

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny u noworodków, napisał Stefan Gaszyński. — W sprawie otwierania jamy brzusznej przez sklepienia pochwy (Coeliotomia vaginalis), podał K. Kraków. (Ciąg dalszy). — **Wykłady kliniczne.** O krwawieniach z macicy, podał Józef Saks (Łódź). (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 90. O wartości sztucznej leukocytozy przy leczeniu septycznych spraw położowych, 91. Wrzód trądowy a gruźlica przy trądzle w kiszkiach, 92. Leczenie wilka plastrum salicylo-kreozotowym, 93. O zastosowaniu dużych płatów skórnych bez szypuły do celów plastycznych, 94. O walczkach w krwi, 95. Przylot i zimnica. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc lipiec r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Gaszyński — Quelques mots sur le pansement du cordon ombilical chez le nouveau-né. 2) D-r K. Kraków — Sur la coeliotomie par la voie vaginale.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obożna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Gaszyński — Zur Frage über den Verband der Nabelschnur beim Neugeborenen. 2) D-r K. Kraków — Ueber vaginale Coeliotomie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obożna str. 5.

Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny u noworodków.

Napisał **STEFAN GASZYŃSKI** ordynator kliniki położniczej.

Przy opracowywaniu metody postępowania ze sznurem pępkowym u noworodków należy przedewszystkiem rozstrzygnąć 3 następujące pytania, mianowicie: 1) w jakim czasie najwłaściwiej jest oddzielać noworodka od matki; 2) jak to uskutecznić i 3) przy jakim postępowaniu wywołamy najszybsze odpadnięcie odcinka sznurka pępkowego od pępka.

Dla dokładniejszego oryentowania się zanotuję kilka faktów z dziedziny histologii i fizjologii, dotyczących danego przedmiotu.

Budowa histologiczna naczyń pępkowych różni się nieco od budowy innych naczyń¹⁾. Ściany ich są stosunkowo nadzwyczaj grube, zawierają bardzo znaczną ilość włókien mięśniowych. *Tunica media* zawiera koncentryczne i podłużne włókna mięsne. *Endothelium* przylega bezpośrednio do *muscularis*. Tętnice prawie zupełnie nie posiadają włókien elastycznych. Wszystkie trzy naczynia nie dają żadnych rozgałęzień, nie posiadają również wcale t. zw. *vasa vasorum*. Odżywianie ich zatem uskutecznia się jedynie zapomocą krwi, znajdującej się w ich próżni.

W okolicy samego pępka charakter unaczynienia zmienia się w zupełności. Istnieje tu ze strony wewnętrznej w tkance podotrzewnowej *circulus arte-*

¹⁾ „Die Krankheiten der ersten Lebensstage“, von D-r Max RUNGE. 1835.

riösus, który bierze początek z sąsiednich drobnych naczyń; z niego biorą początek gałązki, które przechodzą przez pępek nazewnątrz i bezpośrednio w tkance łącznej podskórnej rozdzielają się, tworząc drugi *circulus arteriosus*. *Circulus* ten odżywia tylko sam pępek skórny, przy przejściu zaś pępka skór nego w tkankę WARTHON'a nagle się kończy.

Z budowy histologicznej sznura pępkowego wynika, że z chwilą ustania krążenia krwi w żyłach i tętnicach pępkowych, cały sznur pępkowy zostaje pozabawiony wszelkiego odżywiania i tem samym skazany jest na zanik.

Z fizyologicznych danych należy zanotować, że wraz z pierwszym oddechem noworodka ciśnienie krwi oraz jej krążenie w tętnicach pępkowych coraz bardziej upada, dochodząc do zera w przybliżeniu w 5 — 7 minut po urodzeniu.

Wracając do traktowanego przedmiotu, rozpatrzmy punkt I-szy, mianowicie: kiedy należy oddzielić noworodka od matki?

Różnie autorowie zapatrują się na tę sprawę. Jedni, przeważnie francuscy ginekolodzy, jak LEVRET, SMELLIE, AUVARD, radzą przewiązywać pępowinę niezwłocznie po urodzeniu się dziecka; inni, przeważnie niemieccy autorowie, przewiązują pępowinę dopiero z chwilą zupełnego ustania tętna. Są i tacy, jak MAURICEAU, De la MOTHE, którzy przewiązywali pępowinę dopiero po zupełnem odejściu łożyska. Różnorodność poglądów dowodzi, że nie faktyczne dane eksperymentalne, lecz czysto subiektywne zapatrywania kierowały wymienionymi autorami.

Na drodze naukowej przedmiot ten badał BUDIN, który w 1876 r., w pracy swej „*Recherches physiologiques et cliniques sur les accouchements*“ ogłosił swoje doświadczenia. Autor ten znalazł, że przy podwiązaniu pępowiny w chwili zjawienia się pierwszych oznak życia u noworodka (krzyk, oddech), tenże traci 87,2 ctm. sz. krwi, czego nie spostrzegał przy tak zwanem późnem podwiązaniu, czyli podwiązaniu po zupełnem zniknięciu tętna w pępowinie.

Przy prawidłowej wadze dziecka, wynoszącej około 3,500 gramów, i prawidłowej wadze krwi 270 ($=\frac{1}{13}$ wagi ogólnej), strata ta stanowić będzie prawie trzecią część całej ilości krwi noworodka ($\frac{270}{87,2}$). BUDIN na podstawie doświadczeń przyszedł do wniosku, że należy podwiązywać pępowinę po zupełnem ustaniu tętna.

Badania powyższe BUDIN'a okazały się jednak nieprawdziwemi, jak tego dowodzi ANDREJEW w 1880 r. w pracy swej: „K woprosu o perewiazkie püpowiny“. Wnioski BUDIN'a zostały wyprowadzone na zasadzie badań, opartych na błędnych doświadczeniach.

BUDIN otrzymał cyfry, ważąc krew, którą otrzymywał z odcinka pępowiny, pozostałego przy łożysku po odcięciu dziecka; nie zwrócił jednakże uwagi na okoliczność, że gdy przez żyłę przechodzi pewna ilość krwi w kierunku od matki do dziecka, to w tymże samym czasie przez tętnice pępkowe krew z dziecka powrotnie dąży w kierunku ku matce.

ANDREJEW przy pomocy bezpośredniego ważenia dziecka po wczesnem i późnem podwiązaniu pępowiny znalazł, że utrata krwi jest znacznie mniejsza, mianowicie równa się zaledwie 38 gramom. Zauważono dalej, że późne podwiązanie sprowadza ciężką żółtaczkę noworodków.

W tym kierunku zasługuje na uwagę praca PORACK'a²⁾; autor ten rozpatruje 3 stopnie żółtaczki.

Najniższy stopień polega na zabarwieniu specyficznem twarzy, pleców i piersi dziecka; przy silniejszym stopniu zabarwienie występuje jeszcze na łącznicy oka i na brzuchu; zabarwienie całego ciała wraz z kończynami odpowiada trzeciemu stopniowi żółtaczki. Z badań tego autora okazuje się, że im dłużej wyczekujemy z przewiązaniem pępowiny, tem silniejszy stopień żółtaczki występuje u noworodka; trzeci, czyli najwyższy stopień bywa przy przewiązywaniu po zupełnem ustaniu tętna pępowiny.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę trzy wyżej wymienione prace, to dojdziemy do wniosku, że nie należy podwiązywać pępowiny natychmiast po urodzeniu się dziecka, gdyż wówczas traci ono pewną ilość krwi, mianowicie około 38,0 gramów.

Wyczekiwać zaś na zupełne ustanie tętna również nie należy ze względu, że wówczas występuje zwykle najwyższy stopień żółtaczki. Pozostaje więc trzymać się środka i podwiązywać pępowinę w chwili, gdy tętno zaczyna już wyraźnie upadać. Chwila ta, podług moich obliczeń, przeprowadzonych nu 100 noworodkach, równa się 3 minutom od urodzenia się dziecka. Podwiązując w tej porze, nie narażamy dziecka ani na utratę krwi, ani nie przyczyniamy się do wywołania żółtaczki, przynajmniej silniejszej. Mając tedy oznaczony czas, kiedy należy oddzielać noworodka od matki, przyjrzyjmy się, jak to uskutecznić.

Doświadczenie uczy nas, że zanik czyli mumifikacja dolnego odcinka³⁾ pępowiny rozpoczyna się na miejscu przecięcia i rozszerza się stopniowo w kierunku ku dziecku. Otóż, chcąc o ile możności przyspieszyć sprawę mumifikacji, należy przewiązkę nakładać o ile możności przy samym pępku skórnym, aby bezcelowo nie przedłużać zasychania. Dodam tutaj, że powszechnie używane tasiemki do przewiązywania pępowiny, tradycyjnie dotychczas utrzymywane, powinny na zawsze wyjść już z użycia, a natomiast należy wprowadzić w praktykę nakładanie przewiązek jedwabnych, zwykłych chirurgicznych, z jedwabiu średniej grubości. Przewiązki takie posiadają o tyle większą wartość od tasiemek, że silniej i dokładniej zaciskają światło naczyń, przez co mniej narażają na następcze krwawienie z pępowiny, dają się czystiej utrzymać i można je nakładać bliżej skórno-go końca pępowiny. Używane przezemnie przewiązki jedwabne zawsze dawały mi doskonałe wyniki; przerznięcia sznura pępkowego, czego się niesłusznie obawiają, nigdy nie widziałem.

Otóż przewiązki jedwabne zakładać należy w zwykły, używany w chirurgii sposób, przy samym pępku skórnym, następnie, nieco odstąpiwszy, od ciąć resztę sznura pępkowego, nie dalej jak na 1—1½ ctm. od przewiązki,

Pozostaje mi rozpatrzyć, jak należy traktować dolny odcinek pępowiny aby otrzymać możliwie prędkie zagojenie się pępka.

Jak wyżej wspomniałem, pępowina, pozbawiona wszelkiego odżywiania, ulega zanikowi; chodzi nam tylko o to, jaką postać przybierze ów zanik. Jest pożądaną t. zw. zgorzel sucha, czyli mumifikacja. Chcąc działać w kierunku mumifikacji, winniśmy dolny odcinek pępowiny utrzymywać w środowisku

²⁾ Considérations sur l'ictère des nouveau-nés et sur le moment où il faut pratiquer la ligature du cordon ombilical. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, Mal, juiln. 1878.

³⁾ Dolnym odcinkiem nazywam odcinek pępowiny, pozostawiony przy dziecku po oddzieleniu go od matki.

o ile możności suchem. Absolutnie suchego środowiska przy danych warunkach osiągnąć nie możemy, pewien stopień wilgoci sprawie tej towarzyszyć musi. Z drugiej strony odcinek pępowiny, jako pod względem chemicznym ciało białkowe, przy pewnym stopniu wilgoci i ciepła przedstawia znakomite podłoże dla drobnoustrojów.

Z powyższych względów, pomimo uroku, jaki na nas wywiera metoda aseptyczna, stosować jej jednakże w zwykłych warunkach nie można. Wobec tego, że opieka nad dzieckiem, a więc przewijanie i opatrywanie pępowiny, zazwyczaj spoczywa w rękach osób, słabe mających wyobrażenie o czystości w bakteryologicznym rozumieniu rzeczy, przeto prawie zawsze napewno różne gatunki drobnoustrojów dostaną się do odcinka pępowiny i przy przyjaznych warunkach i dobrem podłożu łatwo się tam rozwijają. Aseptycznie traktować pępowiny nie możemy, jedynie antyseptyka znajdzie się tu na właściwym miejscu.

Środki tedy używane przy opatrywaniu pępowiny winny odpowiadać dwóm warunkom, mianowicie: powinny odznaczać się higroskopijnymi właściwościami dla osuszania pępowiny, oraz posiadać działanie antyparazytarne. (D. n.).

Z ODDZIAŁU GINEKOL. D-R. FR. NEUGEBAURA W SZPIT. EWANGIELICKIM W WARSZAWIE.

W sprawie otwierania jamy brzusznej przez sklepienia pochwy

(*Coeliotomia vaginalis*),

podał **KAZIMIERZ KRAKÓW** asystent oddziału.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 33).

Na 36 przypadków (patrz tablicę) otwierania jamy brzusznej przez pochwę w oddziale ginekologicznym szpitala Ewangelickiego, 11 razy jama brzuszna otwierana była przez sklepienie pochwy tylne, a wskazaniem do operacji były: guzy przydatków macicy, krwistek lub obecność ropy w jamie DOUGLAS'a, i t. p.; przypadki te pozwolę sobie szanownym czytelnikom w krótkości opisać.

Przypadek I. Pani Chom. A. lat 48, przybyła do oddziału dnia 14 lutego 1894 roku, skarżąc się na niemożność oddawania moczu. Po wypuszczeniu tegoż (dwa litry), przy badaniu dwuręcznym okazało się, że w worku otrzewnowym pozamacicznym, w t. zw. dole DOUGLAS'a znajduje się guz chęlboczący, wielkości głowy dziecka. Guz ten wznosił macicę ku górze i przycisnął tak silnie do spojenia łonowego, że światło cewki moczowej skutkiem ucisku oraz wyciągnięcia cewki ku górze zostało zamknięte i chora nie mogła oddawać moczu (*ischuria absoluta* od 5-ciu dni). Macica w tyłozgięciu, otwór zewnętrzny szyi macicznej przepuszczał wskaziciel. Chora pierwszy raz zaczęła miesiączkować w 15-ym roku życia. Zamąż wyszła w 28-ym roku życia, a od pół roku jest wdową; troje dzieci urodziła sama,

dwoje przy pomocy kleszczy; ostatni poród kleszczowy przed 10 laty. Od 4-ch lat straciła miesiączkę. Od dwóch tygodni czuje silne bóle w brzuchu, dreszcze i wieczorami gorączkuje. Rozpoznanie: *tumor retrouterinus fluctuans*.

Dnia 16 lutego dokonana została operacja, po zachloroformowaniu i odpowiedniemu ułożeniu (litotomijnem) chorej. Po odkażeniu pochwy, przeprowadzono w sklepieniu tylnem dwie przewiązki jedwabne jako cugle: jedną tuż przy szyi macicznej, drugą o kilka centymetrów niżej i pomiędzy temi podwiązkami cięciem poprzecznym otworzono sklepienie; w ranie ukazał się przeświecający guz o ścianach napiętych, chełboczący, wielkości mniej więcej trzech pomarańcz. Po wypuszczeniu płynu okazało się, że mamy do czynienia z torbielą dermoidalną wielokomorową jajnika, lewego. W niektórych oddziałach tej torbieni znajdował się płyn, w którym pływały żółte ciała opalizujące, w innych znajdowały się włosy wraz z gęstą masą łożowatą. Po wyciągnięciu opróżnionego worka torbieni przez otwór w pochwie, przewiązano jego szypułę i założono sączek z gazy do jamy brzusznej. Nazajutrz sączek wyciągnięto i zastąpiono go świeżym, czwartego dnia usunięto go zupełnie. Po operacji ciepłota ciała była stale podniesiona, zwłaszcza wieczorem, a kol. BABIŃSKI rozpoznał *bronchopneumoniam originis tuberculosisae*. W trzecim tygodniu po operacji stan chorej znacznie się poprawił, badanie dwuręczne wykazało obecność ropnia poza macicą wielkości jabłka, zajmującego lewą stronę miednicy; ropień pękł do kiszki i chora w czwartym tygodniu opuściła szpital zdrową ⁹⁾.

Przypadek II. Sw. R. lat 35, przybyła do oddziału 5 marca 1894 r.; od 18 lat zamężna, pierwsza miesiączka w 17-ym roku życia. Rodziła czworo dzieci i dwa razy roniła, ostatnie poronienie przed 5-imi laty; od 4-ch lat miesiączkowanie bolesne, obfite i nieregularne; chora przybyła z powodu bezgłosu do kol. WRÓBLEWSKIEGO, który w krtani nie znalazłszy żadnych zmian, orzekł, że afonia w tym przypadku prawdopodobnie zależna jest od zmian w narządach płciowych i skierował chorą do oddziału kolegi NEUGEBAURA. Badanie dwuręczne wykazało macicę w przodozgięciu, nieznacznie powiększoną i obecność ruchomej torbieni jajnika lewego wielkości jabłka, obecność rozdarcia lewostronnego szyi macicznej i obrzęku warg macicznych. Dnia 6 marca dokonano wyskrobania błony śluzowej macicy, dnia 10-go marca wyjęto przez otwór w sklepieniu tylnem pochwy zapomocą cięcia poprzecznego torbiel jajnika lewego; szypułę podwiązano, wpuszczono do jamy brzusznej i założono sączek z gazy, który 4-go dnia po operacji usunięto. Chora wypisała się 12-go dnia po operacji. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Nadmienić tu muszę, że chora zaraz po przebudzeniu się z narkozy głos odzyskała.

Przypadek III. Rus. Ant. 30 lat, skierowana przezemnie do szpitala 11 lutego 1895 r. z ambulatoryum domowego. Chora od 12 lat zamężna, w 16-ym roku życia pierwsze miesiączkowanie. Przed 10-ciu laty urodziła jedno dziecko. Miesiączkuje obecnie prawidłowo, lecz z bolesciami. Chora skarży się na obfite białe upływy i ciągłe bóle w krzyżu. Przy badaniu znalazłem macicę niepowiększoną, w przodozgięciu, brzegi warg macicznych obrzękłe, wywinięte i pokryte grubą ziarniną; badanie przez wziernik pochwoy wykazało obecność lewostronnego pęknięcia szyi macicznej, a wywinięte wargi maciczne pokryte gruboziarnistą, czerwoną, łatwokrwiąjącą błoną; pomiędzy oddzielnymi grupami ziarniny potworzyły się bruzdy. Powierzchnia ta wydała mi się bardzo podejrzaną i dlatego ra-

⁹⁾ F. NEUGEBAUER. Pam. W. Tow. Lek. 1894. Tom 90. Zeszyt I, p. 216, z posiedz. Tow. Lek. 20. II. 1894.

działem chorej zapisać się do szpitala. Po przybyciu chorej do oddziału, badanie powtórne z d-rem NEUGEBAUREM potwierdziło podejrzenie moje co do złośliwości zwyrodnienia warg macicznych, wskutek czego postanowiliśmy dokonać całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, co uskutecznione zostało dnia 13 lutego. Chorą w uśpieniu chloroformowym ułożono w położeniu litotomijnem, a po odkażeniu pochwy usunięto w zwykły sposób macicę. Po wyjęciu macicy, w ranie pochwowej ukazała się torbiel wielkości pomarańczy. Po podwiązaniu szypuły torbiel wyjęto, a następnie usunięto jeszcze dwie mniejsze, podwiązując uprzednio szypuły. Okazało się więc, że mieliśmy w danym razie do czynienia z obustronnymi torbielami dermoidalnymi jajników oraz z torbielą dermoidalną sieci. Po dokonanej operacji założono sącdek gazy do jamy brzusznej. Chora przez pierwsze 6 dni po operacji wieczorami gorączkowała, po 6 dniach usunięto sącdek i założono tylko kawałek gazy do pochwy; chora gorączkować przestała, a 28-go dnia po operacji wypisała się z oddziału zdrową. Przypadek ten zaliczyłem do rzędu przypadków, w których otwieraliśmy jamę brzuszną przez pochwę w celu usunięcia guzów przydatków macicy, pomimo, że uprzednio w tym razie dokonano całkowitego wycięcia macicy, z tego względu, że jednocześnie usunięto trzy dermoidy przez pochwę, a to zawdzięczając temu, że jama brzuszna została otwarta przez sklepienie tylne. Torbiele same wpadły, aby tak powiedzieć, do otworu w otrzewnej, pozostałego po wyjęciu macicy, i stały się dostępnymi dla oka operatora; możnaby je było z łatwością usunąć, nie wyjmując nawet macicy. Drobnowidz wykazał „*carcinoma cervicis uteri*”. Preparat demonstrowany był szan. profesorom: BRODOWSKIEMU i PRZEWOSKIEMU.

Przypadek IV. Kuch. Ant. lat 26, przybyła do oddziału 20 kwietnia 1895 r. Chora od 7 lat zamężna. Pierwsze miesiączkowanie w 16-ym roku życia; bezdzietna. Narzeka na ból w krzyżu. Miesiączkuje prawidłowo. Rozpoznano: *tumor ovarii sinistri cysticus. Descensus uteri retroversi*. 22-go kwietnia przystąpiono do operacji. Po przygotowaniu chorej, jak w poprzednich przypadkach, otworzono cięciem poprzecznym tylne sklepienie pochwy oraz jamę brzuszną, przez otwór w pochwie wyciągnięto guz, który przedstawiał *hydrosalpinx sinistra et ovarium sinistrum cysticum*; po odcięciu guza, przewiązawszy uprzednio jego szypułę, wszyto kikut do rany w sklepieniu pochwy i całą ranę zaszyto. Chora przed operacją gorączkowała do 38° C.; na trzeci dzień po operacji ciepłota ciała spadła do 37° C. Chora wypisała się 12-go dnia po operacji zupełnie zdrową.

Przypadek V. Lew. Kat. lat 29, niezamężna. Przybyła do szpitala 5-go stycznia 1896 r., przysłana przez kol. REIMANA z Piotrkowa z trafnym rozpoznaniem ciąży pozamacicznej. Pierwsza miesiączka w 16-ym roku życia, rodziła dwoje dzieci i tylokrotnie roniła, ostatni raz jakoby cztery miesiące temu po 6-ciotygodniowym wstrzymaniu się miesiączki. Wtedy dostała chora silnych bólów w dolnej części brzucha i jednocześnie pokazało się nieznaczne krwawienie z narządów płciowych, trwające dwa tygodnie; następnie co dwa tygodnie zjawiały się także krwawienia, trwające zawsze po 2 tygodnie i przytem za każdym razem obfite. Ostatnie krwawienie bardzo obfite, trwało 20 dni, do 29 grudnia 1895 r. Badanie dwuręczne wykazało guz wielkości głowy dziecka, chleboczący, znajdujący się poza macicą i leżący w worku otrzewnowym DOUGLAS'a, macica była uniesiona ku górze i na prawo i unieruchomiona przez ucisk ze strony guza; z lewej strony macicy wyczuwał się twardy guz wielkości orzecha włoskiego. Stan chorej bezgorączkowy. Rozpoznano *haematocoele retrouterina et tumor intraligamentarius sinister*. Zaleciliśmy chorej przez kilka dni spokój oraz stosowaliśmy *resorbentia* przez od

bytnicę w postaci czopków ichtyolowych. Po 12 dniach chelbotanie w guzie zginęło, objętość guza zmalała do wielkości pomarańczy, macica ruchoma, lecz zrosnięta z guzem, gdyż tylko wraz z guzem przy badaniu dwuręcznym poruszana być mogła. Dnia 21 stycznia 1896 roku przystąpiono do operacji. Po uprzednim przygotowaniu i odkażeniu chorej, w uśpieniu chloroformowem, w położeniu chorej litotomijnem zrobiono dwa cięcia boczne na kroczu, aby powiększyć światło ciasnego ujścia pochwy; następnie cięciem poprzecznem otworzono tylne sklepienie pochwy oraz jamę brzuszną; znaleziono w niej guz wielkości pomarańczy, przyklejony do otrzewny narządów sąsiednich; był to zorganizowany krwistek, ściśle skleiony z końcem zewnętrznym prawej trąbki oraz prawym jajnikiem, torbielowato zwyrodniałym. Guz został wyłuszczone, część trąbki podwiązano i ucięto, a do pochwowego otworu w jamie brzusznej wprowadzono sącdek z gazy wyjałowionej. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy; dopiero 6-go dnia po operacji wieczorem ciepłota ciała podniosła się do 40° C.; po zastosowaniu kalomelu, usunięciu sączka i przepłukaniu pochwy słabym roztworem sublimatu 1 : 4000, ciepłota ciała na trzeci dzień spadła do normy. Chora 25-go dnia po operacji wypisała się zupełnie zdrową.

Przypadek VI. Ant. Stan. lat 55, przybyła na oddział dnia 7 grudnia 1895 r. Chora od 34 lat zamężna, w 16-ym roku życia pierwsze miesiączkowanie, rodziła 11 dzieci, ostatni poród przed 8 laty. Od 5-iu lat stan klimakteryczny, zawsze była zdrową. Chora bardzo wyniszczona, brzuch obwisły, z obfitą zawartością płynu, obwód brzucha 110 ctm. Od pępka do wyrostka 25 ctm., od pępka do spojenia łonowego 36 ctm., obręzków kończyn niema, serce prawidłowe. Badanie narządów płciowych wykazało: w szparze sromnej wytłacza się błona śluzowa pochwy (*proktocele*), a przy macaniu wyraźnie wyczuwa się obecność płynu. Rozpoznanie: *ascites, prolapsus (kolpoptosis) vaginae posterior, proktocele, descensus uteri*. Dnia 10 grudnia cięciem poprzecznem, długości 5 ctm. w tylnem sklepieniu pochwy zrobiono otwór do jamy brzusznej, wypuszczono 16000,0 grm. przezroczystego opalizującego płynu. Po wypuszczeniu płynu dwoma palcami, wprowadzonymi do jamy brzusznej, zbadano narządy rodne i nie znaleziono żadnych nieprawidłowości; za to błona brzuszna, pokrywająca nasadę i wyścielająca jamę brzuszną, była zgrubiała, przy obmacywaniu robiła wrażenie, ja gdyby była posypaną piaskiem. Bardzo być może, że powodem puchliny w danym razie była gruźlica błony brzusznej.

Przypadek ten jest interesujący z tego względu, że wolny płyn, znajdujący się w znacznej ilości w jamie brzusznej, został wypuszczony przez otwór zrobiony w tylnem sklepieniu pochwy. R. KALTENBACH¹⁰⁾ opisuje przypadek, w którym z powodu obfitości płynu, zawartego w jamie brzusznej, nastąpiło wypadnięcie macicy oraz wytłoczenie nazewnątrz przedniej ściany pochwy. Autor cięciem poprzecznem w przednim sklepieniu pochwy zrobił otwór do jamy brzusznej i wypuścił z niej płyn, następnie macicę odprowadził. Oprócz KALTENBACH'a, zdaje mi się, dotychczas nikt podobnego sposobu wypuszczania płynu z jamy brzusznej nie opisał. W naszym przypadku płyn został wypuszczony przez otwór w tylnem sklepieniu pochwy. KALTENBACH we wspomnianej pracy uważa tylne sklepienie za właściwszą drogę do wypuszczania płynu z jamy brzusznej; sam zrobił cięcie w przednim sklepieniu, gdyż ono w jego przypadku było dostępnejsze z powodu wypuklenia się przedniej ściany pochwy. Nasz przypadek zasługuje na wzmiankę

¹⁰⁾ Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1877 r. Tom I—XXIV. „Beitrag zur Anatomie und Genese des Uterusprolapsen — nebst Bemerkungen ueber Punction der Abdominalhöhle vom Scheidenge-webe aus.

z tego względu, że po raz pierwszy u nas w kraju zastosowano ten sposób wypuszczenia płynu z jamy brzusznej, i powtóre, że sposób ten z czasem może znaleźć szersze zastosowanie w praktyce i zastąpić dotychczas używany sposób wypuszczania płynu z jamy brzusznej przez otwór zrobiony trójgrańcem w ścianach brzusznych, naturalnie u kobiet. Sposób ten ma tę wyższość nad dotychczas stosowanym wypuszczaniem płynu z jamy brzusznej trójgrańcem, że: 1) przez otwór w tylnym sklepieniu pochwy można wypuścić płyn doszczętnie; 2) jednocześnie można dokładnie zbadać narządy jamy brzusznej oraz otrzewną palcami wprowadzonymi przez otwór w pochwie i odnaleźć przyczynę puchliny i 3) otwór zaszywa się *lege artis*. Jednym słowem, zgodnie ze zdaniem DOEDERLEIN'a, *laparotomia vaginalis* może w celach dyagnostycznych zastąpić *coeliotomiam altam* czyli cięcie brzuszne.

Przypadek VII. Kuśm. Fr. lat 32, 10 lat zamężna. pierwsze miesiączkowanie w 14-ym roku życia, niebolesne; rodziła 4 razy, raz bliźnięta; ostatni poród przed półtorarokiem. Chora skarży się na silne bóle w okolicy pachwinowej lewej. Przy badaniu chorej rozpoznano obecność guza lewego jajnika: *tumor ovarii sinistri*. Chora przyjęta została na oddział dnia 26 lutego 1896 r., a 2 marca została dokonana operacja, w celu usunięcia guza jajnika przez pochwę. W tym celu jama brzuszna została otwarta przez tylne sklepienie pochwy. Przy badaniu palcem przez ranę w pochwie okazało się, że mamy do czynienia z *cystoma ovarii sinistri et hydrosalpinx sinistra*. Operacja bardzo trudna, gdyż zrosty lewostronnych przydatków macicy z sąsiednimi narządami były tak liczne i mocne, że nie można było w żaden sposób sprowadzić guza do rany w pochwie i musiano w tym razie przystąpić do wycięcia całkowitego macicy wraz z lewostronnymi przydatkami. Macica była znacznie powiększona, stwardniała (*infarctus uteri*) z licznymi owrzodzeniami na szyi; z prawej strony maciczny koniec trąbki podwiązano i przecięto, kikut zaś wszyto do rany w pochwie, która została zupełnie zaszyta. Chora leżała u nas 27 dni, wypisała się zdrową i bez bólów, jakie poprzednio miała.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

○ krwawieniach z macicy

podał JÓZEF SAKS (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 33).

II.

Krwotoki, o których teraz mówić będę, mają bez porównania donioslejsze znaczenie, niż omawiane poprzednio, ponieważ zagrażają one często życiu dwójga istot: matki i płodu, jak to ma np. miejsce przy łożysku przodującym. Ze względu na krwawienia, rozdzielić można ciążę na dwa okresy: w pierwszym okresie, trwającym przez pierwsze 4 miesiące (t. j. do ostatecznego utworzenia się łożyska), krwotok maciczny, choć często i bardzo obfity, rzadko bywa niebezpieczny dla życia matki; w drugim zaś okresie ciąży, szczególnie w dwóch ostatnich miesią-

cach i w okresie poporodowym (pojmuję tu *puerperium*) krwotoki maciczne nieraz bywały powodem śmierci niejednej kobiety. Etiologia krwawień w obu tych okresach bywa różna: gdy w pierwszym krwawienia są prawie wyłącznie objawem rozpoczynającego się poronienia, czyli że etiologia poronień równa się etiologii krwawień, przyczyny krwawień w okresie drugim bywają najrozmaitsze.

Zbytecznym mi się wydaje wyliczanie szczegółowe wszelkich przyczyn, mogących wywołać poronienie, zadowolę się więc tylko wskazaniem ogólnych przyczyn, uwzględniając więcej drobiazgowo niektóre tylko punkty sporne lub mało w podręcznikach uwzględniane.

Przyczyny przedwczesnego przerwania ciąży podzielić można na 2 grupy³⁰⁾.

I. Poronienie nastąpić może wskutek śmierci płodu: *a)* przez przeniesienie zarazka choroby bezpośrednio od matki na płód zapomocą krwiobiegu łożyskowego, np. przy przymiocie, ospie i t. d.; *b)* z powodu przyczyn naruszających oddech i odżywianie płodu, jakoto: zagrażająca asfiksja matki, znaczny upadek ciśnienia krwi, wysoka ciepłota matki. Ostatni punkt stanowi żywotną sprawę sporną, a mianowicie, co bywa powodem tak częstego przedwczesnego przerwania ciąży przy chorobach zakaźnych, przebiegających z wysoką ciepłotą. Jedni przypisywali to wysokiej cieplocie, zwłaszcza jeżeli w krótkim czasie dosięga ona wysokiego nasilenia, inni zaś tłumaczyli to zjawisko nieżytem błony śluzowej macicy, wywołanym przez czynniki chorobotwórcze danej choroby zakaźnej. Ścisłe spostrzeżenia lat ostatnich przemawiają więcej za pierwszym przypuszczeniem, z tem zastrzeżeniem, że zarazki danej choroby zakaźnej przedostają się zapomocą krwiobiegu łożyskowego do płodu i są powodem śmierci płodu. W roku ubiegłym d-r H. W. FREUND i d-r S. LEWY³¹⁾ podali dokładne spostrzeżenie przypadku, w którym poród przedwczesny nastąpił w przebiegu duru, w drugim okresie choroby, kiedy ciepłota dosięga największego natężenia. Autorzy znaleźli w łożysku i w rozmaitych narządach płodu niewątpliwie laseczniki duru. Śmierć płodu zależeć jeszcze może od *c)* zwyrodnienia jaja lub jego błon, jakoto: zapalenia doczesnej (*endometritis deciduialis*), zaśnadiu i t. p.

II. Poronienie zależeć może od pewnych stanów chorobowych matki lub jaja, nie zagrażających życiu płodu, lecz zdolnych wywołać przedwczesne skurcze macicy; do takich stanów patologicznych należą: *a)* znaczna niedokrwistość matki, niedostateczne utlenienie się krwi matczynej z powodu rozmaitych chorób ogólnych; *b)* zboczenia narządów płciowych, nie pozwalające na prawidłowe powiększenie się macicy: tyłopochylenie macicy, włóknaki macicy, torbielaki jajników, guzy miednicy, zrosty macicy z otaczającemi ją tkankami. Wspomnieć na tem miejscu należy o możliwości poronień po *ventro-* lub *vaginofixatio* macicy, co w rzeczywistości spostrzegano już kilka razy; *c)* anomalie jaja lub błon jego: zapalenie doczesnej, nieprawidłowe umiejscowienie łożyska, *hydramnios*, ciąża bliźniacza; *d)* poronienia mogą także wywołać wzruszenia moralne, kąpiele gorące,

³⁰⁾ Max RUNGE. „Lehrbuch der Geburtshülfe“. Berlin, str. 255, r. 1894. Ciążę przerwana dzieliłmy na: 1) poronienie (*abortus*), jeżeli poród odbywa się w pierwszych 4-ch miesiącach ciąży; 2) poród niewczesny (*partus immaturus*), jeżeli ciąża została przerwana między czwartym a siódmym miesiącem ciąży i 3) poród przedwczesny (*partus praematurus*), jeżeli poród wystąpił między siódmym a 9½ miesiącem księżycowym. Pod względem praktycznym lepszy jest podział ciąży przerwanej na poronienie (*abortus*)—poród płodu w pierwszych 7 miesiącach ciąży, gdy płód nie jest zdolny do życia pozamacicznego, i poród przedwczesny—poród płodu w ostatnich 3-ch miesiącach ciąży, gdy płód jest do życia pozamacicznego uzdolniony.

³¹⁾ D-r H. W. FREUND und d-r S. LEWY. „Ueber Intrauterine Infection mit Typhus abdominalis“. Berl. klin. Wochen. N. 25, 1895 r., str. 539.

gwałtowne spółkowanie, przestrzykiwania pochwy zbyt zimną lub gorącą wodą, ssanie brodawek piersiowych, różne operacje, nawet nie na częściach płciowych i nareszcie niektóre środki lekarskie.

Przerwanie ciąży w pierwszych jej tygodniach przebiega często pod postacią obfitszej, dłużej niż zwykle trwającej miesiączki, połączonej z nieznacznymi bólami w dolnej części brzucha. Jajo, otoczone skrzepami krwi, odchodzi w całości lub też w kawałkach, ujście maciczne nieznacznie rozszerzone, a kobieta nie podejrzewa nawet poronienia.

W końcu drugiego lub trzeciego miesiąca ciąży poronienie łączy się z poważniejszymi objawami; krwawienie bywa bez porównania obfitsze, bóle mają charakter porodowych, aczkolwiek słabych; poronienie poprzedzają zwykle rozmaite objawy: chora nie czuje się zupełnie zdrową, uskarża się na bóle krzyża; z przewodu płciowego wypływa płyn krwawo-słuzowy; objawy te mogą niekiedy trwać przez parę tygodni, przy ostrożnem zachowywaniu się chorej mogą ustąpić i ciąża trwa dalej; częściej jednakże wypływ krwawy przybiera groźniejsze rozmiary, bóle krzyża stają się silniejsze; jest to znak rozpoczynającego się odklejania jaja. Pod wpływem skurczów macicy ujście maciczne się otwiera, jajo, oddzielając się od ściany macicy w okolicy doczesnej, opuszcza się wskutek ciężkości ku szyi macicznej, a opuszczając się, pociąga za sobą doczesną prawdziwą, wycinowując ją; pod wpływem mocnych skurczów macicy zostaje niekiedy wydalone z cała doczesną; częściej jednakże ta ostatnia odrywa się na pewnej wysokości od pozostałej w macicy, żeby następnie albo wydzielić się dobrowolnie, lub też wymaga usunięcia zapomocą pewnych zabiegów.

Krwotok podczas poronienia w tym okresie ciąży bywa często groźny, lecz bardzo rzadkie są przypadki śmierci kobiety, jakkolwiek do utraty tętna niekiedy dojść może.

Gdy macica pozbędzie się swej zawartości, kurczy się ona należycie i krwawienie ustaje. Inaczej się rzecz ma, gdy w jamie macicy pozostaje część doczesnej. Obecność ciała obcego przeszkadza trwałemu skurczowi macicy, naczynia nie zamykają się dostatecznie i występują krwawienia wyniszczające chorą. Krew, osiadając na resztkach doczesnej, powiększa rozmiary ciała obcego i stopniowo pod wpływem coraz nowszych warstw włókniaka tworzy się w ten sposób t. zw. uklej maciczny (*polypus placentaris s. fibrinosus*), wywołujący nietylko dość silne krwotoki, ale i bóle. Resztki doczesnej, w macicy pozostałe, mogą przy pewnych warunkach stać się powodem zakażenia ogólnego.

Leczenie poronień przechodziło rozmaite fazy i nie jest jeszcze i dzisiaj ustalone zupełnie. W roku 1878 FEHLING³²⁾ pierwszy doradzał czynny sposób leczenia poronień: usuwania przy każdym poronieniu zawartości macicy zapomocą palca. Dalej jeszcze poszedł DUEHRSEN³³⁾, dowodząc, że przy poronieniach, mających miejsce w 2—3 miesiącu ciąży, należy zawsze usunąć zawartość macicy zapomocą łyżeczki ostrej, łagodząc później swe zdanie o tyle, że doradzał usunięcie jaja zapomocą palca, doczesnej zaś prawdziwej zapomocą łyżeczki ostrej. Łyżeczkowano więc każdą kobietę po poronieniu i nierzadko przedziurawiano macicę z obawy, aby nie pozostawić w macicy najmniejszych kawałków doczesnej. Przeciwno takiemu postępowaniu pierwszy wystąpił znany ginekolog prof. WINKEL

³²⁾ Volkmann's Sammlung Klin. Vorträge N. 351.

³³⁾ Arch. für Gynäkol. 1887, str. 161 (podług refer.).

w Monachium ³⁴⁾ i na podstawie wieloletniego swego doświadczenia orzekł, że można i należy poronienia prawidłowo przebiegające pozostawiać siłom natury, czynny zaś sposób leczenia wskazany jest tylko przy pewnych zboczeniach w przebiegu poronień, a mianowicie przy silnym krwotoku, znacznej gorączce lub wypływie cuchnącym; że wówczas dopiero należy usunąć zawartość macicy i to za pomocą palców; łyżeczkę zaś radzi użyć wtedy tylko, jeżeli palcem nie udało się wszystkiego usunąć. WINTER ³⁵⁾ na zjeździe międzynarodowym w Berlinie wystąpił też w obronie biernego zachowywania się lekarzy przy poronieniach prawidłowych.

Co do mnie, to postępuję w następujący sposób. Jeżeli podczas pierwszych 3—4 miesięcy ciąży zjawia się wypływ krwawo-słuzowy z części płciowych macicy, uważając to za objaw zagrażającego poronienia, doradzam spokojne zachowywanie się chorej w łóżku, unikanie gorących potraw, zalecam preparaty makowca; zimnych kompresów na podbrzusze unikam i uważam za przeciwwskazane, ponieważ, wywołując skurcz macicy, przyspieszają poronienie. Jako środek zapobiegawczy przy zagrażającym poronieniu zachwalają *extr. fluidum viburni prunifolii*; twierdzenie to wymaga jednakże potwierdzenia; inni radzą w tym celu smrodzieniec (*asam foetidam*), np. M. WARMAN ³⁶⁾, który przy pomocy tego środka otrzymywał przy poronieniu nawykowym i rozpoczynającym się pomyślne rezultaty, podając przy poronieniu nawykowym w postaci pigułek, w przypadkach zaś rozpoczynającego się już poronienia w postaci nalewki po 20—30 kropel *pro dosi* 2 razy dziennie.

Jeżeli krwawienie jest bardzo obfite, dowodzi to, że jajo oddzieliło się od ścian macicy na dość znacznej przestrzeni; główne więc nasze zadanie polega wówczas na przyspieszeniu uwolnienia macicy z jej zawartości, starając się zarazem zmniejszyć, o ile się da, krwawienie. Przy obfitem krwawieniu nie należy zwlekać, przepisując niepewne środki wewnętrzne, lecz bezzwłocznie przystąpić do szczerzego wytamponowania pochwy zapomocą gazy jodoformowej. Tamponowanie działa najkorzystniej, gdyż, wstrzymując krwawienie, przyspiesza odejście jaja przez pobudzenie macicy do skurczu.

Po usunięciu tamponu (należy go pozostawić od 8 do 24 *maximum* godzin) znajdujemy często całe jajo po za tamponem w pochwie; gdyby to nie nastąpiło jeszcze, tamponujemy powtórnie.

Jeżeli jajo nie opuszcza macicy pomimo kilkakrotnego tamponowania i rozszerzonej szyi macicznej, co jest dowodem w pierwszych miesiącach ciąży, że jajo płodowe całkowicie się oddzieliło od ścian macicy, krwawienie zaś jest obfite, należy przed wprowadzeniem palca do jamy macicy spróbować sposobu HOENING'a ³⁷⁾ t. zw. wygniatania jaja płodowego dwuręcznego („combinirte Expression“), co wykonywa się w sposób następujący: wprowadzamy jeden lub dwa palce do przedniego sklepienia, przy tyłopochyleniu zaś macicy do tylnego, zapomocą zaś drugiej ręki ugniatamy macicę w kierunku ku palcom, znajdującym się w pochwie, dzięki czemu jajo płodowe wyskakuje z macicy do pochwy. Sposób ten właściwy jest tylko wówczas, gdy jajo znajduje się w macicy prawie całkowicie już oddzielone, w przeciwnym bowiem razie przyczynić się może do po-

³⁴⁾ München. klin. Wochens. 1888, str. 463 (podług refer.).

³⁵⁾ Verhandl. des Internation. Congr. Berl. 1891. B. III, str. 252.

³⁶⁾ Mikołaj WARMAN. „Przyczynek do leczenia poronień osnuty na tle 250 przypadków“. Gaz. Lek.

1894 r.

³⁷⁾ STRASSMAN. „Aeussere und combinirte gebursthülfliche Verfahren“. Archiv für Gynäkol. 49 tom, zeszyt I, str. 163.

zostawienia części jaja w macicy. Jeżeliby powyższy zabieg nie doprowadził do celu, należy usunąć zawartość macicy zapomocą rękoczynu wewnątrz-macicznego. Umieszczamy chorą na łożku poprzecznem i, jeżeli okoliczności pozwalają, usypiamy ją. Po należytem odkażeniu rąk własnych, organów płciowych zewnętrznych i pochwy chorej, opróżniamy zapomocą cewnika pęcherz moczowy i wprowadzamy 1—2 palce (w miarę możliwości) przez szyję do jamy macicy; zapomocą zaś drugiej ręki uciskamy macicę ku dołowi i nadziewamy ją, że się tak wyrażę, na wprowadzony do jamy palec, starając się wy badać, o ile błony płodowe i jajo są już oddzielone; jeżeli się okaże, że oddzielenie nie jest zupełne, to dokonywamy tego ostrożnie, posuwając palcem między ścianą macicy, a błonami płodowymi lub łożyskiem, poczem całą oddzieloną masę usuwamy z macicy. Następnie przemywamy macicę 2% roztworem kwasu karbolowego; przepisujemy wewnętrznie odpowiednią dawkę sporyszu lub ergotyny i doradzamy chorej leżenie w łożku przez 6—7 dni. Zdarzyć się jednak może, iż część doczesnej pozostaje w jamie macicy; mamy wówczas t. zw. poronienie niezupełne (*abortus incompletus*), którego głównym objawem są nieustające po odejściu jaja płodowego krwawienia, przy rozwartej szyi macicznej; przepuszczającej w pierwszych dniach jeden lub nawet dwa palce. Zadanie nasze—usunąć ręcznie owe resztki, jeżeli, jak to radzi CZEMPIN³⁸⁾, ergotyna nie skutkuje. Usunięcie resztek doczesnej w pierwszych dniach po poronieniu odbywa się w sposób następujący. Chorą usypiamy, co znacznie ułatwia operację (można zresztą dokonać tego zabiegu i bez usypiania chorej), wypuszczamy nos, dokonywamy zwykłej dezynfekcji rąk własnych i organów płciowych chorej, przepłukujemy jamę macicy 2% roztworem kwasu karbolowego; już w wypływającej wodzie znajdują się często strzępki doczesnej; następnie wprowadzamy do pochwy 4 palce (nb. chorą umieszczamy na łożku poprzecznem); uciskając zaś przez brzuch zapomocą drugiej ręki macicę ku dołowi, wprowadzamy w miarę możliwości jeden lub dwa palce do macicy; wprowadzamy palec napotyka wiszące strzępy doczesnej, po których staramy się dojść do miejsca ich przyczepu; gdyby się to nie udało, co zresztą u uspięnej kobiety rzadko się zdarza, to chwytny przednią wargę macicy zapomocą kulociągu i ciągniemy macicę ku dołowi; wówczas nie trudno osiągnąć miejsca przyczepu pozostałych resztek błon płodowych i końcem palca ostrożnie oddzielamy błony od ściany macicy; należy się starać usunąć wszystko za jednym razem, aby nie wprowadzać kilkakrotnie palca do jamy macicy. Następnie przemywamy znów macicę ciepłym 2% roztworem kwasu karbolowego, przepisujemy chorej odpowiednią dawkę sporyszu lub ergotyny i polecamy przez tydzień leżeć w łożku. Jeżeli wszystko zostało należyście usunięte, to krwawienie niezwłocznie ustaje, wypływa tylko przez parę dni następnych nieznaczna ilość czerwonawo zabarwionego śluzu. Z takiego postępowania naszego wynika, że wyłuszczanie macicy w celu usunięcia resztek błon płodowych w parę dni po poronieniu jest rękoczynem zbytecznym. Inaczej rzecz się ma, gdy zgłasza się do nas chora w kilka miesięcy po poronieniu, skarżąc się na uporczywe krwawienia, zależne, jak badanie wykaże, od pozostałych w macicy resztek błon płodowych lub części łożyska. Macica wówczas jest już zwykle zamknięta, usunięcie błon zapomocą palca jest niemożliwe; w tych razach łyżeczkowanie macicy daje doskonałe rezultaty.

³⁸⁾ CZEMPIN. „Zur Behandlung des Abortus“. Berlin. klin. Wochen. N. 45. 1893 r.

Resztki błon płodowych po poronieniu, oprócz krwawień macicznych, jak to ostatnimi czasy GOTSCHALK³⁹⁾, SAENGER⁴⁰⁾, LOEHLEIN⁴¹⁾, TANNEN⁴²⁾ i wielu innych wykazało, mogą być punktem wytworzenia się nowotworów złośliwych, najczęściej mięsaków, wymagających całkowitego usunięcia macicy. Nowotwory na tej drodze powstałe mają tak złośliwy niekiedy charakter, że w wielu przypadkach, pomimo wcześniej przedsięwziętych rękoczynów, następowały nawroty i chore umierały wkrótce po operacji. Rozpoznanie tego cierpienia nie jest zbyt łatwe, gdyż nawet badanie wewnątrzmaciczne zapomocą palca, oprócz zwykłych resztek doczesnej po poronieniu, nic więcej nie wykazuje. Jeżeli w każdym przypadku usuwania resztek doczesnej po poronieniu pożądane jest badanie drobnowidzowe; to w przypadkach powtarzających się krwawień po jednorazowemu już wyskrobaniu czy usunięciu resztek doczesnej palcem, badanie drobnowidzowe jest niezbędne i za prawidło uważane być winno.

Oddzielnego rozpatrzenia wymagają krwawienia z macicy, zależne od zaśnięcia groniastego czyli pęcherzykowego (*mola hydatidosa*). Zaśniad pęcherzykowy powstaje przez zwyrodnienie śluzowe kosmówki; jest to zatem *myxoma chorionis* (VIRCHOW). Jeżeli część tylko kosmówki ulega zwyrodnieniu, natenczas płód może się jeszcze dalej rozwijać; jeżeli zaś cała powierzchnia kosmówki ulega tym zmianom, płód obumiera i tworzy się t. zw. zaśniad groniasty.

Nie dotykając etyologii i szczegółowego opisu pęcherzyków, wskażę tylko objawy i leczenie zaśniadu groniastego.

Ciążę zaśniadową rozpoznajemy⁴³⁾, jeżeli obok prawdopodobnych objawów ciąży stwierdzamy: 1) szybkie powiększanie się macicy, nie odpowiadające okresowi ciąży; 2) wydzielinę krwawo-śluzową z macicy; 3) obfite krwotoki, zjawiające się niekiedy od pierwszego miesiąca ciąży i mające cechy krwotoków z powodu łożyska przodującego; 4) brak tętna płodowego i ruchów płodu w drugiej połowie ciąży, a 5) rozpoznanie nie ulega wątpliwości, jeżeli w wypływającej krwi znajdujemy wyżej wzmiankowane pęcherzyki lub twór taki wyczuwamy w ujściu macicznym. Ciąża zaśniadowa najdłużej trwa 7 miesięcy, zwykle zaś wydalenie zaśniadu z macicy ma miejsce w 4 lub 5 miesiącu ciąży. Rokowanie w tych razach jest poważne, ponieważ niekiedy bywają krwotoki zagrażające życiu kobiety.

Leczenie wogóle wyczekujące, gdyż pożądane jest dobrowolne wydalenie się zaśniadu.

Krwawienie staramy się uspokoić zapomocą szprycowań z gorącej lub zimnej wody, gdyby zaś było bardzo obfite, należy szczerlnie wytamponować pochwę i jeżeli po usunięciu tamponu okaże się macica rozwartą, podajemy dużą dawkę sporyszu i probujemy wygnieść z macicy całą masę za jednym razem. Po wydaleniu zaśniadu nie należy przemywać macicy (RUNGE), ponieważ niejednokrotnie w tych razach były notowane przypadki nagłej śmierci. Gdyby nieznaczne cząstki zaśniadu pozostały w jamie macicy, gwałtownie wydobywać ich nie należy, gdyż zwykle same przez się w krótkim czasie wydalone zostają.

³⁹⁾ GOTSCHALK. „Ueber das Sarc. chlorio-deciduo-cellulare“. Berl. klin. Wochen. 1893. N. 4 i 5.

⁴⁰⁾ SAENGER. „Ueber Sarcoma uteri cellulare und andere deciduale Geschwülste“. Arch. für Gynäk. Bd. 44. H. I.

⁴¹⁾ LOEHLEIN. „Sarcoma deciduo-cellulare nach vorausgegangenem Myxoma chorion“. Centr. für Gyn. N. 14, 1893 r.

⁴²⁾ TANNEN. „Ein Fall von Sarcoma uteri decid. cell.“ Arch. für Gynäk. B. 49, H. I. 1895 r.

⁴³⁾ BRAUN Stanisław. „O operacyach położniczych“. Kraków. 1891, str. 240.

Jeżeli krwawienie pomimo tamponowania pochwy przybrało groźne rozmiary i zaśnied nie odchodzi, to wówczas tylko jest wskazane wydobyć zaśniedu ręczne, unikając o ile można pomocy narzędzi, ze względu na bardzo łatwe w tych razach przedziurawienie macicy, zwłaszcza jeżeli zaśnied groniasty drąży wgłąb ścian macicy, tak, że przedziurawia warstwę mięsną; jest to t.zw. z a ś n i a d g r o n i a s t y n i s z c z a c y (*mola hydatidosa destructiva*), postać bardzo niebezpieczna, na szczęście nie często się przytrafiająca; sprowadza ona prawie zawsze śmierć chorej wskutek krwotoku i zapalenia otrzewny.

Należy jeszcze na tem miejscu wspomnieć o krwawieniach z macicy zależnych od ciąży pozamacicznej, przy której, jak wiadomo, i macica się powiększa, a błona śluzowa zamienia się w t. zw. doczesną rzekomą. Stosunkowo rzadko się zdarza, aby przy rozwijającej się ciąży pozamacicznej błona śluzowa macicy krwawiła. Jeżeli ciąża pozamaciczna zostaje w rozwoju wstrzymana i doczesna rzekoma wydalona z macicy, to główna jednak przyczyna zmian w macicy—jajo płodowe—nie zostaje w tych razach nazewnątrz usunięte, lecz pozostając w jamie brzusznej, powoduje niezupełne zwinięcie się macicy; mamy zatem w tych razach niejako analogię z niezupełnym poronieniem i jego skutkami: macica bywa przekrwiona i nie zwija się należycie, a jako bezpośrednie następstwo owego przekrwienia macicy występują obfite krwawienia, przez pierwsze 3—4 tygodnie wypływa krew czerwona w znacznej ilości, następnie wydzielina przybiera kolor brudno-kawowy, a trwając niekiedy miesiące, wyniszcza chorą. Z tego wynika, że czynne tylko zachowanie się lekarza przy ciąży zamacicznej (laparotomia) za racjonalne uważane być winno, gdyż leczenie wyczekujące przy przerwanej ciąży pozamacicznej, jeżeli nie jest w pewnych przypadkach groźne dla życia kobiety, to bywa jednakże przyczyną wyniszczających chorą krwawień i niezupełnego *restitutionis ad integrum* części płciowych ⁴⁴⁾.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

90. I. HOFBAUER (z klin. prof. SCHAUTY). **O wartości sztucznej leukocytozy przy leczeniu septycznych spraw połogowych.** Ostatnie zdobycze na polu bakteriologii i chemii wywołały przewrót w terapii, która w chorobach zakaźnych miała na celu zwalczanie zarazków i ich niszczącego wpływu na ustrój. Łatwo zrozumieć zapał, z jakim przyjęto myśl leczenia surowicą; wiele też prac z lat ostatnich tyczyło się głównie tego przedmiotu. Początkowo uważano te rodzaje surowicy za specyficznie działające, które otrzymywano przeciw danej chorobie, a więc uznawano pogląd chemicznego zubożenia toksyny przez antytoksynę we krwi. Tymczasem najnowsze prace zwróciły uwagę na działanie komórek, jako na przyczynę terapeutycznego wyniku.

Z omawianem pytaniem łączy się teoria leukocytozy zapalnej, która, według przyjętego poglądu BRIEGER'a, o tyle wywiera wpływ na niszczenie zarazków w ustroju, o ile przy rozpadzie leukocytów wydziela się ciało, działające jako antytoksyna. Wielokrotnie już robiono próby wywoływania leukocytozy i zastosowania

⁴⁴⁾ D. O. OTT. 1), „Materjaly k uczeniu o wniematocznoj beremennosti“. Wracz. N. 4, 1893 r. 2) O pokazaniach k operatiwnomu wmlaszatelstwu pri razstrojstwach, nabludajemych w regessivnych stadjach wniematocznoj beremennosti“. Wracz. 1892 r., str. 925.

jej jako środka leczniczego. JAKSCH jeden z pierwszych zaczął pracować w tym kierunku, używając pilokarpiny, jako środka wywołującego leukocytozę. Dalej, GOLDSCHIEDER i F. MUELLER robili również podobne doświadczenia nad zwierzętami, zastrzykując sok wyciśnięty ze śledziona. W kwietniu roku zeszłego pojawiła się praca A. LOEWY i P. RICHTER'a („Ueber den Einfluss von Leukocytose und Fieber auf den Verlauf von Infektionskrankheiten“), w której opisane są wyniki sztucznie wywołanej leukocytozy (doświadczenia prowadzone były na zwierzętach).

Nic więc dziwnego, że zbadanie wpływu sztucznej hyperleukocytozy przy sprawach septycznych połogowych było rzeczą bardzo nęcącą i konieczną, jak powiada autor; tembardziej, że przy ostrym przebiegu owych spraw septycznych nie ma prawie żadnej leukocytozy, która natomiast zdarza się częściej przy podoстрыm lub przewlekłym przebiegu.

Jako środek, wywołujący leukocytozę (*leukotacticum*), używał autor nukleinę prof. HORBACZEWSKIEGO. Do wyboru zaś tego środka skłoniły autora dane następujące: 1) szybkość działania owego środka; 2) brak jakiegokolwiek ubocznego działania (prof. HORBACZEWSKI dawał 5—10 gm. preparatu i nie spostrzegł żadnych zjawisk ubocznych); 3) fakt, że przy wewnętrznym użyciu nukleiny wydzielą się z niej kwas nukleinowy pod wpływem soku trzustkowego (według TICHOMIROW'a i KOSSEL'a kwas ten ma w wysokim stopniu własność niszczenia zarazków i ich toksyn).

Ze zjawisk klinicznych, które podczas leczenia nukleiną uwydatniają się, autor przytacza następujące:

I. Wpływ na stan ogólny. Wpływ widoczny, często nadspodziewanie dobry. Chora przedtem apatyczna, ciągle śpiąca, szybko się poprawia; skóra traci zabarwienie żółte; łaknienie znacznie wzrasta. Dość uporczywie tylko utrzymuje się bolesność i wrażliwość kości.

II. Wpływ na cierpienie miejscowe. Owrzodzenia, oczyszczając się bardzo szybko od nalotów, pokrywają się granulacjami i goją. Odchody przy *endometritis puerp.* często w przeciągu kilku godzin przestają cuchnąć i z gnilnych przechodzą w bardzo obfite ropne, których ilość też wkrótce znacznie się zmniejsza. Wtedy można przerwać przemywania wewnątrzmaciczne i zastąpić je zwykłymi pochwami.

III. Zmiany w krzywej ciepłoty. W ciągu pierwszych 12 — 24 godzin, po przyjęciu pierwszej dawki, ciepłota znacznie podnosi się (w jednym przypadku doszła do 41,6° C., ale wkrótce potem spadła do 37,8°). W ciągu następnych dni krzywa wskazuje coraz mniejsze podniesienia ciepłoty, następnie daje się zauważyć stałe jej zmniejszanie się, lub też, po zupełnie nieprawidłowych podskokach, odrazu gwałtownie spada (*crisis*).

IV. Zjawiska ze strony układu kostnego. Zjawiska, tutaj spostrzegane, tyczą się litylko wrażliwości, bolesności w pewnych kościach. Owa nadczułość bywa niejednakową pod względem siły i trwania. U jednej chorej zjawia się tylko nieznaczna nadczułość goleni, u innej przeciwnie, bóle w kościach bywają tak silne, jak to ma miejsce przy szybko postępującej białaczce; bóle te dotyczą prócz goleni również kości udowych i biodrowych, a nawet, jak to było w jednym przypadku, żeber i kręgosłupa. Taka bolesność trwa najdłużej tydzień.

Autor zadaje sobie pytanie: czy ma tu miejsce tak zwiększone w szpiku kostnym wytwarzanie się leukocytów i przechodzenie ich w krew, że aż klinicznie przez bolesność kości się objawia? Znane są przecież prace BIZZOZERO, ZENONI, wskazujące szpik kostny, jako źródło leukocytów, i praca ARNOLD'a, dowodząca

przejścia tych komórek ze szpiku do krwi. Przytacza autor również prace LOEWIT'a i GOLDSCHIEDER'a, tyżące się omawianej sprawy.

Przy omawianych objawach ze strony kości, autor, badając krew, znalazł obok zwiększonej ilości leukocytów dużą ilość ziarnistych erytrocytów bez widocznie zmniejszonej zawartości hemoglobiny. Że szpik kostny jest miejscem wytwarzania się czerwonych ciałek krwi, było wyjaśnione badaniami BIZZOZERO i E. NEUMANN'a; przejście ziarnistych erytrocytów w bezzziarniste zauważyli KOELLIKER, RINDFLEISCH i inni. Otóż zauważona przy doświadczeniach autora obecność licznych, młodych czerwonych ciałek krwi mogłaby w pewnym stopniu przyjętą być jako zapowiedź czynnej regeneracji krwi. Biorąc pod uwagę rozpad ciałek czerwonych przy sprawach septycznych i wskutek tego zmniejszanie się alkaliczności krwi (według teorii KRAUS'a), autor zapowiedź takiej regeneracji uważa za bardzo pożądaną; wszak według badań NEUMANN'a, zmniejszona alkaliczność krwi powiększa skłonność do spraw septycznych. Zjawiska owe w układzie kostnym przedstawiają podobieństwo do tych, jakie zauważyć można u przychodzących do zdrowia po ciężkiej malarii; i u nich równocześnie z regeneracją krwi występuje pewna czułość kości w kończynach dolnych.

V. Powiększone wydzielanie kwasu moczowego, jako zwykle zjawisko przy wewnętrznem użyciu nukleiny (HORBACZEWSKI, KUEHNAU, UMBER i inni).

Następnie autor przechodzi do opisu siedmiu przypadków, w których stosował wewnętrzną nukleinę.

Przypadek I. 20-letnia, pierwiastka. *Endometritis puerperalis*, wskutek zatrzymania się części łożyska. Po zastosowaniu nukleiny nagły spadek wysokiej ciepłoty i dalszy przebieg bezgorączkowy.

Przypadek II. *Ulcera puerperalia. Endometritis puerperalis* (streptokoki w wydzielinie). Wybroczyny skórne i błon śluzowych. Śpiączka. Po zastosowaniu nukleiny powolny spadek ciepłoty.

Przypadek III. 19-letnia pierwiastka. Rodziła na mieście. *Ulcera puerperalia*, pomimo zwykłego leczenia, rozszerzały się. Piątego dnia ciepłota 39,2°. Dreszcze, upadek sił. Dziesiątego dnia przywieziono chorą do kliniki. Stan ogólny zły; śpiączka. Nalot na wargach i języku. Tętno 150, małe. R. 38. W sercu szmery skurczowe. Śledziona powiększona. Brzuch lekko bolesny przy naciskaniu. Wejście do pochwy otoczone owrzodzeniami. Zabarwiony cuchnący wypływ. W takim stanie chora dostała pierwszą dawkę nukleiny. Owrzodzenia oczyściły się, wypływ nie był cuchnący; ogólny stan zadawalający. Ciepłota po 7-iu dniach powróciła do stanu prawidłowego i pozostawała tak przez 5 dni. Nagle ciepłota podniosła się do 38°, przyszyły bóle w brzuchu i utworzyło się *parametritis* z obydwóch stron. Ciepłota od 38°—39,5°; brak zupełny łaknienia. Po zjawieniu się chełbotania—interwencja chirurgiczna. Chora po 9-iu tygodniach i po zupełnem wycieńczeniu zmarła.

Przypadek IV. 40-letnia, 4-ry razy rodziła. *Placenta praevia*, akuszerka tamponowała. Chora przywieziona do kliniki: ciepłota 39,2°; poród operacyjny, poczem ciepłota 40° C. Na trzeci dzień stan bardzo zły; tętno 160, nierówne. R. 52. Brzuch wzdęty, bolesny. Odpływy cuchnące, zawierają gronkowce i krótkie cienkie pałeczki. Zastosowana nukleina wywołała poprawę stanu ogólnego, lecz wkrótce ciepłota zaczęła to podnosić się, to opadać, zjawily się dreszcze; powstały ropnie w oddzielnych stawach; nakoniec nastąpił obrzęk płuc i po 24-ch dniach chora zmarła. Badanie pośmiertne wykazało: *thrombophlebitis venae cavae*,

spermaticeae, uterinae et cruralis sinistrae; ropnie przerzutowe; tłuszczowe zwyrodnienie serca, wątroby i t. d.

Przypadek V. *Endometritis puerp. Ulcera puerp. Parametritis dextra purulenta* (rozdarcie szyi powyżej sklepienia). Stan ogólny ciężki; częste dreszcze, gorączka. Po zastosowaniu nukleiny powolny spadek gorączki, szybkie wyleczenie.

Przypadek VI. *Endometritis puerp.* z wysoką gorączką. Po pierwszej dawce nukleiny szybki spadek ciepłoty.

Przypadek VII. *Endometritis puerp. Parametritis sinistra. Collapsus.* Po zastosowaniu zwykłych środków pobudzających leczenie nukleina. Wtedy nastąpiła zadziwiająca poprawa stanu ogólnego. Gorączka znikła. Po ośmiu dniach nagle wystąpiły dreszcze, gorączka. Badanie wykazało lewostronną *pleuropneumoniam*, która przedłużyła chorobę o trzy tygodnie.

Autor na zakończenie powiada, że z tak małej liczby spostrzeżeń nie można wyprowadzać pewnych wniosków. Widoczne jest tylko to, że, dla osiągnięcia pomyselnego skutku przy stosowaniu nukleiny (*leucolac ticum*), trzeba ją dawać jak można najwcześniej. Autor dodaje, że uważne zastano wienie się nad tem, czego od sztucznej leukocytozy przy omawianych cierpieniach możemy oczekiwać, powinno wywołać liczne w tym kierunku badania.

(*Centralblatt für Gynäcol. N. 17. 1896 r.*)

J. Marczewski.

91. ARTHUR v. REISNER (Ryga). **Wrzód trądowy a gruźliczy przy trądzie w kiszkaach.** Autor nie wątpi, że i kiszki narówni z innymi narządami podlegać mogą przy trądzie zmianom swoistym, wyrażającym się w owrzodzeniach błony śluzowej, tylko że zmiany te, dzięki gruźlicy płuc, nadzwyczaj częściej komplikacji trądu, stale poczytywane są za wytwory gruźlicze (HANSEN i LOOFT). R. na 17 sekcji, dokonanych w leprosorium w Rydze, trzykrotnie spostrzegwał wrzody kiszek; z tych w dwóch tylko przypadkach, powikłanych daleko posuniętą gruźlicą płuc, wrzody były gruźlicze; w trzecim zaś wrzody stanowczo rozpoznaje autor jako trądowe. Rozpoznanie to opiera na danych następujących: 1) olbrzymie podobieństwo wrzodów do typowych owrzodzeń trądowych, nacieczeń gardzieli i miękkiego podniebienia: wrzody były niewielkie (2—3 ctm. średnicy), powierzchowne, bez żadnego prawie zapalnego odczynu dokoła, z brzegami płaskimi, bladymi, mało podminowanymi; 2) obecność masy laseczek, ułożonych na preparacie grupami i nadzwyczaj łatwo barwiących się w płynie NEELSEN'a (roczyn spirytusowy fuksyny w wodzie karbolowej), które to cechy są właściwe tylko lasecznikom trądu. Przeciw gruźliczej naturze owrzodzeń przemawiały oprócz powyższych, następujące jeszcze okoliczności: 1) zupełny brak gruźlicy tak płuc, jak i innych narządów, gruźlicy zaś kiszek, jako cierpienia pierwotnego, autor nie przyjmuje, i 2) zupełny brak wielojądrowych komórek i prosówkowych (miliarnych) gruzełków, właściwych gruźliczym nacieczeniom. Wrzodami usiana była gęsto cała kiszka gruba i część cienkiej.

(*Monatsh. f. prakt. Derm. B. XXII. N. 5.*)

J. Widawski.

92. W. DUBREUILH i BERNARD. **Leczenie wilka plasterem salicylo-kreozotowym.** Leczenie wilka drogą chirurgiczną (skrobanie, nacięcia, punkcikowe przyżegania) uważają autorzy wogóle za najpewniejsze, gdzie wszakże to zawodzi lub z powodu tych lub innych okoliczności nie da się stosować, tam przedewszystkiem zalecają plaster salicylo-kreozotowy. Plaster ten posiada tę znakomitą wyższość nad wielu innymi środkami żrącymi, że: 1) niszczy tylko tkankę chorą, nie naruszając zgoła ani otaczających części zdrowych, ani starych zdrowych blizn; 2) sprawia bardzo mały i nadzwyczaj krótkotrwały ból (1—15 minut) i 3) działa nader szybko i sku-

tecznie. Już trzy-, czterokrotne przyłożenie plastra, przy codziennej zmianie opatrunku, wystarcza do zupełnego zniszczenia mniejszych pojedynczych guzików, po 10-iu zaś dniach ulegają rozpadowi najrozleglejsze nawet nacieczenia. Powstałe przytem owrzodzenia są czyste, mało ropiejące, szybko wypełniają się zdrową, trwałą ziarniną. Dalsza sprawa gojenia idzie już bardzo prędko pod obojętnymi maściami z kwasu bornego lub tlenku cynku.

Powoli i niepewnie działa plaster tylko przy znacznej głębokości nacieczeń i twardzielowatej postaci wilka (*Lupus sclerosus*); w tych razach skaryfikacye uważają autorzy za środek nie dający się niczem zastąpić.

(*Monatsh. f. prakt. Derm. N. 3. 1896*).

J. Widawski.

93. F. KRAUSE. **O zastosowaniu dużych płatów skórnych bez szypuły do celów plastycznych.** Różne braki, jakie spostrzegać się dają przy przeszczepianiu skóry metodą REVERDIN'a, THIERSCH'a, MAAS-WAGNER'a, skłoniły autora do stosowania płatów skórnych bez szypuły w celach plastycznych. Wyniki swoje, otrzymane po kilkuletnich badaniach, K. zakomunikował na zjeździe chirurgów jeszcze w roku 1893, na którym i HIRSCHBERG wspomniał o 4-ch przypadkach, w których na ranę, powstałą po wyluszczeniu nowotworów w różnych okolicach twarzy, przeszczepił płat skóry bez szypuły, wycięty z zewnętrznej powierzchni ramienia lub przedramienia. Odpowiednią okolicę, z której miał być płat wycięty, smagano przez 2—3 minut cienką w kilkoro złożoną rurką kauczukową, w celu wywołania sztucznego przekrwienia, następnie płat wycięto i przszyto do poprzednio przygotowanej rany. Opatrunek przeciwnilny, uciskowy. Płat taki przyjął się dobrze. Według HIRSCHBERG'a cały wynik w mowie będącego rękoczynu zależy od użycia płatów bogatych w naczynia włosowate, względnie od przekrwienia sztucznie wywołanego.

Nie zgadza się to wcale z licznymi doświadczeniami KRAUSE'go, które dowodzą, że jest to w zupełności rzeczą obojętną, z jakiej okolicy ciała płat się wycina, czy jest on bogaty w naczynia włosowate, czy też nie. Wszelkie więc przygotowywanie skóry, w celu wywołania przekrwienia, więcej szkody przynosi, aniżeli pożytku; im mniej skóra zostaje maltretowana, tem prędzej dodatniego wyniku spodziewać się można. Rzecz cała zależy od ścisłego aseptycznego i koniecznie suchego operowania, a także bardzo wiele od należytego przygotowania ropy, mającej się pokryć płatem bez szypuły.

Dla otrzymania wyniku dodatniego przy przeszczepianiu płatów bez szypuły, należy zwracać baczną uwagę, aby podczas operacyi, np. podczas wycięcia nowotworu, tylko suchy materyał znalazł zastosowanie, a więc żadne mokre gąbki lub tampony nie mogą być w zetknięciu ze świeżą raną. Nawet sterylizowany fizyologiczny roztwór soli kuchennej nie bywa w takich razach obojętny, gdyż łatwo się przekonać, że do ran, traktowanych owym roztworem, płat nie tak ściśle przylega i tak prędko się przylepia, jak to ma miejsce przy suchem operowaniu. O użyciu jakiegokolwiek roztworu antyseptycznego mowy być nie może. Autor używa do tamponowania ran suchego, w parze wodnej sterylizowanego muślinu; pamiętać także należy, aby narzędzia po ich gotowaniu na sucho wycierać sterylizowanymi ręcznikami; ręce operatora i asystentów po zdezynfekowaniu powinny być suche.

Powierzchnie ziarninujące lub owrzodzenia powinny się zainieniać na świeże rany przez wycięcie całego dna, bacząc na to, aby poprzednio stan zapalny brzegów owrzodzeń usunąć przez zastosowanie odpowiedniego leczenia.

Hemostaza powinna zawsze być kompletna, podwiązywanie naczyń może mieć miejsce li tylko na brzegach rany, gdyż w innych miejscach nitki mogą być

przeszkodą do ścisłego przylegania płatów, od czego wszystko zależy. Jeżeli mamy do czynienia z kością, to może się zdarzyć, że krwawienia zapomocą ucisku tamponami opanować nie można; należy wtedy nałożyć opatrunek uciskowy na 2 dni, a^o potem dopiero przedsięwziąć przeszczepienie.

Dezynfekcja części ciała, z której ma się wyciąć płat, nie powinna się odbywać zbyt energicznie; szcztokowanie i zbyt silne wycieranie nie powinno mieć miejsca; kąpiel ogólna, golenie i zmycie odpowiedniego miejsca tamponem, umazczanym w eterze, następnie oblewanie sublimatem w zupełności wystarczą.

Płat wycina się w formie wrzecionowatej razem z tkanką łączną, znajdującą się między skórą i tkanką tłuszczową. Po wyjęciu płat natychmiast kurczy się w kierunku podłużnym do dwóch trzecich w porównaniu z poprzednim rozmiarem, a w kierunku poprzecznym nieco mniej.

Prawie zawsze autor posiłkował się skórą, wziętą z tego samego osobnika, w wyjątkowych tylko razach przy dwóch jednocześnie przedsięwziętych przeszczepieniach pozostałą skórę z pierwszego chorego przeniósł na drugiego. Płat przeniesiony na ranę przylega tak mocno, jak gdyby był przyklejony, dzięki właśnie nieużywaniu żadnych płynów podczas operacji.

W mowie będąca metoda nie daje się zastosować tam, gdzie ma się do czynienia z brakiem chrząstki lub ze świeżo zeszytem ścięgnem, gdzie nie może mieć miejsca dostateczne odżywianie przeszczepionego płata. Nie odnosi się to jednak do zdrowych ścięgien u powięzi, gdzie metoda ta doskonale się nadaje.

Przymocowanie płatów przeszczepionych zapomocą szwów jest zbyt cenne. Utrzymują się one i przylegają przy pomocy zwyczajnego przeciwgnilnego opatrunku, lekko uciskającego. Pierwszy opatrunek zmienia się już po 3-ch lub 4-ch dniach, gdyż tworzą się czasem na płacie pęcherze wypełnione krwawo-surowiczą zawartością, które należy jaknajprędzej przecinać. Przy zmianie opatrunku na kończenie, właściwem jest po zdjęciu powierzchownych warstw opatrunku zanurzyć kończynę w kąpeli z roztworu kwasu bornego, by uniknąć wszelkiego szarpania płata. Jeżeli przeszczepienie płata miało miejsce na twarzy, to najlepiej jest bezpośrednio pokryć płat gazą nasmarowaną grubo waseliną z kwasem bornym. Następane opatrunki zmieniają się co kilka dni w miarę potrzeby.

Po 4-ch dniach płat ma wygląd bładny lub z powodu przesiąknięcia barwnikiem krwi sinawy lub sino-czerwony, a po 7—8-iu dniach przyjmuje odcień różowy, który po 14-tu dniach staje się więcej wydatnym. W niektórych miejscach powierzchowne warstwy skóry przechodzą w zgorzel, która gdzieniegdzie obejmuje całą grubość skóry; wogóle jednak płaty przyrastają w zupełności. Zupełne zagojenie następuje po 3 do 6 tygodniach, co zależy od właściwości gruntu, na który płat został przeszczepiony, od odżywiania płata i od wieku chorych. Skóra przeszczepiona niczem się nie różni od normalnej, jest przesuwalna i podejmuje się dość łatwo w fałdy. Pod nią, po upływie 22-ch dni, stwierdzić także można pod drobnowidzem nowoutworzoną cienką warstwę tkanki tłuszczowej; nie zawsze jednak ma to miejsce przy przeszczepieniu skóry na tkankę kostną.

Czucie w skórze przeszczepionej bardzo powoli występuje; zaczyna się ono pojawiać przedewszystkiem na brzegach, co dowodzi, że włókna nerwowe wrastają w nowoutworzoną skórę ze skóry sąsiedniej, a nie z podłoża.

(*Volkmann's Samml. klinisch. Vorträge. 1896. N. 143*).

L. Krause.

94. Prof. M. LITTEN. **O wałeczkach w krwi.** Badania świeżych niebarwionych preparatów krwi w większości przypadków wykazują obecność cylindrycznych mas, przypominających z kształtów cylindry moczowe. Autor badał krew

każdego ze swych chorych i na podstawie zebranej w ten sposób sporej liczby spostrzeżeń, rozróżnia dwa gatunki wałeczków. Pierwszy rodzaj stanowią wałeczki napotymane we krwi wielu osób zdrowych i niektórych chorych. Przedstawiają się one jako duże masy o budowie ziarnistej, barwy białawej, dość silnie załamujące światło; długość bywa różna, 4—6 razy przewyższa zwykle średnicę czerwonych ciałek krwi.

Wałeczki te tworzą się z płytek krwi w chwili, gdy warstwa badanej krwi zostaje ściśnięta pomiędzy dwoma szkiełkami. Na preparatach, uwidoczniających krążenie krwi, przy zachowaniu odpowiednich warunków technicznych, widzieć można także cały proces tworzenia się wałeczków: płytki zlepiają się, kształtują się w cylindryczne masy, które jakby przyciągają do siebie coraz więcej płytek. Wałeczki, o których mowa, w mniejszej lub większej ilości dają się wytworzyć w każdej krwi; przy niektórych chorobach, jak białaczka, rzekoma białaczka, różne rodzaje anemii, *lymphoma malignum*, skażenie krwotoczne i t. d., ilość ich jest wogóle dość znaczna, co jest w związku ze zwiększoną w tych razach ilością płytek krwi. Drugi rodzaj wałeczków napotykał autor w każdej bez wyjątku badanej krwi, i już z tego względu wałeczki te odróżniają się od pierwszych; zresztą załamują one światło o wiele słabiej, mniej są szkliste i białe od pierwszych, wpadając pręcej w odcień niebieskawy, nie mają budowy ziarnistej, lecz przedstawiają się jako jednolite matowe masy. Brzegi wałeczków bywają naprzemian to pokarbowane, to gładkie, gdzieniegdzie dają się dostrzegać jakby spiralne obroty. Wałeczki te powstają równie jak pierwsze, i chcąc je otrzymać, należy kropelkę badanej krwi nie tylko ucisnąć pomiędzy szkiełkami, lecz jednocześnie wykonać jednym z nich jedno lub parę lekkich pociągnięć, co zresztą zwykle się robi, aby otrzymać możliwie ciekłą warstwę krwi. Wałeczki układają się zawsze równolegle do kierunku pociągnięcia szkiełkiem i równolegle do siebie. Ze składowych części krwi w tworzeniu się tych wałeczków przyjmują udział czerwone krążki. Najprzód skutek wywieranego ciśnienia ciała grupują się w rzędy, co stanowi zaczątki przyszłych wałeczków. W dalszym ciągu hemoglobina zostaje mechanicznie wyciśnięta z ciałek czerwonych, przesiąka do surowicy tak długo, aż ciała zostaną zupełnie odbarwione i nabiorą cech późniejszych wałeczków; wreszcie odbarwione ciała zlepiają się w jednolitą masę, kontury oddzielnych ciałek coraz bardziej się zacierają i w ten sposób na tle zabarwionej hemoglobiny surowicy zjawiają się wałeczki, w których chyba gdzieniegdzie lekko pokarbowane brzegi świadczą o pochodzeniu z oddzielnych cząstek morfologicznych.

Naturalnie przypuszczać należy, że pomienione wyżej wpływy mechaniczne wywołują w samej stronie ciałek czerwonych jakieś głębsze sprawy degeneracyjne, które dopiero dają właściwy impuls do tworzenia się wałeczków. Do barwienia wałeczków pierwszego rodzaju mogą być używane te same barwniki, które służą do barwienia płytek krwi.

(*Deutsch. medicin. Wochenschrift N. 15. 1896*). Z. Kujawski.

95. REINHOLD RUGA (Berlin). **Przymiot i zimnica.** Autor porusza sprawę wczesnego leczenia przymiotu (przed wystąpieniem objawów wtórnych), którego gorącym zwolennikiem jest LASSAR. Względy praktyczne, oparte na doświadczeniu, zdają się stanowczo przeciw metodzie tej przemawiać. Wiadomo bowiem, iż trafiają się t. zw. szankry twarde, po których objawy przymiotu nie występują, pomimo, iż szankry te mają wygląd istotnych wrzodów przymiotowych i specyficznie nie są leczone. Na wschodnim pobrzeżu Południowej Ameryki wrzodów takich spostrzegł autor bardzo wiele. W tych razach zaś, gdzie objawy ogólne mają wy-

stąpić, leczenie wczesne nietylko im nie zapobiega, ale, co gorzej, często sprawia, iż objawy te stają się później bardziej uporczywymi.

By i teoretycznie uzasadnić niewłaściwości powyższej metody, autor porównywa przymiot z zimnicą. Cech wspólnych choroby te mają wiele: obie leczą się środkami specyficznymi (china, rtęć); w obu środki te działają tylko w pewnych okresach (china— w przerwie międzygorączkowej, rtęć — podczas wtórnych objawów); obie okazują wielką skłonność do nawrotów; w obu wreszcie mamy takie okresy, kiedy dane specyfiki skutkować przestają, a miejsce ich zastępują inne (w charakterze zimniczem—arszenik, w okresie miękczakowym przymiotu — jod). Z podobieństwa chorób wynika, że i zarazki ich muszą być biologicznie do siebie podobne, t. j. że i w przymiocie mamy do czynienia z pasorzytem zwierzęcym, z czemś w rodzaju zimniczych plasmodyi. Okoliczność zaś ta, że rtęć działa pewnie tylko podczas objawów wtórnych, naprowadza na myśl, że objawy te znajdują się w ścisłym związku z powstaniem młodego pokolenia zarazka, który na zasadzie przyjętego podobieństwa z zarazkiem zimniczym, tylko w tym okresie swojego rozwoju jest wrażliwy na leczenie swoiste. Zatem, jeżeli china, będąc podaną choremu w czasie napadu lub na bardzo krótko przed nim, nie jest zdolną przerwać, ni zapobiedz gorączce, gdyż na stare plasmodye nie działa, to podobnie i rtęć, zastosowana przed wystąpieniem ogólnych objawów przymiotu, a więc w okresie dojrzałości pasorzyta, nie wpływając wtedy ani na życiową, ani na produkcyjną jego siłę, żadnym sposobem wystąpieniu tych objawów zapobiedz nie może, a tem samem nie może i zniszczyć choroby w zarodku, jak chce LASSAR i jego zwolennicy. Z tego wynika, że leczenie przymiotu rozpoczynać należy dopiero z chwilą wystąpienia objawów wtórnych i powtarzać je nie wcześniej, aż dopiero podczas nawrotów tychże.

(*Monatsh. f. prakt. Dermat. B. XXII. N. 7.*)

J. Widawski.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. lipiec r. b.

Pozostało z zeszłego miesiąca chorych 37 (m. 19, k. 18); przybyło w lipcu 124 (m. 64, k. 60); wypisało się 91 (m. 42, k. 49); zmarło 18 (m. 10, k. 8); pozostało na następny miesiąc chorych 52 (m. 30, k. 32).

Ogólna liczba, jak widzimy, bardzo znaczna i nigdy jeszcze w czasie, wolnym od epidemii cholery, w szpitalu nie notowana, zależy od szeroko rozwiniętej w mieście naszym biegunki krwawej, która od dwóch miesięcy coraz liczniej występuje. Wogóle zaznaczyć trzeba, że od czasu ustąpienia cholery, t. j. od lat dwóch, epidemia biegunki krwawej coraz wcześniej się pojawia i szersze przybiera rozmiary. Na szczęście przebieg epidemii, jak dotychczas przynajmniej, nie jest zbyt ciężki, a śmiertelność nieznaczna, choć większa, niż w roku zeszłym. W ciągu ostatnich dwóch miesięcy na 70 chorych, zejść śmiertelnych było 4. W tymże czasie roku zeszłego na 86 chorych zmarło tylko 2. Chorzy przybywają ze wszystkich punktów miasta. Oprócz biegunki krwawej widzimy w ubiegłym miesiącu dość znaczny wzrost i innych chorób zakaźnych, z wyjątkiem ospy, której przypadki były mniej liczne. Pod względem więc epidemiologicznym miesiąc lipiec należał do bardzo niepomyślnych, co potwierdzają dane śmiertelności miasta, która w ostatnim tygodniu doszła do niezwyklej cyfry 39%.

Wszystkich przypadków biegunki krwawej w ubiegłym miesiącu mieliśmy 55 (m. 29, k. 26), z których śmiercią zakończyły się 4 (m. 2, k. 2). Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Smocza 1, 33 i 27; Mazowiecka 11; Sienna 78 i 89; Pańska 31, 78, 81, 83 i 88; Wronia 33; Nowowiejska 13; Sw. Jańska 4 i 15; Nowolipki 54 i 12; Browarna 2; Twarda 23; Łucka 18; Marszałkowska 71; Stare Miasto 31 i 21; Czerniakowska 23; Bednarska 15; Wspólna 38; Graniczna 4; Krochmalna 44 i 11; Jerozolimska 78; Hoża 13; Gęsta 14; Czynszowa 9; Włodzimierska 16; Żelazna 31; Ordynacka 3; Wileńska 11; Nowy Zjazd 1; Wilcza 35; Senatorska 5; Mokotowska 63; Okopowa 71; Elektoralna 20; Grzybowska 27, Moskiewska 34; Zakroczymska 15; Miedziana 2, oraz 5 ze wsi: Czyste, Dąbrówka, Bolimowo, Wawrzyszew i Marki.

Następną rubrykę zajęła róża, której mieliśmy przypadków 12 (m. 4, k. 8), po większej części z przebiegiem ciężkim i długotrwałym. Śmiercią z powodu powikłań zakończyły się dwa przypadki. Chorzy pochodzili z ulic: Browarna 7 (2 przypadki), Dzielna 29, Burakowska 22, Jerozolimska 25, Nowolipki 34 i 79, Żelazna 21, Długa 14, Szczygła 4, Ogrodowa 42 i Dobra 24.

Więcej również, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy odry: przypadków 9 (m. 4, k. 5), u dorosłych z przebiegiem pomyślnym, z ulic: Browarna 6, Dzielna 25, Nowolipki 24, Twarda 7, Skaryszewska 7, Erywańska 3, Chłodna 11 i Widok 1.

Częściej również występowała płonica i tyfus wysypkowy. Pierwsze było przypadków 5 (m. 3, k. 2) u dorosłych z przebiegiem powikłanym, z ulic: Brzozowa 2, Ogrodowa 60, Wspólna 63, Leopoldyny 15, oraz ze wsi Miłosna.

Tyfusu wysypkowego mieliśmy przypadków 4 (m. 2, k. 2) z przebiegiem dość łagodnym. Chorzy pochodzili z ulic: Pawia 71, Żytnia 8, Podwał 15, Św. Jerska 18.

Trzy razy mniej, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy o spy, t. j. przypadków 4 (m. 2, k. 2) u chorych wyłącznie nieszczepionych z przebiegiem bardzo ciężkim. Trzy przypadki zakończyły się śmiercią. Chorzy przybyli z ulic: Żórawia 43, Wilcza 23, Pańska 19 i wieś Wola.

Mniej również mieliśmy tyfusu brzuszego: przypadków 4 (m. 3, k. 1), z ulic: Targowa 34, Grzybowska 57, Stare Miasto 31 i Marszałkowska 71. Jeden z nich zakończył się niepomyślnie.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 5 przypadków *anginae follicularis*, 4 zapalenia płuc krupowego, 2 błonicy gardła (Chłodna 56 i Chmielna 83) i zimnicy, oraz po jednym przypadku: wąglika, gruźlicy płuci teżca przyrannego.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 8 przypadków niezytu kiszki i żołądka, 2 zapalenia opłucnej, oraz po jednym przypadku: zapalenia kiszki ślepej, *perinephritis* i otrucia wysokiem.

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 32 (m. 14, k. 18).

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 53 (m. 29, k. 24).

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= CONDAMIN spostrzegł dwa przypadki rządu krwi w miejscu umieszczenia raka macicy. Nowotwór mieścił się wewnątrz tylnej ściany macicy, wobec czego nie miały miejsca krwotoki, ani też wypływy cuchnące. Przy badaniu rozpoznano wysięk lub też rodzaj krwawej torbieli w jamie DOUGLAS'a. Badanie zwłok wykazało pomyłkę.

(Ctbl. f. Gynäkol. N. 10. 1896).

= COLIN gorąco poleca stosowanie gwajakolu w nieżytych pęcherza moczowego; środek ten działa znieczulająco i przeciwgnilnie o wiele lepiej, niż saletrzan srebra. Po uśmierzeniu bólu sprawność pęcherza się polepsza, ropienie oraz krwawienia znikają, mocza bywa przezroczysta. Szczególnie dobre wyniki otrzymuje autor przy leczeniu w ten sposób nieżytych przewlekłych oraz gruźliczych. Wstrzykuje się dwa razy dziennie 1 — 2 ctm. szśc. 5% roztworu gwajakolu w oliwie, w nieżytych zaś gruźliczym autor dodaje jeszcze 1,0 jodoformu do 100,0 roztworu. (Wien. medic. Presse N. 8. 1896).

= BERGER i VOGT zalecają przeciwko migrenie następujące kombinacje: Rp. *Phenacetini* gr. 2, *antifebrini* gr. 1, *antipyryni* gr. 5. *Mff. DS.* 2 proszki w przeciągu godziny. (Therap. Wochenschrift N. 7. 1896).

= Złośliwa niedokrwistość samoistna (*anaemia pernic. progr.*), rozpoznawana u kobiet ciężarnych, jest zdaniem DELMIS'a zwykłą blednicą o objawach spotegowanych dzięki osłabieniu danego osobnika, wymaga zatem podobnego leczenia. Na pierwszym planie obok warunków higienicznych i diety wzmacniającej stawia autor stosowanie jodku żelaza (GILLE) w postaci pigułek lub syropu, gdyż środek ten dawał mu zawsze świetne wyniki. Należy jednak rozpoczynać leczenie zawczasu, gdy u kobiety ciężarnej daje się zauważyć jakikolwiek objaw niedokrwistości, jak bladość, ogólne niedomaganie, znużenie, brak łaknienia, bóle głowy. (Lancette franç. N. 48. 1896).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Kolega Władysław JANOWSKI powołany został na profesora patologii ogólnej we wszechnicy Lwowskiej.

— Kol. Zygmunt KRAMSZYK otrzymał koncesyę na wydawanie miesięcznika p. t. „Krytyka lekarska”. Program pisma obejmuje: 1) rozbiór pojęć zasadniczych z dziedziny medycyny i nauk przyrodniczych; 2) krytykę nowych teorii naukowych i metod terapeutycznych; 3) krytykę dzieł i artykułów z dziedziny nauk lekarskich i przyrodniczych; 4) biografie znakomitych lekarzy, przyrodników współczesnych i dawnych; 5) sprawy, związane z powołaniem, bytem i etyką lekarską; 6) ogłoszenia. W miarę potrzeby dodawane będą objaśniające tekst rysunki i portrety. Prenumerata roczna „Krytyki lekarskiej” wyno-

sić będzie w Warszawie rs. 4, z przesyłką pocztową rs. 5.

— Zmarli. W dniu 6-ym b. m. zmarł w Warszawie b. ordynator szpitala św. Rocha, a ostatnio pomocnik naczelnego lekarza szp. Dz. Jezus, d-r Henryk OBRĘBSKI w 63 r. życia. Zmarły pełnił przez długi czas obowiązki lekarza teatrów warszawskich. Na jednym i drugim stanowisku, jako sumienny i biegły lekarz oraz człowiek zacnego charakteru, cieszył się ogólnym uznaniem i sympatją wśród kolegów i chorych.