

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## O ZASTOSOWANIU MIĘSIENIA

W CHOROBACH KOBIECYCH

podług metody Thure Brandt'a

podał

Dr. ADOLF WINAWER.

Chcesz wartość metody sprawiedliwie ocenić, wykonaj rzecz najpierw zupełnie dokładnie.

THURE BRANDT-JORDAN.

### WSTĘP.

Zastosowanie mięsienia w ginekologii, a przeważnie metoda Thure Brandt'a, zyskała sobie w ciągu ostatnich lat dwóch poważne uznanie ginekologów.

Przykład Profanter'a, prof. Preuschena, Resch'a, prof. Schauta'y zachęcił mię do poznania tej metody; udałem się więc do Sztokholmu, gdzie miałem sposobność widzieć, jak Brandt swą metodę stosuje, lecz uczyłem się jej i poznałem dokładnie u znanego specjalisty D-ra Oscara Nissen'a w Christianii, pod kierunkiem którego metodę Brandt'a stosowałem.

Praca moja obejmuje oprócz kazuistyki, rys historyczny mięsienia ginekologicznego, czego żadna z prac dotychczas ogłoszonych dostatecznie nie uwzględnia, następnie opis rękoczynów Brandt'a i po części fizjologiję mięsienia ginekologicznego.

Rękoczyny opisałem podług notatek, jakie porobiłem na miejscu, posiłkując się jednocześnie pracami Brandt'a i Nissen'a.

Chcąc przedstawić rezultaty, otrzymane przy stosowaniu tej metody, podaję kazuistykę własnych przypadków; jednakowoż dodać muszę, iż ogłosiłem tu przedewszystkiem

przypadki przewlekłe, zaniedbane, — przypadki, w których były przyczepiny stare, unieruchamiające macicę, resztki starych wysięków, fałdy i błony, unieruchamiające jajniki, w których terapia nasza ginekologiczna jest w ogóle bezsilną.

Przypadki tu opisane pochodzą w części z ambulatoryjum i oddziału ginekologicznego kolegi J. Rosenthala w Szpitalu Starozakonnych, w części z oddziału chirurgiczno-ginekologicznego kolegi W. Matlakowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus, i wreszcie z praktyki mojej prywatnej.

Ażeby już więcej nie wracać do wyjaśnień dodaję, iż rozpoznawanie stawiałem sam, i że chore moje szpitalne, z wyjątkiem kilku ambulatoryjnych, było badane przez panów ordynatorów, zarówno jak i niektórych kolegów przed i po wyleczeniu.

Rękoczynny stosowałem w moich przypadkach ściśle podług Brandt'a i Nissen'a,

Sądzę, iż poznanie tej metody stanowi ważny nabytek dla ginekologa i że z tego względu praca moja wypełni brak, jaki się odczuwać dawał w piśmiennictwie naszym lekaarskim.

Wreszcie pozwolę sobie tu wyrazić moją wdzięczność i podziękowanie zarówno Szanownym Ordynatorom, Kolegom: J. Rosenthalowi, W. Matlakowskiemu i W. Krajewskiemu za pozwolenie korzystania mi z odpowiednich przypadków i łaskawą kontrolę naukową, jak i Kolegom Ciechomskiemu, Borsukowi pomoc w przypadkach, jakie poddałem mięsieniu na oddziale kolegi W. Matlakowskiego.

### Historija mięsienia ginekologicznego.

Przystępując do historii mięsienia ginekologicznego, uważam za niezbędne zwrócić przedewszystkiem uwagę, iż wyraz: mięsienie, masaż — ugniatanie nie nadaje się wcale do określenia tych rękoczynów, jakie Brandt stosuje.

Brandt nazywa je wogóle „Gymnastiken,“ „Bewegungsiur,“ „heilgymnastische Behandlung (Resch),“ Nissen — „Uterin gymnastik,“ prof. Preuschen określa rękoczynny, stosowane przy opuszczeniu i wypadnięciu macicy, jako: „Gymnastik der Beckenmusculatur und methodische Uterushebung,“ prof. Schauta radzi nazwę: „die manuelle Behandlung der Krankheiten der weiblichen Beckenorgane,“ Pro-



fanter zaś, Seiffart, prof. Vulliet oznaczają, jako: „massage“, co wcale nie określa specyjalnych rękoczynów Brandt'a.

Sądzę, iż, jakkolwiek określenie prof. Schauta'y jest dość odpowiedniem, jednakowoż nie określa dostatecznie rękoczynów Brandt'a. Wszak autorzy, którzy stosowali mięsienie w chorobach kobiecych podług ogólnych zasad masażu (Bunge, Prochownik, prof. Chrobak), lub ci, którzy, stosując rękoczyny Brandt'a, wprowadzili pewne zmiany (Norström, Asp.) również swoje rękoczyny określić mogą, jako „manuelle Behandlung etc.“, co niejednego może w błąd wprowadzić.

W obec braku odpowiedniej nazwy, najlepiej będzie poślukować się terminem: „metoda Thure Brandt'a“, który, jakkolwiek bliżej nie tłumaczy rękoczynów, lecz nie pozwala na wyprowadzenie błędnych wniosków, jak to się zdarzyć musi, gdy powiemy, iż za pomocą mięsienia, a więc ugniatania usuwamy takie cierpienia, jak tyłozgięcie, opuszczenie lub całkowite wypadnięcie macicy.

Obecnie przejdę do historii mięsienia ginekologicznego.

Metodę zastosowania mięsienia w ginekologii mamy do zawdzięczenia Thure Brandt'owi ze Sztokholmu.

Wprawdzie prawie jednocześnie Estradère <sup>1)</sup> we Francyi, a później Laisné <sup>2)</sup> i Phélippeaux <sup>3)</sup> wspominają o mięsieniu macicy, lecz to bynajmniej nie uszczupła zasługi Brandt'a, którego możemy nazwać śmiało twórcą mięsienia ginekologicznego.

Historycja mięsienia tak ściśle jest związaną z historiją samego Brandt'a, iż uważam za niezbędne podać nieco szczegółów o nim samym.

Thure Brandt <sup>4)</sup>, jak wiadomo, nie jest lekarzem. Będąc majorem armji szwedzkiej, ukończył w roku 1842 — 43 Instytut gimnastyczny centralny w Sztokholmie, gdzie, kształcąc się pod kierunkiem prof. Branting'a i Georgii, oprócz anatomii i fizjologii, poznał gruntownie zastosowanie rękoczynów mechanicznych do leczenia różnych stanów choro-

<sup>1)</sup> Estradère. Du massage, son historique, ses manipulations Thèse. Paris. 1863.

<sup>2)</sup> Laisné. Du massage, des frictions etc Paris. 1868

<sup>3)</sup> Phélippeaux. Etude pratique sur les frictions etc. Paris. 1870.

<sup>4)</sup> Thure Brandt. Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines. Stockholm et Paris. 1868.

bowych, czyli gimnastykę lekarską — szwedzką (podług Ling'a).

W kilka lat później (1847) Brandt wyleczył za pomocą rękoczynów mechanicznych (t. zw. unoszenia flexurae sigmoideae) żołnierza, który się do niego zgłosił z wypadnięciem odbytnicy. W tymże roku, będąc gimnastą lekarskim w zakładzie hydroterapeutycznym D ra Lagberga i obserwując dość często przypadki chorób kobiecych, a mianowicie: histeryję i zaburzenia nerwowe, zależne od cierpień macicy, Brandt przyszedł do wniosku, iż, jeżeli te cierpienia zależne są od nieprawidłowego stanu macicy, to, być może, dadzą się usunąć również za pomocą rękoczynów mechanicznych. Poznawszy następnie anatomiję narządów miednicy, Brandt powziął przedewszystkiem myśl, ażeby zastosować specjalne rękoczyny mechaniczne przy opuszczeniu i wypadnięciu macicy. I otóż w roku 1861 wyleczył w ten sposób w ciągu 2 tygodni kobietę wiejską, która od lat 27 cierpiała na opuszczenie, a od lat 3 na wypadnięcie macicy (prolapsus uteri totalis), a wkrótce potem również dwa inne przypadki wypadnięcia macicy.

Że to wyleczenie było trwałem, dowodzi ta okoliczność, iż pierwsza z wzmiankowanych chorych, która zmarła przed dwoma laty, nie miała powrotu choroby, a druga, pomimo ciężkiej pracy w polu i później odbytego porodu, cieszy się do obecnej chwili dobrem zdrowiem.

Gdy te tak szczęśliwie wyleczone przypadki wyrobiły mu zasłużony rozgłos, i zaczęło się doń zgłaszać wiele chorych kobiet, Brandt, zachęcony przez prof. Hartelius'a, pracował coraz więcej nad ginekologiją, poznał badanie dwuręczne (przez pochwę i powłoki brzuszne, odbytnicę i powłoki brzuszne, i przez pochwę, odbytnicę i powłoki brzuszne), i, poczynawszy od roku 1865, stosuje rękoczyny mechaniczne, odmienne już, niż przy wypadnięciu macicy, w ogóle w cierpieniach macicy, a mianowicie przy retroflexio uteri fixata, następnie przy starych wysiękach w miednicy przy cierpieniach jajników, jak opuszczenie i przewlekłe zapalenie jajnika i innych.

W ten sposób powstał cały system leczenia za pomocą rękoczynów mechanicznych, które stanowią t. zw. metodę Brandt'a.

Metoda ta wywołała z początku w ojczyźnie jej twórcy, a następnie w Norwegji (Dr. O. Nissen) ożywione roz-



prawy, które wywarły wpływ ujemny na rozpowszechnienie się tej metody. Znalazło się niewielu lekarzy, którzy, będąc głęboko przekonani o wartości rękoczynów Brandt'a, prowadzili wraz z nim uporczywą walkę, lecz metoda ta mało się rozpowszechniła: po za granicą Szwecyi, Norwegii i Danji nie była prawie znaną.

Jak sobie wytłumaczyć, iż nawet lekarze szwedzcy niechętnie tę metodę przyjęli?

Prof. Schauta nie dziwi się temu, gdyż Brandt, jako nie — lekarz, występując z nową metodą leczenia, zatracił czułą strunę lekarzy, a tem samem nie mógł liczyć na bezstronną ocenę. Profanter zaznacza, iż nie wszyscy, którzy stosowali rękoczyny Brandt'a, mieli dobre rezultaty, bądź iż nie znali dostatecznie dyjagnostyki ginekologicznej, bądź iż nie zadali sobie trudu, ażeby poznać dokładnie metodę Brandt'a, która zbyt łatwą nie jest, i przypisywali ujemne wyniki nie swej niezaradności, lecz rękoczynom Brandt'a. Wreszcie słuszną zwraca uwagę pani Nikolska, iż przyczyniły się do tego również niechęć Brandt'a ku lekarzom, jego religijny mistycyzm i chęć przypisywania dodatnich wyników między innymi i magnetyzmowi zwierzęcemu, jak to się rzeczywiście przejawia, przeważnie w jego dawnej pracy.

Tak się rzecz miała do roku 1887.

W roku 1886 Dr. Profanter, zachęcony rezultatami, jakie widział na klinice wiedeńskiej, gdzie mięsienie stosowali Prof. Bandl i Dr. Heitzman, udał się do Sztokholmu, ażeby poznać metodę Brandt'a. Przekonawszy się wkrótce o wartości tej metody, Profanter zniósł się listownie z prof. B. S. Schultze z Jeny i, korzystając z łaskawego zaproszenia, zaproponował Brandt'owi i D-rowi O. Nissen'owi z Christianii, iżby się udali do Jeny i poddali naukowej ocenie prof. Schultze'go, rezultaty osiągnięte za pomocą mięsienia.

Brandt i Nissen chętnie się zgodzili i mieli sposobność w klinice jenajskiej zastosować pod osobistą kontrolą prof. Schultze'go mięsienie w 16 przypadkach z jaknajlepszym skutkiem, które Profanter <sup>5)</sup> ogłosił wraz z przedmową prof. Schultze'go w Lutym roku zeszłego. Praca ta poruszyła ginekologów niemieckich: niektórzy, jak Skutsch, Resch, Seifart, widzieli już w Jenie, jak Brandt swe rękoczyny stosował, inni jak prof. Preuschen, prof. Schauta udali się póź-

<sup>5)</sup> P. Profanter, Die Massage in der Gynaekologie. Wien. 1887.

niej do Sztokholmu, iżby poznać tę metodę. Rozpoczął się w Niemczech ruch dość ożywiony na tem polu i wreszcie po upływie lat 26, Brandt, ten starzec 72-letni, skołatany długoletnią bezowocną walką przekonał się, iż metoda jego zyskała sobie rzetelne uznanie ginekologów niemieckich

Z tego krótkiego zestawienia przekonać się możemy, iż Brandt, pomimo iż nie otrzymał systematycznego wykształcenia lekarskiego, nie jest profanem, i że metoda jego nie jest dziełem przypadku, lecz owocem mozolnej, opartej na poważnych studyjach pracy.

Jeżeli by ktoś z ginekologów chciał zarzucić, iż jest niepodobieństwem, aby Brandt, nie będąc lekarzem, mógł postawić ściśle rozpoznanie ginekologiczne, co, jak wiadomo, jest rezultatem nietylko wiedzy naukowej, lecz wprawy i dobrej szkoły, i z tego względu wątpić będzie o jego prawdziwie podziwu godnych rezultatach, które były by niemożliwe bez ścisłej dyagnozy, temu radzę przejrzeć pracę prof. Schauta'y, który, przekonawszy się osobiście podczas pobytu swego w Sztokholmie, wyraża się w tym względzie: „Brandt ist gerade zu ein Meister der gynäcologischen Diagnostik. Ich war erstaunt über die sorgfältige, bis ins Detail ausgearbeitete Diagnose der Lage, Verbindung, Grösse, Consistenz der Beckenorgane, so wie deren pathologischen Veränderung, wie ich, sie bei Brandt vorfand.“

Takie same zdanie wypowiedzieli już wcześniej prof. Schultze, Profanter, Skutsch i Resch, to samo powie każdy ginekolog, który choć kilka przypadków zbada wraz z Brandtem. Zresztą jest naturalnem, iż bez wiedzy poważnej nie byłby nikt w stanie podobnej metody opracować i rzetelną, wolną od przechwałek i długoletnią pracą takie sobie stanowisko wywalczyć, iżby profesorowie niemieccy, nie mówiąc już o lekarzach, odbywali doń uciążliwą pielgrzymkę naukową.

Zasady swej metody, zarówno jak poglądy Brandt wyłożył w kilku pracach, które podaję poniżej <sup>6)</sup>.

<sup>6)</sup> Thure Brandt. Gymnastiken soosom botemedel mot gvinliga under lifssjukdomar etc. Stokholm. 1884.

To samo wyszło w skróconym przekładzie niemieckim p. t.: Die Bewegungscur, als Heilmittel gegen weibliche sog. Unterleibsleiden und Prolapsen. Zweite verm. Auflage. Stokholm. 1880. Również w nowym przekładzie D-ra A. Rescha p. t. Thure Brandt's heilgymnastische Behandlung weiblicher Unterleibs krankheiten. Wien. 1888. To samo w przekładzie angielskim p. t. Dr.



Tyle co do osoby Brandt'a. Obecnie przyjrzyjmy się, jak się rozwijała jego metoda i o ile się rozpowszechniła.

Sądzę, iż w tym celu cały materiał naukowy o mięsieniu ginekologicznem da się podzielić na trzy okresy:

pierwszy obejmuje prace Brandt'a i jego uczniów, a więc Nissena, prof. Hartelius'a, Aspa, Norströma, Oerum'a, Pippingsköld'a, którzy, poznawszy metodę Brandt'a, stosowali mięsienie przeważnie podług jego metody;

drugi zawiera prace ginekologów, którzy, nie znając metody Brandt'a, stosowali w przypadkach ginekologicznych mięsienie podług prawideł massażu ogólnego. Tu należą prace: prof. Bandl'a, prof. Chrobak'a, Jackson Reeves'a, Rosenstein'a, Prochownick'a, Bunge'go i wreszcie

trzeci okres, który się datuje od pracy Profanter'a i obejmuje przeważnie prace ginekologów niemieckich, którzy, poznawszy już dokładnie metodę Brandt'a, bądź podczas pobytu Brandt'a i Nissena w Jenie, bądź na miejscu w Sztokholmie, stosują ją z doskonałym skutkiem, i uważają ją metodę Brandt'a za niezbędną w praktyce ginekologicznej.

A teraz przejrzyjmy po kolei prace wymienionych autorów.

Z uczniów Brandt'a najwięcej pracował na polu mięsienia ginekologicznego Dr. O. Nissen z Christianii, który stosuje tę metodę od roku 1873. Rękoczyn, jak je Nissen odbywa, o ile się osobiście przekonać mogłem, nie różni się od rękoczynów Brandt'a, lecz niektóre z nich odrzuca, jako zbyt ciężkie. Nissen również odrzuca ogólne leczenie Brandt'a za pomocą biernych ruchów gimnastycznych. Zasługę Nissena stanowi, iż był głównym naukowym propagatorem tej metody<sup>1)</sup> i poruszył sprawę mięsienia ginekologicznego w towarzystwie lekarzy w Christianii.

W roku 1886 udał się wraz z Brandtem do Jeny, gdzie razem stosowali tę metodę w klinice profesora Schultze'go, o czem była mowa powyżej.

Nissen oprócz pracy z roku 1875 już nic więcej o mięsieniu ginekologicznem drukiem nie ogłaszał; co stanowi dla nas

Roth, Brandt's treatment of femal diseases by the movement — cure. London. 1882.

<sup>1)</sup> Oskar Nissen, Thure Brandt's Uteringymnastik. Discussion i det medicinske Selskab. Christiania, 1875, również ref. z Norsk. Mag. f. Legevid. R. 3, Bd. 4, Forh. p. 243—292, og. Bd. 5. Forh. p. 4—26 og. 35—60. Virchow's. Jahresb. 1875. II, p. 563.

stratę niepowetowaną, gdyż praca jego ze względu na poważną wiedzę ginekologiczną autora, jego bogatą kazuistykę, którą zebrał w ciągu lat 15, i specjalną i gruntowną znajomość metody Brandt'a byłaby bez kwestyi najpoważniejszą w tym kierunku.

W ciągu mego pobytu w Christianii widziałem około dwudziestu przypadków, leczonych za pomocą metody Brandta i przyznać muszę, iż rezultaty Nissena są rzeczywiście bardzo dobre.

W roku 1874 L. Faye<sup>8)</sup> podał również krótki opis rękoczynów Brandt'a, stosowanych przy wypadnięciu macicy. Podług autora metoda ta najodpowiedniejszą jest przy wypadnięciu macicy, zmianach położenia i przewlekłym zapaleniu macicy. Faye objaśnia rezultaty, osiągnięte za pomocą tej metody, iż, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, przez zwiększenie obiegu krwi sprężystość więzów i tkanek, podtrzymujących macicę, również się zwiększa, przez co macica wraca do swego fizjologicznego położenia. Autor opisuje z własnej kazuistyki:

jeden przypadek opuszczenia i tyłopochylenia macicy (krążek od lat trzech), po miesiąniu nastąpiła znaczna poprawa; jeden przypadek wypadnięcia macicy (prolapsus uteri totalis), zakończony wyzdrowieniem.

dwa przypadki wypadnięcia odbytnicy u dzieci: w pierwszym nastąpiło szybkie uzdrowienie, w drugim rezultatu nie było, gdyż dziecko było zbyt niespokojnem.

Następnie prof. Hartelius<sup>9)</sup> ogłosił przypadków 24: siedm przypadków wypadnięcia macicy, z tych w pięciu—rezultat dodatni, w dwóch—nie osiągnięto żadnej poprawy. Z tych pięciu wyleczonych przypadków, autor obserwował już po wyleczeniu: jeden—przez sześć tygodni, drugi—przez dwa miesiące, inne—przez rok i lat kilka;

pięć przypadków opuszczenia macicy, z tych tylko jeden wyleczony;

pięć przypadków pochylenia macicy; z tych w jednym zupełne uzdrowienie, w innych—poprawa;

<sup>8)</sup> Ludw. Faye. Major Th. Brandt's Behandling af Uterinlidelser ved medical Gymnastik. Norsk. Mag. f. Laegevid R. 3, Bd. 4, Forh. p. 23. Virchow's Jahresb. 1874, II, p. 731.

<sup>9)</sup> prof. Hartelius. Om den s. k. Brandtska behandlings methoden af underlifssjukdomar. Hygiaca Sr. läk sällsk forh. p. 56. Virchow's, Jahresb. 1875, II, p. 563.



siedm przypadków zapalenia mięszu macicy; z tych w jednym — uzdrowienie, w dwóch poprawa; w czterech — żadnego skutku.

Rezultaty prof. Hartelius'a potwierdzają niewątpliwie, co Brandt i inni również podają, iż za pomocą rękoczynów Brandt'a łatwiej jest usunąć wypadnięcie, niż opuszczenie macicy i że nie wszystkie przypadki przewlekłego zapalenia mięszu macicy za pomocą metody Brandt'a wyleczyć się dają. Pozwolę sobie jednakowoż zwrócić uwagę, iż w ogóle rezultaty Hartelius'a są o wiele gorsze, niż innych autorów.

W rok później Norström<sup>10)</sup> w pracy, którą odczytał na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu zestawił sto sześćdziesiąt cztery przypadki, jakie miał w leczeniu w ciągu 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> roku. Autor stosuje mięsienie przy przewlekłym zapaleniu macicy, również przy krwiotocznem zapaleniu błony śluzowej macicy (endometritis haemorrhagica), wreszcie przy opuszczeniu i wypadnięciu pochwy i macicy. Jako przeciwskazania podaje sprawy zapalne podostre macicy i ciążyę. Podczas regularności mięsienia nie stosuje, lecz zwraca uwagę, iż to nie pociągnęło by za sobą złych następstw. Autor opisuje metodę, jaką w przypadkach swych stosował. Takowa nie różni się od metody Brandt'a przy metritis chronica, lecz przy opuszczeniu i wypadnięciu macicy niema z metodą Brandta wiele wspólnego.

Podług opisu autora chora przy wypadnięciu pochwy przez naprężenie powłok brzusznych i zwiększenia ciśnienia wewnątrzbrzuszno, usiłuje wypchnąć macicę z jamy miednicy, a tem samem zwiększyć samo wypadnięcie pochwy — cysto et recto-cele, a wtedy autor, siedząc po prawej stronie chorej, wykonywa mięsienia części opuszczonej resp. wypadniętej. Przy opuszczeniu lub wypadnięciu macicy autor ma na celu: po pierwsze, zmniejszenie objętości macicy, a to za pomocą rękoczynów, jakie stosuje przy metritis chronica, i po drugie zwiększenie za pomocą massażu sprężystości samej pochwy. Unoszeń macicy, jak to Brandt zwykł w tych przypadkach stosować, autor wcale nie wykonywa; unoszeniem zaś macicy (élevation de la matrice) nazywa rękoczyn, za pomocą którego przez wprowadzenie średniego palca i wskaziciela ręki lewej do tylnego sklepienia pochwy, usi-

<sup>10)</sup> G. Norström, Sur le traitement des maladies des femmes au moyen de la méthode du massage. Paris, 1876, str. 71.

łuże unieść macicę ku górze, aby ręką prawą przez powłoki brzuszne mięsienie właściwe wykonać, co też zwykł stosować przy przewlekłym zapaleniu macicy.

Że za pomocą tych rękoczynów w ogóle przewlekłe zapalenie macicy, rozumie się, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie już nastąpiło w wysokim stopniu zwyrodnienie włóknikowe (sclerosis), wyleczyć się daje, jest zupełnie zrozumiałem; lecz że możebnem jest wyleczenie opuszczenia lub wypadnięcia macicy za pomocą tych rękoczynów, nie robiąc unoszeń podług Brandt'a, wątpić by należało, pomimo iż autor, jak to poniżej podam w statystyce przypadków, miał rezultaty bardzo dobre. Szkoda wielka, iż, Norström, poznawszy, wprawdzie dość niedokładnie, metodę Brandta, pragnął taką zmienić bez należytego wypróbowania. Czyżby metoda ta miała być tak trudną, iżby autor w praktyce zastosować jej nie był w stanie? Trudno zaiste inaczej sobie te zmiany wytłumaczyć.

Później Oerum <sup>11)</sup> ogłosił niewielką pracę o mięsieniu, jaką stosują w klinice prof. Howitza przy starych wysiękach okołomaciczych. Autor podaje przypadki zadawnione, gdzie były stare przyczepiny parametralne i miał rezultaty bardzo dobre. Radzi tylko stosować rękoczyny nadzwyczaj oględnie i zwracać należyłą uwagę na objawy miejscowe.

W rok później Asp <sup>12)</sup> zebrał dość znaczny materiał, który dobrze opracował, podaje: siedmdziesiąt dwa przypadki, w których mięsienie było stosowanem w ciągu lat czterech w Instytucie gimnastyczno-terapeutycznym w Helsingforsie. Mięsienie wykonywała przełożona instytutu pod ścisłą kontrolą autora. Z początku autor stosował rękoczyny, trzymając się ściśle metody Brandt'a, którą poznał u niego samego, lecz później takowe zmodyfikował, w każdym razie oprócz mięsienia macicy, posiłkował się ogólną gimnastyką.

Mięsienie macicy odbywa autor w ten sposób, iż, po wprowadzeniu jednego lub dwóch palców do pochwy, usta-

<sup>11)</sup> P. H. Oerum. Om massage behandlingen ved nogle parametriske Exsudater. Gynaek. og obst. Meddelelser udg. of F. Howitz, Bd. I, Hft. 1, p. 61, ref. Jahresb. Virch. 1887, II, p. 568, również ref. Von der Massagebehandlung bei paramet. Exudaten. C. f. Gyn. 1878, N. 9.

<sup>12)</sup> G. Asp. Om lifmoder massage. Nord med. Arkiv, Bd. X, N. 22, ref. Jahresb. Virchow's 1878, II, p. 570, również ref. Ueber Massage des Uterus C. f. Gyn. 1879, N. 8.



wia macicę w położeniu prawidłowem, a następnie ugniata takową przez powłoki brzuszne. Również w podobny sposób przez ugniatanie części, otaczających macicę, udawało mu się wyleczyć w ciągu sześciu do ośmiu tygodni cierpienia wiązadeł szerokich i jajników.

Autor stosował mięsienie przy:

przewlekłym zapaleniu macicy, często powikłanem przez zapalenie okołomaciczne, zgięcie i opuszczenie macicy. Z tych w piętnastu nastąpiło uzdrowienie (43<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); w trzynastu (37<sup>0</sup>/<sub>0</sub>)—poprawa, w 7—żadnej poprawy (20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Leczenie trwało 4—28 tygodni. W niektórych przypadkach nastąpił powrót choroby: w trzech po połogu. Z siedmiu nieuleczonych większość zbyt prędko przestała się leczyć. W niektórych przypadkach w ciągu leczenia chora zachodziła w ciążę i, pomimo iż ta nie była rozpoznawaną, mięsienie dawało dobre wyniki;

przy przewlekłym zapaleniu błony śluzowej macicy w siedmiu przypadkach; z tych wyleczono cztery (w ciągu mniej więcej 9 tygodni); w dwóch — osiągnięto poprawę, w jednym — nie, gdyż chora przestała się leczyć już po 4 tygodniach;

przy opuszczeniu macicy, powikłanem przez zapalenie macicy w siedmiu przypadkach; uzdrowienie w 2-ch, poprawa w 3-ch, bez skutku 2, z których w jednym chora wypisała się po 2-ch tygodniach leczenia;

przy zgięciach macicy w 12 przypadkach: przodozgięcia 11, tyłozgięcia 1. Powikłania: metritis chronica w 3 ch, parametritis w 1-em. Za pomocą massażu udało się poprawić objawy subiektywne, położenie pozostało bez zmiany.

przy mięśniakach macicy w 2 przypadkach: nastąpiło wstrzymanie rozwoju, guzy nie znikły; poprawa ogólnego stanu;

przy przewlekłym zapaleniu jajnika i około jajnika w 3 przypadkach. Powikłania: zapalenie macicy w 2, przodozgięcie w 1. Uzdrowienie resp. poprawa we wszystkich przypadkach;

przy zapaleniu około macicznym i zamacicznym, które występowały, jako powikłania wielu z powyższych przypadków pod wpływem mięsienia następowało wessanie wysięku.

Z zestawienia powyższych przypadków wynika, iż zupełne wyleczenie nastąpiło w 23, poprawa w 34, bez rezultatu 15 przypadków.

Massaż podług autora zasługuje na daleko większe uznanie, gdyż obecnie nie jest jeszcze dostatecznie ocenionym.

Wreszcie w roku 1881 Pippingsköld <sup>13)</sup> wzmiankuje, iż metoda Brandta wymaga wprawdzie niektórych zmian i ograniczeń, lecz zasługuje na uznanie, jako specjalność ginekologiczną.

Prace wyżej wymienione stanowią pierwszy okres prac o metodzie Brandt'a.

Widzimy ztąd, iż prace te autorów szwedzkich, norweskich, po części duńskich, nie wywołały żadnego ruchu naukowego na tem polu, ani w Niemczech, ani we Francyi, gdyż oprócz Norström'a, który przeniósł się ze Sztokholmu do Paryża, żaden z ginekologów obcych metody Brandt'a nie poznał i nie stosował.

Prace, które stanowią podług nas drugi okres w literaturze mięsienia ginekologicznego nie są napisane pod wpływem metody Brandt'a, tembardziej iż autorzy: Rosenstein, Reeves Jackson, prof. Bandl, prof. Chrobak, Bunge, Prochownik, tej metody nie znali: usiłowali jedynie zastosować mięsienia, przeważnie podług zasad D-ra Metzgera, które okazało się tak skutecznem przy cierpieniach innych narządów, również do leczenia chorób kobiecych.

Postaram się choć w krótkości streścić prace wyżej wymienionych autorów.

Już w roku 1878 Winiwarter <sup>14)</sup> opisał przypadek torbieli jajnika, w której stosował mięsienie z dobrym skutkiem.

Przypadek ten jest następujący: kobiecie lat 79 z torbielą jajnika wielokomorową w ciąży 8 miesięcy robiono przekłucie 5 razy. Autor zaczął stosować mięsienie z początku kończyn dolnych: obrzęk się zmniejszył, ilość moczu się zwiększyła, a następnie mięsienie brzucha codziennie przez 10 — 15 minut, w ciąży 9 miesięcy: guz w brzuchu i obrzęk odnóg dolnych znikły. Winiwarter polecił stosować masaż w dalszym ciągu posługaczce, która nie miała wielkiej wprawy, torbiel w ciągu 3 tygodni się zwiększyła, ilość moczu znacznie się zmniejszyła: nastąpił powrót do dawnego stanu. Lecz gdy autor zaczął nanowo stosować mięsie-

<sup>13)</sup> I. Pippingsköld. Ittrande öfver maj Th. Brandt's Genitalgymn. etc. Gyn. og obst. Meddelelser udg. af Fr. Howitz, Bd. 3, Hft. 3, p. 1, ref. Virchow's, Jahresb. 1881, II, p. 535.

<sup>14)</sup> Winiwarter. Massage bei chronischen Erkrankungen innerer Organe. Wiener med. Blätter, 1878, N. 28—31.



nie: już po pierwszym posiedzeniu ilość moczu zwiększyła się w czwórnasób, bóle natychmiast ustąpiły.

Reibmayr zapewnia, iż, podług słów prof. Chrobaka, kobieta ta w ciągu lat 3 jeszcze była zdrową, i guz się nie zwiększał; przekłucia robić nie było potrzeby. Autor jest zdania, iż w tych przypadkach, gdzie przy torbieli owaryotomia jest niewykonalną, a przekłucie połączone z niebezpieczeństwem dla chorej, masaż może życie chorej przedłużyć, a nawet je ratować.

Rosenstein<sup>15)</sup> opisał przypadek krwisteku pozamacicznego (haematocele retrouterina) znacznych rozmiarów, który powstał po zastosowaniu prądu elektrycznego w celu wywołania sztucznego poronienia.

Przypadek ten jest następujący: kobieta lat 27, zamężna od lat 8, nie miała miesiączki w ciągu dwóch miesięcy. Chcąc wywołać poronienie wzięła wannę elektryczną. Wkrótce poczuła silny ból w podbrzuszu, i poczęło się krwawienie z macicy; przy badaniu rozpoznano guz chełboczący w jamie Douglasa — krwistek pozamaciczny i skonstatowano poczynające się poronienie, które nastąpiło dzień później. Odszedł płód 2 $\frac{1}{2}$  ctm. długości wraz ze skrzepami krwi. Krwistek się zwiększył, tak iż sięga do pępka. Zalecono: cewnik do pęcherza, lód na brzuch, do wewnątrz chloral. Guz się nie zmniejszył. Autor przystąpił do mięsienia. Po tygodniu (masaż dwa razy dziennie) objętość brzucha zmniejszyła się, następnie po 4 tygodniach (masaż raz na tydzień) pozostał guz wielkości jabłka, i wreszcie krwistek zginął zupełnie, tylko macica pozostała mniej ruchliwą. Czy w tym przypadku usunięcie guza nastąpiło pod wpływem mięsienia nie jest przekonywajacem, gdyż wiemy, jak szybko niekiedy podobne krwisteki znikają nawet bez żadnego leczenia; jednakowoż jest bardzo prawdopodobnem, iż mięsienie przyspieszyło wessanie krwisteku.

Następnie Prochownik<sup>16)</sup> ogłosił pracę o mięsieniu na zasadzie dwuletniego doświadczenia, stosując takowe: przy wysiękach, bliznach parametralnych, resztkach wysięków, powrózkach, następnie przy krwistekach pozamacicznych,

<sup>15)</sup> I. Rosenstein. Behandlung der Haematocele mit Massage. C. f. Gyn. 1880, N. 13.

<sup>16)</sup> Prochownik. Ueber die Massage in der Gynaekologie, Ber. über die Sitz d. gyn. Sek. d. 57 Vers. Naturf. u. Aerzte zu Magdeburg, 1884, p. 662 również C. f. Gyn. 1884, N. 42.

wreszcie przy przewlekłym zapaleniu macicy i macicy źle zwiniętej.

Autor jest zdania, iż należy stosować mięsienie jedynie w przypadkach, gdzie za pomocą innej metody nie osiągniemy celu; wskazanie radzi ściśle stawiać, o ile można po uprzednim zbadaniu pod chloroformem, technikę sobie do brze przyswoić.

Prochownik dzieli mięsienie na zewnętrzne i wewnętrzne; to ostatnie znowu na czynne t. j. takie, które stosujemy przez rozciąganie blizn i fałd pozapalnych za pomocą rąk, i bierne, a to za pomocą kul i walców kauczukowych, przypominających kule Bozemann'a, które należy wprowadzać do pochwy. Kul tych autor posiada 8 i wprowadza je przy starych bliznach parametralnych i stwardniałych resztkach wysięków, z początku na 2—3 godziny, następnie na czas dłuższy, np. na noc. Takie bierne mięsienie, jak to autor nazywa, stosuje naprzemian z mięsieniem czynnem wewnętrznem lub zewnętrznem, które wykonywa w takim razie 2—3 razy na tydzień po 10—15 minut. Prochownik jest zdania, iż dobrze jest łączyć leczenie za pomocą mięsienia z pędzlowaniem części pochwowej za pomocą nalewki jodowej lub wprowadzeniem do pochwy tamponów z jodoformem.

Jako przeciwwskazania uważa: ostro lub podostro przebiegające sprawy zapalne, ciężę, gruźlicę i rzerzączkę narządów płciowych.

Przy wysiękach radzi mięścić w 2—3 miesiące po ustąpieniu stanu gorączkowego; przy krwistekach w 6—8 tygodni po wystąpieniu tego cierpienia.

W ciągu 2 lat autor stosował mięsienie w 102 przypadkach, z których 16 przerwało leczenie, gdyż autor jeszcze nie miał dostatecznej wprawy; z reszty 86 miał rezultaty następujące:

5 guzów w wiązadłach szerokich, z których 2 pękły bez złych następstw, jeden był operowany; 2 włóknianki — bez poprawy;

14 przypadków opuszczenia i wypadnięcia macicy bez rezultatu;

10 przypadków przewlekłego i uporczywego zapalenia i macicy źle zwiniętej; wyzdrowienie w 4, poprawa w 3 przypadkach.

13 wysięków i 5 krwisteków, z tych 8 (2 krwisteki) uleczono, w 2 nastąpiła znaczna, w 3 niewielka poprawa.



40 starych resztek wysięków, blizn, powrozków, powodujących unieruchomienie macicy lub jajników, z tych wyzdrowiało zupełnie 24, w 8—objawy ustąpiły.

Rezultaty, jak widzimy, są bardzo zachęcające. Szkoda, iż autor nie poznał bliżej metody Brandt'a, gdyż byłyby o wiele lepsze.

Wprowadzanie kul à la Bozemann, chybia celu i nie jest w stanie działać skutecznie, ażeby bliznę rozmiękczyć i rozciągnąć, a to dla tego, iż blizny lub powrozki nie są dla walca dostępne: są zwykle dość wysoko umiejscowione. Co do tego, czy należy mięsienie stosować po wyczerpaniu całego arsenału środków i rad lekarskich, to sądzę, iż to jest zbytnia strata czasu dla chorej i obecnie, gdy mięsienie rozpowszechnia się coraz więcej, możemy przy odpowiednim wskazaniu mięsienie zalecić, jeżeli uważamy, iż ono w danem cierpieniu najpewniej i w najkrótszym czasie uzdrowienie sprowadzi.

Później Bunge<sup>11)</sup> poznawszy mięsienie ogólne, zaczął stosować je również przy cierpieniach macicy. Autor zaleca masaż przy przewlekłym zapaleniu około macicy, przy resztkach wysięków, przy macicy źle zwiniętej, tyłozgięciu i przewlekłym zapaleniu macicy, również przy nerce wędrującej (poprawa).

Mięsienie autor stosował podług ogólnych zasad masażu; przy zrostach ściągał macicę ku dołowi, za pomocą kleszczyków kulowych, ażeby takowe rozciągnąć lub rozzerwać (Schultze).

Autor zestawia 17 przypadków, w których widział rezultaty z początku nie zbyt świetne, później bardzo zadawalniające. Stosując masaż przy odpowiednim wskazaniu, autor zaleca zastrzykiwania do pochwy wody gorącej, co jak sądzi Benecke („Berl. Klin. Woch.“ 1881, p. 354) ma stanowić masaż wodny, również pędzlowanie za pomocą nalewki jodowej.

Autor nie stosuje masażu przy sprawach ropnych lub posokowych w miednicy, również podczas ciąży; radzi również nie stosować na kilka dni przed i po regularności.

Następnie Reeves Jackson<sup>12)</sup> zaleca mięsienie przy

<sup>11)</sup> Otto Bunge. Beiträge zur Massage des Unterleibes insbesondere des Uterus u. seiner Adnexa. Berl. Klin. Woch. 1882, N. 25.

<sup>12)</sup> Reeves Jackson. Transactions of the American Gynaecol. Society. Vol. V. Boston 1881, nast. Americ. Journ. of Obst. 1880 Oct., również Boston

macicy źle rozwiniętej, stosując takowe przez wprowadzenie palca do pochwy, lub, gdy ta jest zwężoną lub bolesną, do odbytnicy i ugniatanie drugą ręką macicy przez powłoki brzuszne. Posiedzenie trwa 15 — 30 minut. Autor opisał 3 przypadki i sądzi, iż podobne cierpienia jedynie za pomocą mięsienia nsunąć można, gdyż leczenie za pomocą środków lekarskich nie prowadzi do celu.

Również prof. Chrobak <sup>19)</sup> stosował mięsienia brzucha, ażeby zwiększyć ruch robaczkowy kiszek, przy obrzękach kończyn dolnych, zależnych od mięśniaków macicy i guzów jajnika z zadawalniającym skutkiem; następnie przy torbielach jajnika, przyczem objętość guza się zmniejszała, jeżeli tylko ścianki torbieli nie były zbyt naprężone, również przy włókno-mięśniakach macicy, bez wielkiego rezultatu, najwięcej zaś przy wysiękach starych, bliznach parametralnych i stwardnieniach zapalnych gruczołów piersiowych. W tych przypadkach następowało bądź wessanie, co często miało miejsce, bądź wytwarzały się ropnie, i, po opróżnieniu się ropy, następowało wyleczenie.

W ogóle Chrobak stosował masaż podług metody Metzger'a i przypisuje mu wielką doniosłość terapeutyczną.

Prof. Bandl <sup>20)</sup> stosował również mięsienie przeważnie przy bliznach parametralnych, a mianowicie usuwał takowe przez systematyczne rozciąganie. To ostatnie odbywał dwuręcznie, posiłkując się jednocześnie haczykiem lub kleszczykami, utrzymującemi macicę.

Bandl podaje opis dwóch przypadków:

1. Mężatka lat 32, przed 12 laty, po poronieniu w drugim miesiącu, przebyła zapalenie w miednicy, poczem pozostały bóle w brzuchu i ból strzelający w kończynie dolnej lewej. W ostatnich czasach ból się o tyle zwiększył, iż jest nie do zniesienia. Rozpoznano ischias i przez długi czas leczono chorą za pomocą różnych środków, lecz bezskutecznie. Stan obecny: trzon macicy normalnej wielkości, szyjka obrzmiała, twarda, unieruchomiona przez bliznę parametralną z lewej strony, szerokości palca; lewy jajnik przyczepio-

---

med. and Surg. Journ. 1880, Sept. 23 p. t. Uterine massage as a means of treating certain forms of enlargement of the womb.

<sup>19)</sup> Chrobak. Unters. d. weibl Genitalien u allg. gynäk. Therapie. Deutsche Chir. von Pitha u. Billroth, 1885. p. 271.

<sup>20)</sup> Bandl. Die Krankheiten der Tuben etc. Deutsche Chir. v. Pitha u. Billroth. 1885, p. 185.



ny do więzadła szerokiego. Bandl stosował mięsienie z początku w ten sposób, iż utrzymywał szyjkę maciczną za pomocą palca, wprowadzonego do pochwy, a drugą ręką przez powłoki brzuszne odciągał ją ku stronie prawej, ażeby bliźnię rozciągnąć; następnie utrzymywał szyjkę za pomocą haczyka i uciskając przez pochwę lub odbytnicę rozciągał bliźnię w dalszym ciągu. Tę metodę stosował autor co 3—4 dni w ciągu 6 tygodni: bóle zupełnie ustąpiły, tak iż po roku konstatował jeszcze poprawę.

2. Mężatka lat 26, żona lekarza z wyspy Korfu, przebyła wkrótce po wyjściu zamąż, przed 6 laty, zapalenie otrzewnej, poczem pozostały resztki zapalne parametralne i otrzewnowe, które unieruchomiły macicę w położeniu tyłozgięcia. Chora skarżyła się na bóle w brzuchu, krzyżu, bóle strzelające w kończynach dolnych, tak iż nie mogła chodzić. Objechała prawie całą Europę, szukając ulgi, lecz napróżno. Bandl rozciągnął bliźny bez pomocy narzędzi w ciągu 12 tygodni o tyle, iż macica wróciła do położenia prawidłowego, stosując jednocześnie przemywanie pochwy za pomocą ciepłej wody. Objawy ustąpiły, i następnie chora przebyła szczęśliwie ciążę i odbyła poród prawidłowo.

Oprócz autorów wyżej wymienionych stosowali również masaż ginekologiczny z dobrym skutkiem: Gussenbauer <sup>21)</sup> przy przewlekłym zapaleniu błony śluzowej i mięszu macicy, Goodell <sup>22)</sup> w jednym przypadku tyłozgięcia i opuszczenia macicy, Greulich <sup>23)</sup> przy przewlekłych i uporczywych wysiękach, około macicznych i wreszcie Schreiber <sup>24)</sup> przy zrostach pozapalnych, unieruchamiających macicę.

Prace te wszystkie stanowią ważny przyczynek do rozpowszechnienia się mięsienia ginekologicznego, gdyż rezultaty są zachęcające, lecz nie mogą zadowolnić tych, którzy stosowali masaż podług metody Brandt'a. Ani Bunge ani Prochownick nie wyleczyli żadnego przypadku samoistnego tyłozgięcia, Prochownick'owi nie udało się wyleczyć ze 14

<sup>21)</sup> Gussenbauer. Erfahrungen über Massage. Prager med. Wochenschrift, 1881, N. 1, 2, 3.

<sup>22)</sup> Goodell. Beziehungen der Neurasthenie zu Erkrankungen der Gebärmutter. Schmidt's Jahrbücher, 1880, Bd. 187.

<sup>23)</sup> Greulich. Ueber Parametritis und Perimetritis, Wiener Klinik. 1882, N. 7.

<sup>24)</sup> Schreiber. Praktische Anleitung zur Behandlung durch Massage und methodische Muskelübung. Wien und Leipzig, 1888, str. 253.

ani jednego przypadku opuszczenia lub wypadnięcia macicy. Gdyby Prochownick był poznał metodę Brandt'a, to sądzę, iż przez unoszenie macicy więcej by zrobił, niż przez swoje cylindry kauczukowe, które nie mają wielkiego znaczenia leczniczego.

Jeżeli przejdziemy do ostatniej grupy lekarzy, którzy pisali o metodzie Brandt'a, to przyznać musimy, iż przyjazd Brandt'a i Nissena do Jeny miał wielkie dla nauki korzyści, gdyż wyjaśnił ginekologom, iż nie mają potrzeby błędzić po omacku i, że się tak wyrażę, próbować, jakie rękoczyny będą najodpowiedniejsze, gdy chcemy usunąć np. tyłozgięcie macicy unieruchomione, lub zapalenie około jajnika, lecz że mamy metodę po części już opracowaną i skończoną. Nie chcę przez to powiedzieć, iżby się nie dało w niej nic zmienić lub dodać, lecz że stanowi ona rezultat pracy ćwierć-wiekowej człowieka, który przez umiejętne śledzenie ginekologiczne i gruntowną znajomość mięsienia był w stanie stosować w odpowiednich przypadkach rękoczyny najodpowiedniejsze i najpewniej prowadzące do celu.

Sądzę, iż, jeżeli professorowie: Schultze, Vulliet, Schauta, Preuschen, lekarze: Skutsch, Resch, Profanter, Seiffart, E. Fränkel, Jordan i inni po bezstronnem osądzeniu rzeczy to przyznali, powinno to dla nas być zupełnie dostatecznem pod względem krytyki naukowej.

Przejdźmy obecnie do bliższego poznania prac autorów wyżej wymienionych.

Profanter <sup>25)</sup> asystent kliniki ginekologiczno-położniczej wiedeńskiej, przyczynił się bardzo do rozpowszechnienia mięsienia ginekologicznego.

W pierwszej swej pracy, do której przedmowę napisał prof. Schultze, Profanter oprócz krótkiej biografii samego Brandt'a podaje kazuistykę 16 przypadków, w jakich Brandt i Nissen mięsienie stosowali i w końcu krótkie resumé opisanych przypadków.

Profanter nie podaje wcale opisu rękoczynów Brandt'a. Co do kazuistyki, to ta jest podaną podług kart klinicznych pod kontrolą prof. Schultze'ego. Opis każdego przypadku zawiera dokładny rysunek szematyczny.

W krótkiem streszczeniu są to przypadki następujące:

---

<sup>25)</sup> Paul Profanter. Die Massage in der Gynaekologie mit einer Vorrede von prof. B. S. Schultze. Wien, 1887.



1. Panna 20-letnia skarży się na uczucie ciężkości w podbrzuszu, silny ból przy oddawaniu moczu i częste moczenie. Macica w położeniu przodozgięcia, nie powiększona; lewy jajnik powiększony, bolesny; lewa fałda Douglas'a zgrubiała, skrócona, bolesna. Rozpoznano: Parametritis posterior chron. Oophoritis chron. Cystitis levis. Leczenie dotychczasowe: tampony z gliceryną, jodkiem potasu pozostało bez skutku, ciepłe okłady ze solą, lawatywy, przemywania sublimatowe w ciągu trzech tygodni również bezskuteczne. Po miesiącu w ciągu 14 posiedzeń nastąpiło uzdrowienie: macica w położeniu przodozgięcia, ruchoma, parametritis post. perioophoritis ustąpiły, bolesność przy oddawaniu moczu znikła, ogólny stan dobry.

2. Mężatka lat 29 skarży się na bolesność w obu kończynach dolnych i obrzmiewanie stawów kolanowych, co występuje co 2—3 miesiące, zwykle na 8 dni przed nastąpieniem miesiączki, sterilitas. Macica — anteflexio, lewa trąba maciczna zgrubiała, lewy jajnik powiększony, nieruchomy w jamie Douglas'a, prawy jajnik nieco opuszczony, nieco bolesny i nieruchomy. Rozpoznano: Oophoritis et perioophoritis chronica, sterilitas, stenosis recti (luetica). Po 2 posiedzeniach cierpienie jajników ustąpiło, bolesność znikła.

3. Mężatka 31-letnia skarży się, iż po ostatnim (trzecim) porodzie wzmogła się bolesność, przeważnie z lewej strony, w podbrzuszu, w okolicy kości krzyżowej; ból przy oddawaniu stolca; ból głowy. Macica — anteflexio, jajniki powiększone, przeważnie prawy, bolesne; prawa fałda Douglas'a skrócona, bolesna; znaczna bolesność po za macicą tuż, gdzie poczynają się fałdy Douglas'a. Wyzdrowienie w ciągu miesiąca, macica — anteflexio, ruchoma, jajniki niebolesne, ruchome; fałdy Douglas'a niebolesne.

4. Mężatka lat 30 skarży się na różne zaburzenia od lat czterech: silny ból w krzyżu i podbrzuszu, tak iż nie może chodzić, silny ból przy oddawaniu stolca i moczu, zaburzenia przy miesiączkowaniu, białe upławy; chora leczyła się w klinice, gdzie przeleżała z przerwami 4 miesiące, oprócz tego w ambulatoryjum. Stan jej się pogorszył znacznie. Macica anteflexio, szyjka mało ruchoma, przy poruszaniu bolesna; parametria bolesne, prawy jajnik bolesny, lewy — powiększony, bolesny, fałdy Douglas'a bolesne. Rozpoznano: Parametritis subacuta post. puerperalis. Hysteria summa. Mięsień trwał 4 tygodnie i było przerwane, gdyż chora zmuszoną była opuścić klinikę. Stan chorej się poprawił znakomicie; bolesność znikła, regularność niebolesna. Parametria i fałdy Douglas'a, zarówno lewy jajnik przy ucisku nieco bolesne.

5. Panna lat 24, skarży się na silne bóle w podbrzuszu, przeważnie z lewej strony, miesiączka nieregularna, bolesna, obfita, 6—14 dni trwająca, nieznaczne upławy.

Macica anteflexio, lewy jajnik znacznie powiększony, bardzo bolesny, lewa trąba bolesna, bolesność w okolicy prawego jajnika: jajnika się nie wyczuwa. Rozpoznano: Oophoritis et perioophoritis chronica. Leczenie w klinice bez znacznej poprawy. Mięsień w ciągu 4 tygodni. Bolesność ustąpiła, podczas regularności bolesność mniejsza. Jajniki wyczuwalne, normalnej wielkości, niebolesne; lewy jajnik mniej ruchomy, niż normalnie.

6. Mężatka lat 29, skarży się na bóle w podbrzuszu, ogólne osłabienie; zawroty głowy, zaparcie stolca, zaburzenia przy oddawaniu moczu, niestrawność.

Macica — retroflexio, ruchoma, jajniki nie powiększone, ruchome; prawe

więzadło szerokie i prawa fałda Douglas'a znacznie zgrubiałe, bolesne; lewa fałda mniej, bolesność powłok brzusznych.

Diagnosis. Retroflexio uteri et residua parametrit. dext. et sin. Mięśnienie w ciągu 5 tygodni. Macica w położeniu tyłozgięcia, lecz w ciągu leczenia macica pozostawała po kilka dni w położeniu anteflexio, nie sprawia żadnych zaburzeń; fałdy Douglas'a sprężyste, niebolesne, stolec prawidłowy, bolesność ustąpiła; czuje się dobrze.

7. Mężatka lat 45 skarży się na silny ból brzucha, przeważnie z prawej strony, krzyża; silne zaparcie stolca i bolesność przy oddawaniu stolca, meteorismus, częste oddawanie moczu. Chora przeleżała w klinice w ciągu ostatnich lat 3 około 5 miesięcy, leczyla się również ambulatoryjnie. Stan się nie poprawił. Macica unieruchomiona przez stary zrost z prawej strony.

Rozpoznano: Residua param. dextrae c. fixatione uteri. Po dwóch tygodniach mięsienia macica ruchoma i niebolesna; bolesność ustąpiła, zaburzeń przy oddawaniu moczu i stolca niema.

8. Mężatka lat 41, wielorodząca, skarży się na ból w podbrzuszu, w krzyżu, uczucie ciężkości w brzuchu, zależne od opuszczenia się macicy od lat 18, silny ból przy oddawaniu moczu od roku (mocz krwawy); brak łaknienia; upławy; zaparcie stolca; meteorismus.

Macica silnie przegięta ku tyłowi, opuszczona, otwór macicy na  $3\frac{1}{2}$  ctm. od wędzidełka, ruchoma, powiększona, zgłębnik—9,5 ctm. Rozpoznano: Descensus et Retroflexio uteri, Metritis et Endometritis.

Mięsienie trwało około dwóch miesięcy za przzerwami. Ze względu na endometritis, której początkowo wcale nie leczono, osiągnięto tylko poprawę; macica mniejsza, w położeniu tyłopochylenia; część pochwowa na 2,5 ctm. od wędzidełka, bolesność daleko mniejsza niekiedy ustępuje zupełnie, bólu przy oddawaniu moczu niema, upławy mniejsze; stolec prawidłowy; czuje się daleko lepiej.

9. Mężatka lat 34, wielorodząca. Przed  $4\frac{1}{2}$  laty zanotowano: tyłozgięcie macicy, Endometritis i założono krążek maciczny; w pół roku później przebyła parametritis sin.; skarży się obecnie na ustawiczny ból w krzyżu, w brzuchu z prawej strony, klucie w pochwie, zaparcie stolca, upławy znaczne. Macica—retroflexio, ruchoma, laceratio cervicis, fałdy Douglas'a, szczególnie prawa, zgrubiałe, b. bolesne; lewy jajnik powiększony, nieruchomy, nieco bolesny, prawy niebolesny. Rozpoznano: Retroflexio uteri, Endometritis, Parametritis post. Schultze, Fixatio ovarii sinistri.

Po mięsieniu w ciągu 29 posiedzeń bolesność ustąpiła, stolec prawidłowy, czuje się zupełnie dobrze.

Macica — anteflexio, fałdy Douglas'a niebolesne; jajniki normalnej wielkości, lewy nieco przymocowany.

10. Mężatka lat 26, skarży się na bolesność podbrzusza, krzyża, ogólne osłabienie, ból głowy, upławy.

Macica—retroflexio, ruchoma, bolesna, lewy jajnik nieruchomy, bolesny. Rozpoznano: Retroflexio uteri. Po 41 posiedzeniach macica—retroflexio, lecz niebolesna, sprawa zapalna ustąpiła, lewy jajnik ruchomy niebolesny; bolesność wszelka ustąpiła, również ból głowy, czuje się dobrze. Założono krążek, chora się wypisała.

11. Mężatka lat 36, wielorodząca, kilkakrotnie ronila, skarży się na ustawiczny ból z lewej strony brzucha, ból krzyża, zaparcie i bolesność przy oddawaniu stolca, upławy, nosi krążek.

Macica—retroflexio, jajniki i trąby bolesne, przeważnie z lewej stro-



ny, nieco przymocowane. Rozpoznano: Retroflexiouteri. Po miesiąniu, które trwało więcej niż półtora miesiąca, lecz z przerwami, gdyż chora przychodziła nieregularnie, stan się o tyle poprawił, iż bolesność ustąpiła i pozostała nieznaczna bolesność w krzyżu, stolec prawidłowy, niebolesny; tyłozgięcie macicy pozostało bez zmiany.

12. Panna lat 26, skarży się na bóle w podbrzuszu; kończynach dolnych, bolesność przy oddawaniu moczu; regularność nieprawidłowa b. bolesna; ból głowy; gastralgia; napady histeryczne.

Macica mała, prawie nieruchoma, przy przesuwaniu bolesna; szyjka z prawej strony; parametria bolesne, ściągnięte, zgrubiałe, unieruchamiają trzon macicy z lewej strony, szyjkę z prawej, tak iż macica znajduje się w położeniu skośnym; jajniki niewyczuwalne. Rozpoznano: Parametritis et Perimetritis chron. Cystitis, Hysteriasis. Po miesiąniu w ciągu 27 posiedzeń: macica ruchoma, daje się łatwo wyprostować bez żadnego bólu, parametria wolne, niebolesne; jajniki wyczuwalne; wszelka bolesność ustąpiła, regularność niebolesna; ogólny stan b. zadawalniający.

13. Wdowa lat 45, odbyła 3 porody i jedno poronienie, skarży się na uporczywe krwawienie z macicy, połączone z silnym lewostronnym bólem głowy, ból krzyża, zaparcie stolca, brak łaknienia, ogólne osłabienie. Macica w położeniu anteflexio, fixatio cervicis; po za macicą nieco z prawej strony, w okolicy stawu krzyżo-biodrowego wyczuwa się guz nierówny, nieco bolesny, o średnicy, wynoszącej 4 cm., który przy następczem badaniu sub chlorofomio nie okazał się guzem jajnikowym, gdyż prawy jajnik wyczuwa się po nad guzem. Po wyskrobaniu macicy nastąpił wylew krwi po za macicą nieco z prawej strony, sięgający ku dołowi aż do spina ischii, ku górze nie dochodzi wchodu miednicy. Rozpoznano: Haematoma. Po 14 posiedzeniach miesiąnia krwistek znikł bez śladu, macica ruchoma; okazało się, iż guz wyżej wymieniony stanowi enchondroma art. sacro — iliace dextrae.

14. Mężatka lat 32, wielorodząca, cierpiała na uporczywe krwawienie z macicy, przebywa w klinice po raz piąty; skarży się na silny ból w brzuchu i krzyżu, zaparcie i bolesność przy oddawaniu stolca, częste moczenie, połączone z bólem. Macica — anteflexio, faldy Douglas'a bolesne, przeważnie prawa parametria przedstawiają wiele blizn niewielkich, lecz b. bolesnych; prawy jajnik powiększony, bolesny. Rozpoznano: Parametritis post. chron. Po 37 posiedzeniach miesiąnia, macica więcej ruchoma; chora czuje się daleko lepiej. Leczenie za pomocą miesiąnia nie było doprowadzonym do końca, gdyż Brandt i Nissen opuścili Jenę.

15. Mężatka lat 25, skarży się na silne krwawienie z macicy, silny ból brzucha przeważnie z prawej strony; mdłości, wymioty, ogólne osłabienie, ból i zawrót głowy.

Macica—retroversio, z prawej strony, trzon unieruchomiony, tylna powierzchnia macicy przyrosła do odbytnicy; lewy jajnik znacznie powiększony, b. bolesny, nieruchomy, prawy niewyczuwalny. Rozpoznano: Retroversio fixata (synechia cum recto), Perioophoritis sinistra. Miesiącie w ciągu miesiąca. Macica ruchoma, prawy jajnik wyczuwalny, lewy jeszcze nieruchomy, lecz nie powiększony i niebolesny. Chora czuje się daleko lepiej, bolesność prawie ustąpiła. Miesiącie było przerwane z powodu wyjazdu Brandt'a z Jency.

16. Mężatka lat 34 skarży się na objawy, zależne od wypadnięcia macicy. Badanie pod chloroformem: pochwa wynicowana, macica wypadnięta,

lecz daje się odprowadzić do miednicy do położenia przodozgięcia, laceratio i ectropion cervicis, ulceratio lab. ant.; zglębnik wykazuje długość macicy 14 ctm. (mierzone kilkakrotnie). Rozpoznano: Prolapsus uteri totalis. Wypadnięcie macicy trwa od lat 9.

Mięsienie i unoszenie macicy w ciągu miesiąca. Już po pierwszym posiedzeniu macica utrzymała się w miednicy, część pochwowa na 5 ctm. od krocza, a to wskutek naprężenia lewej fałdy Douglas'a; retropositio uteri; po 11 posiedzeniach—anteflexio; następnie objętość macicy znacznie się zmniejszyła; po miesiącu macica w położeniu prawidłowego przodozgięcia, szyjka skierowana ku tyłowi, gdzie ją utrzymują naprężone fałdy Douglas'a, część pochwowa nieco po nad linią oścową, zglębnik 9 ctm., zaburzenia wszelkie ustąpiły. Chora wypisała się bez krążka.

Praca to Profanter'a, pomimo iż autor nie podał nawet opisu rękoczynów Brandt'a ma wielkie znaczenie ze względu na przedmowę i kontrolę prof. Schultze'go.

Z pracy tej nie można sobie wyrobić należytego przekonania zarówno co do zastosowania mięsienia, jak i rezultatów, gdyż w niektórych przypadkach nie tylko za pomocą mięsienia można było uzdrowienie sprowadzić. Oprócz tego Brandt nie usunął z podanych przypadków ani jednego przypadku tyłozgięcia, co jednakowoż się ma w rzeczywistości inaczej, następnie kilka przypadków nie doprowadził do końca, gdyż opuścił już Jenę. Gdybyśmy więc chcieli szczegółowo rozejrzeć się w tych przypadkach, to pomimo całej świetności wyników, te ostatnie byłyby gorsze, niż jak się rzecz ma zazwyczaj.

W drugiej swej pracy, wydanej w rok później, Profanter<sup>26)</sup> powtarza opis wyżej podanego przypadku wypadnięcia macicy i podaje w dalszym ciągu historję chorej po wypisaniu się jej z kliniki. Chora zgłosiła się znowu po upływie roku i asystent oddziału, docent Skutsch zanotował: macica w położeniu tyłozgięcia, nieco powiększona, ruchoma, daje się łatwo odprowadzić do położenia przodozgięcia, zglębnik  $8\frac{1}{4}$  ctm.; część pochwowa po nad linią oścową. Macica nie opuszczała się wcale; zaburzeń żadnych chora nie miała.

Wreszcie autor podaje w tej pracy dokładny opis rękoczynów Brandt'a, jakie bywają stosowane przy leczeniu wypadnięcia i opuszczenia macicy. Innych rękoczynów autor nie opisuje.

Następnie ogłosił Resch<sup>27)</sup> niewielką pracę o metodzie

<sup>26)</sup> Paul Profanter. Die manuelle Behandlung des Prolapsus uteri Wien, 1888.

<sup>27)</sup> Alfred Resch. Ueber die Anwendung der Massage bei Krankheiten d. weibl. Sexualorgane. Centr. für. Gyn. 1887, N. 32.



Brandt'a, o ile takową poznał podczas pobytu Brandt'a w Jenie, i następnie podczas pobytu swego w Sztokholmie. Resch, po krótkim wstępie historycznym, podaje wskazania i przeciwwskazaniu do mięsienia, usiłuje objaśnić działanie mięsienia i podaje krótki opis rękoczynów Brandt'a. Resch widział dobre wyniki przy zapaleniu przewlekłym i macicy źle rozwiniętej, przy zapaleniu okołomacicznym, przy opuszczeniu i wypadnięciu macicy, krwisteku pozamacicznym i tyłozgięciu macicy, w których po części sam metodę stosował.

Autor wyraża się bardzo przychylnie o metodzie Brandt'a. W kilka miesięcy po ogłoszeniu pracy Profantera prof. Schauta<sup>28)</sup> udał się do Sztokholmu, iżby poznać metodę Brandt'a. Po powrocie w odczycie, mianym w sekcji pilzeńskiej stowarzyszenia lekarzy niemieckich w Czechach, autor ocenił tę metodę, podał krótki opis rękoczynów i streścił 9 własnych przypadków, przeważnie para-perimetritidis chron. c. fixatione uteri, w których sam mięsienie z doskonałym skutkiem stosował. Schauta wyraża się o metodzie Brandt'a i jej twórcy z wielkim uznaniem, mówiąc między innymi: „Tausende von Frauen verdanken ihm die Wiederherstellung ihrer Gesundheit. Dazu befähigen ihn ausser seiner diagnostischen Fertigkeit, eine seltene Geschicklichkeit, schonungsvolles, zartes Vorgehen, und eine mit kritischem, echt urwissenschaftlich beobachtenden Verstande sorgfältig ausgebildete Behandlungsmethode.“ Prof. Schauta jest głęboko przekonany o wartości leczniczej mięsienia i życzy mu rozpowszechnienie, na jakie zasługuje.

Praca ta profesora pragskiego ma ważne znaczenie nie tyle ze względu na zwięzły opis rękoczynów lub krótkie streszczenia własnych przypadków, lecz przez potwierdzenie jej wyników i przyznanie osobie Brandt'a naukowej powagi, co dla sprawy samego mięsienia jest bardzo ważnem.

W dalszym ciągu prof. Preuschen<sup>29)</sup> z Gryfi po powrocie ze Sztokholmu, gdzie poznał metodę Brandt'a, podał niewielką pracę, w której opisuje rękoczyny Brandt'a, stosowane przy wypadnięciu macicy i następnie podaje opis jednego przypadku, wyleczonego za pomocą metody Brandt'a.

<sup>28)</sup> prof. Schauta. Ueber gynaecologische Massage Prager medicinsche Wochenschrift, 1887, N. 43.

<sup>29)</sup> prof. F. von Preuschen. Die Heilung des Vorfalles der Gebärm. durch Gymnastik der Beckenmusculatur u. methodische Uterushebung. C. f. Gyn. 1888, N. 13.

U chorej Preuschena wypadnięcie trwało od lat 31; macica 11 ctm., prolapsus uteri totalis, inversio vaginae, cysto et rectocele. Po 3 miesiącach autor przedstawił pacjentkę w Towarzystwie lekarzy w Gryfil, jako uleczoną; maciça w położeniu przodopochylenia, zgłębnik 7 ctm. Uzdrowienie zupełne. W końcu swej pracy Preuschen objaśnia, na czem polega działanie rękoczynów Brandt'a. Sądzi mianowicie, iż odprowadzanie i sprowadzanie odnóg dolnych zwiększa napięcie mięśnia unoszącego odbyt, przeco powstaje zaporą dla macicy opuszczającej się i otwór pochwy w przeponie mięsnej miednicy się zmniejsza. Unoszenie macicy podług Preuschen'a daje tylko możność utrzymania takowej w położeniu przodozgięcia. W ten sposób nie unoszenie macicy, jak to sądzi Brandt i inni, lecz sprowadzanie i odprowadzanie odnóg dolnych stanowi najważniejszy rękoczyn Brandt'a.

Obszerniej pomówimy jeszcze o poglądach Preuschena, gdy będzie mowa o rękoczynach Brandt'a, stosowanych przy opuszczeniu i wypadnięciu macicy.

W drugiej swej pracy Preuschen<sup>30)</sup> podaje opis jeszcze trzech przypadków wypadnięcia macicy, wyleczonych za pomocą metody Brandt'a.

1. Mężatka lat 69, cierpi na wypadnięcie macicy od lat 30; cystocele; zgłębnik 12 ctm. Po 2 tygodniach macica pozostała w położeniu przodopochylenia; część pochwowa po nad linią oścową. Uzdrowienie zupełne.

2. Panna lat 23; descensus uteri od 3½ miesiąca; inversio vaginae; zgłębnik 8 ctm. Po 8 posiedzeniach przodopochylenie macicy, część pochwowa po nad linią oścową. Uzdrowienie zupełne.

3. Mężatka lat 71; prolapsus uteri totalis od lat 4, cystocele; zgłębnik 9 ctm. Po 10 posiedzeniach—anteversio, część pochwowa po nad linią oścową. Uzdrowienie.

Jak się przekonać można, przypadki pierwszy i trzeci autora były bardzo ciężkie do wyleczenia i tak szybkie usunięcie cierpienia przemawia dostatecznie za metodą Brandt'a.

Widoczną jest rzeczą, iż Preuschen posiada należytą technikę, jeżeli może w tak krótkim czasie takie rezultaty osiągnąć.

---

<sup>30)</sup> prof. F. von Preuschen. Weitere 3 Fälle von Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymn. der Beckenmusculatur u. method. Uterushebung C. f. Gyn. 1880, N. 30.



Następnie prof. Vulliet <sup>31)</sup> z Genewy, pisze o mięsieniu ginekologicznem. Vulliet stosuje masaż od lat 2, trzymając się w ogóle zasad Brandt'a, pomimo iż zna je tylko z opisu. Autor odróżnia mięsienie brzuszne zewnętrzne i mięsienie mieszane, które znowu dzieli na mięsienie przedniej połowy miednicy, tylnej i bocznych i opisuje w krótkości rękoczyn, jakie stosował przy zapaleniu przewlekłem, przyczepinach macicy i zapaleniu okołomacicznem. Vulliet zaleca również mięsienie przez jamę macicy, po uprzednim rozszerzeniu takowej podług swej metody: w tym razie palec jednej ręki działa przez macicę, a druga ręka przez powłoki brzuszne. Metoda ta ma na celu stosowanie mięsienia bezpośrednio na ściankę macicy i powinna mieć podług autora, zastosowanie przeważnie przy zrostach macicy. Odbywa się ono w następujący sposób: po należytem rozszerzeniu szyjki macicznej, autor wprowadza palec do macicy i odbywa mięsienie, które trwać powinno 3—4 minut, następnie przemywa jamę macicy i wprowadza tamponik, który już utrzymuje takową rozszerzoną do następnego posiedzenia.

Autor stosował również z dobrym skutkiem mięsienia przy wypadnięciu macicy, lecz rękoczyn Vulliet'a różnią się od metody Brandt'a.

Vulliet jest wielkim zwolennikiem mięsienia i praca jego ze względu na wiele drobnych, lecz ważnych wskazówek praktycznych zasługuje na bliższe poznanie.

Następnie Seiffart <sup>32)</sup> poznał mięsienie ginekologiczne podczas pobytu Brandt'a i Nissena w Jenie i podaje w pracy swej kazuistykę 12, a właściwie 13 przypadków. Oprócz tego Seiffart polemizuje z Reibmayrem ze względu na podany przez tego ostatniego niedokładny i fałszywy opis rękoczynów Brandt'a i krytykuje pracę Prochownick'a. W końcu autor podaje krótki opis rękoczynów Brandta przy przewlekłem zapaleniu i wypadnięciu macicy.

Przypadki autora są następujące:

1. Endometritis, Metritis, Parametritis post. dextra, Oophoritis dextra. Mięsienie w ciągu 2 tygodni. Uzdrowienie.
2. Metritis, Endometritis, Parametritis post. duplex. Oophoritis sin. Mięsienie w ciągu 17 posiedzeń. Uzdrowienie.
3. Metritis. Endometritis. Parametritis post. Perimetritis. Vaginitis, Mięsienie w ciągu 2 tygodni. Uzdrowienie.

<sup>31)</sup> prof. Vulliet. Sur le massage en gynaecologie. Journal de medecine de Paris, 1888, N. 15—16.

<sup>32)</sup> Seiffart. Die Massage in der Gynaekologie. Wien, 1888.

4. Metritis, Endometritis, Para peri-metritis. Mięsenie w ciągu miesiąca. Znaczna poprawa.

5. Endometritis, Metritis, Parametritis post. Mięsenie w ciągu 2 tygodni. Uzdrawienie.

6. Oophoritis duplex. Uzdrawienie po 11 posiedzeniach.

7. Metritis et Endometritis. Uzdrawienie po 13 posiedzeniach.

8. Oophoritis dextra, częściowe zapalenie mięśni brzusznych. Zapalenie mięśni psoas major et minor. Uzdrawienie w ciągu miesiąca.

9. Parametritis posterior. Mięsenie w ciągu około 3 tygodni. Uzdrawienie.

10. Parametritis post. Oophoritis dextra. Sinistroversio uteri. Po 17 posiedzeniach uzdrawienie

11. Prolapsus uteri od lat 26. Po 25 posiedzeniach poprawa: założono krążek Mayer'a.

12. Prolapsus uteri od lat 9. Po 25 posiedzeniach poprawa: założono krążek Schultze'go.

13. Tumor ovarii sinistri, wielkości głowy dziecka, pod wpływem mięsienia znacznie się zmniejszył, tak iż chora doznała wielkiej poprawy i dopiero po 5 miesiącach, gdy się guz na nowo powiększył, przystąpiono do operacji. Okazało się, iż guz jajnika miał zawartość krwistą, szypuła była skręconą.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, iż Seiffart z 60 przypadków, leczonych za pomocą mięsienia ogłosił, tylko te 13, to rozejrzawszy się w nich, i nie posądzając bynajmniej, iżby podał wyniki nieprawdziwe, przyjść musimy do wniosku, iż miał rezultaty wyjątkowo świetne, gdyż wyleczyć z 12 przypadków za pomocą mięsienia sześć, w ciągu dwóch tygodni możebnem jest jedynie w przypadkach lekkich, gdzie niema starych bliznowatych przyczepin pozapalnych, które na znacznej przestrzeni unieruchomiją macicę lub jajniki.

Czytając podobną kazuistykę zdawać się może, iż zwykle mięsienia w ciągu dwóch tygodni daje już zupełne uzdrawienie. Tymczasem trwa to zwykle dłużej po 6 tygodni, 2 i 3 miesiące. Brandt również nie usuwa tak szybko cierpienia, a w klinice jenajskiej jeszcze szybciej, niż w Sztokholmie.

Zależy to przedewszystkiem od tego, iż niektóre przypadki były bardzo lekkie, co trzeba zawsze brać na uwagę.

Przypadki te Seiffarta tembardziej zasługują na uwagę, iż autor zaczął stosować metodę Brandt'a, nie mając jeszcze wyrobionej techniki, a osiągnął tak świetne wyniki.

W dalszym ciągu pani Nikolska<sup>33)</sup>, poznawszy metodę

<sup>33)</sup> A. Nikolska. Leczenie żeńskich boleźnej masażem po sposobu Brandt'a. Wracz, 1888, N. 23, 27, 28, 29, 30.



Brandt'a w Sztokholmie, podała treściwie napisaną pracę, która oprócz rysu historycznego mięsienia ginekologicznego, zawiera dokładny opis rękoczynów Brandt'a: przy przewlekłym zapaleniu macicy, około macicy, przy zrostach, unieruchamiających macicę, i wypadnięciu tejże, następnie podaje opis niektórych ćwiczeń gimnastycznych ogólnych, przeważnie tych, które Brandt stosować zwykł przy braku miesiączki, przy miesiączce bolesnej i obfitej, i wreszcie streszcza przypadki, opisane przez Profantera i Seiffart'a. Praca pani Nikolskiej napisana jest ze znajomością rzeczy. Szkoda tylko, iż nie zawiera własnej kazuistyki.

Następnie E. Fraenkel <sup>34)</sup> z Wrocławia podaje opis jednego przypadku wypadnięcia macicy i pochwy, w którym stosował metodę Brandt'a, znając takową jedynie z opisu. Przypadek ten był następujący: wdowa lat 30, odbyła 4 porody; opuszczenie macicy od lat 8, wypadnięcie zupełne od lat 2, wycisnienie pochwy, cystocele, zgłębnik 10 ctm. Już po pierwszym posiedzeniu macica utrzymała się w miednicy i, pomimo ciężkiej pracy i jazdy koleją, po dwóch dniach, gdy chora przybyła powtórnie do polikliniki, widoczną była poprawa, gdyż, pomimo naprężenia brzucha, macica się nieznacznie opuściła i zaledwie wązka fałda przedniej i tylnej ścianki pochwy wypadła z otworu sromnego. Chora jest jeszcze w leczeniu (4 posiedzenia).

Fraenkel nie jest pewny, iżby mu się udało wyleczyć chorą radykalnie, gdyż chora mieszka na wsi i jest zmuszoną ciężko pracować, lecz jest przekonany, iż za pomocą tej metody można dobre rezultaty osiągnąć.

Autor podaje opis rękoczynów, jakie stosował i zgadza się z Preuschenem, co do fizjologicznego wyjaśnienia rękoczynów Brandt'a.

Później Stroynowski <sup>35)</sup> w niewielkiej pracy podał wskazania i przeciwskazania i opisał rękoczyny przy wypadnięciu macicy. Autor metodę zna tylko z opisu. Praca jest podana podług Profantera, Seiffarta i Preuschema i zasługuje na uwagę ze względu na dwa przypadki wypadnięcia macicy, leczone za pomocą metody Brandt'a.

<sup>34)</sup> Ernst Fraenkel. Ueber manuelle Behandlung des Scheiden-Ge-bärmutter Vorfalls. Breslauer aertzliche Zeitschrift, 1888, N. 10.

<sup>35)</sup> Edward Stroynowski. O zastosowaniu mięsienia w chorobach kobiecych, mianowicie przy całkowitem wypadnięciu macicy, metodą Thure Brandta. Przegląd lekarski, 1888, N. 37.

Przypadki te są następujące:

1. Mężatka lat 49 cierpi na wypadnięcie macicy; regularność ukazała się w 14 roku; dzieci rodziła 4: ostatnie przed 15 laty. Usunięcie macicy datuje od ostatniego porodu, a od lat 8 wypadnięcie całkowite. Rozpoznano: prolapsus uteri totalis; cysto et recto-cele. Ulceratio cervicis. Długość macicy 14 ctm.

Autor stosował mięsienie wraz z Dr. Festenburgiem, w ciągu 8 tygodni, codziennie; macica się zmniejszyła o 5 ctm., część pochwowa jest oddalona na 5 ctm. od otworu sromnego. Stan dobry; wszelkie dolegliwości ustąpiły.

2. Mężatka lat 40, matka 3-ga dzieci, którą autor zna od lat 10, miała bowiem torbiel jajnika prawego, którą zdecydowano wyjąć. Chora już pod ten czas cierpiała na wypadnięcie macicy, jednakże odbyła jeszcze dwa porody. Po 3-cim porodzie przebyła zapalenie otrzewnej i okazało się później, iż torbiel pękła i wywołała owe powikłanie. Rozpoznano: prolapsus uteri totalis. Już po pierwszym posiedzeniu macica pozostawała stale w miednicy, tylko przednia ścianka pochwy cokolwiek się wysunęła. Po 14 posiedzeniach chora wyjechała na wieś 3 mile kołami, przebyła tę podróż bez szkody t. j. macica się nie wysunęła. Macica od pierwszego mięsienia utrzymuje się w wysokości 4 ctm. od wejścia do pochwy w przodopochyleniu. Autor sądzi, iż technika rękoczynów nie jest zbyt trudną i wroży metodzie Brandt'a przyszłość niewątpliwą.

Również docent uniwersytetu jenańskiego Skutsch<sup>36)</sup> na zjeździe ginekologów w Halle, mówiąc o leczeniu retroflexio uteri fixata, powiada, iż w przypadkach, gdzie zdawałoby się, iż bez cięcia brzuszego poprawy osiągnąć nie można, po zastosowaniu metody Brandt'a, przez powolne rozciąganie przyczepin i blizn, unieruchamiających macicę, udaje się macicę odprowadzić i cierpienie usunąć. W ostatnich czasach na klinice jenańskiej zastosowano mięsienie według Brandt'a w 15 przypadkach tyłozgięcia macicy i po rozciągnięciu fałd unieruchamiających i mięsieniu pozostałych resztek zapalnych, udało się macicę odprowadzić, a następnie po założeniu krążka do pochwy cierpienie w zupełności usunąć.

<sup>36)</sup> Skutsch. Verhandlungen der zweiten Versamml. der deutsch. Gesellschaft für Gynaekologie in Halle, Mai 1888. Zur Therapie der Retroflexio uteri. Archiv. für Gynaekologie, Bd. XXXII, Hft. 3, p' 481.



Skutsch twierdzi, iż bezwarunkowo należy w podobnych przypadkach przede wszystkim zastosować leczenie mechaniczne, a gdy takowe nie usunie cierpienia, przystąpić do cięcia brzuszego.

W dalszym ciągu Theilhaber <sup>37)</sup> w treściwie napisanej pracy podał opis rękoczynów Brandt'a, stosowanych przy zapaleniu przewlekłym macicy, tyłozgięciu macicy unieruchomionem, opuszczeniu i wypadnięciu macicy, przy starych wysiękach okołomaciczych, cierpieniach jajników i wypadnięciu odbytnicy. Autor poznał tę metodę u Brandt'a w Sztokholmie, wyraża się o niej bardzo przychylnie i sądzi, iż dziś już wpływ metody Brandt'a przy takich cierpieniach, jak wysięki przewlekłe i podostre, krwisteki, opuszczenie i wypadnięcie macicy i retroflexio uteri fixata, uważać za stanowczo dowiedziony. Przy innych cierpieniach jak metritis chr., subinvolutio uteri i endometritis należy się jeszcze wstrzymać z wyprowadzeniem ostatecznych wniosków.

Jako przeciwwskazanie autor podaje: rzerzączkę i gruzlicę narządów rodnych, sprawy septyczne i te przypadki, gdzie powłoki są zbyt grube. W końcu swej pracy Theilhaber zaznacza, na co wszyscy autorzy zwracają uwagę, iż mięsienie stanowić może metodę bardzo niebezpieczną, gdy takową stosować będą lekarze, nie posiadający ginekologicznego wykształcenia, lub masserzy.

Następnie H. Jordan <sup>38)</sup>, docent uniwersytetu jagiellońskiego, poznawszy metodę Brandt'a w Sztokholmie, w treściwie napisanej pracy ocenia wartość tej metody i podaje zasady i opis rękoczynów przy zapaleniu macicy, wypocinach w wiązadłach szerokich, przyczepinach macicy, wreszcie przy tyłozgięciu, opuszczeniu i wypadnięciu macicy.

Jordan własnych przypadków nie podaje, lecz na zasadzie obserwowanych w Sztokholmie jedenastu przypadków (w tej liczbie 5 wysięków, 1 krwistek) i doświadczeniu innych autorów zachęca do pracy nad tą metodą, przestrzega jednakowoż przed zniechęceniem i niewczesną krytyką, gdyż,

<sup>37)</sup> Theilhaber. Thure Brandt's Methode der Behandlung der Krankheiten der weibl. Beckenorgane. Münchener medic. Wochenschrift. 1888, N. 27—28.

<sup>38)</sup> H. Jordan. O Thure Brandtacie i jego metodzie leczenia cierpień ginekologicznych, Przegląd Lekarski, 1888, N. 43—44.

jak powiada, mięsienie ginekologiczne wymaga, oprócz stosownego rozpoznania wiele wprawy i ćwiczenia.

Praca Jordana napisana jest ze znajomością rzeczy i przyczyni się niewątpliwie do rozpowszechnienia się u nas metody Brandt'a.

Obecnie, nie chcąc, aby nas posądzono o stronność, przytoczymy również w krótkości zdanie tych, którzy nieprzychylnie przyjęli metodę Brandt'a.

W r. 1875 w Towarzystwie lekarzy w Christianii, po przeczytaniu przez D-ra Nisena pracy o rękoczynach Brandt'a, prezes Towarzystwa Schöneberg, również Nicolaysen i niektórzy inni wyrazili się, iż metodzie tej nietylko brak naukowej podstawy, lecz że takowa pod względem etycznym nie jest zachęcającą, i że wogóle mięsienie Brandt'a, może mieć bardzo ograniczone wskazania. Inni lekarze, którzy mieli sposobność bliżej poznać metodę Brandt'a, przeciwnie, wyrażali się o niej pochlebnie i byli zdania, iż powinna ona mieć praktyczne zastosowanie w terapii ginekologicznej.

Oprócz tego wystąpili z zarzutami prof. Malmsten, który sądzi, iż rękoczyny Brandt'a nie tylko że wywołać mogą krwotoki maciczne i zapalenie otrzewnej, lecz że z moralnego punktu widzenia nie zasługują na rozpowszechnienie i Dr. Peterson, który podobno spostrzegał po rękoczynach Brandt'a obrzmienie i bolesność.

Rzeczywiście czytając te zarzuty, nie powinniśmy się dziwić, gdyż wiemy dobrze, iż żaden postęp w ogóle, a tembardziej w nauce lekarskiej bez zarzutów obejść się nie może. Lecz tu zarzuty stawiają ci, którzy tej metody nie stosowali, nie znają jej wcale, a więc nie mają prawa naukowego jej krytykować, a tem bardziej negować.

To samo da się powiedzieć o zarzutach prof. Dujardin-Beaumetz'a<sup>39)</sup> i D-ra Léona Pétit'a<sup>40)</sup>. Uczony profesor w pracy swej ostatniej, poświęconej w ogóle mięsieniu i gimnastyce, jest zdania, iż metoda ta jest szkodliwą dla chorych i niemoralną. Wniosek taki wyprowadza autor na podstawie pracy Léona Pétit'a, podług którego nawet literalnie powtarza opis rękoczynów Brandt'a.

<sup>39)</sup> prof. Dujardin-Beaumetz. L'Hygiène therap. Gymnastique, massage, hydrotherapie. Confér. de therap. à l'hôpital Cochin. Paris, 1887.

<sup>40)</sup> Léon Pétit. Du massage par le medecin et de son application à la gynaeologie et à l'obstetrique. Journal de médecine de Paris 1886, N. 20.



Sądząc, iż znajdě należyte wyjaśnienie tych zarzutów, zwróciłem się do artykułu D-ra Léona Pétit'a.

Otóż autor powtarza tu za Raybmayr'em opis rękoczynów Brandt'a i nie mając najmniejszego doświadczenia co do samego przedmiotu, wyraża się o metodzie nieprzychylnie.

Ażeby dać próbkę jak sumiennie p. Léon Pétit pisał o metodzie Brandt'a, podam tu ustęp z jego pracy: la malade est placée dans la position de l'examen au speculum. Un des masseurs posé entre ses jambes les doigts (!) de la main gauche, introduits dans le vagin, soulève l'uterus, tandis qu'avec la main droite en supination il relève le siégè (!) et petrit les muscles sacrolombaires (!). Le second masseur opère à l'exterieur: il saisit le corps de la matrice entre les pouces (!) et les deux premiers doigts, en se servant des deux mains.

Alors combinant leurs efforts (!!!) les deux praticiens se livrent à des frottement, a des tiraillements, à des petrissage, qui, au dire des auteurs, triomphent des affections chroniques les plus rebelles.

Tak opisuje Léon Pétit, a za nim powtarza prof. Dujardin-Beaumetz i nic dziwnego, że, opisując rękoczyn w ten sposób, a to przy starych zrostach i resztkach wysięków, nie mogą nic pochlebnego o metodzie powiedzieć.

Sądzę, iż czytelnik, porównawszy ten opis „à quatre mains,” z naszym lub jakimkolwiek innym opisem rękoczynów Brandt'a przy wysiękach i przyczepinach macicy, gdzie obecność drugiego lekarza nigdy nie jest potrzebną, sam oceni prawdziwość opisu i podstawy wyprowadzonych wniosków.

To tylko od siebie podam, iż za szczęście dla metody Brandt'a poczytywać należy, iż obadwaj autorzy nie mieli chęci powtarzać na chorych tych opisanych przez siebie prawdziwie barbarzyńskich rękoczynów, gdyż wątpię, ażeby która z nich wyszła z tej kuracyi bez kalectwa.

Po przeczytaniu pracy Léona Pétit'a przyszedłem do wniosku, iż czerpał on swe wiadomości jedynie z podręcznika Raibmayr'a <sup>41)</sup> i za nim ten opis literalnie powtarza.

<sup>41)</sup> A. Reibmayr. Die Technik der Massage Dritte Auflage. Leipzig u. Wien, 1888, p. 34.

A że już prof. Schauta nazwał opis Raibmayr'a karykaturą metody Brandt'a, gdyż autor nie tylko że niewiedział, jak się takową stosuje, lecz nawet nie znał prac źródłowych, więc dalsza ocena będzie zbyteczną.

Lecz czy tylko Raibmayr taki błąd popełnił?

W ogóle w podręcznikach o mięsieniu, dział, poświęcony opisowi rękoczynów Brandt'a, jest opracowany w ten sposób, iż wzbudza politowanie w tych, którzy tę metodę bliżej poznali. To samo można powiedzieć nie tylko o książce Raibmayr'a lecz również o podręcznikach Hühnerfautha <sup>42)</sup>, Schreibera <sup>43)</sup>, Murrel'a <sup>44)</sup> i innych.

Sądzę, iż byłoby wielkim pożytkiem dla nauki, gdyby specjaliści massażu nie mieli wcale do czynienia z mięsieniem ginekologicznem, gdyż, nie znając ginekologii, nie są w stanie nigdy mięsienia w cierpieniach kobiecych z korzyścią dla chorych stosować i swoją dotychczasową naukową działalnością na tem polu jedynie krzywdę tej metodzie wyrządzili.

### Opis rękoczynów.

Metoda Brandt'a stanowi, właściwie mówiąc, połączenie: 1-o szwedzkiej gimnastyki lekarskiej, zastosowanej do leczenia chorób kobiecych i

2-o rękoczynów specjalnych, zastosowanych po raz pierwszy przez Brandta i stanowiących t. zw. mięsienie ginekologiczne.

Co się dotyczy pierwszego działu, to, chcąc stosować

---

Oto odpowiedni ustęp... Brandt zur Ausführung der selben zwei Männer für nothwendig erachtet. Der eine erhebt durch die in die Scheide eingeführten Finger den Uterus gegen die Bauchwand, der andere greift von oben her mit Bildung einer Falte der Bauchwand auf den Uterus ein, so dass er ihn zwischen dem Daumen und den beiden folgenden Fingern hält und nun beginnen durch die Thätigkeit dieser beiden Masseure die Reibungen, Ziehungen und Drückungen, welche die Aufsaugung von Exudaten und die Lösung von Adhaesionen erzielen sollen. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass es den vereinigten Kräften der beiden Masseure meist gelingen wird, auf diese Weise, Adhäsionen zu lösen, die jeder anderen Heilmethode spotten.

<sup>42)</sup> Hünerfauth. Handbuch der Massage. Leipzig, 1887, str. 234.

<sup>43)</sup> Schreiber. Praktische Anleitung zur Behandlung durch Massage und methodische Muskelübung. Dritte Auflage. Wien u. Leipzig, 1888, p. 251.

<sup>44)</sup> prof. W. Murrel. Le pratique du massage, traduit par le Dr. O. Jennings. Paris, 1888, p. 156.



ćwiczenia gimnastyczne, jak to się odbywa w ambulatoryjum domowym Brandt'a, należy poznać gimnastykę szwedzką.

Uczniowie Brandt'a, przedewszystkiem Nissen, a za nim ci wszyscy, którzy w ostatnich czasach metodę Brandt'a stosowali, odrzucają to ogólne leczenie; Brandt zaś skrupulatnie je stosuje, sądząc, iż przy leczeniu miejscowem bez gimnastyki ogólnej, zastosowanej do danego przypadku, nie możemy liczyć na tak pewny i szybki rezultat, jak to ma miejsce przy jednoczesnem stosowaniu ćwiczeń ogólnych. Nie mając zamiaru opisywać, w jaki sposób gimnastykę szwedzką stosować należy, zwrócę w ogólnym zarysie uwagę, iż ruchy gimnastyczne mogą być czynne lub bierne. Pierwsze przyspieszają obieg krwi i limfy, a tem samem zwiększają odżywianie tkanek i narządów, drugie pobudzają przeważnie wessanie produktów chorobowych.

W zastosowaniu do leczenia chorób kobiecych ćwiczenia gimnastyczne nie tylko wywierają działania na odżywianie tkanek i narządów chorobowo zmienionych i wessanie produktów patologicznych, lecz przez zwiększenie przyływu krwi lub odprowadzenie takowej z narządów miednicy, mogą wywrzeć wpływ leczniczy przy uporczywym krwawieniu z macicy lub bolesnem miesiączkowaniu.

Ażeby choć niektóre z tych ogólnych ćwiczeń podać czytelnikom, opiszę je poniżej, jakkolwiek, idąc za radą Nissen'a, nie posiłkowałem się nimi w moich przypadkach.

Oprócz pani Nikolskiej, która ćwiczenia te opisała, inni autorzy, zaledwie o nich wzmiankują, a jednakowoż zastępują one choć na krótką wzmiankę.

Przy braku miesiączki lub upośledzonym miesiączkowaniu, o ile takowe zależą od nieprawidłowego obiegu krwi w macicy lub jajnikach, Brandt stosuje ćwiczenia gimnastyczne, które mają na celu zwiększenie przyływu krwi do narządów miednicy, a które odbywa z chorą codziennie, w ciągu jednego lub dwóch tygodni przed nastąpieniem regularności.

Pani Nikolska opisuje je w następujący sposób:

a) Sittliggende resning knästöet — unoszenie tułowia w położeniu chorej leżącym. Chora spoczywa na wąskiej sofce, tak iż tułów i uda są ułożone na sofce, a odnogi dolne opuszczone. Gimnasta, przytrzymuje kolana chorej, ta zaś, oparłszy ręce o grzebień kości biodrowych, usiłuje

unieść tułów ku górze, ażeby przejść do pozycji siedzącej; poczem chora przyjmuje znowu położenie leżące. Ruchy te powtarza się 8 — 12 razy; mają one na celu przez ćwiczenie mięśni brzucha i miednicy zwiększenie przyływu krwi do narządów miednicy.

b) Sträckvriststödsätende nigning — przykucanie na jednej kończynie z oparciem drugiej kończyny na podniesieniu, i z wyciągnięciem rąk do góry. Chora stoi na jednej kończynie, drugą zaś uniosłszy ku górze i ku tyłowi, opiera o krawędź krzesła. Gimnasta, stanąwszy na temże krześle, ujmuje chorą za ręce, a chora przykuca na jednej nodze, zginając kończynę w stawie kolanowym i biodrowym, następnie podnosi się, wyprostowując kończynę; podczas gdy gimnasta opiera się powstaniu chorej; poczem chora znowu przykuca, co się powtarza 5 — 10 razy.

c) Spändbågstående grenrullning, knänedtryckning — ruch obrotowy i wyprostowywanie zgiętej kończyny dolnej w położeniu stojącym chorej, z wysuniętą ku przodowi klatką piersiową i wyciągniętymi ku górze rękami. Chora oparłszy się plecami o ścianę lub drzwi, przechyla tułów ku przodowi, wyciągnąwszy kończyny górne o ile można ku górze, chwyta za zawieszony sznur, a następnie unosi kończynę dolną w górę, zgiąwszy takową w stawie biodrowym i kolanowym i powoli tworzy ruchy obrotowe uda 5 — 10 razy na zewnątrz i tyleż na wewnątrz. Na zakończeniu chora unosi kolano w górę a gimnasta usiłuje kończynę wyprostować przy oporze ze strony chorej, co się powtarzać winno 3 — 4 razy. Takie ruchy odbywa się również z drugą kończyną.

d) Båylåggrenkåstående skrufvrickling knäländtryckning — ruch obrotowy tułowia przy jednoczesnem uciskaniu przez gimnastę okolicy lędźwiowej w pozycji chorej kłęczącej, z silnie rozwartymi kolanami. Chora przechyla tułów ku przodowi i ująwszy się w pasie rękami, kłeka na poduszce, ułożonej na ziemi, a gimnasta, stanąwszy z tyłu chorej i oparłszy stopę o brzeg poduszki, pomiędzy rozwartymi kończynami chorej, opiera kolano tejże nogi powyżej krzyża chorej; następnie ujmuje ją pod pachami i robi ruchy obrotowe to w jedną to w drugą stronę.

Trzeba mieć siłę i wprawę, ażeby te ruchy wykonać prawidłowo.

Ruchy te zarówno, jak i następne podług Brandt'a i lekarzy, stosujących gimnastykę szwedzką, są w stanie



wstrzymaną regularność sprowadzić już po jednym posiedzeniu.

d) Uotstående korsbensbultning — uderzanie ręką okolicy krzyżowej czyli t. zw. trzepanie w położeniu stojącym chorej, podczas gdy ta opiera się rękami o ścianę.

Ruch ten zwany tapotement i często stosowany, przeważnie przy wypadnięciu macicy ma niejednakowe znaczenie, zależnie od położenia tułowia chorej. Jeżeli chora opiera się, wyciągnąwszy silnie kończyny górne i tułów ku przodowi, tak iż ten ostatni przyjmuje położenie ukośne, w takim razie lekkie trzepanie okolicy krzyżowej pobudza czynność nerwów krzyżowych. Gdy zaś tułów znajduje się w położeniu więcej pionowym, gdy mięśnie tułowia i kończyn nie są naprężone, a uderzanie będzie mocniejsze, natenczas nastąpi większy przypływ krwi do narządów miednicy. Uderzanie odbywa się lekko ściśniętą dłońią w okolicy kości krzyżowej, zarówno z góry na dół, jak i poprzek: zwykle 5—7 krotnie się uderza z jednej i tyleż z drugiej strony i to się powtarza 4—5 razy na jednym posiedzeniu. Uderzać należy lekko, sprężyć się i bardzo szybko. Chore doznają przytem uczucia przyjemnego ciepła.

Te wszystkie ruchy mają na celu zwiększenie przypływu krwi do miednicy i dla tego mogą mieć ważne znaczenie przy braku lub bolesnej miesiączce.

Prof. Preuschen i prof. Hartelius zachwalają skuteczność tych ćwiczeń Brandt'a. Oprócz tych Brandt zaleca wszystkim swym chorym różne inne ćwiczenia zależnie od cierpienia, a to, ażeby podziałać na odprowadzenie krwi z narządów miednicy, lub też podziałać na czynność krwobiegu, trawienia, na system nerwowy.

Nie mając zamiaru wyczerpująco opisać wszystkich ćwiczeń, jakie się odbywają codziennie u Brandt'a, wspomnę tylko o tych, jakie Brandt zaleca, w celu odprowadzenia krwi z narządów miednicy. Za pomocą tych ćwiczeń daje się usunąć, jak twierdzi Brandt, nawet uporczywe krwawienie z macicy.

Ćwiczenia te są następujące:

a) Halfliggande armrullning böjning och sträckning — ruch obrotowy, zginanie i wyprostowywanie kończyn górnych w położeniu chorej półleżącym. Chora spoczywa na krześle w położeniu półleżącym, a gimnasta, lub masażyстка (jak to się odbywa u Brandt'a), stanąwszy po za krzesłem

na podniesieniu i ujawszy rękami swemi wyciągnięte w górę ręce chorej, odbywa ruchy obrotowe. Odbywszy 10—12 takich obrotów, gimnasta zaleca chorej zginać, a następnie wyprostowywać kończyny przy oporze ze swej strony, poczem przechodzi znowu do ruchów obrotowych.

b) Stuprensittande ryggböjning bakåt—przechylenie tułowia ku tyłowi w położeniu siedzącym chorej, z rozstawionymi kończynami dolnymi. Chora siedzi na krześle lub przy znacznym osłabieniu, na łóżku; kolana trzyma nieruchomo i przechyla tułów w tył, podczas gdy dwaj gimnasci stawiają opór, a to przez napieranie rękami na tułów, między łopatkami, i kark chorej; następnie starają się przechylić tułów ku przodowi, pomimo oporu ze strony chorej.

Te ruchy odbywa się 5—10 razy na jednym posiedzeniu, i, jeżeli zachodzi nagła potrzeba, 2—3 razy dziennie.

Tyle o ogólnem leczeniu podług Brandt'a.

Co do działu drugiego, czyli specjalnych rękoczynów Brandt'a, to, zanim przejdę do właściwego ich opisu, uważam za niezbędne podać:

a) metodę śledzenia dwuręcznego, jak to Brandt zwykle stosuje i

b) sposoby odprowadzania macicy przy zmianach położenia tejże.

Przystępując do śledzenia narządów rodnych kobiecych, Brandt odbywa takowe bardzo często w położeniu stojącym chorej, ażeby się przekonać, jak się zachowuje macica podczas działania tłoczni brzusznej.

Brandt przyjmuje przodozgięcie za prawidłowe położenie macicy i wie dobrze, iż przy położeniu chorej stojącym następuje daleko silniejsze przechylenie trzonu macicy ku przodowi, skutkiem czego część pochwowa zwraca się ku tyłowi i jest trudniej osiągalną; jednakowoż utrzymuje, iż przy tyłozgięciu macicy daleko łatwiej jest takową obejść palcem naokoło i jej położenie oznaczyć. Brandt zwraca uwagę jeszcze na jedną dodatnią stronę śledzenia w położeniu stojącym.

Wiemy dobrze, iż niekiedy trzon macicy jest tak ruchomym, iż zmienia bardzo łatwo położenie, podczas gdy część pochwowa pozostaje bez zmiany: te przypadki stanowią powód, dlaczego, śledząc kilkakrotnie tę samą chorą, oznaczamy raz położenie macicy, jako przodozgięcie, drugi raz jako tyłozgięcie, co zależy między innymi od pozycji



chorej. Otóż Brandt, chcąc się upewnić, jakie jest w danym przypadku położenie macicy, odbywa śledzenie w położeniu stojącym i zastaje nieraz przodozgięcie tam, gdzie w położeniu leżącym chorej macica będzie w położeniu tyłozgięcia lub retropositio uteri anteflecti.

Po zbadaniu przez pochwę odbywa się śledzenie w dalszym ciągu przez odbytnicę i następnie dopiero badanie w położeniu chorej leżącym, co niekiedy, gdy chora jest znużoną, odkłada się do dnia następnego.

Śledzenie dwuręczne Brandt odbywa w następujący sposób: chorą układa na niskiej sofce, długości, jak zanotował Profanter, 116 ctm., szerokości 70 ctm., twardo wysłanej. Scfka ta, przeznaczona do śledzenia i mięsienia, jest, jak widzimy, dość krótką, a to dla tego, ażeby chora, chcąc oprzeć kończyny dolne, takowe silnie, zarówno w stawach kolanowych, jak i biodrowych, zgiąć musiała. Górna część tułowia, uniesiona ku górze, spoczywa na skórzanej poduszce, a głowa pozostaje przegiętą ku przodowi, tak iż broda zbliżoną jest do klatki piersiowej. Przy takim ułożeniu chorej punkt oparcia dla tułowia stanowi koniec kości krzyżowej; kręgosłup skrzywia się znacznie (halb krummliegende Stellung), i chora nie może naprężyć zbytnio mięśni brzucha.

Śledzący siedzi na krześle po lewej stronie chorej, zwrócony twarzą do chorej i odbywa śledzenie w ten sposób, iż wprowadza wskaźnicel lewy (zwilżony roztworem mydła lekarskiego—Brandt, Nissen) pod lewem udem chorej do pochwy, tuż przy wędzidelku, tak iżby palec wielki tejże ręki spoczął na wzgórku łonowym, a pozostałe palce, na płask ułożone, na lewym pośladku; prawą zaś rękę kładzie na ścianę brzuszną i odbywa śledzenie macicy, jajników, w ogóle, jak to się odbywa przy badaniu dwuręcznem.

Ażeby nie męczyć się zbytnio podczas badania, a jeszcze bardziej podczas mięsienia, śledzący opiera łokieć kończyny lewej o własne lewe kolano, co często jest nawet niezbędnem.

Śledzenie przez odbytnicę odbywa się również przez wprowadzenie lewego wskaźniczela podług ogólnych prawideł.

Brandt utrzymuje, iż śledzenie podług jego sposobu jest pewniejszym, gdyż palcem sięgamy daleko wyżej. Badałem w ten sposób niejednokrotnie i sądzę, iż przy pewnej wprawie można w ten sposób badać bardzo dokładnie. Podczas

mięśnienia ten sposób wprowadzania wskaźnika uważam za bardzo wygodny i chętnie się nim posiłkuję.

Dodatnią stroną tego sposobu śledzenia stanowi również ta okoliczność, iż podczas mięśnienia nie obnażamy sromu chorej i nie wystawiamy na próbę jej wstydlivości, co ma podczas mięśnienia bardzo ważne znaczenie.

Przechodząc w dalszym ciągu do sposobów odprowadzenia macicy, zwrócić uwagę muszę, iż Brandt obywa się w ogóle bez zgłębnika, co już wiele przemawia za jego sposobem odprowadzania macicy tyłozgiętej. Tylko przy włóknomięśniakach, przeroście lub niekiedy przy katarze błony śluzowej macicy Brandt posiłkuje się srebrnym zgłębnikiem, wprowadzając takowy pod przewodnictwem lewego wskaźnika.

W celu odprowadzenia macicy tyłozgiętej lub tyłopochylonej Brandt i Nissen posiłkują się następującymi sposobami.

A) Gdy macica jest ruchomą, odprowadza się takową:  
a) w położeniu chorej stojącym lub leżącym na brzuchu — redressyja odbytnico-pochwowa, lub b) w położeniu chorej leżącym (*Krummhalbliegende Stellung*); jak przy operacyi kamienia, bądź przez pochwę i powłoki brzuszne, redressyja pochwowo-brzuszna, bądź przez odbytnicę, pochwę i powłoki brzuszne, redressyja odbytnico-pochwowa brzuszna.

B) Gdy macica jest unieruchomioną przez zrosty: fałdy, blizny i powrózki, należy takowe rozciągnąć, a to bądź w położeniu chorej stojącym, bądź leżącym.

Wracając do odprowadzenia macicy ruchomej, zwrócić uwagę muszę, iż takowe należy wykonać lekko i bez bólu:

a) w położeniu stojącym chorej lub w położeniu na brzuchu przez wprowadzenie lewego wskaźnika do odbytnicy, o ile się da wysoko i uciskanie na trzon macicy w kierunku ku przodowi i na dół, podczas gdy za pomocą palucha tejże ręki, wprowadzonego do pochwy, odsuwa się część pochwową macicy ku górze i ku tyłowi.

W ten sposób odprowadza się macicę, gdy objętość jej jest znaczną, lub gdy trzon jest silnie ku tyłowi przegięty.

Gdyby się w ten sposób nie udało macicy odprowadzić, należy to skutecznie dwuręcznie, co się odbywa w położeniu leżącym chorej—w następujący sposób:



b) wprowadza się wskaziciel lewy do pochwy i uciska się na część pochwową macicy, ażeby takową odsunąć w tył i ku górze, a jednocześnie, rękę prawą wprowadza się przez powłoki brzuszne po przedniej powierzchni kości krzyżowej po za trzon macicy, ażeby takowy ująć i odprowadzić ku przodowi i na dół. Jeżeli powłoki brzuszne są dość podatne, to, stosując rękoczyn ostrożnie i umiejętnie, odprowadzimy w ten sposób macicę z łatwością.

Jeżeli przy pomocy powyższych rękoczynów nie udało się macicy odprowadzić, należy uskuteczyć redressję odbytnico-pochwowo-brzuszną, co się odbywa w następujący sposób:

c) przy tyłozgięciu macicy wskaziciel lewy wprowadzić należy, wysoko do odbytnicy i, uciskając na trzon macicy, odprowadzić takowy ku przodowi; jednocześnie za pomocą palucha tejże ręki, wprowadzonego do pochwy, wywierać ucisk na kąt zgięcia, a prawą rękę przez powłoki brzuszne wprowadzić po za trzon macicy i odprowadzić takową od położenia przodozgięcia; d) przy tyłopochyleniu macicy wskaziciel lewy wprowadza się do odbytnicy, tak ażeby koniec palca sięgał powyżej dna macicy, jednocześnie za pomocą palucha tejże ręki, wprowadzonego do pochwy, wywiera się ucisk na część pochwową, a za pomocą palców ręki prawej należy przez powłoki brzuszne wywierać ucisk na trzon macicy w kierunku ku przodowi, ażeby macicę odprowadzić do położenia przodopochylenia.

Za pomocą tych rękoczynów można zawsze odprowadzić macicę ruchomą bez niebezpieczeństwa i znacznego bólu. Mówię bez znacznego bólu, gdyż wprowadzenie wskaziciela do odbytnicy, a palucha do pochwy w celu odprowadzenia macicy tyłozgiętej lub tyłopochylonej jest zwykle dość bolesne.

Te ostatnie rękoczyny wymagają wielkiej wprawy i siły w palcach. Ci, co posiadają zbyt krótkie palce, nie będą w stanie ich dokładnie stosować.

O odprowadzeniu macicy przy zrostach będzie mowa poniżej, gdzie podamy rękoczyny, za pomocą których można przyczepiny rozciągnąć i macicę uruchomić. Jeżelibyśmy chcieli również jajniki odprowadzić które są ruchome, lecz nie znajdują się w swoim zwykłym miejscu (dislocatio, descensus, prolapsus ovarii), należy, po wprowadzeniu lewego wskaziciela do odbytnicy, odbywać za pomocą palców ręki

prawej przez powłoki lekkie ruchy koliste, ażeby jajnik powoli przesunąć i do położenia prawidłowego doprowadzić.

Obecnie przejdziemy do właściwego opisu rękoczynów Brandt'a.

Rękoczyny te są różne, zależnie od sprawy chorobowej. Rękoczyny te po kolei opiszę przy:

α) zapaleniu przewlekłym macicy (metritis chron.), prze-  
roście (hyperthrophia uteri) i źle rozwiniętej macicy (subin-  
volutio uteri);

β) zapaleniu podostrem i przewlekłym okołomacicznym (perimetritis subac. et chron.) i za macicznym (parametritis), resztkach pozapalnych i przyczepinach (residua para-perimetritidis et adhaesiones et fixatio uteri), przy krwistekach zamacicznych (haematocele retrouterina) i zapaleniu okołojajnikowym (perioophoritis) i przyczepinach jajnika (fixatio ovarii),

γ) opuszczeniu i wypadnięciu macicy (descensus et prolapsus uteri),

δ) przy tyłozgięciu macicy (retroflexio uteri) i wreszcie

ε) rękoczyny dodatkowe.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*



# ZAPALENIA ŁĄCZNICY.

## Wskazówki praktyczne przy ich rozpoznawaniu i leczeniu \*).

Napisał

Michał Kępiński.

(Dokończenie).

Dodatek: **Śluzotok łącznicy u noworodków.** (*Conjunctivitis blennorrhoeica vel Blennorrhoea neonatorum; Ophtalmie purulente des nouveau-nés*).

Choroba, o której mówimy, jest typową postacią śluzoropnego zapalenia łącznicy i należy do pierwszych a równocześnie najgroźniejszych cierpień organu wzroku, na jakie człowiek zaraz po urodzeniu jest narażonym. Przebieg jej w ogólnych zarysach odpowiada zupełnie temu, co w głównej części niniejszego rozdziału o śluzotoku łącznicy powiedziano i jest mniej więcej następującym:

W drugim lub trzecim, a czasami zaraz w pierwszym dniu po urodzeniu spostrzegamy, iż rzęsy dziecka są posklejane a wolny brzeg powiek nieco zaczerwieniony. Jeżeli roztworzymy powieki, to napotykamy w wewnętrznym kącie oka nieco przeźroczystej, szaro lub różowawo zabarwionej cieczy; łącznica tak powiekowa jak i gałkowa jednak, która u noworodków już w stanie prawidłowym nawet mocno jest przekrwioną, nie przedstawia jeszcze żadnych wybitniejszych zmian. Po upływie kilkunastu godzin, zwykle jednej doby, spostrzeżemy, iż niewinny ten na pozór obraz choroby zmienił się zupełnie: powieki, a zwłaszcza górna są nabrzmiałe, twarde, i lśniące, temperatura ich podniesiona, jeżeli je od-

\*) Z powodów od nas niezależnych dopiero teraz jesteśmy w stanie podać dokończenie niniejszego artykułu, którego początek miści się w NN. II i III r. z. (Red.).

wrócimy, co nie łatwo przychodzi, to zobaczymy łącznicę mocno przekrwioną, tu i owdzie szarawemi lub żółtawemi zgrzęzami oraz cienką warstwą przeźroczystego, kleistego i łatwo krzepnącego wysięku pokrytą. W worku łącznicowym znajduje się w tym czasie znaczna już ilość cieczy mętnej, szarego lub różowawego a czasem żółtego koloru, podobnej bardzo do wody, w której mięso płótkano. Stan ten zapalny w przeciągu jednego lub dwóch dni następujących, czasem nieco dłużej, wzmagą się coraz więcej, łącznica jest lśniąca i gładką, koloru prawie fioletowego, fałdy przejściowe wystają po odwróceniu powiek jak krwawe wałki, tu i owdzie płatami skrzepłego, lecz łatwo oddzielić się dającego wysięku pokryte. Po kilku dniach dalszych obraz choroby zmienia się znowu: nabrzmienie powiek i twardość ich zmniejszają się, łącznica powiekowa i fałdy przejściowej utracą swą gładkość a natomiast pokrywa się mocno czerwonymi, łatwo krwawiącemi brodawkami, w całym worku łącznicowym znajduje się ciecz gęsta, żółto-zielonkowatego koloru, zwykle ropą zwana. Ciecz ta stykając się bezustannie z brzegami i kątami powiek oraz z skórą twarzy wywołuje zapalenie brzegów powiekowych i wyprysk. W tym stanie choroba sama sobie pozostawiona lub przy nieodpowiednim leczeniu może tydzień, dwa lub więcej się przeciągnąć, zwykle jednak leczona dobrze po 8 lub 10 dniach ustępuje w ten sposób, że najprzód zmniejsza się ilość wydzieliny, potem z ropnej zamienia się w więcej śluzową, brodawki nabrzmiące i krwawiące nikną, jednym słowem cała łącznica przedstawia obraz zwyczajnego kataralnego zapalenia, które następnie powoli ustępuje i pozostaje tylko dłuższy czas jeszcze przekrwienie, tak, że cały przebieg choroby w szczęśliwych warunkach 6 do 8 tygodni czasu zajmuje. Choroba po zejściu nie pozostawia żadnych zmian na łącznicy, dla oka jest o tyle niebezpieczną, o ile powikłania ze strony rogówki się wytworzą.

Główne niebezpieczeństwo dla oka zagraża ze strony rogówki, na której już to ropnie, już to owrzodzenia tak na początku jak i w dalszym przebiegu choroby się wytwarzają. Sposób ich powstawania opisaliśmy powyżej, tutaj nadmienić tylko musimy, iż te, które w początkach choroby się rozwinęły, mają większą skłonność tak do rozszerzania się jak i nurtowania w głąb i przedziurawienia rogówki, aniżeli te, co w późniejszych okresach choroby powstały.



Co się tyczy przyczyn wywołujących śluzoropne zapalenie łącznicy u noworodków, to nie podlega najmniejszej wątpliwości, iż w większej części wypadków spowodowanem zostało zakażeniem bezpośredniem łącznicy przez odptywy rzeżączkowate z pochwy macicznej. Badania Neissera wykazały w wydzielinie łącznicowej przy śluzotoku, te same mikroorganizmy, które przy rzeżączce w pochwie i cewce moczowej napotykamy, czy one jednak są jedyną i wyłączną przyczyną powstawania tej ciężkiej choroby, to trudno twierdzić, w obec tego zwłaszcza, że Koenigstein <sup>1)</sup> znajdował je w zwyczajnem kataralnym zapaleniu łącznicy, Hirschberg zaś i Krauze <sup>2)</sup> i w innych chorobach, jak np. w ropie przy wrzodzie rogówki pełzającym (*ulcus serpens*) i t. d. Ze stanowiska praktycznego najlepiej na kwestyę powstawania śluzoropnego zapalenia łącznicy u noworodków zapatrywać się w ten sposób: wszelka wydzielina z pochwy macicznej o charakterze ropnym może przy porodzie, bezpośrednio z łącznicą się zetknąwszy, wywołać chorobę; zwyczajne kataralne zapalenie łącznicy, które u noworodków bardzo często się zdarza, może przy sprzyjających okolicznościach (nieczyste utrzymanie dziecka, zła wentylacja i t. d.) zamienić się w formę cięższą t. j. śluzotok; raz powstała choroba jest w wysokim stopniu, tak dla drugiego oka jak i dla innych osobników zaraźliwą i za pośrednictwem rąk, gąbek, ręczników i tem podobnych przedmiotów, z oczyma styczność mających, łatwo się udziela. Rozumie się samo przez się, iż dzieci słabe, źle odżywiane, łatwiej wpływom zarazki podlegają i choroba cięższą u nich przybiera postać, aniżeli u zdrowych.

Leczenie śluzoropnego zapalenia łącznicy u noworodków powinno mieć na względzie nie tylko usunięcie już rozwiniętej choroby, lecz także i zapobieżenie jej powstawaniu oraz rozszerzaniu się. Temu ostatniemu zadaniu czyli tak zwanemu leczeniu zapobiegawczemu uczynimi zadosyć w dwójnasób: raz oczyszczając drogi porodowe z możliwych zarazków, a powtóre czyniąc zarazki, które pomimo tego do worka łącznicowego dostać by się mogły, nieszkodliwymi. Oczyszczenie dokładne dróg porodowych nie jest tak łatwem, pomimo kilkakrotnie przed i podczas porodu stoso-

<sup>1)</sup> Archiv für Kinderheilkunde 1882.

<sup>2)</sup> Centralblatt f. Pract. Augenheilkunde 1881.

wanych przestrzykiwań pochwy macicznej środkami dezynfekcyjnymi (najopowiedniejszym jest 4% roztwór kwasu borowego lub 1 : 2000 roztwór sublimatu) pozostaje między fałdami pochwowymi dosyć wydzieliny do przeniesienia zarazka, dla tego też odpowiedniejszą celowi jest dezynfekcja samych ocz noworodka. Dokonywamy tego w sposób przez Credé'go podany, a mianowicie: obmywamy zaraz po urodzeniu dziecka oczy czystą wodą lub jaką cieczą dezynfekcyjną a następnie roztworzywszy powieki wpuszczamy do każdego oka po jednej kropli 2% roztworu saletrzanu srebra. Postępowanie to jest nader proste, może przez każdą akuszerkę lub osobę opiekującą się noworodkiem być wykonanem, nie pociąga za sobą żadnych szkodliwych następstw a co do ochrony od śluzotoku jest prawie niezawodnem, gdyż jak Credé podaje, na 1160 noworodków tylko jeden był przypadek śluzoropnego zapalenia łącznicy.

Jak to już kilkakrotnie wspominaliśmy śluzotok noworodków należy do nader zaraźliwych chorób ocznych i aby rozszerzaniu się jego między dziećmi, w jednym zakładzie będącemi, zapobiedz, co najczęściej niestety się zdarza, powinniśmy przedewszystkiem najsurowiej zalecić, by służba przy dzieciach chorych będąca, pod żadnym warunkiem do zdrowych się nie zbliżała. Jeżeli ze względu braku służby lub miejsca dzieci chorych od zdrowych odłączyć nie można, to najlepiej polecić każdej matce lub mamce swoje dziecko pod nadzorem służby opatrywać, do opatrywania ocz nie używać żadnych gąbek, tylko waty lub szarpi i te po użyciu natychmiast palić. Bielizna i pościel dziecka chorego powinna być osobno praną, starannie wygotowywaną, wszelkie zaś wanienki, podstawki i inne do pielęgnowania chorych potrzebne przedmioty, należy dać każdemu dziecku osobne. W praktyce prywatnej przenosi się choroba najczęściej za pośrednictwem palców akuszerki i... lekarzy, dla tego też osoby z choremi oczyma styczność mające powinny nader starannie ręce swoje w cieczach dezynfekcyjnych obmywać! Jeżeli choroba na jednym tylko rozwinęła się oku, to zachowując odpowiednie ostrożności, o czem w rozdziale o śluzoropnym zapaleniu w ogóle mówiliśmy, można oko drugie od cierpienia tego ochronić.

Co się tyczy leczenia już rozwiniętej choroby, to stosuje się ono do każdorazowego stanu oka. W pierwszym okresie, zaraz z początku choroby, nim wydzielina ropny



przybiera charakter, stosujemy dzień i noc bez przestanku zimne okłady, czy to w postaci płatków na lodzie wprost oziębionych, czy też umoczonych w jakiej oziębionej, antyseptycznej cieczy, do czego najodpowiedniejszym jest rozczyń kwasu bornego lub wody chlorowej; ponieważ celem tych okładów jest oziębienie powiek i oddziaływanie przez to na naczynia łącznicy, więc powinniśmy okłady bardzo często zmieniać, co minutę lub dwie, w miarę tego, jak tylko ogrzewać się zaczynają. Niezależnie od okładów należy już teraz powieki roztwierać i worek łącznicowy często z nagromadzonej cieczy za pomocą wstrzykawki, jaką cieczą dezynfekcyjną napełnionej, oczyszczać. Rozpowszechnionem dzisiaj bardzo jest używanie rozczyń sublimatu tak do okładów jak i przemywania worka łącznicowego, jabym go jednak nie polecał, gdyż sublimat przy dłuższym używaniu drażni łącznicę i przekrwienie jej wzmacnia, a do tego jeszcze sprawia bardzo przykre palenie, co niepokój chorych dzieci pogarsza i przez to na ogólny stan ich źle oddziałuje. Gdy w tym okresie przekrwienie łącznicy, zwłaszcza fałd przejściowych, dojdzie do wysokiego stopnia, to u dzieci zdrowych i silnych miejscowe upusty krwi przez drobne nacinania łącznicy mogą być zastosowane, jakkolwiek ja osobiście nigdy ich nie wykonywuję i tylko na lodowych okładach oraz przemywaniu łącznicy się ograniczam i to ku zupełnemu mojemu zadowoleniu. Z chwilą, gdy pierwszy okres choroby mija, łącznica traci swą gładkość i lśniąca powierzchnię a wydzielina nabiera ropnego więcej wyglądu, wskazanem jest stosowanie środków przyżegających, w szczególności azotanu srebra, według zasad powyżej opisanych. Rozpoczynamy od rozczyń słabszych (1%), przechodzimy następnie do mocniejszych i powtarzamy zawsze dopiero po zejściu strupa przez azotan srebra wytworzonego. Im obfitszą i więcej ropną jest wydzielina, tem silniejszych rozczyń a nawet kamienia piekielnego osłabionego używamy, gdy choroba przechodzi w okres końcowy i przybiera postać kataralnego zapalenia, możemy stosować środki ściągające powyżej wymienione np., siarczan cynku, a gdy przerosłe brodaweczki łącznicy do stanu normalnego nie powracają, to przyżegamy je od czasu do czasu, co 2 lub 3 dni, siarczanem miedzi. W czasie całego trwania choroby, a głównie podczas obfitego wydzielania ropy, należy zwrócić szczególnie uwagę na to, by w wor-

ku łącznicowym się nie zatrzymywała i przez to rogówki nie drażniła; roztwieranie powiek i przepłukiwanie worka łącznicowego powinno być bardzo często, w miarę tego, jak wydzieliną się nagromadza, wykonywanem.

Powikłania ze strony rogówki, czy to pod postacią ropni czy też owrzodzeń występujące, leczenia wyżej opisanego nie tylko nie powstrzymują, ale owszem jeszcze do tem większej staranności i pilności tak w oczyszczaniu worka łącznicowego jak i w wykonywaniu przyżegań zniewalają. W pierwszych początkach zmian chorobowych rogówki wkraplamy raz lub dwa dziennie 1% roztwór atropiny, gdy jednakże spostrzeżemy, że owrzodzenie rogówki wglęb postępuje i przedziurawieniem grozi, to przechodzimy do erezyny i najprzód wkraplamy 1% roztwór trzykrotnie, co 15 minut po 1 kropli, co zwykle do zubożenia poprzednio wpuszczonej atropiny i do zwięzienia źrenicy wystarcza, a następnie 2 razy dziennie po 1 kropli dla utrzymania zwięzonej źrenicy. W tym czasie zdarza się często, iż dopiero co głęboki wrzód rogówki na raz staje się płytkim, dno jego jest przezroczystem i leży w jednym zresztą rogówki poziomie; stan ten jest bardzo niebezpiecznym, gdyż pod ciśnieniem wewnątrzgałkowym błona Descemet'a jest naprzód wypchniętą a całego miąższu rogówki w owrzodzeniu już brakuje. Jest to zwykle wstęp do przedziurawienia i dla tego tutaj po wkropleniu kilkakrotnem erezyny a następnie kokainy, należy bardzo ostrożnie, by ucisku na gałkę nie wywierać, powieki roztworzyć i dno owrzodzenia przekłuć. Jeżeli przedziurawienie rogówki samo nastąpiło i co zwykle za tem idzie, tęczęwka wypadła, to najlepiej nie robić żadnych prób wprowadzenia jej napowrót, ani też wypadłej części nie odcinać zaraz, lecz poczekać, dopóki w miejscu przedziurawienia tęczęwka z rogówką się nie zrosnie, i dopiero wtenczas wypadłą część odciąć. Przy świeżem wypadnięciu tęczęwki wykonane odcięcie wystającej części nie tylko by nie ochroniło, lecz owszem raczej dopomogło do wytworzenia się ropnego zapalenia tęczęwki a następnie całej gałki ocznej (panophthalmitis). Gdy tylko niebezpieczeństwo przedziurawienia rogówki minie, to należy zaprzestać wkraplania erezyny, gdyż ta przez dłuższy czas przy cierpieniach rogówki stosowana zwiększa przekrwienie tęczęwki, które i tak cięższym chorobom rogówki towarzyszy, do tego stopnia, że powstaje zapalenie



tęczówki i zrosty tylne brzegu źrenicowego z przednią ścianą torebki soczewkowej (*Synechiae posteriores*) się wytwarzają. Gdybyśmy zbyt wielkie przekrwienie a zwłaszcza już zapalenie tęczówki (utrata jej połysku i barwy, lekkie zmętnienie cieczy w przedniej komorze i t. p.) spostrzegli, to gdy niebezpieczeństwo przedziurawienia rogówki minęło, przechodzimy znowu do wkraplania atropiny. Jeżeli choroba dobry obrót przyjmuje, to z ustępowaniem objawów zapalnych łącznicy goją się i owrzodzenia rogówki przez unaczynienie (*pannus reparatorius*); zdarza się często, iż zmiany rogówki, tak unaczynienie jej, jak i zmętnienia od rozchodzących się infiltratów lub ropnia zależne, trwają dłużej niż zmiany chorobowe łącznicy, to wtenczas wskazanem jest wcieranie maści z żółtego tlenku rtęci. Po zupełnem wygojeniu rogówki pozostają na niej zawsze plamy (*maculae corneae*), które nie są niczem innym, jak tylko nieprzeźroczystymi bliznami. Niektóre z nich same z siebie lub pod wpływem środków przenikających rogówkę, jak np. olejek terpentynowy, stają się do pewnego stopnia przeźroczystymi. Jeżeli po zupełnem wyleczeniu tak łącznicy jak i rogówki przekonamy się, iż plamy tej ostatniej zajmują jej wierzchołek, lub że z innych powodów źrenica nie jest czystą i dla promieni światła dostępną, to należy wykonać irydektomię. Taż sama operacya jest wskazaną gdy wskutek zrostów tęczówki czy to tylnych czy przednich swobodna komunikacya cieczy między przednią i tylną komorą gałki ocznej jest utrudnioną, czego pierwszym objawem jest zwiększone napięcie gałki ocznej. Po głębszych ropniach i owrzodzeniach pozostają na rogówce białe, nieprzeźroczyste plamy, które można w późniejszym wieku w celach kosmetycznych zabarwić (*tatouage*).

Oprócz tej ciężkiej formy zapalenia łącznicy występują u noworodków często formy lekkie, które jako zapalenia kataralne, z tych samych jednak, co i śluzotok, przyczyn powstałe, uważać należy. Do twierdzenia tego jesteśmy tem więcej upoważnieni okolicznością, iż często obok ciężkiego śluzoropnego zapalenia na oku jednym, oko drugie tylko prostym nieżytem jest dotknięte. W czasie epidemii śluzotoków w domach podrzutek, klinikach położniczych i t. p. zakładach miewamy równocześnie obie te formy z sobą pomieszane. W praktyce prywatnej zdarza się czasem widzieć przykłady, iż równocześnie po kilkoro dzieci przez

tę samą akuszerkę odbieranych i obsługiwanych choruje, jedne na ciężkie śluzoropne, inne na lekkie kataralne zapalenia łącznicy. Co się tyczy leczenia tych kataralnych postaci zapalenia łącznicy u noworodków, to czyste utrzymywanie twarzy i powiek oraz środki ściągające, jako okłady lub krople stósowane, są zupełnie wystarczającymi.

#### IV.

#### **Zapalenie łącznicy krupowe lub włóknikowe.**

*(Conjunctivitis crouposa vel membranacea; Conjunctivite pseudo-membraneuse).*

Ta postać zapalenia łącznicy należy do najrzadszych i przeważnie tylko u dzieci napotykanych. Wśród wybitnych zapalnych objawów, głównie na łącznicy powiekowej i na fałdach przejściowych umiejscowionych, wytwarza się wysięk, który już to jako przezroczysta, ciągnąca się powłoka, już to jako żółte, grube i nieprzezroczyste plamy, łącznicę, zwłaszcza zaś okolice chrząstek tarczykowatych, przeważnie powieki dolnej, pokrywa. Wysięk ten składa się z włóknika, białych ciałek krwi i nabłonka łącznicowego, w budowie swej z wysiękiem krtaniowym przy dławcu jest prawie jednakowym. Jeżeli te grubsze, przez wysięk wytworzone, płaty od łącznicy oddzielimy, co dosyć łatwo da się uskuteczyć, to zobaczymy powierzchnię jej ogołoconą z nabłonka i wskutek tego krwawiącą. Wysiękiem skrzepłym nie pokryte części łącznicy znajdują się w stanie przekrwienia, powierzchnia ich jest gładką i lśniącą, w worku łącznicowym znajduje się nieco mętnej, szarawej cieczy, tak jak w początkach śluzotoku. Po kilku dniach a czasem dopiero tygodniach obraz choroby zmienia się zupełnie. Wysięki łącznicę pokrywające oddzielają się powoli, nowe się nie wytwarzają, powierzchnia łącznicy traci swój połysk, pokrywa się powiększonymi brodawkami i zamkniętymi gruczołami limfatycznymi, wydzielina staje się obfitszą i jest więcej śluzową lub ropną, stósownie do tego, czy choroba przeszła w kataralną lub też śluzoropną formę. Ta zmiana postaci jest dla powrotu łącznicy do stanu normalnego konieczną, gdyż pod skrzepłym wysiękiem nie ma nabłonka i ten się dopiero podczas trwania tego kataralnego lub śluzoropnego zapalenia wytwarza. Przebieg choroby jest czasami dosyć długotrwałym, lecz po zupełnem ustąpieniu łącznica powraca do stanu



normalnego i nie pozostają na niej żadne blizny, czem właśnie zapalenie włóknikowe od dyfterytycznego się różni.

Przy tej postaci zapalenia łącznicy występują także niekiedy powikłania ze strony rogówki, nie przybierają jednak nigdy form cięższych, lecz ograniczają się zwykle tylko na przybrzeżnych powierzchniowych infiltratach lub owrzodzeniach.

Choroba ta jest w wysokim stopniu zaraźliwą, powstaje tak sama z siebie z przyczyn nieznanych, jak i w skutku zarażenia i to nie tylko tą samą postacią zapalenia łącznicy, lecz każdą inną np. śluzoropną lub dyfterytyczną i t. d. Występuje zwykle na obu oczach, przeważnie u dzieci do lat 7 i to źle odżywianych; w skutek wielkiej swej zaraźliwości przenosi się łatwo na inne dzieci razem mieszkające.

Przy leczeniu włóknikowego zapalenia łącznicy stosujemy w pierwszym okresie, nim błony wysiękowe zaczęły się oddzielać, tylko lodowe okłady i przemywania środkami dezynfekcyjnymi worka łącznicowego; później, gdy choroba przechodzi w okres zapalenia kataralnego lub ropnego, leczenie do tych postaci zastosowaniem być musi. Niekiedy autorowie polecają wtrząpywanie siarczanu chinu w pierwszym okresie i to po poprzednim oczyszczeniu łącznicy z wysięków. Leczenie to miało podobno dobrym uwieńczeniem być skutkiem.

## V.

### Zapalenie łącznicy dyfterytyczne.

(*Conjunctivitis diphtheritica; Conjonctivite diphtéritique*).

Cechą charakterystyczną dyfterytycznego zapalenia jest to, że wysięk składający się z łatwo krzepnącej białkowej substancji i wielkiej ilości komórek, w samym miąższu łącznicy się osadza, na naczynia jej ucisk wywiera i przez to częściowe obumarzenie tejże błony z następnym rozpadem wywołuje.

W celach praktycznych rozróżnić musimy dwie postaci zapalenia dyfterytycznego łącznicy: jedno częściowe, powierzchowne, drugie głębokie i większe już obszary a czasem całą łącznicę zajmujące. To powierzchowne i częściowe tylko zapalenie dyfterytyczne napotykamy w początkach kataralnych, a jeszcze więcej śluzoropnych procesów;

przedstawia się nam jako szarawe nacieczenie łącznicy głównej nad chrząstkami tarczycowatymi lub jako dalszy ciąg dyfterytycznych owrzodzeń brzegów powiekowych, które po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, nie pozostawiając żadnej zmiany na łącznicy, przez oddzielenie się od części zdrowych znika.

Zupełnie inny obraz choroby widzimy, gdy wysięk dyfterytyczny nie tylko powierzchowne, lecz i głębokie warstwy łącznicy zajmuje i gdy po całej jej przestrzeni lub przynajmniej po znaczniejszej jej części się rozszerza. Na pierwszy rzut oka spostrzeżemy, że mamy z ciężkim cierpieniem łącznicy do czynienia: powieki są bardzo nabrzmiałe, twarde, górna pokrywa zupełnie dolną i po za dolny brzeg oczodołu wystaje, temperatura ich częstokroć znacznie miejscowo podwyższona, a kolor pokrywającej je skóry jest wskutek przekrwienia naczyń mocno czerwony, prawie aż fioletowy; gdy roztworzymy nieco powieki, to wypływa ciecz zupełnie płynna i mętna, która przez dłuższy czas z brzegami powiekowymi oraz skórą policzków się stykając, łatwo bardzo owrzodzenia z dyfterytycznym nacieczeniem wywołuje. Łącznica powiekowa i fałdy przejściowe jest bladego, szaro-żółtego koloru, gładka i połyskująca, łącznica gałkowa silnie nabrzmiała, żyły jej są krwią przepelnione i jak ciemne paski na żółtawem tle odbijają, a jeżeli do tego jeszcze, co nie rzadko się zdarza, dodamy drobne podłącznicowe wybroczyny krwi, to część łącznicy gałkę pokrywająca będzie miała wygląd centkowany jak marmur. Ten stan zowiemy okresem pierwszym, czyli właściwie dyfterytycznym, przechodzi on po kilku, 4 do 8 dniach, czasem nieco później, w okres drugi, „śluzoropnym” zwany (Stadium diphtheriticum et stadium blennorrhoeicum). Okres śluzoropny oznacza się tem, że na brzegach nacieczeń dyfterytycznych wytwarza się linia demarkacyjna, one same wskutek zwiększonego przyprływu krwi miękną, oddzielają się i nienależnie powoli, pozostawiając łącznicę nierówną, częścią przerosłemi brodaweczkami, częścią granulacjami na wzór granulującej powierzchni ran, pokrytą i łatwo krwawiącą. Ilość wydzieliny się zwiększa i nabiera charakteru ropnego, wskutek czego cały wygląd chorego oka jest zupełnie do śluzoropnego zapalenia podobnym. W zwyczajnym śluzotoku łącznicy jest tylko jej nabłonek zniszczonym tenże odradza się przy zejściu choroby, i dla tego sama spojówka żadnych



zmian nie przedstawia, inaczej się jednak rzecz ma w okresie śluzoropnym przy dyfterytycznym zapaleniu. Po oddzieleniu się miejsc o dyfterytycznym nacieczeniu, powstaje brak miąższu czyli owrzodzenie, które pokrywa się granulacjami następnie w bliznę przechodzącymi. Okres ten zwiemy okresem zablizniania, (stadium cicatrisationis) i to dopiero jest właściwe zejście choroby. Od wielkości i głębokości tych owrzodzeń a następnie blizn w miejscu ich powstałych, zależą zmiany położenia powiek z ich fatalnymi dla oka następstwami: wytwarza się pokrzywienie chrząstki tarczycowatej z podwinięciem powięki, nierówny i źle skierowany porost rzęśców, przemieszczenie punktów łzowych i t. d., a jeżeli takie owrzodzenia tak na łącznicy gałkowej jak i powiekowej naprzeciwko siebie były usadowione, to granulujące powierzchnie stykając się z sobą, zrastają się i wytwarzają tak zwany Symblypharon. Jeżeli na skórze powiek, zwłaszcza zaś dolnej, wytworzyły się owrzodzenia o dyfterytycznym nacieczeniu, to te gojąc się również przez zabliznianie, mogą zmienić położenie powiek przez odwrócenie ich na zewnątrz (ectropium). Przy szeroko po łącznicy rozpostartych bliznach, błona ta utracając swoje własności, twardnieje i wytwarza się tak zwane zeskrótnienie łącznicy, które następnie i na rogówkę przechodzi (Xerophthalmos). Te trzy okresy dyfterytycznego zapalenia łącznicy nie zawsze jednakże występują tak wybitnie, jak tutaj opisaliśmy, zdarza się bowiem często, że z jednej strony nacieczenia wytwarza się już linia demarkacyjna, podczas gdy z drugiej choroba się rozszerza, lub też w okresie śluzoropnym w jednym miejscu wytwarzają się już blizny, a w innym granulacje się rozrastają.

Przy dyfterytycznym zapaleniu są powikłania ze strony rogówki nader częste i bardzo groźne, występują one we wszystkich trzech okresach, najczęściej jednak zaraz w pierwszych dniach choroby, w okresie dyfterytycznego nacieczenia, i wtenczas są najgroźniejsze. Powikłania ze strony rogówki w pierwszym okresie są zawsze głębokimi owrzodzeniami i to albo odrazu jako takie powstają, lub też wytwarzają się z ropni; rozpoczynają się zwykle u wierzchołka rogówki i w krótkim czasie rozszerzając się a równocześnie w głąb nurtując, niszczą całą rogówkę, często bardzo do przedziurawienia jej ze wszystkimi następstwami prowadzą i zanikiem gałki ocznej lub garbiakiem

się kończą. Jakkolwiek w pierwszym okresie zapalenia dyfterytycznego występujące owrzodzenia rogówki zwykle u jej wierzchołka się rozpoczynają, to zdarza się czasami, iż najprzód na brzegu rogówkowym powstają nacieczenia a z nich owrzodzenia, które coraz bardziej się rozszerzając, również szybko jak i centralne całą niszczą błonę. W pierwszym okresie choroby, o której mowa, występujące owrzodzenia rogówki należy uważać jako wyraz złego i utrudnionego odżywiania tejże w skutek ucisku, jaki nacieczenie dyfterytyczne na naczynia wywiera. Zmiany rogówki jakie w drugim okresie zapalenia dyfterytycznego łącznicy powstają, są takie same zupełnie, jak je przy śluzotoku opisaliśmy i dla tego tam czytelnika odsełamy. W trzecim okresie występujące ze strony rogówki powikłania zależą przeważnie od mechanicznego tarcia nierównej powierzchni wewnętrznej powiek lub skrzywionego ich brzegu, przedstawiają się jako powierzchowne uszkodzenia nabłonka lub infiltraty, mają przebieg łagodny i są szczególnie do unaczynienia skłonne, tak, że można je przeważnie za powierzchowne unaczynione zapalenie rogówki uważać (*Keratitis superficialis vasculosa*).

Zapalenie dyfterytyczne łącznicy należy do najcięższych chorób organu wzroku, w znacznej bowiem ilości przypadków do jego utraty prowadzi. Chorobie tej podlegają głównie dzieci od lat 2 do wieku chłopięcego np. lat 10, jakkolwiek zdarza się czasami, że i ludzie starzy, zwłaszcza osłabieni i schorowani, na nią zapadają, w ogóle należy ona jednak do chorób bardzo rzadko spotykanych.

Co się tyczy przyczyn wywołujących zapalenie dyfterytyczne łącznicy, to w wysięku spotykamy tak wielką ilość mikroorganizmów, iż twierdzić możemy, że one są przyczyną wywołującą tę chorobę, tem więcej, że jest ona w bardzo wysokim stopniu przez przeszczepienie wydzieliny z oka chorego zaraźliwą. Lecz nie tylko wydzielina z oka procesem dyfterytycznym dotkniętego wywołuje na innym oku tę chorobę, powstaje ona i w skutek przeniesienia wydzieliny z jakiegokolwiek innej błony śluzowej, na tę chorobę cierpiącej, np. przy owrzodzeniach dyfterytycznych nosa, gardzieli, krtani i t. d. Okoliczność ta właśnie spowodowała, iż uważamy zapalenie łącznicy dyfterytyczne raz jako proces miejscowy, innym razem zaś jako wyraz umiejscowienia ogólnej zarazy, jak np. zapalenie dyfterytyczne gardzieli



lub krtani, co tem śmieiej twierdzić możemy, iż zapalenie łącznicy dyfterytyczne rozpoczyna się częstokroć wśród ogólnych zaburzeń organizmu jak dreszcze, podwyższona temperatura ciała, ból w kościach, brak apetytu, bezsenność i t. d. W poprzednich rozdziałach wspominaliśmy, iż jeden rodzaj zapalenia łącznicy może przez zarażenie u innego osobnika wywołać inną postać, tak też zdarza nam się spotkać czasem, iż podczas epidemii chorób zapalnych łącznicy, w jednym mieszkaniu lub zakładzie będący pozarządzają się np. zapaleniem śluzoropnem a u jednego wywiąże się z tego zapalenie dyfterytyczne; lecz i odwrotnie z zapalenia dyfterytycznego przeniesiony zarazek może inną wywołać postać.

Zapalenie dyfterytyczne łącznicy rozwija się czasem na jednym, czasem na obu oczach; spotykamy przypadki, gdzie podczas trwania innego rodzaju choroby łącznicy, na raz zapalenie dyfterytyczne się wywiązało; powstaje ono tak w skutek zarażenia od osoby obcej przyniesionego, jak i przez własne zarażenie się wydzieliną z innej błony śluzowej owrzodzeniami dyfterytycznymi pokrytej, u osób słabowitych ma zwykle cięższy przebieg, niż u zdrowych i dobrze odżywianych. Ogólne warunki higieniczne, w jakich się chory znajduje, mają za przebieg choroby jako też na łatwość przeniesienia się zarazku na osoby otaczające, wielki wpływ. Oczy innemi chorobami łącznicy dotknięte, podlegają łatwiej zapaleniu dyfterytycznemu; rogówki wskutek innych chorób unaczynione są mniej do wybuchu ciężkich owrzodzeń skłonne.

Co się tyczy leczenia, to przy silnie rozwiniętem, a zwłaszcza z owrzodzeniami rogówki połączonem dyfterytycznem zapaleniu, wszelkie starania nasze zwykle bezskutecznemi pozostają; nie wypada ztąd jednak zupełnie, byśmy wobec tej tak wielce dla oka niebezpiecznej choroby, bezczynnymi pozostać mieli. Przedewszystkiem przy stwierdzonej wielkiej zaraźliwości dyfterytycznego zapalenia należy zachować najskrupulatniej wszelkie środki ostrożności, by choroba z jednej osoby na inną lub z jednego oka na drugie się nie przenosiła. Jeżeli w jakiej zaraźliwej chorobie, to właśnie przy zapaleniu dyfterytycznem, założenie opaski ochronnej na oko zdrowe jest wskazanem, tem więcej, że jakkolwiek ta bezwzględnie od przeniesienia zarazka nie chroni, to jednakże stwierdzono, że na oku, które opa-

ska ochronna pokrywała, nie tak gwałtownie choroba się rozwija. Ponieważ mamy zupełnie słuszne prawo do twierdzenia, że mikroorganizmy wielką w chorobie tej rolę odgrywają, więc należy od pierwszych zaraz objawów podrażnienia łącnicy aż do ostatecznego wyzdrowienia, tak worek łącnicowy, jak i okolice oczodołu, starannie cieciami dezynfekcyjnymi przemywać i z nagromadzonej wydzieliny oczyszczać. Ze względu na gryzące własności właśnie tejże wydzieliny, dobrze jest skórę powiek i kątów ocznych oraz górną część policzków maścią z kwasem bornym posmarować, by przez to tworzeniu się owrzodzeń zapobiedz. Gdy zauważymy, że objawy zapalne, jak ból w powiekach i miejscowe podniesienie temperatury, zaraz z początku do wysokiego dochodzą stopnia, to polecamy lodowe okłady i upusty krwi przez pijawki na skroń przystawiane, naturalnie te ostatnie tylko u osób silnych i dotychczas zdrowych. Okłady lodowe lub zimne z cieczy dezynfekcyjnych stosujemy bez przestanku, lecz tylko tak długo, póki temperatura powiek się nie obniży, lub dopóki choremu nie zaczną być nie miłe, w tych bowiem razach uczucie osobiste pacjenta bardzo wiele znaczy i dobrą nam może być wskazówką. U osób, gdzie dyfterytyczne nacieczenie tkanek zaraz z początku choroby jest tak silne, iż krążenie krwi utrudnia (powieki przez to są nabrzmiałe, sine i chłodne), zimne okłady tylko stan ich pogorszyć i zgorzelinę wywołać by mogły. W tych więc razach lub gdy na brzegach nasieczenia linja demarkacyjna wytwarzać się zacznie, przechodzimy zwolna do letnich, a następnie ciepłych okładów, najlepiej z rozcynu kwasu bornego lub sublimatu 1:4000 przyrządzonych i z początku 3 razy dziennie po godzinie, następnie coraz dłużej je na oku trzymamy, bacząc tylko na to, by temperatura ich była zawsze jednakową. Z chwilą gdy dyfterytyczne nacieczenia się oddzielą, a pod nimi granulująca i krwawiąca powierzchnia się pokaże, czyli z nastaniem okresu śluzoropnego, przechodzimy do środków przyżegających lecz słabszych, pomnąc na to, iż silne przyżegania proces dyfterytyczny powtórnie wywołać oraz przez większe zniszczenie miększu łącnicy z nabłonka ogołoczonego, wytworzenie się większych blizn spowodować by mogły. W okresie zablizniania, gdy wydzielina jest ilościowo i jakościowo do kataralnej podobną, stosujemy obok środków dezynfekcyjnych jeszcze i ściągające, według ogólnych, wyż



wspomnianych zasad; gdy tu i owdzie wśród blizn zanadto granulacje wyrastają, to można je od czasu do czasu siarczanem miedzi przyżęgać. Po zupełnem zabliznieniu owrzodzeń na łącznicy wskutek dyfterytycznych nacieczeń powstałych, pozostaje przez dłuższy czas jeszcze w tych miejscach nawet, które procesem dyfterytycznym dotknięte nie były, silne przekrwienie łącznicy, przeciwko któremu środki ściągające naprzemian z zimnemi natryskami polecamy.

Powikłania ze strony rogówki nie wpływają na leczenie powyżej opisane, wymagają tylko jeszcze więcej przeczności w stosowaniu zimnych okładów, gdyż wszelkie utrudnienie krążenia krwi stan ich tylko by pogorszyć mogło. Postępowanie nasze lecznicze ze względu na owrzodzenia rogówki jest zupełnie takie, jak przy śluzotoku i tam też czytelnika odśelamy.

Jeżeli po zupełnem zejściu dyfterytycznego zapalenia łącznicy nastąpi skutek szeroko rozprzestrzenionych blizn skrzywienie powiek, zły wzrost rzęsów, lub też gdy zmętnienia i blizny wierzchołkowe na rogówce przeszkodę dla wpadania promieni światła stanowią, to należy po pewnym przeciągu czasu na drodze chirurgicznej zboczeniom tym zaradzić.

Podczas całego przebiegu dyfterytycznego zapalenia łącznicy należy baczność zwracać uwagę na ogólny stan chorego i prócz miejscowego, jeszcze i leczenie środkami wewnętrznymi przedsięwziąć. Ponieważ proces dyfterytyczny łącznicy może być tylko objawem ogólnego zakażenia organizmu tym zarazkiem, więc polecają bardzo poważni terapeuci, którzy wiele przypadków tej choroby obserwowali leczenie merkuryjuszem, mianowicie: wcieranie szaruchy aż do 7.50 gramów dziennie połączone z wewnętrznem używaniem kalomelu co dwie godziny po 0.03. Leczenie merkuryjne polecają tak długo, póki obfita saliwacja się nie pokaże, wystąpienie tejże jednak przez jak najstaranniejsze czyszczenie dziąseł i zębów, oraz przez płukanie ust i gardła roztworem chlorku potasu opóźnić należy. Gdy temperatura ciała przez dłuższy przeciąg czasu więcej nad 39.00° C. wynosi, to dajemy środki przeciwgorączkowe: chininę, antipirinę, salicylan sodu i t. d.; przez cały przeciąg choroby, zwłaszcza zaś w razie zauważonego upadku sił i drobnego tętna, na które bardzo baczyć należy, gdyż od krążenia silnego w naczyniach włoskowatych zależy od-

dzielanie się nacieczeń dyfterytycznych łącznicy i ochronienie rogówki od zgorzeli, trzeba dawać wiele, bardzo wiele napoi wysokowych, u ludzi zamożnych dobrego wina węgierskiego lub hiszpańskiego, albo francuzkiego cognac'u, u biednych słodkiej wódki lub zimnego ponczu. W razie silnych miejscowych boleści w oczach lub głowie dajemy środki uśmierzające lub nasenne; co do pożywienia, napoi, wentylacyi mieszkania i t. p. zachować należy jak najdokładniej wszelkie przepisy przy chorobach zaraźliwych polecane. W zakładach dla chorych na oczy cierpieniem dyfterytycznym łącznicy dotknięci, powinni być bezwarunkowo od wszystkich innych odłączeni, nagromadzenia ich jednak w większej liczbie w jednej sali także ile możności unikać należy.

(dok. nast.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

1. Prof. E. RIEGEL. **Przyczynek do nauki o przewlekłym zapaleniu mięszu sercowego.** *Zur Lehre von der chronischen Myocarditis.* (Zeitschr. für Klin. Med. T. IV. Z. IV-y. 1888 r.).

Rozpoznawanie za życia chorób mięsznia sercowego jest bardzo trudnem dla tego, że choroby te posiadają zbyt mało cech charakterystycznych. Większość autorów nie rozpoznaje wcale za życia zapalenia mięszu sercowego, zadawalniając się w podobnych przypadkach wyrażeniem „osłabienie serca”. Podobne jednak określenie, zdaniem Riegela, jest niedostatecznem, gdyż przewlekłe zapalenie mięszu sercowego dość często przedstawia za życia tak charakterystyczne objawy kliniczne, że rozpoznanie choroby staje się dość łatwem.

Na dowód tego autor opisuje niezmiernie ciekawy przypadek przewlekłego modzelowego zapalenia mięszu sercowego, rozpoznanego za życia i stwierdzonego oględzinami pośmiertnemi. Obserwacja trwała z przerwami przez cztery lata.

Mężczyzna, 44 lat liczący, wstąpił w r. 1884 do oddziału klinicznego z powodu duszności i lekkiego obrzęku obu stóp. Przed kilkoma miesiącami koń uderzył go w pierś i od tego czasu zaczęła powoli rozwijać się duszność. Poprzednio żadnych chorób nie przebywał. Przy badaniu chorego okazało się: płuca prawidłowe; granice serca prawidłowe; tony czyste, działanietylko serca w wysokim stopniu nieregularne. Skurcze serca to bardzo silne, to bardzo słabe. Te ostatnie wcale nie dają się wyczuć w tętnicy promieniowej. Ilość skurczów serca o wiele przewyższa ilość tętna promieniowego. Stosunek ten wynosi 24 do 88.



W moczu białka nie znaleziono. Kilku dniowy pobyt w łóżku wystarczał, aby duszność i obrzęk nóg znikły. Chory czuł się zupełnie zdrowym, działalność serca pozostała jednak w dalszym ciągu nieprawidłową. Chory opuścił szpital.

Przez kilka następnych miesięcy zajmował się pracą fizyczną; powoli jednak wracająca duszność, bicie serca i obrzęk nóg zmusiły go do powrotu do szpitala. Tu znaleziono, płuca prawidłowe; górna granica absolutnej tępości serca IV-e żebro; prawa granica przechodzi linią mostkową nieco na prawo; lewa granica dosięga linii sutkowej; dolna granica na górnym brzegu VI-go żebra. Tęno serca stłumione, wszędzie czyste; działanie serca w najwyższym stopniu nieprawidłowe. Wątroba powiększona; mocz bez białka.

Podczas pobytu w szpitalu duszność i bicie serca prędko ustąpiły; ilość moczu zaczęła szybko i samowolnie się zwiększać; tętno serca się zmniejszyło; jedna tylko działalność serca (Herzaction) pozostała nadal nieprawidłową, nawet po użyciu naparstnicy. Stosunek kureczów serca do ilości tętna promieniowego 112, 72 i t. d.

Wypisawszy się ze szpitala, chory przez ośm miesięcy zajmował się pracą fizyczną. Duszność i bicie serca zmusiły znów chorego szukać ulgi w szpitalu; znaleziono wtedy znaczne powiększenie objętości serca we wszystkich wymiarach, działanie serca w wysokim stopniu nieprawidłowe, tęno czyste, tętno szybkie i nieprawidłowe. Dolny brzeg wątroby prawie dosięga linii pępkowej. Po kilku dniach diureza znów szybko się zwiększyła; duszność ustąpiła, wszakże stosunek skurczów serca do ilości uderzeń tętna pozostał i nadal nieprawidłowym (92, 66, 100, 52 i t. d.).

Po siedmiu miesiącach: obrzęk nóg i dolnej części brzucha, żyły szyjowe rozszerzone i mocno tętniące. Tępość okolicy serca zaczyna się od prawego brzegu mostka kończy się za lewą linią sutkową, górna granica na IV-em żebrze, uderzenie serca w szóstym odstepie międzyżebrowym. Przy wierzchołku serca pierwszemu tonowi towarzyszy krótki dmuchający szmer, drugi ton krótki. To samo słyszeć się daje na wysokości zastawki trójdzielnej: szmer przy skurczu ton przy rozkurczu. Działanie serca bardzo nieprawidłowe. Wątroba znacznie powiększona. Wyraźne tętnienie żył wątrobowych (Lebervenenpuls). Mocz bez białka. Obrzęk kończyn dolnych.

Po dwutygodniowym pobycie w szpitalu, wszystkie chorobowe objawy, z wyjątkiem nieprawidłowego działania serca, powoli ustąpiły, serce się zmniejszyło; szmery znikły, znikło również tętnienie żył wątrobowych, obrzęk i duszność ustąpiły i chory znowu opuścił szpital.

Chory żył jeszcze 2 lata, podczas których to wracał do pracy, to częściej do szpitala. Śmierć nastąpiła przy objawach obrzęku płuc.

Na zasadzie objawów choroby, przebiegu i t. d. Riegel w danym przypadku postawił rozpoznanie: Myocarditis chronica; rozszerzenie lewej komórki, w tór-

ne zastoinowe rozszerzenie prawej komórki ze względną niedomykalnością zastawki trójdzielnej, wątroba zastoinowa.

Rozpoznanie „myocarditis chronica” w danym przypadku opierało się na następujących danych: Widząc obraz chorobowy na wysokości choroby, t. j. znaczne powiększenie serca w wymiarze poprzecznym, skurczowy szmer w zastawce dwudzielnej i trójdzielnej, tętno żyłne, silne powiększenie wątroby, tętno wątrobowe i t. d., musiano przyjąć, że się ma do czynienia z wadą sercową, t. j. z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, która w następstwie wywołała rozszerzenie prawej połowy serca i względną niedomykalność zastawki trójdzielnej, obserwując jednak chorego przez kilka dni tylko, łatwo można było się przekonać, że zastawki są zupełnie zdrowe. Spokojne zachowanie się chorego w łóżku i małe dawki naparstnicy nadzwyczaj szybko usuwały poprzednio wyliczone objawy chorobowe; okolica stępienia serca stawała się mniejszą, szmery ustawały, natomiast występowały czyste tony, pozostawało tylko nieprawidłowe działanie serca, które, jak to widać z przebiegu choroby, nie zanikło, trwając od samego początku choroby do samej śmierci.

Ta więc nieprawidłowość w działaniu serca w danym przypadku posiadała pierwszorzędne znaczenie. Objaw ten daje się wprawdzie także spostrzec przy stłuszczeniu serca, przy stenozie miralnej, jednak tylko przy myocarditis chronica posiada on dominujące wśród innych objawów znaczenie trwając uporczywie od początku do końca choroby.

Ogłędziny pośmiertne w zupełności stwierdziły rozpoznanie: Serce powiększone. Szerokość prawej komórki wynosi około 11 cm. Zastawki prawidłowe. W mięśni lewej komórki znaleziono bardzo liczne białawe ogniska składające się z czystej tkanki łącznej. W miejscach, zajętych przez białe ogniska, brak zupełny tkanki mięsnej.

Autor pracę swoją kończy bardzo cennymi uwagami, tyjącącymi się: a) rozpoznawania przewlekłego zapalenia mięszu sercowego, b) rozpoznawania względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej i wreszcie c) leczenia myocarditis chronicae, d) we wszystkich nowszych pracach, tyjącących się chorób serca, przeważa przekonanie, że rozpoznawanie za życia myocarditis chronicae jest prawie niepodobnem.

Tylko R ü h l e w jednej ze swych prac podaje kliniczny obraz wzmiankowanej choroby. Zdaniem R ü h l e g o choroba ta prawie, zawsze rozwija się w lewej komórce, przedstawia objawy wady zastawkowej niekompensowanej. Oprócz tego uderza nieregularność w działności serca. Nieregularność tę R ü h l e uważa za główny i charakterystyczny objaw przewlekłego zapalenia mięszu sercowego.

W przypadku R i e g e l a wysoka a r y t m i a również stanowiła najwybitniejszy i najstalszy objaw choroby. Niemiarrowość, występująca czasami przy zapaleniu worka sercowego,



przy stłuszczeniu serca i t. d. występuje dopiero w końcowych okresach choroby.

W przypadku autora, trwała ona od początku do końca, nie ustawała nigdy, nawet wtedy, gdy chory czuł się zupełnie zdrowym i mógł nadal zajmować się ciężką pracą fizyczną. Dla tego autor zgadza się z Rühlem że nieprawidłowość skurczów serca posiada rozpoznawcze znaczenie przy przewlekłym zapaleniu mięszu sercowego.

b) Co się tyczy rozpoznawania względnej niedomykalności zastawki trójdziałnej, to przede wszystkim należy zauważyć, że względna niedomykalność zastawki trójdziałnej nie jest wcale taką rzadkością, za jaką większość autorów ją poczytuje. Zdaniem autora, bardzo łatwo przeoczyć można cechujące to zaburzenie objawy.

Szmer na miejscu zastawki trójdziałnej, sam przez się, nie dowodzi jeszcze wady zastawki; o wadzie zastawki trójdziałnej tylko wówczas może być mowa, gdy mamy dowody na to, że krew podczas skurczu cofa się z prawej komórki do prawego przedsionka i do układu żylnego. Dowodem istnienia wady zastawki trójdziałnej jest tętnienie żył szyjowych, jednocześnie ze skurczem serca (przy prawidłowej zastawce czasami spostrzegać się dające tętnienie żył szyjowych zawsze jest przedskurczowe). Oprócz tego stanowczym dowodem niedomykalności trójdziałnej jest tętno wątrobowe (Lebervenepuls).

W przypadku powyższym niedomykalność zastawki trójdziałnej była wględna, gdyż tętno wątrobowe, szmery zastawki trójdziałnej powstawały tylko wówczas, gdy serce powiększało się w wymiarze poprzecznym.

c) Autor w danym przypadku otrzymywał jedynie dobre wyniki od naparstnicy. Zdaniem autora, działa ona dobrze tylko przy zaburzeniach kompensacji serca. Najodpowiedniejszą formą są proszki z dwóch gran na dawkę.

H. Goldblum.

2. HUGUENIN. **O zapaleniu mięśnia sercowego przy błonicy.** *Contribution à l'étude de la myocardite infectieuse diphthérique.* (Rev. de Méd. N. 10, 1888).

Powikłanie błonicy przez zapalenie mięśnia sercowego należy do zjawisk dość rzadkich i do niedawnych czasów mało jeszcze zbadanych.

Najnowsze dopiero spostrzeżenia Leyden'a, a także autora niniejszego artykułu i wielu innych wykazały, iż owe zmiany anatomopatologiczne mięśnia sercowego, powstające w przebiegu błonicy, przedstawiają powikłanie zwyrodnienia z zapaleniem, gdyż obok zwyrodnienia tłuszczowego (Mosler), lub szklisto-ziarnistego (Labadie-Lagrange) spostrzegamy większe lub mniejsze ślady mięszowego i śródmięszowego zapalenia mięśnia sercowego, jako też zapalenie błony wewnętrznej tętnic wieńcowych (endoart. prolif. aa coronar. cord.). Różnica, zachodząca pomię-

dzy temi zmianami, a zmianami powstałemi w mięśniu sercowym jako powikłanie, u chorych na dur, ospę, suchoty lub różę, leży zdaniem autora, we większem natężeniu stanu zapalnego w pierwszym, aniżeli w drugim przypadku. Szczegółowy opis przypadku spostrzeganego przez autora i badań mikroskopowych dopełnia tę pracę. *O. Manson.*

3. DR. G. MEYER. **O dobrowolnem pęknięciu serca.**  
(*Zur Kenntniss der spontanen Hertzruptur. Deut. Arch. f. kl. Med. 43. IV—V.*)

Autor miał sposobność zbadać w patologicznym instytucie w Monachium aż 6 przypadków pęknięć serca, obserwowanych za życia, jakoteż zebrał w literaturze nowszej trzydzieści kilka spostrzeżeń odnośnych i na podstawie tego materiału wyprowadza swe wnioski.

Nikt już obecnie nie przyjmuje możności pęknięcia zdrowego serca, co się zaś tyczy spraw chorobowych, które mogą zmniejszać odporność mięśnia sercowego, to, pomijając przyczyny wyjątkowe po za obrębem serca leżące (jak np. przedziurawienie wrzodu żołądka przez przepoń do lewego serca, lub raka przelyku) w samym sercu bywają one różnorodnej natury. Do rzadkich należą nowotwory, bąblowiec mięśnia sercowego, sprawy wrzodziejące (endocarditis ulcerosa) do zwykłych — zaburzenia w odżywianiu mięśnia sercowego, zależne od zmian w tętnicach wieńcowych. Jeżeli powstrzymanie dowozu krwi następuje nagle, wytwarza się zawał z następczą zgorzelą. Przy powolnem zwięźnieniu się światła tętnic ma miejsce zwyrodnienie włókien mięsnych, z równoczesnem zastępczem bujaniem tkanki łącznej, które doprowadza w końcu do wytwarzania się tkanki bliznowej. Zarówno w pierwszym jak drugim okresie zajęta część ściany sercowej staje się miejscem zmniejszonej odporności, i może uleść pęknięciu bezpośrednio, albo też uprzednio tworzy się rzeczywisty tętniak serca. Jest to tak zwana Myomalacia. Co się tyczy pierwotnego zapalenia mięśnia sercowego (Myocarditis) to i ono może być przyczyną usposabiającą do pęknięcia serca, o ile, jak wykazują nowe badania (Ziegler), może także dawać początek bliznom; co się zaś tyczy świeżych okresów tej sprawy np. w przebiegu ostrych zakaźnych chorób, to nie mamy dotąd żadnych odnośnych danych.

Tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego, jako sprawa ogólna, rozlana, nie zdaje się być przyczyną usposabiającą do pęknięcia serca, ponieważ w tym razie nie ma tyle znaczenia rozszerzenie się sprawy, co stosunek zachowanej energii mięśniowej, do utraty oporności w pewnem miejscu ściany serca.

Aneuryzmatyczne wypuklenia ścian sercowych są często notowane w kazuistyce pęknięć serca. Mouneret znalazł na 19 tętniaków serca trzy przypadki pęknięcia, Elléaume 10 tętniaków na 55 przypadków pęknięcia serca.

Z chorób zakaźnych w etyologii pęknięć serca gra pewną rolę przymiot konstytucjonalny. A to w dwojaki sposób: przez wytwarzanie się ziarniniaków w mięśniu sercowem lub, częściej, przez wytwarzanie się blizn. W ostatnim czasie i te twory sta-



wiane bywają w zależności od sprawy ateromatycznej w naczy-  
niach wieńcowych.

Co się tyczy częstości pęknięcia serca, to według Dever-  
gne'a na 40 przypadków nagłej śmierci 1 raz przypada pęknię-  
cie serca. Na 12000—13000 sekcij wykonanych od 1854 r.  
w Monachium znaleziono 7 przypadków pęknięcia serca.  
U mężczyzn zdarza się ono częściej i mianowicie w wieku  
starczym (przecięciowo 65 lat) chociaż wyjątkowo ulegają mu  
i młodsze osoby (3 przypadki przed 40 rokiem 1 u 22 letniej  
kobiety—endocarditis ulcerosa).

Lewa komórka jest najbardziej narażoną, za nią idzie  
prawa; daleko rzadziej spotyka się pęknięcie prawego przed-  
sionka, a najrzadziej lewego.

Najczęstszem miejscem jest sam wierzchołek serca, zape-  
wne dla tego, że dochodząca tu gałąź (v. descendens) lewej  
więńcowej tętnicy najczęściej ulega sprawie miażdżycowej.  
Oprócz tego warstwa mięśniowa jest tu najcieńszą. Co się ty-  
czy wielkości pęknięć, to notowano szramy przez całą długość  
komórki, gdy z drugiej strony czasem bywają tylko nieznaczne  
otwory; niekiedy zdarzają się mniej lub więcej głębokie nadpe-  
knięcia, idące od wewnątrz lub zewnątrz.

Odnosnie trwania katastrofy możnaby odróżnić dwie gru-  
py pęknięć serca: w jednych następuje ono odrazu, przerwy są  
większe, gładsze, śmierć piorunująca (czasem chory nie zdąży  
nawet krzyknąć)—w drugich pęknięcie idzie wolniej, rysy są  
nieprawidłowe, zygzakowate, przypominające jakby kanały, prze-  
toki. Te tylko przypadki dają możność skreślenia szerszego obra-  
zu klinicznego. Zdarzają się one u osób, które już i poprzednio  
skarżyły się na dolegliwości sercowe. Samą zaś katastrofę  
oznacza silny ból w okolicy serca, zemdlenie, duszność, wymio-  
ty, ból w dolnych kończynach, wreszcie uczucie „jakby się coś  
rozerwało w piersi.“ Przypadłości te następują atakami, n i g d y  
jednak nie giną zupełnie w przerwach—i dopiero  
w kilka godzin a nawet dni, pośród napadu chory umiera. We-  
dług francuzkich spostrzegaczy napady mają odpowiadać nowemu  
rozszerzeniu się pęknięcia; za przyczyny usposabiające zdaje się  
można uważać wysiłki (wymioty, nadymanie się) a także i wzru-  
szenia moralne (przygnębienie, akt płciowy).

Co się tyczy ostatecznej przyczyny śmierci, to nie ma je-  
szcze jedności: jedni przyjmują ostrą niedokrewność mózgu, inni  
powstrzymanie działalności serca przez ciśnienie wylanej krwi  
do osierdzia, inni wreszcie wpływy nerwowe i wspólne podzia-  
łanie wszystkich tych czynników.

Co się tyczy możności samodzielnego zagojenia rysów po  
pęknięciu, to odnośnie całkowitego pęknięcia takową należy od-  
rzucić (wyjątkiem byłyby przypadki, gdzie miał miejsce zrost  
z osierdziem). Przy niezupełnych—przypuszczenia tego a priori  
odrzucić nie można. Rozwiązanie tego pytania utrudnia niemo-  
żność odróżnienia pewnego blizny powstałej po przypuszczal-  
nem zagojeniu pęknięcia od bliznowatych sprawy innej natury.

O. H.

4. Prof. WEICHELBAUM. **O pneumonicznem zapaleniu wsierdzia.** *Ueber Endocarditis pneumonica.* (*Wiener Medicinische Wochenschrift.* N. 35 i 36. 1888).

Pod pneumonicznem zapaleniem wsierdzia autor rozumie nie każde zapalenie zastawek w przebiegu i po zapaleniu płuc powstałe, lecz tę postać zapalenia, która wywołaną zostaje przez ten sam zarazek, co i zapalenie płuc, wszystko jedno, czy się ona przylączy do zapalenia płuc, czy też istnieje niezależnie od takowego.

Związek między zapaleniem wsierdzia, a zapaleniem płuc był już dawniej znanym klinicytom i anatomopatologom. W nowszych nawet czasach różni badacze znajdowali przy zapaleniu wsierdzia te same drobnoustroje, co i przy zapaleniu płuc.

Jeżeli przez poszukiwania podjęte z pewnem prawdopodobieństwem można było przyjąć istnienie zapalenia wsierdzia wywołane przez zarazek zapalenia płuc, to z drugiej strony brakło najważniejszego dowodu, polegającego na wykazaniu na drodze hodowli identyczności drobnoustrojów wywołujących zapalenie płuc i zapalenie wsierdzia.

Autor w wielu przypadkach zapalenia wsierdzia identyczność tę wykazał i w pracy niniejszej, komunikuje wyniki swych poszukiwań. Autor w 6 przypadkach stwierdził istnienie omawianej przez nas postaci zapalenia wsierdzia za pomocą badania drobnowidzowego hodowli, i za pomocą doświadczeń (szczepienia) na zwierzętach, w 7-ym przypadku podjętem było tylko badanie drobnowidzowe. Jeden z podanych przez autora przypadków podajemy: dotyczy on 54-letniego mężczyzny, przybył on do szpitala szóstego dnia zapalenia płuc, które po czterech dniach rozeszło się, po tygodniu znowu rozwinęła się gorączka; a dwudziestego piątego dnia choroby nastąpiła śmierć. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono prawostronne zapalenie płuc, oprócz tego dawniejsze i świeższe zmiany we wsierdziu i na zastawkach. Bezpośrednio po oględzinach poddano badaniu drobnowidzowemu małe cząsteczki zdjęte z zastawek, w których znaleziono liczne okrągłe lub owalne drobnoustroje w zupełności odpowiadające diplokokom zapalenia płuc stanowiącym najczęstszą przyczynę zapalenia tego narządu.

Pozostawało jeszcze koki te wyhodować i wykazać ich biologiczne własności. W tym celu małe cząsteczki zdjęte z wyniosłości na zastawkach roztarł autor z płynnym agar-agar i rozlał je na płytki. Po 48 godzinach otrzymał kolonie ze wszystkimi cechami diplokoków zapalenia płuc. Również hodowle w bulionie, surowicy krwi i na kartoflu okazały się hodowlami diplokoków zapalenia płuc.

Za pomocą zatem hodowli stwierdzono identyczność zarazka zapalenia wsierdzia i zapalenia płuc. Dla przekonania się o biologicznych własnościach znalezionych diplokoków autor szczepił czystą ich hodowlę królikowi w następujący sposób: przez obnażoną tętnicę szyjową wspólną wprowadził wyjałowiony zglębnik do zastawek aorty i takowe przedziurawił.



Następnie zastrzyknął czystą hodowlę w prawą żyłę szyjową zewnętrzną. Po 24 godzinach zwierzę zdechło, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono nie tylko na przedziurawionych zastawkach, lecz i na zastawce dwudzielnej drobnoziarniste, miękkie, szare wybujałości, które już przy badaniu drobnowidzowem wykazały liczne diplokoki charakterystyczne dla zapalenia wsierdzia u człowieka. Przygotowane w tychże hodowle wyprodukowały także diplokoki zapalenia płuc. Hodowle te następnie znowu zastrzyknięto w prawą połowę klatki piersiowej królika. Królik ten po 3 dniach zdechł, a po śmierci znaleziono obustronne zapalenie opłucnej, zapalenie lewego płuca, zapalenie otrzewnej, powiększenie śledziony i wszędzie liczne diplokoki z otoczką.

Wszystkie te doświadczenia stwierdziły, że diplokoki zapalenia płuc mogą wywołać u zwierząt tak zapalenie wsierdzia jak i zapalenie płuc, z czego z pewnością można wywodzić wniosek, że zapalenie wsierdzia u chorego, od którego otrzymano w powyższych doświadczeniach diplokoki wywołaniem zostało przez diplokoki zapalenia płuc.

W pozostałych 5 przypadkach badanie drobnowidzowe i szczepienie dało mniej więcej takie same wyniki.

W jaki sposób diplokoki zapalenia płuc dostały się do krwi i do zastawek serca? W 4 przypadkach, w których obok zapalenia wsierdzia istniało zapalenie płuc, dostanie się diplokoków z płuc do krwi i do serca łatwo sobie umiemy wyjaśnić. Co się tyczy 2 pozostałych przypadków, to w jednym nie było zapalenia płuc, lecz za to mieliśmy zapalenie błon mózgowodzeniowych, w których wysięku znaleziono też diplokoki zapalenia płuc. Tu należałoby przedewszystkiem rozstrzygnąć, które cierpienie było pierwotnem. Ponieważ jednak niepodobna tego uczynić, przeto i nie można oznaczyć drogi, którą się diplokoki dostał do krwi i do serca. To samo można powiedzieć i o 2-im tu należącym przypadku, w którym oprócz zapalenia wsierdzia nie znaleziono żadnej innej sprawy chorobowej.

Co się tyczy częstości pneumonicznego zapalenia wsierdzia, to niepodobna podać pod tym względem jakichkolwiek danych, ponieważ spostrzeżenia tyczące się tej postaci zapalenia wsierdzia są nieliczne.

Autor na 33 przypadki zapalenia wsierdzia, w których dokonał badań bakteryjologicznych tylko w 6 resp. w 7 a zatem w 5-iej części znalazł diplokoki zapalenia płuc. Ze spostrzeżeń autora pokazuje się zatem, że pneumoniczne zapalenie wsierdzia nie jest bardzo rzadkiem.

Na pytanie, czy zapalenie pneumoniczne wsierdzia różni się pewnymi właściwościami od innych postaci ostrego zapalenia wsierdzia, autor podaje następujące charakterystyczne rysy: zapalenie pneumoniczne wsierdzia występuje w postaci już to wrzodziejącego już brodawkowatego zapalenia; zdaje się że pierwsza postać jest częstsza; w przypadkach autora 6 razy było zapalenie wrzodziejące, 1 raz brodawkowate (*verucosa*).

Szczególnie często zajęte bywają zastawki aorty (5 razy na 7). Oprócz tego zapalenie to odznacza się tworzeniem się bardzo silnych polipowatych wybujałości. Autor nie może się zgodzić ze spostrzeżeniem Nettera, by przy tej postaci rzadziej powstawały zawały (infarctus), autor bowiem 5 razy takowe spostrzegał.

Co się tycze stosunku tej postaci do zapalenia płuc, to w większej ilości przypadków obok zapalenia wsierdzia znajdujemy zapalenie płuc. Zdarzają się jednak przypadki, w których ono jest niezależnem od zapalenia płuc.

Nakoniec ze spostrzeżeń autora tak samo jak i ze spostrzeżeń dawniejszych autorów wynika, że zapalenie pneumoniczne wsierdzia nie rzadko łączy się z zapaleniem błon mózgowych i mózgodzeniowych.

*Feliks Arnstein.*

#### 5. Dr. G. BANTI. Przyczynek do etjologii zapalenia osierdzia. (*Deut. Med. Woch. 44.*)

Autor na podstawie drobnowidzowego i bakteryjologicznego badania trzech przypadków zapalenia osierdzia przychodzi do wniosku, że w narządzie tym mogą zachodzić sprawy zapalne pochodzenia zarazkowego, jako też i takie, w których za przyczynę drobnoustrojów uważać nie można. Takim był właśnie przypadek włóknikowego zapalenia w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek; przyczyną zapalenia są tu zapewne czynniki czysto chemiczne. W dwóch pozostałych, w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc, znaleziono, w jednym podwójne kokki Fränkla, a w drugim oprócz nich staphylococcus aureus.

W pierwszym przypadku było jednocześnie zapalenie włóknikowe sąsiednich workowi sercowemu części opłucnej tak, że sprawa poszła „per continguitatem”. W drugim opłucna w sąsiedztwie była zdrową i tu autor przypuszcza zanieśnienie zarazka przez krew. Przypuszczenie swoje popiera szeregiem doświadczeń na królikach, którym, przez wstrzyknięcie kilku kropel ol. terpentynowego do osierdzia lub nakłóćcie błony rozgrzaną igłą platynową, wywoływał miejscowe podrażnienie a następnie wstrzykiwał pod skórę hodowlę diplokokków. U wszystkich zwierząt w ten sposób operowanych otrzymywano włóknikowe zapalenie osierdzia, a w wysięku można było zawsze wykryć duże ilości ustrojów zastrzykniętego gatunku. Podrażnienie sztuczne worka sercowego sprowadza zapewne w grubych rozmiarach owo zawsze niezbędne a nieuchwytnie dla naszych sposobów badania, usposobienie narządu do osiedlenia się w nim i rozwoju chorobotwórczych ustrojów. *O. Hewelke.*

#### 6. Prof. LEYDEN. O chorobach serca przy wrodzonym rdzenia (*tabes*). *Deutsch. med. Woch. Nr. 45 Novemb. 1888.*

W 1879 r. Berger i Rosenbach ogłosili w Berl. Kl. Woch. krótką, lecz niezmiernie ciekawą pracę, zawierającą opis 7 przypadków (2 mężczyzn i 5 kobiet) wrodzonym rdzenia, któremu, towarzyszyła stale niedomykalność zastawek aorty. Tożsamość wady serca i jednoczesny brak takich momentów, etiologicznych, jak gościec stawów, nadmierny wysiłek (*Ueberanstrengung*), etc., skłoniły autorów do upatrywania ściślejszego związku pomiędzy



obu temi cierpieniami. Zasadniczą chorobą byłby wówczas wiaǳ rdzenia, którego własciwościami są zaburzenia troficzne, jak np. zanik mięśni, cierpienia stawów, ulcus perforans pedis, zmiany troficzne skóry, etc. W tym samym stosunku do wiaǳu stałaby i niedomykalnoc zastawek aortycznych, jako objaw dystroficzny.

Ze strony serca zdobylibyśmy więc objaw analogiczny z „crises gastriques“ Charcot’a i t. p.

T ponętną hipotez poddał Leyden krytyce (1887 r.) w swej pracy o chorobach serca przy wiaǳie rdzenia, gdzie objawy ze strony serca ujął w 3 grupy:

- a) wzmożona czstoc tętna
- b) wady zastawek sercowych

c) typowe napady anginae pectoris. Z tych—tylko napady anginae pectoris, które dotyczą 2 względnie młodych osobników (jeden przypadek z zejściem śmiertelnem), gdzie można wykluczyc arterioskleroz, mogą być uważane za objaw analogiczny z „crises“. Jeżeli przyjmiemy współdziałanie gałzek sercowych nerwu błędnego (rami cardiaci n. vagi) w sprawie chorobowej, łatwo objaśnimy sobie napady anginae pectoris.

Inaczej rzecz si ma z wadami zastawek i t spraw głównie zajmuje się Leyden w obecnym odczycie, krytykując wnioski autorów. Czstoc chorób wiaǳu rdzenia i niedomykalnoc zastawek aorty per se, i to własciwe w śrdnim okresie życia, następnie spostrzeganie (przez autorów francuzkich) wad innych zastawek w przebiegu wiaǳu rdzenia, nie pozwalają wnioskowac o ściślejszym związku między wiaǳem a niedomykalnością zastawek aortycznych, zamiast zwyczajnego zbiegu tych chorób. Dalej wiadomo i to, że wikszoc chorób serca w przebiegu wiaǳu rdzenia występuje nie w skutek gocieca stawowego lub nadmiernego wysiłku, podczas gdy z niedomykalnością zastawek aortycznych spotykamy się już w samym początku sprawy arteriosklerotycznej. Do rozstrzygnięcia tej sprawy, zdaniem L., przyczynic się może jedynie badanie pośmiertne, które wykazuje arterioskleroz, lub też takową wykluczy. Ujemny wynik badania sekcyjnego dałby autorom dzielną broń na poparcie swego przypuszczenia. Prbk takiego rozstrząsania tej kwestyi daje nam L. w swej pracy, przytaczając historiją choroby 42 letniej kobiety i wyniki badania sekcyjnego.—Klinicznie rozpoznano wiaǳ rdzenia i niedomykalnoc zastawek aortycznych. Ponieważ żadna z przyczyn, jak gościec stawowy, nadmierny wysiłek etc., udziału w tej sprawie nie miała, z powodu zaś braku objawów arterioskleroza rozpoznana być nie mogła, ztąd też Leyden skłaniał się do postawienia niedomykalności zastawek aortycznych w związku ściślejszym z wiaǳem rdzenia. Dopiero badanie pośmiertne wykazało arterioskleroz.

Na podstawie tego faktu L. uważa wszelkie wady zastawek za zjawiska przypadkowo komplikujące obraz wiaǳu rdzenia, a nie połączone z nim ściślejszym węzłem, jak to mniemali Berger i Rosenbach.

Naturalnie Leyden dalekim jest od przedwczesnego uogl-



niania wniosków li tylko na podstawie jednego przypadku, lecz podobną analizę poleca, jako jedynie racjonalną metodę do rozstrzygnięcia kwestyi stosunku chorób serca do wiądu rdzenia.

E. Orłowski.

7. TUFFIER. **O stłuczeniach nerki.** (*Traumatismes du rein. Contusion rénale Clinique Critique, Experimentation. Archives. Gen. de méd. Nov. et Déc. 1888.*)

Uwagi swoje nad kwestyją stłuczenia nerek, autor opiera na odpowiednich doświadczeniach (w liczbie 11-stu), a prócz tego zebrał i oświetlił krytycznie 277 przypadków obrażenia nerek opisanych przez poprzedników, a między temi 200 przypadków stłuczenia nerek.

W ogóle obrażenia nerek podzielić można na dwie wielkie grupy: a) stłuczenia i pęknięcia nerek; b) rany i przepukliny. W pracy niniejszej autor zajmuje się pierwszemi. Dotąd przyjmują dwa rodzaje stłuczenia nerek—pośrednie wstrząśnienie (*commotion*) i bezpośrednie stłuczenie (*contusion*); pierwsze miało się zdarzać według Luca-s'a, Rayer'a i in. po gwałtownym skoku na nogi, upadku na międzykrocze i t. p., a nawet po wysiłkach mięśniowych. Autor jednak jest innego zdania, sądzi on, iż wstrząśnienie nerki wskutek oporności tego narządu uważać należy za nader problematyczne, wskutek czego podawane przez wspomnianych autorów spostrzeżenia kliniczne uważa za mało dowodzące, jednak możliwości podobnego faktu nie zaprzecza. Przeciwnie, bezpośrednie stłuczenia istnieją niewątpliwie, zdarzają się częściej u dorosłych mężczyzn, niż u dzieci i kobiet, częściej urazowi podlega prawa nerka, bardzo rzadko jednocześnie obie (3%). Nasuwa się teraz pytanie, jakie jest mechaniczne stłuczenie nerki; zajmowano się tą kwestyją dotąd niewiele, dopiero autor z szeregu odpowiednich doświadczeń mógł wysnuć pewne wnioski. W stłuczeniu nerek grają rolę trzy czynniki: siła, podpora (*point d'appui*), i opór. Siła ma rozmaity początek: upadnięcia na bok, uderzenie kopytami, przejechanie i t. p. Działać może albo na ograniczoną bardzo powierzchnię, lub też na bardziej szeroką, w pierwszym przypadku może nastąpić bezpośrednie stłuczenie nerki, w drugim uraz następuje dopiero po zniszczeniu lub uszkodzeniu powierzchowniej leżących narządów: żeber, kregów, wątroby, śledziony i t. p. Nieodzownym warunkiem stłuczenia nerek jest szybkie działanie siły i jak najmniejszy opór, który w danym razie stawiają ścianki brzucha i bardziej powierzchowne narządy, a wreszcie sama nerka dzięki mocy swej powłoki i swej ruchliwości. Stwierdził to ostatnie autor na zwierzętach, u których nie mógł wywołać pęknięcia nerki, nie umocowawszy poprzednio tego narządu, doświadczenia zaś na trupach ludzi ostatecznie utwierdziły go w tem przekonaniu. Podpora, na której spoczywa nerka ma również pierwszorzędne przy stłuczeniu nerek znaczenie; może ona być sztuczna i naturalna pierwsza ma miejsce, gdy lędźwie oparte są o jakąkolwiek stałą podstawę martwą, koło u wozu, kawał drzewa lub t. p.; siła działając na nerkę przyciska ją do punktu opar-



cia i nerka pęka; w drugim przypadku, t. j. gdy łądzwie nie posiadają stałej podstawy nerka może być uszkodzoną przez wyrostek poprzeczny 1-go kręgu łądzwiowego; 12 żebro znajdujące się z przodu nerki wywołają rozdarcia wskutek swej ruchomości nie może, chyba po złamaniu, co znów nie tak często się zdarza. Tym więc sposobem nerka może uleść stłuczeniu bądź ściśnięta przez dwa martwe przedmioty, bądź też przez popchnięcie gwałtowne na wyrostek poprzeczny. *Zmiany patologiczne* zależą od stopnia stłuczenia; począwszy od nieznacznego wylewu krwi, widzimy rozmaite stopnie uszkodzenia aż do zupełnego pęknięcia. Przy lekkich stłuczeniach zauważyć można prosówkowate wynaczynienia w istocie korowej, przy silniejszych prócz powyższego wylew krwi pod powłoką, ogniska krwawe w istocie korowej, a nawet rdzennej (w tej ostatniej zwykle mniejsze), jednocześnie w niektórych miejscach miąższ zostaje rozerwany, często rozdarcie dochodzi do miedniczki. Przy jeszcze silniejszych urazach powłoka nerki pęka na znacznej przestrzeni, pęknięcie zwykle umiejscawia się we wnęce, w bardzo ciężkich przypadkach widziano nerkę pękniętą na dwie części: górną i dolną, połączone z sobą tylko naczyniami, niekiedy, nakoniec, można zauważyć i zmiżdżenie nerki. Wyjątkowo tylko pęka tętnica nerkowa, częściej pękają moczowody. Jednocześnie z uszkodzeniem nerki widzicie niekiedy możemy znaczne wylewy krwi w okolicy nerki. Stopień wylewu zależy naturalnie, od całości powłoki, w razie jej uszkodzenia może nawet nastąpić śmierć z upływu krwi. Najniebezpieczniejszem jednak powikłaniem jest jednoczesne pęknięcie otrzewny, rzadko się ono wprawdzie zdarza, lecz jest zawsze śmiertelne; chorzy giną wskutek krwotoku wewnętrznego.

Uszkodzenie innych narządów jest dość częste przy stłuczeniach nerek (55 na 200), na pierwszym miejscu należy postawić pęknięcie wątroby i śledzony, rzadziej ulegają uszkodzeniu trzustka i żołądek, najrzadziej płuca, pęcherz moczowy i opłucna. Dość częste są natomiast uszkodzenia żeber, kończyn, miednicy i kręgosłupa. Tyle co do zmian anatomicznych—były one poniekąd znane i dawniej, nie atoli nie wiedziano o sposobie gojenia się tych uszkodzeń, autor zajął się tą kwestyją i w szeregu odpowiednich doświadczeń na zwierzętach, z łatwością mógł śledzić za stopniowemi zmianami przy gojeniu się tych obrażeń. Kwestyją tą nie zajmuje się jednak obszernie w niniejszej pracy, odsyłając czytelników do Bull. de Soc. anat. z r. 1888, a tu tylko zaznacza, iż szybkość gojenia się nerki jest nadzwyczajną, ropienie przy gojeniu rzadkością, a zwykle pęknięcia goją się przez rychłozrost. Wybroczyny i wylewy krwi zostają wessane już po 5-ciu dniach i zniszczona tkanka zostaje zastąpioną przez tkankę łączną. Przebieg uszkodzeń miąższu nerki zależy, jak to łatwo zrozumieć, od stopnia uszkodzenia. Na miejscu uszkodzenia z początku kanaliki skręcone (tubuli contorti I ord.) ulegają zwyrodnieniu w niektórych jednak miejscach pośród niekształtnej masy widać już i karyjokinezę, na 3-ci dzień komórki tkanki łącznej rozmnażają się silniej, kana-



liki znikają stopniowo zastąpione przez tkankę łączną, ciała Malpighiego pewien czas jeszcze pozostają wśród tej tkanki, znikają jednak następnie. O ile można wnioskować z dotychczasowych opisów Stockes'a, Johnson'a, Holmes'a i in. sprawa gojenia u człowieka następuje podobnie.

Objawy stłuczenia nerek podmiotowe i przedmiotowe są najrozmaitsze, zwykle cechują się bólem, krwawym moczem (haematuria), zmianami ilości moczu, wylewami krwi i (siniakiem) guzem w okolicy lędźwiowej. Zaraz po wypadku u chorego widzieć możemy wszystkie przypadłości wstrząsu (shock). Skóra zimna, pokryta zimnym potem, źrenice rozszerzone, tętno małe miękie, ciepłota niższa niż  $37^{\circ}$  C. Wśród takich objawów chory może umrzeć, skoro zaś wstrząs przeszedł pomyślnie, zjawia się ból w okolicy lędźwiowej, ból bądź jest ściśle umiejscowiony, bądź też rozchodzi się w kierunku moczowodów i uda, trwa rozmaity przeciąg czasu i często badanie czyni niemożliwym. Daleko stalszym i pewniejszym objawem jest wydzielanie moczu krwawego, zwykle objaw ten występuje natychmiast po wypadku, może go jednak nie być w przypadkach zarówno lżejszych jak i cięższych, w tych ostatnich nawet częściej niż w pierwszych, co łatwo zrozumieć, gdyż równocześnie z nerką często wtedy zostaje uszkodzony i moczowód. W takich przypadkach ułatwiają rozpoznanie ból i guz bolesny w okolicy lędźwiowej. Ilość wydzielanej wraz z moczem krwi jest rozmaita, i mocz stosownie do jej ilości posiada rozmaite zabarwienie, często zawiera skrzepy krwi, które przechodząc przez moczowód, wywołują niekiedy bóle podobne do kolki nerkowej (Harrison, Bryant). Rzadko bardzo ilość krwi jest tak znaczną, aby wywołać mogła sama przez się śmierć, zwykle tylko silnie osłabia chorego. Krew wydzielą się od 2—5 dni i przestaje wydzielać się sama przez się.— Jeżeli pęknięcie mięszu nerki nie sięga miedniczki, mocz krwawego chory nie wydziela (stwierdzić to mógł autor i w odpowiednich doświadczeniach nad zwierzętami); może się on jednak zjawić po 10—12 dniach i trwać wtedy 7—20 dni wyniszczając silnie chorego. Również z początku moczenie krwawe może być nieobfite i dopiero w okresie wtórnych krwotoków występuje ze znaczną siłą. Dokładny rozbiór tego objawu może nam dać ważne wskazówki do rozpoznania: nieobecność krwawego moczu nie pozwala nam oceniać stopnia urazu; późne wystąpienie wskazuje na krwotok wtórny, znaczna ilość pozwala wnioskować o ciężkości przypadku, raptowne przerwy w wydzielaniu wskazują na zatkanie skrzepem moczowodu i t. p. Ilość moczu jest rozmaita, autor zebrał wiele przypadków bezmocznie po urazie; długotrwały bezmocz wskazuje na uszkodzenie obu nerek, w wyjątkowych przypadkach jednej. Zwykle ilość moczu zmniejsza się pierwszego dnia i stopniowo w ciągu następnych wzrasta wskutek zamiennego przerostu zdrowej nerki. Siniak (ecchymosis) powstaje w różnych miejscach, posiada znaczenie rozpoznawcze, jeżeli występuje nie wcześniej jak po dniach pięciu (inaczej może wskazywać na proste stłu-



czenie) i jeżeli zajmuje okolice lędźwiową, powinien być wyraźny, a przy ocenie wykluczyć należy wszelkie uszkodzenia innych narządów tej okolicy. Ciekawszym o wiele objawem jest występowanie sińca po 7 dniach w pachwinie (v. inguinalis) w kierunku kanału pachwinowego; autor widział ten objaw w swych doświadczeniach i znajdował opis jego w literaturze, wskazuje on na silne uszkodzenie nerki, i przerwanie jej powłoki. Należy jednak starannie zbadać miednicę, aby wykluczyć inne przyczyny powstawania tego sińca; nie jest to przytem objaw stały.—Guz w okolicy lędźwiowej powstaje tylko w ciężkich przypadkach, może być wtedy odkryty badaniem dwuręcznem (jedną ręką na ścianie przedniej brzucha, drugą na lędźwiach), badanie skutecznie należy wolno i ostrożnie z powodu bolesności guza. Nieruchomość guza, wielka odporność, nieforemność, oraz niezwykła wielkość przemawiają za wylewem krwi nie w samą nerkę, ale naokoło niej z przerwaniem powłoki (tumeur perirenale), przeciwnie wylew krwi do nerki (hématonéphrose) cechuje się ścisłym ograniczeniem guza do miejsca prawidłowej nerki postacią przypominającą nerkę (naturalnie znacznie zwiększoną) oraz łatwą przesuwalnością.

Przebieg choroby bywa rozmaity stosownie do stopnia uszkodzenia nerki. W ciężkich przypadkach śmierć następuje bądź przy objawach zapadu wskutek krwotoku wewnętrznego, bądź też po zemdleniu następuje obfite wydzielanie moczu krwawego, zjawia się olbrzymi guz wskutek wylewu krwi w tkanki, czasami bezmocz i śmierć w ciągu 48 godzin. W lekkich przypadkach widzimy silny ból, krótko trwałe (1—2 dni) wydzielanie moczu krwawego; ból lędźwiowy stopniowo znika i wkrótce następuje wyzdrowienie. W przypadkach pośrednich, wstrząs występuje wyraźnie, ból lędźwiowy stały, obfite wydzielanie wraz z moczem skrzepów krwi, (oliguria), guz w okolicy lędźwiowej, rzadko siniak w pachwinie. Napełnienie pęcherza skrzepami jest objawem niepomyślnym, mogą bowiem wtedy wystąpić najrozmaitsze powikłania.

Rokowanie i powikłania. Pęknięcie nerki zwykle goi się przez rychłozrost bez ropienia i przebiegając bez powikłań daje 43% śmiertelności, śmiertelność przy jednoczesnem lub uszkodzeniu pęknięciu innych narządów dochodzi 87%. Co się tyczy poszczególnych objawów posiadają one wielkie znaczenie dla rokowania. Bez mocz zawsze czyni rokowanie nader wątpliwem, może bowiem jak wspominaliśmy wskazywać na uszkodzenie obu nerek. Tak samo niepomyślnem czyni rokowanie nieobecność krwi w moczu i oliguria wraz ze znacznym guzem lędźwiowym, przeciwnie krótkotrwałe wydzielanie moczu krwawego czyni rokowanie wielce pomyślnem. Zatrzymanie moczu w pęcherzu samo przez się nie jest niebezpiecznem, może się stać jednak przyczyną powikłań wskutek wprowadzenia nieczystego cewnika. Do powikłań, które wynoszą 38 : 113 zaliczyć przedewszystkiem należy ropienie skrzepu wylanej krwi (79% wszystkich powikłań) może ono wystąpić bądź w postaci ropnia nerki, bądź w po-

staci pyelonephritis supurativa; bądź też w postaci ropnia około nerkowego (abscessus perirenalis). Wszystkie te postacie wystąpić mogą po kilku tygodniach, miesiącach, a nawet latach, (w tych ostatnich przypadkach dla uniknięcia pomyłki należy starannie zbadać etiologię ropnia). Ropnie około nerkowe wywołują podniesienie ciepłoty i zmniejszenie ilości moczu, aż do zupełnego bezmoczuz; na 10 notowanych przypadków 7 skończyło się śmiercią. Ropnie nerkowe cechują się guzem nerki, jej bolesnością przy ucisku i innymi objawami ropienia, po pęknięciu ropnia tworzy się ropień okołonerkowy; ropnie nerki powstają rzadziej niż poprzednie, śmiertelność mniejsza (na 6 przypadków 3 śmiertelne). Pyelonephritis jest powikłaniem następstwem wskutek złego i nieczystego katetyzowania, objawy, jak przy zwykłym pyelonephritis.

Obok tych zapaleń ropnych nerek, mogą powstać i zapalenia nerek urazowe (nephritis traumatica), notowano 6 takich przypadków. Zwykle są to zapalenia nerki śródmiąższowe ze wszystkimi ich następstwami, niekiedy jednak występuje i zapalenie miąższowe, prawie zawsze wyleczalne. Obok tego notowano też powstawanie torbieli. Za mniej prawdopodobne od wyliczonych uważa autor powstawanie kamieni nerkowych wskutek urazu nerki, choć przypadki takie w literaturze znajdował. Powstawanie zaś nerki ruchomej wskutek urazu przypuszcza tylko wtedy, jeżeli istnieje już pewnego rodzaju nieprawidłowa ruchomość tego narządu, wreszcie opisy występowania następczego, nowotworów w nerce radzi przyjmować z wielką ostrożnością.

Przy rozpoznaniu stłuczenia nerki zwrócić należy uwagę na trzy pytania: a) czy nerka została uszkodzoną, b) jaki jest stopień uszkodzenia, c) czy istnieje równocześnie uszkodzenie innego narządu. Na pierwsze i drugie pytanie znajdujemy odpowiedź przy dokładnem zestawieniu podanych objawów. Nieco trudniej odpowiedzieć na 3-cie pytanie, należy tu brać pod uwagę rozmaite objawy i umiejętnie je oceniać, wiadomo naprzykład: że przy uszkodzeniu prawej nerki krwotok śmiertelny wskazuje na pęknięcie wątroby, przy uszkodzeniu zaś lewej na pęknięcie śledziony. Powikłania wreszcie następcze łatwo rozpoznają się ze swych charakterystycznych objawów.

Leczenie. Przystępując do leczenia należy przede wszystkim zwrócić uwagę na wstrząs. W tym celu stosujemy eter podskórnie, ciepły napój, ogrzewanie chorego i t. p. Leczenie miejscowych pierwotnych przypadłości uważa autor za zbyt skuteczne, przykładanie lodu w celu wstrzymania krwotoku za bezcelowe, ponieważ krwotok następuje zwykle z większego naczynia; również nie radzi używać powszechnie podawanych środków przeciwkrwotocznych jak ergotyna, nalewka matico, półtorachlorek żelaza, nie dają one bowiem żadnego wyniku. Wogóle przy podawaniu leków radzi zwrócić uwagę; 1) że chory posiada tylko jedną zdrową nerkę dla wydalenia leków, 2) że choć krwotok następuje z większych naczyń, tamuje się sam



przez się. Z tych więc powodów radzi unikać podawania wszelkich lekarstw, natomiast ad 2) radzi lekki ucisk na lędźwie przez bandażowanie ich flanelą i watą, oraz podawanie choremu napoju w znacznych ilościach, aby uniknąć zbytniego zgęszczenia moczu i w celu łatwiejszego wydalenia skrzepów krwi z moczem. Pokarm winien być lekki, strawny, chory powinien leżeć spokojnie na krzyżu, wszelkie wzruszenia powinny być unikane, dlatego też zwalczać należy zjawiające się niekiedy wymioty przez podawanie kawałków lodu. Jeżeli mimo spokoju krwotok będzie tak silny, że grozi choremu śmiercią, należy uciec się do zabiegów chirurgicznych, najpewniejszym z nich jest cięcie przez lędźwie, które pozwoli na dokładne zbadanie stanu nerki, przy krwotoku miąższowym—tamponacja gazą jodoformową, przy krwotoku z oddzielnego naczynia—podwiązanie; w razie niemożności skuteczenia tego rękoczynu—częściowa nefrektomia dająca zawsze pomyślny wynik. W wyjątkowych przypadkach nefrektomia całkowita.

Przy napełnieniu pęcherza skrzepami ostrożne opróżnienie cewnikiem i przemycie kwasem bornym. Najczęściej jednak wymagają pomocy lekarskiej powikłania następcze. Co się tyce ich leczenia, z dotychczasowych opisów nie mógł autor wywodzić żadnego pozytywnego wniosku, jedyne wskazanie przy ropniach opróżnienie ogniska ropnego i swobodny odpływ ropy. Z nefrektomią autor radzi wstrzymywać się jak najdłużej, słusznie zwracając uwagę, iż nerka, a nawet jej kawałek niewielki nigdy nie są dla ustroju zbyt cenne. Wreszcie zapalenia nerki następcze leczą się jak zwykle.

*Józef Zawadzki.*

8. Dr. Emerich RÉCZEY. **O podskórnych obrażeniach nerek.** (*Ueber subcutane Nierenläsionen. Wiener Klinik. Zeszyt II, 1888 r.*)

Jakkolwiek obrażenie tkanki nerkowej, połączone z rozzerwaniem części miękkich, otaczających nerki (mięśni, powłok brzusznych) zdarzają się dość często, to jednakże toż same cierpienia nerek bez uszkodzenia części zewnętrznych, jako zjawisko kliniczne, należy poniekąd do rzadkości i to tem większej, że, jak wiadomo, obrażenia narządów miąższowych wogóle zazwyczaj szybko kończą się zejściem śmiertelnem, czyniąc tem samem obraz kliniczny zupełnie ciemnym.

Wobec takiego stanu rzeczy każdy świeży przypadek podskórnego obrażenia nerki zasługuje, zdaniem autora, na szczególną uwagę jako rzucający promień światła na tę ciemną wogóle postać chorobową, przypadek zaś, spostrzegany przez autora, tem większe budzi zajęcie, że dotyczy zupełnego pęknięcia nerki, zjawiska dość rzadkiego i dla tego, że zejście śmiertelne nastąpiło po pewnym przeciągu czasu, dając tym sposobem możność ścisłego skrytykowania objawów, właściwych omawianemu cierpieniu.

Przypadek powyższy dotyczył 13-o letniego chłopca, zupełnie zdrowego, który na 2 dni przed przybyciem do kliniki, pracując przy budowie domu, spadł z rusztowania, z wysokości 3-go piętra na lewą okolicę nerki

wą. Straciwszy w pierwszej chwili przytomność, wkrótce ją odzyskał i o własnych siłach powrócił do domu rodziców. Przebywszy 2 dni spokojnie, począł 3-go dnia skarżyć się na gwałtowne bóle w lewej okolicy nerkowej, do których wkrótce przyłączyło się moczenie krwawe, wskutek czego odesłany został do szpitala.

Przy badaniu zewnętrznem nie widać było żadnych śladów obrażeń, przytomność zupełnie zachowana, objawów mózgowych żadnych, czynność psychiczna prawidłowa. Brzuch nieco wzdęty, z lewej strony, pod łukiem żebrowym, jak również i w bliskości kręgosłupa bolesność wielka, zwłaszcza przy dotykaniu. Na oznaczonem miejscu wyczuwał się jak gdyby guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, ostro odgraniczony, po nad którym wykazała się stopień odgłosu opukowego oraz zwiększoną odporność. Częste parcie na mocz; mocz krwawy, ciepłota 38<sup>o</sup>,3, tętno czyste, 96 uderzeń na minutę, dosyć pełne. Wypróżnienia prawidłowe.

Z przypadłości powyższych objawem dla celów rozpoznawczych najważniejszym było moczenie krwawe, które zależeć mogło jedynie od urazu lewej nerki, przy wypuszczaniu bowiem moczu za pomocą kateteru pierwsze porcje nie zawierały krwi, co wskazywało na nietykałość pęcherza. Nadto za rozpoznaniem takim przemawiała jeszcze ostra niedokrewność, która, nie będąc zależną od żadnego urazu zewnętrznego, za przyczynę swoją mieć mogła tylko krwotok wewnętrzny. Jakkolwiek więc rozpoznanie uszkodzenia lewej nerki nie ulegało żadnej wątpliwości, to jednakże brakło wszelkich danych do zatwierdzenia tego stopnia urazu, jaki się później okazał na stole sekcyjnym.

Po stosownem ułożeniu chorego zalecono okłady zimne na okolicę nerki, do wewnątrz zaś makowiec. Dnia następnego chory czuł się lepiej, oddawał sam mocz w którym ilość krwi znacznie się zmniejszyła. Polepszenie to trwało blisko 5 dni, podczas których ciepłota wróciła do stanu prawidłowego, mocz utracił cechy krwawe, wzdęcie brzucha znikło.

Naraz 7 dnia choroby wystąpiło zupełne zatrzymanie moczu połączone z gwałtownem parciem. Wypuszczany za pomocą kateteru mocz zawierał taką obfitą ilość krwi, że ta natychmiast krzepła; jednocześnie bóle w okolicy nerkowej zwiększyły się, chory sam oddawać moczu nie mógł, pęcherz cały wciąż świeżemi napełniał się skrzepami krwi. Obraz powyższy trwał jednakże niedługo; dnia 14-go krew znikła zupełnie, natomiast własności moczu wskazywały na silny nieżyt pęcherza; mocz był mętным, ropnym, z odczynem alkalicznym.

Nadto dnia 10-go chory uczył dreszcz wstrząsający, poczem ciepłota podniosła się do 40<sup>o</sup>—41<sup>o</sup>,6—41<sup>o</sup>,8, nie ustępując przez dni pięć; podjęte wówczas badanie wykazało zapalenie włóknikowe lewego dolnego płata płucnego. Po dwudniowym stanie bezgorączkowym, ciepłota wieczorami znowu zaczęła się podnosić; wystąpiły objawy ogólnego zapalenia otrzewnej, które zakończyły obraz choroby, trwającej 22 dni.

Ogledziny pośmierne wykazały obok ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej, zapalenia włóknikowego płuc, zupełne pęknięcie nerki lewej.

Zestawiając swój przypadek z 48 przypadkami opisanymi przez Maas'a, przychodzi autor do następujących wniosków, dotyczących istoty, przebiegu, rozpoznania, rokowania oraz leczenia omawianej sprawy chorobowej.

Urazy nerki zjawiają się przeważnie u mężczyzn. Powsta-



ją one zazwyczaj wskutek urazu, skierowanego bez pośrednio na okolice lędźwiową, ostatnich żeber lub też na okolice samych nerek bądź to z przodu, bądź z boku bądź też od tyłu. Zasługuje przytem na uwagę, ta okoliczność, że stopień urazu, pochodzącego z zewnątrz, wcale nie stoi w ścisłym związku ze stopniem uszkodzenia nerki. Do przyczyn rzadszych zalicza Lucas również energiczny i z szybkością wykonany skurez mięśni okolicy lędźwiowej.

Bloch i Rayer utrzymują, że cierpienie omawiane powstawać może również pośrednio przez odbicie (par contre-coup)—przy upadnięciu na pośladki, co jednakże, zdaniem autora, z trudnością da się wytłomaczyć, jeżeli przyjąć, że nerki przedtem zupełnie były zdrowe. Z jednej strony sama odporność tkanki nerkowej wyklucza już możliwość pozostawiania urazów, zależnych tylko od wstrząśnienia, z drugiej znów—moczenie krwawe, występujące przy podobnych okolicznościach, może również wskazywać na jakieś cierpienie pęcherza, gruczołu krokowego, albo też, co zdaje się być więcej prawdopodobnem, może być wprost następstwem oddawna już istniejącego cierpienia nerki, ale nigdy uszkodzenia tkanki nerkowej, a tembardziej następstwem pęknięcia nerki. Zresztą przypadki, spozostawiane przez autorów, zakończyły się wyzdrowieniem, stanowczo więc rozpoznać cierpienia nie można było.

Rozpoznanie pęknięcia nerki opiera się na 3-ch objawach, stale towarzyszących rzeczonemu cierpieniu, a mianowicie: na wylewie krwawym do tkanki okołonerkowej, na moczeniu krwawem i wreszcie na stałych bólach, umiejscowionych w okolicy nerkowej. Ażeby jednakże dokładnie postawić rozpoznanie, trzeba wykazać, że przypadłości owe powstały nagle pod wpływem urazu zewnętrznego.

Obok tego spotykamy jeszcze w większości przypadków podwyższenie ciepłoty, noszącej cechy umiarkowanej, ciągłej gorączki i występującej nadługo przed rozpadem skrzepów w otoczce nerkowej. Stan gorączkowy tłomaczy autor zmianami zapalnymi, event. wysysaniem wysięku.

Wreszcie każdemu pęknięciu nerki towarzyszy wstrząs, zależny nietylko od samego uszkodzenia, ile od urazu i uważanym być może za objaw dla wszelkich obrażeń narządów brzusznych.

Jakkolwiek cierpienie omawiane zawsze powstaje pod wpływem gwałtownego zewnętrznego urazu, to jednakże tworzące się przy nim wybroczyny podskórne w okolicy lędźwiowej nie mogą stanowić cech charakterystycznych, jak tego chce Bardeleben, w wielu bowiem przypadkach brak ich zupełnie, przypadek zaś autora najlepszym tego dowodem. Gargam znów przypisuje znaczenie rozpoznawcze wybroczynom, tworzącym się wzdłuż kanału pachwinowego, naokoło zewnętrznego jego otworu oraz w górnej części moszny, które zjawiają się 6-go lub 7-go dnia po obrażeniu i wkrótce znikają. Co się tyczy ich powstawania, to, według Gargama, krew, wylana do tkanki okołonerkowej, opuszcza się po luźnej tkance łącznej, wzdłuż

tętnicy i żyły niasiennej, przebiegających tuż koło moczowodu, do kanału pachwinowego, gdzie też wybroczyny stają się widoczniejszemi. Zdaniem autora, Gargamowi można ten sam zarzut uczynić, co i Bardelebenowi.

Działanie urazu, przyjmowanego za czynnik etyologiczny przy powstawaniu pęknięć nerki, może również spowodować jednoczesne obrażenia innych narządów, co stanowi już powikłanie, przyspieszające niekiedy zejście śmiertelne. Do tych ostatnich zaliczyć wypada: złamanie żeber (16 przypadków), pęknięcie śledziony (9), pęknięcie kiszki (1), pęcherza moczowego (1), złamanie biodra (5), czaszki (3), dolnej szczęki (1), kości miednicy (2), obrażenie płuc (4), wstrząśnienie mózgu (2), pęknięcie tętnicy nerkowej (1).

Pęknięcie nerki, jak się to okazuje z oględzin pośmiertnych, bywa prawidłowo jednostronnem, w przypadkach jedynie wyjątkowych pęknięciu ulegają obiedwie nerki. Samo uszkodzenie nerki może być rozmaitem tak pod względem charakteru, jak i stopnia nateżenia: to nerka ulega zaledwo powierzchownemu naderwaniu, to znów rwie się na dwie połowy. Kierunek obrażeń bywa zazwyczaj poprzecznym i przechodzi przez wnękę. Otrzewna w wielu przypadkach pozostaje nietkniętą. W przypadku Liebert'a otrzewna pozostała nienaruszoną, mimo że cała nerka pozostaje nietkniętą, rozerwaniu zaś ulegają przeważnie naczynia nerkowe.

**P r z e b i e g** pęknięć nerki, wyłączając przypadki, w których śmierć szybko następuje, bywa rozmaitym, stosownie do stopnia uszkodzenia. W przypadkach lżejszych może nastąpić wyzdrowienie już po upływie 8—14 dni przy objawach stopniowego znikania przypadłości, jakkolwiek bóle w okolicy lędźwiowej trwają wciąż jeszcze. Moczenie krwawe znika dopiero pod koniec tygodnia pod wpływem tworzenia się zakrzepów w rozerwanych naczyniach nerkowych, później jednak wskutek rozpuszczania się skrzepów krwi mocz przez długi przeciąg czasu może zachować zabarwienie krwawe.

Guz okołonerkowy, jeżeli nie sięga zbyt wielkich rozmiarów, może stopniowo ulegać wessaniu, albo też rozpadać się i tworzyć ropień okołonerkowy. Przyczynę tego ostatniego upatrują w zakażeniu, powstającym wskutek częstego i nieczystego katetyzowania, jakkolwiek odrzucać nie można innego jeszcze sposobu zakażenia, przy którym domieszka moczu najważniejszą rolę odgrywa. W ogóle jednak zropienie okołonerkowego wylewu należy do rzadkości.

W przebiegu pęknięcia nerki spotykamy niekiedy zapalenie tkanki nerkowej z zejściem w ropienie. To ostatnie przejawia się klinicznie pod postacią dreszczy i podwyższenia ciepłoty, osłabienia czynności nerki, gwałtownych bólów w okolicy nerkowej, przyczem nie trudno wykazać zmiany, zachodzące w moczu tak pod względem chemicznym, jak i mikroskopowym.

Następnie w przebiegu omawianej sprawy chorobowej spostrzegać się daje tworzenie się kamieni nerkowych, których za-



wiązkami bywa, prawdopodobnie, jakieś nieznaczące wynaczenie, jak o tem twierdzi Rayer.

Wreszcie w przypadkach lżejszych często spotkać można mniejsze torbiele, zlewające się niekiedy i tworzące dużą torbiel, a nawet i puchlinę nerkową.

**R o k o w a n i e** zależy od natężenia obrażenia nerki, jakości i stopnia urazów, wikłających cierpienie pierwsze; 43,25% przypadków kończy się wyzdrowieniem.

**L e c z e n i e.** Przeciwno bólowi najstosowniej podawać makowiec do wewnątrz, stosować okłady lodowe na okolicę nerkową, przy gwałtownej kolce—kąpiele ciepłe.

W tych przypadkach zaburzeń czynności nerek, w których istnieje bezmocz lub moczenie bywa skąpem (anuria et oliguria) należy pamiętać o prawidłowem opróżnianiu pęcherza za pomocą kateteru; w razie zaś przepełnienia pęcherza skrzepami krwi należy przepłókiwać go 3% roztworem kwasu borowego lub 2% kwasu karbolowego.

Głównem atoli zadaniem naszym jest zwalenie krwotoku nerkowego. Bezwzględny spokój, ciągłe okłady lodowe na okolicę nerkową—oto jedyne w tym celu niezbędne środki. Stosowanie do wewnątrz środków ściągających, jak: półtorochlorek żelaza, sporysz, żadnego pożytku nie przynoszą, działanie ich bowiem na naczynia takie, jakiem jest tętnica nerkowa, pozostaje bez wpływu. Wstrzymanie silnego krwotoku wymaga bezwzględnie podwiązanie krwawiącego naczynia, a co zatem idzie i usunięcia nerki.—(Simon). Zdaniem jednakże autora, przystępując do podobnej operacji, przekraczamy granice, nakreślone wskazaniem do interwencji chirurgicznej a to dlatego, że nie możemy sobie zdać należytej sprawy ze stopnia i natężenia uszkodzenia nerki.

Natomiast gorąco poleca autor operację powyższą przy zropieniu wylewu, a to w celu usunięcia możliwych następstw, grożących życiu chorego. Odsetka śmiertelności przy rzeczonyj operacji, możliwej wówczas tylko, gdy 1) druga nerka istnieje i 2) gdy czynność jej nie uległa żadnej zmianie, wynosi 44.

Zestawiając to wszystko, co było dotychczas powiedziane, przypadek autora zasługuje na szczególną uwagę ze względów następujących:

- 1) Żadnych śladów nie było zewnętrznego urazu, żadnego wstrząsu.
- 2) Żadnych wybroczyn na zewnętrznych powłokach ani brzucha, ani okolicy lędźwiowej, ani też kanału pachwinowego, jakkolwiek.
- 3) Nerka zupełnie była rozerwaną na 2 części.
- 4) Pęcherz moczowy wypełniony skrzepami krwi,
- 5) Chory mimo tak ciężkiego obrażenia żył jeszcze dni 22, i wreszcie,
- 6) Chory, pomimo tak poważnego cierpienia, czuł się w ciągu dni 10 stosunkowo dobrze, gdy w tem przy-

łącza się zapalenie płuc włóknikowe oraz ogólne zapalenie otrzewnej, które gubią ostatecznie chorego.

*Al. Fruchtman.*

9. E. GANCHER. **Samozakażenie jako przyczyna zapalenia nerek.** (*Revue de Med.* 1888, 11).

W pewnych stanach chorobowych, jako to w chorobach wątroby, w dnacie, w wielu zaburzeniach przewlekłych oraz niektórych ostrych, ilość mocznika w moczu znacznie się zmniejsza, za to kwas moczowy i istoty wyciągowe jak: tyrozyna, leucyna, kreatyna i kreatynina, ksantyna i hypoksantyna wydzielają się w obfitości.

Taki skład moczu wskazuje najwyraźniej niedostateczne, niezupełne utlenianie się ciał azotowych, które może zależeć tak dobrze od zwalniania, jak i od przyspieszenia przemiany materii. Wzmiankowanym stanom chorobowym towarzyszy niekiedy zapalenie nerek.

Dla wyjaśnienia przyczyny tego ostatniego, autor wstrzykiwał zwierzętom do krwi rozczyń wymienionych wyżej istot wyciągowych. Zwykle już po kilku zastrzyknięciach występował białkomocz, a po kilkunastu, niekiedy zaś dopiero po kilkudziesięciu, zwierzę umierało. Badanie pośmiertne we wszystkich przypadkach wykazywało mięszowe zapalenie nerek. Taki wynik doświadczeń zdaje się niewątpliwie wskazywać, że w stanach chorobowych, połączonych z niedostatecznym utlenianiem ciał azotowych, we krwi nagromadza się znaczna ilość istot wyciągowych, które, wydzielając się drogami moczowemi, drażnią nerki i sprowadzać mogą ich zapalenie. Będzie to więc zapalenie nerek z otrucia, tak zwane „auto-intoxication.“ Samozażarciem objaśnia autor przyłączanie się mięszowego zapalenia nerek do przewlekłego śródmięszowego, oraz, do pewnego stopnia, zapalenie nerek, występujące w chorobach zakaźnych i in.

Z tych doświadczalnych danych wyprowadzić można następującą praktyczną wskazówkę: w chorobach, w których utlenianie ciał azotowych odbywa się z niedostateczną energią, a nadewszystko w już istniejącem lub grożącym zapaleniu nerek, wzbronione należy spożywania proszków mięsnych, mocnych buljonów i t. p., jako zawierających istoty wyciągowe.

*Á. Chelmoński.*

10. Dr. L. UNGER. **O zapaleniu nerek po ospie wietrznej.** (*Ueber Nephritis nach Varicellen.* Wien. Med. Pres. N. 41. 1888).

Cierpienia nerek po ospie wietrznej nie są wcale tak rzadkie, jak dotychczas ogólnie sądzono. Autor spostrzegł w ostatnich latach 7 przypadków zapalenia nerek po ospie wietrznej u dzieci w wieku od 1 $\frac{3}{4}$  do 4 lat, szczepionych poprzednio z dobrym skutkiem. Objawy nerkowe występowały w 6—12 dni po wysypce ospowej i klinicznie mogą być podzielone na 3 grupy:

Do I-ej należą przypadki z nieznacznymi zmianami w moczu, który jest nieco mętny i zawiera zwyrodniony nabłonek kanalików moczowych i tak zwane cylindroidy, znikające 3 dnia; białka tylko ślady. Do II-ej grupy należą przypadki z lekką



gorączką (38 — 38,5), niespokojnością, objawami gastrycznymi. Mocz bywa mętny, stężony, w zmniejszonej ilości z obfitym osadem, zawierającym komórki nabłonkowe, szkliste i ziarniste walczki, a także białe i czerwone ciała krwi, wyraźny białkomocz. 4-go dnia ilość kwasu zaczyna wzrastać, ilość osadu i białka się zmniejsza, a 8—12 dnia choroba zupełnie ustępuje. Leczenie zasadza się tylko na mlecznej dyjecie. Do III-ej grupy należą przypadki cięższe z mocną gorączką (39.5), krwawym moczem w niewielkiej ilości wydzielanym, ze znacznym białkomoczem. Brudno brunatny osad, mocz zawiera dużo czerwonych ciałek krwi i ziarniste walczki. Przytem istnieją bóle w okolicy nerkowej, przy wydzielaniu moczu, obrzęk twarzy i nóg, wymioty i duszność. Jednakże i w tych przypadkach choroba kończy się pomyślnie, chociaż przebieg dość długi. Cierpienie nerek po ospie wietrznej uważa autor, jako zapalenie nerek kataralne, t. j. deskwamacyjny katar kanalików moczowych, zależne od specyficznego podrażnienia zarazkiem ospy wietrznej. Zapalenie to jednak może przejść następnie w sprawę mięszową, jak to wskazują przypadki należące do III-ej grupy.

M. H.

11. Dr. Leopold LANDAU. **Puchlina nerkowa przepuszczająca.** *Ueber intermittirende Hydronephrose. Berl. Klin. Woch. Nr. 47, 48—1888 r.*

W literaturze bardzo skąpe znajdują się wiadomości o omawianem cierpieniu, nie dowodzi to jednak, aby przepuszczająca puchlina nerkowa należała do tak rzadko przytrafiających się chorób, przeciwnie Landau sądzi, że znaczna część puchlin nerkowych początkowo występuje pod postacią puchliny przepuszczającej. Autor spostrzegł 4 przypadki przepuszczającej puchliny nerkowej. Jeden z tych przypadków nieco obszerniej streszczę.

C. M. kobieta lat 60, dwa razy rodziła; od 36 lat po ostatnim porodzie stale powiększające się opuszczenie macicy. Od 10 lat częste bóle krzyża, cardialgia, bóle w biodrach, ciśnienie w okolicy pęcherza. Przed 8 laty poraz pierwszy zauważyła w jamie brzusznej guz, który rozmaici lekarze przyjmowali bądź za bąblowiec lub nowotwór wątroby, bądź za nowotwór jajnika. Guz to znikał, to znów się pojawiał. We Wrześniu 1879 r. znalazł w prawej górnej i średniej okolicy brzucha guz elastyczny, okrągły, sięgający prawie do białej smugi i do spina anterior superior. Guz przesuwalny zwłaszcza na dół i na wewnątrz. Między guzem i wątrobą wolna szelmina. Przy opukiwaniu dźwięk bębnowy stłumiony, a w linii pachowej zupełnie tępy. Płyn wydobyty przy próbnem przekłóciu przezroczysty, bez zabarwienia, białka nie zawierał, chlorków obfitą ilość, morfotycznych elementów żadnych.—Autor rozpoznał bąblowiec wątroby lub nerki, albo też puchlina nerki wędrującej i zdecydował się na operację. Kiedy po kilku dniach miał zamiar przystąpić do operacji, guza pomimo najdokładniejszych poszukiwań niemożna było odnaleźć.—Chora czuła się zupełnie dobrze i opowiedziała, że dnia poprzedniego oddała bardzo dużo jasnego przezroczystego moczu; zresztą do wachañ w ilości moczu chora oddawna przyzwyczaiła się.

Dopiero w Lutym następnego roku chora zjawiła się z temiż samemi

skargami, a obiektywne badanie dało ten sam wynik, co i poprzednio. Płyn przy próbnem przekłóciu otrzymany zawierał mocznik. Rozpoznanie więc puchliny nerkowej nie podlegało żadnej wątpliwości.

Cztery jeszcze razy pod okiem autora objawy wszystkie znikaly i znowu pojawiały się, aż nareszcie guz pozostał stałym, odżywianie zaczęło upadać, przyłączyła się gorączka, zawartość guza stawała się coraz bardziej ropiastą. W dniu 20 Czerwca tegoż roku autor wykonał następującą operację: Worek z nerki wytworzony przyszył do ścian brzusznych, następnie przeciął go i przedrenował.

Worek dosięgał wielkości główki dziecka; po miesiącu z rany pozostał otwór zaledwie dostateczny dla wprowadzenia sączka. Przez sączek z początku wydzielal się płyn ropiasty, następnie czysty moc. Chora ma obecnie lat 68 i od 8 lat sztuczna przetoka nerkowa żadnej zgoła przykrości jej nie sprawia. Następne 3 przypadki niewiele różnią się od opisanego.

Mówiąc o przyczynach przepuszczającej puchliny nerkowej zastrzega się autor, że mówić będzie tylko o puchlinie samodzielnej, gdzie niema żadnego innego cierpienia, jakoto kamienia nerkowego lub nowotworu, wywołującego puchlinę nerkową. Na pierwszym miejscu jako przyczynę postawić należy skurcz mięśni z zamknięciem światła moczowodu, trudno jednak wyobrazić sobie skurcz tak długo trwały.—Dalej, zamknięcie światła moczowodu nastąpić może przez wyciągnięcie moczowodu lub przyciśnięcie go do niepodatnej tkanki np. kości; obie te przyczyny współcześnie działać mogą przy wypadnięciu macicy z opuszczeniem pęcherza moczowego. Jako najczęstsze przyczyny uważa jednak autor zgięcie, skręcenie moczowodu lub też nieprawidłowe położenie moczowodu względem nerki polegające na tem, że moczowód pod bardzo ostrym kątem przytwierdzony jest do pęcherza (Spitzwinkelige Insertion). We wszystkich trzech przypadkach moc zatrzymuje się w miedniczce, dopóki zgięcie lub skręcenie nie wyrówna się. Jeżeli taki zastój moczu powtarza się, to miedniczka traci elastyczność i coraz bardziej się rozszerza, a powiększony worek nerkowy ze swej strony uciska moczowód i w ten sposób złe pogarsza.

Nerka wędrująca opuszczając się musi wywołać zmianę stosunku swego do moczowodu, z drugiej strony wiadomo, że nerka taka często okręca się na około swej osi i tem wywołuje skręcenie moczowodu. Dla tego też L. sądzi, że nerka wędrująca najczęściej podlega puchlinie i to właśnie puchlinie przepuszczającej.

Objawy bywają bardzo różnorodne, często zbliżone do objawów kolki nerkowej, można również przyjąć za kolkę wątrobianą ze względu na umiejscowienie bólu w okolicy prawego łuku żebrowego.—Na pytanie chore odpowiadają, że podczas napadu bólu ilość moczu zmniejsza się i dopiero po oddaniu znacznej ilości bladego moczu bóle ustępują. Z 4 przypadków L. tylko jedna chora sama wskazała obecność guza. W 2 przypadkach ciąża bardzo dodatnio wpłynęła na cierpienie. Obiektywne badanie polega na wymacywaniu i przekłóciu próbnem. W słabym stopniu rozwoju trudno przez wymacywanie odróżnić puchlinę nerkową od nerki wędrującej. Guzy większe po-



mimo płynnej zawartości nie dają objawu chęłbotania, przeciwnie robią wrażenie twardego guza, dopiero po wypuszczeniu pewnej ilości płynu np. po próbnem przekłóciu występuje chęłbotanie.

Najważniejszy wynik dla rozpoznania daje badanie płynu przy przekłóciu wydobytego, badanie chemiczne i drobnowidzowe. Należy jednak zwrócić uwagę, że przy długim zastoiu w miednicze części składowe moczu wysysają się i wtedy otrzymujemy płyn bezbarwny, bez wszelkich morfotycznych elementów, ani chemicznie ani drobnowidzowo nie przypominający moczu. Oprócz tego małą ilość płynu, jaką wydobywamy, może stanowić przeszkodę dla wykazania składowych części moczu; dla tego też bardzo praktyczną jest uwaga Georg Salomonia, że jeżeli płyn ma odczyn kwaśny, to rozpoznanie puchliny nerkowej nie podlega wątpliwości.—Czasem udaje się zawartość worka nerkowego za pomocą rękoczynów wycisnąć i drogą naturalną na zewnątrz wydalić; wtedy chora, która przed chwilą urynowała wydziela mocz znaczną ilość, a jednocześnie guz znika. Z ilości wydalonego moczu można w takim razie sądzić o wielkości worka nerkowego.

Leczenie. Z początku należy starać się, aby odpowiednią opaską unieruchomić nerkę wędrującą, jeżeli to nie udaje się, w takim razie przystąpić należy do nefrotomii, t. j. utworzyć sztuczną przetokę nerkową i następnie po ściągnięciu się worka nerkowego i przywróceniu światła moczowodu, postarać się przetokę zagoić. Ponieważ jednak nie zawsze udaje się podobną przetokę zagoić, proponuje L jeszcze jeden sposób, a mianowicie po opróżnieniu worka nerkowego, przyszyć go, nie rozcinając, do ścian brzusznych, tak wysoko, aby uniemożliwić zgięcie lub skręcenie moczowodu i aby początek moczowodu nie przypadł wyżej miedniczki.

*Feilchenfeld.*

## II. Choroby kobiece.

12. LOMER. O krwawieniach w położnictwie i w chorobach kobiecych. Źródła takowych i postępowanie lecznicze. (*Ueber Blutungen in des Geburtshilfe und Gynaekologie. Deren Quellen und Behandlungsmethoden. Volk. Samml. klin. Vortr. Nr. 321.*)

L. radzi szukać zawsze właściwego źródła krwawienia w kanale rodnym i przez usunięcie podstawowych przyczyn zapobiedz cierpieniu w sposób racjonalny. Krwawienie może mieć miejsce z każdego pojedynczego oddziału kanału rodnego kobiecego (introitus, vagina, os uteri, cervix, corpus uteri). U wejścia do pochwy krwawienie może mieć miejsce wskutek pęknięcia u ciężarnych żyłaków, znajdujących się w samym wejściu do pochwy. Podobne krwawienia ustępują po zastosowaniu ucisku. Krwawienie może mieć miejsce ze świeżo pękniętego kroczka, o czem



L. mimochodem tylko wspomina (podobne krwawienia ustępują zwykle same przez się natychmiast po porodzie. Bywają jednak i wyjątki. Przed dwoma laty zostałem wezwany przez jednego z kolegów dla zeszycia krocza do kobiety trzeci raz rodzącej, u której po trudnem ręcznem wydobyciu płodu (tractio) przy posładkach poprzedzających, nastąpiło pęknięcie krocza, a zarazem silny krwotok z jakiejś rozerwanej większej tętnicy. Po założeniu 2 szwów na krocze krwotok się powstrzymał. *Przyp. spraw.*). obrażenia okolicy cewki moczowej po porodzie dają często powód do krwotoku, który powstrzymuje się przez założenie podwiązki na krwawiącą się tętnicę. Podobne obrażenia mogą powstać w tem miejscu przy pierwszym spółkowaniu.

Krwawienia z pochwy mogą mieć miejsce przy pierwszym rak u pochwy. Najlepiej wyciąć całkowicie pochwę, a gdy tego dokonać nie można, trzeba zastosować wyskrobanie i ferrum candens. Następnie krwawienia z pochwy mogą mieć miejsca wskutek nieodpowiednich lub zbyt długo noszonych wianków. Po usunięciu takowych i zastosowaniu obojętnych przestrzykiwań następuje powrót do zdrowia.

Bardzo przykre mi dla kobiet i w ogólności mało znanymi przez lekarzy są krwawienia z pochwy u starszych kobiet podległych cierpieniu pochwy, zwanemu *kolpitis senilis*, przy którym to cierpieniu znajdują się w pochwie ograniczone miejsca, pozbawione nabłonka, które krwawią przy tarciu wzajemnem ścian pochwy.

Najczęściej krwawi z pochwy po porodzie. U każdej pierwiastki zdarzają się mniejsze obrażenia błony śluzowej pochwy. Krwawienia te, po większej części żyłne, powstrzymują się przez spokojne ułożenie położnicy ze związanymi udami. L. radzi dla uniknięcia krwawienia z pochwy po ciężkich operacyjnych porodach, po wywiązaniu główki poczekać parę minut z wywiązaniem tułowia, którego usisk wywołuje zakrzep w rozwartych naczyniach pochwy.

Co się tyczy części pochwowej i ust macicznych, to najczęściej daje powód do krwawienia rakowicie ust macicznych (leczenie — całkowite wycięcie macicy). L. zwraca uwagę na podejrzone (rakowate) owrzodzenia ust macicznych, charakteryzujące się żółtawym odcieniem, ostrem odgraniczeniem się od zdrowej tkanki i różnicą w poziomie pomiędzy owrzodzeniem a otaczającą szyjką. Gdy z powodu zbytńskiego postępu nowotworu nie można dokonać całkowitego wycięcia macicy, należy uciec się do wyskrobania i do wypalenia ferrowo candente. I owrzodzenia syfilityczne mogą dać powód do obfitych krwawień, które ustępują po zastosowaniu leczenia swoistego. Najczęściej mają miejsce krwawienia ze zwykłych owrzodzeń części pochwowej. Leczenie polega na wlewaniu octu drzewnego, tuszowaniu lapisem lub jodynowaniem. Bardzo uparte krwawienia mogą mieć miejsce przy starych rozerwaniach szyjki z wywi-



nięciem (ectropium). Leczenie polega na dokonaniu operacyi Emmeta (okrwawienie i zeszcycie rozerwanej szyjki. Ref). Co się tyczy krwawień w okolicy szyjki, to małe mięśniaki w ścianie szyjki są często źródłem krwawienia; umiejscawiają się one najczęściej od przodu i wywołują jednocześnie utrudnienia w oddawaniu moczu. Najlepiej w takich razach działają gorące wstrzykiwania (douche). Dalej źródłem krwawienia z szyjki może być rak. Wczesne okresy tego cierpienia, przy których jedynie wskazanem jest wyluszczenie macicy, dają się rozpoznać tylko po zbadaniu pod mikroskopem wyskrobanych części błony śluzowej. Nie należy też nigdy zaniedbywać tego badania przy upartych krwawieniach z szyjki. Krwawienie może mieć miejsce z szyjki wskutek przewlekłego kataru szyjki z następczemi polipkami śluzowymi. Najlepiej w takim przypadku badać podczas miesiączki, gdyż małe polipki wysuwają się wtedy i można łatwo je odkręcić korncą.

Najbardziej dostępnymi dla leczenia są świeże rozerwania szyjki ze strzykającemi tętnicami, powstałe po operacyjnych porodach. Lommer jest przekonany, że wiele-tak zwanych następczych krwotoków atonicznych pochodzi nie z macicy, lecz z rozerwanych tętnic w szyjce. Łatwo zresztą odróżnić krwotok z rozerwanej szyjki od atonicznego krwotoku: gdy tętnica strzyka w szyjce, wówczas krew splywa bez pośrednio po urodzeniu się dziecka, atoniczne krwotoki zazwyczaj występują później lub nawet po urodzeniu się łożyska; dalej krew z rozerwanej szyjki jest jaśniejsza, podczas gdy krew z atonicznej macicy po większej części jest żylna i ciemna; nareszcie przy rozerwaniu szyjki krew ciągle splywa, podczas gdy przy atonii krew pokazuje się z przestankami i zawsze synchronicznie z twardnieniem macicy. Trudniej odróżnić krwawienie z przerwanej szyjki od krwawienia z rany w pochwie. To ostatnie ustępuje zazwyczaj przy spokojnem ułożeniu chorej ze związanemi udami. W przeciwnym razie, gdy krew dalej odchodzi, puls staje się małym, chora rzuca się niespokojnie, a macica tymczasem jest twarda i dobrze skurczona, natenczas mamy do czynienia z krwotokiem z rozerwanej szyjki i trzeba przystąpić do zeszcycia takowej. Przy t. z. a b o r t u s c e r v i c a l i s czyli gdy produkty ciąży zaszniadowe znajdują się w rozszerzonej jamie szyjki, może mieć miejsce bardzo obfity krwotok z szyjki, który ustępuje dopiero po usunięciu zaśniadu.

Przy krwawieniach z macicy trzeba przede wszystkim przekonać się, czy takowa jest normalnej wielkości czy też powiększona?

I. Przy niepowiększonej macicy krwawienie może mieć miejsce: 1) przy obfitej miesiączce (po porożu, podczas karmienia, w parę tygodni po poronieniu, po chorobach gorączkowych). Zalecamy w takim razie spokój. 2) Przy tyłozgięciu macicy i spowodowanem przez to zastojem w krążeniu krwi. Tu wystarcza często zwyczajne wyprostowanie macicy



na sondzie; gdy macica wraca znowu do tyłozgięcia, trzeba założyć wianek. 3) Przy stanie macicy, który L. określa jako „chroniczną atonię” takowej. U kobiet, które często raz po raz rodzą lub tonią, ma miejsce krwawienie od czasu do czasu. Macica ma normalne rozmiary, lecz jest nadzwyczaj miękka, gdyż straciła „tonus”. Nie pomogą w tych przypadkach ani wyskrobanie, ani wstrzykiwanie jodu do macicy, ani gorące wstrzykiwania, ani nawet ergotyna; jedynie stały strumień działa nadzwyczaj skutecznie, przy czym dodatni biegun zbudowany naksztalt zglębniaka, wprowadza się do macicy, ujemny zaś stawia się nad spojeniem łonowym; posiedzenie trwa od 5-7 minut 2 razy w tygodniu. Niektórzy zachwalają w tych przypadkach *Hydrastis canadensis*. 4) gdy wskutek patologicznych spraw wokolicy macicy, powstają zastoje krwi lub przekrwienia w układzie krążenia takowej. Tutaj zaliczają się nieprawidłowe krwawienia przy peri- i parametritis, przy wysiękowych sprawach dokoła jajowodów i jajników, przedewszystkiem zaś przy *Retroflexio uteri fixata*. Postępowanie w tych przypadkach nie jest jednakowe. Przy gorączce stosujemy lód i makowiec; przy bardzo ostrych objawach i mocnem przekrwieniu części rodnych korzystnie działa przystawienie paru pijawek na usta maciczne; inne podostrawe przypadki leczą się najlepiej środkami czyszczącymi lub moczopędnymi; w chronicznych przypadkach stosujemy kąpiele błotne.

Z lekarskich środków działa tonizująco na wiotką macicę *Hydrastis canadensis* w dawce 20—30 kropeł 3 razy dziennie; w takiej samej dawce podajemy *Extr. fluid. secalis cornuti*, również stosują często *Radix Gossypii* (L. uważa ten środek za *antidysmenorrhoeicum*). L. poleca także *Hammamelis virginica* (*extr. fluid. Hamm. virg.* 3 razy dziennie po  $\frac{1}{2}$  łyżeczki od kawy). Nakońiec można stosować zastrzyknięcie *Liq. ferri* do macicy. Niekiedy można pomódz na drodze operacyjnej, jak np. przez laparotomię dla oddzielenia zrostów tyłozgiętej macicy lub przez przysycie dna macicy do przedniej ściany brzusznej.

II. Przy powiększonej macicy krwawienie może mieć miejsce: 1) przy *metritis chronica* z towarzyszącem *endometritis* (cała macica jest równomiernie powiększona). Najlepiej działają nakłócia (*scarificationes*), przedsiębrane regularnie przed każdą miesiączką. 2) przy *endometritis* (tylko ciało macicy jest powiększone) z bujaniem błony śluzowej. W tych przypadkach należy: a) wydalic wybujałości, b) przez następce leczenie wewnątrzmaciczne zapobiedz powtórzeniu się cierpienia. Pierwszego dopinamy przez wyskrobanie ostrą łyżeczką, drugiego zaś przez zastrzykiwanie 2—3 gram troc jodi co drugi dzień, poczynając od 4 dnia po wyskrobaniu, powtarzając zastrzykiwanie 8—12 razy. 3) Przy nowotworach ma-



cięcy, a w szczególności przy mięśniakach. Nie wszystkie jednak mięśniaki wywołują krwawienia.

Tylko mięśniaki podśluzowe wywołują krwawienia, śródmiąższowe zaś i podsurowicze nie wywołują poważnych krwawień. Zastrzykiwania ergotyny stosowane przez długi czas nie powstrzymują krwawienia, natenczas musi być dokonana myotomia (wycięcie częściowe macicy wraz z nowotworem przez przecięcie ściany brzusznej, Ref.). Przy podśluzowych mięśniakach można takowe usunąć przez pochwę (enucleatio per vaginam), ale tylko w tych przypadkach, gdzie szyjka maciczna jest otwarta, a mięśniak wdaje się do pochwy nakształ polipa.

Najpoważniejszymi są krwawienia, których źródłem jest macica powiększona i zawierająca jąją płodowe. Krwawienia z macicy podczas ciąży mogą zależeć od rozmaitych przyczyn: 1) od grożącego poronienia. Leczenie polega na zachowaniu spokoju, czopkach z opium i dbaniu o prawidłowe wypróżnienia. Czasem w ten sposób udaje się utrzymać ciążę. Gdy natura sama wskaże, że ciąża utrzymać się nie da, natenczas stosujemy zatykadło (tampon) lub opróżnienie macicy. Jako materiału na tampony najlepiej użyć gazy jodoformowej. Często na drugi dzień znajdujemy na tamponie całe jaja płodowe; w przeciwnym razie trzeba opróżnić macicę za pomocą ręki. Ponieważ części jaja płodowego zatrzymane w macicy łatwo podlegają gniciu, przeto obecnie, gdy poronienia wstrzymać nie można, staramy się możliwie prędko, opróżnić macicę. Trzeba tylko starać się opróżnić takową całkowicie. Często uciekamy się do łyżeczki ostrej 2) od przedwczesnego odklejenia się łożyska. Czasami w tych przypadkach pomaga sztuczne otworzenie pęcherza płodowego. 3) od poprzedzającego łożyska. W obecnych czasach posiadamy, że tak powiem, matematycznie pewny środek przeciwko krwotokom wskombinowanym obrocie. Tyczy się to jednak tylko ciężkich przypadków; w lżejszych przypadkach pomaga otworzenie pęcherza płodowego, zatykadło i t. d.

Po urodzeniu się dziecka krwotok z macicy może mieć miejsce: 1) wskutek zatrzymania się części łożyska, 2) przy atonii, 3) przy towarzyszących nowotworach (mięśniaki). Pierwszym, najpewniejszym środkiem powstrzymującym krwawienie jest usunięcie kawałków kosmówki, pozostałej w macicy. Przy atonii najlepiej działają gorące wstrzykiwania (sporysz lub ergotona) a dalej rozcieranie macicy. Przy nowotworach, jeżeli tylko można, trzeba zachować się wyczekująco.

W późniejszym okresie połogowym często występują krwawienia przy Subinvolutio uteri. Tutaj wykazane są gorące wstrzykiwania i ergotyna.

Nakoniec krwawienie z ciężarnej macicy może mieć miejsce przy pęknięciu macicy, wskutek zwężenia miednicy, przy długotrwałym porodzie.

*Huzarski,*



13. Dr. HIRSCH. **O zamknięciu światła kiszki po wycięciu jajnika.** (*Ueber Darmocellusion nach Ovariectomie. Archiv für Gynaekologie. T. XXXII. Z. II.*)

Zamknięcie światła kiszki może powstać w trojaki sposób: a) w sposób bezpośredni, gdy błona surowicza kiszki przyrasta bezpośrednio do rany brzusznej lub do szypuły, a przez kurczenie się tkanki bliznowatej następuje przewężenie przyrośniętej kiszki; b) w sposób pośredni, gdy wskutek podrażnienia przez operację, a jeszcze bardziej wskutek podrażnienia płynami dezynfekcyjnymi, użytymi do oczyszczenia jamy brzusznej, występuje aseptyczne zapalenie otrzewnej, prowadzące do wytworzenia sznurków z włóknistej tkanki łącznej, które z początku łączą kiszkę z siecią; lecz następnie skutkiem zewnętrznych bodźców (uderzenie) lub nagromadzenia się kału następuje przemieszczenie połączonych części, prowadzące do zamknięcia światła kiszki; c) zamknięcie może powstać wprost mechanicznie przez uwięźnięcie kiszki pomiędzy szypułą a ścianą brzuszną, lub pomiędzy szypułą a ścianą miednicy, albo też przemieszczenie kiszki podczas operacji może samo przez się wywołać przewężenie. W obu pierwszych przypadkach objawy występują dopiero po upływie dłuższego czasu; w ostatnim przypadku objawy występują natychmiast po operacji. Można przyjąć a priori, że poprzedzające choroby kiszki, jak np. owrzodzenia tyfusowe, ułatwiają powstawanie zamknięcia światła kiszki po wycięciu jajnika.—Co się tyczy częstotliwości tego powikłania, to nie należy ono do rzadkich następstw po wycięciu jajnika. Co się tyczy chwili powstawania, to w większości przypadków, objawy występują już w pierwszych dniach po operacji; w innych znowu po upływie kilku lat.

Objawy do stałych należą: ciągle wymioty, a w następstwie tego zmniejszenie lub zupełny brak wydzielania moczu, wysoki stopień wzdęcia brzucha, zupełny brak wypróżnień stolcowych i wiatrów. Śmierć następuje przy objawach upadku sił. W niektórych przypadkach puls i temperatura są normalne, w innych znowu dochodzą one do najwyższych liczb.

Rozpoznanie jest bardzo trudne i nabiera pewności dopiero w tak posuniętym okresie choroby, że o ocaleniu przez operację mowy już być nie może. Tylko przy obecności wymiotów kałowych i jednoczesnym zupełnym braku stolców rozpoznanie nie podlega wątpliwości; wszystkie inne objawy (wymioty, wzdęcie brzucha, zaparcie stolca) mogą zależeć także od rozlanego zapalenia otrzewnej.—Co się tyczy siedliska zamknięcia, to trudno, a po większej części nawet nie podobna go określić. Dla odróżnienia zamknięcia kiszki cienkiej od zamknięcia grubej podają, że przy pierwszym objawy przebiegają szybciej, że wzdęcie brzucha jest mniejsze lub brak go zupełnie, że wymioty i ból występują gwałtowniej i wcześniej, że objawy nerwowe przeważają i że wytwarzanie moczu bardziej jest zmniejszone. Według Jaffe'go zawartość indykanu w moczu



przy zamknięciu kiszki cienkiej jest powiększona, zaś przy zamknięciu kiszki grubej niezmienną.

Rokowanie nie jest wysoce niepomysłne.—Przy omawianiu leczenia trzeba przede wszystkim zwrócić uwagę na profilaktykę. Pod tym względem różni autorowie wypowiadają różne zdania. Müller w wykładzie, wypowiedzianym na pierwszym kongresie ginekologów w Monachium „o leczeniu następczem po ciężkich laparotomijach“, radzi naprzód zarzucić opatrunek uciskowy, a powtóre zaleca wlewanie roztworu soli kuchennej o ciepłocie 37,5° do jamy brzusznej.

Gdy zamknięcie kiszki już nastąpiło, to jedynie ocalić może operacja, a mianowicie laparotomia sensu strictiori i entero-resp. colotomia. Wybór jednej z tych operacji zależy od ścisłego określenia siedliska zamknięcia, jako też, czy w danych warunkach, po usunięciu zamknięcia, można się zabezpieczyć od powrotu takowego. Wynik operacji zależy od chwili dokonania takowej.—Nieoperacyjne leczenie przy rozpoznaniem napewno zamknięciu kiszki stosujemy w tych przypadkach, w których wskutek znacznego upadku sił operacyjna nie ma widoków powodzenia lub też gdy chory nie zgadza się na takową. W ostatnich czasach zalecają w tych przypadkach częste przemywanie żołądka. Z lekarstw wskazanem jest stosowanie dużych dawek narkotyków, a w szczególności makowca.

Huzarski.

**14. Dr. COHNSTEIN. Leczenie uwięźnięcia tyłozgiętej ciężarnej macicy.** *Die Behandlung bei Incarceration des retroflektirten graviden Uterus (Arch. f. Gynaek. T. 33, Z. I.)*

Po krótkim przeglądzie opisywanych w podręcznikach sposobów leczenia uwięźnięcia tyłozgiętej macicy, C. podaje swój sposób postępowania przy tem cierpieniu. Pierwsze wskazanie stanowi zupełne opróżnienie pęcherza moczowego, zaczem idzie odprowadzenie macicy, poczynając od części pochwowej. Chorą kładziemy na stole do badania w położeniu używanem przy cięciu kamienia. Kiszki opróżniamy starannie. Następnie odnajdujemy otwór cewki moczowej i wprowadzamy dobrze naoliwiony srebrny męski cewnik, którego dziób ma kilka otworów, celem zupełnego wypróżnienia pęcherza. Przy posuwaniu naprzód cewnika trzeba pamiętać, że kierunek cewki moczowej najczęściej przebiega od dołu i od tyłu ku górze i ku przodowi. Posuwanie cewnika naprzód powinno się odbywać z największą ostrożnością. Uciskanie pomocnicze ze strony brzuch jest bezcelowe i szkodliwe. Gdy nie zdaje się przeprowadzić cewnika przez zmienioną w położeniu cewkę do pęcherza, natenczas staramy się oddalić szyjkę maciczną od spojenia lonowego. W tym celu umocowujemy szczypeczyki haczykowane (Kugelzange) w ustach macicznych lub tylnej wardze i pociągamy szyjkę ku tyłowi i ku dołowi. Daleko trudniej dokonać tego, gdy nie można osiągnąć tylnej wargi. W tym przypadku chwytamy szczypeczykami część błony śluzowej najbliższą spojenia lonowego i pociągamy ją ku dołowi i ku tyłowi; następnie chwytamy szczypeczykami wyżej leżącą część błony śluzowej, póki

uda się dosięgnąć szczypcykami wargi macicznej. Gdy część pochwowa nie poddaje się temu pociąganiu, natenczas łączymy z pociąganiem odprowadzenie dna macicy ze strony pochwy.— Po usunięciu części pochwowej od spojenia łonowego, udaje się opróżnić pęcherz. Po zupełnem opróżnieniu takowego powłoki brzuszne dają się tak łatwo wgnieść, że odprowadzenie przez ściany brzuszne nie przedstawia żadnych trudności.

Gdy uda się opróżnić pęcherz bez usunięcia za pomocą haczyka części pochwowej od spojenia łonowego, natenczas jedną ręką wprowadzoną przez ściany brzuszne pomiędzy spojenie łonowem a przylegającą do niej szyję maciczną, uciskamy tę ostatnią ku dołowi, zaś drugą ręką wprowadzoną do pochwy uciskamy dno ku górze. Gdy zaś opróżniamy pęcherz za pomocą usunięcia szczypcykami części pochwowej ku tyłowi i ku dołowi, to już przez to samo rozpoczęliśmy odprowadzenie macicy. Pociągamy wówczas umiarkowanie w dalszym ciągu część pochwową ku tyłowi i ku dołowi, a jednocześnie przez pokrywy brzuszne wyprostowujemy ciało macicy. W ten sposób ściąganie części pochwowej za pomocą szczypcyków umożliwia opróżnienie pęcherza i jednocześnie ułatwia odprowadzenie.—C. nie zauważył po zastosowaniu swego sposobu ani obrażeń cewki moczowej, ani zapalenia macicy, ani też poronienia. Odpowiedni wianek dźwigniowy zapobiega przemieszczeniu części pochwowej ku przodowi i ponownemu przepelnieniu pęcherza moczowego. *Huzarski.*

### III. Wiadomości pomniejsze.

15. Dr. CARDWELL podczas epidemii krupowego zapalenia płuc przeprowadził odpowiednie badania nad działaniem powszechnie używanych środków miejscowych przy tej chorobie. Wyniki tych badań są następujące: 1. Pęcherz z lodem i zimne okłady stosowane na piersi, środki w najwyższym stopniu niebezpieczne. Czasami powodują one śmiertelne nacieczenie płuc, z powodu znacznego przypływu krwi od miejsca oziębianego; w najlepszym razie sprzyjają zwyrodnieniu tkanki płucnej. 2. Suche bańki, szczególnie w początkach choroby, rzeczywiście są pożyteczne. 3. Wezykatoryja i t. p. środki z początku choroby szkodliwe (drażniąc, mogą powiększyć stan zapalny), w okresie zdrowienia, szczególnie u chorych z uporczywym kaszlem, działają skutecznie. 4. Upust krwi, bardzo słusznie obecnie zapomniany, działa szkodliwie na serce. 5. Ciepłe okłady, kataplazmy i t. p. środki działają najskuteczniej, odciągając na zewnątrz koją ból, zmniejszają kaszel i uspokajają chorego. Mogą więc być stosowane w każdym okresie choroby. 6. Letnie obmywania kończyn górnych i dolnych w czasie największej gorączki miarkują ją, działają przytem uspokajająco i usypiająco na chorego. 7. Środki przeciw gorączkowe: chinina i antypyryna działają nie jednakowo, ostatnie dłużej i pewniej. 8. Środki odciągające na przewód kiszkowy i moczowy w początku choroby są pożyteczne, powinny być jednak stosowane nader energicznie. (Med. Presse, 1888).

16. Emetyk przy krupowem zapaleniu płuc ponownie zaleca Dr. Jan-nson. Opierając się na swych własnych 213 obserwacyjach, autor zaleca, by nie iść śladem dawnych lekarzy i niestosować zbyt wielkich dawek, dla



dzieci  $\frac{1}{24}$  grana jest zupełnie wystarczającą, starszym można dać nieco więcej, pamiętając, że po zmniejszeniu się bólu i kaszlu i tę dawkę zmniejszyć wypadnie. Emetyk podawać należy dotąd, dopóki gorączka nie ustąpi, a nawet dopóki zupełnie nie znikną i inne objawy zapalne. Przykrych pobocznych następstw przy tej kuracji J. nigdy nie zauważył. (Wien. Med. Pres. N. 43, 1888).

**17. Kalomel jako środek poronnie leczący przy krupowym zapaleniu płuc** stosuje Dr. I. Manus. Chorym nie później jak 3-go dnia choroby podaje jednorazowo 30 — 60 grau, w następstwie gorączka, częstość pulsu i oddechu zmniejsza się, a kryzys wcześniej następuje. Kalomel podany po 3 dniu choroby może być nawet szkodliwym. W ten sposób autor leczył 62 chorych, z pośród których 3 zmarło (2 pijaków i 1 syfilityk). (The med. Rec. IX, 1888).

**18. Przy krwiopłuciu** zaleca Dr. Koeniger Extractum fluidum hydrastis canadensis po 20—30 kropel 3 razy dziennie, a w razie potrzeby i częściej (nawet co godzinę). K. uważa środek ten za lepiej i pewniej działający od innych odpowiednich środków, a przytem jednocześnie działa on dobrze na trawienie i ogólny stan chorego. (Therap. Monats. Listopad. 1888).

**19. Przy chronicznym nieżycie gardzieli z obrzmieniem migdałków.** Dr. A. Felsenburg stosuje płynny ekstrakt hydrastidis canadensis w postaci pędzlowań. We wszystkich przypadkach, w ten sposób przez F. leczonych, objawy cierpienia po kilku dniach znikają zupełnie. (Wien. Med. Blatt. Nr. 48, 1888).

**20. Przy błonicy** używa Dr. Legroux do pędzlowania i rozpylania roztworu (1 : 20) kreozotu bukowego, powtarzając je co 4 do 5 godzin. W cięższych przypadkach robi również i zastrzykiwania podskórne z roztworu kreozotu:

Olei olivaram sterilisati. . . 180,00  
Kreosoti fagi. . . . . 20,00

Takie zastrzykiwania, prócz lekkiego bólu, trwającego czasami kilka godzin, innych złych następstw miejscowych nie sprowadzają. Z 68 chorych leczonych w ten sposób 30, a więc więcej niż  $\frac{3}{7}$  wyzdrowiało. Z 3 zaś po tracheotomii wyzdrowiał 1. (Rev. mens de laryng. d'otol. etc. N. 12, 1888).

**21. Przy wymiotach natury hysterycznej** zaleca Prof. Ewald następujące krople:

Rp. Morphi muriatici. . . 0,20  
Cocaini muriatici. . . 0,30  
Trae belladonae. . . 5,00  
Aq. laurocaerasi. . . 25,00

MDS. 10—15 kropel kilka razy dziennie.

(Bulet. méd. 31 Października, 1888).

**22. Podskórne wstrzykiwania roztworu soli kuchennej przy cholercie dziecięcej**, szczególnie podczas zapaści, jako środek skuteczny, zaleca Prof. Henoeh. Wstrzykuje się roztwór „fizjologiczny” ( $0,6\%$ ) za pomocą szpryczki Provata, jednorazowo 6, 8 do 10 szpryczek, a w razie potrzeby na dobę 30 do 40. W ten sposób Prof. H. otrzymywał pomyślne wyniki nawet w przypadkach zapaści bez nadziei i dzieci powracały do zdrowia bez pomocy innych leków. (Wien. Med. Presse. N. 44, 1888).

### 23. Syrop przeciw tasiemcowi D-ra Thomson.

Rp. Chloroformi..... 4,00  
Syrupi simplicis..... 35,00

MDS. Rozdzielić na 3 równe części.

Z tych pierwszą wziąć o 7-ej rano, drugą o 9-ej, trzecią o 11-ej, o 12-ej zażyć 35 grm. oleju rycynowego. W  $\frac{1}{2}$ —2 godzin tasiemiec wychodzi całkowicie. (L'Union Med. N. 158. 1888).

24. **Przy gorączce pologowej** Dr. C. W. Stevens zaleca sublimat do wewnątrz po  $\frac{1}{48}$ — $\frac{1}{26}$  grana co 2 godziny. W ten sposób S. w trzech przypadkach otrzymał wynik pomyślny. (The jour. of. the Amer. med. assoc. 19 Maj, 1888).

25. **Trzy przypadki otrucia sublimatem** opisuje Dr. Meviere. W 2 przypadkach po amputacji szyjki macicznej przestrzykiwano roztworem 1 : 1000 i w jednym po wyskrobaniu i przypaleniu macicy przestrzykiwano roztworem 1 : 2000. Objawy otrucia wystąpiły 5 dnia. (Gazet. de Ginecol. Listopad, 1888).

26. **Wycięcia obydwóch jajników** torbielowato zwyrodniałych dokonał Dr. William Warren Potter u chorej będącej w 4 miesiącu ciąży. 22 dnia po operacji chora wypisała się ze szpitala, a we Wrześniu poród prawidłowy miał miejsce. (The Americ. Jour. of Obstet. etc. Październik, 1888).

27. **Faradyzacja macicy po porodzie.** Według badań D-ra Kroskowskiego, które przeprowadził na klinice Prof. Rejna, wpływa nader korzystnie na powrót macicy do stanu prawidłowego (involutio) i to w czasie znacznie krótszym. Mimo, że stosowanie omawianego środka jest nieszkodliwym, autor nie zgadza się z propozycją Apostoli'ego, by każdą macicę po porodzie faradyzowano, już by tylko dla tego, że procedura ta jest dość bolesną i wreszcie tam, gdzie sprawa fizjologiczna postępuje prawidłowo, nie ma potrzeby przyspieszać jej sztucznie. (Protokoł Akusz. Ginek. Obsz. w Kijowie. R. 1. Z. 2, str. 90).

28. **Przeciw krwotokom macicznym** Dr. Montgommery zaleca:

Rp. Extracti cannabis indicae..... 0,50  
„ scalis cornuti aquosi.. 4,00  
„ hamamelidis liquidi...  
T-rae cinnamomi aa..... 15,00

MDS. 3 łyżeczki od kawy dziennie.

(Bullet. Méd. 31 Października, 1888).

29. **Przy nerwobólach w ogóle**, a w szczególności przy nerwobólu nerwu trójdzielnego, nn. między żebrowych i kulszowych, a także przy bólach stawowych, przy chronicznym reumatyzmie Dr. Baccelli zastrzykuje w bolące miejsca  $\frac{1}{10}$  kwasu karbolowego początkowo na raz po 0,01, a następnie i po 0,02. W ten sposób postępując w przeciągu 8 dni otrzymał wyleczenie w przypadku tęcza. (La sem. méd. N. 44, 1888).

### 30. A propos sztucznych bębenków usznych.

Na 56 Kongresie Lekarzy Angielskich, na sekyi chorób usznych Dr. Ellis odczytał memoriał, dotyczący obecnie praktykowanego szarlatanizmu w leczeniu głuchoty (fraudent treatment of the deaf by impostors).

Fabrykanci przy pomocy wszelkiego rodzaju reklam (np. Nicolsohn i t. p. w naszych pismach codziennych. Ref.), obiecują przy pomocy sztucznych bębenków wyleczyć głuchotę, nie bacząc na czas trwania i przyczynę takowej. W rezultacie, jak to przedstawił Dr. Ellis, za 2 funty sterlingi



chory otrzymuje sztuczny bębenek w oprawie z żółtej miedzi bez wartości, który mu ulgi nigdy nie przyniesie.

Według D-ra Matheson wszelkie sztuczne bębrenki, jako drażniące, powinny być stosowane z wielką ostrożnością. Zamiast nich najlepiej używać tamponiki z bawełny odkażonej.

Dr. Turnbull (z Filadelfii) jest również tego zdania i według niego wszelkie bębrenki w metalowej, kościanej lub kauczukowej oprawie, jako drażniące powinny być zupełnie zarzucone. Najlepiej w tym celu używać tamponiki z bawełny lub muślinu uprzednio odkażone w roztworze sublimatu (1 : 4000). Tamponik taki smaruje się wazeliną, by lepiej przystawał, i następnie zapomocą małych szczypek wprowadza się na miejsce przeznaczenia. (Rev. mens de laryngol d'otol. etc. N. 12, 1888).

**31. Przy ropnem zapaleniu ucha z uszkodzeniem kości, następujące wstrzykiwanie zaleca Dr. Cozzolino.**

Jodi puri.....	0,35
Kali jodati.....	2,00
Acidi carbolici...	1,00
Gliceryni.....	50,00
Aq. destillatae...	100,00

Wstrzykiwać 3 razy dziennie ogrzawszy uprzednio, w razie bólu dodać wody. (L'Union Med. N. 148, 1888).

**32. Środki przeciw odziębieniu rąk i nóg.**

1. Roztwór azotanu srebra:

Rp. Argenti nitrici ..	0,20
Aq. destillatae...	30,00

MDS. Miejsca bolesne pędzlować.

2. Maść z azotanem srebra (Billroth).

Rp. Argenti nitrici...	0,10
Ung. rosati.....	10,00

Mf. ung. do wcierania w miejsca bolesne.

3. Wazelina z tlenkiem cynku.

Rp. Zinci oxydati...	3,00
Vaselini.....	20,00

Mf. ung. do wcierania jak wyżej.

4. Kolodyjan z jodem według Billrotha, Wheita i Fakultetu Wiedeńskiego.

Rp. Collodii.....	40,00
Jodi puri.....	1,00

MDS. Codziennie pędzlować miejsca uległe cierpieniu.

Dobrze też przed pędzlowaniem robić okłady z następującej mieszaniny:

Rp. Aq cinnamomi...	20,00
Aq. destillatae...	60,00

MDS. Woda do okładów.

5. Kolodyjon z jodoformem.

Rp. Jodoformi.....	1,00
Collodii.....	20,00

MDS. Raz lub 2 razy dziennie pędzlować miejsca cierpieniu uległe.

(Rev. de clin. et de théor. 22 Listopada 1888).

K. W. Sierpiński.

## SPROSTOWANIE.


W N. 12 „Kroniki Lekarskiej“ w artykule wstępnym na str. 805 w wierszu 13 od dołu zamiast 1 : 400, powinno być 1 : 4000.

## Nadesłano do Redakcyi.

- M. Rejchman*: O sztucznem trawieniu trzustkowym w żołądku. Odbitka z Gazety lekarskiej.
- Dr. Wicherkiewicz*: Einige Bemerkungen über die Augen. Kammer-Auswachsungen.
- Sep. Abd. a. d. Bericht n. d. VII Ophtal Congress zu Heidelberg. 1888.
- J. Zawadzki*: Wpływ wstrzykiwań podskórnych 0.7<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworu soli kuchennej na krew, moczu po silnem zgęszczeniu krwi. Odbitka z Prz. Lek. 1888. 45, 46.
- A. Korneliusza Celsa*: O lecznictwie ksiąg ośmioro. Przełożył Dr. Med. H. Łuczkiwicz. Warszawa. 1889.
- Dr. Misiewicz*: Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym Odb. z Przegl. Lekarskiego.

## O d W y d a w c y.

„Kronika Lekarska“ i w bieżącym roku 1889, a 10 swego istnienia wychodzić będzie według tegoż samego programu i na tych samych warunkach jak dotychczasowo. Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się P. P. prenumeratorów o wczesne wnoszenie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu. Zaległych P. P. prenumeratorów, którzy dotąd jeszcze nie wnieśli przedpłaty za rok ubiegły, uprasza się o uregulowanie rachunków w jak najkrótszym czasie.

 Do niniejszego N-ru dołącza się Spis rzeczy za rok 1888.



## OGŁOSZENIA.



Z zapomogi kassy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia D-ra Med. Józefa Mianowskiego wyszło z druku dzieło

A. KORNELIUSZA CELSA

### O LECZNICTWIE KSIĄG OŚMIORO

(*A. Corn. Celsi: De medicina libri octo*) Z najlepszych wydań Almeloveen'a, Krause'go, i Targi na język polski przełożył

w komentarze Caesariusa, Constantina, Scaligera Casaubona, Morgagni'ego, Krause'go, Targi, Scheller'a, warianty różnych wydawców, objaśnienia starożytnych autorów i w przypiski własne zaopatrzył, spisem ważniejszych wydań dzieła, wspomnianych w niem Lekarzy, opisanych przez autora operacyi chirurgicznych i słownikiem wyrazów Celsowych uzupełnił

Dr. med. i chir. Henryk Łuczkiwicz.

Cena 2 rs., z przesyłką 2 rs. 40 k.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

3—1

## ZAKŁADY

### CHEMICZNO-TECHNICZNE

I

## SKŁADY MATERIAŁÓW APTECZNYCH I FARB

## ŁUDWIKA SPIESS I SYNA

ulica Senatorska Nr. 464/5 obok kościoła PP. Kanoniczek

drugi Marszałkowska N. 140, pomiędzy Ś-to Krzyską i Placem Zielonym

W WARSZAWIE.

12—12

# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

## M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrywana we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone. 12—12

---

Koncesjonowany przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych

## INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY D<sup>ra</sup> TYMOTEUSZA STEPNIEWSKIEGO

Warszawa, Zielna 9 (róg Złotej 16).

Hoduje cały rok krowiankę i detryt. Szczepi w Instytucie i na mieście limfę żywą, świeżą i analizowaną. Rozsyła je na prowincyję do Królestwa i Cesarstwa. Wydaje świadectwa szczepień własnych, ważne bez marki, bezpłatnie, a szczepień dawnych za opłatą rs. 1.

**Ceny.** Rurka kapilarna krowianki na dwa szczepienia kop. 25. Bańka detrytu na 10—20 szczepień kop. 50. **Porto** wszelkiej ilości i na wszelką odległość kop. 20. Szczepienie w Instytucie z kontrolą i świadectwem rs. 1. Szczepienie na mieście jednej osoby rs. 3, (za następne osoby w jednej rodzinie pobiera po rs. 1).



# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

## D<sup>R</sup> T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

12—12

---

## SKŁAD

### MATERIAŁÓW APTECZNYCH

# Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne.—Przetwory chemiczne.—Specyalia zagraniczne.—Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego.—Przedmioty opatrunkowe.

### Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE. 12—12

## Dla kaszlących i osłabionych

Koncesyjonowane przez władze lekarskie, nagrodzone listem pochwalnym na wystawie higienicznej i medalami: na wystawie krakowskiej i na lwowskiej wystawie higieniczno-lekarskiej.

Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie.

### EKSTRAKT I KARMEŁKI

MIODOWO-ZIOŁOWO-SŁODOWE

## FABRYKI „LELIWA”

w Warszawie ulica Zgoda Nr. 6.

Główna sprzedaż w Warszawie u Mrozowskiego i Spiessa, w Kijowie u Żeligowskiego, w Mińsku gub. u Gutowskiego, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Odessie u Gajewskiego, Przestrzelskiego i Piskorskiego, w Astrachaniu u Kerna i Piaseckiego w Symferopolu u Sokolowskiego, w Karcz Jenikale u Hana, w Baku u Czyszkowskiego, w Moskwie u Mattejsena. 50% tańsze i pewniejsze od zagranicznych.

Fiaszka ekstraktu zawierająca 5 uncyj kop. 75, z dodaniem chininy lub z dodaniem żelaza i chininy rs. 1.

Paczka karmelków kop. 15.

---

## ZAKŁAD KEFIROWY

APTEKARZY

BIERTUMPFLA I GESSNERA

DAWNIEJ

**D-ra WYSZYŃSKIEGO**

w WARSZAWIE

Aleja Jerozolimska róg Kruczej

Wyrabia kefir czysty, z żelazem i pepsyną.

Dla osób zamiejscowych, lub też chcących przyrządzać kefir w domu, zakład posiada stale spory zapas świeżych i zdrowych grzybków kefirowych (*Dispora caucasica*) których ilość, do robienia jednej lub też dwóch butelek kefiru dziennie, oraz objaśnienie przebiegu fermentacji, wysyła w liście rekomendowanym.



PIĄTY ROK WYDAWNICTWA  
MIESIĘCZNIKA  
„CHIRURGICZESKIJ WIESTNIK”

Wychodzić będzie i w roku 1889 w tejże objętości i w tymże zakresie.

- I. Artykuły oryginalne z zakresu chirurgii.
- II. Korespondencje.
- III. Krytyka i bibliografia.
- IV. Referaty i drobne wiadomości.
- V. Ogłoszenia.

Uprasza się wysyłać artykuły pod adresem Mikołaja Aleksandrowicza Weljaminowa (Petersburg, Iwanowska 13).

Prenumerować można w redakcyi (Petersburg, Iwanowska 13 m. 2) codziennie od 11—1 i od 4—5 i we wszystkich większych księgarniach. (Panów prenumeratorów z prowincyi uprasza się o zgłaszanie wprost do redakcyi). Ogłoszenia 40 kop. za wiersz petitu.

Cena z przesyłką za rok 7 rs., za pół roku 3 rs. 50 kop.  
Redaktor wydawca N. A. Weljaminow.

---

Arco w południowym Tyrolu

**Dr. Stanisław Prager**

(dawniej w Meranie)

Praktykuje w Arco (Villa Schwarz).

3—3

---

**PAMIĘTNIK**

**Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego**

Wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcją Fr. Jawdyńskiego, wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących mniej więcej po 10 arkuszy druku, w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami. Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnośnieniem i przesyłką, wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Chłodna 8), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach i agenturach Spółki kolportacyjnej; w Austrii przedpłata wynosi 4 zr.

4—3

# JAN KRZYKOWSKI

## OPTYK ELEKTROTECHNIK

Marszałkowska Nr. 109

poleca:

Aparaty elektryczne wszelkich systemów własnego wyrobu, jako też uskutecznia pod gwarancją reperacyjne takowych.

**Wyrabia i urządza dzwonki elektryczne.**

**Posiada na składzie:**

Szkła, okulary, nanośniki, termometra lekarskie, inhalatory, respiratory, irygatory, szpryce, paski rupturowe i t. p. przedmioty w wielkim wyborze.

**Specjalne szpryczki do lewatyw glicerynowych.**

Środki opatrunkowe i bandaże po cenach fabrycznych.

**Uwaga.** Wykonywa wszelkiego rodzaju roboty w zakres techniki lekarskiej wchodzące ściśle według przedstawionych wzorów i planów rysunkowych.

Znane ze swej dokładności i taniości termometra maksymalne nadeszły w wielkiej ilości.

## KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Abelous (J. E.). Recherches sur les microbes de l'estomac à l'état normal et leur action sur les substances alimentaires. . . . .	1.80
Alanus. Die Pflanzenkost als Heilmittel. . . . .	—55
Alexander Syphilis u. Auge. f. Hälfte. . . . .	1.65
Ball. (B.). La Morphinomanie. De la responsabilité des aliénés. Les frontières de la folie, etc. 2-e édition. revue et augmentée. . . . .	1.80
Becker, Otto. Die Universitäts-Augenklinik in Heidelberg. 20 Jahre klin. Thätigkeit. . . . .	1.65
Binz u. Jaksch. Der Weingeist als Heilmittel. . . . .	—90
Blum J. Die Kreuzotter und ihre Verbreitung in Deutschland Mit 1 Karte u. 9 Textfig. . . . .	3.30
Bonne G. Ueber das Fibrinferment und s. Beziehung zum Organismus. . . . .	1.65
Coste (le Dr.). L'Inconscient. Étude sur l'hypnotisme. . . . .	—90
Dignat (le Dr. P.). Histoire de la médecine et des médecins à travers les âges. . . . .	2.25
Dubois. Untersuchung über die physiologische Wirkung der Condensatorentladungen. . . . .	—80
Duval (Mathias). Atlas d'embryologie. Avec 40 planches en noir et en couleur, comprenant ensemble 652 figures. . . . .	21.60
Fothergill J. M. Die Leberdyspepsie u. Biliosität. Deutsch. v. Krakauer. . . . .	—80
Freyer M. Wie ist unser Hebammenwesen rationell zu bessern? . . . . .	—35