

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rs. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Włókniomięśniak pochwy (*fibromyoma vaginae*), uleczenie za pomocą operacyi. Spostrzeżenie Dra Ludwika Neugebauera, Docenta Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu (Dokończenie).—Spostrzeżenia chirurgiczne. Cztery przypadki rynoplastyki. Przez Dra Jana Mińkiewicza (z Tyflisu) (Dokończenie). — Korrespondencya krajowa. Irkukek, w czerwcu 1875 r. O pokarmie dla dzieci. Przez Dra Józefa Piekarskiego.—Kronika zagraniczna. O przetokach moczowodo-pochwowych. Przez Dra B. Landau w Berlinie. Skreślił Dr Śt. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu. — Wiadomości bieżące. Oddechowanie powietrzem macicy w macicy podczas porodu. Zastosowanie skuteczne bromku arsenu w epilepsyi (padaczce).—Dodatek. Choroby narządu ruchu ark. 13. Hygiena ark. 1 i 2. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 30.

Włókniomięśniak pochwy (*fibromyoma vaginae*), uleczenie za pomocą operacyi.

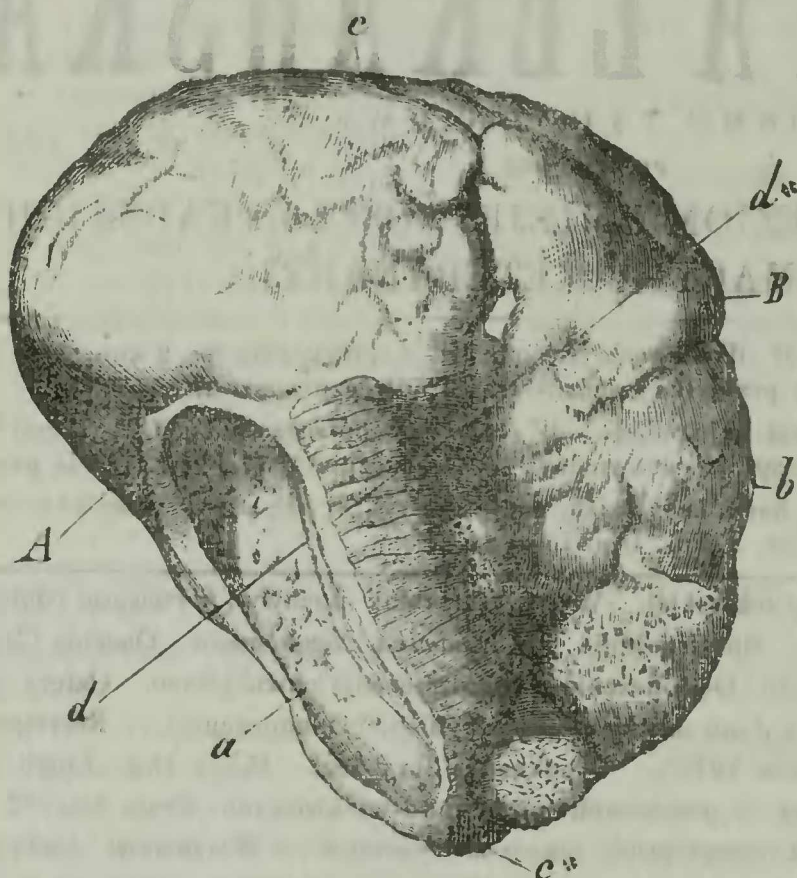
Spostrzeżenie Dra Ludwika Neugebauera, Docenta Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu.
(Dokończenie).

„Drugi guz (fig. 5) przedstawia się jako narośl okrągła, 6 do 7 cent. średnicy mająca; podstawa jej (*a*) odpowiadająca operacyjnemu cięciu, posiada kształt wklęsłej powierzchni stawowej; swobodna powierzchnia podzielona jest przez koliste wcięcie (*c, c'*) na dwie połowy, z których wewnętrzna (*A*) gładka i twarda, opatrzona płaskimi wzniesieniami, zewnętrzna zaś (*B*) mniej równa, guzowata, ciastowatej odporności, miejscami nawet gębczasta i pomarszczona nakształt kalafioru.

„Na powierzchni rozkroju (fig. 6), która odpowiada kierunkowi linii *d, d** na fig. 5, t. j. poprzecznemu przecięciu guza, dają się zauważyć też same cechy, co i na jego zewnętrznej powierzchni, tak, że część leżąca bliżej ku ranie przedstawia tkanę twardą, zbitą i bezbarwną, część zaś w około brzozy (*c, c**) składa się z ciemnoszarych pasm luźnej, miękkiej substancyi z szerokimi otworami naczyń. Na przeciwległej stronie dopiero co opisanych pasm, grzybowa-

ta zewnętrzna część guza wskazuje również wyraźną różnicę pomiędzy górną, przez *B** oznaczoną połową składającą się z białoszarawej, bardziej miękkiej masy, jak również białawych, nieco twardszych włókien tkanki łącznej i zbitych

Fig. 5.



Wtórny nowotwór widziany od zewnątrz (rysunek Profes. Lambli'a): *a*—powierzchnia operacyjna; *b*—pomarszczona swobodna powierzchnia guza; *cc**—głęboka brozda rozdzielająca guz na dwie części: podstawową *A* i wierzchołkową *B*; *d*, *d**—linia wskazująca kierunek cięcia dla następnej figury.

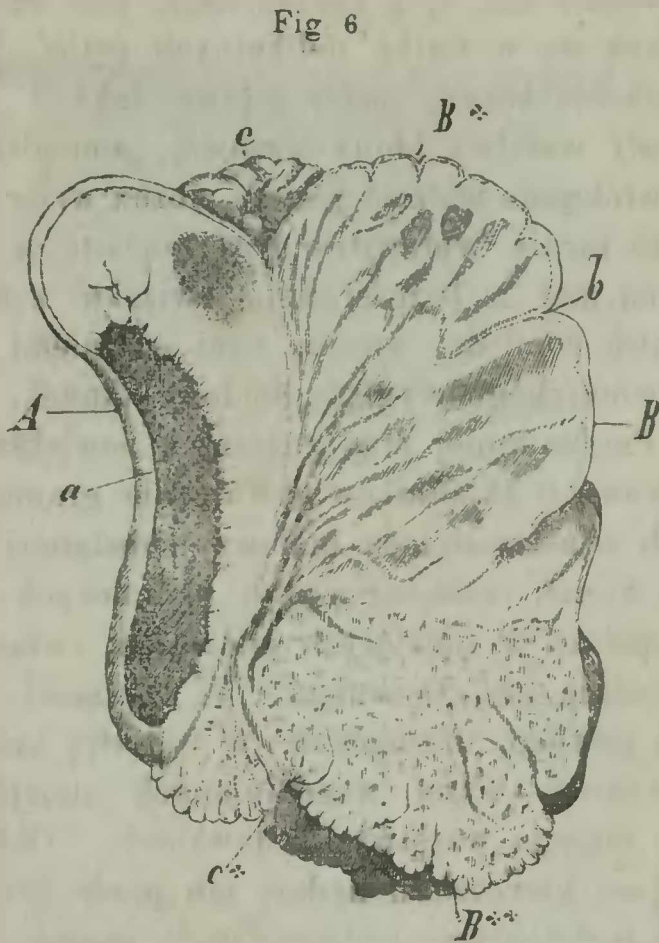
gdzie się przyczepiała podstawa pierwotnego nowotworu (fig. 3 *a*, *a*), była punktem wyjścia dla masy ziarninowej, która utworzyła nowy guz tej samej co i pierwszy, natury. Tak więc ta ostatnia część jest, mówiąc ściślej, produktem regeneracji, w przerwie między pierwszą i drugą operacją powstałej.

„Porównanie rezultatów badania histologicznej budowy służy potwierdzeniem tego, co się wyżej rzekło, a zarazem określa kategorię nowotworów, do której w mowie będący winien być zaliczony.

„Badanie drobnowidzowe było wykonane na preparatach zanurzonych w wysokoku. Obie narośle mają na całej swój powierzchni otoczkę składającą się z błony śluzowej, koło podstawy posiadającą od 1-go do 2-ech millimetrów grubości, na innych mniejszych częściach nierównie cieńszą. Budowa tej warstwy bardzo jest zbliżoną do budowy błony śluzowej pochwy, z tą tylko różnicą, że zwierzchnia nabłonkowa warstwa (fig. 7 *a*) we wszystkich miejscach, które były wystawione na działanie powietrza, w skutek zrogowacenia zmieniła się niemal w naskórek; głębiej zaś położona i nie-

beleczek, a dolną połową (*B***), która się przedstawia znacznie miększą, soczystszą, gdzie tkanka jest dzimrkowata, luźna i na powierzchni, zwłaszcza w okolicy rany pooperacyjnej (*c**), z lekka powygrzyzana; brodawkowata i zrazikowa. Przy troskliwszem badaniu powierzchni przecięcia (fig. 6) staje się widocznem, że wtórna narośl powstała nie jako samodzielny nowotwór, t. j. że wyrosła nie na gruncie zdrowym, lecz że związek jej stanowiła część pierwotnego guza nie wyciętego w zupełności przy pierwszej operacji. Ta pozostałość znajdująca się w pochwie w miejscu,

równie mniejszej konsystencji tkanka (b) uległa* znacznym w swój grubości wahaniom, tak że w niektórych miejscach przedstawia cieniuchną zaledwo warstwę. *Stratum Malpighii* (c) składa się z podłużnych cylindrycznych komórek takiej wielkości, jak to najczęściej spotykamy na błonie śluzowej nowotworów powstałych w okolicy otworu stołecznego, gdzie są one zwykłym zjawiskiem jako przechodowa forma pomiędzy komórkami naskórka i słupkowatego nabłonka кишки oddechowej. Właściwe *corium* (d—e) tworzy na zewnętrznej powierzchni po większej części dobrze rozwinięte *corpus papillare*, pojawiające się w kształcie falistych nierówności (c) nie jednakowo silnie wybujałych. Nierówności te pozostają za pomocą swjej zewnętrznej płaszczyzny w ściślejszym związku z warstwą Malpighi'ego, aniżeli ta ostatnia z górnymi typowymi warstwami komórek nabłonkowych. W miejscach, gdzie warstwa nabłonkowa jest cieńszą, *corpus papillare* wyra-



Wtórny nowotwór na przecięciu w kierunku linii d, d* na poprzedzającej figurze (rysunek Prof. La m b l'a). Znaczenie liter toż samo.

sta w kształcie długich strzępiastych, po części nawet gałęzistych wydłużeń; guz w tych miejscach przyjmuje wygląd drobnobrodawkowatej, miękkiej, soczystej tkanki nakształt kalafiora. Budowę *corii* stanowi zbita, dosyć jednorodna tkanka, w której po dodaniu kwasu octowego można zauważyć małe, miękkie gwiazdowate ciała. Oprócz tego na rozkroju widać mnóstwo otworów przeciętych naczyń, a w luźnych, drzewiastych brodawkach (*papillae*) można śledzić za biegiem pętli włosowatych do ich ostatecznych zakończeń. Dalszą granicę *corii* stanowi włóknista, zbita tkanka łączna (f—g), która co do grubości i tęgosci waha się pomiędzy podśluzową tkanką pochwy a tkanką ścięgnistą. Tkanka ta stanowi nie tylko podścielisko dla całego nowotworu, lecz po największej części główną jego część składową. Rysunki otrzymane ze skrawków w wielu miejscach zupełnie są podobno do włókniaków i włóknomięśniaków macicy, mianowicie: delikatne włókna, rozlicznej grubości, rozchodzące się i znów zbiegające się w różnych kierunkach, tworzą okrągławe i owalne oczka wypełnione innemi, lecz w innej płaszczyźnie przeciętemi włóknami. W zagłębieniu pooperacyjnej powierzchni znajdujemy przeważnie zbitą, jakby ścięgnistą, lecz łatwo dającą się krajać tkankę, której włókna jednostajnie ściśle utka-

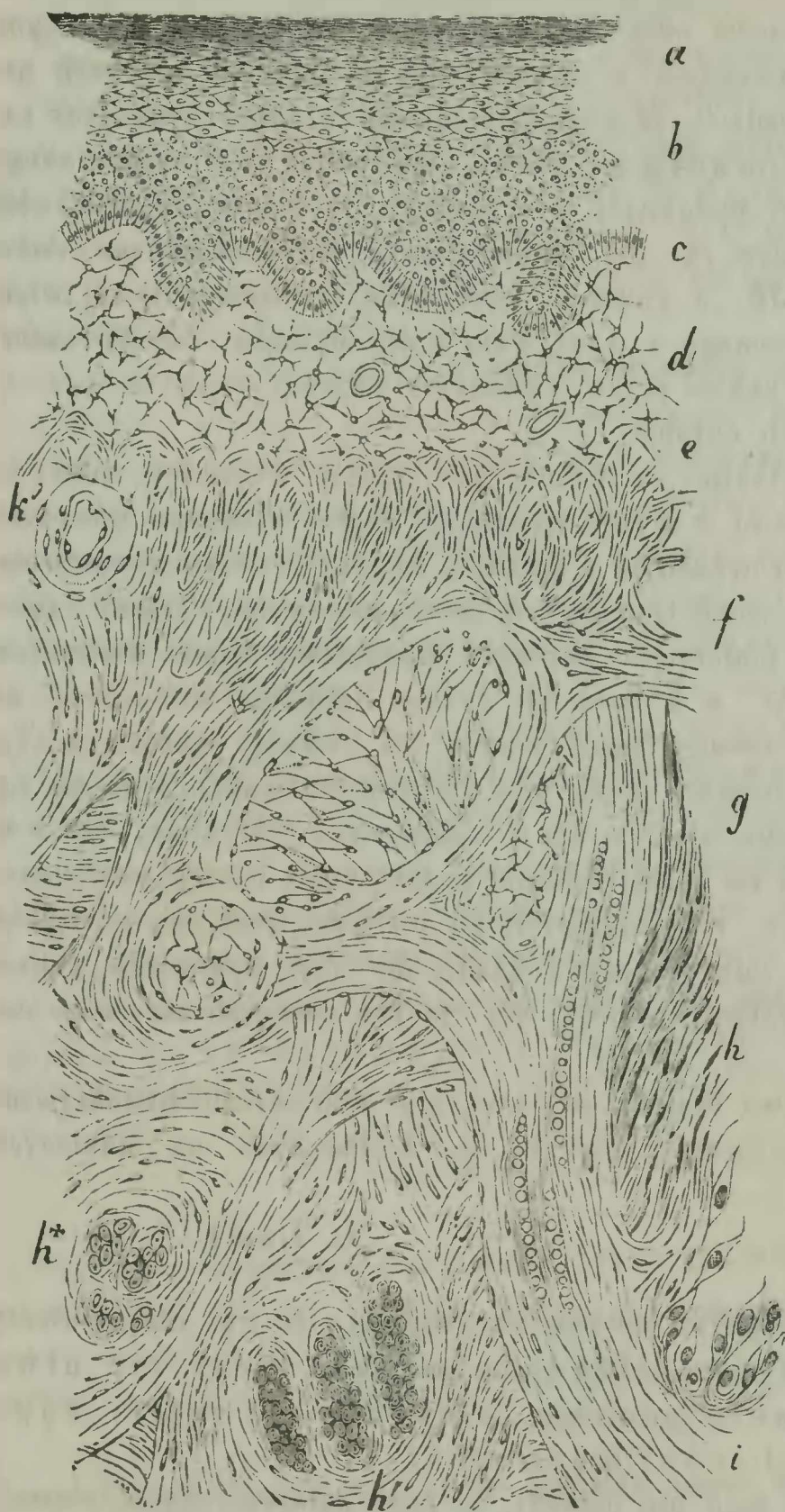
sta w kształcie długich strzępiastych, po części nawet gałęzistych wydłużeń; guz w tych miejscach przyjmuje wygląd drobnobrodawkowatej, miękkiej, soczystej tkanki nakształt kalafiora. Budowę *corii* stanowi zbita, dosyć jednorodna tkanka, w której po dodaniu kwasu octowego można zauważyć małe, miękkie gwiazdowate ciała. Oprócz tego na rozkroju widać mnóstwo otworów przeciętych naczyń, a w luźnych, drzewiastych brodawkach (*papillae*) można śledzić za biegiem pętli włosowatych do ich ostatecznych zakończeń. Dalszą granicę *corii* stanowi włóknista, zbita tkanka łączna (f—g), która co do grubości i tęgosci waha się pomiędzy podśluzową tkanką pochwy a tkanką ścięgnistą. Tkanka ta stanowi nie tylko podścielisko dla całego nowotworu, lecz po największej części główną jego część składową. Rysunki otrzymane ze skrawków w wielu miejscach zupełnie są podobno do włókniaków i włóknomięśniaków macicy, mianowicie: delikatne włókna, rozlicznej grubości, rozchodzące się i znów zbiegające się w różnych kierunkach, tworzą okrągławe i owalne oczka wypełnione innemi, lecz w innej płaszczyźnie przeciętemi włóknami. W zagłębieniu pooperacyjnej powierzchni znajdujemy przeważnie zbitą, jakby ścięgnistą, lecz łatwo dającą się krajać tkankę, której włókna jednostajnie ściśle utka-

ne, poprzerywane są tylko gdzie-niegdzie szerokimi zarysami naczyń. W téj części tkanki można zauważyć tylko przestrzenie nakształt szczelin, pomiędzy którymi umieszczone są małe, o ciemnych konturach, komórki, łączące owe przestrzenie pomiędzy sobą. Na obwodzie zaś, t. j. bezpośrednio pod warstwą *corii*, włókniste podścielisko przetwarza się w siatkę delikatnych pętlic, które na płaszczyźnie drobnowidzowego rozkroju tworzą nader piękne luki i sklepienia; na nich to jakoby się wspierały warstwy błony śluzowej; pomiędzy dopiero co wspomnianymi pętlicowatymi włóknami widzieć jeszcze można wrzecionowate komórki tkanki łącznej, bardzo luźnie wprowadznie porozrzucane, a warstwa najbardziej na zewnątrz położona stoi w bezpośrednim związku z wrzecionowatymi komórkami *corii*. Granicę pomiędzy dwoma temi ostatnimi warstwami łatwiej można oznaczyć z zewnętrznego wyglądu budowy tkanek, aniżeli wykazać ją ściśle histologicznie. Przynajmniej przy znaczném powiększeniu nie znajdujemy trwałej różnicy tkankowych składników w warstwie granicznej, cała zaś odmiana polega na pewnych właściwościach budowy substancji zasadniczej i właściwym ugrupowaniu w niej morfologicznych składowych elementów. Granica ta nawet znika zupełnie w niektórych miejscach, zwłaszcza tam, gdzie błona śluzowa nie zupełnie jest rozwinięta. W miejscach tych tkanka włókniaka wciśka się, że tak powiem, nieznacznie w warstwę samego *corium* i zlewa się nieznacznie z utkaniem wyżej wspomnianych strzępeków, które ja uważam za produkt silnego bujania warstwy brodawkowej. Obfitość krwi i soczystość tkanki w tem miejscu nowotworu nadają mu pozór mięsaka (*sarcoma*); i w samej rzeczy budowa histologiczna potwierdza tę nazwę, zauważyć się bowiem dają: luźne pętlice, składające się z wrzecionowatych, o dużych jądrach, komórek, które są z sobą nader luźnie połączone; wśród tych pętlic znajdujemy szerokie naczynia i niejednokrotnie przebiegające z nimi błoniaste rurki, zdające się być periwaskularnemi limfatycznemi pochwanami, i, jak te ostatnie wypełnione ruchomemi massami komórek. Spotykamy tu również pomiędzy pętlicami okrągławe i podłużne przestrzenie, wypełnione luźnie połączonemi z sobą komórkami a po części i wolnemi elementami najróżniejszego kształtu (okrągłe, wrzecionowate, owalne i t. p.). Powyższej litery i na fig. 7 przedstawioną jest taka przestrzeń, w której powstało jeszcze kilka takich wolnych komórek zawieszonych na ściankach. Nie tylko w obwodowych częściach nowotworu trafiają się podobne miękkie ogniska zarodkowej tkanki łącznej, lecz i bardziej ku wewnątrz spotykamy tu i owdzie miejsca podobne posiadające utkanie, które na rozkroju gołem okiem dają się rozpoznać po swój blado-szarawej barwie i znacznej miękkości.

Charakterystyczną cechą nowotworu jest obecność w nim znacznych pasm i włókien składających się z gładkich elementów mięsnych; elementy te wybitnie się wyróżniają na zabarwionych preparatach z pośród otaczających je tkanek i składają się z bardzo długich wrzecionowatych komórek z jądrami laseczkowatej formy lub też nakształt litery S zagiętymi z kierunkiem równoległym włóknom, w skutek czego preparat przybiera godny uwagi ciemno-pręgowany wygląd. Tam, gdzie podobne włókna trafiają się na rozkroju (*h**)

obraz drobnowidzowy przedstawia się jako jasne pole usiane ciemnymi punktami. Niekiedy zdawało się widzieć na jednym i tym samym skrawku prze-

Fig. 7.



Obraz histologicznej budowy wtórnego nowotworu w nawpół szematycznych zarysach (rysunek Prof. Lamb le'a): *a—b* warstwa nabłonkowa; *c—d* tkanka łączna podśluzowa; *e—f* lukiowate wydłużenia włóknistej części nowotworu; *g—h* gładkie włókna mięsne — włóknistej beleczki (*i*), zawierającej w sobie nastrzyknięte włosowate naczynia; *h** — włókna mięsne na poprzecznym rozkroju.

cięcia poprzeczne ukośne i podłużne włókien mięsnych. Nie łatwo jest zdać sobie jasno sprawę z utkania i wzajemnego stosunku pomienionej części nowotworu do innych składowych tkanek. Po obejrzeniu licznych preparatów udało mi się wreszcie przyjść do wniosku, że włókna mięsne, podobnie jak włókna tkanki łącznej przecinają we wszystkich kierunkach podścielisko nowotworu i niekiedy tworzą również pętlice, wiążące się ze sobą i wzajemnie się otaczające. W niektórych miejscach zdawało mi się, że włókna mięsne ułożone są przeważnie w kierunku równoległym z wyżej wspomnianymi naczyniami limfatycznymi; lecz znalazłem włókna mięsne i tam gdzie w pobliżu nie było ani limfatycznych, ani krwionośnych naczyń. W każdym razie obecność włókien mięsnych nie stanowi nic nadzwyczajnego, gdyż dają się one często obserwować jak w samodzielnych nowotworach, tak i hipertroficznym narostach, zwłaszcza na organach płciowych, co ja sam miałem sposobność niejednokrotnie zauważyć

przy badaniu guzów macicy i jajowodów. Lecz najbardziej interesującym jest stosunek gładkich włókien mięsnych do szerokich naczyń chłonnych, stosunek mający swą analogią w guzowatym przeroście i słoniowaciznie wielkich warg wstydlivych. Co się tyczy poglądu na sposób powstania nowotworu, to badanie nasze może nam dać pewną podstawę, mianowicie: *Lymphangiectasia* mogła być pierwotnem, a wytworzenie się włókien mięsnych następstwem zjawiskiem, tém bardziej, że elementy mięsne w skład grubszych naczyń chłonnych wchodzące rozwijają się głównie pod wpływem utrudnionego odpływu limfy, dochodząc w podobnych przypadkach do olbrzymiej wielkości. Niedawno Klebs (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. Jahrgang 1875. N. 15, Seite 236*) w pewnym przypadku obrzmienia lewej większej wargi wstydliviej, połączonego z wypływem limfy (*lymphorrhagia*), obserwowanym przez Peters'a wykazał przerost gładkich włókien mięsnych w ściankach olhrzymio rozszerzonych chłonic.

„Co się tyczy budowy tkanki na wolnej powierzchni wypukłej, miękkiej, drobno-strzępiastej, zrazikowatej w wyżej oznaczonej części wtórnego nowotworu (fig. 6), to takową porównałbym z prostym brodawkowatym przerostem, co się nie rzadko zdarza na zewnętrznych organach płciowych i dolnej części pochwy. Fizyologiczny typ podobnych narostów przedstawia *hymen fimbriatus*: analogiczne są także wypadki, w których się tworzą delikatne wybujałości na strzępkach mirtowatych (*carunculae myrtiformes*), jak również wyrosłe w okolicy pochwy w kształcie drobnych guziezków bardzo bolesnych i nieraz będących przyczyną tak zwanego wagninizmu (*vaginismus*). Trafiają się wreszcie jak na przedniej, tak i na tylnej ścianie pochwy tu i owdzie rozrzucone grupy brodawek i strzępków, wyglądających na pierwszy rzut oka na wysięk krupowy, które jednak pod mikroskopem okazują się jako drzewiaste, silnie unaczynione wybujałości warstwy brodawkowej na tak zwanych *columnae rugarum*.

„Wskazując podobieństwo tkanek, zdaje mi się, że określił histologiczne pokrewieństwo w ogóle nowotworów zwykle się trafiających na kobiecych płciowych organach.

„D. Lamb l.“

Ze wszystkiego, co się wyżej powiedziało, widzimy, że guz obserwowany u naszej chorej przedstawiał nam włókniomięśniak, który się utworzył na przedniej ścianie pochwy, mianowicie w części odpowiadającej przebiegowi cewki moczowej.

Jeśliśmy nowotworu tego nie usunęli, to przy dalszym swoim rozwoju i zgorzelinowym rozpadzie zagroziłby on bez najmniejszej wątpliwości życiu chorej, sztuczne więc usunięcie go było bezwarunkowo wskazanem.

Użycie za pierwszą razą pętli galwanokaustycznej i odgniatacza za drugą było spowodowane chęcią oszczędzenia chorej utraty krwi, skutek jednak pokazał, że cel ten jak przy pierwszej, tak i przy drugiej operacyi nie mógł być

osiągniętym, z powodu, że użyte narzędzia musiały przeciąć grubą warstwę tkanki jamistej, niesłychanie w krew obfitującej. W każdym jednak razie należy przypuszczać a nawet z całą pewnością twierdzić, że krwotok byłby jeszcze silniejszy przy użyciu noża.

Nader ciekawem było rychłe wznowienie się sprawy nowotworzenia po pierwszej operacji. Zgadzało się ono z przeważającym mięsakowym charakterem dającym się zauważyć na drugim nowotworze.

Okoliczność zaś, że po pierwszej operacji powstała regeneracja nowotworu, wskazuje, iż pewna jego część nie była wyluszczonej ze ścianki pochwy; z drugiej zaś strony brak recydywy po drugiej operacji dowodzi, że nowotwór został oddalony w zupełności. I w samej rzeczy przy powtórnej operacji wykonałem cięcie nierównie bliżej ku błonie śluzowej kanału moczowego, niż przy pierwszej.

Jeżeli na przypadek nasz włókniomięśniaka ściany pochwy zwrócimy uwagę z punktu widzenia patologo-statystycznego, to porównawczy przegląd odnośnej literatury wskaże nam, żeśmy mieli do czynienia z przypadkiem nadzwyczaj rzadkim, ponieważ o ile częste są nowotwory macicy, o tyle znów nieliczne bywają obserwacje nowotworów pochwy, ma się rozumieć wyłączając z tej liczby rakowe i nabłonkowe guzy, przechodzące z macicy na pochwę. Najczęściej jeszcze obserwowano z pomiędzy pierwotnych nowotworów pochwy—torbiele, rzadziej już nabłoniaki i raki, ale najrzadziej, i że tak powiem, w charakterze wyjątków—włókniaki, już to czystej, już to włókniomięśniakowej, już wreszcie włókniomięsakowej natury. Przynajmniej ja w swej trzydziestoletniej praktyce lekarskiej nie obserwowałem ani razu włókniaka pochwy, wyjąwszy tutaj opisany, wówczas, gdy guzy nabłoniakowe i torbielowe tegoż organu spotykałem wcale nie rzadko. To samo i w giniatrycznej literaturze przypadki włókniakowych i innych stałych, ale nie rakowych nowotworów pochwy są nadzwyczaj rzadkie. Liczba ich znana mi ze wspomnianej literatury ogranicza się zaledwo trzydziestu czterem.

Spostrzeżenia chirurgiczne.

Cztery przypadki rynoplastyki.

Przez Dra Jana Mińkiewicza (z Tyflisu).

(Dokończenie).

Przypadek ten potwierdza niektóre nasze wyżej podane uwagi.

1. Tak znowu powtarzamy, że szwy szpilkowe zdają się przyczyniać do spłaszczenia skrzydeł, szczególnie, jeśli one są użyte w kątach.

2. Nieraz widzieliśmy w operacjach plastycznych, szczególnie przy operacjach wargi zajęczej, że dość bywa aby brzegi rany jednym nie wielkim punktem połączyły się z sobą przez spieszne spojenie. Później stopniowo brze-

gi z sobą się zupełnie połączą. Ten punkt działa jako ośrodek przyciągający. W naszym przypadku przysrośł z początku tylko jeden kąt lewy przegródki na przestrzeni 3—2 millim.; potem zaś przy zwyczajnym opatrunku, pomagającym zabliznieniu, i cała przegródka prędko przyrosła.

3. Daleko ważniejszym jest ten przypadek ze względu rozwiązania kwestyi czy sposób prof. B. Langenbecka ma rację bytu, kiedy i jak powinien być użyty? Porównanie właśnie dwóch ostatnich przypadków dostarcza ciekawych danych do oceny sposobu prof. B. Langenbecka. Jużśmy wyżej powiedzieli, że pierwsze zastosowanie tego sposobu dało najpiękniejsze rezultaty co do kształtu nowego nosa, i że mało potrzeba było poprawiać. Drugi zaś przypadek dał niby najgorsze świadectwo temu sposobowi. Byłoby największą niesłusznnością zarzucać temu sposobowi na zasadzie obserwacji naszego drugiego przypadku. Niepowodzenie leży w nim samym. Obie operacye niejednostajnie były dokonane: 1-sza zupełnie tak samo była dokonana jak ją wykonał poraz pierwszy prof. B. Langenbeck u chorej u której były zachowane przegródki i koniec nosa. W drugim nie było przegródki i koniec nosa był zeszecony, więc wypadło zachować tylko chrząstki skrzydeł nosa. W tem właśnie leży cała istota różnicy, która spowodowała i odmienne skutki. Rozbierzemy warunki przy jakich była zrobiona druga operacya. Zostawiliśmy bez końca nosa jego skrzydła poniżej brózd nosowo-wargowych, części obdarzone większą oporną elastycznością niż nowy płat. Otóż to właśnie i było powodem, że chrząstki skrzydeł nie mając dostatecznego przeciwoporu zapadły do jamy nosowej i pociągnęły za sobą zrosnięte sąsiednie części płata. Tym oto sposobem powstały fałdy poprzeczne. Jeśliby odrazu powiodło się spieszne spojenie przegródki, zapewne to zapadnięcie byłoby mniejsze, tymczasem nos odrazu się spłaszczył i później nie był w stanie podnieść się i dać końcowi nosa należyta wyniosłość i formę. W dalszym ciągu sprawy zabliznienie wewnętrznej powierzchni nosa odbywało się nie jednostajnie, nie równocześnie. Od tej przyczyny po części zależą fałdy, zakłębłości, co szczególnie daje się widzieć w częściowych rynoplastykach, przy zachowaniu pewnych części dawniejszego nosa. Blasius, Carus, Diffenbach, Adelman i inni zawsze się opierali robieniu takich mieszanych rynoplastyk, t. j. gdzie zostawiają część dawniejszego nosa niby z ekonomii i pewne tylko części restaurują. Oni oddają pierwszeństwo całkowitemu przyprawianiu nosa; przy częściowej bowiem restauracyi jak i przy zastosowaniu francuzkiego sposobu przez przesuwanie (par glissement) bywa daleko więcej blizn, co bardzo szpeci nowy nos i całą twarz.

Nie same tylko wycięcie końca zeszeconego nosa dawniejszego w naszym przypadku przyczyniło się do zapadnięcia chrząstek skrzydła nowego nosa, ale i to, że przy tem przecięliśmy mm. poprzeczne nosa, szczególnie dźwigacza skrzydła nosa i wagi (*mm. transversi et levatores labii superioris et alae nasi*) tym sposobem skrzydła nosa a z nim i dolna połowa całego nowego nosa były zostawione wpływowi mm. zniżających i swojej elastyczności, co

się wszystko razem przyczyniło do uformowania fałd, zakleszczenia i zapadnięcia, spłaszczenia całego nosa.

Wszystkie te okoliczności wspólnie działały na zniekształcenie, zeszcpecenie, a ponieważ one istnieją i przy zestawieniu skrzydeł i przegródki, to się rodzi pytanie czy należy oddać pierwszeństwo całkowitej rynoplastyce sposobem Diffenbacha, czy też sposobem prof. B. Langenbecka?

Zdaniem mojem, dwa te nasze przypadki pokazują, że tam gdzie zachowane są koniec nosa i przegródka miękka, skórna, a chory ma niskie czoło należy zastosować sposób prof. B. Langenbecka, tam zaś, jak w ostatnim naszym przypadku, gdzie zniszczona całowicie przegródka, a nie tknięte są skrzydła, to stosując sposób prof. B. Langenbecka nie zawsze można rachować na pomyślne zejście co do foremności nosa.

4. Nie liczne nasze przypadki rynoplastyki, jak również nosy i przez innych chirurgów robione, pokazują, że wszystkie nowe nosy mają wiele wspólnego, są one mniej lub więcej do siebie podobne. Zależy podobieństwo to po części od tego, że nowe nosy mniej więcej jednostajnie się formują, z tych samych części i tejże samej metody, a po części od tego, że mm. w prawidłowym nosie znajdujące się przyczyniają się do wyrażenia uczuć na twarzy, i że są w pewnej zgodności z mm. bliższymi twarzy. Wszystkiego tego w nowym nosie nie ma. Brak pewnej zgodności cechuje właśnie twarz osób mających nos przyprawiony.

5. Sposób leczenia używany przez nas jest najprostszymi. Posmarowawszy brzegi rany nosa zszyte collodio i opatrzyszy ranę czołową mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej (opatrunek wyskokowy), pokrywamy czoło i twarz watą, zachowując tym sposobem jednostajne i umiarkowane ciepło. Nie mieliśmy żadnej potrzeby zmieniać tego sposobu leczenia.

KORRESPONDENCYA KRAJOWA.

Irkuck, w czerwcu 1875 r.

O pokarmie dla dzieci.

Przez Dra Józefa Piekarskiego.

Wykazy statystyczne o ruchu ludności w Irkucku nie są zbyt pocieszające i tak: ogólna liczba zmarłych (21650) w ciągu lat 20-tu od r. 1838 do 1858 przewyższa liczbę urodzonych (20220) o 1430 osób, przy całkowitej ludności w tym czasie od 17 do 20 tysięcy. Takież sam stosunek wskazują i obliczenia z roku 1871 i 1872.

W r. 1871 liczba zmarłych (1672) większą jest niż liczba urodzonych (1249) o 423 indywidua, przy ogólnej cyfrze ludności Irkucka 32245. W r. 1872 również ilość zmarłych (1497) przewyższa ilość urodzonych (1350) o 147 osób, przy ogólnej cyfrze mieszkańców 32789.

Przeciwnie okręg Irkucki i Irkucka gubernia wskazują, jakkolwiek nieznaczny przyrost ludności; tak więc samo tylko miasto Irkuck znajduje się w tak niekorzystnych dla wzrostu miejscowej ludności warunkach, i rzeczywiście takowa powiększa się jedynie przez przyrost z zewnątrz, t. j. immigracją i bez tej ostatniej powinnyby się zmniejszać rok rocznie

Główną przyczyną tak zgubnego zmniejszania się ludności jest niezaprzeczenie olbrzymia śmiertelność pomiędzy dziećmi. Tak w ciągu 10-ciu lat, od r. 1848 do 1858, dzieci do 5-ciu lat wieku stanowią połowę ogólnej liczby zmarłych (5186 dzieci na 10367 wszystkich zmarłych), a ponieważ w tym czasie liczba urodzonych była nieco mniejszą od liczby zmarłych, to możemy przyjąć, że liczba dzieci zmarłych przed 5-tym rokiem życia stanowi więcej niż połowę liczby urodzonych, gdy tymczasem w Europie do 5-ciu lat wieku umiera przecięciowo $\frac{1}{3}$ część wszystkich urodzonych.

Uderzający także stosunek przedstawia w Irkucku liczba dzieci z nieprawego łoża (432) do prawych (918) urodzonych w r. 1872 (Kalendarz dla Wschodniej Syberyi za r. 1875), tak że w Irkucku na 100 dzieci ślubnych przypada 47 nieslubnych. W Europie zaś przecięciowo przypada na 100 prawych urodzeń tylko 7 nieprawych. Śmiertelność między dziećmi z nieprawego łoża bywa zawsze większa, tak w Berlinie śmiertelność ich w pierwszym roku życia stanowi 36%, gdy ślubnych dzieci tylko 20% (Gerhardt).

Śmiertelność w Irkucku, pomijając już zwykle błędy w pielęgnowaniu dzieci zwiększa się głównie w skutek panującej tu w lecie krwawej biegunki.

W wykazaniu przyczyny nagminnej krwawej biegunki, podobnie jak to ma miejsce w innych epidemicznych chorobach, największem w ostatnich czasach zaczęła się cieszyć uznaniem teoria pasożytna, mówiąc innemi słowy, dla rozwinięcia się epidemicznych i endemicznych chorób przypuszczamy obecnie za konieczne możliwość wytworzenia się mikroskopowych ustrojów, specyficznych niemal dla każdej oddzielnej formy chorobowej, a to przy odpowiednich a przyjaznych temu warunkach klimatu i punktu.

W Irkucku nagromadziły się, jak się zdaje, wszystkie warunki przyjazne wytwarzaniu się błonicowego (difterytycznego) pasożytu, t. j. mikroskopowego roślinnego ustroju (Oertel, Letzerich), który dostając się wewnątrz naszego organizmu i rozmnażając się w nim w nieskończenie wielkiej ilości, powoduje wystąpienie tak miejscowych, jak i ogólnych zmian chorobowych, pojawiających się stosownie do pory roku, raz jak błonicowe zapalenie gardzieli i krtanie, w porze chłodnej, sprzyjającej cierpieniom dróg oddechowych, to znów podczas upałów, gdy tak często występuje zajęcie kanału pokarmowego, jako krwawa biegunka (dysenterya *). Ztąd też wynika, że chcąc usunąć przyczynę zapadania w Irkucku na błonicę i krwawą biegunkę, należy się starać usunąć miejscowe warunki sprzyjające wytwarzaniu się roślinnego błonicowego pasożytu.

Usunąć wpływ klimatu nie jest w naszej mocy; pozostaje więc tylko starać się o polepszenie miejscowych a fatalnych dla zdrowia mieszkańców sanitarnych warunków miejscowości, przez urządzenie ścieków, wodociągów, przez odpowiednie oczyszczanie miasta z rozlicznych gnijących organicznych materij, gdyż to właśnie stanowi odpowiedni grunt dla rozwoju, sprowadzających chorobę pasożytów.

We wszystkich wielkich miastach Europy, a zwłaszcza w Anglii, w miarę zaprowadzenia ulepszeń w urządzeniu sanitarnych warunków, zmniejszała się zawsze śmiertelność pomiędzy dziećmi, jak również śmiertelność w skutek tyfusu, cholery i t. p. (Gerhardt). Zanim jednak zaprowadzone zostaną w Irkucku owe pożądane ulepszenia, przejdą dziesiątki lat, a dzieci tymczasem w przerażającej ilości będą padać ofiarą epidemii, jeżeli nie będziemy się starać o ograniczenie tak zwanych przyczyn usposabiających. Tu należą: przeziębienie, wilgoć, gorące dnie i chłodne noce, błędy w dyecie i mechaniczne podrażnienie błony śluzowej kieszek twardym zbitym kalem (Heubner). Pomijając inne usposabiające do rozwinięcia się sprawy chorobowej czynniki, zwrócimy tu głównie uwagę na pokarm dzieciom właściwy.

W ścisłym znaczeniu pokarmem dziecięcym winniśmy tylko nazywać mleko matki, wskazane przez samą przyrodę jako pokarm noworodka, po za tem nie mający

*) Nie bacząc na najnowszą pracę Heubner'a (w Patologii i Terapii szczegółowej Ziemsser'a), podałem tu pogląd Virchow'a na dyzenterję, jak na sprawę błonicową, gdyż istniejący pomiędzy autorami spór o różnicy lub też tożsamości krupu i błonicy, nie przedstawia dotychczas ważniejszego w praktyce znaczenia.

żadnego znaczenia ani użytku. Rzadko jednak które z dzieci, zwłaszcza po miastach, bywa wyłącznie i li tylko karmione piersią aż do czasu odłączenia. Niejednokrotnie w pierwszych niemal dniach po urodzeniu „dokarmiają“ noworodka niewłaściwa dlań strawą: papką z bułki, mlekiem krowiem i t. p. Często nawet dziecię nie ssi piersi zupełnie, a bywa przekarmiane sztucznie. Owe tedy „dokarmianie“ i sztuczne karmienie mają stanowić przedmiot mojej dalszej pogawędki.

Organizm dziecka winien przyjmować tyle pożywnego materiału, żeby oprócz wyrównania strat spowodowanych przez różne wydzieliny, mógł nadto wzrastać i rozwijać się. Waga noworodka (około 8 funtów) z końcem roku prawie się potraja (G e r h a r d t), trawienie zatem i spożytkowanie przetrawionego materiału czyli nutrycja odbywają się nader energicznie. Ale te to właśnie spotęgowane czynności stanowią zarazem najczęstszy i najgwałtowniejszy powód cierpień kanału pokarmowego i tak znacznej śmiertelności dzieci. W domu podrzutek w Moskwie w r. 1872 z liczby śmiertelnych zejść u dzieci 62,7% przypada na śmierć w skutek zmian chorobowych w czynności narządu trawienia, a ztąd upadku odżywiania (M a n a s s e i n a).

Najczęstszą chorobę kanału pokarmowego w pierwszych latach życia stanowi biegunka (nieżyt kiszkowy); na częstość w mowie będącego cierpienia wpływa znakomicie pora roku, i tak w Wiedeńskiej dziecięcej poliklinice w 1872,3 r. z 208 wypadków nieżytu kiszkowego 106 przypada na 4 letnie miesiące (M o n t i). Tem się to więc da wytłumaczyć większa ogólna śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia podczas letniej pory. Według A e s c h e r i c h'a, wzniesienie się średniej ciepłoty w lecie o 1 stopień powiększa śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia o 1,3%, wzniesienie się zaś o 2 stopnie zwiększa ją o 5½% (G e r h a r d t).

Sztuczne karmienie najczęściej jest powodem powstania nieżytu kiszek: w tej samej poliklinice w Wiedniu z 208 wypadków wzmiankowanej choroby, 106 wynikało w skutek sztucznego przekarmiania dzieci (M o n t i).

Jeżeli do wszystkich przytoczonych przyczyn zakłócenia sprawy trawienia podczas letnich miesięcy, dodamy epidemicznie grasującą błonicową krwawą biegunkę, to otrzymamy zupełnie zadawalniające wyjaśnienie olbrzymiej śmiertelności dzieci w Irkucku. Muszę tu zaraz dodać, że i w Irkucku nie każdy wypadek krwawej biegunki nosi na sobie cechy błonicowej sprawy; mniej ciężkie wypadki dają się zaliczyć do rzędu t. zw. nieżytowych krwawych biegunek. W czasie mojej sześcioletniej praktyki w Irkucku lato zeszłego (1875) roku zdaje się było wyjątkowo w tym względzie przyjazne: przynajmniej nie spotkałem ani razu wypadku ciężkiej błonicowej dyzenteryi.

Lecz wróćmy do kwestyi pożywienia dla dzieci.

Po pokarmie matczynym mleko krowie stanowi najczęściej posiłek małych dzieci; ale w Irkucku jak lekarze, tak i bardziej troskliwi i przezorni rodzice dawno się już przekonali, że mleko krowie podczas lata z trudnością bywa przez małe dzieci znoszone, i z tego powodu w wielu domach pokarm ten, jako dla dzieci niewłaściwy nie bywa zupełnie w lecie używany.

W podręcznikach do pielęgnowania dzieci (C o m b e, B e d n a r, M a n a s s e i n a) i w dziełach poświęconych ich chorobom (B o u c h u t, V o g e l, G e r h a r d t) karmienie sztuczne mlekiem krowiem dozwolane bywa jako ostateczność, głównie z powodu łatwości nabycia dla wszystkich warstw społecznych.

Następująca tablica wskazuje ilościowe różnice w chemicznym składzie mleka różnych zwierząt, których mleko używanem bywa zamiast pokarmu kobiecego.

Na 1000 części mleka (u C o m b e'a):

	Serni- ka.	Tłu- szczu.	Cukru mlecz- go.	Związ- ków mine- raln.	Części stałych	Wody.
Mleko kobiece	39,24	26,66	43,64	1,38	110,92	889,08
„ kobyłe	33,35	24,36	32,76	5,23	95,70	904,30
„ kowie	15,14	56,87	36,91	6,18	155,10	844,90
„ krowie	55,15	35,12	38,03	6,64	135,94	864,06

Krowie mleko w porównaniu z kobiecem zawiera więcej sernika (kazeiny), tłuszczu i soli, a mniej cukru mlecznego.

Z powodu dopiero co przytoczonej ilościowej różnicy zwykle dają dzieciom mleko krowie rozcieńczone przegotowaną wodą. Ale w nowszych podręcznikach radzą dla jakiegoś *) powodu nierównie więcej dodawać wody, aniżeli się to praktykuje w Irkucku. I tak B e d n a r zaleca podawać dzieciom do 2-ich miesięcy 1 część mleka i 3 części wody; od 2-ich do 6-ciu miesięcy wieku 1 cz. mleka i 2 cz. wody; od 6 do 9-ciu miesięcy w równej objętości mleko i wodę.

G e r h a r d t radzi rozcieńczać mleko w tym samym prawie stosunku, ale od 6-ciu miesięcy wieku zaleca używać w tym celu nie wodę lecz rosół z wołowego mięsa.

Do rozcieńczonego w ten sposób mleka zawsze należy dodawać nieco cukru mlecznego, biorąc go na każde karmienie na koniec noża (V o g e l).

Oprócz jednak ilościowej różnicy w chemicznym składzie, mleko krowie odroźnia się od kobiecego kwaśnym odczynem **); z tego powodu należy do rozcieńczonego krowiego mleka dodawać zasady, zwykle roztworu sody, w ilości łyżki stołowej na szklankę rozcieńczonego mleka. Dla przyrządzenia pomienionego roztworu, łyżeczkę kawianą dwuwęglanu sody rozpuszcza się w szklance przegotowanej wody (drachmę sody na 6 uncyj wody. V o g e l).

I tak mogliśmy sądzić, żeśmy osiągnęli zadanie, rozcieńczając mleko krowie i dodając doń cukru mlecznego i roztworu sody, żeśmy znaleźli pokarm dla dzieci, mogący w zupełności zastąpić mleko matki.

Lecz „Nowe badania i kliniczne obserwacje nad mlekiem krowiem i kobiecem, jako pożywieniem dla dzieci“ B i e d e r t'a muszą rozczarować, zwłaszcza mieszkańców Irkucka.

B i e d e r t (w 1874 roku) podaje przede wszystkim w wątpliwą ilość sernika w mleku kobiecem i przyjmuje w niem (idąc w ślad za V i e h r o r d t'em) tylko 1,5% do 2,4% (czyli 15—24 na 1000 części), zamiast wykazywaną poprzednimi analizami obecności sernika w ilości 4% (czyli 40 na 1000). Co zaś do mleka krowiego przypuszcza on obecność w niem 4,4—5,1% (czyli 44—51 na 1000 części mleka) kazeiny. (Porównaj wyżej tablicę C o m b e'a).

Lecz oprócz tego właściwą różnicę pomiędzy mlekiem krowiem i kobiecem przyjmuje B i e d e r t w jakościowym składzie sernika w obu gatunkach mleka. Tak, kazeina mleka krowiego posiada odczyn kwaśny, kobiecego zaś—obojętny lub nawet zasadowy. Sernik w mleku kobiecem prawie jest rozpuszczalny w wodzie i innych odczynnikach, gdy tymczasem sernik mleka krowiego rozpuszcza się z trudnością. Najgłówniejsza jednak różnica polega na zachowaniu się względem sztucznego soku żołądkowego, przyczem okazało się, że sernik z mleka kobiecego rozpuszczał się nader szybko, gdy sernik krowi do czasu zupełnego rozpuszczenia pierwszego pozostał w bardzo znacznej massie. Na podstawie swych badań zaleca B i e d e r t doprowadzać do żołądka dziecka tyle tylko niestrawnego krowiego sernika, ile on go może przetrwać (nie więcej nad 1%); z tego powodu używa B i e d e r t śmietanki krowiej rozcieńczonej trzema częściami wody z dodaniem cukru mlecznego, tak że mieszanina B i e d e r t'a zawiera 1% sernika, 2,4% tłuszczu i 3,6% cukru mlecznego. Do tej mieszaniny radzi B i e d e r t dodawać stopniowo mleka $\frac{1}{8}$ do $\frac{3}{4}$ i wreszcie używać czyste krowie mleko rozcieńczając je w połowie wodą.

(Dalszy ciąg nastąpi).

*) Ma się rozumieć nie dla samej tylko ilościowej różnicy.

***) Papierek lakmusowy zanurzony w mleku krowiem przybiera kolor czerwony.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O przetokach moczowodo-pochwowych.

Przez Dra B. Landau w Berlinie (*Arch. f. Gyn. t. IX. z. 3*).

Skreślił Dr St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu.

Przetoki moczowodo-pochwowe są w ogóle mało znane. Prócz wypadku bowiem opisanego szczegółowo przez Dra L., w literaturze cztery tylko znajdujemy tego rodzaju spostrzeżenia, a mianowicie dwa wypadki skreślone przez Simona¹⁾, jeden przez Alquiégo²⁾ i jeden przez Panaśa³⁾. Z tak małej liczby wypadków niepodobna wprawdzie żadnych pewnych wyciągać wniosków co do przyczyn tego cierpienia, jednakże rezultaty badań i anatomiczne dane są nadzwyczaj zgodne w tych pięciu razach. Jeśli już dla powikłanych i głęboko siedzących przetok pęcherzopochwowych przyczyną cierpienia bywa nadzwyczaj rzadko samodzielne ciśnienie przy porodzie⁴⁾, to tem więcej przy przetokach moczowodo-pochwowych niepodobna odpowiedniej pomocy akuszerijnej uważać za główną okoliczność powodującą. Tak we czterech wypadkach porody ukończono za pomocą operacyi, i to trzy razy kleszczami; czy dotyczące miednice były zwężone, w jednym tylko wypadku jest przytoczonem. Więcej atoli aniżeli operatywne rozwiązanie, stosunki anatomiczne moczowodu do otoczenia świadczą przeciwko twierdzeniu, jakoby przetoki te powstawały skutkiem samodzielnego ciśnienia podczas porodu. Gdyby bowiem ciśnienie to było nawet bardzo gwałtownem, to dotycząca część moczowodu, która leży na lewo i po bokach w dnie pochwowem bywa przez napierającą główkę wypychaną ku wygiętej mocno bocznej ścianie miednicy, która z powodu silnego wygięcia posiada dla tejże dostateczne miejsce. Nadto moczowody nie mając żadnych stałych punktów, posiadają nadzwyczajną poruszalność.

Wreszcie rzadkie zachodzenie przetok moczowodowych wykazuje, że nie mogą one być wypływem trudnych porodów samodzielných, ponieważ w takim razie trzeba by je napotykać daleko częściej.

Obrażenie tedy moczowodu w bliskości dna pochwy jest wtenczas tylko możliwem, kiedy tenże przez poprzedzające zapalenia obok maciczne został ustalonym i przez narzędzie doznaje bezpośredniego urazu; następstwem tego bywa natychmiastowe skaleczenie albo (po większej części przez zgorzel) zniweczenie w ścianie pochwowej i w dolnej ścianie moczowodu. Jeśli zgorzeli podlega także górna ściana pochwy, natenczas nie brakuje wiele do wytworzenia pośredniej przetoki moczowodowej, t. j. przetoki pochwo-pęcherzo-moczowodowej, ponieważ pomiędzy górną ścianą moczowodu i pęcherza znajduje się mały tylko pokład tkanki łącznej. Z tego też powodu zachodzą nierzadko przetoki moczowodo-pęcherzopochwowe w okolicy górnej części trzeciej pochwy i są wynikiem samodzielnego ciśnienia porodu resp. pośredniego ciśnienia kleszczy; przez pośrednie zaś ciśnienie kleszczy należy rozumieć to ciśnienie, które powoduje główka przez kleszcze do przedniej ściany miedniczej przyparta.

Bezpośrednich przetok pochwowo-moczowodowych w bliskości ujścia moczowodu nie spostrzegano dotychczas. Opisywane dotychczas bezpośrednio przetoki moczowodowe należy nazywać przetokami pomiędzy dnem pochwy a moczowodami.

Niepowikłane przetoki moczowodowe są jedynemi między przetokami moczopłciowemi, które przy dokładnym wywodzie słownym dają się rozpoznać bez badania; osoby bowiem dotknięte przetokami moczowodo-pochwowemi albo moczowodo-macicznymi nie tylko cierpią na bezprzestanne odpływanie moczu kroplami, ale nadto zmuszone od czasu do czasu zaspakająć normalne parcie na moczu.

1) Deutsche klinik 1856 i Scanzoni, Beiträge t. VI. 1866.

2) La Presse medicale Belge. Bruxelles 1875. Nr. 3.

3) Gaz. des Hôpitaux. 1860, p. 273.

4) Landau, Zur Genese der Urinfisteln des Weibes. Tageblatt der 47 Naturforscherversammlung p. 243.

Przetokom moczowodo-pochwowym (w dnie pochwy) właściwym nadto bywa wysokie i boczne siedlisko, małość i ostrość brzegów, prócz tego właściwą tą okolicznością, że ślednikiem trudno z pochwy dostać bezpośrednio do przetoki, a z pęcherza moczowego wcale tego dokonać niepodobna, wreszcie że po przyżeganiach można nastąpić puchlina nerkowa i objawy mocznicowe. Najobjektywniej jednakże można je dowieść, skoro się do moczowodu wsunie długi elastyczny cewnik i tym sposobem katetryzuje odpowiednią nerkę. Jeśli się tedy moczowód zamyka, to można się przekonać, że chora leży zupełnie sucho i samowolnie wydziela moc z drugiej nerki. Jeśli się cewnik wyprowadzi z pochwy i katetryzuje pęcherz moczowy, natenczas moc obu nerek można z osobna odbierać. Metodą tą da się w obec większego auditorium przetokę wykazać tym sposobem, że wstrzyknięty do pęcherza zabarwiony płyn (najlepiej mleko) można cewnikiem wyprowadzać z pęcherza w tym samym czasie, w którym druga nerka przez cewnik nałożony do moczowodu wydziela czysty moc.

Co do leczenia przetok moczowodowych, to robiono dotychczas rozliczne, ale zawsze bezskuteczne próby. Simon nacinał na cewniku wprowadzonym do pęcherza i przypartym do przetoki, zamieniał przetokę w lejek poprzeczny i tym sposobem powstała rana zamykał przez zeszytanie błony śluzowej pochwy. Wkrótce jednakże zamknął się otwór pęcherzowy i zeszyta ściana pochwy otworzyła się. Simon starał się tedy dopiąć celu tym sposobem, że chciał najpierw uczynić znowu drożnym dolny koniec moczowodu i potem przetokę zamknąć; gdy się to jednakże nie udało, zaniechał dalszych prób. Później zalecał dla tego rodzaju wypadków zeszytanie pochwy. Za środkiem tym przemawiają najnowsi autorowie, jak Hegar i Kaltenbach ¹⁾, a Schroeder ²⁾ mówi: „także przy przetokach moczowodo-pochwowych poprzeczny zarost pochwy stanowi jedyne możliwe uleczenie. Jeśli koniec pęcherzowy moczotoku jest zamknięty, to trzeba poprzednio zrobić sztuczną przetokę pęcherzo-pochwową i poniżej tejże pochwy zamknąć.

Wreszcie okazały się również bezskutecznymi przyżegania przetoki, podjęte przez Simona, Alquiégo i Pannasa.

Przyczyną tych niepowodzeń jest nie tylko trudne operowanie w tak znacznej wysokości, ale nadto i metody dotychczas stosowane; metod zaś tych niestosowność pochodziła z niedokładnych wyobrażeń, które aż do najnowszych czasów panowały co do przebiegu moczowodu i jego stosunku do macicy i pochwy, a które się wyjaśniły dopiero przez dokładne prace Luschki ³⁾.

Co do przyżegań, to po gwałtownych objawach zapalenia otrzewnej i mocznicowych, spowodowanych przez zastój moczu, strup pozostały po przyżeganiu za każdym razem przerywał moc.

Także po p o p r z e c z n e m odświeżeniu i zeszytaniu nie można spodziewać się dobrych rezultatów, ponieważ przy takim postępowaniu trzeba połączyć najróżnorodniejsze organy, t. j. błonę śluzową pochwy, po dwie ściany moczowodowe, tkankę łączną i błonę śluzową pochwy. Poprzeczne zeszytanie jest tedy nieracjonalnem.

Jeśli się chce bezpośrednio zamknąć przetoki moczowodo-pęcherzowe, natenczas trzeba wybrać taką metodę, ażeby nie zeszyć resp. ucisnąć moczowodu i nie obrazić otrzewnej, ażeby nie łączyć z sobą części różnorodnych i wreszcie dla moczu postarać się o ciągły odpływ swobodny.

Autor zaleca następujące postępowanie:

1. Do górnego końca moczowodu wkłada się z pochwy długi elastyczny cewnik, wprowadza jego swobodny koniec przez dolny koniec moczowodu do pęcherza i z tegoż za pomocą korneangu przez cewkę moczową na zewnątrz. Potem w położeniu kolanołokciowem chorej, w którym wszystkie te rękoczynny udają się łatwo po dłuższem ówiczaniu, po obu stronach wolnego miejsca cewnika odświeża się błonę śluzową pochwy i z nią także dolną ścianę moczowodu w ukośnym owalu podłużnym i zeszywa się ponad cewnikiem, który pozostaje przez niejaki czas.

1) Operative Gynakologie, p. 354.

2) Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, p. 484.

3) Archiv f. Gynäkologie, t. III.

Jeśli tym sposobem nie dochodzi się do celu, natenczas należy spróbować następującej metody, która się da zastosować nawet wtenczas, kiedy dolny koniec moczowodu jest zarosły.

2) Na cewniku wprowadzonym jak sub 1) opisano, w kierunku i w rozległości dolnego końca moczowodu nacina się mniej więcej aż do granicy średniej i górnej części trzeciej pochwy aż do pęcherza moczowego i po obu stronach ucina się paski błony śluzowej pochwy i pęcherza moczowego, wynoszące około 0,5 cm., tak iż znowu powstaje podłużny owal. Jeśli dolny koniec jest zarosły, natenczas nacina się w kierunku moczowodu i wprowadza potem cewnik. Tym sposobem bezpośrednia przetoka pęcherzo-pochwowa zamienia się w zwyczajną przetokę pęcherzo-pochwową, w której najwyższym szczycie uchodzi moczowód. Późem nakłada się w kierunku podłużnym głębokie szwy, obejmujące zarazem pęcherz.

Postępowanie tego rodzaju różni się istotnie od metody *Simona*, który na cewniku wprowadzonym do pęcherza moczowego i przycisniętym do przetoki, odświeża w kierunku poprzecznym. Tym sposobem pęcherz bywa wypierany z swego normalnego położenia, przez cewnik część błony śluzowej pęcherza, wcale nieodpowiadająca przetoce, dostaje się w okolice którą się odświeża, tak iż się dziwić wcale nie można, jeśli po zamknięciu rany ustaje nagle spowodowane przesunięcie błony śluzowej pęcherza i zamyka się otwór pęcherzowy, przeznaczony dla odpływu moczu z cewnika.

Przy metodzie autora części pozostają in situ, i tak przy odświeżaniu, jak szyciu uwzględnia się anatomiczne stosunki moczowodu do części go otaczających.

Jeśli wszystkie próby bezpośredniego zamknięcia przetok moczowodo-pochwowych spełzną na niczem, to zawsze jeszcze można (według metody *Simona*) poniżej przetoki moczowodowej założyć przetokę pęcherzo-pochwową i poniżej tejże zamknąć pochwą. Niesłusznem zdaje się być twierdzenie *Schroedera*, który przetokę pęcherzową zaleca w takich razach robić tylko wtenczas, kiedy koniec pęcherzowy moczowodu jest zamknięty. Nawet gdy otwartym jest koniec nie pozostawia się moczowi, zatrzymującemu się poza zamknięciem poprzecznym szukać sobie drogi do wąskiego moczowodu, którego ściany mocno do siebie przylegają, lecz wskazuje mu się drogę, zakładając obszerną przetokę pęcherzową.

W każdym razie najprzód należy spróbować bezpośredniego zamknięcia, zanim się wybierze operacja, która jest niebezpieczniejszą i trudniejszą, aniżeli opisane metody, i która wreszcie niewiastę pozbawia zdolności poczęcia jednej z najważniejszych jej funkcji.

Wiadomości bieżące.

— **Oddychanie powietrzem w macicy podczas porodu.** Przez *Prof. Hoffmanna* (*Vierteljahrsehr. f. ger. Med. XXII.* — *Prager Vierteljahrsehr. t. 128.*). Ponieważ wypadek ten jest dopiero czwartym znanym w literaturze, przeto dla ważności jego pod względem sądowo-lekarskim pożądanym jest szczegółowszy opis. Słabo odżywiona pierwszotka z powodu słabych nieregularnych bólów porodziła bez pomocy sztucznej po 4-rodniowem rodzeniu w 25 godzin po odpływie wód i w 2½ godziny po zatarciu się ust macicznych dojrzały płód nieżywy, którego tętna nie można było wysłedzić już 5 do 6 godzin przed porodem. Równocześnie z płodem wyszła woda płodowa smolką zawierająca i brzydko cuchnąca, nadto pewna ilość gazu z warczającym szelestem. Po porodzie nastąpił krwotok skutkiem nieregularnego skurczu macicy. Pępowina była wiotka, dla czego nie robiono żadnych prób w celu przywrócenia życia. Przy sekcji dało się z jak największą pewnością wyłączyć poczynające się gnicie. Po otworzeniu klatki piersiowej spostrzeżono zaraz przednie, częściowo jasnoczerwone brzegi płuc, które jednakże nie pokrywały worka sercowego. Oba płuca były pokryte licznymi do wielkości soczewicy dochodzącymi wybroczynami podopłucną; w tylnych i bocznych częściach płuc była niedodma, przednie zaś szczególnie brzegi wskazywały miąższ zawierający powietrze.

Komórki płucne tych miejsc były j e d n o s t a j u i e powietrzem napelnione, nigdzie nie było widać rozedmy. Pływały na wodzie tak razem z sercem, jak bez tegoż. W żołądku i w dwunastnicy znajdowało się również powietrze. Z tych danych autor wnosi, że płód po pęknięciu pęcherza żył rzeczywiście i podczas porodu zmarł skutkiem płodowego, z przedwczesnemi poruszeniami oddechowemi połączonego zaduszenia. Przyczynę wnikięcia powietrza znajduje w tem, że przy złem odżywieniu kobiety, jej niespokojności i częstem zmienianiu położenia, częstem badaniu, przy nieregularnych i niepełnych skurczach macicy było dosyć sposobności, iż ciśnienie w e w n ą t r z macicy stało się n i ż s z e m od ciśnienia atmosferycznego, i z tego powodu powietrze z zewnątrz mogło być wchłanianem do wnętrza macicy.

— Zastosowanie skuteczne bromku arsenu w Epilepsyi (padaczce). Dr Th. C l e m e n s. Mimo, że wiele piszą o działaniu związków bromu w chorobach nerwowych, nigdzie jednak nie napotkalem-wzmianki o bromku-arsenu wprowadzonym przezemnie od roku 1859 do medycyny. W ciągu 20-letniej praktyki ordynuję najpoważniejszy ten ze związków jodu z bromem w chorobach nerwowych w ogóle, a głównie w epilepsyi i zawsze zdumiewające otrzymuję rezultaty. Racyjalnie używając bromek arsenu kaźden z kolegów sam przekonać się może, że wywiera on działanie trwałe, nie zaś przemijające. Dokładnie przyrządzony preparat otrzymać można za pośrednictwem Ph. Haerle Engle-Apotheke Friedberger Strasse in Frankfurt a M. Różnica od innych przetworów bromu, szczególnie zaś od *chininum hydrobromatum* polega na tem, że w krótkim po użyciu czasie, objawia on wpływ swój zbawienny mimo nieznacznej dozy. Od r. 1859 używam roztworu jego w ilości 1-ej do 2-eh kropli w szklance wody, raz lub dwa razy na dzień, gdy tego zajdzie potrzeba. Skutkuje on w epilepsyi podobnie jak w psoriasis, to go jednak przed innemi środkami zaleca, że działa już w nadzwyczaj małych dawkach; może więc być ordynowany w ciągu wielu miesięcy lub nawet lat bez obawy zatrucia. Od lat 30-tu zajmuję się wyłącznie prawie leczeniem cierpień nerwowych elektrycznością, miałem więc niejednokrotnie sposobność doświadczyć bromek arsenu w epilepsyi i zawsze prawie otrzymałem polepszenie w objawach chorobnych, w dwóch zaś jedynie wypadkach zupełne uleczenie. Do pomyslnych wreszcie rezultatów zaliczam redukcję napadów z 24-eh na 4 do 2 w ciągu doby (miało to miejsce w przypadkach epilepsyi niewyleczalnej, która występowała z idyotyzmem lub nienormalną budową czaszki) czego innemi środkami osiągnąć nie zdołano. W tych też właśnie formach zalecam kolegom doświadczenie tego dzielnego tonicum i nervinum. Dyeta przytem mięsna, dniem i nocą chory ma oddychać świeżem powietrzem (ciągle otwarte okno przysłonięte jedynie drobną siatką drucianą), to bowiem najlepiej posilkuje leczenie. Używając *kali bromatum* podług doświadczeń Dra O t t o, jeżeli zwiększamy dawki (gdyż małe nie skutkują) sprowadzamy upadek ogólnego odżywiania, przy bromku zaś arsenu (w nieznacznych już dawkach działającym) mieć będziemy znakomity przyrost ciała, jako skutek polepszzonego odżywiania podobnie jak przy użyciu innych przetworów arsenu w małych dozach. Zwracając uwagę kolegów na to, że im preparat mój dawniej przyrządzony tem skuteczniejszy, z czasem bowiem jod z bromem w coraz ściślejszy wchodzą związek, mam nadzieję, że kiedyś zastąpi on użycie *solutio arsenicalis Fowleri* preparatu nieracyjalnie złożonego i zawodnego w działaniu. Formuła magistralna jaką w r. 1859 publicznie na klinice wyjawilem, i według której środek wspomniany przyrządzam jest następujący: Rp. Arsenici albi pulv., Kali carbon. e tart. aa ʒij coque, Aq. destilat. ℞S ad solut perfect adde aq. evaporat restituta Aq. destil. ʒ XII dein adde, Bromi puri ʒ ij, refrigerat stet per sufficient temp. ad decollor. S. Liq. arsenici bromat. Clementis. Takowy wreszcie znajduje się w zapasie w tutejszej aptece Engla u. Ph. Haerle pod nazwą Liq. Arsenici bromati Clementis.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. G i r s z t o w t.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 14 (26) Іюля 1876.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rs. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Włókniomięśniak pochwy (*fibromyoma vaginae*), uleczenie za pomocą operacyi. Spostrzeżenie Dra Ludwika Neugebauera, Docenta Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu (Dokończenie).—Spostrzeżenia chirurgiczne. Cztery przypadki rynoplastyki. Przez Dra Jana Mińkiewicza (z Tyflisu) (Dokończenie). — Korrespondencya krajowa. Irkukek, w czerwcu 1875 r. O pokarmie dla dzieci. Przez Dra Józefa Piekarskiego.—Kronika zagraniczna. O przetokach moczowodo-pochwowych. Przez Dra B. Landau w Berlinie. Skreślił Dr Śt. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu. — Wiadomości bieżące. Oddechowanie powietrzem macicy w macicy podczas porodu. Zastosowanie skuteczne bromku arsenu w epilepsyi (padaczce).—Dodatek. Choroby narządu ruchu ark. 13. Hygiena ark. 1 i 2. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 30.

Włókniomięśniak pochwy (*fibromyoma vaginae*), uleczenie za pomocą operacyi.

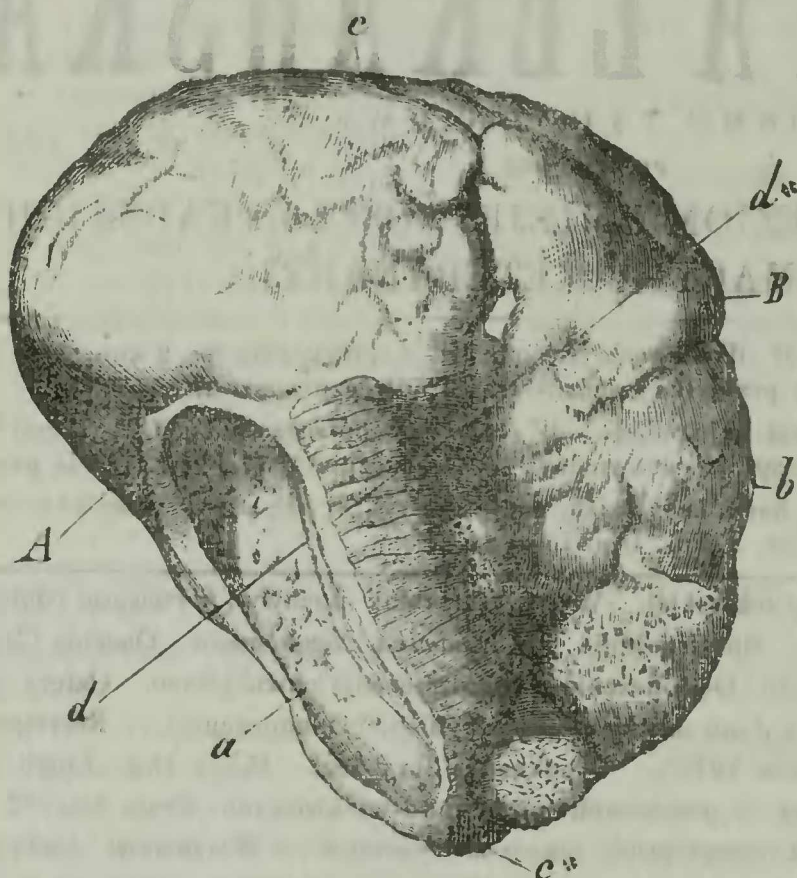
Spostrzeżenie Dra Ludwika Neugebauera, Docenta Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu.
(Dokończenie).

„Drugi guz (fig. 5) przedstawia się jako narośl okrągła, 6 do 7 cent. średnicy mająca; podstawa jej (*a*) odpowiadająca operacyjnemu cięciu, posiada kształt wklęsłej powierzchni stawowej; swobodna powierzchnia podzielona jest przez koliste wcięcie (*c, c'*) na dwie połowy, z których wewnętrzna (*A*) gładka i twarda, opatrzona płaskimi wzniesieniami, zewnętrzna zaś (*B*) mniej równa, guzowata, ciastowatej odporności, miejscami nawet gębczasta i pomarszczona nakszałt kalafioru.

„Na powierzchni rozkroju (fig. 6), która odpowiada kierunkowi linii *d, d** na fig. 5, t. j. poprzecznemu przecięciu guza, dają się zauważyć też same cechy, co i na jego zewnętrznej powierzchni, tak, że część leżąca bliżej ku ranie przedstawia tkanę twardą, zbitą i bezbarwną, część zaś w około brzozy (*c, c**) składa się z ciemnoszarych pasm luźnej, miękkiej substancyi z szerokimi otworami naczyń. Na przeciwległej stronie dopiero co opisanych pasm, grzybowa-

ta zewnętrzna część guza wskazuje również wyraźną różnicę pomiędzy górną, przez *B** oznaczoną połową składającą się z białoszarawej, bardziej miękkiej masy, jak również białawych, nieco twardszych włókien tkanki łącznej i zbitych

Fig. 5.



Wtórny nowotwór widziany od zewnątrz (rysunek Profes. Lambli'a): *a*—powierzchnia operacyjna; *b*—pomarszczona swobodna powierzchnia guza; *cc**—głęboka brozda rozdzielająca guz na dwie części: podstawową *A* i wierzchołkową *B*; *d*, *d**—linia wskazująca kierunek cięcia dla następnej figury.

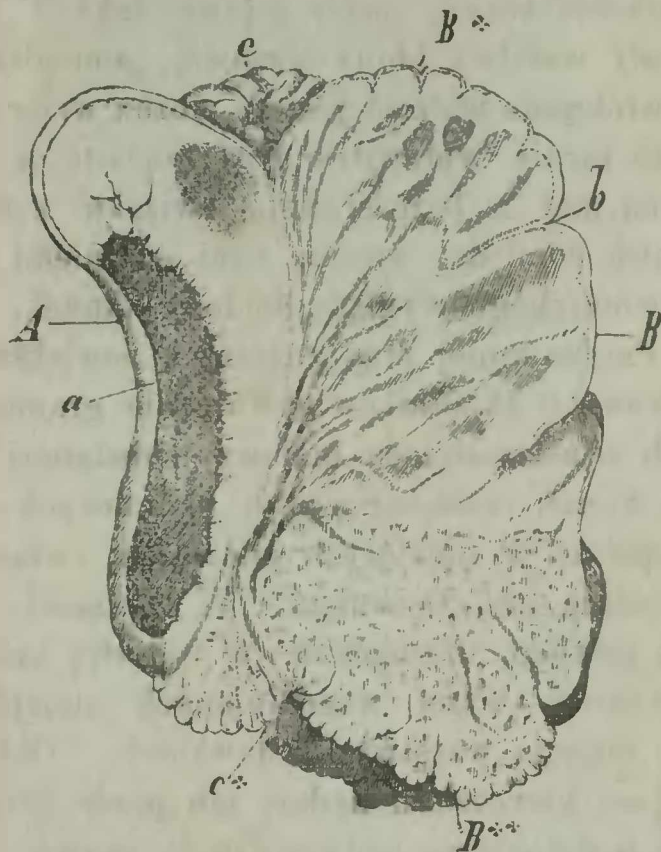
gdzie się przyczepiała podstawa pierwotnego nowotworu (fig. 3 *a*, *a*), była punktem wyjścia dla masy ziarninowej, która utworzyła nowy guz tej samej co i pierwszy, natury. Tak więc ta ostatnia część jest, mówiąc ściślej, produktem regeneracji, w przerwie między pierwszą i drugą operacją powstałej.

„Porównanie rezultatów badania histologicznej budowy służy potwierdzeniem tego, co się wyżej rzekło, a zarazem określa kategorię nowotworów, do której w mowie będący winien być zaliczony.

„Badanie drobnowidzowe było wykonane na preparatach zanurzonych w wysokoku. Obie narośle mają na całej swój powierzchni otoczkę składającą się z błony śluzowej, koło podstawy posiadającą od 1-go do 2-ech millimetrów grubości, na innych mniejszych częściach nierównie cieńszą. Budowa tej warstwy bardzo jest zbliżoną do budowy błony śluzowej pochwy, z tą tylko różnicą, że zwierzchnia nabłonkowa warstwa (fig. 7 *a*) we wszystkich miejscach, które były wystawione na działanie powietrza, w skutek zrogowacenia zmieniła się niemal w naskórek; głębiej zaś położona i nie-

beleczek, a dolną połową (*B***), która się przedstawia znacznie miększą, soczystszą, gdzie tkanka jest dzimrkowata, luźna i na powierzchni, zwłaszcza w okolicy rany pooperacyjnej (*c**), z lekka powygrzyzana; brodawkowata i zrazikowa. Przy troskliwszem badaniu powierzchni przecięcia (fig. 6) staje się widocznem, że wtórna narośl powstała nie jako samodzielny nowotwór, t. j. że wyrosła nie na gruncie zdrowym, lecz że związek jej stanowiła część pierwotnego guza nie wyciętego w zupełności przy pierwszej operacji. Ta pozostałość znajdująca się w pochwie w miejscu,

równie mniejszej konsystencji tkanka (b) uległa* znacznym w swój grubości wahaniom, tak że w niektórych miejscach przedstawia cieniuchną zaledwo warstewkę. *Stratum Malpighii* (c) składa się z podłużnych cylindrycznych komórek takiej wielkości, jak to najczęściej spotykamy na błonie śluzowej nowotworów powstałych w okolicy otworu stolcowego, gdzie są one zwykłym zjawiskiem jako przechodowa forma pomiędzy komórkami naskórka i słupkowatego nabłonka кишки oddechowej. Właściwe *corium* (d—e) tworzy na zewnętrznej powierzchni po większej części dobrze rozwinięte *corpus papillare*, pojawiające się w kształcie falistych nierówności (c) nie jednakowo silnie wybujałych. Nierówności te pozostają za pomocą swjej zewnętrznej płaszczyzny w ściślejszym związku z warstwą Malpighi'ego, aniżeli ta ostatnia z górnymi typowymi warstwami komórek nabłonkowych. W miejscach, gdzie warstwa nabłonkowa jest cieńszą, *corpus papillare* wyra-



Wtórny nowotwór na przecięciu w kierunku linii d, d* na poprzedzającej figurze (rysunek Prof. La m b l'a). Znaczenie liter toż samo.

sta w kształcie długich strzępiastych, po części nawet gałęzistych wydłużeń; guz w tych miejscach przyjmuje wygląd drobnobrodawkowatej, miękkiej, soczystej tkanki nakszałt kalafiora. Budowę *corii* stanowi zbita, dosyć jednorodna tkanka, w której po dodaniu kwasu octowego można zauważyć małe, miękkie gwiazdowate ciała. Oprócz tego na rozkroju widać mnóstwo otworów przeciętych naczyń, a w luźnych, drzewiastych brodawkach (*papillae*) można śledzić za biegiem pętli włosowatych do ich ostatecznych zakończeń. Dalszą granicę *corii* stanowi włóknista, zbita tkanka łączna (f—g), która co do grubości i tęgosci waha się pomiędzy podśluzową tkanką pochwy a tkanką ścięgnistą. Tkanka ta stanowi nie tylko podścielisko dla całego nowotworu, lecz po największej części główną jego część składową. Rysunki otrzymane ze skrawków w wielu miejscach zupełnie są podobno do włókniaków i włóknomięśniaków macicy, mianowicie: delikatne włókna, rozlicznej grubości, rozchodzące się i znów zbiegające się w różnych kierunkach, tworzą okrągławe i owalne oczka wypełnione innemi, lecz w innej płaszczyźnie przeciętemi włóknami. W zagłębieniu pooperacyjnej powierzchni znajdujemy przeważnie zbitą, jakby ścięgnistą, lecz łatwo dającą się krajać tkankę, której włókna jednostajnie ściśle utka-

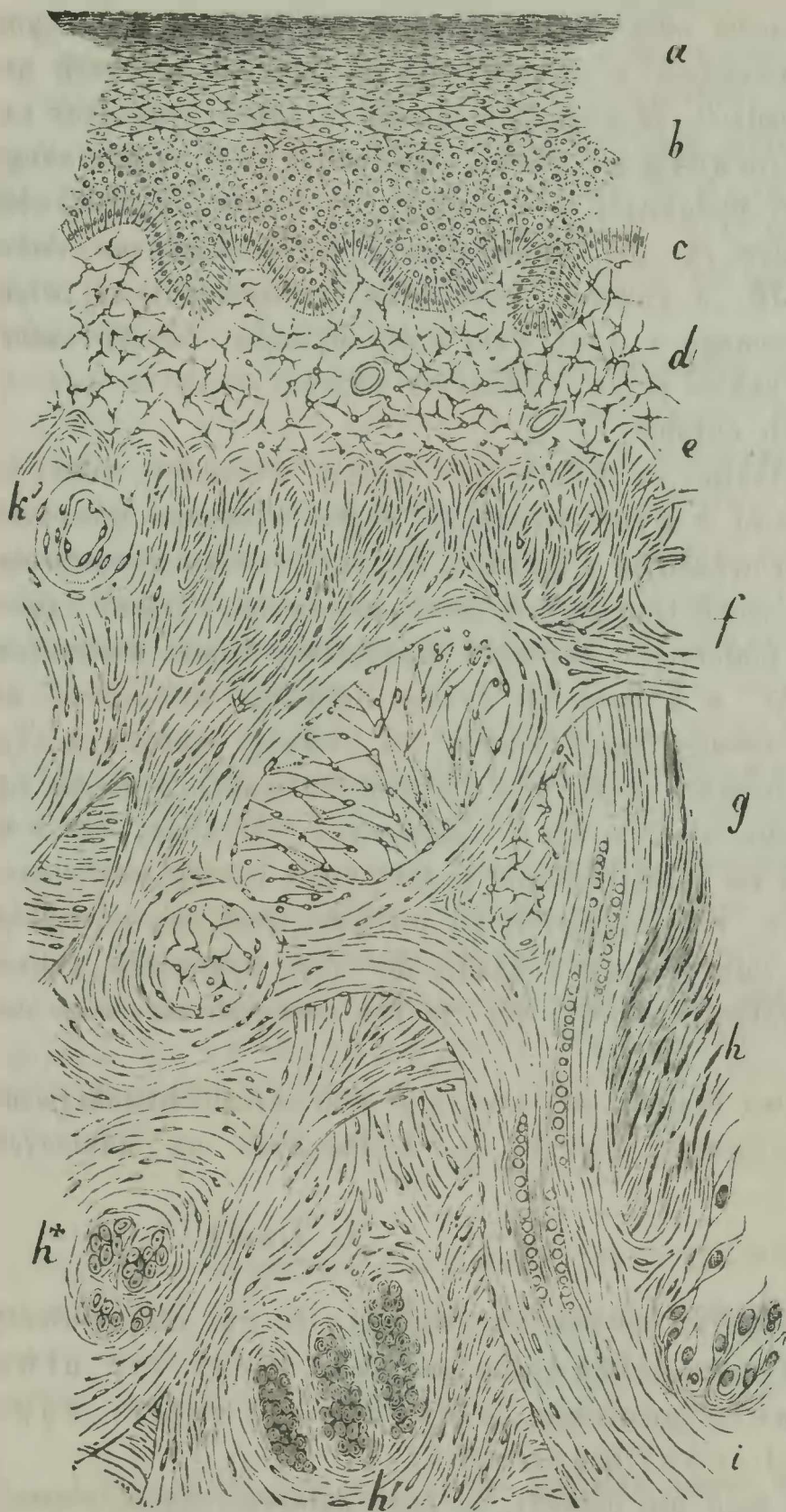
sta w kształcie długich strzępiastych, po części nawet gałęzistych wydłużeń; guz w tych miejscach przyjmuje wygląd drobnobrodawkowatej, miękkiej, soczystej tkanki nakszałt kalafiora. Budowę *corii* stanowi zbita, dosyć jednorodna tkanka, w której po dodaniu kwasu octowego można zauważyć małe, miękkie gwiazdowate ciała. Oprócz tego na rozkroju widać mnóstwo otworów przeciętych naczyń, a w luźnych, drzewiastych brodawkach (*papillae*) można śledzić za biegiem pętli włosowatych do ich ostatecznych zakończeń. Dalszą granicę *corii* stanowi włóknista, zbita tkanka łączna (f—g), która co do grubości i tęgosci waha się pomiędzy podśluzową tkanką pochwy a tkanką ścięgnistą. Tkanka ta stanowi nie tylko podścielisko dla całego nowotworu, lecz po największej części główną jego część składową. Rysunki otrzymane ze skrawków w wielu miejscach zupełnie są podobno do włókniaków i włóknomięśniaków macicy, mianowicie: delikatne włókna, rozlicznej grubości, rozchodzące się i znów zbiegające się w różnych kierunkach, tworzą okrągławe i owalne oczka wypełnione innemi, lecz w innej płaszczyźnie przeciętemi włóknami. W zagłębieniu pooperacyjnej powierzchni znajdujemy przeważnie zbitą, jakby ścięgnistą, lecz łatwo dającą się krajać tkankę, której włókna jednostajnie ściśle utka-

ne, poprzerywane są tylko gdzie-niegdzie szerokimi zarysami naczyń. W téj części tkanki można zauważyć tylko przestrzenie nakszałt szczelin, pomiędzy którymi umieszczone są małe, o ciemnych konturach, komórki, łączące owe przestrzenie pomiędzy sobą. Na obwodzie zaś, t. j. bezpośrednio pod warstwą *corii*, włókniste podścielisko przetwarza się w siatkę delikatnych pętlic, które na płaszczyźnie drobnowidzowego rozkroju tworzą nader piękne luki i sklepienia; na nich to jakoby się wspierały warstwy błony śluzowój; pomiędzy dopiero co wspomnianymi pętlicowatymi włóknami widzieć jeszcze można wrzecionowate komórki tkanki łącznej, bardzo luźnie wprowadznie porozrzucane, a warstwa najbardziej na zewnątrz położona stoi w bezpośrednim związku z wrzecionowatymi komórkami *corii*. Granicę pomiędzy dwoma temi ostatniemi warstwami łatwiej można oznaczyć z zewnętrznego wyglądu budowy tkanek, aniżeli wykazać ją ściśle histologicznie. Przynajmniej przy znaczném powiększeniu nie znajdujemy trwałej różnicy tkankowych składników w warstwie granicznej, cała zaś odmiana polega na pewnych właściwościach budowy substancji zasadniczej i właściwym ugrupowaniu w niej morfologicznych składowych elementów. Granica ta nawet znika zupełnie w niektórych miejscach, zwłaszcza tam, gdzie błona śluzowa nie zupełnie jest rozwinięta. W miejscach tych tkanka włóknista wciśka się, że tak powiem, nieznacznie w warstwę samego *corium* i zlewa się nieznacznie z utkaniem wyżej wspomnianych strzępków, które ja uważam za produkt silnego bujania warstwy brodawkowej. Obfitość krwi i soczystość tkanki w tem miejscu nowotworu nadają mu pozór mięsaka (*sarcoma*); i w samej rzeczy budowa histologiczna potwierdza tę nazwę, zauważyć się bowiem dają: luźne pętlice, składające się z wrzecionowatych, o dużych jądrach, komórek, które są z sobą nader luźnie połączone; wśród tych pętlic znajdujemy szerokie naczynia i niejednokrotnie przebiegające z nimi błoniaste rurki, zdające się być periwaskularnemi limfatycznemi pochwanami, i, jak te ostatnie wypełnione ruchomemi massami komórek. Spotykamy tu również pomiędzy pętlicami okrągławe i podłużne przestrzenie, wypełnione luźnie połączonemi z sobą komórkami a po części i wolnemi elementami najróżniejszego kształtu (okrągłe, wrzecionowate, owalne i t. p.). Powyżej litery *i* na fig. 7 przedstawioną jest taka przestrzeń, w której powstało jeszcze kilka takich wolnych komórek zawieszonych na ściankach. Nie tylko w obwodowych częściach nowotworu trafiają się podobne miękkie ogniska zarodkowej tkanki łącznej, lecz i bardziej ku wewnątrz spotykamy tu i owdzie miejsca podobne posiadające utkanie, które na rozkroju golem okiem dają się rozpoznać po swój blado-szarawej barwie i znacznej miękkości.

Charakterystyczną cechą nowotworu jest obecność w nim znacznych pasm i włókien składających się z gładkich elementów mięsnych; elementy te wybitnie się wyróżniają na zabarwionych preparatach z pośród otaczających je tkanek i składają się z bardzo długich wrzecionowatych komórek z jądrami laseczkowatej formy lub też nakszałt litery S zagiętymi z kierunkiem równoległym włóknom, w skutek czego preparat przybiera godny uwagi ciemno-pręgowany wygląd. Tam, gdzie podobne włókna trafiają się na rozkroju (*h**)

obraz drobnowidzowy przedstawia się jako jasne pole usiane ciemnymi punktami. Niekiedy zdawało się widzieć na jednym i tym samym skrawku prze-

Fig. 7.



Obraz histologicznej budowy wtórnego nowotworu w nawpół szematycznych zarysach (rysunek Prof. Lamb le'a): *a—b* warstwa nabłonkowa; *c—d* tkanka łączna podśluzowa; *e—f* lukowate wydłużenia włóknistej części nowotworu; *g—h* gładkie włókna mięsne — włóknistej beleczki (*i*), zawierającej w sobie nastrzyknięte włosowate naczynia; *h** — włókna mięsne na poprzecznym rozkroju.

cięcia poprzeczne ukośne i podłużne włókien mięsnych. Nie łatwo jest zdać sobie jasno sprawę z utkania i wzajemnego stosunku pomienionej części nowotworu do innych składowych tkanek. Po obejrzeniu licznych preparatów udało mi się wreszcie przyjść do wniosku, że włókna mięsne, podobnie jak włókna tkanki łącznej przecinają we wszystkich kierunkach podścielisko nowotworu i niekiedy tworzą również pętlice, wiążące się ze sobą i wzajemnie się otaczające. W niektórych miejscach zdawało mi się, że włókna mięsne ułożone są przeważnie w kierunku równoległym z wyżej wspomnianymi naczyniami limfatycznymi; lecz znalazłem włókna mięsne i tam gdzie w pobliżu nie było ani limfatycznych, ani krwionośnych naczyń. W każdym razie obecność włókien mięsnych nie stanowi nic nadzwyczajnego, gdyż dają się one często obserwować jak w samodzielnych nowotworach, tak i hipertroficznym narostach, zwłaszcza na organach płciowych, co ja sam miałem sposobność niejednokrotnie zauważyć

przy badaniu guzów macicy i jajowodów. Lecz najbardziej interesującym jest stosunek gładkich włókien mięsnych do szerokich naczyń chłonnych, stosunek mający swą analogią w guzowatym przeroście i słoniowaciznie wielkich warg wstydlivych. Co się tyczy poglądu na sposób powstania nowotworu, to badanie nasze może nam dać pewną podstawę, mianowicie: *Lymphangiectasia* mogła być pierwotnem, a wytworzenie się włókien mięsnych następstwem zjawiskiem, tém bardziej, że elementy mięsne w skład grubszych naczyń chłonnych wchodzące rozwijają się głównie pod wpływem utrudnionego odpływu limfy, dochodząc w podobnych przypadkach do olbrzymiej wielkości. Niedawno Klebs (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. Jahrgang 1875. N. 15, Seite 236*) w pewnym przypadku obrzmienia lewej większej wargi wstydlivej, połączonego z wypływem limfy (*lymphorrhagia*), obserwowanym przez Peters'a wykazał przerost gładkich włókien mięsnych w ściankach olhrzymio rozszerzonych chłonic.

„Co się tyczy budowy tkanki na wolnej powierzchni wypukłej, miękkiej, drobno-strzępiastej, zrazikowatej w wyżej oznaczonej części wtórnego nowotworu (fig. 6), to takową porównałbym z prostym brodawkowatym przerostem, co się nie rzadko zdarza na zewnętrznych organach płciowych i dolnej części pochwy. Fizyologiczny typ podobnych narostów przedstawia *hymen fimbriatus*; analogiczne są także wypadki, w których się tworzą delikatne wybujałości na strzępkach mirtowatych (*carunculae myrtiformes*), jak również wyrosłe w okolicy pochwy w kształcie drobnych guziezków bardzo bolesnych i nieraz będących przyczyną tak zwanego wagninizmu (*vaginismus*). Trafiają się wreszcie jak na przedniej, tak i na tylnej ścianie pochwy tu i owdzie rozrzucone grupy brodawek i strzępków, wyglądających na pierwszy rzut oka na wysięk krupowy, które jednak pod mikroskopem okazują się jako drzewiaste, silnie unaczynione wybujałości warstwy brodawkowej na tak zwanych *columnae rugarum*.

„Wskazując podobieństwo tkanek, zdaje mi się, że m określił histologiczne pokrewieństwo w ogóle nowotworów zwykle się trafiających na kobiecych płciowych organach.

„D. Lamb l.“

Ze wszystkiego, co się wyżej powiedziało, widzimy, że guz obserwowany u naszej chorej przedstawiał nam włókniomięśniak, który się utworzył na przedniej ścianie pochwy, mianowicie w części odpowiadającej przebiegowi cewki moczowej.

Jeśliśmy nowotworu tego nie usunęli, to przy dalszym swoim rozwoju i zgorzelinowym rozpadzie zagroziłby on bez najmniejszej wątpliwości życiu chorej, sztuczne więc usunięcie go było bezwarunkowo wskazanem.

Użycie za pierwszą razą pętli galwanokaustycznej i odgniatacza za drugą było spowodowane chęcią oszczędzenia chorej utraty krwi, skutek jednak pokazał, że cel ten jak przy pierwszej, tak i przy drugiej operacyi nie mógł być

osiągniętym, z powodu, że użyte narzędzia musiały przeciąć grubą warstwę tkanki jamistej, niesłychanie w krew obfitującej. W każdym jednak razie należy przypuszczać a nawet z całą pewnością twierdzić, że krwotok byłby jeszcze silniejszy przy użyciu noża.

Nader ciekawem było rychłe wznowienie się sprawy nowotworzenia po pierwszej operacji. Zgadzało się ono z przeważającym mięsakowym charakterem dającym się zauważyć na drugim nowotworze.

Okoliczność zaś, że po pierwszej operacji powstała regeneracja nowotworu, wskazuje, iż pewna jego część nie była wyluszczonej ze ścianki pochwy; z drugiej zaś strony brak recydywy po drugiej operacji dowodzi, że nowotwór został oddalony w zupełności. I w samej rzeczy przy powtórnej operacji wykonałem cięcie nierównie bliżej ku błonie śluzowej kanału moczowego, niż przy pierwszej.

Jeżeli na przypadek nasz włókniomięśniaka ściany pochwy zwrócimy uwagę z punktu widzenia patologo-statystycznego, to porównawczy przegląd odnośnej literatury wskaże nam, żeśmy mieli do czynienia z przypadkiem nadzwyczaj rzadkim, ponieważ o ile częste są nowotwory macicy, o tyle znów nieliczne bywają obserwacje nowotworów pochwy, ma się rozumieć wyłączając z tej liczby rakowe i nabłonkowe guzy, przechodzące z macicy na pochwę. Najczęściej jeszcze obserwowano z pomiędzy pierwotnych nowotworów pochwy — torbiele, rzadziej już nabłoniaki i raki, ale najrzadziej, i że tak powiem, w charakterze wyjątków — włókniaki, już to czystej, już to włókniomięśniakowej, już wreszcie włókniomięsakowej natury. Przynajmniej ja w swej trzydziestoletniej praktyce lekarskiej nie obserwowałem ani razu włókniaka pochwy, wyjąwszy tutaj opisany, wówczas, gdy guzy nabłonkowe i torbielowe tegoż organu spotykałem wcale nie rzadko. To samo i w giniatrycznej literaturze przypadki włókniakowych i innych stałych, ale nie rakowych nowotworów pochwy są nadzwyczaj rzadkie. Liczba ich znana mi ze wspomnianej literatury ogranicza się zaledwo trzydziestu czterem.

Spostrzeżenia chirurgiczne.

Cztery przypadki rynoplastyki.

Przez Dra Jana Mińkiewicza (z Tyflisu).

(Dokończenie).

Przypadek ten potwierdza niektóre nasze wyżej podane uwagi.

1. Tak znowu powtarzamy, że szwy szpilkowe zdają się przyczyniać do spłaszczenia skrzydeł, szczególnie, jeśli one są użyte w kątach.

2. Nieraz widzieliśmy w operacjach plastycznych, szczególnie przy operacjach wargi zajęczej, że dość bywa aby brzegi rany jednym nie wielkim punktem połączyły się z sobą przez spieszne spojenie. Później stopniowo brze-

gi z sobą się zupełnie połączą. Ten punkt działa jako ośrodek przyciągający. W naszym przypadku przysrośł z początku tylko jeden kąt lewy przegródki na przestrzeni 3—2 millim.; potem zaś przy zwyczajnym opatrunku, pomagającym zabliznieniu, i cała przegródka prędko przyrosła.

3. Daleko ważniejszym jest ten przypadek ze względu rozwiązania kwestyi czy sposób prof. B. Langenbecka ma rację bytu, kiedy i jak powinien być użyty? Porównanie właśnie dwóch ostatnich przypadków dostarcza ciekawych danych do oceny sposobu prof. B. Langenbecka. Jużśmy wyżej powiedzieli, że pierwsze zastosowanie tego sposobu dało najpiękniejsze rezultaty co do kształtu nowego nosa, i że mało potrzeba było poprawiać. Drugi zaś przypadek dał niby najgorsze świadectwo temu sposobowi. Byłoby największą niesłusznnością zarzucać temu sposobowi na zasadzie obserwacyi naszego drugiego przypadku. Niepowodzenie leży w nim samym. Obie operacye niejednostajnie były dokonane: 1-sza zupełnie tak samo była dokonana jak ją wykonał poraz pierwszy prof. B. Langenbeck u chorej u której były zachowane przegródki i koniec nosa. W drugim nie było przegródki i koniec nosa był zeszecony, więc wypadło zachować tylko chrząstki skrzydeł nosa. W tem właśnie leży cała istota różnicy, która spowodowała i odmienne skutki. Rozbierzemy warunki przy jakich była zrobiona druga operacya. Zostawiliśmy bez końca nosa jego skrzydła poniżej brózd nosowo-wargowych, części obdarzone większą oporną elastycznością niż nowy płat. Otóż to właśnie i było powodem, że chrząstki skrzydeł nie mając dostatecznego przeciwoporu zapadły do jamy nosowej i pociągnęły za sobą zrosnięte sąsiednie części płata. Tym oto sposobem powstały fałdy poprzeczne. Jeśliby odrazu powiodło się spieszne spojenie przegródki, zapewne to zapadnięcie byłoby mniejsze, tymczasem nos odrazu się spłaszczył i później nie był w stanie podnieść się i dać końcowi nosa należyta wyniosłość i formę. W dalszym ciągu sprawy zabliznienie wewnętrznej powierzchni nosa odbywało się nie jednostajnie, nie równocześnie. Od tej przyczyny po części zależą fałdy, zakłębłości, co szczególnie daje się widzieć w częściowych rynoplastykach, przy zachowaniu pewnych części dawniejszego nosa. Blasius, Carus, Diffenbach, Adelman i inni zawsze się opierali robieniu takich mieszanych rynoplastyk, t. j. gdzie zostawiają część dawniejszego nosa niby z ekonomii i pewne tylko części restaurują. Oni oddają pierwszeństwo całkowitemu przyprawianiu nosa; przy częściowej bowiem restauracyi jak i przy zastosowaniu francuzkiego sposobu przez przesuwanie (par glissement) bywa daleko więcej blizn, co bardzo szpeci nowy nos i całą twarz.

Nie same tylko wycięcie końca zeszeconego nosa dawniejszego w naszym przypadku przyczyniło się do zapadnięcia chrząstek skrzydła nowego nosa, ale i to, że przy tem przecięliśmy mm. poprzeczne nosa, szczególnie dźwigacza skrzydła nosa i wagi (*mm. transversi et levatores labii superioris et alae nasi*) tym sposobem skrzydła nosa a z nim i dolna połowa całego nowego nosa były zostawione wpływowi mm. zniżających i swojej elastyczności, co

się wszystko razem przyczyniło do uformowania fałd, zakleszczenia i zapadnięcia, spłaszczenia całego nosa.

Wszystkie te okoliczności wspólnie działały na zniekształcenie, zeszcpecenie, a ponieważ one istnieją i przy zestawieniu skrzydeł i przegródki, to się rodzi pytanie czy należy oddać pierwszeństwo całkowitej rynoplastyce sposobem Diffenbacha, czy też sposobem prof. B. Langenbecka?

Zdaniem mojem, dwa te nasze przypadki pokazują, że tam gdzie zachowane są koniec nosa i przegródka miękka, skórna, a chory ma niskie czoło należy zastosować sposób prof. B. Langenbecka, tam zaś, jak w ostatnim naszym przypadku, gdzie zniszczona całowicie przegródka, a nie tknięte są skrzydła, to stosując sposób prof. B. Langenbecka nie zawsze można rachować na pomyślne zejście co do foremności nosa.

4. Nie liczne nasze przypadki rynoplastyki, jak również nosy i przez innych chirurgów robione, pokazują, że wszystkie nowe nosy mają wiele wspólnego, są one mniej lub więcej do siebie podobne. Zależy podobieństwo to po części od tego, że nowe nosy mniej więcej jednostajnie się formują, z tych samych części i tejże samej metody, a po części od tego, że mm. w prawidłowym nosie znajdujące się przyczyniają się do wyrażenia uczuć na twarzy, i że są w pewnej zgodności z mm. bliższymi twarzy. Wszystkiego tego w nowym nosie nie ma. Brak pewnej zgodności cechuje właśnie twarz osób mających nos przyprawiony.

5. Sposób leczenia używany przez nas jest najprostszymi. Posmarowawszy brzegi rany nosa zszyte collodio i opatrzyszy ranę czołową mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej (opatrunek wyskokowy), pokrywamy czoło i twarz watą, zachowując tym sposobem jednostajne i umiarkowane ciepło. Nie mieliśmy żadnej potrzeby zmieniać tego sposobu leczenia.

KORRESPONDENCYA KRAJOWA.

Irkuck, w czerwcu 1875 r.

O pokarmie dla dzieci.

Przez Dra Józefa Piekarskiego.

Wykazy statystyczne o ruchu ludności w Irkucku nie są zbyt pocieszające i tak: ogólna liczba zmarłych (21650) w ciągu lat 20-tu od r. 1838 do 1858 przewyższa liczbę urodzonych (20220) o 1430 osób, przy całkowitej ludności w tym czasie od 17 do 20 tysięcy. Takież sam stosunek wskazują i obliczenia z roku 1871 i 1872.

W r. 1871 liczba zmarłych (1672) większą jest niż liczba urodzonych (1249) o 423 indywidua, przy ogólnej cyfrze ludności Irkucka 32245. W r. 1872 również ilość zmarłych (1497) przewyższa ilość urodzonych (1350) o 147 osób, przy ogólnej cyfrze mieszkańców 32789.

Przeciwnie okręg Irkucki i Irkucka gubernia wskazują, jakkolwiek nieznaczny przyrost ludności; tak więc samo tylko miasto Irkuck znajduje się w tak niekorzystnych dla wzrostu miejscowej ludności warunkach, i rzeczywiście takowa powiększa się jedynie przez przyrost z zewnątrz, t. j. immigracją i bez tej ostatniej powinnyby się zmniejszać rok rocznie

Główną przyczyną tak zgubnego zmniejszania się ludności jest niezaprzeczenie olbrzymia śmiertelność pomiędzy dziećmi. Tak w ciągu 10-ciu lat, od r. 1848 do 1858, dzieci do 5-ciu lat wieku stanowią połowę ogólnej liczby zmarłych (5186 dzieci na 10367 wszystkich zmarłych), a ponieważ w tym czasie liczba urodzonych była nieco mniejszą od liczby zmarłych, to możemy przyjąć, że liczba dzieci zmarłych przed 5-tym rokiem życia stanowi więcej niż połowę liczby urodzonych, gdy tymczasem w Europie do 5-ciu lat wieku umiera przeciętnie $\frac{1}{3}$ część wszystkich urodzonych.

Uderzający także stosunek przedstawia w Irkucku liczba dzieci z nieprawego łoża (432) do prawych (918) urodzonych w r. 1872 (Kalendarz dla Wschodniej Syberyi za r. 1875), tak że w Irkucku na 100 dzieci ślubnych przypada 47 nieslubnych. W Europie zaś przeciętnie przypada na 100 prawych urodzeń tylko 7 nieprawych. Śmiertelność między dziećmi z nieprawego łoża bywa zawsze większa, tak w Berlinie śmiertelność ich w pierwszym roku życia stanowi 36%, gdy ślubnych dzieci tylko 20% (Gerhardt).

Śmiertelność w Irkucku, pomijając już zwykle błędy w pielęgnowaniu dzieci zwiększa się głównie w skutek panującej tu w lecie krwawej biegunki.

W wykazaniu przyczyny nagminnej krwawej biegunki, podobnie jak to ma miejsce w innych epidemicznych chorobach, największem w ostatnich czasach zaczęła się cieszyć uznaniem teoria pasożytna, mówiąc innemi słowy, dla rozwinięcia się epidemicznych i endemicznych chorób przypuszczamy obecnie za konieczne możliwość wytworzenia się mikroskopowych ustrojów, specyficznych niemal dla każdej oddzielnej formy chorobowej, a to przy odpowiednich a przyjaznych temu warunkach klimatu i punktu.

W Irkucku nagromadziły się, jak się zdaje, wszystkie warunki przyjazne wytwarzaniu się błonicowego (difterytycznego) pasożytu, t. j. mikroskopowego roślinnego ustroju (Oertel, Letzerich), który dostając się wewnątrz naszego organizmu i rozmnażając się w nim w nieskończenie wielkiej ilości, powoduje wystąpienie tak miejscowych, jak i ogólnych zmian chorobowych, pojawiających się stosownie do pory roku, raz jak błonicowe zapalenie gardzieli i krtanie, w porze chłodnej, sprzyjającej cierpieniom dróg oddechowych, to znów podczas upałów, gdy tak często występuje zajęcie kanału pokarmowego, jako krwawa biegunka (dysenterya *). Ztąd też wynika, że chcąc usunąć przyczynę zapadania w Irkucku na błonicę i krwawą biegunkę, należy się starać usunąć miejscowe warunki sprzyjające wytwarzaniu się roślinnego błonicowego pasożytu.

Usunąć wpływ klimatu nie jest w naszej mocy; pozostaje więc tylko starać się o polepszenie miejscowych a fatalnych dla zdrowia mieszkańców sanitarnych warunków miejscowości, przez urządzenie ścieków, wodociągów, przez odpowiednie oczyszczanie miasta z rozlicznych gnijących organicznych materij, gdyż to właśnie stanowi odpowiedni grunt dla rozwoju, sprowadzających chorobę pasożytów.

We wszystkich wielkich miastach Europy, a zwłaszcza w Anglii, w miarę zaprowadzenia ulepszeń w urządzeniu sanitarnych warunków, zmniejszała się zawsze śmiertelność pomiędzy dziećmi, jak również śmiertelność w skutek tyfusu, cholery i t. p. (Gerhardt). Zanim jednak zaprowadzone zostaną w Irkucku owe pożądane ulepszenia, przejdą dziesiątki lat, a dzieci tymczasem w przerażającej ilości będą padać ofiarą epidemii, jeżeli nie będziemy się starać o ograniczenie tak zwanych przyczyn usposabiających. Tu należą: przeziębienie, wilgoć, gorące dnie i chłodne noce, błędy w dyecie i mechaniczne podrażnienie błony śluzowej kieszek twardym zbitym kalem (Heubner). Pomijając inne usposabiające do rozwinięcia się sprawy chorobowej czynniki, zwrócimy tu głównie uwagę na pokarm dzieciom właściwy.

W ścisłym znaczeniu pokarmem dziecięcym winniśmy tylko nazywać mleko matki, wskazane przez samą przyrodę jako pokarm noworodka, po za tem nie mający

*) Nie bacząc na najnowszą pracę Heubner'a (w Patologii i Terapii szczegółowej Ziemsser'a), podałem tu pogląd Virchow'a na dyzenterję, jak na sprawę błonicową, gdyż istniejący pomiędzy autorami spór o różnicy lub też tożsamości krupu i błonicy, nie przedstawia dotychczas ważniejszego w praktyce znaczenia.

żadnego znaczenia ani użytku. Rzadko jednak które z dzieci, zwłaszcza po miastach, bywa wyłącznie i li tylko karmione piersią aż do czasu odłączenia. Niejednokrotnie w pierwszych niemal dniach po urodzeniu „dokarmiają“ noworodka niewłaściwa dlań strawą: papką z bułki, mlekiem krowim i t. p. Często nawet dziecię nie ssi piersi zupełnie, a bywa przekarmiane sztucznie. Owe tedy „dokarmianie“ i sztuczne karmienie mają stanowić przedmiot mojej dalszej pogawędki.

Organizm dziecka winien przyjmować tyle pożywnego materiału, żeby oprócz wyrównania strat spowodowanych przez różne wydzieliny, mógł nadto wzrastać i rozwijać się. Waga noworodka (około 8 funtów) z końcem roku prawie się potraja (G e r h a r d t), trawienie zatem i spożytkowanie przetrawionego materiału czyli nutrycja odbywają się nader energicznie. Ale te to właśnie spotęgowane czynności stanowią zarazem najczęstszy i najgwałtowniejszy powód cierpień kanału pokarmowego i tak znacznej śmiertelności dzieci. W domu podrzutek w Moskwie w r. 1872 z liczby śmiertelnych zejść u dzieci 62,7% przypada na śmierć w skutek zmian chorobowych w czynności narządu trawienia, a ztąd upadku odżywiania (M a n a s s e i n a).

Najczęstszą chorobę kanału pokarmowego w pierwszych latach życia stanowi biegunka (nieżyt kiszkowy); na częstość w mowie będącego cierpienia wpływa znakomicie pora roku, i tak w Wiedeńskiej dziecięcej poliklinice w 1872,3 r. z 208 wypadków nieżytku kiszkowego 106 przypada na 4 letnie miesiące (M o n t i). Tem się to więc da wytłumaczyć większa ogólna śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia podczas letniej pory. Według A e s c h e r i c h'a, wzniesienie się średniej ciepłoty w lecie o 1 stopień powiększa śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia o 1,3%, wzniesienie się zaś o 2 stopnie zwiększa ją o 5 $\frac{1}{2}$ % (G e r h a r d t).

Sztuczne karmienie najczęściej jest powodem powstania nieżytku kiszek: w tej samej poliklinice w Wiedniu z 208 wypadków wzmiankowanej choroby, 106 wynikało w skutek sztucznego przekarmiania dzieci (M o n t i).

Jeżeli do wszystkich przytoczonych przyczyn zakłócenia sprawy trawienia podczas letnich miesięcy, dodamy epidemicznie grasującą błonicową krwawą biegunkę, to otrzymamy zupełnie zadawalniające wyjaśnienie olbrzymiej śmiertelności dzieci w Irkucku. Muszę tu zaraz dodać, że i w Irkucku nie każdy wypadek krwawej biegunki nosi na sobie cechy błonicowej sprawy; mniej ciężkie wypadki dają się zaliczyć do rzędu t. zw. nieżytowych krwawych biegunek. W czasie mojej sześcioletniej praktyki w Irkucku lato zeszłego (1875) roku zdaje się było wyjątkowo w tym względzie przyjazne: przynajmniej nie spotkałem ani razu wypadku ciężkiej błonicowej dyzenteryi.

Lecz wróćmy do kwestyi pożywienia dla dzieci.

Po pokarmie matczynym mleko krowie stanowi najczęściej posiłek małych dzieci; ale w Irkucku jak lekarze, tak i bardziej troskliwi i przezorni rodzice dawno się już przekonali, że mleko krowie podczas lata z trudnością bywa przez małe dzieci znoszone, i z tego powodu w wielu domach pokarm ten, jako dla dzieci niewłaściwy nie bywa zupełnie w lecie używany.

W podręcznikach do pielęgnowania dzieci (C o m b e, B e d n a r, M a n a s s e i n a) i w dziełach poświęconych ich chorobom (B o u c h u t, V o g e l, G e r h a r d t) karmienie sztuczne mlekiem krowim dozwolane bywa jako ostateczność, głównie z powodu łatwości nabycia dla wszystkich warstw społecznych.

Następująca tablica wskazuje ilościowe różnice w chemicznym składzie mleka różnych zwierząt, których mleko używanem bywa zamiast pokarmu kobiecego.

Na 1000 części mleka (u C o m b e'a):

	Serni- ka.	Tłu- szczu.	Cukru mlecz- go.	Związ- ków mine- raln.	Części stałych	Wody.
Mleko kobiece	39,24	26,66	43,64	1,38	110,92	889,08
„ kobyłe	33,35	24,36	32,76	5,23	95,70	904,30
„ kozię	15,14	56,87	36,91	6,18	155,10	844,90
„ krowie	55,15	35,12	38,03	6,64	135,94	864,06

Krowie mleko w porównaniu z kobiecem zawiera więcej sernika (kazeiny), tłuszczu i soli, a mniej cukru mlecznego.

Z powodu dopiero co przytoczonej ilościowej różnicy zwykle dają dzieciom mleko krowie rozcieńczone przegotowaną wodą. Ale w nowszych podręcznikach radzą dla jakiegoś *) powodu nierównie więcej dodawać wody, aniżeli się to praktykuje w Irkucku. I tak B e d n a r zaleca podawać dzieciom do 2-ich miesięcy 1 część mleka i 3 części wody; od 2-ich do 6-ciu miesięcy wieku 1 cz. mleka i 2 cz. wody; od 6 do 9-ciu miesięcy w równej objętości mleko i wodę.

G e r h a r d t radzi rozcieńczać mleko w tym samym prawie stosunku, ale od 6-ciu miesięcy wieku zaleca używać w tym celu nie wodę lecz rosół z wołowego mięsa.

Do rozcieńczonego w ten sposób mleka zawsze należy dodawać nieco cukru mlecznego, biorąc go na każde karmienie na koniec noża (V o g e l).

Oprócz jednak ilościowej różnicy w chemicznym składzie, mleko krowie odróżnia się od kobiecego kwaśnym odczynem **); z tego powodu należy do rozcieńczonego krowiego mleka dodawać zasady, zwykle roztworu sody, w ilości łyżki stołowej na szklanekę rozcieńczonego mleka. Dla przyrządzenia pomienionego roztworu, łyżeczkę kawianą dwuwęglanu sody rozpuszcza się w szklance przegotowanej wody (drachmę sody na 6 uncyj wody. V o g e l).

I tak mogliśmy sądzić, żeśmy osiągnęli zadanie, rozcieńczając mleko krowie i dodając doń cukru mlecznego i roztworu sody, żeśmy znaleźli pokarm dla dzieci, mogący w zupełności zastąpić mleko matki.

Lecz „Nowe badania i kliniczne obserwacje nad mlekiem krowiem i kobiecem, jako pożywieniem dla dzieci“ B i e d e r t'a muszą rozczarować, zwłaszcza mieszkańców Irkucka.

B i e d e r t (w 1874 roku) podaje przede wszystkim w wątpliwą ilość sernika w mleku kobiecem i przyjmuje w niem (idąc w ślad za V i e h r o r d t'em) tylko 1,5% do 2,4% (czyli 15—24 na 1000 części), zamiast wykazywaną poprzednimi analizami obecności sernika w ilości 4% (czyli 40 na 1000). Co zaś do mleka krowiego przypuszcza on obecność w niem 4,4—5,1% (czyli 44—51 na 1000 części mleka) kazeiny. (Porównaj wyżej tablicę C o m b e'a).

Lecz oprócz tego właściwą różnicę pomiędzy mlekiem krowiem i kobiecem przyjmuje B i e d e r t w jakościowym składzie sernika w obu gatunkach mleka. Tak, kazeina mleka krowiego posiada odczyn kwaśny, kobiecego zaś—obojętny lub nawet zasadowy. Sernik w mleku kobiecem prawie jest rozpuszczalny w wodzie i innych odczynnikach, gdy tymczasem sernik mleka krowiego rozpuszcza się z trudnością. Najgłówniejsza jednak różnica polega na zachowaniu się względem sztucznego soku żołądkowego, przyczem okazało się, że sernik z mleka kobiecego rozpuszczał się nader szybko, gdy sernik krowi do czasu zupełnego rozpuszczenia pierwszego pozostał w bardzo znacznej massie. Na podstawie swych badań zaleca B i e d e r t doprowadzać do żołądka dziecka tyle tylko niestrawnego krowiego sernika, ile on go może przetrwać (nie więcej nad 1%); z tego powodu używa B i e d e r t śmietanki krowiej rozcieńczonej trzema częściami wody z dodaniem cukru mlecznego, tak że mieszanina B i e d e r t'a zawiera 1% sernika, 2,4% tłuszczu i 3,6% cukru mlecznego. Do tej mieszaniny radzi B i e d e r t dodawać stopniowo mleka $\frac{1}{8}$ do $\frac{3}{4}$ i wreszcie używać czyste krowie mleko rozcieńczając je w połowie wodą.

(Dalszy ciąg nastąpi).

*) Ma się rozumieć nie dla samej tylko ilościowej różnicy.

***) Papierek lakmusowy zanurzony w mleku krowiem przybiera kolor czerwony.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O przetokach moczowodo-pochwowych.

Przez Dra B. Landau w Berlinie (*Arch. f. Gyn. t. IX. z. 3*).

Skreślił Dr St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu.

Przetoki moczowodo-pochwowe są w ogóle mało znane. Prócz wypadku bowiem opisanego szczegółowo przez Dra L., w literaturze cztery tylko znajdujemy tego rodzaju spostrzeżenia, a mianowicie dwa wypadki skreślone przez Simona¹⁾, jeden przez Alquiégo²⁾ i jeden przez Panaśa³⁾. Z tak małej liczby wypadków niepodobna wprawdzie żadnych pewnych wyciągać wniosków co do przyczyn tego cierpienia, jednakże rezultaty badań i anatomiczne dane są nadzwyczaj zgodne w tych pięciu razach. Jeśli już dla powikłanych i głęboko siedzących przetok pęcherzopochwowych przyczyną cierpienia bywa nadzwyczaj rzadko samodzielne ciśnienie przy porodzie⁴⁾, to tem więcej przy przetokach moczowodo-pochwowych niepodobna odpowiedniej pomocy akuszerijnej uważać za główną okoliczność powodującą. Tak we czterech wypadkach porody ukończono za pomocą operacyi, i to trzy razy kleszczami; czy dotyczące miednice były zwężone, w jednym tylko wypadku jest przytoczonem. Więcej atoli aniżeli operatywne rozwiązanie, stosunki anatomiczne moczowodu do otoczenia świadczą przeciwko twierdzeniu, jakoby przetoki te powstawały skutkiem samodzielnego ciśnienia podczas porodu. Gdyby bowiem ciśnienie to było nawet bardzo gwałtownem, to dotycząca część moczowodu, która leży na lewo i po bokach w dnie pochwowem bywa przez napierającą główkę wypychaną ku wygiętej mocno bocznej ścianie miednicy, która z powodu silnego wygięcia posiada dla tejże dostateczne miejsce. Nadto moczowody nie mając żadnych stałych punktów, posiadają nadzwyczajną poruszalność.

Wreszcie rzadkie zachodzenie przetok moczowodowych wykazuje, że nie mogą one być wypływem trudnych porodów samodzielných, ponieważ w takim razie trzeba by je napotykać daleko częściej.

Obrażenie tedy moczowodu w bliskości dna pochwy jest wtenczas tylko możliwem, kiedy tenże przez poprzedzające zapalenia obok maciczne został ustalonym i przez narzędzie doznaje bezpośredniego urazu; następstwem tego bywa natychmiastowe skaleczenie albo (po większej części przez zgorzel) zniweczenie w ścianie pochwowej i w dolnej ścianie moczowodu. Jeśli zgorzeli podlega także górna ściana pochwy, natenczas nie brakuje wiele do wytworzenia pośredniej przetoki moczowodowej, t. j. przetoki pochwo-pęcherzo-moczowodowej, ponieważ pomiędzy górną ścianą moczowodu i pęcherza znajduje się mały tylko pokład tkanki łącznej. Z tego też powodu zachodzą nierzadko przetoki moczowodo-pęcherzopochwowe w okolicy górnej części trzeciej pochwy i są wynikiem samodzielnego ciśnienia porodu resp. pośredniego ciśnienia kleszczy; przez pośrednie zaś ciśnienie kleszczy należy rozumieć to ciśnienie, które powoduje główka przez kleszcze do przedniej ściany miedniczej przyparta.

Bezpośrednich przetok pochwowo-moczowodowych w bliskości ujścia moczowodu nie spostrzegano dotychczas. Opisywane dotychczas bezpośrednio przetoki moczowodowe należy nazywać przetokami pomiędzy dnem pochwy a moczowodami.

Niepowikłane przetoki moczowodowe są jedynemi między przetokami moczopłciowemi, które przy dokładnym wywodzie słownym dają się rozpoznać bez badania; osoby bowiem dotknięte przetokami moczowodo-pochwowemi albo moczowodo-macicznymi nie tylko cierpią na bezprzestanne odpływanie moczu kroplami, ale nadto zmuszone od czasu do czasu zaspakająć normalne parcie na moczu.

1) Deutsche klinik 1856 i Scanzoni, Beiträge t. VI. 1866.

2) La Presse medicale Belge. Bruxelles 1875. Nr. 3.

3) Gaz. des Hôpitaux. 1860, p. 273.

4) Landau, Zur Genese der Urinfisteln des Weibes. Tageblatt der 47 Naturforscherversammlung p. 243.

Przetokom moczowodo-pochwowym (w dnie pochwy) właściwym nadto bywa wysokie i boczne siedlisko, małość i ostrość brzegów, prócz tego właściwą tą okolicznością, że ślednikiem trudno z pochwy dostać bezpośrednio do przetoki, a z pęcherza moczowego wcale tego dokonać niepodobna, wreszcie że po przyżeganiach można nastąpić puchlina nerkowa i objawy mocznicowe. Najobjektywniej jednakże można je dowieść, skoro się do moczowodu wsunie długi elastyczny cewnik i tym sposobem katetryzuje odpowiednią nerkę. Jeśli się tedy moczowód zamyka, to można się przekonać, że chora leży zupełnie sucho i samowolnie wydziela mocz drugiej nerki. Jeśli się cewnik wyprowadzi z pochwy i katetryzuje pęcherz moczowy, natenczas mocz obu nerek można z osobna odbierać. Metodą tą da się w obec większego auditorium przetokę wykazać tym sposobem, że wstrzyknięty do pęcherza zabarwiony płyn (najlepiej mleko) można cewnikiem wyprowadzać z pęcherza w tym samym czasie, w którym druga nerka przez cewnik nałożony do moczowodu wydziela czysty mocz.

Co do leczenia przetok moczowodowych, to robiono dotychczas rozliczne, ale zawsze bezskuteczne próby. *Simon* nacinał na cewniku wprowadzonym do pęcherza i przypartym do przetoki, zamieniał przetokę w lejek poprzeczny i tym sposobem powstałą ranę zamykał przez zeszytanie błony śluzowej pochwy. Wkrótce jednakże zamknął się otwór pęcherzowy i zeszyta ściana pochwy otworzyła się. *Simon* starał się tedy dopiąć celu tym sposobem, że chciał najpierw uczynić znowu drożnym dolny koniec moczowodu i potem przetokę zamknąć; gdy się to jednakże nie udało, zaniechał dalszych prób. Później zalecał dla tego rodzaju wypadków zeszytanie pochwy. Za środkiem tym przemawiają najnowsi autorowie, jak *Hegar* i *Kaltenbach* ¹⁾, a *Schroeder* ²⁾ mówi: „także przy przetokach moczowodo-pochwowych poprzeczny zarost pochwy stanowi jedyne możliwe uleczenie. Jeśli koniec pęcherzowy moczotoku jest zamknięty, to trzeba poprzednio zrobić sztuczną przetokę pęcherzo-pochwową i poniżej tejże pochwy zamknąć.

Wreszcie okazały się również bezskutecznymi przyżegania przetoki, podjęte przez *Simona*, *Alquie'go* i *Panasa*.

Przyczyną tych niepowodzeń jest nie tylko trudne operowanie w tak znacznej wysokości, ale nadto i metody dotychczas stosowane; metod zaś tych niestosowność pochodziła z niedokładnych wyobrażeń, które aż do najnowszych czasów panowały co do przebiegu moczowodu i jego stosunku do macicy i pochwy, a które się wyjaśniły dopiero przez dokładne prace *Luschk* ³⁾.

Co do przyżegań, to po gwałtownych objawach zapalenia otrzewnej i mocznicowych, spowodowanych przez zastój moczu, strup pozostały po przyżeganiu za każdym razem przerywał mocz.

Także po p o p r z e c z n e m odświeżeniu i zeszytaniu nie można spodziewać się dobrych rezultatów, ponieważ przy takim postępowaniu trzeba połączyć najróżnorodniejsze organy, t. j. błonę śluzową pochwy, po dwie ściany moczowodowe, tkankę łączną i błonę śluzową pochwy. Poprzeczne zeszytanie jest tedy nieracjonalnem.

Jeśli się chce bezpośrednio zamknąć przetoki moczowodo-pęcherzowe, natenczas trzeba wybrać taką metodę, ażeby nie zeszyć resp. ucisnąć moczowodu i nie obrazić otrzewnej, ażeby nie łączyć z sobą części różnorodnych i wreszcie dla moczu postarać się o ciągły odpływ swobodny.

Autor zaleca następujące postępowanie:

1. Do górnego końca moczowodu wkłada się z pochwy długi elastyczny cewnik, wprowadza jego swobodny koniec przez dolny koniec moczowodu do pęcherza i z tegoż za pomocą korneangu przez cewkę moczową na zewnątrz. Potem w położeniu kolanołokciowem chorej, w którym wszystkie te rękoczynny udają się łatwo po dłuższem ówiczaniu, po obu stronach wolnego miejsca cewnika odświeża się błonę śluzową pochwy i z nią także dolną ścianę moczowodu w ukośnym owalu podłużnym i zeszywa się ponad cewnikiem, który pozostaje przez niejaki czas.

1) Operative Gynakologie, p. 354.

2) Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, p. 484.

3) Archiv f. Gynäkologie, t. III.

Jeśli tym sposobem nie dochodzi się do celu, natenczas należy spróbować następującej metody, która się da zastosować nawet wtenczas, kiedy dolny koniec moczowodu jest zarosły.

2) Na cewniku wprowadzonym jak sub 1) opisano, w kierunku i w rozległości dolnego końca moczowodu nacina się mniej więcej aż do granicy średniej i górnej części trzeciej pochwy aż do pęcherza moczowego i po obu stronach ucina się paski błony śluzowej pochwy i pęcherza moczowego, wynoszące około 0,5 cm., tak iż znowu powstaje podłużny owal. Jeśli dolny koniec jest zarosły, natenczas nacina się w kierunku moczowodu i wprowadza potem cewnik. Tym sposobem bezpośrednia przetoka pęcherzo-pochwowa zamienia się w zwyczajną przetokę pęcherzo-pochwową, w której najwyższym szczycie uchodzi moczowód. Późem nakłada się w kierunku podłużnym głębokie szwy, obejmujące zarazem pęcherz.

Postępowanie tego rodzaju różni się istotnie od metody *Simona*, który na cewniku wprowadzonym do pęcherza moczowego i przycisniętym do przetoki, odświeża w kierunku poprzecznym. Tym sposobem pęcherz bywa wypierany z swego normalnego położenia, przez cewnik część błony śluzowej pęcherza, wcale nieodpowiadająca przetoce, dostaje się w okolice którą się odświeża, tak iż się dziwić wcale nie można, jeśli po zamknięciu rany ustaje nagle spowodowane przesunięcie błony śluzowej pęcherza i zamyka się otwór pęcherzowy, przeznaczony dla odpływu moczu z cewnika.

Przy metodzie autora części pozostają in situ, i tak przy odświeżaniu, jak szyciu uwzględnia się anatomiczne stosunki moczowodu do części go otaczających.

Jeśli wszystkie próby bezpośredniego zamknięcia przetok moczowodo-pochwowych spełzną na niczem, to zawsze jeszcze można (według metody *Simona*) poniżej przetoki moczowodowej założyć przetokę pęcherzo-pochwową i poniżej tejże zamknąć pochwą. Niesłusznem zdaje się być twierdzenie *Schroedera*, który przetokę pęcherzową zaleca w takich razach robić tylko wtenczas, kiedy koniec pęcherzowy moczowodu jest zamknięty. Nawet gdy otwartym jest koniec nie pozostawia się moczowi, zatrzymującemu się poza zamknięciem poprzecznym szukać sobie drogi do wąskiego moczowodu, którego ściany mocno do siebie przylegają, lecz wskazuje mu się drogę, zakładając obszerną przetokę pęcherzową.

W każdym razie najprzód należy spróbować bezpośredniego zamknięcia, zanim się wybierze operacja, która jest niebezpieczniejszą i trudniejszą, aniżeli opisane metody, i która wreszcie niewiastę pozbawia zdolności poczęcia jednej z najważniejszych jej funkcji.

Wiadomości bieżące.

— **Oddychanie powietrzem w macicy podczas porodu.** Przez *Prof. Hoffmanna* (*Vierteljahrsehr. f. ger. Med.* XXII. — *Prager Vierteljahrsehr.* t. 128). Ponieważ wypadek ten jest dopiero czwartym znanym w literaturze, przeto dla ważności jego pod względem sądowo-lekarskim pożądanym jest szczegółowszy opis. Słabo odżywiona pierwszotka z powodu słabych nieregularnych bólów porodziła bez pomocy sztucznej po 4-ro dniowym rodzeniu w 25 godzin po odpływie wód i w 2½ godziny po zatarciu się ust macicznych dojrzały płód nieżywy, którego tętna nie można było wysłedzić już 5 do 6 godzin przed porodem. Równocześnie z płodem wyszła woda płodowa smółką zawierająca i brzydko cuchnąca, nadto pewna ilość gazu z warczającym szelestem. Po porodzie nastąpił krwotok skutkiem nieregularnego skurczu macicy. Pępowina była wiotka, dla czego nie robiono żadnych prób w celu przywrócenia życia. Przy sekcji dało się z jak największą pewnością wyłączyć poczynające się gnicie. Po otworzeniu klatki piersiowej spostrzeżono zaraz przednie, częściowo jasnoczerwone brzegi płuc, które jednakże nie pokrywały worka sercowego. Oba płuca były pokryte licznymi do wielkości soczewicy dochodzącymi wybroczynami podopłucną; w tylnych i bocznych częściach płuc była niedodma, przednie zaś szczególnie brzegi wskazywały miąższ zawierający powietrze.

Komórki płucne tych miejsc były j e d n o s t a j u i e powietrzem napelnione, nigdzie nie było widać rozedmy. Pływały na wodzie tak razem z sercem, jak bez tegoż. W żołądku i w dwunastnicy znajdowało się również powietrze. Z tych danych autor wnosi, że płód po pęknięciu pęcherza żył rzeczywiście i podczas porodu zmarł skutkiem płodowego, z przedwczesnemi poruszeniami oddechowemi połączonego zaduszenia. Przyczynę wnikięcia powietrza znajduje w tem, że przy złem odżywieniu kobiety, jej niespokojności i częstem zmienianiu położenia, częstem badaniu, przy nieregularnych i niepełnych skurczach macicy było dosyć sposobności, iż ciśnienie w e w n ą t r z m a c i c y stało się n i ż s z e m od ciśnienia atmosferycznego, i z tego powodu powietrze z zewnątrz mogło być wchłanianem do wnętrza macicy.

— Zastosowanie skuteczne bromku arsenu w Epilepsji (padaczce). Dr Th. C l e m e n s. Mimo, że wiele piszą o działaniu związków bromu w chorobach nerwowych, nigdzie jednak nie napotkalem-wzmianki o bromku-arsenu wprowadzonym przezemnie od roku 1859 do medycyny. W ciągu 20-letniej praktyki ordynuję najpoważniejszy ten ze związków jodu z bromem w chorobach nerwowych w ogóle, a głównie w epilepsji i zawsze zdumiewające otrzymuję rezultaty. Racyonalnie używając bromek arsenu kaźden z kolegów sam przekonać się może, że wywiera on działanie trwałe, nie zaś przemijające. Dokładnie przyrządzony preparat otrzymać można za pośrednictwem Ph. Haerle Engle-Apotheke Friedberger Strasse in Frankfurt a M. Różnica od innych przetworów bromu, szczególnie zaś od *chininum hydrobromatum* polega na tem, że w krótkim po użyciu czasie, objawia on wpływ swój zbawienny mimo nieznacznej dozy. Od r. 1859 używam roztworu jego w ilości 1-ej do 2-eh kropli w szklance wody, raz lub dwa razy na dzień, gdy tego zajdzie potrzeba. Skutkuje on w epilepsji podobnie jak w psoriasis, to go jednak przed innemi środkami zaleca, że działa już w nadzwyczaj małych dawkach; może więc być ordynowany w ciągu wielu miesięcy lub nawet lat bez obawy zatrucia. Od lat 30-tu zajmuję się wyłącznie prawie leczeniem cierpień nerwowych elektrycznością, miałem więc niejednokrotnie sposobność doświadczyć bromek arsenu w epilepsji i zawsze prawie otrzymałem polepszenie w objawach chorobnych, w dwóch zaś jedynie wypadkach zupełne uleczenie. Do pomyslnych wreszcie rezultatów zaliczam redukcję napadów z 24-eh na 4 do 2 w ciągu doby (miało to miejsce w przypadkach epilepsji niewyleczalnej, która występowała z idyotyzmem lub nienormalną budową czaszki) czego innemi środkami osiągnąć nie zdołano. W tych też właśnie formach zalecam kolegom doświadczenie tego dzielnego tonicum i nervinum. Dyeta przytem mięsna, dniem i nocą chory ma oddychać świeżem powietrzem (ciągle otwarte okno przysłonięte jedynie drobną siatką drucianą), to bowiem najlepiej posilkuje leczenie. Używając *kali bromatum* podług doświadczeń Dra O t t o, jeżeli zwiększamy dawki (gdyż małe nie skutkują) sprowadzamy upadek ogólnego odżywiania, przy bromku zaś arsenu (w nieznacznych już dawkach działającym) mieć będziemy znakomity przyrost ciała, jako skutek polepszzonego odżywiania podobnie jak przy użyciu innych przetworów arsenu w małych dozach. Zwracając uwagę kolegów na to, że im preparat mój dawniej przyrządzony tem skuteczniejszy, z czasem bowiem jod z bromem w coraz ściślejszy wchodzą związek, mam nadzieję, że kiedyś zastąpi on użycie *solutio arsenicalis Fowleri* preparatu nieracyonalnie złożonego i zawodnego w działaniu. Formuła magistralna jaką w r. 1859 publicznie na klinice wyjawilem, i według której środek wspomniany przyrządzam jest następujący: Rp. Arsenici albi pulv., Kali carbon. e tart. aa ʒij coque, Aq. destilat. ℞S ad solut perfect adde aq. evaporat restituta Aq. destil. ʒ XII dein adde, Bromi puri ʒij, refrigerat stet per sufficient temp. ad decollor. S. Liq. arsenici bromat. Clementis. Takowy wreszcie znajduje się w zapasie w tutejszej aptece Engla u. Ph. Haerle pod nazwą Liq. Arsenici bromati Clementis.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. G i r s z t o w t.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 14 (26) Іюля 1876.