

# GAZETA LEKARSKA.

## I. O RANACH PRZEPONY.

Podał

**Bronisław Sawicki,**

Asystent kliniki chirurgicznej szpitalnej.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 42].

Powstaniu pęknięcia przepony towarzyszy często złamanie żeber, rzadziej kręgosłupa [BOCHDALECK], przytem i trzewa mogą uleść rozerwaniu. WEISS, na przykład, opisał jednoczesne pęknięcie wątroby, BILLROTH — wątroby i śledziony, DAVAT — żołądka, LESSER — jelita i t. d..

Niekiedy pod wpływem obrażenia przepona pęka w dwóch miejscach odrazu. WOODWORTH przytacza przypadek, w którym majtek uległ uderzeniu ze zgnieceniem. Śmierć po dniach 10. Na sekcji znaleziono dwa pęknięcia, znajdujące się na lewej stronie przepony, w pobliżu *foraminis oesophagei*. Przez jedno wypadła kiszka cienka, przez drugie zaś kiszka gruba i sieć. W przypadku BRINTON'a (34), uderzenie spadających części maszyny spowodowało także dwa pęknięcia przepony. Z tych mniejsze leżało na stronie prawej, prowadząc poza nerkę; większe, 8 ctm. długie, poczyniło się przy *foramen oesophageum* i biegło do lewych żeber rzekomych. Przez otwór większy wypadły: żołądek, sieć, poprzecznicą, śledziona i kiszki cienkie.

Pęknięcie najczęściej występuje na tej samej stronie, na którą podziałała siła; bywa jednakże i przeciwnie. W przypadku np. BIGNARDI'ego chory spadł na lewy bok, przepona zaś pękła na stronie prawej.

Wielkość rozerwania może być rozmaita, poczynawszy od otworu, który zaledwie przepuszcza mały palec, a kończąc na oderwaniu połowy przepony od żeber. FOURAS (11) znalazł na sekcji 32-letniego mężczyzny tak znaczne oddzielenie przepony od lewej ściany klatki piersiowej, że jama opłucnej prawie zupełnie łączyła się z jamą brzuszną. W opłucnej leżały: żołądek, poprzecznicą, sieć, śledziona i część jelita cienkiego. Mężczyzna ten przed 10 laty został przygnieciony spadającym drzewem, chorował przez kilkanaście miesięcy, wreszcie powrócił do zwykłych zajęć. Po wypiciu większej ilości płynu uczuwał on potem zawsze bulgotanie i przelewanie w lewej połowie piersi. Serce było przesunięte na prawo. Podobny przypadek przytacza DIETZ (35) z oddziału prof. JOESSEL'a. Ostatni na sekcji kaprała, zmarłego wskutek przebicia bagnetem, zna-

lazał oderwanie prawie całej lewej połowy przepony. Od tyłu tylko pozostały małe strzępki. Oderwanie to musiało istnieć oddawna, o przyczynie zaś jego nic się nie można było dowiedzieć. W lewej opłucnej leżały: sieć, poprzecznicza i kiszka gruba zstępująca.

Niekiedy obrażenie wywołuje pęknięcie przepony, które powiększa tylko otwór wrodzony, lub dawniej już nabyty. Na uwzględnienie tu zasługuje przypadek, opisany w *Bericht des Krankenhauses*; Wiedeń z 1868 r.. Na sekcji męczyzny, zgniecionego pomiędzy dwoma buforami, znaleziono pęknięcie przepony, idące od przelyku do ściany żebrowej. Wypadnięte do opłucnej dno żołądka także było rozerwane. WAGNER, WATON, HJELT i LINDEN także opisali nabyte otwory w przeponie, łączące się z *foramen oesophageum*. ALDERSON JAMES spostrzegł 30-letniego mężczyznę, który przed 2-oma laty upadł na lodzie i odtąd czuł się zawsze źle. Obecnie, poślizgnąwszy się, wyprostował się nagle, po czym zaraz wystąpiły: duszność, ból w lewej połowie piersi, powiększenie lewej połowy klatki piersiowej, przesunięcie serca. Sekcja wykazała w tylnej części lewej połowy *centri tendinei* otwór z gładkimi brzegami, powiększony świeżem 1-o-calowem rozdarciem. Widocznie nowy uraz spowodował powiększenie otworu, który powstał przed dwoma laty.

Co do samego mechanizmu, powodującego rozdarcie przepony, sprawa tłumaczy się jasno tam, gdzie jednocześnie nastąpiło złamanie kilku żeber. Często jednakże zdarzają się przypadki, w których przepona pęka kez innych ważniejszych uszkodzeń. DIETZ podaje tu następujące objaśnienie: tułów, upadłszy na ziemię, przegina się mocno w lędźwiowej części kręgosłupa. Wskutek tego wewnętrzne ciśnienie powiększa się nagle, przepona zostaje gwałtownie odepchniętą do góry; tu nie może ona oprzeć się atmosferycznemu ciśnieniu płuc i wreszcie pęka. Samo pęknięcie powstaje zazwyczaj na *centrum tendineum*, jako w części mniej sprężystej i na stronie lewej, gdyż prawą ochrania wątroba. W tych przypadkach, w których tułów upada na guzy siedzeniowe, cała zawartość brzucha w ślad za upadnięciem uderza o przeponę wskutek odbicia (*contrecoup*) i rozrywa ją. Wreszcie pęknięcie przepony może spowodować uraz klatki piersiowej. KOENIG (49) objaśnia to w ten sposób: w chwili uderzenia zamyka się nagle głośnia wskutek strachu; jeżeli teraz podziała na klatkę piersiową znaczniejsza siła, to płuco, nie mogąc się opróżnić z powietrza, uciśnie przeponę i spowoduje jej rozerwanie.

Poza urazem bezpośrednim niektórzy autorowie podają jeszcze inne przyczyny, jako to: gwałtowne wymioty, ciężę, rozdęcie żołądka. LACHER w swojej pracy przytacza kilkanaście przypadków pęknięcia przepony wskutek gwałtownych wymiotów, wywołanych zażyciem odpowiednich środków, przejedzeniem się, lub też jakąś chorobą. Chociaż nie wszyscy [PRZEWOSKI np.] godzą się na taki sposób powstawania pęknięć, pojedyncze fakty jednakże, stwierdzone sekcją, zdają się go potwierdzać. BANGA (10) np. spostrzegł mężczyznę, u którego po wyłuszczeniu kostniaka lewej zatogi czołowej rozwinęło się zapalenie opon z gwałtownymi wymiotami. W 10 dni potem śmierć. Znaleziono niedawno powstałe pęknięcie ścięgnistej części przepony, rozdzielone mostkiem na 2 części. Do opłucnej wypadły: śledziona i dno żołądka, które także było pęknięte.

Wielce interesujący jest przypadek BREMME'go (18). 60-letni leśnik, oddawna cierpiący na nieżyt i rozszerzenie żołądka, miał zwyczaj często zażywać sody. Po zjedzeniu znacznej ilości kartoflanki z octem poczuł boleści, co zmusiło go do zażycia sody. Boleści powiększyły się, wystąpiło rozdzęcie i uczucie pęknięcia. Śmierć nagła. Na sekcji znaleziono świeże rozdarcie prawej połowy przepony, idące z przodu od żeber ku tyłowi do kręgosłupa; długość pęknięcia 25 ctm., szerokość — 15 ctm., brzegi nierówne, płatowe. W prawej opłucnej znaleziono: 200 grm. krwi, wątrobę, jelito czcze i mocno rozdęty żołądek.

W większości przypadków pęknięć przepony, obok czynników zewnętrznych, musimy przypuścić jeszcze pewne usposobienie ze strony samego narządu. Polega ono na zmniejszeniu jego odporności w jakimś miejscu, bądź to wskutek przebytych spraw zapalnych [KAUFMANN (5)], bądź też wskutek niedorozwoju [PRZEWOSKI]. Zwłaszcza ostatni wzgląd musi mieć wielką wagę. W pracy LACHER'a spotykamy przypadek VALLIN'a, w którym pęknięcie powstało drogą stopniowego ścieńczenia ośrodka ścięgnistego. Podobny przypadek opisał VEDRIÉ (8). Na sekcji umysłowo chorego, zmarłego przy objawach uwięźnięcia, znaleziono nader ścieńczony ośrodek ścięgnisty z małym otworem starej daty, powiększonym nowem rozdarcie. Widocznie, wskutek niedorozwoju jakiś odcinek przepony bywa słabszym, z biegiem czasu cieńszeje, wreszcie pęka. Może się zdarzyć i tak, że otwór w przeponie był wrodzony, uraz zaś spowodował tylko wypadnięcie trzew do opłucnej i uwięźnięcie. W tych razach nie może być mowy o pęknięciu traumatycznym. To też w tych przypadkach, w których pomiędzy urazem i sekcją upłynęło lat kilka lub kilkanaście, niezmiernie trudno decydować o przyczynie otworu w przeponie. Być może, iż wiele przypadków, zaliczonych przez LACHER'a do przepuklin traumatycznych, należało do rzędu wrodzonych.

Pomijam tu, jako nie dotyczące wprost mojej pracy, przedziurawienia przepony, spowodowane sprawami patologicznymi w narządach sąsiednich. Do takich należą: ropny otok opłucnej [MACCAB], ropień wątroby [WOLFES, NORTHROP, BECK], ropień śledziony [MANTELL], *pyelonephritis* [COLIN], bąblowiec wątroby [SEIDEL, GUETERBOCK] i t. p..

Przejdźmy teraz z kolei do ran drążących przepony. Powstają one wskutek działania różnorodnych narzędzi ostrych [noże, sztylety, szable, kule i t. p.] i odpowiednio do tego dzieli się na: kłóte, cięte i postrzałowe. Rany kłóte bardzo często, postrzałowe zaś prawie zawsze bywają powikłane jednoczesnem obrażeniem przyległych narządów wewnętrznych, jako to: żołądka, płuc, serca, wątroby, śledziony, kiszek. Przytem w przypadkach ran kłótych zranieniu rzadko ulega więcej niż jeden narząd; natomiast w ranach postrzałowych uszkodzenie kilku narządów stanowi rzecz zwykłą [podług FISCHER'a, kula najczęściej rani płuco i wątrobę]. Odpowiednio do tego, czy narzędzie raniące przebija tułów nawskroś, czy też część jego tylko, otrzymujemy jedną lub dwie rany zewnętrzne. Otwór wchodowy najczęściej bywa z przodu. Kierunek rana ma zwykle ukośny z góry na dół i ku wewnątrz, rzadziej z dołu do góry i na wewnątrz. Zresztą nie należą do rzadkości i rany z kierunkiem pionowym do osi ciała. W ostatnim razie przepona wskutek swego kopułowego kształ-

tu może uleść zranieniu w dwóch miejscach. MARKOE i POLLAILON spostrzegali takie rany po zranieniach przepony nożem; BERCHON, THIÉRY i KOSIŃSKI widzieli je w przypadkach postrzału klatki piersiowej.

Drażące rany przepony znajdowano zarówno w mięśniu przeponowym, jako w ośrodku ścięgnistym [w pierwszym części]. Niekiedy stanowiły one tylko rozszerzenie otworu anatomicznego. W ten sposób GLANDORP, BALLONIUS, FONTANI spostrzegali rany kłóte, które rozszerzyły *foramen oesophageum*. Kształt ran kłótych i ciętych bywa zazwyczaj owalny, postrzałowych — okrągły. Wielkość ran spotykano rozmałą. Świeże rany kłóte najczęściej przepuszczały jeden palec, kłóto-cięte miały długości 4—10 ctm.. Średnica świeżych ran postrzałowych wahała się od milimetru do kilku centymetrów. W jednym ze spostrzeganych przez prof. KOSIŃSKIEGO przypadków otwór od kuli rewolwerowej, położony w mięśniu przepony, zaledwie przepuszczał zgłębnik. Natomiast w przypadku KIRSCHBAUM'a [19-letnia dziewczyna z przestrzelonym ośrodkiem ścięgnistym] otwór przepuszczał 3—4 palców. Różnica taka obok wielkości pocisku, oderwania kawałków żebra i t. p., może zależeć także i od umiejscowienia rany [w mięśniu otwór bywa mniejszy, niż w części ścięgnistej]. Brzegi otworu przy ranach drażących bywają zazwyczaj gładkie, bez podbiegnięć.

Rany drażące bywają niekiedy powikłane groźnym krwotokiem, jeżeli jednocześnie ulega uszkodzeniu jakieś nieco większe naczynie. THIÉRY spostrzegał taki krwotok przy ranie postrzałowej, powikłanej zranieniem tętnicy międzyżebrowej; POLLAILON — przy ranie kłótej z przecięciem żyły przeponowej dolnej.

Tu nadmienić wypada, że niezawsze kula powoduje drażącą ranę przepony. W niektórych, aczkolwiek rzadkich przypadkach, jak twierdzi FISCHER (45), większego kalibru pociski mogą wywołać rozerwanie przepony bez jednoczesnego uszkodzenia powłok zewnętrznych. Bywa to przy kontuzjach brzucha lub piersi.

Śluszenie zauważył D-r PRZEWOSKI, iż zarówno rany podskórne, jak i drażące, mają ogromną dążność do rozchodzenia się brzegów, wskutek czego otwór rany natychmiast przyjmuje kształt okrągły, lub owalny. Tem objaśnia się mała dążność do zrastania się brzegów rany i tak często spotykana potem przepuklina przeponowa rzekoma.

Wślad za zranieniem przepony powstaje nowe powikłanie: wypadnięcie zawartości jamy brzusznej do opłucnej, czyli wytworzenie przepukliny. Najczęściej wypada żołądek, kiszka gruba, sieć, kiszka cienka; rzadziej — wątroba, trzustka, kiszka ślepa, nerka. W jednym tylko przypadku [BEALE (28)] miało wypaść płuco do jamy brzusznej. Młody człowiek uległ przejechaniu, poczem pomiędzy przeponą i wątroba wytworzył się ropień. Na sekcji znaleziono w przeponie szczelinę, przez którą wypadł kawałek płuca do jamy brzusznej uwiązał i spowodował ropień. Przy ranach drażących trzewa, wypadając do opłucnej, mogą się przedostać i nazewnątrż. Tym sposobem spostrzegano wypadniętą nazewnątrż sieć [MORGAGNI, MECKEL, SPILMANN, SAWICKI], jelita [SCALZI (23)].

Siła tłocząca w jamie brzusznej i ssąca w klatce piersiowej ogromnie sprzyjają przedostawaniu się trzew brzusznych do opłucnej. Taki najmniej-

szy otwór może posłużyć za punkt wyjścia dla przepukliny. Przez otwór wielkości małego palca wypada niekiedy znaczna ilość trzew [cały żołądek w przypadku PARCUS'a, sieć i *colon* w przypadku MAIDEN'a i t. d.]. Rozumie się, iż o ile jest mniejszy otwór i o ile więcej wypada trzew, o tyle łatwiej może nastąpić ich uwięźnięcie z następczą zgorzelą. Zresztą i bez tego wypadnięte części mogą ulegać zmianom rozmaitym, jako to: rozszerzeniom jednych miejsc, zwężeniom drugich, owrzodzeniom, przyrostom i t. p.. DORNIER opisał przypadek, w którym przez ranę postrzałową wypadł żołądek. W ciągu lat kilku wytworzyły się: rozszerzenie i owrzodzenia żołądka, oraz zwężenie dwunastnicy. Śmierć nastąpiła z powodu krwotoków żołądkowych. Bardzo często wypadnięte jelita przyrastają, bądź to do płuca, bądź też do brzegów otworu. Jeżeli odpowiednia część klatki piersiowej uległa uszkodzeniu podczas obrażenia, to takie przytwierdzone na miejscu jelita mogą wystawać ponad powierzchnią samej klatki piersiowej, tworząc przepuklinę zewnętrzną [przypadek SCALZI'ego, przypadki z wojny amerykańskiej i inne]. Najczęściej trzewa ślizgają się w otworze swobodnie, przechodząc do opłucnej, to znów wracając do jamy brzusznej.

Jeżeli chory nie umiera wskutek obrażenia, to brzegi rany z biegiem czasu wygładzają się, otrzewna ich zrasta się z opłucną, i wreszcie otwór przybiera wszelkie cechy otworu wrodzonego. Zupełne zarośnięcie, chociaż w małych ranach możebne, musi się spotykać niezmiernie rzadko.

Zdarza się niekiedy, że uraz nie rozrywa przepony przez całą jej grubość, lecz rani tylko jej opłucną, otrzewną, lub mięsień. Wówczas pod wpływem ciśnienia wewnątrzbrzuszego wypukła się pozostała tkanka i powoduje wytworzenie przepukliny przeponowej prawdziwej [TRAVERS, ENGEL].

Największą ilość ran przepony, bez względu na rodzaj uszkodzenia, spotrzegano na stronie lewej. Z pomiędzy 143 przypadków przepuklin nabytych, figurujących w statystyce LACHER'a, można wykazać wpływ urazu zewnętrznego w 116. Do tego dodawszy 37 przypadków, zebranych przezemnie, otrzymamy 153 przypadki traumatycznych uszkodzeń przepony. Z tych na rany kłote i cięte przypada 49 [47 na stronie lewej i 2 na prawej]; obrażeń postrzałowych było 27 [22 na stronie lewej i 5 na prawej]; wskutek spadnięcia z wysokości było 40 [30 na stronie lewej, 10 na prawej]; wskutek gwałtownego wstrząśnienia, spowodowanego obwaleniem się ziemi i t. p., było przypadków 9 [7 na stronie lewej i 2 na prawej]; wskutek przejechania, zgniecenia, uderzenia i t. p. było przypadków 22 [17 na stronie lewej, 4 na prawej i 1 z dwoma pęknięciami, jednym na prawej i drugim na lewej stronie]. Wreszcie w 6 przypadkach traumatycznego przedziurawienia lewej części przepony rodzaju urazu nie odnotowano.

Poza temi przypadkami, w których wytworzenie otworu w przeponie, napewno, lub z wielkiem prawdopodobieństwem spowodował uraz zewnętrzny, możnaby przytoczyć jeszcze wiele innych, spowodowanych przyczynami wewnętrznymi [głównie zwiększenie tłoczni brzusznej]. Mają one jednakże mało wartości dla nas, ponieważ brak ścisłych danych nie pozwala nam często orzec, czy wysiłek spowodował tu pęknięcie przepony, czy też, co prawdopodobniejsze, tylko wypadnięcie trzew przez otwór oddawna już istniejący. Do takich na-

leżą: 16 przypadków wskutek wymiotów [15 na stronie lewej, 1 na prawej]; 2 wskutek ciąży [oba na lewej]; trzy przypadki, przytoczone przez LACHER'a i 1 przezemnie [PROT], spowodowane podnoszeniem ciężarów — wszystkie na stronie lewej i t. d. [C. d. n].

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## II. PRZYCZYNEK DO CIĄŻY ZAMACICZNEJ.

Podał

**Władysław Matlakowski.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 42].

Powyższe poglądy TAIT'a znajdują znakomite potwierdzenie w niezmiernie krytycznej i jasno skreślonej pracy WERTH'a [1]. Co się tyczy ciąży brzusznej (*gr. abdominalis*), to przyjsćby ona mogła do skutku tylko wtedy, gdyby jajo wnet po zapłodnieniu weszło z otrzewną w związek bliższy i przez nią odżywiać się zaczęło, co, zdaniem WERTH'a, pozostaje zawsze jeszcze przypuszczeniem. Spór o to, czy zgoła istnieje prawdziwa ciąża brzuszna, nie może być rozwiązany na dotychczasowej drodze, z zamięłowaniem deptanej przez zwolenników i przeciwników tej formy ciąży. Tutaj mogą poradzić tylko fakty; jeden szczęśliwy przypadek prawdziwej, przez poszukiwanie anatomiczne, wolne od błędu, stwierdzonej ciąży brzusznej, natychmiast zniesie wszelkie wątpliwości; takiego faktu, niestety, dotychczas nie ma. Jak smutno stoi kazuistyka ciąży brzusznej, wie każdy, kto przedsięwziął bliższe badanie odnoszących się tu źródeł. Po tych uwagach WERTH rozbiera z kolei najwiarogodniejsze dotychczas znane przypadki ciąży brzusznej [SCHREYER'a LECLUYSE'a, KOEBERLE'go, MATTECKIEGO, BINET'a, BIRNBAUM'a, WINCKEL'a, SMITH'a, DEPAUL'a] oraz pracę WALKER'a; wszystkie okazują się nieścislemi i nie wytrzymują krytyki.

Co do ciąży jajnikowej, to nieliczne wprawdzie ale niewątpliwe spostrzeżenia nie tylko dowiodły jej istnienia, lecz również wykazały, że sam jajnik w pewnych razach może być siedliskiem płodu, rozwijającego się aż do kresu dojrzałości bez pomocy innych sąsiednich narządów i tkanek. Pod względem częstości natomiast ciąża jajnikowa ustępuje znacznie ciąży jajowodowej, a częstość jej, zdaniem WERTH'a w przeciwieństwie do SCHROEDER'a, została raczej przecenioną, niż niedocenianą, choćby do porównania wziąć tylko same przypadki zupełnie donoszonej, lub blizkiej tego kresu ciąży zamacicznej. Za cechą charakterystyczną tej postaci ciąży, jedynie patognomoniczną z całego szeregu, wyliczonego przez SPIEGELBERG'a, uważa WERTH zachowanie się jajowodu, który przy ciąży jajnikowej powinien być odszukany swobodny na całej

[1] Beitrage zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. 1887.

przestrzeni i wszelka możliwość jego udziału w utworzeniu worka powinna być wykluczona.

Pomijając postaci mieszane (*gr. tuboovarica* i *gr. tuboabdominalis*), jako niesłychanie trudne do stwierdzenia w późnych okresach i niezmiernie rzadkie z powodu szczególnych warunków, w jakichby przyjąć mogły do skutku [dla pierwszej, jak powiedzieliśmy, potrzeba, aby wylot trąbki był zrosnięty z pewnym odcinkiem zdrowego jajnika, i ażeby w tem obrośniętem miejscu pękł dojrzwały pęcherzyk GRAAF'a i zapłodnione jajo w temże miejscu się rozwinęło; dla drugiej, ażeby jajo zapłodnione zatrzymało się w samym otworze jajowodu tak, aby w utworzeniu łożyska macierzystego wzięły udział zarówno błona śluzowa końca jajowodu, jak i najbliższa otrzewna], ostatecznie widzimy, że w przeważającej liczbie przypadków mamy do czynienia litylko z ciążą jajowodową. Zdobycz to niesłychanie ważna pod względem praktycznym, jak to niżej wykazemy. Zawarty w jajowodzie płód, rosnąc, rozpycha swoje gniazdo i w większości przypadków, jak to już powiedzieliśmy, sprowadza pęknięcie do jamy otrzewnej przed lub około 12—13 tygodnia. WERTH na podstawie stawianych badań i rozbioru niektórych przypadków zebrał 13 przypadków ciąży jajowodowej, w których jako wyjątek od owego fatalnego pravidła ciąża przeszła ów Rubikon i dosięgła 6-u miesięcy, lub nawet w kilku przypadkach kresu swojego, t. j. 9-u miesięcy i w ten sposób niewątpliwie dowiódł możliwości ciąży do pewnego stopnia szypułowatej (*gr. tubaria pedunculata*), którą odrzuca L. TAIT, jako niemożliwą. Jeśli tę formę pominiemy, jako bardzo rzadką, to pozostanie nam jedyna tylko możliwość, a mianowicie, że ciąża jajowodowa, która nie skończyła się pęknięciem w końcu trzeciego miesiąca, musi drażyć między listki więzu szerokiego, rozpychać je, odziewać się niemi i w tem nowem siedlisku może dobieść swojego kresu. Widzieliśmy wyżej, że według L. TAIT'a wszystkie przypadki ciąży donoszonej, lub prawie dobiegłej tego kresu bezwarunkowo tu należą. Tę postać WERTH nazywa: *gr. tubaria intraligamentosa*. Jako najczęstsza, a według TAIT'a jako jedyna, nabiera w oczach klinicysty szczególniejszej wagi i dlatego musimy się bliżej nad nią zatrzymać.

Dziwnem wydaje się nam, iż przy znajomości oddawna guzów śródwęzowych jajnika i przyjajnika, oraz macicy, które również, rozsuwając listki więzu, odziewają się niemi i rosną do ogromnych rozmiarów, idea rozwijania się jaja między temiż listkami pod otrzewną, tak późno została przyjętą i tak mało dotychczas jest rozpowszechnioną. Według jednych DEZEIMERIS [w 1836 r.], według WERTH'a LOSCHGE pierwszy opisał to miejsce rozwijania się jaja. W późniejszym czasie ten podotrzewnowy sposób rozwoju ciąży jajowodowej mało na się zwracał uwagi, a nadto błędnie [L. TAIT dotychczas trzyma się tego poglądu] mniemano, że, ażeby płód dostał się między listki, potrzeba pęknięcia trąbki w tem miejscu, gdzie jej ściana dolna jest zwrócona do tkanki łącznej, zawartej między listkami więzu. Pierwszy dopiero LITZMANN, któremu zawdzięczamy kilka klasycznych prac o ciąży zamacicznej, dowiódł, że tu nie zachodzi żadne pęknięcie, lecz po prostu odbywa się rozciąganie trąbki, rozpychanie tkanki i odłuszczenie od siebie listków więzu bez naruszenia całości worka płodowego. Przy takim pomieszczeniu w więzie szerokim jaja płodowego za-

zwyczaj w zupełności wystarcza otrzewnej do okrycia całego worka, choćby nawet ciąża dobiegła swojego kresu, gdyż oprócz rozciągania odbywa się tu i przyrost tkanki, czemu niektórzy np. TAIT przeczą. W ten sposób część worka okryta jest otrzewną, podczas gdy dolna jego powierzchnia na mniejszej lub większej rozciągłości jest w zetknięciu z luźną tkanką zaotrzewnową. Oczywiście, im późniejsza jest ciąża, tem mniej może wystarczyć otrzewna samego więzu, tembardziej jajo, przekroczywszy podstawę więzu, pakuje się pod otrzewną nazewnątrż, naciągając na siebie otrzewną dołu biodrowego. Jeżeli zapłodnione jajo zatrzymało się w części trąbki bliższej macicy, rozwijając się, przychodzi szybciej w zetknięciu z macicą, odłuszcza jej surowiczy pokrowiec z tylnej powierzchni, lub jeszcze dalej podejmuje na się otrzewną dołu DOUGLAS'a i pokrowiec surowiczy z przedniej powierzchni kiszki prostej. W tych razach listki więzu szerokiego między jajem i bocznym brzegiem macicy wcześniej już rozklejają się i zachodzi blizkie zetknięcie jej z workiem płodowym, który, rosnąc coraz bardziej, spycha macicę w przeciwną stronę i unosi ją do góry. Naodwrot, jeżeli zapłodnione jajo przytwierdziło się w zewnętrznej połowie trąbki, a szczególnie blisko wylotu, rozsuwa najprzód listki więzu w samym kącie górnym, potem coraz niżej w kierunku ku podstawie, rozpycha je dalej w stronę macicy, od której brzegu do pewnego czasu oddziela go jeszcze wolna nieużytkowana część więzu; wreszcie dosięga do brzegu macicy, a wtedy niezajęty odcinek trąbki leży na worku płodowym jako spłaszczona listewka. W kierunku pionowym jajo rozwija najprzód i odkleja listki *mesosalpinx*, i do pewnego czasu pod jajem listki więzu szerokiego jeszcze pozostają w zetknięciu, czyli na pewnej wysokości wzrostu ciąża jest szypulasta, lecz to w nielicznych tylko przypadkach stwierdzić się daje.

Dla oznaczenia śródwieżowej postaci ciąży zamacicznej na preparacie, potrzeba ściśle zbadać stosunek worka płodowego do macicy, do jajowodu, do jajnika.

Macica zachowuje do tej ciąży taki sam stosunek, jak do guzów śródwieżowych, a mianowicie: po całkowitem rozlepieniu listków więzu szerokiego [co ma miejsce już w drugiej połowie ciąży], macica przylega z boku i od przodu oraz od góry, nieraz leżąc bardzo wysoko, a zawsze najściślej spojona z workiem; w pewnych razach przez wyciągnięcie rogu na tej stronie, po której była ciąża, może macica uleść bocznemu wygięciu, wklęsłością zwrócona ku workowi.

Brzemienny jajowód w większości przypadków na bardzo znacznej przestrzeni ginie, biorąc udział w utworzeniu worka płodowego, tak, że nieużytkowana część jego między tym ostatnim i macicą wynosi zaledwie kilka centymetrów, czasami [np. w pierwszym moim przypadku] jednak jest daleko dłuższą, np. do 15 ctm., lub nawet jest nadzwyczajnie wydłużoną, jajowód albo kończy się od strony worka ślepo, lub, co częściej bywa, otwiera się swobodnie do jamy worka, czasami nawet okrągłym trąbkowatym otworem. Wolnego wylotu jajowodu (*fimbriae*) nie udało się odnaleźć w żadnym przypadku.

Każdy pojmuje, jak ważnym jest stosunek jajnika do worka, zważywszy, że długi czas znajdowanie elementów jajnika w ścianie tego ostatniego wystarczało do uznania ciąży za jajnikową. WERTH, który rozebrał krytycznie 16 przy-

padków ciąży śródwieżowej, a nadto zbadał trzy przechowane preparaty, daje następujący opis stosunku jajnika. W siedmiu przypadkach na 16 wyraźnie powiedziano, że jajnika nie można było znaleźć, a raz nie szukano go starannie, by nie uszkodzić preparatu. W jednym przypadku pozostaje wątpliwem, czy znaleziony blisko osady trąbki na worku owalny twór był jajnikiem, czy nie, ponieważ nie wykazano w nim budowy jajnika. W trzech przypadkach znaleziono go prawidłowym i bez bliższego związku z workiem płodowym. Nakoniec w trzech był bardzo zmieniony, to wyciągnięty w nierówny 6 ctm. długi twór, przylegający do worka, to bardzo długi i cienki, to wreszcie na dwa razy podzielony. Jeśli jajo rozrasta się w części jajowodu nazewnątrz od jajnika, to z czasem, rozciągając cały wiąz, wciąga i jajnik w swoją sferę, lecz najprzód rozciąganiu ulega jego biegun zewnętrzny i wtedy jajnik rozciąga się w twór długi w kierunku swojej podłużnej osi. Jeżeli jednak jajo zatrzymało się w części trąbki ponad jajnikiem, rychło zużytkowanem zostaje *mesovarium* i wnet przylega całą swoją przednią powierzchnią jajnik do worka i podpada rozciągnięciu w kierunku zarówno poziomym jak i pionowym i zamienia się na blaszkę, ginącą na ścianie worka, tembardziej, że przychodzą jeszcze zmiany zapalne, zrosty z otaczającymi częściami, tak, że w nich niepodobna odszukać jajnika. Ztąd też niezuajdowanie jajnika nie stanowi absolutnie żadnego dowodu na korzyść jajnikowego źródła ciąży zamacicznej.

W formie szypułowatej ciąży jajowodowej na 13 zbadanych przypadków znalazł WERTH macicę w 4 przypadkach w tyło-pochyleniu; w trzech odchylną była w stronę przeciwną workowi płodowemu; w dwóch leżała bardzo nisko w miednicy. A zatem tutaj macica zachowuje się podobnie jak przy guzach i torbielach jajnika, w jednym przypadku macica leżała w miednicy pod wysoko położonym workiem, w innym znów tak była przez worek zepchniętą, że część pochwowa wyglądała ze sromu. Macica nadto może w rozmaity sposób być przesuniętą i zgiętą, lub skręconą stosownie do zrostów między nią i workiem płodowym, lub też zależnie od tego, jak głęboko opuścił się ten ostatni do miednicy. Godnem uwagi jest, że przy tej odmianie ciąży jajowodowej na 13 przypadków zbadanych udało się go odszukać w siedmiu. Zazwyczaj nie ulega on przesunięciu i leży między workiem i macicą, łącząc się z nią swoim więzmem w prawidłowy sposób; dwa razy przylegał do bocznej powierzchni worka.

Pomijamy tu mnóstwo ciekawych szczegółów, związanych z tak rzadkiem zjawiskiem, jak ciąża zamaciczna, i przechodzimy do roztrząśnienia pytania, do jakiej postaci odnieść nasz przypadek?

Nie znaleźliśmy jeszcze wówczas ani odczytów tak pociągająco skreślonych przez LAWSON TAIT'a, ani jasnej i krytycznej pracy WERTH'a, a mimo to doszliśmy drogą rozważenia kilku punktów do przeświadczenia, że mamy ciążę jajowodową śródwieżową, pomimo przeciwnego zdania niektórych kolegów, uważających ją za typową brzusznią. Dowody, któremi stwierdzaliśmy wobec przeciwników nasze rozpoznanie, były następujące:

a) Najściślejszy związek z prawym rogiem i prawym bokiem macicy. Związek ten nie był prostym zrostem, prostym sklejeniem przez przyleganie, to bowiem musiałyby zajść albo z tylną, albo z przednią, albo z górną powierz-

chnią trzonu, lecz właśnie te powierzchnie były wolne, a worek był spojony z prawym rogiem, i to nie byle zrostem, lecz grubą szypułą, mięsistą, tak, że przy odcinaniu najwyraźniej stwierdzić mogłem, że tkanka maciczna w prawym rogu była wyciągniętą i przechodziła w worek, jak przechodzi w szypułę mięśniaka. Dalej otrzewna macicy z jej powierzchni tylnej i górnej przechodziła bez żadnego rowka i granicy w warstwę najpowierzchniejszą worka płodowego. Z tej strony, t. j. od prawej krawędzi macicy szły główne odżywcze naczynia. Zatem tylko coś, co wyrosło przy boku macicy w więzie prawym, mogło tak odziać się nim i zetknąć się tak ściśle z jej nie wolną, lecz właśnie w wiąz przechodzącą powierzchnią, *resp.* prawym brzegiem.

b) Jakkolwiek bujna wyobraźnia może nam dopomóc do pomyślenia sobie, że jajo wypadło do jamy otrzewnej, otoczone, jak zrzucił przypadek, najrozmaitszymi tworami [jelita, krézka, sieć, narządy miednicy] skutkiem zapaleń wytwarza sobie z nich otoczkę, to jednak nigdy nie może ona być tak samodzielną, nigdzie nieprzerwaną, mocną, w niektórych miejscach do  $\frac{1}{2}$  ctm. grubości mającą, na warstwy rozdzielając się dającą, a nadto z wierzchu gładką, pomimo przelicznych zrostów zewsząd ze ścianą brzuszną, siecią, krézkami i jelitami, ale to tak gładką, że oddzielanie szło rażno pomimo wszystkie zrosty, w  $\frac{3}{4}$  rozciągnięci worka, a mianowicie od przodu, góry, z lewa i nieco z tyłu. Natomiast oddzielanie od tyłu, od dołu biodrowego było tak trudne, że trzeba było preparować nożem, że tu worka o samodzielną ścianie nie było, że tu weszliśmy w kolidyję z tworami stanowczo zaotrzewnowymi [moczowód], podczas gdy, jeżeliby to miała być cięża brzuszna, wszędzie oddzielanie worka powinno być jednakowe, i to wszędzie jednakowo trudne, zważywszy, że tu spojenie worka płodowego z otaczającymi je narządami byłoby nie jakieś przypadkowe, jakieś sklejenie, lecz tęgi unaczyniony, ścisły zrost, jaki spotykamy przy raku np. sieci lub krézki, gdyż te naczynia tu byłyby jedynymi drogami dowozu krwi do płodu. Z drugiej strony w razie obumarcia tego ostatniego nie ma najmniejszych danych na to, aby to wpłynęło na rozluźnienie się związku między workiem i otoczeniem, gdy tymczasem, jeżeli to było sklejenie dwóch listków otrzewnej [*resp.* więzu i trzewa], to po obumarcu płodu mniej odżywia się listek rozciągnięty na worku płodowym i w pewnym okresie odklejenie się udaje, podobnie jak udaje się odklejać przyrosłą kışkę w przepuklinowym worku, lub kışkę od skręconej i obumarcu ulegającej torbieli jajnika, jakeśmy o tem w jednym przypadku dowodnie się przekonali.

c) Listwa wyraźna, odrazu zauważona na worku zaraz po otwarciu brucha i biegnąca po nim w ukos od prawego rogu macicy, t. j. z dołu i z prawa do góry i na lewo po przedniej powierzchni worka płodowego, nie jest przypadkową rzeczą, lecz chociaż nie można było zobaczyć światła, jest pozostałością po jajowodzie. Jako taka nie mogłaby nigdy znaleźć się tak wysoko i w tak bliskim związku z workiem przy cięży brzusznej, gdy tymczasem jej przebieg staje się odrazu zrozumiałym przy śródwieżowym punkcie wyjścia cięży, podobnie jak widzimy wyciągnięte, w ukos biegnące, spłaszczone trąbki Fallopiusz'a przy mięśniakach macicy i śródwieżowych guzach jajnika i przyjajnika, przy których nieraz widzieliśmy je identycznie przebiegające.

Zapewne wedle pracy WERTH'a powinny być macica wysoko przez worek z miednicy wyciągnięta, a myśmy ją znaleźli w średniej wysokości; lecz to nie zbija naszych wywodów, gdy zważymy, sądząc po znacznej długości widocznego jajowodu, że ciąża w danym przypadku musiała się rozpocząć w trąbce bliżej wylotu, i że później dopiero zetknęła się z macicą, nie potrzebując jej od samego początku dźwigać do góry.

To, żeśmy nie mogli odszukać jajnika i strzępów, będzie zrozumiałem dla każdego, kto przeczytał uważnie wyżej podane ustępy pracy niniejszej.

7-o. Co się tyczy postępowania przy ciąży zamacicznej, to, jak to już podnosiliśmy w poprzedniej pracy  $\curvearrowright$ ), zdania autorów się różnią. Jeżeli dziecko żyje, LAWSON TAIT zaleca czekać, tem bardziej, że, jak widzieliśmy, bardzo sceptycznie zapatruje się na możliwość rozpoznania ciąży zamacicznej we wczesnych okresach; jest zatem zdeklarowanym przeciwnikiem zabijania płodu, czy to za pomocą nakłucia, czy też elektrolizy. Jeżeli nastąpiło pęknięcie „żadna *acupunctura* prosta, lub z lekarstwem, żadna elektrolityczna szarlataneryja nie uratuje kobiety, która ma krwawiące naczynie w jamie otrzewnej“ [str. 71]. „Jeżeli ktokolwiek ma co do zarzucenia temu postępowaniu, odwołuję się do prawideł chirurgii, które cieszą się powszechnem zastosowaniem: jeżeli jest krwawienie chirurgiczne, przecinaj i podwiązuj miejsce krwawiące; jeżeli jaka spora gałąź tętnicy udowej krwawi, moi koledzy z pewnością przecinają i podwiązują. Dlaczegożby wiąż POUFART'a miał być linią demarkacyjną, po za którą ten przepis chirurgiczny ma tracić moc swoją?“ Jak widzieliśmy, pęknięcie do jamy otrzewnej prawie bezwarunkowo sprowadza śmierć matki; również widzieliśmy, że na 42 operowanych TAIT uratował 40. Trudno nie przyznać mu słuszności, tem bardziej, że w wielu razach pierwszy atak krwawienia zazwyczaj nie bywa fatalnym, i że opisy kliniczne niewątpliwie stwierdzają fakt, że potrzeba wtórnych krwotoków do sprowadzenia śmiertelnego zejścia. Ma tedy chirurg czas rozejrzeć się w położeniu i przygotować do operacji. TAIT malowniczo opisuje pierwszy przypadek tego rodzaju, gdzie lekarz prowincjonalny, rozpoznawszy ciążę zamaciczną pękniętą, nalegał na niego, by zrobił operację; TAIT wahał się, chora zmarła, a na trupie po nastrzyknięciu tętnic przekonał się, że gdyby był zrobił operację i podwiązał wiąż szeroki, byłby uratował chorą; od tej pory już nie postępuje inaczej w razie pęknięcia. Naodwrot, jeżeli po pęknięciu dziecko i matka przetrzymały katastrofę, TAIT bezwarunkowo radzi czekać końca kresu, i dopiero wtedy, gdy rozpoczynają się objawy porodu przystąpić do operacji celem uratowania dziecka, chyba żeby oczekiwanie miało zagrażać życiu matki. „Jeżeli dziecko zmarło, potrzeba operacji wydaje mi się oczywistą; opisy chirurgii są tak pełne przypadków niebezpieczeństw, jakie w tych razach zagrażają matce, gdy ropienie się rozpoczyna w worku, iż jestem przekonany, że jesteśmy w większości przypadków uprawnieni do operowania“ [str. 70]. TAIT zwraca uwagę, że cięcie od strony pochwy jest metodą niewłaściwą z powodu trudności wydobywania dziecka, z powodu darcia narządów matki, jak tego dowiodły liczne badania pośmiertne. Natomiast radzi robić

cięcie w przedniej ścianie brzusznej, ale nie w smudze, aby uniknąć otwarcia otrzewnej, lecz z boku tak, aby dostać się do worka podotrzewnowo. Czytelnik łatwo zrozumie powody tej na pozór dziwnej rady. Gdy wszystkie donieszone ciężę zdaniem TAIT'a, jakieśmy widzieli, są ciężami jajowodowemi, rozwiniętymi w więzie szerokim i okrytemi otrzewną, gdy dalej poszukiwania anatomiczne okazują, że przy nich pozostaje nietkniętem zagłębienie maciczno-pęcherzowe, przeto przecinając w smudze, otwieramy napewno otrzewną, natomiast tnąc z boku, możemy dostać się do worka podotrzewnowo, jak do ropnia przy *parametritis suppurativa*, lub do *a. hypogastrica* przy jej podwiązywaniu. W późnych okresach ciąży zamacicznej radzi TAIT otworzyć worek płodowy, wydobyć żywe dziecko, podwiązać pępowinę, zostawić łożysko i zamknąć ranę hermetycznie, a to dla tego, że oddzieranie łożyska sprowadza straszny krwotok. Wiele ciekawych stron operacyi musimy pominąć.

W wielu kardynalnych rzeczach różni się WERTH od TAIT'a we względzie operacyi. Sam punkt wyjścia jego jest inny; zdaniem jego, na ciężę zamaciczną należy zapatrywać się jak na nowotwór złośliwy, którego usunięcie, wszystko jedno w jakim bądź okresie, winno być w zasadzie naszym celem. Jak widzieliśmy, WERTH dzieli ciężę zamaciczną na taką, gdzie jest szersza lub węższa szypuła [tu należą bardzo rzadkie przypadki ciąży zamacicznej jajowodowej i również rzadkie przypadki ciąży zamacicznej jajnikowej] i na przypadki, gdzie worek płodowy leży między listkami więzu szerokiego. Przy pierwszej postaci w każdym okresie możliwem jest z rozmaitym stopniem trudności szypułę podwiązać i worek płodowy radykalnie wyciąć, oczywiście, im późniejszy okres, tem szerszą jest szypuła, tem trudniejszy do niej dostęp, tem obszerniejsze zrosty, tem liczniejsze i sutsze unaczynienie i z innych stron nietylko od strony więzu szerokiego. Wyjątek stanowią te unikatki ciąży zamacicznej szypułowej, jak przypadki JESSOP'a, BANDL'a, WALTER'a, gdzie płód prawie donoszony po pęknięciu worka leżał swobodnie w jamie otrzewnej; tu po wyjęciu dziecka technicznie łatwo jest usunąć cały skurczony worek bez narażenia się na niebezpieczny krwotok.

Usunięcie płodu wraz z workiem, w przeciwieństwie do TAIT'a, uważa WERTH jako zasadę, a to dlatego, że, jak doświadczenie wykazuje, przy żywym dziecku samo wyjęcie płodu daje prawie absolutnie śmiertelne rokowanie. Otóż, przy ciąży śródwieżowej w drugiej połowie ciąży zadosyćczynieniu tej zasadzie stoi na przeszkodzie za życia płodu straszny krwotok z powodu trudności zapobieżenia mu. I dla tego dla operatora średniej wprawy kładzie jako правило, żeby do operacyi wycięcia worka przystępował przed połową ciąży, lub blisko tego terminu, wtedy bowiem mogą być jeszcze listki więzu szerokiego niezupełnie przy podstawie rozlepione i wogóle łatwiejszem jest wtedy podwiązanie, tak, jak przy ciąży posiadającej szypułę. W tych razach należy po otwarciu brzucha najprzód przez obklucie podwiązać część więzu szerokiego między macicą i workiem płodowym, jako zawierającą główne drogi naczynne; również przez obklucie przeciąć dopływ krwi pod guzem u podstawy więzu, a wtedy przy wycinaniu worka krwotok będzie

nieznaczny. Zresztą WERTH godzi się na wskazania, jak je postawił LITZMANN, o czym już pisaliśmy w pierwszej naszej pracy. Im atoli późniejszy jest okres ciąży zamacicznej jajowodowej śródwieżowej, tem wycięcie staje się trudniejszym z powodu coraz to ściślejzego związku z macicą, coraz sutszego rozwoju naczyń, coraz głębszego wypychania się worka w miednicę małą, gdzie operowanie połączone jest z wielkimi trudnościami.

WERTH zebrał za ostatnie 6 lat [do 1887] 53 operacje ciąży zamacicznej, wykonane już po śmierci płodu; w tej liczbie było 40 operacyj, w których po wyjęciu płodu pozostawiono worek płodowy, albo sam przez się przyrosły do ściany brzusznej, albo umyślnie przyszyty, ze śmiertelnością 14 = 35%; dalej w 11 przypadkach wycięto worek wraz z obumarłym płodem z 4  $\frac{1}{2}$  = 36% na koniec w 2 przypadkach nie udało się doszczętnie wyciąć worka z 2  $\frac{1}{2}$ .

Gnicie w worku uważa WERTH za przeciwwskazanie do radykalnej operacji nie tylko przy śródwieżowej, lecz przy szypulastej formie ciąży zamacicznej. Czytelnik zapytać się może, jakie jest moje zapatrywanie się w ważnym względzie leczenia ciąży zamacicznej. Widzieliśmy już, jak skrajnie różne poglądy wyraził L. TAIR pomimo wyjątkowo rozległego doświadczenia osobistego. Dziś jeszcze zawcześnie jest, aby można ująć w pewne reguły postępowanie przy ciąży zamacicznej. Statystyka, która jeszcze nigdy w medycynie niczego nie dowiodła i tu nie może mieć żadnego znaczenia. Pewien plan, mogący być wyborynym, w statystyce może się ujemnie przedstawiać, z powodu, że zastosowano go w ciężkich przypadkach, na śmierć już skazanych. Dlatego też rozważanie cudzych operacyj nie może doprowadzić do odszukania najwłaściwszej drogi; tylko rozważenie anatomicznych warunków przy każdej swojej operacji rzuca istotne światło na dalszy wybór danej, a nie innej metody. Nie można nie przyznać, że najprostszą, najłatwiejszą i najkrótszą jest metoda, polegająca na przecięciu ściany brzusznej i worka płodowego, wydobyciu płodu i przedrenowaniu jamy worka, jeżeli, jak to najczęściej bywa, worek zrosły jest ze ścianą brzuszną. Jeżeli nie jest zrosnięty, można go przyszyć. Można także, za przykładem MARTIN'a, znaczną część jego wyciąć, a brzeg pozostałej części do brzegów cięcia brzuszego przyszyć. Sposoby te nadają się zarówno, gdy ciąża jest umocowana na szypule, czy pogrążona w więzie, czy nastąpiło gnicie z gazami, czy nie. Oczywiście, mówi się tu tylko o operacji już po śmierci płodu, [lecz wykluczam przypadki pęknięcia i krwotoku]. Mimo tej łatwości względnej operacji, która w wielu razach równa się otwarciu ropnia parametrytycznego, lub przecięciu przy *peritonitis saccata*, chirurgowie zawsze dążyć będą do tego, aby za jednym zamachem nie tylko płód, lecz i worek, źródło długotrwałego ropienia w razie pozostawienia go, wyciąć i odrazu chorą postawić na drodze do rychłego wyzdrowienia. Powtarza się tutaj to samo, co widzimy przy miotomii; traktowanie szypuły zewnątrztrzewnowe stanowi operację krótszą, łatwiejszą i daje śmiertelność niższą, a jednak ciągle jest dążność do postępowania wewnątrztrzewnowego.

W razie gdy operator decyduje się na radykalną operację wycięcia, zdaje mi się, że tylko w rzadkich przypadkach, gdzie jest szypuła, lub tylko we wczesnych okresach ciąży, da się łatwo i bezpiecznie zastosować rada WERTH'a,

by najprzód obkłuć i podwiązać szypułę, a potem wyciąć worek. W przypadkach, gdzie są zrosty, gdzie nie ma szypuły, łatwiej jest, mojem zdaniem, worek aż do części jego niepokrytej otrzewną od zrostów oswobodzić, a do tego lepiej będzie najprzód go otworzyć, przez wyjęcie płodu zmniejszyć, a potem kolejno oddzielać ze wszystkich stron, aż się dojdzie do połączenia z macicą i do podstawy więzu szerokiego i dopiero wtedy, przez obkłucie zabezpieczywszy się od krwotoku, na końcu worek wyciąć. Gdyby to okazało się niebezpiecznem, można wtedy jako *malum necessarium* uciec się do umocowania resztki worka w dolnym kącie rany, jak po wyluszczeniu mięśniaków, utworzoną sztucznie szypułę, zawiązaną podwiązką sprężystą, umieszczamy w dolnym kącie rany. To jest tylko pewna rzecz, która usprawiedliwia śmiałość tych, co się na wycięcie worka odważyli, że zrosty napotykanne nie były ani tęższe, ani rozleglejsze, niż napotykanne przy torbielach jajnika; owszem jeżeli mam oprzeć się na osobistem doświadczeniu, operowałem już dużo torbieli z nieporównanie mocniejszymi, trudniejszymi zrostami z kiszka, z krezką, z otrzewną dołu Douglasa'a, z pęcherzem. Naodwrot, jeszcze raz to zaznaczam, co zresztą wypływa z anatomicznych stosunków ciąży śródwieżowej, większa część jej powierzchni jest wcale luźno spojeną z trzewami, i zrosty jej nie dają się porównać nawet ze zrostami, pokonywanymi przy wycięciu odźwiernika lub guzów krezki. Dla tego to operacja radykalna ciąży zamacicznej zawsze będzie pociągać operatorów do siebie, póty, aż coraz większe doświadczenie wybierze drogę najwłaściwszą, która piętrzące się trudności opanować zdoła ku ratunkowi nieszczęśliwych chorych.

8-o. Kilka uwag nasuwa mi się z powodu skaleczenia moczowodu. W obu moich przypadkach przekonałem się, jak blizkim jest stosunek moczowodu do ściany worka; w pierwszym moczowód był przez dolny biegun worka płodowego tak uciśnięty, że spowodował aż rozszerzenie moczowodu i miedniczki i niższy stopień wodonercza. W drugim przypadku moczowód przylegał do worka na przestrzeni najmniej 12 ctm., był spłaszczony i wcale moczu nie zawierał; najpewniej to napisać mogę, gdyż ani w chwili przecięcia, ani przez czas operacji, ani w chwili przyszywania, t. j. blisko przez godzinę nie wysączyła się ani kropla moczu. Gdy na wyciętej nerce w 46 dni później znać było jeszcze rozszerzenie kielichów, przypuszczać się godzi, że prawa nerka z trudnością pozbywała się swojej wydzieliny do pęcherza. Na podstawie tych dwóch przypadków, z których w drugim przyszedłem w kollizję z moczowodem, a w pierwszym napewnobym przyszedł, gdybym był wycięcie doprowadził do końca, twierdzę, że skaleczenie moczowodu narówni z krwotokiem zagraża przy operacji radykalnej.

Jest to niezmiernie ciekawe, że w tym przypadku moczowód, oddzielony przy oddzielaniu worka od tyłu, na przestrzeni kilkunastu centymetrów od swojego łóża, naciągnięty do rany w ścianie brzusznej dla wszycia, mimo to nie uległ zgorzeli, choć ogołocony był z naczyń odżywczych na pewnej rozciągliwości. Gdybym był o tem przeświadczony z góry, byłbym odrazu zeszył oba końce i umieściwszy moczowód zeszyty w ranie, czuwał przez

dwadzieścia dni pierwsze, czy się nie sączy mocz, a w razie udania się szwu, po 48 godzinach, zamknąłbym jamę brzuszłą za pomocą szwu wtórnego (*Secundärnaht*). POGGI i TUFFIER ▲) czynili doświadczenia na zwierzętach, zeszywając końce przeciętego moczowodu, na człowieku jednak, o ile mi wiadomo, operacja ta nie była dokonana, a nasze pierwsze usiłowanie w tym względzie nie dało pożądanego wyniku, z powodu trudności szwu następczego, t. j., gdy już oba końce moczowodu wrosły w ranie ściany brzusznej. Inaczej rzecz by się miała, według wszelkiego prawdopodobieństwa, gdybym był usiłował odrazu zeszyć te końce. Zdaje mi się, że najbezpieczniejszą metodą byłaby następująca. Zeszywszy jak najstaranniej najcieńszym katgutem lub jedwabiem obwody obu końców ze sobą, umieścić je w ranie ściany brzusznej tak jednak, żeby pod niemi naciągnąć i zeszyć listek ścienny otrzewnej, która w razie nieudania się szwu, broniłaby jamę brzuszłą od zalania moczem. W razie udania się szwu moczowodu, można by pozostawione cięcie w ścianie brzusznej zamknąć szwem wtórnym bez żadnych złych następstw, jakie pociąga za sobą gojenie przez ropienie.

W przypadkach takich, jak SIMON'a, mój — zdaje mi się, że w razie, gdy nie można zeszyć moczowodu, pozostaje jedynie wyciąć nerkę. Tylko w razie przekonania się o obecności pojedynczej nerki nie pozostaje nic innego, jak zrezygnować na noszenie zbiornika, jakiego model podaje LE DENTU [l. c. str. 810 i 811, rys. 33 i 34], mimo to chora pozostaje odtąd kaleką. Inna rzecz z umyślnie skutecznianiem przyszywaniem moczowodu, zatkanego przez rozmaite sprawy [raki macicy, recydywy po wycięciu macicy przez pochwę, mięśniaki macicy] w jamie miednicy małej; tu chorej, skazanej na śmierć niechybną, przedłuża się życie przez t. zw. *greffe urétérale*, t. j. wszczepienie moczowodu w ścianę brzuszłą, i tu zbiornik jest koniecznym; natomiast przy zranieniu moczowodu u osób pod innemi względami zupełnie zdrowych utworzenie przetoki moczowej zwłaszcza na brzuchu stanowi wstrętne kalectwo, od którego gotowi poddać się powtórnej ciężkiej operacji tak, jak było w moim przypadku.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dodatkowem d. 25. VI. r. b., ostatniem przed feryjami, kol. STANKIEWICZ przedstawił chorego 30-letniego, który przybył do szpitala z przetoką pęcherzowo-moczową, powstałą z powodu obecności kamienia w pęcherzu i szyjce pęcherza. Chory był okazem tak zw. zołz głębokich, t. j. posiadał blizny kostne po gruźliczem cierpieniu kości i stawów. W stawie biodrowym było zupełne zeszytywnienie (*ankylosis coxae completa*). Kolega S. zapomocą cięcia międzykrocowego (*cystotomia perinealis*) wydobyl kamień, ważący 3 uncje. Dla umożliwienia operacji poprzednio było wykonane złamanie kości biodrowej nad krętarzem wielkim. Zagojenie przetoki nastąpiło w ciągu miesiąca, rany w kroczu po 6 tygodniach. Konsolidacja kości nastąpiła w 2 miesiące, poczem chory wypisał się zupełnie zdrow ze szpitala. Tenże

▲) LE DENTU. Affections chirurgicales des reins, des uretères. 1889, str. 753.

kol. S. przedstawił chorą 36-letnią, która przybyła do szpitala z powodu sztu-  
cznej rzyci (*anus peacternaturalis*). Nie wiadomem jest pochodzenie tego cier-  
pienia, trwa ono już od kilku miesięcy, a powstało po jakiejś obłożnej chorobie  
gorączkowej, połączonej z silnemi boleściami brzucha [może przepuklina uwięz-  
nięta]. Wycięto 25 ctm. кишки; pozostałe części zeszyto. Przebieg był bez-  
gorączkowy, nie dając żadnych objawów ze strony otrzewnej. 10-go dnia obfite  
stolce po podaniu oleju rącznikowego. Odtąd datuje się stolec dobrowolny,  
łaknienie i szybkie przyjście chorej do sił.

W dalszym ciągu kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego po u r e t r o t o -  
m i i z e w n ę t r z n e j. Chory ten miał zgorzel prącia wskutek ropnia około-  
cewkowego. Kol. J. próbował wprowadzić najcieńszy kateter, ale to mu się  
nie udało. Wtedy zrobił cięcie kroczowe, ale również bez skutku. Wówczas  
przepołowił worek mosznowy i zobaczył otwór cewki. Dziś chory ten poprawił  
się o tyle, że można mu wprowadzać Nr. 24 cewnika francuzkiego. Następnie  
tenże kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego, u którego rozpoznał ropny wysięk  
w jamie opłucnej. Podczas operacji okazało się, że był to ropień podprzepo-  
nowy, czyli t. zw. *pyothorax subphrenicus*, opisany przez LEYDEN'a. Szczegółowy  
opis tego przypadku będzie umieszczony w naszym piśmie. Wreszcie kol. JAW-  
DYŃSKI przedstawił chorego, interesującego ze względu na trudność jakiegokol-  
wiek rozpoznania jego choroby. Przypadek ten dotyczy młodego chłopca, któ-  
ry w Październiku r. z. spadł z rusztowania i uderzył się w lewy bok o cegły.  
Chory ten gorączkował, a przy badaniu znaleziono odgłos wypukowy tępy z bo-  
ku i na brzuchu do *spina ilei ant. sup.*, a na klatce piersiowej od g r z e b i e n i a  
ł o p a t k i. Wypuszczono 3 litry płynu z brzucha, a 2 litry z klatki piersio-  
wej [w VI międzyżebżu na linii pachowej]. Płyn był ropny. W 5 dni potem  
wypuszczono  $2\frac{1}{2}$  litra płynu z brzucha, a  $\frac{1}{2}$  litra z klatki piersiowej. Płyn był  
surowiczy. Następnie wypuszczono 4 litry z brzucha, a z klatki piersiowej  
płynu wydobyć nie można było wcale. Jeszcze kilka razy wydobywano z jamy  
brzuszej po 3 litry płynu surowiczego, w którym znajdowano białe ciała krwi  
i kryształki hematoïdyny. Wykonano cięcie z tyłu; znaleziono dużą jamę i wgłę-  
bienie w przeponie. W kilka dni po operacji znaleziono opatrunek, zmoczony  
płynem, posiadającym zapach moczu. Rana się zagoiła, a w ciągu kilku ty-  
godni chory wyzdrowiał zupełnie. Według zdania kol. J., przypadek ten jest  
zupełnie niejasny ze względu na rozpoznanie. Można by myśleć o istnieniu  
ropnia okołonerkowego. Następnie kol. J. rozebrał możliwe przyczyny, rozpo-  
znawanie i rokowanie w przypadkach, które LEYDEN opisał pod nazwą: *pyotho-  
rax subphrenicus*.

W dyskusyi kol. MATLAKOWSKI zaznacza, że oba przypadki są ciekawe  
pod względem etjologicznym, ale nie można je uważać za typy obrazu klin-  
icznego, opisanego przez LEYDEN'a. Drugi przypadek jest całkiem niezrozum-  
niały. Nie ma dowodu, aby płyn, wydzielony na opatrunek, był moczem.

Kol. MAYZEL objaśnia, że dla przekonania się, czy ów płyn był moczem, na-  
leżałoby otrzymać kryształki k w a s u m o c z o w e g o, tego się kol. M. zro-  
bić nie udało. Ślad mocznika został w cieczy wykazany, co do zapachu mo-  
czu, to zapach taki może się rozwinąć przy rozkładaniu się płynów suro-  
wicznych.

Na posiedzeniu klinicznym, pierwszym po feryjach, d. 16. IX. 89, kol. BU-  
WID przedstawił dokonane przez siebie bakteriologiczne badania wody wiśla-  
nej z demonstracją hodowli i preparatów drobnowidzowych oraz fotografij.  
Wyniki tych badań będą ogłoszone w Z d r o w i u.

Następnie kol. PRUSZYŃSKI przedstawił sprawozdanie z jednej z prac, wy-  
konanych w pracowni prof. NENCKIEGO w Bernie, p. t.: „O z a c h o w a n i u  
się k w a s ó w a m i d o - s a l i c y l o w y c h w u s t r o j u”. Kol. P. prze-

prowadził doświadczenia nad 3 izomerycznymi kwasami amido-oksy-beuzoesowemi, mianowicie: nad kw. orto-amido salicylowym meta- i para-oksybenzoesowym, w celu przekonania się, czy ciała te, wprowadzone do żołądka w roztworach wodnych, obniżają ciepłotę, w jaki sposób przechodzą przez ustrój, oraz dla zbadania ich własności leczniczych i przeciwniejących, aby dojść do ogólniejszego wniosku o wpływie, jaki wywiera ugrupowanie cząstek w tych trzech izomerycznych związkach na ich działanie fizjologiczne. Badania te były przeprowadzone na królikach, psie i człowieku. Wyniki tych badań będą pomieszczone w Gazecie.

Na posiedzeniu klinicznym d. 23. IX. r. b. kol. BUJWID przedstawił sprawozdanie z leczenia wścieklizny metodą PASTEUR'a w Warszawie za rok 1888. W roku ubiegłym wogóle było leczonych 317 osób, zmarły 2. W 36 przypadkach wścieklizna zwierzęcia była stwierdzoną doświadczalnie, w 11-u przez wściekliznę zwierząt pokąsanych w tymże czasie, w 79 była stwierdzoną przez sekcję, w 156 przez objawy kliniczne. 32 osoby były pokąsane przez psy podejrzane o wściekliznę, 3 przez zwierzęta, które nie zostały odszukane. Wyniki szczepień metodą PASTEUR'a w Warszawie kol. B. ogłosił w 4 N-rze roczników Instytutu PASTEUR'a z r. b.. Od połowy r. 1887 kol. BUJWID dokonywa szczepień metodą wzmocnioną, t. j. dochodzi do rdzenia trzydniowego, robiąc 1-go dnia dwa szczepienia rdzeniami 12 i 10-dniowym, 2-go dnia dwa szczepienia rdzeniami 8 i 6, następne dni — jedno szczepienie rdzeniami 4, 5, 6, 4 i 3-dniowym. Ta metoda, według statystyki kol. B., daje wyniki lepsze, aniżeli metoda słaba [jedno szczepienie dziennie od rdzenia 14-dniowego, do 5-dniowego włącznie]. Wiadomości o losach chorych szczepionych kol. B. posiada ze źródeł urzędowych [naczelnik powiatu]. O przypadkach niepomyślnych zwykle odbiera kol. B. wiadomości z kilku źródeł. Wreszcie kol. B. podaje wzmiankę o 2 przypadkach, w których zastosowano szczepienie już po zjawieniu się bólu w miejscu ukąszenia. W ciągu 36 godzin dokonano szczepień metodą wzmocnioną. Wynik był pomyślny. Podobny fakt z również pomyślnym wynikiem miał miejsce u PASTEUR'a.

W dyskusyi kol. KRYSIŃSKI zwrócił uwagę na to, że sekcja zwierzęcia nie ma żadnego znaczenia dla rozpoznania wścieklizny. Dla poparcia tego twierdzenia przytacza fakt, że w Dorpackim Instytucie Weterynaryjnym u zwierzęcia, pokąsanego przez inne zwierzę, posądzane o wściekliznę, rozpoznano wściekliznę. Tymczasem owo kąsające zwierzę okazało się zupełnie zdrowem i żyło długi czas. Dla tego też kol. B. proponuje, aby z rubryki „ukąszone przez nie wątpliwie wściekłe zwierzęta,” wykreślić te przypadki, w których wścieklizna była stwierdzoną przez sekcję, ponieważ ta ostatnia nie przedstawia żadnego pewnego kryterijum. Kol. BUJWID odpowiada, że sekcja wtedy może dostarczyć nieomyślnych dowodów wścieklizny, jeżeli w żołądku zwierzęcia znajdziemy ciała obce, niejadalne, jak: szkło, drzazgi, włosy i t. d.. U 190 psów, mających wściekliznę, kol. B. znajdował z a w s z e w żołądkach te ciała.

## Wiadomości terapeutyczne.

**23. Pilocarpina przeciw tężcowi.** Wiadomo powszechnie, jak bezsilną najczęściej bywa nasza terapia wobec tak ciężkiej, dotkliwej i zabójczej choroby, jaką zwykle bywa tężec, szczególniej urazowy. Oprócz morfiny, kufary, chloralu, bromku potasu, chloroformu, salicylanu sodu, próbowano w ostatnich czasach: *Conium* w połączeniu z belladoną i szalejem (*hyoscyamus*) [MELDON], *conium hydrobromatum* [DEMME]; niektórzy uciekali się nawet do naciągania nerwów, do amputacji, wycinania i wyskrobywania — wszystko to, jak dalsze doświadczenie nauczyło, nie ziszczało oczekiwań.

Niezmiernie ciekawy przyczynek do terapii tężca przynosi nam D-r LUIGI CASATI (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1889. Nr. 9). Jeżeli istotnie i inni lekarze sprawdzą wyniki, podane przez wzmiankowanego badacza, to przeciw tężcowi posiadać będziemy bardzo cenny środek leczniczy — w p i l o k a r p i n i e.

LUIGI CASATI wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach nad działaniem pilokarpiny przy tężcu. Za pomocą szczepienia wywołano najprzód u królików tężec, a następnie zastosowano pilokarpinę w postaci zastrzykiwań podskórnych.

Wynik na korzyść pilokarpiny wypadł bardzo świetny: z dziewięciu królików z objawami tężca siedm zupełnie wyzdrowiało po zastosowaniu pilokarpiny, a dwa tylko zdechły; wszystkie zaś inne króliki, którym pilokarpiny nie wstrzyknięto, zdechły — i to w bardzo krótkim czasie po wystąpieniu pierwszych objawów tężca.

W kilka godzin po pierwszym wstrzyknięciu pilokarpiny nastąpiło zmniejszenie objawów tężcowych; najpóźniej zwykle znikał szczełkościsk.

Rzecz przytem godna uwagi, że króliki przy tężcu znoszą pilokarpinę w takich dużych dawkach, jakie w zwykłych warunkach zawsze zabójczo na nie działają.

Oprócz tego CASATI przeprowadził doświadczenia nad zachowaniem się laseczników tężca wobec pilokarpiny.

Wprawdzie laseczники tężca nie giną i nie przestają się rozwijać pod wpływem pilokarpiny, jednakże — okoliczność niezmiernie ważna — wytwory ich przestają być jadowitemi.

Wiadomo, że, jeżeli hodowlę laseczników tężcowych na żelatynie wyjałowimy, lub jeżeli ją tak starannie przefiltrujemy, aby w podłożu nie zostało ani śladu laseczników, to ów płyn, pozbawiony laseczników, po wstrzyknięciu zwierzęciu wywoła wszystkie objawy tężca, czyli innemi słowy: produkty przemiany materii danego drobnoustroju są tu właściwie jedynym powodem do powstania tężca. Otóż, jeżeli laseczники tężcowe hodować będziemy na żelatynie z p i l o k a r p i n ą i jeżeli następnie z takiej hodowli starannie usuniemy wszystkie laseczники, to płyn taki, pozbawiony laseczników, już nie wywoła objawów tężcowych.

Wiadomo dalej, że BRIEGER'owi udało się otrzymać z hodowli laseczników tężcowych alkaloid, czyli ptomainę, którą nazwał t e t a n i n ą i że właśnie owa tetanina, wprowadzona do ustroju zwierzęcego, wywołuje cały obraz tężca. Otóż, CASATI się przekonał, że po wstrzyknięciu królikowi tetaniny BRIEGER'owskiej razem z p i l o k a r p i n ą [gr.  $\frac{1}{3}$ —gr.  $\frac{1}{2}$ ] objawy tężcowe wcale nie występują, a natomiast nwydatnia się tylko działanie pilokarpiny.

Takż sam wynik otrzymał CASATI i u ludzi chorych na tężec: trzech chorych na tężec urazowy (*tetanus traumaticus*), leczonych wstrzykiwaniami dużych dawek pilokarpiny, wyzdrowiało.

**24. Spokój bezwzględny, jako metoda lecznicza przy tężcu.** Prof. RENZI przeprowadził najprzód następujące doświadczenie: żaby truto  $\frac{1}{20}$  miligrama strychniny; jeżeli taką żabę wystawiano dalej na działanie światła i dźwięku, to zawsze zdechała; jeżeli zaś żabę, otrutą za pomocą strychniny, umieszczano w miejscu zupełnie ciemnem, w miejscu, do którego żaden dźwięk nie dochodził, to wracała do stanu prawidłowego.

Wynik z tych doświadczeń był pobudką dla prof. RENZI'ego do zastosowania bezwzględnego spokoju przy leczeniu chorych na tężec.

Oto jego metoda lecznicza:

- 1) Chorem zatyka uszy watą i woskiem.
- 2) Chorego помещa samego jednego w zupełnie ciemnym pokoju, do którego żaden szelst nie powinien dochodzić. Przytem każe wpoić w chorego to przekonanie, że od absolutnego spokojnego zachowania się zależy jego wyzdrowienie.
- 3) Do pokoju chorego wchodzi co cztery godziny przy lampie zakrytej jedna osoba, dla nakarmienia chorego i dla podania odpowiedniego lekarstwa. Pokarm powinien być tylko płynnym, a podać go należy tak, aby chory jak najmniej ruchów połykowych potrzebował wykonywać: poprostu każe on za pośrednictwem krótkiej sondy ostrożnie choremu wlewać do gardzieli: rosół, jedno jajko i wino białe.

4) Dla uspokojenia bólów przepisuje belladonę ze sporyszem.

Z pięciu chorych, w ten sposób leczonych, czterech wyzdrowiało.

Wiktor Grostern.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W żadnym może kraju środki przeczyszczające nie są tak nadużywane jak u nas; już nie tylko lekarze szafują niemi nadmiernie, lecz i sama publika bez porady używa całemi miesiącami nieraz nawet latami, nie tylko środków przeczyszczających roślinnych, lecz wielokrotnie i solnych, a nawet i mocno drastycznych. Za granicą, szczególnie w Niemczech, już oddawna wystąpiła reakcja przeciw tej odwiecznej metodzie, hasłem której było: „*qui bene purgat, bene curat*“. Wykazano dokładnie, jak liczne zaburzenia w przewodzie pokarmowym wywołują środki czyszczące przez nawykowe użycie i jak wielką szkodę i fatalne następstwa wywołać może nawet kilkakrotnie nieodpowiednie zastosowanie środków czyszczących; dość przecież wspomnieć o zapaleniu kiszki ślepej, o zapaleniu błony brzusnej, o uporczywym wstrzymaniu stołców przy uwięźnięciu kiszki i t. d.. Lekarze, idący w myśl nowoczesnej nauki, dążyć wszelkiemi siłami winni nie tylko do ograniczenia nadmiernego użycia środków czyszczących, do sprowadzenia użycia tychże do ściśle ograniczonych wskazań, lecz nieodzownie winni się starać wśród publiczności wpoić przekonanie o szkodliwości użycia tych środków, jako leku codziennego, szczególnie bez porady lekarskiej. Zamiast tego kierunku widzimy u nas w ostatnich czasach zjawisko wprost przeciwne: oto, lekarze w rozmaitych czasopismach nielekarskich ogłaszają o znakomitych wynikach, otrzymywanych przy użyciu różnorodnych wód gorzkich. Pytamy się: kogo owe codziennie głoszone doświadczenia i świetne wyniki z użycia wód gorzkich mają oświecić — lekarzy, czy publiczność? Odpowiedzi daleko chyba szukać nie potrzeba.

Reklamy owe, mające na celu jedynie zysk właścicieli, opatrzone licznemi podpisami lekarzy, a jeszcze uzupełnione dodatkami wykazującemi, w jakich chorobach wody owe są wskazane, w wysokim stopniu są w stanie zbałamucić i tak mało oświeconą w kwestyjach zdrowia naszą publiczność, wprowadzając w szerokie użycie bez wskazań właściwych wcale nieobojętne, a mocno drażniące środki solne, niewłaściwe użycie których z łatwością nieraz nawet bardzo poważne zaburzenia w ustroju sprawdzić może.

Sądzę, że szanowna Redakcyja Gazety Lekarskiej, która wielokrotnie już liczne żywotne kwestyje, dotyczące naszego zawodu lekarskiego, skutecznie poruszała i tę, zdaniem mojem, ważną sprawę zechce uwzględnić i przedstawić ją w formie, jak to uzna za właściwe w swoich łamach.

Z poważaniem D-r Med. NN.

## Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku Zeszyt 9 i 10 wydawanych przez naszą Redakcyję „Odczytów klinicznych“, zawierających pracę ORTEL'a p. t.: Dyjetetyczno-mechaniczne leczenie chorób serca. Jest to pierwsza praca w języku polskim, traktująca o tej tak ważnej i tak obszernie za granicą dyskutowanej kwestyi.

— Wyszło z druku naszym nakładem dzieło kol. REJCHMANA, p. t.: Nauka o chorobach narządu trawienia [Semijotyka]. Nie potrzebujemy chyba tu przypominać, jak wielkim zmianom uległa cała nauka o chorobach narządu trawienia i jak wielki postęp ona już uczyniła. Wszystkie czasopisma lekarskie, tak nasze jak i zagraniczne, od lat kilku ciągle przepełnione są pracami w tym kierunku. Szybkie rozejrzenie się w tym ogromie prac, dokładne ocenienie, jaką każda nowa praca ma doniosłość przy łóżku chorego, stanowi chyba dla lekarza praktyka trudność niemałą. To było pobudką, że dzieło D-ra REJCHMANA puszczamy w obieg. Autor, znany z cennych prac na polu patologii narządów trawienia, postarał się zestawić dla lekarzy, praktyków, w sposób ściśły i jasny wszystko, co nauka do dnia dzisiejszego może dać lekarzowi przy rozpoznawaniu chorób narządu trawienia. Dla uniknienia rozwlekłości i dla łatwiejszego oryentowania się, autor nie wdawał się w żadną krytykę, pominął wszelkie wzmianki biblijograficzne i wszystkie te prace, które dotąd nie znalazły żadnego zastosowania przy łóżku chorego.

Jako wydawcy nie możemy, rozumie się, oceniać wartości danego dzieła; sąd o niem pozostawiamy innym; uznaliśmy je w każdym razie za bardzo pożyteczne i spokojnie puszczamy je w świat,

mając nadzieję, że szan. Koledzy swem poparciem umożliwią nam dalsze wydawanie dzieł lekarskich. Cena wzmiankowanego dzieła, opatrzonego kilkoma drzeworytami, wynosi rs. jeden — z przesyłką rs. 1 kop. 20.

— W dniu 20 b. m. w tutejszym Uniwersytecie kolega HENRYK RUPPERT bronił publicznie rozprawy na stopień doktora medycyny, p. t.: „O pochodzeniu żółciowej marskości wątroby“. Stopień doktorski kol R. został przyznany.

— Na zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników w Heidelbergu D-r PUSCHMANN mówił o znaczeniu historii dla medycyny i nauk przyrodniczych. Etyczne znaczenie nauki historii medycyny leży w tem, że uczy ona sprawiedliwości względem poprzedników i skromności w ocenianiu własnych prac. Młodzież poznając życie wielkich mężów, przedstawicieli swej przyszłej specjalności, poznaje poniekąd ideały, do których ma dążyć. Katedrę historii medycyny możnaby połączyć z wykładem geografii lekarskiej i statystyki.

## NEKROLOGJA.

W Sierpniu t. r. zmarł w Wrocławiu, w 71 roku życia Prof. RUDOLF VOLTOLINI, znany na polu laryngologii, rynologii i otyjatrii z licznych prac naukowych. Dwie te gałęzie medycyny wtedy właśnie weszły w nową epokę ściślejszego badania i musiały dopiero wywalczyć sobie prawo obywatelstwa. Choroby nosa zupełnie prawie zaniedbane, dzięki pracom VOLTOLINI'ego, zaczęły być lepiej badane, a dzięki metodzie i narzędziom przez niego podanym, stały się dla ogółu dostępnymi. W tym kierunku VOLTOLINI położył niespożyte zasługi, pracując z zapałem młodzieńczym nad dyagnostyką i terapiją ulubionego przez siebie przedmiotu. Owocem tych studyjów były dzieła: Galwanokaustyka i jej stosowanie w chorobach krtani [1876]; Rynoskopija i Faryngoskopija [1879], wreszcie ostatnia praca, o chorobach nosa, drukowana w r. 1888.

Odbarzony dziwnym talentem inwencyjnym tworzenia coraz to nowych przyrządów i narzędzi, zapędzał się on w praktycznem zastosowaniu własnych metod nieraz za daleko, przeceniał doniosłość swych spostrzeżeń i ciężko nieraz przypłacał swój szowinizm terapeutyczny ujemną krytyką innych i własnem rozczarowaniem. Z wielkiej liczby podanych przez niego metod, nawet po najsurowszej krytyce, pozostanie jednakże zdobyczą nauki tyle pięknych i nowych faktów, że złoży mu się na wieniec wielkiej zasługi dla medycyny, której mu nawet naukowci jego przeciwnicy uszczuplać nie zechcą. Grzeszył VOLTOLINI niejasnością stylu, odbieganiem od przedmiotu i zaprawieniem swych prac pewnym zbyt osobistym kolorytem. Natomiast odznaczał się w nauce jako badacz uczciwy, który niepowodzeń swych w praktyce nie chował przed światem, lecz śmiało do błędów swych się przyznawał a z rad i uwag innych, nawet mniej zasłużonych nie wstydził się korzystać.

T. Heryng.

## Nadesłano do Redakcyi.

ADAMKIEWICZ. Pachymeningitis hypertrophica i zawał chroniczny (*infarctus chronicus*) rdzenia pocierzowego. [Odb. z „Nowin lek.“ 1889. Nr. 7—9].

ROGOWICZ. Wskazówki do zapobiegania powstawaniu zakażenia połogowego w praktyce prywatnej. [Odb. z „Medycyny“ 1889].

STROJNOWSKI. Rzadki wypadek tyfusu powrotnego o jednym napadzie, zakończony wyzdrowieniem. [Odb. z „Nowin lek.“ 1889. Nr. 9].

CHEŁPOWSKI. Listy z Kissingen pisane do „Nowin lekarskich“, 1889.

RUPPERT. K woprosu o proischożdienii żelcznago cirroza pieczeni. Warszawa. 1889.

DRZEWIECKI. O homeopatyi. Warszawa. 1889.

A. SCHROOT. Życie i zdrowie człowieka. Hygiena popularna dla wszystkich. Tłómaczył i opracował D-r Med. A. FABIAN. Wydawnictwo księgarni Teodora Paprockiego i S-ki. Warszawa. 1889.

Podręcznik sportowy, zawierający naukę gimnastyki, fechtunku, boksowania, pływania, łyżwiarstwa, wioślowania, jazdy konnej, jazdy welocypedowej i tańca. Wydawnictwo księgarni T. Paprockiego i S-ki. Warszawa. 1889.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog dzieł“ księgarni W-go Wendego i S-ki za miesiąc Sierpień i Wrzesień.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 12 Октября 1889 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.

**WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.**

**Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej**

# **FARMAKOLOGIIA**

**professorów Nothnagel'a i Rossbach'a**

**Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.**

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach. 0—5

**WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ**

**Wyszło z druku**

**dzieło pod tytułem:**

## **TERAPIJA OGÓLNA**

**przez prof. Hoffmanna.**

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginalu niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach. 0—9

**Wyszły z druku:**

**Tablice poglądowe działania niektórych środków lekarskich.**

Nabywać można po kop. 40, z przesyłką po kop. 50

4—2

w księgarni W-go Wende i S-ki jakoteż i w Administracyi Kroniki Lekarskiej Marszałkowska 116 i we wszystkich księgarniach.

**Wyszedł z druku.**

## **ROCZNIK LEKARSKI**

**na rok 1890.**

**WYDAWNICTWO „MEDYCYNY“**

**i zawiera**

1) Krótki zarys badania drobnowidzowego najważniejszych bakterii chorobotwórczych. Przez D-ra M. Jakowskiego. 2) Badanie nerwów. Skreślił A. Fabian. 3) Śmierć pozorna, ożywienie oraz pierwsza pomoc przy nagłych wypadkach. Przez Prof. Alb. Guttstadt'a. 4) Najwyższe dawki środków lekarskich. 5) Dawkowanie ważniejszych środków dla dzieci. 6) Środki do podskórnych zastrzykiwań i ich zastosowanie. Przez prof. O. Liebreich'a. 7) Dawkowanie najbardziej używanych środków do wdechania, penzlowania i wdmuchiwania. 8) Wskazówki do rozbioru moczu. Skreślił dr. W. Mayzel. 9) Tabela rozpuszczalności przetworów chemicznych w wodzie, wyskoku i eterze przy + 15°. 10) Tabela wagi uncyjowej i grammowej. 11) Ilość kropeł rozmaitych płynów zawartych w skrupule i grammie. 12) Waga kropeł, zawartości łyżki i t. d. 13) Tabela nasycenia alkaliu i kwasów. 14) Tabela porównawcza skali 3-ich ciepłomierzów. 15) Taksa lekarska. 16) Pierwsza pomoc w otruciach ostrych. 17) Ważniejsze źródła lecznicze. 18) Najbardziej używane kąpiele lecznicze. 19) Nowe leki i dawniej znanych nowe zastosowanie. 20) Dokładne adresy lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. 21) Dziennik z kalendarzem na r. 1890. 22) Tabela do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. 23) Ogłoszenia.

Cena Rocznika oprawionego w płótno angielskie 1 rs. 20 kop. Z przesyłką pocztową 1 rs. 40 kop. Życzący sobie otrzymać Rocznik zechcą zażądać go na załączonej do N-ru dzisiejszego karcie lub na karcie pocztowej zaznaczając: czy pieniądze nadesłać czy też (co jest najdogodniej) Administracya Medycyny ma go wysłać za zaliczeniem pocztowym, przyczem nabywający żadnych kosztów więcej nie ponosi.

10—2

Wyszło z druku dzieło p. t.

**NAUKA O CHOROBAH NARZĄDU TRAWIENIA***(Semijotyka),*

przez D-ra Mikołaja Rejchmana.

0—1

Dzieło opatrzone trzema drzeworytami. Cena rs. I (z przesyłką rs. 1 k. 20).

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej (Marszałkowska 119).

**D-r TYMOWSKI**

praktykuje w tym roku, podobnie jak i lat poprzednich

**W SAN REMO**

6—1

W tych dniach opuści prasę

**„KALENDARZYK LEKARSKI”**

na r. 1890

opracowany przez: Bujwida, Dunina, Grodeckiego, Hewelkego, Kuniewicza, Matlakowskiego, Polikiera, Puławskiego

pod redakcją J. POLAKA.

Treść stanowią: Wskazówki diagnostyczne według klasycznego vade-mecum, kieszonkowego Seiferta i Müllera (zwłaszcza badanie płwociny, moczu, grzybków chorobotwórczych i wszelkie nowsze metody badania; 18 drzeworytów); wskazówki terapeutyczne, alfabetycznie według chorób ułożone i opracowane z ostatnich wydawnictw zagranicznych, na podstawie nowszej praktyki klinicznej; najnowsze postępy terapii i chirurgji (przez Dunina, Puławskiego i Matlakowskiego alfabetyczny spis leków, z cenami i dawkami, oraz najwyższe dawki środków mocno działających według ostatniego wydania farmakopei urzędowej i taksy aptekarskiej (opr. Dr. Polikier); wód mineralne i stacje klimatyczne podług nowszych dzieł i spisów zdrojowisk krajowych i obcych (opr. Dr. Hewelke), przeszło 700 miejscowości; najprostsze sposoby badania powietrza, wody i po, karmów, podał O. Bujwid; prawodawstwa dotyczące lekarzy, wraz z taksą lekarską; krótkie wiadomości informacyjne i statystyczne (porównanie skal ciepłomierza, porównanie wag, ilość lekarzy, szpitali, aptek i t. p.); notatnik z oznaczeniem niektórych faktów z dziejów medycyny krajowej oraz z oznaczeniem posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, kalendarz. — Tekst (oprócz notatnika).

Cena egzemplarza w oprawie w płótno angielskie rs. 1 kop. 20, z przesyłką rs. 1 kop. 40.

Nabywać można w redakcyi „Zdrowia“ 25 Ś-to Krzyska, w Warszawie, (również za pośrednictwem „Gazety Lekarskiej“). Nadsyłać można zamówienia wraz z należnością lub też tylko zamówienia, a opłatę uiszczać na poczcie przy odbiorze („za zaliczeniem pocztowem“).

0—1

**Oberbrunnen**

Stosowane dla kuracyi od r. 1601. Szczególniej skuteczne w cierpieniach narządów oddechowych i żołądka, przy żółtacz. cierpieniach nerek i pęcherza, gośdciu, hemoroidach i moczowców.

Wysyłka książących wód Mineralnych Ober-Salzbrunn Furbach & Strieboll.

Składy we wszystkich aptekach i składach wód Mineralnych.

**Kurort Salzbrunn Śląsk**

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września

26—19