

# GAZETA LEKARSKA

I. ZE SZPITALA WOLSKIEGO.

## Haematocele anteuterina.

Podał

Dr med. Zygmunt Monsiorski.

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

Przystępując *ad medias res*, na wstępie zaznaczę, że przypadek, obserwowany przeze mnie, bynajmniej nie daje się podciągnąć pod tę kategorię, która według E. WINTERNITZ'a (*Haematocele*, VEIT tom V) nosi nazwę „*haematocele*

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

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

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

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

**Rozpoznanie:** *Graviditas extrauterina, probabil. tubaria dextra, abortus tabarius, haematocele peritubaria s. lateralis.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

W końcu autor wypowiada następujące poglądy: 1) leczenie zachowawcze włókniaków daje w większości przypadków znakomite wyniki; 2) operować należy wtedy, gdy obecność włókniaka naraża zdrowie chorej na większe niebezpieczeństwo, niż operacja. Zdarza się to w wyszczególnionych wyżej przypadkach, mianowicie gdy guz jest bardzo duży, gdy uległ zwyrodnieniu, gdy jest przyczyną zaburzeń w oddawaniu moczu, gdy powoduje krwotoki, nie dające się opanować, gdy przybrał formę gruczolaka (*adenomyoma*), gdy urodził się do jamy macicy lub pochwy i t. d.; 3) uwzględniać przytem trzeba wiek i zajęcie chorej, wychodząc z założenia, że z nastaniem menopauzy najczęściej wszelkie objawy ustają, i prócz rzadkich wyjątków zachodzi involucya włókniaka; że organizm im starszy, tem mniej jest odporny na uraz chirurgiczny wskutek zmian w sercu i we krwi i że z drugiej znów strony im młodszą jest chora, tem dłuższy ma przed sobą okres cierpień; i nareszcie, że zdrowie kobiety, zmuszonej ciężką pracą zdobywać swe utrzymanie, jest skutkiem włókniaka zagrożone więcej, niż zdrowie kobiety, żyjącej w wygodach, mogącej się pielęgnować. Zasady powyższe przyjęte są w klinice prof. OLSHAUSEN'a, który tylko 16% włókniaków poddaje operacji, gdy WINTER, na przykład, operuje 45,8%. Tem się tłómaczy poniekąd, że statystyki wyników myotomii tak się między sobą różnią; kto operuje wszelkie małe włókniaki, będzie miał naturalnie lepsze wyniki, niż ten, kto interwencyę chirurgiczną stosuje tylko do włókniaków, powodujących ciężkie dolegliwości, przedstawiających zarazem przy operacji większe trudności techniczne.

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

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

Wertenstein.

## Wiadomości bieżące.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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