H-33538

BIBLIOTEKA
UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH
(Wydanie Redakcyi Gazety Lekarskiéj).

NAUKA
O CHOROBACH KOBIÉT
(GYNAEKOLOGIA).

PRZEKŁAD

Dzieła D-ra G. Veit'a: „Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Puerperalkrankheiten." (2 Auflage, Erlangen. 1867).

PRZEZ

D-ra Mieczysława Gruella
Lekarza m. Ostrowca.

Z 32 - ma drzeworytami w tekscie.

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

1871.

39

540.023

540023

Дозволено Цензурою.

Варшава, 13 (25) Октября 1871 года.

020169

~~Rps 530/39=65d~~ Rps 114/88

SPIS RZECZY.

		Strona
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 macicznéj za pomocą gąbki prasowanéj, 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, jakotéż w postaci lekarskich krążków macicznych etc.	42
d)	Zastosowanie środków żrących na szyję maciczną	45
e)	Przyżeganie jamy macicznéj . .	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

		Strona
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 ciężarnéj	112
	c) Opadnięcie macicy i pochwy . .	118
	d) Wynicowanie macicy . . .	135
	e) Przepukliny maciczne . . .	147
7.	Naruszenia całości macicy . . .	148
8.	Zapalenia macicy u kobiét niebrzemiennych .	148
	a) Zapalenie błony śluzowéj macicy i pochwy	149
	α) Ostry nieżyt macicy i pochwy .	—
	β) Przewlekły nieżyt macicy i pochwy. Białe upławy	153
	b) Zapalenie miąższu macicy . .	164
	α) Ostre zapalenie macicy . .	—
	β) Przewlekłe zapalenie macicy. Przewlekły zawał. Przerost macicy .	168
9.	Zapalenie macicy podczas ciąży i połogu .	177
10.	Obnażenia i owrzodzenia szyi macicznéj .	
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 macicznéj	258
19.	Zboczenia w miesiączkowaniu . . .	260

		Strona
	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 jajników	309
6.	Twarde guzy jajników	362
ROZDZIAŁ V.	**Choroby więzów macicznych** . . .	368
1.	Choroby więzów okrągłych . . .	—
2.	Zapalenie więzów szerokich. Zapalenie otrzewnéj miednicy	370
3.	Krwotoki w więzach szerokich. Krwistek okołomaciczny	379
4.	Nowotwory w więzach szerokich i obok nich.	389
ROZDZIAŁ VI.	**Choroby pochwy i części płciowych zewnętrznych**	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.	Gruźlica pochwy	412

		Strona
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 moczowéj**	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 brodawkowate 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 ogonowéj	472
	Dodatek:	
11.	Choroby cewki moczowéj żeńskiéj	475
	a) Wady rozwojowe cewki moczowéj	—
	b) Rozszerzenie, wypadnięcie, nieżyt cewki moczowéj	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 łącznéj podskórnéj	—
	b) Zapalenie tkanki łącznéj podsutkowéj	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 łącznéj	—

Strona

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

ROZDZIAŁ IX. **Choroby połogowe.** 526

1. Krwotoki połogowe; 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. Połogowe zapalenia macicy i t. p. . . 539
a) Zapalenie połogowe wnętrza macicy i pochwy . . . . . —
b) Połogowe rozlane zapalenie macicy i zapalenie obokmaciczne . . . 546
c) Zakrzepy połogowe . . . 566
d) Połogowe zapalenie otrzewnéj powlekającéj macicę 572
3. Gorączka połogowa 579
4. Obłęd połogowy 624

NAUKA
O
CHOROBACH KOBIĘT.

(GYNEKOLOGIA) [1]).

LITERATURA.

Die pseudo-hippocratischen 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.* — Th. 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 Erkentniss 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. 1 Th. Göttingen 1831. II Th. von Balling 1836.* — Mad. 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, Stuttgard 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 révues 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.* tlom. *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 kobiéty, rozpoczyna się dopiéro z okresem dojrzewania (*pubertas*), i nie do najpóźniejszego trwa wieku. Łatwo téż pojąć, że choroby tego przyrządu rozwijają się głównie w latach tak zwanéj dojrzałości płciowéj. Przed dojściem do téj ostatniéj, 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 manifestacyą innych, i to głównie ogólnych chorób; tak np. nieżyty w następstwie skrofułów, krwotoki przy ostrych wysypkach, durzycy, posocznicy i innych, cierpienia gruźlicze. Z zaprzestaniem miesiączkowania zmniejsza się znowu coraz bardziéj usposobienie do chorób. Zła opinia, przywiązana do okresu przekwitowego (klimakterycznego), jak od dawnego już czasu okazała się nieuzasadnioną, tak teraz staje się coraz bardziéj niewątpliwém, że początek wielu chorób pozornie w tym okresie rozwiniętych, do wcześniejszéj odnieść należy epoki. Daléj, nie należy spuszczać z uwagi, że zaprzestanie czynności płciowéj następuje nie nagle, lecz stopniowo, jak tego dowodzą niejednokrotnie spostrzegane fakta, 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 dojrzałości płciowéj, rozmaite czynności przyrządu płciowego, dają wciąż ponawiającą się sposobność do powstania mniéj lub więcéj znacznych zaburzeń. Odnosi się to przedewszystkiém do owego peryodycznego przekrwie-

nia, towarzyszącego dojrzewaniu jajek. W zwykłych okolicznościach, natężenie tego przekrwienia reguluje się odpowiedniém krwawieniem z macicy, a w odstępach międzymiesiączkowych zupełne następuje wyrównanie. Jeżeli jednak to przekrwienie fizyologiczne z jakiegobądź powodu nadmiernie się podniosło, jeżeli krwawienie jest zaszczupłe, albo, jeżeli to ostatnie, co się nierzadko wydarza, zostało nagle powstrzymaném, skutkiem nieodpowiedniego zachowania się lub przypadkowego wpływu zewnętrznych szkodliwości, wtedy wyż wspomniane wyrównanie doznaje utrudnienia. Powstają tu przewlekłe przekrwienia, i to łatwiéj wtedy, jeżeli czynność serca i ciśnienie tętnicze są zmniejszone, jak to bywa przy blednicy 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, nię jest jednak bez wszelkiego znaczenia. Najwybitniéj 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 kobiéty w późniejszych latach, lub z macienniczą nadczułością wchodu pochwy, wstępują w związki małżeńskie. Daléj, pewném jest, że zaraźliwe śluzotoki (rzeżączki) nietylko przechodzą w przewlekłe nieżyty pochwy, macicy i jajników, ale także często stają się przyczyną zapalenia jajników i otrzewnéj miednicy (*pelveoperitonitis*). Nakoniec i nadużycia płciowe nie są także bez wpływu. Stosunkowa rzadkość chorób przyrządu płciowego u nierządnic, niczego jeszcze pod tym względem nie dowodzi, gdyż nie o zbytek w użyciu tu idzie. Gdzie lubieżne pobudzenie doprowadzaném bywa istotnie do zbytku, tam widzimy rozwijające się ostre lub przewlekłe zapalenia macicy, chociaż także przy współudziale innych momentów, jak przekrwienia miesiączkowego, wysileń ciała, zaziębień i t. p. Słusznie też spółkowanie w czasie miesiączkowania, oraz zwyczaj podróży weselnych uważane być muszą za niebezpieczne.

Niemniéj ważnym jest, w latach rozwijania się, bynajmniéj 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 nieżytów i t. p.

Najważniejszy przecież wpływ wywierają przemiany połogowe. Z niemito wiele cierpień kobiecych w bliższym lub dalszym stoi stosunku. Pomijając już właściwe choroby okresu połogowego, w których przyczyny nie będziemy tu wchodzili; pomijając żylakowate rozszerzenia, pozostające w splotach otaczających macicę, pochwę i kiszkę odchodową po kilkakrotnie powtórzonych ciążach, i mogące sprowadzić krwistek (*haematocele*); pomijając wreszcie, rzadkie w ogóle, pęknięcia i rozdarcia, do których akt porodowy daje sposobność, z dalszemi ich następstwami; — dotknąć tu musimy szczególniéj zaburzeń w połogowéj 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 jużto czasowych, już niewczesnych.

Podobnie jak z czynności, tak też i z anatomicznéj budowy organów rodnych wynikają usposobienia do rozmaitych chorób. Macica, jajowody i jajniki powleczone są błoną otrzewną. To też ta ostatnia, wraz z pierwotném cierpieniem rzeczonych organów, nierzadko także cierpieć zaczyna, — bądźto, 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 surowiczéj. Z drugiéj znowu strony, pierwotne sprawy dotykające otrzewnę, przenoszą się także i na więzy maciczne, albo też, jak np. przewlekłe zapalenie otrzewnéj biodrowéj, sprowadzają zmianę w naprężeniu więzu szerokiego, z dalszemi stanu tego następstwami (ustalenie dna macicy, przodozgięcie macicy).

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

Duverney'a znajdujące się w wargach większych, w pewnych okolicznościach ulegają zapaleniu i przemieniają się w torbiele.

W mięsistym miąższu macicy przerasta tkanka łączna, powstają mięśniaki i polipy szypułkowate; — ostatnie także w tkance komórkowatéj 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. Zniekształtnienie pierwszego z tych organów, obecność jamy w jego wnętrzu, oraz rozdział takowéj na dwie części: górną i dolną, za pośrednictwem przesmyku, — wszystko to umożebnia w pewnych okolicznościach nagromadzanie się wydzielin i rozciąganie przez takowe bądź saméj tylko właściwéj jamy macicy, bądź téż i kanału szyi macicznéj.

2. Symptomatologia.

Objawy chorobowe, zależące od nieprawidłowego zachowania się przyrządu płciowego kobiéty, należą albo do niego samego, albo do organów sąsiednich, albo wreszcie pojawiają się na odleglejszych okolicach ciała, gdzie często nawet najwybitniéj występują.

Z pomiędzy objawów odnoszących się do samego przyrządu płciowego, na piérwszém miejscu postawić wypada rozmaite nieprawidłowe wrażenia (sensacye). 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 czynném lub biernem przekrwieniu, i przy wielkiéj zmienności co do natężenia, odznacza się swoją trwałością, jakotéż wzmaganiem się pod wpływem nacisku na bolące miejsce. Trwałe to wrażenie, ogranicza się po większéj części na uczuciu pełności, ciężkości i ciśnienia w głębi podbrzusza, przecież w wielu bardzo wypadkach przeważném miejscem tego rodzaju dolegliwości bywa okolica krzyżowa. Często bywa przy tém, od czasu do czasu, szczególniéj podczas stania i chodzenia, a przynajmniéj przy wysileniach ciała, uczucie tłoczenia ku okolicy sromowéj. Bóle żywsze, często przez chorych mianem „kłujących" określane, odnoszą się do zapalenia składek otrzewnéj, powlekającéj wewnętrzne organa płciowe.

Bardzo wiele chorych skarży się czasami na bóle „d o p o r o d o w y c h z b l i ż o n e." Te są po największéj części następstwem rzeczywistych kurczeń macicy, wywołanych nagromadzeniem się krwi, śluzu, ropy, w jamie macicy, nowotworami rozwijającemi się w ścianach lub jamie tego organu, wysiękiem w tkań błony śluzowéj, prowadzącym do częściowego odłuszczenia się téj ostatniéj (miesiączka bolesna błoniasta). Natężenie takowych bólów zależném jest od siły ściągania się, od stopnia targania jakiego przy tém szyja doznaje, wreszcie od stopnia chorobliwéj wrażliwości macicy. Odznaczają się one stale swym charakterem przepuszczającym, oraz krótkością trwania pojedyńczych napadów, chociażby te, stosownie do okoliczności, następowały po sobie z częstością silnych bólów porodowych. Polegają one na uczuciu ciągnienia, raz ograniczającego się na saméin tylko podbrzuszu, drugi raz wychodzącego z okolicy lędźwiowéj lub krzyżowéj i promieniejącego ku sromowi i dolnym kończynom. Tworzą one tak zwane kolki maciczne (albo podczas miesiączki - miesiączkowe). Niektóre chore określają jako porodowe także i:

B ó l e n e w r a l g i c z n e, które z wyjątkiem nader rzadkich tylko wypadków, gdzie od prawdziwéj pochodzą hysteralgii, zwykle są objawem przewlekłych cierpień macicy, i dla tego zdarzają się bardzo często. I te także przychodzą napadami, z których pojedyńcze, jużto krócéj już dłużéj trwające, częściéj lub rzadziéj powracające, przedstawiają wyraźny typ przepuszczający (intermittujący), a przynajmniéj 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, wysileń 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 mierném natężeniem i zwolna wzmagać się aż nie do zniesienia, lub téż odrazu występować z charakterem przeszywającym. Punktem ich wyjścia bywa mała miednica; często bardzo jedna lub druga tylko strona takowéj. Ztąd promienieją one ku podbrzuszu lub pachwinom, albo téż daléj ku lędźwiom, krzyżowi, sromowi zewnętrznemu, ku przedniéj wewnętrznéj lub tylnéj 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 saméj jest bardzo nieznaczny, albo téż daje się dostrzegać przy dłuższém np. staniu i t. p., gdy tymczasem w o k o l i c y p a c h w i n o w é j (*ovarian pain* anglików), w d o l n é j o k o l i c y l ę d ź w i o w é j i k r z y ż o w é j, w o k o l i c y o g o n o w é j (*coc-*

cogodynia), rzadziéj w biodrach lub w dolnych kończynach, jest powodem największéj 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 większéj 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 krótkiemi żebrami, lewéj osobliwie strony.

Nadczułość (*hyperaesthesia*) nerwu sromnego wspólnego (*n. pudendus communis*) wyraża się bardzo często uczuciem swędzenia. To swędzenie pochwy i sromu dostrzeganém bywa przy bardzo wielu cierpieniach macicy i t. p. i należy do najprzykrzejszych 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. Rzadziéj, nadczułość nerwów sromnych objawia się kurczowemi ściągnieniami mięśnia zwieracza pochwy (*Spasmus vaginae, Vaginismus*), które występują szczególniéj przy dotykaniu wejścia pochwy, a tém samém utrudniają, a nawet zupełnie uniemożliwiają spółkowanie.

Mniéj często niż nadczułość, ale bynajmniéj nie rzadko, miewa miejsce nieczułość sromu (*anaesthesia vulvae*), a w skutek tego więcéj lub mniéj 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 wyścielających organa rodne niewieście w czasie poza miesiączkowym, tak jest szczupłe, iż jego następstwem bywa tylko wytworzenie się czopka śluzowego w kanale szyi macicznéj, który to czopek wydalonym zostaje za nadejściem pierwszéj regularności; wypływu zaś z części płciowych nie ma żadnego. Tak zwane białe upławy (*fluor albus*) każą zawsze dorozumiewać się chorobliwego powiększenia wydzielin. Powiększenie to nierównie częściéj dotyczy błony śluzowéj macicy niż pochwy. Badania Donné'go, Tyler'a Smith'a,

Scanzoni'ego i Koelliker'a, oraz Hennig'a wykazały, że wydzieliny rozmaitych oddziałów przyrządu rodnego, 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, mniéj lub więcéj do ropy podobny; albo z krwią pomięszany. 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 szczególniéj osób tłuszcz wolny, niekiedy cholesterynę, monady i algi (dwu-komórkowe). Oddziaływanie jest przeważnie alkaliczne.

Wydzielina kanału szyi macicznéj 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 wibriony. Przez pomięszanie ze śluzem pochwy, część czopka galaretowego, wystająca z ust macicznych, a przynajmniéj z niemi graniczącą, 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 macicznéj, oraz z wybujałościami, które kończyć się zwykły rozpadem posokowatym. W tych razach, o czém na właściwém miejscu będzie wspomnianém, napotykamy wydzieliny surowicze, ropiaste, posoczyste, często nadzwyczaj cuchnące i niejednokrotnie z krwią pomięszane, lub naprzemian z odchodami krwawemi.

Śluz pochwowy przedstawia się jako płyn gęstawy, mleczny lub śmietankowaty, wyraźnie kwaśno oddziaływający, albo też mniéj lub więcéj ropiasty. W nim znajduje się nabłonek brukowy, ciałka śluzowe i ropne, a im te ostatnie liczniéj są reprezentowane, tém częstszym jest odkryty przez Donne'go i pod nazwą rzęsistka pochwowego (*Trichomonas vaginalis*) opisany wymoczek, jakotéż nierzadko napotykane wibriony i wiele rodzai 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 śluzowéj 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 mie-

s i ą c z k o w a ń 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 wrodzoném zamknięciu dróg rodzajnych. Wydzieliny krwiste mające pozór miesiączki wczesnéj (*menstruatio praecox*) często są patologicznéj natury. Zaprzestanie miesiączkowania w wieku dojrzałości płciowéj, może być czasowém lub trwałém. Pierwsze spowodowane być może tak brzemiennością, jakotéż rozmaitemi stanami chorobowemi; drugie — przerodzeniem obu jajników lub rozrostem tkanki łącznéj macicy. Nierównie częściéj 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 piérwszego z powiększeniem i przedłużeniem drugiego, i odwrotnie: rzadsze przychodzenie regularności z uszczupleniem wydzielin i wydalin. Pojedyńcze sprawy chorobne, prowadzą w różnych swych okresach stopniowo do obu tych zmian. Nawet po zaprzestaniu miesiączkowania, stany patologiczne macicy, mianowicie téż najczęściéj 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 kobiét, 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 wielkiéj ze strony lekarza baczności.

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, kurcz pochwy, nieodprowadzalne wypadnięcie macicy, a daleko częściéj jeszcze, wrażliwość na dotykanie, powstająca w skutek przekrwień i zapaleń rozmaitych oddziałów dróg rodzajnych, któréj w razie istnienia owrzodzeń lub wybujałości na części pochwowéj 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 pochwowéj przy rozmaitych zmianach w kierunku macicy, z zaciśnięcia wewnętrznego otworu szyi macicznéj przy zgięciach macicy, z nieprzenikalności jajowodów

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

Organa, bezpośrednio graniczące z częściami płciowemi wewnętrznemi, mianowicie pęcherz moczowy i kiszka odchodowa, wyjątkowo tylko nie doznają zaburzeń w swych czynnościach, w obec spraw patologicznych, odbywających się w tamtych. Najzwyczajniejszym 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 też następczego nieżytu pęcherza, lecz bardzo często wywoływane bywają przemieszczeniem i targaniem, jakiego ten organ doznaje, albo też (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 wyłącznem 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*), szczególniéj przy zgięciach lub raku macicy, oraz w razie obecności wysięków naokoło przedniéj części szyi macicznéj, do któréj moczowody ściśle przylegają.

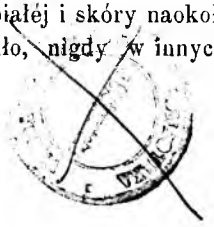
Przy wszystkich przewlekłych cierpieniach wewnętrznych części rodnych — zaparcie stolca, a przy ostrych przekrwieniach — biegunkę, połączoną z odchodzeniem śluzu przezroczystego lub mętnawego, niekiedy prążkami krwi zabarwionego (*diarrhée glaireuse*), uważać należy za prawidło. To też wiele kobiét cierpiących 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 każdém nasileniem (*exacerbatio*) processu. Często przed lub w czasie oddawania stolca przychodzi ból, z przyczyny przewlekłego przekrwienia saméj kiszki od-

chodowéj, lub téż w skutek wypełnienia téj ostatniéj, 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 pospolitém powikłaniem; stoi ono częstokroć w blizkim związku z cierpieniem macicy, — to bowiem ostatnie wywołuje długotrwałe przekrwienie we wszystkich organach miedniczych, lub téż samo jest przekrwienia takiego następstwem. Często téż, w skutek habitualnego zatrzymania stolca, przychodzi do znacznego nawet rozszerzenia dolnego końca kiszki odchodowéj (*rectocele*).

Tak zwane objawy sympatyczne czyli współczuciowe (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 przynajmniéj okolicy podżołądkowéj, 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 najwięcéj charakterystycznych objawów właściwego maciennictwa, jak kulę maciennicą (*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 przyrządu płciowego. Jeżeli przeto początek maciennictwa często nie daje się odnieść wyłącznie do chorób macicy, jajników i t. d.; zawsze jednak te ostatnie pozostaną głównem źródłem rozmaitych cierpień nerwowych, które zazwyczaj prowadzą do przypadłości znanych pod nazwą maciennicznych. Nawet w przypadku porażeń i przykurczeń kończyn dolnych, zwłaszcza gdy te są jednostronne, przychodzić winna na myśl możliwość takiego związku, bowiem w przeważnéj liczbie tak objaśnianych wypadków, nie było rzeczywistego porażenia kurczliwości mięśniowéj, ale tylko używalność kończyny znajdowała przeszkodę w bólu jaki przy tém powstawał. Zrobiono także spostrzeżenie, że drgawki padaczkowe (epileptyczne), które wybuchły w skutek przestrachu 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, jakotéż i inne cierpienia współczuciowe, coraz to więcéj u p o ś l e d z a j ą o d ż y w i a n i e, które częstokroć i tak już cierpiało, w skutek związanéj z miejscowém cierpieniem utraty soków, lub téż w skutek poprzedzającéj je jeszcze blednicy i niedokrwistości. To téż wiele z pomiędzy chorych znacznemu ulegają wychudnieniu. Wprawdzie skóra i błony śluzowe nie zawsze przedstawiają takie własności jak przy wysoko posuniętéj 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 macicznemi, anamneza wykazuje najczęściéj, że jeszcze przed rozwinięciem się sprawy chorobowéj w częściach rodnych, niedokrwistość istniała. Nakoniec, zdarzają się wypadki, w których przeciwnie, przychodzi do znacznéj otyłości, co szczególniéj widzieć można u chorych cierpiących na brak miesiączki (*amenorrhoea*). Zwykle przecież odżywianie jest podupadłém, a to odzwierciedla się już w fizyognomii choréj. Tak zwany w y g l ą d m a c i c z n y (*facies uterina*) cechuje się właściwém, bladém i płowém (*fahl*), niekiedy nawet w żółtawe wpadającém, ale różném od charakterystycznego dla kahexyi rakowéj, zabarwieniem skóry. Skóra przytém nie ma tak zdrowego wejrzenia jak przy blednicy, lecz przeciwnie — jest zwiędła i na powiekach szczególniéj pomarszczona. W różnych miejscach, najczęściéj jednak i najwidoczniéj na skroni, są mniejsze lub większe, potém zlewające się, brunatnawe plamy — ostuda maciczna (*chloasma uterinum*), a nie rzadko i szerokie pierścienie téj saméj barwy naokoło oczów, lub półkola ograniczające się do dolnych powiek. Wzrok mdły. Ponieważ często bardzo równocześnie plamy takie znajdują się także na szyi, piersiach i t. d., to téż dawniéj pospolicie szukano siedliska choroby raczéj w wątrobie niż w sferze płciowéj.

S k ó r a 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 świeżéj wysypki na skórze. Ostre podrażnienia części płciowych dają powód do powstania przemijających plam czerwonych na skórze szyi, piersi, twarzy, a nawet pokrzywki gorączkowéj (*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 sutkowéj (linii białéj i skóry naokoło pępka), jakie u ciężarnych wykształcać się zwykło, nigdy w innych okolicznościach nie spostrzegaliśmy.



3. Badanie.

a) Badanie za pomocą dotyku.

Części płciowe wewnętrzne tylko w razie znakomitego ich powiększenia, albotéż znacznego przemieszczenia ku górze, mogą być wymacanemi od strony okolicy podbrzusznéj. W każdym innym razie, albo wcale nie dają się dosięgnąć przez powłoki brzuszne, albo przynajmniéj, w żaden sposób niepodobna z pewnością określić górnego ich obrysu. O ile, w ogóle, palce ręki płasko ułożonéj ponad kościami łonowemi zbliżyć możemy do tylnego odcinka wchodu miednicy, a nawet w przednią część jamy miedniczéj je wprowadzić, — zależy to od rozmaitych okoliczności. Jędrność powłok brzusznych u dziewic i kobiét które nigdy nie rodziły, stanowi częstokroć trudną do przezwyciężenia 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 téj przeszkody. Daléj, badanie zewnętrzne utrudniać mogą rozdęte gazami kiszki, jakotéż zbyteczna otyłość. Piérwsze spotykamy szczególniéj u osób macienniczych, a w związku z ostatniém, także w wypadkach tak zwanéj ciąży pozornéj (*graviditas spuria*). Jędrny pokład tłuszczowy w ścianach brzusznych zdarza się przeważnie u kobiét, które już przekroczyły punkt kulminacyjny dojrzałości płciowéj, ale téż dosyć często i przed tym okresem życia, a obecność jego niweczy częstokroć najusilniejsze starania, by choć przybliżenie ocenić objętość powiększonéj macicy. Nieprzyjaznemu wpływowi wyż przytoczonego momentu jesteśmy w stanie zapobiedz stosownem postępowaniem. Naturalne naprężenie ściany brzusznéj zmniejsza się, jeżeli uda zbliżone będą do brzucha; zaś dowolny opór zależący od działania tłoczni brzusznéj najłatwiéj się przezwycięża, zajmując uwagę chorych coraz to nowemi zapytaniami. Wzdęcie brzucha zmniejsza się z chwilą opróżnienia przewodu kiszkowego za pomocą lewatyw i łagodnych środków rozwalniających, samo zaś przez się, mniejsze jest wcześnie 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 przyleglemi, dosięgalnym jest tylko przez pochwę i kiszkę 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 bardziéj jeszcze napięcia wolnego brzegu błony. W wypadkach zresztą gdzie dolegliwości choréj dają podejrzenie choroby wewnętrznych organów płciowych, tam zwykle błona dziewicza jest bardziéj wiotką niż w stanie prawidłowym. Nakoniec, doświadczenie uczy, że nawet w niekorzystnych warunkach, przy potrzebnéj cierpliwości i baczności, udaje się wprowadzić palec wskazujący do pochwy. Dlatego téż w takich wypadkach usiłowanie wprowadzenia najpierw małego palca, zdaje się być wcale nie odpowiedniém, gdyż badając nim, nie możemy otrzymać rezultatów wystarczających. Mniéj jeszcze zasługuje na uznanie przełożenie niektórych lekarzy, by w celu oszczędzania wstydliwości dziewiczéj, rozpoczynać badanie od strony kiszki odchodowéj. 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, mniéj 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 bardziéj 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 kiszki odchodowéj wprowadzić, ale nawet sklepienie pochwy i przednia ściana odbytnicy, dla znacznéj ich wiotkości, dają się łatwiéj i daléj odepchnąć ku górze. Jeżeli przytém macica nie jest ani przemieszczoną ani powiększoną, to można omacać tylną jéj powierzchnię poczynając od tylnéj wargi ust macicznych, aż do przesmyku, przednią zaś nie wiele wyżéj ponad takowy; jajniki zaś wcale dosięgnąć się nie dają.

Badanie zewnętrzne najlepiéj się udaje, jeżeli ułożymy chorą na grzbiecie z podwyższonym tułowiem i udami przywiedzionemi (*in adductione*). Badając wewnętrznie, część pochwowa macicy, oraz dolny odcinek przedniéj lub tylnéj powierzchni części nadpochwowéj, częstokroć wygodniéj dają się dosięgnąć w położeniu stojącém. 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 jéj ciałém; gdy tymczasem poza wargą tylną normalnie wyczuć się daje tylko tylna powierzchnia części nadpochwowéj szyi macicznéj, 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 przedniéj powierzchni macicy jest również małego znaczenia. U kobiét które rodziły, przy poziomém ich położeniu, część pochwowa i przednie sklepienie pochwy w normalnych okolicznościach leżą prawie na jednéj wysokości; tylko tylne sklepienie jest nieco głębsze (60 milim.). W położeniu stojącém, następuje u takich kobiét obniżenie części pochwowéj, jakotéż i sklepienia, o 5—12 mm. Korzyść z badania w położeniu stojącém, nie tylko że sama przez się jest nie wielką, ale nawet nie jest odpowiednią do skutków jakie osiągnąć można przez pomoc tłoczni brzusznéj w położeniu poziomém. Kurczenie się mięśni brzusznych, nietylko że zbliża organa w małéj miednicy zawarte do śledzącego palca, ale zarazem zapobiega usuwaniu się ich ku górze pod naciskiem tegoż, do czego z powodu swéj normalnéj ruchomości są usposobione.

Najważniejszym przecież zarzutem przeciwko badaniu w położeniu stojącém jest to, że przy takowém n i e p o d o b n a p o ł ą c z y ć b a d a n i a w e w n ę t r z n e g o z z e w n ę t r z n é m. Z wszelką słusznością 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 naszéj działalności naukowéj, postawiliśmy sobie za najważniejsze zadanie, przyzwyczajać naszych słuchaczy do tego, by nigdy nie badali przez pochwę lub kiszkę 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 najdogodniéj jest wniknąć śledzącym palcem, do przedniéj części jamy miedniczéj, aż ponad kości łonowe, jeżeli 3-ci, 4-ty i 5-ty palec złoży się w pięść, a powierzchnię dłoniową téj ostatniéj obróci ku przodowi; chcąc zaś jak najwyżéj unieść tylne sklepienie pochwy, trzeba wspomniane palce wyprostowane ułożyć na kroczu. Również jasném jest, że lewy brzeg macicy od wewnątrz najlepiéj jest śledzić prawą ręką, prawy zaś — lewą, gdyż w takim razie dłoniowe powierzchni palców zwrócone będą do badanego przedmiotu. Przeciwnie, jeżeli zamierzamy zbadać prawy wiąz maciczny, a szczególniéj prawy jajnik, najodpowiedniéj jest wprowadzić do pochwy palec prawéj ręki, zaś dla zbadania lewéj połowy miednicy posługiwać się ręką lewą.

Połączenie badania zewnętrznego z wewnętrznem nie wymaga żadnéj szczególnéj pozycyi ze strony badającego. Jeżeli ten siedzi na brzegu łóżka lub sofy na któréj chora leży, to jest w możności ustalić ją o tyle o ile potrzeba. Dążności niektórych kobiét do utrudnienia badania przez wyprostowywanie udów, łatwo można przeszkodzić, zalecając oprzéć bliższe kolano na swych piersiach. Jeżeli zaś przewidujemy, że po badaniu beznarzędziowém, nastąpić musi jeszcze inne, w takim razie dla skrócenia całego tego nieprzyjemnego aktu, wykonać trzeba i badanie ręczne w takiém położeniu, jakiego wymagać będzie druga metoda. Kto potrzebuje badać wiele kobiét, posługuje się w tym celu stosownem krzesłem, na sposób osławionych krzeseł porodowych, lecz odpowiedniéj celowi urządzoném [1]). Jeżeli ono nie stoi na podstawie zawysokiéj, wtedy części płciowe nietylko są zupełnie wolne, ale nadto przypadają w dogodnéj wysokości, tak, że przez postawienie nogi równoimiennéj z ręką badającą na podnóżku, można łokieć wesprzéć na kolanie, jakoteż łagodnym naciskaniem równoważyć opór muskulatury krocza. Badając chorą w jéj mieszkaniu, urządza się na stole tak zwane: „łoże do operacyi kamienia" (*Steinschnittlager*).

Jeżeli nie ma znaczniejszych nieprawidłowości, to postępując według téj metody, natrafiamy tylko na ograniczoną odporność macicy pośrodku leżącéj, nieco ku przodowi pochylonéj, nieczułéj, we wszystkich kierunkach ruchomej, łatwo dającéj się poznać po owym kształcie i po tém, że bezpośrednio przechodzi w szyję. Jeżeli jeszcze zadamy sobie

[1]) Krzesło tego rodzaju, nieco skomplikowane, opisał Baumgaertner 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 odmiennéj odporności dawać będzie tylko kał napełniający odbytnicę lub zgięcie biodrowe (*flexura iliaca*). Szczególniéj też nagromadzenie kału w tém ostatniém daje powód do powstania ograniczonych, czasowo nawet niebolesnych guzów, które mogą leżéć po jednéj lub po drugiéj, albo nawet po obu stronach, o czém zawsze pamiętać należy.

Macica powiększona — łatwiéj, przemieszczona zaś — w niezwykłém 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 pochwowéj 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 massy jéj ścian. Wyjątki od tego najczęściéj jeszcze przytrafiają się w powtórzonych ciążach, w których (mianowicie w 3-cim ich miesiącu), macica może miéć spójność ciastowatą. Mimo to, taką samą postać i spójność przedstawiać mogą i guzy innych organów, mianowicie też jajników. Guzy te mogą być nawet tak samo ruchome jak ciało macicy, a przy swych ruchach mogą powodować równoczesne przemieszczenie téj ostatniéj. To też głównem zadaniem badającego będzie zawsze wykazanie, czy obok wynalezionego guza nie istnieje drugi, który mógłby być uważanym za macicę. Tam gdzie jeden tylko guz znajdujemy, możemy jeszcze uledz złudzeniu. Najpierw bowiem, guz ten może tylko pozornie wydawać się samotnym, skutkiem tego, że jest bezpośrednio przyciśniętym do macicy. Staranne połączenie badania wewnętrznego z zewnętrznem, wykazuje wtedy, że przynajmniéj 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, wniknąć palcami w przedział między niemi, lub też macicę i guz, oddzielone od siebie, poruszać osobno w pewnych kierunkach. Powtóre, — guz zewnątrz macicy będący, może następczo 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 otrzewnéj, następczo odstają od macicy. Takie szypułkowate, podsurowicze 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 hitherdo undescribed disease of the uterus, namely, un natural patency of the inner extremity of a Fallopian Tuba. Edinb. med. jour. June 1856.* — Lasarewitsch: *Ueber das Einführen des Mutterspiegels und über eine neue Muttersonde. Wiener med. Wochenschr. Nr. 42. 1664.* — Avrard: *De l'hystéromètre dilatateur. Gaz. hebdom. Nr. 34 i 28. 1865.*

Wewnętrzna powierzchnia macicy dostępną jest dla badania ręką tylko w stanie połogowym, w razie obecności wielkich guzów lub nagromadzenia się znaczniejszych ilości płynu w jéj 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 téż nie w ostatnich dopiéro latach zdarzało się, że niektórzy lekarze w pojedyńczych wypadkach wprowadzali w tym celu zgłębniki, świeczki lub cewniki przez usta maciczne. Z tém wszystkiém, dopiéro w piątym dziesiątku bieżącego stulecia, badania za pomocą zgłębnika stały się tak częstémi, że okazała się potrzeba sporządzenia osobnych ku temu przyrządów. — Simpson z Edinburga piérwszy podniósł ważność takiego postępowania w 1843 r., a o ile się zdaje, niezależnie od tego badacza, poszli potém tą samą drogą Huguier we 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 poniżéj tego, znajdują się nacięcia, umieszczone w odległości pół cala lub 1 centymetra. Zgłębniki te wyrobione są po większéj 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 naszéj działalności, uczuwaliśmy potrzebę używania zgłębników giętkich, i dla tego też posiłkowaliśmy się tylko wyrobionemi ze szczerego srebra. Podobnie jak zaprowadzanie cewników i badanie przetok, najlepiéj 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 niéj palca, niejako przedłużamy, po tym przewodniku wsuniemy zgłębnik drugą ręką do zewnętrznego otworu, a potém 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 częściéj, że w skutek przodopochyłości macicy zwrócony jest do tylnego sklepienia pochwy. W tym ostatnim razie, najłatwiéj 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 daléj. Pochodzić to może ztąd, że guzik utkwił w składce błony śluzowéj 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, przynajmniéj z prawdopodobieństwem, było rozpoznane. Tu, należy tak nakierować krzywiznę zgłębnika, by odpowiadała skrzywieniu lub kątowemu zgięciu macicy; zatém 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 kąt jaki macica tworzy w przesmyku, w płaski łuk zamienić. Inne modyfikacye wynikają same z siebie. Chociaż przyrząd wdrążył się do właściwéj jamy macicznéj, to i tu jeszcze może być zatrzymywany przez guzy wnikające do takowéj ze ścian Zgłębniki wyrobione ze szczerego srebra i dlatego sprężyste, łatwiéj 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. Jedyny wypadek, w którym zdarzyło nam się podobną okoliczność spostrzegać, odnosi się do najwcześniejszéj epoki naszéj działalności; to téż 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 téż zgłębnik weń wdrążył.

Użytek zgłębnika do rozpoznawania chorób, jak się to dziać 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 istniejącéj ciąży — poronienie. Najsmutniejszą okolicznością jest to, że lekarz wprawny w rozpoznawanie, rzadko potrzebuje zgłębnika; zaś szkody jakie zrządza zgłębnik w rękach tych, którzy mało jeszcze mają pewności w omacywaniu, przewyższają korzyści jakie im oddaje. To téż i my możemy tylko potwierdzić przestrogę daną przez Scanzoni'ego, żeby przyrządu tego wtedy tylko używać, gdy po staranném zbadaniu ręczném, 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 przynajmniéj często, zbadać się dadzą bez pomocy narzędzia, o ile tego wymagają cele działalności lekarskiéj. Kierunek jamy macicy, głównie tylko przy obecności większych włókniaków, nie da się określić w drodze prostego wnioskowania z innych faktów; co téż 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 jéj 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 téż nie. Jeżeli górna część jamy miedniczéj, nie jest zbyt dostępną dla badania, to związek guza z macicą, lub téż 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 téż nie. Lecz, — powtarzamy, — wypadki takie rzadko zdarzają się wprawnym badaczom.

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

J. Th. 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 hôpit. 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 niéj mniejsze polipy i t. p., czy téż nie, a nawet przy obecności większych narośli nie pozwala wyprowadzić dostatecznych wniosków co do sposobu ich przyczepienia. Trwałe rozciągnięcie szyi macicznéj do tego stopnia, iżby przez nią można było palec wprowadzić, następuje w tych wypadkach częstokroć nierównie późniéj, aniżeli sobie tego życzyć można ze względu szkodliwego wpływu krwotoków i bólu na stan ogólny choréj. Niekiedy, skutkiem obfitszych krwotoków i kolki macicznéj, już stosunkowo wcześnie, usta maciczne stają się czasowo dostępnemi dla palca; z tém wszystkiém nawet, spożytkowanie i téj okoliczności, nie o wiele zmniejsza ilość wypadków, wystawiających na próbę cierpliwość lekarza. Z tego téż powodu, zalecał Simpson bez-

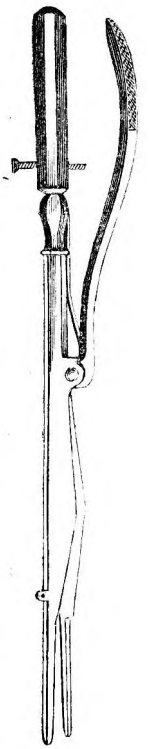
krwawe rozszerzenie szyi macicy, jako najprostszy ze sposobów umożliwiających wczesne rozpoznanie. Dokonywało się ono dawniéj; przeważnie za pomocą stożkowato zakończonych kawałków gąbki prasowanéj, które dobierano w coraz większych rozmiarach i pozostawiano aż do zupełnego napęcznienia. Stożki te wprowadzają się za pomocą długich korncążków, pod przewodnictwem palca, lub ustawiwszy poprzednio część pochwową macicy w otworze wziernika macicznego, i przytrzymują się dopóty, dopóki nie nasiąkną dostatecznie płynem i nie zostaną bezpiecznie utrwalonemi w swém miejscu, przez zatampowanie pochwy watą. Według przepisu Simpsona, gąbka napaja się najpierw stężonym roztworem gummy arabskiéj i przekłuwa drutem w kierunku długości, zanim rozpocznie się ściskanie jéj 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 korncążków, to trzeba najpierw zrobić w gąbce kanał szydłem. Wyjąwszy po upływie 24-ch godzin wprowadzoną gąbkę, będziemy mogli przeprowadzić palce 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 macicznéj, bez znacznego podrażnienia i obnażenia błony śluzowéj. 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 giętkiéj kości słoniowéj, które jednak pęczniejąc, nie zwiększają swéj 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 swéj powierzchni mało attakują błonę śluzową i nie nabierają tak szkaradnéj woni. Gdzie pożądaném jest bardzo znaczne rozszerzenie, tam spajamy ze sobą dwa większe stożki za pomocą obrączek gumowych.

Krwawe rozszerzenie szyi macicznéj, 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-

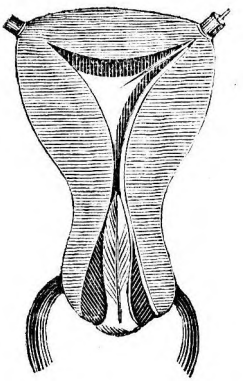
nie osiągamy jednak pewniéj za pomocą narzędzia podanego przez Simpson'a, a zmodyfikowanego przez Greenhalgh'a,

Fig. 1.



Narzędzie Simpson'a.

Fig. 2.



Stożkowate rozszerzenie szyi macicznéj.

które, na podobieństwo „*lithotome caché*" brata Kosmy, posiada jedno lub dwa osłonięte ostrza. Aby można było rozciąć szyję maciczną w całéj 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 moczowéj u mężczyzn.

Krwawe rozszerzenie szyi macicznéj 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, następcze ich przyżeganie zawsze jest potrze-

bném; tylko że częstokroć nie osiąga ono zamierzonego celu. Co więcéj, jeżeli nawet zakładaliśmy potém 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 bardziéj.

d) Badanie za pomocą wzroku i słuchu.

Choroby organów płciowych wewnętrznych, wtedy tylko bezpośrednio zmieniają postać brzucha, jeżeli skutkiem nich, organa te znacznemu 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 jéj części dodatkowych, skoro się tylko wzniesie do wielkiéj miednicy, układa się w taki sam sposób przy przedniéj ścianie brzucha, jak i macica brzemienna, odpychając kiszki ku górze i na boki. To téż w tych wypadkach, brzuch, najprzód w dolnéj swéj części, a następnie także i w okolicy pępkowéj, oraz w częściach górnych rozciąga się i wypukla. W ogóle, miernie powiększone macice zajmują więcéj środkowe, zaś guzy jajników więcéj 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 téż ani środkowe, ani boczne wygórowanie powłok brzusznych, nie upoważnia do robienia zbyt prawdopodobnych wniosków co do siedliska guza w pewnéj określonéj części przyrządu płciowego. Większe guzy macicy i jajników sprowadzają podobne co i ciąża zmiany w sieci Malpighi'ego, w zabarwieniu skóry wzdłuż linii białéj i w cechach pępka.

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

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

Guzy wewnętrznych organów płciowych, wznoszące się ponad wejście miednicy, zmieniają odgłos opukowy. Z tém wszystkiém, ta metoda badania małéj jest wartości, albowiem granice guza ściśléj dają się wyśledzić 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 otrzewnéj (*ascites*).

Osłuchiwanie bardzo często już z tego powodu jest nieuniknione, że możemy być w prawie podejrzywania ciąży w drugiéj połowie. Lecz nawet bez względu na to, daje ono niekiedy ciekawe, i nawet pod względem praktycznym ważne wypadki. Przy większych włókniakach macicznych, oraz — jakkolwiek mniéj często — przy złożonych guzach jajnika, wysłuchać się dają po jednéj lub po drugiéj 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.

Hacker: *Ueber gläserne Mutterspiegel. Summarium 1836. Bd. II. Heft 6.* — Schnitzer: *Die Metroscopia. Berlin 1838.* — C. Mayer: *Ueber das Milchglasspeculum und über die Anwendung der Mutterspiegel überhaupt. Verhandl. d. Gesellsch. d. Geburtsh. zu Berlin. VII. 1853.* — H. Ploss: *Ueber eine Hülfsmittel bei der Vaginal-Inspection. Monatsschr. f. Geburtsk. October 1859 und Juni 1862.*— Tobold: *Ueber einen Beleuchtungsapparat in specie zu gynäcologischen Zwecken. Monatsschr. f. Geburtsk. Juli 1861.* — L. Mayer: *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, jakotéż wpukloną w nią część pochwową macicy tym tylko sposobem uczynić można dostępnemi dla wzroku, że przez rozszerzenie wejścia do pochwy i oddalenia od siebie jéj 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 Eginy, już w VII-ym wieku znajdował się w rękach lekarzy; późniéj jednak poszedł w zapomnienie i dopiéro w piérwszych dwóch dziesiątkach lat bieżącego stulecia na nowo wynalezionym został przez Récamier'a, najpierw w celu umożliwienia sobie miejscowego leczenia owrzodzeń na części pochwowéj, 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 prostéj rury stożkowatéj z rękojeścią lub bez, albo też składały się z kilku — dwóch, trzech, czterech liści, ruchomo ze sobą połączonych. Te ostatnie dozwalają się złożone wygodniéj wprowadzić, a po rozsunięciu, szeroko rozwierają ściany pochwy; mają przecież tę niedogodność, że w chwili ich wyjmowania łatwo między zamykającemi się liśćmi więzną części pochwy. Bardzo ulubiony dawniéj wziernik trójlistny Charrière'a, służący do tego, aby pewną część ściany pochwy w całéj jéj długości odsłonić, tak jest urządzony, że jeden z liści pozwala się całkowicie usunąć.

W nowszych czasach wzierniki metalowe coraz bardziéj rugowanemi były przez szklanne lub porcelanowe, które łatwiéj dają się czyścić i nie ulegają wpływowi rozmaitych płynów, częstokroć potrzebowanych w celach leczniczych. W Anglii wyrobił sobie prawo obywatelstwa wziernik Ferguson'a szklanny, srebrem platerowany, a na zewnętrznéj swéj powierzchni czarno polakierowany; w Niemczech zaś, zalecany przez C. Mayer'a wziernik ze szkła mlecznego. Przy wyrabianiu tych wzierników, ten wzgląd miano na uwadze, by przez odbicie się wpadających promieni światła od ścian wziernika, lepiéj oświetlić przedmiot badany. Tymczasem przekonano się, że nierównie jest odpowiedniéj zaniechać tego zamiaru. Pożądane bowiem odbicie się światła, następuje tylko przy pewném oznaczoném ustawieniu kątowém, 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 dopiéro, 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 też wracać do poczernionego szklannego wziernika Hacker'a.

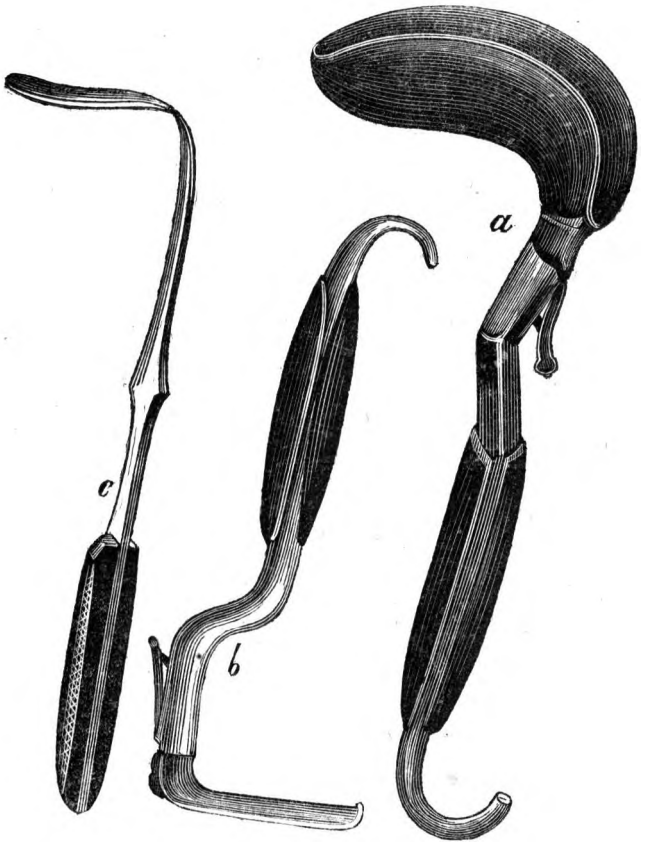
By zyskać lepsze oświetlenie, posiłkowano się w ostatnich czasach prawdziwemi zwierciadłami. Ploss poleca w tym celu albo wklęsłe zwierciadło stalowe, albo też wylaną polewą zwierciadlaną soczewkę o 7—10″ odległości ogniskowéj; soczewka ta nie potrzebuje być opatrzona otworem dla oka badającego, gdyż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

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 żelaznéj, w któréj za pomocą pewnego mechanizmu (*Frictionsrolle*) porusza się pręt drobno-zębowany. Przy okrągłym tym pręcie znajduje się podobne urządzenie jak przy zwyczajnéj lampie przesuwalnéj (*Schiebelampe*), które pozwala nakręcać ją według upodobania i które z boku opatrzone jest w platkę oszlifowaną pod kątem prostym i poziomo stojącą, w któréj lampa (moderator) wisi, i może być dowolnie nachylana pod kątem. Przyrząd ten oświetla silniéj niż zwykłe światło dzienne; przecież gynekolog 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 stosowniéj będzie unikać nieodpowiednich po temu miejscowości.

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

wszystkiém, korzyści te nie są wielkiego znaczenia, szczególniéj téż ostatnia. Bowiem bardzo często, za pomocą poruszeń drążkowych, udaje się nastawić dla oka jedną tylko wargę ust macicznych, gdy tymczasem drugą zakrywa skośny koniec wziernika. Równo ucięte wypełniano dawniéj 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 najpewniéj uniknąć można bolesnego ucisku na ujście cewki moczowéj 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 daléj, baczyć będziemy, by poprzeczna szczelina, utworzona przez zetknięcie obu ścian pochwy, stale przypadała na środek otworu wziernika, to część pochwowa najczęściéj 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 mimo to wszystko nie udaje się uwidocznić całéj części pochwowéj, w takim razie bierzemy zgłębnik lub szczypce uzbrojone skubanką lub watą, by przez naciskanie ściany pochwy, lub téż 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 wewnętrznéj powierzchni szyi macicy. Téj korzyści wziernik skośnie ścięty nie daje. By dokładnie wyśledzić własności błony śluzowéj, znajdującéj się w polu widzenia, najczęściéj oddalić trzeba pokrywający ją lepki śluz, za pomocą zwitka waty ujętego długim korncangiem i zwilżonego wyskokiem lub roztworem sody.

Fig. 6.

Wziernik Mariona Sims'a.

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 operacyi przetoki pęcherzo-pochwowéj. Przed zastosowaniem tych przyrządów nie zwracano wcale uwagi na to, na jakiéj rozciągłości pochwa da się uczynić dostępną dla wzroku. Częstokroć wystarcza już wprowadzenie rynienkowatego półwziernika wzdłuż tylnéj ściany pochwy; innym razem trzeba jeszcze roztworzyć pochwę

ku górze przez założenie wziernika blaszkowego, a nawet rozciągnąć boczne ściany przy pomocy wązkich rozwieraczy bocznych. Pół-wzierniki dozwalają 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 ściągnienie macicy aż do wejścia, albo i przez wejście pochwy. Tak postępując, nietylko że sklepienie pochwy i część pochwową macicy przybliżamy do oka i palca lekarza, ale nadto, przy dostatecznéj szerokości szyi macicznéj umożliwiamy sobie wprowadzenie palca do jamy macicy i obmacanie wewnętrznéj powierzchni takowéj. 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, jakotéż wtedy, gdy udowodnioną jest obecność tamże narośli, któréj przyczepienie i t. p. dokładniéj chcemy wyśledzić. Prosty, metodycznie wzmacniany nacisk na dno macicy przez powłoki brzuszne, albo, przy tyłopochyłości macicy, pociąganie dwoma wysoko do odbytnicy wprowadzonemi palcami, tylko przy znacznem zwiotczeniu przyrządu przytwierdzającego, wystarcza do zepchnięcia części pochwowéj 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 uprzedniém założeniu pół-wziernika, ujmujemy niemi część pochwową od przodu i od tyłu, a następnie za pomocą mocno skrzywionéj igły, przeciągamy parę pętlic z mocnych nitek przez wargi ust macicznych. To ostatnie postępowanie potrzebném jest dla tego, że pętlice nietyle utrudniają wprowadzenie palca w szyję maciczną co haki szczypców. Gdzie szyja jest dostatecznie rozszerzona,

tam możemy także zwyczajny wziernik do jamy macicznéj wprowadzić i stan takowéj okiem zbadać.

Sztuczne obniżanie macicy jest w pewnych okolicznościach przedsięwzięciem niebezpiecznem; to też 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 wielkiéj siły, tam nigdy złych następstw, ani nawet utrwalenia się przemieszczenia obawiać się nie ma potrzeby.

4. Leczenie.

Dokładne postrzeganie 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 operacyjnéj, 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 patologicznéj, jéj przyczyn, istniejących równocześnie nieprawidłowości konstytucyonalnych i t. p., może wyprowadzić na scenę rozmaite siły lecznicze (*Heilpotenzen*), których zastosowanie należy do dziedziny ogólnéj i szczegółowéj terapii [1]). Tu ograniczymy się też tylko na przytoczeniu dwóch

[1]) Co się tyczy pomyślnego wpływu metodycznéj kuracyi źródlanéj i kąpielowéj 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 do 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 przewlekłém 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, nietylko że było zbytecznem, ale nawet stanowczo szkodliwém; upośledzało bowiem i tak już zwykle podupadłe odżywianie, zwiększało istniejącą już skłonność do zatrzymania stolca i t. p. Z wyjątkiem chwil znaczniejszych przekrwień miesiączkowych lub innego rodzaju, oraz najbliższych godzin lub dni po ważniejszych działaniach terapeutycznych, chore dotknięte przewlekłemi cierpieniami potrzebują tylko unikać wszelkich wysileń ciała, i dlatego też pieszych swych spacerów nie przeciągać nigdy ponad siły, oraz strzedz się wszystkiego, coby było w stanie cierpienie ich pogorszyć. Przejażdżki dozwolonemi być tylko mogą po równych drogach i w pojazdach pozwalających przybrać położenie wpółleżące. Położenie takie, o ile to jest możebném, zachowywać należy i w pokoju, gdyż właściwe siedzenie, jakotéż długie stanie, zwykle złe następstwa za sobą pociągają.

Spółkowanie, chociażby nawet bezpośrednio bólu nie sprowadzało, szkodzi najczęściéj przez towarzyszące mu miejscowe przekrwienie, jakotéż 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 przedwcześnie lub na czasie nastąpionego rozwiązania, przebieg choroby staje się zwykle jeszcze cięższym. Wyjątkowo tylko, od rozpoczęcia się prawidłowego połogu oczekiwać właśnie należy stanowczéj poprawy, a przynajmniéj większego zabezpieczenia przeciwko ponowom, o czém zastrzegamy 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. Geburtsk. August 1863.* — Ed. Charrière: *Les cures des petit-laits dans les maladies des femmes des monde. Gaz. des hôpit. Nr. 75. 1864.*

Bib Um. Lek.——Gynekologia.—Gruell.

tegoryach chorych, rada lekarza częstokroć pozostaje bez skutku. Ze strony ostatniéj, lekarz tę jeszcze ma przykrość, że w czasie leczenia wciąż ponawiać musi zapytanie, czy w tym czasie nie miała chora stosunków płciowych. Zanadto często musieliśmy z tego powodu przerywać rozpoczętą przez nas kuracyę, abyśmy nie mieli na tę okoliczność zwrócić uwagi początkujących w praktyce gynekologicznéj.

Leczenie miejscowe, stosownie do istniejących wskazań, posługiwać się może różnemi siłami leczniczemi (*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.*

Większéj części chorób przyrządu płciowego kobiéty, towarzyszą trwałe lub przemijające przekrwienia, które najskuteczniéj 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 więcéj, powiększały tylko u wielu istniejącą niedokrwistość. Przystawianie pijawek na brzuchu, zwykle także nie opróżniało naczyń żylnych odprowadzających krew z chorych tkanek, a bóle zapalne zmniejszało tam tylko, gdzie sprawa chorobowa rozszerzyła się na otrzewną. Skuteczniejszemi okazują się pijawki przystawione do sromu lub odbytu. Ale i takie postępowanie często zle skutki za sobą pociąga, gdyż u osób otyłych, naokoło każdéj z ranek po ukąszeniu pijawki, powstają rozległe nacieczenia krwi, kończące się wytworzeniem ropni i długotrwałemi znacznemi dolegliwościami. Gdzie to nieprzyjemne następstwo się nie roz-

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

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

Przystawianie pijawek do części pochwowéj odbywa się w prosty sposób. Ułożywszy chorą na grzbiecie, wprowadza się pełny wziernik do pochwy, tak aby jego brzeg w około części pochwowéj szczelnie do sklepienia przylegał, poczém 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 staraunie zebrać, by zapobiedz pozostaniu ich wewnątrz lub w sąsiedztwie chorój, co zawsze nieprzyjemne sprawia wrażenie. Po odpadnięciu, krwawienie bardzo często trwa jeszcze przez czas dłuższy, szczególniéj wtedy, jeżeliśmy użyli większych pijawek, lub gdy która z nich przypadkowo otworzyła większą żyłę. To ostatnie zdarzenie bywa wprawdzie częściéj tam spostrzegane, gdzie nie starano się przeszkodzić przesunięciu się pijawek między górnym brzegiem wziernika a sklepieniem pochwy, i przypięciu się ich do ścian saméj pochwy; ale niekiedy zdarza się i po przystawieniu do saméj części pochwowéj. Czasami powstają potém znaczne nawet krwotoki, sprowadzające niedokrwistość w wyższym stopniu, omdlenia i t. p. Doświadczenie to zabrania pozostawiać przystawianie pijawek samym akuszerkom, jakotéż oddalać się od chorych przed zupełném 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 téż, skoro tylko opróżniliśmy naczynia o tyle ileśmy zamierzyli, należy przerwać dalsze krwawienie za pomocą nastrzykiwań z zimnéj wody. Jeżeli takowe nie wystarczają, to najlepiéj będzie albo zatamponować pochwę, albo téż wprowadziwszy wziernik, odszukać

krwawiącą rankę i przyżedz 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 pochwowéj macicy. Nie rzadko się przytrafia, że zamiast złagodzić cierpienie choréj, wywołuje ono przeciwnie bardzo silne rznięcie w macicy (*Gebärmutterkoliken*). Może to być skutkiem dostania się jednéj z pijawek do kanału szyi macicznéj, 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 pochwowéj 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 też wciąż jeszcze posługujemy się zwyczajnemi sposobami, unikamy wszelkich sposobów zapobiegających, a w wypadku, jeżeli pijawka przypnie się wewnątrz szyi macicznéj, przecinamy wystającą część nożyczkami, dla ułatwienia sobie ewentualnie jéj wydobycia.

Zresztą, rznięcia w macicy najczęściéj przychodzą całkiem niezależnie od powyższego wydarzenia, a podstawą ich są li tylko odruchy, pobudzane ssaniem pijawek. Mogą się one łączyć z napadami maciennicznemi, wymiotami, pomięszaniem umysłu. Rzadziéj 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 pochwowéj 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 powyżéj wielorakie niedogodności, mogące być następstwem przystawiania pijawek do części pochwowéj macicy, skłoniły nas, jakotéż wielu innych lekarzy, by postępowanie takie zastąpić nacinaniem (*scarificatio*) ust macicznych, co z każdym rokiem częściéj się praktykuje. Posiłkujemy się w tym celu najlepiéj właściwemi nożami obosiecznemi o długich rękojeściach, częścią spiczasto, częścią zaś zaokrągloném ostrzem zakończonemi, i o tyle wąz-

kiemi, żeby wniknąć mogły nawet w usta maciczne dziewic. Jeżeli takim nożem natniemy wewnętrzną powierzchnię wprowadzonych we wziernik warg macicznych, wielokrotnie ale powierzchownie, to ilość upuszczonéj krwi nie przeniesie kilku drachm. Tam tylko, gdzie istnieje znaczne przekrwienie, lub téż błona śluzowa pokrytą jest brodawkami bardzo skłonnemi 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 szczególniéj nadają się te miejsca, gdzie wargi jedna w drugą przechodzą. Zamiast tego, można otworzyć jedną z większych żył, przebiegających na zewnętrznéj powierzchni części pochwowéj, 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 zimnéj wody, octu, tamponu, by uniknąć niepotrzebnéj utraty krwi; chwilowe bowiem zaprzestanie krwawienia bynajmniéj nie zabezpiecza od jego powrotu.

Nacięcia małe zwykle sprawiają ból, a wystąpienie rznięcia w ich następstwie, do wielkich należy rzadkości. Wyższość tego postępowania nad przystawianiem pijawek do części pochwowéj, w tém jeszcze znajduje poparcie, że dokonywa się ono w nierównie krótszym czasie, jakoteż, — co jest wielkiéj 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 naczynia 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 téż 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 sprowadzić przekrwienie naczyń wewnętrznéj powierzchni macicy z ich pękaniem (*rhexis*), Simpson próbował wyciągać z niéj powietrze. Przyrząd, używany w tym celu przez H. Storera, składa się z małéj pompki, połączonéj za pomocą rurki kauczukowéj 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 jéj koniec prawie dna

macicy dotyka, przesuwa się poruszający się po niéj pierścień guttaperkowy aż do ust macicznych, aby je dokładniéj zamknąć. Sam Storer upomina, by przyrządu 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 jakiemi nauka rozporządza, nie wystarczyły do usunięcia cierpienia i doszczętnego uleczenia choroby.

b) Kąpiele nasiadowe i wstrzykiwania do pochwy.

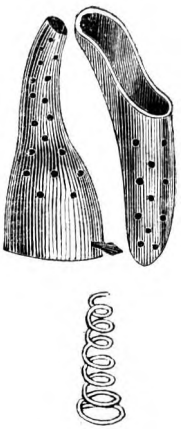
Sack: *Ueber das Sitzbad bei Frauenkrankheiten. Monatsschr. f. Geburtsk. XI.* — Raciborski: *Speculum de bain. Gaz. des hôpit. Janvier 25. 1855.* — Spengler: *Der Kolpoluter v. Scanzoni's Beitr. zur Geburtsk. IV. 1860.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. I. p. 50.* — Scanzoni: *Krankh. etc. p. 43.* — Martiarta (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 śluzowéj, a zarazem sprzyja rozkładowi śluzu, ropy i t. p., co sprowadza nadżarcia wchodu pochwy, sromu i przyległéj skóry, przez odpływające massy.

Proste obmywanie sromu, chociażby często było powtarzaném, może tylko uchronić od następczéj czerwieni (*erythema*), lub zmniejszyć ją, oraz złagodzić swędzenie i palenie, częstokroć nader nieznośne. 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 czasy osobne wzierniki kąpielowe, które same chore mogą sobie wprowadzić i przez czas trwania kąpieli pozostawić. Wzierniki te nietylko w obu końcach są otwarte, ale nadto w ścianach swych posiadają

liczne otworki i szpary, aby płyn mógł także i ściany pochwy więcéj lub mniéj obmywać. Są one po części wygięte według osi pochwy; wyrobione zaś bywają z guttaperki lub wężownicy drucianéj. Jedne z nich opatrzone są rękojeścią, inne zaś — by uniknąć potrzeby przytrzymywania ich rękami — posiadają cynkową blaszkę, dozwalającą 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.



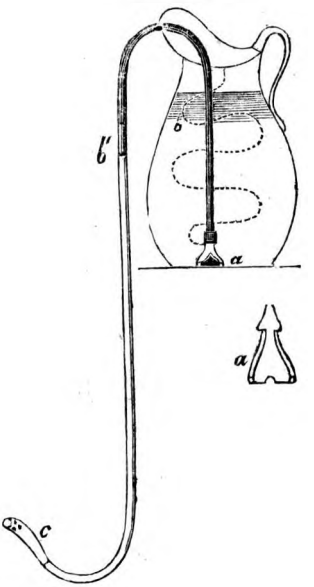
Wzierniki kąpielowe.

Użycie wzierników wspiera naturalnie działanie kąpieli nietylko 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, nietylko że u wielu chorych powiększa dolegliwości, ale nawet samą chorobę pogarsza. By niedogodność tę usunąć, S a c k zaprojektował wannę do siedzenia, w któréj przybierać można dwie pozycye. 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 okolicę jéj miednicy i powyżéj.

Najłatwiéj zapobiegać można zatrzymywaniu się wydzielin macicy i pochwy, przez przestrzykiwanie téj ostatniéj. Zwyczajne strzykawki cynowe i kauczukowe, z nasadzonemi na nie kankami macicznemi, 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 przynajmniéj pierwszą z tych niedogodności. To téż wybierać trzeba jeden z licznych innych przyrządów do nastrzykiwań, 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 téż zwykle takie tylko przyrządy są odpowiednie, z których płyn więcéj wycieka, niż gwałtownie wytryska. My posługujemy się często klysopompą, złożoną z długiéj rury elastycznéj ssącéj i takiejż odpływowéj, oraz z wsuniętego między nie cylindra gumowego; byłoby je-

dnak do życzenia, aby klyzopompa ta większą odznaczała się trwałością. Scanzoni zaleca przyrząd do nastrzykiwań złożony z wydrążonéj półkuli ołowianéj, w najwyższym punkcie któréj znajduje się otwór,

Fig. 8.



Przyrząd do nastrzykiwań Scanzoni'ego, z zastosowaniem postępowania Rasch'a.

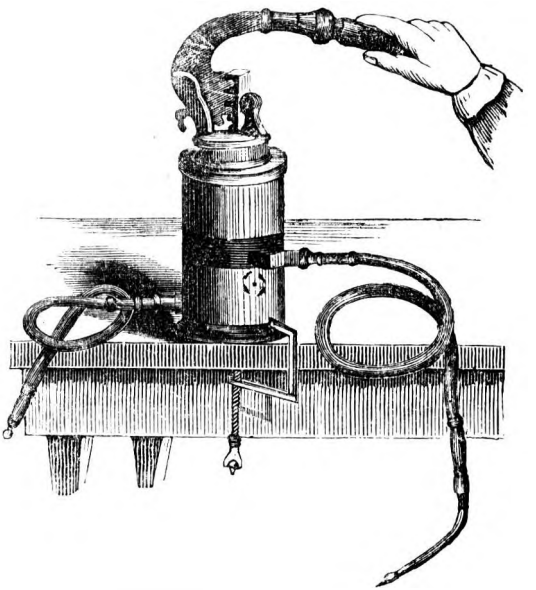
w który wprawioną jest rurka elastyczna 3 stopy długa. Półkula wstawia się w stojące na stole naczynie, napełnione płynem, i na zasadzie lewara otrzymuje się strumień nieprzerywany. Na ten cel, brzeg półkuli posiada kilka płytkich nacięć; zaś do wsysania płynu dodany jest właściwy rogowy munsztuk, który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

prowadzony na zewnątrz dzbana, opuścić niżéj poziomu płynu w dzbanie, przez co uzyskuje się ciągły odpływ.

K i w i s c h używał blaszannego, lub też z grubéj skóry wyrobionego naczynia, do którego dna przystosowaną była rurka elastyczna, za pomocą krana zamykać się dająca. Stosownie do tego, czy wyżéj lub też niżéj 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 ' e g o z flaszką India Rubber, mieszkiem elastycznym i kanką maciczną, daje strumień ciągły, miernie silny. Silniéj działają rozmaite tryskadła maciczne, opatrzone, na wzór sikawek, ogniowych osobnemi bębnami powietrznemi, 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 mniéj silnego strumienia i ciepłoty obojętnéj, około 26° R, to w ciągu kilku minut pochwa dostatecznie zostanie oczyszczoną. Natryski wykonywane strumieniami z większą siłą mechaniczną wyrzucanemi, jakotéż płynem ogrzanym do wyż-

szych lub niższych stopni ciepłoty, jakkolwiek mogą być wskazanémi w pewnych okolicznościach, mianowicie: przy zwiotczeniu i opadnieniu pochwy i macicy w celu osiągnięcia skurczenia i zwężenia, przy przewlekłych przekrwieniach i obrzmieniach macicy, dla sprowadzenia przemiany wstecznéj, oraz przy krwotokach, by przez zniżenie ciepłoty działały ściągająco — przecież częstokroć drażnienie jakie wywołują, przechodzi pożądane działanie. To téż żadnego z obu tych czynników nie należy używać bez szczególnéj 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 nerwowemi i macienniczemi dolegliwościami odruchowemi, mdłościami, ściskaniem i t. p. Niekiedy występuje cały szereg najsroższych przypadłości, jak: mdłości, wzdęcie brzucha, gwałtowne bóle w brzuchu, dotkliwość okolicy podbrzusza na dotykanie, duszność, tętno przyśpieszone i małe, a także zatrzymanie moczu. Trwać to może godzinami, albo nawet dłużéj niż jedną dobę. Napady takie spostrzegać można osobliwie u kobiét z rozszerzoną szyją maciczną; nie ma więc nic nieprawdopodobnego, że przyczyną ich jest między innemi wnikanie płynów lub powietrza do jamy macicy. U położnic możliwe jest na téj drodze nawet dostanie się powietrza do żył, jak to, prócz Olshausen'a, według ustnie udzielonych nam wiadomości, spostrzegał także i Litzmann.

Wielu lekarzy rozpuszcza w nastrzykiwanych płynach środki ściągające, lub téż odwrotnie, rozmiękczające — by przez to więcéj wpływać na stan chorobowy organu. Nastrzykiwania z mléka, kleiku owsiannego, 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 lepiéj innemi metodami, o których zaraz będzie mowa.

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

Gubler: *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 clinig. Paris 1859.* — Simpson: *On medicated pessaries and suppositories. Edinb. medic. Journal. May 1865.*

Płyn wstrzykiwany do pochwy za pomocą rurki macicznéj i t. p., w najprzyjaźniejszym razie oblewa tylko zewnętrzną powierzchnię części pochwowéj, i to często nie zupełnie, gdyż niejednokrotnie z przyczyny nieprawidłowego ustawienia szyi macicznéj, jedna jéj ściana przyciśniętą jest do ściany pochwy. Tymczasem pragniemy by środki ściągające dostać się mogły przynajmniéj do wewnętrznéj 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 głębiéj do kanału szyi macicznéj. Przy takiém postępowaniu działanie środka ściągającego rozciąga się i na błonę śluzową szyi macicznéj i jesteśmy w możności miarkowania natężenia jego działania, wybierając silniejsze lub słabsze roztwory saletranu srebra, siarczanu cynku, siarczanu miedzi, kwasu garbnikowego i t. p., jakotéż skracając lub przedłużając od 10—15 minut trwanie działania środka. Jeżeli i błona śluzowa pochwy w całéj swéj rozciągłości ma być wystawioną na wpływ leczniczy, potrzeba tylko po wykąpaniu części pochwowéj, zanim płynowi damy wypłynąć, wziernik zwolna wyciągać. W przeciwnym razie, należy płyn pierwéj wydalić, a resztki jego potoknąć wodą. Jedyna niedogodność téj metody leży w tém, że chora nie jest w stanie sama zastosować lekarstwa. Niweczy ją przecież, więcéj 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 macicznéj, 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 niéj się poruszającym, lub też przyrządem podanym przez Gublera, a składającym się z elastycznéj rurki przewodniéj, zbiornika metalowego i pęcherza kauczukowego, — to jednak nie będziemy pewni, czy proszek dosię-

gnie błony śluzowéj na pożądanéj rozciągłości, a do tego i czas trwania działania pozostawiony być musi przypadkowi.

Nierównie odpowiedniejszą jest ta droga stosowania środków, dla błony śluzowéj 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 pochwowéj o ściany pochwy, zamiast używanych zwykle małych tamponików z waty lub szarpi, pomazanych tłuszczem lub glyceryną. To samo po przyżeganiu szyi. Jeżeli mianowicie mamy potrzebę podziałać na zewnętrzną powierzchnię części pochwowéj, to przenosimy na nią mięszaninę środka lekarskiego z mączką lub cukrem, przy pomocy wziernika i pędzelka. Jeżeli chcemy działać na błonę śluzową całéj pochwy, to wkładamy przez wziernik cylindryczną zatyczkę z waty, posypaną proszkiem, lub też wypełniony nim woreczek muślinowy.

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 miękkiéj gąbce, i tę wprowadzić do pochwy.

By chorym, które nie są w stanie stawić się osobiście przed lekarzem, umożebnić użycie środków ściągających, Simpson wprowadził na nowo w praktykę, używane już dawniéj lekarskie krążki maciczne. Za zaprawę (*constituens*) służy albo mięszanina 3-ch części tłuszczu z $^1/_2$—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 takiéj twardości, by mięszanina zaczynała topnieć w temperaturze pochwy, z téj przyczyny przekładamy kulki urobione z masła kakaowego lub oleju kokosowego nad inne. Nie należy tylko do wyż wymienionéj zaprawy dodawać zbyt wielkiéj ilości środków lekarskich, gdyż w takim razie mięszanina staje się kruchą i utraca swoją plastyczność; tak np. na 2 dr. masła kakaowego nie należy dodawać więcéj, jak najwyżéj 1 skrupuł kwasu garbnikowego. Daléj, kulki przechowywane być winny w chłodném 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 macicznéj, zawsze należy uważać tylko jako środek pomocniczy, i używać ich tylko po poprzedniém przeprowadzeniu innych metod, albo w odstępach między takowemi. Przeciwnie, obrana przez Becquerel'a forma sztyftów (*crayons*), jest tam właśnie użyteczną, gdzie wskazaném jest wywrzéć

mocno ściągające, niemal przyżegające działanie na jamę szyi macicznéj. Sztyfty te przyrządzają się z proszku ściągającego, najlepiéj tanniny, przez zarobienie gumą tragankową do twardości mniéj więcéj kamienia piekielnego, nadając im długość mniéj więcéj 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 jéj 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. Grünewald: *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 macicznéj, przy pomocy wzierników bardzo są dostępnémi dla aplikacyi środków żrących, z pomiędzy których przeważnie używanemi bywają najlagodniejsze, mianowicie saletran srebra i siarczan miedzi, i to zwykle w postaci sztyftów. Ująwszy

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

Częstokroć wkrótce potém, albo téż następnego dnia, ma miejsce nieznaczne krwawienie, trwające kilka godzin, albo i dłużéj. Na trzeci lub czwarty dzień strup zaczyna się oddzielać, szóstego podrażnienie już przechodzi, a kauteryzacya winna być powtórzoną. Dosyć często przecież, naruszenie błony śluzowéj bezpośrednio sprowadza krwotok, który już z tego powodu nie jest pożądany, że przeszkadza działaniu środka żrącego. To téż, 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 téż przejście do innego sposobu zastosowania, mianowicie do miejscowych kąpieli części pochwowéj. Jeżeli przyżeganie ograniczy się tylko do wewnętrznéj powierzchni warg macicznych, to może ono być wprawdzie bolesném, ale rznięcia maciczne rzadko bywają jego następstwem. Jeżeli zaś sztyftem żrącym wniknie się głęboko w szyję macicy, to napady tego rodzaju przychodzą już w $^1/_2$—3 godzin; ztąd téż należy chore już z góry o tém uprzedzić, a natężenie napadów poskramiać już od samego ich początku bezwzględnym spokojem, późniéj zaś środkami odurzającemi. Godném jest nadto uwagi, że przyżeganie łatwo wywołuje przedwczesne ukazanie się miesiączki.

Z pomiędzy silniejszych środków żrących chemicznych, najczęściéj używają się: *liquor stib. muriat.*, *liquor hydrarg. nitric.* i *acid. chromic.* rozsmarowując je pędzelkiem z włosów lub skubanki. Drugi z pomiędzy tych środków jest podejrzany, albowiem wywołać może ślinotok. Od bardzo ulubionego niegdyś użycia potażu gryzącego, jakotéż 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 zabliźnienia się. Tém potaż gryzący różni się od żegadła.

Ż e g a d ł o (*cauterium actuale*) nietylko jest właściwém do tamowania gwałtownych krwotoków i niszczenia wybujałości rakowatych, ale częstokroć także, w zdumiewająco szybkim czasie, sprowadza zabliźnienie dobréj 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 pochwowéj — 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. Wszakoż, jestto zupełnie zbytecznem, 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 oziębić wziernik przed użyciem przez zanurzenie w zimnéj wodzie, zaś bezpośrednio po przypaleniu, przez przestrzykanie także wodą. Uszkodzenie wziernika żelaznego jest samo przez się niemożebném; a nawet przyrządy wyrobione z łatwo topliwych mięszanin metalicznych, w skutek dotykania rozpaloném żelazem, bardzo nieznacznéj 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 zrysowania się przyrządu, i to nie podczas jego ogrzewania, ale najczęściéj w czasie oziębienia zimną wodą. W skorupy nigdy nam jeszcze wziernik przy tém nie popękał. Przy rakowatém zwyrodnieniu części pochwowéj, wprowadzenie jéj całéj w otwór pełnego wziernika, albo przynajmniéj utorowanie dla żegadła przystępu do obu bocznych kątów ust macicznych, za pomocą takiego wziernika jest niekiedy niemożebném. 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 cieploty, lecz należy przeciągać jego działanie do kilku minut. W innych razach żelazo powinno być rozpalone do jasnéj czerwoności; a zniszczenie warstwy tkanek znaczniejszéj 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 sztucznem ochłodzeniu szybko ustępuje. To też nie należy chorych napadać z nienacka, jeżeli i nie uważamy za potrzebne, aby doświadczyły więcéj niż potrzeba gwałtownéj, bolesnéj kauteryzacyi w ogóle. Chloroformowanie nawet u wrażliwych kobiét jest niepotrzebne, a użycie jednego lub dwóch żegadeł nie zabrania chorym odbycia zaraz potém krótkiéj drogi do swego mieszkania, pieszo lub powozem. Tu najlepiéj chronią się one od gwałtownych bólów macicznych, przez trwałe spokojne zachowanie się; a natężenie i trwanie takowych bólów, jest przecięciowo mniéj znaczne, aniżeli po głęboko w szyję maciczną sięgającém przypaleniu saletranem srebra.

Bezpośrednio po przytknięciu rozpalonego do czerwoności żelaza, oddziela się w wielkich płatkach warstwa nablonka, pokrywająca część pochwową. Powstały skutkiem tego strup, oddziela się częstokroć już na 7-my lub 8-my dzień, ale niekiedy dopiéro 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 potém wymagało jéj rozszerzenia; drugi raz krótkotrwale zapalenie macicy; trzeci raz znaczniejsze zapalenie wokółmaciczne (*parametritis*) z wytworzeniem się guza wielkości jaja i pięcio-tygodniowém leżeniem; nakoniec u czwartéj choréj, u któréj rakowate zwyrodnienie wymagało użycia wielu żegadeł, a u któréj istniał nadto guz jajnika wielkości jaja gęsiego — zapalenie otrzewnéj nie rozprzestrzeniające się po za część miedniczą téj błony surowiczéj 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 galwanokaustyki. Wprawdzie żegadło porcelanowe należy tak jak zwyczajne żelazo zupełnie rozżarzyć, zanim je nasadzimy; ale o żarze elektrycznym wielu laików niejasne jeszcze mają wyobrażenie. Mimo to jednak, nie usunie on z użycia rozpalonego żelaza. Nawet ci, którzy posiadają przyrząd Middeldorpfa, ociągać się będą z wprowadzeniem go w ruch, nietylko w celu użycia pętli i nożyka kaustycznego, ale już dla prostéj kauteryzacyi, którą nierównie taniéj, prędzéj, 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, rozumie się, ma on swe korzyści.

Aran zastępuje żegadło Bonnafondowskimi walcami palącymi, jakie przygotowują się z 5 grm. gummy tragankowéj, 15 grm. węgla i 2 grm. saletry. Sztyft taki applikuje się po uprzedniém rozżarzeniu go na przestrzeni 1 ctm., i za pomocą niego otrzymuje się strup gruby na 1—2 milim. Scanzoni zachwala skuteczność kaustyczną topiącego się laku. Nas wstrzymywał dotychczas od takiego postępowania, wzgląd na nieznaczne natężenie obrażeń, zdarzających się wypadkowo przy pieczętowaniu; częściéj już używaliśmy lontu od kieszonkowéj maszynki ogniowéj, tam zwłaszcza, gdzie nie chodziło wiele o pewność działania [1]).

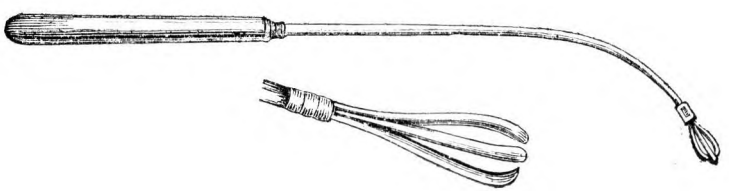
[1]) Jakkolwiek na mocy wyż podanych uwag, do kauteryzacyi polecić możemy tylko saletran srebra w substancyi lub roztworze, ocet drzewny, kwas chromny i żelazo rozpalone, nie możemy jednak, dla uzupełnienia całości, nie wspomnieć o dobrych skutkach innych środków żrących. Tak, Tilt wciąż jeszcze posługuje 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 zmaczaną w roztworze węglanu potażu, a następnie płyn żrący applikuje także przy pomocy waty. Powstającemu w skutek tego strupowi daje na wyschnięcie 1—2 minut czasu. — Potaż gryzący używanym jest także przez R. Barnes'a i Tilt'a. Ten ostatni przyznaje zresztą, że środek ten wystarcza tylko do zniszczenia powierzchownych wybujałości, gdyż głębiéj przeniknąć tylko można przez dłuższe wiercenie sztyftem i podminowywanie części miękkich. Używa go też osobliwie tylko w chorobowych stanach błony śluzowéj szyi macicznéj bez owrzodzeń, gdy już kamień piekielny i saletran rtęci okazały się niewystarczającemi. W tym razie wprowadza sztyft żrący w szyję macicy i pozostawia go tu przez 5—15 sekund. — Boys de Loury zachwala ciasto przyrządzone przez Robiquet'a, ze stopionéj 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 najbliżéj leżące części ochronić nałożeniem szarpi—o czém już Aran powątpiewa.

e) Przyżeganie jamy macicznéj.

Kiwisch: *Klin. Vortr. I.* — Scanzoni: *Krankheiten etc.* — Vidal: *Essai sur un traitement methodique de quelques maladies de la matrice par les injéctions intravaginales et intrautérines. Paris 1840.* — Tenże: *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: *Spritze zu Injectionen in die Gebärmutterhöhle Monatsschr. f. Geburtsk. Juli 1865.*

Do przyżegania błony śluzowéj jamy macicznéj saletranem srebra w substancyi, używa się właściwie urządzonego żegadłonosza (*porte-caustique*). Kiwisch używał w tym celu przyrządu podanego przez Lallemand'a do przyżegania cewki moczowéj; lecz pojedyńcze członki tego przyrządu kantami swemi łatwo zrządzają powierzchowne obrażenia i krwotoki, co znosi a przynajmniéj osłabia działanie kaustyczne. Chiari polecił uzbroić w środek żrący zgłębnik zakończony rodzajem wązkiego kielicha. Scanzoni używał w tym celu rurki srebrnéj, zbudowanéj nakształt zgłębnika macicznego i zakończonéj

Fig. 10.



Żegadłonosz Scanzoni'ego.

trzema sprężystemi ramionami, zamykającemi się za pośrednictwem obrączki. Nie należy jednak taić przed sobą, że w ten sposób nie jesteśmy w możności przypalenia bezpośrednio błony śluzowéj macicy, jak to się pozwalało uskutecznić 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 większéj części w związki nierozpuszczalne — to téż i działanie przyżegające przy takiém postępowaniu redukuje się do minimum. Tym względem kierowany Chiari 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 Courty potwierdza, sztyft cały powleka się nieprzenikliwą osłoną, utworzoną z chemicznie zmienionego śluzu, i nawet mimo wielodniowego pozostawania w jamie macicy, nie jest w stanie działać przeistaczająco. My téż 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 chlorniku żelaza.

Te nastrzykiwania wewnątrzmaciczne łatwo pociągają za sobą gwałtowne rznięcia w macicy, a niekiedy nawet silne zapalenie tak saméj macicy, jak i tkanki łącznéj ją okalającéj (*perimetritis*). Przyczyny zapalenia błony surowiczéj, szukano w przenikaniu płynu żrącego przez jajowody do jamy brzusznéj, opierając się na doświadczeniach czynionych na zwłokach. Te ostatnie przecież udają się tylko wyjątkowo, wtedy mianowicie, gdy jama macicy tak gwałtownie zostanie rozciągniętą, 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 Vidal'a i v. Klemm'a. W każdym razie, podrażnienie ścian macicy, jakie tu ma miejsce, a które przy chorobowym stanie tego organu, jakoteż dodatkowych jego części, łatwo się daléj rozszerza, jest momentem stojącym na pierwszym planie. Dla praktyka zaś wystarcza 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 macicznéj rzeczywiście nie rozszerzał. Dla tego téż należy rozpoczynać nastrzykiwanie zwolna i nie gwałtownie, daléj zaś nastrzykiwać o tyle tylko, o ile płyn z ust macicznych odpływa. Jeżeli jama

szyi macicznéj 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 niéj płyn mógł swobodnie odpływać. W innym razie albo szyja macicy musi być przedtém sztucznie rozszerzoną, albo, co najmniéj, 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 dostatecznéj 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 dobréj strzykawki małego kalibru.§ Przyrząd podany przez B r a u n ' a, jest naśladowaniem strzykawki P r a v a z ' a, używanéj do nastrzykiwań podskórnych. Składa się on z długiéj na $2^1/_2$—$3''$ rurki ze stwardniałéj gummy, któréj górny koniec opatrzony jest w ruchomą oliwkę z bocznym otworem; daléj, z walca szklannego służącego do pomieszczenia 12 kropel płynu, wreszcie z rurki przedłużnéj opatrzonéj tłokiem, którego drąg podzielonym jest na grany. Z przyrządu tego wysącza się płyn tylko bokiem i to kroplami.

Fig. 11.

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

Zamiast właściwéj do tego strzykawki, użyć można rurki szklannéj pionowo stojącéj, któréj zawartość swobodnie wypływa, albo też przyrządu zbudowanego podobnie jak przyrząd L u ë r ' a do nastrzykiwań krtaniowych. Ten ostatni składa się z kanki, przechodzącéj na zewnętrznym swym końcu w mały balonik kauczukowy.

Dla osiągnięcia oczekiwanego skutku, potrzeba pierwéj o ile możności oczyścić jamę macicy od nagromadzonéj 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—$1^1/_2$ uncyi nawet nieobojętnych płynów. Niekiedy zużywaliśmy nawet 3 i 4-kroć większą ilość na jednem posiedzeniu, bez żadnéj szkody. Od wystąpienia kolki macicznéj, nie zabezpiecza zresztą stanowczo żadna z przedsię-

branych ostrożności; tylko natężenie takowéj 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 mięszaniną tanniny, siarczanu miedzi, saletrzanu srebra z mączką lub cukrem, i takową wydmuchiwa, albo też używa się osobnych w tym celu przyrządów, o których wzmiankowaliśmy powyżéj 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.* — Trousseau: *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 anaesthatic in uterine diseases. Edinb. méd. journ. July 1856.*—Churchil: *On the emplayment of carbonis 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 efficently 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.* — Tenże: *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.*

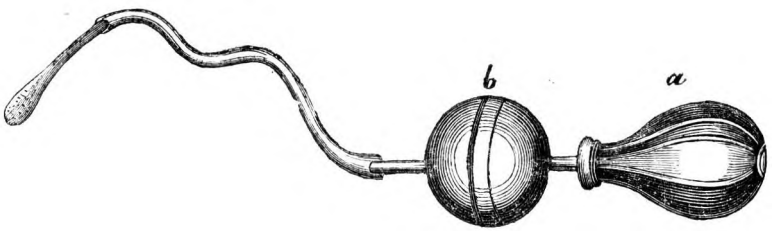
Bóle długotrwałe lub też powracające, częstokroć nie do zniesienia, nietylko zmuszają nas do podawania środków odurzających, tak przez usta jak i odbytnicę, ale zniewalają do wyszukiwania innych dróg po temu, i do wywoływania miejscowego znieczulenia przez inne niż odurzające środki. To też wprowadzenie nastrzykiwań podskórnych jest szacownym dla gynekologa nabytkiem; jakkolwiek z naszego doświadczenia nie możemy w całéj 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 uklóciem pozwala się zmniejszyć przez ściśnięcie palcami składki skóry w którą igła ma wdrążyć; zaś następczego zapalenia uniknąć można, wstrzymując się od dodatków wyskoku 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 pewnéj baczności, osobliwie przy użyciu wilczéj jagody. Jeżeli zastosowanie chcemy pozostawić samym chorym, to obieramy formę wspomnianych już wyżéj lekarskich krążków macicznych, dodając do nich $1^1/_2$—2 gran morfiny, lub 4—8 gr. wyciągu wilczéj jagody (*extr. Belladonnae*). Możemy też 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, wsypujemy 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 dopiéro 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 wprowadzoném zostało w praktykę przez Hardy'ego. Przyrząd w tym celu używany składa się z małego walca metalowego lub drewnianego, albo też z puszki (*b*) z dwóch półkul złożonéj, i przeznaczonéj do umieszczenia gąbki napojonéj chloroformem. Z puszki 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, nasyca się parami chloroformu.. Jeżeli rurka będzie dostatecznie długa, chora sama uskuteczniać to sobie może. Wejście par chloroformu do pochwy wywołuje w niéj, jakotéż i w zewnętrznych częściach płciowych, początkowo uczucie nieprzyjemne, często nawet silnego palenia. Po upływie jednak 5—10 –15 minut trwania manipulacyi, uczucie to znika, a przytém i uczucie wszelkiego bólu, o którego usunięcie nam chodziło, zmniejsza się albo ustaje zupełnie. Spostrzegamy to nietylko przy bólach spowodowanych kurczeniami macicy, ale także i przy bólach umiejscowionych w okolicy pachwinowéj, lędźwiowéj i krzyżowéj — jużto w wyższym, już w niższym stopniu. Niekiedy ustępują tylko bóle na ostatku wymienione, gdy tymczasem w saméj okolicy miednicowéj żadnéj 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 porównywają uczucie jakie mają w téj części ciała do tego, jakie pozostaje w ustach po spożyciu cukierków miętowych. Gdzie działanie jest zbyt niedostateczném, 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 macicznéj, 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 takiéj wkładał 6 drachm krystalicznego kwasu winnego i nalewał roztworem 1 uncyi dwuwęglanu sody w 6 lub 7 uncyach wody. Przyrząd ten został przez innych wielorako zmieniony; albo też zamiast niego używano pęcherza świńskiego, wypełnionego czystym kwasem węglanym i komunikującego z rurką zamykaną kranem. My posługujemy się zwyczajną flaszką do wywiązywania 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 któréj znowu przystosowana jest rurka szklanna 3—4 cali długa, stożkowato zakończona i przeznaczona dla pochwy. Flaszka 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 gwałtownem wywiązywaniu 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 pożytecznem, 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 mniéj 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

także podaje, że pewna kobieta brzemienna od 4-ch miesięcy, skoro jéj zaledwie 2—3 cali sześciennych kwasu węglanego przeniknęło do otwartéj i rozszerzonéj szyi macicznéj, głośno krzyknęła, cała stężała, poczém nastąpił upadek sił, a w $1^3/_4$ godziny już nie żyła. Tu śmierć nie była prawdopodobnie następstwem zatrucia, lecz dostania się gazu do jednego z większych naczyń, jak to bywa przy wniknięciu powietrza do żył. Spostrzeżenia te, z różnych stron poczynione, domagają się pewnéj ostrożności, w połogowym przynajmniéj okresie.

Arnott zalecał swoją metodę zamrażania także i przy chorobach macicy. Tamponuje on pochwę mięszaniną lodu i soli, któréj ciepłota zwykle wynosi — 5°, a przy raku macicy obniża się aż do —20°. Wszakże postępowanie to nie odpowiada celowi, gdyż po nazbyt znacznem 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 nastręcza, polega na tém, że chore, które przeważnie ulgi potrzebują, nie mogą znieść zbyt długiego pozostawania na twardym bassonie; to też 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 nadewszystko tam, gdzie bóle są nie do zniesienia, miejscowe użycie zimna nie przynosi wielogodzinnéj ulgi.

Zastosowanie pryszczadeł (*vesicantia*) na część pochwową, popieranem było osobliwie przez Aran'a i R. Johns'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 też pozostających po usunięciu zapaleń. Aran zachwalał ten sposób postępowania jeszcze z tego względu, że przy przewlekłym infarkcie macicznym miał on przyspieszać pochłanianie, a nadto miał poprawiać charakter złéj natury owrzodzeń. Lecz te ostatnie cele pozwalają się pewniéj i prędzéj osiągnąć za pomocą przyżegania i t. p., a nawet jako środek znieczulający, jak słu-

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

A r a n używał dawniéj tak zwanego „*vesicatoire d'Allespeyre*"— papieru pociągniętego massą kantarydową; w nowszym jednak czasie, wyłącznie zwyczajnego officynalnego plastra pryszczadłowego, którego kawałek odpowiedniéj wielkości przykłada na starannie otarte usta maciczne i utwierdza tu za pomocą wielkiéj zatyczki ze skubanki zanurzonéj w kleinie (*collodium*). Chora musi potém 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 każdém 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 najdłużéj jedną tylko minutę; wkrótce tworzą się małe pęcherzyki, a po upływie pół godziny rozpoczyna się wydzielanie wodnistéj cieczy, trwające zwykle 3—4 dni, poczém odpływ staje się ropiastym. Po 6-ciu dniach przedsięwziąć można drugie popędzlowanie. Postępowanie J o h n s ' a jest oczywiście nierównie mniéj dla chorych uciążliwém, ponieważ nie zmusza ich do leżenia; my téż wyłącznie jego tylko używamy.

Co się tyczy działania znieczulającego p r ą d ó w g a l w a n i c z n y c h t a k c i ą g ł y c h j a k i p r z e r y w a n y c h, akta téj 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 téż, — jeżeli część prądu nie miała przechodzić przez brzuch — jeden do nerwu, a drugi do rzepki tejże saméj strony. Od ciągłego strumienia, dotąd nie zauważyliśmy właściwie żadnego innego skutku, nad powstawanie strupa zgorzelinowego.

ROZDZIAŁ II.

CHOROBY MACICY.

1. Wady rozwojowe.

Meckel: *Handb. d. pathol. Anat. I. 659 i 673.* — Rokitansky: *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 Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg 1859.*

Jajowody, macica i pochwa powstają z przewodów Müllera w ten sposób, że te ostatnie w dolnéj swéj części zlewają się, tworząc kanał rodny (*canalis genitalis*), a część zlana 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 daléj, lecz nie zlewają się ze sobą w dostatecznéj 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 następny 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 łącznéj i włókien mięsnych. Przytém i pochwa bywa także stale mniéj lub więcéj zmarniała; przynajmniéj 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 licznemi pęcherzykami G r a a f' 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 kobiécy. Miednica wyjątkowo tylko bywa przy braku macicy szeroka i kobieca, zaś usiłowań miesiączkowych (*molimina menstrualia*), o ile się zdaje, nie bywa nawet pomimo istnienia prawidłowo rozwiniętych jajników.

β) Istnieje tylko z a c z ą t e k (*rudimentum*) macicy, który może miéć kształt rozmaity: okrągławy, gładki, łukowaty; zwykle jednak składa się z dwóch rogów, albo zupełnie powrózkowatych, albo téż opatrzonych w jamki wielkości soczewicy lub grochu, wysłane błoną śluzową. Zaczątek taki (m a c i c a r o z d w o j o n a — *uterus bipartitus*, według M a y e r' a i R o k i t a n s k y' e g o), pospolicie przechodzi ku dołowi we włóknisty powrózek, zastępujący całą pochwą lub tylko górną jéj część. Jajowody są także więcéj lub mniéj zmarniałe, jakkolwiek nietylko ich końce strzępiaste, ale nawet i maciczne wydrążonemi być mogą. Jajniki bywają już to prawidłowe, już wadliwie rozwinięte; części rodne zewnętrzne po większéj części prawidłowo rozwinięte. W wypadku macicy dwudzielnéj, opisanym przez R é n a u l d i n' a, pochwa prawidłowéj długości komunikowała z jamą szyi macicznéj na 1 cal długą, która ze swéj strony przechodziła w zaczątek ciała macicy. Usiłowania miesiączkowe, przy zaczątkowym rozwoju macicy, częściéj się napotykają, a perjodyczne odpływy krwi z ślepo zakończonéj pochwy spostrzeganemi były przynajmniéj w kilku wypadkach. Czy spółkowanie jest możliwém, czy nie, — miarą tego jest najpierw stopień rozwinięcia pochwy; ale i wtedy nawet, gdy w miejscu téj ostatniéj znajduje się zaledwie tylko nieznaczne wpuklenie skóry zewnętrznéj, może ono stopniowo zostać rozciągnięte do obszerności dostatecznego ślepego worka. W wielu stosunkowo wypadkach cewka moczowa sprawowała usługi pochwy, co według K u s s m a u l' a tém się tłómaczy, że przysionek brakującéj pochwy przechodzi bezpośrednio w cewkę, która to ostatnia niekiedy bywa niezwykle szeroką.

γ) Jeżeli rozwój macicy zakłóconym został dopiéro po upływie pierwszych miesięcy, albo i całéj ciąży, wtedy przedstawia ona kształt i wielkość macicy p ł o d o w é j lub d z i e c i ę c é j. Szyja może być wydłużoną aż do 2-ch cali, lecz ciało bywa stale niepospolicie krótkiém,

przy równoczesnéj cienkości ścian jego; części pochwowéj może być albo ślad tylko, albo też będzie ona nadzwyczaj mała. Podczas gdy zewnętrzne usta maciczne przedstawiają się w postaci wązkiéj szczeliny poprzecznéj, lub też małego zagłębienia, — wewnętrzne są tylko mało ściągnięte. Jajowody są zwykle dość zupełnie rozwinięte; pochwa przeciwnie, wyjątkowo tylko bywa prawidłowéj szerokości i długości. Jajników niekiedy brakuje, lub są tylko ich ślady; najczęściéj jednak o tyle tylko niezupełnie się wykształciły, że brakuje im pęcherzyków Graaf'a, albo też że jajka w pęcherzykach tych zawarte nie dojrzewają. Zewnętrzne części rodne, sutki, jakotéż i miednica, rzadko bywają należycie wykształcone. Usiłowania miesiączkowe spostrzeganemi były tylko w razie istnienia pęcherzyków Graaf'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 dziecięcéj; jest ona zamałą, a szczególniéj szyja i część pochwowa 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 konstytucyonalnych. Miesiączki nie zawsze brakuje u takich osób. W wypadku opisanym przez Pfau'a [1]), nastąpiła ciąża, a po czasowym porodzie macica prawidłowéj nabyła wielkości.

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

Wielkiéj ważności, przy braku pochwy lub jéj sklepienia, jest badanie przez odbytnicę, po uprzedniém wprowadzeniu cewnika do pęcherza moczowego. Celem takiego badania jest przekonanie się, czy między temi dwoma organami nie ma macicy, chociażby bardzo niedokładnie wykształconéj, jaka jest wielkość i postać takowéj, oraz czy nie nabrzmiewa ona równocześnie z usiłowaniami miesiączkowemi. Z tém wszystkiém, i przy takiém 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 przedewszystkiém postawić sobie pytanie, czy u osoby wadliwie ukształconéj męzkiego 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 zatoki moczopłciowéj (*sinus urogenitalis*), jak się to udało Mulderowi u Gottlieba Göttlich, trzeba szukać zaczątków gruczołu krokowego i leżących poniżéj niego ujść przewodów wyprowadzających nasienie (*ductus ejaculatorii*).

Jeżeli pochwa jest prawidłowéj długości, w takim razie już z góry wielkie istnieje prawdopodobieństwo, że macica dosięgła przynajmniéj 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 zaczątka części pochwowéj, z ustami macicznemi lub też bez nich, a w razie wynalezienia ust macicznych wdrążyć przez nie zgłębnikiem, by ściśléj ocenić wymiary macicy.

Przeciwnie, niezwykła długość pochwy nadzwyczaj utrudnia zbadanie jéj dna, czego sami doświadczyliśmy u pewnéj 22-letniéj panny, cierpiącéj peryodyczne dolegliwości bez krwawienia miesiączkowego, u któréj po kilkakrotném a bezowocném badaniu dopiéro 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 opisanéj pod a może być inném 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 naszéj strony, pozostawało zupełnie bezskuteczném.

b) Macica jednorożna (*Uterus unicornis*).

Jeżeli jeden z przewodów Müller'a zmarnieje mniéj lub więcéj, to powstaje macica jednorożna. W dziecinnym wieku ma ona postać do rogu podobną, późniéj jest więcéj walcowata; właściwego dna jéj

brakuje. Cały organ przedstawia się stosunkowo długim, nagiętym ku stronie odpowiadającéj temu przewodowi M ü l l e r ' 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 zaczątek przy wykształconym rogu. W piérwszym tylko razie nie ma części dodatkowych macicy po stronie wady, lub téż są niedokształcone i leżą oddzielone od macicy, w okolicy lędźwiowéj. Jeżeli istnieje zaczątek drugiego rogu, to ten, odpowiednio do swego zmarnienia, przedstawia się jako tasiemkowata smuga, zbity powrózek, albo téż opatrzony jest jamką, lub téż przedziurawiony kanałem, wnikającym jużto głębiéj, już wyżéj do macicy. Wydrążone zaczątki, nie są téż pozbawione odpowiednich jajowodów z jajnikami. Po stronie wadliwéj 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 dawniéj nawet przy sekcyach brano za ciążę jajowodów. W rogu wykształconym, płód może być donoszonym tak dobrze jak i w normalnéj macicy, gdy tymczasem niedokształcony pęka w 3—6 miesiącu, jeżeli płód wcześniéj nie zamrze.

Rozpoznanie za życia nie może być na pewno zrobioném. Boczne pochylenie osi miednicy, oraz walcowata postać całego tego organu, przy równoczesném istnieniu zmarniałéj części pochwowéj, z prawdopodobieństwem tylko pozwalają przypuszczać obecność macicy jednorożnéj.

c) Macica podwójna (*Uterus duplex*).

Jeżeli przewody M ü l l e r ' a rozwijają się wciąż bez przeszkody, nie zlewając się z sobą w zupełności, albo na dostatecznéj 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 téż nie, rozróżniają m a c i c ę d w u r o ż n ą (*ut. bicornis*) i m a c i c ę d w u j a m i s t ą czyli p r z e g r o d z o n ą (*ut. bilocularis s. septus*).

α) W razie istnienia macicy dwurożnéj, oba jéj rogi schodzą się z sobą pod tępym lub pod ostrym kątem, stosownie do tego, czy łączą się z sobą dopiéro znacznie poniżéj otworu zewnętrznego, czy téż już po nad nim. Przytém rozdział jest albo zupełny, albo częściowy. Najwyższy stopień niedostatecznego zlania się, przy którém oba rogi z podwójną lub przedzieloną częścią pochwową otwierają się do podwójnéj lub jednéj pochwy, jest nader rzadki. Częściéj się zdarza, że w dolnéj części oba rogi schodzą się, tworząc wspólną szyję. W najniższym stopniu, dno macicy daje tylko w pośrodku mały wyrostek do jamy, prawie pojedyńczéj (macica łukowata, *uterus arcuatus*).

Obie połowy macicy dwurożnéj nie zawsze są jednostajnie rozwinięte; nierównie częściéj zdarzają się wszystkie stopnie przejściowe do macicy jednorożnéj z rogiem zaczątkowym. Przy zupełném a przynajmniéj symetrycznem rozwinięciu się obu przewodów Müller'a, organ przedstawia się stosunkowo szerszym a krótszym, niż wtedy, gdy jest pojedyńczy; ściany zresztą nie są ścieńczałe. Ciekawém jest, że niekiedy całe ciało, osobliwie téż i twarz, były niestosunkowo szerokie.

Przy istnieniu podwójnéj pochwy, obie jéj jamy takoż często są niejednostajnie 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 dwujamistéj przedział rozciągać się może takoż 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 górnéj części jamy macicznéj, albo wreszcie tylko tasiemkowaty mostek między obydwiema wargami ust macicznych.

Następstwa. Przy istnieniu macicy dwurożnéj i dwujamistéj, 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 podwójnéj pochwy, często służy jeden tylko z kanałów. Pod względem praktycznym to jest ważne, że skutkiem zarośnięcia jednéj połowy macicy lub pochwy, mimo niezakłóconego odpływu krwi miesiączkowéj i śluzu z niezamkniętéj drugiéj połowy, w pierwszéj z nich nastąpić może zatrzymanie tych płynów.

Podwójność macicy nigdy sama przez się nie sprowadza niepłodności; wiele z pomiędzy kobiét 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 częściéj nieprawidłowy niż prawidłowy, mianowicie też bywa przedłużony, albo też utrudniony nieprawidłowém ustawieniem płodu, rozdarciem przegrody, albo nawet saméj ściany macicy, krwotokami po urodzeniu się ciała dziecięcia. Z téj przyczyny i zejście połogu 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 jednéj połowie. Ale i w innych także przypadkach potrzebne jest ścisłe badanie; do takowego widzimy się najczęściéj zniewolonemi znalezieniem zupełnéj lub niezupełnéj przegrody w pochwie, która jednak łatwo może nie być dostrzeżona, jeżeli się nie jéj wprost szuka. Tam, gdzie w każdém 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 dopiéro badanie za pomocą zgłębnika, oraz ocenienie zewnętrznego kształtu organu tak od strony powłok brzusznych, jak i od strony odbytnicy, jest w stanie daléj zadecydować. W razie zarośnięcia jednéj połowy macicy, excentryczne położenie części pochwowéj swobodnie sterczącéj do pochwy, oraz przyczepienie pochwy na wewnętrznéj 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.*—Seyffert: *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.* — Rokitansky: *Zeitschr. d. Wien. Aerzte. Nr. 31. 1860.* — Schröder: *Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retrouterina u. s. w. Bonn 1866.* i *Berlin. Klin. Wochensch. Nr. 38, 1866.* — Bryck: *Zur Diagnose der Atresieen u. s. w. Wien. med. Wochenschr. Nr. 11—18. 1865.*

Przy opisie wad rozwojowych macicy wspominaliśmy już o rozmaitych niedokształceniach, przy których równocześnie dolna część organu tego ślepo się kończy. Ale w nieskończenie rzadkich wypadkach zdarzają się wrodzone zarośnięcia macicy bez żadnego zresztą powstrzymania jéj rozwoju, albo, co najwyżéj, połączone tylko z nieprawidłową krótkością części pochwowéj. Zamknięcie pochodzi wtedy albo ztąd, że błona śluzowa powlekająca część pochwową nie posiada otworu między wargami ust macicznych, albo też ztąd, że szyja macicy, przy prawidłowém lub niedostatecznem rozwinięciu części pochwowéj, jest nie przedziurawioną.

Pochwa, przy wrodzoném zarośnięciu macicy, może być albo prawidłowo ukształtowaną, albo też może jéj brakować zupełnie lub w części. Spostrzegano też i jednoczesne zamknięcie sromu.

Częstszemi od wrodzonych są nabyte zarośnięcia macicy, ale i te bardzo rzadko powstają przed nadejściem późniejszego wieku. Najczęściéj zarasta ujście wewnętrzne, rzadziéj ujście zewnętrzne lub właściwa jama miednicy; kiedy niekiedy zarasta tak ujście wewnętrzne jak i zewnętrzne.

Najczęstszą tego przyczyną jest zapalenie nieżytowe z nadżarciem a nawet owrzodzeniem błony śluzowéj. Zrośnięcia z szczególną łatwością następują wtedy, gdy nieżyt przewlekły zejdzie się ze starczém niknieniem (*involutio senilis*) macicy, bowiem to wpływa na zwężenie wewnętrznego ujścia. Sprzyjają też zarastaniu istniejące równocześnie zgięcia, przy których przednia i tylna ściana macicy, w okolicy ujścia wewnętrznego stykają się z sobą, jakkolwiek przytém, w latach dojrzałości płciowéj, wyjątkowo tylko prawdziwe następuje zarośnięcie. Zarośnięcie zewnętrznych ust macicznych, z nagromadzeniem się kilku uncyj krwistego płynu i kulistém rozciągnięciem części pochwowéj, powstałe w skutek wpływu gryzących wydzielin z macicy, wywoływanych obecnością włókniaka, widział Simon [1]). Daléj zaklejają się niekiedy podczas brzemienności usta maciczne—Naegele'go *Conglutinatio orificii externi.* My dotychczas spostrzegaliśmy jeden tylko tego rodzaju wypadek, w którym zrośnięcie było częściowe, a jednak przez 18 godzin przeszkadzało rozszerzeniu się ust macicznych; w połogu przyszło do znacznego zniszczenia pochwy i części pochwowéj macicy przez zgorzel, co się skończyło zupełném zarośnięciem zewnętrznych ust macicznych. Niekiedy zarasta

[1]) Monatsschr. f. Geburtsk. Januar—Marz. 1869.

jama macicy na większéj lub mniejszéj rozciągłości, skoro rozwinęły się w jéj ścianach guzy włókniste, zbliżające takowe ściany do siebie.

Nierównie rzadziéj niż w następstwie przewlekłego nieżytu przychodzi do zarośnięć w skutek ostrych zapaleń lub téż zgorzeli. Obserwowano je także po silnych przyżeganiach szyi macicznéj, po odjęciu części pochwowéj, po tyfusie, po chorobach połogowych, a w tych ostatnich razach nawet w połączeniu z przyrośnięciem części pochwowéj do ściany pochwy.

W literaturze przytoczonych jest także parę spostrzeżeń, odnoszących się do zupełnego zarośnięcia jamy macicznéj, 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 téż i w szyi macicy. W drugim istniał przynajmniéj wązki kanał w szyi macicznéj, a na frontowém przecięciu dostrzedz się dawała biaława linia trójkątnego kształtu, która odpowiadała zarysom istniejącéj poprzednio jamy.

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

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

Następstwa. Zarośnięcie macicy niebrzemiennéj tamuje odpływ wydzielin macicznych i dlatego ma wtedy mianowicie wielkie znaczenie praktyczne, gdy jest wrodzoném lub téż nabytém w latach dojrzałości płciowéj; powoduje bowiem wtedy zatrzymanie odpływu krwi miesiączkowéj,—krwistek wewnątrz maciczny (*haematometra*). Jeżeli macica zarośnie dopiero po zaprzestaniu miesiączkowania, wtedy najczęściéj anatomiczny tylko przedstawia interes. Przecież i tu w wyjątkowych razach nagromadza się znaczna ilość śluzu w jamie macicznéj, co w dalszym ciągu prowadzi do tak zwanéj puchliny macicy (*hydrometra*).

a) Krwistek maciczny (*Haematometra*).

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

Rozciąganie jakiemu ulega macica od zatrzymanéj w niéj krwi, zwiększa się po każdéj miesiączce; a stosownie do tego czy wylewa się przy tém obfitsza czy szczuplejsza ilość krwi, dochodzi ono prędzéj lub późniéj znacznego stopnia, i może powoli dosięgnąć takiego stopnia, jaki istnieje w jednym z ostatnich miesięcy ciąży. Nagromadza się w macicy 8—10 i więcéj funtów krwi.

Jeżeli przeszkoda tkwi w pochwie, to ta ostatnia najpierw, o ile w górnéj swéj części jest przenikliwą, krwią się wypełnia. Spostrzeżenia nasze własne, jako też Scanzoni'ego, przemawiają za tém, że własności ścian macicznych od tego zależą, czy macica w krótkim czasie znacznie została rozciągniętą, czy też przeciwnie, następowało to stopniowo tylko. W ostatnim razie macica znacznie przerasta, gdy w pierwszym ściany jéj mogą ścienieć prawie tak jak papiér.

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

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

wiadających typowi miesiączkowemu, trwają 4—8—12 dni, i stopniowo przechodzą w najdolegliwsze kolki maciczne. Podczas przerw wolnych chore z początku mają się dobrze, albo co najwięcéj dokucza im uczucie pełności, ciężkości i tłoczenia w brzuchu; z czasem jednak przerwy te skracają się coraz bardziéj, i nawet podczas nich doznają chore uczucia bólu w okolicy krzyżowéj lub lędźwiowéj, 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 niezgorzéj.

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 wcześniéj zostaje podkopanym, i życie wcześniéj zagrożone.

Rozpoznanie krwisteku wewnątrz macicznego, polegającego na wrodzoném zarośnięciu macicy, w zwykłych okolicznościach możliwém jest dopiero po długiém trwaniu cierpienia, gdyż zaburzenia spowodowane przez zatrzymaną wydzielinę miesiączkową 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 istniejącéj blednicy lub t. p., usiłowania miesiączkowe 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 wstydliwości dziewiczéj, ze strony lekarza. Ale w razie długiego trwania cierpienia, zwiększająca się coraz bardziéj 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 żadnéj nie uległa zmianie, u różnych chorych, różnych dostarcza też danych. Niekiedy palec napotyka nie przedziurawioną część pochwową macicy, prawie normalnéj długości; najczęściéj jednak jest ona albo bardzo krótka, albo nie ma jéj wcale; chociaż bowiem pierwiastkowo istniała prawidłowo ukształtowana, to w skutek gromadzenia się krwi w jamie macicy i szyi macicznéj, 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 zewnętrznem, to upewnimy się, że guz umieszczony w miednicy lub też wystający do jamy brzusznéj, 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 mniejszéj objętości niż w ciąży, posłużyć może do rozróżnienia obu tych stanów. Okoliczność ta jest ważną, albowiem zmiany kształtu i spoistości macicy, początkowo są do siebie podobne. Wyraźne chełbotanie 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 zatartéj części pochwowéj, nic już stać nam nie będzie na zawadzie do dopełnienia badania próbami wdrążenia, za pomocą cieńszych i grubszych zgłębników do jamy macicy i przekonania się tym sposobem bezpośrednio o nieprzenikalności szyi macznéj.

Przy krwisteku powstałym w skutek nabytego zarośnięcia, dolegliwości nierównie prędzéj znaglają do miejscowego badania, gdyż od samego zaraz początku występują one z wielkiém 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 podwójnéj. Był on już spostrzegany przez Leroy, lecz dopiéro Rokitansky, który go trafunkowo napotkał na zwłokach, zwrócił nań uwagę lekarzy, a niezadługo potém Schröder uczynił zeń przedmiot badań krytycznych w dziedzinie gynekologicznéj literatury. Z badań tych okazuje się, że i w ostatnich także czasach podobne spostrzeżenie ogłoszoném zostało przez Crédé'go, ale pod fałszywém nazwaniem, albowiem błędnie wziętém było za krwistek zewnątrzmaciczny (*Haematocele*). Krwistek

wewnątrzmaciczny jednostronny, zdarza się zatém nie tak rzadko; jakkolwiek częściéj w skutek jednostronnego zarośnięcia pochwy (porównaj: choroby pochwy), aniżeli przy pochwie pojedynczéj, zdwojeniu macicy i zarośnięciu jednego jéj rogu. Dla rozpoznania wziąść trzeba pod uwagę raz objawy krwisteku wewnątrzmacicznego przy macicy pojedyńczéj, a powtóre znaki zdwojenia tego organu. Jak przy macicy podwójnéj niezarosłéj, tak też i tu obie połowy macicy w czasie napływów miesiączkowych rozmaicie zachowywać się mogą, mianowicie też, że krwawienie odbywa się albo z obu połów, albo z jednéj tylko strony. Jeżeli krwawienie ma miejsce z zarośniętéj 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 choréj przez siebie obserwowanéj. Przeciwnie, nie dopatrzył on jednoczesnego podwojenia macicy, albowiem róg lewy, otwarty od dołu, wraz ze swemi ustami macicznemi przemieszczony był ku górze, i dlatego też, dopiéro po opróżnieniu zamkniętego rogu, mógł być dosięgnięty. 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 miesiączkowych; to w rozpoznaniu nie napotykamy nieprzezwyciężonych trudności.

Skutkiem zatrzymania się krwi w zamkniętéj połowie, powstaje guz, leżący obok rogu swobodnie otwierającego się do pochwy, i dolnym swym końcem tworzący sklepienie téj ostatniéj. 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 dwujamistéj, lecz w formie dwurożnéj, jak to w wypadkach do tego czasu dostrzeganych stale się zdarzało, to przytém okaże się takoż, że otwarty róg nie w całéj długości przytyka do zagadkowego guza, lecz że górny jego koniec odchyla 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 wywodu, 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 któréj 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 otwartéj jamy macicznéj, co przecież nigdy się nie zdarza przy krwisteku zewnątrzmacicznym.

Leczenie. Skoro tylko choroba dobrze rozpoznaną zostanie, leczenie ma na celu utorowanie zamkniętéj drogi. Cel ten osiągnąć się daje bez szczególnych trudności, jeżeli zatrzymanie się krwi zostało spowodowaném przez zarośnięcie szyi, przy prawidłowo ukształconéj pochwie. Nienależy jednak uważać operacyi za zupełnie bezpieczną, gdyż w przypadku jednoczesnego rozdęcia jajowodów, opróżnienie macicy sprzyja wystąpieniu z nich krwi do jamy otrzewnéj, jak to bliżéj rozbierzemy przy opisie zarośnięć pochwy.

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

Aby macicę z jak największą pewnością uczynić przenikalną, o bierа się do tego zgięty trójgraniec, którym przenika się ostrożnie przez usta maciczne, albo, gdy tych odszukać nie można, wbija się go w miejsce najwięcéj wypuklone.

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

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

tychmiast bisturem nie rozszerzy. Tappert [1]) zmuszony był później dwa razy jeszcze powtarzać nakłucie, a po ostatniém otworzeniu trzymać rurkę przez trzy miesiące, zanim otwór się utrzymał.

b) Puchlina macicy (*Hydrometra*).

O ile krwistek wewnątrzmaciczny jest najczęściéj następstwem wrodzonych zarośnięć macicy, o tyle puchlina maciczna dotychczas spostrzeganą była wyłącznie przy zarośnięciach i zwężeniach nabytych. Rozwój jéj poprzedzonym bywa przez brak miesiączki, a przed nadejściem okresu dojrzewania ma miejsce znaczniejsze wydzielanie śluzu do jamy macicznéj, tam nawet gdzie takowa swobodnie się otwiera. Puchlina macicy w mniejszym stopniu, często dostrzegać się daje trafunkowo na zwłokach kobiét, zmarłych w późniejszym wieku. Napotyka się także nie rzadko, jako stan przechodni, przed przejściem lat dojrzałości płciowéj, u osób dotkniętych zgięciem macicy, włókniakami i innemi guzami, skoro te cierpienia podtrzymują obfitsze wydzielanie się śluzu, mechanicznie zamykają usta maciczne, i sprawiają niezwykłe przedłużanie się okresu miesiączkowego. Rozciągnięcie macicy do objętości głowy dziecka lub mężczyzny albo nawet do objętości odpowiadającéj macicy brzemiennéj w ostatnich miesiącach, następuje prawie wyłącznie tylko w skutek przewlekłych nieżytów, po trwałém zaprzestaniu miesiączkowania.

Ponieważ miejscem zaciśniętém jest najczęściéj 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 macicznéj, 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 zwanéj puchliny jajowodów (*hydrops tubarum*) i puchliny pęcherza żółciowego (*hydrops vesicae felleae*).

Przy nieznacznem rozdęciu macicy w późniejszym wieku, nie ma żadnych objawów cierpienia macicznego; wszakże nagromadzenie

[1]) Ein Fall von Atresia uteri congenita mit nachfolgender Schwangerschaft, v. Soanzoni's Beitr. z. Geburtsk. III.

się znaczniejszéj ilości płynu połączone bywa z gwałtownemi kolkami macicznemi, powracającemi 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 kątowego macicy, nowotworów w niéj 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 niéj 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 miesiączkowemi lecz stale; że szyja maciczna jest przy niéj zwykle przenikalną aż do wewnętrznego ujścia; a nadto, że w pojedyńczych 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-letniéj, która nigdy jeszcze nie miesiączkowała, z zamkniętą pochwą, znalazł B. macicę tak rozciągniętą, że na dwa poprzeczne palce przesięgała pępek, 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-odbytniczéj, odpowiedniéj co do długości pochwie; co dawało się uskutecznić, wprowadzając palec do odbytnicy, a cewnik do cewki moczowéj. B. ze względu na wiek choréj, 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 rozdzieloném zostało, a pozostała część kanału została przywróconą przez rozdarcie palcami wiotkiéj tkanki łącznéj, i gdy nareszcie przebito guz trójgrańcem, — w miejsce oczekiwanéj krwi miesiączkowéj wypłynęło $1^1/_2$ litra zgęstniałego śluzu. W 3 dni potém wywiązało się zapalenie otrzewnéj, które po 48 godzinach zakończyło się śmiercią.

Przy sekcyi 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 otrzewnéj.

W wypadku tym należy, o ile się zdaje, szukać przyczyny zarośnięcia w poprzedzającym je nieżycie pochwy, i upatrywać związek powstania procesu, który sprowadził rozwój puchliny macicznej i jajowodowéj, 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 jednéj strony utrzymuje się swobodną drogę, z drugiéj zaś, usiłuje się zmniejszyć wydzielanie, za pomocą nastrzykiwań 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.*

Ś c i e ś n i e n i a ujść macicy są częstsze, aniżeli zupełne ich zamknięcia, i podobnie jak te ostatnie, mogą być albo wrodzonemi, albo téż nabytemi w następstwie rozmaitych, w poprzednich rozdziałach opisanych chorób. Ograniczają się one przeważnie do ujścia zewnętrznego, niekiedy jednak dotykają 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 każdém miesiączkowaniu trapiły chorą gwałtowne kolki, i po 19-letniém pożyciu małżeńskiém pozostała niepłodną. Przeszkoda, która utrudniała odpływ krwi miesiączkowéj, doprowadziła do wydłużenia szyi i rozszerzenia całéj macicy ze ścieńczeniem jéj 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 niepłodność, stosunkowo często polegają na ścieśnieniu ust macicznych.

Chociażby nawet, w Anglii osobliwie, znaczenie praktyczne ścieśnień przecenionem być miało, mimo to jednak, z uwagi na liczne pod tym względem spostrzeżenia, wątpić się o niém nie godzi. Nie we wszystkich wypadkach, w których usta maciczne widocznie ścieśnionemi się wydają, przy każdém 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 znaczniejszym odpływem krwi. Usunięcie przeto ścieśnienia, w jednym wypadku zapobiegnie dolegliwościom regularnie wracającym, w innym - rzadziéj 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 samém winno tam być próbowaném, gdzie niepodobna wykryć innego powodu od dawna trwającéj niepłodności. Z tego faktu, że kobiéty, które przez długie lata były niepłodnemi, po piérwszym 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 macicznéj w taki wykonamy sposób, że natniemy ją z obu stron w całéj długości, tak, aby cięcie postępując od góry ku dołowi, stawało się coraz głębszém, a usta zewnętrzne zostały szeroko rozszczepione,— to nadamy szyi macicznéj podobną postać, jaką przybiera po porodzie.

Usunięcie ścieśnień da się uskutecznić zarówno na drodze krwawéj jak i nie krwawéj, 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 nieżytach, za-

trzymaniu regularności, porażeniu dolnéj połowy ciała; daléj po połogowém 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 niéj guzy lub stare wysięki.

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

Przy formie najczęściéj napotykanéj, jaką jest zanik starczy, z powodu istniejącéj równocześnie kruchości ścian tętniczych, mogą następować wylewy w tkankę macicy i znaczniejsze krwotoki maciczne.

5. Przerost macicy.

(*Hypertrophia uteri*).

Lobstein: *Pathol. Anat. Bd. 1. pag. 50.* — Boivin et Dugès: *Traité pratique etc. T. I. pag. 193.* — E. Kennedy: *Dublin Journ. Novbr. 1838.*—Scanzoni: *l. c. p. 66.*—Virchow: *Archiv Bd. 10 i Monatsschr. f. Geburtsk. XI. pag. 163.*—Huguier: *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'uterus. Paris 1860.* — C. Braun: *Wien. medic. Wochenschr. Nr. 30. 1859.* — G. Simon: *Monatsschr. f. Geburtsk. Juni 1860 und April 1861.*

Cechą anatomiczną przerostu jest powiększenie objętości, w skutek dość jednostajnego pomnożenia wszystkich tkanek. Tém różni się on od stwardnienia, będącego częstém następstwem przewlekłych miąższowych zapaleń macicy, przy którém tkanki łącznéj 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 dłużéj trwające, jakie towarzyszą wypadnięciom, wpukleniom, zgięciom, przewlekłym nieżytom macicy, wreszcie wielokrotnym ciążom. Daléj bywa on częstém następstwem puchliny macicznéj, 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 raczéj, jeżeli nawet nie wyłącznie, choroba go powodująca. Pod względem praktycznym przecież ważniejszym jest rzadko wprawdzie zdarzający się przerost ograniczony do części pochwowéj lub do warg ust macicznych.

Jeżeli zwiększona jest objętość nie tyle warg, ile raczéj ciała części pochwowéj, wtedy przedstawia się ona jako narośl głęboko w pochwę opuszczona, $1\frac{1}{2}$ do 3 cali długa, stożkowata, walcowata, jajowata lub téż kulista, na dolnym końcu któréj dostrzedz można usta maciczne w postaci okrągławego lub szczelinowatego otworku, albo téż przyczepione tu wargi, więcéj lub mniéj wydłużone i zgrubiałe. Postać ust macicznych i od tego także zależy, czy cierpienie wystąpiło u dziewicy, czy téż u kobiéty, która już rodziła. W wypadku opisanym przez Simon'a bujająca błona śluzowa jednéj wargi tworzyła jeszcze dwa oddzielne skrzydlaste przyrostki. Utkanie części pochwowéj, przy téj formie częściowego przerostu, po raz piérwszy przez Kennedy'ego dokładniéj określonéj, okazuje się albo wcale, albo téż mało tylko zmienioném.

Przy przeważającym albo téż wyłącznym przeroście jednéj lub obu warg ust macicznych, która to forma częściéj daje się spostrzegać, wargi te mogą także dojść długości kilku cali i przedstawić kształ rozmaity: języczkowaty, polipowaty, jajowaty lub kulisty. Taka „warga ryjowato 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 licznemi lejkowatemi zagłębieniami, prowadzącemi do torebek (*cryptae*), które wystąpiły z rozszerzonych gruczołów. Okoliczność ta dowodzi, że tu chodzi głównie o bujanie i w winięcie dolnéj części kanału szyi macicznéj; 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 pochwowéj, oraz warg macicznych, wpływają nadto jeszcze przebyte

[1]) Archiv Bd. 11 p. 188.

ciąże, a osobliwie porody, które sprowadzają znaczne zapalne nabrzmienie szyi, jak to sami mieliśmy sposobność spostrzegać w jednym wypadku, w którym pęknięcie przedniéj wargi zakończyło się wytworzeniem guzika szypułkowatego, okrągławego, twardego, wielkości śliwki. Wpływają tu także zapalenia macicy w nie połogowym stanie kobiéty, a wyjątkowo tylko wypadnięcie (*prolapsus*), które zwykle daje powód nie do przerostu części pochwowéj, ale do wydłużenia nadpochwowéj części szyi macicznéj.

Przerost części pochwowéj macicy daje powód raz do większych, drugi raz do mniejszych d o l e g l i w o ś c i. Pospolicie skarżą się chore na uczucie tłoczenia w wejściu pochwy lub szparze sromnéj, a uczucie to dolega im szczególniéj 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 r o z p o z n a n i u, nawet w wypadkach zkądinąd nie powikłanych, uniknąć tylko można przez ścisłe zbadanie. Od prawdziwego opadnięcia macicy, przerost części pochwowéj 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 sromnéj, nie daleko odprowadzonym być może. Polipowate wydłużenia jednéj z warg macicznych tém się cechują, że przechodzą bezpośrednio w przedni lub tylny kontur ust macicznych, gdy tymczasem polipy nie mają podstawy swéj w tém właśnie miejscu, a przynajmniéj nie na całym obwodzie wargi.

Dobrowolne u l e c z e n i e 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 całéj części pochwowéj, sami widzieliśmy dobry skutek po jednorazowém lub dwukrotném energicznem użyciu rozpalonego żelaza.

W wyższych stopniach cierpienia, a osobliwie przy znaczniejszym przeroście warg, dolegliwości chorych, jako też częstokroć istniejącą niepłodność, usuwa tylko odjęcie (*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 też 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 zmoczonéj w półtorochlorku żelaza, po kilku dniach nastąpił gwałtowny krwotok następczy; z tego też powodu przyznać należy pierwszeństwo rozpalonemu żelazu.

By zupełnie uniknąć niebezpieczeństwa krwotoku, H u g u i e r S i m o n i inni, 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 też, przed sztucznem obniżeniem macicy, należy ściśle określić miejsce przyczepienia pochwy do części pochwowéj, by być pewnym, że się późniéj przyrząd dokoła głębiéj leżącego miejsca zaciska. Przy odgniataniu, może być rozdartém sklepienie pochwowe, i to nietylko wtedy, gdy skutkiem nasiąknięcia stało się ono kruchszém niż miejsce operowane. Łańcuszek bowiem wcześniéj rozdziela substancyę macicy, aniżeli wytrzymalszą od niéj powlokę z błony śluzowéj, a tém samém gwałtownie pociąga ścianę pochwy ku miejscu, które zaciska. Niebezpieczeństwa tego unikamy przy użyciu galwanokaustyki. Jeżeli jednak zechcemy sprobować 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 pochwowéj 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 I—III. Leipzig. 1821—1822.* — V a l l e i x: *Leçons cliniques sur les déviations*

de l'utérus récueillies 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: *Clinig. méd. II. pag. 459.* — M. B. Freund: *Die Lageentwickelung 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 wprawdzie macicy pewne położenie, ale dozwalają jéj czasowo zmieniać takowe, o ile na to wpływają, (że pominiemy tu stan ciąży) zmiany w napełnieniu pęcherza moczowego i odbytnicy, oraz ciśnienie tłoczni brzusznéj. Najbardziéj ustaloną jest część nadpochwowa szyi macicznéj, gdyż przednia jéj połowa połączona jest za pomocą tkanki łącznéj z dnem pęcherza; do tylnéj zaś przyczepiają się więzy maciczno-krzyżowe (*ligam. utero-sacralia*) i mięsień ściągający macicę (*m. retractor uteri*, Luschka). Na téj też zasadzie Virchow był w stanie nazwać szyję macicy właściwą dźwignią ciała tego organu [1]). 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 dozwalają więzy okrągłe wtedy dopiéro, gdy się staną bardziéj rozciągliwemi; podobnie jak i więzy szerokie tylko w stanie większego zwiotczenia pozwalają macicy bardzo znacznie przesuwać się na boki. Znaczniejszemu wypieraniu szyi macicznéj ku przodowi sprzeciwia się mięsień ściągający (*m. retractor*). Tenże sam mięsień zabezpiecza takoż macicę od przemieszczenia ku dołowi, a to w ten po części sposób, że nie dopuszcza koniecznego przy tém wpuklania się sklepienia pochwy, do którego tylnéj części 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 przezwyciężony, 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 trwałe przemieszczenie macicy.

Silne naprężenie więzu szerokiego, będące następstwem lewo lub prawostronnego zapalenia przewlekłego otrzewnéj biodrowéj, ustala dno macicy. Odwrotnie: niezwykłe zwiotczenie więzów tak szerokich jak i okrągłych, pozostające częstokroć po połogu, dozwala mu większéj 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 własnéj, i ztąd też, stosownie do położenia ciała, to w przedni, to w tylny worek otrzewnéj zapada. Okoliczność ta może dawać powód do błędnego rozpoznania, mianowicie do przyjęcia trwałego przemieszczenia w pewnym oznaczonym kierunku, jeżeli się chorą w jednéj tylko pozycyi śledzi, niezwracając uwagi na to, czy macica przez naciskanie 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 nieprawidłowéj 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 normalnéj wysokości, a jest tylko zepchniętym z linii środkowéj miednicy ku tyłowi, ku przodowi, ku prawéj lub ku lewéj stronie, bez żadnéj zmiany w swéj osi, i mniéj lub więcéj równolegle do normalnego swego położenia. Najczęściéj zdarza się ustawienie boczne; więzy szerokie i okrągłe są niejednostajnie długie; pochwa przyjmuje wprawdzie położenie środkowe, ale excentrycznie tkwiąca w niéj 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 takowéj na dwie nierówne połowy. To zboczenie położenia bywa zwykle wrodzoném, a jak pokazały dochodzenia M. B. Freund'a, jest ono wynikiem niezwykle znacznego zepchnięcia macicy, jeszcze za życia zarodkowego, przez kiszkę odchodową, na stronę przeciwną téj ostatniéj. Czy stan ten daje powód do jakowych zaburzeń, a tém samém czy przedstawia jaki interes praktyczny, dotychczas nie wyświetlono dostatecznie.

2) Zmiana położenia osi podłużnéj macicy, względem osi miednicy, bez skrzywienia lub załamania się piérwszéj z nich, sprawia pochylenia (*versiones*). Dno podaném jest ku przodowi, ku tyłowi, lub ku jednéj z dwóch stron, część zaś pochwowa ku stronie przeciwległéj; 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 pochyleń, oddzielono mięszane z niemi zupełnie do czasów Deventer'a zgięcia macicy (*flexiones*), które zresztą, częstokroć jeszcze i teraz przez francuzkich zwłaszcza autorów, wraz z pochyleniami obejmowane bywają wspólném mianem zboczeń (*deviationes*). Podział ten nastąpił od czasu, gdy Boër, z położniczego wychodząc stanowiska, zwrócił uwagę na ważność takowego. I tu także wyrażenia: przodozgięcie (*anteflexio*), tyłozgięcie (*retroflexio*), zgięcie boczne prawe lub lewe (*flexio lateralis dextra et sinistra*), oznaczają położenie dna macicy. Przy zgięciach przeto, — w przeciwstawieniu do pochyleń — najpiérw ma miejsce zboczenie kształtu, a to dopiéro pociąga za sobą zboczenie w położeniu. Przecież rozmaite okoliczności, które bliżéj przy opisie pojedynczych odmian zagięć wytkniemy, usprawiedliwią nas, że zgięcia stawiamy obok pochyleń. W tém miejscu ograniczamy się tylko na przytoczeniu, że obie te nieprawidłowości częstokroć wzajemnie się wikłają. Tak np. zdarzają się wrodzone pochylenia połączone ze skrzywieniem t. j. z przesunięciem obu połówek macicy w całéj ich długości, albo téż ze zgięciem około jednego z bocznych brzegów; zaś obok pierwotnie nabytych zagięć częstokroć istnieje równocześnie i pochylenie.

4) Jeżeli macica nie zbacza wprawdzie z osi miedniczéj, lecz zmienia swe położenie w miednicy, to przemieszczenie takowe nastąpić może albo ku górze, albo ku dołowi. Uniesienie (*elevatio*), zdarza się jako nieprawidłowość wrodzona albo téż nabyta. W piérwszym wypadku, idąc za Freund'em, uważać ją można za skutek

niedoszłéj w życiu płodowém najczęściéj jeszcze, zmiany położenia kiszki odchodowéj, a mianowicie trwałego pośrodkowego jéj położenia, przyczém, w miarę wypełniania się téj kiszki smołką (*meconium*), macica wypieraną zostaje z małéj miednicy ku górze.

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

Każde uniesienie macicy łączy się z proporcyonalném doń wydłużeniem pochwy. Jeżeli macica od góry ciągniętą była w tym kierunku, to sama się wydłuża. Najbardziej rozciąganą zostaje przytém okolica przesmyku (*isthmus*), tak, że może nawet nastąpić zupełne przerwanie ciągłości całéj błony śluzowéj i mięsnéj, a ciało i szyja macicy zostaną ze sobą w połączeniu tylko za pomocą powłoki surowiczéj. Pospolicie skutek rozciągania jakiemu ulega szyja macicy ogranicza się na wyciągnięciu jéj na długość o 2—3 cali, ze skróceniem części pochwowéj aż do zupełnéj zagłady, ścieńczeniem ścian i zwężeniem jéj jamy, a szczególniéj ujścia wewnętrznego. Ciało macicy mniéj lub więcéj przerasta. To właśnie następstwo, albo raczéj powikłanie uniesienia macicy, ma znaczenie praktyczne; sama zaś zmiana położenia, jest rzeczą podrzędną, jako uboczny i nieważny objaw choroby przyczynowéj. Tak np. spostrzegaliśmy niejednokrotnie wielkie guzy jajników, na przedniéj powierzchni których, znacznie powyżéj 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 działalanie na macicę.

Nierównie częstszém, i z powodu swych następstw nierównie ważniejszém, 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 Gestaltung und Lage der Gebärmutter. Heidelberg. 1840.* — E. Lacroix: *De l'antéversion 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 Hysterocantomie. Gaz. des hôpit. Nr. 53—58. 1865.*

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

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

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

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

Ponieważ wpuklenie otrzewnéj, 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 niżéj aniżeli szyja.

Przodopochylenie jest częstsze (według L. M a y e r'a trzy razy) od tyłopochylenia. Objaśnia się to normalném położeniem macicy w prostéj części osi miedniczéj, a kątowém jéj ustawieniem względem osi ciała. Niewątpliwą jest rzeczą, że ten stosunek anatomiczny, więcéj 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 połogu, w czasie którego powstały albo skutkiem przedwczesnego opuszczenia łóżka, przedwczesnych wysileń ciała, dźwigania, kasłania, wymiotowania i t. p. W połogowym stanie, to samo następstwo wywołać mogą wstrząśnienia ciała i silne działanie tłoczni brzusznéj. Tylko u dziewic i kobiet niepłodnych, bardzo często niepodobna wyśledzić najbliższéj 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 p r z o d o p o c h y l e ń p i e r w o t n y c h zdarzają się częstokroć n a s t ę p c z e, t. j. takie, przy których zboczenie w położeniu spowodowaném zostało przez nowotwory macicy lub jajników, przez wysięki wewnątrz lub zewnątrz otrzewnéj, przez niby-błoniaste przyrosty przedniéj części dna macicy, albo tylnéj powierzchni szyi macicznéj, przez bliznowate skurczenie się tkanki łącznéj znajdującéj się pod otrzewną tworzącą dół D o u g l a s'a, 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 przewlekłém 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 częściéj niż wydymania (*tenesmi*), chociaż rzadziéj niż zaparcie stolca. Bardzo częstemi są współczuciowe nerwice, zaburzenia w trawieniu i rozmaitego rodzaju przypadłości maciczne. Nakoniec, wiele z pomiędzy takich chorych pozostało zupełnie niepłodnemi, albo też stały się takiemi 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 przewlekłém zapaleniu tak macicy jak i okołomacicznem; parcie na mocz przy przodopochyleniu bynajmniéj 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 jednéj strony nie są rzadkie, z drugiéj — żadnych nie wywołują zaburzeń; a nadto za pomocą ścisłych epikryz pierwszych wypadków, chce dowieść, że u kobiét, 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.

Krytycznéj bystrości G o u p i l'a zupełną przyznajemy słuszność; 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 kobiét, które wcale nie skarżyły się na właściwe temu przypadłości, a wzywały tylko pomocy lekarskiéj z przyczyny niepłodności. Ale sama już niepłodność, tak często napotykana 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 więcéj nieprawidłowego wykryć się nie daje. Jakkolwiek wypadki te, o ile się zdaje, dotyczą zawsze przodopochyleń pochodzenia połogowego, a więc macicy znacznie większéj i cięższéj od macicy dziewiczéj, to jednak ostatniego tego stanu nie można uważać za chorobowy. Co więcéj, przyjęcie w takich wypadkach powstrzymania inwolucyi połogowéj macicy za przyczynę pochylenia, wymaga pewnych podstaw, jakoto: niezwykłéj wielkości macicy na ilość przebytych połogów, wielkiéj skłonności do krwotoków i t. p.

Zdaniem naszém tedy, o ile wymaga tego objaśnienie objawów chorobowych, powikłanie jest najczęściéj rzeczą główną, zaś przodopochylenie podrzędną; jakkolwiek ta ostatnia, w wyjątkowych razach, i pod tym względem może mieć pewną wartość. Daléj, nie należy pomijać tego, że wykształcenie się przodopochylenia macicy podczas połogu, może być przeszkodą do fizyologicznéj inwolucyi téj ostatniéj, i że pochylenie to podtrzymywać może proces zapalny, bądź równocześnie z niém, bądź téż wcześniéj lub późniéj 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 bardziéj zwiększa przemieszczenie, i nader łatwo wstawiają się znaki poczynającego się poronienia.

Rozpoznanie nie jest trudném, jeżeli nadamy choréj położenie sprzyjające połączeniu badania zewnętrznego z wewnętrznem. W położeniu stojącém nierzadko powstaje nieznaczne przodopochylenie, które znika, jak skoro chora się położy. Ale jeżeli i przy położeniu na wznak znajdziemy przednie sklepienie pochwy mniéj lub więcéj zatarte, część pochwową skierowaną ku tyłowi, i z téj przyczyny usta maciczne trudno albo zaledwie dosięgalne; jeżeli wyczujemy tak przez powłoki brzuszne, jako téż od strony przedniéj 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 jakiéj wspomniano, mówiąc ogólnie o przemieszczeniach), wtedy ustępuje wszelka wątpliwość. Trudniejszém jest wykrycie istniejących

powikłań, ich stosunku do przemieszczenia, momentów przyczynowych, słowem, wierne ocenienie całego stanu choréj, 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 piérwéj usuniętemi a przynajmniéj znacznie złagodzonemi być muszą powikłania, jak przewlekłe zapalenie macicy i okołomaciczne, nawały do macicy i jéj przerost, gdyż poprzednie leczenie pochylenia jest zawsze niebezpiecznem, a zresztą nie zawsze bywa potrzebném.

Dla przywrócenia położenia macicy drogą mechaniczną, próbowano rozmaitych sposobów. W wypadkach świeżych, mianowicie téż powstałych w czasie ciąży lub połogu, wystarcza nakierowanie ciała macicy odpowiedniemi rękoczynami od strony pochwy i powłok brzusznych, a następnie dłuższe utrzymanie choréj w położeniu leżącém. Jeżeli przy postępie ciąży, macica wzniesie się do wielkiéj miednicy, albo gdy po połogu nastąpi t. z. inwolucya macicy, wtedy albo wcale, albo mniéj potrzeba się obawiać ponowienia się choroby. Nawet, jeżeli przemieszczenie dłużéj trwało, częstokroć jeszcze udaje się nakierować macicę palcami lub przy pomocy wziernika, w który to ostatni, część pochwowa częstokroć z wielkim dopiéro mozołem, za pomocą ruchów dźwigniowych wstawić się daje. Inni ująwszy cążkami kawałek gąbki, albo téż 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 téż powoduje krwawienie, i ztąd téż powinienby być stosowanym jedynie tylko jako środek pomocniczy.

W przewlekłych tych wypadkach, — a one właśnie są prawie codziennemi — pochylenie wraca natychmiast po zaprzestaniu prób naprostowania. Aby tedy utrwalić macicę w nadaném jéj prawidłowém 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 téż znaczne krwotoki; a nawet w tych wypadkach, w których bywają znoszone, jeżeli nie zawsze, to przynajmniéj dosyć często znacznie zwiększają śluzotok. Już to samo ogranicza możność ich zastosowania przy przodopochyleniach, w ogóle mniéj 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 gynekologów usiłowało wynaleźć takie przyrządy ochronne, za pomocą których możnaby było macicę stopniowo przyzwyczaić do jéj prawidłowego położenia. Z pomiędzy nich, najmniéj właściwém jest użycie zwyczajnego zgłębnika, którym macica codziennie musi być nakierowaną, i chociaż za każdym razem pozostawi się go przez czas krótszy lub dłuższy na miejscu, powtarzając to wciągu wielu miesięcy a nawet dłużéj niż rok, to jednak w wielkiéj zaledwie mniejszości wypadków zdoła się osiągnąć cel zamierzony. Polepszenia, szczególniéj 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 mniéj 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, mniéj lub więcéj łatwo nasiąkają wydzielinami części płciowych, muszą więc być codziennie, albo przynajmniéj co drugi lub trzeci dzień zmieniane, a najczęściéj gąbki. Że zaś częstokroć bardzo krótko pozostają one na miejscu, i łatwo się usuwają, to też zastąpiono je rozmaitemi właściwemi wiankami (z trzonkami i bez trzonków), jak np. małemi kauczukowemi pęcherzami G a r i e l'a, unośnikiem maciczným R o s e r-S c a n z o n i'e g o, 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 szczególniéj 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 dopiéro zwolna przyzwyczajać się muszą do pierścienia. Z drugiéj jednak strony, wspomniany pierścień na samo przodopochylenie wywiera wpływ stopniowy tylko, i częstokroć po dłuższém 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 R 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 stwardniałéj gumy a nie z metalu. Wianki te bywają rozmaitych kształtów: otwarte lub zamknięte, albo wreszcie pierścieniowate. Otwarte mają kształt podkowy, wygiętéj po płaszczyźnie, pojedynczo lub też esowato. Koniec zamknięty — „drąg“, spoczywać ma w tylném sklepieniu pochwy, i jako krótsze ramię dźwigni, unosić to sklepienie i części poza niém się znajdujące (przy tylopochyleniu — ciało macicy) ku górze, jak skoro „rogi“ obniżą się lub naciśnię-

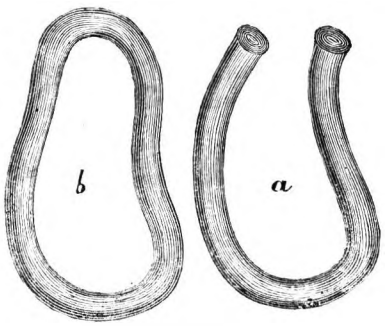


Fig. 14.
Wianki dźwigniowe H o d g e'g o.
a) dźwignia otwarta; b) dźwignia zamknięta z wygięciem esowatém.

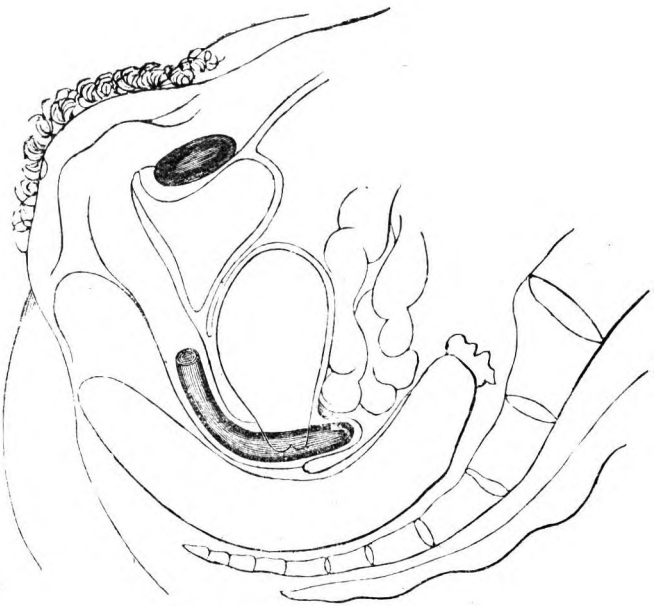


Fig. 15.
Dźwignia esowato wygięta na miejscu.

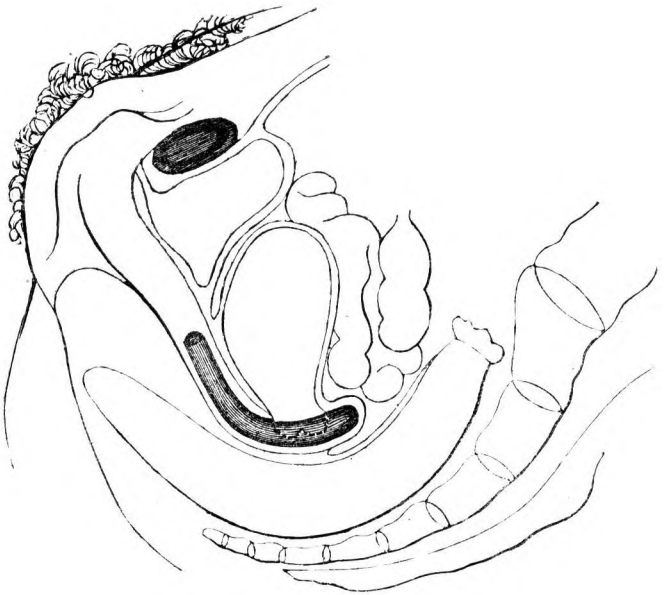


Fig. 16.
Dźwignia pojedyncza na miejscu.

temi zostaną ku dołowi. Dźwignie zamknięte są również albo raz tylko, albo podwójnie wygięte. Aby szyję pęcherza moczowego pozostawić wolną, pierścień jest przerwany. E. Martin stanowczo zaprzecza, by przyrząd ten działał jako dźwignia; a i według naszego doświadczenia rzadko działanie dźwigniowe dosięga stopnia godnego téj nazwy. Zwykle pożytek przyrządów tych na tém się ogranicza, że są prostą podporą obniżonego ciała macicy, a w niektórych razach mogą też 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 Martin i Spiegelberg)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 tylnéj powierzchni części pochwowéj, albowiem niekiedy tylny brzeg drąga tu się wrzyna. To też używać należy tylko dźwigni

o drągach starannie zaokrąglonych, a przy zachowaniu téj ostrożności, w ogóle często przekonywamy się, że przyrządy Hodge'go lepiéj leżą, a przez to są pożyteczniejsze od pierścieni Mayer'a. Przeciwnie, nie mogliśmy się przekonać o tém, aby piérwsze, w skutek podatności stwardniałéj gummy [1]), pod wpływem ciepłoty ciała, miały się lepiéj przystosowywać do kształtu kanału rodnego; ale właśnie z żalem widzieliśmy w ostatnich czasach ukazujące się w handlu pierścienie Mayer'a, niezdolne prawie do użycia, z powodu zbytecznego ciężaru i niepodatności. Oba rodzaje wianków mało przeszkadzają odpływowi wydzielin i zastosowaniu nastrzykiwań. Szpara pozostawiona w pierścieniach „przerwanych" dla cewki moczowéj, według naszych spostrzeżeń żadnych nie przynosi korzyści. To téż wybierając wianek ograniczamy się głównie na zadaniu sobie pytania, czy przyrząd obrączkowaty lepiéj będzie leżał, działał, i czy lepiéj znoszonym będzie.

„*Pessaires à contraversion*" są excentrycznemi wiankami macicznemi, przyrządzonemi z waty z powłoką kauczukową, albo téż z gutaperki. Excentryczne umieszczenie otworu, pozwala zbliżyć zboczoną część pochwową do linii kierunkowéj, a przez to z jednéj strony zmniejszyć pochylenie, z drugiéj 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 znacznéj 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 Wegscheider [2]) słusznie zauważył, wywiera wpływ nietylko przez poprawienie położenia macicy, ale najczęściéj przez innego rodzaju następstwa psychiczne i somatyczne. Z tych ostatnich wymienić należy: zmniejszenie poprzedniéj ruchomości macicy (co ją więcéj zabezpiecza od targań i wstrząśnień), a nadto także, uczucie nowéj niedogodności występującéj w miejsce poprzednich nieprawidłowych sensacyj.

---

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

[2]) *Monatsschrf. f. Geburtsk. XXI. 6. p. 454.*

My tedy, w wypadkach przodopochyleń pierwotnych, zalecamy przedewszystkiem usunięcie powikłań, a potém 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 wewnątrzmacicznych.

β) Tyłopochylenie macicy (*Retroversio uteri*).

Przy tyłopochyleniu dno macicy opuszcza się ku tyłowi, więcéj lub mniéj głęboko do dołu Douglas'a, szyja zaś jej, odpowiednio temu posuniętą 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 Douglas'a sprawia, że macica może weń zapadać bez tak znacznego wydłużania się pochwy jak przy przodopochyleniu; ale tylna ściana pochwy utraca przytem swą sklepistość, podobnie jak przy ostatniém—przednia.

Powodem przeważnéj liczby tylopochyleń są zrosty na tylnéj powierzchni macicy, w następstwie przebytego poprzednio zapalenia okołomacicznego; dlatego téż tyłopochylenia zdarzają się rzadziéj u dziewic, niż u kobiét które rodziły. Potém występują tylopochylenia jako objaw wtórny, wzbudzający podrzędny interes, przy włókniakach macicy, mianowicie usadowionych w tylnéj ścianie tego organu, przy guzach w sąsiednich organach a szczególniéj w jajnikach, które naciskają 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 tylopochylenia macicy ciężarnej, które, dla słusznych powodów, zamieszczamy między zgięciami.

Objawy są w ogóle te same co i przy przodopochyleniu, a ponieważ tylopochylenie zwykle 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. okołomacicznem albo do istniejących guzów. Mimo to, zdarza się częstokroć, że po zupełném

usunięciu stanu zapalnego, dolegliwości trwają dalej albo też wracają czasowo, szczególniej 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 kiszkę odchodową. O ile zniesioną jest ruchomość, dowiadujemy się dokładniéj dopiero po wprowadzeniu zgłębnika.

W leczeniu kierować się należy zasadami wyjawionemi przy przodopochyleniu. Z rozważenia przyczyn tylopochylenia wynika, że samo przemieszczenie nierównie rzadziéj można próbować leczyć, a zwykle pozostaje tylko leczenie objawowe, do którego zaliczamy także mechaniczne podpieranie macicy wiankami zewnątrzmacicznemi lub podobnemi im przyrządami [1]). Uleczenia często istniejącéj niepłodności, z powodu wikłających 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 pochyleń. Dno macicy zbacza przytem jużto 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 kiszkę odchodową, a tém samém zniszczyć przestrzeń w którą ciało macicy zapada. W tym celu uzbroił właściwe podkowiaste unośniki ciastem wiedeńskiém i chlorkiem cynku, w ten sposób, aby działały na tylne sklepienie pochwy. W rezultacie tylna ściana pochwy przyrastała do części pochwowéj, a przez to szyja była pociąganą ku tyłowi i ku dołowi, i macica zostawała unieruchomioną. W 3-ch wypadkach z pomiędzy 4-ch, dolegliwości chorych ustąpiły prawie zupełnie.

Osiągnięte tu polepszenie objaśnia się momentami omówionemi przez nas przy przodopochyleniu; zresztą operacya ta, jak łatwo zrozumieć, miała wprawdzie pewne skutki, ale nie takie, jakich oczekiwał B o n n e t. Zastosowanie rozpalonego żelaza na sklepienie pochwy, zalecaném 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 nietylko 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 jéj osi podłużnéj, tak, że przednia jéj powierzchnia zwróconą jest cokolwiek na prawo lub na lewo. Niekiedy obie boczne połówki macicy są niesymetryczne, i w całéj swéj 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 pierwszéj z tych form, aż do lat ostatnich objaśniano pierwiastkową krótkością jednego z więzów szerokich, a więc niejednostajną długością tychże więzów, dopóki Lorain, Goupil i M. B. Freund badaniami swemi nie wykazali, że krzywe położenie (resp. także krzywość) i nierówność więzów macicy są wspólném następstwem trzeciego momentu, mianowicie też odpychania, jakiego macica za życia płodowego doświadcza od napełnionych sąsiednich organów; co w pewnych okolicznościach, na które przy opisie zgięć bliżéj zwrócimy uwagę, trwa i nadal. W pojedyńczych wypadkach wrodzone pochylenie boczne ma inne przyczyny, jak np. skurczenie się jednego więzu szerokiego, skutkiem zapalenia rozwiniętego w niém za życia płodowego.

Pochylenia boczne nabyte wywoływane bywają albo sprawami zapalnemi w miedniczéj części otrzewnéj, które doprowadziły do powstania wysięku a następnie do skrócenia się więzów szerokich, okrągłych lub maciczno-krzyżowych po jednéj 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 wrodzoném 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) Zgięcia i załamania macicy.
(*Flexiones et infractiones uteri*).

Simpson: *l. c. p. 199.* — E. Rigby: *Medic. tim. Novbr. 1845.* — Velpeau: *Gaz. des hôpit. Nr. 82. 1845; i Rèvue méd.*

chir. Decbr. 1849. — K i w i s c h: *Beitr. z. Geburtsk. 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. Geburtsk. 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 *jun*: *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 Intrauterinpessarien. Monatsschr. f. Geburtsk: August. 1865.*

Nazwą z g i ę ć (*flexio*) oznaczaném bywa wygięcie się saméj macicy, a więc jéj skrzywienie, po przedniéj lub po tylnéj powierzchni (ztąd 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 dolnéj 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, najrzadziéj 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 kiszki odchodowej, napełniającéj się coraz to więcéj smołką (*meconium*) oraz od pęcherza moczowego, zmienia swe położenie i postać. Zostaje ona coraz bardziéj odpychaną ku stronie miednicy niezajętéj przez odbytnicę, a górna jéj część ku tyłowi. Najczęściej zbliża się ona do lewéj strony miednicy, albowiem odbytnica pierwotnie najczęściéj lewą zajmuje stronę, a w większéj 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 bardziéj więzy, następuje zgięcie z przesmyku po stronie graniczącéj z odbytnicą (najczęściej więc po lewéj), oraz po powierzchni przedniéj, dotykającéj do pęcherza moczowego. To zgięcie boczne, jakoteż i przodozgięcie, 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 więcéj rośnie, zgięcie to zmniejsza się o tyle, że przedstawia się jako wygięcie po przedniéj 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 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 jéj umieszczenie po stronie prawéj lub lewéj" sprowadza wprawdzie boczne przegięcie się macicy; że tu jednak macica tylko w dolnéj części leży z boku kanału rodnego, następuje więc silne załamanie, nie w przesmyku, lecz w sklepieniu. Załamanie to, ze swéj strony, powoduje znaczną zmianę w kształcie macicy. Im głębiéj opuszcza się jeden kąt dna, tém bardziéj zostaje on wyciągniętym przez wiąz szeroki, a przy znacznem odepchnięciu szyi na bok, jedna połowa macicy zostaje jakoby przesuniętą po drugiéj. Stosunki te już się późniéj nie wyrównywają, doprowadzają one do wytworzenia się wrodzonych p o c h y l e ń b o c z n y c h, z więcéj lub mniéj wyraźną asymetryą boczną (porównaj na str. 95) tak, jak je napotykamy w liczbie spostrzeżeń T i e d e m a n n' a.

Jeżeli, jak to spostrzegał M. B. F r e u n d, więzy okrągłe będą nadzwyczaj niepodatne, co stanowi przeszkodę do jednostajnego odpychania całéj 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 trwałe przemieszczenie może również powstać skutkiem niezwykle głębokiego umieszczenia pęcherza, którego wierzchołek w stanie prawidłowym przesięga dno macicy.

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

Macica od czasu życia płodowego nachyloną jest ku przodowi, a nachylenie to trwa nietylko do czasu dojrzewania płciowego, ale nawet do zajścia w ciążę. Stopień nachylenia odpowiadu kątowi 140°, którego wierzchołek znajduje się w przesmyku. Ta postać płaskołuskowata nie ulega zmianie pod naciskiem przyległych organów, a kąt pozostaje tembardziéj stałym, że tkanka maciczna jest sztywną. Według poszukiwań R o k i t a n s k y' e g o, massę ciała macicy podtrzymuje głównie tkanka włóknista, znajdująca się pod błoną śluzową szyi macicznéj, 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 powolnéj 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 każdém znaczniejszém wypełnieniu pęcherza moczowego, w normalnych okolicznościach macica odpychaną zostaje ku górze i zarazem ku tyłowi, i to w ten sposób, że dno najwięcéj zbacza od swego położenia. Jeżeli unieruchomienie dna przeszkadza powstaniu takiego przechodniego tyłozgięcia, a szyja za pomocą swoich przyczepów do pęcherza jest także unieruchomioną, 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 kiszki odchodowéj sprzyja także powyższemu zajściu, gdyż przytém kał odpycha część pochwową ku przodowi, podczas gdy silniéj 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 przewlekłém zapaleniu otrzewnéj w obrębie kiszki zagiętéj biodrowéj albo też kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego, przebytém w wieku płodowym, dziecięcym a nawet i późniejszym. W innych razach poprzedzające zapalenie otrzewnéj

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

Zmniejszenie konsystencyi macicy i jéj więzów sprzyja również powstaniu zgięcia; ale zgięcie ciała macicy względem szyi zwykle robi się tu odwrotném niż było prawidłowe, tak, że następuje mniéj lub więcéj znaczne tyłozgięcie [1]). Powód do zwiotczenia miąższu macicy i więzów, dają zwykle czasowe lub niewczesne porody, a niekiedy także miesiączka i nieżyty.

Nacisk ze strony organów sąsiednich i tłoczni brzusznéj 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 miąższu macicznego, to nie następuje opuszczenie się całego organu, lecz zgięcie albo załamanie w przesmyku. Odprowadzanie wreszcie wypadniętéj, zwiotczałéj macicy, łatwo sprowadza tyłozgięcie, jeżeli wzgórek kości krzyżowéj przeszkadza wznoszeniu się dna do góry.

Do tak zwanych zgięć pierwotnych, przychodzą jeszcze inne, które mianują wtórnemi, z powodu, że albo bezpośrednie przyrośnięcie przedniéj powierzchni macicy do pęcherza moczowego, albo tylnéj do odbytnicy, albo rozwinięcie się włókniaka w jednéj 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.

Rozmaite warunki sprzyjające powstaniu rozmaitych zgięć, objaśniają ten fakt, że tyłozgięcie zdarza się przeważnie u kobiét które rodziły, a nigdy prawie jako nieprawidłowość wrodzona; gdy tymczasem przodozgięcie i zgięcia boczne odwrotnie, przytrafiają się często u dziewic, i napotykane bywają najczęściéj u kobiét, które nie przebywały przedtem połogów.

Zmiany anatomiczne. Przodozgięcie rzadziéj dosięga wysokiego stopnia niż tyłozgięcie, lecz wtedy łatwiéj przybiera formę zała-

[1]) Wyjątek od tego prawidła sprowadzają okoliczności towarzyszące pierwszym chwilom połogu, w którymto czasie przodozgięcie jest prawie normalném. Lecz tu objętość macicy tak jest znaczna, że dno nie może opuścić się w tył pod wzgórek kości krzyżowéj (*promontorium*); ztąd téż nacisk trzewiów brzusznych zgina wprawdzie zwiotczały organ, ale zarazem przesuwa 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 pociąganym zostaje ku tyłowi i ku górze przez więzy maciczno-krzyżowe. Tylna powierzchnia części pochwowéj, skutkiem nacisku wywieranego przez kał, wydaje się być spłaszczoną. 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 żadnéj 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 dłuższém trwaniu załamania, i substancya mięśniowa w przedniéj ścianie otworu wewnętrznego także coraz bardziéj zanika, a ściana ta coraz więcéj przez to cienieje i wiotczeje. U starszych kobiét zwężenie ujścia wewnętrznego przechodzi niekiedy w zupełne zamknięcie, z następczém rozszerzeniem jamy macicznéj przez gromadzącą się w niéj własną wydzielinę.

T y ł o z g i ę c i e, skutkiem znaczniejszéj 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 jéj od góry przez przednią ścianę macicy, a od dołu przez przednią ścianę pochwy. Dno macicy, zapadłe w wydrążenie odbytniczo-pochwowe, nawet poniżéj poziomu zewnętrznego ujścia macicznego, nie zawsze zajmuje położenie środkowe, lecz częstokroć zwróconém bywa cokolwiek ku lewéj lub prawéj stronie miednicy. Zwykle tak dno, jako też i ciało macicy, bywają mniéj lub więcéj przerosłe. I tutaj ujście wewnętrzne, nawet w wieku dojrzałym, może prawie zupełnemu uledz zamknięciu; wszakże zwężenie takie zdarza się tu przecięciowo rzadziéj, 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 bardziéj wiotką, a niekiedy zupełnie nawet zanikłą.

twierdzony do szyi macicznéj zbitą tkanką łączną, co wywołuje zatrzymanie się moczu, a skutkiem tego, mniéj lub więcéj znaczne rozszerzenie miedniczek nerkowych z zanikiem substancyi nerek t. z. wodonercze (*hydronephrosis*).

Obok zmian wywołanych widocznie mechanicznemi zaburzeniami w krążeniu krwi w miejscu załamania, zdarzają się często i inne, stojące w rozmaitym stosunku do zgięcia. Najpospolitszém z pomiędzy takowych, jest ogólny nieżyt macicy; ale często, szczególniéj też przy tyłozgięciach, nie zbywa także na przewlekłych infarktach macicy i zapaleniu okołomacicznem. Przy tak zwanych zgięciach wtórnych, przewlekłe to zapalenie macicy i otrzewnéj 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 wywodu choroby.

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

Objawy napotykane tak przy przodozgięciu jak i przy tyłozgięciu macicy niebrzemiennéj, odpowiadają opisanym powyżej zmianom anatomicznym. Najczęstszą i zarazem najwcześniéj występującą gruppę objawów stanowią nieprawidłowości w miesiączkowaniu, pod formą miesiączki zaobfitéj (*menorrhagia*) i bolesnéj (*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 macicznéj, podobnie jak i sam odpływ miesięczny. Do tego przyłączają się nadto przypadłości ze strony pęcherza moczowego, a szczególniéj ustawiczne pozywanie do oddawania moczu, często także uczucie tłoczenia i bólu w odbytnicy przy oddawaniu stolca, a jeszcze częściéj parcie na stolec i zatrzymanie wypróżnień stolcowych;

nadto bóle w krzyżu, w jednéj lub drugiéj pachwinie, w jednéj kończynie dolnéj. Daléj, 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 tylozgięcia. Na zniweczenie płodności wpływają: nieprawidłowe położenie części pochwowéj, śluzotokowy charakter błony śluzowéj 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 powyżéj różnorodne, po części bardzo dolegliwe przypadłości, bardzo często zgięciom towarzyszą; lecz niemniéj 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 odpowiedniém leczeniem, nawet bez wyleczenia samego zgięcia macicy, doprowadziło znaczną liczbę najsławniejszych gynekologów, 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 n i'e g o do tego wniosku, że załamania same przez się bezpośrednio nie sprowadzają 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 paryzkiéj akademii lekarskiéj 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 naszém, rozstrzygnęły istotnie tę kwestyę.

Najpierw, pewném jest, że załamanie samo przez się może sprowadzić niepłodność; jakkolwiek równie często istnieją jednocześnie i inne momenta niweczące płodność. Daléj, 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 sprowadzić 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 nieżytowej i następstwami takowego.

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

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

Jeżeli, mimo istniejącego załamania, chora zajdzie w ciążę — co się szczególniéj często przytrafia przy tylopochyleniu — to w trzecim miesiącu ciąży po największéj 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 przewlekłém 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 też dalsze ciężkie następstwa, zniewalają nas do opisu powikłania tyłozgięcia macicy z brzemiennością, w osobnym dodatku.

Rozpoznanie Zgięcia, w większéj liczbie wypadków, za pomocą dokładnego ręcznego zbadania, dają się rozpoznać z zupełną pewnością. Już sam kierunek części pochwowéj, a u kobiét 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 pochwowéj, 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 jéj zgięcie; lecz i tę wątpliwość najczęściéj 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 zwykłém 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 macicznéj, należy go zwyczajnym sposobem, po palcu, wprowadzić do szyi macicy, a wtedy dopiéro 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 wielkiéj wprawie i biegłości pokonać się dadzą z zachowaniem takiéj delikatności w postępowaniu, jaka jest niezbędną, ze względu na skłonność do krwotoków, zapalenia i t. p.

Jeszcze większéj ostrożności wymaga dochodzenie ruchomości macicy za pomocą zgłębnika; lecz i w tym celu użycie tego ostatniego częstokroć bywa zbytecznem. 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 przebytém poprzednio zapaleniu okołomacicznem, tam niebezpiecznem jest przynajmniéj badanie ruchomości macicy za pomocą zgłębnika, chyba że sprawa zapalna uznaną zostanie za zupełnie i od dawna już wygasłą.

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

Leczenie. Skoro tylko dokładniéj poznanym został związek, zachodzący między wielorakiemi zaburzeniami czynnościowemi a zgięciami macicy, najznakomitsi gynekologowie kwapić się zaczęli z zastosowaniem środków mechanicznych do leczenia takowych zgięć. Posługiwano się w części zwyczajnym zgłębnikiem macicznym, w części zaś oddzielnemi 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 è 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 saméj jako téż i wraz z otrzewną (*metroperitonitis*), co przy wielogodzinném ich zastosowaniu, i niestosowném przynajmniéj 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 bezwzględnym spokoju; dziennie przyrządy te zostawiać można było tylko na 30—60 minut, a najwyżéj na kilka godzin; w innych znowu wypadkach od ich użycia zupełnie trzeba było odstąpić. Taki nadmiar ostrożności miał to dalsze przykre n a s t ę p s t w o, ż e m a c i c a p o j é j n a p r o s t o w a n i u n i e p r z e s t a w a ł a o k a z y w a ć s k ł o n n o ś c i do zginania się na nowo. Skłonność tę próbowano usunąć przez jednoczesne użycie miejscowe i ogólne środków wzmacniających i ściągających, i w tym celu stosowano szczególniéj 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 zupełném uleczeniem; w pozostałych zaś, albo znaczne nastąpiło polepszenie, albo też leczenie jeszcze trwało.

Wkrótce jednak pokazało się, że spostrzeżenia te w większéj części polegały na illuzyi. Valleix, aby uniknąć drażnienia macicy, zmniejszył długość swego redressera z 6ciu na 3 ctm., i osiągnął takiż sam rezultat jak i pierwéj, chociaż przyrząd o tyle skrócony, wcale nie może działać jak redresser. Później wielu biegłych w rozpoznawaniu ginekologów, jak P. Dubois, Bennet, Scanzoni i inni, zapewniali, że u wielu z pomiędzy chorych, które Valleix, Simpson, Kiwisch i inni wypuścili z swéj opieki jako uleczone, oni później znowu znajdowali tylozgięcie.

Jednocześnie wielu przeciwników narzędzi przeciwko zgięciom, utrzymywało, że następstwa zgięć dozwalały się odpowiedniém leczeniem usuwać, bez działania na przyczynę. Inni obstawali wprawdzie za leczeniem samego zgięcia, ale usiłowali zgiętą macicę naprostować za pomocą środków więcéj szczędzących. Wywierali oni nacisk na przednie lub tylne sklepienie pochwy za pomocą gąbki, zwitka skubanki, krążka macicznego Gariel'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. Fano i inni stosowali prąd galwaniczny, przykładając jeden biegun do części pochwowéj a drugi zewnątrz, ponad brzegiem kości łonowych, nieco z boku, aby przez to wrócić muskulaturze macicy utraconą kurczliwość.

Dziś większa część ginekologów zgadza się na to, że niektóre z wyżéj wspomnianych sposobów postępowania były bezużyteczne i przewrotne. W ostatnich też latach bardziéj upowszechniło się przekonanie, że zaburzenia będące bezpośredniém następstwem zgięć, mianowicie też niepłodność i utrudnienie odpływu wydzieliny miesiączkowéj i nieżytowéj, 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 daléj jeszcze zaszli w niewłaściwém traktowaniu macicy. Tak np. John Moir, gdy mu odmawiały pomocy jego świeczki, które opatrzył guzikowatém zgrubieniem, aby mogły się opierać na wewnętrznych ustach macicznych, jakotéż i unośnik Simpson'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 wszelkiéj skłonności do krwotoku macicznego, ale nadto małéj 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 wszystkiemi swemi następstwami i wszystkiemi towarzyszącemi mu przypadłościami miesiączkowemi i nerwowemi, daje się usunąć użyciem garbnika, ergotyny, przetworów żelaznych, przebywaniem w miejscowościach leczniczych alpejskich, kąpielami morskiemi, a osobliwie roztropném zastosowaniem natrysków macicznych z wody stopniowo coraz zimniejszéj. Nie możemy tylko nie zauważyć, że wypadki podobne nie zdarzały nam się tak często, jak H i l d e b r a n d t'o w i, który czwartą część wszystkich wypadków, za takie liczyć musiał.

Najczęściéj 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 powyżéj zwiotczenie tkaniny, a tém samém, że i tu leczenie mechaniczne będzie zbytecznem. Nierównie jednak częściéj i to nietylko przy przewlekłém zapaleniu macicy z jéj 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 téj drodze zrostów przytwierdzających 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 ortopedya na zawsze wykluczoną być powinna. To téż we wszelkich okolicznościach zalecamy zachować jak największą przezorność przy wprowadzaniu narzędzi do jamy macicznéj, 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

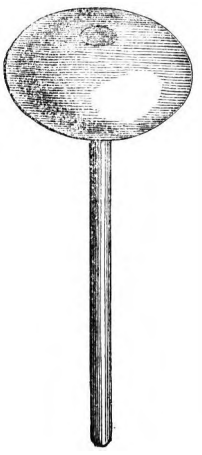
---

macicę za pomocą metodycznie wprowadzanych gąbek prasowanych, w ciągu 2—3 tygodni, do takich rozmiarów, jakie okazuje po poronieniu, a następnie pozwalał jéj się ściągać na przyrządach stopniowo coraz cieńszych, urządzonych na kształt unośnika S i m p s o n'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 dawniéj wprowadzanie zwyczajnego zgłębnika nad zastosowanie wianków wewnątrzmacicznych, w tém przekonaniu, że zgłębnik, jeżeli tylko na krótki czas w ciągu dnia został wprowadzonym, mniéj 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 dawniéj tak jak i inni, często osiągaliśmy cel zamierzony, usunięcie istniejącéj niepłodności. Wystarcza do tego często, żeby czasowo przywróconą została komunikacya 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 niepłodności. A właśnie krążek wewnątrzmaciczny dokonywa co najmniéj to samo co zgłębnik, a przecięciowo nierównie więcéj; sztuczne zaś rozszerzenie całéj szyi macicznéj, za pomocą stożków z blaszkowca palczastego (*laminaria*), można sobie zachować do niektórych wypadków, w których postępowanie to obiecuje szczególne korzyści.

Fig. 17.



Krążek wewnątrzmaciczny S i m p s o n ’a.

Z pomiędzy rozmaitych n a r z ę d z i p r z e c i w k o z g i ę c i o m, najodpowiedniejszym jest rektyfikator S i m p s o n ’a, gdyż ten, przypuszczając, że się go nie przymocowuje zewnątrz, do pasa miedniczego, najmniéj drażni macicę. Przy przodozgięciu, guzik znajdujący się na dolnym końcu narzędzia, znajduje w tylnéj ścianie pochwy dostateczny punkt oparcia do utrzymania się w swém położeniu. Przy tyłozgięciu przeciwnie, potrzebuje on częstokroć podpory, któraby zapobiegała wyśliźnięciu się jego podczas stania, przy oddawaniu stolca i t. p. Jeżeli za pomocą pałąka przytwierdzimy go do Simpsonowskiego pasa miedniczego, to zostanie on za mocno ustalonym, i każda zmiana jakiéj ulega stale zmieniające się ciśnienie trzewiów na macicę, oraz każdy, chociażby najmniejszy gwałt działający na pałąk, pociągają za sobą dolegliwości,

a nawet trwałe złe skutki. Z tego powodu, lepiéj jest używać za podporę tamponu z gąbki lub waty, albo téż cienkiego krążka macicznego bez trzonka. Martin posługuje się w takim razie rektyfikatorem, połączonym za pomocą stawu z owalnym pierścieniem podobnym do wianka macicznego; Dètschy zaś zbudował na ten cel swój unośnik maciczny (*hysterophor*), będący połączeniem rektyfikatora z wiankiem macicznym Zwanck'a.

Rektyfikatory, jakich my zwykle używamy, dla zmniejszenia ich wagi, mają część zgłębnikową wyrobioną z kości słoniowéj, a guzik z twardego drzewa. Część zgłębnikowa, aby nie drażniła dna macicy, nie powinna być nigdy dłuższą nad $2^1/_2$ cala; często przecież skrócenie jéj pożądaném jest już dlatego samego, że w razie szczupłości pochwy trudno jest przeprowadzić ją przez ujście wewnętrzne. Dla wprowadzenia w szyję, przy pewnéj 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 mniéj lub więcéj silnie do tylnéj, przedniéj lub jednéj 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 stwardniałéj gummy, który to materyał odznacza się odpornością na wpływ wydzielin macicznych, i podatnością, przy mierném ogrzaniu. Używany przezeń zgłębnik ze stwardniałéj gummy, zakończony jest od dołu oliwkowatym guzikiem, posiadającym otwór opatrzony bocznemi nacięciami i mutrą, 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 dziewiczéj ciasności pochwy, ostry brzeg otworu guzika, nietylko może wciskać się w składki pochwowe, ale nadto może wtedy naciskiem swoim wywołać gwałtowne bóle i owrzodzenie, już po 24-godzinném pozostawaniu.

Fig. 18.

Prosty rektyfikator czyli redresser.

Fig. 19.

Zgłębnik wewnątrzmaciczny Brauna.

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

pochylenie; objaśnia się to istniejącém tu prawie zawsze silném przytwierdzeniem dna. Macica dotknięta tyłozgięciem przy użyciu zgłębnika i rektyfikatora, z wyjątkiem świeżych wypadków połogowych, tylko bardzo powoli wzwyczaja się do prostego kierunku; dopiero po leczeniu, trwającém 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 roztrzygnąć. Mimo to, pożytek jaki próby te przynoszą, nie może być niedostrzegalnym. My sami nawet widzieliśmy kobiety, które skutkiem przodozgięcia przez wiele lat były niepłodnemi, zachodzące w ciążę po 8-tygodniowém użyciu zgłębnika, a u których po przejściu ciąży, przemieszczenie się nie ponowiło. Przeistoczenie więzów sprawiło zatém, że poprzedni wpływ zgrubień otrzewnéj już się więcéj nie dał uczuć, gdy tymczasem podług naszych spostrzeżeń, tyłozgięcia najczęściéj wracają podczas połogu, co też łatwo daje się zrozumieć przez wzgląd na różnice stosunków przyczynowych. Daléj, mechaniczne leczenie zgięć, ważném jest takoż jako środek paliatywny, gdyż częstokroć usuwa on przynajmniéj skutki zwężenia wewnętrznego ujścia macicy, bolesną miesiączkę i nagromadzanie się śluzu w jamie macicznéj, 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 najwięcéj, a bardzo często wyłącznie na tém polega, aby zwalczać inne, istniejące już stany patologiczne macicy i jéj części dodatkowych, mianowicie też 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 mniejszeniem się objętości macicy, zmniejsza się i (tyło) zgięcie. Pozostające jeszcze potém dolegliwości, pozwalają się częstokroć złagodzić, podobnie jak przy pochyleniach, użyciem pasa brzusznego [1]) 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 swéj natury, może ona tylko ograniczać pojemność brzucha, i podobnie jak działanie tłoczni brzusznéj ma ten skutek, że macicę głębiéj spycha i przeszkadza jéj ruchomości.

Ponieważ zgięcia same nie dają się usuwać tak często, jakbyśmy sobie życzyli, to też ważném jest zapobieganie im, i pod tym względem na wielkie uwzględnienie zasługuje rada V i r c h o w'a, aby usposobienie do nich zmniejszać przez staranne leczenie częściowych zapaleń otrzewnéj, dawać na siebie baczność w epokach miesiączkowych i połogowych, i nie zaniedbywać nieżytów macicy.

DODATEK.

Tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy ciężarnéj.

(Retroflexio et retroversio uteri gravidi).

Oprócz wykładów i podręczników gynekologii i położnictwa porównaj:

W. H u n t e r: *Medic. observat. and inquiries. Vol. 4 i 5. 1771 1776.*— F. L. M e i s s n e r: *Die Dislocationen der Gebärmutter u. s. w. Leipzig 1821.*— B u s c h: *Neue Leitschrift f. Geburtsk. Bd. V. Heft 1 u. 2.*— T y l e r S m i t h: *Transact. of the obstetrical society of London. Vol. II. p. 286.*

Dawniéj powszechne panowało mniemanie, że w razie powikłania tyłozgięcia z ciążą, ostatnia poprzedziła pierwsze; że zatém ciężarna już macica, skutkiem szczególnych okoliczności, pochyliła się w tył. Za moment usposobiający uważano macicę u dołu szeroką, a u góry wązką, albo wielką szerokość i głębokość dołu Douglas'a; zaś za przyczynę bezpośrednią, poczytywano wzmocniony nacisk trzewiów brzusznych, przy gwałtowniejszém działaniu tłoczni brzusznéj, oraz silne wstrząśnienia ciała. Niektórzy nadto, idąc za W. H u n t e r'em, wciąż jeszcze stawiali w rzędzie momentów przyczynowych, najpospolitsze następstwo przemieszczenia — zatrzymanie moczu, i powstające w skutek tego rozdęcie pęcherza. W nowszych czasach T y l e r S m i t h wyrzekł, że wypadki te zwykle niczém inném nie są, jak obciążeniem w tył zgiętéj macicy. Według naszego przekonania zdanie to jest zupełnie słusznem. Za jego prawdziwością to już przemawia, że dolegliwości chorych przychodzą nie nagle, lecz zwolna i stopniowo się podnoszą. Ściślejszy dowód daje dokładne obserwowanie osób cierpiących na tyłozgięcie, jeżeli te zajdą w ciążę. Nasze spostrzeżenia zgadzają się z podanemi przez T y l e r'a S m i t h'a; przecież mówimy wyraźnie tylko o tyłozgięciach,

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, najczęściéj w 4-m miesiącu ciąży szukają porady lekarza, i to dopiero wtedy, gdy na 8—14 dni przedtém doznawać zaczęły cierpień, coraz się wzmagających. Dokładne badanie wykazuje wprawdzie, że cierpienia te dawniéj już trwały; ale dopóki nie dosięgną 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 ostatniéj, samo nie znikło (jak to najczęściéj 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 klassy biedniejszéj, roboczéj; albowiem powtarzające się tu codziennie wysiłki ciała, najłatwiéj przeszkadzają wznoszeniu się zgiętéj macicy do wielkiéj miednicy, i niekiedy nagle zwiększają stopień przemieszczenia; a że niższe warstwy społeczeństwa późno szukają pomocy lekarskiéj, to téż zanim to nastąpi, uwięźnienie bywa już zwykle zupełném. Skutkiem zatrzymania moczu, znajdujemy pęcherz sięgający aż do pępka, a nawet do dołka podsercowego; skutkiem uciśnienia odbytnicy — kiszki mocno rozdęte gazami; wreszcie skutkiem nacisku na naczynia miednicze — obrzmiałe żyły hemoroidalne. O zatrzymaniu moczu wiele z pomiędzy chorych nie wié wcale, albowiem ze zwiększaniem się objętości pęcherza mocz 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 sprowadza wymioty, nawet łajniste; rozdęcie pęcherza przenosi się na moczowody i miedniczki nerek; powstaje zapalenie, a niekiedy pęknięcie pęcherza, lub też zgorzelinowe rozmiękczenie ścian jego, z następczém zapaleniem otrzewnéj. Przekrwienie macicy saméj doprowadza również aż do zapalenia tego organu, oraz otrzewnéj go powlekającéj (*metroperitonitis*). W ślad za zapaleniem, do istniejącego już przedtém zajęcia układu nerwowego dołącza się jeszcze znaczna gorączka. Uwięzła macica coraz bardziéj brzmieje i staje się nadzwyczaj bolesną; przychodzi do krwotoków i dotkliwych kurczeń, usiłujących opróżnić jaje płodowe, a zarazem także wydalić je; przyczém jednak zwykle tłocznia brzuszna macicę coraz głębiéj spycha, tak, że otrzewna i tylna ściana pochwy rozdzierają się i dno macicy może się ukazać w szparze sromnéj. Jeden taki wypadek, który był przedmiotem dochodzenia sądowego, podał Dubois [1]), a drugi Grenser [2]).

Rozpoznanie. Przy tyłozgięciu macicy ciężarnéj, badanie okolicy podbrzusznéj 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 Douglasa i wraz z niém zepchniętéj ku dołowi macicy, rozpoczyna się albo zaraz od wejścia pochwy, albo też wyżéj dopiéro. To też 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 męzkiego 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 lewéj lub prawéj 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 od strony powłok brzusznych. Równość powierzchni zewnętrznéj i ciastowata albo też wyraźnie sprężysta spoistość, obok innych kryteryj zarówno przedmiotowych, jak i podmiotowych pomagają do rozpoznania i tak już prawdopodobnéj 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 przedniéj i tylnéj 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 otrzewnéj, to wielka dotkliwość brzucha, tak bardzo utrudnia badanie zewnętrzne, że łatwo można zbłądzić w rozpoznaniu. Tak np. w jednym wypadku ciąży zewnątrzmacicznéj, spostrzeganym przez C a p u r o n 'a, zebranie najsłynniejszych paryzkich chirurgów i gynekologów, 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 ciężarnéj. Przecież, jeżeli mieć będziemy w pamięci, że objawy uwięźnienia wywoływanemi być mogą także przez nacisk guzów zewnątrz macicy leżących, jakkolwiek nierównie rzadziéj w takich razach się wydarzają; i jeżeli nie będziemy żałowali trudu szukając macicy obok guza, to zawsze, a przynajmniéj 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 wywodu choroby, i nam dopiéro przy drugiém badaniu udało się wynaleźć próżną macicę ponad lewą kością łonową.

Leczenie. Wzgląd na to, że tyłozgięcie (albo opadnięcie macicy) jest zwykle cierpieniem pierwotném, wymaga troskliwego pielęgnowania kobiet takowém dotkniętych, w razie, jeżeli zajdą w ciążę. Spoczynkiem i ustawicznem dbaniem o regularne wypróżnienia stolcowe i oddawanie moczu, najlepiéj zapobiedz można złym następstwom, a mianowicie grożącemu poronieniu jakotéż dalszemu trwaniu przemieszczenia; temu ostatniemu z dość wielką nawet pewnością. Przecież w klassie roboczéj rzadko może być mowa o środkach zapobiegawczych. Tu chodzi najczęściéj 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 uwięzienie ze wszystkiemi 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 więcéj, rozwinięte pod ten czas zapalenie otrzewnéj, kończyło się śmiercią. Wypadek postrzegany przez Guichard'a [1]), w którym zapalenie ustąpiło, a następnie utworzyła się komunikacya między macicą i kiszką odchodową, przez którą części płodu wydalonemi zostały, jest zupełnym unikatem (jeżeli tu jeszcze nie nastąpiła zamiana z ciążą zewnątrzmaciczną).

Od czasu Denman'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 więcéj, tylko dbano o regularne opróżnianie pęcherza moczowego. My przecież przekonaliśmy się, że fakt ten bynajmniéj 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 powyżéj 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 szkodliwém, a w każdym razie prędzéj doprowadza do celu, a tém samém bardzo zabezpiecza od wszelkich ewentualności, a osobliwie od grożącego poronienia.

Przed opróżnieniem pęcherza moczowego, odprowadzenie zwykle bywa wcale niemożebném, 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 odchodowéj przed częściowém przynajmniéj odprowadzeniem, jest bezcelowém, 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 Münchmeyer'a ocaliła 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 odchodowéj, to droga ta jest zwykle najlepszą, gdyż działamy tu na tylną część przemieszczonéj macicy, którą, wywieranym przez nas naciskiem, nie zbliżamy do kości krzyżowéj, lecz ją od niéj oddalamy. Przytém zawsze trzeba się starać, aby nie unosić macicy w kierunku wzgórka krzyżowego, lecz na bok, w kierunku jednego ze spojeń krzyżo-biodrowych. Najodpowiedniejszém do dokonywania tych manipulacyj jest ustawienie choréj na kolanach i łokciach, lub położenie na boku. Bardzo często odprowadzenie nie udaje się przy pierwszéj próbie, jeżeli ją wykonywamy z taką delikatnością, jakiéj okoliczności wymagają, albo też udaje się niezupełnie, i dopiéro po kilkakrotném powtórzeniu naszych usiłowań, w ciągu kilku dni, cel swój osiągamy. Niezbędnie przytém zalecić należy chorym, aby w przerwach ciągle leżały na boku, dbać o opróżnianie pęcherza i odbytnicy tak często jak tylko można, i wszelkiemi siłami starać się łagodzić istniejące objawy zapalne, gorączkowe i nerwowe.

W wypadkach, w których mimo największéj 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 otrzewnéj, mimo to jednak wielokrotnie z pomyślnym skutkiem wykonywane było przez V i r i c e l ' a, B a i n h a m ' a i J o u r e l ' a (ten ostatni wykonał je po bezowocnych usiłowaniach przeprowadzenia cewnika przez szyję macicy). To też z zastosowaniem ostatniego tego środka nie należy się ociągać, a do nakłucia wybierać trzeba miejsce najwyraźniejszego chełbotania, aby, o ile można uniknąć przekłucia macicy w miejscu przyczepienia się łożyska. Jeżeli bowiem zadługo ociągać się będziemy, jak D e l a h a r p e (*Schweizer. Ztschr. Hft. 5 u. 6. 1856*), to niepodobna będzie uchylić śmiertelnego zejścia zapalenia otrzewnéj, chociażby nawet przekłucie samo do tego

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

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

c) 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. Geburtsk. zu Berlin VII p. 13 i VIII p. 5.— Monatsschr. f. Geburtsk. 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. Geburtsk. 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. Geburtskunde. 1853 März.*— A. Mayer: *Monatssch. XII. 1.*—Huguier: *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous les noms de descents, 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 sprowadzić wynicowanie pochwy, i odwrotnie, opadnięcie pochwy, albo, ściśléj się wyrażając — wynicowanie jednéj lub obu jéj ścian—w następstwie częstokroć prowadzi do obniżenia się macicy. Związek obu tych nieprawidłowości nie jest jednak wyłącznie tylko genetyczny, lecz przebija

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 którém usta maciczne nie dochodzą jeszcze do wchodu pochwy; pod nazwą wypadnięcia—częściowe albo nawet całkowite wystąpienie macicy ze szpary sromnéj; a pod nazwą opadnięcia—formy pośrednie.

Usposabiają 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, najbardziéj sprzyja powstaniu opadnięć;—od niego bowiem większość wypadków datuje swój początek. Opadnięcie powstaje tu niekiedy nagle, podczas gwałtownego działania tłoczni brzusznéj, lub też silnego wstrząśnienia ciała (w skutek upadnięcia, skoku); najczęściéj jednak wykształca się powolnie, gdy położnica wcześnie opuści łóżko i nie odpowiednie podejmuje zajęcia, a powiększona jeszcze macica skutkiem swego ciężaru, coraz się niżéj opuszcza i zostaje spychaną przez nacisk tłoczni brzusznéj (przy dźwiganiu, schylaniu się i t. p.) Bardzo często powstaje najpierw nieznaczne tylko obniżenie, które przy sprzyjających okolicznościach, jakiemi bywają następne połogi, napady kaszlu lub wymiotów, ciężka praca i t. p., zwiększa się coraz bardziéj, i z upływem lat dochodzi do zupełnego wypadnięcia.

Obok przemian połogowych, w rzędzie przyczyn uspasabiających do opadnięcia postawić należy niknienie części rodnych w starości; sprowadza ono bowiem zwiotczenie i skrócenie się pochwy, utratę tłuszczowéj podściołki w dnie miednicy, a szczególniéj u wchodu pochwy, wreszcie zwiotczenie więzów macicznych. To też nieznaczne nawet obniżenia macicy, łatwo po 55 lub 60 roku życia, pod wpływem wspomnionych wyżéj okoliczności szybciéj lub powolniéj 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 najwyżéj, rodziły niewcześnie.

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

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

II. Pierwotne opadnięcie pochwy dotyczeć może obu jéj ścian, albo być tylko do jednéj z nich—przedniéj lub tylnéj — ograniczoném. I opadnięcie pochwy także, powstaje najczęściéj w połogu, gdyż w tym czasie sprzyja temu znaczne wydłużenie i rozszerzenie pochwy oraz szpary sromnéj. Bezpośrednim powodem może być także niewłaściwe zachowanie się, przedwczesne opuszczenie łóżka, wysiłki ciała i t. p. Jeżeli pierwiastkowo mała tylko część jednéj ze ścian pochwy wypukliła się albo u góry—do pochwy, albo u dołu—do szpary sromnéj, to wpuklenie to coraz bardziéj rozmiary swoje powiększa, pociągając za sobą pozostałe części. Najczęściéj opadnięcie rozpoczyna się tu od przedniéj ściany pochwy, która częstokroć pociąga za sobą tylną ścianę pęcherza moczowego (*cystocele*). Jeżeli podczas poprzedniego porodu nastąpiło głębsze pęknięcie krocza, które goiło się przez ropienie; to w skutek następnego ściągania się blizny, szpara sromna trwale się powiększa, błona śluzowa pochwy pociąganą zostaje ku tylnemu kątowi rany i na téj drodze łatwo przychodzi do następczego opadnięcia tylnéj ściany pochwy. Niekiedy opadnięcie rozpoczyna się od tylnéj części sklepienia pochwy, gdy takowe zostaje spychanem przez nacisk trzewiów brzusznych, zapadających do dołu Douglas'a, a mianowicie guzów jajnikowych, rzadziéj—pętlic kiszek (*enterocele vaginalis*), albo przez płyn nagromadzony w jamie otrzewnéj (przy puchlinie brzusznéj—*ascites*). Za opadającą tylną ścianą pochwy, nie rzadko idzie w ślad i przednia ściana odbytnicy (*rectocele*).

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

Jeżeli tedy jedna ze ścian pochwy (albo i obie) na znaczniejszéj przestrzeni opadła, to musi ona koniecznie pociągać za sobą macicę z jéj przytwierdzeniami, a tém samém macica także zostaje przemieszczoną: opada ona mniéj lub więcéj, albo téż—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 szczególniéj w niższych warstwach społeczeństwa. Na 1440 kobiet leczonych przez C. Mayer'a na choroby organów płciowych, opadnięciem dotkniętych było $^{410}/_{933}$ z klassy uboższéj, a tylko $^{28}/_{507}$ z klassy zamożniejszéj.

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 przedniéj lub tylnéj ściany pochwowéj, to opadnięta część błony śluzowéj 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 mniéj lub więcéj zagładzoną. Pęcherz moczowy mały przyjął udział w przemieszczeniu, albowiem opadnięcie ściany przedniéj zwykle nie przegrody cewko-pochwowéj lecz średniéj części dotyczy. Inaczéj rzecz się ma z odbytnicą, przy opadnięciach tylnéj ściany pochwy ta bowiem w tych razach przedstawia częstokroć przysadkowate wypuklenie. Macica jest albo tylko cokolwiek niżéj opuszczona, albo też, skutkiem targania jakiego doznaje od opadniętéj ściany, ciało jéj bywa ku odpowiedniéj stronie pochylonem lub też nagiętem. Jeżeli jednak macica już się znaczniéj obniżyła, to i przy opadnięciach przedniéj ściany pochwowéj, często bywają tyłopochylenia i zgięcia. W miarę opadania saméj macicy, zwiększają się też zmiany w utkaniu takowéj. Już przy niezupełnem opadnięciu istnieje częstokroć przerost, a prawie zawsze przekrwienie i nadżarcie lub owrzodzenie jednéj lub obu warg macicznych. Najczęściéj bywa przy tém także wpuklenie się pęcherza do pochwy (*cystocele*).

Jeżeli opadną obie ściany pochwy, to przednia najczęściéj opada całkowicie, tylna zaś nie zawsze, lecz częstokroć tylko w górnéj, a niekiedy wyłącznie tylko w niższéj swéj części. Macica prawie stale sięga tu aż do wchodu pochwy, albo też wystaje ze szpary sromnéj.

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 opadniętemi 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 sklepisto rozciągnięta i naprężona; błona śluzowa pochwy jest biaława, skórzasta, gdyż pokrytą jest grubym i twardym pokładem naskórka, a nawet głębsze jéj warstwy znakomicie przerosłe. W niektórych miejscach najczęściéj odpowiadających sklepieniu pochwy, istnieją bardo często mniejsze lub większe, okrągławe lub nieregularne wrzody o brzegach ostrych lub modzelowatych, a dnie szarem lub brudném, 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 najczęściéj na tylnym obwodzie guza; rzadziéj na środku, a jeszcze rzadziéj na przedniéj jego części; tylna bowiem ściana pochwy pospolicie mało jest wynicowana. Wargi ust macicznych są albo zagładzone, albo téż, skutkiem pociągania jakiego doświadczają ze strony ścian pochwy, bywają nawet na zewnątrz grzybiasto wywinięte, tak, że szyja rozwiera się lejkowato i częstokroć palec przepuszcza. Wargi zwykle takoż bywają owrzodzone; a owrzodzenia te, odpowiednio jednoczesnemu wywinięciu szyi, wydają się być obszerniejszemi i wyżéj sięgającemi. Wyglądają one rozmaicie, stosownie do tego czy powstały skutkim przewlekłego zapalenia macicy, czy téż prosto w skutek drażnienia. W późniejszym wieku prowadzą one niekiedy do zalepienia i zarośnięcia zewnętrznego ujścia macicy.

Sama macica bywa powiększoną, a szczególniéj 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 jéj część pochwowa; częściéj już nadpochwowa, która w takim razie przedstawia się jako powrózek o cienkich ścianach, przyczém wewnętrzne ujście macicy może być zwężone albo téż całkiem zamknięte. Ściany macicy przy znaczniejszéj swéj grubości zwykle bywają tęższe niż w stanie prawidłowym; rzadziéj wiotsze;—tylko część pochwowa częstokroć bywa rozpulchnioną jak gąbka. Błona śluzowa dotkniętą 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 sromnéj, zwykle jednak leżą przy brzegu lejka, jaki tworzy jama miednicza, wydłużona skutkiem opadnięcia macicy. Przecież lejkowate to wydłużenie miedniczego odcinka otrzewnéj, nie wyrównywa zagłębień kieszonkowatych istniejących przed i poza macicą; co więcéj,—zagłębienia te (pęcherzo-maciczne i odbytniczo-maciczne) ściągają częstokroć aż do wierz-

chołka wypadniętego guza, tak, że podstawa ich znajduje się niżéj od ujścia zewnętrznego, a otrzewna pokryta jest tylko ścianą pochwową. W przedniem zagłębieniu rzadko znajdują się pętle kiszek cienkich, w tylnem 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 połączonéj z nią części ściany przedniéj pochwy, przyjmuje kierunek z góry ku dołowi, i otwiera się do wpuklenia utworzonego z tylnéj ściany pęcherza, które to wpuklenie, pokryte przez ścianę pochwy, leży w przedniéj 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 niéj kamienie, jak to już Ruysch przytaczał, a w nowszych czasach częściéj spostrzegać się dało. Ściany pęcherza grubieją, a niekiedy istnieje rozszerzenie moczowodów i wodonercze (*hydronephrosis*). Nierównie rzadziéj, i to w małym stopniu, bierze w opadnięciu udział i odbytnica, przez wypuklenie się przedniéj jéj ściany; częściéj już ulegają rozszerzeniu wyżéj leżące części takowéj, 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 otrzewnéj 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 unieruchomionemi i nie dozwalają 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 nietylko podczas leżenia na wznak, ale też i podczas zwykłych zatrudnień; jeżeli zaś są, to co najwięcéj 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 bardziéj dokuczliwemi już podczas stania i chodzenia; późniéj zaś dołączają się do tego częstokroć nudności, odbijania, zaparcie stolca,

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

Cierpienia chorych wzmagają się, rzecz naturalna, z trwaniem opadnięcia, gdyż takowe coraz to bardziéj się powiększa i coraz znaczniejsze sprowadza za sobą zmiany; łagodnieją one podczas spoczynku, zaś przy ciężkiéj i wysilającéj pracy wzmagają się do niezniesienia. W wyjątkowych razach drażnienie na jakie część wypadnięta ciągle jest wystawioną, 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 wysileń ciała lub też użycia nieodpowiednich krążków macicznych, rozwinąć się może zapalenie obokmaciczne i okołomaciczne. W wypadku niedawno ogłoszonym przez Edwards'a [1]), u kobiety 74-ro letniéj, guz nieodprowadzalny na takiéj przestrzeni uległ zgorzeli, że wycięcie pozostało jedynym środkiem ratunku. Edwards najpierw guz podwiązał, a potém go wyciął; chora dość prędko przyszła do zdrowia.

W początkach, guz wystający ze szpary sromnéj, przy leżeniu na wznak sam się cofa, a przynajmniéj 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 pierwotnem opadnięciu pochwy, chociaż choroba mniejszego dosięga stopnia, przypadłości jéj bywają cięższe niż przy opuszczeniu się macicy. Chociaż dopiero mała część przedniéj lub też tylnéj ściany pochwy wypukli się przez szparę sromną, to ciągle jéj drażnienie sprowadza ból, często bardzo dokuczliwy, ciągnący i palący. Jeżeli pęcherz moczowy bierze udział w opadnięciu, to powstają dość znaczne przypadłości i z téj strony; najczęściéj ciągłe parcie na mocz; rzadziéj niemożność oddawania lub zatrzymywania moczu. Pochodzi to ztąd, że pęcherz nie może się w zupełności opróżniać, a szyja jego ciągłemu ulega drażnieniu. Jeżeli istnieje *rectocele*, to skłonność do zaparcia stolca coraz bardziéj 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. Journ. February 6. 1864.

przewlekłe zapalenie macicy, zmniejsza lub powiększa krwawienie. Spółkowanie często już przy nieznacznem opadnięciu macicy lub pochwy bywa utrudnione, z powodu belesności. Mimo to, nawet przy zupełnem wypadnięciu, jeżeli tylko nie spowodowało ono znaczniejszych zmian w macicy lub zarośnięcia dodatkowych jéj części, zapłodnienie częstokroć jeszcze nastąpić może. Ciąża, przy stosownem zachowaniu się, ma zwykle takie następstwo, że macica, w miarę swego powiększania się, wznosi się do wielkiéj miednicy i tu skutkiem swéj objętości, zostaje zatrzymaną. 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 takowéj, znaczne dynamiczne i mechaniczne utrudnienia porodu, mianowicie też 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 znacznéj przestrzeni pozrastać z sąsiedniemi organami i zostać zatrzymaną w miednicy. Powtóre, 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 potém silna blizna zwęża pochwę i przeszkadza opuszczaniu się macicy. Z tém wszystkiém, tak zapalenia okołomaciczne, jakotéż zgięcia i wielkie owrzodzenia nierównie częściéj przechodzą, nie pozostawiając po sobie tak przyjaznych następstw.

Rozpoznanie najczęściéj jest łatwe. Jeżeli opadnięcie jest w nieznacznym stopniu, ujawnia się ono najlepiéj przy badaniu chorych stojących, lub też nadymających się. Zamiany choroby téj z polipami zdarzały się wprawdzie, ale przy starannem badaniu za pomocą dotykania i wzroku oraz zgłębnika macicznego, są niemożebne. 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 normalnéj wysokości. Pomiary przedsiębrane na zwłokach zmarzniętych jakotéż 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 téż zawsze ściśléj skreślić rodzaj opadnięcia i jego powikłania. Nawet przy zupełnem wypadnięciu, z umieszczenia ust macicznych w tylnéj, przedniéj albo téż środkowéj 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 téj ostatniéj, zaś wpuklenia pęcherza (*cystocele*) przez wprowadzenie doń cewnika męzkiego z wklęsłością ku dołowi obróconą.

Leczenie. Pod względem zapobiegawczym, wielkiéj jest ważności dobra opieka podczas połogu, i troskliwe leczenie powstałych przy porodzie pęknięć krocza. W wypadkach świeżo powstałego opadnięcia, probować można leczyć takowe doszczętnie, przez utrzymanie chorych całemi tygdniami i miesiącami w położeniu leżącem na wznak, któro to położenie nie powinno być zmieniane nawet przy oddawaniu stolca i moczu; przez ułatwienie oddawania tych wydalin, oraz przez miejscowe i ogólne zastosowanie środków wzmacniających, ściągających. Miejscowo najlepiéj jest używać słusznie zachwalanych przez K i w i s c h ' a zimnych natrysków macicznych, i nastrzykiwać albo zwyczajną zimną wodą, albo téż roztwory garbnikowe. Ze skutkiem téż używać można gąbek napojonych roztworami zawierającemi garbnik, które się codziennie do pochwy wprowadza. Kąpiele nasiadowe, w początkach przynajmniéj, nie są odpowiedniemi, gdyż zmuszają do opuszczenia poziomego położenia; użyteczniejszemi już mogą być w pokuracyach, lecz i tu w skuteczności swéj ustępują ogólnym zimowym kąpielom, osobliwie téż 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 znaczniejszego dosięga stopnia, a przytém istnieją powikłania, to najpierw postarać się trzeba o opróżnieniu kiszki odchodowéj, a szczególniéj pęcherza moczowego, potém ułożyć chorą na wznak z uniesionemi 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 bacznéj uwagi, to przy odprowadzaniu łatwo bardzo zegniemy macicę, albo téż zwiększymy już istniejące zgięcie. Niekiedy guz wystający ze szpary sromnéj tak znaczną

przedstawia objętość, że wszelkie usiłowania odprowadzenia go przyczyniają tylko gwałtownego bólu choréj ale się nie udają;—tu tedy należy przedewstkiem zmniejszyć objętość guza. Osięgamy 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 umożebniającym odprowadzenie. W jednym wypadku, gdzie kilkakrotne próby odprowadzenia pozostawały bez skutku, musieliśmy olbrzymi guz ściskać obydwiema rękami, a przytém wprowadzać kolejno do jamy brzusznéj liczne pętlice kiszkowe, które się opuściły do dołu D o u g l a s' 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 znacznéj wielkości guz zewnątrz-maciczny górną przestrzeń miednicy wypełnia. Zresztą, nawet przy dość daleko posuniętéj ciąży, udaje się często odprowadzenie, wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, przy ponowionych usiłowaniach.

Nierównie ambarasowniejszem od odprowadzania i zwykle wiele czasu zabierającem jest leczenie zmian wtórnych macicy i pochwy, które musi być przeprowadzonem przed zastosowaniem rozmaitych środków, zalecanych w celu utrzymania na miejscu opadających części—jeżeli zechcemy aby te ostatnie były znoszonemi i nie przynosiły większéj szkody niż pożytku. Najpierw, istniejęce już, chociażby tylko przewlekłe zapalenie macicy, jakoteż owrzodzenia warg macicznych i pochwy, muszą być znacznie przynajmniéj zmniejszone. Do tego trzeba często wytrwałości przez całe miesiące. Wrzody powstałe skutkiem mechanicznego drażnienia błony śluzowéj, leczyć należy odpowiednio do ich charakteru; jeżeli wyglądają one atonicznie i mają brzegi modzelowate, to najlepiéj je kilkakrotnie nacinać i przyżegać; mimo to późno dopiero albo téż i nie zupełnie udaje się doprowadzić je do zabliźnienia. 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 pochwowa. 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 najszybciéj umożliwiającym zastosowanie wianków macicznych, ale nawet usuwają potrzebę użycia tego rodzaju podpór, gdyż macica potém mniéj 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 najprzeróżniejszéj formie. Hippokrates już wspomina o kłębkach z wełny, bawełny lub lnu, kulkach z wosku, gąbkach i t. p. Późniéj wyrabiano krążki maciczne z drzewa, korka, szkła, kości słoniowéj, metalu, a dla nadania im większéj 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 zwiotczenie pochwy i rozszerzenie jéj ujścia oraz szpary sromnéj przekroczyło już pewną granicę, albowiem jeżeli będą miernéj 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. Daléj 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 drugiéj jednak strony są one dla tego właśnie niewygodnemi 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 Kiwisch'a i Simpson'a), przymocowane będą za pomocą metalowego pałąka do pasa przepuklinowego, to przyczyniają chorym nowych dolegliwości przez to, że przy każdém naciśnięciu trzonka, jakie częstokroć już przy szybkiém siadaniu ma miejsce, potrącają macicę, a przytem także usuwają się i dozwalają macicy opadać z boku obok siebie.

Wzgląd na powyższe niedogodności, a osobliwie na życzenia kobiet z klass roboczych, które nie chcą się obciążać codziennem wyjmowaniem i wprowadzaniem sobie krążków macicznych, zapewnił wiankom bez trzonków nierównie rozleglejsze użycie. Z pomiędzy najwiecéj używanych wianków tego rodzaju, aż do ostatnich czasów, najtańszemi są drewniane krążki; powłoka z wosku nie powiększa ich użyteczności ani trwałości, gdyż łatwo się oddziela. Owalne (Levret) najmniéj utrudniają oddawanie stolca i moczu, ale łatwo się usuwają, wypadają, i pozwalają macicy opuszczać się przed lub po za sobą i więznąć; mają zatém te niedogodności, których nie przedstawiają okrągłe (Smellie). W niektórych przecież razach trzymają się lepiéj niż te ostatnie. Wianki kanciaste powinny być zupełnie zarzucone, gdyż łatwo sprowadzają owrzodzenie, a nawet przedziurawienie pochwy. Z tém 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 umożebnić odpływanie wydzielin z macicy i zapłodnienie; otwór ten przecież nie powinien być tak wielki, aby część pochwowa przezeń więznąć mogła. Stosownie dobrane mają tę tylko niekorzyść, że drażnią błonę śluzową pochwy, gdyż same chore nie mogą ich sobie wprowadzać i dla tego téż rzadko tylko zmieniane być mogą. Drażnienie zaś to sprowadza śluzotok, który, przy większéj wrażliwości choréj, znacznego dojść może stopnia.

Okrągłe krążki sprężyste, przygotowywane z kauczuku, na przedłożenie akuszerki Rondet, mniéj nieco drażnią pochwę od drewnianych, lecz za to są droższe.

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

sobem najlepiéj zapobiedz można obfitszemu śluzotokowi. Jeżeli jednak, mimo to, zjawi się takowy, to przy zachowaniu bezwzględnego spokoju i szczupłém 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. Późniéj, należy niezbędnie wyjmować przyrząd w odstępach 4—6 tygodniowych, oczyszczać pochwę przestrzykiwaniami, kąpielami nasiadowemi i t. p. i przekonywać się o stanie jéj zdrowia. Od téj zasady nigdy nie należy odstępować, chociażby się nawet zdawało, że krążek żadnych nie sprawia zaburzeń; zaniedbanie bowiem tego w większéj liczbie wypadków przykre sprowadza następstwa; chociaż znowu dosyć często wianki maciczne pozostają w pochwie bez przerwy całemi latami, żadnéj nie zrządzając szkody.

Odpowiednio użyty krążek maciczny jest użytecznym środkiem palliatywnym, a nawet w pojedyńczych, 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 największéj staranności, albo téż późniéj chora usunie się z pod opieki lekarskiéj, to powstać mogą bardzo niebezpieczne następstwa, a mianowicie: obfite śluzotoki, posokowate upławy z pochwy, częściowe zapalenia, owrzodzenia i przedziurawienia takowéj, zapalenia pęcherza, odbytnicy i otrzewnéj, przetoki, wrośnięcie i oskorupienie wianka, tak, że wyjąć go nie będzie można inaczéj, jak po uprzedniém rozdrobnieniu szczypcami kostnemi lub piłką. Wina ciąży tu albo na lekarzu, albo jak zwykle na choréj, 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 przynajmniéj znacznie wyrugowały z użycia dawniejsze krążki beztrzonkowe. Jeden z nich, podany przez Gariel'a i we Francyi szczególniéj 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 Lüders'a (*Deutsche Klin. Nr. 10. 1858*). Wianek wyjęto tu 15-go dnia i zastąpiono mniejszym, lecz ten wcisnął się do dołu Douglas'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 kroczową również z kauczuku sporządzoną. Z powodu wielkiéj swéj sprężystości i codziennego zmieniania, unośnik ten („*pessaire à air*"), bardzo mało drażni pochwę i bywa uciążliwym chyba tylko w razie wielkiéj szerokości pochwy—nieodzowną wtedy większą swą objętością, lub w razie istnienia bardzo szerokiéj szpary sromnéj—potrzebną wówczas opaską kroczową. Ma on jednak tę niekorzyść, że rozciąga pochwę we wszystkich kierunkach, rozszerza ją coraz bardziéj, a ztąd i sam coraz więcéj musi być nadymany; nadto, tamuje swobodny odpływ wydzielin macicznych. To też w tych wypadkach, w których przemieszczenie nie było zbyt wielkiém, a szpara sromna zbyt szeroką, odstępowaliśmy od użycia unośnika Gariel'a, przekładając nadeń zwyczajne gąbki, które można napoić płynami ściągającemi, jeżeli takowe są wskazane, albo, jak zwykle, wprowadzić namoczone w klajstrze 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 wystarczającemi, przewyższają wszystkie dawniejsze wianki maciczne, raz swą sprężystością, a powtóre, niezwykłą stosunkowo szerokością swego otworu. Pierścienie gumowe i wianki dźwigniowe są nadto przyrządami takiemi, 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 też i daleko po za ich granicami, zjednał sobie prawie powszechne uznanie unośnik zbudowany przez Zwank'a, według nie nowéj prawdopodobnie idei, a zmodyfikowany przez Eulenburga i Schilling'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 stosownéj wielkości, w każdym szczególnym wypadku i tu jest potrzebnym, a niekiedy, jak A. Mayer właściwie zaleca, należy nadto umieć zapobiedz opadaniu jednéj ze ścian pochwy obok unośnika, przez nadanie skrzydłom w miejscu ich połączenia większéj szerokości, lub włożenie między nie małych tamponików z waty, i t. p. Jeżeli rada ta zostanie zaniedbaną, to zdarzyć się może,

zawsze się udaje, to téż Dommes [1]), zalecał jako środek pomocniczy, utrzymanie ze sobą warg większych za pomocą przewlekania przez nie drutów ołowianych, które późniéj zastąpić trzeba srebrnemi kółkami. I ten sposób postępowania, aż do ostatnich lat był tu i owdzie próbowanym, lecz—rozumie się—jest mniéj jeszcze dostatecznym niż zaszycie szpary sromnéj.

O ile zaszycie sromu jest operacyą bolesną wprawdzie, lecz bynajmniéj nie niebezpieczną, o tyle sztuczne zwężenie pochwy nie da się wykonać bez niebezpieczeństwa żadnym z używanych sposobów, czy to za pomocą noża, czy żelaza rozpalonego, czy téż środków żrących.

Przy zszywaniu pochwy (*Elytrorrhaphia*) wycinano z jéj błony śluzowéj jużto podłużne paski, w różném 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.

Rozpaloném żelazem uleczył Dieffenbach trwale znaczną liczbę chorych. Robił on niém wzdłuż błony śluzowéj pochwy 3, 4 do 6-ciu pasów, aby powstały wyraźne bruzdy, a wyniki tego postępowania tak były pomyślne, że zszywanie pochwy, jako mniéj pewne, zupełnie zarzucił. Ale jak przy téj ostatniéj operacyi możliwem jest zranienie odbytnicy, pęcherza, cewki moczowéj i otrzewnéj, tak téż i użycie żegadła nie jest wolne od niebezpieczeństwa, gdyż może dać powód do gwałtownych zapaleń otrzewnéj i t. p.

Liczne próby używania chemicznych środków żrących stale się nie udawały. Saletrzan srebra przypalał bardzo powierzchownie tylko; zaś działanie głębiéj sięgających środków żrących nie pozwalało się ograniczyć do pewnéj oznaczonéj przestrzeni. Postępowanie Desgranges'a [2]) jest wiele dolegliwszém, a nie mniéj nie-

---

[1]) Hannöver'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 chûte de l'utérus par une nouvelle méthode. Paris 1853. D. próbował sprowadzić w różnych miejscach pochwy zgorzel jéj błony śluzowéj, przez ujmowanie składek takowéj w serfiny o silnych sprężynach; późniéj zaś, dla skrócenia czasu leczenia połączył nacisk z przyżeganiem, używając w tym celu szczypczyków z rynienkowatemi ramionami,

bezpieczném od wycinania kawałków błony śluzowéj pochwy z następczém ropieniem, nie może też więcéj przynieść pożytku.

Ponieważ zarówno zmniejszenie szpary sromnéj, jakoteż zwężenie pochwy, na drodze operacyjnéj dokonane, rzadko są w stanie trwale uleczyć chorobę, to też w ostatnich czasach Rob. Ellis kładzie nacisk na to, aby łączyć na jednéj choréj 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 dowiedzieliśmy się, że G. Simon w podobnym wypadku użył teraz poprzecznego zaszycia pochwy, jakie się praktykuje przy przetokach pęcherzo-pochwowych.

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

d) Wynicowanie macicy.
(*Inversio uteri*).

J. F. Weissenborn: *Von der Umkehrung der Gebärmutter. Durch zwei Fälle erläutert. Erfurt. 1788.*—M. Saxtorph: *De diversis uteri inversi speciebus. I. d. gesammelten Schriften. Kopenhagen 1803. p. 300.*—Daillez: *Précis des leçons de M. Baudelocque sur le renversement de la matrice. Paris 1803.*—Fries: *Abhandlung von der Umkehrung oder eigentlichen Inversion der Gebärmutter. Münster 1804.*— W. Newnham: *Essay of the symptoms of inversio uteri, with a history of the successful exstirpation of that organ during the chronic state of the disease. London 1818.* — J. G. Crosse: *Essay literary and practical on inversio uteri. W Transact. of the prov. med. and surg. assoc. Lond. N. p. 1.*— Depaul: *Gaz. des hôpit. Nr. 135. 1851.*— Charles A. Lee: *A statistical inquiry into the causes, symptoms, pathology and treatment of inversion of the womb. Americ. journ. of medic. scienc. October. 1860.* -- Betschler: *Ueber Inversio uteri.*

---

które napełniał chlorkiem cynku. W Niemczech sposobu tego próbowali w kilku wypadkach Scanzoni i Seyffert.

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

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

Najprzychylniejszym warunkiem do powstania wynicowania jest rozciągnięcie macicy połączone ze zwiotczeniem jéj ścian, a zatém 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 dosięgnie stopnia, czy téż szybko lub stopniowo stanie się zupełnem—zależeć to będzie od natężenia przyczyny, jéj ciągłego trwania lub téż ponawiania się, jakotéż od oporu jaki przeciw niéj stawia dolny odcinek macicy, a osobliwie ujście takowéj. To nam objaśnia, dlaczego nagle powstałe zupełne wynicowania spostrzeganemi bywają tylko w okresie poporodowym i w pierwszych chwilach połogu, jakotéż to, dlaczego raz powstałe zaklęśnięcie dna, łatwo coraz bardziéj 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, nagłém wydaleniu dziecięcia (osobliwie téż jeżeli rodząca stoi, lub siedzi w kuczki), nadto przy silném działaniu tłoczni brzusznéj, wynicowanie może samo przez się nastąpić. Nierównie jednak częściéj sprowadzają je niezręczne akuszerki, przez gwałtowne pociąganie sznurka pępkowego; czego dowodzi już ta okoliczność, że z wzrastającém wykształceniem akuszerek wynicowania macicy stają się coraz rzadszemi,

a w zakładach położniczych prawie nigdy się nie zdarzają. Nierównie rzadziéj dno macicy zostaje wciśniętém od zewnątrz, skutkiem gwałtownego napierania tłoczni brzusznéj, 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 połogu, a które w początkach lub nawet przez czas dłuższy były niepostrzeżone, gdyż bardzo powolnie znaczniejszego dosięgały stopnia.

Poglądu naszego na współudział tłoczni brzusznéj 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 wewnętrznéj powierzchni dna macicy szerszą swą podstawą, lub też na krótkiéj, nie zbyt cienkiéj szypule, i stopniowo zostają wypierane po za usta maciczne. Według Crosse'a 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 połogu, to początkowo w jamie utworzonéj przez wynicowaną macicę leżeć mogą więzy szerokie z jajowodami, a nawet jajnikami, jak to znalazł Saxtorph. Spostrzeżenia jednak Wrisberg'a, a szczególniéj Boyer'a przemawiają za tém, że jajniki nie zawsze wciąganemi bywają do nowopowstałéj torebki. Z czasem macica zmniejsza się, jak w prawidłowym połogu, 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 otrzewnéj znajdująca się wśród takowéj; więzy szerokie częściowo się z niéj wysuwają, tak, że

w końcu pozostają w owéj torebce tylko początki wspomnianych więzów z przebiegającemi wśród nich częściami jajowodów, niema zaś w niéj końców strzępiastych jajowodów ani téż jajników. Torebka zaś sama zamienioną zostaje w jamkę walcowatą, cieńszą od palca, która skutkiem zapalenia wyścielającéj ją otrzewnéj, wypełnić się może czopkiem włóknistym. Kiszki, tylko przy niezupełném wynicowaniu podczas połogu, spostrzeganemi 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 Gérard'a). Przyrośnięcie kiszki do dolnego brzegu torebki, oraz zrośnięcie się sieci, która jeszcze głębiéj w ten léjek zapadła, spostrzegał Lisfranc w zastarzałych wypadkach. Jeżeli macica została wynicowaną skutkiem obecności nowotworów, to torebka stale zawiera tylko początki szerokich więzów macicznych. To téż przy podwiązywaniu lub oddzielaniu wynicowanéj 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 zlepienia się, zranienie otrzewnéj bywa również znaczniejszém, gdyż więzy szerokie przeciętemi zostają poprzecznie, od ich przyczepienia się w dolnéj części ciała macicy, do górnego, wolnego brzegu takowych. Tym sposobem rana od okrągławego swego środka, odpowiadającego szyi macicy, przedłuża się w obie strony wązkiemi paskami, blizko na 2". Daléj, zda się nam zasługiwać na uwagę to, że w wypadkach wynicowań przez nas obserwowanych (jeden świeży i 2 zastarzałe) szyja macicy wtedy tylko brała w tém udział, gdy macica zstępowała do szpary sromnéj i wychodziła z niéj, resp. była ciągnioną. W miarę wznoszenia się macicy, natychmiast znikało wynicowanie 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 zaklęśnienie dna macicy (*depressio*), częstokroć bywa bardzo małych tylko zaburzeń powodem, lecz mimo to jest zawsze niebezpieczne dlatego, że prędzéj czy późniéj zmienić się może w wynicowanie zupełne. Jeżeli przejście to nie jest nagłem,— a zanim ono nastąpi upłynąć mogą nietylko dni, ale nawet miesiące lub łata,—to i objawy bezpośrednio po tém się rozwijające, nie należą do gwałtownych.

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

biety wywołuje nietylko zaburzenia w ruchach klatki piersiowéj i serca, omdlenia, wymioty, drżenie członków, utratę przytomności i ogólne drgawki, ale nawet śmierci stać się może przyczyną. Jeżeli, jak to zwykle bywa, chora zostanie przy życiu, to najpierw powstaje mniéj lub więcéj obfity krwotok maciczny. Natężenie krwotoku tego zależy głównie od obszerności przestrzeni na jakiéj łożysko zostało od macicy oddzieloném, i może być zmienione, ale częstokroć już bardzo wcześnie przyprawić 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 wynicowanie nie zostanie usuniętém, to w krótkim czasie rozwija się zapalenie, i to niezawsze do saméj tylko ograniczone macicy.

Szybkie i silne skurczenie się ujścia macicy, wywołuje zasznurowanie części wynicowanéj, a ztąd powierzchowną lub głębszą zgorzel takowéj; 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 pojedyńczych tylko wypadkach zapalenie stopniowo się zmniejsza, i albo trwa wciąż daléj z mierném natężeniem, albo téż przechodzi zupełnie. Tak np. spostrzegano wypadki, gdzie chore dotknięte wynicowaniem macicy w drugim stopniu, żyły przez czas dłuższy wśród przemijających lub téż ustawicznych cierpień, dopóki wreszcie nie uległy krwotokom, ropieniu i t. p. Z drugiéj znowu strony znane są takie wypadki, gdzie wynicowanie 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'Outrepont—od 26-ciu, a de la Motte—od 30-tu.

Utrzymują, że wynicowanie macicy połogowe ma się nawet leczyć siłami natury, znikać dobrowolnie. Do spostrzeżeń Thatcher'a i Baudelocque'a, ostatniemi czasy Meighs dołącza jeszcze trzy inne wypadki, w których potém nawet ciąża nastąpić miała.

Wynicowanie spowodowane obecnością nowotworu, ma się odprowadzać samo przez się, zaraz po wyłuszczeniu takowego, jak tego dowodzi świeży wypadek podany przez Abarbanell'a.

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

tu, przedstawia na swéj powierzchni zagłębienie lejkowate, dołkowate lub też kubkowate; późniéj ta zmiana kształtu da się jeszcze ocenić przez połączenie badania zewnętrznego z wewnętrznem. Jeżeli część macicy wystąpiła już przez usta maciczne, to badając przez pochwę, wyczuwamy ją jako ciało sklepiste, którego podstawę otaczają wargi tychże ust. Gdy w połogu cała macica lub przynajmniéj 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 znaczniejszéj przestrzeni przedstawia się nierówną, strzępiastą i krwawiącą. W pierwszych dniach połogu 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 kościami łonowemi, jako szparę wyraźnie okrągłą lub poprzeczną, w którą można wprowadzić jeden lub dwa palce.

Jeżeli wynicowana 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 powyżéj opisane. Z tego się pokazuje, że nawet przy umiarkowanéj uwadze nie można wziąść świeżego wynicowania, ani za część dziecięcia, ani też za łożysko, zaśniad lub polip.

Inaczéj się rzecz ma, jeżeli wynicowanie istniało już przez czas dłuższy; bo w takim razie rozpoznanie większéj potrzebuje przezorności i oględności. Brak otworu cechującego usta maciczne, przez któryby można było przeprowadzić zgłębnik do jamy macicy, łatwo wprawdzie pozwala rozróżnić wynicowanie macicy od jéj 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 wynicowania nie daje się odnieść do okresu połogowego. Daléj, wynicowana macica zwykle bywa bolesną na dotknięcie, polip zaś nie. Najważniejszych danych dostarcza zbadanie miejsca przyczepienia zagadkowego guza, oraz przestrzeni ponad nim się znajdującéj, zarówno przez powłoki brzuszne, jakoteż przez pochwę i odbytnicę, słowem badanie skombinowane. Dwa przez nas spostrzegane wypadki, nie przedstawiały nawet najmniejszéj 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 wynicowania jako dołek poprzecznie owalny lub też okrągławy,

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

Jeżeli wynicowanie powstało nie w połogu, lecz zostało spowodowane obecnością nowotworu, to i wtedy także najczęściéj 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 uśpić można chorą chloroformem.

W okolicznościach nadzwyczaj nieprzyjaznych, można sobie ułatwić przystęp do dolnéj powierzchni miejsca wywinięcia przez ściągnięcie guza; zaś do górnego brzegu lejkowatego zagłębienia dostać się można przez kiszkę odchodową, jak to wypróbował Betschler. 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 przynajmniéj badaniu, nie pozostaniemy w wątpliwości.

Rokowanie bywa często niepomyślne, i zależy szczególniéj od tego, jak wcześnie 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 Baudelocque.

Leczenie. Pierwszém zadaniem, jakie lekarz we wszystkich świeżych wypadkach ma do spełnienia, jest odprowadzenie (*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 orzeźwiającemi jak eter, środki wonne i t. p.

Odprowadzenie częstokroć bardzo znaczne przedstawia trudności, a najlepiéj jeszcze wykonywać je na łóżku poprzecznem; jeżeliby zaś siły choréj na to nie zezwalały, to należy ją przynajmniéj ułożyć na wznak z mocno uniesioną miednicą. Jeżeli łożysko 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, niemniéj przeto wyżéj wyrażona zasada pozostaje niewzruszoną; boć jeżeli nie uda się próba, którą nam przezorność podyktowała, 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 wpuklać dno macicy ręką stożkowato ułożoną; inni znowu zalecają rozpoczynać odprowadzenie od najpóźniéj wypadłéj, zatém, przy wynicowaniu zupełném, od szyi macicznéj. 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 macicznéj, gdzie przesmyk macicy nie tworzył kąta ostrego, lecz był wygięty łukowato. W cięższych wypadkach potrzeba przed przystąpieniem do odprowadzania i podczas takowego ściskać 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 nieznośnego 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 całemi w położeniu leżącém na wznak, i zalecić im aby unikały wszelkiego natężania tłoczni brzusznéj. W tym też celu dbać należy o częste i łatwe opróżnianie kiszki odchodowéj i pęcherza moczowego. Nadto, trzeba się od czasu do czasu samemu przekonywać, czy macica pozostaje w prawidłowém swém położeniu.

Jeżeli wynicowanie nie jest zupełnie świeżém, to przedewszystkiem należy się przekonać, czy przed próbami odprowadzenia, odbytnica i pęcherz nie potrzebują być opróżnionemi. Daléj, wydarzyć się może, przed tém potrzeba złagodzenia następczych objawów zapalnych, jak to widział Lauverjat i inni. Tu będą na miejscu: makowiec, miejscowe upusty krwi, a osobliwie miejscowe użycie zimna lub przeciwnie, wilgotnego ciepła. W razie zgorzeli, odpowadzenie 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 ocaloném być może, ale nadto, skutkiem oddzielenia się zmartwiałéj części, chora doznać może polepszenia, a nawet nastąpić może rodzaj uleczenia.

W zadawnionych wypadkach bardzo często wypaść może potrzeba wstrzymania się z odprowadzaniem do chwili szczególnie temu przyjaznéj, np. do ukazania się krwotoku lub do powrotu miesiączki; ale z góry nigdy zaprzeczać nie można, iżby wynicowanie, chociażby nawet zastarzałe, odprowadzić się nie dało.

Barnier'owi udało się, pod wpływem odurzenia chloroformem, odprowadzić macicę, po sześciomiesięcznem trwaniu choroby, a Noeggerath [1]) odprowadził macicę od 14-tu aż lat wynicowaną. Najodpowiedniejszy sposób postępowania w takich wypadkach trudniéj jest jeszcze ustanowić, niż w wypadkach świeżych. Niekiedy nacisk odpowiednim przyrządem—cylindrem macicznym (Kiwisch), zgłębnikiem opatrzonym kulą (Woodson), żelazem do przyżegania okręconém plastrami lepkiemi—skuteczniéj działa od nacisku palcami. Najczę-

[1]) Monatsschr. f. Geburtsk. Septemb. 1862. Porównaj także spostrzeżenie Pridgin'a Teale. Medic. tim. August 1859.

ściéj przez ugniatanie i naciskanie guza sprawiamy to tylko, że ściany jego w niektórych miejscach zaklęsają, ale miejsca zaklęsłego nie jesteśmy w stanie pomimo ciągłego naciskania przepchnąć przez pierścień, jaki tworzy wewnętrzne ujście macicy. Częściéj już prowadzi do celu nieprzerwany nacisk na dno macicy lub miejsce wywinięcia, za pomocą odpowiedniego krążka macicznego. Według Hartmann'a uleczono wynicowanie od lat pięciu trwające przez dłuższy wpływ eliptycznego i cylindrycznego wianka macicznego. Smart [1]), w wypadku od trzech tygodni trwającym naciskał dno macicy ku górze za pomocą przyrządu nakształt tłuczka od moździerza, utrzymywanego opaską w kształcie T, przez dwa dni. Tym sposobem zmniejszył wynicowanie. A gdy potem, z przyczyny bardzo gwałtownych przypadłości, przyrząd wspomniany zastąpił gąbką, macica następnéj już nocy odzyskała prawidłowe swe położenie. Borggreve [2]) do odprowadzenia wynicowania powstałego przed czterema dniami podobnego użył przyrządu, i po 4-ch dniach znalazł macicę odprowadzoną. Praël [3]) próbował odprowadzić macicę więcéj niż od ½ roku wynicowaną, za pomocą przyrządu podobnego do kubka, ale przy powtórném dwudniowém zastosowaniu takowego rozwinęło się zapalenie otrzewnéj zakończone śmiercią choréj.

W nowszych czasach, częstokroć używać zaczęto w tym celu, bez porównania właściwych tamponów pęcherzowatych kauczukowych. Tyler Smith [4]) po 12-letniem trwaniu wynicowania nagniatał macicę codziennie przez 10 minut, a następnie wprowadzał wianek Gariel'a; po ośmiu dniach przyszły gwałtowne przez noc wytrzymujące boleści, i przemieszczenie znikło. Bockendahl [5]) doszedł do tego samego rezultatu, w obec choroby od 6 lat trwającéj przez wprowadzanie kolpeuryntera; szóstego dnia na czas krótki wystąpiło rznięcie w brzuchu, poczém macica okazała się na swojém miejscu. Ch. West [6]) leczył wynicowanie jedenastomiesięczne przez ośm dni wprowadzaniem tamponu pęcherzowatego, ale bezskutecznie; z tego powodu wprowadził przez usta macicy do niewynicowanéj szyi macicznéj mniejszy i cieńszy pęcherz kauczukowy, w górnym przeważnie końcu rozciągalny i zapomocą szypułki 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 wynicowanéj macicy po trzech-miesięcznych zabiegach, przez powtarzane naciskanie ku górze dna macicy, za pośrednictwem zgłębnika opatrzonego guzikiem i wprowadzania następnie krążka Gariel'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 jéj w rozmaitych miejscach z łatwością pozwalały się wpuklać, ale przez ujście wewnętrzne ani jednéj 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 drugiéj choréj 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. Znacznéj ulgi doznają już chore, gdy macica w pochwie pozostaje, albo gdy tu zostanie utrzymywaną (jak to miało miejsce przez lat 14 w wypadku Hamilton'a). Jeżeli i tego zrobić nie można, to należy przynajmniéj nałożyć opaskę podtrzymującą (*suspensorium*). Im więcéj zarazem dbać będziemy o czystość, o regularne oddawanie stolca i moczu; im lepiéj i szybciéj będziemy zapobiegali ponawiającym się zapaleniom, jakotéż śluzotokom i krwotokom, przez zalecanie odpowiedniego zachowywania się, a istniejące zwalczali stosownemi środkami, — tém większą przyniesiemy ulgę w cierpieniach choréj.

W niepomyślnych okolicznościach, wielkość i długotrwałość cierpień, a ztąd niebezpieczeństwo zagrażające życiu, mogą bezwątpienia usprawiedliwić przedsięwzięcie odjęcia (*exstirpatio*) wynicowanéj macicy. Operacya ta dosyć już często wykonywana była, bądź za pomocą podwiązania, bądź téż za pomocą cięcia, — jużto naumyślnie, już bezwiednie, skutkiem błędnego rozpoznania. Breslau (*De totius uteri exstirpatione D. I. 1852*) naliczył od 1802 r. 31 wszystkich wypadków, w których cała wynicowana macica została odjętą; 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 wynicowanéj w skutek porodu. 21 razy operacya wykonaną była przed upływem pierwszego roku, a w téj liczbie 12 razy rezultat był pomyślny; zaś z pomiędzy 25 chorych, u których macicę odejmowano, dopiéro po wieloletniém 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 saméj choroby; — i pozostaje tylko na to zwrócić uwagę, aby raz uznawszy operacyę za potrzebną, wykonać ją, zanim jeszcze chora nazbyt z sił nie opadnie.

Co się zaś tyczy metody operacyjnéj, to najczęściéj 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 niém niebezpieczeństwo rozwinięcia się posocznicy. Przy wycinaniu obawiać się znowu trzeba obfitszego krwotoku, znacznego zapalenia otrzewnéj, a nawet wypadnięcia pętlic kiszkowych.

W nowszych czasach, M. Clintock [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. Clintock'a łatwo przebyła częściowe zapalenie otrzewnéj; nasza zaś, któréj galwanokaustyka nie ochroniła od dość znacznego krwotoku, 6-go dnia po operacyi zmarła skutkiem wzdęcia kiszek (*meteorismus*), a sekcya wykazała, że dokoła otworu powstałego w otrzewnéj nie było ani śladu zapalenia zlepnego, owszem— powierzchnia rany była w owrzodzeniu, a otrzewna powlekająca okoliczne pętle kiszek i część ściany brzusznéj uległa zapaleniu, po części ropnemu. Już na stole operacyjnym mogliśmy nabrać przekonania, że krwawienia z rany operacyjnéj nie można bezpośrednio opanować, gdyż nietylko powierzchnia przecięcia więzu szerokiego, ale nawet takaż 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 otrzewnéj. Z téj przyczyny niepodobna uniknąć przedostawania się potém wydzielin rany do jamy brzusznéj, jeżeli jeszcze przed oddzieleniem macicy pole operacyjne nie otorbiło się w drodze zapalenia zlepnego.

To téż, pomimo przytoczonych powyżéj 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 dłużéj 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.* — Skrivan i 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 ścisłém znaczeniu, lecz tylko workowatém wypukleniem przedniéj ściany brzucha przez ciężarną macicę. W razie istnienia blizn po cięciu cesarskiém, nietylko że rozstępują się niekiedy mięśnie brzuszne, ale także i powięzie zostają rozerwane; Ruysch zaś pamięta podobne zdarzenie przy istniejącéj bliźnie po ropniu w okolicy pachwinowéj. Przepukliny: pachwinowa (*H. inguinalis*) i udowa (*H. cruralis*) spostrzeganemi były zarówno podczas ciąży jak i w stanie nieciężarnym, i to najczęściéj 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 dopiéro macicę w zupełności albo częściowo za sobą pociągnęły. Jeden wypadek przepukliny kul-

szowéj (*H. ischiadica*) opisany przez Papen'a, Meissner wydarł zapomnieniu. Lecz była to tylko olbrzymia przepuklina, w któréj znajdowały się prawie wszystkie trzewia i prawy jajnik, gdy tymczasem macica dnem swojém 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 dopiéro 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 skłoniéby już mogło rozciąganie pochwy wzdłuż i przesunięcie się jéj sklepienia na bok.

Leczenie najwłaściwiéj 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 najczęściéj przy porodzie, a potém w czasie ciąży; o tyle téż należą do położnictwa. W stanie niebrzemiennym kobiety, są one nadzwyczajną rzadkością i przedstawiają się albo jako pęknięcia w skutek chorobliwego rozciągnięcia macicy (*Haematometra* lub t. p.), albo téż jako rany i obrażenia. 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 niebrzemiennych.

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

stępcza. W pierwszym razie poczyna się stale w błonie śluzowéj, ale częstokroć przenosi się także i na miąższ, a daléj i na surowiczą powłokę macicy. Zapalenia następcze mogą albo ograniczać się na pojedyńczych warstwach, albo też dotykać cały organ. Po większéj części są one następstwem innych chorób macicy lub organów z nią sąsiadujących; rzadziéj zaś bywają częścią splotu objawów cierpienia całego organizmu.

Jakkolwiek w następującym opisie, głównie weźmiemy pod uwagę zapalenia pierwotne, przy których miąższ macicy i jéj powłoka surowicza nie bywają zajętemi, bez poprzedniego lub równoczesnego cierpienia błony śluzowéj; to jednak różnica między przebiegiem zapalenia błony śluzowéj macicy (*Endometritis*), a przebiegiem zapalenia miąższowego tegoż organu (*Metritis parenchymatosa*) każe nam opisywać je oddzielnie. Zapalenie okołomaciczne (*Perimetritis*) wymaga również oddzielnego opisu, jeżeli pod tą nazwą (co jest niezbędném ze stanowiska klinicznego) obejmiemy zapalenia całego miedniczego odcinka otrzewnéj, bez względu na to, czy punktem ich wyjścia była macica sama, czy też jéj części dodatkowe. Tylko że cierpienie to właściwiéj 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 śluzowéj pochwy, gdyż oba te cierpienia w bardzo blizkim stoją ze sobą związku.

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

Zapalenie to w dwojakiéj występuje formie: jako nieżytowe, lub jako błonicowe. To ostatnie jednak, u kobiet niebrzemiennych pojawia się tylko jako proces wtórny, przy durzycy, cholerze, płonicy, odrze, albo też w razie obecności w pobliżu ognisk posokowatych, jak to szczególniéj bywa przy raku macicy. To też my roztrząśniemy tu bliżéj tylko formę nieżytową, 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 śluzowéj pochwy, polegają na obrzmieniu, rozpulchnieniu i nasiąknięciu surowicą lub krwią jéj tkaniny, z nastrzyknięciem naczyń włosowatych, a częstokroć także i naczyń większego światła. Żywo czerwona błona śluzowa macicy, od istniejących często małych wynaczynień, wygląda jakby nakrapiana. Część pochwowa bywa ciemno-czerwona, powiększona i rozpulchniona; brodawki jéj 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, późniéj zaś jako śluzo-ropny, a nawet całkiem ropiasty. Obrzmiałe gruczołki szyi macicznéj wydzielają śluz częścią wodnisty, to znowu więcéj 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 miąższ macicy i powlekająca ją otrzewna. Pierwszy staje się przeto zasobniejszym 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 zajętą. Głównem siedliskiem zapalenia bywa zwykle ujście pochwy i przylegająca doń powierzchnia sromu; niekiedy jednak rozszerza się ono po całéj pochwie aż do macicy. Przy zapaleniu pochwy, nasiąknięcie rozciągać się może aż do tkanki podśluzowéj; stale jednak normalne składki błony śluzowéj pochwy bywają zgrubiałe i wynioślejsze, a tkwiące w niéj liczne brodawki, skutkiem znaczniejszego przekrwienia, występują na powierzchnię w postaci ciemno-czerwonych guziczków.

Najczęstszą przyczyną ostrego nieżytu macicy i pochwy jest zarazek tryprowy, który wywołuje najpierw gatunkowe zapalenie sromu, ujścia pochwy i cewki moczowéj, a to w dalszym ciągu rozszerzyć się może na całą pochwę, szyję i ciało macicy. Nieżyt niezaraźliwy (o którym tylko właściwie mówićby tu wypadało, gdyż tryper znalazł pomieszczenie w innem miejscu tego dzieła) zdarza się również najczęściéj w wieku dojrzałości płciowéj. Dotychczas był on wprawdzie dosyć czę-

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

Objawy miejscowe polegają na mniéj lub więcéj gwałtownym bólu w okolicach: krzyżowéj, łonowéj i lędźwiowéj, który jednak wtedy tylko znaczniejszego 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 pochwowa okazuje się nabrzmiałą i gąbczastą. Z ust macicznych wypływa wydzielina, zmienna stosownie do okresu zapalenia, w mniejszéj lub większéj obfitości. Stosownie do stopnia i rozległości miejscowego cierpienia, wstawiają się następnie łagodniejsze lub gwałtowniejsze objawy gorączkowe, które jednak ustępują po dniach kilku, w ogóle wcześniéj niż objawy miejscowe. Jeżeli zapalenie nie ogranicza się do saméj 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. Szczególniéj też zapalenie wchodu pochwy staje się powodem wielkich dolegliwości, sprawiając częstokroć bardzo gwałtowne boleści, nadzwyczaj dotkliwe peryodyczne kurcze mięśni pochwy, pęcherza i odbytnicy, nieznośne swędzenie zewnętrznych części rodnych i pobudzenie płciowe.

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

Rozpoznanie opierać się musi na obecności objawów nawału (*congestio*) do macicy i pochwy, jakotéż 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 nieżytowa.

Leczenie. Ostry nieżyt wymaga postępowania przeciwzapalnego. Ogólne upusty krwi, odpowiedniemi są tylko u osób silnych i przy wielkiém natężeniu choroby; lecz mimo to i tu nie będą zbytecznemi także i upusty miejscowe. Wewnętrznie podajemy sole przeciwzapalne i łagodnie przeczyszczające, wybierając odpowiednio do gwałtowności choroby i szczególnych wskazań salmiak, emulsye olejne, winian potażu, sól glauberską, gorzką, lub saletrę. Miejscowo użytecznemi są stosowane równocześnie kataplazmy, mokre zimne obwijania brzucha, letnie enemy i nastrzykiwania do pochwy letniéj wody, kleistych odwarów lub mleka. Przy gwałtownėm zapaleniu pochwy i sromu, łagodne nawet wstrzykiwania źle bywają znoszone, a natomiast ogólne letnie kąpiele przynoszą ulgę. Wymienione powyżéj środki, przy odpowiedniém 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 nieżytu, gdy miejscowe upusty krwi ze względów konstytucyonalnych (u osób gruźliczych) zaniechanemi być muszą, zaleca rozpoczynać leczenie przyżeganiami 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 boleści, i do tego leczenie trwało dłużéj aniżeli po bezbolesném zastosowaniu tanniny rozpuszczonéj w takiéj saméj ilości wody. Przecięciowo, 7 do 8 razy powtórzone popędzlowanie 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.* — Jevel: *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 flueurs 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. Geburtsk. 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. Hennig: *Der Katarrh. etc. Leipzig. 1862.* — L. Mayer: *Ueber die pflanzlichen Parasiten der weiblichen Sexualorgane. Monatsschr. f. Geburtsk. Juli 1862.* — Aran: *Bullet. de thérap. 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 bynajmniéj ich pochodzenia, i sądząc, że źródłem ich jest po większéj części błona śluzowa pochwy. Dzielono 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 bliżéj śledzić za siedliskiem białych upławów, przekonano się, że upławy z macicy zdarzają się nierównie częściéj 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 śluzowéj, — jakby tego nazwa „zapalenia nieżytowego" w ścisłém znaczeniu wymagała, — ale, dla uniknienia powtarzań, także i o tak zw. *Phlegmorrhoea uteri et vaginae* pochodzącéj oczywiście tylko ze zmienionéj czynności błony.

Cechą anatomiczną przewlekłego nieżytowego zapalenia macicy jest również obrzmienie, rozpulchnienie i większa obfitość soków w błonie śluzowéj; lecz zaczerwienienie spowodowane przepełnieniem naczyń krwią, spotyka się, co najwyżéj, w pierwszych tylko chwilach. Późniéj wewnętrzna powierzchnia macicy przedstawia się w części, lub też na znaczniejszéj przestrzeni zabarwioną na brunatno-czerwono; częściéj jeszcze bywa szyfrowato-szara, a niekiedy całkiem blada. W miarę trwania sprawy chorobowéj, zmienia się coraz więcéj utkanie błony śluzowéj. W miejsce odłuszczonego nabłonka migawkowego, przychodzą komórki bezmigawkowe, nieregularnéj ostatecznie postaci; gruczołki obrzmiewają nakształt torbieli, a część ich zostaje zgryzioną, lub też w inny sposób niszczeje, tak, że w końcu jama macicy pozostaje wysłaną tylko cienkim pokładem tkanki łącznéj, lub warstwą modzelowatą. Powierzchnia jamy macicznéj, a szczególniéj tylna jéj 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 łącznéj, wraz z przeistoczonemi i zniszczonemi torebkami gruczołowemi; — ziarnistości i grzybowatości francuzów. Bujanie takie prowadzi niejednokrotnie do wytworzenia się polipów śluzowych lub torebkowych.

W kanale szyi macicznéj składki pierzaste bywają przedłużone, a gruczołki również powiększone. Często obrzmiała błona śluzowa wypukla się przez rozwarte ujście zewnętrzne (R o s e r'a wywinięcie się (*ectropion*) warg ust macicznych) i przedstawia się ziarnistą, strzępiastą, lub też pokrytą pęcherzykami N a b o t h'a, na wpół, albo i zupełnie wystającemi. Wewnętrzna powierzchnia warg ujścia macicznego pospolicie bywa obnażona z nabłonka, lub też owrzodzona, a powierzchnia zewnętrzna pokryta przerosłemi brodawkami błony śluzowéj.

Ziarnistości te złożone są z pojedyńczych, 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 pochwowéj macicy, i wydzielają większą lub mniejszą ilość ropiastego śluzu. Krwawią też bardzo łatwo.

Wydzielina jamy macicznéj, podobnie jak w późniejszych okresach ostrego zapalenia, jest płynem surowiczym, śluzowym lub też ropiastym, barwy zwykle szarawéj, zielonawéj lub żółtawéj, a chyba wyjątkowo tylko — czerwonawéj. Z płynem tym mięsza się w szyi macicznéj, wydzielająca się z gruczołów tu obecnych, ciągliwa białkowata lub też szklista galareta, która zatkać może ujście wewnętrzne macicy, dając powód do stopniowego rozszerzania się jéj jamy.

Błona śluzowa samego ciała macicy, u starszych szczególniéj kobiét, przedstawia niekiedy owrzodzenia, które, podobnie jak i wybujałości, sprowadzić mogą zarośnięcie wewnętrznych ust macicznych, lub też zrośnięcie się ze sobą ścian jamy macicznéj. Jeżeli nieżyt trwa długo, wtedy i miąższ macicy doznaje zmiany. Często, skutkiem rozrostu tkanki łącznéj 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 zwiotczałe, sinawo zabarwione, marszczki ich wygładzone; brodawki bywają albo przerosłe, albo też przedstawiają się jako kropki czarno-szare, nie wystające nad powierzchnię. To też dawniéj usiłowano sprawę tę uwa-

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

Przyczyny. Przewlekły śluzotok macicy i pochwy, zarówno z widocznemi zmianami w błonie śluzowéj, jakotéż i bez nich, przytrafia się w każdym okresie życia, chociaż w ogóle nierównie rzadziéj 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. Daléj, zdają się już i dawniejsze spostrzeżenia za tém przemawiać, że powstaniu téj choroby sprzyjają zarówno pewne kraje, jakotéż niektóre pory roku i lata. Mianowicie téż zauważono, że panuje ona w Hollandyi i Anglii, a do tego w porze wilgotnéj i chłodnéj; zaś od czasu Morgagni'ego wiele było doniesień o epidemicznem jéj szerzeniu się w pewnych porach roku.

Nieżyt przewlekły częstokroć powstaje z ostrego; ale niemniéj często odrazu występuje jako taki. Liczne jego przyczyny dadzą się ugrupować w dwa główne działy, mianowicie takie, które bezpośrednio wywołują częste lub ciągłe przekrwienia, i takie, które sprowadzają cierpienie błony śluzowéj 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 miesiączkowe, przy istniejącém usposobieniu, łatwo dają powód do wydzielin śluzowych, które w przyjaznych razach objawiają się w formie okresu rozpoczynającego lub kończącego krwawienie miesięczne, a w wypadkach niepomyślnych stanowią ciągły śluzotok, który wzmagając się peryodycznie, zastępować nawet może odpływy krwiste. Stan taki nader często spotykamy w czasie rozwijania się płciowego, jakotéż w pierwszych latach wieku dojrzałości płciowéj u dziewcząt źle żywionych, skrofulicznych, gruźliczych, lub téż dotkniętych bladaczką. Jeżeli śluzotok taki trwa dłużéj, staje się habitualnym, i nie znika już, chociaż przyczyny uspasabiające wpływ swój wywierać 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 bardziéj, gdy przedwcześnie przerwaną 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 dokładniéj opisanemi zostaną, wymieniamy tu przedewszystkiem następujące wpływy: zaduszne i wilgotne mieszkania, nieodpowiedni sposób życia i nieodpowiednie zatrudnienia, samogwałt, niepowściągliwe a przynajmniéj zaczęste 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 pierwszéj (szczególniéj szyi macicy) bywa nierównie częstszém.

Objawy i następstwa. Stałym, a bardzo często i jedynym objawem przewlekłego nieżytu macicy, jest nieustanny wypływ śluzowy z tego organu. Ilość jego bywa bardzo rozmaita, a nawet u jednéj i téj saméj 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 wyżéj przytoczono, bywa takoż rozmaitą; z tém wszystkiem, oddziaływanie jéj na papier lakmusowy, dopókąd jeszcze nie zmięszała się ona z śluzem pochwowym, zwykle bardzo wyraźnie kwaśno oddziaływającym, bywa zawsze alkaliczne.

Jeżeli materya wypływająca jest gryzącą, to łatwo wywołuje różowe zapalenie sromu i skóry okolicznéj, 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 śluzowéj, albo téż nie będących z niém w żadnym związku, lecz tylko wypadkowo się przyłączających. Często dostrzeganemi 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-

rzenia w trawieniu, rozstrojenie umysłu i różnorodne przypadłości maciennicze; a wielkość doznawanych z tego powodu cierpień stoi nieraz w wielkiém sprzeciwieństwie z nieznaném miejscowém zajęciem. Jeżeli zmiany zachodzące w błonie śluzowéj macicy sprowadzą zwężenie lub zamknięcie ust macicznych, to skutkiem rozciągania jamy tego organu przychodzą bóle jakby porodowe i gwałtowne rznięcia 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 ociężałemi i chudną. Zwolna rozwijają się coraz to inne objawy, będące wyrazem postępującéj niedokrwistości.

Dołączające się tak często do upławów obnażenia i zziarnienia (*granulatio*) części pochwowéj macicy, robią ją wrażliwą, a spółkowanie bolesném i uciążliwém. 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 nieżytu, ale zaburzenia w miesiączkowaniu często się przytrafiają, zarówno pod formą krwotoku macicznego i miesiączki bolesnéj, jako téż, gdy już i cały organizm został zajętym, 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 raczéj 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 zatrzymaném 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 jéj przerwanie, łożysko poprzedzające i t. p. W wypadkach, w których p o c h w a jest wyłączném albo przeważném siedliskiem upławów, występować mogą te same objawy, jakie się przy dłuższém trwaniu nieżytu 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 pleśni.

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 rodnych niewieścich, należy przedewszystkiém ściśle wyśledzić zkąd takowy pochodzi, gdyż wiadomość ta jest konieczną do zastosowania pewnego i właściwego leczenia.

W ogóle jest rzeczą niezawodną, że upławy pochodzące wyłącznie z pochwy rzadziéj się zdarzają; zwykle zaś macica bywa albo sama jedynie, albo też współcześnie z pochwą zajęta chorobą. Tak naprzykład Roberts (*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 macicznéj) nieodzownie rzucać musi podejrzenie na szyję macicy. Nawet i ilość wydzieliny z rozległości plam na bieliźnie, zaledwie w przybliżeniu pozwala się oznaczyć. Nic też bardziéj pewnego wywnioskować nie można ze zbadania wewnętrznego choréj za pomocą zmysłu dotykania, co do obecności i cech jakowychś obnażeń lub owrzodzeń. Z tych przyczyn wziernik pochwowy 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 wewnętrznéj powierzchni samego kanału szyi macicznéj. Nawet ilość wydzielającego się płynu, o ile to jest potrzebném dla celów praktycznych, pozwala się ocenić, zwracając uwagę na wydzielinę wpływającą do wziernika, lub wyciskaną przez nacisk wywarty na część pochwową. Tampon z waty zalecany przez Kiwisch'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 wyśledzić, jakie w danym wypadku istnieją powikłania, jakotéż 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, szczególniéj téż w skutek następstw jakie sprowadza. Ale za to rzadko tylko przyczynia się widocznie do skrócenia życia chorych. Nadto, odpowiednie leczenie, bardzo często przynajmniéj, 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, jakotéż od zewnętrznych stosunków życia choréj.

Leczenie przewlekłych białych upławów wymaga przedewszystkiém uwzględnienia przyczyn. W ogóle jednak, terapia wymierzona wyłącznie przeciw samemu nieżytowi, w stosunkowo bardzo małéj tylko liczbie wypadków pomyślny osiąga skutek. Tam nawet, gdzie pozornie nieznaczne tylko zmiany ogólne ustrojowe wyśledzić 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 pojedyńczemu 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 konstytucyi ciała, wpływać nadto powinien stan przyrządu płciowego w ogóle, a w szczególności macicy; albowiem miąższ 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 napotykany 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 poniżéj opisywane stać powinno, lecz umiarkowane i dłużéj trwające postępowanie przeciwzapalne.

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

Z pomiędzy środków wewnętrznych, specyalnie 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 mniéj są pewne, i oczywiście tylko przy całkiem osobliwych wskazaniach pomocne być mogą środki napotne, moczopędne i wymiotne. Z wielu stron zachwalano takoż skutki użycia rozmaitych środków namiesięcznych (*emmenagoga*), a szczególniéj rozmarynu, sporyszu i sawiny; co nawet w wypadkach ze zwiotczeniem macicy połączonych, do dalszych prób zachęcać się zdaje. Przeciwnie, wszystkie środki ściągające, jakotéż 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 konstytucyę; miejscowo zaś niewiele skutkują, chociażby nawet przez wprowadzenie wziernika kąpielowego ułatwianym był dopływ wody do dna pochwy. Z téj to przyczyny od zdrojowisk żelaznych oczekiwać można doszczętnego wyleczenia tylko takich białych upławów, które polegają na blednicy, 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 przygotowawcze. Kąpiele nasiadowe i obmywania zimną wodą zewnętrznych części rodnych, nic się nie przyczyniają do usunięcia choroby, i głównie tylko zapobiegają następczemu 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 najczęściéj dostają się tylko do części pochwowéj, ale i z tą nawet nie pozostają przez czas dłuższy w zetknięciu. Téj ostatniéj niedogodności, w potrzebie można do pewnego stopnia uniknąć w ten sposób, że płyn nastrzyknięty staramy się zatrzymać przez odpowiednie ułożenie choréj i założenie gąbki do pochwy. Zastosowanie silnego przyrządu natryskowego sprowadza

dość znaczne drażnienie całéj 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.

Najszybciéj 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 najodpowiedniejszéj postaci, i przyprowadzić je w ścisłe zetknięcie z cierpiącemi częściami. Najczęściéj miejscowego leczenia wymaga przedewszystkiem błona śluzowa kanału szyi macicznéj. Jakie zaś ono być powinno przy różnych formach owrzodzeń, podamy późniéj.

Przy prostym nieżycie, 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 wewnętrznéj powierzchni szyi macicznéj sztyftem saletrzanu srebra, do którego, dla zmniejszenia jego kruchości domięszano kilka gran saletry; lub téż salerzanem srebra złagodzonym 1 lub 2-ma częściami saletry, stosownie do stopnia choroby. Jeżeli skłonność do krwawienia istnieje, to nawet przez zastosowanie mniéj lub więcéj stężonych roztworów saletrzanu srebra niezawsze jesteśmy w stanie dostatecznie błonę przyżedz, gdyż w pewnych razach nawet najdelikatniejsze pędzelki włosianne rozrywają naczyńka, a kąpanie części pochwowéj w roztworze za pomocą wziernika, nie dosyć wysoko płynowi sięgać pozwala. Jeżeli często powtarzane przyżeganie sprowadziło znaczną poprawę, to powtarzamy je potém w dłuższych odstępach czasu, lub téż używamy słabych roztworów saletrzanu srebra (℈j, ℈ß, na ʒj) codziennie. Prócz tego środka szczególniéj skutecznemi okazały się: kwas garbnikowy i siarczan miedzi, zarówno pod formą sztyftów jako téż i stężonych roztworów; tylko że sztyfty z tanniny trzeba na kilka godzin pozostawić w kanale szyi macicznéj. Gdzie przyżeganie powierzchowne pozostało bez skutku, tam francuzcy i angielscy szczególniéj 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 macicznéj. To też najlepiéj 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 prędzéj się goi. Zalecanego przez L. Mayer'a, kwasu chromowego używamy w różnych rozcieńczeniach tam głównie, gdzie błona śluzowa łatwo krwawi, a żegadło jeszcze nie jest potrzebne. Jeżeli gruczołki błony śluzowéj szyi macicznéj są bardzo przeistoczone, to najlepiéj nam się przydały roztwory jodku rtęci i krążki maciczne z białego precypitatu.

Leczenie powyżéj opisane pospolicie usuwa chorobę po kilku (3—6) miesiącach lub też znaczne sprowadza polepszenie, gdzie takowe może być osiągniętem przez przyżeganie kanału szyi macicznéj. Lecz nie ma to miejsca przy rozległem zajęciu ciała macicy; tu bowiem nie pozostaje nic innego, jak wprowadzić właściwe środki lekarskie do saméj jamy macicznéj. Przyżeganie téj jamy kamieniem piekielnym zapomocą właściwego żegadłonosza bywa w ogóle lepiéj znoszone, aniżeli nastrzykiwania do wnętrza macicy; lecz z drugiéj strony jest ono nierównie mniéj skuteczném, gdyż nie może jednostajnie dotknąć wszystkich części błony śluzowéj, i częstokroć do małéj tylko cząstki się ogranicza. W nowszych czasach Aran zwrócił uwagę na wielką skuteczność lewatyw aloesowych, właśnie przy przewlekłym nieżycie błony śluzowéj saméj 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 poprzedniém opróżnieniu odbytnicy; powtarzając to przez 4—8 wieczorów z rzędu, albo też, gdy chore są bardzo wrażliwe, co drugi wieczór. Rozumie się, że lawatywy podobne właściwe są w takich tylko razach, gdy już wszelki ślad napływów przeminął, i gdzie niema znaczniejszego rozszerzenia żył odbytniczych.

Gdzie znaczne i wciąż ponawiające się krwotoki każą podejrzywać istnienie t. z. ziarniny w jamie macicznéj, tam Recamier próbował zeskrobywać takową za pomocą swojéj „*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 śluzowéj.

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

kszéj liczby chorych przypadłości maciennicze zaraz łagodnieją i stopniowo ustępują zupełnie. Często téż zdarza się widzieć, że kobiety dotąd niepłodne, u których żadnéj innéj przeszkody do zapłodnienia prócz białych upławów, wykryć nie było można, po uleczeniu takowych zachodzą w ciążę.

Do leczenia przewlekłego nieżytu pochwy temi samemi posługujemy się środkami. Dla obszerności powierzchni mającéj być przyżeganą, nierównie tu jest dogodniejszem pędzlowanie stężowym roztworem saletrzanu srebra aniżeli użycie kamienia piekielnego w sztyfcie; przy pędzlowaniu bowiem takiem łatwiéj udaje się nie pominąć ani jednego miejsca w pochwie, co także ma pewne znaczenie. Tannina, najlepiéj 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 mięszaniną równych części tanniny z cukrem lub gummą, a następnie krążkami z taniny. Wielu lekarzy nader chętnie używa ałunu, lecz według naszego przekonania, ustępuje on w skuteczności dwom powyżéj wymienionym środkom; to samo siarczan żelaza, miedzi i cynku, naciąg jodowy i t. p. Obok postępowania tu zaleconego potrzebne są także nastrzykiwania i kąpiele nasiadowe z użyciem wziernika kąpielowego, dla zachowania niezbędnéj czystości; zaś usiłowania aby wyłącznie na téj ostatniéj drodze przyprowadzić środki lekarskie w zetknięcie z błoną śluzową, zwykle żadnych albo bardzo niedostateczne obiecują korzyści.

b) Zapalenie miąższu macicy.
(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 diseas. 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 więcéj obfituje w krew i soki, a ztąd jest czerwieńszy, większy i wyraźnie powiększony. Macica dosięga wielkości jaja kurzego, a nawet gęsiego, a wymiar jéj podłużny zwiększa się o pół do jednego cala. Zapalenie najsilniéj bywa wyrażone w miejscu będącém punktem jego wyjścia t. j. w warstwie bezpośrednio graniczącéj z błoną śluzową; jeżeli jednak wyższego dosięga stopnia, to i powłoka surowicza bywa takoż silnie zajętą. Z naczyń krwią przepełnionych, 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), podbiegnienia 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 szerokiemi więzami macicy, albo do odbytnicy, lub wreszcie do jamy brzusznéj.

Ostre miąższowe zapalenie macicy bywa rzadko chorobą p i e r w o t n ą. Powstaje ono, jak to już z jego stosunku do ostrego nieżytu macicy wynika, z tych samych **przyczyn** co i ten ostatni, a więc najczęściéj skutkiem niewłaściwego zachowywania się podczas regularności, a niekiedy także po nadużyciu środków namiesięcznych, po przyżeganiu macicy i t. p. Zapalenia n a s t ę p c z e dołączają się albo do ostro przebiegającego raka lub gruźlicy w macicy, albo też, jak zwykle, zjawiają się przy guzach włóknistych, przewlekłém stwardnieniu i t. p. pod postacią zapalnéj kolki miesiączkowéj. 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 szczególniéj od tego, w jakim stopniu powłoka surowicza macicy i sąsiednie składki otrzewnéj, przyjęły udział w zapaleniu. Według tego także miarkuje się stopień wrażliwości okolicy podbrzusznéj, a nawet i saméj macicy, na dotykanie. Naciskanie palcem części pochwowéj nie sprawia zwykle znaczniejszego bólu; ale jeżeli równocześnie mocno przyciśniemy macicę od góry, do palca znajdującego się w pochwie, to chociażby nawet nie

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

Jeżeli, jak to się dziać zwykło, zapalenie rozwinie się podczas trwania regularności, to najczęściéj odpływ zostaje powstrzymanym; w pojedyńczych tylko razach prędzej lub późniéj następuje krwotok maciczny; w innych znowu wypadkach sprawa przebiega pod postacią tak zwanéj miesiączki trudnéj błoniastéj. W pierwszym wypadku, jakoteż i wtedy gdy zapalenie macicy rozwinie się niezależnie od okresu miesiączkowego, pochwa 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; rzadziéj 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 przynajmniéj 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 najczęściéj 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 znaglają, pozwala wyśledzić siedlisko choroby w macicy. Większa wrażliwość tego organu na silniejszy nacisk, jako też powiększenie jego objętości rozróżniają zapalenie macicy miąższowe od nieżytowego, a ściśle ograniczona powierzchnia zewnętrzna i brak przylegającego do niéj rozlanego, ostro powstałego obrzmienia,—od zapalenia okołomacicznego. Przy wielkiéj niepodatności powłok brzusznych i znaczniejszym współudziale otrzewnéj w zapaleniu, niepodobna jest ściśle określić objętości macicy i stanu jéj 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 Kiwisch'a użycie zgłębnika macicznego, z powodu wielkiéj bolesności przy jego zastosowaniu, nie może być oczywiście doradzanem.

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

Leczenie. Zachowywanie się ściśle przeciwzapalne, sole przeciwzapalne i wypróżniające, oléj rącznikowy, kalomel, upusty krwi, ogólne ciepłe kąpiele i miejscowe zastosowanie wilgotnego ciepła, są głównemi środkami mogącemi wpłynąć na pomyślne zejście choroby. Jeżeli zapalenie odrazu występuje z wielką gwałtownością, to można rozpocząć leczenie upustem krwi ogólnym, dopełniając go potém upustem miejscowym. Ten ostatni najlepiéj się dokonywa przez przystawienie co najmniéj 4—5, a zwykle 6—8 pijawek do części pochwowéj macicy i sklepienia pochwy, albo téż przez ponacinanie (*scarificatio*), poczém krwawienie podtrzymuje się wstrzykiwaniem letniéj wody. Po upuście krwi zastosować należy kataplazmy albo téż wilgotne zimne okłady, które to ostatnie, według naszego przekonania, zasługują na pierwszeństwo, i to nietylko tam, gdzie okłady papkowate z powodu swéj ciężkości są dla chorych uciążliwe albo wcale znoszonemi być nie mogą. Jeżeli stanowisko społeczne choréj na to dozwala, zalecamy ogólną kąpiel ciepłą, raz lub dwa razy dziennie.

Do wewnętrznego użycia wybieramy takie sole, które najlepiéj odpowiadają doraźnym wskazaniom; tak np. roztwór octanu amonii, w pewnych okolicznościach nawet emetyk w rozdrobnionéj 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 powstrzymanie 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'apres 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, wyżéj podanemi nazwami określanem bywa powiększenie i stwardnienie macicy, rozwijające się nader często w następstwie uporczywych przekrwień, lub téż powstające po przebyciu ostrego zapalenia macicy, jako niepożądane zejście takowego. Scanzoni ze względu na różnice w zmianach anatomicznych rozróżnia 2 okresy tego processu: 1° okres nasięku i 2° okres stwardnienia. Rozróżnienie to ma pewne znaczenie praktyczne, chociaż pewnem jest, że zachodząca tu sprawa patologiczna takie wywołuje zmiany w miąższu macicy, które zwolna dopiero ostatniego dosięgają stopnia, i że w różnych odcinkach miąższu macicy nie rzadko napotykać się dają zmiany w różnych okresach swego rozwoju.

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

a tu i owdzie sinawego zabarwienia, miąższ macicy wydaje się jakoby nasiąknięty płynem surowiczym albo surowiczo-krwistym, albowiem rozwija się w nim znaczna ilość niedojrzałéj tkanki łącznéj. Z czasem nietylko znika przekrwienie, ale nawet macica wyraźnie ubożeje w krew, gdyż bujanie coraz się zwiększa, nowa tkanka łączna staje się coraz bardziéj 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 łącznéj, nie zbadano jeszcze dokładnie. Według K l o b' a przerastają one z początku, ale późniéj mogą zupełnie zaniknąć. F o e r s t e r w wypadkach, które badał, nie mógł stwierdzić przewagi tkanki łącznéj nad włóknami mięsnemi, na którą inni autorowie kładli nacisk.

Odpowiednio do zmian powyżéj opisanych, macica okazuje się być powiększoną, a jéj ściany zgrubiałe, przytém w początkach soczystsze, czerwieńsze i większe (*etat fongueux* francuzów); późniéj zaś często w wysokim stopniu małokrwiste i twarde. Ściany macicy są wszędzie zgrubiałe; najznaczniejszą jednak, bo 12—15 linij dochodzącą grubość przedstawia dno i tylna ściana. Cały organ przybiera w skutek tego postać więcéj 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 połogu początek swój datowała, dno macicy znajdowało się o dwa palce ponad pępkiem, zaś część pochwowa opuściła się tak nizko, że wzięto to za obniżenie się macicy i założono krążek maciczny.

Błona śluzowa pospolicie przedstawia cechy przewlekłego nieżytu; szyja macicy okazuje się nim być szczególniéj dotkniętą, a skutkiem tego napotykać się daje znaczne powiększenie i napęcznienie gruczołów, wywinięcie warg i owrzodzenia. Na otrzewnéj powlekającéj macicę nie rzadko dostrzegamy świeże lub dawniejsze zrosty z częściami dodatkowemi macicy, z odbytnicą i t. p. Żylakowate rozszerzenia żył splotu macicznego, pochwowego i odbytniczego istnieją często, a do tego także przewlekły nieżyt pochwy, jajowodów, odbytnicy i pęcherza moczowego, jakotéż przewlekłe zapalenie jajników.

Przyczyny. Przewlekłe zapalenie macicy może być pozostałością po zapaleniu ostrem, ale nierównie częściéj 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 objawowéj. Forma idiopatyczna spostrzeganą bywa szczególniéj u kobiet, które rodziły lub też roniły. Początek jéj daje się po największéj części odnieść do okresu połogowego, w którym ściąganiu się macicy stanęło na przeszkodzie wadliwe dyetetyczne zachowywanie się położnicy, ostre zapalenie okołomaciczne, co dało powód do nieustannego przekrwienia. Rzadziéj wywód choroby pozwala odnieść jéj początek do epok miesiączkowych, wykazując, że podczas ich trwania, skutkiem ogólnego osłabienia fizyologiczne przekrwienie trwało niezmiernie długo, aż wreszcie stało się przewlekłem. Już Boivin, Dugès i Kiwisch, zwrócili uwagę na częstość przewlekłego zapalenia macicy u osób wątłych, leniwo funkcyonujących, 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 rodnego kobiety.

Objawy i przebieg. Przewlekłe miąższowe zapalenie macicy przebiega bardzo często bez znaczniejszych trwałych zaburzeń, zarówno miejscowych jakotéż i ogólnych. Mołoznaczne niezwykłe jakieś uczucie w okolicy macicznéj krzyżowéj, lędźwiowéj, pachwinowéj i łonowéj; uczucie ciśnienia i ciężaru w miednicy, tłoczenia ku ujściu pochwy i szparze sromnéj; bóle ciągnące, które wstawiają się szczególniéj po długiem chodzeniu i staniu, przy silniejszem działaniu tłoczni brzusznéj, po natężeniu 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 dawniéj przebywanych zapaleń pozrastała się z sąsiedniemi 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

nerwowy w okolicy ogonowéj, a niekiedy nawet objawy porażenia w przebiegu pni nerwowych w miednicy się znajdujących, a osobliwie 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 zwolna 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 miesiączkowemi napływami, zaostrzania się zapalenia. Mogą one czasowo dosięgać téj saméj 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 miesiączkowe, a odpływ miesięczny się zmniejsza; w końcu zupełnie ustaje (*amenorrhoea*). Obok tego nie bez znaczenia pozostaje także wpływ napotykanych zwykle powikłań, jak blednicy, owrzodzeń krwawiących i t. p. Kolki maciczne przychodzą w późniejszym mianowicie czasie krótko przed rozpoczęciem się i w początkach odpływu miesięcznego; przecież spostrzegano i wcześniéj objawy bolesnego miesiączkowania, w skutek silnego nieżytu szyi macicznéj oraz tak zwaną miesiączkę bolesną błoniastą przy znacznem zajęciu błony śluzowéj właściwéj jamy macicy.

Przewlekłemu zapaleniu macicy częstokroć towarzyszy niepłodność. Chociażby nawet zmiana w miąższu 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, szczególniéj jednak zasługują na uwagę rozmaite a częste powikłania, jakoto: nieżyt macicy i jajowodów, przemieszczenia macicy, a z nich osobliwie przodopochylenie, zapalenie okołomaciczne, zapalenie jajników. Jeżeli chora zajdzie w ciążę, to znowu grozi jéj niebezpieczeństwo poronienia; a chociaż poród i na czasie nastąpi, to łatwo powstają zaburzenia w jego przebiegu, jakotéż i w połogu, wywoływane niepodatnością ust macicznych, zboczeniami w bólach, krwawieniem następczém, niedostatecznem ściąganiem się macicy w połogu.

Zajście w ciążę uważać trzeba za okoliczność o tyle mniéj dla chorych pomyślną, że cierpienie trwa zwykle daléj bez zmiany. Wyjątkowo tylko się zdarza, że przy o ile można najwłaściwszém zachowaniu się dyetetyczném, pod wpływem połogowego zwijania się macicy, następuje znakomita poprawa, albo nawet zupełne wyleczenie. Również rzadkiemi 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 nietylko że w późniejszych latach znika dobrowolnie, ale nawet nie jest całkiem niedostępne dla sztuki lekarskiéj. 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 większéj 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 przybliżenie ocenić stopień powiększenia objętości, a zarazem więcéj zaokrągloną i przytém regularniejszą powierzchnię organu, jako téż jego spoistość, z początku zmniejszoną, a potém zbitszą. Za pomocą wziernika wyrabiamy sobie pojęcie o istnieniu przekrwienia lub przeciwnie, o nastąpionéj już małokrwistości tak zewnętrznéj, jakotéż i wewnętrznéj powierzchni części pochwowéj macicy, a nadto o owrzodzeniach tu istniejących. Aby jednak o ile można uniknąć błędów w rozpoznaniu, niezbędném jest także staranne zebranie wywodu choroby. Szczególniej téż, choćby najściśléj przeprowadzone zbadanie przedmiotowe, nie zabezpiecza od pomięszania choroby opisywanéj z ciążą. Najłatwiéj jest nie rozpoznać tego ostatniego stanu u kobiét, które pomimo to, że cierpią na przewlekłe zapalenie macicy, albo które przez wiele lat były niepłodnemi i nie miesiączkowały — zaszły jednakże w ciążę. W tych wypadkach dopiéro dalsza obserwacya daje pewne wskazówki.

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

Leczenie. Przy wyborze metody leczniczéj, na to przedewszystkiém wzgląd mieć potrzeba, czy mamy już tylko do czynienia z resztkami poprzednio istniejącego, albo, co więcéj, z całkowicie już minioném zapaleniem lub przekrwieniem, czy też przeciwnie, istnieją jeszcze trwałe, a przynajmniéj często się ponawiające objawy nawału. Najlepszą podstawę do rozwiązania tego pytania, daje stopień wrażliwości macicy na dotykanie i nacisk, oraz zabarwienie części pochwowéj; że pominiemy 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 nierozdrażniającéj, mniéj lub więcéj pożywnéj dyety, niezbędnemi są miejscowe upusty krwi. To też nacinanie części pochwowéj, lub też przystawienie pijawek do téj ostatniéj, częstokroć bywa wskazaném, i to nietylko w początkach przewlekłéj téj choroby, ale także i późniéj, w razie wielkiéj skłonności do zaostrzeń i częstego występowania tak zw. miesiączki bolesnéj zapalnéj. Łagodzą one istniejące bóle i zapobiegają postępowi sprawy bujania.

Do wewnętrznego użycia zalecają się najbardziéj łagodne środki zwalniające: rzewień, kora szakłaka kruszyny (*cort. rhamni frang.*), magnezya palona, sole wypróżniające i odpowiednie wody mineralne. Nie upośledzają one odżywiania, jak rtęć dawniéj 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 przewlekłém zapaleniu macicy wód ze źródeł Marienbad, Carlsbad, Eger, Kissingen, Homburg i t. p., wody gorzkiéj 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, jakotéż we wszystkich organach brzusznych. Pożytecznemi też są odciągnienia na skórę za pomocą pryszczadeł (*vesicantia*), stawianych w okolicy podbrzusznéj lub pachwinowéj, gdyż przyczyniają się one przynajmniéj do złagodzenia częstokroć bardzo dolegliwych w tém miejscu bólów.

Kąpiele średniéj 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. Odpowiedniemi są tu także zimne natryski i kąpiele nasiadowe.

Jeżeli nie można już wyśledzić miejscowych nawałów, to na pierwszym planie stać będą środki przyśpieszające wsysanie, mianowicie też jod i brom. Wewnętrzne użycie pierwszego w szczupłych zawiera się granicach; są jednak pojedyńcze 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 konstytucyonalnych z góry jest przeciwwskazanem, albo gdy takowy nie może być znoszonym, to ograniczyć się trzeba do bromku potassu, szczególniéj zachwalanego przez Simpson'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 więcéj liczyć na wchłanianie, to wprowadzamy krążki jod zawierające do pochwy. Jeżeli równocześnie albo przeważnie mamy na względzie podrażnienie błony śluzowéj pochwy, to na pierwszeństwo zasługuje roztwór jodku potassu w glicerynie (3j na ℥j; Scanzoni) wprowadzony za pomocą gąbki. Naszem zdaniem, najwłaściwiéj 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 najpewniéj się osiąga przez bardzo uciążliwe i niszczące bieliznę pędzlowanie brzucha naciągiem jodowym, jako też przez okłady z ługu macierzystego. Dla podrażnienia całéj skóry, obieramy kąpiele solne.

Że metodyczne używanie zdrojów leczniczych Kreuznach, Hall w górnéj Austryi, 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 wspominanych powyżéj, 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 też i wewnętrznie stosowane. Wszakże nadzieja zmniejszenia stwardniałego organu teraz jeszcze, przez rozpuszczanie i wessanie włóknistéj tkanki łącznéj, zawsze pozostanie mrzonką. Z lepszym skutkiem próbowane były: natryski miejscowe, stosowanie silnych środków ściągających, albo stanowczych zżeradeł oraz drastyków, jakoteż środków namiesięcznych. Działanie silnego strumienia wody o 30—32° R., albo przeciwnie o bardzo nizkiéj ciepłocie, po kwandransie 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 wielkiéj baczności tam nawet, gdzie oczywiście mamy do czynienia tylko z resztkami sprawy chorobowéj, i gdzie nie ma powikłań, któreby przy podobném postępowaniu mogły doznać pogorszenia. Wprowadzanie czopków tanninowych w szyję maciczną, jest przeciwko jéj stwardnieniu środkiem bardzo niepewnym, jak to już Becquerel zauważył; zaś używana przez Scanzoni'ego maść Rochard'a (6 gr. związku jodu z chlorem i rtęcią na ℥j tłuszczu) według nabytego przez nas przekonania działa tylko na błonę śluzową i znajdujące się w niéj gruczoły. Gdzie te ostatnie nie uległy zbytecznemu przerodzeniu, tam, dla podtrzymania pewnego stopnia drażnienia zalecamy chętniéj pędzlowanie roztworem kantaryd Rob. Johns'a, sprowadzające więcéj prawidłowe wydzielanie. Przyżeganie jamy macicznéj, nawet kamieniem piekielnym, okazało się Kiwisch'owi pożytecznem w dwóch wypadkach. My, jak zapewne i większa część innych gynekologów, 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 też potażu gryzącego na część pochwową (co może być powtórzone w razie potrzeby) wysławiał Bennet. Od tego czasu zżeradło to, szczególniéj pod postacią sztyftów Filhos, często było używane w Anglii i we Francyi; okazało się jednak, że stosunkowo często stawało się ono powodem niebezpiecznych zapaleń okołomacicznych. Chociażbyśmy te złe skutki przeważnie na rachunek niebaczności przy dobieraniu właściwych wypadków do zastosowania zżeradeł policzyć zechcieli, to jednak zawsze przekładać będziemy nad nie żelazo rozpalone, które nie mniéj czyni dobrego, a nie

pozostawia tak leniwo gojących się owrzodzeń. Zresztą, nie udało mu się dotychczas, podobnie jak i Scanzoniemu spostrzegać tak przyjaznego wpływu na wykształcone już stwardnienie, jak to miał uważać Becquerel. Do wewnątrz zalecany był szczególniéj aloes, tak w pigułkach jako też w lewatywach. My także doszliśmy do przekonania, że aloes sam lub też w połączeniu z innemi środkami drastycznemi 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 więcéj osiągnąć, pozostanie do czasu przynajmniéj wątpliwem. To samo odnosi się także do prób z użyciem sawiny.

Przy rozbieranem powyżéj leczeniu nie uwzględnialiśmy po szczególe większej części zachodzących tu powikłań. Rzecz jednak do zrozumienia, że niektóre z pomiędzy nich, a szczególniéj rozmaite formy owrzodzeń, domagają się oddzielnéj kuracyi, którą czytelnik znajdzie we właściwych rozdziałach. Inne znowu powikłania wymagają, aby je brać w rachunek przynajmniéj 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 ogólnéj niedokrwistości zalecić używanie przez czas pewien żelaza lub zdrojowisk żelaznych.

Różne znowu, szczególniéj dotkliwe objawy, wymagają doraźnego usunięcia; tak np. nieznośne częstokroć bóle potrzebują użycia makowca, 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 macicznéj częstokroć lepszy i szybszy obiecuje skutek, aniżeli wszystkie środki wyżéj przytoczone. Przemawiają za tém bardzo ważne spostrzeżenia C. Braun'a [1]). Że po usunięciu części szyi macicznéj, 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 dosięgnąć może stopnia; udowodnili to pierwsi Braun i Heschl. Znacznego ściągnięcia się organu wprawdzie tam tylko oczekiwać można, gdzie naczynia przypadające w obrębie rany operacyjnéj znacznie są rozszerzone, a zatém tam w ogóle, gdzie i część pochwowa znacznie jest powiększona. Lecz w takich razach odjęcie części pochwowéj nie będzie środkiem ostatecznym, któryby dopiero po różnorodnych innych bezowocnych usiłowaniach leczenia miał być wprowadzonym w wykonanie.

9. Zapalenie macicy podczas ciąży i połogu.

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

Szczegółowy opis tego zapalenia, zaprowadziłby nas na pole akuszeryi, w któréj zapalenie wnętrza macicy, a w części także i zapalenie maciczno-otrzewne ciężarnych, opisywaném bywa przy przerodzeniach jaja płodowego, przedwczesném przerwaniu ciąży i bólach kurczowych. Nadto, byłoby rzeczą całkiem zbyteczną traktować tu jeszcze szczegółowo takie zapalenia surowiczéj powłoki macicy, które nie zakłócają biegu ciąży; ze wszystkiego bowiem co o zapaleniu okołomaciczném i o zapaleniu otrzewnéj w innych miejscach tego dzieła podano, najważniejsze podstawy patologiczne i terapeutyczne same z siebie wynikają.

Zapalenie macicy połogowe, rozbierzemy szczegółowo między chorobami połogowemi.

10. Obnażenia i owrzodzenia szyi macicznéj.

Lisfranc: *Gaz. méd. de Paris. Nr. 10. 1834.* — Gibert: *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'uterus. Thèse. Paris. 1848.* — Simpson: *Monthl. journ. April 1850* i *July 1851.* — Tenże: *Obstetr. mémoirs I. pag. 97.* — West: *An inquiry into the pathol. import. of ulceration of the os uteri. London. 1854;* w skróceniu podane przez Heker'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 Cervicalskanales 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 śluzowéj szyi macicznéj. W większéj liczbie wypadków istnieje tylko nadżarcie (*erosio*) powstałe przez proste oddzielenie się nabłonka. Może ono być ograniczone tylko do zewnętrznéj powierzchni jednéj lub obu warg macicznych; rzadko przecież występuje w téj 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 téż poza granicami okresu połogowego, nadżarcia zdarzają się tylko przy przewlekłych nieżytach, powstają zaś skutkiem rozpulchnienia błony śluzowéj i zwilżania jéj alkaliczną wydzieliną szyi macicznéj, jako téż skutkiem mechanicznego drażnienia, jakiego część pochwowa macicy doświadcza od ścian pochwy, podczas spółkowania, samogwałtu i t. p. Nierównie częściéj nadżarcia znajdują się na wardze tylnéj niż na przedniej, gdyż pierwsza częściéj do ścian pochwy przytyka. Szczególnego leczenia nie wymagają.

Częściéj zdarza się napotykać nadżarcia części pochwowéj, rozpościerające się na wewnętrznéj powierzchni warg macicznych. Jeżeli nam się uda wnętrze szyi macicznéj dość głęboko odsłonić dla wzroku, to częstokroć można zauważyć, że nadżarcie sięga bardzo daleko ku górze, a przynajmniéj, 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 przylegającemi wargami ust macicznych mają znaczenie, gdyż każą podejrzywać podobne zmiany na właściwéj błonie śluzowéj szyi macicy. Wszystkie bowiem okoliczności przemawiają za tém, że odłuszczanie się nabłonka rozpoczyna się na

wewnętrznéj powierzchni, i ztąd dopiéro 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 macicznéj, bywają także następstwem zmian, jakie ciąża lub też nieżyt macicy sprowadza; chociaż nie tak znowu często, powstanie ich daje się objaśnić prawdziwém nadżarciem błony śluzowéj przez wydzielinę. Przy odpowiedniém leczeniu choroby zasadniczéj, nikną one wraz z innemi zmianami patologicznemi w błonie śluzowéj.

Jeżeli nie sam tylko nabłonek błony śluzowéj ulega zniszczeniu, ale nadto i górna powierzchnia delikatnéj substancyi zasadniczéj brodawek; jeżeli do tego nadżartemi 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 szkarłatno-czerwonéj 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 wyroślami (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 nadżarć, odpływy miesięczne zwiększają się nadmiernie co do ilości i przedłużają, a do tego i w odstępach między niemi 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 kobiét 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

macicznéj się znajdowały, z powodu dostępności téj ostatniéj, 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. Wybujałości brodawkowate mało nad powierzchnię wyniesione, nie zawsze dają się zniszczyć saletrzanem srebra lub siarczanem miedzi, ale wymagają silniejszych żżeradeł, nad które przecież przekładać musimy rozpalone żelazo. Znaczniejsze wyrośla 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 pochwowéj macicy.

Nadżarcie brodawkowe nie należy zatém do chorób małoznacznych. A że ono, skoro potrwa dłużéj, co najmniéj 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 pochwowéj, szybkiém cieszy się powodzeniem.

Przerodzenie torebek (*folliculi*) przy przewlekłym nieżycie macicy, daje powód do powstania owrzodzeń torebkowatych (*ulcera folliculosa*, Mayer). Te mają zwykłe siedlisko na wewnętrznéj powierzchni kanału szyi macicznéj, ale niekiedy także i na błonie śluzowéj pokrywającéj 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 więcéj i więcéj występują ponad powierzchnię błony śluzowéj, 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 znacznéj niedokrwistości i tylko przez wycięcie torebek z następném przyżeganiem usunąć się pozwala.

Rzadko spotykamy wrzód żylakowaty (*ulcus varicosum*) na części pochwowéj macicy. Rozwija się on z prostego nadżarcia u kobiét, które z jakiegobądź powodu mają znacznie porozszerzane żyły w całéj wogóle miednicy, a w szczególności w błonie śluzowéj sklepienia pochwy. Przyżeranie wtedy dopiéro okazuje się tu pożytecznem, gdy przynajmniéj na czas pewien usuniemy zastoje żylne w dnie i otoczeniu wrzodu, za pomocą miejscowych upustów krwi (np. nakłuwania większych żył i t. p.).

Nawet wykwity pleśniawkowe (*eruptiones apthosae*) [1]), bywają spostrzegane na części pochwowéj. Na zewnętrznéj powierzchni téj ostatniéj 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. Braun [2]), (ten ostatni u ciężarnéj kobiety), widzieli większe, okrągławe, surowicą napełnione 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.

11. 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 médécine 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.*—Rokitansky: *Path. Anat. III. pag. 479.* — Walter: *Denkschr. über fibröse Geschwülste der Gebärmutter. Dorpat. 1842.* — Amussat: *Mémoire sur les tu-*

[1]) Scanzoni. Krank. etc. p. 172.

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

meurs fibreuses de l'uterus. Paris. 1842. — S. Lee: *Geschwülste der Gebärm. n. s. n. p. 5.*— Kiwisch: *Klin. Vortr. 1, p. 416.*—Chiari: *Klinik f. Geburtsch. etc. p. 396.* — Albers: *Deutsche Klinik Nr. 9. 1855.* — Scanzoni: *Krankh. etc. p. 186.*— Binz: *Deutsche Klinik. Juli. 1857.*—Ch. West: *Lectures 1. p. 266.*—Hutchinson: *Report on the enucleation treatment of uterine fibrous tumours. Medic. tim. Nr. 369, 371 i 373. 1857.*—Langenbeck: *Deutsche Klinik. Nr. 1. 1859.* — J. Baker Brown: *Surgical diseases of women. II. edit. p. 182.* — M'Clintock: *Diseases of women p. 110.* — Routh: *Lettsomian 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. Koeberlé: *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 Bayle'a zwane ciałami włóknistemi, a przez Rokitansky'ego fibroidami, składają się raz z włókien tkanki łącznéj i włókien mięsnych, drugi raz, lecz to rzadko, wyłącznie z tych ostatnich. Na rozkroju są gładkie, prawie atłasowato 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. Pojedyncze są kuliste; złożone nieregularnych kształtów, wzgórkowate a nawet zrazowate. Kształty nieregularne mogą także powstać przy współśrodkowém 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 bardziéj miękkie. Guzy włókniste złożone, częstokroć takowém zachowaniem się wyróżniają się od pojedynczych. Powtóre, nawet w twardych guzach przekrwienie miesiączkowe wywołuje czasowo znaczną ich krwistość i soczystość. Potrzecie, guzy włókniste ulegają niekiedy przeistoczeniom, przez co ich spoistość istotnéj uledz może zmianie. Najczęstszemi z tych przeistoczeń są stłuszczenie i skredowacenie, 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. Następ-

stwem tego jest zmięknienie guza i powstrzymanie jego wzrostu. Przez odkładanie się soli wapiennych w tkance łącznéj, guz włóknisty zmienia się w massę 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 śródmiąższowych, a nawet podśluzowych, pod nazwą skamienienia macicy, złogów kamienistych w tym organie, albo też odchodzenia zeń kamieni. W innych razach, i to najczęściéj w skutek przekrwienia wywołanego miesiączką lub zajściem w ciążę, przychodzi do wylewów krwi w tkań guza, a przez to do powstania jednéj lub kilku jam, podobnych do torbieli zalewowych, które jużto bliżéj obwodu, już więcéj 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 naczynienie obrzękowe, które było spostrzegane zarówno w guzach włóknistych pojedynczych, jako też i w złożonych, a w tych ostatnich, w wiotkiéj tkance łącznéj spajającéj 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 rękojeścią skalpela wyłuszczonemi być mogą. Połączenie to stanowi luźna tkanka łączna, otaczająca powierzchnię guza jakby torba. Ta torba z tkanki łącznéj zaopatrzona bywa zwykle licznemi, żylnemi szczególniéj naczyniami, gdy tymczasem sam guz jest ubogi w naczynia, i tylko szerokiemi naczyńkami włosowatemi poprzenikany [1]).

Guzy przytrafiają się jużto pojedynczo, już po kilka równocześnie; rzadko kiedy wszakże liczba ich bywa znaczniejsza, jakkolwiek wyjątkowo Meckel napotkał 16, Lisfranc—20, Kiwisch—40 w jednéj macicy. Wielkość pojedynczych guzów bywa takoż 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 pochwowéj tylko wyjątkowo. Leżą one albo tuż pod błoną śluzową, albo tkwią w głębi ścian macicznych, albo wreszcie bezpośrednio pod powłoką surowiczą. Pierwsze, najczęściéj się przytrafiające, podśluzowe, w miarę wrastania do jamy macicy, rozciągają takową, mogą tu wywołać częściowe lub téż obszerniejsze zrosty, i podobnie jak ciąża, pociągają za sobą przerost ścian macicy, które, jeżeli guz jest znacznéj 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 śluzowéj, mają jeszcze drugą, choćby cienką, z zachowanego samego miąższu. 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 powlekającéj je błony śluzowéj pospolicie znacznie się rozszerzają, a ściany ich cienieją; ztąd téż przy każdym silniejszym napływie łatwo pękają, powodując częste i gwałtowne krwotoki. Obok tego, zmiana taka w błonie śluzowéj pociąga jeszcze za sobą mniéj lub więcéj obfity śluzotok, który rozszerzyć się może na jajowody i spowodować ich rozdęcie ropiastym śluzem a wkońcu puchlinę jajowodów (*hydrosalpinx*).

Jak guzy pośladkowe coraz bardziéj wrastają w jamę macicy, tak znowu podotrzewne stopniowo coraz silniéj występują na zewnętrzną powierzchnię. Ścieńczają one pokrywającą je warstwę miąższu macicy, a późniéj także i powłokę surowiczą (jeżeli te błony nie przerastają znacznie); w najwyższym stopniu jako guzy polipowate, już tylko za pomocą szypuły z otrzewnéj przytwierdzone do macicy, wdrążają swobodnie do jamy brzusznéj, albo téż uwalniają się dobrowolnie, przedstawiając w tym razie ciała obce, które najczęściéj za pomocą blon fałszywych zostają unieruchomione w pobliżu miejsca ich rozwoju, a osobliwie w zagłębieniu Douglas'a, ale także mogą pozostać przytwierdzonemi zewnątrz małéj miednicy, do grzebienia biodrowego i t. p. [1]). Niekiedy guz rozpiera najpierw obie blaszki więzu szerokiego, a rosnąc daléj, otrzymuje z nich powłokę, połączoną ze swą powierzchnią za pomocą luźnéj i surowiczo naciekłéj tkanki łącznéj. Im więcéj punkt wyjścia włóknika zbliżony jest do zewnętrznéj powierzchni macicy, i im bardziéj

[1]) Huguier. Gaz. des hôpit. 1860. p. 411. — Nelaton. Ibid. 1862. p. 77.—Barth. Bull. de la societé anatom. XIX. 13.

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

Przy guzach włóknistych śródmiąższowych 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 niknieniu 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 jéj postać zostaje bardzo zniekształtnioną. To się odnosi szczególniéj do guzów pod samą otrzewną leżących, które tworzą na powierzchni macicy odosobnione garbowate lub téż główkowate wydatności; bo przy obecności bardzo wielu śródmiąższowych a tém bardziéj podśluzowych guzów, macica ma kształt gruszkowaty lub kulisty, taki sam, a przynajmniéj bardzo podobny do tego jak podczas ciąży.

Powiększenie macicy, jak łatwo pojąć, pociąga téż za sobą zmianę w jéj położeniu. Przy obecności guzów podśluzowych miernéj objętości, widzimy tylko nieznaczne obniżenie się macicy; gdy tymczasem guzy śródmiąższowe i podotrzewne bardzo często sprowadzają pochylenia i zgięcia. W tym ostatnim razie prawidłem jest, że jeżeli guz był miernéj objętości, to macica pochyla się ku stronie w któréj takowy się znajduje; ale w miarę postępującego wzrostu wypieraną zostaje na przeciwną stronę. Skoro guzy włókniste znacznéj już dosięgną objętości, to macica tak samo jak podczas ciąży, z małéj miednicy wznosi się do wielkiéj. Znaczniejsze powiększenie macicy w kierunku ku dołowi zdarza się rzadko, gdyż włókno-mięśniaki pospolicie z górnéj jéj części biorą początek. Mimo to, część pochwowa macicy jużto przez wnikające w nią, już przez w niéj saméj powstałe guzy włókniste, zostaje bardzo zniekształtnioną; jedna z warg ust macicznych może wtedy tworzyć szypułę guza wdrążającego do pochwy na podobieństwo polipa, albo téż, jak to Boivin-Dugès na rysunku przedstawili, a my także widzieć mieliśmy sposobność, może ona być zamienioną na powłokę wielkiego guza, do którego przednia warga przylega nakształt sierpowatéj obwódki.

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

i długotrwałych nieżytów błony śluzowéj macicy i szyi macicznéj. 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 późniéj i we włókniaku 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 piątéj części wszystkich kobiét zmarłych po skończeniu lat 35-ciu, jest cokolwiek przesadzoném.

Przytrafiają się one we wszystkich okresach życia, lecz wyjątkowo tylko przed nadejściem dojrzałości, a częściéj po, niż przed punktem kulminacyjnym zdolności płodzenia. Ale i znaczenie tych ostatnich stosunków przez wielu było przecenianém, dopóki tylko jednostronnie się zapatrywano 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 więcéj niż 25%. Zdanie B a y l e'a, że powściągliwość w stosunkach płciowych, a w innych razach niepłodność zupełna lub mała płodność, 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 $^4/_5$ z naszéj praktyki, dotyczyło kobiet zamężnych. Z zestawienia R 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 $4^1/_2$ do 5 razy tyle co drugich, chociaż w tym wieku niéma nawet czwartéj części kobiét niezamężnych. Spostrzegana u wielu chorych niepłodność okazuje się być raczéj 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. Geburtsk. Januar. 1865*).

ną 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 płciowéj. Nierzadko w każdym razie napotykane włókniaki u niezamężnych, B. B r o w n skłonnym jest odnieść do samogwałtu; a i my także, znaczną część naszych spostrzeżeń zmuszeni byliśmy w ten sposób objaśniać.

Następstwa nie tyle są zależne od saméj tylko objętości guzów, ich liczby, oraz prędszego lub powolniejszego wzrostu, ile raczéj od ich umiejscowienia i od wieku chorych. Najmniejsze stosunkowo zaburzenia towarzyszą włókniakom p o d o t r z e w n y m, które bywają uciążliwemi zwykle tylko przez ucisk i drażnienie jakie wywierają na pograniczne. Totéż, jeżeli guzy te będą miernéj wielkości, chore najczęściéj uskarżają się tylko na uczucie tłoczenia i ciężaru w miednicy; a dopiéro późniéj w miarę ich wzrastania, przyłączają się jeszcze rozmaite objawy ucisku. Do najczęstszych przypadłości należą tu: częste parcie na stolec i ciągłe 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 przepełniły się twardemi massami, a pęcherz moczowy, moczowody i miedniczki nerek znakomicie zostały rozszerzone.

Jeżeli większe pnie żylne 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 większéj liczbie wypadków objawiają się na przebiegu pojedynczych tylko naczyń i nerwów, a tém samém zwykle w jednéj tylko kończynie dolnéj. Mimo to niekiedy bóle i nieużywalność kończyn tak wielkiego mogą dosięgnąć stopnia, że chore stają się całkiem niezdolnemi do pracy i zostają przeważnie albo zupełnie przykutemi 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 brzuszną (*ascites*).

Wszystkie następstwa dotychczas wymienione, mogą się jedno po drugiém u téj saméj choréj rozwijać, trwać z rozmaitém natężeniem i na rozmaitéj 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 przyjść może do zupełnego uwięźnienia wszystkich organów miednicy; zwykły jednak przebieg bywa taki, że w miarę zwiększania się włókniaka, wznosi się on z jamy miedniczéj do jamy brzusznéj. Temu wzniesieniu się nierzadko towarzyszy znaczna ulga w poprzednich przypadłościach, ale téż dosyć często dołączają się do tego jeszcze nowe zaburzenia. Jeżeli guzy takie zaczną się rozwijać krótko przed nadejściem lat przekwitowych, i jeżeli rosną powoli, nie dosięgając w ogóle znaczniejszéj 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 wcześniéj) uwydatniają się także i inne ważne następstwa, które, przy równych zkądinąd warunkach, tém znaczniejszemi bywają, im chora jest młodsza i im prędzéj guz się powiększa. Ciągłe drażnienie błony śluzowéj wywołuje śluzotoki i krwotoki. I jedne i drugie wiążą się początkowo z okresem miesiączki w ten sposób, że odpływy miesiączkowe są obfitsze, dłużéj trwają, przechodzą wkońcu w białe upławy, i już na tym stopniu mogą upośledzać stan ogólny chorych. Cierpi on jeszcze więcéj, jeżeli krwotoki zaczną przychodzić nieregularnie, w obfitéj ilości (jak to przy obecności tak małych, jako téż i wielkich guzów zwykle już bardzo wcześnie się dzieje), albo gdy wkońcu staną się ciągłemi. Występują wtedy wszystkie objawy daleko posuniętéj wodnistości krwi: wychudnienie ciała i upadek sił. Niekiedy nawet chore umierają skutkiem nagłéj utraty krwi, albo,—przy znacznéj niedokrwistości — z ogólnéj wodnéj 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 pewnéj kobiety zmarłéj skutkiem krwotoku, znalazł na powierzchni guza włóknistego

Wymienione powyżéj zaburzenia w miesiączkowaniu, nie są wszelako jedynemi i bynajmniéj najuciążliwszemi. Za takie uważać raczéj należy kolki maciczne, które u większéj liczby chorych pojawiają się regularnie z każdym odpływem, i całemi dniami najokropniejszych przyczyniają im boleści. Bóle jużto przychodzą wyraźnie przepuszczająco, na podobieństwo bólów porodowych, już znowu są ciągłe, a tylko nasilają się peryodycznie. Głównem ich siedliskiem jest okolica miednicy; lecz częstokroć rozpromieniają się bardzo daleko, napadają i inne trzewia, osobliwie też żołądek, i niejednokrotnie przywodzą chore do rozpaczy. Przyczyna tych kolek tkwi czasami li tylko w zakrzywieniu jamy macicznéj, co utrudnia odpływ krwi miesiączkowéj, ale najczęściéj wiąże się ona głównie z silnym nawałem zapalnym, który ukazaniu się miesiączki u podobnych chorych zwykle towarzyszy; to też często także wstawiają się znaczne poruszenia gorączkowe. Gdy chore takie dosięgną 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 więcéj do podśluzowych, jużto do podotrzewnych, stosownie do tego, czy leżą bliżéj wewnętrznéj czy zewnętrznéj powierzchni organu. Wogóle, wywołują one późniéj dopiéro i w mniejszym stopniu zaburzenia w miesiączkowaniu, a nawet i mniéj 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 okołomacicznych. Według Chiari'ego na 25 zrobionych sekcyj znaleziono zarośnięcie jajowodów 8 razy, a zatém prawie w trzeciéj części wypadków. Jeżeli guzy włókniste nie przeszkodzą zapłodnieniu, to przez uszczuplanie rozciągliwości macicy, jako-

---

wdrążającego do jamy macicznéj okrągławy otwór zatkany skrzepem; prowadzący do jednéj z żył macicznych (*Edinb. med. journ. Januar. 1864*).

też przez ustawiczne targanie, usposabiają do przedwczesnego przerwania ciąży. Jeżeli mimo to płód zostanie donoszonym, to w rozmaity sposób zakłócają one przebieg porodu i połogu; najmniéj jeszcze sprawiają to włókniaki w górnéj części macicy umieszczone, które powodują tylko nieprawidłowości w bólach, ale w wyjątkowych razach i rozdarcie 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 połogu przeszkadzają one ściąganiu się macicy, dając powód do gwałtownych, niekiedy nawet śmiertelnych krwotoków macicznych. Nakoniec część tych matek, które przebyły szczęśliwie wszystkie opisane powyżéj niebezpieczeństwa, marnieje jeszcze następczo, skutkiem rozwiniętego przy porodzie traumatycznego zapalenia.

W nieskończenie rzadkich wypadkach choroba leczy się dobrowolnie. Za uleczenie takie, przynajmniéj w porównaniu z małemi 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 któréj guz prawie tak wielki jak głowa mężczyzny, po 11-letniém istnieniu, zupełnie zniknął podczas połogu. Spostrzeżenie to może być w ten sposób objaśnione, że guz włóknisty, jak bierze udział w postępowych przemianach macicy podczas ciąży, tak samo też przyjmuje udział w przeistoczeniu tłuszczowém jakiemu włókna mięsne podczas połogu ulegają, i że podczas téj sprawy odradzanie się nie następuje. To pewna, że u osób zmarłych w czasie połogu, znajdował on guzy rozmiękczone i wiotkie.

Częściéj już, jakkolwiek wogóle rzadko, zanik starczy wywiera swój wpływ także i na guzy wżłobione 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 też surowiczego nasięku. Nierzadko zdarzają się wypadki, gdzie guz podczas każdéj miesiączki silnie pęcznieje, a z ustaniem odpływu nawał się zmniejsza, a obrzmienie może zniknąć.

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

Cruveilhier, Ziemssen [1]) i Lumpe [2]) w jednym, a Chiari w dwóch wypadkach. U choréj Ziemssen'a wydalenie poprzedzone gorączką z charakterem typowym i znacznem zwiększeniem się istniejącego już osłabienia, poczęło się gwałtownemi 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 Lumpe'go, guz włóknisty wielkości głowy mężczyzny, wydalony został w postaci posoki, zawierającéj szczątki tkanek i konkrementa wapienne, któréj odpływ trwał 4 miesiące, a po powrocie regularności pojawiał się znowu w przerwach międzymiesiączkowych. Jednak większa część chorych, zropienie włókniaka przypłaca życiem; tak w wypadkach Huguier'a, Lee'go, Marshall Hall'a i innych. Niekiedy posoczeją także guzy nietylko podśluzowe, ale głębiéj w ścianę macicy wżłobione, a ropień ztąd powstały nie otwiera się do jamy macicznéj, ale albo aż do śmierci choréj pozostaje nieotwartym, albo też otwiera się do innych organów lub do jamy otrzewnéj. 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 też takiém uczynić się dozwala. Im więcéj guzy wystają na zewnętrzną powierzchnię macicy, tém łatwiéj wymacać je można jako kuliste, kłębowate wydatności, które nietylko kształtem ale nadto sprężysto-twardą spoistością zdradzają swą włóknistą naturę.

Jeżeli siedliskiem ich nie jest dno maciczne, a wielkością nie przechodzą prawidłowéj albo co najwyżéj, 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 okołomacicznéj. Niekiedy zamianie nowotworu ze zgięciem macicy stoi na przeszkodzie ta okoliczność, że macica obciążona w pierwszym wypadku, obniża się, a ztąd łatwiéj jest dosięgnąć przeciwległéj ściany z drugiéj strony dna pochwy. W innym razie wyśledzić trzeba przez połączenie badania zewnętrznego z wewnętrznem, czy ciało macicy jest po prostu tylko przemieszczonem, i dlatego nie znajduje się na właściwém miejscu, albo też czy guz wyczuwany przez ścianę pochwy jest wyrośla na macicy, dającéj się obok

---

[1]) *Virchow's Archiw. XVIII. 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 wysięków miedniczych 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 wniknąć 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 miesiączkowe, 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 mniéj lub więcéj do jamy brzusznéj, a tém samém i zniekształtnienie zewnętrznéj jéj 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. Najłatwiéj jest pomieszać guzy macicy z nowotworami jajników, które niekiedy mają także wzgórkowatą powierzchnię obok twardéj konsystencyi. Rozważenie wywodu 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 miesiączkowe i rznięcia 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 wyżéj leżących, jest skrzywiona przez guz wdrążający do jéj jamy. Z kierunku, jaki zgłębnik wprowadzany przybiera, można niekiedy wnosić, że znajduje się on w środku guza; częściéj jednak leży bliżéj powierzchni tego ostatniego, a w takim razie, wymacać się daje przez ściany brzuszne albo w całéj swéj 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 pokaże, że macica jest mało tylko powiększona, to jednak guz mógł w niéj się rozwinąć i leżéć może pod otrzewną. W tym razie może on być połączony z macicą albo cienką tylko szypułką, albo téż miéć szerszą podstawę. Jeżeli jest szypułkowaty, to częstokroć, przynajmniéj przy niektórych położeniach choréj, 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 téż 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 wielkiém prawdopodobieństwem szukać będziemy w jajnikach; ale i tu pomyłki są niekiedy możebne, gdyż stanowczego rozpoznania bez autopsyi zrobić tu niepodobna. Osłuchiwanie guza nie daje takoż stanowczych wypadków, gdyż tak zwane szmery maciczne zdarzają się również i przy guzach jajników, jakkolwiek rzadziéj 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 właściwéj kolki macicznéj. Często téż równoczesna

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 łącznéj dokoła macicy (*phlegmone peritonitina*) albo też krwistekiem (*haematocele*). Znaki cechujące krwistek, przyczyny i sposób jego rozwijania się, spoistość guza i dalszy przebieg takowego, opisane będą późniéj.

Nierzadko brakuje nawet tego znaku cechującego włókniaki, który w niniejszym opisie postawiliśmy na pierwszym planie. Jest nim nieregularność zewnętrznéj 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 c i ą ż a nie może być wyłączoną, — 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 tém wszystkiém, dalsze obserwowanie choréj 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 jéj granic słychać już szmer macicy, którego, przy tak małych włókniakach nikt przynajmniéj nie wykazał. Do tego dodać należy, że guzy wcześniéj niż ciąża rozszerzają szyję macicy, która też wcześniéj palec przez siebie przepuszcza. Co się tyczy rozróżnienia guzów włóknistych od p r z e w l e k ł e g o z a p a l e n i a m a c i c y, to tu najpierw zasługuje na uwagę, że ta ostatnia choroba bywa albo następstwem ostrego zapalenia, albo też rozwija się po połogu, albo wreszcie z przyczyn podtrzymujących przewlekłe przekrwienie organów miednicy; że przy niéj nadzwyczaj często napotykane 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 zniekształtniły

macicy od zewnątrz, wprowadzony do jéj jamy, na sam guz napotyka. Za r a k a szyi macicznéj, co najwyżéj 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 téj 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 niepomyślne, gdyż wszelkie usiłowania dążące do usunięcia, zmniejszenia lub przynajmniéj powstrzymania wzrostu guza w drodze pochłaniania (*resorbtio*), rzadko cieszą się powodzeniem, a doszczętnego 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 większéj liczbie wypadków pozostaje bez wpływu na dalszy ich rozwój. Co więcéj, wielu z lekarzy albo stanowczo zaprzecza, albo przynajmniéj niedowierza prawdziwości i tych nielicznych wypadków, które pod wpływem wyż 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 saméj objętości włókniaków, spostrzegana szczególniéj w guzach bardziéj miękkich a zależących od istnienia lub braku przekrwienia i nasięku surowiczego. Złudzenia tego rodzaju są w saméj 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 objaśniać, a ztąd téż nietylko że usprawiedliwione, ale nawet nakazane jest dalsze postępowanie tą drogą leczniczą, przypuszczając, że używane środki nie więcéj zagrażają ustrojowi aniżeli sama choroba.

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

sowanie środków przeciwzapalnych, odciągających i roztwarzających. Ponieważ z góry przygotować się trzeba na kilkomiesięczną a nawet i dłuższą kuracyę, to też niestosownemi tu są ani znaczne upusty krwi, ani środki łatwo upośledzające stan ogólny, jak np. wiele dawniéj używana rtęć, a tém mniéj, 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 3 vj — $\overline{3}$ jβ winianu potażu w 6 uncyach wody, po 3 łyżki dziennie. Angielscy lekarze osobliwie stosują równocześnie wcierania maści jodowych i rtęciowych, w podbrzusze lub w błonę śluzową części pochwowéj macicy. Pomyślniéj jednak od wspomnianych wcierań wpływa używanie ogólnych kąpieli mineralnych naturalnych, osobliwie też solnych, morskich, lub im powinowatych.

Bromek potasu zachwalany był szczególniéj 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 pożądane 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 pewnéj 28-letniéj kobiety, u któréj guz wielkości jabłka znikł zupełnie, a potém 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 nawał do macicy, mianowicie też spółkowania, które prócz tego grozi jeszcze niebezpieczeństwami mogącéj nastąpić ciąży.

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

Są tu w użyciu źródła Ems, Kissingen, Kreuznach, Adelheidsquelle w Heilsbronn (w Bawaryi), jako też 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, najmniéj 8 razy zupełne zawieszenie wzrostu guza, a tylko 2 razy żadnéj nie było poprawy. Użytek tych kąpieli nie powinienby doznać ujmy, chociażby chore dostawały do picia umiarkowaną ilość wody ze źródła Elżbiety (*Elisabethquelle*), która znacznie upośledza trawienie żołądkowe.

Obok wyszczególnionego powyżéj 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 szczególne jakie przypadłości wysokiego doszedłszy stopnia, niebezpieczeństwem grozić zaczynają.

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

Leczenie palliatywne krwotoków macicznych, białych upławów i kolki macicznéj nie może tu być szczegółowiéj wyłożone, gdyż stany te opisane są na innych miejscach. Tu chcemy tylko zwrócić uwagę na szczególne względy, któremi kierować się trzeba przy stosownem leczeniu krwotoków zależnych od obecności guzów włóknistych, ze względu na ich przyczynę. Część środków wewnętrznych, i prawie wszystkie miejscowe, które przy krwotokach istotnie pomocnemi być mogą, działają równocześnie mniéj lub więcéj drażniąco, na samą macicę, a tymczasem przy leczeniu guzów włóknistych głównem zadaniem jest unikać o ile można wszelkich podobnych podrażnień. To musi koniecznie ograniczyć lekarza w wyborze środków używanych przeciw wspomnianemu wyżéj 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 szczególniéj 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 kąpieli nasiadowych. W takich razach czasowo pomocnym też bywa makowiec, bądź sam, bądź w połączeniu z wymiotnicą, jakotéż i konopie indyjskie. Angielscy lekarze, idąc w ślady Churchill'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-płynu (*salivatio*). W jednym, podanym przez T. H. Tanner'a [1]) wypadku, który ostatecznie z powodu wycieńczenia śmiercią się zakończył, niejednokrotnie zapobiegano za pomocą tych środków grożącéj utracie życia z krwotoku. Tu także z zadowoleniem dowiadujemy się, że sublimat w dawce po $^1/_{16}$ grana co 6 godzin, nie mniéj był skutecznym od kalomelu zadawanego aż do ślinopłynu.

Przy krwotokach grożących niebezpieczeństwem, częstokroć nic innego nie pozostaje, jak przystąpić do nastrzykiwań wewnątrz-macicznych. Chwilowo pomocnym jest także tampon pęcherzowy, z którym połączyć się daje działanie zimna, i który jest lepiéj znoszonym aniżeli tampon stały. Gdzie już krańcowa drażliwość tamponu wprowadzić nie dozwala, tam kładziemy chorą na bassonie i każemy jéj 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 pierwéj 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 pozostałéj części błony śluzowéj 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 macicznéj, 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 wielkiéj wagi pod względem praktycznym, gdyż nietylko otwiera nam nową drogę leczenia objawowego, ale nadto domaga się od nas abyśmy nie zwlekali z krwawém 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 mniéj lub więcéj jamę macicy (Davis, M'Clintock). I skutkiem tego również osiągano tylko to, że niebezpieczeństwo śmiertelnych krwotoków lub też wyniszczającéj małokrwistości, znikało. Z doświadczeń tych można wyciągnąć pod względem leczenia objawowego taką naukę, aby tam, gdzie nacięcie szyi nie wystarczy do usunięcia krwotoku, sprobować 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 małéj miednicy, to odprowadzenie takie może być wprawdzie trudne a niekiedy nawet niemożebne, ale jeżeli się uda, to guz nie łatwo już się na nowo opuści. Nawet przy mniejszéj 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 wziąść pod uwagę.

Ponieważ postępowanie wyżéj opisane w pojedyńczych tylko wypadkach sprowadza istotne polepszenie choroby, a objawowe leczenie bardzo często daje wyniki najmniéj zadawalniające, to téż chirurgowie i gynekolodzy niejednokrotnie próbowali usuwać włókniaki drogą operacyi, a tém samém wykorzeniać złe 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. Routh zestawił 33 takich operacyj, podejmowanych wprawdzie po większéj 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 bliżéj błony surowiczéj; z pomiędzy nich 5, albo inaczéj 33% szczęśliwie się zakończyło. Ta niestosunkowo wielka śmiertelność, pomimo pomyślnych napozór warunków operacyjnych, tłómaczy 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 Backer Brown'a wypadek, zakończył się także śmiercią. Przecięcie ściany brzusznéj zrobiono, gdyż choréj pozostawało tylko niewiele chwil życia, a życzyła sobie operacyi. Przez nacięcie najpierw otworzył się dostęp do górnéj 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 włókniaki, 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 podwiązał oba więzy maciczne pojedyńczą podwiązką, a szyję podwójną. Ale

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

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

Do wyłuszczenia guzów włóknistych macicy drogą naturalną, Dupuytren i Velpeau najpierw podali odpowiedni sposób, radząc wyłuszczyć guz z jego torby łączno-tkankowéj, po krwawém rozdzieleniu powłoki. Operacya 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 oddzielnéj broszurze, przyczém 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 operacyę, jeżeli objętość guza przechodzi dwie pięści. Smutne zejście tych dwóch wypadków, jakotéż przykrości jakie Amussat znosić musiał z okoliczności swego opisu, nie były w stanie ośmielić innych do podobnych prób. To też operacya ta nie przyjęła się we Francyi, a co więcéj — Nélaton [1]) przeciwko niéj się oświadczył. Wprawdzie Démarquay [2]) wykonał ją znowu 4 razy, lecz zaledwie jednę chorą utrzymał przy życiu.

W Niemczech Kiwisch z wielkiemi tylko ograniczeniami oświadczył się za wyłuszczeniem; dopuszczał je tylko wtedy, gdy guz nie przechodził objętości gęsiego jaja. Także i Langenbeck [3]) uważał każde usiłowanie wyłuszczenia włókniaka usadowionego w części macicy pokrytéj otrzewną, za przeciwwskazane, gdyż nie można przed-

---

trzeba było odnowić podwiązkę 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 otrzewnéj guz się znajduje, a tém samém zachodzi obawa zapalenia otrzewnéj. Chociaż nawet guz wżłobiony jest w szyję lub w usta maciczne, to operacyę 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 operacya ta częściéj była podejmowaną. Hutchinson [1]) zestawiając wszystkie operacye wyłuszczenia 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 operacyi. W 13-stu z pomiędzy nich guz był wielki, tkwił w ścianie i nigdzie nie wystawał; wyłuszczenie zatém rozpoczynane było w jak najniebezpieczniejszych okolicznościach; to téż tylko 7 razy skończyło się wyzdrowieniem, a 6 razy śmiercią. Gdzie okoliczności były pomyślniejsze, włókniak sterczał nieco, lub téż był mały, tam tylko 2 wypadki skończyły się śmiercią, a w jednym z nich, guz nie mógł być wydobyty z powodu swéj wielkości. Za przyczynę śmierci po większéj części podawano zapalenie otrzewnéj, jakotéż tkanki łącznéj miednicy. Krwawienie tylko w dwóch wypadkach było niebezpiecznem; mimo to wyzdrowienie następowało nieraz dopiéro po groźnéj chorobie. Routh zbogacił tę statystykę 9-ma wypadkami, z których 8 pomyślnie się zakończyło.

Gdzie z powodu znacznéj wielkości lub silnego wżłobienia guza, wyłuszczenie 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 jéj niebezpieczeństwo, wskazało lekarzom postrzeganie dobrowolnego sposoczenia guzów; a pomyślne zakończenia na téj drodze kilku wypadków, w których daremnie usiłowano guz wyłuszczyć, zdawały się przemawiać za jéj pożytecznością w razach, gdy o pierwotném wyłuszczeniu myśléć 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 najczęściéj trzeba było oddzielić włókniak od jego torebki. Backer Brown [1]) usiłował przejście guza w zgorzel zrobić pewniejszém i przyśpieszyć przez to, że wycinał kawałek i od strony jamy rozdzierał otoczenie. Późniéj [2]) wyżłabiał 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, jakotéż i całą pochwę, aby powstrzymać krwotok i przez niedopuszczenie powietrza zapobiedz rozwinięciu się zapalenia macicy i otrzewnéj. 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 macicznéj wystarczyło do zatrzymania krwotoków i przerwania dalszego wzrostu włókniaków.

Niebezpieczeństwo połączone z usiłowaniami wywołania sztucznie sposoczenia włókniaków, pozwala się do pewnego stopnia dopatrzéć z zestawienia dotychczasowych operacyj, dokonanego przez Hutchinson'a i Routh'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. Brown ze swoich spostrzeżeń ten wyciąga wniosek, że niebezpieczeństwo można zmniejszyć przez odpowiedni sposób operowania i troskliwe leczenie następcze. Co do pierwszego, kładzie na to mianowicie wagę, aby operacyę wykonywać w dwóch tempach, t. j. odłożyć działanie na sam guz do czasu zabliźnienia 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 nietkniętemi, chociaż nie był w stanie dłuższém śledzeniem losu operowanych, przekonać się z dokładnością, że nacięcie ust macicznych nietylko zapobiega wznawianiu się krwotoków, ale nadto przerywa istotnie wzrost samego guza.

Z tego co się wyżéj powiedziało, wynika najpierw, że usunięcie włókniaka przez przecięcie ściany brzusznéj, jest operacyą 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 małéj liczbie wypadków. To téż mowa o niéj może być wtedy tylko, gdy pozostanie nam ona już jako ostatni środek oddalenia niewątpliwie blizkiéj śmierci; a zatém tylko w tych rzadkich wypadkach, w których guz dosięgnął kolosalnych rozmiarów, lecz i to tylko wtedy, gdy oddechanie jest już utrudnione, albo gdy zaburzenia w odżywianiu i krążeniu bliski skon choremu gotują.

Wyłuszczenie nigdy nie jest operacyą bezpieczną; lecz jéj niebezpieczeństwo jest stosunkowo nieznaczne, jeżeli punktem wyjścia guza będzie szyja maciczna. W tym ostatnim przeto razie dobrze jest kierować się wskazaniami podanemi przez Langenbeck'a, przypuszczając, że już samo nacięcie ust macicznych, wolne od wszelkiego niebezpieczeństwa, zapobiega gwałtownym krwotokom. Jeżeli włókniaki będą wżłobione w wyższych częściach macicy, to wyłuszczenie ich jest bardzo niebezpiecznem, gdyż przy takowém spodziewać się można albo bezpośredniego uszkodzenia otrzewnéj, albo przynajmniéj następczego zapalenia téj błony. W podobnych wypadkach z ostrożnością wykonane częściowe oddzielenie guza, pozwala oczekiwać doszczętnego uleczenia w drodze następczéj zgorzeli, z małem 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, pojedyńcze nacięcie samego guza, nierównie mniéj 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 wielkiéj miednicy pozostaną bez skutku. Nakoniec szybki wzrost włókniaka może wprawdzie niekiedy do takiéj doprowadzić go objętości, że ta życiu zagrozi, i wtedy pozostaje już tylko przecięcie ścian brzucha (*gastrotomia*). Zwykle jednak guz nie dochodzi takiéj wielkości, a zatém i niebezpieczeństwo to wtedy dopiéro się ujawni, gdy ani o pierwotném wyłuszczeniu, ani o wyłuszczeniu z następczém obumarciem myśléć nie będzie można.

W razie powikłania się z ciążą, włókniak stanowić może przeszkodę do porodu, jeżeli, jak to najczęściéj bywa, nie da się odprowadzić. W takim wypadku zachodzi pytanie, czy wyłuszczenie uprzedzające może być właściwém, gdyż niebezpieczeństwo jego stoi w prostym stosunku do chwilowéj potrzeby. Było ono wykonywane przez Danyau i Langenbeck'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 samém ciele macicy dostępny jest zarówno dla badania, jakotéż dla wyłuszczenia; to téż musielibyśmy go próbować wyłuszczyć, chociażbyśmy nawet nie mieli przed oczyma szczęśliwych skutków, jakie Kiwisch z operacyi w takich okolicznościach wykonanéj 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 przedniéj ścianie macicy, zabezpieczamy pęcherz od obrażenia przez wprowadzenie doń cewnika, i zalecamy pomocnikowi zepchnąć macicę ile można ku dołowi przez ścianę brzuszną lub odbytnicę, gdy tymczasem inni pomocnicy rozszerzają ściany pochwy za pomocą wzierników używanych przy operacyach przetok pęcherzo-pochwowych. Przez nacięcie téj ściany szyi macicznéj, która leży naprzeciw guza, torujemy sobie drogę do górnego jego końca, i ztąd począwszy prowadzimy głębokie cięcie aż do dolnéj granicy. Następnie wprowadzamy palec w ranę i staramy się nim, jakotéż rękojeścią noża, wyłuszczyć 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 Muzeux'go, lub téż pokręcając nim w różnych kierunkach. Podczas tego nietrzeba spuszczać z uwagi możności obrażenia otrzewnéj, tam zwłaszcza, gdzie guz wyżéj sięga, i starać się tego uniknąć częstem śledzeniem i jak największą przezornością pod koniec wyłuszczania.

Jeżeli celem operacyi jest tylko doprowadzenie guza do obumarcia, to po zrobieniu nacięcia, ograniczamy się tylko na oddzieleniu guza od jego torebki, na takiéj przestrzeni, jaką uważamy za dostateczną w danych okolicznościach, a następnie ułatwiamy wydalenie zadawaniem sporyszu, przestrzykiwaniami, i wyciąganiem oddzielających się kawałków.

12. Torbiele i torbielaki macicy.

Kiwisch: *Klin. Vortr. I. p. 389.* — Cruveilhier: *Anat. pathol. Livr. 13. pl. 4.* — Chiari: *Klinik der Geburtsk. 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 nieżytu macicy i budowę polipów śluzowych, zwróciliśmy uwagę na częstość przeistoczenia gruczołków łagiewkowatych (*gl. utriculares*) i torebek (*folliculi*) szyi macicznéj w torbiele, skutkiem zatkania ich ujść. Torbiele te w jamie macicznéj dochodzą tylko wielkości siemienia konopnego, a nawet w kanale szyi macicznéj jako jajka Naboth'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 mieczykowatego. Składał się on po większéj części z jam różnéj 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 otrzewnéj.

W wypadku wspominanym przez Chiari'ego, objętość brzucha odpowiadała dwukrotnéj objętości brzucha kobiety w końcu ciąży, a po przekłuciu wypłynął płyn mętny. Chora, na któréj Hawkins dopełnił przekłucia, także umarła na zapalenie otrzewnej. W czasie operacyi wyciekło 15 pint gęstego, z krwią i włóknikiem zmięszanego

płynu. Przy sekcyi pokazało się, że górna część składała się z wydrążeń cienkościennych, uległych zapaleniu; dolna była więcéj zbitą, lecz zawierała nadzwyczajną ilość mniejszych torbieli (do wielkości pomarańczy), wypełnionych płynem białkowatym, i za pomocą szypuły 2 cale grubéj, a 1½ cala długiéj, przytwierdzoną była po prawéj stronie dna macicy. W samém ciele macicy, znajdował się prócz tego włókniak wielkości grochu szablastego.

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 stałéj massy z niezliczoną ilością małych torbieli, wychodził z tylnéj powierzchni macicy, mając podstawę szerokości monety dwu talarowéj. Guz wycięty przez Sp. Wells'a zawierał wiele wydrążeń i wychodził z prawéj strony macicy.

Trafiają się też w macicy i prawdziwe torbiele skórzaste. Już dawniejsi pisarze podają pojedyńcze spostrzeżenia tu się odnoszące. W nowszych czasach Kiwisch widział „torbiel wielkości głowy dziecięcia na wewnętrznéj powierzchni macicy, z włosami i zębami," a E. Wagner i Consot dokładną udzielili wiadomość o podobnych naroślach, które stanowiły mechaniczną przeszkodę przy porodzie. W wypadku Wagner'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 łącznéj, a nic włókien gładkich mięsnych. Spostrzeżenie Consot'a dotyczy narośli wychodzącéj z tylnéj wargi ust macicznych, która to narośl złożoną była z torbieli wypełnionéj 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 brzusznéj, 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 ostatniéj miał wziąść początek. Torbiele skórzaste do pewnego stopnia mogą być rozpoznane. W wypadkach powyżéj przytoczonych, ponieważ narośle zstąpiły do pochwy, nie mogło być wątpliwości że pochodzą z macicy, a ponieważ czuć w nich było chełbotanie, 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: *Paralléle 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.* — Rokitansky: *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. Geburtsk. 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 1957.* — Braun: *Winn. med. Wochenschrift Nr. 39. 1859.* — Habit: *Zeitschr. d. Geselsch. 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 swéj budowy anatomicznéj, rozpadają się na dwie wielkie gruppy: — 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 każdéj z tych dwóch grupp należące, przedstawiają jeszcze wielką rozmaitość w swojéj budowie; wszakże ze stanowiska praktycznego dalszy ich podział byłby zbyteczny.

1) Polipy włókniste i włóknisto-mięsne mieszczą w sobie wszystkie takie guzy włókniste podśluzowe, które się nad powierzchnią błony śluzowéj coraz bardziéj wznoszą i od wewnętrznéj powierzchni macicy stopniowo oddzielają, przybierając tym sposobem postać polipowatą. To też narośle tego rodzaju nie różnią się bynajmniéj utkaniem od okrągłych włókniaków. Rzadko przedstawiają one układ włókien wyraźnie współśrodkowy; najczęściéj 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 łącznéj, a ich powierzchnia pokryta jest błoną śluzową macicy. Między błoną śluzową a powłoką łączno-tkankową, znajduje się albo na całéj przestrzeni guza cienka warstewka miąższu macicy, którą włókniak, oddzielając się, pchał przed sobą; albo też właściwa tkanka maciczna istnieje jużto tylko na górnéj części polipa, już też tylko na najwyższéj części szypuły.

Oprócz tych mięśnio-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 łącznéj, ale— jak pokazał Paget,— przechodzące swą szypułą bezpośrednio w miąższ macicy. To też zdają się one być następstwem bujania ku wewnątrz, odbywającego się na ograniczonéj przestrzeni, najczęściéj w podścielisku błony śluzowéj. Niekiedy polip taki składa się przeważnie z zarodkowéj tkanki łącznéj, 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, Rokitansky'ego. Gruczoły te biorą częstokroć udział w przeroście błony śluzowéj powlekającéj powierzchnię polipa, wydłużają się, wrastają w guz, odłączają się i przeistaczają w torbiele. Do wnętrza wydrążeń wrasta tkanka łączna polipów w formie brodawkowatych wyrośli, które się przedstawiają jako kolby i guziki ograniczone, dające się wyłuszczać (gdyż tylko w jedném miejscu są przyczepione). Ponieważ w tym samym czasie narasta także massa guzowata, dokoła przeistoczonych torebek gruczołowych, to téż ostatnie coraz bardziéj zagłębiają się w polipa. Okoliczność ta skłoniła Rokitansky'ego do uważania natrafianych tu torebek za nowotwory. Oddzielone części gruczołów tworzą większe lub mniejsze próżnie, postaci nieregularnéj lub kulistéj, wysłane wyraźnie pokładem nabłonkowym, lub téż nie. Zawartość ich składa się po większéj części z surowicy, a niekiedy z cieczy śluzowatéj, krwistéj lub klejowatéj.

Punktem wyjścia polipów włóknistych bywa najczęściéj dno lub górna część ciała macicy; rzadziéj część niższa, a najrzadziéj szyja. Zwykle przytrafiają się pojedyńczo, ale nie rzadko bywa ich kilka jednocześnie, albo téż obok nich istnieją mięśnio-włókniaki. 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 $7^1/_2$ 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 wcześniéj, im cieńszą jest szypuła guza i im bardziéj 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 krocze kulisto się wypukla. 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 wynicowanie macicy. Niekiedy zdarza się i tak, że polip wyszedłszy z macicy rośnie w kierunku ku górze, rozciągając coraz bardziéj jamę maciczną.

Dopóki błona śluzowa jest tylko przerosłą, powierzchnia polipa jest gładka. Ale w miarę znaczniejszego wzrostu tego ostatniego, przychodzi do takich samych przemian, jakie spostrzegamy w błonie doczesnéj w późniejszych okresach ciąży. Błona śluzowa cienieje, a następnie, skutkiem rozszerzenia ujść gruczołowych, przybiera wejrzenie sitowate, jeżeli jeszcze na jéj powierzchni torebki nie pozmieniają się w małe torbiele.

Spoistość polipów bywa rozmaitą, stosownie do okresu ich rozwoju, do większéj lub mniejszéj soczystości, oraz do obecności lub braku większych wydrążeń w ich wnętrzu. Niekiedy nawet bywa ona różną, w różnych miejscach jednéj i téj saméj narośli. Kształt tych polipów bywa częstokroć gruszkowaty lub figowaty, chociaż i tu zachodzić może wielka rozmaitość. To samo i szypuła, bywa jużto dłuższa już krótsza, grubsza lub cieńsza. Skutkiem zlania się z sobą dwóch guzów pierwiastkowo rozdzielonych, albo téż skutkiem następczych częściowych zrośnięć, powstaje niekiedy pozór guza o dwóch szypułach; i odwrotnie, spotykać się niekiedy daje na jednéj szypule polip zrazowaty, głębokiém 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 téż ta ostatnia oddziela się od miejsca przyczepienia.

Polipy włókniste, w porównaniu z włókniakami, są bogato unaczynione. Szypuła ich rzadko kiedy posiada grubsze tętnice i żyły, z którychby, podczas wyłuszczania za pomocą noża, niebezpieczny krwotok mógł nastąpić. Ale za to na ich powierzchni, a więcéj jeszcze na całéj pozostałéj błonie śluzowéj macicy, znajduje się mnóstwo rozszerzonych i żylakowato porozdymanych naczyń, które są źródłem krwotoków i śluzotoków, chorobie téj towarzyszących.

Błona śluzowa powlekająca powierzchnię polipów, częstokroć ulega zapaleniu i owrzodzeniom, a jeżeli guz jest wielki i tkwi w pochwie, to równocześnie uledz może owrzodzeniu przyległa część ściany pochwy, co sprowadza częściowe zrośnięcie się polipa z pochwą, jak to już spostrzegało 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 jednéj 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 też powstać może następcze zropienie i sposoczenie ściany macicy, z przedziurawieniem téj ostatniéj i t. p. Nader ciekawy wypadek tego rodzaju podał Loir (*Mémoir. d. l. societé de chirurg. de Paris II*). Przednia ściana macicy, rozciągniętéj przez polip wielkości pięści, przyrosła do ściany brzusznéj i przeszła w zgorzel, poczém ropień otworzył się na zewnątrz, a wraz z tém ukazał się polip przytwierdzony za pomocą szypuły do przedniéj ściany macicy po lewéj stronie.

2) Polipy śluzowe powstają w skutek bujania elementów błony śluzowéj macicy, i nie mało się różnią tak pod względem zewnętrznego swego wyglądu, jakotéż pod względem budowy wewnętrznéj. Różnice te głównie od tego zależą, czy wszystkie części składowe błony śluzowéj przerastają równocześnie, czy też tylko jeden lub drugi utwór buja przeważnie, a mianowicie, czy gruczołki przeistaczają się w torbiele, czy też tylko po prostu wydłużają się, albo też w części marnieją.

Zewnętrzna powierzchnia tych polipów bywa jużto gładka, już nieregularna, brodawkowata, albo jakby sfaldowana, a pokrywająca ją warstwa nabłonka rozmaicie gruba. Wewnątrz guza mieszczą się wszystkie części składowe błony śluzowéj — 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 podśluzowéj. 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 macicznéj, 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 większéj części kulistych, stanowi płyn mało zabarwiony, lepki. Jeżeli podczas rozdymania się jednéj z torebek wypychaną także będzie i okoliczna błona śluzowa, to gruczolki w téj ostatniéj zawarte mogą następczo zamienić się również w torbiele (np. skutkiem zasznurowania tworu polipowatego 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.

Podobneż narośle szypułkowate powstają na wewnętrznéj powierzchni ciała i dna macicy, skutkiem rozdęcia jednego lub więcéj gruczołków łagiewkowatych. W ich wnętrzu znajduje się częstokroć wiele wydrążeń, najczęściéj 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 pojedyńczych przecież wypadkach 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 bardziéj miękka aniżeli polipów włóknistych, lecz, stosownie do utkania, nader rozmaita. Tylko polipy złożone przeważnie z tkanki łącznéj, 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 rozgnieść się dają. Narośle bardzo obfitujące w naczynia, krwawią częstokroć już przy ostrożném 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. Napotykają się one zarówno pojedyńczo, jakotéż po kilka równocześnie, a w tym ostatnim razie często bywają niejednostajnéj budowy. Z powodu małéj objętości, jaką zwykle posiadają, rzadko też znaczniéj rozszerzają kanał szyi macicznéj 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 nieżytu macicy. Zarówno polipy włókniste jakotéż i miękkie przytrafiają się w każdym okresie życia, tak przed nadejściem epoki dojrzałości płciowéj, jak i podczas niéj i po niéj; tak np. Pfaff 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, przypadło

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. Zatém 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 nieżytu macicy. — W późniejszym czasie, stałym towarzyszem obu tych form bywa mniéj lub więcéj obfity, ciągły śluzotok. Przy guzach wewnątrzmacicznych pochodzi on od ustawicznego drażnienia błony śluzowéj macicy; ztąd też brakuje go często wtedy, gdy polipy biorą początek z ust macicznych, lub z dolnéj części kanału szyi macicznéj, albo też wstawia się dopiero podówczas, gdy narośle te zaczną drażnić pochwę. Już ten ciągły odpływ śluzu albo wydzieliny wodnistéj lub ropiastéj, 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, jakotéż i miękkim polipom; krwotoki, których przyczyną bywa wspomniane już bujanie naczyń, rozpostartych na powłoce guza, a w szczególności na błonie śluzowéj macicy. Krwotok objawia się w początkach, zanim jeszcze

guz znaczniejszéj dojdzie wielkości, pospolicie pod formą obfitéj miesiączki; a chyba wyjątkowo tylko w początkach choroby odpływy miesięczne mogą być skąpsze aniżeli poprzednio. Prędzéj lub późniéj krwotoki miesiączkowe przechodzą w nieregularne krwotoki maciczne, albo też krwawienie staje się ciągłém, 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 mdłéj woni, albo też staje się nadzwyczaj cuchnącą.

Krwotoki należą do najstalszych objawów polipów i przychodzą zarówno w latach dojrzałości płciowéj, jakotéż 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 bardziéj 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 nagłéj śmierci; albo też po dłuższém trwaniu krwotoku macicznego, śmierć zbliżać się może stopniowo, skutkiem wycieńczenia. Daje się to spostrzegać tylko przy polipach włóknistych.

W pojedyńczych wypadkach wcześnie już, zanim jeszcze białe upławy i krwotoki znaczniejszego dosięgły stopnia, spostrzegać się dają liczne objawy maciennictwa. Niekiedy także i ssutki doznają zmiany; obwódka brodawki ciemniéj się zabarwia; gruczołki jéj się zwiększają, a z przewodów mlecznych wydziela się siara (*colostrum*). Nadzwyczaj dolegliwemi 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 nietylko lżejsze nieprawidłowe wrażenia, jak np. uczucie tłoczenia i ciężaru w miednicy, oraz opuszczania się macicy, ale nadto dolegliwości przy oddawaniu stolca i moczu, jakotéż bóle w lędźwiach, krzyżu i kończynach dolnych. Nakoniec, polip rosnąc daléj i rozciągając szyję macicy i jéj 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 sromnéj, 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 jakotéż i ściany pochwy, co tém łatwiéj 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 niepłodną. Jeżeli jednak ciąża nastąpi, to większy polip może albo wywołać przedwczesne przerwanie takowéj, albo też, gdy się ciąża przeciągnie dłużéj — stanowić może mechaniczną przeszkodę do porodu. Będzie on przeszkodą mechaniczną nietylko wtedy, jeżeli wziął początek z dolnego odcinka macicy, ale nawet wtedy, gdy jest przytwierdzony wysoko, lecz długoszypułkowy. Zaledwie w mniejszéj liczbie wypadków sama natura zwalcza takową przeszkodę, i to albo w ten sposób, że przodująca część dziecięcia przesuwa się obok guza, albo też pcha go przed sobą dopóty, dopóki go nie urwie.

Rozpoznanie polipów jest możliwe dopiéro po staranném zbadaniu chorych, czego zresztą domagają się same przez się długotrwające dolegliwe przypadłości. Najtrudniejsze jest rozpoznanie wtedy, jeżeli narośl mieści się całkowicie jeszcze wewnątrz macicy, i w takich razach jest ono niemożebném dopóty, dopóki usta maciczne nie będą w stanie przynajmniéj palca przepuszczać. Najściślejsze zbadanie przyrządu rodnego za pomocą ręki, zgłębnika i wziernika macicznego, przy polipach wewnątrz-macicznych, bardzo często żadnéj nie wykazuje zmiany, albo tylko co najwyżéj, 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 wcześnie polip daje się dosięgać przez usta maciczne, jeżeli nie ciągle to przynajmniéj czasowo; to téż w razie podejrzenia należy badanie powtarzać częściéj 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 prasowanéj lub wałeczków z blaszkowca (*laminaria*). Pożytek takiego postępowania zyskał sobie teraz powszechne uznanie. My osiągaliśmy zawsze na téj drodze pożądany 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 sztucznem rozszerzaniem szyi macicznéj bogato się wynagradzają umożliwieniem wczesnego usunięcia narośli. Ale chociaż i dosięgniemy palcem dolną część polipa, to częstokroć trudno jeszcze rozstrzygnąć c z y d o s i ę g n i ę t a n a r o ś l j e s t i s t o t n i e s z y p u ł k o w a t ą, c z y t é ż j e s t o n a o k r ą g ł y m, p o d ś l u z o w y m w ł ó k n i a k i e m. 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 téż 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 prawdopodobieństwém 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 sprobować czy da się ona skręcać około podłużnéj swéj osi.

Co się zaś tyczy r o z r ó ż n i e n i a p o l i p ó w w ł ó k n i s t y c h o d ś l u z o w y c h, to najważniejsze pod tym względem kryteryum stanowi ta okoliczność, że piérwsze są twarde, drugie zaś miękkie, i częstokroć palcami zgnieść a nawet zmiażdżyć się dają, a do tego krwawią za lada dotknięciem. Pod uwagę wziąść nadto trzeba, że polipy śluzowe są przecięciowo nierównie mniejsze, zwykle biorą począ-

tek w szyi macicznéj, a jeżeli są wysoko osadzone, to nader rzadko schodzą aż do ujścia macicy.

Jeden i jedyny dotąd wypadek przekonywa nadto, że polip wewnątrzmaciczny nietylko wzięty być może za przewlekły zawał macicy lub włókniak okrągły, ale dać także może powód do pomyłki przez to, że rozwijają się w nie wielkie jamy, które zamieniają macicę na guz chełboczący. Spostrzeżenie to dotyczyło kobiety 66-letniéj, któréj macica miała 35 centymetrów długości, 25 ctm. szerokości, a ważyła 7 kilogramów (Lécorché. *Compte rendu de société de biolog. 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 wyżéj (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 małéj sprężystości, gdyż po większéj części utworzoną bywa z krwią naciekłéj błony doczesnéj, a w takim razie kształtem swym i spoistością zbliżać się może do niektórych polipów. — Wszakże, skoro się tylko uda głębiéj palec wprowadzić, znika natychmiast wszelka wątpliwość.

Sami także widzieliśmy, jak mały kawałek niedojrzałego łożyska, który przez kilka tygodni po odejściu innych części jaja płodowego wystawał 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 wewnętrznéj powierzchni szyi macicznéj, różni się od polipa nierównością powierzchni, miękkością i pulchnością utkania, łatwém oddzielaniem się jéj kawał-

ków, a gdzie to jeszcze nie wystarcza, cechami drobnowidzowemi oddzielonych cząstek.

Gdy polip zupełnie już zstąpił do pochwy, i jest miernéj wielkości, to śledzący palec może obejść cały obwód jego ciała i przynajmniéj część szyi, a często nawet i szypułę, aż do miejsca jéj przyczepienia. Tu przeto tylko przy niedbałém rozpoznawaniu błąd popełnić można.— W piérwszéj chwili można uledz złudzeniu, jeżeli na dolnym końcu guza znajdzie się otwór szczelinowaty lub okrągły. Szczelinę taką, polegającą na pierwiastkowém układaniu się włókien, która dawała pozór ust o b n i ż o n é j i p o w i ę k s z o n é j m a c i c y spostrzegał S c a n z o n i i odrysował w swych „Beiträge zur Geburskunde. Bd. 2.“ — Częściéj już tworzą się na dolnym odcinku polipa głębsze i nierówne zagłębiania, w skutek owrzodzeń. W tym razie guz ma dalekie podobieństwo do p r z e r o s t u c z ę ś c i p o c h w o w é j i r a k a m a c i c y. Jeżeli w piérwszéj z tych chorób powiększona jest cała część pochwowa, to obecność ust macicznych w najniższéj jéj części i możność wprowadzenia przez nie zgłębnika głęboko, pozwala ją rozróżnić od wszelkich polipów. Wrazie przerostu wargi przedniéj, który według naszych spostrzeżeń, doprowadza niekiedy do wytworzenia się guza prawie gruszkowatego, może wprawdzie przy podstawie takowego istnieć rodzaj szyi, lecz ta będzie utworzona z całéj wargi, a nie z szypułki wychodzącéj z wargi, jak to bywa u polipów krótkoszypułkowych biorących początek w wyż wspomnioném miejscu. Również na pewno odróżniają się polipy owrzodzone, szczelinowate i powydrążane od raka części pochwowéj, przez to, że pomijając już zbitsze ich utkanie i wyraźną niekiedy wrażliwość na nacisk, są otoczone zdrowemi ustami macicznemi, i przynajmniéj 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 zrośnięte z jéj ścianami w jedném 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 któréj 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 jéj końca, gdy się ta nie przyczepia do warg macicznych. Jeżeli przeto w pośród szyi macicznéj takowa jest ze wszystkich stron wolna, to musi być wyżéj przytwierdzoną.

Gdy polip tak jest wielki, że waży dwa lub więcéj funtów, to szyi jego częstokroć nie można dosięgnąć, 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, dopiéro badanie zewnętrzne z wewnętrznem połączone chroni od błędu, gdyż wciśnienia naśladujące szyję, mogą pochodzić od ucisku ustami macicznemi. 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, wycieńczenia, zapalenia macicy lub téż skutkiem ropnicy śmierć za sobą pociągają, a leczenie operacyjne w większéj liczbie wypadków nie przedstawia szczególnych trudności i rzadko kiedy z większém niebezpieczeństwem bywa połączone. Trudności operowania są naturalnie tém większe, im wyżéj 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 mortyfikacyi narośli. Prócz tego niektóre chore umierają po operacyi skutkiem wycieńczenia jeszcze poprzednio istniejącego.

Leczenie d o s z c z ę t n e możliwe jest tylko w drodze operacyjnéj. W celu usunięcia polipów posiłkujemy się wyłuszczeniem, podwiązaniem, wykręceniem, wyrwaniem, zmiażdżeniem, środkami żrącemi, żegadłem, a w nowszych czasach nadto odgniataniem (*ecrasement*) i galwanokaustyką. Wszystkie te sposoby wymagają mniéj lub więcéj, aby guz był dostępny, lub aby go można było dostępnym uczynić. Dopóki ciało polipa całkowicie jeszcze, a przynajmniéj w większéj części w macicy się mieści, to chyba tylko przy bardzo małych, najczęściéj zatém przy śluzowych polipach (ale i tu nie często) znajdujemy usta i szyję macicy o tyle rozwartemi, ile operacya wymaga. Pozostają zatém dwie drogi do wyboru: albo odłożyć wydalenie polipa do czasu póki się więcéj 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 téż pociąganiem za guz, jeżeli go można, silnie i pewno uchwycić ostrym hakiem; w innych zaś razach tylko za pomocą kilkakrotnego wprowadzania gąbek lub waleczków 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, najpiérwszém zadaniem lekarza będzie nsunięcie tego stanu, gdyż operacya mogłaby posunąć zapalenie do groźnego stopnia. Podobnież w razie znacznego wycieńczenia choréj, należy troskliwie rozważyć wszystkie okoliczności, zanim sobie odpowiemy na pytanie, czy mamy operować natychmiast, czy też usiłować piérwéj obok objawowego leczenia zaburzeń, podnieść siły ustroju za pomocą właściwych środków. Szczególniéj też operacya polipów za pomocą noża pociąga niekiedy za sobą silny krwotok, który osoby bardzo osłabione łatwo o śmierć przyprawia; tu zatém wziąść 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, najrzadziéj okazuje się odpowiedniém użycie *ż e r a d e ł* i *ż e g a d ł 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 szerokiéj podstawy, nierównie jest odpowiedniéj odcinać lub miażdżyć. Przy *p o l i p a c h b r o d a w k o w a t y c h, o s z e r o k i é j p o d s t a w i e* i *t w a r d y c h* wystarcza kilkakrotne ich przyżarcie silniejszym środkiem żrącym lub żelazem rozpaloném; prędzéj wszakże osiągamy nasz cel, jeżeli przedtém wytniemy nożyczkami wszystko co się tylko da usunąć. Dawniéj 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 szczególniéj następcze wyropienie; dziś jednak zostało ono słusznie zaniechaném, gdyż działa niepewno i powolnie a do tego jest i niebezpiecznem, z powodu długotrwałego ropienia i posoczenia [1]). Zanim się przekonano, że pozo-

[1]) *R e y b a c h* wprawdzie sądzi, że t. z. przez niego przyżeranie podskórne zastosować można i przy polipach macicznych, co też przekłada nad wycinanie i podwiązywanie. Wbija on trójgraniec u polipa aż do jego szypuły; przez rurkę wprowadza walec żrący przyrządzany z ciasta *C a n 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 ukłucia, a 10go guz wykręcić. (*Abeille médic, Fevrier 15. 1857*).

stałe szczątki szypułek 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 znaczniejszéj długości i cienka, jakotéż jeżeli narośl jest większéj objętości, to zawsze oddać należy piérwszeństwo wycięciu. Postępowanie tu jest proste. Chwytamy polip palcami, korncążkami lub kleszczykami od polipów i zgniatamy go. Jeżeli przytém massa okaże się bardzo miękką, to wyrywamy ją odrazu lub téż kawałkami; gdy zaś jest zbitszą, to poprzestajemy na zgnieceniu. Daleko odpowiedniéj 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 spostrzegał także podobne następstwa. Jeżeli się zaś ograniczymy na samém zgnieceniu, jak to wyżéj 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 zatém tylko na małych polipach włóknistych lub na śluzowych o bardzo cienkiéj szypule. Tę ujmujemy szczypczykami i ostrożnie ukręcamy. Gdzie się łatwo uda, postępowanie to jest tak dla choréj jak i dla lekarza nierównie dogodniejszém aniżeli wszelkie inne. Jeżeli jednak nadspodziewanie na znaczniejsze trafimy przeszkody, to z przyczyn powyżéj wytkniętych, przejść należy do wycięcia. Kiwisch z dwóch chorych operowanych za pomocą ukręcania stracił jednę 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.

Rozlegle zastosowanie znalazły: wycięcie i podwiązanie, a każda z tych dwóch metod cieszy się tak u pojedynczych lekarzy, jakotéż w całych krajach szczególną wziętością. Wycięcie, aż do połowy zeszłego stulecia w zwykłém było użyciu; i dopiéro od tego czasu, pod wpływem przekonań Levreta, jakotéż skutkiem wynalezienia przezeń narzędzi do podwiązywania, udoskonalonych przez jego naśladowców, ustępo-

wać zaczęło miejsca podwiązce. Wreszcie pod koniec piérwszéj 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 piérwszego sposobu operowania, i wkrótce ustalili mu przewagę w obu tych krajach, gdy tymczasem angielscy lekarze dopiéro w nowszych czasach pociągnięci staraniami i przykładem S i m p s o n'a odstąpili od użycia podwiązki. Wyższość wycinania nad podwiązywanie najlepiéj się uwydatni, skoro postawimy obok siebie obie te metody i bezpośrednie ich następstwa.

Do w y c i ę c i a najczęściéj używamy nożyczek, gdyż za pomocą nich najwygodniéj i najpewniéj wewnątrz części rodnych szypułę przeciąć możemy. Nożyczki powinny być długie, ostre, na końcu zaokrąglone i zgięte po płaszczyznie. 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 najwłaściwszemi narzędziami.

Jeżeli szypuła polipa znajduje się zewnątrz szpary sromnéj lub wpośród niéj, albo też gdy tak daleko obciągniętą być może, to z równą pewnością a zarazem i wygodniéj można operować nożem. Mniejsze polipy wstawić można we wziernik, a napiąwszy ich szypułkę, przeciąć takową nożyczkami. Wszakże przy niejakiéj zręczności można zaniechać wprowadzania wziernika, a tylko pod przewodnictwem dwóch palcy, które doprowadzamy aż do saméj 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 narośl była miernéj wielkości, dobrze jest tak ją, jako też i macicę, ściągnąć aż do szpary sromnéj, lub na zewnątrz takowéj, za pomocą bacznego 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 połipach, dawać baczenie, czy instrument nie ma dążności do wyrwania się, a w takim razie trzeba go będzie założyć w innem miejscu, powyżéj piérwszego. Doświadczenie przekonywa, że prawie zawsze udaje się w ten sposób sztucznie obniżyć macicę, i że obniżenie to potém 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 najlepiéj 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 też pociągać za pomocą pętli oprowadzonéj dokoła dolnéj części polipa lub przez niego przeciągniętéj, 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 $2^1/_2$ *ℬ*, kleszczami porodowemi macica została wynicowaną i naddartą, a chora w 5 dni potém umarła na zapalenie otrzewnéj. Okazać się też może potrzeba rozszerzenia szpary sromnéj przez nacięcie warg, jak przy rozwiązaniu.

W wyjątkowych tylko razach, nawet mimo użycia wyszczególnionych powyżéj środków pomocniczych, nie udaje się i tyle polipa ściągnąć, aby można było dosięgnąć szypułę nożyczkami. Jeżeli potworzyły się zrosty guza ze ścianami macicy lub też 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 odchodowéj, pęcherza lub otrzewnéj. W innych razach usiłowania obciągnięcia guza rozbijają się o zbyteczną jego objętość. Tu pozostaje tylko albo objętość tę zmniejszyć przez wycięcie jednego lub kilku klinowatych kawałków, albo też umożliwić sobie rozciągnięcie narośli, nakształ wężownicy, za pomocą przeciwległych nacięć ciała polipa, któremi na różnéj wysokości nie tylko rozdzielamy niepodatną torebkę ale przenikamy aż do środkowéj osi lub jeszcze po za takową. Ostatni ten sposób, opisany przez G. S i m o n'a pod nazwą: „przedłużenia w drodze operacyi" pociąga za sobą małe bardzo krwawienie, i pozwala największe polipy z łatwością tak rozwinąć, że szypuła ich może być dosięgniętą.

Zamiast nożyczek używano do przecinania szypuły rozmaitego kształtu noży, tam nawet gdzie szypuła nie mogła być zbliżona do szpary sromnéj, a tém bardziéj, gdy ją trzeba było przecinać w głębi jamy macicznéj. S i m p s o n podał polipotom, mający postać haka opatrzonego ostrzem na wklęsłéj swéj 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 skierowaném na bok, hak ruchomo jest połączony z rękojeścią za pomocą stosownego urządzenia. Najlepszém wszakże narzędziem w tych wypadkach, w których nożyczki nie wystarczają, jest nóż sierpo-

waty guziczkiem zakończony, którego brzeszczot za pomocą śrubki umieszczonéj przy rękojeści może być ustawiony pod dowolnym kątem względem téj ostatniéj.

Jeżeli się okaże, że polip nie jest przytwierdzony do macicy za pomocą szypułki, lecz siedzi na szerokiéj podstawie, to najlepiéj będzie go oddzielić za pomocą nożyc. Cięcia wymagają tu takiéj saméj ostrożności jak przy rozdzielaniu mocnych zrostów następczych.

W końcu, z okoliczności świéżo 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 wynicowaną macicą, bo wynicowanie takie może powstać przy sztucznem 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 podwiązywania 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 sprowadza 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; zatém śmierć operowanéj, 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 skończonéj operacyi starannie chore doglądać, gdyż nawet po kilku godzinach może nastąpić silny krwotok następczy. Tamponada jest tu niezawodnym środkiem zapobiegającym.

Jeżeli podczas operowania nie obrażono żadnéj z części przyległych, a przy obciąganiu guza nie zanadto nadwerężono 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 uleczoną.

P o d w i ą z a n i e z wolnéj ręki tam tylko może być wykonane, gdzie szypuła polipa znajduje się na zewnątrz otworu sromnego, lub gdy znaj-

dując się w dolnéj 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 jéj zaciskania. Narzędzia należące do piérwszego działu, mają postać rurek, kleszczy lub pręcików; wszakże rozleglejsze zastosowanie znalazły tylko rurkowate (z pomiędzy których piérwszy się pojawił podwójny cylinder Levret'a), zwłaszcza w formie instrumentu Goerz'a ulepszonego przez Nissen'a, Ivery'ego, Meissner'a i Gooch'a. Podczas gdy w Anglii instrument Gooch'a w wielkiém był użyciu, Niemcy i Francuzi posiłkowali się przeważnie narzędziami złożonemi z oddzielnych części do zakładania i oddzielnych do zaciskania podwiązek, mianowicie przyrządem różańcowym Ribke'go i postępowaniem Desault-Bichat'a z pomocą stałych zaciskaczy pętlic. Użycie tych narzędzi wtedy tylko mogłoby być zrozumiałém, gdyby do opisu dołączoczone były one w oryginale lub w rysunku; to téż chcących się z niemi zapoznać odsyłamy do Blasius'a: *Handb. der Akiurgie* z atlasem Kiliana *Operationslehre für Geburtshelfer*, t. 2. wyd. 2 it. p. Podwiązywanie polipów często jest możebne, bez tak znacznego ich obciągania jakiegoby wymagało wykonanie cięcia na pewno. Ale zato podwiązywanie większych guzów w górnéj 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 przecinanie szypuły. Przy każdém podwiązywaniu, trzeba się nadto wystrzegać zakładania podwiązki zbyt wysoko na szypułę, i za silnego od razu jéj ściskania; gdyż wywołać to może nieznośny ból, jakotéż gwałtowne zapalenie macicy i otrzewnéj ten organ powlekającéj (*metroperitonitis*). Nawet mimo przestrzegania wyż podanych ostrożności, wstawić się mogą silne bardzo bóle, gwałtowne przypadłości nerwowe i znaczne zapalenie; to téż niepodobna doradzać wykonywania podwiązania przy istniejącém, chociażby nieznaczném zapaleniu macicy. Wymienione dopiéro przypadłości wymagają chwilowego zluzowania pętli. Niemożna téż z góry wymiarkować w jakich odstępach czasu podwiązka może być coraz silniéj zaciskaną. Zwykle robi się to raz na dzień; czasem dwa razy, lub odwrotnie, w dłuższych odstępach czasu. Martwienie polipa połączone bywa z mniéj lub więcéj znaczném jego sposoczeniem (stosownie do wielkości i spoistości tegoż). Zwykle odpada on wciągu piérwszego 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 rozwinięcia się ostrego zapalenia macicy, zapalenia okołomacicznego, zakrzepu, zapalenia otrzewnéj i posocznicy. To też po rozległém sposoczeniu robiono nawet nacięcia polipa, albo wyłuszczano 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. Gooch, Montgomery i M'Clintock widzieli po podwiązaniu niebezpieczne krwotoki, ten ostatni u takiéj choréj, która na dwa lata przedtém ani razu nie miała krwawych upławów. Dubois miał nawet stracić kilka operowanych skutkiem utraty krwi (art: „*Polype*“ w „*Dict. d. scienc. méd.*“). Że podwiązanie istotnie dość często śmierć operowanych za sobą pociąga, widać to także ze statystycznego zestawienia jednego ze zwolenników téj metody—Le 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'Clintock na 34 operowane, stracił 3, i to 3 z pomiędzy 10 operowanych za pomocą podwiązki. Jeden wypadek referowany przez Porter Smith'a [1]) zdaje się dowodzić, że wyjątkowo nawet tężec rozwinąć się może w skutek użycia téj metody operacyjnéj.

Porównywając 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 częściéj zdarzyć się może, że tętnienie w szypule zdradzając obecność w niéj grubych naczyń tętniczych każe się obawiać niebezpiecznego krwotoku, albo też, że chore skutkiem daleko posuniętego wycieńczenia, nie byłyby w stanie znieść nawet miernéj 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 téj metody tylko częściowo guz mógł być usuwanym. Rigby [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 linijnego (*ecrasement*). Gdyby dziś wypadła potrzeba zastosowania podwiązki, to należałoby zawsze, natychmiast po podwiązaniu polipa wyciąć go, gdzie tylko się to da uskutecznić.

Za pomocą pętli galwanokaustycznéj, nawet w głębi operować można na pewno; ale nie zawsze szypuła polipa jest dla niéj dosięganą, a do tego wspomniana metoda, z powodu wysokiéj ceny potrzebnego do niéj przyrządu, a rzadkości wypadków, w których jest niezbędną, nie w każdym lekarzu znaleźć może wykonawcę.

Nie można tego samego powiedzieć o użyciu odgniatacza (*ecraseur*). Wszakże narzędzie to, nawet w zagiętéj swéj 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 każdém 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 szerokiéj osadzone podstawie [1]).

Pomijając więc wykręcanie, jeżeli narośl jest ku temu właściwa, na piérwszém miejscu zawsze postawić musimy wycięcie, a dopiéro tam, gdzie od wycięcia koniecznie potrzeba odstąpić, użyjemy jednéj z trzech na końcu opisanych metod, stawiając i tu jeszcze podwiązkę na ostatnim planie.

---

[1]) Do odgniatania polipów, oprócz ekrazera podano ostatniemi czasy inne jeszcze narzędzia. Aveling (*Medic. tim. Nr. 369. 1857*) przyśrubowywa platkę metalową do haka przeprowadzonego przez szypułę, podobnego do Anchenister'a Scanzoni'ego. *Pince-ecraseur* Richel'a (*Union médic. Nr. 42. 1864*), są to zakrzywione kleszcze opatrzone zębami, których urządzenie zapożyczoném zostało z Simpsonowskiego *craniocladt'a*. Braxton Hicks (*Obstetr. transact. III. p. 316*) zastąpił łańcuszek odgniatacza 2—6 razem skręconemi drutami wypalonemi, aby zyskać możność ustawienia pętli pod dowolnym kątem względem osady, i założenia jéj w saméj macicy. Jeżeli zasadność téj modyfikacyi się potwierdzi, będzie ona pamiętnym wynalazkiem.

14. Gruźlica macicy.

Rokitansky: *Pathol. Anat. III, p. 549* i *583*, oraz *Allg. Wien. med. Zeit. Nr. 21. 1860.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. I. p. 521.* Giacinto Namias: *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 Namias'a raz na 8—9) i to w każdym okresie życia. Występuje ona albo jako całkiem podrzędny objaw gruźlicy ogólnéj, albo też jako choroba pierwotnie rozwinięta w organach płciowych. W tym ostatnim razie, cierpią też równocześnie i jajowody, które prawie zawsze najpierw bywają zajętemi.

Gruzełki odkładają się w błonie śluzowéj jamy macicy, tak samo jak i w błonie jajowodów, najczęściéj w postaci nacieczenia; rzadziéj powstają najpierw szare i żółte gruzełki jagłowate. Zwolna przychodzi do rozpadu, smugowatego lub rozlanego owrzodzenia wewnętrznéj powierzchni macicy, i nagromadzenia się gruźliczéj massy w jéj jamie. Ponieważ nacieczenie zwykle ostro bywa odgraniczone przy ujściu wewnętrznem macicy, zatém szyja maciczna zwykle pozostaje zdrową; wszakże ograniczone wrzody gruźlicze tworzą się niekiedy i tutaj, a nadzwyczaj rzadko także i na zewnętrznéj powierzchni części pochwowéj, jako też w górnéj części pochwy. Klob spostrzegał raz chorobę, która rozpoczęła się w szyi macicznéj, i doprowadziła do rozwinięcia się w ścianie tejże szyi jamy wielkości wiśni; punktem wyjścia téj 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 częściéj przy innych chorobach. Wszakże równoczesne zmiany w jajowodach mogą ułatwić rozpoznanie.

Ostrą gruźlicę widział Rokitansky obok ostréj gruźlicy płuc w okresie połogowym u pewnéj kobiéty, która już miała chroniczne złogi w płucach.

Śmierć nastąpiła 19 dnia po porodzie przedwczesnym odbytym w 8 miesiącu ciąży. Błona śluzowa macicy i jajowodów usiana była mnóstwem rozsianych szarawych i szaro-żółtawych gruzełków, wielkości

maku, do soczewicy, skutkiem czego wyglądała jakby potoczona. Także i w błonie mięsnéj aż do otrzewnéj widzieć było można podobne granulacye.

15. Pasożyty w macicy.

Już dawniejsi pisarze pamiętają o znajdowaniu się hydatydów w macicy; w nowszych zaś, nagromadziło się wiele spostrzeżeń tego przedmiotu dotykających. Oczywiście, w większéj części tych wypadków mięszano pasożyty z zaśniadami groniastemi; 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). Piérwszym objawem choroby był tu krwotok maciczny, wracający w odstępach tygodniowych, i trwający całemi dniami, jakotéż bóle nieporodowe coraz bardziéj się wzmagające, w czasie których, od czasu do czasu wytryskał płyn. Po 3 mniéj więcéj miesiącach chora umarła niespodzianie, wśród objawów krwotoku wewnętrznego. Przy sekcyi znalazł W i l t o n w górnéj części ściany macicy znaczną ilość guzów hydatydowych, które częścią swobodnie wnikały do jamy macicznéj, a na zewnętrznéj powierzchni tworzyły nieregularne wyniosłości z mniéj lub więcéj cienką powłoką, i tu w jednem miejscu sprowadziły pęknięcie, którego następstwem był śmiertelny krwotok do jamy otrzewnéj. 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 swéj 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. März 1861.* — S. L. H a r d y: *Dubl. jour. Mai, 1864.*

Mięsak rdzeniowaty macicy przez Virchow'a dopiéro został ostro oddzielony od polipów, guzów włóknistych i rakowatych. Różni się on od guzów łącznotkankowych tém, że nie posiada budowy czysto włóknistéj; owszem, dostrzedz w nim można coraz bardziéj przeważający rozwój elementów komórkowych; zaś od raka, brakiem charakterystycznéj budowy oczkowatéj. Pojawia się on niekiedy w formie guzikowatéj, polipowatéj, albo téż (gdy skutkiem zakażenia tworzą się nowe guziki) w formie narośli zrazikowatéj; częściéj rozwija się pod postacią obszernéj wybujałości naciekłéj błony śluzowéj. Punktem jego wyjścia najczęściéj bywa błona śluzowa ciała macicy.

Gdy dojdzie znaczniejszéj wielkości, rozszerza on także i szyję macicy, i wtedy może być dosięgnięty badającym palcem i wymacany bądź jako guz twardy, częściéj jednak jako miękki, częstokroć znacznie rozciągający jamę macicy.

Podobnie jak polipy włókniste, sprowadza on białe upławy, krwotoki i bóle. To téż tém łatwiéj wziętym być może za narośl wspomnianéj natury, im jest twardszy; a dopiéro ścisłe zbadanie jego utkania, jakotéż okoliczność, że po wycięciu na nowo się odtwarza, zwraca uwagę na prawdziwą nowotworu tego naturę. Miękkie narośle mogą ulegać owrzodzeniom, częściowo posoczeć, a przez to nadawać widzielinom podobne własności jakie mają przy raku. Gdy choroba trwa dłużéj, nabrzmiewają także i gruczoły limfatyczne a nawet twardnieją, chociaż nierównie rzadziéj i późniéj niż przy raku. Wypadek taki opisał L. Mayer. Cały miąższ macicy był tu zmieniony w żółto-białą rdzeniowatą massę; macica 4 cale długa; wewnętrzna powierzchnia jéj jamy, oraz ujście owrzodziałe. Tylna ściana macicy gubiła się w twardéj gruzłowatéj narości, te same przedstawiającéj cechy, na $1^1/_2$ cala szerokiéj, i zlewającéj się z przerodzoną również przednią ścianą odbytnicy. Gruczoły tak pachwinowe jakotéż kreskowe były obrzmiałe i miały wejrzenie rdzeniowate.

Mięsak rdzeniowaty napotyka się w macicy zarówno w wieku dojrzałości płciowéj, jako téż po zaprzestaniu miesiączkowania; w ogóle jednak rzadko. C. Mayer miał sposobność obserwowania tylko 4 czy 5 wypadków. My napotkaliśmy 3; z tych jeden u 20-letniéj panny; drugi u kobiety 40-letniéj, u któréj po wycięciu najpiérw 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 przedniéj ścianie szyi macicznéj nastąpiło piérwsze odtworzenie się po 16, a drugie po 18 miesiącach, chociaż po

piérwszém 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 nieprzyjazne, że prawie zawsze wypadnie pozostawić część zajętéj już błony śluzowéj. 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 przyżedz dno i okolicę 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-letniéj dziewczyny, po wycięciu odtworzonego już guza. W tym wypadku mięsak rozsiał się potém 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 connaissanc. 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. diseas. of the uterus, p. 153.* — Rokitansky, *Path. Anat. III.*— Montgomery: *Dublin. Journ. 1842.* Styczeń. — Walshe: *Nature and treatment of cancer. London. 1846.* — Huguier: *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. Stuttgard. 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. I. p. 106.* i *Monatsschr. f. Geburtsk. X, p. 244.*

Macica jest organem, który na równi z żołądkiem bywa najczęstszém siedliskiem raka. Według tabelli Marc'a d'Espine opartéj na wykazach śmierci w kantonie Genewy między r. 1838—1855, z pomiędzy 880 wypadków raka, na macicę przypadało 139, zatém 15% ogólnéj cyfry. Podobny rezultat — 18% — osiągnął Virchow, zestawiając stosunki śmiertelności miasta Würzburga.

Rak pojawia się w macicy najczęściéj pierwotnie; prócz tego macica może być wciągnięta w obręb zwyrodnienia rakowatego rozwiniętego pierwotnie w pochwie, tkance łącznéj okołomacicznéj lub miedniczéj, w jajnikach, kościach miednicy, pęcherzu moczowym lub w kiszce odchodowéj, drogą bezpośredniego przeniesienia się. Może ona także uledz téj chorobie następczo, w ścisłém 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, jakotéż następczy, może się pojawić w najróżnorodniejszych miejscach macicy, to pierwotny, z małemi wyjątkami, bierze początek w téj części, która jest najbardziéj wystawiona na wpływy traumatyczne, to jest w części pochwowéj, 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 częstszą. Według opinii Rokitansky'ego, Förster'a, Wagner'a i innych, rakowiec zdarza się w ogóle rzadko, a w każdym razie nierównie rzadziéj niż rak. Z drugiéj 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 téj zalicza kategoryi. L. Mayer spostrzegał 27 razy rakowca, a tylko 8 razy prawdziwego raka. Nie wątpimy, że oczekiwane niezadługo dokładne sprawozdania Virchow'a, mniemaniu temu powszechne zjednają 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 pośredniéj między rakiem miękkim a włóknistym; rzadziéj w téj ostatniéj formie, albo

też w formie raka oczkowatego (*c. alveolare*). Wagner 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 Rokitansky'ego, Lebert'a [1]) i innych. Rak w części pochwowéj rozpoczyna się zwykle jako rozlane, jednostajne nacieczenie nie błony śluzowéj, lecz warstw głębszych; rzadko tworzy on ograniczone guziczki. To też część pochwowa od samego zaraz początku powiększa się, dochodząc 2 — 3 — 4 — 5-kroć większéj objętości (przyczém częstokroć jedna warga przeważnie grubieje), jéj powierzchnia staje się stopniowo coraz bardziéj nieregularną, wzgórkowatą, a do tego zmienia się i konsystencya, która częstokroć bywa niejednakowa w różnych miejscach, — tu twardsza, tam bardziéj miękka. Przerwanie ciągłości błony śluzowéj następuje zwykle wcześniéj, 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-zielonawą massą 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 mniéj lub więcéj obszernego miejsca, a pozostała część skutkiem owrzodzenia ulega znacznéj utracie substancyi. Prędzéj lub późniéj 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 wcześniéj czy późniéj, jakotéż czy rozpad czy też bujanie bierze przewagę, różnić się musi i objętość massy raka. Niekiedy prawie wcale nie bywa wybujałości na powierzchni owrzodzenia, a zniszczenie macicy gwałtownie postępuje od dołu ku górze. Guzy rakowate części pochwowéj zwykle nie dochodzą znacznéj wielkości; niekiedy przecież nietylko wypeł-

[1]) Archiv. Virchow'a IV. p. 239.

niają górną część pochwy, ale nawet zstępują aż do jéj 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 tembardziéj się przybliża do właściwéj jamy macicznéj, im bardziéj ku górze postępuje nacieczenie i rozpad posokowaty. W ten sposób niszczeje 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 najczęściéj w części pochwowéj, a przynajmniéj w szyi macicy, ale nie zawsze w taki sam sposób. Najpierw, zdarza się, że bez poprzednich zmian w błonie śluzowéj, powstają między warstwą łączno-tkankową a mięsną, lub też na obwodzie téj ostatniéj, małe oczka wypełnione elementami rakowca, to jest komórkami typu naskórkowego; oczka te w miarę powiększania się zlewają się z sobą, rozrywają powierzchowną osłonę i pozostawiają owrzodzenie, które coraz bardziéj się szerzy, ponieważ dokoła niego powstają coraz nowe guziczki raka jakoby wągry (*comedones*), powiększają się i otwierają.

Nierównie jednak częściéj rozpoczyna się proces w błonie śluzowéj, na jednéj lub obu wargach macicznych, a pierwszą zmianą jest bujanie brodawek téj błony. Skutkiem przerastania, nakształt brodawek złożonych (*verruca*) lub kondylomatów, grubieją one i wydłużają się olbrzymio, a powstała skutkiem tego n a r o ś l b r o d a w k o w a t a wydaje się być złożoną z mnóstwa ściśniętych ze sobą słupków, których treść utworzoną jest z pętli naczyńka włosowatego, otoczonéj małą bardzo ilością tkanki łącznéj, powierzchnia zaś składa się z bardzo grubych pokładów nabłonkowych. Wyrostki brodawkowate dzielą się potém krzewiasto i wyrastają na kosmki długości cala, skutkiem czego narośl zatraca coraz bardziéj poziomkowatą swą postać i zamienia się na wybujałość kalafiorowatą. Powierzchnia jéj jest czerwonawa lub brudno-biała, a spoistość miękka i krucha; to też słusznie porównywano ją z mózgiem młodych zwierząt. W czerwonawo-szaréj substancyi korowéj guza, jeszcze wyraźniéj rozpoznać można budowę brodawkowatą; w wewnętrznéj zaś części wyraźnie się odróżniającéj żółtawo-czerwoném zabarwieniem, nie widać wcale oczek wypełnionych sokiem rakowym, a co więcéj, szczupła ilość tkanki łącznéj nie jest tu nawet ułożona oczkowato, cała zaś massa składa się przeważnie z okrągławych lub nieregularnych ko-

mórek typu naskórkowego. Rakowcowa natura narośli brodawkowatéj wtedy dopiéro się ujawnia, gdy u podstawy takowéj narośli, w sposób poprzednio opisany, rozwijać się zaczną przestwory wypełnione komórkami nabłonkowemi, co się dzieje prędzéj lub późniéj, a niekiedy dopiéro 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 niszczeją skutkiem sposoczenia. To też wrzód odznacza się tu najczęściéj nietylko zatokowo strzępiastą swą postacią i zgrubiałemi twardemi brzegami, ale nadto głębokiemi 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 między niemi różnica, że rak z wielką łatwością sprowadza cierpienia następcze, 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 bynajmniéj roztrząsania tu jednocześnie następstw i dalszego biegu choroby, przy obu tych odmianach raka.

Przekrwienie wywołane i podtrzymywane zwyrodnieniem rakowatém lub rakowcowém, sprowadza nieżyt, a ten znowu, bądź sam przez się, bądź za współudziałem zwężenia ujścia szyi macicznéj i następczego nagromadzania się wydzieliny, często wywołuje przerost macicy, przyczém ta ostatnia 2 lub 3-kroć się powiększa. Ogniska rakowe i nacieczenia rozwijające się w obwodowéj i przyległéj tkance łącznéj, znoszą ruchomość macicy i wywołują zapalenie otrzewnéj, skutkiem którego powstają zrosty między macicą a kiszką odchodową, pęcherzem, jajnikami i jajowodami, pętlicami kiszek i kiszką zgiętą biodrową, co jeszcze bardziéj macicę unieruchamia. Rak przechodzi także i na sąsiednie organa, a najpierw na pochwę z miejsc pośrednich między tą ostatnią a macicą. Z tkanki łącznéj otaczającéj 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 trzeciéj części chorych powstają rakowate

przetoki pęcherzo-pochwowe, a u $^3/_4$ 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 następczo, widział Lebert 2 razy na 39 wypadków, Dittrich 6 razy na 59, Wagner 2 razy na 19 wypadków. Zrakowacenie 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 rzadziéj. Na moczowody zniszczenie często się przenosi, i to albo z dna pęcherza, albo z tkanki łącznéj miednicy; przeciwnie, cewka moczowa rzadko zostaje wciągnięta w obręb choroby. Rak gruczołów limfatycznych zdarza się mniéj więcéj w połowie wypadków. Najczęściéj naciekają gruczoły w bezpośredniém sąsiedztwie z macicą będące, więc w więzach szerokich i w splocie podbrzusznym, biodrowym zewnętrznym i krzyżowym. Częstokroć zmiany szerzą się ztąd daléj na gruczoły lędźwiowe. Przeciwnie, gruczoły nie będące w bezpośrednim związku z macicą, jak np. gruczoły pachwinowe, krézkowe i t. p. rzadko ulegają cierpieniu. Raki następcze w innych organach rzadko się téż zdarzają; w wątrobie tylko u 5% chorych, w płucach u 6%.

W niewielu wypadkach widział Rokitansky dobrowolne uleczenie raka, które następowało w ten sposób, że nacieczenie pozostawało ograniczoném do saméj szyi macicznéj, massa rakowa przez sposoczenie w zupełności się oddzielała, a dno wrzodu oczyszczało się i zabliźniało. Scanzoni spostrzegał także to samo u pewnéj 60-letniéj kobiety, która mimo to już po upływie $1^1/_2$ roku umarła na raka sutki.

Przyczyny. Dochodzenia lekarzy wykryły wiele momentów sprzyjających rozwojowi raka macicy. Z pomiędzy takowych, na pierwszém miejscu wymienić należy wiek. Już Bayle miał w zasadzie słuszność, skoro wiek od 20-go roku życia począwszy za sprzyjający rozwojowi raka uważał, a największą liczbę wypadków téj choroby odnosił do 5-go dziesiątka lat. Późniéj wszakże zmieniło się ogólne to zdanie, w skutek obszernéj statystyki, ogłoszonéj przez Boivin-Dugès Statystyka ta stoi jednak w sprzeczności nietylko z orzeczeniem Bayle'a, ale także i z wynikami badań innych autorów, tak, że uzasadnioném być się zdaje powątpiewanie w jéj prawdziwość. Najbardziéj uderzającą jest ta sprzeczność w oznaczeniu częstości raka macicy w pier-

wszych 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% ogólnéj 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 jéj przed 20-ym rokiem życia [1]).

Z téj 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 ogólnéj
„	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 téj zaś epoki aż do 5-go dziesiątka wieku choroba ta pojawia się częściéj, ale lata przekwitowe bynajmniéj usposobienia do niéj nie zwiększają.

U kobiét które już rozpoczęły 4-ty dziesiątek lat życia, szyja macicy, skutkiem czynności płciowych, doznawała już mniéj lub więcéj znacznych i częstych insultacyj, a w 4-ym i 5-ym lat dziesiątku traumatyzm ten trwa wciąż daléj. Powyższa statystyka popiera zatém podnoszoną już dawniéj okoliczność, że tak rakowiec jakotéż i rak zwykle biorą początek w części pochwowéj macicy. Związek przyczyno-

[1]) Tak np. Wigand (*Hamburg. Magaz. f. Geburtsk. I. 2. p. 155*) miał znaleźć u dziewczynki zmarłéj na konwulsye (taniec św. Wita) macicę na wskróś skirowatą, i tém objaśnia sobie objawy chorobowe za życia; wszakże w niewielu słowach zawarty opis stanu macicy i dodatkowych jéj 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 macicznéj, żadnego nie odniosły skutku, Ch. West np. między 94 choremi naliczył tylko 6 takich, które pierwéj bolesną miewały 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. Daléj, za wpływem stosunków płciowych na rozwój opisywanéj choroby przemawia to powszechne doświadczenie, że u dziewic zdarza się ona bardzo rzadko. Że rak macicy nie daje się szczególniéj 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 niezwykły 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 $^1/_5$ część była bezdzietnych, a z pozostałych prawie połowa miała nie więcéj jak po jedném lub dwoje dzieci. Lebert także naliczył 3 niepłodne między 37-ma, a u $^2/_3$ 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 dopiéro wymienionych badaczy, a prawie $^1/_3$ cz. wspomnianych przez drugiego z nich, do téj liczą się kategoryi.

Wszakże u pozostałych zauważyli oni znakomitą płodność. 103 chore Lever'a, urodziły razem 596 dzieci, zatém 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.

West 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 większéj liczby odbytych porodów, do których liczyć także trzeba i niewczesne, bo te również szyję macicy naruszają, wzrasta usposobienie do raka macicy. Z drugiéj 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. nieżyt macicy, połączona jest z ustawiczném lub też peryodycznie powracającém drażnieniem części pochwowéj.

Słuszności tego tłómaczenia dowodzi nakoniec spostrzeżenie zrobione najpierwéj przez C. Mayer'a, że rakowiec rozwinąć się może ze wrzodu brodawkowatego. Jeżeli ten ostatni trwa długo, to powstają najpierw wybujałości brodawkowate dobréj 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 wytłómaczyćby się dało uderzający ów fakt, iż zarówno u narodowości z przeważającém ciemném zabarwieniem skóry i włosów, jakotéż u narodowości z zabarwieniem jasném, najwięcéj brunetek podpada opisywanéj chorobie. Tak np. w Anglii nawet, według Lever'a, liczba chorych blondynek wynosiła tylko 20,8%.

Właściwości osobiste, usposabiające do rozwoju raka macicy, mogą być podobnie jak i inne, dziedzicznemi 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. Lebert w liczbie 13 wypadków odkrył ten moment 2 razy, a Lever 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. West wykrył podstawę dziedziczną w 7 z pomiędzy 44 wypadków, t. j. w 1 na 62.

Nakoniec, nie mamy wątpliwości, że długotrwałe pognębiające wrażenia umysłowe usposobienie do raka macicy nie mało podnoszą. My stwierdziliśmy wpływ téj przyczyny u mniejszéj połowy chorych przez nas leczonych, a Scanzoni w $^4/_5$ swych wypadków.

Objawy i przebieg. Rozwoju raka macicy nie poprzedzają żadne takie objawy, któreby za zapowiednie uważać było można; że pominiemy opisane już poprzednio owrzodzenia brodawkowate. Zatém ogólny stan zdrowia osób, u których choroba ta rozwijać się dopiero poczyna, zależy od różnych innych okoliczności. Jedne z tych osób przedstawiać się mogą w kwitnącym stanie, gdy tymczasem, inne najróżnorodniejszym podlegają dolegliwościom.

Ale już pierwsze początki pierwotnego zajęcia szyi macicznéj zdradzają się bardzo uderzającemi objawami, zawdzięczającemi swe istnienie bądź powstawaniu brodawkowatych owrzodzeń, bądź też miejscowym nawałom towarzyszącym nacieczeniu. Do takich objawów należą: 1° krwawienia, 2° śluzotoki i 3° uczucia nieprawidłowe.

Krwawienie, w latach zdolności do płodzenia, objawia się początkowo zwykle pod formą obfitéj miesiączki, a przynajmniéj 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 łatwiéj ulegają złudzeniu, że krwawienie występuje w początkach bez wszelkiego napozór powodu. W miarę postępu choroby krwotoki przychodzą w coraz mniéj regularnych odstępach; przerwy coraz się skracają, a w końcu krwawienie staje się ciągłém. Stopień krwotoku bywa nader rozmaity; niekiedy bywa on najgwałtowniejszy w pierwszych zaraz napadach, ale prawie nigdy nie bywa małoznaczny. Krew odchodzi zwykle w postaci skrzepów, w kawałkach; ale często też i w stanie płynnym. W większéj liczbie wypadków krwotok pojawia się zaraz od początku choroby (Lebert znajdował to u $^2/_3$ przeszło, z pomiędzy chorych przez siebie obserwowanych); w innych razach może on poprzedzić otworzenie się raka, albo też przyłączyć się późniéj 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 Lebert'a w $^1/_3$ części wypadków).

Zwykle do pierwotnego zaraz krwotoku dołącza się obfity śluzotok; niekiedy istniał on już przedtém, a teraz tylko się wzmaga; 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 więcéj wodnisty, białawy lub żółtawy, przymieszaną krwią tu i owdzie czerwono lub brunatno zabarwiony, i bynajmniéj nie zbyt często w początkach już miewa odór nieprzyjemny, a nawet cuchnący.

Początkom cierpienia, w mniejszéj zaledwie liczbie wypadków (w $^1/_4$ według Lebert'a), towarzyszą nieprawidłowe sensacye, 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 wzmaga tylko skutkiem dłuższego chodzenia lub stania albo przy spółkowaniu. Nierównie częściéj wspomniane dolegliwości pojawiają się dopiero w dalszym biegu choroby, tuż przed, podczas lub po otworzeniu się raka. Fakt ten znalazł obecnie objaśnienie w stosunkowo częstszém występowaniu rakowca, a większéj 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 wcześnie już znika, a chora widocznie chudnie. Zwykle odżywianie cierpieć zaczyna dopiero wskutek zubożenia soków wywołanego krwotokami i śluzotokami, co zwolna sprowadza znaczną niedokrwistość.

Częstokroć jeszcze przed otworzeniem się raka, zaś od chwili gdy to nastąpi—zawsze, wzmagają się wymienione powyżéj przypadłości, a do tego przyłączają się i inne, zależące jużto 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 (chociaż 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 jednéj mierze, czy powstają nowe, albo czy przeważa rozpad i owrzodzenie. Nawet bardzo znaczne wyrośle kalafiorowate częstokroć bardzo mało krwawią, a tylko wydzielają nadmierną ilość wodnistéj cieczy. Krew teraz odpływająca, pod względem jakości nie różni się od poprzedniéj. Śluzotok i bóle zwykle znakomicie się wzmagają. Z pochwy prawie nieustannie odpływa nadzwyczaj cuchnąca tu i owdzie zgorzelinowa lub gnijąca posoka, pomięszana niekiedy z kosmkami oddzielonemi z owrzodzonych powierzchni. Nadżera ona skórę na wargach sromnych 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 osobliwie okolica krzyżowa, łonowa i lędźwiowa, ale chwilowo rozszerzają się na cały brzuch i na dolne kończyny. Powtarzają się one często; nocami bywają szczególniéj gwałtowne, a pod koniec choroby najokropniéj dręczyć mogą chore całemi dniami, tygodniami i miesiącami. Wszakże nie rzadko bywa i tak, że bóle nigdy nie dochodzą większego natężenia; Lebert spostrzegał to u $^1/_7$ 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 spostrzegał Kiwisch. Zaciśnięcie moczowodów sprowadza częstokroć ich rozszerzenie, jakoteż rozszerzenie miedniczek nerkowych, a to ze swéj 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 rodnym 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 więcéj. Niekiedy nadmierne krwotoki maciczne zmieniają się na przemian z silnemi napadami bólu. Toteż ogólne odżywianie coraz bardziéj podupada; apetyt zmniejsza się zwykle zaraz od początku, a potém coraz więcéj ginie; przychodzą mdłości i nudności, a częstokroć następują istotne wymioty, które się mogą powtarzać codziennie dochodząc nawet do wymiotów kałowych (*ileus*); częściéj pra-

wie jeszcze występuje biegunka, niejednokrotnie połączona z boleściami i rozdęciem brzucha. (K i w i s c h w $^{14}/_{71}$ cz. wypadków spostrzegał gwałtowną czerwonkę). Chore dręczy bezsenność, wywoływana nie tylko gwałtownemi bólami, ale także ogólnym niepokojem i drażliwością; daléj, zjawia się gorączka z nasileniami wieczornemi, chociaż tętno nie bywa znacznie przyspieszoném; nakoniec zupełna bladość skóry i znaczne wychudnienie zdradzają najwyższy stopień wycieńczenia. Nie rzadko widzieć można skórę zlekka żółtawo zabarwioną i nadzwyczaj suchą. Zwykle téż brzmieje jedna lub obie kończyny jakotéż i srom, bądźto skutkiem znacznéj niedokrwistości, bądź téż ucisku lub cierpienia wielkich pni żylnych. Jeżeli (jak się to często zdarza) narośl rakowata na znacznéj przestrzeni ulegnie zgorzeli, to dołączają się jeszcze do tego wszystkie objawy gorączki tyfoidalnéj.

Wreszcie, gdy już chore w ciągu ostatnich miesięcy nie mogły opuszczać łóżka, przychodzi śmierć, zwykle przy pełnéj ich przytomności, bądź w skutek ogólnego wycieńczenia, bądź téż w skutek nie rzadko dołączających się późniéj do raka macicy innych chorób, jak np. rozległego zapalenia otrzewnéj (po otworzeniu się raka do jamy brzusznéj), zakrzepów z następczemi zatorami, mocznicy spowodowanéj wodonerczem, zapalenia przyrządu oddechowego lub przyrządu trawienia, a w szczególności w skutek błonicy jamy ustnéj i gardzieli.

Nie u wszystkich wszakże chorych rak przechodzi wszystkie swe okresy; znaczna bowiem część ($^1/_7$ chorych L e b e r t ' a) umiera skutkiem utraty soków oraz skutkiem zaburzeń w odżywianiu, jeszcze przed otworzeniem się raka.

Według dotychczasowych spostrzeżeń chorob t r w a od 5 tygodni aż do 5 lub 7 lat; z tém wszystkiém zarówno bardzo szybki jakotéż i bardzo powolny przebieg nadzwyczaj rzadko daje się napotkać. Szybko przebiega choroba u młodych mianowicie osób, gdzie jéj téż 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 $16^7/_{39}$, a W e s t (z 17 spostrzeżeń) 15 miesięcy. Z pomiędzy chorych L e b e r t ' a $^1/_3$ cz. umierała przed upływem 9-ciu miesięcy; $^2/_3$ po upływie 18 miesięcy, a tylko 2 chore z pomiędzy 39-ciu umarły po przeszło dwuletniém trwaniu choroby.

Liczne spostrzeżenia dowiodły, że chore zapłodnionemi być mogą nie tylko przed, ale nawet już po otworzeniu się raka. Jeżeli choroba

wysokiego dosięgła stopnia, to ciąża zwykle przed czasem zostaje przerwana, a fatalne zejście się przyspiesza; najmniéj jeszcze, jeżeli poród bardzo wcześnie nastąpi. Skoro jednak ciąża dojdzie do końca, to poród zagraża zarówno matce jak i dziecięciu. Z 27-miu takich wypadków zestawionych przez P u c h e l t ' a (*Comment. de tumor. in pelvi, partum impedient. Heidelberg. 1840. p. 71*), siły natury wystarczyły same do wydalenia płodu tylko 14 razy, ale i to zawsze po kilkudniowém dopiero, (raz aż 8-dniowém) 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 podanéj 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 szczególniéj szyja téj ostatniéj, się rozdziera. To téż często wynika potrzeba sztucznego rozszerzenia ust macicznych, a w pewnych okolicznościach przedsięwziąć trzeba częściowe wyłuszczenie 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 jednéj strony za narośl brodawkowatą dobréj natury, z drugiéj zaś strony, za stwardnienie, przerost i torbielowate przeistoczenie części pochwowéj, jakie pozostaje po przewlekłém zapaleniu takowéj i po przebytych porodach. Pomyłki téj tém trudniéj uniknąć, im wcześniéj badanie będzie przedsięwziętém. Krzaczkowate wybujałości brodawkowe prowadzą do rozwoju takich narośli, w których budowie, nawet po mikroskopowém zbadaniu nie można dośledzić 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 dobréj 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 kryterya te mogą być tylko następujące: 1) Po-

większenie objętości części pochwowéj, z jednostajném, a częściéj niejednostajném powiększeniem obu warg macicznych; późniéj zaś niegładkość lub wzgórkowatość jéj powierzchni. 2) Niezwykła twardość, jużto ostrzéj odgraniczona, już więcéj rozlana, powiększonego odcinka macicy, dająca się równocześnie wyśledzić przez dotykanie. 3) Występująca w dalszym przebiegu niejednostajność konsystencyi w naciekłém 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 połogu, czy téż powstało po za okresem połogowym. 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 jéj polepszanie się będzie niewątpliwém. Tylko zwyrodnienie torebek części pochwowéj (jeżeli zwłaszcza do pomocy użyjemy wzroku, a w razie potrzeby nakłujemy małe wydatności) pozwala się odrazu jako takie rozpoznać.

Gdy się rak otworzy, wtedy palcem już wyczuć możemy brak substancyi i wrzód rakowaty, dający się poznać po nieregularnéj swéj postaci, po dnie nierównem, często szczelinowatém, pokrytém brudną, gnijącą wydzieliną, a zwykle także i kalafiorowatemi wyroślami, jakotéż po znacznéj 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 szczególniéj uzasadniony, gdzie już i sama pochwa zaczyna ulegać zwyrodnieniu.

Badanie zewnętrzne i połączenie go z wewnętrznem, 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 całéj 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 pochwowéj dopełnioném być może.

Rokowanie stawiać należy w ogóle bardzo niepomyślném; albowiem wyjątkowego uleczenia drogą natury przez wydzielenie się części naciekłéj i zabliźnienie owrzodzonéj powierzchni wcale nie można brać pod uwagę; leczenie terapeutyczne co najwyżéj opóźnić może smutne zejście choroby; zaś usunięcie miejscowego cierpienia na drodze operacyjnéj nader rzadko bywa możliwém z powodu nieprzyjaznych własności pola operacyjnego, i ociągánia się chorych z zażądaniem pomocy lekarskiéj w odpowiednim czasie.

Ale chociaż pospolicie śmiertelnego zejścia oczekiwać wypada, to pożądaném bywa jeszcze rokowanie co do czasu trwania choroby. Tu należy wziąść pod uwagę: formę raka, rozległość i okres choroby, wielkość zaburzeń następczych, a mianowicie krwotoków, upławów śluzowych i posokowatych, jakotéż i bólu; wreszcie wiek choréj 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 Hahnemann'a wewnętrznie, a szarą maść zewnętrznie), złoto, arszenik, żelazo (osobliwie pod formą wodanu tlennika żelaza i soli fosfornych), ałun, jod, węgiel zwierzęcy, pietrasznik plamisty (*conium maculatum*), nagietek lekarski (*calendula off.*), wilczą jagodę (*belladonna*), szaléj (*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. Częstokroć, zastosowanie tych metod i środków specyficznych, zamiast pomagać, szkodziło właśnie, gdyż środki te albo same przez się więcéj szkody niż korzyści przynoszą, albo téż stosowane były niebacznie, w nieodpowiednim okresie choroby, lub téż u osób, dla których nie były właściwemi.

Doszczętne uleczenie na drodze operacyjnéj, jak uczy doświadczenie, także uważaném być musi za wyjątkowe. Wszelkich usiłowań wyłuszczenia, któreby się nie miało ograniczyć do saméj tylko szyi macicznéj, należy zaniechać, chociażby nawet macica wypadniętą była; gdyż takowe prawie zawsze kończy się śmiercią; pomyślne zaś zejście jakiem uwieńczone zostało całkowite wyłuszczenie niewypadniętéj macicy, dokonane przez Kieter'a w Kazaniu (*Medic. Zeit. Russl.*

Juli 1848), uważać należy za wypadek nader wyjątkowo szczęśliwy. Odjęcie zaś zrakowaciałéj szyi macicznéj wtedy tylko budzić może nadzieję trwałego uleczenia, jeżeli będzie mogło być dokonaném 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 późniéj dopiero dostaje się w ręce lekarzy. To nam tłomaczy, dlaczego tak mało posiadamy wypadków szczęśliwie zakończonego wyłuszczenia niewątpliwego raka macicy [1]); a i między temi znajdują się takie jeszcze, które zawcześnie zostały ogłoszone, iżby mogły zdać sprawę z poźniejszego stanu chorych, a szczególniéj z jakowych powrotów choroby. Samo zresztą odjęcie szyi macicznéj, pomijając już możliwe przytem obrażenie otrzewnéj i t. p., nie jest także operacyą 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. Mayer [2]) w jednym wypadku osiągnął rezultat trwale pomyślny, a w drugim po 5 przynajmniéj miesiącach miał sposobność przekonać się o braku ponowy. Langenbeck [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, mniéj dotychczas byliśmy szczęśliwi, może nas tylko pobudzać do jak najwcześniejszego przystępowania do operacyi, w każdym na przyszłość napotkanym wypadku, i do oddalenia przy operacyi jak można najwięcéj z szyi, gdyż i części przylegające do tkanki widocznie zwyrodnionéj, zwykle już są wciągnięte w sprawę chorobową. Wprawdzie i odcięcie w zdrowych tkankach nie zupełnie zabezpiecza od rozwinięcia się wtórnéj choroby. Eggel [4]) spostrzegał w pół roku po operacyi pierwotnego rakowca, rozwinięcie się guza w prawym dole biodrowym, gdy tymczasem nowotwór nie odnowił się ani na miejscu, ani w żadnym z organów, które najczęściéj zwykł zajmować. Guz ten rósł gwałtownie, i wypeł-

[1]) Porównaj osławiony spór między Lisfranc'iem i jego asystentem Pauly'm, 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 brzusznéj, gdy chora po trzech miesiącach umarła.

Odejmowano szyję maciczną przy pomocy nożyczek, odgniatacza lub pętli galwanokaustycznéj. Używając nożyczek obawiać się trzeba z jednéj strony otworzenia jamy otrzewnéj, z drugiéj—niebezpiecznego krwotoku. Tak np. C. Mayer, wycinając na miejscu (*in situ*) rakowiec, który wyszedłszy z tylnéj wargi macicznéj sięgał aż do pochwy, miał ten przykry wypadek, że przeciął tylne sklepienie pochwy, tak, że późniéj mógł wejść dwoma palcami do dołu Douglas'a i wyczuć pętlę kiszki tam się znajdującéj. Ale wypadek ten [1]) pokazuje zarazem że podobne obrażenie może być bardzo dobrze znoszone. Chora która mu uległa, dostała wprawdzie niezadługo 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 brzusznéj Simpson [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, jakotéż i innym lekarzom. To téż aby uniknąć niebezpieczeństw połączonych z wycinaniem, ostatniemi laty po większéj części zastępowano je odgniataniem (*ecrasement*) lub pętlą galwanokaustyczną. M'Clintock [3]), Armstrong [4]), Keiller [5]), Breslau [6]), Démarquay [7]), Langenbeck posługiwali się odgniataczem. Demarquay przeoczył nawet u pewnéj 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 Breslau'owi zdarzyło się, że odgniótł 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]) Scanzoni's Beitr. z. Geburtsk. III.

[7]) Monit. des hôpit. Nr. 13 et 14. 1858.

Przy odejmowaniu części pochwowéj za pomocą odgniatacza, tam nawet, gdzie powodem do przedsięwzięcia téj operacyi nie było zwyrodnienie rakowate, spostrzegano rozmaitego rodzaju obrażenia przypadkowe. Jeżeli tedy wspomnianéj metodzie nie możemy odmówić pierwszeństwa przed wycięciem, to zdaniem B. Langenbeck'a, w takich tylko wypadkach, w których zwyrodnienie nie dosięga sklepienia pochwy. A zresztą, wiemy z własnego doświadczenia, że użycie odgniatacza bynajmniéj nie zawsze wyklucza potrzebę uciekania się potém jeszcze do nożyczek, aby niemi powycinać resztę chorych części; zwyrodnienie bowiem niekiedy w różnych kierunkach tak niejednostajne robi postępy, że łańcuszkiem przyrządu, nie można zająć wszystkiego, co potrzebuje być usuniętém.

Gdzie macica jest dostatecznie ruchoma, obniżywszy ją sztucznie, można sobie wiele ułatwić kierowanie nożyczkami, jakotéż 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, najlepiéj 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 pochwowéj, stosowaliśmy tyle jeszcze żegadeł, ile się dało. U jednéj choréj wywiązało się wprawdzie po tém jeżeli nie śmiertelne to niebezpieczne przynajmniéj zapalenie otrzewnéj; 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 najmniéj niebezpieczną, ale raczéj o to, aby tyle oddalić i zniszczyć, ile się tylko da, bez narażenia się na zarzut niesumienności. Postępując inaczéj, nigdy nie zapobiegniemy śmiertelnemu zakończeniu się choroby, chyba w pojedyńczych wypadkach, gdzie ta była jeszcze bardzo świeża.

Z powyższego opisu wynika już, że pomocy operacyjnéj bynajmniéj nie mamy zamiaru zbyt szczupłych zakreślać granic. Usprawiedliwieniem tego będą poglądy nasze dotyczące rodzaju i sposobu palliatywnego leczenia opisywanéj obecnie choroby.

Gdzie obszar zwyrodnienia z góry odbiera wszelką nadzieję uleczenia doszczętnego, zadanie terapii polega na tém, aby z jednéj strony gwałtowny przebieg choroby o ile można opóźnić, z drugiéj zaś dolegliwości chorych, według sił, złagodzić. Dla dopięcia pierwszego celu, na-

leży przedewszystkiem starannie określić cały sposób zachowania się chorych. W regulaminie tym, pominiętém być musi wszystko, coby mogło wywoływać nawał do organów miedniczych, a zatém wszelkie wysilenia cielesne i natężanie umysłu, zaspakajanie popędów płciowych, wszelkie drażniące i trudno strawne pokarmy i napoje. Równocześnie usiłować trzeba, o ile można jak najdłużéj, podtrzymać siły chorych, które prędzéj lub późniéj zaczynają być podkopywane przez upławy, bóle i t. p., za pomocą łagodnéj, pożywnéj i do stanu przyrządu trawienia chorych dokładnie zastosowanéj dyety. W początkach, w pierwszym okresie choroby, skoro wstawiały się przemijające nawały do organów płciowych, uważano za potrzebny, czasowo przynajmniéj, regulamin ściśle przeciwzapalny; i jeżeli odstąpiono od ogólnych upustów krwi, to mniemano być rzeczą zbawienną kilkakrotne przystawienie 4—6 pijawek do części pochwowéj. Równocześnie wielu z lekarzy zalecało rtęć (wewnętrznie w formie kalomelu lub zewnętrznie pod postacią szaréj maści), po części aż do nastąpienia ślinopłynu. Kiwisch'owi także się zdawało, że w pierwszym okresie choroby widział niekiedy dobry skutek przy takiém postępowaniu. Wszelako w tym czasie, wszelkie inne w ogóle postępowanie, a nie operacyjne, byłoby zbrodnią w obec chorego.

Po otworzeniu się raka, wytrwałém i przezornem postępowaniem bardzo często jeszcze udaje się daleko odwlec chwilę fatalnego zejścia. Dopóki jeszcze trawienie mało jest nadwerężone, podtrzymywać trzeba siły chorych odpowiedniemi, a pożywnemi pokarmami, oraz środkami tonicznemi podawanemi do wewnątrz.

Najbliższe niebezpieczeństwo grozi zawsze ze strony nadmiernych wydzielin macicy. Przeciwko odpływom surowiczym i posokowatym nie bez pożytku zastosowanemi być mogą nastrzykiwania z roztworu ałunu (3j—$\overline{3}\beta$ na $\overline{u}$j), wody ołowianéj (3ij na $\overline{u}$j), roztworu saletrzanu srebra (3β— 3ij na $\overline{u}$j), roztworu garbnika (3j— 3jβ na $\overline{u}$j), a jeżeli odpływy są cuchnące, nastrzykiwania z wody chlorowéj, roztworu kreozotu (3β na $\overline{u}$j), lub z kwasu drzewnego (*acid. pyrolignosum*). Dobrym także środkiem odwonniającym jest zalecana przez Skinnera mięszanina następnego składu: *Rp. Tinct. camphor. Tinct. myrrh. ana* 3*iij*, *Linim. sapon.* 3*ij*, *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 szczególniéj półtorochlorek żelaza ($\overline{3}\beta$ na $\overline{u}$j). Roztwór taki może być wystarczającym, jeżeli idąc za radą Kiwisch'a wciśnie się kankę strzykawki o ile można najgłębiéj w wybujałości rakowate, by je niejako zmumifikować. W tru-

dniejszych razach uciec się trzeba do silniejszych zżeradeł albo do żegadła, a gdy niepodobna w inny sposób zapobiedz nagłemu niebezpieczeństwu śmierci należy zatamponować pochwę. Z pomiędzy zżeradeł używano szczególniéj saletrzanu rtęci pod formą płynu Bellost'a (Recamier) i potażu żrącego (Dupuytren). Żegadło gorąco było zalecaném przez Busch'a i Jobert'a. Dobry skutek z użycia zżeradeł 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 potém wrzód rakowaty czystszego 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 zżeradeł chemicznych używamy jeszcze tylko nierozcieńczonego roztworu chlorniku żelaza, a i to tam tylko prawie, gdzie z powodu zajęcia sklepienia pochwy wprowadzenie wziernika nie tylko nieznośne 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 chorej 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 śluzowéj chroni pokrywający ją nabłonek. Ten ostatni oddziela się następnemi 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 całéj krwawiącéj powierzchni, a powtóre, jak dotykanie palcami, tak też i zetknięcie z wziernikiem powiększa krwotok, a krew świeżo wyciekająca przeszkadza działaniu środka ściągającego na miejsce krwawiące.

Szczególnéj pomocy wymagają daléj gwałtowne bóle (których rzadko brakuje), jako też ustawiczny niepokój i bezsenność. Rzeczywisty

[1]) Journ. des connaissanc. 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 wielkiemi. Tak np. w jednym wypadku musieliśmy całemi miesiącami zadawać dwa razy dzień po 20 gran morfiny, nie będąc w stanie osiągnąć zwolnienia na dłużéj 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 znaczniejszéj 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 innemi także K i w i s c h), i niejednokrotnie już je wywoływano. Zdaje się, że postępowanie to ostatniemi czasy coraz więcéj zyskiwać zaczęło zwolenników. Godném 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 rodzącéj 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 diseas. of the uterus pag. 138.*—W. Scott: *Dubl. med. press. 1844. Październik,*—Montgomery: *Dublin journ. of med. sciene. 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. I,* i *Monatsschr. f. Geburtsk. 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. Geburtsk. April. 1861.*

Narośl, o któréj mówić zamierzamy, aż do początku bieżącego stulecia mięszaną 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 prawdopodobném, że późniéj narośl ta nie zawsze bywała oddzielaną od wybujałości kalafiorowatych napotykanych przy prawdziwym raku, gdyż bracia Clarke nie byli w stanie dać jéj opisu tak zupełnie dokładnego, iżby ten wykluczał możebność wszelkiéj 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 powyżéj 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 wyż podaną nazwę, to ze stanowiska praktycznego nic przeciwko temu zarzucić się nie da. To także usprawiedliwi i nas, że wątpliwe jeszcze pod względem swéj 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 żadnéj bolesności, chyba tylko co najwyżéj, uczucie gniecenia i ciężaru

w okolicach—lędźwiowéj i udowéj,—choroba najczęściéj wtedy dopiero dostawała się pod obserwacyę, gdy już narośl doszła pewnéj 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 czerwonawe 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 wydobył. 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 nieprzyjemnéj woni, a nawet staje się nadzwyczaj cuchnącą. Oprócz wodnistych tych upławów przychodzą jeszcze stale od czasu do czasu prawdziwe krwotoki, ukazanie się których, często przynajmniéj, daje się odnieść do pewnéj, jużto zewnętrznéj już wewnętrznéj przyczyny, jak np. spółkowania, badania, silnego działania tłoczni brzusznéj, lub téż do innych wysileń ciała—jeżeli nie pojawia się wprost pod formą zaobfitéj miesiączki. Zarówno nadmierność wydzielin wodnistych jakoteż i częstość krwotoków, dają się w zupełności objaśnić anatomiczną budową narośli, która bardzo obfituje w kolosalnie rozszerzone i prawie swobodnie na jéj powierzchni leżące naczynia włosowate. Ilość wydzielin odpowiada także w ogóle rozmiarom narośli. Wzrost téj ostatniéj zależy wprawdzie najpierw od wewnętrznych warunków rozwoju takowéj, ale wchodzą tu także w grę i warunki zewnętrzne, a mianowicie większa lub mniejsza obszerność pochwy. To téż 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. Rindfleisch [1]) wykazał, że w 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 jéj wyglądzie, z początku poziomkowatym, późniéj zaś kalafiorowatym, oraz na właściwém uczuciu jakie odbiera dotykający do niéj palec, a które już Clarke 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 pewném być może tylko w drodze operacyjnéj, którą wybrawszy, nierównie częściéj 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 większéj wszakże pewności, lepiéj jest i tu nie poprzestawać na odcięciu narośli, lecz odjąć część pochwową powyżéj.

Miejscowe to leczenie jest oczywiście nierównie odpowiedniejsze, aniżeli doradzane przez C. M. Clarke'go leczenie narośli kalafiorowatych 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 propozycyę by najmniejszéj operacyi. Clarke kilkakrotnie osiągał na czas pewien korzyść z miejscowego użycia ałunu, siarczanu miedzi, siarczanu cynku, kory dębowéj, 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 rakowiec stale rozpoczyna się w części pochwowéj, to rak brać może początek i z wyższych części macicy. Wielu np. spostrzegaczy

widziało zwyrodnienie nadpochwowéj części szyi macicznéj, przy zupełnie nietkniętém ujściu zewnętrznem, jużto na zwłokach, już u żyjących. Virchow [1]) znalazł taki stosunek przy równocześnie istniejącym raku w tylnéj ścianie pochwy, nerkach i nadnerczach, jakotéż 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; wszaże z cyfr powyższych nie należy wnosić o jego częstości Wyłączywszy bowiem mięsaki, które dawniéj łączono z rakami, wypadki podobne okażą się bardzo rzadkiemi. 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 częściéj przedstawia się pod postacią rozlanego nacieczenia, aniżeli ograniczonych guziczków. Wskutek bujania mass rakowatych w kierunku jamy macicznéj, ta ostatnia może zostać rozciągniętą do objętości głowy dziecka albo i więcéj, a wraz z tém zwyrodnienie przechodzi stopniowo na szyję maciczną, dosięga błony otrzewnéj, a nawet zająć może sąsiednie organa. W wypadku podanym przez Foerster'a oddzielne ogniska rozwinęły się w takiéj ilości i tak wielkie, że macica doszła do 28″ obwodu, 12″ średnicy i 19 ℔ wagi.

Objawy chorobowe nie różnią się od tych, jakie towarzyszą innym chorobom macicy. Niekiedy na długi czas poprzedzają chorobę krwotoki maciczne, a dopiero późniéj przychodzą bóle, lub wraz z niemi i upławy posokowate. Czasem chore umierają skutkiem przedziurawiającego zapalenia otrzewnéj. W innych razach spostrzegamy u nich objawy przewlekłego zapalenia otrzewnéj z wychudnieniem i zmianą zabarwienia skóry. Jeżeli szyja macicy stosunkowo wcześnie zostaje zniszczoną, to obraz przebiegu zbliża się do tego jaki przedstawia pierwotne zajęcie części pochwowéj.

W ostatnim tylko wypadku rozpoznawano dobrze chorobę za życia jeszcze; w innych zaś, znaczne powiększenie objętości macicy odnoszono do włókniaków macicznych lub guzów jajnikowych. Pomięszania z temi ostatniemi najczęściéj można uniknąć, przez połączenie badania

---

[1]) Verhandl. d. Ges. d. Geburtch. in Berlin X. p. 140.

[2]) Ztschr. d. Wien. Aerzte. 1857.

[3]) Prager Vierteljahrsschr. 1853 II p. 4.

zewnętrznego z wewnętrznem, a usiłując wielokrotnie przeniknąć palcem przez szyję maciczną, można niekiedy przynajmniéj, otworzyć sobie dostęp do istniejących wybujałości. Simpson uważa za bardzo charakterystyczne, regularne pojawianie się co dzień kilkogodzinnych napadów bólu, prawie o téj saméj 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 macicznéj.

Ulcus phagadaenicum seu corrodens uteri.

C. M. Clarke: *Diseas. of femal. A. d. E. II. p. 140.*—Rokitansky: *Path. Anat. III p. 538.*—Lever: *On the organ. diseas. of the uterus. pag. 145.* — Ashwell: *Krankh. d. weibl. Geschl.*, tłom. Hoelder'a p. 408.—Lebert: *Malad. cancér. p. 217.*—Köhler: *Krebs und Scheinkr. p. 519.* — Foerster: *Path. Leipzig. 1854 p. 317.* — A. Fiedler: *Archiv der Heilk. Heft. 2. 1862.*—Martin: *Monatsschr. f. Geburšk. November. 1865.*

John Clarke i C. M. Clarke określali nazwą „*Corroding ulcer of the os uteri*“ właściwą formę chorobową, któréj w późniejszym czasie z wielu stron stanowczo odmawiać zaczęto samoistności. Wielkie bowiem budziło się podejrzenie, że rak (zdaniem Kiwisch'a) lub rakowiec (zdaniem Lebert'a) dawały tu powód do błędnego rozpoznania, a tymczasem wrzód opisywany przez obudwóch Clarke, z przyczyny wielkiéj swéj rzadkości tylko przez niektórych gynekologów i anatomów naocznie był widziany. Mimo to, podania Clarke'go potwierdzili rozmaici wiarogodni spostrzegacze; dla tego téż i my oddzielnie je tu pomieszczamy.

Clarke spostrzegał wrzód zgorzelinowy tylko u kobiet limfatycznych, po zaprzestaniu miesiączkowania, między rokiem 40 a 55; Lever widział go także 2 razy u kobiet w wieku lat 35 i 37; Ashwell u osób osłabionych dwa razy przed upływem 25-go roku, a Förster u młodéj, od niedawna zamężnéj kobiety. Wrzód ten ma kształt nieregularny, zatokowo-ząbkowaty; dno brudne, zielonawe, lub czarno-zielone, strzępiaste; brzegi zgrubiałe, modzelowate; tém się jednak różni od owrzodzonego raka i rakowca, że badając drobnowidzem, niepodobna wynaleźć tak w dnie, jakotéż i w otoczeniu wrzodu ani

śladu nacieczenia pierwiastkami morfologicznemi właściwemi obu wspomnianym chorobom. Prosty sposób przechodzenia tkanki w zgorzel, zdaniem K l e b s ' a , najbardziéj przypomina właściwości okrągłego wrzodu żołądka. Według podania C l a r k e ' g o , wrzód żrący rozpoczyna się od zewnętrznych ust macicy i ztąd szerzy się dokoła. L e v e r widział tylko wrzody, które powstawszy wewnątrz szyi macicznéj, rozszerzały się ztąd ku górze i ku dołowi. W wypadkach spostrzeganych przez F ö r s t e r ' a i M a r t i n ' 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 otaczającemi ją częściami, lecz zachowuje normalną swą ruchomość.

Pierwszemi objawami choroby są nieprawidłowe sensacye—uczucie niedogodności, ciepła, gorąca w miednicy oraz umiarkowany śluzotok. Z czasem wypływ z części rodnych staje się coraz obfitszym, nabiera nieprzyjemnéj woni, zmienia się w rzadki, posokowaty, rzadziéj ropiasty, nadżera skórę otaczającą szparę sromną, a od czasu do czasu, w nieregularnych odstępach, zastępują go mniéj lub więcéj silne krwotoki. Następnie wstawiają się bóle miejscowe, które niekiedy przez cały czas trwania choroby bywają bardzo nieznaczne, gdy tymczasem w innych razach dochodzą takiéj rozległości i natężenia, jak przy raku. Zwolna podkopywanym zostaje coraz silniéj 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 zwalniająca (*f. remittens*). Śmierć następuje zwykle skutkiem coraz znaczniejszego wyczerpania sił, częstokroć poprzedzona biegunką. Rzadziéj umierają chore wcześniéj już, skutkiem ostrego zapalenia otrzewnéj lub utraty krwi. Choroba ta trwa dłużéj aniżeli rakowa. A s h w e l l przez 5 lat utrzymał jedną chorą przy życiu.

W wypadku niedawno przez F i e d l e r ' a ogłoszonym, chora przez 10 lat cierpiała bóle, wzdęcie brzucha, zaburzenia w wydalaniu moczu, a ostatniemi laty miewała do tego często krwotoki i upławy posokowate. Sekcya wykazała, że macica była wielkości głowy dziecka, lecz wiotka; jama jéj wypełniona brudną papką i skrzepami krwi; a cała wewnętrzna powierzchnia, aż do ujścia zewnętrznego, zmieniona we wrzód nierówny, przenikający aż do warstwy mięsnéj. Po prawéj stronie wrzód ten przedziurawił warstwę mięsną i wywołał śmiertelne zapalenie otrzewnéj.

Prócz tego istniało wodonercze (*hydronephrosis*) oraz liczne ropnie w nerkach.

Badając chore za życia wewnętrznie, co im nie sprawia bólu, wyczuć możemy wrzód znajdujący się na szyi macicznéj, połączony z utratą substancyi, a dokoła niego nic więcéj prócz nieznacznego obrzmienia i stwardnienia, jakie musi się koniecznie wytworzyć, skutkiem przewlekłego zapalenia. Napotkawszy to, można jeszcze nadal pozostawać w wątpliwości, czy wrzód ten jest zgorzelinowy, rakowaty lub rakowcowy, gdyż i oba ostatnie niekiedy tak samo się przedstawiają. Nawet na stole anatomicznym rozpoznawać można na pewno tylko okiem uzbrojoném; bowiem uwagi gołego oka łatwo ujść mogą nawet warstwy massą rakowatą naciekłe, jeżeli bardzo cienkie.

W celu zapobieżenia chorobie zalecał Clarke postępowanie przeciwzapalne, a po wybuchnięciu takowéj leczenie czysto objawowe. Lever i Ashwell pragną uleczyć wrzód zgorzelinowy, a przynajmniéj wstrzymać jego postęp przyżerając go kamieniem piekielnym lub kwasem azotnym. Oczywiście, ponieważ choroba co do istoty swéj, zdaje się być procesem wrzodzenia, połączonym z rozpadem zgorzelinowym, i nigdy nie prowadzi do cierpień wtórnych, ani w sąsiednich ani téż w odleglejszych organach; przeto oddalenie części choréj drogą chirurgiczną, pozwala spodziewać się trwałego uleczenia. Czy jednak zastosowanie choćby najsilniejszych środków żrących daje zawsze pewność osiągnięcia tego celu, rzeczą jest bardzo wątpliwą. Z tego téż powodu zasługuje na pierwszeństwo odjęcie szyi macicy, jeżeli ta operacya da się jeszcze wykonać w zdrowych tkankach. W wypadkach, w których pozostaje już tylko leczenie objawowe, prowadzić je należy według zasad wskazanych przy leczeniu raka.

19. Zboczenia w miesiączkowaniu.

Brebiss (*Präs.* G. E. Stahl): *Diss. de mulierum fluxu etc. Halae 1694.*—Jaeschke (*Präs.* Stahl): *Diss. de mensium insolitis viis. Halae 1702.*—F. Hoffman: *Diss. de haemorrhoico 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 hemorrag. en general et en particul. sur l'aménorrhagie. Paris. 1815.*—Duncan Stewart: *Treatise on uterine haemorrhage. London 1816.* — J. B. Galary: *Essai sur les pertes*

utérines hors l'état de grossesses. Paris. 1817.—Desormeaux et P. Dubois: *Art. „Métrorrhagie" w Diction. 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. Whitehead: *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 Menstruatiou in Oesterreich. Wien. Ztschr. XIII. 1857.*

Według Tilt'a, który zestawił 12037 wypadków, zebranych we wszystkich strefach przez rozmaitych spostrzegaczy, miesiączkowanie u kobiét rozpoczyna się przecięciowo w 14,85 r. życia. W strefie umiarkowanéj, rozpoczyna się ono średnio w r. 14,94 (według obliczenia z 7237 wypadków); wszakże i tu trafiają się w pojedyńczych 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 7% wszystkich wypadków przed skończeniem lat 12-tu, a u nieco więcéj nad 6% między rokiem 19 m a 26-m.—7% wszystkich kobiet rozpoczęło miesiączkowanie w 13-m, 12% w 14-m, 16% w 15-m, 19% w 16-m, 50% w 17-m, 11% w 18-m, a 7% w 19-m roku życia. Wywierają tu wpływ zarówno ogólne jako też i szczególne, tak zewnętrzne jak i wewnętrzne okoliczności; a badania dotychczasowe z niektóremi z nich przynajmniéj nas zaznajomiły. U dziewcząt wyższego stanu jakoteż w większych miastach miesiączka pojawia się wcześniéj aniżeli w klassie niższéj i uboższéj, oraz po wsiach. Jak sposób życia i wychowanie, tak samo też narodowość i stosunki rodzinne, drogą dziedziczności mogą tu wpływać na ujednostajnienie lub rozmaitość.

Nowsze badania Szukits'a nad miesiączkowaniem u austryaczek, obejmujące 2275 wypadków, potwierdziły w istocie powyżéj przy-

toczone fakta. Pierwsza regularność pojawiała się średnio w lat 15 miesięcy $7^1/_2$ 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 kategoryi miesiączki przedwczesnéj (*menstruatio praecox*), polega oczywiście na pomięszaniu jéj z krwotokami chorobowemi. Mała ilość wiarogodnych wypadków, którym towarzyszyło przedwczesne rozwinięcie przyrządu 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 opóźnionéj (*menstruatio retardata*), gdzie kobiety dopiéro po przejściu jednéj lub kilku ciąży, albo już nawet po przekroczeniu zwykłego punktu kulminacyinego 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 pierwszéj miesiączki, jest także wiek, w którym ta czynność organizmu gaśnie, jak również liczba lat jéj trwania. Brierre de Boismont, Guy i Tilt robiąc poszukiwania nad terminem ostatniéj regularności, u 865 kobiét 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 pewnéj kobiéty wspomnianéj przez B. d. Boismont trwało

---

[1]) Jeden z najciekawszych takich wypadków podaje Rowlet (*Transsyh. med. journ. VII p. 447* i *Americ. journ. 1834 Listop. p. 266*). Sally Dewcese w Kentucky, urodziła się 7 kwietnia 1824 r.; mając 1 rok życia zaczęła miesiączkować, a 20 kwietnia 1834 r. urodziła dziecko płci żeńskiéj, ważące $7^1/_2$ funtów. Sama miała wtedy wzrostu 4 stopy i 7 cali, a ważyła 100 funtów.

Scanzoni obserwował także dziewczynkę 8-letnią, która była tak rozwiniętą jakby miała lat 13—14, i oddawna już cierpiała na obfitą miesiączkę (*menstruatio profusa*) (*Krankh. d. weibl. Sexualorg. p. 263*).

ono aż do 72 r. życia bez żadnych nieprawidłowości w przyrządzie płciowym. B. d. Boismont, ze 177 spostrzeżeń, obliczył, że miesiączkowanie trwa przecięciowo, lat 28, 93; Tilt obliczył tę cyfrę z 271 wypadków na lat 30,89. Jako krańcowe cyfry otrzymali obadwaj z jednéj strony 5-letnie, z drugiéj 48-letnie trwanie téj czynności. Jeżeli trwa ona dłużéj, 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 maiczne, 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 Schweig'a z 500 spostrzeżeń, średnio na 27,39 dni, bywa bardzo różne u różnych kobiét; 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, Murphy na 596 kobiét, znalazł 496 u których miesiączka wracała co 28 dni, a jedną tylko, u któréj wracała co 30-ci dni; B. d. Boismont przeciwnie, spotykał typ 30-dniowy bardzo często. Wszelako w granicach zdrowia nie łatwo zdarza się napotykać, aby miesiączka przekraczała w swych wahaniach typ 21—35 dniowy; to téż Tilt, 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 téż 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 przynajmniéj są w związku ze zmianami sposobu życia, z używaniem stosunków płciowych, z ciążą, chorobami innych organów i t. p.

Odpływ krwi z macicy, towarzyszący dojrzewaniu jajka (*ovulatio*), trwa zwykle w naszych okolicach 3—5 dni; wszakże częstokroć przytrafia się, że bez jednoczesnych lub téż następczych zaburzeń, odpływ ciągnie się 8 dni, albo, co nierównie rzadziéj, że ustaje w krótkim bardzo czasie; niekiedy nawet trwanie jego liczy się tylko na godziny. Ilość wydalonéj przez ten czas krwi, bywa również bardzo zmienna i nieda się oznaczyć na miarę ani na wagę. W rzadkich wypadkach niema ani śladu odpływu krwistego, chociaż sprawy w jajniku jakie zwykły się odbywać podczas miesiączki, odbywają się tu, a obok tego nie zbywa na mniéj lub więcéj 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 dłużéj i jest ofitszy w miarę te⁰, jak temperatura miejscowa się powiększa; znaczniejszym téż bywa w miastach i u kobiét z klass wyższych, zbytkowniéj żyjących, aniżeli po wsiach i w klassie pracującéj (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 płciowéj, u jednéj i téj saméj kobiéty.

Zaburzenia patologiczne w miesiączkowaniu, dzielimy odpowiednio do ich pochodzenia na trzy klassy: brak miesiączki (*amenorrhoea*), miesiączka trudna czyli bolesna (*dysmenorrhoea*) i miesiączka zaobfita (*menorrhagia*).

a) Brak miesiączki

(*Amenorrhoea*).

Rzeczywisty brak miesiączki (gdyż o pozornym jéj braku, o tak zwaném wstrzymaniu miesiączki, *retentio mensium*, mówiliśmy już na str. 67 i następnych), rozciąga się zwykle na pojedyńcze tylko okresy wieku dojrzałości płciowéj, i przytrafia się najczęściéj 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 (*suppresio mensium*) występuje albo nagle. albo téż powolnie, przez stopniowe zmiejszanie 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 bardziéj ograniczoném, już w rozleglejszém znaczeniu tego wyrazu, t. j. także i sprawy zachodzące w jajnikach, zakłócają, lub je uniemożliwiają. Ostatni wypadek ma miejsce przy wrodzonym braku, zaczątkowym rozwoju, lub niedokształceniu jajników, gdzie albo wcale dostrzedz nie można najmniejszych oznak peryodycznéj czynności przyrządu płciowego kobiety, albo téż tylko niezupełne i to rzadko występujące objawy wspomnianéj czynności. Opóźniony rozwój tego

przyrządu, pociąga za sobą opóźnienie jego czynności; zaś zanik następczy, rozległe zwyrodnienie torbielowate lub rakowate, a ewentualnie także wyłuszczenie, przedwczesne zaprzestanie takowéj. Nieprawidłowości dotyczące macicy, mogą tylko powodować albo zupełny brak, albo uszczuplenie odpływów miesięcznych, towarzyszących dojrzewaniu jajek. Równie ograniczone znaczenie ma także brak miesiączki napotykany przy zupełnym braku, stanie zaczątkowym lub niedokształceniu macicy; przy zaniku następczym, przewlekłém zapaleniu, włókniakach, raku i gruźlicy tego organu. Z pomiędzy wad i chorób innych organów, lub też całego ustroju, te przedewszystkiem zdolne są spowodować brak miesiączki z równoczesném powstrzymaniem owulacyi, lub bez tego, które w wysokim stopniu upośledzają rozwój i odżywianie całego ciała. Dla tego też opóźnione pojawianie się miesiączki spostrzegać się daje najczęściéj przy blednicy a następnie przy gruźlicy. Ważną też rolę odgrywa tu nastrój ducha, jak się to już wykazuje nawet w obrębie zdrowia duchowego, z wpływu długotrwałych a szczególniéj pognębiających affektów [1]), a więcéj jeszcze z wstrzymywania się miesiączki u melancholiczek i t. p.

Nie rzadko zdarza się spostrzegać ostre wstrzymanie miesiączki t. j. nagłe zaprzestanie odpływu krwi miesiączkowéj, w skutek szkodliwego wpływu fizycznego lub psychicznego. Przyczyną większéj części tu się odnoszących wypadków było albo raptowne zaziębienie, zwłaszcza po rozgrzaniu się, albo też gwałtowne pognębiające 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 (kubeby, balsam kopaiwiany), przy szczególnéj wrażliwości chorych, gwałtownego a przynajmniéj niepowściągliwego spólkowania, 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; najczęściéj dają się tu spostrzegać objawy mniéj lub więcéj gwałtownego nawału do wewnętrznych części rodnych, zwłaszcza też 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 potém 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 peure excessive, d'etre grosse ou par le vif désir d'avoir des enfans. Archiv. gener. Mai 1865*).

widłowy. Bardzo jednak często odpływ krwi zostaje na długo lub na zawsze wstrzymanym a przynajmniéj zmniejszonym, gdyż choroby z razu wywołane, przybierają przebieg przewlekły. W takich razach powstać może następczy przerost sutek; najczęściéj 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 nawału z krwotokiem lub bez, bądź też pod postacią prawdziwego zapalenia; co miało po sobie pozostawiać przewlekłe zapalenie oskrzeli lub opłucnéj, przerost wątroby, śledziony, padaczkę, obłęd, szaleństwo, ślepotę, głuchotę i t. p. Spostrzegano nawet ogólny przerost całego ciała, uwydatniający się szczególniéj na skórze, tkance podskórnéj 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*). Najczęściéj bywa to krwotok z nosa, żołądka, płuc, lub naczyń odbytniczych (hemorroidalnych); daléj — z jamy ustnéj, a osobliwie z dziąseł; wreszcie ze skóry zewnętrznéj, lub tkanki łącznéj podskórnéj (zwłaszcza też na sutkach), z brodawki sutkowéj i t. d. Może on jednak pochodzić z każdéj innéj części ciała, i często kilkakrotnie zmienia miejsce w ciągu tego czasu jak miesiączkowanie jest wstrzymane. Jeżeli już który z organów ciała ze swéj strony uległ chorobie, a przeto stał się punktem mniéj odpornym (*locus minoris resistentiae*), to łatwo dostaje mu się w udziale krwawienie zastępcze; dla tego też widzimy często tego rodzaju krwotoki z naczyniaków, ran, przetok i wrzodów, a szczególniéj wrzodów na kończynach dolnych. Nie zawsze z miejsca zastępującego następuje prawdziwy krwotok; częstokroć ogranicza się to zastępstwo tylko na obrzmieniu puchlinowém lub zapalném, 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 wyłączném następstwem powstrzymania miesiączki, ale prócz tego, jakkolwiek nierównie rzadziéj, zdarzają się i przy pierwotnym jéj 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 zajście w ciążę. W osobliwych wypadkach, oprócz normalnego odpływu z macicy, pojawiać się mogą nadto krwotoki w innych miejscach. Obserwowanie takiéj miesiączki, którąby nie tyle zastępczą, ile raczéj z b y t e c z n ą nazwać należało, wraz ze spostrzeżeniami wyżéj przytoczonemi, 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 miesiączkowych 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 znaczniejszego dosięga stopnia. Pod takim wpływem, rozumie się, wydzieliny patologiczne będące produktem istniejących owrzodzeń, nieżytów błony śluzowéj kiszek i innych organów, cierpień gruczołów skóry na czas pewien stają się obfitszemi; cienkościenne naczynia brodawkujących ran lub sińców pękają, a nieusposobione zkąd 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 przedewszystkiém 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 dostępnemi dla sztucznéj pomocy, albo téż 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 téż 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 miesiączkowych. Zwracamy na to szczególną uwagę; gdyż nieraz w podobnych okolicznościach zdarzało nam się widzieć, jak lekarze

mając przed sobą osoby od wielu lat niepłodne 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 téż z pomiędzy tych ostatnich głównie używa się tylko aloes, a cel zamierzony osięga się najłatwiéj, gdy go zastosujemy pod postacią lawatyw. Ze środków nie niebezpiecznych zalecać zaczęto w nowszych czasach krwawnik, pietruszkę i apiol, otrzymywany z jéj nasienia. Dyetetyczne użycie szafranu, według naszego własnego przekonania, nie zdaje się być całkiem bezskuteczne. Środki zewnętrzne, zapomocą których usiłujemy albo wywołać przekrwienie dolnéj połowy ciała, albo téż działanie reflexyjne na macicę, a w szczególności: drażniące kąpielie nóg, ciepłe kąpiele nasiadowe i połowiczne, gorczyczniki i suche bańki stawiane na kończynach dolnych i okolicy krzyżowéj, natryski na dolną część grzbietu, bardzo często zawodzą; z pomiędzy nich najskuteczniejszemi jeszcze okazały się nam zimne natryski. Wielokrotnie zachwalany but J u n o d' a w próbach dokonanych z nim przez M i k s c h i k' 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 saméj macicy. Już kilkakrotne zastosowanie natrysków z zimnéj wody, częstokroć sprowadza napowrót miesiączkę; w innych razach do natryskiwanego płynu dodać można amonii gryzącéj. Gdzie i to postępowanie okaże się niedostatecznem, tam zasługuje na zastosowanie przystawienie pijawek do części pochwowéj, pędzlowanie ust macicznych naciągiem jodowym (*tinct. jodi*) [1]) i kateteryzm jamy macicznéj 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 S i m p s o n' a, urządzenia bańki dla macicy, została wprawdzie wprowadzoną w wykonanie, lecz nie okazała się praktyczną.

Wszystkie środki namiesięczne wtedy, rozumie się, najłatwiéj sprowadzają pożądany skutek, gdy zostaną użyte w czasie gdy usilowa-

[1]) M i k s c h i k po 1-ro dniowém użyciu naciągu jodowego zalecanego przez B o i n e t' a w wielu razach osiągnął pożądany skutek (*Wiener. med Wochenschr. 1855. Nr. 22*).

nia miesiączkowe albo już dają się uczuwać, albo wkrótce są spodziewane. U wielu dziewic dopiero wyjście zamąż i spółkowanie działało jak środek namiesięczny i zupełnie uregulowało miesiączkę.

Przy nagłém wstrzymaniu odpływów miesięcznych wskazanie przyczynowe także bardzo często na pierwszy plan występuje; wszakże nie tak często jak przy pierwotnym braku miesiączki; mianowicie też: 1°) jak najwcześniéj, 2°) w takich razach, gdy wstrzymanie wywołaném zostało nie raptownie, pod wpływem jednéj szkodliwości, ale zwolna, wskutek długotrwałych, nieprzyjaznych wpływów zewnętrznych, jakiemi są zimne, wilgotne mieszkania, lub też szkodliwe zatrudnienia. Jeżeli miesiączka została wstrzymaną skutkiem nagłego zaziębienia, to bardzo często do przywrócenia jéj 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 osięga celu, albo też gdy wypadek nie jest zbyt świeży, to należy bezzwłocznie przystąpić do zastosowania wyż wymienionych środków odciągających (kąpieli nóg i t. p.), a gdzie niebezpieczeństwo zagraża, do upustu krwi z części pochwowéj macicy.

Skoro tym sposobem odpływ krwi napowrót został wywołany, to często zdarza się widzieć, że złe następstwa albo wcale nie występują, albo przynajmniéj wkrótce same przez się znikają. Gdzie taki skutek nie nastąpił, albo gdy już upłynął długi przeciąg czasu od podziałania przyczyny chorobowéj, tam nie pozostaje nic innego, jak tylko z razu leczyć choroby wtórne, a późniéj, w czasie gdy wstrzymana miesiączka powinnaby powrócić, usiłować przywrócić ją odpowiedniém postępowaniem. Jeżeli odpływ miesięczny zbaczać zacznie od normalnéj 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 uprzedniéj choroby usposobiony był do przyjęcia téj roli, potrzeba przystąpić do leczenia owéj choroby, aby zapobiedz powtórzeniu się takiego krwotoku. Na tych samych zasadach polega także leczenie pierwotnéj miesiączki zastępczéj, t. j. takiego zboczenia, które zaraz od nadejścia dojrzałości płciowéj, bez poprzedniego wstrzymania odpływu miesięcznego, na niewłaściwém 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 osobliwemi dolegliwościami i cierpieniem. Najczęstszemi objawami bywają tu bóle w podbrzuszu, okolicach: krzyżowéj i lędźwiowéj, oraz w udach, jużto tępsze, już żywsze, to ciągłe i peryodycznie wzmagające się, to znowu wyraźnie przepuszczające, rznące 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 różném nasileniem, lub téż występują dopiéro pod koniec. Do bólów tych bardzo często przyłączają się zaburzenia w sferze czucia i ruchu innych organów; zwykle kurcz żołądka z wymiotami; niekiedy rznięcie w kiszkach 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 więcéj lub mniéj 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 opisanéj zapalnéj formy kolki miesiączkowéj, określają nazwą nerwowéj, nie bywa ani objawów gorączkowych, ani téż objawów nadmiernego nawału, a niekiedy nie bywa żadnéj ze zmian dających się przedmiotowo dostrzedz w organach rodnych, które to zmiany zresztą nie u każdéj miesiączkującéj kobiety występują.

Odpływ miesięczny, przy utrudnionéj 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, przyczém bóle niby porodowe się wzmagają; nakoniec nie rzadko wydalane zostają błoniaste kawałki, objętości $^1/_2$—1—2 cali kwadratowych, które są prawdziwemi cząstkami błony śluzowéj macicy zamienionéj 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 jéj części. Daje się ona spo-

strzegać przy istnieniu zaczątka zaledwie macicy, lub przy niedostatecznem jéj rozwinięciu, gdzie występuje pod formą nadzwyczaj silnych usiłowań miesiączkowych; daléj przy przemieszczeniu jajników, a zwłaszcza przy przepuklinach, gdzie rozpoczyna się silnemi bólami w zawartościach worka przepuklinowego. Do tych wypadków, w których miesiączka 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.

Najczęściéj zdarza się miesiączka bolesna maciczna. W ścisłém znaczeniu nazwy mechanicznéj 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 miesiączkowy połączony bywa ze znacznemi dolegliwościami, ale jak tu dolegliwości te nie zawsze z jedném występują natężeniem, i raz dłużéj trwają, drugi raz szybciéj przechodzą; tak téż zdarza się niekiedy, że odpływ miesięczny w pewnych okolicznościach prawidłowo się odbywa. Zwężenie szyi macicznéj nie zawsze utrudnia odpływ wydzielonéj krwi, ale głównie wtedy, gdy krwawienie jest obfitsze, i szybko znaczniejsza ilość krwi dostaje się do jamy macicznéj; przy skąpém bowiem wydzielaniu nie bywa tak przykrego następstwa. To téż przy rozpoznawaniu mechanicznéj miesiączki utrudnionéj, obok szerokości ujść macicy zawsze brać należy pod rozwagę sposób miesiączkowania.

Nierównie częstszą od mechanicznéj bywa miesiączka trudna organiczna t. j. taka, któréj podstawą bywają jawne nieprawidłowości w macicy, nie utrudniające jednak bezpośrednio odpływu krwi. Najróżnorodniejsze choroby tego organu, poprzednio już opisane, jak zboczenia w położeniu, przewlekle zapalenie i przerost, guzy włókniste, polipy, rak, gruźlica, pociągają za sobą mniéj lub więcéj znaczne dolegliwości podczas miesiączkowania. Dolegliwości te odpowiadają zwykle nawałowéj formie kolki, ale niekiedy także i formie nerwowéj, jak np. przy niektórych guzach włóknistych, które tylko sprawiają targanie macicy.

Wypadki w których wyśledzić można zmianę w utkaniu macicy, a przynajmniéj zboczenia co do kształtu i położenia, jeżeli nie wyłącznie, to przynajmniéj przeważnie należą do tych, przy których oddzielają się

większe płatki błony śluzowéj macicy, a nawet cała błona doczesna miesiączkowa zostaje wydaloną w postaci trójkątnego worka. Błoniasta ta forma trudnéj miesiączki po raz pierwszy dokładniéj została opisaną przez Simpson'a i Oldham'a, a Virchow miał sposobność widzieć na zwłokach początek sprawy odłuszczania się. Niższe stopnie téj formy zdarzają się bardzo często; według Scanzoni'ego stanowią one $^2/_3$ wszystkich wypadków kolki miesiączkowéj. To jest w związku z tą okolicznością, że kolka miesiączkowa jest zwykłém zjawiskiem przy przewlekłém zapaleniu macicy, które znowu jest chorobą tak częstą. Istniejące przy tém długotrwałe przekrwienie i rozpulchnienie błony śluzowéj, ten za sobą pociąga skutek, że w ową błonę, z chwilą nastania nawału miesiączkowego, nasiąka większa ilość osocza krwi. To znaczenie osłabia związek warstw powierzchownych z głębokiemi, a następujące późniéj kurczenia się macicy uzupełniają rozdział do reszty. U jednéj z naszych chorych powtarzało się to przez 8 lat przy każdéj miesiączce, w ten sposób, że za każdym razem, objętość i kształt wydalonych błon ściśle odpowiadały jamie macicy. Jednakowoż bardzo często sprawa ta od czasu do czasu tylko w widoczny odbywa się sposób, i wtedy z tém większą pewnością można jéj oczekiwać, im bardziéj zwiększają się dolegliwości w przerwie poprzedzającéj miesiączkę, a tém samém im większe jest już tutaj przekrwienie.

W wypadkach powyżéj rozbieranych zaburzenia w miesiączkowaniu widocznie zależą od miejscowych zmian chorobowych. Częstokroć przecież zdarzają się i takie, w których, co najwyżéj, 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. Źdródłem utrudnionéj miesiączki 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 podniesionéj pobudzalności ograniczonéj 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 znajdą się zmiany w utkaniu, mianowicie téż guzy włókniste, a wtedy niepodobna wątpić, że podstawą uprzednich zaburzeń w miesiączkowaniu był już poczynający się rozwój owych guzów. Tam, gdzie utrudniona miesiączka nie da się objaśnić chorobami macicy i dodatkowych jéj części, dostępnemi dla rozpoznania t. j. nie

tylko przy ogólném maciennictwie, pojawia się ona przeważnie pod formą nerwową. Że zatém 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 jéj przyczynach.

Rozpoznanie utrudnionéj miesiączki w ogóle, rzadko bywa trudném. Pomięszaćby ją można tylko z poczynającém się poronieniem, lecz tego unikamy przez staranne zebranie wywodu choroby, oraz wybadanie wielkości macicy i t. p. Jeżeli podmiotowe podania chorych są wątpliwe, to stan rzeczy wyjaśnia się z dalszéj obserwacyi przebiegu.

Określenie formy i przyczyny trudnéj miesiączki jest niemożliwe, bez wyczerpującego rozbioru wszystkich podmiotowych i przedmiotowych objawów.

Leczenie utrudnionéj miesiączki, tam gdzie da się wyśledzić przyczynowy jéj związek z pewnemi chorobami miejscowemi lub ogólnemi, powinno się stosować do tych ostatnich, gdyż bez usunięcia przyczyny, nie można się spodziewać aby uleczenie było trwałém.

Pierwszém pytaniem jakie się tu nastręcza jest to, czy sprawa przyczynowa przeszkadza odpływowi krwi miesiączkowéj przez zwężenie ujść macicy, i czy tém samém nie ma wskazania do pomocy mechanicznéj. Nowsza literatura peryodyczna świadczy, że poglądy różnych gynekologów w tym punkcie znacznie się rozchodzą [1]). Wprawdzie każdy z nich, przy utrudnionéj miesiączce z przyczyny mechanicznéj pragnie uczynić zwężone ujście lub szyję macicy przepuszczalnemi; ale niezgoda poczyna się odtąd, gdy zaczyna iść o wybór środka do dopięcia powyższego celu, a szczególniéj 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. Avril 1 i July 8. 1865.*

dności) tylko w obrzmieniu błony śluzowéj; ograniczają się więc tylko na leczeniu nieżytu i na prostych nacięciach, a mimo to nie mniejsze mają powodzenie aniżeli inni lekarze.

Simpson, Martin i inni, uważają w większéj liczbie wypadków stożkowate rozszczepienie szyi macicznéj jeżeli nie za niezbędne, to przynajmniéj za jedynie zdolne dać nadzieję pewnego rezultatu. Najdaléj posuwa się Marion Sims, który nawet uważa skutek krwawego rozszerzenia szyi macicznéj 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 zmaczanego w glicerynie, oraz rozszerzadeł, dla uniknienia w następstwie zrośnięcia. Nawet przy nieuleczalnych zgięciach usiłuje on usunąć trudne miesiączkowanie na drodze operacyjnéj. Rozszczepia mianowicie jedną z warg macicznych (tylną przy przodozgięciu i odwrotnie) wzdłuż, aż do sklepienia pochwy, a następnie w kanale szyi macicznéj 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 posiłkowaliśmy się narzędziem Simpson'a, i nabraliśmy przekonania, że śmiałe rezszerzenie szyi macicznéj przy utrudnionéj miesiączce pewniéj zabezpiecza od ponów niż proste nacięcia.

Gdy przyczyny pozostaną niewyjaśnione, to częstokroć jeszcze pożyteczném się okazuje konsekwentnie przeprowadzone postępowanie dyetetyczne i terapeutyczne, dążące do poprawienia indywidualnéj konstytucyi, a skierowane, stosownie do właściwości téj ostatniéj, jużto przeciw ogólnéj pełnokrwistości i skłonności do nadmiernych nawałów miesiączkowych, już znowu przeciw niedokrwistości i drażliwości nerwowéj. To téż, zarówno przy nawałowéj jakotéż przy nerwowéj formie trudnéj miesiączki, osiągnąć można pomyślny skutek, raz przez użycie wód mineralnych przeczyszczających i roztwarzających; drugi raz przez zastosowanie kuracyi ser-

watkowéj, zalecenie przebywania w klimacie alpejskim, użycie zdrojowisk żelaznych, kąpieli morskich, lub wyrozumiałe leczenie zimną wodą.

Napady same, stosownie do ich charakteru, rozmaicie leczone być muszą. Jeżeli macica i dodatkowe jéj części znacznie są przekrwione, to stan taki wymaga leczenia przeciwzapalnego. Postawienie 4—6 pijawek do części pochwowéj, lub nacięcie ust macicznych zaraz w początku, gdy się tylko pojawią usiłowania miesiączkowe, 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 piérwszym, mającym nadejść, peryodzie miesięcznym, tam, prócz uwzględnienia wskazań przyczynowych, odpowiedniém będzie przedsięwziąć miejscowy upust krwi, na 1—2 dni przed nadejściém usiłowań miesiączkowania. Postępowanie takie jest téż najwłaściwszém przy błoniastéj formie miesiączki, dla złagodzenia nastąpić mającego napadu. Angielscy szczególniéj gynekologowie, w celu zapobieżenia ponowom i równoczesnego uleczenia istniejącéj niepłodności, oświadczali się w tych wypadkach za energicznem leczeniem w przerwach międzymiesiączkowych, zalecając z jednéj strony miejscowe i wewnętrzne użycie bromu, jodu i rtęci; z drugiéj strony przyżeranie błony śluzowéj macicy sztyftem saletrzanu srebra i wewnątrzmaciczne nastrzykiwania naciągu jodowego, roztworu kamienia piekielnego i innych środków przeistaczających. Opierając się na własném doświadczeniu, nie możemy zaprzeczyć, że te rozmaite środki mogą być pożytecznemi; należy tylko pamiętać, że i błoniasta forma trudnéj miesiączki nie jest chorobą samoistną, lecz objawem sprawy chorobowéj, którą należy wynaleźć i leczyć. Przy przewlekłém zapaleniu macicy, stosownie do okoliczności, wskazane jest zarówno podawanie środków roztwarzających, jakotéż i miejscowe użycie przeistaczających. Skoro się to wskazanie wypełni, zmniejsza się téż skłonność do oddzielania się błony śluzowéj macicy podczas miesiączkowania. W późniejszych za to okresach środki wzmacniające, zwłaszcza przetwory żelazne, obok powtarzanych miejscowych krwi upustów, więcéj częstokroć przynoszą pożytku, nawet dla zwalczenia spodziewanéj kolki miesiączkowéj.

Gdy trudna miesiączka 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 pryszczydła [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 stolcowych, do podskórnego nastrzykiwania morfiny, lub podawać eteryczny olejek rumiankowy, wodę gorzkich migdałów, makowiec i t. p.

W częstych bardzo formach pośrednich, częstokroć daleko lepiéj i zwykle téż nierównie prędzéj uśmierza cierpienia chorych równoczesne zadawanie napojów pobudzających poty, gorącego wina, roztworu octanu amonii i zastosowanie ciepłych suchych okładów aromatycznych na podbrzusze, aniżeli wyłączne leczenie środkami przeciwkurczowemi i odurzającemi.

c) Obbfita miesiączka i krwotok maciczny.

Menorrhagia (*Menstruatio nimia s. profusa*) *et Metrorrhagia.*

Przy opisie krwotoków z niebrzemiennéj macicy, odróżniać potrzeba dwa ich rodzaje, stosownie do tego, czy występują one jako chorobliwie powiększony odpływ miesięczny (*Menses nimii*), czy téż niezależnie od peryodu miesiączkowego, 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 miesiączkowe nie jest już fizyologicznem, 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 pryszczącego. Kawałek płótna zmaczanego 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 gynekologów tylko takie odpływy miesiączkowe chcą uznać za nadmierne (*menorrhagia*), które obfitością swoją nie korzystnie już wpływają na zdrowie. Kryteryum to jest wszakże niewystarczającém; gdyż częstokroć małe już wzmożenie się krwawienia, bywa zależném od chorób organów rodnych, lub innych odleglejszych, i tém bardziéj zwraca na siebie uwagę lekarza, że niekiedy bywa ono piérwszym wydatniejszym objawem powodujących je chorób, które znowu częstokroć tylko w samych początkach mogą być uleczonemi.

To też lekarz, za każdém napotkaniem krwawienia, przekraczającego zwykłą miarę, nie powinien się zaspakajać przyjęciem, że ono odpowiada indywidualnym własnościom ustroju, lecz zawsze powinien usiłować wykryć szczególne przyczyny zboczenia indywidualnego, zostawiając rozstrzygnięcie kwestyi, czy krwawienie w danym razie przyjąć należy za prostą miesiączkę, czy za miesiączkę zaobfitą, rezultatowi takowych 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 miesiączkowym. Tam przeto gdzie typ miesiączkowy ściśle jest zachowany, nie może być żadnéj wątpliwości co do znaczenia takiego krwotoku. W innych zaś wypadkach, a mianowicie przy krwotokach występujących dopiéro 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 miesiączkowych.

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 sprowadzają w końcu krwotoki, jak się to często dzieje przy wypadnięciu macicy. Daléj, zaliczyć tu należy wielką ilość szkodliwych wpływów, które w pewnych przynajmniéj okolicznościach są w stanie wywołać znaczny nawał do organów rodnych. Najważniejszemi a zarazem najpospolitszemi z pomiędzy nich są: niewłaściwe zaspakajanie popędu płciowego przez surowe albo za częste spółkowanie (ztąd też właśnie kobiéty publiczne często

cierpią na krwotoki maciczne), lub też przez samogwałt; niestosowne użycie ciepłych kąpieli nóg, kąpieli połowiczych lub ogólnych, nastrzykiwań drażniących do części rodnych, garnków z węglami; wadliwa dyeta 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 zaobfitéj 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 fizyologiczny 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 fizyologicznych zaś, prócz miesiączki należą jeszcze: ciąże 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 saméj lub dodatkowych jéj częściach, albo też zależne od chorób organów odleglejszych lub całego organizmu; ogniwa pośrednie stanowią znaczniejsze przekrwienia tętnicze i żylne, 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 nawałem, 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. Pomiędzy przewlekłemi chorobami macicy, wiele jest bardzo takich, które sprowadzają znaczne rozpulchnienie błony śluzowéj tego organu, oraz pomnożenie, rozszerzenie i czasowo silniejsze przekrwienie zawartych w niéj naczyń. Do chorób takich należą: przewlekłe zapalenie, wypadnięcie, wynicowanie, zgięcia, guzy włókniste, polipy, rak. To też przy tych chorobach często-

kroć dają się spostrzegać silne i często wracające krwotoki miesiączkowe 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, jakotéż przewlekłe choroby takowych, połączone z powtarzającemi się przekrwieniami, dają również powód do krwotoków macicznych. Podobny wpływ wywierają takież same stany pozostałych organów miednicy, zwłaszcza odbytnicy i pęcherza moczowego.

Z pomiędzy chorób odleglejszych przyrządów, jako przyczynę zbyt obfitéj miesiączki i krwotoków macicznych, wymienić wypada przedewszystkiém choroby serca i płuc, które powodują, na drodze mechanicznéj, przepełnienie krwią całego układu żylnego i naczyń włosowatych, a w przyjaznych okolicznościach—przekrwienie żylne przyrządu płciowego. Z pomiędzy stanów patologicznych całego ustroju, połączone bywają z krwotokami macicznemi szczególniéj: skorbut, choroba plamista Werlhof'a, krwawnica, cholera, durzyca i ciężko przebiegające ostre wysypki; wszakże już blednica i niedokrwistość usposabiają do krwotoków miesiączkowych.

Przebieg. Miesiączkę 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, ciągnienie w pachwinach, nabrzmienie i kłucie w sutkach, zimno i gorąco naprzemian, ból głowy i ociężałość. 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 téż 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 ciężkiém ogólném cierpieniu, tracą życie. Krew wylana przy krwotoku macicznym nie zawsze odpływa natychmiast na zewnątrz, lecz często-

kroć nagromadza się w jamie macicy, chociażby nawet nie było zupełnego jéj zarośnięcia, jak np. przy zgięciach, i dopiéro bolesne skurczenia macicy wydalają ją. Powstanie t. z. polipów krwistych czyli włóknikowych, o ile się zdaje, zdarza się wyłącznie po przebyciu porodów bądź przedwczesnych bądź téż czasowych, i dla tego twory te opiszemy pomiędzy chorobami połogowemi.

Leczenie krwotoków miesiączkowych polegać winno na uwzględnieniu ich przyczyny, a następnie téj okoliczności, czy krwotok ma miejsce wśród objawów nawału, jako t. z. c z y n n y , czy téż przeciwnie jest b i e r n é j natury. Ważność wskazania przyczynowego dostatecznie się wykazuje z etiologii; to téż 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 łóżku, ale i to nie na zbyt miękkiém posłaniu i nie zbyt ciepło przykryte; na dzień jednak do spoczynku odpowiedniejszą będzie sofa, gdyż ciągłe ciepło w łóżku 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 krwotocznem (*Metritis haemorrhagica*), z początku przynajmniéj, nie są na miejscu właściwe środki tamujące krwotok, ale raczéj takie, które są w stanie zmniejszyć miejscowy nawał krwi. Mierna utrata krwi jest tu sama przez się zbawienną, gdyż najlepiéj zapobiega dalszemu wzmaganiu się przekrwienia albo i rozwijającemu się już zapaleniu. Dlatego téż nie należy robić natrysków z zimnéj wody do pochwy lub odbytnicy, gdyż chwilowe użycie zimna powiększa napływ krwi. Nawet

długotrwały wpływ zimna, który można najlepiéj wywołać przez wprowadzenie tamponu pęcherzowego wypełnionego kawałkami lodu, lub przez ciągłe 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 lżejszych wypadkach najbardziéj można zalecać, prócz przeciwzapalnego zachowania się, ze środków zewnętrznych tylko troskliwie zmieniane zimne okłady na brzuch, a do wewnątrz napoje chłodzące z dodatkiem kwasów roślinnych, i sole średnie przeciwzapalne, czyszczące. Prawdziwy pożytek obok tego przynoszą częstokroć rozmaite środki odwodzące, jak gorczyczniki, pryszczydła, suche bańki, okłady z gorącéj wody na piersi, plecy i kończyny górne w celu odciągnięcia krwi od przyrządu 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 późniéj objawy nawału ustąpią, albo téż gdy krwotok odrazu bez takowych się rozpoczął, tam stosownemi będą kwasy mineralne, w razie potrzeby połączone z solą glauberską; u kobiét 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.

Przeciwko biernym krwotokom, bez wszelkiéj obawy użyć można zimna. Zwykle używamy go pod postacią natrysków zimnéj wody, lub lodu, co jeżeli będzie wykonane z dostateczną troskliwością i często, w większéj liczbie wypadków wystarcza. Gdy takie postępowanie nie doprowadzi do pożądanego celu, to przechodzimy do tamponu pęcherzowego, albo téż przy pomocy wziernika macicznego stosujemy jeden z wielu środków działających ściągająco, a nawet żrąco. Z pomiędzy takowych, na największe zaufanie zasługują: ałun, 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 najczęściéj uda nam się nietylko krwotok powstrzymać, ale nadto powrotowi jego, na pewien czas przynajmniéj, 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 rozpulchniona, a także przy szkorbucie i krwawicy, wyszczególniony powyżéj sposób leczenia, może odmówić pomocy. Mieliśmy dosyć sposobności przekonać się, jak łatwo w takich okolicznościach, po kilkodniowéj tamponadzie lub t. p., krwotok wraca z dawném nasileniem. Wtedy próbować musimy ratować chore przez ostrożne nastrzykiwanie do wnętrza saméj macicy stężonego octu winnego, octu drzewnego lub półtorochlorku żelaza, przyczém nie zawsze chybiamy celu [1]).

Jeżeli skłonność do krwotoków nie polega na zmianach w mięszaninie krwi lub zboczeniach w całym układzie nerwowym, ale raczéj na zmianach w saméj błonie śluzowéj macicy, to należy zapobiegać ponawianiu się tych krwotoków przez następcze leczenie owych zmian, przyżeranie wnętrza macicy i t. p.

Tam gdzie przyszło do znacznéj 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 lawatyw.

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 thérap. Juill. 1846.*—Malgaigne: *Rév. med. chir. Avril. 1848.*—Makenzie: *London journ. May 1850.* v. Scanzoni: *Krankh. etc. 294.*—Briquet: *Traité clinique de l'hystérie. Paris 1859 p. 265.*

Już w uwagach przygotowawczych do opisu chorób przyrządu płciowego kobiety, wskazywaliśmy na częste pojawianie się prawdziwych

[1]) Savage i Noeggerath leczyli ostatecznie uporczywe krwotoki maciczne nastrzykiwaniem nalewki jodowéj do wnętrza macicy (*cf. Canstatt'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 takiż nerwoból w wypadkach, gdzie najstaranniejsze zbadanie wykazuje jeżeli nie zupełnie prawidłowy stan cierpiącego organu, to przynajmniéj tak małe zboczenia, że poczytanie ich za przyczynę niezwykłych dolegliwości dokuczających chorym, wymaga głębokiego zastanowienia. Gooch pierwszy na wypadki podobne troskliwą zwrócił uwagę; opisał je dokładniéj pod nazwą „chorobliwéj drażliwości macicy“ i postawił na równi z „drażliwém nabrzmieniem gruczołu mlecznego“ A'Cooper'a, — mastodynią. Oświadcza on wyraźnie, że w macicy takich chorych niepodobna wykryć żadnéj innéj nieprawidłowości, prócz czasowéj zbytecznéj dotkliwości części pochwowéj, a niekiedy jeszcze jednéj właściwości takowéj, którą on chętniéj chciałby nazwać naprężeniem aniżeli nabrzmieniem. Pomimo to następcy jego, jak Dewees, 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 objawem nerwobólu macicy są bóle w głębi miednicy, które nigdy prawie w zupełności nie ustają, a częstokroć nasilają się z nadzwyczajną gwałtownością. Najmniéj dokuczają one, gdy ciało jest w bezwzględnym spokoju; ale i w takim razie chore nie są wolne od napadów, które najczęściéj przychodzą podczas nocnego spoczynku, niekiedy dopiéro 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 brzusznéj, a częstokroć nawet oddawanie stolca. Taki sam skutek pociąga za sobą dotknięcie palcem części pochwowéj, a zwłaszcza pewnego jéj miejsca, które raz leży po prawéj, drugi raz po lewéj stronie. Wstawanie z miejsca i t. p. działa zapewne tak samo jak badanie ręczne, przez to, że przy tém macica się obniża, dając powód do mechanicznego wstrząśnięcia części pochwowéj. W czasie napadu, ból w pierwotném swém miejscu wzmaga się do tego stopnia, że chore doznają podobnego uczucia, jakby węgiel rozżarzony w macicy się znajdował. Określenia tego używały chore leczone przez Scanzoni'ego, i jedna z pomiędzy naszych chorych. Ale jednocześnie ból przeszywający rozpromie-

nia się na okolicę pachwinową i lędźwiową strony cierpiącéj, częstokroć, aż na uda. Druga połowa podbrzusza na wysokości napadu, bywa także siedliskiem podobnego, chociaż mniéj dotkliwego uczucia. Gooch, który spostrzegał 6 wypadków, podaje, że napady przychodzą pospolicie na parę dni przed albo po odbyciu miesiączki. Scanzoni zauważył istnienie podobnego związku tylko u jednéj z pomiędzy 3 chorych, a my napotkaliśmy u jednéj z pomiędzy 2-ch.

Usposabia do nerwobólu macicy niezwykła drażliwość tak cielesna jak i umysłowa; na co już Gooch zwraca uwagę. Z pomiędzy chorych Scanzoni'ego jedna była stanowczo maciennicką, zaś u 2 innych, widoczne były niektóre tylko objawy maciennicze. W jednym z wypadków przez nas obserwowanych maciennictwo było wszechstronnie uwydatnione; w drugim zaś miała miejsce niezwykła drażliwość psychiczna. Z drugiéj znowu strony, jest rzeczą niewątpliwą, że nerwoból maciczny rzadko daje się napotkać u maciennicek. Niektóre chore podają za przyczyny wywołujące gwałtowne wysiłki ciała podczas trwania odpływów miesięcznych, albo wkrótce po poronieniu, spółkowaniu i t. p. O ile się zdaje, cierpienie zdarza się częściéj po stronie lewéj niż po prawéj, i to przeważnie po przejściu lat kwitnienia.

Nerwoból maciczny trwa latami. Dobrowolne uleczenie nastąpić może z nastaniem wieku klimakterycznego lub po wyjściu za mąż.

Rozpoznanie opiera się na braku wszelkich, a przynajmniéj tak znacznych zboczeń 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 szczególniéj do rozwoju mięśnio-włókniaków, na co już poprzednio kładliśmy nacisk. W świeżych zatém wypadkach, tém więcéj będziemy się wstrzymywali od wyrzeczenia opinii, że prawdziwy nerwoból macicy należy do rzędu chorób rzadko napotykanych.

W celu leczenia Gooch zalecał osobliwie wytrwałe leżenie, kilkakrotne upusty krwi i używanie środków odurzających; po tém ciepłe kąpiele nasiadowe albo lepiéj częściowe kąpiele parowe, łagodne kuracye rtęciowe i drażnienia skóry. Dodaje przecież, że niektóre z pomiędzy chorych pozostały przy tém nieuleczone, u innych zaś choroba się

ponawiała. Scanzoni wyczerpał bezpożytecznie nietylko wymienione powyżéj, 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 dłużéj 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 macicznéj za pomocą hysterotomu Simpson'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 górnéj części przewodów Müller'a, przeto i wady ich rozwoju zdarzają się prawie wyłącznie w połączeniu z brakiem lub zaczątkowym stanem macicy, albo chociaż jednego jéj rogu. W wypadku podanym przez Blot'a [1]), mimo zupełnego braku jajowodu, macica była wprawdzie całkiem prawidłową, ale téż 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 otrzewnéj miednicy zwykle znaczną zajmuje przestrzeń, w większéj liczbie wypadków oddzielonym téż bywa równocześnie i przyległy jajnik.

W nowszych czasach Rokitansky zwrócił uwagę na pewną wagę rozwoju jajowodów często się zdarzającą, co do któréj 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 więcéj nad 1″ nie oddalone od jego końca brzusznego. Powstają one w następstwie zatokowatych wydęć jajowodów, które skutkiem cieńczenia ścian pękają, i dla tego bywają niekiedy otoczone licznemi długiemi strzępkami. Być może, że przez tego rodzaju dodatkowe otwory zapłodnione jajka mogą wypadać z jajowodów, dając powód do powstania ciąży brzusznéj.

Strzępiasty koniec jajowodów przedstawia także wielką rozmaitość kształtu. Bywa on albo równo ucięty, albo téż 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 końcowéj dętki Morgagni'ego.

Położenie jajowodów zależy przeważnie od sąsiednich organów. Co się zatém 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 udowéj.

2. Przekrwienia i krwotoki w jajowodach.

Oprócz podręczników anatomii patologicznéj i gynekologii, 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 téż i bierne przekrwienia napotykają się w jajowadach zwykle tylko w towarzystwie podobnych stanów w macicy; kończą się téż, jak i przekrwienia téj ostatniéj, częstokroć krwotokami lub zapaleniem. Krwotoki zdarzają się prócz tego jeszcze przy chorobach ogólnych z rozkładem krwi połączonych, jak przy durzycy, ostrych wysypkach, chorobie plamistéj Werlhofa. W razie wadliwego rozwoju macicy, krew miesiączkowa wydzielać się może z błony śluzowéj jajowodów, a nawet przy prawidłowém rozwinięciu, w razie niezwykłego natężenia fizyologicznego przekrwienia, może się rozszerzać na jajowody. Wreszcie przy zarośnięciu kanału rodnego,

czy to będzie zarośnięta pochwa czy macica, czy zarośnięcie będzie wrodzone czy nabyte, zawsze krew wylana do jamy macicznéj stopniowo przenikać będzie do jajowodów. Gromadzenie się zaś krwi w jajowodach, bez względu na to, z jakiéj 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 brzusznéj. Krew w ten sposób wynaczyniona tworzy to, co późniéj oddzielnie opiszemy pod nazwą: *haematocele.* 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 zewnątrzmacicznéj. Do nich należy zapewne i wypadek podany przez Godelle'a, który Kiwisch przyjął, wyrażając jednak to podejrzenie. W jednym wszakże innym wypadku, tak wywód, jakotéż i sekcya wykluczyły ciążę jajowodową. Royer [1]) mianowicie udziela widomość o pewnéj 39 letniéj, regularnie miesiączkującéj kobiecie, u któréj 9 Grudnia miesiączka się pojawiła, lecz odpływ był i obfitszy i trwał 2 dni dłużéj 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 widocznéj przyczyny, gwałtowny ból w podbrzuszu, wymioty, bladość i zimno, poczém nastąpiła śmierć. Przy sekcyi znaleziono wylew krwi wynoszący $2^1/_2$ litra, do jamy otrzewnéj, 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 (*Haematocele periuterina).*

3. Zapalenie jajowodów

(*Salpingitis*).

Oprócz dzieł anatomo-patologicznych i gynekologicznych Cruveilhier'a, Rokitansky'ego, Klob'a, Kiwisch'a, Scanzoni'ego i innych porównaj:

---

[1]) Bullet. de l'academie impér. de médéc. Octob. 1855.

Andral: *Anat. pathol. II. p. 700* —Dalmas: *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: *Wittelshöfer'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 fallopian 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 niepołogowym kobiety, należą do częstych chorób; ale tu występują one tylko pod postacią nieżytów. Przebieg ich bywa niekiedy ostry, zwykle jednak przewlekły. Ostry nieżyt, niezależnie od cierpienia innego organu, rozwinąć 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. Częstą niezależność nieżytu jajowodów od chorób macicy, wyjaśnia fakt, stwierdzony przez Hennig'a, że na 103 kobiét, u 44 zajętą była nieżytem błona śluzowa jajowodu, a tylko u 33-ch takaż błona ciała macicy.

Zapalenie jajowodów połogowe, bywa albo bezpośredniém następstwem pierwotnego zapalenia macicy, albo też dołącza się do zapalenia obok-macicznego (*Parametritis*), lub do zapalenia otrzewnéj, przyczém zapalenie z otrzewnéj przechodzi na strzęp, a ztąd na błonę śluzową zewnętrznéj części jajowodu. Tu, może ono, również często, jak połogowe zapalenie wnętrza macicy (*Endometritis puerperalis*), przedstawić się w charakterze błonicowym; a jeżeli będzie natury nieżytowéj, to wytwarza obfitą, ropiastą wydzielinę. Ale połogowy nieżyt jajowodów, z tego tylko powodu może miéć znaczenie praktyczne, że raz, skutkiem wylania się ropy do jamy otrzewnéj, może sprowadzić zapalenie otrzewnéj jajowodów (*Salpingo-peritonitis*), o którém będzie mowa przy opisie chorób połogowych; drugi raz, przechodzi w formę przewlekłą.

Przewlekły nieżyt jajowodów cechuje się anatomicznie coraz znaczniejszém rozpulchnieniem, obrzmieniem i szaroczarną lub czarno-granatową barwą błony śluzowéj; nagromadzeniem się lepkiéj lub ropiastéj 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 sąsiedniemi organami—jajnikiem, kiszką biodrową zagiętą, kiszką 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 szczególniéj można u kobiét publicznych, u których przewlekły nieżyt pochwy, macicy i jajowodów nie rzadko bywa powodem rozległego zapalenia otrzewnéj miednicy (kolki nierządnic). W szczególnych wypadkach przychodzi do częściowego owrzodzenia błony śluzowéj, a skutkiem tego, do zamknięcia światła jajowodu przez wytworzoną bliznę, lub też do przedziurawienia jego ściany. Wagner spostrzegał u pewnéj kobiety ciężarnéj bliźniętami w 8-mym miesiącu, pęknięcie do jamy otrzewnéj, 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 Andral'a do odbytnicy), albo też wylewa się od razu do przyklejonéj kiszki (Dalmas, Scanzoni) lub pęcherza moczowego (Dupuytren).

Skutkiem nagromadzenia się wydzieliny nieżytowéj, jajowody niekiedy bardzo znacznie zostają rozszerzone. Jeżeli napełnia się przeważnie koniec brzuszny, to zawartość może przez otwór odpłynąć do jamy brzusznéj. Gdy wspomnianą zawartością jest łagodny śluz, to, co najwyżéj podrażni on nieznacznie otrzewnę na ograniczonéj przestrzeni; a wpływ jego będzie jeszcze mniéj szkodliwy, jeżeli otrzewna, skutkiem przebywanych poprzednio spraw zapalnych, uległa zgrubieniu. Ale jeżeli zawartość będzie ropiasta lub posoczysta, to wylanie się jéj, wywołuje rozlane zapalenie otrzewnéj. Z tego powodu zejście takie, rzadko daje się spostrzegać po za okresem połogowym, a najczęściéj przy zapaleniu jajowodów miesiączkowém (*Salpingitis menstrualis*) (Förster, Buhl).

Jeżeli koniec strzępiasty jest zamknięty, to zbierająca się ciągle wydzielina, rozszerza jajowód workowato (*Pyosalpinx*); odpływ jéj 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 więcéj pokręconym, a miejscami pozginanym. To też rozszerzenie łatwo pociąga za sobą tworzenie się wielu torbieli, leżących jedna przy drugiéj na podobieństwo zwojów kiszkowych; niekiedy jednak ogranicza się tylko na jednéj części kanału, a mianowicie na ampułce, rozciągając ją do objętości pięści, głowy, a nawet jeszcze więcéj. 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 surowiczéj podobną, a warstwa mięsna, uciskana zawartością, zanika. W czasie rozwoju wspomnianéj puchliny, u młodych osób, gdzie naczynia nie są sztywne, mianowicie w początkowych okresach, często następują wylewy krwawe, które nadają zawartości barwę brunatnawą, 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 nietylko 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 pewnéj kobiécie, ktora w ten sposób przez pół roku traciła codziennie po funcie wody wypływającéj z części rodnych, a S c a n z o n i, w zwłokach kobiety dotkniętéj obustronną puchliną jajowodów, znalazł po lewéj 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 wieloletniéj przerwie w miesiączkowaniu, może być wyjaśnioném, jeżeli przyjmiemy, że u nich istniała puchlina jajowodu odpływająca, krwawa (*Hydrops tubae profluens sanguinolentus*); albowiem z zesztywnieniem ścian tętniczych, po dobrowolném 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 kiszki grubéj 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.

Nieżyt jajowodu, za życia choréj, 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 otrzewnéj, 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 znanemi objawami zapalenia otrzewnéj, 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 któréj 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 podbrzuszu. Ostatnie, śmiercią zakończone, zapalenie otrzewnéj, rozwinęło się z chwilą powrotu po trzymiesięcznéj przerwie, odpływu miesięcznego, który się pojawił w nadmiernéj ilości i z gwałtownemi bólami. Przy sekcyi, znaleziono torbielowate zwyrodnienie jajowodów, a w lewym z nich, wrzód przerwany do jamy otrzewnéj.

Jajowody rozdęte cieczą puchlinową, dostępne są dla dotyku. Położenie ich może być rozmaite. Najczęściéj znajdują się po bokach macicy, albo na tylnéj powierzchni téj ostatniéj; a w tym razie, nietylko 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 kiszkowych, zbliżona do szeregu leżących obok siebie torbieli, lub też podługowata; sprężystość posunięta aż do wyraźnego chelbotania, oraz ta okoliczność, że choroba w większéj liczbie wypadków równocześnie obie strony dotyka. Jeżeli guzy są niewielkie, to zwracając uwagę na wszystkie te znaki, można, przynajmniéj dość często, odróżnić puchlinę jajowodów od torbieli jajnika; zaś większe worki, po większéj części występujące z małéj 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 operacyi następowało wprawdzie zapalenie, lecz przy stosownem traktowaniu, ograniczało się ono, a torbiel już się więcéj nie wypełniała.

4. Nowotwory w jajowodach i obok nich.

Najczęstszemi z nowotworów bywają torbiele. Częstokroć siedzą one w znacznéj ilości wzdłuż jajowodów na otrzewnéj; bywają też rozmieszczone gruppami; ale w zwyklych razach, najwyżéj dochodzą objętości grochu. Zawartością ich bywa albo płyn mętny, jużto jaśniejszy, już ciemniéj zabarwiony; albo śluz kleisty; albo wreszcie tłuszczowa massa rozpadowa, z ziarenkami wapiennemi. Równie małe, i podobną zawartością wypełnione torbiele, znajdują się też dość często na brzusznym końcu jajowodu, gdzie w ten sposób są osadzone, na krótszéj lub dłuższéj szypułce, iż zdają się pochodzić z przeistoczenia strzępów. Nakoniec, w tém samém także miejscu, przyczepia się, istniejąca prawie u 4-téj części wszystkich kobiét, końcowa dętka jajowodu (twór analogiczny z dętką Morgagni'ego w przyjądrzu), powstająca z górnego końca przewodu Müller'a, nie zużytego przy rozwoju jajowodów, i przytwierdzona najczęściéj za pomocą pełnéj szypułki na 1—2″ ale niekiedy aż 7½″ długiéj.

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 tłuszczaki, wielkości fasoli lub orzecha laskowego.

Gruźlica pojawia się w jajowodach nietylko jako choroba wtórna, dołączająca się do pierwotnego zajęcia płuc i kiszek, ale nierównie częściéj jako pierwotna. W téj formie, rozwija się ona wprawdzie najczęściéj w latach zdolności płciowéj; w innéj, w czasie blizkim okresu połogowego; ale też niekiedy jeszcze przed nadejściem okresu pokwitania. Zwykle zajmuje ona jednostajnie oba jajowody; rozpoczyna się stale na błonie śluzowéj, najczęściéj na brzusznym końcu, i ztąd szerzy się niekiedy aż na błonę śluzową macicy. W mniejszéj liczbie wypadków, widzimy najpierw na błonie śluzowéj małe, szare lub szaro-żółtawe guziczki, zmieniające się w żółtą massę serowatą. Podczas tego przeistaczania się, wysięk gromadzący się w znaczniejszéj ilości w jajowodach, przybiera stopniowo też same własności. Jajowody przytém się rozszerzają; a częstokroć miejscami tworzą się na nich zatokowate rozdęcia. Częściéj, zaraz od początku powstaje rozległy nasięk gruźliczy, kończący się owrzodzeniem. Skutkiem rozdęcia jajowodów, potworzyć się na nich mogą guzy, wielkości kurzego jaja. Zwykle rozwija się gruźlicze 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 przedziurawieniem.

Gruźlica jajowodów zazwyczaj nie może być rozpoznaną. Jeżeli będzie daleko posunięta, a zwłaszcza jeżeli będą przy tém istniały zrosty z kiszkami, wtedy jajowody dadzą się wymacać; zaś przyrośnięcie wyśledzonego guza do górnéj bocznéj części macicy, w dwóch przynajmniéj 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 przeciwnéj, jak to S c a n z o n i miał sposobność spostrzegać. Częściéj 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 Ally. Wien. med. Wochenschrift. Nr. 2 — 4. 1860.* — Hesch l: *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 wstydliwych, mniejszych, łechtaczki, sutek. Wygląd kobiecy w tych wypadkach mało bywa wydatny, a czynności płciowych brakuje.

Częściéj już zdarza się spostrzegać wrodzone niedokształcenie obu jajników, z zachowaniem, lub bez zachowania płodowéj ich postaci (zrazowatéj); z zupełnym brakiem, albo z bardzo małą tylko ilością pęcherzyków Graaf'a. I w takim razie, inne organa, a zwłaszcza macica, często bywają niedokształcone. O ile przytém typ kobiecy ustroju może być zachowanym, i czy jeszcze objawy miesiączkowe 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 niedokształcenia takowych, chociaż istnienie jednego z tych stanów można rozpoznać, opierając się na innych jawnych wadach rozwoju przyrządu rodnego, na braku jego czynności, oraz na wyglądzie osoby, zbliżonym więcéj do typu męzkiego. 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 częściéj, i to nietylko obok zupełnego braku lub zaczątkowego stanu odpowiedniego rogu macicy, ale nawet przy macicy dokładnie rozwiniętéj. Sposób powstawania tych ostatnich wypadków wytłumaczony został objaśnieniami jakie dał Rokitansky względem targania, skręcania się około osi i oddzielania się jajników. Spostrzeżenie tego autora, dokonane na 14-dniowém dziecku, dowodzi, że nawet u płodu, zapalenie dać może powód do zrośnięcia się jajnika z kiszką, 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 brzusznéj, 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 resztka 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 brzusznéj.

Brak jednego jajnika nie przeszkadza odbywaniu się czynności płciowych.

Istnienie nadliczbowych jajników ostatniemi dopiero czasy zostało dostrzeżoném. Grohe znalazł u pewnéj 40-letniéj kobiety, która nadużywała stosunków płciowych, macicę z 3 ma jajnikami. Po lewéj stronie było ich dwa; oba małe: jeden w blizkości macicy, połączony z nią więzem jajnikowym; drugi daléj 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 prawéj stronie, ogłosił Klebbs; oba (przeistoczone) połączone były ze sobą powrózkiem 1,5 ctm. długim, więzem międzyjajnikowym.

2. Przemieszczenia jajników. Przepukliny.

Soranus ex Epheso: *De vulva et pudenda mulieb.* — 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: *Mende's Geschlechtskrank. des Weibes. Göttingen. 1836. Bd. II p 102.* — Neboux: *Archiv. génér. de médéc. 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 zrośnięć dodatkowych części macicy; lecz tylko właściwe przepukliny jajników.

Chociaż u kobiét przepukliny pachwinowe zdarzają się w ogóle rzadziéj aniżeli udowe, to jednak siedliskiem przepuklin jajnikowych najczęściéj właśnie bywają pachwiny. Spostrzegano je tu u noworodków (*Lassus*); a zdanie wyrzeczone przez Deneux'a, że przemieszczenia te i w innych napotykane wypadkach także należy uważać za wrodzone, spowodowane wyjątkowém rozwinięciem się pochwowego wyrostka otrzewnéj (*processus vaginalis peritonaei*), jak u mężczyzn, nader jest prawdopodobne. Jajnik, który wstąpił do kanału pachwinowego, pociąga za sobą jajowód i macicę, tak, że ta ostatnia, albo w większéj części (Desault), albo cała (Lellemant), wejść może do worka przepuklinowego. Zamiast macicy, opuścić się mogą pętlice kiszkowe (Soranus).

Z porównania różnych wypadków okazuje się, że przepukliny pachwinowe jajnika sprawiają zwykle, czasowo przynajmniéj, jakoweś uczucia nieprzyjemne i dolegliwe, ale nie koniecznie muszą pociągać za sobą znaczniejsze przypadłości; zwłaszcza też 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 jakiéj 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. Dopiéro po upływie tego czasu, a więc prawdopodobnie wtedy, gdy przemieszczony jajnik zaczął już ulegać zwyrodnieniu torbielowatemu, a zatém gdy nastąpiły w nim takie zmiany, które wywołują podobne następstwa chociaż chory organ leży wewnątrz jamy brzusznéj, przekrwienie towarzyszące miesiączkowaniu, wywoływać zaczęło nieznośne 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 Widerstein'a dotyczy może prawdziwéj ciąży zewnątrz-macicznéj, w przepuklinie udowéj. Wypadek Rektorzick'a ma zapewne za przedmiot ciążę w zaczątkowym rogu macicy, wypadniętym przez kanał pachwinowy, co i sam autor przyjmuje.

Oczywiście, bardzo pospolitém i łatwo dającém się objaśnić (dalszym rozwojem jajnika w worku przepuklinowym) następstwem, jest to, że przepuklina staje się nieodprowadzalną. W takich okolicznościach, Pott zdecydował się wyłuszczyć oba jajniki 23-letniéj dziewczynie, która z powodu bólów występujących przy pewnych ruchach, a zwłaszcza przy schylaniu się, była pozbawiona możności pracowania; — i operacya zakończyła się szczęśliwie. Niekiedy pojawiają się prawdziwe objawy uwięznienia, wymagające pomocy operacyjnéj (*herniotomia*). Neboux znalazł u pewnéj kobiéty, która nosiła pasek przepuklinowy i nagle dotkniętą została gwałtownemi przypadłościami, jajnik uwięzły w obrączce pachwinowéj wewnętrznéj, częściowo zrośnięty z workiem przepuklinowym, i odprowadził go, rozciąwszy poprzednio obrączkę pachwinową w dwóch miejscach. W innych razach, worek przepuklinowy ulega zapaleniu ropnemu; jak się to zdarzyło w jednym wypadku Lassus'a, gdzie u dziewczynki 4 czy 5-letniéj, po otworzeniu 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 ostatniéj ciąży, po upadnięciu, uczuła po raz pierwszy bóle, rozciągające się od lewéj pachwiny do prawéj okolicy biodrowéj, i wzmagające się szczególniéj przy poruszeniach dziecka. Bóle te pod koniec ciąży znowu się pojawiły, a po rozwiązaniu jeszcze bardziéj 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 operacyi, 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 żadnéj ulgi; ostatecznie jednak chora wyzdrowiała.

P a r k e r, w zaciśniętéj, prawostronnéj przepuklinie udowéj, od wielu już lat istniejącéj, znalazł prócz odprowadzalnéj pętli kiszek, jeszcze jajowód i jajnik, ale organa te poznał dopiéro wtedy, gdy odciął strzęp jajowodu, który był podobny do dawnego wytworu zapalnego. I ta operowana, po odprowadzeniu jajnika i pozostałéj 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, szczególniéj przez wykonanie cięcia cesarskiego.

Rozpoznanie. Dotychczas rozpoznawano przepukliny jajnikowe za życia, tylko po otworzeniu worka przepuklinowego przy herniotomii; że pominiemy wypadek M e a d o w s'a, w którym wpływ nawałów miesiączkowych 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 miesiączkujących, 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 rozmaitéj objętości, o zawartości nieodprowadzalnéj. W razie potrzeby, rozpoznanie do pewnego stopnia opieraćby należało, na podobieństwie téj zawartości do

zdrowego lub chorobliwie zmienionego jajnika, na następczych 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 wiąz, 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 Hôpit. Nr. 4. 1857.* — B. Schultze: *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 Hôpit. Janvier 1862.* — Klob: *Pathol. Anat. p. 374.*

Przekrwienie jajników występować może niezależnie od peryodów miesiączkowych, zarówno pod formą czynną, jakotéż i bierną. Rozwija się ono wtedy zazwyczaj z tych samych przyczyn, co i niemiesiączkowe przekrwienie macicy, i najczęściéj dotyka równocześnie oba jajniki. Częstszemi są jednak wypadki, w których nawał miesiączkowy nadmiernego dosięga stopnia, tak, że wyrównanie zwykle potém następujące, w tym razie się opóźnia lub nie bywa zupełném, albo téż w jajniku przychodzi do wynaczynienia lub zapalenia.

Krwotok ograniczyć się może jedynie do jamki tylko co dojrzałego pęcherzyka Graaf'a; a w takim razie, tylko swą przedwczesnością, i tą okolicznością, że nastąpił przed pęknięciem tegoż pęcherzyka, wyróżnia się od fizyologicznego wylewu krwi, następującego podczas każdéj miesiączki. W ten sposób, jak Klob się spodziewa, możnaby wytłumaczyć pojedyncze wypadki niepłodności, w których nawał miesiączkowy regularnie niezwykłego dosięga natężenia (czego dowodzi stale wracająca zbyt obfita miesiączka) nie sprowadzając przytém odłuszczenia się błony śluzowéj 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 fizyologicznie skutkiem pęknięcia powstałéj szpary, czopkiem ze skrzepłéj krwi; lub też, może spowodować powiększenie się otworu, umożliwiając tym sposobem swobodne krwawienie na zewnątrz. Stosownie do obfitości tego krwawienia, albo zbiéra się mierna wybroczyna w przestrzeni D o u g l a s'a, tworząc tak zwany krwistek zamaciczny (*haematocele retrouterina*), albo téż, 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 otrzewnéj, jak przy pęknięciu powłok mieszczących płód w ciąży zewnątrzmacicznéj.

Chociaż mimo znacznego rozdęcia pęcherzyka, rozdarcie jego nie nastąpi, nie wyklucza to bynajmniéj niebezpieczeństwa następczego zapalenia otrzewnéj; wszakże nierównie częściéj oczekiwać można stopniowego ściągania się, a ostatecznie zabliźnienia torbieli krwistéj, skutkiem wessania surowicy, rozpadnięcia się i wchłonienia włóknika, oraz przeistoczenia 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 pewnéj młodéj kobiety, u któréj z powodu niezupełnego rozwoju macicy, zjawiały się tylko regularnie usiłowania miesiączkowe z miernym odpływem śluzu, rzadko tylko krwią zabarwionego, powstał podczas trwania peryodu miesięcznego po prawéj stronie macicy, wyraźnie od niéj oddzielony guz ostro odgraniczony, okrągławy, sprężysty, mało dotkliwy, wielkości małego jaja. Guz ten już w ciągu trzech tygodni, zmniejszył do $^1/_3$ swą objętość. Że siedlisko jego rzetelnie zostało określoném, przemawia za tém 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 płciowéj, a nawet u noworodków i u płodu. Wtedy, dotykają one częstokroć cały szereg pęcherzyków, które pęcznieją do objętości grochu. Im ściany pęcherzyków są cieńsze, tém prędzéj 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 połogowych, lub chorób ogólnych, odznaczających się szczegól-

ną skłonnością do krwawienia i nie przedstawiają w ogóle interesu praktycznego.

4. Zapalenia jajników (Oophoritis).

a) Zapalenie jajników nie połogowe.

α) Zapalenie ostre.

Chéreau: *Malad. des ovaires. 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 najczęściéj podczas trwania odpływów miesięcznych, jeżeli takowe zostaną nagle przytłumione, albo też jeżeli pod jakimbądź wpływem nawał miesiączkowy 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 torebkach i w miąższu. Jajnik, będący w stanie zapalenia, przedstawia się nabrzmiałym; że jednak powłoka biała tegoż, jest mało podatna, więc też objętość jego co najwyżéj, może się podwoić. Chore pęcherzyki bywają napęczniałe i wypełnione płynem krwistym, mętnym, ropiastym, w którym pływają większe lub mniejsze kosmki błony ziarnistéj, oraz skrzepki włóknikowe. Ściany ich i sąsiednie części podścieliska są mocno przekrwione. W miąższowéj formie zapalenia, całe podścielisko bywa przepełnione krwią, przesiąknięte płynem surowiczym 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-

palnéj. Zapalenie około-jajnikowe (*perioophoritis*) występuje tu jako cierpienie następcze, podobnie jak tam, gdzie się przyłącza do zapalenia około-macicznego lub około-jajowodowego; może się ono jednak rozszerzyć na przyległe listki otrzewnéj, a nawet przekroczyć miedniczy jéj 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 otrzewnéj; to téż dopóki ta ostatnia mały bierze udział w sprawie chorobowéj, dopóty ból bywa co najwyżéj tępy, umiejscowiony w bocznych okolicach miednicy i wzmagający się przy szybkich poruszeniach ciała, jako téż 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 téż 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 otrzewnéj, lub wielki ropień w jajniku. Gdzie jednak miejscowe i ogólne przypadłości w krótkim czasie nie ustąpią, tam zawsze obawiać się trzeba pozostania jakowychś zaburzeń, lub ważnych chorób następczych. 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 sąsiedniemi organami; albo téż zapalenie staje się przewlekłém, to jest powłoka trwale mniéj lub więcéj grubieje, podścielisko buja i staje się zbitszém, a w miarę postępującego ściągania się tkanki łącznéj, część pęcherzyków marnieje, gdy tymczasem rozwój innych zostaje wstrzymanym. Skutkiem tego, powierzchnia organu staje się nie gładką, wzgórkowatą, zrazowatą. Stan ten, z powodu swéj tożsamości z analogicznemi 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 małéj natrafiają

się liczbie. W wypadku opisanym przez W e s t'a, po nagłém przytłumieniu miesiączki, rozwinął się, śród gwałtownych bólów i gorączki, guz w jamie brzusznéj sięgający ponad pępek. Począwszy od drugiego miesiąca, od czasu do czasu odpływały massy ropiaste z cewki moczowéj, a w siódmym, guz otworzył się do kiszek, poczém chora szybko przyszła do zdrowia. To samo u dziewczyny, która z takiegoż samego powodu zachorowała (a o któréj M o s l e r udzielił wiadomość), guz, doszedłszy stopniowo wielkości głowy dziecięcéj, otworzył się po trzech miesiącach do pęcherza moczowego, i dopiéro 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 sąsiedniemi organami nie zawsze zapewnia pomyślny przebieg; a rozlane zapalenia otrzewnéj, w skutek wylania się ropy do jamy brzusznéj, właśnie łatwo się zdarzają przy obecności małych ropni, wielkości orzecha.

Rozpoznanie. Ostre zapalenie jajnika wtedy tylko na pewno rozpoznaném 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 wewnętrznem, a i to jedynie wtedy, gdy pochwa nie jest zbyt wązka, a powłoki brzuszne podatne. W razie okoliczności mniéj przyjaznych, jako też w razie obficiéj nagromadzonego wysięku otrzewnéj, niepodobna wywnioskować nic więcéj 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 otrzewnéj miednicy.

Jeżeli badanie wykryje, że objętość cierpiącego jajnika przechodzi objętość wielkiego orzecha, to najpierw przypuszczać należy możliwość pierwotnego zwyrodnienia torbielowatego, z następczém zapaleniem ścian torbieli. W takich bowiem okolicznościach ropnie powstają nierównie częściéj, aniżeli wtedy, gdy jajnik w chwili rozpoczęcia się sprawy zapalnéj, 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 wcześnie zawezwie pomocy lekarskiéj. 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 niezmienioną. Tak się przynajmniéj rzeczy mają dopóty, dopóki w dalszym

biegu choroby nie przyjdzie do zrostów guza z sąsiedniemi organami, które mogą zmienić pierwotne stosunki.

Przy leczeniu, obok zadań wynikających ze wskazania przyczynowego (str. 267), w pierwszym okresie choroby, głównemi środkami będą miejscowe upusty krwi i łagodne środki rozwalniające, daléj jod i środki drażniące skórę. Skoro się rozwinie ropień, traktujemy go według zasad przyjętych dla leczenia ropni w miednicy.

β) Zapalenie jajników przewlekłe.

Rigby: *Med. tim. July 6. 1850.*—Kiwisch: *l. c.*— Henkel: *Wien. Wochenschr. Nr. 12. 1856.*—Rokitansky, *l. c. III, p. 420.* — West: *l. c.* — Aran: *Malad. de l'utérus etc. p. 569.* — Klob: *l. c. p. 339.*—Kugelmann: *Deutsche Klinik. Nr. 14. 1865.*

Rozpowszechnione w praktyce lekarskiéj błędne mniemanie, że jajniki wyżéj leżą, niż wykazuje anatomia; w połączeniu z wielką częstością bólów jedno lub obustronnych w pachwinach, przy najróżnorodniejszych sprawach patologicznych w macicy i jéj 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 patologicznem. Wychodząc z tego ostatniego, będziemy w prawie nazwać przewlekłém zapaleniem jajnika (jeżeli nie uznamy za lepsze, nazwę tę zupełnie zarzucić) taki tylko proces, który ostatecznie prowadzi do wspomnianéj już, przy opisie ostrego zapalenia, marskości jajnika. Przerodzenie to, bywa albo zejściem ostrego, nie połogowego, lub też połogowego zapalenia, albo też następstwem często się powtarzających lub trwałych przekrwień, i najczęściéj istnieje z dwóch stron.

Jajnik bywa mniéj lub więcéj powiększony (zwykle nieznacznie; wyjątkowo jednak aż do wielkości jaja); odporność jego, stosownie do okresu sprawy chorobowéj, bywa różną, i dopiéro 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 mniéj lub więcéj zbliżone do powierzchni macicy i skle-

pienia pochwy, tak, że od strony téj ostatniéj, z łatwością dają się dosięgnąć, po bokach szyi lub przesmyku macicy, bądź więcéj 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 wtorném, i spowodowaném bywa niekiedy pierwotném przemieszczeniem macicy, a zwykle jest następstwem uprzednich częściowych zapaleń otrzewnéj i powstałych skutkiem tego zrostów i przesunięć. To téż przemieszczenie takie zdarza się i bez wszelkich zmian chorobowych w tkance jajnikowéj, li tylko jako następstwo zupełnie skończonego processu w sąsiedztwie, bez przekrwienia jajnika. Z drugiéj strony, stosunkowo częste natrafianie się owego przemieszczenia przy przewlekłém 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 powyżéj zmiany w jednym lub w obu jajnikach wyśledzić się dają, uskarżają się zazwyczaj na wiele z a b u r z e ń w czynności organów, leżących w miednicy i odległéj. 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 nerwowéj i t. p., częstokroć zmuszeni będziemy zesłać się na oczywiste usposobienie dziedziczne lub indywidualne chorych. Bądź co bądź, opierając się na własném doświadczeniu, nie wątpimy, 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 wyżéj powiedzieli o namacalnych zmianach w jajnikach; nadmieniamy tylko, że jeżeli zechcemy brać pojęcie przewlekłego zapalenia jajników w ścisłém znaczeniu, to nie zdołamy go odróżnić przynajmniéj od poczynającego się przerodzenia torbielakowatego. To ostatnie bowiem rozwija się z tych samych przyczyn, i wśród takich samych objawów, co i przerost tkanki łącznéj; 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 łatwiéj dostrzedz aniżeli zapalenie jajnika. Stosownie do rodzaju tych powikłań, jako téż do indywidualnych warunków, zalecimy albo nacięcia szyi macicznéj, albo téż przystawienie pijawek do sklepienia pochwy, lub w inném odleglejszém 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 znaczniejszego przekrwienia. Jednocześnie lub późniéj, 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) Z a p a l e n i e j a j n i k ó w p o ł o g o w e.

B o i v i n et D u g è s: *Traité prat. II. p.*—L o e w e n h a r d t: *Casper's Wochenschr. Nr. 43. 1840.*—C h é r e a u: *l. c.*—K i w i s c h: *l. c.* — T i l t: *l. c.* — R o k i t a n s k y: *l. c.*—K l o b: *l. c. p. 379.*

Najczęściéj spostrzegamy je jako chorobę wtórną, dołączającą się do pierwotnego zapalenia macicy i zapalenia obokmacicznego (*Parametritis*), która, jako taka, będzie pomieszczoną przy opisie chorób połogowych. Niekiedy jednak, wśród tak zwanéj gorączki połogowéj, 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 częściéj niż prawy (w stosunku 25 : 11). Lecz podanie to, jako też i przegląd statystyczny T i l t'a, zestawiający różne drogi, któremi ropa może się wydalić na zewnątrz, bynajmniéj nie są pewne; gdyż obaj ci lekarze, zebrali spostrzeżenia, dotyczące po większéj części zwykłych ropni w miednicy. Przeciwnie, niepodobna zaprzeczyć, że przewlekłe choroby jajników nierzadko zawdzięczają swój początek nieznacznemu zapaleniu tych organów podczas połogu, jakoteż, że ropnie połogowe w jajniku powstać mogą zarówno z odkładania się ropy w pęcherzykach jako też i w miąższu. I przy połogowém zapaleniu jajników, silniejszy ból wtedy tylko się pojawia, gdy otrzewna przyjmie udział w sprawie chorobowéj. Jednakże tutaj jajnik, nawet bez równoczesnego istnienia silnego zapalenia otrzewnéj, może dojść znaczniejszych rozmiarów, gdyż błona biała łatwiéj się rozdziera; następnie ropa otworami może się przedostać między zewnętrzną powierzchnią a nowo powstałe błony fałszywe, nie przestając być odosobnioną od jamy otrzewnéj, i tym sposobem może tworzyć guzy znacznéj wielkości, wiele większe od głowy dziecka.

Po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, ropień pęka, a przy szybkim przebiegu ropa wylewa się zazwyczaj do jamy brzusznéj, co za sobą pociąga śmierć, skutkiem zapalenia otrzewnéj. W razie pomyślniejszych warunków, ściana ropnia zrasta się z przyległemi organami, a ropa, przedziurawiwszy je, otwiera sobie drogę na zewnątrz, tak samo jak zwykłe ropnie miednicy, z któremi 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, mniéj lub więcéj 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 dopiéro w miarę ściągania się części macicy obniżają się na swoje dawne miejsce, po bokach jamy miedniczéj. Przejście zapalenia w ropienie, ujawnia się zazwyczaj wyraźną gorączką ropną, a zmiękniénie guza i występujące w nim chełbotanie, potwierdza prawdziwość rozpoznania. Jeżeli wytwo-

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.

Haller: *Collect. disput. pract. Vol. IV.* — Roederer: *Progr. de hydrope ovarii. Gött. 1762.*— J. Lizars: *Observ. on extract. of diseased ovaria. Edinb. 1825. A. d. E. Weimar. 1826, z 5 kolorow. miedzioryt.* — E. J. Seymour: *Illustr. of some of the principal diseases of the ovaria etc. London, 1830.*— Boivin-Dugès: *Mal. de l'uterus. II. p. 519.*—E. Blasius: *Comment. de hydrope ovarior. profluente. Halae, 1834.* — J. Hamilton: *Pract. observat. on various subjects relating to midwif. Edinb. 1836. A. d. E. Berlin. 1838, p. 35.* — C. Clay: *Cases of the periton. section for the exstirpat. of diseas. ovaria etc Lond. 1842.*—G. Sontham: *Removal of a dropsical. ovarium. London 1843.*—S. Jeaffreson: *London. med. Gazette, 1844. Sierp. Paźdz.*— Cammus: *Révue médic. 1844. Listop.*— S. Lee: *On tumours of the uterus and its appendages. London. 1847. A. d. E. Berlin. 1848, p. 133.* — A. Chéreau: *Union medic. 1848. Nr. 65.*—Virchow: *Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. z. Berlin. VIII. p. 197.* — Bühring: *Die Heilung der Eierstocksgeschwülste. Berlin. 1848.*—Kiwisch: *l. c. II, p. 72.* — Pagenstecher v. Kilian: *Rhein. Monatsschr. III, 2.*— R. Lee: *Dubl. med. Press. Dec. 1850, oraz Lancet. Dec. 1851.* — Tilt: *London. Gaz. Jan. 1851.* — Martin: *Eierstockswassersuchten. Jena. 1852.*—Boinet: *Bull. de thérap. Août. 1852.*—Wagner: *Verhdl. d. Ges. der Geburtsh. z. Berlin, p. 181.*— Scanzoni: *l. c, p. 352.*— Boinet: *Gaz. des hôpit. Nr. 44, 1855.*— Atlee: *Americ. journ. of med. scienc. April. 1855.* —Carl Fock: *Monatsschr. f. Geburtsk. V i VI, 1856.*—Ad. Richard: *Bull. génér. de thérap. Février. 28. 1857.* — Labbé: *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. Geburtsk. 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. Geburtsk. 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.* — Tenże: *On ovarian dropsy. London. 1862.* — Hennig: *Monatsschr. f. Geburtsk. August. 1862.*—Nélaton: *Union méd. Nr. 143—146. 1861.*— Demarquay: *Gaz. méd. de Paris. Nr. 6. 1862, i Gaz. des Hôpit. Nr. 95. 1862.* — Gurlt: *Monatsschr. f. Geburtsk. August. 1862.* — John Clay: *Chapters on diseases of the ovaries, translated from. Kiwisch's clinical lectures, with an appendix on ovariotomy. London 1860 i Med. tim. and gaz. 1862. I. pag. 640.* — Wilson Fox: *On the origin, structura and mode of devalopment of the cystic tumours of the ovary. From Vol. XLVII. of the Med. chir. transact.*—Winckel: *Eine Ovariotomie. Antrittsprogramm. Rostock 1864.*—Eug. Dutrit: *Die Ovariotomie in England, Deutschland und Frankreich. Würzburg. 1864.*—Klob: *Path. Anat. p. 344.*—Spencer Wells: *Diseases of the ovaries; theis 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'ovariotomie, 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 przeistoczenia istniejących już przed tém przestworów, — z pęcherzyków Graaf'a. 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 wcześnie marnieje, skutkiem nagromadzenia się surowicy. Tenże sam badacz wykazał, że w wyjątkowych razach, nawet pęknięty pęcherzyk zamiast uledz zwykłéj przemianie wstecznéj, i zmienić się w ciałko żółte, przerodzić się może w torbiel. Torbiele pojedyncze zdarzają się niekiedy samotne, najczęściéj 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 więcéj, mogą sięgać objętości głowy, a nawet jeszcze znaczniejsze przyjmować rozmiary. Ściana ich składa się z warstwy tkanki łącznéj, zmiennéj grubości, która przechodzi w podścielisko i od wewnątrz wysłana jest nabłonkiem. Zawartość stanowi najczęściéj bezbarwny lub żółtawy płyn surowiczy lub surowiczo-białkowaty, rzadziéj ciągnący się lub galaretowaty; a jeżeli miały miejsce krwotoki do wnętrza torbieli, to płyn ten, stosownie do ilości przymieszanéj krwi i dalszych przemian, bywa czerwonawo-brunatny, podobny do osadu w kawie. Skutkiem przebytych zapaleń wewnętrznéj powierzchni torbieli, a zatém często po przekłuciach, zawartość staje się ropiastą lub posokowatą. Przelotne zapalenia otrzewnéj zmieniają też i zewnętrzną powierzchnię, która traci wejrzenie gładkie i połyskujące, grubieje, i zrasta się z przyległemi 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 któréj tu i owdzie spostrzegać można niezupełne przegrody i przewężenia, będące oznaką jéj 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 niezwykłéj 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 Graaf'a, nie tylko że nie biorą udziału w powstawaniu guzów wielokomorowych, ale nawet marnieją przytém. Kiwisch wyraził to zdanie przynajmniéj dla pewnéj części guzów, które oddzielił od torbielaków dając im nazwę zwyrodnienia dołkowatego, „alveoläre Entartung," gdyż początek ich rozwoju upatrywał w powstawaniu śród podścieliska jajnikowego, licznych komórkowatych przestworów, wypełnionych płynem białkowatym lub papką galaretowatą. Rokitansky, odnośnie form złożonych, doszedł do podobnego poglądu; uważał bowiem za sprawę pierwotną, przemianę podścieliska w twór

krokiewkowaty, składający się z zamkniętych, massą klejowatą wypełnionych torebek. Virchow dla torbieli nie pojedynczych wprowadził nazwę: „Eierstocks-Colloid.” Według jego opisu, powstają najpierw małe przestwory wysłane nabłonkiem, i zawierające w sobie substancyę klejowatą. Niektóre z nich rosną naturalnie ku obwodowi, i tym sposobem przybierają postać ostrokręgów 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. Massa klejowata 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 domieszaną 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. Förster śledził za opisywaną tu sprawą jeszcze daléj wstecz. On utrzymuje, że sprawa ta poczyna się przerostem podścieliska, następującym w skutek rozwoju tkanki łącznéj i wytwarzania się kupek jąder i komórek w téj tkance, gdy ona jest jeszcze w stanie zarodkowym; później, w miarę dojrzewania owéj tkanki, powiększają się komórki w kupkach i wypełniają substancyą klejowatą, zaś z komórek najpowierzchowniejszych powstaje nabłonek ściany włóknistéj.

Nowszemi wszakże czasy, Klob i Wilson Fox (ostatni, idąc za naszém zdaniem) pokusili się, i to z pomyślnym skutkiem, objaśniać powstawanie kolloidów jajnikowych zmianami w pęcherzykach Graaf'a. Wyniki do jakich doszedł Fox, zupełnie się różnią od opisu Förster'a, ale zgadzają się z podaniami Virchow'a; jeżeli wykazane przezeń sprawy, zechcemy uważać za proces wtórny, występujący w ścianie macierzystéj torbieli, zaś rozwój macierzystéj torbieli wyprowadzać będziemy od przeistoczeń pęcherzyków Graaf'a.

Według Fox'a, wtórne torbiele pochodzą w największéj części z kosmkowatych i gruczołowatych wybujałości torbieli macierzystéj. Na wewnętrznéj powierzchni téj ostatniéj podnoszą się komórki, złożone z pętliczki naczyniowéj, małéj ilości tkanki łącznéj i wielu warstw nabłonka. Pojedyncze, rzadko kiedy dosięgają znaczniejszéj długości nad $^1/_{10}$ lub $^1/_6$ cala. Jeżeli rozwija się ich wiele obok siebie, to powstają między niemi dętki kształtu gruczołów Lieberkühn'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 wybujałości, odciskające gruczoły do jamy torbieli. Tym sposobem, wżłabiać się mogą w ściany torbieli zarówno pojedyncze gruczoły, jako też całe gromady dętek zmienionych już, skutkiem przejść wyżéj wspomnianych; a w tém samém miejscu na nowo powtarzać się może wytwarzanie kosmków. Nowopowstałe torbiele potomne, okazują takąż samą dążność do wytwarzania wybujałości kosmkowatych, i t. d, skutkiem czego budowa tych guzów staje się coraz bardziéj złożoną. Ponieważ nabłonek gruczołów, jedno lub wielowarstwowy odłuszcza się i tłuszczeje, przeto ich budowa z początku bywa niewyraźna; a gdy przemiana wsteczna daléj postąpi, powstają nieregularne przestwory— siatka Rokitansky'ego. Jeżeli podścielisko ściany stłuszczeje, to torbiel pęka, najczęściéj do jamy torbieli macierzystéj; rzadziéj na powierzchni zwróconéj ku otrzewnéj. 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. torbielomięsak (*Cystosarcoma*), albo gruczołak (*Adenoma*); zaś w razie znaczniejszego porozszerzania wżłobionych gruczołów, torbielomięsak gruczołakowaty maciczny jajnika (*cystosarcoma adenoides uterinum ovarii*) Rokitansky'ego).

Fox zwraca uwagę na to, że powstawanie wybujałości gruczołowych, nie ma processu 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 wyżéj wymienionych, bywają jeszcze i inne sprawy, sprowadzające również wytworzenie się wtórnych torbieli w jajniku uległym puchlinie.

W cienkościennych torbielach powstają niekiedy wyrośle podobne do torebek, otwierające się na wewnątrz wązkim otworem, zaś na zewnętrznéj 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 zbitszych częściach podścieliska. Nareszcie i wybujałości brodawkowate wychodzące z wewnętrznéj powierzchni torbieli

mogą wytwarzać nowe dętki a nawet torbiele. Przy powstawaniu tych wybujałości, tkanka łączna nierównie większy bierze udział, aniżeli przy powstawaniu kosmków; a skutkiem rozgałęziania się krzaczkowato, brodawki zamieniają się na guzy znaczniejszéj objętości, dochodzące nawet wielkości pomarańczy. Pomiędzy niemi samemi, pomiędzy ich rozgałęzieniami, wreszcie u podstawy pomiędzy ich powierzchnią a ścianą torbieli, istnieć mogą przestrzenie zatokowate, które się zmieniają w małe torbiele. Godném jest jeszcze wzmianki, że wybujałości brodawkowate często tłuszczeją i rozpadają się, a przez to zawartość torbieli w któréj się one rozwinęły bywa podobną do gęstéj zupy grochowéj. Przeistoczenie to może się szerzyć od podstawy narośli, mniéj lub więcéj w głąb ściany torbieli; wszakże pęknięciu i wylaniu się zawartości na zewnątrz sprzeciwia się rozwijające się tutaj częściowe zapalenie otrzewnéj.

Zatém, według poszukiwań F o x'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 grubszéj budowie torbielaków. Dopóki zwyrodniały jajnik miernie tylko jest powiększony (do objętości jaja), bywa okrągławy, o powierzchni nie zbyt nieregularnéj. Już przez jego surowiczą powłokę, a wyraźniéj jeszcze na przecięciach, daje się spostrzegać znaczna ilość torbieli, po większéj części nie przechodzących wielkością konopnego nasienia. Późniéj jedna lub dwie torbiele znaczniéj się powiększają, gdy tymczasem inne małéj ulegają zmianie; guz dochodzi wielkości głowy, albo jeszcze większéj, i wygląda, jak pojedyncza lub podwójna torbiel, o cienkiéj ścianie, z wyjątkiem podstawy, gdzie ściana jest znacznie zgrubiała i ma utkanie dołeczkowate. Niekiedy od dołu przylegają do dużéj torbieli, inne mniejsze, rozmaitéj wielkości; a wewnętrzna powierzchnia pierwszéj przedstawia się albo gładką, albo już wzgórkowatą, pokrytą wyroślami gruczołowatemi, groniastemi lub kalafiorowatemi; ściana jéj 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 dopiéro gdy dojdzie objętości takiéj, jaką ma macica pod koniec ciąży, lub jeszcze większéj, 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 ina ona zwykle spoistość galarety; w miarę ich wzrostu staje się płynniejszą, a w końcu podobną do białka, a nawet prawie wodnistą. Z tém wszystkiém, napotykamy niekiedy w małych nawet torbielach płyn zaledwie klejkowaty, jak znowu w różnych większych jamach znaczniejszych torbielaków, chociażby bezpośrednio do siebie przylegających, zawartość zupełnie różnéj natury. Badania Virchow'a [1]), Scherer'a [2]), Eichwald'a [3]) i innych, wykryły, że różnice te zależą głównie od większej lub mniejszéj obfitości ciał śluzowatych i białkowatych, jako też od własności tych ostatnich. Substancya 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 substancyi kolloidalnéj w pepton śluzowy, przychodzi do skutku pod wpływem ciepłoty ciała zwierzęcego, przy wstrzymanym przystępie powietrza, już po paru tygodniach; a tém samém następuje z czasem i w torbielach guzów kolloidalnych. 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 gruppy mucyny. Białkan sody nie zmienia się już daléj; zaś białko wolne (albumin), przechodzi przez stopnie pośrednie: paralbumin i metalbumin w pepton białkowy. To też zawartość torbieli, w miarę ich wzrostu, coraz mniéj zupełnie się ścina przy zagotowaniu i za dodaniem wyskoku. Prócz substancyi klejowatéj 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 wybujałościom z których pochodzi; co częstokroć widzieć nawet można przy opróżnianiu torbieli za pomocą trójgrańca.

Przyczyny. Puchlina jest najczęstszą z chorób jajników, i w ogóle, jedną z częstszych chorób przyrządu płciowego. Zdarza się ona częściéj

[1]) l. c.

[2]) Chemische und mikroskop. Untersuch. 1843, oraz Verhdl. d. Phys. u. Med. Ges. zu Würzburg. II. 1852.

[3]) Würzb. med. Ztschr. V. Heft. 4—6. 1864.

z jednéj, 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 téj kwestyi; gdyż w takich okolicznościach, nie zawsze z dostateczną pewnością jesteśmy w stanie określić siedlisko jednostronnego cierpienia, a jeszcze trudniéj 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 jednostronnéj, w wyż podanych cyfrach, znacznie się uszczupli; a w téj 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 ostatniemi 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 częściéj, aniżeli dawniéj sądzono, i być może nie wiele rzadziéj niż jednostronne; jakotéż, że prawy jajnik bynajmniéj niéma większéj skłonności do opisywanéj obecnie choroby, niż lewy; czegoby nawet zupełnie nie było można wytłumaczyć. Torbielaki złożone zdarzają się nierównie częściéj, aniżeli pojedyncze torbiele. West i Scanzoni naliczyli łącznie 42 wypadki z pierwszéj kategoryi, na 15 z drugiéj.

Małe, mnogie torbiele, widywano okazyonalnie już w najwcześniejszéj epoce życia po za macicznego; zaś rozwijanie się torbielaków przed nadejściem dojrzałości płciowéj, między innymi i my sami mieliśmy sposobność spostrzegać. Wszakże przed 20-tym rokiem życia puchlina jajnika rzadko się przytrafia; a z drugiéj znowu strony, jeżeli zostanie dostrzeżoną już po wygaśnięciu zdolności płodzenia, to początek jéj 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. Lee, otrzymanemi 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. Lee, Scanzoni'ego i West'a, było 89 = 29,5% niezamężnych, a przynajmniéj takich, które nigdy nie bywały w ciąży; zaś z pomiędzy 97 osób, o których Scanzoni wspomina, było 16 prawdziwych dziewic. W powyższych zestawieniach uderza wielka częstość, bo aż 34% wynosząca, kobiet niepłodnych, jakotéż to, że na każdą z tych które pozostawały płodnemi, 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 niepłodnych, ale nawet u niezamężnych, a tém bardziéj u dziewic, jest nowym dowodem, że czynność miesiączkowa wywiera tu wpływ stanowczy. Od wpływu tego pod pewnym względem ochraniają stosunki płciowe (a tém samém związek małżeński) o ile dają możność zajścia w ciążę, a z nią, czasowego powstrzymania przekrwień miesiączkowych. Okoliczność ta zdaje się objaśniać fakt wyżéj przytoczony, że guzy jajnikowe rzadziéj rozwijają się w 6 lustrum aniżeli w 7, a w tém znowu rzadziéj niż w 8. Częstość zapłodnień w tych okresach czasu stopniowo też się zmniejsza. Różnice w cyfrach byłyby jeszcze znaczniejsze, gdyby okres połogowy ze swéj strony nie usposabiał szczególniéj 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. Odpływy miesięczne o tyle tylko sprzyjać mogą przerodzeniu pęcherzyków Graaf'a, o ile zakłóconym zostaje przebieg ich fizyologiczny; a że zakłócenia takie nie koniecznie uwydatniają się widocznemi objawami, więc też łatwo zrozumiéć, dla czego z 68 chorych West'a, tylko 5 miewało bolesną miesiączkę, a żadna nie miała nadmiernéj. Scanzoni w liczbie 57 wypadków był w stanie wyśledzić 12 razy miesiączkę bolesną, 5 razy obfitą, a 19 razy blednicę. Znaczenie patogenetyczne téj ostatniéj 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 dopiéro, gdy guz dojdzie pewnéj wielkości, a zatém niekiedy dopiéro po wielu latach jéj istnienia. Czasami wszakże, z wielkiém przynajmniéj prawdopodobieństwem odnieść ją było można do wywołanego przeziębieniem nagłego przytłumienia miesiączki, do zapalenia macicy i jajników, a jeszcze częściéj do przekrwień i zapaleń połogowych. Jeżeli to nie były mylne tylko pozory, to i tak w żadnym razie nie powinniśmy przeceniać doniosłości związku, między połogiem a rozwinięciem się torbieli w jajniku; co więcéj, 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 połogowe.

Objawy. W rzadkich tylko wypadkach, jeżeli choroba jest widocznie zapalnego pochodzenia, już pierwszym jéj początkom towarzyszą wyraźne przypadłości. Tak np. K i w i s c h spostrzegał, że wśród gwałtownych objawów, tak miejscowych jako téż ogólnych, rozwijały się torbiele, które już w 10—24 dni dochodziły wielkości pięści a nawet głowy dziecięcéj. Zwykle, dopiéro po upływie pewnego czasu, przychodzą przypadłości zależące od ucisku jaki wywiera guz na organa, zawarte w małéj miednicy. A ponieważ małe torbiele najczęściéj opuszczają się do dołu D o u g l a s'a, przeto najczęstszym a zarazem najpierwszym jéj objawem bywa zaparcie stolca. Kał i gazy gromadzą się w kiszkach, 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 częstém pozywaniem do oddawania moczu, już znowu przechodniém zatrzymaniem tegoż. Do tego, częstokroć dołącza się uczucie tłoczenia i ciężaru w miednicy, albo téż prawdziwy ból w okolicach: krzyżowéj, lędźwiowéj i udowéj, 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 jednéj, rzadziéj obu kończyn, wywoływać w nich może drętwienie i mrowienie, obrzmienie lub żylaki. Często téż, 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 obwódek brodawkowych, do obrzmienia leżących na nich gruczołków łojowych, i do wydzielania siary (*colostrum*). Podczas trwania miesiączki, która zazwyczaj dość długo pozostaje niezakłóconą, pogorszają się najczęściéj wszystkie, wyż przyto-

czone dolegliwości, a osobliwie bóle miejscowe. Dość często można przy tém stwierdzić, że torbiel stanowczo się powiększyła. Temu miesiączkowemu przekrwieniu przez kilka dni towarzyszyć może gorączka, a obok tego mogą nastąpić mniéj lub więcéj obfite krwotoki do wnętrza większych worków.

W miarę tego, jak guz, ciągle rosnąc, wznosi się z małéj miednicy do jamy brzusznéj, 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. Burns i Scanzoni 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, nietylko nie ustępują, ale się właśnie wzmagają. Ma to miejsce wtedy, gdy torbiel albo rozrasta się przeważnie ku dołowi, albo przynajmniéj częściowo pozostaje w jamie miednicy. To może dać powód do wypadnięcia macicy, pochwy, a nawet i odbytnicy.

Im guz więcéj rośnie, tém więcéj rozciąga brzuch. Skóra na brzuchu przedstawia się napiętą, połyskującą, a żyły w niéj przebiegające, porozszerzane. Przy położeniu na wznak, brzuch nie spłaszcza się pośrodku jak przy swobodnéj wodnéj puchlinie. Wzdęcie częstokroć bywa niejednostajne; z jednéj strony wyraźniejsze niż z drugiéj. 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 kiszkach, 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 rozwijającéj się teraz wodnistości krwi, nacisk wywierany na naczynia miednicy, bardzo łatwo powoduje znaczne obrzmienie kończyn dolnych. Chorym 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; rzadziéj bywa zepchniętą ku szparze sromnéj; a przytém prawie zawsze bywa przedłużoną, częstokroć nawet o kilka cali.

Podczas wzrostu guza, niejednokrotnie rozwijają się zapalenia tak na zewnętrznéj, jako téż na wewnętrznéj 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 otaczającemi organami, a zwłaszcza z macicą i jéj częściami dodatkowemi; daléj — z pęcherzem moczowym, ścianą brzuszną i okrężnicą; rzadziéj z wątrobą, jelitami i t. p. Zapalenia wewnętrznéj powierzchni torbieli występują niekiedy dobrowolnie; najczęściéj jednak w następstwie przekłucia, i mogą przebiegać bez żadnych miejscowych przypadłości, wśród objawów gorączki gastrycznéj, reumatycznéj lub tyfoidalnéj.

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 wcześniéj, jeżeli oba jajniki równocześnie uległy zwyrodnieniu; chociaż i tu zupełny brak odpływów miesięcznych nie jest konieczny. W ogóle, torbielaki daleko łatwiéj 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 dopiéro późno, gdy dojdzie znacznéj objętości, wywołuje istotne dolegliwości. Czasem znowu, już guz miernéj wielkości staje się powodem nieprzerwanych cierpień; wszelako takie powstrzymanie wzrostu, bezporównania częściéj się zdarza przy torbielach pojedynczych, aniżeli przy torbielakach. Nie wiele chorych dosięga 50 lat życia; większa część ulega pod cierpieniem już po niewielu latach, a nawet miesiącach. S. Lee 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 brzusznéj i piersiowéj, 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, szczególniéj jeżeli torbiel sama przez się pęknie, lub téż sztucznie zostanie opróżnioną, przelotne zapalenia guza bywają śmiertelnemi.

Wyjątkowo zdarza się wprawdzie prawie dobrowolne wyzdrowienie, albo téż rzeczywiste uleczenie drogą natury. Torbiele mogą się zmniejszyć, skutkiem wchłonięcia.

Huss [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. Daléj, doświadczenie przekonywa, że torbiele, po prostém przekłuciu, znowu się napełniają; przez kilka tygodni pozostają napełnionemi, a potém stopniowo mogą zniknąć. Hennig znowu spostrzegał trwałe zmniejszenie się pojedynczéj torbieli, pod wpływem ciąży. Można więc myśléć, że jeżeli nie jedno, to drugie podanie, dotyczące dobrowolnego trwałego zmniejszenia się, albo nawet zupełnego wchłonięcia torbieli, bez współudziału wyż wymienionych okoliczności, nie polegało na błędném rozpoznaniu, jak oczywiście większa część podobnych podań. Jest rzeczą niewątpliwą, (co i my sami mieliśmy sposobność widzieć), że zapalenie powłoki surowiczéj, jeżeli sprowadzi znaczne zgrubienie ścian małych torbieli, tak może je otorbić, że dalszy wzrost stanie się nie możliwym. Podobnież i zwapnienie ścian torbieli następujące niekiedy w skutek przeistoczenia tłuszczowego tkanki łącznéj, analogiczne z processem ateromatycznym w tętnicach, jeżeli dojdzie niezwykłéj rozległości, może przeszkodzić dalszemu rozwijaniu się guza. Wszakże wypadek jeden, przytoczony przez Mayne'go [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 otrzewnéj, w miejscu, gdzie brakowało skorupy wapiennéj. 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 nagromadzonéj cieczy możność odpływania od czasu do czasu przez macicę i pochwę na zewnątrz. Richard pierwszy badał t. z. „*Kystes tubo-*

[1]) Huss. *Hydrops ovarii periodicus. Allg. med. Centralzt. November 29. 1856.* — *Suellsyntare sjuk. domsfall jakttague of Prof.* Dr. Magnus Huss. Stockholm. 1856.

[2]) Dublin Hospit. Gaz. Nr. 4 1857.

ovariennes.“ Składają się one z dwóch części: jednéj, należącéj do jajnika, a drugiéj, utworzonéj z rozszerzonego jajowodu. Części te, albo nieznacznie jedna w drugą przechodzą, albo też, w miejscu połączenia przedstawiają wgłębienie lub zcieńczenie. Pierwsza z nich, na wewnętrznéj stronie, która odpowiada żółtéj warstwie pęcherzyka Graaf'a, bywa chropawa, żółto, czerwonawo lub brunatno zabarwiona. Jajowód zazwyczaj bywa tylko w $^1/_3$ części zewnętrznéj 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 oznaczoną była mocno zagłębionym pierścieniem. Zdaniem Richard'a torbiele te rozwijają się z pękniętych pęcherzyków, które zamiast się zmienić w ciałka żółte, ulegają puchlinie; a tymczasem strzępy jajowodów pozostają przy jajniku, do którego przylgnęły podczas dojrzewania jajka, i biorą udział w wydzielaniu. Że jednak przyjęte tu fizyologiczne przybliżanie się strzępów jajowodowych do dojrzałych pęcherzyków, stało się, co najmniéj, bardzo wątpliwém; więc też 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 dopiéro późniéj 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 tłomaczenia. Bądź co bądź, Richard według którego na każde 8—10 puchlin jajnikowych ma przypadać jedna torbiel jajowodo-jajnikowa, niepomiernie przecenił częstość tych ostatnich. Większa część spostrzeżeń, w których uważano peryodyczne opróżnianie się torbieli przez macicę, dotyczą wypadków prostéj puchliny jajnika.

Również rzadko, a może jeszcze rzadziéj, zdarza się pęknięcie torbieli i wylanie się jéj zawartości do jamy otrzewnéj, czy to w skutek coraz większego rozciągania pierwszéj, czy też pod wływem gwałtu zewnętrznego, upadnięcia, uderzenia, i t. p. Stałém i bezpośredniém tego następstwem bywają mniéj lub więcéj gwałtowne boleści, jakotéż objawy ogólnego wyczerpania sił. Można przytém zauważyć wyraźną zmianę kształtu brzucha; ściana pękniętéj torbieli, w miarę opróżniania się téj ostatniéj staje się coraz trudniéj namacalną, a ostatecznie, opukiwanie nie wykrywa już, jak przedtém, płynu otorbionego, lecz wolny, w jamie brzusznéj. 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 prędzéj czy późniéj na nowo się wypełnia, i może powtórnie pęknąć. Niekiedy jednak ponowne napełnienie się torbieli nie następuje, a worek się ściąga. Gdzie zatém torbiel jest tylko jedna, to na téj drodze zupełne można osiągnąć uleczenie, a nawet w razie istnienia guzów złożonych zawsze nastąpić może długoletnie powstrzymanie ich wzrostu, lub przynajmniéj długotrwałe polepszenie. Przeciwnie, jeżeli pęknie torbiel o zawartości klejowatéj lub t. p., to rozwija się w następstwie śmiertelne zapalenie otrzewnéj. To samo i wylanie się zawartości ropiastéj lub posokowatéj, następujące zwykle w skutek owrzodzenia ścian torbieli, stale śmierć za sobą pociąga.

Nierównie częściéj, aniżeli wylanie się zawartości torbieli do jamy brzusznéj, spostrzegano otworzenie się jéj do jednego ze zlepionych lub zrośniętych z nią organów. I tym sposobem nastąpić może polepszenie albo nawet wyleczenie, skutkiem ściągnięcia się worka; częściéj się jednak zdarza, że torbiel również wypełnia się na nowo, i przy zdarzonéj okazyi, pęka. Najczęściéj otwierają się torbiele do kiszki prostéj albo okrężnicy, lecz niekiedy także i do pochwy, pęcherza, jelit, lub na zewnątrz, przez przednią ścianę brzucha. W razie otworzenia się do odbytnicy lub pochwy, otwór pozwala się wymacać, a nacisk na torbiel ponawia odpływanie. Pęknięcie torbieli do kiszek grubych, w wypadku referowanym przez Lumpe'go, można było rozpoznać, po wypróżnieniach, które stopniowo przybierały podobieństwo do zupy grochowéj, do któréj podobną téż była zawartość otrzymana porzednio przez przekłucie torbieli. Wypróżnienia tego rodzaju przychodziły naprzemian ze zbitemi odchodami kałowemi, i za każdym razem zjawiały się pod postacią biegunki połączonéj z kolkami (*Ztschr. d. Wien. Aerzte. Nr. 22. 1858*). U jednéj choréj, leczonéj przez Blundell'a, od czasu do czasu pojawiała się gwałtowna wodnista biegunka i takież wymioty, poczém torbiel zawsze znakomicie się zmniejszała. Tu widocznie istniała komunikacya z najwyższą częścią jelit, Clay (*Transact. of the obstetr. society of London*) widział otworzenie się torbieli do pęcherza moczowego, podczas połogu. Przed rozwiązaniem musiał on, z powodu zaburzeń w trawieniu i oddechaniu, zrobić przekłucie torbieli, przy czém wypuścił z niéj 60 funtów płynu fusowatego. W 10 dni po połogu mocz został wstrzymany, a skoro dla wypuszczenia go wprowadzono cewnik, odpłynęło przezeń 9 funtów brudnéj, czekoladowéj cieczy, podczas czego część guza, która pozostała jeszcze po przekłuciu zniknęła. Zatrzymanie moczu trwało wciąż jeszcze przez dni 14. Ashwell widział kobietę, u któréj guz peryodycznie opróżniał się

przez pępek; po trzech latach umarła ona na zapalenie otrzewnéj. Scanzoni wspomina o dwóch podobnych wypadkach [1]).

Naostatek, skurczenie się, zmarnienie, albo stłuszczenie guza, może być sprowadzone skręceniem około osi, którego skutki Rokitansky dokładnie studyował. Zarówno mniejsze, jakotéż i większe guzy, jeżeli rozrastając się napotkają w jednym kierunku na zewnętrzną przeszkodę; niemniéj także pod wpływem ruchu kiszek, wstrząśnień, nagłéj zmiany położenia ciała, wykonywają ruch, przy którym szypuła ich, utworzona z więzu szerokiego, skręca się około swéj 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 łatwiéj nastąpić może szybkie przewinięcie się powiększonego jajnika naprzód albo w tył. Następuje to częściéj po prawéj niż po lewéj stronie; częściéj 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 mniéj więcéj 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 otrzewnéj, albo téż krwotok, zapalenie, zropienie, sposoczenie samego guza, jakotéż 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 van Buren'a. W wypadku jego rozwinęło się nagle miejscowe ostre zapalenie otrzewnéj, a guz stał się równocześnie nieruchomym. Po trzech dniach przyłączyło się do tego gwałtowne zapalenie kiszek, pod którém chora uległa.

---

[1]) Nowsze spostrzeżenia dotyczące otwierania się torbieli do jamy brzusznéj 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.*—Disse: *ibid. November 1857 u. Maerz-April 1860.*—Robert Barnes: *Lancet. August. 3 1861.*

Ale o ile skręcenie około osi może być niebezpiecznem, o tyle w niektórych razach działa ono zbawiennie. Powiekszony jajnik może się zupełnie odłączyć od macicy, a jeżeli skutkiem poprzednich zrośnięć, przyklejony był do niektórych części ściennego lub trzewiowego listka otrzewnéj, to wtedy, z powodu utrudnionego dopływu krwi może się skurczyć i stłuszczeć. Wszakże Rokitansky jeden i jedyny tylko raz miał sposobność widzieć taką sprawę.

Możliwą jest rzeczą, że wielki guz jajnika może się oddzielić od swojéj szypuły poprostu skutkiem pociągania go przez zrosty, w podobny sposób jak skutkiem skręcenia około osi. Win. Turner (*Edinb. med. journ. Februar. 1861*), przy sekcyi 70-letniéj kobiety, znalazł torbiel tłuszczową, wielkości głowy dziecięcia, która była przyklejona tylną swą powierzchnią do otrzewnéj powlekającéj 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 skręcenia około osi.

Chore, dotknięte czy to mniejszemi, czy większemi guzami jajników, częstokroć zachodzą w ciążę, który to stan bywa raz więcéj, drugi raz mniéj niepomyślném powikłaniem choroby. Najpierw spostrzegamy zazwyczaj szybszy wzrost torbieli; daléj — częstokroć przedwczesne przerwanie ciąży; a w końcu, jeżeli ta potrwa dłużéj, — w większéj 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 (Litzman: *Deutsche Klinik 1852. Nr. 38, 40* i *42*). Luschka [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 późniéj 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 małéj miednicy, bezpośrednio przy macicy, zazwyczaj w dole Douglas'a, lecz niekiedy także i po bokach, albo też w zagłębieniu otrzewnéj, znajdującém 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 ostatniéj ku przodowi do spojenia łonowego, a w innych razach na jeden z boków (przeciwlegly) albo ku tyłowi. W takich okolicznościach, skoro tylko spuchnięty jajnik dojdzie pewnéj objętości, pozwala się wymacać przez pochwę, przez odbytnicę, albo obiema temi drogami; przyczém, jeżeli nie wprost, badając przez pochwę lub odbytnicę, to przynajmniéj połączywszy badanie zewnętrzne z wewnętrzném można się przekonać, że guz nie należy do macicy saméj, i niema z nią żadnego ściślejszego związku. Ponieważ przytém, ciało macicy, gdziekolwiekby było odepchniętém, zawsze jest dostępném dla palca, nie można więc wziąć małego guza jajnika za pochylenie lub zgięcie macicy i odwrotnie. Daléj, 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 wywodu choroby, równoczesna obecność włókniaków wyraźnie w saméj 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 najbardziéj 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 okołomacicznych, jedna z drugim się zrosła. Jeżeli przytém dokoła obu wytworzyła się zbita powłoka z tkanki łącznéj, to w przyrośniętym guzie nietylko zniknąć może uczucie bardziéj lub mniéj wyraźnego chełbotania, ale nawet wszelki ślad sprężystości; chociażby guz był tylko pojedyńczą torbielą. W jednym takim wypadku rozpoznaliśmy guz włóknisty wielkości jabłka w tylnéj ścianie macicy, oraz przebyte zapalenie otrzewnéj miednicy, tém bardziéj, że z wywodu

choroby dowiedzieliśmy się o istnieniu poprzednio polipa włóknistego, i trwaliśmy przy naszém rozpoznaniu, aż dopiero sekcya wyjaśniła prawdziwy stan rzeczy.

Trudném jest także rozpoznanie, gdy guz jajnika w jamie miednicy takiéj 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. Szczególniéj łatwo jest przyjąć ten stan za tyłozgięcie obciążonéj rspct. ciężarnéj macicy, co też już niejednokrotnie się zdarzało. Z powodu podejrzewania 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 też tu głównie starać się trzeba, aby przez dokładne, w razie potrzeby powtarzane obmacywanie, wykryć, czy obok zaciskającego guza, istnieje drugi, odpowiadający macicy, czy też nie. Osobliwie okolicę bezpośrednio ponad spojeniem łonowém położoną, dokładnie badać należy.

Podobnie jak pierwotna ruchomość guza jajnikowego zniesioną być może skutkiem zajść wyżéj przytoczonych, tak w pewnych okolicznościach uledz może modyfikacyom jego ograniczenie oraz nieczułość lub mała dotkliwość przy nacisku. Jeżeli puchlinowe przeistoczenie pęcherzyka G r a a f ' a rozpocznie się wśród objawów zapalenia jajnika, albo jeżeli wyjątkowo już małe guzy ulegać zaczną następczym zapaleniom otrzewnéj; 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 też nie; wywód zwykle nie wystarcza do wykazania, czy przed rozwinięciem się zapalenia otrzewnéj istniał guz ograniczony, a odporność pojedyńczych części guza nie zawsze jest dosyć charakterystyczną, aby pozwalała na pewno wnioskować o obecności torbieli. Gdzie podobne wątpliwości zachodzą, albo też, 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 rosnące i wypełniające się płynem przetwory.

Zresztą musimy nadmienić, że rozpoznawanie małych guzów, nierównie częściéj napotyka przeszkody, aniżeliby można wnosić ze stosunkowéj rzadkości wymienionych powyżéj spraw, które zaciemniają stan rzeczy. Gdzie tych ostatnich brakuje, tam okazya do badania organów miedniczych najczęściéj wtedy dopiéro się zdarza, gdy guz dojdzie już

znacznéj objętości; a i wtedy jeszcze traf wielką odgrywa rolę przy odszukaniu zwyrodniałego jajnika.

Jeżeli jajnik jest większéj objętości, to, jak wszystkie znaczniejsze guzy biorące początek z organów płciowych wewnętrznych, odepchnąwszą kiszkę ku górze i na bok, dostaje się on bezpośrednio do przedniéj ściany brzusznéj, leży tu jużto prawie pośrodku, już więcéj na boku, i jest więcéj lub mniéj ruchomy, a przynajmniéj 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 wyśledzić przez powłoki brzuszne, a przez pochwę lub kiszkę odchodową albo wcale niepodobna go dosięgnąć, albo niedokładnie tylko, jeżeli nie połączymy badania wewnętrznego z zewnętrznem. Takie zachowywanie się dowodzi już, że powiększenie brzucha nie może pochodzić od otorbionych wysięków lub wolnéj puchliny brzusznéj, lecz że powodem jego jest guz ograniczony, który jednak nie wychodzi z organów leżących w górnéj części jamy brzusznéj (wątroby, śledziony). Jeżeli do tego przekonamy się stanowczo, że i pęcherz moczowy jest próżny (w razie potrzeby przez zaprowadzenie cewnika), to z wielkiém 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 łącznéj podsurowiczéj. Jeżeli połączywszy badanie zewnętrzne z wewnętrznem uda nam się wyśledzić macicę, jako guz oddzielny (a to można zazwyczaj uczynić bez użycia zgłębnika, nietylko przy opuszczeniu się macicy ale także przy jéj 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 jakotéż uczucie mniéj lub więcéj wyraźnego chełbotania na znaczniejszéj przestrzeni lub w niektórych miejscach, charakteryzuje go wtedy bliżéj jako torbiel lub torbielak.

W innych razach, wypada pierwéj rozstrzygnąć kwestję, czy nie mamy przed sobą powiększonéj macicy, a w szczególności—ciąży. Właśnie bowiem zamiany między puchliną jajnika a ciążą, dość często się zdarzały, i są tém łatwiejsze, że oba te stany, jak już wyżéj 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 kryteryi,—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 bynajmniéj 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 najczęściéj z łatwością zdoła w pobliżu dolnéj części jego powierzchni wynaleść ciało macicy i poznać je po niezmienionym kształcie, jakotéż po bezpośredniém przejściu w część pochwową. Gdzie się to nie uda, tam nie trzeba szczędzić starań aby rezultat ten osiągnąć, albo téż żeby naodwrót módz wykazać, że szyja macicy sama tworzy najniższą część guza. Gdzie bytność tego ostatniego zależy od rozwoju wielu włókniaków w macicy, tam częstokroć przez pochwę wyraźnie można wyśledzić jeden lub drugi guz tkwiący w ścianie macicy. Skoro daléj uwzględnimy poprzednie zaburzenia czynnościowe oraz dolegliwości, a dla ostatecznego usunięcia wątpliwości użyjemy na pomoc zgłębnika macicznego, to już pomyłka stanie się niemożebną. Inaczéj wprawdzie rzecz się ma, jeżeli guz jest olbrzymiéj wielkości; może się bowiem zdarzyć, że włókniak wrośnie z macicy do więzu szerokiego, odsunie otrzewnę z dołu biodrowego, stopniowo niezmiernie rozciągnie jamę brzuszną, a do saméj macicy przytwierdzony będzie tylko bardzo wązką podstawą. W jednym takim wypadku, który mieliśmy sposobność obserwować, macica dawała się wymacać po prawéj stronie, w dolnéj części guza i była nieco tylko powiększoną; gdy tymczasem podsurowiczy nasięk obrzękowy, pół do jednego cala gruby, nadawał wielkiemu guzowi znaczny stopień sprężystości, aż do uczucia niewyraźnego chełbotania. Stan ten przemawiał więc wyraźnie za obecnością torbielaka jajnikowego.

Kazuistyka lekarska przekonywa daléj, że nawet przemieszczone wątroby i nerki jakotéż obrzmiałe śledziony brano za guzy jajników. Wątroba bywa niekiedy w ten sposób

skręconą, że górny jéj 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 pewnéj położnicy choréj na zapalenie obok maciczne i zapalenie otrzewnéj, a macica, z powodu fizyologicznego jéj powiększenia, po części znajdować się jeszcze będzie w wielkiéj miednicy, to łatwo przyjść może na myśl powikłanie połogu 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 saméj macicy; a powtóre charakterystyczne własności dolnego brzegu wątroby, z jéj wcięciem. Podobnież i znacznie powiększona śledziona da się odróżnić od guza jajnikowego, po jéj umiejscowieniu, po wyraźnie występującéj wnęce, i po widocznym z wywodu choroby związku z zimnicą, oraz istniejącym równocześnie bledniczym stanie chorych. Nerki ruchome przy stosownem ułożeniu chorych przesuwają się same przez się z dolnéj części jamy brzusznéj, ku górze, albo też pozwalają się odprowadzić w okolicę nerkową, co też 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 pojedyńczą torbiel jajnika; guz bowiem przy objętości odpowiadającéj 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 brzusznéj bywa odwrotnie. Badanie pochwy może także dostarczyć dowodów; swobodny bowiem płyn w jamie otrzewnéj nietylko wnika do dołu D o n g l a s ' a, lecz niekiedy spycha głę-

[1]) Monatsschr. f. Geburtsk. Supplem. Heft. 1863.

boko tylną ścianę pochwy. Nakoniec, w wypadkach nie zupełnie jasnych, uciec się trzeba do wywodu choroby i do zbadania stanu tych organów, których zmiany najczęściéj pociągają za sobą puchlinę ogólną lub brzuszną; a więc trzeba się dowiedzieć, czy powiększenie się brzucha nie poprzedziło obrzmienie tkanki łącznéj podskórnéj, 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 zoryentowania się w takich razach, wynikają same przez się z tego, cośmy już wyżéj powiedzieli.

W poprzednim opisie pominęliśmy rozróżnienie, puchlinowego zwyrodnienia jajników od niektórych innych stanów patologicznych, gdyż pod tym względem możemy się zesłać na inne rozdziały tego dzieła. Odnosi się to szczególniéj 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 téż łatwo guzy rozwinięte w tkance podsurowiczéj sieci lub tylnéj ściany brzucha, jakotéż 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 téż wtłoczyć go w górne okolice jamy brzusznéj, i tym sposobem udowodnić, że punktem jego wyjścia nie jest jajnik, a przynajmniéj, że ten ostatni nie wchodzi w jego skład.

Skoro już obecność puchliny jajnika została rozpoznaną, pozostaje jeszcze wyjaśnić, czy mamy do czynienia z pojedyńczą torbielą, czy z torbielakiem. Pod tym względem wziąć trzeba pod uwagę następujące momenta: Pojedyńcze torbiele napotykają się zwykle u młodych osób i najczęściéj dochodzą tylko miernéj wielkości; rosną one powolniéj, szczuplejsze wywołują przypadłości, mianowicie téż rzadko sprowadzają zapalenia otrzewnéj i obrzęki; nie tak wcześnie i nie w tak wysokim stopniu podkopują stan ogólny i zakłócają miesiączkowanie. Powierzchnia ich jest okrągła, jednostajna, gładka; chełbotanie 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 niéj 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 chełbotania można się było spodziewać dość obojętnego płynu.

Czas następujący bezpośrednio po przekłuciu, jest najodpowiedniejszy do przeprowadzenia ścisłego skombinowanego badania. Gdzie istnieje tylko jedna pojedyńcza torbiel, tam, po zupełném jéj opróżnieniu, nie znajdujemy nic więcéj, prócz worka skórzastego; a jeżeli jego ściany są bardzo cienkie, to i tego odnaleść 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 wkłutego weń trójgrańca, a dla zapobieżenia odpływowi zawartości torbieli, opatrzony jest płatką kauczukową. Użycie więc jego musi być poprzedzone przekłuciem. Ale jeżeli trójgraniec już został wkłuty, to możemy i płyn wypuścić przed ponowieniem badania; a po opróżnieniu, więcéj osiągniemy gołą ręką, niż zgłębnikiem przed opróżnieniem. Po odpłynięciu zawartości, wprowadzenie zgłębnika przez rurkę trójgrańca może być w saméj rzeczy pożyteczném, gdyż pozwala wnioskować o pozostałych w torbieli skrzepach krwi i włóknika, jakotéż o istnieniu wybujałości na wewnętrznéj powierzchni, którychbyśmy inaczéj nie odkryli. W wypadku podanym przez Dupuy'a (*Compte rendu de la société de biolog. Avril. 1857*), po wypuszczeniu płynu zawierającego ropę, krew, i t. p. zdawało się jakoby istniała jeszcze jedna torbiel albo guz twardszy, a tymczasem sekcya wykryła zamiast niego w opróżnionéj torbieli skrzep włóknikowy wielkości głowy dziecięcéj. U jednéj choréj, którąśmy leczyli nastrzykiwaniami jodowemi, operacya sprowadziła sposoczenie wielkiéj 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 pojedyń-

czych; gdyż na innéj drodze można tylko próbować leczenia doszczętnego, ale go zapewnić nie można. Torbielaki pozwalają się usunąć jedynie tylko za pomocą wyluszczenia; niekiedy jednak rosną one przynajmniéj wolno, albo też mimo znacznéj swéj 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 przeciwzapalnéj. Będą tu na miejscu ponawiane miejscowe upusty krwi, zastosowanie zimna, przetwory jodowe i t. p.

Niewątpliwą jest rzeczą, że przy takiém postępowaniu guzy ostro rozwinięte, zupełnie mogą znikać. Fakt ten jednak bynajmniéj nie dowodzi, że i torbielowate przerzadzenie jajnika, przynajmniéj za świeża, dostępném jest dla środków lekarskich. Owszem, sądząc z tego, że wchłonięcie guzów zdarza się jednak, nierównie prawdopodobniejszém zdaje się być przypuszczenie, że wypadki uważane za ostro rozwinięte torbiele jajników, rozpoznanie swe zawdzięczają tylko niedokładności wiedzy lekarskiéj, 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 krwistekiem lub wysiękami w miednicy, zdarzają się nie rzadko. Przyjęcie uznanych pomyłek w rozpoznaniu najlepiéj objaśni, że np. Mikschick [1]) sprowadził w ciągu 5 tygodni rozejście się gładkiego, sprężystego, dającego się poruszać na boki guza, który wystąpił wraz z nagłém przerwaniem miesiączki, zapomocą zewnętrznie używanego jodu; że Huss [2]) wyleczył w ciągu 6-ciu tydodni guz, wielkości głowy dziecięcia, który się rozwinął w połogu i przedstawiał niewyraźne chełbotanie, jodkiem rtęci, jodkiem potassu i plastrem pryszczącym; że Velpeau [3]) przy guzach wielkości jaja, tu i owdzie mógł stwierdzić skuteczność leczenia środkami farmaceutycznemi; że w Kreuznach i Karlsbadzie małe guzy się rozchodzą.

W późniejszych okresach, leczenie farmaceutyczne tak mało bywa pomocném, że Hunter tym z chorych największe widoki na długie życie przyznawał, które się najmniéj 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 upośledzić stan ogólny; należy zatém zachować jak największą baczność w dyecie, unikać o ile można wszelkich wysileń ciała, oddalać od siebie wszystko coby mogło włynąć na pobudzenie płciowe, wstrzymywać się od wszelkich energiczniejszych działań leczniczych i zwracać uwagę na powikłania.

Guzy mniejszych rozmiarów upośledzają czynność kiszki odchodowéj; nie trzeba więc zaniedbywać środków dyetetycznych sprzeciwiających się ciągłéj 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 wielkiéj miednicy. Jeżeli zupełne zatrzymanie moczu częściéj się przytrafia, albo téż, 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 stosownéj opaski brzusznéj, 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 zewnętrznéj jakotéż i na wewnętrznéj 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 téż inaczéj zostaje tłomaczone. Miejscowe upusty krwi, jakotéż zimno miejscowo zastosowane, przez przykładanie pęcherzy z lodem, i tu najpewniéj powstrzymują postęp zapalenia. Niekiedy głównie albo nawet wyłącznie tylko, dokuczają chorym objawy pochodzące od przemieszczonéj i przerosłéj 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 dawniéj, stosowano metodę odciągającą i roztwarzającą, chociaż z nierównie większą ostrożnością. Długotrwałe odciągania na skórę, zapomocą latających pryszczadel, częstych przyżerań skóry na brzuchu saletrzanem srebra, wcierań maści drażniących, albotéż zapomocą zawłok, wychwalane były przez dawniejszych lekarzy; lecz obecnie uznano tego rodzaju postępowanie po części za bezużyteczne, po części zaś za niebezpieczne a przynajmniéj 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 istniejącéj równocześnie puchlinie brzusznéj, zaś środki napotne i tu ustępują tamtym w skuteczności.

Ze środków roztwarzających jeden tylko jod obiecuje pewne korzyści, ale i on pospolicie nie powstrzymuje bynajmniéj rozwoju guza. Stanowcze zmniejszenie się objętości, jakie Oppolzer [2]) stwierdził przy zewnętrznem użyciu Richterowskiéj glyceryny jodowéj, 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 odciągań na skórę, tam żrące roztwory jodu niewątpliwie zasługują na pierwszeństwo. Energiczniejsze zaś działania lecznicze, przed któremi dawniéj się nie cofano, a od których współcześni nam, tylko szkodliwe widzieli następstwa, winny być stanowczo zarzucone. Seymour zadawał jod dopóty, dopóki nie wystąpiły przykre objawy ogólne; chciał on przez to sprowadzić zrośnięcie się torbieli z sąsiedniemi organami i otworzenie się jéj. Zalecany przez angielskich lekarzy roztwór potażu żrącego w jak można największych dawkach (do używania w piwie) miał także sprowadzać uleczenie, w drodze ropienia i opróżnienia się torbieli. Wielu próbowało wpływu zatrucia rtęciowego podkopując tylko przez to ze szczętem ogólny stan chorych. Hamilton 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 médéc. de Bordeaux, Juli 1861.

[2]) Wien. med. Wochenschrift Nr. 41. 1857.

Jeżeli się ograniczymy li tylko na wyżéj 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 też usiłowanie uleczenia doszczętnego, w drodze operacyjnéj.

Leczenie objawowe, stosownie do specyalnych wskazań może być rozmaite: lecz prędzéj czy późniéj, przy leczeniu tém, wyradza się kwestya przekłucia torbieli. Przekłucie, jako środek palliatywny, może już być potrzebne przy małych, w małéj 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 naglącéj 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 szybciéj z sił spadają. Nader rzadko torbiel po pierwszém lub drugiém 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 choréj. Prócz tego, przekłucie samo przez się, nie jest operacyą 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% późniéj, lecz jeszcze przed upływem pierwszego półrocza. Kiwisch wniósł z tego, że przekłucie skraca życie więcéj niż $^1/_3$ pacyentek. Wnioskowi temu zaprzeczają z doświadczenia inni lekarze. West stracił w skutek piérwszego 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 wyż przytoczonéj statystyki za skalę niebezpieczeństwa przekłucia. Widzimy z niéj to tylko, że piérwsze 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 brzusznéj, sieci leżącéj między tą ostatnią a torbielą, lub też

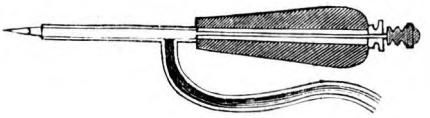
ścian saméj torbieli; skutkiem zapalenia i sposoczenia torbieli; albo wreszcie, u osób już bardzo wycieńczonych, skutkiem upadku sił będącego następstwem ponownego wypełnienia się torbieli.

Najczęstszą wszakże przyczyną śmierci bywa rozlane zapalenie otrzewnéj, spowodowane wydostaniem się chociażby niewielkiéj ilości zawartości torbieli do jamy brzusznéj. Znaczenie podwójnego obrażenia otrzewnéj trójgrańcem, a zarazem możliwość wylewu do wnętrza jamy otrzewnéj, upada, jeżeli w miejscu przedsięwziętéj operacyi, torbiel zrośnięta jest ze ścianą brzucha; a właśnie do takiego częściowego zrośnięcia, pierwsze przekłucie, szczęśliwie zakończone, częstokroć daje powód. To jest zarazem wskazówką, aby następne przekłucia wykonywać o ile można najbliżéj dawniejszéj blizny.

Niebezpieczeństwo prostego przekłucia, do pewnego przynajmniéj stopnia, zmniejszyć można przezornem postępowaniem. Robiąc ukłucie na linii białéj, możemy być pewni, że unikniemy krwotoku ze ściany brzusznéj. Jeżeli jednak zmuszeni jesteśmy obrać do tego inne miejsce, bądź dla tego, że torbiel nie da się z linii środkowéj dosięgnąć, bądź, że chełbotanie tylko w innych miejscach guza wyraźnie daje się wyczuwać, to trzeba się starać uniknąć obrażenia większych naczyń ściany brzusznéj biorąc pod rozwagę ich przebieg anatomiczny, i pomagając sobie oglądaniem, macaniem i osłuchiwaniem. Zawsze jednak trzeba mieć pod ręką szpilki i podwiązki, aby zjawiający się krwotok zatamować nałożeniem szwu okręcanego. Groźnego wyczerpnięcia sił najłatwiéj daje się uniknąć, powolném opróżnianiem torbieli, przerywaniem odpływu, jeżeli ilość płynu jest bardzo znaczna, i zapobieganiem omdleniu, lub jeszcze gorszym przypadłościom przez wykonywanie operacyi w leżącém położeniu choréj. Na ostatni ten punkt Simpson słusznie wielki kładł nacisk. Jeżeli chorą do operacyi 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 najlepiéj się udaje, gdy pod koniec operacyi polecimy operowanéj przechylić się nieco na przednią jéj powierzchnię, a sami ręką naciskać będziemy worek. Do tego położenie wspomniane tak dla choréj jak i dla lekarza najmniéj jest ciążliwém. Zapaleniu i sposoczeniu torbieli najpewniéj zdołamy zapobiedz, chroniąc się od drażnienia jéj ściany ostrym brzegiem kanki, i wpuszczenia powietrza do jéj jamy. Trójgraniec Thompson'a ściśle przylega do ściany kanki, a po wkłuciu potrzebuje być z niéj tylko do połowy wysunięty, gdyż kanka łączy się z boku z elastyczną rurką odpływową. Jeżeli używamy zwyczajnego trójgrańca, to aby uniknąć

zranienia ściany torbieli, najodpowiedniéj jest wypuszczać ostatek zawartości zapomocą elastyeznego cewnika, grubością swą o ile można odpowiadającego światłu kanki trójgrańca, która się wyjmuje po wprowadzeniu przez nią tamtego. Po skończeniu operacyi, podczas wyciągania rurki, utrzymuje się dwoma palcami drugiéj 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 mniéj 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 trudném znajdujemy się położeniu, jeżeli mamy przed sobą guz bardzo złożony, który nieodzownie powinien być zmniejszony z powodu grożącéj utraty życia, a tym czasem opróżnienie jednego tylko z jego przestworów jest niewystarczającém. Można tu wprawdzie, zbadawszy ściśle zewnętrzne granice guza, wbić trójgraniec od wnętrza przekłutéj torbieli w inne jego części, nie sprawiając przytém żadnych niepotrzebnych obrażeń; zawsze jednak narażamy się tym sposobem na zranienie pni naczyniowych w ścianie torbieli przebiegających, a do tego możemy trafić na zawartość lepką, trudno odpływającą, która potém może się przedostać po części do jamy otrzewnéj, i wywołać tu zapalenie ze śmiertelném 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.

Fig. 23.



Trójgraniec Thompson'a.

Możliwości znaczniejszego krwotoku ze ściany torbieli nie wykluczają i torbiele pojedyńcze, gdyż można mieć nieszczęście, przy kłuciu 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 częściéj zdarzają się zapalenia i sposoczenia;

a ponieważ ich zawartość nigdy nie jest czysto surowiczą, lecz najczęściéj nader nieobojętną, więc zdarzają się téż i śmiertelnie się kończące zapalenia otrzewnéj. Gdzie zatém guz nie przedstawia cech torbieli cienkościennéj, wypełnionéj cieczą dobréj natury, t. j. jeżeli nie przedstawia na całéj przestrzeni bardzo wyraźnego chełbotania, tam należy pierwsze palliatywne przekłucie dopóty odwlekać, dopóki objętość guza nie zagrozi prawdziwém niebezpieczeństwem; a w razie szczęśliwego udania się pierwszego przekłucia, nie należy się téż spieszyć z jego powtórzeniem. W pojedyńczych wypadkach, które wszyscy autorowie przytaczają jako *curiosa*, przekłucie mogło było być bardzo często powtarzane, a chore bardzo długo zostawały przy życiu. Mead w przeciągu 5 lat robił przekłucie 67 razy, Ramsbotham w ciągu 8 lat 129 razy, Bamberger w takim samym czasie aż 253 razy, a Martineau 80 razy powtarzając przekłucie utrzymał swoją chorą 25 lat przy życiu. Najczęściéj wszakże, zawartość, chociaż z początku mało białka zawierająca, po pierwszéj, drugiéj lub następnych operacyach, zmienia się w krwawą, ropiastą lub posokowatą; lub téż 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 dobréj natury.

Leczenia doszczętnego próbowano różnemi sposobami. Na pierwszém miejscu znowu wypada tu postawić przekłucie (*paracenthesis*), częstokroć w tym celu od ostatniéj ćwierci zeszłego wieku podejmowane. Gdzie następstwem przekłucia było trwałe ściągnięcie się torbieli, tam następowało ono, albo skutkiem zapalenia, wywoływanego bądź przez samą operacyę, bądź przez niepomyślne zewnętrzne okoliczności (np. jazdę lub t. p.), albo torbiel sama przez się przestawała się wypełniać, albo téż wypełniała się niezupełnie, a w końcu sama przez się znikała. Do wypadków uleczonych przez pośrednictwo zapalenia otrzewnéj należą podane przez William'a Robbs [1]), Cazeaux, Fock'a, Preuss'a [2]).

Ściągnięcie się wprost, spostrzegali między innemi Pitha, Thompson (po 14 przekłuciu), Scanzoni dwa razy, West,

[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 następcze zapalenie otrzewnéj, nierównie częściéj śmierć, niż trwałe uleczenie sprowadza. Zaprzestanie wypełniania się spostrzegano tylko przy torbielach pojedyńczych albo torbielakach, które pod względem praktycznym mają znaczenie guzów jednokomorowych, a to tylko wtedy, jeżeli zawartość była surowicza, białkowata, lub téż krwisto-białkowata. W każdym razie uleczenie na téj drodze zdarza się tylko wyjątkowo. Że jednak prawdopodobieństwo przemawia za tém, iż po wykonaniu przekłucia, trzeba się będzie uciec do innych jeszcze sposobów obiecujących pewniejszy skutek, a te wymagają także ze swéj strony przynajmniéj jednorazowego przekłucia; lekarz więc jest w możności na skutek tego ostatniego poczekać.

Odpowiednie leczenie następcze, stanowczo się niekiedy przyczyniało do zapobieżenia ponownemu wypełnieniu się torbieli. Isaak Baker Brown, używając metodycznego nacisku (jaki zalecali już Beniamin Bell i Hamilton), za pomocą kompressów płocienných warstwami na sobie ułożonych, długich pasków plastra lepkiego oprowadzonych od tyłu do koła brzucha, oraz dobrze przyciągniętéj opaski brzusznéj, uleczył 11 chorych. Od równoczesnego użycia środków rtęciowych odstąpił on z wszelką słusznością. Inni lekarze widzieli także pomyślne skutki takiego leczenia następczego; nie trzeba się tylko, jek np. Scanzoni, Simpson i wielu innych, dać zrażać dolegliwościami jakie nacisk chorym przyczynia. Z jednéj bowiem strony można ciągłą bacznością, odpowiedniém nałożeniem opatrunku, obłożeniem grzebieni kości biodrowych watą, dolegliwości chorych uszczuplić; z drugiéj 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 skutecznem 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 Boinet'a. Już pierwsze postrzeżenia, dotyczące skutków tego postępowania, w porównaniu do prób Hamilton'a i Scudamor'a, którzy usiłowali wywołać ściągnięcie się torbieli nastrzykując do ich wnętrza siarczan cynku—dały wyniki nadzwyczaj zachęcające do dalszego badania. W r. 1856, Boinet (*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 dyskussyi przeprowadzonéj r. 1857 w łonie paryzkiéj akademii medycznej nad leczeniem torbieli jajnikowych, Velpeau (*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. Simpson w 1860 r. robił nastrzykiwania jodowe u 40 do 50 chorych, z których jedna tylko niezadługo po operacyi umarła. Tu nastąpiło nagłe wyczerpanie sił, zakończone śmiercią w 6—8 godzin [1]). Liczbę doszczętnych uleczeń podaje Simpson na $^1/_3$ ogólnéj cyfry. Inni lekarze doszli do mniéj pomyślnych wyników; pokazuje się z nich, że nastrzykiwania jodowe nie są bynajmniéj tak mało niebezpieczne jakby tego z wyż podanych ogłoszeń oczekiwać należało, i że w ogłoszeniach tych stosunek zupełnych uleczeń wypadł za wielki, gdyż stan chorych po operacyach nie był dość długo śledzony. Ch. West na 8 wypadków miał tylko 1 doszczętne uleczenie; u 2 chorych po $1^1/_2$—2 lat trwającém zdrowiu, nowe torbiele rość poczęły. Abeille (*Gaz. méd. de Paris Nr. 1. 1857*), leczył nastrzykiwaniami jodowemi 4 torbiele pojedyńcze i 3 wielokomorowe, a tylko u 2 chorych spodziewał się w dalszym ciągu tego postępowania, osiągnąć po-

[1]) W jednym także wypadku leczonym przez Löwenhardt'a nastąpiło wyczerpanie sił, i po 14 godz. śmierć (*Monatssch. f. Geburtsk. October. 1860*).

myślny skutek. Pierwsze 4 wypadki, które Scanzoni 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 pojedyńcze, wypełniały się jednak na nowo bardzo szybko, i ponowne to wypełnianie się nie rozpoczynało się nawet późniéj 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 wycieńczenia (*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. Nelaton [1]) na 5 chorych z torbielami jednokomorowemi zdołał uleczyć jedną przez proste przekłucie, a 3 nastrzyknięciem jodu; u 5 zawartość ciągnęła się w nitki, a zejście było śmiertelne. Takiż sam nieszczęśliwy skutek nastrzykiwań jodowych, widział Nelaton, przy leczeniu innych jeszcze torbieli o gęstawéj 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 otrzewnéj,—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 mięszaniną 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 mięszaniny 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. wyskoku i 100 cz. wody). Langenbeck używał roztworu z 10 gran jodu i 1 skrupułu jodku potassu na 1 uncyę wody. Schuh dodawał do naciągu jodowego 1—8 cz. wody. Simpson

[1]) Jules Ruyer. Monit. des hôpit. Nr. 134. 1856.

i Baker Brown nastrzykiwali rozcieńczony naciąg jodowy (według farmakopei Edynburgskiéj) 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 koniecznem prawdziwe zrośnięcie z sobą jéj ścian. Wszak nawet po pomyślném wyleczeniu puchliny jądra, nie znajdujemy stale zrośniętych ze sobą ścian błony właściwéj (*tunica vaginalis*), a gdzie zrosty rzeczywiście istnieją, częstokroć ograniczają się tylko do niektórych miejsc. Operując torbiele jajników, tém więcéj obawiać się musimy następczych zapaleń, że takowe łatwo się kończą ropieniem i sposoczeniem. Chociażby więc wystąpienie ostrego processu wysiękowego miało być pośrednikiem doszczętnego wyleczenia, bądź co bądź powinniśmy mieć tę dążność, i tak leczeniem następczém kierować, aby nie doszło daléj jak do wysiąknięcia miernéj ilości płynu włóknikowatego. Czysty naciąg jodowy niewątpliwie bardziéj drażni aniżeli roztwory wodne jodu, i z tego téż względu ostatnie zdawały nam się zasługiwać na pierwszeństwo. Wszakże, według spostrzeżeń poczynionych przez Simpson'a, Schuh'a i Baker Brown'a (tego ostatniego w około 12 wypadkach) ostrożność nasza w użyciu naciągu jodowego zdaje się być nieuzasadnioną. Zniszczenia wydzielniczéj czynności torbieli wtedy tylko możemy oczekiwać, jeżeli płyn użyty do nastrzyknięcia nie był zbyt rozcieńczony, i gdy się zetknął ze wszystkiemi częściami ścian torbieli. W tym celu należy torbiel poprzednio dokładnie opróżnić; w małe nawet worki nie nastrzykiwać mniéj 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, poczém staraliśmy się ciecz nastrzykniętą o ile można dokładnie z jamy torbieli wydalić. Niektórzy przecież lekarze, jak np. Schuh i Baker Brown 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 pojedyńcze części zapadłéj ściany łatwo przerywają komunikacyę między wprowadzonym cewnikiem, a roztworem jodowym; tak że przywrócenie jéj, 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. Wzgląd 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 ½, 1 lub 2 godzin objawy zatrucia. Operowane dostają dreszczów, ziębną, tętno ich staje się małém i nadzwyczaj częstém; 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 jednéj 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 jodowém, dołączywszy się do istniejącego już poprzednio znacznego osłabienia, sprowadziły zupełne wyczerpanie. Zdaje się, że przy użyciu roztworów wyskokowych, pochłanianie jodu następuje powolniéj, a tém samém 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 zatém zostawić przyszłości rozwiązanie kwestyi, czy niebezpieczeństwo zatrucia jakiém zagraża pozostawienie wyskokowych roztworów w torbieli, równoważy się większą pewnością pomyślnego skutku [1]).

Nastrzyknięcie jodu nie zawsze wywołuje wyraźne objawy zapalne w torbieli. Wiele z pomiędzy chorych dostają tylko niezbyt silnego bólu w brzuchu, który już na drugi dzień ustaje. Ciepłota ciała podnosi się nie wyżéj 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 też i ogólne trwają daléj, zdradzając poczy-

---

[1]) Foock przekonał się doświadczeniami robionemi na płetwie żabiéj, że wyskok, a więcéj jeszcze roztwór półtorachlorku żelaza (10 krotnie rozcieńczony) nierównie lepiéj 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 pozostawaniu w niéj rurki trójgrańca; nastrzyknięcie uwieńczone zostało pomyślnym skutkiem i od 3 lat nie było ponowy.

nające się ropienie. U jednéj z naszych chorych oddzieliła się z czasem od wnętrza ścian torbieli macierzystéj 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 sposoczałéj torbieli, rozerwał się świeży jeszcze zrost ze ścianą brzucha, i część zawartości wylała się do jamy otrzewnéj. Po przelotném wyczerpaniu sił, ciepłota, która już od 5 dni utrzymywała się niżéj 38°, podniosła się na nowo, i chociaż nie przyszło do ogólnego zapalenia otrzewnéj, sprawa jednak po 5 tygodniach zakończyła się śmiercią.

Niebezpieczeństwo rozwinięcia się zapalenia otrzewnéj, pod którém nie mała ilość chorych leczonych nastrzykiwaniami jodowemi szybko ulegała [1]), wymaga téj przezorności, aby do wspomnianego sposobu przystąpić dopiéro 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 powtóre, że nawet po pojedyńczém przekłuciu zapalenia otrzewnéj nie zawsze niestety, omijają; w każdym jednak razie poprzedzać je musi wylanie się drażniącego płynu do jamy brzusznéj, a roztwory jodu posiadają tę własność w wyższym stopniu aniżeli surowicza białkowata wydzielina torbieli.

Z przytoczonych wyżéj faktów i uwag wykazuje się tedy, że od nastrzyknięć jodowych z większą pewnością i częściéj oczekiwać można doszczętnego uleczenia niż od prostego przekłucia; że niebezpieczeństwo do nich przywiązane odpowiada przynajmniéj 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 którém niżéj), chora się nie zgodzi, albo jeżeli takowe okaże się niewykonalném, a tymczasem przeważny rozrost jednéj torbieli, pozwoli oczekiwać po jéj opróżnieniu chwilowéj ulgi, lub nawet, w szczęśliwszych razach, dłużéj 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 więcéj jest uzasadnioną, aniżeli obawa innych, iż w są-

[1]) Porównaj: wypadki Legrand'a (*Révue de thérap. Nr. 15. 1860*; i *Gaz. des hôpit. Nr. 80. 1861*).

siedztwie, zamiast powstrzymania wzrostu, nastąpi raczéj ropienie i sposoczenie.

Radziliśmy wyżéj, nastrzykiwać jod dopiero po wypróbowaniu prostego przekłucia. Obie te metody tém pewniéj 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 znaczniejszéj dojdzie objętości; a tém samém 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 ewentualności. Zachodzi więc pytanie, w jakich okolicznościach leczenie doszczętne może być zalecaném. Odpowiadając na nie, winniśmy przedewszystkiem na to zwrócić uwagę, że torbiele pojedyńcze zazwyczaj wtedy dopiéro znaczniejsze wywołują przypadłości, gdy dojdą większych rozmiarów. Okoliczność ta wszakże może tylko choréj, ale nie lekarzowi, utrudnić zdecydowanie się na operacyę. Bo téż pojedyńcze torbiele mają pospolicie łagodną zawartość; a więc i niebezpieczeństwo ich przekłucia nie jest wielkie. Z drugiéj zaś strony, w miarę dłuższego ociągania się, pożądany skutek operacyi staje się coraz bardziéj wątpliwym. Z téj wychodząc zasady, radzimy operować, jak tylko guz dosięgnie pępka, przypuszczając, że badanie każe się spodziewać pojedyńczéj torbieli o zawartości dość obojętnéj. Podanego tu czasu już z tego powodu nie należałoby przekraczać, że torbiele gdy dojdą takiéj objętości, szybko potém rość zaczynają. Gdyby zaś chodziło o leczenie doszczętne torbieli już nierównie większéj, to należałoby po pierwszém przekłuciu pomódz sobie nastrzyknięciem jodu, zanim worek na nowo się wypełni. Czy to jednak będzie w istocie pomocném, 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 dopiéro wtedy gdy się torbiel zmniejszyła, a ściany jéj 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 rani z łatwością ściany torbieli, a przytém nastrzyknięty płyn

z większą trudnością przez nią odpływa. Samo nastrzykiwanie wykonywa się pospolicie za pomocą szczelnéj strzykawki mosiężnéj. Przy niejakiéj ostrożności można uniknąć dostania się powietrza do torbieli. Simpson zamiast strzykawki używa rurki szklannéj, mogącéj w sobie pomieścić 8—10 uncyj płynu, która za pomocą rurki kauczukowéj 1—2 cali długiéj, zamykanéj 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 pomięszany jest z krwią, lub skrzepkami włóknika; gdzie się okaże klejowatym; albo wreszcie, gdzie wewnętrzna powierzchnia torbieli pokryta jest wybujałościami: roztwory jodowe sprowadzić mogą raczéj zapalenie i sposoczenie aniżeli zamierzone ściągnięcie się torbieli. W takich okolicznościach poprzestajemy na przekłuciu.

Fig. 24.

Przyrząd do nastrzykiwań, Simpson'a.

Leczenie następcze, 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. Wydalenie jodu z organizmu przyspieszyć można środkami moczopędnemi, 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 inaczéj zatrucie jodem sprowadziłoby długotrwałą skłonność do tworzenia się wrzodzianek, lub też innych chorób skóry. Zawsze jednak pożądaną jest rzeczą pierwéj 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 niewystarczającém, sztuczne wydalenie zawartości torbieli do jamy brzusznéj. Pobudką do tego był fakt znany z doświadczenia,

że dobrowolne pęknięcia torbieli sprowadzają niekiedy wyleczenie; przyczém spodziewano się, że albo opróżniony worek się ściągnie, albo też nastąpi trwała kommunikacya torbieli z jamą brzuszną, a następnie ciągłe wchłanianie przez otrzewnę wydzielanego przez torbiel płynu. Wilson i Baker Brown robili na linii białéj cięcie do 4 cali długie, opróżniali torbiel za pomocą trójgrańca, wyciągali ją przez ranę, wycinali kawałek jéj ściany, a zatamowawszy krwotok odkładali ją napowrót i ranę brzuszną łączyli szwami. Jedna z chorych operowana przez Wilson'a umarła z ujścia krwi; torbiel bowiem, po wycięciu kawałka jéj ściany wśliznęła się do jamy brzusznéj, zanim zdołano popodwiązywać naczynia. Bez względu jednak na to nieszczęśliwe zejście, wycięcie częściowe nie jest niebezpieczniejszém od zupełnego wycięcia jajnika (*ovariotomia*), gdyż przy obu tych operacyach, skutkiem obrażenia rozwinąć się może rozlane zapalenie otrzewnéj. Przy wycięciu częściowém zagraża do tego życiu wylanie się zawartości torbieli do jamy brzusznéj, zwłaszcza jeżeli nastąpi ropienie lub sposoczenie.

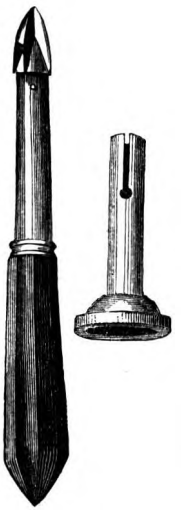
By cel zamierzony osiągnąć w sposób mniéj niebezpieczny, Guérin, Tilt i inni, zalecali podskórne nacinanie torbieli, a Maisonneuve wykonał je, nie sprowadziwszy wprawdzie w tym wypadku żadnych groźnych przypadłości, ale też i nie zapobiegłszy ponowieniu się. I ta także metoda nie wyrobiła sobie uznania, raz dla tego, że podskórne wykonanie operacyi nie objaśnia nas o naturze zawartości torbieli, a tém samém nie usuwa niebezpieczeństwa z wydalenia do otrzewnéj drażniącego płynu, a powtóre, że łatwo jest uszkodzić nożem mocno krwawiące naczynia.

Nowszemi czasy zaproponował Simpson nierównie odpowiedniejsze 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, mniéj skłonny do zalepienia się. Tym sposobem wykonywane opróżnienie torbieli do jamy brzusznéj przy zawartości surowiczéj lub zlekka białkowatéj 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 rozwiniętém. Jeżeli cieczy ropiastéj lub posokowatéj w porę nie wydalimy, to obawiać się przyjdzie wylania się jéj do jamy brzusznéj; a jeżeli się nie postaramy o nieustanne i swobodne jéj 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 jéj ilość, a tém samém przyspieszają ściągnięcie się i zabliźnienie ropnia torbieli. W wypadku podanym przez Ollenroth'a [1]), wykonano najpierw 7 razy proste przekłucia, a gdy potém przyszło do ropienia, pozostawił on srebrną rurkę na 27 dni, i tym sposobem zupełnie chorą uleczył. U choréj leczonéj przez Pagenstecher'a [2]), 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 takowéj. Schnetter'owi [3]) udało się także uleczyć na téj drodze torbielak; tylko że przekłucie robił on nie od strony powłok brzusznych ale przez pochwę.

Fig. 25.



Czworograniec Simpson'a.

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 metalowéj, pierwszy raz spróbował Fr. Henckel [4]) z nieszczęśliwym rezultatem, a próba ta pomyślnie powtorzoną została przez C. Schwabe'go [5]). 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.

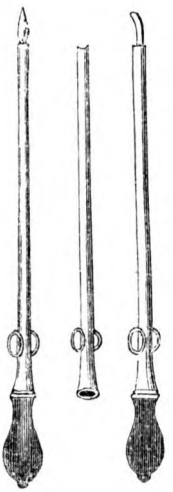
rzucone, z wyjątkiem wspomnianych powyżéj wypadków, w których torbiel zropieniu i sposoczeniu ulega. W 1856 jeszcze roku, Jobert uważał to postępowanie za prawidło; ale od tego czasu niebezpieczeństwa jego wykazały się w wielu wypadkach, w których zostało zastosowane, po nastrzyknięciu jodu. Przypuszczano wprawdzie, że będzie można zapobiedz rozwinięciu się zapalenia otrzewnéj, sprowadziwszy przed otworzeniem torbieli sklejenie się jéj ze ścianą brzucha; lecz pożądane tak zapalenie zlepne nie da się sprowadzić ani przez zastosowanie żżeradeł na skórę, ani przez wkłuwanie szpilek w guz, ani nawet przez rozcięcie ściany brzusznéj do saméj otrzewnéj; a to wszystko nie jest do tego wolne od niebezpieczeństwa. Więcéj jeszcze niż zapalenie otrzewnéj 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 Kiwisch'a, który wprowadził wziernik do rany, i tym sposobem jednę chorą doszczętnie uleczył, gdy tymczasem druga, późniéj operowana, umarła z zapalenia otrzewnéj. Stanowczym zwolennikiem téj metody jest obecnie Scanzoni, który 14 razy z niéj korzystał. Posługuje się on do tego 10 cali długim, prostym trójgrańcem, do którego rurki przystosowany jest oddzielny nóż $1\frac{1}{2}$" szeroki, opatrzony ostrzem, którém można zrobiony otwór rozszerzyć w jednym kierunku na 1—$1\frac{1}{2}$", jeżeli zawartość torbieli jest cieczą zbyt lepką. Tylko w 3 wypadkach na 14, wystąpiły późniéj objawy silnego zapalenia i sposoczenia torbieli; w pozostałych zaś ta ostatnia zmniejszyła się bez zbyt wydatnych miejscowych i ogólnych przypadłości, a wydzielanie wcześniéj jeszcze ustawało, tak, że już 8—10 dnia rurka mogła była być wyjętą. Tamte 3 wypadki należą właśnie do liczby 8, w których nastąpiło zupełne uleczenie; śmiertelnego zaś zakończenia nie spostrze-

[1]) Uytterhöven (*Journal de méd. de Bruxell. Decembre 1858 et Juni 1859*) wynalazł t. z. *trocart articulé à corseur*. Jestto trójgraniec, mający w odległości 5 ctm. od końca staw dający się ustawić pod kątem zapomocą 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, poczém narzędzie się usuwa i zastępuje rurką. Uytterhöven 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 mniéj byli szczęśliwi przy takiém postępowaniu. Z 3 chorych przez C r é d é ' g o operowanych, 2 umarły. Ch. W e s t podaje do wiadomości równocześnie o 3 wypadkach, z których jeden dotyczył torbieli tłuszczowéj; dwie z chorych przez 36 godzin znajdowały się w niebezpieczeństwie utraty życia, trzecia zaś umarła, jakkolwiek nie w skutek bezpośrednich następstw operacyi.

Fig. 26.



Trójgraniec z nożem S c a n z o n i ' e g o.

Bądź co bądź, wyniki otrzymane dotychczas z wyż przytoczonego postępowania są dostateczne, aby postępowanie to zatrzymać dla leczenia pojedyńczych torbieli z łagodną zawartością, gdzie proste przekłucie nie wystarcza do zupełnego ich uleczenia. Mniejsze niebezpieczeństwo pozostawania przetok, w porównaniu z przekłuwaniem od strony ścian brzucha, tém się tłomaczy, że przekłucie w punkcie najniżéj położonym, szczególniéj sprzyja nieustannemu odpływaniu posoki. Czy jednak ta metoda, przez wzgląd na połączone z nią niebezpieczeństwo nastrzykiwań jodowych powinna być zaniechaną, do czasu pozostanie wątpliwém. Lecz jéj zastosowanie już dla tego samego musiałoby pozostać ograniczoném, że torbiele jajnikowe rzadko w ogóle są dostępnemi od strony sklepienia pochwy, bez niebezpieczeństwa obrażenia sąsiednich organów. Przylegają one do pochwy zazwyczaj dopóty tylko, dopóki są małe, a tém samém albo wcale nie bywają dostrzeżonemi, albo téż 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 swéj podstawy. W dzisiejszym stanie rzeczy, zdecydujemy się na utworzenie przetoki od strony pochwy, oprócz we właściwych potemu wypadkach zropienia torbieli, tylko po bezskutecznem zużyciu nastrzykiwań jodowych i to jedynie wtedy, jeżeli przekłucie przez pochwę musiało już być wykonane (jak np. przy uwięźnięciu torbieli); lecz torbiel na nowo się napełniła, a przytém jest niewątpliwie dostępną od dołu. Tu może przynajmniéj, skutkiem poprzednich operacyj, ściana torbieli

[1]) F r a n q u e 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 drugiéj jednak strony, nastrzykując roztwór jodu przez pochwę, mniéj mamy pewności, że takowy zetknie się ze wszystkiemi 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 gwałtownemi 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 mniéj więcéj tygodni od rozpoczęcia się ropienia, które się zdradzało gorączką i gwałtownem chudnieniem; siły bowiem pacyentki tak dalece podupadły, że dłuższe trwanie ropienia i gorączki trawiącéj po dokonaniu przekłucia i pozostawieniu cewnika kazało się spodziewać szybkiego zużycia, gdy tymczasém usunięcie całego ogniska ropnego, pozostawiało chociaż cień nadziei uleczenia. Istnienie zrostu zdradzało się już uczuciem tarcia, jakie wyczuwaliśmy po prawéj stronie obwodu guza. Po przecięciu ścian brzusznych i przekłuciu torbieli pokazało się, że ta ostatnia z prawéj strony przyczepiona była za pomocą błony rzekoméj do pętlicy kiszek, a od góry na całéj przestrzeni zrośnięta z siecią. Ostatni ten zrost dał się oddzielić dopiéro po podwiązaniu niemal 20 naczyń, ale tém samém bez utraty krwi. Podwiązki zostały krótko poobcinane i zostawione; szypuła unieruchomiona za pomocą zaciskacza, i poniżéj 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 wyżéj, 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 dopiéro dzień pojawiło się wzdęcie brzucha (*meteorismus*), a na 4-ty duszność z rzężeniem w tchawicy. Na początku 5-go dnia chora umarła. Sekcya wykryła niezupełnie rozlane zapalenie otrzewnéj oraz obrzęk płuc z nielicznemi blonami rzekomemi na dolnéj 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 wykonanéj operacyi. — Poza wielką zropiałą torbielą, znajdowała się druga mniejsza, z takąż samą zawartością; chociażby więc zrobiono przekłócie z pozostawieniem cewnika, to i tak tylko jedno z ognisk ropnych zostałoby opróżnionem.

Przy rozstrząsaniu pytania, czy w razie zropienia torbieli wskazaném 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 wydalanie 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 przekłóciu nastąpiło sposoczenie, co nas zniewoliło 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 sekcyi znaleźliśmy czwartą część ściany worka pokrytą wyroślami.

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 operacyi było przeceniane, mogli jeszcze myśleć o zastąpieniu jéj innemi, w równym stopniu grożącemi życiu, chociaż mniéj 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 znacznéj 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 módz wydalić massy klejowate rękami i łopatką drewnianą, przez otwór po przekłuciu poprowadził cięcie 5 cali długie. — Niezadługo potém L e D r a n [2]) probował leczyć doszczętnie przecięciem dwie chore, z których jedna wyzdrowiała zupełnie, druga zaś żyła jeszcze przynajmniéj 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 dopiéro zaczęły, gdy wycinania jajników częściéj zaczęto przedsiębrać, i nie rzadko musiano je przerywać nie dokończywszy, lecz przeciąwszy dopiéro 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 wielkiéj 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.

Całkowite wyłuszczenie zwyrodnionego jajnika (*ovariotomia*) wykonane zostało po raz pierwszy na początku XVIII stulecia, i to bez z góry powziętego zamiaru, przez Salwatora Morand'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 Thomkirkland'owi i Howship'owi [2]), chore zostały ocalone.

Pierwszym, który naumyślnie wyciął torbiel jajnika (ropiejącą), miał być l'Aumonier w Rouen; wszakże to jest tylko pewném, że on w 1776 roku oddalił 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. Dopiéro w 1809 r. Ephraim M'Dowell 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 brzusznéj 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. 348.

L i z a r s operował 4 razy z takiemi wynikami. — Z wielką wytrwałością wzięli się do téj operacyi C l a y w Manszestrze r. 1842, oraz A t l é e w Pennsylwanii, i osiągniętemi przez się rezultatami zjednali powszechne uznanie w Anglii i Ameryce. — W Niemczech wykonał ją po raz piérwszy 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 operacye wykonane przez 14 lekarzy, z których najwięcéj, 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 jéj przeciwnikiem. We Francyi klątwa ciążąca nad owariotomią zdjętą została dopiéro 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 zestawienia statystyczne, aby tym sposobem zyskać podstawę do ocenienia jéj 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 podanéj 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 pomylono 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. — Zatém na 41 uleczeń 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 Francyę i 8 na inne kraje. Z téj liczby dokończono 585; 330=56,4% z pomyślném, a 255=43,6% ze śmiertelném zejściem. — W 27 wypadkach można było wykonać tylko częściowe wyłuszczenie macicy; z tych 16 zakończyło się śmiercią. — U 87 chorych zwyrodniały jajnik musiał pozostać nietkniętym, a 26 z pomiędzy nich przypłaciło życiem. — U 20 znaleziono nadspodziewanie guzy nie w jajnikach, które jednak wyłuszczono — 13 razy ze śmiertelném zejściem.

Z powodu błędnego rozpoznania zaprzestano 23 operacyj po otworzeniu jamy brzusznéj; z téj 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 całkowitém wyłuszczeniu tylko 40%, niemieccy —73% chorych. — Przyczyną śmierci było najczęściéj zapalenie otrzewnéj (91 razy), wyczerpanie sił (41 razy) i krwotoki (31 razy). — W ciągu pierwszéj doby umarło 43, w ciągu drugiéj 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 zebranéj statystyki.—W Anglii operacya ta wykonywaną 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 najwyżéj owariotomii mogło ujść przed poszukiwaniami G. S i m o n'a, który usiłował zaznajomić się o ile można ze wszystkiemi wypadkami wycięć jajnika.—Z tego zarazem wynika, że aby z przybliżoną chociaż pewnością ocenić niebezpieczeństwo owariotomii wogóle, nie można się opierać na cyfrach wyciągniętych z ogólnéj liczby znanych operacyj. — Na szczęście, niektórzy angielscy lekarze, którzy bardzo często owariotomię wykonywali, wykazali z własnego doawiadczenia, że i niepomyślne wyniki dotychczas przez niemieckich lekarzy osiągane, 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 kobiét, 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 któréj 16 wyzdrowiało. — Dwaj na ostatku wymienieni lekarze w nowszym dopiéro czasie, operacyą tę podejmowali,— J. C h. C l a y otrzymywał także coraz lepsze rezultaty; w piérwszych 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 $3^1/_2$; w trzecich 29, jednego z $4^1/_7$. — O wiarogodności tych danych wątpić nie można. Sprzeczność ich ze wszystkiemi innemi statystykami objaśniają następne fakty. — Piérwsze operacye lekarza rzadko kiedy bywały pomyślne; a właśnie zestawienie owariotomii dokonanych w Niemczech obejmuje wielką ilość operatorów, z których tylko niektórzy częściéj operacyą wspomnianą wykonywali; zaś bogate i coraz rozleglejsze doświadczenie, jak w ogóle w medycynie praktycznéj tak téż i tu ma swoje błogie korzyści. Nadto we wzmiankowanych zestawieniach statystycznych, nie tylko pomieszczono te operacye, których technika i leczenia następcze przeprowadzone zostały według uznanych już zasad, ale pomięszano 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 nietylko 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 znacznéj przestrzeni. — Przekonywają nakoniec, że istnienie zrostów między guzem a ścianami lub organami brzusznemi, niemal tak często jak ich brak, dopuszcza osiągnąć pomyślne zejście, a tém samém, że nie ma potrzeby ograniczać owariotomię do wielkiéj mniejszości wypadków, lecz nawet mimo niepomyślnych napozór okoliczności, można spodziewać się od niéj ocalenia życia [1]). Dawniéj mianowicie odstraszała niemieckich lekarzy od owariotomii, obawa takich zrostów, wielka ich częstość przy wielkich i złożonych guzach, oraz niemożliwość ich rozpoznania przed otworzeniem jamy brzusznéj.—

[1]) Spencer Wells przytacza nawet pomyślny wypadek wycięcia jajnika, dokonanego równocześnie z cięciem cesarskiém. — Gdy bowiem wydobył piérwszą torbiel, przedstawił się drugi guz, który dopiéro po dokonaniu przekłucia obok zjawiającego się teraz ujścia jajowodu, okazał się macicą ciężarną w 5-m miesiącu — Przy wyciąganiu kanki wypadła massa 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 poniżéj 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 otrzewnéj do nich prowadzi, jak z drugiéj 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 jednéj strony na drugą przesuwać, aby się można było upewnić, czy ich powierzchnia prześlizga się tylko pod ścianą brzuszną, czy téż i pępek za sobą pociąga; lecz nawet tam, gdzie piérwszy z tych fenomenów stwierdzonym zostanie, nie wyklucza tu jeszcze możności istnienia nie zbyt obszernego i wiotkiego zrostu. To samo i macica, chociażby nie była przyrośniętą, jeżeli tylko przez sąsiedni guz jest mocno przyciśniętą, lub przez wyparcie ku górze unieruchomioną, — nie daje się swobodnie poruszać zgłębnikiem. — Często przytrafiające się zrosty torbielaków z siecią, oraz nie rzadko się zdarzające przyrośnięcia do pętlic kiszkowych i innych organów brzusznych, wcale rozpoznać się nie dają. — Sądząc z dotychczasowego naszego doświadczenia, należy oczekiwać, że sztuczne oddzielanie istniejących zrostów stanie się możliwém, 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 jéj 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 sprowadził 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 znośnéj egzystencyi.— Daléj zazwyczaj przed rozpoczęciem wyłuszczenia 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, bynajmniéj 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 łudzić kilkakrotnie robioném spostrzeżeniem, że pewna chora wkrótce po wyzdrowieniu zaszła w ciążę i szczęśliwie urodziła. — Mamy już spostrzeżenia dowodzące, że może wypaść potrzeba powtórnéj owariotomii, ale zarazem na uspokojenie nasze trzeba wiedzieć, że i ta powtórna operacya udać się może; żeby ona jednak mniéj była niebezpieczną niż piérwsza, nie zdaje się być prawdopodobném. — Powtórzenia operacyi unikano częstokroć przez wyłuszczenie 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 jednostronnéj jak 56 : 44.

Ponieważ przy ocenieniu przybliżonego niebezpieczeństwa, jakie ta operacya za sobą pociąga, dla podmiotowéj rozwagi jednostek do pewnego czasu rozległe pozostaje pole; to téż od indywidualności lekarza będzie zależało, czy chora łatwiéj czy trudniéj zdoła się zdecydować na poddanie się owariotomii. — To tylko można zalecić, aby lekarz nie taił swego zdania, i przedstawił choréj o ile można wszystkie ewentualności. — Ale należy to uczynić zawczasu.

W wypadkach, w których mniéj 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 mniéj ucierpiał od miejscowéj choroby.—Najmniejsza śmiertelność przypada na wiek od lat 21 do 25 (36,2%); największa po 59 roku życia (42,8%); mniejszą jest przy dobrym stanie zdrowia (37%), znaczniejszą przy podkopanym już (48%), najznaczniejszą u chorych zrujnowanych na zdrowiu (53%). — To téż lekarz, w interesie cierpiących, pragnąć powinien, aby one zawczasu trudną tę powzięły decyzyę, — chociaż nie powinien naruszać swobody takowéj. — Z drugiéj 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 operacyą, nawet w późniejszych okresach choroby; nie ma bowiem żadnego innego sposobu ocalenia życia.

Owariotomię jednak wtedy tylko można przedłożyć, gdy wszystkiemi sposobami, a więc w pewnych razach i przez przeklucie, upewnimy się o prawdziwości rozpoznania choroby, przyczém błędy zawsze jeszcze są

nieuniknione, jakotéż o możliwości operowania w danym wypadku, pod względem czego rozmaici lekarze mogą być różnego zdania.

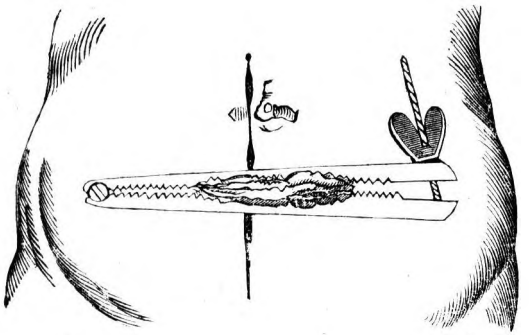
Co się zaś tycze wykonania operacyi, to angielscy lekarze słusznie kładą nacisk na to, aby nie robić jéj w wielkich szpitalach, gdzie wszystkie operacye chirurgiczne dają stosunkowo mniej pomyślne rezultaty, ale w prywatnych mieszkaniach chorych, albo, gdy nie można, w małych starannie przewietrzanych zakładach, i to w obszernym pokoju, w którym operowana nadal będzie miała pozostać. — Jeżeli można, wyczekiwać trzeba połowy czasu między dwoma peryodami miesiączkowemi, a zarazem suchego i ciepłego powietrza, stałéj pogody. — Baker Brown 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 potém pozostawić w spokoju, i zapobiedz wymiotom podczas chloroformowania, co tylko Clay'owi wydaje się rzeczą obojętną.— W tym ostatnim celu B. Brown jeszcze w ostatnich 2—3 godzinach daje kawałki lodu do łykania. Większa część operatorów każe ogrzewać lokal do operacyi przeznaczony na 75°—80° F. i usiłuje zapobiegać zaziębieniu podczas operacyi i po niéj, przez pozostawienie na choréj ciepłych majtek i pończoch, a późniéj przez ułożenie jéj w dobrze wygrzaném łóżku i t. p.

Z wyjątkiem Tyler Schmith'a, który przekłada położenie w pół siedzące, aby zapobiedz wylaniu się torbieli do jamy brzusznéj, wszyscy inni operują w położeniu leżącém na wznak, podczas gdy biegli assystenci utrzymują guz w zetknięciu z raną. — Najpiérw rozcinają się powłoki brzuszne wzdłuż linii białéj, a następnie i otrzewna, o tyle, aby można było ogrzaną rękę wprowadzić do jamy brzusznéj, wyśledzić pobliskie zrosty i takowe oddzielić. — Potém 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 przytém okażą się nowe zrosty, to bardziéj 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 inaczéj, tam trzeba nawet pozostawić część worka. — John Clay 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, utworzonéj przez wiąz szeroki. — Jeżeli szypuła jest dostatecznie długa, to ściska się ją zaciskaczem podanym przez Hutschinson'a, i gdy ten silnie ją trzyma, przecina się albo bez podwiązywania, albo też, gdy jest bardzo gruba i większemi opatrzona naczyniami, po poprzedniém podwiązaniu w całości lub częściowo.

Fig. 27.



Utwierdzenie szypuły za pomocą zaciskacza Spencer Wells'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 otrzewnéj łączy się szwem ze srebrnych drutów (albo szwem okręcanym lub guzikowym), utwierdzając w niéj szypułę wraz z zaciskaczem przed nią leżącym. — Po 3—5 dniach można zaciskacz odjąć.—Jeżeli jednak szypuła jest dla

[1]) Nussbaum napotkawszy guz na całéj przestrzeni przyrośnięty, gdy za pomocą palcy, noża i nożyczek nie zdołał go oddzielić, w ten sposób szczęśliwie go wydobył, że nożyczkami rozszerzył otwór po trójgrańcu ku górze i ku dołowi na 10 ctm. i wprowadziwszy rękę do wnętrza torbieli, ujmował jéj ścianę w fałdy i odrywał. W ten sposób udało mu się zwolna oddzielić torbiel od odbytnicy, pęcherza i dołów biodrowych aż do przepony, wynicowując ją. — (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 potém napowrót do jamy brzusznéj. — Pzytém narażamy się na niebezpieczeństwo, że martwiejący i oddzielający się koniec wywołać może zapalenie otrzewnéj nie do uleczenia, a niekiedy czekać można wiele tygodni, zanim podwiązki się oddzielą.—Tabella D u t o i t'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 brzusznéj. — W 4 wypadkach użyto odgniatacza (*ecraseur*); z tych 1 tylko zakończył się śmiercią.

Po operacyi w pokoju choréj 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 więcéj 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.

M e i s s n e r: *Frauenzimmer-krankh. II. p. 284.* — S. L e e: *l. c. p. 259.* — K i w i s c h: *l. c. II. p. 180.* — K ö l l e r: *Die Krebs- und Scheinkrebskrankh. des Menschen. Stuttg. 1853 p. 439.* — v. S c a n z o n i: *l. c. p. 362.* — K o h l r a u s c h: *Müllers Archiv 1843. 4.* — S t e i n l e i n: *Henle's und Pfeuffer's Zeitschr. IX. 21.* — F r i e d r e i c h: *Virchow's Archiv. XIII. p. 498.*— L e b e r t: *Prager Vierteljahrschr. 1858. 4.* — R o k i t a n s k y. *Allg. Wien. med. Zeit. Nr. 34 - 35. 1859.*— U l l r i c h: *Monatsschr. f. Geburtsk.*

---

[1]) K e i t h, idąc za radą S p e n c e r W e l l s'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.* — Saexinger: *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 opisywanemi powyżéj torbielami i torbielakami, są one rzadkiém zjawiskiem; najczęściéj jeszcze spostrzegano między niemi torbiele skórzaste, następnie raki, a w małéj tylko liczbie wypadków włókniaki. — Kiwisch wspomina jeszcze chrzęstniak, 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 powiększany do objętości kurczego jaja przez mnóstwo ognisk papkowatych; Rokitansky zaś, widział u pewnéj kobiety zmarłéj na gruźlicę płuc i kiszek, lewy jajnik utkany małemi żółtemi gruzełkami, które w jedném 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 więcéj niż na linię grubą warstwę nabłonka brukowego; pod nią pokład tkanki łącznéj z brodawkami, które wszakże, chociażby się w znacznéj znajdowały ilości nie układają się regularnemi szeregami i bywają rozmaitéj długości i grubości; nakoniec pod tą warstwą tu i owdzie tkankę tłuszczową podskórną. — Gdzie ściana takie przedstawia utkanie, tkwią w niéj częstokroć i torebki włosowe, z wychodzącemi z nich krótszemi i dłuższemi zazwyczaj jasnemi, wełniastemi włosami; a niemniéj także gruczoły łojowe i potowe, z których piérwsze tak samo jak w skórze, otwierają się po części do torebek włosowych, tylko bliżéj ich powierzchni. — Często także w ścianie takiéj torbieli rozwijają się kości i zęby. Kości bywają zawsze mniej lub więcéj nieregularnego kształtu, i mogą mieć obok siebie chrząstki, lub też łączyć się z temi ostatniemi za pośrednictwem torebek stawowych. — Zęby tkwią albo w zębodołach kości podobnych do szczęk, albo w tkance łącznéj; liczba ich przechodzić może 100. — Nakoniec, kilka razy spostrzegano na ścianach worków

massy nerwowe i mózgowe. — Zawartość jam torbieli składa się z żółtéj maziștéj massy, złożonéj z płynnych i stałych tłuszczów, zwłaszcza kryształów cholesteryny, oraz z nabłonków brukowych. — Z rozkładu tych ostatnich pochodzi zapewne leucyna i tyrozyna, które Bamberger przy chemicznych swych poszukiwaniach wykazać mógł w obfitości obok kwasu szczawiowego, ksantyny i mocznika. — Prócz tego, znajdujemy częstokroć domięszane do tłuszczowéj massy wypadnięte włosy kłębkowato pozwijane lub spilśnione, a nawet i swobodne zęby.

Torbiele skórzaste, jak to już pobieżnie wspominaliśmy, znajdować się mogą w złożonych torbielakach, obok innych przetworów wypełnionych płynem. — Oprócz tego napotykają się one albo oddzielnie, albo po kilka razem, i zazwyczaj bywają wtedy wrodzone; jak widać z zestawienia Pigné'go, gdzie na 18 wypadków, napotkano 6 w wieku między ½—2 r. życia, 4 u płodów donoszonych, a 3—8-miesięcznych. — Powstają one oczywiście z przeistoczenia pęcherzyków Graaf'a; że jednak dają się napotykać i zewnątrz jajnika, chociaż w nim najczęściéj, upada więc tém samém słuszność zdania Braxton Hicks'a, że zwyrodnienie skórzaste zawsze bierze początek z jajka. Że zaś przy powstawaniu jego produkt zapłodnienia żadnéj nie odgrywa roli, to już dawno zostało uznaném.

W większéj 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 Blumenbach'a preparat przechowany w gabinecie Gothajskim, tworzyć worek 14 funtów mający z 40-ma funtami zawartości.— Bywają one powodem znacznych zaburzeń w organizmie przez to, że nie rzadko ulegają zapaleniu i ropieją, bądź dobrowolnie, bądź też skutkiem pęknięcia podczas wydarzonych w czasie ich istnienia ciąży i porodów. — Otwierają się najczęściéj do pęcherza moczowego, odbytnicy, pochwy lub przez przednią ścianę brzucha. Wypadki, w których pod koniec piérwszego tygodnia połogu nastąpiło przedziurawienie do jamy otrzewnéj, podali przed niedawnym czasem Sangalli [1]) i J. Schmidt [2]). — Tam nawet, gdzie wytworzyła się komunikacya między torbielą a odbytnicą lub pochwą, nie wiele częściéj można oczekiwać pomyślnego zejścia, gdyż wytwarzanie się tłuszczu trwa dopóty, dopóki błona skórzasta nie zosta-

[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 kiszki odchodowéj, 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 trawiącéj. — 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 niepewném, 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 kategoryi. — Ale właśnie ta okoliczność, że i skórzaste torbiele dają niekiedy uczucie chełbotania, staje się powodem błędów w rozpoznaniu, i może mimo nieznacznych stosunkowo przypadłości (ze strony stolca i moczu) zachęcić do przedsięwzięcia przekłucia, po którém szybko rozwija się rozlane zapalenie otrzewnéj, gdyż niepodobna przy tém uniknąć wydostania się części drażniącéj zawartości do jamy brzusznéj, czy przekłucie zrobimy od strony powłok brzusznych, czy od strony pochwy. — To też guzy tego rodzaju zostawiać trzeba naturze.

b) W ł ó k n i a k i napotykano w jajnikach zarówno po jednéj stronie jak i po obu. — Nie zawierają one ani tak wiele włókien mięsnych ani też nie dają się tak łatwo ze swéj powłoki wyłuszczyć, jak guzy włókniste macicy. — Dorastają one niekiedy znacznéj wielkości, zwłaszcza, jeżeli się składają z wielu kłębów, jak spostrzegał S c a n z o n i. Guz będący w jego posiadaniu waży 56 funtów. — Utkanie ich bywa już bardziéj zbite, już pulchniejsze. Mogą się one skręcać około osi, i skutkiem wywoływanego przez to przekrwienia żylnego stawać bardzo soczystemi. 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 ciałko żółte. K l o b znalazł także w guzie wielkości głowy dziecięcéj, ciało białawe (*corpus albidum*) wielkości grochu z jamką

[1]) Annal. univ. Miliano. Giugnno Nr. 65. 1865.

we środku, a na obwodzie warstwę żółtą do 3''' grubą z tłuszczejących ciałek tkanki łącznéj. 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 najwyżéj tylko z prawdopodobieństwem r o z p o z n a n e, i to tylko jeżeli przy gładkiéj powierzchni i powolnym wzroście, są twardéj konsystencyi; bo jeżeli są miękksze, to prawdopodobniejsze jest przypuszczenie, że należy je odnieść do torbielaków lub raków. — Po nastąpioném skostnieniu, łatwiéj 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, częściéj pod formą rdzenia niż raka włóknistego. Jeżeli jajnik dotychczas był zdrowy, to według postrzeżeń F ö r s t e r a w większéj liczbie wypadków rozwija się on w sposób rozlany w podścieliska, i wtedy znajdujemy zamiast tego ostatniego i pęcherzyków, pod surowiczą powłoką błony białéj, massę rakowatą, mogącą tworzyć guz wielkości pięści męzkiéj. Niekiedy jednak powstają także i w miąższu jajnika pojedyncze ogniska, które wyrastają na guzy gruczołowate znacznéj wielkości; pęcherzyki i ciałka żółte stopniowo marnieją; te ostatnie jednak niekiedy zanim zmarnieją, bujają piérwéj. — R o k i t a n s k y spostrzegał jeden wypadek, w którym punktu wyjścia raka szukał on w ciałku żółtém, gdyż guz gruzłowaty wielkości głowy dziecięcéj, wyraźnie otoczony był 6—12 linij grubą, gęsto pomarszczoną, biało-czerwonawą korą, w któréj wnętrzu dawała się odróżnić biaława massa środkowa. — Wzrost guzów rakowych postępuje w ogóle szybko, a w ostatnich tygodniach przed śmiercią bywa szczególniéj gwałtowny.— Podczas ich rozwijania się łatwo przychodzi do ograniczonych zapaleń otrzewnéj, sprowadzających zrost guza z przyległemi organami. — Rak przejść może bezpośrednio z jajnika na otrzewnę, albo też przystępuje wtórne cierpienie téj ostatniéj w odleglejszém miejscu, z puchliną brzuszną, jak również rak wątroby, śledziony i t. p. Niekiedy znowu zrakowaciała massa jajnika rozrywa swoje powłoki, a bujając, tworzy gruzły swobodnie sterczące do jamy brzusznéj, rozpada się i wywołuje śmiertelne zapalenie otrzewnéj.

Częściéj jeszcze aniżeli w zdrowym jajniku, rozwija się rak w torbielakach. Tu albo wybujałości rakowate wychodzą z wewnętrznéj po-

wierzchni torbieli, i niekiedy nie tylko całą jéj jamę wypełniają, ale nawet przedziurawiają ściany; albo też massa rakowata odkłada się w podścielisku ścian.

Rozróżnienie raka wjajniku od innych guzów, zazwyczaj możliwém jest dopiéro na stole sekcyjnym, lub po dokonaném wyłuszczeniu. Zewnętrza bowiem ich powierzchnia, może być zarówno gładką jak i uderzająco wzgórkowatą; a i torbielaki bywają także nagórkowate i jednostajnéj spoistości. — Rakowata natura guza może być tylko do pewnego stopnia prawdopodobną; jeżeli ten guz bardzo szybko rośnie, wcześnie i mocno podkopuje ogólny stan organizmu, a na swéj powierzchni pozwala wyraźnie wymacać twarde wyniosłości. — W jednym wypadku, świéżo przez nas spostrzeganym, ułatwiała rozpoznanie ta okoliczność, że obok cech dopiéro wymienionych, a mianowicie obok twardych, gruzłowatych ale na powierzchni zupełnie gładkich wybujałości, u podstawy dołu Douglas'a, w lewéj okolicy pachwinowéj dostrzedz było można stwardniałe gruczoły limfatyczne.

Leczenie opisanych tu twardych guzów jajnikowych, może być tylko objawowém. — Przy torbielach skórzastych, przekłucie każe oczekiwać niepomyślnego tylko zejścia. — Wyłuszczanie guzów rakowych i zrakowaciałych torbieli będzie nadal jak i przedtém w pewnych razach przedsiębrane, gdyż ich rozpoznanie zazwyczaj bywa niemożebne. Lecz owariotomia tylko przy włókniakach zapewnia doszczętne uleczenie.

ROZDZIAŁ V.

CHOROBY WIĘZÓW MACICZNYCH.

1. Choroby więzów okrągłych.

L. R a u. *Beiträge zur Kentniss 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 mniéj lub więcéj 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 pochylonéj, znalazł po prawéj stronie prócz zwykłego więzu okrągłego, jeszcze drugi, wychodzący z szyi macicznéj.

O n i e j e d n o s t a j n é j d ł u g o ś c i obu więzów okrągłych, resp. o niezwykłéj krótkości jednego z nich, mówiliśmy już przy opisie zboczeń w kształcie i położeniu macicy.

P r z e r o s t zdarza się jedno — lub obustronny, w związku z powiększeniem macicy, a zatém przy rozmaitych stanach chorobowych tak w niéj, jako téż w jajnikach.

Ż y ł a k i nierównie rzadziéj 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 skrzepłéj, częścią płynnéj.

Z a p a l e n i a więzów okrągłych dają się spostrzegać prawie wyłącznie podczas połogu, i to w skutek rozszerzenia się pierwotnego zapalenia macicy lub zapalenia okołomacicznego. Jeżeli przy tém ostatniém 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 berlińskiém, konkrement 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 zarośnie, to w ten odrostek otrzewnéj nietylko wchodzić mogą trzewia, ale może się też w nim nagromadzić i surowica, która zachowuje się tu w podobny sposób, jak przy wrodzonéj puchlinie powrózka nasiennego u mężczyzn. Płyn zebrany we wspomnianym odrostku wtedy nie da się wypchnąć do jamy brzusznéj, gdy w okolicy obrączki pachwinowéj ściany kanału zrosną się ze sobą, a tém samém worek zostanie od góry zamknięty. Oprócz téj odmiany puchliny więzu wrodzonéj, zdarza się jeszcze puchlina torbielowa (*H. cystica*), przy któréj wiąz okrągły nie przebiega już, jak tam, obok tylnéj lub wewnętrznéj 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 wziętą za przepuklinę pachwinową, gdyż jeżeli torbiel jest niewielka, to i charakterystyczne jéj cechy nie są wydatne.

2. Zapalenie więzów szerokich. Zapalenie otrzewnéj 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. Juli 1855.* — C h. B e l l: *Edinb. med. journ. Paźdź. i Grudź. 1856 oraz styczeń 1858.* — B e r n u t z et 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 praktycznéj, zestawiamy w tém miejscu wszystkie zapalenia składek otrzewnéj, zamykających w sobie i ograniczających wewnętrzne organa rodne, oraz tkanki łącznéj pomiędzy niemi się znajdującéj.—Przytoczona powyżéj literatura pokazuje, że zapalenia te, ostatniemi właśnie laty stały się przedmiotem licznych opisów.— Toczono spór o to, co i do dziś dnia jeszcze pozostało nierozstrzygniętém, 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 et 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 znacznéj liczby spostrzeżeń, bo choroba ta zaledwie wyjątkowo śmiercią się kończy. To tylko zdaje nam się rzeczą pewną, że w większéj 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 otrzewnéj (*Peritonitis partialis*).

Punktem wyjścia zapalenia otrzewnéj miednicy, mogą być rozmaite organa w miednicy leżące, ale najczęściéj poczyna się ono pod postacią zapalenia okołojajowodowego (*Peri-salpingitis*), lub okołojajnikowego (*Peri-oophoritis*); rzadziéj już pod formą właściwego zapalenia otrzewnéj. Skoro takowe dosięgło już pewnego stopnia, to nie rzadko podczas całego już przebiegu choroby, a zwłaszcza podczas pojedynczych okresów takowéj, niepodobna bliżéj określić punktu jéj wyjścia. Nic to jednak nie zawadza praktycznym wymaganiom lekarza, gdyż punkt wyjścia choroby nie wiele modyfikuje jéj przebieg, a leczenie według jednych i tych samych prowadzi się zasad.

Zazwyczaj rezultatem zapalenia bywa wysiąknięcie miernéj ilości płynu bogatego we włóknik, skutkiem czego organa miednicze wielorako się ze sobą sklejają. 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 mniejszéj lub większéj rozciągłości. Wielkość guza bywa zmienną, stosownie do rozległości zrostów. Może on być tak wielki, że otacza macicę dokoła, pozostawiając zaledwie ósmą lub czwartą jéj część swobodną. Jeżeli jest niewielki, leży zwykle z boku i z tyłu po za macicą. Dolny jego koniec sięga najczęściéj aż do sklepienia pochwy; górny może mniéj lub więcéj 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 téż 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 macicznéj, zmienia swój kształt i szerokość. Jeżeli wysięk był obfity, to najczęściéj wypełnia on zagłębienia D o u g l a s'a i otarbia się tutaj. W tych właśnie wypadkach guz bywa początkowo wyraźnie sprężysty; późniéj wszakże spoistość jego staje się tu, podobnie jak i w innych okolicznościach, tęższą, a częstokroć tak twardą jak deska. Po dłuższém trwaniu zazwyczaj wysięk zostaje wchłoniętym, pozostawiając mniéj lub więcéj silne zrosty, które stosownie do swéj rozległości, dotykają bądź niektóre tylko z organów miedniczych, bądź téż wszystkie razem. Zrosty te, mające bardzo często kształt bliznowatych powrózków, pociągają najczęściéj za sobą trwałe przemieszczenia jajników i jajowodów, otorbienie i zanik pierwszych, zaciśnięcie i nieprzenikalność ostatnich, oraz pochylenia i zgięcia ma-

cicy. K l o b zauważył, że przy zapaleniu okołomacicznem, macica sama doznaje zmiany podobnéj do ostrego stłuszczenia mięsa sercowego przy zapaleniu osierdzia. Stłuszczenie zajmuje regularnie zewnętrzną warstwę mięsną, ale niekiedy rozciąga się na dwie linie w głąb; sprowadza ono ostatecznie rozwinięcie się warstwy korowéj z tkanki łącznéj, co w następnéj ciąży może się stać przyczyną niedostatecznych skurczeń macicy.

W razie mniéj pomyślnego przebiegu choroby, przychodzi do ropienia i wytworzenia ropni. Ropa najczęściéj toruje sobie drogę do odbytnicy lub pochwy, niekiedy do okrężnicy lub pęcherza, albo wreszcie wylewa się do jamy otrzewnéj. Z wyjątkiem tego ostatniego wypadku, zapalenie rzadko w niepołogowym stanie kobiéty rozszerza się z miedniczego odcinka otrzewnéj, na pozostałe części trzewiowego lub ściennego listka téj błony surowiczéj; prócz tego, wysięk bywa w ogóle mniéj obfity niż w połogu, i nierównie rzadziéj staje się ropiastym.

Właściwa *Phlegmone periuterina* (*Parametritis* V i r c h o w'a) według naszego przeświadczenia zdarza się stosunkowo rzadko po za okresem połogowym. Siedliskiem jéj bywa najczęściéj 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 obfitszy, to bardzo wcześnie zjawia się nacieczenie w tkance podsurowiczéj przyległego dołu biodrowego; niekiedy zaś wysięk postępuje ku górze wzdłuż przedniéj ściany brzucha, i może znacznie przekroczyć wysokość pępka, jak w jednym wypadku zdarzyło nam się widzieć. I nacieczenie tkanki łącznéj miednicy może ustąpić drogą wchłonięcia. Niekiedy powoduje ono stwardnienia modzelowate, skutkiem bujania tkanki łącznéj. Zejście w ropienie także nie jest rzadkiém. Miejsce, w którém otwierają się ropnie istniejące zewnątrz otrzewnéj lub z tyłu téj błony, zależy od miejsca pierwotnego ich rozwoju, od dalszego szerzenia się, i t. p. Ropnie w tylnéj 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 połogowych, albo téż opuścić może miednicę, idąc za biegiem naczyń udowych lub okrągłych więzów macicy.

Przyczyny. Tak zapalenie otrzewnéj miednicy jak i tkanki łącznéj obokmacicznéj są to prawie zawsze choroby następcze. Właściwe zapalenie okołomaciczne występuje albo w następstwie rozszerzenia się

ostrego miąższowego zapalenia macicy (po nagłém przytłumieniu miesiączki), albo też w przebiegu innych chorób miednicy, jak naprzykład zboczeń w położeniu, włókniaków, raka, gruźlicy, krwistego wewnątrzmacicznego. Zapalenie okołojajowodowe rozwija się najczęściéj przy nieżycie jajowodów, w skutek wydostania się wydzieliny nieżytowéj przez otwór brzuszny, albo też w skutek bezpośredniego rozszerzenia się zapalenia z błony śluzowéj na surowiczą. Zapalenie okołojajnikowe, przyłącza się do pierwotnego zapalenia lub zwyrodnienia pęcherzyków albo też podścieliska jajników. Wielka częstość zapalenia otrzewnéj miednicy u kobiét publicznych (tak zwanego *Peritonitis meretricum* v. *Colica scortorum*) stoi w związku z częstością zaraźliwych i niezaraźliwych śluzotoków podobnych osób, jakotéż z nadużywaniem stosunków płciowych.

Objawy. Zaburzenia czynnościowe, poprzedzające wybuch zapalenia, odnoszą się do rozmaitych chorób pierwotnych, ale prawie zawsze w części przynajmniéj, dotykają macicę. Pierwszym, a zarazem jedynym stałym objawem samego zapalenia otrzewnéj miednicy, jest ból w miejscu cierpiącém zwiększający się przy nacisku. Ból ten, stosownie do gwałtowności i rozległości cierpienia otrzewnéj, 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 przepłatane przelotném gorącém, przyspieszenie tętna, powiększenie pragnienia, zmniejszenie apetytu, a częstokroć silna gorączka ze znacznem podniesieniem ciepłoty, małém 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 niéj mniéj lub więcéj oddalić, przyczém daje on uczucie większéj sprężystości aniżeli sama tkanka maciczna. Guz ten, jako też spowodowana jego obecnością zmiana położenia macicy, oraz zmiana kształtu sklepienia po-

chwowego, zazwyczaj wtedy dopiéro dostrzeżonemi być mogą, gdy gorączka już złagodnieje. Z czasem, guz początkowo sprężysty staje się mniéj lub więcéj twardym.

W razie pomyślnego przebiegu choroby, między 14—21 dniem rozpoczyna się wchłanianie wysięku. Śmierć może nastąpić wcześniéj jeszcze, skutkiem rozszerzenia się zapalenia na ścienny i trzewiowy listek otrzewnéj; wszelako rozwinięcie się ogólnego zapalenia téj 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 miesiączkowych, ale, jak łatwo zrozumiéć mogą być wywoływane i zewnętrznemi 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 łatwiéj i to z małoznacznych powodów, im cierpienie jest przewlekleiszém. W takich to przeważnie wypadkach badanie zgłębnikiem, przyżeranie szyi macicznéj, wprowadzanie chociażby właściwych w danym razie wianków macicznych, w biegłych nawet rękach niepożądane sprowadza przypadłości. Przy przewlekłym przebiegu często także wstawiają się napady czystych nerwobolów, poczynających się w miejscu cierpiącém, lecz zajmujących rozleglejszy obszar i rozpromieniających się aż w okolice — krzyżową i lędźwiową. W następstwie przyjść nawet może do mniéj lub więcéj zupełnego porażenia kończyn dolnych. Nakoniec, gdy stan ogólny został już znakomicie podkopanym, 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 ponawiającemi się napadami dreszczów. Otworzeniu się ropnia do pochwy nie towarzyszą zazwyczaj żadne szczególne zaburzenia; to téż łatwo bywa ono przeoczoném i przez chore i przez lekarzy. Przedziurawienie kiszek poprzedza najczęściéj gwałtowny nieżyt takowych. Zupełne wyzdrowienie najszybciéj przychodzi do skutku, po otworzeniu się ropnia do pochwy. W razie otworzenia 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 więcéj się wypełnia, aż w końcu albo ropienie ustaje, albo téż rozwija się ropnica, która śmierć sprowadza. Bardziéj

jeszcze niepomyślném jest otworzenie się ropnia do kiszki ślepéj. Jeżeli ropień otworzy się do jamy otrzewnéj, to wywiązuje się zapalenie téj błony, szybko kończące się śmiercią.

Nawet po zupełném wyzdrowieniu, pozostałe zrosty stają się częstokroć nieustanném źródłem cierpień. Pomijając już to, że następstwem ich jest przemieszczenie macicy i zmniejszenie jéj ruchomości, to jeszcze dają one w pewnych razach powód do unieruchomienia i przemieszczenia pętlic kiszkowych, z często powtarzającém się ich więźnieniem (*incarceratio*).

W razie zapalenia tkanki łącznéj okołomacicznéj obraz choroby podobny bywa do wyżéj opisanego; niedostaje tylko stale charakterystycznych objawów zapalenia otrzewnéj. Zresztą zsyłamy się na to co poniżéj.

Rozpoznanie. Rozróżnienie zapalenia otrzewnéj miednicy od zapalenia miąższu macicy, zapalenia otrzewnéj 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 bolące. Od przyjęcia go za zapalenie otrzewnéj (*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 zewnętrznem; można też określić jego stosunek do macicy, zepchnięcie téj ostatniéj, oraz zmianę kształtu sklepienia pochwowego. Tym sposobem wykluczone zostaje pomięszanie z powiększeniem saméj macicy (przy przewlekłém zapaleniu takowéj) i z przemieszczeniem dna, bez zapalenia okołomacicznego. 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 ściany macicy. W wypadkach zastarzałych łatwo tu o pomyłkę, tém bardziéj, że i przy przewlekłém zapaleniu otrzewnéj miednicy często zdarza się utrudniona miesiączka lub też przewlekanie 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 włóknistych. Pomięszania 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 okołomacicznego od krwisteku (*Haematocele*). I tu i tam mamy guzy rozwijające się w tych samych miejscach pośród objawów częściowego zapalenia otrzewnéj, których rozwój na czas mniéj lub więcéj 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 niejakich podstaw do rozpoznania, a obecność innych objawów tylko krwistekowi właściwych, zdradzić może naturę choroby. Najczęściéj jednak, dopiéro z jak najrozleglejszego rozważenia i krytycznego ocenienia wyników każdorazowego badania, z rozważenia całego przebiegu choroby oraz jéj wywodu, możemy przyjść do mniéj lub więcéj prawdopodobnego wniosku o naturze choroby; zaś pewności pod tym względem nabywamy zaledwie po nastąpioném otworzeniu się, lub po przekłuciu.

Co się nakoniec tyczy rozróżnienia czy wysięk znajduje się wewnątrz czy zewnątrz otrzewnéj, to takowe najmniéj jest trudném, jeżeli takowy znajduje się z boku. Bowiem przy dość znaczném nacieczeniu tkanki łącznéj między obu listkami więzu szerokiego się znajdującéj, badanie wykazuje, iż guz sięga aż do dołu biodrowego, albo też przed ściennym listkiem otrzewnéj ponad więzem Poupart'a i poziomą gałęzią kości łonowéj wznosi się ku górze przy przedniéj ścianie brzucha. Wysięki wewnątrz-otrzewne przeciwnie sięgają ponad wejście miednicy ku górze i na boki wtedy dopiéro, gdy dojdą znacznéj stosunkowo objętości, a tém samém, gdy je poprzedziły wyraźne objawy zapalenia otrzewnéj, lub gdy z wywodu choroby dowiadujemy się o wielokrotnych nasileniach. Z drugiéj strony, przy niejakiéj objętości rozciągają się one ku dołowi aż do dołu Douglas'a. W pierwszych chwilach guz przez nie utworzony bywa najczęściéj wyraźnie sprężysty; zaś naciekła tkanka łączna w tym okresie bywa zbita a nawet twarda. Późniéj łatwo jest odróżnić stwardnienie i zapalenie tkanki łącznéj zaotrzewnéj na przedniéj ścianie brzucha, od guza po za tą ścianą leżącego; a rozpoznanie wysięku złożonego na samym mięśniu biodrowo lędźwiowym (*m. iliopsoas*) ułatwia ciągłe zgięcie kończyny w stawie biodrowym, ból przy usiłowaniu wyprostowania takowéj, oraz następne nerwobóle w obrębie rozgałęzień splotu lędźwiowego.

Wysięki w tkance łącznéj między odbytnicą a pochwą, są wprawdzie niżéj opuszczone niż sam dół D o u g l a s'a; lecz jeżeli są dość znacznéj objętości, wypierają pokrywającą je część otrzewnéj ku górze, tak, że miejscowość nie dostarcza żadnego kryterium do rozpoznania. Różnice w spoistości guzów, jako też w objawach towarzyszących ich rozwojowi, takoż zazwyczaj nie wystarczają do rozpoznania prawdziwéj 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 łącznéj bardzo wcześnie w częściach przyległych błonie śluzowéj pochwy spostrzegać się daje. W późniejszych okresach można niekiedy poznać to cierpienie, po nerwobólach nerwu kulszowego albo po opuszczaniu się ropy.

Niezbyt rzadko zdarzają się i takie wypadki, w których znaczne wysięki, złożone z tyłu i po bokach macicy, a przytém wysoko w górę sięgające, wtedy dopiéro lekarz dostaje w kuracyą, gdy już chore przecierpiały całe miesiące, skarżą się na wyraźnie przeszywające bóle, bardzo wynędzniały, a ich wygląd zdradza ciężkie cierpienie, co przy brudném zabarwieniu skóry nasuwa podejrzenie raka zaotrzewnego. Dopiéro bliższe 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 wygasłéj już sprawie, wielkiéj jest wagi, gdyż takie stare zrosty i powrózki wymagają wielkiéj baczności przy badaniu i stosowaniu drażniącéj metody leczenia, aby uniknąć ponowienia się zapalenia. Bardzo często udaje się wymacać bliznowate powrózki i t. p. przez sklepienie pochwy i odbytnicę; niemniéj także przez proste obmywanie rozpoznać można zrosty macicy przy przemieszczeniu jéj dna połączoném 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 otrzewnéj zbawiennie działają.

Jeżeli przebieg choroby jest ostry lub ostrawy, to samo i późniéj podczas często się zdarzających nasileń, najwłaściwszemi środkami do ograniczenia choroby, ułatwienia wchłaniania i łagodzenia cierpień chorych będą: miejscowe upusty krwi, gdzie można wykonane w saméj pochwie, wcierania szaréj maści w pachwiny i podbrzusze, kataplazmy na

brzuch, ogólne ciepłe kąpiele, letnie lewatywy, oraz sole do wewnątrz z dodatkiem środków odurzających w razie potrzeby; przy rozległém 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 wielkiéj skłonności choroby do przewlekania się, aby się potém wzmódz mogła przy każdéj sposobności. Dlatego też w dalszym ciągu leczenia stosować trzeba środki odciągające na przewód pokarmowy i skórę, środki roztwarzające zewnętrznie i wewnętrznie, 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 kąpieli i wód mineralnych.

W tych nawet wypadkach, w których zagraża ropienie, powyższy sposób leczenia aż do chwili otworzenia się ropnia, najczęściéj jest w stanie ograniczyć wielkość takowego i zapobiedz otworzeniu się jego w miejscach mniéj pożądanych. Podobnie jak przy ropniach połogowych i tu pożyteczną może być rzeczą wcześnie utorować ropie sztuczną drogę; wszelako, z powodu mniejszego niebezpieczeństwa sztuczne otwieranie ropnia bywa tu mniéj potrzebném.

Jeżeli z ogólnych objawów i ze zmian w samym guzie, możemy rozpoznać, że ropień się sformował; to zachodzić może pytanie, w którém miejscu można z pewnością przystąpić do otworzenia tegoż. Ropnie wewnątrzotrzewne bywają niestety częściéj dostępniejsze od strony odbytnicy niż od strony pochwy; ale i przez tę ostatnią zwykle z dostateczną pewnością zakrzywionym trójgrańcem dosięgniętemi być mogą.

Wysięki zewnątrzotrzewne, które się rozciągają aż do powłok brzusznych, wydalamy tu za pomocą nacięcia w miejscu chelbotania, 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. III. 3. 1862*) odsłonić wiąz P o u p a r t'a obok tętnicy udowéj, i przez wprowadzenie zgłębnika żłobkowatego lub korncążków na zewnątrz pierścienia udowego, utorować drogę ropie, zebranéj w tkance komórkowatéj 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'hématocele rétro-uterine, 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. Chirur. Anat. 2 Abth. Berlin. 1857. p. 911.* — A. Voisin: *De l'hématocèle rétro-uterine. Thèse. Paris. 1858.* — Nonat: *Gaz. hebd. 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. Geburtsk. 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.*— Hülphers: *Hygiea Bd. 16.* — Engelhardt: *De l'hématocèle. Thèse. Strasbourg. 1856.*—Herzfelder: *Oestr. Zeitschr, f. pract. Heilk. Nr. 52. 1856.* – Breslau: *Monatsschr. f. Geburtsk. 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.—Gaucher: *Union méd. Nr. 28—30. 1859. i Gaz. des hôp. Nr. 105. 1860.* — A. Pusch: *Gaz. hebdom. Nr. 3 1859.* — Henry Madge: *Transact. of the obstetr. soc. of London. III. p. 79.* — Gosselin: *Gaz. des hôp. Nr. 46. 1862.*— Breslau: *Schweiz. Zeitschr. f. Heilk. II. 4 i 5. 1863.*—Saexinger: *Spitalszeit. Nr. 35—36 i 43—45. 1863; także Prager medic. Wochenschrift. Nr. 30. 1864.*— Carisme: *Haematocele retro-uterina in Folge von Apoplexie des Ovarium. Gaz. des hôpit. Nr. 95. 1864.*— E. Ott: *Die peri uterinen und peri vaginalen Blutergüsse. Inaug. Dissert. Tübingen. 1864.* — K. Schröder: *Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retrouterina u. s. w. Bonn. 1866.*

Wylewy krwi do wnętrza miedniczéj części jamy otrzewnéj, jako też do tkanki łącznéj podsurowiczéj dokoła macicy i pochwy, zdarzają się z rozmaitych przyczyn, zarówno podczas ciąży i połogu, jako też i po za obrębem tych epok. Tak naprzykład oddawna było wiadomo, że przy ciąży zewnątrz-macicznéj, jako też przy ciąży w zaczątkowym rogu macicy, rozdarcie części płód otaczających, połączone bywa z obfitym, ale nie zawsze śmiertelnym przez się, krwotokiem; niemniéj 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 rozdętéj macicy lub jajowodu, czy skutkiem bezpośredniego odpływu krwi miesiączkowéj zebranéj w jajowodzie do worka otrzewnéj, może się krew nagromadzić w tym ostatnim. Spostrzeżenia przemawiały też i za tém, że w niektórych razach inne jeszcze momenta przyczynowe mogą miéć ten sam skutek, chociaż za życia chorych wyśledzić się nie dadzą; z pomiędzy takowych Fleischmann [1]) stanowczo stwierdził wpływ żylakowato porozszerzanych żył w więzach szerokich. Jednakowoż częstość [2]) takich wypadków ujawniła się dopiero w 1851 roku, w którym Nélaton na ich określenie, o ile się nie kończyły szybką śmiercią

[1]) Leichenöffnungen. Erlangen. 1815.

[2]) Według wiadomości udzielonych przez Saexinger'a przez ciąg czterech lat, w klinice Seyfert'a w Pradze na 1,272 chorych spostrzegano 66 razy *haematocele*.

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 połogu, gdyż takowy umieścimy między chorobami połogowemi. Nie wyłączamy jednak wszystkich wynaczynień krwi na zewnątrz otrzewnéj, gdyż takowe zdarzają się niekiedy i w stanie nie połogowym, 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 otrzewnéj. Te ostatnie w chwili krwotoku mogą się znajdować albo w zupełnie prawidłowym stanie, albo téż, skutkiem przebytego poprzednio zapalenia otrzewnéj miednicy i pozrastania się macicy z sąsiedniemi organami, mogą być już mostkami poodgradzane od jamy otrzewnéj.— W tym ostatnim razie krew, gromadząc się w jamie zamkniętéj, od razu tworzy guz ograniczony. W pierwszym zaś razie wylew następuje zazwyczaj bezpośrednio do zagłębienia D o u g l a s'a, a nawet i przy wylaniu się krwi do zagłębienia pęcherzo-macicznego, zwłaszcza obfitszém, wypełnia się téż i tylne zagłębienie, gdyż pojemność przedniego jest bardzo mała. Po za macicą i więzami szerokiemi, tém łatwiéj znaczna ilość krwi nagromadzić się może, że przestrzeń ta nietylko jest w stanie się rozszerzyć, przez odepchnięcie macicy ku przodowi, ale téż i znacznie pogłębić, przez wpuklenie górnéj części tylnéj ściany pochwy. Podobne pogłębienie się wydrążenia pęcherzo-macicznego wymaga poprzednio oddarcia otrzewnéj w miejscu zawrócenia się takowéj, 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 górnéj części jamy miedniczéj,

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 następcze, lecz zwykle ograniczone zapalenie otrzewnéj, a przez to stopniowo zostają otarbianemi przez sąsiednie organa, tak, że w końcu tworzą, podobnie jak i przy pierwotném odgraniczeniu zagłębienia, guzy ograniczone, wznoszące się od dna dołu Douglas'a mniéj lub więcéj ku górze. W wyjątkowych razach sięgają one aż po nad dno macicy do przedniéj ściany brzucha (wypadek Martin-Magron'a i Soulie'go); zwykle jednak nie wznoszą się do téj ostatniéj, lecz leżą po za macicą i pochwą. Macica najczęściéj zostaje odepchniętą ku przodowi i ku górze, a niekiedy, jeżeli guz zajmuje przeważnie jedną tylko boczną połowę tylnego zagłębienia miedniczego (najczęściéj lewą), to i nieco na bok; wszakże może ona być i ku dołowi zepchniętą.

Krew wynaczyniona przez pewien czas zachowuje pierwotne swe własności; późniéj 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 wynaczynionéj przymięszane jeszcze były materye nieobojętnéj natury, to drażnienie otrzewnéj, zamiast otorbienia za pośrednictwem częściowego zapalenia téj błony, sprowadza rozlane jéj zapalenie; a w lepszym razie powstaje ropień wypełniony krwią i płynem ropiastym lub posokowatym. Ropa wylewa się potém do odbytnicy, pochwy, jamy otrzewnéj, pęcherza moczowego, albo przez przednią ścianę brzucha.

W wypadkach, w których dół Douglas'a jeszcze przed nastąpieniem krwotoku, był zarośnięty przy wejściu, objawia się krwotok częstością nowych przekrwień w przebiegu zapalenia otrzewnéj miednicy oraz małą wytrzymałością naczyń wnikających z otrzewnéj do błon rzekomych. W ogóle, tak zwane krwotoczne zapalenie otrzewnéj miednicy *(Pelveoperitonitis haemorrhagica)* zdaje się być najczęstszém a tém samém najważniejszém źródłem krwisteku okołomacicznego wtedy nawet, gdy wynaczyniona krew z razu jest swobodna, i późniéj dopiéro otorbioną zostaje. Ale swobodne wynaczynienia mogą téż i z innych pochodzić przyczyn. Czy takowe szybko sprowadzają śmierć skutkiem utraty krwi lub rozlanego zapalenia otrzewnéj, albo téż czy się kończą wytworzeniem „torbieli krwistéj" zależy to w istocie od rodzaju powodującéj je sprawy; z tém wszystkiém 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. — Daléj, przypadają tu, nie mające związku z co tylko wymienionemi stanami, krwotoki z jajowodów i jajników do jamy brzusznéj. Przy nadmiernéj miesiączce z rozmaitych pochodzącéj przyczyn, zwłaszcza téż u osób małokrwistych i charlacznych; niemniéj także przy krwotokach macicznych wywołanych odrą, płonicą, ospą, chorobą plamistą Werlhof'a, ciężką żółtaczką, krwawienie nie zawsze ogranicza się na macicy, lecz rozciąga się niekiedy i do jajowodów.— W tym razie, krew albo może rozciągnąwszy poprzednio jajowód, wylać się z takowego do worka otrzewnéj (jak to bywa w zwyczajnych formach tak zwanego (*haematosalpinx*), albo téż koniec brzuszny jajowodu bezpośrednio krwawić może do jamy brzusznéj. Ten sposób powstawania krwisteku okołomacicznego Trousseau nazywał „katamenialnym." Niekiedy nawet, pęknięcie pęcherzyka Graaf'a w zdrowym zresztą jajniku, połączone bywa z tak obfitym krwotokiem, że powstaje wybroczyna wewnątrzotrzewna. W innych razach powstanie wynaczynienia nie przypada równocześnie z odpływem miesiączkowym, gdyż pierwotny krwotok w pęcherzyku Graaf'a sprowadza pierwéj wytworzenie się torbieli krwistéj w jajniku samym, która późniéj dopiéro pęka. Ostatecznie, jajnik w ten jeszcze sposób stać się może źródłem krwawienia, że ulega innego 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 naczyniach miednicy. Tilt opisał guz krwisty, który powstał skutkiem pęknięcia tętniaka tętnicy biodrowéj. Ważniejszemi są wszakże żylaki na żyłach więzu szerokiego, które, jeżeli leżą powierzchownie, pękać mogą do jamy otrzewnéj, jakto według spostrzeżenia Seyfert'a stało się z żylakiem wielkości grochu.

Krwistek zewnątrzotrzewny zdarza się bardzo rzadko po za okresem połogowym. Że niektórzy z gynekologów 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 otrzewnéj; sprzeciwiają się bowiem temu błony rzekome tworzące otorbienie, oraz mocno przylegające do ścian

warstwy włóknika i nie regularne przegrody wytworzone ze skrzepu we wnętrzu jamy. Schroeder krytycznemi swemi badaniami udowodnił, że w 46 znanych w literaturze wypadkach, siedliskiem krwisteku było niewątpliwie wnętrze jamy otrzewnéj, zaś możność istnienia formy zewnątrzotrzewnéj popierają dwa tylko spostrzeżenia. Jedno z nich było Ott'a, który przypadkiem u kobiéty zmarłéj na tyfus, znalazł w przegrodzie odbytniczo-pochwowéj trzy ogniska krwawe, z których największe było wielkości jabłka, najmniejsze zaś wielkości fasoli; w więzach szerokich macicy istniały silne sploty żylne. Drugi wypadek opisany był przez Betschler'a. Dotyczył on kobiéty, która przed siedmiu tygodniami odbyła poród, cierpiała poprzednio na uparte zaparcie stolca i hemorojdy, 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 wypuklona przez guz chełboczący, który w środku był najwyższy, zaś w górę ku sklepieniu pochwowemu, 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 okołomacicznych zewnątrzotrzewnych, albo należą do formy wewnątrzotrzewnéj, albo do nagromadzenia się krwi miesiączkowéj po jednéj stronie, przy istnieniu podwójnéj macicy i pochwy (sześć z tych, miano za krwistek przedmaciczny). Faktycznie więc udowodnioném zostało tylko przytrafianie się krwisteku po zapochwowego (Ott 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 nasięk mógłby się szerzyć po dole biodrowym, przedniéj ściany brzucha, lub po tkance łącznéj otaczającéj 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 następcze ropienie lub zposoczenie, a w takim razie, podobnie jak inne ropnie w miednicy, rozmaitemi drogami się opróżniać. Z doświadczenia poznano dotychczas jedną dopiéro przyczynę krwisteku zewnątrzotrzewnego, to jest pęknięcie żylaków; wszakże i rozdarcie rozdętego jajowodu zamiast w stronę worka otrzewnéj, nastąpić może w stronę tkanki łącznéj więzu szerokiego.

Stosownie do przyczyny powodującéj krwistek okołomaciczny, i o b j a w y jego występują albo bez żadnych przypadłości zapowiednich, albo też po krótszém lub dłuższém trwaniu różnorodnych zaburzeń, takich zwłaszcza, które się dają odnieść do zapalenia otrzewnéj miednicy. Najbliższemi następstwami krwisteku są te, które wywołuje połączona z jego powstaniem utrata krwi. Czasami prędko widzieć można wszystkie objawy niedokrwistości w wysokim stopniu. Ale w nierównie większéj liczbie wypadków krwawienie nie bywa tak obfitém, a zwłaszcza nie następuje tak gwałtownie, ażeby z pierwszego wejrzenia na chore, można było poznać że są dotknięte wewnętrznym krwotokiem; owszem, co najwięcéj skóra jakotéż 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 ostatniemi objawami, albo i tych nawet brakuje. Takież same różnice dają się dostrzegać i w objawach następczego zapalenia otrzewnéj. Przy wynaczynieniach na zewnątrz otrzewnéj, ta ostatnia nie bierze udziału w całéj sprawie; zaś przy nierównie częstszych krwotokach wewnątrzotrzewnych, rozległość i natężenie zapalenia otrzewnéj bywają bardzo rozmaite. Świeża, czysta krew, wylawszy się do jamy brzusznéj, nader nieznacznie tylko drażni otrzewnę; przeciwnie zaś, wylanie się krwi, która już przedtém 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 otrzewnéj.

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. Najczęściéj okresowi tworzenia się guza, towarzyszą gwałtowne bóle i poruszenia gorączkowe, gdyż nawet tam, gdzie płyn wylany łagodnéj jest natury, istnieją częstokroć inne powody znacznego podrażnienia otrzewnéj; chora np. cierpi już od dawna na zapalenie otrzewnéj miednicy, krwotok jest następstwem ostrego przekrwienia, i t. p. Do objawów utraty krwi i zapalenia otrzewnéj, 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 wcześnie wyczuć się dozwala, dochodzić może wielkości pięści męzkiéj, ale niekiedy nie przekracza objętości pomarańczy lub jabłka. Zwykle leży on, jak wspomnieliśmy, po za macicą, a boczne jego granice bywają mniéj lub więcéj do ścian miednicy zbliżone. Spoistość jego zmienia się w miarę przemian jakim krew wynaczyniona ulega; zaś zapalenie następcze wywołuje powstawanie wysięków w otoczeniu, i zrastanie się rozmaitych organów. Z początku guz bywa ciastowaty lub sprężysty, lecz nie daje w sobie czuć wyraźnego chełbotania; późniéj twardnieje, lecz i wtedy jeszcze częstokroć można wymacać na nim w rozmaitych miejscach nierówności. Obrysy jego mogą być miejscami nieregularne i nieokreślone, chociażby się nawet nie zewnątrz otrzewnéj znajdował.

Przebieg krwisteku okołomacicznego, jeżeli tylko krwotok sam przez się nie sprowadzi szybko wyczerpania sił, albo nie wywoła natychmiast lub w ciągu pierwszych 14 dni zapalenia otrzewnéj, bywa powolny. Skoro tylko krwotok ustanie, guz, skutkiem otorbienia, pozostaje zrazu w niezmiennym stanie. Niekiedy wprawdzie 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 częściéj nasilenie zapalenia otrzewnéj. Najczęściéj jednak objętość guza nie zwiększa się późniéj, lecz się stopniowo nieco zmniejsza. Szybki postęp wchłaniania, staje się widocznym dopiéro 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 otrzewnéj na nowo zagraża życiu, a nawet przy najczęstszém zejściu, jakiém jest otworzenie się ropnia do odbytnicy, opróżnienie takowego napotyka niekiedy przeszkody. Wszakże, pomimo nawet wytworzenia się ropnia, wyzdrowienie jest prawidłem.

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 wolném od niebezpieczeństwa, ani niezbędném w celu leczniczym; gdyż przy baczném 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.); daléj brak pod ten czas gorączki lub nieznaczne tylko jéj 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 kryteryum, jest spoistość guza, z razu sprężystsza i bardziéj miękka niż w tym samym okresie zapalenia okołomacicznego, a i późniéj nawet częstokroć większa w niektórych miejscach. Łatwiejsze jeszcze do poznania dla niewprawnych jest niebieskawe zabarwienie części błony śluzowéj 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 żadnéj dla rozpoznawania krwisteku wartości. Zmienia on bowiem w przeróżny sposób położenie macicy, i nie różni się pod tym względem bynajmniéj 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 otrzewnéj się mieści, służą następne momenta. Jeżeli zaraz od początku choroby występują objawy zapalenia otrzewnéj, jest to dowodem, że krew wylała się do wnętrza jéj 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 wyżéj po za macicę. Przeciwnie, jeżeli guz leży za macicą i sięga wysoko w górę do jamy brzusznéj, to upoważnieni jesteśmy do przyjęcia krwotoku wewnątrz otrzewnéj. 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 boku macicy i pochwy, to, u młodych zwłaszcza chorych najpierw przychodzić winno na myśl zatrzymanie się krwi miesiączkowéj w zamkniętéj od dołu połowie podwójnéj macicy i pochwy. Niewątpliwie sine zabarwienia ściany pochwowéj, gdzie zostanie dostrzeżone, przemawia za siedliskiem guza zewnątrz otrzewnéj.

Gdy krwistek okołomaciczny 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 zewnątrzmacicznéj, jeżeli w ciągu poprzednich tygodni miewały miejsce wymioty poranne i t. p.; jeżeli odpływy miesięczne wstrzymały się, lub, chociaż na pozór wracały, to w nieregularnych terminach i w niezwykły 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. Miesiączkowa forma krwisteku okołomacicznego to ma wspólnego z poprzedzającą, że poprzedza ją często zbyt obfita miesiączka; samemu rozwojowi guza towarzyszy często krwawienie z macicy, albo też to ostatnie zjawia się wkrótce po rozwinięciu się takowego, i nierzadko trwa długo; przeciwnie, otrzewna nie oddziaływa zbytecznie. Chore od dawna mają wejrzenie anemiczne, albo też spotykamy się u nich z chorobą Bright'a, purpurą, ostremi wysypkami. Przy pęknięciach jajnika wstawiają się najczęściéj objawy nagle powstałéj niedokrwistości, gdyż zdarzenia tego rodzaju sprowadzają szybką utratę znacznéj ilości krwi, i następuje znaczne zapalenie otrzewnéj. Gdzie krwotok powstał w skutek zapalenia wybujałości naczyniowych, tam z wywodu choroby dowiadujemy się, że chora od dawna cierpiała na zapalenie otrzewnéj miednicy. Pękanie żył między więzami szerokiemi, bywa skutkiem splotów żylakowych (*varicocele*), nie rzadko napotykanych, zwłaszcza u kobiét które wiele razy rodziły. Sploty te bywają czasowo powodem niezwykłych 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 żylaki na kończynach dolnych, sromie i w pochwie; niekiedy obecność porozszerzanych żył lub wrzodów żylakowatych na części pochwowéj, daléj związek przyczynowy krwotoku z wysiłkami i wstrząśnieniami ciała, oraz brak silniejszego oddziaływania: wreszcie wzgląd 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 bezwzględnego spokoju i dyety przeciwzapalnéj, głównemi środkami będzie miejscowo— zimno, a wewnętrznie— kwasy i półtorochlorek żelaza. Zimno najlepiéj się zarazem nadaje do powstrzymania gwałtownego następczego zapalenia otrzewnéj, i dlatego też, obok umiarkowanych dawek makowca, musi być wciąż stosowaném przez kilka następnych dni, jeżeli nastąpi oddziaływanie na miejscu. Późniéj potrzebny jest właściwy regulamin, aby przyspieszyć wchłonięcie wylanéj krwi, i o ile można, zapobiedz ropieniu. Głównie niecierpliwość, aby potwierdzić zrobione rozpoznanie, skłaniała dawniéj do opróżniania guza przez wczesne przekłucie lub nacięcie, w takich nawet wypadkach, w których żaden objaw nie zapowiadał grożącego ropienia lub sposoczenia. Operacya ta wszakże jest niebezpieczna, gdyż łatwo dać może powód do rozwinięcia się zapalenia otrzewnéj i posocznicy. Jeżeli się zaś ukażą objawy ropienia, to sztuczne otworzenie ropnia skraca przebieg choroby i bardziéj pomyślne zejście zapewnia. Przekłucie przez pochwę zalecić można w przeważnéj liczbie wypadków, gdyż w tém miejscu najpewniéj wykonać się daje; chociaż znowu dobrowolnie ropień częściéj otwiera się do odbytnicy. Robione następnie wstrzykiwanie do jamy krwistéj, łatwo obudza niebezpieczne nasilanie się zapalenia, a tém samém nie powinno być przedsiębranem bez naglącéj potrzeby.

4. Nowotwory w więzach szerokich i obok nich.

Kobelt: *Der Nebencierstock des Weibes. u. s. w. Freiburg. 1847.*— Foerster: *Pathol. Anat.*— Scanzoni: *l. c. p. 310.*— Rokitansky: *Allgem. Wien. Med. Zeit. Nr. 32. 1859.*—Klob: *l. c. p. 387.*— V. Recklinghausen: *Monathsschr. f. Geburtsk. August 1861.* — Virchow: *Die Krankhaften Geschwülste. Bd. I. Berlin. 1863. p. 262.*

W więzach szerokich najczęściéj przytrafiają się torbiele. Część takowych rozwija się niewątpliwie z rurek przyjajnika. Że zaś te ostatnie u dzieci wysłane są wprawdzie nabłonkiem słupkowatym (Virchow), ale po dojściu do dojrzałości płciowéj — migawkowym,

jak znalazł O. Becker, więc też i obecność komórek migawkowych na wewnętrznéj powierzchni torbieli, nie może jeszcze dowodzić, aby ta torbiel nie miała powstać z przyjajnika (*parovarium*). Niekiedy wszakże napotykamy torbiele w dość znacznéj od tego ostatniego odległości; co się każe domniemywać że takowe na innéj drodze powstały. Te przeto, podobnie jak i napotykane w sąsiedztwie jajowodów, mogą być uważane za nowotwory. Najczęściéj istnieje jedna tylko torbiel, osadzona nie na strzępie, jak końcowa dętka jajowodu, ale pod nim, na t. z. skrzydle nietoperza; przez co, jako też przez zbliżenie swoje do dętki końcowéj, zdaje się należéć 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 któremi 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 cierpiącéj 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, Rokitansky zwrócił uwagę na istnienie dodatków jajowodów 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, mocniéj się wypełnią, to nietylko mogą z nich powstać torbiele, lecz podobnie jak przewody Müller'a mogą one pękać, a w miejscach szczelin, powstaną twory strzępiaste.

Małe włókniaki wielkości grochu lub wiśni w więzach szerokich widział Scanzoni, zaś tłuszczaki wielkości orzecha — Klob.

Gruźlica więzów szerokich nie występuje samoistnie, lecz tylko jako choroba przeniesiona z organów przez te więzy objętych, lub z innych części otrzewnéj.

Rak przeciwnie, nieraz z więzów szerokich brał początek. E. Wagner spostrzegał rakowiec, który wyszedłszy z zagłębienia Douglas'a przeszedł na macicę. V. Recklinghausen przedstawił Towarzystwu położniczemu w Berlinie preparat, w którym dół

Douglas'a wypełniony był bardzo zbitą massą 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 zmarłéj mała; tylne zaś sklepienie pochwy było wpuklone i powierzchownie owrzodzone. Otrzewna pokryta była licznemi guziczkami, a oprócz tego, w zroście spajającym śledzionę z przeponą, przy odźwierniku, w trzustce, wątrobie, opłucnéj trzewiowéj i osierdziu, widzieć można było wtórne odłożenie się ognisk rakowatych.

ROZDZIAŁ VI.

CHOROBY POCHWY I CZĘŚCI PŁCIOWYCH ZEWNĘTRZNYCH.

1. Wady rozwojowe.

Voigtel: *Handb. der pathol. Anat. III. p. 419.*— Meckel: *Handb. d. pathol. Anat. I. p. 657.*— Rokitansky: *Path. Anat. III. p. 501.* — Devilliers fils: *Annal. d. chirurg. franc. et étrang. 1845. August.*— Kiwisch: *Klin. Vortr. II. p. 365.*

Ponieważ pochwa i macica rozwijają się z przewodów Müller'a, ztąd też bardzo często znajdujemy niewykształcenie obu tych organów obok siebie, o czém już wyżéj nadmienialiśmy. Niekiedy wszakże wadliwość rozwoju ogranicza się do saméj tylko pochwowéj części owych przewodów, a następstwem tego będzie wada rozwojowa bądź saméj tylko wyłącznie pochwy, bądź też w połączeniu z niedokształceniem zewnętrznych części płciowych, a nawet z niezupełném rozwinięciem całego ciała.

W najwyższym stopniu, pochwy niéma zupełnie; często brakuje tylko górnego lub dolnego jéj 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 większéj lub mniejszéj przestrzeni zmarniałą, tak że końce owe oddzielone są od siebie cieńszą lub grubszą warstwą tkanki łącznéj, albo tylko cienką przegrodą poprzeczną (drugą błoną dziewiczą), w któréj znajdować się mogą małe otworki. Tu i owdzie bywa tylko ślad takiego zmarnienia w postaci powrózków przebiegających nakształt mostków od jednéj ściany

do drugiéj. W pojedynczych wypadkach oba worki ślepe bywają tak długie, że chociaż oddzielone od siebie, leżą jednak jeden obok drugiego na pewnéj 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 środkowéj, to powstaje podwójna pochwa przy pojedynczéj macicy; tylko że wtedy jeden kanał bywa zmarniały, u góry ślepo się kończy, a przy ujściu nie posiada oddzielnéj błony dziewiczéj. Podłużna przegroda bywa tu często niezupełna, nie sięga od wchodu pochwy aż do jéj sklepienia, albo też bywa w kilku miejscach przerwana, a oba kanały komunikują ze sobą.

Błona dziewicza (*hymen*) może być niezwyczajnie cienka i mała, albo też zbyt gruba, a nawet podwójna (przy podwójnéj pochwie i macicy). Niekiedy bywa nieprzedziurawiona, i wtedy zamyka wejście do pochwy całkowicie.

Jeżeli powstrzymany jest zarazem rozwój organów moczowych i krocza, to powstaje t. z. kloaka, w wyższym lub niższym stopniu. W najwyższym stopniu, otwierają się przewody wyprowadzające wszystkich trzech przyrządów na przedniéj ścianie brzucha. W tym razie brakuje także spojenia łonowego miednicy. Wada o któréj 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. Foerster nazywa tę wadę kloaką z rozszczepieniem pęcherza, a jeżeli i ściana brzuszna nie dokładnie jest zamknięta—kloaką z rozszczepieniem jamy brzusznéj i pęcherza.

Gdy wadliwość rozwoju ogranicza się na t. z. zatoce odbytniczo-moczo-płciowéj (*sinus procto-uro-genitalis*), wtedy tworzą się połączenia między pochwą a drogami moczowemi lub odbytnicą, albo i tę z tamtemi.

Ostatnie te formy przedstawiają interes nie tylko jako potworności. Panuje między niemi wielka rozmaitość. W wypadku Palfyn'a, odbytnica i dwie połowy podwójnéj macicy, otwierały się do wspólnego worka utworzonego przez pęcherz moczowy i pochwę, i z tego dopiéro worka wychodząca cewka moczowa prowadziła na zewnątrz. Dziewczyna, opisana przez Saviard'a nie posiadała części płciowych zewnętrznych; kloaka istniejąca w ich miejscu, prowadziła do dwóch oddzielnych pochew z ich macicami; w lewéj pochwie było ujście cewki moczowéj, a obie nerki miały wspólny moczowód, który się otwierał do

kloaki. Borquet widział odbytnicę i moczowody mające ujście w pochwie, przy równoczesnym braku macicy i pęcherza. Vrolik podaje rysunek dziecka, pozbawionego odbytu i cewki moczowéj; odbytnica kończyła się ślepo przy dnie, a lewy moczowód przy lewym rogu macicy; sama zaś macica uchodziła do zamkniętego pęcherza moczowego. Bednar opisuje wypadek, gdzie okrężnica komunikowała z macicą, a pochwa z cewką moczową. Najprostszą formą jest t. z. *Atresia ani vaginalis*. Brakuje tu odbytu, a odbytnica otwiera się na tylnéj ścianie pochwy, przy ujściu téj ostatniéj.

I po urodzeniu tworzą się niezbyt rzadko nieprawidłowości zbliżone do opisanych powyżéj—wrodzonych. A najpierw, wstrzymany być może dalszy rozwój pochwy, która skutkiem tego pozostaje niezwykle krótką i wązką. U dojrzałych, zwykle zamężnych już kobiét, tak innym lekarzom jakotéż i nam, zdarzało się spotykać pochwę tak wązką, 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 połogu, albo téż po ostrych wysypkach, tyfusie i t. p., mogą spowodować mniéj lub więcéj znaczne zwężenia i zarośnięcia 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 późniéj.

Następstwa. Wymienione powyżéj nieprawidłowości, odpowiednio swéj naturze, wywołują rozmaite przypadłości, pojawiające się jużto zaraz w pierwszych dniach życia, już téż dopiéro późniéj, po dojściu do dojrzałości płciowéj. Najwcześniéj wychodzą na jaw następstwa tych wad rozwoju, które zakłócają wydalanie moczu i kału t. j. kloak.

Jeżeli tylko cewka moczowa komunikuje z pochwą, to mocz nie odpływa mimowolnie, może jednak skutkiem ciągłego zanieczyszczania pochwy, sprowadzić jéj zapalenie i owrzodzenie. Jeżeli zaś pęcherz lub moczowody bezpośrednio otwierają się do pochwy, to mimowolne wyciskanie moczu koniecznem jest tego następstwem. Uchodzenie odbytnicy do pochwy, nie koniecznie pociągać ma za sobą mimowolne odchodzenie kału, gdyż otwór kiszkowy może być niekiedy zamknięty mięśniem zwieraczem, jak to spostrzegał Kiwisch i my. 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 wązkie, nie wystarczające do swobodnego odchodzenia kału, który nagromadzając się w kiszkach, śmierć sprowadzić może.

Jeżeli wada nie spowoduje zaburzeń w czynnościach dróg moczowych i kiszek, to zazwyczaj nie wywiera żadnego już wpływu aż do czasu dojrzewania płciowego. Wtedy, w razie zupełnego zarośnięcia, którego powodem bywa nierównie częściéj nieprzedziurawienie błony dziewiczéj, aniżeli wada rozwoju pochwy, następuje zatrzymanie krwi miesiączkowéj.

Zanim odpływ miesięczny się pojawi, nagromadzać się może tylko wydzielina nieżytowa, któréj ilość wyjątkowo chyba bywa tak znaczna, iżby to miało spowodować nieobojętne zaburzenia czynnościowe. Godefroy [1]) spostrzegał u dwumiesięcznego zaledwie dziecka, utrudnione oddawanie stolca i moczu, skutkiem zebrania się wodnistego śluzu po za nieprzedziurawioną błoną dziewiczą; zaś Bryck już po rozpoczęciu się dojrzewania jajek (*ovulatio*), widział powstanie puchliny macicy (o czém wspominaliśmy już na str. 74).

Jeżeli zarośnięcie pochwy nie pozwala krwi miesiączkowéj odpływać na zewnątrz, to w wypadkach, w których najwyższéj części kanału tego albo brakuje zupełnie, albo téż jest zarośnięty, lub przy braku całéj 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, jakotéż dolegliwości przy oddawaniu stolca i moczu, mogą, nietylko przy nieprzedziurawieniu błony dziewiczéj, ale nawet przy zarośnięciu powyżéj się znajdującém, zniewolić chore do zasięgnięcia porady lekarskiéj, zanim nawet szyja macicy rozciągniętą przez krew zostanie. Zazwyczaj przecież chore z zatrzymaniem krwi miesiączkowéj wtedy dopiéro 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 przerwaną skutkiem ciśnienia nagromadzonéj krwi. Przerwaniu temu sprzyja ostry nieżyt rozwijający się w błonie przegradzającéj, skutkiem targania, jako téż przychodzące od czasu do czasu kurczenia macicy. W razie rozległego zarośnięcia dolnéj lub środkowéj części pochwy, górna część zrostu może zostać rozerwaną, tkanka łączna miednicy nasiąka, i tym sposobem powstaje tu jama zatokowata [2]). Pęknięcie i wylanie się

[1]) Gaz. des hôpit. Nr. 142. 1856.

[2]) Schuh. Wochenbl. d. Ges. d. Aerzte zu Wien. Nr. 31. 1857.

krwi do tkanki łącznéj, w jednym wypadku podanym przez Graf'a [1]), sprowadziło dobrowolne uleczenie choréj, przez utworzenie się sztucznéj drogi dla odpływów miesięcznych. Przyczyną zarośnięcia było w tym wypadku owrzodzenie zapalne. Dwukrotnie przedsiębrana operacya w celu usunięcia takowego, zawiodła. Przez $1\frac{1}{2}$ roku odpływała krew w peryodach miesięcznych częściowo przynajmniéj, przez powstały poprzednio otwór w odbytnicy; gdy jednak ten znowu się zasklepił, dolegliwości choréj 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 miesiączkowéj. Przy braku górnéj części pochwy, z równoczesném zatamowaniem jéj ujścia, Thompson [2]) widział oprócz krwisteku, nagromadzenie się jeszcze płynu białkowatego w dolnéj jamie.

Godném jest uwagi, że zatrzymanie krwi miesiączkowéj, obok swobodnego takowéj odpływu, zdarza się nietylko przy istnieniu podwójnéj macicy, któréj jedna połowa zarosła (p. str. 68), ale nierównie częściéj jeszcze, w mających się tu opisać wypadkach podwojenia macicy i pochwy, z zamknięciem jednego z kanałów téj ostatniéj. 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 ogłoszonemi zostały [3]), chociaż wydalono zebraną krew przez przekłucie od strony niezarośniętéj pochwy, jednak prawdziwy stan rzeczy wykryty został dopiéro przy badaniu pośmiertném; za życia bowiem nie pomyślano o możliwości istnienia podwójnego kanału rodnego. Wyjście zatém na jaw tego spostrzeżenia, zawdzięczamy tylko téj nieszczęśliwéj okoliczności, że po operacyi nastąpiło pęknięcie torbieli utworzonéj w jajowodzie skutkiem nagromadzenia się krwi, w skutek czego rozwinęło się zapalenie otrzewnéj zakończone śmiercią. Trzy inne wypadki, spostrzegaliśmy sami, i bez trudności rozpoznaliśmy je jeszcze przed nacięciem.

Pierwszy z nich zdarzył się w klinice chirurgicznéj w Rostock'u, i został opisany przez G. Simon'a [4]). Lewa połowa pochwy,

[1]) Virchow's Archiv. XIX. p. 548.

[2]) Dublin hop. gaz. June. 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 niéj około 6 uncyj, ciemnéj, gęstawéj krwi, zmienioną została w guz chełboczący, który w dolnym swym końcu, ograniczonym okrągłą błoną dziewiczą, zabarwiony był niebieskawo, sięgał w górę aż do dna otwartéj pochwy i zwężał kanał téj ostatniéj od lewéj strony w całéj długości. Lewa połowa macicy wcale jeszcze nie była rozciągniętą. Przy badaniu uderzyło nas od razu to, że w otwartéj połowie pochwy, część pochwowa macicy przytykała bezpośrednio do lewéj ściany, a więc tylko po prawéj stronie istniało sklepienie pochwy; niemniéj i to także, że usta maciczne nie przedstawiały się w kształcie szpary poprzecznéj, lecz przebiegającéj od przodu ku tyłowi. Taki stosunek guza do pochwy i części pochwowéj, i tego rodzaju zmiana ust macicznych, mogły być spowodowane jedynie tylko nagromadzeniem się płynu w zamkniętéj połowie pochwy. Że płyn ten był krwią, dowodziło tego sinawe zabarwienie dolnego odcinka guza, a chora była téż w tym wieku, w którym następuje zatrzymanie krwi miesiączkowéj, skutkiem wrodzonych zarośnięć. To téż według naszego zdania zbyteczném nawet było uciekanie się do wywodu choroby, który wykazywał, że dolegliwości zwiększały się w peryodach odpowiadających miesiączkowaniu.

Drugi wypadek zdarzył się w naszéj klinice w Bonn, r. 1866. Różnił się on od dopiéro co przytoczonego najpierw tém, że zarośnięcie nie pochodziło tu od błony dziewiczéj; owszém, najniższa część prawéj, zarośniętéj połowy pochwy, przedstawiała od tyłu brak (t. j. była skośnie od tyłu ku przodowi ścięta); ztąd téż guz, przez zatrzymanie krwi spowodowany, sięgał wprawdzie aż do otworu ujścia pochwy, lecz nie ograniczał tu całéj prawéj strony, lecz tylko przednią połowę tegoż, i nie był sinawo zabarwiony. Powtóre, prawy róg macicy był także mocno rozciągnięty przez krew wylaną, któréj ilość wynosiła $1^1/_2$ ℔. Prócz tego nadmierne rozciąganie wywołało ostry nieżyt przenikalnéj połowy kanału rodnego, tak, że widzialna połowa przegrody była nadzwyczaj nastrzyknięta i pokryta wydzieliną ropiastą. U téj choréj nie można było od razu określić własności płynu zawartego w guzie, i dopiéro z rozważenia innych danych trzeba było wnosić o jego naturze. Nie wzmagały się nawet dolegliwości w czasie trwania odpływów miesięcznych, a najwybitniejszém z zaburzeń było przemijające zatrzymanie moczu, które się wstawiło od pół roku, po kilkakrotném, jak mówiono, niebolesném miesiączkowaniu. Mimo to, rozpoznanie nie było trudném. Umiejscowienie dolnéj części guza obok otwartéj pochwy, a górnéj części obok niezamkniętéj macicy, którą bez pomocy zgłębnika można było wyczuć przez powłoki brzuszne, zmiana kształtu ujścia macicznego na podkowiasty, zamknięty z prawéj strony przez guz, chełbotanie w tym

ostatnim, oraz wiek choréj — wszystko to nie pozostawiało żadnéj wątpliwości co do natury guza. Po wydaleniu nagromadzonéj krwi, uwydatniło się wyraźnie jak mocno zgrubiała ściana prawego rogu macicy, w skutek następczego przerostu; a jeszcze w 8 tygodni potém, objętość prawego rogu w takim stała stosunku do objętości rogu lewego, jak pojedyncza macica kobiety która rodziła, do macicy dziewiczéj. Dziewczyna 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 otworek, przez który krew miesiączkowa odpływać mogła trudno i niezupełnie, ale powietrze miało do zatrzymanéj 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 (*Haematocele ante-uterina*), do téj należą kategoryi.

Całkowite zarośnięcia pochwy, powstałe w skutek owrzodzeń zapalnych bądź połogowych, 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 jéj części dodatkowe, powodując równocześnie zanik macicy lub jajników, albo i jednéj i drugich, z nieuleczalném wstrzymaniem miesiączki. Trwały brak usiłowań miesiączkowania, jako téż możność wykazania, że macica jest mała i niezwykle zbita, cechuje te wypadki, w których leczenie operacyjne usprawiedliwić się daje tylko szczególnemi okolicznościami. Tak np. Bryck spostrzegał równocześnie mimowolne odchodzenie moczu, które się dawało objaśnić tylko

---

[1]) Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retrouterina u. s. w. Bonn. 1866.

[2]) Schweiz. Zeitschr. f. Heilk. 1863.

[3]) Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. 17. p. 418. W tym wypadku przedsięwzięte przez Hegar'a nowe badanie choréj potwierdziło zdanie Schröder'a (Monatsschr. f. Geburstk. Juli. 1866).

[4]) Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilk. Decemb. 26. 1856.

[5]) Wien. Med. Wochenschr. Nr. 29. 1861.

sztywnością cewki moczowéj i szyi pęcherza; ściany bowiem tych ostatnich były rozciągane przez otaczające je massy bliznowate. Pierwsza operacya sprawiła to tylko, że ujście cewki moczowéj stało się nieco podatniejszém, ale mocz nie przestawał wyciekać. Po drugiéj 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 pewnéj dziewczyny podczas tyfusu. Wprowadzanie gąbek prasowanych i świeczek po przekłuciu pozostało bez skutku; dopiéro po kilkakrotném wycinaniu stożkowatych kawałków, w 8 miesięcy cel został osiągnięty. Operowana zaszła potém 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.

N i e z u p e ł n e z a r o ś n i ę c i a jako też z w ę ż e n i a p o c h w y utrudniać mogą odpływanie krwi miesiączkowéj; nabierają one wszakże ważności, podobnie jak z u p e ł n e l u b n i e z u p e ł n e z d w o j e n i e p o c h w y i n i e z w y k ł a t ę g o ś ć b ł o n y d z i e w i c z é j, 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 więcéj, albo też nawet bez uprzedniego rozszerzenia następuje ciąża, któréj towarzyszące zmiany sprawiają znaczne powiększenie światła kanału. W razie istnienia podwójnéj pochwy, bardzo często do spółkowania służy jedna tylko jéj połowa; i to nie zawsze nawet ta, która się łączy z macicą, chociażby macica była pojedyncza. Niezupełne przegrody podłużne, kończące się wolnym brzegiem u sklepienia pochwy, zagrożone są niebezpieczeństwem przerwania podczas porodu. Niezwykle mocna błona dziewicza, nietylko że czyni trudném jéj rozdarcie przy spółkowaniu, ale nawet będąc już rozdartą, jeszcze spółkowanie utrudnia. Tak np. u pewnéj kobiety, z którą spółkowanie albo zupełnie nie mogło być dokonaném, albo też 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 dziewiczéj od miejsca jéj przyczepienia.

Dokładne **rozpoznanie** wady, bywa osobliwie trudném 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 wyśledzić, czy po za miejscem zamkniętém istnieje jeszcze pochwa, albo też druga, górna część takowéj, niemniéj także czy macicy zupełnie brakuje, czy też jest mniéj lub więcéj rozwinięta. Najodpowiedniejsze postępowanie w celu rozpoznawczym, tam gdzie usiłowania miesiączkowe wcale nie występują a przynajmniéj nie sprowadzają rozwoju guza w miednicy, podaném już zostało na str. 61. Jeżeli wśród usiłowań miesiączkowania, powstał guz między pęcherzem moczowym a odbytnicą, to z odporności dolnéj błony lub też warstwy przegradzającéj, jakotéż z połączonego badania zaczątka 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 drugiéj stronie dolnego końca przewężenie, t. j. czy górnéj części pochwy brakuje zupełnie czy też nie. Wspomniane powyżyj spostrzeżenia Schuh'a i Thompson'a pokazują, że niekiedy zdarzają się zmiany i powikłania, które ciągle miéć trzeba na uwadze, jeżeli chcemy uniknąć błędnego ocenienia okoliczności.

Nawet tam gdzie oba kanały podwójnéj pochwy swobodne mają ujścia, podwójność ta łatwo może być przeoczona, jeżeli przegroda ściśle do jednéj 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 pochwowéj, 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 zamkniętéj. Niezupełne przegrody podłużne, bywają zazwyczaj trafunkowo odkrywane przy śledzeniu rodzących. Co się zaś tyczy rozpoznania jednostronnego zatrzymania krwi miesiączkowéj, mówiliśmy już o tém wyżéj.

Niezwykłe stosunki błony dziewiczéj, 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 dostępnemi dla leczenia, usuniętemi być mogą jedynie tylko drogą operacyi. Najłatwiéj da się to wykonać przy zarośnięciu pochwy pochodzącém od błony dziewiczéj, którą nacinamy nożem nakrzyż, albo też uchwyciwszy haczykiem, pociągamy ku sobie i wycinamy nożyczkami okrągławy kawałek. Nawet i zarośnięcia wyżéj się mieszczące, jeżeli są spowodowane błonami w poprzek przebiegającemi, mogą być zniesione bez szczególnych trudności, za pomocą noża, czyto ostro-kończastego czy guziczkowatego. Ale w razie znaczniejszych braków pochwy, operacya bywa nadzwyczaj trudna, i wtedy tylko przedsiębraną być może, jeżeliśmy się przekonali o istnieniu dostatecznie rozwiniętéj macicy; w przeciwnym bowiem razie, raz, nie przedstawiałaby żadnego celu, a powtóre może być niebezpieczną, skutkiem obrażenia otrzewnéj, lub t. p., jak tego dowodzą śmiertelne zejścia po operacyach podejmowanych przez B u s c h a, S t e i n ' a i innych. Do wykonania operacyi, jak samo przez się wynika, nie wcześniéj należy przystępować, aż dopiéro wtedy, gdy po kilkakroć powtórzoném 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 jéj ścian, jak to nierównie częściéj daje się spostrzegać na sromie. Przy téj 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, przyczém postępować trzeba z największą bacznością, aby nie uszkodzić pęcherza, odbytnicy i t. p. Trudności rosną jeszcze, jeżeli między sąsiedniemi organami, w miejscu które powinna zajmować pochwa, niéma powrózka włóknistego. To też niéma się co dziwić, że znamienici nawet chirurgowie zniewoleni byli odstąpić od rozpoczętéj już próby. W każdym razie, przy zupełnym braku pochwy, wszelką operacyę rękom nader biegłego chirurga pozostawić wypada.

Roser [1]) w ogóle wątpi, czy za pomocą sztuki, można tworzyć nowe kanały błon śluzowych.

Jeżeli uleczenie zarośnięcia bezpośrednio, jest niemożliwém, to można złym jego następstwom zaradzić, przekłuwszy guz krwisty od strony odbytnicy, aby w ten sposób utorować krwi miesiączkowéj 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 więcéj, i krew miesiączkowa 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 środkowéj, 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 najskuteczniéj 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 miesiączkowéj w skutek zamknięcia jednéj połowy podwójnéj pochwy, postępujemy w ten sam sposób, jak przy zarośnięciu błoniastém, lub nieprzedziurawieniu błony dziewiczéj; w podobnym jednak razie, radzimy starać się o utrzymanie takiego tylko otworu, któryby dozwalał krwi miesiączkowéj swobodnie odpływać, lecz nie przepuszczał prącia; obowiązkiem jest bowiem naszym, ograniczyć możliwość równoczesnéj ciąży w obu rogach macicy, przez wzgląd na wielkie takowéj niebezpieczeństwo.

Czy jednak zarośniętą pochwę operować będziemy w trudnych, czy w pomyślnych okolicznościach, nigdy nie możemy być pewni, że operacya nasza szczęśliwie się zakończy. Liczne mamy bowiem przykłady, o ile takowa jest niebezpieczna, nawet w najlżejszych wypadkach i najbieglejszą dokonana ręką. Niebezpieczeństwo to na tém polega, że nie rzadko już po kilku godzinach, albo na 2, 3—5 dzień, wywiązuje się zapalenie otrzewnéj, częstokroć kończące się śmiercią. Przy-

[1]) Vorhandl. d. Gesellschaft für Geburtshilfe in Berlin. VIII. 1855.

czyną tego zapalenia bywa zazwyczaj krwotok do jamy otrzewnéj. W jednym wypadku operowanym przez Langenbeck'a [1]), drugim przez Schuh'a [2]), a trzecim przez Nelaton'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 operacyą.

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, niéma nagromadzenia krwi w jajowodzie, tam nie potrzebujemy się obawiać tylko co wzmiankowanego wydarzenia; ponieważ jednk rozpoznanie krwisteku jajowodowego (*haematosalpinx*) nie zawsze jest możliwém, przy każdéj przeto operacyi przewidywać powinniśmy możność nieszczęśliwego zejścia. Ażeby takowego uniknąć, należy najpierw, ograniczyć się na samém tylko otworzeniu zamkniętéj 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 operacya podjęta na krótki czas przed regularnością, pociągnęła za sobą zapalenie otrzewnéj, ogłosił nowszemi czasy Melchiori [4]).

Łatwiejszą jest, i nie grozi niebezpieczeństwem pomoc wymagana od nas przy istnieniu podwójnéj pochwy, niezwykle

[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]) Gazett. médic. ital. Nr. 17. 1855.

mocnéj błony dziewiczéj, 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 niekrwawéj, a wtedy nic innego nie pozostaje, jak rozciąć najpierw nożem, o ile to jest możebném, 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 nieżytową, i o takiém mieliśmy już sposobność mówić przy opisie równoimiennéj choroby macicy.

Krupowe i błonicowe zapalenie pochwy, pomijając jego związek z ostremi wysypkami, a zwłaszcza ospą i odrą, z tyfusem i tyfoidem cholerycznym, może być następstwem insultacyj, jakie się mogą zdarzyć przy spółkowaniu; ale częściéj wywoływane bywają noszeniem nieodpowiednich krążków macicznych. Może ono także powstać skutkiem ciągłego zetknięcia błony śluzowéj z moczem i kałem, wrazie istnienia przetok pęcherzo lub odbytnico-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 tém, że większa lub mniejsza ilość ograniczonych przestrzeni na błonie śluzowéj brzmieje i zmienia się w strup białawy, żółtawy lub brunatny. Części okoliczne nie zestrupiałe, przedstawiają stan ostrego nieżytu, albo też zostają późniéj jeszcze wciągnięte w obręb sprawy błonicowéj, tak, że strupy częścią zlewają się ze sobą. Po odpadnięciu tych ostatnich, pozostają wrzody, wyglądające więcéj lub mniéj nieczysto, które naturalnie, tam gdzie drażnienie rozkładającemi się płynami trwa nadal, nie okazują żadnéj skłonności do oczyszczania się i gojenia.

Miejscowe dolegliwości bywają nader rożnorodnego 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 ściągi, a nawet i stan ogólny zostaje dotknięty.

Doszczętne uleczenie, t. j. uchronienie choréj 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 letnich natrysków i kąpieli nasiadowych, łącznie z zadawaniem lawatyw lub czopków makowcowych, dostateczną przynoszą ulgę. Oczyszczenie owrzodzeń pozostałych po oddzieleniu się strupów, przyspieszyć możemy w razie potrzeby przyżeraniem saletrzanem 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 łącznéj otaczającéj pochwę, a następnie pociąga za sobą oddzielenie się pochwy i części pochwowéj macicy pod postacią worka złożonego z błony śluzowéj i mięsnéj. Dwa wypadki przez M. spostrzegane, są do siebie zupełnie podobne. Pierwszy z nich dotyczył dziewczyny 20-letniéj, która w październiku, pod koniec obfitéj miesiączki, dotkniętą została bólem w podbrzuszu i ogólném niedomaganiem. Następnéj miesiączce towarzyszyły obfite białe upławy. W chwili przyjęcia choréj do szpitala, 13-go listopada, błona śluzowa sromu, przedstawiła się owrzodzoną i dotkniętą zgorzelą, zaś błona śluzowa pochwy, była bledszą niż w stanie prawidłowym i obrzmiałą. Najlżejsze dotknięcie, a więcéj jeszcze ruchy, wywoływały ból; zaś te ostatnie, jako też 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 daléj, a 22 listopada odszedł worek skórzasty, składający się z pochwy i części pochwowéj macicy. Towarzyszył temu bardzo silny krwotok, który jednak wkrótce ustąpił miejsca wydzielinie ropnéj, a ogólny stan choréj się poprawił. Dnia 6-go grudnia wróciła miesiączka, a 15-go chora mogła być wypuszczoną ze szpitala. Z części pochwowéj pozostał tylko szczątek.

4. Ciała obce w pochwie.

Mówiąc o pomocy palliatywnéj 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 téż tym ostatnim, przez trzecie osoby, ze swywoli lub niegodziwości. W piérwszym razie, naturalna obawa wyjawienia zaszłego wypadku przed drugiemi, sprawia, że wprowadzone przedmioty pozostają już w pochwie tygodnie i miesiące, zanim przedsięwziętemi zostaną, utrudnione już przez to samo, usiłowania ich wydobycia. Stosownie do niedościgłéj fantazyi tak dziewcząt jako téż i złoczyńców, używano tu rozmaitych przedmiotów: słoików od pomady, igielników, butelek, szklanek, szyszek jodłowych i t. p. Tak np. Hubbauer musiał wydobywać za pomocą korncążków, użytą do samogwałtu szklankę, która utkwiła dnem naprzód, i pół roku w pochwie zostawała; Blaschke zaś wykrył, jako przyczynę znacznych dolegliwości, polegających głównie na śluzotoku, utrudnioném oddawaniu moczu i od czasu do czasu występujących kurczach — kłos, $1\frac{1}{2}$ cala długi, leżący przy części pochwowéj macicy.

5. Łagodne guzy w pochwie.

Z łagodnych narośli zdarzają się w pochwie: guzy naczyniowe, torbiele, włókniaki i polipy.

a) Guzy naczyniowe (*Angiectasiae*).

Żylaki miernych rozmiarów, u kobiét które już rodziły, zdarzają się bardzo często. Podczas ciąży lub porodu, mogą one pękać, powodując albo swobodny krwotok, albo téż nasiąknięcie krwią tkanki łącznéj otaczającéj pochwę — *Thrombus vaginae*, *Haematocele*. Rozszerzenia naczyń pozostające po przebytym połogu, bardzo rzadko stają się powodem jakowych zaburzeń. G. Simon opisał przed niedawnym czasem jedno spostrzeżenie, tu się odnoszące. Znalazł on u pewnéj kobiéty, cierpiącéj na mimowolne odchodzenie moczu—*Uretrocele vaginalis*. Ściana dzieląca cewkę moczową od pochwy, tak była przejęta rozszerzonemi żyłami, że muskulatura cewki zanikła, i tylko skraj ujścia téj ostatniéj pozostał nietkniętym. To téż ten ostatni, jedyny stawił opór napierającemu moczowi, i zatrzymywał go przynajmniéj podczas leżenia. Simon rozciął najpierw żyły w dolnéj części i przyżerał je półtorochlorkiem żelaza, albo téż w razie gwałtownego krwotoku podwiązywał je pierwéj na dwa dni. Skutkiem codziennego następnie przyżerania, liczne, małe owrzodzenia zlewały się z sobą, i utworzyły wkońcu obszerną bliznę. Po zagojeniu, powtórzono to samo wyżéj. Tym sposobem, chora o tyle została uleczoną, że tylko przy szybszych i gwałtowniejszych ruchach, mocz jéj 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 częściéj w tkance łącznéj okołopochwowéj, aniżeli w ścia-

nie saméj pochwy. W większéj liczbie wypadków, dochodzą one tylko wielkości grochu lub wiśni. Kiwisch napotkał 5 takich małych torbieli obok siebie, a Boys de Loury widział je ułożone przy sobie paciorkowato, wzdłuż całéj 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 pochwowéj, prawie na równi z poziomem ust macicznych, chociaż nie na téj saméj wysokości po prawéj co i po lewéj stronie, istniały torbiele wielkości wiśni, przez których ściany surowicza zawartość wyraźnie przeświecała; w trzeciéj znaleźliśmy tylko jedną taką torbiel po prawéj stronie. Przy nakłuciu, okazywało się za każdym razem, że ściana była nierównie tęższą, aniżeli się wydawała. Nie mogliśmy się oprzéć 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: Scanzoni, Nélaton, Ladreil de la Charrière, West, Jobert, Seyfert. Były one osadzone jużto w dnie pochwy, już po nad ujściem macicy, raz na przedniéj, drugi raz na tylnéj ścianie, lub téż, w razie znaczniejszéj wielkości, osadzone były w całéj długości ściany. Mogą téż miewać szypułę jak polip, co raz widział M'Clintock. Zawartość ich składała się z płynu czystego jak woda, surowiczego, lub białkowatego żółtawo zabarwionego, albo téż z lepkiéj brunatnawéj massy. Część tych torbieli, chociaż były wielkości kasztana, i leżały bezpośrednio po za ujściem pochwy, nie utradniała zupełnie spółkowania. W innych wszakże wypadkach, spółkowanie stawało się coraz boleśniejszém, a w końcu zupełnie niemożliwém. Torbiel wielkości pięści, osadzona na tylnéj ścianie pochwy, którą Nélaton wyłuszczył, w ostatnich dopiéro czasach, gdy już doszła wyż wspomnianych rozmiarów, i ciężarem swoim spowodowała opadnięcie macicy aż do szpary sromnéj, 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 potém nastrzyknąć naciąg jodowy lub roztwór kamienia piekielnego. Jeżeli to pozostaje bez skutku, albo jeżeli z powodu

większéj objętości torbieli lub nieobojętnéj jéj zawartości, z góry już musimy wątpić o skuteczności nastrzykiwań, to możemy zrobić albo częściowe nacięcie i następnie przyżerać pozostałą resztę ściany, albo też wyłuszczyć torbiel całkowicie.

c) Włókniaki.

St. Lee. *Die Geschwülste der Gebärmutter. p. 279.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. II. p. 545.* — Scanzoni: *Krankheiten etc. p. 471.*— Ch. West: *Diseases etc. II. p 215.* — Olivier: *Gaz. des hôpit. Nr. 95. 1862.* — M'Clintock: *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 dopiéro z powiększeniem się ich wzrostu; zdarzają się także, jakkolwiek rzadziéj, i takie, gdzie guzy takiegoż samego utkania rozwijają się w tkance podśluzowéj lub w błonie mięsnéj saméj pochwy. Właściwe te włókniaki pochwowe, stosunkowo często nie przechodzą wielkości grochu albo orzecha laskowego. Jeżeli dochodzą znacznéj wielkości, to zwężają kanał pochwy i ugniatają odbytnicę, nerwy i naczynia miednicy i t. p. Mogą one, podobnie jak guzy podśluzowe macicy, odwężać się coraz bardziéj od swéj podstawy, i w końcu przyjąć kształt polipowaty.

Jeżeli są małe, nie wywołują żadnych przypadłości. Jakość i natężenie dolegliwości wywoływanych przez włókniaki 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 Olivier'a, włókniak siedział wprawdzie w górnéj części pochwy na szerokiéj podstawie, wszakże po dwudniowém zaciśnięciu téj ostatniéj za pomoca podwiązki, udało się utworzyć rodzaj szypuły, która potém została przecięta. W innym wypadku, ogłoszonym przez M'Clintock'a, guz wystąpił ze szpary sromnéj i był jednakowo gruby w dolnym jak i w górnym swym końcu. Wychodził on z przedniéj ściany pochwy, i został oddzielony, po 10-ciu dniach podwiązania.

d) Polipy.

Nissen: *De polypis uteri et vaginae. Götting. 1789.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. II. p. 545.* — Scanzoni: *Krankh. etc. p. 472.* — Ch. West: *Diseases. II. 216.* — Gremler: *Preuss. Vereinszeit. Nr. 33. 1843.* — Traetzl: *Wien. med. Zeit. Nr. 30. 1863.* — M'Clintock: *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, wyłuszczył Gremler. W innym wypadku, podanym przez Paget'a, po wycięciu narośli, można było wyśledzić pozostałą resztę szypuły dość daleko między ścianą pochwy a kością łonową. Daléj, rozwijają się też wyjątkowo w pochwie polipy włókniste i włóknisto-mięsne. Scanzoni spostrzegał narośl należącą do tego ostatniego gatunku, wielkości prawie kurzego jaja, przytwierdzoną za pomocą cienkiéj szypuły po prawéj stronie pochwy. Chora od $1\frac{1}{2}$ roku cierpiała na krwotoki i upławy posokowate, oraz trudności przy oddawaniu stolca i moczu, a po wycięciu nastąpił gwałtowny krwotok. Traetzl znalazł u dziecka mającego $1\frac{1}{4}$ roku, zapalenie zewnętrznych części płciowych z zatrzymaniem moczu od $1\frac{1}{2}$ doby trwającém, w następstwie guza, który przy objętości pięści męzkiéj, posiadał szypułę grubości małego palca i uwiązł w ujściu pochwy. Odprowadził go, a następnie podwiązał.

M'Clintock widział dwa razy podobne guzy u kobiét ciężarnych, które przed wystąpieniem ich ze szpary sromnéj, najmniejszych nie doznawały dolegliwości. U jednéj z nich zaciśnięcie polipa przez zwieracz pochwy, doprowadziło go do zgorzeli. W obu wypadkach M'Clintock oddzielił guz (przez podwiązanie i odgniecenie), a jednak nie przyszło do przedwczesnego porodu.

Częściéj znajdujemy na błonie śluzowéj pochwy polipy, nawet wielkości kurzego jaja, jak spostrzegał Kiwisch. Mogą one podtrzymywać obfite śluzotoki, przychodzące naprzemian z upławami krwawemi, i wtedy zwłaszcza uciążliwe wywołują przypadłości, jeżeli sięgają aż do ujścia pochwy lub występują ze szpary sromnéj. W tym bowiem razie sprawiają one ustawiczne, nieznośne drażnienie, a jeżeli biorą po-

czątek z przedniéj 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.

Kiwisch: *Klin. Vortr. II. p. 565.*—C. Mayer: *Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. in Berlin. VI. p. 142.* — Köhler: *Krebs und Scheinkrebskr. p. 524 i 679.*—Scanzoni: *Krankh. etc. p. 473.*— Ch. West: *Diseases. II. p. 217.* — Martin: *Monatsschr. f. Geburtsk. XVII. p. 321.*

Rakowiec zdarza się w pochwie nie tylko w skutek rozszerzenia się pierwotnego cierpienia szyi macicznéj lub sromu, ale może się też rozwijać i pierwotnie, w różnych miejscach ścian pochwy, jak to uczą spostrzeżenia C. Mayer'a i Scanzoniego. Pierwotne to cierpienie nie różni się od wtórnego pod względem formy. Dla praktyka to jest ważném, że w skutek zwyrodnienia rakowcowego, ściana pochwy stać się może niezwykle kruchą; i tę właśnie możliwość trzeba mieć na uwadze przy śledzeniu i leczeniu. Scanzoni'emu zdarzyło się, że przy nastrzykiwaniu półtorochlorku żelaza, nacisnąwszy kanką, rozerwał ścianę pochwy; płyn nastrzykiwany dostał się do jamy otrzewnéj i wywołał zapalenie téj błony, które szybko zakończyło się śmiercią.

Rak, jak wszyscy spostrzegacze, z wyjątkiem West'a, przyjmują, wyjątkowo tylko spostrzegać się daje w pochwie, jako choroba pierwotna. W tym razie przedstawia się zwykle w formie rdzeniaka i zajmuje zazwyczaj stopniowo, całą pochwę, albo przynajmniéj całą jedną jéj ścianę. Jeżeli zwyrodnieniu uległa ściana tylna, to już nawet przy niezbyt rozległém rozprzestrzenieniu się sprawy na powierzchni, przedziurawienie dołu Douglas'a może śmierć sprowadzić. W razie większego rozszerzenia się w ciągłości, rozwijają się śmiertelne zapalenia otrzewnéj nietylko na téj drodze, ale także, jak spostrzegał Martin, przez współudział naczyń chłonnych, idących do więzów szerokich macicy.

Następczo 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. Najczęściéj 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 otworzeniu 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 łącznéj 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 późniéj 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.

Klob: *Pathol. Anat. p. 432.*

Że gruźlica zdarza się w pochwie, przekonali się o tém Virchow i Klob. Pierwszy znalazł raz gruppy drobnych szarych gruzełków w różnych miejscach pochwy, szczególniéj na części pochwowéj, obok rozległéj gruźlicy w przyrządzie moczowym. Drugi widział w pochwie na zwłokach pewnéj staréj kobiety, zmarłéj z gruźlicy płuc i kiszek, liczne, zlewające się po części ze sobą wrzody gruźlicze, wielkości soczewicy.

8. Naruszenia całości pochwy.

Pochwa, w stanie kobiety nieciężarnym, nadzwyczaj rzadko ulega zranieniom, i to najczęściéj jeszcze obok obrażeń części płciowych ze-

wnętrznych, 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 wstydliwe i ich okolica, zostały tylko stłuczone. Po nałożeniu szwów, rany 2—3 cali długie, szybko się zagoiły.

Częściéj już następują powolne przedziurawienia przy owrzodzeniach zapalnych (w skutek noszenia wianków macicznych i t. p.), albo przy raku.

Simpson [2]) podaje, że w ujściu pochwy zdarzają się téż niekiedy szczeliny (*fissurae*), zachowujące się w podobny sposób jak i szczeliny w otworze stolcowym. Powstanie ich bywa stale poprzedzone gwałtownem rozciąganiem ujścia pochwy, jakie miewa miejsce przy przechodzeniu dziecka podczas porodu, przy pierwszém albo téż natarczywie dokonaném spółkowaniu, 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 małżeńskiém. Szczeliny tego rodzaju, najprędzéj się goją po nacięciu ich dna, albo po ich rozszerzeniu przez rozdarcie palcami.

W czasie porodu zdarzają się téż często, tak dobrowolne jako téż i gwałtowne rozdarcia; w połogu zaś, przedziurawienia skutkiem zgorzeli i owrzodzeń.

Ponieważ ograniczyć się tu musimy na polu właściwéj gynekologii, przeto będziemy mogli dokładniéj opisać w tém miejscu, jedynie tylko rozmaite rodzaje przetok pochwowych.

a) Przetoki moczowe pochwy.

Ludovicus Mercatus: *De communibus milierum affectionibus. Tref. 1608. Cap. XXV.*— Roonhuysen: *Heelkonst. An-*

[1]) Ungarische Zeitschr. X. I. 1859.

[2]) Medic. tim. and gaz. March. 26. 1859.

merk.—Betreff. de Gebrecken der Vrouwen. Amsterdam 1663. Nürnberg 1674. — F. C. Naegele: *Erfahr. und Abhandl. aus dem Gebiete der Krankh. des weibl. Geschlechts. Mannheim. 1812. p. 367.* —Fabre: *Biblioth. du médécin prat. I. 139.*—Wutzer: *Organ f. d. ges. Heilk. II. 4. Bonn. 1843.* — Tenże: *Deutsche Klinik. Nr. 3-4. 1849.*— Chelius: *Ueber die Heilung der Blasen-Scheidenfisteln durch Cauterisation; ein Sendschreiben an Dieffenbach. Heidelberg. 1844.*—Dieffenbach: *Operat. Chirurgie. I. p. 546.* —Jobert (de Lamballe): *Traité de chirurgie plastique. Paris. 1849.*—Tenże: *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales. Paris. 1852.*—G. Simon: *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln. Giessen. 1854.*— Roser: *Archiv f. phys. Heilkunde. 1854. p. 576.* — Kilian: *Chirurg. Operat. d. Geburtsh. Bonn. 1856. p. 295.* — G. Simon: *Deutsche Klinik. Nr. 30—35. 1856.* — Tenże: *Monatsschr. f. Geburtsk. XII. 1.*— Tenże: *Scanzoni's Beitr. IV.*— Tenże: *Ueber die Operation der Blasen-Scheidenfisteln durch die blutige Nath. Rostock. 1862.* — Marion Sims: *Silver sutures in surgery. New-York. 1858.* — Esmarck: *Deutsche Klinik. Nr. 28. 1858.* — A. Keiller. *Edimb. med. journ. Oct. 1858.* (Postępowanie Bozeman'a).—Simpson: *Medic. tim. and gaz. Januar. 1859.*—Wilh. Alex. Freund: *Ejusd. Klin. Beitr. I. Breslau. 1862.* — Rosé: *Charité. Annalen. XI. p. 79.* — Baker Brown. *Lancet. March. 1864.* — Tenże: *Surgical diseases etc.*

Przyczyny. Połączenia między macicą i pochwą z jednéj, a pęcherzem i cewką moczową z drugiéj strony, powstają najczęściéj w skutek obrażeń, jakich organa te przy ciężkich porodach doznają. Najpospolitszym powodem jest ugniecenie części miękkich tkwiących między głową dziecka a przednią ścianą miednicy. Jeżeli dojdzie ono znacznego natężenia, wtedy przychodzi do miejscowéj zgorzeli, a po odpadnięciu strupa, pozostaje otwór. Niekiedy rozwija się najpierw zapalenie i ropienie w przegrodzie pęcherzo-pochwowéj, a ropień w wyjątkowych razach otwiera się równocześnie do pochwy i pęcherza. To też tam szczególniéj 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 łonowemi 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 drugiéj strony te ostatnie łatwo mogą powstać, jeżeli narzędzie będzie użyte zawcześnie albo zapóźno, a działanie niém niezręczne, albo téż zanadto długo przeciągane, w wypadkach, w których pomoc tego rodzaju nie może wystarczyć. W ogóle biorąc, więcéj 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, przedsięweźmie on inny rodzaj pomocy, który w każdym razie skróci czas trwania porodu; zaś opóźnienie się z próbami rozwiązania rodzącéj, gorsze pociąga za sobą następstwa.

Bez porównania rzadziéj 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., zranione zostają części matczyne. Bywały téż wypadki, że i gwałtowne wprowadzanie cewnika podczas porodu, kończyło się przedziurawieniem przegrody pęcherzo-pochwowéj, albo, że po wymóżdżeniu odszczepy kostne zmniejszonéj głowy, przegrodę tę przebijały.

W stanie niepołogowym, przetoki tworzyć się mogą skutkiem bezpośrednich obrażeń, np. przy dostaniu się przedmiotów ostrokończastych do części rodnych; niemniéj 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-maciczne i około-pochwowe, — którym częstokroć towarzyszą głęboko drążące owrzodzenia. W tym ostatnim wszakże razie, choroba zasadnicza jest nierównie ważniejszą, a jéj nieuleczalność nie pozwala najczęściéj i myśléć o oddzielném leczeniu przetoki.

Stosunki anatomiczne. Już z samego rozważenia przyczyn wynika, że przedziurawienie zdarzać się musi najczęściéj w ciele lub szyi pęcherza, a obok tego w górnéj części pochwy. Te to p r z e t o k i p ę c h e r z o - p o c h w o w e, dopóki są świeże, przedstawiają się, stosownie do przyczyn jakie im dały początek, albo pod postacią ran, albo téż owrzodzeń z obrzmiałemi 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 modzelowacieją. W ich pobliżu, tkanka łączna między ścianą pęcherza a pochwy, zamienia się również w bliznowatą massę. W ciągu téj sprawy, włókna mięsne, gruczołki i brodawki pochwy, co raz bardziéj zanikają, przegroda między pęcherzem a pochwą w kierunku przetoki staje się coraz cieńszą, a brzeg téj ostatniéj się zaostrza. To téż pozostały otwór nie jest najczęściéj przetoką w ścisłém znaczeniu tego wyrazu, chociaż zdarzają się także wypadki, w których istnieje skośny kanał, prowadzący z dolnéj lub górnéj części pochwy do pęcherza.

Stosownie do tego, w któréj części kanału rodnego 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, któréj tylny (górny) brzeg tworzy przednia warga ust macicznych, i która tém samém nie leży jak poprzednia w środkowéj, ale w górnéj trzeciéj 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 któréj 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, któréj ujście znajduje się w samym kanale szyi macicznéj. Przetoki ostatniego rodzaju, nigdy nie bywają znacznéj wielkości; co zaś do pozostałych, tych wielkość bywa bardzo rozmaita. Niektóre bywają tak małe, że zaledwie przy najtroskliwszém poszukiwaniu dadzą się odnaleźć; inne znowu tak wielkie, że pęcherz i pochwa tworzą jedną wielką jamę. Położenie ich bywa niekiedy pośrodkowe; najczęściéj jednak leżą nieco na boku. Najrzadziéj mają one kształt szczeliny, albo téż dość długiego a nawet krętego lejka; najczęściéj bywają podłużno-owalne, okrągławe; niekiedy także poprzecznie owalne lub półksiężycowate. Jeżeli brakuje téj części ściany pęcherzo-pochwowéj w któréj 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 substancyi otwierały się ziejącemi otworami do przetoki mało co szerszéj nad 2 centymetry, ale zwężonéj skutkiem bliznowatego skurczenia się okolicznych części, i z powodu wywinięcia się brzegów przetoki ku pochwie, dawały się widzieć w téj ostatniéj. 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; częściéj jednak przerasta, a zarazem przedstawia cechy przewlekłego nieżytu, 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 pierwotnéj swéj 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-letniém 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 dopiéro 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 zewnętrznéj sprawia, że niekiedy tworzą się dokoła szpary sromnéj brodawkowate wyrośle, albo też wybujałości podobne do brodawek. Jeżeli istniejącéj przetoce towarzyszy ciągłe i gwałtowne napieranie do oddawania moczu, to może także i odbytnica wypaść.

Jeżeli pierwiastkowo rozmaite odcinki kanału rodnego ugnieceniu uległy, to istnieje równocześnie większa ilość przetok. Tak np. obok przetoki pęcherzo-pochwowéj, napotkać można przetokę pęcherzo-maciczną, albo cewko-pochwową, albo i jedną i drugą; wreszcie przetokę moczowodu albo też kałową. Wogóle należy zauważyć, że jeżeli przetoka powstała skutkiem zniszczenia substancyi przez zgorzel, to jest ona tylko jedném z różnorodnych następstw ugniecenia, chociaż najwybitniejszém i najważniejszém. Znajdujemy więc często, obok niéj, innego jeszcze rodzaju nieprawidłowości: bliznowate zwężenia i zarośnięcia pochwy, przewlekłe zapalenie macicy, zrosty między więzami téj ostatniéj, powrózki bliznowate w tkance łącznéj, targające lub unieruchomiające niektóre z organów, zupełne rozdarcia cewki moczowéj i t. p.

---

[1]) Gaz. des hôpit. Nr. 61. 1862.

Silne i długotrwałe ugniecenie dolnéj części przedniéj ściany pochwy, pociąga za sobą przedziurawienie cewki moczowéj. I te przetoki cewko-pochwowe bywają rozmaitéj wielkości. Otwór ich raz może być włosowaty, drugi raz przedstawiać objętość fasoli.

Nakoniec, zniszczenie może się ograniczać na moczowodach. Przetoka moczowodo-pochwowa, t. j. otwór w moczowodzie, w miejscu gdzie takowy skośnie przebiega w ścianie pęcherza, spostrzegana była po raz pierwszy przez Simon'a, który widział jeszcze drugi podobny wypadek, a prócz tego także i przez Alquié'go [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 całéj jéj grubości. Przetoka istniała dwa razy po lewéj, a raz po prawéj stronie sklepienia pochwy, i była przynajmniéj 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 Simon'a, normalne ujście wadliwego moczowodu do pęcherza, było zamknięte, czy to skutkiem traumatyzmu, który samą przetokę spowodował, czyli też następczo, skutkiem tego, że mocz nie przechodził już przez koniec dopęcherzowy. Czy i w wypadku Alquié'go istniało również podobne zarośnięcie, pozostaje rzeczą wątpliwą.

W innych razach, moczowód bywa przedziurawionym w tém miejscu, gdzie przylega do szyi macicznéj, w skutek czego powstaje przetoka moczowodo-maciczna, t. j. komunikacya między moczowodem a kanałem szyi macicznéj. Tego rodzaju przetok, dotychczas znane są również trzy wypadki, opisane przez A. Bérard'a [2]), Purch'a [3]) i A. Freund'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 pozywania do oddawania moczu, albo też oddawanie to bywa połączone

---

[1]) Monit. des hôpit. Nr. 73. 1857.

[2]) Dictionnaire de médéc. 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 niczém prawie zakłóconą, a wyjątkowo, zaraz od początku mocz odpływa mimowolnie z powodu porażenia pęcherza. Za dotknięciem, ściana pęcherzo-pochwowa jest na ograniczonéj 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 późniéj. 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, mocz 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 pewném 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 przynajmniéj, 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 takowéj, przez poronienie lub poród przedwczesny. Często także miewa miejsce zaparcie stolca, bądź skutkiem powikłań, którym też przypisać należy bynajmniéj nie rzadkie zaburzenia w miesiączkowaniu, bądź też skutkiem tego, że nieustanne wyciekanie moczu, pobudza nerki do usilniejszéj czynności, a przez to zmniejsza się wydzielanie błony śluzowéj przewodu kiszkowego, a powiększa się jéj energia wchłaniania.

Ustawiczne zanieczyszczanie pochwy, zewnętrznych części rodnych, ud, bielizny i pościeli, okropnie chorym 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 niepomyślniéj na stan zdrowia tak cielesnego jak i duchowego. Być nawet może, że odżywianie cierpi jeszcze w skutek podniesionéj czynności nerek; a jeżeli zdanie to jest słusznem, to możność wydalania moczu po części dowolnie, uważaną być musi i pod tym względem za okoliczność pomyślną. W wyjątkowych razach chore bardzo mało doznają przykrości ze strony swéj choroby; zdarzało się nawet, że kobiety publiczne tém cierpieniem dotknięte, bez przerwy prowadziły swoje rzemiosło.

Rozpoznanie. Wymienione powyżéj objawy, w świeżych wypadkach przyczyny poprzedzające, wreszcie sposób, w jaki mocz mimowoli odchodzi, rzucają już podejrzenie, że nastąpiło naruszenie całości. Większe przetoki z wielką łatwością można wyczuć, posuwając palcem, od ujścia cewki moczowéj, ku górze, po przedniéj ścianie pochwy. Aby przy podobném śledzeniu i mniejszych nie przeoczyć, dobrze jest wprowadzić pierwéj cewnik metalowy do pęcherza. W razie jeżeli przetoka jest bardzo mała, potrzeba dokładnie obejrzéć okiem całą przednią ścianę pochwy. W tym celu dajemy chorym takie położenie, które się okazało najdogodniejszém przy wykonywaniu operacyj, to jest albo położenie na wznak z podniesionym krzyżem, albo téż na brzuchu, i podtrzymujemy tylną ścianę pochwy za pomocą rynienkowatego półwziernika. Osuszywszy starannie przednią ścianę pochwy, najczęściéj można będzie teraz zobaczyć wysączający się z jednego miejsca mocz, po czém będziemy mogli za pomocą małych haczyków rozsunąć istniejące tu składki i brzegi przetoki odsłonić.

Jeżeli ściana pochwy pozostaje suchą, to wstrzykujemy do pęcherza ciepłą wodę, albo téż inny jaki płyn więcéj się odznaczający swemi własnościami, a zwłaszcza barwą, byle tylko nie był drażniący. Fried polecał w tym celu mleko; Meyer — czarny tusz. Rada, ażeby jednocześnie zatamponować pochwę skubanką lub watą, by tampon mógł się zabarwić w miejscu gdzie istnieje otwór, mogła miéć 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 Lallemand'a, który w celu otrzymania wiernego odcisku przetoki, tamponował pochwę woskiem modelacyjnym.

Rozróżnienie przetoki moczowodo-pochwowéj od pęcherzo-pochwowéj jest bardzo łatwe. Przez pierwszą można wprowadzić zgłębnik głęboko na zewnątrz i ku tyłowi, bez dostania się do pęcherza; daléj nie odpływa z niéj nic innego,

tylko mocz, chociaż wypełnimy pęcherz zabarwionym płynem; nareszcie, po sztucznem zamknięciu otworu za pomocą przyżerania kamieniem piekielnym, występują objawy zatrzymania moczu w moczowodach i miedniczkach nerkowych, a znikają, gdy mocz na nowo wysączać się zacznie. O stanie dolnego końca wadliwego moczowodu, można wyprowadzić prawdopodobny przynajmniéj wniosek, robiąc dość długo i z potrzebną ścisłością próby zgłębnikiem.

Przetoka moczowodo-maciczna w tém się zbliża do moczowodo-pochwowéj, że przy jéj 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 macicznéj. 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 niéma 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. Dawniéj nawet bardzo małe i jak najdogodniéj umieszczone przetoki, rzadko bywały w zupełności uleczane; dziś zaś takie wypadki, któreby wprawny przynajmniéj 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 saméj przetoki, albo téż skutkiem zarośnięcia pochwy poniżéj tego otworu. Ostatnie zdarzenie spostrzegał nowszemi czasy A. Freund, w wypadku przetoki, która zajmowała całe przednie sklepienie pochwy, oraz część przedniéj ściany szyi macicznéj. Rozwinięte równocześnie zapalenie pochwy, spowodowało w 10 tygodni po rozwiązaniu, zarośnięcie tego kanału w odległości $^3/_4$'' od jego ujścia, gdy tymczasem łączność między macicą a pęcherzem, pozostała i nadal.

Szczególne okoliczności wpływające na rokowanie, wykażą się z tego, co poniżéj o leczeniu mówić będziemy. W ogóle należy brać pod uwagę: 1° rodzaj i siedlisko, 2° objętość przetoki, i 3° istniejące przy tém powikłania.

Leczenie. W świeżych wypadkach nie idzie o leczenie właściwie operacyjne, lecz o zastosowanie środków, któreby były w stanie 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 wrocławskiéj, każą uważać zarzuty téj metodzie, ostatniemi 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 odpowiedniém postępowaniu. Należy mianowicie cewnik starannie oczyszczać, i jeżeli tylko okaże się chropowatym, natychmiast zastępować go nowym; pochwę zaś, umiarkowanie tylko rozciągać. Chora powinna leżéć, 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, Marvéjouls [7]) zagoił w ciągu $1^1/_2$ 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 Notizen. VII. Nr. 143.

[5]) Posner. De spongia officinali in vaginam applicanda. D. I. Vratislav. 1838.

[6]) l. c.

[7]) Bullet. de thérap. Septembre. 15. 1859.

[8]) Habit zupełnie odrzuca tamponowanie, a przypisuje wielką wagę nastrzykiwaniom letniéj wody do pęcherza, które wykonywa co 2 do 3 go-

robiony téj metodzie, tém ważniejszy na pozór, że brany z orzeczeń jéj zwolenników, i w owym czasie, gdy leczenie operacyjne nader rzadko dobremi 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 Debout'a [1]), w którym po 5-miesięcznem użyciu tamponu pęcherzowego, nastąpiło uleczenie, skutkiem zrośnięcia się z brzegami otworu kawałka wypadłéj przezeń ściany pęcherza, przekonywa tylko, że przedwcześnie 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.

Cederschjöld 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 wyżéj zalecanego. Bo najpierw, to ostatnie częstokroć okazało się skuteczném, a powtóre, trzeba i to mieć na uwadze, że czasowe ustawanie mimowolnego wyciekania moczu, zależéć może nie koniecznie od zbliżania się do siebie brzegów przetoki, ale także od zatykania się jéj 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 okrwa-

---

dzin, przez cewnik ciągle w pęcherzu pozostający. (*Zeitschr. d. Ges. d. Wien. Aerzte. Nr. 40—41. p. 1859*).

[1]) Bullet. de thérap. Juillet 30 et Octobre 30. 1857.

[2]) Monatsschr. f. Geburtsk. Januar. 1865.

wionych brzegów rany, w celu trwałego złączenia ich bezpośrednio (*per primam*), najczęściéj nieprzezwyciężone napotykały trudności. Aby wywołać dostateczne ropienie 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'owi [2]) okazały się środki żrące zawsze niewystarczającemi; to też przyżegał on brzegi rany żegadłem, powtarzając to w razie potrzeby, która wszakże nie zawsze się zdarzała. Inni jednak chirurgowie przekonali się, że tego rodzaju przyżeranie wnętrza 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, którém silnie przyżegał otoczenie brzegów przetoki, na pół cala dokoła. Tym sposobem w najbardziéj zrozpaczonych 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 zupełném wygaśnięciu następstw pierwszego przypalania. Lallemand i Dupuytren wynaleźli jeszcze osobne przyrządy spajające, w celu wsparcia kauteryzacyi; pierwszy: t. z. *Sonde airigne*, drugi — cewnik skrzydlaty (według rysunku Kilian'a). Nie przyniosły one prawdziwego pożytku.

Dziś, gdy szew najświetniejszemi poszczycić się może rezultatami, przyżeranie winno być zarzucone. Na pierwszém miejscu, jak to robi G. Simon, postawimy jeszcze przyżeranie wnętrza 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 dopiéro Naegele'mu

---

[1]) Leop. Leo'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. Naegele myślał tylko o nacinaniu brzegów przetoki, które następnie chciał utrzymać w zetknięciu albo za pośrednictwem szwu krwawego, albo też za pomocą umyślnie na ten cel zbudowanych szczypczyków spajających. Ale już Schreger zaczął rzeczywiście ścinać brzegi przetoki, a gdy potém wszystkie przyrządy do spajania, wielorako przez innych ulepszane, okazały się bezużytecznemi, wracano się ostatecznie do szwów. Z pomiędzy tych ostatnich, oczekiwano najpewniejszego skutku, jużto od szwu okręcanego, już od węzełkowego, kuśnierskiego, wałeczkowego, a Dieffenbach 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 Wutzer, 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 dopiéro po 33-krotném powtórzeniu operacyi. Wutzer ustawiał chore na kolanach i łokciach, okrwawiał błonę śluzową otaczającą przetokę, co najmniéj na przestrzeni jednego cala, a następnie spajał brzegi rany szwem okręcanym, i tylko tam gdzie się to zrobić nie dało, — węzełkowym. Unikał on starannie ułatwiania sobie operacyi przez obciąganie przetoki, a daléj 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 późniéj naśladował Jobert 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, szczególniéj Jobert powodzeniem swojém utworzył epokę. Główna rzecz przy jego: „*operation autoplastique par glissement*" polegała na równoczesném poprzeczném nacięciu błony śluzowéj pochwy w miejscu jéj przyczepienia do szyi macicznéj, skutkiem czego błona ta przesuwała się, a zarazem znosiło się napięcie odświeżonych brzegów rany. Nakoniec w 6-tém dziesięcioleciu bieżącego wieku, Marion Sims w Ameryce, przez wprowadzenie szwów z srebrnego drutu, a G. Simon w Niemczech, przez uproszczenie operacyi, zapewnili prawie uleczalność przetok.

Tak zwana: metoda amerykańska, podana przez Sims'a, a przez ucznia jego Bozeman'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 mniéj męczyć, układamy ją na boku, w położeniu na wpół zgiętém ku przodowi. Przetokę bez ściągania jéj, udostępniamy sobie, wprowadzając do pochwy wziernik rynienkowaty S i m s'a (w 4-ch różnych rozmiarach), kończący się u góry zaokrągloném sklepieniem. Tym sposobem krocze zostaje uniesione, tylna ściana pochwy w całéj swéj długości i szerokości zostaje podtrzymaną, i daną jest możność dostatecznego okrwawienia przetoki nożem. Przy téj czynności należy ścianę pęcherza o ile możności szanować; przeciwnie zaś, błonę śluzową pochwy, obranić na szerokości 1 do 1½ centymetra. Potém przystępujemy do założenia drutów, które gęsto obok siebie przeprowadzamy przez brzegi. Pojedyncze pętle druciane teraz S i m s skręca, gdy dawniéj umocowywał je na przedziurawionych blaszkach ołowianych lub ziarnach śrutu. Inni dopełniają połączenia w sposób bardziéj złożony, za pomocą właściwych koaptatorów (*suture-adjusters*), i umocowują szwy na środku lub na boku przewierconych blaszek, zaciskaczy, kratek drucianych. Druty wyjmują się nie wcześniéj jak po 10 dniach, a nagromadzaniu się moczu w pęcherzu, zapobiegać trzeba, pozostawiając w nim cewnik.

Najwięcéj 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 umarły. Jednak, aby módz zastosować chloroform, operuje on w takiém położeniu, jak przy operacyi kamienia.

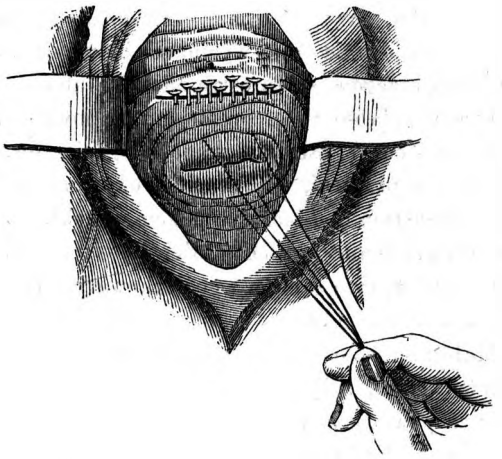
G. S i m o n przekonał się, że szew ze srebrnego drutu nie przedstawia żadnéj wyższości nad szwem z cienkiego, dobrze skręconego jedwabiu; a do tego, przy użyciu tego ostatniego, nałożenie i zawiązanie szwów daje się wykonać nierównie prościéj i pewniéj. Operuje on chore uśpione chloroformem, w położeniu na wznak, z pośladkami o tyle uniesionemi, aby stały nieco wyżéj poziomu podbrzusza i piersi; uda zaś zgina i umieszcza po bokach piersi. Jeżeli usta maciczne pozwalają się ściągnąć za pomocą kleszczy haczykowych, przed szparę sromną, co zaledwie w mniejszéj 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 przeciwnéj 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 też wycina fałdy błony śluzowéj. Odświeżenia brzegów dopełnia wycinając dokładnie przetokę nakształt głębokiego lejka, przy czém nie przywiązuje żadnego szczególnego znaczenia do oszczędzania lub wycinania błony śluzowéj 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 zdrowéj tkance, w odległości $\frac{1}{2}$—1 centymetra od brzegu przetoki, a następnie, tym samym i guziczkowatym nożem, począwszy od miejsca nakłucia ścina się brzeg, w ten sposób, aby powstał lejek o dwóch końcach. Małe nierówności powierzchni rany, wyrównywają się potém długiemi nożyczkami, zgiętemi po płaszczyźnie. Wycinając w ten sposób, z większą pewnością usuwamy wszystką substancyę 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 śluzowéj pochwy, to nie otrzymujemy grubszéj blizny, bo rana i tak tylko w głębi się zagaja. W razie nie udania się operacyi, przetoka nie wiele się wprawdzie 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 miéć na uwadze, ażeby już przy pierwszéj 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 nieżyt i kurcz pęcherza; te bowiem nieprzyjemne wydarzenia, bywają częściéj 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, najbardziéj od brzegów oddalony szereg szwów (znoszący napięcie) przeprowadzał on stale przez ścianę pęcherza; zaś szwy mniejsze, wewnętrzne, spajające, częstokroć tylko przez grubość ściany

pochwowéj. Oba szeregi zakładał tak, aby się przy wiązaniu nie pokrywały, i zewnętrzne najpierw wiązał. Później jednak przekonał się, że bardzo często, zwłaszcza przy małych przetokach, pojedynczy szereg wystarcza, jeżeli się tylko na to zwraca uwagę, aby szwy (z zajęciem lub z oszczędzeniem błony śluzowéj 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 ($^1/_4$—$^1/_3$ centim.). Jeżeli przy ściąganiu nitek, przed ich ostatecznem 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 przeprowadzonemi już nitkami, szwów delikatniejszych, bardziéj powierzchownych.

Fig. 28.



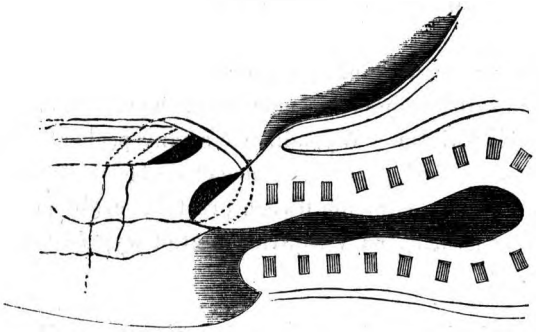
Szew podwójny G. Simon'a.

Nierównie rzadziéj od szwów znoszących napięcie, okazać się może potrzeba robienia nacięć bocznych, zalecanych przez Jobert'a, chociaż takowe nawet przy bardzo wielkich brakach ścian pęcherza, znakomity przynoszą pożytek. Jako materyał do szwów, tak spajających, jako też znoszących napięcie, używa Simon cieniutkiego jedwabiu, najczęściéj grubości włosieni końskiéj, 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'owskiéj rękojeści od igieł. W tym celu odrazu nawłóczymy na każdą nitkę po dwie igły, z jednego i z drugiego końca, i unieruchomiamy sobie brzegi rany, jak przy wycinaniu otworu. Nałożone szwy powinny być umiarkowanie tylko ściągane, aby zawcześnie nie poprzecinały brzegów. Do usuwania ich w części można przystąpić na 4—5 dzień; reszta może pozostać dłu-

żéj, a w razie potrzeby, ten lub ów, można pozostawić do 10 lub 12-go dnia. Zresztą, leczenie pooperacyjne, winno być obojętném. Simon 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 sprowadzić skutki. To też 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 pochwowéj. Jeżeli tylny brzeg prze-

Fig. 29.

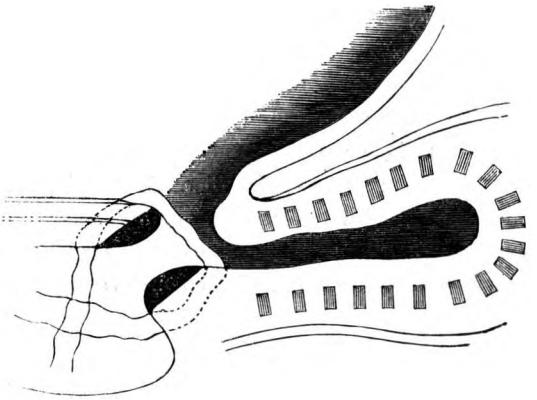


Przetoka pęcherzo-maciczno-pochwowa powierzchowna.

toki tworzy przednia warga ust macicznych (przetoka pęcherzo-maciczno-pochwowa powierzchowna), to ścianę pęcherza trzeba połączyć z przednią wargą ust macicznych. Tu może być także potrzebném czasowe rozszczepienie ust macicznych. W razie zniszczenia przedniéj wargi ust macicznych i braku przyległéj części przegrody pęcherzo-pochwowéj (przetoka pęcherzo-ma-

c i c z n o - p o c h w o w a g ł ę b o k a) użyć trzeba tylnéj wargi ust macicznych jako płata, i wgoić ją w ścianę pęcherza. W tym przeto

Fig. 30.



Przetoka pęcherzo-maciczno-pochwowa głęboka.

wypadku, krew miesiączkowa odpływać będzie późniéj przez cewkę moczową.

Daléj, pewne powikłania wymagać mogą szczególnych zmian.

Tak np. zarośnięcie cewki moczowéj, wymagać może uprzedniego przywrócenia jéj światła. Wypadnięcie ściany pęcherza i przyrośnięcie takowéj do tylnéj ściany pochwy, domagać się będzie usunięcia najpierw tego zrostu. W razie istnienia dwóch przetok, część pośrednia między niemi, może być poszarpana i zatarta, a ztąd wypaść może potrzeba jéj przywrócenia.

Rezultaty jakie G. S i m o n osiągnął, postępując wyż 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 następném przyżeraniem kamieniem piekielnym, i 2 (wielkości guzika od koszuli, otoczone warstwami zbitéj substancyi), przez samo przyżeranie kamieniem piekielnym. U 5-ciu innych chorych, zagojenie nie było wprawdzie zupełném, ale można było takiego oczekiwać od następczego przyżerania. Trzy chore umarły: jedna 7-go dnia na ropnicę; jedna 17-go dnia, skutkiem ropnia okołomacicznego, który się otworzył do jamy otrzewnéj; jedna wreszcie 6-go dnia na ropnicę, po

rozdzieleniu rozległych tęgich zrostów w pochwie, jeszcze przed operowaniem saméj przetoki.

Wyniki, jakie tenże, postępując według ulepszonéj metody, osiągnął od jesieni 1859, do jesieni 1861 r, były nierównie jeszcze pomyślniejsze. Z 22-ch przetok, które napotkał u 19-tu pacyentek, 21 zupełnie uleczył, a jedną prawie zupełnie. Z téj liczby, 18-cie zagoił przez połączenie brzegów przetok, do czego nie potrzebował więcéj 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 $1'/_2$ cent. ściany cewki moczowéj, zaś ze ściany odbytniczo-pochwowéj pozostał tylko kawałek na 3 centim. długi, rachując od otworu stolcowego. Opadnięta macica wspierała się dolnym swym odcinkiem na reszcie cewki moczowéj, i odbytnicy. Tu zamknięto najpierw przetokę pęcherzową, przez przygojenie ściany cewki do odpowiedniéj części szyi macicznéj, a późniéj połączono przednią wargę ust macicznych z dolnym brzegiem przetoki odbytniczéj. Krew miesiączkowa odpływała więc potém przez odbytnicę. Mocz jednak nie przestawał mimowolnie wyciekać, z powodu porażenia zwieracza cewki moczowéj.

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 bardziéj nam się uwydatni, gdy weźmiemy na uwagę trudności jakie w wielu wypadkach trzeba było pokonać. S i m o n ma słuszne prawo twierdzić, że rezultaty jakie osiągnął najszczęśliwszy ze zwolenników metody amerykańskiéj — B a k e r B r o w n, winny swą wyższość jakości leczonych wypadków. My sami mieliśmy sposobność przekonać się przy większéj części operacyj wykonywanych przez S i m o n'a, że przy pomocy jego metody, dostęp do przetoki jest łatwiejszy, niż przy metodzie amerykańskiéj; to téż i nam się zdaje, że trudność metody S i m s'a leży w pomyśle jego wziernika. Tylko raz jeden, postępując według metody i sposobu S i m s'a, udało się przetokę zupełniéj dla wzroku odsłonić.

Z innych chirurgów niemieckich, najwięcéj operacyj i z najpomyślniejszym skutkiem wykonał W i l m s.

Z ostatnich 10-ciu wypadków przetok pęcherzo-pochwowych, przezeń operowanych, 9 razy jedna operacya była wystarczającą, a jeden raz tylko, wypadła potrzeba robienia jéj powtórnie. W 4-ch wypadkach przetok pęcherzo-macicznych powierzchownych, wystarczało również jednorazowe zeszycie. Dla zamknięcia pochwy w poprzek, potrzebował W. u jednéj choréj dwa, u drugiéj trzy razy operować. W oszczę-

dza przetoki od strony pęcherza, aby nie powiększać bez potrzeby otworu; ale za to, brzeg odświeża na znacznéj 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 Lutter'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 dawniéj za bezwzględnie konieczne w leczeniu pooperacyjném, przemawia jeszcze ten fakt, że Meadows [1]) pozwolił dwom chorym, ostatniemi czasy 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 możność operowania przetok moczowych, jest potrzeba wielu assystentów. Lecz i tych usiłowano już zastąpić wynalazkami. Tak Hiliard w Glasgowie zbudował 4-listny półwziernik, który nie potrzebuje być trzymany; zaś doświadczony w tych operacyach lekarz Ullrich [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.

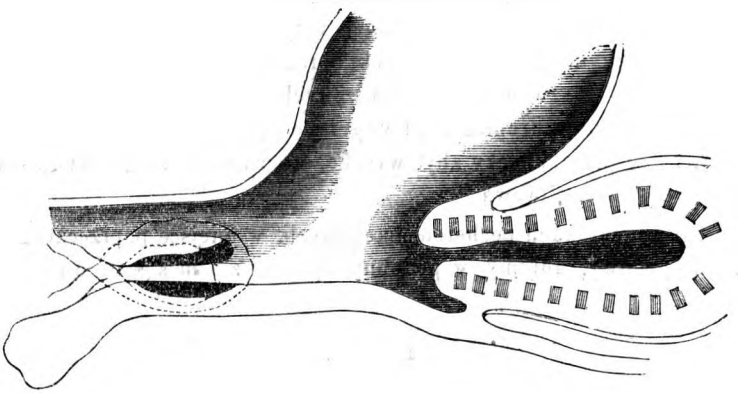
Z udoskonaleniem metody operacyjnéj, coraz rzadszemi, rzecz naturalna, stają się wypadki, w których, z powodu braku znacznéj części ściany pęcherza, wypada przystąpić do zamknięcia pochwy w poprzek. Wutzer w Niemczech a Vidal we Francyi wpadli 1832 r. na myśl, aby przy nieuleczalnych przetokach zamknąć ujście pochwy, a przez to zniewolić mocz do odpływania przez cewkę. Wszakże urzeczywistnienie téj myśli nie udało się w zupełności ani jéj twórcom, ani też tym, którzy po nich tą samą szli drogą. Zawsze, przynajmniéj pod cewką moczową, pozostawało małe miejsce niezagojoném. 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 operacye wykonane przez Bérard'a i Maisonneuve'a zakończyły się nawet śmiercią operowanych; pierwsza z powodu dołączenia się zapalenia otrzewnéj. Żeby jednak za pomocą „metody pośredniéj" (*methode indirecte* — Vidal) usunąć przykre następstwa przetok, Simon zastąpił zeszycie pochwy i sromu (*Elytro-episioraphia*), spojeniem ze sobą pozostałości ściany pęcherzo-pochwowéj z tylną ścianą pochwy, t. j. zamknięcie pochwy w kierunku poprzecznym, zatém 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.

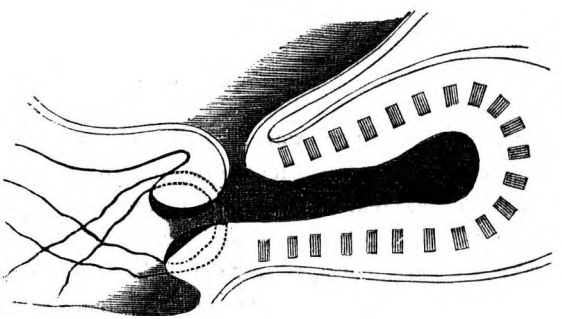
z pęcherza i pochwy, ale ponieważ spojenia dokonywamy w odległości 2—3 centymetrów od ujścia cewki moczowéj, przeto i dolna część pochwy zostaje zachowaną na użytek. Obawa, że nieunikniony przytém zastój pewnéj części moczu, jako téż konieczność wydalania i krwi miesiączkowéj przez cewkę moczową powodować będzie nieżyty i sprzyjać powstawaniu kamieni, mało dotychczas została potwierdzona doświadczeniem. W jednym tylko wypadku, w którym Burchard istniejące już przedtém zwężenie pochwy doprowadził do zupełnego zarośnięcia, utworzył się potém wielki kamień.

Zamknięcie pochwy w poprzek, jest jedyną możliwą pomocą w tych wypadkach, w których ściana pęcherzo-pochwowa nietylko w podłużnym ale i w poprzecznym także kierunku zupełnie jest zniszczona; daléj tam,

gdzie jeden z brzegów przetoki, przyrośnięty jest po jednéj 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 operacyą 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 następny sposób: Okrwawiamy przedni brzeg przetoki na szerokość 2—3 centymetrów; to samo na odpowiedniéj wysokości robimy na bocznych częściach i tylnéj ścianie pochwy, i tym sposobem tworzymy 2—3 cen. szeroki obraniony pierścień, który spajamy za pomocą 6—12 szwów przeprowadzonych w odległości mniéj więcéj $^1/_2$ 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 zamykania pochwy, robimy w podobny sposób zamknięcie ust

Fig. 32.



Przetoka pęcherzo-maciczna.

macicznych. Dokonywa się to w ten sposób, że przedłużamy wargi maciczne przez rozszczepienie części pochwowéj, okrwawiamy wewnętrzną ich powierzchnię i łączymy.

Jeżeli wszystkie te metody wprawną 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 choréj, chociaż do pewnego stopnia znośnym uczynić. Mechaniczne przyrządy do zbierania moczu służące, t. z. zbiorniki moczowe [1]) rzadko kiedy przynoszą jakiś pożytek; przeciwnie, pogorszają 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 zmienianą. Z tego powodu, chore nie mogą zwykle nic innego robić jak tylko wszelkiemi siłami starać się o utrzymanie czystości, przez obmywania, przestrzykiwania, kąpiele i t. p.

b) Przetoki kiszko-pochwowe.

Duparcque: *l. c.*— Velpeau. *Medic. operat. IV. p. 451* — Dieffenbach: *Operat. Chirurgie I. p. 602.* — Cloquet: *Bull. Génér. de thérap. Avril. 30. 1855.*— G. Simon: *Monatsschr. f. Geburtsk. December. 1859.* — Klebs: *Ein Präparat von Mast. darmscheidenfistel mit Zerstörung der äusseren Genitalien durch einfache nekrotisirende Geschwüre. Monatsschr. f. Geburtsk. Mai. 1865.*

Najczęściéj pochwa ma kommunikacyę z odbytnicą. 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 Reybard'a zbiornik moczu i zatykacz, w Gaz. Méd. de Lyon. Nr. 11, 1856.

[2]) W wypadku ogłoszonym przez Klebs'a, tylko na przedniéj ścianie pochwy błona śluzowa pozostała niezniszczoną, i w tém miejscu była silnie zaczerwieniona. Pozostała część pochwy zmienioną została w massy gruzłowate, żółte, miejscami tylko brudno-szare, i skutkiem téj sprawy zmartwiającéj, która przedstawiała obraz zrakowacenia, ale polegała właściwie na prostéj zgorzeli tkanki tłuszczowéj, 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 charłaczy, 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 rodnego, od przodującéj części dziecka. W ostatnim razie, rozdartą 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-pochwowéj, przychodzi najpiérw do częściowéj zgorzeli, a przedziurawienie następuje dopiéro w połogu, w pierwszym lub drugim tygodniu takowego.

Niekiedy tworzą się w połogu lub w innym czasie, ropnie między odbytnicą a pochwą, które otwierają się do obu tych kanałów; albo téż owrzodzenia lub zgorzel, spowodowane złemi wiankami macicznemi, dają powód do przedziurawienia. Taki sam skutek mogą miéć 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-pochwowéj przez rak macicy i pochwy, oraz wrodzoną kloakę.

Wyjątkowo mogą téż powstawać przetoki między pochwą a kiszkami cienkiemi po rozdarciu tylnéj części sklepienia pochwowego, uwięźnięciu pętlic kiszkowych w dole Douglas'a i t. p. Roux spostrzegał 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 któréj przyłączyły się potém objawy zaciśnięcia kiszek, 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 massy wypływają przez nienaturalny otwór w odbytnicy; wreszcie, jeżeli są bardzo małe, to kał odchodzi zwykłą drogą, przez odbyt, a tylko gazy z kiszek, przez pochwę.

Przetoki kiszek cienkich charakteryzują się tém, że odpływy mimowolne z pochwy, składają się z płynnéj, jasno-żółtéj, niestrawionéj papki pokarmowéj, i zazwyczaj następują już w kilka godzin po przyjęciu pokarmu. Przez odbyt odchodzi skąpa tylko ilość kału i to rzadko. W razie zupełnego przerwania przewodu kiszkowego, wypróżnień przez odbyt wcale nie bywa.

Leczenie przetok kiszkowych, według tych samych w ogóle prowadzi się zasad, co i przetok pęcherzo-pochwowych. Wszakże, nietylko że się one częściéj leczą dobrowolnie, albo przy bardzo nieznacznem wspieraniu dążeń natury, ale téż i sztuczne leczenie, z powodu większéj ich dostępności, mniéj jest trudném. Z téj przyczyny, operacyjne leczenie tych przetok wcześniéj, już było stosunkowo pomyślniejszém. Z pomiędzy rozmaitych metod, najlepszy skutek obiecuje przyżeganie i szew węzełkowy. Pierwsze dokonywa się jużto saletrzanem srebra, już rozpalonem żelazem, stosownie do wielkości przetoki i własności jéj brzegów. Najlepsze rezultaty osiągamy, wykonywając przyżeganie zarówno od strony odbytnicy jak i od strony pochwy, a nie jednostronnie tylko. Dieffenbach radził przyżedz najpierw obwód przetoki na $^1/_4$ cala dokoła, saletrzanem srebra przez odbytnicę, a na drugi dzień obwód i brzegi rany przypalić od strony pochwy, hakowatém żegadłem; po przypaleniu wypchać oba organa skubanką, a gdzie potrzeba, dopomódz potém zarośnięciu otworu, maściami drażniącemi. Przy małych przetokach, najwyżéj wielkości soczewicy, łączył przyżeranie z nałożeniem 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 jedném posiedzeniu. Ułatwiamy sobie połączenie krwawe wprowadzeniem półwziernika do odbytnicy, przez co napinamy przednią jéj ścianę i wpuklamy do szpary sromnéj. Okrwawienie i tu lepiéj 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 Simon'a nie przeszkodziło połączeniu.

Przetoki jelito-pochwowe prawie nigdy nie są dostępnemi 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. Vaginismus*).

Scanzoni: *Krankheiten etc. pag. 475.*— Simpson: *Clinic. lectures. in Medic. tim. and gaz. 1859. vol. I. p. 336.*—Debout: *Bullet. de thérap. 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 kobiét dotkniętych chorobami przyrządu płciowego, ciężarnych, lub żądających pomocy lekarskiéj wprost tylko z powodu niepłodności, zdarza się nierzadko, że wprowadzenie palca do pochwy jest trudném, 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 zesznurowania, które to uczucie trwa przez cały czas skurczu mięśnia. Jeżeli spokojnie przeczekamy chwilę, to kurcz ten zwalnia o tyle przynajmniéj, 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 największéj 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 przynajmniéj zanim zapłodnienie stanie się możliwém.

U niektórych kobiét, 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 téż nocą, wśród zupełnego tak duchowego jako téż cielesnego spokoju, pod wpływem rozgrzania się w pościeli. Tu istnieją równocześnie bardzo często kurczowe ściągi samych ścian pochwy, jako téż zaburzenia w innerwacyi innych, zwłaszcza téż sąsiednich orgą-

nów, swędzenie sromu, parcie na stolec i mocz, a podczas odpływów miesięcznych—bóle nerwowe.

Kurcz pochwy nierzadko bywa w związku z ogólném maciennictwem. W innych wszakże razach, ścisłe badanie wykrywa zamiast téj nerwicy, albo obok niéj, miejscowe cierpienia w obrębie sfery płciowéj — 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 pacyentek wykrył nawet prawdziwe nerwiaki pod błoną śluzową pochwy.

Najmniéj 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 zasadniczéj, kurcz pochwy może złagodnieć, a nawet zupełnie ustąpić. Tém się tłomaczą 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. Częstokroć 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 kurczowi i dającéj doń powód miejscowéj 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 kobiét zamężnych, przedewszystkiém zalecić należy na czas pewien ścisły rozdział co do łoża, aby powstrzymać podbudzenie płciowe i wstrząśnienia mechaniczne. Za to właściwém będzie przyzwyczajać organa płciowe do umiarkowanego drażnienia, za pomocą natrysków do pochwy, z razu obojętnych, późniéj zimniejszych. Użycie miernych dawek środków odurzających, zwłaszcza téż makowca i wilczéj jagody, w postaci czopków stolcowych, a późniéj i krążków pochwowych, cieszy się niekiedy trwałym nawet skutkiem. Jeżeli zaś środki te pozostaną bez skutku, to należy przystąpić do energiczniejszego działania. Scanzoni uleczył jednę chorą, zadając jéj arszenik przez czas dłuższy. Wszakże prędszy i pewniejszy skutek obiecują środki miejscowe, z pomiędzy których na pierwszém 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.

Spencer Wells podczas uśpienia chloroformem, wprowadzał do pochwy tampon pęcherzowy, i pozostawiał go tam przez szereg dni. Debout zaleca nacinanie ujścia pochwy po obu stronach tylnego spoidła, przechodzące przez zwieracz. Marion Sims uleczył 3 wypadki, rozciąwszy istniejącą jeszcze błonę dziewiczą cięciem w kształcie głoski V, które przenikało zwieracz pochwy, i którego ramiona schodziły się przy spoidle tylném warg wstydliwych. Simpson przecinał nerw sromny (*n. pudendus*).

ROZDZIAŁ VII.

CHOROBY SROMU I CEWKI MOCZOWÉJ.

1. Wady rozwojowe.

Voigtel: *Handbuch d. pathol. Anat. III.*—Meckel: *Handb. d. pathol. Anat. I.*— Rokitansky: *Pathol. 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.

Zupełny brak całego sromu daje się spostrzegać prawie wyłącznie w związku z innemi, nierównie ważniejszemi, i to zwykle wykluczającemi możność życia, wadami rozwoju; z takiemi mianowicie, które dotykają sąsiednie części. Takiemi są: potwór syrenowaty, rozszczepienie brzucha, kloaka, zarośnięcie odbytu i cewki moczowéj. Foville 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.

Częściéj już zdarza się widzieć niedokształcenie niektórych tylko części sromu. Niedokształcenie to, ograniczać się może do większych warg wstydliwych, do obu lub jednéj z warg mniejszych, do łechtaczki lub krocza.

W innych razach, rozwój powstrzymanym zostaje nie za życia płodowego jeszcze, ale dopiéro po urodzeniu, i wtedy srom, pomimo że dojrzałość płciowa już nastąpiła, przedstawia kształty dziecięce.

W przeciwstawieniu tych rozmaitych niedokształceń, znajdujemy nierzadko niezwykłe powiększenie niektórych części sromu. Nadmierny rozwój warg większych i tylnego spoidła, nie dochodzi bardzo wysokiego stopnia. Za to niezwykła długość nimf i ich rozpulchnienie, nietylko że zdarza się nadzwyczaj często u plemion południowo afrykańskich — t. z. fartuszek hottentotek, — ale i u nas bynajmniéj nie jest rzadkością. Wada ta występuje bądź jako właściwość osobista, bądź jako rodowa. Jeżeli przytém powiększają się i górne odnogi warg mniejszych które otaczają łechtaczkę, to wydaje się, jakoby istniały 2 lub 3 pary nimf. Musimy więc podejrzéwać, czy i pojedyncze spostrzeżenia z poprzednich stuleci, wspominające o nadliczbowych wargach mniejszych, nie polegały na podobném złudzeniu.

W jednym wypadku przerostu lewéj nimfy, który uleczyliśmy przez odcięcie, powiększanie zaczęło się niezadługo po nadejściu dojrzałości płciowéj, i miewało miejsce tylko podczas trwania przekrwienia miesiączkowego, a więc z przestankami. Nimfa, podczas każdéj regularności była siedliskiem bardzo dokuczliwego, ciągnącego bólu.

Przerost obustronny nie sprowadza zazwyczaj żadnych dolegliwości i nie utrudnia spółkowania. Wszakże, mechaniczne już draźnienie, 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 pewnéj młodéj damie, podówczas jeszcze niezamężnéj. Częściéj znagla nas do operowania brak uczucia lubieżności, spowodowany zmianami w sromie, które wrócić może z usunięciem tych ostatnich. Breslau [1]) spostrzegał mimowolne odchodzenie moczu, istniejące od ostatniego połogu (który miał miejsce przed $2^1/_2$ laty), obok przerostu warg mniejszych. Podczas leżenia, jakotéż i wtedy, gdy powiększone nimfy nie były jeszcze tak wielkie, wyciekanie moczu było téż mniéj 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 warga szybko zaczęła się powiększać. Dopiéro gdy i ta druga została odjęta za pomocą galwanokaustyki, mocz przestał mimowolnie odpływać,

[1]) Scanzoni's Beitr. z. Geburtsk. III.

Niekiedy łechtaczka nadmiernie się rozwja. Może ona dojść takiéj wielkości, że dochodzi a nawet przechodzi objętość prącia męzkiego. Wypadki tego rodzaju polegają albo na wrodzonéj wadzie rozwoju, albo téż zależą od przerostu w późniejszych latach życia. Jeżeli wrodzona wada rozwojowa ogranicza się na saméj tylko łechtaczce, to czynności płciowe mogą w niczém nie być zakłóconemi. Już w ostatnich czasach ogłosił Bainbridge [1]) wypadek tu się odnoszący, dotyczący kobiety, która już rodziła. Łechtaczka jéj miała 2 cale grubości a 3 cale długości; strumień odchodzącego moczu, brał kierunek ku przodowi. Etiologia przerostu nabytego jest ciemna.

Appia [2]) odjął za pomocą podwiązania, polipowatą łechtaczkę, składającą się z szypuły 4½" długiéj, a 3" szerokiéj, oraz z ciała mającego 4½," 5" i 6" średnicy. Łechtaczka ta poczęła się rozwijać w 48-mym roku życia. Powiększanie zacząć się miało po przeziębieniu, i już w ciągu pierwszéj doby, znacznego dosięgnąć stopnia.

Zdarzają się także rozszczepienia łechtaczki, tak od dołu jakotéż od góry, podobnie jak na prąciu. Röser [3]) wykrył, że przyczyną niewstrzymywalności moczu u pewnéj 19-letniéj panny, która miała tę wadę już od dzieciństwa, była *epispadiasis*. Napletek łechtaczki i sama łechtaczka, były rozszczepione, a od obu połówek téj ostatniéj, rozciągała się nieckowata powierzchnia błony śluzowéj do szerokiego ujścia cewki. Röser uleczył tę chorą za pomocą operacyi plastycznéj. Przeprowadził on między brodawkowatemi resztkami łechtaczki, cięcie półksiężycowate, wypukłością ku górze skierowane; oddzielił płat półkolisty, i przytwierdził go po obu stronach ujścia cewki moczowéj. 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 łechtaczki z innemi wadami rozwoju części płciowych zewnętrznych, prowadzi do dwupłciowości żeńskiéj. Na dolnéj powierzchni łechtaczki podobnéj do prącia, istnieje szpara prowadząca do zatoki moczo-płciowéj; wargi sromne są z rozwoju podobne do moszen; wejście do zatoki wązkie; sama zatoka jużto krótka, już ½"—1" długa. Najczęściéj téż 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 moczowéj, 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 miesiączkowe albo normalnie się odbywają, albo przynajmniéj nie brakuje ich w zupełności. To samo i sutki mogą być jużto więcéj, już mniéj rozwinięte; zaś głos, miednica i cały wygląd powierzchowny, już więcéj do niewieściego, już do męzkiego zbliżone typu. Charakter męzkości uwydatnia się także męzkim nastrojem umysłu, obok czego jednak istnieć może pociąg płciowy do mężczyzn. Podobieństwo do typu męzkiego będzie tém zupełniejsze, jeżeli kanał płciowy będzie zamknięty, i przez to zmieniony w cewkę moczową przytwierdzoną do łechtaczki, 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 naśladujących 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 częściéj zdarza się u osobników płci męzkiéj, i że kierunek popędu płciowego, gdzie się takowy wyraźnie objawia, najlepiéj 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, jakotéż stosunek do przyjądrza i przewodów nasiennych.

Ostatnią z wad rozwoju, o któréj 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, przynajmniéj w Meklemburgu i Nowém przedpomorzu, nie należy do rzadkości, lecz zazwyczaj ogranicza się tylko na zrośnięciu dolnych (tylnych) dwóch trzecich części warg większych, albo, dokładniéj się wyrażając, na wrodzoném sklejeniu ze sobą błony śluzowéj tych części. To też zrost taki można najczęściéj w ten sposób rozdzielić, że umieściwszy po jednym palcu każdéj ręki na jednéj wardze, rozdzieramy srom, przyczém 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 obserwacyę lekarzy

zwykle dopiéro w późniejszym wieku dziecinnym, albo aż po wstąpieniu w związki małżeńskie, gdyż w tych razach odpływ ani moczu, ani cieczy miesiączkowéj 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, rozumié się, niemożebne.

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 pochwinowe, gdy już dojdą pewnéj objętości, zstępują od góry do wnętrza wargi wstydliwéj większéj odpowiedniéj strony, i bywają określane nazwą p r z e p u k l i n y p r z e d n i é j, w a r g i w i ę k s z é j. Odróżnić od niéj 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 é j c z y l i 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 powyżéj, ale poniżéj pierścienia miedniczego, z boku, obok pochwy. Worek przepuklinowy bywa tu utworzony z odcinka otrzewnéj leżącego przed więzem szerokim, który to odcinek, wraz z leżącą w nim kiszką, występuje przez szparę w powięzi miednicy i mięśniu unoszącym odbyt. Ztąd téż przepuklina pochwo-wargowa, zdarza się prawie tylko u kobiét które rodziły. Zwykle bywa ona niewielkiéj objętości, i zawiera w sobie pospolicie pętlę kiszek cienkich. Jeżeli jest większéj objętości i trwa dłużéj, może się stać nieodprowadzalną, co sami widzieliśmy na przepuklinie prawostronnéj, większéj od pięści. Zdarzały się także i uwięźnięcia, które jednak dotychczas zawsze dawały się odprowadzić.

Jeżeli kawał kiszki 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 tylnéj ściany pochwy, w kierunku jamy téj ostatniéj, tworząc t. z.: *Enterocele vaginalis.* Przepuklina ta leży zatém między pochwą a odbytnicą, i przedstawia się pod postacią opuszczenia się tylnego sklepienia pochwy. Wyjątkowo jednak, może ona zajmować więcéj boczne położenie, i wtedy

zdaje się, jakoby przenikała mięsień unoszący odbyt i ukazywała się na kroczu— p r z e p u k l i n a k r o c z o w a (*Hernia perinealis*).

Do r o z p o z n a n i a służą objawy właściwe przepuklinom w ogólności, a mianowicie odprowadzalność, powiększanie się guza przy działaniu tłoczni brzusznéj, i bębnowy odgłos zawartej w nim kiszki. Rodzaj przepukliny można określić, śledząc ściśle guz aż do szyi worka przepuklinowego. Jeżeli przepuklina jest pachwinowa, to guz sięga ku górze aż do obrączki pachwinowéj; jeżeli pochwo-wargowa, to górna część wargi większéj jest wolna, a guz rozciąga się od średniéj i dolnéj części tejże, po boku pochwy, ku guzowi kulszowemu.

Enterocele vaginalis poznać można, badając równocześnie przez odbytnicę i pochwę. W razie istnienia przepukliny kroczowéj, 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 którém leży szyja przepukliny. Przepukliny nieodprowadzalne podtrzymują się za pomocą opasek kroczowych.

3. Zapalenie sromu.

(*Vulvitis*).

O l d h a m: *(Zapalenie gruczołów łojowych). London med. gaz. Mai. 1846.*— K i w i s c h: *Klin. Vortr. II. p. 435.*—H u g u i e r: *(Zapalenie gruczołków). Journ. des connaiss. méd. chir. Nr 6 — 8. 1852.* — V. B ä r e n s p r u n g: *(Zapalenie gruczołów Bartolin'a). Annal. d. Charité. VI. l. p 20.* — S a l m o n: *Blenorrhagia of the excreting duct of the vulvo-vaginal gland. Medic. tim. and gaz. Nr. 234. 1854.* — B r é t o n: *De la bartholinite. Thèse. Strassbourg. 1861.* — O. A. M a r t i n et H. L e g e r: *Recherches sur l'anatomie et la pathologie des appareils sécréteurs des organes génitaux externes chez la femme. Archiv. génér. Janvier et Février 1862.* — Z e i s s l: *Zur Physiologie und Pathologie der Bartholini'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 śluzowéj i skórze, albo

w otwierających się na ich powierzchni gruczołkach łojowych, albo w gruczołach Bartolini'ego, albo wreszcie w tkance łącznéj znajdującéj się wpośród warg sromnych.

a) Zapalenie skóry i błony śluzowéj bywa albo pierwotne albo wtórne. Ostry nieżyt przysionka i warg mniejszych bywa u dzieci nierzadko wywoływany przez robaki (*Oxyuris*) dostające się z odbytu do szpary sromnéj. We wszystkich okresach życia, powstaje on częstokroć skutkiem nieczystości, zarażenia się miesiączką, gwałtownego spółkowania, obrażeń i t. p. Nieżyt przewlekły, wywiązuje 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 gorącéj 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 najczęściéj w łagodnéj 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 łącznéj, kończące się ropieniem lub zgorzelą.

b) Niekiedy zapalenie ogranicza się li tylko do gruczołów łojowych i włosowych — *Folliculite vulvaire*, Huguier'a. Gruczoły łojowe znajdują się na wszystkich częściach sromu, z wyjątkiem przysionka, w którym niéma też i torebek śluzowych. Największą średnicę mają one na wzgórku łonowym (1—1½ milim.); na zewnętrznéj powierzchni warg większych, wynosi ona tylko ½ — 1 milim., a na wewnętrznéj powierzchni tychże, zaledwie ½ milim. Na zewnętrznéj powierzchni wszystkie otwierają się do torebek włosowych; na wewnętrznéj, 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 bardziéj nad powierzchnię skóry — *Exdermoptosis*, Huguier'a.

Zapalenie gruczołów łojowych, nabiera niekiedy ważności przez to, że nietylko znaczniéj się rozszerza, ale nadto zajmuje stopniowo coraz to nowe gruppy torebek, a w pojedynczych razach często się ponawia, staje się niemal zwyczajowém (habitualném). Guziczki powstałe skutkiem

obrzmienia gruczołów, znacznie niekiedy powiększają swoją objętość z powodu współcierpienia okolicznéj tkanki łącznéj, wydzielają wciąż cuchnącą ropę, a sprawiając ból, mogą nawet utrudniać chodzenie. Cierpienie to w wyższym stopniu, zdarza się szczególniéj u kobiét ciężarnych i nieporządnych, albo téż 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 pochwowych, rozszerzających się na przewody wyprowadzające, i może się albo do samych tych przewodów tylko ograniczyć, albo téż zająć i sam gruczoł. Pierwsza forma zdarza się zarówno po jednéj stronie jak i po obu; w pierwszym razie częściéj zajmuje przewód lewy, i skutkiem zatkania takowego i nagromadzenia się w nim zazwyczaj bardzo lepkiéj 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 mniejszéj.

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 jednéj 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, wypukla odstęp między większą a mniejszą wargą, po 6—7 dniach zaczyna chełbotać, i otwiera się, pospolicie w tém miejscu, ale niekiedy i przez samo ujście przewodu wyprowadzającego.

Ropienie może zniszczyć gruczoł zupełnie. Zapaleniu przewlekłemu towarzyszy odpływ śluzoropny i stwardnienie; sprowadza ono w końcu przeistoczenie włókniste. Klob widział guz powstały na téj drodze, który był podobny z budowy do torbielo-mięsaka sutek.

d) Zapalenie tkanki łącznéj podskórnéj może występować zarówno pod formą ograniczoną (wrzodzianek) 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 téż często bywa ono chorobą wtórną, wywoływaną przez śluzotoki lub ropnie napływowe, zebrane w tkance komórkowatéj pochwy, lub w wyższych częściach miednicy.

Rozpoznanie nieżytu i różycy sromu, jakotéż zapalenia gruczołów łojowych nigdy nie bywa trudném. Jeżeli powstały już obnażenia i owrzodzenia, to takowe mogą budzić podejrzenie choroby przymiotowéj. 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 szankrowéj, i o ich braku w wydzielinach innych wrzodów, co stanowić może wyczerpujące kryterium rozpoznawcze.

Zapalenie tkanki komórkowatéj podskórnéj, tém się wyróżnia od prostego obrzęku, że przy pierwszém, obrzmiałość jest twarda i bolesna, przy drugim ciastowata, i mało albo wcale nie bolesna; tam powierzchnia zaczerwieniona, tu blada. 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 łącznéj, ostrzejszém zarysowaniem obrzmiałości, a od wrzodzianek, 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 otworzeniu się ropnia, można wejść zgłębnikiem przez świeżo powstały otwór i jamę ropnia, do wspomnianego przewodu. Zapalenie tego ostatniego, daje początek mniejszéj guzowatości, aniżeli zapalenie samego gruczołu. Tam guz leży powierzchownie, i w wardze mniejszéj, która się staje szerszą; tu, w wardze większéj, która skutkiem tego przedłuża się ku tyłowi. Po otworzeniu ropnia, w pierwszym razie ściana jamy przedstawia się gładką; w drugim nierówną, i dokoła stwardniałą.

Leczenie n i e ż y t u i r ó ż y c y sromu, omówionem już było przy opisie nieżytu macicy i pochwy. Tu dodamy tylko, że leczenie przewlekłych białych upławów, utrudnia obecność w przysionku małych torebek błony śluzowéj. Bywa ich 16—18. Śluzotok tychże, stanowi istotę t. z.: *Vulvite folliculaire* R o b e r t'a. Dla uśmierzenia 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 nieustannéj dbałości o czystość, którą się podtrzymuje za pomocą obmywań i kąpieli nasiadowych, spokoju, przyparek,

okładań wodą ołowianną, rozcieńczonemi roztworami saletrzanu srebra i t. p., a jeżeli wydzielina ich cuchnie i posoczeje, to przyżerań kamieniem piekielnym. Jeżeli choroba sprawia bardzo znaczny ból, to Oldham radzi maść następnego składu: Rp. *Plumbi acet.* 3j, *Ac. hydrocyan.* 3ij, *Butyr. cacao* ℥j.

Przy zapaleniu tkanki łącznéj podskórnéj sromu, upusty krwi miejscowe, mogą tylko złagodzić ból, ale nie zapobiegają zejściu w ropienie; ztąd téż potrzeba prawie zawsze wcześnie i wytrwale kataplazmować, a jak tylko chelbotanie się uwydatni, sztucznie ropień otworzyć, dla skrócenia przebiegu choroby.

Zapalenie gruczołów Bartolini'ego, jeżeli wcześnie zostanie rozpoznaném, częściéj już daje się rozpędzić za pomocą miejscowych upustów krwi i usiłowanie wydalenia nagromadzonéj 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 Anel'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 dopiéro dostawało się w kuracyę, gdy utworzony już ropień wymagał przecięcia, albo téż 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 ogólnéj puchliny, bywa następstwem miejscowych zaburzeń cyrkulacyjnych w naczyniach miednicy, a więc przeważnie u kobiét ciężarnych; albo téż następstwem miejscowych zapaleń i owrzodzeń, a z tego powodu osobliwie przy obecności wrzodów połogowych lub pęknięć krocza. Obrzmienie to, samo przez się, małe zwykle wywołuje dolegliwości, które co najwyżéj przy chodzeniu i oddawaniu moczu się wzmagają; często jednak obrzmiałe części, szybko dość silnemu ulegają zapaleniu, i wtedy stają się bardzo bolesne. Zapalenie, przy właściwém zachowywaniu się, zwykle niezadługo ustępuje, lecz przy pierwszéj sposobności pojawia się na nowo. Niekiedy jednak dochodzi ono bardzo znacznego natężenia;

skóra sinieje, nad jéj powierzchnię wznoszą się pęcherze zgorzelinowe, które gdy pękną, płyn obrzękowy może swobodnie odpływać, a ztąd i obrzmiałość szybko tęchnie. U ciężarnych, zapalenie i zgorzel obrzękłego sromu, nierzadko staje się powodem przedwczesnego porodu.

Niezależnie od wypadków tylko co opisanych, zgorzel sromu rozwija się częściéj jeszcze jako powikłanie wielu ostrych chorób zarazkowych i miazmatycznych, zwłaszcza przy ospie, płonicy, odrze, durzycy i cholerze; niemniéj także po rozwiązaniu połączoném ze znacznym traumatyzmem, jako téż w skutek błonicy połogowéj, która powoduje głęboko drążące martwienie tkanek. Wreszcie pojawia się ona samoistnie, jako choroba endemiczna lub epidemiczna, podobnie jak zgorzel ścian jamy ustnéj u dzieci. Zgorzel ta, zbliżona do raka wodnego (*Noma*), zaczyna się albo nasiękiem posokowatym, zasinieniem i powstawaniem pęcherzy, albo téż gwałtowném zapaleniem, które sprowadza częściową lub rozleglejszą zgorzel powierzchownych warstw tkanek.

Miejscowemu cierpieniu, albo od samego zaraz początku towarzyszy gwałtowna gorączka, z charakterem tyfoidalnym, albo téż takowa późniéj się dołącza. W ostatnim razie, znaczenie choroby może być w początkach lekceważoném, bo téż i miejscowe objawy nie zawsze bywają bardzo gwałtowne. W miarę tego, jak cierpienie miejscowe coraz głębiéj drąży i na powierzchni coraz daléj się szerzy, wzmaga się téż zaposoczenie krwi, i najczęściéj śmierć za sobą pociąga.

Przy obrzęku sromu, 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 poziomém, i suchemi, ciepłemi okładami aromatycznemi. Jeżeli się dołączy zapalenie albo powierzchowna zgorzel, to zalecają się nakłucia szpilką lub lancetem, co téż i my stosowaliśmy z pożytkiem. Wszakże, postępowanie to, zawsze wymaga baczności, 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.

Gouibourt: *(Esthiomène). Union méd. Nr. 46—51. 1847.* — Huguier: *(Esthiomène). Mémoir, de l'academie de médec. XIV. 1849. p. 501.* — Legendre: *(Herpes). Gaz. des hôpit. Nr. 93. 1853.* — v. Bärensprung: *(Herpes). Annalen der Charité. VI. l. p. 20.* — Jobert de Guyonville: *(Esthiomène). Gaz. des hôpit. Nr. 46. 1856.*—Martin: *(Lupus exulcerans). Monatsschr. f. Geburtsk. November. 1861.* — Lorent: *(Lupus hypertrophicus). Monatsschr. f. Geburtsk. November. 1861.*— M. Duncan: *(Lupus). Edinb. med. journ. Dec. 1862.*

a) **Róża** bywa najczęściéj chorobą następczą, i jak wyżéj nadmieniliśmy, wywoływaną 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. Rzadziéj napotyka się w wieku dojrzałym lub podeszłym; tu zwykle podczas regularności, albo téż u kobiét 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 różnéj 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 śluzowéj, nie bywa wcale pęcherzyków, ale od razu małe, okrągłe, białawe, do pleśniawek podobne obnażenia, które się późniéj zlewają na większéj 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 zatém 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 rzadziéj aniżeli na twarzy, i jak dotychczas, tylko u dorosłych. Jak tu, tak i tam, występuje on jużto jako złuszczający się, albo powierzchowny (*L. exfoliativus s. superficialis*), już jako 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 téż stwardnieniem tkanki podskórnéj, i przedstawia się bądź jednostajnie rozlaną, bądź pod formą oddzielnych rozproszonych guziczków. Przy formie wrzodzącéj, która zaczyna się najczęściéj na błonie śluzowéj sromu, w miejscu dotkniętém 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 massami żółto-brunatnemi i guziczkami wielkości grochu lub fasoli. Wilk przerostowy różni się od dopiéro co opisanych odmian, nie różniących się od niego pod względem istoty, tylko wyższym stopniem stwardnienia i zgrubienia tkanki łącznéj; niekiedy podczas przebiegu téj choroby powstaje tu obrzęk następczy, a nierzadko także i obrzmienie gruczołów pachwinowych, które zresztą częściéj towarzyszy formie wrzodzącéj.

Rozpoznanie większéj części chorób wysypkowych sromu, nie przedstawia szczególnych trudności, gdyż cechy wyróżniające je pomiędzy sobą, są dosyć charakterystyczne, aby uchronić od pomyłki. Dawniéj zdarzało się, że wilk brany był za chorobę przymiotową, rakowiec—słoniowaciznę (*Elephantiasis Arabum*). Według H u g u i e r'a, do odróżnienia wilka od przymiotu, służyć mogą następne względy:

Wysypki przymiotowe grudkowate, częściéj zdarzają się na błonie śluzowéj, aniżeli na skórze sromu; między pojedynczemi grudkami, ani skóra nie jest zaczerwieniona, ani téż tkanka łączna (zarówno skórna jak i podskórna) zgrubiała; na grudkach mogą wprawdzie powstać obna-

żenia, ale nie wrzody szerzące się po powierzchni; tymczasem wilk powierzchowny zachowuje się zupełnie przeciwnie. Tylko pełzająca forma wilka, ma niejakie podobieństwo do choroby przymiotowéj, gdyż i dokoła grudek skóra jest zabarwiona i obrzmiała; wszakże czerwoność jest więcéj miedzianna niż fioletowa, a wysypka albo już pierw istniała na innych częściach ciała, zanim się ukazała na sromie, albo przynajmniéj równocześnie i na innych częściach widzieć się daje.

Przy wilku przerostowym, pojedyncze guziczki są mniejsze, a jednocześnie ilość ich większa, aniżeli przy lepieżach 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 powierzchownéj tegoż. Wybujałości istniejące na owrzodzonych powierzchniach wilka, są małe, i na obwodzie nie rozgałęzione krzaczkowato lub kalafiorowato jak wybujałości 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 zabliźnienia szaro zabarwione, brzegi zaczerwienione, wyniosłe i na zewnątrz wywinięte, wydzielinę ropiastą, szaro-żółtą lub zielonawą. Owrzodzenia przy wilku, przeciwnie, nigdy nie wydzielają cieczy posokowatéj, dokoła są stwardniałe, i nie pokrywają się jak przymiotowe, wyniosłemi białemi bliznami, lecz gładkiemi, czerwonawemi lub fioletowemi. W końcu, we wszystkich wypadkach, ułatwia nam rozpoznanie wywód choroby, wiadomość o bytności lub braku dawniéj pierwszorzędnéj i ustrojowéj choroby przymiotowéj, jako téż skuteczność lub bezskuteczność leczenia przeciwprzymiotowego.

Rak sromu tém się różni od wilka, że szybsze robi postępy. Ten ostatni istnieć może 5—7 lat, nie przechodząc na pochwę ani téż zajmując odleglejszych organów za pośrednictwem naczyń limfatycznych. Przy wilku nie bywa wydzieliny surowiczéj, a istniejące wybujałości nie okazują dążności do krwawienia. Prócz tego, zbadanie zwyrodniałych cząstek pod drobnowidzem, pozwala wnioskować o naturze zwyrodnienia. W wypadku Martin'a, v. Recklinghausen znalazł, że stwardnienie dna wrzodu, pochodziło od nasiąknięcia tkanki małemi okrągławemi komórkami, podobnemi do komórek ropnych, lecz niedokładnie rozwiniętemi, 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 dopiéro do formy powierzchownéj i wrzodzącéj.

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 téż posiłkować się będziemy tylko roztworami środków zlekka ściągających. Przeciw wypryskowi, w łagodnych i świeżych wypadkach, wystarczają pilnie powtarzane obmywania i wcierania łoju lub oliwy; w innych, najwięcéj budzą zaufania przetwory potażowe, zwłaszcza téż szare mydło, i więcéj lub mniéj stężone roztwory potażu gryzącego, jak również maści smołowe i maść rtęciowa biała.

Przy wilku na sromie, ustrój choréj osoby winien być jak najtroskliwiéj zbadany, gdyż podobnie jak przy wilku na twarzy, stan ustroju potrzebuje być najczęściéj polepszonym przez długotrwałe użycie tranu rybiego, jodku potassu, jodku żelaza i t. p. Miejscowo, w tych razach, gdzie niéma nadmiernego przerostu choréj 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 zabliźnienia, że pokrywał je na kilka minut wodą napojoną kwasem azotnym dymiącym, a po odpadnięciu strupa, opatrywał je roztworem saletrzanu srebra (℈j na ℥vj).

W wypadku wilka przerostowego, leczonym przez L o r e n t'a, nasięk zmniejszył się przynajmniéj, pod wpływem jodu, zewnętrznie i wewnętrznie używanego, chociaż ostatecznie trzeba było niektóre części bardziéj rozrosłe, częściowo powycinać. Mybyśmy przy miernym przeroście próbowali najpierw zniszczyć chore tkanki, podminowując je na całéj 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 jéj podstawy oddzielić i odciąć. Jeżeli jednak skutkiem przerostu, potworzyły się guziki większéj objętości, to trzeba je pierwéj powycinać, a potém dopiéro będziemy mogli od środków żrących oczekiwać zupełnego uleczenia.

6. Guzowatości sromu.

a) Zakrzep czyli Zawał krwisty sromu.

(*Thrombus s. Haematoma vulvae. Haematocele*).

Zakrzep przedstawia się najczęściéj jako pierwiastkowy nasięk krwisty tkanki łącznéj zawartéj w większych wargach sromnych, i bywa zwykle jednostronny; niekiedy jednak bierze początek z warg mniejszych, albo też z wyżéj leżących części pochwy. Wynaczynienia powstające po za obrębem czasu ciąży, porodu i połogu, zawdzięczają zwykle swój początek prawdziwym traumatyzmom, jak upadnięciu, uderzeniu, złemu stąpnięciu, gwałtownemu spółkowaniu i t. p.; rzadko dochodzą znaczniejszéj objętości, a tém samém nie mają wielkiego znaczenia, tak, że wyjątkowo chybą, bywają przedmiotem leczenia. Ciąża sprzyja powstawaniu guzów krwistych przez to, że podczas niéj często tworzą się żylakowate rozdęcia żył pochwy i warg sromnych, niemniéj także, że podczas porodu, krążenie krwi znacznych doznaje zaburzeń. To też uważamy za rzecz właściwszą, umieścić opis tego cierpienia między chorobami połogowemi.

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. Larrey widział w Egipcie znaczne obrzmienie sromu, obok nieznacznego przeistoczenia kończyn dolnych i pierwotnego braku miesiączki.

Istotę choroby stanowi przerost skóry i tkanki łącznéj podskórnéj, który prowadzi do rozwinięcia się nieregularnych guzowatości. Powierzchnia ich może być dość gładka; jeżeli jednak brodawki skórne niejednostajnie się rozrastają, to staje się mniéj lub więcéj 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 już tward-

sza, stosownie do stopnia zbitości tkanki łącznéj w nim zawartéj. Guzy te dochodzą nieraz bardzo znacznéj 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 połogu, sama przez się odzyskała znowu dawne rozmiary.

Srom znacznie rozrośnięty, dokucza chorym swoim ciężarem, a bardziéj jeszcze tém, że częstokroć powierzchnia jego ulega bardzo rozległym i głęboko drążącym owrzodzeniom, które sprawiają ból, nie pozwalający chorym się poruszać. Jeżeli cierpienie jest rozleglejsze, to i spółkowanie staje się niemożliwém, a w razie bliznowatéj zbitości i niepodatności guza, poród doznawać téż może mniéj lub więcéj znacznych przeszkód.

Etiologia nie została jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Choroba może być wrodzoną, albo zaraz w pierwszych latach życia się rozpocząć. W późniejszéj epoce, rozwojowi jéj sprzyjać się zdają nadużycia płciowe, śluzotoki, choroba przymiotowa, albo téż 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 wyłuszczenie, nie zawsze jest w stanie zapobiedz ponowieniu się choroby, a dotego i w wykonaniu nie jest wolném od niebezpieczeństwa, gdyż rana zamiast się zabliźnić, przechodzi w długotrwałe ropienie i sposoczenie. To téż jedynie tylko przy częściowych rozrostach, spodziewać się od niéj można zupełnego skutku.

c) Guzy brodawkowate i narośla polipowate.

Boivin et Dugès: *Traité prat. etc. II. p. 645.*—Cederschjöld: *Swenska—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 drażniącéj cieczy do przemywań. W dwóch innych (Egge l: Monatsschr. f. Geb. Febr. 1863; i Canton: Lancet. Oct. 17. 1863) wystąpiła po uderzeniu się w srom.

— Foerster: *Pathol. Anat. p. 333.* — Thibierge: *Archiv. génér. Mai. 1856.*— Klob: *Pathol. Anat. etc. p. 462.*

Cederschjöld pierwszy zwrócił na to uwagę, że podczas ciąży rozwijać się mogą wyrośle podobne do przymiotowych, które jednak po porodzie szybko i zupełnie same przez się znikają. Guzowatości te, których rozwój poczyna 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 gruppach, z szypułkami lub na szerokich podstawach, i mogą pokrywać ujście pochwy, wargi mniejsze, i okolice szpary sromnéj aż do samego odbytu. Są one miękkie, mało bolesne, i łatwo krwawiące. Przyczyny ich szukać należy w właściwém stanowi ciężarnemu przekrwieniu części rodnych, 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 ałun i kalomel przy wyroślach na szerokiéj osadzonych podstawie, roztwór saletrzanu rtęci lub kwas octowy—przy szypułkowatych, a wycięcie i zmiażdżenie z następczém przyżeraniem saletrzanem srebra — przy narośla wielkich, poziomkowatych. Po porodzie znikają one dobrowolnie, lecz niekiedy wracają napowrót przy pierwszéj następnéj ciąży. Własność ta wyróżnia je głównie od lepieży (*condylomata*), należących również do klassy narośli brodawkowatych, których opisu jednak nie podajemy tutaj.

Daléj, na błonie śluzowéj nimf, łechtaczki i t. p., wyrastają niekiedy wybujałości polipowate, złożone z wiotkiéj tkanki łącznéj, oraz licznych, niby brodawkowatych, odrostków naczyniowych, i dochodzące najczęściéj zaledwie wielkości grochu lub orzecha laskowego. Tego rodzaju narośle, dają się spotykać i na wargach większych. Dugès spostrzegał jeden taki wypadek, w którym guz, po 9-cioletniém istnieniu, miał $2^1/_2$" i 3" średnicy, i za pomocą szypuły 1" długiéj a 5—6‴ szerokiéj, osadzony był na prawéj wardze. Zewnętrzna powierzchnia téj wyrośli, pokryta była rzadko siedzącemi włosami, a wewnątrz niéj, znajdowały się dwie grubościenne torbielki, wielkości oliwki, wypełnione ropą. — Cederschjöld znalazł raz na wargach mnóstwo wyrośli, kształtu gruszki, a wielkości orzecha laskowego, które mieściły w sobie ropę mlecznawą, w grubéj zawartą osłonie.

Nakoniec, powstają niekiedy na wewnętrznéj powierzchni tak większych jako też i mniejszych warg, małe guziczki, podobne do gęsiéj skóry,

wielkości co najwyżéj grochu, w których środku częstokroć biały punkt dostrzedz można. Cierpienie to zdarza się osobliwie u starszych kobiét, łącznie z gwałtownem swędzeniem, i ztąd określane bywa nazwą swędzenia staruszek (*Prurigo 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, częściéj aniżeli w pochwie; po części skutkiem rozdęcia prawidłowych torebek i przewodów.

Skutkiem rozszerzenia gruczołów łojowych, powstają zwykle torbielaki tylko takiéj wielkości jak groch lub wiśnia, gładkie i cienkościenne, żółte tak jak ochra. Dają się one niekiedy napotykać pojedynczo lub gromadnie, jako stwardnienia pod błoną śluzową, pokrywającą wewnętrzne powierzchnie warg mniejszych i spoideł, i wypełnione bywają żółtą papką tłuszczową. Huguier napotkał raz trzy torbiele wielkości małego orzecha, barwy matowo białéj, obok mnóstwa pryszczów trądzikowych (*Acne*). Po nacięciu pokrywającéj je błony śluzowéj, pozwoliły 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 saméj tylko lewéj, a 11 razy tylko w prawéj.

Jeżeli guz powstał skutkiem rozdęcia przewodu gruczołowego, to ma regularny kształt wrzecionowaty lub kulisty, i nie bywa większy od orzecha włoskiego.

Skutkiem porozszerzania 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 większéj 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 moczowéj. Ściana torbieli bywa jużto cieńsza, już grubsza, a zawartość jéj składa się najczęściéj z płynu przezroczystego jak woda i ciągnącego się w nitki, czasem jednak z brunatnawego lub zielonawego. Torbiele te nabrzmiewają 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 H u g u i e 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 łącznéj podśluzowéj pochwy, jako też w tkance tłuszczowéj warg sromnych, w nieznany dotąd sposób. Zawartość ich zbliża się najczęściéj do takiejż dopiéro co opisanych torbieli, wszakże w skład jéj wchodzą 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 téż ku pierścieniowi brzusznemu.

Rozpoznanie torbieli opiera się na ich ostrém ograniczeniu, niebolesności, i więcéj lub mniéj 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 najlepiéj dają się tém wyróżnić, że nie można ich odprowadzić, ani téż śledzić za niemi do samego kanału.

Małe torbiele, powstałe z gruczołów łojowych, można doszczętnie w y l e c z y ć przez proste przekłucie. Inne usuwamy przez przekłucie, a następnie nastrzyknięcie jodu, albo téż przez wyłuszczenie. Jeżeli za pomocą téj ostatniéj metody, nie uda się usunąć zupełnie całéj 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 moczowéj.

Tłuszczaki rozwijają się wśród warg większych i wzgórka łonowego. Stiegele [1]) wyłuszczył tłuszczak osadzony szeroką podstawą na lewéj wardze sromnéj, który miał 1 stopę 7½ cala długości, 5½ 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 szypułę, 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; daléj, mogą obrzękać, i przybierać skutkiem tego, wejrzenie t. z.: *Collonema* (Virchow), wreszcie, mogą się też niekiedy w różnych miejscach wnętrza wydrążać torbielowato. Skutkiem targania warg sromnych, stają się głównie powodem dolegliwości, a niekiedy sprowadzają owrzodzenie pokrywającéj je skóry [2]), albo nawet rozlegle sposoczenia. Są one bardzo dostępne dla leczenia operacyjnego. Jeżeli utworzyła się już szypuła z wargi, to odcinamy ją; w innych razach robimy tak zwane wyłuszczenie guza.

Śluzaki warg sromnych opisane były przez Blasius'a pod nazwą *Collonema*. Guz jeden wyłuszczony przez Hoogeweg'a [3]), a tu się, według poszukiwań Virchow'a odnoszący, osadzony był na cienkiéj szypule, i zdawał się być złożony z wielu odcinków naśladujących winne grono.

Mięsaki części rodnych zewnętrznych, biorą zazwyczaj początek z okolic wyżéj leżących, i dopiéro rozrastając się, dosięgają sromu.

---

[1]) Zeitschr f. Chirurg. u. Geburtsk. Bd. IX. p. 243. 1856.

[2]) Porównaj, jeden z dwóch wypadków ogłoszonych przez M'Clintock'a (Diseas. etc. p. 229).

[3]) Verhandl. d. Ges. f. Geburtsk. zu Berlin. X. p. 198. 1857.

W jednym wypadku podanym przez Saexinger'a [1]), nowotwór rozwinął się w okolicy prawego guza kulszowego i w końcu nie tylko wypuklił skórę pod prawą wargą sromną, lecz od wewnętrznéj powierzchni nimfy wdrążył w ujście pochwy, i w tém miejscu zaczął posoczéć. Większą część usunięto odgniataczem; reszta wyropiała.

G. Simon [2]) spostrzegał ponawiający się mięsak czy téż śluzak. Tu powstał najpierw u 18-letniéj dziewczyny, w prawéj wardze, guz wielkości kurzego jaja, chełboczący, i zawierający krwistą surowicę. W rok po jego wyłuszczeniu, rozwinął się w bliźnie podobny guz, a oprócz tego, w dolnym końcu wargi i w kroczu, jeszcze 3 twarde guziki, wielkości orzecha włoskiego, żółtawo-białéj 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 sromnéj, a czwarty wyłuszczono z mięśnia pośladkowego wielkiego. Trzecią ponowę zauważyła chora po dwóch miesiącach. Istniał wtedy jeden guz wielkości pięści męzkiéj, w wardze sromnéj; drugi, wielkości głowy dziecka, w mięśniu pośladkowym wielkim i kroczu, wreszcie trzeci, wielkości kurzego jaja, już owrzodzony, między dwoma pierwszemi.

Po raz czwarty otworzył się nowotwór jeszcze prędzéj i rósł jeszcze gwałtowniéj. Potworzyły się owrzodzenia z brzydkim wyglądem, gruczoły w obu pachwinach obrzmiały, nad prawym obojczykiem powstał nowotwór następczy, a nawet w wątrobie potworzyły się gąbczaste gruzły.

f) Rak sromu.

Bruch: *Diagn. der bösart. Geschw. Mainz. 1847. p. 149.* — Adelmann: *Beitr. zur medic. chir. Heilk. III. Riga. 1851. p. 123.*— Huguier: *Mém. de l'acad. de médec. XIV.* — Köhler: *Krebs und. Scheinkr. p. 679.*

Rakowiec bierze początek z warg większych i mniejszych, albo z łechtaczki, i podobnie jak rakowiec szyi macicznéj, w rozmaity przebiega sposób. Albo w miarę postępującego coraz daléj nacieczenia, na-

[1]) Prag. med. Wochenschr. Nr. 10. 1864.

[2]) Monatsschr. f. Geburtsk. Januar—März. 1859.

stępuje bezpośrednio rozpad massy rakowcowéj, albo téż rozwijają się pierwéj wybujałości brodawkowate, tak, że prędzéj czy późniéj, przychodzi do znaczniejszéj utraty substancyi.

Miejscowe dolegliwości, jakich owrzodzenie staje się powodem, są w ogóle nieznaczne. O ile się zdaje, i gruczoły pachwinowe nierzadko bardzo wcześnie zostają zajęte; mogą one dojść objętości pięści lub głowy dziecięcéj, a w końcu otwierają się. Niestety, nawet w tych wypadkach, w których gruczoły nie zostały w sprawę chorobową wciągnięte, po wyłuszczeniu, nowotwór najczęściéj się odtwarza, a przez współudział pochwy, krocza i gruczołów 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 przynajmniéj dłuższego utrzymania choréj przy życiu.

My sami, dotychczas mieliśmy sposobność spostrzegać tylko dwa tu się odnoszące wypadki. W jednym z nich, łechtaczka zwyrodniona, doszła objętości wielkiego szerokiego lepieża; w drugim, istniała po lewéj stronie sromu, wybujałość i nacieczenie wielkości pięści, które się rozszerzyło na przyległą część krocza, a rana po-operacyjna, skutkiem miejscowego zakażenia, zmieniła się w brudną miazgę, tak, że utrata substancyi we wszystkich kierunkach, stała się większą niż była początkowo. W końcu jednak, po oddzieleniu się zmartwiałéj tkanki, nastąpiło zabliźnienie. Obie chore, w pięć lat po operacyi, jeszcze nie doznały ponowy.

Rak, o ile z małéj liczby dokładnych spostrzeżeń wnosić można, rozpoczyna się w wargach sromnych lub łechtaczce, najpierw jako ograniczony guziczek, który się zwolna powiększa, otwiera i posoczeje. Zwykle istnieje obok tego rak macicy i pochwy, albo téż nowotwór jest ogólnie rozproszony w całym ustroju, a tém samém i doszczętnego uleczenia za pomocą operacyi, 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.*— Dieffenbach: *Operat. Chirurgie. I. p. 612.* — Birnbaum: *Die*

Centralruptur u. s. w. N. Zeitschr. Geburtsk. Bd. 32. p. 104. — Verhaeghe: *Mémoire sur un nouveau procédé etc. Bruxell. 1857.* — Biefel: *Ueber. Perinaeoplastik. Monatsschr. f. Geburtsk. Juni. 1860.* — Holst: *Ibid. April. 1863.* — Baker Brown: *Surgic. diseases etc. p. 1.*

Zachowanie w całości krocza przy porodzie, wymaga przedewszystkiém, 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 więcéj ku tyłowi, ku kroczu; jakotéż, żeby jéj przerzynanie się przez szparę sromną, odbywało się przy pomyślném ustawieniu i o ile można najpowolniéj. Gdzie zatém brakuje jednego lub więcéj z tych warunków, tam łatwo nastąpić może szczuplejsze lub rozleglejsze rozdarcie, które poczyna się stale od miejsca najbardziéj wystawionego na ucisk głowy w danych okolicznościach, i najmniéj zdolnego do stawienia oporu, czy to ze swego położenia czy z własności. To też, z przyczyn łatwych do pojęcia, pęknięcie poczyna się zwykle na tylném spoidle warg sromnych— pęknięcie sromokroczowe (*Ruptura vulvo-perinaealis*), rzadziéj zaś w ciągu ścian kanału rodnego—pęknięcie krocza środkowe (*Ruptura perinaei centralis*). W tym ostatnim razie, pęknięcie może być albo zewnętrzne— skóry krocza, albo wewnętrzne — błony śluzowéj pochwy. Przy ostatniéj téj formie, pęknięcie nie zawsze rozciąga się aż do spoidła tylnego, a rzadziéj jeszcze sięga aż do odbytu; lecz niekiedy, bez uszkodzenia szpary sromnéj i otworu kiszki odchodowéj, 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 najczęściéj 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 jużto 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 odbyt 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, dopiéro za pośrednictwem ropienia, co powoduje trwałe powiększenie się szpary sromnéj. 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 znacznéj przestrzeni i ostatecznie pozostaje przetoka pochwo-kroczowa [1]).

Leczenie. Zapobieganie pęknięciu krocza należy do dziedziny położnictwa; tu ograniczymy się tylko na wzmiance, iż takowe jest nader wielkiéj ważności.

Z tego cośmy wyżéj powiedzieli, wynika samo przez się, że tylko zupełnie powierzchowne, do saméj jedynie skóry ograniczone naddarcia, pozostawiać możemy naturze; w każdym zaś innym razie, rana o ile można najwcześniéj 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 operacyi 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 grożących, 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 Simpson. W najbliższém otoczeniu krocze było bardzo ścieńczałe, a na błonie śluzowéj 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 zeszycie późno przedsięwzięte, usunie co najwyżéj szczelinę z kroczu, ale nie będzie w stanie uleczyć wytworzonego już tym czasem opadnięcia lub wypadnięcia macicy i pochwy.

Sztuczne połączenie brzegów rany uskuteczniano dawniéj wyłącznie za pomocą szwu krwawego ze szpilek krzywych lub owadowych karlsbadzkich. Nowszemi czasy posiłkowano się także w lżejszych wypadkach drogą niekrwawą, używając opatrunku kleinowego (*Grenser*), i spinek (*Serres-fines*) V i d a l'a. My sami dawniejszemi laty używaliśmy wyłącznie tych ostatnich, i przekonaliśmy się, że takowe nietylko są bardzo dogodnemi zarówno dla lekarza jak i dla chorych, ale nadto wszędzie pewny obiecują skutek, gdzie przychodzi łączyć ze sobą powierzchnie 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 długiemi, nakładać w odległości 4 linij jedna od drugiéj, bacząc na to, aby jeden brzeg rany nigdzie ponad drugi nie wystawał. Po 3-ch mniéj więcéj dniach, gdy rana się już skleiła, przerzynają one brzegi, a przerznięcia w ten sposób powstałe, szybko się goją (V. H o o g e w e g, *Verhdl. d. Gesellsch. für Geburtsk zu Berlin. VI. p. 130*). Do łączenia ze sobą ran w błonie śluzowéj pochwy i odbytnicy spinki są niewystarczającemi i koniecznie użyć trzeba szwu krwawego. Jeżeli pęknięcie tak daleko sięga, to i rana, miejscami przynajmniéj, jest o tyle głęboka, że spinki nie byłyby w stanie zbliżyć do siebie obu powierzchni rany na całéj ich przestrzeni, a tém samém, po zeszyciu poprzednio błony śluzowéj, i rana krocza nie może być na pewno połączoną bez użycia szwu krwawego. Przytém o to dbać należy, aby nitki przechodziły przez dno rany, ale nie przejmowały równocześnie błony śluzowéj.

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 téż nawet w końcu pierwszego, lub na początku drugiego tygodnia połogu, nie należy wyczekiwać zupełnego zabliźnienia, lecz natychmiast próbować połączyć pęknięte krocze. Połączenie to udaje się najpewniéj, jeżeli ranę zupełnie szpilką przejmiemy. W tym celu wkłuwamy szpilkę w tém 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 odbytniczéj, która tworzy dno rany. Przy drugim kącie rany wyprowadzamy tęż szpilkę powtórnie na widok, zanim przekłujemy nią drugi boczny

brzeg rany. Przed ściągnięciem szwów, wyrównać trzeba powierzchnie rany przez ścięcie wystającéj ziarniny krzywemi nożyczkami. Krwawienie skutkiem tego powstałe, tamujemy zimną wodą lub lodem, co, łącznie z mocném ściąganiem szwów, zapewnia pomyślny skutek operacyi.

Operowanie pęknięć zastarzałych bywa częstokroć bardzo trudne, i wymaga znacznéj biegłości technicznéj. Zanim będziemy tu mogli przystąpić do nałożenia szwu, potrzeba najpierw odświeżyć zabliźnione brzegi rany, oddalając starannie bliznę zarówno z jéj boków, jakotéż z dna. W razie silnego napięcia krocza, może wypaść potrzeba zrobienia jeszcze głębokich nacięć bocznych (Dieffenbach), albo téż przecięcia zwieracza odbytu po obu stronach (Baker Brown), aby przez to zapewnić sobie udanie się operacyi. W najgorszych razach, oczekiwać można pomocy jedynie od utworzenia nowego krocza przez przeniesienie (*Transplantatio*).

Ograniczamy się tu tylko na podaniu sposobu postępowania Langenbeck'a (*Perinaeoplastica* Verhaeghe'go) według opisu Biefel'a. Zadaniem téj operacyi jest odświeżanie ziejąco zabliźnionéj 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 śluzowéj, na miejsce jakie pierwiastkowo zajmowały. Przytém baczyć trzeba na następne okoliczności: 1° Że oderwany podczas pęknięcia, i następnie wrośnięty w ranę koniec ściany pochwowéj, charakteryzuje się jako czerwonawa, poprzeczna lub téż dziobiasta wyniosłość bliznowata, zazwyczaj modzelowatéj twardości, obok otworu stolcowego. 2° Wargi sromne większe, pociągnięte są w tył, i ograniczają z boków szparę powstałą skutkiem pęknięcia. 3° 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 operacya bywa téż prostszą lub więcéj złożoną. Jeżeli odbytnica pozostała nienaruszoną, to rozpoczynamy od oddzielenia płata pochwowego wrosłego w ranę. Dokola jego brzegów prowadzimy cięcie podkowiaste, wypukłością ku tyłowi skierowane, poczynające się od miejsca, w którém tylne spoidło powinnoby się 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 odpowiadającemi sobie bocznemi powierzchniami, które się teraz łączą ze sobą szwem, nałożonym w linii pośrodkowéj 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 operacyę tak samo jak w pierwszym razie, tylko że oddzielony płat pochwowy musi tu nietylko utworzyć tylny obwód wejścia pochwy, ale nadto zakryć szczelinę w odbytnicy od tyłu. Przez obciągnięcie tego płata ku dołowi, górna część takowego utworzy podstawę do połączenia szpary w odbytnicy. W tym celu oswobadzamy brzegi szczeliny odbytniczéj przez zrobienie bocznych, półksiężycowych nacięć w przednim obwodzie odbytu, i przez proste oddzielenie, i łączymy je szwami wzdłuż, na nowo utworzonéj podstawie, przyczém 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 zeszycie delikatnemi szwami odbytnicy z tylnym brzegiem nowoutworzonego krocza.

Niejednokrotnie operując sposobem Langenbeck'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 pewnéj 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 mającéj ranie, większą głębokość. Wtedy spajamy ze sobą brzegi błony śluzowéj pochwy, i otrzymujemy przez to spoidło tylne, umieszczone bliżéj górnego kąta szpary sromnéj, a tém samém zwężenie ujścia pochwy.

Przy leczeniu pooperacyjném, prawidłem dawniéj było, podtrzymywać przez 8 dni, albo nawet dłużéj, zaparcie stolca, aby przez ten czas, blizna nabyła dostatecznéj mocy. Lecz skutkiem tego, kał tak zbitym się staje, że przy wydalaniu takowego, łatwo powstają małe naddarcia na przednim obwodzie odbytu. My téż w ciągu ostatnich lat, jak to i Langenbeck także zaleca, wywoływaliśmy właśnie zaraz od początku rozwolnienie i podtrzymywaliśmy je przez cały pierwszy tydzień. W razie potrzeby, ułatwiamy wydalenie stolca za pomocą lawatyw, albo téż rozgniataniem i wydobywaniem kału palcami. Przy dawniejszém leczeniu, spostrzegaliśmy nieraz rznięcia w kiszkach, skutkiem nagromadzenia się kału w kiszce biodrowéj zagiętéj (*flexura iliaca*).

8. Przetoki pęcherzo-sromowe.

Testelin [1]) miał sposobność spostrzegania 14-letniéj 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 łechtaczką, w odległości 3 centim. od ujścia prawidłowo zbudowanéj cewki moczowéj. Nawet przy dowolném oddawaniu moczu, większa część takowego odpływała przez przetokę. Testelin sprowadził zarośnięcie kanału, przyżerając go w całéj 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 pecul. etc. D. Ueb. p. 443.* — Scanzoni: *Krankheiten etc. p. 478.* — L. Mayer: *Monatsschr. f. Geburtsk. Juli. 1862.*

Części rodne zewnętrzne, mianowicie téż łechtaczka i wargi sromne, stają się siedliskiem gwałtownego swędzenia, któremu towarzyszy uczucie lubieżności, co zmusza chore, wbrew ich woli, do drapania się, i, zwłaszcza przy znaczniejszém natężeniu choroby, po krótszym lub dłuższym oporze moralnym, popycha je do samogwałtu, gdy tymczasem chęć do spółkowania słabnie, a nawet we wstręt nieprzezwyciężony się przeradza. Swędzenie trwa już to nieustannie, ze zwolnieniami i nasileniami naprzemian, już znowu występuje z charakterem mniéj lub więcéj wyraźnie przepuszczającym, i z rozmaitém natężeniem trwać może

[1]) Gaz. d. Paris. Nr. 46. 1861.

tygodniami, miesiącami i latami. Pojawia się ono, albo też wzmaga, szczególniéj po rozgrzaniu się w pościeli, lecz także i po za obrębem łóżka, przy podniesionéj ciepłocie, po użyciu drażniących potraw i napojów, po podnieceniu zmysłowém, silniejszych ruchach; rozszerza się też wtedy na znaczniejszą 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 ciemnemi strupkami. Bardzo często, dopiéro w skutek samego drapania, zjawiają się grudki, pryszcze, obnażenia i t. p. Z czasem chore szukać zaczynają zupełnéj samotności, aby się mogły bez przeszkody oddawać niepowściągnionemu 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 nieżytu macicy, wytwarzaniem się grzybków i pleśni), daléj, 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 żołędzi prącia przy kamieniach pęcherzowych u mężczyzn). Niekiedy jednak niepodobna wykryć żadnéj zmiany anatomicznéj, którąby za moment przyczynowy przyjąć można było, i wtedy uznać trzeba swędzenie za chorobę samoistną. Ostatnia ta, samoistna forma, rzadziéj zdarza się w pierwszych czasach pokwitania—tu zazwyczaj w skutek samogwałtu; najczęściéj dopiero w latach późniejszych, zwłaszcza przekwitowych, u osób otyłych, pełnokrwistych, cierpiących na krwawnice, a z drugiéj 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 miesiączkowemi. 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 dopiéro przy porodzie, i trwającą daléj 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, maziдeł z olejku migdałowego i roztworu potażu, albo też z chloroformu, wcierania maści z balsamu peruwiańskiego, smoły, kreozotu, jodu (podług A s h w e l l'a, jodu 3 β na $\overline{3}$ j tłuszczu), wilczéj jagody, makowca; okłady z roztworów soli kuchennéj, ołowiu, cynku, potażu, ałunu, smoły, kreozotu, wody chlorowéj, boraksu, morfiny, wilczéj 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 rozczynem potażu gryzącego i odjęcie łechtaczki.

My widzieliśmy dotychczas najlepszy skutek z użycia kąpieli nasiadowych z dodatkiem potażu lub sublimatu, oraz z zastosowania ałunu, słusznie zalecanego przez S c a n z o n i'e g o. Ostatni ten środek, już dla saméj łatwości w zastosowaniu go, najpierw próbowanym być winien. Niekiedy wystarcza kilka razy w ciągu doby powtórzone przestrzyknięcie pochwy nasyconym zimnym roztworem ałunu w wodzie (1 cz. na 18) do usunięcia choroby raz na zawsze, albo chociaż na czas dłuższy; przynajmniéj 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 $^1/_4$ ℋ potażu, lecz dochodziliśmy do $^1/_2$, $^3/_4$ a nawet 1 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 częściéj, aniżeli z zalecanych przez v. B ä r e n s p r u n g'a kąpieli nasiadowych z dodatkiem $^1/_2$—2 uncyj sublimatu.

Jeżeli na błonie śluzowéj potworzyły się kępki pleśniowe utworzone z grzybków podobnych do włosów, to najlepiéj zrobimy, jeżeli nie będziemy stosowali wymienionych dopiéro 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 nieprzezwyciężony popęd do samogwałtu i zaburzenia umysłowe, odjęcie łechtaczki 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. Łechtaczka 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 galwanokaustycznéj. Po operacyi, pobudzenia i napady kurczów ustąpiły. Inni lekarze przeciwnie, nie osiągali tak pomyślnych skutków. Dziewczyna 27-letnia operowana przez Richet'a [3]), miewała potém częste „pobudzenia pochwy." My odjęliśmy dwa razy łechtaczkę 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 więcéj."

10. Ból okolicy ogonowéj.

(*Coccygodynia*).

Simpson: *Medic. tim. and. gaz. July. 2. 1859.*—Scanzoni: *Würzburg. Med. Zeitschr. II. p. 4.* – Hörschelman: *Petersb. med. Zeitschrift. Heft 16. 1862.*

Opisując najważniejsze objawy, jakie się dają spostrzegać przy różnorodnych chorobach przyrządu płciowego kobiét, 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 ogonowéj. 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 dłuższém siedzeniu, a zatém, przy użyciu mięśni pośladkowych wielkich i mięśnia ogonowego. Wiele z pomiędzy chorych, może siedzieć tylko na jednym guzie kulszowym, albo też 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 okostnéj kości ogonowéj.

Ból ogonowy nie jest wyłącznie kobietom właściwy; jednak szczególniéj 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 częściéj u kobiét, które już przebywały porody, ale nadto u tych ostatnich pozwala się zazwyczaj z wszelką pewnością odnieść do ostatnio przebytego połogu. To też Scanzoni ma niewątpliwie słuszność, że punktu wyjścia większéj części wypadków tego rodzaju szuka w traumatyzmie. Wstrząśnienia mechaniczne kości ogonowéj i nerwów ogonowych, zdarzają się jednak nie wyłącznie tylko przy porodzie, lecz i w innych okolicznościach. Niekiedy bywa też ból ogonowy reumatycznego pochodzenia; oczywiście skutkiem zaziębienia powstały. Częsta łączność tego cierpienia z jawnemi chorobami macicy i t. p., polega w części na wspólnym początku, mianowicie na połogu. 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 najprędzéj przyniesie nam pożytek bezwzględny spokój, miejscowy upust krwi za pomocą pijawek, ułatwienie wypróżnień za pośrednictwem łagodnych środków rozwalniających lub lawatyw, a późniéj, popędzlowanie okolicy kości ogonowéj naciągiem 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 gynekologów, istnieje dość znaczne cierpienie macicy lub jéj części dodatkowych, to z usunięciem takowego, ustępuje niekiedy i ból w okolicy ogonowéj, a przynajmniéj natężenie jego słabnie. Dzieje się to tam szczególniéj, 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 téż upusty krwi z okolicy odbytowéj, lub wreszcie zimne lawatywy i kąpiele nasiadowe.

Gdzie wymienionych dopiéro podstaw do działania leczniczego brakuje, tam próbować trzeba postępowania używanego przeciw nerwobólom. Scanzoni kilkakrotnie uleczył chore nastrzykiwaniem pod skórę morfiny. Hörschelmann'owi udało się uleczyć dwoje dzieci naciągiem tojadowym (*Tinct. Aconiti*; co 2 godziny po 3 krople dniem i nocą). My osiągaliśmy dotychczas przez miejscowe zastosowanie środków odurzających, co najwyżéj — polepszenie, i to stosunkowo często polepszenie nie długo trwałe. Scanzoni także i Simpson przyznają, że cierpienie to jest nader uporczywe. To téż ten ostatni szukał środka doszczętnie leczącego — w pomocy operacyjnéj, i o ile zapewnia, znalazł go. Podaje on, że zupełne oddzielenie podskórne przyczepiających się do kości ogonowéj mięśni i pasm włóknistych, prawie w każdym wypadku leczyć ma chorobę zupełnie i trwale. W pojedynczych wypadkach, udaje się nawet przeciąć mięsień pośladkowy przy jego początku, po jednéj albo po obu stronach, albo téż przyczep mięśnia zwieracza i unoszącego odbyt. Raz tylko lub dwa razy, prosta ta, i mało bolesna operacya, pozostała bez skutku. W jednym wypadku istniała zupełna sztywność (*anchylosis*) pojedynczych kręgów ogonowych. Simpson odkrył tu kość ogonową cięciem 2″ długiém, oddzielił ją od części miękkich, i wyłuszczył między 2-gim a 3-cim kręgiem. O ostatecznym skutku téj operacyi, nie mamy wiadomości.

DODATEK.

11. Choroby cewki moczowéj żeńskiéj.

Okoliczność, że cewka moczowa kobiét otwiera się do zatoki moczo-płciowéj, jest powodem, że sprawy patologiczne bardzo łatwo z pochwy i sromu na nią się przenoszą, i że wady pierwszych, pociągają niekiedy za sobą wadliwość téj ostatniéj. Daléj, zdarzają się narośle, jak np.: żylaki, które przejmują w całéj grubości przegrodę cewko-pochwową albo téż ściany ujścia cewki, a tém samém z równą słusznością zaliczone być mogą do nieprawidłowości pochwy i sromu, jak i do zmian chorobowych cewki moczowéj. Inne znowu — *carunculi* — chociaż przeważnie znajdują się na błonie śluzowéj saméj cewki moczowéj, jednak mieszczą się także dokoła ujścia cewki, na sromie, a nierzadko, w obu tych miejscach równocześnie. Te to właśnie fakta, jak niemniéj i ta okoliczność, że ujście cewki moczowéj wpada w oczy przy każdém ściślejszém badaniu części płciowych, usprawiedliwiają interessowanie się gynekologów ważniejszemi chorobami cewki moczowéj kobiét.

Zamieszczając opis tych chorób w tém miejscu, z powodów wyżéj podanych, nie myślimy bynajmniéj téj części patologii wyczerpująco traktować, lecz ograniczymy się tylko do rzeczy najpotrzebniejszych.

a) Wady rozwojowe cewki moczowéj.

Heppner: *Ueber Hypospadie beim Weibe Monatsschr. f. Geburstk. December 1865.*

Wadliwość rozwoju, lub téż brak cewki moczowéj bardzo rzadko się zdarza obok prawidłowo wykształconych organów płciowych; zazwyczaj spostrzegano go tylko obok dwupłciowéj postaci sromu, zwężenia lub zarośnięcia pochwy, albo téż obok daléj 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 moczo-płciowéj. Zwolna stosunek ten się zmienia. Otwór pęcherza, w miarę tworzenia się wraz ze wzrostem pochwy, przegrody cewko-pochwowéj i odsuwania ujścia cewki razem z zatoką moczo-płciową pod łuk łonowy, zamienia się w kanał — cewkę moczową. Jeżeli pochwa nie rozwinie się dostatecznie, to zatoka moczo-płciowa nie spłaszcza się dla utworzenia przysionka, a także i rozwój cewki moczowéj zostaje mniéj lub więcéj powstrzymanym. Najniższym stopniem tego niedokształcenia jest wysoko umieszczone ujście cewki moczowéj. Między łechtaczką 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 dorosłéj kobiéty Heppner napróżno szukał w literaturze. Engel spostrzegał wadę tego rodzaju u 4-tygodniowego dziecka, o czém podał do wiadomości publicznéj. Przy równoczesnéj wadzie rozwoju części płciowych, osobnik liczy się do hermafrodytów żeńskich [1]).

W wyższych stopniach niedokształcenia, dostrzedz można rozszczepienie cewki moczowéj albo téż jéj brak.

Przy prawdziwéj Hypospdiasis znajdują się w przysionku ślady przedniéj i bocznych ścian, a pęcherz łączy się z pochwą za pośrednictwem szczeliny leżącéj tuż poza łukiem łonowym. Tę formę widział Heppner u 22-letniéj kobiety, z normalnie zresztą ukształconemi częściami płciowemi, która od dzieciństwa cierpiała na mimowolne ododpływanie moczu, a przed 9 miesiącami przebyła poród. Wyciekanie moczu przychodziło w pewnych odstępach czasu, które przy spokojném

---

[1]) Willigk przy sekcyi zwłok pewnéj 46-letniéj kobiety, napotkał łechtaczkę $2\frac{1}{4}''$ długą, i kanał moczo-płciowy, grubości cewnika, długi $1\frac{1}{2}''$, który dzielił się na dwa przewody: przedni — cewkę moczową $1''$ długą, i tylny — pochwę. Ta ostatnia poczynała 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 (Varge's: *Zeitschr. XIV. 1860. p. 160).* W innych razach łechtaczka bywa rozwinięta nakształt prącia, a pochwa mocno zwężona; albo téż pochwa bywa zupełnie zarośnięta, a wtedy zazwyczaj i reszta wewnętrznych organów płciowych nie bywa należycie wykształcona.

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 złogu moczowego przez wrodzoną szczelinę w pęcherzu. Przy badaniu wpadał w oczy płytki dołek, na środkowéj linii przysionka się znajdujący, którego tylna część okazywała już wyraźne cechy błony śluzowéj pęcherza, a który przedstawiał górną ścianę cewki moczowéj. Rąbek błony śluzowéj w przysionku i dwa rąbki podłużne biegnące ku pochwie, tworzyły zaczątkowe brzegi niestosunkowo długiéj szczeliny pęcherzo-pochwowéj. Półksiężycowaty otwór w przegrodzie pęcherzo-pochwowéj, 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 moczowéj. H. ograniczył się na zaleceniu choréj, aby na noc zakładała sobie bandaż złożony z obręczy brzusznéj, sprężyny i peloty, która wprowadzona do pochwy przyciskałaby tylny brzeg szczeliny do łuku łonowego.

Jeżeli niema ani śladu zaczątka cewki moczowéj, to szczelina w pochwie leżeć może już to głębiéj, w pobliżu spojenia łonowego, już w większéj odległości od ujścia pochwy. P e t i t widział tego rodzaju brak cewki moczowéj bez wady rozwojowéj organów płciowych, u dorosłéj dziewczyny. Zwykle jednak nie brak znacznych nieprawidłowości, przeszkadzających spółkowaniu i t. p.

b) **Rozszerzenie, wypadnięcie, nieżyt cewki moczowéj.**

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 rodnego. 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 powyżéj 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 przedniéj ścianie pochwy, w odległości 3—4 milim. ponad ujściem cewki moczowéj; guzika, który za naciśnięciem zmniejszał się, a wraz z tém mocz z cewki odpływał. Cewnik wprowadzony do cewki moczowéj wdrążał zrazu do próżnéj jamki, a dopiéro daléj 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 całéj długości guza, oddzielił ją w obie strony na przestrzeni 1 ctm., odciął część oddzieloną, i ranę zaszył. Po zabliźnieniu uprzednie dolegliwości choréj już nie powróciły.

Rozszerzenie cewki moczowéj pociąga niekiedy za sobą inną nieprawidłowość, mianowcie w y p a d n i ę c i e części jéj ściany, a nawet zupełnie p i e r ś c i e n i o w a t e w y n i c o w a n i e takowéj, co staje się powodem dokuczliwych cierpień przy oddawaniu moczu. Część wypadnięta przedstawia się w stanie przewlekłego nieżytu; jest zatém mniéj lub więcéj zaczerwieniona, aksamitowata, za dotknięciem łatwo krwawiąca, i podobna do narośli grzybiastéj. 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 moczowéj 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 moczowéj bywa częstokroć nierównie uporczywszy, aniżeli sprawa tegoż rodzaju na sromie i w pochwie, i trwa niekiedy nawet po usunięciu téj ostatniéj z jednakowém natężeniem; błona bowiem śluzowa cewki zawiera w sobie 25—30 podobnych torebek co i przysionek, od 5—6 milim. głębokich. To téż nieżyt taki nietylko, że wymaga oddzielnego leczenia, ale jeszcze samo przyżeranie błony śluzowéj sztyftem saletrzanu srebra bywa nie wystarczającém, 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 societé 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 zwyczajnéj ciepłocie ciała. Szczególniéj 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'Clintock: *Diseas. of women. p. 232.*

Narośle tu się odnoszące opisane były po raz pierwszy przez Clarke'go pod nazwą: „*Vascular tumours of the urethra.*" Przytrafiają się one najczęściéj przy dolnym brzegu ujścia cewki moczowéj, i w najbliższém sąsiedztwie tegoż ujścia, rzadziéj wewnątrz cewki saméj; niekiedy jednak także na wargach mniejszych lub łechtaczce, i tém się głównie różnią od właściwych polipów, że osadzone są na szerokiéj podstawie a nie na cienkiéj szypułce. Powstają one skutkiem ograniczonego przerostu błony śluzowéj, dotykającego przeważnie brodawki, a tém samém składają się z tkanki łącznéj i wielokrotnie rozgałęzionych pętliczek naczyniowych. Rozwijają się szczególniéj u kobiét cierpiących na obfitsze śluzotoki, a tém samém, jakkolwiek nie wyłącznie, po zapaleniach zaraźliwych i chorobie przymiotowéj. Napotykano je nawet przed dojściem do dojrzałości płciowéj. Tak np.: Denucé spostrzegał 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 najwyżéj, wiśni; w wyjątkowych wszakże razach, bywają znacznie większe. Zewnętrzna ich powierzchnia, bywa zazwyczaj żywo czerwona, rzadziéj więcéj 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 jéj końca; w tym razie, przy oddawaniu moczu, prąd tako-

wego, popycha je ku ujściu cewki, a one ze swéj strony, nadają strumieniowi moczu odmienny kierunek, albo téż rozdzielają go, jeżeli takowy, co wyjątkowo chyba daje się dostrzedz, nie przedstawia na swéj powierzchni rozszczepienia lub rynny. Wszystkie te narośle podtrzymują nieustanne drażnienie cewki moczowéj, 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 saméj cewce, skutkiem swéj wielkiéj 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 moczowéj, 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 potém 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 dawniéj stosowane, lecz i dotąd niezupełnie jeszcze zarzucone podwiązanie.

ROZDZIAŁ VIII.

CHOROBY SUTEK.

1. Wady rozwojowe.

R. F. Flechsig. *Diss. de polymastia, seu de foeminis multimammiis. 1839.*— Schloezer: *Diss. üb. d. angeborn. 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: *Kiwisch'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 piersiowéj; zaś zaczątkowy stan obu tych gruczołów, tylko obok braku lub zaczątkowego stanu macicy albo jajników.

Brak jednéj sutki zdarza się zarówno obok niedokształcenia piersi t. j. przy braku mięśni piersiowych i przedniéj połowy 3-go i 4-go żebra, przyczém jama piersiowa tylko za pośrednictwem skóry jest zamknięta, co spostrzegali Froriep i Ried, jakotéż obok równoczesnego braku jajnika odpowiedniéj 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 (Paulinus, Lentilius, Ledel), a Blasius widział zbitą brodawkę, bez przewodów wyprowadzających.

Bardzo częstą wadą rozwojową jest małość sutek u kobiét dojrzałych. Zdarza się to przy niedostatecznem rozwinięciu całego ustroju albo typu płciowego, u dziewcząt dotkniętych blednicą, gruźlicą, przymiotem, ale téż bardzo często i u zupełnie zdrowych osób, i nierzadko bywa wadą dziedziczną. Niedostateczne rozwinięcie się brodawek piersiowych, zdarza się bardzo często nawet przy prawidłowym rozwoju gruczołu, zwłaszcza téż 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 połogu. Jeżeli brodawki są małe i zagłębione, to ssanie albo bywa zupełnie niemożliwe, albo tak dalece utrudnione, że dziecko zazwyczaj ssąc kaleczy brodawki.

Nierównie częściéj aniżeli brak zupełny, zdarza się nadliczbowa ilość gruczołów (*Polymastia*, *Pleiomasia*), albo brodawek piersiowych (*Polythelia*). Zwykle istnieje jeden tylko gruczoł nadliczbowy, umieszczony najczęściéj poniżéj jednego z prawidłowych, po nad dołkiem sercowym, albo téż pod pachą; rzadziéj w innem miejscu, w okolicy pachwinowéj, na zewnętrznéj stronie uda lub téż na grzbiecie. W razie istnienia 4-ch gruczołów, nadliczbowe leżą zwykle pod pachami, po jednym z każdéj strony; jeżeli ich jest 5, to 2 leżą w dołach pachowych, 2 w zwyczajném miejscu, a jeden powyżéj pępka (Gorré).

Gruczoły nadliczbowe nigdy nie dochodzą objętości prawidłowych. Niekiedy wielkość ich wynosi $^1/_4$ część wielkości tych ostatnich, zazwyczaj jednak nie dochodzi nawet objętości orzecha włoskiego. Z tąd téż aż do nadejścia połogu, uważane bywają za brodawki. Nawet podczas karmienia, zazwyczaj mało wydzielają mleka. Förster spostrzegał rozwijanie się raka w gruczole nadliczbowym leżącym w dole pachowym, gdy tymczasem sutki normalnie pozostały zdrowemi.

Nadmierna ilość sutek zdarza się téż i u mężczyzn. Jedna lub dwie sutki nadliczbowe, mieszczą się albo poniżéj normalnych albo na ramionach.

Nadmiar brodawek sutkowych bywa najczęściéj tylko jednostronny, i to zwykle po stronie lewéj.

Zazwyczaj istnieją tylko 2 brodawki na każdéj sutce; wszakże G. Honnäus widział aż 5 po jednéj stronie. Nadliczbowe brodawki przedziurawione są przewodami wyprowadzającemi, i albo wcale nie posiadają obwódki, albo téż mają ją wspólną z brodawką prawidłową.

2. Zanik gruczołu sutkowego.

Oprócz zaniku sutek towarzyszącego ogólnemu niknieniu w starości, zdarza się on także, osobliwie po często powtarzaném i zbyt długo przeciąganém karmieniu, ale niekiedy powstaje przy istnieniu guzów w macicy i jajnikach.

3. Przerost gruczołu sutkowego.

A. Cooper: *Illustrations of the diseases of the breast. London. 1829. A. d. E. Weimar. 1836. p. 29.* — Fingerhut. *Hamburg. Zeitschr. f. d. gesammte Medicin. III. 2.* — Nélaton: *Thèse sur cette question: Des tumeurs de la mammelle. Paris. 1839.* — Bérard: *Diagnostic différentiel des tumeurs du sein. Paris. 1845. p. 15.*—Meissner: *Frauenkrankheiten. II. p. 464.*— Birkett: *Diseases etc. p. 111.*— Scanzoni: *Kiwisch's Klin. Vortr. p. 61.*— Velpeau: *Traité des maladies du sein. Paris. 1854. p. 231.* — Virchow: *Die krankh. Geschwülste.*

Pojedyncze nowsze wypadki patrz u: Rousseau: *Revue de thérap. 22. 1856.* — Esterle: *Annal. univ. di medic. Milano. Ottobre. 1857.*—Manec: *Gaz. de hôpit. Nr. 12. 1859.*—Lotzbek: *Wien. med. Wochenschr. Nr. 10. 1859.*—Hess: *Allgem. Wien. med. Zeit. Nr. 49 — 50. 1858.*

Przerost bywa albo ogólny, to jest dotykający substancyę gruczołową, podścielisko łączno-tkankowe i tkankę tłuszczową sutki, albo téż ograniczający się tylko do jednéj z tych tkanek. W ostatnim

razie rozrost, raz, dotykając całą ilość jednéj z tkanek, dać może powód do powstania rozlanego nabrzmienia; drugi raz, i to częściéj, ograniczając się tylko do pojedynczych miejsc sutki, sprowadzić może guz ograniczony. Ostatnią tę formę opiszemy 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 ścisłém znaczeniu tego wyrazu, to i tak, o ile się zdaje, nigdy nie poczyna on się równocześnie we wszystkich tkankach sutki, lecz bierze początek albo w tkance łącznéj śródmiąższowéj, albo też w tkance tłuszczowéj otaczającéj gruczoł.

Jeżeli sprawa poczyna 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 niéj zwolna i rozrost substancyi gruczołowéj. Niekiedy jednak pierwszy okres cechuje się obecnością objawów zapalnych. W tym razie nie wytwarza się słoniowacizna miękka, lecz rozrost zbitéj, silnie się ściągającéj tkanki łącznéj, włókniak sutki rozlany (*Fibroma mammae diffusum*) według V i r c h o w'a, albo, przez wzgląd na podobieństwo téj 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; potém zanikają one, a pozostają tylko, co najwyżéj, torbielowate rozszerzenia niektórych przewodów mlecznych.

Jeżeli sprawa pierwotna polega na niezwykłém bujaniu całéj t k a n k i t ł u s z c z o w é j otaczającéj gruczoł (*Polysarcia*), to substancya 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 przewlekłém zapaleniem gruczołu mlecznego. Skutkiem rozrostu tkanki łącznéj, powiększają się wtedy niektóre zraziki gruczołu, a drażnienie przenieść się może na końcowe pęcherzyki i spowodować wydzielanie mleka. W końcu jednak i tu sama substancya gruczołu pod wpływem kurczenia się tkanki łącznéj, zanika, a tymczasem jednocześnie skutkiem częściowego zaciskania przewodów mlecznych i zatrzymywania wydzieliny, tworzą się niekiedy torbiele.

Z podanego powyżéj krótkiego opisu pokazuje się, że sutki w wypadkach określanych nazwą przerostu ogólnego, przedstawiać mogą

różnorodne zmiany, i że budowa rozwiniętego ostatecznie na ich miejscu guza, może być bardzo złożoną. Ponieważ sprawa chorobowa bywa zazwyczaj obustronna, i do tego częstokroć wcześniéj po jednéj stronie się rozpoczyna, i po téj stronie wyższego dosięga stopnia, więc téż obie sutki często nie samą tylko objętością znacznie między sobą się różnią. Sutki mogą takiéj dojść wielkości, że ważą 12, 20 (Hey i Huston), a nawet 64 (Bonet, Durston) funty, i sięgają aż do kolan. Najznaczniejsze powiększenie objętości, zdarza się przy miękkiéj słoniowaciznie; wszakże i przy rozroście tkanki tłuszczowéj Amussat widział sutki, z których każda ważyła po 20 i 30 funtów, a Portalupi wyłuszczył taką, która ważyła 52 funty.

Skóra pokrywająca sutkę zostaje rozciąganą, bierze większy lub mniejszy udział w przeroście, i przedstawia się jużto prawie normalną, już 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 téż, skutkiem kurczenia się tkanki łącznéj zaklęsa, tak jak przy raku.

Choroba rozpoczyna się najczęściéj z początkiem okresu dojrzewania, albo téż późniéj, w epoce szczytu zdolności płciowéj, częstokroć po przytłumieniu miesiączki, albo téż obok zaburzeń w miesiączkowaniu. W innych razach, pomimo znacznego powiększenia się objętości sutek, miesiączkowanie odbywa się prawidłowo, albo téż późniéj dopiéro odpływy stają się skąpszemi. Rzadko rozwija się przerost dopiéro po 31-szym roku życia, i w takim razie głównie po przebytych poprzednio porodach, albo téż po przejściu połogowego zapalenia sutki (wypadek Ashwell'a).

Przebieg choroby bywa ostry albo przewlekły; w pierwszym razie towarzyszą mu lekkie objawy zapalne, ból, zaczerwienienie skóry, gorączka. Objawy te powstają zwykle po nagłém przytłumieniu miesiączki, ale nigdy nie trwają długo.

Sutka dojść może w ciągu 2—3 miesięcy, objętości głowy mężczyzny, po czém już wolniéj rośnie.

Przy więcéj przewlekłym przebiegu, chore nie skarżą się na ból, lecz, co najwyżéj, na uczucie gniecenia, ciężaru i mrowienia. Większa ich część cierpi na brak miesiączki lub miesiączkę skąpą, rzadziéj 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 takowéj, znika. Chociaż nadejdą lata przekwitowe, sutki nie zmniejszają się jednak; tylko nie rosną już więcéj. W cięższych wypadkach, znaczny ciężar sutek, przykuwa chore do łóżka; odżywianie cierpi co raz więcéj, a niekiedy w obu sutkach tworzą się liczne ropnie, które wśród objawów gorączki trawiącéj 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 przedwcześnie przerwaną; 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 donoszonemi być nie mogły. Same sutki, skutkiem zmian jakie ciąża w nich sprowadza, stają się często wyraźnie sprężystemi, i prawie zdają się być chełboczącemi. W połogu przyjść może do znacznego niknięcia, tak, że objętość ich zmniejsza się do połowy a nawet do piątéj 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 wyłuszczony z tego powodu przez L o t z b e c k'a nietylko przedstawiał się poprzenikanym przez przewody miejscami porozszerzane 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 $16^1/_2$ 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 materyj 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 miéć na pamięci rozmaite możliwe kombinacye.

Słoniowacizna 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 poczyna 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 przewlekłém międzyzrazikowém zapaleniem gruczołu, albo też gdy to ostatnie spowoduje już częściowe rozszerzenia przewodów mlecznych i t. d. Virchow zwraca na to uwagę, że nawet przy ścisłém badaniu anatomicznem 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 wyśledzenie związku pęcherzyków z przewodami mlecznemi, 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 dosięgnął 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 stosowném będzie użycie metody przeciwzapalnéj w rozmiarach odpowiednich do okoliczności; później, podajemy chorym, podobnie jak i przy przewlekłém 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 szczególniéj kalomelu, korzenia cebulicowego (*Rad. Scillae*), środków wymiotnych w dawce podzielonéj, oraz środków przeczyszczających; jednak A. Cooper, Huston, Fingerhuth i Velpeau zarzucili je, gdyż nie widzieli od nich żadnego polepszenia w cierpieniu miejscowém, 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 choréj, zadawany być może w połączeniu z potażem, tranem, żelazem, albo też może być zastąpiony kuracyą wodami mineralnemi: 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. Najczęściéj używaną bywa maść jodowa; próbowano także nacisku. Wszakże wszystkie środki miejscowo drażniące, więcéj 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 chirurgicznéj. 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 potém w ciążę. Gdzie jedna tylko sutka uległa przerostowi, ograniczymy się na odjęciu téj jednéj. Jeżeliby oba gruczoły miały być odjęte, to nie wykonywamy obu operacyj na jedném posiedzeniu, lecz dopiéro po zagojeniu pierwszéj rany, przystępujemy do powtórnéj operacyi.

4. Owrzodzenia brodawek.

M e i s s n e r: *Frauenkrankh. 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 kobiét karmiących, i zdarza się zazwyczaj albo na wierzchołku brodawki, albo u jéj podstawy. Miejsca obnażone przedstawiają powierzchnię nierówną, zaczerwienioną i wydzielają ciecz surowiczo-ropiastą, która zasycha na nich w strup żółty, czerwonawy lub brunatnawy. Gdy dziecko ssie, matka doznaje bardzo silnego bólu, choroba jeszcze się

pogorsza, powstają objawy gorączkowe z podniesieniem się ciepłoty do 40° i więcéj; a przytém miejsca obnażone krwawią z łatwością. Jeżeli choroba zostanie zaniedbaną, to tworzą się owrzodzenia, więcéj lub mniéj głębokie, kształtu jużto linijnego, 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 ciągłéj obawy i wzburzenia; traci apetyt i sen. Skutkiem tego, jako téż skutkiem nieprzerwanie trwającéj gorączki, nierzadko i wydzielanie mleka się zmniejsza, dopóki wreszcie albo ta przyczyna, albo téż niemożność zniesienia bólu, nie zniewoli 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.

Obranienie brodawek najczęściéj się zdarza u matek po raz pierwszy karmiących, i to przeważnie w pierwszych 14 dniach połogu. Powstaniu cierpienia sprzyja osobliwie zły kształt brodawek, to jest albo zbyteczna ich krótkość, albo zagłębienie się, co jest powodem, że ssawcy nie mogąc ich dostatecznie uchwycić, muszą gwałtownie ściskać je szczękami; a im nabłonek brodawki jest delikatniejszy, tém łatwiéj 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. Najlepiéj 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 nizkie, 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 francuzką, albo téż roztworami garbnika, po odwilżeniu poprzednio strupków, jeżeli takowe istnieją, letnią wodą mydlaną. W każdym razie postępowanie to jest przynajmniéj prostsze, aniżeli używanie wydrążonych i rozmoczonych gałek muszkatołowych, dębianek i t. p.

Jeżeli mimo to wszystko, brodawki przy ssaniu okażą się dotkliwemi albo nawet obranionemi, to wypada je ochraniać. To też trzeba chorą sutkę rzadziéj niż zwykle dawać dziecku do ssania, albo też podczas ssania pokrywać brodawkę kapelusikiem. Gdy to nie pomaga, to można dziecko odstawić od chorój 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 pierwszém miejscu balsam peruwiański i naciąg benzoesowy.

M'Clintock zakitowywał szczeliny roztworem guttaperki w kleinie (*collodium*). Nam zawsze dotąd wystarczała zimna woda i saletrzan srebra. Dla złagodzenia bólu przykładamy bardzo właściwie, rozmoczony grzyb bzowy lub spongiopilinę.

5. Zapalenie sutek.

(*Mastitis*).

A. Cooper: *l. c. p. 4.*—Bérard: *l. c. p. 24.*—Birkett: *l. c.* — Scanzoni: *l. c. p. 124.* — Velpeau: *l. c. p. 25.* — M'Clintock: *Clinic. memoirs. p. 308.*

Zapaleniem dotkniętą być może albo tkanka łączna jużto podskórna, już międzyzrazikowa, już wreszcie podsutkowa, albo też substancya samego gruczołu. O zapaleniu tkanki łącznéj międzyzrazikowéj gruczołu mlecznego, wspominaliśmy już mówiąc o przeroście sutek.

a) Zapalenie tkanki łącznéj podskórnéj.

Przebiega ono wśród zwyczajnych objawów zapalenia tkanki łącznéj, to jest skóra zaraz od początku choroby czerwieni się, a wydzielanie mleka żadnéj przy tém nie ulega zmianie. Forma ta zdarza się bardzo często, ograniczona do okolicy obwódki brodawkowéj (*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; nabrzmiewa 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 podskórnéj (*Phlegmone subcutanea*), bywa zwykle chorobą wtórną, i występuje najczęściéj w następstwie zapalenia substancyi gruczołowéj, 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 najmniéj 6—14 dni. Im zapalenie rozleglejszą zajmuje przestrzeń, tém wcześniéj wstawiają się objawy gorączkowe, i tém są silniejsze. Podczas gdy ropnie podobwódkowe nie przechodzą wielkości orzecha włoskiego, to podskórne dochodzą objętości jaja lub pięści, albo jeszcze większéj. Otwierają się one dobrowolnie niekiedy już 12-go dnia, niekiedy jednak dopiéro po upływie miesiąca. Przy jednéj i drugiéj odmianie, chełbotanie najłatwiéj 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 substancyi gruczołu, a nawet takie, które wśród objawów gorączki durzycowéj, 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 długiém, gdyż to łagodzi chorym 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 nabrzmiewa 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 łącznéj podsutkowéj.

Ta forma zapalenia sutki występuje zazwyczaj również następczo, w skutek głęboko umiejscowionego zapalenia substancyi gruczołowéj; rzadziéj w skutek próchnienia i martwienia żeber, lub téż ropni opłucnéj, ropni i jam płucnych, które przedziurawiły przednią ścianę klatki piersiowéj [1]). Pierwotnie powstaje ona niekiedy w skutek wpływów traumatycznych: uderzenia, pchnięcia i t. p. Towarzyszy jéj zwykle gorączka, lecz od zapalenia tkanki podskórnéj 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 niczém nie zakłócone. Do tego ból tkwi głęboko, i wtedy szczególniéj się nasila, jeżeli próbujemy przycisnąć sutkę do naprężonego mięśnia piersiowego. Sutka niezadługo silnie nabrzmiewa, i częstokroć już w ciągu pierwszéj 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 najczęściéj wielkie ropnie, które przy każdéj próbie przesunięcia sutki na bok, lub przyciśnięcia jéj do klatki piersiowéj, dają takie uczucie, jakby gruczoł spoczywał na pęcherzu wypełnionym płynem. Stopniowo rozwija się téż rozlany obrzęk tkanki łącznéj podskórnéj, albo téż pierścień obrzękowy dokoła podstawy sutki; nigdy zaś nie można wyczuć wyraźnego chełbotania. 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 opłucnéj, 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'epaisseur 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 tylnéj powierzchni,

Leczenie. Przy zapaleniu tkanki łącznéj podsutkowéj, w początkach pożytecznemi są tylko ogólne a przynajmniéj obfite miejscowe upusty krwi, oraz wewnętrzne środki przeciwzapalne, jakoto: sole, kalomel, emetyk; gdy tymczasem wcierania szaréj maści, pryszczydła, kataplazmy, 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 którém ropa leży najbliżéj skóry, to robimy wielkie cięcie w miejscu leżącém najniżéj, to jest na zewnątrz i poniżéj 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 szczególniéj razach, w których otworzono ropień w dość znacznéj odległości od głównego ogniska, albo nie dość wielkiém 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 skręconéj 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 któréj 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 podsutkowéj.

c) Zapalenie gruczołu.

Najważniejsza ta forma zapalenia sutki, występuje najczęściéj jako choroba pierwotna, a wyjątkowo tylko, jako następcza, albo tak zwana przerzutowa, przy połogowém zapaleniu żył macicy (*Metrophlebitis puerperalis*).

Najpospolitszą przyczyną pierwotnego zapalenia gruczołu sutkowego, jest zatrzymanie mleka; ztąd też wszystko co tamuje wydalanie tegoż, dać może powód do zapalenia gruczołu. Zapalenie to występuje dość często w pierwszych 8-miu dniach połogu u kobiét, które nie karmią; niemniéj także i późniéj u matek, które dziecko nagle odstawiają od piersi. Nierównie jednak częściéj zdarza się ono u kobiét karmią-

cych, w pierwszych tygodniach karmienia, gdyż u nich łatwo zdarzać się mogą miejscowe przeszkody wydalania mleka. Przedewszystkiém mają tu znaczenie obnażenia i owrzodzenia brodawek sutkowych, gdyż przy istnieniu takowych, kanaliki mleczne, które przebiegając przez brodawkę, są nadzwyczaj cienkie i wązkie, łatwo zatkanemi być mogą. Następstwem zatrzymania mleka jest najpierw rozszerzenie przewodów i pęcherzyków mlecznych w kilku zrazikach lub większéj ich liczbie, albo też w całym gruczole; a po tém ostrém przepełnieniu, 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 spostrzeganą 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 pierwszéj z tych klass, 2 do drugiéj, a 21 do trzeciéj. Z pomiędzy kobiét 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 mniéj lub więcéj dotkliwego bólu, silnie obrzmiewają i twardnieją pojedyncze zraziki gruczołu, chociaż skóra nad niemi leżąca, żadnéj z razu nie ulega zmianie. Równocześnie zmniejsza się ilość wydzielanego mleka z choréj sutki, i to tém więcéj, im zapalenie jest rozleglejsze. Do tego dołącza się wkrótce sympatyczne obrzmienie gruczołów pachowych i gorączka, jużto łagodniejsza, już bardziéj 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; najpospoliciéj przechodzi w r o p i e n i e, skutkiem czego, w zajętym zraziku powstaje jeden lub więcéj 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 chełbocząca. Jeżeli ropa leży bardzo powierzchownie, to wkrótce ulega zapaleniu tkanka łączna i skóra nad nią leżąca; w innych razach następuje to dopiéro późniéj, gdy się ropa więcéj zbliży do powierzchni. Skoro już skóra w jedném lub w kilku miejscach zcieńczeje i zasinieje, ropień otwiera się nakoniec. Tym sposobem powstaje jeden lub więcéj 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 sklejania łatwo zamykają się przed czasem. Zagojenie jamy ropnia wymaga pospolicie dość długiego czasu—tygodni i miesięcy; a nawet po zupełném zagojeniu, stwardnienie zapalne w pobliżu istniejące, nie rzadko staje się punktem wyjścia nowego ropnia. W ten sposób, jeżeli się to częściéj powtarza, gruczoł piersiowy na znacznéj przestrzeni podminowany być może. W rzadkich wypadkach, jeżeli ropień rozwinął się na tylnéj powierzchni gruczołu, dotkniętą zostaje także i okostna żeber, i przychodzi do częściowéj zgorzeli tych ostatnich, przy któréj 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. Najczęściéj jednak wypływanie mleka niezadługo ustaje. Wyjątkowo tylko zamiast zwykłéj przetoki ropnéj z wypływem ropiastym, pozostaje prawdziwa *przetoka mleczna*.

Trzecim zejściem zapalenia jest *stwardnienie*. Podczas bujania tkanki łącznéj, dokoła porozszerzanych pęcherzyków mlecznych powstają tak zwane *gruzły mleczne*, a skoro późniéj substancya gruczołowa zaniknie — *włókniaki*.

Leczenie. Chociaż zapalenie gruczołu sutkowego nie jest chorobą niebezpieczną, i tylko w nader wyjątkowych razach, skutkiem następczéj 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 zraziков przy równoczesném 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 jéj 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, poczém utwierdza ją na piersi za pomocą opaski, a następnie napaja wodą. Inni zachwalają powtarzane kilkakrotnie w ciągu dnia wcierania w sutkę wyciągu wilczéj jagody; przykładanie świeżych liści pietruszkowych; zadawanie do wewnątrz jodku potassu, silnych środków czyszczących, emetyku w rozdrobnionéj 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 makowca w razie silniejszego bólu. Wielkie dobrodziejstwo robimy chorym wcześnie otwierając ropień, na co tém łatwiéj 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 znacznéj części zebranéj ropy przez brodawkę, za pomocą stósownego nacisku; wszakże dotychczas nie udało nam się ani razu obejść się tym sposobem bez przecięcia: osiągaliśmy to tylko, że chore przekonywały się o rozpoczęciu ropienia. Jeżeli chcemy oszczędzić chorym o ile można bólu, to nietrzeba wyczekiwać aż wyraźne chełbotanie 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 jakotéż tworzenia się przetok, które łatwo powstają następcze, mimo nawet sztucznego otworzenia.

Zabliźnianie się jamy ropnia odbywa się zazwyczaj powolnie. Dawniéj usiłowano powszechnie przyspieszyć je, kataplazmując daléj po wydaleniu ropy; wszelako tym sposobem sprowadza się rozpulchnienie i zwiotczenie ścian ropnia, co jeszcze bardziéj zabliźnienie opóźnia. Prócz tego chore nużą się wykonywaniem tego. To téż my zalecamy kataplazmować potém tylko 1 lub 2 dni, i to tylko tam, gdzie według naszéj zasady wcześnie zrobiliśmy przecięcie. Zresztą przyspieszamy zamknięcie się jamy przez codzienne wyciskanie takowéj i przez mierny nacisk za pomocą pokrycia watą i przewiązania chustką przez ramię po zdrowéj stronie. M'Clintock 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, najlepiéj roztworu kamienia piekielnego lub jodu; albo téż przyżedz ścianę wprost sztyftem saletrzanu srebra. Ropienie wśród gruczołu mlecznego samo przez się nie przeszkadza karmieniu; to ostatnie wszakże bywa częstokroć niemożliwém już skutkiem równoczesnego istnienia owrzodzeń na brodawkach. Niekiedy także mleko z choréj sutki sprowadza u dziecka zaburzenia w trawieniu i rznięcie.

Chassaignac [1]), przy ropniach ciała gruczołu jakotéż tkanki łącznéj podskórnéj, 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. Wydala on dokładnie zawartość zapomocą wyciskania, przystawiania baniek i długiego przestrzykiwania letnią wodą; potém nakłada *cuirass* opasujący dokoła całą klatkę piersiową i ściśle przylegający; a także i ramię po stronie cierpiącéj przytwierdza do tułowia. Po upływie pierwszéj doby próbuje on za pomocą obmacywania czy chora sutka jest bolesna czy téż nie, a w razie istnienia choćby najmniejszéj bolesności zdejmuje opatrunek aby zobaczyć czy ropa nie zbiera się na nowo. Jeżeli to ma miejsce, to próba osiągnięcia bezpośredniego sklejenia musi zostać zaniechaną; zawsze jednak osiągnęło się tę korzyść, że zagojenie przez ropienie prędzéj następuje. Przyspiesza się ono jeszcze bardziéj 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 wymódz 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 pierwéj 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 szczególniéj przy zapaleniach sutki wywołanych skutkiem stłuczenia. Tu prawdopodobnie najpierwszém następstwem uderzenia w sutkę było obrażenie przewodu mlecznego, a to ze swéj strony spowodowało powstanie ropnia. Prawdziwe te przetoki mleczne przedstawiają się jako przewody przetokowate rozmaitéj 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 łatwiéj 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 przyciskającéj gruczoł do klatki piersiowéj, należy owinąć sutkę paskami plastra lepkiego, aby te ściskały ją dośrodkowo, w podobny sposób jak to ma miejsce przy nakładaniu opaski na jądro.

7. Guz mleczny
(*Galactocele*).

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 ograniczonéj jamie, wielkiéj ilości mleka. W wypadku, który opisał Scarpa guz miał 34 cale obwodu, zwieszał się aż do lewéj pachwiny, i zawierał 10 funtów mleka. Mleko zawiera się tu albo w rozciągniętéj zatoce mlecznéj (*sinus lacteus*), albo też, po rozerwaniu osłony, w któréj się pierwotnie znajdowało, wylało się ono w otaczającą tkaninę i mieści się w świeżo powstałéj jamie, jakby w jamie ropnia. W pierwszym razie jama może być albo zupełnie odosobniona, albo też łączyć się z przewodami mlecznemi, rozszerzonemi workowato, kiszkowato lub różańcowato; w drugim zaś razie, składa się ona częstokroć z szeregu nieregularnych przestworów. Zawartość guza przedstawia początkowo zwykle cechy mleka; z czasem jednak to ostatnie dzieli się na surowicę i massę serowatą; w końcu surowica zostaje pochłoniętą, a pozostaje tylko istota masłowata lub twarogowata, która, jeżeli jeszcze bardziéj stwardnieje tworzy tak zwany kamień mleczny.

W innych razach zawartość o tyle się zmienia, że pierwiastkowy jéj charakter zaciera się zupełnie, i zamiast mleko znajdujemy płyn surowiczy, klejowaty lub krwisty. Szczególniéj też trzeba mieć zawsze na

pamięci możność wylewów krwawych do wnętrza guzów mlecznych, aby sobie właściwie tłumaczyć rozwój niektórych guzowatości, mających pozór 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 Bouchacourt [1]). Chora, przed 24 laty, podczas karmienia ostatniego swego dziecka, uderzoną została w pierś, poczém wydzielanie mleka ustało. W 10—12 lat późniéj dostrzegła po raz pierwszy w lewéj jamie pachowéj 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 lewéj sutki (która była odeń zupełnie oddzielona) do obojczyka. Za pomocą przekłucia B. wydalił 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 niepostrzeżenie torbieli mlecznych po za obrębem okresu karmienia, przytaczamy tu jedno ze stosunkowo licznych spostrzeżeń Jobert'a [2]). Dotyczy ono 34-letniéj kobiety. która przed 7-miu laty upadła na prawą sutkę, a w kilka dni późniéj dostrzegła, że z brodawki wysącza się ciecz mlecznawa. Dopiero w 2 lata potém wyczuła guzik, wielkości orzecha, który się stopniowo powiększał. Guzik ten, jak przekłucie wykazało, zawierał ostatecznie płyn barwy czekoladowéj, w którym wykryto białko i ciałka krwi. W sąsiedztwie znajdował się drugi guzik, twardszy, złożony z większych i mniejszych ziarnin. Wypadek ten jest zarazem dowodem możliwości połączenia przewlekłéj sprawy zapalnéj z guzem mlecznym. Łączenie się takie nie jest rzadkiem, chociaż guz mleczny częściéj sprowadza zanik przyległéj tkanki gruczołowéj i łącznéj.

Jeżeli ściana torbieli mlecznéj 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 też za ropień. Od pierwszéj, w pewnych okolicznościach,

[1]) Gaz. med. de Lyon. Nr. 3. 1857.

[2]) Gaz. des hôpit. Nr. 132. 1863.

różni się nagłem swém powstaniem, rozwinięcia się podczas karmienia, i szybkim wzrostem. Jeżeli rozwinął się w sposób przewlekły, to troskliwe wybadanie wywodu choroby wykryć może, podobnie jak w podanym wyżéj wypadku Jobert'a, takie momenta, które sprowadzą na właściwą drogę. Przekłucie samo jest także wtedy tylko rozstrzygającém, jeżeli zawartość składa się jeszcze z mleka, a przynajmniéj 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 jéj rozwój objawów zapalnych, jakotéż, 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 mlecznéj uległa już dalszym zmianom, to torbiel ta wziętą być może za guz innego rodzaju, a nawet za rak, o czém się przekonali Dupuytren i Velpeau. Najmniéj jeszcze jesteśmy wystawieni na popełnienie błędu w rozpoznaniu, jeżeli guz wszędzie, nie na granicach swoich tylko, jak bywa i przy zimnych ropniach, jest ciastowatéj spoistości.

Leczenie. Jeżeli wydzielanie mleka trwa jeszcze, to przedewszystkiem należy dziecko odstawić od piersi i przerwać owo wydzielanie za pomocą dyety gorączkowéj 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 rozmaitą. 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 umrzéć z utraty soków.

Wypadki zupełnego braku mleka, są w ogóle rzadkie; częściéj 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 szczególniéj 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 kobiét 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 żadnéj przyczyny, albo też w których wada zdaje się być nawet odziedziczoną. P i t s c h a f t np. opowiada, że pewna kobiéta 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 któréj po żadnym z przebytych przez nią 13-tu porodów, mleko się nie pokazywało, a któréj 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 powodującéj je choroby, jako też przez dobrą i pożywną dyetę, wydzielanie mleka powiększyć. U matek silnych i zdrowych, z prawidłowo rozwiniętemi sutkami, dobrze jest drażnić same gruczoły przez regularne i pilne przystawianie dziecka, przez przyrządy ssące, gorczyczniki, nacierania sutek flanelą napojoną środkami wonnemi. U pewnéj karmiącéj, któréj odżywianie skutkiem gwałtownych wstrząśnień moralnych znacznie podupadło, B e c q u e r e l [1]) zastosował z dobrym skutkiem prąd elektryczny przerywany, miernéj siły. Przykładał on gąbki przytwierdzone u obu biegunów, kolejno do różnych miejsc lewéj sutki, która więcéj 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]). Routh [2]) przywiązuje też znaczenie do kontynuowania stosunków małżeńskich podczas okresu karmienia. Czy to drażnienie sfery płciowéj często cieszy się pożądanym skutkiem, nie możemy powiedzieć z własnego doświadczenia. Za to nie możemy nie zwrócić uwagi niedoświadczonych, że częste ciąże pomyślnie wpływają na wydzielanie mleka. Często daje się widzieć, że kobiéty po 2, 3, 4-tym porodzie, zaczynają wydzielać więcéj mleka, którego im po pierwszych porodach brakowało.

Niektóre pokarmy mają sławę powiększania ilości wydzieliny mlecznéj. Takiemi są: zupa mleczna i z kaszy owsianéj, 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 nietylko chudły, ale popadały w prawdziwe charłactwo z gorączką trawiącą; inne dostawały znacznych przypadłości macicznych, zaburzeń zmysłowych (ślepoty), chorób umysłowych, aż do nieuleczalnego zniedołężnienia umysłu, gruźlicy, rozmiękczenia kości. U chorych spostrzeganych przez Haller'a, Melisch'a, Nicolai'ego, Naumann'a, Jacobson'a, Hanck'a i innych, nadmierną była wydzielina obu gruczołów sutkowych; w wypadku Hennemann'a tylko lewego, gdy tymczasem w prawym zupełnie zaginęła; a w wypadku Krombholtz'a wydzielanie już było ustało, ale potém rozpoczęło się na nowo i stało nad miarę obfitém. 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 dopiéro po nadzwyczaj przedłużoném karmieniu (Jacobson), albo po nieustannem drażnieniu sutek i części płciowych (Krombholtz).

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 kobiét silnych zalecano upust krwi z żyły, który wszakże wielkiéj wymaga baczności, i np. choréj leczonéj przez Jacobson'a widocznie zaszkodził. Za to wielki pożytek przynosi częstokroć używanie środków czyszczących, moczopędnych i napotnych, a przynajmniéj 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. Abegg [1]) po bezskutecznem 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 pomocnemi bywają nakadzania sutek ściągającemi 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 Reil'a. Krombholtz leczył swoje chore nastrzykiwaniami roztworu potażu gryzącego (gr. j na ℥j) 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 istniejącém zwykle znaczném rozdrażnieniu układu nerwowego, z pewnością nie są bez pożytku, chociaż zdaje się, że właściwiéj zastąpićby je można podawaniem od czasu do czasu przetworów makowca.

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]) Monatsschr. f. Geburtsk. Decemb. 1860.

a) Tłuszczaki.

Powstają one w drodze nowotworzenia, ograniczonego do pojedynczych miejsc tkanki tłuszczowéj, i zdarzają się rzadko. Guzy tego rodzaju, rozrostem spowodowane, bywają ostro odgraniczone, nierówne, gruzłowate lub zrazowate i rozmaitéj spoistości. Zwykle nie bywają bardzo twarde, ale raczéj więcéj miękkie i ciastowate; niekiedy wszakże, już nawet przez V e l p e a u, bywały brane za torbiele i innego rodzaju guzy. Zazwyczaj bywają one nie wielkiéj objętości; wszakże W a r r e n widział takie, które ważyły do 8 funtów, a C o o p e r dochodzące do 15 funtów wagi. Same przez się nie są one niebezpiecznemi; wszelako przemieszczają sutkę; nabawiają chore obawy; gdy się powiększą, stają się dokuczliwemi przez swój ciężar, a niekiedy, zwłaszcza podczas trwania regularności, bywają siedliskiem gwałtownych bólów, promieniejących aż do ramienia. Z téj przyczyny przystępować trzeba do ich wyłuszczenia.

b) Częściowy rozrost tkanki łącznéj.
(*Fibroma mammae lobulare*).

Rozrost tkanki łącznéj, ograniczający się na pojedynczych zrazach gruczołu, przedstawia się pod postacią guzów, które V e l p e a u opisuje pokrótce pod nazwą „częściowego przerostu," C r u v e i l h i e r określa nazwą *corps fibreux*, a A. C o o p e r dzieli na dwie ustanowione przez siebie formy: przewlekłego guza gruczołu sutkowego i guza hydatydowego.

Punktu wyjścia tych guzów szukać należy w zrazowém albo zrazikowém, śródmiąższowém zapaleniu gruczołu mlecznego; to téż nie powinno dziwić, że takowe zdarzają się zarówno u kobiét niezamężnych jak i u zamężnych (podług V e l p e a u częściéj 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 żadnéj niedogodności ani téż bólu; co się tém tłumaczy, że część gruczołowa nie brała udziału w pierwiastkowéj sprawie zapalnéj, a w saméj tkance łącznéj 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 rozrosłéj tkance łącznéj; późniéj zanikają one, a nierzadko powstają w nich torbiele, pochodzące albo z przewężonych przewodów mlecznych, albo też z rozdętych pęcherzyków końcowych. To też ostatecznie guz składa się przeważnie ze zbitéj tkanki łącznéj; — ze stwardnienia zapalnego powstaje włókniak, który może stwardnieć jak ścięgno a nawet na prawdę zwapnieć.

Wymienione dopiéro co zmiany utrudniają r o z p o z n a n i e przed wyłuszczeniem guza. Guzy te mają postać gruzłowatą zrazów gruczołowych; są tylko twardsze i większe. Dorastają one wielkości wahającéj 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 szczególniéj, gdzie i tkanka łączna sąsiednich zrazów, chociaż w miernym stopniu rozrostowi uległa, to mają wspólnego, że są mało ruchome. Za to im więcéj są ruchome, tém bardziéj znika różnica między niemi a innemi guzami dobréj stosunkowo natury, a mianowicie gruczolakami. Od wzięcia ich za te ostatnie, można się tym sposobem przynajmniéj uchronić, że staramy się za pomocą obmacywania wyśledzić związek guza z normalnemi częściami gruczołu. W początkach, łatwo daje się to uczynić; ale wraz z powiększeniem się objętości, a następnie skutkiem ściągania się tkanki łącznéj, 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 grubościennemi 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, wewnętrznie i zewnętrznie stosowane środki roztwarzające, jako też nacisk, przynoszą tu więcéj 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 zewnętrznie stosować maść jodową, plaster rtęciowy, mydlany lub inny, pryszczydło latające albo nacisk za pomocą kleiny. Jeżeli się

już potworzyły torbiele, to potrzebne będą nastrzykiwania jodowe lub tym podobne, zawłoka lub przecięcie worka w całéj długości. Jeżeli torbieli jest wielkie mnóstwo, albo gdy leczenie rozpędzające pozostało bez skutku, to pozostaje już tylko guz wyłuszczyć.

c) Mięsak.

Mięsak występuje albo pod postacią zrazowatych guzów, albo téż, co rzadziéj, pod postacią rozlanego przerostu śródmiąższowéj tkanki łącznéj. W tym ostatnim razie, powierzchnia jego bywa albo wzgórkowata; albo téż gładka, jak przy otorbionych tłuszczakach i rozlanych włókniakach. Utkanie większych mięsaków, bywa zazwyczaj rozmaite w różnych miejscach; tu więcéj 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 najczęściéj środkowa część gruczołu w pobliżu brodawki; rzadziéj część obwodowa. W miarę wzrostu guza, sąsiednie pęcherzyki łatwo zanikają. To wszakże nie przeszkadza aby w miejscach daléj położonych nie miało przyjść do rozrostu takowych pęcherzyków; co więcéj, 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 téż częstokroć mięsak, którego punktem wyjścia był środek gruczołu, staje się późniéj 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 téż wyełnione płynem surowiczym, mlecznawym śluzowatym lub krwistym. Do tych torbieli wpuklają się przylegle pęcherzyki gruczołowe, nakształt przepuklin; w innych wznoszą się znowu z samych ścian, rozmaitego kształtu pełne narośle — *fibromata papillaria intracamalicularia* — które (z powodu że w nich poplątane są włókna ścięgniste śródmiąższowéj stwardniałéj tkanki) podobne są na przecięciu do drzewa życia w móżdżku lub do przecięté 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 wrzodzieć. 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, jakotéż mniéj lub więcéj 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 téż bywa on podobny jużto do włókniaka, już do śluzaka, już do mającego się poniżéj opisać gruczołaka, 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 wyłuszczeniem, stosuje się także i do ś l u z a k ó w. Rozwój znacznéj ilości tkanki śluzowéj wśród tkanki łącznéj śródmiąższowéj, podobnie jak rozrost wyłącznie téj ostatniéj prowadzi albo do rozlanego obrzmienia sutki, albo téż, 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 galaretowatéj massy nowotworowéj mogą coraz bardziéj zanikać, albo téż i to zdarza się szczególniéj często przy śluzakach rozlanych—zatoki i przewody mleczne zostają rozszerzonemi, i tym sposobem powstają guzy, które dawniéj przyłączano do torbielo-mięsaków. Rozszerzone przewody mleczne wypełniają się częstokroć wyrastającemi ze ścian narośląmi śluzowatemi, które mogą przeniknąć skórę sutki, uledz owrzodzeniu i rozpadowi.

V i r c h o w wspomina téż o wypadku, w którym śluzak rozwinął się na powierzchni, z brodawkowatéj wyniosłości przy brodawce sutkowéj, i ostatecznie wisiał na skórze w kształcie guza wielkości małéj pięści.

Chrzęstniaki (*Enchondromata*) rzadko w ogóle przytrafiają się w sutkach kobiety, i to najczęściéj 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 szczególniéj chrzęstniaki odznaczają się powierzchnią nierówną, twardą, często ostrokanciastą; wszystkie jednak rosną powolnie, i miernéj 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 przynajmniéj 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. I, 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 téż 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 gładkiéj, ziarnistéj lub wyraźnie zrazowatéj. Na rozkroju guz taki jest miękki, soczysty i również pozwala rozpoznać zrazo-

waty układ, gdzie takowy już na zewnętrznéj występował powierzchni; jeżeli zaś budowa jego nie jest zrazowatą, to można przynajmniéj spostrzedz pasma włókniste z tkanki łącznéj 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, jakotéż gruppy pęcherzyków otoczonych tkanką łączną.

W trzeciéj 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 zraziков albo zrazów gruczołu, to bywa zwykle zaledwie wielkości orzecha laskowego, włoskiego, rzadziéj 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 rozlegle, zwłaszcza też w razie istnienia wielkich przestworów we wnętrzu guzów, powierzchnia ich może być zrośnięta ze skórą i brodawką sutkową. Wielka ruchomość i luźne połączenie gruczołaków z sąsiedniemi częściami ztąd pochodzi, że spoczywają one bardzo luźno w ściśle połączonéj z normalnym gruczołem torebce łączno-tkankowéj, i tylko za pośrednictwem cienkiego przewodu mlecznego są w związku z resztą gruczołu. Velpeau wszakże, w więcéj niż 90-ciu spostrzeganych przez siebie wypadkach nie mógł się nigdy sam przekonać o podobnym związku.

Starania dotychczas podejmowane w celu wyjaśnienia przyczyn, przebiegu i rozpoznawania gruczołaków, 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 też wzmiankujemy tu wyraźnie, że opis który poniżéj zamieszczamy, wtedy tylko będzie mógł być uważany za słuszny, jeżeli zaliczymy do gruczołaków 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 wyłuszczeniem.

Jeżeli tedy, zniewoleni potrzebą, rozszerzymy tu pojęcie gruczołaków w sposób niedozwolony, to guzy te napotykać będziemy częściéj u kobiet niepłodnych aniżeli u tych, które rodziły. Z rzędu chorych Velpeau'a, dwie trzecie części należało do pierwszéj kategoryi. Zdarzają się one zarówno u dziewcząt od 15—20 lat, jak i po 80-m r. życia; przecięciowo jednak, we wcześniejszym wieku aniżeli rak; przynajmniéj według obliczenia Lebert'a średni wiek dla tego ostatniego jest 50 lat, zaś dla gruczołaka tylko lat $36^2/_3$. Thomas Bryant 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 ciąży; u 2-ch podczas karmienia. 28 razy guz mieścił się z prawéj strony; 23 razy z lewéj; 3 razy zajęte były obie sutki. Zboczenia w miesiączkowaniu nie zdają się wpływać na rozwój guzów; Lebert nie mógł upatrzeć żadnego między niemi związku w 30 wypadkach przez siebie spostrzeganych. Za to wpływy traumatyczne uważane być muszą za ważny moment przyczynowy; gdyż według stwierdzenia Velpeau 31 z liczby 58-u kobiet wyprowadzały swą chorobę od uderzenia, a Lebert widział taki związek w 6 wypadkach, w których choroba rozwinęła się ściśle w tém samém miejscu, które uderzeniu uległo, gdy już obrzmienie zapalne i z wylewu krwi pochodzące zupełnie zniknęły.

Przebieg i rozpoznanie. Gruczołaki rozwijają się zazwyczaj tak niepostrzeżenie, że chore odkrywają je przypadkowo, dopiero po długiém ich trwaniu. Najczęściéj spotykają się pojedyńczo, i w jednéj tylko sutce; niekiedy jednak bywa ich po kilka razem, na téj saméj stronie, albo też w obu gruczołach; ale w takim razie, rozwój ich pospolicie nie bywa

równoczesny. Zwykłém, lecz według spostrzeżeń Velpeau nie wyłączném 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 prędzéj; 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 wyłuszczeniu sutki. Kształt piersi, pomijając lekkie wypuklenia, pozostaje zazwyczaj normalnym; to samo barwa, kształt i przytwierdzenie brodawki piersiowéj. Niekiedy wszakże, skutkiem rozciągania skory, takowa zrasta się, ulega zapaleniu i ropieje. Velpeau spostrzegał, że niekiedy guzy tego rodzaju, zwłaszcza w wieku przekwitowym, znikały same przez się.

Rozpoznanie nie zawsze może być pewném, przed dokonaniem wyłuszczenia. Guzy pełne, wyczuwają się zwykle jako nieregularne, ziarniste, kłębowate, niekiedy jak grudka ryżu; są niebolesne i nieco sprężyste, a tém samém ani tak twarde jak rak włóknisty, ani tak sprężyste jak rdzeniak. Od raka odróżniają się daléj powolnym wzrostem, a więcéj jeszcze ruchomością, która jest nierównie większa aniżeli wszelkiego innego nowotworu sutki. Jeżeli w guzie potworzyły się torbiele i jeżeli takowy przyrósł do skóry, wtedy łatwiéj już wziąć go za rak. Wszakże i tu możemy poczerpnąć częstokroć dostatecznych podstaw do rozpoznania z braku zajęcia sąsiednich gruczołów limfatycznych, z mniéj lub więcéj wyraźnego chełbotania w jedném lub kilku miejscach, z charakterystycznych własności zbitych części guza, oraz z braku wszelkiego związku z mięśniem piersiowym, a w razie potrzeby z próbierczego przekłucia jakotéż braku oznak charłactwa właściwego rakowatym.

Leczenie. Ponieważ gruczołaki, chociaż są jeszcze małe, bardzo już chore niepokoją; ponieważ powolnie nawet rosnąc, dochodzą jednak ostatecznie znacznéj 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 jéj usunięcia służą te same środki, które bywają używane w celu leczenia przerostu podścieliska łącznotkankowego; wszakże przy téj ostatniéj chorobie są one stanowczo skuteczniejszemi. To téż w ogóle nierównie może być odpowiedniéj przystępować tu od razu do pomocy operacyjnéj; jednakże, już dla samego wstrętu jaki bardzo wiele osób cierpi do noża, częstokroć próbować trzeba na początek metody roztwarzającéj. W takich razach Velpeau

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 miejscowém 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 puszkiem łabędzim 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.

Wyłuszczenie gruczolaków jest bardzo łatwe, gdyż dają się one wygodnie ze swéj powłoki wydobyć, a rana często skleja się doraźnie, albo téż, jeżeli przyjdzie do ropienia, goi się przy bardzo prostym opatrunku. Po wyłuszczeniu małych guzów, częściéj zwykły się zdarzać krwotoki następcze, gdyż z przyczyny czasowego wstrzymania się krwotoku z poprzecinanych małych tętniczek, zaniedbujemy je podwiązać. Takie krwotoki łatwo pociągają za sobą nasiąknięcie krwią tkanki łącznéj między zrazami gruczołu, a przez to opóźnienie w gojeniu się rany, jakkolwiek krew wylana może się także szybko pochłonąć. Jeżeli rana pooperacyjna goi się przez ropienie, to mogą się tworzyć zatoki ropne. Wreszcie, po wyłuszczeniu gruczolaka, jak i po każdéj innéj operacyi rozwinąć się może róża. V e l p e a u nie stracił ani jednéj 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 operacyi, w téj saméj piersi, albo téż w drugiéj, nowe gruczołaki.

g) T o r b i e l e.

Oprócz torbieli tworzących się w skutek zanikania gruczołu u staruszek, powstają one także skutkiem częściowego zwężenia i rozdęcia przewodów mlecznych, jakotéż skutkiem rozszerzenia pęcherzyków gruczołu przy różnorodnych wspominanych już wyżéj 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 pojedyńcze jakotéż i złożone torbiele, i to albo skutkiem rozdęcia pęcherzyków gruczołowych, przewodów mlecznych, albo też w drodze nowotworzenia wśród podścieliska łączno-tkankowego gruczołu. Wielkość tych torbieli bywa bardzo rozmaita; pojedyńcze pozostają zazwyczaj małemi i bywają pospolicie tylko wielkości grochu lub orzecha; wszakże mogą niekiedy znacznéj dochodzić wielkości. Tak np. torbiel widziana przez M a r i n i' e g o mieściła w sobie 9 funtów płynu. Ściany i zawartość tych torbieli przedstawiają także wielkie różnice. Spostrzegano nawet worki wypełnione tłuszczem i włosami.

Etiologia torbieli jest ciemna. V e l p e a u spostrzegał je, mianowicie wypełnione zawartością krwisto-surowiczą, szczególniéj często u dziewcząt, jakotéż u takich kobiet, które nigdy nie rodziły, zarówno obok zboczeń w miesiączkowaniu jak i bez takowych, a także i po wpływach traumatycznych; ztąd też po części skłonny był objaśniać ich rozwój przeistoczeniami w wynaczynionéj krwi. Rozwijają się one zazwyczaj zupełnie niepostrzeżenie, i rosną najczęściéj 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, grubościenne, głęboko umieszczone, jakotéż złożone, wreszcie torbiele z gęstszą zawartością nie tylko, że mogą dawać uczucie zaledwie bardzo niewyraźnego chełbotania, ale nawet nie dawać go wcale, albo też przedstawiać sprężystość w wysokim stopniu. Tutaj może nas jeszcze niekiedy objaśnić probiercze przekłucie; często jednak i ono nie wystarcza do ustrzeżenia się od pomięszania 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 operacyjnéj. 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 przynajmniéj wielkie nacięcie; jeżeli zaś torbiele są bardzo grube i twarde, albo też torbielaki bardzo złożone, to w każdym razie wyłuszczenie zasługuje na pierwszeństwo.

h) **Rak sutki.**

Bayle et Cayol. *Diction. des scienc. médic. III, p. 545.*— A. Cooper: *Anatomy and diseases of the breast. Lond. 1840.*— Bérard: *l. c., p. 107.*— Tanchon: *Recherch. sur le traitement médic. des tumeurs cancéreuses du sein. Paris. 1844.*— Brodie: *Medic. times 1844. N. 229.* — Carpentier-Merincourt: *Traité des malad. du sein. Paris. 1845.* — Walshe: *Nature and treatement of cancer. London. 1846, p. 467.*— Szokalski: *N. Ztg. f. Medicin. u. Med. Reform. 1850. 5. 6.*— Birkett: *l. c. p. 210.*— Lebert: *Malad. cancéreus, p. 324.*— Köhler: *Krebs u. Scheinkrebs, p. 527.*—H. Meckel: *Illustr. Zeit. l. 1852.*—Scanzoni: *l. c., p. 182.*— Velpeau: *l. c., p. 421.* — Billroth: *Virchow's Archiv. XVIII, 1860.*

Rak w gruczole sutkowym zdarza się bardzo często, chociaż mniéj często jak w macicy. Billroth na 150 nowotworów sutek, naliczył 130 tu się odnoszących. Stosunkowo rzadko występuje on w postaci rakowca, i wtedy zaczyna się najczęściéj na brodawce lub w jéj pobliżu. Powstają tu albo w saméj skórze rozproszone guziczki, lub więcéj rozlany nasięk, albo też 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 przerodzonéj warstwy tkanek, ale niekiedy też równocześnie przerost i bujanie brodawek.

Rak także, z małym wyjątkiem, zdarza się jako choroba pierwotna, i najczęściéj w jednéj tylko sutce. Birkett znalazł rak w obu sutkach tylko w $^1/_8$ wypadków przez siebie zestawionych; Velpeau widział to jeszcze rzadziéj. Najczęściéj spotyka się rak pod formą włókniaka (według Lebert'a w $^3/_5$ wypadków), rzadziéj pod formą rdzeniaka (w. Lebert'a w $^1/_5$ wypadków) albo też w formach pośrednich. Velpeau naliczył 212 skirów na 62 rdzeniaki (t. j. w stosunku 7 : 2). Wyjątkowo tylko spostrzegać można w sutce rak dołeczkowaty. Tak twarde jakotéż i miękkie raki powstają albo pod postacią ograniczonych guzików, albo też pod postacią rozlanego nasięku, i poczy-

nają się najczęściéj z boku na obwodzie albo też w środku gruczołu, rzadziéj zaś w tkance łącznéj podskórnéj lub podsutkowéj. Rozwój ich poczyna się zazwyczaj tak niepostrzeżenie, że chore dopiero wypadkowo spostrzegają obecność małego (wielkości grochu, albo co najwyżéj orzecha włoskiego), okrągławego, ostro odgraniczonego, zupełnie niebolesnego i łatwo ruchomego guzika. Guzik ten z początku rośnie zwykle bardzo powoli, zwłaszcza też 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 mniéj 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 bardziéj do skóry, zmienia kształt sutki, wreszcie zrasta się ze skórą, która w miejscu zrośnięcia przedstawia się nieco napiętą, nie daje się już przesuwać na guzie i zaczerwienia się. Zwykle brodawka spłaszcza się także, i zostaje stopniowo wciąganą nakształt lejka. W tym czasie bóle się wzmagają; są one tępe, ściskające lub kłujące 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 też jeszcze przed zrośnięciem się nowotworu ze skórą, albo już po zrośnięciu, wysącza się z brodawki sutkowéj ciecz surowicza lub krwisto surowicza; bardzo także często, podczas tego zrastania się, ale też nieraz wcześniéj lub późniéj powstaje obrzmienie naczyń limfatycznych i gruczołów pachowych, które jednak nie zawsze zaraz od początku ma znaczenie nasięku rakowatego. Gdy już skóra w miejscu zrośnięcia ścienieje i zasinije, następuje otworzenie 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 massa rakowa na mniejszéj lub większéj przestrzeni ulega posokowatemu rozpadowi. Wrzody, nawet u jednéj i téj saméj osoby, rozmaite przedstawiać mogą wejrzenie; cechują się one w ogóle nieregularnym kształtem, zatokowatemi, zębiastemi, twardemi brzegami i brudném 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 otworzeniu 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 niemi naczynia i nerwy, sprowadzić mogą obrzęk kończyny i najdokuczliwsze bóle na całym jéj 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 istniejącéj 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 mięśniem piersiowym, i nie daje się po nim przesuwać; późniéj może ten mięsień, mięśnie międzyżebrowe i żebra, a nawet opłucna i płuco uledz nasiękowi rakowemu a po części zniszczeniu; z drugiéj zaś strony, skóra klatki piersiowéj na znacznéj przestrzeni owrzodzieć. 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 bardziéj wycieńczenia, albo téż poprzedzona biegunką, zapaleniem opłucnéj lub płuc.

Zboczenia od podanego wyżéj obrazu choroby bardzo często się zdarzają.

Najprzód, guzik rakowy w początkach najczęściéj wprawdzie, ale jednak nie zawsze bywa twardy. Niekiedy spoistość jego tak jest miękka i sprężysta, że daje pozór niewyraźnego a nawet wyraźnego chełbotania. Niekiedy téż 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, poczynać 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 zrósł się z nią i na nią przeszedł. Daléj, można widzieć, że po nastąpioném zrośnięciu ze skórą, otworzenie się raka przeciąga się bardzo długo, albo gdy nastąpi, to tworzy się wrzód suchy a nawet zabliźnia 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 też, jak my mieliśmy sposobność widzieć, już po kilku latach, rozpraszanie się raka po opłucnéj 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 zabliźniła, i nigdzie nowe odłożenie się nowotworu nie nastąpiło.

Przebieg choroby bywa jużto szybszy, już powolniejszy, i w ogóle tém krótszy, im miększy jest guz z samego początku i im wcześniéj się otworzy. Roux i Birkett wspominają o wypadkach, które już w 3—4 miesiące po pojawieniu się nowotworu, skończyły się śmiercią. Cooper i Brodie widzieli przeciwnie inne, w których choroba trwała lat 15—25. Średni czas trwania ocenił Cooper na $2^1/_2$—5 lat; Birkett na 2—4.

Przyczyny. Doświadczenie uczy, że żaden okres życia nie zabezpiecza od choroby. Birkett spostrzegał ją u 8-letniéj dziewczyny, a Velpeau widział ją 7 razy u kobiét przeszło 80-letnich. Jednakże, o ile uczą badania statystyczne Birkett'a, Lebert'a, Scanzoni'ego, Velpeau i Bryant'a, zdarza się ona najczęściéj między rokiem 40 a 50-tym, a potém między rokiem 50—60, i między 30 a 40-tym. Opierając się na tym fakcie, chciano upatrzéć 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 najczęściéj między 40 a 60-tym rokiem. Nowszemi dopiero czasy Thomas Bryant położył nacisk na inną jeszcze okoliczność, która wykazywałaby wpływ znikania czynnościowéj zdolności sutek 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 wcześniéj znikać zaczyna, rak występuje częściéj 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. Velpeau był w stanie wykazać je aż u $^1/_3$ części swoich chorych; przyczém dziedziczność najczęściéj pochodziła od matek, które cierpiały na rak sutki lub macicy, rzadziéj 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 dopiéro po dłuższém postrzeganiu choréj. Tu przedewszystkiém jest rzeczą konieczną wykryć za pomocą dokładnego zebrania wywodu choroby, czy guz rozwinął się niepostrzeżenie, czy téż wśród objawów nawału i zapalenia. Tym sposobem najłatwiéj uchronimy się od przyjęcia raka za przewlekle zapalenie miąższu gruczołu i za zejście dawniejszych zapaleń, to jest za ostrawe zapalenie jednego zrazu gruczołowego, za guzowate stwardnienie i ropnie przewlekłe. Wymienione dopiéro co guzy, powstają albo podczas karmienia — co jest zwykłym wypadkiem, albo téż po zaziębieniach, obrażeniach, zaburzeniach w miesiączkowaniu; a ich początkowi towarzyszy zawsze większy lub mniejszy ból. Przy samém téż badaniu są one dotkliwe na ucisk, a przynajmniéj dotkliwsze aniżeliby mógł być podobny guzik rakowaty; a wreszcie albo się rozchodzą pod wpływem odpowiedniego leczenia, albo téż przychodzi do otworzenia się ropnia. Zresztą chełbocząće 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 szczególniéj 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. Szczególniéj, zdarza się tu, wbrew dawniejszym poglądom, wcią-

gnienie 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 szczególniej na gruczoły limfatyczne.

Przy częściowym rozroście tkanki łącznéj, dotknięty nim zraz gruczołu, nie bywa zazwyczaj ani tak twardy jak guzik raka włóknistego, ani tak kulisty jak rdzeniak. Rośnie on też znacznie powolniéj, nie wywołując dalszych zaburzeń, nie zrastając się ze skórą; a przytém najczęściéj 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 powolniéj, pozostają najczęściéj zbitemi i nadzwyczaj ruchomemi, 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 chełbotania, zrastać się ze skórą, pękać, wrzodzieć, i jeżeli przedziurawiona torbiel nie jest niepłodną, mogą wydawać z siebie bujające wyrośle; ale gruczoły limfatyczne nie nabierają twardości rakowatéj.

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 kobiét bardziéj podeszłych i przy raku włóknistym bywa w ogóle powolniejszy, wszakże w każdym szczególnym wypadku, nawet po dłuższém 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 odpowiedniém zachowaniu się, dość długo utrzymać jeszcze chorą przy życiu. W późniejszych okresach choroby, rokowanie staje się zależném 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 takiém położeniu, że musi się uciekać do leczenia téj choroby środkami farmaceutycznemi, a to z powodu: 1) że początkowo natura jéj nie zawsze w sposób niewątpliwy się uwydatnia; 2) że nie wszystkie chore zezwalają na leczenie chirurgiczne, i 3) że i to ostatnie nie jest stosowném dla wszystkich bezwzględnie wypadków.

W początkach rozwoju raka, dopóki jeszcze nie nastąpiło zrośnięcie gruczołu ze skórą, właściwém jest użycie tak wewnętrznych jako i zewnętrznych środków, które się okazały właściwemi do rozpędzania guzów piersiowych dobréj natury, z zastrzeżeniem, aby starannie unikać tych, które albo zbyt drażnią miejscowo, albo podkopują ogólny stan ustroju. To też miejscowo odpowiedniemi są tylko: powtarzane upusty krwi, które stosownie do ustroju choréj i do gwałtowności objawów miejscowych, uskuteczniają się co 2—3—4 tygodnie, za pomocą 6—12 pijawek dokoła sutki; w przerwach między tém niedrażniące plastry i maście, zwłaszcza też plaster mydlany, oraz wiele skuteczniejsza maść jodowa (według Lisfranc'a i Velpeau najlepiéj z jodku ołowiu, ʒj na ℥j tłuszczu), i ciepłe obwijania skórą łabędzią lub króliczą, albo też miejscowe zastosowanie zimna lub nacisku. Jednocześnie stosownem będzie zalecić używanie ogólnych kąpieli 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 też 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 rakowatéj natury.

Jeżeli mimo tego leczenia guz się powiększa, to obowiązkiem jest lekarza zwrócić uwagę choréj i będące z nią w związkach osoby, że dal-

sza zwłoka z wyłuszczeniem, 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 szczególniéj być ku temu skierowane, aby podtrzymywać w dobrym stanie siły chorėj. Wrzody rakowate traktujemy odpowiednio, do szczególnego ich charakteru. Często wystarczają okłady z papki rumiankowéj lub kartoflanéj, kataplazmata, maść zwyczajna lub ołowiana; przy nadmiernėm wydzielaniu używać trzeba wody ołowianéj, roztworów ałunu lub garbnika; przy rozległėm posoczeniu—wody chlorowéj, kreozotu, odwaru kory chinowéj 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. Szczególniéj dokuczliwemi są bóle i uporczywa bezsenność. Morfina, kwas pruski i lulek (*hyoscyamus*) najwięcéj 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 też nie trzeba ich zadawać wyłącznie przez żołądek, ale stosować je, gdzie to wystarcza, miejscowo na wrzody, albo też w lewatywach lub nastrzykiwaniach podskórnych.

O pożyteczności operacyjnego leczenia, poglądy lekarzy i chirurgów są wciąż jeszcze podzielone. Leroy d'Etiolles 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 przynajmniéj aby w ogóle miała życie przedłużać. Scarpa widział tylko 3 razy doszczętne uleczenie, a Mac Farlane na 118 wypadków nie zna ani jednego. Velpeau przeciwnie, posiada 20 dokładnie stwierdzonych przykładów trwałego uleczenia. Bardzo często choroba ponawia się dopiéro po upływie wielu lat, chociaż wtedy częstokroć bardzo szybko śmierć za sobą pociąga. Wiele także operowanych umiera wkrótce po operacyi, rzadziéj z bezpośrednich jéj następstw (zapalenie opłucnéj, róża), aniżeli z ponowy. Velpeau stracił tym sposobem $^1/_6$ część przez siebie operowanych. My, mieliśmy dotychczas raz dopiéro szczęście widzieć nieodtwarzanie 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 osiągane, to w rzeczywistości mało zdaje się zyskujemy przez wyłuszczenie, ale owszém prawdopodobnie również często przedwczesny gotujemy

koniec operowanym jak i przedłużamy życie. Z tego jednak wyniknąć tylko może wątpliwość co do pożyteczności późno przedsięwziętego operowania, i zarazem jeszcze bardziéj stanowczo utwierdza się konieczność przystępowania do odjęcia nowotworu o ile można najwcześniéj. Liczba zupełnych uzdrowień zwiększać się niewątpliwie będzie w miarę tego, jak lekarze i chore zgodzą się na uznanie téj fundamentalnéj zasady.

W wypadkach zadawnionych trzeba się zastanowić, zanim zaczniemy namawiać chore aby się zdecydowały poddać operacyi wyłuszczenia 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 bardziéj 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 operacyą, 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 bynajmniéj nie zapewnia długoletności, nie może więc ono samo przez się być przeciwwskazaniem do poważnych działań chirurgicznych. Unikamy tych ostatnich przy raku zanikowym z dobréj 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 wyłuszczenie samego raka, albo przez odjęcie całéj 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 szczególniej 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 widujemy przy odtwarzaniu się raka z blizny,

jeżeli przynajmniéj leży bezpośrednio pod skórą i szerzy się przeważnie po powierzchni; we wszystkich bowiem pozostałych wypadkach, korzyść oszczędzenia sobie utraty krwi, bynajmniéj 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 Zerbe [1]) zrobił z zżeradłem Landolfi'ego. Najstosowniejszemi zżeradłami są: zżeradło podane przez Rivalli'ego (galareta otrzymana przez oblanie skubanki stężonym kwasem azotnym), ciasto z chlorku cynku (*Zinc. mur. p. 1, Amyli p. 2*) i środek Landolfi'ego przyrządzony z równych części chlorku cynku, chlorku antymonu, chlorku bromu i chlorku złota (ten ostatni, dla jego wysokiéj ceny, można bardzo dobrze pominąć) z krochmalem. Dla skrócenia przyżerania Maisonneuve [2]) podał sposób postępowania, któremu dał nazwę: *Cauterisation en flèches.* Przyrządza on z ciasta z chlorku cynku ostro zakończone, spłaszczone lub stożkowate strzały i wkłada takowe w rany kłute, które tylko co przed tém robi za pomocą ostro zakończonego noża, w rozmaitych kierunkach, o ile można na granicy zdrowych tkanek, głęboko i blizko 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 opłucnéj, gdyż największa liczba wypadków śmierci po operacyi przez te powikłania była spowodowana. Odtwarzanie poczyna się niekiedy, jeszcze przed zabliźnieniem rany operacyjnéj, z któréj 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 ponowienia się choroby, wielu chirurgów zalecało leczenie zapobiegawcze, które jednak z wszelkiém prawdopodobieństwem żadnego nie przynosiło pożytku. A. Cooper 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.

Velpeau 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 niniejszém wydawnictwie).

ROZDZIAŁ IX.

CHOROBY POŁOGOWE.

Oprócz dzieł położniczych i gynekologicznych 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.* — Tenże: *Ges. Abhandl. p. 735.*—Tenże: *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 detivery. 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 połogowych, wywołaną została nietylko 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 téj zawdzięczamy wielką ilość monografij przedmiotu tego dotyczących, jak świadczy dopiéro co podany wykaz literatury.

Sądzono, że już *a priori* można przyjąć, iż właściwości stanu połogowego, czyli tak zwana konstytucya połogowa, 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 konstytucyją 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 teoryi 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 essencyalności gorączki połogowéj; 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 przedsiębierzemy, to na wytłumaczenie się z tego żadnéj innéj nie możemy przytoczyć podstawy, jak tylko chęć o ile można najostrzejszego uwydatnienia związku miejscowych tych spraw z tak zwaną gorączką połogową, która wymaga przecież opisu. Niemniéj także kierowała nami pożądana sposobność wykazania przyczynowego związku różnorodnych tych spraw patologicznych z fizyologicznemi stosunkami połogu.

S t a n p o ł o g o w y t. j. stan położnicy w pierwszych chwilach połogu, polega na tych zmianach jakich ustrój doznał podczas ciąży i porodu. Zmiany te występują najjawniéj 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, b ł o n a ś l u z o w a prawidłowa zmieniła się w błonę doczesną, która stopniowo oddzielała się i ostatecznie z częściami łożyska płodowego wydaloną została. Błona tedy mięsna, na wewnętrznéj 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 przyszłéj 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 pierwéj rozpadowi. Nieznaczna, bo w ściągniętéj macicy, zaledwie $^1/_3$ część we-

wnętrznéj jéj powierzchni, składa się przeważnie z rozerwanych naczyń części macicznéj łożyska.

W miąższu macicy, tak skutkiem ciągłego rozwoju włókien mięsnych, które jeszcze przed zapłodnieniem w macicy się znajdowały, jakoteż skutkiem powstawania późniéj nowych włókien mięsnych, wykształciła się silna muskulatura, która, po wydaleniu jaja, ma za zadanie, za pomocą swéj 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 téj części wewnętrznéj powierzchni macicy nadają nierówne, wzgórkowate wejrzenie; późniéj zaś odkruszają się lub rozpadają i zostają wydalone z odchodami połogowemi. Jeżeli jednak macica nie skurczy się dostatecznie, to fizyologiczne owo krzepnienie krwi nie ogranicza się do zatok żylnych miejsca przyczepienia łożyska, ale szerzy się téż daléj, 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 zwyczajném przyczepieniu się łożyska na żyłę nasienną wewnętrzną, rzadziéj już na żyłę podbrzuszną. Oprócz naczyń krwionośnych rozszerzyły się téż znacznie podczas ciąży i naczynia limfatyczne, poprzedłużały się i porozgałęziały. Wszystko to tłomaczy kolosalny obszar zakrzepów, jakie przy sprzyjających okolicznościach, podczas połogu wytworzyć się mogą.

Otrzewna, nietylko w téj części, która tworzy surowiczą powłokę macicy, ale i w téj która wyściela przednią ścianę brzucha, ulega podczas ciąży znacznemu rozciągnięciu. Uspasabia to, po opróżnieniu macicy, do przekrwienia téj błony, tém bardziéj, że część krwi która poprzednio w macicy krążyła, inny przyjąć musi kierunek. Nietrzeba tylko przeceniać tego momentu przy objaśnianiu pochodzenia połogowego zapalenia otrzewnéj, gdyż pierwszą pobudką do téj sprawy są zwykle poprzedzające ją sprawy chorobowe w macicy, jajowodach, przyległéj tkance łącznéj 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 naruszoną zostaje całość dolnéj 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 znacznéj utraty krwi, zarówno przy lżejszych jak i przy cięższych porodach.

Macica, w miarę powiększania się podczas ciąży utrudnia czynność innych organów ciała; ciśnie na żyły biodrowe, wywołuje obrzęk, żylaki na dolnych kończynach, jakotéż w obrębie żyły podbrzusznéj; w pewnych nawet razach, podczas porodu, po nim, lub nawet przed takowym powstaje zakrzep w żyle biodrowéj wspólnéj, biodrowéj zewnętrznéj lub podbrzusznéj, spowodowany nie tyle może bezpośrednim uciskiem, ile raczéj powstającém w tym razie rozszerzeniem żyły.

Wyparcie przepony ku górze zmniejsza pojemność jamy piersiowéj, utrudnia odpływ krwi od głowy i daje powód do przekrwienia żylnego w jamie czaszkowéj, które pociąga za sobą rozwój tak zwanych narośli kostnych (*osteophyta*) połogowych. Ucisk żołądka i przewodu kiszkowego, a częstokroć pierwéj jeszcze współczuciowe drażnienie pierwszego, utrudnia przyjmowanie i trawienie pokarmów, a tymczasem przemiany postępowe w organach płciowych, jakotéż wzrost jaja sprawiają powiększone zużycie materyi. Skutkiem tego krew ubożeje, i ostatecznie, chociażby nie było znaczniejszéj utraty krwi przy porodzie, zawiera mniéj białka i czerwonych ciałek krwi, a bogatszą się staje w włóknik i ciałka białe.

Układ nerwowy, zarówno w obwodowéj, jakotéż i w ośrodkowéj swéj części ulega przeistoczeniu. Skutkiem zmian somatycznych i psychicznych podczas ciąży rozwija się zwykle umiarkowany stan przygnębienia, który może być poprzednikiem głębokich zaburzeń psychicznych podczas połogu. Lecz ważniejszém jeszcze jest wzmożenie się drażliwości układu nerwowego, które się wyraża znaczném oddziaływaniem na bardzo nieznaczne bodźce, bardzo szybkiém i znaczném wznoszeniem się a niekiedy także opadaniem ciepłoty, częstością dreszczów przy najlżejszém nawet zasłabnięciu.

Oprócz zmian dopiéro co wymienionych, chciano, szczególniéj dla objaśnienia essencyonalności gorączki połogowéj, przyjąć inne jeszcze zmiany, i tych szukano we krwi. Można było przy tém, z pewnym pozorem słuszności, wskazać na niezwyczajny 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 jéj 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 błędnemi, 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 jednéj strony krwotoki maciczne, z drugiéj—zakrzepy w żylach macicznych; skutek uciśnięcia pni żył miedniczych przez ciężarną macicę lub płód, rozszerzenia pni żylnych, a niekiedy pęknięcia żylaków, z wylaniem się krwi na zewnątrz, lub w tkankę łączną miednicy, albo zakrzepy w wspomnianych pniach; jeżeli mimo nawet zmniejszenia ilości krwi krążącéj 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 téż do zbyt częstych rozleglejsze zapalenia macicy i t. p. czysto traumatycznéj natury, jak również zmiany chorobowe wywoływane pozostaniem szczątków łożyska płodowego w macicy; co więcéj, doświadczenie uczy, że sprawa zapalna bierze początek najczęściéj ze świeżéj warstwy błony śluzowéj albo téż 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 jéj nie bywa, tak téż 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 materyi, 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 przyrannéj, jeżeli takowa spowodowaną została nieprawidłowemi zajściami w sąsiedztwie rany, czy takowe są do usunięcia czy téż nie.

Odpowiednio do przyspieszonéj przemiany materyi z jaką połączony jest nawet prawidłowy przebieg porodu, ciepłota, zaraz po ukończeniu tego aktu bywa nieco podniesioną, przecięciowo do 37,46° C. W połogu, 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°. Z powodu takiéj 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, powiększany przypływ krwi do skóry pociąga za sobą powiększony przeziew skórny, a ztąd i obniżenie się temperatury, przecięciowo o 0,18°. W drugim dniu dostrzedz można powtórne podniesienie się, odpowiadające zwiększonemu wydzielaniu mleka, i idące na równi z takowém, aż do uregulowania się, co trwa dni kilka. Jest ona stosunkowo najwyższa 3-go lub 4-go dnia, przekracza miarę 0,5° 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 połogu, u kobiét karmiących ciepłota bywa przecięciowo wyższa, i wahania jéj dzienne znaczniejsze 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 powyżéj 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 najczęściéj na sprawach chorobowych w samych organach płciowych, i to albo małoznacznych, jak np. naderwania brodawek i nieznaczne zmiany w stanie obrażeń aktem porodowym spowodowanych, albo też na ciężkich stanach chorobowych. Z pomiędzy tych gorączek wyrożniano dawniéj osobliwie takie, które szybko się wyrównywały, pod nazwą „gorączki pokarmowéj czyli mlecznéj", z czego wynikać musiały wielkie szkodliwości 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 patologicznemi, które za po-

średnictwem tkanki łącznéj i naczyń szerzą się daleko za organa płciowe. I to niebezpieczeństwo ropnicy podzielają położnice 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 bynajmniéj się nie różni od innego rodzaju cierpień umysłowych.

Trzeźwy tedy sędzia nie jest w stanie dostrzedz nic specyficznego w konstytucyi połogowéj.

Nie przeszkadza to jednak bynajmniéj, abyśmy ze względów praktycznych nie mieli wyróżnić nazwą chorób połogowych, tych z pomiędzy różnorodnych spraw chorobowych mogących się zdarzać w czasie połogu, 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 aborto. 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.* — Tenże *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. Geburtsk. Januar 1859.*—Rokitansky: *Zeitschr. der Wien. Aerzte. Nr. 33. 1860.*—Hegar: *Monatsschr. f. Geburtsk. Juni 1861.*—Klob: *Path. Anat. p. 266.*

a) Krwotok z miejsca przyczepienia łożyska.

Znaczne krwotoki zdarzają się szczególniéj często w pierwszych chwilach po ukończeniu porodu, a źródłem ich, podobnie jak w okresie łożyskowym, bywa najczęściéj miejsce gdzie było przyczepioném łożysko. Tym sposobem, w większéj 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 jéj szukać w targaniu, jakiego to miejsce doznało podczas porodu od sznurka pępkowego jeżeli ten był nazbyt krótki, albo téż, i to częściéj, skutkiem nieodpowiedniego postępowania w okresie łożyskowym. Nadto Klob słusznie zwraca uwagę, że wpuklenie jakie przedstawia porażone miejsce gdzie łożysko było przytwierdzone, przemawia za słusznością tego domysłu.

Nie zawsze brakuje kurczeń macicy, ale takowe, chociaż są, nie są w stanie o tyle zmniejszyć organu, aby ziejące żyły zostały zamknięte bądź dlatego, że muskulatura macicy za słabo jest rozwinięta (przy macicy jednorożnéj i podwójnéj; po przebyciu ciężkiego porodu i zapaleń połogowych, a zatém szczególniéj 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 dyetetycznemi (zawczesném opuszczeniem łóżka w połogu lub t. p.), a rzadziéj takiém, jakie towarzyszy wywiązywaniu się lub zaostrzeniu zapalenia połogowego wewnętrznych organów płciowych (krwotoczne zapalenie macicy), albo w ogóle zaburzeniom w krążeniu krwi (wadom serca). Wyjątkowo bierze on początek z przyległych ognisk posokowatych, skutkiem zniszczenia ścian żylnych z następczym krwotokiem.

Szczególną osobliwość przedstawia to spostrzeżenie, że w następstwie krwotoków połogowych powstają niekiedy tak zwane polipy

z włóknika krwi czyli polipy łożyskowe. Tworzenie się ich spostrzegano najczęściéj 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, Rokitansky'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 żadnéj wątpliwości, że chore przebyły połóg, albo też znajdowały się w okresie połogowym. Daléj, można się zwykle bez trudności przekonać, że guz składa się wprawdzie przeważnie ze skrzepłéj krwi, mniéj lub więcéj zmienionéj, stosownie do starości skrzepu, ale na zewnętrznéj swéj powierzchni, a zwłaszcza też w szypule, zapomocą któréj przytwierdzony jest do ścian macicy, zawiera części błony doczesnéj lub łożyska. Ztąd też zatrzymanie takich resztek jaja płodowego uważać tu trzeba za sprawę pierwotną, a same te resztki za podwalinę skrzepłéj krwi. Wypadki podane przez Rokitansky'ego pokazują nadto, że polipy włóknikowe, powstające po poronieniu, leżą w rozciągniętym kanale szyi macicznéj. 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 wżłobione. Targanie przytém powstające sprowadza wtedy przerost tak zwanéj błony doczesnéj późniejszéj (*m. serotina*), a jaje otrzymuje szypułę utworzoną z wiązki gruczołów łagiewkowatych. Jeżeli się potém rozerwie, to szypuła ta z częścią powłok jaja pozostaje, i przy niéj nagromadza się krew, wylewająca się do jamy macicznéj.

Polipy włóknikowe powstające po poronieniach dochodzą co najwyżéj 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 krzepnącéj krwi. W jednym naszym wypadku odkryliśmy przypadkowo przy demonstracyi klinicznéj pewnéj 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 dwujamistéj.

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-

śniéj przebiegiem przebytego porodu, oraz wielkiém rozciągnięciem i zwiotczeniem, 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 niezbędném jest połączenie badania wewnętrznego z zewnętrznem, a nawet często z wprowadzeniem jednego lub kilku palców do saméj jamy macicy; gdyż tym tylko sposobem można wynaleść zmiany w kształcie macicy, guzy w niéj, pozostałości łożyska, polipy włóknikowe i t. p. Nawet w razie krwotoku wpóźniejszych okresach połogu nasuwa się najpierw myśl, że pozostały w macicy części łożyska, lub że znajduje się w niéj 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 raczéj 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 późniéj do cierpień umysłowych.

Leczenie skierowane być powinno przedewszystkiem 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 najprędzéj przez ugniatanie i ściskanie tego organu przez powłoki brzuszne, jakotéż przez nastrzykiwanie zimnéj wody do jego jamy. Przy zupełném porażeniu, zwłaszcza téż jeżeli położnica straciła już znaczną ilość krwi, może się okazać potrzeba uciskania macicy na pięści do jéj jamy wprowadzonéj, albo téż zastosowania do nastrzykiwań płynów nieobojętnych (mięszaniny wody z octem i wyskokiem; roztworu półtorochlorku żelaza w stosunku ℥ ij na ℥ vj—Viij). Od ponowienia się krwotoku chroni najpewniéj ciągle podtrzymywanie macicy ręką, oraz kilkakrotne użycie wyż podanych środków. Sporysz

jest przytém ważnym środkiem pomocniczym. Odpowiedniém jest także uciskanie macicy za pomocą właściwie urządzonego woreczka z piaskiem, jak tylko przyjdzie odjąć rękę z brzucha choréj; wreszcie pożytecznem 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 częściéj aniżeli konieczność tego wymaga. Tak rozległe granice dla stosowania przelewania krwi, nie zdają się nam być teraz jesze 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 brzusznéj, które sprawia nie ogólne wprawdzie powiększenie ilości ale przynajmniéj powiększenie jéj ilości w organach niezbędnych dla życia, przez co można przynajmniéj obejść się bez przelewania. Działanie to sami sprawdziliśmy. Najczęściéj wystarcza już nizkie umieszczenie głowy. O ile jest niebezpiecznym wszelki ruch, zwłaszcza gwałtowny, w razie bardzo wielkiego osłabienia, możemy to widzieć nietylko przy krwotokach.

b) Zakrzep czyli krwawiak pochwy i sromu.

Rozdarcia jakich poród staje się powodem, zazwyczaj wtedy tylko gwałtowniejsze sprowadzają krwotoki, jeżeli są znacznych rozmiarów, albo téż gdy trafią na żylakowato porozszerzane żyły. Widzimy np. nie tak rzadko, że zranienia zupełnie powierzchowne, téj części przysionka, która leży między ujściem cewki moczowéj a łechtaczką, 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 macicznéj sprowadza ciągle wracające krwotoki, które ostatecznie śmiercią się kończą. Pęknięcie żylaka w tkance łącznéj otaczającéj pochwę, lub téż w wargach sromnych, nie zawsze staje się powodem swobodnego krwotoku; częściéj przyczynia się do powstania tak zwanego zakrzepu (*thrombus*) czyli krwawiaka (*haematoma*). Żylaki pękają zwykle już podczas samego porodu, wtedy, gdy przodująca głowa dziecka się przerzyna, 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 wstrząśnień 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 dopiéro 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 otrzewnéj. W pierwszym razie siedliskiem jéj bywa najczęściéj warga sromna większa, ale też niekiedy i nimfa; znajdować się też może między dolnemi 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 górnéj części pochwy i odbytnicy, uciska dół biodrowy a niekiedy także wznosi się ku górze, wzdłuż tylnéj i przedniéj ściany brzusznéj, a jeżeli jest w znacznéj ilości, to przerywa powięź miedniczą, tak, że większa warga sromna, okolica krocza i pośladek, przedstawiają coraz wyraźniejsze podbiegnienie krwawe. Ból miejscowy nie zawsze nasiękowi 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 nasiękiem 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 następcze ropienie i posoczenie dość często staje się powodem nieszczęśliwego zejścia choroby. Częściéj też zdarza się

[1]) Helfer spostrzegał wypadek, w którym żylak pękł 21-go dnia po porodzie, podczas dźwigania konewek z wodą. Obfity krwotok pojawił się dopiéro następnéj 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. Sekcya wykryła w tylnéj ścianie pochwy dwie szczeliny wychodzące z pękniętego żylaka, z których jedna otwierała się do pochwy, a druga w tkankę łączną okołopochwową. W téj ostatniéj powstała skutkiem tego obszerna jama, wypełniona skrzepłą krwią, rozciągająca się głęboko między pochwą a odbytnicą. (*Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. 25. Suppl. Hft. 1865*).

dobrowolne otworzenie się krwawiaka na wardze sromnéj lub w pochwie, a do tego i szybciéj, gdyż części te uległy rozpulchnieniu podczas porodu. Spostrzegano też kilkakrotnie przy zakrzepach w sromie zgorzel powłok zewnętrznych albo nawet ściany odbytniczo-pochwowéj. Za to uleczenie przez wessanie wynaczynionéj 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 dziecięcéj.

Rozpoznanie zazwyczaj nie jest trudne. W większéj 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 większéj wargi sromnéj i gdy jest bardzo mały. Nawet w razie nasięku w tkance łącznéj leżącéj ponad powięzią miednicy, zabarwić się może niebieskawo nietylko błona śluzowa pochwy, ale także skóra sromu i pośladka po choréj stronie. Nadto, zwrócić trzeba uwagę na spoistość guza, która przy większych wynaczynieniach bywa dość sprężysta, dochodząca nawet do uczucia wyraźnego chełbotania. W końcu, okoliczności i objawy towarzyszące rozwojowi guza wskazują na jego naturę.

Przy leczeniu należy o tém pamiętać, że jeżeli guz jest nie wielki, choroba może się uleczyć dobrowolnie, przez wessanie, dobrowolne otworzenie się, ropienie, a nawet powierzchowną zgorzel; a z drugiéj strony, że jeżeli otworzymy guz zanim światła naczyń zostaną pozatykane skrzepami krwi, przyjść może do groźnych krwotoków. Mamy zatém dostateczny powód do ociągania się z nacięciem; a i przy leczeniu wyczekującém w niektórych razach choroba uleczy się przez wessanie. Najodpowiedniejszym środkiem, zdolnym ograniczyć krwotok i zapobiedz znacznemu zapaleniu, jest miejscowe użycie zimna. Jeżeli guz grozi dobrowolném pęknięciem, powłoki jego zaczynają ulegać zgorzeli, lub gdy przyszło do ropienia, nietrzeba się ociągać ze sztuczném otworzeniem. Nakłucie robić trzeba zawsze w miejscu najniżéj leżącém i najcieńszém; 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 poczyna się zwykle na wewnętrznéj powierzchni macicy lub pochwy; rzadko się jednak na niéj saméj ogranicza, lecz bardzo często albo przenosi się na tkankę łączną warstwy mięsnéj 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 otrzewnéj, wywołując ograniczone lub ogólne zapalenie téj błony surowiczéj. 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 zapalnéj, zapalenie wnętrza macicy nieżytowe, krupowe i błonicowe, zachowując na określenie najwyższego stopnia téj 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 widocznéj 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 śluzowéj ciała macicy w postaci małych błon krupowych i nawet zmienić może tę błonę w strup błonicowy. Jeżeli

zgorzel nie ogranicza się na powierzchownych tylko warstwach, to błona śluzowa zmienia się skutkiem tego miejscami w massę żółtawą, zielonawą, brunatnawą lub krwistą, mazistą lub kosmkowatą; a jeżeli przy porodzie pozostały kawałki błony doczesnéj 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 czém także biorą udział znajdujące się między niemi resztki ścian żylnych. Zazwyczaj i najbardziéj wewnętrzna warstwa błony mięsnéj bywa przesiąknięta płynem surowiczym lub galaretowatym; albo też wysięk głębiéj jeszcze sięga, tak, że nawet zdrowa część macicy jest więcéj soczystą, a przytém bardziéj wiotką i większą aniżeli być powinna w tym czasie połogu. Pręgi i plamy błonicowe kończą się zwykle na wolnym brzegu błony śluzowéj szyi macicznéj; lecz ta ostatnia jest przekrwiona (czasem bardzo znacznie), obrzmiała a miejscami podciekła krwią. Pęknięcia w dolnym końcu szyi macicznéj zmienione są we wrzody błonicowe.

W najwyższym stopniu, nie tylko błona śluzowa ciała macicy, na całéj przestrzeni, ale nadto dość gruba warstwa błony mięsnéj, ulega zgorzeli. Wnętrze macicy zmienia się w ciemną, cuchnącą papkę; miejsce łożyskowe jest postrzępione, a zatoki zamiast zakrzepów mieszczą w sobie massę posokowatą lub ropiastą. Zewnętrzne warstwy błony mięsnéj są brudno-czerwone i rozmiękłe, tak że zewnętrzna powierzchnia macicy zatrzymuje na sobie odciski przyległych pętlic kiszkowych; niekiedy zaś jeden lub kilka strupów zgorzelinowych przejmuje całą grubość ścian macicy, od wewnętrznéj jéj powierzchni aż do otrzewnéj.

Z wyjątkiem formy nieżytowéj, wszystkie inne ulegają najczęściéj mniéj lub więcéj ważnym powikłaniom. Nader często zdarzają się owrzodzenia pochwy. Te tak zwane wrzody połogowe, które zresztą bardzo często stanowią najpiérwsze a nawet jedyne cierpienie, mieszczą się pospolicie po obu stronach i powyżéj ujścia pochwy, w pobliżu tylnego spoidła warg sromnych. Rozwijają się one najczęściéj z owrzodzenia nieznacznych pęknięć, powstałych przy porodzie; niekiedy jednak zawdzięczają swój początek nacieczeniu krwi, sprawionemu uciskiem długo zatrzymującéj się w wyjściu miednicy głowy dziecka, a kończącemu się zgorzelą. Dno tych wrzodów pokryte bywa zwykle błonami żółtawo lub szarawo białemi albo brudnemi; wydzielina zaś ich jest pospolicie ropiasta, rzadziéj posoczysta. Stosownie do swego siedliska wywołują one zapalne nabrzmienie małych i większych warg sromnych, po jednéj lub obu stronach, a często także i krocza; w pewnych razach

mogą się znacznie rozszerzać lub zagłębiać, lecz w wyjątkowych tylko razach sprowadzają potém zwężenie sromu skutkiem skurczenia się blizny. Pod względem praktycznym owrzodzenia 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 rzadziéj rozwija się następczo, skutkiem rozszerzenia się krupowego lub błonicowego zapalenia z macicy na górne części pochwy. Częściéj za to zdarza się traumatyczne zapalenie pochwy, w skutek pęknięć powstałych przy trudnym porodzie, obok mniéj lub więcéj znacznego zapalenia wnętrza macicy, a więc ze wspólnéj przyczyny. Siedlisko ich odpowiada zawsze tym miejscom, które były wystawione na ucisk, a zatém najczęściéj spojeniu łonowemu, rzadziéj wzgórkowi kości krzyżowéj, a jeszcze rzadziéj wystającéj części kości ogonowéj. Mogą one za sobą pociągnąć znaczne zniszczenia i skończyć się zrośnięciem lub zwężeniem pochwy, jakotéż przetokami prowadzącemi do pęcherza moczowego, odbytnicy, kiszki cienkiéj lub moczowodów.

W sąsiedztwie szpary sromnéj i skóra także często ulega zmianom. Zwykle, skutkiem zanieczyszczania żrącą wydzieliną z części płciowych, rozwija się tylko prosta różyca, rzadko zaś błonica, która sprowadza owrzodzenie i może pozostawić głębokie i obszerne wrzody. Bardzo często cierpi téż i pęcherz moczowy; wszakże zapalenie błony śluzowéj tegoż, zazwyczaj nie przekracza natężenia zwyczajnego nieżytu. Jestto częstokroć cierpienie pierwotne, wywołane bezpośrednio ugnieceniem pęcherza podczas samego porodu.

Jedném z najważniejszych następstw zapalenia wnętrza macicy, jest przeniesienie się sprawy zapalnéj 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 téż przeniósłszy się ze strzępów jajowodowych, wywołać może zapalenie okołomaciczne, które łatwo przechodzi w rozlane zapalenie otrzewnéj, a nawet mimo ograniczenia się, spowodować może zwężenia lub zrośnięcia jajowodów, z dalszemi złemi następstwami tego stanu. Bardzo téż często zdarzającém się powikłaniem cięższych wypadków, są zmiany w naczyniach limfatycznych i krwionośnych macicy, bardzo przykre w skutkach.

Przyczyny. Zapalenie wnętrza macicy występuje albo sporadycznie albo epidemicznie. Przyczyny formy sporadycznéj 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 operacyach położniczych, jak przy obrocie, oddzielaniu łożyska i t. p., jeżeli takowe wykonywają się wśród niepomyślnych warunków lub też nieumiejętnie, macica, a szczególniéj wewnętrzna jéj 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 zboczeniami w bólach, podniesieniem ciepłoty, wypływem ropiastym lub posokowatym i gdy doszła pewnego natężenia, trwa daléj po porodzie; albo też rozwija się dopiéro podczas samego połogu. Do tych wypadków najbardziéj zbliżonemi są inne, w których zapalenie wywołaném zostaje w skutek bezpośredniego zetknięcia wewnętrznéj powierzchni macicy z materyami gnijącemi: jak np. z gnijącym płodem lub z rozpadającemi się resztkami łożyska, błony doczesnéj, 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 występującéj epidemicznie rozbierać będziemy przy opisie gorączki połogowéj.

Objawy i przebieg. Zapalenie wnętrza macicy rzadko kiedy rozpoczyna się zaraz po rozwiązaniu, i równie rzadko po upływie pierwszych 4-ch dni połogu; zwykle początek jéj przypada na 2, 3 lub 4-ty dzień, a często także, jak wspominaliśmy, podczas samego porodu.

Pierwszymi, a zarazem jedynie stałymi objawami téj choroby są: zmienione odchody połogowe (*lochiae*) 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 najbardziéj prostych, zresztą bardzo rzadkich wypadkach, zmiana w odpływach połogowych stanowi nie tylko z początku ale i nadal jedyne zboczenie miejscowe. Przy umiarkowanéj 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 dostępnéj części wewnętrznéj jéj powierzchni nie dostrzegamy nic więcéj, 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 prędzéj lub powolniéj wznosi się do 39° lub 40° i wyżéj; skóra pozostaje wilgotną a wydzielanie mleka nie zostaje zakłóconém. Stopniowo wydzielanie macicy znowu staje się obfitszém; odchody są surowiczo-ropiaste, niekiedy pomięszane z kosmkami, woni nieprzyjemnéj, mdléj, stęchłéj, a przy szybkim rozkładzie cuchnącéj. Wyzdrowienie następuje w ciągu 6 — 10 dni wśród zmniejszającéj się gorączki i powiększającym się odpływie cieczy ropiastéj z części rodnych.

Przy formie krupowéj i łagodnéj błonicowéj, odchody połogowe mają woń kłującо-stęchłą albo cuchnącą, i składają się z cieczy śluzowatéj lub ropiastéj, w któréj zawieszone są odrobiny rozpadających się strupów błony śluzowéj i zakrzepów, albo też większe bryłki i płatki błoniaste. Tu prawie stale istnieją połogowe wrzody w pochwie, skutkiem odłożenia się nalotu błonicowego na nadpęknięciach (lub na powierzchniach przecięcia w razie krwawego rozszerzenia szpary sromnéj). Z drugiéj strony nie rzadko zdarzają się wypadki, w których wrzody połogowe się rozwijają, wywołują kilkodniową gorączkę, poczém się znowu oczyszczają, a jednak ani odchody połogowe żadnéj skutkiem tego nie ulegają zmianie, ani też nie daje się spostrzedz bądź przedtém, bądź też potém 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 najmniéj bolesność macicy przy naciskaniu po bokach dna lub szyi, co trwa jeden lub kilka dni. Niekiedy rozwija się przytém mała nabrzmiałość w sąsiedztwie macicy, późniéj dająca się wymacać, i w ogóle rozmaite stopnie przejściowe między przeważającém zapaleniem wnętrza macicy, a zapaleniem obokmaciczném. Innym razem spoistość saméj macicy bywa także nieco zmienioną, sadłowatą, lub jeszcze większa. 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 powyżéj, najbardziéj prostych wypadkach.

Jeżeli jednak zapalenie wnętrza macicy występuje z charakterem posokowatym, to z macicy wysącza się cuchnąca posoka czerwonawo-brunatna, czekoladowata lub czarniawa, a wrzody połogowe sprowadzają

głęboko drążącą zgorzel tkanek, albo też z wejrzenia zbliżają się wiele, a nawet zupełnie do zgorzeli szpitalnéj. Macica jest miękka lub ciastowata; gorączka przybiera wkrótce charakter durzycowy, albo też 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 więcéj lub mniéj rozległego zajęcia otrzewnéj, w zwiotczałych ich piersiach wodniste znajduje się mleko, mocz i stolce oddają mimowolnie. Posoczysta forma zapalenia wewnątrzmacicznego połączona bywa zwykle z zapaleniem tkanki łącznéj otaczającéj macicę, również szybko doprowadzającém do zgorzeli, o czém późniéj jeszcze będziemy mieli sposobność pomówić.

Rozpoznanie zapalenia wnętrza macicy w początkach, jakotéż w lżejszych wypadkach, opierać się może tylko na oznaczonych powyżéj zmianach w odpływach połogowych, oraz na przypadłościach gorączkowych. Jeżeli zaś zapalenie występuje z silniejszém 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. Daléj, przy każdém zapaleniu wnętrza macicy określić trzeba charakter choroby, kierując się wyżéj 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 najczęściéj 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 też jeżeli gorączka prędzéj lub późniéj przybiera charakter durzycowéj, w takim razie nigdy prawie nie widzimy wyzdrowienia, i do tego najczęściéj choroba szybko śmiercią się kończy.

Lżejsze formy zapalenia wnętrza macicy i pochwy nie wymagają wcale właściwie przeciwzapalnego l e c z e n i a; zaś wypadki ciężkie, charakteru posokowatego, wprost takowego wzbraniają. Nigdy też nie posługujemy się ogólnemi upustami krwi, a miejscowemi wtedy tylko, jeżeli występuje bardzo silny ból, skutkiem współcierpienia otrzewnéj lub tkanki łącznéj okołomacicznéj,—i to przeważnie w nadziei uśmierzenia tego bólu. W takim razie stawiamy 10—15 pijawek na bolesnéj 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 otrzewnéj miało na piérwszy plan wystąpić. W innych razach, poprzestajemy na środkach wypróżniających, posiadających umiarkowane drugorzędne miejscowe działanie, a żadnego ogólnego; i w tym celu podajemy najczęściéj oléj rącznikowy (co 6 godzin łyżkę, dopóki nie nastąpi wypróżnienie), rzadziéj 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 znacznéj gorączki, takowa najprędzéj się zmniejsza po obfitych wypróżnieniach. Mając pod ręką linię krzywą ciepłoty, najlepiéj potrafimy się kierować w wyborze środka czyszczącego, jego dawki, jakotéż 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 wewnętrznéj 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 ogrzanéj do 27—29° R., które polecamy dokonywać kilka razy dziennie, bez gwałtu, zapomocą strzykawki macicznéj. Woda gorętsza lub zimniejsza od wyż podanéj ciepłoty, wywołuje często bardzo silne bóle, a tém samém oczywiście szkodzi. W przerwach między nastrzykiwaniami przy obfitszém 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 okolicznéj skóry. Jeżeli wrzody w pochwie pokrywają się błonami rzekomemi, albo też stają się brudnemi i powiększają, skutkiem szerzenia się rozpadu zgorzelinowego, to jedynym środkiem zdolnym za-

pobiedz znacznym zniszczeniom i przyspieszyć zagojenie jest przyżeranie dna wrzodu saletrzanem srebra lub téż jeszcze energicznéj działającym środkiem żrącym. Jeżeli przyżeranie rozciągniemy także i do dostępnych owrzodzeń części pochwowéj, to zrobimy wszystko co jest w naszéj mocy, dla zapobieżenia posocznicy.

W razie rozpadu posokowatego najbardziéj wewnętrznych warstw macicy, używać nam przyjdzie środków uznanych za skuteczne przy leczeniu wrzodów gnijących i zgorzelinowych, chociaż nadzieja uratowania choréj będzie bardzo mała. Nastrzykiwania naparu rumianku i wody chlorowéj (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 podanéj przy opisie gorączki połogowéj, 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.* — Maréschal 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 leżącéj wywiązuje się albo w skutek znaczniejszego

ugniecenia, jakiego szyja macicy podczas porodu doznała; albo też, i to częściéj, poczyna się ono w okolicy pęknięć części pochwowéj; albo wreszcie, rozwija się skutkiem przeniesienia się pierwotnego zapalenia wewnątrzmacicznego, na miąższ tego organu. Sprawa zapalna, według poszukiwań Virchow'a, tkwi w tkance łącznéj; szerzy się przeważnie po podotrzewnych warstwach ściany macicy, i przenosi ztąd 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 pomętniała, a późniéj tak wygląda jak napęczniała galareta włóknikowa. Pochodzi to ztąd, że ciałka tkanki łącznéj są powiększone i wypełnione obfitszą, niekiedy wyraźnie ziarnistą zawartością. Późniéj, 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 wcześnie obrzmiewają— i zostają pochłonięte.

Lecz pomyślne to zejście nie zawsze miewa miejsce. Niekiedy przychodzi do rozrostu tkanki łącznéj, skutkiem czego pozostaje stwardnienie macicy lub sąsiednich jéj części. Nie rzadko też rozwija się ropienie, gdy w zabarwionéj na żółtawo-biało, obrzmiałéj tkance, powstanie obfita ilość komórek, mających kształt ciałek ropnych. Jeżeli sprawa z jeszcze więcéj zjadliwym występuje charakterem, to kończy się zgorzelą. Przytém albo podsurowicze warstwy macicy, a zwłaszcza tylnéj części szyi, więzów szerokich, podścieliska jajników ze stanu obrzęku w jakim się znajdowały przechodzą w żółto-białą, prawie sérowatą dyfteryą, która pociąga za sobą obumarcie włókien sprężystych i naczyń; albo też tworzy się rozmiękczenie zgorzelinowe, które w wielkich rozmiarach widzieć można w jajnikach, a przy którém tkanka nasiąka posoką zabarwioną czerwonawo lub brunatno przez zakrzepłą w naczyniach i rozłożoną krew; albo wreszcie, i to mianowicie przy obecności naddarć w pochwie lub szyi macicznéj, rozpad jest gnilny;— tkanka kruszeje i oddziela się wiotkiemi 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 częściéj jednak znajdują się w bezpośredniém sąsiedztwie z takowemi albo też w pewnéj od nich odległości. Ropienia maciczne, które się różnią od mającego się poniżéj opisać bańkowatego rozszerzenia naczyń limfatycznych, brakiem gładkiéj błony wyścielającéj ich ściany, powstają nadto jeszcze w skutek pierwo-

tnych zakrzepów w żyłach, których obecność pociąga za sobą rozpad ścian naczyniowych. 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, najczęściéj 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; najczęściéj wszakże otwierają się, i to albo do jamy macicy, do jamy otrzewnéj, albo téż, jeżeli poprzednio zrosły się z sąsiedniemi narządami, to do nich, mianowicie téż do kiszek.

Ropnie zewnątrzotrzewne (miednicze) umieszczone bywają, albo odpowiednio do zwykłego punktu wyjścia zapalenia obokmacicznego, w najbliższém sąsiedztwie macicy i pochwy, przy przedniéj lub tylnéj części szyi macicznéj, 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 znajdującéj się tu tkance łącznéj podsurowiczéj, ale i wtedy, gdy ropa zebrana w znacznéj ilości w więzie szerokim dostanie się bądź bezpośrednio, bądź wypełniwszy poprzednio przednią lub tylną część odpowiedniéj połowy miednicy, do dołu biodrowego. Ropnie powstające w przedniéj części małéj 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 otrzewnéj. Niekiedy opuszcza się ropa w małéj miednicy ku kroczu, albo téż przez dziurę kulszową dostaje się pod mięśnie pośladkowe. Ropnie przytykające do przedniéj ściany brzucha, mogą takową przedziurawić w rozmaitych miejscach, najczęściéj ponad więzem Poupart'a; albo téż za więzem okrągłym dostawać się mogą do wargi sromnéj. Może się także ropa opuścić pod więzem Poupart'a, (wydostając się z miednicy wraz z naczyniami udowemi, 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 okostnę, 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 łącznéj pociągają za sobą ważne zmiany w naczyniach limfatycznych, znane dawniéj pod nazwą: Lymphangioitis. Naczynia te, zwłaszcza też leżące w miejscu przyczepienia jajowodów i niżéj, po bokach macicy, bywają prawie zawsze porozszerzane, miejscami zatokowato rozdęte i wypełnione miękkiemi, białawemi skrzepami, albo też żółtawo-białą lub żółtawą, papkowatą lub ropiastą zawartością, podczas gdy ich ściany w początkach stale bywają prawidłowe. Niekiedy za zmienionemi w ten sposób pojedyńczemi naczyniami śledzić można aż do tego miejsca na szyi macicznéj, gdzie się znajduje pęknięcie. W innych razach mogą się one rozciągać daleko po za granice macicy. Bardzo często znajdujemy naczynia limfatyczne w jednym lub obu jajnikach wypełnione kruchemi czopkami albo już płynnemi massami. Cierpienie jednostronne, podług Buhl'a odpowiada najczęściéj siedlisku ciała żółtego i miescu w którém łożysko było przytwierdzone. Nie rzadko cierpienie sięga aż do splotów podbrzusznych i lędźwiowych albo jeszcze wyżéj wzdłuż kręgosłupa. Te zakrzepy w naczyniach limfatycznych, według poszukiwań Virchow'a są następstwem dostania się do owych naczyń materyi włóknikowéj, rozwijającéj się w choréj tkance; późniéj mogą następczo i same ściany tych naczyń uledz zapaleniu i ropieniu, skutkiem czego mogą się potworzyć ropnie, albo też żylaki limfatyczne połączyć się mogą z istniejącemi w pobliżu ogniskami ropy lub posoki.

Aż do ostatnich lat upatrywano w krzepnieniu limfy źródło występującéj tak często posocznicy (*ichorrhaemia*); aż dopiero Virchow wykazał, że krzepnienie to przeszkadza raczéj 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 nietylko obok naczyń zakrzepłych, ale i tam gdzie zakrzepów brakuje zupełnie, znajdujemy naczynia limfatyczne okolic lędźwiowéj, biodrowéj a niekiedy także i pachwinowéj przekrwione, obrzmiałe, a skutkiem bujania komórek w torebkach, wyglądające mniéj lub więcéj gąbczasto; daléj, doświadczenie uczy, że rozległość zakrzepów w naczyniach limfa-

tycznych nie stoi w prostym stosunku do ciężkości ogólnéj 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 otrzewnéj z wysiękiem bądź żółtawym, krupowym, bądź też brudnym, posokowatym. Według Buhl'a, choroba ta jest bezpośredniém następstwem cierpienia naczyń limfatycznych, manifestującego się albo opisaną powyżéj nieprawidłową ich zawartością, albo też tylko trzęsko-surowiczym nasiękiem tkanki łącznéj podotrzewnéj. Jednakże spostrzeżenia v. Recklinghausen'a przemawiają za tém, że zapalenie otrzewnéj stoi w związku przyczynowym nie tyle ze zmianami w naczyniach limfatycznych, ile raczéj ze zmianami w tkance łącznéj, z wędrówką ciałek ropnych. Wysięk krupowy odkłada się na organach, lub też domięszany jest w większéj lub mniejszéj ilości do surowicy zebranéj 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 otrzewnéj nie rzadko dołącza się późniéj obustronne zwykle zapalenie opłucnéj, które podług Buhl'a i E. Wagner'a ma się również wyprowadzać ze zmian w naczyniach limfatycznych.

Ale prócz tego, wsysanie szkodliwych materyi z chorych tkanek przez naczynia limfatyczne i przenoszenie ich do krwi,—t. j. posoczница, sprowadzić może nawet zmiany w samym miąższu pewnych organów. Przedewszystkiém śledziona przedstawia się nabrzmiałą, a przytém, jeżeli ilość krwi w ogóle nie zmniejszyła się, jest ona ciemno-czerwona, miękka i posiada ciałka Malpighi'ego uderzająco powiększone. Wątroba bywa niekiedy bardzo wielka i krwista, zwykle jednak zawiędła i zmniejszona, krucha, i żółto-zielonawo lub żółto-brunatnawo zabarwiona. Ściślejsze badanie wykrywa tłuszczowy rozpad komórek, jak przy ostrym zaniku. Nerki są bardzo kruche; nabłonek istoty korowéj 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 bliżéj 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 sercu znajdujemy również często poczynające się stłuszczenie włókien mięsnych. Nawet w niektórych mięśniach ciała spotkać można ostro powstałe rozmiękczenie.

Posocznica wywołuje również tak zwane rozlane przerzuty na błonach śluzowych i surowiczych, na skórze, w tkance łącznéj podskórnéj i międzymięśniowéj i t. d. Najpospolitszym z nich, jest cierpienie błony śluzowéj 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 zstępującéj i w odbytnicy. Mniéj często zajętą bywa błona śluzowa przyrządu 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 błonicowe zapalenia krtani, tchawicy i jam nosowych, jakotéż przerzuty skórne pod postacią różycy, róży, bąblicy lub pryszczy, przynajmniéj dość często. Z błon surowiczych, oprócz otrzewnéj i opłucnéj, o czém już wspominaliśmy, zajętemi bywają: opona pajęcza mózgu, osierdzie, a przedewszystkiem błony stawowe. Najczęściéj daje się spostrzegać zapalenie błony surowiczéj stawu kolanowego, łokciowego i ramieniowego; rzadziéj biodrowego, stawów palcowych, kręgowych, żebrowych, żuchwowych i obójczykowych oraz chrząstkozrostów miedniczych; kończy się ono zwykle ropieniem. Przytém mogąc późniéj, skutkiem przedziurawienia, uledz 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 najczęściéj zajętém zostaje spojenie łonowe; zresztą ani zapalenie tego spojenia, ani też jednego lub drugiego spojenia krzyżobiodrowego nie zawsze jest przerzutowéj natury: owszem, częściéj jeszcze zdarzają się pierwotne cierpienia tych spojeń, w następstwie traumatyzmu porodowego, jako też inne, spowodowane bezpośredniém rozprzestrzenieniem się posokowatego zapalenia tkanki łącznéj miednicy. Przerzuty w tkance łącznéj podskórnéj i śródmiąższowéj mogą się przedstawiać pod formą wrzodzianek lub wąglików, albo też występować pod postacią rozlanego zapalenia tkanki łącznéj, 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 napotykane, ropiaste i posokowate nacieczenia tkanki łącznéj międzymięśniowéj, 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 saméj substancyi mięsnéj.

Objawy i przebieg. Łagodne formy rozlanego zapalenia macicy i tkanki łącznéj ją otaczającéj, które na szczęście, częściéj 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 mniéj lub więcéj dotkliwy. W innych razach bóle samoistne są bardzo żywe, ale i wtedy zwykle ograniczają się tylko na okolicy macicy i jéj sąsiedztwa, a bynajmniéj się nie rozpościerają na części brzucha leżące po nad pępkiem. Różnice te zależą w części chociaż nie wyłącznie, od tego, czy miedniczy odcinek otrzewnéj bierze udział w cierpieniu czy téż 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 wcześnie odpływać przestaje, a późniéj odchody przybierają woń cuchnącą, są wybitnie śluzowate, lub wyglądając jak ropa za nadto obfite, i zawierają przymieszki z cząstek zakrzepów i strupków. W połowie mniéj więcéj wypadków tworzy się na pękniętych lub ciętych ranach warg sromnych, pochwy i ust macicznych nalot błonicowy, jużto łatwo dający się zeskrobać, już silniéj spojony z dnem owrzodzenia, ale nie pociągający za sobą głęboko drążącéj zgorzeli tkanek.

Gorączka, jak przy każdém zapaleniu połogowém, poczyna się zwykle wyraźnym dreszczem. Ciepłota prędzéj lub powolniéj 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. Najczęściéj po trzech, rzadziéj po 4-ch lub 5-ciu dniach przychodzi wyraźne zwolnienie; nie daje to jednak żadnéj pewności, iżby w krótkim czasie gorączka nie miała się podnieść na nowo.

Bardzo często, w tkance łącznéj przylegającéj do zewnętrznéj powierzchni macicy, powstają wyraźne obrzmienia. Wypadki te nie odznaczają się od innych ani szczególną gwałtownością samoistnych

bólów lub wrażliwością na nacisk, ani też znacznem podniesieniem się ciepłoty, lub przyspieszeniem tętna i oddechania; lecz gorączka przy nich trwa dłużéj, przecięciowo 17 dni, w innych razach tylko 9; niekiedy wraca ona, po zwolnieniu pół lub całotygodniowém, na nowo, i trwa potém dłużéj niż pierwszym razem. Wytworzone obrzmienia przylegają najczęściéj bezpośrednio do bocznéj powierzchni ciała macicy, tak, że tylko przy staranném połączeniu badania zewnętrznego z wewnętrznem odkryć można, sprawione ich obecnością pozorne częściowe powiększenie macicy, jakotéż szczelinę między niemi istniejącą od góry, od dołu lub w obu kierunkach. Rozciągają się one jużto więcéj ku tylnéj, już więcéj ku przedniéj powierzchni macicy i sięgają nieraz aż do przeciwnego brzegu tego organu albo aż poniżéj 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 więcéj, nad mniéj lub więcéj 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 drugiéj stronie, gdzie też wyłącznie tylko może się rozwinąć obrzmienie. Rzadziéj zdarza się widzieć aby obrzmienie po obu wykształcało się stronach. Jeżeli ścisłe zbadanie jest możebne, to już na drugi lub trzeci dzień wykryć można istnienie rozlanéj odporności w sąsiedztwie macicy, najczęściéj jednak potrzeba na to dłuższego czasu, a zanim zdołamy wyczuć na mniejszéj lub większéj przestrzeni ograniczoną twardość, upływa prawie piérwszy tydzień. Guzy rozwinięte w dole biodrowym, a gubiące się nieznacznie w małéj miednicy, najpóźniéj odkrytemi być mogą; gdyż tylko od góry wynaleść się dają. Objętość ich bywa bardzo zmienna. Guzy na znacznéj rozciągłości zlane z macicą i niezbyt wielkie nie sprowadzają 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 moczu, gdyż guzowatości częstokroć nie dotykają ani pęcherza moczowego ani odbytnicy. Przeciwnie, w razie istnienia guzowatości rozwiniętych pierwotnie w górnéj części dołu biodrowego, widzieliśmy zaraz po wystąpieniu gorączki rozwijące się nadzwyczaj gwałtowne bole nerwowe w okolicach nerkowéj i lędźwiowéj, po stronie choréj, bole trwające znaczną liczbę godzin. Wysięki 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 małéj miednicy leżące, jeżeli są znaczniejszéj objętości, uciskając sąsiednie organa i nerwy, stają się powodem dalszych zaburzeń, jakiemi są: zaparcie stolca, ból przy oddawaniu takowego, rzadziéj—wydymania, dolegliwości przy oddawaniu moczu, i, co jest ważną wskazówką, gwałtowne nerwobóle a przynajmniéj 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 charakterystycznem jest z jednéj strony silne zgięcie uda, albo, przy nieznacznem zakłóceniu czynności, chód kulejący, a z drugiéj strony, ból, bardzo silny częstokroć, jaki wywołujemy usiłując wyprostować kończynę w stawie biodrowym.

Nie może też być wątpliwości co do umiejscowienia zewnątrz otrzewnéj 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 znacznéj przestrzeni z macicą, jako też 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 dopiéro możemy wykryć ich obecność, a zwłaszcza ta okoliczność, że piérwsza gorączka, jakeśmy to już przy wyżéj wyliczonych wypadkach kilkakrotnie powtórzyli, nie trwa niekiedy dłużéj jak przez piérwszy tydzień, a częstość tętna nie przechodzi 100; to nam tłomaczy, 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 dopiéro zasięgały naszéj rady, z powodu że nie czuły się choremi, stale byliśmy w stanie wykryć, że w pierwszych dniach połogu gorączka istniała a najczęściéj, że nie brakowało przytém bólu w podbrzuszu i t. p. Badanie wykazywało też regularnie, że istniał już i guz mniéj lub więcéj znaczny. U położnic, u których od początku mogliśmy spostrzegać późno rozwijające się obrzmiałości, zapalenie obokmaciczne nie rozpoczynało się w tym dopiéro czasie, lecz było tylko zaostrzoném pozornie już wygasłéj lub rozchodzącéj się sprawy chorobowéj, w skutek podziałania na nią nowéj szkodliwości, jaką mogło być np. ściślejsze badanie.

Zdarza się nie rzadko, że z zaostrzeniem się albo z powrotem gorączki, wracają zarazem nietylko bole miejscowe, ale przychodzi nawet do niewielkich krwotoków macicznych. Niekiedy powtarza się to kilkakrotnie, chociaż ropień się nie tworzy.

Bardzo często, jeżeli guzowatość jest znacznéj 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 r o p i e n i e, to po pierwszém zwolnieniu gorączka na nowo się podnosi i zaostrza wieczorem, tak że ciepłota albo szybko, albo téż, co częściéj, stopniowo, wznosi się po nad 40°. Jednocześnie wzmaga się ból w guzowatości i jéj 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 łącznéj w dole biodrowym, chociaż nabrzmiałość zbliżyła się już stopniowo do więzu P o u p a r t ' a, a zmiana w jéj położeniu nadto tém jeszcze się nacechowała, że wywołane jéj obecnością bole nerwowe, przeszły stopniowo z górnych gałęzi splotu udowego na dolne gałęzie tegoż splotu. W innych razach, w których wykazaném zostanie, że ropa opuściła się z miednicy pod więzem P o u p a r t ' 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 brzusznéj, która leży bezpośrednio po nad liniją biodro-grzebieniową, nie dowodzi jeszcze aby jego zawartość miała być ropną, ale dopiéro nacieczenie tkanki łącznéj po za mięśniami brzucha, sięgające wysoko w górę ku pępkowi albo nawet po nad pępek. Nawet i występująca w początkach deskowata twardość guzowatości wywołanéj zapaleniem tkanki łącznéj, 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 małéj przestrzeni, podobnie jak przy ropniach sutek, częstokroć tak dalece, że można będzie późniéj wyczuć w tém miejscu znaczną sprężystość, aż do uczucia chełbotania dochodzącą. W późniejszych okresach

choroby, jak przytacza i König, małe takie przestrzenie istnieją i bez tego.

Dobrowolne otworzenie się ropnia do organów wewnętrznych zdradza się jużto wybitniejszemi, już łatwiéj uchodzącemi przed wzrokiem przypadłościami. Opuchnięcie téj części pochwy która graniczy z ogniskiem choroby zdarza się nietylko przy ropném zapaleniu tkanki łącznéj. 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, któréj nagłe wystąpienie, po poprzedzającém ją zaparciu stolca, zwykle bardzo jest uderzającém. Niekiedy do piérwszych wydalin, tak z odbytnicy jakotéż i z pęcherza domięszaną bywa mała ilość krwi. Zawsze jednak mieć trzeba na względzie możność otworzenia się ropnia więcéj 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 niém 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 silniejszém napięciu ścian ropnia, t. j wtedy gdy jego jama jest wypełniona, bywają rozwarte.

Niekiedy jednak, nawet po dobrowolném lub sztuczném otworzeniu, jeżeli piérwsze wydalenie ropy nie było wystarczającém, przypadłości miejscowe i gorączka podnoszą się jeszcze przez dni kilka, dopóki dostateczny odpływ nie nastąpi. W piérwszych chwilach przeszkadza niekiedy odpływowi takiemu zwolna dopiero ustępująca sztywność ścian ropnia. W tych wypadkach, gdzie ropień znacznie się opuścił, opróżnianie się jego i późniéj łatwo doznaje przeszkód. Tu wszystkie objawy trwają daléj z dawném natężeniem; ropa toruje sobie nowe drogi, a życie coraz bardziéj 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 zjadliwego charakteru zapalenia tkanki łącznéj, dołączają się do poprzednio wymienionych przypadłości objawy rozlanego zapalenia otrzewnéj i posocznicy, a częstokroć, wkrótce także i obja-

wy zapalenia opłucnéj. Albo też, zaraz z początkiem choroby, obok zmian w odchodach połogowych i w dostępnych dla badania ranach połogowych, które przedstawiają cechy silnéj błonicy, wstawiają się zarazem bole w rozmaitych częściach brzucha, szybko zwiększające się wzdęcie, a późniéj wymioty żółto-zielonego płynu. W piérwszym wypadku, ciepłota, częstość tętna i oddechania wznoszą się powolniéj; w ostatnim piérwsza szybko dochodzi 40—42°, i utrzymuje się na téj wysokości z małemi nieregularnemi wahaniami, dopóki nie przyjdzie wyczerpanie sił, najczęściéj poprzedzające śmierć, albo też, dopóki przy równoczesném zmniejszeniu częstości tętna nie nastąpi istotna poprawa. Tętno, w porównaniu z łagodnemi wypadkami, podnosi się nierównie znaczniéj aniżeli ciepłota; częstość jego dochodzi szybko do 120 przeszło uderzeń, późniéj do 140—160, a wraz z tém liczba oddechów do 40—70. Wdechanie, utrudnione w skutek bolu 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 (wygląd połogowy). 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 otrzewnéj i opłucnéj. Jeżeli choroba przebiega w sposób tu opisywany, to śmierć przychodzi najczęściéj w ciągu piérwszego tygodnia, a niekiedy już przed upływem piérwszych 48 godzin. Chociaż choroba przebiega w jak najgwałtowniejszy sposób, nie zawsze wiąże się to z niepospolitém 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 téj 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 otrzewnéj nie sprowadzi śmierci, to choroba wlec się może całemi tygodniami, dając powód do powstawania rozmaitych poprzednio opisanych, przerzutów, w stawach, podskórnéj i śródmiąższowéj tkance łącznéj i t. p., które sprowadzają wtedy wzmaganie się gorączki i odpowiednich im miejscowych zaburzeń.

W szczególnych wypadkach, zapalenie otrzewnéj bywa w ogóle niezbyt natężone, jakkolwiek krzepnienie w naczyniach limfatycznych jest bardzo rozlegle (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 najczęściéj szybko, niekiedy nawet w kilka godzin śmiercią się kończą, a w których krzepnienie limfy albo w małym tylko stopniu albo wcale miejsca nie miało, a nawet i w tkance łącznéj macicę otaczającéj tylko nieznaczne zmiany wykazać się dają; tak, że przy oglądzie pośmiertnym znajdujemy głównie tylko rozkład krwi (*dissolutio sanguinis*), wynaczynienia krwiste pod błonami surowiczemi jamy brzusznéj i piersiowéj i papkowate, prawie aż do rozpływania się posunięte rozmiękczenie śledziony. Objawy wśród jakich choroba w takich razach przebiega, odnoszą się do ciężkiego wstrząśnienia układu nerwowego i ogólnego rozkładu krwi. Początek jéj przypada zwykle na piérwsze chwile po ukończeniu porodu, albo jeszcze przed końcem tego ostatniego, i cechuje się najczęściéj 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 téż znowu zaraz od początku senność i śpiączkę. W piérwszym razie objawy podniecenia przejść późniéj mogą w objawy otępienia, albo téż wrócić może samowiedza. Stale widzieć można wielki upadek sił przy ogólném osłabieniu mięśni, podrywaniu ścięgien, słabém, małém, bardzo częstém tętnie, przyspieszoném oddechaniu, zmianie wyglądu twarzy; niekiedy pokazują się ciemne, krwisto-czerwone plamy, mniejszéj lub większéj objętości na różnych miejscach skóry, zwłaszcza téż na kończynach i okolicy krzyżolędźwiowéj.

Naszkicowaliśmy powyżéj główne tylko typy przebiegu choroby. Wystarczają one do wykazania, jak rozległemi są różnice wynikające z mniéj lub więcéj zabójczego charekteru zapalenia tkanki łącznéj otaczającéj macicę, jakotéż z wystąpienia lub braku rozmaitych możliwych jego następstw, a zwłaszcza z rozwijającéj się w późniejszym czasie posocznicy, jakotéż z mniéj lub więcéj znacznego jéj natężenia.

Rozpoznanie rozlanego zapalenia macicy i tkanki łącznéj ją otaczającéj w ogóle, jakotéż 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 poniżéj.

Rokowanie zależy od łagodności lub złośliwości sprawy. Ale w piérwszych dniach choroby bynajmniéj 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 posoczysta, a sprawa chorobowa sprowadzi rozległą zgorzel tkanek. W innych razach chore mogą wynędznieć 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 gorzéj, jeżeli ropa wyleje się do pęcherza moczowego. Jeżeli ropień otworzy się do jamy macicy, to łatwiéj 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 otrzewnéj, choroba szybko śmiercią się kończy.

Z chorych, u których się rozwinie rozlane zapalenie otrzewnéj, rzadko która zdrowieje; następcze zapalenie opłucnéj niemal stale sprowadza śmierć. Wystąpienie posocznicy nie burzy jeszcze wszelkiéj nadziei; szczególniéj téż przy przewlekłym jéj 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. Najczęściéj 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. Przejście podniecenia psychicznego w trwałe zaburzenie psychiczne, jeżeli się w ogóle zdarza w takich okolicznościach, to w każdym razie rzadko.

Leczenie. Przy leczeniu łagodnych zapaleń tkanki łącznéj postępujemy w początkach według zasad podanych przy za-

paleniu wnętrza macicy. Wessanie się guzów, pozostałych po spadnięciu gorączki, przyspieszamy najczęściéj 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 zewnętrznem użyciu takowych, w pobliżu guza. Te z pomiędzy nich, które silnie drażnią skórę, z pewnością najodpowiedniéj są w stanie zastąpić coraz bardziéj zarzucane, w Niemczech przynajmniéj, pryszczydło. Zresztą nie widzieliśmy wielkiego pożytku z użycia środków odciągających, i z téj przyczyny, od dawnego czasu używamy tylko zwyczajnéj maści z jodku potassu. Najlepszy skutek dawały nam stale ciepłe kąpiele nasiadowe, a lepiéj 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 niéj. 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 otworzenie, 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. Osiagamy tym sposobem to, że opróżnić możemy ropień nie rzadko już na początku lub pod koniec 3-go tygodnia choroby, chociaż nawet ropień przylega do przedniéj ściany brzucha, albo téż się opuścił pod mięśnie pośladkowe. Ażeby odpływ ropy (i zmartwiałych cząstek tkaniny) uczynić swobodnym, najlepiéj jest otwierać ropień sztucznie za pomocą noża. Zastosowanie trójgrańca ograniczyć należy do tych tylko wypadków, gdzie przekłucie wypada robić przez odbytnicę. Obieramy takie miejsce, w którém ściana ropnia najbardziéj 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 przedniéj ściany brzucha, to nie będziemy potrzebowali obawiać się zranienia otrzewnéj, jeżeli tylko robić 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 otworzeniu 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 dokładniéj przy gorączce połogowéj.

Cierpienia otrzewnéj będące następstwem zapaleń łączno-tkankowych, z powodu połączonych z niemi bólów, wymagają zastosowania miejscowych upustów krwi i suchego zimna, podobnie jak zapalenia otrzewnéj 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 zapalnéj w błonie surowiczéj, daje, według naszego przekonania, wewnętrzne i zewnętrzne użycie rtęci. Że jednak choroba często bardzo ostro przebiega, należy więc wcześnie przystępować do podania rtęci, bo inaczéj 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 otrzewnéj dowodzi, że przezorność nasza była niepotrzebną. Z drugiéj jednak strony nie występuje téż i szkodliwe działanie środka, a u tych chorych u których rozwinie się rzeczywiście to zapalenie otrzewnéj, któregośmy się obawiali, mniejszego już późniéj potrzeba będzie czasu dla sprowadzenia zajęcia dziąseł. 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 mniejszéj 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 otrzewnéj rozwiniętém w skutek przedziurawienia którego z organów, prawie nic nie skutkuje przy cierpieniach połogowych, przekonałem się o tém i ja, podobnie jak inni lekarze. Przeciwstawném temu przekonaniu jest to, że nawet lekarze, którzy, jak Armstrong, podawali kalomel tylko w wielkich dawkach i to tylko w celu sprowadzenia wypróżnień, spostrzegali, iż jak tylko, wbrew ich zamiarom, wystąpił ślinotok, choroba pomyślny brała obrót. Lecz aby ten ślinotok o ile można wcześniéj wywołać, potrzeba obok kalomelu robić jeszcze wcierania maści rtęciowéj, zużywając co 1—2 godziny po ½—2 drachm téj maści, jak

robił Désormeaux podczas epidemii wybuchłéj r. 1829 w szpitalu Maternité, a Traube ze stanowczym pożytkiem powtarzał w ostatnich czasach. Nadmiar maści można potém zetrzeć.

Stawiając rtęć na pierwszém miejscu przy leczeniu zakaźnegę zapalenia tkanki łącznéj, 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 otrzewnéj, tylko w mniejszéj liczbie wypadków naszém leczeniem przeszkodzić będziemy w stanie.

Przed laty, R. de Latour zalecał przeciw połogowemu zapaleniu otrzewnéj „*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 dopiéro czasy wypróbowany był we Francyi przez niektórych lekarzy, i zalecony nadal do użytku. W instytucie akuszerek 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 niéj Dohrn [2]), któremu okazała się pomocną 28 razy na 31 wypadków. Niekiedy już w pierwszych chwilach po jéj zastosowaniu ból łagodniał, i przychodziła ogólna poprawa; zwykle zniżała się wkrótce nietylko częstość tętna i oddechania ale i ciepłota. Dohrn za istotę działania kleiny uważa wywoływane przez nią ściągnięcie się powłok brzusznych, skutkiem czego naczynia ściany brzusznéj ulegają zwężeniu; prócz tego, według jego zdania, i ruchy oddechowe mogą się stawać swobodniejszemi, skutkiem tego, że powłoka z kleiny ogranicza poruszenia niektórych części dotkliwéj ściany brzusznéj. 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 poniżéj pępka leżącą. My teraz dopiéro zaczęliśmy probować tego sposobu, a tém samém, do dalszych doświadczeń możemy zachęcać tylko na zasadzie przekonania innych.

Jeżeli objawy zapalenia otrzewnéj zejdą na drugi plan w obec posocznicy (*ichorrhaemia et septicaemia*), to chodzić nam będzie

[1]) Hugenberger. Bericht über das Hebammeninstitut u. s. w.— Petersburger medic. Zeitschr. Bd. 2.

[2]) Monatsschr. f. Geburtsk. Mai 1865.

o zmniejszenie zakażenia krwi. Niestety! mało jesteśmy w stanie tu pomódz. Właściwie, znamy tylko rozmaite drogi, któremi postępując, można złagodzić gorączkę, podtrzymywaną przez posocznicę, i przez utrzymywanie chorych przy siłach, powiększyć widoki ich ocalenia. Upusty krwi z żył, używane w celu wydalenia części zabójczych pierwiastków ze krwi, słusznie zostały zaniechane, gdyż żadnéj nie przynoszą korzyści, i do tego jeszcze osłabiają, chociażbyśmy nawet utraconą krew zastąpili w części, za pomocą przelania (*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 pomyślne ich skutki zachwalali tak wielcy mężowie nauki ubiegłego stulecia, jak Gordon, Hey, Armstrong, Campbell. Co najmniéj, bardzo jest także wątpliwém, 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. Gordon zauważył, że dobrowolne pojawienie się biegunki sprowadzało niekiedy polepszenie i wyzdrowienie; na téj zasadzie dawał on wielkie dawki kalomelu z korzeniem jalapy. Hey i Armstrong wywoływali i podtrzymali biegunkę w celu leczenia niektórych chorych.

Późniéj, zdawało się być rzeczą stwierdzoną w różnych epidemiach, że środki wypróżniające są bezpożyteczne a nawet widocznie szkodliwe (przynajmniéj silniejsze środki czyszczące solne i inne), a obojętność dla nowych prób rosła w miarę tego, jak się przekonywano o wielkiéj częstości następczych zajęć kiszek przy posoczystych formach zapalenia macicy. Ostatniemi czasy Seyffert znowu powrócił do używania metody przeczyszczającéj na rozległą skalę, a i Breslau doszedł takoż do przekonania, że środki wypróżniające bardzo ważną odgrywają rolę przy leczeniu gorączki połogowéj. My sami nie przekonaliśmy się jeszcze, czy środki czyszczące, czynią to samo co rtęć, w tych wypadkach, gdzie się rozwija zapalenie otrzewnéj, a okoliczności uboczne na użycie rtęci dozwalają; w innych jednak razach widzieliśmy stosunkowo bardzo dobre skutki z wczesnego i kilkakrotnego silnego pobudzenia przewodu kiszkowego, a przynajmniéj często po wystąpieniu silnéj biegunki gorączka znacznie wolniała. To téż i my zalecamy, w wymienionych dopiéro 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 skutecznemi w niektórych epidemiach, i to, o ile się zdaje, nie tylko w skutek czyszczącego równocześnie działania, jednak w bieżącém stuleciu nikt ich nie próbował na rozległą skalę. Z pomiędzy środków napotnych znajdowały dawniéj zwolenników przeważnie przetwory amoniakalne, działające zarazem na przewód pokarmowy. Środki moczopędne stanowczo nic nie skutkują ani w początkach, ani na wysokości choroby.

Prędzéj możnaby pomyśleć, że leki odznaczające się działaniem przeciwgnilném, 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 chinowéj, w epidemii 1787/8 r., która się odznaczała szybkiém podnoszeniem się częstości tętna, nagłą zmianą rysów twarzy na charakterystyczne dla chorób połogowych, i szybką utratą świadomości o chorobie. W ostatnich dziesiątkach lat, chinina coraz więcéj zaczęła być używaną przy tak zwanéj ropnicy rannych i położnic. Obniża ona stanowczo, czasem znacznie, ciepłotę i częstość tętna; ale ponieważ obniżenie to nie trwa dłużéj nad 12—24 godzin, więc też podawać ją należy codziennie, lub co drugi dzień. Myśmy się przekonali, że przy natężonéj przynajmniéj gorączce aby osiągnąć pożądany skutek, dawać trzeba gr. Vj—Viij, najlepiéj po rozpoczęciu się zwolnienia; tym bowiem sposobem ograniczamy nastąpić mające nasilenie. Aby lekarstwo pewniéj zostało pochłoniętém, najlepiéj je dawać w roztworze, a w razie drażliwości żołądka, dodawać makowiec. W ten sposób używamy chininy, osobliwie przy przewlekle przebiegającéj posocznicy, po zadaniu środka przeczyszczającego. John Clarke sądzi, że w kilku wypadkach udało mu się przerwać chorobę przez wczesne podanie chiny po poprzedniém oczyszczeniu żołądka przez podanie środka wymiotnego lub wypróżniającego. Podawanie razem makowca, chininy, kamfory i roztworu octanu amonii wychwala Kehrer, opierając się na doświadczeniu nabytém w zakładzie położniczym w Giessen.

W tych wypadkach, gdzie ciepłota jest bardzo wysoka, tętno nader częste, skóra i język suche a przytém senność, nad podawanie chininy przekładamy obwijanie ciała zimnemi mokremi

prześcieradłami. Stosownie do stopnia gorączki, maczać trzeba prześcieradła w wodzie mającéj między 15° a 5° ciepłoty, i obwijanie przedłużać bezustanku, dopóty, dopóki skóra nie ochłodnie, 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 każdém zastosowaniu obwijań widzimy, że ciepłota obniża się zazwyczaj o $1^1/_2$—2 stopni, a niekiedy nawet spada z 42,1° na 37,8° lub 37,6°. Wprawdzie zaraz potém, wznosi się ona szybciéj lub powolniéj 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 obwijań, gdyż zaczynają ziębnąć. Z nowém wzniesieniem się ciepłoty powraca i śpiączka. U jednéj takiéj choréj, (u któréj 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 daléj na 40° i wyżéj) 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 widocznem. U téj choréj 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. Jedyną, 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 naparstnicę i ciemiężycę. Dotychczas nie mieliśmy sposobności przekonać się o działaniu pierwszéj przy więcéj 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 zielonéj (*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 ciemiężyca 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 prędzéj lub późniéj środków podniecających. Z pomiędzy takowych zaleca się szczególniéj 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 więcéj gran. jak tylko siły zaczynają upadać, miarkując z pomyślnego jéj wpływu na tętno, czy ją podawać daléj. W kilku epidemiach, kamfora zaraz od początku wielkie świadczyła usługi. Obok kamfory, zyskał sobie wielu zwolenników, między angielskimi zwłaszcza lekarzami olejek terpentynowy, wypróbowany przez Brenan'a podczas epidemii panującéj r. 1812/13 w Dublinie. Używają ją często wewnętrznie po 3j—ij co 2—3 godziny, a równocześnie w lewatywach i okładach. O pożytku jaki ten środek nam przynosił wspomnimy przy zapaleniu okołomacicznem.

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.

Whyte: *Inquiry into the nature and cause of that swelling on one ether both of the lower extremities, which sometimes happens the lyingin women. Manchester 1784. Deutsch Wien 1785 u. 1802.* — Hull: *Essay on phlegmasia alba dolens. Manchester 1800.*—David Davis: *Essai on the proximate cause of the disease called Phlegmasia dolens. Méd. chir. transact. XII. 2. London 1823.* — Velpeau: *Archiv. génér. VI. p. 220. 1824.* — R. Lee: *l. l. Lond. med. gaz. Sep. 15* i *22. 1843.* — Clemens: *Beob. üb. d. w. schmerzh. Schenkelgeschwulst de Kindb. Frankfurt a. M. 1837.* — Cruveilhier: *Anat. pathol. 13. livrais.*—Helm: *l. c.*—Jonas: *De phlebit. uterin. D. i. Berol. 1841.*— Diemer: *De phlebit. uter. D. i. Rostock 1842.* — Kiwisch: *Klin. Vortr. I.*—Rokitansky: *Pathol. Anat. III.* — Virchow: *Ges. Abhandl. pag. 597.* — Simpson: *On phlegmasia dolens. Med. tim and. gaz. June 4—18 1859.* — W. Tilbury Fox: *Transact. of. th. obstetr. societ. of London. Vol. II. 1861* i *Vol. IV. 1863.* — Hecker u. Buhl: *Klinik der Geburtsk. p. 215 u. 234 Leipzig. 1861.*—

Nivert: *Archiv. génér. Août. 1862.*—Leyden: *Annal. d. Charité. Bd. X. Hft. 2. 1863.*

Już we wstępie do opisu chorób połogowych, wymieniliśmy rozmaite momenty sprzyjające powstawaniu zakrzepów w połogu. Krzepnienie biorące początek z miejsca, w którém łożysko było przytwierdzoném, jeżeli tylko macica niedostatecznie się kurczy, a szczególniéj jeżeli zapaleniu ulegnie, może się odbywać na znacznéj rozległości, a idąc za biegiem żył nasiennych wewnętrznych i macicznych, może się rozciągnąć z jednéj strony przez żyły nerkowe, z drugiéj przez podbrzuszne i biodrowe, aż do żyły głównéj dolnéj, zaś wstecz, do żył pochwy i kończyn dolnych. Skrzepy w pojedyńczych 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 żyle biodrowéj wspólnéj lub też w bliższych albo dalszych jéj rozgałęzieniach. Rozwojowi takich zakrzepów w rozszerzonych naczyniach, sprzyja widocznie istnienie processów zapalnych w tkance łącznéj 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 poczyna się najczęściéj w tym ich końcu, który swobodnie wystaje do jamy macicznéj; pod wpływem stykających się z nim tutaj wytworów zapalenia wnętrza macicy. Może się ono jednak rozpocząć i na przebiegu żył macicznych albo też daléj leżących zakrzepłych naczyń, pod wpływem tych przyczyn, które wywołują epidemiczne choroby położnic. Jeżeli rozpadłe skrzepy nie zostaną wydalone, to cząstki ich zostają uniesione prądem przepływającéj krwi i jeżeli nie sprowadzą nagłéj śmierci, skutkiem zatorowania tętnicy płucnéj, to wywołują zatorowe zapalenia płuc, t. j. ogniska krwotoczne, ropne lub zgorzelinowe z następczém zapaleniem opłucnéj. 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 daléj bywają pędzone, bądź skutkiem potworzenia się takich zakrzepów w lewéj 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 otaczającéj ją tkanki łącznéj, a chore żyły sięgają aż do ognisk posokowatych.

W innych razach zakrzepy wywołują zapalenie błony zewnętrznéj żył, jakotéż przyległéj tkanki łącznéj o samodzielnym przebiegu; chorobę opisaną po raz pierwszy przez Mauriceau, a przez White'a tłomaczoną zatkaniem, rozdarciem, czy też innem cierpieniem naczyń limfatycznych i zwaną białém bolesném obrzmieniem uda (*Phlegmasia alba dolens puerperarum*). Dopóki pozwalano sobie określać niekiedy tą nazwą także i przerzutowe zapalenie tkanki łącznéj podskórnéj 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 powyżéj, 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 tęgością od prostego obrzęku (*oedema*) będącego skutkiem nieprzenikliwości żył. Ale dołączające się przy flegmazyi do zakrzepów zapalenie tkanki komórkowatéj, 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; najczęściéj 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 najczęściéj kończy się rozejściem, rzadziéj ropieniem lub zgorzelą. Wyjątkowo spostrzegano przy niém także zatory, a z pomiędzy tych, zatorowanie tętnicy płucnéj, kończące się nagłą śmiercią.

Niekiedy spotykano także zakrzepy połogowe w żyłach jamy czaszkowé (zatok jamistych, zatoki siodła tureckiego) z ropném zapaleniem opon nózgowych [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. Najczęściéj poprzedzają je objawy nieznacznego lub umiarkowanego zapalenia wewnątrz i obokmacicznego, i dopiéro w drugim tygodniu przychodzi pierwszy dreszcz, który w nieregularnych odstępach czasu się powtarza. Czasem jednak choroba poczyna się silném zapaleniem obokmacicznem; to sprowadza zapalenie naczyń limfatycznych (*Lymphangioitis*) i otrzewnéj, które, gdy krócéj lub dłużéj potrwają, występują na pierwszy plan objawy zapalenia żył. To ostatnie, w wyjątkowych razach rozwinąć się może już w pierwszych dniach połogu. W większéj liczbie wypadków, powolne właśnie, ukryte zbliżanie się wybitnych objawów, a i potém jeszcze powolny stosunkowo przebieg, odróżniają zapalenie żył od zapalenia otrzewnéj powlekającéj macicę, lub złośliwych spraw zapalnych w tkance łącznéj. Że te ostatnie nie często stanowią powikłanie zapalenia żył, tłomaczy się to również i tém, że najczęściéj kończą się one śmiercią, prędzéj nim zapalenie żył rozwinąć się mogło.

Charakterystycznemi objawami zapalenia żył macicznych są kilkakrotne, niekiedy bardzo często wracające dreszcze, czasami żółtaczka i objawy różnorodnych następczych zatorów. Ażeby ocenić wymienione dopiero i najwcześniejsze z objawów, koniecznem bywa zwykle dokładne spostrzeganie przebiegu gorączki przy pomocy ciepłomierza. Niektóre chore miewają wprawdzie dreszcz przy każdém 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 swojéj strony gorączkę podtrzymują. Ztąd téż, 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 łatwiéj uda nam się sprawdzić istnienie przerw wolnych od gorączki albo téż wielkich jéj zwolnień. W tak wielkiéj nieregularności wahań ciepłoty, leży właśnie właściwość gorączki towarzyszącéj zapaleniu żył, gdy tymczasem liczba dreszczów bywa raz znaczniejsza, drugi raz bardzo ograniczona, a zresztą podobne napady dreszczów zdarzają się także przy zapaleniu obokmacicznem w skutek przystąpienia tak zwanych spraw przerzutowych, i tak samo powtarzać się mogą. Przepuszczający charakter gorączki utrzymuje się aż do chwili potworzenia się zatorów, poczém, z powodu rozwijającego się zapalenia

płuc, opłucnéj, i t. p., gorączka przybiera charakter więcéj 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, częściéj niebywa żółtaczki 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 połogowych. Niekiedy poprzedza nawet przepuszczające napady dreszczów. Może ona być takiego natężenia, że barwa skóry dochodzi aż do ciemno-zielonawo-żółtéj.

Najczęstszemi, a zarazem dla swych objawów najważniejszemi pod względem rozpoznawczym są zatory w płucach. Objawy, odnoszące się do różnorodnych zmian chorobnych ztąd wynikających, pomieszczonemi 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 okruchy uniesionemi bywają do tętnicy płucnéj, i jeżeli takową zatkają, szybko sprowadzają śmierć wśród nagle powstałéj, gwałtownéj 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 peryodycznéj 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 głównéj 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, najlepiéj da się objaśnić, jeżeli przyjmiemy, że po wielkiém zwiotczeniu nastąpiło silne skurczenie się macicy, podczas którego ujście tejże było zamknięte. W wypadkach kończących się śmiercią, występuje duszność z utratą przytomności, poczém chore szybko tracą życie, niekiedy wśród lekkich drgawek. Niewielka ilość powietrza wywołuje tylko mniéj lub więcéj 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 biodrowéj.

Czas trwania zapalenia żył macicy, wynosi najczęściéj 2—3 tygodni, lub więcéj; 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 jéj zadanie na tém będzie polegało, aby przez staranne doglądanie i kierowanie porodem przez właściwe leczenie zapaleń wnętrza macicy i przez przestrzeganie środków zapobiegawczych, które podamy mówiąc o gorączce połogowéj, z jednéj strony przeszkadzała o ile można tworzeniu się rozległych zakrzepów, a z drugiéj—ich rozpadowi. Jeżeli sprawa o tyle już postąpiła, że rozpoznanie prawie żadnych nie spotyka trudności, to niepodobna już niemal przeszkodzić ustawicznemu dostawaniu się cząstek zakrzepu do obiegu krwi, ale co więcéj, powstrzymać można niektóre tylko z czynników znanych z doświadczenia, jako sprzyjające temu, jak np. gwałtowniejsze ruchy ciała i żywszą czynność serca, przez przestrzeganie bezwzględnego 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 poczyna się ono przed 4 dniem; zwykle dopiéro w 2-m lub 3-m tygodniu połogu. Najczęściéj zakrzepy powodujące tę chorobę istnieją już dość długo, ale objawy ich, jakiemi są: umiarkowana bolesność okolicy żyły biodrowéj, i nieznaczny obrzęk posuwający się zwolna od stóp ku górze, uchodzą niedostrzeżone, albo też bywają objaśniane w inny sposób, i dopiéro następcze 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 jednéj połowie sromu i na udzie, zkąd szerzy się coraz daléj 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 zaskórnéj uda (*v. saphena*) weźmie udział w sprawie chorobowéj, wtedy widzimy na połyskująco białéj skórze, czerwonawe 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, prędzéj lub późniéj, w podobny sposób cierpieć zaczyna i druga kończyna. Rozpoczęcie się zapalenia dokoła żyły objawia się zwykle dreszczem, po którym następuje ciągła gorączka. Gorączka ta, jakotéż i ból trwają 1—2 tygodni, poczém, jeżeli nie przyszło do ropienia, lub zgorzeli, poczyna się przebieg wsteczny, trwający zwykle kilka a niekiedy wiele tygodni.

Rozpoznanie nie bywa trudne, gdyż właściwości choroby są widoczne, a nadto, zatkane 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 jéj zejściom, jakotéż, rzadko wprawdzie zdarzającym się następczym zatorom. Do tego przedewszystkiem potrzebny jest bezwzględny spokój. Obok tego, kobietom które nie zostały wycieńczone poprzedniemi chorobami, dobrze jest postawić w początkach choroby 10—15 pijawek na górnéj części przedniéj powierzchni uda. Oprócz upustu krwi zaleca się przedewszystkiem wewnętrzne i zewnętrzne użycie rtęci, aż do ślinopłynu, 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 szczególniéj téż, że pogląd, iż złośliwe materye mogą być wydalonemi ze krwi, na błędném polega założeniu. To téż my ograniczamy się tylko obok upustu krwi na mierném działaniu odciągającém na przewód pokarmowy i zastosowaniu suchego zimna na miejsce wyjścia processu; późniéj zaś, gdy obrzmienie mimo to daléj 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 otrzewnéj powlekającéj macicę (*Perimetritis et Metroperitonitis puerperalis*).

Buhl: *Henle's u. s. w. Zeitschr. f. ration. Med. N. F. VIII. p. 106* i *Baier. Intelligenzbl. Nr. 14 1859.* — Martin: *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 otrzewnéj, jak to już nadmienialiśmy, bywa bardzo często następstwem pierwotnego zapalenia macicy i tkanki łącznéj obok leżącéj. Przyłącza się ono tu najczęściéj do zapalenia naczyń limfatycznych (t. z. *Lymphangioitis*) albo do mętno-surowiczego nasięku tkanki łącznéj podotrzewnéj, i prawdopodobnie zawdzięcza swe powstanie ruchomości ciałek ropnych, jakotéż dyffuzyi drażniących materyi. Innym razem wywołują je strupy błonicowe, sięgające w macicy aż do błony surowiczéj, albo téż ogniska ropne lub posokowate mieszczące się w tkance łącznéj otaczającéj macicę i przedziurawiające otrzewną. W każdym z tych wypadków zapalenie może albo pozostać ograniczoném do miedniczego odcinka otrzewnéj, albo téż mniéj lub więcéj się rozszerzyć, występując z wysiękiem krupowym lub posokowatym. Ale jeżeli ono często staje się ostatecznie przeważném cierpieniem, a nawet niekiedy o ostateczném 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 zdarzającemi się w połogu wypadkami zapalenia otrzewnéj, które na innéj zupełnie rozwijają się drodze.

Z tego faktu, że otrzewna najłatwiéj ulega cierpieniu u tych kobiét, 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 połogowe. Oczywiście, późniejsze zapalenie otrzewnéj bywa i tu poprzedzone przechodniém zapaleniem macicy. Tak samo rzeczy się mają ze złemi następstwami niepomyślnych mechanicznych warunków porodu, i znaczniejszych ugnieceń miękkich części miednicy. Niewątpliwie jednak miedniczy odcinek otrzewnéj ulega niekiedy podczas porodu obrażeniom, które albo same przez się wywołują zapalenie (jak naddarcia i rozdarcia), albo téż w razie istnienia pozostałości po przebytych dawniéj zapaleniach otrzewnéj, ożywiają wygasłą sprawę na nowo.

Do téj przyczyny pojedyńczo występujących wypadków zapalenia otrzewnéj, dołącza się jeszcze inna, któréj doniosłość najpierw przez

Buhl'a poznaną została, a tą jest zapalenie jajowodów. Nawet i przy zapaleniu otrzewnéj powlekającéj jajowód, punktem wyjścia bywa niekiedy pierwotne zapalenie wnętrza macicy, ale sprawa zapalna nie prowadzi tu w pierwszym rzędzie do zapalenia tkanki łącznéj macicznéj i okołomacicznéj, ale z wewnętrznéj powierzchni macicy przenosi się na jajowody, i albo przez końce strzępiaste jednéj lub obu stron (rzadziéj) przechodzi na otrzewną, albo sprowadza następcze zapalenie otrzewnéj przez wystąpienie z jajowodów ropy tam utworzonéj. Innym razem macica podczas połogu pozostaje całkiem nietkniętą, ale nieżyt jajowodów, który poprzednio już istniał, sprowadza cierpienie otrzewnéj, 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 otrzewnéj, była o wiele przecenianą. 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 przylegającéj doń otrzewnéj. Ze wszystkiego co dotychczas zbadano, należy raczéj przyjąć, że wypadki zapalenia otrzewnéj powlekającéj 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 połogowéj, jakotéż poprzedzać taką epidemię albo stanowić pierwszy jéj wypadek, lub też, właściwiej mówiąc, same przez się wywołać rozwój epidemii.

Z tego, cośmy wyżéj powiedzieli wynika, że poniżéj wyłączymy zapalenie otrzewnéj dołączające się do spraw zapalnych w tkance łącznéj. Ale opis nasz stosować się będzie i do tych wypadków z ostatniéj gruppy, w których, z powodu braku objawów posocznicy, objawy zapalenia otrzewnéj najważniejszego nabierają znaczenia, i nie odznaczają się tak swoją obszernością, ile raczéj tém, że od punktu z którego wyszły, stopniowo daléj postępują.

Częstokroć zapalenie otrzewnéj nie rozszerza się daléj za części dodatkowe macicy, a przynajmniéj za niektóre pętle kiszkowe do nich przylegające i część ściennego listka otrzewnéj. W razie takiego ograniczenia — zapalenie okołomaciczne — wysięk bywa zwykle czysto włóknikowy, pociąga za sobą sklejenia i zrośnięcia trzewiów miedniczych.

Ogólne zapalenie otrzewnéj macicy połączone bywa zwykle z obfitym wysiękiem natury włóknikowo-ropnéj. Część płynna, mętna i ze skrzepami włóknika pomięszana, zbiera się w najniżéj opuszczonych częściach jamy otrzewnéj; nalot krupowo-ropiasty znajduje się mianowicie na wypukłéj powierzchni wątroby i śledziony i skleja sąsiednie pętlice kiszkowe, których nadmierne rozdęcie, spowodowane porażeniem błony mięsnéj, nietylko 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 otrzewnéj 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 wyraźniéj dopiéro przy dotykaniu i naciskaniu po obu stronach macicy; jednak rozległość ich i natężenie wzmaga się w miarę szerzenia się zapalenia. Nie rzadko spostrzegamy w pierwszych dniach po porodzie tylko szczególnie silne bóle po porodowe, a w przerwach między niemi tylko nieznaną drażliwość, która zwolna przybiera charakter żywego i ciągłego bólu. Jeżeli jednak zapalenie od razu z silném 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 otrzewnéj, samo przez się, jeżeli nie zajęło odrazu znacznego obszaru i jeżeli nie spowodowało nadmiernie obfitego wysięku, w początkach przynajmniéj nie wywołuje żadnéj zmiany w odchodach połogowych; często jednak ilość tych ostatnich zmniejsza się miernie, wskutek istniejącego jednocześnie zapalenia wnętrza macicy. Mleko wydziela się téż daléj bez przeszkody. Gorączka, chorobie towarzysząca, ma charakter czysto zapalny; sfera umysłowa pozostaje nietkniętą, 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 $^1/_2{}^0$, rzadziéj 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 daléj po trzewiowym listku otrzewnéj, to nietylko że ból i gorączka wzmagają się, ale i stan ogólny znakomitéj doznaje zmiany; tętno staje się prędkiém i małém, kończyny ziębną, twarz zapada, sutki wiotczeją, mleko w nich staje się rzadszém, wodnistszém, a chore obojętniejszemi. Miejscowo występują najpierw objawy

porażenia kiszek. Jeżeli zajętą zostaje głównie otrzewna kiszek grubych, to brzuch zwykle nie wzdyma się zbyt znacznie; istnieje tylko pospolicie uparte zaparcie stolca i umiarkowana duszność, a niekiedy także wymioty; wszakże już skutkiem rozdęcia okrężnicy poprzecznéj wątroba i żołądek mogą zostać silnie odepchniętemi 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, przyczém 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 znacznéj ilości mass kałowych w samych kiszkach, ale późniéj ustępuje niekiedy miejsca silnéj biegunce.

Śmierć przychodzi zwykle wśród zupełnéj 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 najczęściéj sześć do siedmiu dni.

Rozpoznanie. W początkach, choroba ta wyróżnia się od bolów poporodowych charakterem bólu, a mianowicie jego ciągłością i zwiększaniem się za naciskiem, jakotéż obecnością gorączki, a brakiem cech charakterystycznych dla wspomnianych bolów; 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 łącznéj częstokroć bywa możebném dopiero z uwzględnienia dalszego przebiegu, gdyż i przy tych ostatnich bywa w początkach choroby znaczna bolesność po bokach macicy, a znowu zapalenie otrzewnéj nie zawsze bardzo gwałtownie przypadłościami poczynać się zwykło. Skoro to ostatnie zajmie większą przestrzeń otrzewnéj, to rozległość miejsca w którém brzuch jest wrażliwy na nacisk, zwiększające się coraz bardziéj wzdęcie, wysięk swobodny dający się wyśledzić za pomocą opukiwania w najniżéj leżących miejscach jamy brzusznéj, wreszcie wymioty, występujące początkowo rzadko, potém coraz częściéj, nie pozostawią nam żadnéj 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 jéj części z przyległemi pętlicami kiszek. To też leżą one, podobnie jak i guzy utworzone w następstwie zapalenia obokmacicznego, przy macicy i zwykle po boku takowéj. Ale leżą wyżéj niż tamte. Pokazuje się to już w samych początkach, z porównania górnéj ich granicy z obrysem dna macicy, jakotéż i z tego, że dolnego ich końca albo wcale przez pochwę dosięgnąć nie można, albo tylko z wielką trudnością. Późniéj, różnica ta uwydatnia się jeszcze bardziéj; zrosty bowiem przeszkadzają opuszczeniu się macicy do małéj miednicy, i ta mimo zwinięcia się pozostaje powyżéj poziomych gałęzi kości łonowych, a dno jéj pociągnięte bywa przez powstający guz więcéj lub mniéj na bok. Daléj, guzy wewnątrzotrzewne są nadto większéj 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 dotkniętéj rozedmą (*emphysema*).

Rozróżnienie zapalenia otrzewnéj przeniesionego z jajowodów, albo też rozwiniętego w skutek obrażeń i t. p., od formy rozwijającéj się obok zapalenia obokmacicznego, wymaga ścisłego roztrząśnięcia momentów przyczynowych. Sporadyczne występowanie choroby niczego nie dowodzi, gdyż zdarzają się i odosobnione wypadki zakażenia posokowatego (gorączka połogowa). To samo i przy tém ostatniém 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 powstałéj; albo jeżeli obok guza wewnątrzotrzewnego da się także wykryć nabrzmiałość tkanki łącznéj otaczającéj macicę; i odwrotnie, gdzie chorobę poprzedziło pęknięcie macicy, łatwo jest podciągnąć chorobę pod tę lub drugą rubrykę. Zapalenia jajowodu, powodującego zapalenie otrzewnéj go powlekającéj, nie można wyśledzić ani z wywodu choroby, ani go rozpoznać w czasie połogu.

Przy rokowaniu uwzględniać należy przedewszystkiem rozległość choroby, oraz bytność lub brak powikłań. W niepowikłanych wypadkach zapalenie okołomaciczne kończy się zwykle pomyślnie, zaś rozlane zapalenie otrzewnéj—rzadko. Osobliwie strzedz się trzeba, by się nie łudzić zwolnieniem, jakie na 4 lub 5 dzień choroby zarówno w miejscowych jak i w ogólnych objawach częstokroć występuje. Najczęściéj bo-

wiem polepszenie bywa tylko pozorne, a po 24 godzinach sprawa chorobowa na nowo poczyna kroczyć daléj.

Leczenie. Przy żadném z zapaleń połogowych stanowcze, energiczne leczenie, nie jest tak wskazaném, jak przy zapaleniu otrzewnéj. Jeżeli zapalenie to rozwinęło się nie za pośrednictwem sprawy zapalnéj wśród tkanki łącznéj, to nie trzeba się w ogóle obawiać wystąpienia objawów zaposoczenia krwi, a nawet téj formie gorączki połogowéj, która polega na zapaleniu otrzewnéj, w mniejszéj zaledwie liczbie wypadków towarzyszy gorączka wybitnie durzycowa, i nie zawsze zresztą sprowadza wcześnie zajęcie sfery nerwowéj oraz gwałtowny upadek sił. To téż zgodnie z powszechném doświadczeniem, zebraném szczególniéj w prywatnéj praktyce, zalecamy tam nawet gdzie warunki przyczynowe pozostają wątpliwemi, upusty krwi, wewnętrzne i zewnętrzne użycie rtęci i miejscowe zastosowanie zimna. Środki te najlepiéj 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 daléj 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 całéj drachmie szaréj 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 zimnéj wody, których dawniéj używaliśmy, zastępujemy teraz, gdzie się tylko da, zaraz od chwili pojawienia się bólu zapalnego, lodem w workach kauczukowych, gdyż silniejsze zimno działa skuteczniéj a zastosowanie wilgotnego zimna w porównaniu z suchém, ma tę złą stronę, że łatwo zakłóca podniesioną w połogu działalność skóry. Zastosowanie woreczków z lodem, nie wyklucza wspominanego powyżéj użycia kleiny.

Jeżeli pomimo to zapalenie się rozszerzy, to niektóre, bardzo dokuczliwe objawy wymagają szczegółowego uwzględnienia. Bardzo gwałtowne częstokroć wymioty, łagodzą się, niekiedy przynajmniéj 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 ołowianéj, naparu liści tytuniowych lub olejku terpentynowego, wypompowywanie zebranych gazów zapomocą długiéj rurki wprowadzonéj do kiszek, a gdzie rozdęcie przewodu kiszkowego grozi zaduszeniem, przekłucie takowego zapomocą cienkiego trójgrańca, jako środek ostateczny. My osiągaliśmy najlepszy skutek z powtarzanych lewatyw z olejku terpentynowego (ʒj—ij na lewatywę) i z naparu tytuniu. 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.

Denham: *On the puerperal fever etc. London 1768. A. d. E. Altenburg 1778.*—Leake: *Pract. observ. on the childbed-fever. London 1772. A. d. E. Leipzig 1775.* — Kirkland: *Treat. on the childbed-fever. London 1774 A. d. E. Gotha 1778.*—Walsh: *Pract. observ. on the puerper. London. 1787. A. d. E. Leipzig 1788.*— John Clarke: *Essay on the epidem. diseas. of lying-in women of the years 1787 and 1788. London 1788. A. d. E. Marburg. 1792.*—Gordon: *Treatm. on the epid. puerper. fever of Aberdeen. London. 1795.*—F. C. Naegele: *Schilderung des Kindbettfiebers, welches vom Juni 1811 bis zum April 1812 u. s. w. Heidelberg 1812.*— Brenan: *Toughts on puerper. fever and the cure by spirits of terpentin. London 1814.* — Armstrong: *Facts and observat. relative to the puerp. ferer. London 1814.* — Hey: *Treatise on the puerper. fever, illustrated. by cases, which occurred in Leeds in the years 1809—1812. London 1815.* — Campbel: *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 Gebäranstalt zu Berlin geherscht 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.*—Kiwisch: *Die Krankh. der Wöchnerinnen. Prag 1840/1 und Klinische Vortr. I. p. 564.* — Litzmann: *Das Kindbettfieber in nosolog., geschichtl. und therapeut. Bezich. Halle 1844.*—Braun: *Klinik f. Geburtsh. und Gynaekol. 423.*—H. Meckel: *Annal. d. Charité. V, 2, 290.* — Atthill: *Dublin. quart. journ. August, 1855.* — M'Clintock: *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 foetus 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 médéc. 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.* — Semmelweis: *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 puerperalfever to erysipelas and scarlatina. Med. tim. and gaz. March. 2. 1861* — Sieffermann: *Description de l'epid., 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. Schoefl: *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 Handbuchs 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 epidemicznéj gorączce napastującéj wyłącznie położnice, nie sięgają po za drugą połowę XVII-go stulecia. Peu podaje w tym czasie krótką wzmiankę, że za jego czasów, umierała w szpitalu Hôtel Dieu od czasu do czasu niezmierna liczba położnic, najwięcéj w 1664 r.; że Veson upatrywał przyczynę téj niezwykłéj śmiertelności w tém, iż pokój położnic leżał bezpośrednio nad salami rannych; że chore cierpiały na krwotoki, a badania pośmiertne wykrywały mnóstwo ropni. Wkrótce potém (1682) Willis wprowadził dla téj choroby nazwę: *Febris puerperarum*, do nauki. Nieco dokładniejszą wiadomość aniżeli Peu dał de la Motte o epidemii wynikłéj na początku XVIII-go wieku

w Normandyi, a w r. 1746 Malouin podał pierwszy staranny opis podobnéj choroby, która wybuchła między położnicami w Hôtel Dieu, a przy któréj głównem cierpieniem miejscowém było zapalenie macicznootrzewne (*Metro-peritonitis*). Od tego czasu opisano mnóstwo podobnych epidemij. W pewnéj liczbie tych epidemij spostrzegano przeważnie cierpienie wewnętrznéj powierzchni macicy; tak mianowicie było, według najpewniejszych doniesień, już w połowie zeszłego stulecia w Lyonie, a pod koniec tegoż wieku często w różnorodnych okolicach i krajach. W przeważnéj liczbie tych epidemij, najbardziéj uderzającém cierpieniem miejscowém było zapalenie otrzewnéj, biorące początek z macicy, a troskliwe badania ostatniemi przedsiębrane czasy, nie pozostawiają żadnéj wątpliwości, że zwyczajnie nie bywa tu zapalenia otrzewnéj jajowodów (*Salpingo-peritonitis*), ale zapalenie posokowate, które, jako chorobę następczą rozlanego zapalenia macicy i obok niéj leżącéj tkanki łącznéj, przy opisie tego ostatniego zamieściliśmy. Z tego możemy się téż przekonać, że w miarę postępu anatomii patologicznéj, powikłania zapalenia otrzewnéj macicznéj z zakrzepami w naczyniach limfatycznych, coraz częściéj występują na widownię, a te ostatnie coraz więcéj na pierwszy plan wychodzić zaczynają.

Podobnie jak rozmaite epidemie tém się różnią jedna od drugiéj, że w jednych przeważa zapalenie wnętrza macicy, w drugich rozlane zapalenie obokmaciczne z ich powikłaniami, tak téż i w jednéj i téj saméj epidemii dają się dostrzegać podobne różnice w pojedynczych wypadkach chorobowych. W liczbie tych ostatnich trafiają się pojedynczo i takie, w których, obok mniéj lub więcéj 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 połogowéj, 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 mniéj lub więcéj gwałtownem wystąpieniem posocznicy, kończącéj się śmiercią.

Obok rozmaitych spraw chorobowych w organach płciowych, lub też po nich, występują wśród epidemii chorób połogowych, liczne cierpienia w innych częściach ciała, któreśmy już również bliżéj opisali przy różnorodnych formach połogowego zapalenia macicy, jako tak zwane sprawy przerzutowe. To tylko jest godném uwagi, że w różnych epidemiach, jużto te, już inne przerzuty zdarzają się niestosunkowo często, albo przeciwnie rzadko, lub wcale; tak np. zapalenia ślinianki przyusznéj, zapalenia naczyniówki, prosówka, różyca, wysypka podobna do płonicy 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 umarły w Paryżu wszystkie położnice które zachorowały; W. Hunter stracił 31 z pomiędzy 32 chorych; Leake 13 z 19-tu; R. Lee 40 ze 160; Fergusson 68 z 204; Bartsch (1841) 67 z 188; Jungmann (1841) 31 ze 156. W Maternité, r. 1843, z 250 chorych umarło 230; w szpitalu Neker w tym samym roku tylko 25 z 54. Gordon utrzymał przy życiu 49 z 77; Campbell 75 z 97, a Armstrong przy takiém samém leczeniu jakiego używali dwaj dopiéro 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 Huntera z własnego, smutnego jego doświadczenia wyciągnięty, że mimo najlepszego leczenia, zawsze $^3/_4$ wypadków kończy się śmiercią, nie może być ogólnie przyjęty, i jest tém mniéj 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.

Formy gorączki połogowéj. Różnice w obrazach choroby jakie przedstawiają pojedyncze wypadki jednéj i téj saméj epidemii, jako też rozmaite epidemie między sobą, spowodowały podział gorączki połogowéj na rozmaite rodzaje i formy. Za podstawę do podziału brano jużto charakter ogólnego stanu chorych (Gooch, Tonellé, Boivin-Dugès) już zmiany anatomiczne (R. Lee, Helm, Kiwisch); gdy inni znowu (np. Fergusson) nie kierowali się przytém żadną stałą zasadą przewodnią. Tym sposobem powstały liczne klassyfikacye, z których każda musi koniecznie przedstawiać mniejsze lub większe braki, gdyż różnorodne cierpienia miejsco-

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 jednéj strony, przez ustanowienie klassyfikacyi na podstawie zmian anatomicznych, zestawiono odpowiadające im objawy i najbliższe następstwa, i takowe oddzielono od innych objawów; z drugiéj 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 K i w i s c h'o w i za to, że pierwszy więcéj ogólnie udowodnił, iż macica jest punktem wyjścia cierpień miejscowych, a przez to zdołał uszczuplić ilość form chorobowych, opartych na anatomii patologicznéj. K i w i s c h rozróżniał początkowo jeszcze 4 formy: *Metroperitonitis*, *Endometritis*, *Metrophlebitis* i *Metrolymphangioitis*; później zaś połączył obie ostatnie formy pod wspólną nazwą ropnicowéj gorączki połogowéj. R. L e e obok tego przyznawał jeszcze oddzielne miejsce zapaleniu części dodatkowych macicy, a H e l m ustanowił jeszcze jedną osobną formę, pod nazwą szkarlatyny połogowéj. Od czasu, jak V i r c h o w ostro ograniczył pojęcie ropnicy, i na właściwą drogę skierował znaczenie krzepnienia limfy w naczyniach limfatycznych i tak zwanéj *Lymphangioitis*, nawet i przy połogowém zapaleniu macicy i tkanki łącznéj około-macicznéj (*Parametritis*), nie można już łączyć ze sobą zapalenia żył macicy (*Metrophlebitis*) i zajęcia naczyń limfatycznych tego organu (*Metrolymphangioitis*). Potrzeba, z jednéj strony, rozumieć, pod nazwą ropnicowéj gorączki połogowéj albo połogowéj 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 przynajmniéj małego ich znaczenia, jeżeli istnieją. Z drugiéj strony, krzepnienie w naczyniach limfatycznych, należy do dziedziny spraw zapalnych wśród tkanki łącznéj 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 tamtemi 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

rozwinięcia się posocznicy, chociażby miejscowe zmiany nie były zbyt znaczne. Ale większość wszystkich wypadków, należy do rzędu 2-go) rozlanego zapalenia macicy i zapalenia okołomacicznego. 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 otrzewnéj i opłucnéj, spraw przerzutowych lub prędzéj czy później rozwijającéj się posocznicy (*septicaemia, ichorrhaemia*). Od tych dwóch grupp, jak już wspominaliśmy, oddzielić należy 3) wypadki zakrzepów żylnych.

Powtarzalibyśmy się więc tylko, gdybyśmy chcieli traktować tu po szczególe anatomię patologiczną, symptomatologię i terapię gorączki połogowéj. Formy epidemiczne, nie różnią się pod tym względem od sporadycznych.

Gorączka połogowa noworodków. Skoro tylko położnice gromadniéj chorować zaczną, zwiększa się też i śmiertelność noworodków. Podczas epidemii, która r. 1859 panowała w zakładzie Würzburgskim, 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 Buhl'a 24) umiera w ciągu pierwszych 2 dni życia, a ułamkowa ich część (5 z 24, a więc około 10% ogólnéj cyfry) już podczas porodu, albo zaraz po jego ukończeniu.

Buhl rozróżnia 3 formy 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 dopiéro po odpadnięciu pozostałości sznurka pępkowego. U pierwszych znajdujemy nietylko zwyczajne oznaki śmierci podczas porodu, lub też wkrótce po nim, ale nadto jako oznaka zgnilizny, niezwykły stopień skażenia, a nadto galaretowato-surowiczy nasięk w tkance łącznéj dokoła naczyń pępkowych, który się rozciąga

wzdłuż tętnic ku aorcie, a od tętnicy wątrobowéj do miąższu wątroby, albo też przez krezki do pętlic kiszkowych. Jeżeli śmierć nastąpi dopiéro po jedno lub kilkudniowém życiu, a więc gdy już płuca przez pewien czas pełniły swą czynność, to nie bywa najczęściéj wspomnianego dopiéro mętnego nasiąknięcia tkanki łącznéj, ale istnieją za to zmiany w organach oddechowych. Te mogą się ograniczać na podbiegnieniach (*ecchymoses*) i przekrwieniach opadowych (*hypostases*) w opłucnéj, które wejrzeniem poczynającego się gnicia, zdradzają złośliwy swój charakter, albo też na zapaleniu oskrzeli lub zawałach krwotocznych. Jednak w trzeciéj części wypadków znajdujemy w jamie opłucnéj krwisty, cuchnący wysięk, a u połowy dzieci do tego drugiego rzędu należących, zapalenie międzyzrazikowe, biorące początek z tkanki łącznéj otaczającéj tętnice oskrzelowe. Przytém śledziona bywa mniéj lub więcéj rozmiękczona, wątroba kruchsza, złogi kwasu moczowego w nerkach, a ciało pokryte licznemi ciemnemi 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 pępkowéj owrzodzenie podobne do kloaki, które powstało skutkiem zgorzeli tkanki łącznéj utwierdzającéj w tém miejscu naczynia pępkowe. Same naczynia pępkowe są pozatykane, a ich błona wewnętrzna jest mniéj lub więcéj zmartwiała. Istnieje też najczęściéj wydatne zapalenie otrzewnéj, albo też surowiczy lub ropiasty nasięk w tkance łącznéj podotrzewnéj, jako też 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 obrzękłe, co tłumaczy częstość żółtaczki w tych wypadkach. Jeżeli niéma wrzodu na pępku, to jednak najczęściéj z istniejącego zabarwienia wnosić można, że poprzednio miało miejsce znaczne nastrzyknięcie. Nadto, widoczne zapalenie otrzewnéj, 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 przebytą, a tylko przez wpływ swój następczy na odżywianie przyprawi noworodka o utratę życia, przy sekcyi nie znajdziemy nic więcéj prócz ostatecznego zaniku.

Istota gorączki połogowéj. To cośmy dotąd mówili, nie daje jeszcze dostatecznéj odpowiedzi na pytanie, czy sprawiedliwą jest rzeczą uważać gorączkę połogową 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 więcéj badania pośmiertne wykazywały zmian miejscowych, do zajmującéj nas obecnie choroby się odnoszących, tém bardziéj z konieczności musiało przychodzić na myśl, aby w tych zmianach właśnie szukać istoty gorączki połogowéj i przyczyn występującego przy niéj 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 otrzewnéj, to za zapalenie macicy, to za zapalenie żył i t. p. Skoro późniéj jednostronne to zapatrywanie się upadło, utrzymało się, we Francyi zwłaszcza, gdzie panowała nauka Broussais'go, to zdanie, że wszystkie objawy gorączki połogowéj, 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 bynajmniéj z jakiemibądź 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 niebywa ich i wcale, dały téj nauce silniejszą podstawę. Pogląd o essencyalności choroby o któréj mówimy, znalazł stanowczych obrońców w osobach Kiwisch'a i Litzmann'a, którzy upatrywali jéj istotę, w zmianie krwi spowodowanéj wpływem miazmatu, która to zmiana następczo dopiéro wywoływać miała różnorodne choroby miejscowe. Tym sposobem wyraźną postawiono różnicę między prostemi zapaleniami połogowemi a zapaleniem macicy lub t. p. powstającém w skutek gorączki połogowéj, któremu to ostatniemu naznaczano to samo podrzędne znaczenie, jakie ma np. zapalenie gardła przy płonicy.

Rozprawy, jakie potém miały miejsce w paryzkiéj akademii, sprawozdania z tych rozpraw, wreszcie prace gynekologiczne jakie się od owego czasu ukazały, świadczą, jak wielka jest liczba obrońców essencyalności gorączki połogowéj. Nie można się nie zgodzić na to zdanie, że i do niéj także stosuje się bezpośrednio ów ogólny związek przyczynowy, łączący oddzielne wypadki jednéj i téj saméj 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 prędzéj lub późniéj objawy, które każą się domyślać, że krew została już zatrutą; przez wessanie materyj gnijących bądź z jamy macicznéj (*septicaemia*), bądź z chorych tkanek (*ichorrhaemia*), a wypadki te zupełnie są podobne do ciężkich wypadków epidemicznych.

Fakt ten spowodował przyjęcie „sporadycznej gorączki połogowéj.“ Widzimy tedy, że rozstrzygnięcie pytania, czy to co się wydaje tak podobnym, jest istotnie tém samém, cięży na przypuszczalnéj miazmatycznéj przyczynie zakażenia krwi, że wyjaśnienia tego oczekiwać należy od badań nad przyczynowością epidemij.

Już część tych lekarzy, którzy w nauce o gorączce połogowéj, dla jéj określenia przyznawała istotną rolę miazmatowi, zmuszoną była obok przyczyny miazmatycznéj przyjąć jeszcze inną: zarazkową (*contagium*). Zarazkowość posiada w Anglii wciąż licznych zwolenników, bo właśnie od angielskich lekarzy pochodzi najwięcéj faktów popierających ten pogląd. W Niemczech znalazła ona zwolennika w Litzmann'ie, ale początkowo walczyć musiała z coraz bardziéj wzrastającym sceptycyzmem, który rozciągnął niedowierzanie od cholery aż do zarazy morowéj. Do usunięcia tego sceptycyzmu, przyczyniły się dopiéro badania Semmelweiss'a dążące do wyświetlenia przyczyn. Semmelweiss 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 pierwszéj klinice, polega na zakażeniu części płciowych cząstkami trupów, a ostatecznie pogląd swój rozszerzył, nauczając, że gorączka połogowa jest gorączką powstającą przez pochłanianie, a wywołuje ją zakażenie materyami zwierzęcemi. 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 miazmatycznéj, zestawimy poniżéj.

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 najjawniéj wykazać epidemiczny charakter gorączki połogowéj, a tém samém i jéj 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, Hannowerze, Monachium, Paryżu, Stokholmie i Petersburgu; r. 1835, w Pradze, Monachium, Würzburgu, Hannowerze, Gettyndze, Kielu i Londynie. Jednak do tych faktów, najmniejszéj nie należy przywiązywać wartości. Jest bowiem rzeczą pewną, że wybuch i szerzenie się choroby, nie zależy od szczególnego stanu powietrza, ani téż od żadnego szkodliwego czynnika rozległéj rozpostartego w powietrzni.

Już stosunki śmiertelności największych zakładów położniczych europejskich, nie zgadzają się ze sobą. Wykazał to Arneth [1]), przez porównanie epidemij 1828—1849 r. Lata najbardziéj niepomyślne dla *Maternité* (1829 i 1831) nie były zbyt niepomyślnemi ani dla wiedeńskiego domu położniczego. W latach złych dla Wiednia (1834 i 1837) nie było w Dublinie niezwyczajnéj śmiertelności, a w Paryżu była ona nawet uderzająco mała; zaś najbardziéj niepomyślny dla Dublina rok 1847, był jednym z pomyślniejszych dla Paryża, a jednym z najpomyślniejszych 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 niepomyślnym dla szpitala British lying-in roku 1823-m, Queen-Charlotte Hospital odznaczał się

---

[1]) Arneth. *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 specyalnych sprawozdań pokazuje się, że rozszerzenie się gorączki połogowéj 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 połogowa, chociaż najbardziéj rozszerzona, zawsze pozostaje ograniczoną w pewnym obrębie, a nie występuje jako wielka epidemia, obszerne zajmująca przestrzenie; widzieć to możemy ze sprawozdań o wielkiéj liczbie takowych epidemij. Według obliczenia H i r s c h'a, na 216 epidemij, 12 tylko rozszerzyło się bardziéj po całych krajach. Przeciwnie, 75 ograniczyło się przynajmniéj na jednem mieście lub miejscowości, a 129 nawet na jednym domu położniczym lub położniczym oddziale szpitala. Z wymienionych 75-ciu, 41 epidemij dotykało zarówno kobiety umieszczone w zakładach położniczych, 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 telluryczнemi i atmosferycznemi, wykazały tylko istotną i zupełną między niemi niezależność. Choroba bowiem którą tu rozbieramy, spostrzeganą była pod najróżnorodniejszemi stopniami szerokości geograficznéj, zarówno między zwrotnikami jak i w północnéj Grenlandyi, w okolicach położonych wysoko i nizko, w suchych i wilgotnych, na gruncie piaszczystym, kamienistym i bagnistym. Widziano, że przy zupełnie jednakowym stanie powietrzni, epidemie zarówno pojawiały się jak wygasały; wznosiły się jak łagodniały. Upada tém samém wszelka zasada, aby przywiązywać jakąś wartość do podań wielu autorów, jakoby wilgotne i stosunkowo łagodne powietrze miało najbardziéj sprzyjać rozwojowi epidemii, oraz, jakoby w pewnych razach wystąpienie epidemii było w związku z nagłemi a znacznemi zmianami ciepłoty. To tylko jest pewném, że większa część epidemij przypada w miesiącach zimowych, i że te domy położnicze, w których gorączka połogowa corocznie panuje, nawiedzane przez nią bywają najczęściéj w czasie od listopada do kwietnia, albo też w tym czasie sroży się ona najgwałtowniéj. 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, wynikającemi ze zmian pór roku, co jeszcze poniżéj będziemy roztrząsali.

Ciągłe spostrzeżenia i głębiéj wnikające badania krytyczne, wykazały również, że równoczesne pojawianie się gorączki połogowéj z kilkoma innemi chorobami epidemicznemi jak różą, durzycą, czerwonką, płonicą, do czego oddawna przywiązywano szczególny interes, nie może posłużyć na poparcie poglądu o zależności pierwszéj od szczególnych warunków atmosferycznych. Do przyjęcia tego doprowadziła głównie ta okoliczność, że anglicy nazwą *Erysipelas* nie oznaczali róży zwyczajnéj, lecz sprawy flegmoniczne i błonicowe. Związek tych spraw z gorączką połogową, odpowiedniéj będzie opisać nieco późniéj.

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 c 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 jednéj epidemii, to jest połączonych ze sobą wspólnym związkiem rodnim, wyraża się sprawami błonicowemi lub ropiastemi zapaleniami tkanki łącznéj, biorącemi początek z organów płciowych, a w szczególności, z tych miejsc, które skutkiem utraty swéj powłoki ochronnéj stały się zdolnemi do przyjęcia zakażenia. Przebieg ich bywa w części łagodny, to jest bez znaczniejszéj miejscowéj zgorzeli i dalszych powikłań; albo też ujawniający zjadliwość charakteru choroby rozszerzeniem się processu na otrzewnę lub błony surowicze jamy piersiowéj, sposoczeniem lub t. p. zajętéj tkanki łącznéj, albo rozwinięciem się posocznicy z dalszemi jéj następstwami. Zwykle też 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 najgwałtowniéj przebiegających form choroby, w których posocznica od razu występuje; w podobny sposób, jak stopniowe zmniejszanie się natężenia i rozległości zmian miejscowych aż do zupełnego niemal ich braku. Najbardziéj złośliwe wypadki, w których „choroba przebiega tylko we krwi“ cechują się niewątpliwie objawami posocznicy. Przy przebiegu najostrzejszym, znajdujemy w płucach, wątrobie, nerkach, żołądku, kiszkach, oraz mniéj lub więcéj rozmiękczonéj śledzionie, takie same plamiste przekrwienia i wynaczynienia jakie występują w skutek nastrzyknięcia płynów gnijących; na co szczególniéj C. O. W e b e r zwrócił uwagę [1]). Nic nas nie zmu-

---

[1]) Na dowód przytaczamy spostrzegany przez nas jeden wypadek posocznicy połogowéj z gwałtownym przebiegiem:

Kobieta, czwarty raz ciężarna, miała macicę tak powiększoną, że budziło się podejrzenie ciąży bliźniaczéj. Kilkakrotnie powtarzane ścisłe badania nie sprawdziły jednak tego. Błony płodowe pękły zaraz po wystąpieniu bólów, a przedwczesne odejście wielkiéj 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; tęt. 92; odd. 18. Silne bóle poporodowe. O godzinie 5-tej lekki dreszcz.

Wieczorem: ciepł. 39,4; tęt. 110; odd. 22. Brzuch bolesny, szczególniéj po prawéj stronie. *Ol. ricini* ℥ß dwa razy.

2-go dnia — rano: ciepł. 39,1; tęt. 108; odd. 22. Chora cierpiała w nocy ból i miała jeden stolec. Po użyciu *Ol. ricini* ℥j oddała jeszcze 3 stolce.

Wieczorem: ciepł. 40,4; tęt. 164; odd. 30. Macica po prawéj stronie, twarda jak kamień; bolesność tylko po prawej stronie, ale przytém ogólne wzdęcie brzucha. Wargi już dawniéj obrzękłe; nadpęknięcia dobrze wyglądają. W ciągu następnéj nocy 6 wypróżnień.

3-go dnia — rano. ciepł. 40,4; tęt. 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 żylne, albo i jedne i drugie. W wypadku, który niżéj przytaczamy, związek taki wykazuje się bezpośrednio, raz z istniejącéj za życia jeszcze bolesności

---

samo częstém, chociaż ciepłota spadła o 0,5°. Bolesność więcéj po lewéj 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-éj chora senna; oddechanie przerywane, usilne; źrenice rozszerzone. Wzdęcie się zmniejszyło; tętno niknie. O god. 9-téj, t. j. w 67 godzin po porodzie chora umarła.

Sekcya (w 38 god. po śmierci): Kości czaszki bogate w krew; opona twarda, wzdłuż zatoki podłużnéj zawierającéj mierną ilość skrzepu, zgrubiała nieco. Naczynia powierzchni mózgowia obficiéj wypełnione ciemną krwią. Mózg (wielki przekrwiony i nieco obrzękły; móżdżek 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 któréj pływa dużo kulek tłuszczowych. Prawe płuco umiarkowanie zapadłe; dość mocno przekrwione i miernie obrzękłe; błona śluzowa oskrzeli przekrwiona; oskrzela próżne. W lewéj jamie opłucnéj 4 uncye mętnéj, żółtéj cieczy; opłucna cokolwiek zmętniała; samo płuco miernie ściągnięte; górny jego płat suchy; dolny tylko od tyłu na całéj przestrzeni przekrwiony. Oskrzela jak po prawéj stronie. W jamie osierdzia niewielka ilość czerwonawego płynu surowiczego; serce miernéj 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 dwudzielnéj nieco guziczkowate.

Kiszki mocno wzdęte. W małéj miednicy widać płyn mętny, żółty, zawierający w sobie płatki. Tkanka podsurowicza dość mocno nasiąknięta; otrzewna nad pętlicami kiszki biodrowéj różowawo zabarwiona. Jajniki nabrzmiałe i pokryte ropą zielonawą; tkanka podsurowicza dokoła lewego jajnika więcéj niż po prawéj stronie ropą nasiąknięta. Pochwa wydłużona, przekrwiona; na przedniéj jéj ścianie małe podbiegnienia (*ecchymoses*), z których niektóre przechodzą w zgorzel. Po obu stronach cewki moczowéj 2 małe braki, spowodowane zgorzelą tkanek. Jama macicy może jeszcze pomieścić 2 duże pięści; wypełniona jest massami krwisto-śluzowemi; w miejscu gdzie było przyczepione łożysko, massy te przylegają nieco mocniéj; warstwa mięsna prawidłowo zabarwiona; w żyłach jéj niema skrzepów zatykających; także i żyły podbrzuszne i nasienne zawierają tylko płynną, ciemną krew. Błona śluzowa jajowodów gładka, bez zmian zapalnych; tkanka podsurowicza nieco obrzękła. W obrzękłym

po jednéj stronie macicy, a powtóre, ze zmian w jajnikach jakie znaleziono przy sekcyi. Brak fizyologicznego krzepnienia krwi w żyłach macicy, był następstwem bardzo silnego widocznie skurczenia się tego organu po porodzie. Z tego powodu wątpić należy, czy żyły te mogły przeprowadzić materye zakażające, a zdaje się prawdopodobniejszém, że pośrednikami zakażenia były w tym razie naczynia limfatyczne.

Nie lepiéj téż, przez przyjęcie miazmatu, tłomaczy się występowanie przy chorobach epidemicznych spraw, polegających na zapaleniu żył. Uzupełnia ono tylko podobieństwo zachodzące między gorączką połogową a ropnicą chirurgiczną.

Dowiedzioną jest rzeczą, że zaszczepienie materyj 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 (*Selbstinspection*); za epidemiczném — etiologia epidemij w mieszkaniach prywatnych. Studyowanie tych ostatnich dla tego jest tak ważném, gdyż jak łatwo zrozumiéć, najpewniéj możemy się uchronić od błędu, jeżeli badać będziemy rodzaj i sposób powstawania i szerzenia się choroby tam, gdzie okoliczności te najłatwiéj 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 akuszerek, 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 chorującemi na gorączkę połogową, zmarłemi na nią, z częściami ich zwłok, albo téż z zanieczyszczoną przez nie bielizną lub pościelą. Hirsch zebrał wszystko, co w tym przedmiocie podali Gordon, Nolde, Douglas, Gooch, Moir, według przekazu Hamilton'a, Simpson,

---

prawym jajniku, na rozkroju widać gdzieniegdzie punkta ropne; lewy jest wprost tylko obrzękły. Naczynia limfatyczne niezbyt wypełnione; gruczoły zaotrzewne mało nabrzmiałe. W niektórych miejscach szyi macicznéj widać siatkę, któréj oczka wypełnione małą ilością ropy.

Wątroba miernie obrzękła, a jéj powłoka, szczególniéj na dolnéj powierzchni usiana licznemi podbiegnieniami. Powłoka miernie wielkiéj śledziony mocno pomarszczona i lekko zmętniała; pod nią, na dolnéj powierzchni plamy z przekrwienia; miąższ rozpływający 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, Roberton, Campbell, Warrington, West, Storrs, Lee, Schulten, Punch, Ramsbotham, Armstrong, Wegscheider, Cederschjöld, Blackmore, Elkington, Beatty, Voillemier, Schneider, Speyer. Nowe fakta tu się odnoszące podali: Grisar [1]), Mair [2]), Stehberger [3]), Werdmüller [4]), Hildebrandt [5]) i Wegscheider [6]). Inny fakt tego rodzaju znany nam jest ze Szwerynu.

Rozniesienie choroby przez assystenta po poliklinice, a z téj nazad do zakładu położniczego, stwierdziliśmy w zeszłym roku; przynajmniéj jeden wypadek, własną naszą ręką przeniesiony, jest dla nas niewątpliwym, gdyż nas bardzo blizko 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 połogowéj 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 połogu nie wiedzieli.

Z tém wszystkiém, kto uważnie odczyta przytoczone powyżéj 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 połogowéj 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 hypotezy miazmatu, do objaśnienia pierwszego wypadku epidemii, gdyż doświadczenie naprowadziło już na wątek innego objaśnienia. Hutchinson 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 tém, w miejscu leżącém pośrodku między wspomnianemi miejscowościami, dotykali rękami posoczejącéj powierzchni na ciele pewnego człowieka, cierpiącego na różę z zapalenia tkanki łącznéj (*Erysipelas phlegmonosum*). Takim samym sposobem Sleight i Elkington zarazili po jednéj rodzącéj; pewien inny lekarz, według wiadomości podanéj przez Ingleby'ego, zaraził dwie, jedna po drugiéj; Clark również dwie; Lloyd trzy kobiety. Według referatów Ingleby'ego, Lee'go i Elkington'a w trzech innych razach wiele kobiét zachorowało. Storrs'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 różę zgorzelinową. Ponieważ w praktyce jego kolegów nie zdarzały się podówczas choroby połogowe, zarzucił więc na czas pewien praktykę; ale znowu zachorowały dwie położnice, którym udzielał pomoc przy porodzie w dniach 21 i 22 marca, ponieważ otworzył nowy ropień u owéj kobiety choréj na różę. Początek epidemii gorączki połogowéj w Halifax można było wyprowadzić od zgorzelinowego zapalenia moszen; drugiéj, opisanéj przez Holmes'a, od zgorzeli uda; trzeciéj, w Sheffield, od dymienicy fagedenicznéj; czwartéj, według wiadomości podanéj przez Storrs'a, od sekcyi człowieka zmarłego w skutek uwięźnięcia i zgorzeli przepukliny, a chorobę jednéj położnicy w Petersburgskim instytucie akuszerek, i drugiéj na mieście rozwiązanéj, od sekcyi robionéj przez Etlingera.

Że w zakładach położniczych, gdzie każda rodząca badaną jest rękami wielu osób, zakażenie materyami gnijącemi i przeniesienie choroby z jednéj osoby na drugą rzadziéj, i do tego trudniéj da się wykazać, leży to już w saméj naturze rzeczy. Udaje się to tém mniéj jeszcze, im więcéj wiary znalazło przypuszczenie miazmatu; a ta wiara w miazmat przynosi ulgę sumieniu. Nie zbywa jednak i na doświadczeniu wyniesioném z zakładów położniczych, które potwierdza spostrzeżenia porobione w mieszkaniach prywatnych. Pojedyncze wypadki, w których akuszerki zakładu przeniosły gorączkę połogową z chorych na ciężarne lub rodzące, podaje Lee ze szpitala British Lying-in, i Cederschjöld z domu położniczego w Stokholmie. Winkel przekonał się, ze w zakładzie położniczym w Rostoku rozszerzył chorobę mieszkający tamże praktykant; my zaś, że w klinice położniczéj w Bonn

uczynił to assystent. W domu położniczym w New-Yorku rozpoczęła się r. 1850 epidemia, po przyjęciu kobiety dotkniętéj zapaleniem otrzewnéj, i już umierającéj; a pierwszy wypadek gorączki połogowéj dotknął osobę rozwiązaną rękami tego, który tylko co przedtém robił sekcyę zmarłéj. W pewnym małym instytucie we Francyi, jak donosi referat Arneth'a, lekarz, po sekcyi, zaraził dwie rodzące. W nowym domu położniczym w Monachium, gorączka połogowa wybuchła po raz pierwszy, po zrobieniu sekcyi przez assystenta; badane przez niego kobiety, same jedne najpierw zachorowały. Gdy już przez styczeń i luty stan zdrowia był pomyślny, zachorowały znowu dwie położnice, które assystent badał zaraz po zrobieniu sekcyi na trupie dziecka. Collins podaje, że w domu położniczym w Dublinie, dwukrotnie wywoływaną była epidemia, w skutek przyjęcia chorych na tyfus. W październiku 1847 r. badał Semmelweiss ze swemi uczniami w sali porodowéj najpierw chorą na raka macicy, a potém dwanaście innych znajdujących się tam rodzących; jedenaście z pomiędzy tych ostatnich zachorowało i pomarło. Chiari donosi, że w Pradze, w styczniu 1853 r., pewna pierwiastka, z powodu zgrubienia, a następnie zgorzeli ust macicznych, musiała być rozwiązaną przy pomocy przedziurawienia czaszki płodu, poczém uległa posokowatemu zapaleniu wnętrza macicy. Dziewięć innych rodzących, które z nią razem leżały na sali porodowéj, zachorowało, i wszystkie, z wyjątkiem jednéj, poumierały. Od tego czasu położnice częściéj ulegały chorobie aż do maja. W październiku umarła znowu jedna, rozwiązana przy pomocy przedziurawienia, na posokowate zapalenie wnętrza macicy, poczém znowu zdarzać się zaczęły liczniejsze wypadki choroby, aż do połowy listopada. W zakładzie Gottenburgskim, odznaczającym się dobremi warunkami hygienicznemi, z liczby sześciu epidemij, jedna powstała z przyczyny traumatycznéj, a pozostałe pięć rozwinęły się po przyjęciu położnic dotkniętych ostremi 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 chirurgicznéj ranę amputowanego, który potém również umarł.

Przytoczone powyżéj dane uczą już, że przyjęcie hypotezy miazmatu jest niewystarczające, a z drugiéj strony i niepotrzebne. Słuszność tego zdania uwydatni się jeszcze bardziéj, 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 najmniéj, równie dobrze dają się objaśnić przez przyjęcie zakażenia posoką.

Najpierw, o tém trzeba wiedzieć, że nauka o miazmatycznym początku gorączki połogowéj, straciła istotną podporę w skutek udowodnienia, że choroba ta nie jest wyłącznie tylko położnicom właściwa. Ściśli 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 ẽ r'a, na dowód, że w pewnych razach i ciężarne mogą ulegać gorączce połogowéj, słusznie były tłómaczone; sami zaś usiłowali wyprowadzić objawy chorobowe przy tém występujące, od poprzedzającéj 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 materyj gnijących. Dziś, pytanie to jest nieuniknione, a w odpowiedzi na nie, musimy koniecznie dopatrzyć się podobieństwa między gorączką połogową, a flegmonicznemi zapaleniami tkanki łącznéj dołączającemi się do nieznacznych obnażeń i zranień skóry zewnętrznéj. 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 panującéj 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 tamtemi sąsiadujących, nie dostrzegano żadnéj 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 połogowéj u dzieci, zdobyto, że tak powiemy, most, stanowiący łącznik między tą chorobą a różą występującą u posługaczek i chorych skórnych, wreszcie ze sprawami zapalnemi w tkance łącznéj i naczyniach limfatycznych, jakim ulegają lekarze i akuszerki, jeżeli zanieczyszczą skaleczone ręce, przy niesieniu pomocy akuszeryjnéj, lub robieniu sekcyi. Teraz, niepodobna już o tém wątpić, że nie połogowe, traumatyczne obrażenia pochwy i macicy, mogą wywołać chorobę podobną pod każdym względem do gorączki połogowéj; czego B u h l nowszemi czasy 3 przytoczył przykłady. Niemniéj jest pewném, że zakażenie dobrowolnie owrzodzonych ujść 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 spostrzegaliśmy u kobiety dotkniętéj tyłozgięciem i nieżytem.

Za słusznością teoryi zakażeń, a przeciw teoryi miazmatycznéj, 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 połogowéj. Nowszemi czasy S p ä t h w swojém sprawozdaniu z epidemii spostrzeganéj w r. 1861/62 w klinice dla akuszerek, podaje, że na 90 odbytych w ciągu jéj panowania tak zwanych porodów ulicznych, zdarzył się tylko jeden wypadek choroby połogowéj, chociaż osoby do téj rubryki należące, leżały razem z choremi położnicami.

To samo i P a j o t w klinice paryzkiéj 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 pierwszéj części aktu rodzenia nie ulegały badaniu.

Strassburg 1856/57 (Levy).

Z 45 rodzących, zachorowało 19 = 42%
Z 47 ciężarnych, „ 25 = 53%

Monachium 1859/62 (Hecker).

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 należącemi do piérwszéj z tych klass wynosiła 67%; między należącemi do drugiéj — 30%.

W Monachium, śmiertelność kobiét trzymanych w zakładzie 2, 3, 4 lub więcéj tygodni przed rozwiązaniem, chwiała się między 11% a 16%, średnio 13,6%, gdy tymczasem z trzymanych 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 drugiéj zaś strony zatajenie początku porodu udaje się tém łatwiéj, im na dłuższy czas przed tém ciężarna pozostaje w zakładzie. Przypuszczenie, że dłuższe przebywanie przytępia zdolność do poddania się wpływowi miazmatu (Hecker) 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 też sposób oceniać trzeba i wyniki otrzymane przez Hervieux'go z dzienników Maternité. W okresie dziesięcioletnim od 1854—1864 roku, 8,123 kobiét 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 wszelkiéj epidemii, a odwrotnie rok 1864 niepomyślnemi 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) „ trzymanych w zakładzie dłużéj 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 drugiéj klassy położnic do trzeciéj klassy, z 1858 roku, da się zrozumiéć, jeżeli zwrócimy uwagę na okoliczności przytoczone z okazyi 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 miazmutu. 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 jakiejbądź pomocy potrzebowała, nie uniknęła zakażenia. Także i zmniejszenie liczby przyjętych do zakładu więcéj niż o $^1/_3$ część w porównaniu z poprzedniemi 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 mniéj będzie nas zdumiewała nieprawidłowość w stosunkach śmiertelności, że skutkiem kilkakrotnego zamykania zakładu, ogólna cyfra trzymanych w nim dłużéj niż 8 dni przed porodem, znacznie musiała być zredukowaną.

Fakta przytoczone powyżéj, wskazują nam zarazem drogę, jaką należy obrać, aby prawdziwie wytłómaczyć sobie wpływ, jaki wywiera ta okoliczność, czy kobieta była pierwiastką czy mnogorodzącą.

W Wiedniu,	na 491	pierwiastek	zachorowało	117	czyli 1	na	4,2;
„	„ 636	mnogorodzących	„	93	„ 1	na	6,8;
W Monachium	„ 304	pierwiastek	„	66	„ 1	na	4,6;
„	„ 609	mnogorodzących	„	76	„ 1	na	8,0;
„	„ 232	pierwiastek	„	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
Hugenberger:	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 prędzéj przebiegając, mniéj też zostawia czasu najwłaściwszego do przyjęcia zakażenia, niebezpieczeństwo to jest mniejsze. Ale nie mówiąc już o gorączce połogowéj, 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 połogu. Tém samém i niebezpieczeństwo, które przy porodach prawidłowych nierównie więcéj 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 krócéj aniżeli po pierwszéj, ale okres połogowy należy do takich okresów życia kobiety, w którym nabywa ona najłatwiéj cierpień przewlekłych i stanów chorobowych, nieprzyjaźnie wpływających na czynność macicy, niszczących siłę jéj skurczów, lub sprowadzających inne nieprawidłowości w przebiegu porodu. To też należy się spodziewać, że po przebyciu

większéj ilości ciąży, za każdym nowym porodem nietylko zwiększa się niebezpieczeństwo w ogóle, ale też i w szczególności powiększa się usposobienie do gorączki połogowéj, bądź dla tego, że poród trwa dłużéj, a ztąd zwiększa się sposobność zakażenia od zewnątrz, bądź, że z powodu większego traumatyzmu, większe wytwarza się niebezpieczeństwo zakażenia położnicy saméj przez się. I to oczekiwanie usprawiedliwiła statystyka. Hugenberger 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. Duncan, porównywając 74 wypadki śmierci w Dublinie (o których donoszą Johnston i Sinclair) z liczbę rodzących w Edynburgu i Glasgowie, otrzymał następne stosunki:

po 1-éj 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 Hugenberger'a.

Pomiędzy rodzącemi w młodszym wieku, znajduje się stosunkowo większa ilość pierwiastek; a pomiędzy rodzącemi w wieku późniejszym, stosunkowo znaczniejsza liczba takich kobiet, które już wiele przebyły porodów. Ztąd należałoby się spodziewać, że i śmiertelność na gorączkę połogową będzie rozmaita, względnie do wieku matek. I rzeczywiście Farr wykazał, że kobiety liczące od 15—24 lat wieku nierównie więcéj są zagrożone, aniżeli te które mają lat 25 do 34, a te znowu nieco mniéj 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. Duncan poprawił tabellę Farr'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 połogowéj w wieku młodzieńczym, dałoby się może tłómaczyć mniejszą zdolnością czynnościową przyrządu rodnego, aniżeli w czasie punktu kulminacyjnego czynności płciowych, a ztąd dłuższém trwaniem aktu porodowego, i to zwłaszcza pierwszego jego okresu. Ogólne niebezpieczeństwo jakiém połóg 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 Collins'a o zakładzie położniczym w Dublinie, M. Duncan dowiódł, iż ogólne niebezpieczeństwo już w 25 roku życia dochodzi do minimum, poczém stale zaczyna się powiększać. Różnica ta w krzywych dla śmiertelności z gorączki połogowéj i dla ogólnéj śmiertelności z chorób połogowych pokazuje znowu, jak mały kontyngens chorych na gorączkę połogową dostarczają ciężkie zaburzenia w przebiegu porodu.

Najwydatniéj występuje usposobienie do gorączki połogowéj, wynikające z wieku matek, u pierwszy raz rodzących. Według Hugenberger'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 pierwszém miejscu trzeba to wziąć na uwagę, iż u starszych pierwiastek poród nierównie dłużéj się przeciąga, a naruszenia całości szyi macicznéj lub t. p. częściéj u nich bywają małoznaczne.

Za pomocą teoryi zakażenia można bardzo dobrze objaśnić wahania zachodzące w terminie wybuchu choroby, jeżeli, zgodnie z poro-

bionemi spostrzeżeniami przyjmiemy 24 — 48-godzinny okres utajenia. Pierwsze objawy rzadko się pojawiają przed rozpoczęciem porodu, częściéj już podczas porodu, zwykle dopiéro w połogu, i tu najczęściéj, w drugim lub trzecim dniu takowego, rzadziéj zaś po piątym. Przed wystąpieniem bólów, tylko wewnętrzna powierzchnia właściwéj jamy macicznéj, jest, skutkiem oddzielenia się błony doczesnéj, właściwém miejscem do przyjęcia zakażenia, a nawet najniższa jéj część albo wcale, albo z trudnością tylko palcem da się dosięgnąć. W okresie otwierania się ujścia macicy nietylko rozszerza się ujście wewnętrzne, ale częstokroć zarazem i szyja macicy ulega uszkodzeniu, a przy przerzynaniu się dziecka powstają pospolicie i nowe małe nadpęknięcia w ujściu kanału rodnego. Zmniejszanie się liczby zachorowań po upływie trzech dni połogu, tłómaczy się znowu tém, że po ukończeniu się sprawy porodowéj, zmniejsza się stopniowo powód do badania palcem. Gdzie assystent lub inni zajmują się i w połogu jeszcze specyalnemi studyami, jak to miało miejsce w Bonn 1864 roku, tam nie zbywa i na późniejszych zakażeniach.

Gdybyśmy się trzymali hypotezy miazmatu, to różnice co do czasu wybuchania choroby, możnaby tłómaczyć 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 porodowéj lub salach położnic, albo też że stan połogowy w ściślejszém 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 porodowéj, mało chroni od choroby, a z drugiéj strony, że ciężarne pomieszczone w małych zakładach, gdzie bywają używane do posług przy położnicach, nie częściéj 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 dopiéro późniéj?

Pojawianie się gorączki połogowéj 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 matczynéj za pośrednik

zakażenia, bez względu na to, czy matka jest zdrową czy chorą. Jeżeli w tych razach przyjmiemy 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 nagłówny (*Cephalhaematoma*) lub t. p. Z temi obrażonemi miejscami stykają się zarówno palce matki i osób obsługujących, jakotéż przedmiotów przy obsłudze używanych, wreszcie téż, — co tymczasowo przyjmijmy, — powietrze wypadkowo obciążone materyami gnijącemi. To téż bynajmniéj nie dziwi, że noworodki bywają bezpośrednio zakażone pierwiastkami gnijącemi. Nierównie ciekawszém jest, co staje na przeszkodzie, że zakażenia te nie zdarzają się częściéj. Byłyby one niewątpliwie częstszemi, gdyby osoby które zakażają matki, zajmowały się w równéj mierze pieczą około noworodków. Miazmatyczna zaś teorya nie ma na to żadnéj odpowiedzi. Jeżeliby się później wykazało, czego do czasu nie można jeszcze na pewno utrzymywać, że późne występowanie choroby rzadziéj się trafia u dzieci zdrowych matek, aniżeli chorobie uległych, byłaby to nowa trudność dla miazmatyków.

Nakoniec, przeważne występowanie gorączki połogowéj w zakładach położniczych; różnice jakie się przedstawiają w rozmaitych szpitalach; wreszcie wahania jakie spotykamy różnemi czasy 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 częściéj i rozległéj. Z jednéj bowiem strony, zajęcia osób nauczających, uczących się i obsługujących w zakładzie położniczym, sprawiają, że osoby te, w wielu miejscowościach przynajmniéj, częściéj się stykają z materyami gnijącemi, zdolnemi zakazić rodzące i położnice, aniżeli lekarze, akuszerki i posługaczki prywatnie praktykujące; z drugiéj zaś strony, tamte osoby mają na obszerniejszém polu sposobność do roznoszenia zakażenia, bądź osobiście, bądź za pośrednictwem swych narzędzi. Przeważnie przeto pojawianie się gorączki połogowéj 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 szczególnych, 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 jednakowemi w różnych zakładach o przybliżenie równéj liczbie porodów, i że różnice te nie dają się dostatecznie wytłómaczyć mniéj lub więcéj odpowiedniém lub nieodpowiedniém położeniem, własnościami przestronności sal, lepszém lub gorszém przewietrzaniem i t. p. Choroba nie oszczędza nawet zakładów założonych w lepszych warunkach i lepiéj urządzonych; nowo zbudowane zakłady w Monachium i Hannowerze nawiedziła epidemia wkrótce po ich otwarciu.

S t o s u n k i ś m i e r t e l n o ś c i w r ó ż n y c h z a k ł a d a c h p o ł o ż n i c z y c h. Epidemie pojawiają się nietylko w tych zakładach położniczych, które służą do nauki, ale także i w takich, które mają tylko na celu danie przytułku ciężarnym. Z pomiędzy pierwszych, nawiedzanemi bywają nietylko instytuty kliniczne, ale w części także i zakłady przeznaczone do kształcenia akuszerek. Fakt ten jednak nie przemawia bynajmniéj na korzyść miazmatu. Prawdą jest, że uczennice miéć mogą sposobność do zanieczyszczenia rąk tylko w samym domu położniczym, studenci zaś jeszcze i zewnątrz takowego, jakotéż, że w zakładzie nie służącym do nauki, tylko skład domowników może pośredniczyć w zakażeniu.

Ze stosunków śmiertelności w Wiedniu 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%
„ „ „ akuszerek		„	1841—1846	„	3,38%
„ „ „ lekarzy		„	1847—1858	„	3,57%
„ „ „ akuszerek		„	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 niéj prawie żaden,

jako też, że częstość roznoszenia zakażenia od osoby do osoby, zależéć musi od sposobu, w jaki odbywa się nauczanie. Jeżeli uczniowie i uczennice assystujący przy porodach, nie zajmują się równocześnie doglądaniem chorych, i jeżeli do śledzenia rodzącéj dopuszcza się tylko jedna lub dwie osoby, to zmniejsza się też i sposobność do zakażania 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 przynajmniéj latach, stan zdrowia podczas kursu akuszerek był szczególnie niepomyślny, i bardzo jest prawdopodobném, że różnica w sposobie nauczania uczennic i studentów, nie pozostaje tam bez wpływu. W klinice, pozwala się zapewne, jak było pod dyrekcyą J. H. Schmidt'a, badać rodzące czterem tylko studentom; zaś z doglądaniem chorych położnic nie mają oni pewno nic do czynienia. W szkole akuszerek rzecz się ma przeciwnie. Prócz tego trzeba przypuścić, że osoby zakładu pomagające w nauczaniu przy łóżku rodzących (asystenci i akuszerka), czynniejszemi 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 wybuchającéj choroby jak i w obec dalszego jéj roznoszenia, aniżeli zajmujące się nauczaniem.

Na poparcie tego zdania służą przytaczane już powyżéj liczne przykłady zakażenia sprowadzonego przez assystentów 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; assystent 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%. Daléj, mogliśmy się nietylko w Bonn przekonać, że stan zdrowia pogorsza się w miarę wzmagania się zapału assystenta do uczenia się i gromadzenia spostrzeżeń. W czasie, kiedyśmy wspólnie z Hecker'em byli w stałéj klinice berlińskiéj assystentami, śmiertelność, jeżeli nas pamięć nie myli, doszła do 16%. W Monachium, jak wspomniano, zaraz po otworzeniu zakładu assystent sprowadził epidemię. W r. 1862, podczas feryj wielkanocnych, kiedy niewielu tylko studentów zajmowało się rodzącemi, 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 akuszerek, 5 wypadków choroby zakończonéj śmiercią. To samo i w nowym zakładzie położniczym w Hannowerze, wybuchła epidemia zaraz po jego otwarciu (w październiku 1863 r.), instytut wraz z nowym budynkiem otrzymał zarazem assystenta. 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 sekcyami zmarłych na gorączkę połogową, ale lekarz starszy i młodszy pełnili równocześnie obowiązki assystentów 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 dawném 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 assystenci opiekowali się także i zakładem filialnym.

Rola osób nauczających, przy roznoszeniu gorączki połogowéj, powinna być także braną 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. Semmelweiss słusznie zwrócił uwagę na dążności naukowe i szczególne stanowisko lekarzy kierujących tą instytucyą, 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 Semmelweiss'a, gorączka połogowa rzadko kiedy się już przytrafiała, i w ciągu pięciu lat, z liczby 933 położnic, nie zabrała więcéj nad 8=0,85%.

Ten sam moment objaśnia też nader pomyślne stosunki zdrowia zakładu Rotunda w Dublinie, i mniéj już pomyślne trzech zakładów

londyńskich służących tylko za miejsce przytułku; zasługuje on także na uwzględnienie przy dochodzeniu przyczyn większéj 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, najwyżéj przez dwóch studentów; dzieje się to bez żadnéj 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 kobiét 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 téj sposobności wyjątkowo tylko korzystają. Przeciwnie, w General lying-in Hospital są dwa miejsca dla t. z. *house-surgeons*, a przez ciąg lat wyżéj zestawionych, przynajmniéj 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 któremi zakład ma opiekę.

Różnice w stosunkach śmiertelności tychże zakładów. Wiadomo, że różnice te przyjęte były przez Semmelweiss'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 niżéj 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 pierwszéj klinice 6,56%, w drugiéj 5,58%. Skoro zaś pierwsza klinika przeznaczoną została wyłącznie dla kształcenia lekarzy a druga dla uczenia akuszerek, śmiertelność w 1841—1846 dosięgła w pierwszéj z nich 9,92%, gdy w drugiéj wynosiła tylko 3,38%.

W 1847 r. S. uznał zakażenie jadem trupim za przyczynę gorączki połogowéj, i zarazem przedsięwziął środki, aby o ile można zakażeniu miejscowemu zapobiedz. Następstwem tego było, że w 1848 r. umarło w pierwszéj klinice tylko 1,27%, a w drugiéj 1,33%. Po opuszczeniu przez Semmelweiss'a posady assystenta, nie pozostało bez dalszego wpływu, jeżeli nie przekonanie o słuszności etiologii przez niego wskazanéj, to przynajmniéj utrzymywanie się jego poglądu.

Śmiertelność w pierwszéj klinice ograniczyła się w r. 1849 na 2%, w r. 1850 na 1,1%, i w r. 1851 na 1,1%; w drugiéj zaś na *resp.* 2,1 i 3%.

Skoro potém zdawać się napozór zaczęło, że pogląd Semmelweiss'a może być spokojnie odłożonym *ad acta*, śmiertelność w obu klinikach na nowo się podniosła. W ostatnich latach znacznie się znowu zmniejszyła. C. Braun upatruje przyczynę tego zmniejszenia w udoskonaleniu wentylacyi, w zaprowadzeniu Böhm'owskiego systemu ogrzewania i przewietrzania. My jednak nie możemy przyznać tym urządzeniom takiéj doniosłości, jaką Braun im przypisuje. W drugiéj klinice przyrząd Böhm'a wprowadzony został w ograniczonych zaledwie rozmiarach; ztąd téż, według nas, przeważnym powodem tak olbrzymio zmniejszonéj śmiertelności w tym oddziale (r. 1863 umarło tu tylko 0,5%), jest troskliwość Spaeth'a, skierowana ku temu, aby unikać miejscowego zakażenia. Do tego, jak już nadmienialiśmy, właśnie w obu oddziałach wiedeńskiego domu położniczego zauważono nowszemi czasy fakta, które dają się dostatecznie objaśnić tylko za pomocą teoryi zakażeń. W końcu, jeżeli weźmiemy pod uwagę nie tylko powyżéj już przytoczone dowody słuszności téj nauki, ale jeszcze i to, że Mayerhofer, assystent pierwszéj kliniki, nie uważa już teraz, jak dawniéj, 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 pierwszéj klinice rachuje się nie z samém tylko ulepszeniem przewietrzania.

W klinice położniczéj peszteńskiéj, stan zdrowia położnic pozostawał przez długi czas pomyślniejszym aniżeli w Wiedniu, gdyż zasada anatomiczna późniéj 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 zapałem sekcyami zwłok, i studyami tak anatomicznemi jak i klinicznemi.

W General lying-in Hospital, gdzie śmiertelność, jak już nadmieniališmy, jest uderzająco znaczna, w porównaniu z innemi szpitalami londyńskiemi, 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, poczém, 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 przyległéj dzielnicy przez ubóstwo zamieszkałéj, 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 potém, R e i d wykrył jeszcze jedno źródło miazmatu, w cieczy cuchnącéj, zebranéj skutkiem zatkania rynny odprowadzającéj, 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 połogowéj. Pozór to jednak złudny. Skoro po pokryciu wyż wspomnianych otwartych dołów, w listopadzie 1838 r., zakład po 4-miesięczném zamknięciu, otworzono, przez 11 miesięcy nie umarła żadna położnica; a w październiku 1839 r., podejrzana późniéj rynna odprowadzająca nie była jeszcze zapewne zatkana. Możnaby ją, co najwyżéj, 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 wentylacyi. 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 swéj 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.

Stałe wachania w stosunkach chorobliwości.

Fakt że gorączka połogowa i w szpitalach także zachowuje charakter epidemiczny, może sam przez się przemawiać równie dobrze na korzyść teoryi zakaźnéj jak i miazmatycznéj. Trudniéj jest objaśnić za pomocą pierwszéj z tych teoryj wpływ pór roku na stosunki chorobliwości i śmiertelności.

Według Hirsch'a z liczby 137 epidemij, przypadło:

72 w zimie,
28 w jesieni,
27 na wiosnę, i
10 w lecie.

W instytucie akuszerek w St. Petersburgu, według sprawozdania Hugenberger'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 „	9,1%
„ marcu	„	0,0 „	„	15,4 „	
„ kwietniu	„	0,6 „	„	18,9 „	
„ maju	„	0,8 „	„	13,4 „	7,1%
„ czerwcu	„	1,1 „	„	10,1 „	
„ lipcu	„	0,4 „	„	20,8 „	
„ sierpniu	„	0,0 „	„	25,5 „	6,8%
„ wrześniu	„	0,9 „	„	10,4 „	
„ październiku	„	2,3 „	„	29,3 „	
„ listopadzie	„	2,9 „	„	22,5 „	10,5%
„ grudniu	„	1,3 „	„	31,4 „	

W Pradze, między r. 1839 a 1845 wynosiła:

	chorobliwość:	śmiertelność:
od stycznia do marca	10,9%	2,4%
„ kwietnia do czerwca . . .	8,8 „	2,2%
„ lipca do września	4,5 „	1,7%
„ października do grudnia . .	7,7 „	2,6%

W General lying-in Hospital w Londynie, między r. 1829 a 1840, umarło:

od stycznia do marca . . .	6,6%
„ kwietnia do czerwca . .	6,3%
„ lipca do września . .	1,0%
„ października do grudnia .	3,3%.

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 brzydkiéj porze roku epidemie częściéj wybuchają, albo téż ztąd, że wybuchnąwszy, nabierają większych rozmiarów. Przyjmując pierwsze z tych przypuszczeń, chodziłoby o wynalezienie przyczyn powodujących większą częstość tak zwanych pierwszych wypadków; przy drugiém przypuszczeniu, należałoby dowieść, że przenoszenia choroby z jednych na drugich trudniéj uniknąć.

Pomnożenie się „pierwszych wypadków" mogłoby pochodzić albo ztąd, że większa ilość zarazka dostaje się do zakładu z zewnątrz, albo téż ztąd, że w samym zakładzie zarazek częściéj się rozwija. Semmelweiss oświadcza się za pierwszą z tych możliwości, zwracając uwagę na rodzaj zatrudnienia assystenta i studentów, jako téż na większą gorliwość tych ostatnich w półroczu zimowém. I my także nie uważamy podnoszonych przezeń okoliczności za zupełnie błędne, ale téż zarazem nie możemy uznać próby jego tłumaczenia za wystarczającą, gdyż takowa odpowiednią jest tylko do szczególnych okoliczności istniejących w Wiedniu (a może téż 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 połogowéj wybuchła po przyjęciu do zakładu osób dotkniętych durzycą lub t. p., a nie zdaje się być za śmiałém przypuszczenie, że z podobnemi chorobami częściéj przyjmowanemi bywają osoby

w miesiącach zimowych. Okoliczność ta, tam szczególniéj 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 akuszerek, i w zimie przedstawia bez porównania niepomyślniejszy stan zdrowia. N a g e l wymienia między osobami przyjętemi z innych oddziałów Charité także i takie, które były dotknięte sprawami zapalnemi tkanki łącznéj (*phlegmone*), żył i t. p. V i r c h o w poświadcza, iż sprawy flegmoniczne częściéj występują w porze zimowéj. 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 assystenci w zimie (czy i w lecie także?) pełnią równocześnie te same obowiązki w oddziale chorych wewnętrznie, do którego, w celu ograniczenia gorączki połogowéj 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 częściéj w samych szpitalach, przyjmowaną była przez zwolenników teoryi miazmatycznéj, 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 czasowém przepełnieniem choremi całych zakładów lub pojedynczych ich sal, wybuchała epidemia. Ale z drugiéj strony to także jest pewném, że często epidemie wybuchają i gasną, chociaż pod tym względem nie można dostrzedz ani zmian niepomyślnych ani pomyślnych; jako téż, że kiedyindziéj w tym samym domu położniczym już dawniéj dość często przepełnienie miewało miejsce, a jednak nie sprowadzało to epidemii. Daléj, S e m m e l w e i s s wykazał, że druga klinika wiedeńska, stosunkowo liczniéj była obsadzona, a mimo to mniéj nawiedzana od choroby aniżeli pierwsza; nadto, długim szeregiem zestawień tabellarycznych udowodnił, że pomyślniejszy lub mniéj 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 dobadać się mogli, zniewala koniecznie do wniosku, że zakażenie miejscowe jest co najmniéj najpospolitszą drogą prowadzącą do powstania i szerzenia się epidemij. Wprawdzie aby zakażenie nastąpić mogło, potrzeba do tego pierwéj zakażającego indywiduum, a o takie łatwiéj przy większém 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 łatwiéj 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 dostatecznéj 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.

Między r. 1785 a 1812, liczba porodów wahała się między 855 a 2346; średnio 1600.

Umierało:

przy mniéj niż 1600 porodach (14 lat) 0,8%
„ więcéj „ 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 poniżéj.

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 mniéj niż 2000 porodów (8 lat) 1,9%
„ więcéj „ 2000 „ (12 lat) 1,0% } 1,3%

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 częściéj mało znaczne, aniżeli w miesiącach zimowych (październik do kwietnia). Aby więc ujawnić wpływ napełnienia miesięcznego, rozdzielam 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 połogowéj nie wracają często, już przy nieznacznem napełnieniu zakładu, tam i większe napełnienie

nie wywiera godnego uwagi wpływu; i przeciwnie, wśród odwrotnych okoliczności, przybytek liczby położnic pociąga za sobą zmniejszenie się względnéj śmiertelności.

Nowy to dowód słuszności teoryi zakażeń.

Co do przypuszczalnego miazmatu, to ten można sobie wyobrażać albo jako w ścisłém znaczeniu tego wyrazu połogowy, to jest powstający dopiéro skutkiem nagromadzenia wielu położnic w tém samém miejscu, albo téż szukać można jego źródła w innych wpływach, które osoby w tę atmosferę wprowadzone już gotowe znajdują. Przeciwko rozwijaniu się miazmatu połogowego 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 samém ze zwiększającém się przepełnieniem powinnibyśmy oczekiwać stosunkowo większéj śmiertelności. Jeżeli zaś będziemy się skłaniać do drugiego z możliwych pojęć o naturze miazmatu, to trzeba będzie przyjąć, że od chwili w któréj 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 zmniejszając ją.

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 zanieczyszczonemi rękami lub t. p. ciężarnych i położnic. Z powiększeniem się liczby tych ostatnich, zmniejsza się opieka, jakiéj pojedyńcze osobistości doznają ze strony assystenta, akuszerek i t. p.; innemi słowy: z wzrastającém napełnieniem zakładu, większa liczba ciężarnych ma szczęście pozostać na uboczu niedostrzeżoną, czego skutkiem jest zmniejszenie się względnéj chorobliwości i śmiertelności. Przykład lepiéj 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 mniéj. Te 7 stanowią

tylko 14-tą część tych 97-u osób o które powiększyło się napełnienie zakładu. Aby więc objaśnić widoczne pod Nr. 6 zmniejszenie się śmiertelności, dosyć będzie przypuścić, że z powiększeniem się napełnienia o $^{10}/_{24}$, dbałość o położnice zmniejszyła się o $^{1}/_{16}$; czyli, że piąta część przybyłych, uchodzi szczególnéj baczności tych, którzy roznoszą zakażenie.

Także i spostrzeżenia, które Hecker, nie dzieląc wcale naszych poglądów, podał z Monachium, dowodzą, że epidemie tamtejsze nie polegały na przepełnieniu. 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%. Okoliczności te są właśnie nowym dowodem, że przy roznoszeniu choroby osoby uczące się stosunkowo bardzo małą odgrywają rolę.

Powyższe uwagi będą usprawiedliwione, jeżeli przepełnienie tylko w małych zakładach uważać będziemy za moment podnoszący śmiertelność. Nadto, przytoczona już poprzednio statystyka z istytutu akuszerek w Petersburgu sama przez się pokazuje, że równéj 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% więcéj; 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 hygienicznych jeszcze stopniowe podnoszenie się śmiertelności od lata, przez jesień i wiosnę ku zimie. O takim związku przyczynowym niepodobna myśleć, bez podejrzewania atmosfery o to, iż ona jest jednym z środków (*media*), przez które gorączka połogowa się szerzy. Nie zmusza to jednak do przyjmowania początku miazmatycznego, t. j. nie zniewala do przypuszczenia, iż atmosfera stanowi jedyny środek, czyli, że niepomyślne warunki powietrzni stanowią najgłówniejszą i piérwszą przyczynę wybuchu epidemii. Temu przypuszczeniu sprzeciwia się już to przekonanie powzięte z doświadczenia, że w rozmaitych miesiącach zimowych, w Wiedniu, śmiertelność bywała niekiedy niepospolicie szczupła; że w berlińskiem 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 sprowadziło 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 swéj strony roznosić w sąsiedztwie zakażenie, jeżeli niema dostatecznego przewietrzania. Za słusznością tego, przemawiać mogą dobre skutki, jakie w wielu epidemiach pociągało za sobą przewietrzanie i oczyszczanie zakażonych przestrzeni, i jakiemi widocznie uwieńczoném 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 łóżek stojących w mniejszym przedziale jednéj sali, umarła 16 lipca 1854 r. pewna położnica, poczém łóżko to zostało niezajętém, inne 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 łóżkach, 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 następne fakta: Najpierw, zdarzało się nieraz, że z trzech, przez otwarte drzwi łączących się ze sobą sal dla położnic, środkowa najsilniéj była przez chorobę napastowana; i ta, tak względnie jak i bezwzględnie przez pewien czas najliczniéj była obłożona. Skoro przez dostateczne otwieranie okien zapobiegać zaczęto zastojowi powietrza, i w téj sali wrócił równie pomyślny stan zdrowia. Daléj, w zimie 1859 r. podczas panowania epidemii gorączki połogowéj zachorowała także jedna posługaczka podczas miesiączkowania, wśród objawów zapalenia macicy, i zanim wyzdrowiała zebrały jéj się dwa ropnie, jeden na prawém ramieniu a drugi w okolicy drugiego kręgu krzyżowego. Ostatni ten fakt, naszém zdaniem, wymaga objaśnienia, mianowicie takiego, że posługaczka owa zakaziła sobie części rodne bezpośrednio, zanieczyszczonemi palcami.

wykryć innéj możliwéj drogi, którą przyszło zakażenie, i najłatwiéj daje się pojąć, dlaczego, jeżeli choroba wystąpi w zdrowém dotąd miejscu, ulegają jéj 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 téj drogi uważać za główną. Do powodów wyżéj 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 téj saméj sali w któréj leżały ciężko chore, inne położnice pozostawały przy zdrowiu; a tymczasem, osoby które leżały w oddzielnych pokojach ulegały chorobie.

Badanie wpływu przepełnienia i przewietrzania odwiodło nas już od rozważania przyczyn mogących w zimniejszéj porze roku sprowadzić większą częstość „pierwszych wypadków“ a natomiast wprowadziło nas na kwestyę, dla czego trudniéj jest uniknąć rozniesienia choroby w téj porze. Bez wątpienia, pod tym ostatnim względem więcéj przychodzi pod uwagę zwiększona gorliwość assystenta i innych, większa trudność utrzymania czystości, i t. p.

Naszém przeto zdaniem, czynników wpływających na przeważne pojawienie się gorączki połogowéj w zimniejszéj porze roku, jest wiele, i nie twierdzimy bynajmniéj żeśmy je tu wyczerpująco opisali. Przyczyniać się one będą w rozmaitych zakładach na różne rozmiary do smutnych następstw.

Skoro tedy zechcemy upatrywać w gorączce połogowéj nic innego jak tylko wynik gnilnego zakażenia, pozostanie nam podzielić życzenie dokładniejszego wyjaśnienia prawdziwéj 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 rozstrzygnienie pytania, czy on jest jakością chemiczną, czy téż, jak przyjmuje Mayerhofer, mątwiki (*vibriones*), są pośrednikami zakażenia, pozostawiamy przyszłości. Obyśmy, postępując różnemi drogami dążącemi do szukania prawdy, jak najprędzéj rozstrzygnąć to mogli.

Zasady, jakiemi kierować się trzeba przy leczeniu pojedynczych wypadków gorączki połogowéj, wyłożyliśmy już przy opisie poło-

gowych zapaleń macicy. Im mniéj zadawalają skutki sztuki lekarskiéj w ciężkich wypadkach choroby, tém ważniejszém jest zapobieganie.

Zadanie jakie to ostatnie ma do rozstrzygnięcia, a mianowicie: ochrona od zakażenia materyami posoczającemi, łatwiejszém jest do spełnienia dla lekarzy i akuszerek prywatnych, aniżeli dla zatrudnionych w domach położniczych.

Najważniejszą rzeczą jest, aby przystępować do badania i niesienia pomocy z czystemi 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 materyami gnijącemi; bo działanie znanych środków odwonniających (*desinfectio*), prócz jedynie dłuższego wpływu atmosfery, jest niepewne. Najlepszemi z tych środków są: chlor i nadmanganian potażu.

Konsekwentnie przeprowadzone obmywania chlorowe przed każdém badaniem, znacznie zmniejszyły śmiertelność w klinice dla lekarzy w Wiedniu r. 1847 i 1848; zaś doniesienia innych lekarzy położniczych o zupełnéj niby bezużyteczności tych środków ostrożności, są dla nas dla tego małego znaczenia, że donoszący nie byli przekonani o prawdziwości teoryi zakaźnéj, a tylko gruntowne przeświadczenie pod tym względem, daje pewność, że starano się o odwietrzanie w całéj rozległości. Mimo to, sądzimy, że Semmelweiss nazbyt przecenia skutki obmywań chlorowych; a ten nasz sąd potwierdza, o ile się zdaje, wybuch gorączki połogowéj w klinice peszteńskiéj, za który Semmelweiss składa wprawdzie odpowiedzialność na użycie źle wypranych prześcieradeł i zaniedbanie regularnéj zmiany bielizny. Nieprzerwane używanie chemicznych środków odwietrzających, nie jest bez wątpienia we wszystkich zakładach potrzebném, aby osiągnąć stosunkowo pomyślny stan zdrowia; w Wiedniu stan taki trwał bez przerwy od r. 1857—1860, chociaż nie używano ani wody chlorowéj 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 gnijącemi, jest niezachwianą. Ciągłe ich użycie zaleca się szczególniéj tym, którzy, jak pokazało doświadczenie, bywają głównemi pośrednikami zakażenia, t. j. osobom zatrudnionym w zakładach położniczych.

Aby uniknąć zakażenia za pomocą przedmiotów martwych, każda rodząca lub położnica powinna mieć łóżko pokryte materyałami nieużywanemi lub dobrze oczyszczonemi, i otrzymać kanki dla niéj 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 odwonnianie posoczystych odpływów, jakotéż 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 każdéj 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 ażéby 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 szczególniéj w latach niepomyślnych wielkiéj jest wagi) każdą salę, skoro już raz była użytą, 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 choremi i doglądającemi je osobami. Przy budowaniu nowego instytutu w Kiel urządzono nawet dla każdéj położnicy oddzielny pokój. Stosownie do naszego zdania o warunkach przyczynowych, urządzenie takie jest zbyteczne; utrudnia ono opiekę i nauczanie kliniczne, nie może się więc przynajmniéj zalecać dla zakładów, które mają służyć dla znaczniejszéj 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 połogu, 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, Kehrer i inni—chininę, Robert Johns—rtęć. Wychodzili oni z téj zasady, że środki, które po wybuchnięciu choroby najwięcéj przynoszą pożytku, najprędzéj téż powinnyby być w stanie zapobiedz wybuchowi. Doświadczenie nie wykazało żadnéj korzyści z podobnego leczenia, a wnioski do jakich my doszliśmy pod względem etiologii gorączki połogowéj, każą uważać wszystkie te próby za chybione. Nawet staranna dyetetyka i leczenie ciąży, porodu i połogu, mało chronią od gorączki połogowéj. Mogą one jednak często, gdzie niema warunków zakażenia gnilnego, chorobie zapobiedz, a jeżeli tego nie uczynią, mogą jeszcze ograniczyć rozwój gnijących produktów wybuchłéj sprawy chorobowéj, a tym sposobem, w pewnych razach, jużto zapobiedz zakażeniu saméj choréj przez się, już znowu odwrócić od innych położnic niebezpieczeństwo, jakiém 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 cauzés, 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 egzaltacyi psychicznéj. Wypadki te należą szczególniéj do zapalenia obokmacicznego i posokowatego zapalenia wnętrza macicy; objaśniają się zaś wpływem zakażonéj krwi na mózgowie. Z drugiéj 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 ogólnéj posocznicy. Wszystkie te wypadki, mięszane dawniéj z prawdziwym obłędem połogowym i dopiéro przez nowszych autorów, jak np. Kiwisch'a, pod nazwą obłędu objawowego, odeń oddzielone, wyłączymy tutaj zupełnie, gdyż w nich obłęd jest tylko objа-

wem innéj, ważniejszéj choroby. Ale i wypadki obłędu połogowego pozostające po wyłączeniu majaczeń objawowych, wielką jeszcze przedstawiają rozmaitość; to też 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 obłędu, których moment etiologiczny tkwił w właściwym stanie życiowym położnicy, a przyczyna choroby nie dotykała wypadkowo jedną tylko położnicę. Pomijając tu wszelką klassyfikacyę, ograniczymy się tylko na szematyczném zestawieniu ogólnych dróg, na jakich obłęd u położnic się rozwija.

W rzędzie przyczyn zaburzeń umysłowych u kobiét, wpływy pochodzące od przyrządu płciowego mają bardzo wielkie znaczenie. Odnosi się to do miesiączkowania i zaburzeń w takowém, ale w wyższym jeszcze stopniu do ciąży. Ciąża w ogóle wyjątkowo tylko prowadzi do rozwinięcia się choroby umysłowéj pod formą głębokiéj zadumy lub obłędu, ale za to częściéj sprowadza ona chociaż umiarkowany stan pognębienia psychicznego, który to stan nie rzadko bywa zapowiednią albo nawet pierwszym okresem późniejszego obłędu połogowego. 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 wyrośli kostnych połogowych (*osteophyta puerperalia*). Daléj ciąża bywa niekiedy pośrednią przyczyną choroby umysłowéj wskutek następczéj niedokrwistości i zaburzeń w odżywianiu. Nakoniec przyrząd płciowy wpływa niewątpliwie i podczas ciąży na mózg, chociaż tego wpływu niepodobna ani anatomicznie wykazać, ani na mechanicznéj drodze objaśnić, podobnie jak nie można objaśnić częstego wpływu chorobliwych stanów macicy i jajników. Z pomiędzy przyczyn psychicznych wpływają tu nietylko obawa skutków porodu i połogu, albo też u niezamężnych obawa wstydu i biédy, ale więcéj może jeszcze wszystkie te wstrząśnienia umysłu i walki, jaki osobliwie pierwszéj ciąży towarzyszą, i stosownie do stopnia wykształcenia, położenia osobistego kobiety, lub t. p. koniecznie rozmaitemi być muszą. Do tego dodać trzeba tak cielesne jako też i moralne przejścia przy samym porodzie, które niekiedy, jeżeli bóle miejscowe, zaburzenia w krążeniu lub wstrząśnienia umysłu niezwykłego dosięgną stopnia, nagle wywołują obłęd; 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 zwykłéj zmiany nastroju umysłowego, jakie powodują ciąża i poród, samo przez się wynika, że przez ciąg pierwszych dni połogu 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 obłędu i że, wyłączając te wypadki, w których położnica gwałtownie się przelękła, przyczyna wywołująca bardzo często pozostaje niedocieczoną. Że zaś bezpośrednim powodem wystąpienia obłędu bywa pospolicie wzruszenie umysłowe, przemawia za tém, prócz wielkiego znaczenia etiologicznego wszelkich podobnych wzruszeń, w dziejach rozwoju chorób umysłowych, w szczególności jeszcze doświadczenie E s q u i r o l'a, który u 92 chorych, 46 razy był w możności wykrycia psychicznéj przyczyny obłędu 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 łatwiéj może wybuchnąć, im usposobienie do niéj będzie więcéj podniesione, w skutek innych warunków. Na pierwszém miejscu postawić tu przychodzi usposobienie dziedziczne, które daje się wykazać w bardzo wielkiéj liczbie wypadków; tak np. na 30 kobiét leczonych w zakładzie dla obłąkanych Stephansfeld, spostrzeganém było 14 razy.

Jak często obłęd u położnic się pojawia, nie można nic pewnego powiedzieć; ale za to to jest pewném, że u niemałego ułamka wszystkich kobiét umysłowo cierpiących, choroba w połogu wybuchła. Tak np. E s q u i r o l wykrył ten początek u $^1/_{12}$, R u s h u $^1/_{14}$, H a s l a m u $^1/_{20}$ części wszystkich kobiét dotkniętych chorobami umysłu, a w *Bedlam-Hospital* ilość chorych na obłęd połogowy wynosiła aż $^1/_8$ ogólnéj cyfry.

Obłęd połogowy występuje najczęściéj pod formą podniecenia psychicznego, jako szal; 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 połogu, z szeregu innych, i obejmowanie ich pod nazwą obłędu połogowego, by-

najmniéj usprawiedliwić się nie da. Dla gynekologa tylko, jak łatwo pojąć, te właśnie wypadki, szczególny przedstawiają interes.

Rozpoznanie w początkach nie zawsze może być niewątpliwém. 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 charakterystycznemi objawami. Według przekonania I d e l e r ' a zasługuje także na niejaką 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 dopiéro po upływie pewnéj 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 piérwszych 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 wielkiém wzburzeniu najwięcéj pomagają ciepłe kąpiele. Skoro organa rodne już dostatecznie wróciły do zwykłego stanu a choroba umysłowa nie została usuniętą, najlepiéj odesłać chorą do zakładu dla obłąkanych.

K O N I E C.

Mariana

SPROSTOWANIE WAŻNIEJSZYCH POMYŁEK.

Strona	*wiersz*	*zamiast:*	*powinno być:*
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 „	dosiągnięty	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	odpowiedniéj
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	roztrojenie	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	zmienne
142	14 „	od najpóźniéj	od części najpóźniéj
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	miękkszy
169	15 „	większe	miękksze
184	17 od dołu	pośladkowe	podśluzowe
184	3 „	włóknika	włókniaka
187	11 od góry	pograniczne	pograniczne organa

Strona	*wiersz*	*zamiast:*	*powinno być:*
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 „	podwiązywanie	podwiązywaniem
223	10 od dołu	Museuxe'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 „	dobra	dobrze
273	9 od dołu	określeniu	określenie
286	6 „	wagę	wadę
295	17 „	wstydliwych,	wstydliwych
308	4 „	części macicy	części rodnych
333	7 od góry	niepostrzeżenie	nie niepostrzeżenie
336	17 od dołu	Sout. Lam'a	Southam'a
337	6 „	ciążliwem	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%	u 15%
355	3 „	poprzedzić	popełnić
363	10 od góry	przetworów	przestworów
363	17 „	gruczołków	gruzełków
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 jednostajnéj	wzgórkowate i niejednostajnéj
369	14 „	drahm	drachm
417	16 „	danym	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 kroczu	w kroczu
482	4 od dołu	normalnie	normalne
499	2 „	mleko	mleka
500	3 „	tylko,	tylko

Strona	*wiersz*	*zamiast:*	*powinno być:*
501	1 od góry	rozwinięcia	rozwinięciem
507	7 od dołu	intracamalicularia	intracanalicularia
515	14 „	komórkami:	komórkami
516	13 „	zasinije	zasinieje
516	6 „	większych	miękkszych
530	9 od góry	skutek	w skutek
530	10 „	płód,	płód,—
531	4 „	$0{,}03^0$	o $0{,}03^0$
532	w tytule	polip włóknisty	polip włóknikowy
542	15 od dołu	jéj	jego
547	3 „	Ropienia	Ropnie
551	17 „	mogąc	mogą
554	3 „	zaostrzoném	zaostrzeniem
557	18 „	ssmowiedzę	samowiedzę
574	14 od góry	otrzewnéj.	otrzewnéj,
575	17 „	po porodowe	poporodowe
583	12 od dołu	nie	nie
606	12 „	że przyczyny	że przyczyny,.
613	5 od góry	Fakt	Fakt,
623	5 „	odwonnianie	odwonianie

1000,-