zapaleniu macicy, które znowu jest chorobą tak częstą. Istniejące przy tém długotrwałe przekrwienie i rozpułchnienie błony śluzowej, ten za sobą pociąga skutek, że w ową błonę, z chwilą nastania nawału miesięczkowego, nasiąka większa ilość osocza krwi. To znaczenie osłabia związek warstw powierzchownych z głębokimi, a następujące później kurczenia się macicy uzupełniają rozdział do reszty. U jednej z naszych chorych powtarzało się to przez 8 lat przy każdej miesięczce, w ten sposób, że za każdym razem, objętości kształt wydalonych błon ściśle odpowiadały jamie macicy. Jeduakowoż bardzo często sprawa ta od czasu do czasu tylko w widoczny odbywa się sposób, i wtedy z tém większą pewnością można jęj oczekiwać, im bardziej zwiększają się dolegliwości w przerwie poprzedzającej miesięczkę, a tém samém im większe jest już tutaj przekrwienie.

W wypadkach powyżej rozbieganych zaburzenia w miesięczkowaniu widocznie zależą od miejscowych zmian chorobowych. Częstokroć przecież zdarzają się i takie, w których, co najwyżej, wykryć można nader lekki nieżyt macicy, lub nieznaczne zgięcie tego organu; a te znowu stanowią przejście do wypadków trzeciego rzędu, w których badanie organów rodnych nic nie wykrywa. Źródłem utrudnionej miesięczki bywa tu często nieprawidłowa pobudzalność całego układu nerwowego, czego dowodzą istniejące równocześnie różnorodne przypadłości maciennicze. Z tém wszystkiem, stosunkowo często nie znajdujemy takiego związku przyczynowego; a wtedy niepodobna dla objaśnienia objawów nie przyjąć podniesionej pobudzalności ograniczonej li tylko do nerwów organów rodnych, a w szczególności macicy. Jeżeli nadarzy się sposobność obserwowania podobnych chorych przez czas dłuższy, to nie rzadko można zauważyć, że ostatecznie znajdują się zmiany w utkaniu, mianowicie téż guzy włókniste, a wtedy niepodobna wątpić, że podstawą uprzednich zaburzeń w miesięczkowaniu był już poczynający się rozwój owych guzów. Tam, gdzie utrudniona miesięczka nie da się objaśnić chorobami macicy i dodatkowych jęj części, dostępnymi dla rozpoznania t. j. nie

tylko przy ogółuém maciennictwie, pojawia się ona przeważnie pod formą nerwową. Że zatem ta ostatnia forma napotykać się daje nie tylko u osób niedokrwistych i delikatnych, ale równie dobra u osób silnych i krwistych, wynika to już ze wszystkiego cośmy byli w stanie powiedzieć o jój przyczynach.

Rozpoznanie utrudnionej miesiączki w ogóle, rzadko bywa trudnem. Pomieszaćby ją można tylko z poczynającym się poronieniem, lecz tego unikamy przez staranne zebranie wyvodu choroby, oraz wybadanie wielkości macicy i t. p. Jeżeli podmiotowe podania chorych są wątpliwe, to stan rzeczy wyjaśnia się z dalszej obserwacyi przebiegu.

Określenie formy i przyczyny trudnej miesiączki jest niemożliwe, bez wyczerpującego rozbioru wszystkich podmiotowych i przedmiotowych objawów.

Leczenie utrudnionej miesiączki, tam gdzie da się wysledzić przyczynowy jój związek z pewnemi chorobami miejscowemi lub ogólnemi, powinno się stosować do tych ostatnich, gdyż bez usunięcia przyczyny, nie można się spodziewać aby uleczenie było trwałem.

Pierwszém pytaniem jakie się tu nastęrcza jest to, czy sprawa przyczynowa przeszkadza odpływowi krwi miesiączkowej przez zwężenie ujść macicy, i czy tém samém nie ma wskazania do pomocy mechanicznej. Nowsza literatura peryodyczna świadczy, że poglądy różnych ginekologów w tym punkcie znacznie się rozchodzą ¹⁾. Wprawdzie każdy z nich, przy utrudnionej miesiączce z przyczyny mechanicznej pragnie uczynić zwężone ujście lub szyję macicy przepuszczalnemi; ale niezgoda poczyną się odtąd, gdy zaczyna iść o wybór środka do dopięcia powyższego celu, a szczególnie o określeniu częstości wypadków, w których zachodzi potrzeba prawdziwych działań operacyjnych. Bennet i C. Mayer, na mocy rozległego swego doświadczenia, upatrują przyczynę zwężeń, będących powodem bolesnego miesiączkowania (i niepło-

¹⁾ Porównaj: Gusserow: *Ueber ein nach Greenhalgh's Angabe verfertigtes Instrument zur blutigen Erweiterung des Muttermundes. Monatsschr. f. Geburtsk. Februar. 1865.*—H. Bennet: *On the surgical treatment of painful menstruation. Lancet. June. 24. 1865.*—Marion Sims: *On the surgical treatment of painful menstruation. Lancet. April 1 i July 8. 1865.*

dnosci) tylko w obrzmieniu błony śluzowej; ograniczają się więc tylko na leczeniu niezytu i na prostych nacięciach, a mimo to nie mniejsze mają powodzenie aniżeli inni lekarze.

Simpson, Martin i inni, uważają w większej liczbie wypadków stożkowate rozszczepienie szyi macicznej jeżeli nie za niezbędne, to przynajmniej za jedynie zdolne dać nadzieję pewnego rezultatu. Najdalej posuwa się Marion Sims, który nawet uważa skutek krwawego rozszerzenia szyi macicznej przy pomocy narzędzia podanego przez Simpson'a i Greenhalgh'a za niepewny, a niekrwawe rozszerzenie szyi poczytuje za nierównie niebezpieczniejsze od nacięcia, i z tego powodu operuje własnym sposobem. Wprowadza mianowicie wziernik do pochwy, ostrym haczykiem naciąga przednią wargę ust macicznych, i rozdziela nożyczkami obie wargi na prawo i na lewo, aż do sklepienia pochwy. Następnie wprowadza aż po nad ujście wewnętrzne nóż, dający się na dwie strony ustawić pod kątem, i nacina to ujście z obu stron. Przy dalszém leczeniu używa tamponu z waty zmoczanego w glicerynie, oraz rozszerza deł, dla uniknienia w następstwie zrośnięcia. Nawet przy nieuleczalnych zgięciach usiłuje on usunąć trudne miesiączkowanie na drodze operacyjnej. Rozszczepia mianowicie jedną z warg macicznych (tylną przy przodozgięciu i odwrotnie) wzdłuż, aż do sklepienia pochwy, a następnie w kanale szyi macicznej prowadzi cięcie nożem w tym samym kierunku aż po nad wewnętrzne ujście macicy. Celem tego postępowania jest zniesienie zgięcia kanału i nadanie mu podobnego kierunku jaki ma przy pochyleniach. My sami nigdy nie wykonywaliśmy tak hazardownych operacyj, często wszakże posilkowaliśmy się narzędziem Simpson'a, i nabraliśmy przekonania, że śmiałe rozszerzenie szyi macicznej przy utrudnionej miesiączce pewnością zabezpiecza od ponów niż proste nacięcia.

Gdy przyczyny pozostaną niewyjaśnione, to częstokroć jeszcze pożytecznym się okazuje konsekwentnie przeprowadzone postępowanie dyetyczne i terapeutyczne, dążące do poprawienia indywidualnej konstytucyi, a skierowane, stosownie do właściwości tej ostatniej, jużto przeciw ogólnej pełnokrwistości i skłonności do nadmiernych nawałów miesiączkowych, już znowu przeciw niedokrwistości i drażliwości nerwowej. To też, zarówno przy nawałowej jakoteż przy nerwowej formie trudnej miesiączki, osiągnąć można pomyślny skutek, raz przez użycie wód mineralnych przeczyszczających i roztwarzających; drugi raz przez zastosowanie kuracyi ser-

watkowej, zalecenie przebywania w klimacie alpejskim, użycie zdrojowisk żelaznych, kąpiele morskich, lub wyrozumiałe leczenie zimną wodą.

Napady same, stosownie do ich charakteru, rozmaicie leczone być muszą. Jeżeli macica i dodatkowe jej części znacznie są przekrwione, to stan taki wymaga leczenia przeciwzapalnego. Postawienie 4—6 piławek do części pochwowej, lub nacięcie ust macicznych zaraz w początku, gdy się tylko pojawią usiłowania miesięczkowe, częstokroć cieszy się szybkim skutkiem; a działaniu ich dopomagają ciepłe kąpiele, mokre zimne obwijania brzucha, okłady papkowate, podanie kalomelu lub innego środka wypróżniającego, a przy bardzo silnych bólach—makowca.

Gdzie stan rzeczy każe się obawiać ponowienia się dolegliwości, przy pierwszym, mającym nadejść, peryodzie miesięcznym, tam, prócz uwzględnienia wskazań przyczynowych, odpowiedniem będzie przedsięwziąć miejscowy upust krwi, ua 1—2 dni przed nadejściem usiłowań miesięczkowania. Postępowanie takie jest też najwłaściwszem przy błoniastej formie miesięczki, dla złagodzenia nastąpić mającego napadu. Angielscy szczególniej gynecologowie, w celu zapobieżenia ponowom i równoczesnego ulczenia istniejącej niepłodności, oświadczały się w tych wypadkach za energicznem leczeniem w przerwach międzymiesięczkowych, zalecając z jednej strony miejscowe i wewnętrzne użycie bromu, jodu i rtęci; z drugiej strony przyżeranie błony śluzowej macicy sztyftem saletrzanu srebra i wewnątrzmaciczne nastrzykiwania naciągu jodowego, roztworu kamienia piekielnego i innych środków przeistaczających. Opierając się na własnem doświadczeniu, nie możemy zaprzeczyć, że te rozmaite środki mogą być pożytecznemi; należy tylko pamiętać, że i błoniasta forma trudnej miesięczki nie jest chorobą samoistną, lecz objawem sprawy chorobowej, którą należy wynaleźć i leczyć. Przy przewlekłym zapaleniu macicy, stosownie do okoliczności, wskazane jest zarówno podawanie środków roztwarzających, jakoteż i miejscowe użycie przeistaczających. Skoro się to wskazanie wypełni, zmniejsza się też skłonność do oddzielania się błony śluzowej macicy podczas miesięczkowania. W późniejszych za to okresach środki wzmacniające, zwłaszcza przetwory żelazne, obok powtarzanych miejscowych krwi upustów, więcej częstokroć przynoszą pożytku, nawet dla zwalczenia spodziewanej kolki miesięczkowej.

Gdy trudna miesięczka przedstawia charakter nerwowy, to z góry wskazane są środki przeciwkurczowe i odurzające. Ogólne ciepłe kąpiele,

ciepłe lawatywy z naparu rumianku lub waleryany, gorczyczniki, suche bańki i przyszczydła ¹⁾ na lędźwie, uda lub podbrzusze, tylko w lżejszych wypadkach same przez się przynoszą dostateczną ulgę. Jeżeli dolegliwości są bardzo znaczne, należy obok tego przystąpić do miejscowego zastosowania par chloroformowych, lawatyw makowcowych, czopków stolicowych, do podskórnego nastrzykiwania morfiny, lub podawać eteryczny olejek rumiankowy, wodę gorzkich migdałów, makowiec i t. p.

W częstych bardzo formach pośrednich, częstokroć daleko lepiej i zwykle też nierównie prędzej uśmierza cierpienia chorych równoczesne zadawanie napojów pobudzających poty, gorącego wina, roztworu octanu amonii i zastosowanie ciepłych suchych okładów aromatycznych na podbrzusze, aniżeli wyłączone leczenie środkami przeciwkurczowemi i odurzającemi.

c) O b b f i t a m i e s i ą c z k a i k r w o t o k m a c i c z n y .

Menorrhagia (Menstruatio nimia s. profusa) et Metrorrhagia.

Przy opisie krwotoków z niebrzemienną macicy, odróżniać potrzeba dwa ich rodzaje, stosownie do tego, czy występują one jako chorobliwie powiększony odpływ miesięczny (*Menses nimii*), czy też niezależnie od peryodu miesięczkowego, jako prawdziwy krwotok maciczny. Wszakże, dla krótkości dać się tu mającego opisu, zniewoleni jesteśmy traktować o nich razem; z czego zresztą żadna nie wypłynie niekorzyść, gdyż oba te rodzaje krwotoków z macicy, mają tę samą w ogóle etiologię, wielorako nawzajem w siebie przechodzą, a nawet i leczenie ich zgadza się w zasadzie.

Zadecydowanie, że krwawienie miesięczne nie jest już fizyologicznym, lecz przechodzi na pole patologii, z powodu znacznych wahań odbywających się jeszcze w granicach zdrowia, tam tylko jest łatwe, gdzie krwawienie to znacznie odstępuje od normy tak pod względem ja-

¹⁾ Little używa chloroformu jako środka przyszczacęgo. Kawałek płótna zmoczonego w tym płynie kładzie on na okolicę lędźwiową i pokrywa je szklanką. Po kilku minutach naskórek podnosi się tworząc pęcherz.

kości jak i ilości. Dla tego też wielu ginekologów tylko takie odpływy miesięczkowe chcą uznać za nadmierne (*menorrhagia*), które obfitością swoją nie korzystnie już wpływają na zdrowie. Kryterium to jest wszakże niewystarczającym; gdyż częstokroć małe już wzmożenie się krwawienia, bywa zależnym od chorób organów rodnych, lub innych odleglejszych, i tém bardziej zwraca na siebie uwagę lekarza, że niekiedy bywa ono pierwszym wydatniejszym objawem powodujących je chorób, które znowu częstokroć tylko w samych początkach mogą być uleczonemi.

To też lekarz, za każdym napotkaniem krwawienia, przekraczającego zwykłą miarę, nie powinien się zaspakajać przyjęciem, że ono odpowiada indywidualnym własnościom ustroju, lecz zawsze powinien usiłować wykryć szczególne przyczyny zбочenia indywidualnego, zostawiając rozstrzygnięcie kwestyi, czy krwawienie w danym razie przyjąć należy za prostą miesiączkę, czy za miesiączkę zaobfitą, rezultatowi takich badań.

Istotnym znakiem krwotoku macicznego, który też zwykle przytrafia się tylko w latach zdolności płodzenia, lub też w późniejszym wieku, rzadko zaś przed nadejściem okresu dojrzewania, jest pojawianie się krwawienia w czasie poza miesięczkowym. Tam przeto gdzie typ miesięczkowy ściśle jest zachowany, nie może być żadnej wątpliwości co do znaczenia takiego krwotoku. W innych zaś wypadkach, a mianowicie przy krwotokach występujących dopiero po przebytych porodach, czyto przedwczesnych czy czasowych, wytłumaczenie ich jest trudniejsze, i opierać się musi głównie na ich etiologii, ilości i jakości, oraz na istniejących równocześnie innych objawach, na bytności lub braku usiłowań miesięczkowych.

Przyczyny krwotoków macicznych, są po części zewnętrzne, po części wewnętrzne.

Do zewnętrznych należą wszystkie obrażenia, które albo sprawiają raptowne naruszenie całości, jak zranienia i stłuczenia, albo też przez długotrwałe mechaniczne drażnienie doprowadzają w końcu krwotoki, jak się to często dzieje przy wypadnięciu macicy. Dalej, zaliczyć tu należy wielką ilość szkodliwych wpływów, które w pewnych przynajmniej okolicznościach są w stanie wywołać znaczny nawał do organów rodnych. Najważniejszymi a zarazem najpospolitszymi z pomiędzy nich są: niewłaściwe zaspakajanie popędu płciowego przez surowe albo za częste spółkowanie (ztańd też właśnie kobiety publiczne często

cierpią na krwotoki maciczne), lub też przez samogwałt; nieestosowne użycie ciepłych kąpeli nóg, kąpeli połowicznych lub ogólnych, nastrzykiwań drażniących do części rodnych, garnków z węglami; wadliwa dieta i sposób życia, a zwłaszcza nadużywanie rozgrzewających pokarmów i napojów, nieodpowiednie ubieranie się; długotrwałe pobudzenie płciowe sprawiane czytaniem, wolném obchodzeniem się z mężczyznami i t. p.; używanie środków namiesięcznych i wypróżniających. Częstokroć do wywołania zaobfitėj miesiączki lub krwotoku macicznego wystarczają wpływy nieznaczne same przez się; tak np. niekiedy taniec, konna jazda, wysiłki cielesne i umysłowe, wzruszenia umysłu. W ogóle, bardzo wiele z wymienionych tu szkodliwych wpływów wtedy tylko wywierają działanie, gdy fizjologiczny lub patologiczny stan macicy, w szczególny sposób uspasabia ją do krwotoków. O zmianach patologicznych powodujących tego rodzaju usposobienie, zrobimy wzmiankę mówiąc o przyczynach wewnętrznych; do fizjologicznych zaś, prócz miesiączki należą jeszcze: ciążę i połóg; wszakże krwotoki maciczne w tym czasie się pojawiające, należą do dziedziny położnictwa.

W końcu wypada tu jeszcze nadmienić, że wielu sławnych lekarzy zrobiło spostrzeżenie, iż krwotoki maciczne w pewnych czasach zdarzają się nadzwyczaj często, jakoby epidemicznie; co np. Stoll w r. 1778 spostrzegł w Wiedniu.

Przyczyny wewnętrzne bywają albo miejscowe, istniejące w macicy samėj lub dodatkowych jej częściach, albo też zależne od chorób organów odleglejszych lub całego organizmu; ogniwa pośrednie stanowią znaczniejsze przekrwienia tętnicze i żyłne, oraz zmiany we krwi i ścianach naczyń. Tak np. zdarzają się zwłaszcza podczas trwania regularności, krwotoki, w skutek zewnętrznych lub wewnętrznych szkodliwych wpływów, spowodowane czynnym nawalem, niekiedy aż do zapalenia posuniętym (*Metritis haemorrhagica*). Gdzie szkodliwości tego rodzaju działają, tam od osobniczych tylko właściwości ustroju zależy, czy nastąpi nagle wstrzymanie odpływu (*suppresio mensium*), czy przeciwnie odpływ stanie się zbyt obfitym (*menorrhagia*), albo czy ten ostatni wykształci się stopniowo z pierwszego. Pomiedzy przewlekłymi chorobami macicy, wiele jest bardzo takich, które sprowadzają znaczne rozpulchnienie błony śluzowej tego organu, oraz pomnożenie, rozszerzenie i czasowo silniejsze przekrwienie zawartych w niej naczyń. Do chorób takich należą: przewlekłe zapalenie, wypadnięcie, wycieranie, zgięcia, guzy włókniste, polipy, rak. To też przy tych chorobach często-

króć dają się spostrzegać silne i często wracające krwotoki miesięczkowe i maciczne. W podeszłym wieku, przyczyną krwotoków może być często się zdarzające stłuszczenie i zwapnienie ścian tętniczych, skoro te przeistoczenia, jak się to niekiedy zdarza, rozszerzą się i na naczynia macicy.

Zapalenia części dodatkowych macicy, jakoteż przewlekłe choroby takowych, połączone z powtarzającymi się przekrwieniami, dają również powód do krwotoków macicznych. Podobny wpływ wywierają także same stany pozostałych organów miednicy, zwłaszcza odbytnicy i pęcherza moczowego.

Z pomiędzy chorób odleglejszych przyrządów, jako przyczynę zbyt obfitej miesięczki i krwotoków macicznych, wymienić wypada przede wszystkim choroby serca i płuc, które powodują, na drodze mechanicznej, przepełnienie krwią całego układu żylnego i naczyń włosowatych, a w przyjaznych okolicznościach—przekrwienie żyłne przyrządu płciowego. Z pomiędzy stanów patologicznych całego ustroju, połączone bywają z krwotokami macicznymi szczególnie: skorbut, choroba płamista Werlhof'a, krwawnica, cholera, durzyca i ciężko przebiegające ostre wysypki; wszakże już blednica i niedokrwistość usposabiają do krwotoków miesięczkowych.

Przebieg. Miesięczkę zbyt obfitą, podobnie jak i prawidłową poprzedzają zwykle pewne zwiastuny, odpowiadające stopniowi przekrwienia jakiemu uległy przyrządy płciowe. Chore uskarżają się na pełność, ciężkość, uczucie gorąca, tętnienie, tłoczenie w okolicy krzyża i miednicy, na uczucie drgania w częściach płciowych zewnętrznych, ciągnięcie w pachwinach, nabrzmienie i kłucie w sutkach, zimno i gorąco naprzemiennie, ból głowy i o ciężałość. Mający nastąpić krwotok maciczny, jak bardzo często zdarza się spostrzegać, podobne także poprzedzają zwiastuny.

Reszta objawów towarzyszących krwotokom, zależy albo od przyczyny tych ostatnich, albo od ich następstw. Jak obfite odpływy miesięczne, tak też i krwotoki maciczne bywają bardzo różne co do stopnia, i odpowiednio temu wywierają jużto większy już mniejszy wpływ na stan ogólny. Wyższe stopnie niedokrwistości zdarzają się w ogóle często; wszakże z utraty krwi kobiety niebrzemienne rzadko, i to chyba przy ciężkiem ogólnem cierpieniu, tracą życie. Krew wylana przy krwotoku macicznym nie zawsze odpływa natychmiast na zewnątrz, lecz często-

króć nagromadza się w jamie macicy, chociażby nawet nie było zupełnego jej zarośnięcia, jak np. przy zgięciach, i dopiero bolesne skurczenia macicy wydala ją. Powstanie t. z. polipów krwistych czyli włóknikowych, o ile się zdaje, zdarza się wyłącznie po przebyciu porodów bądź przedwczesnych bądź też czasowych, i dla tego tworzy te opisujemy pomiędzy chorobami położowemi.

Leczenie krwotoków miesięczkowych polegać winno na uwzględnieniu ich przyczyny, a następnie téj okoliczności, czy krwotok ma miejsce wśród objawów nawału, jako t. z. czynny, czy też przeciwnie jest biernéj natury. Ważność wskazania przyczynowego dostatecznie się wykazuje z etiologii; to też nie będziemy się tu więcéj nad nią rozwodzili.

Najpierwszém zadaniem przy leczeniu jakiegobądź krwotoku z macicy jest zalecenie odpowiedniego zachowania się; bez tego bowiem, wszelkie usiłowania sztuki nie mogą osiągnąć skutku. Chore pozostać winny w o ile można najzupełniejszym spokoju, tak fizycznym jak i umysłowym, a tém samém potrzebują leżeć bez przerwy (z uniesioną miednicą) nie zmieniając tego położenia nawet przy oddawaniu stolca i moczu. Na noc mogą leżeć w łózk, ale i to nie na zbyt miękkim posłaniu i nie zbyt ciepło przykryte; na dzień jednak do spoczynku odpowiedniejszą będzie sofa, gdyż ciągle ciepło w łózk łatwo podtrzymuje krwotok. Powietrze w pokoju powinno być czyste i zaledwie miernie ogrzane; dyeta przy ostrych krwotokach przeciwzapalna; a nawet przy zupełnym braku objawów nawału powinna być wolną od przymieszki takich pokarmów i napojów, któreby mogły wywołać ogólne przyspieszenie krążenia lub zwiększenie nawału do organów miednicy. Wyjątek od tego, wtedy tylko jest dozwolony, gdy skutkiem utraty krwi powstała już znaczna niedokrwistość, która sama przez się wymaga środków pobudzających.

Przy czynnych krwotokach, a zwłaszcza przy t. z. zapaleniu macicy krwotoczném (*Metritis haemorrhagica*), z początku przynajmniej, nie są na miejscu właściwe środki tamujące krwotok, ale raczej takie, które są w stanie zmniejszyć miejscowy nawał krwi. Mierna utrata krwi jest tu sama przez się zbawienną, gdyż najlepiej zapobiega dalszemu wzmaganiu się przekrwienia albo i rozwijającemu się już zapaleniu. Dlatego też nie należy robić natrysków z zimnéj wody do pochwy lub odbytnicy, gdyż chwilowe użycie zimna powiększa napływ krwi. Nawet

długotrwały wpływ zimna, który można najlepiej wywołać przez wprowadzenie tamponu pęcherzowego wypełnionego kawałkami lodu, lub przez ciągle wkładanie kawałków lodu do pochwy, nie przedstawia niebezpieczeństwa tylko przy wyższych stopniach prawdziwego zapalenia macicy; łatwo bowiem pociąga za sobą przewlekły zawał wewnętrznych organów rodnych. W łżejszych wypadkach najbardziej można zalecać, prócz przeciwwzapalnego zachowania się, ze środków zewnętrznych tylko troskliwie zmieniane zimne okłady na brzuch, a do wewnątrz napoje chłodzące z dodatkiem kwasów roślinnych, i sole średnie przeciwwzapalne, czyszczące. Prawdziwy pożytek obok tego przynoszą częstokroć rozmaite środki odwodzące, jak gorczyczniki, pryszczydła, suche bańki, okłady z gorącej wody na piersi, plecy i kończyny górne w celu odciągnięcia krwi od przyrzędu płciowego. Środki te przekładać należy nad upusty krwi rewulsyjne, zapomocą pijawek stawianych w wyż wspomnianych miejscach, lub nad upust krwi ogólny z żył ramienia. Skoro później objawy nawału ustąpią, albo też gdy krwotok odrazu bez takowych się rozpoczął, tam stosownemi będą kwasy mineralne, w razie potrzeby połączone z solą glauberską; u kobiet drażliwych, nerwowych—*mixtura sulfurico-acida*, a gdzie potrzeba, oprócz tego woda z gorzkich migdałów, naciąg makowcowy z szafranem (*Tinct. opii croc.*), korzeń wymiotnicy w małych dawkach.

Przeciwno biernym krwotokom, bez wszelkiej obawy użyć można zimna. Zwykle używamy go pod postacią natrysków zimnej wody, lub lodu, co jeżeli będzie wykonane z dostateczną troskliwością i często, w większej liczbie wypadków wystarcza. Gdy takie postępowanie nie doprowadzi do pożądanego celu, to przechodzimy do tamponu pęcherzowego, albo też przy pomocy wziernika macicznego stosujemy jeden z wielu środków działających ściągająco, a nawet żrąco. Z pomiędzy takowych, na największe zaufanie zasługują: alun, garbnik, ocet drzewny i półtorochlorek żelaza.

Jeżeli obok tego podamy do wewnątrz wyciąg ratanii, kwas garbnikowy, kwas gallusowy, siarczan żelaza, sporysz lub jego przetwory, to najczęściej uda nam się nie tylko krwotok powstrzymać, ale nadto powrotowi jego, na pewien czas przynajmniej, zapobiedz ¹⁾.

¹⁾ Inni lekarze na nowo zalecać zaczęli jako wewnętrzne środki tamujące krwawienie—naparstnicę i sawinę samą lub w połączeniu z rutą.

Wszakże jeżeli błona śluzowa macicy zbyt jest rozpułchniona, a także przy skorbucie i krwawicy, wyszczególniony powyżej sposób leczenia, może odmówić pomocy. Mieliliśmy dosyć sposobności przekonać się, jak łatwo w takich okolicznościach, po kilkodniowej tamponadzie lub t. p., krwotok wraca z dawném nasileniem. Wtedy próbować musimy ratować chore przez ostrożne nastrzykiwanie do wnętrza samej macicy stężonego octu winnego, octu drzewnego lub półtorochlorku żelaza, przy czém nie zawsze chybiamy celu ¹⁾.

Jeżeli skłonność do krwotoków nie polega na zmianach w mieszaninie krwi lub zboczeniach w całym układzie nerwowym, ale raczej na zmianach w samej błonie śluzowej macicy, to należy zapobiegać ponawianiu się tych krwotoków przez następcze leczenie owych zmian, przyżeranie wnętrza macicy i t. p.

Tam gdzie przyszło do znacznej niedokrwistości, a żołądek skutkiem tego nie znosi żadnego innego lekarstwa ani pokarmu prócz kawałków lodu z naciągiem makowcowym, rekonwalescencya przyspiesza się przez wprowadzanie do organizmu peptonów, za pośrednictwem ławatyw.

20. Nerwoból maciczny

(*Hysteralgia*).

Robert Gooch: *Ueber einige der wichtigsten Krankheiten, die den Frauen eigenthümlich sind. A. d. E. Weimar 1830 p. 223.*—Dewees: *Krankh. d. Weibes. A. d. E. von Moser. p 440.*—Ashwell: *Frauenkrankh.*—Genest: *Gaz. méd. de Paris. Sept. 1830.*—Gérard: *Annal. de therap. Juill. 1846.*—Malgaigne: *Rév. med. chir. Avril. 1848.*—Mackenzie: *London journ. May 1850.*—Scanzoni: *Krankh. etc. 294.*—Briquet: *Traité clinique de l'hystérie. Paris 1859 p. 265.*

Już w uwagach przygotowawczych do opisu chorób przyrzędu płciowego kobiety, wskazywaliśmy na częste pojawianie się prawdziwych

¹⁾ Savage i Noeggerath leczyli ostatecznie uporczywe krwotoki maciczne nastrzykiwaniem nalewki jodowej do wnętrza macicy (cf. *Cantatt's Jahresbericht pro 1858 i 1859*).

nerwobólów przy najróżnorodniejszych cierpieniach macicy; następnie zaś, przy szczegółowym opisie spraw patologicznych, na nowo zwracaliśmy na nie uwagę. Ale oprócz tego objawowego nerwobólu macicy spotykamy niekiedy także nerwoból w wypadkach, gdzie najstarsze zbadanie wykazuje jeżeli nie zupełnie prawidłowy stan cierpiącego organu, to przynajmniej tak małe zboczenia, że poczytanie ich za przyczynę niezwykłych dolegliwości dokuczających chorym, wymaga głębokiego zastanowienia. G o o c h pierwszy na wypadki podobne troskliwą zwrócił uwagę; opisał je dokładniej pod nazwą „chorobliwej drażliwości macicy“ i postawił na równi z „drażliwem nabrzmieniem gruczołu mlecznego“ A ' C o o p e r ' a , — mastodynją. Oświadcza on wyraźnie, że w macicy takich chorych niepodobna wykryć żadnej innej nieprawidłowości, prócz czasowej zbytecznej dotkliwości części pochwowój, a niekiedy jeszcze jednej właściwości takowej, którą on chętniej chciałby nazwać naprężeniem aniżeli nabrzmieniem. Pomi-mo to następcy jego, jak D e w e e s , znowu przyjęli za jedno nerwoból maciczny objawowy i prawdziwy. To niepowodzenie, łącznie z rzadkością prawdziwego nerwobólu macicy, sprawiły, że wielu autorów zamilczało o téj chorobie, a liczba wiarogodnych spostrzeżeń dziś jeszcze jest szczupłą.

Charakterystycznym o b j a w e m nerwobólu macicy są bóle w głębi miednicy, które nigdy prawie w zupełności nie ustają, a częstokroć nasilają się z nadzwyczajną gwałtownością. Najmniej dokuczają one, gdy ciało jest w bezwzględnym spokoju; ale i w takim razie chore nie są wolne od napadów, które najczęściej przychodzą podczas nocnego spoczynku, niekiedy dopiero nad ranem; u niektórych zaś chorych, skutkiem rozgrzania się w pościeli, rozpoczynają się tak wcześnie, że pozbawiają je orzeźwiającego snu. Wywołują podobnież napady: wstawanie, siadanie, chodzenie, wszelkie wstrząśnienie ciała i czynność tłoczni brzusznej, a częstokroć nawet oddawanie stolca. Taki sam skutek po-ciaga za sobą dotknięcie palcem części pochwowój, a zwłaszcza pewnego jój miejsca, które raz leży po prawej, drugi raz po lewej stronie. Wsta-wanie z miejsca i t. p. działa zapewne tak samo jak badanie ręczne, przez tó, że przy tém macica się obniża, dając powód do mechanicznego wstrząśnięcia części pochwowój. W czasie napadu, ból w pierwotném swém miejscu wzmacnia się do tego stopnia, że chore doznają podobnego uczucia, jakby węgiel rozżarzony w macicy się znajdował. Określenia tego używały chore leczone przez S c a n z o n i ' e g o , i jedna z pomię-dzy naszych chorych. Ale jednocześnie ból przeszywający rozpromie-

nia się na okolicę pachwinową i lędźwiową strony cierpiącej, częstokroć, aż na uda. Druga połowa podbrzusza na wysokości napadu, bywa także siedliskiem podobnego, chociaż mniej dotkliwego uczucia. G o o c h , który spostrzegł 6 wypadków, podaje, że napady przychodzą pospolicie na parę dni przed albo po odbyciu miesiączki. S c a n z o n i zauważył istnienie podobnego związku tylko u jednej z pomiędzy 3 chorych, a my napotkaliśmy u jednej z pomiędzy 2-ch.

Usposabia do nerwobólu macicy niezwykła drażliwość tak cielesna jak i umysłowa; na co już G o o c h zwraca uwagę. Z pomiędzy chorych S c a n z o n i ' e g o jedna była stanowczo macienniczką, zaś u 2 innych, widoczne były niektóre tylko objawy maciennicze. W jednym z wypadków przez nas obserwowanych maciennictwo było wszechstronne uwydatnione; w drugim zaś miała miejsce niezwykła drażliwość psychiczna. Z drugiej znowu strony, jest rzeczą niewątpliwą, że nerwoból maciczny rzadko daje się napotkać u macienniczek. Niektóre chore podają za p r z y c z y n y w y w o ł u j ą c e gwałtowne wysiłki ciała podczas trwania odpływów miesięcznych, albo wkrótce po poronieniu, spółkowaniu i t. p. O ile się zdaje, cierpienie zdarza się częściej po stronie lewej niż po prawej, i to przeważnie po przejściu lat kwitnienia.

Nerwoból maciczny t r w a latami. Dobrowolne uleczenie nastąpić może z nastaniem wieku klimakterycznego lub po wyjściu za mąż.

Rozpoznanie opiera się na braku wszelkich, a przynajmniej tak znacznych zбоceń miejscowych, iżby do nich było można odnieść cierpienia chorych. Jeżeli jednak mniemany nerwoból trwa nie od dawnego czasu, to należy pamiętać, że zmiany w utkaniu macicy zanim się uwydatnią, mogą się już stać powodem wielkich dolegliwości. Odnosi się to szczególnie do rozwoju mięśnio-włókników, na co już poprzednio kładliśmy nacisk. W świeżych zatem wypadkach, tém więcej będziemy się wstrzymywać od wyrzeczenia opinii, że prawdziwy nerwoból macicy należy do rzędu chorób rzadko napotykanych.

W celu l e c z e n i a G o o c h zalecał osobiście wytrwałe leżenie, kilkakrotne upusty krwi i używanie środków odurzających; po tém ciepłe kąpiele nasiadowe albo lepiej częściowe kąpiele parowe, łagodne kuracje ręcione i drażnienia skóry. Dodaje przecież, że niektóre z pomiędzy chorych pozostały przy tém nieuleczone, u innych zaś choroba się

ponawiała. S c a n z o n i wyczerpał bezpożytecznie nietylko wymienione powyżej, ale i inne środki, zalecane przeciw nerwobólom. Jedna chora doznała ulgi po miejscowém użyciu chloroformu; druga, która zachorowała w pół roku po śmierci męża, wyzdrowiała, wyszedłszy powtórnie za mąż; trzecia pozostała nieuleczoną. My sami nie widzieliśmy nawet czasowego dłużej trwającego skutku ani od chininy, ani od arszeniku, ani od leczenia zimną wodą, ani od podskórnego nastrzykiwania morfiny, atropiny, i t. p., ani od miejscowo zastosowanych środków odurzających i znieczulających. Jedna chora kilkakrotnie doznawała ulgi na kilka tygodni, po głębokiém ponacinaniu szyi macicznej za pomocą hysterotomu S i m p s o n ' a.

ROZDZIAŁ III.

CHOROBY JAJOWODÓW.

1. Wady rozwoju i położenia.

Rokitansky: *Allgem. Wien. med. Zeit.* Nr. 32. 1859, oraz *Wien Wochenschr.* Nr. 2—4 1860. — Klob: *Path. Anat.* p. 275. — Bérard: *L'Experience.* April. 1839.

Ponieważ jajowody rozwijają się z górnej części przewodów Müller'a, przeto i wady ich rozwoju zdarzają się prawie wyłącznie w połączeniu z brakiem lub zaczątkowym stanem macicy, albo chociaż jednego jój rogu. W wypadku podanym przez Blot'a¹⁾, mimo zupełnego braku jajowodu, macica była wprawdzie całkiem prawidłową, ale też i lewy jajnik był zmarniały. Nie rzadko brak jednego z jajników jest tylko pozorny; gdyż przy macicy znajduje się oddarty i zmarniały jego kawałek, a pozostała część jest oderwaną i przytwierdzoną do innego z trzewiów. Oddzielenie może być spowodowane targaniem, jakie wywiera na jajowód przerodzony jajnik, podczas zwiększania się, albo przez błony rzekome. W tym ostatnim razie, ponieważ zapalenie otrzewnej miednicy zwykle znaczną zajmuje przestrzeń, w większej liczbie wypadków oddzielonym też bywa równocześnie i przyległy jajnik.

W nowszych czasach Rokitansky zwrócił uwagę na pewną wagę rozwoju jajowodów często się zdarzającą, co do której jednak zachodzi wątpliwość, czy ma ona znaczenie praktyczne. Mówimy tu o nadliczbowych albo dodatkowych ujściach jajowodów. Znajdują się one w strzępie, i przedstawiają się albo jako uszka przedziurawiające koniec strzępiasty, albo jako okrągławe, podługowate lub

¹⁾ Gaz. médic. Nr. 51. 1856.

szczelinowate otwory, obwodu konopnego nasienia lub grochu, w samym kanale jajowodu, ale nigdy więcej nad 1" nie oddalone od jego końca brzuszno. Powstają one w następstwie zatokowatych wydech jajowodów, które skutkiem cieńczenia ścian pękają, i dla tego bywają niekiedy otoczone licznymi długimi strzępkami. Być może, że przez tego rodzaju dodatkowe otwory zapłodnione jajka mogą wypadać z jajowodów, dając powód do powstania ciąży brzusznej.

Strzępiasty koniec jajowodów przedstawia także wielką różnorodność kształtu. Bywa on albo równo ucięty, albo też przebiega skośnie, tak, że dolna ściana jajowodu przedłuża się rynienkowato do jajnika. Klob objaśnia powstanie tego ostatniego kształtu zboczeniem rozwoju, bowiem w takich właśnie okolicznościach, nigdy nie znajdował końcowej dętki Morgagniego.

Położenie jajowodów zależy przeważnie od sąsiednich organów. Co się zatem tyczy zboczeń pod tym względem, odsyłamy czytelnika do innych miejsc. Przytoczymy tu tylko spostrzeżenie Bérard'a, który znalazł jajowód, rozdęty cieczą puchlinową, bez jajnika i macicy, w przepuklinie udowej.

2. Przekrwienia i krwotoki w jajowodach.

Oprócz podręczników anatomii patologicznej i ginekologii, porównaj: Barlow: *Lancet*. Nr. 22. 1829. — Munk: *Lond. med. gaz. March*. 1841. — Godelle: *Archiv. génér. II. série T. V. p. 403*. Laboulbène: *Gaz. méd. de Paris*. Ns. 5. 1853. — A. Puech: *Gaz. hebdomad. Nr. 3*. 1859.

Tak czynne jako też i bierne przekrwienia napotykają się w jajowodach zwykle tylko w towarzystwie podobnych stanów w macicy; kończą się też, jak i przekrwienia tej ostatniej, częstokroć krwotokami lub zapaleniem. Krwotoki zdarzają się prócz tego jeszcze przy chorobach ogólnych z rozkładem krwi połączonych, jak przy durzycy, ostrych wysypkach, chorobie plamistej Werlhofa. W razie wadliwego rozwoju macicy, krew miesięczkowa wydzielać się może z błony śluzowej jajowodów, a nawet przy prawidłowem rozwinięciu, w razie niezwykłego natężenia fizyologicznego przekrwienia, może się rozszerzać na jajowody. Wreszcie przy zarośnięciu kanału rodowego,

czy to będzie zarosnięta pochwa czy macica, czy zarosnięcie będzie wrodzone czy nabyte, zawsze krew wylana do jamy macicznej stopniowo przenikać będzie do jajowodów. Gromadzenie się zaś krwi w jajowodach, bez względu na to, z jakiej przyczyny i z jakiego źródła pochodzi, z tego tylko względu ma znaczenie, że ta krew bądź przez otwór strzępiasty, bądź przedziurawiwszy poprzednio ścianę jajowodu, wylać się może do jamy brzusznej. Krew w ten sposób wynaczyniona tworzy to, co później oddzielnie opiszemy pod nazwą: *haematocèle*. Ale niekiedy krwotok bywa tak znaczny, że szybko sprowadza śmierć z utraty krwi. Większość nieszczęśliwie kończących się tym sposobem wypadków odnosi się niewątpliwie do pęknięć jajowodu przy ciąży zewnątrzmacicznej. Do nich należy zapewne i wypadek podany przez G o d e l l e ' a , który K i w i s c h przyjął, wyrażając jednak to podejrzenie. W jednym wszakże innym wypadku, tak wywód, jakoteż i sekcya wykluczyły ciążę jajowodową. R o y e r ¹⁾ mianowicie udziela wiadomość o pewnej 39 letniej, regularnie miesiączkującej kobiecie, u której 9 Grudnia miesiączka się pojawiła, lecz odpływ był i obfitszy i trwał 2 dni dłużej aniżeli zwykle. Po jego ustaniu, oprócz osłabienia spowodowanego utratą krwi, pozostał jeszcze ból brzucha; 23-go tegoż miesiąca nastąpiły napady omdlenia, a 25-go, nagle, bez widocznej przyczyny, gwałtowny ból w podbrzuszu, wymioty, bladość i zimno, poczem nastąpiła śmierć. Przy sekcji znaleziono wylew krwi wynoszący 2½ litra, do jamy otrzewnej, pochodzący z rozdarcia lewego jajowodu. Ten ostatni był w dwóch miejscach rozszerzony do 2 ctm. średnicy, i tu wypełniony kruchym, czerwono-brunatnym, już rozpadającym się skrzepem krwi.

Co się tyczy rozpoznawania i leczenia krwotoków z jajowodów, odsyłamy do oddziału traktującego o krwisteku okołomacicznym (*Haematocèle periuterina*).

3. Zapalenie jajowodów

(*Salpingitis*).

Oprócz dzieł anatomo-patologicznych i ginekologicznych Cruveilhier'a, Rokitansky'ego, Klob'a, Kiwisch'a, Scanzoni'ego i innych porównaj:

¹⁾ Bullet. de l'academie impér. de médec. Octob. 1855.

Andral: *Anat. pathol.* II. p. 700.—Dalmás: *Journ. hebdomad.* I. p. 114. — Dupuytren: *Journ. hebdom.* VI. p. 24.—Froriep: *Pathol. anatom. Abbild. aus der Kgl. Charité-Heilanstalt zu Berlin.* I. Weimar. 1836. — Förster: *Wittelsböfer's medic. Wochenschr.* Nr. 44 i 45. 1859.—E. Wagner: *Monatsschr. f. Geburtsk.* December 1859.—Hecker und Buhl: *Klinik der Geburtskunde.* Leipzig 1861 p. 233.—Simpson: *On dropsy and other diseases of the jallopian tubes.* Med. tim. and gaz. June and July 1860.—C. Hennig: *Der Katarrh. der inneren. weiblichen Geschlechtstheile.* Leipzig. 1862.—H. v. Dessauer: *Peritonitis in Folge purulenter Entzündung der Eileiter ausser dem Wochenbette.* *Monatsschr. f. Geburtsk.* Januar 1866

Zapalenia jajowodów w stanie niepółogowym kobiety, należą do częstych chorób; ale tu występują one tylko pod postacią nieżyków. Przebieg ich bywa niekiedy ostry, zwykle jednak przewlekły. Ostry nieżyt, niezależnie od cierpienia innego organu, rozwiniąć się może z przekrwienia podczas miesiączki; przewlekły zaś albo wywiązuje się z ostrego, albo też powstaje z pierwotnego nieżytu macicy, skutkiem bezpośredniego rozszerzenia się ku górze. Często niezależność nieżytu jajowodów od chorób macicy, wyjaśnia fakt, stwierdzony przez Hennig'a, że na 103 kobiet, u 44 zajęta była nieżytem błona śluzowa jajowodu, a tylko u 33-ch takąż błona ciała macicy.

Zapalenie jajowodów pójogowe, bywa albo bezpośredniem następstwem pierwotnego zapalenia macicy, albo też dołącza się do zapalenia obok-macicznego (*Parametritis*), lub do zapalenia otrzewnej, przyczem zapalenie z otrzewnej przechodzi na strzęp, a ztąd na błonę śluzową zewnętrznęj części jajowodu. Tu, może ono, również często, jak pójogowe zapalenie wnętrza macicy (*Endometritis puerperalis*), przedstawić się w charakterze błonicowym; a jeżeli będzie natury nieżytowych, to wytwarza obfitą, ropiastą wydzielinę. Ale pójogowy nieżyt jajowodów, z tego tylko powodu może mieć znaczenie praktyczne, że raz, skutkiem wylania się ropy do jamy otrzewnej, może spowodować zapalenie otrzewnej jajowodów (*Salpingo-peritonitis*), o którym będzie mowa przy opisie chorób pójogowych; drugi raz, przechodzi w formę przewlekłą.

Przewlekły nieżyt jajowodów cechuje się anatomicznie coraz znacniejszém rozpulchnieniem, obrzmieniem i szaroczną lub czarno-granatową barwą błony śluzowój; nagromadzeniem się lepkiój lub ropiastój wydzieliny, i wynikłém w skutek tego rozszerze-

niem, częstokroć bardzo niejednostajném, tego przewodu. Zwykle i błona surowicza końca strzępiastego przedstawia się zmienioną: strzępy bywają albo między sobą pozrastane, albo poprzyrastane do różnych miejsc więzów szerokich, a w pierwszym razie, częstokroć bywają wpuklone do światła jajowodów. Często sprawa chorobowa bywa znacznie rozszerzona na otrzewną. Otwór brzuszny zrasta się z sąsiednimi organami—jajnikiem, kiszka biodrową zagiętą, kiszka ślepą, a zrośnięcie to, skutkiem nierozłącznego z niém targania, pociąga za sobą zgięcie, załamanie, skręcenie, częściowe zamknięcie, a nawet zupełne oddzielenie jajowodu. Zmiany te obserwować szczególniej można u kobiet publicznych, u których przewlekły nieżył pochwy, macicy i jajowodów nie rzadko bywa powodem rozległego zapalenia otrzewnej miednicy (kolki nierządnic). W szczególnych wypadkach przychodzi do częściowego owrzodzenia błony śluzowej, a skutkiem tego, do zamknięcia światła jajowodu przez wytworzoną bliznę, lub też do przedziurawienia jego ściany. W agnery spostrzegaliśmy u pewnej kobiety ciężarnej bliźniętami w 8-mym miesiącu, pęknięcie do jamy otrzewnej, co się zakończyło śmiercią. W innych razach, ropa dostaje się w otorbioną już, skutkiem zrostów, przestrzeń, i gęstnieje tu; to znowu ropień jajowodu otwiera się z czasem do którego z sąsiednich organów (w wypadku Andra'a do odbytnicy), albo też wylewa się od razu do przyklejonej kiszki (Dalmasa, Scanzoni) lub pęcherza moczowego (Dupuytren).

Skutkiem nagromadzenia się wydzieliny nieżyłowej, jajowody niekiedy bardzo znacznie zostają rozszerzone. Jeżeli napęlnia się przeważnie koniec brzuszny, to zawartość może przez otwór odpływać do jamy brzusznej. Gdy wspomnianą zawartością jest łagodny śluz, to, co najwyżej podrażni on nieznacznie otrzewną na ograniczonej przestrzeni; a wpływ jego będzie jeszcze mniej szkodliwy, jeżeli otrzewna, skutkiem przebywanych poprzednio spraw zapalnych, uległa zgrubieniu. Ale jeżeli zawartość będzie ropiasta lub posoczysta, to wylanie się jej, wywołuje rozlane zapalenie otrzewnej. Z tego powodu zejście takie, rzadko daje się spostrzegać po za okresem połogowym, a najczęściej przy zapaleniu jajowodów miesięczkowém (*Salpingitis menstrualis*) (Förster, Buhl).

Jeżeli koniec strzępiasty jest zamknięty, to zbierająca się ciągle wydzielina, rozszerza jajowód workowato (*Pyosalpinx*); odpływ jej bowiem przez koniec maciczny, zwykle bywa niemożliwy, z powodu znaczniejszego zwężenia tegoż przez napęczniałą błonę śluzową. Uniemożliwia także odpływanie częstokroć nazbyt wężykowaty przebieg jajowodu

i działanie muskulatury macicy. Rozdęty jajowód przedstawia się więcej pokręconym, a miejscami pozginanym. To też rozszerzenie łatwo pociąga za sobą tworzenie się wielu torbieli, leżących jedna przy drugiej na podobieństwo zwojów kiszkowych; niekiedy jednak ogranicza się tylko na jednej części kanału, a mianowicie na ampulce, rozciągając ją do objętości pięści, głowy, a nawet jeszcze więcej. Dawniejsi lekarze wspominają o workach ważących 100 — 150 *℥*; ale mogli oni być złudzeni przez guzy jajnikowe. Ten stan jajowodu nosi nazwę *puchliny* (*Hydrops tubae*, *Hydrosalpinx*); śluzowa bowiem zawartość z czasem staje się coraz płynniejszą, wodnistszą; błona śluzowa gładszą, do surowiczziej podobną, a warstwa mięsna, uciskana zawartością, zanika. W czasie rozwoju wspomnianej puchliny, u młodych osób, gdzie naczynia nie są sztywne, mianowicie w początkowych okresach, często następują wylewy krwawe, które nadają zawartości barwę brązową, czekoladową, lub czarniawą. R o k i t a n s k y spostrzegał nawet tworzenie się blaszek kostnych w wewnętrznych warstwach worka.

Ponieważ koniec maciczny spuchniętego jajowodu zwykle bywa tylko zatkany, a nie zarośnięty; to też nie tylko można czasami na zwłokach wcisnąć płyn z worka do macicy, ale w szczególnych wypadkach dostaje on się tu przez czas pewien i za życia chorych (*Hydrops tubae profluens*). Już P. F r a n k wspomina o pewnej kobiecie, która w ten sposób przez pół roku traciła codziennie po funcie wody wypływającej z części rodnych, a S c a u z o n i, w zwłokach kobiety dotkniętej obustronną puchliną jajowodów, znalazł po lewej stronie worek zapadnięty. Prawdopodobnie także pojedyncze wypadki t. z. *Hydrops ovarii profluens* (torbiele jajowodo-jajnikowe) uważane bywały za proste choroby jajowodów. K l o b zwraca uwagę na to, że wielokrotnie spostrzegane powracanie miesiączki u staruszek, po wieloletniej przerwie w miesiączkowaniu, może być wyjaśnionem, jeżeli przyjmiemy, że u nich istniała puchlina jajowodu odpływająca, krwawa (*Hydrops tubae profluens sanguinolentus*); albowiem z zeszywnieniem ścian tętnicznych, po dobrowolnem opróżnieniu się worka, następować musiały nowe wylewy krwi.

Skoro puchlina jajowodu trwa długo, to niekiedy ściana jego ulega zapaleniu; zwłaszcza też, gdy jest przyrośnięta do innego organu, jak np. do кишки grubej lub pętli kiszek cienkich, i przez takowy targana. W skutek tego, powstają przedziurawienia, sprowadzające wylanie się zawartości torbieli do kiszek, a zarazem umożliwiające przedostawanie się gazów kiszkowych i kału do rozdętego jajowodu, co pociąga za sobą ropienie posokowate, a tém samém zagraża życiu.

Nieżyłt jajowodu, za życia chorój, zwraca na siebie uwagę tylko przez swoje następstwa; ale też dla tego bywa źródłem najokropniejszych cierpień, i prawdziwego niebezpieczeństwa. Tak często przezeń wywoływane zapalenie okołojajowodowe, opisaném będzie szczegółowo przy chorobach więzów szerokich. Rozlane zapalenia otrzewnej, rozwijające się czy to skutkiem wypłynięcia ropy przez koniec brzuszny jajowodu, czy to skutkiem pęknięcia ścian tego ostatniego, na szczęście, zdarzają się bardzo rzadko. Przebiegają one ze znanymi objawami zapalenia otrzewnej, powstałego z przedziurawienia, a przyczyna ich, jeżeli kobieta nie jest położnicą, daje się tylko prawdopodobnie odgadnąć, mając wzgląd na to, że wybuch ich jest w związku z odpływem miesięcznym, i że punktem ich wyjścia był przyrząd płciowy.

Chora, o której *D e s s a u e r* wspomina, żyła przez lat 20 w bezpłodnym związku małżeńskim, i kilkakrotnie, po poprzednich miesiączkach, zapadała na zapalenie w podbrzuchu. Ostatnie, śmiercią zakończone, zapalenie otrzewnej, rozwinęło się z chwilą powrotu po trzymiesięcznej przerwie, odpływu miesięcznego, który się pojawił w nadmierniej ilości i z gwałtownymi bólami. Przy sekcji, znaleziono torbielowate zwyrodnienie jajowodów, a w lewym z nich, wrzód przerwany do jamy otrzewnej.

Jajowody rozdęte cieczą puchlinową, dostępne są dla dotyku. Położenie ich może być rozmaite. Najczęściej znajdują się po bokach macicy, albo na tylniej powierzchni tej ostatniej; a w tym razie, nie tylko że sięgają niekiedy aż do dna dołu *D o u g l a s'a*, ale nawet wpuklają tylne sklepienie pochwy. Oprócz tego położenia, pomaga jeszcze do rozpoznania postać podobna do zwojów kiszkiowych, zbliżona do szeregu leżących obok siebie torbieli, lub też podługowata; sprężystość posunięta aż do wyraźnego chęłbotania, oraz ta okoliczność, że choroba w większej liczbie wypadków równocześnie obie strony dotyka. Jeżeli guzy są niewielkie, to zwracając uwagę na wszystkie te znaki, można, przynajmniej dość często, odróżnić puchlinę jajowodów od torbieli jajnika; zaś większe worki, po większej części występujące z małej miednicy, zawsze przyjmowane bywają za torbiele jajników, dopóki autopsya nie wyjaśni błędu.

O l e c z e n i u puchliny jajowodów dotychczas mało było mowy; gdyż cierpienie to, zwykle albo nie było wcale dostrzeganém, albo też źle było tłumaczone. Tylko *S i m p s o n* zaleca przekłuwanie probierczym trójgrańcem, gdyż w ten sposób leczył skutecznie 8 wypadków. Po operacji następowało wprawdzie zapalenie, lecz przy stosowném traktowaniu, ograniczało się ono, a torbiel już się więcej nie wypełniała.

4. Nowotwory w jajowodach i obok nich.

Najczęstszymi z nowotworów bywają torbiele. Częstość siedzą one w znacznej ilości wzdłuż jajowodów na otrzewnej; bywają też rozmieszczone gruppami; ale w zwykłych razach, najwyżej dochodzą objętości grochu. Zawartością ich bywa albo płyn mętny, jużto jaśniejszy, już ciemniej zabarwiony; albo śluz kleisty; albo wreszcie tłuszczowa massa rozpadowa, z ziarenkami wapiennymi. Równie małe, i podobną zawartością wypełnione torbiele, znajdują się też dość często na brzuszonym końcu jajowodu, gdzie w ten sposób są osadzone, na krótszej lub dłuższej szypulce, iż zdają się pochodzić z przeistoczenia strzępów. Nakoniec, w tym samym także miejscu, przyczepia się, istniejąca prawie u 4-tęj części wszystkich kobiet, końcowa dętka jajowodu (twór analogiczny z dętką Morgagniego w przyjadrzu), powstająca z górnego końca przewodu Müllera, nie zużytego przy rozwoju jajowodów, i przytwardzona najczęściej za pomocą pełnej szypulki na 1—2" ale niekiedy aż 7½" długiej.

Oprócz torbieli rozwijają się niekiedy obok jajowodów małe guzy włóknisto-mięsne; w strzępach, małe guzy włókniste; a między listkami więzów szerokich, w pobliżu jajowodu, także i tłuszcza ki, wielkości fasoli lub orzecha laskowego.

Gruźlica pojawia się w jajowodach nie tylko jako choroba wtórna, dołączająca się do pierwotnego zajęcia płuc i kiszek, ale nierównie częściej jako pierwotna. W tej formie, rozwija się ona wprawdzie najczęściej w latach zdolności płciowej; w inną, w czasie blizkim okresu połogowego; ale też niekiedy jeszcze przed nadejściem okresu pokwitania. Zwykle zajmuje ona jednostajnie oba jajowody; rozpoczyna się stale na błonie śluzowej, najczęściej na brzuszonym końcu, i ztąd szerzy się niekiedy aż na błonę śluzową macicy. W mniejszej liczbie wypadków, widzimy najpierw na błonie śluzowej małe, szare lub szaro-żółtawe guziczki, zmieniające się w żółtą massę serowatą. Podczas tego przeistaczania się, wysięk gromadzący się w znaczniejszej ilości w jajowodach, przybiera stopniowo też same własności. Jajowody przytęm się rozszerzają: a częstość miejscami tworzą się na nich zatokowate rozdęcia. Częściej, zaraz od początku powstaje rozległy nasięk gruzliczy, kończący się owrzodzeniem. Skutkiem rozdęcia jajowodów, potworzyć się na nich mogą guzy, wielkości kurzego jaja. Zwykle rozwija się gruzlicze zapalenie

więzów szerokich; sąsiednie gruczoły limfatyczne ulegają nacieczeniu, a następnie sprawa rozszerza się na inne organa,—pospolicie najpierw na otrzewnę. Zapalenie okołojajnikowe i tu także nie rzadko doprowadza do zrośnięcia jajowodów np. z kątnicą, i może się również skończyć przeziurawieniem.

Gruźlica jajowodów zazwyczaj nie może być rozpoznana. Jeżeli będzie daleko posunięta, a zwłaszcza jeżeli będą przy tém istniały zrosty z kiszka, wtedy jajowody dadzą się wymacać; zaś przyrośnięcie wysłedzonego guza do górnej bocznej części macicy, w dwóch przynajmniej wypadkach, w których gruźlica płuc i kiszek była niewątpliwą, byliśmy w stanie sami dokładnie rozpoznać.

R a k w jajowodach, odwrotnie aniżeli gruźlica, występuje stale tylko jako choroba wtórna, gdy już poprzednio zajął jajniki lub otrzewnę. Zdarza się jednak wyjątkowo, że po zrakowaceniu jednego jajnika, rak rozwija się w jajowodzie strony przeciwnej, jak to S c a n z o n i miał sposobność spostrzegać. Częściej już wprawdzie zdarza się widzieć, że jajowody, chociaż zostaną dokoła otoczone guzem rakowatym, w ich sąsiedztwie rozwiniętym, i będą w różne strony ciągnięte, nie ulegają przecież zwyrodnieniu. Jeżeli jednak zwyrodnieniu ulegną, to rak rozwija się w nich albo pod postacią odosobnionych guzików albo pod formą rozlanego nasięku, ale w każdym razie przedstawia jedynie tylko interes anatomo-patologiczny.

ROZDZIAŁ IV.

CHOROBY JAJNIKÓW.

1. Wady rozwojowe.

J. F. Meckel: *Pathol. Anat. I*, p. 658.—Chéreau: *Malad. des ovaires. Paris 1844*, p. 111.—Meissner: *Frauenzimmer krank. II*, p. 228.—Kiwisch: *Klin. Vortr. II* (2 Ausg.) p. 34.—Rokitansky: *Lehrb. III*, p. 415, i *Allg. Wien. med. Wochenschrift. Nr. 2 — 4. 1860.*—Heschl: *Oesterr. Zeitschr. N. 20. 1862.*—Grohe: *Uterus mit 3 Ovarien. Wien med. Halle N. 43. 1863.*—Klebs. *Monatschr. f. Geburtsk. Juni 1864.*

Brak obu jajników, pomijając potwory niezdolne do życia, zdarza się w ogóle bardzo rzadko, i to zawsze w związku z zupełnym brakiem lub wadliwym rozwojem macicy, a zwykle także z wadliwym rozwojem pochwy, warg wstydlivych, mniejszych, lechtaczki, sutek. Wygląd kobiecy w tych wypadkach mało bywa wydatny, a czynności płciowych brakuje.

Częściej już zdarza się spostrzegać wrodzone niedoksztalcenie obu jajników, z zachowaniem, lub bez zachowania płodowej ich postaci (zrazowatej); z zupełnym brakiem, albo z bardzo małą tylko ilością pęcherzyków Graaf'a. I w takim razie, inne organa, a zwłaszcza macica, często bywają niedoksztalczone. O ile przytém typ kobiecy ustroju może być zachowanym, i czy jeszcze objawy miesięczkowe wstawiają się, czy też nie, zależy to od stopnia rozwoju, oraz od obecności pojedynczych pęcherzyków, lub też zupełnego ich braku. Zupełnego braku obu jajników, niepodobna za życia odróżnić od zbliżonego doń w skutkach niedoksztalcenia takowych, chociaż istnienie jednego z tych stanów można rozpoznać, opierając się na innych jawnych wadach rozwoju przyrzędu rodnegó, na braku jego czynności, oraz na wyglądzie osoby, zbliżonym więcéj do typu męskiego. We wszystkich wypadkach gdziebyśmy stan podobny chociaż tylko podej-

rzywali, należy się naturalnie powstrzymać od zadawania środków namiesięcznych, w latach dojrzewania płciowego.

Brak i niedokształcenie jednego tylko z jajników zdarzają się częściej, i to nie tylko obok zupełnego braku lub zaczątkowego stanu odpowiedniego rogu macicy, ale nawet przy macicy dokładnie rozwiniętej. Sposób powstawania tych ostatnich wypadków wytłumaczony został objaśnieniami jakie dał Rokitański względem targania, skręcania się około osi i oddzielania się jajników. Spostrzeżenie tego autora, dokonane na 14-dniowym dziecku, dowodzi, że nawet u płodu, zapalenie dać może powód do zrośnięcia się jajnika z kiszka, a wynikające z tego targanie, oderwać może zupełnie jajnik i jajowód od macicy. To samo i wypadek przez Heschl'a ogłoszony, w którym u dziecięcia 3-tygodniowego znaleziono prawy jajnik zamieniony w gałkę swobodnie leżącą w jamie brzusznej, a prawy róg macicy tępo zakończony, da się tylko objaśnić w ten sposób, że oddzielenie nastąpiło za życia płodowego, skutkiem poprzedniego skręcenia około osi. Etiologia ta rozstrzyga nam także fakt podnoszony już przez Morgagni'ego i Kiwisch'a, że w razie braku jednego jajnika, tylko resztką odpowiedniego jajowodu wisi przy macicy, a końca strzępiastego brakuje. Pozwala ona także wnosić, że brak jajnika niekiedy może być tylko pozornym, gdyż oderwany organ nie koniecznie potrzebuje być pochłoniętym, lecz może istnieć, przyklejony do innego trzewia lub do ściany brzusznej.

Brak jednego jajnika nie przeszkadza odbywaniu się czynności płciowych.

Istnienie nadliczbowych jajników ostatniemi dopiero czasy zostało dostrzeżonem. Grohe znalazł u pewnej 40-letniej kobiety, która nadużywała stosunków płciowych, macicę z 3 ma jajnikami. Po lewej stronie było ich dwa; oba małe: jeden w bliskości macicy, połączony z nią więzem jajnikowym; drugi dalej położony. Przy oglądaniu tego preparatu, uderzyło nas to, że położenie obu małych jajników, dość ściśle odpowiadało temu, jakie w znanym wypadku Vrolik'a *Hermaphroditismi androgyni* zajmowały: jajnik i mniemane jądro męzkie. Drugie spostrzeżenie, dotyczące podwójnego jajnika po prawej stronie, ogłosił Klebs; oba (przeistoczone) połączone były ze sobą powrózkiem 1,5 ctm. długim, więzem międzyjajnikowym.

2. Przemieszczenia jajników. Przepukliny.

Soranus ex Epheso: *De vulva et pudenda muliebr.* — Haller: *Disputat. chir. select. t. III, p. 41 i p. 313.* — Perc. Pott: *Chirurg. observat. London. 1775, p. 153.* — Pet. Camper: *de pelvi. Cap. VI. § 11, p. 7.* — Lassus: *Pathol. chirurg. 1806. I. 11, p. 99.* — Deneux: *Recherches sur la hernie de l'ovaire. Paris. 1813.* — Balling: *Mendel's Geschlechtskrank. des Weibes. Göttingen. 1836. Bd. II p 102.* — Neboix: *Archiv. génér. de méaéc. Sept. 1846.* — Kiwisch: *l. c. II, p. 38.* — Parker: *Hernie crural étranglée contenant l'ovaire et la trompe. Gaz. des Hôp. Nr. 79. 1855.* — Meadows: *Transact. of the obstetr. society of London. Vol. III, p. 438.* — Klob: *Path. Anat. p. 318.*

Nie będziemy tu opisywali przemieszczeń powstających w skutek powiększenia, zrostów, skręcenia około osi samych jajników; w skutek zmian w położeniu macicy, lub zapalnych zrośnień dodatkowych części macicy; lecz tylko właściwe przepukliny jajników.

Chociaż u kobiet przepukliny pachwinowe zdarzają się w ogóle rzadziej aniżeli udowe, to jednak siedliskiem przepuklin jajnikowych najczęściej właśnie bywają pachwiny. Spostrzegano je tu u noworodków (Lassus); a zdanie wyrzeczone przez Deneux'a, że przemieszczenia te i w innych napotykanie wypadkach także należy uważać za wrodzone, spowodowane wyjątkowem rozwinięciem się pochwowego wyrostka otrzewnej (*processus vaginalis peritoneae*), jak u mężczyzny, nader jest prawdopodobne. Jajnik, który wstąpił do kanału pachwinowego, pociąga za sobą jajowód i macicę, tak, że ta ostatnia, albo w większej części (Desault), albo cała (Lelleman), wejść może do worka przepuklinowego. Zamiast macicy, opuścić się mogą pętlce kiszki (Soranus).

Z porównania różnych wypadków okazuje się, że przepukliny pachwinowe jajnika sprawiają zwykle, czasowo przynajmniej, jakoweś uczucia nieprzyjemne i dolegliwe, ale nie koniecznie muszą pociągać za sobą znaczniejsze przypadłości; zwłaszcza téż nie sprawdziło się to, na co niektórzy z autorów kładli nacisk, że bóle wzmagają się z chwilą obrzmienia zawartości brzusznych podczas trwania odpływów miesięcznych; chyba, że przemieszczony organ doznał innéj jeszcze jakiej zmiany.

W wypadku ogłoszonym ostatniemi czasy przez *Meadows'a*, odpływom miesięcznym ból stale towarzyszył; ale przez 5 lat nie wywierało to żadnego wpływu na guz przepuklinowy. Dopiero po upływie tego czasu, a więc prawdopodobnie wtedy, gdy przemieszczony jajnik zaczął już ulegać zwyrodnieniu torbielowatemu, a zatem gdy nastąpiły w nim takie zmiany, które wywołują podobne następstwa chociaż chory organ leży wewnątrz jamy brzusznej, przekrwienie towarzyszące miesiączkowaniu, wywoływać zaczęło nieznosne bóle i powiększenie objętości guza, ważne pod względem rozpoznawczym. Do możliwych następstw przepuklin jajników, należy rozwijanie się zapłodnionego jaja w worku przepuklinowym. Spostrzeżenie ogłoszone przez *Widersteina'a* dotyczy może prawdziwej ciąży zewnątrz-macicznnej, w przepuklinie udowej. Wypadek *Rektorzicka'a* ma zapewne za przedmiot ciążę w początkowym rogu macicy, wypadniętym przez kanał pachwinowy, co i sam autor przyjmuje.

Oczywiście, bardzo pospolitę i łatwo dającą się objaśnić (dalszym rozwojem jajnika w worku przepuklinowym) następstwem, jest to, że przepuklina staje się nieodprowadzalną. W takich okolicznościach, *Pott* zdecydował się wyluszczyć oba jajniki 23-letniej dziewczynki, która z powodu bólów występujących przy pewnych ruchach, a zwłaszcza przy schylaniu się, była pozbawiona możliwości pracowania; — i operacja zakończyła się szczęśliwie. Niekiedy pojawiają się prawdziwe objawy uwięzienia, wymagające pomocy operacyjnej (*herniotomia*). *Neboux* znalazł u pewnej kobiety, która nosiła pasek przepuklinowy i nagle dotkniętą została gwałtownymi przypadłościami, jajnik uwięzły w obręczce pachwinowej wewnętrznej, częściowo zrośnięty z workiem przepuklinowym, i odprowadził go, rozciawszy poprzednio obręczkę pachwinową w dwóch miejscach. W innych razach, worek przepuklinowy ulega zapaleniu ropnemu; jak się to zdarzyło w jednym wypadku *Lassusa'a*, gdzie u dziewczynki 4 czy 5-letniej, po otwarciu ropnia, udało się odprowadzić jajnik. *Balling* spostrzegał nawet zropienie samego przemieszczonego jajnika, zakończone wyzdrowieniem.

Przepukliny udowe widzieli: *Deneux* i *Parker*. Chora, operowana przez *Deneux'a*, była położnicą, po urodzeniu 7-go, donoszonego dziecka. W połowie ostatniej ciąży, po upadnięciu, uczuła po raz pierwszy bóle, rozciągające się od lewej pachwiny do prawej okolicy biodrowej, i wzmagające się szczególnie przy poruszeniach dziecka. Bóle te pod koniec ciąży znowu się pojawiły, a po rozwiązaniu jeszcze bardziej się wzmogły. W 3-cim dniu połogu chora wymacała przed lewym kanałem udowym guzik wielkości orzecha, który *Deneux* i inni

uznali za nieodprowadzalną przepuklinę jelito-sieciową (*Entero-epiplocele*). Siódmego dnia przystąpiono do operacji, i przekonano się, że w worku przepuklinowym mieścił się jajnik, a przed nim leżała przyrośnięta doń, grubościenna torbiel wielkości orzecha. Po wycięciu tych zawartości, z początku nie było wprawdzie żadnej ulgi; ostatecznie jednak chora wyzdrowiała.

P a r k e r, w zaciśniętej, prawostronnej przepuklinie udowej, od wielu już lat istniejącej, znalazł prócz odprowadzalnej pętli kiszek, jeszcze jajowód i jajnik, ale organa te poznał dopiero wtedy, gdy odciął strzęp jajowodu, który był podobny do dawnego wytworu zapalnego. I ta operowana, po odprowadzeniu jajnika i pozostałej części jajowodu, wyzdrowiała.

O jednym wypadku przepukliny z a s ł o n o w é j wspomina **K i w i s c h**. Prawy jajnik i jajowód wystąpiły; macica była przyciągnięta do szyi przepukliny.

P r z e p u k l i n y k u l s z o w e widzieli **P a p e n** i **C a m p e r**. W wypadku przez tego ostatniego ogłoszonym, jajnik był powiększony. Przepuklina, opisana przez **P a p e n**'a, zawierała prócz torbielakowato zwyrodnionego jajnika i jajowodu, jeszcze prawie wszystkie jelita, część okrężnicy, oraz sieć.

Tak zwane przepukliny brzuszne jajnika są niczém inném, jak tylko wypadnięciem tego ostatniego w skutek obrażeń ścian brzusznych, szczególniej przez wykonanie cięcia cesarskiego.

Rozpoznanie. Dotychczas rozpoznawano przepukliny jajnikowe za życia, tylko po otwarciu worka przepuklinowego przy herniotomii; że pominiemy wypadek **M e a d o w s'a**, w którym wpływ nawałów miesięczkowych na stan guza, mógł wprowadzić go na właściwą drogę. **O l d h a m** (*Medic. tim. and. gaz. Novemb. 1857*) opisuje wprawdzie dwa wypadki, jakoby tu się odnoszące; że jednak oba te wypadki dotyczyły indywiduów nie miesięczkujących, w wieku lat 19 — 20, pozbawionych pochwy i macicy, a przemieszczone jajniki były wielkości orzecha lub kasztana, przeto, pomimo peryodycznego nabrzmiewania gruczołów w jednym wypadku (wspominamy tu hermafrodytę **S t e g l e h n e r'a**) nierównie prawdopodobniejszém nam się wydaje, że to była dwupłciowość. Przepukliny stwierdzone, stosownie do tego, czy przemieszczony jajnik był prawidłowy czy przerodzony, jako też czy wypadły także i inne trzewia, czy też nie, tworzyły guzy rozmaitej objętości, o zawartości nieodprowadzalnej. W razie potrzeby, rozpoznanie do pewnego stopnia opierałoby należało, na podobieństwie tej zawartości do

zdrowego lub chorobliwie zmienionego jajnika, na następnych przemieszczeniach macicy i t. p.

Leczenie, ma tu też same zadania, co i przy przepuklinach innych trzewiów, a mianowicie: jeżeli przepuklina jest odprowadzalną — odprowadzenie i utrzymanie na miejscu; a jeżeli uwięzła — wykonanie operacyi. Jeżeliby, pomimo wykonania herniotomii i rozszerzenia miejsca zaciśnięcia, odprowadzenie się nie udało, to można jajnik odciąć, podwiązawszy poprzednio jego więz, lub i bez tego.

3. Przekrwienia i krwotoki w jajnikach.

Rokitansky: *Pathol. Anat.* III, p. 586. — Albers: *Deutsche Klinik*, Nr. 23. 1853. — Demarquay: *Union med.* Nr. 144. 1855. — Robin: *Gaz. des Hôpît.* Nr. 4. 1857. — B. Schultz: *Monatsschr. f. Geburtsk.* Bd. XI, pag. 170. — v. Scanzoni: *Lehrb. d. Krankh. d. weibl. Sexualorg.* p. 349. — TroussEAU: *Union. medic.* Nr. 153—155. 1861. — Demarquay: *Gaz. des Hôpît.* Janvier 1862. — Klob: *Pathol. Anat.* p. 374.

Przekrwienie jajników występować może niezależnie od peryodów miesięczkowych, zarówno pod formą czynną, jakotóż i bierną. Rozwija się ono wtedy zazwyczaj z tych samych przyczyn, co i niemiesięczkowe przekrwienie macicy, i najczęściej dotyka równocześnie oba jajniki. Częstszemi są jednak wypadki, w których nawal miesięczkowy nadmiernego dosięga stopnia, tak, że wyrównanie zwykle potem następujące, w tym razie się opóźnia lub nie bywa zupełnem, albo też w jajniku przychodzi do wynaczynienia lub zapalenia.

Krwotok ograniczyć się może jedynie do jamki tylko co dojrzałego pęcherzyka Grafa; a w takim razie, tylko swą przedwczesnością, i tą okolicznością, że nastąpił przed pęknięciem tegoż pęcherzyka, wyróżnia się od fizyologicznego wylewu krwi, następującego podczas każdej miesiączki. W ten sposób, jak Klob się spodziewa, możnaby wytłumaczyć pojedyncze wypadki niepłodności, w których nawal miesięczkowy regularnie niezwykłego dosięga natężenia (czego dowodzi stale wracająca zbyt obfita miesiączka) nie sprowadzając przytém odluszczenia się błony śluzowej macicy. W innych razach krwotok w pęcherzyku pojawia się dopiero w chwili pęknięcia tego ostatniego, ale tak jest znaczny, że pę-

cherzyk zostaje rozciągnięty, tworząc worek wielkości orzecha laskowego, włoskiego, a nawet kurzego jaja lub pomarańczy. Znaczniejsze tego rodzaju rozciągnięcie, może przeszkodzić zatkaniu fizyologicznemu skutkiem pęknięcia powstałej szpary, czopkiem ze skrzeplęj krwi; lub też, może spowodować powiększenie się otworu, umożliwiając tym sposobem swobodne krwawienie na zewnątrz. Stosownie do obfitości tego krwawienia, albo zbiera się mierna wybroczyna w przestrzeni *D o u g l a s'a*, tworząc tak zwany krwistek zamaciczny (*haematocoele retrouterina*), albo też, jak spostrzegali *D e m a r q u a y* i *S c a n z o n i*, chora kończy życie wśród objawów krwotoku do jamy otrzewnej, jak przy pęknięciu powłok mieszczących płód w ciąży zewnątrzmacicznej.

Chociaż mimo znacznego rozděcia pęcherzyka, rozdarcie jego nie nastąpi, nie wyklucza to bynajmniej niebezpieczeństwa następczego zapalenia otrzewnej; wszakże nierównie częściej oczekiwać można stopniowego ściągania się, a ostatecznie zablźnienia torbieli krwistej, skutkiem wessania surowicy, rozpadnięcia się i wchłonięcia włókniaka, oraz przestoczenia się hematyny w barwnik krystaliczny lub ziarnisty. Takie *k r w i s t e t o r b i e l e* rzadko dają się dostrzedz u żyjących, gdyż albo żadnych nie powodują zaburzeń, albo tylko nieznaczne. Zdaje nam się, że raz mieliśmy sposobność stwierdzić ich rozwój, oraz dalsze przemiany.

U pewnej młodej kobiety, u której z powodu niepełnego rozwoju macicy, zjawiały się tylko regularnie usiłowania miesiączkowe z miernym odpływem śluzu, rzadko tylko krwią zabarwionego, powstał podczas trwania peryodu miesięcznego po prawej stronie macicy, wyraźnie od niej oddzielony guz ostro odgraniczony, okrągławy, sprężysty, mało dotkliwy, wielkości małego jaja. Guz ten już w ciągu trzech tygodni, zmniejszył do $\frac{1}{3}$ swą objętość. Że siedlisko jego rzetelnie zostało określone, przemawia za tē m osobliwie położenie tegoż, podczas późniejszych okresów wchłaniania się.

Krwotoki pęcherzykowe zdarzają się zresztą nie wyłącznie tylko w skutek nawałów miesiączkowych, ale także i przed nadejściem wieku dojrzałości płciowej, a nawet u noworodków i u płodu. Wtedy, dotykają one częstokroć cały szereg pęcherzyków, które pęcznieją do objętości grochu. Im ściany pęcherzyków są cieńsze, tē m prędzēj pękają, a krew przesiąka niekiedy całe podścielisko jajnika.

P i e r w o t n e k r w o t o k i m i ą ż s z o w e t. j. takie, którym nie pęcherzyki dają początek, powstają zwykle w skutek spraw zapalnych pōłogowych, lub chorōb ogōlnych, odznaczających się szczegōł-

ną skłonnością do krwawienia i nie przedstawiają w ogóle interesu praktycznego.

4. Zapalenia jajników (Oophoritis).

a) Zapalenie jajników nie płożowe.

α) Zapalenie ostre.

Chéreau: *Malad. des ovaïres. Paris, 1844. pag. 118.* — Kiwisch: *l. c. II, p. 45.* — F. J. Tilt: *Diseases of women and ovarian inflammation. 2 edit. London. 1853. p. 139.* — Raciborski: *Gaz. des Hôpit. Novemb. 1856.* — West: *Diseases of women. II, p. 44.* — Mosler: *Monatsschr. f. Geb. Bd. 16. pag. 133.*

Ostre zapalenie jajników rozwija się z ostrego przekrwienia, jeżeli takowe znacznego dosięga stopnia, a nieznaczne tylko powoduje krwawienie; mianowicie w jednym, lub zaledwie w kilku pęcherzykach. To też przyczyny zapalenia jajników bywają te same co i zapalenia macicy. Wywiązuje się ono najczęściej podczas trwania odpływów miesięcznych, jeżeli takowe zostaną nagle przytłumione, albo też jeżeli pod jakim bądź wpływem nawał miesięczkowy szybko i znacznie się powiększy; chociażby przytém nie przyszło do przechodniego lub trwałego przytłumienia miesiączki. Zapalenie może albo przeważnie zajmować pęcherzyki Graaf'a, albo też umiejscawiać się w podścielisku łączno-tkankowém; w pierwszym razie zajmuje zwykle jeden tylko jajnik; jednakowoż często zdarza się napotykać obok siebie zmiany w torbkach i w mięszu. Jajnik, będący w stanie zapalenia, przedstawia się nabrzmiąłym; że jednak powłoka biała tegoż, jest mało podatna, więc też objętość jego co najwyżej, może się podwoić. Chore pęcherzyki bywają napęczniałe i wypełnione płuym krwistym, mętnym, ropiastym, w którym pływają większe lub mniejsze kosmki błony ziarnistej, oraz skrzepki włóknikowe. Ściany ich i sąsiednie części podścieliska są mocno przekrwione. W mięszowej formie zapalenia, całe podścielisko bywa przepełnione krwią, przesiąknięte płynem surowicznym lub białkowatym, albo też w różnych miejscach usiane mniejszemi i większemi ogniskami ropnemi; wyjątkowo tylko tworzy się ropień większych rozmiarów. Przy obu formach, powłoka otrzewna łatwo bierze udział w sprawie za-

palnej. Zapalenie około-jajnikowe (*perioophoritis*) występuje tu jako cierpienie następce, podobnie jak tam, gdzie się przyłącza do zapalenia około-macicznego lub około-jajowodowego; może się ono jednak rozszerzyć na przyległe listki otrzewnej, a nawet przekroczyć miedniczy jej odcinek, zwłaszcza wtedy, jeżeli w jajniku powstaną większe ogniska ropne lub posokowate.

Objawy i przebieg. Żywe bóle w miejscu dotkniętém chorobą, towarzyszą tylko cierpieniu powłoki otrzewnej; to też dopóki ta ostatnia mały bierze udział w sprawie chorobowej, dopóty ból bywa co najwyżej tępy, umiejscowiony w bocznych okolicach miednicy i wzmagający się przy szybkich poruszeniach ciała, jako też przy oddawaniu stolca. Często jednak chore uskarżają się na cały szereg miejscowych przypadłości; na bóle przy oddawaniu moczu, bóle w podbrzuszu, krzyżu, biodrach, udach; mają przytém krwisto-surowicze lub też ropiaste upławy, a nawet miewają prawdziwe krwotoki maciczne; ostre bowiem przekrwienie z dalszemi jego następstwami nie ograniczyło się na jajniku, lecz rozszerzyło się i na przyległe organa. Stosownie do obszaru tych miejscowych przypadłości, istnieje przytém jużto umiarkowana, już silniejsza gorączka. Groźniejsze objawy wtedy tylko występują, gdy się rozwinie rozlane zapalenie otrzewnej, lub wielki ropień w jajniku. Gdzie jednak miejscowe i ogólne przypadłości w krótkim czasie nie ustępują, tam zawsze obawiać się trzeba pozostania jakowychś zaburzeń, lub ważnych chorób następnych. Zajęte pęcherzyki, nie zawsze zamieniają się w nieszkodliwe, zbite ciała; owszem, wszystko co wiemy o powstawaniu torbieli w jajnikach, upoważnia nas do wniosku, że takowe częstokroć wykształcają się z ostrych przekrwień i zapaleń pęcherzyków. Przy miąższowém znowu zapaleniu jajników, wysięk nie zawsze zostaje pochłonięty, lecz pozostać mogą zrosty jajnika z sąsiednimi organami; albo też zapalenie staje się przewlekłym, to jest powłoka trwale mniej lub więcej grubieje, podścielisko buja i staje się zbitszém, a w miarę postępującego ściągania się tkanki łącznej, część pęcherzyków marnieje. gdy tymczasem rozwój innych zostaje wstrzymanym. Skutkiem tego, powierzchnia organu staje się nie gładką, wzgórkowatą, zrazowatą. Stan ten, z powodu swój tożsamości z analogicznymi sprawami w wątrobie i nerkach, nazwany został przez *Virchow'a*: *przerodzeniem ziarnistém* czyli *marskością jajnika*.

Spostrzeżenia dotyczące tworzenia się ropni w jajnikach nie zwyrodnionych torbielowato, i nie u położnic; — jeżeli tylko nie obudzają wątpliwości w prawdziwość rozpoznania, — w małej natrafiają

się liczbie. W wypadku opisanym przez W e s t'a, po nagłym przytłumieniu miesiączki, rozwinął się, śród gwałtownych bólów i gorączki, guz w jamie brzusznej sięgający ponad pępek. Począwszy od drugiego miesiąca, od czasu do czasu odpływały masy ropiaste z cewki moczowej, a w siódmym, guz otworzył się do kiszek, poczem chora szybko przysła do zdrowia. To samo u dziewczyny, która z takiegoż samego powodu zachorowała (a o której M o s l e r udzielił wiadomość), guz, doszedłszy stopniowo wielkości głowy dziecięcej, otworzył się po trzech miesiącach do pęcherza moczowego, i dopiero po roku, w ciągu którego mocz zawierał to mniejszą to większą ilość ropy, zredukował się do wielkości gołębiego jaja. Wszakże uprzednie zrośnięcie się jajnika z sąsiednimi organami nie zawsze zapewnia pomyślny przebieg; a rozlane zapalenia otrzewnej, w skutek wylania się ropy do jamy brzusznej, właśnie łatwo się zdarzają przy obecności małych ropni, wielkości orzecha.

Rozpoznanie. Ostre zapalenie jajnika wtedy tylko na pewno rozpoznaniem być może, jeżeli nabrzmiały i bolesny jajnik będziemy w stanie wyraźnie wymacać, jako guzik ograniczony, ruchomy; co się udaje tylko przy połączeniu badania zewnętrznego z wewnętrznym, a i to jedynie wtedy, gdy pochwa nie jest zbyt wązka, a powłoki brzuszne podatne. W razie okoliczności mniej przyjaznych, jako też w razie obfiej nagromadzonego wysięku otrzewnej, niepodobna wywnioskować nic więcej nad to, że siedliskiem zapalenia są c z ę ś c i o t a c z a j ą c e macicę; to jest, rozpoznaje się zapalenie otrzewnej miednicy.

Jeżeli badanie wykryje, że objętość cierpiącego jajnika przechodzi objętość wielkiego orzecha, to najpierw przypuszczać należy możliwość pierwotnego zwyrodnienia torbielowatego, z następczym zapaleniem ścian torbieli. W takich bowiem okolicznościach ropnie powstają nierównie częściej, aniżeli wtedy, gdy jajnik w chwili rozpoczęcia się sprawy zapalnej, normalne przedstawiał utkanie. Przed pęknięciem ropnia, jedynie tylko najściślejsze rozważenie wszystkich przedstawiających się momentów, może doprowadzić do prawdziwego ocenienia stanu rzeczy. Pierwotne ropnie powstają prawie wyłącznie w skutek powstrzymania odpływów miesięcznych, i tworzą guzy rosnące szybko i widocznie, jeżeli chora wcześniej zawezwie pomocy lekarskiej. Przyjęcia większych ognisk ropnych w jajniku za inne ropnie w miednicy, uniknąć można, pamiętając o tém, że w pierwszym razie guz nie znajduje się w bezpośrednim związku z macicą i pochwą, ale tylko macicę poprostu odpycha, a sąsiednia część sklepienia pochwy, jest przy tém niezmienną. Tak się przynajmniej rzeczy mają dopóty, dopóki w dalszym

biegu choroby nie przyjdzie do zrostów guza z sąsiednimi organami, które mogą zmienić pierwotne stosunki.

Przy l e c z e n i u, obok zadań wynikających ze wskazania przyczynowego (str. 267), w pierwszym okresie choroby, głównymi środkami będą miejscowe upusty krwi i łagodne środki rozwalniające, dalej jod i środki drażniące skórę. Skoro się rozwinie ropień, traktujemy go według zasad przyjętych dla leczenia ropni w miednicy.

β) Zapalenie jajników przewlekłe.

R i g b y: *Med. tim. July 6. 1850.*—K i w i s c h: *l. c.*—H e n k e l: *Wien. Wochenschr. Nr. 12. 1856.*—R o k i t a n s k y, *l. c. III, p. 420.*—W e s t: *l. c.*—A r a n: *Malad. de l'utérus etc. p. 569.*—K l o b: *l. c. p. 339.*—K u g e l m a n n: *Deutsche Klinik. Nr. 14. 1865.*

Rozpowszechnione w praktyce lekarskiej błędne mniemanie, że jajniki wyżej leżą, niż wykazuje anatomia; w połączeniu z wielką częstotnością bólów jedno lub obustronnych w pachwinach, przy najróżnorodniejszych sprawach patologicznych w macicy i jej częściach dodatkowych; sprawiły, że aż do ostatnich czasów nadzwyczaj często i bezzasadnie przyjmowano obecność przewlekłego zapalenia jajników. Dziś, stanowisko kliniczne zgadzać się winno z anatomo patologiczném. Wychodząc z tego ostatniego, będziemy w prawie nazwać p r z e w l e k ł ę m z a p a l e n i e m j a j n i k a (jeżeli nie uznamy za lepsze, nazwę tę zupełnie zarzucić) taki tylko proces, który ostatecznie prowadzi do wspomnianej już, przy opisie ostrego zapalenia, m a r s k o ś c i jajnika. Przerodzenie to, bywa albo zejściem ostrego, nie połogowego, lub też połogowego zapalenia, albo też następstwem często się powtarzających lub trwałych przekrwień, i najczęściej istnieje z dwóch stron.

Jajnik bywa mniej lub więcej powiększony (zwykle nieznacznie; wyjątkowo jednak aż do wielkości jaja); odporność jego, stosownie do okresu sprawy chorobowej, bywa różną, i dopiero gdy tkanka stanie się zbitą, jajnik jest wyraźnie twardy; w początkach zewnętrzna jego powierzchnia nie bywa też zrazowatą, ale za to w tym czasie bywa on jużto miernie, już też (jeżeli od czasu do czasu przychodzą silniejsze przekrwienia) nadzwyczaj wrażliwym na dotknięcie. Bardzo często, jajnik ma przytém nieprawidłowe położenie, a mianowicie, jużto jeden z nich, już oba, bywają mniej lub więcej zbliżone do powierzchni macicy i skle-

pienia pochwy, tak, że od strony téj ostatniej, z łatwością dają się dosięgnąć, po bokach szyi lub przesmyku macicy, bądź więcej od tyłu, bądź od przodu. Fakt ten był powodem, że R i g b y (który zresztą spostrzegał go rzadko, stosunkowo do jego częstości) przyjmował „przemieszczenie” za rzecz najważniejszą, i starał się usuwać je, zalecając chorym nieustanne leżenie w położeniu poziomém i t. p. Lecz nieprawidłowe położenie jajnika jest niewątpliwie wtórném, i spowodowaném bywa niekiedy pierwotném przemieszczeniem macicy, a zwykle jest następstwem uprzednich częściowych zapaleń otrzewnej i powstałych skutkiem tego zrostów i przesunięć. To téż przemieszczenie takie zdarza się i bez wszelkich zmian chorobowych w tkance jajnikowej, li tylko jako następstwo zupełnie skończonego processu w sąsiedztwie, bez przekrwienia jajnika. Z drugiej strony, stosunkowo częste natrafianie się owego przemieszczenia przy przewlekłym zapaleniu jajników, łatwo daje się objaśnić tém, że ostre choroby, dające początek temu ostatniemu, łatwo rozszerzają się na błonę surowiczą, i że jajnik łatwo także bierze udział w przewlekłych przekrwieniach i zapaleniach innych organów miedniczych. Z przemieszczeniem łączy się téż większe lub mniejsze zmniejszenie ruchomości, rzadko jednak przychodzi do zupełnego unieruchomienia.

Chore, u których wspomniane powyżej zmiany w jednym lub w obu jajnikach wysledzić się dają, uskarżają się zazwyczaj na wiele z a b u r z e ń w czynności organów, leżących w miednicy i odległej. A ponieważ zwykle obok znaków przewlekłego zapalenia jajnika, istnieją jeszcze zmiany patologiczne i w innych częściach układu płciowego, mianowicie téż w macicy; trudno przeto w danym wypadku określić, o ile na wywołanie objawów chorobowych wpływają zmiany w samym jajniku znalezione. Nawet w wypadkach niezbyt powikłanych, dla objaśnienia objawów t. z. współczuciowych, znacznych zaburzeń w sferze nerwowej i t. p., częstokroć zmuszeni będziemy zesłać się na oczywiste usposobienie dziedziczne lub indywidualne chorych. Bądź co bądź, opierając się na własném doświadczeniu, nie wátpimy, że nawet przewlekłe zapalenie jajników, samo przez się, może się stać powodem żywych dolegliwości w okolicach sąsiednich, nerwobólów w okolicach odleglejszych, zboczeń w miesiączkowaniu i niepłodności. Opuszczenie się zaś dotkliwego na ucisk jajnika ku sklepieniu pochwy, niekiedy samo jedno tłumaczy nam często napotykaną niemożność spółkowania, energiczne oddziaływanie przeciw sprężystym wiankom pochwowym i t. p. Przewlekłe zapalenie jajników, wtedy tylko spowodować może przed-

wczesne zaprzestanie miesiączkowania, gdy w obu jajnikach, skutkiem ściągania się podścieliska, pęcherzyki zniszczeniu ulegną.

Co się tyczy r o z p o z n a n i a, zsyłamy się na to, cośmy wyżej powiedzieli o namacalnych zmianach w jajnikach; nadmieniamy tylko, że jeżeli zechcemy brać pojęcie przewlekłego zapalenia jajników w ścisłym znaczeniu, to nie zdołamy go odróżnić przynajmniej od poczynającego się przerodzenia torbielakowatego. To ostatnie bowiem rozwija się z tych samych przyczyn, i wśród takich samych objawów, co i przerost tkanki łącznej; zaś fakt, że torbiele zwykle w jednym rozwijają się jajniku, gdy tymczasem przewlekłe zapalenie zazwyczaj oba jajniki zajmuje, nie może być dostatecznym dowodem, choćby dla tego samego, że obie połowy miednicy nie zawsze bywają jednakowo dostępne dla badania, a tém samém chociaż się wykryje że jeden jajnik jest zmieniony, to jeszcze nie można będzie stwierdzić, że drugi jest prawidłowy.

Pomyłka taka nie może być zresztą szkodliwą, bo l e c z e n i e w obu razach bywa jedno i to samo. Największą korzyść obiecują miejscowe upusty krwi, które prócz tego bywają wskazane dla powikłań, dających się łatwiej dostrzedz aniżeli zapalenie jajnika. Stosownie do rodzaju tych powikłań, jako téż do indywidualnych warunków, zalecimy albo nacięcia szyi macicznej, albo téż przystawienie pijawek do sklepienia pochwy, lub w inném odleglejszem miejscu. Rozumie się, że upust krwi musi być powtarzanym w stosownych odstępach czasu, dopóki jeszcze jajnik okazuje się wyraźnie wrażliwym na nacisk, a osobliwie wtedy, gdy pogorszenie się wszystkich zaburzeń, każe oczekiwać znacniejszego przekrwienia. Jednocześnie lub później, używać należy innych środków, tak wewnętrznych jako i zewnętrznych; oraz rozlicznych kuracyj wodami mineralnemi (picie i kąpiele) wyszczególnionych przy opisie leczenia przewlekłego zapalenia macicy.

b) Zapalenie jajników położowe.

Boivin et Dugès: *Traité prat.* II. p.—Loewenhardt: *Casper's Wochenschr.* Nr. 43. 1840.—Chéreau: *l. c.*—Kiwisch: *l. c.*—Tilt: *l. c.*—Rokitansky: *l. c.*—Klob: *l. c.* p. 379.

Najczęściej spostrzegamy je jako chorobę wtórną, dołączającą się do pierwotnego zapalenia macicy i zapalenia obokmacicznego (*Parametritis*), która, jako taka, będzie pomieszczoną przy opisie chorób położowych. Niekiedy jednak, wśród tak zwanej gorączki położowej, zapa-

lenie jajnika tak dalece bierze górę, że bardzo często stanowi główne a nawet z pozostałych jedyne cierpienie. Być może, że zdarzają się nawet pierwotne zapalenia jajników połogowe. Co się tyczy wypadków, od początku samoistnych lub później usamoistnionych, C h é r e a u podaje, że oba jajniki rzadko równocześnie ulegają cierpieniu (4 razy na 43 wypadki), a w razie zajęcia jednostronnego — lewy częściej niż prawy (w stosunku 25 : 11). Lecz podanie to, jako też i przegląd statystyczny T i l l 'a, zestawiający różne drogi, któremi ropa może się wydalić na zewnątrz, bynajmniej nie są pewne; gdyż obaj ci lekarze, zebrali spostrzeżenia, dotyczące po większej części zwykłych ropni w miednicy. Przeciwnie, niepodobna zaprzeczyć, że przewlekłe choroby jajników nie rzadko zawdzięczają swój początek nieznacznemu zapaleniu tych organów podczas porodu, jakoteż, że ropnie połogowe w jajniku powstać mogą zarówno z odkładania się ropy w pęcherzykach jako też i w mięszu. I przy połogowym zapaleniu jajników, silniejszy ból wtedy tylko się pojawia, gdy otrzewna przyjmie udział w sprawię chorobowej. Jednakże tutaj jajnik, nawet bez równoczesnego istnienia silnego zapalenia otrzewnej, może dojść znaczniejszych rozmiarów, gdyż błona biała łatwiej się rozdziera; następnie ropa otworami może się przedostać między zewnętrzną powierzchnią a nowo powstałe błony fałszywe, nie przestając być odosobnioną od jamy otrzewnej, i tym sposobem może tworzyć guzy znacznej wielkości, wiele większe od głowy dziecka.

Po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, ropień pęka, a przy szybkim przebiegu ropa wylewa się zazwyczaj do jamy brzusznej, co za sobą pociąga śmierć, skutkiem zapalenia otrzewnej. W razie pomyślniejszych warunków, ściana ropnia zrasta się z przyległymi organami, a ropa, przedziurawiwszy je, otwiera sobie drogę na zewnątrz, tak samo jak zwykle ropnie miednicy, z którymi też dalszy przebieg ropni jajnikowych zupełnie się zgadza.

Rozpoznanie i tu bardzo często musi być stawiane ogólnie, na zapalenie okołomaciczne. W niektórych wszakże wypadkach można rozpoznać siedlisko zapalenia w jajniku po tém, że guz ograniczony, mniej lub więcej bolesny rozwija się widocznie w o k o l i c y j a j n i k o w é j. Należy przytém pamiętać, że po rozwiązaniu, jajniki nie leżą w miednicy, lecz tuż przy ciele macicy i nieco po za niém; i że dopiero w miarę ściągania się części macicy obniżają się na swoje dawne miejsce, po bokach jamy miednicznej. Przejście zapalenia w ropienie, ujawnia się zazwyczaj wyraźną gorączką ropną, a zmięknienie guza i występujące w nim chelbotanie, potwierdza prawdziwość rozpoznania. Jeżeli wytwó-

rzył się obfity wysięk na obwodzie jajnika, wtedy już zapalenie tego ostatniego nie da się odróżnić od innych wysięków w miednicy, gdyż wówczas oba tworzą guzowatości rozlane, mało lub wcale nieruchome, w tychże samych miejscach.

Leczenie nie różni się od stosowanego przy niepołogowych zapaleniach.

5. Torbiele i torbielaki jajników. — Puchlina jajników.

Cystae et cystoides ovariorum. — Hydrops ovarii.

H a l l e r: *Collect. disput. pract. Vol. IV.* — R o e d e r e r: *Progr. de hydropse ovarii. Gött. 1762.* — J. L i z a r s: *Observ. on extract. of diseased ovaria. Edinb. 1825. A. d. E. Weimar. 1826, z 5 kolorow. miedzioryt.* — E. J. S e y m o u r: *Illustr. of some of the principal diseases of the ovaria etc. London, 1830.* — B o i v i n - D u g è s: *Mal. de l'uterus. II. p. 519.* — E. B l a s i u s: *Comment. de hydropse ovarior. profluente. Halae, 1834.* — J. H a m i l t o n: *Fract. observat. on various subjects relating to midwif. Edinb. 1836. A. d. E. Berlin. 1838, p. 35.* — C. C l a y: *Cases of the periton. section for the extirpat. of diseas. ovaria etc. Lond. 1842.* — G. S o n t h a m: *Removal of a dropsical. ovary. London 1843.* — S. J e a f f r e s o n: *London. med. Gazette, 1844. Sięp. Paźdz.* — C a m m u s: *Révue médic. 1844. Listop.* — S. L e e: *On tumours of the uterus and its appendages. London. 1847. A. d. E. Berlin. 1848, p. 133.* — A. C h é r e a u: *Union medic. 1848. Nr. 65.* — V i r c h o w: *Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. z. Berlin. VIII. p. 197.* — B ü h r i n g: *Die Heilung der Eierstocksgeschwülste. Berlin. 1848.* — K i w i s c h: *l. c. II, p. 72.* — P a g e n s t e c h e r v. K i l l i a n: *Rhein. Monatsschr. III, 2.* — R. L e e: *Dubl. med. Press. Dec. 1850, oraz Lancet. Dec. 1851.* — T i l t: *London. Gaz. Jan. 1851.* — M a r t i n: *Eierstockswassersuchten. Jena. 1852.* — B o i n e t: *Bull. de therap. Août. 1852.* — W a g n e r: *Verhdl. d. Ges. der Geburtsh. z. Berlin, p. 181.* — S c a n z o n i: *l. c., p. 352.* — B o i n e t: *Gaz. des hôp. Nr. 44, 1855.* — A t l e e: *Americ. journ. of med. scienc. April. 1855.* — C a r l F o c k: *Monatsschr. f. Geburtsk. VI, 1856.* — A d. R i c h a r d: *Bull. génér. de therap. Février. 28. 1857.* — L a b b é: *Bull. de la société anatom. Mai. 1857.* — *Discussion sur les cystes de l'ovaire.*

Bullet. de l'acad. imp. de méd. XXII,—G. Simon: *Scanzoni's Beitr. z. Geburtstk. III. 1858*.—Baker Brown: *Brit. med. journ. Nr. 50. 1857*.—Ch. West: *Lectures. II. London. 1858*.—Rokitansky: *Allg. Wien. med. Zeit. Nr. 34—35. 1859; Wien. medicin. Jahrb. Jahrgang 21. II, p. 132 i Lehrb. III, p. 419*.—Spiegelberg: *Monatsschr. f. Geburtstk. August—September, 1859*.—G. Hewitt: *Lancet. April. 9. 1859*.—Simpson: *Medic. tim. and gaz. 1859—1860*.—Hamilton: *Amer. journ. April. 1859*.—Baker Brown: *On surgical diseases of women. II edit. London. 1861*.—Tenzel: *On ovarian dropsy. London. 1862*.—Hennig: *Monatsschr. f. Geburtstk. August. 1862*.—Nélaton: *Union méd. Nr. 143—146. 1861*.—Démarquay: *Gaz. méd. de Paris. Nr. 6. 1862, i Gaz. des Hôpit. Nr. 95. 1862*.—Gurlt: *Monatsschr. f. Geburtstk. August. 1862*.—John Clay: *Chapters on diseases of the ovaries, translated from. Kiwisch's clinical lectures, with an appendix on ovariectomy. London 1860 i Med. tim. and gaz. 1862. I. pag. 640*.—Wilson Fox: *On the origin, structura and mode of development of the cystic tumours of the ovary. From Vol. XLVII. of the Med. chir. transact.*—Winckel: *Eine Ovariectomy. Antrittsprogramm. Rostock 1864*.—Eug. Dutrit: *Die Ovariectomy in England, Deutschland und Frankreich. Würzburg. 1864*.—Klob: *Path. Anat. p. 344*.—Spencer Wells: *Diseases of the ovaries; their diagnosis and treatment. In two volumes. Vol. I. London. Churchill and sons. 1865. Pg. 376, przełoż na niem. przez Fr. Küchenmeister. Leipzig. 1866*.—Koeberle: *Sur le traitement des kystes de l'ovaire par l'ovariectomy, avec six nouvelles observations. Paris. 1865*.

Części płciowe niewieście w ogóle, a osobliwie też jajniki, usposobione są do rozwijania się w nich torbieli. Torbiele bywają albo pojedyncze, albo złożone. Pojedyncze powstają niewątpliwie z przestoczenia istniejących już przed tém przestworów, — z pęcherzyków Graffa. Niekiedy zdarza się nawet napotykać obok siebie wszystkie stopnie przechodnie od zupełnie prawidłowych pęcherzyków, do większych torbieli; a Rokitansky'emu udało się raz, w torbieli wielkości fasoli, wynaleźć jajko, które zazwyczaj wcześniej marnieje, skutkiem nagromadzenia się surowicy. Tenże sam badacz wykazał, że w wyjątkowych razach, nawet pęknięty pęcherzyk zamiast uleść zwykłej przemianie wstecznej, i zmienić się w ciało żółte, przerodzić się może w torbiel. Torbiele pojedyncze zdarzają się niekiedy samotne, najczęściej jednak bywa ich kilka, lub mnóstwo razem; w ostatnim razie,

torbiele skupione obok siebie, spłaszczają się wzajemnie, przybierając postać wielościenną, gdy tymczasem niektóre rosną bez przeszkody ku obwodowi. Zwykle cierpi jeden tylko jajnik; ale też nierzadko rozwijają się torbiele i w obu równocześnie. Oddzielne torbiele częstokroć tak bywają małe, że jajnik, w którym się rozwinęły, nie przechodzi wielkością jaja lub pomarańczy; wszakże niektóre z nich lub więcej, mogą sięgać objętości głowy, a nawet jeszcze znaczniejsze przyjmować rozmiary. Ściana ich składa się z warstwy tkanki łącznej, zmiennnej grubości, która przechodzi w podścielisko i od wewnątrz wysłana jest nabłonkiem. Zawartość stanowi najczęściej bezbarwny lub żółtawy płyn surowiczny lub surowiczo-białkowany, rzadziej ciągnący się lub galaretowaty; a jeżeli miały miejsce krwotoki do wnętrza torbieli, to płyn ten, stosownie do ilości przymieszanej krwi i dalszych przemian, bywa czerwono-brunatny, podobny do osadu w kawie. Skutkiem przebytych zapaleń wewnętrznej powierzchni torbieli, a zatem często po przekłuciach, zawartość staje się ropiastą lub posokowatą. Przelotne zapalenia otrzewnej zmieniają też i zewnętrzną powierzchnię, która traci wejrzenie gładkie i połyskujące, grubieje, i zrasta się z przyległymi organami.

Zbiorowe torbiele pojedyncze stanowią przejście do złożonych czyli wielokomorowych. Tam gdzie ściany wielu pojedynczych torbieli, podczas wzrostu, zbliżają się do siebie i stykają ze sobą, mogą przegrody stopniowo, skutkiem ucisku, zanikać, tak, że ostatecznie znaczniejsza ilość torbieli łączy się na jedną większą, w której tu i owdzie spostrzegać można niezupełne przegrody i przewężenia, będące oznaką jej pochodzenia. Zwykle jednak, torbielaki złożone odznaczają się olbrzymią ilością składających je większych i mniejszych przestworów. Fakt ten dał powód do wniosku, że prawa rozwoju tego rodzaju guzów, muszą być zupełnie różne. Wszakże w obec niezwykłej ilości pęcherzyków istniejących w każdym jajniku, okoliczność ta wcale nie mogłaby przyjść pod uwagę, gdyby, ściślejsze poszukiwania z różnych stron podjęte, nie doprowadziły prawie ogólnie, do tego rezultatu, że pęcherzyki Grafa, nie tylko że nie biorą udziału w powstawaniu guzów wielokomorowych, ale nawet marnieją przytém. Kiwisch wyraził to zdanie przynajmniej dla pewnej części guzów, które oddzielił od torbielaków dając im nazwę zwyrodnienia dołkowatego, „alveoläre Entartung,” gdyż początek ich rozwoju upatrywał w powstawaniu wśród podścieliska jajnikowego, licznych komórkowatych przestworów, wypełnionych płynem białkowanym lub papką galaretowatą. Rokitsky, odnośnie form złożonych, doszedł do podobnego poglądu; uważał bowiem za sprawę pierwotną, przemianę podścieliska w twór

krokiewkowaty, składający się z zamkniętych, masą klejową wypełnionych torebek. V i r c h o w dla torbieli nie pojedynczych wprowadził nazwę: „Eierstocks-Colloid.” Według jego opisu, powstają najpierw małe przestwory wysłane nabłonkiem, i zawierające w sobie substancję klejową. Niektóre z nich rusną naturalnie ku obwodowi, i tym sposobem przybierają postać ostrokęgów z wierzchołkami zwróconemi ku wewnątrz. Skutkiem wzajemnego uciskania się, ściany zanikają; nabłonki tłuszczeją, i w zlanych ze sobą przestworach, jako delikatne prążki, oznaczają granice dawnych. Masa klejowa może w niektórych częściach guza rozmiękać, zamieniając się w płyn mętny, żółtawy, zawierający znaczną ilość białka lub metalbuminu; zaś w skutek tłuszczowego przeistoczenia nabłonków — tłuszcz wolny, a zwłaszcza obfitą ilość kryształów cholesteryny. Niekiedy bywa też domieszana i krew, gdyż z zanikłych ścian przestworów pozostają naczynia krwionośne, później ulegające zniszczeniu; albo też pękają naczynia w ścianach przestworów powstałych ze zlania się innych, a to skutkiem rozciągania tych ścian. F ö r s t e r śledził za opisywaną tu sprawą jeszcze dalej wstecz. On utrzymuje, że sprawa ta poczyną się przerostem podścieliska, następującym w skutek rozwoju tkanki łącznej i wytwarzania się kupek jąder i komórek w tej tkance, gdy ona jest jeszcze w stanie zarodkowym; później, w miarę dojrzewania owiej tkanki, powiększają się komórki w kupkach i wypełniają substancją klejową, zaś z komórek najpowierzchniejszych powstaje nabłonek ściany włóknistej.

Nowszemi wszakże czasy, K l o b i W i l s o n F o x (ostatni, idąc za naszym zdaniem) pokusili się, i to z pomyślnym skutkiem, objaśniać powstawanie kolloidów jajnikowych zmianami w pęcherzykach G r a a f'a. Wyniki do jakich doszedł F o x, zupełnie się różnią od opisu Förster'a, ale zgadzają się z podaniami V i r c h o w'a; jeżeli wykazane przezeń sprawy, zechcemy uważać za proces wtórny, występujący w ścianie macierzystej torbieli, zaś rozwój macierzystej torbieli wyprowadzać będziemy od przeistoczeń pęcherzyków G r a a f'a.

Według F o x'a, wtórne torbiele pochodzą w największej części z kosmkowatych i gruczołowatych wybujałości torbieli macierzystej. Na wewnętrznej powierzchni tej ostatniej podnoszą się komórki, złożone z pętliczki naczyniowej, małej ilości tkanki łącznej i wielu warstw nabłonka. Pojedyncze, rzadko kiedy dosięgają znaczniejszej długości nad $\frac{1}{10}$ lub $\frac{1}{6}$ cala. Jeżeli rozwija się ich wiele obok siebie, to powstają między nimi dętki kształtu gruczołów L i e b e r k ü h n'a lub gruczołów łagiewkowych, które się pomnażają w miarę rozgałęziania się kosmków, i rozmaitemi sposobami zamieniają w jamy. Dzieje się to, albo w ten

sposób, że sąsiednie kosmki wyrastają po nad swe otwory i zrastają się ze sobą; albo, że gruczoły, gdy się staną szerszemi, zostają oddzielone przez przegrody wnikające do ich jam od strony ścian; albo, nakoniec, że z podścieliska leżącego u podstawy kosmków, wrastają ku wewnątrz wybująłości, odciskające gruczoły do jamy torbieli. Tym sposobem, wślaniać się mogą w ściany torbieli zarówno pojedyncze gruczoły, jako też całe gromady dętek zmienionych już, skutkiem przejść wyżej wspomnianych; a w tém samém miejscu na nowo powtarzać się może wytwarzanie kosmków. Nowopowstałe torbiele potomne, okazują takąż samą dążność do wytwarzania wybująłości kosmkowatych, i t. d., skutkiem czego budowa tych guzów staje się coraz bardziej złożoną. Ponieważ nabłonek gruczołów, jedno lub wielowarstwowy odluszcza się i tłuszczeje, przeto ich budowa z początku bywa niewyraźna; a gdy przemiana wsteczna dalej postąpi, powstają nieregularne przestwory— siatka *Rokitansky'ego*. Jeżeli podścielisko ściany stłuszczeje, to torbiel pęka, najczęściej do jamy torbieli macierzystej; rzadziej na powierzchni zwróconej ku otrzewnej. W razie nadmiernego bujania wtórnych torbieli, ściana ich może zaniknąć, a pozostanie tylko massa bezładnie z sobą poplątanych gruczołów, kosmków i torbieli. W innych przecież razach grubieje i ściana równocześnie, a wtedy, stosownie do tego, czy przeważa podścielisko czy massa gruczołowa, powstaje albo t. z. torbieliomęsak (*Cystosarcoma*), albo gruczołak (*Adenoma*); zaś w razie znaczniejszego porozszerzania włóbiomych gruczołów, torbieliomęsak gruczołakowaty maciczny jajnika (*cystosarcoma adenoides uterini ovarii*) *Rokitansky'ego*).

Fox zwraca uwagę na to, że powstawanie wybująłości gruczołowych, nie ma procesu analogicznego w innych organach; zaś przemiana dętek w torbiele, przedstawia wielkie podobieństwo do rozwoju pęcherzyków *Graaf'a* z tworów dętkowatych odsznurowujących się, jak wykazał *Pflüger*.

Oprócz wyżej wymienionych, bywają jeszcze i inne sprawy, sprowadzające również wytworzenie się wtórnych torbieli w jajniku uległym puchlinie.

W cienkościennych torbielach powstają niekiedy wyrosłe podobne do torebek, otwierające się na wewnątrz wązkim otworem, zaś na zewnętrznej powierzchni ściany tworzące obszerne worki. Te to przysadki wrastać mogą do przyległych torbieli.

W podobny sposób powstają w torbielach pierwotnych wyrostki, które się odłączają i zamieniają w nowe torbiele; znajdujemy je osobliwie w zbitych częściach podścieliska. Nareszcie i wybująłości *brodawkowate* wychodzące z wewnętrznej powierzchni torbieli

mogą wytwarzać nowe dętki a nawet torbiele. Przy powstawaniu tych wybijałości, tkanka łączna nierównie większy bierze udział, aniżeli przy powstawaniu kosmków; a skutkiem rozgałęziania się krzaczkowato, brodawki zamieniają się na guzy znaczniejszej objętości, dochodzące nawet wielkości pomarańczy. Pomiedzy niemi samemi, pomiedzy ich rozgałęzieniami, wreszcie u podstawy pomiedzy ich powierzchnią a ścianą torbieli, istnieć mogą przestrzenie zatokowate, które się zmieniają w małe torbiele. Godném jest jeszcze wzmianki, że wybijałości brodawkowate często tłuszczeją i rozpadają się, a przez to zawartość torbieli w której się one rozwinęły bywa podobną do gęstej zupy grochowej. Przeistoczenie to może się szerzyć od podstawy narośli, mniej lub więcej w głąb ściany torbieli; wszakże pęknięciu i wylaniu się zawartości na zewnątrz sprzeciwia się rozwijające się tutaj częściowe zapalenie otrzewnej.

Zatém, według poszukiwań Fox'a, między torbielami pojedynczemi a macierzami torbielaków złożonych ta tylko istnieje różnica, że w ścianach tych ostatnich, skutkiem spraw różnego rodzaju, rozwijają się wtórne torbiele. Stosownie do rozległości tych spraw w rozmaitych wypadkach i w rozmaitych miejscach jednego i tego samego guza, bywają też wielorakie różnice w grubszej budowie torbielaków. Dopóki zwyrodniały jajnik miernie tylko jest powiększony (do objętości jaja), bywa okrągławy, o powierzchni nie zbyt nieregularnej. Już przez jego surowiczą powłokę, a wyraźniej jeszcze na przecięciach, daje się spostrzegać znaczna ilość torbieli, po większej części nie przechodzących wielkością konopnego nasienia. Później jedna lub dwie torbiele znacznie się powiększają, gdy tymczasem inne małej ulegają zmianie; guz dochodzi wielkości głowy, albo jeszcze większej, i wygląda, jak pojedyncza lub podwójna torbiel, o cienkiej ścianie, z wyjątkiem podstawy, gdzie ściana jest znacznie zgrubiała i ma utkanie dołeczkowate. Niekiedy od dołu przylegają do dużej torbieli, inne mniejsze, rozmaitej wielkości; a wewnętrzna powierzchnia pierwszej przedstawia się albo gładką, albo już wgórkowatą, pokrytą wyrośłami gruczołowatemi, gronastemi lub kalaflorowatemi; ściana jęj zaś, skutkiem wżłobienia się w nią torbielek uciśniętych lub mało rozwiniętych, bywa miejscami zgrubiała i siatkowata. W innych razach nie rozwijają się pojedyncze torbiele tak przeważnie; guz przez długi czas pozostaje ściśle wielekomorowym, i dopiero gdy dojdzie objętości takiej, jaką ma macica pod koniec ciąży, lub jeszcze większej, z powierzchni jego podnoszą się w jednym lub kilku kierunkach wielkie torbiele. Opisaliśmy tu główne tylko typy; bywają jednak wszelkie możliwe formy pośrednie.

Zawartość pojedynczych przestworów torbielaka jajnikowego, wielką przedstawia rozmaitość. W najmniejszych ma ona zwykle spoi-
stość galarety; w miarę ich wzrostu staje się płynniejszą, a w końcu podobną do białka, a nawet prawie wodnistą. Z tém wszystkiém, napoty-
kamy niekiedy w małych nawet torbielach płyn zaledwie klejkowaty,
jak znowu w różnych większych jamach znaczniejszych torbielaków,
choćby bezpośrednio do siebie przylegających, zawartość zupełnie
różnej natury. Badania *Virchow'a* ¹⁾, *Scherer'a* ²⁾, *Eich-*
wald'a ³⁾ i innych, wykryły, że różnice te zależą głównie od więk-
szej lub mniejszej obfitości ciał śluzowatych i białkowatych, jako też
od własności tych ostatnich. Substancja klejowata, różniąca się od
mucyny brakiem ścinania się za dodaniem kwasu octowego, według
Eichwald'a niczém inném nie jest, jak mucyną zmodyfikowaną,
pochwyconą w przejściu na pepton śluzowy, bardzo łatwo w wodzie
rozpuszczalny. Przemiana substancji koloidalnej w pepton śluzowy,
przychodzi do skutku pod wpływem ciepłoty ciała zwierzęcego, przy
wstrzymanym przystępie powietrza, już po paru tygodniach; a tém sa-
mém następuje z czasem i w torbielach guzów koloidalnych. Białko,
dające się wykryć w takich torbielach, bywa albo wolne, albo też pod
formą białkanu sody, i w miarę powiększania się torbieli, bierze ono
przewagę nad ciałami należącemi do grupy mucyny. Białkan sody nie
zmienia się już dalej; zaś białko wolne (albumin), przechodzi przez
stopnie pośrednie: paralbumin i metalbumin w pepton białkowy. To
też zawartość torbieli, w miarę ich wzrostu, coraz mniej zupełnie się ści-
na przy zagotowaniu i za dodaniem wysokoku. Prócz substancji klejo-
watéj i białka, oraz ciał z ich przeistoczenia wytworzonych; tłuszcz bywa
zwyczajną, a krew—często napotykaną częścią składową zawartości
torbieli. Pierwszy, występuje jako wolny w ziarenkach, kropelkach
i kryształach, albo w komórkach ziarnistych, i bywa niekiedy ułożony
prążkowato, odpowiednio przegrodom i wybujalnościom z których pocho-
dzi; co częstokroć widzieć nawet można przy opróżnianiu torbieli za po-
mocą trójgrańca.

Przyczyny. Puchlina jest najczęstszą z chorób jajników, i w ogóle,
jedną z częstszych chorób przyrzędu płciowego. Zdarza się ona częściej

¹⁾ l. c.

²⁾ *Chemische und mikroskop. Untersuch.* 1848, oraz *Verhdl. d. Phys.*
n. Med. Ges. zu Würzburg. II. 1852.

³⁾ *Würzb. med. Ztschr.* V. Heft. 4—6. 1864.

z jednej, aniżeli z obu stron. Zestawiając razem wypadki zebrane przez S. Lee, Chéreau, Scanzoni'ego i West'a widzimy, że 201 razy zajęty był prawy jajnik, 148 lewy, a 66 oba. Wszelako spostrzeżenia robione za życia chorych, nie wystarczają do rozwiązania tej kwestyi; gdyż w takich okolicznościach, nie zawsze z dostateczną pewnością jesteśmy w stanie określić siedlisko jednostronnego cierpienia, a jeszcze trudniej przychodzi nam ocenić stan drugiego jajnika. Jeżeli zaś ograniczymy się, jak to być powinno, na wynikach gromadzonych na stole sekcyjnym, to przewaga tak znaczna choroby jednostronnej, w wyżej podanych cyfrach, znacznie się uszczupli; a w tej znowu zmniejszy się przewaga cierpienia prawostronnego. West, z pomiędzy spostrzeżeń tu się odnoszących, pochodzących od niego samego, R. Lee i Scanzoni'ego, wyliczył, że 26 razy cierpiał prawy jajnik, 23 razy lewy, a 26 razy oba. Z rozpatrzenia protokółów zakładu anatomo-patologicznego w Würzburgu, które przedsięwzięto ostatnimi czasy z polecenia Scanzoni'ego, wykazało się, że 48 razy choroba była jednostronną a 51 obustronną; zaś z pomiędzy pierwszych 48-miu wypadków, 24 razy cierpiał jajnik prawy i tyleż razy lewy. Z tego się pokazuje, że zwyrodnienie obustronne zdarza się nierównie częściej, aniżeli dawniej sądzono, i być może nie wiele rzadziej niż jednostronne; jakoteż, że prawy jajnik bynajmniej niema większej skłonności do opisywanej obecnie choroby, niż lewy; czego by nawet zupełnie nie było można wytłumaczyć. Torbielaki złożone zdarzają się nierównie częściej, aniżeli pojedyncze torbiele. West i Scanzoni naliczyli łącznie 42 wypadki z pierwszej kategorii, na 15 z drugiej.

Małe, mnogie torbiele, widywano okazyjonalnie już w najwcześniejszej epoce życia po za macicznego; zaś rozwijanie się torbielaków przed nadejściem dojrzałości płciowej, między innymi i my sami mieliśmy sposobność spostrzegać. Wszakże przed 20-tym rokiem życia puchlina jajnika rzadko się przytrafia; a z drugiej znowu strony, jeżeli zostanie dostrzeżoną już po wygaśnięciu zdolności płodzenia, to początek jej odnosić należy do wcześniejszych okresów życia. Scanzoni i West notowali wiek, w którym u 165 chorych wystąpiły pierwsze objawy; przypadały one:

między 13 a 25 rokiem życia,	u 11,5%
„ 25 a 30 „	u 15,1 „
„ 30 a 35 „	u 21,2 „
„ 35 a 40 „	u 27,8 „
„ 40 a 45 „	u 12,1 „

między 45 a 50 rokiem życia, u 6,0%
 „ 50 a 60 „ u 5,4 „

Wyniki te zgadzają się w zupełności z wynikami S. L e e, otrzymanymi z zestawienia 135 wypadków, według których choroba między rokiem 20 a 40-tym po raz pierwszy spostrzeżoną została u 82-ch chorych = 61%, a między r. 40—50 u 26 = 19%. Widocznym tu jest niewątpliwy wpływ miesiączkowania. Z pomiędzy 301 chorych, wyszczególnionych przez S. L e e, S c a n z o n i'ego i W e s t'a, było 89 = 29,5% niezamężnych, a przynajmniej takich, które nigdy nie były w ciąży; zaś z pomiędzy 97 osób, o których S c a n z o n i wspomina, było 16 prawdziwych dziewic. W powyższych zestawieniach uderza wielka częstość, bo aż 34% wynosząca, kobiet nieplodnych, jakotóż to, że na każdą z tych które pozostawały płodnymi, przypadało przeciętnie tylko po 3,1 ciąży. To zmniejszenie płodności o połowę, uważane być musi za następstwo, nie za przyczynę cierpienia jajników; zaś stosunkowo częste przytrafianie się tego ostatniego, nie tylko u kobiet nieplodnych, ale nawet u niezamężnych, a tém bardziej u dziewic, jest nowym dowodem, że czynność miesiączkowa wywiera tu wpływ stanowczy. Od wpływu tego pod pewnym względem ochraniają stosunki płciowe (a tém samym związek małżeński) o ile dają możność zajścia w ciążę, a z nią, czasowego powstrzymania przekrwień miesiączkowych. Okoliczność ta zdaje się objaśniać fakt wyżej przytoczony, że guzy jajnikowe rzadziej rozwijają się w 6 lustrum aniżeli w 7, a w tém znowu rzadziej niż w 8. Częstość zapłodnień w tych okresach czasu stopniowo téż się zmniejsza. Różnice w cyfrach byłyby jeszcze znaczniejsze, gdyby okres płodowy ze swój strony nie usposabiał szczególniej do tego rodzaju chorób. A że mimo to, różnice owe są bardzo wyraźne, to dowód, że sprawy odbywające się podczas miesiączkowania, mają pod tym względem nierównie większe znaczenie. Odplywy miesięczne o tyle tylko sprzyjać mogą przerodzeniu pęcherzyków G r a a f'a, o ile zakłóconym zostaje przebieg ich fizjologiczny; a że zakłócenia takie nie koniecznie uwydatniają się widocznymi objawami, więc téż łatwo zrozumieć, dla czego z 68 chorych W e s t'a, tylko 5 miało bolesną miesiączkę, a żadna nie miała nadmiernej. S c a n z o n i w liczbie 57 wypadków był w stanie wyśledzić 12 razy miesiączkę bolesną, 5 razy obfitą, a 19 razy błednicę. Znaczenie patogenetyczne téj ostatniej określiliśmy już na stronnicy 4.

Usiłowania lekarza, aby w danym wypadku wykryć przyczynę puchliny jajnika, utrudnia to jeszcze, że choroba ta zazwyczaj rozwija się

niepostrzeżenie, i odkrytą zostaje wtedy dopiero, gdy guz dojdzie pewnej wielkości, a zatem niekiedy dopiero po wielu latach jej istnienia. Czasami wszakże, z wielkiem przynajmniej prawdopodobieństwem odnieść ją było można do wywołanego przeziębieniem nagłego przytłumienia miesiączki, do zapalenia macicy i jajników, a jeszcze częściej do przekrwień i zapaleń pęłogowych. Jeżeli to nie były myłne tylko pozory, to i tak w żadnym razie nie powinniśmy przeceniać doniosłości związku, między pęłogiem a rozwinięciem się torbieli w jajniku; co więcej, opierając się na rezultatach badań anatomo-patologicznych i statystycznych, nie wolno nam nawet sądzić, że początek choroby łatwiejszym będzie do pojęcia, jeżeli go poprzedziły sprawy pęłogowe.

Objawy. W rzadkich tylko wypadkach, jeżeli choroba jest widocznie zapalnego pochodzenia, już pierwszym jej początkom towarzyszą wyraźne przypadłości. Tak np. K i w i s c h spostrzegał, że wśród gwałtownych objawów, tak miejscowych jako też ogólnych, rozwijały się torbiele, które już w 10—24 dni dochodziły wielkości pięści a nawet głowy dziecięcej. Zwykle, dopiero po upływie pewnego czasu, przychodzą przypadłości zależące od ucisku jaki wywiera guz na organa, zawarte w małej miednicy. A ponieważ małe torbiele najczęściej opuszczają się do dołu D o u g l a s'a, przeto najczęstszym a zarazem najpierwszym jej objawem bywa zaparcie stolca. Kał i gazy gromadzą się w kiszka, raz w skutek uciśnięcia odbytnicy, drugi raz, w skutek obawy bólu, towarzyszącego oddawaniu stolca; a długo tam pozostając, sprawiają silne wzdęcie brzucha. Wkrótce przychodzą także zaburzenia w czynności pęcherza moczowego, objawiające się jużto częstym pozywaniem do oddawania moczu, już znowu przechodniem zatrzymaniem tegoż. Do tego, często-kroć dołącza się uczucie tłoczenia i ciężaru w miednicy, albo też prawdziwy ból w okolicach: krzyżowej, lędźwiowej i udowej, dokuczający chorym raz przeważnie podczas stania, drugi raz podczas leżenia, na jednym lub na drugim boku. Ucisk, jaki guz wywiera na pnie nerwowe i naczyniowe jednej, rzadziej obu kończyn, wywołwać w nich może drętwienie i mrowienie, obrzmienie lub żyłaki. Często też, w początkach choroby, spostrzegać można i innego rodzaju objawy współczuciowe, podobnie jak podczas ciąży; tak np. nudności, wymioty poranne, omdlenia, kłucie w sutkach. Sympatyczne cierpienie tych ostatnich organów, może się posunąć aż do brunatnego zabarwienia obwódok brodawkowych, do obrzmienia leżących na nich gruczołków łojowych, i do wydzielania siary (*colostrum*). Podczas trwania miesiączki, która zazwyczaj dość długo pozostaje niezakłóconą, pogorszają się najczęściej wszystkie, wyż przyto-

czone dolegliwości, a osobliwie bóle miejscowe. Dość często można przy tém stwierdzić, że torbiel stanowczo się powiększyła. Temu miesięczkowemu przekrwieniu przez kilka dni towarzyszyć może gorączka, a obok tego mogą nastąpić mniej lub więcej obfite krwotoki do wnętrza większych worków.

W miarę tego, jak guz, ciągle rosnąc, wznosi się z małej miednicy do jamy brzusznej, łagodnieją zazwyczaj objawy ucisku. Wszakże zaburzenia w oddawaniu moczu zwykle pozostają, chociaż guz jajnikowy znacznych dojdzie rozmiarów; gdyż pęcherz moczowy bywa przezeń targany, a ztąd częste pozywanie do oddawania moczu, niekiedy nawet mimowolne jego odchodzenie. Jeżeli z czasem guz wypełni całą jamę brzuszną, to skutkiem uciśnięcia dróg moczowych i zaciśnięcia moczowodów, wydzielanie moczu może być zupełnie wstrzymane. B u r n s i S c a n z o n i zauważyli, że jeżeli pod ten czas wykonamy przekłucie torbieli, to odpływ moczu natychmiast wraca, i trwa dopóty, dopóki płyn nie zbierze się na nowo.

W niektórych razach, w miarę powiększania się jajnika, objawy ucisku organów miedniczych, nie tylko nie ustępują, ale się właśnie wzmagają. Ma to miejsce wtedy, gdy torbiel albo rozrasta się przeważnie ku dołowi, albo przynajmniej częściowo pozostaje w jamie miednicy. To może dać powód do wypadnięcia macicy, pochwy, a nawet i odbytnicy.

Im guz więcej rośnie, tém więcej rozciąga brzuch. Skóra na brzuchu przedstawia się napiętą, połyskującą, a żyły w niej przebiegające, porozszerzane. Przy położeniu na wznak, brzuch nie spłaszcza się pośrodku jak przy swobodnej wodnej puchlinie. Wzdęcie częstokroć bywa niejednostajne; z jednej strony wyraźniejsze niż z drugiej. Skoro wielkość guza, przejdzie wielkość jaką przedstawia macica pod koniec ciąży, wtedy organa brzuszne i piersiowe zaczynają doznawać nadzwyczajnego ucisku. Chore nie mogą już wiele jeść i pić, łatwo wymiotują, a każde wytworzenie się gazów w kiszkaach, bardzo im dokucza. Przepona zostaje silnie uniesioną ku górze; żebra rzekome i wyrostek mieczykowaty mostka zostają wywinięte na zewnątrz; serce—przemieszczone; dolne zrazy płuc—uciśnięte i pozbawione powietrza; górne—rozdęte. Nierzadko, skutkiem zastojów w żyłach nerkowych, powstaje znaczny białkomocz.

Pod wpływem rozwijającej się teraz w o d n i s t o ś c i k r w i, nacisk wywierany na naczynia miednicy, bardzo łatwo powoduje znaczne obrzmienie kończyn dolnych. Chorem z coraz większą trudnością przychodzi stać i chodzić, a w końcu nie mogą wcale opuszczać łóżka.

Od czasu do czasu przychodzą nader gwałtowne, niby porodowe bóle, których przyczyna, jak i prawie stale istniejącego śluzotoku, bywa przemieszczenie i targanie macicy. Zwykle jajnik ciągnie macicę do góry; niekiedy leży ona między guzem a odbytnicą; rzadziej bywa zepchniętą ku szparze sromnej; a przytém prawie zawsze bywa przedłużoną, częstokroć nawet o kilka cali.

Podczas wzrostu guza, niejednokrotnie rozwijają się zapalenia tak na zewnątrz, jako téż na wewnątrz jego powierzchni. Pierwszym, chyba wtedy tylko, jeżeli są bardzo ograniczone, lub przebiegają w sposób nader przewlekły, ból nie towarzyszy. Sprowadzają one pospolicie zrosty torbieli z otaczającymi organami, a zwłaszcza z macicą i jej częściami dodatkowymi; dalej — z pęcherzem moczowym, ścianą brzuszną i okrężnicą; rzadziej z wątrobą, jelitami i t. p. Zapalenia wewnętrznej powierzchni torbieli występują niekiedy dobrowolnie; najczęściej jednak w następstwie przeklucia, i mogą przebiegać bez żadnych miejscowych przypadłości, wśród objawów gorączki gastrycznej, reumatycznej lub tyfoidalnej.

Przelotne te cierpienia bywają nierzadko pierwszym powodem do zmian w ogólnym stanie chorych, które bez nich częstokroć bardzo długo dobrze się trzymają. Zaburzenia w miesiączkowaniu zjawiają się zazwyczaj dopiero wtedy, gdy odżywianie zostanie już w wysokim stopniu upośledzone; dzieje się to w ogóle nierównie wcześniej, jeżeli oba jajniki równocześnie uległy zwyrodnieniu; chociaż i tu zupełny brak odpływów miesięcznych nie jest konieczny. W ogóle, torbielaki daleko łatwiej aniżeli torbiele sprowadzają zaburzenia w miesiączkowaniu.

Przebieg choroby bywa jużto szybszy, już powolniejszy. Niekiedy guz rośnie bardzo wolno, przestankowo; w przerwach przedstawia się niezmiennym, nawet wiotkim, i dopiero późno, gdy dojdzie znacznej objętości, wywołuje istotne dolegliwości. Czasem znowu, już guz miernej wielkości staje się powodem nieprzerwanych cierpień; wszelako takie powstrzymanie wzrostu, bezporównania częściej się zdarza przy torbielach pojedynczych, aniżeli przy torbielakach. Nie wiele chorych osiąga 50 lat życia; większa część ulega pod cierpieniem już po niewielu latach, a nawet miesiącach. S. L e e obliczył średni czas trwania choroby na 2 lata; w 26 na 131 wypadków, choroba trwała przeszło 10 lat, a w kilku nawet przeszło 30. Pogorszenie stanu chorych zwykle szybko się rozwija. Chore, które przed niedawnym czasem miały się dość znośnie, zaczynają gorączkować, tracą apetyt i sen, prędko chudną, i umierają skutkiem puchliny brzusznej i piersiowej, oraz obrzęku płuc. Inne dostają

nagle napadu duszności, który przemija, lecz wraca po dniach kilku, i teraz, lub za następnym razem, przyprawia chorą o śmierć. Wielekroć, szczególnie jeżeli torbiel sama przez się pęknie, lub też sztucznie zostanie opróżniona, przelotne zapalenia guza bywają śmiertelnymi.

Wyjątkowo zdarza się wprawdzie prawie dobrowolne wyzdrowienie, albo też rzeczywiste uleczenie drogą natury. Torbiele mogą się zmniejszyć, skutkiem wchłonięcia.

H u s s ¹⁾ opisuje jeden wypadek, w którym guz jakoby dwudzielny, regularnie na krótki czas przed nadejściem peryodu miesięcznego zmniejszał się, a po przejściu takowego, znowu się powiększał. Powtarzało się to nawet jeszcze wtedy, gdy torbiel przekroczyła wysokość pępka. Dalej, doświadczenie przekonywa, że torbiele, po prostym przekłuciu, znowu się napełniają; przez kilka tygodni pozostają napełnionymi, a potem stopniowo mogą zniknąć. H e n n i g znowu spostrzegał trwale zmniejszenie się pojedynczej torbieli, pod wpływem ciąży. Można więc myśleć, że jeżeli nie jedno, to drugie podanie, dotyczące dobrowolnego trwałego zmniejszenia się, albo nawet zupełnego wchłonięcia torbieli, bez współdziału wyżej wymienionych okoliczności, nie polegało na błędnym rozpoznaniu, jak oczywiście większa część podobnych podań. Jest rzeczą niewątpliwą, (co i my sami mieliśmy sposobność widzieć), że zapalenie powłoki surowiczej, jeżeli sprowadzi znaczne zgrubienie ścian małych torbieli, tak może je o torbić, że dalszy wzrost stanie się nie możliwym. Podobnie i zwapnienie ścian torbieli następujące niekiedy w skutek przeistoczenia tłuszczowego tkanki łącznej, analogiczne z processem ateromatycznym w tętnicach, jeżeli dojdzie niezwykłej rozległości, może przeszkodzić dalszemu rozwijaniu się guza. Wszakże wypadek jeden, przytoczony przez M a y n e'g o ²⁾ przekonywa, że to nie usuwa jeszcze wszelkiego niebezpieczeństwa. Guz, wielkości pomarańczy, otoczony łupiną jak kość twardą, i pozostający już 20 lat w tym stanie, pękł jednak ostatecznie do jamy otrzewnej, w miejscu, gdzie brakowało skorupy wapiennej. Tu więc, ten sam process (ateromatyczny), który utrzymywał guz w niezmiennym stanie przez 20 lat, chociaż późno śmierć sprowadził.

Niekiedy łączność torbieli z jajowodem, daje nagromadzonej cieczy możność odpływania od czasu do czasu przez macicę i pochwę na zewnątrz. R i c h a r d pierwszy badał t. z., „*Kystes tubo-*

¹⁾ H u s s. *Hydrops ovarii periodicus. Allg. med. Centralzt. November 29. 1856.* — *Suellsyntare sjuk. domsfall jakttage of Prof. Dr. M a g n u s H u s s.* Stockholm. 1856.

²⁾ Dublin Hospit. Gaz. Nr. 4 1857.

ovariennes.“ Składają się one z dwóch części: jednej, należącej do jajnika, a drugiej, utworzonej z rozszerzonego jajowodu. Części te, albo nieznacznie jedna w drugą przechodzą, albo téż, w miejscu połączenia przedstawiają wgłębienie lub zcieńczenie. Pierwsza z nich, na wewnętrznej stronie, która odpowiada żółtej warstwie pęcherzyka *Graaf'a*, bywa chropawa, żółto, czerwono lub brunatno zabarwiona. Jajowód zazwyczaj bywa tylko w $\frac{1}{3}$ części zewnętrznej rozciągnięty. W wypadku spostrzeganym przez *Hennig'a* w każdym z jajników istniała torbiel, z którą zlał się sąsiedni jajowód wraz ze swym strzępem; granica między workowato rozszerzonym jajowodem, i torbielą jajnika ozuaczoną była mocno zagłębionym pierścieniem. Zdaniem *Richard'a* torbiele te rozwijają się z pękniętych pęcherzyków, które zamiast się zmienić w ciała żółte, ulegają puchlinie; a tymczasem strzępy jajowodów pozostają przy jajniku, do którego przyłgnęły podczas dojrzewania jajka, i biorą udział w wydzielaniu. Że jednak przyjęte tu fizyologiczne przybliżanie się strzępów jajowodowych do dojrzałych pęcherzyków, stało się, co najniżej, bardzo wątpliwem; więc téż wydaje nam się prawdopodobniejszém, że punktem wyjścia choroby bywa nieżyt jajowodu i pęcherzyka *Graaf'a*, który jest równocześnie powodem sklejenia się obu tych organów, a dopiero później powstałe torbiele wchodzą ze sobą w połączenie. Wypadek spostrzegany przez *Hennig'a*, w którym przeistoczenie z obu stron istniało, a pierwotny rozdział worków był jasno uwydatniony, przemawia właśnie na korzyść takiego tłumaczenia. Bądź co bądź, *Richard* według którego na każde 8—10 puchlin jajnikowych ma przypadać jedna torbiel jajowodo-jajnikowa, niepomrotnie przecenił częstość tych ostatnich. Większa część spostrzeżeń, w których uważano peryodyczne opróżnianie się torbieli przez macicę, dotyczą wypadków prostej puchliny jajnika.

Również rzadko, a może jeszcze rzadziej, zdarza się pęknięcie torbieli i wylanie się jej zawartości do jamy otrzewnej, czy to w skutek coraz większego rozciągania pierwszej, czy téż pod wplywem gwałtu zewnętrznego, upadnięcia, uderzenia, i t. p. Stałem i bezpośredniem tego następstwem bywają mniej lub więcej gwałtowne bóleści, jakotéż objawy ogólnego wyczerpania sił. Można przytém zauważyć wyraźną zmianę kształtu brzucha; ściana pękniętej torbieli, w miarę opróżniania się téj ostatniej staje się coraz trudniej namacalną, a ostatecznie, opukiwanie nie „wskrywa już, jak przedtém, płynu otorbionego, lecz wolny, w jamie brzusznej. Jeżeli wylana zawartość jest czysto surowiczą, a nawet chociaż zawiera białko, lecz jest

zresztą obojętną, to groźne objawy ustępują, a płyn zostaje wchłoniętym. Zazwyczaj torbiel prędkiej czy później na nowo się wypełnia, i może powtórnie pęknąć. Niekiedy jednak ponowne napełnienie się torbieli nie następuje, a worek się ściąga. Gdzie zatem torbiel jest tylko jedna, to na tej drodze zupełne można osiągnąć uleczenie, a nawet w razie istnienia guzów złożonych zawsze nastąpić może długoletnie powstrzymanie ich wzrostu, lub przynajmniej długotrwałe polepszenie. Przeciwnie, jeżeli pęknie torbiel o zawartości klejowatej lub t. p., to rozwija się w następstwie śmiertelne zapalenie otrzewnej. To samo i wylanie się zawartości ropiastej lub posokowatej, następujące zwykle w skutek owrzodzenia ścian torbieli, stale śmierć za sobą pociąga.

Nierównie częściej, aniżeli wylanie się zawartości torbieli do jamy brzusznej, spostrzegano otwórze nie się jej do jednego ze zlepionych lub zrósniętych z nią organów. I tym sposobem nastąpić może polepszenie albo nawet wyleczenie, skutkiem ściągnięcia się worka; częściej się jednak zdarza, że torbiel również wypełnia się na nowo, i przy zdarzonej okazji, pęka. Najczęściej otwierają się torbiele do kiszek prostej albo okrężnicy, lecz niekiedy także i do pochwy, pęcherza, jelit, lub na zewnątrz, przez przednią ścianę brzucha. W razie otwórze nie się do odbytnicy lub pochwy, otwór pozwala się wymacać, a nacisk na torbiel ponawia odpływanie. Pęknięcie torbieli do kiszek grubych, w wypadku referowanym przez L u m p e 'g o, można było rozpoznać, po wypróżnieniach, które stopniowo przybierały podobieństwo do zupy grochowej, do której podobną też była zawartość otrzymana poprzednio przez przekłucie torbieli. Wypróżnienia tego rodzaju przychodziły naprzemian ze zbitymi odchodami kałowemi, i za każdym razem zjawiały się pod postacią biegunki połączonej z kolkami (*Ztschr. d. Wien. Aerzte. Nr. 22. 1858*). U jednej chorąg, lezonej przez B l u u d e l l 'a, od czasu do czasu pojawiała się gwałtowna wodnista biegunka i także wymioty, poczem torbiel zawsze znakomicie się zmniejszała. Tu widocznie istniała komunikacya z najwyższą częścią jelit, C l a y (*Transact. of the obstetr. society of London*) widział otwórze nie się torbieli do pęcherza moczowego, podczas położu. Przed rozwiązaniem musiał on, z powodu zaburzeń w trawieniu i oddechaniu, zrobić przekłucie torbieli, przy czem wypuścił z niej 60 funtów płynu fusowatego. W 10 dni po położu mocz został wstrzymany, a skoro dla wypuszczenia go wprowadzono cewnik, odpłynęło przezeń 9 fuutów brudnej, czekoladowej cieczy, podczas czego część guza, która pozostała jeszcze po przekłuciu zniknęła. Zatrzymanie moczu trwało wciąż jeszcze przez dni 14. A s h w e l l widział kobietę, u której guz peryodycznie opróżniał się

przez pępek; po trzech latach umarła ona na zapalenie otrzewnej. Scanzoni wspomina o dwóch podobnych wypadkach ¹⁾.

Naostatek, skurczenie się, zmarnienie, albo stłuszczenie guza, może być spowodowane skręceniem około osi, którego skutki Rokitański dokładnie studyował. Zarówno mniejsze, jakoteż i większe guzy, jeżeli rozrastając się napotkają w jednym kierunku na zewnętrzną przeszkodę; niemniej także pod wpływem ruchu kiszek, wstrząśnięć, nagłej zmiany położenia ciała, wykonywają ruch, przy którym szypuła ich, utworzona z więzu szerokiego, skręca się około swęj osi. Skręcenie to może być albo połowicze tylko, albo zupełne, 1½- lub 2-krotne, i albo pozostaje nadal, albo téż szypuła odkręca się napowrót, ruchem wstecznym. Im dłuższą jest szypuła, tém łatwiej nastąpić może szybkie przewinięcie się powiększonego jajnika naprzód albo w tył. Następuje to częściej po prawęj niż po lewéj stronie; częściej także na zewnątrz niż na wewnątrz (licząc od strony macicy). Raz dzieje się to raptownie, drugi raz stopniowo; w pierwszym razie nie zawsze pociąga za sobą niebezpieczeństwo, a w drugim, niekiedy z czasem objawy szybko wzmagają się do groźnego natężenia. Skutkiem skręcenia około osi utrudnionym mniej więcej zostaje odpływ krwi przez naczynia przebiegające w szypule, a jeżeli przyjdzie do zupełnego zaciśnięcia tych ostatnich, następuje znaczne przekrwienie, które może za sobą pociągnąć częściowe zapalenie otrzewnej, albo téż krwotok, zapalenie, zropienie, sposoczenie samego guza, jakoteż pęknięcie lub zgorzel ścian torbieli. Jeden wypadek zakończył się śmiercią, gdyż z powodu istniejącego równocześnie zrostu, przy skręceniu guza, kiszka została zaciśniętą. W drugim znowu wypadku nastąpiło uwięźnięcie kiszki, skutkiem tego, że guz skręcając się spowodował przemieszczenie jelita ze skręceniem.

Co się tyczy objawów, jakie skręcenie szypuły za życia wywołuje, mamy pod tym względem spostrzeżenie v a n B u r e n ' a. W wypadku jego rozwinęło się nagle miejscowe ostre zapalenie otrzewnej, a guz stał się równocześnie nieruchomym. Po trzech dniach przyłączyło się do tego gwałtowne zapalenie kiszek, pod którem chora uległa.

¹⁾ Nowsze spostrzeżenia dotyczące otwierania się torbieli do jamy brzusznej lub sąsiednich organów, ogłosili jeszcze: Bartscher: *Monatsschr. f. Geburtsk.* VI. 5. — Gautier: *Union. méd.* Nr. 142. 1856. — R. Lee: *Brit. med. journ.* Nr. 37. 1857. — v. Platzer: *Spitalzt.* Nr. 5, 1859. — Milner Barry: *Medic. tim. and. gaz.* April 2, 1859. — Steinthal: *Monatsschr. f. Geb.* November 1859. — Dissé: *ibid.* November 1857 u. Maerz-April 1860. — Robert Barnes: *Lancet.* August. 3 1861.

Ale o ile skrócenie około osi może być niebezpiecznym, o tyle w niektórych razach działa ono zbawiennie. Powiększony jajnik może się zupełnie odłączyć od macicy, a jeżeli skutkiem poprzednich zrośnień, przyklejony był do niektórych części ściennego lub trzewiowego listka otrzewnej, to wtedy, z powodu utrudnionego dopływu krwi może się skurczyć i stłuszczyć. Wszakże R o k i t a n s k y jeden i jedyny tylko raz miał sposobność widzieć taką sprawę.

Możliwą jest rzeczą, że wielki guz jajnika może się oddzielić od swojej szypuły poprostu skutkiem pociągania go przez zrosty, w podobny sposób jak skutkiem skrócenia około osi. W i n. T u r n e r (*Edinb. med. journ. Februar. 1861*), przy sekcji 70-letniej kobiety, znalazł torbiel tłuszczową, wielkości głowy dziecięcia, która była przyklejona tylną swą powierzchnią do otrzewnej powlekającej trzony pierwszego kręgu krzyżowego i ostatniego lędźwiowego; górną zaś, do brzegu sieci. Lewy jajowód był przerwany, a lewy wiąz szeroki w zaniku. Macica była przemieszczona na lewo, i unieruchomiona za pomocą zrostów. W tym wypadku, być może, nastąpiło oddzielenie się torbieli bez skrócenia około osi.

Chore, dotknięte czy to mniejszemi, czy większemi guzami jajników, częstokroć z a c h o d z ą w c i ą ż ę, który to stan bywa raz więcej, drugi raz mniej niepomysłnym powikłaniem choroby. Najpierw spostrzegamy zazwyczaj szybszy wzrost torbieli; dalej — częstokroć przedwczesne przerwanie ciąży; a w końcu, jeżeli ta potrwa dłużej, — w większej liczbie wypadków, ciężkie przeszkody przy porodzie. Na 50 porodów, powikłanych guzami jajników, 10 tylko ukończyło się siłami natury; a w ogóle straciło przy nich życie 24 matek i 35 dzieci (L i t z m a n : *Deutsche Klinik 1852. Nr. 38, 40 i 42*). L u s c h k a ¹⁾ podaje, że guz wielkości pięści tak daleko zepchnięty został przez głowę dziecka, że aż wypuklił krocze, rozerwał tylną ścianę pochwy i wystąpił przez powstałą tu szczelinę. Przedsięwzięte później przekłucie i wycięcie, poprzedzone podwiązaniem szypuły zakończyło się śmiercią.

Rozpoznanie częstokroć połączone bywa z trudnościami, zwłaszcza też, raz, jeżeli guzy są małe i leżą jeszcze w jamie miednicy; a drugi raz znowu, jeżeli są bardzo wielkie i sięgają aż pod krótkie żebra. Prócz tego może ono być utrudnione skutkiem różnorodnych powikłań z innemi chorobami.

¹⁾ Monatsschr. f. Geburtsk. April. 1866.

Małe torbiele i torbielaki leżą w małej miednicy, bezpośrednio przy macicy, zazwyczaj w dole Douglas'a, lecz niekiedy także i po bokach, albo też w zagłębieniu otrzewnej, znajdującem się między macicą a pęcherzem moczowym. Tworzą one tu zwykle guzy niebolesne, ruchome, ostro ograniczone. Stosownie do swego położenia, przemieszczają one macicę, odpychając pospolicie dno i ciało téj ostatniej ku przodowi do spojenia łonowego, a w innych razach na jeden z boków (przeciwny) albo ku tyłowi. W takich okolicznościach, skoro tylko spuchnięty jajnik dojdzie pewnej objętości, pozwala się wymacać przez pochwę, przez odbytnicę, albo obiema temi drogami; przyczem, jeżeli nie wprost, badając przez pochwę lub odbytnicę, to przynajmniej połączwszy badanie zewnętrzne z wewnętrznem można się przekonać, że guz nie należy do macicy samej, i niema z nią żadnego ściślejszego związku. Ponieważ przytém, ciało macicy, gdziekolwiekby było odepchniętém, zawsze jest dostępnem dla palca, nie można więc wziąć małego guza jajnika za pochylenie lub zgięcie macicy i odwrotnie. Dalej, próbując wejść śledzącym palcem od góry i od dołu między guz i wynalezioną macicę i poruszać niemi naprzemian w innym kierunku, można się zazwyczaj przekonać, że guz i macica albo wcale z sobą się nie łączą, albo tylko za pośrednictwem szypuły. Wprawdzie fakt ten, sam przez się, nie może jeszcze służyć za dowód, że guz rozwinął się po za ścianami macicy, zwłaszcza, jeżeli jest mały; gdyż bywają także szypułkowate podotrzewne włókniaki macicy. Wszakże te ostatnie, w porównaniu z guzami zewnątrz-macicznego pochodzenia, zdarzają się niezmiernie rzadko; a resztę wątpliwości usuwa uwzględnienie wyvodu choroby, równoczesna obecność włókniaków wyraźnie w samej macicy tkwiących, oraz rozważenie innych cech, polegających na spoistości guzów torbielowatych. Zazwyczaj dla wykazania braku wewnętrznego związku między guzem i macicą, niema potrzeby uciekać się do zgłębnika, nawet u dziewic. Wielka otyłość powłok brzusznych najbardziej jeszcze przeszkadza obmacywaniu ręką nie zaopatrzoną w narzędzie.

Rozpoznanie bywa trudniejsze, jeżeli wbrew zwyczajowi, guz przechodzi bezpośrednio w macicę; co miewa miejsce gdy skutkiem przebytych poprzednio zapaleń okołomaciczych, jedna z drugim się zrosła. Jeżeli przytém dokoła obu wytworzyła się zbita powłoka z tkanki łącznej, to w przyrośniętym guzie nie tylko zniknąć może uczucie bardziej lub mniej wyraźnego chęłbotania, ale nawet wszelki ślad sprężystości; chociażby guz był tylko pojedynczą torbielą. W jednym takim wypadku rozpoznaliśmy guz włóknisty wielkości jabłka w tylnej ścianie macicy, oraz przebyte zapalenie otrzewnej miednicy, tém bardziej, że z wyvodu

choroby dowiedzieliśmy się o istnieniu poprzednio polipa włóknistego, i trwaliśmy przy naszym rozpoznaniu, aż dopiero sekcya wyjaśniła prawdziwy stan rzeczy.

Trudném jest także rozpoznanie, gdy guz jajnika w jamie miednicy takiej dojdzie objętości, że się stanie nieruchomym; cisnąc na macicę, i ją także unieruchomi, a nawet sam uwięźnienie organów miedniczych spowoduje. W tym ostatnim razie, znacznie podniesiona wrażliwość, bardzo utrudnia badanie. Szczególniej łatwo jest przyjąć ten stan za tyłozgięcie obciążonej respct. ciężarnej macicy, co téż już niejednokrotnie się zdarzało. Z powodu podejrzwania ciąży, zgłębnika w takim razie do ręki brać nie należy, a na wiarogodność podań chorych o zaprzestaniu miesiączkowania i t. p. nie zawsze można liczyć. To téż tu głównie starać się trzeba, aby przez dokładne, w razie potrzeby powtarzane obmacywanie, wykryć, czy obok zaciskającego guza, istnieje drugi, odpowiadający macicy, czy téż nie. Osobliwie okolicę bezpośrednio ponad spojeniem łonowém położoną, dokładnie badać należy.

Podobnie jak pierwotna ruchomość guza jajnikowego zniesioną być może skutkiem zajęć wyżej przytoczonych, tak w pewnych okolicznościach uledek może modyfikacyom jego ograniczenie oraz nieczułość lub mała dotkliwość przy nacisku. Jeżeli puchlinowe przeistoczenie pęcherzyka Gr a a f 'a rozpocznie się wśród objawów zapalenia jajnika, albo jeżeli wyjątkowo już małe guzy ulegać zaczną następczym zapaleniom otrzewnej; to chory jajnik będzie wrażliwym na dotknięcie, a skutkiem złożonych na jego powierzchni i w sąsiedztwie, wysięków, zaciera się ostrość obrysów takowego. W takich okolicznościach rozpoznanie przez czas krótszy lub dłuższy może zostać wątpliwém, niepodobna bowiem z góry oznaczyć, czy zapalenie jajnika sprowadzi rozwój torbieli, czy téż nie; wywód zwykle nie wystarcza do wykazania, czy przed rozwinięciem się zapalenia otrzewnej istniał guz ograniczony, a odporność pojedynczych części guza nie zawsze jest dosyć charakterystyczną, aby pozwalała na pewno wnioskować o obecności torbieli. Gdzie podobne wątpliwości zachodzą, albo téż, gdzie prawdziwa natura choroby z razu zupełnie zostanie zapoznaną, tam dalsze postrzeganie wykaże, że jajnik wciąż się powiększa, a zarazem da poznać, że do powiększania przyczyniają się rosące i wypełniające się płynem przetwory.

Zresztą musimy nadmienić, że rozpoznawanie małych guzów, nie-równie częściej napotyka przeszkody, aniżeli by można wnosić ze stosunkowej rzadkości wymienionych powyżej spraw, które zaciemniają stan rzeczy. Gdzie tych ostatnich brakuje, tam okazya do badania organów miedniczych najczęściej wtedy dopiero się zdarza, gdy guz dojdzie już

znacznej objętości; a i wtedy jeszcze traf wielką odgrywa rolę przy od-
szukaniu zwyrodniałego jajnika.

Jeżeli jajnik jest większej objętości, to, jak wszystkie znaczniejsze guzy biorące początek z organów płciowych wewnętrznych, odepchnawszą kiskę ku górze i na bok, dostaje się on bezpośrednio do przedniej ściany brzusznej, leży tu jużto prawie pośrodku, już więcej na boku, i jest więcej lub mniej ruchomy, a przynajmniej dostępny dla omacywania i opukiwania. Dopóki objętość jajnika nie przechodzi objętości macicy pod koniec ciąży, dopóty można ściśle określić jego górną i boczne granice; gdy tymczasem dolnego końca, z powodu jego umiejscowienia w miednicy nie można wysledzić przez powłoki brzuszne, a przez pochwę lub kiskę odchodową albo wcale niepodobna go dosięgnąć, albo niedokładnie tylko, jeżeli nie połączymy badania wewnętrznego z zewnętrznym. Takie zachowywanie się dowodzi już, że powiększenie brzucha nie może pochodzić od otorbionych wysięków lub wolnej puchliny brzusznej, lecz że powodem jego jest guz ograniczony, który jednak nie wychodzi z organów leżących w górnej części jamy brzusznej (wątroby, śledziony). Jeżeli do tego przekonamy się stanowczo, że i pęcherz moczowy jest próżny (w razie potrzeby przez zaprowadzenie cewnika), to z wielkim prawdopodobieństwem będziemy mogli sądzić, że punktem wyjścia guza jest przyrząd płciowy. Nadzwyczaj bowiem rzadko się zdarza, żeby podobne objawy przedstawiały guzy rakowate zaotrzewne, wychodzące z gruczołów lub kości, albo wielkie torbiele powstałe wśród sieci lub tkanki łącznej podsurowiczj. Jeżeli połączwszy badanie zewnętrzne z wewnętrznym uda nam się wysledzić macicę, jako guz oddzielny (a to można zazwyczaj uczynić bez użycia zgłębnika, nietylko przy opuszczeniu się macicy ale także przy jej przemieszczeniu ku tyłowi i dołowi lub ku przodowi i ku górze), i jeżeli guz uznany za macicę towarzyszy nawet znaczniejszym ruchom w jakie tamten wprawiamy, to ten ostatni może tylko należeć do dodatkowych części macicy. Jego sprężystość jakoteż uczucie mniej lub więcej wyraźnego chębotania na znaczniejszej przestrzeni lub w niektórych miejscach, charakteryzuje go wtedy bliżej jako torbiel lub torbielak.

W innych razach, wypada pierwój rozstrzygnąć kwestję, czy nie mamy przed sobą powiększonej macicy, a w szczególności — c i ą ż y. Właśnie bowiem zamiany między puchliną jajnika a ciążą, dość często się zdarzały, i są tém łatwiejsze, że oba te stany, jak już wyżej nadmieniliśmy, po części jednakowe wywołują objawy. To téż przedewszystkiem przekonać się trzeba o bytności lub braku niewątpliwych oznak ciąży, do jakich należą: wykrycie wyraźnych części płodu, ruchów tego

ostatniego, oraz stuków jego serca; a gdzie tego wszystkiego brakuje, tam stwierdzić trzeba obecność lub brak najważniejszych choć wątpliwych kryteriów,—szmerów macicznych, zmian w dolnym odcinku macicy, pochwie i zewnętrznych częściach rodnych, braku miesiączki, aby chociaż czasowo ustanowić prawdopodobne rozpoznanie, którego potwierdzenie pozostawić trzeba dalszemu postrzeganiu. Istnienie t. z. szmeru macicznego nie może przemawiać przeciw guzowi jajnikowemu. Już w r. 1838 F. Churchill dostrzegł ten fenomen w jednym wypadku, w którym nie mogło być podejrzenia o złe rozpoznanie, a od tego czasu wielu spostrzegaczy okoliczność tę stwierdziło. My sami przekonaliśmy się, że szmery maciczne przy puchlinie jajników, nie zdarzają się wprawdzie tak często jak przy włókniakach macicy ale bynajmniej nie są nadzwyczajną rzadkością.

Wielkie włókniaki macicy mogą być także brane za guzy jajnikowe, i odwrotnie. Jeżeli górna granica guza jajnikowego mało albo wcale nie przeszła ponad pępek, to wprawna ręka najczęściej z łatwością zdoła w pobliżu dolnej części jego powierzchni wynaleść ciało macicy i poznać je po niezmienionym kształcie, jakoteż po bezpośrednim przejściu w część pochwową. Gdzie się to nie uda, tam nie trzeba szczędzić starań aby rezultat ten osiągnąć, albo też żeby naodwrot móżdż wykazać, że szyja macicy sama tworzy najniższą część guza. Gdzie bytność tego ostatniego zależy od rozwoju wielu włókników w macicy, tam częstokroć przez pochwę wyraźnie można wysledzić jeden lub drugi guz tkwiący w ścianie macicy. Skoro dalej uwzględnimy poprzednie zaburzenia czynnościowe oraz dolegliwości, a dla ostatecznego usunięcia wątpliwości użyjemy na pomoc zgłębnika macicznego, to już pomyłka stanie się niemożliwą. Inaczej wprawdzie rzecz się ma, jeżeli guz jest olbrzymiej wielkości; może się bowiem zdarzyć, że włókniak wrośnie z macicy do więzu szerokiego, odsunie otrzewną z dołu biodrowego, stopniowo niezmiernie rozciągnie jamę brzuszną, a do samej macicy przytwierdzony będzie tylko bardzo wąską podstawą. W jednym takim wypadku, który mieliśmy sposobność obserwować, macica dawała się wymacać po prawej stronie, w dolnej części guza i była nieco tylko powiększoną; gdy tymczasem podsurowiczny nasięknął obrzękowy, pół do jednego cala gruby, nadawał wielkiemu guzowi znaczny stopień sprężystości, aż do uczucia niewyraźnego chęłbotania. Stan ten przemawiał więc wyraźnie za obecnością torbielaka jajnikowego.

Kazuistyka lekarska przekonywa dalej, że nawet przemieszczone wątroby i nerki jakoteż obrzmiałe śledziony brano za guzy jajników. Wątroba bywa niekiedy w ten sposób

skręconą, że górny jój brzeg kieruje się na prawo, dolny na lewo; i wtedy może ona sięgać prawie do dołu biodrowego. Jeżeli przytém badanie będzie utrudnione skutkiem wzdęcia brzucha i bolesności, jak to się nam zdarzyło u pewnej położnicy choréj na zapalenie obok maciczne i zapalenie otrzewnej, a macica, z powodu fizyologicznego jój powiększenia, po części znajdować się jeszcze będzie w wielkiej miednicy, to łatwo przyjść może na myśl powikłanie pologu z guzem jajnikowym. Zwykle jednak chroni od pomyłki raz ta okoliczność, że wątpliwy guz gubi się u góry pod łukiem żebrowym, a u dołu nie sięga do samej macicy; a powtórę charakterystyczne własności dolnego brzegu wątroby, z jój wcięciem. Podobnie i znacznie powiększona śledziona da się odróżnić od guza jajnikowego, po jój umiejscowieniu, po wyrażeniu występującej wnęce, i po widocznym z wyvodu choroby związku z żółcią, oraz istniejącym równocześnie bledniczym stanie chorych. Nerki ruchome przy stosowném ułożeniu chorych przesuwają się same przez się z dolnej części jamy brzusznej, ku górze, albo téż, pozwalają się odprowadzić w okolicę nerkową, co téż zarazem wyjaśni brak wszelkiego związku między niemi a organami płciowemi. K i r s t e n ogłasza wypadek przerodzenia torbielowatego nerek, w którym rozpoznano pojedynczą torbiel jajnika; guz bowiem przy objętości odpowiadającej macicy w 9-m miesiącu ciąży, od góry i na prawo graniczył aż z wątrobą, odepchnął trzewia ku górze i na bok, i nawet przez pochwę mógł być dostrzeżonym ¹⁾).

W razie b a r d z o z n a c z n e g o rozciągnięcia brzucha, niepodobna czasem zapomocą omacywania rozróżnić, czy w nim ograniczony guz się znajduje, gdyż niemożna wykryć granic tego ostatniego.

Wzrok nie wystarcza tu także; chociaż prawdą jest, że brzuch rozciągnięty przez torbiel nie zmienia tak swego kształtu ze zmianą położenia choréj, a mianowicie nie spłaszcza się tak przy położeniu na wznak, jak to bywa przy s w o b o d n é j p u c h l i n i e b r z u s z n é j.

Tu, prócz przemieszczenia macicy, najważniejszych podstaw do rozpoznania dostarcza opukiwanie. Przy puchlinie jajnika rozległość stłumionego odgłosu nie zmienia się ze zmianą położenia choréj; a jeżeli chora leży na wznak, to w najniższych miejscach brzucha, t. j. w okolicach lędźwiowych odgłos bywa bębnowy, w środku zaś próżny, gdy tym czasem przy puchlinie brzusznej bywa odwrotnie. Badanie pochwy może także dostarczyć dowodów; swobodny bowiem płyn w jamie otrzewnej nie tylko wnika do dołu D o n g l a s ' a , lecz niekiedy spycha głę-

¹⁾ Monatsschr. f. Geburtak. Supplem. Heft. 1863.

boko tylną ścianę pochwy. Nakoniec, w wypadkach nie zupełnie jasnych, uciec się trzeba do wyvodu choroby i do zbadania stanu tych organów, których zmiany najczęściej pociągają za sobą puchlinę ogólną lub brzuszna; a więc trzeba się dowiedzieć, czy powiększenie się brucha nie poprzedziło obrzmienie tkanki łącznej podskórnej, oraz zbadać, czy nie ma białkomoczu, wad serca, patologicznych zmian w wątrobie i t. p.

Wielką trudność przedstawiają jeszcze te wypadki, w których puchlina jajnika powikłana jest z puchliną brzuszną lub ciążą. Wszakże istotne momenta do zorientowania się w takich razach, wynikają same przez się z tego, cośmy już wyżej powiedzieli.

W poprzednim opisie pominęliśmy rozróżnienie, puchlinowego zwyrodnienia jajników od niektórych innych stanów patologicznych, gdyż pod tym względem możemy się zesać na inne rozdziały tego dzieła. Odnosi się to szczególnie do torbieli w więzach szerokich macicy, do t. z. puchliny jajowodów i do torbieli macicy, które, jak to już w odpowiednich miejscach nadmieniono, po części stają się powodem nieuniknionych błędów rozpoznawczych.

Powodem podobnych pomyłek, bywają też łatwo guzy rozwinięte w tkance podsurowiczrej sieci lub tylnej ściany brucha, jakoteż wychodzące z gruczołów lub kości, jeżeli sięgają aż w sąsiedztwo organów płciowych. W pewnych okolicznościach, obejmując zagadkowy guz ze wszech stron i usiłując wybadać jego ruchomość, udaje się niekiedy i tu wykryć miejsce jego przyczepienia, albo też wtłoczyć go w górne okolice jamy brzusznej, i tym sposobem udowodnić, że punktem jego wyjścia nie jest jajnik, a przynajmniej, że ten ostatni nie wchodzi w jego skład.

Skoro już obecność puchliny jajnika została rozpoznana, pozostaje jeszcze wyjaśnić, czy mamy do czynienia z pojedynczą torbielą, czy z torbielakiem. Pod tym względem wziąć trzeba pod uwagę następujące momenta: Pojedyncze torbiele napotyka się zwykle u młodych osób i najczęściej dochodzą tylko miernej wielkości; rosną one powolniej, szczuplejsze wywołują przypadłości, mianowicie też rzadko sprowadzają zapalenia otrzewnej i obrzęki; nie tak wcześniej i nie w tak wysokim stopniu podkopują stan ogólny i zakłócają miesiączkowanie. Powierzchnia ich jest okrągła, jednostajna, gładka; chębotanie wyraźne, i we wszystkich miejscach równie dobrze dające się wyczuwać. Przeciwnie, guzy złożone częstokroć dają się rozpoznać przez samo obmacywanie ich powierzchni, po wystających na niej odcinkach kul,

lub gruzłowatych wyniosłościach, jakotéż po nierównéj odporności różnych ich części. Ale i rozważenie wszystkich wyż wymienionych okoliczności, nie zawsze może ustrzedz od pomyłki. Na pewno rozpoznajemy jednokomorową torbiel, tylko po zupełném jéj opróżnieniu się, gdy zostanie przekłutą. Przekłucie téż tylko, pozwala na pewno ocenić charakter zawartości, chociażby nawet z cienkości ścian torbieli i bardzo wyraźnie występującego chęłbotania można się było spodziewać dość obojętnego płynu.

Czas następujący bezpośrednio po przekłuciu, jest najodpowiedniejszy do przeprowadzenia ścisłego skombinowanego badania. Gdzie istnieje tylko jedna pojedyncza torbiel, tam, po zupełném jéj opróżnieniu, nie znajdujemy nic więcej, prócz worka skórzastego; a jeżeli jego ściany są bardzo cienkie, to i tego odnaleźć nie można. W innych razach, można teraz badać wszystkie te części guza, które leżąca przed niemi torbiel poprzednio zasłaniała, co do ich kształtu i odporności. Tak zużytkowawszy czas po przekłuciu, nie będziemy potrzebowali uciekać się do zgłębnika jajnikowego, zalecanego przez Graily Hewitt'a (*Transact. of the obstetr. society of London. I. pag. 55*). Zgłębnik ten ma się wprowadzać do wnętrza guza przez rurkę wklutego weń trójkątca, a dla zapobieżenia odpływowi zawartości torbieli, opatrzony jest płatką kauczukową. Użycie więc jego musi być poprzedzone przekłuciem. Ale jeżeli trójkątce już został wkluty, to możemy i płyn wypuścić przed ponowieniem badania; a po opróżnieniu, więcej osiągniemy gołą ręką, niż zgłębnikiem przed opróżnieniem. Po odpłynięciu zawartości, wprowadzenie zgłębnika przez rurkę trójkątca może być w saméj rzeczy pożyteczném, gdyż pozwala wnioskować o pozostałych w torbieli skrzepach krwi i włóknika, jakotéż o istnieniu wybujałości na wewnętrznej powierzchni, którychbyśmy inaczej nie odkryli. W wypadku podanym przez Dupuy'a (*Compte rendu de la société de biol. Avril. 1857*), po wypuszczeniu płynu zawierającego ropę, krew, i t. p. zdawało się jakoby istniała jeszcze jedna torbiel albo guz twardszy, a tymczasem sekcyja wykryła zamiast niego w opróżnionej torbieli skrzep włóknikowy wielkości głowy dziecięcej. U jednej choréj, którąśmy leczyli nastrzykiwaniami jodowemi, operacyja spowodowała sposoczenie wielkiej ilości wtórnych torbieli, szypułami z sobą połączonych, których bytności przed nastrzyknięciem jodu nie odkryliśmy. W takich okolicznościach użycie zwykłego cienkiego zgłębnika macicznego, byłoby umożliwiło rozpoznanie.

Rokowanie, jeżeli chore nie mogą się zdecydować na wycięcie jajnika (*ovariotomia*), jest wątpliwe, nawet przy torbielach pojedyn-

czych; gdyż na inną drogę można tylko próbować leczenia doszczętnego, ale go zapewnić nie można. Torbielaki pozwalają się usunąć jedynie tylko za pomocą wyluszczenia; niekiedy jednak rosną one przynajmniej wolno, albo też mimo znacznej swój wielkości bywają znoszone bez zbyt wielkich dolegliwości, tak, że niektóre chore dochodzą nawet podeszłego wieku.

Leczenie. Jeżeli guz rozwija się w jajniku niepostrzeżenie, lecz wśród objawów zapalnych, to należy w odpowiedni sposób użyć metody przeciwzapalnej. Będą tu na miejscu ponawiane miejscowe upusty krwi, zastosowanie zimna, przetwory jodowe i t. p.

Niewątpliwą jest rzeczą, że przy takim postępowaniu guzy ostro rozwinięte, zupełnie mogą zniknąć. Fakt ten jednak bynajmniej nie dowodzi, że i torbielowate przerzadzenie jajnika, przynajmniej za świeża, dostępnem jest dla środków lekarskich. Owszem, sądząc z tego, że wchłonięcie guzów zdarza się jednak, nierównie prawdopodobniejszemu zdaje się być przypuszczenie, że wypadki uważane za ostro rozwinięte torbiele jajników, rozpoznanie swe zawdzięczają tylko niedokładności wiedzy lekarskiej, jeżeli nie samego leczącego. Torbiele krwiste i zapalne sprawy w jajnikach, przy dzisiejszych naszych środkach pomocniczych, nie zawsze na pewno pozwalają się odróżnić od przerodzenia torbielowatego, a zamiany tego ostatniego z krwistkiem lub wysiękami w miednicy, zdarzają się nie rzadko. Przyjęcie uznanych pomyłek w rozpoznaniu najlepiej objaśni, że np. M i k s c h i c k ¹⁾ sprowadził w ciągu 5 tygodni rozejście się gładkiego, sprężystego, dającego się poruszać na boki guza, który wystąpił wraz z nagłym przerwaniem miesiączki, zapomocą zewnętrznie używanego jodu; że H u s s ²⁾ wyleczył w ciągu 6-ciu tygodni guz, wielkości głowy dziecięcia, który się rozwinął w połogu i przedstawiał niewyraźne chęłbotanie, jodkiem rtęci, jodkiem potassu i plastrem pryszczącym; że V e l p e a u ³⁾ przy guzach wielkości jaja; tu i owdzie mógł stwierdzić skuteczność leczenia środkami farmaceutycznymi; że w Kreuznach i Karlsbadzie małe guzy się rozchodzą.

W późniejszych okresach, leczenie farmaceutyczne tak mało bywa pomocnym, że H u n t e r tym z chorych największe widoki na długie życie przyznawał, które się najmniej o swoją chorobę troszczyły. Z tém

¹⁾ Wien. med. Wochenschr. Nr. 22. 1855.

²⁾ Hygien. XX. 1859.

³⁾ Bullet. de l'acad. imp. de médéc. XXII. 1857.

wszystkiem, nieustanne czuwanie lekarza nad choremi tego rodzaju, jest potrzebne, dla łagodzenia ich dolegliwości. Niekiedy udaje się powstrzymać rozwój choroby na lata całe, a w wyjątkowych razach, nawet znakomicie zmniejszyć objętość torbieli. Dla dopięcia tego celu niezbędnie należy zachowywać się przezornie, starannie unikając wszelkich szkodliwych wpływów, któreby mogły podrażnić części płciowe, albo też upcsłedzić stan ogólny; należy zatem zachować jak największą baczność w dyecie, unikać o ile można wszelkich wysileń ciała, oddalać od siebie wszystko co by mogło włynąć na pobudzenie płciowe, wstrzymywać się od wszelkich energiczniejszych działań leczniczych i zwracać uwagę na powikłania.

Guzy mniejszych rozmiarów upośledzają czynność kiszek odchodowej; nie trzeba więc zaniedbywać środków dyetetycznych sprzeciwiających się ciągłej skłonności do zaparcia stolca, lewatyw, lub łagodnych środków rozwalniających. Istniejące częstokroć równocześnie przypadłości ze strony pęcherza moczowego, zmniejszają się, w miarę wznoszenia się guza do wielkiej miednicy. Jeżeli zupełne zatrzymanie moczu częścię się przytrafia, albo też, jeżeli wstawiają się innego rodzaju objawy ucisku, lub nawet objawy uwięźnienia organów miedniczych, to należy guz odepchnąć z miednicy ku górze. Większe znowu guzy, jeżeli są na długich osadzone szypułach, stają się dolegliwemi skutkiem tego, że zmieniają miejsce przy ruchach ciała. Unieruchomienie ich zapomocą stosownej opaski brzusznej, usuwa pochodzące z téj przyczyny przypadłości. Szczególnie ważną jest rzeczą dokładnie zwracać uwagę na chore podczas peryodów miesięcznych, sprowadzających częstokroć znaczne przekrwienie i widoczne powiększenie objętości guza, aby gasić w zarodzie wszelkie sprawy zapalne, tak na zewnętrznej jakotéż i na wewnętrznej powierzchni ścian torbieli. Początek tych ostatnich łatwo przeoczymy, jeżeli nie będziemy dopomagali sobie mierzeniem ciepłoty; miejscowe bowiem objawy są w początkach częstokroć nieznaczne, i nie zawsze z czasem się wzmagają; zaś ogólne niedomaganie bywa albo mało wyraźne, albo też inaczej zostaje tłumaczone. Miejscowe upusty krwi, jakotéż zimno miejscowo zastosowane, przez przykładanie pęcherzy z lodem, i tu najpewniej powstrzymują postęp zapalenia. Niekiedy głównie albo nawet wyłącznie tylko, dokuczają chorym objawy pochodzące od przemieszczonej i przerosłej macicy, a mianowicie bóle niby porodowe lub newralgiczne, częste krwotoki i kolki maciczne, i t. p. W takich wypadkach widzieliśmy znikające stanowczo wszystkie przypadłości po dłuższém użyciu przetworów jodowych, oraz wód mineralnych: *Adelheidsquelle*, *Kreuznach*.

Dla powstrzymania wzrostu guza i zmniejszenia go, tak dziś jako i dawniej, stosowano metodę odciągającą i roztwarzającą, chociaż z nierównie większą ostrożnością. Długotrwałe odciągania na skórę, zapomocą latających pryszczadeł, częstych przyżerań skóry na brzuchu saletrzanem srebra, wcierań maści drażniących, albotież zapomocą zawłok, wychwalane były przez dawniejszych lekarzy; lecz obecnie uznano tego rodzaju postępowanie po części za bezużyteczne, po części zaś za niebezpieczne a przynajmniej uciążliwe. Z wewnętrznych środków odciągających, środki przeczyszczające podkopują trawienie i odżywianie, nie wywierając żadnego niemal wpływu na wielkość guza; środki moczopędne ¹⁾ bywają użyteczne tylko przy istniejącej równocześnie puchlinie brzusznej, zaś środki napotne i tu ustępują tamtym w skuteczności.

Ze środków roztwarzających jeden tylko jod obiecuje pewne korzyści, ale i on pospolicie nie powstrzymuje bynajmniej rozwoju guza. Stanowcze zmniejszenie się objętości, jakie O p p o l z e r ²⁾ stwierdził przy zewnętrzném użyciu Richterowskiej gliceryny jodowej, należy bez kwestyi do największych rzadkości. Gdzie ogólny stan chorych na to zezwala, można próbować zadawać jod do wewnątrz, a gdzie spodziewamy się coś osiągnąć od odciągania na skórę, tam żrące roztwory jodu niewątpliwie zasługują na pierwszeństwo. Energiczniejsze zaś działania lecznicze, przed którymi dawniej się nie cofano, a od których współczesni nam, tylko szkodliwe widzieli następstwa, winny być stanowczo zarzucone. S e y m o u r zadawał jod dopóty, dopóki nie wystąpiły przykre objawy ogólne; chciał on przez to spowodzić zrośnięcie się torbieli z sąsiednimi organami i otworzenie się jęj. Zalecany przez angielskich lekarzy roztwór potażu żrącego w jak można największych dawkach (do używania w piwie) miał także spowodzać uleczenie, w drodze ropienia i opróżnienia się torbieli. Wielu próbowało wpływu zatrucia rtęciowego podkopując tylko przez to ze szczerem ogólny stan chorych. H a m i l t o n chwalił się, iż osiągnął wiele pomyślnych rezultatów z użycia małych dawek chlorku wapna, metodycznego ucisku wywieranego opaską brzuszną, i codziennego opukiwania guza zapomocą oddzielnego narzędzia; jednakże żaden inny lekarz nie widział skutku z takiego postępowania.

¹⁾ Z pomiędzy środków moczopędnych, nowszemi czasy, zachwalano także świeży sok ze zwyczajnych cebul przy torbielach jajnika; porówn. Journ. de médéo. de Bordeaux, Juli 1861.

²⁾ Wien. med. Wochenschrift Nr. 41. 1857.

Jeżeli się ograniczymy li tylko na wyżej przytoczoném leczeniu puchliny jajnika, to zwykły bieg choroby bywa niestety taki, że guz rośnie bez przerwy, sprowadzając coraz to gorsze cierpienia, a ostatecznie, skutkiem ucisku organów piersiowych lub t. p., grożąc zaduszeniem. Zwykle więc pozostaje tylko do wyboru albo leczenie objawowe, albo téż usiłowanie uleczenia doszczętnego, w drodze operacyjnej.

Leczenie objawowe, stosownie do specjalnych wskazań może być rozmaite: lecz prędzej czy później, przy leczeniu tém, wyraża się kwestya przekłucia torbieli. Przekłucie, jako środek palliatywny, może już być potrzebne przy małych, w małej miednicy leżących guzach, jeżeli takowe wywołują objawy uwięźnienia i nie dają się odepchnąć ponad wejście miednicy. Zwykle jednak zniewala dopiero do przekłucia uciśnięcie żołądka i kiszek, oraz tłoczenie na przeponę, co sprowadza wymioty i duszność. W każdym razie wystrzegać się trzeba przekłuwania torbieli bez naglącej potrzeby; doświadczenie bowiem uczy, że torbiel zazwyczaj niezadługo wypełnia się na nowo, a tém samém musi być wielokrotnie, i to w krótkich odstępach czasu opróżnianą, przyczém chore coraz szybciej z sił spadają. Nader rzadko torbiel po pierwszém lub drugim przekłuciu nie wypełnia się już tak bardzo, a choroba polepsza się na długo; wyjątkowo zaś tylko następuje zupełne ściągnięcie się torbieli, a wraz z tém i wyleczenie chorój. Prócz tego, przekłucie samo przez się, nie jest operacją wolną od niebezpieczeństwa. Na 130 wypadków, zebranych przez Sout. Lam'a, S. Lee i Kiwisch'a umarło 22, t. j. 17% wszystkich chorych, już w kilka godzin lub dni, po pierwszém przekłuciu; a 25, czyli 19% później, lecz jeszcze przed upływem pierwszego półrocza. Kiwisch wniósł z tego, że przekłucie skraca życie więcej niż $\frac{1}{3}$ pacyentek. Wnioskowi temu zaprzeczają z doświadczenia inni lekarze. West stracił w skutek pierwszego przekłucia tylko 2 z pomiędzy 31 chorych; a Velpeau zapewnia, że na 310—312 operacyj, które w ciągu lat 31 wykonał na 95 chorych, miał tylko 4 wypadki śmierci (przy guzach złożonych). My także, opierając się na własném doświadczeniu, nie możemy uważać wyżej przytoczonej statystyki za skalę niebezpieczeństwa przekłucia. Widzimy z niej to tylko, że pierwsze przekłucie jest bez porównania niebezpieczniejsze, niż operacya ta powtórnie wykonana. Widać to także z rozważenia przyczyn śmiertelnego zejścia. Nastąpić ono może skutkiem wyczerpania sił, szybko występującego po opróżnieniu torbieli; skutkiem uszkodzenia jednego z większych naczyń ściany brzusznej, sieci leżącej między tą ostatnią a torbielą, lub téż

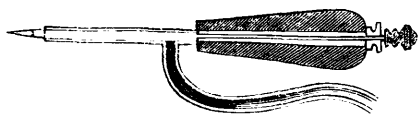
ścian samej torbieli; skutkiem zapalenia i sposoczenia torbieli; albo wreszcie, u osób już bardzo wycieńczonych, skutkiem upadku sił będącego następstwem pouownego wypełnienia się torbieli.

Najczęstszą wszakże przyczyną śmierci bywa rozlane zapalenie otrzewnej, spowodowane wydostaniem się chociażby niewielkiej ilości zawartości torbieli do jamy brzusznej. Znaczenie podwójnego obrażenia otrzewnej trójgrańcem, a zarazem możliwość wylewu do wnętrza jamy otrzewnej, upada, jeżeli w miejscu przedsięwziętej operacji, torbiel zrosnięta jest ze ścianą brzucha; a właśnie do takiego częściowego zrosnięcia, pierwsze przekłucie, szczęśliwie zakończone, częstokroć daje powód. To jest zarazem wskazówka, aby następne przekłucia wykonywać o ile można najbliżej dawniejszej blizny.

Niebezpieczeństwo prostego przekłucia, do pewnego przynajmniej stopnia, zmniejszyć można przezornym postępowaniem. Robiąc ukłucie na linii białej, możemy być pewni, że unikniemy krwotoku ze ściany brzusznej. Jeżeli jednak zmuszeni jesteśmy obrać do tego inne miejsce, bądź dla tego, że torbiel nie da się z linii środkowej dosięgnąć, bądź, że chębotanie tylko w innych miejscach guza wyraźnie daje się wyczuwać, to trzeba się starać uniknąć obrażenia większych naczyń ściany brzusznej biorąc pod rozwagę ich przebieg anatomiczny, i pomagając sobie oglądaniem, macaniem i osłuchiowaniem. Zawsze jednak trzeba mieć pod ręką szpilki i podwiązki, aby zjawiający się krwotok zatamować nałożeniem szwu okręcanego. Groźnego wyczerpnienia sił najłatwiej daje się uniknąć, powolnym opróżnianiem torbieli, przerywaniem odpływu, jeżeli ilość płynu jest bardzo znaczna, i zapobieganiem omdleniu, lub jeszcze gorszym przypadłościom przez wykonywanie operacji w leżącym położeniu choréj. Na ostatni ten punkt *Simpson* słusznie wielki kładł nacisk. Jeżeli chorą do operacji ułożymy na boku, to rzadko kiedy wypadnie nam potrzeba stopniowego ściskania brzucha ręcznikiem dokoła niego oprowadzonym, w miarę zmniejszania się objętości torbieli; zaś zupełne wydalenie zawartości jak najlepiej się udaje, gdy pod koniec operacji polecimy operowanej przechylić się nieco na przednią jej powierzchnię, a sami ręką naciskać będziemy worek. Do tego położenie wspomniane tak dla choréj jak i dla lekarza najmniej jest ciężliwém. Zapaleniu i sposoczeniu torbieli najpewniej zdołamy zapobiedz, chroniąc się od drażnienia jej ściany ostrym brzegiem kanki, i wpuszczenia powietrza do jej jamy. Trójgraniec *Thompson'a* ściśle przylega do ściany kanki, a po wkłuciu potrzebuje być z niej tylko do połowy wysunięty, gdyż kanka łączy się z boku z elastyczną rurką odpływową. Jeżeli używamy zwyczajnego trójgrańca, to aby uniknąć

zranienia ściany torbieli, najodpowiedniej jest wypuszczać ostatek zawartości zapomocą elastycznego cewnika, grubością swą o ile można

Fig. 23.



Trójgraniec Thompson'a.

odpowiadającego światłu kaniki trójgrania, która się wyjmuję po wprowadzeniu przez nią tamtego. Po skończeniu operacyi, podczas wyciągania rurki, utrzymuje się dwoma palcami drugiej ręki ścianę torbieli i brzucha w zetknięciu ze sobą, a w końcu zaciska się otwór od spodu, dopóki nie

obeschnie i nie zostanie pokryty plastrem, w kształcie krzyża maltańskiego. Ostrożności te są tém potrzebniejsze, im mniej obojętną jest zawartość torbieli. Zawartość worków, które powstały z kilku części, przez zniszczenie ścian przegradzających, częstokroć bywa niejednostajną; jeżeli w takim razie lepkie massy dostają się do rurki, to odpływ się przerywa, a wtedy trzeba zapomocą główkowatego zgłębnika wydalić cząstki zatykające na zewnątrz, albo je nazad odepchnąć. To samo się dzieje, jeżeli w płynie znajdują się skrzepy, małe torbielki i t. p. W trudnym znajdujemy się położeniu, jeżeli mamy przed sobą guz bardzo złożony, który nieodzownie powinien być zmniejszony z powodu grożącej utraty życia, a tym czasem opróżnienie jednego tylko z jego przestworów jest niewystarczającym. Można tu wprawdzie, zbadawszy ściśle zewnętrzne granice guza, wbić trójgraniec od wnętrza przekłutój torbieli w inne jego części, nie sprawiając przytém żadnych niepotrzebnych obrażeń; zawsze jednak narażamy się tym sposobem na zranienie pni naczyńowych w ścianie torbieli przebiegających, a do tego możemy trafić na zawartość lepka, trudno odpływającą, która potem może się przedostać po części do jamy otrzewnej, i wywołać tu zapalenie ze śmiertelnym zejściem, którego możebyśmy uniknęli gdybyśmy ograniczyli byli przekłucie do jednéj tylko torbieli. Rozumie się, jeżeli mamy wskazanie co do życia, tam obawa tego niebezpieczeństwa, musi pozostać na uboczu.

Możliwości znaczniejszego krwotoku ze ściany torbieli nie wykluczają i torbiele pojedyncze, gdyż można mieć nieszczęście, przy kluciu zranić wielkie naczynie; możliwość ta jest wszakże znacznie większą, jeżeli guz jest złożony, a z jego ściany wychodzą bogato unaczynione wybujałości i torbiele wtórne. Po przekłuciu tych ostatnich, jak łatwo zrozumieć, nierównie téż częściej zdarzają się zapalenia i sposoczenia;

a ponieważ ich zawartość nigdy nie jest czysto surowiczą, lecz najczęściej nader nieobojętną, więc zdarzają się też i śmiertelnie się kończące zapalenia otrzewnej. Gdzie zatem guz nie przedstawia cech torbieli cienkościenniej, wypelutionej cieczą dobrej natury, t. j. jeżeli nie przedstawia na całej przestrzeni bardzo wyraźnego chęłbotania, tam należy pierwsze palliatywne przekłucie dopóty odwlekać, dopóki objętość guza nie zagrazi prawdziwem niebezpieczeństwem; a w razie szczęśliwego udania się pierwszego przekłucia, nie należy się też spieszyć z jego powtórzeniem. W pojedynczych wypadkach, które wszyscy autorowie przytaczają jako *curiosa*, przekłucie mogło być bardzo często powtarzane, a chore bardzo długo zostawały przy życiu. M e a d w przeciągu 5 lat robił przekłucie 67 razy, R a m s b o t h a m w ciągu 8 lat 129 razy, B a m b e r g e r w takim samym czasie aż 253 razy, a M a r t i n e a u 80 razy powtarzając przekłucie utrzymał swoją chorą 25 lat przy życiu. Najczęściej wszakże, zawartość, chociaż z początku mało białka zawierająca, po pierwszej, drugiej lub następnych operacjach, zmienia się w krwawą, ropiastą lub posokowatą; lub też chora ulega pod wpływem utraty soków. Rzadko jedynie i to prawie wyłącznie wtedy, jeżeli zawartość tylko skutkiem domieszki krwi wydawała się być zmienioną, po opróżnieniu, wypełnia się torbiel płynem dobrej natury.

L e c z e n i a d o s z c z ę t n e g o próbowano różnemi sposobami. Na pierwszym miejscu znowu wypada tu postawić p r z e k ł u c i e (*paracentesis*), częstokroć w tym celu od ostatniej ćwierci zeszłego wieku podejmowane. Gdzie następstwem przekłucia było trwale ściągnięcie się torbieli, tam następowało ono, albo skutkiem zapalenia, wywoływanego bądź przez samą operację, bądź przez niepomysłne zewnętrzne okoliczności (np. jazdę lub t. p.), albo torbiel sama przez się przestawała się wypełniać, albo też wypełniała się niezupełnie, a w końcu sama przez się znikiała. Do wypadków uleczonych przez pośrednictwo zapalenia otrzewnej należą podane przez W i l l i a m'a R o b b s ¹⁾, C a z e a u x, F o c k'a, P r e u s s'a ²⁾.

Ściągnięcie się wprost, spostrzegali między innemi P i t h a, T h o m p s o n (po 14 przekłuciu), S c a n z o n i dwa razy, W e s t,

¹⁾ Gaz. méd. de Paris. 1838 p. 775.

²⁾ Deutsche Klinik. Nr. 48. 1858.

Oppolzer ¹⁾, Lalesque ²⁾, Jobert ³⁾ i my sami. Pierwsza z wymienionych dróg, prowadzących do doszczętnego uleczenia torbieli, nie zasługuje na uwagę, gdyż następce zapalenie otrzewnej, nierównie częściej śmierć, niż trwałe uleczenie sprowadza. Zaprzestanie wypełniania się spostrzegano tylko przy torbielach pojedynczych albo torbielakach, które pod względem praktycznym mają znaczenie guzów jednokomorowych, a to tylko wtedy, jeżeli zawartość była surowicza, białkowata, lub też krwisto-białkowata. W każdym razie uleczenie na tej drodze zdarza się tylko wyjątkowo. Że jednak prawdopodobieństwo przemawia za tem, iż po wykonaniu przekłucia, trzeba się będzie uciec do innych jeszcze sposobów obiecujących pewniejszy skutek, a te wymagają także ze swęj strony przynajmniej jednorazowego przekłucia; lekarz więc jest w możności na skutek tego ostatniego poczekać.

Odpowiednie leczenie następce, stanowczo się niekiedy przyczyniało do zapobieżenia ponownemu wypełnieniu się torbieli. Issak Baker Brown, używając metodycznego nacisku (jaki zalecali już Benjamin Bell i Hamilton), za pomocą kompressów płociennych warstwami na sobie ułożonych, długich pasków plastra lepkiego oprowadzonych od tyłu do koła brzucha, oraz dobrze przyciągniętej opaski brzusznej, uleczył 11 chorych. Od równoczesnego użycia środków rtęciowych odstąpił on z wszelką słusnością. Inni lekarze widzieli także pomyślne skutki takiego leczenia następcego; nie trzeba się tylko, jak np. Scanzoni, Simpson i wielu innych, dać zrażać dolegliwościami jakie nacisk chorym przyczynia. Z jednej bowiem strony można ciąglą bacznością, odpowiedniem nałożeniem opatrunku, obłożeniem grzebieni kości biodrowych watą, dolegliwości chorych uszczuplić; z drugiej zaś strony, czasową nieprzyjemność równoważy nadzieja zupełnego odzyskania zdrowia.

Jeżeli torbiel po przekłuciu na nowo się wypełnia, to dalszym sposobem leczniczym jest powtórzenie tegoż przekłucia z nastrzyknięciem jodu. Zastosowanie tego postępowania do doszczętnego leczenia torbieli jajnikowych, zalecone zostało po raz pierwszy w r. 1843 przez Velpeau; okazało się już bowiem skuteczném przeciwko innym wodnym puchlinom, a w szczególności przeciw puchlinie jądra (*Hydrocele*). Na obszerną skalę wypróbowane zostało po

¹⁾ Pluschl. Wien. Wochenschr. Nr. 32. 1857.

²⁾ Journ. de méd. de Bordeaux N. 1. 1857.

³⁾ Bullet de l'acad. de méd. XXII. W obu wypadkach Jobert'a wypełnianie się ustało dopiero po 3-m przekłuciu.

raz pierwszy przez B o i n e t'a. Już pierwsze postrzeżenia, dotyczące skutków tego postępowania, w porównaniu do prób H a m i l t o n'a i S c u d a m o r'a, którzy usiłowali wywołać ściągnięcie się torbieli nastrzykując do ich wnętrza siarczan cynku—dały wyniki nadzwyczaj zachęcające do dalszego badania. W r. 1856, B o i n e t (*Gaz. hebdomad. Nr. 47*), podał wiadomość o skutkach nastrzykiwań jodowych u 44 chorych z 45 torbielami (34 jedno — a 11 wielokomorowych). Torbiele jednokomorowe, z wyjątkiem 3 wypadków śmiercią zakończonych, wszystkie zostały wyleczone. Operowanie torbieli wielokomorowych, stanowczo przedłużyło życie 5 chorym, lecz nie mogło odwlec śmierci 6 pozostałych, które prędko pomarły. Wszystkim chorym zrobiono razem 144 przekłuć i 139 nastrzyknięć jodowych. U 16-tu jedno nastrzyknięcie wystarczało do uleczenia; w jednym zaś wypadku, w którym istniały 2 torbiele, trzeba było 17-tu nastrzyknięć.

W dyskusyi przeprowadzonej r. 1857 w łonie paryzkiej akademii medycznej nad leczeniem torbieli jajnikowych, V e l p e a u (*Bull. de l'acad. XXII*) przytoczył 110 operacyj, o jakich zebrał wiadomości. Z téj liczby 64 chore wyzdrowiały, u 36 choroba się nie pogorszyła, a 10 umarło. Pamiętał on wprawdzie jeszcze 20 innych, śmiercią zakończonych wypadków, lecz w tych obok nastrzyknięcia jodu, pozostawiano jeszcze kankę w otworze. S i m p s o n w 1860 r. robił nastrzykiwania jodowe u 40 do 50 chorych, z których jedna tylko niezadługo po operacyi umarła. Tu nastąpiło nagle wyczerpanie sił, zakończone śmiercią w 6—8 godzin ¹⁾. Liczbę doszczętnych uleceń podaje S i m p s o n na $\frac{1}{3}$ ogólnej cyfry. Inni lekarze doszli do mniej pomyślnych wyników; pokazuje się z nich, że nastrzykiwania jodowe nie są bynajmniej tak mało niebezpieczne jakby tego z wyż podanych ogłoszeń oczekiwać należało, i że w ogłoszeniach tych stosunek zupełnych uleceń wypadł za wielki, gdyż stan chorych po operacyach nie był dość długo śledzony. Ch. W e s t na 8 wypadków miał tylko 1 doszczętne uleczenie; u 2 chorych po 1½—2 lat trwającym zdrowiu, nowe torbiele rość poczęły. A b e i l l e (*Gaz. méd. de Paris Nr. 1. 1857*), leczył nastrzykiwaniami jodowymi 4 torbiele pojedyncze i 3 wielokomorowe, a tylko u 2 chorych spodziewał się w dalszym ciągu tego postępowania, osiągnąć po-

¹⁾ W jednym także wypadku leczonym przez L ö w e n h a r d t'a nastąpiło wyczerpanie sił, i po 14 godz. śmierć (*Monatssch. f. Geburtsh. October. 1860*).

myślny skutek. Pierwsze 4 wypadki, które Scauzoni operował, wszystkie zakończyły się śmiercią; w 6 innych, według referatu v. Franque'a (*Spitalszt. Juni u. Juli 1863*), nie można było zauważyć żadnego skutku; a chociaż były to wszystko torbiele pojedyncze, wypełniały się jednak na nowo bardzo szybko, i ponowne to wypełnianie się nie rozpoczynało się nawet później jak po prostém przekłuciu. Simon przytacza 8 operacyj wykonanych wraz z Ohrt'em; jedna z nich sprowadziła śmierć, i jedna tylko osiągnęła pomyślny skutek (4 lata); 5 chorych umarło już z wycięczenia (*Monatsschr. f. Geburtsk. October 1863*). Schuh (*Zeitschr. d. Wien. Aerzte Nr. 43. 1859*, i *Wien. med. Halle Nr. 8. 1864*), na 10 wypadków miał 4 doszczętnego uleczenia: w pozostałych guz był dwu lub wielokomorowy; u 4 chorych zawartość gęsta, galaretowata, a u 2 z tych ostatnich operacya niezawodnie śmierć przyspieszyła. Nelaton¹⁾ na 5 chorych z torbielami jednokomorowymi zdołał uleczyć jedną przez proste przekłucie, a 3 nastrzyknięciem jodu; u 5 zawartość ciągnęła się w nitki, a zejście było śmiertelne. Takż sam nieszczęśliwy skutek nastrzykiwań jodowych, widział Nelaton, przy leczeniu innych jeszcze torbieli o gęstawej zawartości.

My sami próbowaliśmy dotychczas téj metody w 16 wypadkach, a trwałe wyleczenie mieliśmy tylko u 3 chorych, z pomiędzy których jedna miała olbrzymią torbiel jednokomorową. Dwie operowane umarły w pierwszym tygodniu; jedna na zapalenie otrzewnej,—druga bez przypadłości zapalnych, o ile się zdaje, z otrucia jodem. U reszty chorych torbiele stale na nowo się wypełniały, albo téż rosły przeważnie małe torbiele, których wzrost dotąd był tamowany.

Rozmaici lekarze używali do nastrzykiwań różnych roztworów jodowych. Boinet posługiwał się mieszaniną 100 cz. wody, oraz 4 cz. naciągu jodowego (*Tinct. jodi.; Pharm. Paris*), 100 cz. wody, oraz 4 cz. jodku potassu, i nastrzykiwał, stosownie do wielkości torbieli 4—8—10 uncyj téj mieszaniny na raz. Jeżeli operacya musiała być powtórzoną, to na 2 cz. naciągu jodowego brał 1 cz. wody, a w końcu, gdy objętość torbieli znacznie już się zmniejszyła, używał czystego naciągu jodowego. West przyjął przepis podany przez Guibourt'a (5 cz. jodu, 5 cz. jodku potassu, 50 cz. wysoku i 100 cz. wody). Langenbeck używał roztworu z 10 gran jodu i 1 skrupułu jodku potassu na 1 uncję wody. Schuh dodawał do naciągu jodowego 1—8 cz. wody. Simpson

¹⁾ Jules Ruyet. *Monit. des hôpit.* Nr. 134. 1856.

i B a k e r B r o w n nastrzykiwali rozcieńczony naciąg jodowy (według farmakopei Edynburskiej) w ilości 4—8, a pierwszy nawet w ilości 12—14 uncyj.

Roztwór jodu ma zwrócić czynność wydzielniczą torbieli. Do osiągnięcia tego celu nie jest koniecznym prawdziwe zrośnięcie z sobą jej ścian. Wszak nawet po pomyślném wyleczeniu puchliny jądra, nie znajdujemy stale zrośniętych ze sobą ścian błony właściwej (*tunica vaginalis*), a gdzie zrosty rzeczywiście istnieją, częstokroć ograniczają się tylko do niektórych miejsc. Operując torbiele jajników, tém więcej obawiać się musimy następnych zapaleń, że takowe łatwo się kończą ropieniem i sposoczeniem. Chociażby więc wystąpienie ostrego processus wysiękowego miało być pośrednikiem doszczętnego wyleczenia, bądź co bądź powinniśmy mieć tę dążność, i tak leczeniem następczém kierować, aby nie doszło dalej jak do wysięknięcia miernej ilości płynu włóknikowatego. Czysty naciąg jodowy niewątpliwie bardziej drażni aniżeli roztwory wodne jodu, i z tego téż względu ostatnie zdawały nam się zasługiwać na pierwszeństwo. Wszakże, według spostrzeżeń poczynionych przez S i m p s o n ' a , S c h u h ' a i B a k e r B r o w n ' a (tego ostatniego w około 12 wypadkach) ostrożność nasza w użyciu naciągu jodowego zdaje się być nieuzasadnioną. Zniszczenia wydzielniczej czynności torbieli wtedy tylko możemy oczekiwać, jeżeli płyn użyty do nastrzyknięcia nie był zbyt rozcieńczony, i gdy się zetknął ze wszystkimi częściami ścian torbieli. W tym celu należy torbiel poprzednio dokładnie opróżnić; w małe nawet worki nie nastrzykiwać mniej jak 6, a w wielkie 10—12 uncyj, a następnie przez ugniatanie i obracanie brzucha starać się wprowadzić płyn nastrzyknięty w zetknięcie z każdą okolicą ścian. Ostatni ten akt wymaga zwykle 10—15 minut czasu, poczem staraliśmy się ciecz nastrzykniętą o ile można dokładnie z jamy torbieli wydalić. Niektórzy przecież lekarze, jak np. S c h u h i B a k e r B r o w n umyślnie pozostawiają całą ilość nastrzykniętego płynu w torbieli; inni znowu, musieli to uczynić mimo woli, gdyż płyn nastrzyknięty nie chciał im odpłynąć. Jeżeli torbiel jest bardzo wielka, to pojedyncze części zapadłej ściany łatwo przerywają komunikację między wprowadzonym cewnikiem, a roztworem jodowym; tak że przywrócenie jej, chociaż cewnik jest dosyć długi, niekiedy tylko przypadkowi zawdzięczać musimy, jak to sami nawet mieliśmy sposobność widzieć. Do o ile można najdokładniejszego wydalenia nastrzykniętego płynu zniewala obawa zbyt silnego oddziaływania, a osobliwie trującego działania wchłoniętego jodu. Względ ten, wbrew dotychczasowemu doświadczeniu, nie wydaje się być zupełnie niesprawiedliwym; gdyż nawet w takich

wypadkach, w których niewielkie ilości jodu pozostały w torbieli, występują zazwyczaj już po upływie $\frac{1}{2}$, 1 lub 2 godzin objawy zatrucia. Operowane dostają dreszczów, ziębna, tętno ich staje się małym i nadzwyczaj częstym; wielu z pomiędzy nich mimo bardzo wielkiego osłabienia dokuczają gwałtowne nudności; niektórym—parcie na mocz, całemi godzinami trwające. Chociaż jednak scena z razu tak jest trwożna, zwykle przecież już po 8—16 godzinach następuje ulga; gdyż znaczna ilość trucizny, z moczem lub t. p. szybko wydaloną zostaje na zewnątrz ze krwi. Nawet smak jodu, i jodowa woń wydechanego powietrza zmniejszają się w dniach następnych; w moczu zaś jeszcze po 8 dniach wykryć można małe ilości jodu. U jednej z chorych przez nas operowanych, która bez żadnych miejscowych przypadłości zapalnych lub gorączki, umarła 8 dnia, wśród objawów wzmagającego się upadku sił, przypuszczać trzeba, że zaburzenia w odżywianiu wywołane zatruciem jodowem, dołączywszy się do istniejącego już poprzednio znacznego osłabienia, spowodowały zupełne wyczerpanie. Zdaje się, że przy użyciu roztworów wyskokowych, pochłanianie jodu następuje powolniej, a tém samem i doraźne niebezpieczeństwo otrucia jest mniejsze. Za to, pojawiają się tu obok objawów zatrucia jodowego, objawy upojenia wyskokiem; nieraz przychodziła długi czas, nawet do 14 dni trwająca bezprzytomność, która nie zawsze kończyła się wyzdrowieniem. Musimy zatem zostawić przyszłości rozwiązanie kwestyi, czy niebezpieczeństwo zatrucia jakim zagraża pozostawienie wyskokowych roztworów w torbieli, równoważy się większą pewnością pomyślnego skutku ¹⁾.

Nastrzyknięcie jodu nie zawsze wywołuje wyraźne objawy zapalne w torbieli. Wielę z pomiędzy chorych dostają tylko niezbyt silnego bólu w brzuchu, który już na drugi dzień ustaje. Ciepłota ciała podnosi się nie wyżej jak do 40° lub 41° i utrzymuje się podniesioną tylko 3—5 dni; a niekiedy i wcale się nie podnosi. U innych za to chorych objawy, tak miejscowe, jako téż i ogólne trwają dalej, zdradzając poczy-

¹⁾ F o o k przekonał się doświadczeniami robionemi na płetwie żabiej, że wyskok, a więcéj jeszcze roztwór półtorachloru żelaza (10 krotnie rozcieńczony) nierównie lepiej aniżeli wodny roztwór jodu stwardzają tkanki, skutkiem ścinania białka. Lecz, o ile wiemy, półtorochlorek żelaza, żadnego nie wywołujący zatrucia, nie był nowszemi czasy używany w miejsce nastrzykiwań jodowych. Cl. Olivier (*Gaz. des hôpit.* Nr. 98. 1861) użył go tylko w celu ostatecznego zamknięcia torbieli po 12-dniowém pozostawianiu w niej rurki trójgrańca; nastrzyknięcie uwieńczone zostało pomyślnym skutkiem i od 3 lat nie było ponowy.

nające się ropienie. U jednej z naszych chorych oddzieliła się z czasem od wnętrza ścian torbieli macierzystej znaczna ilość torbielek potomnych, które dawały się wyciągać przez powstały na nowo otwór w miejscu przekłucia. Niestety, 14-go dnia po nastrzyknięciu jodu, podczas przestrzykiwania sposoczałej torbieli, rozerwał się świeży jeszcze zrost ze ścianą brzucha, i część zawartości wylała się do jamy otrzewnej. Po przelotnym wyczerpaniu sił, ciepłota, która już od 5 dni utrzymywała się niżej 38°, podniosła się na nowo, i chociaż nie przyszło do ogólnego zapalenia otrzewnej, sprawa jednak po 5 tygodniach zakończyła się śmiercią.

Niebezpieczeństwo rozwinięcia się zapalenia otrzewnej, pod którym nie mała ilość chorych leczonych nastrzykiwaniami jodowymi szybko ulegała ¹⁾, wymaga tej przeczności, aby do wspomnianego sposobu przystąpić dopiero po wypróbowaniu bezskuteczności prostego przekłucia. Wypada tu wprawdzie dodać, że to ostatnie, najprzód, i nie na pewno i nieznaczne sprowadza zrośnięcia się torbieli ze ścianami brzucha, ale ten oczekiwany skutek może przecież nastąpić; a powtórę, że nawet po pojedynczym przekłuciu zapalenia otrzewnej nie zawsze, niestety, omijają; w każdym jednak razie poprzedzać je musi wylanie się drażniącego płynu do jamy brzusznej, a roztwory jodu posiadają tę własność w wyższym stopniu aniżeli surowicza białkowata wydzielina torbieli.

Z przytoczonych wyżej faktów i uwag wykazuje się tedy, że od nastrzyknięć jodowych z większą pewnością i częściej oczekiwać można doszczętnego uleczenia niż od prostego przekłucia; że niebezpieczeństwo do nich przywiązane odpowiada przynajmniej nadziei pomyślnego skutku leczenia; oraz, że tego ostatniego oczekiwać można tylko przy torbielach jednokomorowych. Mając do czynienia z guzami złożonemi, obierzemy tę metodę operacyjną wtedy tylko, jeżeli na wycięcie (o którym niżej), chora się nie zgodzi, albo jeżeli takowe okaże się niewykonalnym, a tymczasem przeważny rozrost jednej torbieli, pozwoli oczekiwać po jej opróżnieniu chwilowej ulgi, lub nawet, w szczęśliwszych razach, dłużej trwającego polepszenia, i w dodatku, jeżeli płyn wypuszczony z torbieli nie będzie klejowatym. Nadzieja niektórych lekarzy, że nastrzyknięcie jodu do jednego worka, mogłoby powstrzymać wzrost przyległych także przestworów, nie więcej jest uzasadnioną, aniżeli obawa innych, iż w są-

¹⁾ Porównaj: wypadki *Legend'a* (*Révue de thérap.* Nr. 15. 1860; *Gaz. des hôpît.* Nr. 80. 1861).

siedztwie, zamiast powstrzymania wzrostu, nastąpi raczj ropyenie i sposoczenie.

Radziliśmy wyżej, nastrzykiwać jod dopiero po wypróbowaniu prostego przekłucia. Obie te metody tém pewniej pozwalają się spodziewać doszczętnego uleczenia, im torbiel, mająca być operowaną, jest mniejsza i cieńsze posiada ściany. To téż, gdzie można, powinny one być zastosowane, zanim guz znaczniejszej dojdzie objętości; a tém samym różni lekarze, jak np. F o c k usilnie zalecają wcześnie operować. Rozumie się, że przekłucie przedsiębrane z celem leczenia doszczętnego, innemi téż kierować się musi względami aniżeli przekłucie palliatywne. Tu bowiem idzie o usunięcie grożącego niebezpieczeństwa i oddalenie śmiertelnego zejścia. Lecz jeżeli lekarz i chora zdecydują się na próbę usunięcia choroby, muszą wejść na drogę niebezpieczeństw, i zryzykować się na niepożądane ewentalności. Zachodzi więc pytanie, w jakich okolicznościach leczenie doszczętne może być zalecaném. Odpowiadając na nie, winniśmy przedewszystkiem na to zwrócić uwagę, że torbiele pojedyncze zazwyczaj wtedy dopiero znaczniejsze wywołują przypadłości, gdy dojdą większych rozmiarów. Okoliczność ta wszakże może tylko chorój, ale nie lekarzowi, utrudnić zdecydowanie się na operacyę. Bo téż pojedyncze torbiele mają pospolicie łagodną zawartość; a więc i niebezpieczeństwo ich przekłucia nie jest wielkie. Z drugiej zaś strony, w miarę dłuższego ociągania się, pożądany skutek operacyi staje się coraz bardziej wątpliwym. Z téj wychodząc zasady, radzimy operować, jak tylko guz dosięgnie pępka, przypuszczając, że badanie każe się spodziewać pojedynczej torbieli o zawartości dość obojętnej. Podanego tu czasu już z tego powodu nie należałoby przekraczać, że torbiele gdy dojdą takiej objętości, szybko potem rość zaczynają. Gdyby zaś chodziło o leczenie doszczętne torbieli już nierównie większej, to należałoby po pierwszym przekłuciu pomódz sobie nastrzyknięciem jodu, zanim worek na nowo się wypełni. Czy to jednak będzie w istocie pomocnym, zdaje nam się rzeczą nader wątpliwą; bądź co bądź, nastrzyknięcie uskutecznione we wcześniejszym okresie rozwoju, pewniejszy obiecuje skutek. D e m a r q u a y zrobił najpierw w pewnych odstępach czasu szereg przekłuć, a dopiero wtedy gdy się torbiel zmniejszyła, a ściany jój zgrubiały, nastrzykał jod. Zdaje się jednak, że postępowanie jego nie znalazło naśladowców; bo téż przekłuwanie kilkakrotne jest niebezpieczniejsze niż przekłucie jednorazowe.

Przy nastrzykiwaniu, właściwą jest rzeczą zastąpić rurkę trójgrańca, sprężystym cewnikiem; pierwsza bowiem, podczas ugniatania brzucha rauri z łatwością ściany torbieli, a przytém nastrzyknięty płyn

z większą trudnością przez nią odpływa. Samo nastrzykiwanie wykonywa się pospolicie za pomocą szczelnej strzykawki mosiężnej. Przy niejakię ostrożności można uniknąć dostania się powietrza do torbieli. Simpson zamiast strzykawki używa rurki szklanej, mogącej w sobie pomieścić 8—10 uncyj płynu, która za pomocą rurki kauczukowej 1—2 cali długiej, zamykanęj sprężynowym zaciskaczem, łączy się z drewnianą kanką przystosowaną do cewnika. Za otworzeniem zaciskacza płyn wlewa się do torbieli.

Rozpatrzenie się w zawartości torbieli po przekłuciu, skłonić nas niekiedy może do zaniechania nastrzyknięcia jodu, jeżeliśmy je wykonać postanowili. Tam mianowicie, gdzie płyn pomieszany jest z krwią, lub skrzepkami włókniaka; gdzie się okaże klejowatym; albo wreszcie, gdzie wewnętrzna powierzchnia torbieli pokryta jest wybujałościami: roztwory jodowe sprowadzić mogą raczej zapalenie i sposoczenie aniżeli zamierzone ściągnięcie się torbieli. W takich okolicznościach poprzestajemy na przekłuciu.

Leczenie następce, po nastrzyknięciu jodu, ma na celu: zmniejszyć niebezpieczeństwo zatrucia jodowego i dolegliwości jakich takowe staje się powodem, oraz zapobiedz miejscowym zapaleniom. Upadek sił zwalczamy herbatą, bulionem, winem, i t. p.; dokuczliwe odbijania — łykaniem kawałeczków lodu; utrudnione wydalanie moczu — wodą sodową. Wydalanie jodu z organizmu przyspieszyć można środkami moczopędami, jak np. octanem potażu.

Jeżeli torbiel na nowo się wypełnia, to powtarzamy przekłucie, jak tylko okoliczności na to zezwolą. Niekiedy czekać trzeba kilka tygodni na poprawę odżywiania, bo inaczej zatrucie jodem sprowadziłoby długotrwałą skłonność do tworzenia się wrzodzień, lub też innych chorób skóry. Zawsze jednak pożądaną

jest rzeczą pierwój przystępować do następnego przekłucia, zanim torbiel dojdzie do objętości jaką poprzednio przedstawiała.

Zanim w celu doszczętnego leczenia torbieli jajnikowych wprowadzono w użycie nastrzykiwania jodowe, a nawet i nowszemi czasy, zalecano w wypadkach, w których proste przekłucie było niewystarczającem, sztuczne wydalanie zawartości torbieli do jamy brzusznej. Pobudką do tego był fakt znany z doświadczenia,



Przyrząd do nastrzykiwań, Simpson'a.

że dobrowolne pęknięcia torbieli sprowadzają niekiedy wyleczenie; przy czém spodziewano się, że albo opróżniony worek się ściągnie, albo też nastąpi trwała komunikacya torbieli z jamą brzuszłą, a następnie ciągle wchłanianie przez otrzewną wydzielanego przez torbiel płynu. Wilson i Baker Brown robili na linii białej cięcie do 4 cali długie, opróżniali torbiel za pomocą trójgrańca, wyciągali ją przez ranę, wycinali kawałek ję ściany, a zatamowawszy krwotok odkładali ją napowrót i ranę brzuszłą łączyli szwami. Jedna z chorych operowana przez Wilson'a umarła z ujęcia krwi; torbiel bowiem, po wycięciu kawałka ję ściany wśliznęła się do jamy brzusznej, zanim zdolano popodwazywać naczynia. Bez względu jednak na to nieszczęśliwe zejście, wycięcie częściowe nie jest niebezpieczniejszem od zupełnego wycięcia jajnika (*ovariotomia*), gdyż przy obu tych operacyach, skutkiem obrażenia rozwinąć się może rozlane zapalenie otrzewnej. Przy wycięciu częściowem zagraża do tego życia wylanie się zawartości torbieli do jamy brzusznej, zwłaszcza jeżeli nastąpi ropienie lub sposoczenie.

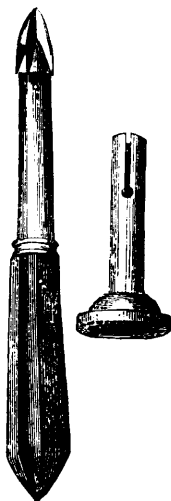
By cel zamierzony osiągnąć w sposób mniej niebezpieczny, Guérin, Tilt i inni, zalecali podskórne nacinanie torbieli, a Maisonneuve wykonał je, nie sprowadziwszy wprawdzie w tym wypadku żadnych groźnych przypadłości, ale też i nie zapobiegłszy ponowieniu się. I ta także metoda nie wyrobiła sobie uznania, raz dla tego, że podskórne wykonanie operacyi nie objaśnia nas o naturze zawartości torbieli, a tém samem nie usuwa niebezpieczeństwa z wydalenia do otrzewnej drażniącego płynu, a powtórę, że łatwo jest uszkodzić nożem mocno krwawiące naczynia.

Nowszemi czasy proponował Simpson nierównie odpowiednie postępowanie. Najprzód za pomocą zwyczajnego przekłucia przekonywa się on, czy zawartość torbieli jest drażniąca czy też obojętna. W tym ostatnim razie, nie wydala on płynu na zewnątrz, lecz wywierając w ciągu następnych dni nacisk na torbiel usiłuje przeszkodzić zamknięciu się rany po przekłuciu. Jeżeli się to nie uda, robi on małe nacięcie w skórze brzucha, i przez ranę wbija czworokątny trójgraniec, aby nim zrobić w torbieli otwór krzyżowy, mniej skłonny do zalepienia się. Tym sposobem wykonywane opróżnienie torbieli do jamy brzusznej przy zawartości surowiczej lub zlekka białkowatej może stanąć na szali z nastrzykiwaniami jodowemi i nawet uzyskać przewagę.

Skoro po przekłuciu lub nastrzyknięciu jodu, przyjdzie do ropienia lub sposoczenia torbieli, wtedy zalecają przekłucie z pozostawieniem rurki trójgrańca, lub też wprowadzenie i pozostawienie sprężystego cewnika; tak

samo jak przy ropieniu dobrowolnie rozwiniętym. Jeżeli cieczy ropiastej lub posokowatej w porę nie wydaliśmy, to obawiać się przyjdzie wylania

Fig. 25.

Czworograniec
Simpson'a.

się jej do jamy brzusznej; a jeżeli się nie postaramy o nieustanne i swobodne jej odpływanie, to grozić będzie rozwinięcie się posocznicy. Kilka razy na dzień powtarzane przestrzykiwania oczyszczające, a od czasu do czasu wykonywane nastrzykiwania do wnętrza torbieli roztworu jodu, saletrzanu srebra, lub t. p., powstrzymują wydzielanie, zmniejszają drażniące własności wydzieliny oraz jej ilość, a tym samym przyspieszają ściągnięcie się i zablźnienie ropnia torbieli. W wypadku podanym przez Ollenroth'a¹⁾, wykonano najpierw 7 razy proste przekłucia, a gdy potem przyszło do ropienia, pozostawił on srebrną rurkę na 27 dni, i tym sposobem zupełnie chorą uleczył. U chorej lezonej przez Pagenstecher'a²⁾, sposoczała torbiel klejowata; po wprowadzeniu i pozostawieniu cewnika pozlewały się stopniowo wyczuwane poprzednio twarde miejsca, oraz 4 wykryte przegrody, tak, że po 5 miesiącach, gdy otwór ropnia się zamknął, pozostał tylko guz wielkości gęsiego jaja, który nawet nie przeszkodził zajściu w ciążę i nie zakłócił przebiegu takowej. Schnetter'owi³⁾ udało

się także uleczyć na tej drodze torbielak; tylko że przekłucie robił on nie od strony powłok brzusznych ale przez pochwę.

Rozmaici autorowie zalecali to postępowanie w celu doszczętnego leczenia takich nawet torbieli, które nie uległy zapaleniu i ropieniu. Już Cels zalecał wprowadzać po przekłuciu rurkę ołowianną przez powłoki brzuszne; zaś August Gottlieb Richter pierwszy radził użyć sprężystego cewnika. Przekłucia przez pochwę z wprowadzeniem następnie rurki metalowej, pierwszy raz spróbował Fr. Henckel⁴⁾ z nieszczęśliwym rezultatem, a próba ta pomyślnie powtórzoną została przez C. Schwabe'go⁵⁾. Przy przekłuwaniu od strony powłok brzusznych, pozostawianie rurki powszechnie prawie zostało za-

¹⁾ Die Heilbarkeit der Eierstockswassersucht. Berlin 1843.

²⁾ Rhein. Monatsschr. Februar 1849.

³⁾ Verhandl. der phys.-med. Ges. zu Würzburg. V. 1.

⁴⁾ Medicin.-chirurg. Anmerk. 7 Samml. Berlin 1760. 4 s. 26.

⁵⁾ Hufeland's Journal f. pract. Heilk. Decemb. 1841.

rzuczone, z wyjątkiem wspomnianych powyżej wypadków, w których torbiel zropieniu i sposoczeniu ulega. W 1856 jeszcze roku, J o b e r t uważał to postępowanie za prawidłowe; ale od tego czasu niebezpieczeństwa jego wykazały się w wielu wypadkach, w których zostało zastosowane, po nastrzyknięciu jodu. Przypuszczano wprawdzie, że będzie można zapobiedz rozwinięciu się zapalenia otrzewnej, sprowadziwszy przed utworzeniem torbieli sklejenie się jęj ze ścianą brzucha; lecz pożądane tak zapalenie zlepne nie da się sprowadzić ani przez zastosowanie zzeradeł na skórę, ani przez wkłuwanie szpilek w guz, ani nawet przez rozcięcie ściany brzusznej do samej otrzewnej; a to wszystko nie jest do tego wolne od niebezpieczeństwa. Więcej jeszcze niż zapalenie otrzewnej grozi życiu operowanych stała obawa posocznicy. Mimo to niektórzy lekarze nie odstręczają się niepowodzeniem poprzedników od robienia nowych prób ¹⁾.

Trzymanie rany otworem po przekłuciu przez pochwę, żywo było zalecane przez K i w i s c h 'a, który wprowadził wziernik do rany, i tym sposobem jedną chorą doszczętnie uleczył, gdy tymczasem druga, później operowana, umarła z zapalenia otrzewnej. Stanowczym zwolennikiem tej metody jest obecnie S c a n z o n i, który 14 razy z niej korzystał. Posługuje się on do tego 10 cali długim, prostym trójkątnym, do którego rurki przystosowany jest oddzielny nóż 1 1/2" szeroki, opatrzone ostrzem, którym można zrobiony otwór rozszerzyć w jednym kierunku na 1—1 1/2", jeżeli zawartość torbieli jest cieczą zbyt lepka. Tylko w 3 wypadkach na 14, wystąpiły później objawy silnego zapalenia i sposoczenia torbieli; w pozostałych zaś ta ostatnia zmniejszyła się bez zbyt wydatnych miejscowych i ogólnych przypadłości, a wydzielanie wcześniej jeszcze ustawało, tak, że już 8—10 dnia rurka mogła być wyjęta. Tamte 3 wypadki należą właśnie do liczby 8, w których nastąpiło zupełne uleczenie; śmiertelnego zaś zakończenia nie spostrze-

¹⁾ U y t t e r h ö v e n (*Journal de méd. de Bruzeli. Decembre 1858 et Juni 1859*) wynalazł t. z. *trocart articulé à corseur*. Jestto trójkątniec, mający w odległości 5 ctm. od końca staw dający się ustawić pod kątem za pomocą śruby, a przy rękojeści zasuwkę. Za pomocą tego urządzenia można po wkłuciu utrzymać w zetknięciu ścianę torbieli ze ścianą brzucha; a na 6 dzień sklejenie ma być już dokonane, poczem narzędzie się usuwa i zastępuje rurką. U y t t e r h ö v e n chce tym sposobem zmniejszyć niebezpieczeństwo przekłucia i nastrzyknięcia jodu, a że równocześnie rozwija się ropienie, więc i zapewnić uleczenie doszczętne. To ostatnie udało mu się w 2 wypadkach tym sposobem operowanych osiągnąć.

gał S. ani razu ¹⁾. Inni lekarze mniej byli szczęśliwi przy takiem postępowaniu. Z 3 chorych przez Crédé'go operowanych, 2 umarły. Ch. West podaje do wiadomości równocześnie o 3 wypadkach, z których jeden dotyczył torbieli tłuszczowój; dwie z chorych przez 36 godzin znajdowały się w niebezpieczeństwie utraty życia, trzecia zaś umarła, jakkolwiek nie w skutek bezpośrednich następstw operacji.

Fig. 26.



Trójgraniec
z nożem Scanzoni'ego.

Bądź co bądź, wyniki otrzymane dotychczas z wyżej przytoczonego postępowania są dostateczne, aby postępowanie to zatrzymać dla leczenia pojedynczych torbieli z łagodną zawartością, gdzie proste przekłucie nie wystarcza do zupełnego ich uleczenia. Mniejsze niebezpieczeństwo pozostawiania przetok, w porównaniu z przekłuwaniem od strony ścian brzucha, tém się tłumaczy, że przekłucie w punkcie najniżej położonym, szczególniejszy sprzyja nieustannemu odpływowi posoki. Czy jednak ta metoda, przez wzgląd na połączone z nią niebezpieczeństwo nastrzykiwań jodowych powinna być zaniechana, do czasu pozostanie wątpliwem. Lecz jej zastosowanie już dla tego samego musiałoby pozostać ograniczonem, że torbiele jajnikowe rzadko w ogóle są dostępnymi od strony sklepienia pochwy, bez niebezpieczeństwa obrażenia sąsiednich organów. Przylegają one do pochwy zazwyczaj dopóty tylko, dopóki są małe, a tém samym albo wcale nie bywają dostrzeżonemi, albo też mało jeszcze zakłócają stan ogólny i nie każą się spodziewać szybkiego wzrostu w krótkim czasie; większe zaś guzy, które wyjątkowo tylko są głęboko opuszczone w jamie miednicy, nie zawsze miewają cienką ścianę u swjej podstawy. W dzisiejszym stanie rzeczy, zdecydujemy się na utworzenie przetoki od strony pochwy, oprócz we właściwych potem wypadkach zropienia torbieli, tylko po bezskutecznem zużyciu nastrzykiwań jodowych i to jedynie wtedy, jeżeli przekłucie przez pochwę musiało już być wykonane (jak np. przy uwięzieniu torbieli); lecz torbiel na nowo się napełniła, a przytém jest niewątpliwie dostępną od dołu. Tu może przynajmniej, skutkiem poprzednich operacji, ściana torbieli

¹⁾ Franque podaje (*Wien. med. Halle Nr. 10—12 1864*), że S. osiągnął znowu 2 doszczętne uleczenia za pomocą téj metody.

być przyrośniętą od dołu; a tém samém i przekłucie w dawném miejscu, może się wydać bezpieczniejszém, aniżeli w nowém miejscu, przez powłoki brzuszne. Z drugiej jednak strony, nastrzykując roztwór jodu przez pochwę, mniej mamy pewności, że takowy zetknie się ze wszystkimi miejscami ścian torbieli.

Lecz nawet pomimo zropienia guza, czy to dobrowolnie, czy skutkiem operacyi, pozostawienie wprowadzonego doń cewnika może mieć pewne ograniczenia. Już Keith ¹⁾, gdy po przekłuciu przyszło do zgorzeli ścian torbieli z gwałtownymi bólami i silną gorączką, zamiast iść wyż wspomnianą drogą, zdecydował się natychmiast na wycięcie jajnika (*ovariotomia*) i tym sposobem chorą uratował. My także w jednym wypadku dobrowolnego ropienia wycięliśmy cały guz. Wycięcie to wykonaliśmy w 13 mniej więcej tygodni od rozpoczęcia się ropienia, które się zdradzało gorączką i gwałtowném chudnieniem; siły bowiem pacjentki tak dalece podupadły, że dłuższe trwanie ropienia i gorączki trawiącej po dokonaniu przekłucia i pozostawieniu cewnika kazało się spodziewać szybkiego zużycia, gdy tymczasem usunięcie całego ogniska ropnego, pozostawiało chociaż cień nadziei uleczenia. Istnienie zrostu zdradzało się już uczuciem tarcia, jakie wyczuwaliśmy po prawej stronie obwodu guza. Po przecięciu ścian brzusznych i przekłuciu torbieli pokazało się, że ta ostatnia z prawej strony przyczepiona była za pomocą błony rzekomej do pętlicy kiszek, a od góry na całej przestrzeni zrośnięta z siecią. Ostatni ten zrost dał się oddzielić dopiero po podwiązaniu niemal 20 naczyń, ale tém samém bez utraty krwi. Podwiązki zostały krótko poobcinane i zostawione; szypuła unieruchomiona za pomocą zaciskacza, i poniżej takowego jeszcze przewiązana od środka w dwie strony. Mimo tak znacznego traumatyzmu ciepłota wieczorna wynosiła tylko 36,9°, a częstość tętna 96; następnego rana resp. 38,0° i 114; gdy tymczasem w ciągu poprzednich 7 tygodni częstość tętna stale przechodziła 100, ciepłota ranna bywała prawie 38° lub wyżej, zaś wieczorna rzadko kiedy bywała niższą nad 38,5°, a częstokroć między 38,5° a 40,0°. Chora sama czuła się wprawdzie nieco osłabioną, ale w porównaniu z dawniejszym swym stanem bardzo dobrze. Na 3-ci dopiero dzień pojawiło się wzdęcie brzucha (*meteorismus*), a na 4-ty duszność z rżeniem w tchawicy. Na początku 5-go dnia chora umarła. Sekcja wykryła niezupelnie rozlane zapalenie otrzewnej oraz obrzęk płuc z nielicznymi blonami rzekomymi na dolnej powierzchni tychże. Chociaż ten wypadek

¹⁾ Lancet. July 8. 1865.

śmiercią się zakończył. to jednak przy badaniu guza znalazł się jeszcze jeden moment na usprawiedliwienie wykonanej operacji. — Poza wielką zropiałą torbielą, znajdowała się druga mniejsza, z taką samą zawartością; chociażby więc zrobiono przekłucie z pozostawieniem cewnika, to i tak tylko jedno z ognisk ropnych zostałoby opróżnionem.

Przy rozstrząsaniu pytania, czy w razie zropienia torbieli wskazaniem jest zaprowadzenie cewnika, czy też wycięcie guza (*ovariotomia*); oprócz stanu sił choréj oraz możliwości istnienia kilku ropiejących torbieli, z których jedna tylko może być dostępną dla przekłucia, należy wziąć pod uwagę trzecią jeszcze okoliczność. — W torbielach macierzystych mieszczą się niekiedy bardzo wielkie torbiele potomne i wybujałości, których wydalenie w drodze ropienia odbywa się tak powolnie, że o wyzdrowieniu chorych zaledwie można myśleć. I takie przykre zdarzenie, mieliśmy sposobność spostrzegać w jednym, śmiertelnie zakończonym wypadku, w którym, po przekłuciu nastąpiło sposoczenie, co nas zniewolilo do wprowadzenia i pozostawienia cewnika. — I chociaż co 3–5 dni wydobywaliśmy z rany znaczną ilość gronkowato ułożonych przy sobie torbielek, to i tak jeszcze przy sekcji znaleźliśmy czwartą część ściany worka pokrytą wyrosłami.

Skoro przekłucie i nastrzyknięcie jodu nie sprowadza skutku, albo jeżeli z powodu własności guza z góry już nie można się od tych metod spodziewać uleczenia, to pozostaje tylko spróbować leczenia doszczętnego za pomocą wycięcia zwyrodnionego jajnika (*ovariotomia*). — Dopokąd niebezpieczeństwo téj operacji było przeceniane, mogli jeszcze myśleć o zastąpieniu jéj innemi, w równym stopniu grożącemi życiu, chociaż mniej nawet pewnemi pod względem skutku. — Do takich należy, p r z e c i ę c i e (*incisio*) guza, t. j. rozdzielenie ścian brzucha i torbieli na znacznej przestrzeni, z celem usunięcia guza przez ropienie. — Że uleczenie tą drogą, jest możliwe, pokazał to R o b. H o u s t o n ¹⁾, który, gdy po przekłuciu trójgrańcem nic nie odpływało, aby mózdz wydalic massy klejowate rękami i łopatką drewnianą, przez otwór po przekłuciu poprowadził ciecie 5 cali długie. — Niezadługo potem L e D r a n ²⁾ próbował leczyć doszczętnie przecięciem dwie chore, z których jedna wyzdrowiała zupełnie, druga zaś żyła jeszcze przynajmniej 4 lata.

1) Philosoph. Transact. XXXIII. Nr. 381. 1721.

2) Mémoir. de l'acad. de chirurg. II.

Do tych wypadków przyłączają się inne, po części szczęśliwe, po części śmiercią zakończone; wszelako były to wypadki pojedyncze, a mnożyć się wtedy dopiero zaczęły, gdy wycinania jajników częściej zaczęto przedsiębrać, i nie rzadko musiano je przerywać nie dokończywszy, lecz przeciąwszy dopiero ścianę brzucha i torbieli, lub nawet usunąwszy część guza. — Doświadczenie przy tém osiągnięte, przekonało niewątpliwie, że przecinanie torbieli pojedynczych już jest nader niebezpieczne, a przy guzach złożonych zaledwie w wielkiej mniejszości wypadków pomyślném wieńczy się zejściem. — Musi więc ono być uważaném głównie za środek z konieczności pomocniczy, w takich wypadkach, w których operacya wycięcia jajnika została rozpoczętą, lecz z powodu istniejących zrostów dokończoną być nie może. — Gdzie tylko można, należy guz w całości usunąć, a tém samém i nacięcie zawsze tylko uważać trzeba za postępowanie ewentualne, przy pomocy którego, w pomyślnym razie można uratować życie.

C a ł k o w i t e w y ł u s z c z e n i e z w y r o d n i o n e g o j a j n i k a (*ovariotomia*) wykonane zostało po raz pierwszy na początku XVIII stulecia, i to bez z góry powziętego zamiaru, przez S a l w a t o r a M o r a n d'a ¹⁾, który przy wyjmowaniu rurki trójgrańca, całą torbiel przez otwór z przekłucia powstały na zewnątrz wyciągnął. — Operowana umarła. — W dwóch innych za to wypadkach, które się zdarzyły T h o m k i r k l a n d'o w i i H o w s h i p'o w i ²⁾, chore zostały ocalone.

Pierwszym, który naumyślnie wyciął torbiel jajnika (ropiejącą), miał być l' A u m o n i e r w Rouen; wszakże to jest tylko pewném, że on w 1776 roku oddał jajnik, chociaż choroba była może ropniem miedniczym w okolicy jajnika.

Pomyślne zejście téj operacyi dało wprawdzie powód do rozpraw nadjéj dopuszczalnością, ale najznakomitsi chirurgowie odmówili jéj prawa obywatelstwa. Dopiero w 1809 r. E p h r a i m M' D o w e l l w Kentucky zaczął znowu wykonywać owariotomią, i robił ją 9 razy ze zmiennym rezultatem. — Do tego przyłączyły się inne pojedyncze wypadki, których mniejsza tylko część ukończyła się wyleczeniem doszczętném, w pozostałych zaś albo chore umierały, albo operacye z powodu zbyt obszernych zrostów guza nie mogły być kończonemi, albo wreszcie po otworzeniu jamy brzusznej okazywało się, że guza nie ma. — W 1823 r.

1) Histoire de l'acad. des scienc. 1718. p. 34 i 1719 p. 48.

2) Pract. observ. in surgery. London 1816. p. 343.

L i z a r s operował 4 razy z takimi wynikami. — Z wielką wytrwałością wzięli się do tej operacji **C l a y** w Manszestrze r. 1842, oraz **A t l é e** w Pennsylvanii, i osiągniętymi przez się rezultatami zjednali powszechne uznanie w Anglii i Ameryce. — W Niemczech wykonał ją po raz pierwszy w r. 1819 **C h r y s m a r** w Isny, a w r. 1820 tenże trzy razy jeszcze; wszelako aż do roku 1846 (wyłącznie znane były tylko 22 operacje wykonane przez 14 lekarzy, z których najwięcej, bo 4 wykonał **B ü h r i n g**, **D i e f f e n b a c h**, który raz ją tylko robić próbował, i nie mógł dokończyć, stał się stanowczym jej przeciwnikiem. We Francyi klątwa ciążyąca nad owariotomią zdjęta została dopiero w 1861 r., skoro **N é l a t o n**, w celu obznajomienia się z nią, zwiedził szpitale i kollegia londyńskie.

Rezultaty jakie dawała owariotomia, zbierano od czasu do czasu w zestawieniu statystyczne, aby tym sposobem zyskać podstawę do oceny jej wartości. Czynili to: **S. L e e**, **R. L e e**, **K i w i s c h**, **F o c k**, **J o h n C l a y**, a nowszemi czasy **D u t o i t**. — Z tabelli podanej przez **K i w i s c h**a w r. 1849 wykazuje się, że na 122 rozpoczętych operacyj, 86 tylko można było doprowadzić do końca, 22 musiały pozostać nieskończonemi, a 14 razy pomyłono się w rozpoznaniu. — 47 chorych umarło, 17 pozostało nieuleczonemi, a 58 wyzdrowiało. — **F o c k** w 1856 r. na 292 owariotomij naliczył 120 wypadków zakończonych śmiercią i 120 doszczętnie uleczonych; 52 chore utrzymały się wprawdzie przy życiu, lecz zachowały dawne swe cierpienie. — Zatem na 41 uleceń przypadło 41 wypadków śmierci a 18 nieuleczonych, t. j. razem 59 niepomyślnych. — **D u t o i t** od r. 1781 do końca października 1863 r. był w stanie zebrać już 742 wypadki wycięć jajnika; z których 467 przypadało na Anglię, 165 na Amerykę, 74 na Niemcy, 28 na Francję i 8 na inne kraje. Z tej liczby dokończono 585; $330=56,4\%$ z pomyślnem, a $255=43,6\%$ ze śmiertelnem zejściem. — W 27 wypadkach można było wykonać tylko częściowe wyluszczenie macicy; z tych 16 zakończyło się śmiercią. — U 87 chorych zwyrodniały jajnik musiał pozostać nietkniętym, a 26 z pomiędzy nich przypląciło życiem. — U 20 znaleziono nadspodziewanie guzy nie w jajnikach, które jednak wyluszczone — 13 razy ze śmiertelnem zejściem.

Z powodu błędnego rozpoznania zaprzestano 23 operacyj po otworzeniu jamy brzusznej; z tej liczby 7 operowanych umarło. — Angielskim lekarzom zdarzyło się poprzedzić błąd przy rozpoznawaniu w $3,2\%$ wypadków; niemieckim w 4% ; tamci musieli pozostawić jajnik w części lub zupełnie nietkniętym w 15% , ci u 22% chorych przeznaczonych do

owariotomii. Angielscy lekarze stracili po całkowitem wyluszczeniu tylko 40%, niemieccy — 73% chorych. — Przyczyną śmierci było najczęściej zapalenie otrzewnej (91 razy), wyczerpanie sił (41 razy) i krwotoki (31 razy). — W ciągu pierwszej doby umarło 43, w ciągu drugiej 54 między 3—7—83; od 2go do 10 tygodnia 38 operowanych.

Wielka napozór różnica wyników otrzymanych po owariotomii w Anglii i Niemczech, musi być po części objaśnioną niekompletnością zebranej statystyki. — W Anglii operacja ta wykonywana była bardzo często; w Niemczech rzadko. — Tam, niema sposobu sprawdzenia jak wiele mogło być wypadków nie publikowanych; że jednak w Anglii owariotomia już od dziesiątków lat zjednała sobie prawo obywatelstwa, trzeba więc przyjąć, że bardzo wiele operacyj nie doszło do wiadomości ogółu.

W Niemczech zaś niewątpliwie kilka co najwyżej owariotomii mogło ująć przed poszukiwaniami G. S i m o n a, który usiłował zaznaczyć się o ile można ze wszystkimi wypadkami wyciąć jajnika. — Z tego zarazem wynika, że aby z przybliżoną chociaż pewnością ocenić niebezpieczeństwo owariotomii wogóle, nie można się opierać na cyfrach wyciągniętych z ogólnej liczby znanych operacyj. — Na szczęście, niektórzy angielscy lekarze, którzy bardzo często owariotomię wykonywali, wykazali z własnego doświadczenia, że i niepomyślne wyniki dotychczas przez niemieckich lekarzy osiągnięte, nie mogą być żadną podstawą sądu. — Dowiedli oni nadto, że stosowne postępowanie przy operacyi i leczeniu następczém, bardzo znacznie podnosi nadzieję pomyślnego zejścia.

C h a r l e s C l a y ¹⁾ przed 18 kwietnia 1863 r. robił ogółem 104 owariotomij, z których 32 zakończyły się śmiercią. — J B a k e r B r o w n ²⁾ do 5 marca 1862 r. operował 38 kobiet, z których 19 wyleczył, 19 umarło. — S p e n c e r W e l l s ³⁾, po dzień 18 czerwca 1864 r. na 100 operacyj liczy 66 wyzdrowień i 34 śmierci. — T y l e r S m i t h w „Lancet“ z 16 kwietnia 1864 r. podał liczbę przez siebie operowanych — 20, z której 16 wyzdrowiało. — Dwaj na ostatku wymienieni lekarze w nowszym dopiero czasie, operacyą tę podejmowali, — J. C h. C l a y otrzymywał także coraz lepsze rezultaty; w pierwszych bowiem 20 wypadkach tracił jednego chorego z 2½; w drugich 20, je-

¹⁾ Brit. med. journ. April. 18. 1863.

²⁾ Lancet. 1862. Vol. I. p. 303.

³⁾ Brit. med. journ. Juni 18. 1864.

dnego z $3\frac{1}{2}$; w trzecich 29, jednego z $4\frac{1}{7}$. — O wiarogodności tych danych wątpić nie można. Sprzeczność ich ze wszystkimi innemi statystykami objaśniają następne fakty. — Pierwsze operacye lekarza rzadko kiedy bywały pomyślne; a właśnie zestawienie owariotomii dokonanych w Niemczech obejmuje wielką ilość operatorów, z których tylko niektórzy częściej operacyą wspomnianą wykonywali; zaś bogate i coraz rozleglejsze doświadczenie, jak w ogóle w medycynie praktycznej tak téż i tu ma swoje błogie korzyści. Nadto we wzmiankowanych zestawieniach statystycznych, nie tylko pomieszczono te operacye, których technika i leczenia następce przeprowadzone zostały według uznanych już zasad, ale pomieszano ze sobą rezultaty powołanych i niepowołanych, wyniki nowszych, i dawniejszych (właściwie próbnych tylko) czasów.

To téż rezultaty osiągnięte nowszemi czasy przez angielskich lekarzy, nie pozostawiły wątpliwości pod względem użyteczności operacyi wycięcia jajników. Dowiodły one nadto, że operacya ta, pomyślne daje wyniki nie tylko przy torbielach pojedynczych, w celu leczenia których przeprowadzono już bezskutecznie wszystkie inne sposoby, ale właśnie przy guzach złożonych, zazwyczaj całkiem niedostępnych, które wymagają rozcięcia ścian brzusznych na znacznej przestrzeni. — Przekonywają nakoniec, że istnienie zrostów między guzem a ścianami lub organami brzuszными, niemal tak często jak ich brak, dopuszcza osiągnąć pomyślne zejście, a tém samym, że nie ma potrzeby ograniczać owariotomię do wielkiej mniejszości wypadków, lecz nawet mimo niepomyślnych napozór okoliczności, można spodziewać się od niej ocalenia życia ¹⁾. Dawniej mianowicie odstraszała niemieckich lekarzy od owariotomii, obawa takich zrostów, wielka ich częstość przy wielkich i złożonych guzach, oraz niemożliwość ich rozpoznania przed otworzeniem jamy brzusznej. —

¹⁾ S p e n c e r W e l l s przytacza nawet pomyślny wypadek wycięcia jajnika, dokonanego równocześnie z cięciem cesarskim. — Gdy bowiem wydobył pierwszą torbiel, przedstawił się drugi guz, który dopiero po dokonaniu przekłucia obok zjawiającego się teraz ujęcia jajowodu, okazał się macicą ciężarną w 5-m miesiącu. — Przy wyciąganiu kanki wypadła masa gąbczasta, a gdy ją usiłowano odprowadzić, macica rozdarła się na przestrzeni 3" — 4" i płód wypadł. Z powodu krwotoku trzeba było podwiązać 3 naczynia leżące poniżej miejsca pęknięcia i wprowadzać kawałki lodu przez szyję maciczną. Po 33 dniach operowana wyzdrowiała.

Wprawdzie przebyte zapalenia każą się zawsze obawiać zrostów, ale nie każde zapalenie otrzewnej do nich prowadzi, jak z drugiej strony, powstanie zrostów nie zawsze poprzedzają prawdziwe objawy zapalne. — Istniejące zrosty zdradzają się niekiedy, lecz nie zawsze, szmerem tarcia. Wielkie guzy nie dają się tak znacznie z jednej strony na drugą przesuwąć, aby się można było upewnić, czy ich powierzchnia prześlizga się tylko pod ścianą brzuszną, czy też i pępek za sobą pociąga; lecz nawet tam, gdzie pierwszy z tych fenomenów stwierdzonym zostanie, nie wyklucza tu jeszcze możliwości istnienia nie zbyt obszernego i wiotkiego zrostu. To samo i macica, chociażby nie była przyrośnięta, jeżeli tylko przez sąsiedni guz jest mocno przyciśnięta, lub przez wyparcie ku górze unieruchomiona, — nie daje się swobodnie poruszać zgłębnikiem. — Często przytrafiające się zrosty torbielaków z siecią, oraz nie rzadko się zdarzające przyrośnięcia do pętlic kiskowych i innych organów brzusznych, wcale rozpoznać się nie dają. — Sądząc z dotychczasowego naszego doświadczenia, należy oczekiwać, że sztuczne oddzielanie istniejących zrostów stanie się możliwem, a tém samém, że rozpoczęta operacya da się zawsze doprowadzić do końca. — Niebezpieczeństwo rośnie wprawdzie z rozległością i jakością zrostów. — D u t o i t obliczył śmiertelność przy guzach zupełnie swobodnych na 28%, przy słabo pozrastanych na 40%, przy mocno przyrośniętych na 48,5%.

Jeżeli tedy dopuszczalność operacyi wycięcia jajnika okazuje się niewątpliwą, to jednak, na dzisiejszém stanowisku nauki, wielkość prawdziwego jój niebezpieczeństwa nie daje się ze ścisłością określić. To samo i realna korzyść jaką pomyślnie zakończona operacya chorym obiecuje, nie pozwala się na pewno ocenić, gdyż w niewielu tylko wypadkach śledzono przez czas dłuższy dalszy stan zdrowia operowanych. — Gdzie guz groźne spowodził już zaburzenia, chodzi tylko prawdziwie o uratowanie życia; w innych zaś razach, zaledwie można się domniemywać, jak długo życie mogłoby być zachowaném bez owariotomii, a zwłaszcza, jak długi mógłby być przeciąg znośnej egzystencji. — Dalej zazwyczaj przed rozpoczęciem wyluszczenia nie można prawie wcale wyrobić sobie pojęcia o stanie drugiego jajnika. — S c a n z o n i ¹⁾ słusznie zaznaczył, że ten fakt, w połączeniu z wielką częstością zwyrodnienia obustronnego, zwłaszcza przed zaprzestaniem miesiączkowania, każe oczekiwać, bynajmniej nie rzadko się zdarzającego, t. z. ponowienia się choroby po owa-

¹⁾ Medicin. Zeitschr. d. Ges. zu Würzburg. VI.

riotomii. — Nie trzeba się więc dać ludzi kilkakrotnie robioném spostrzeżeniem, że pewna chora wkrótce po wyzdrowieniu zaszła w ciążę i szczęśliwie urodziła. — Mamy już spostrzeżenia dowodzące, że może wypaść potrzeba powtórnej owariotomii, ale zarazem na uspokojenie nasze trzeba wiedzieć, że i ta powtórna operacja udać się może; żeby ona jednak mniej była niebezpieczną niż pierwsza, nie zdaje się być prawdopodobném. — Powtórzenia operacji unikano częstokroć przez wyluszczenie od razu obu jajników.

U *D u t o i t* znajduje się 25 takich wypadków; stosunek wyzdrowień do śmiertelności ma się tu jak 44 : 56, gdy tymczasem przy owariotomii jednostronnej jak 56 : 44.

Ponieważ przy ocenieniu przybliżonego niebezpieczeństwa, jakie ta operacja za sobą pociąga, dla podmiotowej rozwagi jednostek do pewnego czasu rozległe pozostaje pole; to też od indywidualności lekarza będzie zależało, czy chora łatwiej czy trudniej zdoła się zdecydować na poddanie się owariotomii. — To tylko można zalecić, aby lekarz nie taił swego zdania, i przedstawił chorą o ile można wszystkie ewentualności. — Ale należy to uczynić zawczasu.

W wypadkach, w których mniej niebezpieczne leczenie chirurgiczne mogło być próbowaném, stosowna ku temu pora wtedy nadchodzi, gdy się bezużyteczność takowego leczenia wykazała; zaś jeżeli guzy są niedostępne dla przekłucia i nastrzyknięć jodowych, wtedy — gdy wzrost ich zaczyna szybkie robić postępy, i każe się wkrótce spodziewać znacznych zaburzeń w stanie ogólnym.

Widoki bowiem szczęśliwego zejścia tém są pomyślniejsze, im ustrój mniej ucierpiał od miejscowej choroby. — Najmniejsza śmiertelność przypada na wiek od lat 21 do 25 (36,2^o/_o); największa po 59 roku życia (42,8^o/_o); mniejszą jest, przy dobrym stanie zdrowia (37^o/_o), znacznie-szą przy podkopanym już (48^o/_o), najznaczniejszą u chorych zrujnowanych na zdrowiu (53^o/_o). — To też lekarz, w interesie cierpiących, pragnąć powinien, aby one zawczasu trudną tę powzięły decyzję, — chociaż nie powinien naruszać swobody takowej. — Z drugiej znowu strony opierając się na doświadczeniu zdobytém przez *C h a r l e s C l a y'a* i innych, nie powinien się cofać przed operacją, nawet w późniejszych okresach choroby; nie ma bowiem żadnego innego sposobu ocalenia życia.

Owariotomię jednak wtedy tylko można przedłożyć, gdy wszystkimi sposobami, a więc w pewnych razach i przez przekłucie, upewnimy się o prawdziwości rozpoznania choroby, przyczém błędy zawsze jeszcze są

nieuniknione, jakoteż o możliwości operowania w danym wypadku, pod względem czego rozmaici lekarze mogą być różnego zdania.

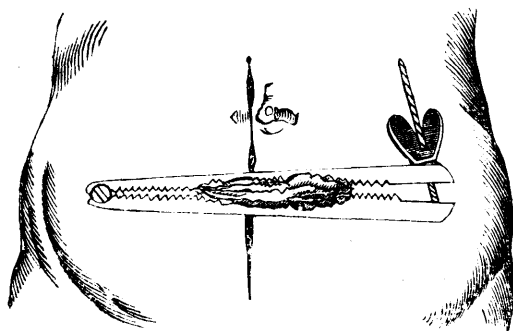
Co się zaś tyczy wykonania operacyi, to angielscy lekarze słusznie kładą nacisk na to, aby nie robić jęj w wielkich szpitalach, gdzie wszystkie operacye chirurgiczne dają stosunkowo mniej pomyslnie rezultaty, ale w prywatnych mieszkaniach chorych, albo, gdy nie można, w małych starannie przewietrzanych zakładach, i to w obszernym pokoju, w którym operowana nadal będzie miała pozostać. — Jeżeli można, wyczekiwać trzeba połowy czasu między dwoma peryodami miesięczkowemi, a zarazem suchego i ciepłego powietrza, stałej pogody. — B a k e r B r o w n uprzedza nadto operacyą 8—14 dniowém leczeniem wzmacniającém za pomocą chiny i żelaza, a w ostatnich dniach zaleca ciepłe kąpiele, dla pobudzenia czynności skóry.

Ważniejszém zdaje się być opróżnienie przewodu pokarmowego, aby go potem pozostawić w spokoju, i zapobiedz wymiotom podczas chloroformowania, co tylko C l a y'o w i wydaje się rzeczą obojętną. — W tym ostatnim celu B. B r o w n jeszcze w ostatnich 2—3 godzinach daje kawałki lodu do łykania. Większa część operatorów każe ogrzewać lokal do operacyi przeznaczouy na 75°—80° F. i usiłuje zapobiegać za-
ziębieniu podczas operacyi i po nięj, przez pozostawienie na choręj ciepłych majtek i pończoch, a później przez ułożenie jęj w dobrze wygrzaném łóżku i t. p.

Z wyjątkiem T y l e r S c h m i t h'a, który przekłada położenie w pół siedzące, aby zapobiedz wylaniu się torbieli do jamy brzusznej, wszyscy inni operują w położeniu leżącém na wznak, podczas gdy biegli asystenci utrzymują guz w zetknięciu z raną. — Najpięrw rozcinają się powłoki brzuszne wzdłuż linii białej, a następnie i otrzewna, o tyle, aby można było ogrzaną rękę wprowadzić do jamy brzusznej, wysledzić pobliskie zrosty i takowe oddzielić. — Potęm uchwyciwszy guz ostremi hakami, zmniejsza się o ile można jego objętość przez wydalenie zawartości za pomocą trójgrańca Tompsona, a jeżeli ta jest bardzo gęsta, to przez nacięcie, i wyciąga się przez ranę, którą w razie potrzeby rozszerzyć można. — Jeżeli przytęm okażą się nowe zrosty, to bardziej wiotkie oddzielają się rękami, zaś twardsze i bogatsze w naczynia nożem, podwiązawszy je poprzednio srebrnym drutem, który się krótko ucina i pozostawia, a gdzie nie można inaczej, tam trzeba nawet pozostawić część worka. — J o h n C l a y przepala bogato unaczynione zrosty za po-

mocą właściwego, stożkowatego żegadła ¹⁾. — Po wydobyciu guza, nakrywa się odsłonięte kiszki ogrzaną flanelą i przystępuje do utwierdzenia i oddzielenia jego szypuły, utworzonej przez wiąz szeroki. — Jeżeli szypuła jest dostatecznie długa, to ściska się ją zaciskaczem podanym przez H u t s c h i n s o n'a, i gdy ten silnie ją trzyma, przecina się albo bez podwiązywania, albo też, gdy jest bardzo gruba i większemi opatrzona naczyniami, po poprzedniem podwiązaniu w całości lub częściowo.

Fig. 27.



Utwierdzenie szypuły za pomocą zaciskacza
S p e n c e r W e l l s'a.

Skoro krwawienie nigdzie się już nie pokazuje, natenczas jama brzuszna starannie się oczyszcza z wylanéj krwi i t. p. za pomocą ciepłych i miękkich gąbek; rana brzuszna z wyłączeniem otrzewnej łączy się szwem ze srebrnych drutów (albo szwem okręcanym lub guzikowym), utwierdzając w nią szypułę wraz z zaciskaczem przed nią leżącym. — Po 3—5 dniach można zaciskacz odjąć. — Jeżeli jednak szypuła jest dla

¹⁾ N u s s b a u m napotkawszy guz na całej przestrzeni przyrośnięty, gdy za pomocą palcy, noża i nożyczek nie zdołał go oddzielić, w ten sposób szczęśliwie go wy dobył, że nożyczkami rozszerzył otwór po trójgrąncu ku górze i ku dołowi na 10 ctm. i wprowadziwszy rękę do wnętrza torbiele, ujmował jej ścianę w fałdy i odrywał. W ten sposób udało mu się zwolna oddzielić torbiel od odbytnicy, pęcherza i dołów biodrowych aż do przepony, w y n i c o w u j ą c j ą. — (Baier. Corresp. Bl. Nr. 50. 1864).

zaciskacza za krótką ¹⁾, to nie pozostaje nic innego, jak powstrzymać krwotok za pomocą podwiązek, a w najgorszym razie pozwolić szypule wśliznąć się potem napowrót do jamy brzusznej. — Pzytém narażamy się na niebezpieczeństwo, że martwiejący i oddzielający się koniec wywołać może zapalenie otrzewnej nie do uleczenia, a niekiedy czekać można wiele tygodni, zanim podwiązki się oddziela. — Tabella D u t o i 'a dotycząca skutku rozmaitych metod utwierdzania szypuły wykazuje, że przy użyciu zaciskacza, na 122 operowanych umarło 45 = 37%; jeżeli szypuła była podwiązana i na zewnątrz utwierdzona, ze 107 operowanych umarło 42 = 39%; nakoniec z 95 operowanych umarło 33 = 35%, gdy szypułę pozostawiono w jamie brzusznej. — W 4 wypadkach użyto odgniatacza (*ecraseur*); z tych 1 tylko zakończył się śmiercią.

Po operacyi w pokoju chorój utrzymuje się umiarkowany stopień ciepła i wilgotności, a zarazem dba się o dobre przewietrzanie. — Pęcherz opróżnia się co 6 godzin cewnikiem; wrazie pojawienia bólu zadaje się makowiec w formie czopków, a do żołądka nie wprowadza się nic więcej prócz kawałków lodu, dla stłumienia nudności; owszém, dopóki tylko grożą wymioty, wprowadza się wszelkie pożywienie, wyciąg mięsny, wino i t. p. przez odbytnicę. — Rana pokrywa się watą i opaską flanelową. — Szwy drucianne usuwają się po 6—8 dniach; po innych zaś szwach szpilki wyjmują się na 3 lub 4 dzień.

6. Twarde guzy jajników.

Meissner: *Frauenzimmer-krankh. II. p. 284.* — S. Lee: *l. c. p. 259.* — Kiwisch: *l. c. II. p. 180.* — Köller: *Die Krebs- und Scheinkrebskrankh. des Menschen. Stuttg. 1853 p. 439.* — v. Scanzoni: *l. c. p. 362.* — Kohlrausch: *Mülleres Archiv 1843. 4.* — Steinlein: *Henle's und Pfeuffer's Zeitschr. IX. 21.* — Friedreich: *Virchow's Archiv. XIII. p. 498.* — Lebert: *Prager Vierteljahrschr. 1858. 4.* — Rokitsansky. *Allg. Wien. med. Zeit. Nr. 34 - 35. 1859.* — Ulrich: *Monatsschr. f. Geburtsk.*

¹⁾ Keith, idąc za radą Spencer Wells'a poprzedził swoją 21 owariotomię kilkoma przekłuciami, aby osiągnąć przedłużenie się szypuły, która, ze wszystkiego sądząc, była za krótką; i, o ile się mu zdaje, cel ten w zupełności osiągnął. — (*Edinb. med. Journ. Decemb. 1864*).

März. 1859. — Simon Thomas: *Archiv. v. Donders II. 2.* — Förster: *Verhdl. d. phys. med. Ges. z. Würzburg. X. 1.* — Heschl: *Prag. V. Schr. 1860.* — R. Lee: *Med. chir. transact. 1860.* — Klob: *Path. Anat. p. 341.* — Braxton Hicks: *Guy's Hosp. Reports. S. III. Vol. IV.* — A. W. Fovt: *Dubl. quart. journ. Aug. 1863.* — Saxinger: *Prag. med. Wochenschr. Nr. 1. 1864.* — Bamberg: *Observationes aliquot de ovarii tumoribus. D. i. Berol. 1864.*

Pod tą rubryką zestawiamy wszystkie takie guzy jajnika, w których wnętrzu nie ma przetworów wypełnionych płynem. — W porównaniu z opisywanymi powyżej torbielami i torbielakami, są one rzadkiem zjawiskiem; najczęściej jeszcze spostrzegano między nimi torbiele skórzaste, następnie raki, a w małej tylko liczbie wypadków włókniaki. — Kiwisch wspomina jeszcze chrzestniak, którego dwa przykłady widzieć miał na własne oczy, chociaż inni posądzają go o błędne rozpoznanie. O pojawieniu się gruczołków w jajnikach, donoszą już Boivin i Dugès, którzy obok gruźlicy macicy i jajowodów, napotkali jajnik powiększony do objętości kurczego jaja przez mnóstwo ognisk papkowatych; Rokitański zaś, widział u pewnej kobiety zmarłej na gruźlicę płuc i kiszek, lewy jajnik utkany małemi żółtymi gruzelkami, które w jednym miejscu zlały się w ognisko wielkości fasoli.

a) Torbiele skórzaste odróżniają się od torbieli innego rodzaju tém, że wewnętrzna ich powierzchnia przedstawia miejscami własności skóry. — Można tu niekiedy widzieć więcej niż na linię grubą warstwę nabłonka brukowego; pod nią pokład tkanki łącznej z brodawkami, które wszakże, chociażby się w znacznej znajdowały ilości nie układają się regularnemi szeregami i bywają rozmaitej długości i grubości; nakoniec pod tą warstwą tu i owdzie tkankę tłuszczową podskórną. — Gdzie ściana takie przedstawia utkanie, tkwią w niej częstokroć i torebki włosowe, z wychodzącymi z nich krótszemi i dłuższemi zazwyczaj jasnemi, wełniastemi włosami; a niemniej także gruczoły łojowe i potowe, z których pierwsze tak samo jak w skórze, otwierają się po części do torebek włosowych, tylko bliżej ich powierzchni. — Często także w ścianie takiej torbieli rozwijają się kości i zęby. Kości bywają zawsze mniej lub więcej nieregularnego kształtu, i mogą mieć obok siebie chrząstki, lub téż łączyć się z temi ostatniemi za pośrednictwem torebek stawowych. — Zęby tkwią albo w zębodołach kości podobnych do szczęk, albo w tkance łącznej; liczba ich przechodzić może 100. — Nakoniec, kilka razy spostrzegano na ścianach worków

massy nerwowe i mózgowe. — Zawartość jam torbieli składa się z żółtej mazistej massy, złożonej z płynnych i stałych tłuszczów, zwłaszcza kryształów cholesteryny, oraz z nabłonków brukowych. — Z rozkładu tych ostatnich pochodzi zapewne leucyna i tyrozyna, które B a m b e r g e r przy chemicznych swych poszukiwaniach wykazać mógł w obfitości obok kwasu szczawiowego, ksantyny i mocznika. — Prócz tego, znajdujemy częstokroć domieszane do tłuszczowej massy wypadnięte włosy kłębko-wato pozwijane lub spilśnione, a nawet i swobodne zęby.

Torbiele skórzaste, jak to już pobieżnie wspominaliśmy, znajdować się mogą w złożonych torbielakach, obok innych przetworów wypełnio-nych płynem. — Oprócz tego napotykać się one albo oddzielnie, albo po kilka razem, i zazwyczaj bywają wtedy wrodzone; jak widać z zesta-wienia P i g n è g o, gdzie na 18 wypadków, napotkano 6 w wieku mię-dzy $\frac{1}{2}$ —2 r. życia, 4 u płodów donoszonych, a 3—8-miesięcznych. — Powstają one oczywiście z przeistoczenia pęcherzyków Graafa; że jednak dają się napotykać i zewnątrz jajnika, chociaż w nim najczęściej, upada więc tém samém słuszność zdania B r a x t o n H i c k s'a, że zwy-rodnienie skórzaste zawsze bierze początek z jajka. Że zaś przy powsta-waniu jego produkt zapłodnienia żadnej nie odgrywa roli, to już dawno zostało uznaném.

W większej liczbie wypadków były one małe, wielkości orzecha, do kurzego jaja. Mogą jednak dochodzić wielkości głowy dziecka lub mężczyzny, a nawet, jak o tém przekonywa opisany przez B l u m e n b a c h'a preparat przechowany w gabinecie Gothajskim, tworzyć worek 44 funtów mający z 40-ma funtami zawartości.— Bywają one powodem znacznych zaburzeń w organizmie przez to, że nie rzadko ulegają zapa-leniu i ropieją, bądź dobrowolnie, bądź téż skutkiem pęknięcia podczas wydarzonych w czasie ich istnienia ciąży i porodów. — Otwierają się najczęściej do pęcherza moczowego, odbytnicy, pochwy lub przez przednią ścianę brzucha. Wypadki, w których pod koniec pierwszego tygodnia połogu nastąpiło przedziurawienie do jamy otrzewnej, podali przed nie-dawnym czasem S a n g a l l i ¹⁾ i J. S c h m i d t ²⁾. — Tam na-wet, gdzie wytworzyła się komunikacja między torbielą a odbytnicą lub pochwą, nie wiele częścię można oczekiwać pomyślnego zejścia, gdyż wytwarzanie się tłuszczu trwa dopóty, dopóki błona skórzasta nie zоста-

¹⁾ Annal. univ. di medic. Luglio 1859.

²⁾ Monatsschr. für Geburtsk. August 1860.

nie zniszczoną, a wyropienie téj błony, nawet pod działaniem odpowiednich nastrzykiwań, długiego wymaga czasu. — W wypadku podanym przez Thomas'a, w którym torbiel otworzyła się do kieszki odchodowej, ułatwiono odpływanie przez zrobienie przekłucia od strony pochwy, i codziennie za pomocą wprowadzanego cewnika torbiel przestrzykiwano, a pomimo to jeszcze po 14 miesiącach chora nie była uleczoną. W innym wypadku widział V i r c h o w śmierć następującą skutkiem gorączki trawiącej. — Po przedziurawieniu pęcherza moczowego wyzdrowiała chora leczona przez V i d o n i e g o ¹⁾ w ciągu 2 miesięcy.

Rozpoznanie torbieli tłuszczowych jest niepewnym, dopóki ich zawartość odpływać nie zacznie. Ciastowata spoistość i powolny wzrost guzów, mających w ogóle cechy torbieli pojedynczych, nasuwają podejrzenie, że wypadek do téj należy kategorii. — Ale właśnie ta okoliczność, że i skórzaste torbiele dają niekiedy uczucie chęłbotania, staje się powodem błędów w rozpoznaniu, i może mimo nieznacznych stosunkowo przypadłości (ze strony stolca i moczu) zachęcić do przedsięwzięcia przekłucia, po którym szybko rozwija się rozlane zapalenie otrzewnej, gdyż niepodobna przy tém uniknąć wydostania się części drażniącej zawartości do jamy brzusznej, czy przekłucie zrobimy od strony powłok brzusznych, czy od strony pochwy. — To téż guzy tego rodzaju zostawiać trzeba naturze.

b) **Włókniaki** napotymano w jajnikach zarówno po jednej stronie jak i po obu. — Nie zawierają one ani tak wiele włókien mięsnych ani téż nie dają się tak łatwo ze swéj powłoki wyłuszczyć, jak guzy włókniste macicy. — Dorastają one niekiedy znacznej wielkości, zwłaszcza, jeżeli się składają z wielu kłębow, jak spostrzegał S c a n z o n i. Guz będący w jego posiadaniu waży 56 funtów. — Utkanie ich bywa już bardziej zbite, już pulchniejsze. Mogą się one skręcać około osi, i skutkiem wywoływanego przez to przekrwienia żylnego stawać bardzo soczystymi. Niekiedy kostnieją i nabierają podobieństwa do skórnych płodów zwapniałych (*Lythopedion*). — Czasami posoczeją, jak np. po pęknięciu przy porodzie. — Badając dwa guzy wielkości orzecha, przekonał się R o k y t a n s k i, że punktem ich wyjścia było ciało żółte. K l o b znalazł także w guzie wielkości głowy dziecięcej, ciało białawe (*corpus albidum*) wielkości grochu z jamką

¹⁾ Annal. univ. Miliano. Giugnono Nr. 65. 1865.

we środku, a na obwodzie warstwę żółtą do 3''' grubą z tłuszczejących ciałek tkanki łącznej. Z tego się pokazuje, że nie tylko torbiele ale także i włókniaki powstawać mogą z torebek jajnika. — Włókniaki jajnika, za życia chorych, mogą być co najwyżej tylko z prawdopodobieństwem r o z p o z n a n e, i to tylko jeżeli przy gładkiej powierzchni i powolnym wzroście, są twardej konsystencji; bo jeżeli są miększe, to prawdopodobniejsze jest przypuszczenie, że należy je odnieść do torbielaków lub raków. — Po nastąpieniu skostnienia, łatwiej można uniknąć pomyłki w rozpoznaniu, przypuszczając, że wywód choroby wyklucza przyjęcie skostniałego płodu, a wielka ruchomość macicy (która w jednym naszym wypadku prawie do czasowego opadnięcia dochodziła) nie pozwala wątpić, że guz nie z tego organu bierze początek.

c) R a k w jajniku występuje zazwyczaj jako cierpienie wtórne, zwłaszcza dołączające się do pierwotnego zwyrodnienia macicy. — Pierwotny zdarza się bardzo rzadko, i w tym razie, częściej pod formą rdzenia niż raka włóknistego. Jeżeli jajnik dotychczas był zdrowy, to według postrzeżeń F ö r s t e r'a w większej liczbie wypadków rozwija się on w sposób rozlany w podścieliska, i wtedy znajdujemy zamiast tego ostatniego i pęcherzyków, pod surowiczą powłoką błony białej, masę rakowatą, mogącą tworzyć guz wielkości pięści męskiej. Niekiedy jednak powstają także i w mięszu jajnika pojedyncze ogniska, które wyrastają na guzy gruczołowe znacznej wielkości; pęcherzyki i ciała żółte stopniowo marnieją; te ostatnie jednak niekiedy zanim zmarnieją, bujają piérwój. — R o k i t a n s k y spostrzegł jeden wypadek, w którym punktu wyjścia raka szukał on w ciałku żółtym, gdyż guz gruzłowaty wielkości głowy dziecięcej, wyraźnie otoczony był 6—12 linij grubą, gęsto pomarszczoną, białą-czerwonawą korą, w której wnętrzu dawała się odróżnić biaława masa środkowa. — Wzrost guzów rakowych postępuje w ogóle szybko, a w ostatnich tygodniach przed śmiercią bywa szczególnie gwałtowny. — Podczas ich rozwijania się łatwo przychodzi do ograniczonych zapaleń otrzewnej, prowadzących wzrost guza z przyległymi organami. — Rak przejść może bezpośrednio z jajnika na otrzewną, albo też przystępuje wtórne cierpienie tej ostatniej w odleglejszym miejscu, z puchliwą brzuszną, jak również rak wątroby, śledziony i t. p. Niekiedy znowu zrakowaciała masa jajnika rozrywa swoje powłoki, a bujając, tworzy gruzły swobodnie sterczące do jamy brzusznej, rozpada się i wywołuje śmiertelne zapalenie otrzewnej.

Częściej jeszcze aniżeli w zdrowym jajniku, rozwija się rak w torbielakach. Tu albo wybujałości rakowate wychodzą z wewnętrznej po-

wierzchni torbieli, i niekiedy nie tylko całą jej jamę wypełniają, ale nawet przedziurawiają ściany; albo też massa rakowata odkłada się w podścielisku ścian.

Rozróżnienie raka w jajniku od innych guzów, zazwyczaj możliwem jest dopiero na stole sekcyjnym, lub po dokonaniem wyluszczeniu. Zewnątrz bowiem ich powierzchnia, może być zarówno gładką jak i uderzająco wzgórkowatą; a i torbielaki bywają także nagórkowate i jednostajnej spistości. — Rakowata natura guza może być tylko do pewnego stopnia prawdopodobną; jeżeli ten guz bardzo szybko rośnie, wcześniej i mocno podkopuje ogólny stan organizmu, a na swój powierzchni pozwala wyraźnie wymacać twarde wyniosłości. — W jednym wypadku, świeżo przez nas spostrzeganym, ułatwiała rozpoznanie ta okoliczność, że obok cech dopiero wymienionych, a mianowicie obok twardych, gruzłowatych ale na powierzchni zupełnie gładkich wybujałości, u podstawy dołu Douglas'a, w lewej okolicy pachwinowej dostrzedz było można stwardniałe gruczoły limfatyczne.

Leczenie opisanych tu twardych guzów jajnikowych, może być tylko objawowem. — Przy torbielach skórzastych, przekłucie każe oczekiwać niepomyślnego tylko zejścia. — Wyluszczenie guzów rakowych i zrakowaciałych torbieli będzie nadal jak i przedtém w pewnych razach przedsiębrane, gdyż ich rozpoznanie zazwyczaj bywa niemożliwe. Lecz owariotomia tylko przy włókniakach zapewnia doszczętne uleczenie.

ROZDZIAŁ V.

CHOROBY WIĘZÓW MACICZNYCH.

1. Choroby więzów okrągłych.

L. R a u. *Beiträge zur Kenntniss der runden Mutterbänder. Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. 28 p. 289—352.*

Prawidłowy rozwój o k r ą g ł y c h w i ę z ó w m a c i c y, zależy od prawidłowego rozwinięcia się macicy i jajowodów. — Gdzie tych ostatnich organów brakuje, tam b r a k rozciąga się także i na więzy okrągłe. — Jeżeli zaś, mimo mniej lub więcej znacznego zmarnienia macicy, jajowody są wykształcone, to istnieją téż i więzy, przyczepiające się na granicy obu. — To samo ma miejsce przy niedokształceniu jednostronném.

Na dowód możliwości z b y t k u w y k s z t a ł c e n i a, posiadamy fakt podany przez R u y s c h'a, który przy macicy na prawo pochylonój, znalazł po prawej stronie prócz zwykłego więzu okrągłego, jeszcze drugi, wychodzący z szyi macicznój.

O n i e j e d n o s t a j n ą j d ł u g o ś c i obu więzów okrągłych, resp. o niezwyklej krótkości jednego z nich, mówiliśmy już przy opisie zбочeń w kształcie i położeniu macicy.

P r z e r o s t zdarza się jedno — lub obustronny, w związku z powiększeniem macicy, a zatem przy rozmaitych stanach chorobowych tak w niój, jako téż w jajnikach.

Ż y ł a k i nierównie rzadziej się spotykają w więzach okrągłych, niż w szerokich; jednak niekiedy bywają tak znaczne, że tworzą w pa-

chwinach guzy, naśladujące przepukliny sieciowe.—Mogą one pękać, osobliwie podczas porodu, dając powód do powstania zakrzepów (*thrombus*) wśród wzgórka łonowego i warg sromnych. W wypadku podanym przez K o r b'a po nacięciu powstałego tą drogą guza, wylało się kilka funtów krwi, częścią skrzepłą, częścią płynną.

Z a p a l e n i a więzów okrągłych dają się spostrzegać prawie wyłącznie podczas porodu, i to w skutek rozszerzenia się pierwotnego zapalenia macicy lub zapalenia okołomacicznego. Jeżeli przy tém ostatniem cierpieniu przyjdzie do ropienia, to ropa opuszcza się niekiedy za przebiegiem jednego z tych więzów.

Z w a p n i e n i e widzieli K ö h l e r, B o i v i n et D u g è s, i F. A. W a l t e r. W preparacie odnalezionym przez tego ostatniego w muzeum berlińskim, konkretem był kształtu jaja i ważył przeszło pięć drahm.

Pod względem praktycznym ważną jest p u c h l i n a więzu okrągłego (*Hydrocele lig. rotundi*). Jeżeli kanał N u c k'a nie zarosnie, to w ten odrostek otrzewnej nie tylko wchodzić mogą trzewia, ale może się też w nim nagromadzić i surowica, która zachowuje się tu w podobny sposób, jak przy wrodzonej puchlinie powrózka nasiennego u mężczyzn. Płyn zebrany we wspomnianym odrostku wtedy nie da się wypchnąć do jamy brzusznej, gdy w okolicy obrączki pachwinowej ściany kanału zrosną się ze sobą, a tém samym worek zostanie od góry zamknięty. Oprócz téj odmiany puchliny więzu wrodzonej, zdarza się jeszcze puchlina torbielowa (*H. cystica*), przy której więz okrągły nie przebiega już, jak tam, obok tylnéj lub wewnętrznej ściany torbieli, ale sam tworzy jéj ścianę. Ostatnia ta odmiana stać może w związku z rozwijaniem się więzu okrągłego z wydrążonego organu; w każdym jednak razie nie powinna być uważana za jedno z prostém obrzmieniem tego więzu.

Doświadczenie uczy, że puchlina torbielowa więzu okrągłego, jeżeli się mieści w kanale pachwinowym, lub tuż pod nim, może być łatwo wzięta za przepuklinę pachwinową, gdyż jeżeli torbiel jest niewielka, to i charakterystyczne jéj cechy nie są wydatne.

2. Zapalenie więzów szerokich. Zapalenie otrzewnej miednicy.

(*Perimetritis et Parametritis. Pelveo-Peritonitis. Phlegmone periuterina*).

K i w i s c h: *Klin. Vortr. II. p. 46.*—B e n n e t: *On inflam. p. 225.*—V a l l e i x: *Union. méd. Nr. 125. 1853.*—N o n a t: *Gaz. des Hôp. Nr. 25—33. 1850. i Nr. 125. 1859.*—T e n ż e: *Traité prat. des malad. de l'utérus et de ses annexes. Paris. 1860. p. 232.*—G a l l a r d: *Gaz. des Hôp. Nr. 128. 1855.*—P e a s l e e: *Edinb. med. journ. Jull 1855.*—C h. B e l l: *Edinb. med. journ. Paźdz. i Grudź. 1856 oraz styczeń 1858.*—B e r n u t z e t G o u p i l: *Archiv. génér. Mars et Avril. 1857.*—C i ż: *Clin. méd. II. p. 1.*—A r a n: *Bull. de thér. Juillet. Aout. 1859.*—T e n ż e: *Leçons clin. p. 653.*—S i m p s o n: *Méd. tim. and gaz. July. August. 1859.*—K l o b: *Wien. Wochenschr. Nr. 48 i 49. 1862 i Pathol. Anat. etc. p. 392.*—W e s t: *Lectures etc. II. p. 1.*

Wychodząc z zasady praktycznej, zestawiamy w tém miejscu wszystkie zapalenia składek otrzewnej, zamykających w sobie i ograniczających wewnętrzne organa rodne, oraz tkanki łącznej pomiędzy nimi się znajdującęj.—Przytoczona powyżej literatura pokazuje, że zapalenia te, ostatnimi właśnie laty stały się przedmiotem licznych opisów.—Toczono spór o to, co i do dziś dnia jeszcze pozostało nierozstrzygniętem, czy siedliskiem cierpienia jest otrzewna sama, czy też tkanka podotrzewna. N o n a t, który wprowadził nazwę: *Phlegmon péri-uterin*, zjednał sobie poważnych zwolenników w W e s t'cie, S i m p s o n'ie i innych; gdy tymczasem we Francyi stanowczo wystąpili przeciwko niemu B e r n u t z e t G o u p i l, jako też A r a n. I chociaż usiłowano przy tém o ile można szukać dowodów na stole sekcyjnym, to jednak dotąd nie udało się zebrać na nim znacznej liczby spostrzeżeń, bo choroba ta zaledwie wyjątkowo śmiercią się kończy. To tylko zdaje nam się rzeczą pewną, że w większej liczbie wypadków tak zwanego „*Phlegmone*” nie u położnic, tkanka łączna miednicy albo żadnego nie bierze udziału, albo zaledwie podrzędny. Zwykle więc zapalenie tego rodzaju słusznie zasługuje na nazwę częściowego zapalenia otrzewnej (*Peritonitis partialis*).

Punktem wyjścia zapalenia otrzewnej miednicy, mogą być rozmaite organa w miednicy leżące, ale najczęściej poczyną się ono pod postacią zapalenia okołojajowodowego (*Peri-salpingitis*), lub okołojajnikowego (*Peri-oophoritis*); rzadziej już pod formą właściwego zapalenia otrzewnej. Skoro takowe dosięgło już pewnego stopnia, to nie rzadko podczas całego już przebiegu choroby, a zwłaszcza podczas pojedynczych okresów takowej, niepodobna bliżej określić punktu jej wyjścia. Nic to jednak nie zawadza praktycznym wymaganiom lekarza, gdyż punkt wyjścia choroby nie wiele modyfikuje jej przebieg, a leczenie według jednych i tych samych prowadzi się zasad.

Zazwyczaj rezultatem zapalenia bywa wysiąknięcie mierniej ilości płynu bogatego we włókniak, skutkiem czego organa miednicze wielorako się ze sobą skleja. Posklejane ze sobą organa, jak jajowody, jajniki, więzy szerokie, macica, kiszka odchodowa, kiszka zgięta biodrowa, pęcherz, tworzą guz, dający się wykryć za życia chorych, który zazwyczaj przylega do macicy i bywa z nią zlany na mniejszej lub większej rozciąłości. Wielkość guza bywa zmienną, stosownie do rozległości zrostów. Może on być tak wielki, że otacza macicę dokoła, pozostawiając zaledwie ósmą lub czwartą jej część swobodną. Jeżeli jest niewielki, leży zwykle z boku i z tyłu po za macicą. Dolny jego koniec sięga najczęściej aż do sklepienia pochwy; górny może mniej lub więcej wystawać po nad wchód do miednicy; boczne granice nie zajmują dołów biodrowych. Podobnie jak wszystkie guzy zewnątrzmaciczne, przemieszcza on macicę, odpowiednio do swego położenia i wielkości. Ta ostatnia bywa albo odepchnięta na przeciwną stronę, albo też ku przodowi, i w tym razie zwykle także nieco ku górze. W innych razach zmiana dotyka tylko górną lub dolną część tego organu. Guz spłaszcza także przyległą część sklepienia pochwy, które oprócz tego, skutkiem bezpośredniego czy pośredniego przemieszczenia szyi macicznej, zmienia swój kształt i szerokość. Jeżeli wysięk był obfity, to najczęściej wypełnia on zagłębienia D o u g l a s'a i otarbia się tutaj. W tych właśnie wypadkach guz bywa początkowo wyraźnie sprężysty; później wszakże spoistość jego staje się tu, podobnie jak i w innych okolicznościach, tęższą, a częstokroć tak twardą jak deska. Po dłuższem trwaniu zazwyczaj wysięk zostaje wchłoniętym, pozostawiając mniej lub więcej silne zrosty, które stosownie do swęj rozległości, dotyczą bądź niektóre tylko z organów miedniczych, bądź też wszystkie razem. Zrosty te, mające bardzo często kształt bliznowatych powrózków, pociągają najczęściej za sobą trwałe przemieszczenia jajników i jajowodów, otorbenie i zanik pierwszych, zaciśnięcie i nieprzenikalność ostatnich, oraz pochylenia i zgięcia ma-

cicy. K l o b zauważył, że przy zapaleniu okołomaciczném, macica sama doznaje zmiany podobnej do ostrego stłuszczenia mięsa sercowego przy zapaleniu osierdza. Stłuszczenie zajmuje regularnie zewnętrzną warstwę mięsną, ale niekiedy rozciąga się na dwie linie w głąb; sprawdza ono ostatecznie rozwinięcie się warstwy korowej z tkanki łącznej, co w następnej ciąży może się stać przyczyną niedostatecznych skurczeń macicy.

W razie mniej pomyślnego przebiegu choroby, przychodzi do ropienia i wytworzenia ropni. Ropa najczęściej toruje sobie drogę do odbytnicy lub pochwy, niekiedy do okrężnicy lub pęcherza, albo wreszcie wylewa się do jamy otrzewnej. Z wyjątkiem tego ostatniego wypadku, zapalenie rzadko w niepołogowym stanie kobiety rozszerza się z miedniczego odcinka otrzewnej, na pozostałe części trzewiowego lub ściennego listka téj błony surowiczej; prócz tego, wysięk bywa w ogóle mniej obfity niż w połogu, i nierównie rzadziej staje się ropiastym.

Właściwa *Phlegmone periuterina* (*Parametritis* V i r c h o w'a) według naszego przeświadczenia zdarza się stosunkowo rzadko po zakończeniu porodu. Siedliskiem ję bywa najczęściej jeden z więzów szerokich albo téż tkanka łączna między dnem dołu D o u g l a s'a a przyległemi częściami odbytnicy i pochwy. W pierwszym razie, jeżeli wysięk będzie obfity, to bardzo wczesnie zjawia się nacieczenie w tkance podsurowiczej przyległego dołu biodrowego; niekiedy zaś wysięk postępuje ku górze wzdłuż przedniej ściany brzucha, i może znacznie przekroczyć wysokość pępka, jak w jednym wypadku zdarzyło nam się widzieć. I nacieczenie tkanki łącznej miednicy może ustąpić drogą wchłonięcia. Niekiedy powoduje ono stwardnienia modzelowate, skutkiem bujania tkanki łącznej. Zejście w ropienie także nie jest rzadkiem. Miejsce, w którym otwierają się ropnie istniejące zewnątrz otrzewnej lub z tyłu téj błony, zależy od miejsca pierwotnego ich rozwoju, od dalszego szerzenia się, i t. p. Ropnie w tylnej części miednicy otwierają się zwykle do odbytnicy lub pochwy; te zaś, które wzięły początek z więzów szerokich przedziurawiają przednią ścianę brzucha, a niekiedy pęcherz moczowy. Ropa może się także dostawać pod mięśnie pośladkowe, jak spostrzegano przy ropniach porodowych, albo téż opuścić może miednicę, idąc za biegiem naczyń udowych lub okrągłych więzów macicy.

Przyczyny. Tak zapalenie otrzewnej miednicy jak i tkanki łącznej obokmacicznę są to prawie zawsze choroby następce. Właściwe zapalenie okołomaciczne występuje albo w następstwie rozszerzenia się

ostrego mięszonego zapalenia macicy (po nagłym przytłumieniu miesiączki), albo też w przebiegu innych chorób miednicy, jak na przykład złożeń w położeniu, włóknaków, raka, gruczlicy, krwistego wewnątrzmacicznego. Zapalenie okołojajowodowe rozwija się najczęściej przy niezycie jajowodów, w skutek wydostania się wydzieliny nieżyłowej przez otwór brzuszny, albo też w skutek bezpośredniego rozszerzenia się zapalenia z błony śluzowej na surowiczą. Zapalenie okołojajnikowe, przylączy się do pierwotnego zapalenia lub zwyrodnienia pęcherzyków albo też podścieliska jajników. Wielka częstość zapalenia otrzewnej miednicy u kobiet publicznych (tak zwanego *Peritonitis meretricum* v. *Colica scortorum*) stoi w związku z częstością zaraźliwych i niezaraźliwych śluzotoków podobnych osób, jakoteż z nadużywaniem stosunków płciowych.

Objawy. Zaburzenia czynnościowe, poprzedzające wybuch zapalenia, odnoszą się do rozmaitych chorób pierwotnych, ale prawie zawsze w części przynajmniej, dotyczą macicę. Pierwszym, a zarazem jedynym stałym objawem samego zapalenia otrzewnej miednicy, jest ból w miejscu cierpiącym zwiększający się przy nacisku. Ból ten, stosownie do gwałtowności i rozległości cierpienia otrzewnej, bywa bardzo zmiennego natężenia i obszaru: raz zniewala chore unikać najmniejszego nawet poruszenia, gdy w innych razach nie wystarcza do utrzymania ich w łóżku. Obok tego bólu, bardzo często napotykać się dają inne jeszcze miejscowe przypadłości, zależące od udziału lub zajęcia organów miedniczych. Tu należą: krwiste, krwisto-surowicze, lub ropiaste upławy z macicy, bóle niby porodowe, bolesne oddawanie stolca, zaparcie stolca lub biegunka, parcie na mocz i częste oddawanie takowego. Nudności zdarzają się często; rzadko prawdziwe wymioty. Natężenie objawów gorączkowych bywa także nader rozmaite; w początkach występuje zwykle uczucie ogólnego niedomagania, mierne dreszczyki przeplatane przelotnym gorącem, przyspieszenie tętna, powiększenie pragnienia, zmniejszenie apetytu, a częstokroć silna gorączka ze znacznym podniesieniem ciepłoty, małym tętnem, i wyrazem obawy na twarzy.

Badanie organów miedniczych wykazuje najpierw tylko wrażliwość, niekiedy bardzo znaczną, cierpiącego miejsca, na nacisk. Po kilku dniach znajdujemy tu powiększoną odporność, a następnie mniejszy lub większy guz, przytykający do macicy, lecz dający się od niej mniej lub więcej oddalić, przyczem daje on uczucie większej sprężystości aniżeli sama tkanka maciczna. Guz ten, jako też spowodowana jego obecnością zmiana położenia macicy, oraz zmiana kształtu sklepienia po-

chwowego, zazwyczaj wtedy dopiero dostrzeżonemi być mogą, gdy gorączka już złagodnieje. Z czasem, guz początkowo sprężysty staje się mniej lub więcej twardym.

W razie pomyślnego przebiegu choroby, między 14—21 dniem rozpoczyna się wchłanianie wysięku. Śmierć może nastąpić wcześniej jeszcze, skutkiem rozszerzenia się zapalenia na ścienny i trzewiowy listek otrzewnej; wszelako rozwinięcie się ogólnego zapalenia tej błony zdarza się prawie wyłącznie tylko wtedy, gdy przyczyną choroby było przedziurawienie macicy, jajowodu, lub jajnika. Często przebieg zapalenia bywa ostrawy (*subacutus*) lub przewlekły, a choroba ciągnie się całemi miesiącami, doznając naprzemian zwolnień i nasileń. Te ostatnie chętnie trzymają się peryodów miesięczkowych, ale, jak łatwo zrozumieć mogą być wywoływane i zewnątrznnemi szkodliwościami. Zdradzają się one powrotem gorączki i bólu, zwiększeniem się miejscowego guza, i połączoną z tém zmianą czasowego położenia macicy, a częstokroć towarzyszą im także krwiste upławy z macicy. Nasilenia takie przychodzą tém łatwiej i to z mało znaczących powodów, im cierpienie jest przewlekleszém. W takich to przeważnie wypadkach badanie zgłębnikiem, przyżeranie szyi macicznej, wprowadzanie chociażby właściwych w danym razie wiarek macicznych, w biegłych nawet rękach niepożądane sprowadza przypadłości. Przy przewlekłym przebiegu często także wstawiają się napady czystych nerwobólów, poczynających się w miejscu cierpiącym, lecz zajmujących rozleglejszy obszar i rozpromieniających się aż w okolice — krzyżową i lędźwiową. W następstwie przyjść nawet może do mniej lub więcej zupełnego porażenia kończyn dolnych. Nakoniec, gdy stan ogólny został już znakomicie podkopany, przychodzi i tu albo do wchłonięcia albo do ropienia.

Ropienie zdradza się niekiedy, ale nie zawsze, wzmożeniem się miejscowych i ogólnych przypadłości, a w pewnych razach ponawiającymi się napadami dreszczów. Otworzeniu się ropnia do pochwy nie towarzyszą zazwyczaj żadne szczególne zaburzenia; to téż łatwo bywa ono przeoczonem i przez chore i przez lekarzy. Przedziurawienie kiszek poprzedza najczęściej gwałtowny nieżyt takowych. Zupełne wyzdrowienie najszybciej przychodzi do skutku, po utworzeniu się ropnia do pochwy. W razie utworzenia się takowego do odbytnicy, zwłaszcza jeżeli miejsce połączenia leży dość wysoko, zdarza się bardzo często, że ropień nie opróżnia się w zupełności, i wtedy tak miejscowe, jako téż ogólne przypadłości trwają całemi tygodniami ze zmiennem natężeniem, a tymczasem jama ropnia coraz więcej się wypełnia, aż w końcu albo ropienie ustaje, albo téż rozwija się ropnica, która śmierć sprowadza. Bardziej

jeszcze niepomyślném jest otworzenie się ropnia do kiszki ślepój. Jeżeli ropień otworzy się do jamy otrzewnej, to wywiązuje się zapalenie téj błony, szybko kończące się śmiercią.

Nawet po zupełném wyzdrowieniu, pozostałe żrosty stają się częstokroć nieustanném źródłem cierpień. Pomijając już to, że następstwem ich jest przemieszczenie macicy i zmniejszenie jéej ruchomości, to jeszcze dają one w pewnych razach powód do unieruchomienia i przemieszczenia pętlic kiszkowych, z często powtarzającém się ich więzieniem (*incarceratio*).

W razie zapalenia tkanki łącznej okółomacicznej ó obraz choroby podobny bywa do wyżej opisanego; niedostaje tylko stale charakterystycznych objawów zapalenia otrzewnej. Zresztą zsyłamy się na to co poniżej.

Rozpoznanie. Rozróżnienie zapalenia otrzewnej miednicy od zapalenia mięszu macicy, zapalenia otrzewnej dołów biodrowych (*Peritonitis iliaca*), zapalenia mięśnia lędźwiowego (*Psoitis*) i zapalenia okołokątnicowego (*Perityphlitis*), dopóki nie zdołamy odkryć guzowatości, możliwém będzie tylko wtedy, jeżeli potrafimy ściśle określić miejsce bóla. Od przyjęcia go za zapalenie otrzewnej (*Peritonitis*) lub zapalenie pęcherza moczowego uchroni już brak objawów cierpieniom tym właściwych. Po kilku dniach udaje się już wykryć guz pod ten czas powstały, i to najpierw badając przez pochwę i odbytnicę, a zwłaszcza pomagając sobie badaniem zewnętrzném; można téż określić jego stosunek do macicy, zepchnięcie téj ostatniej, oraz zmianę kształtu sklepienia pochwowego. Tym sposobem wykluczone zostaje pomieszanie z powiększeniem samej macicy (przy przewlekłym zapaleniu takowej) i z przemieszczeniem dna, bez zapalenia okółomacicznego. Bolesność guza, wyraźnie częstokroć występująca większa jego sprężystość lub przeciwnie uderzająca twardość, istnienie szpary, między jego obwodem a macicą, oraz brak ostrych granic w innych kierunkach,—okoliczności te zazwyczaj dostatecznie go wyróżniają od włókniaków sterczących ze ścian macicy. W wypadkach zastarzałych łatwo tu o pomyłkę, tém bardziej, że i przy przewlekłym zapaleniu otrzewnej miednicy często zdarza się utrudniona miesiączka lub téż przewlekane się odpływu miesięcznego. Ale przy dłuższém postrzeganiu dostrzegamy tu zmiany w objętości guza (powiększenie przy zaostrzeniach, zmniejszenie i znikanie przy zbliżającém się zdrowieniu), czego nie bywa przy guzach włókniastych. Pomieszania z torbielami i torbielakami jajników lub więzów szerokich

nie dopuszcza brak cech charakterystycznych dla tych guzów, istnienie objawów zapalnych i t. p.

Nierównie trudniejsze jest rozróżnienie zapalenia okolomacicznego od krwisteku (*Haematocèle*). I tu i tam mamy guzy rozwijające się w tych samych miejscach pośród objawów częściowego zapalenia otrzewnej, których rozwój na czas mniej lub więcej długi jednakowe poprzedzają dolegliwości. Związek ich rozwoju z zaburzeniami w miesiączkowaniu, jako też powiększanie się objętości powstałych guzów przy następnych peryodach miesiączkowych, często spostrzeganém bywa w obu tych chorobach. W świeżych wypadkach rozmaita spoistość guzów może dostarczyć niejakić podstaw do rozpoznania, a obecność innych objawów tylko krwistekowi właściwych, zdradzić może naturę choroby. Najczęściej jednak, dopiero z jak najrozleglejszego rozważenia i krytycznego ocenienia wyników każdorazowego badania, z rozważenia całego przebiegu choroby oraz jej wyvodu, możemy przyjść do mniej lub więcej prawdopodobnego wniosku o naturze choroby; zaś pewności pod tym względem nabywamy zaledwie po nastąpióńm otworzeniu się, lub po przekluciu.

Co się nakoniec tyczy rozróżnienia czy wysięk znajduje się w e w n a t r z czy z e w n a t r z o t r z e w n é j, to takowe najmniej jest trudnóm, jeżeli takowy znajduje się z boku. Bowiem przy dość znaczńm nacieczeniu tkanki łącznej między obu listkami więzu szerokiego się znajdującój, badanie wykazuje, iż guz sięga aż do dołu biodrowego, albo też przed ściennym listkiem otrzewnej ponad więzem P o u p a r t'a i poziomą gałęzią kości łonowej wznosi się ku górze przy przedniej ścianie brzucha. Wysięki wewnątrz-otrzewne przeciwnie sięgają ponad wejście miednicy ku górze i na boki wtedy dopiero, gdy dojdą znacznej stosunkowo objętości, a tém samóm, gdy je poprzedziły wyraźne objawy zapalenia otrzewnej, lub gdy z wyvodu choroby dowiadujemy się o wielokrotnych nasileniach. Z drugiej strony, przy niejakić objętości rozciągają się one ku dołowi aż do dołu D o u g l a s'a. W pierwszych chwilach guz przez nie utworzony bywa najczęściej wyraźnie sprężysty; zaś naciekla tkanka łączna w tym okresie bywa zbita a nawet twarda. Później łatwo jest odróżnić stwardnienie i zapalenie tkanki łącznej zaotrzewnej na przedniej ścianie brzucha, od guza po za tą ścianą leżącego; a rozpoznanie wysięku złożonego na samym mięśniu biodrowo lędźwiowym (*m. iliopsoas*) ułatwia ciągle zgięcie kończyny w stawie biodrowym, ból przy usiłowaniu wyprostowania takowej, oraz następne nerwobóle w obrębie rozgałęzień splotu lędźwiowego.

Wysięki w tkance łącznej między odbytnicą a pochwą, są wprawdzie niżej opuszczone niż sam dół *D o u g l a s'a*; lecz jeżeli są dość znacznej objętości, wypierają pokrywając je część otrzewnej ku górze, tak, że miejscowość nie dostarcza żadnego kryterium do rozpoznania. Różnice w spoistości guzów, jako też w objawach towarzyszących ich rozwojowi, takóŜ zazwyczaj nie wystarczają do rozpoznania prawdziwej ich natury. To też w wypadkach, w których możemy obserwować początkowy okres choroby nie jest rzeczą małoważną, nasięk obrzękowy lub zapalny, który w téj formie zapalenia tkanki łącznej bardzo wcześnie w częściach przyległych błonie śluzowej pochwy spostrzegać się daje. W późniejszych okresach można niekiedy poznać to cierpienie, po nerwobólach nerwu kulszowego albo po opuszczaniu się ropy.

Niezbýt rzadko zdarzają się i takie wypadki, w których znaczne wysięki, złożone z tyłu i po bokach macicy, a przytém wysoko w górę sięgające, wtedy dopiero lekarz dostaje w kuracyą, gdy już chore przecierpiały całe miesiące, skarŜą się na wyraźnie przeszywające bóle, bardzo wynędzniały, a ich wygląd zdradza ciężkie cierpienie, co przy brudném zabarwieniu skóry nasuwa podejrzenie raka zaotrzewnego. Dopiero bliŝsze rozpatrzenie się w przyczynach i przebiegu choroby, oraz dalsze postrzeganie, naprowadzają na prawdziwą drogę.

W końcu nie możemy pominąć i téj okoliczności, że nawet rozpoznawszy zapalenie okołomaciczne, wypada jeszcze odszukać jakowychś pierwotnych chorób organów płciowych, i że wykrycie pozostałości po zupełnie napozór wygasłej już sprawie, wielkiej jest wagi, gdyż takie stare zrosty i powrózki wymagają wielkiej baczności przy badaniu i stosowaniu draŝniącej metody leczenia, aby uniknąć ponowienia się zapalenia. Bardzo często udaje się wymacać bliznowate powrózki i t. p. przez sklepienie pochwy i odbytnicę; niemniej takŜe przez proste obmywanie rozpoznać można zrosty macicy przy przemieszczeniu jéj dna połączoneń z unieruchomieniem takowego, jako też zrosty między częściami dodatkowemi przy nizkiém umieszczeniu jajników.

Przy l e c z e n i u uwzględnić należy wskazania co do przyczyn, i zastosować te środki, które przy wszelkiém częściowém zapaleniu otrzewnej zbawiennie działają.

Jeżeli przebieg choroby jest ostry lub ostrawy, to samo i później podczas często się zdarzających nasileń, najwłaściwszemi środkami do ograniczenia choroby, ułatwienia wchłaniania i łagodzenia cierpień chorych będą: miejscowe upusty krwi, gdzie można wykonane w samej pochwie, wcierania szarój maści w pachwinę i podbrzusze, kataplazmy na

brzuch, ogólne ciepłe kąpiele, letnie lewatywy, oraz sole do wewnątrz z dodatkiem środków odurzających w razie potrzeby; przy rozległym zaś zapaleniu: kalomel z makowcem, i miejscowe zastosowanie suchego zimna. Jeżeli za pomocą tych środków uda się zupełnie usunąć ogólne i miejscowe objawy, to jednak nie trzeba spuszczać z oka wielkiej skłonności choroby do przewlekania się, aby się potem wzmódz mogła przy każdej sposobności. Dlatego téż w dalszym ciągu leczenia stosować trzeba środki odciągające na przewód pokarmowy i skórę, środki roztwarzające zewnątrz i wewnątrz, a niekiedy nawet miejscowe upusty krwi kilkakrotnie powtarzane, dopóki nie zniknie by najmniejszy ślad dotkliwości cierpiącego miejsca, a istniejący wysięk nie zostanie wchłonięty. Tu to właśnie zalecać także należy systematyczne użycie kąpeli i wód mineralnych.

W tych nawet wypadkach, w których zagraża ropienie, powyższy sposób leczenia aż do chwili otworzenia się ropnia, najczęściej jest w stanie ograniczyć wielkość takowego i zapobiedz otworzeniu się jego w miejscach mniej pożądanym. Podobnie jak przy ropniach połogowych i tu pożyteczną może być rzeczą wcześniej utorować ropie sztuczną drogę; wszelako, z powodu mniejszego niebezpieczeństwa sztuczne otwieranie ropnia bywa tu mniej potrzebnym.

Jeżeli z ogólnych objawów i ze zmian w samym guzie, możemy rozpoznać, że ropień się sformował; to zachodzić może pytanie, w którym miejscu można z pewnością przystąpić do otworzenia tegoż. Ropnie wewnątrztrzewne bywają niestety częściej dostępne od strony odbytnicy niż od strony pochwy; ale i przez tę ostatnią zwykle z dostateczną pewnością zakrzywionym trójgrańcem osiągniętymi być mogą.

Wysięki zewnątrztrzewne, które się rozciągają aż do powłok brzusznych, wydalamy tu za pomocą nacięcia w miejscu chęłbotania, w razie potrzeby, po dokonaniu poprzednio probierczego przekłucia. W innych razach, można, idąc za radą R o s e r'a (W a g n e r's: *Archiv. d. Heilkunde. Hft. 3. 1862*) odsłonić wiąz P o u p a r t'a obok tętnicy udowej, i przez wprowadzenie zgłębnika żłobkowego lub kornączków na zewnątrz pierścienia udowego, utorować drogę ropie, zebraną w tkance komórkowatej więzu szerokiego.

3. Krwotoki w więzach szerokich. Krwistek okołomaciczny.

(*Haematocele Peri-uterina*).

Viguès: *Des tumeur sanguines de l'excavation pelvienne. Thèse. Paris. 1850.* — Nélaton: *Gaz. des hôpit. Decemb. 1851, oraz Janvier et Février. 1852.* — Tilt: *Diseases of women. 2nd. Edition. London. 1853. pag. 254.* — Fenerly: *De l'hématocèle rétro-utérine. Thèse. Paris. 1855.* — Laugier: *Mémoire sur l'origine et l'accroissement de l'hématocèle rétro-utérine, lu à l'académie des sciences le 26 Février. 1855.* — Gallard: *Union méd. Nr. 134. 1855.* — *Bullet. de la société anat. de Paris. 1 wrzesień 1855 i kwiecień 1858, oraz Archiv. génér. październik 1860.* — Führer: *Handb. d. Chirurg. Anal. 2 Abth. Berlin. 1857. p. 911.* — A. Voisin: *De l'hématocèle rétro-utérine. Thèse. Paris. 1858.* — Nonat: *Gaz. hebdom. Nr. 23. 1858.* — Aran: *Leçons cliniques etc. pag. 751.* — Becquerel: *Traité clin. II. pag. 31.* — Vidal de Cassis: *Traité de path. ext. Tom V.* — Ch. West: *Lectures etc. II. p. 32.* — Simpson: *Med. tim. and. gaz. August. 1859.* — Bernutz et Goupil: *Clin. méd. I pag. 348.* — C. Braun: *Zeitschr. d. Wien. Aerzte Nr. 1 i 4. 1860, oraz Wien. med. Wochenschr. Nr. 28—35. 1861.* — Hegar: *Monatsschr. f. Geburtst. Juni 1861.* — Nonat: *Traité prat. p. 327.* — Ferber: *Archiv. d. Heilk. Hft. 5. 1862.* — Trousseau: *Union. méd. Nr. 153—155. 1861.* — Betschler: *EjUSD. Klin. Beitr. Hft. 1. 1862.*

Co się tyczy kazuistyki, porównaj nadto:

Laborderie: *Gaz. des hôpit. Nr. 148. 1854.* — Royer: *Bull. de l'acad. impér. de méd. paźdź. 1855.* — Hülpfers: *Hygiea Bd. 16.* — Engelhardt: *De l'hématocèle. Thèse. Strasbourg. 1856.* — Herzfelder: *Oestr. Zeitschr. f. pract. Heilk. Nr. 52. 1856.* — Breslau: *Monatsschr. f. Geburtst. Hft. 6. 1856.* — Credé: *Ibidem. Hft. I. 1857.* — Salvolini: *Gaz. méd. Stati Sardi. Nr. 34. 1857.* — Aran: *Bull. de thér. Septb. 30. 1857.* — Gallard: *Bull. de la société anat. Juni. 1857.* — Nonat: *Gaz. des hôpit. Nr.*

73. 1857.—G a u c h e r: *Union. méd.* Nr. 28—30. 1859. i *Gaz. des hôp.* Nr. 105. 1860. — A. P u s c h: *Gaz. hebdom.* Nr. 3 1859. — H e n r y M a d g e: *Transact. of the obstetr. soc. of London.* III. p. 79. — G o s s e l i n: *Gaz. des hôp.* Nr. 46. 1862.—B r e s l a u: *Schweiz. Zeitschr. f. Heilk.* II. 4 i 5. 1863.—S a e x i n g e r: *Spitalszeit.* Nr. 35—36 i 43—45. 1863; także *Prager medic. Wochenschrift.* Nr. 30. 1864.—C a r i s m e: *Haematocoele retro-uterina in Folge von Apoplexie des Ovarium.* *Gaz. des hôp.* Nr. 95. 1864.—E. O t t: *Die peri uterinen und peri vaginalen Blutergüsse.* *Inaug. Dissert. Tübingen.* 1864. — K. S c h r ö d e r: *Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocoele retrouterina u. s. w.* *Bonn.* 1866.

W y l e w y k r w i do wnętrza miedniczój części jamy otrzewnej, jako téż do tkanki łącznej podsurowiczój dokoła macicy i pochwy, zdarzają się z rozmaitych przyczyn, zarówno podczas ciąży i położu, jako téż i po za obrębem tych epok. Tak na przykład oddawna było wiadomo, że przy ciąży zewnątrz-macicznej, jako téż przy ciąży w zaczątkowym rogu macicy, rozdarcie części płód otaczających, połączone bywa z obfitym, ale nie zawsze śmiertelnym przez się, krwotokiem; niemniej także, że podczas porodu (albo jeszcze podczas ciąży) rozrywają się niekiedy rozszerzone żyły w obrębie pochwy, i dają początek zakrzepowi (*thrombus*) umiejscowionemu albo pod powięzią miednicy, albo między nią a otrzewną; wreszcie, że niekiedy przy krwisteku wewnątrzmacicznym (*haematometra*), czy to skutkiem pęknięcia nadmiernie rozdętej macicy lub jajowodu, czy skutkiem bezpośredniego odpływu krwi miesiączkowój zebranej w jajowodzie do worka otrzewnej, może się krew nagromadzić w tym ostatnim. Spostrzeżenia przemawiały téż i za tém, że w niektórych razach inne jeszcze momenta przyczynowe mogą mieć ten sam skutek, chociaż za życia chorych wysledzić się nie dadzą; z pomiędzy takowych F l e i s c h m a n n ¹⁾ stanowczo stwierdził wpływ żylakowato porozszerzanych żył w więzach szerokich. Jednakowoż częstość ²⁾ takich wypadków ujawniła się dopiero w 1851 roku, w którym N é l a t o n na ich określenie, o ile się nie kończyły szybką śmiercią

¹⁾ Leichenöffnungen. Erlangen. 1815.

²⁾ Według wiadomości udzielonych przez S a e x i n g e r'a przez ciąg czterech lat, w klinice S e y f e r t'a w Pradze na 1,272 chorych spostrzegano 66 razy *haematocoele*.

z utraty krwi, lecz łączyły z powstawaniem mniejszych lub większych guzów, wprowadził nazwę: *Hématocèle rétro-utérine*. Od tego czasu na guzy krwiste tego rodzaju powszechnie szczególną zwracać zaczęto uwagę, i przy obecném stanowisku nauki ogólnie prawie uznano potrzebę utrzymania tego nowego gatunku choroby. To pewna, że początek dało mu zapatrywanie się czysto objawowe, a tymczasem w niektórych wypadkach nie wystarcza rozpoznanie, że krew jest zawartością zagadkowego guza; owszem, pozostaje jeszcze do wykrycia źródło krwawienia, co nie zawsze jest dla lekarza zadaniem nie do rozwiązania.

Pominiemy w nastąpić mającym opisie tak zwany z a k r z e p (*thrombus*) tworzący się podczas ciąży i porodu, gdyż takowy umieścimy między chorobami porogowemi. Nie wyłączamy jednak wszystkich wynaczynień krwi na zewnątrz otrzewnej, gdyż takowe zdarzają się niekiedy i w stanie nie porogowym, i o tyle tylko o ile mieszczą się pod powięzią miednicy, opisane będą między chorobami pochwy i zewnętrznych części płciowych. Tym sposobem odróżniamy dwie formy krwisteku okołomacicznego: wewnątrzotrzewny i zewnątrzotrzewny.

K r w i s t e k w e w n ą t r z o t r z e w n y jest wynaczynieniem krwi w jedno ze znajdujących się w obrębie macicy zagłębień otrzewnej. Te ostatnie w chwili krwotoku mogą się znajdować albo w zupełnie prawidłowym stanie, albo też, skutkiem przebytego poprzednio zapalenia otrzewnej miednicy i pozystania się macicy z sąsiednimi organami, mogą być już mostkami poodgradzane od jamy otrzewnej.— W tym ostatnim razie krew, gromadząc się w jamie zamkniętej, od razu tworzy guz ograniczony. W pierwszym zaś razie wylew następuje zazwyczaj bezpośrednio do zagłębiecia D o u g l a s'a, a nawet i przy wylaniu się krwi do zagłębiecia pęcherzo-macicznego, zwłaszcza obfitym, wypełnia się też i tylne zagłębiecie, gdyż pojemność przedniego jest bardzo mała. Po za macicą i więzami szerokimi, tém łatwiej znaczna ilość krwi nagromadzić się może, że przestrzeń ta nietylko jest w stanie się rozszerzyć, przez odepchnięcie macicy ku przodowi, ale też i znacznie pogłębić, przez wpuklenie górnej części tylnej ściany pochwy. Podobne pogłębienie się wydrążenia pęcherzo-macicznego wymaga poprzednio oddarcia otrzewnej w miejscu zawrócenia się takowej, co wtedy tylko miewa miejsce, jeżeli swobodne ujście wydrążenia jeszcze przed rozpoczęciem się krwotoku zostało zamknięte niepodatnym mostem niby błoniastym; ale i w takim razie, przednie sklepienie pochwy spłaszcza się wprawdzie, lecz się tak nie obniża jak pod ciśnieniem krwi tylne. Jeżeli krwotok jest bardzo znaczny, to oprócz górnej części jamy miedniczej,

wypełniają się krwią i doły biodrowe. Krwotoki bardzo znaczne, szybko kończące się śmiercią, opisane już były, przy wywołujących je chorobach jajników i t. p. Tu mowa tylko o takich, przy których powstają umiarkowane, chociażby z razu swobodne wynaczynienia. Te wywołują następne, lecz zwykle ograniczone zapalenie otrzewnej, a przez to stopniowo zostają otarbianemi przez sąsiednie organa, tak, że w końcu tworzą, podobnie jak i przy pierwotnem odgraniczeniu zagłębienia, guzy ograniczone, wznoszące się od dna dołu *D o u g l a s'a* mniej lub więcej ku górze. W wyjątkowych razach sięgają one aż po nad dno macicy do przedniej ściany brzucha (wypadek *M a r t i n-M a g r o n'a* i *S o u l i e'go*); zwykle jednak nie wznoszą się do téj ostatniej, lecz leżą po za macicą i pochwą. Macica najczęściej zostaje odepchniętą ku przodowi i ku górze, a niekiedy, jeżeli guz zajmuje przeważnie jedną tylko boczną połowę tylnego zagłębienia miedniczego (najczęściej lewą), to i nieco na bok; wszakże może ona być i ku dołowi zepchniętą.

Krew wynaczyniona przez pewien czas zachowuje pierwotne swe własności; później jednak tworzy większe lub mniejsze skrzepy, które w miarę wchłaniania surowicy twardnieją. Przez pochłonięcie znikać mogą nawet stosunkowo wielkie guzy krwiste. Jeżeli jednak do krwi wynaczynionej przymieszane jeszcze były materye nieobojętnej natury, to drażnienie otrzewnej, zamiast otarbiania za pośrednictwem częściowego zapalenia téj błony, sprowadza rozlane ję zapalenie; a w lepszym razie powstaje ropień wypełniony krwią i płynem ropiastym lub posokowatym. Ropa wylewa się potem do odbytnicy, pochwy, jamy otrzewnej, pęcherza moczowego, albo przez przednią ścianę brzucha.

W wypadkach, w których dół *D o u g l a s'a* jeszcze przed nastąpieniem krwotoku, był zarośnięty przy wejściu, objawia się krwotok częstotnością nowych przekrwień w przebiegu zapalenia otrzewnej miednicy oraz małą wytrzymałością naczyń wnikających z otrzewnej do błon rzekomych. W ogóle, tak zwane krwotoczne zapalenie otrzewnej miednicy (*Pelveoperitonitis haemorrhagica*) zdaje się być najczęstszem a tém samem najważniejszém źródłem krwisteku okołomacicznego wtedy nawet, gdy wynaczyniona krew z razu jest swobodna, i później dopiero otarbianą zostaje. Ale swobodne wynaczynienia mogą téż i z innych pochodzić przyczyn. Czy takowe szybko sprowadzają śmierć skutkiem utraty krwi lub rozlanego zapalenia otrzewnej, albo téż czy się kończą wytworzeniem „torbieli krwistej” zależy to w istocie od rodzaju powodującej je sprawy; z tém wszystkiem żaden z tych różnorodnych momentów nie da się w zupełności wykluczyć z etiologii krwisteku okołomacicznego. To téż w ich rzędzie musimy pomieścić

wspomniane już na wstępie: krwistek wewnątrzmaciczny (*haematometra*) i ciążę zewnątrzmaciczną. — Dalej, przypadają tu, nie mające związku z co tylko wymienionemi stanami, krwotoki z jajowodów i jajników do jamy brzusznej. Przy nadmiernej miesiączce z rozmaitych pochodzącej przyczyn, zwłaszcza téż u osób małokrwistych i charlacznych; niemniej także przy krwotokach macicznych wywołanych odrą, płonicą, ospą, chorobą plamistą Werlhofa, ciężką żółtaczką, krwawienie nie zawsze ogranicza się na macicy, lecz rozciąga się niekiedy i do jajowodów. — W tym razie, krew albo może rozciągnawszy poprzednio jajowód, wylać się z takowego do worka otrzewnej (jak to bywa w zwyczajnych formach tak zwanego (*haematosalpinx*), albo téż koniec brzuszny jajowodu bezpośrednio krwawić może do jamy brzusznej. Ten sposób powstawania krwisteku okołomacicznego Trousseau nazywał „katamenialnym.” Niekiedy nawet, pęknięcie pęcherzyka Graafa w zdrowym zresztą jajniku, połączone bywa z tak obfitym krwotokiem, że powstaje wybroczyna wewnątrzotrzewna. W innych razach powstanie wynacynienia nie przypada równocześnie z odpływem miesięczkowym, gdyż pierwotny krwotok w pęcherzyku Graafa sprowadza pierwój wytworzenie się torbieli krwistej w jajniku samym, która później dopiero pęka. Ostatecznie, jajnik w ten jeszcze sposób stać się może źródłem krwawienia, że ulega innemu rodzaju zwyrodnieniom, które sprowadzają pęknięcie organu.

W powyższym opisie, przytoczyliśmy cały szereg spraw odbywających się w jajowodach i jajnikach, które mogą się przyczynić do powstania krwisteku okołomacicznego; musimy jednak dodać, że wszystkie one stosunkowo rzadko pociągają za sobą ten skutek. Prócz nich należy jeszcze wziąć pod uwagę zboczenia w samych naczyńiach miednicy. Tilt opisał guz krwisty, który powstał skutkiem pęknięcia tętniaka tętnicy biodrowej. Ważniejszymi są wszakże żyłaki na żyłach więzu szerokiego, które, jeżeli leżą powierzchownie, pękać mogą do jamy otrzewnej, jakto według spostrzeżenia Seyferta stało się z żyłakiem wielkości grochu.

Krwistek zewnątrzotrzewny zdarza się bardzo rzadko po za okresem połogowym. Że niektórzy z gynecologów przeciwnego są zdania, tłumaczy to w części ta okoliczność, iż w późniejszych okresach choroby nader trudno jest anatomicznie udowodnić, że guz krwisty znajduje się wewnątrz otrzewnej; sprzeciwiają się bowiem temu błony rzekome tworzące otorbienie, oraz mocno przylegające do ścian

warstwy włókniaka i nie regularne przegrody wytworzone ze skrzepu we wnętrzu jamy. S c h r o e d e r krytycznemi swemi badaniami udowodnił, że w 46 znanych w literaturze wypadkach, siedliskiem krwisteku było niewątpliwie wnętrze jamy otrzewnej, zaś możliwość istnienia formy zewnątrzotrzewnej popierają dwa tylko spostrzeżenia. Jedno z nich było O t t'a, który przypadkiem u kobiety zmarłej na tyfus, znalazł w przegrodzie odbytniczo-pochwowej trzy ogniska krwawe, z których największe było wielkości jabłka, najmniejsze zaś wielkości fasoli; w więzach szerokich macicy istniały silne sploty żyłne. Drugi wypadek opisany był przez B e t s c h l e r'a. Dotyczył on kobiety, która przed siedmiu tygodniami odbyła poród, cierpiała poprzednio na uparte zaparcie stolca i hemoroidy, od czasu do czasu krwawiące. Nagle chwyciły ją na ulicy gwałtowne bóle w krzyżu, parcie na stolec i mocz. Macica została odepchniętą w górę i ku przodowi, a tylna ściana pochwy wypukłona przez guz chęlboczący, który w środku był najwyższy, zaś w g ó r ę k u s k l e p i e n i u p o c h w o w e m u, jako téż na dół ku ujściu pochwy stopniowo spadał. Po czterech dniach otworzył się on sam przez się do pochwy, przyczém wylała się zeń czarna, skrzepła krew.

Pozostałe wypadki, zaliczane przez swych spostrzegaczy do rzędu krwisteków okołomaciczych zewnątrzotrzewnych, albo należą do formy wewnątrzotrzewnej, albo do nagromadzenia się krwi miesięczkowej po jednej stronie, przy istnieniu podwójnej macicy i pochwy (sześć z tych, miano za krwistek przedmaciczne). Faktycznie więc udowodnioném zostało tylko przytrafianie się krwisteku po zapochwowego (O t t nazywa go interstitialnym), którego siedliskiem jest tkanka łączna ograniczona odbytnicą i pochwą, po nad powięzią miednicy. Można także sobie wystawić, że w pewnych okolicznościach krew wylać się może między więzy szerokie macicy, albo w tkankę łączną, spajającą szyję maciczną i przednią ścianę pochwy z pęcherzem. Przy krwotokach w więzach szerokich nasięć mógłby się szerzyć po dole biodrowym, przedniej ściany brzucha, lub po tkance łącznej otaczającej pochwę. Gdyby wybroczyna zaczynała się między pęcherzem moczowym a szyją macicy, to guz ograniczałby przednie i boczne części pochwy. Wylewy podsurowicze mogą bez wątpienia albo także się pochłaniać, albo téż wywoływać następce ropienie lub zposoczenie, a w takim razie, podobnie jak inne ropnie w miednicy, rozmaitemi drogami się opróżniać. Z doświadczenia poznano dotychczas jedną dopiero przyczynę krwisteku zewnątrzotrzewnego, to jest pęknięcie żyłaków; wszakże i rozdarcie rozdętego jajowodu zamiast w stronę worka otrzewnej, nastąpić może w stronę tkanki łącznej więzu szerokiego.

Stosownie do przyczyny powodującej krwistek okołomaciczny, i o b j a w y jego występują albo bez żadnych przypadłości zapowiednich, albo też po krótszem lub dłuższem trwaniu różnorodnych zaburzeń, takich zwłaszcza, które się dają odnieść do zapalenia otrzewnej miednicy. Najbliższemi następstwami krwisteku są te, które wywołuje połączenia z jego powstaniem utrata krwi. Czasami prędko widzieć można wszystkie objawy niedokrwistości w wysokim stopniu. Ale w nierównie większej liczbie wypadków krwawienie nie bywa tak obfitem, a zwłaszcza nie następuje tak gwałtownie, ażeby z pierwszego wejrzenia na chore, można było poznać że są dotknięte wewnętrznym krwotokiem; owszem, co najwięcej skóra jakoteż błony śluzowe bywają do pewnego stopnia blade, kończyny i koniec nosa chłodne, tętno przyspieszone i istnieje skłonność do omdleń.

Bardzo często wpływ utraty krwi zdradza się tylko dwoma ostatniami objawami, albo i tych nawet brakuje. Takież same różnice dają się dostrzegać i w objawach następczego zapalenia otrzewnej. Przy wynaczynieniach na zewnątrz otrzewnej, ta ostatnia nie bierze udziału w całej sprawie; zaś przy nierównie częstszych krwotokach wewnątrzotrzewnych, rozległość i natężenie zapalenia otrzewnej bywają bardzo rozmaite. Świeża, czysta krew, wylawszy się do jamy brzusznej, nader nieznacznie tylko drażni otrzewną; przeciwnie zaś, wylanie się krwi, która już przedtem pomieszana była z innemi wydzielinami, albo też pęknięcia powodujące wystąpienie wraz z czystą krwią innych jeszcze mass stałych lub płynnych, szybko sprowadzają silne częściowe, jeżeli już nie ogólne, zapalenie otrzewnej.

Różnice te uczą nas, że należałoby właśnie zwracać uwagę na to nieznaczne oddziaływanie, jakie niekiedy po wylaniu się krwi następuje, jako na ważny objaw przy krwisteku okołomacicznym, a zwłaszcza uważać je za kryterium do odróżnienia krwisteku od zapalenia okołomacicznego.

Zbłądzilibyśmy jednak, gdybyśmy przebieg powyższy uważać chcieli za prawidło. Najczęściej okresowi tworzenia się guza, towarzyszą gwałtowne bóle i poruszenia gorączkowe, gdyż nawet tam, gdzie płyn wylany łagodnej jest natury, istnieją częstokroć inne powody znacznego podrażnienia otrzewnej; chora np. cierpi już od dawna na zapalenie otrzewnej miednicy, krwotok jest następstwem ostrego przekrwienia, i t. p. Do objawów utraty krwi i zapalenia otrzewnej, w razie dość znacznego wynaczynienia dołączają się zaburzenia ze strony przyległych organów. Zaparcia stolca i pozywania do oddawania moczu, rzadko kiedy brakuje;

napieranie i potrzeba częstego oddawania moczu, częstokroć mają miejsce, a niekiedy ucisk wywarty na wielkie nerwy i naczynia, wywołuje nieprawidłowe wrażenia w obrębie nerwu kulszowego, jak również obrzęk sromu albo pochwy i warg macicznych. Nerwy i naczynia kończyn dolnych rzadko kiedy bywają napastowane.

Guz, który zazwyczaj już bardzo wcześniej wyczuć się dozwala, dochodzić może wielkości pięści męskiej, ale niekiedy nie przekracza objętości pomarańczy lub jabłka. Zwykle leży on, jak wspomnieliśmy, po za macicą, a boczne jego granice bywają mniej lub więcej do ścian miednicy zbliżone. Spoistość jego zmienia się w miarę przemian jakim krew wynaczyniona ulega; zaś zapalenie następne wywołuje powstawanie wysięków w otoczeniu, i zrastanie się rozmaitych organów. Z początku guz bywa ciastowaty lub sprężysty, lecz nie daje w sobie czuć wyraźnego chęłbotania; później twardnieje, lecz i wtedy jeszcze częstokroć można wymacać na nim w rozmaitych miejscach nierówności. Obrisy jego mogą być miejscami nieregularne i nieokreślone, chociażby się nawet nie zewnątrz otrzewnej znajdował.

Przebieg krwisteku okołomacicznego, jeżeli tylko krwotok sam przez się nie spowodzi szybko wyczerpania sił, albo nie wywoła natychmiast lub w ciągu pierwszych 14 dni zapalenia otrzewnej, bywa powolny. Skoro tylko krwotok ustanie, guz, skutkiem otorbienia, pozostaje zrazu w niezmiennym stanie. Niekiedy wprowadzie powiększa się on i potem raz lub kilka razy, zazwyczaj przy pojawianiu się miesiączki. Powodem tego powiększania, rzadko zapewne bywa ponowienie się krwotoku, a nierównie częściej nasilenie zapalenia otrzewnej. Najczęściej jednak objętość guza nie zwiększa się później, lecz się stopniowo nieco zmniejsza. Szybki postęp wchłaniania, staje się widocznym dopiero po upływie miesięcy, jednak i wtedy często nie zbyt uderzająco. Jeżeli przyjdzie do ropienia, które się zdradza zwykłemi ogólnemi i miejscowemi zmianami, to możliwość pęknięcia ropnia do jamy otrzewnej na nowo zagraża życiu, a nawet przy najczęstszym zejściu, jakim jest otworzenie się ropnia do odbytnicy, opróżnienie takowego napotyka niekiedy przeszkody. Wszakże, pomimo nawet wytworzenia się ropnia, wyzdrowienie jest prawdem.

Niewątpliwe rozpoznanie jest niemożliwe bez przekłucia probierczego, zalecanego także i przez S i m p s o n'a; ale przekłucie to, jak uczy doświadczenie, nie jest ani wolnem od niebezpieczeństwa, ani niezbędnem w celu leczniczym; gdyż przy bacznem użyciu innych środków

pomocniczych, można być tylko w wątpliwości, czy mamy do czynienia z wysiękiem ropnym, czy z wynaczynieniem krwi. Za tém ostatniém przemawiają: szybkie powstanie guza; przypadłości utraty krwi towarzyszące jego rozwojowi (skłonność do omdleń i t. p.); dalej brak pod ten czas gorączki lub nieznaczne tylko jój natężenie; wreszcie, brak gwałtownych bólów, albo, jeżeli takowe mają miejsce, to łagodnienie ich po niedługim czasie, zamiast wzmagania się. Jednakże oznak tych może nie być wcale, albo téż mogą nie zostać wykrytemi. Stalszém, a tém samém bardzo ważném kryterjum, jest spoistość guza, z razu sprężystsza i bardziej miękka niż w tym samym okresie zapalenia okołomacicznego, a i później nawet częstokroć miększa w niektórych miejscach. Łatwiejsze jeszcze do poznania dla niewprawnych jest niebieskawe zabarwienie części błony śluzowej pochwy, graniczących z guzem, co jednak, na nieszczęście, rzadko wydatnie się przedstawia. Inne okoliczności, podnoszone przez francuzkich autorów, jak przemieszczenie macicy ku przodowi i ku górze, lub téż obecność tętniących naczyń w pochwie, nie mają żadnej dla rozpoznawania krwisteku wartości. Zmienia on bowiem w przeróżny sposób położenie macicy, i nie różni się pod tym względem bynajmniej od innych guzów miedniczych. Zaś tak zwane tętnienie pochwowe, jest tylko oznaką przekrwienia, jeżeli już nie przerostu organów w miednicy zawartych.

Do rozróżnienia, czy guz wewnątrz czy zewnątrz otrzewnej się mieści, służą następne momenta. Jeżeli zaraz od początku choroby występują objawy zapalenia otrzewnej, jest to dowodem, że krew wylała się do wnętrza jój jamy. Bardzo głębokie, to jest stanowczo za pochwowe siedlisko guza, wyklucza przyjęcie krwisteku wewnątrzotrzewnego; inna jest wszakże rzecz, jeżeli tylko część guza leży za pochwą, a górny jego koniec wznosi się wyżej po za macicę. Przeciwnie, jeżeli guz leży za macicą i sięga wysoko w górę do jamy brzusznej, to upoważnieni jesteśmy do przyjęcia krwotoku wewnątrz otrzewnej. Gdyby jednak guz leżał nie za macicą, ale przed nią, to już głębsze opuszczenie się jego wzdłuż pochwy, dostatecznieby dowodziło, że wynaczynienie nastąpiło w tkankę łączną miednicy. Jeżeli guz, o ile się zdaje, krwią wypełniony, leży po bok u macicy i pochwy, to, u młodych zwłaszcza chorych najpierw przychodzić winno na myśl zatrzymanie się krwi miesięczkowej w zamkniętej od dołu połowie podwójnej macicy i pochwy. Niewątpliwie sine zabarwienia ściany pochwowej, gdzie zostanie dostrzeżone, przemawia za siedliskiem guza zewnątrz otrzewnej.

Gdy krwistek okołomaciczy już zostanie rozpoznany, pozostanie jeszcze do wykrycia przyczyna i źródło krwotoku. Co się tyczy oznak rozpoznawczych krwisteku wewnątrzmacicznego (*haematometra*), odsyłamy do str. 68 i następnych. Przypuszczać będziemy istnienie ciąży zewnątrzmacicznej, jeżeli w ciągu poprzednich tygodni miały miejsce wymioty poranne i t. p.; jeżeli odpływy miesięczne wstrzymały się, lub, chociaż na pozór wracały, to w nieregularnych terminach i w niezwykle sposób; jeżeli krwotok wewnętrzny bezpośrednio poprzedzały gwałtowne bóle; jeżeli krwotokowi towarzyszyły głębokie omdlenia, a nawet obok macicy można było wykazać guz, który stanowiły części zawierające płód. Miesiącowa forma krwisteku okołomacicznego to ma wspólnego z poprzedzającą, że poprzedza ją często zbyt obfita miesiączka; samemu rozwojowi guza towarzyszy często krwawienie z macicy, albo téż to ostatnie zjawia się wkrótce po rozwinięciu się takowego, i nierzadko trwa długo; przeciwnie, otrzewna nie oddziaływa zbyt znacznie. Chore od dawna mają wejście anemiczne, albo téż spotykamy się u nich z chorobą Bright'a, purpurą, ostreми wysypkami. Przy pęknięciach jajnika wstawiają się najczęściej objawy nagle powstałej niedokrwistości, gdyż zdarzenia tego rodzaju sprowadzają szybką utratę znacznej ilości krwi, i następuje znaczne zapalenie otrzewnej. Gdzie krwotok powstał w skutek zapalenia wybujałości naczyńowych, tam z wyvodu choroby dowiadujemy się, że chora od dawna cierpiała na zapalenie otrzewnej miednicy. Pęknięcie żył między więzami szerokimi, bywa skutkiem spłotów żyłakowych (*varicocèle*), nie rzadko napotykanym, zwłaszcza u kobiet które wiele razy rodziły. Sploty te bywają czasowo powodem niezwykle wrażeń w miednicy i przedłużania się odpływów miesięcznych, i tworzą miękkie, sprężyste guzowatości po bokach macicy. Jeżeliby nawet guzowatości podobnych nie udało się już wykryć po krwotoku, to jednak na prawdopodobieństwo téj przyczyny naprowadzić może wywód choroby i istniejące równocześnie żyłaki na kończynach dolnych, sromie i w pochwie; niekiedy obecność poroszerzanych żył lub wrzodów żyłakowatych na części pochwowéj, dalej związek przyczynowy krwotoku z wysiłkami i wstrząśnieniami ciała, oraz brak silniejszego oddziaływania: wreszcie względ na brak objawów charakterystycznych dla innych form.

W razie istnienia wynaczynień zewnątrzotrzewnych, najbliższém prawdy będzie przyjęcie rozerwania żył między górną częścią pochwy a odbytnicą (albo w więzie szerokim).

Leczenie. Doświadczenie przekonało już niewątpliwie, że na pierwszeństwo przed innemi zasługuje leczenie wyczekujące i objawowe. Dopóki krwotok trwa jeszcze, najpierwszém zadaniem będzie powstrzymanie takowego. Tu, obok bezwzględego spokoju i diety przeciwzapalnej, głównemi środkami będzie miejscowo— zimno, a wewnątrznie— kwasy i półtorochlorek żelaza. Zimno najlepiej się zarazem nadaje do powstrzymania gwałtownego następczego zapalenia otrzewnej, i dlatego téż, obok umiarkowanych dawek makowca, musi być wciąż stosowaném przez kilka następnych dni, jeżeli nastąpi oddziaływanie na miejscu. Później potrzebny jest właściwy regulamin, aby przyspieszyć wchłonięcie wylanéj krwi, i o ile można, zapobiedz ropieniu. Głównie niecierpliwość, aby potwierdzić zrobione rozpoznanie, skłaniała dawniej do opróżniania guza przez wczesne przekłucie lub nacięcie, w takich nawet wypadkach, w których żaden objaw nie zapowiadał grożącego ropienia lub, sposoczenia. Operacja ta wszakże jest niebezpieczna, gdyż łatwo dać może powód do rozwinięcia się zapalenia otrzewnej i posocznicy. Jeżeli się zaś ukążą objawy ropienia, to sztuczne otworzenie ropnia skraca przebieg choroby i bardziej pomyślne zejście zapewnia. Przekłucie przez pochwę zalecić można w przeważnej liczbie wypadków, gdyż w tém miejscu najpewniej wykonać się daje; chociaż znowu dobrowolnie ropień częściej otwiera się do odbytnicy. Robione następnie wstrzykiwanie do jamy krwistej, łatwo obudza niebezpieczne nasilanie się zapalenia, a tém samém nie powinno być przedsięwzięciem bez naglącej potrzeby.

4. Nowotwory w więzach szerokich i obok nich.

K o b e l t: *Der Nebeneierstock des Weibes. u. s. w. Freiburg. 1847.*— F o e r s t e r: *Fathol. Anat.*— S c a n z o n i: *l. c. p. 310.*— R o k i t a n s k y: *Allgem. Wien. Med. Zeit. Nr. 32. 1859.*— K l o b: *l. c. p. 387.*— V. R e c k l i n g h a u s e n: *Monatsschr. f. Geburtsk. August 1861.*— V i r c h o w: *Die Krankhaften Geschwülste. Bd. I. Berlin. 1863. p. 262.*

W więzach szerokich najczęściej przytrafiają się torbiele. Część takowych rozwija się niewątpliwie z rurek przyjajnika. Że zaś te ostatnie u dzieci wysłane są wprawdzie nabłonkiem słupkowatym (V i r c h o w), ale po dojściu do dojrzałości płciowej — migawkowym,

jak znalazł O. B e c k e r, więc téż i obecność komórek migawkowych na wewnętrznej powierzchni torbieli, nie może jeszcze dowodzić, aby ta torbiel nie miała powstać z przyjajnika (*parovarium*). Niekiedy wszakże napotykamy torbiele w dość znacznej od tego ostatniego odległości; co się każe domniemywać że takowe na innej drodze powstały. Te przeto, podobnie jak i napotykanne w sąsiedztwie jajowodów, mogą być uważane za nowotwory. Najczęściej istnieje jedna tylko torbiel, osadzona nie na strzępie, jak końcowa dętka jajowodu, ale pod nim, na t. z. skrzydle nietoperza; przez co, jako téż przez zbliżenie swoje do dętki końcowej, zdaje się należeć do organu Rosenmüller'a. Wszystkie te torbiele dochodzą zwykle tylko objętości grochu lub wiśni; rzadko — pięści lub głowy. W ostatnim razie mają wprawdzie znaczenie praktyczne, ale za życia nie dają się pospolicie rozróżnić od torbieli jajnikowych, z którymi zresztą zbliżone są pod względem zawartości, zazwyczaj surowiczéj, niekiedy jednak i klejowatéj. Rozróżnić torbiel w więzie szerokim od torbieli jajnika możnaby wtedy tylko, jeżeliby się udało wynaleźć po stronie cierpiącej obok torbieli, jajnik w postaci oddzielnego ciała. Dla leczenia jest to rzeczą obojętną, gdyż takowe prowadzić trzeba według zasad przyjętych dla terapii guzów jajnika.

Daléj, R o k i t a n s k y zwrócił uwagę na istnienie d o d a t - k ó w j a j o w o d ó w t. j. strzępów, które umieszczone są niekiedy dwoma rzędami ograniczającemi rynnę, na wolnym brzegu więzu szerokiego, między strzępiastym końcem jajowodu a jajnikiem, i mają również związek z cewkami przyjajnika. Jeżeli rurki te, które będąc zupełnie wykształconemi, zawierają zaledwie ślady wodnistego płynu, mocniej się wypełnią, to nie tylko mogą z nich powstać torbiele, lecz podobnie jak przewody M ü l l e r'a mogą one pękać, a w miejscach szczelin, powstałą twory strzępiaste.

Małe włókniaki wielkości grochu lub wiśni w więzach szerokich widział S c a n z o n i, zaś t ł u s z c z a k i wielkości orzecha — K l o b.

G r u ź l i c a więzów szerokich nie występuje samoistnie, lecz tylko jako choroba przeniesiona z organów przez te więzy objętych, lub z innych części otrzewnej.

R a k przeciwnie, nieraz z więzów szerokich brał początek. E. W a g n e r spostrzegł rakowiec, który wyszedłszy z zagłębienia D o u g l a s'a przeszedł na macicę. V. R e c k l i n g h a u s e n przedstawił Towarzystwu położniczemu w Berlinie preparat, w którym dół

D o u g l a s'a wypełniony był bardzo zbitą masą rakowatą, w którą wżłobione były jajniki powiększone, i za naciskiem sączące płyn białawy. Macica była z tyłu zrośniętą z tym kłębem, i stosownie do podeszłego wieku zmarłej mała; tylne zaś sklepienie pochwy było wpukłone i powierzchownie owrzodzone. Otrzewna pokryta była licznymi guziczkami, a oprócz tego, w zroście spajającym śledzionę z przeponą, przy odźwierniku, w trzustce, wątrobie, opłucnej trzewiowej i osierdziu, widzieć można było wtórne odłożenie się ognisk rakowatych.

ROZDZIAŁ VI.

CHOROBY POCHWY I CZĘŚCI PŁCIOWYCH ZEWNĘTRZNYCH.

1. Wady rozwojowe.

V o i g t e l: *Handb. der pathol. Anat. III. p. 419.*— M e c k e l: *Handb. d. pathol. Anat. I. p. 657.*— R o k i t a n s k y: *Path. Anat. III. p. 501.*— D e v i l l i e r s f i l s: *Annal. d. chirurg. franc. et étrang. 1845. August.*— K i w i s c h: *Klin. Vortr. II. p. 365.*

Ponieważ pochwa i macica rozwijają się z przewodów Müller'a, stąd też bardzo często znajdujemy niewykształcenie obu tych organów obok siebie, o czém już wyżej nadmienialiśmy. Niekiedy wszakże wadliwość rozwoju ogranicza się do samej tylko pochwowój części owych przewodów, a następstwem tego będzie wada rozwojowa bądź samej tylko wyłącznie pochwy, bądź też w połączeniu z niedokszałceniem zewnętrznych części płciowych, a nawet z niezupełnóm rozwinięciem całego ciała.

W najwyższym stopniu, pochwy niema zupełnie; często brakuje tylko górnego lub dolnego jój końca, tak, że albo przysionek, albo też macica, otwierają się do krótkiego worka ślepego. Niekiedy oba końce prawidłowo są rozwinięte, a tylko środkowa część jest na większej lub mniejszej przestrzeni zmarniała, tak że końce owe oddzielone są od siebie cieńszą lub grubszą warstwą tkanki łącznej, albo tylko cienką przegrodą poprzeczną (drugą błoną dziewiczą), w której znajdować się mogą małe otworki. Tu i owdzie bywa tylko ślad takiego zmarnienia w postaci powrózków przebiegających nakszałt mostków od jednej ściany

do drugiej. W pojedynczych wypadkach oba worki ślepe bywają tak długie, że chociaż oddzielone od siebie, leżą jednak jeden obok drugiego na pewnej przestrzeni, tak że wydaje się jakby każdy z nich powstał z innego przewodu.

Gdy dolne końce przewodów Müller'a nie zleją się z sobą na linii środkowej, to powstaje p o d w ó j n a p o c h w a przy pojedynczej macicy; tylko że wtedy jeden kanał bywa zmarniały, u góry ślepo się kończy, a przy ujściu nie posiada oddzielnej błony dziewiczej. Po dłużna przegroda bywa tu często niezupełna, nie sięga od wchodu pochwy aż do jej sklepienia, albo też bywa w kilku miejscach przzerwana, a oba kanały komunikują ze sobą.

B ł o n a d z i e w i c z a (*hymen*) może być niezwykle cienka i mała, albo też zbyt gruba, a nawet podwójna (przy podwójnej pochwie i macicy). Niekiedy bywa n i e p r z e d z i u r a w i o n a, i wtedy zamyka wejście do pochwy całkowicie.

Jeżeli powstrzymany jest zarazem rozwój organów moczowych i krocza, to powstaje t. z. k ł o a k a, w wyższym lub niższym stopniu. W najwyższym stopniu, otwierają się przewody wyprowadzające wszystkich trzech przyrządów na przedniej ścianie brzucha. W tym razie brakuje także spojenia łonowego miednicy. Wada o której mówimy, powstaje tym sposobem, że stan jaki ma miejsce u zarodka 5—6 tygodniowego, gdzie omoczna (*allantois*) nie jest jeszcze zamkniętą od zewnątrz, i tu także otwierają się przewody Wolffa i Müllera, pozostaje nadal bez zmiany. F o e r s t e r nazywa tę wadę k ł o a k ą z r o z s z c z e p i e n i e m p ę c h e r z a, a jeżeli i ściana brzuszna nie dokładnie jest zamknięta—k ł o a k ą z r o z s z c z e p i e n i e m j a m y b r z u s z n ę j i p ę c h e r z a.

Gdy wadliwość rozwoju ogranicza się na t. z. zatoce odbytniczomoczopłciowej (*sinus procto-u-ro-genitalis*), wtedy tworzą się połączenia między pochwą a drogami moczowymi lub odbytnicą, albo i tę z tamtymi.

Ostatnie te formy przedstawiają interes nie tylko jako potworności. Panuje między nimi wielka różnaitość. W wypadku P a l f y n'a, odbytnica i dwie połowy podwójnej macicy, otwierały się do wspólnego worka utworzonego przez pęcherz moczowy i pochwę, i z tego dopiero worka wychodząca cewka moczowa prowadziła na zewnątrz. Dziewczyna, opisana przez S a v i a r d'a nie posiadała części płciowych zewnętrznych; kloaka istniejąca w ich miejscu, prowadziła do dwóch oddzielnych pochw z ich macicami; w lewej pochwie było ujście cewki moczowej, a obie nerki miały wspólny moczowód, który się otwierał do

kloaki. B o r q u e t widział odbytnicę i moczowody mające ujście w pochwie, przy równoczesnym braku macicy i pęcherza. V r o l i k podaje rysunek dziecka, pozbawionego odbytu i cewki moczowej; odbytnica kończyła się ślepo przy dnie, a lewy moczowód przy lewym rogu macicy; sama zaś macica uchodziła do zamkniętego pęcherza moczowego. B e d n a r opisuje wypadek, gdzie okrężnica komunikowała z macicą, a pochwa z cewką moczową. Najprostsza forma jest t. z. *Atresia ani vaginalis*. Brakuje tu odbytu, a odbytnica otwiera się na tylnéj ścianie pochwy, przy ujściu téj ostatniej.

I p o u r o d z e n i u tworzą się niezbyt rzadko nieprawidłowości w budowie zbliżone do opisanych powyżej—wrodzonych. A najpierw, wstrzymany być może dalszy rozwój pochwy, która skutkiem tego pozostaje niezwykle krótką i wąską. U dojrzałych, zwykle zamężnych już kobiet, tak innym lekarzom jakotéż i nam, zdarzało się spotykać pochwę taką wąską, że poprzeczna jéj średnica wynosiła tylko 6—4 linii, a nawet tak dalece, że dudki od pióra nie można było do niéj wprowadzić. Daléj, zapalenia i owrzodzenia pochwy zdarzające się niekiedy w położu, albo téż po ostrych wysypkach, tyfusie i t. p., mogą spowodować mniej lub więcej znaczne zwężenia i zarośnięcie tego kanału, albo téż utworzenie się przetok między pochwą a pęcherzem, cewką moczową lub odbytnicą. Aby uniknąć powtarzania się, pierwsze z tych wad zaraz opiszemy, zaś przetoki moczowe pochwy i odbytniczo-pochwowe rozbierzemy później.

Następstwa. Wymienione powyżej nieprawidłowości, odpowiednio swéj naturze, wywołują rozmaite przypadłości, pojawiające się jużto zaraz w pierwszych dniach życia, już téż dopiero później, po dojściu do dojrzałości płciowéj. Najwcześniej wychodzą na jaw następstwa tych wad rozwoju, które zakłócają wydalanie moczu i kału t. j. k l o a k i.

Jeżeli tylko cewka moczowa komunikuje z pochwą, to mocz nie odpywa mimowolnie, może jednak skutkiem ciągłego zanieczyszczania pochwy, spowodować jéj zapalenie i owrzodzenie. Jeżeli zaś pęcherz lub moczowody bezpośrednio otwierają się do pochwy, to mimowolne wyciskanie moczu konieczném jest tego następstwem. Uchodzenie odbytnicy do pochwy, nie koniecznien pociągać ma za sobą mimowolne odchodzenie kału, gdyż otwór kiszkowy może być niekiedy zamknięty mięśniem zwieraczem, jak to spostrzegał K i w i s c h i m y. W takich jednak razach, już zwyczajne zwężenie ujścia pochwy przez błonę dziewiczą, może spowodować gromadzenie się kału w pochwie, z dalszemi tego następstwami. Ważniejszém jeszcze jest to, że ujście odbytnicy bywa niekiedy

za wąskie, nie wystarczające do swobodnego odchodzenia kału, który nagromadzając się w kiszki, śmierć spowodzić może.

Jeżeli wada nie spowoduje zaburzeń w czynnościach dróg moczowych i kiszki, to zazwyczaj nie wywiera żadnego już wpływu aż do czasu dojrzewania płciowego. Wtedy, w razie zupełnego zarośnięcia, którego powodem bywa nierównie częściej nieprzedeurawienie błony dziewiczej, aniżeli wada rozwoju pochwy, następuje zatrzymanie krwi miesięczkowej.

Zanim odpływ miesięczny się pojawi, nagromadzać się może tylko wydzielina nieżyłowa, której ilość wyjątkowo chyba bywa tak znaczna, iżby to miało spowodować nieobojętne zaburzenia czynnościowe. Godelfroy¹⁾ spostrzegł u dwumiesięcznego zaledwie dziecka, utrudnione oddawanie stolca i moczu, skutkiem zebrania się wodnistego śluzu po za nieprzedeurawioną błoną dziewiczą; zaś Bryck już po rozpoczęciu się dojrzewania jajek (*ovnlatio*), widział powstanie puchliny macicy (o czém wspominaliśmy już na str. 74).

Jeżeli zarośnięcie pochwy nie pozwala krwi miesięczkowej odpływać na zewnątrz, to w wypadkach, w których najwyższej części kanału tego albo brakuje zupełnie, albo też jest zarośnięty, lub przy braku całej pochwy, tworzy się natychmiast krwistek wewnątrzmaciczny (p. str. 68). W innych razach, najpierw rozciągniętą zostaje pochwa po nad miejscem zarośnięcia, a powstające skutkiem tego bóle, jakoteż dolegliwości przy oddawaniu stolca i moczu, mogą, nietylko przy nieprzedeurawieniu błony dziewiczej, ale nawet przy zarośnięciu powyżej się znajdującem, zniechęcić chore do zasięgnięcia porady lekarskiej, zanim nawet szyja macicy rozciągniętą przez krew zostanie. Zazwyczaj przecież chore z zatrzymaniem krwi miesięczkowej wtedy dopiero udają się do lekarza, gdy się już rozwinął krwistek maciczny albo jeszcze i jajowodowy (*haematosalpinx*). Jeżeli pochwę tylko poprzeczna błona zamyka, to takowa może zostać przerwana skutkiem ciśnienia nagromadzonej krwi. Przerwaniu temu sprzyja ostry nieżyt rozwijający się w błonie przegradzającej, skutkiem targania, jako też przychodzące od czasu do czasu kurczenia macicy. W razie rozległego zarośnięcia dolnej lub środkowej części pochwy, górna część zrostu może zostać rozerwana, tkanka łączna miednicy nasiąka, i tym sposobem powstaje tu jama zatokowata²⁾. Pęknięcie i wylanie się

¹⁾ Gaz. des hôpit. Nr. 142. 1856.

²⁾ Schuch. Wochenbl. d. Ges. d. Aerzte zu Wien. Nr. 31. 1857.

krwi do tkauki łącznej, w jedum wypadku podanym przez Graf'a ¹⁾, sprowadziło dobrowolne uleczenie chorój, przez utworzenie się sztucznej drogi dla odpływów miesięcznych. Przyczyną zarośnięcia było w tym wypadku owrzodzenie zapalne. Dwukrotnie przedsiębrana operacya w celu usunięcia takowego, zawiodła. Przez 1½ roku odpływała krew w peryodach miesięcznych częściowo przynajmniej, przez powstały poprzednio otwór w odbytnicy; gdy jednak ten znowu się zasklepił, dolegliwości chorój się zwiększyły, i trwało to do czasu ukazania się na lewym pośladku podcieku krwi (*sugillatio*), który gdy się w odległości jednego cala od odbytu otworzył, krew przezeń odpłynęła. Przetokę trzymano otworem; służyła bowiem do odpływu krwi miesięczkowej. Przy braku górnej części pochwy, z równoczesnem zatamowaniem jęj ujścia, T h o m p s o n ²⁾ widział oprócz krwisteku, nagromadzenie się jeszcze płynu białkowego w dolnej jamie.

Godnem jest uwagi, że zatrzymanie krwi miesięczkowej, obok swobodnego takowej odpływu, zdarza się nietylko przy istnieniu podwójnej macicy, której jedna połowa zarosła (p. str. 68), ale nierównie częściej jeszcze, w mających się tu opisać wypadkach podwojenia macicy i pochwy, z zamknięciem jednego z kanałów tęg ostatniej. Liczba spostrzeżeń tu się odnoszących dlatego tylko tak jest mała, że uwaga lekarzy nie była dotychczas zwróconą na ten przedmiot. W dwóch pierwszych wypadkach z pomiędzy tych, które o ile nam wiadomo, dotychczas ogłoszonymi zostały ³⁾, chociaż wydalone zebraną krew przez przekłucie od strony niezarośniętęj pochwy, jednak prawdziwy stan rzeczy wykryty został dopiero przy badaniu pośmiertnem; za życia bowiem nie pomyślano o możliwości istnienia podwójnego kanału rodneg. Wyjście zatem na jaw tego spostrzeżenia, zawdzięczamy tylko tęg nieszczęśliwęg okoliczności, że po operacyi nastąpiło pęknięcie torbieli utworzonęg w jajowodzie skutkiem nagromadzenia się krwi, w skutek czego rozwinęło się zapalenie otrzewnęg zakończone śmiercią. Trzy inne wypadki, spostrzegaliśmy sami, i bez trudności rozpoznaliśmy je jeszcze przed nacięciem.

Pierwszy z nich zdarzył się w klinice chirurgicznęg w Rostock'u, i został opisany przez G. S i m o n'a ⁴⁾. Lewa połowa pochwy,

¹⁾ V i r c h o w's Archiv. XIX. p. 548.

²⁾ Dublin hôp. gaz. Juue. 15. 1856.

³⁾ Decès. Bullet. de la société anatom. Juillet. 1854, i Beronius. Preuss. Med. Zeit. Nr. 33. 1862.

⁴⁾ Monatsschr. f. Geburtsk. October. 1864.

skutkiem zebrania się w niej około 6 uncji, ciemnej, gęstawej krwi, zmienioną została w guz chelboczący, który w dolnym swym końcu, ograniczonym okrągłą błoną dziewiczą, zabarwiony był niebieskawo, sięgał w górę aż do dna otwartej pochwy i zwężał kanał tej ostatniej od lewej strony w całej długości. Lewa połowa macicy wcale jeszcze nie była rozciągnięta. Przy badaniu uderzyło nas od razu to, że w otwartej połowie pochwy, część pochwową macicy przytykała bezpośrednio do lewej ściany, a więc tylko po prawej stronie istniało sklepienie pochwy; niemniej i to także, że usta maciczne nie przedstawiały się w kształcie szpary poprzecznej, lecz przebiegającej od przodu ku tyłowi. Taki stosunek guza do pochwy i części pochwowój, i tego rodzaju zmiana ust macicznych, mogły być spowodowane jedynie tylko nagromadzeniem się płynu w zamkniętej połowie pochwy. Że płyn ten był krwią, dowodziło tego sinawe zabarwienie dolnego odcinka guza, a chora była też w tym wieku, w którym następuje zatrzymanie krwi miesięczkowej, skutkiem wrodzonych zarośnień. To też według naszego zdania zbyt czynnem nawet było uciekanie się do wyvodu choroby, który wykazywał, że dolegliwości zwiększały się w peryodach odpowiadających miesięczkowaniu.

Drugi wypadek zdarzył się w naszej klinice w Bonn, r. 1866. Różnił się on od dopiero co przytoczonego najpierw tém, że zarośnięcie nie pochodziło tu od błony dziewiczej; owszém, najniższa część prawej, zarośniętej połowy pochwy, przedstawiała od tyłu brak (t. j. była skośnie od tyłu ku przodowi ścięta); ztąd też guz, przez zatrzymanie krwi spowodowany, sięgał wprawdzie aż do otworu ujścia pochwy, lecz nie ograniczał tu całej prawej strony, lecz tylko przednią połowę tegoż, i nie był sinawo zabarwiony. Powtórę, prawy róg macicy był także mocno rozciągnięty przez krew wylaną, której ilość wynosiła $1\frac{1}{2}$ $\mathcal{L}$. Prócz tego nadmierne rozciąganie wywołało ostry niezbyt przenikalnej połowy kanału rodnego, tak, że widzialna połowa przegrody była nadzwyczaj nastrzyknięta i pokryta wydzieliną ropiastą. U tej chorób nie można było od razu określić własności płynu zawartego w guzie, i dopiero z rozważenia innych danych trzeba było wnosić o jego naturze. Nie wzmagały się nawet dolegliwości w czasie trwania odpływów miesięcznych, a najwybitniejszym z zaburzeń było przemijające zatrzymanie moczu, które się wstawiło od pół roku, po kilkakrotném, jak mówiono, niebolesném miesięczkowaniu. Mimo to, rozpoznanie nie było trudnem. Umieszczenie dolnej części guza obok otwartej pochwy, a górnej części obok niezamkniętej macicy, którą bez pomocy zgłębnika można było wyczuć przez powłoki brzuszne, zmiana kształtu ujścia macicznego na podkowiasty, zamknięty z prawej strony przez guz, chelbotanie w tym

ostatnim, oraz wiek chorąg — wszystko to nie pozostawiało żadnej wątpliwości co do natury guza. Po wydaleniu nagromadzonej krwi, uwypatniło się wyraźnie jak mocno zgrubiała ściana prawego rogu macicy, w skutek następczego przerostu; a jeszcze w 8 tygodni potóg, objętość prawego rogu w takim stała stosunku do objętości rogu lewego, jak pojedyncza macica kobiety która rodziła, do macicy dziewiczej. Dziewczyzna tą wadą dotknięta, miała tułów krótki, krępy, a twarz szeroką.

W trzecim wypadku, przystąpiono do badania z powodu odrażająco cuchnących upławów. Prawy róg uchodził do krótkiego worka ślepego, w którym znajdował się maleńki otvorek, przez który krew miesięczkowa odpływać mogła trudno i niezupełnie, ale powietrze miało do zatrzymanej krwi przystęp.

Ogłoszenie drugiego z tych wypadków pobudziło Schröder'a ¹⁾ do odszukiwania w literaturze podobnych, chociaż niewłaściwie tłomaczonych. Badania jego wykazały, że podane przez Breslau'a ²⁾, Hegar'a ³⁾, Herzfelder'a ⁴⁾ i Braun'a ⁵⁾ wypadki mniemanego krwisteku przedmacicznego (*Haematocoele ante-uterina*), do téj należą kategorii.

Całkowite zarośnięcia pochwy, powstałe w skutek owrzodzeń zapalnych bądź położowych, bądź po tyfusie i t. p., nawet w dojrzałym wieku nie zawsze dają powód do rozwinięcia się krwisteku macicznego (*Haematometra*), gdyż sprawa przyczynowa rozciąga się niekiedy na macicę i jej części dodatkowe, powodując równocześnie zanik macicy lub jajników, albo i jednej i drugich, z nieuleczalnym wstrzymaniem miesięczki. Trwały brak usiłowań miesięczkowania, jako téż możność wykazania, że macica jest mała i niezwykle zbita, cechuje te wypadki, w których leczenie operacyjne usprawiedliwić się daje tylko szczególnymi okolicznościami. Tak np. Bryck spostrzegł równocześnie mimowolne odchodzenie moczu, które się dawało objaśnić tylko

¹⁾ Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocoele retro-uterina u. s. w. Bonn. 1866.

²⁾ Schweiz. Zeitschr. f. Heilk. 1863.

³⁾ Monatsschr. f. Geburtst. Bd. 17. p. 418. W tym wypadku przedsięwzięte przez Hegar'a nowe badanie chorąg potwierdziło zdanie Schröder'a (Monatsschr. f. Geburtst. Juli. 1866).

⁴⁾ Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilk. Decemb. 26. 1856.

⁵⁾ Wien. Med. Wochenschr. Nr. 29. 1861.

sztywnością cewki moczowej i szyi pęcherza; ściany bowiem tych ostatnich były rozciągane przez otaczające je masy bliznowate. Pierwsza operacja sprawiła to tylko, że ujście cewki moczowej stało się nieco podatniejszym, ale mocz nie przestawał wyciekać. Po drugiej wszakże operacyi, kanał dał się rozszerzyć wkładanemi doń przez pewien czas walcami z guttaperki, przednia ściana pochwy i graniczące z nią części odzyskały swą naturalną miękkość, a wraz z tém i mocz przestał mimowolnie odpływać.

Większe jeszcze trudności napotkał L. M a y e r, usiłując utrwalić otwór po zrośnięciu, jakie powstało u pewnej dziewczyny podczas tyfusu. Wprowadzanie gąbek prasowanych i świeczek po przekłuciu pozostało bez skutku; dopiero po kilkakrotném wycinaniu stożkowatych kawałków, w 8 miesięcy cel został osiągnięty. Operowana zaszła potem w ciążę. Przy porodzie zwężenie pochwy wymagało jeszcze przeszło dwudziestu nacięć. Jak tylko brzeg podczas rozciągania się zaczynał tworzyć ścięgnistą wydatność, nacinano takową na nowo.

Niezupelne zarośnięcia jako téż zwężenia pochwy utrudniać mogą odpływanie krwi miesięczkowej; nabierają one wszakże ważności, podobnie jak zupełne lub niezupelne zdwojenie pochwy i niezwykła tęgość błony dziewiczej, przez utrudnienie spółkowania, zdolności do zapłodnienia, a w razie zajścia w ciążę, przez zakłócenia w przebiegu porodu. Wprawdzie dosyć często próby spółkowania pozostają i tu bez skutku. Jak przy zupełnym braku pochwy, jeżeli do spółkowania nie zostanie użytą cewka moczowa, to warstwa tkanki zamykająca wejście do pochwy, rozciąga się stopniowo w kształt worka ślepego, tak przy zwężeniach, dolna część kanału rozciąga się coraz więcej, albo téż nawet bez uprzedniego rozszerzenia następuje ciąża, której towarzyszące zmiany sprawiają znaczne powiększenie światła kanału. W razie istnienia podwójnej pochwy, bardzo często do spółkowania służy jedna tylko jej połowa; i to nie zawsze nawet ta, która się łączy z macicą, chociażby macica była pojedyncza. Niezupelne przegrody podłużne, kończące się wolnym brzegiem u sklepienia pochwy, zagrożone są niebezpieczeństwem przerwania podczas porodu. Niezwykle mocna błona dziewicza, nie tylko że czyni trudnem jej rozdarcie przy spółkowaniu, ale nawet będąc już rozdartą, jeszcze spółkowanie utrudnia. Tak np. u pewnej kobiety, z którą spółkowanie albo zupełnie nie mogło być dokonaniem, albo téż znaczny ból sprawiało, znaleźliśmy tęgi mięsisty most, rozdzielający wej-

ście do pochwy na dwa odcinki: górny węższy i dolny, szerszy. Powstał on przez oderwanie błony dziewiczej od miejsca jej przyczepienia.

Dokładne rozpoznanie wady, bywa osobliwie trudnem w razie całkowitego lub częściowego braku pochwy. Jeżeli znajdziemy ujście pochwy zupełnie zamknięte, albo też po za szparą sromną tylko krótki worek ślepy, to należy wysledzić, czy po za miejscem zamkniętém istnieje jeszcze pochwa, albo też druga, górna część takowej, niemniej także czy macicy zupełnie brakuje, czy też jest mniej lub więcej rozwinięta. Najodpowiedniejsze postępowanie w celu rozpoznawczym, tam gdzie usiłowania miesiączkowe wcale nie występują a przynajmniej nie prowadzą rozwoju guza w miednicy, podaném już zostało na str. 61. Jeżeli wśród usiłowań miesiączkowania, powstał guz między pęcherzem moczowym a odbytnicą, to z odporności dolnej błony lub też warstwy przegradzającej, jakoteż z połączonego badania zącátka pochwy ze śledzeniem przez odbytnicę, można wywnioskować, czy powodem zarośnięcia jest tylko błona, czy też brak większego kawałka pochwy. Niekiedy też można przez przednią ścianę odbytnicy dosięgnąć rozszerzonych, po grubym i twardym swym brzegu poznać się dających ust macicznych, i tym sposobem przekonać się, czy takowe leżą na dolnym końcu guza, czy też tworzą po drugiej stronie dolnego końca przewężenie, t. j. czy górnej części pochwy brakuje zupełnie czy też nie. Wspomniane powyżej spostrzeżenia S c h u h'a i T h o m p s o n'a pokazują, że niekiedy zdarzają się zmiany i powikłania, które ciągle mieć trzeba na uwadze, jeżeli chcemy uniknąć błędnego ocenienia okoliczności.

Nawet tam gdzie oba kanały podwójnej pochwy swobodne mają ujścia, podwójność ta łatwo może być przeoczona, jeżeli przegroda ściśle do jednej ze ścian przylega, a średnice obu ujść znacznie się między sobą różnią. Jeżeli jeden z kanałów jest od dołu zamknięty, to przy śledzeniu drugiego uderza nas to, że albo w dnie jego nie znajdujemy części pochwowój, albo jeżeli takowa istnieje, to przyrośnięta jest z boku do ściany. Niekiedy otwarty kanał kończy się wprawdzie ślepo, ale przez jego ścianę można wyczuć część pochwową wystającą do połowy zamkniętej. Niezupełne przegrody podłużne, bywają zazwyczaj trafunkowo odkrywane przy śledzeniu rodzących. Co się zaś tyczy rozpoznania jednostronnego zatrzymania krwi miesiączkowej, mówiliśmy już o tém wyżej.

Niezwykle stosunki błony dziewiczej, łatwo dają się odkryć za pomocą macania i oglądania; przeciwnie, rozmaite formy kloak kobiecych, trudno jest u dzieci z dokładnością określić. Wystrzegać się też trzeba pomieszania zwężeń pochwy polegających na wadliwości rozwoju

z kurczem tejże (*spasmus vaginae*), czego łatwo można uniknąć, mając w pamięci objawy cechujące tę ostatnią chorobę.

Leczenie. Wady rozwojowe pochwy, o ile w ogóle są dostępnymi dla leczenia, usuniętemi być mogą jedynie tylko drogą operacji. Najłatwiej da się to wykonać przy zarośnięciu pochwy pochodzącem od błony dziewiczej, którą nacinamy nożem nakrzyż, albo też uchwyciwszy haczykiem, pociągamy ku sobie i wycinamy nożyczkami okrągławy kawalek. Nawet i zarośnięcia wyżej się mieszczące, jeżeli są spowodowane błonami w poprzek przebiegającymi, mogą być zniesione bez szczególnych trudności, za pomocą noża, czyto ostro-kończastego czy guziczkowatego. Ale w razie znaczniejszych braków pochwy, operacja bywa nadzwyczaj trudna, i wtedy tylko przedsięwzięta być może, jeżeliśmy się przekonali o istnieniu dostatecznie rozwiniętej macicy; w przeciwnym bowiem razie, raz, nie przedstawiałaby żadnego celu, a powtórę może być niebezpieczną, skutkiem obrażenia otrzewnej, lub t. p., jak tego dowodzą śmiertelne zejścia po operacjach podejmowanych przez Buscha, Stein'a i innych. Do wykonania operacji, jak samo przez się wynika, nie wcześniej należy przystępować, aż dopiero wtedy, gdy po kilkakroć powtórzonem miesiączkowaniu, jama macicy (i pochwy), dostatecznie zostanie rozciągniętą przez krew, a tém samém wyraźnie wskaże nam tor, którym przy operowaniu kierować się będziemy mogli. Niekiedy udawało się uformować drogę od ujścia pochwy aż do samych ust macicznych, bez użycia kłujących lub tnących narzędzi. Miało to miejsce w takich razach, gdy pochwy pozornie tylko brakowało, w rzeczywistości jednak była ona zupełnie ukształcona, lecz tylko stała się nieprzenikalną skutkiem następczego sklejenia się i zrośnięcia jej ścian, jak to nierównie częściej daje się spostrzegać na sromie. Przy tej formie zarośnięcia, ściany pochwy rozstępują się pod wytrwałym naciskiem za pomocą palca lub noża kościanego.

Jeżeli pochwy brakuje prawdziwie, to kanał da się uformować tylko za pomocą noża, przyczem postępować trzeba z największą bacznością, aby nie uszkodzić pęcherza, odbytnicy i t. p. Trudności rosną jeszcze, jeżeli między sąsiednimi organami, w miejscu które powinna zajmować pochwa, niema powrózka włóknistego. To też niema się co dziwić, że znamienici nawet chirurdzygnie zniewoleni byli odstąpić od rozpoczętej już próby. W każdym razie, przy zupełnym braku pochwy, wszelką operację rękoma nader biegłego chirurga pozostawić wypada.

R o s e r ¹⁾ w ogóle wątpi, czy za pomocą sztuki, można tworzyć nowe kanały błon śluzowych.

Jeżeli uleczenie zarośnięcia bezpośrednio, jest niemożliwem, to można złym jego następstwom zaradzić, przekłuwszy guz krwisty od strony odbytnicy, aby w ten sposób utorować krwi miesięczkowej sztuczną drogę. W tym razie, jeżeli się da, robimy nakłucie w tém miejscu, gdzie się dają wyczuwać usta maciczne, jako otwór miękki, okrągławy, twardawym brzegiem otoczony. Niekiedy już pierwszy otwór po przekłuciu nie zamyka się więcej, i krew miesięczkowa odpływa nadal regularnie przez otwór stolcowy, bez żadnych dolegliwości. W innych razach wypada potrzeba powtórzenia przekłucia, a nawet rozszerzenia rany nożykiem guziczkowatym.

Przy zarośnięciu pochwy w części środkowej, które można poznać po tém, że kanał swobodnie się otwierający od dołu, jest stosunkowo krótki, a i warstwa zarośnięcia nie jest zbyt gruba, torowano drogę już-to za pomocą trójgrańca, już nożem. Przezorne użycie noża przy pomocy palca i rękojeści skalpela, zabezpiecza tu niewątpliwie najskuteczniej od obrażeń postronnych. Wszelako i przekłucie za pomocą trójgrańca, ma na swoje poparcie prawdziwie pomyślne wyniki, i będzie tam zwłaszcza użyteczne, gdzie guz krwisty daje się wyraźnie wyczuwać przez ślepo zakończoną pochwę, a sąsiednie narządy zostały dość daleko odparte z pola operacyjnego.

Przy zatrzymaniu krwi miesięczkowej w skutek zamknięcia jednej połowy podwójnej pochwy, postępujemy w ten sam sposób, jak przy zarośnięciu błoniastém, lub nieprzedziurawieniu błony dziewiczej; w podobnym jednak razie, radzimy starać się o utrzymanie takiego tylko otworu, któryby dozwalał krwi miesięczkowej swobodnie odpływać, lecz nie przepuszczał prącia; obowiązkiem jest bowiem naszym, ograniczyć możliwość równoczesnej ciąży w obu rogach macicy, przez wzgląd na wielkie takowej niebezpieczeństwo.

Czy jednak zarośniętą pochwę operować będziemy w trudnych, czy w pomyślnych okolicznościach, nigdy nie możemy być pewni, że operacja nasza szczęśliwie się zakończy. Liczne mamy bowiem przykłady, o ile takowa jest niebezpieczna, nawet w najłżejszych wypadkach i najbieglejszą dokonana ręką. Niebezpieczeństwo to na tém polega, że nie rzadko już po kilku godzinach, albo na 2, 3—5 dzień, wywołuje się zapalenie otrzewnej, częstokroć kończące się śmiercią. Przy-

¹⁾ Vorhandl. d. Gesellschaft für Geburtshilfe in Berlin. VIII. 1855.

czyną tego zapalenia bywa zazwyczaj krwotok do jamy otrzewnej. W jednym wypadku operowanym przez L a n g e n b e c k'a ¹⁾, drugim przez S c h u h'a ²⁾, a trzecim przez N e l a t o n'a ³⁾, pękł jajowód, już przedtém blizki pęknięcia; w innych, krew, bez rozerwania jajowodu, wylewała się przez koniec strzępiasty.

Liczba wypadków nieszczęśliwie z tego powodu zakończonych operacyj tak jest liczna, że niepodobna uważać wylania się krwi z jajowodu, za zdarzenie, które nastąpiło trafem po opróżnieniu macicy, lecz byłoby się w tym samym czasie spełniło nawet bez owego opróżnienia; ale koniecznie przyjąć trzeba istnienie przyczynowego związku między nim a operacją.

Prawdopodobnie, nie pozostały téż bez niepomyślnego wpływu, usiłowania wielu operatorów, dążące do opróżnienia macicy przez nacisk wywierany na powłoki brzuszne. To samo i nastrzykiwania wewnątrzmaciczne, częstokroć stosowane przy leczeniu pooperacyjném, zdają się być nader niebezpiecznemi, gdyż pobudzają macicę do skurczów, a tém samém łatwo mogą wywołać i kurczenia połączonych z nią jajowodów. Gdzie obok rozciągnięcia macicy, niema nagromadzenia krwi w jajowodzie, tam nie potrzebujemy się obawiać tylko co wzmiankowanego wydarzenia; ponieważ jednk rozpoznanie krwisteku jajowodowego (*haematosalpinx*) nie zawsze jest możliwém, przy każdej przeto operacyi przewidywać powinniśmy możność nieszczęśliwego zejścia. Ażeby takowego uniknąć, należy najpierw, ograniczyć się na samém tylko otworzeniu zamkniętej drogi, zaś wydalenie krwi zostawić naturze; a powtóre, nie przystępować do operacyi, ani krótko przed pojawieniem się, ani zaraz po ustaniu odpływów miesięcznych. Pierwsza następna bowiem regularność wystąpić może z gwałtownemi bólami niby porodowemi, zmuszając do kurczenia i rozdęty jajowód. Dwa wypadki, w których operacja podjęta na krótki czas przed regularnością, pociągnęła za sobą zapalenie otrzewnej, ogłosił nowszemi czasy M e l c h i o r i ⁴⁾.

Łatwiejszą jest, i nie grozi niebezpieczeństwem pomoc wymagana od nas przy istnieniu p o d w ó j n é j p o c h w y, n i e z w y k l e

¹⁾ Verhandl. d. Ges. f. Geb. in Berlin. VIII. 1855.

²⁾ Wochenbl. d. Wien. Aerzte Nr. 31. 1857.

³⁾ Gaz des hôpit. Nr. 88. 1856.— Wypadek ten z tego jeszcze względu godzien wzmianki, że ciało macicy składało się tu z dwóch połów, z których jedna tylko była rozciągnięta.

⁴⁾ Gazzett. medic. ital. Nr. 17. 1855.

mocnej błony dziewiczej, lub nadmiernego zwężenia pochwy. Podłużne przegrody w pochwie rozcinamy nożyczkami; zbyt tęgą błonę dziewiczą—nożem. Gdzie wrodzone zwężenia pochwy nie zostały usunięte przez spółkowanie lub ciążę, rozszerzamy kanał sztucznie przez wprowadzanie świeczek z blaszkowca (*laminaria*), gąbek prasowanych, a później przez zastosowanie tamponu kauczukowego. Ten ostatni zaleca się też w podobnych wypadkach u rodzących. Przy zwężeniach nabytych, nie zawsze jesteśmy w stanie dostatecznie pochwę rozszerzyć na drodze niekrwawej, a wtedy nic innego nie pozostaje, jak rozciąć najpierw nożem, o ile to jest możebnym, te smugi bliznowate, które przeważny stawiają opór. Jednak i w ten sposób, a nawet przez częściowe wycięcie blizn, nie zawsze się daje trwały osiągnąć skutek.

W celu zamknięcia kloak, projektowano rozmaite sposoby postępowania, co do których odsyłamy czytelnika do artykułu traktującego o przetokach, jako też do podręczników chirurgicznych.

2. Opadnięcie pochwy.

(Patrz str. 118).

3. Zapalenie pochwy.

Po za obrębem okresu połogowego, zapalenie pochwy przytrafia się pospolicie pod formą niezbytową, i o takim mieliśmy już sposobność mówić przy opisie równomienną choroby macicy.

Krupowe i błonnicowe zapalenie pochwy, pomijając jego związek z ostremi wysypkami, a zwłaszcza ospą i odra, z tyfusem i tyfoidem cholerycznym, może być następstwem insultacji, jakie się mogą zdarzyć przy spółkowaniu; ale częściej wywołwane bywają noszeniem nieodpowiednich krążków macicznych. Może ono także powstać skutkiem ciągłego zetknięcia błony śluzowej z moczem i kałem, wraie istnienia przetok pęcherzo lub odbytńico-pochwowych, albo też z posoką, przy obecności polipów ulegających zgorzeli, oraz rozpadających się wybujałości rakowatych. Wkońcu, mogą być niekiedy skutkiem zarażenia się rzeżączką, lub zakażenia materyami gnilnemi, przyniesionemi od zewnątrz.

Ta forma zapalenia cechuje się tćm, że większa lub mniejsza ilość ograniczonych przestrzeni na błonie śluzowej brzmięje i zmienia się w strup białawy, żółtawy lub brunatny. Części okoliczne nie zestrupiałe, przedstawiają stan ostrego nieżytu, albo tćż zostają pćźniej jeszcze wciągnięte w obrćb sprawy błonicowej, tak, że strupy częścią zlewają się ze sobą. Po odpadnięciu tych ostatnich, pozostają wrzody, wygląające więćej lub mniej nieczysto, które naturalnie, tam gdzie drażnienie rozkładającemi się płynami trwa uadal, nie okazują żadnej skłonności do oczyszczania się i gojenia.

Miejscowe dolegliwości bywają nader różnorodnego natężenia. Tam zwłaszcza, gdzie do wywołania zapalenia przyczynił się rak macicy lub przetoka moczowa, bywają one częstokroć bardzo nieznaczne, i wtedy nie towarzyszy im zwykle gorączka w znaczniejszym stopniu. W innych razach, bardzo dokuczają chorym kurczowe ściągł, a nawet i stan ogćlny zostaje dotknięty.

Doszczćtne uleczenie, t. j. uchronienie chorćj od pozostania przewlekłego nieżytu, tam tylko jest możliwe, gdzie przyczyna nie działa bezustannie. Przy leczeniu, zawsze prawie uniknąć można nawet miejscowych upustów krwi, bez szkody dla chorych. Pilne stosowanie lećtnich natryskćw i kąpieli nasiadowych, łącznie z zadawaniem ławatyw lub czopkćw makowcowych, dostateczną przynoszą ulgć. Oczyszczenie owrzodzeń pozostałych po oddzieleniu się strupćw, przyspieszyć możemy w razie potrzeby przyżeraniem saletranem srebra w postaci sztyftu lub w roztworze.

Osobliwą formę zapalenia opisał nowszemi czasy Marconnet ¹⁾ pod nazwą: *Perivaginitis phlegmonosa dissecans*. Wywołuje ona ropienie w tkance łącznej otaczającej pochwę, a następnie pociągą za sobą oddzielenie się pochwy i części pochwowej macicy pod postacią worka złożonego z błony śluzowej i mięsnej. Dwa wypadki przez M. spostrzegane, są do siebie zupełnie podobne. Pierwszy z nich dotyczył dziewczyny 20-letniej, która w październiku, pod koniec obfitej miesiączki, dotkniętą została bólem w podbrzuszu i ogćlnćm niedomaganiem. Następnej miesiączce towarzyszyły obfite białe upławy. W chwili przyjęcia chorćj do szpitala, 13-go listopada, błona śluzowa sromu, przedstawiała się owrzodzoną i dotkniętą zgorzelą, zaś błona śluzowa pochwy, była bledszą niż w stanie prawidłowym i obrzmiałą. Najlćższe dotknięcie, a więćej jeszcze ruchy, wywoływały ból; zaś te ostatnie, jako tćż i zmia-

¹⁾ Virchow's Archiw. XXXIV. 1 i 2.

na opatrunku, powodowały krwawienie. Z razu sądzono, że się ma do czynienia z tyfoidem, powikłanym zgorzelą organów płciowych. Skóra utrzymywała się suchą; częstość tętna 120; oddzielanie się postępowało coraz dalej, a 22 listopada odszedł worek skórzasty, składający się z pochwy i części pochwowój macicy. Towarzyszył temu bardzo silny krwotok, który jednak wkrótce ustąpił miejsca wydzielinie ropnej, a ogólny stan chorób się poprawił. Dnia 6-go grudnia wróciła miesiączka, a 15-go chora mogła być wypuszczoną ze szpitala. Z części pochwowój pozostał tylko szczątek.

4. Ciała obce w pochwie.

Mówiąc o pomocy palliatywnej przy opadnięciu macicy i pochwy, wspomnieliśmy o złych skutkach, jakie za sobą pociąga noszenie nieodpowiednich krążków macicznych. Nierzadko jednak, dają powód do znacznych zapaleń i owrzodzeń, i inne obce ciała, wprowadzane do pochwy dla zadowolenia pobudzenia zmysłowego, przez dziewczęta a nawet i kobiety, albo też tym ostatnim, przez trzecie osoby, ze swywoli lub niegodziwości. W pierwszym razie, naturalna obawa wyjawienia zaszłego wypadku przed drugimi, sprawia, że wprowadzone przedmioty pozostają już w pochwie tygodnie i miesiące, zanim przedsięwziętemi zostaną, utrudnione już przez to samo, usiłowania ich wydobywania. Stosownie do niedościągłej fantazyi tak dziewcząt jako też i złoczyńców, używano tu rozmaitych przedmiotów: słoików od pomady, igielników, butelek, szklanek, szyszek jodłowych i t. p. Tak np. H u b b a u e r musiał wydobywać za pomocą kornączków, użytą do samogwałtu szklankę, która utkwiała dnem naprzód, i pół roku w pochwie zostawała; B l a s c h k e zaś wykrył, jako przyczynę znacznych dolegliwości, polegających głównie na śluzotoku, utrudnioném oddawaniu moczu i od czasu do czasu występujących kurczach — kłos, 1½ cala długi, leżący przy części pochwowój macicy.

5. Łagodne guzy w pochwie.

Z łagodnych narośli zdarzają się w pochwie: guzy nacyniowe, torbiele, włóknaki i polipy.

a) Guzy naczyniowe (*Angiectasiae*).

Żylaki miernych rozmiarów, u kobiet które już rodziły, zdarzają się bardzo często. Podczas ciąży lub porodu, mogą one pękać, powodując albo swobodny krwotok, albo też nasiąknięcie krwią tkanki łącznej otaczającej pochwę — *Thrombus vaginae*, *Haematocoele*. Rozszerzenia naczyń pozostające po przebytym porożu, bardzo rzadko stają się powodem jakowych zaburzeń. G. Simon opisał przed niedawnym czasem jedno spostrzeżenie, tu się odnoszące. Znalazł on u pewnej kobiety, cierpiącej na mimowolne odchodzenie moczu — *Uretrocele vaginalis*. Ściana dzieląca cewkę moczową od pochwy, tak była przejęta rozszerzonymi żyłami, że muskulatura cewki zanikła, i tylko skraj ujścia tej ostatniej pozostał nietkniętym. To też ten ostatni, jedyny stawiał opór napierającemu moczowi, i zatrzymywał go przynajmniej podczas leżenia. Simon rozciął najpierw żyły w dolnej części i przyzerał je półtorochlorkiem żelaza, albo też w razie gwałtownego krwotoku podwiązywał je pierwój na dwa dni. Skutkiem codziennego następnie przyżerania, liczne, małe owrzodzenia zlewały się z sobą, i utworzyły wkońcu obszerną bliznę. Po zagojeniu, powtórzono to samo wyżej. Tym sposobem, chora o tyle została uleczoną, że tylko przy szybszych i gwałtowniejszych ruchach, mocz jej mimowolnie wyciekał.

b) Torbiele.

Boys de Loury: *Révue medic. Grudzień. 1840.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. II. p. 551.* — Scanzoni: *Krankh. u. s. w. p. 470.* — Nélaton: *Monit. des hôpit. Nr. 76. 1857.* — Ladreil de la Charrière: *Archiv. génér. Mai. 1858.* — Jobert de Lamballe: *Gaz. des hôpit. Nr. 94. 1862.* — Saexinger: *Aus. Prof. Seyfert's klinik zu Prag. Spitalszeit. Nr. 39. 1863.* — Ch. West: *Diseases etc. II. p. 213.* — M'Clintock: *Clinical memoirs etc. p. 203.*

Torbiele rzadko w ogóle dają się napotykać w pochwie. Według poglądu, któremu dziś hołdujemy, mają się one rozwijać w drodze nowotworzenia, i to częściej w tkance łącznej okołopochwowej, aniżeli w ścia-

nie samėj pochwy. W większej liczbie wypadków, dochodzą one tylko wielkości grochu lub wiśni. *K i w i s c h* napotkał 5 takich małych torbieli obok siebie, a *B o y s d e L o u r y* widział je ułożone przy sobie paciorkowato, wzdłuż całej pochwy. Ostatnie to spostrzeżenie przemawia za tém, że w danym razie istniał pierwotnie kanał, który miejscami został porozdymany. Nam zdarzyło się widzieć tylko 3 wypadki, w których do tego, torbiele, wypadkowo natrafione przy śledzeniu, prawie w jedném i tém samém miejscu miały siedlisko. U dwóch chorych, po obu stronach ściany pochwowój, prawie na równi z poziomem ust macicznych, chociaż nie na téj samėj wysokości po prawej co i po lewej stronie, istniały torbiele wielkości wiśni, przez których ściany surowicza zawartość wyraźnie przeświecała; w trzeciej znaleźliśmy tylko jedną taką torbiel po prawej stronie. Przy nakłuciu, okazywało się za każdym razem, że ściana była nierównie tęszą, aniżeli się wydawała. Nie mogliśmy się oprzeć domysłowi, że te torbiele zawdzięczają swoje pochodzenie rozdęciu przewodów *Wolffa*, które istnieją u krów pod nazwą kanałów *Gaertner'a*, a w wypadkach dwupłciowości, widocznemi bywają nawet i u ludzi.

Większe torbiele, wielkości orzecha włoskiego, aż do objętości kurzego jaja a nawet pięści, spostrzegali: *S c a n z o n i*, *N é l a t o n*, *L a d r e i l d e l a C h a r r i è r e*, *W e s t*, *J o b e r t*, *S e y f e r t*. Były one osadzone jużto w dnie pochwy, już po nad ujściem macicy, raz na przedniej, drugi raz na tylnej ścianie, lub téż, w razie znaczniejszej wielkości, osadzone były w całej długości ściany. Mogą téż miewać szypułę jak polip, co raz widział *M'C l i n t o c k*. Zawartość ich składała się z płynu czystego jak woda, surowiczego, lub białkowego żółtawo zabarwionego, albo téż z lepkiej brunatnawej masy. Część tych torbieli, chociaż były wielkości kasztana, i leżały bezpośrednio po za ujściem pochwy, nie utrudniała zupełnie spółkowania. W innych wszakże wypadkach, spółkowanie stawało się coraz bolesniejszym, a w końcu zupełnie niemożliwém. Torbiel wielkości pięści, osadzona na tylnej ścianie pochwy, którą *N é l a t o n* wyłuszczył, w ostatnich dopiero czasach, gdy już doszła wyżej wspomnianych rozmiarów, i ciężarem swoim spowodowała opadnięcie macicy aż do szpary sromnej, zaczęła wywoływać bóle ciągnące, spowodowała nieregularne i bolesne miesiączkowanie, oraz dolegliwości przy oddawaniu stolca i moczu.

Do wyleczenia nie wystarcza zazwyczaj samo przekłucie, lecz trzeba jeszcze potem nastryknąć naciąg jodowy lub roztwór kamienia piekielnego. Jeżeli to pozostaje bez skutku, albo jeżeli z powodu

większej objętości torbieli lub nieobojętnej jęj zawartości, z góry już musimy wątpić o skuteczności nastrzykiwań, to możemy zrobić albo częściowe nacięcie i następnie przyżerać pozostałą resztę ściany, albo też wyluszczyć torbiel całkowicie.

c) Włókn i a k i.

St. L e e. — *Die Geschwülste der Gebärmutter*. p. 279. — K i - w i s c h: *Klin. Vortr.* II. p. 545. — S c a n z o n i: *Krankheiten etc.* p. 471. — Ch. W e s t: *Diseases etc.* II. p. 215. — O l i v i e r: *Gaz. des hôpit.* Nr. 95. 1862. — M' C l i n t o c k: *Clinic. memoirs etc.* p. 197.

Oprócz tych wypadków, gdzie okrągłe guzy włókniste, których punktem wyjścia była szyja maciczna, tkanka łączna miednicy lub okostna, dostają się do pochwy dopiero z powiększeniem się ich wzrostu; zdarzają się także, jakkolwiek rzadziej, i takie, gdzie guzy takiegoż samego utkania rozwijają się w tkance podśluzowej lub w błonie mięsnej samej pochwy. Właściwe te włókniki pochwowe, stosunkowo często nie przechodzą wielkości grochu albo orzecha laskowego. Jeżeli dochodzą znacznej wielkości, to zwężają kanał pochwy i ugniatają odbytnicę, nerwy i naczynia miednicy i t. p. Mogą one, podobnie jak guzy podśluzowe macicy, odwęzać się coraz bardziej od swęj podstawy, i w końcu przyjąć kształt polipowaty.

Jeżeli są małe, nie wywołują żadnych przypadłości. Jakość i natężenie dolegliwości wywoływanych przez włókniki większych rozmiarów, zależy od ich siedliska i objętości.

Dla leczenia operacyjnego, są one zwykle równie trudno dostępne, jak i guzy tkwiące w dolnym odcinku macicy. W wypadku podanym przez O l i v i e r'a, włóknik siedział wprawdzie w górnej części pochwy na szerokiej podstawie, wszakże po dwudniowém zaciśnięciu tęj ostatniej za pomoca podwiązki, udało się utworzyć rodzaj szypuły, która potem została przecięta. W innym wypadku, ogłoszonym przez M' C l i n t o c k'a, guz wystąpił ze szpary sromnej i był jednakowo gruby w dolnym jak i w górnym swym końcu. Wychodził on z przedniej ściany pochwy, i został oddzielony, po 10-ciu dniach podwiązania.

d) P o l i p y.

N i s s e n: *De polypis uteri et vaginae. Götting. 1789.* — K i w i s c h: *Klin. Vortr. II. p. 545.* — S c a n z o n i: *Krankh. etc. p. 472.* — Ch. W e s t: *Diseases. II. 216.* — G r e m l e r: *Preuss. Vereinszeit. Nr. 33. 1843.* — T r a e t z l: *Wien. med. Zeit. Nr. 30. 1863.* — M' C l i n t o c k: *Clinical memoirs etc. p. 201.*

Do polipów zaliczyć można najpierw szypułkowate włókniaki. Jeden taki włókniak, leżący przed sromem, ważący przeszło 10 funtów, przytwierdzony w ujściu pochwy i mający kształt butelki, wyluszczył G r e m l e r. W innym wypadku, podanym przez P a g e t'a, po wycięciu narośli, można było wysledzić pozostałą resztę szypuły dość daleko między ścianą pochwy a kością łonową. Dalej, rozwijają się téż wyjątkowo w pochwie polipy włókniste i włóknisto-mięsne. S c a n z o n i spostrzegł narośl należącą do tego ostatniego gatunku, wielkości prawie kurzego jaja, przytwierdzoną za pomocą cienkiej szypuły po prawej stronie pochwy. Chora od 1½ roku cierpiała na krwotoki i upławy posokowate, oraz trudności przy oddawaniu stolca i moczu, a po wycięciu nastąpił gwałtowny krwotok. T r a e t z l znalazł u dziecka mającego 1¼ roku, zapalenie zewnętrznych części płciowych z zatrzymaniem moczu od 1½ doby trwającym, w następstwie guza, który przy objętości pięści męskiej, posiadał szypułę grubości małego palca i uwiązał w ujściu pochwy. Odprowadził go, a następnie podwiązał.

M' C l i n t o c k widział dwa razy podobne guzy u kobiet ciężarnych, które przed wystąpieniem ich ze szpary sromnej, najmniejszych nie doznawały dolegliwości. U jednej z nich zaciśnięcie polipa przez zwieracz pochwy, doprowadziło go do zgorzeli. W obu wypadkach M' C l i n t o c k oddzielił guz (przez podwiązanie i odgniecenie), a jednak nie przyszło do przedwczesnego porodu.

Częściej znajdujemy na błonie śluzowej pochwy polipy, nawet wielkości kurzego jaja, jak spostrzegł K i w i s c h. Mogą one podtrzymywać obfite śluzotoki, przychodzące naprzemian z upławami krwawymi, i wtedy zwłaszcza uciążliwe wywołują przypadłości, jeżeli sięgają aż do ujścia pochwy lub występują ze szpary sromnej. W tym bowiem razie sprawiają one ustawiczne, nieznośne drażnienie, a jeżeli biorą po-

czątek z przedniej ściany pochwy, to na domiar tego, targają jeszcze szyję pęcherza.

Wszystkie tego rodzaju polipy, usuwamy temi samemi sposobami co i polipy maciczne.

6. Rak pochwy.

K i w i s c h: *Klin. Vortr. II. p. 565.*—C. M a y e r: *Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. in Berlin. VI. p. 142.*—K ö h l e r: *Krebs und Scheinkrebskr. p. 524 i 679.*—S c a n z o n i: *Krankh. etc. p. 473.*—Ch. W e s t: *Diseases. II. p. 217.*—M a r t i n: *Monatsschr. f. Geburtsh. XVII. p. 321.*

Rakowiec zdarza się w pochwie nie tylko w skutek rozszerzenia się pierwotnego cierpienia szyi macicznej lub sromu, ale może się też rozwijać i pierwotnie, w różnych miejscach ścian pochwy, jak to uczą spostrzeżenia C. M a y e r'a i S c a n z o n i e g o. Pierwotne to cierpienie nie różni się od wtórnego pod względem formy. Dla praktyka to jest ważnem, że w skutek zwyrodnienia rakowcowego, ściana pochwy stać się może niezwykle kruchą; i tę właśnie możliwość trzeba mieć na uwadze przy śledzeniu i leczeniu. S c a n z o n i'e m u zdarzyło się, że przy nastrzykiwaniu półtorochlorku żelaza, nacisnąwszy kanką, rozerwał ścianę pochwy; płyn nastrzykiwany dostał się do jamy otrzewnej i wywołał zapalenie téj błony, które szybko zakończyło się śmiercią.

Rak, jak wszyscy spostrzegacze, z wyjątkiem W e s t'a, przyjmują, wyjątkowo tylko spostrzegać się daje w pochwie, jako choroba p i e r w o t n a. W tym razie przedstawia się zwykle w formie rdzeniaka i zajmuje zazwyczaj stopniowo, całą pochwę, albo przynajmniej całą jedną jej ścianę. Jeżeli zwyrodnieniu uległa ściana tylna, to już nawet przy niezbyt rozległym rozprzestrzenieniu się sprawy na powierzchni, przedziurawienie dołu D o u g l a s'a może śmierć spowodzić. W razie większego rozszerzenia się w ciągłości, rozwijają się śmiertelne zapalenia otrzewnej nie tylko na téj drodze, ale także, jak spostrzegał M a r t i n, przez współudział naczyń chłonnych, idących do więzów szerokich macicy.

N a s t ę p c z o rozwija się rak w pochwie, i to zwykle pod formą rdzeniaka, bardzo pospolicie przy raku macicy, a niekiedy także po pierwotném zwyrodnieniu odbytnicy, sromu i t. d. Najczęściej choroba pochwy pozostaje tu cierpieniem podrzędném; wszakże, jeżeli wcześnie się rozpocznie i szybkie robi postępy, może uzyskać przewagę. W takich razach, równie jak i przy pierwotném zrakowaceniu pochwy, po otwarciu się raka sposoczenie zazwyczaj gwałtownie postępuje, a w tym samym czasie i sąsiednie gruczoły ulegają zwyrodnieniu; nacieczenie przechodzi także na sąsiednią tkankę łączną, odbytnicę, pęcherz i cewkę moczową. Tym sposobem, zniszczenie staje się coraz większém, powstają połączenia między pochwą a odbytnicą i pęcherzem, i tworzą się większe jamy skutkiem sposoczenia tkanki łącznej miednicy. Niekiedy rozwijają się raki wtórne nawet w odleglejszych organach (w wątrobie, nerkach).

Objawy choroby polegają na bólach w pochwie i miednicy; dolegliwościach przy oddawaniu stolca i moczu; wodnistych, ropiastych i posokowatych upławach z części rodnych; na krwotokach a później gwałtownych nerwobólach w kończynach dolnych; na objawach powstających kloak i t. p., o czém szczegółowo już mówiono przy opisie raka macicy.

Co się tyczy rozpoznawania i leczenia, odsyłamy czytelnika również do tego miejsca.

7. Gruźlica pochwy.

K l o b: *Pathol. Anat. p. 432.*

Że gruźlica zdarza się w pochwie, przekonali się o tém Virchow i Klob. Pierwszy znalazł raz grupy drobnych szarych gruzełków w różnych miejscach pochwy, szczególnie na części pochwowój, obok rozległej gruźlicy w przyrządzie moczowym. Drugi widział w pochwie na zwłokach pewnej stariej kobiety, zmarłej z gruźlicy płuc i kiszek, liczne, zlewające się po części ze sobą wrzody gruźlicze, wielkości soczewicy.

8. Naruszenia całości pochwy.

Pochwa, w stanie kobiety nieciążarnym, nadzwyczaj rzadko ulega zranieniom, i to najczęściej jeszcze obok obrażeń części płciowych ze-

wewnętrznych, skutkiem nieszczęśliwego upadnięcia na ostrokończasty przedmiot, lub t. p. Pewna włościanka, leczona przez Recknitz'a ¹⁾, zranioną została rogiem, przez buhaja, w ten sposób, że pochwa w trzech miejscach została skaleczona. Pierwsza rana, najbliższa ujścia pochwy, była od niego 1 cal odległa, gdy tymczasem wargi wstydlive i ich okolica, zostały tylko stłuczone. Po nałożeniu szwów, rany 2—3 cali długie, szybko się zagoiły.

Częściej już następują powolne przedziurawienia przy owrzodzeniach zapalnych (w skutek noszenia wianków macicznych i t. p.), albo przy raku.

Simps on ²⁾ podaje, że w ujściu pochwy zdarzają się też niekiedy szczeliny (*fissurae*), zachowujące się w podobny sposób jak i szczeliny w otworze stolcowym. Powstanie ich bywa stale poprzedzone gwałtowném rozciąganiem ujścia pochwy, jakie miewa miejsce przy przechodzeniu dziecka podczas porodu, przy pierwszém albo też natarczywie dokonaniem spółkowania, przy wprowadzaniu wziernika, zwłaszcza w tych wypadkach, w których ma miejsce kurcz zwieracza pochwy; wreszcie u osób niezamężnych, przy samogwałcie. W każdym razie, zagojeniu się tych szczelin, szczególne jakieś przeszkadzać muszą okoliczności, skoro istnieją one tak długo, że się stają trwałém źródłem cierpień przy spółkowaniu, przy oddawaniu stolca i moczu, oraz przy różnorodnych ruchach. A to może mieć miejsce nietylko w pożyciu małżeńskim. Szczeliny tego rodzaju, najprędzej się goją po nacięciu ich dna, albo po ich rozszerzeniu przez rozdarcie palcami.

W czasie porodu zdarzają się też często, tak dobrowolne jako też i gwałtowne rozdarcia; w położu zaś, przedziurawienia skutkiem zgorzeli i owrzodzeń.

Ponieważ ograniczyć się tu musimy na polu właściwej ginekologii, przeto będziemy mogli dokładniej opisać w tém miejscu, jedynie tylko rozmaite rodzaje przetok pochwowych.

a) Przetoki moczowe pochwy.

Ludovicus Mercatus: *De communibus mulierum affectionibus*. Tref. 1608. Cap. XXV.—Ro on h u y s e n: *Heelkonst. An-*

¹⁾ Ungarische Zeitschr. X. I. 1859.

²⁾ Medic. tim. and gaz. March. 26. 1859.

merk.—*Betreff. de Gebreken der Vrouwen. Amsterdam 1663. Nürnberg 1674.* — F. C. N a e g e l e: *Erfahr. und Abhandl. aus dem Gebiete der Krankh. des weibl. Geschlechts. Mannheim. 1812. p. 367.* — F a b r e: *Biblioth. du médecin prat. I. 139.* — W u t z e r: *Organ f. d. ges. Heilk. II. 4. Bonn. 1843.* — T e n z e: *Deutsche Klinik. Nr. 3—4. 1849.* — C h e l i n s: *Ueber die Heilung der Blasen-Scheidenfisteln durch Cauterisation; ein Sendschreiben an Dieffenbach. Heidelberg. 1844.* — D i e f f e n b a c h: *Operat. Chirurgie. I. p. 546.* — J o b e r t (de L a m b a l l e): *Traité de chirurgie plastique. Paris. 1849.* — T e n z e: *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales. Paris. 1852.* — G. S i m o n: *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln. Giessen. 1854.* — R o s e r: *Archiv f. phys. Heilkunde. 1854. p. 576.* — K i l i a n: *Chirurg. Operat. d. Geburtsh. Bonn. 1856. p. 295.* — G. S i m o n: *Deutsche Klinik. Nr. 30—35. 1856.* — T e n z e: *Monatsschr. f. Geburtsk. XII. 1.* — T e n z e: *Scanzoni's Beitr. IV.* — T e n z e: *Ueber die Operation der Blasen-Scheidenfisteln durch die blutige Nath. Rostock. 1862.* — M a r i o n S i m s: *Silver sutures in surgery. New-York. 1858.* — E s m a r c k: *Deutsche Klinik. Nr. 28. 1858.* — A. K e i l l e r. *Edimb. med. journ. Oct. 1858.* (Postępowanie B o z e m a n'a). — S i m p s o n: *Medic. tim. and gaz. Januar. 1859.* — W i l h. A l e x. F r e u n d; *EjUSD. Klin. Beitr. I. Breslau. 1862.* — R o s é: *Charité. Annalen. XI. p. 79.* — B a k e r B r o w n. *Lancet. March. 1864.* — T e n z e: *Surgical diseases etc.*

Przyczyny. Połączenia między macicą i pochwą z jednej, a pęcherzem i cewką moczową z drugiej strony, powstają najczęściej w skutek obrażeń, jakich organa te przy ciężkich porodach doznają. Najpowszelejnym powodem jest ugniecenie części miękkich tkwiących między głową dziecka a przednią ścianą miednicy. Jeżeli dojdzie ono znacznego natężenia, wtedy przychodzi do miejscowej zgorzeli, a po odpadnięciu strupa, pozostaje otwór. Niekiedy rozwija się najpierw zapalenie i ropienie w przegrodzie pęcherzo-pochwowej, a ropień w wyjątkowych razach otwiera się równocześnie do pochwy i pęcherza. To też tam szczególniej obawiać się trzeba powstania przetoki, gdzie istnieje niestosunek mechaniczny między przedmiotem porodu a obszarem miednicy, i to nie tylko przy przodowaniu czaszki, ale i wtedy, gdy płód dolnym końcem ciała do porodu się stawia. Wykształcone niekiedy do wysokiego stopnia zwieszanie się brzucha przy zwężeniu miednicy, sprzyja oczywiście długotrwałemu ugnieceniu organów po za kośćmi łonowymi leżących. Ope-

racya kleszczowa nie pozostaje także bez wpływu. Bo jeżeli założenie kleszczy w samą porę, i zręczne niemi manipulowanie uważać można za najpewniejszy środek skrócenia ucisku, a tém samém zapobieżenia wytworzeniu się przetok, to z drugiej strony te ostatnie łatwo mogą powstać, jeżeli narzędzie będzie użyte zawczasie albo zapóźno, a działanie niém niezręczne, albo téż zanadto długo przeciągane, w wypadkach, w których pomoc tego rodzaju nie może wystarczyć. W ogóle biorąc, więcej tu szkodzi zbyt długie wyczekiwanie, aniżeli zawczesne wzięcie się do operacyi; gdyż w drugim razie, bezskuteczność usiłowań operatora prędko wyjdzie na jaw, a wraz z tém, przedsięwzięcie on inny rodzaj pomocy, który w każdym razie skróci czas trwania porodu; zaś opóźnienie się z próbami rozwiązania rodzącej, gorsze pociąga za sobą następstwa.

Bez porównania rzadziej daje akt porodowy powód do powstania przetok moczowych, tym sposobem, że podczas niego rozdziera się dolny odcinek macicy lub górny odcinek pochwy aż do samego pęcherza, lub téż że wymaga on użycia ostrych narzędzi, któremi, przy nieostrożném ich zastosowaniu do przedziurawienia, rozkawalenia płodu lub t. p., rany zostają części matczyne. Bywały téż wypadki, że i gwałtowne wprowadzanie cewnika podczas porodu, kończyło się przedziurawieniem przegrody pęcherzo pochwowój, albo, że po wymóżdżeniu odszczepy kostne zmniejszonej głowy, przegrodę tę przebiły.

W stanie niepołogowym, przetoki tworzyć się mogą skutkiem bezpośrednich obrażeń, np. przy dostaniu się przedmiotów ostrokończastych do części rodnych; niemniej także przy operowaniu zarośnięć w obrębie przyrządu płciowego, przy przekłuwaniu pęcherza trójgrańcem lub nożem, wreszcie przy takich chorobach macicy, pochwy i pęcherza moczowego, jak: rak, kamienie pęcherzowe, zapalenia około-macicze i około-pochwowe, — którym częstokroć towarzyszą głęboko drążące owrzodzenia. W tym ostatnim wszakże razie, choroba zasadnicza jest nierównie ważniejszą, a jój nieuleczalność nie pozwala najczęściej i myśleć o oddzielném leczeniu przetoki.

Stosunki anatomiczne. Już z samego rozważenia przyczyn wynika, że przedziurawienie zdarzać się musi najczęściej w ciele lub szyi pęcherza, a obok tego w górnej części pochwy. Te to przetoki pęcherzo-pochwowe, dopóki są świeże, przedstawiają się, stosownie do przyczyn jakie im dały początek, albo pod postacią ran, albo téż owrzodzeń z obrzniętymi brzegami. W dalszym ciągu, jeżeli

wyjątkowo części okoliczne nie nasiąkną moczem, lub brzegi nie zostaną podminowane skutkiem ropienia, to pokrywają się one blizną i często modelowacieją. W ich pobliżu, tkanka łączna między ścianą pęcherza a pochwy, zamienia się również w bliznowatą masę. W ciągu téj sprawy, włókna mięsne, gruczołki i brodawki pochwy, co raz bardziej zanikają, przegroda między pęcherzem a pochwą w kierunku przetoki staje się coraz cieńszą, a brzeg téj ostatniej się zaostrza. To téż pozostały otwór nie jest najczęściej przetoką w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, chociaż zdarzają się także wypadki, w których istnieje skośny kanał, prowadzący z dolnej lub górnej części pochwy do pęcherza.

Stosownie do tego, w której części kanału rodneg znajduje się ujście przetoki, za przykładem J o b e r t'a rozróżniamy 4 ich rodzaje: 1) p r z e t o k a p ę c h e r z o - p o c h w o w a z w y c z a j n a ; 2) p r z e t o k a p ę c h e r z o - p o c h w o w a p o w i e r z c h o w n a, której tylny (górny) brzeg tworzy przednia warga ust macicznych, i która tómsamém nie leży jak poprzednia, w środkowej, ale w górnej trzeciej części ściany pochwy; 3) p r z e t o k a p ę c h e r z o - m a c i c z n o - p o c h w o w a g ł ę b o k a, przy której i przednia warga ust macicznych zniszczeniu uległa; wreszcie 4) p r z e t o k a p ę c h e r z o - m a c i c z n a, której ujście znajduje się w samym kanale szyi macicznej. Przetoki ostatniego rodzaju, nigdy nie bywają znacznej wielkości; co zaś do pozostałych, tych wielkość bywa bardzo rozmaita. Niektóre bywają tak małe, że zaledwie przy najtroskliwszym poszukiwaniu dadzą się odnaleźć; inne znowu tak wielkie, że pęcherz i pochwa tworzą jedną wielką jamę. Położenie ich bywa niekiedy pośrodkowe; najczęściej jednak leżą nieco na boku. Najrzadziej mają one kształt szczeliny, albo téż dość długiego a nawet krętego lejka; najczęściej bywają podłużno-owalne, okrągławe; niekiedy także poprzecznie owalne lub półksiężycowate. Jeżeli brakuje téj części ściany pęcherzo-pochwowej w której przebiega moczowód, to i koniec tego ostatniego bywa zniszczony. W wypadku spostrzeganym przez F r e u n d'a, oba końce moczowodów uległych razem utracie substancji otwierały się ziejącemi otworami do przetoki mało co szerszej nad 2 centymetry, ale zwężonej skutkiem bliznowatego skurczenia się okolicznych części, i z powodu wywinienia się brzegów przetoki ku pochwie, dawały się widzieć w téj ostatniej. Zniszczenie dolnego końca moczowodu może w pewnych razach dać powód do znaczniejszego zwężenia, a nawet zamknięcia jego kanału, a wraz z tém do rozwinięcia się wodonercza.

Gdy przetoka długo istnieje, wtedy pęcherz, nie będąc już rozciągany, traci na objętości, a ściany jego grubieją. Błona śluzowa pęche-

rza, może i nadal zachować normalne swe własności; częściej jednak przerasta, a zarazem przedstawia cechy przewlekłego nieżyty, zwłaszcza, jeżeli ściana pęcherza wypada przez otwór przetoki. Silne przekrwienie sprawia, że przy wycinaniu przetok powstawać mogą obfite krwotoki, a po zastosowaniu żegadła, gwałtowne zapalenia pęcherza. Znaczne nawet ściągnięcie się pęcherza, nie przeszkadza jednak, aby po zamknięciu przetoki, nie miał on wrócić do pierwotnej swój pojemności. Cewka moczowa ulega również zwężeniu, nieraz tak dalece, że się staje zupełnie nieprzenikalną. Gdzie o czystość nie dbają dostatecznie, tworzą się łatwo złogi wapienne w pochwie, pęcherzu lub otworze przetoki. Tym sposobem, otwór wspomniany może nawet zostać zupełnie zamkniętym, jak to nowszemi czasy Richard ¹⁾ spostrzegał. W tym wypadku, po 37-letniem trwaniu choroby, mocz zaprzestał wyciekać przez przetokę, i zaczął odchodzić normalną drogą. Wkrótce jednak wystąpiły bóle, promieniejące aż w okolicę nerkową. Richard znalazł w danym otworze kamień kanciasty, który dopiero po krwawém rozszerzeniu przetoki, pozwolił się wydobyć.

Błona śluzowa pochwy, okazuje się jużto zgrubiałą i nierówną, już znowu przedstawia cechy podobne jak błony surowicze, a w obu razach bywa często miejscami obnażoną z naskórka. Ciągłe zanieczyszczanie skóry zewnętrznej sprawia, że niekiedy tworzą się dokoła szpary sromnej brodawkowe wyrosłe, albo téż wybujałości podobne do brodawek. Jeżeli istniejącej przetoce towarzyszy ciągle i gwałtowne napieranie do oddawania moczu, to może także i odbytnica wypaść.

Jeżeli pierwiastkowo rozmaite odcinki kanału rodnegu ugnieceniu uległy, to istnieje równocześnie większa ilość przetok. Tak np. obok przetoki pęcherzo-pochwowej, napotkać można przetokę pęcherzo-maciczną, albo cewko-pochwową, albo i jedną i drugą; wreszcie przetokę moczowodu albo téż kałową. Wogóle należy zauważyć, że jeżeli przetoka powstała skutkiem zniszczenia substancji przez zgorzel, to jest ona tylko jednem z różnorodnych następstw ugniecenia, chociaż najwybitniejszem i najważniejszym. Znajdujemy więc często, obok niej, innego jeszcze rodzaju nieprawidłowości: bliznowate zwężenia i zarośnięcia pochwy, przewlekłe zapalenie macicy, zrosty między więzami téj ostatniej, powrózki bliznowate w tkance łącznej, targające lub unieruchamiające niektóre z organów, zupełne rozdarcia cewki moczowej i t. p.

¹⁾ Gaz. des hôpit. Nr. 61. 1862.

Silne i długotrwałe ugniecenie dolnej części przedniej ściany pochwy, pociąga za sobą przedziurawienie cewki moczowej. I te przetoki cewko-pochwowe bywają rozmaitej wielkości. Otwór ich raz może być włosowaty, drugi raz przedstawiać objętość fasoli.

Nakoniec, zniszczenie może się ograniczać na moczowodach. Przetok moczowodo-pochwowa, t. j. otwór w moczowodzie, w miejscu gdzie takowy skośnie przebiega w ścianie pęcherza, spostrzegana była po raz pierwszy przez S i m o n 'a, który widział jeszcze drugi podobny wypadek, a prócz tego także i przez A l q u i é 'g o ¹⁾. Trzy te wypadki były następstwem ciężkich porodów, z których dwa ukończono kleszczami, a jeden przez obrót. We wszystkich wypadkach otwór przetoki, odpowiednio szczupłemu światłu moczowodów, był bardzo mały, a brzeg jego cienki, gdyż otwór ten nie przenika ściany pęcherza w całej jej grubości. Przetoka istniała dwa razy po lewej, a raz po prawej stronie sklepienia pochwy, i była przynajmniej 1—2 centymetrów oddalona od ust macicznych. W dwóch wypadkach otwór leżał na przedłużeniu szpary ust macicznych, w trzecim po za tą linią idealną. W wypadkach spostrzeganych przez S i m o n 'a, normalne ujście wadliwego moczowodu do pęcherza, było zamknięte, czy to skutkiem traumatyzmu, który samą przetokę spowodował, czyli też następnie, skutkiem tego, że mocz nie przechodził już przez koniec dopęcherzowy. Czy i w wypadku A l q u i é 'g o istniało również podobne zarośnięcie, pozostaje rzeczą wątpliwą.

W innych razach, moczowód bywa przedziurawionym w tém miejscu, gdzie przylega do szyi macicznej, w skutek czego powstaje przetok moczowodo-maciczna, t. j. komunikacya między moczowodem a kanałem szyi macicznej. Tego rodzaju przetok, dotychczas znane są również trzy wypadki, opisane przez A. B é r a r d 'a ²⁾, P u r c h 'a ³⁾ i A. F r e u n d 'a ⁴⁾.

Objawy. Jeżeli przetoka ma się utworzyć po trudnym porodzie, to zwykle zaraz po jego ukończeniu przychodzi zatrzymanie moczu, które trwa aż do wytworzenia się otworu. Przytém albo nie bywa wcale pozывania do oddawania moczu, albo też oddawanie to bywa połączone

¹⁾ Monit. des hôpit. Nr. 73. 1857.

²⁾ Dictionnaire de médec. 1846. T. 30. p. 499.

³⁾ Gaz. des hôpit. Nr. 133. 1859.

⁴⁾ De fistula uretero-uterina (Habilitationsschrift). Vratisl. 1860.

z bólem. W innych razach czynność pęcherza nie zdaje się być w niczem prawie zakłóconą, a wyjątkowo, zaraz od początku moczu odpływa mimowolnie z powodu porażenia pęcherza. Za dotknięciem, ściana pęcherzo-pochwowa jest na ograniczonej przestrzeni bolesna i w tém miejscu nabrzmiała. Natężenie gorączki i obecność innych objawów, zależy od powikłań. Oddzielenie się strupa zgorzelinowego, następuje zwykle między 3-cim a 6-tym dniem, czasami zaś nierównie później. Nierzadko, przed upływem tego czasu, położnice tak nieznacznych doświadczają dolegliwości, że ani one same, ani doglądające je osoby, nie podejrzewają grożącego niebezpieczeństwa.

Gdy już przyszło do przedziurawienia, moczu zaczyna odpływać mimowolnie. Wyciekanie moczu trwa albo bez przerwy, jak bywa wtedy, jeżeli przetoka jest wielka i mieści się głęboko, w pobliżu szyi pęcherza, albo też ustaje przy pewnem ustawieniu się lub położeniu chorych, z powodu, że ściana pochwy lub macica opuszczona podczas stania i chodzenia, otwór na czas pewien zatyka. Jeżeli ten ostatni znajduje się wysoko, w dnie pęcherza, to w dolnym odcinku pęcherza część moczu może się nagromadzać, i ten, w krótszych lub dłuższych odstępach czasu, za dnia przynajmniej, kiedy chore nie leżą, może być oddawanym przez cewkę moczową; słowem, istnieć może dowolne wydalanie moczu, obok mimowolnego jego odpływu. To samo zdarzenie spostrzegamy naturalnie i przy przetokach moczowodo-pochwowych i moczowodo-macicznych, jeżeli wada tylko jeden moczowód dotyka. Jeżeli siedliskiem przetoki jest cewka moczowa, to mocz wtedy tylko nie może być dowolnie wstrzymywanym, jeżeli szyja pęcherza jest porażoną; ale odchodzący mocz wypływa na zewnątrz nienaturalnym otworem i przez ujście pochwy.

Ciągłe zwilżanie pochwy moczem, o ile uczy doświadczenie, nie znosi zwykle zdolności do zajścia w ciążę; często jednak przychodzi do przerwania takowej, przez poronienie lub poród przedwczesny. Często także miewa miejsce zaparcie stolca, bądź skutkiem powikłań, którym też przypisać należy bynajmniej nie rzadkie zaburzenia w miesiączkowaniu, bądź też skutkiem tego, że nieustanne wyciekanie moczu, pobudza nerki do usilniejszej czynności, a przez to zmniejsza się wydzielanie błony śluzowej przewodu kiszkiowego, a powiększa się jej energia wchłaniania.

Ustawiczne zanieczyszczanie pochwy, zewnętrznych części rodnych, ud, bielizny i pościeli, okropnie chorą dokucza. Mocz mimowolnie się sączący, wywołuje zapalenie i owrzodzenie skóry, zapowietrza dokoła atmosferę i niemal wyklucza chorą od wszelkiego zetknięcia z ludźmi.

Wpływa to coraz niepomyślniej na stan zdrowia tak cielesnego jak i duchowego. Być nawet może, że odżywianie cierpi jeszcze w skutek podniesionej czynności nerek; a jeżeli zdanie to jest słuszném, to możność wydalania moczu po części dowolnie, uważaną być musi i pod tym względem za okoliczność pomyślną. W wyjątkowych razach chore bardzo ino doznają przykrości ze strony swęj choroby; zdarzało się nawet, że kobiety publiczne tēm cierpieniem dotknięte, bez przerwy prowadziły swoje rzemiosło.

Rozpoznanie. Wymienione powyżej objawy, w świeżych wypadkach przyczyny poprzedzające, wreszcie sposób, w jaki mocz minowoli odchodzi, rzucają już podejrzenie, że nastąpiło naruszenie całości. Większe przetoki z wielką łatwością można wyczuć, posuwając palcem, od ujścia cewki moczowej, ku górze, po przedniej ścianie pochwy. Aby przy podobnym śledzeniu i mniejszych nie przeoczyć, dobrze jest wprowadzić pierwęj cewnik metalowy do pęcherza. W razie jeżeli przetoka jest bardzo mała, potrzeba dokładnie obejrzeć okiem całą przednią ścianę pochwy. W tym celu dajemy chorym takie połozenie, które się okazało najdogodniejszym przy wykonywaniu operacyi, to jest albo połozenie na wznak z podniesionym krzyżem, albo tēż na brzuchu, i podtrzymujemy tylną ścianę pochwy za pomocą rynienkowatego półwziernika. Osuszyszy starannie przednią ścianę pochwy, najczęściej można będzie teraz zobaczyć wysączaający się z jednego miejsca mocz, po czym będziemy mogli za pomocą małych haczyków rozsunać istniejące tu składki i brzegi przetoki odsłonić.

Jeżeli ściana pochwy pozostaje suchą, to wstrzykujemy do pęcherza ciepłą wodę, albo tēż inny jaki płyn więcj się odznaczający swemi własnościami, a zwłaszcza barwą, byle tylko nie był drażniący. F r i e d polecał w tym celu mleko; M e y e r — czarny tusz. Rada, ażeby jednocześnie zatamponować pochwę skubanką lub watą, by tampon mógł się zabarwić w miejscu gdzie istnieje otwór, mogła mieć swą wartość wtedy, gdy jeszcze nie umiano tak odsłonić ścian pochwy dla oka, jak to dziś się uczynić daje. To samo, w wyższym jeszcze stopniu można powiedzieć i o postępowaniu L a l l e m a n d'a, który w celu otrzymania wiernego odcisku przetoki, tamponował pochwę woskiem modelacyjnym.

Rozróżnienie przetoki moczowodo-pochwowej od pęcherzo-pochwowej jest bardzo łatwe. Przez pierwszą można wprowadzić zgłębnik gęboko na zewnątrz i ku tyłowi, bez dostania się do pęcherza; dalej nie odpływa z nięj nic innego,

tylko mocz, chociaż wypełniony pęcherz zabarwionym płynem; nareszcie, po sztuczném zamknięciu otworu za pomocą przyżerania kamieniem piekielnym, występują objawy zatrzymania moczu w moczowodach i miedniczkach nerkowych, a znikają, gdy mocz na nowo wysączać się zaczyna. O stanie dolnego końca wadliwego moczowodu, można wyprowadzić prawdopodobny przynajmniej wniosek, robiąc dość długo i z potrzebną ścisłością próby zgłębnikiem.

Przetoka m o c z o w o d o - m a c i c z n a w tém się zbliża do moczowodo-pochwowój, że przy jój istnieniu, tak jak i tam, obok mimowolnego wypływu moczu, chore mogą téż oddawać mocz dowolnie; ale nie wysącza się on z otworu w pochwie, lecz z kanału szyi macicznej. Ostatni ten objaw właściwy jest także przetokom pęcherzo-macicznym, lecz przy tych ostatnich, płyn nastrzyknięty do pęcherza, dostaje się do szyi macicy. Przy przetokach moczowodo-macicznych niema to miejsca, a w razie zatkania ust macicznych, pojawiają się tu objawy ostro rozwiniętego wodonercza.

Rokowanie, skutkiem niezwykłych postępów, jakie zrobiła sztuka leczenia operacyjnego przetok moczowych w dwóch ostatnich dziesiątkach lat, stało się nierównie pomyślniejszém. Dawniej nawet bardzo małe i jak najdogodniej umieszczone przetoki, rzadko bywały w zupełności uleczone; dziś zaś takie wypadki, któreby wprawny przynajmniej operator musiał pozostawić nieuleczonemi, należą do wyjątków.

Nawet i uleczenia dobrowolne, w drodze natury, zdarzają się tu i owdzie, chociaż wogóle rzadko. Następują one albo skutkiem zarośnięcia otworu samój przetoki, albo téż skutkiem zarośnięcia pochwy poniżej tego otworu. Ostatnie zdarzenie spostrzegał nowszemi czasy A. F r e u n d, w wypadku przetoki, która zajmowała całe przednie sklepienie pochwy, oraz część przedniej ściany szyi macicznej. Rozwinięte równocześnie zapalenie pochwy, spowodowało w 10 tygodni po rozwiązaniu, zarośnięcie tego kanału w odległości $\frac{3}{4}$ " od jego ujścia, gdy tymczasem łączność między macicą a pęcherzem, pozostała i nadal.

Szczególne okoliczności wpływające na rokowanie, wykażą się z tego, co poniżej o leczeniu mówić będziemy. W ogóle należy brać pod uwagę: 1^o rodzaj i siedlisko, 2^o objętość przetoki, i 3^o istniejące przy tém powikłania.

Leczenie. W świeżych wypadkach nie idzie o leczenie właściwie operacyjne, lecz o zastosowanie środków, któreby były w staui o ile mo-

żności wspierać lecznicze dążności natury. Zadaniu temu czynimy zadość, przeszkadzając odpływaniu moczu przez otwór przetoki, a zarazem dopomagając zbliżaniu się do siebie brzegów rany. Pierwsze daje się osiągnąć przez wprowadzenie i pozostawienie cewnika w pęcherzu; drugie — przez tamponowanie pochwy. Za skutecznością takiego leczenia przemawiają spostrzeżenia wielu lekarzy, z pomiędzy których wymienimy: Barnes'a ¹⁾, Coze'go ²⁾, Cederschjöld'a ³⁾, Guthrie'go ⁴⁾, Burchard'a ⁵⁾, Freund'a ⁶⁾. Osobliwie też stosunkowo liczne pomyślne wyniki osiągnięte przez dwóch ostatnich autorów w klinice wrocławskiej, każą uważać zarzuty tej metodzie, ostatnimi już nawet czasy czynione, za zupełnie nieusprawiedliwione. Obawa, ażeby cewnik nie działał szkodliwie skutkiem drażnienia jakie sprawia, a tampon, żeby rozciągając ściany pochwy nie oddalał od siebie brzegów przetoki zamiast je do siebie zbliżać, jest bezzasadną, przy odpowiedniem postępowaniu. Należy mianowicie cewnik starannie oczyszczać, i jeżeli tylko okaże się chropowatym, natychmiast zastępować go nowym; pochwę zaś, umiarkowanie tylko rozciągać. Chora powinna leżeć, aż do zupełnego zamknięcia się otworu; nie potrzebuje jednak bezustannie zachowywać położenia na wznak, lecz od czasu do czasu może bez szkody położyć się i na boku. Do tamponady użyć można albo delikatnych gąbek zwilżonych oliwą (Guthrie, Burchard, Freund), które należy często zmieniać, albo też tamponu Gariel'a. Przy pomocy tego ostatniego, Marvéjous ⁷⁾ zagoił w ciągu 1½ miesiąca małą przetokę, nawet bez wprowadzenia cewnika. Spostrzeżenie to nie potrzebuje nas skłaniać do odrzucenia pomocy tego ostatniego, ale upoważnia nas do usunięcia go, jeżeli nie będzie mógł być znoszonym. Odwrotnie znowu, istnieją spostrzeżenia (Blundell), według których niekiedy wystarcza samo zastosowanie cewnika ⁸⁾. Inny także zarzut

¹⁾ Medico-chirurg. transact. VI. p. 582.

²⁾ Journ. univers. des scienc. méd. Septembre. 1819.

³⁾ Konigl. Vetenskaps. Acad. Handlingar etc. 1820.

⁴⁾ Froriep's Notizeu. VII. Nr. 143.

⁵⁾ Posner. De spongia officinali in vaginam applicanda. D. I. Vratislav. 1838.

⁶⁾ l. c.

⁷⁾ Bullet. de therap. Septembre. 15. 1859.

⁸⁾ Habitt zupełnie odrzuca tamponowanie, a przypisuje wielką wagę nastrzykiwaniom letniej wody do pęcherza, które wykonywa co 2 do 3 go-

robiony téj metodzie, tém ważniejszy na pozór, że brany z orzeczeń jój zwolenników, i w owym czasie, gdy leczenie operacyjne nader rzadko dobrymi rezultatami poszczycić się mogło, mianowicie ten, że owa metoda leczenia wymaga 1—1½ roku czasu, jest bez znaczenia. W wypadku Guthrie'go przetoka, w którą można było wprowadzić dwa palce, zamknęła się w ciągu jednego miesiąca, a w Wrocławiu, zagojenie nastąpiło w ciągu 4—6 tygodni. Wypadek podany przez De bout'a ¹⁾, w którym po 5-miesięczném użyciu tamponu pęcherzowego, nastąpiło uleczenie, skutkiem zrośnięcia się z brzegami otworu kawałka wypadłej przezeń ściany pęcherza, przekonywa tylko, że przedwześnie nadziei tracić nie należy. Gdzie brzegi przetoki nie dobrze brodawkują, można przyspieszyć zamknięcie się otworu, przez ich przyżeranie. Burchard często posługiwał się przyżeraniem, jako środkiem pomocniczym, a Abegg ²⁾ niedawno temu, przyżarł silnie świeżo powstałą przetokę ⅔'' szeroką, na 18 dzień połogu, saletrzanem srebra, a na 27 dzień była ona już zamknięta.

Cedersehjöld opierając się na tym fakcie, że w położeniu siedzącém, mocz przestawał mimowolnie odpływać, uleczył chorą. Spostrzeżenie to jednak nie powinno nas skłaniać do zaniedbywania postępowania wyżej zalecanego. Bo najpierw, to ostatnie częstokroć okazało się skuteczném, a powtóre, trzeba i to mieć na uwadze, że czasowe ustawianie mimowolnego wyciekania moczu, zależeć może nie koniecznie od zbliżania się do siebie brzegów przetoki, ale także od zatykania się jój otworu sąsiedniemi częściami.

Często téż, w pierwszych chwilach po powstaniu przetoki, nie jesteśmy w możności zwracać na nią przeważnie uwagi, z powodu że istniejące przy tém powikłania, jak np. rozległe miejscowe zapalenia, martwienie kości miednicy, posocznica lub t. p., samemu życiu zagrażają. Tak zawsze stały rzeczy we wszystkich świeżych wypadkach, któreśmy dotychczas mieli sposobność spostrzegać.

Zadawnione przetoki usiłowano po części także leczyć przez gojenie pośrednie (*per secundam intentionem*), co dawniejszemi czasy tém było korzystniejsze, że próby zbliżania do siebie okrwia-

dzin, przez cewnik ciągle w pęcherzu pozostający. (*Zeitschr. d. Ges. d. Wien. Aerzte. Nr. 40—41. p. 1859*).

¹⁾ Bullet. de therap. Juillet 30 et Octobre 30. 1857.

²⁾ Monatsschr. f. Geburtsk. Januar. 1865.

wionych brzegów rany, w celu trwałego złączenia ich bezpośrednio (*per primam*), najczęściej nieprzewyciężone napotykały trudności. Aby wywołać dostateczne ropy i brodawkowanie, używano zarówno środków żrących, jak i rozpalonego żelaza. Czekierski ¹⁾ przyżarł brzegi rany, odświeżone poprzednio jego własnym skaryfikatorem, za pomocą kawałeczka potażu żrącego, któremu pozwolił się stopić w otworze przetoki, i tym sposobem uleczył dwie przetoki w ciągu 20 dni. Dupuytren ²⁾ okazały się środki żrące zawsze niewystarczającymi; to też przyżegał on brzegi rany żegadłem, powtarzając to w razie potrzeby, która wszakże nie zawsze się zdarzała. Inni jednak chirurdzy przekonali się, że tego rodzaju przyżeranie wewnątrz przetoki, zazwyczaj nie wystarcza, i że dla osiągnięcia celu potrzeba, żeby środek żrący działał także i na obwód przetoki, a wywołując w następstwie dośrodkowe kurczenie się, ułatwiał zamknięcie się otworu. Na ten cel używał Chelins ze skutkiem kamienia piekielnego, a Dieffenbach rozpalonego żelaza, którym silnie przyżegał otoczenie brzegów przetoki, na pół cala dokoła. Tym sposobem w najbardziej zropaczonych wypadkach, osiągał on rezultaty, przechodzące wszelkie oczekiwania. Jeżeli przetoka się nie zamykała, to następnie wtłaczał w otwór tampon ze skubanki, pomazany maścią kantarydową, a jeżeli i to nie skutkowało, używał powtórnie żegadła, po zupełnym wygaśnięciu następstw pierwszego przypalania. Lallemand i Dupuytren wynaleźli jeszcze osobne przyrządy spajające, w celu wsparcia kauteryzacyi; pierwszy: t. z. *Sonde aigüe*, drugi — cewnik skrzydlaty (według rysunku Kiliana ³⁾). Nie przyniosły one prawdziwego pożytku.

Dziś, gdy szew najświetniejszymi poszczycić się może rezultatami, przyżeranie winno być zarzucone. Na pierwszém miejscu, jak to robi G. Simon, postawimy jeszcze przyżeranie wewnątrz przetoki; a i to tam tylko, gdzie otworek tak jest szczupły, że wprowadzony weń sztyft saletrzanu srebra, tworzy strup, który zupełnie otworek ów zamyka.

Odświeżenie brzegów przetoki, aby je następnie szwem połączyć, zaprojektował pierwszy Hendrick van Roonhuyse, a wykonał Ch. Voelter ³⁾. Wszelako dopiero Naegle'm u

¹⁾ Leop. Le o's. Magazin f. d. Heilk. in Polen. Bd. I. Heft 3.

²⁾ Harless. Neue Jahrb. VIII. St. 3.

³⁾ Neu eröffnete Hebammenschul. Stuttgart. 1687. p. 315.

udało się wyrobić uznanie téj operacyi. N a e g e l e myślał tylko o nacinaniu brzegów przetoki, które następnie chciał utrzymać w zetknięciu albo za pośrednictwem szwu krwawego, albo téż za pomocą umyślnie na ten cel zbudowanych szczypczyków spajających. Ale już S c h r e g e r zaczął rzeczywiście ścinać brzegi przetoki, a gdy potem wszystkie przyrządy do spajania, wielorako przez innych ulepszone, okazały się bezużytecznemi, wracano się ostatecznie do szwów. Z pomiędzy tych ostatnich, oczekiwano najpewniejszego skutku, jużto od szwu okręcanego, już od węzłowego, kuśnierskiego, wałeczkowego, a D i e f f e n b a c h zalecał, przy bardzo małych przetokach, po uprzedniém pociągnięciu brzegów naciągiem much hiszpańskich, szew woreczkowy czyli ściągany. Z tém wszystkiém, jakiegoby szwu nie użyto, wyniki bywały początkowo całkiem odstręczające. Nawet W u t z e r, który z największą wytrwałością operacye te podejmował, do r. 1842 liczył tylko 4 uzdrowione, na 18 operowanych. W następném dziesięcioleciu, z pomiędzy 17 chorych uleczył 7, z których jedną dopiero po 33-krotném powtórzeniu operacyi. W u t z e r ustawiał chore na kolanach i łokciach, okrwawiał błonę śluzową otaczającą przetokę, co najmniej na przestrzeni jednego cala, a następnie spajał brzegi rany szwem okręcanym, i tylko tam gdzie się to zrobić nie dało, — węzłowym. Unikał on starannie ułatwiania sobie operacyi przez obciąganie przetoki, a dalej nie wprowadzał ani cewnika do pęcherza, ani nie tamponował pochwy. W pewnych razach, próbował on także zamykać otwór przetoki za pomocą przesunięcia (*transplantatio*), w czém go później naśladował J o b e r t i inni, którzy w tym celu nie tylko przesuwali błonę śluzową, ale także część pochwową macicy, pęcherz, wargi sromne, a nawet skórę krocza i ud. Z pomiędzy francuzkich lekarzy, szczególnie J o b e r t powodzeniem swoim utworzył epokę. Główna rzecz przy jego: „*operation autoplastique par glissement*” polegała na równoczesném poprzeczném nacięciu błony śluzowej pochwy w miejscu jéj przyczepienia do szyi macicznej, skutkiem czego błona ta przesuwała się, a zarazem znosiło się napięcie odświeżonych brzegów rany. Nakoniec w 6-tém dziesięcioleciu bieżącego wieku, M a r i o n S i m s w Ameryce, przez wprowadzenie szwów z srebrnego drutu, a G. S i m o n w Niemczech, przez uproszczenie operacyi, zapewnili prawie uleczalność przetok.

Tak zwana: m e t o d a a m e r y k a ŋ s k a, podana przez S i m s'a, a przez ucznia jego B o z e m a n'a przeniesiona do Anglii i Francyi, zasadza się głównie na połączeniu rany szwem metalicznym, który nie wywołuje wcale zapalenia i ropienia, i utrzymuje dokładnie

brzegi rany w zetknięciu, aż do zupełnego ich ze sobą zrośnięcia. Chora ustawia się na kolanach i łokciach, albo też, żeby ją mniej męczyć, układamy ją na boku, w położeniu na wpół zgiętym ku przodowi. Przetokę bez ściągnięcia jej, udostępniamy sobie, wprowadzając do pochwy wziernik rynienkowaty *S i m s'a* (w 4-ch różnych rozmiarach), kończący się u góry zaokrąglonem sklepieniem. Tym sposobem krocze zostaje uniesione, tylna ściana pochwy w całej swjej długości i szerokości zostaje podtrzymana, i daną jest możność dostatecznego okrwawienia przetoki nożem. Przy tej czynności należy ścianę pęcherza o ile możności szanować; przeciwnie zaś, błonę śluzową pochwy, obronić na szerokości I do $1\frac{1}{2}$ centymetra. Potem przystępujemy do założenia drutów, które gęsto obok siebie przeprowadzamy przez brzegi. Pojedyncze pętle druciane teraz *S i m s* skręca, gdy dawniej umocowywał je na przedziurawionych blaszkach ołowianych lub ziarnach śrutu. Inni dopełniają połączenia w sposób bardziej złożony, za pomocą właściwych koaptatorów (*suture-adjusters*), i umocowują szwy na środku lub na boku przewierconych blaszek, zaciskaczy, kratek drucianych. Druty wyjmują się nie wcześniej jak po 10 dniach, a nagromadzaniu się moczu w pęcherzu, zapobiegać trzeba, pozostawiając w nim cewnik.

Najwięcej pomyślnych wyników, osiągniętych przy tém postępowaniu, jest w stanie wykazać *B a k e r B r o w n*. Z pomiędzy 42-ch chorych, uleczył on (do r. 1861) 39; 3 umarli. Jednak, aby mózż zastosować chloroform, operuje on w takim położeniu, jak przy operacyi kamienia.

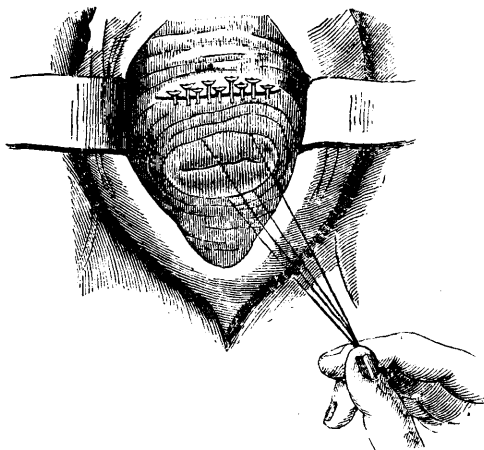
G. S i m o n przekonał się, że szew ze srebrnego drutu nie przedstawia żadnej wyższości nad szwem z cienkiego, dobrze skręconego jedwabiu; a do tego, przy użyciu tego ostatniego, nałożenie i zawiązanie szwów daje się wykonać nierównie prościej i pewniej. Operuje on chore uśpione chloroformem, w położeniu na wznak, z pośladkami o tyle uniesionemi, aby stały nieco wyżej poziomu podbrzusza i piersi; uda zaś zgina i umieszcza po bokach piersi. Jeżeli usta maciczne pozwalają się ściągać za pomocą kleszczy haczykowych, przed szparę sromną, co zaledwie w mniejszej liczbie wypadków się udaje, to przeprowadza on dwie mocne pętle niciane przez obie wargi maciczne, aby za ich pomocą pomocnik utrzymywał macicę. Teraz wypycha przetokę, wprowadzonym cewnikiem. W innych razach, do odsłonięcia przetoki obok jak najszerszego rynienkowatego wziernika *S i m s'a*, używa jeszcze blaszkowatego, do przytrzymywania przeciwnęj ściany pochwy, jako też sztywnego cewnika wprowadzonego do pęcherza, a w razie potrzeby, jeszcze roz-

wieraczy bocznych i haczyków, ażeby wszystkie składki porozciągać, i pochwę we wszystkich kierunkach jednostajnie napiąć. Jeżeli potrzeba, przecina on powrózkowate zwężenia pochwy, albo téż wycina fałdy błony śluzowej. Odświeżenia brzegów dopełnia wycinając dokładnie przetokę nakształt głębokiego lejka, przy czém nie przywiązuje żadnego szczególnego znaczenia do oszczędzania lub wycinania błony śluzowej pęcherza. Do unieruchomiania brzegów, służą ostre haczyki lub szczypczyki zazębione, zaś do okrwawiania — noże, proste lub po powierzchni zgnięte, o jedném ostrzu lub obosieczne, ostrokończaste lub guziczkowate, a przy głębokiém umiejscowieniu przetoki, na długich osadzone rękojeściach. Najpierw, ostrokończastym obosiecznym nożem przekłuwa się skośnie ścianę pęcherza w zdrowej tkance, w odległości $\frac{1}{2}$ —1 centymetra od brzegu przetoki, a następnie, tym samym i guziczkowatym nożem, poczynawszy od miejsca nakłucia ścina się brzeg, w ten sposób, aby powstał lejek o dwóch końcach. Małe nierówności powierzchni rany, wyrównują się potem długimi nożyczkami, zgiętymi po płaszczyźnie. Wycinając w ten sposób, z większą pewnością usuwamy wszystką substancję bliznową, aniżeli tworząc płaski lejek; a i połączenie brzegów jest dokładniejsze aniżeli przy tym ostatnim sposobie, gdzie powierzchnie rany w sposób nienaturalny, przez zbliżenie ich do siebie, tworzą bardzo znaczną składkę. Jeżeli zrobimy bardzo szerokie obranienie, na koszt błony śluzowej pochwy, to nie otrzymujemy grubszej blizny, bo rana i tak tylko w głębi się zagaja. W razie nie udania się operacyi, przetoka nie wiele się wprowadzie powiększy, ale jeżeli była ona tak wielką, że przy żadném położeniu lub ustawieniu się, mocz nie był zatrzymywany, to korzyść ta jest obojętną, zaś jeżeli przetoka była mała, to pomimo nawet głębokiego za pierwszym razem wycięcia, pozostanie jeszcze dosyć substancyi do powtórzenia operacyi. Przedewszystkiém jednak to trzeba mieć na uwadze, ażeby już przy pierwszej operacyi obrać ten sposób postępowania, który najpewniejszy obiecuje skutek; a takim właśnie jest rozległe, głęboko-lejkowate obranienie przetoki. Nieuzasadnioną jest także obawa, że to ostatnie łatwo wywołać może niezbyt i kurcz pęcherza; te bowiem nieprzyjemne wydarzenia, bywają częściej skutkiem pozostawiania cewnika w pęcherzu.

W celu dokładnego spojenia brzegów przetoki i zupełnego zniesienia napięcia, S i m o n posługiwał się początkowo szwem podwójnym. Zewnętrzny, najbardziej od brzegów oddalony szereg szwów (znoszący napięcie) przeprowadzał on stale przez ścianę pęcherza; zaś szwy mniejsze, wewnętrzne, spajające, częstokroć tylko przez grubość ściany

pochwowej. Oba szeregi zakładał tak, aby się przy wiązaniu nie pokrywały, i zewnętrzne najpierw wiązał. Później jednak przekonał się, że

Fig. 28.



Szew podwójny G. Simon'a.

bardzo często, zwłaszcza przy małych przetokach, pojedynczy szereg wystarczy, jeżeli się tylko na to zwraca uwagę, aby szwy (z zajęciem lub z oszczędzeniem błony śluzowej pęcherza) dobrze obejmowały brzegi rany, i aby przy ściąganiu, błona śluzowa pęcherza pomiędzy nie się nie dostawała. Jednakże trzeba nakładać wiele szwów w małych odstępach ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ centim.). Jeżeli przy ściąganiu nitki, przed ich ostate-

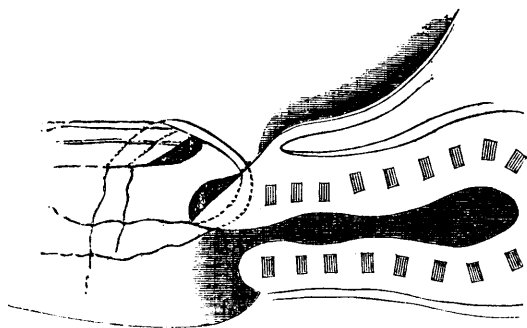
cznym związaniem, znajdziemy, że albo brzegi rany w niektórych miejscach odstają od siebie, albo też przesuwają się wśród szwów, to dokładne połączenie rany, można będzie dokonać przez nałożenie pomiędzy przeprowadzonymi już nitkami, szwów delikatniejszych, bardziej powierzchniowych.

Nierównie rzadziej od szwów znoszących napięcie, okazać się może potrzeba robienia nacięć bocznych, zalecanych przez J o b e r t'a, chociaż takowe nawet przy bardzo wielkich brakach ścian pęcherza, znakomity przynoszą pożytek. Jako materyał do szwów, tak spajających, jako też znoszących napięcie, używa S i m o n cieniutkiego jedwabiu, najczęściej grubości włosieni końskiej, rzadko grubszego lub skręconego we dwoje. Igły przezeń używane, są również bardzo cienkie, krótkie i silnie zgięte, aby je można było przeprowadzić przez brzegi rany od wewnątrz ku zewnątrz za pomocą Roux-Jobert'owskiej rękojeści od igieł. W tym celu od razu nawłóczymy na każdą nitkę po dwie igły, z jednego i z drugiego końca, i unieruchomimy sobie brzegi rany, jak przy wycinaniu otworu. Nałożone szwy powinny być umiarkowanie tylko ściągane, aby zawczasie nie poprzecinały brzegów. Do usuwania ich w części można przystąpić na 4—5 dzień; reszta może pozostać dłu-

zój, a w razie potrzeby, ten lub ów, można pozostawić do 10 lub 12-go dnia. Zresztą, leczenie pooperacyjne, winno być obojętném. Si m o n zarzucił teraz zupełnie pozostawianie cewnika w pęcherzu, gdyż obawa, aby gromadzący się mocz nie wywierał szkodliwego wpływu na ranę i świeżą bliznę, okazała się nieuzasadnioną, a tymczasem cewnik pozostawiony w pęcherzu, często wywołuje ból i kurcz tego narzędzia. Nawet często powtarzane doraźne wprowadzanie cewnika, może te same spowodować skutki. To téż pozwala on samym operowanym oddawać mocz w razie potrzeby, i tylko wtedy, gdy one tego uczynić nie mogą, wprowadza cewnik. W ciągu pierwszych 7-miu dni, nie pozwala operowanym opuszczać łóżka, lecz w takowém mogą przyjmować położenie jakie im się podoba. Aby uniknąć napierania, towarzyszącego oddawaniu stolca, w ciągu pierwszych 8-miu dni, każe używać mało pożywienia.

Postępowanie przy operowaniu ulega, rzecz jasna, zmianom, stosownie do rodzaju przetoki pęcherzo pochwowój. Jeżeli tylny brzeg prze-

Fig. 29.

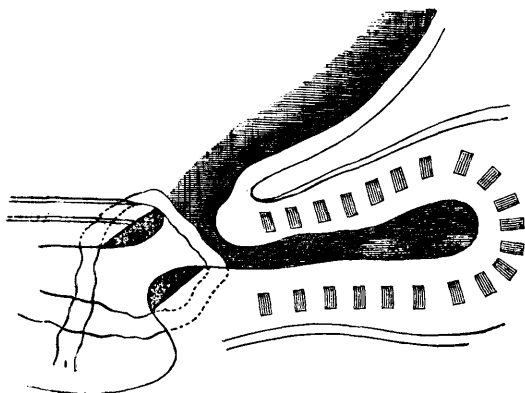


Przetoka pęcherzo-maciczo-pochwowa powierzchowna.

toki tworzy przednia warga ust macicznych (przetoka pęcherzo-maciczo-pochwowa powierzchowna), to ścianę pęcherza trzeba połączyć z przednią wargą ust macicznych. Tu może być także potrzebném czasowe rozszczepienie ust macicznych. W razie zniszczenia przedniej wargi ust macicznych i braku przyległej części przegrody pęcherzo-pochwowój (przetoka pęcherzo-ma-

c i e z n o - p o c h w o w a g ł ę b o k a) użyć trzeba tylnej wargi ust macicznych jako płata, i wgoić ją w ścianę pęcherza. W tym przeto

Fig. 30.



Przetoka pęcherzo-maciczno-pochwowa głęboka.

wypadku, krew miesięczkowa odpływać będzie później przez cewkę moczową.

Dalej, pewne powikłania wymagać mogą szczególnych zmian.

Tak np. zarosnięcie cewki moczowej, wymagać może uprzedniego przywrócenia jej światła. Wypadnięcie ściany pęcherza i przyrośnięcie takowej do tylnej ściany pochwy, domagać się będzie usunięcia najpierw tego zrostu. W razie istnienia dwóch przetok, część pośrednia między nimi, może być poszarpana i zatarta, a ztąd wypaść może potrzeba jej przywrócenia.

Rezultaty jakie G. S i m o n osiągnął, postępując wyżej opisanym sposobem, bez wahania nazwać można świetnemi. Przed rokiem 1858, udało mu się już, z pomiędzy 19 przetok, 10 zupełnie wyleczyć; z tych 6 za pomocą szwu krwawego (w 8-miu operacyach), 2 za pomocą szwu krwawego z następnym przyżeraniem kamieniem piekielnym, i 2 (wielkości guzika od koszuli, otoczone warstwami zbitej substancji), przez samo przyżeranie kamieniem piekielnym. U 5-ciu innych chorych, zagojenie nie było wprawdzie zupełnem, ale można było takiego oczekiwać od następczego przyżerania. Trzy chore umarły: jedna 7-go dnia na ropnicę; jedna 17-go dnia, skutkiem ropnia okołomaciecznego, który się otworzył do jamy otrzewnej; jedna wreszcie 6-go dnia ua ropnicę, po

rozdzieleniu rozległych tęgich zrostów w pochwie, jeszcze przed operowaniem samej przetoki.

Wyniki, jakie tenże, postępując według ulepszonej metody, osiągnął od jesieni 1859, do jesieni 1861 r., były nierównie jeszcze pomyślniejsze. Z 22-ch przetok, które napotkał u 19-tu pacjentek, 21 zupełnie uleczył, a jedną prawie zupełnie. Z tej liczby, 18-cie zagoił przez połączenie brzegów przetok, do czego nie potrzebował więcej nad 23 operacyj. W trzech innych wypadkach, wykonał zamknięcie pochwy w poprzek, 2 razy z pomyślnym skutkiem. W ostatnim wypadku uległa zniszczeniu ściana pęcherzo-pochwowa, tak że pozostało tylko 1½ cent. ściany cewki moczowej, zaś ze ściany odbytniczo-pochwowej pozostał tylko kawałek na 3 centim. długi, rachując od otworu stolcowego. Opadnięta macica wspierała się dolnym swym odcinkiem na reszcie cewki moczowej, i odbytnicy. Tu zamknięto najpierw przetokę pęcherzową, przez przygojenie ściany cewki do odpowiedniej części szyi macicznej, a później połączono przednią wargę ust macicznych z dolnym brzegiem przetoki odbytniczej. Krew miesięczkowa odpływała więc potem przez odbytnicę. Mocz jednak nie przestawał mimowolnie wyciekać, z powodu porażenia zwieracza cewki moczowej.

Jeżeli już nie sama bezwyjątkowa prawie uleczalność, przemawia na korzyść postępowania S i m o n'a, to wyższość jego metody nad metodą amerykańską, jeszcze bardziej nam się uwydatni, gdy weźmiemy na uwagę trudności jakie w wielu wypadkach trzeba było pokonać. Simon ma słuszne prawo twierdzić, że rezultaty jakie osiągnął najszcześliwszy ze zwolenników metody amerykańskiej — B a k e r B r o w n, winny swą wyższość jakości leczonych wypadków. My sami mieliśmy sposobność przekonać się przy większej części operacyj wykonywanych przez S i m o n'a, że przy pomocy jego metody, dostęp do przetoki jest łatwiejszy, niż przy metodzie amerykańskiej; to też i nam się zdaje, że trudność metody S i m s'a leży w pomyśle jego wzniennika. Tylko raz jeden, postępując według metody i sposobu S i m s'a, udało się przetokę zupełnie dla wzroku odsłonić.

Z innych chirurgów niemieckich, najwięcej operacyj i z najpomyślniejszym skutkiem wykonał W i l m s.

Z ostatnich 10-ciu wypadków przetok pęcherzo-pochwowych, przezeń operowanych, 9 razy jedna operacja była wystarczająca, a jeden raz tylko, wypadła potrzeba robienia jej powtórnie. W 4-ch wypadkach przetok pęcherzo-macicznych powierzchownych, wystarczało również jednorazowe zeszyście. Dla zamknięcia pochwy w poprzek, potrzebował W. u jednej chorób dwa, u drugiej trzy razy operować. W. oszczęd-

dza przetoki od strony pęcherza, aby nie powiększać bez potrzeby otworu; ale za to, brzeg odświeża na znacznej przestrzeni, zwykle 1 cal w około. Do zszywania używa drutu srebrnego, aby mógł niektóre szwy przez dłuższy czas (2, 3—4 tygodni) pozostawić; druty skręca narzędziem L u t t e r'a. Po operacyi, za pomocą morfiny podtrzymuje stolec zapartym, i zapewnia ciągły odpływ moczu, pozostawiając cewnik w pęcherzu.

Z jednakowych wyników, mimo wykonywania pojedynczych aktów operacyi rozmaitemi sposobami, widać, że główną rzeczą przy operowaniu, jest wszechstronne okrwawienie i dokładne połączenie brzegów. Za niekoniecznością zachowywania pewnych ostrożności, uważanych dawniej za bezwzględnie konieczne w leczeniu pooperacyjnem, przemawia jeszcze ten fakt, że M e a d o w s ¹⁾ pozwolił dwom chorym, ostatniemi czasami przez siebie operowanym, podejmować ich zwykłe zajęcia, zaraz po nałożeniu szwów, a mimo to, uleczenie dopełniło się bez przeszkody.

Okolicznością, która dziś jeszcze utrudnia wielu lekarzom możliwość operowania przetok moczowych, jest potrzeba wielu assystentów. Lecz i tych usiłowano już zastąpić wynalazkami. Tak H i l i a r d w Glasgowie zbudował 4-listny półwziernik, który nie potrzebuje być trzymany; zaś doświadczony w tych operacyach lekarz U l l r i c h ²⁾ wynalazł przyrząd, składający się z przytwierdzającego się do miednicy za pomocą 4 ch tasiem żelaznego pierścienia, który otacza szparę sromną, i do którego mogą być przyśrubowane wzierniki, dźwigacze pochwy i haczyki, potrzebne do odsłaniania przetoki.

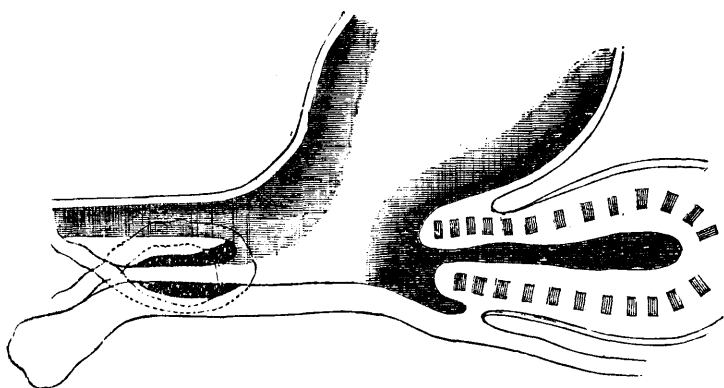
Z udoskonaleniem metody operacyjnej, coraz rzadszemi, rzecz naturalna, stają się wypadki, w których, z powodu braku znacznej części ściany pęcherza, wypada przystąpić do zamknięcia pochwy w poprzek. W u t z e r w Niemczech a V i d a l we Francyi wpadli 1832 r. na myśl, aby przy nieuleczalnych przetokach zamknąć ujście pochwy, a przez to zniewolić mocz do odpływania przez cewkę. Wszakże urzeczywistnienie tej myśli nie udało się w zupełności ani jej twórcom, ani też tym, którzy po nich tą samą szli drogą. Zawsze, przynajmniej pod cewką moczową, pozostawało małe miejsce niezagojonem. Przyczyny tych niepowodzeń szukać należy w tém, że pionowa blizna ujścia pochwy nie da się spoić z poprzecznie nad nią leżącą ścianą

¹⁾ Medic. tim. and gaz. July 23. 1864.

²⁾ Zeitschr. d. Wien. Aerzte. Heft. 2—4. 1863.

cewko-pochwową. Dwie operacje wykonane przez B é r a r d'a i M a i s o n n e u v e'a zakończyły się nawet śmiercią operowanych; pierwsza z powodu dołączenia się zapalenia otrzewnej. Żeby jednak za pomocą „metody pośredniej” (*methode indirecte* — V i d a l) usunąć przykre następstwa przetok, S i m o n zastąpił zeszcienie pochwy i sromu (*Elytro-episioraphia*), spojeniem ze sobą pozostałości ściany pęcherzo-pochwowej z tylną ścianą pochwy, t. j. zamknięcie pochwy w kierunku poprzecznym, zatem w takim, w jakim obie ściany pochwy normalnie do siebie przylegają. Przy tém postępowaniu tworzy się również zbiornik dla moczu

Fig. 31.



Zamknięcie pochwy w poprzek, podług G. Simon'a.

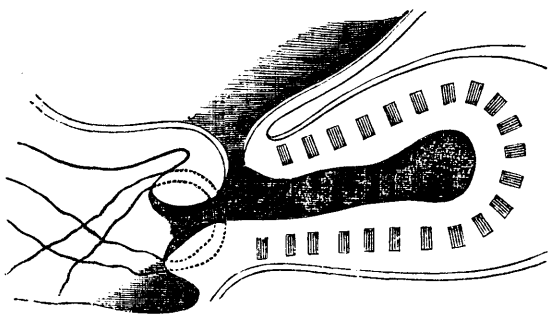
z pęcherza i pochwy, ale ponieważ spojenia dokonywamy w odległości 2—3 centymetrów od ujścia cewki moczowej, przeto i dolna część pochwy zostaje zachowaną na użytek. Obawa, że nieunikniony przytém zastój pewnej części moczu, jako téż konieczność wydalania i krwi miesięczkowej przez cewkę moczową powodować będzie niezdyt i sprzyjać powstawaniu kamieni, mało dotychczas została potwierdzona doświadczeniem. W jednym tylko wypadku, w którym B u r c h a r d istniejące już przedtém zwężenie pochwy doprowadził do zupełnego zarośnięcia, utworzył się potem wielki kamień.

Zamknięcie pochwy w poprzek, jest jedyną możliwą pomocą w tych wypadkach, w których ściana pęcherzo-pochwowa nie tylko w podłużnym ale i w poprzecznym także kierunku zupełnie jest zniszczona; dalej tam,

gdzie jeden z brzegów przetoki, przyrośnięty jest po jednej stronie do ściany miednicy i nie może być okrwawionym, i t. p.; słowem, we wszystkich tych wypadkach, w których przetoki są nieuleczalne drogą bezpośrednią. Zdaje się ono być także jedyną operacją obiecującą jakiś skutek przy leczeniu przetok moczowodo-pochwowych, nawet w tych wypadkach, w których koniec dopęcherzowy moczowodu pozostał przenikalnym, jak również przy leczeniu przetok moczowodo-macicznych. Wszakże lecząc w ten sposób każdą przetokę moczowodów, należy przed zamknięciem pochwy utworzyć sztucznie wielką przetokę pęcherzo-maciczną, przez którąby mocz mógł odpływać. Poprzeczne zamknięcie pochwy, wykonywamy w następujący sposób: Okrwawiamy przedni brzeg przetoki na szerokość 2—3 centymetrów; to samo na odpowiedniej wysokości robimy na bocznych częściach i tylnej ścianie pochwy, i tym sposobem tworzymy 2—3 cen. szeroki obrauniony pierścień, który spajamy za pomocą 6—12 szwów przeprowadzonych w odległości mniej więcej $\frac{1}{2}$ centim. jeden od drugiego, przez ścianę pęcherza i odbytnicy. Jeżeli przedni brzeg przetoki leży zbyt wysoko, to zamiast niego okrwawiamy ścianę pęcherzo-pochwową.

Przy przetokach pęcherzo-macicznych, w miejsce poprzecznego zamknięcia pochwy, robimy w podobny sposób z a m k n i ę c i e u s t

Fig. 32.



Przetoka pęcherzo-maciczna.

m a c i c z n y c h. Dokonywa się to w ten sposób, że przedłużamy wargi maciczne przez rozszczepienie części pochwowej, okrwawiamy wewnętrzną ich powierzchnię i łączymy.

Jeżeli wszystkie te metody wprawna robione będą ręką, to zaledwie pojedyncze zdarzyć się mogą wypadki, które się prawdziwie nieuleczalnemi okażą. Ale też mając do czynienia z taką przetoką, mało co zrobić możemy, aby stan chorój, chociaż do pewnego stopnia znośnym uczynić. Mechaniczne przyrządy do zbierania moczu służące, t. z. zbiorniki moczowe ¹⁾ rzadko kiedy przynoszą jakiś pożytek; przeciwnie, pogorszą zazwyczaj dolegliwości. Nawet gąbka, która ma wsiąkać w siebie sączący się mocz, często wcale nie może być znoszoną, z powodu zbyt gwałtownego drażnienia jakie sprawia, a ztąd musi być zanadto często zmieniana. Z tego powodu, chore nie mogą zwykle nic innego robić jak tylko wszelkimi siłami starać się o utrzymanie czystości, przez obmywania, przestrzykiwania, kąpiele i t. p.

b) P r z e t o k i k i s z k o - p o c h w o w e.

D u p a r c q u e: *l. c.* — V e l p e a u. *Medic. operat. IV. p. 451* — D i e f f e n b a c h: *Operat. Chirurgie I. p. 602.* — C l o q u e t: *Bull. Génér. de thérap. Avril. 30. 1855.* — G. S i m o n: *Monatsschr. f. Geburtsh. December. 1859.* — K l e b s: *Ein Präparat von Mast. darmscheidenfistel mit Zerstörung der äusseren Genitalien durch einfache nekrotisirende Geschwüre. Monatsschr. f. Geburtsh. Mai. 1865.*

Najczęściej pochwa ma komunikację z o d b y t n i c ą. Wada ta powstaje z tych samych przyczyn ²⁾ co i przetoki pęcherzo-pochwowe; zazwyczaj podczas porodu lub niedługo po nim. W czasie porodu powsta-

¹⁾ Porównaj: urządzony przed niedawnym czasem przez R e y b a r d'a zbiornik moczu i zatykacz, w *Gaz. Méd. de Lyon. Nr. 11, 1856.*

²⁾ W wypadku ogłoszonym przez K l e b s'a, tylko na przedniej ścianie pochwy błona śluzowa pozostała niezniszczoną, i w tém miejscu była silnie zaczerwieniona. Pozostała część pochwy zmienioną została w masy gruzłowate, żółte, miejscami tylko brudno-szare, i skutkiem téj sprawy zmartwiającej, która przedstawiała obraz zrakowacenia, ale polegała właściwie na prostej zgorzeli tkanki tłuszczowej, zupełnie zniszczoną została tylna ściana pochwy i przednia odbytnicy. Powstanie téj sprawy pozostało niewyjaśnioném. Za chorobą przymiotową przemawiać się zdawała ta okoliczność, że powierzchnia nerek przedstawiała smugi bliznowate. Chora miała zresztą wygląd nader charakterystyczny, i na prawém ramieniu posiadała także owrzodzenia zgorzelinowe.

je ona, w skutek mechanicznych obrażeń przy operacyach i t. p., albo w skutek rozciągania, jakiego doznaje dolna część tylnéj ściany kanału rodnegó, od przodującéj części dziecka. W ostatnim razie, rozdarta zwykle zostaje nie tylko tylna ściana pochwy i przednia odbytnicy, ale równocześnie także krocze, a nierzadko téż i zwieracz odbytu. Jeżeli przy tak głęboko sięgającém pęknięciu kiszki, zagojenie nie będzie zupełne, lecz ograniczy się tylko do dolnéj części rany, to pozostaje przetoka odbytniczo-pochwowa. W razie długotrwałego ucisku przegrody odbytniczo-pochwowej, przychodzi najpiérw do częściowéj zgorzeli, a przedziurawienie następuje dopiero w położu, w pierwszym lub drugim tygodniu takowego.

Niekiedy tworzą się w położu lub w innym czasie, ropnie między odbytnicą a pochwą, które otwierają się do obu tych kanałów; albo téż owrzodzenia lub zgorzel, spowodowane złemi wiankami macicznymi, dają powód do przedziurawienia. Taki sam skutek mogą mieć także choroby odbytnicy połączone z gromadzeniem się kału w takowéj, jak np. zwężenia, a nawet wpuklenie odbytnicy do pochwy (*rectocele vaginalis*), przez pośrednictwo następczego zapalenia odbytnicy i otaczającéj ją tkanki komórkowatéj. Na ostatek, w rzędzie przyczyn postawić trzeba zniszczenia przegrody odbytniczo-pochwowej przez rak macicy i pochwy, oraz wrodzoną kloakę.

Wyjątkowo mogą téż powstawać przetoki między pochwą a kiszka mi cienkiemi po rozdarciu tylnéj części sklepienia pochwowego, uwięźnięciu pętlis kiszkowych w dole Douglas'a i t. p. Roux spostrzegął jeden wypadek tego rodzaju; Casamayor drugi, w którym kiszka była zupełnie przerwaną, gdzie zatém nie prosta przetoka, lecz odbyt nienaturalny istniał; my sami — trzeci. W tym ostatnim, przetoka powstała po trudnym porodzie kleszczowym, przy silnie zwężonéj miednicy; wszakże po 10-ciu tygodniach, uleczyła się ona sama przez się. G. Simon ogłosił czwarte spostrzeżenie. U jego choréj, powstała skutkiem téj saméj przyczyny, przetoka pęcherzo-pochwowa, do którój przyłączyły się potém objawy zaciśnięcia kiszki, a w 6 dni późniéj, zaciśnięta pętlica otworzyła się do pochwy. Po pewnym czasie, chora umarła na zapalenie otrzewnéj.

Przetoki odbytniczo-pochwowe otwierają się w środkowéj części tylnéj ściany pochwy, i mogą być rozmaitéj wielkości. Jeżeli są bardzo wielkie, cała ilość kału występuje mimowolnie przez pochwę; gdy są miernéj wielkości, tylko rzadsze masy wypływają przez nienaturalny otwór w odbytnicy; wreszcie, jeżeli są bardzo małe, to kał odchodzi zwykłą drogą, przez odbyt, a tylko gazy z kiszki, przez pochwę.

Przetoki kieszek cienkich charakteryzują się t $\acute{e}$ m, że odpływy mimowolne z pochwy, składają się z płynnej, jasno-żółtej, niestrawionej papki pokarmowej, i zazwyczaj następują już w kilka godzin po przyjęciu pokarmu. Przez odbyty odchodzi skąpa tylko ilość kału i to rzadko. W razie zupełnego przerwania przewodu kiskowego, wypróżnień przez odbyty wcale nie bywa.

Leczenie przetok kiskowych, według tych samych w ogóle prowadzi się zasad, co i przetok pęcherzo-pochwowych. Wszakże, nie tylko że się one częściej leczą dobrowolnie, albo przy bardzo nieznaczn $\acute{e}$ m wspieraniu d $\acute{a}$ żeń natury, ale t $\acute{e}$ ż i sztuczne leczenie, z powodu większej ich dostępnosci, mniej jest trudn $\acute{e}$ m. Z t $\acute{e}$ j przyczyny, operacyjne leczenie tych przetok wcześnie $\acute{j}$, już było stosunkowo pomyślniejsz $\acute{e}$ m. Z pomiędzy rozmaitych metod, najlepszy skutek obiecuje p r z y ż e g a n i e i szew węzełkowy. Pierwsze dokonywa się jużto saletrzanem srebra, już rozpalon $\acute{e}$ m żelazem, stosownie do wielkości przetoki i własności j $\acute{e}$ y brzegów. Najlepsze rezultaty osiągamy, wykonywając przyżeganie zarówno od strony odbytnicy jak i od strony pochwy, a nie jednostronnie tylko. D i e f f e n b a c h radzi $\acute{l}$ przyżedz najpierw obwód przetoki na $\frac{1}{4}$ cala dokoła, saletrzanem srebra przez odbytnicę, a na drugi dzie $\acute{n}$ obwód i brzegi rany przypalić od strony pochwy, hakowat $\acute{e}$ m żegadł $\acute{e}$ m; po przypaleniu wypchać oba organa skubanką, a gdzie potrzeba, dopomódz pot $\acute{e}$ m zarosnięciu otworu, maściami drażniącymi. Przy małych przetokach, najwyż $\acute{e}$ j wielkości soczewicy, łączy $\acute{l}$ przyżeranie z nałożen $\acute{e}$ m szwu woreczkowego.

Dziś, przeniesiemy krwawe połączenie brzegów przetoki nad ich przyżeranie, jeżeli otwór nie jest tak mały, aby można było zupełnie zamknąć tymczasowo przetokę, na jedn $\acute{e}$ m posiedzeniu. Ułatwiamy sobie połączenie krwawe wprowadzeniem półwziernika do odbytnicy, przez co napinamy przednią j $\acute{e}$ y ścianę i wpuklamy do szpary sromnej. Okrwawienie i tu lepiej uskuteczniać nożem niż nożyczkami. Nitki wiążemy w pochwie. Skutek operacyi zapewnia się przez uszczuplenie pożywienia i wstrzymanie stolca makowcem. Nawet ustawiczne zraszanie szwów moczem, w skutek mimowolnego odpływu tego ostatniego, w wypadku S i m o n'a nie przeszkodziło połączeniu.

Przetoki jelito-pochwowe prawie nigdy nie są dostępnymi dla leczenia ich bezpośrednio. Chcąc usunąć mimowolne odpływanie kału, pozostaje tylko wykonać poprzeczne zamknięcie pochwy, utworzywszy poprzednio obszerną przetokę odbytniczo-pochwową.

9. Kurcz pochwy.

(*Vaginodynia. Vaginitis*).

Scanzoni: *Krankheiten etc. pag. 475.*—Simpson: *Clinic. lectures. in Medic. tim. and gaz. 1859. vol. I. p. 336.*—Debout: *Bullet. de therap. Août 15 et Octobre 15. 1861.*—Michon: *Ibid. Août 30. 1861.*—Marion Sims: *Transact. of the obstetr. society of London. Vol. III. p. 356.*—Putignat: *Jour. de méd. de Bruxelles. Novembre. 1861.*

Przy badaniu kobiet dotkniętych chorobami przyrządu płciowego, ciężarnych, lub żądających pomocy lekarskiej wprost tylko z powodu niepłodności, zdarza się nierzadko, że wprowadzenie palca do pochwy jest trudnem, gdyż albo sama już myśl o mającém nastąpić badaniu, albo dotknięcie palcem zewnętrznych części płciowych, wywołuje kurcz mięśnia zwieracza pochwy. Gdy kurcz ten ma nastąpić, chore doznają bardzo bolesnego uczucia zesnurowania, które to uczucie trwa przez cały czas skurczu mięśnia. Jeżeli spokojnie przeczekamy chwilę, to kurcz ten zwalnia o tyle przynajmniej, że możemy palec wprowadzić, ale jeszcze podczas śledzenia wyraźnie czuć się daje ponawianie się skurczu. Usiłowanie wprowadzenia wziernika, choćby małego kalibru, wywołuje nasilenia skurczu, tak, że nawet mimo największej cierpliwości i ostrożności, przy wprowadzaniu narzędzia, niepodobna nie porobić małych szczelin w ujściu pochwy. Badając ustnie, dowiadujemy się wtedy, że stosunki małżeńskie te same wywołują objawy, i skutkiem tego nie mogą być spełniane; albo jeżeli i uda się wprowadzić prącie do pochwy, to powstają nieznośne bóle i obrażenia. Z tego powodu, małżeństwo trwać może lata całe, zanim nastąpi właściwe rozdziewiczenie (*defloratio*), a przynajmniej zanim zapłodnienie stanie się możliwem.

U niektórych kobiet, przychodzą od czasu do czasu, (niekiedy bardzo często), napady kurczu pochwy, niezależnie od jakiegobądź dotknięcia części płciowych zewnętrznych, w skutek wzruszeń psychicznych, ruchów ciała, albo też nocą, wśród zupełnego tak duchowego jako też cielesnego spokoju, pod wpływem rozgrzania się w pościeli. Tu istnieją równocześnie bardzo często kurczowe ściągania samych ścian pochwy, jako też zaburzenia w innerwacyi innych, zwłaszcza też sąsiednich orga-

nów, swędzenie sromu, parcie na stolec i mocza, a podczas odpływów miesięcznych—bóle nerwowe.

Kurcz pochwy nierzadko bywa w związku z ogólném maciennictwem. W innych wszakże razach, ściśle badanie wykrywa zamiast téj nerwicy, albo obok niéj, miejscowe cierpienia w obrębie sfery płciowej — zapalenie sromu lub pochwy, szczeliny, przewlekłe zapalenie macicy, przemieszczenia tego ostatniego organu, zapalenie jajników i t. p., a niekiedy także zmiany patologiczne w odbytnicy lub pęcherzu moczowym. Simpson u kilku swych pacjentek wykrył nawet prawdziwe nerwiaki pod błoną śluzową pochwy.

Najmniej uporczywym jest kurcz pochwy wtedy, jeżeli polega na ostrych sprawach, np.: zapaleniu sromu, albo na ostrém przekrwieniu organów miedniczych, albo téż, gdy stoi pod wpływem zmian, ciąży towarzyszących. W tych razach znika on dobrowolnie wraz z ustąpieniem patologicznych czy fizyologicznych owych stanów. Okoliczność tę trzeba mieć nawet na uwadze, chcąc ocenić prawdziwą wartość rozmaitych sposobów leczniczych, przez różnych autorów polecanych ¹⁾.

Nawet w wypadkach polegających na przewlekłych cierpieniach miejscowych, albo téż na gruncie macienniczym, należy naturalnie zadosyć uczynić najpierw wskazaniu co do przyczyny; doświadczenie bowiem uczy, że już przy wyraźném, chociaż przechodniém, polepszeniu choroby zasadniczej, kurcz pochwy może złagodnieć, a nawet zupełnie ustąpić. Tém się tłumaczą dobre skutki miejscowych upustów krwi, uregulowania sposobu życia, ruchu i zajęć, kuracyj zimną wodą, mineralnych i kąpielowych, jeżeli przy wyborze tych środków wziętém będzie w rachubę miejscowe cierpienie i stosunki odżywcze choréj osoby. Częstość wszakże, a zwłaszcza w tych wypadkach, w których mimo wieloletniego pożycia małżeńskiego, spółkowanie i zapłodnienie było niemożliwe, trudno jest, jeżeli nie zupełnie niepodobna uleczyć zasadniczego cierpienia.

Obok uwzględniania okoliczności przyczynowych, zasługują jeszcze na zastosowanie środki skierowane wprost przeciw miejscowemu kurcowi i dającej doń powód miejscowej nadczułości. Pod tym względem,

¹⁾ Tak np. w wypadku podanym przez Burchard'a (*Bull. de thérap. Juillet. 1862*), w którym kurcz pochwy odkryty został przypadkowo, przy tamowaniu krwotoku wywołanego przez zaśniad hydatydowy, a gdzie do uleczenia wystarczyło 7-dniowe traktowanie pochwy i sromu zimną wodą.

u kobiet zamężnych, przedewszystkiem zalecić należy na czas pewien ścisły rozdział co do łoża, aby powstrzymać podbudzenie płciowe i wstrząśnienia mechaniczne. Za to właściwem będzie przyzwyczajać organa płciowe do umiarkowanego drażnienia, za pomocą natrysków do pochwy, zrazu obojętnych, później zimniejszych. Użycie miernych dawek środków odurzających, zwłaszcza téż makowca i wilczej jagody, w postaci czopków stolcowych, a później i krążków pochwowych, cieszy się niekiedy trwałym nawet skutkiem. Jeżeli zaś środki te pozostaną bez skutku, to należy przystąpić do energiczniejszego działania. S c a n z o n i uleczył jedną chorą, zadając jój arsenik przez czas dłuższy. Wszakże prędszy i pewniejszy skutek obiecują środki miejscowe, z pomiędzy których na pierwszeń miejscu kładziemy niekrwawe i krwawe rozszerzenie ujścia pochwy. My dopełnialiśmy tego, za pomocą coraz obszerniejszych wzierników, wprowadzanych w czasie odurzenia chloroformem, a postępowanie nasze, trwałym wieńczyło się skutkiem.

S p e n c e r W e l l s podczas uśpienia chloroformem, wprowadzał do pochwy tampon pęcherzowy, i pozostawiał go tam przez szereg dni. D e b o u t zaleca nacinanie ujścia pochwy po obu stronach tylnego spoidła, przechodzące przez zwieracz. M a r i o n S i m s uleczył 3 wypadki, rozciąwszy istniejącą jeszcze błonę dziewiczą cięciem w kształcie głośki V, które przenikało zwieracz pochwy, i którego ramiona schodziły się przy spoidle tylném warg wstydlivych. S i m p s o n przecinał nerw sromny (*n. pudendus*).

ROZDZIAŁ VII.

CHOROBY SROMU I CEWKI MOCZOWEJ.

1. Wady rozwojowe.

Voigtel: *Handbuch d. pathol. Anat. III.*—Meckel: *Handb. d. pathol. Anat. I.*—Rokitansky: *Fathol. Anat. III.*—Kiwisch: *Klin. Vortr. II. p. 365.*—Virchow: *Weiblicher Hermaphroditismus. Gesammelte Abhandl. p. 770.*—Förster: *Missbild. Jena. 1861.*

Części rodne zewnętrzne ulegają różnorodnym wadom rozwoju, które po części mają wielkie znaczenie praktyczne.

Z u p e ł n y b r a k c a ł e g o s r o m u daje się spostrzegać prawie wyłącznie w związku z innemi, nierównie ważniejszymi, i to zwykle wykluczającemi możność życia, wadami rozwoju; z takimi mianowicie, które dotyczą sąsiednie części. Takimi są: potwór syrenowaty, rozszczepienie brzucha, kloaka, zarośnięcie odbytu i cewki moczowej. F o v i l l e wszakże widział tę wadę, obok prawidłowo wykształconych wszystkich wewnętrznych części płciowych. Tu prowadził z przysionka (*vestibulum*) mały otwór na zewnątrz, przez który odpływał mocz i krew miesiączkowa; otwór ten przechodził w szew (*raphe*). Być może że w tym wypadku, wczesne zrośnięcie ze sobą warg sromnych, wstrzymało rozwój tak ich samych, jako też części między niemi zawartych.

Częściej już zdarza się widzieć n i e d o k s z t a ł c e n i e n i e k t ó r y c h t y l k o c z ę ś c i s r o m u. Niedoksztalcenie to, ograniczać się może do większych warg wstydliwych, do obu lub jednej z warg mniejszych, do łechtaczki lub krocza.

W innych razach, rozwój powstrzymanym zostaje nie za życia płodowego jeszcze, ale dopiero po urodzeniu, i wtedy srom, pomimo że dojrzałość płciowa już nastąpiła, przedstawia kształty dziecięce.

W przeciwstawieniu tych rozmaitych niedoksztalczeń, znajdujemy nierzadko nie zwykłe powiększenie niektórych części sromu. Nadmierny rozwój warg większych i tylnego spoidła, nie dochodzi bardzo wysokiego stopnia. Za to niezwykła długość nimf i ich rozpułchnienie, nietylko że zdarza się nadzwyczaj często u plemion południowo afrykańskich — t. z. fartuszek hottentotek, — ale i u nas bynajmniej nie jest rzadkością. Wada ta występuje bądź jako właściwość osobista, bądź jako rodowa. Jeżeli przytém powiększają się górne odnogi warg mniejszych które otaczają lechtaczkę, to wydaje się, jakoby istniały 2 lub 3 pary nimf. Musimy więc podejrzewać, czy i pojedyncze spostrzeżenia z poprzednich stuleci, wspominające o nadliczbowych wargach mniejszych, nie polegały na podobnem złudzeniu.

W jednym wypadku przerosła lewą nimfę, który uleczyliśmy przez odcięcie, powiększanie zaczęło się niezadługo po nadejściu dojrzałości płciowej, i miewało miejsce tylko podczas trwania przekrwienia miesięczkowego, a więc z przestankami. Nimfa, podczas każdej regularności była siedliskiem bardzo dokuczliwego, ciągnącego bólu.

Przerost obu stronny nie sprowadza zazwyczaj żadnych dolegliwości i nie utrudnia spółkowania. Wszakże, mechaniczne już drażnienie, jakiego te części doznają od tarcia bielizną i od zwilżającego je moczu, sprowadzać może częste ich zapalenia. Z tego powodu musieliśmy raz odciąć przerosłe wargi pewnej młodej damie, podówczas jeszcze niezamężnej. Częściej zagnała nas do operowania brak uczucia lubieżności, spowodowany zmianami w sromie, które wrócić może z usunięciem tych ostatnich. B r e s l a u ¹⁾ spostrzegł mimowolne odchodzenie moczu, istniejące od ostatniego porodu (który miał miejsce przed 2½ laty), obok przerosła warg mniejszych. Podczas leżenia, jakotóż i wtedy, gdy powiększone nimfy nie były jeszcze tak wielkie, wyciekanie moczu było też mniej wydatne. Usunął on najprzód większą, gruszkowatą, lewą wargę, za pomocą odgniatacza, a podczas gojenia się rany, niewstrzymywalność moczu się zmniejszyła. Zwiększyła się jednak niezadługo, gdyż i prawa wargę szybko zaczęła się powiększać. Dopiero gdy i ta druga została odjęta za pomocą galwanokaustyki, mocz przestał mimowolnie odpływać,

¹⁾ S c a n z o n i ' s Beitr. z. Geburtsk. III.

Niekiedy łechtaczka nadmiernie się rozwija. Może ona dojść takiej wielkości, że dochodzi a nawet przechodzi objętość prącia męskiego. Wypadki tego rodzaju polegają albo na wrodzonej wadzie rozwoju, albo też zależą od przerostu w późniejszych latach życia. Jeżeli wrodzona wada rozwojowa ogranicza się na samą tylko lechtaczkę, to czynności płciowe mogą w niczem nie być zakłóconemi. Już w ostatnich czasach ogłosił B a i n b r i d g e ¹⁾ wypadek tu się odnoszący, dotyczący kobiety, która już rodziła. Lechtaczka jej miała 2 cale grubości a 3 cale długości; strumień odchodzącego moczu, brał kierunek ku przodowi. Etiologia przerostu nabytego jest ciemna.

A p p i a ²⁾ odjął za pomocą podwiązania, polipowatą lechtaczkę, składającą się z szypuły 4½" dłuższej, a 3" szerokiej, oraz z ciała mającego 4½," 5" i 6" średnicy. Lechtaczka ta poczęła się rozwijać w 48-mym roku życia. Powiększanie zacząć się miało po przeziębieniu, i już w ciągu pierwszej doby, znacznego dosięgnąć stopnia.

Zdarzają się także rozszczepienia lechtaczki, tak od dołu jakoteż od góry, podobnie jak na prąciu. R ö s e r ³⁾ wykrył, że przyczyną niewstrzymywalności moczu u pewnej 19-letniej panny, która miała tę wadę już od dzieciństwa, była *epispadiasis*. Napletek lechtaczki i sama lechtaczka, były rozszczepione, a od obu połówek tej ostatniej, rozciągała się nieckowata powierzchnia błony śluzowej do szerokiego ujścia cewki. R ö s e r uleczył tę chorą za pomocą operacji plastycznej. Przeprowadził on między brodawkowatemi resztkami lechtaczki, cięcie półksiężycowate, wypukłością ku górze skierowane; oddzielił płat półkolisty, i przytwierdził go po obu stronach ujścia cewki moczowej. Po upływie dwóch tygodni, operowana mogła już wstrzymywać mocz za dnia, a mimowolne jego odchodzenie w nocy i przy kasłaniu, ustąpiło po kilkakrotném przyżarciu cewki saletrzanem srebra.

Skombinowanie przerostu lechtaczki z innymi wadami rozwoju części płciowych zewnętrznych, prowadzi do dwupłciowości żeńskiej. Na dolnej powierzchni lechtaczki podobnej do prącia, istnieje szpara prowadząca do zatoki moczopłciowej; wargi sromne są z rozwoju podobne do moszen; wejście do zatoki wąskie; sama zatoka już to krótka, już ½"—1" długa. Najczęściej też i pochwa otwierająca

¹⁾ Medic. tim. and gaz. January. 14. 1860.

²⁾ Journ. de méd. de Bruxell. Août. 1861.

³⁾ Würtemb. Corresp. Blatt. Nr. 20. 1861.

się w górnym końcu zatoki, obok cewki moczowej, bywa szczupła; macica także mała, a żaden z jajników nie posiada ani pęcherzyków, ani też blizn po pękniętych pęcherzykach. Zdarzają się wszakże wypadki, w których pochwa, macica i jajniki, są niemal prawidłowo rozwinięte, a odpływy miesięczkowe albo normalnie się odbywają, albo przynajmniej nie brakuje ich w zupełności. To samo i sutki mogą być jużto więcej, już mniej rozwinięte; zaś głos, miednica i cały wygląd powierzchowny, już więcej do niewieściego, już do męskiego zbliżone typu. Charakter męskości uwydatnia się także męskim nastrojem umysłu, obok czego jednak istnieć może pociąg płciowy do mężczyzn. Podobieństwo do typu męskiego będzie tém zupełniejsze, jeżeli kanał płciowy będzie zamknięty, i przez to zmieniony w cewkę moczową przytwierdzoną do lechtaczki, jak to miało miejsce u hermafrodyty G a l l a y'a. Wreszcie złudzenie może być jeszcze przez to uzupełnione, że do wnętrza warg sromnych naśladowujących moszna, dostawać się mogą jajniki albo też kawałki kiszek lub sieci, które dają pozór jąder.

Pod względem rozpoznawczym, na to najpierw wypada położyć nacisk, że zupełny *hermaphroditismus transversalis* nierównie częściej zdarza się u osobników płci męskiej, i że kierunek popędu płciowego, gdzie się takowy wyraźnie objawia, najlepiej pomaga do właściwego ocenienia stanu rzeczy.

Zawsze jednak trzeba będzie szukać jądra, czy to zatrzymanego podczas opuszczania się, czy też już zupełnie opuszczonego, a jeżeli uda się znaleźć ciało doń podobne, wypadnie ściśle określić jego kształt, jakoteż stosunek do przyjądrza i przewodów nasiennych.

Ostatnią z wad rozwoju, o której jeszcze mamy mówić, jest z a r o ś n i ę c i e s r o m u czyli w a r g (*Atresia vulvae s. labialis*). Wada ta, przynajmniej w Meklemburgu i Nowém przedpomorzu, nie należy do rzadkości, lecz zazwyczaj ogranicza się tylko na zrośnięciu dolnych (tylnych) dwóch trzecich części warg większych, albo, dokładniej się wyrażając, na wrodzonym sklejeniu ze sobą błony śluzowej tych części. To też zrost taki można najczęściej w ten sposób rozdzielić, że umieściwszy po jednym palcu każdej ręki na jednej wardze, rozdieramy srom, przyczem w niektórych tylko miejscach nieco krwawi. Niekiedy jednak ma miejsce prawdziwe nieprawidłowe przedłużenie krocza ku przodowi, co nas zmusza do rozcięcia szwu nożem, po zgłębniku żłobkowatym, wprowadzonym przez istniejący otwór. Następnie przeszkadzamy ponownemu zrośnięciu się, zszywając po obu stronach skórę z błoną śluzową. Wszystkie te wypadki dostają się pod obserwację lekarzy

zwykle dopiero w późniejszym wieku dziecinnym, albo aż po wstąpieniu w związku małżeńskie, gdyż w tych razach odpływ ani moczu, ani cieczy miesięczkowej nie doznaje przeszkody. A s h w e l l spostrzegał nawet zupełne zarośnięcie sromu, w postaci szwu rozciągającego się od odbytu aż do wzgórka łonowego. W tym wypadku i wydalanie moczu było, rozumie się, niemożliwe.

2. Przepukliny części płciowych zewnętrznych.

A. C o o p e r: *Die Anatomie und chirurg. Behandl. d. Leistenbrüche u. s. w.* Breslau. 1809.— S c a r p a: *Archiv. génér. de médec.* I. 1823.— B o i v i n et D u g è s: *Traité prat. etc.* II.— B a r d e l e b e n: *Lehrbuch etc.* 4 Ausg. p. 934.

Przepukliny pachwinowe, gdy już dojdą pewnej objętości, zstępują od góry do wnętrza wargi wstydliwiej większej odpowiedniej strony, i bywają określane nazwą p r z e p u k l i n y p r z e d n i e j, w a r g i w i ę k s z e j. Odróżnić od niej trzeba p r z e p u k l i n ę t y l n ą w a r g i w i ę k s z e j czyli p r z e p u k l i n ę p o c h w o - w a r g o w ą, która powstaje wtedy, gdy trzewia brzuszne wydostają się na zewnątrz nie powyżej, ale poniżej pierścienia miedniczego, z boku, obok pochwy. Worek przepuklinowy bywa tu utworzony z odcinka otrzewnej leżącego przed więzem szerokim, który to odcinek, wraz z leżącą w nim kiszka, występuje przez szparę w powięzi miednicy i mięśniu unoszącym odbyt. Ztąd też przepuklina pochwo-wargowa, zdarza się prawie tylko u kobiet które rodziły. Zwykle bywa ona niewielkiej objętości, i zawiera w sobie pospolicie pętlę kiszek cienkich. Jeżeli jest większej objętości i trwa dłużej, może się stać nieodprowadzalną, co sami widzieliśmy na przepuklinie prawostronnej, większej od pięści. Zdarzały się także i uwięźnięcia, które jednak dotychczas zawsze dawały się odprowadzić.

Jeżeli kawał kiszek opuszcza się po za więzem szerokim macicy, to spycha zwykle dno dołu D o u g l a s'a i połączoną z nim górną część tylną ścianę pochwy, w kierunku jamy tej ostatniej, tworząc t. z.: *Enterocele vaginalis*. Przepuklina ta leży zatem między pochwą a odbytnicą, i przedstawia się pod postacią opuszczenia się tylnego sklepienia pochwy. Wyjątkowo jednak, może ona zajmować więcej boczne położenie, i wtedy

zda się, jakoby przenikała mięsień unoszący odbyt i ukazywała się na kroczu—przepuklina kroczo-wa (*Hernia perinealis*).

Do rozpoznania służą objawy właściwe przepuklinom w ogólności, a mianowicie odprowadzalność, powiększanie się guza przy działaniu tłoczni brzusznej, i bębnowy odgłos zawartej w nim kiszk. Rodzaj przepukliny można określić, śledząc ściśle guz aż do szyi worka przepuklinowego. Jeżeli przepuklina jest pachwinowa, to guz sięga ku górze aż do obrączki pachwinowej; jeżeli pochwo-wargowa, to górna część wargi większej jest wolna, a guz rozciąga się od średniej i dolnej części tejże, po boku pochwy, ku guzowi kulszowemu.

Enterocoele vaginalis poznać można, badając równocześnie przez odbytnicę i pochwę. W razie istnienia przepukliny kroczo-wej, należy również śledzić za nią przez oba te kanały, a chcąc ją odprowadzić, odpychać ją w górę.

Odprowadzoną przepuklinę utrzymać można tylko za pomocą krążków pochwowych, w ten sposób urządzonych, że wywierają nacisk na miejsce, w którym leży szyja przepukliny. Przepukliny nieodprowadzalne podtrzymują się za pomocą opasek kroczo-wych.

3. Zapalenie sromu.

(*Vulvitis*).

Oldham: (*Zapalenie gruczołów łojowych*). *London med. gaz. Mai. 1846*.—Kiwisch: *Klin. Vortr. II. p. 435*.—Huguier: (*Zapalenie gruczołków*). *Journ. des conaiss. méd. chir. Nr 6—8. 1852*.—V. Bärensprung: (*Zapalenie gruczołów Bartolin'a*). *Annal. d. Charité. VI. l. p. 20*.—Salmon: *Blenorrhagia of the excreting duct of the vulvo-vaginal gland. Medic. tim. and gaz. Nr. 234. 1854*.—Bréton: *De la bartholinite. Thèse. Strassbourg. 1861*.—O. A. Martin et H. Leger: *Recherches sur l'anatomie et la pathologie des appareils sécréteurs des organes génitaux externes chez la femme. Archiv. génér. Janvier et Février 1862*.—Zeissl: *Zur Physiologie und Pathologie der Bartholin'schen Vulvo-Vaginal Drüse. Allg. Wien. méd. Zeit Nr. 45—46. 1865*.

Zapalenie sromu zdarza się zarówno pod formą ostrą jak i przewlekłą, obierając sobie siedlisko albo w błonie śluzowej i skórze, albo

w otwierających się na ich powierzchni gruczołkach łojowych, albo w gruczołach Bartolini'ego, albo wreszcie w tkance łącznej znajdującej się wśród warg sromnych.

a) Zapalenie skóry i błony śluzowej bywa albo pierwotne albo wtórne. Ostry nieżyt przysionka i warg mniejszych bywa u dzieci nierzadko wywołowany przez robaki (*Oxyuris*) dostające się z odbytu do szpary sromnej. We wszystkich okresach życia, powstaje on częstokroć skutkiem nieczystości, zarażenia się miesiączką, gwałtownego spółkowania, obrażeń i t. p. Nieżyt przewlekły, wywołuje się albo z ostrego, albo też skutkiem nieustannego zanieczyszczania sromu moczem, kałem, ropiastemi i posokowatemi upławami z pochwy i t. p. Zapalenie skóry zdarza się często samoistnie u osób bardzo otyłych, zwłaszcza u takich, które mało dbają o czystość, albo też wykonywały forsowne ruchy, przechadzki i marsze w gorącej porze roku. Zresztą przyczyny jego są te same co i nieżytu sromu; bo też i oba te cierpienia bardzo często razem występują i trwają. Na skórze sprawa zapalna przedstawia się najczęściej w łagodnej formie różycy (*Erythema*), łatwo jednak, o czém w różnych już wspominaliśmy miejscach, doprowadzić może do obnażeń i owrzodzeń. W razie silniejszego natężenia, przybiera charakter zapalenia różowego (*Erysipelas*), a nawet przejść może w ostre lub ostrawe zapalenie tkanki łącznej, kończące się ropieniem lub zgorzełą.

b) Niekiedy zapalenie ogranicza się li tylko do gruczołów łojowych i włosowych — *Folliculite vulvaire*, Huguiér'a. Gruczoły łojowe znajdują się na wszystkich częściach sromu, z wyjątkiem przysionka, w którym niema też i torebek śluzowych. Największą średnicę mają one na wzgórku łonowym (1—1½ milim.); na zewnętrznej powierzchni warg większych, wynosi ona tylko ½ — 1 milim., a na wewnętrznej powierzchni tychże, zaledwie ½ milim. Na zewnętrznej powierzchni wszystkie otwierają się do torebek włosowych; na wewnętrznej, niektóre tylko. Skutkiem stopniowego gromadzenia się wydzieliny w ich wnętrzu, powstają krosty trądzikowe (*Acne*), podobnie jak na innych częściach ciała. Torebki powierzchownie leżące, tworząc wągry, unoszą się bardziej nad powierzchnię skóry — *Exdermoptosis*, Huguiér'a.

Zapalenie gruczołów łojowych, nabiera niekiedy ważności przez to, że nie tylko znacznie się rozszerza, ale nadto zajmuje stopniowo coraz to nowe grupy torebek, a w pojedynczych razach często się ponawia, staje się niemal zwyczajowém (habitualném). Guziczki powstałe skutkiem

obrzemienia gruczołów, znacznie niekiedy powiększają swoją objętość z powodu współcierpienia okolicznej tkanki łącznej, wydzielają wciąż cuchnącą ropę, a sprawiając ból, mogą nawet utrudniać chodzenie. Cierpienie to w wyższym stopniu, zdarza się szczególnie u kobiet ciężarnych i nieporządných, albo też w skutek silniejszego śluzotoku.

c) Zapalenie gruczołów Bartolini'ego zdarza się bardzo często u nierządnic, zwykle skutkiem zarażenia się rzeżączką. Jednakowoż przyłącza się ono i do niezaraźliwych śluzotoków pochwo-owych, rozszerzających się na przewody wyprowadzające, i może się albo do samych tych przewodów tylko ograniczyć, albo też zająć i sam gruczoł. Pierwsza forma zdarza się zarówno po jednej stronie jak i po obu; w pierwszym razie częściej zajmuje przewód lewy, i skutkiem zatkania takowego i nagromadzenia się w nim zazwyczaj bardzo lepkiej ropy, tworzy guziki wielkości orzecha laskowego lub włoskiego, które po jednym lub kilku dniach opróżniają się same, bądź przez przewód wyprowadzający, bądź przez świeżo powstały otwór w wardze mniejszej.

Niekiedy po otworzeniu się ropnia, na długi czas pozostają przetoki. Jeżeli otwór przewodu się zatka, lecz wydzielanie nie będzie bardzo obfite, to zamiast wytworzenia się ropnia cały przewód zamienia się w torbiel.

Zapalenie samego gruczołu zdarza się rzadko, i zwykle po jednej tylko stronie. Jeżeli przebiega ostro, może się skończyć bez naruszenia czynności gruczołu. W innych za to razach, kończy się wytworzeniem dość znacznego, bolącego guza, często dochodzącego wielkości kurzego jaja. Guz ten leży poza dolną częścią warg sromych, wypukła odstęp między większą a mniejszą wargą, po 6—7 dniach zaczyna chęłbotać, i otwiera się, pospolicie w tém miejscu, ale niekiedy i przez samo ujście przewodu wyprowadzającego.

Ropienie może zniszczyć gruczoł zupełnie. Zapaleniu przewłocznemu towarzyszy odpływ śluzoropny i stwardnienie; sprowadza ono w końcu przeistoczenie włókniste. Klob widział guz powstały na tej drodze, który był podobny z budowy do torbielo-mięsaka sutek.

d) Zapalenie tkanki łącznej podskórnej może występować zarówno pod formą ograniczoną (wrzodziapek) jak i rozlaną (*Phlegmone*), a w obu razach sprowadza wielkie, powoli gojące się ropnie. Przyczynę dają mu niekiedy prawdziwe obrażenia, jakie się zwłaszcza przytrafiają przy natarczywém spółkowaniu; bardzo też często bywa ono chorobą wtórną, wywoływaną przez śluzotoki lub ropnie napływowe, zebrane w tkance komórkowatej pochwy, lub w wyższych częściach miednicy.

Rozpoznanie nieżyty i różycy sromu, jakoteż zapalenia gruczołów łojowych nigdy nie bywa trudném. Jeżeli powstały już obnażenia i owrzodzenia, to takowe mogą budzić podejrzenie choroby przymiotowej. Co się tycze rozróżniania tych form owrzodzeń, zsyłamy się na działy niniejszego wydawnictwa, traktujące o przymiocie i chorobach skóry. Tu tylko chcemy zwrócić uwagę na poszukiwania v. B ä r e n s p r u n g'a, według których można się także za pomocą drobnowidza przekonać o istnieniu zmartwiałych elementów tkankowych w ropie szankrowej, i o ich braku w wydzielinach innych wrzodów, co stanowić może wyczerpujące kryterium rozpoznawcze.

Zapalenie tkanki komórkowatęj podskórnej, tém się wyróżnia od prostego obrzęku, że przy pierwszym, obrzmiałość jest twarda i bolesna, przy drugim ciastowata, i mało albo wcale nie bolesna; tam powierzchnia zaczerwieniona, tu biała. Jeżeli jednak do obrzęku dołączy się zapalenie, wtedy skóra czerwienieje lub sinieje, spoistość staje się odporniejszą, a miejsce obrzmiałe bolesném.

Zapalenie gruczołów B a r t o l i n i'e g o, różni się od rozlanego zapalenia tkanki łącznej, ostrzejszém zarysowaniem obrzmiałości, a od wrzodziańek, swém siedliskiem, ściśle odpowiadającém położeniu gruczołu, lub jego przewodów wyprowadzających. Do tego, nacisnąwszy guz, można nawet częstokroć wydalić część jego zawartości przez przewód wyprowadzający, a po otwarciu się ropnia, można wejść zgłębnikiem przez świeżo powstały otwór i jamę ropnia, do wspomnianego przewodu. Zapalenie tego ostatniego, daje początek mniejszej guzowatości, aniżeli zapalenie samego gruczołu. Tam guz leży powierzchownie, i w wardze mniejszej, która się staje szerszą; tu, w wardze większej, która skutkiem tego przedłuża się ku tyłowi. Po otwarciu ropnia, w pierwszym razie ściana jamy przedstawia się gładką; w drugim nierówną, i dokoła stwardniałą.

Leczenie nieżyty i różycy sromu, omówionem już było przy opisie nieżyty macicy i pochwy. Tu dodamy tylko, że leczenie przewlekłych białych upławów, utrudnia obecność w przysionku małych torebek błony śluzowej. Bywa ich 16—18. Śluzotok tychże, stanowi istotę t. z.: *Vulvite folliculaire* R o b e r t'a. Dla uśmierzania takowego, można według R o b e r t'a, albo rozcinać torebki i przyżerać je saletrzanem srebra, albo téż nastrzykiwać delikatną strzykaweczką do ich wnętrza roztwór kamienia piekielnego. Zapalenie torebkowe wymaga przedewszystkiém nieustannej dbałości o czystość, którą się podtrzymuje za pomocą obmywań i kąpieli nasiadowych, spokoju, przyparek,

okładał wodą ołowianną, rozcieńczonemi roztworami saletrzanu srebra i t. p., a jeżeli wydzielina ich cuchnie i posoczeje, to przyżerał kamieniem piekielnym. Jeżeli choroba sprawia bardzo znaczny ból, to Oldham radzi maść następnego składu: Rp. *Plumbi acet.* 3j, *Ac. hydrocyan.* 3ij, *Butyr. cacao* 3j.

Przy zapaleniu tkanki łącznej podskórnej sromu, upusty krwi miejscowe, mogą tylko złagodzić ból, ale nie zapobiegają zejściu w ropienie; ztąd też potrzeba prawie zawsze wcześniej i wytrwale kataplazmować, a jak tylko chęłbotanie się uwydatni, sztucznie ropień otworzyć, dla skrócenia przebiegu choroby.

Zapalenie gruczołów Bartolinięgo, jeżeli wcześniej zostanie rozpoznauém, częściej już daje się rozpędzić za pomocą miejscowych upustów krwi i usiłowanie wydalenia nagromadzonej wydzieliny przez ujście przewodu wyprowadzającego. Küss w Strassburgu, daje zaraz od początku jodek potassu do wewnątrz, co ma leczyć chorobę w ciągu 14 dni. Salmon zachwala nastrzykiwania roztworu saletrzanu srebra, za pomocą strzykawki Anell'a lub Pravaz'a. Według Zeissl'a, przy nieżycie przewodu wyprowadzającego, wystarczającemi są zimne kąpiele nasiadowe i zwitki skubanki zwilżone roztworami środków ściągających. Nam cierpienie to, zwykle wtedy dopiero dostawało się w kuracyę, gdy utworzony już ropień wymagał przecięcia, albo też wkrótce sam pękał. Przy chorobie ciała gruczołowego, przyspieszaliśmy zupełne zagojenie nastrzykiwaniami jodowemi.

4. Obrzęk i zgorzel sromu.

Obrzmienie sromu, występujące samoistnie, a nie jako podrzędny objaw ogólnej puchliny, bywa następstwem miejscowych zaburzeń cyrkulacyjnych w naczyniach miednicy, a więc przeważnie u kobiet ciężarnych; albo też następstwem miejscowych zapaleń i owrzodzeń, a z tego powodu osobiłwie przy obecności wrzodów połogowych lub pęknięć krocza. Obrzmienie to, samo przez się, małe zwykle wywołuje dolegliwości, które co najwyżej przy chodzeniu i oddawaniu moczu się wzmagają; często jednak obrzmiałe części, szybko dość silnemu ulegają zapaleniu, i wtedy stają się bardzo bolesne. Zapalenie, przy właściwem zachowywaniu się, zwykle niezadługo ustępuje, lecz przy pierwszej sposobności pojawia się na nowo. Niekiedy jednak dochodzi ono bardzo znacznego natężenia;

skóra sinieje, nad jęj powierzchnię wznoszą się pęcherze zgorzelinowe, które gdy pękną, płyn obrzękowy może swobodnie odpływać, a ztąd i obrzmiałość szybko tęchnie. U ciężarnych, zapalenie i zgorzel obrzękowego sromu, nierzadko staje się powodem przedwczesnego porodu.

Niezależnie od wypadków tylko co opisanych, zgorzel sromu rozwija się częściej jeszcze jako powikłanie wielu ostrych chorób zakaźnych i miazmatycznych, zwłaszcza przy ospie, płonicy, odrze, durzycy i cholery; niemniej także po rozwiązaniu połączonej ze znacznym traumatyzmem, jako też w skutek błonicy połogowej, która powoduje głęboko drażące martwienie tkanek. Wreszcie pojawia się ona samoistnie, jako choroba endemiczna lub epidemiczna, podobnie jak zgorzel ścian jamy ustnej u dzieci. Zgorzel ta, zbliżona do raka wodnego (*Noma*), zaczyna się albo nasiękiem posokowatym, zasinieniem i powstawaniem pęcherzy, albo też gwałtownym zapaleniem, które sprowadza częściową lub rozległą zgorzel powierzchownych warstw tkanek.

Miejscowemu cierpieniu, albo od samego zaraz początku towarzyszy gwałtowna gorączka, z charakterem tyfoidalnym, albo też takowa później się dołącza. W ostatnim razie, znaczenie choroby może być w początkach lekceważonem, bo też i miejscowe objawy nie zawsze bywają bardzo gwałtowne. W miarę tego, jak cierpienie miejscowe coraz głębiej draży i na powierzchni coraz dalej się szerzy, wzmagają się też zaposoczenie krwi, i najczęściej śmierć za sobą pociąga.

Przy o b r z ę k u s r o m u, gdzie tylko się da, leczyć trzeba chorobę zasadniczą. Jeżeli się zdarzy u ciężarnych, to zazwyczaj nie da się usunąć przed porodem; można jednak znacznie złagodzić dolegliwości przez użycie odpowiednich opasek brzusznych, a w razie znaczniejszego stopnia—spokojem, leżeniem w położeniu poziomem, i suchymi, ciepłymi okładami aromatycznymi. Jeżeli się dołączy zapalenie albo powierzchowna zgorzel, to zalecają się nakłucia szpilką lub lancetem, co też i my stosowaliśmy z pożytkiem. Wszakże, postępowanie to, zawsze wymaga bacności, gdyż często występują po jego zastosowaniu bóle porodowe (przedwczesne).

Zapalenie błonicowe leczymy według zasad przyjętych dla leczenia spraw połogowych i raka wodnego.

5. Choroby wysypkowe sromu.

G o u i b o u r t: (*Esthiomène*). *Union méd.* Nr. 46—51. 1847.
 — H u g u i e r: (*Esthiomène*). *Mémoire, de l'academie de médéc.* XIV. 1849. p. 501. — L e g e n d r e: (*Herpes*). *Gaz. des hôpit.* Nr. 93. 1853. — v. B ä r e n s p r u n g: (*Herpes*). *Annalen der Charité.* VI. l. p. 20. — J o b e r t d e G u y o n v i l l e: (*Esthiomène*). *Gaz. des hôpit.* Nr. 46. 1856.—M a r t i n: (*Lupus exulcerans*). *Monatsschr. f. Geburtsk.* November. 1861. — L o r e n t: (*Lupus hypertrophicus*). *Monatsschr. f. Geburtsk.* November. 1861.—M. D u n c a n: (*Lupus*). *Edinb. med. journ.* Dec. 1862.

a) **Róża** bywa najczęściej chorobą następczą, i jak wyżej nadmieniliśmy, wywoływana zanieczyszczaniem sromu moczem, kałem i posokowatą wydzieliną; w szczególnych jednak okolicznościach, zdarza się u dzieci i u dorosłych jako choroba pierwotna, z gwałtownemi połączona objawami; u noworodków i ssawców skutkiem zakażenia gnilnego. Rzadziej napotyka się w wieku dojrzałym lub podeszłym; tu zwykle podczas regularności, albo téż u kobiet starszych, otyłych. Róża noworodków jest chorobą niebezpieczną i łatwo może je przyprawić o śmierć, skutkiem szerzenia się na brzuch i kończyny dolne, skutkiem dołączenia się zapaleń wewnętrznych, zwłaszcza błon surowiczych, wreszcie skutkiem posocznicy.

b) **Herpes**, nie ogranicza się tylko na skórze sromu, lecz zazwyczaj rozszerza się na błonę śluzową tegoż, i tylko z powodu odmiennych stosunków anatomicznych obu tych miejsc, w różnej przedstawia się postaci. Na skórze pojawiają się zwykle najpierw gruppami na zaczerwienioném tle ułożone, przeświecające pęcherzyki, które wkrótce pękają, pozostawiając płaskie, strupkami pokryte, szybko się gojące wrzody. Przeciwnie, na błonie śluzowej, nie bywa wcale pęcherzyków, ale od razu małe, okrągłe, białawe, do pleśniawek podobne obnażenia, które się później zlewają na większej przestrzeni, i mogą spowodować znaczne obrzmienie warg sromnych. Początkom choroby towarzyszy nieprzyjemne uczucie swędzenia, które wraz z bolesném oddawaniem moczu, trwa aż do zupełnego wyzdrowienia. Wyzdrowienie zaś nastąpić może w ciągu kilku tygodni, jeżeli choroba nie stanie się przewlekłą.

c) **Wyprysk** (*Eczema*), występuje na sromie, albo jako choroba przemijająca, albo jako zwyczajowa, i powoduje z razu gwałtowne swędzenie, zmuszając do drapania, którego następstwem bywa obnażenie i zapalne obrzmienie warg. Choroba ta zatem utrudnia chodzenie, nie daje spać, a nawet, jeżeli często wraca i przez to utrzymuje chorą w ciągłym niepokoju, podkopuje odżywianie.

d) **Wilk** (*Lupus l'Esthiomène*), spostrzegany bywał na sromie bez porównania rzadziej aniżeli na twarzy, i jak dotychczas, tylko u dorosłych. Jak tu, tak i tam, występuje on już to jako złuszczeniowy, albo powierzchowny (*L. exfoliatus s. superficialis*), już to wrzodzący (*L. exulcerans*), już wreszcie jako przerostowy (*L. hypertrophicus*). Pierwsza forma rozpoczyna się zwykle na wzgórku łonowym, wargach większych lub kroczu; cechuje się barwą sino-czerwoną, łuszczeniem skóry, jako też stwardnieniem tkanki podskórnej, i przedstawia się bądź jednostajnie rozlaną, bądź pod formą oddzielnych rozproszonych guziczków. Przy formie wrzodzącej, która zaczyna się najczęściej na błonie śluzowej sromu, w miejscu dotkniętym chorobą, powstaje owrzodzenie. W wypadku opisanym przez M a r t i n'a, choroba rozpoczęła się w tém miejscu, gdzie lewa warga sromna przechodzi w krocze, a po upływie 1½ roku tak się rozszerzyła na oba pośladki, że powstały dwa cuchnące wrzody: lewy, wielkości dłoni, i prawy—dwa razy większy. Brzegi tych wrzodów były guziczkowate, dno zaś nierówne, miejscami pokryte masami żółto-brunatnymi i guziczkami wielkości grochu lub fasoli. Wilk przerostowy różni się od dopiero co opisanych odmian, nie różniących się od niego pod względem istoty, tylko wyższym stopniem stwardnienia i zgrubienia tkanki łącznej; niekiedy podczas przebiegu téj choroby powstaje tu obrzęk następczy, a nierzadko także i obrzmienie gruczołów pachwinowych, które zresztą częściej towarzyszy formie wrzodzącej.

Rozpoznanie większej części chorób wysypkowych sromu, nie przedstawia szczególnych trudności, gdyż cechy wyróżniające je pomiędzy sobą, są dosyć charakterystyczne, aby uchronić od pomyłki. Dawniej zdarzało się, że wilk brany był za chorobę przymiotową, rakowic—słoniowaczną (*Elephantiasis Arabum*). Według H u g u i e r'a, do odróżnienia wilka od przymiotu, służyć mogą następujące względy:

Wysypki przymiotowe grudkowate, częściej zdarzają się na błonie śluzowej, aniżeli na skórze sromu; między pojedynczemi grudkami, ani skóra nie jest zaczerwieniona, ani też tkanka łączna (zarówno skórna jak i podskórna) zgrubiała; na grudkach mogą wprawdzie powstać obna-

żenia, ale nie wrzody szerzące się po powierzchni; tymczasem wilk p o w i e r z c h o w n y zachowuje się zupełnie przeciwnie. Tylko pełzająca forma wilka, ma niejaki podobieństwo do choroby przymiotowej, gdyż i dokoła grudek skóra jest zabarwiona i obrzmiała; wszakże czerwoność jest więcej miedzianna niż fioletowa, a wysypka albo już pierw istniała na innych częściach ciała, zanim się ukazała na sromie, albo przynajmniej równocześnie i na innych częściach widzieć się daje.

Przy wilku przerostowym, pojedyncze guziczki są mniejsze, a jednocześnie ilość ich większa, aniżeli przy łepieżach przymiotowych; te ostatnie umiejscowione są zwykle w pobliżu odbytu, i prawie stale w końcu doń zwróconym, posiadają wrzodziejącą szczelinę. Do tego części otaczające guziczek wilka, przedstawiają zmiany właściwe formie powierzchownej tegoż. Wybująłości istniejące na owrzodzonych powierzchniach wilka, są małe, i na obwodzie nie rozgałęzione krzaczkowato lub kalaflorowato jak wybująłości przymiotowe; w sąsiedztwie tych ostatnich, nie bywa także stwardnienia. Dokoła owrzodzeń wilka wrzodzącego istnieje stwardnienie rozlane, gdy tymczasem szankry przedstawiają ograniczone tylko stwardnienie. Przymiot wtórny rzadko kiedy manifestuje się wrzodami na częściach płciowych zewnętrznych; te powiększają się w sposób nierównie gwałtowniejszy, aniżeli przy wilku, mają dno bardzo nierówne, aż do samego zablźnienia szaro zabarwione, brzegi zaczerwienione, wyniosłe i na zewnątrz wywinięte, wydzielinę ropiastą, szaro-żółtą lub zielonawą. Owrzodzenia przy wilku, przeciwnie, nigdy nie wydzielają cieczy posokowatej, dokoła są stwardniałe, i nie pokrywają się jak przymiotowe, wyniosłemi białemi bliznami, lecz gładkimi, czerwonawemi lub fioletowemi. W końcu, we wszystkich wypadkach, ułatwia nam rozpoznanie wywód choroby, wiadomość o bytności lub braku dawniej pierwszorzędnej i ustrojowej choroby przymiotowej, jako też skuteczność lub bezskuteczność leczenia przeciwpzymiotowego.

Rak sromu tēm się różni od wilka, że szybsze robi postępy. Ten ostatni istnieć może 5—7 lat, nie przechodząc na pochwę ani też zajmując odleglejszych organów za pośrednictwem naczyń limfatycznych. Przy wilku nie bywa wydzieliny surowiczej, a istniejące wybująłości nie okazują dążności do krwawienia. Prócz tego, zbadanie zwyrodniałych części pod drobnowidzem, pozwala wnioskować o naturze zwyrodnienia. W wypadku Martin'a, v. Recklinghausa znalazł, że stwardnienie dna wrzodu, pochodziło od nasiąknięcia tkanki małemi okrągławemi komórkami, podobnemi do komórek ropnych, lecz niedokładnie rozwiniętymi, i opatrzonemi w bardzo kanciaste jądra. W niektó-

rych tylko miejscach, można było dostrzegać obfitsze nagromadzenie tych komórek z małą ilością podścieliska.

Od słoniowacizny, wilk przerostowy tém się wyróżnia, że tam przerost i obrzęk jest cierpieniem pierwotném, tu zaś dołącza się dopiero do formy powierzchownej i wrzodzącej.

Leczenie róży, *Herpetis* i wyprysku sromu, nie różni się od sposobu leczenia tych wysypek w ogóle. Przeciw *Herpes* zatém, albo wcale nie będziemy potrzebowali używać środków miejscowych, albo też posiłkować się będziemy tylko roztworami środków zleikka ściągających. Przeciw wypryskowi, w łagodnych i świeżych wypadkach, wystarczają pilnie powtarzane obmywania i wcierania łożu lub oliwy; w innych, najwięcej budzą zaufania przetwory potażowe, zwłaszcza też szare mydło, i więcej lub mniej stężone roztwory potażu gryzącego, jak również maści smołowe i maść rtęciowa biała.

Przy wilku na sromie, ustrój chorój osoby winien być jak najtrojskliwiej zbadany, gdyż podobnie jak przy wilku na twarzy, stan ustroju potrzebuje być najczęściej polepszonym przez długotrwałe użycie tranu rybiego, jodku potassu, jodku żelaza i t. p. Miejscowo, w tych razach, gdzie niema nadmiernego przerostu chorój części, wystarczają chemiczne środki żrące. Trzeba tylko wybrać od razu silniejsze z pomiędzy nich, i działać niemi wytrwale i energicznie. M a r t i n doprowadził rozległe wrzody tym sposobem do zabliznienia, że pokrywał je na kilka minut wodą napojoną kwasem azotnym dymiącym, a po odpadnięciu strupa, opatrywał je roztworem saletrzanu srebra (Dj na 3vj).

W wypadku wilka przerostowego, leczonym przez L o r e n t'a, nasiek zmniejszył się przynajmniej, pod wpływem jodu, zewnątrz i wewnątrz używanego, chociaż ostatecznie trzeba było niektóre części bardziej rozrosłe, częściowo powycinać. Mybyśmy przy miernym przeroscie próbowali najpierw zniszczyć chore tkanki, podminowując je na całej rozciągłości sztyftem potażu żrącego, co przy wilku na twarzy, daje nadspodziewanie pomyślne wyniki. Trzeba tylko w ten sposób sztyft prowadzić, jakbyśmy chcieli całą przeistoczoną tkaninę, od jej podstawy oddzielić i odciąć. Jeżeli jednak skutkiem przerostu, potworzyły się guziki większej objętości, to trzeba je pierwój powycinać, a potém dopiero będziemy mogli od środków żrących oczekiwać zupełnego uleczenia.

6. Guzowatości sromu.

a) Zakrzep czyli Zawał krwisty sromu.

(*Thrombus s. Haematoma vulvae. Haematocèle.*)

Zakrzep przedstawia się najczęściej jako pierwiastkowy nasięk krwisty tkanki łącznej zawartej w większych wargach sromnych, i bywa zwykle jednostronny; niekiedy jednak bierze początek z warg mniejszych, albo też z wyżej leżących części pochwy. Wynaczynienia powstające po za obrębem czasu ciąży, porodu i położu, zawdzięczają zwykle swój początek prawdziwym traumatyzmom, jak upadnięciu, uderzeniu, złemu stąpieniu, gwałtownemu spółkowaniu i t. p.; rzadko dochodzą znaczniejszej objętości, a tém samém nie mają wielkiego znaczenia, tak, że wyjątkowo chyba, bywają przedmiotem leczenia. Cięża sprzyja powstawaniu guzów krwistych przez to, że podczas niej często tworzą się żylakowate rozdęcia żył pochwy i warg sromnych, niemniej także, że podczas porodu, krążenie krwi znacznych doznaje zaburzeń. To też uważamy za rzecz właściwszą, umieścić opis tego cierpienia między chorobami położowemi.

b) Słoniowacizna sromu.

Słoniowacizną (*Elephantiasis*) dotknięty być może albo cały srom, albo tylko warga sromna większa, mniejsza, lub łechtaczka; albo jedna z tych części przeważnie jest zajęta. L a r r e y widział w Egipcie znaczne obrzmienie sromu, obok nieznacznego przeistoczenia kończyn dolnych i pierwotnego braku miesiączki.

Istotę choroby stanowi przerost skóry i tkanki łącznej podskórnej, który prowadzi do rozwinięcia się nieregularnych guzowatości. Powierzchnia ich może być dość gładka; jeżeli jednak brodawki skórne niejednostajnie się rozrastają, to staje się mniej lub więcej nierówną, tak, że w najwyższym stopniu zdaje się być pokrytą niezliczonemi, powierzchownemi i głębokiemi, w różnych kierunkach przebiegającemi rowkami, oddzielającemi od siebie mniejsze lub większe wyniosłości, i kalafiorowate, ziarninowe gruzły. Spoistość guza bywa jużto miększa jużtward-

sza, stosownie do stopnia zbitości tkanki łącznej w nim zawartej. Guzy te dochodzą nieraz bardzo znacznej wielkości, tak, że sięgają aż do kolan, i mogą ważyć 20—30 funtów. Zdarza się także podczas ciąży, rozrost przemijający, jak to wybitnie nam się przedstawiło w jednym wypadku, w którym lewa warga mniejsza, początkowo wielkości jaja, brzęknąc, doszła stopniowo objętości głowy, a podczas porodu, sama przez się odzyskała znowu dawne rozmiary.

Srom znacznie rozrośnięty, dokucza chorym swoim ciężarem, a bardziej jeszcze tém, że częstokroć powierzchnia jego ulega bardzo rozległym i głęboko drażącym owrzodzeniom, które sprawiają ból, nie pozwalający chorym się poruszać. Jeżeli cierpienie jest rozleglejsze, to i spółkowanie staje się niemożliwem, a w razie bliznowatęj zbitości i niepodatności guza, poród doznawać też może mniej lub więcej znacznych przeszkód.

Etiologia nie została jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Choroba może być wrodzoną, albo zaraz w pierwszych latach życia się rozpocząć. W późniejszej epoce, rozwojowi jęj sprzyjać się zdają nadużycia płciowe, śluzotoki, choroba przymiotowa, albo też inne miejscowe drażnienia i traumatyzmy ¹⁾. Bez operacyi, dolegliwości chorych pozwalają się tylko łagodzić czystością, spokojem i t. p., przyczém intniejące obnażenia się goją, a nawet objętość guzów nieco się zmniejsza. Samo wyluszczenie, nie zawsze jest w stanie zapobiedz ponowieniu się choroby, a do tego i w wykonaniu nie jest wolnem od niebezpieczeństwa, gdyż rana zamiast się zabiżnić, przechodzi w długotrwałe ropienie i sposoczenie. To też jedynie tylko przy częściowych rozrostach, spodziewać się od niej można zupełnego skutku.

c) Guzy brodawkowe i narośla polipowate.

Boivin et Dugès: *Traité prat. etc. II. p. 645.*—Cederschjöld: *Svenska—Laekare—Saells Kapets Hundlingar. Tionde Bandet. 1825.*

¹⁾ W jednym wypadku opisanym przez Althill'a (Dubl. quart. journ. August. 1857) choroba, poprzedzona swędzeniem (*pruritus*) rozwinęła się, o ile można mniemać, skutkiem użycia drażniącej cieczy do przemywań. W dwóch innych (Eggel: Monatsschr. f. Geb. Febr. 1863; i Cantonn; Lancet. Oct. 17. 1863) wystąpiła po uderzeniu się w srom.

— F o e r s t e r: *Pathol. Anat. p. 333.* — T h i b i e r g e: *Archiv. génér. Mai. 1856.* — K l o b: *Pathol. Anat. etc. p. 462.*

Cederschjöld pierwszy zwrócił na to uwagę, że podczas ciąży rozwijać się mogą w y r o ś l e podobne do przymiotowych, które jednak po porodzie szybko i zupełnie same przez się znikają. Guzowatości te, których rozwój poczyną się widocznie przerostem brodawek, opisane zostały szczegółowo przez Thibierge'a w dziele Legendre'a. Według tego opisu, przedstawiają się one w rozmaitych kształtach i wielkości, pojedynczo lub w grupach, z szypułkami lub na szerokich podstawach, i mogą pokrywać ujście pochwy, wargi mniejsze, i okolice szpary sromnej aż do samego odbytu. Są one miękkie, mało bolesne, i łatwo krwawiące. Przyczyny ich szukać należy w właściwym stanowi ciężarnemu przekrwieniu części rodných, które sprowadza pospolicie obfitsze wydzielanie, różyce i swędzenie, ale niekiedy powoduje rozwój tego rodzaju narośli. Dopóki ciąża trwa, te ostatnie nie zawsze dają się usunąć; wszakże może przynieść niejaki pożytek alun i kalomel przy wyroślach na szerokiej osadzonych podstawie, roztwór saletrganu rtęci lub kwas octowy—przy szypułkowatych, a wycięcie i zmiażdżenie z następczém przyżeraniem saletrganem srebra — przy naroślach wielkich, poziomkowatych. Po porodzie znikają one dobrowolnie, lecz niekiedy wracają napowrót przy pierwszej następnej ciąży. Własność ta wyróżnia je głównie od l e p i e ż y (*condylomata*), należących również do klasy narośli brodawkowatych, których opisu jednak nie podajemy tutaj.

Daléj, na błonie śluzowej nimf, lechtaczki i t. p., wyrastają niekiedy w y b u j a ł o ś c i p o l i p o w a t e, złożone z wiotkiej tkanki łącznej, oraz licznych, niby brodawkowatych, odrostków naczyniowych, i dochodzące najczęściej zaledwie wielkości grochu lub orzecha laskowego. Tego rodzaju narośle, dają się spotykać i na wargach większych. D u g è s spostrzegał jeden taki wypadek, w którym guz, po 9-cioletniém istnieniu, miał $2\frac{1}{2}$ " i 3" średnicy, i za pomocą szypuły 1" długiej a 5—6" szerokiej, osadzony był na prawej wardze. Zewnętrzna powierzchnia téj wyrośli, pokrytą była rzadko siedzącymi włosami, a wewnątrz niéj, znajdowały się dwie grubościennie torbielki, wielkości oliwki, wypełnione ropą. — C e d e r s c h j ö l d znalazł raz na wargach mnóstwo wyrośli, kształtu gruszki, a wielkości orzecha laskowego, które mieściły w sobie ropę mleczną, w grubéj zawartą osłonie.

Nakoniec, powstają niekiedy na wewnętrznej powierzchni tak większych jako téż i mniejszych warg, małe guziczki, podobne do gęsiej skóry,

wielkości co najwyżej grochu, w których środku częstokroć biały punkt dostrzedz można. Cierpienie to zdarza się osobliwie u starszych kobiet, łącznie z gwałtowném swędzeniem, i ztąd określane bywa nazwą *swędzenia staruszek* (*Pruriga senilis*). Klob, który badał jeden podobny wypadek, znalazł, że główna massa guziczka, składała się z nadmiernie rozrosłych jąderek.

d) Torbiele.

Boys de Loury: *Révue méd. Décembre. 1840.*—Huguier *Mém. de l'acad. de méd. T. 15, p. 582.*—Fischer: *Preuss. Vereinszeit. Nr. 31. 1853.* — v. Bärensprung: *Annal. de Charité. VI. 1. p. 41.*

Torbiele rozwijają się wśród sromu, częściej aniżeli w pochwie; po części skutkiem rozděcia prawidłowych torebek i przewodów.

Skutkiem rozszerzenia gruczołów łojowych, powstają zwykle torbielaki tylko takiej wielkości jak groch lub wiśnia, gładkie i cienkościennie, żółte tak jak ochra. Dają się one niekiedy napotykać pojedynczo lub gromadnie, jako stwardnienia pod błoną śluzową, pokrywającą wewnętrzne powierzchnie warg mniejszych i spoidel, i wypełnione bywają żółtą papką tłuszczową. Huguier napotkał raz trzy torbiele wielkości małego orzecha, barwy matowo białej, obok mnóstwa pryszczów trądzikowych (*Acne*). Po nacięciu pokrywającej je błony śluzowej, pozwołyły się z łatwością wyłuszczyć.

Innego rodzaju torbiele, pochodzą ze stopniowego rozszerzania gruczołów Bartolini'ego. Na 34 wypadki zebrane przez Huguier'a, 5 razy tylko istniały torbiele równocześnie w obu wargach; 18 razy w samej tylko lewej, a 11 razy tylko w prawej.

Jeżeli guz powstał skutkiem rozděcia przewodu gruczołowego, to ma regularny kształt wrzecionowaty lub kulisty, i nie bywa większy od orzecha włoskiego.

Skutkiem poroszerzania gronek gruczołu, powstać mogą pojedyncze albo téż liczne, lub wiele komunikujących ze sobą przestworów, a nawet bardzo złożone torbielaki. I te torbiele zazwyczaj nie dochodzą nawet wielkości jaja; mogą jednak przybierać i znaczne rozmiary. Kształt ich bywa pospolicie okrągławy lub jajowaty; jeżeli się zaś roz-

szerzają dwa zraziki, komunikujące ze sobą za pomocą przewodu, to powstają torbiele klepsydryczne lub gałęziste.

Siedlisko guza odpowiada położeniu gruczołu lub jego przewodu; lecz jeżeli ten jest większej objętości, to bywa ono nieco zmienne, stosownie do położenia, jakie przeistoczony pęcherzyk względem gruczołu początkowo zajmował. Tak np. znajdujemy torbiele rozwijające się w kierunku krocza; inne w kierunku otworu cewki moczowej. Ściana torbieli bywa jużto cieńsza, już grubsza, a zawartość jej składa się najczęściej z płynu przezroczystego jak woda i ciągnącego się w nitki, czasem jednak z brunatnawego lub zielonawego. Torbiele te nabrzmiwiają niekiedy podczas trwania odpływów miesięcznych, i stają się bolesnemi; mogą utrudniać chodzenie i zawadzać przy spółkowaniu; częstokroć jednak nie dają powodu do żadnych zaburzeń. W jednym wypadku obserwowanym przez Huguię r'a w skutek przekrwienia miesiączkowego, zawartość torbieli tak dalece się powiększyła, że czasowo otworzyła sobie zamknięte ujście rozdętego przewodu, i odpłynęła na zewnątrz.

Inne torbiele rozwijają się zarówno w tkance łącznej podśluzowej pochwy, jako też w tkance tłuszczowej warg sromnych, w nieznany dotąd sposób. Zawartość ich zbliża się najczęściej do takiejż dopiero co opisanych torbieli, wszakże w skład jej wchodzi także: cholesteryna, włosy, zęby, kości. Zazwyczaj bywają wielkości grochu, wiśni lub orzecha włoskiego; mogą jednak przejść objętość głowy dziecka i rozrastać się od warg sromnych zarówno w kierunku pochwy, jako też ku pierścieniowi brzuszemu.

Rozpoznanie torbieli opiera się na ich ostrém ograniczeniu, niebolesności, i więcej lub mniej wydatném chełbotaniu. Tém różnią się od obrzmiałości zapalnych, guzów krwistych i włókniaków sromu.

Wielkie torbiele, sięgające aż do kanału pachwinowego, niejednokrotnie brane bywały za przepukliny, od których najlepiej dają się tém wyróżnić, że nie można ich odprowadzić, ani też śledzić za niemi do samego kanału.

Małe torbiele, powstałe z gruczołów łojowych, można doszczętnie wyleczyć przez proste przekłucie. Inne usuwamy przez przekłucie, a następnie nastrzyknięcie jodu, albo też przez wyluszczenie. Jeżeli za pomocą tej ostatniej metody, nie uda się usunąć zupełnie całej ściany torbieli, to wypadnie zniszczyć resztę przez przyżeranie.

e) **Nerwiaki, tłuszczaki, włókniaki, śluzaki, mięsaki.**

Simpson zapewnia, że widział prawdziwe **nerwiaki**. Siedziały one powierzchownie pod błoną śluzową w sąsiedztwie ujścia cewki moczowej.

Tłuszczaki rozwijają się wśród warg większych i wzgórka łonowego. **Stiegele** ¹⁾ wyłuszczył tłuszczak osadzony szeroką podstawą na lewej wardze sromnej, który miał 1 stopę $7\frac{1}{2}$ cala długości, $5\frac{1}{2}$ cala szerokości, i 5 cali grubości, a ważył 10 funtów.

Włókniaki, chociaż rzadko, rozwijają się jednak na wargach sromnych, kroczu i wzgórku łonowym. W miarę powiększania się, wyciągają one w szypulę, skórę za nimi się znajdującą, i tym sposobem mogą się zwiesić aż do połowy uda, jak było z włókniakiem wielkości pięści, spostrzeganym przez **Scanzoni**'ego. Z nadejściem przekrwienia miesiączkowego, mogą one, podobnie jak i guzy maciczne, powiększać swą objętość; dalej, mogą obrzękać, i przybierać skutkiem tego, wejrzanie t. z.: *Collonema* (**Virchow**), wreszcie, mogą się też niekiedy w różnych miejscach wnętrza wydrążyć torbielowato. Skutkiem targania warg sromnych, stają się głównie powodem dolegliwości, a niekiedy sprowadzają owrzodzenie pokrywającą je skóry ²⁾, albo nawet rozległe sposoczenia. Są one bardzo dostępne dla leczenia operacyjnego. Jeżeli utworzyła się już szypuła z wargi, to odcinamy ją; w innych razach robimy tak zwane wyluszczenie guza.

Śluzaki warg sromnych opisane były przez **Blasius'a** pod nazwą *Collonema*. Guz jeden wyluszczony przez **Hogeweg'a** ³⁾, a tu się, według poszukiwań **Virchow'a** odnoszący, osadzony był na cieniżej szypule, i zdawał się być złożony z wielu odcinków naśladujących winne grono.

Mięsaki części rodnych zewnętrznych, biorą zazwyczaj początek z okolic wyżej leżących, i dopiero rozrastając się, dosięgają sromu.

1) Zeitschr. f. Chirurg. u. Geburtstsk. Bd. IX. p. 243. 1856.

2) Porównaj, jeden z dwóch wypadków ogłoszonych przez **M'Clin-tock'a** (Diseas. etc. p. 229).

3) Verhandl. d. Ges. f. Geburtstsk. zu Berlin. X. p. 198. 1857.

W jednym wypadku podanym przez S a e x i n g e r'a ¹⁾, nowotwór rozwinął się w okolicy prawego guza kulszowego i, w końcu nie tylko wypuklił skórę pod prawą wargą sromną, lecz od wewnętrznej powierzchni nimfy wdrążył w ujście pochwy, i w tém miejscu zaczął posoczyć. Większą część usunięto odgniataczem; reszta wyropiała.

G. S i m o n ²⁾ spostrzegł p o n a w i a j ą c y s i ę m i ę s a k czy też ś l u z a k. Tu powstał najpierw u 18-letniej dziewczyny, w prawej wardze, guz wielkości kurzego jaja, chęlboczący, i zawierający krwistą surowicę. W rok po jego wyluszczeniu, rozwinął się w bliźnie podobny guz, a oprócz tego, w dolnym końcu wargi i w kroczu, jeszcze 3 twarde guziki, wielkości orzecha włoskiego, żółtawo-białej barwy. Już po upływie pół roku, guz odtworzył się po raz drugi; tym razem był on wielkości pięści mężczyzny, i składał się z 4-ch okrągłych odcinków, z których trzy większe usunięto przez odcięcie wargi sromnej, a czwarty wyluszczone z mięśnia pośladkowego wielkiego. Trzecią ponowę zauważyła chora po dwóch miesiącach. Istniał wtedy jeden guz wielkości pięści męskiej, w wardze sromnej; drugi, wielkości głowy dziecka, w mięśniu pośladkowym wielkim i kroczu, wreszcie trzeci, wielkości kurzego jaja, już owrzodzony, między dwoma pierwszymi.

Po raz czwarty otworzył się nowotwór jeszcze prędzej i rósł jeszcze gwałtowniej. Potworzyły się owrzodzenia z brzydkim wyglądem, gruczoły w obu pachwinach obrzmiały, nad prawym obojczykiem powstał nowotwór następny, a nawet w wątrobie potworzyły się gąbczaste gruzły.

f) R a k s r o m u.

B r u c h: *Diagn. der bösert. Geschw. Mainz. 1847. p. 149.* — A d e l m a n n: *Beitr. zur medic. chir. Heilk. III. Biga. 1851. p. 123.* — H u g u i e r: *Mém. de l'acad. de médec. XIV.* — K ö h l e r: *Krebs und. Scheinkr. p. 679.*

Rakowiec bierze początek z warg większych i mniejszych, albo z lechtaczki, i podobnie jak rakowiec szyi macicznej, w rozmaity przebiega sposób. Albo w miarę postępującego coraz dalej nacieczenia, na-

¹⁾ Prag. med. Wochenschr. Nr. 10. 1864.

²⁾ Monatsschr. f. Geburtsk. Januar — März. 1859.

stępuje bezpośrednio rozpad masy rakowcowej, albo też rozwijają się pierwój wybujalosci brodawkowate, tak, że prędzój czy późnój, przychodzi do znaczniejszój utraty substancji.

Miejscowe dolegliwosci, jakich owrrodzenie staje się powodem, są w ogóle nieznaczne. O ile się zdaje, i gruczoły pachwinowe nierzadko bardzo wczesnie zostają zajęte; mogą one dojść objętości pięści lub głowy dziecięcój, a w końcu otwierają się. Niestety, nawet w tych wypadkach, w których gruczoły nie zostały w sprawę chorobową wciągnięte, po wyłuszczeniu, nowotwór najczęściój się odtwarza, a przez współdziałł pochwy, krocza i gruczołłów limfatycznych, z łatwością większe jeszcze przyjmuje rozmiary. Mimo to, leczenie operacyjne, dopóki tylko będzie do wykonania, musi być podejmowane zarówno w świeżych jak i w ponowionych wypadkach, gdyż ono jedynie dać może nadzieję, jeżeli nie zupełnego, to przynajmniej dłuższego utrzymania chorój przy życiu.

My sami, dotychczas mieliśmy sposobność spostrzegać tylko dwa tu się odnoszące wypadki. W jednym z nich, lechtaczka zwyrodniona, doszła objętości wielkiego szerokiego łepieża; w drugim, istniała po lewój stronie sromu, wybujalosc i nacieczenie wielkości pięści, które się rozszerzyło na przyleglą część krocza, a rana po-operacyjna, skutkiem miejscowego zakażenia, zmieniła się w brudną miazgę, tak, że utrata substancji we wszystkich kierunkach, stała się większą niż była początkowo. W końcu jednak, po oddzieleniu się zmartwiałej tkanki, nastąpiło zablżnienie. Obie chore, w pięć lat po operacji, jeszcze nie doznały ponowy.

Rak, o ile z małój liczby dokładnych spostrzeżeń wnosć można, rozpoczyna się w wargach sromnych lub lechtaczce, najpierw jako ograniczony guziczek, który się zwolna powiększa, otwiera i posoczeje. Zwykle istnieje obok tego rak macicy i pochwy, albo też nowotwór jest ogólnie rozproszony w całym ustroju, a tēm samēm i doszczętnego uleczenia za pomocą operacji, nie można się tu spodziewać.

7. Pęknięcia krocza.

F. Duparcque: *Histoire complète des ruptures etc. Po niemiecku* p. Nevermann'a. Quedlinburg u. Leipzig. 1838. p. 387. — H. F. Kilian: *Operationslehre für Geburtshelfer. II.* — Diefenbach: *Operat. Chirurgie. I.* p. 612. — Birnbaum: *Die*

Centralruptur u. s. w. N. Zeitschr. Geburtsh. Bd. 32. p. 104. — Verhaeghe: Mémoire sur un nouveau procédé etc. Bruxell. 1857. — Biefel: Ueber. Perinaeoplastik. Monatsschr. f. Geburtsh. Juni. 1860. — Holst: Ibid. April. 1863. — Baker Brown: Surgic. diseases etc. p. 1.

Zachowanie w całości krocza przy porodzie, wymaga przedewszystkiem, żeby tak ono samo, jako też i szpara sromna, w prawidłowym znajdowały się stanie, a prócz tego, żeby przodująca głowa dziecka, partą była w samą szparę sromną, a nie więcej ku tyłowi, ku kroczu; jakoteż, żeby jój przerywanie się przez szparę sromną, odbywało się przy pomyslném ustawieniu i o ile można najpowolniej. Gdzie zatem brakuje jednego lub więcej z tych warunków, tam łatwo nastąpić może szczuplejsze lub rozleglejsze rozdarcie, które poczyną się stale od miejsca najbardziej wystawionego na ucisk głowy w danych okolicznościach, i najmniej zdolnego do stawienia oporu, czy to ze swego położenia czy z własności. To też, z przyczyn łatwych do pojęcia, pęknięcie poczyną się zwykle na tylném spoidle warg sromnych—pęknięcie sromokroczo-we (*Ruptura vulvo-perinaealis*), rzadziej zaś w ciągu ścian kanału rodnegó—pęknięcie krocza środkowe (*Ruptura perinaei centralis*). W tym ostatnim razie, pęknięcie może być albo zewnętrzne—skóry krocza, albo wewnętrzne—błony śluzowej pochwy. Przy ostatniej téj formie, pęknięcie nie zawsze rozciąga się aż do spoidła tylnego, a rzadziej jeszcze sięga aż do odbytu; lecz niekiedy, bez uszkodzenia szpary sromnej i otworu kiszki odchodowej, powstaje dziura ze wszech stron ograniczona, prowadząca z pochwy na zewnątrz przez krocze. Przez dziurę tę, w pewnych razach, wystąpić mogą nie tylko pojedyncze części dziecka, ale nawet ono całe; gdy znowu w innych wypadkach, dziecko nawet po powstaniu pęknięcia środka krocza występuje na świat przez szparę sromną, nie rozrywając mostka za nią od tyłu istniejącego.

Zwyczajne pęknięcia, poczynające się od tylnego spoidła, przybierają najczęściej kierunek prawie podłużny, często jednak i skośny; a stosownie do tego, czy obok nich tworzą się inne jeszcze uszkodzenia, czy też nie, rana ma brzegi już to strzępiaste, zrazowate, już gładkie. Znaczenie pęknięć zależy od ich rozległości na szerokość i w głąb, a zwłaszcza od tego, czy pęknięcie od tyłu przenika zwieracz odbytu, oraz czy narusza tylną ścianę pochwy i przednią ścianę odbytnicy. Małe naddarcia powodują zrazu nieznaczne dolegliwości, a mianowicie: ból przy oddawaniu moczu i przy poruszaniu dolnemi kończynami; mogą się jednak

stać powodem owrzodzeń połogowych. Jeżeli odbył został naddarty, to chora nie może zatrzymywać kału, albo nawet powstaje kloaka.

W następstwie nawet niezbyt rozległe pęknięcia sprowadzają częstokroć ciężkie cierpienia, gdyż tylko naddarcia całkiem powierzchowne, samym sobie pozostawione leczą się przez doraźne sklejenie; wszystkie zaś inne, dopiero za pośrednictwem ropienia, co powoduje trwałe powiększenie się szpary sromnej. Usposabia to już samo przez się do opadania pochwy i macicy; prócz tego jednak ściągająca się stopniowo blizna łatwo pociąga bezpośrednio tylną ścianę pochwy na zewnątrz.

Pęknięcia środkowe niezbyt rzadko goją się szybko i zupełnie; jeżeli jednak poprzedziło je długotrwałe ugniecenie, to częstokroć brzegi rany martwieją na dość znacznej przestrzeni i ostatecznie pozostaje przetoka pochwo-kroczoowa ¹⁾.

Leczenie. Zapobieganie pęknięciu krocza należy do dziedziny położnictwa; tu ograniczymy się tylko na wzmiance, iż takowe jest nader wielkiej ważności.

Z tego cośmy wyżej powiedzieli, wynika samo przez się, że tylko zupełnie powierzchowne, do samej jedynie skóry ograniczone naddarcia, pozostawiać możemy naturze; w każdym zaś innym razie, rana o ile można najwcześniej złączona być sztucznie powinna. Wprawdzie przytrafiają się wciąż jeszcze przeciwnicy wczesnego operowania, którzy chcą popierać swe zdanie skutkami takiego operowania, przeszkodami jakie napotyka pomyślny skutek operacji w odchodach połogowych i t. p. Wszelako żaden z ich zarzutów nie znajduje poparcia w praktyce. Leczenie bowiem operacyjne jest wielkiego znaczenia tylko przy pęknięciach bardzo rozległych, i w tych to właśnie razach, obawa groźących, w razie zwłoki, ciężkich następstw, aż nadto na stronę wczesnego operowania szalę przeważa.

Wczesne operowanie udaje się równie dobrze jak i opóźnione; wykonanie jego jest nierównie łatwiejsze; a jeżeli się nie uda, to jedyną

¹⁾ Podobną przetokę kroczową opisał i odrysował nowszemi czasy S i m p s o n. W najbliższym otoczeniu krocze było bardzo ścięnczące, a na błonie śluzowej widać było szereg starych współśrodkowych smug bliznowatych. Za to tylne spoidło było grube i tęgie, a początkowo znacznie ku przodowi wygięte. (*Edinb. med. journ. Nn. 1. July. 1855*).

szkodą będzie to, że przyjdzie go zaniechać. Nakoniec, wszelkie zeszy-cie późno przedsięwzięte, usunie co najwyżej szczelinę z krocza, ale nie będzie w stanie uleczyć wytworzonego już tym czasem opadnięcia lub wypadnięcia macicy i pochwy.

Sztuczne połączenie brzegów rany uskuteczniiano dawniej wy-lączenie za pomocą szwu krwawego ze szpilek krzywych lub owadowych karlsbadzkich. Nowszemi czasy posiłkowano się także w lżejszych wy-padkach drogą niekrwawą, używając opatrunku kleinowego (*Grenser*), i spinek (*Serres-fines*) V i d a l'a. My sami dawniejszemi laty używa-liśmy wyłącznie tych ostatnich, i przekonaliśmy się, że takowe nietylko są bardzo dogodnemi zarówno dla lekarza jak i dla chorych, ale nadto wszędzie pewny obiecuja skutek, gdzie przychodzi łączyć ze sobą po-wierzchnie ran, a nie cienkie ich brzegi. Tylko jeżeli powierzchnie rany nie są z natury dostatecznie gładkie, trzeba je przedtém wyrównać, a spinki, opatrzone szczelnie zamykającemi się ramionami 2—3 linij długości, nakładać w odległości 4 linij jedną od drugiej, bacząc na to, aby jeden brzeg rany nigdzie ponad drugi nie wystawał. Po 3-ch mniej więcej dniach, gdy rana się już skleila, przeryniają one brzegi, a prze-rznięcia w ten sposób powstałe, szybko się goją (*V. H o g e w e g, Verhdl. d. Gesellsch. für Geburtsk zu Berlin. VI. p. 130*). Do łączenia ze sobą ran w błonie śluzowej pochwy i odbytnicy spinki są niewystar-czającemi i koniecznie użyć trzeba szwu krwawego. Jeżeli pęknięcie tak daleko sięga, to i rana, miejscami przynajmniej, jest o tyle głęboka, że spinki nie byłyby w stanie zbliżyć do siebie obu powierzchni rany na całej ich przestrzeni, a tём samém, po zeszyciu poprzednio błony śluzo-wój, i rana krocza nie może być na pewno połączoną bez użycia szwu krwawego. Przytём o to dbać należy, aby nitki przechodziły przez dno rany, ale nie przejmowały równocześnie błony śluzowej.

Zeszycie krocza nawet w kilka dni po porodzie dokonane, może także cel swój osiągnąć, o czém przekonywają spostrzeżenia H o l s t'a. To tём nawet w końcu pierwszego, lub na początku drugiego tygodnia połogu, nie należy wyczekiwać zupełnego zablżnienia, lecz natychmiast próbować połączyć pęknięte krocze. Połączenie to udaje się najpewniej, jeżeli ranę zupełnie szpilką przejmujemy. W tym celu wkłuwamy szpilkę w tём miejscu, gdzie pęknięcie dosięgło ściany odbytnicy; wyprowadzamy ją na granicy między tą ostatnią a bocznym brzegiem rany, ale tylko dlatego, aby ją zaraz przeprowadzić przez górne warstwy ściany odby-tniczój, która tworzy dno rany. Przy drugim kącie rany wyprowadzamy tём szpilkę powtórnie na widok, zanim przekłujemy nią drugi boczny

brzeg rany. Przed ściągnięciem szwów, wyrównać trzeba powierzchnie rany przez ścięcie wystającej ziarniny krzywymi nożyczkami. Krwawienie skutkiem tego powstałe, tamujemy zimną wodą lub lodem, co, łącznie z mocnem ściągnięciem szwów, zapewnia pomyślny skutek operacji.

Operowanie pęknięć zastarzałych bywa częstokroć bardzo trudne, i wymaga znacznej biegłości technicznej. Zanim będziemy tu mogli przystąpić do nałożenia szwu, potrzeba najpierw odświeżyć zabliźnione brzegi rany, oddalając starannie bliznę zarówno z jej boków, jakoteż z dna. W razie silnego napięcia krocza, może wypaść potrzeba zrobienia jeszcze głębokich nacięć bocznych (D i e f f e n b a c h), albo też przecięcia zwieracza odbytu po obu stronach (B a k e r B r o w n), aby przez to zapewnić sobie udanie się operacji. W najgorszych razach, oczekiwać można pomocy jedynie od utworzenia nowego krocza przez przeniesienie (*Transplantatio*).

Ograniczamy się tu tylko na podaniu sposobu postępowania L a n g e n b e c k'a (*Perinaeoplastica Verhaeghego*) według opisu B i e f e l'a. Zadaniem tej operacji jest odświeżanie ziejąco zabliźnionej rany krocza, w którą wciągniętą została błona śluzowa pochwy i odbytnicy, przywrócenie tym częściom przez odpowiednie zszycie dawnych ich stosunków, i wreszcie, odłożenie odłączonych płatów błony śluzowej, na miejsce jakie pierwotkowo zajmowały. Przytém baczyć trzeba na następane okoliczności: 1^o Że oderwany podczas pęknięcia, i następnie wrośnięty w ranę koniec ściany pochwowój, charakteryzuje się jako czerwona, poprzeczna lub też dziobiasta wyniosłość bliznowata, zazwyczaj modzelowatęj twardości, obok otworu stolcowego. 2^o Wargi sromne większe, pociągnięte są w tył, i ograniczają z boków szparę powstałą skutkiem pęknięcia. 3^o Zabliźniona dolna powierzchnia pęknięcia, pociągnięta jest w górę przez mięsień unoszący odbyt, a tém samém wyniesioną jest nad poziom krocza.

Stosownie do rozległości pęknięcia, i operacja bywa też prostszą lub więcej złożoną. Jeżeli odbytnica pozostała nienaruszoną, to rozpoczynamy od oddzielenia płata pochwowego wrośłego w ranę. Dokoła jego brzegów prowadzimy cięcie podkowiaste, wypukłością ku tyłowi skierowane, poczynające się od miejsca, w którym tylne spoidło powinno być znajdować, a następnie oddzielamy go od zrostów po bokach, i od odbytnicy. Z tyłu, za utworzonym w ten sposób płatem, pozostaje teraz rana otwarta aż do otworu stolcowego, z dwiema odpowiadającymi sobie bocznymi powierzchniami, które się teraz łączą ze sobą szwem, nałożonym w linii pośrodkowej od przodu ku tyłowi. Tym sposobem nie-

tylko że łączymy na nowo rozdzielone poprzednio części, ale nadto osiągamy to, że części te zostają ściągnięte do niższego poziomu. W końcu, oddzielny płat pochwy przyszywa się wolnym swym brzegiem dolnym do wolnego przedniego brzegu nowoutworzonego krocza.

Jeżeli odbytnica jest uszkodzona, to rozpoczynamy operację tak samo jak w pierwszym razie, tylko że oddzielony płat pochwowy, musi tu nie tylko utworzyć tylny obwód wejścia pochwy, ale nadto zakryć szczelinę w odbytnicy od tyłu. Przez obciążenie tego płata ku dołowi, górna część takowego utworzy podstawę do połączenia szpary w odbytnicy. W tym celu oswobadzamy brzegi szczeliny odbytniczej przez zrobienie bocznych, półksiężycowych nacięć w przednim obwodzie odbytu, i przez proste oddzielenie, i łączymy je szwami wzdłuż, na nowo utworzonej podstawie, przyczem końce nitek w odbytnicy zawiązywane być winny. Przedni koniec płata pochwowego pozostaje wolnym dla utworzenia tylnego obwodu pochwy. Po nałożeniu właściwego szwu krocza, odtwarza się przedni obwód odbytu przez zeszytanie delikatnymi szwami odbytnicy z tylnym brzegiem nowoutworzonego krocza.

Niejednokrotnie operując sposobem L a n g e n b e c k'a mieliśmy sposobność przekonać się, jak dokładnie złożenie krocza (*Perinaeosynthesis*) się udaje. Jeżeli dla istniejącego równocześnie wypadnięcia, idzie nam o to, aby utworzyć silny pokład, to możemy, poczynając od końca pęknięcia, rozciąć tylną ścianę pochwy ku górze na pewnej przestrzeni, od końca téj szpary poprowadzić cięcia przez boczne ściany pochwy aż do warg sromnych, a następnie przez oddzielenie utworzonych w ten sposób płatów bocznych, nadać połączyć się mającej ranie, większą głębokość. Wtedy spajamy ze sobą brzegi błony śluzowej pochwy, i otrzymujemy przez to spoidło tylne, umieszczone bliżej górnego kąta szpary sromnej, a tém samém zwięźlenie ujścia pochwy.

Przy leczeniu pooperacyjném, prawidłem dawniej było, podtrzymywać przez 8 dni, albo nawet dłużej, zaparcie stolca, aby przez ten czas, blizna nabyła dostatecznej mocy. Lecz skutkiem tego, kał tak zbitym się staje, że przy wydalaniu takowego, łatwo powstają małe nadarcia na przednim obwodzie odbytu. My téż w ciągu ostatnich lat, jak to i L a n g e n b e c k także zaleca, wywoływaliśmy właśnie zaraz od początku rozwolnienie i podtrzymywaliśmy je przez cały pierwszy tydzień. W razie potrzeby, ułatwiamy wydalenie stolca za pomocą ławatyw, albo téż rozgniataaniem i wydobywaniem kału palcami. Przy dawniejszém leczeniu, spostrzegaliśmy nieraz rżnięcia w kiskach, skutkiem nagromadzenia się kału w kieszce biodrowej zagiętej (*flexura iliaca*).

8. Przetoki pęcherzo-sromowe.

Testelin ¹⁾ miał sposobność spostrzegania 14-letniej dziewczyny, która od najpierwszych lat nie była w stanie zatrzymywać moczu, gdyż bezpośrednio z pęcherza prowadził na zewnątrz kanał 6 centymetrów długi, wysłany błoną śluzową, który leżał przed cewką moczową, i otwierał się nieregularnym otworem tuż za lechtaczką, w odległości 3 centim. od ujścia prawidłowo zbudowanej cewki moczowej. Nawet przy dowolnym oddawaniu moczu, większa część takowego odpływała przez przetokę. Testelin sprowadził zarośnięcie kanału, przyżerając go w całej długości potażem gryzącym.

9. Nadczułość sromu.

(*Hyperaesthesia vulvae. Vaginismus*).

Lisfranc: *Clin. chirurg. II. p. 150.* — Meissner: *Frauenz. krankh. I. p. 201.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. II. p. 479.* — C. Mayer: *Verhandl. der Ges. f. Geburtsk. zu Berlin. VI. p. 137.* — Ashwell: *Diseases peculiar etc. D. Ueb. p. 443.* — Scanzoni: *Krankheiten etc. p. 478.* — L. Mayer: *Monatsschr. f. Geburtsk. Juli. 1862.*

Części rodne zewnętrzne, mianowicie też lechtaczka i wargi sromowe, stają się siedliskiem gwałtownego swędzenia, któremu towarzyszy uczucie lubieżności, co zmusza chore, wbrew ich woli, do drapania się, i, zwłaszcza przy znaczniejszym natężeniu choroby, po krótszym lub dłuższym oporze moralnym, popycha je do samogwałtu, gdy tymczasem chęć do spółkowania słabnie, a nawet we wstręt nieprzewyciężony się przeradza. Swędzenie trwa już to nieustannie, ze zwolnieniami i nasileniami naprzemian, już znowu występuje z charakterem mniej lub więcej wyraźnie przepuszczającym, i z rozmaitem natężeniem trwać może

¹⁾ Gaz. d. Paris. Nr. 46. 1861.

tygodniami, miesiącami i latami. Pojawia się ono, albo téż wzmaga, szczególniej po rozgrzaniu się w pościeli, lecz także i po za obrębem łóżka, przy podniesionej ciepłocie, po użyciu drażniących potraw i napojów, po podnieceniu zmysłowém, silniejszych ruchach; rozszerza się téż wtedy na znacznieszą przestrzeń, zwłaszcza ku odbytowi i wzgórkowi łonowemu. Niekiedy, w ślad za uczuciem swędzenia, zjawia się wysypka grudkowata, prawdziwa świerzbiączka (*Prurigo*). Grudki do krwi zdrapane przez chore, pokrywają się ciemnymi strupkami. Bardzo często, dopiero w skutek samego drapania, zjawiają się grudki, pryszcze, obnażenia i t. p. Z czasem chore szukać zaczynają zupełnej samotności, aby się mogły bez przeszkody oddawać niepowściągniętemu popędowi do drapania i samogwałtu. W tym razie nie obywa się nigdy bez znacznego przygnębienia psychicznego, które dojść może do prawdziwego umysłowego cierpienia (melancholii), co w połączeniu z ciągłą bezsennością, podkopuje z gruntu odżywianie chorych.

Swędzenie bywa bardzo często tylko objawem innéj choroby; pojawia się zwłaszcza przy silniejszych zawałach, zapaleniach, śluzotokach macicy i pochwy (w tym razie częstokroć w połączeniu z wspomnianém już, przy opisie przewlekłego nieżyty macicy, wytwarzaniem się grzybków i pleśni), dalej, przy istnieniu obnażeń, wysypek, tudzież wszy na częściach rodnych zewnętrznych; niekiedy także w pierwszych okresach raka macicy, oraz przy chorobach pęcherza i nerek (podobnie jak swędzenie żołądki przac przy kamieniach pęcherzowych u mężczyzn). Niekiedy jednak niepodobna wykryć żadnej zmiany anatomicznej, któraby za moment przyczynowy przyjąć można było, i wtedy uznać trzeba swędzenie za chorobę samoistną. Ostatnia ta, samoistna forma, rzadziej zdarza się w pierwszych czasach pokwitania—tu zazwyczaj w skutek samogwałtu; najczęściej dopiero w latach późniejszych, zwłaszcza przekwitowych, u osób otyłych, pełnokrwistych, cierpiących na krwawnice, a z drugiej znowu strony, u osób nerwowych, macienniczych. Czasem wywołuje tę chorobę lub wzmaga ją, pojawienie się odpływu miesięcznego; to znowu bywa ona wyłącznie związana z peryodami miesięczkowemi. Niekiedy powstaje w późniejszych miesiącach ciąży, i trwa aż do samego rozwiązania. A s h w e l l i inni, widzieli ją kilkakrotnie rozwijającą się dopiero przy porodzie, i trwającą dalej po ukończeniu tegoż.

Przy leczeniu swędzenia objawowego, najgłówniejszém zadaniem jest uczynienie zadość wskazaniu przyczynowemu; forma zaś samoistna bywa niekiedy łatwo uleczalną, czasami jednak bardzo trudno, tak dalece, że w niektórych wypadkach opiera się przez szereg lat wszelkim

pokuszeniom leczniczym. Jeżeli mamy przytém do czynienia z ogólnemi zaburzeniami ustrojowemi, to leczenie przeciwko nim skierowane, częstokroć istotnie pomaga powrotowi do zdrowia. Ze środków miejscowych, z większym pożytkiem używanemi były: wcierania ciepłych olejów, mazieli z olejku migdałowego i roztworu potażu, albo téż z chloroformu, wcierania maści z balsamu peruwiańskiego, smoły, kreozotu, jodu (podług *Aschwell'a*, jodu 3β na $\frac{1}{2}$ j tłuścuzu), wilczj jagody, makowca; okłady z roztworów soli kuchennj, ołowiu, cynku, potażu, ałunu, smoły, kreozotu, wody chlorowj, boraksu, morfiny, wilczj jagody, kwasu pruskiego, sublimatu, kamienia piekielnego; nastrzykiwania tych płynów do pochwy; zimne, ciepłe i gorące kąpiele nasiadowe z dodatkiem środków odurzających lub potażu; wreszcie, w zrozpaczonych wypadkach, przyżeranie saletrzanem srebra lub rozczyneem potażu gryzącego i odjęcie lechtaczki.

My widzieliśmy dotychczas najlepszy skutek z użycia kąpeli nasiadowych z dodatkiem potażu lub sublimatu, oraz z zastosowania ałunu, słusznie zalecanego przez *Scanzonego*. Ostatni ten środek, już dla samej łatwości w zastosowaniu go, najpierw próbowanym być winien. Niekiedy wystarcza kilka razy w ciągu doby powtórzone przestrzyknięcie pochwy nasyonym zimnym roztworem ałunu w wodzie (1 cz. na 18) do usunięcia choroby raz na zawsze, albo chociaż na czas dłuższy; przynajmniej w ten sposób, starają się cierpiące zapewnić sobie spoczynek nocny. W cięższych wypadkach, brać trzeba do przestrzykiwania nietylko silniejsze roztwory (1 cz. na 12 albo na 8 cz.), ale nawet wprowadzać do pochwy za pomocą tamponu z waty ałun sproszkowany, pomieszany z równą ilością cukru, i pozostawiać go tam przez 6—12 godzin. Postępowanie to powtarzamy, jak tylko następujące po niém silne ściągnięcie się pochwy zacznie ustępować, t. j. po dwóch dniach, a w razie potrzeby codziennie.

Kąpiele nasiadowe alkaliczne, nie powinny być także za słabe. My zaczynaliśmy zwykle od dodatku $\frac{1}{4}$ $\mathcal{H}$ potażu, lecz dochodziliśmy do $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ a nawet 1 $\mathcal{H}$. Kąpiele te silnie drażnią srom; mimo to w zrozpaczonych na pozór wypadkach, jeżeli były brane codziennie, rano i wieczorem przez 2 — 3 tygodni, sprowadzały uleczenie. Korzystamy z nich nierównie częściej, aniżeli z zalecanych przez *v. Bärensprung'a* kąpeli nasiadowych z dodatkiem $\frac{1}{2}$ —2 uncyj sublimatu.

Jeżeli na błonie słurowej potworzyły się kępki pleśniowe utworzone z grzybków podobnych do włosów, to najlepiej zrobimy, jeżeli nie będziemy stosowali wymienionych dopiero co środków wyż podanym spo-

sobem, lecz odszukamy bezpośrednio każdą kępkę na sromie i w pochwie, i pędzlować ją będziemy codziennie, w ciągu 1—2 tygodni, roztworem sublimatu lub siarczanu miedzi. Tym sposobem udaje się chorobę usunąć.

W tych wypadkach, w których rozwinął się już nieprzewyciężony popęd do samogwałtu i zaburzenia umysłowe, odjęcie lechtaczki miało niekiedy osiągać cel zamierzony. Cooper z San Francisco ¹⁾ i G. Braun ²⁾ podali dwa spostrzeżenia tego rodzaju. Chore Braun'a od początku dojrzewania, oddawały się samogwałtowi, a jedna z nich cierpiała pod koniec na napady kurczów, które się rozszerzały na muskulaturę oczu, ust i pośladków. Lechtaczka i wargi mniejsze były powiększone, a przy dotykaniu ujścia pochwy, występowały natychmiast gwałtowne kurcze zwieracza tejże, wśród oznak silnego pobudzenia płciowego. Gdy przyżeranie przerośniętych części pozostawało bez skutku, Braun odjął je za pomocą pętli galwanokaustycznej. Po operacyi, pobudzenia i napady kurczów ustąpiły. Inni lekarze przeciwnie, nie osiągaliby tak pomyślnych skutków. Dziewczyna 27-letnia operowana przez Richet'a ³⁾, miewała potem częste „pobudzenia pochwy.” My odjęliśmy dwa razy lechtaczkę z wargami mniejszemi, z powodu samogwałtu, który doprowadził do melancholii i t. d. Jedna z operowanych postawioną została tym sposobem w możności chodzenia, czego poprzednio, z powodu połączonego z tém drażnienia części płciowych, czynić długo nie mogła, i po kilkakrotnych próbach przekonała się, że „prawdziwie, niepodobnaby zrobić więcej.”

10. Ból okolicy ogonowej, (Coccygodynia).

Simpson: *Medic. tim. and. gaz. July. 2. 1859.*—Scanzoni: *Würzburg. Med. Zeitschr. II. p. 4.* — Hörschelmann: *Fetersb. med. Zeitschrift. Heft 16. 1862.*

Opisując najważniejsze objawy, jakie się dają spostrzegać przy różnorodnych chorobach przyrzędu płciowego kobiet, często nadmieniali-

¹⁾ San Francisco Med. Press. Januar. 1862.

²⁾ Wien. med. Wochenschr. Nr. 73—74, 1865 i Nr. 21—22, 1866.

³⁾ Wien. med. Wochenschr. p. 187. 1864.

śmy o bólu w okolicy kości ogonowej. Simpson'owi należy się zasługa, że w swych odczytach klinicznych do druku przeznaczonych, zwrócił powszechną uwagę na to cierpienie i wykazał potrzebę oddzielnego opisu takowego.

Ból pojawia się osobliwie przy siadaniu i wstawaniu, niekiedy także przy dłuższem siedzeniu, a zatém, przy użyciu mięśni pośladkowych wielkich i mięśnia ogonowego. Wiele z pomiędzy chorych, może siedzieć tylko na jednym guzie kulszowym, albo téż tylko jednym pośladkiem na brzegu krzesła; niektórym, krok każdy ból sprawia; innym—oddawanie stolca lub inna czynność m. zwieracza odbytu, m. unoszącego odbyt lub m. m. krzyżo-ogonowych. Niekiedy ból zajmuje całą kość ogonową, w innych razach ogranicza się tylko do miejsc pojedynczych, tak, że wtedy tylko działanie niektórych, tu się przyczepiających, lub pośrednio na to miejsce działających mięśni, staje się bólu powodem. Ze wszystkiego więc sądząc, zdaje się, że cierpienie to polega na zmianach chorobowych albo w stawie, albo w okostnej kości ogonowej.

Ból ogonowy nie jest wyłącznie kobietom właściwy; jednak szczególnie często u nich się wydarza. Napotykamy go u osób które nigdy nie rodziły; nawet u 4 — 5-letnich dzieci; wszakże nietylko że zdarza się on bez porównania częściej u kobiet, które już przebywały porody, ale nadto u tych ostatnich pozwala się zazwyczaj z wszelką pewnością odnieść do ostatnio przebitego porodu. To téż Scanzoni ma niewątpliwie słusność, że punktu wyjścia większej części wypadków tego rodzaju szuka w traumatyzmie. Wstrząśnienia mechaniczne kości ogonowej i nerwów ogonowych, zdarzają się jednak nie wyłącznie tylko przy porodzie, lecz i w innych okolicznościach. Niekiedy bywa téż ból ogonowy reumatycznego pochodzenia; oczywiście skutkiem zaziębnienia powstały. Częsta łączność tego cierpienia z jawnymi chorobami macicy i t. p., polega w części na wspólnym początku, mianowicie na porożu. Gdzie takowego nie było, tam częstokroć wykazać można znaczne przekrwienie organów miedniczych, i takowém objaw bólu ogonowego objaśnić.

Przy leczeniu, zasługuje najpierw na uwzględnienie moment przyczynowy. Jeżeli cierpienie poprzedził traumatyzm, jeżeli trwa ono od niedawna, a miejsce bolące jest jeszcze wyraźnie dotkliwe na ucisk, to najprędzej przyniesie nam pożytek bezwzględny spokój, miejscowy upust krwi za pomocą pijawek, ułatwienie wypróżnień za pośrednictwem łagodnych środków rozwalniających lub ławatyw, a później, popędzłowanie okolicy kości ogonowej naciąganiem jodowym; chociaż nie zawsze zapewne

uleczy to zupełnie chorobę. Ból ogonowy reumatyczny wymaga użycia środków napotnych, winnego naciągu nasion zimowitowych, kąpieli parowych i t. p. Jeżeli, jak to zwykle bywa w wypadkach, które się dostają w ręce ginekologów, istnieje dość znaczne cierpienie macicy lub jej części dodatkowych, to z usunięciem takowego, ustępuje niekiedy i ból w okolicy ogonowej, a przynajmniej natężenie jego słabnie. Dzieje się to tam szczególnie, gdzie istnieje przekrwienie organów miedniczych, gdy się takowe zmniejszy w skutek leczenia. W razie istnienia zwyczajowych (habitualnych) przekrwień żylnych, przynoszą przemijającą ulgę dobrowolne krwotoki z odbytnicy, jako też upusty krwi z okolicy odbytovej, lub wreszcie zimne ławatywy i kąpiele nasiadowe.

Gdzie wymienionych dopiero podstaw do działania leczniczego brakuje, tam próbować trzeba postępowania używanego przeciw nerwobólom. S c a n z o n i kilkakrotnie uleczył chore nastrzykiwaniem pod skórę morfiny. H ö r s c h e l m a n n'o w i udało się uleczyć dwoje dzieci naciągiem tojadowym (*Tinct. Aconiti*; co 2 godziny po 3 krople dniem i nocą). My osiągalismy dotychczas przez miejscowe zastosowanie środków odurzających, co najwyżej — polepszenie, i to stosunkowo często polepszenie nie długo trwałe. S c a n z o n i także i S i m p s o n przyznają, że cierpienie to jest nader uporczywe. To też ten ostatni szukał środka doszczętnie leczącego — w pomocy operacyjnej, i o ile zapewnia, znalazł go. Podaje on, że zupełne oddzielenie podskórne przyczepiających się do kości ogonowej mięśni i pasm włóknistych, prawie w każdym wypadku leczyć ma chorobę zupełnie i trwałe. W pojedynczych wypadkach, udaje się nawet przeciąć mięsień pośladkowy przy jego początku, po jednej albo po obu stronach, albo też przyczep mięśnia zwieracza i unoszącego odbyt. Raz tylko lub dwa razy, prosta ta, i mało bolesna operacja, pozostała bez skutku. W jednym wypadku istniała zupełna sztywność (*anchylosis*) pojedynczych kręgów ogonowych. S i m p s o n odkrył tu kość ogonową cięciem 2" długiem, oddzielił ją od części miękkich, i wyłuszczył między 2-gim a 3-cim kręgiem. O ostatecznym skutku tej operacji, nie mamy wiadomości.

D O D A T E K.

11. Choroby cewki moczowej żeńskiej.

Okoliczność, że cewka moczowa kobiet otwiera się do zatoki moczopłciowej, jest powodem, że sprawy patologiczne bardzo łatwo z pochwy i sromu na nią się przenoszą, i że wady pierwszych, pociągają niekiedy za sobą wadliwość tej ostatniej. Dalej, zdarzają się narośle, jak np.: żylaki, które przejmują w całej grubości przegrodę cewko-pochwową albo też ściany ujścia cewki, a tém samém z równą słusnością zaliczone być mogą do nieprawidłowości pochwy i sromu, jak i do zmian chorobowych cewki moczowej. Inne znowu — *carunculi* — chociaż przeważnie znajdują się na błonie śluzowej samej cewki moczowej, jednak mieszczą się także dokoła ujścia cewki, na sromie, a nierzadko, w obu tych miejscach równocześnie. Te to właśnie fakta, jak niemniej i ta okoliczność, że ujście cewki moczowej wpada w oczy przy każdym ścisłszym badaniu części płciowych, usprawiedliwiają interessowanie się gynecologów ważniejszymi chorobami cewki moczowej kobiet.

Zamieszczając opis tych chorób w tém miejscu, z powodów wyżej podanych, nie myślimy bynajmniej tej części patologii wyczerpująco traktować, lecz ograniczymy się tylko do rzeczy najpotrzebniejszych.

a) Wady rozwojowe cewki moczowej.

H e p p n e r: *Ueber Hypospadię beim Weibe Monatsschr. f. Geburtst. December 1865.*

W a d l i w o ś ć r o z w o j u, lub też b r a k c e w k i m o c z o w é j bardzo rzadko się zdarza obok prawidłowo wykształconych organów płciowych; zazwyczaj spostrzegano go tylko obok dwupłciowej postaci sromu, zwężenia lub zarosnięcia pochwy, albo też obok dalej jeszcze posuniętych wad rozwojowych. Także i pojedynczą *Hypospadiasis* odnosić trzeba do wadliwego rozwoju pochwy. Przed 6-tym miesiącem życia płodowego pęcherz moczowy otwiera się bardzo wielkim,

w porównaniu z pochwą, otworem do zatoki moczopłciowej. Zwolna stosunek ten się zmienia. Otwór pęcherza, w miarę tworzenia się wraz ze wzrostem pochwy, przegrody cewko-pochwowej i odsuwania ujścia cewki razem z zatoką moczopłciową pod łuk łonowy, zamienia się w kanał — cewkę moczową. Jeżeli pochwa nie rozwinię się dostatecznie, to zatoka moczopłciowa nie spłaszcza się dla utworzenia przysionka, a także i rozwój cewki moczowej zostaje mniej lub więcej powstrzymanym. Najniższym stopniem tego niedokształcenia jest wysoko umieszczone ujście cewki moczowej. Między lechtaczką a kroczem, zamiast dwóch, znajduje się jeden tylko otwór, prowadzący do kanału, który w górnym swym końcu, rozdziela się na dwa przewody: cewkę moczową i pochwę. Wypadku tego rodzaju, bez wszelkich innych powikłań, u dorosłej kobiety H e p p n e r napróżno szukał w literaturze. E n g e l spostrzegł wadę tego rodzaju u 4-tygodniowego dziecka, o czém podał do wiadomości publicznej. Przy równoczesnej wadzie rozwoju części płciowych, osobnik liczy się do hermafrodytów żeńskich ¹⁾.

W wyższych stopniach niedokształcenia, dostrzedz można rozszczepienie cewki moczowej albo też jej brak.

Przy prawdziwej H y p o s p d i a s i s znajdują się w przysionku ślady przedniej i bocznych ścian, a pęcherz łączy się z pochwą za pośrednictwem szczeliny leżącej tuż poza łukiem łonowym. Tę formę widział H e p p n e r u 22-letniej kobiety, z normalnie zresztą ukształconymi częściami płciowymi, która od dzieciństwa cierpiała na mimowolne odpływanie moczu, a przed 9 miesiącami przeżyła poród. Wyciekanie moczu przychodziło w pewnych odstępach czasu, które przy spokojnym

¹⁾ W i l l i g k przy sekcji zwłok pewnej 46-letniej kobiety, natknął lechtaczkę $2\frac{1}{4}$ " długą, i kanał moczopłciowy, grubości cewnika, długości $1\frac{1}{2}$ ", który dzielił się na dwa przewody: przedni—cewkę moczową 1" długą, i tylny—pochwę. Ta ostatnia poczyniała się otworem mającym 4" średnicy; w środku znacznie się rozszerzała, a ku górze zwężała się znowu; była ona prawie 3" długa, i posiadała zaledwie słabo wyrażony układ marszczek. Macica, jajowody i jajniki, były prawidłowe (V a r g e's: *Zeitschr.* XIV. 1860, p. 160). W innych razach lechtaczka bywa rozwinięta nakształt prącia, a pochwa mocno zwężona; albo też pochwa bywa zupełnie zarośnięta, a wtedy zazwyczaj i reszta wewnętrznych organów płciowych nie bywa należycie ukształcona.

siedzeniu lub leżeniu, z przywiedzionemi do siebie udami, wynosiły 3—5 godzin. W 3-cim roku życia chora poddaną była operacyi kamienia, która zapewne polegała tylko na wydobyciu złoгу moczowego przez wrodzoną szczelinę w pęcherzu. Przy badaniu wpadał w oczy płytki dołek, na środkowej linii przysionka się znajdujący, którego tylna część okazywała już wyraźne cechy błony śluzowej pęcherza, a który przedstawiał górną ścianę cewki moczowej. Rąbek błony śluzowej w przysionku i dwa rąbki podłużne biegnące ku pochwie, tworzyły zaczątkowe brzegi niestosunkowo długiej szczeliny pęcherzo-pochwowej. Półksiężycowaty otwór w przegrodzie pęcherzo-pochwowej, położony w odległości 2 centymetrów po za przednim brzegiem wejścia do pochwy, a 4 centym. po za brodawkowatym wyrostkiem w przysionku, odpowiadał ujściu pęcherzowemu cewki moczowej. H. ograniczył się na zaleceniu choréj, aby na noc zakładała sobie bandaż złożony z obręczy brzusznej, sprężyny i peloty, która wprowadzona do pochwy przyciskałaby tylny brzeg szczeliny do łuku łonowego.

Jeżeli niema ani śladu zaczątku cewki moczowej, to szczelina w pochwie leżeć może już to głębiej, w pobliżu spojenia łonowego, już w większej odległości od ujścia pochwy. P e t i t widział tego rodzaju brak cewki moczowej bez wady rozwojowej organów płciowych, u dorosłej dziewczyny. Zwykle jednak nie brak znacznych nieprawidłowości, przeszkadzających spółkowaniu i t. p.

b) Rozszerzenie, wypadnięcie, niezbyt cewki moczowej.

Wspominaliśmy już poprzednio, że brak macicy i pochwy może się przyczynić do powstania r o z s z e r z e n i a c e w k i m o c z o w é j, gdyż przy spółkowaniu prącie z łatwością kieruje się ku otworowi cewki. W pewnych razach dzieje się to nawet przy zupełnie prawidłowém wykształceniu kanału rod nego. Ale oprócz tego zdarza się inny jeszcze rodzaj rozszerzenia, w o r k o w a t é j postaci, które dotyka część cewki leżącą powyżej ujścia. Przyczyną takowego bywa pospolicie zwężenie otworu cewki przez guzowatość powstałą z żylakowatego rozdęcia żył w tém miejscu przebiegających. Niekiedy jednak, częściowe rozszerzenie powstać może i pod wpływem innych okoliczności.

U r e t h r o c e l e tego rodzaju spostrzegał F o u c h e r ¹⁾. — Dwudziestosiedmio-letnia kobieta cierpiała od 4 lat ból przy oddawaniu

¹⁾ Monit. des hôpit. Nr. 95. 1857.

moczu, a badanie wykryło obecność guzika leżącego przy przedniej ścianie pochwy, w odległości 3—4 milim. ponad ujściem cewki moczowej; guzika, który za naciśnięciem zmniejszał się, a wraz z tém mocz z cewki odpływał. Cewnik wprowadzony do cewki moczowej wdrażał zrazu do próżnej jamki, a dopiero dalej przez szyję pęcherzową do samego pęcherza. F o u c h e r uleczył tę nieprawidłowość sposobem podobnym do tego, jakim J o b e r t posługiwał się przy C y s t o c e l e. Naciął on ścianę pochwy wzdłuż całej długości guza, oddzielił ją w obie strony na przestrzeni 1 ctm., odciął część oddzieloną, i ranę zaszył. Po zabliźnieniu uprzednie dolegliwości chorób już nie powróciły.

Rozszerzenie cewki moczowej pociąga niekiedy za sobą inną nieprawidłowość, mianowicie w y p a d n i ę c i e części jej ściany, a nawet zupełnie pierścieniowate wynicowanie takowej, co staje się powodem dokuczliwych cierpień przy oddawaniu moczu. Część wypadnięta przedstawia się w stanie przewlekłego nieżyty; jest zatem mniej lub więcej zaczerwieniona, aksamitowata, za dotknięciem łatwo krwawiąca, i podobna do narośli grzybiastej. Można jednak uniknąć błędu w rozpoznaniu, próbując, czy guz da się zgłębnikiem sfałdować, i czy pozwoli się odprowadzić. S e g u i n ¹⁾ uleczył tego rodzaju wypadek tym sposobem, że wprowadziwszy cewnik, podwiązał na nim część wypadniętą, i doprowadził ją do zgorzeli. M a l l e z ' o w i ²⁾ udało się przez samo kilkakrotne przyżeranie saletrzanem srebra usunąć nieznaczne wypadnięcie cewki. S e r n i n ³⁾ uleczył kilka cali długie wynicowanie, przez odcięcie wynicowanego kawałka.

O s t r y i p r z e w l e k ł y n i e ż y t cewki moczowej powstaje albo skutkiem przeniesienia się na tę ostatnią pierwotnego cierpienia ze sromu, albo przez współudział cewki w sprawach chorobowych pęcherza moczowego. W pierwszym razie nieżyt przewlekły cewki moczowej bywa częstokroć nierównie uporczywszy, aniżeli sprawa tegoż rodzaju na sromie i w pochwie, i trwa niekiedy nawet po usunięciu tej ostatniej z jednakowem natężeniem; błona bowiem śluzowa cewki zawiera w sobie 25—30 podobnych torebek co i przysionek, od 5—6 milim. głębokich. To też nieżyt taki nie tylko, że wymaga oddzielnego leczenia, ale jeszcze samo przyżeranie błony śluzowej sztyftem saletrzanu srebra bywa nie wystarczającym, gdyż środek żrący tym sposobem zastosowany

¹⁾ Biblioth. médic. L. 68, p. 86.

²⁾ Gaz. d. hôpit. Nr. 87. 1860.

³⁾ Recueil périod. de la société de Méd. de Paris. I. 17. p. 304.

nie może przeniknąć do wnętrza torebek. Aby tego dokonać, potrzeba albo nastrzykiwać do cewki stężone roztwory kamienia piekielnego, albo też wprowadzać doń środki ściągające, używane przy nieżycie macicy, w postaci świeczek topniejących w zwyczajnej ciepłocie ciała. Szczególniej skuteczną jest mieszanina garbnika z masłem kakaowém.

c) Narośle grzybiaste.

(*Carunculi*).

Clarke. *Observat. on diseases of femal. A. d. E. v. Heinecken. I. p. 184.*—Boivin et Dugès: *Malad. de l'utérus etc. II. p. 644.*—Meissner: *Frauenz. Krankh. I. p. 195.*—F. Lee: *Geschwülste der Gebärm. p. 279.*—Kiwisch: *Klin. Vortr. II.*—Denucé. *Journ. de médéc. de Bordeaux. Nr. 1857.*—Benoit: *Montpellier méd. Juin. 1863.*—M'Clinck: *Diseas. of women. p. 232.*

Narośle tu się odnoszące opisane były po raz pierwszy przez Clark'e'go pod nazwą: „*Vascular tumours of the urethra.*” Przytrafiają się one najczęściej przy dolnym brzegu ujścia cewki moczowej, i w najbliższém sąsiedztwie tegoż ujścia, rzadziej wewnątrz cewki saméj; niekiedy jednak także na wargach mniejszych lub łechtaczce, i tém się głównie różnią od właściwych polipów, że osadzone są na szerokiej podstawie a nie na cienkiej szypułce. Powstają one skutkiem ograniczonego przerostu błony śluzowej, dotykającego przeważnie brodawki, a tém samém składają się z tkanki łącznej i wielokrotnie rozgałęzionych pętliczek naczyniowych. Rozwijają się szczególnie u kobiet cierpiących na obfitsze śluzotoki, a tém samém, jakkolwiek nie wyłącznie, po zapaleniach zaraźliwych i chorobie przyniotowej. Napotymano je nawet przed dojściem do dojrzałości płciowej. Tak np.: Denucé spostrzegł 4 wypadki u młodych dziewcząt od 7 do 13 lat, u których choroba już długi czas istnieć musiała.

Narośle te dosięgają pospolicie tylko objętości grochu, lub, co najwyżej, wiśni; w wyjątkowych wszakże razach, bywają znacznie większe. Zewnętrzna ich powierzchnia, bywa zazwyczaj żywo czerwona, rzadziej więcej sina, podobna do guzów powstałych skutkiem rozszerzenia żył; wszakże barwa ich może się zmieniać nawet w jednym i tym samym wypadku. Narośle te są miękkie, nadzwyczaj czułe, i łatwo krwawiące. Jeżeli się mieszczą we wnętrzu cewki, to bywają zwykle osadzone w pobliżu dolnego jej końca; w tym razie, przy oddawaniu moczu, prąd tako-

wego, popycha je ku ujściu cewki, a one ze swęj strony, nadają strumieniowi moczu odmienny kierunek, albo téż rozdzielają go, jeżeli takowy, co wyjątkowo chyba daje się dostrzedz, nie przedstawia na swęj powierzchni rozszczepienia lub rynny. Wszystkie te narośle podtrzymują nieustanne drażnienie cewki moczowęj, a tém samém dają téż i pośrednio powód do dolegliwości przy oddawaniu moczu, i to nie przez samo tylko mechaniczne zwężenie światła lub ujścia cewki. Guziki siedzące w samęj cewce, skutkiem swęj wielkięj dotkliwości, nadzwyczaj chorym dokuczają, i mogą powodować czasowo zupełne wstrzymanie moczu, lub przeciwnie, niemożność jego zatrzymywania. Zwyczajnemi tedy objawami są: parcie na mocz i nieustanna chęć oddawania takowego; bóle piekące w cewce moczowęj, które występują także przy kasłaniu, nadymaniu się, krzyczeniu, chodzeniu i spółkowaniu, niekiedy wzmagają się do niezniesienia, i mogą wywołać napady drgawek; wreszcie uczucie targania w pachwinach. W początkach rozwoju narośli, chore cierpią tylko powiększone parcie na mocz, i czują nieznaczne palenie, a tém samém nie udają się jeszcze do lekarzy. W wypadkach zadawnionych, a zwłaszcza tam, gdzie częste krwotoki miewały miejsce, stan ogólny bywa także znacznie podkopany.

Przy leczeniu tych narośli trzeba mieć na względzie, że po usunięciu mają one wielką skłonność do odtwarzania się. Umieszczone zewnątrz, przy ujściu cewki, dają się z łatwością pozcinać nożyczkami; jeżeli osadzone są w dolnéj części przewodu, zalecić trzeba chorym, aby je wyparły na zewnątrz, lub téż wyciągnąć je z ujścia kleszczykami albo haczykiem. Aby się jednak zabezpieczyć od ponowy, należy potem przyżedz silnie powierzchnię rany, pociągając ją kwasem saletrzanym lub roztworem saletrzanu rtęci, albo téż przypiekając małém żegadełkiem lub rozżarzoną szpilką. Postępowanie to, osiąga równie pewny skutek, jak i przeważnie dawniěj stosowane, lecz i dotąd niezupełnie jeszcze zarzucone podwiązanie.

ROZDZIAŁ VIII.

CHOROBY SUTEK.

1. Wady rozwojowe.

R. F. Flechsig. *Diss. de polymastia, seu de foeminis multimammüs. 1839.*—Schloezer: *Diss. üb. d. angeboren. Missbild. d. weibl. Genitalien. Erlangen 1842.*—Meissner: *Frauenkrankh. II. p. 402.*—J. Birkett: *The diseases of the breast and their treatment. London. 1850. p. 20.*—H. Meckel v. Hemsbach: *Illustr. med. Zeit. I. 3.*—Scanzoni: *Köwisch's Klin. Vortr. III. p. 46.*—Ch. Hare: *Lancet. Octob. 27. 1860.*—Chatard: *Journ. de méd. de Bordeaux. Sept. 1861.*—Harris: *Amer. journ. of dental scienc. X.*—Förster: *Missbild. p. 48.*—Klob: *Path. Anat. p. 482.*

Brak obu gruczołów sutkowych spostrzegano tylko u potworów niezdolnych do życia, obok wadliwego rozwoju klatki piersiowej; zaś zaczątkowy stan obu tych gruczołów, tylko obok braku lub zaczątkowego stanu macicy albo jajników.

Brak jednej sutki zdarza się zarówno obok niedokształcenia piersi t. j. przy braku mięśni piersiowych i przedniej połowy 3-go i 4-go żebra, przyczém jama piersiowa tylko za pośrednictwem skóry jest zamknięta, co spostrzegali Froriep i Ried, jakoteż obok równoczesnego braku jajnika odpowiedniej strony (2 wypadki Scanzoni'ego). Spostrzeżenia Louzier'a i Geoffroy St. Hilaire'a dowodzą, że wadę tę, córki dziedziczyć mogą po matkach.

Niekiedy brakuje tylko brodawek piersiowych (P a u l i n u s, L e n t i l i u s, L e d e l), a B l a s i u s widział zbitą brodawkę, bez przewodów wyprowadzających.

Bardzo częstą wadą rozwojową jest m a ł o ś ć s u t e k u kobiet dojrzałych. Zdarza się to przy niedostatecznym rozwinięciu całego ustroju albo typu płciowego, u dziewcząt dotkniętych błędnicą, gruźlicą, przymiotem, ale też bardzo często i u zupełnie zdrowych osób, i nierzadko bywa wadą dziedziczną. Niedostateczne rozwinięcie się b r o d a w e k p i e r s i o w y c h, zdarza się bardzo często nawet przy prawidłowym rozwoju gruczołu, zwłaszcza też skutkiem mechanicznego uciskania ciasnemi i złemi gorsetami, siedzącego sposobu życia (dlatego tak często u szwaczek). Brodawki maleją przytém, i zagłębiają się w pierś, aż wreszcie całkiem znikają i często w żaden już sposób wyciągnąć ich niepodobna. Niedostateczny rozwój gruczołów piersiowych bywa naturalnie powodem braku pokarmu w pòłogu. Jeżeli brodawki są małe i zagłębione, to ssanie albo bywa zupełnie niemożliwe, albo tak dalece utrudnione, że dziecko zazwyczaj ssąc kaleczy brodawki.

Nierównie częściej aniżeli brak zupełny, zdarza się n a d l i c z b o w a i ł o ś ć gruczołów (*Polymastia*, *Pleiomasia*), albo brodawek piersiowych (*Polythelia*). Zwykle istnieje jeden tylko gruczoł nadliczbowy, umieszczony najczęściej poniżej jednego z prawidłowych, po nad dołkiem sercowym, albo też pod pachą; rzadziej w inném miejscu, w okolicy pachwinowej, na zewnętrznej stronie uda lub też na grzbiecie. W razie istnienia 4-ch gruczołów, nadliczbowe leżą zwykle pod pachami, po jednym z każdej strony; jeżeli ich jest 5, to 2 leżą w dołach pachowych, 2 w zwyczajném miejscu, a jeden powyżej pępka (G o r r é).

Gruczoły nadliczbowe nigdy nie dochodzą objętości prawidłowych. Niekiedy wielkość ich wynosi $\frac{1}{4}$ część wielkości tych ostatnich, zazwyczaj jednak nie dochodzi nawet objętości orzecha włoskiego. Z tąd też aż do nadejścia pòłogu, uważane bywają za brodawki. Nawet podczas karmienia, zazwyczaj mało wydzielają mleka. F ö r s t e r spostrzegał rozwijanie się raka w gruczole nadliczbowym leżącym w dole pachowym, gdy tymczasem sutki normalnie pozostały zdrowemi.

Nadmierna ilość sutek zdarza się też i u męczyzn. Jedna lub dwie sutki nadliczbowe, mieszczą się albo poniżej normalnych albo na ramionach.

N a d m i a r b r o d a w e k s u t k o w y c h bywa najczęściej tylko jednostronny, i to zwykle po stronie lewej.

Zazwyczaj istnieją tylko 2 brodawki na każdej sutce; wszakże G. H o n n ä u s widział aż 5 po jednej stronie. Nadliczbowe brodawki przedziurawione są przewodami wyprowadzającymi, i albo wcale nie posiadają obwódki, albo też mają ją wspólną z brodawką prawidłową.

2. Zanik gruczołu sutkowego.

Oprócz zaniku sutek towarzyszącego ogólnemu niknieniu w starości, zdarza się on także, osobiwie po często powtarzaném i zbyt długo przeciąganém karmieniu, ale niekiedy powstaje przy istnieniu guzów w macicy i jajnikach.

3. Przerost gruczołu sutkowego.

A. C o o p e r: *Illustrations of the diseases of the breast*. London. 1829. A. d. E. W e i m a r. 1836. p. 29. — F i n g e r h u t. *Hamburg. Zeitschr. f. d. gesammte Medicin*. III. 2. — N é l a t o n: *Thèse sur cette question: Des tumeurs de la mammelle*. Paris. 1839. — B é r a r d: *Diagnostic différentiel des tumeurs du sein*. Paris. 1845. p. 15. — M e i s s n e r: *Frauenkrankheiten*. II. p. 464. — B i r k e t t: *Diseases etc.* p. 111. — S c a n z o n i: *Kiwisch's Klin. Vortr.* p. 61. — V e l p e a u: *Traité des maladies du sein*. Paris. 1854. p. 231. — V i r c h o w: *Die krankh. Geschwülste*.

Pojedyncze nowsze wypadki patrz u: R o u s s e a u: *Revue de therap.* 22. 1856. — E s t e r l e: *Annal. univ. di medic.* Milano. Ottobre. 1857. — M a n e c: *Gaz. de hôpit.* Nr. 12. 1859. — L o t z b e k: *Wien. med. Wochenschr.* Nr. 10. 1859. — H e s s: *Allgem. Wien. med. Zeit.* Nr. 49 — 50. 1858.

P r z e r o s t bywa albo ogólny, to jest dotyczący substancję gruczołową, podścielisko łączno-tkankowe i tkankę tłuszczową sutki, albo też ograniczający się tylko do jednej z tych tkanek. W ostatnim

razie rozrost, raz, dotykając całą ilość jednej z tkanek, dać może powód do powstania rozlanego nabrzmienia; drugi raz, i to częścię, ograniczając się tylko do pojedynczych miejsc sutki, sprowadzić może guz ograniczony. Ostatnią tę formę opisemy między guzami sutek, wszystkie zaś pozostałe, ponieważ powodują rozlane nabrzmienie, ze względów praktycznych, razem tu zestawiamy pod zwyczajną nazwą *o g ó l n e g o p r z e r o s t u g r u c z o ł u s u t k o w e g o*.

Chociaż nawet przerost jest ogólny w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, to i tak, o ile się zdaje, nigdy nie poczyną on się równocześnie we wszystkich tkankach sutki, lecz bierze początek albo w tkance łącznej śródmiąższowej, albo też w tkance tłuszczowej otaczającej gruczoł.

Jeżeli sprawa poczyną się rozrostem słoniowaciznianym, to nowopowstała *t k a n k a ł ą c z n a* bywa zazwyczaj mleczno-biała, bardzo soczysta, i dlatego miękka. W tych to właśnie wypadkach, bardzo często przyłącza się do niej zwolna i rozrost substancji gruczołowej. Niekiedy jednak pierwszy okres cechuje się obecnością objawów zapalnych. W tym razie nie wytwarza się słoniowacizna miękka, lecz rozrost zbitęj, silnie się ściągającej tkanki łącznej, włókniak sutki rozlany (*Fibroma mammae diffusum*) według *V i r c h o w'a*, albo, przez wzgląd na podobieństwo tej sprawy do śródmiąższowego zapalenia wątroby, nerek i t. p.—marskość sutki (*Cirrhosis mammae*) według *W e r n h e r'a*. Zanim tkanka łączna zacznie się kurczyć, otoczone nią gronka (*acini*) częstokroć ulegają także drażnieniu; potem zanikają one, a pozostają tylko, co najwyżej, torbielowate rozszerzenia niektórych przewodów mlecznych.

Jeżeli sprawa pierwotna polega na niezwykłym bujaniu całej *t k a n k i t ł u s z c z o w é j* otaczającej gruczoł (*Polysarcia*), to substancja gruczołowa może również zachować prawidłowe swe własności. W innych jednak razach, rozwój torebkowego tłuszczaka (*Lipoma capsulare*, *V i r c h o w*), łączy się z przewlekłym zapaleniem gruczołu mlecznego. Skutkiem rozrostu tkanki łącznej, powiększają się wtedy niektóre zraziki gruczołu, a drażnienie przenieść się może na końcowe pęcherzyki i spowodować wydzielanie mleka. W końcu jednak i tu sama substancja gruczołu pod wpływem kurczenia się tkanki łącznej, zanika, a tymczasem jednocześnie skutkiem częściowego zaciskania przewodów mlecznych i zatrzymywania wydzieliny, tworzą się niekiedy torbiele.

Z podanego powyżej krótkiego opisu pokazuje się, że sutki w wypadkach określanych nazwą przerostu ogólnego, przedstawiać mogą

różnorodue zmiany, i że budowa rozwiniętego ostatecznie na ich miejscu guza, może być bardzo złożoną. Ponieważ sprawa chorobowa bywa zazwyczaj obustronna, i do tego częstokroć wcześniej po jednej stronie się rozpoczyna, i po tej stronie wyższego dosięga stopnia, więc też obie sutki często nie samą tylko objętością znacznie między sobą się różnią. Sutki mogą takiej dojść wielkości, że ważą 12, 20 (H e y i H u s t o n), a nawet 64 (B o n e t, D u r s t o n) funty, i sięgają aż do kolan. Najznaczniejsze powiększenie objętości, zdarza się przy miękkiej słoniowaciznie; wszakże i przy rozroście tkanki tłuszczowej A m u s s a t widział sutki, z których każda ważyła po 20 i 30 funtów, a P o r t a l u p i wyluszczył taką, która ważyła 52 funty.

Skóra pokrywająca sutkę zostaje rozciągana, bierze większy lub mniejszy udział w przeroście, i przedstawia się jużto prawie normalną, jużto zgrubiałą, skórzastą, a nawet obrzydliwie słoninowatą, i częstokroć bywa pokryta tłustawym, cuchnącym potem. Obwódka brodawki także się powiększa; brodawka zaś sama nie zwiększa się wcale, i ztąd często zaciera się, albo też, skutkiem kurczenia się tkanki łącznej zakłęsa, tak jak przy raku.

Choroba rozpoczyna się najczęściej z początkiem okresu dojrzewania, albo też później, w epoce szczytu zdolności płciowej, częstokroć po przytłumieniu miesiączki, albo też obok zaburzeń w miesiączkowaniu. W innych razach, pomimo znacznego powiększenia się objętości sutek, miesiączkowanie odbywa się prawidłowo, albo też później dopiero odpływy stają się skąpszemi. Rzadko rozwija się przerost dopiero po 31-szym roku życia, i w takim razie głównie po przebytych poprzednio porodach, albo też po przejściu połogowego zapalenia sutki (wypadek A s h w e l l'a).

Przebieg choroby bywa ostry albo przewlekły; w pierwszym razie towarzyszą mu lekkie objawy zapalne, ból, zaczerwienienie skóry, gorączka. Objawy te powstają zwykle po nagłym przytłumieniu miesiączki, ale nigdy nie trwają długo.

Sutka dojść może w ciągu 2—3 miesięcy, objętości głowy mężczyzny, po czém już wolniej rośnie.

Przy więcjćj przewlekłym przebiegu, chore nie skarżą się na ból, lecz, co najwyżej, na uczucie gnecenia, ciężaru i mrowienia. Większa ich część cierpi na brak miesiączki lub miesiączkę skąpą, rzadziej na miesiączkę za obfitą. Często daje się spostrzegać podczas peryodów miesiączkowych albo przy zajściu w ciążę, przestankowy postęp choroby.

Z czasem choroba zatrzymuje się na miejscu, a czasowe powiększanie się sutek podczas trwania regularności, z ustaniem takowej, znika. Chociaż nadejdą lata przekwitowe, sutki nie zmniejszają się jednak; tylko nie rosną już więcej. W cięższych wypadkach, znaczny ciężar sutek, przykuwa chore do łóżka; odżywianie cierpi co raz więcej, a niekiedy w obu sutkach tworzą się liczne ropnie, które wśród objawów gorączki trawiącej śmierć sprowadzić mogą. Choroba sama przez się nie przeszkadza zajściu w ciążę; mimo to przy przeroście sutek, często spostrzegać można niepłodność, skutkiem równoczesnego cierpienia właściwych organów rodnych. Jeżeli ciąża nastąpi, to może być przedwczesnie przerwana; jak było w wypadku przez J a e r d e n s'a spostrzeganym, gdzie sutki tak znaczny ucisk na brzuch wywierały, że ostatnie płody nigdy donoszonymi być nie mogły. Same sutki, skutkiem zmian jakie ciąża w nich sprowadza, stają się często wyraźnie sprężystymi, i prawie zdają się być chęlboczącymi. W położu przyjść może do znacznego nienięcia, tak, że objętość ich zmniejsza się do połowy a nawet do piątej części. Jeżeli chore same karmią, to obawiać się trzeba, że po odstawieniu dziecka, wydzielanie mleka nie ustanie, a powiększanie się objętości sutek dalsze robić będzie postępy. Jeden gruczoł mleczny wyluszczone z tego powodu przez L o t z b e c k'a nie tylko przedstawiał się poprzeknanym przez przewody miejscami poroszerzane i przepełnione mlekiem, ale nadto w różnych swych częściach zawierał jamy mlekiem wypełnione, których większa część nie przechodziła wprawdzie wielkości wiśni lub orzecha włoskiego, ale jedna z nich doszła objętości pięści mężczyzny. Z gruczołu ważącego $16\frac{1}{2}$ funtów, wyciekło 6 kwart (S c h o p p e n) mleka, które zawierało w swym składzie: wody 67,32, tłuszczu 28,54, cukru i materij wyciągowych 0,75, sernika 2,74 i soli 0,41. Ciężar właściwy tegoż wynosił 0,98—0,99. Pojedyncze pęcherzyki gruczołowe w gronkach, miały 0,07—0,09''' średnicy.

Co się tyczy r o z p o z n a n i a, to nie należy się w przyszłości ograniczać na orzeczeniu, że mamy do czynienia z rozlaném nabrzmieniem sutki, lecz starać się zgłębić powodującą je sprawę, i w tym celu mieć na pamięci rozmaite możliwe kombinacye.

Śloniowaczna miękka odznacza się tém, że pojedyncze zraziki gruczołu są znacznie powiększone, i wyraźnie dają się wyczuwać przez skórę i pokład tłuszczowy. Przy tłuszczaku torebkowym nie ma to albo wcale miejsca, albo nie w takim stopniu. Włókniak rozlany poczyną się wśród objawów zapalenia międzyzrazikowego, a sutka przeistacza się w guz włóknisty, w jeden wielki gruzeł. W pewnych jednak razach,

zarówno włókniak jako też i tłuszczak, naśladować mogą zwyrodnienie rakowate; pierwszy w drugim swym okresie; ostatni — jeżeli będzie powikłany z przewlekłym międzyrazikowym zapaleniem gruczołu, albo też gdy to ostatnie spowoduje już częściowe rozszerzenia przewodów mlecznych i t. d. *Virchow* zwraca na to uwagę, że nawet przy ścisłym badaniu anatomicznym guza, rozróżnienie włókniaka od raka ulegającego wstecznym przeistoczeniom, może być bardzo trudne; bo i z pierwszego daje się niekiedy wycisnąć sok komórkowaty (pochodzący z końcowych pęcherzyków), tak, że tylko wysledzenie związku pęcherzyków z przewodami mlecznymi, albo na odwrót, wykazanie zamkniętych oczek z komórkowatą zawartością, może w tym razie rozstrzygnąć wątpliwość, jeżeli zwyrodnienie gruczołów limfatycznych i innych części sąsiednich, nie nada guzowi cech raka zanikowego.

Zupełne wyleczenie nie udaje się nigdy, jeżeli przerost wysokiego już osiągnął stopnia, a choroba trwa od dawna. W najlepszym razie, objętość sutek tylko zmniejszyć się może, albo też wzrost guza się powstrzymuje.

Przy leczeniu zwrócić trzeba uwagę na zaburzenia zachodzące równocześnie w innych organach, zwłaszcza też płciowych, a następnie rozważyć, czy przerost rozwija się szybko i wśród objawów nawałowych i gorączkowych, czy też powolnie. W pierwszym razie stosownym będzie użycie metody przeciwzapalnej w rozmiarach odpowiednich do okoliczności; później, podajemy chorem, podobnie jak i przy przewlekłym rozwijaniu się choroby; środki odwodzące, mianowicie łagodne środki solne wypróżniające, lub też polecamy im pić podobnie skutkujące wody mineralne.

W celu leczenia przerostu bezpośrednio, używano szczególniejsz kalmelu, korzenia cebulicowego (*Rad. Scillae*), środków wymiotnych w dawce podzielonej, oraz środków przeczyszczających; jednak *A. Cooper*, *Huston*, *Fingerhuth* i *Velpéau* zarzucili je, gdyż nie widzieli od nich żadnego polepszenia w cierpieniu miejscowym, ale owszém, upośledzenie stanu ogólnego. *Kober* i *Meissner* zapewniają, że z pożytkiem używali węgla zwierzęcego. Racyonalnym środkiem, już dla samego fizyologicznego swego działania na sutki, zdaje się być jod, który, stosownie do właściwości ustroju chorój, zadawany być może w połączeniu z potażem, tranem, żelazem, albo też może być zastąpiony kuracją wodami mineralnymi: *Adelheidsquelle*, *Hall*, i t. p. *Cerutti*, *Kober*, *Fingerhuth*, *Wanieczek* i *Scanzoni*,

widzieć mieli istotnie pomyślne skutki podobnego leczenia; V e l p e a u nie mógł się takowemi pochwalić.

Do użycia miejscowego E. v. S i e b o l d zalecał flanelę okadzoną bursztynem lub cukrem; F i n g e r h u t—wełnę przejętą parą kamfory. Najczęściej używaną bywa maść jodowa; próbowano także naciśku. Wszakże wszystkie środki miejscowo drażniące, więcej szkody niż pożytku przynoszą, zaś po opatrunku naciskającym, V e l p e a u widział tylko pozorny, chwilowy skutek, ale nigdy trwałego.

Ponieważ częstokroć żaden z wewnętrznych ani téż z zewnętrznych środków nie jest w stanie powstrzymać biegu choroby, więc téż często uciec się przychodzi do pomocy chirurgicznej. Zawłoki rzadko kto zechciałby dziś używać, gdyż takowa powoduje groźną dla życia utratę soków. Za to odjęcie (*amputatio*), nie tylko uwalnia chore od przykrości jakich powodem jest ciężar sutek, niekiedy zwieszających się aż do ud, ale usuwa także groźne niebezpieczeństwo w razie ropienia, i wreszcie może się przyczynić do wyrównania innego rodzaju zaburzeń w układzie płciowym. W wypadku opisanym przez M a n e c'a odpływy miesięczne, które podczas trwania choroby stały się bardzo skąpemi, po odjęciu sutki znowu powróciły. Chora operowana przez H e s s'a, niepłodna do tego czasu, zaszła potem w ciążę. Gdzie jedna tylko sutka uległa przerostowi, ograniczymy się na odjęciu téj jednej. Jeżeliby oba gruczoły miały być odjęte, to nie wykonywamy obu operacyj na jednem posiedzeniu, lecz dopiero po zagojeniu pierwszej rany, przystępujemy do powtórnej operacji.

4. Owrzodzenia brodawek.

M e i s s n e r: *Fraüenkrankh. II. p. 505.* — B i r k e t t: *l. c. p. 29.* — S c a n z o n i: *l. c. p. 146.* — V e l p e a u: *l. c. p. 8.* — W i n c k e l: *Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. 1864.*

O b n a ż e n i e brodawek należy do cierpień bardzo pospolitych u kobiet karmiących, i zdarza się zazwyczaj albo na wierzchołku brodawki, albo u jéj podstawy. Miejsca obnażone przedstawiają powierzchnię nierówną, zaczerwienioną i wydzielają ciecz surowiczro-ropiastą, która zasycha na nich w strup żółty, czerwony lub brunatnawy. Gdy dziecko ssie, matka doznaje bardzo silnego bólu, choroba jeszcze się

pogorsza, powstają objawy gorączkowe z podniesieniem się ciepłoty do 40° i więcej; a przytém miejsca obnażone krwawią z łatwością. Jeżeli choroba zostanie zaniedbaną, to tworzą się owrzodzenia, więcej lub mniej głębokie, kształtu jużto liniowego, już znowu przetokowate, a niekiedy, chociaż rzadko, pokrywać się one mogą nawet grzybiastemi wybujałościami. Wtedy matka przy lada próbie dania dziecku piersi do ssania, doznaje nadzwyczajnych cierpień; znajduje się pod wpływem ciągłej obawy i wzburzenia; traci apetyt i sen. Skutkiem tego, jako téż skutkiem nieprzerwanie trwającej gorączki, nierzadko i wydzielanie mleka się zmniejsza, dopóki wreszcie albo ta przyczyna, albo téż niemożność zniesienia bólu, nie znievoli matki do odstawienia dziecka od piersi. Wrzody spowodować mogą zupełne zniszczenie brodawki, albo téż oddzielenie jéj od piersi; dzieje się to wszakże tylko wyjątkowo. Za to częstą chorobą następczą bywa zapalenie sutki.

Obraniecie brodawek najczęściej się zdarza u matek po raz pierwszy karmiących, i to przeważnie w pierwszych 14 dniach pòłogu. Powstaniu cierpienia sprzyja osobliwie zły kształt brodawek, to jest albo zbyt krótka ich krótkość, albo zagłębienie się, co jest powodem, że ssawcy nie mogą ich dostatecznie uchwycić, muszą gwałtownie ścisnąć je szczękami; a im nabłonek brodawki jest delikatniejszy, tém łatwiej się oddziela. Przytém należy i tę okoliczność wziąć w rachubę, że matki, wiedząc jak przykładanie dziecka do piersi jest dla nich dotkliwém, cofają pierś z braku odwagi.

W celu zapobieżenia cierpieniu, należy brodawki zagłębione, jeszcze podczas ciąży wyciągać i w normalném utrzymać je położeniu; brodawki zbyt krótkie o ile możności wydłużać i zmniejszać drażliwość skóry. Dla osiągnięcia tego celu, zalecano mnóstwo środków. Najlepiej jest zawsze, gdzie tylko się da, wyciągać brodawkę palcami, i tylko z konieczności używać do tego baniek lub pompek mlecznych. W celu utrzymania brodawki na miejscu, używa się pierścieni brodawkowych lub kapelusików, które jednak nie powinny być ani za obszerne, ani za ciasne, ani téż za niskie, aby się dobrze trzymały, nie ściskając brodawki, a otworki jéj nie powinny być przyciśnięte do ścian kapelusika. Dla zmniejszenia drażliwości brodawek, z pożytkiem używają się obmywania zimną wodą i wódką francuską, albo téż roztworami garbnika, po odwilżeniu poprzednio strupków, jeżeli takowe istnieją, letnią wodą mydłą. W każdym razie postępowanie to jest przynajmniej prostsze, aniżeli używanie wydrążonych i rozumoczonych galek muszkatołowych, dębianek i t. p.

Jeżeli mimo to wszystko, brodawki przy ssaniu okazały się dotkliwymi albo nawet obranionymi, to wypada je ochraniać. To też trzeba chorą sutkę rzadziej niż zwykle dawać dziecku do ssania, albo też podczas ssania pokrywać brodawkę kapelusikiem. Gdy to nie pomaga, to można dziecko odstawić od chorej piersi na 1 lub 2 dni, podtrzymując przez ten czas wydzielanie mleka przez odciąganie go pompką mleczną. W najgorszym razie, trzeba się postarać o przerwanie wydzielania mleka na zawsze. Do leczenia wrzodów zalecano niezliczoną ilość środków znanych i tajemniczych—na pierwszym miejscu balsam peruwiański i naciąg benzoesowy.

M'C l i n t o c k zakitowywał szczeliny roztworem guttaperki w kleinie (*colloidium*). Nam zawsze dotąd wystarczała zimna woda i saletrzan srebra. Dla złagodzenia bólu przykładamy bardzo właściwie, rozmoczony grzyb bżowy lub spongiopilinę.

5. Zapalenie sutek.

(*Mastitis*).

A. C o o p e r: *l. c. p. 4.*—B é r a r d: *l. c. p. 24.*—B i r k e t t: *l. c.*—S c a n z o n i: *l. c. p. 124.*—V e l p e a u: *l. c. p. 25.*—M'C l i n t o c k: *Clinic. memoirs. p. 308.*

Zapaleniem dotkniętą być może albo tkanka łączna jużto podskórna, już międzyzrazikowa, już wreszcie podsutkowa, albo też substancja samego gruczołu. O zapaleniu tkanki łącznej międzyzrazikowej gruczołu mlecznego, wspominaliśmy już mówiąc o przeroście sutek.

a) Zapalenie tkanki łącznej podskórnej.

Przebiega ono wśród zwyczajnych objawów zapalenia tkanki łącznej, to jest skóra zaraz od początku choroby czerwieni się, a wydzielanie mleka żadnej przy tém nie ulega zmianie. Forma ta zdarza się bardzo często, ograniczona do okolicy obwódki brodawkowej (*Phlegmone subareolaris*), w skutek obnażeń brodawek lub zapalenia gruczołków łojowych, które się rozszerza na sąsiednią tkankę łączną. W tych wypadkach

obwódka staje się ciemno-czerwoną, siną, bolesną; nabrzmiwa przytém, a jeżeli się zapalenie w ciągu kilku (3—4) dni nie rozejdzie, to powstają ograniczone ropnie kształtu i wielkości wrzodzianek, które samym sobie pozostawione, otwierają się zazwyczaj już około 6—10 dnia. Właściwe zapalenie tkanki podskórnej (*Phlegmone subcutanea*), bywa zwykle chorobą wtórną, i występuje najczęściej w następstwie zapalenia substancji gruczołowej, albo téż niekiedy w skutek róży lub wyprysku. I ono może się także rozejść; zwykle jednak wywiązuje się ropienie, a choroba nawet w pierwszym razie trwa najmniej 6—14 dni. Im zapalenie rozleglejszą zajmuje przestrzeń, tém wcześniej wstawiają się objawy gorączkowe, i tém są silniejsze. Podczas gdy ropnie podobódkowe nie przechodzą wielkości orzecha włoskiego, to podskórne dochodzą objętości jaja lub pięści, albo jeszcze większej. Otwierają się one dobrowolnie niekiedy już 12-go dnia, niekiedy jednak dopiero po upływie miesiąca. Przy jednej i drugiej odmianie, chełbotanie najłatwiej wyczuć można nacisnąwszy sobie od razu cały gruczoł ku skórze, skutkiem czego ta ostatnia się napina. V e l p e a u widział pojedyncze wypadki, gdzie tkanka łączna uległa zapaleniu przechodziła w zgorzel (*Erysipelas phlegmonosum v. gangraenosum*), sprowadzając częściowe a nawet zupełne zniszczenie substancji gruczołu, a nawet takie, które wśród objawów gorączki durzycowej, kończyły się śmiercią.

Leczenie. W początku można próbować rozpędzić zapalenie przez przystawianie pijawek i podanie środków czyszczących solnych. Wszakże po upływie pierwszych 5—6 dni, trzeba już za pomocą kataplazmowania przyspieszać ropienie, a skoro tylko chełbotanie wyczuć się pozwoli, otworzyć ropień cięciem dostatecznie długiem, gdyż to łagodzi chorem ból i skraca trwanie choroby.

Przy zapaleniu zgorzelinowém, niezbędném jest stanowcze leczenie, aby zapobiedz znacznym zniszczeniom i uchronić chore od śmierci. Należy zawsze przypuszczać prawdopodobieństwo zgorzeli, skoro tylko przy obecności róży lub ekcemy, cała sutka nabrzmiwa nagle jakby napojona gąbka. Tu, obok kilkokrotnego zastosowania pijawek, potrzebnemi będą mocne wcierania rtęciowe, a w razie wystąpienia ropienia i zgorzeli, długie i głębokie nacięcia w 6 — 10-ciu miejscach, któreby dosięgały a nawet przenikały ciało samego gruczołu.

b) Zapalenie tkanki łącznej podsutkowej.

Ta forma zapalenia sutki występuje zazwyczaj również następnie, w skutek głęboko umiejscowionego zapalenia substancji gruczołowej; rzadziej w skutek próchnienia i martwienia żeber, lub też ropni opłucnej, ropni i jam płucnych, które przedziurawiły przednią ścianę klatki piersiowej ¹⁾. Pierwotnie powstaje ona niekiedy w skutek wpływów traumatycznych: uderzenia, pchnięcia i t. p. Towarzyszy jej zwykle gorączka, lecz od zapalenia tkanki podskórnej tém się wyróżnia, że skóra nie zaraz od początku jest zaczerwieniona; zaś od zapalenia gruczołu tém, że zraziki gruczołowe wcale nie są nabrzmiałe, a wydzielanie mleka w niczem nie zakłócone. Do tego ból tkwi głęboko, i wtedy szczególnie się nasila, jeżeli próbujemy przycisnąć sutkę do naprężonego mięśnia piersiowego. Sutka niezadługo silnie nabrzmiewa, i częstokroć już w ciągu pierwszej doby, podwójnie powiększa swą objętość; przy czém gruczoł zostaje partym od tyłu ku przodowi, ku skórze. Po 2—5-ciu dniach, przystępuje gorączka ropna, i powstają najczęściej wielkie ropnie, które przy każdej próbie przesunięcia sutki na bok, lub przyciśnięcia jej do klatki piersiowej, dają takie uczucie, jakby gruczoł spoczywał na pęcherzu wypełnionym płynem. Stopniowo rozwija się téż rozlany obrzęk tkanki łącznej podskórnej, albo téż pierścień obrzękowy dokoła podstawy sutki; nigdy zaś nie można wyczuć wyraźnego chęłbotania. Niekiedy także, zamiast jednego wielkiego ropnia, tworzy się kilka mniejszych, które nie zawsze bywają ze sobą połączone. Jeżeli otworzenie ropnia pozostawimy naturze, to ropa opuszcza się niekiedy na podbrzusze, szyję lub do dołu pachowego; albo téż dołącza się zapalenie opłucnej, albo wreszcie tworzy się kilka przetok, otwierających się w pobliżu gruczołu, lub téż przenikających w części ten ostatni. Ponieważ w tym ostatnim razie istnieją równocześnie dwa wielkie ogniska ropne, jedno po za gruczołem, a drugie przed nim, nazywają więc to: „*abcès en forme de bouton de chemise.*”

¹⁾ Giraldès: (*Gaz. des hôpit.*; Nr. 146. 1854), uważa ropnie podsutkowe za skutek zapalenia jego „*cavités anfractueuses, qui traversent tout l'épaisseur de la mamelle,*” to jest: łączących się w części pomiędzy sobą przestworów zatokowatych, które zostają utworzone przez wnikanie włóknistych przedłużeń torebki, między zraziki gruczołu, aż do tylnej powierzchni.

Leczenie. Przy zapaleniu tkanki łącznej podsutkowej, w początkach pożytecznymi są tylko ogólne a przynajmniej obfite miejscowe upusty krwi, oraz wewnętrzne środki przeciwzapalne, jakoto: sole, kalomel, emetyk; gdy tymczasem wcierania szarą maści, przyszczydła, kataplasmy, opatrunki naciskające i t. p., według przekonania V e l p e a u, pozostają bez skutku. Pierwszém wszakże zadaniem lekarza, jest o ile można najwcześniejsze wypuszczenie ropy. Jeżeli nie można wynaleźć miejsca, w którym ropa leży najbliżej skóry, to robimy wielkie cięcie w miejscu leżącym najniżej, to jest na zewnątrz i poniżej gruczołu. Tym sposobem ropień od razu w zupełności się opróżnia, i przy stosownym opatrunku naciskającym, zamyka się w ciągu 1—2 tygodni. Nawet po dobrowolném otworzeniu się ropnia, często wypada potrzeba robienia jeszcze nowych przeciw-otworów. W tych szczególniej razach, w których otworzono ropień w dość znacznej odległości od głównego ogniska, albo nie dość wielkiem cięciem, albo w których nacisk nie dobrze wykonywano, może się przy leczeniu następczém okazać potrzeba wprowadzać w otwór skręconą skubankę lub rurkę kauczukową C l o q u e t'a, aby nie dozwolić otworowi zamknąć się przedwcześnie. Przy ropniu: *en forme de bouton de chemise*, oddzielnie otworzyć trzeba ognisko ropy podskórne, a oddzielnie podsutkowe. Wtedy, przez wprowadzanie w ranę skręconej skubanki, przez nastrzykiwanie cieczy drażniących, wreszcie przez nacisk, często można zagoić kanał przetoki. Jeżeli się to jednak nie uda tym sposobem, to idąc za radą H e y'a, w obronie której stawał także i V e l p e a u przeciw A. C o o p e r'o w i, trzeba, poczynając od przetoki, rozciąć cały gruczoł wzdłuż jamy podsutkowej.

c) Zapalenie gruczołu.

Najważniejsza ta forma zapalenia sutki, występuje najczęściej jako choroba pierwotna, a wyjątkowo tylko, jako następca, albo tak zwana przerzutowa, przy płożowém zapaleniu żył macicy (*Metrophlebitis puerperalis*).

Najpospolitszą przyczyną pierwotnego zapalenia gruczołu sutkowego, jest zatrzymanie mleka; ztąd też wszystko co tamuje wydalenie tegoż, dać może powód do zapalenia gruczołu. Zapalenie to występuje dość często w pierwszych 8-miu dniach płożu u kobiet, które nie karmią; niemniej także i później u matek, które dziecko nagle odstawiają od piersi. Nierównie jednak częściej zdarza się ono u kobiet karmią-

cych, w pierwszych tygodniach karmienia, gdyż u nich łatwo zdarzać się mogą miejscowe przeszkody wydalania mleka. Przedewszystkiem mają tu znaczenie obnażenia i owrzodzenia brodawek sutkowych, gdyż przy istnieniu takowych, kanaliki mleczne, które przebiegając przez brodawkę, są nadzwyczaj cienkie i wąskie, łatwo zatkanemi być mogą. Następstwem zatrzymania mleka jest najpierw rozszerzenie przewodów i pęcherzyków mlecznych w kilku zrazikach lub większej ich liczbie, albo téż w całym gruczole; a po tém ostrém przepelnieniu, następuje bardzo często prawdziwe zapalenie, które wszakże ma dążność do ograniczania się. Po za okresem wydzielania mleka (*lactatio*), choroba ta zdarza się rzadko; bywa wszakże spostrzegana nietylko u ciężarnych, ale nawet niekiedy u dziewic. Na 72 wypadki, jakie spostrzegał N u n n ¹⁾ przypadało 58 podczas wydzielania mleka, 7 podczas ciąży i 7 zewnątrz tych okresów. Z pomiędzy 102 ²⁾ ropni sutkowych spostrzeganych przez Th. B r y a n t'a, 79 należało do pierwszej z tych klass, 2 do drugiej, a 21 do trzeciej. Z pomiędzy kobiet karmiących N u n n'a, 56 — 57% było w pierwszych dwóch, a 14% w następnych 7-miu miesiącach okresu wydzielania mleka. U B r y a n t'a te stosunki cyfrowe były: resp. 72% i 12%.

Objawy i przebieg. Wśród mniej lub więcej dotkliwego bólu, silnie obrzmiewają i twardnieją pojedyncze zraziki gruczołu, chociaż skóra nad niemi leżąca, żadnej z razu nie ulega zmianie. Równocześnie zmniejsza się ilość wydzielanego mleka z chorój sutki, i to tém więcej, im zapalenie jest rozleglejsze. Do tego dołącza się wkrótce sympatyczne obrzmienie gruczołów pachowych i gorączka, jnżto łagodniejsza. już bardziej gwałtowna. Ponieważ gruczoł otoczony jest powięzią, ból przeto może być tak silny, że chore snu pozbawia.

Zapalenie to nader rzadko się r o z c h o d z i; najpospolicij przechodzi w r o p i e n i e, skutkiem czego, w zajęтым zraziku powstaje jeden lub więcej ropni, które podobnie jak ropnie płucne, z mniejszemi lub większemi oskrzelami, komunikują z przewodami mlecznemi drugiego a nawet pierwszego rzędu. Przejście w ropienie daje się zwykle poznać po wystąpieniu dreszczów i wzmożeniu się miejscowego bólu. Ten osta-

¹⁾ Lancet. June 22, 1861; i Transact. of the obstetr. soc. of London. Vol. III, p. 197.

²⁾ G u y's Hosp. Rep. Ser. III, Vol. 10.

tni wzmaga się ciągle dopóty, dopóki ropień nie otworzy się na zewnątrz. Z rozpoczęciem ropienia, twardość zapalna przemienia się stopniowo w wyniosłość sprężystą, a niekiedy wyraźnie chęlboczącą. Jeżeli ropa leży bardzo powierzchownie, to wkrótce ulega zapaleniu tkanka łączna i skóra nad nią leżąca; w innych razach następuje to dopiero później, gdy się ropa więcej zbliży do powierzchni. Skoro już skóra w jednym lub w kilku miejscach zcieńszeje i zasinieje, ropień otwiera się nakoniec. Tym sposobem powstaje jeden lub więcej otworów przetokowych, prowadzących do jamy ropnia. Kilkakrotne zaś otwieranie się ropni już dla tego samego nie jest rzeczą niezwykłą, że otwory dobrowolnie powstałe bywają zazwyczaj bardzo małe, i skutkiem sklejanja łatwo zamykają się przed czasem. Zagojenie jamy ropnia wymaga pospolicie dość długiego czasu—tygodni i miesięcy; a nawet po zupełnym zagojeniu, stwardnienie zapalne w pobliżu istniejące, nie rzadko staje się punktem wyjścia nowego ropnia. W ten sposób, jeżeli się to częściej powtarza, gruczoł piersiowy na znacznej przestrzeni podminowany być może. W rzadkich wypadkach, jeżeli ropień rozwinął się na tylną powierzchnię gruczołu, dotknięta zostaje także i okostna żeber, i przychodzi do częściowej zgorzeli tych ostatnich, przy której sprawa oddzielania się trwa bardzo długo.

Od chwili rozpoczęcia się zapalenia, do chwili otworzenia się ropnia, upływa zazwyczaj tylko 1—3 tygodni; znane są wszakże wypadki, w których ropień rozwinął się tak powolnie i niepostrzeżenie, że zarówno chore, jako też i lekarz, brali go za guz innego rodzaju, a ten ostatni przystępował nawet do odjęcia sutki. Jeżeli przy zbieraniu się ropnia, przerwany został jeden z większych przewodów mlecznych, to po pęknięciu wylewa się ropa pomieszana z mlekiem. Najczęściej jednak wypływanie mleka niezadługo ustaje. Wyjątkowo tylko zamiast zwykłej przetoki ropnej z wypływem ropiastym, pozostaje prawdziwa przetoka mleczna.

Trzeciém zejściem zapalenia jest stwardnienie. Podczas bujania tkanki łącznej, dokoła porozszerzanych pęcherzyków mlecznych powstają tak zwane gruzły mleczne, a skoro później substancja gruczolowa zaniknie — włókniaki.

Leczenie. Chociaż zapalenie gruczołu sutkowego nie jest chorobą niebezpieczną, i tylko w nader wyjątkowych razach, skutkiem następcej ropnicy, śmiercią się kończy; to jednak wielka bolesność i długotrwałość cierpienia jest aż nadto dostatecznym powodem, aby zwrócić

całą uwagę na środki zapobiegające. Jedynym środkiem ustrzeżenia się od choroby, jest staranna dyetetyka ciąży, połogu i karmienia.

Jeżeli powstało już znaczne, bolesne, rozlane obrzmienie sutki, to należy najpierw próbować je rozpędzić. Główną rzeczą jest tu o ile można najdokładniejsze wydalenie zebranego mleka, przez przystawienie dziecka do piersi, lub za pomocą sztucznych przyrządów ssących; albo też, jeżeli położnica nie karmi, uszczuplenie pożywienia i zadanie solnych środków wypróżniających. Jeżeli zapalenie ograniczy się do niektórych tylko zrazików przy równoczesnym podniesieniu się wrażliwości, to niepodobna już zazwyczaj zapobiedz ropieniu. Niekiedy wszakże udaje się to za pomocą miejscowych upustów krwi i przykładania lodu w gumowych workach, albo też przez stosowny nacisk. Najlepszym opatrunkiem naciskającym jest *suspensorium mammae* nałożone opaską, pociągniętą klajstrem. Postępowanie to ma tylko tę wielką niedogodność, że jest wielce uciążliwe, a przytém, ponieważ guz szybko się zmniejsza, więc i opatrunek częstokroć już w kilka godzin po nałożeniu musi być odnowionym, jeżeli ma przynieść prawdziwą korzyść, nie zaś szkodę—skutkiem częściowego uciskania. To też starano się zastąpić opatrunek klajstrowy, smarowaniem sutki kleiną. Powłoka ta rzeczywiście dobrze naciska, lecz równocześnie rani miejscami skórę, a odnowienie jój na obnażonych miejscach sprawia ból, chociaż szybko przemijający.

Foster ¹⁾ usiłuje rozpędzić zapalenie początkowo za pomocą nacierań ręką, w kierunku od obwodu gruczołu ku brodawce, a gdy to nie pomaga wykonywa nacisk za pośrednictwem gąbki, którą przez 24 godzin trzyma pod prassą, poczem utwierdza ją na piersi za pomocą opaski, a następnie napaja wodą. Inni zachwalają powtarzane kilkakrotnie w ciągu dnia wcierania w sutkę wyciągu wikczej jagody; przykładanie świeżych liści pietruszkowych; zadawanie do wewnątrz jodku potassu, silnych środków czyszczących, emetyku w rozdrobnionej dawce, i wiele innych środków.

Skoro tylko zejście w ropienie zdradzi się właściwemi objawami, skracamy przebieg choroby kataplazmowaniem, które jednak nie zawadza podaniu kilku dawek makuwca w razie silniejszego bólu. Wielkie dobrodziejstwo robimy chorym wcześniej otwierając ropień, na co tём łatwiej otrzymamy zezwolenie, jeżeli zwrócimy ich uwagę na często zda-

¹⁾ New-York Journ. of med. Septemb. 1857.

rzającą się potrzebę sztucznego rozszerzenia otworu w tych nawet wypadkach, gdzie się ropień dobrowolnie otworzy. Jest wprawdzie rzeczą bardzo możliwą wydalenie znacznej części zebranej ropy przez brodawkę, za pomocą stósownego nacisku; wszakże dotychczas nie udało nam się ani razu obejść się tym sposobem bez przecięcia: osiągalśmy to tylko, że chore przekonywały się o rozpoczęciu ropienia. Jeżeli chcemy oszczędzić chorym o ile można bólu, to nie trzeba wyczekiwać aż wyraźne chelbotanie wystąpi, lecz za pomocą próbnego nacisku palcem wskazującym usunąć nasięk obrzękowy powłok zewnętrznych, i skoro tylko przy téj próbie wykryliśmy miejsce dość sprężyste, zrobić tam nakłucie. Jeżeli obszerność nacięcia zastosujemy do powierzchowniejszego lub głębszego siedliska ropy, to unikniemy konieczności robienia nowych cięć jakotóż tworzenia się przetok, które łatwo powstają następczo, mimo nawet sztucznego otworzenia.

Zabliźnianie się jamy ropnia odbywa się zazwyczaj powolnie. Dawniej usiłowano powszechnie przyspieszyć je, kataplazmując dalej po wydaleniu ropy; wszelako tym sposobem sprowadza się rozpulchnienie i zwiótczenie ścian ropnia, co jeszcze bardziej zabliźnienie opóźnia. Prócz tego chore nużą się wykonywaniem tego. To téż my zalecamy kataplazmować potem tylko 1 lub 2 dni, i to tylko tam, gdzie według naszej zasady wcześniej zrobiliśmy przecięcie. Zresztą przyspieszamy zamknięcie się jamy przez codzienne wyciskanie takowej i przez mierny nacisk za pomocą pokrycia watą i przewiązania chustką przez ramię po zdrowej stronie. M'C l i n t o c k zachwala skuteczność opatrunku naciskającego zmienianego co drugi dzień, z pasków plastru lepkiego, które od podstawy sutki nakłada kolisto ku przodowi. Jeżeli gojenie bardzo się przedłuża, to można przystąpić do nastrzykiwania środków drażniących, najlepiej roztworu kamienia piekielnego lub jodu; albo téż przyedz ścianę wprost sztyftem saletrzanu srebra. Ropienie wśród gruczołu mlecznego samo przez się nie przeszkadza karmieniu; to ostatnie wszakże bywa częstokroć niemożliwem już skutkiem równoczesnego istnienia owrzodzeń na brodawkach. Niekiedy także mleko z choréj sutki sprowadza u dziecka zaburzenia w trawieniu i rżnięcie.

C h a s s a i g n a c ¹⁾, przy ropniach ciała gruczołu jakotéż tkanki łącznej podskórnej, po ich przecięciu usiłuje osiągnąć sklejenie bezpośrednie, i zapewnia że osiągnął ten cel w 5 częściach wszystkich wypad-

¹⁾ Gaz. méd. de Paris. Nr. 3. 1855.

ków. Wydała on dokładnie zawartość zapomocą wyciskania, przystawiania baniek i długiego przestrzykiwania letnią wodą; potem nakłada *cuirass* opasujący dokoła całą klatkę piersiową i ściśle przylegający; a także i ramię po stronie cierpiącej przytwierdza do tułowia. Po upływie pierwszej doby próbuje on za pomocą obmacywania czy chora sutka jest bolesna czy też nie, a w razie istnienia choćby najmniejszej bolesności zdejmuje opatrunek aby zobaczyć czy ropa nie zbiera się na nowo. Jeżeli to ma miejsce, to próba osiągnięcia bezpośredniego sklejenia musi zostać zaniechana; zawsze jednak osiągnęło się tę korzyść, że zagojenie przez ropienie prędzej następuje. Przyspiesza się ono jeszcze bardziej przez pozostawienie kanki i codzienne przestrzykiwanie wodą.

Przed kilkoma laty i my niejednokrotnie postępowaliśmy tym sposobem; zarzuciliśmy go jednak, gdyż zagojenie doraźne ani razu nam się nie udało, a nie mogliśmy wymóżyć na chorych aby pozwoliły zastosować środki dążące do zupełnego wydalenia ropy, bez zachloroformowania ich.

6. Przetoki mleczne.

E. A. Meissner: *Prag. Vierteljahrschr. Bd. 1. 1857.*—Fano: *Union médic. Nr. 14. 1859.*—Vaulpré: *Gaz. méd. de Lyon. Nr. 17. 1860.*

O ile często się zdarza, że przy ropniach gruczołu mlecznego podczas okresu karmienia, skutkiem przerwania jednego z większych przewodów mlecznych przez krótki czas obok ropy i mleko z otworu się sączy; o tyle rzadkim jest wypadkiem, aby wydzielanie ze ściany ropnia ustało pierwój zanim się zamknie połączenie z uszkodzonym przewodem mlecznym, a tém samém, aby po zaprzestaniu odpływania ropy, trwało wciąż jeszcze sączenie się mleka z otworu przetoki. Według spostrzeżeń Meissner'a wydarzenie podobne zdaje się miewać miejsce szczególniej przy zapaleniach sutki wywołanych skutkiem stłuczenia. Tu prawdopodobnie najpierwszém następstwem uderzenia w sutkę było obrażenie przewodu mlecznego, a to ze swój strony spowodowało powstanie ropnia. Prawdziwe te przetoki mleczne przedstawiają się jako przewody przetokowate rozmaitej długości. Długość ich bywa bardzo nieznaczna, jeżeli otwór w uszkodzonym przewodzie mlecznym, skutkiem kurczenia się blizny przyciągnięty został do rany w skórze.

Przetoki mleczne goją się bez porównania łatwiej aniżeli przetoki innych gruczołów, jak np. przetoki ślinowe; z powodu że i czynność gruczołów sutkowych jest również przemijającą. Zamykają się one niekie-

dy same przez się jak tylko przerwaliśmy wydzielanie mleka. Skoro jednak odstawienie ssawca od piersi nie wystarczy do wyleczenia, to przyżeramy przewód, jeżeli jest krótki, saletrzanem srebra; jeżeli zaś jest dłuższy, nastrzykujemy weń roztwór jodu lub saletrzanu srebra, a w razie potrzeby stosujemy nacisk na sutkę. Ten ostatni tak powinien być wykonany, aby przewód przetoki został zaciśnięty i uczyniony nie przenikalnym; to też w niektórych razach zamiast nakładania opaski przyciskającej gruczoł do klatki piersiowej, należy owinać sutkę paskami plastra lepkiego, aby te ścisnęły ją dośrodkowo, w podobny sposób jak to ma miejsce przy nakładaniu opaski na jądro.

7. Guz m l e c z n y (*Galactocèle*).

A. Cooper: *l. c. p. 7.* — Bérard: *l. c. p. 49.* — Forget: *Bull. gén. de Therap. 1844. November.* — Birkett: *l. c. p. 198.* — Scanzoni: *l. c. p. 96.* — Velpeau: *l. c. p. 297.* — Virchow: *Die krankhaften Geschwülste. I. p. 283.*

W gruczole sutkowym zdarzają się dość często guzy wielkości pięści, głowy, albo jeszcze większe, które się tworzą skutkiem nagromadzenia się, w ograniczonej jamie, wielkiej ilości mleka. W wypadku, który opisał Scarpa guz miał 34 cale obwodu, zwieszał się aż do lewej pachwiny, i zawierał 10 funtów mleka. Mleko zawiera się tu albo w rozciągniętej zatoce mleczonej (*sinus lacteus*), albo też, po rozerwaniu osłony, w której się pierwotnie znajdowało, wylało się ono w otaczającą tkaninę i, mieści się w świeżo powstałej jamie, jakby w jamie ropnia. W pierwszym razie jama może być albo zupełnie odosobniona, albo też łączyć się z przewodami mlecznymi, rozszerzonymi workowato, kiszkowato lub różańcowato; w drugim zaś razie, składa się ona częstokroć z szeregu nieregularnych przestworów. Zawartość guza przedstawia początkowo zwykłe cechy mleka; z czasem jednak to ostatnie dzieli się na surowicę i masę serowatą; w końcu surowica zostaje pochłoniętą, a pozostaje tylko istota masłowata lub twarogowata, która, jeżeli jeszcze bardziej stwardnieje tworzy tak zwany kamień mleczy.

W innych razach zawartość o tyle się zmienia, że pierwiastkowy jej charakter zaciera się zupełnie, i zamiast mleko znajdujemy płyn surowiczy, klejowaty lub krwisty. Szczególniej też trzeba mieć zawsze na

pamięci możność wylewów krwawych do wnętrza guzów mlecznych, aby sobie właściwie tłumaczyć rozwój niektórych guzowatości, mających pozor torbieli krwistych.

Powstawanie torbieli mlecznych nie jest zresztą ściśle związane z okresem karmienia; a nawet i w tym okresie nie zawsze szybko następuje. Wypadek ostatniego rodzaju spostrzegał Bouchacourt¹⁾. Chora, przed 24 laty, podczas karmienia ostatniego swego dziecka, uderzoną została w pierś, poczem wydzielanie mleka ustało. W 10—12 lat później dostrzegła po raz pierwszy w lewej jamie pachowej guz bolesny, który w ciągu następnych 4 lat doszedł objętości wielkiego strusiego jaja, i dwukrotnie był przekłuwany. Mimo to wypełniał się na nowo, i ostatecznie sięgał od dołu pachowego aż do mostka, i od górnego brzegu lewej sutki (która była odeń zupełnie oddzielona) do obojczyka. Za pomocą przekłucia B. wydzielił zeń teraz 250 grm. cieczy, która zawierała 2,5 masła, 5,8 cukru mlecznego, 2,2 sernika podobnego do białka, oraz 0,3 soli.

Jako przykład rozwijania się niepostrzeżenia torbieli mlecznych po za obrębem okresu karmienia, przytaczamy tu jedno ze stosunkowo licznych spostrzeżeń J o b e r t ' a²⁾. Dotyczy ono 34-letniej kobiety, która przed 7-miu laty upadła na prawą sutkę, a w kilka dni później dostrzegła, że z brodawki wysącza się ciecz mlecznawa. Dopiero w 2 lata potem wyczuła guzik, wielkości orzecha, który się stopniowo powiększał. Guzik ten, jak przekłucie wykazało, zawierał ostatecznie płyn barwy czekoladowej, w którym wykryto białko i ciała krwi. W sąsiedztwie znajdował się drugi guzik, twardszy, złożony z większych i mniejszych ziarnin. Wypadek ten jest zarazem dowodem możliwości połączenia przewlekłej sprawy zapalnej z guzem mlecznym. Łączenie się takie nie jest rzadkiem, chociaż guz mleczny częściej sprowadza zanik przyległej tkanki gruczołowej i łącznej.

Jeżeli ściana torbieli mlecznej pęknie, to następuje ropienie w sutce i tworzy się ropień.

Rozpoznanie guza mlecznego przed dokonaniem przekłucia, chociażby z prawdopodobieństwem tylko nie zawsze bywa możebne. Dopóki zawartość jest jeszcze płynna, guz może być wzięty za innego rodzaju torbiel, albo téż za ropień. Od pierwszej, w pewnych okolicznościach,

¹⁾ Gaz. med. de Lyon. Nr. 3. 1857.

²⁾ Gaz. des hôpit. Nr. 132. 1863.

różni się nagle swém powstaniem, rozwinięcia się podczas karmienia, i szybkim wzrostem. Jeżeli rozwinął się w sposób przewlekły, to troskliwe wybadanie wyvodu choroby wykryć może, podobnie jak w podanym wyżej wypadku *Jobert'a*, takie momenta, które sprowadzą na właściwą drogę. Przekłucie samo jest także wtedy tylko rozstrzygającym, jeżeli zawartość składa się jeszcze z mleka, a przynajmniej pozwala w sobie wykryć wyraźne znaki, że płyn ten poprzednio obejmowała. Jeżeli zawartość jest krwista lub t. p., to trzeba się także oprzeć na wywodzie choroby.

Od ostro rozwiniętych ropni, różni się torbiel mleczna brakiem poprzedzających jęj rozwój objawów zapalnych, jakoteż, dopóki worek nie pękł, ostrém odgraniczeniem i nie wielką bolesnością. Tak zwane zimne ropnie, które rozwijają się niekiedy bez wszelkiego bólu i bez wybitnych objawów zapalnych, dają się poznać tylko po otworzeniu guza.

Jeżeli zawartość torbieli mlecznej uległa już dalszym zmianom, to torbiel ta wziętą być może za guz innego rodzaju, a nawet za rak, o czém się przekonali *Dupuytren* i *Velpéau*. Najmniej jeszcze jesteśmy wystawieni na popełnienie błędu w rozpoznaniu, jeżeli guz wszędzie, nie na granicach swoich tylko, jak bywa i przy zimnych ropniach, jest ciastowatęj spistości.

Leczenie. Jeżeli wydzielanie mleka trwa jeszcze, to przedewszystkiem należy dziecko odstawić od piersi i przerwać owo wydzielanie za pomocą diety gorączkowej i soli czyszczących. Dopóki zawartość jest płynna, to częstokroć, po dokonaniu przekłucia, wystarcza do uleczenia nastrzykiwanie roztworów jodowych. Jeżeli te nie wystarczają, albo jeżeli zawartość chociaż w części już stwardniała, to worek musi być otworzony cięciem, opróżniony i doprowadzony do ropienia. Uleczenie przyspiesza się przez nałożenie opatrunku naciskającego.

Złogi mleczne które się wytworzyły skutkiem pęknięcia zatok, leczymy, odpowiednio ich naturze, jak ropnie.

8. Brak (*Agalactia*) i nadmiar mleka

(*Galactorrhoea, Polygalactia, Mastorrhagia*).

Kiwisch: Krankh. d. Wöchnerinnen II. — Meissner: Frauenzimmerkrakh. II. p. 426. — Birkett: l. c. p. 193. — Scanzoni: l. c. p. 108.

Ilość mleka wydzielanego przez różne kobiety, bywa bardzo rozmaita. Niektóre z nich są w stanie karmić równocześnie kilkoro dzieci, albo też, mimo to, jeszcze mają zbytek mleka; gdy tymczasem u innych, ilość jego zaledwie wystarcza do skąpego wyżywienia jednego dziecka, co wychodzi prawie na to jakby go nie miały zupełnie.

Przy braku mleka cierpi tedy dziecko; przy bardzo obfitém wydzielaniu, matka może bardzo upaść na siłach, a nawet umrzeć z utraty soków.

Wypadki zupełnego braku mleka, są w ogóle rzadkie; częściej się za to zdarza, że obfite początkowo wydzielanie sutek, stopniowo lub też szybko, w ciągu kilku dni lub tygodni, zupełnie ustaje. Przyczyną tego bywają albo wady organu wydzielającego: niedostateczny rozwój gruczołu, jaki się szczególnieź zdarza u t. z. *viragines*, u matek bardzo młodych lub bardzo starych, u mających sutki bardzo w tłuszcz obfite,—albo wady ogólne ustrojowe jakie się częstokroć spotykają u kobiet źle żywionych, słabowitych, chorych; — albo wreszcie niedostateczne i niewłaściwe odżywianie, jakie bardzo często spostrzegać się daje u biednych matek i mamek. Oprócz tego jednak, zdarzają się oddzielne wypadki, w których niepodobna wykryć żadnej przyczyny, albo też w których wada zdaje się być nawet odziedziczoną. *P i t s c h a f t* np. opowiada, że pewna kobieta z dobrze wykształconemi sutkami i brodawkami, po 5-ciu prawidłowych porodach, nie miała ani kropli mleka; *S c h a r l a n* zaś przypomina sobie inną, u której po żadnym z przebytych przez nią 13-tu porodów, mleko się nie pokazywało, a której matka po 23 porodach nie miewała mléka.

Jeżeli brak mleka zależy od niedokładnego wykształcenia gruczołów piersiowych, to sztuka nic tu nie pomoże. W razie ogólnego osłabienia ciała, udaje się często, przez odpowiednie leczenie powodującej je choroby, jako też przez dobrą i pożywną dyetę, wydzielanie mleka powiększyć. U matek silnych i zdrowych, z prawidłowo rozwiniętymi sutkami, dobrze jest drażnić same gruczoły przez regularne i pilne przystawianie dziecka, przez przyrządy ssące, gorczyczniki, nacierania sutek flanelą napojoną środkami wonnemi. U pewnej karmiącej, której odżywianie skutkiem gwałtownych wstrząśnień moralnych znacznie podupało, *B e c q u e r e l* ¹⁾ zastosował z dobrym skutkiem prąd elektryczny przerywany, mierniej siły. Przykładał on gąbki przytwierdzone u obu biegunów, kolejno do różnych miejsc lewej sutki, która więciej była dotkniętą, i galwanizował ją tak przez 15 minut. Trzy posiedzenia wystar-

¹⁾ Union médic. Nr. 2. 1857.

czyły. W Ameryce zachwalają kataplazmy z liśćmi rącznika pospolitego (*Ricinus communis*) ¹⁾. R o u t h ²⁾ przywiązuje też znaczenie do kontynuowania stosunków małżeńskich podczas okresu karmienia. Czy to drażnienie sfery płciowej często cieszy się pożądanym skutkiem, nie możemy powiedzieć z własnego doświadczenia. Za to nie możemy nie zwrócić uwagi niedoświadczonych, że częste ciążę pomyślnie wpływają na wydzielanie mleka. Często daje się widzieć, że kobiety po 2, 3, 4-tym porodzie, zaczynają wydelać więcej mleka, którego im po pierwszych porodach brakowało.

Niektóre pokarmy mają sławę powiększania ilości wydzieliny mlecznej. Takimi są: zupa mleczna i z kaszy owsianej, sago, ryż, pęczak, kaszka drobna, proso, groch, fasola, soczewica, kawa mleczna i porter. Doświadczenia na zwierzętach, nie dają wyprowadzić ważnych wniosków. Niektóre także ze środków lekarskich, jak np. koper włoski, anyż, krzyżownik (*Polygala*) i mięta, utrzymały swoją sławę i właściwemi są osobliwie przy istnieniu zaburzeń w trawieniu. Swoiste działanie mają mieć liście i łodygi rącznika, jako też kora kaskarylli.

Nadmiar mleka dochodzi niekiedy, chociaż rzadko, do stopnia wyraźnie chorobowego i groźnego, a wpływ jego na ustrój, zależy od stanu sił osoby i od utraty soków. Niejednokrotnie spostrzegano wypadki, w których kobiety karmiące nie tylko chudły, ale popadały w prawdziwe charłactwo z gorączką trawiącą; inne dostawały znacznych przypadłości macienniczych, zaburzeń zmysłowych (ślepoty), chorób umysłowych, aż do nieuleczalnego znieoależnienia umysłu, gruźlicy, rozmiękczenia kości. U chorych spostrzeganych przez H a l l e r'a, M e l i s c h'a, N i c o l a i'e'go, N a u m a n n'a, J a c o b s o n'a, H a n c k'a i innych, nadmierną była wydzielina obu gruczołów sutkowych; w wypadku H e n n e m a n n'a tylko lewego, gdy tymczasem w prawym zupełnie zaginęła; a w wypadku K r o m b h o l t z'a wydzielanie już było ustało, ale potem rozpoczęło się na nowo i stało nad miarę obfitęm. U części chorych cierpienie rozpoczynało się wśród objawów powiększonego nawału do sutek; u drugich przeciwnie, bez bolesnego obrzmienia takowych i bez gorączki, i to po części dopiero po nadzwyczaj przedłużonem karmieniu (J a c o b s o n), albo po nieustannem drażnieniu sutek i części płciowych (K r o m b h o l t z).

Przy leczeniu uwzględnić trzeba przyczyny i trwanie choroby, własności sutek, stan sił chorych, jak również tę okoliczność, że w wielu

¹⁾ Lancet. Septemb. 1862.

²⁾ Medic. tim. and gaz. May-June. 1859.

wypadkach powrót regularności był najlepszym środkiem leczniczym. U kobiet silnych zalecano upust krwi z żyły, który wszakże wielki wymaga baczości, i np. chorąg lezonej przez J a c o b s o n'a widocznie zaszkodził. Za to wielki pożytek przynosi częstokroć używanie środków czyszczących, moczopędnych i napotnych, a przynajmniej nigdy nie trzeba zaniedbywać drażnienia skóry, przez codzienne nacieranie i szczotkowanie całego ciała. Na szczególne jednak zaufanie zasługują takie środki, które są zdolne wywołać miesiączkę, jak np. małe dawki aloesu i t. p., ciepłe kąpiele połowicze, drażniące kąpiele nóg, natryski maciczne, wcieranie olejku sawinowego w podbrzusze lub okolicę krzyżową, gorczyczniki i bańki na wewnętrzną powierzchnię ud. A b e g g ¹⁾ po bezskutecznym zużyciu wewnętrznych i miejscowych środków, wkrótce uleczył dwa wypadki użyciem w ciągu 10 resp. 12 dni natrysków macicznych, które wywołały umiarkowany krwotok maciczny.

Jednocześnie używać też trzeba i środków miejscowych. Niekiedy pomocnymi bywają nakadzania sutek ściągającymi odwarami (szałwi, dębianek, ratanii, kory korzenia granatu), okłady z octu, rozcieńczonego kwasu siarczanego, albo zimne obmywania, albo wreszcie miejscowe użycie kamfory. Nacisk zalecanym już był przez R e i l'a. K r o m b h o l t z leczył swoje chore nastrykiwaniami roztworu potażu gryzącego (gr. j na 3j) do kanałów mlecznych. W ten sam sposób użytym też być może saletrzan srebra i t. p. Wybór pożywienia i wewnętrznych środków lekarskich, zastosowanym być musi do stanu sił chorych.

Najlepszy skutek zdaje się obiecywać jodek żelaza; wielokrotnie chwalono też kamforę, lulek (*hyoscyamus*), pietrasznik (*conium*). Te ostatnie, przy istniejącem zwykle znacznem rozdrażnieniu układu nerwowego, z pewnością nie są bez pożytku, chociaż zdaje się, że właściwiej zastąpićby je można podawaniem od czasu do czasu przetworów mawkowca.

9. Nowotwory sutek.

A. Cooper: *l. c.*, p. 27.—Bérard: *l. c.*, p. 60.—Birkett: *l. c.*, p. 64 i 179. — Scanzoni: *l. c.*, p. 169. — Velpeau: *l. c.*, p. 293.—Virchow: *Die krankh. Geschwülste*.

¹⁾ Monatschr. f. Geburtsk. Decemb. 1860.

a) Tłuszczaki.

Powstają one w drodze nowotworzenia, ograniczonego do pojedynczych miejsc tkanki tłuszczowej, i zdarzają się rzadko. Guzy tego rodzaju, rozrostem spowodowane, bywają ostro odgraniczone, nierówne, gruzłowate lub zrazowate i rozmaitej spoistości. Zwykle nie bywają bardzo twarde, ale raczej więcej miękkie i ciastowate; niekiedy wszakże, już nawet przez *Velpéau*, bywały brane za torbiele i innego rodzaju guzy. Zazwyczaj bywają one nie wielkiej objętości; wszakże *Warren* widział takie, które ważyły do 8 funtów, a *Cooper* dochodzące do 15 funtów wagi. Same przez się nie są one niebezpiecznymi; wszelako przemieszczają sutkę; nabawiają chore obawy; gdy się powiększą, stają się dokuczliwymi przez swój ciężar, a niekiedy, zwłaszcza podczas trwania regularności, bywają siedliskiem gwałtownych bólów, promieniających aż do ramienia. Z tej przyczyny przystępować trzeba do ich wyluszczenia.

b) Częściowy rozrost tkanki łącznej.

(*Fibroma mammae lobuläre*).

Rozrost tkanki łącznej, ograniczający się na pojedynczych zrazach gruczołu, przedstawia się pod postacią guzów, które *Velpéau* opisuje pokrótce pod nazwą „częściowego przerostu,” *Cruveilhier* określa nazwą *corps fibreux*, a *A. Cooper* dzieli na dwie ustanowione przez siebie formy: przewlekłego guza gruczołu sutkowego i guza hydatydowego.

Punktu wyjścia tych guzów szukać należy w zrazowym albo zrazikowym, śródmiaższowym zapaleniu gruczołu mlecznego; to też nie powinno dziwić, że takowe zdarzają się zarówno u kobiet niezamężnych jak i u zamężnych (podług *Velpéau* częściej u pierwszych). Wywód choroby wyprowadza niekiedy na jaw poprzedzające takową obrażenia (uderzenie, ucisk gorsetu), a często także zapalenia i ropienia w sutkach. Często jednak rozwijają się te guzy zupełnie niepostrzeżenie, nie sprawiając żadnej niedogodności ani też bólu; co się tém tłumaczy, że część gruczołowa nie brała udziału w pierwsiątkowej sprawie zapalnej, a w samej tkance łącznej sprawa ta rozpoczynać się i przebiegać może w bardzo przewlekły sposób. Niekiedy spotykamy nie jeden tylko, ale większą

liczbę guzów obok siebie, gdy większa ilość zrazów lub też zrazików gruczołu, równocześnie albo kolejno chorobie ulega.

W początkach można jeszcze wyraźnie rozpoznać pęcherzyki (*acini*) zawarte w rozrosłej tkance łącznej; później zanikają one, a nie rzadko powstają w nich torbiele, pochodzące albo z przewężonych przewodów mlecznych, albo też z rozdętych pęcherzyków końcowych. To też ostatecznie guz składa się przeważnie ze zbitej tkanki łącznej; — ze stwardnienia zapalnego powstaje włókniak, który może stwardnieć jak ścięgno a nawet na prawdę zwapnieć.

Wymienione dopiero co zmiany utrudniają r o z p o z n a n i e przed wyłuszczeniem guza. Guzy te mają postać gruzłowatą zrazów gruczolowych; są tylko twardsze i większe. Dorastają one wielkości wahaającej się między objętością orzecha laskowego a objętością jaja kurzego lub pięści. Bywają niebolesne, nigdy nie zrastają się ze skórą, a pokazanie się nowego gruzła po ich usunięciu, nie powinno być uważane za odtworzenie się lecz za wielokrotność. Brak bólu oraz zajęcia skóry i gruczołów limfatycznych, pomimo nawet kilkoletniego trwania choroby, wyróżnia ją od raka, z którym tam szczególnie, gdzie i tkanka łączna sąsiednich zrazów, chociaż w miernym stopniu rozrostowi uległa, to mają wspólnego, że są mało ruchome. Za to im więcej są ruchome, tém bardziej znika różnica między nimi a innymi guzami dobrej stosunkowo natury, a mianowicie gruczolakami. Od wzięcia ich za te ostatnie, można się tym sposobem przynajmniej uchronić, że staramy się za pomocą obmacywania wysledzić związek guza z normalnymi częściami gruczołu. W początkach, łatwo daje się to uczynić; ale wraz z powiększeniem się objętości, a następnie skutkiem ściągania się tkanki łącznej, guz tak dalece odłącza się od reszty gruczołu, że łączy się z nią tylko za pomocą wychodzącego zeń przewodu mlecznego, jakby za pośrednictwem szypuły.

W końcu, możliwe jest także zamienienie guzów tego rodzaju z grubościennymi torbielami, torbielo-mięsakami i t. p.

Guzy tu opisane bywają przedmiotem l e c z e n i a nie dla tego, aby miały sprawiać jakieś dolegliwości, ale że są powodem ciągłych trosk. Według doświadczenia V e l p e a u, wewnątrznie i zewnątrznie stosowane środki roztwarzające, jako też nacisk, przynoszą tu więcej pożytku niż przy ogólnym przeroście sutki, ale dopóty tylko, dopóki w guzie torbiele jeszcze się nie rozwinęły. To też w początkach próbować należy przetworów jodowych, albo też jodowych lub alkalicznych źródeł leczniczych, a zewnątrznie stosować maść jodową, plaster rtęciowy, mydlany lub inny, przyszczydło latające albo nacisk za pomocą kleiny. Jeżeli się

już potworzyły torbiele, to potrzebne będą nastrzykiwania jodowe lub tym podobne, zawłoka lub przecięcie worka w całej długości. Jeżeli torbieli jest wielkie mnóstwo, albo gdy leczenie rozpędzające pozostało bez skutku, to pozostaje już tylko guz wyłuszczyć.

c) **M i ę s a k.**

Mięsak występuje albo pod postacią zrazowatych guzów, albo też, co rzadziej, pod postacią rozlanego przerostu śródmiąższowej tkanki łącznej. W tym ostatnim razie, powierzchnia jego bywa albo wzgórkowata; albo też gładka, jak przy otorbionych tłuszczakach i rozlanych włókniakach. Utkanie większych mięsaków, bywa zazwyczaj rozmaite w różnych miejscach; tu więcej włókniste, tam miększe i przeświecające albo nawet galaretowate, w innych miejscach miękkie i rdzeniowate, stosownie do tego czy przeważa podścielisko łączno-tkankowe, śluzowe lub komórkowate. Punktem wyjścia bywa najczęściej środkowa część gruczołu w pobliżu brodawki; rzadziej część obwodowa. W miarę wzrostu guza, sąsiednie pęcherzyki łatwo zanikają. To wszakże nie przeszkadza aby w miejscach dalej położonych nie miało przyjść do rozrostu takowych pęcherzyków; co więcej, zdarzają się wypadki, w których mięsak łączy się z gruczołakiem, i w miarę wzrastania, oba nowotwory zlewają się ze sobą. Jeżeli mięsak nie wszędzie jednostajnie się rozwija, to rozwój jego, zamiast prostego zaniku pociąga za sobą częściowy ucisk przewodów gruczołowych z następczém rozszerzeniem takowych. To też częstokroć mięsak, którego punktem wyjścia był środek gruczołu, staje się później bardzo często *t o r b i e l o - m i ę s a k i e m*; we wnętrzu jego bowiem rozwija się wiele worków i szczelin z zatok i przewodów mlecznych, które łączą się pomiędzy sobą i są albo próżne, albo też wypełnione płynem surowiczym, mlecznawym śluzowatym lub krwistym. Do tych torbieli wpuklają się przyległe pęcherzyki gruczołowe, nakszałt przepuklin; w innych wznoszą się znowu z samych ścian, rozmaitego kształtu pełne narośle — *fibromata papillaria intracanalicularia* — które (z powodu że w nich poplątane są włókna ściągające śródmiąższowej stwardniałej tkanki) podobne są na przecięciu do drzewa życia w mózdzku lub do przeciętej krtani, dochodzą prawie wielkości pięści i mogą przedziurawić worek.

Mięsaki ulegają niekiedy wysoko posuniętemu stłuszczeniu, skutkiem czego mogą się dobrowolnie zmniejszać, albo na czas pewien zaprzestawać rość, chociaż przez to nic trwałego się nie zyskuje. Owszem,

mają one skłonność szerzyć się z sutki na okoliczną tkankę tłuszczową, zajmować skórę, otwierać się i wrzodzić. Pod tym względem zbliżają się do raka; i chociaż złośliwość ich jest mniejsza, jak się pokazuje ze zwykłego braku zajęcia gruczołów limfatycznych, mogą jednak odtwarzać się przy bliznie, a nawet przerzucać na wewnętrzne organa.

Wielka różnorodność w budowie mięsaków, jakotóż mniej lub więcej złośliwy przebieg takowych, to mają następstwo, że bez dokładnego anatomicznego zbadania nowotworu, nie jesteśmy w możności rozpoznać na pewno jego natury. Kształt powierzchni, spoistość i ruchomość guza, bardzo bywają różne. To też bywa on podobny jużto do włókniaka, już do śluzaka, już do mającego się poniżej opisać gruczolaka, już wreszcie do raka. I zanim nowszemi czasy prace *V i r c h o w'a* rzuciły światło na ten przedmiot, nawet anatomo-patologowie pomieszczali pojedynczo spostrzegane wypadki mięsaka w rzędzie różnych innych form nowotworów,

d) Śluzaki i e) Chrzęstniaki.

Wszystko cośmy powiedzieli przy mięsakach o niemożliwości dokładnego ich rozpoznania przed wyluszczeniem, stosuje się także i do *ś l u z a k ó w*. Rozwój znacznej ilości tkanki śluzowej wśród tkanki łącznej śródmiąższowej, podobnie jak rozrost wyłącznie tej ostatniej prowadzi albo do rozlanego obrzmienia sutki, albo też, jeżeli sprawa ogranicza się na pojedynczych zrazach gruczołu, do powstania ograniczonych guzów. Nawet i ograniczone śluzaki, podobnie jak i zrazowe włókniaki, częstokroć w bardzo luźnym znajdują się związku z resztą gruczołu. Tak przy nich jak i przy obrzmieniach rozlanych, części gruczołu zawarte wśród galaretowatej masy nowotworowej mogą coraz bardziej zanikać, albo też i to zdarza się szczególnie często przy śluzakach rozlanych—zatkoki i przewody mleczne zostają rozszerzonymi, i tym sposobem powstają guzy; które dawniej przyłączano do torbieli-mięsaków. Rozszerzone przewody mleczne wypełniają się częstokroć wyrastającymi ze ścian narosłami śluzowatymi, które mogą przeniknąć skórę sutki, uleść owrzodzeniu i rozpadowi.

V i r c h o w wspomina też o wypadku, w którym śluzak rozwinął się na powierzchni, z brodawkowatej wyniosłości przy brodawce sutkowej, i ostatecznie wisiał na skórze w kształcie guza wielkości małej pięści.

Chrzęstniaki (*Enchondromata*) rzadko w ogóle przytrafiają się w sutkach kobiety, i to najczęściej jeszcze pomieszane z rakiem. **Virchow** uważa tylko wypadki opisane przez **A. Cooper'a** oraz przez **Nelaton'a** i **Cruveilhier'a** za dostatecznie pewne spostrzeżenia czystych chrzęstniaków. U psów nowotwory te nie są rzadkie.

Skostniałe szczególnie chrzęstniaki odznaczają się powierzchnią nierówną, twardą, często ostrokanciastą; wszystkie jednak rosną powoli, i mierniej nawet dosięgnąwszy objętości mogą w niezmiennym stanie pozostać już na zawsze. W wypadku **Cooper'a** guz taki był przyczyną ciągłego bólu, zwiększającego się podczas miesiączkowania. Wszakże od czasu jak **Virchow** wykazał, że nie tylko formy mieszane, ale nawet czyste chrzęstniaki gruczołów, skłonne są do upowszechniania się, widzimy się zniewolonemi do wczesnego usuwania ich za pomocą operacyi, nie tylko w tych razach, gdzie się one stają powodem znacznych dolegliwości. Zdanie to, o ile się odnosi do chrzęstniaków sutek, sprawdzoném zostało przynajmniej spostrzeżeniem na suce.

f) Gruczołak (*Adenoma s. Adenoid*).

A. Cooper: *l. c.*, p. 21.—**Nélaton**: *l. c.*—**Bérard**: *l. c.*—**Joh. Müller**: *Ueber den feineren Bau der Geschwülste*. 1838, p. 56.—**Birkett**: *l. c.*, p. 124. — **Lebert**: *Malad. cancerens. Paris*. 1851, p. 367. — **H. Meckel**: *Illustr. med. Zeit.* 1, 3. — **Scanzoni**: *l. c.*, p. 68 i p. 156. — **Paget**: *Surg. patholog.*, p. 66 i 249.—**Förster**: *Pathol. Anat.* 1854. p. 344.—**Velpeau**: *Mal. du sein*, p. 350. — **Thomas Bryant**: *Guy's Hosp. Rep. Ser. III, Vol. 10*.

Gruczołak przedstawiać może nader rozmaite własności, stosownie do tego, czy rozrost jego rozwojowi towarzyszący, ograniczony jest przeważnie do pęcherzyków gruczołowych, albo czy rozciąga się też w wysokim stopniu i na tkankę łączną, albo wreszcie, czy zarazem pociąga za sobą i znaczne zmiany w przewodach mlecznych.

W pierwszym razie powstaje guz pospolicie nie przechodzący wielkości jaja, często o wiele mniejszy, kształtu okrągławego lub kłębowatego, o powierzchni gładkiej, ziarnistej lub wyraźnie zrazowatej. Na rozkroju guz taki jest miękki, soczysty i również pozwala rozpoznać zrazo-

waty układ, gdzie takowy już na zewnętrznej występował powierzchni; jeżeli zaś budowa jego nie jest zrazowatą, to można przynajmniej spostrzedz pasma włókniste z tkanki łącznej i naczyń, które zdają się rozgałęziać w podobny sposób jak przewody mleczne. Pod drobnowidzem dostrzegamy, że cały guz złożony jest z pęcherzyków, zupełnie podobnych do normalnych pęcherzyków gruczołowych, wszakże dwa do trzykroć razy od nich większych, wypełnionych małemi, okrągławemi komórkami ziarnistemi aż do małego środkowego kanaliku, i nie łączą się z żadnym przewodem wyprowadzającym.

Jeżeli zarazem i tkanka łączna znacznie przerasta, to guz nie przedstawia już spoistości miękkiego mięsaka, lecz jest twardy jak zbity włókniak, wszakże pod drobnowidzem pozwala jeszcze rozpoznać zrazowatą swą budowę, jakoteż grupy pęcherzyków otoczonych tkanką łączną.

W trzeciej części wszystkich wypadków powstają równocześnie torbiele i przetwory torbielowate, pochodzące albo z rozdęcia pęcherzyków gruczołowych i wypełnienia ich surowicą lub płynem galaretowatym albo też z rozszerzenia zatok i przewodów mlecznych.

Wielkość gruczołaków zależy głównie od tego, czy w ich rozwoju biorą udział pojedyncze tylko części gruczołu czyli też cały gruczoł; oraz czy przewody mleczne ulegają rozszerzeniu czy też nie. Jeżeli guz ogranicza się do pojedynczych zrazików albo zrazów gruczołu, to bywa zwykle zaledwie wielkości orzecha laskowego, włoskiego, rzadziej pięści; ale jeżeli cały gruczoł ulega chorobie i do tego rozszerzają się przewody mleczne, to powstawać mogą guzy nawet wielkości głowy mężczyzny. O ile jednak różną bywa budowa gruczołaków, mają one jedną wspólną, ważną pod względem praktycznym cechę, tę mianowicie, że nie są ściśle połączone z otaczającą je tkanką, lecz są nadzwyczaj ruchome i z łatwością wyłuszczać się dają. Nigdy nie napotkano, aby się zlewały z mięśniem piersiowym, i chyba wtedy tylko jeżeli cierpienie trwa czas dłuższy i jest bardzo rozległe, zwłaszcza też w razie istnienia wielkich przestworów we wnętrzu guzów, powierzchnia ich może być zrosnięta ze skórą i brodawką sutkową. Wielka ruchomość i luźne połączenie gruczołaków z sąsiednimi częściami stąd pochodzi, że spoczywają one bardzo luźno w ściśle połączonej z normalnym gruczołem torebce łączno-tkankowej, i tylko za pośrednictwem cienkiego przewodu mlecznego są w związku z resztą gruczołu. Veipeau wszakże, w więcej niż 90-ciu spostrzeganych przez siebie wypadkach nie mógł się nigdy sam przekonać o podobnym związku.

Starania dotychczas podejmowane w celu wyjaśnienia p r z y c z y n, przebiegu i rozpoznawania gruczolaków, nie mogły wydać rezultatów odpowiednich chęciom podejmujących je badaczy z tego powodu, że nie umiano ostro odgraniczyć opisywanych w tém miejscu guzów, od innych im podobnych. To téż wzmiankujemy tu wyraźnie, że opis który poniżej zamieszczamy, wtedy tylko będzie mógł być uważany za słuszny, jeżeli zaliczymy do gruczolaków jeszcze włókniaki i śluzaki, jakotéż mięsaki niezłośliwego charakteru, i to zarówno pełne, jakotéż powikłane torbielami, formy rozmaitych tych nowotworów. Pod względem praktycznym nie wyniknie z takiego zestawienia nic złego, gdyż, jak już poprzednio wspominaliśmy, rozróżnienie nowotworów tych pomiędzy sobą jest niepodobne przed wyluszczeniem.

Jeżeli tedy, zniewoleni potrzebą, rozszerzymy tu pojęcie gruczolaków w sposób niedozwolony, to guzy te napotykać będziemy częściej u kobiet niepłodnych aniżeli u tych, które rodziły. Z rzędu chorych V e l p e a u 'a, dwie trzecie części należało do pierwszej kategorii. Zdarzają się one zarówno u dziewcząt od 15—20 lat, jak i po 80-m r. życia; przecięciowo jednak, we wcześniejszym wieku aniżeli rak; przynajmniej według obliczenia L e b e r t 'a średni wiek dla tego ostatniego jest 50 lat, zaś dla gruczolaka tylko lat $36\frac{2}{3}$. T h o m a s B r y a n t widział go przed 17 rokiem 3 razy; między 17 a 32 rokiem 30 razy; po tym roku 21 razy; połowa jego chorych nie miała jeszcze 24 lat. Niezamężnych było 27, 7 niepłodnych, 19 płodnych. U 11 z pomiędzy tych ostatnich choroba rozwinęła się podczas c i a ż y ; u 2-ch podczas k a r m i e n i a. 28 razy guz mieścił się z prawej strony; 23 razy z lewej; 3 razy zajęte były obie sutki. Zboczenia w miesiączkowaniu nie zdają się wpływać na rozwój guzów; L e b e r t nie mógł upatrzeć żadnego między nimi związku w 30 wypadkach przez siebie spostrzeganych. Za to wpływy t r a u m a t y c z n e uważane być muszą za ważny moment przyczynowy; gdyż według stwierdzenia V e l p e a u 31 z liczby 58-u kobiet wyprowadzały swą chorobę od uderzenia, a L e b e r t widział taki związek w 6 wypadkach, w których choroba rozwinęła się ściśle w tém samym miejscu, które uderzeniu uległo, gdy już obrzmienie zapalne i z wylewu krwi pochodzące zupełnie zniknęły.

Przebieg i rozpoznanie. Gruczolaki rozwijają się zazwyczaj tak niepostrzeżenie, że chore odkrywają je przypadkowo, dopiero po długim ich trwaniu. Najczęściej spotykają się pojedynczo, i w jednej tylko sutce; niekiedy jednak bywa ich po kilka razem, na téj samej stronie, albo téż w obu gruczolach; ale w takim razie, rozwój ich pospolicie nie bywa

równoczesny. Zwykłym, lecz według spostrzeżeń V e l p e a u nie wyłącznym ich siedliskiem jest obwód gruczołu. Guzy pełne rosną powolnie; mogą jednak stopniowo dojść 2—6 funtów wagi. Jeżeli potworzyły się w nich torbiele i przestwory, to powiększają się nierównie prędkiej; zazwyczaj jednak i w tym razie nie wywołują znaczniejszego bólu. Obrzmienie gruczołów limfatycznych zdarza się niekiedy, ale to tylko przemijająco, i znika samo przez się po wyluszczeniu sutki. Kształt piersi, pomijając lekkie wypuklenia, pozostaje zazwyczaj normalnym; to samo barwa, kształt i przytwierdzenie brodawki piersiowej. Niekiedy wszakże, skutkiem rozciągania skóry, takowa zrasta się, ulega zapaleniu i ropieje. V e l p e a u spostrzegał, że niekiedy guzy tego rodzaju, zwłaszcza w wieku przekwitowym, znikają same przez się.

Rozpoznanie nie zawsze może być pewnym, przed dokonaniem wyluszczenia. Guzy pełne, wyczuwają się zwykle jako nieregularne, ziarniste, kłębowate, niekiedy jak grudka ryżu; są niebolesne i nieco sprężyste, a tém samym ani tak twarde jak rak włóknisty, ani tak sprężyste jak rdzeniak. Od raka odróżniają się dalej powolnym wzrostem, a więcej jeszcze ruchomością, która jest nierównie większa aniżeli wszelkiego innego nowotworu sutki. Jeżeli w guzie potworzyły się torbiele i jeżeli takowy przyrósł do skóry, wtedy łatwiej już wziąć go za rak. Wszakże i tu możemy poczerpnąć częstokroć dostatecznych podstaw do rozpoznania z braku zajęcia sąsiednich gruczołów limfatycznych, z mniej lub więcej wyraźnego chęłbotania w jednym lub kilku miejscach, z charakterystycznych własności zbitych części guza, oraz z braku wszelkiego związku z mięśniem piersiowym, a w razie potrzeby z próbiecznego przekucia jakoteż braku oznak charłactwa właściwego rakowatym.

Leczenie. Ponieważ gruczolaki, chociaż są jeszcze małe, bardzo już chore niepokoją; ponieważ powolnie nawet rosnąc, dochodzą jednak ostatecznie znacznej wielkości; ponieważ pod wpływem warunków nie dających się z góry określić spowodować mogą rozległe owrzodzenia; wreszcie, ponieważ w dalszym przebiegu nowotwór może wbrew oczekiwaniu okazać się złośliwym, chociażby nawet nie był rakowaty: przeto nie należy choroby zostawiać naturze. Do jej usunięcia służą te same środki, które bywają używane w celu leczenia przerostu podścieliska łącznotkankowego; wszakże przy téj ostatniej chorobie są one stanowczo skuteczniejszymi. To téż w ogóle nierównie może być odpowiedniej przystępować tu od razu do pomocy operacyjnej; jednakże, już dla samego wstrętu jaki bardzo wiele osób cierpi do noża, częstokroć próbować trzeba na początek metody roztwarzającej. W takich razach V e l p e a u

podaje wewnątrz po 15—30 gran jodku potasu dziennie przez cały szereg miesięcy, i każe równocześnie brać kąpiele alkaliczne, i co tydzień środek czyszczący solny. U kobiet silnych stosuje on co 10—14 dni po 10—12 pijawek na około sutki; u słabszych zaś osób ogranicza się na miejscowem użyciu maści jodowych, plastru rtęciowego, pietrasznikowego lub mydlanego, albo co 14 dni przystawia pryszczydło. Jeżeli guz jest większych rozmiarów, konieczną jest rzeczą podtrzymać piersi wygodnym gorsetem lub odpowiednią opaską (*suspensorium*) i okryć puszką łąbędzim lub skórą królika. Tym sposobem lecząc udaje się niekiedy powstrzymać wzrost guza, albo nawet—jeżeli jest mniejszy od kasztana—wywołać zupełne jego pochłonięcie. Pospolicie jednak żadnego nie osiągamy skutku.

Wyluszczenie gruczołaków jest bardzo łatwe, gdyż dają się one wygodnie ze swój powłoki wydobyć, a rana często skleja się doraźnie, albo téż, jeżeli przyjdzie do ropienia, goi się przy bardzo prostym opatrunku. Po wyluszczeniu małych guzów, częściej zwykły się zdarzać krwotoki następce, gdyż z przyczyny czasowego wstrzymania się krwotoku z poprzecinanych małych tętniczek, zaniedbujemy je podwiązać. Takie krwotoki łatwo pociągają za sobą nasiąknięcie krwią tkanki łącznej między zrazami gruczołu, a przez to opóźnienie w gojeniu się rany, jakkolwiek krew wylana może się także szybko pochłonać. Jeżeli rana pooperacyjna goi się przez ropienie, to mogą się tworzyć zatoki ropne. Wreszcie, po wyluszczeniu gruczołaka, jak i po każdej innej operacji rozwinąć się może róża. *V e l p e a u* nie stracił ani jednej z 50 przez siebie operowanych; *L e b e r t* zaś stracił 2 na 24, mianowicie 1 na zapalenie płuc i 1 na różę. Wyjątkowo powstają po operacji, w téj samej piersi, albo téż w drugiej, nowe gruczołaki.

g) T o r b i e l e.

Oprócz torbieli tworzących się w skutek zanikania gruczołu u starszek, powstają one także skutkiem częściowego zwężenia i rozdęcia przewodów mlecznych, jakotéż skutkiem rozszerzenia pęcherzyków gruczołu przy różnorodnych wspomnianych już wyżej stanach chorobowych, jak np. przy przeroście podścieliska łączno-tkankowego, gruczołaku, guzie mlecznym i t. p. Daléj, powstają niekiedy w sutkach prawdziwe *Acephalocystides* skutkiem dostania się tu bąblowców (*Echinococci*). Wszakże, nawet niezależnie od wymienionych tu stanów rozwijają się dość

często zarówno pojedyncze jakotęż i złożone torbiele, i to albo skutkiem rozděcia pęcherzyków gruczołowych, przewodów mlecznych, albo tęż w drodze nowotworzenia wśród podścieliska łączno-tkankowego gruczołu. Wielkość tych torbieli bywa bardzo rozmaita; pojedyncze pozostają zazwyczaj małemi i bywają pospolicie tylko wielkości grochu lub orzecha; wszakże mogą niekiedy znacznej dochodzić wielkości. Tak np. torbiel widziana przez *M a r i n i*'ego mieściła w sobie 9 funtów płynu. Ściany i zawartość tych torbieli przedstawiają także wielkie różnice. Spostrzegano nawet worki wypełnione tłuszczem i włosami.

Etiologia torbielijest ciemna. *V e l p e a u* spostrzegał je, mianowicie wypełnione zawartością krwisto-surowiczą, szczególnież często u dziewcząt, jakotęż u takich kobiet, które nigdy nie rodziły, zarówno obok zbroceń w miesiączkowaniu jak i bez takowych, a także i po wpływach traumatycznych; ztąd tęż po części skłonny był objaśniać ich rozwój przeistoczeniami w wznaczynionęj krwi. Rozwijają się one zazwyczaj zupełnie niepostrzeżenie, i rosną najczęściej zwolna, tak, że długi czas upływa zanim dojdą wielkości orzecha włoskiego lub małego jaja. Niekiedy jednak tak szybko się powiększają, że w przeciągu roku dochodzą kilku funtów wagi.

Rozpoznanie wielkich, pojedynczych, odosobnionych torbieli nie bywa trudne, jeżeli ich ściany nie są zbyt grube, gdyż wtedy dają one uczucie wyraźnego chełbotania. Powolny rozwój guza, pojawienie się jego w czasie kiedy mleko się nie wytwarza, i niemożność dostrzeżenia chociaż przechodniego wydzielania w gruczole, różni go tu od guza mlecznego i krwawiaka. Wszakże torbiele mniejsze, grubościennie, głęboko umieszczone, jakotęż złożone, wreszcie torbiele z gęstszą zawartością, nie tylko, że mogą dawać uczucie zaledwie bardzo niewyraźnego chełbotania, ale nawet nie dawać go wcale, albo tęż przedstawiać sprężystość w wysokim stopniu. Tutaj może nas jeszcze niekiedy objaśnić probiercze przekłucie; często jednak i ono nie wystarcza do ustrzeżenia się od pomieszania z gruczołakiem. Na szczęście i tu nie wiele na tém zależy. Główną rzeczą jest zawsze odróżnienie torbieli i torbielaków od raka, a do tego służą: ruchomość guza, brak zrostów ze skórą i mięśniem piersiowym, obrzmiałych gruczołów, charłactwa rakowego i t. d.

Pewne leczenie możliwe jest tylko w drodze operacyjnej. Przy torbielach pojedynczych, surowiczych, wystarczają nastrzykiwania jodowe (1 cz. naciągu jodowego i 2 cz. wody według *V e l p e a u*); jeżeli ścia-

ny ich są grubsze, potrzebném jest przynajmniej wielkie nacięcie; jeżeli zaś torbiele są bardzo grube i twarde, albo téż torbielaki bardzo złożone, to w każdym razie wyłuszczenie zasługuje na pierwszeństwo.

h) R a k s u t k i.

B a y l e et C a y o l. *Diction. des scienc. médic.* III, p. 545.—A. C o o p e r: *Anatomy and diseases of the breast.* Lond. 1840.—B é r a r d: *l. c.*, p. 107.—T a n c h o n: *Recherch. sur le traitement médic. des tumeurs cancéreuses du sein.* Paris. 1844.—B r o d i e: *Medic. times* 1844. N. 229.—C a r p e n t i e r - M e r i n c o u r t: *Traité des malad. du sein.* Paris. 1845.—W a l s h e: *Nature and treatment of cancer.* London. 1846, p. 467.—S z o k a l s k i: *N. Złg. f. Medicin. u. Med. Reform.* 1850. 5. 6.—B i r k e t t: *l. c.* p. 210.—L e b e r t: *Malad. cancérens*, p. 324.—K ö h l e r: *Krebs u. Scheinkrebs*, p. 527.—H. M e c k e l: *Illustr. Zeit. l.* 1852.—S c a n z o n i: *l. c.*, p. 182.—V e l p e a u: *l. c.*, p. 421.—B i l l r o t h: *Virchow's Archiv.* XVIII, 1860.

Rak w gruczole sutkowym zdarza się bardzo często, chociaż mniej często jak w macicy. B i l l r o t h na 150 nowotworów sutek, naliczył 130 tu się odnoszących. Stosunkowo rzadko występuje on w postaci r a k o w c a, i wtedy zaczyna się najczęściej na brodawce lub w jej pobliżu. Powstają tu albo w samej skórze rozproszone guziczki, lub więcej rozlany nasięk, albo téż bezpośrednio pod skórą gniazda wypełnione komórkami: nabłonkowemi, kłębiastego kształtu. Jak w innych miejscach ciała, tak i tu, rakowiec pociąga za sobą nietylko rozpad i owrzodzenie przerodzonej warstwy tkanek, ale niekiedy téż równocześnie przerost i bujanie brodawek.

R a k także, z małym wyjątkiem, zdarza się jako choroba pierwotna, i najczęściej w jednej tylko sutce. B i r k e t t znalazł rak w obu sutkach tylko w $\frac{1}{8}$ wypadków przez siebie zestawionych; V e l p e a u widział to jeszcze rzadziej. Najczęściej spotyka się rak pod formą włókniaka (według L e b e r t'a w $\frac{3}{5}$ wypadków), rzadziej pod formą rdzeniaka (w. L e b e r t'a w $\frac{1}{5}$ wypadków) albo téż w formach pośrednich. V e l p e a u naliczył 212 skirów na 62 rdzeniaki (t. j. w stosunku 7 : 2). Wyjątkowo tylko spostrzegać można w sutce rak dołączkowy. Tak twarde jakotéż i miękkie raki powstają albo pod postacią ograniczonych guzików, albo téż pod postacią rozlanego nasięku, i poczy-

nają się najczęściej z boku na obwodzie albo téż w środku gruczołu, rzadziej zaś w tkance łącznej podskórnej lub podsutkowej. Rozwój ich poczynają się zazwyczaj tak niepostrzeżenie, że chore dopiero wypadkowo spostrzegają obecność małego (wielkości grochu, albo co najwyżej orzecha włoskiego), okrągławego, ostro odgraniczzonego, zupełnie niebolesnego i łatwo ruchomego guzika. Guzik ten z początku rośnie zwykle bardzo powoli, zwłaszcza téż w kierunku ku skórze; tylko miękkie raki rdzeniowate częstokroć powiększają się bardzo szybko. Najpierwsza zmiana w raku podczas jego wzrostu jest ta, że jego granice stają się coraz mniej ostro obrysowane, a zewnętrzna jego powierzchnia równocześnie przestaje być gładką. Na nacisk pozostaje ona nadal jak i przedtem nieczułą, wszakże od czasu do czasu, zwłaszcza podczas trwania regularności, wstawiają się dobrowolne bóle, które jednak nie mają stałego charakteru. Stopniowo przybliża się guz coraz bardziej do skóry, zmienia kształt sutki, wreszcie zrasta się ze skórą, która w miejscu zrośnięcia przedstawia się nieco napiętą, nie daje się już przesunąć na guzie i zaczerwienia się. Zwykle brodawka spłaszcza się także, i zostaje stopniowo wciągana na kształt lejka. W tym czasie bóle się wzmagają; są one tępe, ściskające lub klujące i mogą dojść tak wysokiego stopnia, że się równają przeszywaniu nożem i zupełnie pozbawiają chore snu. Guz staje się teraz także wrażliwym na dotykanie i nacisk, a w końcu bywa przytém ból częstokroć nie do wytrzymania. Często téż jeszcze przed zrośnięciem się nowotworu ze skórą, albo już po zrośnięciu, wysącza się z brodawki sutkowej ciecz surowicza lub krwisto surowicza; bardzo także często, podczas tego zrastania się, ale téż nieraz wcześniej lub później powstaje obrzęknięcie naczyń limfatycznych i gruczołów pachowych, które jednak nie zawsze zaraz od początku ma znaczenie nasięku rakowatego. Gdy już skóra w miejscu zrośnięcia ścieniaje i zasiniuje, następuje utworzenie się guza (który ma teraz w przybliżeniu objętość pięści), skutkiem czego powstaje jedno lub kilka małych owrzodzeń, które powiększają się w głąb i w obwodzie, w miarę tego jak masa rakowa na mniejszej lub większej przestrzeni ulega posokowatemu rozpadowi. Wrzody, nawet u jednéj i téj saméj osoby, rozmaite przedstawiać mogą wejrzeń; cechują się one w ogóle nieregularnym kształtem, zatokowatemi, zębiastemi, twardemi brzegami i brudnym dnem. Częstokroć, i to zwłaszcza przy większych formach raka, z dna i z brzegów wrzodu wyrastają gębczaste, żółto i szaro-czerwonawe, łatwo krwawiące wybujałości, wydzielające ciecz ropiasto-surowiczą, krwistą lub posokowatą. Jeżeli posoczenie jest bardzo znaczne, to wydzielina wrzodu jest w wysokim stopniu cuchnącą i nadżera dokoła zdrową skórę. Po utworzeniu się raka, bóle samoistne

w piersi stają się coraz nieznośniejszemi; równocześnie postępuje także zwyrodnienie gruczołów pachowych, i jeżeli w skutek tego powstaną wielkie, twarde guzy, to takowe, uciskając leżące pod nimi naczynia i nerwy, spowodzić mogą obrzęk kończyny i najdokuczliwsze bóle na całym jej przebiegu. Skutkiem tych bólów, skutkiem obfitego wydzielania wrzodów, wreszcie skutkiem nie zawsze, ale jednak bardzo często towarzyszących temu znacznych i ponawiających się, niekiedy nawet życiu grożących krwotoków (w razie przedziurawienia większego naczynia), podkopanym zostaje cały ustrój, który zwykle przed otworzeniem się raka, nie nosił na sobie wyrazu ciężkiego cierpienia. Ciało chudnie, siły upadają, twarz pokrywa się bladością i przybiera wyraz cierpienia, wreszcie do istniejącej bezsenności i braku apetytu dołączają się objawy gorączkowe. Tymczasem jednak rak zajmuje tkanki w głąb i w szerz; zwykle wkrótce po otworzeniu się jego, sutka już jest zrośnięta z mięśnieniem piersiowym, i nie daje się po nim przesuwac; później może ten mięsień, mięśnie międzyżebrowe i żebra, a nawet opłucna i płuco uleść nasiękwowi rakowemu a po części zniszczeniu; z drugiej zaś strony, skóra klatki piersiowej na znacznej przestrzeni owrzodzić. Nierzadko rak upowszechnia się w końcu, rozwijając się w odleglejszych organach, w wątrobie, macicy, jajnikach, kościach czaszki i t. d. Ostatecznie, gdy już chore kilka miesięcy nie były w stanie opuszczać łóżka, przychodzi śmierć, w skutek zwiększającego się coraz bardziej wycieńczenia, albo też poprzedzona biegunką, zapaleniem opłucnej lub płuc.

Zboczenia od podanego wyżej obrazu choroby bardzo często się zdarzają.

Najprzód, guzik rakowy w początkach najczęściej wprawdzie, ale jednak nie zawsze bywa twardy. Niekiedy spoistość jego tak jest miękka i sprężysta, że daje pozór niewyraźnego a nawet wyraźnego chębotania. Niekiedy też powstaje od razu kilka guzików, które w miarę powiększania się, zbliżają się do siebie, i w końcu zlać się zupełnie mogą. Daléj, rak, jak to już wspominaliśmy, poczynac się może nasiękiem rozlanym, który wtedy nie daje się wyczuć pod postacią ograniczonego, ruchomego guzika, ale jako nierówne, wzgórkowate obrzmienie gruczołu. Niekiedy przychodzi do samoistnego rakowatego zwyrodnienia skóry, zanim jeszcze nowotwór pierwotny zrosł się z nią i na nią przeszedł. Daléj, można widzieć, że po nastąpieniu zrośnięcia ze skórą, otworzenie się raka przeciąga się bardzo długo, albo gdy nastąpi, to tworzy się wrzód suchy a nawet zabliznia się, a wraz z tém, cały guz silnie ściąga się i staje twardym jak kamień (C h e l i u s'a i V e l p e a r a k z a -

nikający). W tym stanie rak trwać może długi czas, 10—15—20 lat, do końca życia nawet, więc zatrzymać się w rozwoju. Niekiedy jednak po bliznowatém niejako ściągnięciu się guza, występują natychmiast objawy ogólnego zakażenia, albo téż, jak my mieliśmy sposobność widzieć, już po kilku latach, rozpraszanie się raka po opłucnej i płucach. Nakoniec, w pojedynczych, wyjątkowych zresztą wypadkach, spostrzegano dobrowolne uleczenie się choroby. Skutkiem posoczenia i owrzodzenia, cały nowotwór stopniowo został wydalony, powierzchnia owrzodzenia zupełnie się zabiłiła, i nigdzie nowe odłożenie się nowotworu nie nastąpiło.

Przebieg choroby bywa jużto szybszy, już pówolniejszy, i w ogóle tém krótszy, im mniejszy jest guz z samego początku i im wcześniej się otworzy. R o u x i B i r k e t t wspominają o wypadkach, które już w 3—4 miesiące po pojawieniu się nowotworu, skończyły się śmiercią. C o o p e r i B r o d i e widzieli przeciwnie inne, w których choroba trwała lat 15—25. Średni czas trwania ocenił C o o p e r na $2\frac{1}{2}$ —5 lat; B i r k e t t na 2—4.

Przyczyny. Doświadczenie uczy, że żaden o k r e s ż y c i a nie zabezpiecza od choroby. B i r k e t t spostrzegał ją u 8-letniej dziewczyny, a V e l p e a u widział ją 7 razy u kobiet przeszło 80-letnich. Jednakże, o ile uczą badania statystyczne B i r k e t t'a, L e b e r t'a, S c a n z o n i'e g o, V e l p e a u i B r y a n t'a, zdarza się ona najczęściej między rokiem 40 a 50-tym, a potem między rokiem 50—60, i między 30 a 40-tym. Opierając się na tym fakcie, chciano upatrzeć bliższy związek między rozwojem raka a latami przekwitowemi; lecz brakuje właśnie najważniejszego na to dowodu, mianowicie tego, żeby ostatnie 5 lat piątego dziesięciolecia, miało dostarczać większy kontyngens chorych niż pierwsze 5; a do tego i u mężczyzn rak rozwija się w różnych organach najczęściej między 40 a 60-tym rokiem. Nowszemi dopiero czasy T h o m a s B r y a n t położył nacisk na inną jeszcze okoliczność, która wykazywałaby wpływ z n i k a n i a c z y n n o ś c i o w é j z d o l n o ś c i s u t e k na rozwój choroby. Stwierdził on mianowicie, nietylko to, że 57% jego 222-ch chorych znajdowało się w tym właśnie okresie, to jest między 36-tym a 48-mym rokiem, ale nadto, że u osób niezamężnych, u których zdolność ta wcześniej znikać zaczyna, rak występuje częściej przed 40-tym rokiem życia; przed tym bowiem rokiem, stosunek chorych niezamężnych do zamężnych był jak 51% : 33%, zaś po 40-tym roku jak 17% : 33%.

Wielka liczba spostrzeżeń dowodzi częstości usposobienia dziedzicznego. Lebert sprawdził ją 6 razy na 40 wypadków; Bryant u 10% swoich chorych. Velpéau był w stanie wykazać je aż u $\frac{1}{3}$ części swoich chorych; przyczem dziedziczność najczęściej pochodziła od matek, które cierpiały na rak sutki lub macicy, rzadziej zaś od ojca. Co się tyczy wpływu wielu innych momentów przytaczanych przez różnych autorów, to tylko znaczenie poprzedzających chorobę wpływów traumatycznych oraz przygnębiających wzruszeń umysłowych, zdaje się nam być dostatecznie dowiedzioném faktami.

Rozpoznanie. Rozstrzygnięcie pytania czy nowotwór znaleziony w sutce jest łagodny czy złośliwy nie zawsze jest łatwe, i częstokroć bywa możliwe dopiero po dłuższem postrzeganiu choréj. Tu przedewszystkiém jest rzeczą konieczną wykryć za pomocą dokładnego zebrania wywodu choroby, czy guz rozwinął się niepostrzeżenie, czy też wśród objawów nawału i zapalenia. Tym sposobem najłatwiej uchronimy się od przyjęcia raka za przewlekłe zapalenie miększu gruczołu i za zejście dawniejszych zapaleń, to jest za ostrawe zapalenie jednego zrazu gruczołowego, za guzowate stwardnienie i ropnie przewlekłe. Wymienione dopiero co guzy, powstają albo podczas karmienia — co jest zwykłym wypadkiem, albo też po zaziębieniach, obrażeniach, zaburzeniach w miesiączkowaniu; a ich początkowi towarzyszy zawsze większy lub mniejszy ból. Przy samém też badaniu są one dotkliwe na ucisk, a przynajmniej dotkliwsze aniżeliby mógł być podobny guzik rakowaty; a wreszcie albo się rozchodzą pod wpływem odpowiedniego leczenia, albo też przychodzi do otworzenia się ropnia. Zresztą chęlboczące rdzeniaki bardzo często brane były za ropnie, a przewlekłe ropnie nawet przez Roux i A. Cooper'a mieszane były z rakami. W trudniejszych razach trzeba szczególniej uwzględnić to, czy spoistość guza, bez względu na to czy jest twarda czy sprężysta, wszędzie jest jednostajna, i czy od czasu do czasu nie wstawiają się objawy zapalne, coby rzucało podejrzenie na obecność ropnia. Gdzie cechy te nie wystarczają, pozostaje jeszcze przekłucie probiercze.

Z pomiędzy guzów rozwijających się niepostrzeżenie, wziętemi być mogą za rak: przerost, włókniak, śluzak, mięsak, gruczołak i torbiel. Wspominaliśmy już na inném miejscu, że przy obrzmieniach rozlanych, które bywają określane nazwą ogólnego przerostu występują niekiedy zmiany, które mogą nasuwać na myśl zwyrodnienie rakowate. Szczególniej, zdarza się tu, wbrew dawniejszym poglądom, wciąż

gnięcie brodawki. To samo i spoistość może być niejednostajną, skutkiem współudziału pęcherzyków w podrażnieniu, jako też skutkiem przemiany przewodów mlecznych w torbiele; zaś zapalenie śródmiąższowe wywoływać może długotrwałe i gwałtowne bóle. Niedostaje tylko możliwości szerzenia się procesu na sąsiednie części, a szczególnie na gruczoły limfatyczne.

Przy częściowym rozroście tkanki łącznej, dotknięty nim zraz gruczołu, nie bywa zazwyczaj ani tak twardy jak guzik raka włóknistego, ani tak kulisty jak rdzeniak. Rośnie on też znacznie powolniej, nie wywołując dalszych zaburzeń, nie zrastając się ze skórą; a przytém najczęściej pozostaje bardzo ruchomym. Zdarzają się wszakże inne wypadki, w których włókniak, z powodu że jego granice przechodzą stopniowo w umiarkowane stwardnienie, nie jest ruchomym, a przez to zachowuje się podobnie jak rak.

Pełne gruczołaki i guzy zbliżone do nich pod względem klinicznym, rozwijają się powolniej, pozostają najczęściej zbitymi i nadzwyczaj ruchomymi, i nigdy nie pociągają za sobą trwałego obrzmienia gruczołów pachowych. Jeżeli potworzyły się w nich torbiele, to w niektórych miejscach mogą przedstawiać sprężystość, dochodzącą aż do chęłbotania, zrastać się ze skórą, pękać, wrzodzić, i jeżeli przedziurawiona torbiel nie jest niepłodną, mogą wydawać z siebie bujające wyrośle; ale gruczoły limfatyczne nie nabierają twardości rakowatej.

Złośliwe mięsaki odnawiają się nietylko na miejscu gdzie się pierwotnie rozwinęły, ale rozpraszają się po odległych nawet organach, i wyróżniają od raka tylko rzadkością zajęcia gruczołów limfatycznych.

Torbiele różnią się pospolicie powolnym wzrostem, spoistością i t. p. od rdzeniaka. Wypadki wątpliwe objaśnia przekłucie.

Rokowanie. Rak sutki samemu sobie pozostawiony, sprowadza zwykle śmierć; nawet zgorzel i wydzielenie się raka rdzeniowatego, a zanik—włóknistego, zazwyczaj leczą tylko czasowo lub też miejscowo. To też w rokowaniu pospolicie chodzi tylko o określenie czasu trwania choroby. Pod tym względem wiemy to, że przebieg, u kobiet bardziej podeszłych i przy raku włóknistym bywa w ogóle powolniejszy, wszakże w każdym szczególnym wypadku, nawet po dłuższem postrzeganiu chorych, można rokować tylko z prawdopodobieństwem. Jeżeli guz przez długi czas pozostaje twardym, jeżeli rośnie bardzo powoli, mało sprawia bólu, nie wywołuje nabrzmienia gruczołów limfatycznych i nie wywiera szkodliwego wpływu na ogólny stan ustroju, to można się spodziewać,

przy odpowiedniem zachowaniu się, dość długo utrzymać jeszcze chorobę przy życiu. W późniejszych okresach choroby, rokowanie staje się zależnem od stanu ogólnego chorych.

Leczenie. Od najdawniejszych w medycynie czasów do dnia dzisiejszego, próbowano przeciw rakowi sutki wszelkich, o jakich tylko pomyśleć można, środków, tak zewnętrznych jako i wewnętrznych, i otrzymano tylko ten smutny rezultat, że żaden z nich nie jest w stanie choroby téj wyleczyć. Mimo to jednak, lekarz znajduje się pospolicie w takiem położeniu, że musi się uciekać do leczenia téj choroby środkami farmaceutycznymi, a to z powodu: 1) że początkowo natura jęj nie zawsze w sposób niewątpliwy się uwydatnia; 2) że nie wszystkie chore zezwalają na leczenie chirurgiczne, i 3) że i to ostatnie nie jest stosownem dla wszystkich bezwzględnie wypadków.

W początkach rozwoju raka, dopóki jeszcze nie nastąpiło zrośnięcie gruczołu ze skórą, właściwem jest użycie tak wewnętrznych jako i zewnętrznych środków, które się okazały właściwemi do rozpędzania guzów piersiowych dobrej natury, z zastrzeżeniem, aby starannie unikać tych, które albo zbyt drażnią miejscowo, albo podkopują ogólny stan ustroju. To téż miejscowo odpowiedniami są tylko: powtarzane upusty krwi, które stosownie do ustroju choręj i do gwałtowności objawów miejscowych, skuteczniają się co 2—3—4 tygodnie, za pomocą 6—12 pijawek dokoła sutki; w przerwach między tém niedrażniące plastry i maście, zwłaszcza téż plaster mydlany, oraz wiele skuteczniejsza maść jodowa (według Lisfranc'a i Velpeau najlepiej z jodku ołowiu, 3j na 3j tłuszczu), i ciepłe obwijania skórą łabędzią lub króliczą, albo téż miejscowe zastosowanie zimna lub nacisku. Jednocześnie stosownem będzie zalecić używanie ogólnych kąpielii potażowych lub sodowych, u osób drażliwych z dodatkiem mydła. Wewnętrznie dajemy chorym stosownie do ich stanu ogólnego, jodek potassu, jodek żelaza, tran lub żelazo, albo téż zalecamy im używać kuracyj mlecznych lub zdrojowych w odpowiednich miejscowościach. Tak postępując udaje się niekiedy powstrzymać wzrost nowotworu i ogólny stan ustroju podtrzymać albo nawet poprawić. Jest nawet znanych nie mało wypadków, w których najbieglejsi w rozpoznawaniu lekarze widzieli stopniowe znikanie takich guzów, które, sądząc z wszelkich pozorów, były rakowatęj natury.

Jeżeli mimo tego leczenia guz się powiększa, to obowiązkiem jest lekarza zwrócić uwagę choręj i będące z nią w związkach osoby, że dal-

sza zwłoka z wyluszczeniem, może bardzo zakwestyonować możliwość uleczenia. Jeżeli to uczyni z należytą stanowczością, to rzadko chyba wypadnie mu potrzeba uciekania się do leczenia objawowego. To ostatnie, obok zaradzania najważniejszym zaburzeniom, musi szczególnie być ku temu skierowane, aby podtrzymywać w dobrym stanie siły choréj. Wrzody rakowate traktujemy odpowiednio, do szczególnego ich charakteru. Często wystarczają okłady z papki rumiankowej lub kartoflanej, kataplazmata, maść zwyczajna lub ółowiana; przy nadmierném wydzielaniu używać trzeba wody ółowianej, roztworów ałunu lub garbnika; przy rozległym posoczeniu—wody chlorowej, kreozotu, odwaru kory chinowej z wyskokiem kamforowym i t. p. Krwawiące wybujałości niszczyć trzeba środkami żrącemi, innego rodzaju krwotoki — octem, ałunem, ergotyną, półtorochlorkiem żelaza, za pomocą zimna lub nacisku. Szczególniej dokuczliwemi są bóle i uporczywa bezsenność. Morfina, kwas pruski i lulek (*hyoscyamus*) najwięcej przynoszą tu pomocy; nie powinny być jednak nigdy dawane bez potrzeby, gdyż muszą być używane przez długi czas i w dawkach co raz większych, a wtedy niezadługo upośledzają trawienie. Dla tego téż nie trzeba ich zadawać wyłącznie przez żołądek, ale stosować je, gdzie to wystarcza, miejscowo na wrzody, albo téż w lewatywach lub nastrzykiwaniach podskórnych.

O pożyteczności operacyjnego leczenia, poglądy lekarzy i chirurgów są wciąż jeszcze podzielone. Leroy d'Etioles za pomocą obszernéj ale nie dość pewnéj statystyki doszedł do tego rezultatu, że operacya, przecięciowo biorąc, skraca życie; zaś z 59 wypadków zebranych przez Lebert'a nie wynika przynajmniej aby w ogóle miała życie przedłużać. Scarpa widział tylko 3 razy doszczętne uleczenie, a MacFarlane na 118 wypadków nie zna ani jednego. Velpeau przeciwnie, posiada 20 dokładnie stwierdzonych przykładów trwałego uleczenia. Bardzo często choroba ponawia się dopiero po upływie wielu lat, chociaż wtedy częstokroć bardzo szybko śmierć za sobą pociąga. Wiele także operowanych umiera wkrótce po operacyi, rzadziej z bezpośrednich jéj następstw (zapalenie opłucnéj, róża), aniżeli z ponowy. Velpeau stracił tym sposobem $\frac{1}{6}$ część przez siebie operowanych. My, mieliśmy dotychczas raz dopiero szczęście widzieć nieodtworzenie się raka z blizny, a i ta chora, którąśmy już uważali za zdrową, umarła w 5 miesięcy po operacyi na raka wątroby.

Jeżeli tedy spuścimy z uwagi uleczenia doszczętne wyjątkowo tylko osiagane, to w rzeczywistości mało zdaje się zyskujemy przez wyluszczenie, ale owszém prawdopodobnie również często przedwczesny gotujemy

koniec operowanym jak i przedłużamy życie. Z tego jednak wynikać tylko może wątpliwość co do pożyteczności późno przedsięwziętego operowania, i zarazem jeszcze bardziej stanowczo utwierdza się konieczność przystępowania do odjęcia nowotworu o ile można najwcześniej. Liczba zupełnych uzdrowień zwiększać się niewątpliwie będzie w miarę tego, jak lekarze i chore zgodzą się na uznanie téj fundamentalnej zasady.

W wypadkach zadawnionych trzeba się zastanowić, zanim zaczniemy namawiać chore aby się zdecydowały poddać operacji wyluszczenia nowotworu. Ale i w takich razach jesteśmy do téj namowy upoważnieni a nawet zobowiązani, jeżeli nie widzimy niemożliwości usunięcia na pewno i bez bezpośredniego niebezpieczeństwa, wszystkiego co jest chore, ani dla jawnych zmian w otoczeniu sutki, ani téż dla jakowych złogów rakowatych w odleglejszych organach. W takich warunkach pomoc operacyjna tém bardziej jeszcze się zaleca, jeżeli zarazem, skutkiem miejscowego cierpienia (znaczne bóle, nadmierna wydzielina, gwałtowne krwotoki), ogólny stan sił chorych bardzo jest podkopany. Bardzo szybki wzrost guza powinienby przyspieszyć zdecydowanie się na operacyę, jeżeliby się nie kazał zarazem obawiać, że zaczęło się już upowszechnianie nowotworu. Poczynające się ściąganie guza, zapowiada wprawdzie niepospolicie powolny przebieg; że jednak takowe pozwala się spodziewać tylko odwleczenia śmiertelnego zejścia, ale bynajmniej nie zapewnia długoletności, nie może więc ono samo przez się być przeciwwskazaniem do poważnych działań chirurgicznych. Unikamy tych ostatnich przy raku zanikowym z dobrej w ogóle zasady, mianowicie z téj, że w tych wypadkach nie ma prawdopodobieństwa, aby zwyrodniona tkanina w zupełności usunąć się dała.

Jeżeli usunięcie nowotworu zostało postanowione, to uskuteczniamy to, stosownie do obszaru choroby, albo przez wyluszczenie samego raka, albo przez odjęcie całej sutki. W razach wątpliwych, należy z góry to ostatnie przedsięwziąć.

Od dawnych już czasów wciąż robiono próby usuwania raka sutki zamiast nożem, *ś r o d k a m i ż r ą c e m i*. Dwa szczególniejsze względy dostarczały zwolenników przyżerania, a mianowicie: 1) wstręt chorych do noża i 2) szarlatanizm, takich zwłaszcza ludzi, którzy nożem chirurgicznym władać nie umieją. Oczywiście, środków żrących tam tylko można używać, gdzie rak rozwinął się pod formą płaskiego raka skórnego, albo, jak to widzujemy przy odtwarzaniu się raka z blizny,

jeżeli przynajmniej leży bezpośrednio pod skórą i szerzy się przeważnie po powierzchni; we wszystkich bowiem pozostałych wypadkach, korzyść oszczędzenia sobie utraty krwi, bynajmniej nie może zrównoważyć złych stron takiego postępowania. Środki żrące sprawiają ból nierównie większy, kilka, albo wiele godzin trwający; nie oszczędzają skóry, i mimo to nie niszczą wszystkiego co było chorém; skutkiem czego przyżeranie często 2—3 razy powtarzaném być musi. Że skutkiem takiego postępowania i siły chorych szybko zużyć się mogą, przekonywa o tém próba jaką Z e r b e ¹⁾ zrobił z zżeradłem L a n d o l f i ' e g o. Najstosowniejszymi zżeradłami są: zżeradło podane przez R i v a l l i ' e g o (galareta otrzymana przez oblanie skubanki stężonym kwasem azotnym), ciasto z chlorku cynku (*Zinc. mur. p. 1, Amyli p. 2*) i środek L a n d o l f i ' e g o przyrządzony z równych części chlorku cynku, chlorku antymonu, chlorku bromu i chlorku złota (ten ostatni, dla jego wysokiej ceny, można bardzo dobrze pominąć) z krochmalem. Dla skrócenia przyżerania M a i s o n n e u v e ²⁾ podał sposób postępowania, któremu dał nazwę: *Canterisation en fêôhes*. Przyrządza on z ciasta z chlorku cynku ostro zakończone, spłaszczone lub stożkowate strzały i wkłada takowe w rany klute, które tylko co przed tém robi za pomocą ostro zakończonego noża, w rozmaitych kierunkach, o ile można na granicy zdrowych tkanek, głęboko i blisko siebie.

Leczenie pooperacyjne prowadzi się podług ogólnych zasad chirurgii. Rana w wyjątkowych tylko razach goi się przez sklejenie bezpośrednie. Szczególną zwracać trzeba uwagę na to, czy się nie rozwija róża lub zapalenie opłucnej, gdyż największa liczba wypadków śmierci po operacji przez te powikłania była spowodowana. Odtwarzanie poczyną się niekiedy, jeszcze przed zabliźnieniem rany operacyjnej, z której to rany wznosić się zaczynają nowe, szarawe lub sinawe wybujałości rakowate. Często ponawia się rak dopiero po upływie miesięcy lub lat. Tworzą się wtedy nowe guzy w pobliżu blizny, albo w innych miejscach sutki, albo w odleglejszych organach.

Dla ochrony od pouowienia się choroby, wielu chirurgów zalecało leczenie zapobiegawcze, które jednak z wszelkiém prawdopodobieństwem żadnego nie przynosiło pożytku. A. C o o p e r dawał *Pulv. Plummeri*; inni przekładali odwar sarsaparylli lub inne środki przetwarzające.

¹⁾ Allg. medic. Centralzeit. Novbr. 10, 1855.

²⁾ Wien. med. Zeit. Nr. 44, 1858.

V e l p e a u zaleca stawiać co 2—4 tygodnie po 6—10 pijawek w pobliżu blizny, co 8 dni brać środek rozwalniający i kąpiel, a codziennie napój czyszczący krew.

10. Ból nerwowy sutki (*Mastodynia*).

(Patrz między chorobami układu nerwowego w niniejszym wydawnictwie).

ROZDZIAŁ IX.

CHOROBY POŁOGOWE.

Oprócz dzieł położniczych i ginekologicznych porównaj:

Rob. Lee: *Researches on the pathol. and treatment of some of the most important diseases of women.* London 1833. A. d. E. übers. von Schneemann. Hannover 1834. — Th. Helm: *Monographie der Puerperalkrankheiten.* Zürich. 1839. 2 Aufl. Wien 1845. — Kiwisch: *Die Krankheiten der Wöchnerinnen.* Prag 1840/41. — Fried. Berndt: *Die Krankheiten der Wöchnerinnen.* Erlangen 1846. — Virchow: *Verhandl. d. Ges. f. Geburtsk. in Berlin.* III. 1848. — Tenze: *Ges. Abhandl.* p. 735. — Tenze: *Pathol. und Therapie.* I. p. 156 Erlangen 1854. — C. Braun: *Klinik f. Geburtsk. u. Gynäcolog.* p. 423. — J. Matthews Duncan: *The internal surface of the uterus after delivery.* Edinb. med. journ. Decemb. 1857 i *Lancet.* May 17. 1862. — F. Winckel: *Monatsschr. f. Geburtsk.* Decbr. 1862 i *Nobr.* 1863. — Grünewald: *Petersb. med. Zeitschr.* V. 1. 1863. — Schröder: *Monatsschr. f. Geburtsk.* Februar 1866. — Oscar Wolf: *Ibid.* April 1866.

Potrzeba oddzielnego opisu wszystkich chorób położowych, wywołaną została nie tylko blizkim ich związkiem z położnictwem, które wyrobiło sobie samodzielne stanowisko, odłączywszy się od medycyny, ale, w gruncie rzeczy, właściwościami jakie choroby te przedstawiają w swym rozwoju, rodzaju i przebiegu. Potrzebie tej zawdzięczamy wielką ilość monografij przedmiotu tego dotyczących, jak świadczy dopiero co podany wykaz literatury.

Sądzone, że już *a priori* można przyjąć, iż właściwości stanu położowego, czyli tak zwana konstytucja położowa, może

tworzyć zarody właściwych spraw patologicznych różnych od chorób innych epok życia, a w pewnych warunkach tworzyć je musi. Usiłując wykazać gatunkową różnicę danego stanu chorobowego, brano za punkt wyjścia same objawy tego stanu, i starano się słusznie objaśnić jego powstanie konstytucją połogową, ale nie zdołano się przy tém ustrzedz od tego, aby nie przecenić obszaru właściwości połogowych, i ich doniosłości, w stosunku do panujących w patologii doktryn, a zwłaszcza do teorii skażeń krwi (krazeologia). Tymczasem wyjaśnienia, jakich w ostatnich dziesiątkach lat dostarczyła anatomia patologiczna i nosologia porównawcza, według naszego przekonania, dokładnie wykazały niemożność ostania się dogmatu o essentialności gorączki połogowej; a przytém, tak jasno uwydatniły stosunkową małoznaczność zboczeń w przebiegu połogowych i niepołogowych zapaleń organów płciowych niewieścich, że nowsi autorowie z coraz większą stanowczością zarzucają rozdział jednych od drugich przy opisie. Jeżeli mimo to, zaniechawszy podobnego rozdzielenia w pierwszém wydaniu niniejszego dzieła, tutaj go przedsięwzięjemy, to na wytłumaczenie się z tego żadnej innéj nie możemy przytoczyć podstawy, jak tylko chęć o ile można najostrożniejszego uwydatnienia związku miejscowych tych spraw z tak zwaną gorączką połogową, która wymaga przecież opisu. Niemniej także kierowała nami pożądana sposobność wykazania przyczynowego związku różnorodnych tych spraw patologicznych z fizyologicznymi stosunkami porodu.

S t a n p o ł o g o w y t. j. stan położnicy w pierwszych chwilach porodu, polega na tych zmianach jakich ustrój doznał podczas ciąży i porodu. Zmiany te występują najjawniej w częściach płciowych; nie brak ich jednak i w innych także organach, we krwi i w układzie nerwowym.

W m a c i c y, błona śluzowa prawidłowa zmieniła się w błonę doczesną, która stopniowo oddzielała się i ostatecznie z częściami łożyska płodowego wydaloną została. Błona tedy mięsna, na wewnętrznej powierzchni macicy, pokryta jest tylko cienką, skąpą powłoką, utworzoną z śluzowatéj jeszcze i tylko jak siatka rozpostartéj tkanki, z młodych komórek złożonéj, która to tkanka tworzyć się zaczęła pod błoną doczesną już w ostatnich czasach ciąży, jako macierz przyszłej nowéj błony śluzowéj. Na téj warstwie przylepione są częstokroć jeszcze pojedyncze płatki lub strzępy saméj błony doczesnéj, które zostają wydalone z odchodami połogowemi; jednak niekiedy, pod wpływem sprzyjających okoliczności, zanim odejdą, ulegają pierwej rozpadowi. Nieznaczna, bo w ściągniétej macicy, zaledwie $\frac{1}{3}$ część we-

wnętrznój jej powierzchni, składa się przeważnie z rozerwanych naczyń części macicznej łożyska.

W miąższu macicy, tak skutkiem ciągłego rozwoju włókien mięsnych, które jeszcze przed zapłodnieniem w macicy się znajdowały, jakoteż skutkiem powstawania później nowych włókien mięsnych, wykształciła się silna muskulatura, która, po wydaleniu jaja, ma za zadanie, za pomocą swjej kurczliwości zaciskać przebiegające w ścianie macicy nadzwyczaj rozszerzone naczynia, a przez to tamować krwotok z rozerwanych żył w miejscu przyczepienia łożyska. Przytém tworzą się w owych żyłach zakrzepy krwi, które tej części wewnętrznej powierzchni macicy nadają nierówną, wżgórkowatą wejrzenie; później zaś odkruszają się lub rozpadają i zostają wydalone z odchodami połogowemi. Jeżeli jednak macica nie skurczy się dostatecznie, to fizyologiczne owo krzepnięcie krwi nie ogranicza się do zatok żylnych miejsca przyczepienia łożyska, ale szerzy się też dalej, na żyły ztąd wychodzące i przebiegające w ścianach macicy, w więzach szerokich, a nawet na utworzony tu z zatkanych gałęzi pień główny t. j. przy zwyczajnem przyczepieniu się łożyska na żyłę nasienną wewnętrzną, rzadziej już na żyłę podbrzuszną. Oprócz naczyń krwionośnych rozszerzyły się też znacznie podczas ciąży i naczynia limfatyczne, poprzedłużały się i porozgałęziały. Wszystko to tłumaczy kolosalny obszar zakrzepów, jakie przy sprzyjających okolicznościach, podczas połogu wytworzyć się mogą.

Otrzewna, nietylko w tej części, która tworzy surowiczą powłokę macicy, ale i w tej która wyściela przednią ścianę brzucha, ulega podczas ciąży znacznemu rozciągnięciu. Uspasabia to, po opróżnieniu macicy, do przekrwienia tej błony, tém bardziej, że część krwi która poprzednio w macicy krążyła, inny przyjąć musi kierunek. Nietrzeba tylko przeceniać tego momentu przy objaśnianiu pochodzenia połogowego zapalenia otrzewnej, gdyż pierwszą pobudką do tej sprawy są zwykle poprzedzające ją sprawy chorobowe w macicy, jajowodach, przyległej tkance łącznej lub w naczyniach limfatycznych.

Do zmian już wymienionych w obrębie organów płciowych przyłącza się jeszcze wpływ traumatyczny aktu porodowego. Przy zwyczajnym przebiegu tego ostatniego, traumatyzm ten jest nieznaczny; prócz targania i rozciągania jakich doznają szyja maciczna, pochwa i srom, powstają bardzo często małe naddarcia warg ust macicznych oraz ujścia pochwy, które dla tego tylko zasługują na uwagę, że w pewnych okolicznościach mogą się stać miejscem zakażenia. Przy ciężkich porodach rzadko wprawdzie naruszona zostaje całość dolnej części macicy lub pochwy, ale za to często ulegają one silnemu ograniczone-

mu ugnieceniu, które skończyć się może zapaleniem lub zgorzelą. Prócz tego zasługuje także na uwagę wielka częstość znacznej utraty krwi, zarówno przy łżejszych jak i przy cięższych porodach.

Macica, w miarę powiększania się podczas ciąży utrudnia czynność i n n y c h o r g a n ó w c i a ł a ; ciśnię na żyły biodrowe, wywołuje obrzęk, żylaki na dolnych kończynach, jakotóż w obrębie żyły podbrzusnej; w pewnych nawet razach, podczas porodu, po nim, lub nawet przed takowym powstaje zakrzep w żyłę biodrowej wspólnej, biodrowej zewnętrznej lub podbrzusnej, spowodowany nie tyle może bezpośrednim uciskiem, ile raczej powstającym w tym razie rozszerzeniem żyły.

Wyparcie przepony ku górze zmniejsza pojemność jamy piersiowej, utrudnia odpływ krwi od głowy i daje powód do przekrwienia żylnego w jamie czaszkowej, które pociąga za sobą rozwój tak zwanych narośli kostnych (*osteophyta*) połogowych. Ucisk żołądka i przewodu pokarmowego, a częstokroć pierwój jeszcze współzuciowe drażnienie pierwszego, utrudnia przyjmowanie i trawienie pokarmów, a tymczasem przemiany postępowe w organach płciowych, jakotóż wzrost jaja sprawiają powiększone zużycie materyi. Skutkiem tego krew ubożeje, i ostatecznie, chociażby nie było znaczniejszej utraty krwi przy porodzie, zawiera mniej białka i czerwonych ciałek krwi, a bogatszą się staje w włóknik i ciała białe.

Układ nerwowy, zarówno w obwodowej, jakotóż i w ośrodkowej swój części ulega przeistoczeniu. Skutkiem zmian somatycznych i psychicznych podczas ciąży rozwija się zwykle umiarkowany stan przygnębienia, który może być poprzednikiem głębokich zaburzeń psychicznych podczas porodu. Lecz ważniejszēm jeszcze jest wzmożenie się drażliwości układu nerwowego, które się wyraża znacznēm oddziaływaniem na bardzo nieznaczne bodźce, bardzo szybkim i znacznēm wznoszeniem się a niekiedy także opadaniem ciepłoty, częstością dreszczów przy najlżejszēm nawet zasłabnięciu.

Oprócz zmian dopięro co wymienionych, chciano, szczególniej dla objaśnienia essencyonalności gorączki połogowej, przyjąć inne jeszcze zmiany, i tych szukano we krwi. Można było przy tēm, z pewnym pozorem słuszności, wskazać na niezwyčajny stan chemicznego składu krwi, a do tego na zachowanie się ciężarnych względem niektórych chorób. Powoływano się mianowicie na utajanie się gruźlicy przed porodem i szybki jēj postęp po takowym; na wielką odporność ciężarnych względem durzycy; na małą skłonność ran i złamań kości u ciężarnych, do go-

jenia się. To powoływanie się nie mogło się już jednak ostać, od czasu, jak podane tu fakta okazały się w części błędnymi, w części zaś domagać się zaczęły innego objaśnienia; a tém samém i przyjęcie zmian we krwi utraciło swą realną podstawę.

Niewątpliwém jednak jest to, że konstytucya połogowa bardzo usposabia do chorób zwłaszcza w obrębie organów rodnych. Wrazie niedostatecznego skurczenia się macicy, bezpośrednio po porodzie, powstają z jednej strony krwotoki maciczne, z drugiej—zakrzepy w żyłach macicznych; skutek uciśnięcia pni żył miedniczych przez ciężarną macicę lub płód, rozszerzenia pni żylnych, a niekiedy pęknięcia żyłaków, z wylaniem się krwi na zewnątrz, lub w tkankę łączną miednicy, albo zakrzepy w wspomnianych pniach; jeżeli mimo nawet zmniejszenia ilości krwi krążącej w macicy z powodu ściągnięcia się tego organu nie nastąpi odpowiednie zwężenie żył splotu winoroślowego (*plexus pampiniformis*) i maciczno-pochwowego,—tak zwany zakrzep skutkiem rozszerzenia, w tych naczyniach. Jednak możliwe te następstwa spraw połogowych, z wyjątkiem krwotoków macicznych rzadko się zdarzają, a nawet potworzenie się zakrzepów nie zawsze pociąga za sobą zapalenie żył lub zatory. Nie należą też do zbyt częstych rozleglejsze zapalenia macicy i t. p. czysto traumatycznej natury, jak również zmiany chorobowe wywoływane pozostaniem szczątków łożyska płodowego w macicy; co więcej, doświadczenie uczy, że sprawa zapalna bierze początek najczęściej ze świeżej warstwy błony śluzowej albo też z małych obrażeń szyi macicy lub ujścia pochwy. Już to samo wyraźnie przemawia za tém, że stan połogowy ma wielkie podobieństwo ze stanem w jakim się znajdują ranni wszelkiego rodzaju. Jak u tych ostatnich właściwa gorączka przyranna nie zawsze się pojawia, nawet mimo znacznych obrażeń, a przy lekkich, w razie innych pomyślnych warunków, zwykle jej nie bywa, tak też i u położnic, w razie zupełnie prawidłowego zachowania się, linia krzywa ciepłoty niewiele się podnosi, mianowicie tylko o tyle, o ile na to wpływa zwiększenie wymiany materji, spowodowane poczynającą się czynnością wydzielniczą skóry, nerek i sutek. Ale u położnic, tak samo jak i u rannych, bardzo nieznaczne zaburzenia sprowadzają silną gorączkę, którą u jednych zarówno jak i u drugich określić można nazwą gorączki przyrannnej, jeżeli takowa spowodowaną została nieprawidłowemi zajściami w sąsiedztwie rany, czy takowe są do usunięcia czy też nie.

Odpowiednio do przyspieszonej przemiany materji z jaką połączony jest nawet prawidłowy przebieg porodu, ciepłota, zaraz po ukończeniu tego aktu bywa nieco podniesioną, przecięciowo do 37,46° C. W położu, zamiast silnego wytężenia muskulatury, następuje spokój, ale równocze-

śnie powiększa się wydzielanie i wydalanie, skóry, nerek i sutek. To też ciepłota z początku bywa jeszcze podniesiona, chociaż bardzo nieznacznie tylko, co się wykazuje z dalszego podnoszenia się ciepłoty w ciągu pierwszych 12-tu godzin po porodzie, $0,03^{\circ}$. Z powodu takiej nieznaczności, podniesienie ciepłoty wtedy tylko wyraźnie występuje, jeżeli się zejdzie z czasem prawidłowego powiększania się temperatury ciała od rana do wieczora; gdy tymczasem tam gdzie koniec porodu przypada na godziny popołudniowe lub wieczorne, ciepłota może się wcale nie podnosić a nawet nieco spaść. W drugich 12-tu godzinach, powiększony przypływ krwi do skóry pociąga za sobą powiększony przebieg skórny, a ztąd i obniżenie się temperatury, przecięciowo o $0,18^{\circ}$. W drugim dniu dostrzedz można powtórne podniesienie się, odpowiadające zwiększonemu wydzielaniu mleka, i idące na równi z takowem, aż do uregulowania się, co trwa dni kilka. Jest ona stosunkowo najwyższa 3-go lub 4-go dnia, przekracza miarę $0,5^{\circ}$ chyba tylko podczas niezwykle silnego napływu do piersi, gdzie wysokość ciepłoty może nawet przejść 40° , a przy zupełnym braku mleka nie wznosi się wcale. Nawet i w dalszym przebiegu porodu, u kobiet karmiących ciepłota bywa przecięciowo wyższa, i wahania jejienne znacznie większe aniżeli u niekarmiących. Że podnoszenie się ciepłoty między 2—5 dniem polega na zmianach odbywających się w sutkach a nie na stanie właściwych części rodnych, pokazuje się to także ze zmniejszenia się różnicy między temperaturą pachy i macicy około 4-go dnia, co dowodzi, że około tego czasu inne źródło ciepła, a nie samo to tylko, które w organach płciowych się mieści, podnosi nieco ogólną ciepłotę ciała.

Zboczenia od podanego powyżej przebiegu linii ciepłoty, wskazują już zawsze na szczególne zaburzenia, które polegać mogą na przypadkowych powikłaniach, takich np. jak nieżyty dróg oddechowych albo przewodu pokarmowego, rozwinięte skutkiem zaziębienia lub błędów dyetetycznych, ale najczęściej na sprawach chorobowych w samych organach płciowych, i to albo mało znaczących, jak np. naderwania brodawek i nieznaczne zmiany w stanie obrażeń aktem porodowym spowodowanych, albo też na ciężkich stanach chorobowych. Z pomiędzy tych gorączek wyróżniano dawniej osobliwie takie, które szybko się wyrównywały, pod nazwą „gorączki pokarmowej” czyli „mlecznej”, z czego wynikać musiały wielkie szkodziwości dla rozpoznawania, rokowania i t. p. Jeżeli pragniemy zatrzymać tę nazwę, to jest ona właściwą, jak wynika z poprzednio podanego opisu, dla tych tylko wypadków, w których temperatura znaczenie się podnosi skutkiem silnego napływu do sutek. Ciężkie cierpienia połogowe połączone są ze zmianami patologicznymi, które za po-

średnictwem tkanki łącznej i naczyń szerzą się daleko za organa płciowe. I to niebezpieczeństwo ropnicy podziela ją położnica z rannemi.

Rozbierając właściwości stanu połogowego, nie możemy w końcu pominąć wysokiego usposobienia położnic do chorób psychicznych. Wszakże i na to niemożna kłaść nacisku, gdyż obłęd połogowy pod względem przyczynowym bynajmniej się nie różni od innego rodzaju cierpień umysłowych.

Trzeźwy tedy sędzia nie jest w stanie dostrzedz nic specyficznego w konstytucyi połogowej.

Nie przeszkadza to jednak bynajmniej, abyśmy ze względów praktycznych nie mieli wyróżnić nazwą chorób połogowych, tych z pomiędzy różnorodnych spraw chorobowych mogących się zdarzać w czasie położu, które same stoją w przyczynowym związku ze zmianami właściwemi okresowi płodzenia. Do tych należeć będą: krwotoki maciczne, zapalenia macicy i t. p., ropnica (gorączka połogowa), obłęd, drgawki (eklampsia). Opis eklampsyi pominiemy jednak, gdyż takowy podany jest w inném miejscu niniejszego wydawnictwa.

1. Krwotoki połogowe; polip włóknisty czyli łożyskowy i krwawiak (*haematoma*) czyli zakrzep (*thrombus*) pochwy i sromu.

J. H. Kronauer: *De tumore partium genitalium post partum sanguineo*. Basil. 1734. — Siebenhaar: *Observationes de tumore vaginae sanguineo ex partu abortu*. Lips. 1824. — L. C. Deneux: *Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*. Paris 1830. — Velpeau: *Journ. de chirurg. par Malgaigne*. Mars. 1846. — Kiwisch: *Klin. Vertr.* I. p. 420. — Tenze *Verhandl. der phys. med. Ges. zu Würzburg II.* p. 218. — F. M. Kilian: *Henle's u. s. w. Zeitschr.* T. 2. — Chiari, Braun und Spät: *Klin. f. Geburtsh. med. Gynaicol.* p. 177. — Scanzoni: *Verhdl. d. phys. med. zu Würzburg. II.* p. 30. — Mikschick: *Zeitschr. d. Wien. Aerzte.* Juni 6. 1854. — Klapproth: *Monatsschr. f. Geburtsh.* Januar 1859. — Rokitansky: *Zeitschr. der Wien. Aerzte.* Nr. 33. 1860. — Hegar: *Monatsschr. f. Geburtsh.* Juni 1861. — Klob: *Path. Anat.* p. 266.

a) Krwotok z miejsca przyczepienia łożyska.

Znaczące krwotoki zdarzają się szczególnie często w pierwszych chwilach po ukończeniu porodu, a źródłem ich, podobnie jak w okresie łożyskowym, bywa najczęściej miejsce gdzie było przyczepionem łożysko. Tym sposobem, w większej liczbie wypadków są one dalszym ciągiem lub wznowieniem się krwotoków, jakie miały miejsce przed odejściem łożyska z powodu niedostatecznego kurczenia się macicy w skutek przyspieszonego albo przeciwnie przeciągającego się przebiegu porodu, w skutek nadmiernego rozciągnięcia tego organu, wynicowania i t. p.

Niekiedy porażenie ogranicza się tylko do miejsca przyczepienia łożyska, gdy reszta macicy przedstawia się dobrze ściągniętą. Już samo to ograniczenie wskazuje, iż przyczyna musi być miejscową, i każe jęj szukać w targaniu, jakiego to miejsce doznało podczas porodu od sznurka pępkowego jeżeli ten był nazbyt krótki, albo téż, i to częściej, skutkiem nieodpowiedniego postępowania w okresie łożyskowym. Nadto Klob słusznie zwraca uwagę, że wpuklenie jakie przedstawia porażone miejsce gdzie łożysko było przytwierdzone, przemawia za słusnością tego domysłu.

Nie zawsze brakuje kurczeń macicy, ale takowe, chociaż są, nie są w stanie o tyle zmniejszyć organu, aby zięjące żyły zostały zamknięte bądź dlatego, że muskulatura macicy za słabo jest rozwinięta (przy macicy jednorożnej i podwójnej; po przebyciu ciężkiego porodu i zapaleń połogowych, a zatém szczególnie w razie zwężenia miednicy), bądź, że łożysko przyczepione było w miejscu gdzie układ mięsny mało jest rozwinięty (łożysko przodujące), bądź wreszcie, że kurczenia są nieregularne, albo téż, że obecność zrostów z otrzewną, włókniaków lub resztek jaja płodowego, nie pozwala macicy zmniejszyć się.

Bardzo często krwotok maciczny ma źródło w przekrwieniu wywołaném błędami dyetetycznymi (zawczesném opuszczeniem łóżka w położu lub t. p.), a rzadziej takiem, jakie towarzyszy wywiązywaniu się lub zaostrzeniu zapalenia połogowego wewnętrznych orgauów płciowych (krwotoczne zapalenie macicy), albo w ogóle zaburzeniach w krążeniu krwi (wadom serca). Wyjątkowo bierze on początek z przyległych ognisk posokowatych, skutkiem zniszczenia ścian żylnych z następczym krwotokiem.

Szczególłą osobliwość przedstawia to spostrzeżenie, że w następstwie krwotoków połogowych powstają niekiedy tak zwane polipy

z włóknika krwi czyli polipy łożyskowe. Tworzenie się ich spostrzegano najczęściej po poronieniach lub porodach niewczesnych; wszakże zdarza się ono i po porodach czasowych. Pierwotny pogląd Kiwisch'a, że polipy włóknikowe powstają skutkiem krwotoków niepołogowych, okazał się błędnym, w skutek późniejszych poszukiwań Scanzoni'ego, Rokitański'ego i C. Braun'a. Już w wypadkach przez samego Kiwisch'a spostrzeganych, objawy poprzedzające kazały się domyślać poronienia, a nawet i same chore uważały się za ciężarne; w innych znowu, nie było żadnej wątpliwości, że chore przebyły połóg, albo też znajdowały się w okresie połogowym. Dalej, można się zwykle bez trudności przekonać, że guz składa się wprawdzie przeważnie ze skrzepłej krwi, mniej lub więcej zmienionej, stosownie do starości skrzepu, ale na zewnętrznej swjej powierzchni, a zwłaszcza też w szypule, zapomocą której przytwierdzony jest do ścian macicy, zawiera części błony doczesnej lub łożyska. Ztąd też zatrzymanie takich resztek jaja płodowego uważać tu trzeba za sprawę pierwotną, a same te resztki za podwalinę skrzepłej krwi. Wypadki podane przez Rokitański'ego pokazują nadto, że polipy włóknikowe, powstające po poronieniu, leżą w rozciągniętym kanale szyi macicznej. Wypadki te bowiem pokazują, że jaje w skutek skurczeń macicy może zostać zepchniętém aż do zewnętrznego ujścia macicy, chociaż przytém nie koniecznie potrzebuje być oddzielone od miejsca w które było włożone. Targanie przytém powstające sprowadza wtedy przerost tak zwanej błony doczesnej późniejszej (*m. serotina*), a jaje otrzymuje szypulę utworzoną z wiązki gruczołów łagiewkowatych. Jeżeli się potém rozerwie, to szypuła ta z częścią powłok jaja pozostaje, i przy niej nagromadza się krew, wylewająca się do jamy macicznej.

Polipy włóknikowe powstające po poronieniach dochodzą co najwyżej wielkości kurzego jaja; po porodzie zaś czasowym, widzieliśmy podobny polip, wielkości średniego jabłka.

Także i zakrzepy sterczące z porozrywanych żył w miejscu przytwierdzenia łożyska, mogą się w pewnych razach znacznie przedłużyć, skutkiem osadzania się na nich krzepnącej krwi. W jednym naszym wypadku odkryliśmy przypadkowo przy demonstracyi klinicznej pewnej położnicy, skrzep włóknikowy, osadzony u góry szeroką podstawą w dnie macicy, a ku dołowi zwężający się walcowato, i sięgający aż do wewnętrznego ujścia macicy, podobnie jak przegroda macicy dwujamistej.

Stosunkowa rzadkość innego rodzaju krwotoków, z góry już uprawdopodobnia to przypuszczenie, że źródłem krwotoku połogowego jest zawsze miejsce przytwierdzenia łożyska. Tłomaczy się to jeszcze ja-

śniej przebiegiem przebytego porodu, oraz wielkiem rozciągnięciem i zwiótczeniem, jakie cechują tak zwaną atonię macicy. Ale zupełną pewność daje tylko wewnętrzne zbadanie organów płciowych, które wykazuje, że krew z macicy wypływa, a jednak ta nie jest rozdarta. Dla wykrycia przyczyny krwotoku niezbędnem jest połączenie badania wewnętrznego z zewnętrznem, a nawet często z wprowadzeniem jednego lub kilku palców do samej jamy macicy; gdyż tym tylko sposobem można wynaleść zmiany w kształcie macicy, guzy w niej, pozostałości łożyska, polipy włóknikowe i t. p. Nawet w razie krwotoku późniejszych okresach porodu nasuwa się najpierw myśl, że pozostały w macicy części łożyska, lub że znajduje się w niej polip włóknikowy. Części łożyska w macicy pozostałe dla wprawnego palca dają właściwe uczucie, zależące od ich budowy, ale trudne do opisania. Skrzepy włóknikowe odznaczają się miękkością i łatwością odkruszania się. Krwotoczne zapalenie macicy w początkach występuje wśród objawów zapalnych i gorączkowych; wywód choroby pokazuje częstokroć, iż objawy takie trwały już od dawna. Zapalenia macicy posoczystego, sprowadzającego zniszczenie naczyń, niepodobna nie rozpoznać.

Rokowanie, oprócz przyczyny krwotoku opiera się także na jego obfitości, albo raczej na ilości krwi, jaką chora może jeszcze utracić bez utraty życia.

Prócz tego, obfitsza utrata krwi, pomijając już możność sprowadzenia śmierci, z tego jeszcze względu zasługuje na uwagę, że rozwinięta w skutek tego niedokrwistość, nadzwyczaj usposabia później do cierpień umysłowych.

Leczenie skierowane być powinno przede wszystkim przeciwko przyczynie. Usunąć więc trzeba pozostałości łożyska, skrzepy krwi, włókniaki i t. p. Uczynić to można zawsze gołą ręką, choćbyśmy nawet mieli do czynienia z polipem włóknikowym. Niedostateczne skurczenie się macicy znosi się najprędzej przez ugniatanie i ściskanie tego organu przez powłoki brzuszne, jakoteż przez nastrzykiwanie zimnej wody do jego jamy. Przy zupełnem porażeniu, zwłaszcza też jeżeli położnica straciła już znaczną ilość krwi, może się okazać potrzeba uciskania macicy na pięści do jej jamy wprowadzoną, albo też zastosowania do nastrzykiwań płynów nieobojętnych (mieszanki wody z octem i wyskokiem; roztworu półtorochlorku żelaza w stosunku 3 ij na 3 vj—Vij). Od ponowienia się krwotoku chroni najpewniej ciągle podtrzymywanie macicy ręką, oraz kilkakrotne użycie wyżej podanych środków. Sporysz

jest przytém ważnym środkiem pomocniczym. Odpowiedniem jest także uciskanie macicy za pomocą właściwie urządzonego woreczka z piaskiem, jak tylko przyjdzie odjąć rękę z brzucha choréj; wreszcie pożyteczném jest przysadzanie dziecka do piersi, gdzie okoliczności na to pozwalają.

Jeżeli grozi śmierć z utraty krwi, to niekiedy można uratować chorą przelaniem takowéj (*transfusio*). Niestety, stosowny po temu moment często bywa odwleczony, jeżeli nie będziemy postępowali podług rady Martin'a, i robili téj operacyi nierównie częściej aniżeli konieczność tego wymaga. Tak rozległe granice dla stosowania przelewania krwi, nie zdają się nam być teraz jeszcze dostatecznie usprawiedliwione, gdyż nie mamy pewności, że ta operacya wolna jest od niebezpieczeństwa. To téż w tych razach, w których utrzymanie życia nie wydaje się nam jeszcze nieprawdopodobném, ograniczamy się na używaniu innych środków orzeźwiających. Do takich liczymy także naciśnięcie aorty brzusznej, które sprawia nie ogólne wprawdzie powiększenie ilości ale przynajmniej powiększenie jéj ilości w organach niezbędnych dla życia, przez co można przynajmniej obejść się bez przelewania. Działanie to sami sprawdziliśmy. Najczęściej wystarcza już niskie umieszczenie głowy. O ile jest niebezpiecznym wszelki ruch, zwłaszcza gwałtowny, w razie bardzo wielkiego osłabienia, możemy to widzieć nie tylko przy krwotokach.

b) Zakrzep czyli krwawiak poohwy i sromu.

Rozdarcia jakich poród staje się powodem, zazwyczaj wtedy tylko gwałtowniejsze sprowadzają krwotoki, jeżeli są znacznych rozmiarów, albo téż gdy trafią na żyłakowato porozszerzane żyły. Widzimy np. nie tak rzadko, że zranienia zupełnie powierzchowne, téj części przysionka, która leży między ujściem cewki moczowéj a lechtaczką, sprawiają gwałtowne, zaledwie za pomocą okręcenia dokoła szpilki dające się utamować krwotoki; niekiedy zdarza się widzieć, że nadpęknięcia warg mniejszych silnie krwawią; a w wyjątkowych razach także i to, że nieznaczne naruszenie całości szyi macicznej sprowadza ciągle wracające krwotoki, które ostatecznie śmiercią się kończą. Pęknięcie żyłaka w tkance łącznej otaczającej pochwę, lub téż w wargach sromnych, nie zawsze staje się powodem swobodnego krwotoku; częściej przyczynia się do powstania tak zwanego zakrzepu (*thrombus*) czyli krwawiaka (*haematoma*). Żyłaki pękają zwykle już podczas samego porodu, wtedy, gdy przodująca głowa dziecka się przeryzna, sprowadzając największy zastój krwi w rozszerzo-

nych żyłach. Podczas połogu (a zwykle też i podczas ciąży) pęknięcie nie może nastąpić, tylko pod wpływem gwałtowniejszych obrażeń lub silnych wstrząśnięć ciała (np. skutkiem napadów kaszlu ¹⁾). Ponieważ jednak rozerwane naczynie krwawi, jużto dłuższy, już krótszy przeciąg czasu, a niekiedy nawet 18 — 24 godzin; przeto zdarzyć się może, że chociaż pęknięcie jeszcze przed ukończeniem się porodu nastąpiło, obecność wynaczynienia odkrytą być może dopiero w 2-m lub 3-m dniu połogu. Stosownie do położenia anatomicznego pękniętego naczynia, wynaczyniona krew mieści się albo pod powięzią miednicy, albo też między tą powięzią i miedniczym odcinkiem otrzewnej. W pierwszym razie siedliskiem jęj bywa najczęściej warg sromna większa, ale też niekiedy i nimfa; znajdować się też może między dolnymi końcami pochwy i odbytnicy, albo po za tą ostatnią. W drugim razie zakrzep jest tém samém co i tak zwany krwistek zaotrzewny; wynaczyniona krew zbiera się naokoło górnej części pochwy i odbytnicy, uciska dół biodrowy a niekiedy także wznosi się ku górze, wzdłuż tylnęj i przednięj ściany brzusznej, a jeżeli jest w znacznej ilości, to przerywa powięź miedniczą, tak, że większa warg sromna, okolica krocza i pośladek, przedstawiają coraz wyraźniejsze podbiegnięcie krwawe. Ból miejscowy nie zawsze nasiekowi krwawemu towarzyszy: ma to miejsce chyba wtedy tylko, gdy wielka ilość krwi szybko a zarazem znacznie rozciąga części zewnętrzne. Niekiedy, jeżeli odrazu powstało i obrażenie zewnętrznych części, jednocześnie z nasiekkiem krwistym występuje i swobodny krwotok na zewnątrz. Skutkiem znacznego rozszerzenia, jakiemu żyły uległy podczas ciąży, krwotok bywa w ogóle nierównie znaczniejszy aniżeli w stanie nie połogowym, a ztąd rozwija się stosunkowo wyższy stopień niedokrwistości, i jeżeli śmierć z utraty krwi rzadko daje się tu spostrzegać (że pominiemy wypadki, w których równocześnie miał miejsce i krwotok zewnętrzny), to jednak następce ropy i posoczenie dość często staje się powodem nieszczęśliwego zejścia choroby. Częściej też zdarza się

¹⁾ Helfer spostrzegał wypadek, w którym żyłak pękł 21-go dnia po porodzie, podczas dźwigania konewek z wodą. Obfity krwotok pojawił się dopiero następnej nocy, i był tamowany tamponowaniem pochwy, a gdy się powtórzył—nastrzykiwaniem roztworu półtorochlorku żelaza i kawałkami lodu wprowadzanemi do pochwy. Na 3-ci wieczór chora umarła z wyczerpania sił. Sekcyja wykryła w tylnęj ścianie pochwy dwie szczeliny wychodzące z pękniętego żyłaka, z których jedna otwierała się do pochwy, a druga w tkankę łączną okołopochwową. W téj ostatnięj powstała skutkiem tego obszerna jama, wypełniona skrzeplą krwią, rozciągająca się głęboko między pochwą a odbytnicą. (*Monatsschr. f. Geburtsh. Bd. 25. Suppl. Hft. 1865*).

dobrowolne otworzenie się krwawiaka na wardze sromnej lub w pochwie, a do tego i szybciej, gdyż części te uległy rozpulchuieniu podczas porodu. Spostrzegano też kilkakrotnie przy zakrzepach w sromie zgorzel powłok zewnętrznych albo nawet ściany odbytniczo-pochwowej. Za to uleczenie przez wessanie wynaczynionej krwi zdarza się stosunkowo rzadko, chociaż nie można go uważać za niemożliwe, nawet wtedy, gdy zakrzep umiejscowiany jest dość wysoko i głęboko, i to nawet gdy obrzmiałość wargi dochodzi wielkości głowy dziecięcej.

Rozpoznanie zazwyczaj nie jest trudne. W większej liczbie wypadków, już sam nagły rozwój nabrzmienia zwraca naszą uwagę na właściwą istotę choroby. Charakterystyczne sinawe zabarwienie skóry, nawet przy zakrzepie sromu, bywa niekiedy tylko w niektórych miejscach widoczne, np. od strony światła pochwy; ale niema go wcale wtedy tylko, gdy wylew mieści się w środku większej wargi sromnej i gdy jest bardzo mały. Nawet w razie nasięku w tkance łącznej leżącej ponad powięzią miednicy, zabarwić się może niebieskawo nie tylko błona śluzowa pochwy, ale także skóra sromu i pośladka po chorą stronę. Nadto, zwrócić trzeba uwagę na spoistość guza, która przy większych wynaczynieniach bywa dość sprężysta, dochodząca nawet do uczucia wyraźnego chęłbotania. W końcu, okoliczności i objawy towarzyszące rozwojowi guza wskazują na jego naturę.

Przy **leczeniu** należy o tym pamiętać, że jeżeli guz jest nie wielki, choroba może się uleczyć dobrowolnie, przez wessanie, dobrowolne otworzenie się, ropienie, a nawet powierzchowną zgorzel; a z drugiej strony, że jeżeli otworzymy guz zanim światła naczyń zostaną pozatyskane skrzepami krwi, przyjsć może do groźnych krwotoków. Mamy zatem dostateczny powód do ociągania się z nacięciem; a i przy leczeniu wyczekującym w niektórych razach choroba uleczy się przez wessanie. Najodpowiedniejszym środkiem, zdolnym ograniczyć krwotok i zapobiedz znacznemu zapaleniu, jest miejscowe użycie zimna. Jeżeli guz grozi dobrowolnym pęknięciem, powłoki jego zaczynają ulegać zgorzeli, lub gdy przyszło do ropienia, nie trzeba się ociągać ze sztucznym otworzeniem. Nakłucie robić trzeba zawsze w miejscu najniżej leżącym i najcieńszym; powinno ono być dostatecznie wielkie, aby można było wydalić większą część skrzepów, pozostawiając te tylko, które się ściśle trzymają ścian jamy, i przez swe umiejscowienie zapobiegają krwotokowi następczemu. Jeżeli jednak mimo to krwotok nastąpi, to trzeba zatamponować pochwę.

W innych razach leczymy ognisko jak zwyczajny ropień, starając się utrzymać czystość za pomocą łagodnych przestrzykiwań.

2. Połogowe zapalenia macicy i t. p.

Doświadczenie uczy, że sprawa zapalna u położnic poczyną się zwykle na wewnętrznej powierzchni macicy lub pochwy; rzadko się jednak na nią samą ogranicza, lecz bardzo często albo przenosi się na tkankę łączną warstwy mięsnej i sąsiednich okolic, przebiegając wtedy z zabójczym charakterem, jako róża złośliwa wewnętrzna (V i r c h o w); albo też daje powód do rozległych zakrzepów w żyłach macicy z dalszemi tego stanu następstwami, albo wreszcie przez jajowody przechodzi na przyległe części otrzewnej, wywołując ograniczone lub ogólne zapalenie tej błony surowiczej. Ztąd też rozróżniamy: 1) Zapalenie połogowe wnętrza macicy i pochwy; 2) połogowe rozlane zapalenie macicy i zapalenie obokmaciczne; 3) zakrzepy połogowe; i 4) połogowe zapalenie około maciczne (*Metro-salpingo-peritonitis*).

a) Zapalenie połogowe wnętrza macicy i pochwy.

(*Endometritis et Kolpitis puerperalis*).

R o k i t a n s k y: *Oesterr. Jahrb. XXIX. 1. 1839* i *Handb. d. pathol. Anat. III. p. 557*. — K i w i s c h: *Klin. Vort. I. p.* — W i n c k e l: *l. l.* — G r ü n e w a l d: *l. l.* — Wreszcie, porównaj literaturę podaną przy opisie innych chorób połogowych.

R o k i t a n s k y i K i w i s c h rozróżniali, stosownie do własności wysięku i rozległości sprawy zapalnej, zapalenie wnętrza macicy niezłotowe, krupowe i błonicowe, zachowując na określenie najwyższego stopnia tej choroby nazwę *Putrescentia uteri*, podaną przez B o ë r'a. Ścisłych granic między temi rozmaitemi stopniami choroby ustanowić się nie da.

W najniższym stopniu, miejsce gdzie łożysko było przytwierdzone nie ulega widocznej zmianie; tylko wewnętrzna powierzchnia macicy, o ile błona doczesna już się oddzieliła, pokryta jest śluzowym lub też śluzo-ropnym nalotem. W wyższych stopniach wysięk jest już krzepliwy; mieści się na błonie śluzowej ciała macicy w postaci małych błon krupowych i nawet zmienić może tę błonę w strup błonicowy. Jeżeli

zgorzeł nie ogranicza się na powierzchniowych tylko warstwach, to błona śluzowa zmienia się skutkiem tego miejscami w masę żółtawą, zielonawą, brunatną lub krwistą, mazistą lub kosmkowatą; a jeżeli przy porodzie pozostały kawałki błony doczesnej na ścianach macicy, to takowe, skutkiem nacieczenia wystają nad powierzchnię, w postaci napęczniałych strzępów błoniastych. Miejsce łożyskowe jest wyraźnie wzgórkowate, a wystające zeń zakrzepy są brudne albo już w rozpadzie, w чём także biorą udział znajdujące się między niemi resztki ściau żylnych. Zazwyczaj i najbardziej wewnętrzna warstwa błony mięsnej bywa przesiąknięta płynem surowicznym lub galaretowatym; albo téż wysięk głębiej jeszcze sięga, tak, że nawet zdrowa część macicy jest więcej soczystą, a przytém bardziej wiotką i większą aniżeli być powinna w tym czasie pólgu. Pręgi i plamy błonicowe kończą się zwykle na wolnym brzegu błony śluzowej szyi macicznej; lecz ta ostatnia jest przekrwiona (czasem bardzo znacznie), obrzmiała a miejscami podciekła krwią. Pęknięcia w dolnym końcu szyi macicznej zmienione są we wrzody błonicowe.

W najwyższym stopniu, nie tylko błona śluzowa ciała macicy, na całej przestrzeni, ale nadto dość gruba warstwa błony mięsnej, ulega zgorzeli. Wnętrze macicy zmienia się w ciemną, cuchnącą papkę; miejsce łożyskowe jest postrzępione, a zatoki zamiast zakrzepów mieszczą w sobie masę posokowatą lub ropiastą. Zewnętrzne warstwy błony mięsnej są brudno-czerwone i rozmiękle, tak że zewnętrzna powierzchnia macicy zatrzymuje na sobie odciski przyległych pętlic kiszkowych; niekiedy zaś jeden lub kilka strupów zgorzelinowych przejmie całą grubość ścian macicy, od wewnętrznej jęj powierzchni aż do otrzewnej.

Z wyjątkiem formy nieżyłowej, wszystkie inne ulegają najczęściej mniej lub więcej ważnym powikłaniom. Nader często zdarzają się owrzodzenia pochwy. Te tak zwane wrzody pólguowe, które zresztą bardzo często stanowią najpięrsze a nawet jedyne cierpienie, mieszczą się pospolicie po obu stronach i powyżej ujścia pochwy, w pobliżu tylnego spoidła warg sromnych. Rozwijają się one najczęściej z owrzodzenia nieznacznych pęknięć, powstałych przy porodzie; niekiedy jednak zawdzięczają swój początek nacieczeniu krwi, sprawionemu uciskiem długo zatrzymującej się w wyjściu miednicy głowy dziecka, a kończącemu się zgorzełą. Dno tych wrzodów pokryte bywa zwykle błonami żółtawo lub szarawo białemi albo brudnemi; wydzielina zaś ich jest pospolicie ropiasta, rzadziej posoczysta. Stosownie do swego siedliska wywołują one zapalne nabrzmienie małych i większych warg sromnych, po jednej lub obu stronach, a często także i krocza; w pewnych razach

mogą się znacznie rozszerzać lub zagłębiać, lecz w wyjątkowych tylko razach sprowadzają potem zwężenie sromu skutkiem skurczenia się błizny. Pod względem praktycznym owrządzenia pierwotne z tego powodu są ważne, że niekiedy, chociaż się nie rozwinie przedtém zapalenie wnętrza macicy, obecność ich wywołać może posocznicę, przerzuty i t. p.

Zapalenie pochwy rzadziej rozwija się następnie, skutkiem rozszerzenia się krupowego lub błonicowego zapalenia z macicy na górne części pochwy. Częściej za to zdarza się traumatyczne zapalenie pochwy, w skutek pęknięć powstałych przy trudnym porodzie, obok mniej lub więcej znacznego zapalenia wnętrza macicy, a więc ze wspólnej przyczyny. Siedlisko ich odpowiada zawsze tym miejscom, które były wystawione na ucisk, a zatem najczęściej spojeniu łonowemu, rzadziej wżgórkowi kości krzyżowej, a jeszcze rzadziej wystającej części kości ogonowej. Mogą one za sobą pociągnąć znaczne zniszczenia i skończyć się zrośnięciem lub zwężeniem pochwy, jakoteż przetokami prowadzącymi do pęcherza moczowego, odbytnicy, kiszki cienkiej lub moczowodów.

W sąsiedztwie szpary sromnej i skóra także często ulega zmianom. Zwykle, skutkiem zanieczyszczania żrącą wydzieliną z części płciowych, rozwija się tylko prosta różycą, rzadko zaś błonica, która sprowadza owrządzenie i może pozostawić głębokie i obszerne wrzody. Bardzo często cierpi też i pęcherz moczowy; wszakże zapalenie błony śluzowej tegoż, zazwyczaj nie przekracza natężenia zwyczajnego nieżyty. Jestto częstokroć cierpienie pierwotne, wywołane bezpośrednio ugnieceniem pęcherza podczas samego porodu.

Jednym z najważniejszych następstw zapalenia wnętrza macicy, jest przeniesienie się sprawy zapalnej z macicy na przyległą tkankę łączną lub na jajowody. W cięższych wypadkach zdarza się to bardzo często, a wtedy sprawa dojść może do najwyższego natężenia pod formą zapalenia obokmacicznego, albo też przeniósłszy się ze strzępów jajowodowych, wywołać może zapalenie okołomaciczne, które łatwo przechodzi w rozlane zapalenie otrzewnej, a nawet mimo ograniczenia się, spowodować może zwężenia lub zrośnięcia jajowodów, z dalszemi złemi następstwami tego stanu. Bardzo też często zdarzającem się powikłaniem cięższych wypadków, są zmiany w naczyńiach limfatycznych i krwionośnych macicy, bardzo przykre w skutkach.

Przyczyny. Zapalenie wnętrza macicy występuje albo sporadycznie albo epidemicznie. Przyczyny formy sporadycznej leżą częstokroć

w przebiegu samego porodu. Wszystkie okoliczności, które takowy utrudniają, powiększają zarazem obszar uszkodzeń i obrażeń mechanicznych, bez jakich się nie obywa nawet przy lekkich porodach. Podobnie też i przy różnych operacjach położniczych, jak przy obrocie, oddzielaniu łożyska i t. p., jeżeli takowe wykonywają się wśród niepomysłnych warunków lub też nieumiejętnie, macica, a szczególnie wewnątrzna jej powierzchnia ulega obrażeniu. Ztąd też i właściwie traumatyczne zapalenia wnętrza macicy nie są tak rzadkie. Sprawa zaczyna się tu albo jeszcze przed ukończeniem porodu, w okresie przygotowawczym, lub w okresie wydalania, zdradza się zbroceniami w bólach, podniesieniem ciepłoty, wypływem ropiastym lub posokowatym i gdy doszła pewnego natężenia, trwa dalej po porodzie; albo też rozwija się dopiero podczas samego pōłogu. Do tych wypadków najbardziej zbliżonemi są inne, w których zapalenie wywołaném zostaje w skutek bezpośredniego zetknięcia wewnątrznej powierzchni macicy z materjami gnijącemi: jak np. z gnijącym płodem lub z rozpadającemi się resztkami łożyska, błony doczesnej, skrzepami krwi. Prócz tego, mogą w pewnych razach dać powód do wywiązania się zapalenia wnętrza macicy błędy dyetetyczne, zaziębienia, wczesne wysiłki ciała, wzruszenia umysłowe i t. p., gdyż każda położnica w obec tych wpływów zachowuje się jak poraniona. Warunki przyczynowe choroby występującej epidemicznie rozbić będziemy przy opisie gorączki pōłogowej.

Objawy i przebieg. Zapalenie wnętrza macicy rzadko kiedy rozpoczyna się zaraz po rozwiązaniu, i równie rzadko po upływie pierwszych 4-ch dni pōłogu; zwykle początek jej przypada na 2, 3 lub 4-ty dzień, a często także, jak wspominaliśmy, podczas samego porodu.

Pierwszymi, a zarazem jedynie stałymi objawami tej choroby są: zmienione odchody pōłogowe (*lochia*) przypadłości gorączkowe. Odchody szybko zmniejszają się co do ilości, albo też zupełnie przestają wypływać; jeżeli jeszcze były krwiste, to zmieniają się w skąpe krwisto-surowicze, albo też surowiczo-śluzowe, białkowate. W najbardziej prostych, zresztą bardzo rzadkich wypadkach, zmiana w odpływach pōłogowych stanowi nie tylko z początku ale i nadal jedyne zbrocenie miejscowe. Przy umiarkowanej bowiem rozległości i natężeniu choroby, macica zachowuje swą zwyczajną wielkość i spoistość, i nie jest bolesną ani sama przez się (rozumie się że pomijamy tu bóle poporodowe), ani też za dotknięciem i naciskiem; również i przy śledzeniu dostępnej części wewnętrznej jej powierzchni nie dostrzegamy nic więcej, nad niewielką wilgotność. Tylko w razie istnienia nadpęknięć we wchodzie pochwy,

chore doznają bólu przy badaniu przez pochwę, oraz przy oddawaniu moczu. Gorączka, wypadkom takim towarzysząca, przedstawia zawsze czysto zapalne cechy; częstość tętna bywa częstokroć znaczna, rzadko jednak przechodzi 120 uderzeń; ciepłota prędkiej lub powolniej wznosi się do 39° lub 40° i wyżej; skóra pozostaje wilgotną a wydzielanie mleka nie zostaje zakłóconém. Stopniowo wydzielanie macicy znowu staje się obfitszém; odchody są surowiczoro-piaste, niekiedy pomieszane z kosmkami, woni nieprzyjemnej, mdlój, s t ę c h ł ę j , a przy szybkim rozkładzie cuchnącej. Wyzdrowienie następuje w ciągu 6 — 10 dni wśród zmniejszającej się gorączki i powiększającym się odpływie cieczy ropiastej z części rodnych.

Przy formie krupowej i łagodnej błonicowej, odchody połogowe mają woń k ł u j ą c o - s t ę c h ł ą albo cuchnącą, i składają się z cieczy śluzowatej lub ropiastej, w której zawieszone są odrobiny rozpadających się strupów błony śluzowej i zakrzepów, albo też większe bryłki i płatki-błoniaste. Tu prawie stale istnieją p o ł o g o w e w r z o d y w p o c h w i e , skutkiem odłożenia się nalotu błonicowego na nadpęknięciach (lub na powierzchniach przecięcia w razie krwawego rozszerzenia szpary sromnej). Z drugiej strony nie rzadko zdarzają się wypadki, w których wrzody połogowe się rozwijają, wywołują kilkodniową gorączkę, poczem się znowu oczyszczają, a jednak ani odchody połogowe żadnej skutkiem tego nie ulegają zmianie, ani też nie daje się spostrzedz bądź przedtém, bądź też potem żaden objaw miejscowego cierpienia macicy. Że rany zmieniły się na wrzody, można zawsze prędko poznać po ostrym obrzęku przyległych warg sromnych. W ciężkich wypadkach występują prócz tego w skutek rozszerzenia się sprawy na tkankę podsurowiczą albo bóle samoistne, albo bolesne bóle poporodowe, albo też, co najmniej bolesność macicy przy naciskaniu po bokach dna lub szyi, co trwa jeden lub kilka dni. Niekiedy rozwija się przytém mała nabrzmiałość w sąsiedztwie macicy, później dająca się wymacać, i w ogóle rozmaite stopnie przejściowe między przeważającym zapaleniem wnętrza macicy, a zapaleniem obokmaciczném. Innym razem spoistość samej macicy bywa także nieco zmienioną, sadlowatą, lub jeszcze miększą. Nie rzadko przez kilka dni mocz bywa zatrzymany. Mimo jednak znacznego natężenia i rozległości choroby, sprawa zapalna zakończyć się może równie pomyślnie i prawie w takim samym czasie, jak i w opisanych powyżej, najbardziej prostych wypadkach.

Jeżeli jednak zapalenie wnętrza macicy występuje z charakterem posokowatym, to z macicy wysącza się cuchnąca posoka czerwono-brunatna, czekoladowata lub czarniawa, a wrzody połogowe sprowadzają

głęboko drażącą zgorzel tkanek, albo téż z wejrzenia zbliżają się wiele, a nawet zupełnie do zgorzeli szpitalnéj. Macica jest miękka lub ciastowata; gorączka przybiera wkrótce charakter durzycowy, albo téż od razu z takowym występuje. Skóra i język zasychają; chore doznają gwałtownego pragnienia, są bezsilne, niespokojne, wpadają w obłęd, śpiączkę, nie czują bólu za naciskiem, mimo więcej lub mniej rozległego zajęcia otrzewnej, w zwiotczących ich piersiach wodniste znajduje się mleko, mocz i stolce oddają mimowolnie. Posoczysta forma zapalenia wewnątrzmacicznego połączona bywa zwykle z zapaleniem tkanki łącznej otaczającej macicę, również szybko doprowadzającém do zgorzeli, o czém później jeszcze będziemy mieli sposobność pomówić.

Rozpoznanie zapalenia wnętrza macicy w początkach, jakotéż w lżejszych wypadkach, opierać się może tylko na oznaczonych powyżej zmianach w odpływach połogowych, oraz na przypadłościach gorączkowych. Jeżeli zaś zapalenie występuje z silniejszym natężeniem i przenosi się na błonę mięsną i surowiczą, w takim razie zyskujemy jeszcze inne podstawy do rozpoznania, jak np. zmiany w wielkości i spoistości macicy, ból zapalny i t. p. Ażeby tedy uniknąć błędów przy rozpoznawaniu, niezbędną jest rzeczą zwracać baczną uwagę na występującą w czasie połogu jakąbądź gorączkę, i odnosić ją do właściwych przyczyn. Dalej, przy każdym zapaleniu wnętrza macicy określić trzeba charakter choroby, kierując się wyżej podanym opisem objawów, a nadto zbadać, czy istnieją przytém powikłania, jakie mianowicie, i czy takowe nie nabierają przeważnego znaczenia.

Rokowanie. Jakkolwiek choroba ta, jeżeli występuje sporadycznie, kończy się najczęściej wyzdrowieniem; jednakowoż, nawet przy lekkich napozór wypadkach zapalenia wnętrza macicy lub pochwy, nie można z góry na pewno rokować pomyślnie o zejściu, gdyż częstokroć sprawa chorobowa bardzo szybko przybrać może na natężeniu i rozległości, dając powód do niebezpiecznych powikłań. Nawet po spadnięciu gorączki nie można być pewnym, że ciepłota nie podniesie się na nowo; gdyż wlokące się do tego czasu nieznacznie zapalenie obokmaciczne, nagle stać się może pobudką nowych zmian, zarówno miejscowych, jak ogólnych. Jeżeli zapalenie zaraz od początku występuje z charakterem posokowatym, albo téż jeżeli gorączka prędzej lub później przybiera charakter durzycowój, w takim razie nigdy prawie nie widzimy wyzdrowienia, i do tego najczęściej choroba szybko śmiercią się kończy.

Lżejsze formy zapalenia wnętrza macicy i pochwy nie wymagają wcale właściwie przeciwwzapalnego leczenia; zaś wypadki ciężkie, charakteru posokowatego, wprost takowego wzbraują. Nigdy też nie posługujemy się ogólnymi upustami krwi, a miejscowymi wtedy tylko, jeżeli występuje bardzo silny ból, skutkiem współcierpienia otrzewnej lub tkanki łącznej okołomaciczej,—i to przeważnie w nadziei uśmierzania tego bólu. W takim razie stawiamy 10—15 pijawek na bolesnej części podbrzusza, strzegąc się niepożądanego krwawienia następczego, i dajemy jedną lub kilka większych dawek kalomelu (gr. jV—Vj) dla podziałania najpierw odciągająco na przewód pokarmowy; później zaś ten sam środek w mniejszych dawkach polecamy używać, jeżeliby, czego z góry przewidzieć niepodobna, zapalenie otrzewnej miało na pierwszy plan wystąpić. W innych razach, poprzestajemy na środkach wypróżniających, posiadających umiarkowane drugorzędne miejscowe działanie, a żadnego ogólnego; i w tym celu podajemy najczęściej olej rącznikowy (co 6 godzin łyżkę, dopóki nie nastąpi wypróżnienie), rzadziej sole średnie (limonadę z cytrynianu magnezyi) albo też napar liści senesowych. Jeżeli ciepłota nie jest zbyt podniesioną, to niepotrzeba bardzo silnego pobudzenia wydzielin przewodu pokarmowego; zaś w razie znacznej gorączki, takowa najprędzej się zmniejsza po obfitych wypróżnieniach. Mając pod ręką linię krzywą ciepłoty, najlepiej potrafimy się kierować w wyborze środka czyszczącego, jego dawki, jakoteż ocenić potrzebę powtórnie. Jeżeli takowego nie potrzeba, wystarczy odpowiednie zachowanie się dyetetyczne, które nie wyłącza podawania w razie istniejących wskazań zwyczajnych olejów tłustych, octanu potażu lub roztworu octanu amonii.

Równocześnie trzeba się nam starać powiększyć wydzielanie wewnętrznej powierzchni macicy, i przeszkodzić zatrzymywaniu się wydzieliny, która przez to mogłaby ulegać rozkładowi a posoka częstokroć mogłaby być wessaną. Do tego celu służą przedewszystkiem nastrzykiwania wody ogrzanej do 27—29° R., które polecamy dokonywać kilka razy dziennie, bez gwałtu, zapomocą strzykawki macicznej. Woda gorętsza lub zimniejsza od wyżej podanej ciepłoty, wywołuje często bardzo silne bóle, a tém samém oczywiście szkodzi. W przerwach między nastrzykiwaniami przy obfitszym wydzielaniu macicy i przy obecności owrzodzeń w pochwie, potrzeba nadto obmywać części rodne zewnętrzne, aby tym sposobem przeszkodzić szerzeniu się sprawy wrzodzenia i zapaleniu następczemu okolicznej skóry. Jeżeli wrzody w pochwie pokrywają się błonami rzekomemi, albo też stają się brudnymi i powiększają, skutkiem szerzenia się rozpadu zgorzelinowego, to jedynym środkiem zdolnym za-

pobiedz znacznym zniszczeniom i przyspieszyć zagojenie jest przyżeranie dna wrzodu salettraznem srebra lub téż jeszcze energicznój działającym środkiem żrącym. Jeżeli przyżeranie rozciągniemy także i do dostępnych owrzodzeń części pochwowój, to zrobimy wszystko co jest w naszej mocy, dla zapobieżenia posocznicy.

W razie rozpadu posokowatego najbardziej wewnętrznych warstw macicy, używać nam przyjdzie środków uznanych za skuteczne przy leczeniu wrzodów gnijących i zgorzelinowych, chociaż nadzieja uratowania chorój będzie bardzo mała. Nastrzykiwania naparu rumianku i wody chlorowój (2 lub 1 : 1) lub téż rozcieńczonego roztworu nadmanganianu potażu stanowczo przenosimy nad wprowadzanie proszków odwonniających. Właściwego przyżerania macicy nie będzie można wykonać. Zresztą postępujemy podobnie jak przy zapaleniu obok maciczném.

b) Połogowe rozlane zapalenie macicy (*Metritis diffusa* i zapalenie obokmaciczne (*Parametritis*).

Oprócz literatury podanej przy opisie gorączki połogowój, porównaj:

Kyll: *Rust's Magazin* XL. 1. 2. 1834.—Grissolles: *Arch. de méd. de Paris. Janvier-Mars 1839.*—Bourdon: *Rev. méd. Juillet. Sept. 1841.*—J. C. Lever: *Guy's Hosp. Rep. Octob. 1843.*—Maréchal de Calvi: *Annal. de Chirurg. Juillet.—Aôut. 1844.*—Mikschik: *Ztschr. d. Wien. Aerzte. 7. 1844 u. April 1856.*—Bell: *London Gaz. Decemb. 1845.*—Buttersby: *Dubl. journ. May 1847.*—Münchmeyer: *Hannov. Annal. VII. 1. 1847.*—Nonat: *Gaz. des hôpit. Nr. 25—33. 1850 i Malad. de l'uterus.*—Valleix: *Union. méd. Nr. 125. 1853.*—Bennet: *Pract. treatm. on inflammat. of the uterus 1853.*—Gallard: *Union méd. Nr. 9—10. 1855.*—Bernutz et Goupil: *Chir. méd. II.*—Virchow: *Ges. Abhdl. p. 700 i Archiv XXIII. 3 i 4 p. 415.*—E. Wagner: *Wunderlich's Arch. 3. 1859.*—Copeman: *Illustrations of puerperal fever. London 1860.*—Kehner: *Monatsschr. f. Geb. September 1861*—Klob: *Wien. méd. Wochenschr. Nr. 48 u. 49. 1862 i Path. Anat. p 246.*—Roser: *Wagner's Archiv. 3. 1862.*—König: *Ibid. 6. 1862.*—Breslau: *Ibid. 2 i 6. 1863.*—Leyden: *Annal. d. Charité. X. 2. 1863.*

Rozlane zapalenie macicy i tkanki łącznéj obok niéj leżącój wywiązuje się albo w skutek znaczniejszego

ugniecenia, jakiego szyja macicy podczas porodu doznała; albo też, i to częściej, poczyną się ono w okolicy pęknięć części pochwowój; albo wreszcie, rozwija się skutkiem przeniesienia się pierwotnego zapalenia wewnątrzmacicznego, na miąższ tego organu. Sprawa zapalna, według poszukiwań *Virchow'a*, tkwi w tkance łącznej; szerzy się przeważnie po podotrzewnych warstwach ściany macicy, i przenosi stąd na tkankę łączną otaczającą szyję maciczną i pochwę, istniejącą w więzach szerokich i dokoła więzów okrągłych, na doły biodrowe i t. d. Tkanka chorobą dotknięta z początku jest pomętlniała, a później tak wygląda jak napęczniała galareta włóknikowa. Pochodzi to stąd, że ciała tkanek łącznej są powiększone i wypełnione obfitszą, niekiedy wyraźnie ziarnistą zawartością. Później, jądra powiększają się także i dzielą; wtedy dzielą się też i same komórki. W końcu, powstałe skutkiem tego małe komórki granulacyjne, ulegają stłuszczeniu — w podobny sposób jak komórki włókien mięsnych, które częstokroć wcześniej obrzmiewają — i zostają pochłonięte.

Lecz pomyślne to zejście nie zawsze miewa miejsce. Niekiedy przychodzi do rozrostu tkanki łącznej, skutkiem czego pozostaje *stwardnienie macicy* lub sąsiednich jej części. Nie rzadko też rozwija się *ropienie*, gdy w zabarwionej na żółtawo-biało, obrzmiałej tkance, powstanie obfita ilość komórek, mających kształt ciałek ropnych. Jeżeli sprawa z jeszcze więcej zjadliwym występuje charakterem, to kończy się *zgorzela*. Przytém albo podsurowicze warstwy macicy, a zwłaszcza tylniej części szyi, więzów szerokich, podścieliska jajników ze stanu obrzęku w jakim się znajdowały przechodzą w żółto-białą, prawie sérowatą *dyfteryę*, która pociąga za sobą obumarcie włókien sprężystych i naczyń; albo też tworzy się *rozmiękanie zgorzelińowe*, które w wielkich rozmiarach widzieć można w jajnikach, a przy którym tkanka nasiąka posoką zabarwioną czerwono lub bruno lub przez zakrzepłą w naczyniach i rozłożoną krew; albo wreszcie, i to mianowicie przy obecności naddarć w pochwie lub szyi macicznej, *rozpad* jest *gnilny*; — tkanka kruszeje i oddziela się wiotkimi strzępami, skutkiem czego częstokroć powstają wielkie kloaki.

Ogniska ropy (i posoki) powstające wtedy, jeżeli sprawa chorobowa ma charakter flegmoniczny, mogą się mieścić w samych ścianach miednicy; bez porównania częściej jednak znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie z takowemi albo też w pewnej od nich odległości. *Ropienia maciczne*, które się różnią od mającego się poniżej opisać bańkowatego rozszerzenia naczyń limfatycznych, brakiem gładkiej błony wyścielającej ich ściany, powstają nadto jeszcze w skutek pierw-

tnych zakrzepów w żyłach, których obecność pociąga za sobą rozpad ścian naczyńiowych. Niekiedy istnieją równocześnie obie przyczyny, a sąsiednie ogniska zlewają się ze sobą. Ropnie będące następstwem samego rozlanego zapalenia macicy, rzadko także nabierają przeważnego znaczenia, gdyż istniejące przytém powikłania, najczęściej stają się powodem śmiertelnego zejścia. W niektórych wszakże razach wpływają one stanowczo na dalszy przebieg choroby. Jeżeli zawarta w nich ropa ulegnie stłuszczeniu lub zwapnieniu, albo téż gdy się od zewnątrz otorbi, mogą się one stać nieszkodliwemi; najczęściej wszakże otwierają się, i to albo do jamy macicy, do jamy otrzewnej, albo téż, jeżeli poprzednio zrosły się z sąsiednimi narządami, to do nich, mianowicie téż do kiszek.

Ropnie zewnętrzne (miednicze) umieszczone bywają, albo odpowiednio do zwykłego punktu wyjścia zapalenia obokmacicznego, w najbliższém sąsiedztwie macicy i pochwy, przy przedniej lub tylnej części szyi macicznej, między nią, pochwą a pęcherzem lub odbytnicą; albo po bokach macicy, między obu listkami jednego więzu szerokiego; albo téż leżą w zupełności lub częściowo na mięśniu biodro-lędźwiowym. Ostatni ten wypadek nie tylko wtedy ma miejsce, gdy zapalenie dosięgło najwyższego natężenia i rozmiaru w znajdującęj się tu tkance łącznej podsurowiczéj, ale i wtedy, gdy ropa zebrana w znacznej ilości w więzie szerokim dostanie się bądź bezpośrednio, bądź wypełniwszy poprzednio przednią lub tylną część odpowiedniej połowy miednicy, do dołu biodrowego. Ropnie powstające w przedniej części małej miednicy, dostają się tu, gdy idąc za przebiegiem więzu okrągłego, wystąpią obok więzu Poupart'a, a ztąd posuną się ku górze. Inne opuszczają się, jak i pierwotne ropnie dołu biodrowego, za biegiem mięśnia lędźwiowego do więzu Poupart'a. W obu razach otrzewna w tém ostatniém miejscu zostaje odepchnięta ku górze.

Ropień w bardzo różnych miejscach może się otworzyć. Często przedziurawioną zostaje odbytnica lub pochwa, a nie rzadko pęcherz moczowy albo równocześnie z nim i odbytnica. Bardzo rzadko ropień otwiera się przez macicę lub do jamy otrzewnej. Niekiedy opuszcza się ropa w małej miednicy ku kroczu, albo téż przez dziurę kulszową dostaje się pod mięśnie pośladkowe. Ropnie przytykające do przedniej ściany brzucha, mogą takową przedziurawić w rozmaitych miejscach, najczęściej ponad więzem Poupart'a; albo téż za więzem okrągłym dostawać się mogą do wargi sromnej. Może się także ropa opuścić pod więzem Poupart'a, (wydostając się z miednicy wraz z naczyniami udowymi, mięśniem biodro-lędźwiowym, albo na zewnątrz nich) i ukazać przy pierścieniu udowym albo téż udać się w kierunku mięśni ksobnych

lub na zewnętrzną stronę uda. Wyjątkowo opuszcza się w kierunku ścięgna mięśnia czworobocznego lędźwi.

Niekiedy ropnie, niszcząc okostną, sprowadzają próchnienie i martwienie kości miednicy, albo też następczą chorobę stawu biodrowego, jeżeli ropa w pochwie mięśnia lędźwiowego opuści się ku dołowi. Zdarza się też przy nich zropienie spojenia łonowego lub chrząstkozrostów biodro-krzyżowych.

Zjadliwe zapalenia tkanki łącznej pociągają za sobą ważne zmiany w naczyniach limfatycznych, znane dawniej pod nazwą: Lymphangioitis. Naczynia te, zwłaszcza też leżące w miejscu przyczepienia jajowodów i niżej, po bokach macicy, bywają prawie zawsze porozszerzane, miejscami zatokowato rozdęte i wypełnione miękkimi, białawymi skrzepami, albo też żółtawo-białą lub żółtawą, papkowatą lub ropiastą zawartością, podczas gdy ich ściany w początkach stale bywają prawidłowe. Niekiedy za zmienionymi w ten sposób pojedynczymi naczyniami śledzić można aż do tego miejsca na szyi macicznej, gdzie się znajduje pęknięcie. W innych razach mogą się one rozciągać daleko poza granice macicy. Bardzo często znajdujemy naczynia limfatyczne w jednym lub obu jajnikach wypełnione kruchymi czopkami albo już płynnymi massami. Cierpienie jednostronne, podług Buhl'a odpowiada najczęściej siedlisku ciała żółtego i miejscu w którym łożysko było przytwierdzone. Nie rzadko cierpienie sięga aż do splotów podbrzusnych i lędźwiowych albo jeszcze wyżej wzdłuż kręgosłupa. Te zakrzepy w naczyniach limfatycznych, według poszukiwań Virchow'a są następstwem dostania się do owych naczyń materii włóknikowej, rozwijającej się w chorą tkankę; później mogą następnie i same ściany tych naczyń ulegać zapaleniu i ropieniu, skutkiem czego mogą się potworzyć ropnie, albo też żyłaki limfatyczne połączyć się mogą z istniejącymi w pobliżu ogniskami ropy lub posoki.

Aż do ostatnich lat upatrywano w krzepnięciu limfy źródło występującej tak często posocznicy (*ichorrhæmia*); aż dopiero Virchow wykazał, że krzepnięcie to przeszkadza raczej a nie pomaga zakażeniu krwi, które przychodzi do skutku właśnie za pomocą tych naczyń limfatycznych, w których niema wcale zakrzepów, albo zanim się takowe potworzyły. Dowodem słuszności tego zdania jest najprzód to, że nie tylko obok naczyń zakrzepłych, ale i tam gdzie zakrzepów brakuje zupełnie, znajdujemy naczynia limfatyczne okolic lędźwiowej, biodrowej a niekiedy także i pachwinowej przekrwione, obrzmiałe, a skutkiem bujania komórek w torebkach, wyglądające mniej lub więcej gąbczasto; dalej, doświadczenie uczy, że rozległość zakrzepów w naczyniach limfa-

tycznych nie stoi w prostym stosunku do ciężkości ogólnej choroby, i że ta ostatnia może dochodzić znacznego natężenia, podczas gdy pierwszych niema ani śladu.

Obok zmian w naczyniach limfatycznych spotykamy bardzo często rozlane zapalenie otrzewnej z wysiękiem bądź żółtawym, krupowym, bądź też brudnym, posokowatym. Według Buhl'a, choroba ta jest bezpośredniem następstwem cierpienia naczyń limfatycznych, manifestującego się albo opisaną powyżej nieprawidłową ich zawartością, albo też tylko trzęsko-surowiczym nasiękiem tkanki łącznej podotrzewnej. Jednakże spostrzeżenia v. Recklinghausen'a przemawiają za tém, że zapalenie otrzewnej stoi w związku przyczynowym nie tyle ze zmianami w naczyniach limfatycznych, ile raczej ze zmianami w tkance łącznej, z wędrówką ciałek ropnych. Wysięk krupowy odkłada się na organach, lub też domieszany jest w większej lub mniejszej ilości do surowicy zebranej w przestworze miednicy i po obu stronach kręgosłupa na powierzchni macicy zwłaszcza, odkłada się on tam grubszą warstwą, gdzie ściana zmieniła się w strup błonicowy; to samo i na strzępiastych końcach jajowodów, na surowiczéj powłoce jajników mocno surowicą nasiąkniętych, i t. d. Do zapalenia otrzewnej nie rzadko dołącza się później obustronne zwykle zapalenie płucnej, które podług Buhl'a i E. Wagner'a ma się również wyprowadzać ze zmian w naczyniach limfatycznych.

Ale prócz tego, wysysanie szkodliwych materii z chorych tkanek przez naczynia limfatyczne i przenoszenie ich do krwi,—t. j. posocznica, sprowadzić może nawet zmiany w samym mięszu pewnych organów. Przedewszystkiém śledziona przedstawia się nabrzmiąłą, a przytém, jeżeli ilość krwi w ogóle nie zmniejszyła się, jest ona ciemno-czerwona, miękka i posiada ciała Malpighi'ego uderzająco powiększone. Wątroba bywa niekiedy bardzo wielka i krwista, zwykle jednak zawiędła i zmniejszona, krucha, i żółto-zielonawo lub żółto-brunatnawo zabarwiona. Ścisłejsze badanie wykrywa tłuszczowy rozpad komórek, jak przy ostrym zaniku. Nerki są bardzo kruche; nabłonek istoty korowej blizki rozpadu, albo już rozpadający się, a brodaweczki wypełnione papką zawierającą prócz nabłonków częstokroć jeszcze przezroczyste lub ziarniste cylindry. Buhl, który się ze zmianami temi bliżej zapoznał, znalazł raz nawet w trzustce znaki miąższowego zapalenia. Płuca, obok zaczerwienienia, rozpulchnienia i ropiastéj wydzieliny, jeżeli już nie błonicowego cierpienia błony śluzowéj oskrzeli, przedstawiają jeszcze nasięk surowiczy z wielką nietrwałością nabłonka komórek, wypełnionego ziarnistym pyłem, a niekiedy zrazikowate, bło-

nicowe zapalenie. W s e r c u znajdujemy również często poczynające się stłuszczenie włókien mięsnych. Nawet w niektórych mięśniach ciała spotkać można ostro powstałe rozmięczenie.

Posocznica wywołuje również tak zwane rozlane przerzuty na błonach śluzowych i surowiczych, na skórze, w tkance łącznej podskórnej i międzymięśniowej i t. d. Najpospolitszym z nich, jest cierpienie błony śluzowej przewodu pokarmowego i to przeważnie kiszek grubych, zdradzające się, nie rzadko tylko za życia, biegunką, bez pozostawienia po sobie zmian anatomicznych. W innych jednak razach występuje ono jako nieżyt, niekiedy z obrzmieniem gruczołków samotnych, albo jako błonica, z następczemi owrzodzeniami, zwłaszcza też w okrężnicy zstępującej i w odbytnicy. Mniej często zajęta bywa błona śluzowa przyrzędu oddechowego i skóra zewnętrzna; przecież nie tak znowu rzadko zdarzają się rozległe nieżyty oskrzelowe, i białe lub czerwone prosówki z surowiczą lub nawet ropiastą zawartością, a błonnicowe zapalenia krtani, tchawicy i jam nosowych, jakoteż przerzuty skórne pod postacią różycy, róży, bąblicy lub pryszczy, przynajmniej dość często. Z błon surowiczych, oprócz otrzewnej i opłucnej, o czém już wspominaliśmy, zajętemi bywają: opona pajęczna mózgu, osierdzie, a przede wszystkim błony stawowe. Najczęściej daje się spostrzegać zapalenie błony surowiczej stawu kolanowego, łokciowego i ramieniowego; rzadziej biodrowego, stawów palcowych, kręgowych, żebrowych, żuchwowych i obóczykowych oraz chrząstkozrostów miedniczych; kończy się ono zwykle ropieniem. Przytém mogąc później, skutkiem przedziurawienia, uleść cierpieniu nie tylko przyległe powięzie, ale częstokroć zapalenie stawu jest zaraz od początku zarazem wewnętrzne i zewnętrzne, i wtedy zwłaszcza, gdy dotyka staw kolanowy, staje się źródłem olbrzymich, głęboko leżących ropni, które wznoszą się w górę aż do pachwiny. Z pomiędzy chrząstkozrostów miedniczych najczęściej zajętem zostaje spojenie łonowe; zresztą ani zapalenie tego spojenia, ani też jednego lub drugiego spojenia krzyżobiodrowego nie zawsze jest przerzutowej natury: owszem, częściej jeszcze zdarzają się pierwotne cierpienia tych spojeń, w następstwie traumatyzmu porodowego, jako też inne, spowodowane bezpośredniem rozprzestrzenieniem się posokowatego zapalenia tkanki łącznej miednicy. Przerzuty w tkance łącznej podskórnej i śródmiąższowej mogą się przedstawiać pod formą wrzodziańek lub wąglików, albo też występować pod postacią rozlanego zapalenia tkanki łącznej, z zejściem w ropienie lub w sposoczenie. Do nich należą także, nie rzadko się zdarzające, przerzutowe zapalenia gruczołu przyusznego. Na szczególną też uwagę zasługują, przytrafiające się tu stosunkowo często, a zresztą

tylko przy zakażeniu nosaciznowém napotykanie, ropiaste i posokowate nacieczenia tkanki łącznej międzymięśniowej, których ulubioném siedliskiem są przedramiona i golenie, ale które zdarzają się także w mięśniach prostych brzucha i innych. Dają one powód do zniszczenia w większym lub mniejszym stopniu i samej substancji mięsnej.

Objawy i przebieg. Łagodne formy rozlanego zapalenia macicy i tkanki łącznej ją otaczającej, które na szczęście, częściej się przytrafiają niż złośliwe, poczynają się zazwyczaj 2-go, 3-go, niekiedy aż 4—6 dnia połogu, a początek ich cechuje się bólami i gorączką. Natężenie pierwszych bywa bardzo rozmaite. Niekiedy niema wcale bólu dobrowolnego, i jedynie tylko nacisk na boczne części macicy, przez powłoki brzuszne lub pochwę wywarty, jest mniej lub więcej dotkliwy. W innych razach bóle samoistne są bardzo żywe, ale i wtedy zwykle ograniczają się tylko na okolicy macicy i jej sąsiedztwa, a bynajmniej się nie rozpościerają na części brzucha leżące po nad pępkiem. Różnice te zależą w części chociaż nie wyłącznie, od tego, czy miedniczy odcinek otrzewnej bierze udział w cierpieniu czy też nie. Zmiany w odchodach połogowych nie zawsze mają miejsce; wszakże bardzo często wraz z rozpoczęciem się gorączki lub wkrótce po tém, dostrzedz można, że wydzielina krwista zbyt wczesnie odpływać przestaje, a później odchody przybierają woń cuchnącą, są wybitnie śluzowate, lub wyglądając jak ropa za nadto obfite, i zawierają przymieszki z cząstek zakrzepów i strupków. W połowie mniej więcej wypadków tworzy się na pękniętych lub ciętych ranach warg sromnych, pochwy i ust macicznych nalot błonkowy, jużto łatwo dający się zeskrobać, już silniej spojony z dnem owrzodzenia, ale nie pociągający za sobą głęboko drążącej zgorzeli tkanek.

Gorączka, jak przy każdym zapaleniu połogowém, poczyną się zwykle wyraźnym dreszczem. Ciepłota prędkiej lub powolniej wznosi się do 40—41°, tętno niekiedy do 130 uderzeń, ale zazwyczaj tylko do 110—120, częstość oddechania pozostaje umiarkowaną. Położnice czują się zazwyczaj wyraźnie choremi, chociaż sfera umysłowa pozostaje niezakłóconą. Język zwykle zostaje wilgotnym. Najczęściej po trzech, rzadziej po 4-ch lub 5-ciu dniach przychodzi wyraźne zwolnienie; nie daje to jednak żadnej pewności, iżby w krótkim czasie gorączka nie miała się podnieść na nowo.

Bardzo często, w tkance łącznej przylegającej do zewnętrznej powierzchni macicy, powstają wyraźne obrzmienia. Wypadki te nie odznaczają się od innych ani szczególną gwałtownością samoistnych

bólów lub wrażliwością na nacisk, ani też znaczném podniesieniem się ciepłoty, lub przyspieszeniem tętna i oddechania; lecz gorączka przy nich trwa dłużej, przecięciowo 17 dni, w innych razach tylko 9; niekiedy wraca ona, po zwolnieniu pół lub całotygodniowém, na nowo, i trwa potem dłużej niż pierwszym razem. Wytworzone obrzmienia przylegają najczęściej bezpośrednio do bocznej powierzchni ciała macicy, tak, że tylko przy staranném połączeniu badania zewnętrznego z wewnętrzném odkryć można, sprawione ich obecnością pozorne częściowe powiększenie macicy, jakoteż szczelinę między niemi istniejącą od góry, od dołu lub w obu kierunkach. Rozciągają się one już to więcej ku tylniej, już więcej ku przedniej powierzchni macicy i sięgają nieraz aż do przeciwnego brzegu tego organu albo aż poniżej poziomu zewnętrznych ust macicznych, kończąc się po za sklepieniem pochwy wyrostkami gruzłowatemi wielkości orzecha laskowego, albo jeszcze większemi.

W pierwszych dniach choroby, badanie organów miedniczych nie wykazuje nic więcej, nad mniej lub więcej ograniczoną drażliwość bocznych okolic macicy. Niekiedy jedna tylko strona bywa dotkliwa na nacisk; po 24 lub 48 godzinach ból może tu zniknąć, a usadowić się po drugiej stronie, gdzie też wyłącznie tylko może się rozwinąć obrzmienie. Rzadziej zdarza się widzieć aby obrzmienie po obu wykształcało się stronach. Jeżeli ściśle zbadanie jest możebne, to już na drugi lub trzeci dzień wykryć można istnienie rozlanej odporności w sąsiedztwie macicy, najczęściej jednak potrzeba na to dłuższego czasu, a zanim zdołamy wy czuć na mniejszej lub większej przestrzeni ograniczoną twardość, upływa prawie pierwszy tydzień. Guzy rozwinięte w dole biodrowym, a gubiące się nieznacznie w małej miednicy, najpóźniej odkrytymi być mogą; gdyż tylko od góry wynaleść się dają. Objętość ich bywa bardzo zmienna. Guzy na znacznej rozciągłości złane z macicą i niezbyt wielkie nie spowodzają ani nerwobólu ani obrzęku; a nawet przy tych które sięgają aż do sklepienia pochwy, zazwyczaj wtedy tylko dostrzegamy stopniowe puchnięcie lub rozpulchnienie ścian pochwy, jeżeli utworzy się ropień. Bardzo też często nie bywa żadnych zaburzeń, przy oddawaniu stolca i mocz, gdyż guzowatości częstokroć nie dotyczą ani pęcherza moczowego ani odbytnicy. Przeciwnie, w razie istnienia guzowatości rozwiniętych pierwotnie w górnej części dołu biodrowego, widzieliśmy zaraz po wystąpieniu gorączki rozwijające się nadzwyczaj gwałtowne bole nerwowe w okolicach nerkowej i lędźwiowej, po stronie chorej, bole trwające znaczną liczbę godzin. Wyсіki tego rodzaju zdarzają się rzadko; dlatego też nie możemy rozstrzygać, czy objaw ten, przez nas spostrzegany, jest stałym.

Rzeczą jest naturalną, że i guzy w małej miednicy leżące, jeżeli są znaczniejszej objętości, uciskając sąsiednie organa i nerwy, stają się powodem dalszych zaburzeń, jakimi są: zaparcie stolca, ból przy oddawaniu takowego, rzadziej—wydymania, dolegliwości przy oddawaniu moczu, i, co jest ważną wskazówką, gwałtowne nerwobóle a przynajmniej nieprawidłowe wrażenia (drętwienie, mrowienie i t. d.) w przebiegu nerwu kulszowego. Jeżeli chore leżą, rzadko zdarzy się widzieć silniejszy obrzęk, w skutek ucisku większych pni żylnych, na sromie i kończynach dolnych. Przeciwnie, dla wysięków znajdujących się w dole biodrowym, w późniejszym czasie, prócz cierpień newralgicznych splotu udowego, szczególnie charakterystyczném jest z jednej strony silne zgięcie uda, albo, przy nieznaczném zakłóceniu czynności, chód kulejący, a z drugiej strony, ból, bardzo silny częstokroć, jaki wywołujemy usiłując wyprostować kończynę w stawie biodrowym.

Nie może téż być wątpliwości co do umiejscowienia zewnątrz otrzewnej tego rodzaju z opisywanych tu obrzmiałości, które nie przedstawiają tak zwanych charakterystycznych cech podobnego stosunku. W rozwoju swym i zejściach zachowują się one tak jak inne; a zlewanie się wielu z pomiędzy nich na znacznej przestrzeni z macicą, jako téż niezakłócona nadal płodność, potwierdzają z klinicznego stanowiska to, co anatomiczne badania Virchow'a o siedlisku téj sprawy wiedzieć dały.

Rozwój guzowatości przypada prawie zawsze na pierwszy tydzień połogu. Że zaś stosunkowo późno dopiero możemy wykryć ich obecność, a zwłaszcza ta okoliczność, że pierwsza gorączka, jakęśmy to już przy wyżej wyliczonych wypadkach kilkakrotnie powtórzyli, nie trwa niekiedy dłużej jak przez pierwszy tydzień, a częstość tętna nie przechodzi 100; to nam tłumaczy, dlaczego mówiono o powstawaniu otorbionych wysięków w 2-m, 3-m i 4-m tygodniu połogu, jako o często się przytrafiającém zdarzeniu. W wielu wypadkach, w których chore późno dopiero zasięgały naszej rady, z powodu że nie czuły się choremi, stale byliśmy w stanie wykryć, że w pierwszych dniach połogu gorączka istniała a najczęściej, że nie brakowało przytém bólu w podbrzuszu i t. p. Badanie wykazywało téż regularnie, że istniał już i guz mniej lub więcej znaczny. U położnic, u których od początku mogliśmy spostrzegać późno rozwijające się obrzmiałości, zapalenie obokmaciczne nie rozpoczynało się w tym dopiero czasie, lecz było tylko zaostrzoném pozornie już wygasłej lub rozchodzącej się sprawy chorobowej, w skutek podziałania na nią nowój szkodliwości, jaką mogło być np. ściślejsze badanie.

Zdarza się nie rzadko, że z zaostrzeniem się albo z powrotem gorączki, wracają zarazem nie tylko bole miejscowe, ale przychodzi nawet do niewielkich krwotoków macicznych. Niekiedy powtarza się to kilkakrotnie, chociaż ropień się nie tworzy.

Bardzo często, jeżeli guzowatość jest znacznej objętości,—upływa kilka a nawet wiele tygodni zanim wysięk pochłaniać się zacznie, a i to pochłanianie zazwyczaj nader wolno postępuje. Z tém wszystkiém, jest ono najczęstszém zejściem.

Jeżeli występuje ropienie, to po pierwszém zwolnieniu gorączka na nowo się podnosi i zaostrza wieczorem, tak że ciepłota albo szybko, albo téż, co częściej, stopniowo, wznosi się po nad 40°. Jednocześnie wzmaga się ból w guzowatości i jój wrażliwość; przytém powiększa się ona, albo téż zmienia miejsce. Zmiany te, same przez się, nie są z tém wszystkiém wystarczającemi do rozpoznania zejścia w ropienie. Wzmaganie się bowiem miejscowych przypadłości i objawy gorączkowe spostrzegać się częstokroć dają i przy takich guzach, które ostatecznie znikają w drodze wessania. Taki sam także przebieg widzieliśmy przy zapaleniu tkanki łącznej w dole biodrowym, chociaż nabrzmiałość zbliżyła się już stopniowo do więzu Poupart'a, a zmiana w jój położeniu nadto tém jeszcze się nacechowała, że wywołane jój obecnością bole nerwowe, przeszły stopniowo z górnych gałęzi splotu udowego na dolne gałęzie tegoż splotu. W innych razach, w których wykazaniem zostanie, że ropa opuściła się z miednicy pod więzem Poupart'a na udo, albo téż przez dziurę kulszową pod mięśnie pośladkowe, albo wreszcie w wargę wstydliwą, co się da poznać po bolu i obrzmieniu występującém w tych ostatnich miejscach, tam nie będziemy mogli wątpić, że zawartością guzowatości jest ropa. To samo i przyleganie guza umieszczonego w miednicy do téj części ściany brzusznej, która leży bezpośrednio po nad linią biodro-grzebieniową, nie dowodzi jeszcze aby jego zawartość miała być ropną, ale dopiero nacieczenie tkanki łącznej po za mięśniami brzucha, sięgające wysoko w górę ku pępкови albo nawet po nad pępek. Nawet i występująca w początkach deskowata twardość guzowatości wywołanej zapaleniem tkanki łącznej, utrzymuje się zwykle długo, mimo nawet rozpoczęcia ropienia. Udaje się wszakże zapomocą wytrwałego nacisku wywartego zarówno przez powłoki brzuszne jak i przez pochwę, zapomocą palca ścieńczyć ściany wyczuwanego tu ropnia na małej przestrzeni, podobnie jak przy ropniach sutek, częstokroć tak dalece, że można będzie później wyczuć w tém miejscu znaczną sprężystość, aż do uczucia chelbotania dochodzącą. W późniejszych okresach

choroby, jak przytacza i K ö n i g, małe takie przestrzenie istnieją i bez tego.

Dobrowolne otworzenie się ropnia do organów wewnętrznych zdradza się jużto wybitniejszemi, już łatwiej uchodzącemi przed wzrokiem przypadłościami. Opuchnięcie téj części pochwy która graniczy z ogniskiem choroby zdarza się nietylko przy ropném zapaleniu tkanki łącznej. To samo i dolegliwości przy oddawaniu stolca i moczu. Upławy z pochwy i zmętnienie moczu pochodzące od śluzu, istnieją częstokroć jeszcze przed przedziurawieniem pochwy i pęcherza moczowego; ztąd téż pożądaném jest dokładne obserwowanie chorych, aby odkryć otworzenie się ropnia do tych organów, jak tylko takowe nastąpi. Otworzenie się do odbytnicy sprowadza ropiastą biegunkę, której nagłe wystąpienie, po poprzedzającym ją zaparciu stolca, zwykle bardzo jest uderzającym. Niekiedy do pierwszych wydalín, tak z odbytnicy jakotéż i z pęcherza domięszaną bywa mała ilość krwi. Zawsze jednak mieć trzeba na względzie możność otworzenia się ropnia więcej niż do jednego organu, i starać się wykazać, że nietylko ropa odpływa, ale jeszcze i guz zmniejsza swą objętość. Zmniejszenie to szybko zazwyczaj następuje, a wraz z niem istotne polepszenie stanu choréj, poczem ostateczne wyzdrowienie prędko już przychodzi. Kał i mocz nigdy prawie nie dostają się do jamy ropnia, gdyż pierwszy składa się z suchych kawałków, a otwory skutkiem przedziurawienia powstałe, mają przebieg tak skośny, że tylko przy silniejszym napięciu ścian ropnia, t. j. wtedy gdy jego jama jest wypełniona, bywają rozwarłe.

Niekiedy jednak, nawet po dobrowolném lub sztuczném otworzeniu, jeżeli pierwsze wydalenie ropy nie było wystarczającym, przypadłości miejscowe i gorączka podnoszą się jeszcze przez dni kilka, dopóki dostateczny odpływ nie nastąpi. W pierwszych chwilach przeszkadza niekiedy odpływowi takiemu zwolna dopiero ustępująca sztywność ścian ropnia. W tych wypadkach, gdzie ropień znacznie się opuścił, opróżnianie się jego i później łatwo doznaje przeszkód. Tu wszystkie objawy trwają dalej z dawném natężeniem; ropa toruje sobie nowe drogi, a życie coraz bardziej narażoném zostaje na niebezpieczeństwo. Nie prędko także chore przychodzą do zdrowia, jeżeli zawartość ropnia jest posokowata, a przytém znacznie już zniszczonemi zostały miękkie i twarde części miednicy; jednak nie jest koniecznością aby choroba w każdym takim wypadku śmiercią zakończyć się miała.

W razie z j a d l i w e g o charakteru zapalenia tkanki łącznej, dołączają się do poprzednio wymienionych przypadłości objawy rozlanego zapalenia otrzewnej i posocznicy, a częstokroć, wkrótce także i obja-

wy zapalenia płucnej. Albo też, zaraz z początkiem choroby, obok zmian w odchodach pógowych i w dostępnych dla badania ranach pógowych, które przedstawiają cechy silnej błonicy, wstawiają się zarazem bole w rozmaitych częściach brzucha, szybko zwiększające się wzdęcie, a później wymioty żółto-zielonego płynu. W pierwszym wypadku, ciepłota, częstość tętna i oddechania wznoszą się powolniej; w ostatnim pierwsza szybko dochodzi 40—42°, i utrzymuje się na tej wysokości z małemi nieregularnemi wahaniami, dopóki nie przyjdzie wyczerpanie sił, najczęściej poprzedzające śmierć, albo też, dopóki przy równoczesnem zmniejszeniu częstości tętna nie nastąpi istotna poprawa. Tętno, w porównaniu z łagodnemi wypadkami, podnosi się nierównie znacznie aniżeli ciepłota; częstość jego dochodzi szybko do 120 przeszło uderzeń, później do 140—160, a wraz z tém liczba oddechów do 40—70. Wdechanie, utrudnione w skutek bólu zapalnego i uniesienia przepony w górę, bywa albo powierzchowne, trwożliwe, albo też przeciwnie mozolne, a obok ołowianych obwódek dokoła szklących się oczu, silnie uderza nas ograniczona czerwoność policzków (w y g ł ą d p o ł o g o y). Bardzo często występuje sama przez się, albo po użyciu łagodnych środków rozwalniających (po 1 łyżce oleju rącznikowego) biegunka, tak, że w ciągu doby bywa po 4—6—10 wypróżnień; wtedy i język staje się suchszym. Chore nie zawsze tracą przytomność; niektóre zachowują ją aż do skonu; większość jednak wpada w ciche majaczenia i tym sposobem, na szczęście, traci ssmowiedzę cierpień sprawianych przez ból i duszność—następstwa zapalenia otrzewnej i płucnej. Jeżeli choroba przebiega w sposób tu opisywany, to śmierć przychodzi najczęściej w ciągu pierwszego tygodnia, a niekiedy już przed upływem pierwszych 48 godzin. Chociaż choroba przebiega w jak najgwałtowniejszy sposób, nie zawsze wiąże się to z niepospolitým podniesieniem się ciepłoty; tak np. widzieliśmy, że ta ostatnia w kilka godzin po rozwiązaniu podniosła się do 40,8°, po 16 godzinach spadła do 40° i na tej wysokości utrzymała się aż do skonu, który nastąpił w 47 godzin, podczas gdy tętno stopniowo ze 132 doszło do 146 i 156.

Jeżeli rozlane zapalenie otrzewnej nie sprowadzi śmierci, to choroba wlec się może całemi tygodniami, dając powód do powstawania rozmaitych poprzednio opisanych, przerzutów, w stawach, podskórnej i śródmiąższowej tkance łącznej i t. p., które sprowadzają wtedy wzmacnianie się gorączki i odpowiednich im miejscowych zaburzeń.

W szczególnych wypadkach, zapalenie otrzewnej bywa w ogóle niezbyt natężone, jakkolwiek krzepnienie w naczyniach limfatycznych jest bardzo rozległe (niekiedy sięga aż do przewodu piersiowego), a gru-

czoły lędźwiowe i pachwinowe silnie obrzmiałe; nie brak i tu wzdęcia, a chore umierają zwykle po niewielu dniach.

Nakoniec, wśród epidemicznego występowania zapalenia obokmacicznego, zdarzają się czyto w biegu czy na szczycie epidemii, jużto oddzielne już liczne razem wypadki, które najczęściej szybko, niekiedy nawet w kilka godzin śmiercią się kończą, a w których krzepnięcie limfy albo w małym tylko stopniu albo wcale miejsca nie miało, a nawet i w tkance łącznej macię otaczającej tylko nieznaczne zmiany wykazać się dają; tak, że przy oglądzie pośmiertnym znajdujemy głównie tylko rozkład krwi (*dissolutio sanguinis*), wynaczynienia krwiste pod błonami snrowiczemi jamy brzusznej i piersiowej i papkowate, prawie aż do rozplywania się posunięte rozmiękczenie śledziony. Objawy wśród jakich choroba w takich razach przebiega, odnoszą się do ciężkiego wstrząśnienia układu nerwowego i ogólnego rozkładu krwi. Początek jęj przypada zwykle na pierwsze chwile po ukończeniu porodu, albo jeszcze przed końcem tego ostatniego, i cechuje się najczęściej gwałtownym dreszczem, po którym częstokroć bezpośrednio występują objawy podrażnienia mózgowia lub porażenia. Stosownie do tego widzimy ogólne podniecenie, złudzenia zmysłowe i majaczenia, niekiedy równocześnie drgawki niby tężcowe, albo też znowu zaraz od początku senność i śpiączkę. W pierwszym razie objawy podniecenia przejść później mogą w objawy otępienia, albo też wrócić może samowiedza. Stale widzieć można wielki upadek sił przy ogólném osłabieniu mięśni, podrywaniu ścięgien, słabém, małym, bardzo częstém tętnie, przyspieszoném oddechaniu, zmianie wyglądu twarzy; niekiedy pokazują się ciemne, krwisto-czerwone plamy, mniejszej lub większej objętości na różnych miejscach skóry, zwłaszcza też na kończynach i okolicy krzyżolędźwiowej.

Naszkicowaliśmy powyżej główne tylko typy przebiegu choroby. Wystarczają one do wykazania, jak rozległemi są różnice wynikające z mniej lub więcej zabójczego charekteru zapalenia tkanki łącznej otaczającej macię, jakotęż z wystąpienia lub braku rozmaitych możliwych jego następstw, a zwłaszcza z rozwijającej się w późniejszym czasie posocznicy, jakotęż z mniej lub więcej znacznego jęj natężenia.

Rozpoznanie rozlanego zapalenia macicy i tkanki łącznej ją otaczającej w ogóle, jakotęż określenie charakteru i rozległości choroby w szczególności, nie jest trudne, jeżeli mieć będziemy na względzie przytoczone przez nas objawy, zarówno podmiotowe jak i przedmiotowe. Co się zaś tyczy rozróżnienia zapalenia obokmacicznego od okołomacicznego, pomówimy o tém poniżej.

Rokowanie zależy od łagodności lub złośliwości sprawy. Ale w pierwszych dniach choroby bynajmniej nie można ocenić jakiego takowa dojdzie natężenia, i jakie robić będzie postępy. Jeżeli otrzewna nie bierze udziału w chorobie, a zarazem i krew zakażeniu nie ulega, to śmiertelnego zejścia wtedy tylko obawiać się należy, jeżeli się utworzy ropień, a i tu głównie wtedy, jeżeli zawartość tego ostatniego będzie posoczystą, a sprawa chorobowa sprowadzi rozległą zgorzel tkanek. W innych razach chore mogą wynędznąć do najwyższego stopnia, gdyż częstokroć przez znaczną liczbę tygodni nieprzerwanie mają gorączkę, mało śpią, a niekiedy nadmiernie się pocą; znoszą one jednak zwykle pożywne chociaż lekkie i przeważnie płynne pokarmy, i nie łatwo umierają. Po dobrowolném lub sztuczném otworzeniu ropnia na zewnątrz, jak tylko jama jego dostatecznie się opróżni, następuje istotna poprawa, i w końcu zwykle wyzdrowienie. Nawet po otworzeniu się do wewnętrznych organów przebieg bywa również pomyślny;—zwłaszcza jeżeli ropień otworzy się do pochwy lub odbytnicy, a nie wiele gorzej, jeżeli ropa wyleje się do pęcherza moczowego. Jeżeli ropień otworzy się do jamy macicy, to łatwiej już może nie przyjść do wyzdrowienia, a jeżeli takowe i następuje, to zwolna, zapewne skutkiem tego, że ropa nie może odpływać swobodnie. Po otworzeniu się do jamy otrzewnej, choroba szybko śmiercią się kończy.

Z chorych, u których się rozwinię rozlane zapalenie otrzewnej, rzadko która zdrowieje; następce zapalenie opłucnej niemal stale sprowadza śmierć. Wystąpienie posocznicy nie burzy jeszcze wszelkiej nadziei; szczególnież też przy przewlekłym jej przebiegu uratowanie życia jest rzeczą możliwą, byleby tylko sprawy przerzutowe były dostępne dla sztuki. Gdzie jednak zaraz od początku częstość tętna i oddechania staje się bardzo znaczną, rysy twarzy się zmieniają, występuje fałszywa *Euphoria*, śledziona znacznie nabrzmiewa, a nawet tworzą się plamy pośmiertne, tam niezadługo oczekiwać należy śmiertelnego zejścia. Przeciwnie, objawy podrażnienia mózgowia występujące w początkach choroby, nie zawsze każą rokować niepomyślnie. Najczęściej wprawdzie spotykamy się z niemi w ciężkich tylko wypadkach, ale i tu, po upływie niewielu godzin lub dni, mogą one ustąpić zupełnie, a sprawa miejscowa w organach płciowych przybrać może przebieg przewlekły, który nie wyklucza możności wyzdrowienia. Przejęcie podniecenia psychicznego w trwałe zaburzenie psychiczne, jeżeli się w ogóle zdarza w takich okolicznościach, to w każdym razie rzadko.

Leczenie. Przy leczeniu łagodnych zapaleń tkanek i łacniej postępujemy w początkach według zasad podanych przy za-

paleniu wnętrza macicy. Wessanie się guzów, pozostałych po spadnięciu gorączki, przyspieszamy najczęściej przez usunięcie wszelkich szkodliwości. W tym celu chore pozostawać winny w łóżku, a wszelkie czynności ciała należy uregulować. Stan odżywiania częstokroć nie pozwala używać wewnętrznie przetworów jodowych. To téż ograniczamy się najpierw na zewnętrzném użyciu takowych, w pobliżu guza. Te z pomiędzy nich, które silnie drażnią skórę, z pewnością najodpowiedniej są w stanie zastąpić coraz bardziej zarzucane, w Niemczech przynajmniej, przyszczydło. Zresztą nie widzieliśmy wielkiego pożytku z użycia środków odciągających, i z téj przyczyny, od dawnego czasu używamy tylko zwyczajnej maści z jodku potassu. Najlepszy skutek dawały nam stale ciepłe kąpiele nasiadowe, a lepiej jeszcze całkowite, czyste, lub z dodatkiem ługu macierzystego, który radzimy używać zawsze, ilekroć razy osobiste stosunki tak zewnętrzne jako i wewnętrzne na to pozwalają. W razie potrzeby, jak np. przy wysiękach w dole biodrowym, każemy chore wsadzać do wanny i wynosić z niej. Jeżeli guzy przez wielką liczbę tygodni pozostają bez zmiany, to wewnętrzne użycie jodku potassu nieocenionéj jest wartości.

Jeżeli się utworzył ropień, to wskazaném jest o ile można najwcześniejsze jego otworenie, gdyż takowe skraca czas trwania choroby, a tém samém zmniejsza niebezpieczeństwo. Tam tylko, gdzie miejscowe i ogólne objawy nie są bardzo wybitne, dłuższe wyczekiwanie nie jest tak bardzo szkodliwe, i do tego daje się usprawiedliwić wątpliwością, jaką wówczas napotyka rozpoznanie ropienia. Przy ciężkich jednak objawach, do umożliwienia wczesnego rozpoznania zaleca się przekłucie probiercze, jeżeli rozważenie innych momentów prawdopodobném czyni istnienie ropnia. Osiągamy tym sposobem to, że opróżnić możemy ropień nie rzadko już na początku lub pod koniec 3-go tygodnia choroby, chociaż nawet ropień przylega do przedniej ściany brzucha, albo téż się opuścił pod mięśnie pośladkowe. Ażeby odpływ ropy (i zmartwiałych części tkaniny) uczynić swobodnym, najlepiej jest otwierać ropień sztucznie za pomocą noża. Zastosowanie trójkątka ograniczyć należy do tych tylko wypadków, gdzie przekłucie wypada robić przez odbytnicę. Obieramy takie miejsce, w którém ściana ropnia najbardziej już ścieńczała, i przecinamy tu warstwę po warstwie aż do téj ściany, a wreszcie i ją samą. Jeżeli ropień, jak to przy większych guzach zwykle się zdarza, leży po za dolną i boczną, albo téż po za średnią częścią przedniej ściany brzucha, to nie będziemy potrzebowali obawiać się zranienia otrzewnej, jeżeli tylko zrobić będziemy cięcie nie zbyt daleko od więzu P o u p a r t 'a lub od spojenia łonowego. W pewnych okolicznościach zaleca się niewątpliwie

i sposób postępowania Roser'a (porównaj na str. 378). Po otworeniu ropnia, częstokroć niepotrzeba już nic przedsiębrać w celu przyspieszenia wydalenia ropy.

Przy zakaźnym charakterze zapalenia obokmacicznego, sztuka lekarska mało pomoże. Tém ważniejszą jest przeto rzeczą, zapobieganie podobnym wypadkom, o czém pomówimy dokładniej przy gorączce połogowej.

Cierpienia otrzewnej będące następstwem zapaleń łączno-tkankowych, z powodu połączonych z niemi bólów, wymagają zastosowania miejscowych upustów krwi i suchego zimna, podobnie jak zapalenia otrzewnej innego pochodzenia. Tam tylko, gdzie krew wyraźnie zakażeniu uległa, przystawianie pijawek jest niebezpieczne, a częstokroć bywa téż i niepotrzebne, gdyż chore takie mało wyrzekają. Największą nadzieję uspokojenia sprawy zapalnej w błonie surowiczej, daje, według naszego przekonania, wewnętrzne i zewnętrzne użycie rtęci. Że jednak choroba często bardzo ostro przebiega, należy więc wczesnie przystępować do podania rtęci, bo inaczej pożądane zajęcie ust nie przychodzi. Dla tego właśnie, podajemy natychmiast kalomel w początkach każdego połogowego zapalenia macicy, występującego z silnym bólem i gorączką (patrz str. 544).

Sprawa chorobowa pozostaje często ograniczoną, a brak zajęcia otrzewnej dowodzi, że przezorność nasza była niepotrzebną. Z drugiej jednak strony nie występuje téż i szkodliwe działanie środka, a u tych chorych u których rozwinię się rzeczywiście to zapalenie otrzewnej, któregośmy się obawiali, mniejszego już później potrzeba będzie czasu dla sprowadzenia zajęcia działel. W tém widzimy prawdziwą korzyść. Bo najpierw, nigdy nie można przepowiedzieć, jak prędko zapalenie gnilne rozszerzy się na otrzewną, a powtóre, leczenie rtęciowe według naszego przekonania, chociażby tylko w mniejszej liczbie wypadków było w stanie wstrzymać postęp choroby, zawsze jednak ma za sobą stosunkowo częste pomyślne skutki. Że makowiec, z dobrym skutkiem używany przy zapaleniu otrzewnej rozwiniętém w skutek przedziurawienia którego z organów, prawie nic nie skutkuje przy cierpieniach połogowych, przekonałem się o tém i ja, podobnie jak inni lekarze. Przeciwnym temu przekonaniu jest to, że nawet lekarze, którzy, jak Armstrong, podawali kalomel tylko w wielkich dawkach i to tylko w celu sprowadzenia wypróźnień, spostrzegali, iż jak tylko, wbrew ich zamiarom, wystąpił ślinotok, choroba pomyślny brała obrót. Lecz aby ten ślinotok o ile można wczesniej wywołać, potrzeba obok kalomelu robić jeszcze wcierania maści rtęciowej, zużywając co 1—2 godziny po 1/2—2 drachm téj maści, jak

robił *Désormeaux* podczas epidemii wybuchłej r. 1829 w szpitalu *Maternité*, a *Traube* ze stanowczym pożytkiem powtarzał w ostatnich czasach. Nadmiar maści można potem zetrzeć.

Stawiając rękę na pierwszém miejscu przy leczeniu zakaźnego zapalenia tkanki łącznej, wiemy o tém, że tym sposobem leczymy tylko jedno z możliwych następstw choroby, chociaż najczęstsze i zarazem najbliższe; jako téż i o tém, że nawet i rozwinięciu się zapalenia otrzewnej, tylko w mniejszej liczbie wypadków naszym leczeniem przeszkodzić będziemy w stanie.

Przed laty, *R. de Latour* zalecał przeciw połogowemu zapaleniu otrzewnej „*médication imperméable*“, t. j. pędzlowanie skóry na brzuchu kleiną (*collodium*), w przekonaniu, że środek ten działa przeciwzapalnie, tamując przystęp powietrza do chorych organów. Projekt jego nowszemi dopiero czasy wypróbowany był we Francyi przez niektórych lekarzy, i zalecony nadal do użytku. W instytucie akuszerki w Petersburgu, do roku 1866 kleina stosowaną była w 99 wypadkach, i to według sprawozdania ¹⁾, z pomyślnym skutkiem. Nowszemi czasy chwalił także leczenie za pomocą niej *Dohrn* ²⁾, któremu okazała się pomocną 28 razy na 31 wypadków. Niekiedy już w pierwszych chwilach po jej zastosowaniu ból łagodniał, i przychodziła ogólna poprawa; zwykle zniżała się wkrótce nie tylko częstość tętna i oddechania ale i ciepłota. *Dohrn* za istotę działania kleiny uważa wywoływane przez nią ściągnięcie się powłok brzusznych, skutkiem czego naczynia ściany brzusznej ulegają zwężeniu; prócz tego, według jego zdania, i ruchy oddechowe mogą się stawać swobodniejszymi, skutkiem tego, że powłoka z kleiny ogranicza poruszenia niektórych części dotkliwej ściany brzusznej. Jeżeli kleina ma być pomocną, nie trzeba ją robić podatniejszą przez dodawanie oleju rącznikowego, lecz używać zwyczajnego przetworu, który się silnie ściąga przy wysychaniu, i nakładać dostatecznie grubą jego warstwę. *Dohrn* w początkach choroby powlekał kleiną tylko okolicę brzucha poniżej pępka leżącą. My teraz dopiero zaczęliśmy próbować tego sposobu, a tém samym, do dalszych doświadczeń możemy zachęcać tylko na zasadzie przekonania innych.

Jeżeli objawy zapalenia otrzewnej zejść na drugi plan w obec *potosocznicy* (*ichorrhæmia et septicæmia*), to chodzić nam będzie

¹⁾ *Hugenberg* er. Bericht über das Hebammeninstitut u. s. w.—*Petersburger medic. Zeitschr.* Bd. 2.

²⁾ *Monatsschr. f. Geburtsk.* Mai 1865.

o z m n i e j s z e n i e z a k a ż e n i a k r w i. Niestety! mało jesteśmy w stanie tu pomóc. Właściwie, znamy tylko rozmaite drogi, któremi postępując, można złagodzić gorączkę, podtrzymywaną przez posocznice, i przez utrzymywanie chorych przy siłach, powiększyć widoki ich ocalenia. U p u s t y k r w i z ż y ł, używane w celu wydalenia części zabójczych pierwiastków ze krwi, słusznie zostały zaniechane, gdyż żadnej nie przynoszą korzyści, i do tego jeszcze osłabiają, chociażbyśmy nawet utraconą krew zastąpili w części, za pomocą p r z e l a n i a (*transfusio*). Nawet w początkach zapalenia macicy, nim jeszcze krew zakażeniu uległa, upusty krwi z żyły, w ostatnich dziesiątkach lat już przez niewielu tylko lekarzy bywały zalecane, bez względu na to, że pomyślnie ich skutki zachwalali tak wielcy mężowie nauki ubiegłego stulecia, jak G o r d o n, H e y, A r m s t r o n g, C a m p b e l l. Co najmniej, bardzo jest także wątpliwé, czy można oczyścić krew przez konsekwentne stosowanie środków wypróżniających, wymiotnych, napotnych i moczopędnych. To tylko pozostaje niezaprzeczalném, że leczenie tego rodzaju częstokroć pomyślny wywierało wpływ na przebieg choroby.

Już w latach 1736 — 1737 i w 1746 widziano w Paryżu dobry skutek z użycia łagodnych środków wypróżniających. G o r d o n zauważył, że dobrowolne pojawienie się biegunki sprowadzało niekiedy polepszenie i wyzdrowienie; na téj zasadzie dawał on wielkie dawki kalomelu z korzeniem jalapy. H e y i A r m s t r o n g wywoływali i podtrzymali biegunkę w celu leczenia niektórych chorych.

Później, zdawało się być rzeczą stwierdzoną w różnych epidemiach, że środki wypróżniające są bezpożyteczne a nawet widocznie szkodliwe (przynajmniej silniejsze środki czyszczące solne i inne), a obojętność dla nowych prób rosła w miarę tego, jak się przekonywano o wielkiej częstości następnych zajęć kiszek przy posoczystych formach zapalenia macicy. Ostatniemi czasy S e y f f e r t znowu powrócił do używania metody przeczyszczającej na rozległą skalę, a i B r e s l a u doszedł także do przekonania, że środki wypróżniające bardzo ważną odgrywają rolę przy leczeniu gorączki połogowej. My sami nie przekonaliśmy się jeszcze, czy środki czyszczące, czynią to samo co rtęć, w tych wypadkach, gdzie się rozwija zapalenie otrzewnej, a okoliczności uboczne na użycie rtęci pozwalają; w innych jednak razach widzieliśmy stosunkowo bardzo dobre skutki z wczesnego i kilkakrotnego silnego pobudzenia przewodu pokarmowego, a przynajmniej często po wystąpieniu silnej biegunki gorączka znacznie wolniała. To też i my zalecamy, w wymienionych dopiero okolicznościach, nietylko w początku ale nawet w dalszym przebiegu za-

palenia wnętrza macicy i zapalenia obokmacicznego, kilkakrotne dawki oleju rącznikowego, soli lub złożonego naciągu senesowego.

Środki wymiotne, nie bez szarlataneryi chwalone przez Doulcet'a, chociaż okazały się skutecznymi w niektórych epidemiach, i to, o ile się zdaje, nie tylko w skutek czyszczącego równocześnie działania, jednak w bieżącym stuleciu nikt ich nie próbował na rozległą skalę. Z pomiędzy środków w napotnych znajdowały dawniej zwolenników przeważnie przetwory amoniakalne, działające zarazem na przewod pokarmowy. Środki moczopędne stanowczo nie skutkują ani w początkach, ani na wysokości choroby.

Prędzej możnaby pomyśleć, że leki odznaczające się działaniem przeciwnieślnym, jak jod i brom, będą też skutecznie działały i przeciw zakażeniu krwi. Wszak jod nowszemi nawet czasy gorąco był zalecany przeciw durzycy.

Z pomiędzy środków zalecanych w celu zmniejszenia gorączki, wymienimy najpierw chininę. Już John Clarke używał z pomyślnym skutkiem wielkich dawek kory chinowej, w epidemii 1787/8 r., która się odznaczała szybkim podnoszeniem się częstości tętna, nagłą zmianą rysów twarzy na charakterystyczne dla chorób położowych, i szybką utratą świadomości o chorobie. W ostatnich dziesiątkach lat, chinina coraz więcej zaczęła być używaną przy tak zwanym ropnicy rannych i położnic. Obniża ona stanowczo, czasem znacznie, ciepłotę i częstość tętna; ale ponieważ obniżenie to nie trwa dłużej nad 12—24 godzin, więc też podawać ją należy codziennie, lub co drugi dzień. Myśmy się przekonali, że przy natężonej przynajmniej gorączce aby osiągnąć pożądaný skutek, dawać trzeba gr. Vj—Vij, najlepiej po rozpoczęciu się zwolnienia; tym bowiem sposobem ograniczamy nastąpić mające nasilenie. Aby lekarstwo pewniej zostało pochłoniętem, najlepiej je dawać w roztworze, a w razie drażliwości żołądka, dodawać makuwiec. W ten sposób używamy chininy, osobliwie przy przewlekłym przebiegającej posocznicy, po zadaniu środka przeczyszczającego. John Clarke sądzi, że w kilku wypadkach udało mu się przerwać chorobę przez wczesne podanie chininy po poprzedniem oczyszczeniu żołądka przez podanie środka wymiotnego lub wypróżniającego. Podawanie razem makuwca, chininy, kamfory i roztworu octanu amonii wychwala Kehler, opierając się na doświadczeniu nabytym w zakładzie położniczym w Giessen.

W tych wypadkach, gdzie ciepłota jest bardzo wysoka, tętno nader częste, skóra i język suche a przytęm senność, nad podawanie chininy przekładamy obwijanie ciała zimnemi mokremi

prześciera dla mi. Stosownie do stopnia gorączki, maczać trzeba prześcieradła w wodzie mającej między 15° a 5° ciepłoty, i obwijanie przedłużać bezustanku, dopóty, dopóki skóra nie ochłodzi, a więc 18—50 razy, powtarzając to na nowo, jak tylko ciepłota znowu dość znacznie się podniesie, t. j. 2—4 razy na dobę. Po każdym zastosowaniu obwiązań widzimy, że ciepłota obniża się zazwyczaj o 1½—2 stopni, a niekiedy nawet spada z 42,1° na 37,8° lub 37,6°. Wprawdzie zaraz potem, wznosi się ona szybciej lub powolniej na nowo. Już w chwili obwijania, umysł staje się swobodniejszym, chore rozmawiają i piją, oziębienie prawdziwie je orzeźwia, a częstokroć nawet same oznaczają chwilę przerwania obwiązań, gdyż zaczynają ziębnąć. Z nowym wzniesieniem się ciepłoty powraca i śpiączka. U jednej takiej chorób, (u której miejscowe objawy były bardzo nieznaczne, ciepłota doszła 5-go dnia do 40°, a 7-go do 42°, i pomimo używania środków czyszczących i chininy wstrzymywała się dalej na 40° i wyżej) przeprowadzono z wytrwałością leczenie zimną wodą między 11-m a 16-m dniem, dopóki spadnięcie gorączki jakie w ciągu tych 5-ciu dni nastąpiło, nie okazało się widocznym. U tej chorób gorączka wracała jeszcze 3 razy na czas krótszy lub dłuższy, a w pachwinach i w obu dołach pachowych gruczoły przeszły w ropienie. Wyzdrowiała dopiero po 8 tygodniach. Jedyłą, ale ważną niedogodnością leczenia zimną wodą jest to, że jest bardzo uciążliwa dla lekarza i obsługujących, i wiele zabiera im czasu.

Rozmaici lekarze, francuzcy, amerykańscy i angielscy, zachwalają inne jeszcze środki w celu zmniejszenia częstości tętna i oddechania, a osobliwie na parstnicę i ciemię życę. Dotychczas nie mieliśmy sposobności przekonać się o działaniu pierwszej przy więcej przewlekłym przebiegu choroby. Przy gwałtownym przebiegu jest ona nieodpowiednią, gdyż za wiele wymaga czasu aby wywarła pożądane działanie na tętno. Digitalinę polecał Serre ¹⁾ po 1/60 gr. co 4—6 godzin, pod postacią pigułek cukrowych, jaką podał Homolle. Barker ²⁾ zapewnia że sprawdził wielką skuteczność ciemiężycy zielonej (*Veratrum viride*). 2—4 kropel stężonego naciągu, brane co godzina, zmniejszają trwale częstość tętna ze 140 na 80 uderzeń. Simpson zdaje się stwierdził skuteczność tego postępowania, i sądzi że nasza ciemiężycza biała da również pomyślne wyniki. My nie wypróbowaliśmy jeszcze dostatecznie tego ostatniego środka, tak wielką mającego powagę w dawnych

¹⁾ Bullet. de l'acad. de méd. T. XIV. 1859.

²⁾ New-York journ. Vol. V. 1858; Gaz. hebdomad. N. 10. 1858.

czasach, uważamy jednak za rzecz potrzebną, robienie dalszych nad nim prób, gdyż skutki chininy wiele jeszcze pozostawiają do życzenia.

Złośliwe formy zapalenia obokmacicznego, wymagają prędkiej lub później środków podniecających. Z pomiędzy takowych zaleca się szczególnie kamfora, podawana ani w zbyt małych, ani w zanadto wielkich dawkach. Nie trzeba naturalnie czekać, dopóki siły się nie wyczerpią, ale podawać ją obok poprzednio wymienionych środków po 5 i więcej gran. jak tylko siły zaczynają upadać, miarkując z pomyślnego jej wpływu na tętno, czy ją podawać dalej. W kilku epidemiach, kamfora zaraz od początku wielkie świadczyła usługi. Obok kamfory, zyskał sobie wielu zwolenników, między angielskimi zwłaszcza lekarzami olejek terpentynowy, wypróbowany przez B r e n a n ' a podczas epidemii panującej r. 1812/13 w Dublinie. Używają ją często wewnętrznie po 3—ij co 2—3 godziny, a równocześnie w lewatywach i okładach. O pożytku jaki ten środek nam przynosił wspomnimy przy zapaleniu okołomaciczném.

Do użycia makowca i morfiny w przebiegu zapalenia obokmacicznego wiele bywa wskazań, chociaż środkowi temu nie możemy przyznawać żadnego innego działania, tylko objawowe.

c) Zakrzepy połogowe

Metrophlebitis et Phlegmasia alba dolens.

W h y t e : *Inquiry into the nature and cause of that swelling on one ether both of the lower extremities, which sometimes happens the lying in women.* Manchester 1784. Deutsch Wien 1785 u. 1802. — H u l l : *Essay on phlegmasia alba dolens.* Manchester 1800. — D a v i d D a v i s : *Essai on the proximate cause of the disease called Phlegmasia dolens.* Méd. chir. transact. XII. 2. London 1823. — V e l p e a u : *Archiv. génér.* VI. p. 220. 1824. — R. L e e : *l. l. Lond. med. gaz.* Sep. 15 i 22. 1843. — C l e m e n s : *Beob. üb. d. w. schmerz. Schenkelgeschwulst de Kindb.* Frankfurt a. M. 1837. — C r u v e i l h i e r : *Anat. pathol.* 13. livrais. — H e l m : *l. c.* — J o n a s : *De phlebit. uterin.* D. i. Berol. 1841. — D i e m e r : *De phlebit. uter.* D. i. Rostock 1842. — K i w i s c h : *Klin. Vortr.* I. — R o k i t a n s k y : *Pathol. Anat.* III. — V i r c h o w : *Ges. Abhandl.* pag. 597. — S i m p s o n : *On phlegmasia dolens.* Med. tim and. gaz. June 4—18 1859. — W. T i l b u r y F o x : *Transact. of. th. obstetr. societ. of London.* Vol. II. 1861 i Vol. IV. 1863. — H e c k e r u. B u h l : *Klinik der Geburtsk.* p. 215 u. 234 Leipzig. 1861. —

N i v e r t : *Archiv. génér. Août. 1862.*—L e y d e n : *Annal. d. Charité. Bd. X. Hft. 2. 1863.*

Już we wstępie do opisu chorób położowych, wymieniliśmy rozmaite momenty sprzyjające powstawaniu zakrzepów w połogu. Krzepnienie biorące początek z miejsca, w którym łożysko było przytwierdzonem, jeżeli tylko macica niedostatecznie się kurczy, a szczególniej jeżeli zapaleniu ulegnie, może się odbywać na znacznej rozległości, a idąc za biegiem żył nasiennych wewnętrznych i macicznych, może się rozciągnąć z jednej strony przez żyły nerkowe, z drugiej przez podbrzuszne i biodrowe, aż do żyły głównej dolnej, zaś wstecz, do żył pochwy i kończyn dolnych. Skrzepy w pojedynczych naczyniach nie zawsze mają ze sobą nieprzerwany związek, lecz niekiedy, jak już wspominaliśmy poprzednio, tworzą się, niezależnie od zakrzepów w żyłach macicznych, skutkiem rozszerzania naczyń podczas ciąży, samodzielne zakrzepy w żyłę biodrowej wspólnej lub też w bliższych albo dalszych jej rozgałęzieniach. Rozwojowi takich zakrzepów w rozszerzonych naczyniach, sprzyja widocznie istnienie processów zapalnych w tkance łącznej miednicy; sprowadzają one bowiem porażenie muskulatury ścian naczyniowych; to samo i stan charłactwa (*marasmus*). Groźném następstwem zakrzepów, jest następcze zapalenie ścian żylnych, bądź z rozmięknieniem i rozpadem potworzonych zatyczek, bądź bez takowego.

Rozpłynięcie się zakrzepów na ciecz ropiastą lub posokowatą pochodzi najczęściej w tym ich końcu, który swobodnie wystaje do jamy macicznej; pod wpływem stykających się z nim tutaj wytworów zapalenia wnętrza macicy. Może się ono jednak rozpocząć i na przebiegu żył macicznych albo też dalej leżących zakrzepłych naczyń, pod wpływem tych przyczyn, które wywołują epidemiczne choroby położnic. Jeżeli rozpadłe skrzepy nie zostaną wydalone, to cząstki ich zostają uniesione prądem przepływającej krwi i jeżeli nie sprowadzą nagłej śmierci, skutkiem zatorowania tętnicy płucnej, to wywołują zatorowe zapalenia płuc, t. j. ogniska krwotoczne, ropne lub zgorzelinowe z następczem zapaleniem opłucnej. Niekiedy tworzą się i w innych także organach, jak w śledzionie, nerkach, mózgu, ograniczone ropienie ropnicowe, bądźto skutkiem utworzenia się zakrzepów w płucach, które przeszedłszy przez serce dalej bywają pędzone, bądź skutkiem potworzenia się takich zakrzepów w lewej połowie serca samego. Zakrzepy te stają się źródłem zatorów. W wyjątkowych razach badanie pośmiertne wykrywa stosunek odwrotny: pierwotne zapalenie żył, a następcze tworzenie się za-

krzepów,—jeżeli ma miejsce posokowate zapalenie macicy i otaczającej ją tkanki łącznej, a chore żyły sięgają aż do ognisk posokowatych.

W innych razach zakrzepy wywołują zapalenie błony zewnętrznej żył, jakoteż przyległej tkanki łącznej o samodzielnym przebiegu; chorobę opisaną po raz pierwszy przez Mauriceau, a przez White'a tłumaczoną zatkaniem, rozdarciem, czy też inném cierpieniem naczyń limfatycznych i zwaną białem bolesném obrzmieniem uda (*Phlegmasia alba dolens puerperarum*). Dopóki pozwalano sobie określać niekiedy tą nazwą także i przerzutowe zapalenie tkanki łącznej podskórnej oraz zakrzep i zapalenie naczyń limfatycznych uda, dopóty nie mógł sobie rościć pretensyi do powszechnego uznania pogląd Davis'a, Bouillaud'a i R. Lee, że choroba wzmiankowana polega na cierpieniu żył. Jest on jednak prawdziwy, jeżeli, co słuszna, wyróżnimy między sobą wymienione powyżej, zupełnie różne choroby. Nawet zarzuty robione nowszemi czasy przez W. Tilbury Fox'a wydają się nam nieusprawiedliwionemi. Nabrzmienie przy „*Phlegmasia*“ różni się w istocie swoją tęgoscą od prostego obrzęku (*oedema*) będącego skutkiem nieprzenikliwości żył. Ale dołączające się przy flegmazyi do zakrzepów zapalenie tkanki komórkowatej, szerzące się wzdłuż żył głębokich, objaśnia powstanie bardzo bolesnego, napiętego obrzmienia, bez zaczerwienienia skóry, słowem, tych osobliwości, z powodu których Fox widział się zmuszonym przyjąć istnienie współczesnych zaburzeń w krążeniu limfy, skutkiem współudziału naczyń limfatycznych.

Zakrzep, w skutek którego obrzmienie białe się rozwija, rzadko bywa spowodowany rozciągnięciem się cierpienia z żył macicznych aż do żył biodrowych; najczęściej powstaje w tych ostatnich miejscowo, skutkiem ich rozdęcia, albo też, jak się niekiedy zdarza i po za obrębem połogu, a nawet u mężczyzn, po wycieńczających chorobach, jako tak zwany zakrzep u wycieńczonych. Obrzmienie białe uda najczęściej kończy się rozejściem, rzadziej ropieniem lub zgorzelą. Wyjątkowo spostrzegano przy niem także zatory, a z pomiędzy tych, zatorowanie tętnicy płucnej, kończące się nagłą śmiercią.

Niekiedy spotykano także zakrzepy połogowe w żyłach jamy czaszkowej (zatok jamistych, zatoki siódła tureckiego) z ropném zapaleniem opon mózgowych ¹⁾ albo z zakrzepami w żyłach szyjowych ²⁾.

¹⁾ Leyden l. c. i Westphal Virchow's Archiv. XX 5 i 6.

²⁾ M'Clintock. Dublin. Journ. Aug. 1856.

Zapalenie żył macicznych (*Metrophlebitis*) występuje jużto sporadycznie, już podczas trwania epidemii chorób połogowych, ale zawsze stanowi tylko małą część tych ostatnich. Najczęściej poprzedzają je objawy nieznacznego lub umiarkowanego zapalenia wewnątrz i obokmacicznego, i dopiero w drugim tygodniu przychodzi pierwszy dreszcz, który w nieregularnych odstępach czasu się powtarza. Czasem jednak choroba poczyna się silném zapaleniem obokmaciczném; to sprowadza zapalenie naczyń limfatycznych (*Lymphangioitis*) i otrzewnej, które, gdy krócej lub dłużej potrwają, występują na pierwszy plan objawy zapalenia żył. To ostatnie, w wyjątkowych razach rozwinąć się może już w pierwszych dniach porodu. W większej liczbie wypadków, powolne właśnie, ukryte zbliżanie się wybitnych objawów, a i potem jeszcze powolny stosunkowo przebieg, odróżniają zapalenie żył od zapalenia otrzewnej powlekającej macicę, lub złośliwych spraw zapalnych w tkance łącznej. Że te ostatnie nie często stanowią powikłanie zapalenia żył, tłumaczy się to również i tém, że najczęściej kończą się one śmiercią, prędzej nim zapalenie żył rozwinąć się mogło.

Charakterystycznymi objawami zapalenia żył macicznych są kilkakrotne, niekiedy bardzo często wracające dreszcze, czasami żółtaczką i objawy różnorodnych następnych zatorów. Ażeby ocenić wymienione dopiero i najwcześniejsze z objawów, konieczném bywa zwykle dokładne spostrzeganie przebiegu gorączki przy pomocy ciepłomierza. Niektóre chore miewają wprawdzie dreszcz przy każdym podnoszeniu się ciepłoty, jak znowu intermissya dostatecznie się wyraża uczuciem polepszenia; lecz nie zdarza się to zawsze. Do tego należy dodać, że przerwa bezgorączkowa, częstokroć przez krótki tylko przeciąg czasu bywa wyrażona własnościami tętna i spadnięciem ciepłoty, bo powikłania i sprawy zatorowe ze swojej strony gorączkę podtrzymują. Ztąd też, jeżeli mierzyć będziemy ciepłotę tylko w oznaczonych porach dnia, dość często znaleźć możemy małe tylko zwolnienia po dreszczach, bo znaczniejsze obniżenie się gorąca krótko trwało. Ale jeżeli ściśle mierzyć będziemy ciepłotę podczas dreszczu i po nim, to łatwiej uda nam się sprawdzić istnienie przerw wolnych od gorączki albo też wielkich jej zwolnień. W tak wielkiej nieregularności wahań ciepłoty, leży właśnie właściwość gorączki towarzyszącej zapaleniu żył, gdy tymczasem liczba dreszczów bywa raz znaczniejsza, drugi raz bardzo ograniczona, a zresztą podobne napady dreszczów zdarzają się także przy zapaleniu obokmaciczném w skutek przystąpienia tak zwanych spraw przerzutowych, i tak samo powtarzać się mogą. Przepuszczający charakter gorączki utrzymuje się aż do chwili potworzenia się zatorów, poczem, z powodu rozwijającego się zapalenia

płuc, opłucnej, i t. p., gorączka przybiera charakter więcej ciągły; niekiedy pod koniec choroby nabiera ona charakteru durzycowego, a w miarę częstych napadów dreszczy występują: senność, majaczenia, upadek sił i t. p.

Wprawdzie, przy zapaleniu żył macicznych, częściej niebywa żółta czki aniżeli takowa bywa (z obecnością żółci w kale); ale gdzie się pojawi, jest ona ważnym znakiem rozpoznawczym, gdyż zgoła się nie zjawia przy innych chorobach położowych. Niekiedy poprzedza nawet przepuszczające napady dreszczów. Może ona być takiego natężenia, że barwa skóry dochodzi aż do ciemno-zielonawo-żółtej.

Najczęstszemi, a zarazem dla swych objawów najważniejszemi pod względem rozpoznawczym są zator y w płucach. Objawy, odnoszące się do różnorodnych zmian chorobnych ztąd wynikających, pomieszczo-nemi zostały w innych częściach niniejszego wydawnictwa, My ograniczymy się tu. tylko na przytoczeniu téj okoliczności, że przy istnieniu zakrzepów w żyłach macicznych i udowych, często wielkie okrucy unie-sionemi bywają do tętnicy płucnej, i jeżeli takową zatkają, szybko spro-wadzają śmierć wśród nagle powstałej, gwałtownej duszności. Zajście to, bywa jedną z najczęstszych przyczyn niespodziewanych, nagłych wypadków śmierci położnic, które to wypadki ostatniemi laty tak dalece zwróciły na siebie uwagę lekarzy, że w prassie peryodycznej utworzono już dla nich oddzielną rubrykę ¹⁾.

Niekiedy rozpoznanie bywa łatwiejszém z tego powodu, że krew krzepnie w żyłach dostępnych dla dotykania, a obrzęk występujący w obrębie, z którego żyły te zbierają krew, zdradza ich nieprzenikalność. Wymacać dają się nie tylko żyły udowe, jeżeli ulegną zatkaniu, ale przy pomyślnych warunkach nawet i żyła główna, co my sami stwierdziliśmy. Co się tyczy następczego obrzęku, nie należy zapominać, że nawet przy zatkaniu żyły głównej obrzęk może być częstokroć uderzająco

¹⁾ W rzędzie innych przyczyn nagłego wyczerpania sił po porodzie wymienić także trzeba dostanie się powietrza do żył macicznych, co według krytycznych badań Olshausen'a (*Monatsschr. f. Geburtsk. Novemb. 1864*), o ile się zdaje, nie tak rzadko się przytrafia. Gdzie powietrze nie zostało wepchniętém do naczyń przy nastrzykiwaniach i t. p., dostanie się jego tam, najlepiej da się objaśnić, jeżeli przyjmujemy, że po wielkiem zwiotczeniu nastąpiło silne skurczenie się macicy, podczas którego ujście tejże było zamknięte. W wypadkach kończących się śmiercią, występuje duszność z utratą przytomności, poczem chore szybko tracą życie, niekiedy wśród lekkich drgawek. Niewielka ilość powietrza wywołuje tylko mniej lub więcej groźne ale przemijające objawy: duszność, omdlenia, dreszcze.

szczupły, i że rozszerzenie się zakrzepu z macicy na żyłę podbrzuszną nie powoduje obrzęknięcia sromu, ponieważ żyła sromna zewnętrzna otwiera się do żyły biodrowej.

Czas trwania zapalenia żył macicy, wynosi najczęściej 2—3 tygodni, lub więcej; wszakże śmierć nastąpić może już w pierwszym tygodniu połogu. Wyzdrowienie nie jest rzeczą niemożliwą, ale w ogóle bardzo rzadko się zdarza. Sztuka nie wiele może na to wpłynąć. Główne jej zadanie na tém będzie polegało, aby przez staranne dogłądanie i kierowanie porodem przez właściwe leczenie zapaleń wnętrza macicy i przez przestrzeganie środków zapobiegawczych, które podamy mówiąc o gorączce połogowej, z jednej strony przeszkadzała o ile można tworzeniu się rozległych zakrzepów, a z drugiej—ich rozpadowi. Jeżeli sprawa o tyle już postąpiła, że rozpoznanie prawie żadnych nie spotyka trudności, to niepodobna już niemal przeszkodzić ustawicznemu dostawianiu się cząstek zakrzepu do obiegu krwi, ale co więcej, powstrzymać można niektóre tylko z czynników znanych z doświadczenia, jako sprzyjające temu, jak np. gwałtowniejsze ruchy ciała i żywszą czynność serca, przez przestrzeganie bezwzględnej spokoju i podawanie naparstnicy lub t. p. Powrotowi dreszczów, chinina nie jest w stanie zapobiedz.

Białe, bolesne obrzmienie w ogóle nie często się przytrafia. Rzadko poczyną się ono przed 4 dniami; zwykle dopiero w 2-m lub 3-m tygodniu połogu. Najczęściej zakrzepy powodujące tę chorobę istnieją już dość długo, ale objawy ich, jakimi są: umiarkowana bolesność okolicy żyły biodrowej, i nieznaczny obrzek posuwający się zwolna od stóp ku górze, uchodzą niedostrzeżone, albo też bywają objaśniane w inny sposób, i dopiero następce zapalenie dokoła zatkanego pnia żylnego, wywołuje uderzające zmiany, określane nazwą „*Phlegmasia*.“ Bóle, częstokroć bardzo żywe, początkowo ograniczone bywają często do okolicy łydki, ale mogą też zaraz od początku objąć całą kończynę, idąc za biegiem różnych nerwów uda, leżących w sąsiedztwie żył, dokoła których sprawa zapalna się rozwija. Obrzmienie, dołączające się do bólu, pojawia się także często najpierw na łydce, ale też nie rzadko najpierw na jednej połowie sromu i na udzie, z kąd szerzy się coraz dalej po kończynie, i aż na pośladek zachodzi. Jeżeli same tylko głębokie żyły uległy zapaleniu, to choroba sprawiać może niesłychane bóle, chociaż barwa skóry pozostanie niezmienioną. Jeżeli i tkanka łączna dokoła żyły zaskórnej uda (*v. saphena*) weźmie udział w sprawie chorobowej, wtedy widzimy na połyskująco białej skórze, czerwone lub niebieskawe smugi lub piętna, odpowiadające przebiegowi zajętych naczyń podskórnych. Obrzmienie jest zawsze sprężyste i twarde, nie ciastowate, jak przy

zwyczajnym obrzęku; tamuje ono, rozumie się, czynność członka. Niekiedy, prędzej lub później, w podobny sposób cierpieć zaczyna i druga kończyna. Rozpoczęcie się zapalenia dokoła żyły objawia się zwykle dreszczem, po którym następuje ciągła gorączka. Gorączka ta, jakotóż i ból trwają 1—2 tygodni, poczem, jeżeli nie przyszło do ropienia, lub zgorzeli, poczyną się przebieg wsteczny, trwający zwykle kilka a niekiedy wiele tygodni.

Rozpoznanie nie bywa trudne, gdyż właściwości choroby są widoczne, a nadto, zatkanie żyły, dopóki obrzmiałość ich nie zakryje, dają się wymacać, jako bolesne powrózki.

Przy leczeniu starać się trzeba, najpierw o utrzymanie choroby w pewnych granicach, a powtóre o zapobieżenie szkodliwym jój zejściom, jakotóż, rzadko wprawdzie zdarzającym się następczym zatorom. Do tego przedewszystkiem potrzebny jest bezwzględny spokój. Obok tego, kobietom które nie zostały wycieńczone poprzedniami chorobami, dobrze jest postawić w początkach choroby 10—15 pijawek na górnej części przedniej powierzchni uda. Oprócz upustu krwi zaleca się przedewszystkiem wewnętrzne i zewnętrzne użycie rtęci, aż do ślinopływu, podawanie środków przeczyszczających i wymiotnych, napotnych i moczopędnych. Nam się jednak zdaje, że ani ze stanowiska teoretycznego ani z praktycznego, nie mamy dowodu, iżby energiczne leczenie pomyślnym cieszyło się skutkiem, a szczególniej téż, że pogląd, iż złośliwe materye mogą być wydalonemi ze krwi, na błędnem polega założeniu. To téż my ograniczamy się tylko obok upustu krwi na mierném działaniu odciągającym na przewód pokarmowy i zastosowaniu suchego zimna na miejsce wyjścia processu; później zaś, gdy obrzmienie mimo to dalej się posuwa, polecamy pokrywać chorą kończynę watą, usiłujemy łagodzić ból zapomocą wcierania chloroformu, nastrzykiwania morfiny pod skórę, lub podawania makowca do wewnątrz, a od czasu powstrzymania się choroby obok ogólnego leczenia wzmacniającego, staramy się przyspieszyć wessanie przez miejscowe stosowanie przetworów jodowych i ogólne kąpiele.

d) Połogowe zapalenie otrzewnej powlekającej macicę
(*Perimetritis et Metroperitonitis puerperalis*).

B u h l: *Henle's u. s. w. Zeitschr. f. ration. Med. N. F. VIII. p. 106* i *Baier. Intelligenzbl. Nr. 14 1859.* — M a r t i n: *Monatsschr. f.*

Geburtsk. Januar 1859 u. März 1861. — Foerster: *Wien. med. Wochenschr. Nr. 44 u. 45. 1859.* — Vocke: *Preuss. Vereinsz. Nr. 4. 1860.* — R. Barnes: *Transact. of the obstetr. society of London. III. p. 419.*

Zapalenie otrzewnej, jak to już nadmienialiśmy, bywa bardzo często następstwem pierwotnego zapalenia macicy i tkanki łącznej obok leżącej. Przyłącza się ono tu najczęściej do zapalenia naczyń limfatycznych (t. z. *Lymphangioitis*) albo do mętno-surowiczego nasięku tkanki łącznej podotrzewnej, i prawdopodobnie zawdzięcza swe powstanie ruchomości ciałek ropnych, jakoteż dyfuzji drażniących materii. Innym razem wywołują je strupy błonicowe, sięgające w macicy aż do błony surowiczej, albo też ogniska ropne lub posokowate mieszczące się w tkance łącznej otaczającej macicę i przedziurawiające otrzewną. W każdym z tych wypadków zapalenie może albo pozostać ograniczonym do miedniczego odcinka otrzewnej, albo też mniej lub więcej się rozszerzyć, występując z wysiękiem krupowym lub posokowatym. Ale jeżeli ono często staje się ostatecznie przeważnym cierpieniem, a nawet niekiedy o ostatecznym zejściu choroby stanowi, z tém wszystkiem zaliczać je trzeba do opisywanego już przez nas wraz z jego następstwami zapalenia obokmacicznego (*Parametritis*). Jeżeli przeto w tém miejscu opisujemy oddzielnie *Perimetritis et Metroperitonitis*, usprawiedliwiamy to zdarzającymi się w położu wypadkami zapalenia otrzewnej, które na inną zupełnie rozwijają się drodze.

Z tego faktu, że otrzewna najłatwiej ulega cierpieniu u tych kobiet, których macica była niezwykle podczas ciąży rozciągnięta, nie wynika jeszcze wprawdzie bezpośredni związek przyczynowy między temi dwiema sprawami, gdyż nadmierne rozciągnięcie macicy staje się często powodem nieprawidłowości podczas porodu, które to ostatnie mogą w rozmaity sposób wywoływać choroby położowe. Oczywiście, późniejsze zapalenie otrzewnej bywa i tu poprzedzone przechodniem zapaleniem macicy. Tak samo rzeczy się mają ze z temi następstwami niepomysłnych mechanicznych warunków porodu, i znaczniejszych ugnieceń miękkich części miednicy. Niewątpliwie jednak miedniczy odcinek otrzewnej ulega niekiedy podczas porodu obrażeniom, które albo same przez się wywołują zapalenie (jak naddarcia i rozdarcia), albo też w razie istnienia pozostałości po przebytych dawniej zapaleniach otrzewnej, ożywiają wygasłą sprawę na nowo.

Do téj przyczyny pojedynczo występujących wypadków zapalenia otrzewnej, dołącza się jeszcze inna, której doniosłość najpierw przez

Buhl'a poznana została, a tą jest zapalenie jajowodów. Nawet i przy zapaleniu otrzewnej powlekającej jajowód, punktem wyjścia bywa niekiedy pierwotne zapalenie wnętrza macicy, ale sprawa zapalna nie prowadzi tu w pierwszym rzędzie do zapalenia tkanki łącznej macicznej i okołomacicznej, ale z wewnętrznej powierzchni macicy przenosi się na jajowody, i albo przez końce strzępiaste jednej lub obu stron (rzadziej) przechodzi na otrzewną, albo sprowadza następce zapalenie otrzewnej przez wystąpienie z jajowodów ropy tam utworzonej. Innym razem macica podczas położu pozostaje całkiem nietknięta, ale nieżył jajowodów, który poprzednio już istniał, sprowadza cierpienie otrzewnej, w podobny sposób, jak niekiedy w stanie nie połogowym, albo podczas ciąży (por. str. 290).

Nie możemy przemilczeć, że rola jaką odgrywa zapalenie jajowodów w etiologii połogowego zapalenia otrzewnej. była o wiele przeceniana. Nawet przy stole sekcyjnym, była i jest potrzeba zaliczać tu wszystkie te wypadki, przy których koniec strzępiasty i przylegająca doń część jajowodu ulega zapaleniu, ale większa część tegoż pozostaje niezajętą, ponieważ tu, jak słusznie twierdził Maier z Freiburga, cierpienie jajowodu jest tylko skutkiem zapalenia przylegającej doń otrzewnej. Ze wszystkiego co dotychczas zbadano, należy raczej przyjąć, że wypadki zapalenia otrzewnej powlekającej jajowody stosunkowo rzadko się zdarzają. Te co są, należą do rzędu chorób połogowych jednostkowo występujących. Mogą one, naturalnie, zdarzać się też wypadkowo i podczas panowania epidemii gorączki połogowej, jakoteż poprzedzać taką epidemię albo stanowić pierwszy jej wypadek, lub też, właściwiej mówiąc, same przez się wywołać rozwój epidemii.

Z tego, cośmy wyżej powiedzieli wynika, że poniżej wyłączymy zapalenie otrzewnej dołączające się do spraw zapalnych w tkance łącznej. Ale opis nasz stosować się będzie i do tych wypadków z ostatniej grupy, w których, z powodu braku objawów posocznicy, objawy zapalenia otrzewnej najważniejszego nabierają znaczenia, i nie odznaczają się tak swoją obszernością, ile raczej tém, że od punktu z którego wyszły, stopniowo dalej postępują.

Częstokroć zapalenie otrzewnej nie rozszerza się dalej za części dodatkowe macicy, a przynajmniej za niektóre pętle kiskowe do nich przylegające i część ściennego listka otrzewnej. W razie takiego ograniczenia — z a p a l e n i e o k o ł o m a c i c z n e — wysięk bywa zwykle czysto włóknikowy, pociąga za sobą sklejenia i zrośnięcia trzewiów miedniczych.

Ogólne zapalenie otrzewnej macicy połączone bywa zwykle z obfitym wysiękiem natury włóknikowo-ropnej. Część płynna, mętna i ze skrzepami włókniaka pomieszana, zbiera się w najniżej opuszczonych częściach jamy otrzewnej; nalot krupowo-ropiasty znajduje się mianowicie na wypukłej powierzchni wątroby i śledziony i skleja sąsiednie pętlice kiszki, których nadmierne rozdęcie, spowodowane porażeniem błony mięsnej, nie tylko powoduje znaczne wzdęcie brzucha, ale nadto popycha otrzewną w górę, do 4—3 żebra.

Powikłania bywają różne, stosownie do warunków przyczynowych.

Objawy i przebieg. W wypadkach wcale nie, lub niezbyt powikłanych, zapalenie otrzewnej macicy występuje zazwyczaj na 2-gi, 3-ci lub 4-ty dzień po porodzie. Objawami jego są: bóle w miejscu gdzie leży macica, i gorączka. Bóle mogą być początkowo bardzo łagodne, i występować wyraźniej dopiero przy dotykaniu i naciskaniu po obu stronach macicy; jednak rozległość ich i natężenie wzmagają się w miarę szerzenia się zapalenia. Nie rzadko spostrzegamy w pierwszych dniach po porodzie tylko szczególnie silne bóle po porodowe, a w przerwach między nimi tylko nieznana drażliwość, która zwolna przybiera charakter żywego i ciągłego bólu. Jeżeli jednak zapalenie od razu z silnym wystąpi natężeniem, to towarzyszą mu bezpośrednio gwałtowne bóle, które niekiedy tak dalece się wzmagają, że chore obawiają się wszelkiego ruchu i nawet nie znoszą ciężaru kołdry.

Zapalenie otrzewnej, samo przez się, jeżeli nie zajęło odrazu znacznego obszaru i jeżeli nie spowodowało nadmiernie obfitego wysięku, w początkach przynajmniej nie wywołuje żadnej zmiany w odchodach połogowych; często jednak ilość tych ostatnich zmniejsza się miernie, wskutek istniejącego jednocześnie zapalenia wnętrza macicy. Mleko wydziela się też dalej bez przeszkody. Gorączka, chorobie towarzysząca, ma charakter czysto zapalny; sfera umysłowa pozostaje nietknięta, a przytém chore czują się być mocno słabemi, lecz nie ma ogólnego upadku sił. Ciepłota, w ciągu 12—24 godzin wznosi się do 40°, zwolnienia ranne wynoszą zwykle tylko 1/2°, rzadziej dochodzą do 1 stopnia. Jeżeli zapalenie się ograniczy, to już po trzech dobach żar gorączkowy może się nieco zmniejszyć, a piątego dnia spaść na 38°.

Jeżeli zapalenie szerzy się dalej po trzewiowym listku otrzewnej, to nie tylko że ból i gorączka wzmagają się, ale i stan ogólny znakomitiej doznaje zmiany; tętno staje się prędkim i małym, kończyny ziębną, twarz zapada, sutki wiotczeją, mleko w nich staje się rzadszym, wodnistym, a chore obojętniejszemi. Miejscowo występują najpierw objawy

porażenia kiszek. Jeżeli zajęta zostaje głównie otrzewna kiszek grubych, to brzuch zwykle nie wzdyma się zbyt znacznie; istnieje tylko popolicie uparte zaparcie stolca i umiarkowana duszność, a niekiedy także wymioty; wszakże już skutkiem rozdęcia okrężnicy poprzecznej wątroba i żołądek mogą zostać silnie odepchniętymi w tył a przepona ku górze, skutkiem czego przychodzą uparte wymioty i niebezpieczeństwo uduszenia. Skutkiem porażenia kiszek cienkich, powłoki brzuszne zostają niezwykle rozciągnięte, a jama piersiowa do najwyższego stopnia ścieśniona; rozdęte pętle kiszek widać i czuć wyraźnie przez napięte powłoki brzuszne; wymioty są silniejsze, częstsze, przyczem wydala się też zawartość kiszek; ale i tu poczynają się niekiedy dopiero w ostatnich 24 albo nawet 12 godzinach; uparte zaparcie stolca powoduje gromadzenie się znacznej ilości mass kałowych w samych kiszkach, ale później ustępuje niekiedy miejsca silnej bieguncie.

Śmierć przychodzi zwykle wśród zupełnej przytomności, skutkiem uduszenia spowodowanego uciśnięciem płuc, albo też skutkiem wyczerpania sił, będącego następstwem zbyt obfitego wysięku. Czas trwania zapalenia maciczno-otrzewnego, jeżeli takowe przebiega bez powikłań, tak jak było opisane, wynosi najczęściej sześć do siedmiu dni.

Rozpoznanie. W początkach, choroba ta wyróżnia się od bólów poporodowych charakterem bólu, a mianowicie jego ciągłością i zwiększaniem się za naciskiem, jakoteż obecnością gorączki, a brakiem cech charakterystycznych dla wspomnianych bólów; zaś natężeniem bólu i jego charakterem kłującym lub szarpiącym od zapalenia macicy i zapalenia obokmacicznego. Wszakże rozróżnienie zapalenia okołomacicznego (*Perimetritis*) od spraw zapalnych w tkance łącznej częstokroć bywa możebnem dopiero z uwzględnienia dalszego przebiegu, gdyż i przy tych ostatnich bywa w początkach choroby znaczna bolesność po bokach macicy, a znowu zapalenie otrzewnej nie zawsze bardzo gwałtownie przypadłościami poczynać się zwykło. Skoro to ostatnie zajmie większą przestrzeń otrzewnej, to rozległość miejsca w którym brzuch jest wrażliwy na uciśnienie, zwiększające się coraz bardziej wzdęcie, wysięk swobodny dający się wysledzić za pomocą opukiwania w najniżej leżących miejscach jamy brzusznej, wreszcie wymioty, występujące początkowo rzadko, potem coraz częściej, nie pozostawiają nam żadnej wątpliwości co do siedliska zapalenia. Jeżeli przeciwnie, sprawa utrzymuje się w granicach zapalenia okołomacicznego, to powstają guzy namacalne. Te tak zwane „otorbione wysięki wewnątrzotrzewne“ powstają w skutek sklejenia się ma-

cicy i dodatkowych jej części z przyległemi pętlcami kiszek. To też leżą one, podobnie jak i guzy utworzone w następstwie zapalenia obokmacicznego, przy macicy i zwykle po boku takowej. Ale leżą wyżej niż tamte. Pokazuje się to już w samych początkach, z porównania górnej ich granicy z obrysem dna macicy, jakoteż i z tego, że dolnego ich końca albo wcale przez pochwę dosięgnąć nie można, albo tylko z wielką trudnością. Później, różnica ta uwydatnia się jeszcze bardziej; zrosty bowiem przeszkadzają opuszczeniu się macicy do małej miednicy, i ta mimo zwinięcia się pozostaje powyżej poziomych gałęzi kości łonowych, a dno jej pociągnięte bywa przez powstający guz więcej lub mniej na bok. Dalej, guzy wewnątrzotrzewne są nadto większej objętości i ponieważ w ich utworzeniu kiszka także bierze udział, więc też przy macaniu czujemy w nich taki sam szmer bulgoczący jak w przepuklinach kiszkowych, albo też w początkach takie samo trzeszczenie, jak przy omacywaniu skóry dotkniętej rozedmą (*emphysema*).

Rozróżnienie zapalenia otrzewnej przeniesionego z jajowodów, albo też rozwiniętego w skutek obrażeń i t. p., od formy rozwijającej się obok zapalenia obokmacicznego, wymaga ścisłego roztrząśnienia momentów przyczynowych. Sporadyczne występowanie choroby niczego nie dowodzi, gdyż zdarzają się i odosobnione wypadki zakażenia posokowatego (gorączka połogowa). To samo i przy tém ostatniem nie rzadko spostrzegano powolny rozwój i brak znaków posokowatego zakażenia krwi. Tam tylko, gdzie albo po łatwym porodzie początek choroby odznaczy się wystąpieniem strupa błonicowego na szczelinie z nadpęknięcia pochwy powstałej; albo jeżeli obok guza wewnątrzotrzewnego da się także wykryć nabrzmiałość tkanki łącznej otaczającej macicę; i odwrotnie, gdzie chorobę poprzedziło pęknięcie macicy, łatwo jest podciągnąć chorobę pod tę lub drugą rubrykę. Zapalenia jajowodu, powodującego zapalenie otrzewnej go powlekającą, nie można wysledzić ani z wyvodu choroby, ani go rozpoznać w czasie położu.

Przy rokowaniu uwzględniać należy przedewszystkiem rozległość choroby, oraz bytność lub brak powikłań. W niepowikłanych wypadkach zapalenie okołomaciczne kończy się zwykle pomyślnie, zaś rozlane zapalenie otrzewnej—rzadko. Osobliwie strzedz się trzeba, by się nie łądzić zwolnieniem, jakie na 4 lub 5 dzień choroby zarówno w miejscowych jak i w ogólnych objawach częstokroć występuje. Najczęściej bo-

wiem polepszenie bywa tylko pozorne, a po 24 godzinach sprawa chorobowa na nowo poczyną kroczyć dalej.

Leczenie. Przy żadném z zapaleń połogowych stanowcze, energiczne leczenie, nie jest tak wskazaném, jak przy zapaleniu otrzewnej. Jeżeli zapalenie to rozwinęło się nie za pośrednictwem sprawy zapalnej wśród tkanki łącznej, to nie trzeba się w ogóle obawiać wystąpienia objawów zaposoczenia krwi, a nawet téj formie gorączki połogowej, która polega na zapaleniu otrzewnej, w mniejszej zaledwie liczbie wypadków towarzyszy gorączka wybitnie durzycowa, i nie zawsze zresztą sprowadza wczesnie zajęcie sfery nerwowej oraz gwałtowny upadek sił. To téż zgodnie z powszechném doświadczeniem, zebraném szczególnie w prywatnej praktyce, zalecamy tam nawet gdzie warunki przyczynowe pozostają wątpliwymi, upusty krwi, wewnętrzne i zewnętrzne użycie rtęci i miejscowe zastosowanie zimna. Środki te najlepiej zapobiegają szerzeniu się zapalenia i tworzeniu się obfitszego wysięku. Tylko u tych osób, które podczas porodu utraciły wiele krwi, albo które z innych przyczyn są bardzo osłabione, nie przedsiębierzemy upustów krwi; we wszystkich innych wypadkach rozpoczynamy leczenie przystawieniem 10—20 pijawek, co powtarzamy na nowo, skoro tylko ponownie występujące gwałtowne bóle wskażą, iż zapalenie dalej postąpiło. Kalomel, w celu działania odciągającego na przewód pokarmowy, dajemy zwykle początkowo w większych dawkach, co 2—3—4 godziny po 2 grana, a równocześnie polecamy wcierać 2 razy dziennie po połowie lub po całej drachmie szarej maści w uda lub ramiona, dopóki nie dostrzeżemy poczynającego się zajęcia ust, albo téż złagodnienia objawów miejscowych i ogólnych. Wilgotne zimne obwijania brzucha, okłady papkowate, i proste okłady z zimnej wody, których dawniej używaliśmy, zastępujemy teraz, gdzie się tylko da, zaraz od chwili pojawienia się bólu zapalnego, lodem w workach kauczukowych, gdyż silniejsze zimno działa skuteczniej a zastosowanie wilgotnego zimna w porównaniu z suchém, ma tę złą stronę, że łatwo zakłóca podniesioną w położu działalność skóry. Zastosowanie worczków z lodem, nie wyklucza wspomnianego powyżej użycia kleiny.

Jeżeli pomimo to zapalenie się rozszerzy, to niektóre, bardzo dokuczliwe objawy wymagają szczegółowego uwzględnienia. Bardzo gwałtowne częstokroć wymioty, łagodzą się, niekiedy przynajmniej piciem po trosze napojów zawierających wiele kwasu węglanego, łykaniem kawałeczków lodu, a przy wielkim upadku sił, piciem zamrożonego wina szampańskiego; często jednak, mimo wszelkich usiłowań powstrzymania ich zapomocą makowca z lodem, trwają bezustannie w okropny sposób.

Przeciw znacznemu wzdęciu brzucha zalecano korzeń wymiotnicy w dużych dawkach, środki czyszczące drastyczne i solne, olejek terpentynowy, wielkie pryszczydła kładzione na brzuch, lewatywy z wody ołowianej, naparu liści tytuniowych lub olejku terpentynowego, wypompowywanie zebranych gazów zapomocą długiej rurki wprowadzonej do kiszki, a gdzie rozdęcie przewodu kiszkowego grozi zaduszeniem, przekłucie takiego zapomocą cienkiego trójgrańca, jako środek ostateczny. My osiągnęliśmy najlepszy skutek z powtarzanych lewatyw z olejku terpentynowego (5j—ij na lewatywę) i z naparu tytoniu. Olejek terpentynowy działa tu zarazem jako szacowny środek podniecający, gdyż część jego dostaje się do krwi. Za pomocą dwóch tych środków udawało nam się nieraz wywołać obfite wypróżnienia stolcowe, znaczne zmniejszenie się duszności i istotne polepszenie stanu ogólnego; ale, co prawda, ani razu dotąd nie zdołało to odwrócić śmiertelnego końca choroby, który następował po 24—36 godzinach, w skutek wyczerpania sił, albo, gdy już kilkakrotnie zdołaliśmy usunąć niebezpieczeństwo zaduszenia, po kilku dniach lub tygodniach, w skutek powikłań. Gdzie wzdęcie brzucha nie da się zmniejszyć, tam nie można też zwykle usunąć i duszności jaką ono powoduje; przemijającą jednak ulgę przynoszą tu małe upusty krwi z żyły lub też upusty miejscowe.

3. Gorączka połogowa.

D e n h a m : *On the puerperal fever etc. London 1768. A. d. E. Altenburg 1778.*—L e a k e : *Pract. observ. on the childbed-fever. London 1772. A. d. E. Leipzig 1775.*—K i r k l a n d : *Treat. on the childbed-fever. London 1774 A. d. E. Gotha 1778.*—W a l s h : *Pract. observ. on the puerper. London. 1787. A. d. E. Leipzig 1788.*—J o h n C l a r k e : *Essay on the epidem. diseas. of lying-in women of the years 1787 and 1788. London 1788. A. d. E. Marburg. 1792.*—G o r d o n : *Treatm. on the epid. puerper. fever of Aberdeen. London. 1795.*—F. C. N a e g e l e : *Schilderung des Kindbettfiebers, welches vom Juni 1811 bis zum April 1812 u. s. w. Heidelberg 1812.*—B r e n a n : *Thoughts on puerper. fever and the cure by spirits of terpenin. London 1814.*—A r m s t r o n g : *Facts and observat. relative to the puerp. fever. London 1814.*—H e y : *Treatise on the puerper. fever, illustrated. by cases, which occurred in Leeds in the years 1809—1812. London 1815.*—C a m p b e l : *Treat. on the epidem. puerper. fever, as it prevailed in Edinburgh. 1821—1822, to which is added an appendix, contain. the essay of the late Dr. Gordon*

on the puerp. fever of Aberdeen 1789—1792. Edinburgh 1822.—E. v. Siebold: *Versuch einer pathol-therap. Darshellung des Kindbettfiebers, nebst Schilderung desjenigen, welches 1825 in der Gebäuraustalt zu Berlin geherrscht hat.* Frankfurt a. M. 1826.—A. C. Baudelocque: *Traité de la périton puerpér.* Paris 1829. A. d. Fr. Potsdam 1832.—M. Tonellé: *Des fièvres puerpér. observés à la Maternité pendant l'année 1829.* Paris. 1830.—Rob. Lee: *Researches on the pathol. and treatm. of some of the most import. diseas. of women.* London. 1833. A. d. E. Hannover 1834.—G. Eisenman: *Das Kindbettfieber.* Erlangen 1834. *Die Wund- und die Kinddettfieber.* Erlangen 1837.—G. Moore: *On inquiry into the pathology, causes and treatment of puerperal fever* London 1836.—R. Ferguson: *Essay on the most import. diseases. of women.* 1839. A. d. E. Stuttgart 1840.—Locock in *Tweedie's librar. of medic.* I. London. 1840.—Th. Helm: *Monographie der Puerperalkrankh.* Zürich 1839.—Kiwich: *Die Krankh. der Wöchnerinnen.* Prag 1840/1 und *Klinische Votr.* I. p. 564.—Litzmann: *Das Kindbettfieber in nosolog., geschichtl. und therapeut. Bezeich.* Halle 1844.—Braun: *Klinik f. Geburtsh. und Gynaekol.* 423.—H. Meckel: *Annal. d. Charité.* V, 2, 290.—Atthill: *Dublin. quart. journ.* August, 1855.—McClintock: *Ibid.* May, 1855.—Berliner: *Deutsche Klinik.* Nr. 17, 1855.—Elsässer: *Würtemb. Corresp. Bl.* Nr. 8, 1855 u. Januar 20, 1862.—Lorain: *La fièvre puerpér. chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.* Thèse. 1855.—Chiari: *Wochenbl. d. Zeitschr. d. Wien. Aerzte.* Nr. 8. 1855.—Holmes: *Puerperal. fever as a private pestilence.* Boston. 1855.—Disse (in Brakel). *Monatsschr. f. Geburtsk.* V, 2.—Charrier: *Gaz. des hôpit.* Nr. 23. 1856.—Gallard: *Union méd.* Nr. 80—83. 1857.—Murphy: *Dubl. quart. journ.* Nr. 47. 1857.—Tyler Smith: *Lancet.* Novemb. 8 u. 15. 1856.—Piédaguel: *Compt. rend.* Nr. 21. 1856.—*Discussion sur la fièvre puerpérale.* *Bullet. de l'acad. de médec.* I. XXIII. Nr. 11—20. 1858.—Pippingsköld: *Notibl. f. Lakare.* Mars. 1859.—Esterle: *Annal. univ. di med.* Milano. Octobre. 1858.—v. Franque: v. Scanzoni's *Beitr. z Geb.* IV. 1860.—Kerschensteiner: *Zeitschr. f. rad. Med.* V. 2—3. 1859.—Faye: *Norsk. Magaz. f. Laeg.* XII—XIII. 1859.—Buhl: *Aerztl. Intell. Bl. Bayerns.* Nr. 14. 1859; Hecker und Buhl's *Klinik.* pag. 232 u. *Monatsschr. f. Geburtsk.* April. 1864.—Simpson: *Med. tim. and gaz.* April—Mai. 1859.—Uved West: *Transact. of the obstetr. soc. of Landon.* I. 1860.—Herrman: *Schweiz. Monatsschr.*

Nr. 8. 1860.—Weber: *Monatsschr. f. Geb. Decbr. 1860.*—Retzius: *Ibid. März, 1861 und Hygiea: XXIII.*—Sammelweis: *Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers. Pest, Wien und Leipzig, 1861.*—Pihan-Dufeillay: *Union méd. Nr. 102—108. 1861.*—Hjort: *Forhandl. ved. de scand. Naturf. 8.—Relation of puerperal fever to erysipelas and scarlatina. Med. tim. and gaz. March. 2. 1861*—Sieffermann: *Description de l'épid., qui a régné en 1860/61 à l'hôpital civil de Strassbourg. Thèse 1862.*—Rud. Maier: *Verh. d. naturf. Ges. zu Freiburg i. B. II. 4; i Virchow's Archiv XXIX, 5 u. 6.*—C. Braun: *Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilk. Nr. 47. 1861. Monatsschr. f. Geburtsk. Decemb. 1862. Wien. med. Wochenschr. Nr. 17. 1864.*—Zipfel: *Oesterr. Zeitschr. Nr. 50, 1861.*—W. T. Fox: *Transact. of the obit. soc. III*—Späth: *Wien. allg. med. Zt. Nr. 3, 1863 i Wien. med. Jahrb. 4 Heft. 1864.*—John Denham: *Dublin. quart. journ. Oct. 1862.*—Mayrhofer: *Wien. med. Jahrb. Heft. I, 1863. Wien. allg. med. Zeit. Nr. 23, 1864 i Monatsschr. f. Geburtsk. Februar, 1865.*—R. Schoeßl: *Wien. Spitalszeit. Nr. 9—11. 1864.*—H. Fischer: *Charité-Annal XII, 1.*—C. Hecker: *Klinik f. Geburtsk. Bd. 1 u. 2.*—Virchow: *Monatsschr. f. Geb. Juni, 1846.*—A. Hirsch: *Historisch-pathologische Untersuchungen über das Puerperalfieber. Abdruck aus Bd. II des Handbuehs der historisch-geografischen Pathologie. Erlangen 1864.*—Grisar: *Bull. de l'acad. de méd. de Belgique. 2. S. I. VII. Nr. 7. 1864.*—Wegscheider: *Monatsschr. f. Geb. Februar-März. 1864.*—Hildebrandt: *Ibid. April. 1865.*—O. Werdmüller: *Ibidem.*—G. Veit: *Ibid. August—September, 1865.*

Już najdawniejsi autorowie piszący o medycynie, wiedzieli o tém, że zdarzają się niekiedy gromadnie choroby u położnic; wszakże pewniejsze wiadomości o epidemicznej gorączce napastującej wyłącznie położnice, nie sięgają po za drugą połowę XVII-go stulecia. Pe u podaje w tym czasie krótką wzmiankę, że za jego czasów, umierała w szpitalu Hôtel Dieu od czasu do czasu niezmierna liczba położnic, najwięcej w 1664 r.; że Veson upatrywał przyczynę téj niezwykłej śmiertelności w tém, iż pokój położnic leżał bezpośrednio nad salami rannych; że chore cierpiały na krwotoki, a badania pośmiertne wykrywały mnóstwo ropni. Wkrótce potem (1682) Willis wprowadził dla téj choroby nazwę: *Febris puerperarum*, do nauki. Nieco dokładniejszą wiadomość aniżeli Pe u dał de la Motte o epidemii wynikłej na początku XVIII-go wieku

w Normandyi, a w r. 1746 Malouin podał pierwszy staranny opis podobnej choroby, która wybuchła między położnicami w Hôtel Dieu, a przy której głównem cierpieniem miejscowem było zapalenie maciczno-otrzewne (*Metro-peritonitis*). Od tego czasu opisano mnóstwo podobnych epidemij. W pewnej liczbie tych epidemij spostrzegano przeważnie cierpienie wewnętrznej powierzchni macicy; tak mianowicie było, według najpewniejszych doniesień, już w półowie zeszłego stulecia w Lyonie, a pod koniec tegoż wieku często w różnorodnych okolicach i krajach. W przeważnej liczbie tych epidemij, najbardziej uderzającym cierpieniem miejscowem było zapalenie otrzewnej, biorące początek z macicy, a troskliwe badania ostatnimi przedsiębrane czasy, nie pozostawiają żadnej wątpliwości, że zwyczajnie nie bywa tu zapalenia otrzewnej jajowodów (*Salpingo-peritonitis*), ale zapalenie posokowate, które, jako chorobę następującą rozlanego zapalenia macicy i obok niej leżącej tkanki łącznej, przy opisie tego ostatniego zamieściliśmy. Z tego możemy się też przekonać, że w miarę postępu anatomii patologicznej, powikłania zapalenia otrzewnej macicznej z zakrzepami w naczyniach limfatycznych, coraz częściej występują na widownię, a te ostatnie coraz więcej na pierwszy plan wychodzić zaczynają.

Podobnie jak rozmaite epidemie tém się różnią jedna od drugiej, że w jednych przeważa zapalenie wnętrza macicy, w drugich rozlane zapalenie obokmaciczne z ich powikłaniami, tak téż i w jednej i tej samej epidemii dają się dostrzegać podobne różnice w pojedynczych wypadkach chorobowych. W liczbie tych ostatnich trafiają się pojedynczo i takie, w których, obok mniej lub więcej rozwiniętych spraw zapalnych w macicy, istnieją i zakrzepy w żyłach. Już John Clarke i Wilson, przypominają sobie, że widzieli podczas epidemii, która panowała w Londynie w latach 1787 i 1788, zapalenie żył macicy, ale i to tylko wyjątkowo, na 2 zwłokach. Jeszcze ważniejszą dla kwestyi istoty gorączki połogowej, była ta okoliczność, że w gwałtownych epidemiach zdarza się nie mało takich wypadków, które się kończą śmiercią, chociaż ani za życia, ani po śmierci nie można odszukać tak ważnych i rozległych miejscowych zmian „zapalnych,” któreby dostatecznie objaśnić mogły fatalne zejście choroby; a do tego zdarzają się takie odosobnione wypadki, w których ani za życia, ani po śmierci niepodobna wynaleźć nawet śladu miejscowego cierpienia. Opisując złośliwe formy zapalenia obok-macicznego, wspominaliśmy już o takich wypadkach, i objaśnialiśmy je mniej lub więcej gwałtownem wystąpieniem posocznicy, kończącej się śmiercią.

Obok rozmaitych spraw chorobowych w organach płciowych, lub też po nich, występują wśród epidemii chorób położowych, liczne cierpienia w innych częściach ciała, któreśmy już również bliżej opisali przy różnorodnych formach położowego zapalenia macicy, jako tak zwane sprawy przerzutowe. To tylko jest godnem uwagi, że w różnych epidemiach, jużto te, już inne przerzuty zdarzają się niestosunkowo często, albo przeciwnie rzadko, lub wcale; tak np. zapalenia ślinianki przyusznój, zapalenia naczyńiówki, prosówka, różyca, wysypka podobna do pionicy i t. p. Ztąd też porównanie rozmaitych epidemij między sobą, nie może być bez interesu.

Nawet pod względem śmiertelności, różne epidemie rozmaicie się zachowują. W r. 1746 umarli w Paryżu wszystkie położnice które zachorowały; W. H u n t e r stracił 31 z pomiędzy 32 chorych; L e a k e 13 z 19-tu; R. L e e 40 ze 160; F e r g u s s o n 68 z 204; B a r t s c h (1841) 67 z 188; J u n g m a n n (1841) 31 ze 156. W Maternité, r. 1843, z 250 chorych umarło 230; w szpitalu N e k e r w tym samym roku tylko 25 z 54. G o r d o n utrzymał przy życiu 49 z 77; C a m p b e l l 75 z 97, a A r m s t r o n g przy takim samém leczeniu jakiego używali dwaj dopiero wymienieni lekarze, ocalił 10 z 11 chorych. Epidemia w domu położniczym w Monachium r. 1860 zabrała z pomiędzy 80 chorych 33, w r. 1862 ze 142, 32. W Bonn w r. 1864/5 na 38 które zachorowały, 7 umarło. Z tego się pokazuje, że wniosek H u n t e r a z własnego, smutnego jego doświadczenia wyciągnięty, że mimo najlepszego leczenia, zawsze $\frac{3}{4}$ wypadków kończy się śmiercią, nie może być ogólnie przyjęty, i jest tém mniej słuszny, jeżeli, jak to było w epidemiach w Monachium i Bonn, a czego i prawda wymaga, brane będą w rachunek wszystkie wypadki podczas epidemii się wydarzające, a nie same tylko ciężkie.

F o r m y g o r ą c z k i p o ł o g o w é j. Różnice w obrazach choroby jakie przedstawiają pojedyncze wypadki jednej i téj samej epidemii, jako też rozmaite epidemie między sobą, spowodowały podział gorączki położowej na rozmaite rodzaje i formy. Za podstawę do podziału brano jużto charakter ogólnego stanu chorych (G o o c h, T o n e l l é, B o i v i n - D u g è s) już zmiany anatomiczne (R. L e e, H e l m, K i w i s c h); gdy inni znowu (np. F e r g u s s o n) nie kierowali się przytém żadną stałą zasadą przewodnią. Tym sposobem powstały liczne klasyfikacye, z których każda musi koniecznie przedstawiać mniejsze lub większe braki, gdyż różnorodne cierpienia miejsc-

we i zaburzenia w ogólnym stanie ustroju, zbyt rozmaicie ugrupowane być mogą. Mimo to, nie można nie uznać korzyści praktycznych jakie wynikły z tego rozdrobnienia. Nietylko bowiem ułatwiło ono znacznie studyum choroby, ale nadto, z jednej strony, przez ustanowienie klasyfikacyi na podstawie zmian anatomicznych, zestawiono odpowiadające im objawy i najbliższe następstwa, i takowe oddzielono od innych objawów; z drugiej zaś strony, przez ustanowienie podziału na podstawie różnic w ogólnym stanie ustroju, wykazaną została ważność tych ostatnich, zarówno pod względem teoretycznym jak i praktycznym, dla rokowania i leczenia choroby. Szczególna zasługa należy się jeszcze Kiwisch'owi za to, że pierwszy więcej ogólnie udowodnił, iż macica jest punktem wyjścia cierpień miejscowych, a przez to zdołał uszczuplić ilość form chorobowych, opartych na anatomii patologicznej. Kiwisch rozróżniał początkowo jeszcze 4 formy: *Metroperitonitis*, *Endometritis*, *Metrophlebitis* i *Metrolymphangioitis*; później zaś połączył obie ostatnie formy pod wspólną nazwą ropnicowej gorączki połogowej. R. Lee obok tego przyznawał jeszcze oddzielne miejsce zapaleniu części dodatkowych macicy, a Helm ustanowił jeszcze jedną osobną formę, pod nazwą szkarlatyny połogowej. Od czasu, jak Virchow ostro ograniczył pojęcie ropnicy, i na właściwą drogę skierował znaczenie krzepnięcia limfy w naczyniach limfatycznych i tak zwanęj *Lymphangioitis*, nawet i przy połogowém zapaleniu macicy i tkanki łącznej okołomacicznej (*Parametritis*), nie można już łączyć ze sobą zapalenia żył macicy (*Metrophlebitis*) i zajęcia naczyń limfatycznych tego organu (*Metrolymphangioitis*). Potrzeba, z jednej strony, rozumieć, pod nazwą ropnicowej gorączki połogowej albo połogowej ropnicy (Buhl) te tylko wypadki, w których powstają zakrzepy w żyłach, i te istotnie wpływają na przebieg choroby z powodu braku innych spraw połogowych a przynajmniej małego ich znaczenia, jeżeli istnieją. Z drugiej strony, krzepnięcie w naczyniach limfatycznych, należy do dziedziny spraw zapalnych wśród tkanki łącznej macicy.

Opisując rozmaite formy połogowego zapalenia macicy, mówiliśmy już, że to co badania anatomo-patologiczne oddzieliły, dzisiaj, jesteśmy w stanie wyróżnić i klinicznie. Choroby przeto epidemiczne, powinny być ugrupowane w ten sam sposób jak i sporadyczne. I między tamtymi zdarzają się wypadki z a p a l e n i a w n ę t r z a m a c i c y lub z a p a l e n i a p o c h w y, bez znaczniejszych innych miejscowych powikłań. Przebiegają one pomyślnie lub niepomyślnie, a przy śmiertelném zejściu niekiedy bardzo gwałtownie, z powodu wczesnego

rozwinęcia się posocznicy, chociażby miejscowe zmiany nie były zbyt znaczne. Ale większość wszystkich wypadków, należy do rzędu 2-go) rozlanego zapalenia macicy i zapalenia obokmacicznego. Sprawy łagodne i zjadliwe zdarzają się tu epidemicznie obok siebie; spotykamy więc zarówno zakończenie się choroby przez wessanie lub przez wytworzenie ropnia, jak i przez śmierć, w skutek zapaleń posokowatych otrzewnej i opłucnej, spraw przerzutowych lub prędzej czy później rozwijającej się posocznicy (*septicaemia, ichor-rhaemia*). Od tych dwóch grupp, jak już wspominaliśmy, oddzielić należy 3) wypadki z a k r z e p ó w ż y l n y c h.

Powtarzalibyśmy się więc tylko, gdybyśmy chcieli traktować tu po szczególe anatomię patologiczną, symptomatologię i terapię gorączki połogowej. Formy epidemiczne, nie różnią się pod tym względem od sporadycznych.

G o r ą c z k a p o ł o g o w a n o w o r o d k ó w. Skoro tylko położnice gromadniej chorować zaczęły, zwiększa się też i śmiertelność noworodków. Podczas epidemii, która r. 1859 panowała w zakładzie W ü r z b u r g s k i m, z 99 położnic zachorowało 30 (z tych 9 umarło), a ze 102 dzieci umarło 8 przed, a 9 po urodzeniu. W Monachium w r. 1859/60 umarło 39 matek i 45 dzieci. Dzieci urodzone przez matki które chorobie ulegają, zagrożone są przeważnie, ale nie wyłącznie. U tych była w Strassburgu r. 1860/61 śmiertelność 7 razy większa, aniżeli u innych. W Monachium, 1860 r., z 33 dzieci należących do matek, które pomarły, umarło w ciągu pierwszych 8 dni po urodzeniu 20, a z 47 dzieci tych matek, które przebywały chorobę lecz wyzdrowiały, umarło 12; w r. 1861/62, umarło tamże 22% dzieci matek chorych na gorączkę połogową. Prawie połowa noworodków dotkniętych chorobą (z 51, według B u h l'a 24) umiera w ciągu pierwszych 2 dni życia, a ułamkowa ich część (5 z 24, a więc około 10% ogólnej cyfry) już podczas porodu, albo zaraz po jego ukończeniu.

B u h l rozróżnia 3 foriny połogowych chorób u dzieci, gdyż zmiany pośmiertne bywają różne, stosownie do tego, czy śmierć nastąpiła jeszcze przed, albo zaraz po urodzeniu, czy po rozpoczęciu życia samodzielnego, czy też dopiero po odpadnięciu pozostałości sznurka pępkowego. U pierwszych znajdujemy nietylko zwyczajne oznaki śmierci podczas porodu, lub też wkrótce po nim, ale nadto jako oznaka z g n i l i z n y, niezwykle stopień skażenia, a nadto galaretowato-surowiczy nasiek w tkance łącznej dokoła naczyń pępkowych, który się rozciąga

wzdłuż tętnic ku aorcie, a od tętnicy wątrobowej do mięszu wątroby, albo téż przez krezki do pętlic kiszkowych. Jeżeli śmierć nastąpi dopiero po jedno lub kilkudniowém życiu, a więc gdy już płuca przez pewien czas pełniły swą czynność, to nie bywa najczęściej wspomnianego dopiero mętnego nasiąknięcia tkanki łącznej, ale istnieją za to zmiany w organach oddechowych. Te mogą się ograniczać na podbiegnięniach (*ecchymoses*) i przekrwieniach opadowych (*hypostases*) w opłucnej, które wejrzaniem poczynającego się gnicia, zdradzają złośliwy swój charakter, albo téż na zapaleniu oskrzeli lub zawałach krwotocznych. Jednak w trzeciej części wypadków znajdujemy w jamie opłucnej krwisty, cuchnący wysięk, a u połowy dzieci do tego drugiego rzędu należących, zapalenie międzyzrazikowe, biorące początek z tkanki łącznej otaczającej tętnice oskrzelowe. Przytém śledziona bywa mniej lub więcej rozmięczona, wątroba kruchsza, złogi kwasu moczowego w nerkach, a ciało pokryte licznymi ciemnymi plamami pośmiertnemi, albo po prostu zsiniałe; przytém silna woń trupia zdradza gwałtowny postęp gnicia.

Jeżeli dzieci umierają już po odpadnięciu resztki sznurka pępkowego, to znajdujemy zazwyczaj przy obrączce pępkowej owrzodzenie podobne do kloaki, które powstało skutkiem zgorzeli tkanki łącznej utwierdzającej w tém miejscu naczynia pępkowe. Same naczynia pępkowe są pozatykane, a ich błona wewnętrzna jest mniej lub więcej zmartwiała. Istnieje téż najczęściej wydatte zapalenie otrzewnej, albo téż surowiczny lub ropiasty nasięk w tkance łącznej podotrzewnej, jako téż zawartość ropiasta w naczyniach limfatycznych. Wątroba, tak jak u matek zmarłych na jadowite zapalenie obokmaciczne, przedstawia zmiany cechujące początek ostrego zaniku. Torebka Glisson'a i dwunastnica bywają obrzękle, co tłumaczy częstość żółtaczki w tych wypadkach. Jeżeli niéma wrzodu na pępku, to jednak najczęściej z istniejącego zabarwienia wnosić można, że poprzednio miało miejsce znaczne nastrzyknięcie. Nadto, widoczne zapalenie otrzewnej, albo krosty ropne na skórze, albo zgorzelinowe sposoczenie guza krwistego na głowie (*Cephalhaematoma*) i t. p., dowodzą, że istniała tu prawdziwie choroba zakaźna. Tylko w takim razie, jeżeli ta ostatnia nie sprowadzi śmierci bezpośrednio, lecz zostanie przebyta, a tylko przez wpływ swój następczy na odżywianie przyprawi noworodka o utratę życia, przy sekcji nie znajdziemy nic więcej prócz ostatecznego zaniku.

I s t o t a g o r ą c z k i p o ł o g o w é j. To cośmy dotąd mówili, nie daje jeszcze dostatecznej odpowiedzi na pytanie, czy sprawiedliwą jest rzeczą uważać gorączkę pługową za oddzielny gatunek cho-

roby, za *ens sui generis*.— Pytanie to, różnemi czasy rozmaicie było rozstrzygane, a i dziś jeszcze zdania pod tym względem są podzielone.

Im więcej badania pośmiertne wykazywały zmian miejscowych, do zajmującej nas obecnie choroby się odnoszących, tém bardziej z konieczności musiało przychodzić na myśl, aby w tych zmianach właśnie szukać istoty gorączki połogowej i przyczyn występującego przy niej ogólnego cierpienia. Różnice co do przeważającego cierpienia miejscowego, jako téż ta okoliczność, że każdy prawie z badaczy czuł się w prawie pomijać to wszystko czego mu się samemu spostrzegać nie zdarzyło, i tylko tę chorobę, którą sam widział, chciał uważać za prawdziwą gorączkę połogową; to mówimy sprawiło, że gorączkę połogową uważano jednostronnie to za zapalenie otrzewnej, to za zapalenie macicy, to za zapalenie żył i t. p. Skoro później jednostronne to zapatrywanie się upadło, utrzymało się, we Francyi zwłaszcza, gdzie panowała nauka Broussais'go, to zdanie, że wszystkie objawy gorączki połogowej, zarówno miejscowe jak i ogólne, dadzą się odnieść do zapaleń organów płciowych; przyznawano jednak, że takowe mogą być różnorodne, i sądzono, że właśnie w téj różnorodności będzie można znaleźć objaśnienie różnic w objawach choroby. W ten sposób wyrażali się np. Rob Lee i Helm, a nawet tacy autorzy, którzy, jak Tonellé, za zasadę do rozróżniania rozmaitych form choroby, używali nie jakości cierpień miejscowych, ale charakteru gorączki, i z własnych spostrzeżeń wiedzieli o tém, że zdarzają się pojedyncze wypadki, przebiegające wśród objawów gwałtownego wstrząśnienia układu nerwowego i ogólnego rozkładu krwi, a nie połączone bynajmniej z jakimibądź uderzającemi zmianami w macicy. Wbrew tym spostrzeżeniom, nauka uważająca gorączkę połogową za właściwą sobie chorobę, utrzymała pewną liczbę zwolenników; zaś ta okoliczność, że zmiany miejscowe częstokroć w żadnym nie stoją stosunku do gwałtowności gorączki i choroby, a niekiedy niebyswa ich i wcale, dały téj nauce silniejszą podstawę. Pogląd o essentialności choroby o której mówimy, znalazł stanowczych obrońców w osobach Kiwisch'a i Litzmann'a, którzy upatrywali jęj istotę, w zmianie krwi spowodowanej wpływem miazmatu, która to zmiana następnie dopiero wywoływać miała różnorodne choroby miejscowe. Tym sposobem wyraźną postawiono różnicę między prostemi zapaleniami połogowemi a zapaleniem macicy lub t. p. powstającym w skutek gorączki połogowej, któremu to ostatniemu naznaczano to samo podrzędne znaczenie, jakie ma np. zapalenie gardła przy płonicy.

Rozprawy, jakie potem miały miejsce w paryzkiej akademii, sprawozdania z tych rozpraw, wreszcie prace gynecologiczne jakie się od owego czasu ukazały, świadczą, jak wielka jest liczba obrońców essentialności gorączki połogowej. Nie można się nie zgodzić na to zdanie, że i do niej także stosuje się bezpośrednio ów ogólny związek przyczynowy, łączący oddzielne wypadki jednej i téj samej epidemii, oraz różne epidemie między sobą, bez względu na różnice, jakieby mogły zachodzić w ich przebiegu. Nawet ta okoliczność, że owe zmiany we krwi, na które główny kładą nacisk, nie są wyjaśnione, nie może być uważana za zarzut. Następne jednak spostrzeżenie daje nam do myślenia.

Nawet przy sporadycznych zapaleniach macicy wstawiają się częstokroć prędzej lub później objawy, które każą się domyślać, że krew została już zatrutą; przez wessanie materij gnijących bądź z jamy macicznej (*septicaemia*), bądź z chorych tkanek (*ichorrhœmia*), a wypadki te zupełnie są podobne do ciężkich wypadków epidemicznych.

Fakt ten spowodował przyjęcie „sporadycznej gorączki połogowej.” Widzimy tedy, że rozstrzygnięcie pytania, czy to co się wydaje tak podobnym, jest istotnie tém samym, ciąży na przypuszczalnej miazmatycznej przyczynie zakażenia krwi, że wyjaśnienia tego oczekiwać należy od badań nad przyczynowością epidemij.

Już część tych lekarzy, którzy w nauce o gorączce połogowej, dla jej określenia przyznawała istotną rolę miazmatowi, zmuszoną była obok przyczyny miazmatycznej przyjąć jeszcze inną: z a r a z k o w ą (*contagium*). Zarazkowość posiada w Anglii wciąż licznych zwolenników, bo właśnie od angielskich lekarzy pochodzi najwięcej faktów popierających ten pogląd. W Niemczech znalazła ona zwolennika w L i t z m a n n'ie, ale początkowo walczyć musiała z coraz bardziej wzrastającym sceptycyzmem, który rozciągnął niedowierzanie od cholery aż do zarazy morowej. Do usunięcia tego sceptycyzmu, przyczyniły się dopiero badania S e m m e l w e i s s'a dążące do wyświetlenia przyczyn. S e m m e l w e i s s rozważając różnice warunków śmiertelności w obu oddziałach domu położniczego w Wiedniu, doszedł do przekonania, że większa ilość wypadków chorób, występowanie tychże jeden po drugim, jako téż niebezpieczeństwo przewlekania się przebiegu porodu w pierwszej klinice, polega na zakażeniu części płciowych częstkami trupów, a ostatecznie pogląd swój rozszerzył, nauczając, że g o r ą c z k a p o ł o g o w a jest g o r ą c z k ą p o w s t a j ą c ą p r z e z p o c h ł a n i a n i e, a w y w o ł u j e j ą z a k a ż e n i e m a t e r y a m i z w i e r z ę c e m i. Wyjaśnienie to, ostatniemi laty, zdobywało sobie

coraz szersze koło zwolenników, i niezadługo prawie nie będzie miało przeciwników. Dowody przemawiające na korzyść tego tłumaczenia a zarazem zbijające możność ostania się przyczyny miazmatycznej, zestawimy poniżej.

Ogólném jest prawidłem, że gorączka połogowa występuje epidemicznie. Ci nawet lekarze, którzy przyjmują, że może ona występować i sporadycznie, uważają to tylko za rzecz wyjątkową. Ażeby o ile można najjaśniej wykazać epidemiczny charakter gorączki połogowej, a tém samém i jój zależność od wpływów epidemicznych, kładziono nacisk na tę okoliczność, że w niektórych latach spostrzegano ją w bardzo odległych od siebie miastach i krajach, jak (że przytoczymy niektóre tylko przykłady) r. 1819 w Wiedniu, Pradze, Dreźnie, Ausbachu, Bambergu, Norymberdze, Würzburgu, Dillingen, Stokholmie, Dublinie, Paryżu, Lyonie i we Włoszech; r. 1825 w Wiedniu, Berlinie, Hannoverze, Monachium, Paryżu, Stokholmie i Petersburgu; r. 1835, w Pradze, Monachium, Würzburgu, Hannoverze, Gettyndze, Kielu i Londynie. Jednak do tych faktów, najmniejszej nie należy przywiązywać wartości. Jest bowiem rzeczą pewną, że w wybuch i szerzenie się choroby, nie zależy od szczególnego stanu powietrza, ani też od żadnego szkodliwego czynnika rozległej rozpostartego w powietrzu.

Już stosunki śmiertelności największych zakładów położniczych europejskich, nie zgadzają się ze sobą. Wykazał to *Arnet h* ¹⁾, przez porównanie epidemij 1828—1849 r. Lata najbardziej niepomysłne dla *Maternité* (1829 i 1831) nie były zbyt niepomysłnemi ani dla wiedeńskiego domu położniczego. W latach złych dla Wiednia (1834 i 1837) nie było w Dublinie niezwyčajnej śmiertelności, a w Paryżu była ona nawet uderzająco mała; zaś najbardziej niepomysłny dla Dublina rok 1847, był jednym z pomyślniejszych dla Paryża, a jednym z najpomysłniejszych dla Wiednia.

Większego jeszcze znaczenia jest ta okoliczność, że chorobliwość i śmiertelność w zakładach położniczych jednego i tego samego miasta, a nawet w pojedynczych oddziałach jednego i tego samego zakładu, wznosi się i spada różnemi czasy. W niepomysłnym dla szpitala *British lying-in* roku 1823-m, *Queen-Charlotte Hospital* odznaczał się

¹⁾ *Arnet h. Ueber Geburtsh. und Gynaekol. in Frankr. Grossbrit. und Irland. Wien 1853, s. 74.*

szczęśliwym stanem zdrowia. W roku najgorszym dla City of London Hospital (1830), śmiertelność w innych domach położniczych była nieznaczna, i t. p. To samo okazało się w Paryżu, Petersburgu, Dublinie. Ze specjalnych sprawozdań pokazuje się, że rozszerzenie się gorączki płożowej w jednym z zakładów położniczych, zmuszało do jego zamknięcia, a tymczasem w innym zakładzie, przez tę chorobę często nawiedzanym, nikt w tym czasie nie chorował. Nawet w dwóch oddziałach wiedeńskiego instytutu, cienką tylko ścianą między sobą rozdzielonych, stan zdrowia różnemi czasy stawał się to lepszy, to gorszy.

Że gorączka płożowa, chociaż najbardziej rozszerzona, zawsze pozostaje ograniczoną w pewnym obrębie, a nie występuje jako wielka epidemia, obszerne zajmująca przestrzenie; widzieć to możemy ze sprawozdań o wielkiej liczbie takowych epidemij. Według obliczenia H i r s c h'a, na 216 epidemij, 12 tylko rozszerzyło się bardziej po całych krajach. Przeciwnie, 75 ograniczyło się przynajmniej na jednym mieście lub miejscowości, a 129 nawet na jednym domu płożniczym lub płożniczym oddziale szpitala. Z wymienionych 75-ciu, 41 epidemij dotykało zarówno kobiety umieszczone w zakładach płożniczych, jako też i rozwiązane w swych mieszkaniach prywatnych, ale tylko w 20-tu z pomiędzy nich, po za granicami zakładów występowały nie pojedyncze, lecz liczniejsze wypadki choroby.

Wszelkie także badania dążące do wynalezienia związku przyczynowego między tą chorobą a pewnemi oznaczonemi wpływami tellurycznymi i atmosferycznemi, wykazały tylko istotną i zupełną między niemi niezależność. Choroba bowiem którą tu rozbieramy, spostrzeganą była pod najróżnorodniejszymi stopniami szerokości geograficznój, zarówno między zwrotnikami jak i w północnej Grenlandyi, w okolicach płożonych wysoko i nisko, w suchych i wilgotnych, na gruncie piaszczystym, kamienistym i bagnistym. Widziano, że przy zupełnie jednakowym stanie powietrzni, epidemie zarówno pojawiały się jak wygasaly; wznosiły się jak łagodniały. Upada tém samém wszelka zasada, aby przywiązywać jakąś wartość do podań wielu autorów, jakoby wilgotne i stosunkowo łagodne powietrze miało najbardziej sprzyjać rozwojowi epidemii, oraz, jakoby w pewnych razach wystąpienie epidemii było w związku z nagłemi a znacznemi zmianami ciepłoty. To tylko jest pewnem, że większa część epidemij przypada w miesiącach zimowych, i że te domy płożnicze, w których gorączka płożowa corocznie panuje, nawiedzane przez nią bywają najczęściej w czasie od listopada do kwietnia, albo też w tym czasie sroży się ona najgwałtowniej. Wszakże i pod tym względem wy-

jątki za nadto są liczne, aby podobne zachowywanie się można było wziąć za prawidło. Według H i r s c h'a, wybuch epidemii przypadł 85 razy w zimie, 37 razy na wiosnę, 34 razy w jesieni a 20 razy w lecie. Prócz tego H i r s c h, stawiając naprzeciw siebie epidemie panujące w domach położniczych i dotykające mieszkania prywatne, wykazał, że wpływ zimniejszych pór roku bardzo mało jest widoczny w tych ostatnich. Na 13 bowiem epidemij wybuchłych w zimie, naliczył on 10, które wybuchły na wiosnę, 10 w lecie, a 6 w jesieni. Z tego należy wnosić, że pora roku wywiera tylko pośredni wpływ na rozwój choroby, i że szukać trzeba bliższego związku między tym rozwojem a zmianami w wewnętrznych stosunkach domów położniczych, wynikającymi ze zmian pór roku, co jeszcze poniżej będziemy roztrząsali.

Ciągle spostrzeżenia i głębiej wnikające badania krytyczne, wykazały również, że równoczesne pojawianie się gorączki połogowej z kilkoma innymi chorobami epidemicznymi jak różą, durzycą, czerwinką, płoniką, do czego oddawna przywiązywano szczególny interes, nie może posłużyć na poparcie poglądu o zależności pierwszej od szczególnych warunków atmosferycznych. Do przyjęcia tego doprowadziła głównie ta okoliczność, że anglicy nazwą *Erysipelas* nie oznaczali róży zwyczajnej, lecz sprawy flegmoniczne i blonicowe. Związek tych spraw z gorączką połogową, odpowiedniej będzie opisać nieco później.

Według tego cośmy dotąd powiedzieli, miazmatyczny początek choroby przyjąć można tylko z tém zastrzeżeniem, że istnienie tego miazmatu ogranicza się na bardzo szczupłym obrębie; w pewnych razach tylko do niektórych miejscowości domu.

R o z m a i t e s p r a w y c h o r o b o w e p r z y g o r ą c z e p o ł o g o w é j , d o s t a t e c z n i e s i ę o b j a ś n i a j ą , p r z e z p r z y j ę c i e z a k a ż e n i a g n i l n e g o . Większa część chorób występujących podczas jednej epidemii, to jest połączonych ze sobą wspólnym związkiem rodnym, wyraża się sprawami blonicowymi lub ropiastymi zapaleniami tkanki łącznej, biorącymi początek z organów płciowych, a w szczególności, z tych miejsc, które skutkiem utraty swęj powłoki ochronnej stały się zdolnymi do przyjęcia zakażenia. Przebieg ich bywa w części łagodny, to jest bez znaczniejszej miejscowej zgorzeli i dalszych powikłań; albo téż ujawniający zjadliwość charakteru choroby rozszerzeniem się processu na otrzewną lub błony surowicze jamy piersiowej, sposoczeniem lub t. p. zajętej tkanki łącznej, albo rozwinieniem się posocznicy z dalszemi jej następstwami. Zwykle téż nie można wcale

dostrzedz ogólnego cierpienia, któreby poprzedzało sprawy miejscowe, a chociaż gorączka bywa tak często najpierwszym objawem choroby, to jednak nie trzeba spuszczać z uwagi, że pierwsze zmiany miejscowe z trudnością dają się wykazać, jako też, że zdarzają się wypadki, w których zaraz z pojawieniem się dreszczu lub podniesieniem ciepłoty wykazać można nalot błonicowy na ranach połogowych, bolesność macicy przy naciskaniu, lub inne zmiany miejscowe. Różnice co do czasu w jakim występują objawy posocznicy w złośliwych wypadkach, stanowią przejście do najgwałtowniej przebiegających form choroby, w których posocznica od razu występuje; w podobny sposób, jak stopniowe zmniejszanie się nateżenia i rozległości zmian miejscowych aż do zupełnego niemal ich braku. Najbardziej złośliwe wypadki, w których „choroba przebiega tylko we krwi“ cechują się niewątpliwie objawami posocznicy. Przy przebiegu najostrejszym, znajdujemy w płucach, wątrobie, nerkach, żołądku, kiskach, oraz mniej lub więcej rozmiękczonej śledzionie, takie same plamiste przekrwienia i wyznaczynienia jakie występują w skutek nastrzyknięcia płynów gnijących; na co szczególnie J. O. W e b e r zwrócił uwagę ¹⁾. Nic nas nie zmu-

¹⁾ Na dowód przytaczamy spostrzegany przez nas jeden wypadek posocznicy połogowej z gwałtownym przebiegiem:

Kobieta, czwarty raz ciężarna, miała macicę tak powiększoną, że budziło się podejrzenie ciąży bliźniaczej. Kilkakrotnie powtarzane ściśle badania nie sprawdziły jednak tego. Błony płodowe pękły zaraz po wystąpieniu bólów, a przedwczesne odejście wielkiej ilości wód, nie zakłóciło przebiegu porodu. Zaraz po rozwiązaniu ciepłota wynosiła 37,3; częstość tętna 76. W 7 godzin po tém:

1-go dnia—rano: ciepł. 37,6; tęć. 92; odd. 18. Silne bóle poporodowe. O godzinie 5-tój lekki dreszcz.

Wieczorem: ciepł. 39,4; tęć. 110; odd. 22. Brzuch bolesny, szczególnie po prawej stronie. *Ol. ricini* $\frac{3}{8}$ dwa razy.

2-go dnia—rano: ciepł. 39,1; tęć. 108; odd. 22. Chora cierpiała w nocy ból i miała jeden stolec. Po użyciu *Ol. ricini* $\frac{3}{8}$ jadała jeszcze 3 stolce.

Wieczorem: ciepł. 40,4; tęć. 164; odd. 30. Macica po prawej stronie, twarda jak kamień; bolesność tylko po prawej stronie, ale przytém ogólne wzdęcie brzucha. Wargi już dawniej obrzękłe; nadpęknięcia dobrze wyglądają. W ciągu następnej nocy 6 wypróżnień.

3-go dnia—rano. ciepł. 40,4; tęć. 156; odd. 28. Tętno małe i nieregularne poprawiło się koło południa, pozostało jednak tak

sza do przyjęcia, że przy gwałtownym przebiegu, jad gnilny dostaje się do ustroju inną, niż zwyczajnie, drogą; można sobie bowiem dobrze wyobrazić, że przyjęciu jego pośredniczą naczynia macicy, bądź limfatyczne, bądź żyłne, albo i jedne i drugie. W wypadku, który niżej przytaczamy, związek taki wykazuje się bezpośrednio, raz z istniejącą za życia jeszcze bolesności

samo częstém, chociaż ciepłota spadła o 0,5^o. Bolesność więcej po lewój stronie. Ord. chinina z kamforą, wino.

W południe o god. 2 ciepł. 40,5; tęt. 172; odd. 30.

Wieczorem o god. 6: ciepł. 40,1; tęt. 158; odd. 30.

Po god. 7-ćj chora senna; oddechanie przerywane, usilne; źrenice rozszerzone. Wzdęcie się zmniejszyło; tętno niknie.

O god. 9-tćj, t. j. w 67 godzin po porodzie chora umarła.

Sekoya (w 38 god. po śmierci): Kości czaszki bogate w krew; opona twarda, wzdłuż zatoki podłużnej zawierającej mierną ilość skrzepu, zgrubiała nieco. Naczynia powierzchni mózgowia obficie wypełnione ciemną krwią. Mózg (wielki przekrwiony i nieco obrzękły; mózdzek także, i rdzeń przedłużony dosyć w krew obfitujące. Żyły i zatoki na podstawie czaszki dosyć w krew zasobne.

Żyły międzyżebrowe i żyła nieparzysta (*v. azygos*) przepełnione krwią ciemną, płynną, w której pływa dużo kulek tłuszczowych. Prawe płuco umiarkowanie zapadłe; dość mocno przekrwione i miernie obrzękłe; błona śluzowa oskrzeli przekrwiona; oskrzela próżne. W lewój jamie opłucnej 4 uncje mętnej, żółtej cieczy; opłucna cokolwiek zmętniała; samo płuco miernie ściągnięte; górny jego płat suchy; dolny tylko od tyłu na całej przestrzeni przekrwiony. Oskrzel jak po prawej stronie. W jamie osierdzia niewielka ilość czerwonego płynu surowiczego; serce mierniej wielkości, o obfitym pokładzie tłuszczowym, zawiera w prawej połowie duży, dość silnie przylegający skrzep; mięsień sercowy kruchy; wsierdzie krwiste, nasiąknięte. Lewa połowa serca przerosła; muskulatura jego, prawie na 1" przy wierzchołku gruba, jest w niektórych miejscach żółtawo prążkowana; wsierdzie mętne i zgrubiałe; brzegi zastawki dwudzielnej nieco guziczkowate.

Kiszki mocno wzdęte. W małej miednicy widać płyn mętny, żółty, zawierający w sobie płatki. Tkanka podsurowicza dość mocno nasiąknięta; otrzewna nad pętlcami kiszki biodrowej różowawo zabarwiona. Jajniki nabrzmiałe i pokryte ropą zielonawą; tkanka podsurowicza dokoła lewego jajnika więcej niż po prawej stronie ropą nasiąknięta. Pochwa wydłużona, przekrwiona; na przedniej jej ścianie małe podbiegnięcia (*ecchymoses*), z których niektóre przechodzą w zgorzel. Po obu stronach cewki moczowej 2 małe braki, spowodowane zgorzelą tkanek. Jama macicy może jeszcze pomieścić 2 duże pięści; wypełniona jest massami krwisto-śluzowymi; w miejscu gdzie było przyłączone łożysko, massy te przylegają nieco mocniej; warstwa mięsna prawidłowo zabarwiona; w żyłach jej niema skrzepów zatykających; także i żyły podbrzusne i nasienne zawierają tylko płynną, ciemną krew. Błona śluzowa jajowodów gładka, bez zmian zapalnych; tkanka podsurowicza nieco obrzękła. W obrzękłym

po jednej stronie macicy, a powtórę, że zmian w jajnikach jakie znaleziono przy sekcji. Brak fizyologicznego krzepnięcia krwi w żyłach macicy, był następstwem bardzo silnego widocznego skurczenia się tego organu po porodzie. Z tego powodu wątpić należy, czy żyły te mogły przeprowadzić materję zakażającą, a zdaje się prawdopodobniejszém, że pośrednikami zakażenia były w tym razie naczynia limfatyczne.

Nie lepiej téż, przez przyjęcie miazmatu, tłumaczy się występowanie przy chorobach epidemicznych spraw, polegających na zapaleniu żył. Uzupełnia ono tylko podobieństwo zachodzące między gorączką połogową a ropnicą chirurgiczną.

Dowodzoną jest rzeczą, że zaszczepienie materjy gnijących u rodzących i położnic, wywołuje zarówno sporadyczną jak i epidemiczną gorączkę połogową. Za jednostkowém występowaniem choroby z tego powodu, przemawiają już wypadki tak zwanego zakażenia samego przez się (*Selbstinspektion*); za epidemiczném — etiologia epidemij w mieszkaniach prywatnych. Studyowanie tych ostatnich dla tego jest tak ważném, gdyż jak łatwo zrozumieć, najpewniéj możemy się uchronić od błędu, jeżeli badać będziemy rodzaj i sposób powstawania i szerzenia się choroby tam, gdzie okoliczności te najłatwiej wpadają w oko.

W epidemiach nawiedzających mieszkania prywatne, częstokroć dało się stwierdzić, że choroba ogranicza się wyłącznie albo prawie wyłącznie do praktyki niektórych tylko akuszerów lub akuszererek, albo téż, że przeniesioną zostaje tu i owdzie nieraz na kilkomilową odległość, z zakładów położniczych lub mieszkań prywatnych, przez lekarzy, akuszerki lub posługaczki, które stykały się z osobami chorującymi na gorączkę połogową, zmarłemi na nią, z częściami ich zwłok, albo téż z zanieczyszczoną przez nie bielizną lub pościelą. *H i r s c h* zebrał wszystko, co w tym przedmiocie podali *G o r d o n*, *N o l d e*, *D o u g l a s*, *G o o c h*, *M o i r*, według przekazu *H a m i l t o n*'a, *S i m p s o n*,

prawym jajniku, na rozkroju widać gdzieśniedzie punkta ropne; lewy jest wprost tylko obrzękły. Naczynia limfatyczne niezbyt wypełnione; gruczoły zaotrzewne mało nabrzmiałe. W niektórych miejscach szyi macicznej widać siatkę, której oczka wypełnione małą ilością ropy.

Wątroba miernie obrzękła, a jéj powłoka, szczególniej na dolnej powierzchni usiana licznemi podbiegnięciami. Powłoka miernie wielkiéj śledziony mocno pomarszczona i lekko zmętniała; pod nią, na dolnej powierzchni plamy z przekrwienia; miąższ rozplywający się, czekoladowaty. Istota korowa obu nerek wyraźnie żółtawo prążkowana. W żołądku płyn czekoladowaty. Błona śluzowa kiszek cienkich, i w niektórych miejscach kiszek grubych zaróżowiona, a miejscami nieco przekrwiona.

Ingleby, Litzmann, Levergood, Robertson, Campbell, Warrington, West, Storrs, Lee, Schulten, Punch, Ramsbotham, Armstrong, Wegscheider, Cederschjöld, Blackmore, Elkington, Beatty, Voillemier, Schneider, Speyer. Nowe fakta tu się odnoszące podali: Grisar¹⁾, Mair²⁾, Stehberger³⁾, Werdmüller⁴⁾, Hildebrandt⁵⁾ i Wegscheider⁶⁾. Inny fakt tego rodzaju znany nam jest ze Szwerynu.

Rozniesienie choroby przez asystenta po poliklinice, a z téj nazad do zakładu położniczego, stwierdziliśmy w zeszłym roku; przynajmniej jeden wypadek, własną naszą ręką przeniesiony, jest dla nas niewątpliwym, gdyż nas bardzo blisko obchodzi. Wprawdzie robiono zarzut, że wiadomości tego rodzaju mało dowodzą, gdyż wątpliwą jest rzeczą, czy są słusznie objaśniane, a do tego wypadki podobne nie są liczne.

Zdaniem Kiwisch'a, wydarzanie się gorączki połogowej w praktyce jednego przeważnie lekarza lub akuszerki, może ztąd pochodzić, że albo ich postępowanie przy porodach było niestosowne, albo że mieli rozleglejsze pole działania, albo, że nie wszystko to było gorączką połogową, co za nią podawali, albo, że inni akuszerowie nieśli pomoc tylko przy porodzie, a o przebiegu pólgu nie wiedzieli.

Z tém wszystkiém, kto uważnie odczyta przytoczone powyżej doniesienia, zobaczy, że objaśnianie w inny sposób tego związku, nie może się udać, a Hirsch słusznie utrzymuje, że na nieliczność tego rodzaju spostrzeżeń dziś już nie można kłaść nacisku. Zaraźliwość więc gorączki połogowej przyjąć trzeba za fakt, a ci, którzy chcą trwać w przekonaniu, iż ona może mieć początek miazmatyczny, zmuszeni są obok tego przyznać, iż rozwija się także w skutek zarazka (*contagium*).

Nie potrzeba jednak wcale hipotezy miazmatu, do objaśnienia pierwszego wypadku epidemii, gdyż doświadczenie naprowadziło już na wątek innego objaśnienia. Hutchinsson podaje wiadomość, że

¹⁾ Bullet. de l'acad. de méd. de Belgique. 2 S. T. VII. Nr. 7. 1864.

²⁾ Baier. Intell. Bl. Nr. 19. 1865.

³⁾ Monatsschr. f. Geburtsk. April 1866.

⁴⁾ Ibid. April 1865.

⁵⁾ Ibid. April 1865.

⁶⁾ Ibid. März 1864.

w dwóch miejscach, na dziesięć mil angielskich jedno od drugiego odległych, zachorowały równocześnie i umarły na gorączkę połogową dwie kobiety, rozwiązane przez dwóch lekarzy, którzy na 30—40 godzin przed tćm, w miejscu leżacćm pośrodku między wspomnianemi miejscowościami, dotykali rćkami posoczejącej powierzchni na ciele pewnego człowieka, cierpiącego na rćżę z zapalenia tkanki łącznej (*Erysipelas phlegmonosum*). Takim samym sposobem Sleight i Elkington zarazili po jednej rodzącćj; pewien inny lekarz, według wiadomości podanej przez Ingley'ego, zaraził dwie, jedna po drugićj; Clark równieź dwie; Lloyd trzy kobiety. Według referatów Ingley'ego, Lee'go i Elkington'a w trzech innych razach wiele kobiet zachorowało. Storr's'owi między 8 stycznia a 26 lutego, zachorowało 8 z pomiędzy rozwiązanych przezeń w tym czasie 24 kobiet, na gorączkę połogową; leczył on wtedy chorego na rćżę zgorzelinową. Poniewaź w praktyce jego kolegów nie zdarzały się podćwczas choroby połogowe, zarzucił wieć na czas pewien praktykę; ale znowu zachorowały dwie połoźnice, którym udzielał pomoc przy pćrodzie w dniach 21 i 22 marca, poniewaź otworzył nowy ropień u owćj kobiety chorćj na rćżę. Początek epidemii gorączki połogowćj w Halifax można było wyprowadzić od zgorzelinowego zapalenia moszen; drugićj, opisanćj przez Holmes'a, od zgorzeli uda; trzecićj, w Sheffield, od dymienicy fagedenicznćj; czwartćj, według wiadomości podanej przez Storr's'a, od sekcyi człowieka zmarłego w skutek uwięźnićcia i zgorzeli przepukliny, a chorobć jedną połoźnicę w Petersburgskim instytutcie akuszerki, i drugićj na mieście rozwiązanej, od sekcyi robionćj przez Etlingera.

Że w zakładach połoźniczych, gdzie kaźda rodząca badana jest rćkami wielu osćb, zakaźenie materyami gnijącemi i przeniesienie choroby z jednćj osoby na drugą rzadzićj, i do tego trudnićj da się wykazać, leży to juź w samćj naturze rzeczy. Udaćje się to tćm mniej jeszcze, im wićcej wiary znalazło przypuszczenie miazmatu; a ta wiara w miazmat przynosi ulgć sumieniu. Nie zbywa jednak i na doświadczeniu wyniesionćm z zakładów połoźniczych, które potwierdza spostrzeżenia porobione w mieszkaniach prywatnych. Pojedyncze wypadki, w których akuszerki zakładu przeniosły gorączkę połogową z chorych na cićżarne lub rodzące, podaje Lee ze szpitala British Lying-in, i Cederschjöld z domu połoźniczego w Stokholmie. Winkel przekonał się, że w zakładzie połoźniczym w Rostoku rozszerzył chorobć mieszkający tamże praktykant; my zaś, że w klinice połoźniczej w Bonn

uczynił to asystent. W domu położniczym w New-Yorku rozpoczęła się r. 1850 epidemia, po przyjęciu kobiety dotkniętej zapaleniem otrzewnej, i już umierającą; a pierwszy wypadek gorączki połogowej dotknął osobę rozwiązana rękami tego, który tylko co przedtém robił sekcję zmarłej. W pewnym małym instytucie we Francyi, jak donosi referat *A r n e t h ' a*, lekarz, po sekcyi, zaraził dwie rodzące. W nowym domu położniczym w Monachium, gorączka połogowa wybuchła po raz pierwszy, po zrobieniu sekcyi przez asystenta; badane przez niego kobiety, same jedne najpierw zachorowały. Gdy już przez styczeń i luty stan zdrowia był pomyślny, zachorowały znowu dwie położnice, które asystent badał zaraz po zrobieniu sekcyi na trupie dziecka. *C o l l i n s* podaje, że w domu położniczym w Dublinie, dwukrotnie wywoływaną była epidemia, w skutek przyjęcia chorych na tyfus. W październiku 1847 r. badał *S e m m e l w e i s s* ze swemi uczniami w sali porodowej najpierw chorą na raka macicy, a potem dwanaście innych znajdujących się tam rodzących; jednaście z pomiędzy tych ostatnich zachorowało i pomarło. *C h i a r i* donosi, że w Pradze, w styczniu 1853 r., pewna pierwiastka, z powodu zgrubienia, a następnie zgorzeli ust macicznych, musiała być rozwiązana przy pomocy przedziurawienia czaszki płodu, poczem uległa posokowatemu zapaleniu wnętrza macicy. Dziewięć innych rodzących, które z nią razem leżały na sali porodowej, zachorowało, i wszystkie, z wyjątkiem jednej, poumierały. Od tego czasu położnice częściej ulegały chorobie aż do maja. W październiku umarła znowu jedna, rozwiązana przy pomocy przedziurawienia, na posokowate zapalenie wnętrza macicy, poczem znowu zdarzać się zaczęły liczniejsze wypadki choroby, aż do połowy listopada. W zakładzie Gottenburgskim, odznaczającym się dobrymi warunkami higienicznymi, z liczby sześciu epidemij, jedna powstała z przyczyny traumatycznej, a pozostałe pięć rozwinęły się po przyjęciu położnic dotkniętych ostreimi chorobami — dwa razy różą. I w Bonn także, do chorób samoistnie powstałych, dołączały się inne; a w ostatnich czasach mieliśmy sposobność widzieć jeden, odosobniony wypadek, zakończony śmiercią, gdzie praktykant zakaził rodzącą; gdyż w czasie trwania porodu opatrywał on w klinice chirurgicznej ranę amputowanego, który potem również umarł.

Przytoczone powyżej dane uczą już, że przyjęcie hipotezy miażdmatu jest niewystarczające, a z drugiej strony i niepotrzebne. Słuszność tego zdania uwydatni się jeszcze bardziej, jeżeli rozjaśnimy światłem krytyki inne jeszcze wyniki dotychczasowych usiłowań, dążących do wykrycia przyczyn epidemicznych chorób położnic. Wyniki te, al-

bo wprost są nieprzyjazne nauce o miazmatycznym początku choroby, albo, co najmniej, równie dobrze dają się objaśnić przez przyjęcie zakażenia posoką.

Najpierw, o tém trzeba wiedzieć, że nauka o miazmatycznym początku gorączki połogowej, straciła istotną podporę w skutek udowodnienia, że choroba ta nie jest wyłącznie tylko położnicom właściwa. Ścisli essencyaliści, jak np. *L i t z m a n n*, czuli to dobrze; dlatego podali oni w wątpliwość, czy wypadki przytaczane już przez *C l a r k e'go* i *B o ã r' a*, na dowód, że w pewnych razach i ciężarne mogą ulegać gorączce połogowej, słusznie były tłumaczone; sami zaś usiłowali wyprowadzić objawy chorobowe przy tém występujące, od poprzedzającej je śmierci płodu. Dopóki t. zw. stan połogowy uważano za coś zupełnie osobliwego, dało się to jeszcze usprawiedliwić, że go przyjmowano za źródło właściwego miazmatu połogowego. A dopóki stan połogowy uważany był za warunek nieodzowny, bez którego przypuszczalny miazmat nie mógł działać, dopóty téż nie stawiano sobie pytania, dlaczego miazmat ten, nie działa tak jak wszystkie inne, ale przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, na tych tylko ludzi, którzy na skórze lub błonach śluzowych posiadają miejsca, zdolne do wchłonięcia materij gnijących. Dziś, pytanie to jest nieuniknione, a w odpowiedzi na nie, musimy koniecznie dopatrzeć się podobieństwa między gorączką połogową, a flegmonicznemi zapaleniami tkanki łącznej dołączającemi się do nieznaczących obnażeń i zranień skóry zewnętrznej. Wiemy bowiem, że czynnik wywołujący chorobę działać może nietylko na położnice, ale także i na kobiety p r z e d rozwiązaniem, na dzieci, bez pośrednictwa krwi ich matek, wreszcie i na innych ludzi. W e s t zapewnia, że podczas epidemii panującej r. 1813 i 1814 w Abingdon i okolicy, kobiety nie odbywające połogu dostawały bardzo często róży; że częstość i natężenie obu tych chorób równomiernie wznosiły się i opadały, i że gorączka połogowa zdarzała się tylko w tych miejscowościach gdzie panowała róża, gdy tymczasem w innych miejscowościach bezpośrednio z tamtymi sąsiadujących, nie dostrzegano żadnej z tych chorób. F e r g u s s o n, S i d e y i inni opowiadają, że osoby otaczające chorych na gorączkę połogową, a osobliwie téż wchodzące w skład obsługi, częstokroć ulegają róży. P i h a n - D u f e i l l a y świeżo miał sposobność stwierdzić, że i osoby nie będące położnicami ulegać mogą zakażeniu. W lutym 1861 r. chcąc wygasić epidemię w szpitalu S. Louis, wymieniono sale między położnicami a cierpiącemi na choroby skórne. Przeniesione położnice pozostały przy zdrowiu, ale pomiędzy 32 choremi przeniesionemi

z chorobami skóry, wybuchła epidemia róży, skutkiem czego 1 osoba umarła. Z wykazaniem gorączki połogowej u dzieci, zdobyto, że tak powiemy, most, stanowiący łącznik między tą chorobą a różą występującą u posługaczek i chorych skórnych, wreszcie ze sprawami zapalnymi w tkance łącznej i naczyniach limfatycznych, jakim ulegają lekarze i akuszerki, jeżeli zanieczyszczą skaleczone ręce, przy niesieniu pomocy akuszeryjnej, lub robieniu sekcji. Teraz, niepodobna już o tém wątpić, że nie połogowe, traumatyczne obrażenia pochwy i macicy, mogą wywołać chorobę podobną pod każdym względem do gorączki połogowej; czego B u h l nowszemi czasy 3 przytoczył przykłady. Niemniej jest pewné, że zakażenie dobrowolnie owrzodzonych ujęć macicy po za obrębem połogu, podobną sprowadzić może sprawę, jak wykazał H. M e c k e l w jednym wypadku, gdzie istniał włókniak macicy z owrzodzeniem ust macicznych, a my spostrzegliśmy u kobiety dotkniętej tyłozgięciem i nieżytem.

Za słusnością teorii zakażeń, a przeciw teorii miazmatycznej, stanowczo przemawia wpływ, jaki wywiera czas przyjęcia osoby do domu położniczego w przeciwstawieniu z tożsamością warunków ustrojowych, na częstość zachorowań. Już S e m m e l w e i s s zwrócił na to uwagę, że te osoby, które już po odbyciu porodu dostają się do domu położniczego, okazują wielką odporność względem gorączki połogowej. Nowszemi czasy S p ä t h w swoim sprawozdaniu z epidemii spostrzeganej w r. 1861/62 w klinice dla akuszerok, podaje, że na 90 odbytych w ciągu jęj panowania tak zwanych porodów ulicznych, zdarzył się tylko jeden wypadek choroby połogowej, chociaż osoby do tęj rubryki należące, leżały razem z choremi położnicami.

To samo i P a j o t w klinice paryzkiej spostrzegał, że z liczby 100 ciężarnych, które od kilku dni do 1—2 miesięcy znajdowały się wśród chorych na gorączkę połogową, żadna nie umarła. W ogóle, co do tych, które przyjmowanemi bywają przed ukończeniem porodu, rzeczy tak się mają, że chorobliwość między niemi rośnie w tym samym stosunku co i sposobność do przyjęcia miejscowego zakażenia. Pokazuje się to: 1) z porównania przyjętych do zakładu podczas porodu, z temi, które przybyły przed wystąpieniem bólów porodowych; 2) z wpływu krótszego lub dłuższego trzymania ciężarnych w zakładzie przed porodem. Z l i c z b y p r z y j ę t y c h p o d c z a s p o r o d u c h o r u j e m n i é j, gdyż podczas pierwszej części aktu rodzenia nie ulegały badaniu.

Strassburg 1856/57 (L e v y).

Z 45 rodzących, zachorowało 19 = 42%

Z 47 ciężarnych, „ 25 = 53%

Monachium 1859/62 (H e c k e r).

Z 1,033 rodzących, zachorowało 132 = 12,8%

Z 534 ciężarnych, „ 88 = 16,1%

Największe niebezpieczeństwo grozi wtedy, jeżeli osoba na czas krótki przed rozwiązaniem wstępuje do zakładu.

Według Braun'a, z pomiędzy zmarłych od października do grudnia 1861, 85 = 65% przyjęto do zakładu na 1 dzień przed porodem, a 35 = 26% na 1—6 tygodni przed rozwiązaniem. W styczniu 1862 r. śmiertelność między należącymi do pierwszej z tych klas wynosiła 67%; między należącymi do drugiej — 30%.

W Monachium, śmiertelność kobiet trzymanyh w zakładzie 2, 3, 4 lub więcej tygodni przed rozwiązaniem, chwiała się między 11% a 16%, średnio 13,6%, gdy tymczasem z trzymanyh 1—7 dni, chorowało 29,8%. Nie trudno to objaśnić. Część tych, które wkrótce przed rozwiązaniem do zakładu wstępują, już wtedy zdolną jest do przyjęcia zakażenia, skutkiem otworzenia ujścia wewnętrznego lub t. p.; z drugiej zaś strony zatajenie początku porodu udaje się tém łatwiej, im na dłuższy czas przed tém ciężarna pozostaje w zakładzie. Przypuszczenie, że dłuższe przebywanie przytępia zdolność do poddania się wpływowi miazmatu (H e c k e r) już dlatego samego nie da się przyjąć, że trzebaby zarazem przypuścić, iż przytępienie to następuje zawsze tylko w ciągu ostatnich ośmiu dni przed rozwiązaniem, bez względu na to, na jak długi czas przedtém ciężarna w zakładzie pozostawała.

W podobny téż sposób oceniać trzeba i wyniki otrzymane przez H e r v i e u x'go z dzienników Maternité. W okresie dziesięcioletnim od 1854—1864 roku, 8,123 kobiet odbyło poród w dniu przybycia, a 12,906 po dwudniowym lub dłuższym pobycie w zakładzie. Z liczby pierwszych umarło 564 = 6,82%; z drugich 1,208 = 9,35%. Stosunek ten istnieje stale i w pojedynczych latach. Z tych, rok 1858 odznaczał się brakiem wszelkiej epidemii, a odwrotnie rok 1864 niepomyślnymi warunkami zdrowia.

Umarło	w roku 1858	1864
1) z liczby rozwiązanych w dniu przyjęcia	2,17%	16,32%
2) „ „ w ciągu pierwszych 8-u dni po przyjęciu	5,52%	19,81%
3) „ trzymany w zakładzie dłużej niż 8 dni przed rozwiązaniem	2,85%	24,76%

Mniejszą śmiertelność położnic które odbyły poród w dniu przyjęcia ich do zakładu, można oczywiście tém tłumaczyć, że znaczna ich część przybywała już po rozpoczęciu porodu; zaś stosunek drugiej klasy położnic do trzeciej klasy, z 1858 roku, da się zrozumieć, jeżeli zwrócimy uwagę na okoliczności przytoczone z okazji statystyki domu położniczego w Monachium. Zboczenie tego stosunku w r. 1864, a mianowicie podniesienie się śmiertelności w miarę dłuższego przebywania w zakładzie przed rozwiązaniem, nie może dowodzić istnienia miazmatu. Przecięciowa śmiertelność wynosząca przeszło 18%, każe przypuszczać, że w dłuższym przeciągu czasu, prawie każda z rodzących ulegała chorobie, t. j. co na jedno wychodzi, że prawie żadna z tych, która jakiegobądź pomocy potrzebowała, nie uniknęła zakażenia. Także i zmniejszenie liczby przyjętych do zakładu więcej niż o $\frac{1}{3}$ część w porównaniu z poprzednimi latami, pokazuje, że zakład był kilkakrotnie zamykany, i potwierdza to samo przypuszczenie. W takich okolicznościach nie można oczekiwać, ażeby była przewaga wypadków zachorowań tych kobiet, które zostały rozwiązane w pierwszych 8-u dniach po ich przyjęciu do zakładu, i tém mniej będzie nas zdumiewała nieprawidłowość w stosunkach śmiertelności, że skutkiem kilkakrotnego zamykania zakładu, ogólna cyfra trzymany w nim dłużej niż 8 dni przed porodem, znacznie musiała być zredukowana.

Fakta przytoczone powyżej, wskazują nam zarazem drogę, jaką należy obrać, aby prawdziwie wytłómaczyć sobie wpływ, jaki wywiera ta okoliczność, czy kobieta była pierwszą czy mnogorodzącą.

W Wiedniu,	na 491 pierwsiastek	zachorowało 117 czyli 1 na 4,2;
„	„ 636 mnogorodzących	„ 93 „ 1 na 6,8;
W Monachium	„ 304 pierwsiastek	„ 66 „ 1 na 4,6;
„	„ 609 mnogorodzących	„ 76 „ 1 na 8,0;
„	„ 232 pierwsiastek	„ 36 „ 1 na 6,4;
„	„ 431 mnogorodzących	„ 43 „ 1 na 10,0;

W Strassburgu na 56 pierwiastek zachorowało 33 czyli 1 na 1,7;
 „ „ 44 mnogorodzących „ 19 „ 1 na 2,3;
 a zatém 1 na 4,2 pierwiastek, i 1 na 6,9 mnogorodzących.

Umarło:

Johnston i Sinclair:	z 3,699 pierwiastek	20	czyli 1 : 185
„ „	z 8,175 mnogorodzących	21	„ 1 : 389
Collins:	z 4,969 pierwiastek	30	„ 1 : 165
„	z 11,445 mnogorodzących	26	„ 1 : 440
Hugenbergere:	z 2,253 pierwiastek	97	„ 1 : 23
„	z 5,783 mnogorodzących	141	„ 1 : 40
W Wiedniu	z 491 pierwiastek	80	„ 1 : 6,1
„	z 636 mnogorodzących	68	„ 1 : 9,3
W Monachium	z 304 pierwiastek	15	„ 1 : 20,2
„	z 609 mnogorodzących	17	„ 1 : 35,8
„	z 232 pierwiastek	13	„ 1 : 18,0
„	z 431 mnogorodzących	20	„ 1 : 21,5
W Strassburgu	z 56 pierwiastek	10	„ 1 : 5,6
„	z 44 mnogorodzących	5	„ 1 : 8,8

Niebezpieczeństwo więc jest większe przy pierwszym porodzie; przy następnych zaś, kiedy poród prędzej przebiegając, mniej też zostawia czasu najwłaściwszego do przyjęcia zakażenia, niebezpieczeństwo to jest mniejsze. Ale nie mówiąc już o gorączce połogowej, sam akt porodowy niebezpieczniejszym jest dla pierwiastek niż dla mnogorodzących. Ztąd też i przewaga jaką w powyższych cyfrach przedstawia śmiertelność pierwszy raz rodzących, bardzo znacznie się uszczupli, jak skoro rozciągniemy badania statystyczne do wszystkich wypadków śmierci w położu. Tém samém i niebezpieczeństwo, które przy porodach prawidłowych nierównie więcej zagraża pierwiastkom niż mnogorodzącym, przy nieprawidłowych jest prawie jednakowe dla jednych i dla drugich. Johnston i Sinclair stracili z tych które rodziły prawidłowo 1 na 185 pierwiastek, a 1 na 389 mnogorodzących; z tych zaś które rodziły nieprawidłowo, 1 na 17 pierwiastek, a 1 na 22 mnogorodzących.

Po następnych ciążach, akt porodowy trwa wprawdzie krócej aniżeli po pierwszej, ale okres połogowy należy do takich okresów życia kobiety, w którym nabywa ona najłatwiej cierpień przewlekłych i stanów chorobowych, nieprzyjaźnie wpływających na czynność macicy, niszczących siłę jej skurczów, lub sprowadzających inne nieprawidłowości w przebiegu porodu. To też należy się spodziewać, że po przebyciu

większej ilości ciąży, za każdym nowym porodem nie tylko zwiększa się niebezpieczeństwo w ogóle, ale też i w szczególności powiększa się usposobienie do gorączki połogowej, bądź dla tego, że poród trwa dłużej, a ztąd zwiększa się sposobność zakażenia od zewnątrz, bądź, że z powodu większego traumatyzmu, większe wytwarza się niebezpieczeństwo zakażenia położnicy samej przez się. I to oczekiwanie usprawiedliwiła statystyka. **H u g e n b e r g e r** znalazł stosunki śmiertelności, dla:

1 raz rodzących, jak	1 : 23
2 — 4 razy „ „	1 : 47
5 — 9 „ „ „	1 : 33
10 — 19 „ „ „	1 : 22;

a **M. D u n c a n**, porównywając 74 wypadki śmierci w Dublinie (o których donoszą **J o h n s t o n i S i n c l a i r**) z liczbę rodzących w Edynburgu i Glasgowie, otrzymał następujące stosunki:

po 1-jej ciąży	1 : 93
„ 2-ch ciążach	1 : 482
„ 3-ch „	1 : 230
„ 4-ch „	1 : 661
„ 5-ciu „	1 : 514
„ 6-ciu „	1 : 307
„ 7-u „	1 : 424
„ 8-u „	1 :
„ 9-u „	1 : 141
„ 10-u „	1 : 222
„ 11-u „	1 : 152.

Jeżeli te cyfry nie przemawiają za bezwzględną prawdziwością zdania, zawsze jednak stwierdzają wynik otrzymany przez **H u g e n b e r g e r** ' a.

Pomiędzy rodzącymi w młodszym wieku, znajduje się stosunkowo większa ilość pierwsiaków; a pomiędzy rodzącymi w wieku późniejszym, stosunkowo znaczniejsza liczba takich kobiet, które już wiele przeżyły porodów. Ztąd należałoby się spodziewać, że i śmiertelność na gorączkę połogową będzie rozmaita, względnie do w i e k u m a t e k. I rzeczywiście **F a r r** wykazał, że kobiety liczące od 15—24 lat wieku nierównie więcej są zagrożone, aniżeli te które mają lat 25 do 34, a te znowu nieco mniej aniżeli starsze.

Umarło na gorączkę połogową w wieku:

od 15 — 24 lat,	25 — 34 l.;	35 — 44 l.;	45 — 54 lat.
1 : 360	1 : 676	1 : 649	1 : 628.

Należy jednak przyznać, że wpływa na to inny jeszcze moment. M. D u n c a n poprawił tabelę F a r r ' a przez odciągnięcie połowy wypadków śmierci pierwiastek. Mimo to wpływ wieku jest widoczny. Liczba śmierci wynosi według niego, w wieku:

od 15 — 24 lat;	25 — 34 l.;	35 — 44 l.;	45 — 54 lat.
1 : 552	1 : 823	1 : 649	1 : 628.

Stosunkowo znaczne usposobienie do gorączki połogowej w wieku młodzieńczym, dałoby się może tłumaczyć mniejszą zdolnością czynnościową przyrządu rodnegó, aniżeli w czasie punktu kulminacyjnego czynności płciowych, a ztąd dłuższém trwaniem aktu porodowego, i to zwłaszcza pierwszego jego okresu. Ogólne niebezpieczeństwo jakim pólóg zagraża, nie jest w tym wieku w odpowiednim stosunku przemagające, a przeciwnie znacznie bywa większe w późniejszych latach. Liczba ogólna wszystkich wypadków śmierci w połogu, wynosi, w wieku:

od 15 — 24 lat;	25 — 34 l.;	35 — 44 l.;	45 — 54 lat.
1 : 227	1 : 270	1 : 160	1 : 114.

Ze stosunków śmiertelności w Edymburgu i Glasgowie, oraz ze sprawozdań C o l l i n s ' a o zakładzie położniczym w Dublinie, M. D u n c a n dowiódł, iż ogólne niebezpieczeństwo już w 25 roku życia dochodzi do m i n i m u m, poczem stale zaczyna się powiększać. Różnica ta w krzywych dla śmiertelności z gorączki połogowej i dla ogólnej śmiertelności z chorób połogowych pokazuje znowu, jak mały kontyngens chorych na gorączkę połogową dostarczają ciężkie zaburzenia w przebiegu porodu.

Najwydatniej występuje usposobienie do gorączki połogowej, wynikające z wieku matek, u pierwszy raz rodzących. Według H u g e n b e r g e r ' a umarło pierwiastek, w wieku:

od 15 — 22 lat;	23 — 26 l.;	27 — 35 l.;	36 — 45 lat.
1 : 31,4	1 : 32,3	1 : 13	1 : 10

Dla wytłómaczenia tego szeregu cyfr, niewątpliwie na pierwszym miejscu trzeba to wziąć na uwagę, iż u starszych pierwiastek poród nierównie dłużej się przeciąga, a naruszenia całości szyi macicznej lub t. p. części u nich bywają małoznaczne.

Z a p o m o c ą t e o r y i z a k a ż e n i a m o ż n a b a r d z o d o b r z e o b j a ś n i ć w a h a n i a z a c h o d z ą c e w t e r m i n i e w y b u c h u c h o r o b y, jeżeli, zgodnie z poro-

bionemi spostrzeżeniami przyjmujemy 24 — 48-godzinny okres utajenia. Pierwsze objawy rzadko się pojawiają przed rozpoczęciem porodu, częściej już podczas porodu, zwykle dopiero w połogu, i tu najczęściej, w drugim lub trzecim dniu takowego, rzadziej zaś po piątym. Przed wystąpieniem bólów, tylko wewnętrzna powierzchnia właściwej jamy macicznej, jest, skutkiem oddzielenia się błony doczesnej, właściwem miejscem do przyjęcia zakażenia, a nawet najniższa jej część albo wcale, albo z trudnością tylko palcem da się dosięgnąć. W okresie otwierania się ujścia macicy nie tylko rozszerza się ujście wewnętrzne, ale częstokroć zarazem i szyja macicy ulega uszkodzeniu, a przy przerywaniu się dziecka powstają pospolicie i nowe małe nadpęknięcia w ujściu kanału rodnegu. Zmniejszanie się liczby zachorowań po upływie trzech dni połogu, tłumaczy się znowu tén, że po ukończeniu się sprawy porodowej, zmniejsza się stopniowo powód do badania palcem. Gdzie asystent lub inni zajmują się i w połogu jeszcze specyjalnemi studjami, jak to miało miejsce w Bonn 1864 roku, tam nie zbywa i na późniejszych zakażeniach.

Gdybyśmy się trzymali hipotezy miazmatu, to różnice co do czasu wybuchania choroby, możnaby tłumaczyć jedynie tylko za pomocą nowych, niedopuszczalnych przypuszczeń. Z powodu rzadkości choroby u ciężarnych i w późniejszych chwilach połogu, należałoby przypuścić, że albo wpływ miazmatu ogranicza się na sali porodowej lub salach położnic, albo też że stan połogowy w ściślejszem znaczeniu, odznacza się szczególną właściwością powiększania usposobienia do przyjęcia choroby. Doświadczenie jednak nauczyło nas, zarówno jak i innych, że odbycie porodu po za obrębem sali porodowej, mało chroni od choroby, a z drugiej strony, że ciężarne pomieszczone w małych zakładach, gdzie bywają używane do posług przy położnicach, nie częściej chorobie ulegają. A jeżeli katastrofa w samym spoczywająca porodzie ma wywierać tak wielki wpływ, to dla czego część położnic, która już przez to samo że zachorowała, zdradza indywidualne swe usposobienie, nie ulega chorobie, jak większość, w pierwszych zaraz dniach, ale dopiero później?

Pojawianie się gorączki połogowej u dzieci, nie wprowadza w kłopot zwolenników teoryi zakażenia. Jeżeli dziecko umiera już podczas porodu, albo wkrótce po urodzeniu, to musiało być zakażone przez krew matki, która już przed porodem lub podczas takowego zakażeniu sama uległa. Gdy zaś dziecko ulega chorobie dopiero po upływie pierwszych dni życia, to nie można już uważać krwi matczynej za pośrednik

zakażenia, bez względu na to, czy matka jest zdrową czy chorą. Jeżeli w tych razach przyjmujemy miejsca obranione, na których nigdy u noworodków nie zbywa, za punkt kiełkowania zakażenia, to obierzmy tylko drogę, wskazaną nam przez zdobycze, jakie Buhl o téj chorobie nagromadził. Jeżeli śmierć później następuje, to punktem wyjścia zmian chorobowych bywa zwykle rana pępkowa, a wyjątkowo krwawiak nagiłowny (*Cephalhaematoma*) lub t. p. Z temi obrażeniami miejscami stykają się zarówno palce matki i osób obsługujących, jakoteż przedmiotów przy obsłudze używanych, wreszcie téż, — co tymczasowo przyjmijmy, — powietrze wypadkowo obciążone materjami gnijąciami. To téż bynajmniej nie dziwi, że noworodki bywają bezpośrednio zakażone pierwiastkami gnijąciami. Nierównie ciekawszem jest, co staje na przeszkodzie, że zakażenia te nie zdarzają się częściej. Byłyby one niewątpliwie częstszemi, gdyby osoby które zakażają matki, zajmowały się w równé mierze pieczą około noworodków. Miazmatyczna zaś teoria nie ma na to żadnej odpowiedzi. Jeżeliby się później wykazało, czego do czasu nie można jeszcze na pewno utrzymywać, że późne występowanie choroby rzadziej się trafia u dzieci zdrowych matek, aniżeli chorobie uległych, byłaby to nowa trudność dla miazmatyków.

Nakoniec, przeważne występowanie gorączki połogowej w zakładach położniczych; różnice jakie się przedstawiają w rozmaitych szpitalach; wreszcie wahania jakie spotykamy różnemi czasami w jednym i tym samym zakładzie, nie przemawiają za początkiem miazmatycznym, a przeciw zakażeniu gnilnemu.

Z góry jasną jest rzeczą, że przyczyny które w pewnych razach wywołują epidemie w mieszkaniach prywatnych, muszą mieć ten skutek w domach położniczych częściej i rozległej. Z jednej bowiem strony, zajęcia osób nauczających, uczących się i obsługujących w zakładzie położniczym, sprawiają, że osoby te, w wielu miejscowościach przynajmniej, częściej się stykają z materjami gnijąciami, zdolnemi zakazić rodzące i położnice, aniżeli lekarze, akuszerki i posługaczki prywatnie praktykujące; z drugiej zaś strony, tamte osoby mają na obszerniejszym polu sposobność do roznoszenia zakażenia, bądź osobiście, bądź za pośrednictwem swych narzędzi. Przeważnie przeto pojawianie się gorączki połogowej w szpitalach nie usprawiedliwia wniosku, że tu, obok znanych z doświadczenia przyczyn epidemij w mieszkaniach prywatnych,

istnieć muszą jeszcze i inne; owszem wniosek taki wymagałby jeszcze szczegółnych, naglących podstaw. Takich jednak nie ma.

Wiemy, że stosunki chorobliwości i śmiertelności w wielkich i małych zakładach mogą być pomyślne i niepomyślne; że nie są one jednakowymi w różnych zakładach o przybliżenie równej liczbie porodów, i że różnice te nie dają się dostatecznie wytłumaczyć mniej lub więcej odpowiedniem lub nieodpowiedniem położeniem, własnościami przestronności sal, lepszym lub gorszym przewietrzaniem i t. p. Choroba nie oszczędza nawet zakładów założonych w lepszych warunkach i lepiej urządzonych; nowo zbudowane zakłady w Monachium i Hannoverze nawiedziła epidemia wkrótce po ich otwarciu.

Stosunki śmiertelności w różnych zakładach położniczych. Epidemie pojawiają się nie tylko w tych zakładach położniczych, które służą do nauki, ale także i w takich, które mają tylko na celu danie przytułku ciężarnym. Z pomiędzy pierwszych, nawiedzane bywają nie tylko instytuty kliniczne, ale w części także i zakłady przeznaczone do kształcenia akuszerok. Fakt ten jednak nie przemawia bynajmniej na korzyść miazmatu. Prawdą jest, że uczennice mieć mogą sposobność do zanieczyszczenia rąk tylko w samym domu położniczym, studenci zaś jeszcze i zewnątrz takowego, jakoteż, że w zakładzie nie służącym do nauki, tylko skład domowników może pośredniczyć w zakażeniu.

Ze stosunków śmiertelności w Wieduiu i Paryżu widać także i pod tym względem różnicę.

W i e d e ń.

Śmiertelność w klinice dla lekarzy	od 1841—1846 r.	wynosiła	9,92%
„ „ „ akuszerok	„ 1841—1846	„	3,38%
„ „ „ lekarzy	„ 1847—1858	„	3,57%
„ „ „ akuszerok	„ 1847—1858	„	3,06%
„ w oddziale płatnym	„ 1839—1848	„	2,5 %

P a r y ż.

W klinice *Dubois* umarło od 1835—1841 i 1844—1848 r., 4,5 %
 W *Maternité* „ „ 1835—1841 i 1844—1848 r., 3,3 %

Wszakże należy tu wziąć pod uwagę, że w samym zakładzie sposobność do zanieczyszczenia rąk może być tak wielka, iż wpływ wniesionych od zewnątrz materyj gnilnych, będzie w obec niej prawie żaden,

jako téż, że częstość roznoszenia zakażenia od osoby do osoby, zależeć musi od sposobu, w jaki odbywa się nauczanie. Jeżeli uczniowie i uczennice assistujący przy porodach, nie zajmują się równocześnie doglądaniem chorych, i jeżeli do śledzenia rodzącej dopuszcza się tylko jedna lub dwie osoby, to zmniejsza się téż i sposobność do zakażenia za pośrednictwem uczących się. W zakładzie położniczym Charité w Berlinie pokazuje się, że studenci zaledwie mogą być podejrzewani o roznoszenie pierwiastków gnijących, a w każdym razie mało tym sposobem szkodzą. W ostatnich przynajmniej latach, stan zdrowia podczas kursu akuszerki był szczególnie niepomyślny, i bardzo jest prawdopodobnem, że różnica w sposobie nauczania uczennic i studentów, nie pozostaje tam bez wpływu. W klinice, pozwala się zapewne, jak było pod dyрекcyą J. H. S c h m i d t'a, badać rodzące czterem tylko studentom; zaś z doglądaniem chorych położnic nie mają oni pewno nic do czynienia. W szkole akuszerki rzecz się ma przeciwnie. Prócz tego trzeba przypuścić, że osoby zakładu pomagające w nauczaniu przy łóżku rodzących (asystenci i akuszerka), czynniejszymi być muszą w obec uczennic, które potrzebują rozleglejszego pośrednictwa. A na pierwszém miejscu, nasuwa się ta uwaga, że osoby uczące się, nierównie mniejszą odgrywają rolę zarówno w obec wybuchającej choroby jak i w obec dalszego jéj roznoszenia, aniżeli zajmujące się nauczaniem.

Na poparcie tego zdania służą przytaczane już powyżej liczne przykłady zakażenia sprowadzonego przez asystentów i akuszerki; przemawiają za niém inne jeszcze fakta. Takim jest np. czasowe zmniejszenie się śmiertelności od miesiąca grudnia 1846 do marca 1847 r. w klinice dla lekarzy w Wiedniu. W ty okresie czasu umarło tylko 2,3%, gdy tymczasem w ciągu pozostałych miesięcy r. 1846, umierało stale przeszło 10% aż do 19%, a w zimowych miesiącach poprzedniego roku także przeszło 10%. Nie usunięto wtedy studentów od badania, tylko zmniejszono liczbę czynnych z 42 na 20; asystent jednak mało wtedy wchodził do trupiarni. Skoro te okoliczności się zmieniły, śmiertelność natychmiast się podniosła, i doszła w kwietniu i maju 1847 znowu do 18 i *resp.* 12%. Dalej, mogliśmy się nietylko w Bonn przekonać, że stan zdrowia pogorsza się w miarę wzmagania się zapału asystenta do uczenia się i gromadzenia spostrzeżeń. W czasie, kiedyśmy wspólnie z H e c k e r'e'm byli w stałej klinice berlińskiej asystentami, śmiertelność, jeżeli nas pamięć nie myli, doszła do 16%. W Monachium, jak wspomniano, zaraz po otworzeniu zakładu asystent sprowadził epidemię. W r. 1862, podczas feryj wielkanocnych, kiedy niewielu tylko studentów zajmowało się rodzącami, zdarzyło się tam tylko 29 wypad-

ków choroby i 8 śmierci; w maju, czerwcu i lipcu zaś, kiedy liczba klinicystów była przeszło 30, tylko 6 wypadków choroby a 3 śmierci; zaś zaraz po zamknięciu kliniki i rozpoczęciu kursu dla akuszerok, 5 wypadków choroby zakończonej śmiercią. To samo i w nowym zakładzie położniczym w Hannoverze, wybuchła epidemia zaraz po jego otwarciu (w październiku 1863 r.), instytut wraz z nowym budynkiem otrzymał zarazem asystenta. Takie same przekonanie zdobyto w zimie 1859/60 r. w zakładzie położniczym Charité w Berlinie, gdzie z liczby 341 położnic, 102 zachorowało, a z tych 57 umarło. Lekarze zakładu nie zajmowali się nigdy czynnie sekcjami zmarłych na gorączkę połogową, ale lekarz starszy i młodszy pełnili równocześnie obowiązki asystentów w oddziale, w którym umieszczono chore położnice. Skoro liczba chorujących się zwiększyła, urządzono 10-go grudnia w odosobnionym budynku oddział filialny, tego rodzaju, że ciężarne i położnice będące już w zakładzie, pozostały w dawnym pomieszczeniu, gdy tymczasem nowo przyjmowane z oddzielną akuszerką i oddzielną posługą umieszczano w nowym oddziale, który też otrzymał i nowy inwentarz. Mimo tych ostrożności, choroba się rozszerzyła; lekarze asystenci opiekowali się także i zakładem filialnym.

Rola osób nauczających, przy roznoszeniu gorączki połogowej, powinna być także brana pod uwagę, jeżeli zechcemy objaśnić wielkie różnice występujące w tabelli dla Wiednia przed r. 1847, i małe różnice tamże w późniejszym czasie, jako też i w Paryżu. Znaczna stosunkowo śmiertelność w płatnym oddziale wiedeńskim, w porównaniu ze śmiertelnością w mieszkaniach prywatnych, objaśnia się wpływem osób leczących i doglądających na rozwój epidemii. S e m m e l w e i s s słusznie zwrócił uwagę na dążności naukowe i szczególne stanowisko lekarzy kierujących tą instytucją, a zarazem udzielił wiadomość o stanie rzeczy w oddziale położniczym szpitala Ś-go Rocha w Peszcie. I ten nie służy do nauczania, lecz tylko podczas feryj—w sierpniu i wrześniu—do przyjmowania rodzących. Mimo to panowała tu corocznie gorączka połogowa, dopóki ordynował w tym oddziale lekarz oddziału chirurgicznego, i dopóki przez pozostałe miesiące w roku, oddział ten stanowił część pomieszczenia dla chorych chirurgicznych. Gdy od 1851 r. oddział położniczy otrzymał oddzielnego lekarza w osobie S e m m e l w e i s s'a, gorączka połogowa rzadko kiedy się już przytrafiła, i w ciągu pięciu lat, z liczby 933 położnic, nie zabrała więcej nad $8=0,85\%$.

Ten sam moment objaśnia też nader pomyślne stosunki zdrowia zakładu Rotunda w Dublinie, i mniej już pomyślne trzech zakładów

londyńskich służących tylko za miejsce przytułku; zasługuje on także na uwzględnienie przy dochodzeniu przyczyn większej śmiertelności w czwartym domu przytułku tego ostatniego miasta.

Dom położniczy w Dublinie	stracił r. 1827—1846	: 1,1‰.
Britisch-lying-in Hospital	„ „ 1827—1846	: 2,1‰.
Queen Charlotte Hospital	„ „ 1828—1842	: 1,7‰.
City of London Hospital	„ „ 1827—1846	: 1,2‰.
General Hospital	„ „ 1829—1846	: 3,9‰.

W Rotunda-Hospital rodzące bywają badane przez jednego, najwyżej przez dwóch studentów; dzieje się to bez żadnej kontroli nauczających, i tylko w razach wątpliwych lub niezwykłych, przyzywany bywa obowiązkowo jeden z assystentów. W szpitalach londyńskich akuszer i assystent mieszkają po za obrębem zakładu, i do zwyczajnych porodów nie bywają przyzywani. W Queen Charlotte Hospital nie ma ani mężczyzn ani kobiet uczących się; w City of London Hospital są dwa miejsca dla uczennic na akuszerki, ale miejsca te nie zawsze są obsadzone; w British lying-in Hospital, może być przyjęty na naukę jeden mężczyzna i jedna kobieta, ale z tej sposobności wyjątkowo tylko korzystają. Przeciwnie, w General lying-in Hospital są dwa miejsca dla t. z. *house-surgeons*, a przez ciąg lat wyżej zestawionych, przynajmniej jedno z tych miejsc zawsze było obsadzone. Obowiązkiem tych pupillów jest badanie rodzących i odwiedzanie chorych kilka razy na dzień, zaś w razie żądania odwiedzanie także 400—500 rodzących w mieście, nad którymi zakład ma opiekę.

Różnice w stosunkach śmiertelności tychże zakładów. Wiadomo, że różnice te przyjęte były przez Semelweis'a za punkt wyjścia. W domu położniczym w Wiedniu, jak on pokazał, od r. 1784 do 1822 śmiertelność wynosiła przecięciowo 1,25‰, a podczas 25 lat nawet niżej 1,00‰. Podniosła się ona, skoro szkoła tamtejsza przybrała kierunek anatomiczny (przy czém mamy na myśli nie tylko wypływające ztąd liczniejsze badania zwłok), w r. 1823—1832 na 5,30‰; a po rozdzieleniu zakładu na dwa oddziały, które podzielono między równą liczbę studentów i uczennic akuszeryi, 1833—1844, wynosiła w pierwszej klinice 6,56‰, w drugiej 5,58‰. Skoro zaś pierwsza klinika przeznaczoną została wyłącznie dla kształcenia lekarzy a druga dla uczenia akuszerok, śmiertelność w 1841—1846 dosięgła w pierwszej z nich 9,92‰, gdy w drugiej wynosiła tylko 3,38‰.

W 1847 r. S. uznał zakażenie jadem trupim za przyczynę gorączki połogowej, i zarazem przedsięwziął środki, aby o ile można zakażeniu miejscowemu zapobiedz. Następstwem tego było, że w 1848 r. umarło w pierwszej klinice tylko 1,27%, a w drugiej 1,33%. Po opuszczeniu przez S e m m e l w e i s s'a posady asystenta, nie pozostało bez dalszego wpływu, jeżeli nie przekonanie o słuszności etiologii przez niego wskazanej, to przynajmniej utrzymywanie się jego poglądu.

Śmiertelność w pierwszej klinice ograniczyła się w r. 1849 na 2%, w r. 1850 na 1,1%, i w r. 1851 na 1,1%; w drugiej zaś na *resp.* 2,1 i 3%.

Skoro potem zdawać się napozór zaczęło, że pogląd S e m m e l w e i s s'a może być spokojnie odłożonym *ad acta*, śmiertelność w obu klinikach na nowo się podniosła. W ostatnich latach znacznie się znowu zmniejszyła. C. B r a u n upatruje przyczynę tego zmniejszenia w udoskonaleniu wentylacji, w zaprowadzeniu Böh m'owskiego systemu ogrzewania i przewietrzania. My jednak nie możemy przyznać tym urządzeniom takiej doniosłości, jaką B r a u n im przypisuje. W drugiej klinice przyrząd B ö h m'a wprowadzony został w ograniczonych zaledwie rozmiarach; ztąd też, według nas, przeważnym powodem tak olbrzymio zmniejszonej śmiertelności w tym oddziale (r. 1863 umarło tu tylko 0,5%), jest troskliwość S p a e t h'a, skierowana ku temu, aby unikać miejscowego zakażenia. Do tego, jak już nadmienialiśmy, właśnie w obu oddziałach wiedeńskiego domu położniczego zauważono nowszemi czasy faktu, które dają się dostatecznie objaśnić tylko za pomocą teorii zakażeń. W końcu, jeżeli weźmiemy pod uwagę nie tylko powyżej już przytoczone dowody słuszności tej nauki, ale jeszcze i to, że M a y e r h o f e r, asystent pierwszej kliniki, nie uważa już teraz, jak dawniej, powietrza za pośrednika do szczepienia mątwików (*Vibrio*), od czasu jak się przekonał, że palec badający pospolicie mątwiki przenosi, to będziemy mieli objaśnienie nierównie bliższe prawdy, które i w pierwszej klinice rachuje się nie z samém tylko ulepszeniem przewietrzania.

W klinice położniczej peszteńskiej, stan zdrowia położnic pozostawał przez długi czas pomyślniejszym aniżeli w Wiedniu, gdyż zasada anatomiczna później tu przeniknęła.

W Maternité w Paryżu śmiertelność już w latach 1798 — 1809 była tak znaczna jak w r. 1828 — 1848, mianowicie 4%; zarówno bowiem nauczycielka jak i uczennice już w owym czasie zajmowały się z zapalem sekcyami zwłok, i studyami tak anatomicznymi jak i klinicznymi.

W General lying-in Hospital, gdzie śmiertelność, jak już nadmienialiśmy, jest uderzająco znaczna, w porównaniu z innemi szpitalami londyńskimi, gorączka połogowa pojawiła się wkrótce po jego otwarciu, w 1827 r., a epidemie te powtarzały się aż do 1842 r. włącznie, tak że kilkakrotnie musiano zakład zamykać. W lutym i marcu 1843 r. zdarzyło się jeszcze wszystkiego dwa wypadki śmierci, poczem, do r. 1866 nie było już ani jednego. Bagnisty grunt na którym wznoszono budowę przy zakładaniu fundamentów został wykopany i odpowiednio zastąpiony. Zaledwie 30 stóp od muru oddalone otwarte doły, w które spływały z przyległej dzielnicy przez ubóstwo zamieszkałej, płynne nieczystości, a zatrzymując się w nich, wywiązywały nieustannie gazy; na wniosek F e r g u s s o n'a, który je uważał za źródło szkodliwości, zostały w październiku 1838 r. wielkim kosztem oczyszczone i przebudowane. A ponieważ stan zdrowia i teraz trwale się nie poprawił, R i g b y zaprowadził na początku 1842 r. aparat R e i d'a do ogrzewania i przewietrzania. W rok potem, R e i d wykrył jeszcze jedno źródło miazmatu, w cieczy cuchnącej, zebranej skutkiem zatkania rynny odprowadzającej, na dnie sklepienia piwnicy, tam gdzie się znajdowało ognisko kominów ciągowych. Po usunięciu tego źródła, wypadki śmierci zdarzać się przestały. Ta zmiana w stanie zdrowia jest na pozór krzyczącym dowodem miazmatycznego pochodzenia gorączki połogowej. Pozór to jednak złudny. Skoro po pokryciu wyż wspomnianych otwartych dołów, w listopadzie 1838 r., zakład po 4-miesięcznem zamknięciu, otworzono, przez 11 miesięcy nie umarła żadna położnica; a w październiku 1839 r., podejrzana później rynna odprowadzająca nie była jeszcze zapewne zatkana. Moznaby ją, co najwyżej, robić odpowiedzialną za śmiertelność w listopadzie do grudnia 1842 r., i w lutym do marca 1843 r. R i g b y odmawia w ogóle znaczenia temu zatkaniu, gdyż nie widział on ani śladu wilgoci w piwnicy, prócz jednego sklepu leżącego po boku zabudowań. R i g b y upatruje bardzo skuteczny środek w urządzeniu przewietrzania; zaś przyczynę późniejszego ujawnienia się jego pożyteczności przypisuje temu, że przez długi czas nie można było oduczyć służby, aby przez niewłaściwe otwieranie i zamykanie klap, nie tamowała wentylacji. I tu, według naszego przekonania, nazbyt przeceniono wpływ aparatu R e i d'a. Tego przekonania nie zdoła w nas zachwiać nawet fakt, że śmiertelność w zakładzie od 1847 — 1850 r. wynosiła tylko 0,6%, a od 1851 r., w którym przewietrzania znowu zaprzestano, do r. 1855 podniosła się na nowo do 2,6%. Nie wiemy wprawdzie dotychczas, jakie są tam stosunki zdrowia od r. 1856, w którym R i g b y miał znowu zaprowadzić przyrząd wentylacyjny, ale nie możemy ze swój strony

nie przytoczyć, że w General lying-in Hospital są dwa miejsca dla młodych lekarzy, zobowiązujące do czynności, które w razie gorliwego ich wykonywania, mogą być źródłem niebezpieczeństwa.

Stale wachania w stosunkach chorobliwości.

Fakt że gorączka połogowa i w szpitalach także zachowuje charakter epidemiczny, może sam przez się przemawiać równie dobrze na korzyść teorii zakaźnej jak i miazmatycznej. Trudniej jest objaśnić za pomocą pierwszej z tych teoryj wpływ pór roku na stosunki chorobliwości i śmiertelności.

Według H i r s c h'a z liczby 137 epidemij, przypadło:

72 w zimie,
28 w jesieni,
27 na wiosnę, i
10 w lecie.

W instytucie akuszerki w St. Petersburgu, według sprawozdania H u g e n b e r g e'r'a, od r. 1845 do 1849 zachorowało:

w zimie,	z 2106	położnic	19,33%	a umarło	4,18%
na wiosnę,	„ 1934	„	15,09%	„	3,41%
w jesieni	„ 2069	„	14,98%	„	2,17%
w zimie	„ 1927	„	11,77%	„	2,02%

W przeciągu czasu od 1-go stycznia 1841 r., do ostatniego lutego 1849 r. włącznie, w klinice dla lekarzy w Wiedniu, śmiertelność chwiała się:

w styczniu	między	2,2%	a	20,8%	} przecięciowo
„ lutym	„	0,7	„	18,1	
„ marcu	„	0,0	„	15,4	
„ kwietniu	„	0,6	„	18,9	} 7,1%
„ maju	„	0,8	„	13,4	
„ czerwcu	„	1,1	„	10,1	
„ lipcu	„	0,4	„	20,8	} 6,8%
„ sierpniu	„	0,0	„	25,5	
„ wrześniu	„	0,9	„	10,4	
„ październiku	„	2,3	„	29,3	} 10,5%
„ listopadzie	„	2,9	„	22,5	
„ grudniu	„	1,3	„	31,4	

W Pradze, między r. 1839 a 1845 wynosiła:

	chorobliwość:	śmiertelność:
od stycznia do marca	10,9 ⁰ / ₀	2,4 ⁰ / ₀
„ kwietnia do czerwca	8,8 „	2,2 ⁰ / ₀
„ lipca do września	4,5 „	1,7 ⁰ / ₀
„ października do grudnia . .	7,7 „	2,6 ⁰ / ₀

W General lying-in Hospital w Londynie, między r. 1829 a 1840, umarło:

od stycznia do marca	6,6 ⁰ / ₀
„ kwietnia do czerwca	6,3 ⁰ / ₀
„ lipca do września	1,0 ⁰ / ₀
„ października do grudnia . .	3,3 ⁰ / ₀

Półrocze zimowe jest z pewnością najniezdrowszém, a pierwsze dwa szeregi cyfr wykazują nawet stopniowe wzmaganie się chorobliwości od lata, przez jesień i wiosnę, ku zimie. Fakt ten wyprowadzać można albo ztąd, że w brzydkiej porze roku epidemie częściej wybuchają, albo też ztąd, że wybuchnąwszy, nabierają większych rozmiarów. Przyjmując pierwsze z tych przypuszczeń, chodziłoby o wynalezienie przyczyn powodujących większą częstość tak zwanych pierwszych wypadków; przy drugiem przypuszczeniu, należałoby dowieść, że przenoszenia choroby z jednych na drugich trudniej uniknąć.

Pomnożenie się „pierwszych wypadków” mogłoby pochodzić albo ztąd, że większa ilość zarazka dostaje się do zakładu z zewnątrz, albo też ztąd, że w samym zakładzie zarazek częściej się rozwija. Semmelweis oświadcza się za pierwszą z tych możliwości, zwracając uwagę na rodzaj zatrudnienia asystenta i studentów, jako też na większą gorliwość tych ostatnich w półroczu zimowém. I my także nie uważamy podnoszonych przezeń okoliczności za zupełnie błędne, ale też zarazem nie możemy uznać próby jego tłumaczenia za wystarczającą, gdyż takowa odpowiednią jest tylko do szczególnych okoliczności istniejących w Wiedniu (a może też i w Pradze). Materye gnijące wnoszone bywają do zakładu od zewnątrz nie tylko przez osoby nauczające i uczące się, ale niekiedy także i przez ciężarne i rodzące, jeżeli te, chorobami dotknięte, do zakładu wstępują. W różnych miejscowościach widziano, że epidemia gorączki połogowej wybuchła po przyjęciu do zakładu osób dotkniętych durzycą lub t. p., a nie zdaje się być za śmiałém przypuszczenie, że z podobnemi chorobami częściej przyjmowanemi bywają osoby

w miesiącach zimowych. Okoliczność ta, tam szczególnie wpływa na pogorszenie stanu zdrowia w zimie, gdzie stale przenoszą do zakładu położniczego z innych szpitali lub oddziałów chore, których rozwiązanie się zbliża. Trzeba ją np. brać w rachubę w zakładzie położniczym Charité w Berlinie, który przez lato służy do klinicznego nauczania studentów, a w zimie do kształcenia akuszerok, i w zimie przedstawia bez porównania niepomyślniejszy stan zdrowia. N a g e l wymienia między osobami przyjętymi z innych oddziałów Charité także i takie, które były dotknięte sprawami zapalnymi tkanki łącznej (*phlegmone*), żył i t. p. V i r c h o w poświadcza, iż sprawy flegmoniczne częściej występują w porze zimowej. Epidemia, która wybuchła za dyrektorstwa C r e d é'g o w zimie roku 1852/53 była oczywiście wniesioną; zakład bowiem był przez nią szczędzony do połowy marca, w którym to czasie przyjmować zaczęto do zakładu chore już rodzące z miasta, jako też z klinicznego instytutu uniwersyteckiego, zamkniętego z przyczyny epidemii. Nadto, dla zakładu położniczego Charité nie może być rzeczą obojętną, że asystenci w zimie (czy i w lecie także?) pełnią równocześnie te same obowiązki w oddziale chorych wewnątrznie, do którego, w celu ograniczenia gorączki połogowej przenoszą i chore położnice.

D r u g a m o ż l i w o ś ć że w miesiącach zimowych zarazek rozwija się częściej w samych szpitalach, przyjmowaną była przez zwolenników teorii miazmatycznej, którzy zwracali tu uwagę na dwa momenta, a mianowicie na większy napływ ciężarnych do zakładu, i na trudniejsze przewietrzanie.

N a s t ę p s t w a p r z e p e ł n i e n i a. Nierzadko zdarzało się spostrzegać, że w ślad za czasowem przepełnieniem chorem i całych zakładów lub pojedynczych ich sal, wybuchała epidemia. Ale z drugiej strony to także jest pewnem, że często epidemie wybuchają i gasną, chociaż pod tym względem nie można dostrzedz ani zmian niepomyślnych ani pomyślnych; jako też, że kiedyindziej w tym samym domu położniczym już dawniej dość często przepełnienie miawało miejsce, a jednak nie sprowadzało to epidemii. Dalej, S e m m e l w e i s s wykazał, że druga klinika wiedeńska, stosunkowo liczniej była obsadzona, a mimo to mniej nawiedzana od choroby aniżeli pierwsza; nadto, długim szeregiem zestawień tabellarycznych udowodnił, że pomyślniejszy lub mniej pomyślny stan zdrowia, nie odpowiadał znaczniejszemu lub szczuplejszemu nagromadzeniu położnic. W końcu, brakuje momentu przepełnienia w epidemiach po mieszkaniach prywatnych, a wszystko, cośmy i przy

epidemiach szpitalnych o początku i szerzeniu się choroby do badać się mogli, zniewala koniecznie do wniosku, że zakażenie miejscowe jest co najmniej najpospolitszą drogą prowadzącą do powstania i szerzenia się epidemij. Wprawdzie aby zakażenie nastąpić mogło, potrzeba do tego pierwój zakażającego indywiduum, a o takie łatwiej przy większem napełnieniu zakładu. Dla tego też niepodobna wątpić, że powiększenie się ilości przyjętych do małego zakładu, sprzyjać musi powiększeniu się liczby chorujących, raz dla tego, że wtedy łatwiej wywiązują się „pierwsze wypadki,” drugi raz, że rozprzestrzenienie się choroby jest łatwiejsze. O ile więc wpływ pór roku ma znaczenie w małych zakładach, o tyle brać należy pod uwagę połączone z nim wahania co do ilości pomieszczonych w zakładzie osób; chociaż nie może to nas zmuszać do przypuszczania, że skutkiem nagromadzenia się położnic rozwija się miazmat. W średnich lub wielkich zakładach, materyał znajduje się zawsze w dostatecznej ilości; przybytek zaś takowego, może o tyle tylko pomnożyć ilość pierwszych wypadków, o ile przytém koniecznie wzrasta liczba dobrowolnych zachorowań, ale to zawsze w bardzo małych stosunkowo rozmiarach. Czy ilość pomieszczonych w zakładzie wpływa w jakikolwiek inny jeszcze sposób na śmiertelność, można się przekonać z następnych zestawień cyfrowych:

1) Dom położniczy w Wiedniu.

Miedzy r. 1785 a 1812, liczba porodów wahała się między 855 a 2346; średnio 1600.

Umierało:

przy mniej	niz 1600	porodach (14 lat)	0,8%
„ więcej	„ 1600	„ (14 lat)	0,9%.

2) Rotunda-Hospital w Dublinie.

Od r. 1757 do 1818 liczba położnic rosła stopniowo do 3,500; w r. 1829 zakład został rozszerzonym, a zarazem roczna liczba porodów spadła na 2000 i poniżej.

Od 1758 dd 1829 r. włącznie, śmiertelność wynosiła, przy liczbie:

450—1000	porodów (23 lat)	1,2%	}	1,0%
1001—2000	„ (23 „)	0,9 „		
2001—3000	„ (21 „)	1,4 „	}	1,4%
3001—3500	„ (5 „)	1,3 „		

a od r. 1830 do 1849:

przy mniej niż 2000 porodów (8 lat)	1,9‰	}	1,3‰
„ więcej „ 2000 „ (12 lat)	1,0‰		

3) Coombe lying-in Hospital w Dublinie.

Przy 306—427 porodach (7 lat) 1,2‰ śmierci.

„ 429—513 „ (7 lat) 1,1‰ „

4) Maternité w Paryżu, 1821—1841 i 1843—1848.

Przy 2500—3000 porodach (11 lat) 4,7‰ śmierci.

„ 3001—3752 „ (8 lat) 3,6‰ „

5) Klinika dla lekarzy, Dubois'a w Paryżu (1835—1848).

Przy 242—596 porodach (7 lat) 5,6‰ śmierci.

„ 730—1082 „ (7 lat) 4,1‰ „

6) Klinika dla lekarzy w Wiedniu.

Od r. 1841 do 1846 śmiertelność podczas miesięcy letnich (to jest od maja do września) była o wiele mniejszą a zarazem napełnienie zakładu nierównie częściej mało znaczne, aniżeli w miesiącach zimowych (październik do kwietnia). Aby więc ujawnić wpływ napełnienia miesięcznego, rozdzielałam obie pory roku.

W *zimie* śmiertelność wynosiła:

przy bytności	201—250	położnic	(13 miesięcy)	16,4‰
„	251—275	„	(15 „)	11,1‰
„	276—300	„	(8 „)	10,82‰
„	301—336	„	(9 „)	10,76‰

W *lecie*:

przy bytności	201—250	położnic	(14 miesięcy)	8,6‰
„	251—310	„	(10 „)	7,9‰

Faktem jest przeto, że w tych domach położniczych, w których warunki epidemij gorączki połogowej nie wracają często, już przy nieznaczném napełnieniu zakładu, tam i większe napełnienie

nie wywiera godnego uwagi wpływu; i przeciwnie, wśród odwrotnych okoliczności, przybytek liczby położnic pociąga za sobą zmniejszenie się względnej śmiertelności.

Nowy to dowód słuszności teoryi zakażeń.

Co do przypuszczalnego miazmatu, to ten można sobie wyobrazić albo jako w ścisłym znaczeniu tego wyrazu pologowy, to jest powstający dopiero skutkiem nagromadzenia wielu położnic w tém samym miejscu, albo téż szukać można jego źródła w innych wpływach, które osoby w tę atmosferę wprowadzone już gotowe znajdują. Przeciwno rozwijaniu się miazmatu pologowego przemawiają już zestawienia cyfrowe pod liczbą 1 do 3. Jeżeli mimo to, zechcemy trwać przy tym poglądzie, to musimy sobie wystawić, że miazmat przybiera na natężeniu w miarę większego przepełnienia zakładu, a tém samym ze zwiększającym się przepełnieniem powinniśmy oczekiwać stosunkowo większej śmiertelności. Jeżeli zaś będziemy się skłaniać do drugiego z możliwych pojęć o naturze miazmatu, to trzeba będzie przyjąć, że od chwili w której miazmat rozpoczyna działać, tak bezwzględna jako téż i stosunkowa śmiertelność w porównaniu z dawniejszą zwiększyć się musi, ale zarazem i to, że mimo powiększającego się w dalszym ciągu przepełnienia zakładu, stosunkowa śmiertelność pozostanie niezmienioną. Tymczasem szeregi: 4, 5 i 6-ty pokazują, że chociaż już stan zdrowia położnic się pogorszył, to jednak pomnożenie się liczby porodów, bardzo wyraźnie wpływa na śmiertelność i to z m n i e j s z a j ą c j ą.

Taki sam wpływ widocznym jest z cyfr przytoczonych pod liczbą 3 i pod 2, cz. 2.

Fakt ten objaśnia teorya zakażenia. Ta ostatnia wymaga, aby liczba zachorowań była zależną od liczby dotykowych zanieczyszczonych rękami lub t. p. ciężarnych i położnic. Z powiększeniem się liczby tych ostatnich, zmniejsza się opieka, jakiej pojedyncze osobistości doznają ze strony asystenta, akuszerki i t. p.; innemi słowy: z wzrastającym napełnieniem zakładu, większa liczba ciężarnych ma szczęście pozostać na uboczu niedostrzeżoną, czego skutkiem jest zmniejszenie się względnej chorobliwości i śmiertelności. Przykład lepiej to uwidoczni. Przypuśćmy, że czwarta część chorych umiera; przeto ilość położnic, które przez 14 letnich miesięcy, pod Nr. 6 wymienionych, zachorowały wynosi $4 \times 282 = 1128$ na ogólną cyfrę 3285 położnic; a przez pozostałe 10 miesięcy obliczamy $4 \times 265 = 1060$ zachorowań na 3322 porody. Tam ulegało zakażeniu co miesiąc 80 na 235 osób; tu 106 na 332; więc w ostatnim razie, w porównaniu z pierwszym o 7 mniej. Te 7 stanowią

tylko 14-tą część tych 97-u osób o które powiększyło się napelnienie zakładu. Aby więc objaśnić widoczne pod Nr. 6 zmniejszenie się śmiertelności, dosyć będzie przypuścić, że z powiększeniem się napelnienia o $\frac{10}{24}$, dbałość o położnice zmniejszyła się o $\frac{1}{16}$, czyli, że piąta część przybyłych, uchodzi szczególnej bacznosci tych, którzy roznoszą zażalenie.

Także i spostrzeżenia, które Hecker, nie dzieląc wcale naszych poglądów, podał z Monachium, dowodzą, że epidemie tamtejsze nie polegały na przepelnieniu. W r. 1859/60 wykazała się znaczna różnica między oddziałem płatnym a klinicznym, z których na pierwszym chorowało tylko 4,9%, gdy na drugim 16,3%, chociaż w oddziale płatnym podczas trwania epidemii przypadało na każdą salę po 60 położnic, a w oddziale klinicznym tylko 51. W r. 1861/62 przypadło w oddziale klinicznym tylko 474 porody, gdy w r. 1859/60 było ich 715, a położnice zamiast 4 sal, jak poprzednio, miały ich teraz aż 6. Chorobliwość wynosiła 14,1%; śmiertelność 3,6%. Płacących było w zakładzie 439 (przeciw 449); z tych chorowało 17% a umarło 3,4%. Okolicznosci te są właśnie nowym dowodem, że przy rozuoszeniu choroby osoby uczące się stosunkowo bardzo małą odgrywają rolę.

Powyższe uwagi będą usprawiedliwione, jeżeli przepelnienie tylko w małych zakładach uważać będziemy za moment podnoszący śmiertelność. Nadto, przytoczona już poprzednio statystyka z instytutu akuserek w Petersburgu sama przez się pokazuje, że równiej liczbie położnic, pora roku wpływa także na śmiertelność. Na wiosnę było w instytucie tyleż osób co i w lecie, a jednak chorowało o 3,3% więcej; w zimie tyle co w jesieni, a jednak śmiertelność wynosiła odnośnie 19,23% : 14,98%.

Że przewietrzanie ma pewną wagę przy objaśnianiu wpływu pór roku, za tém przemawia oprócz ogólnych zasad higienicznych jeszcze stopniowe podnoszenie się śmiertelności od lata, przez jesień i wiosnę ku zimie. O takim związku przyczynowym niepodobna myśleć, bez podejrzwania atmosfery o to, iż ona jest jednym z środków (*media*), przez które gorączka płożowa się szerzy. Nie zmusza to jednak do przyjmowania początku miazmatycznego, t. j. nie zniewala do przypuszczenia, iż atmosfera stanowi jedyny środek, czyli, że niepomysłne warunki powietrzni stanowią najglówniejszą i pierwszą przyczynę wybuchu epidemii. Temu przypuszczeniu sprzeciwia się już to przekonanie powzięte z doświadczenia, że w rozmaitych miesiącach zimowych, w Wiedniu, śmiertelność bywała niekiedy niepospolicie szczupłą; że w berlińskim Charité, w zimie 1853/54 r. stosunki zdrowia do czasu wniesienia choroby były dobre, a w 1855/56 mało osób chorowało; wreszcie, że po-

mieszczenie podówczas zakładu w odpowiedniejszym budynku nie spowodowało pomyślniejszych, lecz gorsze okresy, i t. d. Można się ograniczyć na przypuszczeniu, że w pewnych okolicznościach, osoby które zachorowały bądźto dobrowolnie, bądź przez zakażenie, napajają zarazkiem otaczającą je część atmosfery, która może wtedy ze swjej strony roznosić w sąsiedztwie zakażenie, jeżeli niema dostatecznego przewietrzania. Za słusnością tego, przemawiać mogą dobre skutki, jakie w wielu epidemiach pociągało za sobą przewietrzanie i oczyszczanie zakażonych przestrzeni, i jakimi widocznie uwięzioném zostało polepszenie przewietrzania w General lying—in Hospital w Londynie i w domu położniczym wiedeńskim. Tu także można podciągnąć spostrzeżenia, podane przez Semmelweiss'a i Althill'a. Skoro w listopadzie 1847 r. przyjęto na salę położnic pewną osobę z posoczejącém próchnieniem lewego stawu kolanowego, i gdy ta zapowietrzyła salę, zaraz inne położnice chorować zaczęły (Semmelweiss). W Rotunda-Hospital, na jedném z dwóch łózek stojących w mniejszym przedziale jednéj sali, umarła 16 lipca 1854 r. pewna położnica, poczem łóżko to zostało niezajętém, iune jednak pozostały zajętemi. Ze wszystkich położnic zachorowała teraz jedna tylko, ta która leżała na łóżku najbliższém łóżka zakażonego. W d. 26 i 28 lipca umieszczono położnice na obu tych łózkach, i obie umarły, jedna 4-go, druga 5-go sierpnia, gdy tymczasem wszystkie inne, w głównym przedziale téj sali, i w innych salach szpitala, pozostały zdrowemi (Althill). Przenoszenie się choroby za pośrednictwem atmosfery popierają zapewne i inne spostrzeżenia, według których gorączka połogowa podczas niektórych epidemij ograniczała się na pojedynczych salach jednego zakładu ¹⁾. Na téj drodze objaśniają się także niektóre wypadki, gdzie mimo wszelkich starań, niepodobna

¹⁾ Hildebrand (l. c.) na dowód, że choroba szerzyć się może przez powietrze, przytacza następane fakta: Najpierw, zdarzało się nieraz, że z trzech, przez otwarte drzwi łączących się ze sobą sal dla położnic, środkowa najsilniej była przez chorobę napastowana; i ta, tak względnie jak i bezwzględnie przez pewien czas najliczniej była obłożona. Skoro przez dostateczne otwieranie okien zapobiegać zaczęto zastojowi powietrza, i w téj sali wrócił równie pomyślny stan zdrowia. Dalej, w zimie 1859 r. podczas panowania epidemii gorączki połogowej zachorowała także jedna posługaczka podczas miesiączkowania, wśród objawów zapalenia macicy, i zanim wyzdrowiała zebrały jęj się dwa ropnie, jeden na prawém ramieniu a drugi w okolicy drugiego kręgu krzyżowego. Ostatni ten fakt, naszym zdaniem, wymaga objaśnienia, mianowicie takiego, że posługaczka owa zakaziła sobie części rodne bezpośrednio, zanieczyszczone mi palcami.

wykryć inną możliwą drogą, którą przyszło zakażenie, i najłatwiej daje się pojąć, dlaczego, jeżeli choroba wystąpi w zdrowym dotąd miejscu, ulegają jej także i te położnice, które już przeleżały niebezpieczny czas połogu, i nie były poddawane badaniu.

Jak wielki jest wpływ niedostatecznego przewietrzania, do czasu nie można nic stanowczo powiedzieć. My bylibyśmy może skłonni uważać szerzenie się choroby przez powietrze za podrzędne; a w żadnym razie nie możemy tej drogi uważać za główną. Do powodów wyżej podanych, przydamy tu tylko następne. Jeżeli fakta podane przez Althill'a i Hildebrand'a zechcemy uważać za dowody, że gorączka połogowa może się udzielać przez powietrze, to uczą one zarazem, że powietrze działało zakażająco o tyle tylko, o ile przewietrzanie było niedokładne. W wielu epidemiach stwierdzono, że w tej samej sali w której leżały ciężko chore, inne położnice pozostawały przy zdrowiu; a tymczasem, osoby które leżały w oddzielnych pokojach ulegały chorobie.

Badanie wpływu przepelnienia i przewietrzania odwiodło nas już od rozważania przyczyn mogących w zimniejszej porze roku sprawdzić większą częstość „pierwszych wypadków“ a natomiast wprowadziło nas na kwestyę, dla czego trudniej jest uniknąć rozniesienia choroby w tej porze. Bez wątpienia, pod tym ostatnim względem więcej przychodzi pod uwagę zwiększona gorliwość asystenta i innych, większa trudność utrzymania czystości, i t. p.

Naszym przeto zdaniem, czynników wpływających na przeważne pojawienie się gorączki połogowej w zimniejszej porze roku, jest wiele, i nie twierdzimy bynajmniej żeśmy je tu wyczerpująco opisali. Przyczyniać się one będą w rozmaitych zakładach na różne rozmiary do smutnych następstw.

Skoro tedy zechcemy upatrywać w gorączce połogowej nic innego jak tylko wynik gnilnego zakażenia, pozostanie nam podzielić życzenie dokładniejszego wyjaśnienia prawdziwej natury gnilnego zarazka, i zapewnić pełne uznanie dążnościom ku temu celowi skierowanym. Do czasu przyjmujemy to tylko, że ten zarazek gnilny działa na podobieństwo fermentu; zaś rozstrzygnięcie pytania, czy on jest jakością chemiczną, czy też, jak przyjmuje Mayerhofer, matwiki (*vibrio*nes), są pośrednikami zakażenia, pozostawiamy przyszłości. Obyśmy, postępując różnymi drogami dążącymi do szukania prawdy, jak najprędzej rozstrzygnąć to mogli.

Zasady, jakimi kierować się trzeba przy leczeniu pojedynczych wypadków gorączki połogowej, wyłożyliśmy już przy opisie poło-

gowych zapaleń macicy. Im mniej zadawałają skutki sztuki lekarskiej w ciężkich wypadkach choroby, tém ważniejszém jest zapobieganie.

Zadanie jakie to ostatnie ma do rozstrzygnięcia, a mianowicie: ochrona od zakażenia materjami posoczącymi, łatwiejszém jest do spełnienia dla lekarzy i akuserek prywatnych, aniżeli dla zatrudnionych w domach położniczych.

Najważniejszą rzeczą jest, aby przystępować do badania i niesienia pomocy z czystymi rękami, i używać przy obsłudze ciężarnych i położnic czystych tylko narzędzi i sprzętów. Niestety, da się to osiągnąć na pewno, tylko przy staranném unikaniu wszelkiego zanieczyszczenia materjami gnijącymi; bo działanie znanych środków odwonniających (*desinfectio*), prócz jedynie dłuższego wpływu atmosfery, jest niepewne. Najlepszymi z tych środków są: chlor i nadmanganian potażu.

Konsekwentnie przeprowadzone obmywania chlorowe przed każdym badaniem, znacznie zmniejszyły śmiertelność w klinice dla lekarzy w Wiedniu r. 1847 i 1848; zaś doniesienia innych lekarzy położniczych o zupełnej niby bezużyteczności tych środków ostrożności, są dla nas dla tego małego znaczenia, że donoszący nie byli przekonani o prawdziwości teorii zakaźnej, a tylko gruntowne przeświadczenie pod tym względem, daje pewność, że starano się o odwietrzanie w całej rozległości. Mimo to, sądzimy, że *S e m m e l w e i s s* nazbyt przecenia skutki obmywań chlorowych; a ten nasz sąd potwierdza, o ile się zdaje, wybuch gorączki płożowej w klinice peszteńskiej, za który *S e m m e l w e i s s* składa wprawdzie odpowiedzialność na użycie źle wypranych prześcieradeł i zaniedbanie regularnej zmiany bielizny. Nieprzerwane używanie chemicznych środków odwietrzających, nie jest bez wątpienia we wszystkich zakładach potrzebném, aby osiągnąć stosunkowo pomyslny stan zdrowia; w Wiedniu stan taki trwał bez przerwy od r. 1857—1860, chociaż nie używano ani wody chlorowej ani nadmanganianu potażu. Oczyszczanie rąk zwykłym sposobem, jeżeli jest tylko staranne, także coś znaczy. Z tém wszystkiém, przewaga środków odwietrzających chemicznych w ogóle, a w szczególności po zanieczyszczeniu pierwiastkami gnijącymi, jest niezachwiana. Ciągłe ich użycie zaleca się szczególnie tym, którzy, jak pokazało doświadczenie, bywają głównymi pośrednikami zakażenia, t. j. osobom zatrudnionym w zakładach położniczych.

Aby uniknąć zakażenia za pomocą przedmiotów martwych, każda rodząca lub położnica powinna mieć łóżko pokryte materjami nieużywany lub dobrze oczyszczonymi, i otrzymać kanki dla niej tylko prze-

znaczone, oczyszczone przez wygotowanie; użycie gąbek powinno być zupełnie zaniechane.

Zakażenie za pośrednictwem powietrza ograniczyć można za pomocą przyrządów do przewietrzania, przez oddzielanie chorych oraz odwonianie posoczystych odpływów, jakoteż podkładów takowemi zanieczyszczonych, i t. p., za pomocą właściwych środków.

W jakich rozmiarach można na czasie odosobniać chore, zależy to od urządzenia zakładu. Przez właściwe urządzenie budynku i odpowiednie uorganizowanie zarządu, można prócz tego utrudnić roznoszenie choroby przez osoby zatrudnione w zakładzie, które nie w każdej chwili dopilnować można. Każdy dom położniczy powinien być przeto tak zbudowany i urządzony, ażeby czynił zadosyć wszystkim warunkom wymaganym od szpitala, a nadto, aby posiadał podwójną ilość pokoi aniżeli potrzeba wymaga, i ażeby te były rozmieszczone w różnych, nie graniczących ze sobą oddziałach, tak żeby je można zupełnie rozdzielić; nadto posiadać powinien i pokoje dla zupełnego odosobnienia pojedynczych chorych. W takich warunkach, można (co szczególnie w latach niepomyślnych wielkiej jest wagi) każdą salę, skoro już raz była użyta, odwietrzyć za pomocą par kwasu saletrzanego, a następnie przez czas dłuższy wystawić na działanie powietrza atmosferycznego, a mimo to zawsze będziemy mieli do rozporządzenia pokoje, w których osoby zdrowe będą mogły być zabezpieczone od zetknięcia z chorem i doglądającymi je osobami. Przy budowaniu nowego instytutu w Kiel urządzono nawet dla każdej położnicy oddzielny pokój. Stosownie do naszego zdania o warunkach przyczynowych, urządzenie takie jest zbyt utrudnia ono opiekę i nauczanie kliniczne, nie może się więc przynajmniej zalecać dla zakładów, które mają służyć dla znaczniejszej liczby studentów.

Skoro gorączka połogowa wybuchnie, to główne zadanie na tém polega, aby przeszkodzić lekarzom, akuszerkom i posługaczkom roznosić chorobę. Jeżeli środki ostrożności ku temu skierowane, z których najważniejszym jest zupełne oddzielenie osób zatrudnionych w zakładzie, nie doprowadzą do celu, to pozostanie tylko zakład na pewien czas zamknąć, i odwietrzyć sale i sprzęty.

Próbowano także zapobiedz szerzeniu się epidemii przez zapobiegawcze używanie rozmaitych środków lekarskich. Aby uchronić zdrowe ciężarne od choroby w położu, *Levret* dawał im siarczan potażu, *Wedekind* — kwas azotny, *Gordon*, *Richter*, *Cederschjöld* — środki wypróżniające, *Kennedy* — *cuprum sulfur.* — *amoniat.* z makowcem, *Chaussier* — proszek Dowera, *Garlike* —

makowiec, Cazeaux, Faye, Kehreri inni—chininę, Robert Johns—rtęć. Wychodzili oni z téj zasady, że środki, które po wybuchnięciu choroby najwięcej przynoszą pożytku, najprędzej téż powinny być w stanie zapobiedz wybuchowi. Doświadczenie nie wykazało żadnej korzyści z podobnego leczenia, a wnioski do jakich my doszliśmy pod względem etiologii gorączki połogowej, każą uważać wszystkie te próby za chybione. Nawet staranna dyetetyka i leczenie ciąży, porodu i położu, mało chronią od gorączki połogowej. Mogą one jednak często, gdzie niema warunków zakażenia gnilnego, chorobie zapobiedz, a jeżeli tego nie uczynią, mogą jeszcze ograniczyć rozwój gnijących produktów wybuchłej sprawy chorobowej, a tym sposobem, w pewnych razach, jużto zapobiedz zakażeniu samej chorób przez się, już znowu odwrócić od innych położnic niebezpieczeństwo, jakim rozwinięcie się podobnych produktów grozi.

4. Obłęd połogowy.

Esquirol: *Journ. général de médecine*. LXI; i *Geisteskrankheiten u. s. w. von Bernhard*.—Neumann: *Die Krankheiten des Vorstellungsvermögens*. Leipzig 1822. — Burrow: *Commentaries of the causes, forms, symptoms and treatment moral und medical of Insanity*. London 1828. A. d. E. Weimar 1831.—Kiwisch: *Krankh. der Wöchnerinnen II*.—Griesinger: *Pathol. und Therapie d. psychischen Krankheiten*, Stuttgart 1845. Berndt: *Krankh. d. Wöchnerinnen*. Erlangen 1846. — Leubuscher: *Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. zu Berlin*. Bd. III s. 94. — Ideler: *Annal. d. Charité* 1852, 1.—Scanzoni: *Klin. Vortr. von Kiwisch III*. p. 524.

Nadmienialiśmy już przy opisie połogowych zapaleń macicy, że niektórym formom chorobowym towarzyszy stan egzaltacji psychicznej. Wypadki te należą szczególnie do zapalenia obokmacicznego i posokowatego zapalenia wnętrza macicy; objaśniają się zaś wpływem zakażonej krwi na mózgowie. Z drugiej strony, stany podobne występują wskutek zapaleń przerzutowych w dalszym przebiegu swych chorób, i to nie tylko w następstwie miejscowych processów w mózgu i jego oponach, ale także i przy ogólnej posocznicy. Wszystkie te wypadki, mieszane dawniej z prawdziwym obłędem połogowym i dopiero przez nowszych autorów, jak np. Kiwisch'a, pod nazwą obłędu objawowego, odeń oddzielone, wyłączymy tutaj zupełnie, gdyż w nich obłęd jest tylko obja-

wem innéj, ważniejszój choroby. Ale i wypadki obłądu położowego pozostające po wyłączeniu majaceń objawowych, wielką jeszcze przedstawiają różnaitość; to téż Neuman, Berndt, Leubuscher i inni, porównywali je między sobą i podzielili na kilka grupp. Tak np. Neumann rozróżniał *Maniam puerperalem* i *Maniam in puerpera*, rozumiejąc pod pierwszą nazwą te wypadki obłądu, których moment etiologiczny tkwił w właściwym stanie życiowym położnicy, a przyczyna choroby nie dotykała wypadkowo jedną tylko położnicę. Pomijając tę wszelką klasyfikacyę, ograniczymy się tylko na szematyczném zestawieniu ogólnych dróg, na jakich obłąd u położnic się rozwija.

W rzędzie przyczyn zaburzeń umysłowych u kobiet, wpływy pochodzące od przyrzędu płciowego mają bardzo wielkie znaczenie. Odnosi się to do miesiączkowania i zaburzeń w takowém, ale w wyższym jeszcze stopniu do ciąży. Cięża w ogóle wyjątkowo tylko prowadzi do rozwinięcia się choroby umysłowej pod formą głębokiej zadumy lub obłądu, ale za to częściej sprowadza ona chociaż umiarkowany stan pognębenia psychicznego, który to stan nie rzadko bywa zapowiednią albo nawet pierwszym okresem późniejszego obłądu położowego. Przyczyny rozstrojenia umysłu podczas ciąży są po części somatyczne, po części zaś psychiczne. Do pierwszych należą przedewszystkiem mechaniczne przekrwienia jamy czaszki, wywoływane zaburzeniami krążenia w sercu i płucach, a zdradzające się częstokroć wyraźnie, wytworzeniem tak zwanych wyrostów kostnych położowych (*osteophyta puerperalia*). Dalej ciąża bywa niekiedy pośrednią przyczyną choroby umysłowej wskutek następcej niedokrwistości i zaburzeń w odżywianiu. Nakoniec przyrząd płciowy wpływa niewątpliwie i podczas ciąży na mózg, chociaż tego wpływu niepodobna ani anatomicznie wykazać, ani na mechanicznej drodze objaśnić, podobnie jak nie można objaśnić częstego wpływu chorobliwych stanów macicy i jajników. Z pomiędzy przyczyn psychicznych wpływają tu nie tylko obawa skutków porodu i porogu, albo téż u niezamężnych obawa wstydu i biędzy, ale więcej może jeszcze wszystkie te wstrząśnienia umysłu i walki, jaki osobliwie pierwszej ciąży towarzyszą, i stosownie do stopnia wykształcenia, położenia osobistego kobiety, lub t. p. koniecznie rozmaitemi być muszą. Do tego dodać trzeba tak cielesne jako téż i moralne przejścia przy samym porodzie, które niekiedy, jeżeli bóle miejscowe, zaburzenia w krążeniu lub wstrząśnienia umysłu niezwykłego dosięgną stopnia, nagle wywołują obłąd; ten jednak trwa zwykle krótko (kilka godzin) i ma znaczenie przeważnie tylko pod względem sądowo-lekarskim, gdyż w tym stanie wzburzenia umysłu, mogą być pokuszenia o dzieciobójstwo.

Ze zwykłej zmiany nastroju umysłowego, jakie powodują ciąża i poród, samo przez się wynika, że przez ciąg pierwszych dni położu istnieje wciąż wielkie usposobienie do zaburzeń umysłowych, które to usposobienie zwiększyć się jeszcze musi, jeżeli podczas porodu, lub po jego ukończeniu przyszło do obfitszego krwotoku, który sprowadził mniejszy lub większy stopień niedokrwistości. Nie trzeba się przeto dziwić, że w tym czasie nieznaczne napozór wpływy psychiczne sprowadzają wybuch zupełnego obłądu i że, wyłączając te wypadki, w których położnica gwałtownie się przeleżała, przyczyna wywołująca bardzo często pozostaje niedocieczoną. Że zaś bezpośrednim powodem wystąpienia obłądu bywa pospolicie wzruszenie umysłowe, przemawia za tém, prócz wielkiego znaczenia etiologicznego wszelkich podobnych wzruszeń, w dziejach rozwoju chorób umysłowych, w szczególności jeszcze doświadczenie *Esquirol'a*, który u 92 chorych, 46 razy był w możności wykrycia psychicznej przyczyny obłądu połogowego.

W powyższym opisie ograniczyliśmy się na rozebraniu tych tylko przyczyn, które wypływają z samego stanu połogowego. Rozumie się jednak samo przez się, że obok tych, zachowują także pełne swe znaczenie inne jeszcze momenta, z liczby tych, które w ogóle wpływają na rozwój chorób umysłowych, a tém samém, że choroba tém łatwiej może wybuchnąć, im usposobienie do niej będzie więcej podniesione, w skutek innych warunków. Na pierwszym miejscu postawić tu przychodzi usposobienie dziedziczne, które daje się wykazać w bardzo wielkiej liczbie wypadków; tak np. na 30 kobiet leczonych w zakładzie dla obłąkanych *Stephansfeld*, spostrzeganém było 14 razy.

Jak często obłąd u położnic się pojawia, nie można nic pewnego powiedzieć; ale za to to jest pewném, że u niemałego ułamka wszystkich kobiet umysłowo cierpiących, choroba w położu wybuchła. Tak np. *Esquirol* wykrył ten początek u $\frac{1}{12}$, *Rusli* u $\frac{1}{13}$, *Hasslam* u $\frac{1}{20}$ części wszystkich kobiet dotkniętych chorobami umysłu, a w *Beddiam-Hospital* ilość chorych na obłąd połogowy wynosiła aż $\frac{1}{8}$ ogólnej cyfry.

Obłąd połogowy występuje najczęściej pód formą podniecenia psychicznego, jako szał; ale bardzo także często pod formą zadumy. W ogóle nie różni się on pod względem formy od innych zaburzeń umysłowych, tak jak przy jego rozwoju nie odgrywają roli żadne inne prócz ogólnie znanych momentów etiologicznych chorób umysłowych. Z tego jednak wynika, że wyłączanie zaburzeń umysłowych występujących w położu, z szeregu innych, i obejmowanie ich pod nazwą obłądu połogowego, by-

najmniej usprawiedliwić się nie da. Dla ginekologa tylko, jak łatwo pojąć, te właśnie wypadki, szczególny przedstawiają interes.

Rozpoznanie w początkach nie zawsze może być niewątpliwem. Jeżeli wybuchowi choroby nie towarzyszą znaczniejsze poruszenia gorączkowe lub napływ do głowy, to istotnie trudnoby ją wziąć za objawowe majaczenia gorączkowe i ostre przekrwienie mózgu. W innych wszakże razach wszelka wątpliwość wtedy dopiero znika, kiedy choroba zasadnicza zdradzi się charakterystycznymi objawami. Według przekonania *I d e l e r*'a zasługuje także na niejaka uwagę przy rozpoznawaniu charakter zaburzenia umysłowego, który przy właściwym obłędzie bywa patetycznym.

Rokowanie w obłędzie połogowym jest pomyślniejsze, aniżeli w innych chorobach umysłowych; wiele bowiem chorych powraca do zupełnego zdrowia, chociaż częstokroć dopiero po upływie pewnej liczby miesięcy; a do tego choroba nie często się ponawia, i ponowy nie bywają tak niebezpieczne.

Przy leczeniu obłędu połogowego, odgrywają rolę te same zasady, według których prowadzi się leczenie wszystkich w ogóle zaburzeń umysłowych. Położnica dotknięta obłędem, nie może, jak łatwo rozumieć, karmić swego dziecka; ale winna być zresztą tak samo pielęgnowana jak każda inna. W pierwszych chwilach starać się trzeba głównie o to, aby chora ani sobie ani innym nie zrobiła szkody; ale to tylko za pomocą jak najłagodniejszych środków. Przy wielkiem wzburzeniu najwięcej pomagają ciepłe kąpiele. Skoro organa rodne już dostatecznie wróciły do zwykłego stanu a choroba umysłowa nie została usunięta, najlepiej odesłać chorą do zakładu dla obłąkanych.

SPROSTOWANIE WAŻNIEJSZYCH POMYŁEK.

<i>Strona</i>	<i>wiersz</i>	<i>. zamiast:</i>	<i>powinno być:</i>
17	8 od góry	powierzchni	powierzchnie
17	4 od dołu	po owym	po swym
19	14 „	wpukleniach	wynicowaniach
27	8 od góry	oddalenia	oddalenie
48	19 od dołu	wokółmaciczne	obokmaciczne
60	16 od góry	pochwą	pochwę
66	17 „	miednicy	macicy
71	16 „	dosięgnięty	dosięgnięty
71	3 od dołu	dla	tu
81	15 od góry	wpływają,	wpływają
86	11 „	wpukleniu	wpukleniem
88	3 od dołu	nadmienioną	nadmierną
90	18 od góry	odpowiednich	odpowiedniej
98	13 „	z przesmyku	w przesmyku
104	16 „	znaczenia	znaczenie
111	4 od dołu	T. 2.	T. z.
113	15 „	zaparciu	zaparcie
121	18 od góry	pochwy	pochwy;
122	1 od dołu	ściągają	sięgają
124	2 od góry	rozstrojenie	rozstrojenie
125	3 „	belesności	bolesności
126	1 „	skreślić	określić
126	18 „	wodą	wodę
126	16 od dołu	zimowym	zimnym
127	3 od góry	osięgamy	osiągamy
129	16 od dołu	przezeń	przezeń przechodzić i...
139	7 od góry	zmienione	zmiennne
142	14 „	od najpóźniej	od części najpóźniej
144	21 „	właściwych	właściwszych
156	3 „	Frichomenas	Trichomonas
158	3 „	nieznaném	nieznaczném
161	1 „	popierają:	popierają
162	6 „	zachowywać	zastosowywać
164	8 „	stężowym	stężonym
165	3 „	większy	miększy
169	15 „	większe	miększe
184	17 od dołu	pośladkowe	podśluzowe
184	3 „	włóknika	włóknika
187	11 od góry	pograniczne	pograniczne organa

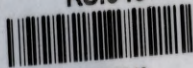
<i>Strona</i>	<i>wiersz</i>	<i>zamiast:</i>	<i>powinno być:</i>
198	4 od dołu	chemicznych	chirurgicznych
218	6 od góry	nie	nim
220	3 od dołu	można,	można
221	20 od góry	środki te	środków tych
223	7 „	podwiązanie	podwiązaniem
223	10 od dołu	Museux'go	Museux'go
224	17 od góry	minąć	uniknąć
228	7 „	dosięganą	dosięgalną
230	14 „	nieporodowe	niby porodowe
244	13 od dołu	chorób	choroba
247	19 od góry	roztwarzającą	roztwarzającą i przeistaczającą
256	14 od dołu	cierni	cierpni.
272	13 od góry	znaczenie	znacznie
273	3 „	łobra	dobrze
273	9 od dołu	określeniu	określenie
286	6 „	wagę	wadę
295	17 „	wstydlwych,	wstydlwych
308	4 „	części macicy	części rodnych
333	7 od góry	niepostrzeżenie	nie niepostrzeżenie
336	17 od dołu	Sout. Lam'a	Southam'a
337	6 „	ciężliwem	uciążliwem
342	10 „	wykreślić wyrazy: wody, oraz 4 cz.	100 cz. naciągu jodowego, 100 cz. wody, oraz 4 cz. jodku potassu
343	4 od góry	zwrócić	znosić
345	16 od dołu	surowicza białkowata	surowicza lub białkowata
355	1 „	w 15 ⁰ / ₀	u 15 ⁰ / ₀
355	3 „	poprzedzić	popęlnić
363	10 od góry	przetworów	przestworów
363	17 „	gruczołków	gruczołków
364	10 „	przetworów	przestworów
365	5 od dołu	skórnych	starszych
366	15 od góry	rdzenia	rdzeniaka
366	18 „	w podścieliska	w podścielisku
367	7 „	nagórkowate i jednostaj- nej	wzgórkowate i niejednostajnej
369	14 „	drahm	drachm
417	16 „	dany	dawnym
455	14 od dołu	wodą	watą
457	8 „	narośla	narośle
459	15 od góry	torbielaki	torbielki
461	11 „	szypułę,	szypułę
462	20 „	otworzył	odtworzył
466	2 „	z krocza	w krocza
482	4 od dołu	normalnie	normalno
499	2 „	mleko	mleka
500	3 „	tylko,	tylko

<i>Strona</i>	<i>wiersz</i>	<i>zamiast:</i>	<i>powinno być:</i>
501	1 od góry	rozwiniecia	rozwinieciem
507	7 od dołu	intracamacularia	intracanalicularia
515	14 „	komórkami:	komórkami
516	13 „	zasinije	zasinieje
516	6 „	większych	miękkszych
530	9 od góry	skutek	w skutek
530	10 „	plód,	plód,—
531	4 „	0,03 ⁰	o 0,03 ⁰
532	w tytule	polip włóknisty	polip włóknikowy
542	15 od dołu	jój	jego
547	3 „	Ropienia	Ropnie
551	17 „	mogąc	mogą
554	3 „	zaostrzoném	zaostrzeniem
557	18 „	ssmowiedzę	samowiedzę
574	14 od góry	otrzewnej.	otrzewnej,
575	17 „	po porodowe	poporodowe
583	12 od dołu	nić	nie
606	12 „	że przyczyny	że przyczyny,
613	5 od góry	Fakt	Fakt,
623	5 „	odwonnianie	odwonianie

**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

KS.646



210000000646



www.dlibra.wum.edu.pl