

# GAZETA LEKARSKA.

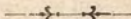
## I. O SAMOPOMOCY ORGANIZMU W DUSZNICY BOLESNEJ (*angina pectoris*).

[Praca, zapowiedziana na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu].

Napisał

**D-r med. J. Pawiński,**

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



Zdawałoby się, że wobec wykazania ścisłego związku pomiędzy miażdżycą tętnic wieńcowych a powstawaniem dusznicy bolesnej, patogeneza tej ostatniej nie przedstawia już nic zagadkowego, a leczenie jest bardzo prostem. Kto jednak miał sposobność zapoznania się bliżej z cierpieniem tem, które w inteligentnych i zamożnych warstwach społeczeństwa, wśród najlepszego napozór zdrowia, zabiera liczne ofiary, ten musi przyjść do odmiennego nieco zdania. Patogeneza choroby tej należy do najzawilszych, a leczenie do najtrudniejszych.

Przekonano się niejednokrotnie, że jakkolwiek pomiędzy dusznicą bolesną a stwardnieniem tętnic wieńcowych istnieje zależność przyczynowa, to jednak nie jest ona zawsze bezpośrednią, niekiedy bowiem zmiany w naczyniach serca są bardzo daleko posunięte, a napadów dusznicy bolesnej nie było i naodwrot, przy nieznacznych zmianach tętnic wieńcowych występowała bardzo silna *angina*. Podobnie wyniki, otrzymywane na polu patologii eksperymentalnej, w czasie doświadczeń nad wpływem zaciśnięcia tętnic wieńcowych, nie są nam jeszcze w stanie wyjaśnić całego obrazu klinicznego *ang. pectoris*. Bóle stenokardyalne występują często przy mocnym, dużym tętnie, świadczącym o wzmożonej, a nie podupadłej czynności lewej komórki, a rzadkie tętno (*bradycardia*), najstalszy objaw, spostrzegany przy sztucznem zamykaniu światła naczyń odżywczych serca, należy do rzadkich wyjątków. Dotychczas obserwowano go u ludzi tylko w kilku przypadkach zatoru tętnic wieńcowych [prof. Korczyński].

Z drugiej znowu strony przypisywany przetworom jodu pomyslny wpływ na cierpienie, o którym mowa, nie zawsze się sprawdza; ztąd też i lekarz narażany bywa na częste rozczarowanie.

Nie mamy tu jednak zamiaru przedstawienia całej patogenezy i terapii stenokardyi, gdyż uważamy za rzecz jeszcze przedwczesną wznoszenia skoń-



czonego gmachu, do którego mamy zaledwie podwaliny; chcielibyśmy tylko wykazać, w jaki sposób sama natura sobie radzi w niektórych przypadkach dusznicy bolesnej — samopomoc stwarza — i jakie ztąd wskazówki dla leczenia czerpać możemy.

Pierwszem spostrzeżeniem, które naprowadziło nas na myśl istnienia podobnej samopomocy, było następujące:

Kuch... Anna, lat 44 licząca, wyrobnica, przybyła do szpitala d. 12 kwietnia 1896 r., skarżąc się na bóle w dolnej i średniej części mostka, które zjawiają się przy chodzeniu i wogóle przy wszelkim ruchu. Po jedzeniu bywają silniejsze, niż przed jedzeniem. Bóle, te trwające już od roku, rozprzestrzeniają się ku górze do bocznej części szyi, jak również do lewej kończyny górnej. Towarzyszy im często mocne bicie serca, uczucie uderzenia krwi do głowy, zamknięcie w oczach, co wszystko razem doprowadza niekiedy chorą do zemdlenia. Wskutek tego żadnej ciężkiej roboty wykonywać nie może, pomimo iż dawniej zajmowała się praniem i prasowaniem bielizny, a więc pracą, wymagającą dużo wysiłku. Warunki życia chorej wogóle trudne, ciągle niepokój o utrzymanie rodziny. Dzieci kilkoro. Dużo wzruszeń. Przed 4 laty w kilka dni po porodzie zapadła na cholere, a podczas pobytu w szpitalu straciła męża i dwoje dzieci.

Chora wzrostu średniego. Budowa i odżywianie mierne. Tętno 76, miarowe, nieco więcej napięte. Ściany tętnic powierzchownych przedstawiają pewne zgrubienie.

Granice płuc z przodu i tyłu klatki piersiowej — umiarkowanie obniżone. W górnych odcinkach płuc oddech zaostrzony. Uderzenie wierzchołkowe — w V międzyżebrowo w linii sutkowej lewej. Tępość serca nieco powiększona w wymiarze podłużnym. U wierzchołka tony czyste, u podstawy zaś i w przebiegu aorty słychać szmer skurczowy. Drugi ton aorty wzmożony. W górnej części mostka, odpowiadającej rękomości, odgłos opukowy przedstawia wyraźne słumienie.

Wątroba, śledziona — zwykłych rozmiarów. Łaknienie słabe, skłonność do zaparcia stolca. Mocz wydziela się przecięciowo około 1200—1500 ctm. sześć. na dobę, ciężaru właściwego 1016—1020, białka, cukru, ani wałeczków nerkowych nie zawiera.

Rozpoznanie: *Angina pectoris. Endoaortitis sclerotica.* Chora przebyła kilka tygodni w szpitalu, stan jej małej wszakże uległ poprawie. Pomimo zastosowania najrozmaitszych środków nasercowych, bóle występowały z wielkim natężeniem, dokuczały jej, choć chora zachowywała wielki spokój i spełniała sumiennie wszystkie przepisy lekarskie. Z początku podawaliśmy jodek potasu w roztworze [4,0—180,0. *Aq. destil.* 2 łyżki dziennie], później jodek sodu w dawce stopniowo zwiększonej do 1,0—1,50 gram na dzień. Następnie, z powodu łatwo występującego nieżyty nosa i górnych dróg oddechowych, robiliśmy przerwy w podawaniu wspomnianego leku, poczem zalecaliśmy mniejsze dawki; pomyślnego jednak wyniku nie udało się otrzymać. Nitrogliceryna tylko z początku przynosiła pewną ulgę. Naparstnica wpływała nieco pomyślniej, lecz sprowadzała dość szybko zwolnienie ruchów serca [do 50—46 na minutę]



nawet po krótkim jej użyciu, tak, iż, z obawy zbiorowego działania, nie można było długo jej stosować. Wyłączna mleczna dyeta nie doprowadziła również do pożądanego wyniku: chora już po kilku dniach zaczęła upadać na siłach, a bóle wzmogły się znacznie. Chora, straciwszy wobec tego nadzieję poprawy, wypisała się, po trzymiesięcznym pobycie, ze szpitala.

Po upływie kilku miesięcy chora zgłosiła się do mnie po poradę z powodu niestrawności. Na zapytanie, uczynione jej w kwestyi dawnych bólów stenokardyalnych, odpowiedziała z radością, iż już od 8 tygodni żadnych bólów w klatce piersiowej nie doświadcza, że może nawet wykonywać taką robotę, o jakiej dawniej i myśleć nie mogła. Doświadcza wprawdzie od czasu do czasu bicia serca, lecz tylko przy większych wysiłkach fizycznych. Lekarstw żadnych, a mianowicie jodu nie przyjmowała.

Z wielkiem zaciekawieniem przystąpiłem do zbadania stanu narządu cyrkulacyjnego. Przedewszystkiem uderzyło mnie tętno: częstość jego wynosiła 80—86 przy spokojnem zachowaniu się, dawiej zaś nie przechodziła 70, wysokość fali wzmogła się, tętno stało się szybkim, nieco podskakującym. Uderzenie wierzchołkowe występuje nie tylko w V, lecz i w VI międzyżebżu, jest silnem, unosząc przyłożony palec, widocznem nawet dla oka; znajduje się na 1,5 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej lewej. Podobnie i wymiary tępości serca przedstawiają wyraźną różnicę w porównaniu z dawnymi: górna granica rozpoczyna się na górnym brzegu 4 żebra, lewa przechodzi na szerokość 2 cm. za linię sutkową, prawa przekracza nieznacznie lewy brzeg mostka. Wskazywało to na przerost serca, za czem i silna pulsacya naczyń szyjowych przemawiała, jak również powyżej wspomniane właściwości tętna.

Przy wysłuchiwanu okazało się, iż, oprócz szmeru skurczowego, słyhać w średniej i górnej części mostka dość przeciągły szmer rozkurezowy, którego źródło na mocy jego własności należało upatrywać w niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Ze strony innych narządów nie byliśmy w stanie zauważyć zmian chorobowych.

Od owej chwili upłynęło już przeszło 2 lata. Przez ten czas miałem kilka razy sposobność badać pacjentkę i przekonać się o względnie dobrem jej stanie zdrowia. Dawnych bólów stenokardyalnych nie doświadcza ona i jest w stanie zajmować się zwykłą pracą domową, oczywiście, o ile ta nie wymaga większych wysiłków fizycznych. Przy wchodzeniu na schody, podnoszeniu ciężkich przedmiotów łatwo doświadcza bicia serca.

Analogiczne do poprzedniego jest następujące spostrzeżenie II. z tą tylko różnicą, iż wytworzenie się niedomykalności zastawek nastąpiło wskutek ostrawego zapalenia w ujściu aorty.

Do pana X, 54-letniego, zostałem wezwany na naradę przez kol. Ch. w początku lutego 1896 r.. Chory już od roku zaczął doznawać jakiegoś bólu w górnej części klatki piersiowej, zwłaszcza w okolicy mostka. Ścisłe charakteru jego określić nie jest w stanie: niekiedy jest to jakby jakieś pieczenie, innym razem znowu jakieś silne gniecenie, które występuje głównie przy chodzeniu. Skoro tylko ból zjawi się, chory zmuszony jest na chwilę przystanąć, poczem dalej iść może. Dusznosci przytem żadnej nie doznaje. Wchodzenie na schody



połączonem bywa z większem natężeniem bólu, aniżeli chodzenie po równem. W roku przeszłym odbywał kurację w Kissingen, uwieczoną pomyślnym rezultatem. Bóle znacznie złagodniały, występowały rzadziej, przyczem waga ciała spadła z 200 na 185 funtów. W powrotnej drodze do kraju, czując się lepiej, odbył kilka wycieczek, połączonych z fizycznym i umysłowym wysiłkiem. Stan chorego pogorszył się, bóle zaczęły znowu częściej występować. Tym sposobem większą część jesieni chory zmuszony był przepędzić w domu.

*Status praesens.* Budowa średnia. Wzrost niski. Tkanki tłuszczowej dość dużo. Tętno 76, nieco bardziej napięte. Fala nie duża. Ściany tętnic promieniowych i innych powierzchownie przebiegających znajdują się w stanie umiarkowanego stwardnienia. Granice płuc nieco obniżone. Tępość serca zwykłych rozmiarów. Tętno u wierzchołka czyste, u podstawy — w miejscu wysłuchiwania aorty, pierwszy ton nie czysty, drugi mocno akcentowany — niekiedy, i to tylko przy pewnem położeniu chorego, kończy się słabym szmerem, w postaci podmuchu. Brzuch nieco wzdęty. Atonia kiszek. Mocz wydziela się w dostatecznej ilości, białka, ani też wałeczków nerkowych nie zawiera.

Zaleciliśmy jodek potasu, który w ciągu kilku tygodni chory przyjmował. Wpływ tego leku na bóle stenokardyalne był bardzo nieznaczny, wogóle nawet, powiedzieć można, wątpliwy. Z tego więc względu, a zwłaszcza z powodu wystąpienia jakiegoś stanu gorączkowego, dalszego użycia jodu zaniechaliśmy. Ciężota nie była wprawdzie wysoką, nie sięgała powyżej 38,6 C., nie przedstawiała jakiegoś określonego typu, wogóle jednak powiedzieć można, iż w godzinach rannych utrzymywała się na 37—37,4°, w godzinach poobiednich, a zwłaszcza wieczornych, podnosiła się nieco wyżej, do 38—38,2° [wyjątkowo tylko dochodziła tylko do 38,6°].

Z początku sądziliśmy, że mamy do czynienia z malaryą, tem bardziej, że śledziona wydała nam się nieco powiększoną, dalsza jednak obserwacja doprowadziła nas do przekonania, że źródłem owego powikłania jest ostrawe zapalenie wsierdza, odbywające się w ujściu aorty i na zastawkach półksiężycowych. Sprawa ta trwała około 6 tygodni, w czasie których chory w domu pozostawał, zachowywał się spokojnie, więc i bóle dawne złagodniały. Co się tyczy objawów wysłuchowych, to bywały one różne: z początku przeważał szmer skurczowy, później coraz wyraźniej występował szmer rozkurczowy, niekiedy stanowił jakby dodatek do drugiego tonu aorty, innym razem zjawiał się samodzielnie. W wymiarach tępości serca nie byliśmy w stanie ważnych zmian zauważyć. Następnie straciłem z oczu chorego. Dopiero przed kilku tygodniami, a więc po upływie 2½ lat miałem sposobność go zbadać. Szmer rozkurczowy, słyszalny dawnej podstawy serca w postaci słabego podmuchu, stał się głośnym, tępość serca uległa powiększeniu w wymiarze podłużnym, uderzenie wierzchołkowe zyskało na swej sile i wyrazistości. Słowem, można było stanowczo twierdzić, że u chorego rozwinęła się niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty z następczym przerostem lewej komórki. Za tem przemawiało i tętno szybkie, dość duże. Pacjent czuje się przytem bardzo dobrze, chodzić może o wiele więcej, niż dawniej, bez uczuwania bólów w klatce piersiowej, które dawniej, przy niewielkich nawet ruchach, mocno mu



dokuczały. Na dowód sprawności organizmu opowiada, iż przed kilku dniami wszedł, bez szczególnego zmęczenia, na bardzo wysoką wieżę, nowobudującego się kościoła.

Nie mniej ciekawym jest następujący przypadek, w którym obok stenokardji występowały objawy, wskazujące na niedokrwistość mózgu.

Spostrzeżenie III. P. X. lat 37 liczący, uskarża się na niepokoje, bicie serca, zjawiające się przy prędszem chodzeniu. Objawom tym towarzyszy często silny ból w środkowej części mostka, rozchodzący się na obie połowy klatki piersiowej i na lewą kończynę górną. Skoro ból wystąpi, chory zmuszony jest zatrzymać się, poczem dalej iść może. Prócz tego miewa często zawroty głowy, wskutek czego chód ma niepewny. Bywają dni, w których sam, bez towarzysztwa żony, nie wychodzi na ulicę z obawy upadnięcia. Przed tygodniem, chory, wstawszy z łóżka, uczył jakąś sztywność w karku, a potem ogromny szum w głowie. Wreszcie zrobiło mu się niedobrze, jakby na zemdlecie, a skoro to minęło, wystąpiło silne bicie serca, niepokój, cierpięcie rąk i nóg. Dopiero pod wpływem środków pobudzających, a później uspokajających, chory przyszedł do siebie.

Początek choroby należy odnieść do influenzy, którą przed rokiem przechodził.

Przebieg był wogóle dość ciężki, powikłany zapaleniem prawego płuca. Nadużycie w picciu, ani paleniu nie bywało. Warunki życia dość ciężkie. Syfilisu nie miał. Dawniej krwawienia hemoroidalne. Budowa i odżywianie średnie. Ilość tkanki tłuszczowej zwiększona. Tętno 72, dość mocno napięte o fali średniej, miarowe.

Tępość serca nieco powiększona w wymiarze podłużnym i poprzecznym. Górna granica—na 4 żebrze, prawa dochodzi do środka mostka. Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Tętno czyste, głośnie, a zwłaszcza 2 ton aorty, który ma charakter metaliczny.

Ze strony płuc—nie nieprawidłowego. Łaknienie małe, skłonność do zaparcia. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru, oddziaływa kwaśno, ciężaru właściwego 1015—1020, wydziela się w ilości 1200—1500 ctm. sześć. na dobę.

Nastroj psychiczny mocno przygnębiony. Chory zwątpił o swem wyzdrowieniu i możliwości powrotu do zwykłych zajęć.

Ze względu na znaczne napięcie w układzie naczyniowym, na wzmoczenie drugiego tonu aorty przepisywano choremu różne przetwory jodu, dytetę przeważnie mleczną. Pomimo wyżycia około 10 flaszek już to jodku sodu, już to jodku potasu [4,0—8, na 180, 0 grm. wody] w ciągu 2 miesięcy, stan pacjenta nie poprawiał się, przeciwnie nawet zawroty głowy, jak również bóle stenokardjalne, występowały coraz częściej. Chory tracił siły, zaczął chudnąć, wreszcie z powodu niestrawności zmuszony był zaprzestać dalszego użycia jodu.

Ponieważ leczenie, prowadzone w kierunku dysplastycznym, nie doprowadziło do pomyślnego wyniku, postanowiliśmy więc pójść inną drogą i podnieść odżywianie, tonizować chorego. Oprócz więc mleka zaleciliśmy użycie



mięsa, jarzyn i t. p., a z lekarstw arsenik z żelazem w postaci wody *Levico* [2—3 łyżek dziennie].

Poprawa stawała się z każdym dniem widoczniejszą. Odżywianie znacznie się poprawiło. Po 4 tygodniach przybytek na wadze wynosił około 6 funtów. Dyureza wzmagala się znacznie. Bywały dni, w których dobową ilość moczu dochodziła do 2200—2500 ctm. sześć. [Mleka wypijał 2 do 2½ litra]. Głowa stała się swobodniejszą, zawroty ustąpiły, trwoga przysercowa znikła. Chory podniósł się na duchu. Bóle stenokardyalne występowały rzadko i tylko przy prędkim chodzeniu, lub wzruszeniu. Pomimo tak znacznej poprawy, pacjent nawet po upływie kilku miesięcy nie miał jeszcze odwagi powrócić do swych zajęć. Pozostała jeszcze jakaś niepewność w ruchach, uczucie drżenia w kończynach dolnych. Wyżył on około 12 flaszek wody *Levico*. Później należało użycie jej zawiesić z powodu wystąpienia dość obfitych krwawień hemoroidalnych, które kiedyś już miewał.

Co się tyczy narządu krwiobiegu, to w powyżej przytoczonym okresie poprawy zauważyliśmy, że po 2 tonie aorty, zawsze bardzo mocno akcentowanym, występował niekiedy lekki podmuch. Zdarzało się, że słyhać go było tylko w pozycji stojącej i to nie w górnej, lecz w dolnej części mostka. Przytem skurcze serca energiczne, tętno ciągle mocno napięte, niekiedy zbliżające się do szybkiego. Z biegiem czasu powyżej wspomniany podmuch dyastolyczny występował coraz częściej, stawał się coraz wyraźniejszym, wreszcie zajął nawet miejsce II tonu. Jednocześnie zauważyliśmy, że uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebżu zarysowywało się coraz wydatniej, wymiar podłużny uległ powiększeniu, a tętno przyjęło cechy tętna szybkiego, nieco skaczącego. Napięcie tętna zmniejszyło się, a więc nie ulegało już wątpliwości, że mamy do czynienia z przerostem serca, t. j. lewej komórki, powstałym wskutek wytworzeniu się niedomykalności zastawek półksiężycowych.

Z wytworzeniem się przerostu lewej połowy serca cały stan chorego zmienił się do niepoznania. Nastrój hypochondryczny ustąpił, łaknienie wzmożło się, objawy, wskazujące na niedokrwistość mózgu, zjawiały się tylko w wyjątkowych razach, np. po silnych wzruszeniach lub wysiłkach fizycznych. Chory, pomimo przytycia, mógł nawet dłuższe odbywać przechadzki, a po kilku miesiącach powrócił do swych zajęć. Od tego czasu upłynęły już 3 lata, a zdrowie jego nie przedstawia nic do życzenia. Sprawność mięśnia sercowego wzmożła się znacznie, czego najlepszym dowodem, że, wchodząc nawet na wysokie piętra, duszności, ani stenokardyi nie doświadcza — słowem — pomimo istnienia niewątpliwej wady serca, uważa się za zupełnie zdrowego.

[C. d. n.]



## II. BOTTINI'EGO SPOSÓB LECZENIA PRZEROSTU GRUCZOŁU KROKOWEGO WYJĄTKOWO MOŻE SIĘ STAĆ JEDNAK NIEBEZPIECZNYM.

Podat

Radca Dworu, Prof. **Rydygier.**

Kiedy indziej obszerniej wyłożę rzecz o leczeniu przerostu gruczołu krokowego i o mych doświadczeniach w tym kierunku. Na tem miejscu chciałbym jeno zwrócić uwagę na groźne powikłania, jakie za sobą pociągnąć może metoda BOTTINI'ego galwanokaustycznego przypalania gruczołu krokowego, gdyż dobrze jest, gdy lekarz pozna wszelkie niespodzianki i z nimi liczyć się umie.

Kogo w praktyce zawiodło wytrzebiecie, wycinanie i podwiązywanie przewodów nasiennych, „*angionévrectomie du cordon*“ ALBARAN'a i MOTZ'a <sup>1)</sup>, sposoby zalecane przeciw cierpieniu, o którym mowa, i jego objawom i kto potem przeczytał rozprawkę BOTTINI'ego <sup>2)</sup>, napisaną z ogromnem przekonaniem, udzielającem się czytającemu, ten pewno niedługo zwłóczył ze sprowadzeniem potrzebnych narzędzi i akumulatora od „*signore CAMPOSTANA z Milano*“. Tak przynajmniej ja uczyniłem. Lecz pospieszyłem się.

W kilka tygodni później narzędzia BOTTINI'ego poprawił i to tym razem na prawdę poprawił FREUDENBERG, tak dalece, że nawet spotkał się z uznaniem samego BOTTINI'ego. W przyszłości zatem należy nabywać tylko te ostatnie narzędzia.

W rozprawie BOTTINI'ego najbardziej zachęcająco działają osiągnięte doskonale wyniki, bez żadnego ryzyka ze strony chorych, jak to szczególnie autor podnosi.

Pierwszą połowę tego zdania ani potwierdzić, ani też jej zaprzeczyć nie mogę. Stosunkowo nieznaczna ilość chorych i krótki czas obserwacyi nie pozwalają mi stanowczo się oświadczyć w jakimś kierunku. To jednak, co doświadczyłem, zachęca już do dalszych prób i sędzę, że pomyślny koniec uwieńczy dzieło.

Lecz za to sprzeciwić się muszę stanowczo drugiej połowie owego zdania. Smutnym protestem przeciwko twierdzeniu BOTTINI'ego o zupełnem bezpieczeństwie jego operacyi są dwa zejścia śmiertelne: jedno chorego MEYER'a <sup>3)</sup>, a drugie mojego. Chory MEYER'a umarł w 30 godzin po operacyi wśród wyso-

---

<sup>1)</sup> B. MORZ. *Récherches expérimentales et cliniques zur l'hypertrophie de la prostate. Communications faites au Congrès d'urologie. 1897.*

<sup>2)</sup> Die galvanocaustische Diaeresis zur Radicalbehandlung der Ischurie bei Hypertrophie der Prostata. LANGENBECK's Archiv. T. 54. Z. 1.

<sup>3)</sup> W. MEYER. *Bottinis galvanocaustic radical treatment for hypertrophy of the prostate. New York med. record. 1898.*



kiego podniesienia się ciepłoty i niedomogi serca, prawdopodobnie skutkiem gwałtownej posocznicy. Był to chory 74-letni.

Historia mojego chorego w streszczeniu jest następująca. U wiekowego, 75 lat liczącego izraelity, wystąpiło przed 10 miesiącami utrudnienie w oddawaniu moczu, szybko wzmagające się, tak, że już od 9-ciu miesięcy stale używa cewnika NÉLATON'a. W ostatnich czasach przyłączyły się objawy, zależne od niezytu pęcherza, a w dodatku wielkie trudności we wprowadzaniu cewnika.

Badanie przez odbytnicę wykazało gruczoł krokowy znacznie powiększony, twardy, bolesny; górnej granicy palcem dosięgnąć nie można. Szczegóły ze stanu obecnego podaję w historii choroby, na końcu rozprawki umieszczonej.

Rozpoznano: „*hypertrophia prostaticae, cystitis catarrhalis chronica, emphysema pulmonum*“ i przystąpiłem do wykonania zabiegu, zalecanego przez BOTTINI'ego. Wprowadziłem narzędzie (*incisor*) do pęcherza, odwróciłem je dziobem ku dołowi i po wyraźnym zahaczeniu się jego wypaliłem szczelinę długości około 3 ctm.. Miałem przytem uczucie, że narzędzie wykonywa swe zadanie bez zarzutu. Potem w ten sam sposób starałem się wypalić szczeliny po prawej i lewej stronie i czułem, że te akty już nie tak gładko przebiegają, jak pierwszy. Przy wyjmowaniu narzędzia z cewki nowe, niepożądane zdarzenie. Narzędzie drogę powrotną odbywa z trudnością i oporem. Przekonywamy się, że przyczyna tego leży w odgięciu się nożyka platynowego, skutkiem czego nożyk nie skrył się zupełnie w rowku dzioba, lecz, oparłszy się o jego krawędź, wierzchołkiem swym sterczał na zewnątrz.

W następnych dniach po operacji rozwijają się objawy nacieku moczowego, zapalenia otrzewnej, a czwartego dnia po operacji chory umiera z posocznicy.

Sekcja potwierdziła kliniczne rozpoznanie. Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy następujące szczegóły: Tkanka podskórna w okolicy łonowej, jako też mięśnie tej okolicy są obrzękłe, zielonawo zabarwione ze skąpemii wynacynieniami. Tkanka wiotka podsurowicza w otoczeniu pęcherza i prostnicy prześiąknięta płynem brudnym, krwawo-zabarwionym. Pęcherz niemal w zupełności wypełnia małą miednicę. Otrzewna pokrywająca go brudno-zielono zabarwiona, bez połysku, pokryta wypociną włóknikową.

Na tylnej ścianie szyjki pęcherza widać obły brak, o średnicy długiej [od przodu do tyłu], wynoszącej 3 ctm., poprzecznej 2 ctm.. Ubytek ten na krótkiej przestrzeni zachodzi na początek cewki moczowej. Tak dno, jak i obrzękłe, wywinięte brzegi tego ubytku pokryte są ściśle przylegającym strupem, wywołanym przez spalenie. Ubytek ten draży wgląd przez błonę śluzową i mięśniową w tylnej swej części aż pod otrzewną. Ciągłość jej jednak nigdzie nie naruszona. Wejście do pęcherza zaciśnięte głównie przez przerosłe płaty boczne gruczołu krokowego.

Szczytem płatów bocznych i równoległe do ich długiej osi przebiega zupełnie powierzchowne spalenie błony śluzowej [odpowiadające bocznym nacięciom, zrobionym nacinaaczem BOTTINI'ego].



Przypadek ten nauczył nas kilku rzeczy:

1) Operacya BOTTINI'ego nie jest bynajmniej zabiegiem zupełnie niewinnym: widzimy przecież, że może się stać przyczyną śmierci z posocznicy.

2) Niebezpieczeństwo to grozi zwłaszcza tam, gdzie płat środkowy mało lub zgola nie jest przerosłym i gdzie od tyłu głęboko przypalimy.

3) Pożądanem byłoby zatem bardzo, abyśmy mogli rozpoznawać dokładnie, który płat uległ głównie przerostowi, jak na to między innymi FRISCH<sup>1)</sup> nacisk kładzie. Nie udaje się to jednak nawet GUYON'owi przy badaniu palcem od odbytnicy, a w wielu razach ten szczegół rozpoznania nie zostanie rozstrzygniętym choćby przez badanie cystoskopem.

4) Przyrząd BOTTINI'ego, a właściwie akumulator, nie zawsze działa jednostajnie, skutkiem czego przy następnych cięciach nożyk nie rozżarza się w dostatecznym stopniu tak, jak przy przyżeganiu pierwszym. Koniecznie zatem o nateżeniu prądu trzeba się informować na włączonym amperometrze, jaki się znajduje na przyrządzie, ulepszonym przez FREUDENBERG'a. Przyrząd, zmodyfikowany przez tego autora, nie tylko z tego, lecz i z innych względów zaleca się do użycia przed przyrządem oryginalnym.

5) Dalsze doświadczenia nauczyć nas winny, czyby nie było zalecenia godnym zaprowadzenie po operacyi grubego cewnika do pęcherza na stałe, bo przecież tak użytemu cewnikowi głównie, jeżeli nie wyłącznie, zawdzięczamy, że nie tracimy chorych po wewnętrznem nacięciu cewki moczowej (*urethrotomia interna*) na naciek moczowy lub posoczniczą, mimo zupełnie świeżej, nawet strupem nie pokrytej rany. Cewnik bowiem pokrywa ranę i w całości odprowadza z pęcherza mocz, który wszakżeź łacniej wybierze szeroką i wolną zupełnie drogę przez cewnik, zamiast z trudem i mozołem przeciskać się między ścianami cewnika i cewki.

W końcu *in extenso* podajemy historję choroby.

L. L. z Drohobycza l. 75, przyjęty do kliniki dnia 19 lipca 1898, w wywiadach podaje.

L. Dziedzicznie nie obciążony, chorował kilkakrotnie „na wątrobę“ i leczył się w Maryenbadzie, Karlsbadzie i Cieplicach trencz.. Obecna choroba rozpoczęła się przed 10-ma miesiącami od nagłego zatrzymania moczu. Zatrzymanie to trwało przez 24 godz. i gdy mocz nie odszedł, mimo użytych środków domowych, chory wezwał lekarza, który cewnikiem opróżnił mu pęcherz. Po tem zdarzeniu chory przez miesiąc musiał używać cewnika, aby odprowadzić mocz z pęcherza, gdyż ten sam odchodzić nie chciał. Wśród tego nastąpiła znaczna poprawa, tak, że chory mógł znów sam oddawać mocz prawidłowo. Stan ten utrzymywał się przez przeciąg kilku tygodni, poczem znów wystąpiło ostre zatrzymanie moczu i od tego czasu już stale aż do obecnej chwili chory zmuszony jest odprowadzać mocz cewnikiem [NELATON'a], który sam sobie wprowadza. Z początku cewnikował się parę razy na dobę, od dwóch jednak miesięcy pojawiające się bolesne i gwałtowne parcie na mocz zmusza go do używania kateteru w od-

<sup>1)</sup> Demonstration des BOTTINI'schen Incisors zur Radicaloperation der Ischurie bei Hypertrophie der Prostata. Wien. klin. Wochsch. 1898. Nr. 14.



stępnach, co najmniej, dwugodzinnych. W tym też czasie zauważył kilkakrotnie krew w moczu. Nadto skarży się na zaparcie stolca, zmuszające go do używania środków przeczyszczających.

## II. Stan obecny.

Wzrost mały, budowa i odżywienie liche. Skóra blada, spojówki lekko żółtaczkowo zabarwione. Podściółka tłuszczowa zanikła. Granice dolne płuc obniżone, stłumienie serca na przestrzeni nieco mniejszej. Wypuk nad płucami jawny z odcieniem bębnowym. Szmerzy oddechowe fizyologiczne, obok tego bardzo nieliczne rżżenia wilgotne. Tętno serca głucho, czynność serca spokojna, około 70 na minutę. Tętno słabo napięte. Stwardnienia tętnic sprychowych i pokręcenia skroniowych niema. Ciepłota ciała 36,5°.

Brzuch prawidłowo sklepiony. Obmacaniem nie nieprawidłowego wykazać nie można. Stłumienie wątroby i śledziony prawidłowe. Nad resztą brzucha wypuk bębnowy. Części rodne zewnętrzne bez zmian. Cewnik NELATON'a Nr. 16 przechodzi bez przeszkody do pęcherza! Badanie zgłębnikiem metalowym wnętrza pęcherza nie patologicznego nie wykazuje. Badając palcem *per rectum*, wykazać można w miejscu, odpowiadającym gruczołowi krokowemu, guz, wpuklający przednią ścianę prostnicy, wielkości dużego jaja kurzego, jednoznacznie włóknisto twardy, tkliwy, o powierzchni nierównej, nieruchomy. Poza górną granicę guza palcem przejść nie można. Zresztą w prostnicy zmian niema.

### Badanie moczu wykazuje:

Mocz barwy wiśniowo-żółtej, oddziaływania alkalicznego, ciężaru właściwego 1,025, osadu ilość znacznie zwiększona, chlorków ilość prawidłowa, białka mała ilość 0,02% [odpow. ilości leukocytów], cukru ilość fizyologiczna; fosforan wapnia zasadowy, węglan amon'u; w osadzie dość liczne leukocyty utrzymane, obok rozpadających się; dość często nabłonek brukowy; liczne kryształki fosforanu magnowo-amonowego i fosforanu wapnia obojętnego; liczne drobnoustroje; znacznie zwiększona ilość śluzu.

III. Rozpoznanie: *Hypertrophia prostatae, cystitis chronica catarrhalis, emphysema pulmonum.*

IV. Obserwacja kliniczna od dnia 18. VII. do dnia 22. VII. Chory moczu sam wcale nie oddaje. Wpuszcza go się cewnikiem NELATON'a co 2—3 godziny i raz dziennie przepłukuje 3% roztworem kwasu bornego. Obok tego dyeta, złożona z mleka i białego mięsa, woda bilingka i salol wewnętrznie. W tym czasie nie zanotowano żadnej poprawy ani w mechanizmie oddawania moczu, ani też w składzie chemicznym moczu. Ciepłota ciała 36,5 do 36,9°.

V. Operacja dn. 22. VII. Pęcherz i cewkę przepłukano dokładnie roztworem kwasu bornego, szyjkę pęcherza i tylną część cewki znieczulono 10% wolnym roztworem kokainy. Przyrządem BOTTINI'ego [oryginalnym] nacięto najpierw od tyłu, co się udało łatwo, potem na boki, co szło już trudniej. Przy wyjmowaniu przyrządu nowa trudność, zależna, jak się później okazało, od tego, że nożyk nie schował się zupełnie w pochwę.



## VI. Przebieg pooperacyjny.

Dnia 22. VII. W 5 godzin po operacji gwałtowne parcie na mocz. Usiłowano bez skutku wprowadzić cewnik NELATON'a. Zarządzono ciepłą kąpiel [po której chory omdlał], do *rectum* czopki z morfiną i wyciągiem belladony. Wieczorem wprowadzono cewnik angielski, odpuszczono małą ilość moczu krwawego i przepłukano pęcherz roztworem kwasu bornego. W nocy chory oddał sam kilkanaście gramów moczu krwawego. Skarży się na ból w pachwinach i na międzykroczu. Ciepłota ciała wieczorem 38°.

Dnia 23. II. Chory często sam moczu po kilka gramów oddaje. Zalecono urotropinę 0,30, 3 na dzień i 2 proszki dziennie z

Rp. *Strychnini nitrici* 0,06.  
*Natr. bicarbon.* 10,0.  
*Mfp. div. in dos N-ri* XXX.  
S. 2—3 proszki dziennie.

Przeciw zaparciu stolca zalecono gorzką wodę. Cewnikiem angielskim „*cou-de*“ rano, w południe, wieczorem i po północy odprowadzono mocz, ciągle mętny i krwawy i za każdym razem przepłukano pęcherz roztworem kwasu bornego. Ciepłota ciała rano 37,3°, wieczorem 36,8°.

Dnia 24. VII. Lekki obrzęk moszen. Udało się wprowadzić cewnik NELATON'a, który wprowadza się co 4 godziny w dzień i w nocy i przepłukuje się pęcherz roztworem kwasu bornego lub nadmagnianu potasu. Wieczorem chory skarży się na dotkliwy ból brzucha i czkawkę. Ciepłota rano 37,2°, wieczorem 36,9°.

Dnia 25. VII. Bolesność dotykowa brzucha całego wyraźna, czkawki nie ma. Okład wysychający na brzuch. Wieczorem obrzęk moszen znaczniejszy. Przy badaniu *per rectum* zarysów gruczołu krokowego wyczuć nie można z powodu rozlanego nacieku. Mocz, odpuszczony wieczorem, cuchnie, jest brudny. Ilość każdorazowo wypuszczonego moczu waha się od 200—250 grm. Ciepłota rano 37,9°.

Dnia 26. VII. Chory bezprzytomny, tętno drobne, szybkie. Brzuch wzdęty, bolesny, po nad nim wypuk bębnekowy od góry aż po linię, łączącą obie *sp. ant. sup.*, poniżej tej linii stłumiony. Ponad stłumieniem skóra sinawo-żółto zabarwiona, w powłokach brzusznych nacieki. Moszna, *penis* i okolica międzykroczna są nacieczone.

Rozpoznanie. *Infiltratio urinosa, para-i peri-cystitis, sepsis.*

Wstrzyknięto podskórnice kofeinę. Przed południem chory zmarł.

VII. Seksya [prosektor D-r KRZYSZKOWSKI]. W płucach rozedma w płucu prawem nadto kilka małych ognisk *pneumoniae catarrhal.* Serce w skurczu; naczynia lekko pokręcone; mięsień jędrny, brunatno-żółty. Na zastawce dwudzielnej w pierścieniu kilka zwapniałych guzków. Naczynia wieńcowe nie zgrubiałe. Łuk i część wstępująca aorty okazują nieznaczne nacieki miażdżycowe. W części zstępującej rozległe nacieki ateromatyczne. W jamie brzusznej pętlice jelit pozlepiane nieznaczną ilością włókniaka, obok tego mierna ilość płynu wysiękowego. Śledziona mała, torebka zgrubiała,



twarda, zawiera dużo tkanki łącznej. Wątroba jest mniejsza, twardsza, jakby ugotowana, bez wyraźnej budowy.

W jelitach zmian niema.

Tkanka nad spojeniem łonowym okręknięta. Mięśnie powłok brzusznych w dolnych częściach obrzękle, zielonkawo zabarwione z wynaczynieniami. Pęcherz zajmuje prawie całą miednicę małą, pokryty zielonkawo-szarą otrzewną, z nalotami włóknika. Po bokach około naczyń, ponad *m. ileo-psyas* brudno-krwawe podbiegnięcia. Ten sam obraz przedstawia cała tkanka około pęcherza i około *rectum*. Błona śluzowa cewki bez zmian. Tuż przy *colliculus seminis*, po lewej stronie naddarcie błony śluzowej, żółtym strupem pokryte. Wejście do pęcherza zaciśnięte przez znacznie powiększone płaty boczne gruczołu krokowego. Błona śluzowa, pokrywająca szczyty płatów, zwrócone do światła cewki, otarta. Miejsca te są żółto zabarwione [przypalone]. Okolica *trigoni Lieutodii* w pęcherzu zajęta przez ubytek wielkości talara. Brzegi ubytku wyniosłe, naciekle, na wewnętrznym brzegu żółtym strupem pokryte. Strupy przylegają ściśle do podstawy. Ubytek ten sięga przez błonę śluzową i mięśniową aż do otrzewnej [nie przedziurawionej].

Ujścia moczowodów na niecały ctm. na zewnątrz od brzegów ubytku.

Moczowody, w części dolnej, przebiegającej w ścianach pęcherza, zgrubiałe i nieco rozszerzone; powyżej prawidłowe. Błona śluzowa szara.

Nerki przedstawiają cechy zaniku starczego.

Błona śluzowa miedniczek nerkowych zaczerwieniona, z wybroczynami.

Błona śluzowa pęcherza szaro-lupkowo zabarwiona. W pęcherzu kamyk wielkości ziarnka grochu, o powierzchni morwowatej. W pęcherzykach nasienych rozszerzonych ciecz brudna, posokowata. Ten sam płyn nacieka tkanę podotrzewnąą naokoło całego pęcherza.

Przewody nasienne zgrubiałe.

Rozpoznanie. *Hypertrophia loborum lateraliū prostatæ, subsq. hypertrophia vesicæ ur., cystitide chron. pigmentosa et calculosa, dilatatione ureterum ac. ureteritide pigm. chron. Cauterisatio in regione colliculus seminalis et trigoni Lieutodii usque ad serosam facta, subsq. pericystitide, pelvistitide subserosa, vesiculitide seminis, septico-phlegmonosa, pyelitide hæmorrhag., peritonitide diff. fibrinoso-septica, in inolū. c. atrophia senili cerebri, hepatitis, renum, fusca cordis; ulcus atheromatousum aortæ, emphysema pulmonum, hydrothorax, ascites, hydrops-anasarca scroti.*

Badanie drobnowidzowe gruczołu wykazało przerost tkanki łącznej i gruczołowej. Komórki w tkance gruczołowej nie rzadko w okresie degeneracyi.



### III. CIĘCIE CESARSKIE SPOSOBEM FRITSCH'A.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego d. 16. XI. 1898].

Podał

**Czesła w Stankiewicz.**

— 3 —

W czerwcu r. b. miałem sposobność wykonać cięcie cesarskie sposobem Fritsch'a. Szczegóły są następujące:

Florentyna P., lat 36, żona cieśli, zamężna od lat 15, zaczęła miesiączkować w 16-ym roku życia. Odbyła siedm porodów prawidłowych, ostatni przed dwoma laty.

Sześcioro dzieci żyje. Latem zeszłego roku [1897] cierpiała przez 12 tygodni na krwawienie z części rodnych, powikłane bólami w podbrzuszu i lewej dolnej kończynie. Bóle te, z początku nieznaczne, z czasem zaczęły się wzmacniać. Chora, która w dodatku zaszła w ciążę, stopniowo traciła siły i oto już piąty miesiąc nie opuszcza łóżka. Łaknienie ma niedostateczne, wypróżnienia tylko po zażyciu środka przeczyszczającego. Ruchy płodu odczuwa od dwóch miesięcy.

Badanie, dokonane dnia 11. V. 1898, wykazuje:

Blondynka, średniego wzrostu, prawidłowej budowy, niedokrwista. Układ mięśniowy słabo rozwinięty, podkład tłuszczowy nikły. Ciepłota, tętno prawidłowe. Narządy wewnętrzne, jak: serce, płuca, wątroba, śledziona, nie wykazują zmian chorobowych. Przez powłoki brzuszne wyczuwa się ciężarną macicę, leżącą bardziej na prawo i w prawopochyleniu (*dextropositio, dextroversio*); podstawa trzonu leży na 8 ctm. nad pępkiem. Części płodu łatwo wyczuwalne, ruchy wyraźne. Na linii pośrodkowej brzucha słycać tony serca. Główna leży nad wchodem miednicy z prawej strony, jest zupełnie ruchoma. W lewym podbrzuszu, poniżej ości kości biodrowej, wzdłuż więzu Poupert'a, daje się wymacać twardy, mało czuły guz, będący, jak się zdaje, w związku z miednicą. Nad spojeniem łonowym, na wargach większych, na skórze wewnętrznej powierzchni prawego uda widać liczne żyłaki. Szpara sromowa rozwarta; pochwa o ścianach gładkich, miernie opadniętych (*desc. vag. ant. et post.*), przebiega ukośnie ku górze i na prawo. Część pochwowa macicy przesunięta od linii pośrodkowej znacznie w prawą stronę: Lewą połowę próżni miednicy zajmuje guz wielkości główki noworodka, konsystencji chrząstki, na ucisk prawie niebolesny, o powierzchni wogóle gładkiej, zupełnie nieruchomy. Twór ten zajmuje przestrzeń od guzka łonowego do brzegu kości krzyżowej, wrasta w lewe *parametrium*, ku górze sterczy do dużej miednicy, będąc wyczuwalny w lewym podbrzuszu. Odbytnica przesunięta na stronę



prawą; ściana jej, przylegająca do guza, znacznie wypukła się do wewnątrz. W moczu ślady białka.

Na podstawie tych danych rozpoznałem ciężę maciczną, siedmiomiesięczną, powikłaną guzem złośliwym miednicy, prawdopodobnie chrząstniako-mięsakiem. W dalszym przebiegu stan chorej staje się coraz gorszym. W końcu maja jawia się obrzęk lewej stopy i lewej wargi większej. Wyniszczenie ogólne postępuje szybkim krokiem. Na początku czerwca chora leży niemal bezwładnie, nie mogąc o własnych siłach podnieść się z łóżka; noga lewa zachowuje stale jedno i to samo położenie: jest zgiętą w kolanie i odchyloną na zewnątrz. Oprócz bólów w tej nodze, innych dolegliwości chora nie odczuwa. Cięża trwa dalej.

Zajęcie *parametrium*, ścisły związek na dużej przestrzeni ze ścianą miednicy, czyniły doszczętne usunięcie guza niemożliwym; jedynym wskazaniem było uratowanie życia dziecka. O porodzie *per vias naturales*, nawet przedwczesnym, nie mogło być mowy z powodu znacznego zwięzienia przez nowotwór kanału porodowego. Pozostawało jedno: cięcie cesarskie. Chora wyraziła swą zgodę, poczem została przeniesioną do szpitala Ś-go Aleksandra na oddział chirurgiczny kol. KRUSCHEGO.

Badanie, dokonane dnia 24. VI. 1898., wykazuje znaczne powiększenie się guza, który zajmuje już nie tylko całą lewą połowę próżni miednicy, lecz i część prawej. Ciężota prawidłowa. Tętno przyspieszone, 100—110 uderzeń na minutę, słabe. Lewa dolna kończyna cała w stanie obrzęku. Chora oddaje mocz pod siebie, nawpół bezwiednie. Macica dochodzi prawie do wyrostka mieczykowatego; objętość brzucha na wysokości pępka 83 ctm. [wód płodowych mało]. Położenie czaszkowe II-gie, płód żywy. Cięża zdaje się odpowiadać dziewiętemu miesiącowi księżycowemu, a więc płód jest zdolnym do życia. Z uwagi na stan chorej dłużej czekać było niepodobna. Dnia 27 czerwca wykonałem cięcie cesarskie.

Operacja. Odurzenie chloroformowe. Wstrzyknięcie pod skórę brzucha 2,0 ergotyny BOMBELON'a. Cięcie powłok brzusznych poprowadzono na przestrzeni 12—15 ctm. tak, iż pępek leży w jednakowej niemal odległości od obu końców rany. Macicę wydobyto dość łatwo na zewnątrz i okryto ją ręcznikami, zmoczonymi w ciepłym, wyjałowionym 0,6% roztworze soli kuchennej. Kierunek jajowodów [oznaka LEOPOLD'a-BAYER'a <sup>1)</sup>] wskazywał, iż łożysko znajduje się na przedniej ścianie macicy. Następnie wykonano cięcie poprzeczne na dnie macicy [długości około 12 ctm.]; cięcie to natrafia na górny brzeg łożyska i pęcherz płodowy. Przebito pęcherz szybko i łatwo wydobyto płód żywy za nóżkę, przecięto pępowinę po nałożeniu dwóch kleszczyków PÉAN'a. Oddzie-

---

<sup>1)</sup> G. LEOPOLD. Zur Diagnose des Placentarsitzes. C. f. G. 1895, str. 305. „Jeśli jajowody mają kierunek zbieżny ku przodowi i ku górze, to łożysko ma siedlisko na tylnej ścianie macicy; jeśli zaś przebiegają równoległe do osi ciała, przy położeniu kobiety na wznak, to łożysko znajduje się na przedniej ścianie“. BAYER. Bemerkungen über die Diagnose des Placentarsitzes. C. f. G. 1895, str. 180: „Ściana macicy, na której rozwija się łożysko, silniej przerasta, niż przeciwnieją. Wskutek tego, przy usadowieniu się łożyska na tylnej ścianie, jajowody przybierają kierunek zbieżny; na przedniej—mniej więcej równoległy“.



lono i wyjęto łożysko tudzież błony płodowe. Stwierdzono drożność do pochwy. Całą operację wykonano bez ucisku więzów szerokich i ich podstawy (*basis lig. lati*), mimo to krwawienie było nieznaczne. Tylko u prawego rogu macicy, gdzie w pośpiechu przeprowadzono cięcie trochę za daleko na zewnątrz, nadcinając początek jajowodu, jedno naczynie krwawi żywszym strumieniem. Po założeniu pierwszej nici i pograżeniu macicy do jamy brzusznej, ranę zaszyto szeregiem szwów jedwabnych, głębokich, przez otrzewną i całą grubość błony mięsnej, tudzież powierzchownych, zbliżających jedynie brzegi błony surowiczej [ogółem 9 szwów]. Z prawego końca rany, w którym przecięto znaczniejszą tętniczkę, krew się przesącza pomimo zaszycia. Krwawienie to wstrzymano w zupełności przez okłucie trzema szwami, z których jeden przeprowadzono pod jajowód i więz obły.

Obejrzenie guza, jak to było do przewidzenia, stwierdza niemożliwość operacji doszczętej. Przykryto jelita siecią, ułożoną za macicą, w celu zabezpieczenia ich przed wydzieliną z rany macicznej na wypadek ropienia. Wreszcie zaszyto ranę brzuszną szwem jedwabnym SCHROEDER'a.

Macica kurczy się dobrze, krwawienie z pochwy bardzo małe. Opatrunek uciskający.

Trwanie całej operacji, nie wliczając narkozy, 18 minut, w tem: od początku do wydobycia dziecka 1½ minuty, szycie rany macicznej 5½ minuty, obejrzenie guza i okłucie krwawiącej tętniczki 1½ minuty, szycie rany brzusznej 9½ minut. Szybki przebieg operacji zawdzięczać należy w przeważnej mierze łaskawemu współudziałowi kolegów KSAWEREGO JASIŃSKIEGO (*ad manum*), EWARYSTA JASIŃSKIEGO [narzędzia], TUMPOWSKIEGO [odurzenie chloroformowe i wstrzykiwania ergotyny], LEWITANA i DWORZAŃCZYKA [zajęcie się dzieckiem].

Dziecko płci męskiej, długości 44 ctm., wątle, zresztą rozwinięte prawidłowo, waży 5½ funtów. Łożysko małe, o wymiarach 16:13 ctm. Pępowina długości 32 ctm.

Połówóg wogóle nie powikłany gorączką; tylko drugiego dnia wieczorem jednorazowe podniesienie się ciepłoty do 38,5, bez jakichkolwiek objawów podrażnienia otrzewnej. Odchody maciczne cały czas nie cuchnące, jednak tak skąpe, że trzeciego dnia po operacji powstała obawa, czy kanał szyjki jest dla wydzielin dostatecznie drożnym. Obawa ta była płonna, jak to stwierdzono palcem i szklanym rozszerzaczem ZIEGENSPECK'a. Od czwartego dnia położnica staje się apatyczną, z trudem odpowiada na zadawane pytania, oddaje stolce pod siebie. Tętno słabnie, dochodzi do 120 uderzeń na minutę. Chora przedstawia obraz najwyższego wycieńczenia. Następuje upadek sił coraz większy, 4 zaś lipca, czyli na ósmy dzień po operacji, zejście śmiertelne.

Nazajutrz dnia 5 lipca r. b., dopełniono oględzin pośmiertnych.

Rana powłok brzusznych, długości 13 ctm., zagojona doraźnie. Żadna z nici, któremi szyto, nie wywołała ropienia. Otrzewna zarówno ścienna, jak trzewowa nie podległa stanowi zapalnemu. Macica w silnem prawopolożeniu nie zrosnięta ze ścianą brzuszną; długość jej 16 ctm., wymiar poprzeczny



u podstawy trzonu 12 $\frac{1}{2}$  ctm. Rana macicy długości 10 $\frac{1}{2}$  ctm., zagojona doraźnie; jedna z nici przecięła brzegi rany. Jajowody, jajniki nie przedstawiają nie nieprawidłowego. U prawego rogu macicy kilka skrzepów krwi, luźno zlepionych z błoną surowiczą <sup>1)</sup>.

Guz, wielkości główki noworodka, wypełnia większą połowę próżni miednicy, wypuklając się przez wchód do jamy brzusznej; guz ten zajmuje lewą stronę szyjki macicznej, tkankę łączną przymaciczną (*parametrium*), szeroką podstawą zespala się z okolicą spojenia krzyżo-biodrowego lewego i boczną ścianą miednicy. Konsystencya nowotworu dość twarda. Na przecięciu widać budowę gąbczastą, przy nacisku tkanka nowotworowa wydziela płyn białawy, podobny do ropy, lecz znacznie gęstszy. Na prawej stronie guz zrośnięty z kiszka ślepą. Na przedniej powierzchni kręgosłupa, począwszy od pagórka kości krzyżowej do przepony brzusznej, szereg guzów, podobnych z budowy do wyżej opisanego, usadowionych pojedynczo lub tworzących skupienia do wielkości jaja kurzego. Jelita, żołądek, wątroba, śledziona nie przedstawiają makroskopijnie nic wybitnie nieprawidłowego. Lewa nerka, otoczona licznymi zrostami, wyczuwa się jako guz napięty wielkości dużej pięści. Z trudem wydobyta pęka przytem, wydzielając jakie 100—150 ctm. sześć. mętnawego płynu. Na przecięciu widać dokładnie ścięczenie obu warstw zarówno korowej, jak mięszkowej. Otoczka zdejmuje się z pewną trudnością; powierzchnia nerki przedstawia nieznaczne nierówności. Lewy moczowód, rozszerzony miernie, dochodzi do guza miednicy na wysokości wehodu, stając się w dalszym przebiegu niedrożnym. W swym dolnym odcinku moczowód zawiera twór barwy ceglastej, podłużny, z końcem zaostrozonym; twór ten, długości 2 $\frac{1}{2}$  ctm. przedstawia jakby odlew światła moczowodu. Prawa nerka, okrom znacznego przerostu, żadnych innych nieprawidłowości nie przedstawia. W przestworze śródpiersiowym przednim kilka przerzutów w postaci guzów oddzielnych wielkości od orzecha laskowego do włoskiego. W płucach i sercu nie znaleziono nic nieprawidłowego.

Badanie drobnowidzowe, wykonane przez kol. WITOLDA ŻURAKOWSKIEGO w pracowni prof. PRZEWOSKIEGO w Warszawie dowiodło, iż rozpoznanie guza kliniczne było zasadniczo mylnem. Nowotwór przedstawia się histologicznie jako rak, nie zaś jako chrząstniako-mięsak.

Również jest rzeczą wątpliwą, iżby punktem wyjścia nowotworu, jak to przyjmowałem pierwotnie, była ściana miednicy, względnie spojenie krzyżo-biodrowe. Należy raczej przypuszczać, iż mamy do czynienia z rakiem szyjki macicznej, który, zajmawszy *parametrium*, zetknął się wreszcie w dalszym rozwoju z miednicą kostną.

Preparaty, przygotowane z przerzutów nowotworu, stwierdzają tożsamość budowy histologicznej z guzem macierzystym. Badanie nerki, dotkniętej wodnerczem, wykazuje początkowy okres zapalenia śródmięszkowego. Twór

---

<sup>1)</sup> Macica, wycięta wraz z przydatkami, została przedstawioną na posiedzeniu łódzkiego Tow. Lek. d. 16. XI. 1898.



z moczowodu, o którym wyżej wzmiankowano, przedstawia zwykły skrzep krwi.

Kilka słów o dziecku. Zaraz po urodzeniu się zawinięto je grubo w watę i ułożono, w braku czegoś odpowiedniejszego, do koszyka ogrzanego butelkami z wodą gorącą. W ciągu pierwszych trzech dni dziecię nie chciało brać piersi mamki, wlewano mu pokarm łyżeczką; następnie zaczęło ssać samo. Przechodziło żółtaczkę. Do dwóch tygodni nie było kąpane ani razu, po upływie tego czasu co 2—3 dni. Rana pępkowa ropiała trzy tygodnie. Dziecię pozostawało w wacie do upływu sześciu tygodni; od tego czasu dalsze pielęgnowanie niczem nie różniło się od ogólnie stosowanego. Obecnie mały „*cacso*“ liczy cztery miesiące i dwadzieścia dni, jest zdrow, jakkolwiek wygląd ma wątły i cokolwiek niedokrwesty. Waży 10½ funta.

Przecięcie dna macicy poprzeczne [sposób FRITSCH'a] należy do zabiegów najświeższej daty. Pierwsza operacya, w ten sposób wykonana [1896], dała wynik ujemny z powodu następczego gruźliczego zapalenia otrzewnej. Oględziny pośmiertne wykazały rozejście się szwów i zgorzel brzegów rany macicznej. EVERKE (1) <sup>1)</sup>, autor przypadku, składa zejście śmiertelne na karb przewiązania przy szyciu gałęzi tętnicy nasiennej wewnętrznej. Przypuszczenie to jest zasadniczo mylnem. Tętnica maciczna tworzy tak liczne zespolenia naczyń, że o złem odżywianiu brzegów rany przy tem lub innym cięciu macicznym nie może być mowy [NAGEL]. W przypadku EVERKE'go było po prostu zakażenie gnilne.

FRITSCH (2) pierwszy opisał przypadek cięcia cesarskiego poprzecznego <sup>2)</sup> pomyślnie zakończony i zwrócił uwagę świata fachowego na korzyści nowego sposobu. Korzyści te są wielorakie. Przedewszystkiem i co najważniejsza, wybitnie małe krwawienie z rany macicznej, nawet przy krótkotrwałym, słabym ucisku więzów szerokich. Następnie, łatwość wydobycia płodu, gdyż w cięciu przy położeniu czaszkowem napotykaemy nóżki. Dalej, możność przecięcia powłok brzusznych w śródbrzuszu, co ma pewne znaczenie ze względu na łatwość powstawania przepuklin w bliznach podbrzusza; względna czystość operacji, gdyż macica przy wydobyciu na zewnątrz przylega ściśle do rany brzusznej, przez co krew i wody płodowe nie mają dostępu do jamy otrzewnej. Rana maciczna, po wyjęciu płodu i łożyska, ma się zmniejszać bardziej, niż to zachodzi przy cięciu podłużnem. Wreszcie na zaznaczenie zasługuje względna krótkość operacji [u FRITSCH'a 21 minut] i możność zszywania macicy po odprowadzeniu do jamy brzusznej.

Liczni autorowie, że wymienię tylko SIEDENTOPF'a (3), KIRCHOF'a (4), WINKLER'a (5), CLEMENZ'a (6), HEIDENHEIN'a (7), REYINGĘ (8), SCHROEDER'a (9), HAIN'a (10), KNAUER'a (11), potwierdzają w zupełności wywody FRITSCH'a, wróżąc metodzie wspaniałą przyszłość.

<sup>1)</sup> Patrz literaturę.

<sup>2)</sup> Przed laty kilkunastu KERRER głosił zdanie o pożytku cięcia poprzecznego przy operacyi cesarskiej, tyczyło się to jednakowoż nie dna macicy, lecz jej przedniej ściany. Arch. f. G. T. XIX. str. 177.



W ogólnym niemal chórze zachwytu dla nowego sposobu dysonansem rażą przypadki BRAUN'a (12) i SCHALLER'a (13). Z liczby trzech cytowanych spostrzeżeń w dwóch zaszło bardzo obfite krwawienie z rany macicy, w jednym nader trudne wydobyć płodu przy położeniu pośladkowem. Jeśli zważymy wszakże, że w przypadku BRAUN'a istniała pierwotna niedostateczność bólów porodowych, przyjdziemy do przeświadczenia, że nie kierunek cięcia, lecz niedowład macicy był powodem krwotoku. Pozostają przypadki SCHALLER'a z kliniki w Halli, co do których w dostępnej mi literaturze przedmiotu brak szczegółów.

Wracając do własnego spostrzeżenia, zaznaczam, że potwierdza ono w ogólności wszystkie wywody FRITSCH'a i jego zwolenników. Zauważę również, iż wykonałem przecięcie macicy, jak przedemną KIRCHOF (*l. c.*) [lecz niezależnie od niego], bez t. zw. kompresji, czyli ucisku naczyń, zawartych w więzach szerokich. Mimo to krwawienie było bardzo nieznaczne, rzekłbym dziwnie małe w porównaniu z tem, jakie widziałem przy swych dwóch poprzednich cięciach cesarskich klasycznych.

We wszystkich tych przypadkach rozpoznawałem i zastawałem łożysko na przedniej ścianie macicy. Zresztą w danym razie wziąć na uwagę należy wyniszczony stan chorej, jej wybitną niedokrwistość, co również mogło powodować mniejszą, niż zwykle, utratę krwi.

Nie sposób, na podstawie jednego przypadku, wydać sąd o wartości metody. Bądź co bądź, metoda ta występuje jako poważny zabieg konkurencyjny wobec cięcia podłużnego. Czy w tej walce o lepsze cięcie macicy poprzeczne osiągnie kiedy stanowcze zwycięstwo, trudno na razie powiedzieć. Prawdopodobnie dwie te metody, dopełniając się wzajemnie, będą istniały jedna obok drugiej. Wskazania dla cięcia cesarskiego poprzecznego dadzą się w obecnej chwili streścić w sposób następujący:

1) przypadki usadowienia się łożyska na przedniej ścianie macicy. W tych razach cięcie podłużne, natrafiając na łożysko, sprowadza zwykle olbrzymi krwotok. Dla właściwego rozpoznania niezbędną jest znajomość oznaki LEOPOLD'a-BAYER'a [patrz wyżej].

2) Przypadki, powikłane guzami przedniej ściany macicy.

W końcu dodaję, iż we wszystkich przypadkach, operowanych sposobem FRITSCH'a, uważam za niezbędne odprowadzenie i ułożenie sieci za macicą, a to w celu przykrycia jelit i zabezpieczenia przed wydzieliną sącząca, się z rany macicznej w razie niedostatecznej aseptyki.

---

## L I T E R A T U R A.

---

1) CARL EVERKE. Über die Anlegung des Uterusschnittes bei Sectio caesarea. M. f. G. u. G. T. VI. Z. 1. str. 45.

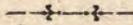
2) FRITSCH. Ein neuer Schnitt bei der Sectio caesarea. C. f. G. 1897, str. 561. [Ref. w Gaczie Lek. 1898. Nr. 8. Przyp. red.].

3) SIEDENTOPF. Ein Fall von Kaiserschnitt mit Eröffnung des Uterus durch queren Fundalschnitt etc. C. f. G. 1898, str. 92.



- 4) **KIRCHHOF.** Deutsche med. Woch. 1897. Nr. 39. Ref. w C. f. G. 1898, str. 108.
- 5) **WINKLER.** Über den Fundalschnitt bei Sectio caesarea nach H. FRITSCH. Ref. w C. f. G. 1898, str. 107.
- 6) **CLEMENZ.** Sectio caesarea conservativa mit quere Fundalschnitt nach FRITSCH. C. f. G. 1898, str. 249.
- 7) **L. HEIDREHAIN.** Zwei konservative Kaiserschnitte mit quere Fundalschnitt wegen osteomalakischer Beckenenge. C. f. G. 1898, str. 633.
- 8) **REYINGA.** Sectio caesarea mit quere Fundalschnitt. Ref. w C. f. G. 1898, str. 778.
- 9) **H. SCHROEDER.** Noch einmal der quere Fundalschnitt. M. f. G. u. G. T. VII. Z. 2. Ref. w C. f. G. 1898, str. 778.
- 10) **H. HAIN.** Ein Fall von Sectio caesarea conservativa mit dem Fundalschnitt nach FRITSCH. Wien. kl. Woch. 1897. Nr. 52. Ref. w C. f. G. 1898, str. 779.
- 11) **E. KNAUER.** Der FRITSCH'sche quere Fundalschnitt bei Sectio caesarea conservativa. Wien. klin. Woch. 1897. Nr. 49. Ref. w C. f. G. 1898, str. 779.
- 12) **BRAUN.** Sectio caesarea mit quere Fundalschnitt nach FRITSCH. C. f. G. 1897, str. 1351.
- 13) Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Düsseldorfie, 19—24. IX. 1898. C. f. G. 1898, str. 1106.
- 14) **JOHANNOWSKY.** Ueber die verschiedenen Uterusschnittmethoden bei der konservativen Sectio caesarea. M. f. G. u. G. T. VI. Z. 4. Ref. w C. f. G. 1898, str. 292.
- 15) **STEINTHAL.** Ein Fall von Kaiserschnitt nach FRITSCH bei Uterus myom.
- 16) **BRUN V. FERNWALD.** Wiederholte Kaiserschnitt in einem Falle hochgradiger Spondylolisthesis. C. f. G. 1898, str. 489.
- 17) **MÜLLER.** Ueber den Fundalschnitt bei der Sectio caesarea. C. f. G. 1898.
- 18) **FRANK.** Schnittführung bei Sectio caesarea. C. f. G. 1898, str. 647.
- 19) **HORN.** C. f. G. 1898, str. 647.
- 20) **RIEDINGER.** Zwei Fälle von Fundalschnitt bei Sectio caesarea conservativa. C. f. G. 1898, str. 761.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### I. A. Frisch. O galwanokaustycznym nacinaniu przerośniętego gruczołu krokowego sposobem Bottini'ego.

W ostatnich czasach poczęto zajmować się ponownie metodą **BOTTINI'**ego, t. j. zastosowaniem galwanokaustycznego przypalania gruczołu krokowego przy przeroście tegoż. Starania około wydoskonalenia metody oraz potrzebnych przyrządów podjął **FREUDENBERG**. Sposób **BOTTINI'**ego polega na zniszczeniu na drodze termogalwanicznej tych części gruczołu, które stanowią przeszkodę do oddawania moczu. **BOTTINI** posługiwał się początkowo żegadłem, za pomocą którego niszczył małe wyniosłości na powierzchni gruczołu krokowego; później zaś zastąpił żegadło nacinaczem, którym robi wielokrotne nacięcia na wyskakującej części gruczołu. Wiadomo, że prócz samego strupa martwieje po wypaleniu znaczna część tkanki obok tegoż; otóż skoro po zagojeniu rany oddalimy strup oraz zmartwiałą część gruczołu, cel zabiegu jest całkowicie osiągniętym. W 80-ciu spostrzeganych przez siebie przypadkach nie zauważył **BOTTINI** nigdy ponawiania się przerostu, poleca on wszakże swój zabieg jedynie w przypadkach małomoczu przewlekłego. Metoda B. nie służy prawie zupełnie do wywołania zaniku gruczołu [jak np. obustronne wycinanie sznurków nasiennych], lecz do mechanicznego utworzenia drogi dla odpływania moczu.

Wogóle jednak tak znaczenie, jak i sposób nacinania nie są jeszcze ściśle określone: każdy z operujących kieruje się swemi własnymi zasadami co do



długości, miejsca i kierunku nacięć, stopnia rozgrzania nacinacza i t. p. Operacja może się udać jedynie wtedy, jeżeli pęcherz nie utracił kurczliwości; o działaność wypieracza można się przekonać przez zastrzykiwanie do pęcherza jakiegokolwiek zimnego roztworu, np. roztworu azotanu srebra. Jeszcze pewniejszym jest zastosowanie manometru MATHIEU'a lub sposobu ZUCKERKANDL'a.

Bardzo utrudnionem, a niezmiernie ważnem jest stwierdzenie, jaka przeszkoda mechaniczna sprowadza w danym przypadku częściowe zatrzymanie moczu.

Wskazania, ważne przy stosowaniu zegadła, są następujące: częściowy przerost, nie przechodzący w dwójnasób zwykłej wielkości gruczołu krokowego, z zastrzeżeniem, że przerośnięty jest którykolwiek ze zrazów bocznych; całkowite zatrzymywanie moczu, trwające od bardzo niedawnego czasu przed zgłoszeniem się chorego; wreszcie istnienie brodawkowatych narośli na błonie śluzowej cewki moczowej. Przeciwnie zaś, jeżeli przerośniętym jest zraz środkowy, stosuje się nacinacz, jak również w przypadkach znacznego przerostu [przenoszącego w dwójnasób zwyczajną objętość gruczołu], oraz we wszelkich przypadkach tworzenia się klapki, zatykającej wylot pęcherza.

Jako przeciwwskazanie do stosowania operacji uważa B.: osłabienie lub zaniknięcie czynności wypieracza moczu, mocz zbyt zropiały, lub podejrzenie choroby nerek.

Jakkolwiek metoda B. pozostaje często bez pożądaných skutków, to jednakże procent wyleczonych chorych jest tu znakomicie większy, aniżeli przy stosowaniu innych sposobów.

Tu następuje opis dość szczegółowy 10-ciu przypadków, operowanych przez autora z rozmaitymi wynikami. W 8-miu z przytoczonych przypadków chodziło o usunięcie zupełnego, w 2-ch o usunięcie nie zupełnego przewlekłego zatrzymania moczu. W 4-ech przypadkach cierpienie zostało usunięciem całkowicie, w piątym nastąpiło znaczne polepszenie, w szóstym zmiana okazała się tylko chwilową, w trzech przypadkach zabieg nie dał żadnych wyników, jeden chory zmarł wskutek operacji.

W pierwszym z całkowicie wyleczonych przypadków chory oddawał mocz dowolnie tegoż samego dnia po operacji; w następnym przypadku wynik był widoczny drugiego dnia; w trzecim opóźnił się do końca 4-go tygodnia, w ostatnim przypadku mocz ciekł kroplami w ciągu 14-stu dni. W dwóch przypadkach częściowa poprawa nastąpiła 14-go dnia po operacji.

Dotychczas ogłaszał B. jedynie te przypadki, w których otrzymywał zadowalające wyniki. U innych autorów sprawa przedstawia się o wiele mniej pomyślnie. Okazuje się wszelako z zebranej i podanej przez autora statystyki, że stosowanie metody B. daje 50% wyzdrowień przy nieznacznej śmiertelności 7,2%. Nasuwa się tu jednak pytanie, czy we wszystkich spostrzeganych przypadkach zatrzymywanie moczu było przewlekłym. Możliwym jest, że u niektórych chorych istniało ono jedynie wskutek ostrego zapalenia gruczołu krokowego. Znany jest również przypadek pomyślnego zastosowania metody B. u człowieka 40-letniego przy cierpieniu, nie mającym związku z przerostem gruczołu krokowego. Według autora, wyniki przy niezupełnem zatrzymywaniu moczu są o wiele gorsze; prawdopodobnie nawet można polepszenie, o ile ono istnieje, przypisać prędzej starannemu utrzymywaniu przez czas dłuższy pęcherza, aniżeli samej operacji chirurgicznej. Wszelkie zatem opisy polepszenia w tego rodzaju przypadkach należy przyjmować z wielką ostrożnością.

Autor twierdzi, że operacja BORRINI'ego nie jest tak całkowicie pozbawioną niebezpieczeństwa, jak dotąd mniemano.

Zagrażają między innymi: silne krwawienie przy niedostatecznym strupie, odpadnięcie tegoż, zanieczyszczenie rany zakażonym moczem, powstawanie zapalenia żył i zakrzepów, ropnie w gruczole i t. p.



Kwestyą do tej chwili nierozjaśnioną jest, dlaczego w zupełnie podobnych warunkach operacja ta czasem daje doskonałe wyniki, w innych zaś razach pozostaje bezskuteczną; z tego jednak powodu nie można postawić rokowania nawet wówczas, kiedy warunki są najpomyślniejsze. W jednym z przytoczonych przez autora niepomyślnych przypadków dobry wynik nie mógł być otrzymanym, ponieważ objętość gruczołu, sterującego do pęcherza, była zbyt wielką, jednakże w pozostałych dwóch przypadkach powód niepomyślnego wyniku pozostał zupełnie niewiadomym, objawy przedoperacyjne zaś były zupełnie analogiczne z dwoma przypadkami, w których wyniki były zadawalające.

Być może, że niekiedy powód leży w niedostatecznym nagrzananiu nacinicza, ponieważ zaś tenże traci pewną ilość ciepła podczas przeprowadzania do gruczołu, autor radzi ogrzewanie nacinicza do białości.

Tylko przy silnem rozgrzaniu nacinicza można być pewnym, że strup wytworzy się dość trwały; w tym celu należy powracać nacinczem po raz już naciętej drodze, tym sposobem bowiem zwęglenie jest zupełniejsze, a nacincz nabiera ponownie wysokiej temperatury. Być może również, że strumień elektryczny, używany dotychczas, był za słaby; autor próbował stosować zwyczajny strumień, służący do oświetlania [z włączeniem transformatora], przyczem otrzymywał zadawalające wyniki.

Niewątpliwie zatrzymywanie moczu pochodzi nieraz od nerwowego skurczu wskutek podrażnienia zwieracza krokowego wewnętrznego. W takim razie pomyślny wynik polegałby na spaleniu włókien okrężniczych gruczołu krokowego przy wylocie wewnętrznym; niestety, jednak przed operacją nie możemy nigdy zdecydować o działalności, ani o wrażliwości zwieracza wewnętrznego.

Poglądy swe autor streszcza w następujący sposób: przy stosowaniu metody BOTTINI'ego dobre wyniki można otrzymać jedynie w przypadkach zupełnego przewlekłego zatrzymywania moczu, oraz przy zachowanej kureczliwości pęcherza. Im skład moczu jest mniej zmieniony, tem rokowanie jest pomyślniejsze i przebieg szybszy. Na zakończenie poleca autor stosowanie cewnika na stałe; nigdy to zaszkodzić nie może, a znacznie ułatwia choremu oddawanie moczu w pierwszych dniach po operacji.

(Wiener Klinische Wochenschrift. Nr.48. 1898).

A. Ciechomski.

## 2. H. Braun. O znieczuleniu miejscowem sposobem nasycania tkanek roztworami kokainy i t. p.

Znieczulanie miejscowe tkanek za pomocą wstrzykiwania w nie względnie słabych roztworów środków znieczulających [kokaina, eukaina, tropakokaina], opracowane przez SCHLEICH'a, RECLUS'a, OBERST'a i innych, znajduje w chirurgii coraz większe zastosowanie. Zniesienie czucia i bolesności zależy tu od bezpośredniego zetknięcia się płynu z gałązkami nerwowymi. Na odmiennie nieco zasadzie opiera się t. zw. znieczulanie obwodowe (*periphere Anästhesie*), po raz pierwszy wypróbowane przez OBERST'a. Aby płyn wstrzykiwany nie działał zabójczo na tkanki żywe, winien on być „osmotycznie“ obojętny, czyli posiadać też samą temperaturę zamarzania, co i płyny tkankowe [krew, przesięki, wysięki i t. p.]; ostatnie zamarzają przy  $-0,55^{\circ}$ , co odpowiada  $0,9\%$  roztworowi soli kuchennej i  $5,8\%$  kokainy; a więc, gdy chcemy zastosować roztwór kokainy słabszy, niż  $5\%$ , należy dodać do niego nieco soli kuchennej. Mniemanie, jakoby w sprawie znieczulania odgrywało główną rolę mechaniczne działanie płynu, jest zupełnie błędne: chodzi zawsze o fizjologiczny wpływ kokainy i t. d. na nerwy. Ciepłota roztworów winna zawsze odpowiadać ciepłocie tkanek. Kokaina, stosowana przez SCHLEICH'a, powoli ustępuje eukainie - B [*Eucainum* - A nie posiada żadnych własności znieczulających], jako środkowi, działającemu nie mniej skutecznie, niż kokaina, i nie tak trującemu. B. używa następującego roztworu:



<i>Eucaini - B</i>	1,0
<i>Natri chlorati</i>	8,0
<i>Aquae</i>	1000,0

Dodawanie morfiny nie wytrzymuje krytyki, gdyż miejscowo nie działa ona wcale. Inaczej ma się rzecz, jeżeli przed znieczuleniem miejscowym wstrzykniemy gdziekolwiek nieco morfiny w celu zmniejszenia wrażliwości ogólnej. Znieczulanie, o którym mowa, B. prowadzi w ten sposób, iż pierwsze ułknięcie robi szpryczką PRAZAZ'a, zaopatrzoną w igłę bardzo cienką i ostrą, do następnych zaś stosuje szprycę zawartości około 15 ctm. z tłokiem, przesuwanym nie bezpośrednio palcami, lecz za pomocą śruby. Znieczulanie to ma rację bytu nie tylko przy małych operacjach chirurgicznych: B. stosował je przy 20 operacjach brzusznych [gastroenterostomia, gastrostomia, ropień wątroby, przepukliny i t. d.] i zawsze prawie [prócz dwóch przypadków] otrzymywał wyniki najzupełniej zadawalające; nadaje się ono również do operacji kostnych [wstrzykiwanie pod okostną] z wyjątkiem tych przypadków, w których jest przewidziany długotrwały zabieg. Powierzchnie surowicze [stawów i t. d.] znieczulają się doskonale po napełnieniu jamy ich płynem SCHLICKEN'a. Trzy sprawach ropnych [np. zastrzał] B. stosuje znieczulanie „obwodowe“, które polega na tępieniu wrażliwości nerwów w ich odcinkach dośrodkowych. W celu znieczulenia palca nakłada się na niego przy samej podstawie podwiązkę gumową; zastrzykuje się  $\frac{1}{2}\%$  roztworu kokainy, lub tropakokainy, albo 1% eukainy - B, do tego dodaje się 0,6% soli kuchennej; ułknięcia [między podwiązką i miejscem projektowanego cięcia] prowadzi się tak, by igła przeszła tuż koło największych gałęzi nerwowych, a więc: dwa, idące od brzołów powierzchni grzbietowej aż pod skórę linii środkowej powierzchni dłoniowej, trzecie — w kierunku poziomym [przy dłoni leżącej] w poprzek części grzbietowej; znieczulenie otrzymuje się głębokie i zupełne. W podobny sposób można postępować na przedramieniu i ramieniu. Aby zabezpieczyć się od zatrucia, należy nie stosować roztworów mocniejszych nad jednoprocentowe i w ogólnej masie nie zużyć kokainy więcej nad 0,15, eukainy zaś nad 0,15; gdy roztwór jest słabszy [1 : 1000], dawki razowe można bez obawy podnieść do 0,1 kokainy i 0,3 eukainy. Większa złośliwość kokainy, aniżeli innych podobnych jej środków, tłumaczy się tem, iż wchłania się ona bez porównania szybciej i dzięki temu łatwiej prowadzi do ogólnych objawów — zatrucia.

(*Samml. klin. Vortr.*, Nr. 228, 1898).

*E. Lewenstern.*

### 3. H. Kehr. Wyniki 360 zabiegów chirurgicznych przy cierpieniach dróg żółciowych.

K. do roku 1896 dokonał 209 operacji na pęcherzyku żółciowym oraz przewodach; wyniki tych operacji ogłosił w czasie zjazdu chirurgicznego w Berlinie [96]; w ciągu ostatnich dwóch lat przybyło mu 151 osobistych spostrzeżeń. Odsetka śmiertelności wypadła 11,7; jeżeli jednak wyłączymy te zejścia śmiertelne, które bezpośrednio nie były zależne od zabiegu chirurgicznego, otrzymamy cyfrę 3,8%. We wszystkich razach operacja była robiona aseptycznie [z rozległym zastosowaniem wyjałowionego roztworu soli kuchennej], ani razu nie otrzymano ropnego zapalenia otrzewnej.

Na zasadzie tych 360 przypadków K. orzeka, co następuje. Przy kamieniach żółciowych nigdy nie należy zwlekać z operacją, nie czekając, aż objawy choroby rozwiną się w całej pełni. Najlepiej operować, póki nie wystąpi żółtaczka, póki pęcherzyk żółciowy nie zrośnie się mocno z otaczającymi tkankami, lub nie skurczy się pod wpływem spraw zapalnych. Skoro kamienie przedostaną się do jednego z przewodów i zacisną się mocno w jego ścianach; gdy wokoło utworzy się zbita masa tkanki łącznej: wówczas najlepszy chirurg nie da sobie rady.



Kiedyż więc należy przystąpić do usunięcia kamieni? Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy w każdym oddzielnym przypadku jak najściślej zrobić rozpoznanie; należy się zawsze starać, aby dany obraz chorobowy sprowadzić do jednego z następujących sześciu stanów: 1) kamienie w pęcherzyku bez zamknięcia światła przewodu pęcherzykowego; 2) kamienie w pęcherzyku z przemijającym zamknięciem światła przew. pęcherzykowego; 3) stany zapalne pęcherzyka (*hydrops, empyema*); 4) zapalenie otrzewnej pęcherzyka [zrosty]; 5) ostre zamknięcie światła przewodu wątrobowego; 6) przewlekłe zamknięcie tegoż.

W razach 1 — 4 żółtaczki zwykle nie ma, w 5 i 6 — po większej części ma ona miejsce, jednak, bądź co bądź, nie zawsze. Przy przewlekłym zamknięciu światła przewodu wątrobowego należy zawsze rozpoznać, czy pochodzi ono od kamienia, czy też nowotworu [raka]. W pierwszym razie pęcherzyka nie wyczuwa się, żółtaczka naprzemian zwiększa się, lub słabnie, kał czasami bezbarwny, czasami zabarwiony, śledziona powiększona, gorączka przemijająca; przy raku: pęcherzyk powiększony [robi wrażenie *hydropis*], żółtaczka z dnia na dzień większa, wypróżnienia stale bezbarwne; brak kolek, gorączki i powiększenia śledziony. Rak w tych okolicach nie należy do rzadkości, stąd wskazówka praktyczna, aby u osób starszych, dotkniętych żółtaczką i kolkami, być wstrzeżliwym co do robienia operacji, gdyż często możemy napotkać nowotwór niemożliwy do usunięcia. Przy ostrym zamknięciu światła przewodu wątrobowego wogóle nie należy operować, gdyż niedrożność tą drogą naturalną ustępuje zazwyczaj sama; inaczej rzecz się ma ze wszystkimi sprawami zapalnymi pęcherzyka i otaczających go tkanek; wprawdzie leczenie mineralne [Karlsbad] może być w tym razie bardzo skutecznem, jednak nigdy nie mamy pewności, czy sprawa umiejscowiła się i czy nie nastąpiło ostatecznie rozlane zapalenie ropne otrzewnej. Doświadczenie lat ostatnich doprowadziło K. do wniosku, iż w bardzo wielu przypadkach całkowite usunięcie pęcherzyka okazuje się stosowniejszem, niż wszywanie go w ramę skórną (*cystostomia*); natychmiastowe zaszywanie pęcherzyka po usunięciu z niego kamieni (*cystotomia*) nie ma racji bytu w przeważającej większości przypadków z tego względu, że nigdy nie możemy być pewni, czy wszystkie istniejące w danej chwili kamienie usunięto. Przetoka żółciowa sztucznie wytworzona zazwyczaj łatwo zamyka się sama; jeżeli zaś to nie następuje, wówczas mamy oczywisty dowód, iż sprawa chorobowa nie jest skończona i że przy nowych poszukiwaniach znajdą się kamienie. W razie nawrotów cierpienia po zabliznieniu przetoki żółciowej możemy łatwo znów ją zrobić bez ponownego otwierania otrzewnej. Gdy w przewodzie pęcherzykowym wyczuwa się kamień, najwłaściwiej jest zrobić cięcie przewodu (*cysticotomia*) i usunąć kamień tą drogą; gwałtowne przepychanie tegoż do pęcherzyka, drażniąc tkanki okoliczne, często prowadzi do niepożądanych powikłań; *cysticotomi* powinna zwykle towarzyszyć *cystostomia*.

U chorych z przetoką żółciową kamienie odchodzą [przez przetokę] w większej ilości w porze nocnej, aniżeli w dzień. Objaśnić da się to w ten sposób, iż pokarm przyjmowany w ciągu dnia, przechodząc przez dwunastnicę, drażni ujście przewodu wątrobowego i w ten sposób powoduje energiczniejszy odpływ żółci wraz z kamieniami do kiszki; w nocy [kiedy się pokarmów nie przyjmuje] większość żółci kieruje się ku pęcherzykowi; w ten sposób również daje się wytłumaczyć częstsze zjawianie się kolki wątrobowej w nocy, aniżeli w dzień; by zapobiec temu, należy w ciągu nocy od czasu do czasu przyjmować pożywienie; w ten sposób żółć będzie odpływała stale do kiszki, nie zatrzymując się w większych ilościach w pęcherzyku.

E. Lewenstern.

(*Samml. klin. Vorträge. № 225*).



## Przegląd bibliograficzny.

**Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej**, napisał d-r W. JAWORSKI, prof. p. z. szczegółowej patologii i terapii lekarskiej w Uniw. Jagiellońskim. Wydanie 2-e, przerobione i znacznie powiększone. Kraków. Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich. 1899.

Zjawienie się w naszej literaturze podręcznika naukowego jest faktem, niestety, bardzo rzadkim i z tego już względu powinniśmy być wdzięczni autorowi przedewszystkiem za to, że wogóle zdobył się na napisanie takiego prawdziwie naukowego podręcznika. Pierwsze wydanie tego podręcznika wyszło w r. 1893 i zostało, rzecz można, przechwycone przez naszych lekarzy w ciągu jednego roku. To niezwykle powodzenie książki tłumaczy się i zadośćuczynieniem potrzebie dzieła, traktującego o przedmiocie dla lekarza tak ważnym, tak w ostatnich czasach naukowo i praktycznie rozwiniętym, i sławą autora, którą sobie zdobył sumiennymi, a wielce pod względem praktycznym owocnymi badaniami na polu chorób przewodu pokarmowego, i nakoniec prawdziwie dobrem ułożeniem i zastosowaniem do potrzeb praktyka-lekarza treści podręcznika.

Obecnie wyszło drugie wydanie tego dzieła, znacznie powiększone, w wielu miejscach przerobione i uzupełnione rozdziałami o żywieniu w chorobach żołądka i o leczeniu chirurgicznym chorób żołądka, napisanem przez prof. R. TRZEBICKIEGO.

Gdy pierwsze wydanie zawierało stronic 357, to obecne zawiera ich 512. Nie tylko wszystkie najnowsze zdobycze naukowe i kliniczne przyczyniły się do tego powiększenia dzieła, ale w równej mierze na to się złożyły bardziej dokładne, wyczerpujące opracowanie najważniejszych działów. Układ drugiego wydania podręcznika jest, według mego zdania, lepszy i praktyczniejszy; gdy bowiem w pierwszym wydaniu przystąpił autor od razu do opisu zachowania się żołądka w stanie prawidłowym, a dopiero po kilku rozdziałach, poświęconych chorobom żołądka, umieścił opis badania czynności tego organu, to w drugim wydaniu od razu przystąpił do szczegółowego tych metod opisanie, co, rozumie się, bardzo dobrze wpływa na wartość dydaktyczną podręcznika.

W pierwszym wydaniu rzecz o opukiwaniu żołądka umieścił autor dopiero w rozdziale o zmianach w czynności mechanicznej. O innych metodach badania fizykalnego w pierwszym wydaniu lekkie tylko uczynił wzmianki, w drugim zaś cała ta rzecz, jak również i metody badania fizyologicznego są szczegółowo zaraz na wstępie w pierwszej części opisane. Drugie wydanie podręcznika JAWORSKIEGO składa się z trzech części: pierwsza część zawiera opis badania prawidłowego i chorego żołądka, druga część—szczegółowa—zawiera opis chorób żołądka, trzecia zaś część poświęcona jest żywieniu chorych na żołądek.

Wogóle podręcznik JAWORSKIEGO robi na czytelniku wrażenie bardzo dodatnie. Każda rzecz jest opracowana dokładnie, przedstawiona jasno; każdy rozdział świadczy, że autor pisze z głębokiego przekonania, ponieważ opiera się na własnem spostrzeganiu i na własnem doświadczeniu. Obszerna literatura przedmiotu jest również uwzględniona. Wprawdzie na niektóre poglądy JAWORSKIEGO zgodzić się nie można, jak na przykład na znaczenie kwasu solnego i przetworów trzustkowych w leczeniu zanikowego nieżytu żołądka [str. 130], na wpływ małych dawek środków ługowych na wydzielanie soku żołądkowego [str. 109] i t. p., jednakże całe dzieło najzupełniej stoi na wysokości zadania i jak największy lekarzom, a pośrednio i chorym pożytek przyniesie.

Jeden tylko muszę zarzut zrobić autorowi, mianowicie ten, że tu i owdzie w podręczniku znajdują się usterki językowe, np. po przeczeniu czwarty przy-



padek zamiast drugiego, niewłaściwy w niektórych miejscach przypadek po słowie „używać“ i t. p. Tytuł dzieła też nie odpowiada duchowi naszego języka, daleko właściwiej byłoby zatytułować omawiane dzieło: „Podręcznik do nauki o chorobach żołądka“. Wprawdzie są to drobnostki, w niczem naukowego i praktycznego znaczenia podręcznika nie zmniejszające, ale przyznać musi autor, że czystość języka w naszych nieszczęśliwych warunkach wszystkich nas obowiązywać powinna bez względu na to, gdzie i co piszemy.

Spodziewać się należy, że to drugie wydanie podręcznika równie prędko się rozejdzie, jak i pierwsze, i że w trzecim wydaniu będzie mógł autor poprawić wspomniane usterki językowe.

Mikołaj Rejchman.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

1. Hydrogenium hyperoxydatum. Aqua hydrogenii hyperoxydati. — Dwutlenek wodoru. Nadtlenek wodoru. Woda utleniona. Na jednym z ostatnich posiedzeń Akademii Lekarskiej w Paryżu LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Bulletin de l'Académie de médecine*. 1898. N° 49) mówił o wysokim znaczeniu leczniczym wody utlenionej:—zwłaszcza w chorobach chirurgicznych.

Woda utleniona, czyli roztwór dwutlenku wodoru [ $H_2O_2$ ] w wodzie, nie jest ani przetworem nowym, ani nowym antyseptykiem. Od czasu wynalezienia wody utlenionej przez THÉNARD'a [1818 r.] sposób otrzymywania jej ulegał rozmaitym zmianom i ulepszeniom. Obecnie otrzymuje się wodę utlenioną w bardzo wielkiej ilości, gdyż produkt ten znajduje coraz obszerniejsze zastosowanie w przemyśle.

Woda utleniona może być rozmaitej koncentracji, i tak np.: woda utleniona największego zgęszczenia zawiera 475 objętości tlenu; zwykle zaś w przemyśle używa się wody utlenionej o 12-u objętościach tlenu; przetwór oficynalny (*aqua hydrogenii hyperoxydati*) zawiera tylko dziesięć objętości tlenu.

W wodzie utlenionej znajduje się zwykle pewna ilość [3—4 grm. na litr] kwasu siarczanego, który zresztą jest potrzebnym do konserwacji wzmiankowanego przetworu.

Wodę utlenioną stosowano już dawniej przez pewien czas w celach leczniczych; następnie wszakże porzucono ten środek lecznicy, a nawet zupełnie o nim zapomniano.

Od r. 1882 zaczynają się poważniejsze badania PAUL BERT'a i REGNARD'a nad własnościami wody utlenionej. Badacze ci wykazali, że przetwór, o którym mowa, posiada w wysokim stopniu własności antyfermentacyjne i antyseptyczne.

Z drugiej wszakże strony, właśnie na mocy owego silnego działania, jakie powstaje przy zetknięciu wody utlenionej z komórkami uorganizowanymi, mianowicie z mikrobami, PAUL BERT i REGNARD hypotetycznie wyprowadzili wniosek: że przetworu tego nie można bez szkody stosować w celach leczniczych, gdyż najpewniej zabije i komórki tkankowe, z którymi się zetknie.

Dopiero LABORDE, przeprowadziwszy szereg doświadczeń, wykazał, że wodę utlenioną nie tylko bez szkody można stosować na żywe tkanki organiczne, ale, co ważniejsza, można ją bezkarnie wprowadzić wprost do krwiobiegu przez zastrzykiwanie do żył. Jeżeli we krwi znajdują się np. laseczniki węglikowe (*bacil. anthracis*), to te po zastrzyknięciu wody utlenionej do żył — zaraz giną.

Wody utlenionej używał, jako środka antyseptycznego, prof. PÉAN na swojej klinice chirurgicznej. Prof. BOUCHUT zalecał przy dyfteryście płukanie gar-



dła wodą utlenioną, a wreszcie PAUL PETIT zwrócił uwagę na działanie hemostatyczne wody utlenionej przy krwotokach macicznych.

W każdym razie zaznaczyć tu należy, że od kilku lat prawie zupełnie zapomniano o wodzie utlenionej. Dopiero obecnie LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, po przeprowadzeniu spostrzeżeń klinicznych przez cały rok, wypowiada przekonanie, że woda utleniona jest środkiem leczniczym niezmiernie cennym i że szczególnie wielkie usługi oddaje w przypadkach ropienia i zakażenia septycznego; a przyznać wszak należy, że w tych ostatnich razach jesteśmy dotąd prawie zupełnie bezbronni.

Pobudził zaś LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a do stosowania wody utlenionej fakt, spostrzegany wielokrotnie przez dentystę paryskiego TOUCHARD'a, a mianowicie, że przy ropieniu septycznym szczęki, czyli przy t. zw. chorobie FAUCHARD'a, a więc przy chorobie niesłychanie złośliwej, woda utleniona okazuje się zadziwiająco skuteczną.

Jako przykłady, przedstawia LUCAS-CHAMPIONNIÈRE kilka historii chorób, z których parę przytoczymy w najkrótszym zarysie.

Młodzieńcowi 18-letniemu koło od wozu mocno przygniotło kolano do muru. Chłopca sprowadzono do szpitala z nogą mocno obrzękniętą, a  $\frac{1}{3}$  część powierzchni skóry na tejże nodze była zgangrenowana. Staw kolanowy zmiażdżony i krwią wypełniony. Pomimo stosowania wody karbolowej 1:20, roztworu sublimatu 1:1000, roztworu chlorku cynku 10:100, roztworu nadmanganianu potasu 1:100, pomimo wykonania t. zw. przeciwotworów—ropienie wciąż trwało, a ogólny przebieg choroby przedstawiał septycemię niezmiernie ciężką, tak, że rokowano najgorsze zejście i to w krótkim czasie. O amputacji w danym przypadku, jak zapewnia LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, niepodobna było myśleć. Otóż w takich warunkach rozpoczęto przemywać kończynę wodą utlenioną. Niezmiernie szybko chory się poprawił. Ropienie i objawy septycemii zupełnie ustąpiły, a chory wyzdrowiał.

W drugim przypadku zapalenia ropnego tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*) uda i goleni z objawami bardzo ciężkiej septycemii pod wpływem przemywań wodą utlenioną ustąpiły i objawy ogólne i miejscowe.

Takież same wyniki otrzymano w dwóch przypadkach powikłanego złamania uda z ropieniem, z obszerną zgorzelą i z następczym, bardzo obfitym krwotokiem.

Oprócz tego spostrzegano takież same skuteczne działanie wody utlenionej w wielu innych przypadkach ropienia.

W każdym razie to można na pewno powiedzieć, że pod wpływem przemywań wodą utlenioną ropienie w wysokim stopniu się zmniejsza, tak, że w wielu przypadkach, zamiast codziennych opatrunków, można opatrunek zmieniać co drugi, albo co trzeci dzień.

Wreszcie po wielokrotnych przemywaniach ropienie zupełnie ustępuje tak, że można nałożyć zwyczajny opatrunek trwały, jak w przypadkach, w których ropienia wcale niema.

Jeśli ognisko ropne jest bardzo duże, to podczas przemywania jama ropnia zostaje rozciągniętą przez tlen, który się wówczas wydziela, a objawia się to między innymi wypływem obfitej piany.

Niektórzy chorzy skarżą się wówczas na uczucie pieczenia; większość zaś nie doznaje żadnego bólu.

W przypadkach septycemii po takim przemywaniu wodą utlenioną — następuje spadek ciepłoty gorączkowej.

Jednym słowem: pod wpływem wzmiankowanych przemywań ustępuje bardzo szybko i ropienie i zatrucie septyczne, a pod tym względem woda utleniona przewyższa wszystkie znane dotąd środki antyseptyczne. Że istotnie woda utleniona niezmiernie szybko i silnie działa na organizmy gnicia, można się przekon-



nać choćby z następującego prostego doświadczenia. Do ropy cuchnącej, np. do ropy, pochodzącej z ropnia jamy brzusznej, wystarcza dodać w probówce bardzo niewielką ilość wody utlenionej, aby w tej chwili usunąć ów niemiły odór. Toż samo spostrzegamy i w samych ropniach. O jakimś zamaskowaniu woni nie może tu być mowy, bo woda utleniona nie ma żadnego zapachu.

Po przecięciu wielkich ropni stosowanie wody utlenionej, jeżeli nie zaraz wstrzymuje ropienie, to przynajmniej bardzo szybko je zmniejsza i przez to całą sprawę chorobową ogromnie skraca.

Woda utleniona ma bardzo ważne znaczenie jako środek, służący do oczyszczenia okolicy, na której ma być wykonana operacja. Szczególniej używa jej LUCAS-CHAMPIONNIÈRE do oczyszczenia pochwy przed wykonaniem hysterektomii brzusznej lub pochwowej i niezmiernie ją wszystkim lekarzom zaleca w podobnych razach.

Środek wzmiankowany oddać powinien ważne usługi i w praktyce akuszerskiej; przynajmniej liczne spostrzeżenia przekonały, jak utrzymuje LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, o wielkiej wartości antyseptycznej wody utlenionej, stosowanej po poronieniach — z przebiegiem septycznym. Zwyczajne przemywania pochwy wodą utlenioną i wycierania jamy macicy tamponem z waty, napojonej w wodzie utlenionej — trzy razy dziennie powtarzane i to przez kilka dni — usuwa i objawy miejscowe i objawy ogólnego zakażenia.

W końcu LUCAS-CHAMPIONNIÈRE podaje, że i w zwykłych przypadkach, [bez ropienia — przy zupełnie nienaruszonej skórze] wykonywał operacje, np.: odjęcie członka (*amputatio*), wyluszczenie ze stawu (*exarticulatio*), wypiłowanie stawu (*resectio*) i t. d., stosując, jako środek dezynfekcyjny, tylko wodę utlenioną i zawsze otrzymywał bardzo dobry wynik: zagojenie doraźne (*prima intentio*).

Z tego wszystkiego wypada, że woda utleniona istotnie zasługuje na wypróbowanie, a to tem bardziej, że mamy tu do czynienia ze środkiem, który najzupełniej nie jest szkodliwym dla organizmu. Idzie tylko o to, aby używać prawdziwej wody utlenionej, a nie wody, nasyconej tlenem, a następnie o to, aby ów roztwór dwutlenku wodoru zawierał 10—12 objętości tlenu.

Wiktor Grostern.

## Wiadomości drobne.

— D-r VERNEUIL z Brukselli przyszedł do wniosku, że częste niepowodzenia przy leczeniu skrobaniem zapaleń błony śluzowej macicy [nawroty zapaleń, powikłania ze strony przydatków macicznych] zależą od tego, iż dalsze leczenie odbywa się w warunkach nie dość aseptycznych. Wobec tego V. dla uniknięcia wtórnego zakażenia pochwy i macicy zaleca tego rodzaju postępowanie: po ukończeniu skrobania należy wyplukać jamę maciczną dla usunięcia ztamtąd wszystkich oddzielonych kawałków, poczem należy ściany tejże jamy wytrzeć tamponem, zmoczonym w 1,5% roztworze formaliny i wprowadzonym na szczypczykach. Po osuszeniu jamy macicznej kawałkiem waty hygroskopijnej, wprowadza się do niej pasek gazy jodoformowej, którą należy upychać mocniej w razie obfitszego krwawienia, zupełnie zaś słabo w warunkach zwyczajnych. W końcu należy szyję maciczną i sklepienia pokryć kawałkiem gazy jodoformowej, pochwę zaś napelnić watą hygroskopijną i nałożyć zewnątrz opatrunek aseptyczny na srom. Następne opatrunki odbywają się w ten sposób: po dokładnem obmyciu części zewnętrznych, radzi V. wprowadzić do pochwy duży wziernik walcowaty i najprzód usunąć ztamtąd watę. Ująwszy teraz w długie szczypcy wacik, zmoczony  $20/_{00}$  roztworu formaliny, należy tymże wacikiem ostrożnie wycierać ściany pochwy, wysuwając jednocześnie wziernik. Po oczyszczeniu w ten sposób pochwy V. wprowadza wziernik łopatkowy, usuwa gazę, pokrywającą sklepienia, oraz gazę, zalegającą w jamie macicznej, poczem nakłada nowy opatrunek,



jak po operacyi, z tą jednakże różnicą, że macicy nie przemywa i nie wprowadza do niej gazy. W ten sposób trzeba opatrywać w ciągu miesiąca, t. j. tak długo, aż odrodzi się nanowo cała błona śluzowa macicy. Przemycania jamy macicznej przy tych opatrunkach V. uważa za szkodliwe.

(Sem. méd. 1898. 14 Sept.).

Br. S.

## Wiadomości bieżące.

— W Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem zostali wybrani na r. 1899: prezesem kol. St. MARKIEWICZ, wiceprezesem kol. H. NUSSBAUM.

— W Paryżu zamiast oddawna wychodzącego pisma „Archives de Physiologie normale et pathologique“, a obecnie zwiniełego, zacznie od stycznia r. b. wychodzić nowe „Journal de Physiologie et de Pathologie générale“, wydawane staraniem BOUCHARD'a i CHAUBEAU i pod redakcją: COURMONT'a, GLEY'a i TEISSIER'a.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski.* № 52. J. ZAJĄCZKOWSKI. Przyczynek do leukocytozy przy włóknikowym zapaleniu płuc. H. SCHRAMM. Stopa szpotawa wrodzona. [C. d.] PILZER. Dwa przypadki gorączki płożowej, leczonej surowicą przeciwpaciorokowcową. — *Medycyna.* Nr. 53. Prof. RYDYGIER. Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran. T. SOLMAN. Przyczynek do kazuistyki i chirurgii niedrożności jelit. [Dok.]. H. ROSENTHAL. Kilka słów o euchininie. — *Przegląd dentystryczny.* № 12. S. ESSIGMAN. Kilka słów o operowaniu ropni okołozuchwowych. M. KRAKOWSKI. Pentol i jego zastosowanie. B. DZIERŻAWSKI. Z pobytu prof. HASKELL'a w Europie.

## Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1899 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1899 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumerycyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Prospekt „Tygodnika Polskiego“. Wydawnictwa rok pierwszy.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 26 Дек. 1898 Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8