

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O operacyjnem leczeniu wypadnięcia prostnicy za pomocą „colopexis”. Podał H. Oderfeld. — Kilka słów w sprawie zszywania kroczu położnicy, pękniętego przy porodzie oraz opisy modyfikacji kleszczy porodowych. Podał K. Kraków. — **Streszczenia i wyciągi.** 150. Małokrwistość postępująca złośliwa: jej istota, przyczyny i leczenie. 151. O jejunostomii. 152. Jak należy postępować z chorym przed i po laparotomii. 153. Z kazusłtyki cierpień przewodu pokarmowego. 154. Szereg doświadczeń nad eukromoczem pokarmowym (glycosuria alimentaria) u chorych gorączkujących. 155. Leczenie biegunki za pomocą hydroterapii. 156. Dalsze doświadczenia nad związkami albumozury i gorączką. 157. Przyczynę do badania płwociny. — Sprawozdanie z posiedzeń VII zjazdu niemieckich ginekologów w Lipsku 1897 r. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Oderfeld — Sur le traitement opératoire de la chute du rectum par la colopexie. 2) D-r K. Kraków — Quelques observations sur la suture du périnée après l'accouchement. Description d'une modification des forceps.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Oderfeld — Ueber die operative Behandlung des Mastdarmvorfalles mittels der „Colopexis“. 2) D-r K. Kraków — Einige Worte über Dammnath bei Wöchnerinnen nebst Beschreibung einer Modification der Geburtszange.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

ZE SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

O OPERACYJNEM LECZENIU WYPADNIĘCIA PROSTNICY

za pomocą „colopexis“.

Podał

Hipolit Oderfeld

Ordynator oddziału chirurgicznego.

W literaturze naszej z ostatnich lat zanotować można kilka poważnych prac o operacyjnem leczeniu wypadnięcia prostnicy. Wspomnę tylko prace MIKULICZA, BOGDANIKA i KRAJEWSKIEGO (jeszcze drukiem nie ogłoszona). W istocie przedmiot to dość ważny, a cierpienie samo tak ohydne i przykre, że wszelkie usiłowania nasze wynalezienia pewnej i bezpiecznej metody usuwania go wydają się najzupełniej uzasadnionymi.

W literaturze zagranicznej, a szczególnie francuskiej, tą sprawą już dawno się zajmowano. Istnieje kilka sposobów, jak VERNEUIL'a, GERARD-MARCHAUD'a, polegających bądź na przymocowaniu wypadniętej prostnicy do kości ogonowej, bądź na wycinaniu odpowiednich klinów z samej kiszki. Sposoby te są

i trudne i niepewne. To też w ostatnich czasach amputowano *resp.* rezekowano wypadniętą część jelita. Operacja ta jest zupełnie racjonalna i w wynikach swoich prawie pewna. Ma ona jednak i ujemne strony. Pomijam tu silne krwawienie przy jej wykonywaniu; przy dzisiejszych udoskonalonych sposobach operowania ta okoliczność ma drugorzędne znaczenie. Występujące niekiedy po tej operacji zwężenie jelita ma już znaczenie poważniejsze. Wprawdzie i tej komplikacji można zaradzić (KRAJEWSKI—*rectotomia interna*)¹⁾, w każdym razie już sama możliwość jej wystąpienia zmniejsza wartość samej metody. Jeśli dodamy dość długi, kilka tygodni trwający okres pooperacyjny, to wyda się zupełnie uzasadnioną potrzeba nowej, doskonalszej metody. Naturalnem wydaje się, że przy wyszukiwaniu metody operowania wypadnięcia prostonicy, zwrócimy się przede wszystkim do analgicznego cierpienia innego narządu. Mam tu na myśli macicę. Żadnemu ginekologowi nie wpadnie chyba na myśl amputacja macicy przy jej wypadnięciu. Najbardziej rozpowszechnioną metodą leczenia macicy wypadniętej jest jej przymocowanie do przedniej ściany brzusznej. Tę zasadę możemy przyjąć całkowicie do leczenia prostonicy. Jeśli uwzględnimy, że tą drogą ginekolodzy otrzymują wyniki wcale niezłe, jeśli nadto przyjmiemy pod uwagę, że macica przymocowana ma niekiedy do spełnienia daleko cięższe zadanie, niż przymocowana prostonica, bo musi płód w sobie nosić i urodzić go, (co już wielokrotnie w tem położeniu z powodzeniem wykonywała), to o ileż słuszniejszym wydać się musi przyszyć do przedniej ściany brzusznej wypadniętej prostonicy, narządu daleko niższego fizyologicznego znaczenia, niż macica! Jak naturalna jest tu droga leczenia wypadniętej prostonicy, niech posłuży za dowód i to, że nasi autorzy, którzy wykonali z powodzeniem kilka rezekcji, w przyszłości obiecują przyszywać prostonicę do przedniej ściany brzusznej (KRAJEWSKI, a BOGDANIK już kilkakrotnie później tą metodą operował).

Myśl ta nowa nie jest, a JEANNEL'owi przypisują pierwszeństwo jej wykonania, z tą różnicą, że ten ostatni autor tworzy jednocześnie i sztuczny odbyt w przyszłym jelicie. Do tego dodatku wrócimy jeszcze później. Klinika również potwierdza racjonalność powyższej metody.

Sam akt operacyjny przedstawia się nadzwyczaj prosto. Po zachloroformowaniu chorego (a być może i po miejscowem znieczuleniu sposobem SCHLEICH'a) robimy cięcie równoległe do więzu POUPART'a. Po otwarciu jamy brzusznej z łatwością odszukujemy *flexuram sigmoideam* i, pociągając zlekka ku górze, podnosimy i wypadniętą prostonicę.

Dla kontroli asystent wprowadza palec do prostonicy, i jeśli operator wy-czuwa przez jelito palec asystenta, to za pomocą szwu, przechodzącego przez otrzewną i warstwę mięsną jelita przymocowuje to ostatnie do przedniej ściany brzusznej. W dalszym ciągu nakłada się kilka lub kilkanaście podobnych szwów na długości 10 ctm. (mniej więcej) jelita, i jelito jest przymocowane. Szew ściany brzusznej jest ostatnim aktem operacji. Opatrunek pozostaje bez zmiany 10 dni. Po zdjęciu szwów, chorego uważać można za wyleczonego.

Metoda ta najlepsze daje wyniki w przypadkach wypadnięcia zwykłego, nie powikłanego owrzodzeniem błony śluzowej wypadniętej kiszki. O tych ostatnich przypadkach nie mogę z własnego doświadczenia zdania

¹⁾ BOGDANIK zmuszony był raz wykonać kolostomię z powodu objawów niedrożności (Chaput).

swego wypowiedzieć, ponieważ przypadek zrządził, że dotychczas miałem do czynienia z postaciami wypadnięcia bez większych owrzodzeń na błonie śluzowej. Sądzę jednak, że w podobnych razach w lżejszych postaciach należy do operacyi dołączyć i miejscowe leczenie, jak irygacye środkami odkażającymi i ściągającymi np. azotanem srebra w słabym rozcieńczeniu i t. p. W postaciach cięższych uważam za właściwe wyłączyć na czas jakiś chorą błonę śluzową z obiegu kału, i w tym celu należy zrobić czasowy odbyt sztuczny, czyli wykonać typową operacyę JEANNEL'a. Tą drogą najpewniej dojdziemy do celu.

Nim przystąpię do opisu moich przypadków, pragnąłbym kilka słów powiedzieć o wskazaniu wogóle do operowania wypadnięcia prostnicy. Jak wiadomo, największą liczbę dotkniętych tem cierpieniem stanowią dzieci i starcy (uwiad schyłkowy). Co do pierwszych, to przyznać należy, że chirurdzy wiele grzeszyli w tym względzie. Operowano najniepotrzebniej każdy wypadek wypadnięcia jelita. W zupełności zgodzić się należy z KRAJEWSKIM, który uważa operowanie dzieci, tem cierpieniem dotkniętych, za *furor operativus*. Wiemy z doświadczenia codziennego, że cierpienie to u dzieci stanowi tylko stan przemijający, jako następstwo ogólnego osłabienia po ciężkich chorobach, i że w miarę poprawy stanu ogólnego, cierpienie znika samo przez się. Należy więc tylko w tym kierunku działać, a miejscowo za pomocą częstych obmywań letnią wodą, odprowadzania palcami i t. p., postawić jelito w możliwie dobrych warunkach odżywiania. Nie można być dość wytrwałym w tym względzie: cierpienie trwać może niekiedy lata, a pomimo to znika samo z czasem. Nawiasowo dodam, że w ostatnich czasach opisywano przypadki uleczenia z tego cierpienia po usunięciu wyrosli adenoidalnych! (LAUFFS).

Co do drugiej kategorii chorych t. j. marantyków, to, zdaniem mojem, i takich chorych operować nie należy. Rozumie się samo przez się, że w każdym pojedynczym przypadku należy tu indywidualizować; przy względnie dobrym stanie ogólnym, braku cierpień płucnych, można operacyę wykonać, najlepiej przy znieczuleniu za pomocą metody SCHLEICH'a. Największe tryumfy święci jednak omawiana operacya u ludzi w średnim wieku, przy względnie dobrym stanie ogólnym.

Trudno powiedzieć z dokładnością, jakie przyczyny wywołują u ludzi tej kategorii wypadnięcie prostnicy. Przemijające ciężkie choroby, jak krwawa biegunka, tyfus i t. p. mogą być pośrednią przyczyną tej choroby. Należy przyjąć istnienie momentu usposabiającego w postaci np. wrodzonej długości *mesocoli*. Jest to jednak tylko przypuszczenie, wymagające potwierdzenia. W jednym z moich przypadków chory, silny mężczyzna, dotknięty był zapaleniem rdzenia kręgowego. W drugim przypadku istnienie wypadnięcia prostnicy uważam za sztuczny wytwór, wywołany w występny cel uwolnienia się od służby wojskowej.

W jaki sposób wywołuje się to cierpienie, trudno stanowczo orzec; sądzą jednak, że za pomocą systematycznego wprowadzania do odbytu ciała obcego o grubym zaokrąglonym końcu i następnie forsownem wyciąganiu tegoż ciała.

Za przeciwwskazanie do przymocowania wypadniętego jelita uważam zrosty wypadniętej części; te przypadki kwalifikują się do rezek cyi.

Ogółem wykonałem operacyę przyszcicia *flexurae sigmoideae* do przedniej ściany brzusznej (*colopexis*) 4 razy. Trzy razy wynik był wyśmienity, w czwartym z powodu ropienia w ranie efekt żaden.

1 przypadek. M. M. lat 25. *Prolapsus* według słów chorego od lat 10. Wypadnięte jelito długości 15 ctm. Stan ogólny doskonały. Błona śluzowa zdrowa; jelito z łatwością się odprowadzić daje, lecz przy defekacji znów się wysuwa. Dnia 29. IV. 97. operacja w typowy sposób. Zagojenie *per primam intentionem*. W rok po operacji zdrowy zupełnie.

2 przypadek. S. S. lat 40. Cierpi na *myelitis*; leczy się na oddziale kol. GAJKIEWICZA. Wypadnięcie od lat 4-ch długości 10 ctm. Błona śluzowa zdrowa. Operacja 16. II. 98. *Prima intentio*. Widziałem chorego w kilka miesięcy potem. Cierpienie nie powróciło.

3 przypadek. C. J. lat 53. Wypadnięcie trwa rok. Chora nieco wyniszczona; chorób poważnych nie przechodziła. Operacja 26. VII. 97. Usypianie chorej bardzo burzliwe; przestała oddychać; powoli oddech powrócił. Ropienie w ranie dość obfite, wskutek czego na trzeci dzień zdjęto szwy i ranę gojono przez ziarninę. Przy defekacji jelito wypada, jak przedtem. Jaka była przyczyna nieudania się zabiegu, z pewnością trudno orzec; przypuszczać jednak należy, że szwy puściły, i jelito do ściany brzusznej nie przyrosło.

4 przypadek. G. H. lat 32. Cierpienie od lat 4. Błona śluzowa zdrowa, chory bladej i dość wyniszczony. Zmiany w szczytach płuc. Operacja 25. XII. 97. *Prima intentio*.

Aczkolwiek omawiana metoda zastosowana była przeze mnie w stosunkowo niewielkiej ilości przypadków, tem nie mniej wyniki podaję do wiadomości ogółu w nadziei, że i inni koledzy metodę tę wypróbują, a wtedy jej bezwzględna wartość lepiej się da ocenić.

Kilka słów W SPRAWIE ZSZYWANIA KROCZA POŁOŻNICY, PĘKNIĘTEGO PRZY PORODZIE oraz opis modyfikacji kleszczy porodowych.

(Odczytane na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 20 Września 1898 roku).

podał D-r K. KRAKÓW.

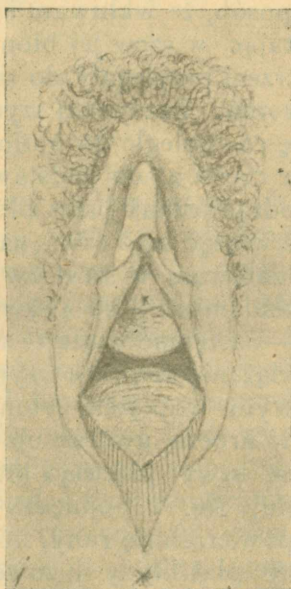
Zadaniem akuszera jest w razie niebezpieczeństwa, grożącego rodzącej lub jej dziecku, ratować oboje. Ażeby zadosyć uczynić temu zadaniu, musimy często uciekać się do rękoczynów, ułatwiających poród, w takim razie powinniśmy nie tylko uchronić rodzącą oraz jej dziecko od śmierci, ale nawet od uszkodzeń zewnętrznych narządów rodnych kobiety oraz od uszkodzeń dziecka, jeżeli notabene w całości i żywe urodzić się może.

Ja dziś mam na uwadze tylko jeden rękoczyn akuszeryjny t. j. kleszcze, przy wyjmowaniu dziecka którymi często następuje pęknięcie krocza.

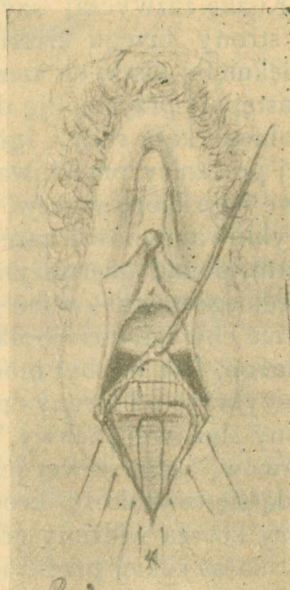
Powinniśmy, o ile możliwości, uchronić krocze od pęknięcia. Szkoła francuska jest nawet tego zdania, że całość krocza przy kleszczach zależy wyłącznie od umiejętnego nałożenia kleszczy oraz umiejętnego wykonywania wyjęcia dziecka przy ich pomocy. O ile mnie się zdaje, jest to za śmiało powiedziane:

wszak bardzo często szpara sromowa rodzącej jest tak wąska, że bez nacięcia krocza główka dziecka w żaden sposób przez nią przejść nie może, co dopiero gdy zmuszeni jesteśmy użyć kleszczy. Jeżeli zaś krocze jest podatne, szpara sromowa dość szeroka, to krocze powinno ocaleć. Jeżeli zaś już nastąpiło pęknięcie krocza, to powinniśmy je tak zeszyć, aby przywrócić mu dawną formę i uchronić kobietę od wszelkich złych następstw, jakie po sobie pęknięcie krocza pociągnąć może, jako to: opuszczenie pochwy, nieprawidłowe położenie macicy, lub też w najgorszym razie, jeżeli pęknięcie krocza było trzeciego stopnia — niemożność zatrzymywania stolca.

O ile w praktyce zauważyć mogłem, to podczas trakcyi kleszczowych, jeżeli krocze pęka, to zazwyczaj przedewszystkiem pęka błona śluzowa pochwy, pęknięcia jej po większej części bywają dwustronne, zbiegające się pod kątem u wędzidełka, jak to widzimy na rysunku Nr. 1. Błona śluzowa wów-



Rys. 1.



Rys. 2.

czas oddziela się w większym lub mniejszym stopniu od warstw podśluzowych i przedstawia się w kształcie trójkąta, którego podstawa łączy się z dalszym ciągiem pochwy. Pęknięcie samego krocza następuje zazwyczaj dopiero przy przerzynaniu się główki nazewnątrz lub też przy przerzynaniu się barków dziecka. Pęknięcie to bywa albo powierzchowne, gdy pęka tylko skóra na pewnej długości, lub też głębsze t. j. warstw mięśniowych a nawet, czasami i kiszki. Chodzi teraz o to, jak zeszyć tego rodzaju pęknięcia, aby się szwy przyjęły i rana zagoiła. Do tego przedewszystkiem pierwszym warunkiem jest czystość, przy tem trzeba bardzo dokładnie wypłukać ranę, aby w niej nie pozostały skrzepy, uniemożliwiające ściśle zetknięcie powierzchni rannych.

Zachodzi jeszcze pytanie, w jakim czasie po porodzie przystępować do szycia krocza. Ja zazwyczaj przystępuję do tego rękoczynu zaraz po porodzie, przed odejściem łożyska, jeżeli ono nie wydzieli się zaraz po dziecku, jak to

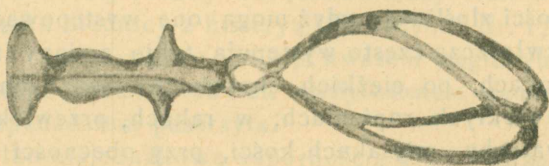
czasami bywa. Zakładam duży tampon wyjałowionej waty do pochwy — przez co zatrzymuję krwawienie i przystępuję do szycia. Z podręczników wiemy, że należy zeszyć przedewszystkiem kioskę, jeżeli ona jest pęknięta — i to albo szyć od strony kioskki — lub też od strony rany krokowej z zanurzeniem szwów bądź to ciągłego, bądź węzełkowego, następnie szyć krocze od strony krocza, zabierając igłą jaknajgłębsze warstwy, błonę zaś śluzową pochwy szyć od strony pochwy. Po takim szyciu bardzo często niektóre szwy przecinają, pozostawiając przetoki drażące albo do kioskki albo też, jeżeli na przykład górne szwy przyjęły się, a dolne wyropiały lub przecięły, tworzy się przetoka prowadząca zzewnątrz do pochwy, a nad nią skórny most. Przekonałem się, że ten sposób szycia krocza nie jest praktyczny — i przytem bardzo mozolny, natomiast szyję zazwyczaj w sposób następujący. Trójkątny płat błony śluzowej pochwy chwytam za jego wierzchołek kulociągami (Rys. 2), i asystująca mi osoba — czy to lekarz, czy akuszerka — trzymają kulociąg, napinając ów trójkąt. Przedewszystkiem zeszywam kioskę — jeżeli ona była pęknięta. Kioskę zazwyczaj szyję w ten sposób, że wkłuwam i wykluwam igłę z każdej strony brzegu kioskki, nie chwytając w szew jej błony śluzowej, aby brzegi pękniętej kioskki na szerszej przestrzeni przylegały do siebie. Szwy zanurzam; następnie przystępuję do szycia krocza. Zaczynam szyć od strony krocza od dolnego kąta rany. Igłę prowadzę równolegle do poziomej osi kości krzyżowej położnicy, przekłuwając miękkie części aż do podstawy trójkąta, całą podstawę jego biorę w szew, nie przechodząc jednak przez błonę śluzową pochwy, i wykluwam znowu nazewnątrz; nie wiążąc tego szwu, nakładam następny o 1 ctm. ponad pierwszym i znowu zabieram w szew ów trójkąt powyżej poprzedniego szwu — w ten sposób nakładam od 3 do 4 szwów, dopóki ostatni szew nie chwyci wierzchołka trójkąta — następnie wiążę te szwy, poczynając od dolnego, lecz niezbyt mocno. Po związaniu szwów otrzymuję wysokie krocze, przykryte od strony pochwy owym trójkątem błony śluzowej. Ta część błony śluzowej pochwy, przyszyta do krocza, gwarantuje jego całość po zdjęciu szwów, gdyż nawet jeżeli niektóre szwy przetną i brzegi skórne krocza rozejdą się, wysokość krocza utrzymuje się, z pomiędzy rozeszłych brzegów skóry krocza widzimy granulującą powierzchnię rany, którą stanowi już przyrosły na szerokiej przestrzeni trójkątny płat błony śluzowej pochwy. Na miejscu tej rany z czasem tworzy się twarda mocna blizna, przytem krocze, jak powiedziałem, utrzymuje swoją wysokość. Przetoka utworzyć się nie może, gdyż szwy leżą wszystkie pod błoną śluzową pochwy. Jeżeli nawet uszkodzenie pochwy oraz krocza nie jest ściśle takie, jak je opisałem, t. j. na przykład błona śluzowa pochwy pęknie tylko w jednym kierunku — to i w takim razie szyję tylke od strony krocza, chwytając w szew pod błoną śluzową uszkodzone części pochwy.

A zatem treść tego sposobu polega na tem, że szyjemy od strony krocza i szwy prowadzimy pod błoną śluzową pochwy, łącząc w ten sposób wszystkie uszkodzone części błony śluzowej pochwy i przyszywając je do samej powierzchni krocza. Nakładanie szwów od strony pochwy jest zbyteczne. Sposób ten ma tę zaletę, że niewielką ilością szwów, a zatem stosunkowo bardzo szybko można zeszyć bardzo znaczne pęknięcie krocza. Szwy zdejmuję zazwyczaj szóstego lub siódmego dnia. Podobny sposób szycia krocza znalazł już zastosowanie przy perineoplastyce, gdy się ją robi w kilka tygodni miesięcy lub lat po porodzie; jest on opisany w podręczniku ginekologii ope-

racyjnej HOWARD KELLY, wydany w roku 1898 w Londynie „Operative Gynecology“.

Okrwawienie robi się w ten sposób, że separuje się trójkątny płat błony śluzowej pochwy, następnie okrwawia się samo krocze i szyje w ten sposób, jak go wyżej opisałem, t. j. od strony krocza, prowadząc szwy pod błoną śluzową pochwy. W tym sposobie nakłada się jeszcze szwy i od strony pochwy.

DOLERIS przy perineoplastyce także przeprowadza szwy od strony krocza pod błoną śluzową pochwy, odseparowawszy uprzednio półokrągły płat z blizny krokowej — jest to modyfikacja perineoplastyki LAWSON TAIT'a.



Rys. 3.

Pomimo że wyżej wspominałem, jakoby kleszcze często były powodem rozdarcia krocza przy porodzie, nie mogę powiedzieć, aby one w większości przypadków były tego powodem, owszem zgadzam się ze szkołą niemiecką, która uważa kleszcze za instrument, chroniący krocze od pęknięcia, lecz i to nie zawsze. Zależy to od warunków t. j. budowy rodzącej i od wprawy operatora. Mniej wprawny operator może kleszczami uszkodzić krocze w tych warunkach, w jakich wprawny akuszer je uchroni. Co w kleszczach jest najniebezpieczniejsze dla krocza? O ile zauważyłem w praktyce, to kąt rozwarcia ramion łyżek pomiędzy zamkiem i samymi łyżkami, obejmującymi główkę dziecka. Chcąc ten kąt, o ile możności zmniejszyć, wgiałem ramiona łyżek powyżej zamka tak, że ramiona się schodzą (Rys. 3). Przez to przy największym rozwarciu kleszczy odstęp pomiędzy ich ramionami jest nieznaczny. Mojem zdaniem ta modyfikacja ułatwi operowanie za pomocą kleszczy nawet mniej wprawnemu akuszerowi. Można by kąt ten zmniejszyć, przedłużając ramiona kleszczy, w takim razie kleszcze musiałyby być bardzo duże i ciężkie, instrument taki wielkością swoją sprawiałby przykre wrażenie na domowym otoczeniu rodzącej. Kleszcze, przeze mnie zmodyfikowane, są małe i lekkie.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

150. E. GRAWITZ. **Małokrwistość postępująca złośliwa: jej istota, przyczyny i leczenie.** Pod nazwą powyższą od czasów BIERMER'a rozumiemy sprawę chorobową, której cechami są: niezwykle osłabienie, ogromna bledź powłok, wpadająca w szarawy kolor, bez znacznego zaniku podkładu tłuszczowego, zaburzenie trawienia, jak brak łaknienia i zaparcie; wylewy krwawe w różnych narządach. Objawy

te występują bez widocznej przyczyny, i w czasie badania pośmiertnego jesteśmy w stanie stwierdzić jedynie zmiany wtórne w różnych narządach.

Krew w tej chorobie przedstawia wybitne zmiany morfologiczne, jak zmniejszenie ilości czerwonych krążków do pół miliona w 1 ctm., wybitną poikilocytozę z makro- i mikrocytami, obecność jądrowych krążków: normo- i megaloblastów. Krążki barwią się niekiedy słabiej i odmiennie od prawidłowych. Białe ciała nie przedstawiają wybitnych zmian. Przy krzepnięciu lub centryfugowaniu krwi takich chorych widzimy, że masa czerwonych krążków jest w porównaniu do objętości surowicy znacznie mniejsza, niż normalnie (surowica stanowi niekiedy 90% objętości). Sucha pozostałość krwi jest znacznie mniejsza, niż normalnie, lecz — rzecz godna uwagi — surowica ma skład prawie normalny.

Same tylko właściwości morfologiczne krwi nie upoważniają do zrobienia rozpoznania małopokrwistości złośliwej, gdyż mogą one występować w każdej ciężkiej małopokrwistości, zwłaszcza często występują takie zmiany morfologiczne po wielokrotnych krwotokach, po ciężkich chorobach zakaźnych zwłaszcza posocznicy, zimnicy, przewlekłych ropieniach; w rakach, przewlekłych cierpieniach wątroby, marskości wątroby, mięsakach kości, przy obecności pasorzytów: *dochmius duodenalis*, *botriocephalus latus*.

Opierając się tylko na własnościach morfologicznych, musielibyśmy zaliczyć wszystkie te postaci do jednej kategorii; lecz unikniemy tego, jeśli uwzględnimy cały obraz kliniczny; pierwszym ważnym czynnikiem rozpoznawczym jest zachowanie się osocza, które w małopokrwistościach wtórnych jest ubogie w białko; różnice te nie są jednak zawsze tak wybitne, żeby na nich samych można było oprzeć rozpoznanie. Znacznie ważniejszą rzeczą dla różniczkowego rozpoznania i rokowania jest dokładne spostrzeganie wszystkich objawów przy łóżku chorego.

Miedzy małopokrwistością złośliwą a innymi ciężkimi postaciami anemii zachodzi w przebiegu klinicznym ta zasadnicza różnica, że w pierwszej — małopokrwistość nie znika po usunięciu przyczyny wywołującej anemię, lecz przeciwnie trwa dalej. Mamy więc tu w omawianej chorobie do czynienia z chorobliwą czynnością komórek, która idzie uporczywie błędnym torem tak samo, jak w innych chorobach przemiany, jak cukrzyca, otyłość.

Z powyższego wynika, że np. małopokrwistość wskutek tasiemca może być zwykłe wtórną małopokrwistością, jeśli po wypędzeniu pasorzyta krew wraca do stanu prawidłowego, i z drugiej strony może to być rzeczywista postępująca złośliwa małopokrwistość w tym razie, jeśli zmiany krwi pozostaną pomimo wypędzenia tasiemca.

Po dokładnem zebraniu wywiadów u chorych ze złośliwą małopokrwistością w większości przypadków można wykazać pewne momenty przyczynowe, lecz nie są one jednakowe we wszystkich przypadkach. Autor zwraca uwagę szczególnie na dokładne wywiady co do przyzwyczajęń i sposobu życia, gdyż mają one ważne znaczenie dla racjonalnego leczenia.

Rozróżnia on następujące grupy etyologiczne: 1) Zaburzenia trawienia poprzedzały chorobę niekiedy przez miesiące i lata zwłaszcza z aparcia stolca (możliwy szkodliwy wpływ wskutek wessania substancji toksycznych z jelit). Niekiedy dołącza się do tego zanik gruczołów żołądka i jelit, który wpływa ujemnie na przyswajanie pokarmów. W innych przypadkach zaczyna się sprawa od razu od przewlekłych nieżytków z zanikiem błony śluzowej żołądka i kiszek.

2) Cięża wywołuje niekiedy omawiane objawy; i niekiedy wywołanie przedwczesnego porodu działa leczniczo.

3) Krwawienie przewlekłe — EICHORST wykazał, że utraty nieznacznych ilości krwi powodują u niektórych osobników z czasem niewydolność narządów krwiotwórczych i stopniowy rozwój małopokrwistości złośliwej.

4) Przemyślenia ustrojowe — zwłaszcza sprawy stwardniające w szpiku kostnym. (Przypadki tego rodzaju dają szczególnie pomyślne rokowanie. Zachodzi tu analogia z małopokrwistością wskutek mięsaków kości).

5) Szkodliwości higieniczne różnego rodzaju np. ciężka praca przy niedostatecznym odżywianiu, praca w pomieszczeniach z zepsutem powietrzem, uszkodzenia natury psychicznej; ogólne wyczerpanie, częste cięższe i t. d. Sposób działania czynników ostatniej grupy nie jest jasny; widać tylko, że są to te same uszkodzenia, które grają ważną rolę w powstawaniu cierpień nerwowych, zwłaszcza nerwic, co wskazuje ścisły związek między temi dwiema grupami cierpień (por. ref. o związku blednicy z histeryą „Medycyna“ Nr. 17).

6) Chroniczne zatrucia, np. kwasem węglanym.

7) Przypadki anemii wskutek *anchylostomum duodenale* i *botriocephalus latus*, nie wyleczone spędzeniem pasorzyta.

Jedynie tylko niejednakową odpornością krwi i narządów krwiotwórczych na szkodliwe wpływy można objaśnić tę okoliczność, że tylko u nieznacznej ilości osób, wystawionych na powyższe wpływy, rozwija się postępująca zębna małopokrwistość. Należy tu tylko dodać, że płeć żeńska mniej jest odporna, niż męska.

W niektórych przypadkach można było zauważyć usposobienie rodzinne.

Leczenie omawianej postaci chorobowej należy rozpocząć od usunięcia przyczyn wywołujących; przy cięższych np. jeśli inne środki są bezskuteczne — przerwanie ciąży; usunięcie różnych uszkodzeń higienicznych, jeśli choroba jest skutkiem przeciążenia — absolutny spokój i leżenie w łóżku.

Przy właściwym leczeniu pierwszym zadaniem będzie wzmożenie przemiany materii środkami dyetetycznymi — spotęgowane odżywianie środkami łatwo strawnymi i podawanymi w niezbyt wielkiej ilości, lecz często. Należy usilnie walczyć z brakiem łaknienia i zaparciem zapomocą przemywań żołądka i kiszek, środków przeczyszczających. Przy obecności wielkiej ilości indykanu w moczu stosować środki jak kalomel, salol, mentol. Dla pobudzenia wydzielania żołądkowego — środki gorzkie, *condurango*, wino pepsynowe i t. d. Wielkiej ilości płynów należy unikać.

Dla skontrolowania wpływu tego leczenia należy systematycznie ważyć chorych: przypadki, w których się nie udaje w ten sposób wywołać przyrostu wagi zdaniem autora nie poddają się żadnemu innemu leczeniu. Oczywiście leczenie takie ma znacznie większe widoki powodzenia w odpowiednio urządzonych zakładach, niż w praktyce prywatnej.

Badanie krwi w trakcie tego leczenia wykazuje niekiedy jeszcze większe rozwodnienie krwi pomimo przybytku wagi; tylko w surowicy ilość pozostałości suchej zwiększa się zwykle w przypadkach pomyślnych już w tym okresie; to rozwodnienie krwi zależy prawdopodobnie od rozwodnienia wszystkich soków ustroju, wskutek zwiększonego dowozu wody. Ważne ono jest zwłaszcza dlatego, że wskazuje, że samo badanie krwi nie daje możliwości nawet zrobienia właściwego rokowania.

Co się tyczy właściwych środków leczniczych — to że łażo nie daje dobrych wyników, a nawet jest przeciwwskazane w pierwszym okresie leczenia, gdyż psuje łaknienie. Najlepszym środkiem dla właściwego leczenia jest niezaprzeczenie arszenik, lecz autor zaleca ostrożność w zwiększaniu dawki ze względu na żołądek. Objasnienia sposobu jego działania nie posiadamy dotychczas. Chinina da-

je niekiedy dobre wyniki, zwłaszcza wraz z arsenikiem. Jod nie dał dobrych wyników, próbować go należy w razie przymiotu. Szpik kostny świeży i jego przetwory stosowano, lecz bez wyniku.

W razie postępującej poprawy można spróbować mięsienia i gimnastyki. Stopniowo i ostrożnie należy chorych przyzwyczajać do ciężkiej strawy.

Stosowano jeszcze wlewania krwi z przemijającym skutkiem w stanach zapaści; można *a priori* oczekiwać skutku w tej postaci, która jest wynikiem ciąży, gdzie przy poronieniu chora utraciła dużo krwi. Należy chorych wypuszczać z pod opieki dopiero po nastąpieniu zupełnej poprawy, gdy już mogą bez szkody dla siebie powrócić do zwykłego trybu życia.

Dla ilustracji swoich twierdzeń przytacza autor kilka historii chorób, w których szczególnie uwydatnia się skuteczność leczenia; wszyscy 5 chorych wypisali się prawie zupełnie zdrowi ze szpitala; u jednej chorej po recydywie, nastąpiło wreszcie wyleczenie.

Oczywiście nie należy oczekiwać tu, jak w wielu innych cierpieniach wyleczenia w każdym przypadku; zbyt daleko posunięte przypadki dają rokowanie jaknajgorsze.

Ze względu na pomyślne zejście, autor proponuje zamiast postępującej złośliwej nazwę **BIERMER**owskiej małej krwistości.

(Berl. klin. Woch. Nr. 32—33. 98).

J. Maliniak.

151. **MAYDL. O jejunostomii.** We wszystkich przypadkach zwężenia odźwiernika żołądka z jakiegokolwiek powodu, w których operacji doszczętniej wykonać nie można, od dość dawnego już czasu uciekamy się do operacji czasowej w postaci gastroenterostomii lub pyloroplastyki, do jejunostomii zaś tylko wtedy, gdy ani jedna z wymienionych operacji zastosowania znaleźć nie może. Ma to przeważnie miejsce w przypadkach wrzodu żołądkowego i to jedynie w tych, w których cały żołądek usiany bywa wrzodami, lub też przednia ściana żołądka tak mocno się zrasta z przednią ścianą brzuszna, że o gastroenterostomii mowy być nie może. Również wskazana jest jejunostomia w przypadkach oparzenia błony śluzowej żołądka kwasem siarczanym, w których utworzona blizna do takiego stopnia kurczy żołądek, że zaledwie można go odnaleźć pod łukami żeber, lecz w żaden sposób wyciągnąć się nie daje. W takich razach jedyną wykonalną operacją jest jejunostomia. Wykonywał ją już dawno autor, a także **HAHN** i **KAREWSKI** u młodej dziewczyny przy obszernem oparzeniu żołądka. Nie tylko utworzone już obszerne blizny w żołądku po oparzeniu stanowią wskazanie do jejunostomii, lecz i świeże oparzenia żołądka, którego kruchość, a ztąd obawa rozdarcia nie pozwala żadnego na nim przedsięwziąć rękoczynu. Do enterostomii przeto przystępujemy nie tylko w bliznowatym zwężeniu żołądka po wrzodzie, lecz i w świeżym wrzodzie żołądka i dwunastnicy.

I w zwężeniu rakowatym odźwiernika jejunostomia wcale nie ustępuje powszechnie używanej gastroenterostomii, a porównanie obu tych operacji wielce przemawia na korzyść jejunostomii. Wiadomą jest rzeczą, że przy gastroenterostomii należy pętlę кишки częściej wszyć w otwór zrobiony z przedniej lub tylnej ściany żołądka w bliskości krzywizny dużej. Niezbędnym więc warunkiem jest w takich razach, aby miejsce, przeznaczone do wszycia owej pętli, nie tylko wolne było od nowotworu, lecz znajdowało się dość daleko od tegoż, gdyż w przeciwnym razie nowotwór w bardzo niedługim czasie przejść może na nowo utworzoną przetokę kiszko-żołądkową. Jeżeli więc rak, rozszerzający się po krzywiznie wielkiej, zajął dużą jej przestrzeń, gastroenterostomia wykonana być nie może. Są to

przypadki, w których przeważnie przedsiębrano jejunostomię. Zaś autor nie ograniczał się tylko do tych przypadków, lecz wykonał szereg jejunostomii i w tych przypadkach, w których gastroenterostomia mogłaby jeszcze być zastosowana. Jest on bowiem zdania, że narząd, dotknięty rakiem, należy zostawić w spokoju, gdyż wtedy nowotwór najmniej okazuje skłonności do rozrostu,

Gastroenterostomia jest dość poważnym rękoczynem, śmiertelność przeto po tej operacji jest jeszcze dość znaczna. Zależy ona od samej choroby, ale też również przyspiesza zgon sama operacja, z powodu różnych powikłań, jakie dość często po tej operacji występują. Operacja ta ma jeszcze tę złą stronę, że na długo przed operacją, a kilka nawet dni po operacji chory winien wstrzymać się od jedzenia, co nie może pozostawać bez wpływu na ustrój, i tak już skutek samej choroby wyniszczony. Ławatywy odżywcze u takich chorych stosowane, są niewystarczające. Nie bez znaczenia jest tu także ta okoliczność, że przy gastroenterostomii trzeba chorego chloroformować, gdyż wszelki rękoczyn na żołądku jest bardzo bolesny, i pożądane jest przytem spokojne zachowanie się chorego. Bez wątpienia śmierć, następująca później przy objawach zapaści, bardzo często zależy od długiego chloroformowania.

Jejunostomia tych ujemnych stron nie przedstawia. Nie mamy najmniejszej potrzeby głodzić chorego przed operacją, gdyż żołądek przy tej operacji wcale w grę nie wchodzi. Możemy wykonać operację albo zupełnie bez chloroformu, zadawalniając się jedynie znieczuleniem miejscowem skóry kokainą lub roztworem SCHLEICH'a, albo też chloroformujemy chorego tylko dla przecięcia skóry i odszukania pętli kiszkowej, a kończymy operację bez narkozy, ponieważ dalszy rękoczyn — nakładanie szwu — jest zupełnie bezbolesny.

Jejunostomia więc czyni wszelkim wymaganiom zadość. Żołądek pozostawiany bywa w spokoju, i jeżeli się chce, może zupełnie nie funkcjonować, a żywienie z łatwością odbywać się może przez przetokę kiszgową. Płynny chory przyjmować może przez usta, zaspakaja on w ten sposób uczucie pragnienia z jednej strony, z drugiej strony nie potrzeba do ustroju wprowadzać płynów przez przetokę, przez którą część mogłaby wypłynąć napowrót i wywołać pryszczycę na skórze. Przetoka przeto służy przeważnie dla pokarmów stałych. Okoliczność, że trawienie żołądkowe w takich razach jest wyłączone, nie stanowi wcale przeciwwskazania do operacji, w mowie będącej, dowiedziona jest bowiem rzeczą, że ustrój i w takich razach doskonale istnieć może.

Jedyną słabą stroną jejunostomii jest obecność przetoki na przedniej ścianie brzucha. Można jednak z łatwością taką przetokę usunąć za pomocą operacji, gdyby nastąpiło wyleczenie pierwotnej choroby (wrzód żołądka); jeżeli zaś, jak to przeważnie bywa, przetoki usunąć nie można, to i wtedy, dzięki ulepszonej przez autora technice, przy której uniemożliwione zostało zwracanie płynnych pokarmów przez przetokę, chory na zbyt wielkie dolegliwości narażany nie bywa.

Technika jejunostomii zasadza się na przecięciu poprzecznem jelita czczego 20 ctm. poniżej *plicae duodeno-jejunalis*, na wszyciu końca dośrodkowego w otwór podłużny, zrobiony w odcinku odprowadzającym, i na wszyciu końca obwodowego w ranę brzuszną. Przetoka zewnętrzna służy do odżywiania chorego, a przez utworzoną anastomozę spływa żółć i sok trzustkowy do niżej położonego odcinka jelita. Przy tak utworzonej przetoce zdarzało się nieraz, że zawartość kiszek przedostawała się na zewnątrz przez przetokę, drażniła skórę i wywoływała pryszczycę naokoło rany. Dla uniknięcia tego powikłania autor zmienił operację w ten sposób, że po przecięciu poprzecznem jelita czczego i wszyciu końca dośrodkowego w odcinek odprowadzający kiszkę, oddzielił kreskę od końca obwodowego na

przeźrzeni 2 ctm., wyprowadził ten koniec przez ranę brzuszną, następnie podprowadził go przez mostek skóry szerokości około 2 ctm., utworzony przez cięcie równoległe do pierwotnej rany skórnej, i przymocował za pomocą 4 szwów do nowej rany skórnej; koniec ten przegięty jest w miejscu pierwotnej rany skóry, a spłaszczony pod owym mostkiem skórnym.

(*Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Medic. u. Ghirur. T. III, zesz. 3 i 4.*) L. Krause.

152. Fryderyk Holme WIGGIN. Jak należy postępować z chorymi przed i po laparotomii. Pomyślny wynik laparotomii zależy nie tylko od umiejętnego wykonania tejże, lecz w dużym stopniu od zachowania się chorego przed zabiegiem i po zabiegu.

Przygotowanie chorego do operacji zasadza się przede wszystkim na uregulowaniu czynności przewodu pokarmowego. W tym celu w tygodniu, poprzedzającym operację, dajemy małe dawki kalomelu i sody w ciągu trzech dni na zmianę z dużemi wlewaniem z roztworu soli (4:1000), którego ciepłota wynosi 30° R. Ilość roztworu, który powoli wprowadzamy do kiszek w ciągu nie mniej niż godziny, a to by nie sprawić choremu żadnych dolegliwości, nie powinna przekraczać 4 litrów. Na 6 godzin przed operacją wymywamy odbytnicę tym samym roztworem.

Pożywienie chorego w ciągu ostatniego tygodnia, poprzedzającego operację, składa się z pokarmów lekkostrawnych, zawierających dużo płynów, by ilość tych ostatnich w ustroju doprowadzić do poziomu prawidłowego.

Codziennie stosować należy 10-minutowe kąpiele gorące (35° R.) w celu pobudzenia czynności skóry i nerek. Kobietom codziennie robimy przestrzykiwania pochwy roztworem kwasu bornego, a następnie formaliny (1/2%) lub sublimatu (1:4000).

Aby starannie wymyć skórę brzucha, należy w wigilię operacji wieczorem położyć na miejscu przypuszczalnego cięcia kataplazm z mydła na 2 godziny, następnie zaś wilgotny okład ze słabego roztworu sublimatu. Okład ten zdejmujemy dopiero na stole operacyjnym dla ostatecznego wymycia skóry nalewką z zielonego mydła, wodą, eterem i alkoholem.

Równie starannie myjemy pochwę. Na dwie godziny przed operacją podaje się chorej 30 gramów płynnych peptonoidów (*peptonoids*); niewielka ilość pobudzającego i stężonego pokarmu zapobiega wyczerpaniu serca i zmniejsza w znacznym stopniu nudności i wymioty, towarzyszące budzeniu się.

Ubiór chorego składa się z ciepłych majtek i skarpetek, ciało z wyjątkiem brzucha powinno być przykryte wyjałowionemi kołdrami, rozłożonemi już uprzednio na stole operacyjnym. Jeżeli do znieczulania użyty będzie eter, to na pół godziny przed usypianiem należy wstrzyknąć pod skórę 1/8 grm. morfiny z 1/100 grm. atropiny, a to w celu zmniejszenia wydzieliny błony śluzowej, jakoteż w celu szybszego sprowadzenia zupełnego znieczulenia.

W razie gdy laparotomię robimy w mieszkaniu prywatnem, należy wybrać jasny pokój z północnem światłem, wszystkie meble usunąć na 24 godziny przed operacją, na kilka godzin otworzyć okno, następnie obmyć sublimatem (1:1000) ramy okna, ściany, podłogę, tudzież stół drewniany i kilka stołków, wybranych do operacji. W przypadkach nagłych należy zamiast czyszczenia pokoju przykryć tylko podłogę dużemi prześcieradłami, zwilżonemi roztworem sublimatu, aby zapobiedz powstawaniu kurzu.

W większości przypadków, zwłaszcza gdy zachodziła obawa zrostów pomiędzy kiszki, autor wlewał przed zaszyciem ścian brzucha do jamy otrzewnej znaczną ilość roztworu soli o ciepłocie 35° R. Zabieg powyższy nie tylko zapobiegał

pomienionym zrostom, lecz wpływał pokrzepiająco na chorego, który zazwyczaj opuszczał stół operacyjny z ciepłą wilgotną skórą.

Głębokie szwy z silkwormgutą należy nakładać na odległości jednego cala jeden od drugiego i zaciskać niezbyt mocno, bowiem szczelne i mocno zaciśnięte szwy, utrudniając obieg krwi, są najczęstszym powodem ropienia dokoła nici.

Ranę po zaszyciu zasypuje się proszkiem antyfebryny (acetanilidy), chorego po przeniesieniu na łóżko obstawia się w razie potrzeby butelkami z gorącą wodą.

Pozostawiania w jednej pozycji w ciągu pierwszych 3 lub 4 dni po operacji autor nie uważa za konieczne i opisuje przypadek, w którym chory w nocy po operacji spadł z łóżka na ziemię, a mimo to okres zdrowienia przebiegł bez żadnych powikłań.

Przez 18 godzin po operacji chory nie powinien nic brać do ust, prócz odrobiny ciepłej wody w pewnych odstępach czasu. W razie potrzeby pokarm może być wprowadzony przez odbytnicę, wyłączając przypadki, w których operacja zasadzała się na rozrywaniu zrostów pomiędzy kiszkaćmi. Po upływie 18 godzin skoro nudności i wymioty ustały, można dać choremu 4 gramy płynnych peptonoidów z mięsa wołowego (beef peptonoids) i powtarzać tę dawkę, dopóki chory nie spożyje 16 gramów. Po dwugodzinnej przerwie można dawać mleko napoły z kleikiem niewielkimi dawkami do 120 gramów. Znowu przerwa dwugodzinna — następnie 15 do 30 gramów płynnych peptonoidów, zaś po ponownej przerwie dwugodzinnej 120 gramów zpeptonizowanego mleka. Ilość podawanego mleka powinna powoli wzrastać, przerwy również powinny stawać się coraz dłuższe, aby nazbyt nie przeciążać żołądka chorego i nie wzbudzić odrazy do pokarmów.

Skoro w ciągu pierwszych 48 godzin po operacji dokuczają choremu nagromadzone w kiszkaćch gazy, należy je wypuścić, wprowadzając do odbytnicy krótką rurkę gumową, jeżeli potrzeba, po lekkim mięsieniu brzucha.

Czwartego dnia mogą być podawane środki rozwalniające w postaci 0,006 kalomelu + 0,06 sody — co pół godziny w ciągu 5 godzin, a gdy kalomel nie działa, proszek SEIDLITZ'a z przerwami w ciągu 3 godzin. Opatrunek należy zmienić piątego dnia po operacji, i jeżeli się okaże, że szwy zaczynają przecinać tkanki, należy je usunąć, a ranę pokryć lepkiem plastrem; w przeciwnym przypadku szwy zostawiamy jeszcze na 5 dni. 18-go dnia po operacji chory może siadać, w kilka dni potem wychodzić na przechadzkę, zaś po upływie jeszcze dni kilku powrócić do zwykłych zajęć.

(*Medical Record*, 22, I: 98).

Leonard Lorentowicz.

153. G. ROSENFELD. **Z kazuistyki cierpień przewodu pokarmowego.** 1) Przyczynę do rozpoznawania uchyłków przewodu. U chorej, dotkniętej nieżytem żołądka z brakiem kwasu solnego i niewielkim rozszerzeniem żołądka, występowały często napady gwałtowne dławienia się, nie mające związku z przyjmowaniem pokarmów. Za pomocą bioskopii stwierdzono rozszerzenie wrzecionowate w okolicy przełyku i aorty piersiowej. Podejrzewając uchyłek przełyku, a chcąc go stanowczo rozpoznać, użył autor sposobu następującego. Przez zgłębnik żołądkowy z otworem u samego dołu wprowadził cienką rurkę gumową, mającą na końcu kondom długości 10 ctm. Przez tę sondę, umieszczoną w przełyku, autor wtłoczył powietrze za pomocą szprycy, a wtedy, manipulując ciągle sondą, ustawił kondom, rozdęty powietrzem, w miejscu rozszerzonym. Przy prześwietleniu promieniami ROENTGEN'a jasny cień kondomowi bardzo wyraźnie odznaczył się na czarnem tle cienia od serca.

2) Przyczynek do rozpoznawania raka żołądka. Metoda autora nadaje się do rozpoznawania guzów żołądka, szczególnie ruchomych. Polega ona na wprowadzeniu do żołądka miękkiej sondy, napełnionej śrótem i prześwietlaniu chorego za pomocą promieni ROENTGEN'a. W żołądku prawidłowym zgłębnik układa się wzdłuż dużej krzywizny w postaci ciemnego cienia, pozostała część żołądka daje cień jasny. Wrazie obecności raka widać, iż cień od guza zaczyna się w miejscu, gdzie się kończy cień od sondy, albo też leży obok niego.

Według BOAS'a jednym z objawów, przemawiających za rakiem żołądka, jest obecność pokarmów w żołądku długi czas po ich spożyciu, nawet przy braku objawów rozstrzeni. Ponieważ według autora najlepszą metodą oznaczania dolnej granicy żołądka jest wprowadzenie zgłębnika, napełnionego śrótem, i następne prześwietlenie, więc w przypadkach, gdzie po 12—15 godzinach po jedzeniu znajdujemy obecność pokarmów, a żołądek za pomocą prześwietlania okazał się małym, możemy stanowczo rozpoznać raka żołądka.

(*Centrbl. f. in. Med.* 1898. Nr. 29).

Klejn.

154. R. de CAMPAGNOLLE. Szereg doświadczeń nad cukromoczem pokarmowym (*glycosuria alimentaria*) u chorych gorączkujących. Doświadczenia, dokonane nad cukromoczem u ludzi zdrowych, wykazały, że rozmaite gatunki cukru (lewuloza, cukier gronowy, buraczany i mleczny), podawane w ilościach znacznych, wpływają w sposób dodatni na zjawianie się cukru w moczu. Istnienie tedy cukromoczu pokarmowego nie ulega wątpliwości. Co się zaś tyczy granic przyswajania, t. j. o ile należy powiększać dawkę cukru, ażeby wykazać jego obecność w moczu, to ilość ta dla tego samego osobnika i dla tego samego gatunku cukru jest prawie jednakowa w rozmaitych okresach czasu, jednak bardzo łatwo ulega zmianie, to znaczy, że staje się różną, zależnie od poszczególnych gatunków cukru. 2) Ilość cukru, wydzielanego przez nerki, wzrasta w miarę powiększania dawki podawanego cukru. Należy jednak zaznaczyć, że temu losowi nie ulega cała ilość cukru, która przekracza granicę przyswajania (*Assimilationsgrenze*).

Ze względu na czynność fizyologiczną wątroby zdawałoby się, że cierpieniom tego narządu najczęściej powinna towarzyszyć obecność cukru w moczu. Swego czasu Collrat jakoby wykazał, że zjawisko to spotykany stale w ciężkich rozłanych, miąższowych cierpieniach wątroby, które pociągają za sobą poważne zmiany w komórkach tego narządu. Na podstawie jednak badań licznych autorów można wnosić, że twierdzenie powyższe jest niesłuszne jak również, że brak cukromoczu nie może upoważniać do przypuszczenia, że komórki wątroby nie uległy żadnym zmianom. Z drugiej strony nie można zaprzeczyć, że cukromocz pokarmowy występuje nie tylko u ludzi zupełnie zdrowych, lecz i u dotkniętych lekkimi cierpieniami wątroby, a względnie często w chorobach nerwowych, zwłaszcza w cierpieniach mózgu, a niemal jako objaw stały w chorobie BASEDOW'a.

Na podstawie doświadczeń własnych autor stwierdził istnienie cukromoczu pokarmowego u chorych gorączkujących; zauważył nadto, że występował on po względnie niewielkich ilościach cukru, co dowodziłoby, że u takich chorych granica asymilacji leży znacznie niżej, niż u osobników zdrowych. Odpowiednio do tego i współczynnik przyswajania jest inny; wynosi on dla zdrowych 0,5 czyli 0,25%, u gorączkujących zaś 0,6 czyli 1,06% użytego cukru. Zachodzą jeszcze i tu pewne różnice indywidualne, które jednak nie wpływają na zmianę zasady ogólnej. Co się na koniec tyczy wpływu rozmaitych postaci chorób zakaźnych na przyswajanie, względnie wydalanie cukru, to nic stanowczego w tym względzie orzec niepodobna.

(*Deut. Arch. f. klin. Medic. B.* LX, str. 188—220).

K. Z.

155. B. BUXBAUM. **Leczenie biegunki za pomocą hydroterapii.** Autor, uczeń WINTERNITZ'a i gorący zwolennik hydroterapii, zaleca stosowanie zabiegów hydratycznych we wszelkich możliwych postaciach biegunki, zależnych już to od zaburzeń nerwowych, już to od wzmożenia ruchu robaczkowego kiszek, już to od nadmiernego pobudzenia działalności wydzielniczej błony śluzowej. W każdym poszczególnym przypadku możemy uczynić zadość wskazaniem leczniczym, dzięki zastosowaniu odpowiednich zabiegów leczniczych. Jeżeli więc chodzi o przyspieszeniu ruchu robaczkowego, t. j. o opróżnienie kiszek, to należy zalecić krótkotrwałe (1—5 minut) kąpiele nasiadowe o ciepłocie 10° — 18° . W celu uspokojenia ruchu robaczkowego należy uciec się do kąpieli połowicznych (pół-kąpiel) lub nasiadowych o ciepłocie nieco niższej od ciepłoty krwi; w takiej kąpieli chory pozostaje $\frac{1}{2}$ —1 godziny. Można również zastosować zawijanie chorego w wilgotne, dobrze wyżęte prześcieradła na 1—2 godzin z następczą półkąpielą od 24° — 20° , lub dać wilgotną opaskę na brzuch, która pozostaje aż do wyschnięcia, albo wreszcie okład parujący (Dampfcomprese), polegający na tem, że na brzuch, pokryty suchą flanelą kładziemy okład, zmoczony w gorącej wodzie, i pokrywamy go znowu suchą flanelą.

Na szczególną uwagę zasługuje użycie zabiegów wodoleczniczych w cierpieniach przewlekłych kiszek, połączonych z silną biegunką. W takich przypadkach autor nie ucieka się do przepisów dyetetycznych, uważając je za zbyteczne, lecz ogranicza się na użyciu zabiegów następujących: mocnego rozcierania kawałkiem grubego płótna, zmoczonym w zimnej wodzie i mocno wyżętym, silnych zimnych natrysków ogólnych i kąpieli nasiadowych. Ostatnie nie powinny być cieplejsze nad 14° , a stosownie do wrażliwości chorego mogą być obniżane do 10° ; trwać mają 8—10, a w wyjątkowych razach 20—30 minut. Dobrze jest łączyć je z rozcieraniem ciała. Taki sposób leczenia oddał autorowi znakomite usługi nawet w przypadkach bardzo ciężkich i upartych. Użycie zabiegów wodoleczniczych zaleca autor również w biegunce pochodzenia gruźliczego, w durze brzuszny, a zwłaszcza w dyzenterji, którą WOOD leczył za pomocą czopków z lodu, zakładanych do odbytu co 3—4 minut w przeciągu 1— $1\frac{1}{2}$ godziny, a jako środek zapobiegawczy w biegunkach „z przeziębienia“. W końcu poświęca autor parę słów leczeniu biegunek, powstałych na tle zaburzeń nerwowych, np. u neurasteników. Rozpoznanie w takich przypadkach często natrafia na znaczne trudności, leczenie zaś powinno mieć na celu jedynie działanie tonizujące, ku czemu najlepiej nadają się półkąpiele o ciepłocie stopniowo co raz niższej, poczynając od 24° aż do 22° .

(Blät. f. klin. Hydrother. Nr. 9).

K. Z

156. E. SCHULTESS. **Dalsze doświadczenia nad związkiem albumozury z gorączką.** Praca obecna stanowi dopełnienie badań dawniejszych autora i ma na celu sprawdzenie, jak często znajduje się albumoza w moczu chorych gorączkujących. Poszukiwania innych autorów, streszczone w tej pracy, wykazują, że albumozy znajdowano nie tylko w chorobach gorączkowych, lecz i w zatruciu fosforem, w żółtym ostrym zaniku wątroby, czasem towarzyszyła ona rozmaitym nowotworom (rak, mięsak). Co do chorób krwi, to wyniki badań były nader sprzeczne; w białaczce np. jedni badacze znajdowali albumozy tylko we krwi, inni natomiast, do nich należy i autor, i w moczu. To samo odnosi się do podagry i do gnilca (*scorbutus*). W ostatniem cierpieniu autor wykrył albumozę w moczu w jednym przypadku, w którym nadto były bóle w stawach i napady kolki (*Kolikanfälle*).

Nadto znajdowano albumozę w moczu ciężarnych i w okresie połogowym, a HARRIS spotykał ją we wszelkich sprawach ropnych ostrych i przewlekłych. Po-

nieważ cierpienia połogowe i sprawy ropne i septyczne przebiegają zwykle z gorączką, przeto wyniki dodatnie odnośnych dań przemawiają raczej za istnieniem pewnego związku między gorączką a występowaniem albumozy w moczu, niż przeciw temu. Orzeczenie powyższe potwierdzają i poszukiwania autora, który w 12 przypadkach u chorych bezgorączkowych nigdy nie znajdował w moczu albumozy, natomiast wykrył ją w 8 przypadkach płonicy, 2 odry, 6 duru brzuszego, 4 zapalenia płuc, 1 róży, 2 zimnicy, 2 nieżyty gardzieli, 1 *hydrocoele*, leczonym wstrzykiwaniem nalewki jodowej, 1 zapalenia opon grzliczego, 1 powikłanego złamania kości udowej, 1 zapalenia szpiku kostnego, powikłanego zapaleniem wsierdza i 1 ospicy. W cierpieniach żołądka i kiszek albumoza dostaje się, prawdopodobnie, bezpośrednio z narządów trawienia do krwi, a ztąd do moczu.

(*Deut. Arch. f. Klin. Medic. B. LX. str. 48—66*).

K. Z.

157. F. A. HOFFMANN. **Przyczynek do badania plwociny.** Przy barwieniu plwociny eozyną znalazł H. oprócz komórek rozmaitego pochodzenia (nabłonek płucny, komórki ropne i eozynofilowe) dwie postacie komórek, zwracające na siebie uwagę. Pierwsza postać są to komórki wielkości białego krążka krwi, zawierające kilka bardzo wyraźnych jąder, barwiących się eozyną mocniej, niż otaczająca je zaródź i okrażonych jasną nie zabarwioną obwódką. H. uważa te komórki za wielojądrowe leukocyty, zmienione wskutek przebywania w innym środowisku, niż krew; podobne leukocyty widział on we krwi chorych, dotkniętych znaczną małokrwistością i rozwodnieniem krwi.

Druga odmiana spotyka się daleko rzadziej. Przedstawia się ona w postaci okrągłych większych od leukocytów tworów, których ostry kontur barwi się eozyną, wewnątrz zaś wcale prawie się nie barwi, a zawiera kilka albo nawet bardzo dużo silnie się barwiących cząsteczek najrozmaitszej wielkości i postaci. Największą ilość tych tworów H. znalazł w krztuścu, tak że uważa je tu za prawie charakterystyczne. Jednakże można je znaleźć, wprawdzie w znacznie mniejszej ilości, wogóle u dzieci i, rzecz dziwna, wyłączają one zwykle obecność komórek eozynofilowych i na odwrót. Tak np. autor nigdy ich nie widział w astmie, w rozstrzeni oskrzeli i u suchotników, natomiast często w zapaleniu oskrzeli. Autor rozróżnia kilka postaci tego ostatniego cierpienia, między innymi i „postać eozynofilową.“ Przypadki takie autor zalicza do *forme fruste* astmy.

Zdaniem H. obecność tych tworów, nazwanych przez niego *torebkami* (*Schläuche*) dowodzi, iż mamy do czynienia ze sprawą ostrą. Tak np. obecność ich w rozedmie płuc dowodzi zaostrzenia przewlekłej sprawy w oskrzelach. W zapaleniu płuc włóknikowem można je również znaleźć razem z komórkami eozynofilowymi, znaczenia ich w tem cierpieniu autor jeszcze nie zbadał. H. jest zdania, że twory powyższe są to napęczniałe i obrzękłe nabłonki cylindryczne oskrzeli; w zdaniu tem utwierdza go fakt dość dziwny, że w ostrym zapaleniu oskrzeli zwykle znajdujemy bardzo mało tych nabłoneków, niekiedy nawet brak ich zupełnie.

(*Centralbl. f. in. Med. 1898. Nr .19*).

Klejn.

SPRAWOZDANIE

z posiedzeń VII Zjazdu niemieckich ginekologów w Lipsku w r. 2.

ZWEIFEL poświęca swą mowę wstępną pamięci SEMMELWEIS'a, który wprowadził do położnictwa przed 50 laty metodę odkażania, i wykazuje jego na tem polu zasługi. Następnie przystąpiono do omówienia pierwszego tematu głównego:

I. O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy.

SCHULTZE z Jeny omawia przyczyny tyłopochylenia-zgięcia macicy: do nich zalicza:

1) Zwiotczenie więzadeł macicy, fald DOUGLAS'a, muskulatury więzadeł szerokich, więzadeł obłych i powięzi miedniczych. Do tego zwiotczenia najczęściej uspasabiają:

a) Okres połogowy. Wiadomo oddawna, że połogi uspasabiają do tyłopochyleń i tyłozgięć macicy. Nie wszystkie jednak tyłozgięcia są pochodzenia połogowego: mogły one być przed porodem, a ciąża pomimo to mogła dojść do końca.

b) Następstwa *parametritidis posterioris*.

c) Nawykowe przepełnienie odbytnicy kałem.

2) Unieruchomienie szyi macicznej w przodowym odcinku miednicy, wywołane przez blizny.

3) Krótkość pochwy, przeważnie jej przedniej ściany, zależna bądź od powstrzymania w rozwoju, bądź od zaniku starczego.

4) Nawykowe przepełnienie pęcherza moczowego i rozwarcie szpary sromowej wskutek pęknięcia krocza.

Prelegent nie sądzi, żeby guzy jajników powodowały tyłozgięcie macicy, raczej odwrotnie, macicę powinniśmy znaleźć wtedy w przodozgięciu, ponieważ jajniki leżą od tyłu i w miarę wzrostu odpychają ją ku przodowi. Zboczenie to istniało prawdopodobnie już wcześniej, jajniki zaś uległy zapaleniu i zwyrodnieniu wtórnie wskutek zboczenia w położeniu macicy. Wynika ztąd ważny wniosek, że wszelkie tyłopochylenie—zgięcie leczyć należy.

OLSHAUSEN z Berlina omawia objawy i leczenie chirurgiczne tyłozgięcia macicy. Że objawy nerwowe są zależne od tyłozgiętej macicy, najlepszy dowód, że po jej odprowadzeniu na miejsce prawidłowe ustępują i znowu powracają, gdy macica wtył opadnie. Do objawów nerwowych zalicza również OLS. wrażliwość na miejscu przegięcia tylnej ściany macicy, co jest właśnie powodem dyspareunii i bolesności przy oddawaniu stolca.

U młodych kobiet tyłopochylenie-zgięcie należy koniecznie leczyć: kobiety zaś w okresie uwiędu lub bliskie tego nie potrzebują żadnego leczenia. Z początku wypróbować należy leczenie wiankami.

Sposób ALEKSANDER-ADAMS-KOCHER'a wydaje się prelegentowi przy ruchomem tyłozgięciu macicy pewnym i zasługującym na większe uznanie, niż jak to ma miejsce obecnie.

Przymocowanie macicy do przedniej ściany brzucha (*ventrofixatio*) stanowi rękoczyn pewny i najmniej niebezpieczny. Sposób przyszywania CZERNY-LEOPOLD'a należy zarzucić, najlepiej posiłkować się sposobem prelegenta (przymocowanie rogów macicy do przedniej ściany brzucha przez przyszycie więzadeł obłych za pomocą fil de Florence).

Przyszycie macicy do przedniej ściany pochwy (*vaginofixatio*) przy ruchomem tyłozgięciu ma rację bytu. Niepowodzenie po tym rękoczynie zależy od sposobu wykonania; ustalenie trzonu macicy powinno sięgać niewyżej niż 1—2 ctm. ponad ujściem wewnętrznem.

Pochwowe operacje: skrócenie więzów krzyżowo-macicznych i obłych nie są jeszcze dostatecznie wypróbowane. Prelegent przemawia gorąco za ograniczeniem leczenia chirurgicznego w tyłozgięciu macicy. Gdy KUESTNER operuje 25% przypadków, DUEHRSEN i MACKENRODT niekiedy 100%, OLSHAUSEN zaledwie 0,25%.

DUEHRSEN z Berlina mówi o rękoczynach przyszywania macicy do pochwy w jej tyłozgięciu. Prelegent stosował w ciągu lat 6 przyszycie pochwowe macicy

w 281 przypadkach i oprócz 6 wyzdrowiały wszystkie. Od dwóch lat D. po przyszyciu macicy zamyka oddzielnym szwem fałdę pęcherzowo-maciczną i w ten sposób unika powikłań podczas ciąży i porodu. Z 281 operowanych przypadków zmarło troje; z tych w 2 przyczyną był krwotok. Prelegent przyszywa również macicę do pochwy w przypadkach nieodprowadzalnych tyłozgięć macicy i uważa za rzecz konieczną przyszywać trzon na wysokości rogów macicy (*Tubenansätze*).

THEILHABER z Monachium mówi o klinicznym znaczeniu tyłozgięcia macicy. Neurologowie już nie wierzą w historię macicznego pochodzenia. Zapewne nie wielu znajduje się już specjalistów chorób nerwowych, którzyby wierzyli, że bez zmian w składzie krwi, a tylko wskutek pewnych nieprawidłowości w narządzie zgoła dla życia nieważnym, mogą na drodze odruchowej zachorować zupełnie dotychczas zdrowe ośrodki nerwowe. Uciskowe objawy ze strony tak małego narządu nie mogą również odgrywać ważnej roli, a zresztą odbytnica i nerwy miednicy są dostatecznie ochronione od tego ucisku.

Niesłusznie także cieszy się takim poważaniem nauka o zastojach żylnym. Jako następstwo przecięcia macicy ma powstawać skręcenie więzadeł szerokich i *lig. infundibulo-pelvicorum*, co powoduje właśnie zapalenie mięsaszowe i błony śluzowej macicy. Jest to rzeczą nieprawdopodobną, ponieważ krew z macicy odpływa do 2 żył nasiennych i 2 macicznych. Te 4 zaś żyły łączą się jeszcze z 4 innymi: dwiema maciczno-pochwowymi i dwiema pęcherzowo-pochwowymi. Jeśli więc powstaje zastój w jednej żyłę, to drugie żyły, szybko się rozszerzając, odpływającą krew przyjmują, i żadne zaburzenia w krwioobiegu nie powstaną.

VEIT i KUESTNER są zdania, że tyłozgięcie u nierodzących spotyka się daleko częściej, niż to dotychczas przypuszczano. Nieraz znalezione tyłozgięcie w połogu istniało już w stanie dziewiczym. Powstaje ono również z przodozgięcia z ostrym kątem przy niedorozwiniętym trzonie. VEIT jest za operacją ALEKSANDER-ADAMS'a. KUESTNER radzi pomoc operacyjną u kobiet, ciężko pracujących, dla których byłoby rzeczą bardzo uciążliwą zachowanie odpowiednich przepisów przy noszeniu wianków.

MEINERT z Drezna podziela poglądy SIELSKIEGO w kwestyi mechanizmu prawidłowych i chorobliwych zboczeń w położeniu macicy.

SCHATZ z Rostoku mniema, że w szeregu przyczyn, wywołujących tyłozgięcie macicy, należy koniecznie uwzględnić stan podłogi miedniczej.

NEUGEBAUER z Warszawy rad jest, że wianki znowu odzyskały dawne, należne im uznanie.

OLSHAUSEN w końcu nadmienia, że jest nadzwyczaj zadowolony, ponieważ nie wspomniano ani jednym słowem o leczeniu tyłozgięcia masażem, który tyłozgięcia usunąć nie może.

II. KLEIN z Monachium. O Stosunkach, zachodzących pomiędzy przewodami MUELLER'a i WOLFF'a u kobiety.

Do obecnej chwili nie są ustalone jeszcze poglądy w sprawie późniejszego zachowania się końcowych odcinków przewodów WOLFF'a. Według NAGEL'a odcinki te znajdują się na wysokości części pochwowej macicy; BEIGEL i DOHRN znajdowali je obok pochwy; zaś KOCKS przyjmował, iż przewody przycewkowe (gruczoły SKENE'a) są właśnie końcowymi odcinkami przewodów WOLFF'a. Przeciwnie GROSCHAFF i prelegent przyszli do przekonania, że gruczoł SKENE'a stanowi twór homologiczny do gruczołu przyprątłego u mężczyzny i nie ma żadnego związku z końcowym odcinkiem przewodu WOLFF'a. W narządach rodnych 4^{1/2} miesięcznej dziewczynki znalazł prelegent przewody WOLFF'a, które przebiegały:

prawy od przyjajnika aż do tkanki macicznej i ściany szyi, lewy zaś przewód można było wysledzić od przyjajnika, przebiegający przez więzadła szerokie do bocznej ściany dolnej połowy trzonu i szyi macicy, następnie przebiegał ponad sklepieniem pochwy w postaci litery „S” obok pochwy i ginął w błonie dziewiczej. Drobnowidz potwierdził również ten przebieg na licznych skrawkach. W tkance macicznej przewód ten miał liczne rozgałęzienia, mogłyby zatem powstać z niego różne twory, jak: *adeno-miomata* (v. RECKLINGHAUSEN), następnie jednokomorowe torbiele maciczne lub *myomata cystica*. W więzadłach szerokich, w pochwie i błonie dziewiczej mogą również powstać liczne torbiele.

PFANNENSTIEL z Wrocławia mówi o gruczolakach mięśniakowych powróżka płciowego. Prelegent przedstawił między innymi bardzo ciekawy preparat guza, wyluszczonego z tylnego sklepienia pochwy. Na powierzchni przekroju tego guza są małe żółtawo-brunatne plamy, małe szczeliny i drobne torbiele. Na gładkiej powierzchni błony śluzowej były również twory torbielowe. Drobnowidz stwierdza w jednych miejscach jakby utkanie gruczolów rurkowatych, w innych zaś fałszywe kłębki (*pseudoglomerulus*). W tym przypadku znajdował się jeszcze jeden guz w kanale pachwinowym na wewnątrz i ku dołowi od obrączki pachwinowej zewnętrznej, wielkości orzecha włoskiego. I w tym guzie również widoczna jest budowa gruczolaka mięśniowego, brak zaś zupełny utkania gruczolów chłonnych. Nie są to przerzuty, lecz jednoczesne pojawienie się gruczolaków mięśniakowych w dwóch różnych miejscach przewodu rodnego. Jedna i druga miejscowości są niezwykle: pochwa, ponieważ w niej powinniśmy raczej spotkać się z przewodami GARTNER’a a nie resztkami ciała WOLFF’a; okolica zaś pachwinowa jest niezwykła, ponieważ w tej okolicy nie powinny się znajdować ani resztki ciała WOLFF’a ani przewody GARTNER’a. Guz w pochwie jest zatem nowotworem pierwotnej nerki. Należy więc przyjąć, że *paroophoron* nieco zagłęboko przeniknął do pochwy, z drugiej zaś strony, że dolny odcinek pierwotnej nerki wraz z więzłem obłym przesunął się do kanału pachwinowego. Klinicznie przypadek ten jest ciekawy z tego powodu, że było bardzo łatwo przyjąć guzy te za przerzuty.

III. Łożysko poprzedzające.

HOFMEIER wypowiada swe zapatrywania na powstawanie łożyska poprzedzającego. Wytworzyć może się ono wtedy: 1) jeśli, po pokryciu jaja przez *reflexa* w miarę jego wzrostu, doczesna rozdzieli się i rozdzieli taki dojdzie aż do wewnętrznego ujścia macicznego i jego okolicy; 2) jeśli po wytworzeniu się *reflexa-placenta*, rozsiada się ona ponad ujściem wewnętrznym.

Czy przez proste zagnieżdżenie się jaja ponad ujściem wewnętrznym może rozwinąć się łożysko poprzedzające — jest jeszcze sprawą nierozstrzygniętą. Krwawienie w przodującym łożysku powstaje z przestrzeni międzykosmkowej wskutek naderwania się błony doczesnej lub też odklejenia się jakiegoś zrazu łożyska.

Leczenie głównie polega na zatrzymaniu krwawienia. Przy zamkniętej jeszcze szyi: mocna tamponada pochwy. Po wystąpieniu bólów porodowych przerwanie pęcherza jest najdzielniejszym środkiem, wstrzymującym krwawienie. Jeżeli poprzedzają duże płyty łożyska lub bóle porodowe są słabe — kombinujemy obrót ze ściąganiem nóżki.

SCHATZ (Rostok) powołuje się na swe badania nad powstawaniem łożyska poprzedzającego. Przyjmuje on 6 postaci powstawania jego, a mianowicie: 1) łożysko siedzi wysoko, jak należy, na przedniej lub tylnej ścianie macicy, jest zwykłej postaci, wskutek zaś poprzedzającego przerostu błony śluzowej, opuszcza się znacznie niżej, (*placenta praevia marginalis*); 2) łożysko w tychże warunkach rozwija się pierwotnie w dolnym kącie macicy (*Uteruseckenplacenta*), a przez to samo znajduje

się częściowo w pasie przejściowym trzonu; 3) przyklejenie się jaja następuje w jednym z boków macicy w postaci podkowy, łożysko zaś, nadmiernie rozrastając się, dochodzi do pasa przejściowego trzonu; (*Uteruskantenplacenta*); 4) poprzednia forma łożyska może przysunąć się do ujścia wewnętrznego i otoczyć je w postaci łuku na większej lub mniejszej przestrzeni; 5) każde łożysko, nisko umiejscowione, przez wytworzenie brzegu w pasie przejściowym wtórnie może spowodować *placenta praevia marginalis*; 6) przez wytworzenie się *randreflexplacenta*.

Wiedza nasza odnośnie powstawania łożyska prawidłowego nie jest jeszcze dostateczna.

W razie krwawień w ostatnich miesiącach ciąży należy przytłumić działalność porodową przez morfinę, *viburnum prunifolium*; jeśli te środki zawiodą, wskazana jest tu tamponada pochwy. Przy mało otwartych ustach lepiej jest tamponować i czekać, ponieważ przedwczesne pęknięcie pęcherza opóźnia poród. Wewnątrzmaciczna kolpeuryza daje dla dzieci lepsze widoki, dla matek zaś nie gorsze, niż obrót, i z tego powodu prelegent ją zaleca.

AHLFELD (Marburg). Sprawa powstawania łożyska poprzedzającego będzie wtedy rozstrzygnięta, gdy będą nam znane warunki prawidłowego usadowienia się jaja w macicy. Dochodzi on do wniosków następujących: 1) jajo ludzkie usadawia się na swobodnej powierzchni błony śluzowej poniżej linii, łączącej oba ujścia jajowodów; niskie usadowienie się jaja w bliskości ujścia powstaje w następstwie zmian chorobowych błony śluzowej i jej wydzielin; 3) *placenta praevia centralis vera* bywa bardzo rzadko i właściwie na żywych nie była spostrzegana; 4) powstać ona może tylko przez nadmierny rozrost lub obrośnięcie wewnętrznego ujścia macicznego w postaci podkowy.

KUESTNER (Wrocław) jest za histereuryzą. Łatwiej ją wykonać, niż obrót kombinowany, i jest skuteczniejsza. W 16 przypadkach otrzymał 11 dzieci żywych.

GOTTSCHALK (Berlin). Każde łożysko poprzedzające z małymi wyjątkami tworzy się wskutek rozrostu łożyskowej powierzchni i to tem łatwiej, im niżej usadowienie się jaja nastąpiło. I przy wysokiem usadowieniu się może wytworzyć się *pl. praevia lateralis*, jeżeli powierzchnia rozrostu kieruje się ku wewnętrznemu ujściu macicznemu.

IV. PFANNENSTIEL (Wrocław) O pochodzeniu torbieli skórzastych i potworków jajnika.

Torbiel skórzasta jajnika nie jest pokryta ze wszystkich stron skórą, lecz tylko pewna część guza, pozostała zaś ściana pokryta jest nabłonkiem walcowatym lub zupełnie pozbawiona nabłonka. Co się tyczy włosów, spotykanych w ścianie torbieli (pokrytej nabłonkiem walcowatym), badania drobnowidzowe wykazują, że te włosy bynajmniej tam nie wyrosły, są to włosy obumarłe, które przymieszały się do zawartości torbieli, stąd zaś wtórnie przebiły się do ściany guza. Na tych miejscach, gdzie znajdowano włosy, nie było nawet śladu torebek włosowych. Przeciwnie, ta część guza, która jest pokryta skórą (z której wyrosły włosy), zawiera zawsze składowe części wszystkich trzech listków zarodkowych w dość znacznie posuniętym okresie ich rozwoju. Znajdujemy tu poprostu pewnego rodzaju płód nie zupełnie i bez ładu rozwinięty. Przeważnie są to składowe części zewnętrznego listka zarodkowego w dość znacznym stopniu rozwoju, lecz również spotykamy prawie zawsze i twory wewnętrznego listka zarodkowego. Cały płód do tychczas jeszcze nigdy nie był wytworzony. Części głowy najlepiej dają się rozpoznać i najłatwiej je odnaleźć. Ta siła twórcza nie może się znajdować ani w nabłonku jajnika lub pęcherzyków GRAAF'a, a jedynie tylko w jaju pierwotnem. Ono zawiera wszystkie warunki niezbędne do wytworzenia ustroju zwierzęcego. Zwy-

kle pozostaje jajo jako takie do chwili zapłodnienia, może jednak być ono pobudzone do samodzielnego rozwoju i bez zapłodnienia i wytworzyć wtedy składowe części płodu. Oddawna jest znany fakt, że torbielom skórzastym towarzyszą bardzo często nabłonkowe twory innego rodzaju, jako to: torbiele surowicze (*hydrops folliculi*), lub też torbielo-gruczolaki (*cysto-adenomata*). Zjawisko to tłumaczymy sobie nie na podstawie teorii WALDEYER'a, lecz w ten sposób, że jeden i ten sam bodziec działa jednocześnie na różne składowe części tkanki jajnika i powoduje tworzenie torbieli skórzastych i gruczolaków.

W torbielach skórzastych spotykamy daleko więcej prawidłowy i zupełny rozwój trzech listków zarodkowych, niż w potworniakach, które mają charakter nowotworu nietypowo rosnącego, coś w stosunku mięsaka do włókniaka lub raka do gruczolaka.

V. ABEL. (Lipsk). Jakie warunki wpływają na moc blizny po cięciu brzuszem.

Najmocniejsze blizny otrzymujemy po starannie nałożonym szwie (oddzielnym szew na powięź) i w braku ropienia. Najczęściej przepukliny spostrzegamy po ropieniu rany:

	po 2 tygodniach ropienia	40% przepuklin
" 3	"	54% "
" 4	"	65% "
więcej niż " 4	"	80% "

Najmocniejsze blizny były znajduwane przy bardzo cienkich powłokach brzusznych; ze zwiększającą się grubością podściółki tłuszczowej, powiększa się również liczba przepuklin w bliznie.

Stan zdrowia zdaje się nie mieć wpływu na częstość powstawania przepuklin, osłabione utratami krwi starsze kobiety nie częściej mają przepukliny, niż młode nie wyniszczone osobniki. Ani szybko następująca ciąża, ani przedwczesne zajęcie się pracą, lub nienoszenie bandażu brzusznych nie mają również wpływu ani na wielkość przepuklin, ani na częstość ich powstawania.

VI. KROENIG (Lipsk), przedstawiając swój sposób wyjaławiania katgut (kilkanaście godzin suszy się go w ciepłocie 60—100°, następnie przekłada wprost do kumolu, w którym ogrzewa się go do 155—165° C. na kuchence piaskowej, w końcu przekłada się do alkoholu) wykazuje, że sposób wyjaławiania nie pozostaje bez wpływu na gojenie się rany.

- 1) Z 55 przypadków, szytych sublimat-alkohol-katgutem, 25 ropiało = 46%;
- 2) ze 110 przypadków, szytych katgutem, obrabianym kwasem chromnym, ropiało 25 t. j. 22,7%;
- 3) z 68 przypadków, szytych xylol-katgutem, ropiało 9 t. j. 13,4%;
- 4) z 56 zaś przypadków, szytych cumol-katgutem, ropiało 6 t. j. 10,7%.

VII. BULIUS (Fryburg). Przyczynek do rozpoznawania gruczlicy trąbek i otrzewny.

Przedstawiając wiele preparatów gruczlicy trąbek i jajników, autor wyróżnia dwie cechy, służące do rozpoznawania gruczlicy, podane po raz pierwszy przez HEGAR'a. Pierwsza cecha to różańcowa postać jajowodów, guziczki najczęściej znajdują się w środkowej części schorzałego jajowodu. Chociaż SCHAUT'a wraz z CHIARI'm węzłowe zgrubienie ujścia macicznego jajowodu zalicza do rzędu cech rozpoznawczych dla rzerzączkowego zapalenia jajowodów, jednak nie zgadza się z tem spostrzeżenie w klinice FRYTNOWSKIEJ i MARTIN'a dokonane, a nawet przypadki SCHAUTA'y i CHIARI'ego. Jeżeli nie zawsze te węzłowe zgrubienia jajowodów powstają na tle gruczliczym, to w każdym bądź razie guziczki te na ścianach jajowodów dają wiele do myślenia i więcej przemawiają za gruczlicą, niż za rze-

rzączką. Drugą cechą są guziczki małe w jamie miednicy, na więzadłach szerokich, na macicy i na chorych przydatkach. Ilość ich bywa znaczna; wielkość od główki szpilki lub ziarnka prosa do wielkości grochu. Niekiedy znów znajdują się oddzielnie wzdłuż więzadeł krzyżowo-maciczych.

VIII. DOEDERLEIN (Groningen). Doświadczalne badania nad wstrzykiwaniami wewnątrzmacicznymi.

Z powodu niedawno ogłoszonego przypadku śmierci wskutek wstrzyknięcia do jamy macicy 2 ctm. szśc. 50% roztworu chlorku cynku, autor w 6 przypadkach wstrzykiwał do jamy macicy (wszystkie macice kwalifikowały się do wyluszczenia) *experimenti causa: methylviolett*, chlorek cynku i roztwór jodu. Tylko w jednym przypadku, przy nadzwyczaj silnie rozwiniętej *endometritis fungosa*, nic nie dostało się do jajowodów. We wszystkich zaś pozostałych przypadkach, pomimo przedsięwziętych ostrożności: uprzedniego rozszerzenia przewodu szyi, powolnego wpuszczania płynu i t. d. dostawał się on do jamy otrzewny.

IX. KUESTNER (Wrocław). O operacji Freund'a w raku macicy.

W przeciągu 3½ lat wykonał prelegent FREUND-RYDYGIER'a operację w 16 przypadkach, z tych 4 zmarło a 12 wyzdrowiało. Wszystkie raki były w jamie macicy. Wskazania były następujące: znaczna wielkość macicy (5 razy); ciąża w 7 miesiącu (1 raz); powikłania dużymi włókniakami (2 razy); wąska pochwa (2 razy); rwąca się szyja zrakowaciała (3 razy) i znaczne zrosty (4 razy).

KUESTNER uważa operację FREUND'a w raku macicy za najodpowiedniejszą już z tego względu, że tylko w ten sposób rada RUMPF'a: usuwać sąsiednie gruczoły chłonne—jest wykonalna. Jednakże dziś jeszcze nie możemy zaniechać zwykłych wyluszczeń przez pochwę, ponieważ operacja jest zbyt niebezpieczna, FREUND sam miał 31,6% śmiertelności. Niebezpieczeństwo to polega nie na wyjmowaniu macicy od strony brzucha, nie na utracie dużej ilości krwi lub obawie podwiązania moczowodów, lecz na możliwości, że sam rak macicy może być źródłem zakażenia. Dowodzą tego bakteryologiczne poszukiwania MENGE'a: z 4 zmarłych po operacji troje przed operacją gorączkowało.

X. MACKENRODT (Berlin). O wyluszczeniu macicy.

Pierwsze próby całkowitego wyjęcia macicy przez pochwę i ściany brzuszne w środkowych latach bieżącego stulecia były tak fatalne, że chirurdzy wprost obawiali się operować; był to okres pierwszy. Drugi okres stanowi operacja FREUND'a. Na wytworzenie i udoskonalenie pochwowej operacji złożyło się wielu chirurgów i ginekologów; wyniki były coraz lepsze. Odgrywały tu ważną rolę nie tylko antyseptyka, lecz przede wszystkim ulepszona technika i znajomość topografii. W pierwszym okresie operowano z następczem tamowaniem krwotoków, w drugim z uprzednim podwiązywaniem. Później zastąpiono podwiązki kleszczykami. Im więcej macica jest ruchoma, im szersza jest pochwa, tem łatwiejsze jest uprzednie podwiązanie lub nałożenie kleszczyków. Im mniej zaś macica jest ruchoma, tem trudniej nakładają się podwiązki, a przez to kleszczyki występują tu jako ważne ulepszenie w technice operacyjnej. Niebezpieczeństwo operacji wzrasta z trudnością jej wykonania.

Dla umożliwienia pochwowego wyluszczenia przy nieruchomej i poзрастanej macicy stosujemy pośredkowe jej cięcie i kawałkowanie.

Jednakże w najtrudniejszych przypadkach zrostów macicy z guzami przydatków, kiszki, w *parametritis lateralis* i *posterior*, kleszczyki pozostają bez skutku. Tu cięcie ścian brzusznych wysuwa się na pierwszy plan, chociaż niebezpieczeństwo jest duże.

W razie niezłśliwego charakteru cierpienia macicy, możemy bez uprzedniego zapobiegania krwawieniu zupełnie nieruchomą macicę wyłuszczyć z jej łoża, jeśli trzymać się ściśle tkanki macicznej i cięcie tylko w niej prowadzić. W ten sposób już w kilka minut mamy macicę nazewnątrz szpary sromnej, a wtedy nie tylko zrosnięte guzy dają się wyjąć, lecz i każdą krwawiącą tętnicę łatwo można uchwycić i podwiązać. Uproszczenie operacji jest tak znaczne, że trudniejsze przypadki prelegent operuje w 5—10 minut bez żadnego pośpiechu.

XI. ROSSIER (Lozanna). O ciąży zamacicznej.

Są dwie metody leczenia: wyczekująca i operacyjna. Cyfry przedstawione przez SCHAUTA'ę i MARTIN'a na pierwszym międzynarodowym kongresie ginekologicznym mówią same za siebie: z 255 przypadków, leczonych wyczekująco, zmarło 63,1% a z 515 z operowanych zmarło tylko 23,3%.

W drugiej połowie ciąży jedynie operacja może być uważana za radykalny środek. Podczas operacji trzeba rozważyć: czy cały worek płodowy wraz z łożyskiem wyjąć, uciskając poprzednio aortę, jak to radzi HERFF, czy też, stosując się do rady OLSHAUSEN'a podwiązać przedtem *ar. spermat. intern. et uterin.*, lub też wreszcie wszyć worek do rany brzusznej i wyczekiwać odklejenia się łożyska, jak to radzi PINARD i POZZI. Daleko częściej spotykamy się z ciążą zamaciczną w pierwszej jej połowie. Przed pęknięciem należy stanowczo operować, wyłuszczając cały guz przez ściany brzuszne. W razie świeżego krwotoku również *koeliotomia abdominalis* w celu znalezienia krwawiącego naczyńia i podwiązania go. Gdy zrobieje *haematocoele* — operować przez pochwę.¹

Franciszek Stępkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== BOURNEVILLE i KATZ otrzymywali w płasawicy doskonałe wyniki przy stosowaniu *camphorae monobromatae*. Środek ten przepisuje się w kapsułkach po 0,2 stopniowo od 2 do 9 sztuk dziennie. W razie trwałej poprawy ilość kapsulek stopniowo się zmniejsza. Obok tego, jeżeli stan ogólny na to pozwala, gimnastyka i kąpiele dopełniają leczenia. (Münch. med. Woch. Nr. 36. 1898).

== Przeciwno pokrzywce, specjalnie zaś przeciw złagodzeniu swędzenia zachwalają następujące leczenie. Rp. *Aq. amygdal. amar* 5,0, *Chloral. hydrat.* 0,5, *Cocain. muriat.* 1,0, *Aq. dest.* ad. 50,0. MDS. Zewnętrznie. (Journ. de Méd. de Paris. 19. VI. 98).

== KROKIEWICZ opisuje dwa przypadki tęcza przyrannego, z których jeden leczony był zastrzykiwaniem zawiesiny mózgowej, drugi swoistą antytoksyną. Obydwa przypadki zakończyły się wy-

zdrowieniem. W pierwszym przypadku chora otrzymywała *strophantus*, kofeinę i ławatywy z wody. Zastrzykiwania świeżej zawiesiny mózgu cięłego wywoływały wprawdzie nacieczenia i ropnie, wynik jednak był pomyślny, wyleczenie nastąpiło po 11 dniach. W drugim przypadku po każdym zastrzyknięciu występowały coraz częstsze napady tęcza, bezsenność, podniecenie, tak że wreszcie trzeba było zastrzykiwania antytoksyny zarzucić. Choroba trwała tu 17 dni. Wobec tych wyników Kr. zaleca w przypadkach tęcza przyrannego zawiesinę mózgową. (Wien. klin. Woch. Nr. 34. 1893).

== MAZZI zaleca gorąco antypirynę w moczówce zwyczajnej. Podskórne zastrzykiwanie tego środka ma dawać pewne i trwałe wyniki. W przypadkach *polyuriae*, spowodowanej śródmiąszcwowym zapaleniem nerek, antypiryna nie

skutkuje. (IL. Morgagni. 1898 r. V. I. Nr. 5).

— FABER opisuje historię choroby 59-letniego mężczyzny, który przez dłuższy czas cierpiał na bóle w brzuchu i rozwolnienie. Jednego dnia w wypróżnieniach znaleziono mnóstwo ości. Pod wpływem wlewań do kiszki odeszło 1500 ości, poczem nastąpiło wyleczenie. Podobny przebieg miały inne przypadki. Prawdłowo funkcjonujący żołądek może przy pomocy kwasu solnego strawić małe kości. Dalsze badania wykazały, że u niektórych ludzi z pozornie prawidłowem trawieniem ości przechodzą przez przewód pokarmowy niestrawione, gdy u ludzi z upośledzonym trawieniem stanowi to prawidło. Niestrawione ości nagromadzają się czasem w kiszce ślepej lub prostej i wywołują biegunkę oraz krwawienie. (Berl. kl. Woch. 1898. Nr. 35).

— J. WHITRIDGE WILLIAMS opisuje przypadek gorączki połogowej, w którym w odchodach macicznych znaleziono laseczники tyfusu. Przypadek dotyczył 24-letniej, drugi raz rodzącej kobiety, która piątego dnia po porodzie dostała gorączki, kaszlu i różyczki na ciele. Odczyn WIDAL'a wypadł dodatnio, natomiast nie było obrzęku śledziony i rozwolnienia. Chorej zrobiono przepłukanie macicy roztworem soli kuchennej i po kilku tygodniach nastąpiło wyzdrowienie. Mąż położnicy na 5 dni przed porodem żony, a noworodek w 36 godzin po przyjściu na świat zmarł na tyfus. W. przypuszcza, że akuszerka wprowadziła do dróg rodnych laseczники tyfusu, które ztąd dostały się do krwobiegu. (Centralblatt für Gynaekol. 1898. Nr. 34).

Z. S.

Wiadomości bieżące.

— Lekarzem politechniki w Warszawie mianowany został kol. B. KORYBUT-DASZKIEWICZ z Siedlec.

— Kol. S. GROŚLIK wybrany został na członka - korespondenta Towarzystwa Urologów francuskich w Paryżu.

— W dniu 19 listopada r. b. ma się odbyć konkurs na posadę nadetatowego ordynatora w oddziale chorób gardła, nosa i krtani w szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

— Profesorem akuszerji i ginekologii we Lwowie został mianowany profesor MARS z Krakowa.

— W Medyolanie na wiosnę roku przyszłego ma się odbyć zjazd, poświęcony sprawom karmienia niemowląt. Następujące sprawy mają wejść na porządek dzienny: 1) karmienie piersią za wynagrodzeniem, 2) wybór mamek i do-

starczanie im miejsc, 3) środki, zapobiegające zarażaniu przymiotem w czasie karmienia piersią, 4) nadzór nad dziećmi, oddawanymi na wykarmienie na wieś, 5) środki mające na celu zabezpieczenie zdrowia mamek, 6) inne sposoby karmienia niemowląt, 7) sprawa otwierania w rozmaitych miastach włoskich zakładów, stręczących mamki. W czasie zjazdu ma się odbyć wystawa poświęcona higienie dzieci.

— Na 62 mężczyzn morfistów, którzy leczyli się w Prusach w r. 1895, 30 było lekarzy. Z 18 morfistek 3 były żonami lekarzy.

— W Barcelonie zaczęło wychodzić nowe czasopismo w hiszpańskim języku, poświęcone chorobom kobiecym p. t. „La Gynecologia Catalana“, redaktorem jest prof. J. QUERALTO.