

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

W a r u n k i p r z e d p ł a t y .

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	„ 2 „ 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po 15 kop. za wiersz drobnem pismem lub za jego miejsce;
następne po 10 kop. za wiersz.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Redakcja.—w Paryżu M. L. C. Adam 81 rue des Saints-Pères.

Telefonu Redakcyi Nr. 536.

O G Ł O S Z E N I A .

PILULAE FERRI OXYDULATI.

PILULAE FERRI OXYDULATI CUM CHININO SULFURICO.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (Blaud, Niemeyer, Vallet, Husemann, Binz i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz, że gdy jedne nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne, drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza*, gdyż się najłatwiej przyswaja i wybornie, nawet przez słabe żołądki znosi. W obec tych jego szacownych własności, przygotowywanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu, ma jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innemi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi $\frac{1}{3}$ grana na sztukę.

Kilkoletnie badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny, dają jak mierną zupełne prawo do konkurencyi z podobnemi wyrobami zagranicznymi, które zawierają przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

VICHY

ADMINISTRACJA W PARYŻU

8 Boulevard Montmartre.

Pastyłki do trawienia, wytworzone u źródeł z Soli Vichy. Przyjemnego smaku.

Sole Vichy do kąpieli, paczka wystarcza na kąpiel dla osób, które nie są w stanie udać się do Vichy.

Dla uniknięcia fałszerstwa, żądać należy, aby na wszystkich produktach znajdowały się znaki Kompanii Wód Vichy.

Dostać można w Warszawie w aptekach: PP. D-ra T. Heinricha, Kucharszewskiego, Lilpopa, Waligórskiego, Sołtykiewicza, Ed. Koope, L. Ziemińskiego, Barcza, w Kaliszu u PP. Bryndzy i Prusinowskiego. 30—28

Dr. W. Mayzel wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej **rozbiory chemiczne i mikroskopowe i bakteryologiczne**. Analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryologiczne w najszerszym zakresie.

5—4

Ul. Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

Dr. M. Jakowski b. asyst. kliniki dyagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryologicznych** rozbiórów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna Nr. 33. 4—3

Termometra Maksymalne wypróbowane po rs. 1 kop. 25 w składach narzędzi chirurgicznych. Jodłowskiego, Bielańska Nr. 5 i Marszałkowska Nr. 137. 8646—6—2

v. KRAFT-EBING.

ZBOCZENIA UMYSŁOWE

na tle zaburzeń płciowych (*Psychopathia sexualis*).

OPACZNE CZUCIE PŁCIOWE.

Przełożył z niemieckiego

Dr. A. Fabian.

Numery Medycyny zawierające powyższą pracę są do sprzedania w Redakcyi Medycyny za cenę 1 rs., z przesyłką pocztową 1 rs. 30 kop.

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych. Podał Prof. Rydygier. Sześć przypadków wycięcia i zeszcicia jelita. Podał Prof. Kosiński. (Ciąg dalszy).—**Odczyty kliniczne.** O wymiotach niepowściągniętych kobiet brzemiennych. Napisał Dr. T. Jaffé. (Do kończenia).—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych.

Podał Prof. Dr. Rydygier

dyrektor kliniki chirurgicznej w Krakowie.

Kilka razy wspomniano w pracy kol. JAWORSKIEGO o zabiegu chirurgicznym w rozmaitych cierpieniach żołądka, jako o środku, który w danym razie może oddać dobre usługi, a nieraz nawet bywa jedynie skutecznym. Nie trzeba tylko z zalecaniem zabiegu tego zwlekać aż do ostatniej chwili, jak to dotychczas bywało i jeszcze często bywa, ale w przypadkach odpowiednich użyć go wtenczas, kiedy jest pora stosowna. W ten sposób leczenie chirurgiczne chorób żołądka stanie się pewniejszym, a mniej niebezpiecznym. Nic dziwnego, że teraz, kiedy prawie dopiero *in extremis* lekarz zaleca próbować operacyi jako *ultimum refugium*—może dopiero po oświadczeniu chorego, że woli umierać, niż dalej żyć w takich cierpieniach, powiadam, nic dziwnego, że teraz wyniki zabiegu operacyjnego nie są świetne, tak co do śmiertelności, jako i co do pewności wyleczenia na dłuższy czas. Zawisło tu też wiele od tego, w jakim cierpieniu podjęliśmy operacyę.

Wskazania do różnych zabiegów operacyjnych znajdujemy w przebiegu następujących chorób żołądkowych: 1. W obec ciał obcych w żołądku. 2. W obec ran przedziurawiających ściany żołądka. 3. W obec przetok żołądka. 4. W obec krwotoku z wrzodu okrągłego. 5. W obec bliznowatego zwężenia odźwiernika. 6. W obec raka odźwiernika.

1. W obec ciał obcych w żołądku przystępujemy tylko wtenczas do operacyi, jeżeli kształt i wielkość ciała obcego nie pozwala spodziewać się, że może być wydalonym drogami naturalnymi. Trzeba wiedzieć, że stosunkowo dość wielkie przedmioty, byleby nie miały zbyt ostrych końców i brzegów, mogą bez wyrządzenia szkody zostać wydalone przez odbytnicę. Wiadomo np. że po kilku dniach odchodziły z kałem połknięte monety wielkości talara, kule, ciężarki ważące 50 gm., mniejsze klucze, a nawet igły. W przypadkach dostania się tego rodzaju przedmiotów do żołądka nie należy przyspieszać wydalania ich środkami przeczyszczającymi, ale podawać do jedzenia potrawy gęste (kaszę, ryż, ziemniaki tarte i t. p.), aby one utworzyły większe masy kału gęstego, któryby otoczył połknięte przedmioty i przeszkodził zranieniu lub uwięzieniu ich w jelitach podczas przechodzenia przez przewód pokarmowy.

Niekiedy bywają obce ciała wymiotowane, jak np. sonda żołądkowa połknięta w przypadku LEUBEGO wydostała się przez ruchy wymiotne dopiero po czteronastodniowym pobycie w żołądku. Najczęściej podejmowano operację celem wydobycia połkniętego noża lub widelca. Takim np. było wskazanie do pierwszej operacji tego rodzaju, jaką podjął Daniel SCHWALBE jeszcze w r. 1635, a dodać winniśmy, że chory ocalał po wydobyciu noża. W dwóch przypadkach (SCHÖNBORN, THORNTON) wydobyto drogą operacyjną z żołądka guzy dość znacznych rozmiarów, składające się z włosów zlepionych: chore przy czesaniu odgryzywały końce włosów i połykały. Obie operowane wyzdrowiały. Od operacji wstrzymać niepowinny, tylko wyjątkowo szczęśliwie przebiegające przypadki, jak znany CUNNINGS'A, w którym to chory po pijanemu połknął 4 noże; 3 z nich odeszły stolcem, a czwartego nigdy więcej nie spostrzeżono.

Operację tę, gdzie nacinamy powłoki brzuszne i żołądek, a następnie po wydobyciu ciała obcego natychmiast znowu zaszywamy, tak ranę żołądka, zapuszczając go do jamy brzusznej, jako i ściany brzuszne, nazywamy *gastrostomią*, w przeciwstawieniu do *gastrostomii*, gdzie na czas krótszy lub dłuższy zakładamy przetokę żołądkową.

Wskazanie do *gastrostomii* dają nam prawie wyłącznie zwężenia w okolicy wpustu żołądka i dolnej części przełyku bądź to przyrody rakowej, bądź bliznowatej. Rokowanie po *gastrostomii* podjętej w obec rakowego zwężenia jest bardzo smutne. Jak dotychczas tylko około 15% chorych przetrzymuje zabieg operacyjny, żeby po niezbyt długim czasie odżywiania przez przetokę umrzeć na pierwotne cierpienie. Zwolennicy tej operacji twierdzą, że ta zastraszająca śmiertelność zmniejszyłaby się znacznie, gdyby się chorzy wcześniej zgłaszali, kiedy ich siły jeszcze nie są wyczerpane. Trudno atoli tak od chorego, jak i jego lekarza żądać, żeby ostatni zalecał, a pierwszy zgodził się w takim już okresie na operację, kiedy jeszcze przechodzą przez zwężenie choćby tylko płynne pokarmy; zwłaszcza, że przez ostrożne zaprowadzanie cew przełykowych, lub—jak w ostatnich czasach zalecano—przez pozostawienie odpowiedniej cewki w samym miejscu zwężenia na dłuższy czas (nawet przez kilka miesięcy) można choremu zabezpieczyć, byt wcale znośny, a przynajmniej nie przykrejszy, niż odżywianie przez przetokę żołądkową, nie narażając chorego na niebezpieczeństwo bezpośrednie zabiegu krwawego. Z dniem zaś, kiedy chory nie może połykać potraw nawet płynnych, siły jego opadają tak gwałtownie i szybko, że w najkrótszym czasie występuje ogromne wycieńczenie, tyle niebezpieczne dla podjęcia operacji.

Zupełnie inaczej należy oceniać *gastrostomią*, podjętą wobec zwężenia bliznowatego. W takim razie może nam zabieg operacyjny oddać podwójną, a nawet potrójną usługę. Najprzód torujemy sobie drogę do odżywiania chorego, jeżeli zwężenie nie przepuszcza pokarmów drogą naturalną, i sondy już przez zwężone miejsce nie przechodzą. Powtórne zdarza się, że właśnie po kilkudniowym odżywianiu przetoką, uda nam się sondę przez zwężenie przeprowadzić, i następnie je rozszerzyć. Tłumaczy się to w ten sposób, że po kilkudniowym niedrażnieniu miejsca zwężonego ustępuje obrzęk i pozwala przeprowadzić sondę tam, gdzie dawniej to się nie udawało. A wreszcie służy nam

otwór sztuczny w żołądku do rozszerzania zwężonego miejsca od dołu w tych przypadkach, gdzie żadnym sposobem od góry przez przełyk nie mogliśmy sondy choćby najcieńszej przez zwężenia przeprowadzić. Znanych jest kilka przypadków, gdzie chorych w ten sposób uleczono, kiedy długie i mozolne zabiegi z góry zostawały bez skutku (BERGMANN, SCHATTAUER i inni). HACKER zaleca w przypadkach zwężeń, drożnych tylko dla cienkich strun, przywiązać do jednego końca struny dren i przeciągnąć go przez zwężenie: mocno rozciągnięty dren z łatwością wejdzie w zwężone miejsce, a skoro ustanie rozciąganie będzie wracał do pierwotnych rozmiarów i dzięki swej sprężystości powoli rozszerzy zwężenie rozpierając go ze znaczną siłą. W ostatnich czasach zalecano też, żeby przez otwór gastrostomiczny rozszerzać mechanicznie zwężenia odżwiernika.

2. Rany żołądka, czy to postrzałowe, czy też cięte należy zaszyć (*gastrorrhaphia*). Jeżeli zraniona część żołądka wypadła na zewnątrz, natenczas niema żadnej wątpliwości, że należy ją zaszyć, a oczyściwszy wypadniętą część na powrót odprowadzić. Gdzie brzegi rany są poszarpane lub stłuczone, jak ran postrzałowych, tam wycinamy odpowiednią część ściany przed zaszczeniem rany. Inaczej zapatrywano się aż do ostatnich czasów na rany żołądka niedostępne bezpośrednio dla oka. Do tego rodzaju ran należy też zaliczyć pęknięcia żołądka z innych przyczyn np wrzodu okrągłego. Pierwszy zwróciłem uwagę na to, żeby w przypadkach przedziurawienia żołądka przez wrzód, wykonać laparotomię, okroić brzegi i zaszyć. Rozumie się, że taki zabieg operacyjny, może być tylko wtenczas dobrym skutkiem uwieńczony, jeżeli zaraz lub w pierwszych godzinach po pęknięciu go wykonamy. Wprawdzie dość rzadko znajdziemy się w tak szczęśliwym położeniu, że szybka pomoc wprawnego chirurga jest pod ręką, ale w takich przypadkach jest zabieg operacyjny koniecznie wskazany, i na to się zgadza dziś większość chirurgów. Spodziewać się należy, że interniści uznają za przykładem LEYDENA to wskazanie, mając na uwadze, że po przebicciu przez wrzód okrągły bywa prawie niechybnem zejście śmiertelne, a lekovanie wewnętrzne w takich przypadkach podług słów doświadczonego LEUBEGO „ogranicza się zwykle na przygotowaniu lekkiego skonu“. Tak samo w obec ran zadaných ostremi narzędziami lub kulą dziś większość chirurgów skłania się do czynniejszego postępowania, i daje pierwszeństwo zabiegowi operacyjnemu przed podawaniem leków kojących ból i wstrzymujących ruchy robaczkowe. KOCHER w powyższy sposób uratował chłopcu życie, który z odległości pięciu kroków wystrzałem pistoletu Flloberta trafiony został w okolicę żołądka. Wczesne rozpoznanie przedziurawienia żołądka tak w jednym, jak w drugim przypadku jest najważniejszym, trafia niestety nieraz na niemałe trudności, ale dlatego właśnie stanowi szczytne zadanie wspólne medycyny wewnętrznej i chirurgii.

3. Przetoki żołądkowe mniejsze, goją się zwykle bez większego zabiegu chirurgicznego, wystarczy przyżeganie lapisem lub termokauterem. Większe przetoki zamyka się po okrwawieniu brzegów szwem, lub przesuwając płaty z najbliższego otoczenia. Gdzie sposoby te nie prowadzą do celu, zaleca się odłączanie ściany żołądka od powłok brzusznych, wygładzenie brze-

gów rany żołądka, zaszyte jej, a nareszcie po zapuszczeniu żołądka do jamy brzusznej połączenie brzegów rany z powłokami szwem osobnym (BILLROTH).

4. Wskazanie do chirurgicznego zabiegu w obec krwotoku z wrzodu okrągłego, jakie również pierwszy podałem, jest względne, i może tylko wtenczas znaleźć zastosowanie, jeżeli nie możemy krwotoku w inny sposób zatamować i jeżeli pomoc chirurgiczna szybko jest na miejscu. Wiadomo, że nawet znaczne krwotoki z wrzodu okrągłego ustają dość często bez zabiegu chirurgicznego i trzeba na to wielkiego doświadczenia, żeby rozstrzygnąć, kiedy już środki wewnętrzne nie wystarczą do zatamowania krwotoku, i kiedy należy przystąpić do operacji. JAWORSKI dostrzegał, że jeżeli krwotok żołądkowy w jednym okresie chorobowym trzy razy się powtórzy, to chory zwykle już jest stracony. W takich więc przypadkach nie należy zwlekać operacji i tracić czas na mniej energiczne, a bezskuteczne leczenie. W odpowiednich przypadkach trzeba by wykonać laparatomia i wyciąć wrzód, z którego krwotok powstał, jeżeli się znajduje na przedniej ścianie, bez dalszych zabiegów, a jeżeli na tylnej, to dopiero po otwarciu żołądka przez dostateczne nacięcie przedniej ściany. Wycięcie wrzodu i podwiązanie krwawiących naczyń, a następnie zeszyte rany uważam za pewniejsze, niż wypalenie wrzodu termokauterem, bo pierwszym postępowaniem od razu usuwamy krwotok i wrzód.

5. Kiedy jako wskazanie do wycięcia odźwiernika postawiłem wrzód żołądka, zwracający część odźwiernikową, i opisałem przypadek z dobrym skutkiem operowany, gdyż operowana jeszcze dzisiaj po siedmiu latach ma się wybornie, i już po operacji kilkoro dzieci porodziła, wtenczas znalazła się początkowo silna opozycja, dopiero po oświadczeniu się LEUBEGO i BILLROTHA, że wycinanie w tych przypadkach więcej ma widoków powodzenia, niż w obec raka, uznano ogólniej słuszność tego wskazania. Rozumie się, że i tu zachodzą pewne ograniczenia. Mianowicie, jeżeli są znaczne zrosty z otoczeniem, damy pierwszeństwo Wölflerowskiej gastroenterostomii. Sam w takim przypadku wykonałem pierwszą tego rodzaju operację, a chory jeszcze w trzy lata później miał się dobrze. W innych przypadkach, gdzie wrzód jest zagojony, a chodzi tylko o zniesienie zwężenia bliznowatego, możnaby nieraz użyć z korzyścią sposobu HEINEKE'GO, jakiego użył też MIKULICZ: nacina się ścianę żołądka w kierunku równoległym do osi jego, a następnie zeszywa się otwór ten w kierunku przeciwnym tak, że linia szwu stoi pionowo do osi żołądka. Jeszcze w innych przypadkach będzie można za przykładem CZERNY'EGO wyciąć tylko sam wrzód lub bliznę, i odpowiednio zeszyć ściany żołądka nie wycinając okrężnie całych ścian. Który z tych sposobów wybierzemy, zależy od poszczególnego przypadku, i nie daje się ogólnikowo oznaczyć.

6. Nareszcie daje rak odźwiernika wskazanie do zabiegów operacyjnych na żołądku, a mianowicie do resekcji żołądka i do gastroenterostomii. Rozszerzenie mechaniczne odźwiernika zapomocą palca, jak to zalecał LORETA, w obec zwężenia rakowatego niema żadnego znaczenia, a wobec zwężenia bliznowatego po wrzodzie sądzimy, że na dłuższy czas nie wystarczy, znając skłonność blizn do ponownego skurczania się.

Rezekcyja żołądka zwróciła w pierwszych czasach ogólną uwagę na siebie. Jak wiadomo najprzód PÉAN, po nim ja, później BILLROTH i inni wykonywali tę operacyą, i w krótkim czasie uzyskała tak wielkie wzięcie, że już w roku 1886 RICHTER zebrał 103 przypadki resekcyi żołądka, z których 75 zakończyło się bezpośrednio śmiertelnie, a z pozostałych 28 bardzo mała liczba doczekała się pierwszej rocznicy operacyi. Tak złe wyniki ostudziły znacznie pierwotny zapal, a dziś uważamy tylko te przypadki raka okolicy odźwiernikowej za odpowiednie do rezekcyi, gdzie guz jest dobrze ruchomy i nie ma zrostów z narządami sąsiednimi, a mianowicie z wątrobą i trzustką, oraz gdzie siły chorego jeszcze nie zanadto są wycieńczone i, jednym słowem, przypadki świeższe. W takich razach jesteśmy stanowczo za operacyą, która w tych warunkach podjęta nie będzie nadzwyczaj niebezpieczną, a pozwala wcale nie złe rokować co do powrotu nowotworu, gdyż, jak doświadczenie uczy, przerzuty nie bywają wcale tak nadzwyczaj częste, a narządy sąsiednie i dalsze są nawet rzadziej zajęte, niż w raku innych okolic np. w raku sutka, gdzie się wcale nie namyślamy czy mamy wykonać operacyę. Rozpoznanie raka żołądka w pierwszym okresie przedstawia bez wątpienia znaczne trudności, ale teraz, kiedy tylu klinicystów zajmuje się właśnie tym przedmiotem, spodziewać się należy, że i tu przyjdzie medycyna wewnętrzna w pomoc chirurgii. Jeszcze trudniej rozpoznać przed rozpoczęciem operacyi, czy są jakie zrosty, a nawet w wielu przypadkach jest to wcale niemożliwe. Mimo to niepowinniśmy zbyt ocierać się z laparotomią w przypadku z oznakami znacznego zwężenia odźwiernika. Jeżeli znajdziemy znaczne zrosty i nie możemy wykonać rezekcyi, natenczas pozostaje nam jeszcze *gastroenterostomia* Wölflera, operacya mniej niebezpieczna, niż rezekcyja, a usuwająca przynajmniej dokuczliwe objawy zwężenia odźwiernika. Polega ona na połączeniu odcinka żołądka znajdującego się przed zwężeniem z początkiem jelita cienkiego.

Sposobu operowania nie opisujemy, gdyż znaleźć go można w podręcznikach chirurgii, krótki zaś opis bez rycin nie przyczyniłby się do dokładnego zrozumienia, a przechodzi zakres niniejszego streszczenia.

Sześć przypadków wycięcia i zeszcicia jelita (*Enterectomia et Enterorrhaphia*)

Serya 2-ga

Podał J. Kościński prof. klin. chirg. fak.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 40).

Spoprzeżenie III. Kollator Rozalja. (*Perimetritis purulenta, Perforatio Romana, fistula stercoralis. Resectio intestini et Enterorrhaphia*). Kobieta 24 lat wieku licząca średniej budowy ciała, przybyła na kuracyę do kliniki 19 Listopada 1886 r. Z opowiadania chorej dowiadujemy się, że mając lat 16 i będąc przedtem względnie dobrego zdrowia, zachorowała na bóle w dolnej części brzucha, który jednocześnie zaczął puchnąć. Po kilkunastu kąpielach ciepłych z solą, dostała po raz pierwszy regularności i ból oraz spuchnięcie brzucha znikły. Na-

stopnie wciągu całego roku znów nie miała peryodu, który dopiero w 18 roku życia się zjawiał i prawidłowo co miesiąc wracał. Niedługo potem wyszła zamąż, ale w ciążę nie zachodziła. W rok później, jak się zdaje miała, nie wiadomo skutkiem jakiej choroby, przesięg w jamie brzusznej (*ascites*), gdyż lekarz, do którego o radę się udała zrobił przekłócie trójgrańcem i płyn wodnisty wypuścił. Potem zdrowie jej się poprawiło, lecz nie nadługo i w ogóle ciągle się skarżyła na brak sił. W ciągu czterech letnich miesięcy w roku 1885 znów peryodu nie miała wcale, który gdy się pojawił we Wrześniu, był połączony ze znacznymi bólami w okolicy krzyża i dolnej części brzucha, przyczem ilość krwi była znaczną. Od wiosny roku 1886 wystąpiły prawie stałe bóle w okolicy biodrowej lewej. Pewnego razu chora wymacała w tej okolicy stwardnienie w postaci guza prawie wcale niebołającego, zajmującego miejsce poniżej pępka i nieco w lewej stronie. Guz ten był jakoby ruchomy i nie w powłokach lub ścianie brzucha, lecz w jamie brzusznej leżał. Gdy i objętość guza powiększała się i bóle się wzmacniały poczęły i stawały się bardzo dotkliwymi, a nieraz gwałtownymi, szczególnie w okolicy krzyżowej i w czasie wypróżnień stolcowych, wtenczas chora udała się do naszej kliniki.

Chora źle odżywiona, skóra blada, błony śluzowe blade, cechowały znaczną niedokrwistość, pokład tłuszczowy słabo rozwinięty, mięśnie wiotkie. Tętno przyspieszone, koło 100, ciepłota ciała podniesiona 38°. Brzuch znacznie wzdęty, najbardziej w dolnej części. Przy macaniu wyraźnie daje się wyczuć w tej części brzucha guz dość gładki, nie zbyt twardy. Granica górna guza sięgała aż do pępka; od dołu guz chował się w jamie miednicy, rozszerzając się na boki do dołów biodrowych. Bolesność dość znaczna. Pomimo naprężenia i twardości brzucha, daje się wyczuć nie ulegające wątpliwości chelbotanie płynu w guzie. Badając przez pochwę znaleźliśmy macicę nieco usuniętą ku lewej stronie, nadto sklepienie pochwy nieco opuszczone i w stanie nacieczenia, a przez tylną część sklepienia przy podwójnem (bimanualnem) badaniu wyczuwa się również chelbotanie. Wprowadzony palec do kiszki stolcowej także wyczuwa guz i chelbotanie za naciśnięciem brzucha. Niewątpliwem więc było, że guz przedstawia rodzaj torbieli napełnionej płynem. A ponieważ niebyła to torbiel ruchoma, macica niedawała się od niej oddzielić lecz część poniekąd torbieli tworzyła, będąc ściśle z przednią ścianą guza spojona; nadto istniało nacieczenie ścian pochwy, bolesność była bardzo wielka i istniał odczyn gorączkowy, wypadało więc chorobę przyjąć za sprawę zapalną, a ową torbiel uważać za ograniczony ropień. Niełatwem było jednak rozstrzygnąć skąd zapalenie powstało i co poprzedzało wytworzenie się owego torbielowatego, ropnego guza. Mógł to początkowo tak dobrze być wylew krwi pozamacieczny (*hematocele retro uterina*) jak też zapalenie jajnika (*oophoritis*) lub więzów szerokich lub wreszcie zapalenie otrzewny miednicy połączone z wysiękiem. Niemożna też było wykluczyć pierwotnej torbieli jajnika powikłanej zapaleniem, prowadzącem do zrostów i ropienia. Dość stale występujące bóle w kiszce prostej podczas wypróżnień i zaburzenia w czynnościach kiszek, wypadało uważać jako zjawisko wtórne. Zresztą mając przed sobą chorą, która się przedstawiła nam po raz pierwszy ze zmianami wyżej opisanymi, ze zmianami dającymi kliniczny obraz nie roz-

wijającej się choroby lecz raczej następstw i ostatecznych jej wyników, a nadto, nie mając systematycznego i treściwego ze strony chorej objaśnienia o początku i przebiegu choroby, nie było żadnej możliwości postawienia dokładnej anatomicznej dyagnozy. Musieliśmy przeto postąpić tak jak to często czynić wypada: usunąć najprzód wysięk (jak powiedzieliśmy prawdopodobnie ropny) a później się starać o ściślejsze rozpoznanie choroby, aby mieć możność przeprowadzenia stosownej dalszej kuracji.

W tym celu zrobiwszy cięcie na linii środkowej brzucha, pomiędzy pępkiem i kością łonową 4 centymetry długie, doszedłszy do powięzi poprzecznej, przez którą już wysięk ropny przeświecał, zgitym trójgranicem Chassaignac'a wszedłem do opisanej torbieli. Ropa w tej chwili obficie zaczęła się wylewać przez rurkę trójgranicą; następnie odszukawszy palcem wprowadzonym do pochwy koniec trójgranicą, przebiłem nim sklepienie tylne pochwy, a mając tym sposobem jeden koniec narzędzia w pochwie, a drugi w ranie ściany brzusznej, przeprowadziłem dren grubego kalibru, przez który całą torbiel z jej zawartości opróżniłem. Wydzielająca się ropa miała wygląd gęstej emulsyi, barwy żółto-zielonawej, podobnej do zupy grochowej, zapachu nader przykrego, ostrego, cebulowego. Ilość ropy dochodziła do 2 funtów. Po staranem wypłókanu jamy lekkim roztworem karbolu, opatrunek założony sublimatowy. Operacja ta była dokonana 2 Grudnia 1886.

W dzień operacyi jeszcze nazajutrz skarżyła się chora na nudności i niewielki ból w brzuchu. Gorączka już drugiego dnia ustąpiła, ciepłota ciała spadła z 39,5° na 37,4°. Objawów znacniejszego podrażnienia otrzewny nie było. Ilość ropy przy codziennej zmianie opatrunku z początku była większą, potem zaczęła się zmniejszać; ropa zawsze była cuchnąca. Do 3-go Grudnia żadnych szczególnych niepokojących zjawisk niebyło.

Po dwunastu dopiero dniach dostrzeżono, że w ropie znajdują się cząstki kału. W ten sam dzień ciepłota ciała podniosła się do 39,4. Chora była nader osłabioną i znękaną. Przymieszka kału przy następnym opatrunku niewątpliwie stwierdzoną została, a ilość jej coraz znacniejszą się stawała. Kał był dobrze sformowany i zdawało się, że z кишки grubej pochodzić musiał. Pojawienie się kału tak późne wskazywało, że przedziurawienie кишки nastąpiło dopiero po utworzeniu ropnia i nie inaczej powstać mogło, jak tylko drogą owrzodzenia. Niewątpliwem także zdawało się być to, iż jelito w tem miejscu gdzie się przedziurawienie zrobiło, już dawniejszą sprawą zapalną było wciągnięte w ścianę owego ropnego zbiornika. Dowodził tego stały ból w pewnem ograniczonym miejscu кишки podczas defekacyi. Czy owrzodzenie to i przedziurawienie odbywało się od wewnątrz кишки t. j. od błony śluzowej, czy też od zewnątrz t. j. od ściany wewnętrznej ropnia dziurawiąc kiskę: tego tak samo jak i pierwotnej natury sprawy chorobnej rozstrzygnąć na teraz niemożliśmy.

Wprawdzie po utworzeniu i przedrenowaniu jamy ropnej guz zginął odrazu i stąd można było wnosić, że rozpoznanie choroby jako zapalenie otrzewny i wysięk otorbiony, było najprawdopodobniejszym. Mniej danych mieliśmy do przypuszczenia pierwotnej jakiejś sprawy w kiszce. Rozważając jednak dostarczone nam przez chorą, choć niedość ściśle anamnestyczne szczegóły, mając

przytem na względzie wiek jej (okres zaczynającej się miesiączki) i objawy kliniczne tak subiektywne jak i obiektywne, najracjonalniej można było uważać początek choroby za wylew krwi do otrzewny miednicznej (*haematocele*) z przejściem w ropienie i dalszem powikłaniem przeżarcia kiszki.

Fatalna ta komplikacja wpłynęła zaraz na znaczne pogorszenie się stanu chorej i szybkim krokiem ku ostatecznemu wyczerpaniu sił i blizkiej śmierci zdążała. Przecięcie i rozszerzenie otworu w ścianie brzucha, wytamponowanie jamy przy każdym opatrunku niezdolały zatrzymać ciągłego wypływu zawartości kiszki do jamy ropiącej. Widzieliśmy się zmuszeni uciec do zamknięcia przedziurawionej kiszki za pomocą zeszcicia jej, a tego dopełnić, jak z góry przypuszczaliśmy, nie będzie można, bez wycięcia znacznej części jelita. Lecz ta okoliczność nie była jedyną ani główną, którą uwzględnić mieliśmy przy stawianiu rokowania co do zejścia operacji, nierównie ciężiej zaważyć musiały na wątpliwość pomyślnego przebiegu operacji, niezmierne wycieńczenie chorej przez obfite ropienie, przez ciągłą gorączkę septyczną i septyczny stan tkanek w jamie brzusznej i miednicy, to jest w okolicy w której operacja miała być robioną, a zrośnięcie kiszki, aby operacja pożądaný skutek odnieść mogła, powinna była nastąpić *per primam intentionem*.

Nie było jednak wyboru w postępowaniu wobec niechybnej i prędkiej śmierci, musieliśmy przeto chwycić się i tych niepewnych szans jakie operacja dać mogła.

8-go Stycznia 1887 roku, po należytem przygotowaniu do operacji i za-chloroformowaniu pacyentki, zrobiliśmy cięcie na linii środkowej brzucha w przedłużeniu już istniejącego cięcia ku górze i ku dołowi i w ten sposób szeroko otworzyliśmy jamę ropną. Ściany tej jamy były wypełnione strzępami nasiąkniętymi cuchnącą ropą, a po usunięciu ich i o ile możności starannem wymyciu jamy roztworem sublimatu, staraliśmy się orientować w stosunku organów otaczających tworzących ściany jamy. Znaleźliśmy macicę, jajniki, więzy i pęcherz w dolnej części jamy pozlepiane i pozrastane pomiędzy sobą. W górnej zaś części i w bocznych jelita również pozrastale za pomocą błon wrzekomych, w niektórych miejscach tak mocno, że oddzielić pętlicy od pętlicy niebyło można; w innych znów, na skutek rozpadu gangrenowego za lekkim pociągiem zrosty się łatwo dawały rozerwać. Jak przewidywaliśmy, w kiszce grubej w części zakrzywienia czasowego znajdował się otwór wielkości dwóch centymetrów o brzegach nierównych, rozstrzępionych z którego zawartość jelita wypływała do ogólnej jamy ropnej. Górny koniec, czyli części jelita nad otworem dała się łatwo oddzielić, wyciągnąć na zewnątrz, dolny był tak mocno ściągnięty i zrośnięty z organami miednicy, że tylko niewielką część jego mogliśmy oddzielić, i to z wielką trudnością. Gdy już i z tego końca mieliśmy uwolniony od zrostów taki kawałek, aby dalsze wykonanie operacji uczynić możliwem, przystąpiliśmy do wycięcia części jelita, w której się powyżej wspomniany otwór znajdował. Ponieważ na całym obwodzie kiszki w tem miejscu otrzewna była albo zniszczoną przez ropienie albo obdarta przy oddzielaniu od zrostów, widzieliśmy się zmuszeni wyciąć kawałek całkowity jelita, co uczyniliśmy za pomocą nożyczek. Część jelita wycięta miała koło 10 centymetrów długości,

i była wyciętą cięciem prostopadłym do osi, zaś przytykającą kreskę wyciąłem klinowo, jak to zwykle przy poprzednich operacjach robiłem. Pomocnik utrzymywał podczas tego momentu, jak również i przy następnym założeniu szwa, obydwa końce kiszki zaciśnięte palcami. Po starannem znowu obmyciu pola operacyjnego sublimatem (co zresztą było powtarzane podczas operacji wielokrotnie) przystąpiłem do zeszycia końców kiszki. Niemam potrzeby powtarzać w jaki sposób szew był założonym. I w tym przypadku postąpiłem jak zwykle, połączywszy najprzód kreskę następnie dwurzędowym szwem ściśle i starannie zeszyłem końce jelita, mając głównie staranie zmierzone ku temu, aby powierzchnią zewnętrzną (błona surowicza) stykały się ze sobą. Na nieszczęście powierzchnia ta niebyła wszędzie zdrową, a w niektórych miejscach brakowało na niej błony surowiczej; stąd już podczas wykonywania operacji mieliśmy obawę, że się szew może nieprzyjąć. Co tam bardziej łatwem stać się mogło, że zeszyta musiała pozostać w otoczeniu źle sprzyjającym zrośnięciu. Samo przez się rozumie, że niemogliśmy myśleć o zamknięciu jamy brzusznej przez zeszycie zupełne cięcia ścian brzucha, gdyż jama ropna jaka się w otrzewnie znajdowała, jakkolwiek starannie oczyszczona i wymyta, niezawodnie wywołała by ogólne ropne zapalenie otrzewny. A więc tylko częściowo połączyliśmy cięcie w ścianie brzusznej zostawiając otwór dość obszerny w który wstawiłem gruby dren i wokoło niego gazę jodoformową do jamy zaprowadziłem. Po czem opatrzywszy ranę i dolną część brzucha opaską suchą jodoformową, chorą przenieśliśmy na łóżko poczem zaraz dostała proszek mawkowca, który i w następnych dniach zażywała.

W pierwszym i następnym dniu po operacji wyczerpanie sił było niezmiernie i tem niebezpieczniejsze, że ani wina ani innych środków pobudzających stosować niemożna było z powodu wracających wymiotów. Wszelako już na trzeci dzień stan chorej nieco się poprawiać zaczął. Mogła po trosze więcej przyjmować wina, mleka kwaśnego i rosółu i pierwsze niebezpieczeństwo po operacji zdawało się być usuniętem. Wszystko nadal zależało od tego czy zrośnięcie kiszki nastąpi. Przez dren w otworze rany będący jama była na trzeci dzień wypłókana i opatrunek zmieniony. Ropy wiele niebyło, ale była ona cuchnącą. Ciężota ciała prawie niepodniesiona, tętno drobne nagle 110 na minutę. Bolesności większej ani wzdęcia brzucha dotąd niezauważano. Wymioty prawie ustały.

Przez parę dni następnych przebieg bez zmiany. 5-go dnia objawy wyraźniejsze podrażnienia otrzewny, wzdęcie brzucha, przy dotknięciu jest on bolesny odbijanie, ad czasu do czasu wymioty; temperatura ciała podniesiona do 38,8, 6-ty dzień. Już niema wątpliwości, że szew kiszki nie utrzymał się, przy opatrunku pokazały się niewątpliwie ślady zawartości jelita. Objawy zapalenia otrzewny stały się niewątpliwe.

W dalszym ciągu pomimo stosowania wszelkich odpowiednich środków i starannego przemywania jamy ropnej (*resp.* jamy otrzewnej) i opatrunków przeciwnilnych, stan chorej pogarszał się i szedł do zupełnego upadku, który przedłużył się do 24 Stycznia, (22 dni po operacji) i w tym dniu nastąpiła śmierć.

Autopsya stwierdziła ogólne ropno-posokowate zapalenie otrzewny. Co się tyczy szwu kiszki, to na niewielkiej tylko przestrzeni, od strony krezki trzymał on jeszcze, zresztą w $\frac{3}{4}$ obwodu szew puścił i końce jelita rozeszły się i tak zanurzone leżały w jamie w której się ropa i zawartość jelita zbierały.

Co się tyczy otworu w wyciętym kawałku kiszki, to nie dało się i po zrobionej operacyi stanowczo orzec co spowodowało ten dziurawiący wrzód, gdyż brzegi otworu na skutek rozmięknienia i nasiąknięcia posoką i ropą przedstawiały niemożliwą do mikroskopowego badania masę, czyli raczej z badania tego żaden pewien wniosek nie dał się wyprowadzić.

Spostrzeżenie IV. *Hernia Umbil. Incarceratio, sphacelus et perforatio, fistula stercoralis*. Kunnel Emilja żona urzędnika akcyzy, 34 lat wieku licząca przybyła do kliniki 30 Grudnia 1886 roku z przetoką kałową w okolicy pępkowej.

Opowiada chora, że pochodzi ze zdrowych rodziców którzy dotąd żyją. Oprócz koklusz w latach dziecięcych nie pamięta żeby kiedy chorowała. W 18 roku życia dostała pierwszej miesiączki, która następnie zwykle bywała prawidłową. Przed 9-ciu laty wyszła za mąż i miała troje dzieci. Przed 5-ciu laty w Kwietniu, w trzy tygodnie po odbytym szczęśliwie porodzie dostrzegła w okolicy pępka guzik, który to się zmniejszał, to znów powiększał i twardniał, niekiedy znikał zupełnie sam przez się, albo też chora go palcami odpychała do jamy brzusznej. Guz ten był w ogóle niebolesny i w ostatnich czasach doszedł do wielkości kurzego jaja. Chociaż chora wiedziała, że guz ten jest przepukliną pępkową, nieprzedsiębrała jednak żadnych środków dla zabezpieczenia się od powikłań na przyszłość i paska nigdy nie zakładała. Nawet w ostatnich 6, 7-miu miesiącach nie próbowała guza odprowadzać do jamy brzusznej, co w pierwszych latach zwykła była czynić, położywszy się wieczorem do łóżka. Guz stale już pozostawał jednakowej wielkości i w tem samym miejscu.

10 Grudnia 1886 roku Kunnel leżąc w łóżku próbowała znów guz odepchnąć, jak to dawniej czyniła, co się też jak mniema udało. Lecz wkrótce potem zaczęła doświadczać przykrego uczucia w dołku odbijania, a następnie powstały wymioty. Stan się pogarszał z każdym dniem, stolca nie było wcale, a środki przeczyszczające obficie zażywane, nie były w stanie go wywołać. Na czwarty dzień na miejscu gdzie była przepuklina, skóra i tkanka podskórna zaczęła twardnieć i stała się bardzo bolesną. Wytworzył się pęcherzyk który poczerniał, przepekł i z otworu zaczęła wyciekać ciecz ropna i żółć. Nazajutrz przywołany lekarz zaczął omacywać brzuch, przy czem obficie zaczęła się wylewać zawartość kiszki i ilość jej, jak chora podaje, doszła do 2-ch garncy. Wtenczas to chora postarała się o umieszczenie w klinice.

Pacjentka budowy ciała silnej, niezmiernie otyła, ważyła 240 funtów. Niegorączkuje. tętno 80. W jamie pępkowej znajduje się otwór mający jeden centymetr w średnicy, otoczony czerwonymi brodawkami, w otworze sterczy strzępek nekrotycznej tkanki, a z głębi wycieka płyn żółto-zielonawy. Skóra brzucha w około otworu, a szczególnie na dolnej części brzucha pokryta sztucznym wypryskiem (*eczema*), obficie wydziela ciecz surowiczą z przymieszką krwi. Apetyt całkowicie stracony, odbijanie częste, stolca nie miała już 9 dni.

Mocz nasycony w znacznej ilości oddaje z łatwością. Serce i płuca w stanie prawidłowym.

Po kilkodniowym pobycie chorej w klinice, z otworu wydzielił się spory kłaczek obumarłej tkanki, który po bliższem zbadaniu okazał się być siecią (*omentum*). Palec wprowadzony do otworu prowadził wprost do jelita przylegającego bezpośrednio do otworu ściennego i przyrośniętego w około wewnętrznego obwodu. W cieczy śluzowo-żółciowej znajdowały się części przyjętych pokarmów: mleko, bułka, ziarenka kaszy i t. p.

Rozpoznanie w obec tych objawów żadnych trudności nieprzedstawiało. Mieśliśmy przed sobą chorą z przetoką kałową, której powstanie niemogło być stanowczo orzeczonem. Wiemy bowiem od chorej, że objawy zapalenia i uwięźnięcia przepukliny powstały bezpośrednio po próbie odprowadzenia jej, lecz czy podczas tej manipulacji nastąpiło uwięźnięcie istotne i następnie zgorzel, czy też może rozdarcie jelita i zatem wszystkie opisane objawy, tego niepodobna wiedzieć.

Ze jednak przetoka była znaczną i otwór wielki nie mogliśmy mieć wiele nadziei aby się mogła zagoić bez pomocy operacyjnej. Wszelako do operacji zaraz nieprzystąpiłem, lecz postanowiłem czas jakiś obserwować jak się otwór zachowywać będzie, a zarazem zużytkować czas ten na usunięcie owego nieprzyjemnego wyprysku, o ile się da usunąć, przez czysty i staranny dozór. W tym celu pacjentka brała codziennie kąpiel, kilka razy dziennie brzuch był obmywany wodą karbolową lub roztworem kwasu bornego. Stosowane były nadto okłady z wody gulardowej, waselina z cynkiem, a oprócz tego dla niszczenia przykłej woni posypywano opatrunek grubą warstwą torfu.

24 Stycznia 1887 r. po upływie 28 dni od przybycia P. Kunnel do kliniki, kiedy wyprysk w znacznej części był zniesiony, a otwór przetoki najmniejszej nieokazywał skłonności do zabliznienia, przystąpiłem do operacji.

Plan operacji był następujący: otworzyć jamę brzuszną, jelito przedziurawione wydostać na zewnątrz i stosownie do wielkości otworu wyciąć część obwodową lub całkowity kawałek кишки, a w końcu założyć szew na jelito i brzuch zaszyć.

Operacja nieprzedstawiała pod względem technicznym żadnych trudności; jedyną trudność nastroczała chyba niezwykła grubość pokładu tłuszczowego który równał się trzem poprzecznym palcom. Przy takiej grubości ściany brzusznej, dla utworzenia dostatecznego wejścia do jamy, wypadło zrobić względnie bardzo długie cięcie. Cięcie to było przeprowadzone na linii środkowej przez otwór, przetoki. Doszedłszy do otrzewny i przeciąwszy ją ostrożnie oddzieliłem sieć (*omentum*) i pętlę jelita cienkiego od otrzewny ściennej w obwodzie przetoki. Zrośnięcia nie były zbyt mocne, przeto i odczepienie było łatwem. Ponieważ kiszka w której się otwór znajdował była w połowie swojego obwodu zniszczoną, musiałem, aby szew w zupełnie zdrowych ścianach założyć, wyciąć część rurki koło 10 centymetrów długości i odpowiedni klin z krezki. Po podwiązaniu znaczniejszych tętnic i żył krezki i кишки połączyłem górny koniec tej ostatniej z dolnym za pomocą szwu dwurzędowego, w sposób zwyczajny. Następnie po starannem obmyciu sublimatem całego pola operacyjnego

i obcięciu brzegów przetoki ściennej zaszyłem ranę ściany brzusznej przez założenie pięciu głębokich i 8 powierzchownych nitek.

Chora podczas operacji była uszpaną. Po operacji opatrunek jodoformowy i proszki makowcowe do wewnątrz.

W dzień operacji po obudzeniu się chorej odbijanie, od czasu do czasu czkawka i raz jeden chora zwymiotowała szklankę zielonawej cieczy śluzowej.

Nazajutrz zamiast makowca dostała *magister. bismuti*. Wymiotów nie miała, sen był przerywany, nudności i odbijania rzadsze. Temperatura i tętno normalne. Mocz wypuszczono za pomocą cewnika, koło 600 kub. c.

Na trzeci dzień obfite odejście wiatrów stolcem. Stan ogólny i miejscowy nieprzedstawia nic do życzenia, za pokarm dostaje zsiadłe mleko, trochę herbaty.

Czwartego dnia jak i wczoraj. Mocz zaczęła oddawać sama, bez pomocy cewnika. Gazy stolcem odchodzą obficie.

5 dnia. Stan chorej bez zmiany. Celem wywołania stolca dostała 4 proszki po granie kalomelu i następnie łyżkę olejku rycinowego. Po ostatnim proszku miała jeszcze raz wymioty, a następnie w cztery godziny stolec dość obfity i wiele gazów. Tutaj muszę nadmienić, że pacjentka nasza od chwili zaskabnięcia t. j. od 10 Grudnia r. z. ani jednego stolca w ciągu 5 tygodni nie oddała. Dopiero pierwszy stolec nastąpił na piąty dzień po operacji.

6 dnia. Zmieniono opatrunek i szew powierzchowny zdjęto. Wyprysk przysechł i naskórek się łuszczy.

7 dnia obfity, dość płynny stolec. Chora się czuje nieco gorzej, skarży się na palący ból w dolnej części rany, Temp. 38 puls 104.

8 dnia. Gorączka się utrzymuje w tym samym stopniu. Opatrunek zmieniono, nitki głębokiego szwu usunięte. W dolnej części rany ograniczone ropienie.

9 dnia. Gorączka mniejsza, brzuch nieco wzdęty, stolca nie było. Zalecono olej rycinowy.

10 dnia. Temperatura ciała normalna, wypróżnienie płynne śluzowate i wiele gazów.

11 dnia. Stan chorej dobry. Pożywia się rosółem, jajami na miękko.

Odtąd postęp ku konwalescencji, z każdym dniem staje się widocznym rana doskonale trzyma. Niewielki ropień w dolnej części rany goi się dobrze.

Na 18 dzień (30 Stycznia P. Kunnal zaczęła wstawać i przechadzać się po sali.

3 Lutego 1887 roku, a zatem w trzy tygodnie po dokonanej operacji stan pacjentki był o tyle dobrym, że mogła już opuścić klinikę i pojechać koleją żelazną do męża. Zaleciliśmy jej noszenie pasa przez dłuższy czas, oraz ostrożność w wyborze pokarmów.

(d. n).

ODCZYTY KLINICZNE.

O wymiotach niepowściągniętych (*hyperemesis*) kobiet brzemiennych

Napisał Dr. Teofil JAFFÉ.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 40).

Nerwy żołądka pochodzą z brzusznej części nerwu błędnego, który z lewej strony rozpada się na swe końcowe gałązki prawie wyłącznie w żołądku, a mianowicie na przedniej jego powierzchni, utworzywszy przedtem przy wpuszczeniu żołądka (*cardia*) spłot żołądkowy przedni (*plexus gastricus ant.*). Prawa gałąź przeciwnie tylko trzecią część swoich włókien daje żołądkowi, a mianowicie tylną jego ścianę, podczas gdy pozostałe włókna otrzymują inne narządy brzuszne.

Rozgałęzienia nerwu błędnego wstępują w związek z nerwem współczulnym, który od spłotu trzewowego (*plexus coeliacus*) dąży wielokrotnie się rozgałęziając, do żołądka.

Włókna nerwowe, pochodzące z dwóch powyższych źródeł, tworzą w błonie podśluzowej żołądka sieć, zaopatrzoną w liczne zwoje nerwowe.

Narządy płciowe kobiety są zaopatrzone w spłot maciczno-pochwowy (*plexus utero-vaginalis*), który tworzą włókna nerwu współczulnego. Włókna te wielokrotnie łączą się z nerwami pacierzowymi. Na zewnętrznej stronie górnej części pochwy i szyjki macicy znajdują się liczne zwoje.

Pod nazwą zwoju szyjowego (*ganglion cervicale*) FRANKENHÄUSER opisał grupę zwojów nerwowych, która znajduje się obok sklepienia pochwowego i z której górnej części pochodzi największa ilość nerwów macicznych, jak również nerwy dna macicy, gdzie włókna spłotu macicznego komunikują się z gałęziami spłotu nasiennego (*plexus spermaticus*). W głębszych warstwach macicy włókna rdzenne stają się coraz rzadszemi i w końcu znikają całkowicie.

Fakta te czynią zrozumiałem, że narządy płciowe kobiet, uległszy jakiemu cierpieniu lub zmianie, mogą powodować za pośrednictwem nerwu współczulnego nieprawidłowe odruchowe podrażnienie nerwów żołądka, wskutek czego może nastąpić zmiana w czynności wydzielniczej gruczołów żołądkowych. Następnie, wskutek podrażnienia nerwów trzewowych (*n. splanchnici*), wychodzących z nerwu współczulnego i mających działanie (jak dowiódł tego Pflüger) powściągające, może nastąpić zwolnienie działalności kiszek. Ruchy wrzście wymiotne można sobie wytłumaczyć w ten sposób, iż powstają one wskutek podrażnienia ośrodka wymiotnego, mającego swe siedlisko w rdzeniu przedłużonym i znajdującego się w ścisłym związku z ośrodkiem oddechowym, podrażnienia, które również skutecznie się w drodze odruchowej za pośrednictwem włókien nerwu błędnego lub dzięki pobudzeniu nerwów ścian żołądkowych.

W niektórych wprowadzie przypadkach *hyperemesis gravidarum* znajdowano zapalenia błony śluzowej macicy lub masy mięśniowej, nacieczenia ropne, wysięki, polipy, torbiele jajnikowe, lecz istnieje znów cały szereg przypadków, a do takich należy i powyżej opisany, w których nie można znaleźć najmniejszych zboczeń ciąży. W naszym przypadku niepowściągniętych wymiotów były nieobecne i inne czynniki, powodujące niekiedy tę chorobę; ani zmiany w położeniu macicy, o której mówi GRAILY HEWITT, ani zapalenia szyjki, którą podaje za przyczynę wymiotów BENNET, ani wrzście nadmiernego rozciągnięcia macicy wskutek nadmiaru potoku (*hydramnion*) lub obecności bliźniąt, co uważa za przyczynę wymiotów SCHRÖDER, w naszym przypadku nie można było wykryć. Nie można było nawet przypuścić tego, aby cierpienie naszej chorej stanowiło,

zgodnie z teorią ROSENTHALA i LEBERTA, częściowy objaw ogólnego rozdrażnienia nerwowego.

Przebieg wymiotów niepowściągniętych większość autorów, a głównie GUÉNIOT i M'CLINTOCK, przedstawiają w postaci trzech okresów; okresy te jednak nie zawsze są ściśle od siebie oddzielone.

HORWITZ rozpatruje tylko dwa okresy.

Pierwszy okres przebiega bez gorączki. Po większej części zaczyna się on od tego, że zwykle lekkie wymioty przechodzą w zupełne oddawanie każdego pokarmu. Występuje dokuczliwe pragnienie. Chora skarży się na silne bóle w okolicy żołądkowej. Częste bywają zaparcia stolca. Zauważyć się daje znaczny ślinotok. Chora staje się anemiczną i chudnie. W dwóch przypadkach HORWITZ skonstatował uderającą zmianę w zmyśle powonienia, nadmierną czułość *hyperosmia*.

Drugi okres charakteryzuje się nieznacznymi objawami gorączki, tętno jest szybsze, słabsze, oddech częstszy. Wymioty są bezustanne, język suchy, wydechane powietrze cuchnie, chora skarży się ciągle na bóle w okolicy nadbrzusznej (*epigastrium*). Mocz jest stężony, zauważyć się daje łatwo obecność białka i cylindrów. Wychudnienie osiąga najwyższego stopnia. Objawia się fatalny upadek sił.

W trzecim okresie choroby występuje silna gorączka, tętno z trudnością się wyczuwa, ukazują się zaburzenia wzrokowe, napady zemdlenia, obłąd. Chora popada w śpiączkę (sopor) i umiera w tym stanie.

Te ostatnie objawy, a zwłaszcza oznaki zapalenia nerek odpowiadają symptomatowi, jakie zauważyć się daje u głodzonych, o ile zostały one zbada-
ne przez MANASSEINA.

W nielicznych, pomyślniej przebiegających przypadkach następuje w pierwszym, resp. drugim okresie poprawa albo samodzielnie, albo wskutek sztucznego poronienia.

Czas trwania tej choroby bywa rozmaity.

Tak gwałtowny przebieg, jak ten, któryśmy opisali wyżej, należy do rzadkości. Znalezione dotychczas przypadki wymiotów niepowściągniętych trwały najczęściej 3 miesiące, a tam, gdzie nastąpiła poprawa wskutek przerwania ciąży, dwa miesiące.

R o z p o z n a n i e wymiotów niepowściągniętych zwykle bywa bardzo łatwe. Skoro tylko ciąża na pewno została stwierdzoną, opisane wyżej symptomy mówią same za siebie. Nie należy wszakże spuszczać z uwagi tego, że ciąża może niekiedy towarzyszyć choroba żołądka lub układu nerwowego ośrodkowego. Rozpoznanie, czy w danym przypadku mamy do czynienia z cierpieniem żołądkowym, czy też z nerwicą nie powinno przedstawiać obecnie żadnych trudności, jeżeli zważymy na postęp dyagnostyki w dziedzinie chorób żołądkowych.

R o k o w a n i e przy *hyperemesis gravidarum* jest nader poważne, jeżeli nie zupełnie niepomyślne. Starsi autorowie podawali procent śmiertelności 44%. JOULIN na 121 przypadków, przezeń zebranych, skonstatował 49 śmiertelnych. HORWITZ na 13 swoich przypadków miał 5 z zejściem śmiertelnym. Samo się przez się rozumie, że rokowanie zależy od rozmaitych okoliczności, jak np. od tego, czy niepowściągnięte wymioty rozwinęły się w początku ciąży, czy też w późniejszych okresach. Następnie zależy ono również od życia płodu, już to że płód umiera, już to że ciąża przetrwana zostaje przez sztuczne poronienie.

L e c z e n i e wreszcie wymiotów niepowściągniętych jest albo wyczekujące, albo operacyjne.

W pewnym okresie choroby należy stosować terapię dyetetyczno-lekarską. Chora winna leżeć spokojnie i przyjmować płynne lub lekkostrawne pokarmy, przez co osiąga się regulację dyety. Jeżeli w ten sposób nie udaje się otrzy-

mać poprawy, należy wówczas odżywiać chore za pomocą ławatyw z peptonu, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Wyliczyć wszystkie leki, jakie zalecano przeciw wymiotom niepowściągniętym, jest rzeczą niemożliwą. Ilość leków tych jest nieskończona. Najbardziej się nadają pod tym względem preparaty bromu i leki makowcowe (opiaty). Że jednak i te środki lekarskie, jak również z takim wielkim entuzjazmem zalecana kokaína, mogą zawieść lekarza, dowodzi tego wymownie nasz przypadek. Nie da się wszakże zaprzeczyć, że niejednokrotnie otrzymano poprawę przy wymiotach niepowściągniętych przy pomocy odpowiednich środków dyetetycznych i lekarskich. AHLFELD obserwował w trzech przypadkach zejście pomyślne, wszelako nie można się z nim zgodzić, kiedy utrzymuje, że terapia winna być wyłącznie wyczekująca i że leczenie operacyjne, dokonywanie sztucznego poronienia jest zabiegiem całkiem zbyt cennym.

Leczenie miejscowe i operacyjne jest wskazane we wszystkich tych przypadkach, kiedy wykryć można nieprawidłowość w brzemiennej macicy, jak np. zmianę w położeniu jej lub zapalenie szyjki macicznej, co Graily HEWITT i BENNET utrzymują, iż mieli sposobność obserwować. W tym ostatnim przypadku należy stosować wielokrotne przyżeganie ust macicznych i próbować tyle osławionego zabiegu COPEMANA. Na użycie metody, która otrzymała nazwę swą od autora, naprowadził COPEMAN prosty przypadek. Pewnego razu lekarz ten miał zamiar dokonać u cierpiącej na ustawiczne wymioty sztucznego poronienia. Ponieważ zaś nie posiadał ze sobą potrzebnych do tej operacji narzędzi, próbował rozciągnąć kanał szyjki przez wprowadzenie palca. Jakież było jego zdziwienie, kiedy, wróciwszy do pacjentki po kilku godzinach z odpowiednimi instrumentami celem dokonania sztucznego poronienia, zobaczył iż chora przestała wymiotować; od tej chwili ciąża przebiegała już zupełnie prawidłowo. COPEMAN stosował również ten zabieg i w następnych postrzeganych przezeń przypadkach. O zabiegu tym wyrażają się także z uznaniem ROSENTHAL i inni.

W przypadku zmiany położenia należy macicę odprowadzić i zastosować unośniki maciczne (*pessary*). Wszystkie te jednak zabiegi ustępują bezspornie ze względu na swą skuteczność metodzie przerywania ciąży za pomocą wypróżniania jamy macicznej, a zatem w początkowym okresie ciąży sztucznie dokonanemu poronieniu, w późniejszym zaś stadium sztucznie wywołanemu przedwczesnemu porodowi.

Kwestya, której już tyle poświęcono dyskusyi, a mianowicie, czy i kiedy należy dodawać sztucznego poronienia, stanowi *punctum saliens* terapii wymiotów niepowściągniętych.

Spostrzeżenie, iż w niektórych przypadkach wymioty niepowściągnięte ustawały z chwilą śmierci płodu i spowodowanego przez to przerwania ciąży, jest jak gdyby wskazówką ze strony natury, w jaki sposób należy leczyć tę ciężką i uporczywą chorobę: przemawia ono za koniecznością użycia energicznej pomocy akuszerza.

Posiadamy wprawdzie statystyki rozmaitych autorów co do tego, ile pacjentek wyzdrowiało przy wyczekującym traktowaniu wymiotów niepowściągliwych, a ile przez dokonanie sztucznego poronienia, wnioski jednak ostateczne z tych danych trudno wyprowadzić. GUÉNIOT oznajmia, iż na 118 przypadków *hyperemesis gravidarum* miał 72 wyleczeń, z tych 31 osiągnięto za pomocą stosowania rozmaitych środków leczniczych, 41 zaś przez poronienie, przyczem poronień samowolnych było 20, sztucznych 21. CAWATAGA donosi o 117 przypadkach wymiotów niepowściągliwych, z których tylko 14 skończyły się szczęśliwie, w 103 było zejście śmiertelne. M'CLINTOCK opowiada o 36 przypadkach, z których 27 zakończyło się szczęśliwie dzięki poronieniu. Statystyka wreszcie COHNSTEIN'a obejmuje 200 przypadków. W jego praktyce tylko w 40% przypadkach wymio-

ty dzięki poronieniu, ustały; 12% miało zejście śmiertelne. Z 40% poronień 25% było samodzielnych, 15% wywołanych sztucznie.

Jak widzimy, dane rozmaitych autorów są sprzeczne ze sobą, statystyka bowiem obejmuje zarówno bardzo lekkie, jak i bardzo ciężkie postacie. I nawet w tym przypadku, kiedy zostało dokonane sztuczne poronienie, nie zawsze można na pewno powiedzieć, czy szczęśliwe lub też nieszczęśliwe zejście choroby jest następstwem operacji, zwłaszcza iż do operacji tej przystępują zwykle co jest zresztą bardzo naturalne, dopiero w krytycznym położeniu i kiedy już jest zbyt późno, kiedy zostały wyczerpane wszystkie inne możliwe środki lecznicze, a choroba tak dalece postąpiła, że już żadną miarą nie można odwrócić fatalnego jej zejścia. Podobnie i w naszym przypadku sztuczne poronienie nie mogło wywrzeć swego wpływu terapeutycznego na wymioty niepowściągnięte, albowiem chora stawiała nieprzezwyciężony opór podobnej operacji, wskutek czego ta ostatnia dokonana była zbyt późno, i środek, któryby według wszelkiego prawdopodobieństwa uzdrowił pacyentkę, pozostał bez wszelkiego wpływu.

Reasumując wreszcie wszystko, cośmy wyżej powiedzieli, przychodzimy do wniosku, że wymioty niepowściągnięte stanowią, bardzo poważną i po większej części niebezpieczną dla życia chorobę, na którą tem bacniejszą należy zwracać uwagę, iż rozpoczyna się zwykle od symptomatów napozór nie nieznaczających i dopiero stopniowo nabiera cech coraz groźniejszych.

Jeżeli terapia wyczekująca, działająca za pomocą leków i diety nie odnosi skutku, a natomiast występują niebezpieczne i zatrważające objawy upadku sił, takie jak te, które zostały powyżej opisane, jako cechy drugiego okresu choroby, natenczas, chcąc utrzymać pacyentkę przy życiu, nie należy zwlekać ze sztucznem poronieniem, resp. ze sztucznym przedwczesnym porodem. A w razie kiedy się ukazą objawy trzeciego okresu choroby, wówczas już żadne środki lecznicze, żadne zabiegi terapeutyczne nie odwrócą śmiertelnego zejścia.

Adam Wizel.

Wiadomości bieżące.

Krajowe. Z powodu znacznej liczby chorych w mieście, szpital zapasowy za rogatką Wolską otwarty będzie w przyszłym tygodniu.

Zagraniczne. Zarazek wścieklizny zachowuje według GALTIERA jakiś czas siłę swoją w pogrzebanych trupach, co daje możność w razie potrzeby, przekonania się o istocie choroby przez exhumację i zaszczepienie.

— BRUNTON zaleca strychninę jako środek przeciwko bezsenności. Zadaje on w takich razach małe dawki preparatu: *tinctura nucum vomicarum* aż dopóki pacyent nie zaśnie; zwykle następuje głęboki sen, bez żadnych przykrych dnia następnego następstw.

— Dr. Morell MACKENZIE zażądał za cztery dni przebyte w Friedrichskron po śmierci Cesarza 315 funtów sterl. (3,150 rs.). Ministeryum dworu wypłaciło mu tę sumę dopiero po otrzymaniu od niego kategorycznego oświadczenia, iż więcej żadnych żądań stawiać już nie będzie.

— W Akademii budowniczej w Paryżu będącej pod zarządem TRÉLAT'A w ostatnich dwóch latach wydawane są dyplomy na architektów-hygienistów. Dla otrzymania takiego dyplomu kandydat musi się poddać odpowiedniemu examiniowi ustnemu i piśmiennemu.

— Towarzystwo lekarzy w Wrocławiu oświadczyło iż niegodnem jest powołania lekarza płacić akuszerkom, szwajcarom, kelnerom etc. za nastręczanie praktyki.

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 28 Сентября 1888 г.—Друк Maryi Ziemiakiewicz
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.

VICHY

WODY MINERALNE NATURALNE

Administracja w Paryżu, 8 Boul. Montmartre.

Grande-Grille. Hopital. Choroby organów trawienia, ociężałości żołądka, upośledzone trawienie, brak apetytu, bóle żołądka. Celestins. Ządać należy aby nazwisko źródła znajdowało się na kapslach. Dostać można w Warszawie w aptekach PP. D-ra T. Heinricha, Kucharzewskiego, Lilpopa, Waligórskiego, Sołtykiewicza i Ed. Koope, L. Ziemińskiego, Barcza, w Kaliszu u PP. Bryndzy i Prusinowskiego.

30—28

Podręcznik do jakościowej i ilościowej analizy moczu, z 5 tablicami chromolitografowanymi i drzeworytami w tekście, przez A. Bukowskiego, Asystenta farmacyi w Warsz. Uniwersytecie. Na składzie w Red. „Wiadomości Farmaceutycznych” Krak.-Przedmieście 45 i księgarni E. Wende. Cena Rs. 2 z przesyłką Rs. 2 kop. 20.

3.—2

W Lipsku wychodzi obecnie w 3-em wydaniu

dzieło p. t.

BROCKHAUS CONVERSATIONS-LEXICON

mit Abbildungen und Karten

IN SECHSZEHN BÄNDEN

Cena tomu oprawnego 9 i 9½ marek.

Nabyć można za pośrednictwem księgarni

M. ORGELBRANDA

w Warszawie.

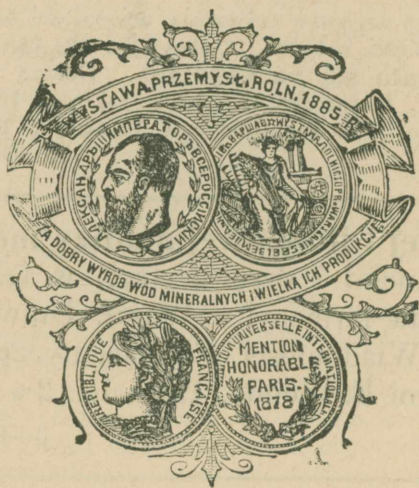
Dla Kaszlących i Osłabionych.

Nagrodzone na Warszawskiej i Lwowskiej Wystawach Hygieniczno-Lekarskich Listami pochwalnymi i medalem na Wystawie Krakowskiej, koncesjonowane przez Władze Lekarskie:

Ekstrakt i Karmelki „LELIWA.”

Sprzedaż w Aptekach i Składach Aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie, pewniejsze i 50 procent tańsze od zagranicznych, paczka karmelków kop. 15, flaszka ekstraktu kop. 75.

(151)—16—4



APTEKA

MAGISTRA FARMACYI

W. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie

ulica Elektoralna Nr. 39.

Poleca następujące **wina lecznicze**, wyrabiane na maładze wyborowej:

Wino Rabarbarowe czyste, pół butelki 2 rs.

„ „ z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.

„ **Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.

„ „ z żelazem, pół butelki 1 rs. 50 kop.

„ z Chiną i z Kakao (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o :

Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.

Wino pepsynowe, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina. Pół butelki 2 rs.

Tamar-Indien, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez boleści,—pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.

Tran lekarski oczyszczony } Cena względna do cen handlowych.

„ „ zwyczajny

„ z żelazem, z jodkiem żelaza, z bendzwinianem żelaza, butelka po rs. 1.

Oleum ricini koussinatum comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, koussou i korzenia granatu, cena dóży rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkaniu trzewiów brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwiistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

10—9

W. Karpiński.

U L I C A M I R O W S K A N r. 3.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 28 Сентября 1888. Друк Maryi Ziemkiewicz Krak.-Przed. N. 17.