

---

# GAZETA LEKARSKA

---

I. Z ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO SZPITALA IM. MAŁŻONKÓW POZNAŃSKICH.

## Sześć przypadków cięcia cesarskiego z zejściem pomyslnem dla matki i dziecka.

Podał

Józef Saks (Łódź).

Cięcie cesarskie nie należy już, co prawda, do rzadkości, o których wzmianki w pismach codziennych bywają podawane, nie należy też już na szczęście do zabiegów, wzbudzających paniczny strach u osób, zmuszonych poddać się tej operacji; tem mniej wszystkie przypadki tego zabiegu zasługują na opublikowanie jużto dla celów statystycznych, już też dla zachęty lekarzy, unikających tego zabiegu z powodu zbytnej obawy przed niebezpieczeństwem operacji. W przeciągu ostatnich dwu lat zabieg omawiany został dokonany na oddziale moim pięć razy, przyczem na jednej chorej został dokonany powtórnie. Względna częstość tego zabiegu, uwieńczonego pomyslnym wynikiem, jest dowodem pewnego zaufania, jakie ta operacja zdołała już sobie zdobyć wśród osób, decydujących się na ten zabieg. O technice operacyjnej, przebiegu operacji i pewnych powikłaniach pomówię przy opisie każdego przypadku poszczególnego, do czego teraz przejdę.

Przyp. I i II. Przypadek powtórnego cięcia cesarskiego z powodu wskazania bezwzględneho.

W Nr. 10 „Medycyny” z r. 1906 został opisany przypadek cięcia cesarskiego, dokonanego 25 marca r. 1905. Operacji dokonałem wówczas

w uspieniu chloroformowem; macica została otwarcą cięciem podłużnym, dziecko otrzymałem żywe. Operacja trwała minut 35. Okres pooperacyjny przebiegł bardzo pomyślnie, zupełnie bezgorączkowo. W 15 dni po operacji położnica wypisana została do domu w stanie zdrowia pomyślnym z ostrzeżeniem, że na wypadek zajścia powtórnego winna znów poddać się operacji cięcia cesarskiego.

Kilka słów o chorej. Bajla P., 24 lat licząca, zamężna, pierwiastka, zaczęła chodzić w 1-m roku życia, jest bardzo małego wzrostu [125 ctm.]<sup>1)</sup>; kończyny dolne są rachityczne bardzo zmienione, szczególnie kości goleni; w kościach biodrowych zmiany krzywice są mniej wyrażone. W dzieciństwie P. nie przechodziła jakoby żadnych chorób, oprócz krzywicy; na żebrach zmiany krzywice nie widoczne.

Przy badaniu pochwowem prawie tuż za wejściem do pochwy palec napotyka silnie wystający wzgórek krzyżowy; długość sprężnej ukośnej wynosi 6,8 ctm., prawdziwą szacuję na 5 ctm. [normalny wymiar 11 ctm.], mieliśmy zatem wskazanie bezwzględne dla cięcia cesarskiego.

Wymiary miednicy zewnętrzne były następujące: *dist. spinarum* 24,5 ctm.; *cristarum* 20,0 ctm., *dist. trochanterum* 25,5; *conj. externa* 15,5; *dist. spinae ilei ant. super. dextrae ad symphysin* 15 ctm.; *dist. spinae ilei ant. superiori sinistrae ad symphysin* 15 ctm.

W maju 1956 r. P. zgłosiła się do mnie z wiadomością, że jest znów w ciąży, według jej rachunku w VI miesiącu; zaleciłem jej pewne ostrożności i zgłoszenie się do szpitala w połowie 9 go miesiąca ciąży.

Zgłosiła się ona dnia 9-go października 1906 r. do szpitala, gdy wystąpiły już bóle porodowe; pod nieobecność moją [bawiłem wówczas za granicą] przystąpił do operacji kol. PERLIS. *Narcosis: chloroformium + aether*. Cięcie powłok brzusznych obok poprzedniej blizny; na macicy nie znać śladów poprzedniego cięcia; cięcie macicy podłużne; wydobyto żywe dziecko płci żeńskiej; łożysko usunięto ręcznie i macicę zeszyto szwem dwupiętrowym.

Ze względu na dwoje dzieci żywych, uprzednio już wtajemniczyłem kolegów szpitalnych w konieczność sterylizacji chorej, to też kol. PERLIS po zacyciu macicy przystąpił za radą jednego z obecnych przy operacji kolegów do usunięcia jajników, zamiast zadowolenia się podwiązaniem i cięciem częściowem trąbek FALLOPIUSZA; zabieg ten przedłużył operację, która trwała przeszło godzinę.

Przebieg pooperacyjny przez pierwszych dni kilka był nader burzliwy: częste wymioty, czkawka, silna bolesność nadmiernie rozdętego brzucha, tętno drobne, b. częste, przeszło 130 uderzeń na minutę; ciepłota ciała nie podwyższona, brak wypróżnień. Po zastrzyknięciu fizostygminy podskórnie i założeniu rury do odbytnicy odeszło trochę wiatrów, a w parę godzin później nastąpiło wypróżnienie, po którym samopoczucie chorej zaczęło się poprawiać; w kilka dni później wystąpiło zapalenie dolnego płata prawego płuca, które chora szczę-

<sup>1)</sup> Przeciętny wzrost kobiety 156 ctm.

śliwie przebyła. 10-go dnia zdjęto szwy z powłok brzusznych, rana brzuszna dobrze zagojona, tylko w okolicy *lineae albae* wyczuwać się dawało jakieś szerokie, trochę bolesne nacieczenie. Ciepłota ciała wciąż trzymała się 38°C., chora narzekała na osłabienie i bole brzucha. 20. X. nacieczenie wyżej wspomniane zaczęło mięknąć, 20. X. wyraźne chęłbotanie; nacięto: wyszło sporo ropy. Wydzielina ropna z rany znaczna przez czas długi. 3 go listopada chora została wypisana ze szpitala z niezagojoną raną brzuszną; chora zgłaszała się następnie do ambulatoryum szpitalnego w celu opatrywania rany, z której wciąż bardzo obficie wydzielala się ropa.

Rozszerzenie otworu, leczenie metodą BIER'a nie dawały pożądanego wyniku: wydzielina ropna wciąż była bardzo obfita, bole brzucha niezmiernie silne, niekiedy tak dokuczliwe, że trzeba było uciekać się do morfiny. Pewnego dnia zauważył kol. PERLIS w ranie jakieś ciało miękkie; pociągając je, wydobyl ku największemu swemu zdziwieniu dużą serwetę pozostawioną w jamie brzusznej podczas operacji. Po usunięciu ciała obcego rana zagoiła się w dni kilka. Należy tutaj zauważyć, że serwety i narzędzia bywają u nas liczone przed operacją i po niej; omyłce przeto służącego należy przypisać to, że podczas operacji nie zauważono braku dużej serwety, która pomimo swych znacznych rozmiarów przepadła niejako śród kiszek.

Przyp. III. Cięcie cesarskie z powodu wskazania bezwzględne.

Hana Mariem L., 25 lat licząca, od 3-ch lat zamężna; przed dwoma laty pierwszy poród zakończony został wymóżdzeniem; przed 15-u miesiącami odbył się drugi poród czasowy, przyczem położenie płodu było pośladkowe i w tym przypadku konieczne było wymóżdzenie główki następczej, które zostało przeze mnie dokonane; ze względu na wybitne zwężenie miednicy, stwierdzone u rodzącej (*conj. diagon.* wynosiła 7,5 ctm., sprężną prawdziwą zaś szacowałem na 6,0 ctm.), zaleciłem cięcie cesarskie na wypadek ponownej ciąży. Dnia 25-go marca r. 1906 zgłosiła się chora do szpitala z wyraźnymi bólami porodowymi; data ostatniego peryodu 12-go czerwca, chora była zatem u kresu ciąży.

Przy badaniu zewnętrznem stwierdzono u rodzącej położenie ukośne płodu, tony płodu dobrze słyszalne; pęcherz zachowany. Po odpowiedniem przygotowaniu rodzącej i uspieniu chloroformowem przystąpiłem do operacji; po przecięciu powłok brzusznych *in linea alba* ukazuje się macica, którą otworzyłem *in situ*; po otwarciu pęcherza w otworze ukazała się rączka, za którą z łatwością udało się wydobyć dobrze rozwinięty płód płci męskiej; serce płodu tętni, dziecko jednak krzyczy dopiero po kilku chwilach bez wszelkiej podniety zewnętrznej; łożysko oddziela się powoli, czekam na stopniowe oddzielanie się łożyska, poczem ręcznie usuwam je wraz z błonami. Macica nie kureczy się dobrze, z tego powodu asystent uciska na szyjkę, obejmując ją w okolicy otworu wewnętrznego macicy, dzięki czemu krwawienie ustaje. Ranę maciczną zaszyto szeregiem głębokich i powierzchownych szwów jedwabnych. Powłoki brzuszne zeszyto w dwa piętra. Operacja trwała minut 35. Dziecko, jak już wyżej wspo-

mniano, dobrze rozwinięte, ważyło 3615 grm; długość płodu 57 ctm., obwód główki 35 ctm., *diametr biparietalis* 11 ctm., *occip. front.* 12,5, wymiary zatem wszystkie większe, niż przeciętnie. Wymiary miednicy następujące: *dist. spin.* 28,5; *dist. crist.* 27,5; *dist. trochanterum* 30,0, *conj. ext.* 20 ctm., *conj. diagon.* 7,5; *conj. vera* 6,0, wskazanie zatem do cięcia cesarskiego było bezwzględne.

Przebieg pooperacyjny był doskonały: ciepłota nigdy nie przekroczyła 37,5°; chora czuła się przez cały czas bardzo dobrze, tylko przez pierwszych dni kilka dolegały chorej silne bóle poporodowe; moc oddawała chora zaraz drugiego dnia dobrowolnie; wypróżnienie obfite nastąpiło 3-go dnia bez wszelkich środków przeczyszczających, tętno nie przekroczyło 78-u uderzeń na minutę. Dziecko zostało przyłożone do piersi trzeciego dnia; początkowo było w nich mało pokarmu, stopniowo ilość mleka się powiększała. Dziesiątego dnia zdjęto szwy brzuszne, rana zagojona przez rychłozrost. W 16 dni po operacji chora wraz ze zdrowym dzieckiem wypisała się ze szpitala w stanie zdrowia pomyślnym; przy badaniu pochwowem stwierdziłem u chorej macicę zupełnie wolną, ale cokolwiek powiększoną.

P r z y p. IV. *Sectio caesarea. Pelvis rachitica. Stovainisatio.*

Dnia 11-go czerwca 1906 r. została skierowana do szpitala małż. POZNAŃSKICH rodząca Kazimiera D., 32 lat licząca, u której lekarze stwierdzili wybitne zwężenie miednicy. Rodząca, niezameżna, służąca, zaczęła jakoby chodzić dopiero w 7-m roku życia; miesiączkować zaczęła późno; stosunków płciowych podobno nie miała do czasu ostatniego, zaszła od znajomego kucharza *post. primum coitum*; doby ostatniej miesiączki nie pamięta; nie wie, w którym miesiącu ciąży się znajduje. Bole porodowe wystąpiły przed trzema dniami, w czwartek; wezwana akuszerka badała rodzącą wielokrotnie przez pochwę; bole trwały przez piątek, sobotę i niedzielę. Wody odeszły w niedzielę o 3-iej po obiedzie; ponieważ poród nie postępował, poleciła akuszerka w poniedziałek wezwać lekarza, który stwierdził u rodzącej bardzo wybitne zwężenie miednicy i skierował ją do szpitala. Rodząca niskiego wzrostu, [wysokość 132 ctm.]; wybitne zmiany krzywicze w układzie kostnym, szczególnie w kończynach dolnych. Ciepłota ciała w chwili przybycia do szpitala 37,3°; tętno 84. Przy badaniu przez pochwę okazuje się, że *conjug. diagon.* wynosi ledwo 7 ctm.; sprzężna zatem prawdziwa wynosi mniej niż 6 ctm.; szyjka maciczna ponad wzgórkiem łonowym, otwarcie macicy zaledwie na dwa palce; przoduje główka; tętno płodu dobrze słyszalne. Ze względu na wielokrotne badanie pochwowem w domu, odejście wód przed 24-ma godzinami, zlekką podniesioną ciepłotę ciała rodzącej z pewną obawą zdecydowaliśmy się na operację cięcia cesarskiego. Ponieważ miałem *panaritium* palca ręki prawej, zaprosiłem kol. M. СОНН'a o łaskawe zastąpienie mnie i dokonanie operacji.

Operacja została dokonana zapomocą znieczulenia stowainą; 2,0 stowainy zostały zastrzyknięte do rdzenia; znieczulenie wystąpiło po 5-u minutach. Rodząca przez cały czas operacji absolutnie nie czuła żadnego bólu; najswobodniej rozmawiała z otoczeniem; w danym przeto przypadku rezultatem zastrzyknięcia do rdzenia stowainy byliśmy bardzo zadowoleni, czego

powiedzieć nie możemy o wynikach, otrzymanych w innych operacjach ginekologicznych, w których musieliśmy po zastrzyknięciu stowainy uciekać się podczas operacji do chloroformu lub eteru z powodu braku znieczulenia. Operacja sama przebiegała typowo; macica została wydobyta na zewnątrz; cięcie macicy podłużne, w ranie ukazała się rączka, dziecko wydobyto za nóżkę; płód płci męskiej urodził się w lekkim omdleniu, szybko jednak został docucony; łożysko wydobyto wślad za płodem; krwawienie z macicy bardzo umiarkowane. Szew macicy i powłok brzusznych typowy.

Okres pooperacyjny należy uważać za bardzo pomyślny: ciepłota ciała dwa razy tylko dochodziła do 38°, pozatem trzymała się cyfr niższych; wypróżnienie nastąpiło trzeciego dnia po ol. rącznikowym; samopoczucie chorej było naogół bardzo dobre, tylko przez pierwszych dni kilka męczył położnicę kaszel; karmienie dziecka odbywało się normalnie, poczynając od trzeciego dnia; dziesiątego dnia został zdjęty opatrunek brzuszny i szwy brzuszne, przyczem rana brzucha okazała się bardzo dobrze zagojoną. 19-go dnia po operacji położnica została wypisana ze szpitala wraz ze zdrowym dzieckiem w stanie zdrowia pomyślnym. Wymiary miednicy były następujące: *dist. spin.* 26,5; *dist. crist.* 24,0; *dist. troch.* 30 ctm.; *dist. spin. ilei ant. dextrae ad symphysin* 16,0. *Conj. ext.* 15 ctm., *conj. diagon.* 7 ctm., *conj. vera* 5 ctm.

Mieliśmy zatem do czynienia z rachitycznie zwężoną miednicą.

**P r z y p a d e k V.** Chaja L., 29 lat licząca, bratowa pacjentki, opisanej w przypadku trzecim, zgłosiła się do szpitala dnia 26-go listopada 1906 r. z silnymi bólami porodowymi. Chora rodzi po raz trzeci; pierwszy poród odbyła przed dwoma laty, zakończył się wymóżdzeniem; drugi poród odbyła w zeszłym roku w połowie dziewiątego miesiąca ciąży i położenie płodu było wówczas nóżkowe; przy uwalnianiu główki napotkano znów tak znaczne trudności, że konieczne było wymóżdzenie główki następczej; ze względu na duże zwężenie miednicy, zaleciłem wówczas cięcie cesarskie na wypadek ponownej ciąży. Ostatnią miesiączkę miała rodząca dnia 15-go stycznia 1906 r., termin przeto oczekiwanego porodu przypadał 22-go października; tymczasem bole porodowe wystąpiły dopiero 25-go listopada 1906 roku po obiedzie, o miesiąc przeto później. Podczas tego ponadterminowego miesiąca L. wielokrotnie zgłaszała się do szpitala z powodu ciągłego uczucia wypadania dziecka; przy badaniu stwierdzano zawsze ukośne położenie płodu, próby odprowadzenia główki do miednicy były bezskuteczne z powodu dużych rozmiarów główki.

Dnia 26-go listopada o godzinie 1-ej w nocy zjawiała się rodząca z bardzo wyraźnymi i częstymi bólami porodowymi. O godzinie 9-ej min 25 z rana przystąpiłem do operacji cięcia cesarskiego *sub. narcosi chloroformium + aether.* Po otworzeniu jamy brzusznej, rozcinałam macicę *in situ* cięciem podłużnym, cięcie napotyka łożysko (*placenta praevia caesarea*), w skutek czego zaczyna obficie wypływać krew ciemna; szybko oddzielałam część przodującą łożyska, dochodzę z boku do pęcherza, który otwieram; napotykam rączkę, za którą

udaje mi się wydobyć dziecko płci męskiej, silnie rozwinięte, krzyczące zaraz głosem donośnym.

Łożysko oddziela się samo; usuwam je wraz z błonami. Macica nieźle się kurczy; nakładam szereg szwów głębokich, a następnie powierzchownych na macicę. Otrzewna i powięź zaszyto szwem jednopiętrowym, na skórę zaś nałożyłem szereg klamerek MICHEL'a. Zabieg operacyjny trwał minut 30.

Dziecko nadmiernie rozwinięte, ważyło 4065 gramów; *diametr biparietalis* główki 10,5; *occip. frontalis* 13,0 ctm. Krwawienie z macicy umiarkowane. Okres poperacyjny zgoła bezgorączkowy; w przeciągu pierwszych dwu dni niepokoiły chorą silne bóle poporodowe, tak, iż konieczne było dwukrotne zastrzyknięcie morfiny po 0,01. Mocz oddawała położnica zaraz dobrowolnie, trzeciego dnia po ławatywie z gliceryną nastąpiło wypróżnienie; karmienie dziecka odbywało się w sposób normalny, poczynając od trzeciego dnia. 10-go dnia usunięto płytki MICHEL'a, rana brzuszna b. ładnie zagojona. W 15 dni po operacji położnica wypisała się w stanie zdrowia pomyślnym wraz ze zdrowym dzieckiem. Wymiary miednicy były następujące: *dist. spin.* 26,3; *dist. crist.* 24,5; *dist. troch.* 30,0; *conj. ext.* 18,0; *conj. diagon.* 7,8; *conj. veram* szacowałem na 6,2.

Przyp. VI. Dnia 26-go maja r. b. skierowana została do mego oddziału Kazimiera O., 35 lat licząca, u której przed 4-ma laty kol. M. KOHN dokonał cięcia cesarskiego z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka. O. rodziła uprzednio 6 razy, przyczem 5 razy dokonane zostało wymóżdzenie, za 6-ym razem chora urodziła siłami natury nieduże, żywe, przedwcześnie urodzone dziecko. Położnicę uprzedzono, że na wypadek ponownej ciąży winna u kresu ciąży zgłosić się do szpitala, aby tam poród odbyć. Data ostatniego miesiączkowania 20-go sierpnia 1906 r., data oczekiwanego porodu 27-go maja; wody odeszły 22-go maja bez bólów, które wystąpiły dopiero po 2-u dniach o godzinie 11 wieczorem; rodząca nie uważała za właściwe do szpitala się udać, dopiero wezwany lekarz skierował ją do szpitala, dokąd przybyła z bardzo silnymi bólami porodowymi.

Przy badaniu zewnętrznem stwierdzono położenie płodu podłużne, główka nad wejściem do miednicy; tętno płodu słyszalne; przy badaniu wewnętrznem stwierdzono otwarcie zupełne, główka w wejściu do miednicy, przedgłowie w pewnym stopniu istnieje.

Ze względu na amnezę, nader silne bole porodowe, grożące pęknięciem macicy i wyraźne tętno płodu, postanowiłem dokonać ponownego cięcia cesarskiego, a jednocześnie sterylizować chorą. Ciepłota ciała 37,7°, tętno 90 uderzeń na minutę. Do operacji przystąpiłem przy pomocy lekarza miejscowego kol. KEMPIŃSKIEGO, felczarki i akuszerki szpitalnej. Odurzenie chloroformowe.

Cięcie skóry z prawej strony blizny poprzedniej; *fascia*, oraz otrzewna okazały się po poprzedniej operacji niezrosnięte; na macicy dużo zrostów z otrzewną; na samej macicy nie znać blizny od poprzedniego cięcia; przy rozcinaniu jednak macicy cięciem podłużnem cokolwiek z boku od linii środkowej napotykam tkankę bliznowatą; po otwarciu macicy, w ranie ukazuje się rączka, za którą

wydobynam płód omdlały; serce płodu tętni; po kilku minutach dziecię zostaje przywrócone do życia; łożysko zostaje ręcznie usunięte, poczem powstaje dość silne krwawienie, przeto włożono tampon z gazy do jamy macicy i wykonano lekki masaż. Szereg szwów jedwabnych głębokich i powierzchownych nałożono na macicę. Po zaszyciu macicy przystępuję do wycięcia z każdej strony około 5 ctm. jajowodu, kikuty obszywam otrzewną więzadeł szerokich. Otrzewna zostaje zaszyta oddzielnie, powięź zaś odświeżona — również oddzielnie i narreszcie skórę zeszywam oddzielnie. Cały zabieg operacyjny trwa godzinę. Dziecko dobrze rozwinięte, płci męskiej, ważyło 3510 gramów; obwód główki wynosi 36 ctm., długość płodu 53 ctm. Dziecko zmarło po 48-u godzinach wskutek bliżej niezbadanej przyczyny.

Położnica czuła się pierwszego i drugiego dnia dobrze; trzeciego dnia wystąpiły bardzo silne wymioty i silne bóle brzucha wskutek przeładowania żołądka pomarańczami, dostarczonemi przez otoczenie; po przepłukaniu żołądka wymioty ustąpiły; wypróżnienie nastąpiło 4-go dnia dobrowolnie.

Przez szereg dni położnica czuła się bardzo dobrze, ósmego dnia znów wystąpiły wymioty z powodów niewiadomych, które jednak szybko ustąpiły. Chora bardzo mało inteligentna, zachowuje się bardzo niespokojnie, rzuca się w łóżku od pierwszego dnia. Zmiana opatrunku 10-go dnia, rana skórna w dolnej części niedobrze zagojona. Ciepłota przez cały czas pooperacyjny bardzo pomyślna, najwyższa dochodzi 37,9°. W trzecim tygodniu chora nagle dostaje wysokiej gorączki, sięgającej 39°, ciepłota wysoka trwa przez cztery dni, poczem nagle spada: żadnych zaburzeń w narządach płciowych wykryć się nie udaje. W cztery tygodnie po operacji chora zostaje wypisana ze szpitala w stanie zdrowia pomyślnym, z niezupełnie zagojoną raną skórną. Wymiary miednicy następujące: *conjug. diagonalis* 8,75; *dist. spin.* 26; *dist. crist.* 28 ctm., *dist. troch.* 32 ctm., *conjug. ext.* 20 ctm.; mieliśmy zatem do czynienia z miednicą płaską.

Dobre wyniki, otrzymane przez nas w szeregu sześciu kolejnych operacji, są dla nas zachętą do dalszych operacji, dzięki czemu uda nam się niewątpliwie uratować niejedno życie dziecka. Mająca dużą przeszłość operacja rozcięcia kości łonowej (*pubotomia*), tylko w części zdoła zastąpić operację cięcia cesarskiego ze względu na ograniczony teren jej stosowania: przy zwężeniu miednicy umiarkowanem; wobec sprężonej prawdziwej poniżej 7,5 ctm. może być mowa tylko o operacji cięcia cesarskiego.

---

## II. Dwa nowe przypadki pubiotomii.

Opisał

Gracyan Pisarzewski (Częstochowa).

Zainteresowanie i gorące dysputy w niemieckiej literaturze z powodu już nie samej pubiotomii, gdyż ta wywalczyła sobie prawo obywatelstwa i stała się własnością nie tylko klinik, lecz i praktyków lekarzy, lecz z powodu różnic w jej technice, skłania mię do opisanie dwóch następnych przypadków pobiotomii, jakie miałem możność wykonać w tym roku [pierwszy przypadek wykonałem w lipcu 1906 r.] w zarządzanym przeze mnie przytułku. Technikę pubiotomii opisałem w Nr. 5-ym Gazety Lekarskiej i tej się trzymam. Jednak wprowadziłem w drugim i trzecim przypadku pewną zmianę, którą uważam za bardzo dogodną, gdyż pozwala nam łatwo wykonać i samą operację i uniknąć, sędzę, jednego z ciężkich powikłań, jakim być musi uszkodzenie pęcherza. Różnica mego postępowania polega na tem, że górne cięcie skóry robię nie na brzegu kości łonowej, lecz o jeden centymetr poniżej. Przy wprowadzeniu igły DOEDERLEIN'a podług przepisu podanego przez niego, t. j. na górnym brzegu, trzeba użyć pewnej siły, trzeba silnie nacisnąć igłę i ta wpada od razu szybko pomiędzy pęcherz a kość łonową, tak, że kontrolujący przez pochwę palec czuje nie ruch postępowy, lecz skok igły. Przy najmniejszym zatem zboczeniu igły w kości lub istnieniu nawet luźnych zrostów pęcherza, możemy łatwo wywołać uszkodzenie pęcherza. Postępując w sposób podany przeze mnie, wchodzimy igłą pod skórę w miejscu, gdzie mamy pod skórą jeszcze kość łonową i igła nawet przy nieostrożnem, więcej forsownem wepchnięciu uderza o kość. Następnie podnosząc koniec igły do góry, swobodnie obchodzimy górny brzeg kości łonowej i pod kontrolą palca wprowadzonego do pochwy, przeprowadzamy ją po tylnym brzegu kości łonowej. Lekkie naciśnięcie wystarcza dla przeprowadzenia igły, przyczem igła przechodzi wolno bez wszelkich skoków i w każdej chwili jesteśmy w stanie śledzić, czy igła idzie swobodnie, czy nie napotykamy jakichkolwiek przeszkód. Przeprowadziwszy igłę, wykluwamy ją w skórze wargi większej, na miejscu wypuklenia robimy małe nacięcie, wyciągamy uszko igły na zewnątrz i nawlekamy pilkę. Jeżeli pomagający [dwiu] będą uważnie podtrzymywali skórę tak, by otwory w niej przy piłowaniu nie ulegały rozdarciu, to rany skórne nie zostają absolutnie uszkodzone, pozostaną małą 4 — 5 milimetrów raną ciętą, którą jednym szwem zamykamy. W obydwu tych przypadkach ranki nie rozszerzyły się zupełnie przy piłowaniu, obydwie zaszyłem i u góry i u dołu i obydwie po upływie dwu dni były zarośnięte. Krwotok w obydwu tych przypadkach był nieznaczny i ustał po



krótkotrwałym uciskaniu tamponem. Gdybym miał do czynienia z większym krwotokiem, nie dającym się opanować przez uciskanie, rozciąłbym śmiało dolną ranę, doszedłbym do miejsca krwawienia i wtenczas stosownie do potrzeby podwiązałbym lub obkłuł krwawiące naczynia. W każdym razie przy znaczniejszem krwawieniu pozostawiłbym dolną ranę niezaszytą, lub wprowadził na 1 — 2 doby kawałek gazy, by usunąć krew, gromadzącą się pomiędzy rozciętymi odłamkami kości. Jeżeli zaś nie zachodzi tego potrzeba, mamy dwa minimalne otwory, które zamykają się w ciągu 48-u godzin i nie pozostawiają nawet widocznych śladów naszej działalności.

W ostatnich czasach na łamach fachowych gazet niemieckich toczy się spór o wybór narzędzi i wyższość jednego nad drugim. Sądzę, że każde ostre narzędzie mniej ma szans być dobrem, więcej naraża na niebezpieczeństwo zranienia, a zarazem jest absolutnie niepotrzebnem. Cięcie skóry dla przeprowadzenia tępej igły DOEDERLEIN'a robię tak małe, że grubszy koniec igły w całości je wypełnia, czyli że i przy wkluwaniu ostrej igły otwór nie mógłby być mniejszym. Wprowadzenie przyrządu SELIGMAN'a z rodzajem kaniuli lub sondy rowkowanej uważam także za niepraktyczne i nie mające racji bytu. Uszkodzenie pęcherza może powstać albo w chwili wprowadzenia igły, albo podczas rozchodzenia się kości, nigdy jednak podczas pilowania, naturalnie jeżeli operującemu nie drżą ręce i piłka nie lata po całym obszarze kości. Lekki ucisk i pierwsze pociągnięcie piłki powinno wbić piłkę w kość i usunąć możność uszkodzenia pęcherza. Co do sposobu przeprowadzenia igły, t. j. czy od góry, czy od dołu, to, jak wykazują badania autorów, jest to absolutnie tylko kwestya wprawy operującego i nie ma faktycznego znaczenia. Twierdzenie, że przy przepiłowaniu odnogi łechtaczki mamy do czynienia z większym krwotokiem, gdyż rana w łechtaczce jest równiejsza i naczynia nie kurczą się tak dobrze, jak wtedy, gdy są tylko rozerwane — jest tylko nieścisle zdaniem sobie sprawy. Tkanka gąbczasta, silnie unaczyniona, jaką jest łechtaczka, zapewne będzie krwawić tak samo silnie przy przepiłowaniu, jak i przy rozszerzaniu i obfitość krwi będzie zależną nie od sposobu przeprowadzenia igły, lecz od stopnia rozwoju łechtaczki. Ważnym natomiast czynnikiem co do rozszerzenia się przepiłowanych kości jest oddalenie miejsca przepiłowania od spojenia łonowego. W pierwszym przypadku przepiłowałem kość blisko spojenia łonowego, rozszerzenie się końców kości było na 4-y palec; w drugim i trzecim przypadku przepiłowałem kość nieco dalej [2—3 ctm. od spojenia] i rozszerzenie się odłamków kości, szczególnie w ostatnim przypadku, było znacznie mniejsze, wszystkiego na dwa palce. Po przepiłowaniu w ostatnim przypadku nie było tego tak wyraźnego rozstępu, jaki obserwowałem w obydwu pierwszych przypadkach. Kości zaraz po przepiłowaniu rozeszły się trochę więcej niż na palec i dopiero przy wtłoczeniu główki i wydobywaniu jej kleszczami, rozstęp pomiędzy odłamkami wynosił przeszło dwa palce. Jest to ważną wskazówką co do postępowania naszego w każdym poszczególnym przypadku. Jeżeli mamy do czynienia z znaczniejszem zwięzieniem miednicy lub przypuszczalnie dużą główką, powinniśmy starać

się wykonać pubiotomię jak najbliżej miejsca spojenia łonowego, tam zaś, gdzie niestosunek pomiędzy rozmiarami miednicy a główki jest nieznacznym, możemy zrobić cięcie więcej z boku. W trzecim przypadku byłem zmuszony zrobić przepiłowanie więcej na zewnątrz wskutek ogromnie silnie rozwiniętych żyłaków i w danym przypadku, pomimo że główka leżała większym swym odcinkiem na prawej stronie, musiałem przepiłować lewą kość łonową. Pomimo jednak tak silnie rozwiniętych żyłaków, krwotok był nieznaczny i łatwo ustąpił pod uciskiem tamponu. W ostatnim przypadku miałem do czynienia z brzuchem obwisłym, a zatem prawdopodobnie i zdyzlokacją pęcherza, czynnikiem wielce nie miłym i usposabiającym do zranienia pęcherza. Dlatego też przy wprowadzeniu igły i przepiłowaniu kości jeden z pomagających kolegów wznosił silnie macicę i powłoki brzuszne ku górze i dał możliwość uniknięcia zranienia pęcherza.

Co do zachowania się zdolności oddawania moczu po pubiotomii, to w pierwszych dwu przypadkach trzeba było mocz wypuszczać cewnikiem przez pierwsze cztery, ewentualnie dwa dni, przyczem cewnik wyraźnie zbaczał ku stronie przeciętej.

W ostatnim przypadku położnica od razu mogła sama mocz oddawać, tak, że najwidoczniej ani przy przepiłowaniu, ani rozejściu się odłamków kości cewka ani pęcherz nie uległy żadnemu, nawet nieznacznemu obrażeniu.

Jeżeli co do samej techniki wykonania pubiotomii i poglądu wygłoszonego przy opisie pierwszego przypadku, że operacja ta jest łatwą i dostępną dla każdego mającego wprawę akuszera, nie mogę nie dodać ani zmienić, to co do wyniku pooperacyjnego dla chorej, niestety, poglądy moje przedstawiają się mniej różowo. Druga operowana, przedstawiona w Częstochoskim i Warszawskim Tow. Lekarskim, pomimo dobrego przebiegu pooperacyjnego, jeszcze przy wyjściu z przytulku po 3-ch tygodniach miała silny ból w prawym stawie biodrowym i z trudnością mogła chodzić. Przy badaniu chorej, które miałem możliwość wykonać kilkakrotnie później i ostatnio przy wspólnem badaniu przez lekarzy ginekologów w Warszawie, 31-go maja, okazało się, że kości nie zrosły się jeszcze zupełnie, pozostała pewna ruchomość na miejscu przepiłowania, bolesność przy dotyku i chód nie jest jeszcze swobodnym. Skarży się operowana na zmęczenie nogi [prawej, po stronie operowanej] przy chodzeniu i ból, który odczuwa przy czynnych, a nawet i biernych ruchach prawej kończyny dolnej. Obiektywne badanie, oprócz niezupełnego zrośnięcia się kości, nie wykazuje jakiegokolwiek dającej się określić zmiany w stawie biodrowym lub spojeniu krzyżowo-biodrowem. Stały jednak ból i zmęczenie nogi przy chodzeniu wskazują, że musiały tu być znaczniejsze uszkodzenia jednego z tych stawów i że operacja pubiotomii pozostawiła po sobie głębokie zmiany, które do tego jeszcze czasu nie mogły się wyrównać.

Trzeci przypadek o ile miał idealny przebieg pierwszych trzech dni, gdyż chora nie tylko sama oddawała mocz, lecz wbrew wyraźnemu rozkazowi mojemu i pomimo doglądu dyżurnych, wcześniej podnosiła się z łóżka, za-

kończył się śmiercią po dwóch blisko miesiącach. Rozwinęło się zapalenie żył z początku na stronie nie operowanej, rozwinęło się ogólne zakażenie, które pomimo naszych starań, zakończyło się śmiercią.

O ile w danym przypadku winną niepomyślnego zejścia była sama pubiotomia, powiedzieć trudno. W tym samym bowiem czasie miałem w przytułku chorą z ciężką ropnicą po normalnym porodzie i chociaż warunki izolacji gorączkującej chorej były, o ile można, też zachowane, prawdopodobnie jednak odegrała tu dużą rolę możliwość przeniesienia zakażenia przez dyżurne uczennice. Chora ta, jak wspominałem, miała b. silnie rozwinięte żyłaki nie tylko na nogach, lecz i na wargach większych i w okolicy spojenia łonowego, co samo przez się usposabia do zapalenia żył. Z drugiej strony miała rany od oparzenia na łydkach i objawy zapalne poczęły się na stronie nieoperowanej i dopiero po kilku dniach przeszły na nogę lewą [operowana po lewej stronie]. Rozwinęło się septyczne zapalenie żył, stawu biodrowego i kolanowego lewego i przy wstrząsających dreszczach i ciągłej gorącej chora umarła.

Przytoczone tu dane nie pozwalają mi twierdzić, że pubiotomia była tu przyczyną śmierci, tem bardziej, że obydwie rany po skórnem cięciu zablizniły się po dwu dniach; bądź co bądź jednak zapalenie stawu biodrowego po stronie operowanej każe przypuszczać możliwość zależności zejścia od operacji.

Przypadki operowane przeze mnie w bieżącym roku są następujące:

I. Katarzyna Z., 37 lat, wstąpiła do przytułku 25-go stycznia. Anamnestyczne dane przedstawiają się tak:

1-szy poród—obrót profilaktyczny, wymóżdzenie główki następczej.

2-gi poród—obrót prfilaktyczny, płód martwy.

3-ci poród sztucznie wywołany, poród przedwczesny w ósmym [początku] miesiącu ciąży, płód martwy.

4-ty poród—obrót profilaktyczny; płód żywy, zmarł po kilku miesiącach [waga 2100].

5-ty poród—obrót profilaktyczny, płód martwy.

Wymiary D. S. 20. D. C. 24. C. E. 17. C. D. 9. Położenie II czaszkowe, główka pomimo trwania porodu 12 u godzin, balotuje. Pubiotomia prawostronna, z góry na dół, rozejście się kości na dwa palce, kleszcze dosyć łatwe, uszkodzenia części miękkich niema, krwawienie nieznaczne ustaje przy uciskaniu tamponem. Obydwie rany zeszyto. Opatrunek z przylepca, worki z piaskiu z boków miednicy. Przebieg podgorączkowy (*maximum* 38.1°). Pierwsze próby chodzenia 21-go dnia, kości nie zrosnięte po 4-ch miesiącach, chód utrudniony; bolesność na miejscu przecięcia i w stawie biodrowym. [Przedstawiona 31-go maja w Tow. Lek. Warsz.]. Dziecko żywe — dziewczynka, waga 3000 grm.

II. Eleonora M., 37 lat, wstąpiła do przytułku 4-go marca 1907 r.

Wywiady: Pierwszy poród siłami natury, płód martwy, poród ciężki i długotrwały.

Drugi poród kleszczowy, ciężki, płód martwy.

Wymiary D. S. 21. D. C. 25. C. E. 17. C. D. 10, obwód brzucha 95. Położenie II czaszkowe.

Po 11-u godzinach główka nie zupełnie ustalona; próba nałożenia kleszczy: Pomimo kilkakrotnych dosyć silnych trakcyi, główka nie posuwa się. Po zdjęciu kleszczy pubiotomia lewostronna, z powodu ogromnych żyłaków możliwie daleko — na 3 ctm. od spojenia łonowego. Rozejście się przepiłowanych kości na 1 palec. Kleszcze dosyć łatwe, przyczem powstał rozstęp pomiędzy kośćcami przeszło na dwa palce. Płód żywy, waga 3350 [chłopiec]. Uszkodzenia miękkich części niema, krwawienie nieznaczne: obydwie rany zeszyto.

Po trzech dniach cuchnące odchody, zapalenie żył prawej nogi i uda, potem lewej dolnej kończyny, objawy *pyaemiae*. Chora leżała w zakładzie przeszło miesiąc, potem przeniesiono ją do szpitala, gdzie zmarła.

Z trzech zatem przypadków operowanych przeze mnie miałem w jednym wynik doskonały, w drugim średni, w trzecim zły co do matek. Co do dzieci, to wszystkie zostały żywe i dobrze i normalnie rozwijają się. Statystyka to zbyt mała, by z niej można było wyprowadzić jakiegokolwiek wnioski, w każdym jednak razie, ponieważ pubiotomię możemy wykonać w tych przypadkach, gdy przeszła już możność robienia cięcia cesarskiego, to należy bądź co bądź operację tę włączyć do rękoczynów, które znać i wykonać powinien umieć każdy akuszer. Daleki jestem od myśli, by pubiotomię traktować jako operację zupełnie bezpieczną i zalecać jej wykonanie wszędzie tam, gdzie zachodzi minimalna przeszkoda, lub, jak chcą nawet niektórzy, jako operację przygotowawczą. Przeciwnie, uważam pubiotomię za operację dla położnicy ciężką, wątpliwą co do wyniku, lecz zarazem za konkurencyjną dla cięcia cesarskiego. Tam, gdzie wyczerpaliśmy wszystkie możliwe środki i gdzie ukończenie porodu nie może odbyć się ani siłami natury, ani też przy pomocy innej operacji akuszeryjnej, tam, w celu otrzymania żywego płodu, powinniśmy wykonać pubiotomię. Mam nadzieję, że przy więcej udoskonalonej technice i ścisłych wskazaniach pubiotomia zajmie poczesne miejsce w rzędzie zabiegów akuszeryjnych.

III. Z KLINIKI UROLOGICZNEJ PROF. GUYON'a W PARYŻU.

O raku gruczołu krokowego na podstawie badań  
anatomy - patologicznych i klinicznych.

Napisali

Bolesław Motz

Feliks Majewski

(Paryż).

(Warszawa).

[Dokończenie. — Patrz Nr. 35].

Krwawienie to może być mniej lub więcej obfitem, może się nawet stać niebezpiecznym dla życia.

Bardzo małe znaczenie posiada stwierdzenie faktu, czy i o ile krwawienie zależne jest od obecności owrzodzeń. Wystarczy w tym celu przypomnieć, że występuje ono czasami bardzo wcześnie, ażeby dowieść, że może być zupełnie niezależne od owrzodzeń, które występują zwykle w późniejszych okresach choroby; dowodzić, jak tego chcą niektórzy autorowie, że krwawienie jest wynikiem zajęcia ściany pęcherza sprawą nowotworową, jest poglądem, nie odpowiadającym istotnemu stanowi rzerzy [l. c. p. 1878].

Z punktu widzenia klinicznego jest rzeczą niemożliwą dokładne oznaczenie okresu choroby, w którym pojawia się krwimocz. Przy krwimoczcu nawet w początkowym okresie choroby zmieniony nowotworowo gruczoł krokowy bywa już znacznie powiększony [l. c.].

Nie wchodząc w sprawę krwimoczcu, zależnego od przerostu gruczołu krokowego lub związanego ze sprawą zapalną w pęcherzu, należy zwrócić uwagę na krwimocz pojawiający się samodzielnie, jako objaw początkowy lub późniejszy w przebiegu raka sterczu, jako takiego. Należałoby rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z przekrwieniem, w przebiegu którego pęka którekolwiek z włosowatych naczyń śluzówki pęcherzowej lub tylnej cewki, czy też z krwawieniem z owrzodzenia pochodzenia nowotworowego.

W ciągu długiego czasu w urologii posługiwano się słowem przekrwienie, ażeby wyjaśnić pochodzenie krwimoczcu, spostrzeganego u niektórych prostatyków. Poszukiwania dokonane w tej sprawie MOTZ'a i SUAREZ'a <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> MOTZ et SUAREZ. Des hémorrhagies spontanées de la prostate. Annales des. org. ur. 1904.

wykazały, że krwimocz pojawiający się w skutek samowolnego krwawienia z gruczołu krokowego, występuje tylko w przypadkach zniszczenia ściany pęcherza lub cewki tylnej dzięki toczącej się w nich sprawie nowotworowej lub zmianom gruzliczym. Jesteśmy wobec tego zmuszeni przyjąć, że w przypadkach omawianych w pracy niniejszej przyczynę krwimoczu czyto początkowego, czy też występującego w późniejszych okresach choroby było zajęcie sprawą nowotworową, wychodzącą ze sterczu, pęcherza lub cewki tylnej.

Wniosek ten zresztą jest w zupełnej zgodzie z faktem, że szerzenie się raka gruczołu krokowego w kierunku pęcherza i cewki tylnej jest bardzo częste. Nie spotkaliśmy dotychczas ani jednego przypadku krwimoczu pojawiającego się samowolnie w przebiegu raka sterczu, w którymbyśmy nie mogli wykazać jednocześnie zmian nowotworowych cewki lub pęcherza.

Pomimo to, brak krwimoczu nie dowodzi jeszcze, że oba wzmiankowane narządy są wolne od zmian rakowych; spostrzegaliśmy cały szereg przypadków, w których nowotwór wychodzący z gruczołu krokowego zajmował jednocześnie ściany pęcherzowe; gdzie ani w wywiadach, ani w samej historii choroby nie było żadnej wzmianki o krwimoczu.

Nasze badania nad sprawą krwimoczu, występującego w przebiegu raka sterczu, doprowadziły nas do wniosku wypowiedzianego już przedtem przez MOTZ'a i SUAREZ'a, a mianowicie, że moczk krwawy zwykle wskazuje na szerzenie się sprawy nowotworowej na śluzówkę pęcherza albo cewki tylnej. Z punktu widzenia wykonalności w takich przypadkach zabiegu operacyjnego musimy uznać krwimocz za objaw stanowiący przeciwwskazanie dla operacji, przy której należało oprócz usunięcia gruczołu krokowego, wyciąć pęcherz moczowy, cewkę tylną i pęcherzyki nasienne.

**Czas trwania.** Dokładne oznaczenie długości trwania omawianego cierpienia jest rzeczą niemożliwą, ponieważ nie znamy jego istotnego początku, tylko pierwsze jego objawy. Podług zdania THOMPSON'a<sup>1)</sup> długość trwania choroby od czasu wystąpienia pierwszych objawów, aż do zejścia śmiertelnego waha się u osób dorosłych od 1½ roku do pięciu lat.

Dokładniej sprawę tę zbadał GUYON. Autor ten rozróżnia zabieg choroby szybki, podostry i przewlekły. W przypadkach o przebiegu szybkim objawy powstają i rozwijają się w ciągu kilkunastu dni; należy jednak przyznać, że w takich przypadkach nowotwór pozostawał przez pewien czas w stanie ukrytym. Pod tym względem rak sterczu przypomina pewne postaci raka narządów wewnętrznych. W przebiegu podoстрыm, dla zupełnego rozwoju choroby potrzeba od 10 — 12 miesięcy; w razie przebiegu przewlekłego, zejście śmiertelne następuje po upływie 2 — 3 lat; w niektórych jednak przypadkach przebieg bywa jeszcze wolniejszy [5 do 9-u lat].

W naszych 26-u przypadkach rozpoznanych klinicznie, stwierdziliśmy stosunki następujące:

<sup>1)</sup> THOMPSON l. c. p. 741.

Pierwsze objawy choroby występowały:

w 4 przypadkach	na 3 miesiące	przed śmiercią
" 2	"	" 4
" 4	"	" 6
" 1	"	" 7
" 1	"	" 8
" 1	"	" 10
" 7	"	" 1 rok i kilka miesięcy
" 1	"	" 2 lata
" 3	"	" 3
" 1	"	" 5
" 1	"	" 10 lat przed śmiercią.

Widzimy więc, że w 40% spostrzeganych przypadków od dnia pierwszych objawów do śmierci choroba nie trwała dłużej niż sześć miesięcy.

Wczesne rozpoznanie. Wyżej przytoczyliśmy wyniki badania wszystkich 60 naszych przypadków, z których w 13-u, a więc prawie w czwartej części pierwszymi objawami raka sterczu był krwimocz albo różnego rodzaju bóle neuralgiczne. Objawy te jednak nie dają możliwości wczesnego rozpoznania choroby, występują bowiem już w daleko późniejszym jej okresie, świadcząc o zajęciu cewki tylnej, pocherza lub też o posuwaniu się nowotworu wzdłuż gałązek nerwowych, znajdujących się w bliższym lub dalszym otoczeniu gruczołu krokowego. W innych przypadkach pierwszym objawem były zaburzenia w oddawaniu moczu, krwimocz zaś i bóle neuralgiczne pojawiały się dopiero po upływie pewnego czasu. Pomimo to przy pierwszym zaraz badaniu można było się przekonać, że sprawa nowotworowa zajęła już narządy sąsiednie. Stąd okazuje się, że prawie w połowie przypadków rozpoznanie wczesne jest niemożliwe, tem bardziej, że w okresie początkowym, choroby, jak tego uczy doświadczenie, zwlekają z udaniem się po poradę lekarską, do czasu znacznego rozmnożenia się pierwszych objawów, lub wystąpienia nowych bardziej niepokojących zaburzeń.

Ażeby wyraźniej można było przedstawić sobie stan nowotworowo zmienionego gruczołu krokowego w okresie pojawiania się pierwszych objawów chorobnych, przytaczamy krótkie wyjątki z historii chorób:

1) Ch., 59 lat. Przyjęty do kliniki z powodu zupełnego zatrzymania moczu. Zaburzenia w oddawaniu moczu pojawiały się dopiero od trzech tygodni. Gruczoł krokowy powiększony, twardy—o powierzchni nierównej, szczególnie po stronie prawej. Nowotwór wyczuwa się zrośnięty ze ścianą miednicy.

2) M., 78 lat. Cztery tygodnie temu ostre zatrzymanie moczu. Gruczoł krokowy powiększony, twardy o powierzchni nierównej.

3) V., 70 lat. Pierwsze zaburzenia w oddawaniu moczu na 4 tygodnie przed wstąpieniem do kliniki. Obecnie zatrzymanie moczu. Gruczoł krokowy powiększony, twardy dotyka po obu stronach gałęzi kulszowo-łonowych, jest w związku z masami nowotworowymi, leżącymi ku przodowi od spojenia łonowego.

4) D., 43 lata. Pierwsze objawy przed miesiącem. Obecnie zupełne zatrzymanie moczu. Gruczoł krokowy znacznie powiększony, twardy; masy nowotworowe dają się wyczuć wzdłuż pęcherzyków nasiennych.

5) B., 63 lata. Od trzech miesięcy bóle w pracy. Gruczoł krokowy twardy o powierzchni nierównej, sięga do dołu biodrowego. Po lewej stronie daje się wyczuć obecność mas nowotworowych. Pęcherz zajęty.

6) M., 64 lata. Zaburzenia w oddawaniu moczu od 2-ch miesięcy. Gruczoł krokowy olbrzymi, dotyka gałęzi kulszowo-łonowych. Prawy pęcherzyk nasienny twardy.

Tych kilka przykładów dowodzi nam, że często już w chwili pojawienia się pierwszych objawów sprawa chorobna posunięta jest bardzo daleko. Nie trzeba jednak sądzić, że spostrzeżenia takie są prawidłem. Bywają przypadki, w których przy badaniu przez odbytnicę otrzymujemy wrażenie, że nowotwór ogranicza się na gróczole krokowym. W tym tylko razie można liczyć na pomyślny wynik zabiegu operacyjnego, jednak po uprzednim zbadaniu endoskopowem cewki tylnej i pęcherza.

Pomiędzy 26-ma przypadkami, w których rozpoznano raka gruczołu krokowego klinicznie, w sześciu rozwój sprawy chorobnej postępował tak wolno, że od pojawienia się pierwszych objawów, do śmierci upłynęło więcej niż dwa lata. Niestety, w czterech z nich jako pierwszy objaw wystąpił krwiomocz, wskazujący na zajęcie błony śluzowej pęcherza lub cewki moczowej, stwierdzone później na sekcji.

Rozbiór 26-u przypadków klinicznie zbadanych, poucza nas, że tylko dwa z nich posiadały widoki na zejście pomyślne w razie próby zastosowania leczenia chirurgicznego w odpowiednim czasie.

#### *Wyniki operacyjne.*

Od czasu wykonania pierwszego zabiegu przez BILLROTH'a w 1867 r., cały szereg chirurgów próbował usuwać raka gruczołu krokowego na drodze operacyjnej. Opuszczając rozbiór przypadków, w których wyniki leczenia operacyjnego okazały się zupełnie ujemnymi, weźmiemy na uwagę tylko te przypadki, ogłoszone po r. 1900, to jest od czasu, kiedy wprowadzone zostały znaczne ulepszenia techniki chirurgicznej do operacji wycięcia gruczołu krokowego; pominiemy dwa przypadki operacji mięsaka: jeden operowany przez SOCIN'a i drugi Mc. GORRAN'a, ze względu na brak odpowiedniego materiału, mieliśmy bowiem do dyspozycji zaledwie jeden przypadek tego cierpienia.



Wszystkie zabiegi chirurgiczne, wykonane w ciągu ostatnich siedmiu lat, mogą być podzielone na trzy kategorie:

1) Wycięcie gruczołu krokowego z powodu rozpoznanego klinicznie przerostu gruczołu krokowego, w którym późniejsze badanie drobnowidzowe wykryło obecność zwyrodnienia rakowego.

2) Wycięcie gruczołu krokowego w przypadkach raka, rozpoznanego klinicznie, z szybkim zejściem śmiertelnym lub szybim nawrotem.

3) Wycięcie gruczołu krokowego z powodu raka gruczołu krokowego, rozpoznanego klinicznie, z zejściem pomyślnym i bez nawrotu aż do chwili pojawienia się w druku odnośnych opisów choroby.

Znamy pięć przypadków wykonania operacji u chorych, u których rozpoznanie przedoperacyjne opiewało przerost gruczołu krokowego, badanie zaś mikroskopowe części wyciętych wykazało w nich obecność zwyrodnienia złośliwego.

Są to przypadki HARRISSON'a 1, RAFFIN'a 2, HERTMANN'a 1 i ALBARRAN'a 1. Z nich tylko w przypadku ostatnim we dwa lata po dokonaniu zabiegu chory czuł się zupełnie dobrze i badanie miejscowe nawrotu nie wykazało. W innych śmierć nastąpiła po 2 — 16-u miesiącach po operacji; w każdym można było stwierdzić obecność nowotworu w otoczeniu miejsca operacji, niekiedy z zajęciem niektórych grup gruczołów chłonnych.

POUSSON w roku 1904 w sprawozdaniu o własnych przypadkach całkowitego wycięcia gruczołu krokowego na jednym z posiedzeń Towarzystwa Chirurgicznego opisał 5 przypadków, w których wzmiankowany zabieg operacyjny wykonano z powodu przerostu sterczu, a badanie drobnowidzowe wykazało obecność gruczolaka - nabłoniaka [4 przyp.] *cancer alveolaris* [1 przyp]. Nie opisujemy tych przypadków, ponieważ w komunikacie tym nie znaleźliśmy żadnych wskazówek co do wyników wykonanego zabiegu po upływie dłuższego czasu. Pomimo to wielce jest prawdopodobnem, że przy wycięciu gruczołu krokowego z powodu przerostu gruczołu, często da się osiągnąć wynik leczniczy pomyślny nawet jeżeli przerostowi towarzyszyć będą zmiany nowotworowe o typie gruczolako - nabłoniaka. Wiemy bowiem, że tego rodzaju nowotwory odznaczają się względnie małą złośliwością i dają się stwierdzić dopiero przy badaniu drobnowidzowym.

Rozpoznać jednak klinicznie takiego rodzaju nowotwory jest rzeczą prawie niemożliwą z powodu braku w znacznej ilości przypadków zajęcia gruczołów chłonnych i odczynowego rozrastania się w gruczole krokowym włóknistej zbitej tkanki łącznej. Tego rodzaju przypadki nie mają żadnego znaczenia pod względem praktycznym, byłoby jednak rzeczą ciekawą z punktu widzenia naukowego spostrzegać je przez czas dłuższy po operacji.

W drugiej kategorii przypadków raka gruczołu krokowego, w których w krótkim czasie po wykonaniu prostatektomii wystąpił nawrot cierpienia lub zejście śmiertelne, należy uwzględnić przypadki ADENOT'a, HERNSSON'a,

Young'a i ZEXER'a, w których śmierć nastąpiła w 4 do 5 miesięcy po operacji najczęściej z wyniszczenia spowodowanego nowotworem.

W przypadku MONIIN'a śmierć nastąpiła we dwa dni po operacji, zaś w drugim przypadku Young'a we dwa miesiące wskutek rozwinięcia się wstępującego zapalenia nerek i miedniczek nerkowych. Przy zastosowaniu zabiegu operacyjnego dziesięć wyników niepomysłnych.

Najważniejszą jest kategoria trzecia, w której pomieściliśmy przypadki z wynikiem operacyjnym pomyslnym — bez nawrotu w chwili ogłoszenia odpowiednich opisów choroby. Przypadków takich znajdujemy pięć.

Jeżeli jednak rozpatrzymy je szczegółowiej, to przekonamy się, że i wśród nich trzy padki [TUFFIER'a 1 i Young'a 2] należą do rzędu tych, w których nawrot prędzej czy później musiał nastąpić. Przypadki te pozostawały przez zbyt krótki czas pod obserwacją [TUFFIER'a 9 dni, Young'a 4 miesiące i 1½ m.] ażeby je można było uznać za wyleczone.

Natomiast w przypadku TUFFIER'a powiększone były gruczoły pachwinowe i udowe, ruchome i twarde, w których z wielkim prawdopodobieństwem możemy podejrywać przerzuty nowotworowe. W obydwu przypadkach Young'a zmiany nowotworowe było bardzo rozległe. W jednym znaleziono gruczolako - raka gruczołu krokowego, rozpościerającego się na obydwie pęcherzyki nasienne i tkanki leżące pomiędzy nimi, na przewody nasienne i ścianę pęcherza. W drugim zaś miano do czynienia z gruczolako - rakiem gruczołu krokowego, zajmującym częściowo pęcherzyki nasienne, dolne odcinki przewodów nasiennych i sięgającym już ku gruczolom chłonnym, skoro, jak to opis przebiegu choroby głosi, jeden gruczoł chłonny wycięty okazał się również nowotworowo zmienionym.

Pozostawiając na uboczu te trzy przypadki, które nie były dostatecznie długo spostrzegane i które, na podstawie wszystkich naszych wyżej przytoczonych wywodów, miały wystąpienie nawrotu zapewnione, posiadamy jeszcze dwa przypadki [jeden Pousson'a i jeden Albarran'a], w których rak gruczołu krokowego rozpoznano przed zabiegiem operacyjnym i które jeszcze w 9 i 8 miesięcy po zabiegu okazały się wolne od nawrotu.

Wobec tego musimy przyznać, że zabiegi operacyjne, wykonane z powodu raka gruczołu krokowego, dotychczas przynajmniej dały wyniki przeważnie niepomysłne.

## W sprawie uleczalności i operacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego.

Podał

Aleksander Żebrowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 35].

Po ukończeniu trepanacji wyrostka, dr J. ŚWIĄTECKI, który mi łaskawie asystował przy operacji, otworzył ropień przerzutowy na przedniej powierzchni szyi u dolnego brzegu chrząstki tarczowej, przyczem okazało się, że górny brzeg chrząstki tarczowej został całkowicie obnażony; palcem, wprowadzonym do rany, dokładnie można było wyczuć nierówny brzeg chrząstki i górne różki (*cornua superiora*) chrząstki tarczowej.

Następnego dnia przy zmianie opatrunku rana trepanacyjna pokryta była szarawo-białym nalotem, takim, jaki zwykle widzimy na świeżych ranach w ropnicy. Po usunięciu paska gazy jodoformowej z zatoki poprzecznej okazało się, że cała zaioka wypełniona jest płynną ropą, zlekka tętniącą. Po usunięciu ropy wacikiem, nowe porcje ropy napływają z głębi; wreszcie gdy już ropa więcej się nie wydostawała, znów ostrożnie i nieco głębiej, niż poprzedniego dnia wprowadzono do zatoki wążki pasek gazy. Ciepłota 37,4°, tętno 120. Uderzającym jest, że przez cały czas choroby szyja z prawej strony w miejscu prawej żyły szyjnej była niebolesna; jedynie dnia 10. II. zauważyłem nieznacznie bolesność w tem miejscu.

Dnia 4. III. ciepłota z rana 37,2°, wieczorem 38,8°, tętno 130; 5. III. 37,0°, 39,0°, tętno 130. Dwie zmiany opatrunku, przyczem stan rany taki sam, jak w pierwszym dniu po operacji. Ze względu na ropny wypływ z dolnego odcinka zatoki poprzecznej, a więc prawdopodobny rozpad dolnego odcinka zakrzepu, uważałem za wskazane podwiązanie prawej żyły szyjnej wspólnej, które zostało wykonane dnia 5. III. przez kolegę J. ŚWIĄTECKIEGO. Przy podwiązaniu żyły szyjnej na wysokości dolnego brzegu chrząstki tarczowej okazało się, że żyła szyjna wspólna wypełniona była płynną krwią, ściany jej zmianom żadnym nie uległy, gruczoły chłonne nie były powiększone.

Po podwiązaniu żyły szyjnej wspólnej, ciepłota obniżyła się i w ciągu 4-ch dni stała się normalną; tętno przedtem 120—130, spadło na 80—90;

niewielkie podskoki ciepłoty prawdopodobnie występowały wskutek powikłań ze strony stawów. Mianowicie w lewym stawie skokowym wciąż tworzyły się zatoki ropne, wymagające ciągłych zabiegów chirurgicznych. Dzięki codziennym opatrunkom rany trepanacyjnej nastąpiło szybkie zabliznienie otworu w zatoce poprzecznej, z której, w przeciągu 4—5 dni po podwiązaniu żyły szyjnej wspólnej przestała wydobywać się ropa. Rana na przedniej powierzchni szyi również szybko uległa zabliznieniu. Od dnia 16. III. chory przestał gorączkować; tętno 76—80; rany wszystkie zablizniły się [było ich sześć: trzy w stawach, dwie na szyi i rana trepanacyjna]. Chory przez dłuższy czas był bardzo osłabiony, prócz tego ropne zapalenie lewego stawu skokowego i kolanowego wywołało pewne ograniczenie ruchów w tych stawach—obecnie jednak znajduje się na drodze do zupełnego wyzdrowienia [w czerwcu 1906 r.]. Ropienie z ucha znikło, pozostał jednak w prawym bębunku usznym niewielki otwór perforacyjny.

Obserwując szereg przypadków ropnicy pochodzenia usznego, musimy dojść do przekonania, że istnieje olbrzymia różnica między jednym a drugim przypadkiem. Nigdy z góry nie można orzec, jaki w danym razie przebieg mieć będzie ropnica: ciężki, czy lekki. Niekiedy organizm młody, silnie zbudowany po kilku, najwyżej kilkunastu dniach, ginie w walce z tą straszną chorobą; przeciwnie—zdarza się często, że chorzy średniej budowy, nawet wątli, zwyciężają i szybko powracają do zdrowia. Powszechnie wiadomym jest, że ropnica pochodzenia usznego zakończyć się może wyzdrowieniem nawet bez żadnej interwencji chirurgicznej.

HESSLER w swej monumentalnej pracy (*„die otogene Pyämie“*) na 398 przypadków ropnicy usznej, zebranych do 1896 roku, przytacza 64 przypadki samoistnego wyleczenia ropnicy usznej; 41 przypadków było z przerzutami, wiele z nich zakończyło się pomyślnie bez żadnego zabiegu operacyjnego [Nr. 1, 6, 12, 15, 18 i t. d.]; pozostałe zakończyły się pomyślnie po rozmaitych dość skromnych zabiegach chirurgicznych; np. w przypadku 21-m wykonano otwarcie jamy sutkowej zapomocą borku (*„Drillbohrer“*). Podziwiać jedynie należy odporność organizmu ludzkiego, który przy tak niedostatecznej pomocy zwyciężał chorobę.

Nie ulega jednak wątpliwości, że przypadki zebrane z literatury całego świata przez HESSLER'a należały i należeć będą do rzadkich, do pewnego rodzaju nadzwyczajności; prawdopodobnie też dlatego ogłaszano je drukiem, że autorowie patrzyli na nie, jako na wyjątki z ogólnego prawa, które brzmi tak: „ropnica usznego pochodzenia bez interwencji chirurgicznej kończy się prawie zawsze śmiercią”.

Pierwsze dwa opisane powyżej przypadki są typowe dla formy łagodnego przebiegu ropnicy usznej; ostra sprawa w uchu średnim, ostre zapalenie wyrostka sutkowego; gdyby nie przerzuty i nie nagle wstrząsy, których było niewiele, możnaby myśleć, że w obydwu tych przypadkach nie było ropnicy, nie było ogólnego zakażenia ustroju. Niewątpliwie jednak była to ropnica w jednym i drugim przypadku. HEINE w swej pracy „*Operationen am Ohr*” [s. 125] wyraźnie podkreśla objawy kliniczne, na podstawie których rozpoznajemy ropnicę i zakrzep zatoki poprzecznej. Oto jego słowa: „zakrzep zatoki poprzecznej rozpoznawać będziemy i rozpoznajemy wtedy, gdy podczas ropienia z ucha występuje gorączka ropnicowa wraz z wstrząsami <sup>1)</sup> oraz gdy zjawiają się przerzuty w płucach, stawach, mięśniach lub torebkach stawowych”.

W przypadku pierwszym przerzut był jedynie w torebce stawu napiętkowego; po otwarciu tego ropnia, ciepłota spadła do normy i nastąpiło szybkie wyzdrowienie.

Podczas trepanacji zatokę poprzeczną obnażyłem na niewielkiej przestrzeni, cały jednak schorzały wyrostek sutkowy został usunięty. W przypadku następnym sprawa rozpadowa w wyrostku nie była tak daleko posunięta, jak w przypadku pierwszym.

Wyrostek sutkowy był miejscami sklerotyczny, znalazłem w nim jednak ropę i ziarninę i właśnie ze względu na sklerozę wyrostka uznałem za konieczne szeroko obnażyć zatokę poprzeczną. W pierwszym przypadku ściana zatoki poprzecznej była niezmienną, dały się zauważyć ruchy oddechowe i tętnicze, których w drugim przypadku widać nie było.

[C. d. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 83. L. Cheinisse. Śluzotok żołądkowy (*La gastromyxorrhée*).

Literatura lekarska ostatnich lat została wzbogacona przez szereg ciekawych prac, poświęconych zbyt mało dotąd znanym zjawiskom wydzielania

<sup>1)</sup> Niedawno ALEXANDER opisał przypadek ropnicy usznej z rozległą zgorzelą prawego wyrostka sutkowego oraz części kości skroniowej i potylicowej z dużym zakrzepem rozpadowym w zatoce poprzecznej, usuniętym podczas operacji. Ciepłota ciała przez cały czas choroby była normalna; a więc zdarzają się, choć niezmiernie rzadko przypadki niewątpliwie ropnicy usznej, przebiegającej przy ciepłocie normalnej. Archiv f. Ohrenheilkunde T. 64 (1905 r.) s. 89. Pr. Doc dr G. ALEXANDER. Ueber einen Fall von otogener infektiöser thrombo-phlebitis ohne Fieber.

się śluzu żołądkowego. Uznając w zupełności, że nadmierne wydzielanie śluzu żołądkowego towarzyszy faktycznie wielu chorobom żołądka, specjaliści w tej dziedzinie uchylali się jednak zwykle od dokładniejszego zbadania tego objawu, usprawiedliwiając się wielką trudnością ilościowego oznaczenia śluzu wydzielanego przez żołądek. Trudność ta istnieje niewątpliwie, choć nie jest niemożliwą do pokonania. ADOLF SCHMIDT dowiódł przedewszystkiem, że śluz żołądkowy ulega trawieniu przez kwaśny sok żołądkowy, a wskutek tego powiększenie lub zmniejszenie ilości śluzu znajdującego w żołądku może dawać pojęcie o stanie wydzielania śluzowego przy uwzględnianiu kwaśności żołądkowej; zależność ta zaznacza się bądź co bądź w pewnych tylko granicach, bo, jak zobaczymy dalej, poznano przypadki, gdzie bardzo wielka ilość śluzu żołądkowego szła w parze z nadkwaśnością. Większe znaczenie ma fakt, że śluz znajdujący w żołądku nie pochodzi tylko z żołądka, ale również z ust, jamy nosowogardzielowej i przełyku; tu trzeba się kierować tą okolicznością, że śluz pochodzenia żołądkowego jest dokładnie zmieszany z papką, wydobytą z żołądka, gdy śluz pozażołądkowy pływa po jej powierzchni [co SCHUETZ stwierdził zapomocą badania mikroskopowego i barwienia]. Wszelkie wątpliwości upadają zresztą w tych razach, gdy ilość śluzu znajdującego w żołądku jest tak znaczna, że nie podobna już jej wyprowadzać z żadnego pozażołądkowego źródła; są to właśnie stany poznane w ostatnich czasach sokotoku śluzowego czyli śluzotoku żołądkowego.

Jest to stan chorobny, przypominający pod pewnymi względami sokotok zwykły, czyli tak zw. chorobę REJCHMANA: śluzówka żołądkowa wydziela śluz w mniej lub więcej znacznej ilości niezależnie od jakiegokolwiek podrażnienia, wtedy nawet, gdy żołądek nie trawi. Typowy przypadek tego rodzaju, obserwowany przez LEUBE'go, opisał DAUBER już w 1896 roku. Chory 42-letni od sześciu lat mniej więcej uczuwał od czasu do czasu ciśnienie w dołku, najczęściej w kilka godzin po jedzeniu, niekiedy nawet w nocy; uczucie to przechodziło, gdy chory napił się mleka lub wody albo zażył sody. Przy badaniu znaleziono niedowład ruchowy żołądka w niewielkim stopniu, rozbiór zaś zawartości żołądka po śniadaniu próbnym wykazał lekką nadkwaśność; na czczo wydobywano od 10 do 65 cm. sz. płynu śluzowego o odczynie obojętnym lub alkalicznym 10 razy na 27, kwaśnym 17 razy. Pod wpływem leczenia ustąpiły objawy podmiotowe i zmniejszyła się kwaśność, ale wydzielanie śluzu na czczo pozostało.

W zaprzeszłym roku KUTTNER ogłosił obszerną rozprawę, w której wykazał, że taki śluzotok żołądkowy jest stanem częstszym niż przypuszczano poprzednio; badając na czczo — nie tylko po próbnym śniadaniu — zawartość żołądka, można się spotkać przynajmniej z tym objawem wcale nie rzadko. W normalnych warunkach żołądek nie zawiera na czczo więcej niż 5 ctm. sz. płynu śluzowego; o śluzotoku żołądkowym KUTTNER mówi wtedy, gdy ta ilość przewyższa 25 ctm. sz. Śluzotok żołądkowy, jak i sokotok, może być napadowy lub ciągły. Napad śluzotoku rozpoczyna się od pewnych objawów zwiastunowych [ból głowy, brak apetytu, nudności i t. d.], lub częściej jeszcze bez nich, wśród zupełnego zdrowia, np. zrana zaraz po przebudzeniu się chorego. Głównym objawem są gwałtowne wymioty, nie dające się zwykle niczem uspokoić; obfite wymiociny składają się z początku tylko z ciągnącego się płynu, później z domieszką żółci i soku dwunastnicowego, lecz bez żadnych resztek pokarmowych. Żołądek podczas napadu nie znosi żadnego pokarmu, co naturalnie może bardzo osłabić chorego, choć zresztą żadnych innych specjalnych cierpień niema. Napad trwa zwykle nie dłużej nad jeden dzień, niekiedy jednak 3 do 5, nawet do 12 dni [Kut-

TNER] i ustaje zwykle nagle: chory od razu odzyskuje apetyt i może znowu jeść śmiało bez obawy wymiotów. W przerwach pomiędzy napadami chory czuje się zupełnie dobrze, a obiektywne badanie żołądka nie wykazuje zwykle żadnych anomalii. Znacznie częściej zdarza się być śluzotok ciągły, który żadnych swoistych objawów nie daje.

Co się tyczy istoty śluzotoku żołądkowego, jest to w każdym razie zjawisko tego samego rzędu co nadkwaśność, sokotok lub atonia, a więc nie ma znaczenia choroby samoistnej. Śluzotok ciągły KUTTNER obserwował najczęściej w przewlekłym nieżycie żołądka i w nerwicach ze znaczną niedokwaśnością lub zupełnym brakiem kwasu solnego. W typowych przypadkach wrzodu żołądka ze zwężeniem odźwiernika lub bez niego KUTTNER'a niekiedy znajdował też w żołądku na czczo dużą ilość wydzieliny śluzowej bez śladów kwasu solnego; częściej jednak w tych razach śluzotok łączy się z sokotokiem. Ponieważ nieżytywy stan śluzówki żołądka nie tłumaczy dostatecznie wszystkich objawów śluzotoku, należy tu przyjąć zdaniem KUTTNER specjalną śluzonerwicę żołądkową na wzór śluzonerwicy kiszkowej, mającej według EWALD'a stanowić istotę rzekomo błoniastego nieżyty okrężnicy.

Tłumaczenie to jest zupełnie hipotetyczne; przynajmniej niedawne doświadczenia BICKEL'a, KAST'a, POWZNER'a na psach z przetokami nie wykryły żadnych faktów, przemawiających za zależnością wydzielania śluzu żołądkowego od układu nerwowego. Śluzotok napadowy miewa także przyczytny bardzo rozmaite. KUTTNER spostrzegł w dwu przypadkach wyraźny związek pomiędzy napadami śluzotoku a wydzielniczymi zaburzeniami w jamie nosowej: obydwaj chorzy cierpieli na nerwowy naczyńioruchowy nieżyt nosa i napady wodnistego wypływu z nosa poprzedzały każdorazowy napad wymiotów śluzowych. Mikroskopowe badanie wykazało, że śluz zawarty w wymiotach pochodził przeważnie z samego żołądka; połykana wydzielina z nosa mogła tu być w każdym razie wystarczającą podniętą dla śluzówki żołądka. Jak dalece trzeba być ostrożnym z nerwowymi teoryjami śluzotoku napadowego, świadczą dwa przypadki opisane przez POWZNER'a. W jednym z nich typowe parogodzinne napady z obfitymi śluzowymi wymiotami powracały często w rannych godzinach u pewnego młodego oficera, alkoholika, który zresztą w przerwach pomiędzy napadami czuł się względnie dobrze; z dokładniejszych wywiadów okazało się, że napady owe następowały naziutrz lub drugiego dnia po libacyach, a poprzedzały je nieraz objawy nieżyty gardzieli. Były to więc zapewne obostrzenia lekkiego nieżyty żołądka, pod wpływem podrażnienia śluzówki przez alkohol lub połykaną wydzielinę nosowogardzielową. W drugim przypadku dwa półgodzinne napady śluzowych wymiotów w ciągu sześciu dni przyszły zupełnie nagle i przeszły bez żadnych trwałych następstw u trzyletniego dziecka; tu znowu wyszło na jaw, że dziecko lizało zapalki, biorąc je za czekoladki. Widoczną przyczyną śluzotoku było tu zatrucie z odczynem ze strony śluzówki żołądka.

Jak widzimy z poprzedniego, śluzotok żołądkowy ciągły specjalnego leczenia nie wymaga; trzeba tu raczej leczyć chorobę zasadniczą. W śluzotoku napadowym mogą być niezbędne środki objawowe, z których najużyteczniejszym będzie płukanie żołądka; płukanie takie może niekiedy przerwać rozpoczynający się napad, choć w środku napadu i ono pomaga niewiele. Środki farmaceutyczne, jak kokaina, mentol i t. d., pozostają bez skutku; tylko morfina z atropiną w iniekcjach podskórnych pomagają czasami.

#### 84. Schnütgen. W sprawie leczenia wrzodu żołądka według Senator'a.

Autor przytacza 50 przypadków wrzodu żołądka, leczonego metodą SENATOR'a. Metoda ta, jak wiadomo, polega na zalecaniu choremu zupełnego spokoju w łóżku i płynnej dyety, składającej się z mleka, mleka migdałowego, śmietanki, mrożonych kulek masła, świeżych jaj i kawałków lodu; na okolicę żołądka kładzie się pęczek z lodem, a wewnątrz podaje się co trzy godziny łyżkę żelatyny, według recepty: *Solut. Gelatinae albae* e 50,0 — 450,0, i *Elaeosacchari citri ad* 500,0; do tego można dodać adrenalinę lub też suprareniny (1‰) 5,0. Lekarstwo przed przyjęciem, celem rozpuszczenia go, należy wstawić do gorącej wody.

Po przebyciu powyższej kuracji wypisało się z kliniki 94% uzdrowionych lub ze znaczną poprawą, dwu umarło, co stanowi 2%, jeden zaś poddał się operacji. Chorym podczas kuracji przybywało na wadze, co przemawia również na korzyść powyższego leczenia.

(*Die Therapie der Gegenwart*, 1907. Nr. 6).

T. W.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Rada miejska m. Saratowa ofiarowała przyszłemu Uniwersytetowi: 1) zapomogę 1,000,000 rubli na urządzenie, 2) 26 dziesięcin gruntu na budowę instytutów i klinik, wyznaczając im jednocześnie tymczasowe pomieszczenie, 3) prawo urządzenia klinik w szpitalach miejskich, których utrzymanie przyjmuje miasto na siebie, 4) po tymczasowej decyzji ministerjalnej na urządzenie kursów uniwersyteckich 123,000 rubli.

— Ponieważ długotrwałe nieporozumienia pomiędzy dwiema grupami profesorów wydziału lek. Uniw. Noworosyjskiego nie doprowadziły do obsadzenia wakujących katedr, ministerium oświaty wyznaczyło p. o. profesorów zwyczajnych prof. USZYŃSKIEGO i SZCZERBAKOWA, przy zachowaniu praw i przywilejów służbowych, jakie posiadali w Warszawie.

— Prezesem Kongresu międzynarodowego higieny i demografii [23 — 29 IX. r. b.] jest HENRYK książę SCHOENLICH-COLORATH, wiceprezesami profesorowie RUBNER [Berlin] i v. MAYR [Monachium]. Miasto Hamburg zaprosiło 500 uczestników kongresu do zwiedzenia urządzeń higienicznych.

— Mianowani; dr J. BOKAY profesorem zwyczajnym pediatrii w Budapeszcie, dr SEIGNAUX profesorem położnictwa w Genewie.

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.