

# GAZETA LEKARSKA

## I. Przyczynki do powstawania ropnicy po czyraku (*furunculus*) skóry.

Podał

Dr Ludwik Zembrzusi.

Ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Dziecięcym w Warszawie.

Czyrak (*furunculus*) pochytywany jest ogólnie, jako cierpienie względnie niewinne i nie powodujące groźnych powikłań, prócz występującego dość często zajęcia naczyń chłonnych (*lymphangiitis*) i bolesnego obrzęku sąsiednich gruczołów limfatycznych. To ostatnie powikłanie kończy się też zwykle pomysłnie z chwilą otwarcia czyraka czyto na drodze samoistnej, czy też zapomocą nacięcia. Niezawsze jednakowoż tak bywa.

Przeciwnie, niewinny z pozoru czyrak staje się niekiedy punktem wyjścia dla nader poważnych powikłań w postaci spraw przerzutowych, jak oto: ropnego zajęcia szpiku kostnego, stawów, zapalenia około-nerkowego (*paranephritis*), wreszcie ropni w mięśniach.

Gronkowce, stanowiące najczęstszy czynnik zakaźny powstawania czyraków, przedostają się z nich do obiegu krwi albo bezpośrednio, rozmnażając się obficie w sąsiednich naczyniach włosowatych oraz w małych naczyniach krwionośnych, albo też z zakrzepami żylnymi, tworzącymi się w obrębie pierwotnego ogniska. W ten sposób każdy czyrak może spowodować przy warunkach sprzyjających ropnicę (*pyaemia*) ze wszelkimi jej następstwami. Warunki sprzyjające, o których mowa, nie zawsze dają się wykryć, ogólnikowo tylko twierdzić można, że składa się na to zapewne i złośliwość drobnoustrojów, i względnie zmniejszona miejscowa i ogólna odporność ustroju, a kto wie, czy i nie nazbyt czasami energiczne wyciskanie lub wyłżeczkowywanie czyraków—dwa czynniki, stanowczo ułatwiające przedostawanie się drobnoustrojów do naczyń chłonnych i krwionośnych.

Potwierdzeniem niejako wyżej wyłuszczonego mogą służyć dwa osobieście przeze mnie spostrzegane przypadki ropni przerzutowych, i to jedynie w mięśniach, po zwykłym czyraku skóry.

I. Pierwszy przypadek dotyczy lekarza-chirurga, warszawianina, który w r. 1900, lecząc chorego, dotkniętego t. zw. furunkulozą czyli czyracznością <sup>1)</sup>, sam uległ miejscowemu zapaleniu skóry w okolicy lewego stawu napięstkowego w postaci rozległego czyraka. Temu ostatniemu towarzyszył dość znaczny obrzęk tkanek otaczających, zauważyć jednak wypada, że przez czas rozwoju czyraka nie wystąpiło ani zapalenie naczyń chłonnych, ani też zajęcie gruczołów sąsiednich [t. j. ani łokciowych, ani pachowych]. Około 6-go — 7-go dnia, gdy czyrak pod wpływem okładów wilgotnych pod ceratką uległ otwarciu na drodze samoistnej, i część tkanek, uległych zgorzeli, poczęła się już wydzielać, pacjent zaczął doznawać bólów w lewej okolicy pośladkowej, gdzie też wkrótce przy objawach gorączkowych [do 39°], poprzedzonych dreszczem, wytworzył się głęboki ropień. W parę dni później nastąpiło utworzenie się ropnia również głębokiego w części tylno-zewnętrznej prawego uda nieco poniżej krętarza wielkiego. Po zachloroformowaniu chorego, prof. Kosiński otworzył ropnie, które, jak się okazało, umiejscowione były w samych mięśniach, a właściwie, pomiędzy włóknami mięsnymi, jak gdyby rozsuniętymi przez ropę. Ściany ropni były gładkie, wysłane delikatną błonką barwy szarawej. Badanie bakteriologiczne, dokonane w pracowni kol. PALMIRSKIEGO, wykazało obecność w ropie gronkowca złocistego (*staphylococcus aureus*). Po zabiegu gorączka trwała jeszcze dni kilka, ciepota dochodziła jednak najwyżej do 38°, przy czem w lewym mięśniu sutko-mostko-obojezykowym utworzył się ograniczony naciek wielkości orzecha laskowego, który uległ stopniowemu wessaniu. Wreszcie w okolicy lewego stawu skokowego powstał bolesny obrzęk, ale i ten rozszedł się w ciągu dość krótkiego czasu. Dalszy przebieg pooperacyjny nie był już zakłócony żadnemi powikłaniami, i zabliznienie ran odbyło się na drodze prawidłowej.

II. Drugi przypadek, przebiegający znacznie ciężiej, miałem możność spostrzegania w końcu roku zeszłego w Warszawskim szpitalu dla dzieci.

Chłopiec 11-letni zgłosił się do ambulatoryum chirurgicznego, uskarżając się na ból w prawem udzie oraz w lewej okolicy lędźwiowej. Od matki dowiedziałem się, że przed 2-ma tygodniami chłopiec ten miał na bocznej powierzchni klatki piersiowej po stronie lewej „wrzodziankę”. Wrzodzianka ta po dniach kilku została wycięta, poczem otworek pokrył się rychło strupem. Wkrótce chłopak jął się uskarżać na bóle w lędźwiach po stronie lewej i w prawem udzie, co zniewoliło matkę jego do udania się o poradę lekarską. Zresztą chłopiec był dotychczas zupełnie zdrow; dziedzicznego obciążenia brak. Po przyjęciu chorego do szpitala, stwierdziłem co następuje: ciepota 39,1°, tętno 130. Chłopiec bladej; porusza się na łóżku z tru-

<sup>1)</sup> Słownik lek. polski. Kraków. 1905.

dnością, skarżąc się bardzo na bóle, słowem, czyni wrażenie ciężko cierpiącego. Na bocznej powierzchni klatki piersiowej po stronie lewej istnieje świeży, typowy ślad po przebyłym czyraku. W lewej okolicy lędźwiowej na 3 palce ku zewnątrz od wyrostków ciernistych widoczne jest wypuklenie kształtu wrzecionowatego, zajmujące prawie całą długość przestrzeni pomiędzy dwunastym żebrzem a kością biodrową (*ilium*). Przy bliższym badaniu okazało się, że wypuklenie to zależy od nacieku, położonego w głębi tkanek, przytem stwierdzić mogłem objaw głębokiego chełbotania. Podobny naciek, wielkości orzecha włoskiego, również głęboki, lecz bardziej twardy, istniał też w okolicy przednio-zewnętrznej uda prawego mniej więcej w połowie długości tego ostatniego. Mocz chorego składników nieprawidłowych nie zawierał. Badanie narządów wewnętrznych zmian chorobowych nie wykryło. Przekłucie próbne w lewej okolicy lędźwiowej wykazało na znacznej głębokości obecność bardzo gęstej ropy. Wobec takich danych, po uśpieniu chorego, przystąpiłem do zabiegu, będąc przygotowanym na to, że mogę mieć do czynienia z ropieniem przynerkowem (*paranephritis*). Po podłużnem przecięciu skóry na wysokości nacieku i po rozdzieleniu na tępo włókien mięśnia krzyżowo-grzbietowego (*m. sacro-spinalis*), naciąłem powięź głęboką, poczem z głębi rany wydobyło się nieco gęstej nie cuchnącej ropy. Rozszerzywszy otwór, mogłem się przekonać, że ropień umiejscowiony był w mięśniu czworobocznym (*m. quadratus lumborum*), jak gdyby pomiędzy włóknami tego ostatniego. Po opróżnieniu ropy okazało się, że jama ropnia wielkości jaja kurczego posiada ściany dość gładkie i wysłana jest, jak w poprzednim przypadku, cienką, prawie przejrzystą błonką, *resp.* warstwą włóknika. Jamę ropnia wypełniłem gazą jodoformową, co zaś do nacieku uda prawego, to ze względu na jego twardość postanowiłem jeszcze wstrzymać się od zabiegu i zastosowałem okłady rozgrzewające pod ceratką. Badanie bakteryologiczne ropy, wykonane przez zarządzającego pracownią chemiczno-bakteryologiczną przy szpitalu, kolegę SZERYPĘ, wykryło obecność gronkowca żółtego (*staphylococcus citreus*). Tymczasem ciepłota, która pierwszego dnia po operacji wyniosła wieczorem 38°, następnego już wieczoru dosięgła 38,5°, a trzeciego dnia 38,8°. Wobec tego przystąpiłem do otwarcia nacieku, *resp.* ropnia uda, tem bardziej, że i w nim udało się już stwierdzić głębokie chełbotanie. W głębi mięśnia szerokiego zewnętrznego odkryłem też ognisko ropne, zawierające około łyżki nader gęstej ropy. Jama samego ogniska odznaczała się temi samymi cechami, co i jama poprzedniego ropnia.

Po tym ostatnim zabiegu nastąpiła niejaka poprawa, gdyż, aczkolwiek ciepłota dochodziła wieczorami do 38°, a ranne spadki nie były niższe nad 37,2°, to jednak tętno poprawiło się, łaknienie powróciło. Chory przestał uskarżać się na bóle, a tylko wygląd ran pozostawiał wiele do życzenia: mianowicie, obie rany operacyjne pokryte były szarawym nalotem i nie zdradzały skłonności do wytworzenia prawidłowej ziarniny. Stan taki trwał 9 dni, poczem chory dostał dreszczów, ciepłota podniosła się do 39,2°, i oto w 4 dni później wytworzył się trzeci z kolei ropień charakterystyczny w lewym mięśniu prostym brzucha, który zmuszony byłem otworzyć. Gdy po tym zabiegu obniżenie cie-

płaty do 37° trwało tylko przez dzień jeden, następnie zaś C. zaczęła dochodzić wieczorami do 39°, przystąpiłem do wcierania choremu maści CRÉDÉ'go. Wcieranie to, stosowane 2 razy dziennie w ciągu dni 10-ciu, nie przyniosło zgoła żadnego pożytku: chłopiec gorączkował dalej i wreszcie w 2 tygodnie po zabiegu poprzednim zaczął się uskarżać na bóle w prawej okolicy łądzwiowej. W kilka dni później wystąpił silny dreszcz, ciepłota podniosła się jeszcze wyżej, gdyż do 40°, przytem spostrzegłem obrzęk bolesny we wspomnianej okolicy. Nie zwlekałac, przystąpiłem do czwartej operacji i tym razem, jak i poprzednio, otworzyłem spory ropień, położony symetrycznie w stosunku do pierwszego t. j. w mięśniu czworobocznym (*m. quadrat. lumbor.*).

Charakter ropy, położenie ropnia, właściwości jego ścian były zupełnie analogiczne do cech właściwych ropniom, opisanym wyżej.

Pomimo zabiegu ciepłota i tym razem obniżyła się niewiele i dosięgała wieczorami do 38,8°. Gdy po trzech dniach spadek ciepłoty nie następował, a przytem chory coraz widoczniej tracił siły, postanowiłem spróbować wstrzykiwań surowicy przeciw paciorkowcowej. Dodać muszę, że dotychczas chłopiec stale otrzymywał do wewnątrz sporą ilość płynów, wino, a prócz tego środki farmaceutyczne, podniecające czynność serca, jak oto: kamforę, kofeinę i t. p.

Ponieważ badanie bakteryologiczne ropy, otrzymanej z pierwszego ropnia, wykazało obecność gronkowca, *ergo* — należałoby, jak się zdaje, zastosować surowicę przeciwgronkowcową. Wyznać jednak muszę, że w dwóch innych przypadkach ropnicy z powodu zapalenia szpiku kostnego, wywołanego gronkowcami, stosowanie surowicy t. zw. antystafilocokowej (z Inst. med. dośw.) zawiodło mnie w zupełności. Wobec tego tytułem próby postanowiłem w danym przypadku wstrzykiwać surowicę przeciw paciorkowcową wielowartościową z pracowni kol. PALMIRSKIEGO.

W d. 12 grudnia r. z. zastrzyknąłem 10 ctm<sup>3</sup>, i takąż porcyę następnego dnia, i oto 14.XII ciepłota wyniosła wieczorem już tylko 37,7, wobec czego przerwałem stosowanie surowicy poczem następných dni spostrzegąłem zupełny spadek gorączki. Ten stan polepszenia trwał dni 6, poczem znowu wystąpiło nagle podniesienie ciepłoty wieczornej do 39,3°, co też powtórzyło się i dnia następnego. Badanie bliższe ran przekonało mię, że zatrzymanie wydzielin nie nastąpiło, aczkolwiek powierzchnie ich przedstawiały się naogół niepo cieszająco, i mianowicie, jak to już poprzednio zanotowałem, pokryte były szarymi nalotami i pozbawione prawie zupełnie ziarniny. Badanie dokładne całego ustroju, nie wyłączając narządów wewnętrznych, stwierdziło na razie brak nowych ognisk przerzutowych. Przystąpiłem zatem powtórnie do wstrzykiwań surowicy przeciw paciorkowcowej, a mianowicie w ciągu dwóch dni wprowadzałem codziennie pod skórę po 10 ctm<sup>3</sup>. Już drugiego dnia wiecz. ciepłota wynosiła tylko 37,2°, — tym razem jednak jeszcze i trzeciego dnia wstrzyknąłem, pomimo spadku ciepłoty, 10 ctm<sup>3</sup>, poczem nastąpił już trwały spadek ciepłoty, rany pokryły się wkrótce zdrową ziarniną, chłopiec począł szybko odzyskiwać siły i w 10 tygodni po przybyciu do szpitala został wyprawiony, jako zdrowy, z ranami zupełnie zabliznionemi. Co do ran samych, podkreślić muszę tę okoliczność, że wszystkie one, nie wyłączając pierwszych, wstąpiły w okres pra-

widłowego zablźnienia właściwie dopiero po ustaleniu się zupełnem spadku ciepłoty i po poprawie istotnej stanu ogólnego, t. j. po powtórnyem zastosowaniu surowicy. W ten sposób wszystkie 4 rany uległy zablźnieniu [jednocześnie, pomimo, że pomiędzy otwarciem ropnia pierwszego a ostatniego przeszło z górą 4 tygodnie.

Z opisu 2-ch powyższych przypadków wnosić należy, że w istocie czyrak, nawet niewielkich rozmiarów może być punktem wyjścia dla ciężkiej ropnicy.

Powtórę, w obu przypadkach uderza szczególne umiejscowienie ropni przerzutowych, wyłącznie w mięśniach. Przytem zniszczenia w tych ostatnich właściwie nie spostrzegałem, występowało w nich raczej rozsunięcie włókien przez ropę. Wskutek tego zapewne ściany ropni miały wygląd równy, prawie gładki, a tylko różniły się od zdrowej tkanki mięśniowej pokrywającą je cienką warstwą włókniaka.

Po trzecie, zasługuje na uwagę wpływ korzystny wstrzykiwań surowicy przeciw paciorkowcowej wielowartościowej w przypadku drugim, pomimo że badanie ropy wykazało gronkowca. Nie czuję się bynajmniej powołanym do wytłumaczenia tego zjawiska. Z teorytycznego punktu widzenia skłaniam się do przypuszczenia, że zaszła tu po prostu przypadkowość, która, jako taka, niczego nie dowodzi. Atoli z drugiej strony, pod względem praktycznym, zastosowanie powyższej surowicy dało mi wynik zupełnie dodatni, ponieważ bezpośrednio potem mogłem stwierdzić nie tylko znaczną poprawę, ale zupełne wyzdrowienie. Przypomnę też, że w r. 1897 kol. JAWORSKI <sup>1)</sup> opisał przypadek, w którym po zastrzykiwaniach surowicy przeciw paciorkowcowej nastąpiło wyzdrowienie, pomimo że w wydzielinie ropnej odkryto gronkowca. Być może, iż w moim przypadku, do pierwotnego zakażenia gronkowcowego przyłączyło się w następstwie zakażenie paciorkowcowe z przewagą tego ostatniego, przyznać się jednak muszę, że wydzieliny z ostatnich ropni badaniu bakteriologicznemu nie poddawałem. Zresztą pod względem własności makroskopowych, ropa przedstawiała się stale jednakowo.

W sprawie leczenia surowicami swoistemi nader ważną okoliczność stanowi badanie bakteriologiczne krwi. Tego ostatniego, co prawda, nie wykonałem, wychodząc z założenia, że w przypadkach ropnicy krew może zawierać drobnoustroje przemijająco, chwilowo, przez czas mniej lub więcej krótki, a nie stale, jak to bywa w posocznicy [LEXER <sup>2)</sup>]. Tę chwilę obecności drobnoustrojów we krwi trudno jest zaiste uchwycić. Według LEXER'a, najodpowiedniejszym czasem do badania krwi pod względem bakteriologicznym w przypadkach ropnicy stanowi krótki okres, bezpośrednio następujący po dreszczach. Jeśli tak jest w istocie, to z powodów zrozumiałych tego rodzaju postępowanie natrafia wogóle w praktyce na pewne trudności i rzadko skutecznionemi być może. Pewniejszą i naukowo bardziej uzasadnioną wydaje się być droga ba-

<sup>1)</sup> Kron. Lek. 1897.

<sup>2)</sup> E. LEXER. Handb. d. allg. Chir. 1904.

dań na obecność we krwi fermentów swoistych, np. aglutynin<sup>1)</sup>, lecz sprawa ta znajduje się, o ile mi wiadomo, w początkowym okresie swego rozwoju i szerszego praktycznego zastosowania, niestety, dotychczas nie zyskała.

Po czwarte, nasuwa się jeszcze jeden wniosek praktyczny, że wszelkie zbyt silne mechaniczne podrażnienie, jak np. energiczne wyciskanie, wyłyżczkowanie i t. p. zabiegi z czyrakami nie powinny być stosowane z łatwo zrozumiałych i wyżej już wyluszczonej powodów. W przypadku czyraka lub t. zw. antraksu kończyn pożytecznym nawet być może, prócz innego leczenia miejscowego, zalecenie niekiedy spokoju względnego, *resp.* unieruchomienia odnośnej kończyny albo stawu, wiadomo bowiem, jak dalece wzmożony ruch mięśni sprzyja przenikaniu zarazka z pierwotnego ogniska zapalnego do naczyń krwionośnych i chłonnych.

---

## II. Podstawy operacyjnego leczenia raka maciey.

Podał

**Bolesław Grzankowski,**

Ordynator oddziału Ginekologicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

[Odczyt wygłoszony w Sekcyi Ginekologicznej w dniu 16.II. 1906 r. i na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego w dniu 3.IV. 1906 r.]

---

[Dokończenie. — Patrz Nr. 19].

W kwestyi gruczołów wobec raka szyjki macicznej wypowiedzieliśmy już to zdanie, że one bywają zajęte nawet przy rozpoczynającym się raku, przy wolnem przymaciczu i że kliniczne rozpoznanie zajęcia gruczołów przez raka jest rzeczą niemożliwą. Zużytkowując te wiadomości do celów leczniczych, wielu operatorów postawiło sobie za zadanie wyluszczenie możliwie wszystkich gruczołów, a przynajmniej gruczołów powiększonych. Wyluszczyć doszczętnie wszystkie gruczoły, jest to, według zdania wszystkich autorów, mrzonką. Często bowiem znajdują się gruczoły niedostępne i przez to niemożliwe do wyjęcia, jak *glandulae ischiadicae* i *rectovaginales*, a w części i *glandulae lumbales* [KRÖMER], albo niedostępne dla oka lub niewymacalne palcem i dlatego pozostawione. Nie wszystkie bowiem gruczoły rakowate są powiększone, często

---

<sup>1)</sup> L. KARWACKI. Przegl. chir. T. V. Z. 2. 1903.

gruczoły bardzo małe są już rakowato zwyrodniałe i nie wszystkie rakowate są zawsze twarde.

BAISCH znalazł na badaniu pośmiertnym w jednym przypadku 2 miękkie niepowiększone, a jednak rakowate gruczoły w miednicy, nie dostrzeżone przy operacji, a w drugim przypadku 2 nieduże gruczoły lędźwiowe, również rakowate. Podobne spostrzeżenia opisał HERFF.

Bywają również gruczoły tak zrośnięte z naczyniami, szczególnie przy *adénopathie inflammatoire ulcéralive*, że odłuszczenie gruczołów od naczyń staje się niemożliwym, a przy dużych pniach naczyniowych niewykonalnym. Nawet MACKENRODT przyznał się na posiedzeniu Towarz. Berlińskiego 22-go grudnia 1911 r., że nie jest w stanie wyłuszczyć wszystkich gruczołów przy wygaraniu całej miednicy. Wobec tego wniosku, że ideał doszczętnego wyłuszczenia gruczołów jest nie do urzeczywistnienia, bardzo wielu operatorów ograniczało się na usuwaniu tylko tych gruczołów, które przy wymacywaniu wydawały się jako powiększone lub bardzo twarde [KRÖMER, PANKOW]. Z tego punktu widzenia ważną jest praca SCHAUTA, który zbadał 1182 gruczoły, pochodzące od 10-u chorych, zmarłych po operacji raka macicy i 50 trupów z rakiem macicy [nieoperacyjnym].

Wnioski jego są następujące:

1) w 35% przy rakowatych gruczołach pierwszego rzędu (*gl. sacrales i iliaca*), były już zajęte gruczoły drugiego rzędu (*gl. lumbales, coeliaca, inguinales superfic. et prof.*);

2) w 8,3% przy niezajętych gruczołach pierwszego rzędu, były już zajęte gruczoły drugiego rzędu.

Stąd SCHAUTA wyprowadza wniosek, że w sumie tych przypadków, t. j. 43,3%, czyli prawie w połowie wszystkich przypadków, wyłuszczenie gruczołów jest niemożliwe, bo gruczoły drugiego rzędu są niedostępne;

3) w 43,3% nie było wcale zmian rakowatych w gruczołach pierwszego i drugiego rzędu.

SCHAUTA z tego wnioskuje, że tylko 13,3%, t. j. w pozostałych przypadkach, czyli w wyjątkowych przypadkach, wyłuszczenie gruczołów rakowatych może się udać.

Gruczoły drugiego szeregu, czyli głębsze, mogą nieraz pierwiej ulegać zwyrodnieniu rakowatemu, niż wyżej położone gruczoły pierwszego rzędu, dlatego, że przy zatkaniu naczyń chłonnych przez komórki rakowate bieg limfy może przybrać kierunek odwrotny i przenosić elementy rakowate w stronę gruczołów (*gl. ischiadicae, iliaca externa, obturatoria*).

WERTHEIM w r. 1904 (*Wiener klin. Woch. N. 28*) podaje, że prawie wszystkie jego pacjentki, u których znalazł gruczoły rakowate, uległy nawrotom.

WERTHEIM przychodzi do wniosku, że wyłuszczenie gruczołów wcale nie zapewnia trwałego wyleczenia.

Te same spostrzeżenia zrobił CULLEN (*LOMER, Zeitschr. f. Geburt. und Gyn. T. 50*) VEIT i KRÖMER. Zestawienie wyłuszczenia gruczołów pachowych przy raku sutki, z operacją macicy nie wytrzymuje

żadnej krytyki. Gruczoły pachowe, tworzące jeden pęk łatwo wyluszczalny nie mogą się równać z rozsianymi gruczołami jamy brzusznej [RICHELOT]. Według KRÖMERA, macica ze swojemi więzadłami, jakby podwójnym *mesenterium*, może być porównana tylko z kiszka, a przy operacji raka kiszek żaden chirurg nie odważy się wyluszczać wszystkich gruczołów i może przygodnie usunąć zaledwie niektóre.

Co się tyczy gruczołów wobec raka trzonu macicy, to te ulegają zwyrodnieniu w wyjątkowych razach i wtedy są przeważnie zajęte gruczoły łądźwiowe górne, których wyluszczenie jest bardzo trudne. Z tej racji większość operatorów przy raku trzonu ogranicza się na wyjęciu razem z macicą jajowodów i jajników, których naczynia limfatyczne komunikują się z drogami limfatycznymi trzonu. W wyjątkowych razach zachodzi potrzeba wyluszczenia gruczołów pachwinowych powierzchownych, które bywają zwyrodniałe, drogą naczyń chłonnych więzadła obłego.

Zużytkowawszy wiadomości anatomo - patologiczne dla celów leczniczych, przystępujemy obecnie do tych danych, które nam dostarczają wyłącznie spostrzeżenia kliniczne i które wyżej nie były jeszcze omawiane.

Takimi są, na przykład, wiek chorej, ciąża, połów i ogólny stan zdrowia chorej. Wszyscy zgadzają się z tem, że rak macicy w wieku młodym i średnim rozrasta się i szerzy w organizmie szybciej, aniżeli w wieku późniejszym. Przypisują to szybszemu obiegowi krwi u osobników młodych, a więc szybszemu biegowi limfy, który ułatwia rozwijanie się raka. Mówimy o szybszem szerzeniu się raka w wieku młodym i średnim, a nie o jego bezwzględnej złośliwości, albowiem statystyki wykazują, że w wieku młodym i średnim [do lat 50-u — 55-u] częściej spotykamy raki części pochwowej, które z natury swojej są nieco mniej złośliwe. W czasie trwania okresu pokwitania przeważają raki szyjki właściwej, w starości częstsze są raki trzonu [KRÖMER].

W okresie ciąży i połogowym szybki rozwój raka dobiega swego szczytu. Sprzyjają temu znacznie powiększone naczynia chłonne i krwionośne w narządach rodnych i szybszy bieg krwi i limfy. W tych warunkach nawet początkujące raki płasko-komórkowe dają rozległe przerzuty i wymagają doszczętej operacji.

Ogólny stan zdrowia chorej gra ważną rolę przy wyborze metody operacyjnej. Choroby serca, płuc, naczyń, nadmierna otyłość, mała odporność organizmu, na przykład wskutek późnego wieku, są nieraz przeciwwskazaniem do operacji, związanych z większym urazem, powodujących silniejszy wpływ krwi lub przedłużających się zbyt długo.

Nie będziemy na tem miejscu szczegółowo rozbierać o ile każda z tych metod bywa niebezpieczna, tylko przytoczymy przeciętną pierwotną śmiertelność dla główniejszych typów operacji.

Pochwowa metoda wyjęcia macicy dawała przeciętnie 8,8% pierwotnej śmiertelności [na 1241 przyp., zebranych do roku 1895].



Metoda pochwowa rozszerzona dawała SCHUCHARD'owi 12% pierwotnej śmiertelności [na 58 przypadków], a u SCHAUTY 17% do 20% pierw. śmierć. [na 120 przyp.].

Brzuszna metoda wyjęcia macicy dała WERTHEIM'owi 20% [na 120 przyp.].

Brzuszna metoda z wygarnięciem małej miednicy (*Ausräumung*) dała MACKENRODT'owi 25% pierw. śmierć.

Operacja przy zwykłej metodzie pochwowej trwa przeciętnie około godziny.

Przy rozszerzonej metodzie SCHUCHARD'a trwała, w mojej obecności [4 przyp.], 1½ do 2-ch godzin.

Operacja przy metodzie brzusznej JONNESCO'a na kongresie w Paryżu [2 przyp.] trwała około 1½ godziny, a u WERTHEIM'a [2 przyp.] od 2-ch do 2½ godzin [bez wyluszczenia gruczołów; operował pierwszy asystent].

Widzimy, że prawie w każdym przypadku raka macicy, nawet we wczesnych okresach można podejrzewać rozsianie się raka poza ognisko pierwotne. Nawet początkujące płasko-komórkowe raki szyjki dawały niekiedy choć minimalną odsetkę przerzutów. Pomimo to, są liczne spostrzeżenia, że po usunięciu pierwotnego ogniska nie było nawrotów. Czyż tylko jedno szczęście przysługiwałoby operatorowi w wyborze tych przypadków? Zapewne można przypuścić, że wśród tych szczęśliwych przypadków zdarzały się nieraz minimalne przerzuty w tkankach sąsiednich, które po wyluszczeniu pierwotnego ogniska uległy zanikowi.

LOMER opisuje liczne przypadki z literatury i swoje własne, w których po wyluszczeniu pierwotnego guza, nie bywało nawrotów. Tłómaczy się to tem, że komórki rakowate przy przejściu do tkanek sąsiednich mogły stracić swoją żywotność, lub też natrafiły na odporne tkanki, wśród których nie znalazły warunków do rozwoju. Nawet tacy patologowie, jak ORTH i HANSEMANN, jak również tacy ginekolodzy, jak KRÖNIG, SCHAUTA i MACKENRODT, zgadzają się na te twierdzenia.

WASSMER w roku 1905 opisał przypadek raka macicy, stwierdzony drobnowidzowo, który po wyskrobaniu nie dał nawrotu nawet miejscowego po 3-ch latach, jak to stwierdziło ponowne wyskrobanie macicy, zrobione w 3 lata po pierwszym.

O podobnych przypadkach wspomina DÜHRSSSEN, który jakoby spotykał wyleczenia raka po wyskrobaniu. Są opisane również przypadki, w których w wyskrobinach wykryto raka, a w wyjętej potem macicy nie znaleziono wcale nowotworu. Takie przypadki opisali GESSNER, KIFFER i ZWEIFEL.

OPITZ [z kliniki OLSHAUSEN'a] opisał 2 przypadki, w których po próbnym wycięciu raka części pochwowej macicy ciężarnej nie znaleziono potem objawów raka.

KRUCKENBERG spostrzegał polipa rakowatego, wyciętego z przedniej wagi, który po 2-ch latach nie dał jeszcze nawrotu.

BLAU podaje wyniki wyskrobania macicy w klinice CHROBAK'a w 342-ch przyp. raka nieoperacyjnego.

Z tych przypadków jedna chora umarła po operacyi w 11 lat, jedna—w 9, jedna—w 6, a 14—żyło więcej nad 3 lata.

Z 7-u naówczas żyjących chorych u 2-ch przeszło od czasu operacyi — 3 lata, u 4-ch — 4, u jednej — 11 lat.

To przypuszczenie, że małe przerzuty raka mogą nieraz być w organizmie nieszkodliwe, zachęca nas do bardzo wczesnego operowania raka macicy. Wobec tak trudnej walki z rakiem, wobec niemożności doszczętnego usunięcia wszystkich zarodków jego, jedynie wyzyskanie tego momentu i usuwanie raka w zaraniu jego rozwoju jest najpewniejszą bronią w rękę lekarza. Promotorem tej idei stał się WINTER i dzisiaj propaganda wczesnego operowania raka macicy została w Niemczech przedmiotem higieny społecznej, a może nastanie czas, że będzie szerzyć się i u nas.

---

## LITERATURA,

zużytkowana w niniejszej pracy.

---

1) SEELIG. Pathologisch-anatomische Untersuchungen ueber die Ausbreitungswege des Gebärmutterkrebses. Inaug. Diss. Strassburg. 1894.

2) FRANQUÉ. Ueber die Ausbreitung des Krebses vom Hals auf den Körper der Gebärmutter. Verhandlung der 8 Versammlung der deut. Gesells. f. Gyn. 1899.

3) PUPPEL. Beiträge zum Studium der Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in präformirten Lymphbahnen. Dissertationen. 1901.

4) KUNZE. Ein Fall von zahlreichen Impfmastasen eines primären Plattenepithelkrebses der Cervix auf der Mukosa des Cavum uteri. Hegar's Beiträge. Gyn. 1901.

5) THEIHABER i HOLLINGER. Die Beschaffenheit des Mesometrium bei Uteruscarcinomen. Arch. f. Gyn. 1904. T. 73. Z. 1.

6) KERMAUNER (klinika w Gracu) i LAMERIS. Zur Frage der erweiterten Radicaloperation des Gebärmutterkrebses. Hegar's Beiträge zur Geb. u. Gyn. 1901. T. V. Z. 1.

7) KUNDRAT (klinika WERTHEIM'a). Ueber die Ausbreitung des Carcinoms im parametranen Gewebe bei Krebs des Collum uteri. Arch. f. Gyn. 1903. T. 69. Z. 2.

8) BAISCH (klinika DÖDERLEIN'a). Der Werth der Drüsenauräumung bei der Operation des Uteruscarcinoms. Arch. f. Gyn. 1905. T. 75. Z. 2.

9) PANKOW (klinika KRÖNIG'a). Vergleich der klinischen und pathologisch anatomischen Untersuchungsbefunde beim Carcinoma uteri und ihre Bedeutung für die Therapie. Arch. f. Gyn. 1905. T. 76. Z. 2.

10) WERTHEIM. Zur Frage der Radicaloperation beim Uteruskrebs. Arch. f. Gyn. 1900. T. 61. Z. 3.

11) SAPPEY. Traité d'anatomie descriptive. Ed. 4. Paris. 1888.

12) Tenze. Description et iconographie des vaisseaux lymphatiques, considérés chez l'homme et les vertébrés. Paris. 1885.

13) POIRIER P. Lymphatiques des organes génitaux de la femme. Progrès medical. 1889. II s. 491.

14) Tenze. Du rôle des lymphatiques dans les inflammations de l'uterus, des annexes et du péritoine pelvien. Progrès méd. 1890. 1 s. 41.

15) Tenze. Quinze leçons d'anatomie pratique. Paris. 1892.

- 16) BRUHNS. Ueber die Lymphgefäße der weiblichen Genitalien. Arch. f. Anat. u. Phys. Anat. 1898, s. 57.
- 17) PEISER. Anatom. u. klinische Untersuchungen ueber den Lymphapparat des Uterus mit besonderer Berücksichtigung der tot. Exst. des Uterus. Inaug. Dissert. Breslau, 1898. Zeit. f. Geb. und Gyn. T. 43, s. 259.
- 18) KRÖMER (klin. PFANKENSTIEL'a). Die Lymphorgane der weiblichen Genitalien und ihre Veränderungen bei malignen Erkrankungen des Uterus. Archiv f. Gyn. 1904. T. 73. Z. 1.
- 19) CULLEN. The cancer of the uterus. 1900.
- 20) Tenze. Med. Record, Dec. 9. 1899.
- 21) WINTER. Ueber die Recidive des Uteruscarcinoms i t. d. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. 27, s. 101.
- 22) Tenze. Carc. corporis Ut. mit Metastasen im Ovarium. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. 31, s. 285.
- 23) VINAY. Ueber Carcinom in den Lymphdrüsen. Lyon. med. 1901. N. 38.
- 24) KÖNIG. Abdominale Radikal-Op. bei Uteruscarcinom. Hegar's Beitr. z. Geb. u. Gyn. T. 2. Z. 2, s. 402.
- 25) BÄCKER. Ueber Aetiologie und Therapie des Gebärmutterkrebses. Arch. f. Gyn. 1897. T. 53. Z. 1.
- 26) ZANGEMEISTER. Blasenveränderungen bei Portio - und Cervix - Carcinomen. Arch. f. Gyn. 1901. T. 63. Z. 1 i 2.
- 27) SCHAUTA. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. T. 19. Z. 4.
- 28) RICHELLOT. Chirurgie de l'utérus. Paris. 1902.
- 29) VEIT. Handbuch der Gynäkologie. 1899.
- 30) DÖDERLEIN - KRÖNIG. Operative Gynäkologie. 1906.

### III. Terapia pneumatyczna.

Napisał

Dr Stanisław Bzura [Jablouna].

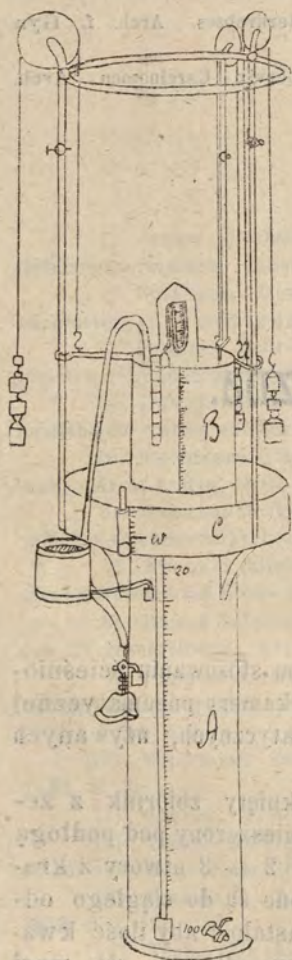
[Dokończenie. — Patrz Nr. 19].

Jako konieczne uzupełnienie do uwag o kliniczem stosowaniu ścieśnionego i rozrzedzonego powietrza podaję tu pobieżny opis kamery pneumatycznej i najbardziej rozpowszechnionych przyrządów pneumatycznych, używanych dziś we wzorowych zakładach leczniczych.

Kamera pneumatyczna jest to hermetycznie zamknięty zbiornik z żelaznej blachy, do którego wprowadza się przez otwór, umieszczony pod podłogą bezpośrednio, albo przez filtr z waty, czyste powietrze. 2 — 3 otwory z kranami, umieszczone w górnej części kamery, przeznaczone są do ciągłego odpływu powietrza w takiej ilości, aby ciśnienie stale wzrastało i aby ilość kwasu węglowego nie przewyższała 0,15%. Taka wentylacja odbywać się musi nadzwyczaj prędko, ponieważ jedna osoba wydycha przez godzinę 300 litrów

powietrza i wytwarza 12 litrów, t. j. 4%  $\text{CO}_2$ . Ażeby rozcieńczyć ten kwas węglowy do 0,1% na jedną osobę, należy dostarczyć 24000 litr. świeżego powietrza w przeciągu godziny. Przed wprowadzeniem do kamery, powietrze powinno być ogrzane lub ochłodzone. Ciśnienie w kamerze doprowadza się do żądanej wysokości stopniowo [do nadmiaru ciśnienia 30 — 35 ctm. dochodzi się w ciągu pół godziny]. Po doprowadzeniu do pewnej wysokości ciśnienie pozostaje niezmiennem przez 50 minut, a następnie również stopniowo zmniejsza się do normy [przez 40 minut], gdyż szybka zmiana może w ten lub inny sposób szkodzić choremu.

Pierwsze uczucie, jakiego chory doznaje w kamerze jest uczucie lekkiego ucisku w uszach, które szybko przemija po sztucznie wywołanym ruchu polykowym z zamkniętymi ustami. Czasem doznaje się nieznacznego uczucia ucisku w głowie, co po wyjściu z kamery znika i przy następnych posiedzeniach nie powtarza się więcej.



Rys. 1.

Gdy dawniej do stosowania ściśnionego powietrza używane były t. zw. dzwony, albo klosze pneumatyczne, które wskutek małej objętości, lichego oświetlenia, działały przyciatająco na nerwowych chorych, dziś we wzorowych zakładach pneumatycznych kamery mają raczej wygląd pokoju, niż dzwonu. W zakładzie Thalfried w Reichenhall kamery zawierają po 36 metr. sz. powietrza; maszyny włączają 3600 litrów na godzinę powietrza, filtrowanego uprzednio przez watę i ogrzanego lub ochłodzonego do 15° R. Zużyte powietrze stale wytlacza się przez otwór górny. W ten sposób cała zawartość kamery w przeciągu godziny jest dziesięciokrotnie odnawiana. Kamera jest przeznaczona dla 12-u osób. Po skończonem posiedzeniu zawartość  $\text{CO}_2$  równa się 0,029 do 0,035.

Ponieważ przenośnych przyrządów pneumatycznych egzystuje bardzo wiele modyfikacji, podaję tu tylko opis najbardziej znanych i najbardziej używanych.

Przyrząd WALDENBURG'a składa się z dwóch prawie jednakowej wysokości, o nieco różnem przecięciu, blaszanych cylindrów, wstawionych jeden w drugi w ten sposób, że zewnętrzny (A) stoi dnem na ziemi, wewnętrzny zaś (B) jest przewrócony dnem do góry (rys. 1).

Zewnętrzny cylinder w górnej swej części rozszerza się i to rozszerzenie tworzy cylindryczny pierścień (C) wysokości 10 ctm. Dno wewnętrznego cylindra znajduje się trochę niżej od górnej powierz-

chni cylindra. W ten sposób nad dnem tworzy się niewielkie wgłębienie, przeznaczone do wkładania ciężarów.

Do zewnętrznego cylindra przymocowane jest rusztowanie, składające się z trzech pionowych sztabek z blokami u góry. Przez bloki przeciągnięte są sznurki. Jeden ich koniec przymocowany jest do wewnętrznego cylindra, drugi służy do zawieszania ciężarów. Ażeby wewnętrzny cylinder przy podnoszeniu utrzymać w pozycji pionowej, do górnej jego części są przymocowane trzy poziome sztabki z pierścieniami na końcach. Pierścienie te luźno obejmują trzy wyżej wymienione pionowe sztabki rusztowania.

W przykrywce wewnętrznego cylindra znajdują się dwa otwory: w jeden wstawiona jest gumowa rurka, zakończona maską do oddychania, drugi otwór połączony jest z manometrem rtęciowym. Zewnętrzny cylinder ma u dołu kran do wypuszczania wody i boczną sięgającą od dołu do góry szklaną rurkę z podziałkami na centymetry, wskazującą poziom wody w cylindrze. Maską do oddychania posiada kran z dwoma otworami. Zapomocą przekręcania kranu w jedną lub w drugą stronę można na zmianę wprowadzać do maski zewnętrzne atmosferyczne powietrze lub powietrze z przyrządu.

Ażeby wytworzyć w przyrządzie rozrzedzone powietrze, napełniamy wodą zewnętrzny cylinder do wysokości, oznaczonej na podziałce literą *w*, otwieramy kran przy masce, zanurzamy wewnętrzny cylinder w wodzie do dna. Jeżeli zamkniemy kran przy masce, to zawarte w przyrządzie powietrze będzie hermetycznie zamknięte. Na końcu sznurków zawieszamy ciężary, które, podnosząc cylinder wewnętrzny, będą rozrzedzały zawarte w nim powietrze. Zależnie od wagi ciężarów powietrze to rozrzedza się mniej lub więcej.

Nawet po otwarciu kranu, dzięki ciągłemu działaniu ciężarów, nie zmienia się stopień rozrzedzenia powietrza.

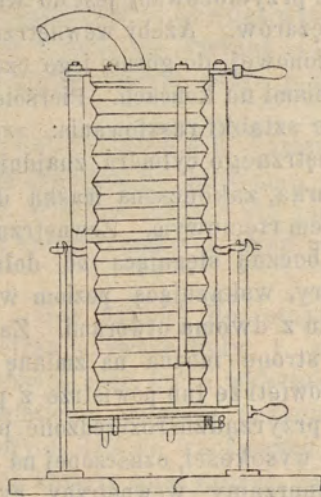
O ile chcemy otrzymać ściśnione powietrze, otwieramy kran przy masce, podnosimy cylinder wewnętrzny do góry, zamykamy kran i ciężary ze sznurków przenosimy do wgłębienia nad dnem wewnętrznego cylindra.

Na tych samych zasadach zbudowany jest przyrząd SCHNITZLER'a z tą różnicą, że w cylindrze zewnętrznym zamiast jednego cylindra do ściśniania i rozrzedzania powietrza wstawione są dwa cylindry, skombinowane ze sobą w ten sposób, że kiedy opuszcza się jeden cylinder, podnosi się drugi. Wskutek tego jednocześnie ma się do rozporządzenia ściśnione i rozrzedzone powietrze. Od maski do oddychania przeprowadzone są dwie rurki do każdego cylindra oddzielnie. Przez miarowe poruszanie sprężynowym kranem, znajdującym się przy masce, chory może przy każdym wdechu korzystać ze ściśnionego powietrza, przy każdym wydechu z rozrzedzonego powietrza.

Budowa przyrządu jest bardzo złożona. Chory musi posiadać pewną wprawę w obchodzeniu się z przyrządem, szczególnie przy stosowaniu na zmianę ściśnionego i rozrzedzonego powietrza.

Przyrząd FRAENKEL'a podobny jest zupełnie do ręcznej harmoniki. Rozciągając lub uciskając rękami harmonikę, chory może dowolnie rozrzedzać lub ściśnić zawarte w niej powietrze i przez rurkę, wychodzącą z przyrządu stosować to powietrze do oddychania.

Przyrząd BIEDERT'a (rys. 2) składa się z cylindrycznego miecha, rozciągającego się podobnie jak ręczna harmonika. Miech ten osadzony jest w ra-



Rys. 2.

mie, przekraczającej się na statywie i zaopatrzonej w rurę i mundsztuk do oddychania. Jeżeli nałożymy ciężary na górną pokrywę miecha, powietrze wewnątrz miecha ścieśnia się. Jeżeli zaś przekreścimy miech tak, aby górna pokrywa wraz z ciężarami znalazła się na dole, miech pod wpływem ciężarów będzie się rozciągał i rozrzedzał zawarte w nim powietrze.

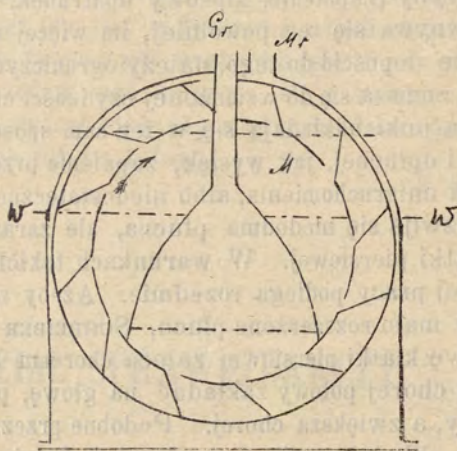
Autor przyrządu podaje w liczbach następującą zależność ciśnienia powietrza od wagi nakładanych na przyrząd ciężarów.

2,5 funta	$\frac{1}{144}$	ciśnienia atmosfer.	=	5 mm.	ciśn. rtęci
5 "	$\frac{1}{92}$	" "	=	8 "	" "
10 "	$\frac{1}{54}$	" "	=	14 "	" "
20 "	$\frac{1}{29}$	" "	=	26 "	" "
30 "	$\frac{1}{20}$	" "	=	38 "	" "

Przyrządy BIEDERT'a i FRAENKEL'a są b. tanie i może dlatego używane są do celów leczniczych. Przyrządy te nie posiadają manometru i dlatego nie może być mowy o dokładności ich funkcyonowania.

Przyrząd GEIGEL'a i MAYR'a jest bez zaprzeczenia najbardziej doskonałym ze znanych przyrządów. Sposób wytwarzania w nim ścieśnionego i rozrzedzonego powietrza jest wręcz odmienny od sposobów wytwarzania w poprzednio opisanych przyrządach.

W półokrągłym żelaznym zbiorniku (rys 3), połączonym z powietrzem zewnętrznym zapomocą rury *Mr*. umieszczone jest koło ruchome, które na wewnętrznym obwodzie ma szereg zamkniętych komór, posiadających tylko w jednym z kątów wązki otwór. Jeżeli zbiornik napełnimy wodą do pewnej wysokości i okręcimy koło w kierunku, oznaczonym strzałką na rysunku, to komory jedna po drugiej zaczynają zanurzać się w wodzie. Woda przez otwory dostaje się do wnętrza komór i ścieśnia zawarte w nich powietrze. W dolnej części koła powietrze w postaci pęcherzyków wydobywa się z komór i te ponownie napełniają się wodą. W miarę dalszego obrotu koła woda z komór wylewa się, a na jej miejsce wchodzi ponownie powietrze. To samo powtarza się przy każdym następnym obrocie koła.



Rys. 3.

Nadto do zbiornika wstawiony jest metalowy dzwon, zanurzony dolną częścią w wodzie. Dzwon ten ma u góry rurę *Gr*, otwierającą się na zewnątrz. W otwór dolny dzwonu skierowują się pęcherzyki powietrza, wychodzącego z komór koła. Jeżeli zamkniemy rurę *Gr*, a otworzymy rurę *Mr*, to w dzwonie zaczyna gromadzić się wychodzące z komór powietrze, którego ciśnienie w miarę obrotów koła stale się zwiększa. Zapomocą rurki i maski można powietrze ścieśnione stosować do oddychania. Jeżeli teraz zamkniemy otwór *Mr*, a otworzywszy otwór *Gr*, to komory koła będą czerpały powietrze ze zbiornika *M*; powietrze to przez dzwon i rurę *Gr* będzie wydostawało się na zewnątrz. Ponieważ jednak nowe powietrze do zbiornika *M* nie napływa, osiągniemy w nim pewien stopień rozrzedzenia powietrza. Zapomocą rurki i maski można to powietrze stosować do oddychania. Manometr, połączony ze zbiornikiem i dzwonem, wskazuje ciśnienie zawartego w nich powietrza. Stałość ciśnienia powietrza zależy oczywiście od równomiernego obracania koła.

W inhalatoryach i zakładach pneumatycznych spotkać można, oprócz wymienionych, bardzo wiele innych przyrządów, budowy złożonej, wprowadza-

nych w ruch przez motory parowe. W Ems w inhalatoryum QUEL'a funkcyonują przyrządy DUPONT'a MATHIE'ego, w Salzbrunn, w Ems [inhalatoryum GÖBEL'a]—przyrządy konstrukcyi inżyniera GÖBEL'a; zapomocą tych przyrządów jednocześnie 16 osób może korzystać z dowolnego ścieśnienia, lub rozrzedzenia powietrza, do którego dowolnie domieszać można lotne środki lecznicze i rozpylone wody mineralne. Wreszcie należy wspomnieć tu o przyrządach, które, jako środek pomocniczy, służą do oddychania ścieśnionem lub rozrzedzonym powietrzem, lub też same przez się są używane do wywierania mechanicznego wpływu na klatkę piersiową i na płuca. O znaczeniu tych przyrządów SCHREIBER<sup>1)</sup> wypowiada następujące uwagi: Warunki czynności płuc pod pewnym względem są takie same, jak innych narządów parzystych w naszym ciele. Osłabienie czynności jednej kończyny, nabyte wskutek trwającego przez czas dłuższy unieruchomienia tej kończyny [zapalenie, gipsowy opatrunek, operacya] po powrocie do zdrowia wyrównywa się tem powolniej, im więcej chory używa zdrowej kończyny. Ażeby nie dopuścić do tego, należy ograniczyć mechanicznie ruchy zdrowej połowy; tem zmusza się do wzmoczonej czynności chorą kończynę. Według SCHREIBER'a, warunki układają się w ten sam sposób i przy jednostronnych chorobach płuc i opłucnej, jak wysięk, zapalenie przeponowe, odma opłucnej i t. d. Wskutek unieruchomienia, albo niedostatecznej ruchliwości jednej połowy, nie tylko rozwija się niedodma płucna, ale zarazem zmniejsza się siła mięśni tej połowy klatki piersiowej. W warunkach takich zdrowe płuco przez wypełnianie podwójnej pracy podlega rozedmie. Ażeby zwiększyć ilość wdychanego powietrza w mało rozszerzone płuco, SCHREIBER stosuje następujący sposób: zdrową połowę klatki piersiowej zaleca choremu uciskać dłonią odpowiedniej ręki, a dłoń chorej połowy zakładać na głowę, przez to krępuje się ruchy zdrowej połowy, a zwiększa chorej. Podobne przeznaczenie ma *compressarium* SCHREIBER'a, składające się z wygiętej w formie łuku sprężyny, zaopatrzonej na końcach w dwie metalowe peloty. Przyrząd nakłada się na zdrową połowę klatki piersiowej tak, ażeby metalowe peloty znajdowały się jedna z przodu, druga z tyłu klatki piersiowej, a sprężyna wypukłą stroną zwrócona była ku górze. Zapomocą śrubki, znajdującej się na zgięciu sprężyny, można wywołać ucisk większy lub mniejszy [przez zwiększenie, albo zmniejszenie wygięcia sprężyny]. Autor stosuje swój przyrząd w pewnych przypadkach chorobowych na zdrową połowę klatki piersiowej przy wdychaniu ścieśnionego powietrza, przez co ścieśnione powietrze działa tylko na chorą połowę; ten sam przyrząd może mieć zastosowanie i przy inhalacyach, jeżeli chodzi o działanie środków leczniczych na jedno tylko płuco.

Ażeby ułatwić wydech przy rozedmie płucnej, SCHREIBER zaleca gorset, który składa się z dwóch mocnych lnianych części, mających razem postać kamizelki; u góry każda połowa zaopatrzona jest w skórzane naramienniki, a nadto posiada po rzędzie haczyków do sznurowadła, podobnie jak w gorsecie. Mo-

---

<sup>1)</sup> Studien und Grundzüge zur rationellen Behandlung der Respirationsorgane. Zeit. f. klin. Med. 1887. N. 23.



cny, elastyczny gumowy sznurek, używany jako sznurowadło, wywołuje ucisk na klatkę piersiową, przez co znacznie ułatwia się wydech. Gorset powinien być noszony przez kilka godzin dziennie, a do tego mogą być stosowane wydychania w rozrzedzone powietrze [2 razy dziennie po 10 minut].

Fotel ZOBEBIER'a <sup>1)</sup> dla emfizematyków, zalecany gorąco przez ROSSBACH'a starym i osłabionym emfizematykom, cierpiącym na silny katar oskrzeli z utrudnionem wykrztużaniem, przynosi widoczną ulgę. Mniej nadaje się dla astmatyków, gdyż w czasie silnego napadu nie mogą oni uporać się z fotelem; po ustąpieniu jednak skurczu oskrzeli, kiedy zjawia się silna wydzielina, fotel pomaga do wykrztuszania.

Fotel zbudowany jest w następujący sposób: z dwóch stron posiada dwie ruchome poziome poręcze na których chory, siedząc na fotelu, opiera wyciągnięte ręce. Na piersi chorego nakłada się szeroki pas, obejmujący całą klatkę piersiową; pas ten jest w łączności z ruchomymi poręczami. Przy ruchu wyciągniętych rąk razem z poręczami ku tyłowi pas się rozluźnia, przy ruchu poręczy ku przodowi pas napręża się i uciska na klatkę piersiową; przez ucisk pasa wydech staje się większym i łatwiejszym, a siła wdechu wzmagą się przez cofanie rąk ku tyłowi.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 138. A. Sittner. W sprawie opróżnienia macicy przy poronieniach.

SITTNER przytacza obszerną literaturę i kładzie nacisk na to, że, jakkolwiek zdania autorów są różne, daje się zauważyć mniej lub więcej wyraźny zwrot ku zaniechaniu użycia palca przy wyjmowaniu resztek jaja płodowego z macicy przy poronieniach.

Wprawdzie między autorami są tacy, którzy posługują się wyłącznie metodą ręczną, są znowu zwolennicy wyłącznego stosowania narzędzia, ale większość stara się godzić ręczną metodę z łyżeczkowaniem, oddając pierwszeństwo stosownie do okoliczności to jednej, to drugiej metodzie. Otoż zwolennicy wyjmowania z macicy resztek jaja płodowego palcem twierdzą, że w ten sposób najlepiej można opróżnić macicę bez narażenia chorej na niebezpieczeństwo urazu. Niektórzy też autorzy nawet przed użyciem łyżeczki zawsze starają się naprzód namacalnie przekonać się o stanie wnętrza macicy. Niezawsze jednak palec łatwo przenika do jamy macicy i wielu autorów uznaje ten zabieg przedewszystkiem za zbyt ciężki, a w wielu przypadkach za zupełnie niemożliwy do wykonania, jak np. w bardzo wczesnych poronieniach lub przy bardzo wolnym przebiegu poronień, jeśli pozostały jakieś małe resztki.

---

<sup>1)</sup> ROSSBACH. Lehrb. d. physik. Heilmethoden. Berlin. 1881.

Rzeczywiście, rozszerzanie forsowne wtedy szyjki macicznej aż do swobodnego przepuszczenia palca jest zadaniem prawie nie do przecięcia, gdy tymczasem wprowadzenie łyżeczki nie przedstawia w tym razie wielkich trudności i w ręku doświadczonym jest zupełnie prostym i wystarczającym zabiegiem. Zwolennicy metody instrumentalnej radzą też używać łyżeczki w początkowym okresie poronienia, kiedy nie można liczyć na prędkie i łatwe rozszerzenie szyjki, choćby nawet w macicy została większa ilość resztek jaja płodowego, jak również, jeżeli resztki te mocno przystają na dużej przestrzeni do ściany macicznej lub położone są w jednym z rogów macicy, albo u jej dna. Tem bardziej w tych przypadkach należy uciec się do łyżeczki, kiedy próby wprowadzenia palca były bezskuteczne. Dokonanie łyżeczkowania uwolni chorą od bardzo powolnej i bolesnej operacji rozszerzania szyjki palcem, gniecienia brzucha i manipulowania wewnątrz macicy, dalej uwolni chorą od stosowania narkozy, niezbyt zresztą łatwo wykonalnej w zwykłej praktyce, przyczem daleko ściślej może być zastosowana aseptyka, a przy ewentualnym stanie zapalnym narządów miednicy wyjęcie łyżeczką uchroni ją od nasilenia spraw zapalnych. Jeżeli wstrzymywano się dotąd od powszechnego stosowania łyżeczki w poronieniach, to były tego powodem przypadki groźnych następstw po przedziurawieniu wiotkiej ściany macicy łyżeczką, a niekiedy nawet wyciągnięcie przed srom uchwyconej łyżeczką kiszki; lecz przypadki takie zdarzały się zbyt rzadko, aby je przyjąć można było za prawo i mogły być śmiało złożone na karb braku zręczności lub też nieumiejętności operatorów.

SITTNER na zasadzie literatury wyprowadza wniosek, że najlepiej każdy przypadek ściśle indywidualizować i, ponieważ jednak najwięcej wierzymy czuciu swego palca, zawsze naprzód wypróbować metodę ręczną i tylko wtedy, kiedy ręczna zawodzi, uciekać się do narzędzia.

Z pierwszym warunkiem zastosowania metody ręcznej — z dostatecznym otwarciem szyjki macicznej — niezawsze się spotkać można. Pomimo stosowania rozszerzadeł metalowych czy też blaszecznic (*laminaria*) lub wreszcie mocnego tamponowania pochwy, niezawsze udaje się uzyskać dostateczną drożność szyjki dla palca. Zresztą gdy chodzi o małe ilości resztek przy bardzo wczesnych poronieniach lub nawet przy późniejszych przewlekłych i ze względu na stan chorej nie wskazane jest forsowne rozszerzanie macicy, to nawet przy większej ilości pozostałych części łatwiej skutecznie wyjęcie zapomocą narzędzia, chociaż w tym ostatnim przypadku jest do życzenia uprzednie zbadać palcem wnętrza macicy, aby na ślepo nie operować.

Do rozszerzenia macicy używamy rozszerzadeł metalowych, które najłatwiej wyjąć i przez to są lepsze od blaszecznic, lecz groźniejsze dla chorej wrazie forsownego rozszerzenia; pomimo to jednak w wielu przypadkach, nie mogąc rozszerzyć szyjki macicznej na tyle, aby palec mógł swobodnie przejść i w próżni macicy się poruszać, uciekamy się do mocnego wytamponowania pochwy, które również daje się przeprowadzić dość aseptycznie, byle tampony były zmieniane co dozę; ale, niestety, i ten sposób często zawodzi.

Jeżeli resztki jaja sterczą w szyjce, lub swobodnie zwieszają się z ujścia zewnętrznego, to można założyć wziernik i pod kontrolą oka uchwycić za pomocą kleszczy zwieszające się części i, posuwając się ostrożnie dalej, odkleić całą pozostałą część łożyska; naturalnie, udaje się to tylko przy niezbyt zmurszałych resztkach jaja płodowego.

Dla chorej rękoczyn ten jest zupełnie niebolesny w przeciwstawieniu do ręcznego sposobu, przy którym, celem wytworzenia samego przeciwooporu, musimy użyć niemało siły, aby przez powłoki brzuszne dostatecznie nacisnąć macicę do palca.

Jeżeli chora jest bardzo wrażliwa na ból i brzuch napina, to cały ręko-czyn może być niewykonalny, należy więc w tym przypadku uciec się do uspie-nia chorej, lub w razie niemożności zastosowania narkozy pomyśleć o innym, łatwiejszym do wykonania sposobie.

Nie tylko jednak zwięźenie szyjki macicy i wrażliwość chorej stanowią przeszkody w stosowaniu sposobu ręcznego, wystarczają nawet grube powłoki brzuszne i ich nadezłość, aby uniemożliwić ujęcie macicy ręką zewnętrzną. To samo dzieje się przy sprawach zapalnych w przydatkach, przmaci-czu i bliznowatych przykurczeniach więzów macicznych. Mięśniaki zaś ma-cicy, a szczególnie mięśniaki szyjki mogą zamknąć dostęp do macicy dla palca. Przy zwiótczeniu ścian macicy nie otrzymamy żadnego oporu dla palca i zmur-szałe, śliskie części, pomimo usilnych starań, będą się wymykać z pod palca.

Bez kwestyi wprawny i doświadczony operator nawet w wielu bardzo trudnych przypadkach potrafi przezwyciężyć palcem przeszkody, lecz nikomu nie może być brane za złe, jeżeli, nie będąc pewnym skutku tego zabiegu, nie będzie na próżno męczyć chorej i od razu w trudniejszych przypadkach przy-stąpi do opróżnienia macicy sposobem instrumentalnym. Należy jednak za-wsze przed przystąpieniem do operacji instrumentalnej starać się palcem przekonać o stanie rzeczy. Co do narzędzi, to te powinny być odpowiednio wybrane i zbudowane, t. j. łyżeczki powinny być szerokie i tępe, kleszcze do poronień powinny być wprowadzane zamknięte i otwierane dopiero nad samym zwieszającym się kawałkiem resztek. W każdym razie przed użyciem narzędzia należy bezwarunkowo jeżeli nie palcem, to narzędziem przekonać się o całości ścian macicznych i przy operacji starać się unikać użycia choćby naj-mniejszego wysiłku. Przy skrobaniu najlepiej od czasu do czasu kontrolować palcem próżnię macicy. Najczęściej nie można mówić tu o skrobaniu, gdyż zwykle jest to tylko odseparowanie pozostałych resztek ruchami podobnymi do heblowania.

Użycie łyżeczki jest dlatego wygodniejsze, że można nią na jednym posie-dzeniu opróżnić macicę z resztek, co przy wyjmowaniu palcem niezawsze daje się uskutecznić, jak np. wobec wazkiej szyi. Kiedy większy kawałek oslizgły wymyka się z pod palca, można wtedy spróbować sposobu Hönnig'a, t. j. skombinowanego ucisku na macicę: z zewnątrz ręką na dno i z wewnątrz palcem przez przednie lub tylne sklepienie, a najlepiej uchwycić kawał kleszc-zami, lub próbować go wygarnąć szeroką tępą łyżeczką.

Pozostała jeszcze kwestya — czy po wyjęciu resztek z macicy należy ją wyskrobać, czy też nie. Otóż bardzo wybitni operatorowie nie radzą robić nawet powierzchownego skrobania: 1) z obawy uszkodzenia błony śluzowej przy zbyt forsownym zabiegu, ewentualnie uszkodzenia mięśnia macicznego; 2) boją się przez skrobanie otworzyć ponownie naczynia, aby nie wprowadzić do obiegu krwi zarazków, wreszcie wielu jest tego zdania, że pozostała w macicy doczesna może się zamienić na normalną błonę śluzową, co sprawd-zono przez obserwację. Większość jednak autorów radzi jak najspieszniej i, o ile można, najdokładniej opróżnić macicę ze wszelkich resztek, ponieważ po-zostawione, zmuszają później do ponownego usunięcia zapomocą narzędzia, czy też palca, czyto z powodu krwawień, upławów, czy też z powodu upośledzo-nego zwijania się macicy. Potwierdzają to dane porównawcze, że kobiety po wylżeczkowaniu daleko rzadziej później chorowały niż te, u których by-ły wyjmowane resztki palcem, lub u których poronienia odbywały się bez po-mocy lekarskiej. Autorowie ci twierdzą, że obawa o uszkodzenie macicy i zawle-czenie zakażenia przy użyciu narzędzia, są stanowczo przesadzone. Co się tyczy pytania, czy przy poronieniach powikłanych gorączką po opróżnieniu macicy na-leży dokonywać skrobania, czy nie, większość jest tego zdania, że trzeba je robić, gdyż tą drogą wydaliśmy z macicy właściwe podłoże zakażenia i tym

sposobem możemy przerwać wytwarzanie się toksyn. Lecz i tu są przeciwnicy tego zabiegu; twierdzą oni, że przez skrobanie niszczy się wał ochronny tkanki zdrowej i tym sposobem jak gdyby wytwarza się nowa brama, a przez otwarte naczynia chłonne i krwionośne mogą znowu przenikać do ustroju czynniki szkodliwe. Z tej samej przyczyny nie radzą oni wogóle używać narzędzia przy opróżnieniu macicy, a niektórzy z nich w razach gorączki powstrzymują się od wszelkich rękoczynów i poprzestają tylko na odkażającym przestrzykiwaniu macicy. Przeciwnicy tego zapatrywania właśnie w przypadkach gorączki radzą używać łyżeczki, gdyż przy manewrowaniu palcem łatwo można wcisnąć zarazki w ścianę maciczną.

Streszczając się, S. wyprowadza wniosek, że jeżeli tylko przekonani jesteśmy o obecności mas zakażonych w jamie macicy, zawsze jest wskazanie do ich wydalenia, że powinno to być uskutecznione przez rękoczyn najłatwiejszy do wykonania w danych warunkach i jak najwięcej zabezpieczający chorą. W każdym razie powstaje przeciw forsownemu opróżnianiu zapomocą palca; a szczególnie w przypadkach gorączkowych z obawy przed przeszczerpieniem zakażenia przy nagniataniu na ścianę maciczną—radzi ostrożnie wyjmować resztki łyżeczką.

Na sprawę tamponowania opróżnionej macicy nie wszyscy zgodnie się zapatrują. Jedni uważają tamponowanie co najmniej za zbyteczne, a nawet szkodliwe z powodu zatrzymywania przez to w macicy produktów rozkładu, inni, przeciwnie, twierdzą, że tampon wpływa w tym razie korzystnie na kurczenie się mięśnia macicznego i sprzyja tym sposobem łatwiejszemu odzieleniu się pozostałych resztek, odkażający zaś materiał powstrzymuje szerzenie się w jamie macicy zakażenia. Autor, będąc zwolennikiem zakładania tamponów z gazy jodoformowej, spostrzegł przypadek atonii macicy z silnym krwotokiem, który zjawił się po upływie kilku godzin od założenia tamponu i dopiero po zupełnem usunięciu go z macicy ustał, a macica skurczyła się należycie.

(*Sammlung klinischer Vorträge*, Nr 402).

M. Wójcikowski.

### 139. Katarzyna van Tussenbroek [Amsterdam]. W sprawie zwiotczenia macicy podczas łyżeczkowania.

We wszystkich przypadkach zwiotczenia macicy jednocześnie ze zmniejszeniem się napięcia mięśnia macicznego występuje wydłużenie samych mięśni i powiększenie jamy macicy. Autor nie zgadza się z przyjmowanym dotąd mniemaniem, że jedna sprawa powoduje drugą i twierdzi, że samo zwiotczenie, nie mając w sobie cechy jakiegokolwiek siły, nie może samo przez się ani wywoływać wydłużenia mięśni, bo mięsień, tracąc napięcie, nie staje się przez to dłuższym, ani rozsuwać włókien mięsnych i w ten sposób powiększać jamę macicy. Fakt więc powiększania się jamy macicznej przy zwiotczeniu wymaga innego tłómaczenia.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że obserwowane i opisywane przez autorów przypadki, choć mające wspólne cechy charakterystyczne — zwiotczenie mięśnia i powiększenie jamy macicy,—różnią się sposobem powstawania i można je rozpatrywać jako oddzielne typy zwiotczenia. Na przykład, przypadek DOLÉRIŚ'a był tego rodzaju, że mięsień macicy już uprzednio wiotkiej pod wpływem krwawienia zwiotczał do tego stopnia, że macica stała się podobną do worka kauczukowego, który zapomocą zgłębnika można było łatwo wydłużyć. Powiększenie zatem jamy macicznej w tym przypadku i wydłużenie mięśnia może być objaśnione ciśnieniem od wewnątrz na zewnątrz.

W przypadku GEYL'a podano inną przyczynę: obniżenie ciśnienia w jamie brzusznej, które już następnie spowodowało przyływ i powiększenie ciśnienia powietrza, czy też płynu wewnątrz macicy, przez co jama zwiotczącej macicy powiększyła się i macica stała się podobna do wydętego pęcherza.

W żadnym z przypadków autorki nie można było zastosować powyższych objaśnień, gdyż ani krwawienia, ani powodu do powstania ciśnienia ujemnego w jamie brzusznej nie było. Przypadki autorki najwięcej zbliżają się do opisywanej przez SCHAEFFER'a formy wydętego balonu, w którym zgłębnik mógł się swobodnie poruszać we wszystkie strony. Mięsień macicy w tym razie nie utracił jeszcze zupełnie swego napięcia, lecz bliski był okresu t. zw. paralitycznego, w którym występuje zupełne zwiotczenie i zjawia się największe niebezpieczeństwo przedziurawienia przy skrobaniu. SCHAEFFER przeprowadza w swoich przypadkach porównanie z okolicznościami, towarzyszącymi aktowi porodu: pod wpływem ucisku zawartości macicy na mięsień wydrążony przy występujących regularnie po sobie okresach napięcia i zwiotczenia, odczuwanych przez rodzącą jako bóle porodowe, przemieszczają się cząsteczki włókien mięsnych, wskutek czego dno macicy pęcznieje, a część macicy, leżąca ponad ujściem wewnętrznym, staje się cienką i wyprostowuje się; przy łyżeczkowaniu również pod wpływem rozszerzania się ujścia wewnętrznego, które w tym razie staje się bodźcem działającym na wnętrze macicy, może się zmienić napięcie mięśnia i wystąpić cząsteczkowe przemieszczenie włókien. SCHAEFFER więc przypuszcza w tych przypadkach do pewnego stopnia zmniejszenie napięcia czyli zwiotczenie i wydłużenie mięśnia, powodujące powiększenie jamy.

Przeprowadzając badania nad wpływem podrażnień wewnątrzmacicznych na zmianę napięcia mięśnia, SCHAEFFER dowiódł, że przy forsownem rozszerzeniu ujścia macicznego wewnętrznego nieciężarnej macicy następuje nie tylko miejscowy przyływ krwi tętniczej, ale i ogólne podniesienie ciśnienia w układzie krwionośnym z przyspieszeniem jednoczesnem tętna. KEIFFER znowu, stwierdzając istnienie całej sieci wijących się naczyń krwionośnych w mięśniu macicznym, znalazł u przejścia tętnic w żyły niezliczone mnóstwo szczelinek zapadniętych i pustych, które w okresie wzmózonej działalności macicy wypełniały się krwią.

Wracając do swoich przypadków zwiotczenia macicy i powiększonego przyływu krwi tętniczej, otrzymanych podczas rozszerzenia ujścia wewnętrznego, autorka przedstawia obraz zmian i podaje sposób ich powstawania. Cała sieć naczyń mięśnia macicznego pod parciem fali krwi rozciąga się i wydłuża następnie wiotką ścianę maciczną. Zapadnięte, już powyżej opisane szczeliny między naczyniami wypełniają się i cały narząd pęcznieje, wyprostowuje się i nabiera sprężystości. Słowem, macica staje się, według określenia SCHAEFFER'a, podobną do wydętego balonu.

W zwykłych warunkach okres ten wkrótce przemija, wzmózony dopływ krwi ustaje, mięsień się kurczy i macica przechodzi w stan spokoju; lecz przy sztucznem podrażnieniu może się zdarzyć, że zwiotczenie naczyń i wzmózony miejscowy dopływ krwi ustanie, zanim ściana macicy odzyska swoje napięcie. Z chwilą przepełnienia krwią ginie napięcie ściany macicy i pozostaje rozeiągnięte. Występuje okres zupełnej atonii, t. j. macica staje się podobną do worka o cienkich ścianach, nie okazującego żadnego oporu dla zgłębnika lub łyżeczki. Stan taki nazwano paralitycznym.

Zwiotczenie macicy zdarza się jednakowo prawie często u dziewic, jak i u wieloródek, choć u tych ostatnich macica zdaje się rychlej oddziaływać na bodźce drażniące.

Nie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że zwiotczenie mięśnia macicznego wywołują podrażnienia, działające wprost na macicę.

Asch przypuszcza, że zwiotczenie macicy może być wywołane przez usunięcie czynników drażniących. W samej rzeczy, jeżeli podrażnienie miejscowe sprowadza odruch, wyrażający się skurczem, jeżeli podrażnienie miejscowe sprowadza odruch, wyrażający się skurczem, w całym narządzie, to prawdopodobnie podrażnienie to przenosi się od włókna do włókna ruchem postępującym naprzód. Takie własności dowiedziono dla całych narządów, jak oto:

serce, moczowód; dla mięśnia macicznego dowiedziono nawet na oddzielnych wyciętych kawałkach, że jest wiele samodzielny i wrażliwy. Jeżeli teraz bodźce, wywołujące skurcz mięśniowy, czyli skutek dodatni, działają wzdłuż dróg mięśniowych, to również dobrze można sobie wyobrazić odruch sprowadzający odwrotny skutek, czyli zwiótczenie, przenoszący również swoje działanie z jednego włókna na drugie, lecz działanie odmiennego, a mianowicie — ujemnego charakteru. Wogóle ASCH sprowadza sprawę zwiótczenia na drogę odruchową. Spodziewano się też w tym kierunku wielu zdobyczy od doświadczeń z usypianiem, ale przekonano się że samo usypianie zwiótczenia nie sprowadza. Atonia więc jest następstwem miejscowego podrażnienia i zdaje się, że ono może być wywołane z każdego punktu mięśnia macicznego. Często też było obserwowane częściowe zwiótczenie macicy, np. SCHAEFFER podaje przypadek zwiótczenia w rogach macicy przy wejściu do przewodów jajnikowych. Autorka spostrzegła znowu zwiótczenie przedniej ściany macicy. Wogóle zaś stwierdzono [KURDINOWSKI] bardzo małą wrażliwość macicy na wpływy ośrodkowego układu nerwowego.

Na zakończenie należy wspomnieć, że długotrwałe rozszerzanie macicy zapomocą blaszeczki (*laminaria*) w wielu przypadkach sprzyja następczemu zwiótczeniu mięśnia podczas łyżeczowania [KOSSMAN, ASCH, PERSENAIRE, NIJHOFF].

(*Centralblatt für Gynaekologie 1906.*)

M. Wójcikowski.

#### 140. W. Liepmann. Hysterotomia vaginalis anterior — jej znaczenie w położnictwie.

Dziesięć lat upływa od chwili, gdy DÜHRSEN wykonał po raz pierwszy operację przecięcia macicy ze strony pochwy u ciężarnej celem spiesznego wydobycia płodu. Operacja ta, do której on sam właśnie pomysł dostarczył, i którą nazwał wówczas cięciem cesarskim pochwowem (*„vaginaler Keiserschnitt“*), polegała na przecięciu przedniej i tylnej ściany szyjki macicznej wraz ze ścianami pochwy. Operacja prędko zyskała zwolenników, lecz zaczęto wkrótce krytykować jej nazwę, albowiem do cięcia cesarskiego przywykło się przywiązywać pojęcie operacji, wykonywanej przez ścianę brzuszną, która zostaje przecięta. Prócz tego nazwie tej zarzucano, że zbyt technicznie zupełnie oddziaływa niepokojąco na chore i otoczenie, jako zapożyczona od nazwy jednego z najcięższych zabiegów położniczych. Z tych więc powodów operacja DÜHRSEN'a weszła następnie w użycie jako „cięcie macicy ze strony pochwy” (*hysterotomia vaginalis*).

Co się zaś tyczy samej metody, to i ta uległa następnie modyfikacji pod tym względem, że zamiast wykonywania dwu cięć: na przedniej i tylnej ścianie szyjki macicznej, zadowalano się jednym tylko cięciem przedniej ściany, jako wystarczającym najzupełniej do wywiązania nawet dużych donoszonych płodów [BUMM]; stąd też nazwa ostateczna tej operacji brzmi obecnie: *hysterotomia vaginalis anterior*.

Operacja tak się, według LIEPMANN'a, przedstawia: Po dokładnej dezynfekcji narządów płciowych zewnętrznych i pochwy, ujmuje się część pochwową we dwie pary kleszczy ze szponami (*Krallenzange*) i ściąga się ją aż do sromu. Następnie w oddaleniu na 1 centymetr poniżej otworu cewki moczowej prowadzi się cięcie przez całą przednią ścianę pochwy ku dołowi, w ten sposób, że nóż w górnej części przecina tylko ścianę pochwy, niżej zaś u ust macicznych zewnętrznych przecina zupełnie całą grubość ściany szyjki macicznej. Na dnie rany pochwy widać wypuklający się pęcherz moczowy, który zapomocą cewnika metalowego, wprowadzonego do pęcherza, jeszcze lepiej się uwydatni. Palcem na tępo lub zapomocą wacika na trzonku odsuwa się pęcherz ku górze i prostemi nożyczkami nacina się szyjkę maciczną. U górne-

go kąta cięcia zakłada się dwie następne pary kleszczy ze szponami i poleca się asystentom wyciągnąć dolną część ściany szyjki macicznej, którą się znowu nacina; w ten sposób pod kontrolą oczu przedłuża się cięcie aż do 12-u centymetrów. Mniej więcej na tej wysokości cięcie dochodzi do delikatnej, białej fałdy otrzewnej, przylegającej do przedniej ściany macicy. Tak więc cała linia cięcia leży na zewnątrz otrzewnej. Zdjąwszy kleszcze, operator wprowadza rękę do macicy i wykonywa obrót płodu na nóżkę, poczem natychmiast płód wydobywa. Jeśli przy wywiązywaniu główki występuje jakakolwiek przeszkoda ze strony krocza lub pochwy, to się wykonywa cięcie głębokie ściany pochwy, sięgające i do tkanki okołopochwowej [metodą SCHUCHARDT'a. *Przyp. spraw.*] lub też zwykłe przecięcie sromu (*episiotomia*). Po wydobyciu dziecka oczekuje się spokojnie odejścia łożyska, albowiem szybkie wygnanie łożyska bywało nieraz powodem krwotoku macicznego. Wreszcie przystępuje się do zeszycia macicy. W tym celu, po wytamponowaniu czasowem macicy gazą wioformową, celem powstrzymania krwawienia z macicy, ujmuje się znowu w kleszcze ze szponami część pochwową i pociąga ku sromowi. Tym sposobem ujawnia się u góry kąt brzeżny cięcia samego. Teraz zeszywa się ranę szyjki od góry ku dołowi szwem węzełkowym z katgut, przyczem baczyć należy, aby się brzegi dobrze zeszyły. Ostatni szew części pochwownej powinien zająć jednocześnie i brzegi rany pochwy i być z materiału niewsysalnego, a więc najlepiej ze silkwurmu. Nakoniec ranę pochwy zeszywa się szwem ciągłym z katgut. Po zeszyciu pochwy wprowadza się na krótko tampon do pochwy. Operacja skończona.

Niekiedy wskutek zbyt gwałtownego odpychania pęcherza ku górze, może się zdarzyć, że ściana pęcherza pęknie na nieznacznej przestrzeni; cewnik, wprowadzony do pęcherza, ujawni to miejsce natychmiast. LIEPMANN zaszywa je zaraz, nakładając prostopadłe na kąty małej szczeliny dwie nitki jedwabne, które wiązuje, a następnie wiązuje jeszcze dwie górne i dwie dolne nitki osobno; w ten sposób ze szczeliny poprzecznej powstaje podłużna i brzegi ściany pęcherza zostają zawinięte do wewnątrz. Nakoniec nad tym szwem pęcherza zeszywa się ścianę pochwy.

LIEPMANN, opierając się na 66-u przypadkach tej operacji, z których 19 sam wykonał, przychodzi do wniosku, że operacja DÜHRSSEN'a jest wskazana tam, gdzie przy zamkniętej jeszcze albo nieco zaledwie otwartej i twardej szyjce, zjawia się niebezpieczeństwo, zagrażające życiu matki i wymagające natychmiast ukończenia porodu, czego zapomocą narzędzi rozszerzających (*dilatator* Bossi'ego, *metreurynter* i t. d.), z powodu zupełnej nieprzepuszczalności i niepodatności szyjki, wykonać prędko i bez uszkodzeń nie podobna. Na pierwszym miejscu postawić tu trzeba eklampsyę, która wymaga, celem uratowania rodzącej, natychmiast rozwiązania. Ze spostrzeżeń autora wypływa, że wtedy, gdy metody wyczekiwania dawały dla matek eklamptyczek 30% śmiertelności, rozwiązanie szybkie dawało 8%, 2,8%, wreszcie w ostatnim roku tylko 1,8% śmiertelności. Dzieci eklamptyczek przy szybkim rozwiązaniu umierało 4%.

Poza eklampsyą wskazaniem dla cięcia macicznego przez pochwę już o wiele rzadziej bywają: *placenta praevia*, krwotoki maciczne wskutek odklejenia się przedwcześnie łożyska przyczepionego prawidłowo, *nephritis gravidarum*, wady serca, ciężkie przypadki suchot płucnych, zwężenie bliznowate i rak szyjki macicznej, wreszcie wypadnięcie sznurka pępkowego podczas mało rozszerzonego jeszcze kanału szyjki macicznej.

Z badań autora wypływa, że *hysterotomia uteri vaginalis* nie ma następstw szkodliwych przy dalszych porodach. Jedyńm zarzutem, jaki możnaby uczynić tej operacji, tak jak i wielu innym większym zabiegom, jest ten tylko, że

poza kliniką lub szpitalem, a więc w praktyce prywatnej, wykonanie jej jest prawie niemożliwe.

(Med. Klinik. 1906. Nr. 14).

Zweygbaum.

#### 141. Rühl. O przebiegu ciąży i porodu po uprzednim cięciu cesarskiem pochwowem.

RÜHL omawia 4 przypadki ciąży i porodu u kobiet, które przy poprzednim porodzie rozwiązano przez cięcie pochwove.

W 1-ym przypadku podczas przecinania przedniej ściany macicznej, od której przedtem pęcherz odseparowano, i wyjmowania płodu powstało pęknięcie w lewym dolnym odcinku macicy aż do przymacicza. Po zejściu następnie znowu w ciążę ciężarna przez pierwsze 5 miesięcy miewała często bóle w dole brzucha, które w drugiej połowie ciąży ustały zupełnie.

Stwierdzono położenie I czaszkowe, zresztą nie szczególnego. Poród odbył się zupełnie prawidłowo i nadspodziewanie szybko.

Drugi przypadek dotyczył ciężarnej niezamężnej; pod koniec ciąży przy badaniu znaleziono srom i pochwę silnie opuchnięte, zaczerwienione i pokryte klejką powłoką ropną (*vaginitis*), szyjkę maciczną twardą przepuszczającą zaledwie 1 palec. Wody odeszły przed 3-ma dniami. Położenie II czaszkowe, ciepłota 39,3 tętno 125. Dokonano cięcia pochwowego macicznego i wydobyto żywe dziecko.

Odluszczone przytem wysoko pęcherz od przedniej ściany macicy i z powodu krwawienia nałożono sporo szwów przy okluciu miejsc krwawiących.

Po porodzie gorączka zaczęła spadać, a stan zdrowia polepszać się, lecz chora była na tyle niesforna, że już następnego dnia wstała z łóżka i wstawała jak tylko jej nie pilnowano, nareszcie 12-go dnia po operacji potajemnie uciekła z zakładu, nie bacząc na to, że jeszcze gorączkowała i że szwy nie były zdjęte.

Zgłosiła się dopiero po 2-ach latach z powodu braku miesiączki od 3-ich miesięcy i coraz więcej wzmagających się bólów w lewym boku. Stwierdzono ciążę 3-miesięczną i przykurczenie lewego więzła szerokiego w postaci twardej blizny. Otworzono przymacicze i bliznę rozszczepiono, uwalniając w ten sposób macicę. Pomimo tego zabiegu ciąża rozwijała się dalej, chociaż od czasu do czasu zjawiała się jeszcze bóle.

Trzeci przypadek dotyczył eklamptyczki, u której z powodu zamkniętej szyjki macicznej zrobiono *hysterotomiam vaginalem anteriorem*. We 2 lata potem ciąża i poród odbył się prawidłowo, lecz łożysko musiano wydobyć ręcznie z powodu przyrośnięcia na całej przestrzezi; chora wyzdrowiała.

W 4-ym przypadku dokonano cięcia pochwowego macicznego z powodu zjawienia się gorączki [ciepłota 38,9 tętno 118] na 5-y dzień po odejściu wód, gdyż pomimo dwukrotnego zakładania kolpeyryntera, szyjka maciczna pozostała twardą, drożną zaledwie dla jednego palca.

Przebieg operacji normalny, wyzdrowienie szybkie.

W rok później przybyła taż sama chora z silnymi bólami porodowymi, trwającymi 4 dni, wody odeszły przed 3-ma dniami. Pomimo stosowanych przemywań pochwy, podawania atropiny i morfiny, szyjka maciczna pozostała twardą i zaledwie 6-go dnia przepuszczała 3 palce. Przy próbach z rozszerzaczem Bossi'ego zjawił się krwotok, wskutek czego musiano dokonać obrotu. Podczas wydobywania napotkano na poważne przeszkody ze strony niepodatnej szyjki macicznej, zwłaszcza przy oswoadzeniu główki. Celem uratowania dziecka musiano nacierać kilkakrotnie nożycami szyjkę, poczem dziecko udało się wydobyć żywe, macicę zatamponowano gazą jodoformową. Na drugi dzień po porodzie wystąpiło bezwiedne oddawanie moczu, które w 3-im tygodniu okresu połogowego ustąpiło i chora wyzdrowiała.



Antor wyprowadza wniosek, że operacja cięcia pochwowego macicznego nie miała u tych chorych szkodliwego wpływu na przebieg następnych ciąży, wspomniane zaś powikłania nie zależały od uprzedniej operacji.

Rzeczywiście. w 2-im przypadku skrócenie więzów i blizna powstały może raczej wskutek zakażenia rany, w 3-im przyrośnięcie łożyska prędkiej było zależne od uprzedniego *endometritis*. Nareszcie szczególnie jakaś niepodatność szyjki macicznej w 4-yim przypadku była i przy pierwszym i przy drugim porodzie, osłabienie zaś następcze zwieracza pęcherza moczowego łatwiej można objaśnić jako następstwo forsownego ściągania szyjki macicznej podczas wydobywania, niż operacją.

(*Mün. med. Woch.* 1906. Nr 11).

M. Wójcikowski.

#### 142. Brunet Rzadkie wskazanie do cięcia cesarskiego.

Chociaż żyłki pochwy u kobiet ciężarnych są rzeczą powszednią, jednak rzadko zdarzają się przypadki tak groźne, jak opisany przez BRUNET'a. Mianowicie, u 19-letniej niezamężnej ku końcowi ciąży zjawilo się dwukrotnie bardzo silne krwawienie. Przy badaniu znaleziono całe węzły żyłaków, zajmujące przednią ścianę pochwy i przechodzące na inne jej części i srom; z nich jeden wielkości orzecha włoskiego, leżący u wejścia do pochwy, był pęknięty i silnie krwawiący. Ponieważ pomoc musiała być natychmiastową, a krwawiący żyłak był na zewnątrz pochwy, musiano zauiechać użycia kolpenryntera, a wytamponować pochwę gazą. O podwiązaniu lub okłuciu krwawiącego miejsca nie mogło być mowy, bo i jedno i drugie groziło skaleczeniem lub rozerwaniem sąsiednich bardzo ściętych i napiętych żyłaków. W nadziei na spadnięcie się żyłaków, tampony bez zmiany zatrzymano przez 2 doby, ale bezskutecznie: przy zmianie tamponów występowało ponowne silne krwawienie i pochwę trzeba było natychmiast na nowo mocno tamponować. Po paru dniach zjawily się bóle porodowe, które jednak były słabe i wkrótce ustały. Na 4-ty dzień jednak stan chorej na tyle się pogorszył, że wobec daleko posuniętej niedokrwistości przy słabym, nierównym [128 na minutę] tętnie dłużej czekać nie było można i trzeba było zdecydować się na zabieg operacyjny. Ponieważ nie można było liczyć na zmniejszenie się krwawienia z żyłaków podczas porodu, wskutek czego nie można było nawet na kilka godzin pozostawić pochwy bez tamponów, zajęcie zaś przedniej ściany pochwy przez żyłki uniemożliwilo cięcie pochwowe, postanowiono więc wykonać cięcie cesarskie [brzuszne], które po prowizorycznym ponownym zatamponowaniu pochwy wykonano. Podczas operacji wykryto, że i sploty żyłne w szerokich więzach macicznych były znacznie rozszerzone i dochodziły grubości wielkiego palca. Po upływie 24-ch godzin od operacji żyły znacznie zwężyły się, a na drugi dzień krwawienie ustało. Chora wkrótce wyzdrowiała.

Z opisanego przypadku wynika niekorzystna dla takich chorych przepowiednia. Wiele chorych ginie zanim zdąży się z pomocą i wstrzyma krwawienie. W literaturze jest takich 18 przypadków, z nich 16 zakończonych śmiercią. Co do umiejscowienia, to żyłki te najczęściej leżą w tkance podśluzowej, rzadziej na samej błonie śluzowej pochwy i wtedy są nadzwyczaj napięte i wypuklają się przed srom. To też łatwo je zranić i wywołać krwawienie. Były przypadki pęknięcia żyłaka podczas spółkowania ciężarnej, a nawet przy drapaniu [głębokie żyłki powodują niezdolne swędzenie].

Rozmiary i siła krwawienia zależą od tego, że rozszerzenia żyłne w tych przypadkach dochodzą aż do splotu podbrzusznego (*pl. hypogastricus*); ponieważ zaś zastawki żyłne w żyłakach nie są w stanie przeciwdziałać parciu krwi, więc ciśnienie w *vena iliaca communis* przechodzi wprost na obwodowe węzły pochwowe. TARNER stwierdził to naocznie, kiedy chorej z ostrą blednicą wstrzyknął płyn do *v. iliaca communis* i prawie jednocześnie ujrzał go wyciekającym z pękniętego żyłaka pochwy. Krew tryska w tych przypad-

kach jak ze źródła i nawet niewielkie uszkodzenie żyłaka, np. kleszczykami, może wywołać krwawienie jak gdyby z *art. uterina* i często już w kilkanaście minut śmierć sprowadza. Celem zapobieżenia krwotokom i wogóle przy rozszerzeniach żył na nogach RUGE i MARTIN stosują przez długi czas wstrzykiwania ergotyny z dobrym wynikiem. Być może, że przy wczesnem leczeniu można by w wielu podobnych przypadkach uchronić chore od niebezpieczeństwa.

(*Centralblatt für Gynaekologie. 1906*).

M. Wójcikowski.

## NEKROLOGIA.

### S. p. Gustaw Dołiński.

Dnia 6-go maja r. b. umarł w Lublinie kolega DOŁIŃSKI, znany w kołach szerokich lekarz i pisarz, za życia ceniony bardzo przez wielu, przez innych sądzony surowo; uwielbiany przez jednych, potępiany przez drugich. Dziwić się temu nie można, bo jeszcze się nie urodził, ktoby każdemu dogodził; więc też nie można brać za złe nieboszczykowi, że sztuki dogodzenia wszystkim nie posiadał.

Jako osobistość wybitna, obdarzona zdolnościami ponad miarę zwykłą wystającą, posiadająca wiele dowcipu wrodzonego, nieraz wyrażającego się uszczypliwie, będąca z usposobienia żywa, rzutka i ruchliwa, przejmująca się łatwo wszystkim, co się wokoło niej dzieje, podlegająca wrażeniom chwili bieżącej, mógł S. p. DOŁIŃSKI łatwo narazić się niejednemu, rzecz można mimowolnie i ściągnąć przez to na siebie niechęć, często niezasłużoną, bo trudno go było o złą wolę posądzać. Owszem, zwykle chęci najlepsze tliły się w duszy jego, chętnie stawał zawsze do służenia krajowi i społeczeństwu swemu, nie leniąc się nigdy, więc pozostawił też po sobie niemało śladów widocznych działalności swej, na uznanie szczerze zasługujących. Jeżeli zaś nie stanął na tej wysokości, do której przy uzdolnieniu swem byłby mógł dopiąć się niewątpliwie, to nie wiemy go za to, zważywszy czasy, w których żył i pracował, bo przecie znamy je wszyscy aż nadto z bliska i wiemy, jak mało sprzyjały działalności swobodnej i owocnej, czyto społeczeństwu całego, czy też jednostek jego, przeciwnie—nankładaly pęta nieznośne na każdego, kto choć trochę ponad tłum szary głowę podnosił, a śmiał marzyć o czemś więcej niż o chlebie powszednim i o zbijaniu groszy.

NAPOLEON, przyjmując w r. 1812 witających go na ziemi swej reprezentantów Litwy, wyrzekł do nich, między innymi, te słowa: „*L'amour de la patrie est la première vertu de l'homme civilisé*“. Nie wiem, czy DOLIŃSKI słyszał kiedykolwiek o zdaniu tem, wyszłem z ust wielkiego zdobywcy, ale jestem pewien, że się niem stale rządził. Można kochać ojczyznę na sposoby różne, nie dla wszystkich jednakie, ale kochać ją trzeba koniecznie i służyć jej chętnie. To też DOLIŃSKI po swojemu czynił zawsze, a za to należy mu się uznanie bezwarunkowo, chociażby się nie podzielało niektórych poglądów jego.

Po tych uwagach ogólnych, przypatrzmy się nieco bliżej życiu i czynom zmarłego, czyniąc to *sine ira et studio*.

GUSTAW DOLIŃSKI urodził się d. 28-go sierpnia r. 1846 w Polichnie Górnej [pow. Janowski]; do szkół uczęszczał w Lublinie, kolegując tam z OCHOROWICZEM i GZOWACKIM [B. PRUSEM], z którymi do śmierci łączyły go stosunki przyjacielskie i pewne pokrewieństwo duchowe. Uzyskawszy świadectwo dojrzałości w r. 1865, przybył do Warszawy i wstąpił do wydziału matematycznego b. Szkoły Głównej, ale już po roku przeszedł do wydziału lekarskiego, który ukończył w r. 1871, już po przerobieniu szkoły rzeczoney na uniwersytet warszawski. Już wtedy, za czasów studenckich, zarysowało się wyraźnie całe usposobienie i uzdolnienie DOLIŃSKIEGO. Koledzy jego ówczesni pamiętają do dziś dnia wybornie jego wierszyki, bajki i fraszki, odznaczające się humorem prawdziwym, dowcipem nieraz świetnym, a formą gładką i potoczystą. Z upodobaniem je dotąd nieraz wspominają i powtarzają, o ile się w pamięci ich zachowały.

Osiągnawszy dyplom lekarski, wyjechał DOLIŃSKI za granicę, aby dopełnić wykształcenie, zwłaszcza w kierunku klinicznym, a w celu tym przebywał czas dłuższy w Berlinie, Paryżu i Wiedniu. Bawiąc za granicą, rozpoczął zawód pisarski, przysyłając w latach 1872 i 1873 do wydawanego wtedy w Warszawie „Opiekuna domowego“ artykuły różne, dosyć liczne, z pośród których wyróżnić można: „Choroba i zdrowie“, „O fizycznym wychowaniu dzieci“ i „Listy z Paryża“. Równocześnie ogłosił w „Przeglądzie Lekarskim“ rzeczy następujące: „Z teki podróźnej“ [r. 1872, № 13 — 15 i 32 — 34], „Lekarze i apteki gminne“ [tegoż r. № 43, 45, 47 i 50] i „Sprawozdanie z klinik wiedeńskich i paryskich“ [r. 1873], a w „Medycynie“ [r. 1873, № 15] „Listy z podróźy“. W tymże czasie wypowiedział w Wiedniu odczyt p. n. „Tradycja i postęp“ [r. 1872] i w Paryżu „Obecne stanowisko fizjologii i jej stosunek do innych nauk“ [Paryż 1873]. Powróciwszy do kraju, wygłosił w Warszawie odczyt „O przyczynach chorób“. Widzimy zatem, że w tym okresie pierwszym działalności pisarskiej DOLIŃSKI był bardzo płodny, a wszystko, co napisał wtedy, chociaż nie oślniewa treścią, odznacza się językiem poprawnym, miejscami wytwornym i prawdziwie pięknym.

Osiadłszy w r. 1874 stale w Lublinie, zajął się DOLIŃSKI wykonawstwem lekarskiem i umiał zasłużyć sobie na wziętość, do czego przyczyniły się zarówno zdolności jego lekarskie, jak i zalety towarzyskie, jednające mu przychylność bardzo wielu osób. Działalność swą lekarską rozszerzył też na blisko Lublina leżący Nałęczów, a stał nawet rok cały na czele zakładu tamtejszego. Pomimo, że liczni chorzy wiele czasu mu zabierali, DOLIŃSKI pióra nie rzucił bynajmniej, ale od czasu zamieszkania w Lublinie coraz mniej poświęcał je zawodowi i nauce, nie wyrządzając im przez to uszczerbku, ponieważ ani jedna z prac jego lekarskich nie była oparta na badaniach lub spostrzeżeniach samodzielnych, istotnie naukowych; natomiast pracom jego społeczno-lekarskim trudno nie przyznać wartości pewnej. Pisywał tedy szkice literackie, nowelki, utwory dramatyczne lżejsze, z których jeden „W poczekalni doktora“ dostąpił powodzenia na scenie, zwłaszcza w teatrach amatorskich. Najwięcej jednak poświęcał się pracy dziennikarskiej, bądź jako korespondent dzienników warszawskich, bądź jako współpracownik lubelskich, pisując artykuły społeczne, rzadziej naukowe, dla ogółu przystępne, nakoniec i polityczne. W Lublinie, zarówno pió-

rem, jak słowem żywym, popierał zawsze najgorliwiej ruch umysłowy. W r. 1879 miał tam odczyt o J. I. KRASZEWSKIM [wydruk. w Krakowie 1880], później o Jędrzeju ŚNIADECKIM, jako naturaliście i pedagogu [wydr. w „Kurjerze Lub.”], dalej dwa odczyty o głowie i sercu [wydr. w streszczeniu w „Gaz. Lub.]. Znaczenie społeczno-lekarskie ma jego „Sprawa lekarzy gminnych w gubernii Lubelskiej“ [„Medycyna“ r. 1883, № 7], a na wyróżnienie zasługuje ostatni jego utwór większy „Zarys dziejów pedagogii polskiej“ [Warszawa 1899 w „Bibliot. dzieł wybor.”]; w r. 1906 ogłosił w „Kurjerze Lubelskim“ studjum o szkole polskiej, Sprawy szkolnictwa i wychowania wogóle zajmowały go bardzo, więc często odzywał się o nich w artykułach mniejszych.

Jeżeli całą działalność publiczną DOLIŃSKIEGO rozpatrzemy, to przekonamy się, że była przeważnie literacko-dziennikarską, a na polu tem nie sposób mu odmówić zasługi niejednej. Nieraz robiono mu zarzut z tego, że pisywał do dzienników rozmaitych, hołdujących przekonaniom różnym, często wręcz sprzecznym, oskarżając go za to o brak przekonań ustalonych; zarzut taki krzywdzi go atoli zgola niesłusznie, bo DOLIŃSKI zawsze i wszędzie, gdziekolwiek pisywał, pozostawał wiernym sobie. Kraj ojczysty miłował gorąco i gdzie tylko mógł pragnął mu służyć rzetelnie, a w zapale służenia nie baczył na to, czy w tem, czy w owem piśmie do rodaków przemawia, byleby go słyszeli, a słuchać chcieli. Czynił to zawsze z sercem płomiennem i w myśli najlepszej służenia dobru ogólnemu, a jeżeli go czasem chochlik złośliwy popchnął na ścieżkę mniej właściwą, wybaczyć mu trzeba, bo to była wina usposobienia wrodzonego, za które nikt odpowiadać nie może.

Siedm lat przed śmiercią opuścił DOLIŃSKI Lublin, przenosząc się do Warszawy, a później na Podole, ale przed rokiem powrócił znów do Lublina i tam do tchnienia ostatniego rozwijał czynność bardzo usilną, ożywioną dążeniami patriotycznymi, którym się nigdy nie sprzeniewierzył. Gdy oczy zaważał na zawsze, zapomniać trzeba o przywarach jego, w każdym razie niewielkich, zachowując tylko w pamięci zalety i zasługi człowieka, który, gdyby mu dane było żyć w czasach innych, swobodniejszych, niewątpliwie byłby oddał ojczyźnie i społeczeństwu usługi większe i trwalsze, niż te, które po sobie pozostawił.

Niechaj mu ziemia ojczysta lekką będzie, bo ją rzeczywiście kochał z duszy całej i ze wszystkiego serca swego, a jak mógł i umiał służył jej wiernie.

*Dr med. Józef Peszko.*

#### SPROSTOWANIE.

Z wiarogodnego źródła dowiadujemy się, iż strajk służby w Drewnicy nie doszedł do skutku i że przytułek tamtejszy dla chorych nerwowych i umysłowych nie został zamknięty.

---

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.