

# GAZETA LEKARSKA

## I. Przyczynek do dyagnostyki ostrych spraw ogniskowych w rdzeniu przedłużonym.

(Według demonstracji w sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Warsz. Tow. Lekarskiego).

Podał

Dr med. L. E. Bregman,

ordynator szpitala na Czystem.

Szan. Panowie! Porażenia, powstające w następstwie ognisk chorobnych w pniu mózgowym, są pod względem dyagnostycznym najbardziej interesujące. Dzięki nagromadzeniu na małej stosunkowo przestrzeni torów czuciowych i ruchowych kończyn i kadłuba, oraz jąder i korzeni nerwów mózgowych, powstają zbiory objawów bardzo różnorodne, a jednakże typowe, i które wraz z postępem wiedzy naszej o anatomii i fizjologii pnia mózgowego, nauczyliśmy się dokładniej rozpoznawać. Najbardziej znane są typy porażenia GUBLERA i MULLIARD'a — porażenie nerwu twarzowego z jednej strony ciała, porażenie kończyn po stronie przeciwległej, — oraz typ porażenia WEBERA — z jednej strony nerw okoruchowy, z drugiej kończyny. Pierwszy powstaje skutkiem naruszenia jednej połowy mostu VAROLA w części bardziej dystalnej w okolicy jądra, *resp.* korzeni nerwu twarzowego, drugi przez ogniska proksymalne w okolicy jądra, lub korzeni nerwu okoruchowego u proksymalnego brzegu mostu VAROLA, lub w odnodze mózgowej.

Mało znaną dotąd jest postać porażenia, którą chciałbym dziś Sz. Panom przedstawić. Porażenie to powstaje przy ogniskach w najbardziej dystalnym odcinku pnia mózgowego, w rdzeniu przedłużonym. Jeśli ognisko znajduje się w jednej połowie rdzenia przedłużonego, w części grzbietowo-bocznej i zajmuje m. w. przestrzeń pomiędzy dolną oliwą a ciałem powrózkowatym (*corpus restiforme*), to powstaje charakterystyczny zbiór objawów, który Sz. Panowie

widzą u demonstrowanego chorego. Objawy te podzielić możemy na trzy grupy.

I. Objawy *ataxiae*. W początku choroby chory nasz nie mógł wcale bez pomocy na nogach się utrzymać, obecnie nastąpiła poprawa, chory chodzi już sam, ale ataktycznie: chodzi na szerokiej podstawie, zatacza się w stronę prawą i z bacza od linii prostej również w stronę prawą. Chód chorego odpowiada temu, co nazywamy chodem ataktyczno-mózdkowym. Zamknięcie oczu, jak to zawsze bywa w tej postaci, niema prawie żadnego wpływu na powiększenie ataksyi.

W samym początku choroby, oprócz niemożności utrzymania równowagi ciała, były jeszcze wyraźne objawy bezładu prawych kończyn. Chory opowiada, że prawa ręka, gdy chciał jakikolwiek ruch nią wykonać, odskakiwała mu na zewnątrz, jakby odpychana jakąś siłą gwałtowną. To samo było z prawą nogą. Przy pierwszym badaniu mojem, w parę dni po wystąpieniu choroby, ataksya kończyn była już bardzo nieznaczna, przy próbie „palec—nos“ zauważyć się dawały jeszcze lekkie wahania; obecnie objaw ten znikł. Niema też w prawych kończynach objawu, nazwanego przez BABIŃSKIEGO *asynergią*, który jest pokrewny ataksyi i który polega na mniejszej zręczności kończyny przy szybkim wielokrotnem powtarzaniu jednego ruchu [np. pro- i supinacyi ręki], na niewłaściwym współdziałaniu mięśni kadrłuba i kończyn przy chodzeniu, podnoszeniu się z położenia poziomego i t. d.

II. Drugą grupę objawów stanowią zaburzenia czucia. Pod względem topograficznym przedstawiają się one w postaci t. zw. zmiennej (*hemianaesthesia alternans*), t. j. obejmują prawą połowę twarzy i lewą połowę kadrłuba i kończyn. Jakościowo znajdujemy rozszczepienie czucia: czucie dotykowe, czucie położenia i ruchów jest zachowane, natomiast cieplikowe i bolowe zniesione. Rozszczepienie to jest zupełnem na lewej połowie ciała, niezupełnem na prawej połowie twarzy, gdzie czucie dotykowe jest w słabym stopniu również naruszone. Przytem zauważyć muszę, że chory przy dotknięciu ciałem zimnem, lub zanurzeniu lewej ręki w zimnej wodzie, doznaje uczucia umiarkowanego ciepła [„ciepławe“], że natomiast nigdy zamiast ciepłego nie podaje zimne. W stosunku do zimnego więc znajdujemy spaczone czucie cieplikowe (*perverse Temperaturempfindung*). E. MULLER niedawno zajął się szczegółowem badaniem tego objawu i wykazał, że polega on na zachowaniu resztek czucia cieplikowego. Autor zanurzał obie ręce chorego w dwu miskach z zimną wodą; chory w zdrowej ręce czuł zimno, w chorej doznawał uczucia ciepła; dolewano wtedy do miski, w której się znajdowała ręka zdrowa, wody gorącej póty, póki uczucie ciepła w obu rękach stawało się jednakowe, termometr wykazywał wtedy dla zdrowej ręki 28°—29°. Próbę tę z jednakowym wynikiem przeprowadziłem i u mego chorego. Prócz tego nadmienić jeszcze muszę, że chory aczkolwiek nie rozpoznaje nawet najwyższych stopni gorąca i zimna, jednakowoż przy zanurzeniu ręki w wodzie bardzo gorącej lub bardzo zimnej doznaje sensacyi bardzo przykrej [mrowienie, klucie w końcach palców, uczu-

cie, jakby prąd przeszedł elektryczny], które go nawet zmuszają do cofnięcia ręki.

Oprócz zaburzeń przedmiotowych znajdujemy i podmiotowe. Bole w prawej połowie twarzy były w danym przypadku nawet objawem początkowym, który na kilkanaście dni wyprzedził inne objawy chorobne. Bole te trwały około tygodnia, poczem ustały, a dopiero w tydzień później chory nagle przy zajęciu, pragnąc wstać z krzesła, spostrzegł, że nie może się na nogach utrzymać, wtedy i bole twarzy się ponowiły i aczkolwiek w słabszym stopniu trwają dotychczas. Najwięcej boli go oko i prawa połowa czoła; w prawym policzku doznaje parestezyi [mrowienie]. Tepe bole [łamanie] występują też i w lewych kończynach.

III. Trzecią wreszcie grupę objawów stanowią objawy porażenia nerwu współczulnego, t. zw. kompleks objawów HORNERA: zwężenie szpary ocznej, zwężenie źrenicy i lekkie zapadnięcie się gałki ocznej (*enophthalmus*). Innych objawów ze strony nerwu współczulnego — naczynioruchowych, potowydzielniczych na twarzy — nie znajdujemy.

Pierwsze dwie grupy objawów — ataksya i zaburzenia czucia — łatwo możemy wytłómaczyć przy takim położeniu ogniska chorobnego, jakie powyżej wymieniłem. W grzbietowo bocznej części rdzenia przedłużonego pomiędzy dolną oliwą a *corpus restiforme*, znajdujemy korzeń wstępujący nerwu trójdzielnego [zaburzenia czucia na twarzy po stronie ogniska], włókna, idące od oliwy dolnej do mózdzku (*fibrae olivo-cerebellares*), które według CAJAL'a, znajdują się wokół i poza korzeniem nerwu trójdzielnego, i których naruszenie powoduje ataksję mózdkową; wreszcie t. zw. *tractus spinotectales* i *spinothalamici*) [EDINGER], stanowiące przedłużenie pęczków przednio-bocznych rdzenia [pęczków GOWERSA], w których, jak wiadomo, przebiegają tory czucia cieplikowego i bolowego. Naruszenie tychże torów sprowadza rozszczepienie czucia na przeciwległej połowie ciała; czucie dotykowe, prowadzone przez tory pętlowe, położone bliżej środkowej linii, pozostaje zachowane. Takie umiejscowienie sprawy znaleziono też w paru przypadkach z analogicznym obrazem chorobnym, zakończonych śmiercią [BABIŃSKI—NAGEOTTE, BREUER—MARBURG, WALLENBERG].

Dokładne umiejscowienie torów w centralnych nerwu współczulnego nie jest dotąd wiadome. Wiemy, że kora mózgowa ma wpływ na rozszerzenie źrenicy; dowodzi tego odczyn źrenicy w postaci rozszerzenia przy wszelkich silniejszych wzruszeniach moralnych lub skoncentrowaniu uwagi, w wyobrażeniach bolowych, wysiłku mięśniowym i t. d., oraz tak zw. psychoreakcja [HUEBNER], t. j. rozszerzenie źrenicy przy zadaniu badanemu osobnikowi jakiegokolwiek zadania myślowego. Doświadczalnie BECHTEREW i FERRIER dowiedli na korze [u małpy] istnienie ośrodka, którego podrażnienie wywołuje rozszerzenie źrenicy, szpary ocznej i *protrusio bulbi*; ośrodek ten położony jest przed *sulcus praecentralis* w bliskości ośrodka ruchów głowy i oczu w stronę przeciwną, dlatego przy pobudzeniu tego ośrodka ruchom głowy i oczu towarzyszy zwykle rozszerzenie źrenicy. Tory od ośrodka korowego idą prawdopodobnie przez pagórek

wzrokowy i być może, przez torebkę wewnętrzną. SCHMIDT-RIMPLER podał 2 przypadki porażenia nerwu współczulnego, w których znalazł li tylko rozmięknienie w przedniej części pagórka wzrokowego. BECHTEREW i MISŁAWSKI otrzymywali rozszerzenie źrenicy i szpary ocznej przez drażnienie pagórka wzrokowego. Wreszcie NOTHNAGEL, SEELIGMUELLER, KAISER, GEIGER spostrzegali objawy porażenia nerwu współczulnego w przypadkach starej hemiplegii mózgowej.

Dalszy przebieg torów centralnych nerwu współczulnego nie jest dokładnie wiadomy i dopiero najnowsze spostrzeżenia cierpień ogniskowych w bardziej kaudalnym odcinku rdzenia przedłużonego [BABIŃSKI—NAGEOTTE, BREUER—MARBURG, HENSCHEN, E. MUELLER],—sposzrzenia, do których należy i opisany tutaj przypadek,—wskazują, że tory te przebiegają po skrzyżowaniu się w grzbietowo-bocznej części rdzenia przedłużonego. Niewiadomo jednak, któreto pęczki włókien przeprowadzają bodźce do ośrodka nerwu współczulnego i dlaczego w niektórych przypadkach z analogicznym umiejscowieniem sprawy chorobnej, porażenia współczulnego nie spostrzegano [HUN, WALLEMBERG].

Wszystkie przypadki, które powyżej wymieniłem i w których spostrzegam interesujący nas tutaj zbiór objawów, miały początek nagły i zawiązującą swe powstanie sprawie naczyniowej [zakrzep, zator] w dziedzinie *a. vertebralis*, a specjalnie w *a. cerebelli posterior inferior*. Unaczynienie rdzenia przedłużonego, *resp.* odgraniczenie terytoryów, które odpowiadają różnym małym naczyniom, przedstawia, jak to wykazał WALLEMBERG, wielkie różnice indywidualne. Być może też, że w jednym przypadku zajęty jest pień *a. cerebelli post. inf.*, w drugim pojedyncze jej gałązki. Tem się tłumaczą prawdopodobnie różne odmiany w ugrupowaniu objawów, które spostrzegamy w przypadkach ostrego porażenia opuszki. Tak np. w większości przypadków z porażeniem współczulnym widziano też zaburzenia łykania i porażenia nerwu zwrotnego; w moim przypadku zaburzeń tych nie było: tu *nucleus ambiguus*, który jest ośrodkiem ruchowym gardzieli krtani, pozostał nietknięty. Zaburzenia czucia również przedstawiać mogą pewne odmiany. Jedną taką postać opisał niedawno E. MUELLER jako typ BROWN-SEQUARD'a porażenia nerwu trójdzielnego, t. j. po stronie ogniska zniesienie czucia dotykowego na twarzy, po stronie przeciwległej rozszczenie czucia. Autor tłumaczy to tem, że włókna czuciowe na twarzy dzielą się tak samo, jak i włókna w rdzeniu, że tory czucia cieplikowego i bolowego krzyżują się wcześniej, odchodzą już od substancji żelatynowej ROLANDA, jako t. zw. wtórny tor trójdzielny (*secundäre Trigeminiusbahn*), tory zaś czucia dotykowego idą dalej po stronie jednoimiennej w rdzeniu wstępującym nerwu trójdzielnego.

W przedstawionym tu przypadku czucie na przeciwległej stronie twarzy jest zachowane; mamy typową *hemianalgesia alternans*—zajęcie prawej połowy twarzy, lewej połowy kadłuba i lewych kończyn. Na prawych kończynach zmian przedmiotowych niema, podmiotowo chory uskarża się na parestezye [kłucie] w prawej dłoni, a zwłaszcza w palcach;

w początku choroby były one silniejsze jeszcze, niż obecnie. Wobec tego, że przypuszczalne ognisko znajduje się w bardziej kaudalnych odcinkach rdzenia przedłużonego, a zatem w bliskości tego miejsca, gdzie krzyżują się tory pętlowe [prowadzące czucie od kadłuba i kończyn], przypuścić musimy, że przez ognisko to w lekkim stopniu podrażnione zostały tory nieskrzyżowane jeszcze, należące do jednoimiennnej połowy ciała. To samo w większym jeszcze stopniu spostrzegalem w innym przypadku porażenia opuszkowego, który gdzieindziej szczegółowo będzie opisany: obok typowej *hemianesthesia alternans*—zniesienia czucia na prawej połowie twarzy i lewej połowie ciała—mieliśmy jeszcze przemijające zniesienie czucia na całej niemal prawej połowie kadłuba i prawych kończynach.

Wreszcie ataksya w różnych przypadkach jest również niejednakowo wyrażona. Oprócz statycznej—niem ożności utrzymania równowagi ciała, połączonej z padaniem i zbaczaniem na stronę ogniska (*lateropulsio*)—prawie we wszystkich przypadkach notowano ataksję ruchową kończyn, t. j. bezład przy pojedynczych dowolnych ich ruchach, również jednoimiennie z ogniskiem. Jak to w innej pracy niedawno wykazałem, obecnie nieutożsamiamy już ataksyi statycznej z mózdkową, wiemy bowiem, że w cierpieniach mózdku *resp.* torów, prowadzących od i do mózdku, występować może i ataksya kończyn przy wykonywaniu ruchów dowolnych. W odróżnieniu tylko od t. zw. tabetycznej, ataksya kończyn nie wikła się zaburzeniami czucia zwłaszcza głębokiego i, być może dlatego nie powiększa się wyraźnie przy zamknięciu oczu. W naszym przypadku ataksya kończyn była wyraźna tylko w początku, obecnie niema jej wcale; ataksya statyczna zmniejszyła się, najwybitniej zaś występuje lateropulsya.

Jakkolwiek więc pojedyncze przypadki w szczegółach się nieco różnią, to jednak cały zbiór objawów—zaburzenia czucia, ataksya i porażenie nerwu współczulnego—przedstawia się tak charakterystycznie, że zasługuje niemniej niż inne postaci wymienione we wstępie na wyodrębnienie, jako specjalny typ porażenia z kaudalnych odcinków pnia mózgowego. Niektórzy autorzy francuscy i angielscy nadali temu zbiorowi objawów nazwę *syndromu Babińskiego i Nageotta*, którzy istotnie w r. 1902 pierwsi zwrócili uwagę na powikłanie porażenia opuszkowego objawami ze strony nerwu współczulnego, popierając swe spostrzeżenia danymi anatomicznymi. W tymże samym roku Brener i Marburg ogłosili swe studyum o tej postaci porażenia i nazwali dla krótkości objawy porażenia ze strony nerwu współczulnego „współczulnem porażeniem ocznem“ (*ophthalmoplegia sympathica*).

[D. c. n.].

## II. Zaparcie nawykowe stolca w świetle fizjologii układu nerwowego.

Podał

**Henryk Jakubowicz.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 36).

Trudno zgodzić się na twierdzenie ALTA <sup>1)</sup>, aby cierpienie przewodu pokarmowego wywoływało takie objawy, jak idee natrętne, złudzenia i omamy; tem bardziej odrzucić należy będące już zresztą przyżytkiem, dzięki wystąpieniom VIRCHOW'a i ROMBERGA, mniemanie FEYAT'a, że większość ciężkich psychoz występuje wskutek zaparcia stolca; pomimo to nie można zwykłych objawów zwrotnych, jak to czyni DUNIN, kłaść jedynie na karb neurastenii. Dowodem tego jest okoliczność, że większość wyłuszczonych objawów znika lub maleje po stolcu. Już ten fakt, że osłabienie ruchów robaczkowych wywołuje zastój krwi w naczyniach kiszek, tworzących większą część układu naczyniowego całego ustroju, przemawia za tem, że inne części ustroju, pozbawione należytej ilości krwi, stają się dobrym terenem dla objawów zwrotnych; objawy te występują tem łatwiej, że w neurastenii znajdują dla siebie jeszcze jeden czynnik w postaci zaburzeń naczynioruchowych. Dla przykładu przytoczę choćby fakt, stwierdzony przeze mnie w 17-u przypadkach migreny ocznej u neurasteników, występowania a zazwyczaj migreny w końcu okresu zaparcia. Niewątpliwie, zastój krwi w kiszkiach wytwarza w danym razie niedokrwistość mózgu; być może, że główną rolę odgrywają tu zaburzenia naczynioruchowe natury spastycznej, powstałe wskutek podrażnienia ośrodka naczynioruchowego; we wszystkich bez wyjątku przypadkach jednocześnie z wystąpieniem migreny zjawiały się stolce z przyczyny dojścia przekrwienia żylnego w kiszkiach do dużych rozmiarów, jak to się w dalszym ciągu pracy wyjaśni.

Samo zaparcie stolca w neurastenii, jak mniemam, występuje wskutek zaburzeń naczynioruchowych.

Zwróćmy się do danych anatomicznych oraz fizjologicznych; zacznijmy od wzajemnego stosunku tych nerwów mózgowo-rdzeniowych i współczulnych, które znajdują się w styczności z przewodem pokarmowym.

Otóż, z przednich korzonków nerwów rdzeniowych występują t. zw. gałązki łączące, które wchodzi do zwojów sznurka pogranicznego; część włókien tych gałązek kończy się w omawianych zwojach, inne znów dochodzą do samych kiszek; pomimo to, liczba włókien nie tylko nie zmniejsza się w kie-

<sup>1)</sup> KONRAD ALT. Ueber das Entstehen von Neurosen und Psychosen auf den Boden von chronischer Magenkrankheiten. Archiv f. Psych. t. 24, z. II.

runku do kiszek, lecz przeciwnie, wzrasta skutek powstawania w omawianych zwojach nowych włókien t. zw. współczulnych, które łączą się z włóknami ściśle rdzeniowymi we wspólne pęczki. W ten sposób do kiszek dochodzą pęczki mieszane; przebijają one tkanę łączną i warstwę podłużnych włókien mięśniowych, tworząc splot mięśniówki AUERBACHA, głębiej zaś wchodzące gałązki składają się na splot podśluzówki MEISSNER'a. Co się tyczy żołądka i górnych odcinków kiszek, to nerwem, odpowiadającym nerwom rdzeniowym, jest n. błędny. Być może, że splot AUERBACHA unerwia tylko podłużną muskulaturę, splot zaś MEISSNER'a swojemi trzema kategorjami włókien znajduje się w związku z okólnymi włóknami mięśniowymi, z błoną mięśniową śluzówki, oraz z samą błoną śluzową. Mam pewną podstawę do przypuszczenia, że splot MEISSNER'a składa się przeważnie, prawie wyłącznie z włókien współczulnych. Pozwolę sobie przytoczyć motywy, skłaniające mię do tego przypuszczenia:

1. Otóż, jak powiedzieliśmy, w miarę zbliżania się do obwodu, t. j. do miejsca unerwienia, liczba włókien mózgowo-rdzeniowych wciąż maleje, współczulnych zaś wzrasta.

2. Niezwykle mała wrażliwość błony śluzowej kiszek, które nie odczuwają wpływów mechanicznych i chemicznych, o ile te nie dochodzą do wysokiego napięcia, może być dziełem wielokrotnego przerywania się przewodników czucia, a takiemu właśnie przerywaniu ulegają włókna współczulne.

3. Już ta okoliczność, że włókna rdzeniowe, idące do kiszek, powstają z przednich korzonków, t. j. ruchowych, przemawia za tem, że nie unerwiają one błony śluzowej, jednej z dziedzin, będącej w związku ze splotem MEISSNER'a.

4. Jak zobaczymy później, podrażnienie nerwu współczulnego pociąga za sobą skurcz warstwy okolnej; ta zaś, jak rzekliśmy, otrzymuje unerwienie od splotu MEISSNER'a.

Jeżeli przejdziemy teraz do fizjologii ruchów robaczkowych, to twierdzenie FLEISCHER'a <sup>1)</sup>, ROSENHEIM'a <sup>2)</sup> i innych, jakoby okrężna muskulatura była unerwiona przez pobudzające włókna nerwu błędnego i hamujące—nerwu trzewowego, a zatem współczulnego, podłużna zaś przez pobudzające włókna nerwu trzewowego i hamujące nerwu błędnego, twierdzenie to, powtarzam, zawiera w sobie rażące nieporozumienie, choćby z tego względu, że włókien dzielić nie można na pobudzające i hamujące. Włókna nerwowe mogą tylko pobudzać unerwioną przez siebie muskulaturę. Nawiasem wspomnę, że nerwy rdzeniowe mają czynność analogiczną z nerwem błędnym. Jeżeli autorzy wspomniani po podrażnieniu np. nerwu trzewowego widzieli zahamowanie ruchów warstwy okolnej, to właśnie fakt ten dowodzi, że nerw trzewowy

<sup>1)</sup> Dr RICHARD FLEISCHER. Spec. Path. u. Therap. der Magen-und Darmkrankheiten. Wiesbaden, str. 1041 i inne.

<sup>2)</sup> TH. ROSENHEIM. Path. u. Ther. der Krankheiten des Verdauungsapparates. Część II.

jest dla omawianej warstwy tylko pobudzającym i jedynie silne podrażnienie nerwu pobudziło warstwę okolną do tego stopnia, że wytworzył się skurcz spastyczny, przypominający brak ruchu. Wychodząc z tej zasady, doszliśmy do wniosku, że właśnie te włókna, które przeważnie unerwiają, t. j. pobudzają daną warstwę mięśniową, będąc silnie podrażnione, wywołują zahamowanie jej ruchu i, przeciwnie, włókna nerwowe, które pozostają z daną warstwą w luźniejszym stosunku, ulegając silnemu podrażnieniu, wywołują w niej ruch (*resp.* skurcze kloniczne, gdyż do skurczu spastycznego nie dochodzi). W ten sposób, sądzę, da się pogodzić twierdzenie FELLNER'a <sup>1)</sup>, że pobudzenie słabe danego nerwu działa na unerwianą przez niego muskulaturę pobudzająco, mocniejszy zaś bodziec—hamująco. W ten również sposób, staje się jasnym zdanie WERTHEIMER'a, MORAT'a i DOYON'a <sup>2)</sup>, że stwierdzili w nerwie błędnym włókna hamujące. W samej zaś rzeczy, zachodzi tu stosunek ustalony przez COURTAD'a i GUYON'a <sup>3)</sup>, że podrażnienie nerwów mózgowo-rdzeniowych wywołuje naprzód skurcz włókien podłużnych, później zaś okolnych, podrażnienie zaś nerwu współczulnego [odcinka obwodowego] wywołuje skurcz włókien okolnych i zahamowanie ruchów robaczkowych. Zjawisko to, podkreślamy, dotyczy całego przewodu pokarmowego. Przeciwnie, paraliż nerwu współczulnego wywołuje wzmożenie ruchów robaczkowych. Znany jest fakt, że po wycięciu splotu trzewowego występuje biegunka jednocześnie z rozszerzeniem naczyń kiszkowych <sup>4)</sup>. Na drodze odruchowej zjawisko to powstaje wskutek rozmaitych afektów [przestrasz]; bez wątpienia, niezbędny tu jest podkład w postaci usposobienia neuropatycznego.

Zdaje się, że w przypadkach zaparcia stolca u neurasteników kurcz włókien okolnych odgrywa rolę główną. Klasycznym przykładem tego zjawiska jest *ileus nervosus*. Już ten fakt, że spokój oraz środki przeciwskurczowe wywołują u omawianych osobników stolce, jest dowodem, że mamy tu do czynienia ze zjawiskiem skurczu, a nie z inercją ustroju, jak chce tego DUNIN. W samej rzeczy, trudno posądzić o inercję np. kupców bardzo czynnych, sprężyste zajmujących się swoimi interesami; a wszak pośród nich nie mało naliczymy osób dotkniętych zaparciem stolca na tle neurastenii. Ale nie tylko sam kurcz włókien okolnych jest czynnikiem, wywołującym zaparcie. Jednocześnie z podrażnieniem gałązek nerwu współczulnego, idących do włókien okolnych, podrażnione bywają i te włókna, które unerwiają naczynia, co pociąga za sobą zwięźenie ich światła. Powstająca w ten sposób anemia

---

<sup>1)</sup> LEOPOLD FELLNER. Weitere Mittheilungen über die Bewegungs—und Hemmungsnerven des Rectums. Archiv f. die ges. Physiol. der Menschen u. d. Thiere 1894, t. 56.

<sup>2)</sup> MORAT et DOYON. Action inhibitrice de vague sur l'estomac. Arch. de physiologie norm. et path. 1895 Kwiecień.

<sup>3)</sup> D. COURTADE et I. F. GUYON. Contribution à l'étude de l'innervation motrice de l'estomac. Journal de Physiol. et Path. generale 1899, z. I.

<sup>4)</sup> LEON POPIELSKI. przyczynek do fizjologii splotu trzewowego (*plex. coeliacus*) Gaz. Lek. 1901, Nr. 21, 22.

powoduje z początku wzmocnienie ruchów robaczkowych; długo jednak ono nie trwa wskutek kurczu okolnej muskulatury i do stolca nie doprowadza; następuje szybkie wyczerpanie się kiszek wobec perystaltyki utrudnionej przeszkodą. Nie wątpię, że pierwotną przyczyną zaparcia mogą tu być zaburzenia naczynioruchowe [natury spastycznej]. Impuls, idący od ośrodka naczynioruchowego, może się przerzucić na włókna unerwiające muskulaturę okolną i pociągnąć za sobą tylko co opisany kurcz. Jako dowód przytoczyć mogę wielokrotnie powtarzaną przez neurasteników skargę, że nagle irytacja w chwili, gdy czują potrzebę i chęć wypróżnienia, odbiera im pożądaný impuls. Gniew zatam działa u neurasteników w sposób odwrotny, niż przestrach. O ile ten afekt sprowadza rozszerzenie naczyń w kiszkiach, o tyle gniew wywołuje ich zwężenie. Nie należy zapominać, że u neurasteników już nieznaczne, niedostrzegalne dla nikogo rozdrażnienie, wywołuje zaburzenia naczynioruchowe. Dodamy, że łatwość występowania tych zaburzeń jest punktem wyjścia dla mnóstwa objawów zwrotnych, nie mówiąc już o innych, przytoczonych powyżej czynnikach.

Powracając do poglądu DUNINA na nawykowe zaparcie stolca, widzimy możliwość zastosowania go do stanów, pokrewnych melancholii. Występuje tu, zdaniem mojem, zjawisko, zdaleka przypominające to porażenie przewodu pokarmowego, któremu BOUVERET dał nazwę gastroplegii i enteroplegii i które tak dokładnie w r. 1898 opisał GRUNDZACH <sup>1)</sup>. Różnica polega na stopniu nasilenia objawów i na sposobie powstawania. Przypadki gastro- i enteroplegii występują po wstrząsie; podrażnienie przenosi się tutaj od obwodu, np. moszny [uraz] do ośrodków rdzeniowych, między innymi do ośrodków oddychania, krążenia krwi, ruchów robaczkowych żołądka i kiszek i t. d., wywołując w nich zmiany, pociągające za sobą stan depresejny odpowiedniej czynności; w melancholii zaś depresja przenosi się zwolna od ośrodków psychicznych do ośrodków rdzeniowych. W ten sposób można sobie przedstawić ową słabość impulsu, ową inercję ustroju, według słów DUNINA.

Nie od rzeczy będzie dodać, że rozmaite postaci nawykowego zaparcia stolca zazwyczaj kojarzą się między sobą. Do atonii kanału pokarmowego mogą przyłączyć się zaburzenia naczynioruchowe; nieraz w grę wchodzi również takie czynniki, jak osłabienie tłoczni brzusznej, rozwój tkanki tłuszczowej w sieci około kiszek, nieżył przewlekły kiszek i t. d., przez co sam obraz cierpienia podlega pewnym odmianom.

---

<sup>1)</sup> IGNACY GRUNDZACH. O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek, zwanej gastroplegią i enteroplegią. *Medycyna* 1898, Nr. 17, 18.

## W sprawie rozpoznawania i leczenia rozszerzeń przełyku.

Podał

Stanisław Janczurowicz.

(Dalszy ciąg — Patrz Nr. 36).

Niejednokrotnie w zawartości przełyku, wydobytej w kilka godzin po śniadaniu lub na czczo, znaleźć można było cząstki pokarmów, które chora jadła dnia poprzedniego przy obiedzie lub kolacyi. Szczególniej często i w znacznej ilości wypłukiwałem cząstki mięsa, zwłaszcza szynki. Powziąłem przekonanie, że obok skurczu wpustu utrudniają przedostawanie się pokarmów do żołądka i większe kawałki źle pożutych twardszych pokarmów [większe cząstki tkanki łącznej, kawałki szynki, kartofle], prawdopodobnie wskutek tego, że trudniej przechodząc z powodu swej wielkości do żołądka, odgrywają jakby rolę czopów, zwężających okolice, nad wpustem położoną. Gdy czopów takich nie było, zastój był mniejszy i odwrotnie.

Jeżeli przez sondę, wprowadzoną do przełyku wypychać powietrze, to daje się słyszeć cichy szmer, wychodzący jakby z gardzieli, wyraźnie wskazujący, że powietrze dostaje się do przełyku, a nie do żołądka.

Fakty, że sondę żołądkową udało się wielokrotnie wprowadzić do żołądka, że przy wprowadzaniu zatrzymywała się zawsze na jednej głębokości, w jednym miejscu, mianowicie u wpustu, że po opróżnieniu zbiorowiska płynu nad wpustem innego zbiorowiska znaleźć nie można było, przekonywają, że mamy tu do czynienia nie z uchyłkiem, a z rozszerzeniem przełyku, czego postaram się dokładniej dowieść w dalszym ciągu pracy niniejszej.

Polecilem chorej odżywiać się w ciągu kilku dni wyłącznie przez sondę, aby dać możność ścianom przełyku w zupełności wypocząć. Mimo to codziennie zrana wydobywałem z przełyku 80—120 ctm. sz. zawartości niezawierającej HCl, niezmienionej przez sok żołądkowy, kwaśnej od kwasu mlecznego, śluzowej. Widocznie przy wysuwaniu sondy dostało się trochę pokarmu do przełyku, pewną zaś część płynu zastojowego należy złożyć na karb płynnej wydzieliny śluzowej z przełyku oraz połkniętej śliny.

Ponieważ najważniejszym wskazaniem leczniczym było niedopuszczenie do osłabienia ściany przełyku i do powiększenia istniejącego już rozszerzenia, przeto polecilem chorej przepłukiwać i dokładnie opróżniać przełyk codziennie przed pójściem spać, w 3 godziny po wieczornem jedzeniu. W tym celu poradziłem chorej posługiwać się zwykłą sondą żołądkową, z otworami końcowym i bocznymi, nieco dłuższą niż zazwyczaj, oraz gruszką gutaperkową elastyczną o bardzo grubych ścianach, o pojemności 30 ctm. sz. z zakończe-

niem kauczukowem, oraz z dającą się wtykać w ostatnie ruchomą krótką rurką kauczukową, posiadającą średnicę, równającą się średnicy sondy. Rurka ta została na stałe osadzona w dolnym końcu sondy. Przepłukiwanie odbywało się w następujący sposób: po wprowadzeniu sondy do jamy przelykowej, ściśniętą zapomocą ręki gruszkę łączyło się z sondą [szeroki płaski otwór gruszki nader łatwo i w jednej chwili połączyć można z rurką kauczukową, tkwiącą w końcu sondy], poczem po zwolnieniu ręki zawartość przelyku aspirowała się do gruszki. Po rozłączeniu gruszki zawartość wylewano i w ściśniętej postaci znów łączono z sondą; jeżeli w trakcie aspiracji sonda zatkała się jaką cząstką pokarmu, lekki ucisk na gruszkę przywracał drożność. W ten sposób w krótkim czasie udawało się dokładnie opróżnić jamę przelykową, poczem należało ją jedynie przepłukać, co też dokonywano, łącząc z sondą gruszkę, napelnioną wodą ciepłą i zapomocą lekkiego ucisku, zwolna wpychając ją do przelyku; po odjęciu ręki przepłuczyny wracały natychmiast do gruszki. Manipulację taką można było parokrotnie powtórzyć, poczem gruszkę rozłączano, przepłuczyny wylewano i przepłukiwano nową porcją ciepłej wody. Po przemyciu i dokładnem opróżnieniu przelyku [na co zwróciłem szczególniejszą uwagę, polecając odpowiednio manipulować sondą], chora winna była każdorazowo wprowadzić koniec sondy do żołądka. Chora prędko nauczyła się powyższego zabiegu, przytem tak dokładnie, że po wieczornem przemyciu, zrana wydobywałem zaledwie 10—25 ctm. sz. śluzowego płynu, składającego się ze śluzu z nabłonkami płaskimi i śliny bez żadnych cząstek pokarmowych. Pod wpływem wieczornych przepłukiwań chora poczęła się szybko poprawiać, jakkolwiek w początku po wieczornem przepłukaniu miewała w nocy ściskanie za dolną częścią mostka. Obiektywna poprawa znamionowała się i tem, że nasilenie skurczu wpustu znacznie się zmniejszyło, a przy wprowadzaniu sondy nie otrzymywało się już w górnej części przelyku tego wrażenia szerokiej próżni, jak dawniej, a w każdym razie mniejsze.

Dla zupełnego wyjaśnienia konfiguracji przelyku, postanowiłem poddać chorą prześwietlaniu promieniami ROENTGEN'a, co też uskuteczniłem, przy łaskawym udziale kol. BARSZCZEWSKIEGO.

Po dokładnem wypłukaniu i opróżnieniu przelyku, chora wypila 42 ctm. sz. gęstej zupy kartoflanej z dodatkiem 30 grm bizmutu, nie odczuwając przytem żadnych dolegliwości. Prześwietlanie dało obraz następujący [fotogram w załączeniu].

Z prawej strony kręgosłupa [od przodu], poczynając od pierwszej przestrzeni międzyżebrowej, granica przelyku opisuje łagodny łuk jajowaty, zwrócony wypukłością w stronę prawą, na wysokości 10-go żebra skręcający esowato na lewo, potem na dół i na linii sutkowej lewej poniżej 10-go żebra przechodzący do wpustu. Wpust leży tu więc poniżej łuku żebrowego zamiast w 9 ej przestrzeni międzyżebrowej. Dno wypukłości prawostronnej leży na przeponie; w miejscu tem widać dwa krótkie sznurki, idące obok siebie z góry na dół, jakby zrosty pomiędzy rozszerzeniem przelyku przeponą. Granica przelyku z lewej strony nie jest widoczna z powodu cieniów kręgosłu-

pa, mostka i serca; staje się wyraźną dopiero nieco powyżej przyczepu chrząstki 10-go żebra, gdzie tworzy zakręt na lewo, potem na dół i idąc powyżej i równoległe do granicy prawej, przechodzi we wpust. W części środkowej rozmiar przelyku jest największy, już choćby dlatego, że widoczna na fotogramie część średnicy jego, np. na wysokości 4-go żebra, szersza jest niż cała średnica dolnego odcinka. Przelyk jest więc tu nierównomiernie rozszerzony; wydłużony i skrzywiony w linię krzywą, o wypukłości zwróconej na prawo, ku końcowi przechodzącą w linię esowatą. Na fotogramie wyraźnie widać przejście przelyku w żołądek, dzięki temu, że część bizmutu przedostała się do żołądka i dała cień poza wpustem. Według wszelkiego prawdopodobieństwa rozszerzenie przelyku w każdym danym cięciu poprzecznym jest nierównomiernie koncentryczne, t. j. obejmuje cały obwód przelyku, lecz nie w jednakowym stopniu, a mianowicie prawa połowa przelyku jest rozszerzona bardziej niż lewa. Okolica nadwpustowa ma postać lej-kowatą [zweża się lej-kowato].

Rzecz prosta, że zmiany istniejące nie dadzą się wyrównać. Z powodu skrzywienia, rozszerzenia i wydłużenia przelyku, pokarm zawsze musi przebywać czas jakiś w przelyku i potem dopiero zwolna przedostawać się do żołądka. Należy więc tylko starać się o utrzymanie *status quo* i niedopuszczanie do osłabienia ścian przelyku, a co zatem idzie—do dalszego rozszerzenia się jamy przelyku, powiększania się stanu kataralnego ścian i nasiłania skurczu wpustu, oraz dbać, aby pokarm możliwie szybko i bez przykrości dla chorej przedostawał się do żołądka, nie wytwarzając obfitszych zastojów. Dlatego poleciłem chorej: nigdy nie jeść nic suchego bez równoczesnego picia płynu; zwracać pilną uwagę na dokładne rozdrabnianie i żucie pokarmów; nie przyjmować na raz dużej ilości pokarmów, oraz takich, które mogłyby drażnić chemicznie ścianę przelyku [kwasy, wódka, ostre przyprawy]. Prócz tego poleciłem chorej codziennie wieczorem przed pójściem spać, we 3—4 godziny po kolacyi dokładnie opróżniać i przepłukiwać przelyk w opisany powyżej sposób. Po każdym przepłukaniu wprowadzić na chwilę koniec sondy do żołądka.

Po miesiącu chora przyjechała ponownie, zadowolona z wyników kuracyi. Przepłukiwała przelyk codziennie we 3—4 godz. po wieczornym posiłku; za każdym razem wydobywała z przelyku blisko szklankę zawartości; w początku w nocy budziło ją nieraz ściskanie za dolną częścią mostka, które jednak po paru tygodniach znikło. Po przepłukaniu wieczornem nazajutrz zrana przelyk był pusty i chora mogła wydobyć tylko niewielką ilość płynu śluzowego. W ostatnim tygodniu robiła przepłukiwania codziennie na czczo, przyczem wydobywała z  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  szklanki zawartości. W ciągu miesiąca przybyło jej z górą 5 f. wagi.

Przy badaniu na czczo [poprzedniego dnia wieczorem chora nie przepłukiwała przelyku] wydobyłem 110 ctm. sz. płynu mętnego, barwy białawej, śluzowego; wkrótce na dnie naczynia zebrał się obfity osad z nabłonków płaskich, oraz nielicznych cząstek pokarmowych. Przy sondowaniu przelyku sondą żołądkową okazało się, że wpust leży w odległości 50 ctm. od brzegu

zębów przednich. Sonda przez chwilę zatrzymuje się w tem miejscu, następnie po wywarceniu lekkiego nacisku wpust staje się drożnym i sonda łatwo przechodzi. Widać z powyższego, że przełyk jakby skurczył się nieco, a właściwiej mówiąc, nadmierne rozciągnięcie jego wszerz i wzdłuż, zależne od osłabienia ścian, pod wpływem przepłukiwań w ciągu kilku tygodni ustąpiło; rzecz prosta, że mimo to konfiguracya przełyku zasadniczej zmianie nie uległa.

W ciągu kilku następnych dni przepłukiwałem chorej przełyk codziennie zrana, przyczem potwierdziło się to, co już dawniej zauważyłem, mianowicie, że przejście do żołądka często bywa utrudnione i okolica wpustu sztucznie zatamowana przez większe, źle pożute kawałki niektórych twardszych pokarmów. Tyczy się to zwłaszcza takich pokarmów, które nie pulchnieją w wodzie, czyli przedewszystkiem mięsa. Ile razy np. chora poprzedniego dnia jadła szynkę, tyle razu nazajutrz na czezo wydobywałem z przełyku więcej zawartości, otwory sondy przy aspirowaniu zatykały się ciągle grubymi kawałkami szynki i tłuszczu z niej, wskutek czego przepłukiwać należało znacznie dłużej, zanim cały zator usunąć się dało.

Pewnego dnia aby przekonać się, jak szybko przełyk opróżnia się z pokarmu, po dokładnem oczyszczeniu i opróżnieniu przełyku, dałem chorej śniadanie próbne; w 1½ godz. potem wydobyłem 120 ctm. sz. zawartości; zaczyna się ona aspirować w odległości 36-u ctm od brzegu zębów siecznych. Wydobyta zawartość nie jest kwaśna, zbyt wielkiej ilości nabłonków i śluzu nie zawiera. Na naradzie z drem REJCHMANEM chorej polecono przyprowadzić do porządku zęby, zwracać pilną uwagę na dokładne żucie wszystkich pokarmów wogóle, jarzyny jadać przecierane, mięso zaś rozdrabniać zapomocą rozdrabiacza. Unikać ostrych potraw, trunków i twardych pokarmów [łącnotkankowe cząstki mięsa, grzyby, łupiny z owoców]. Przepłukiwać przełyk starannie codziennie wieczorem ciepłą wodą; w ciągu pierwszych paru tygodni, po dokładnem opróżnieniu i wypłukaniu przełyku, przemyć go lekkim roztworem lapisu (aby podziałać na *oesophagitis desquamativa*). Później od czasu do czasu przepłukiwać przełyk lekkim roztworem sody i soli kuchennej w równych częściach. Po przepłukaniu wprowadzić koniuszek sondy do żołądka, jeżeli przechodzi on bez użycia silniejszego nacisku.

Chorą widziałem jeszcze dwukrotnie w odstępach dwu-, trzymiesięcznych. Przybyło jej jeszcze 15 f. wagi, cera poprawiła się, głos również. Dolegliwości żadnych przy połykaniu chora nie uczuwa i wogóle czuje się zdrową, prawie codziennie jednak przepłukuje sobie i dokładnie opróżnia przełyk. Zabieg ten przyswoiła sobie w zupełności, robi go szybko i dokładnie. Wyniki badania sondą nie uległy już więcej żadnym zmianom.

Przypadek II. W końcu maja r. z. badałem chorego dra REJCHMANA S. B., lat 24, żonatego, dietnego, z gub. Grodzieńskiej. Chory skarży się na utrudnienie w połykaniu od lat 3-eh. Uczuwa on, że pokarmy zatrzymują się za dolną częścią mostka, powodując uczucie ciężkości, które najbardziej lokalizuje się w jednym punkcie, mianowicie w najwyższej części lewej połowy dołka podsercowego, bezpośrednio za i pod brzegiem dolnym

mostka, tuż obok łuku żebrowego [nb. miejsce to odpowiada dość ściśle okolicy nałwpułstowej, w warunkach normalnych bowiem wpust leży na 1—2 ctm. sz. na lewo od niego]. W początku choroby zatrzymywały się tylko stałe pokarmy, obecnie zatrzymują się płynne. Dawniej zatrzymywały się one tylko przez chwilkę i później przechodziły, obecnie zatrzymują się dłużej, zwłaszcza pokarmy stałe, i powodują trwające czas dłuższy uczucie ciężkości we wskazanej okolicy dołka. Właściwie mówiąc, chory zawsze czuje, że w górnej części dołka i za dolną częścią mostka coś stoi i zlekka cięży, a tylko po jedzeniu uczucie to nasila się i staje się bardzo przykrem. Po zjedzeniu stałych pokarmów w większej ilości, zwłaszcza po zjedzeniu większej ilości mięsa, lub, jeżeli nie zwracając uwagi na istniejącą już ciężkość, chory zje więcej, to dostaje bólów za dolną częścią mostka, kończących się wtedy dopiero, gdy pojawią się męczące wymioty lub zwracanie, zawierające obok przyjętego pokarmu bardzo dużo gęstego śluzu. Wymioty te i zwracania, sądząc z wielu danych, chory przeważnie sam sobie wywołuje, lub też zapomocą rozmaitych sposobów je ułatwia [kaszel, nachylenie się ku przodowi, odchrząkiwanie, drażnienie gardzieli]. Jeżeli uczucie ciężkości w dołku jest bardzo silne i wogóle podczas bólów, chory czuwa niepokój w całym brzuchu i dostaje parcia na stolec. W ostatnich czasach chory czuje się gorzej; ciężkość w dołku występuje często już po przyjęciu niewielkiej ilości pokarmów, nieraz nawet wyłącznie płynnych.

[D. c. n.].

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O cięciu nadłonowem szyjki macicy ciężarnej albo  
o t. zw. cięciu cesarskiem na szyjce macicznej  
o t. zw. cięciu cesarskiem na szyjce macicznej  
(*sectio caesarea cervicalis*).

Podał

M. Zwejgbaum.

W poszukiwaniu najbezpieczniejszych sposobów operacyjnego rozwiązania tych nieszczęśliwych ciężarnych, które przyroda upośledziła miednicą ścięsnioną, zajęto się przed kilkunastu laty udoskonaleniem klasycznego cięcia cesarskiego [SAENGER], następnie wskrzeszono dawno już zapomniane cięcie łonowe (*symphysiotomia*) [MORISSONI], i zastąpiono je wkrótce cięciem przyłonowem (*pubiotomia*) [GIGLI], dziś już znacznie doskonalszym, a nasonalnym i znanem jako *hebesteotomia* [DÖDERLEIN, BUMM]. Ale ani cięcia cesarskiego, ani cięcia przyłonowego nie można stosować w każdym, choćby najodpowiedniejszym pod względem wskazań, przypadku zwężonej miednicy, gdyż często warunki, wśród których odbywa się poród przy miednicy ścięsnionej, nie odpowiada warunkom, jakich wymagają te operacje, aby były uwieńczone zejsciem pomyślnem. Tak np. cięcie cesarskie wymaga bez-

względnie aseptycznego stanu dróg porodowych, albowiem operowanie w tkankach zakażonych powoduje w następstwie rozmaite powikłania natury septycznej, jak np. zapalenie wewnątrzmaciczne, a wskutek tego nieogojenie się rany macicy, zapalenie śmiertelne otrzewnej najczęściej wskutek wylania się do jamy brzusznej wody płodowej zakażonej i t. d. Zresztą i to trzeba wziąć pod uwagę, że niezawsze uzyskuje się od rodzącej lub jej otoczenia zgodę na cięcie cesarskie, gdyż operacja ta do dziś dnia uchodzi wśród publiczności za zabieg ciężki, zagrażający życiu operowanej. I słusznie, bo aczkolwiek z chwilą wprowadzenia udoskonalen do operacji cięcia cesarskiego klasycznego, zwłaszcza pod względem aseptyki i staranniejszego dobierania przypadków, wymagających tej operacji, cięcie cesarskie stało się mniej niebezpieczne, to jednak i dziś jeszcze zejście śmiertelne po cięciu cesarskiem zdarza się dosyć często.

O hebesteotomii, na którą od chwili pojawienia się jej wskazywano, jako na zastępczynię cięcia cesarskiego, wykonywanego ze wskazań względnych, da się tylko tyle powiedzieć, że ponieważ niestosunku między główką płodu a ścięsnioną miednicą często nie można ściśle z góry określić, więc pomimo przecięcia kości spojenia łonowego niezbędne okazać się mogą w następstwie kleszcze albo nawet wymóżdżenie; prócz tego następstwa bezpośrednie hebesteotomii bywają często dość ciężkie [krwotoki, krwiaki, rozdarcie pochwy i pęcherza], a skutki operacji, dla matki zwłaszcza—nieobliczalne; wszystko to więc razem nie pozwala jeszcze poczytywać hebesteotomii w obecnym stadium jej rozwoju za operację zbawczą dla ścięsnionej miednicy i mającą zastąpić wszystkie w tym celu dotychczas stosowane operacje [jak obrót zapobiegawczy, wysokie kleszcze, cięcie cesarskie ze wskazania względnego].

Bywają więc warunki niekorzystne, uniemożliwiające bezpieczne wykonanie cięcia cesarskiego klasycznego, są też i takie, które ograniczają znacznie zastosowanie w ścięsnieniu miednicy hebesteotomii, nawet sposobem podskórnym wykonywanej. W tych wypadkach najlepszym sposobem rozstrzygnięcia kwestyi leczenia akuszeryjnego wobec miednicy ścięsnionej byłoby wynalezienie względnie bezpiecznej drogi do szyjki macicznej, mianowicie do jej części nadpochwowej.

Taką drogą mogłoby być jedynie dotarcie do szyjki macicznej przez powłoki brzuszne z możliwym wykluczeniem otrzewnej z pola operacyjnego. Jak wiadomo, część szyjki macicznej, leżąca ponad spojeniem łonowym, pozabawiona jest pokrycia otrzewną. Długość tej części szyjki jest rozmaita, zależnie od wieku, jak i od rozwoju osobnika. Wypełnienie pęcherza moczowego wygładza *plicam vaesico-uterinam* przez pociąganie ku górze otrzewnej; część zewnątrzotrzewna szyjki macicznej wydłuża się wtedy na koszt odcinka wewnątrzotrzewnego. Wzrastająca podczas ciąży macica pociąga również otrzewną ku górze; prócz tego już sam przerost tkanek, zależący od ciąży, powoduje powiększenie się szyjki macicznej w jej części zewnątrzotrzewnej. Podczas porodu fałda zagięcia otrzewnej postępuje za kurczącym się trzonem macicy, a szyjka maciczna ulega rozciągnięciu w kierunku swej osi. Wszystko to razem sprawia, że w okresie wydalenia płodu cała szyjka maciczna, włącznie z pociągniętą ku górze częścią nadpochwową tkwi w tkance łącznej miednicowej, a pęcherz też jest na tak dalekiej przestrzeni obnażony z otrzewnej, że fałda jej zagięcia zaledwie dotyka jeszcze jego wierzchołka i daje się zwykle dość łatwo oddzielić od pęcherza, jako złączona z nim luźną tkanką. Ponieważ pęcherz daje się nadzwyczaj łatwo odsunąć do dołu ku sklepieniu pochwy, a fałda zagięcia otrzewnej do góry ku trzonowi macicy, więc pożądanym do operacji odcinek szyjki macicznej staje się na zewnątrz otrzewnej łatwo dostępnym. Im dłużej trwa poród, im zwężenie miednicy jest znaczniejsze, tem warunki dostępu na zewnątrz

otrzewnej do szyjki macicznej, dla łatwo zrozumiałych powodów, stają się dogodniejsze.

Pomysł do bezpośredniego wydobywania płodu z macicy ponad spojeniem łonowym powziął jeszcze w 1833 roku JOERG, następnie metodę jego starali się poprawić RITGEN, PHYSICK i BAUDELOQUE [młodszy], ale prędko metoda ta, jako bardzo niebezpieczna poszła w zapomnienie i dopiero F. FRANKOWI [1], dyrektorowi zakładu położniczego w Kolonii, przypadła w r. 1907 zasługa wskrzeszenia na nowo pomysłu zewnątrzotrzewnego przecinania szyjki macicy ciężarnej celem wywiązania tą drogą płodu w przypadkach miednicy ścieśnionej. Operacyi swej dał on nazwę ogólną: „rozwiązanie nadłonowe“ („*suprasymphysäre Entbindung*“), i przepowiada jej przyszłość trwałą w akuszerii. Skoro się tylko wydoskonali, będzie w stanie wyrugować zupełnie: sztuczne poronienie, sztuczny poród przedwczesny, wymóżdżenie żywego płodu w przypadkach zwężonej miednicy, zastąpi zaś często cięcie cesarskie klasyczne lub hebestotomię w tych przypadkach zwężonej miednicy, o których już wyżej była mowa. I nie ulega wątpliwości, że granice wskazań do tej operacyi będą się rozszerzały nieustannie, a to tem bardziej, że stopień zwężenia miednicy nie gra żadnej przy niej roli. A więc wszędzie tam, gdzie się zjawi potrzeba szybkiego rozwiązania ze względu na grożące matce lub dziecku niebezpieczeństwo, wtedy, gdy główka stoi jeszcze ruchoma nad wchodem miednicy, usta maciczne i drogi porodowe miękkie są jeszcze wąskie, a macica uległa tężcowi, albo zjawia się wypadnięcie pępowiny a dziecko żyje, lub wreszcie, gdy macicy zagraża pęknięcie—tam poród sztuczny nadłonowy będzie najlepszym sposobem rozwiązania bez względu na to, czy jest, czy, niema gorączki.

Operacyę swoją opisuje FRANK w sposób następujący: 1) Rodzącą układa się z miednicą wzniesioną [ulożenie TRENDELENBURGA]; 2) powłoki brzuszne zostają przecięte poprzecznie nad spojeniem łonowym aż do otrzewnej [cięcie BARDENHAUER'a]. Wystarcza względnie małe cięcie. Naczynia krwawiące: *epigastrica infer. ext.* i inne należy podwiązać; 3) po otwarciu worka otrzewnej [celem lepszego dostępu dla oka] lub bez otwarcia jego, odsuwamy zaginającą się fałdę otrzewnej w dolnych jej częściach od pościeliska i od macicy, poczem po zeszyciu na nowo worka otrzewnej [o ile był otwarty], przecinamy poprzecznie ścianę macicy w dolnym jej odcinku, niepokrytym otrzewną [szyjkę]. Jeśli otrzewną pozostawi się nieotwartą, to pęcherz będzie tworzył na drodze przeszkodę, a wtedy przy oddzielaniu otrzewnej z tylnej jego ściany nastąpić może znaczne krwawienie, a nieraz i rozdarcie otrzewnej. Najlepiej więc będzie otrzewną naciąć i pod kontrolą oka fałdę przechodzącą z macicy na pęcherz i otrzewną ścienną odsunąć z dolnego odcinka macicy, a następnie cięcie starannie zeszyć i wtedy dopiero szyjkę naciąć. Jeśli się chce wejrzeć dokładnie, to się otwiera otrzewną wprost nad pęcherzem, pęcherz odsuwa ku przodowi, nacina otrzewną pęcherza poprzecznie na granicy między luźnym a mocnym jej przyczepem i w ten sposób wytwarza się płat otrzewnej z fałdy przejściowej do pęcherza i do *ligamentum latum* i łączy się go z otrzewną ścienną górnego brzegu rany; 4) po przecięciu macicy główka wywiązuje się prawie samodzielnie, a ponieważ krwawienia niema i otrzewna jest zamknięta, to ewentualnie można nawet poczekać na skurcze macicy i na samodzielne wywiązanie się główki. Pomódz można przez nacisk na dno macicy; 5) w czystych przypadkach macicę zeszywa się napowrót. Najwłaściwszym do tego jest katgut; szwów potrzeba niewiele. Do zeszywania otrzewnej najodpowiedniejszym jest cienki jedwab; 7) dbać należy o swobodny odpływ odchodów macicznych i przepuszczalność szyjki i w tym celu należy wprowadzić do macicy seton gazy jodoformowej, który jednak nie może tam długo pozostawać;

8) do zeszywania powłok brzusznych potrzeba kilku szwów jedwabnych głębokich, któreby objęły mięśnie i powięź.

Według FRANKA, operacja jego nadaje się i w praktyce prywatnej, gdyż nie wymaga pośpiechu, jako nie narażająca życia ani matki ani dziecka na niebezpieczeństwo. Podczas przecinania powłok brzusznych nad spojeniem łonowym trzeba uważać, aby pęcherza moczowego nie zranić, zwłaszcza, jeśli go się przed operacją nie opróżniło zupełnie. Uszkodzenie takie wypadłoby najprawdopodobniej w tej części pęcherza, która leży na zewnątrz otrzewnej.

FRANK w 13-u przypadkach ścieśnionej miednicy operował swą metodą i był z niej zupełnie zadowolony: wszystkie matki wyszły z zakładu z d r o w e, a z dzieci zachował przy życiu te, które można było uratować [dwoje zmarło: jedno w przypadku *placentae praeviae*, drugie urodzone w pozornej śmierci, będącej następstwem uszkodzeń czaszki i naczyń kręgosłupa, spowodowanych (poza zakładem) bezskutecznymi próbami operacji kleszczowej]. Wszystkie te przypadki pod względem stanu aseptycznego były podejrzane, a więc o hebstotomii, a tem bardziej o klasycznym cięciu cesarskim myśleć tu nie można było.

W porodach ze zwężoną miednicą, nie zupełnie pewnych pod względem stanu aseptycznego zawartości macicy lub już zainfekowanych rozwiązanie nadłonowe okazało się operacją wyborną, tem donioślejszą, że zadaniem jej jest wyrugowanie z akuszeryi jednego z najokropniejszych jej przeżytków—wymóżdźnia żywego płodu, które z bolem serca lekarz, chcąc matkę ratować, jeszcze i teraz wykonywać musi.

Modyfikacji operacji FRANKA, którą wprowadził SELHEIM [2] pod nazwą „cięcia cesarskiego pozaotrzewnego”, nie można przypisywać wielkiego znaczenia: zamiast cięcia poprzecznego szyjki macicznej wprowadza on cięcie jej podłużne, jako wygodniejsze ze względu na możliwość przedłużenia go w razie potrzeby ku górze lub ku dołowi i mniejszą obfitość spotykanych w tem cięciu naczyń. Prócz tego do przecięcia powłok brzusznych posługuje się t. zw. cięciem poprzecznym skóry i powięzi, według PFANNENSTIEL'a. Pozatem, aczkolwiek nadał swej operacji nazwę pozaotrzewnej, to jednak przyznać się musi do tego, że niezawsze udaje się mu wykonywać całą tę operację na zewnątrz otrzewnej, gdyż często odciążenie fałdy otrzewnej z wierzchołka pęcherza sprawia wielkie trudności, a wtedy musi naciąć otrzewną na granicy pęcherza, a następnie, przecięwszy poprzecznie najgłębsze miejsce *plicae vesico-uterinae*, może dopiero odsunąć pęcherz od szyjki macicznej. I tu, co prawda, można zachować na czas otwarcia szyjki macicznej charakter zewnątrzotrzewnej operacji, jeśli się starannie przed przecięciem macicy zeszyje brzeg otrzewnej macicznej z otrzewną powłok brzusznych i prócz tego miejsce szwu zabezpieczy wilgotnymi kompresami, ale w ścisłym pojmowaniu będzie to już raczej operowanie nie poza otrzewną, lecz poprzez otrzewną [transperitonealne]. To samo zresztą, jak widzieliśmy, radził już FRANK, którego jednak zasługa w sprawie pozaotrzewnego otwierania macicy ciężarnej nie jest należycie przez SELHEIM'a oceniona.

O wiele donioślejszą jest, zdaniem naszym, modyfikacja zaproponowana przez F. FROMME'go [3] z kliniki prof. VEIT'a w Halli, i jak dotychczas, z dobrym skutkiem zastosowana w 10-u przypadkach ścieśnionej miednicy. Jest to operacja *par excellence* poprzeczotrzewna [transperitonealna], t. j. wymagająca przecięcia: 1) otrzewnej ściennej i 2) otrzewnej przylegającej do macicy, aby się dostać poza otrzewną do szyjki macicznej, celem jej przecięcia. Operację swą F. opisuje w ten sposób: 1) Cięcie podłużne powłok brzusznych, poczynające się nad spojeniem łonowym po linii białej, 12 ctm. długie, przechodzące wgląd przez wszystkie warstwy ściany brzusznej; 2) cięcie po-

dłużne otrzewnej macicznej w linii środkowej, poczynając się od najgłębiej leżącego miejsca *plicae vesico-uterinae* i sięgające tak wysoko, jak daleko otrzewna przylega do macicy, a więc po silnych skurczach porodowych macicy—na przestrzeni 10-u—12-u ctm.; odsunięcie tej otrzewnej na obie strony, co jest bardzo łatwe do skutecznienia, i zeszyicie prowizorycznie jej listków z listkami otrzewnej ściennej szwem ciągłym, albo złączenie tych listków otrzewnej szczypczykami, blisko siebie ułożonymi; 3) cięcie podłużne rozciągniętej szyjki macicznej; 4) wyciśnięcie główki płodu albo obrót na nóżki, i wyciśnięcie łożyska; 5) zeszyicie macicy; 6) rozklejenie złączonych przedtem prowizorycznie listków otrzewnej macicznej i otrzewnej ściennej i zeszyicie ponowne listków otrzewnej, oddzielnie macicznych i oddzielnie ściennych; 7) wreszcie zeszyicie powięzi brzusznej i skóry powłok brzusznych. To łączenie prowizoryczne listków otrzewnej macicznej z listkami otrzewnej brzusznej [przed przecięciem macicy], następnie [po zeszyiciu macicy] ich rozklejenie i zeszywianie oddzielne listków macicznych i listków brzusznych, stanowi również odrębność metody FROMME'go. Postępuje on tak nawet i w tych przypadkach, w których za stan aseptyczny zawartości macicy po licznych badaniach wewnętrznych rodzącej ręczy już nie można, ale w których jednak termometr nie wykazuje jeszcze gorączki. F. uzasadnia to postępowanie w ten sposób, że zeszyicie prowizoryczne listków otrzewnej potrzebne jest tylko na to, aby do jamy otrzewnej podczas przecinania macicy i wydobywania płodu nie dostała się zawartość macicy [woda płodowa, krew, *meconium*], która stanowiłaby podatną glebę dla znajdujących się w worku otrzewnym bakterii saprofitycznych [w przypadkach zakażeń saprofitycznych]. Bez gleby takiej, bakterie saprofityczne rozwinąć się na otrzewnej nie mogą. Utrzymywanie więc jamy tej w suchości jest jedynym celem czasowego jej zamknięcia; po zeszyiciu zaś macicy, kiedy już nie zagraża otrzewnej zawartość macicy, można bezpiecznie złączone prowizorycznie listki otrzewnej rozkleić i złączyć na nowo odpowiadające sobie listki. Czy postępowanie podobne byłoby bezpieczne i w przypadkach zakażeń połączonych z gorączką—o tem zdaje się autor powątpiewać; obawia się jednak, że przy pozostawieniu na stałe listków otrzewnej w zeszyiciu prowizorycznym, może nastąpić zrost macicy z przednią ścianą brzucha.

PFANNENSTIEL [4] zaleca również operowanie transperitonealne, przy czem jednak o prowizorycznym zeszyiciu listków otrzewnej nie wspomina. Na powłoki brzuszne zaleca tak samo, rozumie się, jak SELLHEIM swoje cięcie poprzeczne powięziowe (*Fascienquerschnitt*). Wskazania do tej operacji rozszerza on i na przypadki zagrażającego pęknięcia macicy przy żyjącem jeszcze dziecku, a więc przedewszystkiem na przypadki położen poprzecznych zaniebanych. SELLHEIM sądzi także, że możnaby znacznie rozszerzyć wskazania do operacji zewnątrzotrzewnego rozcięcia macicy, mianowicie i na porody czyste, niezakażone u osób, mających miednicę ściśnioną, a więc na porody, które dotychczas kwalifikowano do cięcia cesarskiego klasycznego lub pochwowego i do hebestotomii. Dla porodów zakażonych SELLHEIM w ostatniej swej pracy [5] proponuje transperitonealne cięcie szyjki macicznej z pozostawieniem następnie przetoki między macicą a powłokami brzuszными i nazywa tę modyfikację rozwiązaniem przez przetokę maciczno-brzuszną („*Die Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel*“).

KUESTNER [6] operował dwa razy zewnątrzotrzewnie według SELLHEIM'a: daje tej metodzie pierwszeństwo przed metodą transperitonealną w przypadkach pod względem zakażenia podejrzanych, jako bezpieczniejszej. Wreszcie BAUMM [7], RUBEŠKA [8] i Czyżewicz jun. [9] wykonali również operację nadłonowego przecięcia szyjki macicznej u ciężarnych, pierwszy według metody FRANKA, drugi według PFANNENSTIEL'a i trzeci—według SELLHEIM'a.

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

- 1) FRITZ FRANK. Die suprasymphysäre Entbindung und ihr Verhältniss zu den anderen Operationen bei engen Becken. Archiv f. Gynäkologie 1907, tom 81, str. 46.
- 2) HUGO SELLHEIM. Der extraperitoneale Uterusschnitt. Centralblatt f. Gynäk. 1908, Nr. 5, str. 133.  
HUGO SELLHEIM. Weiteres vom extraperitonealen Uterusschnitt. Centralbl. f. Gynäk. 1908, Nr. 10, str. 319.
- 3) F. FROMME. Für den extraperitonealen Kaiserschnitt. Centralblatt f. Gynäk. 1908 Nr. 17, str. 545.
- 4) J. PFANNENSTIEL. Zur Indication und Technik des cervikalen Kaiserschnittes. Centralblatt f. Gynäk. 1908, Nr. 10, str. 313.
- 5) HUGO SELLHEIM. Die Entbindung durch die „Uterusbauchdeckenfistel“. Centralblatt f. Gynäk. 1908, Nr. 20, str. 64.
- 6) OTTO KUESTNER. Ueber Sellheim's extraperitonealen cervicalen Kaiserschnitt. Centralblatt f. Gynäk. 1908, Nr. 16, str. 505.
- 7) PAUL BAUMM. Die suprasymphysäre Entbindung. Centralblatt f. Gynäkologie 1908, Nr. 14, str. 451.
- 8) W. RUBEŠKA. Sectio caesarea cervicalis. Centralblatt f. Gynäkologie 1908, Nr. 17, str. 549.
- 9) ADAM CZYŻEWICZ jun. Extraperitonealer Kaiserschnitt. Centralblatt f. Gynäk. 1908, Nr. 25, str. 817.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 77. W sprawie leczenia operacyjnego zatoru tętnicy płucnej.

We wrześniu 1907 r. na zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich TRENDELENBURG wystąpił z metodą operowania chorych, dotkniętych zatorem tętnicy płucnej. Na podstawie doświadczeń na zwierzętach i trupach podał on wówczas następujący sposób postępowania. Serce obnaża przez wykrojenie ze ściany tułowia płata, sięgającego od 3-go do 6-go żebra; brzeg przyśrodkowy płata odpowiada lewemu brzegowi mostka, płat uchyla się na zewnątrz, poczem przecina się osierdzie. Następnie T. wyciąga serce z osierdzia w odległości 1—2 ctm. ku wewnątrz *sulc. long. ant. cordis*, nakłada przez ścianę *coni arteriosi* dwie ligatury jedwabne w odległości 1 ctm. i przecina między niemi ścianę tętnicy. W końcu przez otwór wprowadza się grubą rurkę średnicy 13 mm. i wyciąga się skrzepę, poczem zasywa się ranę serca. Operację powyższą T. wykonał na chorej 62-u letniej, która wszakże zmarła podczas zabiegu. Na początku tego roku T. podał ulepszony sposób operowania zatoru tętnicy płucnej, polegający na tem, że nie potrzeba wyciągać serca na zewnątrz. Na lewej stronie tułowia, pod obojczykiem, wycina płat językowaty o podstawie, przylegającej do lewego brzegu mostka na przestrzeni 3-ch pierwszych żeber. Następnie przecina drugie żebro w odległości 6—7 ctm. od połączenia z mostkiem i razem z płatem odchyła na prawo. W razie wąskości przestrzeni międzyżebrowych wycina jeszcze kawałek 3-go żebra. Na wysokości 3-go żebra przez otwór w opłucnej otwiera worek osierdzia w górnej tylko jego połowie, oszczędzając nerw przeponowy. Brzegi rozciętego osierdzia przytwierdza do brzegów rany skórnej tak, że górna połowa jamy osierdzia stoi otworem. Wewnątrz tej ostatniej widzi się tętnicę płucną i aortę. Wprowadzając do osierdzia gruby, zagięty zgłębnik, opatrzoną zakończeniem w kształcie oliwki, ruchem śrubowym okrążamy tę-

nicę płucną i aortę, dopóki koniec jego nie wyjdzie przy brzegu mostka, co według T. udaje się szybko i łatwo.

Uchwyciwszy w ten sposób główne naczynia, wyciągamy je nieco na zewnątrz, uważając, aby zgłębnik nie był umieszczony zbyt blisko zastawek. Przed samem nacięciem tętnicy uciskamy ją, przyciskając palcem do zgłębnika. Następnie szybko przecinamy ją podłużnie, przez otwór zapomocą kleszczy polipowych chwytamy czop w samym pniu tętniczym lub rozgałęzieniach i wyciągamy go na zewnątrz. Teraz ranę w tętnicy natychmiast zaciskamy zapomocą zgiętych kleszczyków bocznie, tak, ażeby brzegi rany wystawały przed kleszczykami na 1 mil. Ucisk na tętnicę przerywa się, przerwany chwilowo krwiobieg powraca, poczem ranę się zeszywa i kleszczyki zdejmuje. Osierdzie zeszywa się, płat reponuje się.

W ten sposób TRENELEBURG operował 8-tygodniowe cielę, któremu przez żyłę jarzmową wprowadził do krwiobiegu kawałek płuca. Ucisk tętnicy płucnej trwał nie dłużej nad 1—2 m. Zwierzę doskonale zniosło zabieg.

Ostatnio HEVERS ogłosił przebieg przypadku, w którym udało mu się usunąć z tętnicy płucnej wszystkie zatory, zakończyć operację i utrzymać chorą przy życiu przez 15 godzin.

48-letnia chora przybyła do kliniki z niewyraźnymi objawami jakiejś sprawy zapalnej w brzuchu, i z prawostronnem zapaleniem płuc. To po upływie 10-u dni zaczęło ustępować, gdy naraz chora któregoś dnia o godz. 6-ej zrana zsiniała wśród objawów duszności. Skóra była zimna, blade-siwa, oddech głęboki, źrenice szerokie, tętno ledwie wyczuwalne. Chorą natychmiast przeniesiono na salę operacyjną, i po upływie 20 u minut, HEVERS w przekonaniu, że ma do czynienia z zatorem tętnicy płucnej, przystąpił do operacji.

Cięcie płatowe. Cięcia poziome w pierwszej i 3-ej przestrzeniach międzyżebrowych; cięcia pionowe w odległości 8—10 ctm. od lewego brzegu mostka. Płat mięśniowo-skórny odchyłono na mostek, poczem ukośnie przecięto 2-ą i 3-ą chrząstkę żebrową, i opłucną, poczem płat ten wyważono na zewnątrz. Lewe płuco okazało się spadniętem, czynność serca b. słaba, tętnica płucna i główna schowane pod górnym brzegiem rany. Teraz otwarto osierdzie, poczem szybko okrażono naczynia zgłębnikiem, a bliżej przymocowano sączek, zgłębnik usunięto, a dren znalazł się w tyle naczyń. W tym okresie chora zupełnie przestała oddychać; dlatego też, nie odsuwając już osierdzia trzewowego z tętnicy płucnej, zaciśnięto dren i nacięto tętnicę powyżej zastawek, przez otwór długości 1-go ctm. wprowadzono kleszcze polipowe i z lewej gałęzi tętnicy wyciągnięto duży zator długości 21 ctm., grubości 10—12 mm., za nim ukazał się w rlinie drugi taki sam. Manipulacya ta zajęła raptem kilka sekund. Teraz zaciśnięto bocznie otwór w tętnicy, i przzerwano ucisk. Natychmiast po usunięciu drugiego zatoru chora głęboko westchnęła, przy zupełnym braku ruchów serca, które powróciły dopiero pod wpływem bodźców mechanicznych. Nałożenie szwu naczyniowego nastęrczało pewną trudności, ponieważ brzegi rany wysuwały się z kleszczyków, ale w końcu udało się szczelnie zaszyć tętnicę. Powoli tętno zaczęło powracać. Osierdzie i opłucną szczelnie zaszyto; płaty kostny i skórny odprowadzono na miejsce pierwotne. Częściowe sączkowanie. Po zabiegu przytomność powróciła, źrenice rozszerzają się; pod wpływem wdychania tlenu ustępuje sinica, kończyny stają się cieplejsze. W ciągu dnia działalność serca była to silniejsza, to słabsza, tętno 100—120. Tony serca czyste. Jednakże wieczorem o godz. 7-ej nastąpiło nagłe pogorszenie, spadek ciepłoty i chora około godz. 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> zmarła.

Częściowe oględziny pośmiertne stwierdziły brak odmy piersiowej, osierdzie puste, serce wiotkie, szew na tętnicy trzyma, sam pień główny tej tętnicy pusty. W rozgałęzieniach głównych brak zatoru.

Sam fakt przedłużenia życia chorej o 15 godzin dzięki zabiegom TRENDLENBURGA zasługuje, bez wątpienia, na uwagę. Dlaczego serce w dalszym ciągu nie dopisało, na to trudno dać określoną odpowiedź; w każdym razie było ono już dzięki sprawie zasadniczej osłabione. Że zaciśnięcie naczyń głównych nie wywarło wpływu szkodliwego na ośrodki sercowe, dowodzi powrót chorej do przytomności i odczyn źrenic.

Sam zabieg technicznie do trudnych nie należy, a usunięcie zatorów z tętnicy odbyło się bardzo szybko, co pozwala skrócić czas trwania ucisku na naczyńia do *minimum*.

Naturalnie, zabieg T. o tyle tylko dać może wynik pomyślny o ile: 1) rozpoznanie zrobione będzie natychmiast; 2) pomoc lekarska będzie na miejscu; 3) lekarz posiądzie technikę odnośną; 4) zawsze będzie pod ręką wysterylizowany specjalny komplet narzędzi.

Aleksander Wertheim.

(*Centralbl. f. Chir.* 1907, Nr 44 i 1908, Nr 4.—*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* T. 93, z. 3).

## XV Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

10-go i 11-go lipca 1908 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 36].

10. L. RYDYGIER [sen.] [Lwów] przedstawia preparat cięcia przełyku i tętnicy głównej z sekcji dziewczyny, zmarłej w dwa dni po połamaniu kostki kurzej z krwotoku, wskutek przedziurawienia niaścian przełyku i aorty.

Dyskusya: KOWENICKI, ZIEMBICKI [Lwów].

11. CETNAROWSKI [Kraków]. O równoczesnym raku żołądka i jajników.

Mnożą się spostrzeżenia, dotyczące zjawiska występowania raka jednocześnie w żołądku i w jajnikach. C. omawia 4 analogiczne spostrzeżenia z kliniki ginekologicznej krakowskiej i zgodnie ze zdaniem innych autorów [FRANQUE, HOFMEIER] przypuszcza, iż drogą rozsiania z żołądka następuje przeniesienie komórek nowotworowych na jajniki; z tego względu wyraża zdanie, aby chirurdzy, robiąc u kobiet wycięcie odźwiernika z powodu raka, zawsze usuwali jednocześnie i jajniki, stanowiące *locus praedilectionis* dla usadowienia się przerzutów rakowych.

Dyskusya: KRYŃSKI [Warszawa], KADER, ROSNER [Kraków].

12. A. ROSNER [Kraków]. *Chorionepithelioma malignum*.

SAENGER pierwszy opisał ten nowotwór złośliwy, nabłoniak kosmówki, rozwijający się z nabłonka błony doczesnej u kobiet ciężarnych. Nowotwór ten składa się z masy komórek mieszanych i jest jedynym nowotworem, powstającym ze składników jednego ustroju — płodu, a rozwijającym się w ustroju drugim — matki. Zdarza się niekiedy, iż zanika on sam przez się. R. opisuje 3 przypadki, jakie spostrzegął w swojej klinice, i przedstawia uzyskane preparaty.

13. L. KRYŃSKI [Warszawa]. Nowy sposób operowania doszczętnego przepuklin pachwinowych.

W operacjach przepuklin pachwinowych przy zamykaniu doszczętnem otworu w ścianie brzusznej trudność stanowi zawsze sznurek nasienny, dla

którego pozostawić trzeba otworek, tworzący później ów słabszy punkt, usposabiający do nawrotów w bliźnie. Używane obecnie metody w rozmaity sposób starają się temu zapobiedz. K. od niedawna stosuje metodę następującą. Wypreparowanie worka przepuklinowego, dokładne oddzielenie jego szyjki, podwiązanie w tem miejscu i odcięcie, poczem kikut unosi się jak najwyżej ku górze i przyszywa do tylnej powierzchni mięśni ściany brzusznej [według POSTEMPSKIEGO]. Otwór przepuklinowy przedłuża się ku dołowi, przecinając więzadło pachwinowe (*lig. Poupartii*), łącząc w ten sposób zniekształcony kanał pachwinowy z kanałem udowym. Do otwartego tak kanału udowego wpuszcza się sznurek nasienny, który na nowej siedzibie ma od dołu brzeg kości lonowej, od góry więzadło pachwinowe, od zewnątrz żyłę udową, od wewnątrz więz GIMBERNATA; ten więz niekiedy dla uzyskania miejsca należy naciąć. Wtedy cały otwór w ścianie brzusznej wraz z przeciętym więzem pachwinowym zeszywa się doszczętnie szwem 2-u piętrowym, bacząc na szczególnie dokładne zeszywanie powięzi zewnętrznej. W kilku przypadkach na podstawie badań RADLIŃSKIEGO i SŁAWIŃSKIEGO wyciął K. naczynia powrózka nasiennego, przez co objętość jego sprowadza się do grubości *vasis deferentis*, zajmującego mało miejsca w nowem miejscu. Sposób ten stosował K. w ciągu ostatniego roku 22-a razy z wynikiem bardzo dobrym. Rzecz prosta, za krótki to czas, aby mózż ostatecznie ocenić trwałość otrzymanych wyników, które dotychczas przedstawiają się zachęcająco.

14. Z. RADLIŃSKI [Kraków]. Dalsze doświadczenia nad wycinaniem naczyń powrózka nasiennego przy operacji przepukliny pachwinowej.

Na zasadzie badań anatomicznych nad przebiegiem tętnic jądra i powrózka nasiennego, stwierdza R., iż w 3-ch przebiegających tu tętnic (*arteria spermatica int., art. deferentialis i art. spermatica ext.*) każda z osobna wystarcza do odżywiania jądra, istnieją bowiem szerokie połączenia pomiędzy nimi; nie należy przecinać zbyt nisko, lecz przynajmniej na 2 palce ponad jądrem. Jeżeli oddziałać na tępo z powrózka nasieniowód, to przy nim pozostaje razem tętnica nasieniowodowa, dostateczna do zapewnienia odżywiania jądra. Ma to ważne znaczenie przy operowaniu przepuklin pachwinowych, albowiem zmniejszenie objętości powrózka nasiennego ułatwia znacznie dokładne zamknięcie otworu w ścianie brzusznej i dla przepuszczenia nasieniowodu wystarcza odstęp zwykły pomiędzy szwami węzłkowymi, przyczem niema obawy o zaciśnięcie spłotu żylnego. Takie wycinanie naczyń powrózka stosowano przy operacji BASINI'ego w klinice krakowskiej 23 razy, zawsze z wynikiem dodatnim; obrzęk jądra i moszwy występuje przytem rzadziej, niż przy operowaniu zwykłym bez rezekcyi.

15. B. KADER [Kraków]. O postępowaniu przy przepuklinach uwięzłych.

Jako zabieg prawidłowy przy przepuklinie uwięzłej stosuje K. w klinice krakowskiej enteroanastomozę, którą zakłada o 20—25 ctm. powyżej miejsca zaciśnięcia na jelitach zupełnie zdrowych. Stwierdziwszy zgorzel pętli jelitowej, K. robi laparotomię, wytwarza enteroanastomozę, poczem wraca do pętli zaciśniętej, uwalnia ją i tamponadą z gazy oddziela od jamy otrzewnej. Jeżeli stan ogólny chorego na to pozwala, wykonywa doraźną rezekcyę pętli zgorzelinowej i przecięte końce po zmiżdżeniu zamyka szwem kapciuchowym; ranę tamponuje. Ogólna śmiertelność w przypadkach przepuklin uwięzłych wynosi w klinice krakowskiej 38%, co stanowi postęp w porównaniu z liczbami lat dawniejszych i liczbami innych klinik [np. w klinice MIKULICZA wynosiła ona 57%].

W dyskusyi nad przepuklinami przemawiali: ROSNER [Kraków], ZIEMBICKI, OSTROWSKI [Lwów], CHLUMSKY [Kraków], LEŚNIEWSKI [Warszawa].

16. A. RYDYGIER [Lwów]. O nowotworach kończyn.

R. spostrzegł 83 przypadki nowotworów kończyn w klinice lwowskiej, z nich było 65 mięsaków. W wywiadach często spotyka się uraz. Rozpoznanie bywa nieraz bardzo trudne; na rentgenogramach opierać się nie można; najpewniejsze jest próbne wycięcie nowotworu i zbadanie drobnowidzowe. Co do leczenia, to wobec tego, że nawet bardzo wysokie amputacje, czy też wyluszczenia kończyn nie chronią od przerzutów i nowotworów guza, R. oświadcza się za postępowaniem bardziej zachowawczem, t. j. usuwaniem doszczętnem samego nowotworu z pozostawieniem ile możliwości kończyny.

17. SCHLANK [Kraków]. Włókniak cewki moczowej

Nowotwory, wychodzące z cewki, są rzadkie. W danym przypadku był guz wielkości pomarańczy, łatwo krwawiący, który wyluszczone; ważył 60 grm.

18. J. MAŁANIUK [Przemyśl]. Kilka uwag o leczeniu tęcza przy ranego.

Omówiwszy szereg spostrzeganych przez siebie przypadków tęcza, wniośki swe streszcza M. w sposób następujący: a) ranę zanieczyszczoną, podejrzaną należy możliwie dokładnie oczyścić i poddać działaniu środków przeciwnilnych; jako taki poleca karbol-kamforę CHLUMSKY'ego; opatrunek z maści; b) jeżeli tylko możliwe, należy wstrzyknąć surowicę przeciwzęcową; c) w przypadkach tęcza o przebiegu powolnym wstrzykiwanie soli magno wych  $[MgSO_4]$ , po których obserwował wybitne polepszenie.

Dyskusya: ZAREMBA [Husiatyn], MAJEWSKI [Przemyśl], SOŁTYSIK [Stryj], KADER, CHLUMSKY [Kraków], KRYŃSKI [Warszawa] i prelegent.

[D. n.].

K.

## Wiadomości bieżące.

— Zagadnienia terminologiczne. W dążeniu do wypracowania i ujednostajnienia prawidłowego mianownictwa lekarskiego polskiego, wydano w roku 1905 z polecenia Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego „Słownik Lekarski Polski”, który, jako praca źródłowa, z nadzwyczajnym staraniem i sumiennością wykonana, zasługuje ze wszech miar na poważanie u ogółu lekarskiego. Słownik ten powinien stać się księgą podręczną każdego lekarza polskiego, z której czerpać ma tak w mowie, jak i w piśmie terminy do swej wiedzy fachowej. A już najbardziej słownika tego trzymać się powinny nasze pisma lekarskie, których, że tak powiemy, *ex officio* powinno być staraniem ustalenie i ujednostajnienie mianownictwa lekarskiego polskiego, tak niezbędnych dla postępu polskiej nauki lekarskiej.

Redakcja Gazety Lekarskiej już od roku 1906 korzysta ze słownika krakowskiego zarówno w swem piśmie, jak i w wydawnictwach i z przyjemnością zaznaczyć musi, że posługiwanie się przez lat parę terminologią słownika wyszło piśmu i jego wydawnictwom na dobre, bo usunęło z nich dawną pstrokaczną terminologiczną, tak szpecącą język naukowy i utrudniającą porozumiewanie się między pracującymi nad nauką lekarską. Dodać tu jeszcze winniśmy, że w sprawach pisowni Gazeta kieruje się też od lat kilku uchwałą Akademii Umiejętności w Krakowie, posilkując się „Prawidłami Pisowni polskiej”, przyjętymi przez tęż Akademię.

Czyżby to znaczyło, że Redakcja nasza zarówno mianownictwo Słownika, jak i pisownię Akademii ma za wzory doskonałości, nie znoszące już żadnych zmian i poprawek w przyszłości? Bynajmniej. To tylko dowodzi, że Redakcja, chcąc uniknąć chaosu, panującego od tak dawna w tych dwu dziedzinach językowych

i mając szczerą chęć przyczynienia się sprawie wyrobienia i ujednostajnienia mianownictwa i pisowni, zatrzymała się na tych pracach krakowskich, jako na etapach bezpiecznych w dążeniu do postępu i udoskonalenia języka naukowego. Redakcja przyjęła je tylko za podstawę do dalszych wspólnych badań językowych. To też chętnie podejmuje wezwanie Sekcyi prasowej ostatniego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie do utworzenia w piśmie swem działu zagadnień terminologicznych i z całą gotowością służenia dobrej sprawie, będzie od dnia dzisiejszego pomieszczała roztrząsania, mianownictwa lekarskiego dotyczące, zapraszając jak najusilniej swych czytelników do współpracownictwa.

— Na zebraniu związku prasy lekarskiej, które ma się odbyć dnia 24-go b. m. w Kolonii z okazji Zjazdu Lekarzy i Przyrodników niemieckich, ma być omawiana sprawa, w jakich warunkach powinno być dozwolone pobieranie honoraryów za badanie nowych leków tak w pracowniach, jak i w szpitalach.

— Frekwencya na wydziale lekarskim uniwersytetów austriackich w ostatnim letnim półroczu w stosunku do ogólnej liczby słuchaczy przedstawia się, jak następuje: Wiedeń ogólna liczba 6881, na wydziale lekarskim 1428; Praga uniwersytecki 3449—446, uniwersytecki niemiecki 1474—244; Kraków 2567—440; Graz 1761—290; Lwów 8517—242; Innsbruck 1051—180. Ogółem liczba słuchaczy zapisanych na wydział lekarski w Austrii wynosiła 3270.

— Nakładem ENGELMANN'a w Lipsku wyszedł zeszyt I czasopisma „Archiv f. Zellforschung“, wydawanego przez dra R. GOLDSCHMIDT'a, doc. Uniwersytetu Monachijskiego.

— Zmarł w Paryżu znakomity fizyk prof. HENRY BECQUEREL, którego imię związane jest z odkryciem emanacji soli uranowych; badania jego doprowadziły do odkrycia radu i radioaktywności przez małżonków CURIE.

— W Antokolu pod Krzeszowicami zmarł IWAN TARCHANOW [książę TARCHANOW-MURAWOW] b. profesor fizjologii w Wojenno-Lekarskiej Akademii w Petersburgu. Prof. TARCHANOW opuścił Akademię w r. 1895, poczem jako docent wykładał biologię i fizjologię ogólną na wydziale przyrodniczym Uniwersytetu Petersburskiego. Ogłosił prace: „Zastosowanie telefonu do elektryczności zwierzęcej“, „O ośrodkach psychomotoryjnych u zwierząt nawonarodzonych i ich rozwoju przy rozmaitych warunkach“, „O fizjologii snu normalnego u zwierząt“, „O ruchach automatycznych zwierząt bezgłowych“, „O oznaczeniu ilości krwi u człowieka żywego“, „O wahanii się prądów galwanicznych skórnych u człowieka pod wpływem podrażnienia narządów zmysłu i różnych wpływów psychicznych“ i wiele innych. Asystentem przy katedrze fizjologii za czasów TARCHANOWA w Petersburgu był prof. NAPOLEON CYBULSKI.

---

Do N-ru bieżącego dołącza się „Sprawozdanie z działalności sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem“ i prospekt „Laboratorium dra St. SERKOWSKIEGO“.

---

SPROSTOWANIE. W Nr. 36-ym w liście otwartym dra T. HERYNGA na str. 822, w wierszu 3 od góry zamiast: „galwanoplastyki“, powinno być: „galwanokaustyki“.

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.