

# PRZEGLĄD Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM VII. ZESZYT III. LISTOPAD. GRUDZIEŃ. 1912.

---

## PRACE ORYGINALNE.

---

Z oddziału chirurgicznego w Szpitalu dziecięcym  
przy ulicy Aleksandryi w Warszawie.

---

### Gruźlica przepuklinowa (Tuberculose herniaire)

podał

LUDWIK ZEMBRZUSKI.

---

1. D. 16 czerwca 1912 r. przybyła do oddziału chirurgicznego Szpitala dziecięcego w Warszawie B. W., dziewczynka 4-letnia, z prawostronną wolną przepukliną pachwinową. Od rodziców dowiedziałem się, że dziecko, będąc dotychczas zdrowe, upadło przed 4-ma tygodniami na okolicę krocza, poczem wkrótce zauważono „guzik“ w pachwinie prawej. Dziecko, jakoby, dziedzicznie nie obciążone, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego; stan bezgorączkowy; na dolegliwości nie uskarża się.

W górnej części prawej wargi sromnej widoczny guz, wielkości orzecha włoskiego, miękki, z łatwością odprowadzalny do jamy brzusznej. Po odprowadzeniu na miejscu guza powstaje pewne niezbyt ograniczone stwardnienie, nieruchome, niebolesne, płaskie, umiejscowione w odległości 1 — 2 cm. od pierścienia podskórnego kanału pachwinowego, przepuszczającego palec. W płucach znajdowałem nieco świstów; pozatem w narządach wewnętrznych badanie kliniczne zmian nie wykryło. Brzuch nie wzdęty, nie bolesny; czynność przewodu pokarmowego prawidłowa. Mocz bez zmian chorobowych.

Rozpoznałem przepuklinę wolną pachwinową, co zaś do owej „pozostało ci“ po odprowadzeniu przepukliny w postaci stwardnienia, to sądziłem, że stanowi ją tłuszcz przedotrzewnowy, lub cząstka przyrośniętej sieci. Co do charakteru przepukliny, to nie ulegało dla mnie wątpliwości, że należała ona do typu wrodzonych wskutek niezarośnięcia wyrostka pochwowego (canalis Nucki'i); uraz zaś, któremu dziecko uległo, był przypadkową okolicznością, dzięki której rodzice dziecka odkryli istniejącą już zapewne przepuklinę; być też może, że nastąpiło przytem pewne zwiększenie się objętości przepukliny. Pasek przepuklinowy stosowany nie był.

D. 18 czerwca 1912 r. przystąpiłem do zabiegu operacyjnego w uspieniu chloroformowem. Po oddzieleniu worka przepuklinowego, co odbyło się dosyć łatwo, otworzyłem go, przytem wypłynęła drobna ilość mętnego płynu. Wówczas mogłem przekonać się, że zawartość przepukliny składała się: 1) z jelita cienkiego oraz z nieznacznego odcinka sieci, zupełnie zdrowych na wygląd, i 2) ze zmian chorobowych dna worka przepuklinowego. Mianowicie, na samem dnie tego ostatniego istniał naciek, wielkości monety 20-kopiejkowej, przedstawiający się w postaci skupienia drobnych jakgdyby ziarenek, wzgl. guziczków barwy szaroróżowej. Naciek ten był ograniczony, pozatem zmiany analogiczne ani wyżej w ścianach worka, ani w jego szyi widoczne nie były. Wogóle pozostała część worka czyniła wrażenie prawidłowej, t. j. wszędzie przeświecała i posiadała wewnętrzną powierzchnię błyszczącą.

Podejrzewając — ze względu na wygląd — sprawę gruźliczą dna worka, obejrzałem dokładnie najbliższe pętle jelit, oraz część sieci, lecz gruzełków na nich nie wykryłem. Po odprowadzeniu jelit wypłynęło przez szyję worka z głębi około łyżki płynu mętnego, lecz ani od uciskania dalszego brzucha, ani od zmiany położenia chorej, ani od pociągania za worek płyn więcej nie ukazał się.

Worek podwizałem możliwie wysoko i odciąłem, poczem nałożyłem szwy bez sączkowania, jak to zwykle czyni się w doszczętnych operacjach przepuklin. Zagojenie nastąpiło przez rychłozros', bez wszelkich wogóle powikłań. D. 28 czerwca na żądanie rodziców dziecko opuściło szpital.

Badanie drobnowidzowe patologicznie zmienionej części worka przepuklinowego, łaskawie wykonane przez kol. M. Zielińską, stwierdziło typowy obraz gruźlicy.

2. D. 10 sierpnia 1912 r. przybył do oddziału chirurgicznego chłopiec 4-letni S. C. z lewostronną wolną przepukliną pachwinomოსznową, której istnienie zauważono dopiero od paru miesięcy. Według opowiadania rodziców, dziecko zawsze było „słabowite“ i sporo kaszłało. Rodzina najbliższa jakoby zdrowa.

Chłopiec chudy, niedokrwisty, nie gorączkuje. Przepuklina wielkości jaja kurzego, łatwo odprowadzalna, po odprowadzeniu wszakże pozostaje pomiędzy jądrem i pierścieniem podskórnym kanału pachwinowego guz, wielkości orzecha tureckiego, nieco ruchomy, lecz nieodprowadzalny do jamy brzusznej, wrażliwy na ucisk. Pasek przepuklinowy stosowany nie był.

W jamie brzusznej stwierdziłem obecność niewielkiej ilości płynu wolnego. Gruźle szyjowe wyczuwalne, mało powiększone. Na głowie pryszczycy. W klatce piersiowej stwierdziłem objawy rozlanego zapalenia oskrzeli.

Wobec powyższych danych uczyniłem rozpoznanie najprawdopodobniej gruźlicy przepuklinowej z zajęciem swoistem otrzewnej. Aczkolwiek przypadek nadawał się do operacji przepukliny, to jednak z powodu zapalenia oskrzeli narazie postanowiłem odłożyć zabieg, a tymczasem przepisałem środek wykrztuśny, okłady na klatkę piersiową i wzmożone odżywianie dziecka.

W 3 tygodnie później objawy zajęcia oskrzeli ustąpiły, odżywianie ogólne polepszyło się, przytem po upływie czasu powyższego obecności płynu wolnego w jamie otrzewnej stwierdzić nie mogłem.

D. 5 września przystąpiłem do operacji przepukliny. Oddzielenie worka i wyosobnienie powrózka nasiennego było dosyć trudne i pracowite wskutek zrostów. Jak to najczęściej zdarza się w przepuklinach u dzieci, nasieniowód (vas deferens) ze swą tętnicą przebiegał oddzielnie od pęczka naczyniowego. Po otwarciu worka okazało się co następuje: cała wewnętrzna powierzchnia tego ostatniego usiana gruzelkami, w szyi zmieniona gruźliczo i przyrośnięta sieć, w ścianie worka pomiędzy jego dnem a szyją naciek gruźliczy wielkości orzecha, w samym worku nieco surowiczego i mętnawego płynu. Na stronie zewnętrznej worka pęczek naczyniowy powrózka nasiennego zrośnięty dosyć mocno z naciekiem i, poczynając od tego miejsca do samego prawie jądra, na powierzchni swej pokryty gruzelkami. Jądro oraz nasieniowód, makroskopowo—zdrowe, dało się z łatwością od worka oddzielić. Dalsze postępowanie polegało na tem, że po oddzieleniu i odcięciu przyrośniętej w worku sieci wstrzyknąłem do jamy brzusznej przez otwór w szyi worka 5 grm. 10<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ej zawiesiny jodoformowej, bowiem badanie bliższe pozwoliło wykryć obecność gruzelków i na pętłach jelit, oraz zrosty ich z siecią. Następnie zastosowałem zabieg podług Radlińskiego i Sławińskiego, t. j. wyciąłem worek wraz z całym zmienionym pęczkiem naczyniowym powrózka, pozostawiawszy tylko jądro z nasieniowodem. Ranę pooperacyjną zaszyłem dokładnie sposobem Czerneho. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, bezgorączkowy; rana zablizniła się przez rychłozrost, jedynie pozostał bardzo zresztą nieznaczny i niebolesny obrzęk jądra, który wystąpił na 2-gi dzień po zabiegu.

Guz worka przepuklinowego przedstawiał, jak i w pierwszym przypadku, utkanie natury gruźliczej i zawierał liczne drobne ogniska serowate. W 3 tygodnie po zabiegu chłopiec został zabrany ze szpitala, przytem w jamie brzusznej można było stwierdzić nieco wolnego wysięku płynnego.

Spostrzeganie chłopca będzie prowadzone w dalszym ciągu.

\*

\*

Gruźlica przepuklinowa (tuberculose herniaire) nie należy do zjawisk chorobowych, często spostrzeganych. Pierwsze dokładniejsze dane o sprawie tej znajdujemy u Cruveillièr'a,

który w r. 1862 spostrzegął 3 przypadki, a mianowicie w dwóch z nich ziarninę gruźliczą jedynie worka przepuklinowego, w jednym zaś przypadku—worek i krezka zawartej w tym ostatnim pętli jelit dotknięte były sprawą gruźliczą.

Od tego czasu b. powolnie przybywają odnośne spostrzeżenia, i dopiero w 1891 r. Jonnescu zajął się szczegółowiej sprawą gruźlicy przepuklinowej zarówno ze stanowiska anatomo-patologicznego, jako też klinicznego, oparłszy badania swe na 11 własnych spostrzeżeniach. Gomein i Daneca, dwaj lekarze rumuńscy, w uznaniu zasług, jakie Jonnescu pierwszy miał położyć pod względem wyjaśnienia wielu stron omawianej sprawy, zaproponowali nawet dla gruźlicy przepuklinowej nazwę „choroby Jonnescu“ (Jonnescu's Krankheit), która, jednak, w piśmiennictwie nie przyjęła się dotychczas. W każdym razie niewątpliwie zasługą Jonnescu'a jest to, że potrafił on zainteresować swą pracą świat naukowy lekarski, i pobudził do dalszych badań w tym kierunku. Jakoż w r. 1907 Cotte zdołał już zebrać 136 opisanych przypadków gruźlicy przepuklinowej, wspomnieni wyżej Gomein i Daneca przytaczają w roku następnym (1908) 156, a Segre w 1909 r. — 167 przypadków.

Gruźlica przepuklinowa klinicznie występuje w dwóch postaciach, a mianowicie, jako gruźlica jedynie worka przepuklinowego, i jako gruźlica worka i jego zawartości (jelit, sieci i t. p.). Jonnescu opisał jeszcze 3 ciąż postaci—gruźlicę tylko zawartości worka przepuklinowego, bez zajęcia tego ostatniego. Są to jednak zjawiska nader rzadkie (przypadki gruźlicy jajowodów w worku przepuklinowym przytaczają Fr. Kijewski, Muscatello i inni) i podług Patela i Jaboulaya nie należy ich właściwie odnosić do gruźlicy przepuklinowej.

Z opisów innych autorów wynika również, że na nazwę tej ostatniej zasługują tylko te przypadki, w których chorobowo zmieniony jest tylko worek przepuklinowy. Dla tego też pod względem klinicznym rozróżniać należy dwa główne typy: gruźlicę worka przepuklinowego odosobnioną, i gruźlicę zawartości i worka, czyli t. zw. całkowitą — podług terminologii francuskiej. Obu tym typom może towarzyszyć jednocześnie zapalenie otrzewnej gruźlicze rozlane lub częściowe, zdarza się jednak często, że zmian swoistych na otrzewnej brak zupełnie.

Gruźlica worka przepuklinowego odosobniona (isolée) naj-

częściej spostrzegana bywa u dzieci; podług Nurdina, na 16 przypadków trafia się ona u dzieci w 11. Siedliskiem zmian gruźliczych bywa albo wewnętrzna powierzchnia worka, która jest niejako usiana gruzełkami na mniejszej lub większej przestrzeni, albo też tylko dno worka, lub jego szyja, gdzie gruźlica występuje w postaci ograniczonych niewielkich ognisk, wzgl. guzów. Przytem zawartość worka: sieć, jelita, jajowód i t. p. nie są zajęte, natomiast w jamie worka znajdujemy zwykle niewielką stosunkowo ilość mętnego płynu. Pierwszy mój przypadek należało by odnieść właśnie do gruźlicy odosobnionej dna worka przepuklinowego. Czy i w jakim stopniu przytem zajęta była otrzewna, dokładniej stwierdzić nie mogłem i brak objawów klinicznych, oraz wygląd otrzewnej w polu operacyjnem zdawałyby się przeczyć istnieniu gruźlicy tej ostatniej, z drugiej strony, jednak, niewielka wprawdzie ilość płynu wysiękowego, wypływającego z jamy brzusznej przez szyję worka, nasuwa pewne w tym kierunku podejrzenie. Nie ulega wątpliwości, że niekiedy płyn, gromadzący się w worku gruźliczym, może też przedostawać się do jamy otrzewnej, lecz ilość jego w tej ostatniej musi być w takich razach istotnie b. nieznaczna.

Gruźlica całkowita (totale), t. j. worka przepuklinowego i jego zawartości, stanowi sprawę, odwrotnie, znacznie częściej spotykaną u dorosłych. Tutaj mamy liczne rozsiane gruzełki, pokrywające jelita, krezkę, sieć, ewentualnie — wewnętrzne narządy płciowe kobiece, zawarte w worku, i wewnętrzną powierzchnię tego ostatniego, przytem spostrzegano mniej lub więcej rozległe zrosty pomiędzy pętlami jelit, siecią oraz otaczającymi tkankami, tak że np. oddzielenie zgrubiałego worka może napotykać b. poważne trudności. Do tej kategorii odnieść wypada 2-gi przezemnie spostrzegany przypadek.

Niekiedy, wreszcie, pomiędzy zlepani znaleźć można ropnie, spostrzegano też przetoki kałowe, przytem cała zawartość przepukliny jest nieodprowadzalna, i oddzielona od jamy brzusznej mocnymi zrostami. W jakich warunkach i jak często pierwsza postać przechodzi w drugą — w piśmennictwie nie znalazłem.

Za przykładem Jonnescu'a, pod względem anatomopatologicznym odróżniamy 3 zasadnicze rodzaje gruźlicy przepuklinowej: postać prosówkową, wrzodziejącą i włóknistą. Ta ostatnia



jest niejako zakończeniem, do pewnego stopnia pomyślnem, całej sprawy. Niektórzy, jak np. Jaboulay, przypuszczają nawet, że wiele bardzo przyrostów, znajdujących w workach przepuklinowych podczas zabiegów doszczętnych, należy odnieść do przebytej gruźlicy z zejściem w postać włóknistą.

Gruźlicę spotyka się najczęściej w przepuklinach pachwinowych, rzadziej w udowych, najrzadziej w pępkowych. Płec męzka 3 razy częściej bywa nią dotknięta, niż żeńska; co zaś do wieku, to, podług danych statystycznych, wiek dziecięcy do lat 10 jest w wyższym stopniu usposobiony do sprawy powyższej, aniżeli wiek późniejszy.

Pod względem powstawania i rozwoju gruźlicę przepuklinową dzielą zwykle na pierwotną i wtórną. Pierwsza powstaje przy braku wszelkich zmian swoistych w pozostałych narządach ustroju, druga — jest następstwem tych zmian, które przejawiać się mogą, jako ogniska w płucach, gruczołach, otrzewnej, narządach płciowych i t. d. Trudno jest wogóle bez zastrzeżeń zgodzić się na postać pierwszą: osobiście skłonny jestem raczej przypuszczać, zgodnie zresztą z Petersonem, Tietzem, Worobjewem, że każdy przypadek gruźlicy przepuklinowej stanowi sprawę wtórną. Przyznać bowiem należy, iż nie zawsze jesteśmy w stanie znanymi nam dotychczas metodami badań wykryć ogniska ukryte, pierwotne w pewnych narządach. Np. wiadomo, że u dzieci siedliskiem pierwotnem prątków gruźliczych są b. często gruczoły tchawicewooskrzelowe i gruczoły śródpierśia, skąd sprawa chorobna może szerzyć się drogą naczyń krwionośnych na różne narządy ustroju (Szym. Starkiewicz).

Wykrycie zmian gruźliczych we wspomnianych gruczołach należy do zadań bardzo trudnych, i zarówno opukiwanie kręgosłupa, jakoteż obrazy rentgenograficzne właśnie w postaciach t. zw. ukrytych w wielu razach zawodzą. Jeżeli mamy gruźlicę przepuklinową uważać za sprawę wtórną, to powstaje ona, oczywiście, albo drogą krwionośną, albo przez styczność bezpośrednią. W tym ostatnim razie punktem wyjścia bywa albo gruźlica przyjądrza i jądra, albo jajowodu lub jajnika, lecz najczęściej — gruźlicze zapalenie otrzewnej.

W przypadkach powstawania sprawy drogą krwionośną — zatem z ognisk odleglejszych — zajmująca jest przyczyna umiejscowienia zmian gruźliczych właśnie w worku przepuklinowym.

Dlaczego niejednokrotnie gruźlicą dotknięty bywa wyłącznie worek z pominięciem jego zawartości i pozostałej całej brzusznej części otrzewnej? Jacob i Trénel tłumaczą to w ten sposób, że worek przepuklinowy stanowi rodzaj spadzistego uchylka otrzewnej, tego rodzaju zaś uchylki najłatwiej podlegają zakażeniu lasecznikami Kocha. Powtórę, szyja i dno worka przedstawiają punkty, w których krwiobieg jest zwolniony, otrzewna worka nie odznacza się dostateczną żywotnością, i zatraciła czynność pierwotną, przeciwnie — nawet odporność jej na zakażenie jest zmniejszona. Do tego ostatniego faktu przyczyniać się też mogą i urazy, a, podług Jonnescu'a, noszenie pasków przepuklinowych wskutek ucisku, jaki powodują.

Tak więc worek przepuklinowy przedstawia w pewnych szczególnie warunkach rodzaj *locus minoris resistentiae*, podatny na zakażenie gruźlicze. Ze ścian worka gruźlica może w dalszym ciągu szerzyć się na jego zawartość i przechodzić na tkanki otaczające, powodując powstawanie zrostów z narządami sąsiednimi, np. z powrózkiem nasiennym.

Schorzenie gruźlicze dotknąć może zarówno dawno istniejące, jako też świeżo powstałe przepukliny. Istnieją też spostrzeżenia (Pfaehler), że omawiane przepukliny powstać mogą w przebiegu wysiękowej gruźlicy otrzewnej pod wpływem wzmożonego ciśnienia wewnątrzbrzuszego ze strony obficie nagromadzonego płynu.

Rozpoznanie gruźlicy przepuklinowej, szczególnie zaś—gruźlicy odosobnionej worka przepuklinowego, jest wogóle zadaniem trudnem. Znakomita większość opisanych przypadków rozpoznana była albo podczas zabiegów operacyjnych, albo też na stole sekcyjnym. W razie współistnienia gruźlicy otrzewnej, narządów płciowych, lub wyraźnych ognisk pierwotnych w innych narządach ustroju ze zmianami anatomicznymi, wyczuwanymi w worku przepuklinowym w postaci zgrubień, z nieodprowadzalnością zawartości całkowitą lub częściową, właściwe rozpoznanie jest ułatwione. Inaczej ma się rzecz cała w razie ukrytych ognisk pierwotnych gruźliczych. W tego rodzaju przypadkach gruźlicy przepuklinowej, szczególnie kiedy i zmiany miejscowe przedstawiają się niedość wybitnie, rozpoznanie łatwe nie jest. Np. guzy i zgrubienia, wyczuwalne w worku — w szyi jego, lub w dnie, zależeć mogą nie tylko od gruźlicy;

bywają one następstwem zapaleń sieci i jej przyrostów w przepuklinie, zależą od obecności guzów powróżka nasiennego, np. tłuszczaków, włókniaków, guzów mieszanych, dalej — od t. zw. guzów przepuklinowych (tumeurs herniaires) dobrodliwych i złośliwych, jako to: tłuszczaków, polipów, włókniaków, torbieli, mięsaków, raków, wyrastających na ścianach worka, na sieci, ścianach jelit, w wyrostku robaczkowym i t. p.

Jaboulay opisał przypadek raka wierzchołka wyrostka robaczkowego, przyrośniętego do ściany worka przepuklinowego. Zmiany analogiczne pod względem klinicznym udawać również mogą: przebyte zapalenia wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym (Oderfeld), przyrośnięte przydatki sieciowe (Krauze), uchyłki Meckela, jajowód, jajnik (F. Kijewski). Niektórzy autorowie przytaczają, jako objawy do pewnego stopnia swoiste dla gruźlicy przepuklinowej, bóle brzuszne i nieodprowadzalność przepukliny. Nie potrzebuje dowodzenia, że ani pierwsze, ani drugie samo przez się nie jest, i nie może być argumentem, wystarczającym w rozpoznaniu różniczkowym tej sprawy chorobowej.

Rokowanie zależy od charakteru i rozległości gruźlicy w przepuklinach. W przypadkach, w których istnieją wybitne ogniska pierwotne, jak w płucach, jelitach, narządach płciowych, otrzewnej, zejście zależy od natężenia sprawy w owych narządach niekiedy nawet bez względu na najracjonalniejsze leczenie cierpienia wtórnego. Gdy, jednak, gruźlica przepuklinowa przedstawia sprawę umiejscowioną, a szczególnie w schorzeniach odosobnionych worka, rokowanie jest pomyślne, o ile zresztą leczenie odpowiednie i doszczętne t. j. chirurgiczne może być zastosowane, zanim sprawa sama, zrazu ograniczona, nie pocznie szerzyć się dalej.

Przechodząc z kolei do leczenia chirurgicznego t. j. operowania przepuklin, dotkniętych gruźlicą, zaznaczyć wypada, że pod tym względem odróżnić należy 3 rodzaje postaci:

- 1) postać ograniczoną jedynie do worka, wzgl. do jego dna lub szyi,
- 2) postać t. zw. całkowitą, kiedy prócz worka zajęta jest sprawa chorobną i jego zawartość.
- 3) postać, połączoną z gruźlicą otrzewnej.

W przypadkach gruźlicy odosobnionej worka przepukli-



nowego całe nasze zadanie podczas herniotomii powinno polegać na możliwie wysokiem przewiązaniu i wycięciu całkowitem tego ostatniego. Pamiętać przytem należy, że w razie dłużej trwającej sprawy wyosobnienie worka może natrafić na dosyć znaczne trudności. W razie zrostów z powrózkiem nasiennym lub jądrem, korzystniej jest usunąć jednocześnie i te narządy całkowicie, lub w przypadkach odpowiednich przynajmniej częściowo, tak jak np. postąpiłem w 2-im przypadku własnym.

Druga postać, w której dotknięte są gruźlicą w worku na przestrzeni ograniczonej sieć, jelita i t. p., lub w której spotykamy zrosty pomiędzy tymi narządami i workiem, wymaga zabiegów, niekiedy bardziej złożonych. Otwieranie worka winno odbywać się bardzo ostrożnie. Sieć przyrośniętą należy wycinać; jeżeli na powierzchni jelita wolnego znajdujemy gruzelki, to, zdaniem Mauclaire'a, wycinanie pętli nie jest wskazane, ponieważ najczęściej i inne pętle w jamie brzusznej są również zajęte sprawą gruźliczą. Pomimo to dokonywano już nieraz wycinania w tych razach jelit z powodzeniem. W razie zrostów jelit ze ścianą worka, należy je ostrożnie oddzielić i ewentualnie potem braki na ich powierzchni pokryć otrzewną. Gdy zrost jest znaczny, Jaboulay doradza pozostawić na jelicie częśćkę, przylegającą do worka, i brzegi tej ostatniej zszyć ze sobą. Wogóle, jednak, wszyscy autorowie zalecają, o ile możności, zabiegi t. zw. ekonomiczne, oszczędne. Wycinanie jednak jelit jest wskazane stanowczo w przypadkach owrzodzeń głębszych, przetok i zwężeń światła. Bezwarunkowo też usuwać należy gruźliczo zmienione i jajniki, jajowody, wyrostki robaczkowe i t. p.

Co do częstości występowania uwięzień w przepuklinach gruźliczych, nie znalazłem danych w dostępnem mi piśmienictwie. Oczywiście, postępowanie chirurga w tych razach nie może różnić się zasadniczo od postępowania w przepuklinach uwięzionych wogóle.

Nakoniec, w przypadkach gruźlicy przepuklinowej i zarazem gruźlicy otrzewnej zadanie chirurga rozkłada się na 2 części; w tych razach bowiem wypada zająć się z jednej strony przepukliną podług zasad wyżej wyłuszczonych, z drugiej zaś strony — zwrócić się następnie do gruźlicy otrzewnej. Tutaj zabiegi chirurgiczne mogą być tak różne, jak różne są poglądy

autorów na leczenie zapalenia gruzliczego otrzewnej wogóle. Dla tego też gdy jedni, zwolennicy cięcia brzuszego, doradzają herniolaparotomię (Tietze), to jest przedłużenie cięcia dla operacji przepukliny lub drugie dodatkowe cięcie powłok w smudze białej, inni ograniczają się tylko do otwarcia worka i wypuszczenia tym sposobem ewentualnego wysięku. Tak np. Pfaehler wykonał operację doszczętną przepukliny pępkowej i prawostronnej pachwinowej, powstałych w przebiegu gruzlicy otrzewnej, przytem zadowolił się jedynie wypuszczeniem wysięku przez otwory w workach przepuklinowych. W 7 miesięcy później podczas operacji doszczętną przepukliny pachwinowej lewostronnej u tego samego osobnika P. mógł stwierdzić *in vivo* brak gruzlicy otrzewnej. W 1-ym moim przypadku postąpiłem analogicznie, t. j., po za herniotomię z otwarciem worka i wypuszczeniem niewielkiej ilości płynu nie uczyniłem nic więcej. Dziecko widziałem następnie w 3 miesiące po zabiegu: było zupełnie zdrowe bez śladu wysięku w jamie brzusznej i bez innych zmian, dostępnych badaniu klinicznemu. Blizna pooperacyjna była też w stanie zupełnie zadowalającym. Jest to w każdym razie zbyt krótki okres czasu, by można być pewnym trwałego wyleczenia. Jedynie dalsze długie spostrzeganie może dać odpowiedź stanowczą w tej mierze.

W drugim przypadku własnym postąpiłem odmiennie, a mianowicie, przed przewiązaniem worka wstrzyknąłem przez otwór w nim do jamy otrzewnej 5 grm. 10% zawiesiny jodoformowej, i zaszyłem następnie powłoki brzuszne całkowicie, jak zwykle przy operacji doszczętną przepukliny. Obecnie (po 3-ch tygodniach) rana pooperacyjna jest zupełnie zagojona przez rychłozrost, lecz w jamie brzusznej stwierdziłem, jak to wyżej była już mowa, obecność nieznacznej ilości płynu.

W przypadku powyższym użyłem sposobu, który, zresztą, przez wielu chirurgów (u nas przez Orła, Leśniońskiego, Borsuka, W. Stankiewicza) stosowany jest i polecany dla leczenia wysiękowej postaci gruzlicy otrzewnej. Różnica zachodzi tu jedynie taka, że gdy w moim przypadku jama otrzewnej została bądź co bądź otwartą, to właściwa metoda leczenia powyższego polega, jak wiadomo, na przekłuciu trójkątnym brzucha, wypuszczeniu wysięku i wstrzyknięciu do otrzewnej zawiesiny jodoformowej.

---

## PIŚMIENNICTWO.

1. A. Leśniowski. Leczenie gruźlicy otrzewnej z pomocą wstrzykiwania do jamy otrzewnej zawiesiny jodoformowej. *Pam. Warsz. Tow. Lek.* r. 1905 T. II.
2. Fr. Kijewski. Kilka uwag o rzadziej spotykanej zawartości worka przepuklinowego. *Gaz. Lek.* 1906. Str. 773.
3. W. Stankiewicz. Przedstawienie chorej z wyleczoną gruźlicą otrzewnej. *W. T. L. Spraw. z sekcji chirurg.* 1906.
4. H. Goldberg. O leczeniu operacyjnem gruźliczego zapalenia otrzewnej. *Przegl. Chir. i Ginekol.* (Str. zb.). 1909. T. I.
5. H. Oderfeld. Zapalenie wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym. *Pam. Zjazdu Chirur. Polsk.* 1910 r.
6. L. Krauze. Przyczynki do patologii przydatków sieciowych. *Pam. Zjazdu Chirur. Polsk.* 1910 r.
7. Sz. Starkiewicz. Gruźlica dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów. *Nowiny Lek.* 1912 r. № 7—9.
8. M. Jaboulay et M. Patel. *Nouveau traité de chirurgie. Hernies.* 1908.
9. O. Jacob et L. Trével. Tuberculose herniaire primitive à forme sacculaire. *Revue de chirurgie.* 1908. T. II.
10. Gomein e Daneca. Tuberculosis herniaria — Jonnescu's Krankheit — *Revista de chir. Ref. w Jahresb. f. die Fortsch. d. Chir.* 1908.
11. Martin du Pau. Tuberculose herniaire. *Revue med. de la Suisse rom.* 1909 Ref. *Jahresber. f. die Fortsch. d. Chir.*
12. Peterson. Zur Frage über die Hernientuberculose. 1910. *Chirurgia Ref. ibidem.*
13. Tietze. Operation bei Hernientuberkulose. *Zentr. f. Chir.* 1910. 8.
14. Worobjew. Zur Frage von der Tuberc. des Bruchsakes. Ref. *Zentr. f. Chir.* 1910. 13.
15. Serge. Über die Tuberculose im Bruchsack. *Modena. Ref. Jahresb. Waldeyera i Posnera.* 1909 r.
16. Maucilaire. Traitement chirurgicale de la tuberculose abdominale en général et des tuberc. gastro-intestin. et periton. en particulier. *Archives génér. de chir.* 1912. 4.
17. P. Pfahler. Über die ambulante Behandlung der Leisten u. Nabelhernien im frühen Kindesalter. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 116.
18. Ziegler. *Spezielle Pathol. Anatomie.* 1898.
19. *Handbuch de Prakt. Chir.* T. III, cz. I. 1901.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. B. Kadera  
i  
z Zakładu fizyologicznego U. J. prof. W. Cybulskiego.

---

# O znieczuleniu za pomocą wewnątrz- żylnego stosowania hedonalu

podał

**M. S A I D M A N.**

---

(Rzecz przedstawiona w streszczeniu na XI zjeździe chirurgów polskich  
w Krakowie na posiedzeniu w dniu 20 lipca 1911 r.).

---

## I CZĘŚĆ DOŚWIADCZALNA.

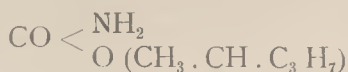
Pomiędzy sposobami ogólnego znieczulenia ustroju zajmuje uśpienie za pomocą chloroformu i eteru do dnia dzisiejszego stanowisko pierwszorzędne. Wszystkie inne środki i sposoby znieczulania ogólnego posiadają tyle stron ujemnych, że stosują się nie z reguły, lecz jako wyjątek, i są one wyrazem prób doświadczalnych w poszukiwaniu innych lepszych metod zniesienia bólu. Atoli i chloroform, i eter posiadają własności w wysokim stopniu ujemne. Nie można bowiem zaprzeczyć, że chloroform wobec jego porażającego działania na ośrodek oddechowy i naczyniowonerwowy i mięśniowy serca, w jakiegokolwiek bądź postaci stosujemy go, jest dla chorego wysoce niebezpieczny. Wartość uśpienia eterowego przedstawia się również ujemnie z powodu szkodliwego drażnienia śluzówki dróg oddechowych, niebezpieczeństwa nieżyty oskrzeli, zapalenia, a niekiedy i ostrego obrzęku płuc w okresie po uśpieniu. Każdy z chirurgów zna dobrze przypadki,



w których uspienie za pomocą chloroformu lub eteru jest dla chorego bardziej niebezpieczne, niż sam zabieg operacyjny.

Burckhardt z Würzburga sądził, że uspienie stałoby się mniej niebezpieczne i przyjemniejsze, gdyby udało się ominąć drogi oddechowe przez wprowadzenie środka usypiającego bezpośrednio do krwiobiegu; było by to więc znieczulenie wewnątrzżylnie. Dokonał on całego szeregu doświadczeń za pomocą chloroformu i eteru na zwierzętach, i, przekonawszy się o nieszkodliwości metody wewnątrzżylniej, zaczął stosować ją i u ludzi.

Prof. Fieodorow z Petersburga i uczeń jego Jeremicz<sup>1)</sup> wykonali doświadczenia nad uspieniem zwierząt, a następnie i ludzi za pomocą wewnątrzżylnego stosowania hedonalu. Środek ten wybrano za poradą Krawkowa, profesora farmakologii. Hedonal należy do farmakologicznej grupy uretanów, i jest właściwie etyl-propil-carbinol-uretanem. Wzór budowy chemicznej hedonalu przedstawia się w następujący sposób:



Jest to biały proszek, trudno rozpuszczający się w wodzie zimnej, łatwiej w wodzie gorącej; w tej ostatniej w stosunku 1 : 100.

Dreser zalecił hedonal, jako środek nasenny. Zdaniem Krawkowa, hedonal również, jako uretan etylowy, przewyższa inne środki usypiające z grupy związków tłuszczowych tem, że w skład jego wchodzi grupa amidowa (NH<sub>2</sub>), która, podobnie jak amoniak, działa pobudzająco na ośrodki nerwowe i czynność serca, i przez to znosi paraliżujący, szkodliwy wpływ zasady narkotyzującej.

Dzięki pobudzającemu działaniu grupy amidowej na serce ciśnienie krwi zmniejsza się tylko nieznacznie. Prócz tego hedonal posiada zaletę, że spala się w ustroju na końcowe produkty CO<sub>2</sub>, H<sub>2</sub>O i mocznik, czyli na ciała, które nie tylko nie są obce ustrojowi ludzkiemu, lecz należą do prawidłowych wy-

<sup>1)</sup> Wyniki doświadczeń swoich zestawił Jeremicz w rozprawie na stopień doktora medycyny.

tworów przemiany materii. Opierając się na tych faktach farmakologicznych, Krawkow zalecił z początku kombinowane usypianie hedonalowochloroformowe per os, względnie — przez wdechanie, a następnie już wyłącznie wewnątrzżylnie stosowanie samego li tylko hedonalu. Obiedwie te metody stosowania hedonalu wypróbował z pomyślnym wynikiem pierwszy Fieodorow na ludziach w swojej klinice. Wewnątrzżylnie usypienie stosował on w najrozmaitszych operacjach, i zachęca do dalszych prób.

W krótkim przeciągu czasu pojawiły się w rosyjskiem piśmiennictwie dalsze sprawozdania o pomyślnych wynikach stosowania wewnątrzżylniej metody usypienia hedonalowego w praktyce chirurgicznej i ginekologicznej. Do chwili obecnej wykonano w Rosyi już kilkaset operacyi w tem usypieniu. Niedawno ogłosił i Burckhardt w Münch. Med. Woch. 10 swoich przypadków znieczulenia za pomocą wewnątrzżylnego stosowania hedonalu.

Mój szef, prof. Kader zainteresował się tą metodą usypienia, i zachęcił mnie do doświadczalnego zbadania tego usypienia za pomocą wewnątrzżylnego podawania hedonalu przedewszystkiem ze stanowiska wpływu na serce, ażeby w razie korzystnych wyników zastosować metodę tę w klinice na ludziach.

Doświadczenie moje wykonane było podług planu następującego:

- a) Badanie przebiegu usypienia.
- b) Badanie za pomocą metody elektrokardiograficznej wpływu usypienia hedonalowego na działalność serca.
- c) Wpływ hedonalu na krwinki zwierząt, w celu rozstrzygnięcia pytania, czy roztwór hedonalu wywołuje zjawisko hemolizy, lub hemaglutynacyi.
- d) Wpływ hedonalu na ciśnienie krwi.
- e) Wpływ hedonalu na popudliwość nerwów.
- f) Wpływ bezpośredni hedonalu na izolowane serce zwierząt.
- g) Rozstrzygnięcie pytania, na jakie ośrodki układu nerwowego działa głównie hedonal.
- h) Wpływ hedonalu na narządy oddechowe.
- i) Wpływ jego na nerki.

k) Badanie okresu po uśpieniu przez dłuższe spostrzeganie zwierząt.

l) Wypracowanie właściwej techniki.

Główną uwagę zwróciłem na serce. Na pięć pierwszych pytań jestem, jednak, w stanie już dzisiaj odpowiedzieć. Doświadczenia moje wykonałem na psach, przyczem zwracałem specjalną uwagę podczas narkozy na czynność układu nerwowego, mianowicie na zachowanie się, lub znikanie odczynu na ból, na podrażnienia, wywoływane szczypaniem za pomocą szczypczykow, za pomocą ukłuć igłą, oraz zachowanie się odruchów rogówki, przytem notowano czas od początku wlewania do nastąpienia uśpienia, czas trwania całego uśpienia, t. j. poszczególnych okresów tolerancyi uśpienia—przerw w zniesieniu czucia, względnie — snu zupełnego, aż do momentu przebudzenia się.

Za każdym razem ściśle notowałem szybkość wlewania; szczegół ten odgrywa wielką rolę w technice, powrócę doń w opisie technicznej strony zabiegu. Podczas całego zabiegu zwracałem uwagę na tętno i oddychanie. Za każdym razem oznaczałem ilość zużytego płynu aż do chwili nastąpienia narkozy, oraz całkowitą ilość zużytego roztworu hedonalu w przypadkach, w których chodziło o dłuższe uśpienie zwierzęcia, w celu wykonania szeregu większych operacji, takich np. jak zespolenie żołądka z jelitem, wycięcie jelita i t. p.

W myśl wskazówek Krawkova i Fieodorowa używałem stale roztworu 0,75 hedonalu na 100,0 fizyologicznego roztworu soli ciepłej. Ogółem uśpiłem 18 psów i jednego królika. Protokoły moich doświadczeń przytaczam niżej, wyniki zaś dotychczasowych badań streszczam w sposób następujący:

Przy wewnętrznem podaniu 0,75% hedonalu w fizyologicznym roztworze soli następuje uśpienie wraz z znieczuleniem całkowitem, oraz ze zniesieniem odruchów. Czas od chwili podania hedonalu do momentu uśpienia, czyli t. zw. okresu tolerancyi, wahał się w granicach od 7 m. minimum do 14 m. maximum, czyli przeciętnie około 8 minut; rzeczywiście, w większości przypadków uśpienie w warunkach prawidłowych zazwyczaj następowało po 7 — 9 m. Na początku wlewania psy przeważnie zachowują się spokojnie, po podaniu zaś 50—100 ccm.

zwierzę wykonywa nieznaczne ruchy jakby obronne. Objawy te są niestałe, i tak bardzo nieznaczne, że nie możemy tu mówić o podnieceniu w znaczeniu klinicznym, są to jakby bardzo słabe odruchy czysto ruchowe, mimo to przez analogię można okres ten nazwać okresem pobudzenia. Trwał on u zwierząt, badanych przezemnie, zaledwie kilka sekund, po okresie tym następuje głębokie uśpienie. Od tej chwili przerywa się wstrzykiwanie hedonalu aż do chwili powrotu odruchów, wówczas wystarcza podanie bardzo niewielkiej ilości (30 ccm.) hedonalu dla utrzymania ponownie zupełnego uśpienia i znieczulenia.

Postępując tak, można w razie potrzeby przez kilkakrotne wstrzykiwanie tych nieznacznych ilości płynu utrzymywać uśpienie dowolny okres czasu. W ten sposób podając częściowo roztwór hedonalu w ogólnej ilości około 500 cm. = 3,75 hedonalu mogłem utrzymać uśpienie, trwające blisko godzinę. Na ogół uśpienie przebiega (patrz protokół № 1) nadzwyczaj spokojnie, właściwego okresu pobudzenie — stad. excitat. — niema, co wyróżnia dodatnio uśpienie to od uśpienia eterowego i chloroformowego, podczas których okres pobudzenia występuje bardzo silnie, a psy rzucają się wówczas z całą siłą, i wyją przeraźliwie. Ktokolwiek próbował usypiać psy za pomocą chloroformu, ten niezawodnie przekonał się, z jakimi trudnościami jest uśpienie to połączone, jakich wymaga ostrożności, i jak często następuje śmierć zwierzęcia. Po zaprzestaniu wlewania hedonalu zwierzęta znajdują się jeszcze kilkadziesiąt minut w stanie głębokiego uśpienia, potem półsnu i wracają dopiero po kilku godzinach do zwykłego swego stanu. Im większa była ilość podanego hedonalu, tem dłużej trwał zwykle ten okres budzenia się.

\*

\*

Drugą z rzędu sprawą, być może — najważniejszą, było zbadanie wpływu hedonalu na serce. W tej dziedzinie za jedną z najczulszych metod uważać można metodę elektrokardiograficzną.

Każdy mięsień prądkowany wywołuje podczas skurczu prąd elektryczny, t. zw. prąd czynnościowy, który jest wyrazem chemicznego procesu, odbywającego się w mięśniu. Podobne prądy czynnościowe wytwarzają się również w sercu



w czasie tego skurczu. Jeżeli połączymy jakikolwiek mięsień, albo serce z galwanometrem strunowym Einthovena, to powstający w mięśniu prąd przechodzi przez nitki platynowe galwanometru i nitka zbacza wtedy w jedną, lub drugą stronę w zależności od kierunku natężenia prądu. Wahania nitki platynowej utrwalają się za pomocą zdjęcia fotograficznego. W ten sposób otrzymujemy cały obraz takich wahań, który w wypadku prądów czynnościowych serca nazywamy elektrokardiogramem.

Elektrokardiogram jest wyrazem czynności serca; do tego należy: podrażnienie, reakcja chemiczna, mechaniczny skurcz, i elektryczny równoważnik (Aequivalent).

Krzywe elektrokardiograficzne zdrowych ludzi okazują w poszczególnych swoich częściach wielką stałość. Widzimy np., że składniki, które określamy literami P, Q, R, S i T, stale powtarzają się, w chorobowych zaś sprawach w sercu zmieniają się także cały obraz elektrokardiogramu <sup>1)</sup>.

W ostatnich czasach ogłoszono dużą liczbę prac klinicznych, świadczących wyraźnie o wielkiem znaczeniu metody elektrokardiograficznej w przypadkach chorób sera. Okazało się, że metoda elektrokardiograficzna pozwala nam bez badania bezpośredniego klinicznego stwierdzić nie tylko zmiany chorobowe serca, dające wykazać się klinicznie, lecz i wszelkiego rodzaju zboczenia w rytmie czynności serca. Za pomocą metody tej możemy rozpoznać sprawność mięśnia sercowego, prawidłowość, lub chorobliwość zachodzących w nim spraw chemicznych, niedostępnych badaniom za pomocą innych metod, jak również określić ściśle wpływ najrozmaitszych czynników zarówno fizjologicznych, jak i chorobowych, na sprawę przemiany materii w sercu zdrowem i chorem (Cybulski, Eiger).

Z doświadczeń Einthovena, prof. Cybulskiego i Eigera wynika, że za pomocą metody tej można stwierdzić zmiany czynności serca podczas uspienia chloroformowego i eterowego. Na zjeździe chirurgów polskich w Warszawie Cybulski i Eiger

<sup>1)</sup> Objasnienie, dotyczące składników krzywej kardiogramu, podaje poniżej.

przedstawili krzywe elektrokardiograficzne, z których wynika, że elektrokardiogram jest rzeczywiście sprawdzianem stanu serca przed i w ciągu całego przeciągu uśpienia. Wykazali oni przytem, że chloroform i eter wywołują nie tylko wszelkiego rodzaju arytmie, lecz i głębokie zmiany chemiczne w mięśniu sercowym.

Okazuje się, że pod wpływem eteru i chloroformu krzywa w okresie mechanicznej czynności komory z dodatniej staje się ujemną, co świadczy o wzmożonym rozpadzie tkanek w sercu, i prócz tego wystarcza nieraz kilka centymetrów sześciennych chloroformu, by wywołać atypowe krzywe, świadczące o zasadniczych zaburzeniach w przewodnictwie, a więc w czynności mięśnia sercowego. Krzywe te prof. Cybulskiego i Eigera przytaczam, jako dowód, poniżej.

Jestem w posiadaniu czterdziestu kilku własnych krzywych elektrokardiograficznych, otrzymanych z doświadczeń, dokonanych na 14-tu psach. Każdy pies był badany przed usypianiem, podczas uśpienia i po uśpieniu. Ze wszystkich tych krzywych wynika, że hedonal nie tylko nie wywołuje arytmii, lecz, przeciwnie, podczas uśpienia hedonalowego ustępuje ta niemierność tętna, która często występuje u psów nieuśpionych, przestraszonych przywiązywaniem ich do stołu i różnemi manipulacjami przygotowawczemi.

W żadnym przypadku nie stwierdziłem na krzywych tych zmian chorobowych w okresie mechanicznej czynności, jakie po eterze i chloroformie spostrzegali Cybulski i Eiger. Ani razu też nie wystąpiły nieprawidłowe, czyli t. zw. atypowe elektrokardiogramy, z wyjątkiem specjalnego przypadku, dotyczącego się niżej przytoczonego doświadczenia ze szczeniakiem czarnym.

Dowodzi to, że w chemizmie mięśnia sercowego hedonal żadnych zaburzeń nie wywołuje, i pod tym względem uśpienie hedonalowe stanowczo przewyższa wartość uśpienia eterowego i chloroformowego.

Badania elektrokardiograficzne wykazują tylko zwiększenie liczby tętna i wzmożenie działalności przedsionków. Wyrazem graficznym tego ostatniego objawu jest powiększenie się załamka przedsionkowego P.

Badanie ciśnienia krwi za pomocą kimografionu wykazało, że podczas wlewania z początku następuje niewielkie obniżenie ciśnienia krwi, podczas którego zwierzę oddycha powierzchownie. Mija to szybko, i podczas uspiania zupełnego zarówno ciśnienie, jak i oddech powracają do stanu prawidłowego. Co się tyczy obniżenia ciśnienia, to zaznaczyć należy, że nie może ono mieć jakiegokolwiek większego szkodliwego wpływu na ustrój wobec faktu, że znacznie większe obniżenie ciśnienia zachodzi w uspieniu chloroformowem. Wszakże i kamfora, która uważana jest za najlepsze analepticum, i jest ogólnie stosowana celem pobudzenia działalności serca, wywołuje, jak to dowiedli Winterberg i inni autorowie, znaczniejsze obniżenie ciśnienia.

\*            \*

Wpływ hedonalu na pobudliwość nerwów. Dla możliwie wszechstronnego zbadania własności hedonalu, postawiłem sobie za zadanie zbadać bezpośredni wpływ hedonalu na nerwy. Doświadczenia nad działaniem miejscowem narkotycznych środków daje się dobrze wykonać na włóknach nerwowych, ponieważ w nerwie pod wpływem miejscowego zastosowania trucizny powstaje swoisty odczyn, który objawia się zmianą bezpośredniej pobudliwości mięśnia, zaopatrywanego przez tenże nerw (zmiana progu pobudliwości), i zmianą siły skurczów danego mięśnia. To miejscowe działanie hedonalu badałem na preparatach mięśniowonerwowych u żab.

Wypreparowany nerw kulszowy wraz z łapką żaby dawał minimalny skurcz łapki przy odległości 40 cm. cewki (drażnienie pojedyncze). Nerw kilkakrotnie zwilżono fizyologicznym roztworem (0,75%) hedonalu. Po upływie kilku minut pobudliwość nerwu niezmienną. Z tego wynikałoby, że hedonal nie działa podobnie, jak alkohol, eter i chloroform, które to środki nawet w małych dawkach znacznie obniżają pobudliwość nerwów. To samo dało się stwierdzić daleko ściślej sposobem za pomocą absolutnego excitatora prof. Cybulskiego. Przyrząd ten za pomocą rozbrojenia kondensatorów pozwolił nam dokładnie obliczyć zarówno ilość elektryczności, jak i energii drażnienia.

Wyosobniony nerw kulszowy wraz z łapką żaby dawał minimalny skurcz przy drażnieniu ilością elektryczności, odpowiadającą  $18,10^{-4}$  erga.

Ten sam nerw kulszowy został poddany działaniu hedonalem w przeciągu 5-iu minut. Watę, nasyconą fizyolog. rozc. hedonalu (0,75%), przyłożono w miejscu drażnienia nerwu. Energia drażnienia, wywołująca minimalny skurcz, odpowiada po działaniu  $19,10^{-4}$  erga.

Wyosobniono drugi nerw kulszowy i to samo doświadczenie zrobiono z 5% eterem w roztworze fizyologicznym soli. Okażało się, że prawidłowy nerw pobudza się podniętą, wynoszącą  $14,10^{-4}$  erga; po trzech minutach działania eteru wielkość podniety, która wywołała ten sam minimalny skurcz, wynosiła  $110,10^{-4}$  erga.

Z tego widzimy, że hedonal nie zmienia prawie zupełnie pobudliwości nerwu, podczas gdy od eteru pobudliwość zmniejszyła się 8 razy.

\*                      \*

Badanie hemolizującego, względnie aglutynującego wpływu hedonalu na czerwone ciała krwi. Pierwszem pytaniem, które rozstrzygnąć należało wobec wewnątrzżylnego stosowania hedonalu, było—czy hedonal w omawianym roztworze (0,75%) nie działa niszcząco na krew, t. j. czy nie wywołuje hemolizy lub hemaglutynacji.

Wykonałem i w tym kierunku szereg doświadczeń. Metoda była następująca. Do doświadczeń używałem krwi psa, która za pomocą bicia szklaną pałeczką została odwłókniona i potem przefiltrowana. Krwinki przemywano trzykrotnie fizyologicznym roztworem soli kuchennej za pomocą wirówki elektrycznej (45 minut).

Po odwirowaniu otrzymano zawiesinę czerwonych ciałek w minimalnej ilości roztworu. Do szeregu probówek dodawano fizyologicznego roztworu soli, następnie hedonalu i ciałek krwi w ilościach,znaczonych na tablicy poniższej.



TABLICA I.

Probówka	Hedonal	Fizyol.rozcz. NaCl	Ciałka krwi	Hemoliza %	Aglutynacja
1	0,5 cm. <sup>3</sup>	9,0 cm. <sup>3</sup>	0,5 cm. <sup>3</sup>	0%	0
2	1,0 "	8½ "	"	0%	"
3	2,0 "	7½ "	"	0%	"
4	3,0 "	6½ "	"	początek	"
5	4,0 "	5½ "	"	ślady	"
6	5,0 "	4½ "	"	ślady	"
7	6,0 "	3½ "	"	50%	"
8	7,0 "	2½ "	"	80%	"
9	9,0 "	½ "	"	100%	"

We wszystkich próbach całkowita objętość płynu wynosiła 10 ccm. Oczywiście hedonal, używany do tych doświadczeń, był rozpuszczony w fizyologicznym roztworze soli kuchennej w stosunku 0,75% na 100 soli fizyologicznej. Widzimy, że przy wzrastających ilościach hedonalu w probówce zjawiają się ślady hemolizy. Hemoliza stopniowo wzrasta, tak np. w rurce przedostatniej mamy 80% hemolizy, a w ostatniej całkowitą. (patrz tabl. I). Z doświadczeń powyższych nie wynika jeszcze, by hedonal wpływał niszcząco na czerwone ciała krwi, które są znacznie więcej stężone, niż ciała krwi, które były używane do naszych doświadczeń.

Stężenie ciałek w tych próbach było 0,5%, we krwi zaś ilość ciałek dochodzi do 40%. Nadto we krwi znajduje się surowica, która, jak wiemy, działa hamująco na zjawisko hemolizy. Z tego względu należało przekonać się, czy hedonal wpływa hemolizująco na krew, jako taką. W tym celu przygotowałem szereg prób, gdzie stopniowo zwiększała się ilość krwi od 0,5 — 3,0 ccm. w sposób, wskazany na następującej tablicy II.

TABLICA II.

Krew	Hedonal	Fizjol.rozcz. NaCl + krew	Hemoliza %
$\frac{1}{2}$ cm. <sup>3</sup>	$9\frac{1}{2}$ cm. <sup>3</sup>	o	o %
1 "	9,0 "	o	"
$1\frac{1}{2}$ "	$8\frac{1}{2}$ "	o	"
2 "	8,0 "	o	"
3 "	7,0 "	o	"
3,0 "	o "	7 cm. <sup>3</sup>	"

Jeżeli porównamy tablicę I-szą z tablicą II-gą, to widzimy, że w tablicy I-ej w ostatniej, a w tablicy II-ej w pierwszej próbie ilości hedonalu są niemal zupełnie identyczne; tymczasem w ostatniej próbie tablicy I-ej widzimy całkowitą hemolizę, w tablicy II-ej zaś  $0,9\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup> hedonalu na  $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup> krwi nie wywołuje ani śladu hemolizy (patrz próba I tabl. II-ej). Oczywiście, że skoro stężenie hedonalu nie wywołuje hemolizy, tembardziej nie mogła ona wystąpić w następnych próbach (patrz dalsze próby tabl. II-ej).

Z doświadczeń tych wynika, że hedonal nie działa hemolitycznie na krew, jako taką, jeżeli zaś działa się hedonalem na przemyte ciałka krwi, to mamy do czynienia z pojawieniem się śladów hemolizy, ale dopiero wówczas, kiedy stosunek roztworu hedonalu do dodanej zawiesiny ciałek odpowiada mniej więcej 50%. Wobec tego, że w ustroju taki stosunek zachodzić nie może, i zważywszy nadto, że surowica wywiera silny wpływ hamujący na hemolizę, musimy na zasadzie doświadczeń tych przyjść do przekonania, że o jakiegokolwiek zmianie ciałek krwi w czasie uśpienia hedonalowego nie może być mowy.

\*                      \*

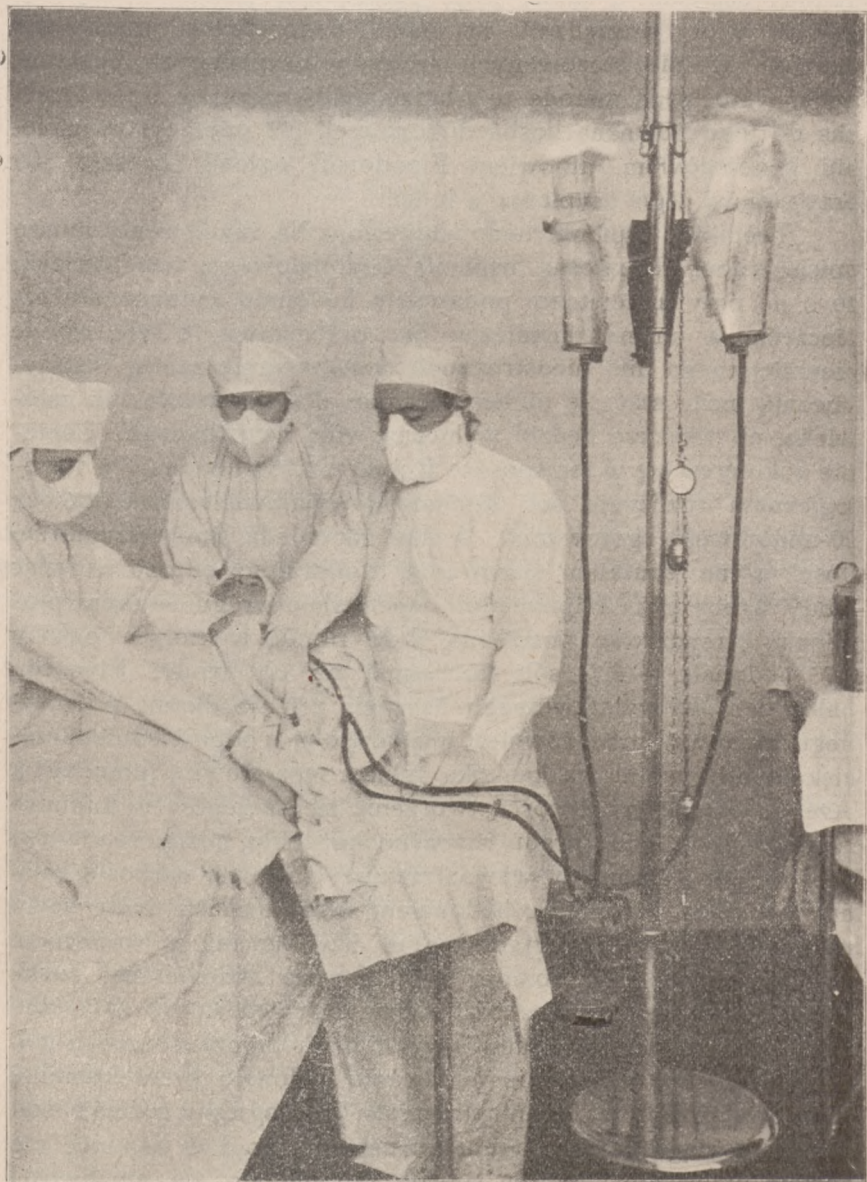
\*

Na tem zakończę streszczenie wyników dotychczasowych doświadczeń moich. Wobec tego, że w doświadczeniach tych nie tylko nie znalazłem przeciwwskazań do zastosowania tej

metody uspiania u ludzi, lecz, przeciwnie, przekonaliśmy się, że pod wielu względami usypianie hedonalowe przewyższa wartość ogólnie stosowanych środków usypiających, postanowiliśmy stosować metodę tę u ludzi, tembardziej, że upoważniła nas do tego poważna liczba dokonanych już operacyi w uspianiu hedonalowem, albowiem Fieodoroff ogłosił przeszło 500 przypadków tego usypiania u ludzi.

Technika uspiania hedonalowego. Na zakończenie muszę opisać stronę techniczną uspiania hedonalowego, tem bardziej, że o ile przy umiejętnem podawaniu hedonalu żadnego niebezpieczeństwa strona techniczna nie przedstawia, o tyle wobec nieumiejętnego, lub nieostrożnego postępowania zabieg wstrzykiwania może stać się niebezpiecznym dla zwierzęcia lub człowieka, co wszakże będzie wyłączną winą usypiającego. Uspianie dokonywa się w ten sposób: Rozczyn 0,75% hedonalu w fizyologicznym roztworze soli kuchennej wyjaławiałem za pomocą 20-minutowego gotowania. Ażeby zapobiedz zmniejszaniu się ilości płynu skutkiem parowania, dolewałem odrazu nadmiar wody, ażeby przy odpowiednio specjalnie uregulowanym płomieniu otrzymywać potrzebną ilość płynu, w którym byłoby 0,75 hedonalu + 0,75 soli kuchennej na 100 wody. Płyn ten nalewałem do wyjałowionego naczynia z podziałkami, połączonego gumową rurką, również wyjałowioną, z odpowiednimi zaciskadłami i metalową kaniulką żylną z tępą główką (patrz rys.). Ażeby uniknąć możliwości tworzenia się skrzepów w kaniulce podczas przerwania prądu roztworu hedonalu, postąpiłem w ten sposób, jak Kümmerle w wewnątrzżylniej eterowej narkozie, mianowicie obok naczynia z hedonalem umieszczałem takie samo naczynie szklane z wyjałowionym fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Za pomocą widelkowato rozdzielonej rurki, łączącej ohydwa te naczynia, można wprowadzić do żyły albo tylko roztwór hedonalu, albo zwykły fizyologiczny roztwór soli kuchennej. Po przerwaniu podawania hedonalu przez kaniulkę metalową przepływa kroplami czysty fizyologiczny roztwór soli tak, że w ciągu całego przebiegu uspiania prąd w kaniulce nie zostaje przerywany. W ten sposób zapobiegało się możliwości tworzenia się skrzepu w kaniulce.

Po odpreparowaniu żyły udowej u psa, a u ludzi jednej z żył zgięcia łokciowego, podwiązuje się przedewszystkiem



dośrodkowy koniec żyły i podprowadza się nitkę pod obwodową część żyły. Następnie pociągnąwszy obwodowy koniec za



pomocą nitki tej ku górze, tak ażeby światło żyły było zaciśnięte, nadcina się żyłę w odległości mniej więcej,  $1 - 1\frac{1}{2}$  cm. od tej nitki, puszcza się rozczyń hedonalu z rurki, i dopiero wtedy wprowadza się do żyły kaniulkę i przewiązuje się żyłę drugą nitką, tak by jednocześnie umocować w żyłę nitkę.

Jest rzeczą samo przez się zrozumiałą, że najważniejsza jest zwrócić uwagę na to, by ani w rurach, ani w kaniulce nie było najmniejszego pęcherzyka powietrza. Lekarz usypiający winien być świadomy, że od tego szczegółu nieraz jest zależne życie operowanego.

Uniknięcie niebezpieczeństwa tego jest bardzo łatwe.

Ważną rzeczą jest także uregulowanie szybkości wstrzykiwania płynu. W doświadczeniach moich na psach wstrzykiwałem z szybkością od 30—60 ccm. w przeciągu minuty. Przeciętą szybkość, zalecana przez Fieodoroffa i Jeremitscha, wynosi 70 cm.<sup>3</sup>. Na zasadzie naszych doświadczeń możemy potwierdzić spostrzeżenie, że przy zbyt szybkim prądzie może nastąpić zatrzymanie oddechania. Objaśnienie tego faktu zastrzegam sobie po wykonaniu wszystkich doświadczeń, które wchodzi w zakres mego wyżej przytoczonego planu. Uregulowanie szybkości prądu nie przedstawia żadnych trudności, nawet przy posługiwaniu się naszymi zwyczajnymi zaciskadłami śrubowymi. Wobec istnienia odpowiednich przyrządów regulujących sądzę, że uda mi się skonstruować odpowiednie regulujące zaciski, pozwalające odrazu nadawać cieczy dowolną szybkość.

W sprawie szybkości wstrzykiwania dodać muszę, że jest to właściwie, podług mnie, jedyny ważniejszy moment w całym zabiegu usypiania. Dla charakterystyki tego momentu właśnie dodam opis dwóch odpowiednich przypadków.

W początkowych doświadczeniach, wówczas gdy nie posiadałem jeszcze dostatecznej wprawy, postępowałem tak, że po włożeniu kaniuli puszczałem odrazu duży prąd, a następnie z zegarkiem w ręku zmniejszałem dopływ płynu dopóty, dopóki nie została osiągnięta pożądana szybkość. Ten sposób postępowania, który, oczywiście, zmieniłem na wręcz odwrotny, okazał się zgubny dla dwóch małych szczeniaków. Te dwa nieszczęśliwe przypadki, wobec małej wagi i młodości szceniąt (patrz protokoły doświadczeń № 5, 7), nie przemawiają na nie-

korzystać metody usypiania, lecz kładę je na karb początkowej nieumiejętnej techniki.

Co się tyczy jednego z tych szczeniąt, to okazało się po obliczeniu, że skutkiem szybkiego prądu płynu otrzymał on 0,758 pro kilo wagi, czyli dawkę, która sama przez się musiała spowodować śmierć, gdyż, według Krawkowa, dawka toksyczna wynosi 0,7 pro kilo wagi.

Być może, że na niepomysłny wynik wpłynął i ten szczegół, że jeden z tych psów dzień przedtem, a drugi nawet na kilka godzin przedtem był użyty do innych doświadczeń, przy których dostawał duże dawki apomorfiny.

\*

\*

\*

Po dokonaniu przeze mnie szeregu doświadczeń na zwierzętach i po przekonaniu się o nieszkodliwości uspiania wewnątrzżylnego za pomocą hedonalu dla zwierząt, wykonał prof. Kader 6 operacyi na ludziach w uspieniu hedonalowem, kierowanem przeze mnie. Były to przypadki następujące:

- 1) Sarcoma mandibulae.
- 2) Paraplegia spastica (operacja Förstera).
- 3) Carcinoma labii inf. et sup. recidivans. Resectio mandibulae, operatio plastica.
- 4) Carcinoma labii inf. recidivans.
- 5) Struma parenchymatosa bilateralis.
- 6) Tumor cerebri.

We wszystkich tych przypadkach uspienie przebiegało prawidłowo, i po przebudzeniu się chorzy czuli się dobrze, nie uskarżali się na żadne dolegliwości, i żadnych zaburzeń ze strony jakiegokolwiek narządu nie zauważono. Bólu głowy, wymiotów, nudności ani razu nie było, mocz, badany kilkakrotnie po przebudzeniu się chorych, we wszystkich przypadkach żadnych zmian chorobowych nie wykazał.

Śród tych sześciu przypadków jeden został zbadany za pomocą elektrokardiogramu. Ogółem zdjęć 13 przed, podczas i po zabiegu. 3 elektrokardiogramy z przed, podczas i po uspieniu przytaczam (patrz №№ 39, 40, 41) na dowód, że prócz nieznacznej zmiany w okresie S T, który staje się bardzo słabo dodatnim, w załamkach wybitniejszych zmian niema. Czy objaw

ten jest zależny tylko od działania samego fizyologicznego rozczynu soli, czy od hedonalu, na to pytanie postaram się odpowiedzieć po ukończeniu badań nad wpływem czystego fizyologicznego rozczynu soli na serce psa w świetle elektrokardiograficznem.

Szczegółowe protokoły zamieszczam na końcu pracy.

Oprócz tych pierwszych 6 przypadków, operowano w klinice prof. Kadera jeszcze dalszy szereg chorych w znieczuleniu wewnątrzżylnem hedonalem. Spostrzeżenia, uwagi i wnioski, które przytem uczyniono, podane będą później w osobnem sprawozdaniu.

Dotychczasowe spostrzeżenia na ludziach, zwracam tu uwagę na rozprawę Jeremitscha, jak również wynik doświadczeń moich na zwierzętach, upoważniają mnie wszakże już obecnie do streszczenia wyników pracy mojej w sposób następujący:

Uśpienie za pomocą wewnątrzżylnego stosowania hedonalu należy uważać za rodzaj uśpienia ogólnego, upośredzającego serce, jak również i całość ustroju w sposób mniejszy, niż wszystkie inne dotychczas znane sposoby usypiania ogólnego. Uśpienie występuje nadzwyczaj spokojnie. Stopień podniecenia przed uśpieniem jest bardzo nieznaczny, i wyraża się u niektórych osób w lekkim rozczuleniu i płaczliwości, i to zwykle trwa bardzo krótko (kilka sekund). Od czasu do czasu chory poziewa, na zapytanie, co czuje, odpowiada, że spać mu się chce. Zaraz potem następuje spokojny sen ze znieczuleniem całkowitem, ze zniesieniem wszystkich odruchów. Chory zasypia, jak po silnem zmęczeniu fizycznym, robiąc wrażenie uśpionego snem prawidłowym. Napięcia mięśni niema, tętno i oddech podczas uśpienia są zazwyczaj przyspieszone, lecz poza tem żadnych zmian nie wykazują, tętno zawsze jest pełne, dobrze napięte, miarowe. Nawet bardzo osłabieni chorzy, dla których inne znieczulenia ogólne byłyby niebezpieczne, znoszą dobrze omawiane znieczulenie. Dla wydania jednak orzeczenia ostatecznego potrzeba jest dalszych spostrzeżeń i badań, zwłaszcza — klinicznych na ludziach.

Stanowczo ujemne wynosi się wrażenie z okresu budzenia się po zaprzestaniu wlewania hedonalu. Chorzy znajdują się w stanie mniej lub więcej głębokiego snu. Okres ten trwa niekiedy krótko 2—3, nierzadko jednak znacznie dłużej 5—8—10

godzin, a nawet i dłużej. W okresie tym zapada nieraz szczęka dolna i język, tak jak we śnie głębokim, podczas uśpienia. Utrudnia to, a niekiedy uniemożliwia oddechanie, głównie—prawidłowe wdechanie, i wymaga stałej, fachowej opieki w celu podtrzymania szczęki, a nawet wyciągania języka dla zachowania drożności dróg oddechowych.

Nieprzyjemna też jest odporność niektórych osobników na hedonal, tak że uśpienie zupełne następuje dopiero po upływie 30 — 60 minut od chwili rozpoczęcia wlewania. Jest to, oczywiście, za duża strata czasu.

Nadmienić wreszcie należy, że uśpienie hedonalowe wymaga bardziej powikłanych przygotowań i większej liczby personelu w czasie samego uśpienia, niż wszelki inny rodzaj znieszczenia, względnie uśpienia ogólnego.

Wprowadzenie do ustroju znacznej ilości roztworu soli kuchennej należy w większości przypadków uważać za współczynnik bardziej dodatni, niż ujemny, mimo że krwawienie jest stanowczo znaczniejsze.

Powikłań ze strony powstawania w żyłę skrzepu w miejscu nakłucia żyły nie spostrzegaliśmy.

## Doświadczenia na zwierzętach.

Doświadczenie № 1, d. 16 czerwca 1911 r.

Suka wagi 12,5 kg. Wyosobniono żyłę udową i o godz. 7 m. 24 wprowadzono kaniulę i zaczęto wlewać roztwór hedonalu 0,75% w fizyologicznym roztworze soli kuchennej.

Godz. 7 m. 27. Po 3 minutowem wlewu roztworu hedonalu w ilości 200 ccm. nastąpiło uśnięcie, tak że pies nie reagował na cięcie laparotomijne.

Godz. 7 m. 30. Dodano jeszcze 35 ccm.. Pies śpi, odruchów rogówkowych niema, na szczypanie kulociągami nie reaguje.

Godz. 7 m. 40. Pies dostaje ponownie 40 ccm., śpi dobrze, tak że bez żadnej przeszkody ze strony uśpienia daje się odszukać lewy moczowód, przeciąć go i wprowadzić cewnik moczowodowy.

Godz. 7 m. 45. Uśpienie dalej trwa, rogówka nie reaguje.

Godz. 7 m. 50. Pies zaczyna reagować na ból, i znowu dostaje 60 ccm., mimo to wszakże reaguje dalej i otrzymuje dalsze 100 ccm., poczem znów zasypia.

Robi się cięcie laparotomijne na stronie prawej, odszukuje się moczowód prawy, przecina się go, i wprowadza się do niego cewnik moczowodowy.



Godz. 8 m. 2. Pies pozostaje w głębokim uśpieniu.

Godz. 8 m. 13. Sen trwa dalej, pies na żadne podrażnienia nie reaguje; pomimo to, aby utrzymać psa nadal w uśpieniu, wprowadzono znowu 70 ccm., tak że razem dostał  $(200 + 35 + 40 + 60 + 100 + 70) = 505$  ccm.

Godz. 8 m. 20. Pies śpi mocno.

Godz. 8 m. 50. Zwierzę pozostaje w uśpieniu; upłynęło 37 m. od ostatniego wiania rozczynu hedonalu.

Godz. 9 m. 10. Odruch rogówkowy powraca, pies budzi się. W ciągu 57 minut pies pozostaje w głębokim uśpieniu, mimo że hedonalu więcej nie otrzymał.

Doświadczenie to trwało od godz. 7 m. 25 do godz. 9 m. 10, to jest godz. 1 m. 45.

\*                      \*

Doświadczenie № 2, d. 19 czerwca 1911 r.

Suka szara łaciasta, 9,5 kg. wagi. Wyosobniono na lewej stronie żyłę udową, do której wprowadzono kaniulę.

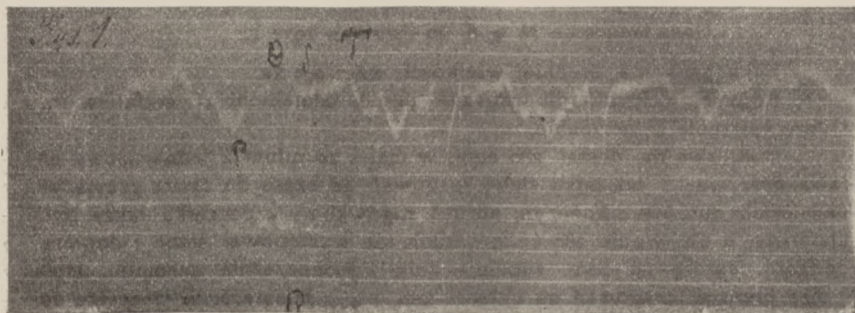
Początek 1-go wlewania godz. 11 m. 2. Przez dwie minuty pies dostał 100 ccm. 0,75% hedonalu w fizyologicznym rozczywie soli kuchennej.

Po 8 minutach nastąpiło uśnięcie. Pies nie reaguje na silne podrażnienie, np. szczypanie szczypczykami; odruch z rogówki zachowany. Skutkiem ciągłego szczypania psa, zaczyna on reagować dość żywymi ruchami. Dodano 30 ccm., rogówka przestała reagować i po dodaniu nowych 90 ccm. nastąpiło głębokie uśpienie, przyczem okazuje się, że upłynęło 15 minut od początku uśpienia, i w tym całym okresie czasu pies dostał ogółem  $(100 + 30 + 90) = 220$  ccm. czyli 1,65 hedonalu.

Podczas uśpienia, w czasie fotografowania pies z wolna otrzymywał od 100 — 110 ccm., czyli że przed samem zdjęciem fotografii pies otrzymał  $0,75 \times (100 + 30 + 90 + 110) = 2,4$  hedonalu, czyli 0,25 pro kg. wagi.

Godz. 11 m. 40. Pies obudził się; a więc pies spał od godz. 11 m. 17 do godz. 11 m. 40.

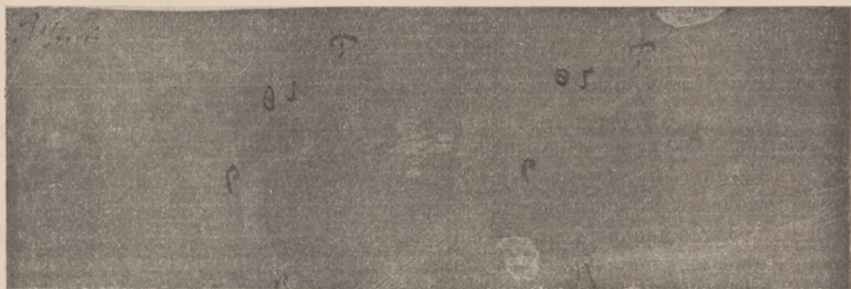
Pies przed zabiegiem drżał, i po przebudzeniu się również drżał.



Elektrokardiogram № 1.



Przed uśpieniem—arytmia z intermisjami przedsionków (1—2 podziałek); wychylenie R jest tak duże, że nie mieści się na papierze fotograficznym, okres  $S_0 T$  dodatni; T ( $2\frac{1}{2}$ —3 podziałek); wychylenie komorowe, przypominające t. zw. atypowe wychylenie. Ponieważ nazwy dla atypowych wychyleń, wprowadzone przez Nicolaia, mianowicie prawostronne lub lewostronne, jak zauważył już Hering, okazały się niewłaściwe, będziemy używali nazw dla atypowych komorowych wychyleń górna czyli podstawowa, i dolna czyli koniuszkowa. W danym przypadku mamy do czynienia z atypowym wychyleniem górnym — Rechtsseitiger atypischer Ventrikelschlag (Nicolai u. Rahn).



Elektrokardiogram № 2.

Podczas uśpienia — P ( $1\frac{1}{2}$ —2 podziałek); typ górnych atypowych wychyleń komorowych R (12—13 podziałek); okres  $S_0 T$  zwolna wznosi się ku górze; T dodatni (2 podz.); tętno 276.

Porównanie. Pies ten, który przed uśpieniem miał nieprawidłowy typ wychyleń, podczas uśpienia zachowuje ten sam typ, z tą tylko różnicą, że intermisje w tętnie podczas uśpienia znikły. Przedsionki wykazują większe wychylenie.

\* \* \*

#### Doświadczenie № 3, d. 20 czerwca 1911 r.

Suka brunatna, średniej wielkości, wagi 9,5 kg.

Zdjęcie elektrokardiograficzne przed uśpieniem o godz. 12 m. 50. Odprowadzenie II normalne.

Pies zwolna dostał 280 ccm. w ciągu 10 minut z jednorazową chwilową przerwą. Z początku słabo reagował: od czasu do czasu zauważyć się daje ruch tułowia i kończyn, odruch rogówkowy z początku także był zachowany, a po wleciu 280 ccm. odruch ten występował słabo i dopiero po dodaniu jeszcze 20 ccm. zupełnie znikł i jednocześnie nastąpiło uśpienie i pies przestał reagować na uklucie igłą, po 14 minutach od początku uśpienia odfotografowano. Z powodu braku płynu nie doprowadzono do głębokiego uśpienia.

Przy zeszywaniu rany pies żywo reagował na ułknięcie igłą, jednakże po odwiązaniu psa wyraźnie widać było, że jest on w stanie sennego oszłomienia, gdyż nie chciał wstać mimo nawoływań, a głowa opadała mu bezwładnie.



Elektrokardiogram № 4.

Przed uśpieniem — T ( $1\frac{1}{2}$  podz.); Q ( $1\frac{1}{2}$  podz.); R (6 podz.); T dwufazowe ( $\frac{1}{2}$  podz.); liczba tętna 180.



Elektrokardiogram № 5.

Podczas uśpienia — P (2 podz.); Q ( $1\frac{1}{2}$  podz.); R (6 podz.); T ujemne, ledwie widoczne; tętno 360.

Porównanie: elektrokardiogram, otrzymany podczas uśpienia (№ 5) w porównaniu z № 4 przed uśpieniem uwidacznia przede wszystkim znaczne przyspieszenie liczby skurczów na minutę (tętno 180 — 360), następnie znaczne powiększenie wychylenia przedsionkowego P; zmiany jakiegokolwiek wybitniejsze nie występują. Pauza pomiędzy ostatnim wychyleniem komorowym a przedsionkowym, skutkiem przyspieszenia tętna, prawie znika, znika również podczas uśpienia dodatnia faza załamka T, a początek okresu  $S_0$  T staje się podczas uśpienia nieco wyraźny i dodatni.

## Elektrokardiogram № 6.

Po uśpieniu — P ( $1\frac{1}{2}$  podz.); Q (1 podz.); R ( $3\frac{1}{2}$ —4 podz.); S ( $1\frac{1}{2}$  podz.) T zaledwie widoczne dwufazowe; tętno 120.

Po uśpieniu elektrokardiogram wykazuje liczbę skurczów na minutę 120, czyli powrót mniej więcej do stanu tętna przed uśpieniem; zmniejszenie załamka R o  $2\frac{1}{2}$  podz.; wystąpienie załamka S; załamek T występuje bardzo słabo.

\*

## Doświadczenie № 4, d. 20 czerwca 1911 r.

Pies brunatny, 9,5 kg. wagi. Ten sam pies, co w doświadczeniu № 3, zostaje poddany uśpieniu tego samego dnia powtórnie w odstępie 7-iu godzin.

O godz. 8, po wlewniu 100 ccm. roztworu hedonalu, pies jeszcze rusza kończynami.

Godz. 8 m. 3. Pies otrzymał 150 ccm. i przestał oddziaływać na szczypanie; rogówka bardzo słabo oddziaływa.

Godz. 8 m. 4. Uśpienie zupełne, rogówka przestała oddziaływać, odruchów niema, czyli po otrzymaniu 220 ccm. roztworu hedonalu = 1,65 hedonalu pies zasnął. Następuje zdjęcie elektrokardiograficzne. Po fotografowaniu zwierzę jeszcze dostało 35 ccm., tak że razem otrzymał pies ( $220 + 35$ ) = 255 ccm., czyli 0,2 hedonalu na kilo wagi (0,193).

Godz. 8 m. 30. Odruch rogówkowy powraca.

O godz. 8 m. 45 pies zaczyna ruszać jedną łapą.

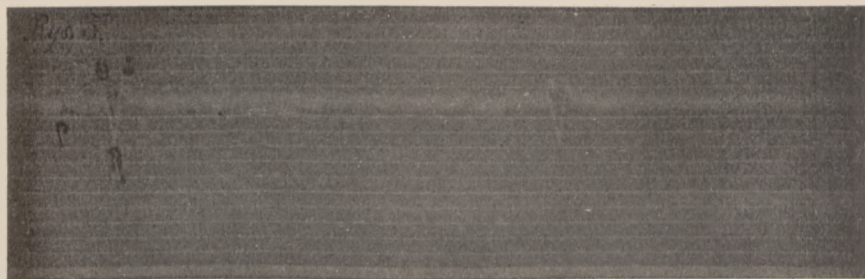
Przed uśpieniem — P ( $1\frac{1}{2}$  podz.); Q (1 podz.); R (4 podz.); S ( $1\frac{1}{2}$  podz.). T zaledwie widoczne, dwufazowe.



Elektrokardiogram № 7.

Podczas uśpienia — przedsionki ( $2\frac{1}{2}$  podz.); R (5 podz.); T zaledwie widoczne; S nieznaczne; tętno 240.

Porównanie. Przy powtórznem uśpieniu widzimy znowu powiększenie liczby skurczów, powiększenie załamka przedsionkowego P (od  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  podz.); zmniejszenie się załamka S; a okres  $S_0$  T przypomina zupełnie tenże okres krzywej podczas uśpienia № 5.



Elektrokardiogram № 8.

Po uśpieniu. Krzywa przybiera charakter elektrokardiogramu, otrzymanego przed uśpieniem, z tą tylko różnicą, że wszystkie załamki stają się nieco mniejsze, z wyjątkiem załamka S.

\*                      \*

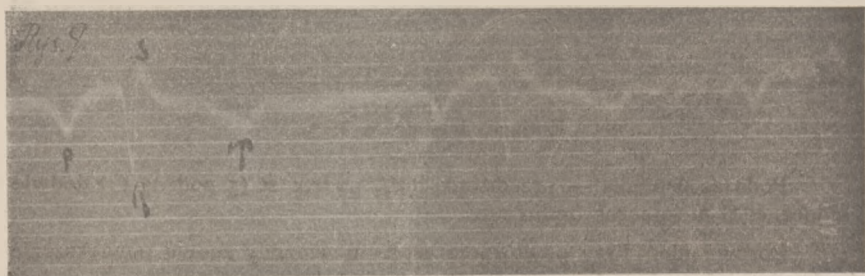
Doświadczenie № 5, d. 20 czerwca 1911 r.

Pies mały, żółty, kudłaty; wagi 4,5 kg. Zdjęcie fotograficzne przed uśpieniem o godz. 4 p. p.



Pies dostaje w przeciągu 1 minuty 130 ccm., po których zaczyna uspokajać się; rogówka bardzo słabo oddziaływa. Po wlewaniu ponownych 45 ccm., czyli po otrzymaniu  $(130 + 45) = 175$  ccm. 0,75% hedonalu w fizyologicznym roztworze soli kuchennej następuje nagle śmierć zwierzęcia. Pomimo sztucznego oddychania i paruminutowego mięsienia serca pies nie powrócił do życia.

Przypuszczalną przyczynę ujemnego wyniku tego doświadczenia i naglej śmierci upatruję w tem, że odrazu za duża ilość płynu została wlana do żyły.



Elektrokardiogram № 9.

Przed uśpieniem. P ( $1\frac{1}{2}$  podz.); R (6 podz.); S (1 podz.); T ( $1\frac{1}{3}$  podz.).

\*                      \*

\*                      \*

Doświadczenie № 6, d. 21 czerwca 1911 r.

Pies, żółty jamnik, wagi 10 kg. Zdjęcia przed uśpieniem dokonałem 6 godz. 6 m. 15.

Początek pierwszego wlewania godz. 6 m. 23. O godz. 6 m. 30 rogówka przestała oddziaływać, przytem zwierzę otrzymało 205 ccm. w przeciągu 7 m. i nastąpiło uśpienie.

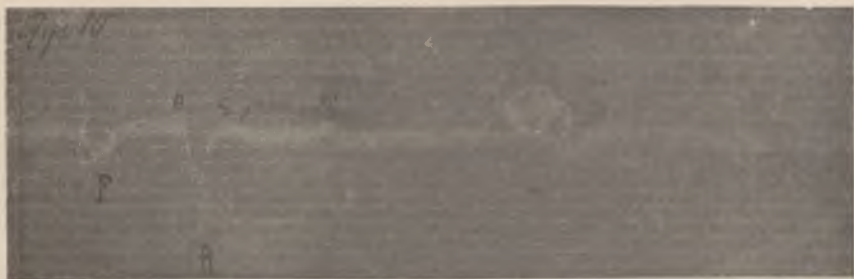
Podczas fotografowania w uśpieniu o godz. 6 m. 35 stwierdza się, że pies wskutek przypadkowego niedomknięcia aparatu dostał jeszcze 55 ccm.

Przy zeszywaniu rany, powstałej podczas wypreparowania żyły udowej z lewej strony, pies mocno śpi i nie oddziaływa na ukłucie igłą. Wszakże okazuje się, że pies przy wdechu silnie przyciąga przednie łapy do klatki piersiowej, przyczem jednocześnie w tym momencie występuje wyraźne drżenie klatki piersiowej. Oddychanie brzuszne również wyraźne. Podczas wydechu mięśnie klatki piersiowej nie drżą.

Godz. 6 m. 55. Pies śpi bardzo mocno, drży jednakże na całym ciele, przytem występuje szczerkanie zębów.

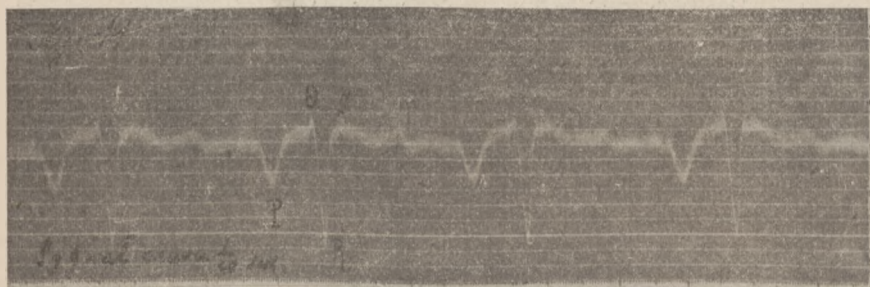
Godz. 7 m. 3. Pies budzi się.





Elektrokardiogram № 10.

Przed uśpieniem — nieznaczna niemiarywość tętna, często spotykana u psów; liczba skurczów od 75 — 92 na minutę. Elektrokardiogram przed uśpieniem prócz zwykłej niemiarywości tętna nie przedstawia jakichkolwiek dających się zauważyć nieprawidłowości; wielkość załamków zwykła, załamek T zwrócony ku górze dodatni. Jest to zjawisko bardzo często widywane u psów, podczas gdy u ludzi zdrowych załamek T jest zazwyczaj przy tem samym odprowadzeniu zwrócony ku dołowi, czyli jest ujemny. Wychylenie P przedsionkowe jest nieznaczne (1 podz.); załamek Q zaledwie zaznaczony; załamek R (6 podz.).



Elektrokardiogram № 11.

Podczas uśpienia — niemiarywość tętna ustąpiła; tętno 200; wychylenie przedsionkowe P znacznie większe (2 — 2 1/2 podz.), załamek Q nieco większy; załamek T nieco zmniejszył się, jest dwufazowy; załamek R pozostał bez zmiany, trwa tylko nieco krócej, odpowiednio do powiększonej liczby skurczów serca. Wprawdzie w załamku T podczas uśpienia występuje nieznaczna ujemna faza, jednakże już i przed uśpieniem podczas niektórych skurczów również występował ujemny załamek T. Załamek R (7 podz.).



Elektrokardiogram № 12.

Nazajutrz po usypianiu. Występuje znowu zwykła niemiarywość tętna, którą zaznaczyłem przed usypieniem; tętno 96—120; wychylenie przed-sionkowe P ( $1\frac{1}{2}$  podz.); załamek T dodatni ( $1\frac{1}{2}$  podz.); przy niektórych skurczach występuje mała ujemna faza załamka T; załamek Q zaledwie widoczny; załamek R zwiększony (9 podz.).

\*                      \*

\*

#### Doświadczenie № 7, d. 22 czerwca 1911 r.

Pies mały biały, 5 kg. wagi. Pies na parę godzin przedtem był użyty do innego doświadczenia, podczas którego podawano mu duże dawki apomorfiny.

Godz. 5 m. 33 p. p. Początek usypiania.

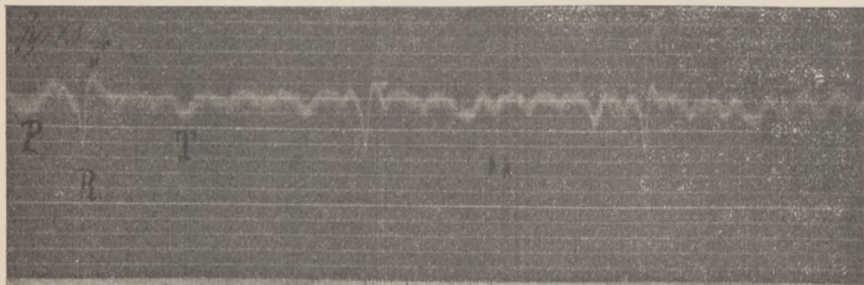
Godz. 5 m. 38. Po wlewniu 90 ccm. roztworu hedonalu do żyły udowej prawej następuje głębokie oddychanie, pies uspokaja się, na uszczypnięcie kulociągiem jednak oddziałuje wyraźnie.

Godz. 5 m. 40. Śpi po otrzymaniu 110 ccm. — na szczypanie kulociągiem więcej nie oddziałuje, odruch rogówkowy znikł.

Godz. 5 m. 47 m. Dodano nowych 40 ccm. — śpi zupełnie głęboko, i wtenczas następuje zdjęcie elektrokardiograficzne. Po fotografowaniu wykonano cięcie laparotomijne w celu wykonania operacji wycięcia kiszek. Po otwarciu jamy brzusznej pies zaczyna budzić się. Dodano jeszcze 160 ccm. w przeciągu 2 minut, zwierzę przestało oddychać i nastąpiła śmierć.

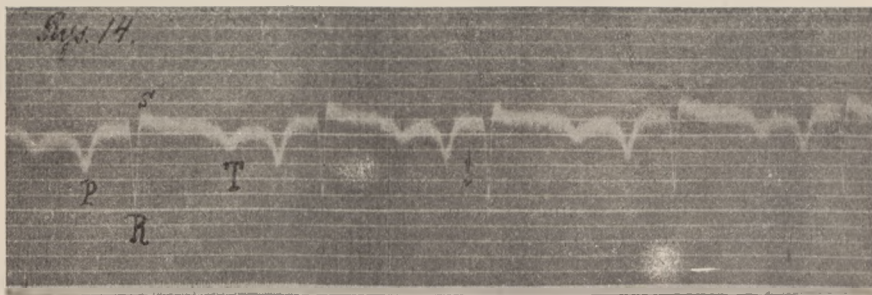
Należy przypuszczać, że zbyt szybkie podawanie środka — w ciągu 2 minut 160 ccm. — było w danym przypadku powodem śmierci zwierzęcia.

Sekcja ze względu na przypadkowe zewnętrzne okoliczności wykonana nie została.



Elektrokardiogram № 13.

Przed uśpieniem — bardzo nieznaczna niemiarkowość tętna; liczba tętna około 150; załamek Q nie występuje; załamek R (4 podz.); załamek S przy niektórych skurczach ( $1\frac{1}{2}$ ); okres  $S_0$  T poziomy; załamek T ujemny (1 podz.); załamek P (1 podz.).



Elektrokardiogram № 14.

Podczas uśpienia — liczba tętna 240; nieznaczna niemiarkowość tętna-przedsionki (2 podz.); R (4 podz.); S (1 podz.); T (1 podz.) ujemne.

Porównanie. Przy porównaniu elektrokardiogramu przed i po uśpieniu okazuje się, że podczas uśpienia wychylenie przedsionkowe P powiększone—co świadczy o wzmożonej działalności przedsionków. Krzywa komorowa nie przedstawia widocznych zmian podczas uśpienia — powiększenie R i powiększenie liczby tętna.

\* \* \*

Doświadczenie № 8, d. 23 czerwca 1911 r.

Pies biały (foxterier), średniej wielkości, wagi 7 k. Wypreparowano lewą żyłę udową, do której wprowadzono kaniulę.

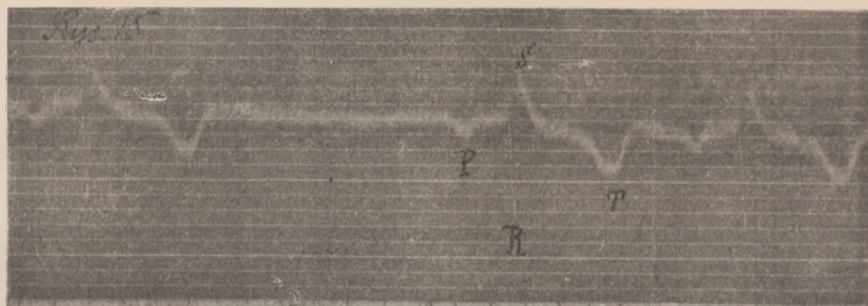
Początek wlewania hedonalu godz. 4 m. 40. Po 40 ccm. pies zaczyna rzucać się, lecz wkrótce uspakaja się.

Godz. 4 m. 46. Po wlaniu 110 ccm. odruchy na ból ustają, odruch rogówkowy jeszcze wyraźny.

Godz. 4 m. 48. Pies znowu dostaje 20 ccm. i śpi, czyli po otrzymaniu ogółem  $(40 + 110 + 20) = 170$  ccm. roztworu hedonalu  $= 1,275$  hedonalu nastąpiło zupełne uśpienie. Odruchy rogówkowe i na ból znikły.

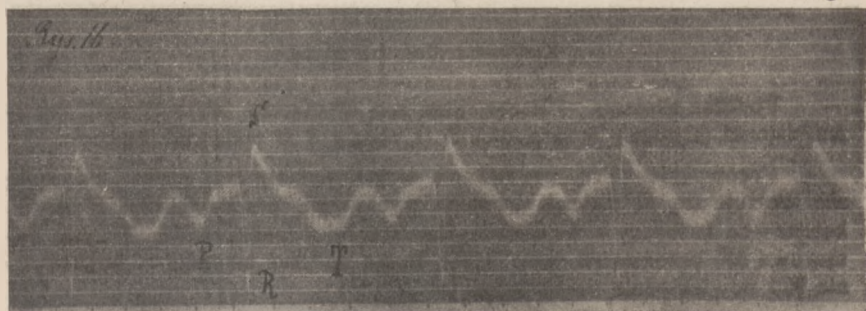
Po nastąpieniu uśpienia dodano jeszcze podczas zdejmowania krzywej elektrokardiograficznej 30 ccm. w ciągu 1 minuty.

Godz. 5. Pies zaczyna budzić się; przy zaszywaniu rany oddziaływa słabym piskiem na ukłucie igłą.



Elektrokardiogram № 15.

Przed uśpieniem — arytmia wybitna, załamek P (1 podz.); załamek Q zaledwie zaznaczony; załamek R (6 podz.); załamek S wyraźny ( $2\frac{1}{2}$ —3 podz.); załamek T wybitny ( $2\frac{1}{2}$  podz.).



Elektrokardiogram № 16.

Podczas uśpienia — arytmia ustąpiła, wychylenie przedsionkowe większe (2 podz.); R (6 podz.); S bez zmiany; T również wybitne (2 podz.) ujemne; tętno 240.



Porównanie. Podczas uśpienia rytm skurczów staje się prawie zupełnie prawidłowy, krzywa komorowa nie przedstawia żadnych zmian w porównaniu z krzywą przed uśpieniem; wychylenie przedsionkowe większe.



Elektrokardiogram № 17.

Po uśpieniu — arytmia taka sama, jak przed uśpieniem, charakter krzywej również taki sam, jak przed uśpieniem; załamek R (4 podz.); załamek T (2 podz.).

\*

Doświadczenie № 9, d. 24 kwietnia 1911 r.

Pies mały, czarny, wagi 6 kg. I podawanie hedonalu o godz. 11 m. 8. Po wleńiu 80 ccm., godz. 11 m. 11, pies zaczął silnie rzucać się i wyć, lecz po krótkim czasie ( $1\frac{1}{2}$  m.) uspokoił się.

O godz. 11 m.  $11\frac{1}{2}$  nie oddziaływa na ukłucie; odruch rogówkowy słaby.

Godz. 11 m. 12. Koniec I wleńia, czyli po otrzymaniu 145 ccm. pies mocno zasnął; oddycha spokojnie, prawidłowo i chrapie.

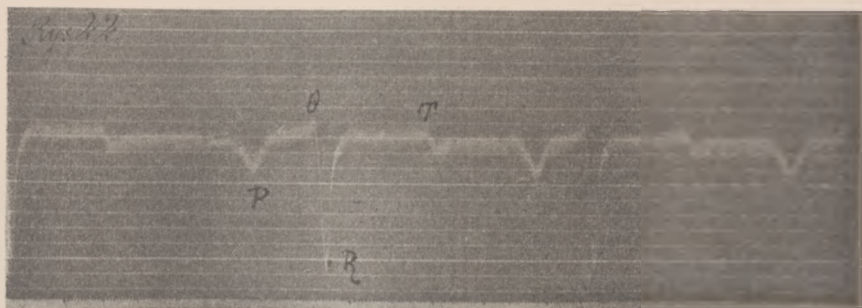
Godz. 11 m. 15 m. Podczas zakładania elektrod zwierzę zaczyna oddziaływać na ból.

Następuje II wleńie o godz. 11 m. 16. Po podaniu na nowo 35 ccm. pies dalej śpi, godz. 11 m. 17 fotografowanie.

O godz. 11 m. 23 zaczyna oddziaływać na ukłucie i szczypanie: piszczy, budzi się. Dodano jeszcze 20 ccm., poczem pies uspokaja się. Podczas zaszewiania rany o godz. 11 m. 35 zaczyna oddziaływać na ukłucie igłą podczas szycia, zwolna budzi się i piszczy głośno.

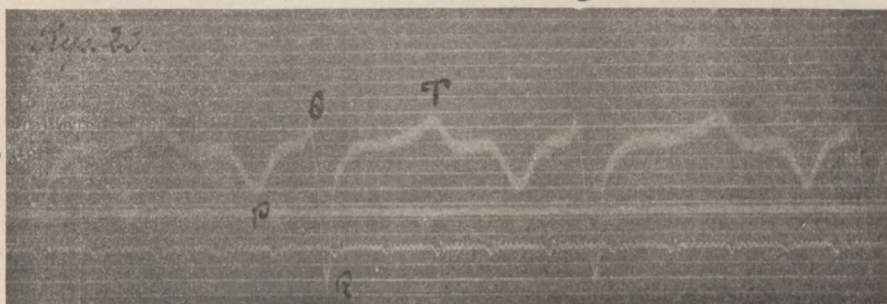
Godz. 11 m. 44. Pies po odwiązaniu leży senny; rogówka oddziaływa, oddycha silnie brzuchem, mięśnie dolnej części tułowia drżą, i przy tem następuje znaczna addukcja tylnych łap. Drżenie to chwilami obejmuje całego psa, przytem zauważa się zgrzytanie zębami.





Elektrokardiogram № 22.

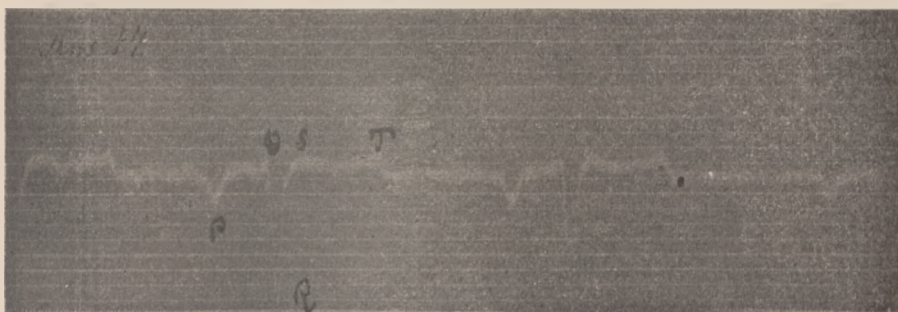
Przed uśpieniem — niemiarowość tętna dość znaczna; tętno 150—200; P (2 podz.); Q (prawie 1 podz.); R ( $8\frac{1}{2}$  podz.); T dwufazowe małe.



Elektrokardiogram № 23.

Podczas uśpienia — tętno 240; P ( $2\frac{1}{2}$  podz.); Q (1 podz.); R (9 podz.); T (2 podz.) jednofazowe dodatnie.

Porównanie. Tętno podczas uśpienia bardziej miarowe; wychylenie przedsionkowe wybitniejsze; powiększenie się dodatniej fazy T; zniknięcie ujemnej fazy, czyli katabolicznej T.



Elektrokardiogram № 24.

Po uśpieniu. Niemiarowość tętna mniej więcej takiego samego typu, jak przed uśpieniem; R (10 podz.); P (2 podz.); okres  $S_0$  T nieznacznym; T dwufazowe małe, analogiczne do № 22, przed uśpieniem.

\*                      \*

\*                      \*

Doświadczenie № 10, d. 26 czerwca 1911 r.

Pies ogromny, wyżeł, wagi 27 kg. Początek I podawania godz. 11 m. 50. Do prawej żyły udowej wstrzyknięto z szybkością zwykłą 50 ccm. Od czasu do czasu pies rzuca się i po otrzymaniu 70 ccm. na ból słabo oddziałuje. Dostaje jeszcze 50 ccm.; zwierzę wykonywa rzadko ruchy kończynami. Odruch rogówkowy stale wyraźny; pies cały czas skowyczy.

Godz. 12. Otrzymał ogółem 300 ccm., piszczy i nie śpi; rogówka zaczyna oddziaływać słabo, oddycha głęboko.

Godz. 12 m. 4. Dodano jeszcze 100 ccm.; rogówka przestała oddziaływać; piszczy bardzo słabo, oddech rzadszy.

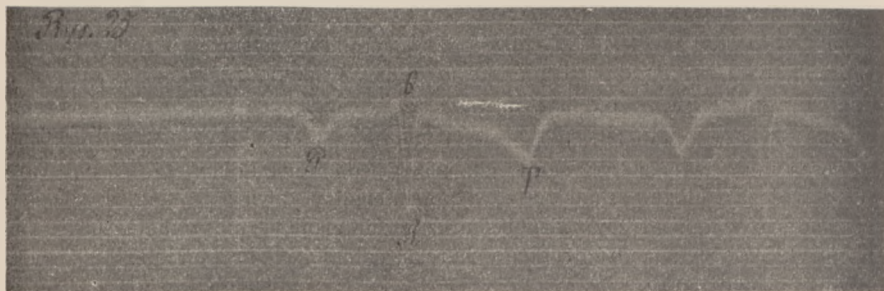
Godz. 12 m. 5. Po otrzymaniu ogółem 420 ccm. rozczynu hedonalu pies zasnął; tętno 146—150. Podczas odwiązywania elektrod, godz. 12 m. 8, pies zwolna budzi się i zaczyna rzucać się.

Ponownie podano hedonał; po otrzymaniu dodatkowych 130 ccm. znowu zasnął o godz. 12 m. 13.

Zdjęcie fotograficzne o godz. 12 m. 17.

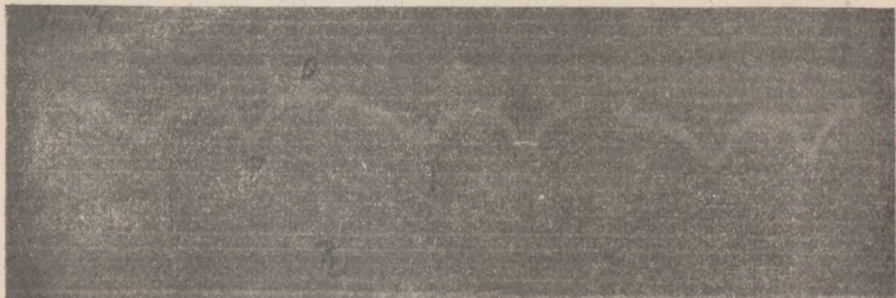
Godz. 12 m. 28. Pies budzi się.

Po odwiązaniu pies podnosi się na przednie łapy. Tylne kończyny, zwłaszcza prawa, na którą nałożony jest opatrunek z przylepca, są jakoby w stanie parezy. Pies stanąć na tylnych łapach nie może.



Elektrokardiogram № 25.

Przed uśpieniem — wybitna arytmia, długie przerwy około  $\frac{3}{4}$  sekundy pomiędzy skurczami; P (2 podz.); Q (1 podz.); R (6 podz.); T ujemne (3 podz.).



Elektrokardiogram № 26.

Podczas uśpienia — arytmia ustępuje prawie zupełnie; P ( $2\frac{1}{2}$  podz.); R ( $7\frac{1}{2}$  podz.); T ujemne ( $2\frac{1}{2}$  podz.); Q (1 podz.); liczba skurczów około 180.



Elektrokardiogram № 27.

Po uśpieniu — P ( $2 - 2\frac{1}{2}$  podz.); arytmia taka sama, jak przed uśpieniem; R ( $4 - 5\frac{1}{2}$  podz.); T ujemne (2 podz.); Q (1 podz.).

Porównanie. Podczas uśpienia powiększona liczba skurczów, rytm bardziej prawidłowy, brak intermisyi, R wybitniejsze; po uśpieniu działalność serca mniej więcej taka sama, jak przed uśpieniem. Pojawienie się załamka Q podczas niektórych skurczów po intermisji związane jest, być może, z intermisjami, gdyż już drugi skurcz po intermisji nie wykazuje wybitnego Q, i, poczynając od drugiego skurczu, załamek Q jest podobny do załamka Q przed narkozą.

\*                      \*

Doświadczenie № 11, d. 28 czerwca 1911 r.

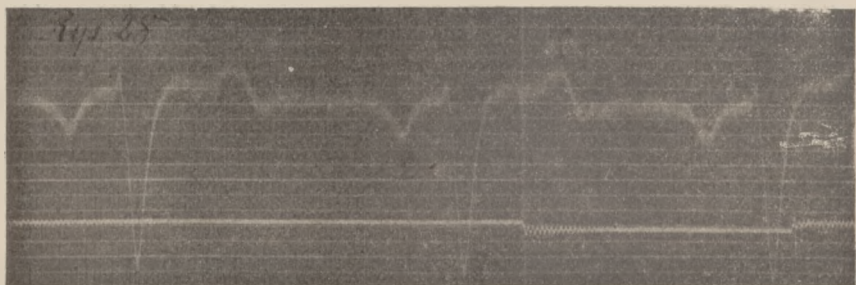
Pies bury, duży, wagi 11,5 kg. Początek uśpienia godz. 12 m.  $28\frac{1}{2}$ .

Godz. 12 m.  $32\frac{1}{2}$ . Pies śpi, odruchów rogówkowych brak, przytem od początku I wiania podano 170 ccm.



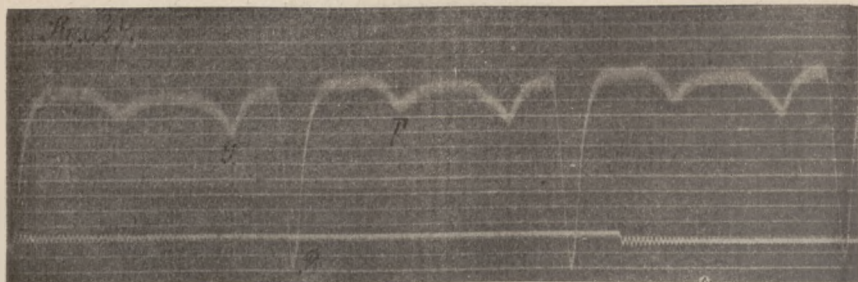
Godz. 12 m. 37. Stwierdza się zupełny brak odruchów. Następuje zdjęcie fotograficzne. Koniec zdjęcia godz. 12 m. 40. Pies mocno śpi.

Godz. 12 m. 48. Przy zaszywaniu rany budzi się, rzuca się i piszczy.



Elektrokardiogram № 28

Przed uśpieniem — zwykła niemiarywość tętna; P ( $2\frac{1}{2}$  podz.); Q (1 podz.); R podczas miarowych (11 podz.), a podczas niemiarywych (13 podz.); okres mechanicznego skurczu dodatni, zwłaszcza podczas skurczów, występujących niemiarywo; T dwufazowe; faza dodatnia wybitniej (2 — 3 podz.).



Elektrokardiogram № 29.

Podczas uśpienia — częstość skurczów znacznie większa, niemiarywość ich trwa, aczkolwiek mniej wybitna; P pozostaje bez zmiany; Q znika; R (11 podz.); okres mechanicznego skurczu pozostaje dodatni; faza dodatnia załamka T nie występuje, pozostaje tylko faza ujemna (2 podz.).

Porównanie. Zauważona zmiana podczas uśpienia sprowadza się głównie do zniknięcia fazy dodatkowej T, i powiększenia się jego fazy ujemnej.

Doświadczenie № 12, d. 28 czerwca 1911 r.

Pies czarny (kundel), wagi 9 kg. Początek I wlewania godz. 6 m. 46.

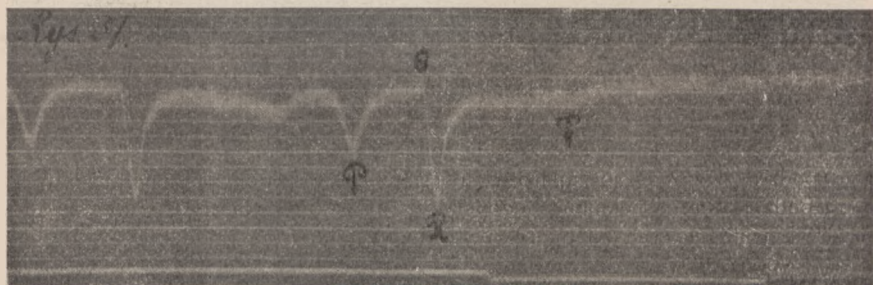
Godz. 6 m. 48. Pies otrzymał 80 ccm. — oddziaływa jeszcze na ból, odruch rogówkowy wyraźny.

Po dodaniu 195 ccm. o godz. 6 m. 52 pies przestał oddychać; zrobiono sztuczne oddychanie w przeciągu 3 minut.

Godz. 6 m. 56. Pies oddycha równo i spokojnie, następuje uśpienie; tętno 212.

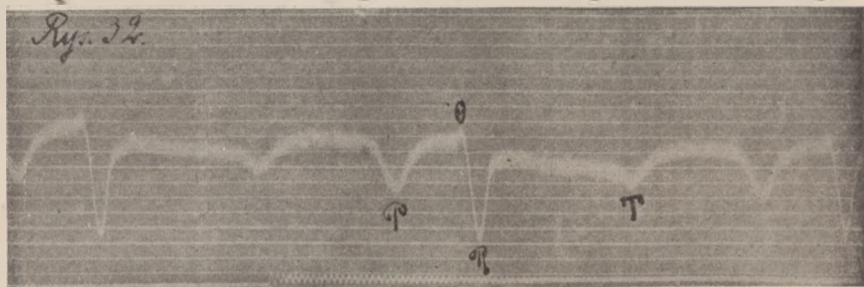
Godz. 6 m. 58. Fotografowanie podczas zaśnięcia.

Godz. 7 m. 4. Przy odcinaniu kawałka skóry, podczas zaszywania rany, pies zaczyna budzić się.



Elektrokardiogram № 31.

Przed uśpieniem — niemirowość zwykła; P (3 podz.); Q zaledwie zaznaczone; R (7 podz.); okres mechanicznego skurczu cały ujemny; T ujemne (1 pod.).

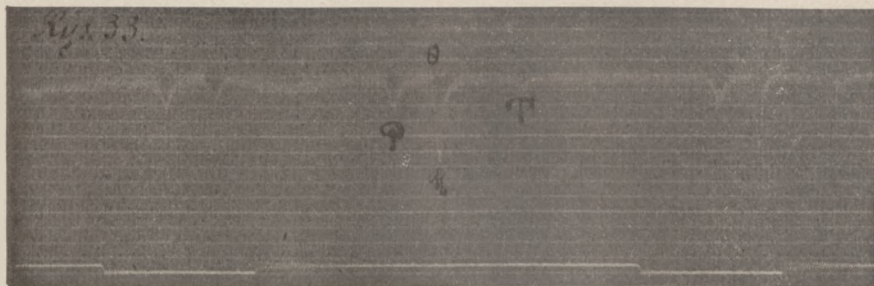


Elektrokardiogram № 32.

Podczas uśpienia — niemirowość mniej widoczna; liczba skurczów powiększona, okres mechanicznego skurczu pozostaje ujemny; T ujemne.



Porównanie. Podczas uśpienia jakichkolwiek bądź zmian godnych zaznaczenia nie daje się zauważyć.



Elektrokardiogram № 33.

Po uśpieniu elektrokardiogram żadnych właściwie nieprawidłowych czynności serca nie wykazuje prócz zwykłej niemiarywości, która przed uśpieniem występowała znacznie wyraźniej.

\* \* \*

Doświadczenie № 12, d. 4 lipca 1911 r.

Pies biały z łatką czarną (szczeniak), wagi 6,5 kg. Pies powtórnie tego samego dnia zostaje usypiany. Rozpoczyna się wlewanie o godz. 6 m. 37. Szybkość wlewania około 10 ccm. w przeciągu 20 sekund.

O godz. 6 m. 39 przerwano I wlewanie, przyczem otrzymał 75 ccm. i zasnął. Po chwili w niespełną minutę budzi się.

Godz. 6 m. 40. Podanie hedonalu w dalszym ciągu.

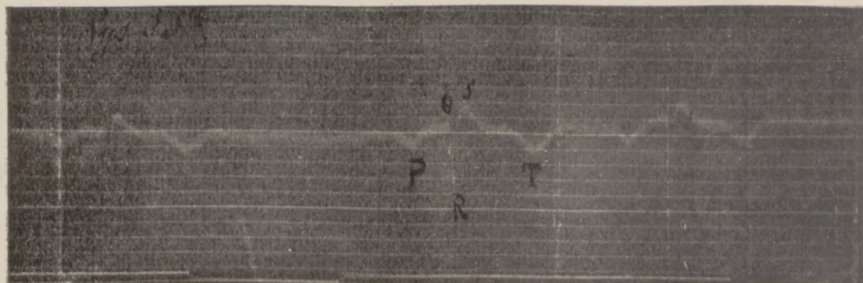
Godz. 6 m. 41. Pies oddziaływa na ból, odruch rogówkowy wyraźnie występuje.

Godz. 6 m. 48. Pies otrzymał 170 ccm.; znajduje się w głębokim uśpieniu. Fotografowanie o godz. 7.

Godz. 7 m. 5. Rogówka bardzo słabo oddziaływa, liczba oddechów 48 na minutę.

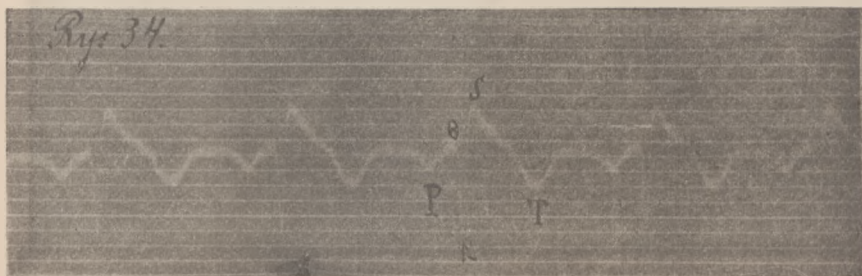
Godz. 7 m. 7. Drżenie ogólne ze zgrzytaniem zębów.

Godz. 7 m. 17. Pies śpi, tętno 184, drży na całym ciele.



Elektrokardiogram № 33a.

Przed uśpieniem—niemiarowość zwykła; załamek P (1 podz.); Q zaledwie zaznaczone; R (4 podz.); S (1—2 podz.); T ujemne (1 podz.).



Elektrokardiogram № 34.

Podczas uśpienia—liczba skurczów większa; niemiarowość znika prawie zupełnie; załamek P nieco większy; Q zaledwie występuje; R (5 podz.); T ( $2\frac{1}{2}$ —3 podz.); T ujemne.

Porównanie. Podczas uśpienia elektrokardiogram zachowuje ten sam charakter swój, jaki posiadał przed uśpieniem, różnica polega na nieznacznym powiększeniu się wszystkich załameków.



Elektrokardiogram № 35.

Po uśpieniu — P (1 podz.); R ( $3\frac{1}{2}$  podz.); S ( $1\frac{1}{2}$  podz.); T ujemne dwufazowe. Więc po uśpieniu elektrokardiogram staje się podobny do krzywej elektrokardiograficznej № 33a przed uśpieniem z tą tylko różnicą, że załamek T pozostaje nieco większy.

Doświadczenie № 14, dnia 6 lipca 1911 r.

Pies duży, czarny, wagi 10,5 kg. Początek wlewania hedonalu godz. 5 m. 58. Po wlaniu 60 ccm. w ciągu  $1\frac{1}{2}$  m. pies zaczyna rzucać się, lecz po  $\frac{1}{2}$  m. uspokaja się.

Godz. 6 m. 4. Rogówka jeszcze oddziaływa.

Godz. 6 m. 8. Pies ogółem otrzymał 210 ccm.; odruchy na ból znikły; rogówka bardzo słabo oddziaływa; pies oddycha spokojnie.

Godz. 6 m. 10. Dodano jeszcze 60 ccm.; odruchy rogówkowe ustały; uśpienie głębokie.

Godz. 6 m. 12. Następuje zdjęcie.

Godz. 6 m. 15. Po zdjęciu zwierzę zwolna dostało jeszcze 70 ccm. i śpi; wykonano cięcie laparotomijne, pies nie oddziaływa i znajduje się w głębokim uśpieniu. Następuje III zdjęcie po otwarciu jamy brzusznej o godz. 6 m. 19.

Godz. 6 m. 25. Pies zaczyna budzić się i dostaje ponowne uśpienie + 110 ccm., przytem otrzymał ogółem  $(210 + 60 + 70 + 110) = 450$  ccm.

Godz. 6 m. 36. Podczas wypreparowania Art. i Ven. mesenteric. w celu doświadczeń pies śpi głęboko.

Godz. 6 m. 50. Podczas wycięcia kiszek pies pozostaje w głębokim uśpieniu.

Godz. 7 m. 10. Po wycięciu kiszek zaczyna budzić się i dostaje ponownie 40 ccm.

Godz. 7 m. 12. Pies dostaje drgawek.

Godz. 7 m. 22. Dodano jeszcze 60 ccm.

Godz. 7 m. 37. Po wykonaniu zabiegu operacyjnego i po zaszcyciu rany pies dalej śpi. Następuje IV zdjęcie.

O godz. 7 m. 58 przebudzenie psa.

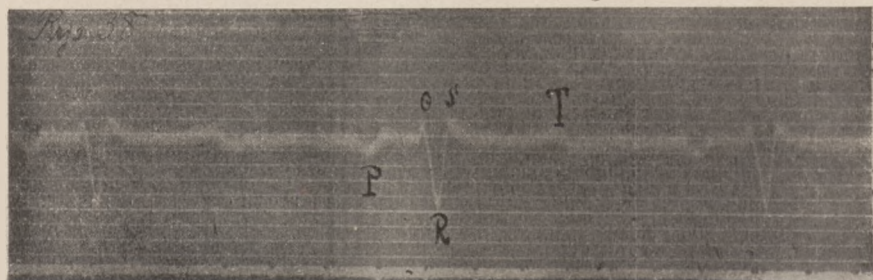
Elektrokardiogram № 36.

Przed uśpieniem — nieznaczna niemiarkowość tętna; tętno około 240; P ( $\frac{1}{2}$  podz.); Q ( $\frac{1}{2}$  podz.); R ( $2\frac{1}{2}$  podz.); S ( $1\frac{1}{2}$  podz.); T zaledwie widoczne, dwufazowe.



Elektrokardiogram № 37.

Podczas uśpienia — P nieco większe; R (4 podz.); T nieco większe dwufazowe; Q ( $\frac{1}{2}$  podz.).



Elektrokardiogram № 38.

Po uśpieniu—P takie samo, jak przed uśpieniem; Q (1 podz.); R (4 podz.); S (1 podz.); T dwufazowe — faza ujemna (1 podz.); rytm prawidłowy; tętno około 180; żadnych zmian wybitnych podczas uśpienia, ani po zabiegu, trwającym około 2 godzin.

\*                      \*

Doświadczenie № 15, d. 8 lipca 1911 r.

Pies duży biały z czarną łatką, wagi 22 kg. Początek I wlewania godz. 7 m. 59 wieczorem.

W przeciągu 5 minut pies dostaje 200 gr. z jednorazową przerwą, trwającą  $2\frac{1}{2}$  m. Odruch rogówkowy wyraźny, odczyn na ból istnieje w słabym stopniu. Dodano jeszcze 50 ccm. i następuje głębokie uśpienie. Przy otwarciu jamy brzusznej pies nic nie oddziaływa, śpi mocno i chrapie — godz. 7 m. 59.



Godz. 8 m. 1. Rogówka zaczyna słabo oddziaływać, przytem pies piszczy — następuje II podawanie hedonalu. Pies dostaje jeszcze 20 ccm. i dalej mocno śpi.

Godz. 8 m. 2. Lewa nerka jest odsłonięta i wstrzykuje się alkohol do subst. korowej w celu doświadczeń.

Godz. 8 m. 5. Pies znowu dostaje 30 ccm. i śpi.

Godz. 8 m. 7. Pies dalej pozostaje w głębokiem uśpieniu; odruchy rogówkowe nie występują.

Przy zaszywaniu rany o godz. 8 m. 9 zaczyna napinać powłoki brzuszne — dostaje znowu 40 ccm.

Godz. 8 m. 11. Pies budzi się i drży.

Godz. 8 m. 15. Dostaje 30 ccm., śpi mocno, odruchów rogówkowych niema.

Godz. 8 m. 20. Pies śpi.

Moment przebudzenia się zauważony nie był.

## Zastosowanie uśpienia hedonalowego u ludzi.

№ 1. D. 17 lipca 1911 r.

Józefa Antonina K., l. 50. Rozpoznanie: Sarcoma mandibulae; tętno 84, liczba oddechów 24.

Godz. 11 m. 45. Zdjęcie elektrokardiograficzne w pozycji leżącej przed uśpieniem.

Godz. 11 m. 49. W znieczuleniu sposobem Schleicha wyosobniono pośrodkową żyłę łokcia.

Godz. 12. Rozpoczęto wlewanie hedonalu do żyły.

Godz. 12 m. 5. Chora dostała 200 cm.<sup>3</sup>, zaczyna ciężko oddychać, twarz bez zmiany, sinicy nie znać, oddechy rzadsze i głębsze. Liczba oddechów 20.

Godz. 12 m. 6. Chora niespokojna, obawia się zejścia niepomysłnego, mówi zupełnie przytomnie.

Godz. 12 m. 10. Dodano 150 cm.<sup>3</sup>, tętno 104, dobrze napięte, prawidłowe, odruchy rogówki w słabym stopniu jeszcze zachowane, szczypanie twarzy b. mało bolesne.

Godz. 12 m. 12. Twarz nie zmienia się, sinica nie zjawia się.

Godz. 12 m. 14. Dodano 170 cm.<sup>3</sup>, chora usypia, nie rozumie, co do niej mówi się, trochę postępuje.

Godz. 12 m. 15. Lekkie upośledzenie amplitudy oddechowej.

Godz. 12 m. 17. Dodano 90 cm.<sup>3</sup>, hedonal zatrzymano, na dotyk żadnego odczynu, silne szczypanie twarzy nieznacznie uczuwa. Oddech 16<sup>4</sup> uderzeń serca 80.

Godz. 12 m. 19. Brak odczynu rogówki, słabe oddziaływanie źrenicy na światło.

Godz. 12 m. 22. Rozpoczęto drugie wlanie hedonalu, chora wyjmując rękę z waniénki i postępuje głośno, rogówka bez odczynu, źrenica na światło słabo oddziaływała.

Godz. 12 m. 25. Dodano 130 cm.<sup>3</sup>, chora śpi — następuje fotografowanie podczas uśpiénia.

Godz. 12 m. 27. Dodano 70 cm.<sup>3</sup>; wyjęcie zębów bez odczynu.

Godz. 12 m. 29. Dodano 90 cm.<sup>3</sup>. Cięcie bez odczynu, rogówka nie oddziaływała.

Godz. 12 m. 31. Dodano 60 cm.<sup>3</sup>, chora śpi dobrze, chrapie, tętno 180 dobrze napięte, oddechów 20.

Godz. 12 m. 35. Dodano 180 cm.<sup>3</sup>, hedonal wstrzymano.

Godz. 12 m. 37. Twarz biała z wyraźnym sinawym odcieniem, duszenie się z powodu przypadkowego przesunięcia się tamponu z jamy ustnej do krtani; chorą posadzono, język wyciągnięto, szczękę wysunięto ku przodowi, i po wprowadzeniu palca do krtani wyciągnięto tampon.

Godz. 12 m. 41. Chora śpi w dalszym ciągu, rogówka nie oddziaływała, tętno 78, dobrze napięte. Następuje drugie zdjęcie elektrokardiograficzne podczas uśpiénia.

Godz. 12 m. 49. Chora śpi dobrze, przy nakładaniu szwów nie oddziaływała, oddechów 24, tętno 96, dobrze napięte.

Godz. 12 m. 50. Szew języka bez odczynu.

Godz. 12 m. 52. Koniec zabiegu operacyjnego.

#### Stan pooperacyjny.

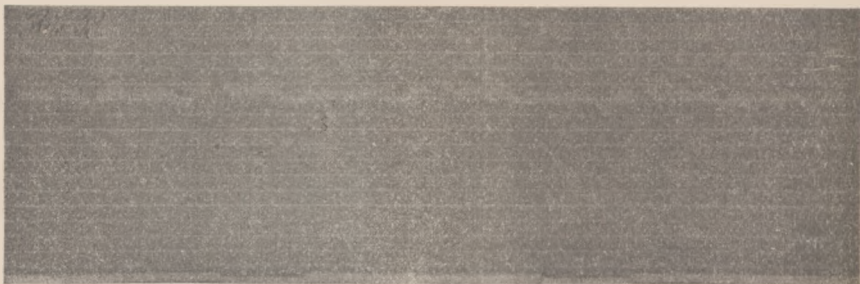
Godz. 1 m. 12. Chora zaczyna budzić się i jęczy. Pacjentka wykonywała dowolne ruchy głową, tętno 80, oddechów 28. Na ukłucie igłą oddziaływała silnie.

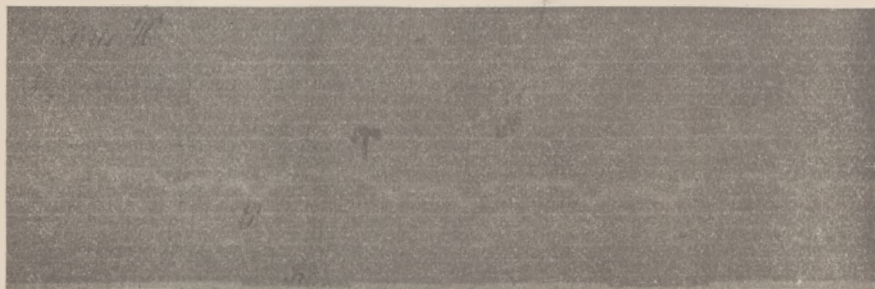
Godz. 1 m. 37. Na nawoływania otwiera oczy, daje niewyraźne odpowiedzi.

Godz. 2 m. 50. Chora zupełnie przebudziła się, na zapytanie o lata odpowiada przytomnie, na życzenie podaje rękę. Tętno 82.

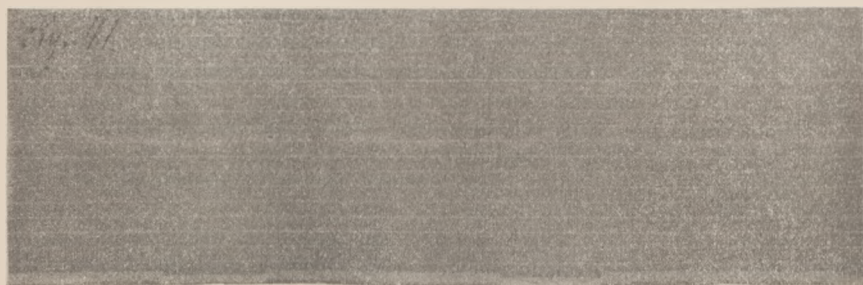
Godz. 3 m. 15. Zdjęcie elektrokardiograficzne po przebudzeniu się.

W ciągu całego przebiegu uśpiénia chora otrzymała 175 ccm. czystego rozczynu soli fizyologicznej.





Elektrokardiogram № 40.



Elektrokardiogram № 41.

\*

\*

№ 2. D. 2 grudnia 1911 r.

Tomasz D., lat 48. Carcinoma labii inter. et super. recidivans. Resectio mandibulae, operatio plastica. Tętno 80, liczba oddechów 18, szybkość wypływu hedonalu z kaniuli 50 ctm.<sup>3</sup> na minutę.

Godz. 11 m. 57. Wyosobniono żyłę pośrodkową łokcia w znieczuleniu sposobem Schleicha.

Godz. 12 m. 2. Wprowadzono kaniulę do żyły i puszczono hedonal.

Godz. 12 m. 3. Chory dostał 50 ctm.<sup>3</sup>, dopływ hedonalu zatrzymano.

Godz. 12 m. 9. Puszczono hedonal, chory rozmawia, nie okazuje najmniejszego podniecenia, tętno 80.

Godz. 12 m. 13. Wlano ogółem 50 + 180 cm.<sup>3</sup>, szybkość wlewania zwiększona przez podniesienie naczynia z płynem wyżej.

Godz. 12 m. 16. Ogółem 50 + 180 + 270 cm.<sup>3</sup>, bardzo nieznaczny stopień podniecenia, mówi bez związku, na pytania odpowiada bardzo niewyraźnie, liczba oddechów 20 na minutę.

Godz. 12 m. 19. Dodano 230 cm.<sup>3</sup> i zatrzymano hedonal, poczem już chory zamyka oczy, szczęka dolna opada, robi wrażenie odurzonego, poziewa.

Godz. 12 m. 20. Chory śpi.

Godz. 12 m. 21. Na cięcie nie oddziaływa, źrenice średnio wąskie, tętno 80.

Godz. 12 m. 22. Słabe oddziaływanie na ból, puszczo hedonal.

Godz. 12 m. 23½. Dostał jeszcze 160 cm.<sup>3</sup>, zatrzymano hedonal.

Godz. 12 m. 24. Oddziaływa na ból, lecz w bardzo słabym stopniu, pokaszluje, zaciska nieco szczęki. Puszczo hedonal.

Godz. 12 m. 26. Zatrzymano hedonal, dostał + 100 cm.<sup>3</sup>.

Godz. 12 m. 27. Chory lekko oddziaływa. Silniejsze, niż zwykle, krwawienie śródmięśniowe z małych naczyń. Puszczo hedonal.

Godz. 12 m. 30. Przestał oddziaływać, śpi mocno, oddycha powierzchownie, rzadziej; dostał + 240 cm.<sup>3</sup>, i zatrzymano hedonal. Tętno 84, oddechów 28 na minutę.

Godz. 12 m. 32. Chory rusza lekko nogą, kaszle zlekka, oddech głębszy, z powodu zaciekania krwi do ust włożono gazę w głąb do gardła.

Godz. 12 m. 36. Uśpienie głębokie, chrapie, na ból nie oddziaływa. Tętno 100, oddechów 26 na minutę.

Godz. 12 m. 39. Śpi głęboko, krew nieco sinicowa, krwawienie silniejsze, niż w prawidłowych warunkach.

Godz. 12 m. 40. Podczas wypitowania szczęki dolnej nie oddziaływa na ból. Tętno 104, liczba oddechów 28.

Godz. 12 m. 42. Uśpienie głębokie, puszczo hedonal.

Godz. 12 m. 43. Dodano 70 cm.<sup>3</sup>, wstrzykiwanie hedonalu zatrzymano. Oddycha prawidłowo, znieczulenie zupełne, tętno 100, oddechów 26 na minutę.

Godz. 12 m. 47½. Rusza lekko nogami, śpi, źrenice wąskie; puszczo hedonal, i dostał 40 cm.<sup>3</sup>.

Godz. 12 m. 50. Śpi b. głęboko, chrapie; tętno 88, liczba oddechów 28 na minutę.

Godz. 12 m. 53. Chrapie, oddech głęboki.

Godz. 12 m. 57. Chory zlekka jęczy, rusza nogami, napina nieco mięśnie, hedonal puszczo, dostał 60 cm.<sup>3</sup> i zatrzymano.

Godz. 1. Śpi, tętno 90, oddechów 24 na minutę.

Godz. 1 m. 2. Uśpienie głębokie, tętno 100.

Godz. 1 m. 4. Chrapie.

Godz. 1 m. 6. Oddech powierzchowny, liczba oddechów 24, tętno 104.

Godz. 1 m. 8. Śpi głęboko, chrapie, oddech głęboki.

Godz. 1 m. 10. Rusza nogą i ręką, jęczy, lekko oddziaływa na ból przy rozszerzaniu cięcia skórniego, puszczo hedonal.

Godz. 1 m. 13. Dostał 140 cm.<sup>3</sup>, hedonal zatrzymano, śpi bardzo głęboko, chrapie. Tętno 104, liczba oddechów 30.

Godz. 1 m. 19. Chory robi wrażenie śpiącego snem głębokim.

Godz. 1 m. 24. Rusza nogą, hedonal puszczo.

Godz. 1 m. 26. Hedonal zatrzymano, dodano 70 cm.<sup>3</sup>, chrapie.



Godz. 1 m. 32. Rusza nogą, puszczo no ponownie hedonał, tętno 108 liczba oddechów 24 na minutę.

Godz. 1 m. 33. Dostał 40 cm.<sup>3</sup>, hedonał zatrzymano, śpi głęboko, chrapie.

Godz. 1 m. 38. Oddech głęboki, równy, chrapie; tętno 108.

Godz. 1 m. 45. Uśpienie głębokie.

Godz. 1 m. 47. Śpi głęboko, nie oddziaływa na nakładanie szwów skórnych.

Godz. 1 m. 52. Wyjęto kaniulę z żyły.

Godz. 1 m. 54. Koniec operacyi, chory wykonał zgięcie prawą ręką, śpi, oddycha głęboko, tętno 108.

#### Stan pooperacyjny.

Godz. 2 m. 25. Chory poruszył ręką, podniósł ją do góry i zgiął w stawie łokciowym, ręka drży lekko i utrzymuje się we fleksyi, chory od czasu do czasu postępuje przez sen, oddycha równomiernie, 26 oddechów na minutę, tętno 96, dobrze napięte, źrenice średnie, oddziaływają na światło.

Godz. 3. Chory rusza się cały, próbuje podnieść ręce, stara się podnieść nogę prawą i opuszcza ją z powrotem.

Godz. 5 m. 25. Chorego obudzono lekkim uderzeniem w ramię, otworzył oczy, na zapytanie odpowiada mruczeniem, poczem dalej zasypia.

Godz. 6 m. 45. Chory zupełnie przytomny, na zapytanie odpowiada dość wyraźnie, na żądanie wypływa skrzepy krwi. Tętno 104, oddechów 24 na minutę.

Godz. 10 m. 15. Chory czuje się zupełnie dobrze, prosi o jedzenie. Nazajutrz zrana chory opowiada, że z początku podczas pierwszego podania środka usypiającego czuł kołowanie w głowie i zasnął; co było potem — nie wie.

Podczas uśpienia chory dostał wewnątrzżylnie 20 cm.<sup>3</sup> fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

\* \* \*

#### Nº 3. D. 4 grudnia 1911 r.

Jan W., l. 42. Carcinoma labii inf. recidivans. Plastica. Tętno 64, liczba oddechów 20.

Godz. 12. W znieczuleniu sposobem Schleicha wyosobniono jedną z żył przedudzia, do której wprowadzono kaniulę.

Godz. 12 m. 2. I podanie hedonału.

Godz. 12 m. 7. Chory dostał 170 cm.<sup>3</sup>, podaje, że odczuwa lekką senność, leży spokojnie, na twarzy żadnych zmian, tętno 72.

Godz. 12 m. 9. Wpada w okres rozczulenia, zaczyna płakać, błogosławi lekarzy.

Godz. 12 m. 11. Na twarzy zaznacza się lekki stan odurzenia, poziewa, mowa niezrozumiała, w oczach lekki nystagmus.

Godz. 12 m. 14. Dostał jeszcze 270 cm.<sup>3</sup>. Chorego układają z lekko wzniesionemi kończynami dolnemi.

Godz. 12 m. 18. Mowa b. powolna, mało wyraźna, świadomość zupełna. Tętno 84, liczba oddechów 12.

Godz. 12 m. 20. Powieki opadają, mówi bez związku, niezrozumiale, twarz różowa o prawidłowym wyglądzie, czucie nieco jeszcze zaznaczone, na szczygnięcie ostrym instrumentem chory otwiera oczy, jak gdyby obudził się ze snu, i spogląda ze zdziwieniem na otoczenie.

Godz. 12 m. 24. Chory zasypia.

Godz. 12 m. 26. Chory dostał jeszcze 285 cm.<sup>3</sup> — pokazuje słabe oznaki świadomości.

Godz. 12 m. 31. Dodano 210 cm.<sup>3</sup>. Chory śpi — początek operacji.

Godz. 12 m. 41. Dodano 180 cm.<sup>3</sup>. Tętno 100 — śpi doskonale.

Godz. 12 m. 50. Wygląd zupełnie dobry, nie oddziaływa podczas operacji, przyczem chory jeszcze otrzymał 290 cm.<sup>3</sup> i dopływ hedonalu zatrzymano, tętno 100, oddechów 22.

Godz. 12 m. 56. Zaczął nieznacznie oddziaływać — hedonal puszczone.

Godz. 1 m. 1. Hedonal zatrzymano — chory dostał + 70 cm.<sup>3</sup>.

Godz. 1 m. 4. Śpi doskonale, tętno 96, oddechów 20.

Godz. 1 m. 15. Uśpienie głębokie. Wyluszczenie gruczołów w okolicy dużych naczyń na szyi.

Godz. 1 m. 17. Rusza się. Hedonal puszczone.

Godz. 1 m. 20. Śpi — dodano 70 cm.<sup>3</sup> i hedonal zatrzymano. Krew nieco sinicowa.

Godz. 1 m. 26. Uśpienie głębokie, chrapie.

Godz. 1 m. 31. Zaczyna słabo oddziaływać na ból, rusza nogami, hedonal puszczone.

Godz. 1 m. 35. Hedonal zatrzymano — krztusi się.

Godz. 1 m. 44. Hedonal puszczone.

Godz. 1 m. 45. Dodano 30 cm.<sup>3</sup> i zatrzymano, pokaszluje, wypłuka trochę krwi, śpi, tętno 100, liczba oddechów 20.

Godz. 2. Śpi, tętno 108.

Godz. 2 m. 2. Hedonal puszczone.

Godz. 2 m. 12. Dodano 100 cm.<sup>3</sup>, śpi, chrapie, oddycha głęboko i równomiernie.

Godz. 2 m. 30. Koniec operacji.

W ciągu całego przebiegu uśpienia chory kroplami otrzymywał 90 cm.<sup>3</sup> fizyologicznego roztworu soli kuchennej (0,75%) do żyły.

#### Stan pooperacyjny.

Godz. 3 m. 40. Śpi, oddech głęboki, od czasu do czasu rusza ręką, kaszle, tętno 120, oddechów 20.

Godz. 8 m. 30. Śpi, na mocne szczypanie palcami nawpół otwiera oczy i obudził się, po chwili znowu zasypia.

Godzina 11 wieczór. Chory obudził się sam, chciał zejść z łóżka, ażeby oddać mocz, mocz sam oddał, siedząc na łóżku bez żadnej pomocy.

Godz. 8 rano nazajutrz. Chory czuje się zupełnie dobrze, tętno 100. temp. 37,2°.

№ 4. D. 5 grudnia 1911 r.

Tomasz Z., l. 25. Paraplegia spastica. Operacya Förstera, tętno 100, liczba oddechów 24. Szybkość wypływu hedonalu  $45 \text{ cm}^3$  na minutę.

Godz. 11 m. 33. Wyosobnienie żyły prawego podudzia w znieczuleniu sposobem Schleicha, do której wprowadzono kaniulę.

Godz. 11 m. 36. Hedonal puszczone, przyczem zwiększono szybkość mniej więcej do  $60 \text{ cm}^3$  na minutę. W ciągu 3 minut chory dostał  $150 \text{ cm}^3$  rozczynu hedonalowego. Tętno 100, liczba oddechów 26.

Godz. 11 m. 40. Chory otrzymał jeszcze  $230 \text{ cm}^3$ ; podaje, iż odczuwa senność, oddycha głęboko, poziewa.

Godz. 11 m. 43. Chory znów dostał  $160 \text{ cm}^3$  hedonalu. Powieki opadają, na twarzy znać, iż chory walczy ze snem, mowa utrudniona, wyrazy niezrozumiałe, poziewa, mówi bez związku, jest wszakże spokojny, stara się prawą ręką dotknąć twarzy.

Godz. 11 m. 47. Dodano jeszcze  $250 \text{ cm}^3$ . Okres rozczenia, poziewa coraz częściej. Nieznaczne zasinienie twarzy z zachowaniem odcienia różowoczerwonego, chory nieco podniecony, wyciąga rękę do operatora, jak gdyby chciał go ucisnąć, od czasu do czasu lekkie drżenie w lewej górnej kończynie.

Godz. 11 m. 49. Chory mówi bez związku, niezrozumiałe, jak człowiek zasypiający. Tętno 120, oddechów 20.

Godz. 11 m. 54. Dodano  $180 \text{ cm}^3$ ; chory śpi; bardzo nieznacznie oddziaływa na ukłucie, zadawane mu w twarz. Leży w pozycji poziomej z lekko wzniesionymi kończynami i głową, tętno 100.

Godz. 11 m. 58. Dodano  $170 \text{ cm}^3$  — dopływ hedonalu zatrzymano, przewrócono go do góry plecami, chory śpi.

Godz. 12 m. 7. Rusza słabo ręką — hedonal puszczone.

Godz. 12 m. 11. Dodano  $140 \text{ cm}^3$ , hedonal zatrzymano, tętno 104, oddechów 16, śpi.

Godz. 12 m. 20. Zaczyna nieco oddziaływać ruchami rąk, hedonal puszczone.

Godz. 12 m. 23. Hedonal zatrzymano, dodano  $140 \text{ cm}^3$ .

Godz. 12 m. 40. Porusza ręką — hedonal puszczone.

Godz. 12 m. 44. Hedonal zatrzymano — dodano  $20 \text{ cm}^3$ .

Godz. 12 m. 46. Podczas usunięcia łuków pierwszych górnych kręgow pierśiowych hedonal puszczone.

Godz. 12 m. 47. Dodano  $40 \text{ cm}^3$  — hedonal zatrzymano.

Godz. 12 m. 51. Chory chrapie — tętno 108, oddechów 18.

Godz. 12 m. 56. Rdzeń na przestrzeni 3 kręgów obnażono, krwotok względnie niewielki, tętno 120, oddechów 24.

Godz. 1 m. 3. Chrapie — wypływa bardzo dużo płynu mózgoworodzeniowego.

Godz. 1 m. 4. Zaczyna oddziaływać ruchami rąk. Hedonal puszczone, szybkość wypływu  $40 \text{ cm}^3$ .

Godz. 1 m. 6. Dodano  $80 \text{ cm}^3$ , chory śpi głęboko, oddycha równomiernie — hedonal zatrzymano.

Godz. 1 m. 16. Śpi — dodano 30 cm.<sup>3</sup> rozczynu hedonalowego i zatrzymano.

Godz. 1 m. 25. Chory jęczy, hedonal puszczone.

Godz. 1 m. 33. Dodano 300 cm.<sup>3</sup> hedonalu — zatrzymano.

Gopz. 1 m. 51. Śpi dobrze, oddycha spokojnie, równomiernie.

Godz. 2 m. 15. Podczas nakładania szwów chory nie oddziaływa; tętno 116, oddechów 18.

Godz. 2 m. 35. Koniec operacji — chory znajduje się jeszcze w lekkim uśpieniu.

Przez cały czas uśpienia wpłynęło kroplami do żyły 300 cm.<sup>3</sup> fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

#### Stan pooperacyjny.

Godz. 7 m. 10. Chory śpi, tętno 108, oddechów 20.

Godz. 10 m. 45 wieczór. Pacjent śpi, od czasu do czasu postępuje, na zapytania odpowiada dość wyraźnie, tętno 136, dość dobrze napięte, oddechów 20.

Godz. 12 m. 7 w nocy. Chory znajduje się w stanie półsenym, stęka, wykonywa ruchy, jak gdyby chciał przekrócić się na drugi bok, otwiera od czasu do czasu oczy, na zapytanie odpowiada, tętno 100, oddechów 28.

Godz. 2 m. 10 w nocy. Chory zupełnie przytomny i dobrze wygląda, tętno 124 bardzo dobrze napięte.

Godz. 7 m. 30 wieczór d. 6 grudnia chory czuje się dobrze — bólów głowy i wymiotów nie było.

\* \* \*

#### Nr 5. D. 6 grudnia 1911 r.

Natalia J., l. 49. Struma parenchymatosa bilateralis. Strumectomy. Szybkość wypływu hedonalu 50 cm.<sup>3</sup> na minutę — tętno 132.

Dodz. 12 m. 35. Wyosobniono pośrodkową żyłę łokcia w znieczuleniu miejscowym sposobem Schleicha.

Godz. 12 m. 38. Wprowadzono kaniulę do żyły i puszczone hedonal.

Godz. 12 m. 43. Chora dostała 250 cm.<sup>3</sup> — postępuje, mówi niewyraźne słowa, zaczyna usypiać. Na uszczypnięcie tętem narzędziem słabo oddziaływa.

Godz. 12 m. 56. Początek operacji. Chora nieco oddziaływa na ból, operowanie jednak możliwe, dodano 220 cm.<sup>3</sup> i hedonal zatrzymano.

Godz. 12 m. 59. Chora nieco oddziaływa na ból, dodano jeszcze 160 cm.<sup>3</sup>, chora głęboko śpi, postępuje przez sen.

Godz. 1 m. 2. Hedonal puszczone.

Godz. 1 m. 3. Dodano 50 cm.<sup>3</sup> — hedonal zatrzymano, chora śpi głęboko, wygląd chorej b. dobry, tętno 120, liczba oddechów 20.

Godz. 1 m. 7. Hedonal puszczone.

Godz. 1 m. 9. Dodano 125 cm.<sup>3</sup>, śpi głęboko — hedonal zatrzymano.

Godz. 1 m. 14. Hedonal puszczone.

Godz. 1 m. 18. Dodano 225 cm.<sup>3</sup> i hedonal zatrzymano — chora śpi b. bardzo dobrze, twarz niezmieniona.



Godz. 1 m. 20. Hedonal puszczone.

Godz. 1 m. 22. Dodano 70 cm.<sup>3</sup>

Godz. 1 m. 25. Podczas wyłuszczenia wola chora znajduje się w głębokim uspieniu, chrapie, tętno 120, oddechów 16.

Godz. 1 m. 39. Hedonal puszczone, dodano 50 cm.<sup>3</sup> i zatrzymano o godz. 1 m. 40.

Godz. 1 m. 47. Podczas zeszywania rany chora śpi dobrze.

Godz. 2. Koniec operacji, tętno 112, oddechów 18.

Chora otrzymała do żyły w ciągu całego przebiegu uspienia 300 cm.<sup>3</sup> fizyologicznego roztworu soli.

Stan pooperacyjny.

Godz. 2 m. 30. Chora budzi się, tętno 120 dobrze napięte.

Godz. 5. Chora śpi, przy badaniu tętna budzi się, otwiera oczy, odpowiada na zapytanie wyraźnie.

Godz. 7 wieczór. Chora zupełnie przytomna.

\*                      \*

Nr 6. D. 6 grudnia 1911 r.

Wojciech P., lat 13. Tumor cerebri. Op. Trepanatio cranii. Tętno 72, oddechów 16.

Godz. 10 m. 51. Wyosobniono żyłę pośrodkową łokcia w znieczuleniu sposobem Schleicha, wprowadzono kaniulę do żyły i puszczone hedonal z szybkością 30 cm.<sup>3</sup> na minutę.

Godz. 10 m. 55. Chory dostał 100 cm.<sup>3</sup> — zachowuje się spokojnie, na silniejsze i bardziej bolesne ułknięcia jeszcze oddziaływa.

Godz. 10 m. 58. Oddziaływanie na ból w znacznym stopniu zmniejszone — dodano jeszcze 100 cm.<sup>3</sup>.

Godz. 11 m. 9. Chrapie — na ułknięcie igły przy szyciu skóry b. słabo oddziaływa, od początku uspienia dostał 480 cm.<sup>3</sup> i hedonal zatrzymano.

Godz. 11 m. 10. Chory śpi zupełnie, tętno bardzo szybkie 168.

Godz. 11 m. 15. Hedonal puszczone — chory słabo rusza kończynami

Godz. 11 m. 22. Hedonal zatrzymano — dodano 175 cm.<sup>3</sup>, chory śpi b. dobrze, chrapie, podczas trepanacji czaszki nie oddziaływa.

Godz. 11 m. 26. Przy otwarciu czaszki chory spokojnie śpi, oddycha równomiernie, tętno 140.

Godz. 11 m. 30. Hedonal puszczone, przyczem szybkość zmniejszono na 20 cm.<sup>3</sup> na minutę.

Godz. 11 m. 34. Dodano 70 cm.<sup>3</sup> i hedonal zatrzymano, chory śpi głęboko.

Godz. 11 m. 55. Podczas zaszywania skóry chory nie oddziaływa.

Godz. 2. Koniec operacji.

Podczas całego przebiegu uspienia kroplami wpłynął do żyły fizyologiczny roztwór soli w ilości 80 cm.<sup>3</sup>.

Poczuwam się do miłego obowiązku złożyć w tem miejscu serdeczne podziękowanie mojemu Szanownemu Szefowi prof. Kaderowi za życzliwe poparcie i wielkie zainteresowanie się moją pracą, również kierownikowi zakładu fizyologicznego Szanownemu prof. Cybulskiemu, oraz jego asystentom p. Eigerowi i p. Burkowskiemu za ich życzliwą pomoc przy wykonaniu moich doświadczeń.

## PIŚMIENNICTWO.

- Burckhardt. Münch. med. Wochenschrift. № 33. 1902.  
 Jansen. Münch. med. Wochenschrift. № 46. 1909.  
 Clairmont und Denk. Über intravanöse Narkose. Wiener klin. Wochenschr. № 8. 1910.  
 Burckhardt. Münch. med. Wochenschrift. № 46. 1909.  
 Deremenko. Beiträge zur Pathol. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Bd. 48. 1910.  
 Krawkow. Russkij Wracz. № 48. 1903.  
 Krawkow. Russkij Wracz. № 12. 1910.  
 Nikin. Otczet IX sjezda chirurgow. № 5. 1910.  
 Flourens. Comptes rendus hebdom. de séances de l'academ. de sciences. T. 21. 1847.  
 Claude Bernard. Leçon sur les anesthesiques et sur l'asphyxie. 1875.  
 Küttner. Centralbl. f. Chir. № 7. 1910.  
 Burckhardt. Münch. med. Wochenschrift. № 7. 1910.  
 Burckhardt. Centralbl. f. Chir. № 11.  
 Cybulski i Eiger. Medycyna. 1910.  
 Eiger. Die elektrokardiographische Methode. Prager med. Wochenschrift. № 23—24. 1911.  
 Nicolai und Krause. Über das Elektrokardiogramm.

# W sprawie ogólnego postępowania w tak zwanych chorobach kobiecych

podał

JÓZEF KOLIŃSKI.

Wielki lekarz czasów starożytnych, Hipokrates, twierdził, że życie kobiety — to nieprzerwane pasmo chorób i cierpień. Jeżeli wziąć pod uwagę stopień rozwoju ówczesnej medycyny i zasób środków, jakimi ona rozporządzała, to ten pesymistyczny pogląd stanie się zupełnie zrozumiały. Potrzebne były wieki, by ten pogląd zmienić, i uznać, iż wiele z pośród cierpień, uważanych dotychczas za nieuleczalne, udaje się usunąć, a kobietom, obciążonym chorobami istotnie nieuleczalnemi, można dać bodaj czasową ulgę i przedłużyć życie.

Walka z chorobami kobiecemi była trudna, ale i z innemi chorobami walczyć wówczas również nie umiano. Walka stała się możliwa, a leczenie — skuteczne dopiero od chwili, kiedy poznano istotę choroby. Do tego przyczynił się rozwój w ostatnich czasach bakterjologii, anatomii patologicznej, neuropatologii oraz rozmaitych sposobów badania.

Ze zmianą poglądu na istotę chorób kobiecych zmieniły się zasadniczo metody ich leczenia.

Rozwój medycyny dowiódł, że choroby kobiece nie ograniczają się do cierpień li tylko narządów płciowych w ścisłym słowa tego znaczeniu: zarówno, jak cierpienia narządów płciowych wywołują zmiany w innych narządach, tak też cierpienia najróżnorodniejszych narządów ustroju ludzkiego mogą powodować również zmiany w narządach płciowych, i zmiany, zachodzące w tych narządach, dają się stwierdzić subiektywnie, lub nawet obiektywnie—co nie wyłącza, naturalnie, i objawów czysto miejscowych.

Mając to na względzie, łatwo zrozumiemy, że od ginekologa wymagane jest jaknajstaranniejsze i wszechstronne badanie ustroju niewiasty dla należytego określenia istoty choroby, jej umiejscowienia, i dla uniknięcia szablonowego jej leczenia.

Jak często np. młodym dziewczętom, cierpiącym na brak miesiączki, zaleca się przetwory żelaza bez dokładnego ich badania.

W starożytnym Egipcie przystępującym do podania jakiegokolwiek pomocy lekarskiej dawano mądrą radę — nie rozpoczynania leczenia choroby bez uprzedniego kilkodniowego spostrzegania chorego; rozumie się, rady tej nie można zastosować w tych przypadkach, gdzie zwłokę w udzieleniu pomocy chora może przypłacić życiem (np. w przodowaniu łożyska, rzucawce porodowej), lecz, bez wątpienia, w cierpieniach przewlekłych, a do takich należy większość chorób kobiecych, radę tę śmiało można stosować i w czasach obecnych.

Choroby te najzupełniej nie wymagają szybkiego leczenia, a stosowane w tym celu silnie działające środki, nie przynosząc ulgi, w najniekorzystniejszy sposób wpływają na cały ustrój chorej. Dość powiedzieć, jaki zastęp wśród kobiet spotyka się morfinistek tylko dzięki nadużywaniu przez nie tego leku w leczeniu chorób kobiecych.

Temat ten wyczerpująco był omawiany już przez wielu autorów, lecz, niestety, nie wszyscy dawali posłuch ich słowom.

Jak często np. kobiecie, uskarżającej się na jakikolwiek ból, bodaj — chwilowy, w okolicy narządów płciowych, zaleca się natychmiast czopek z morfiną.

W ostatnich czasach ginekologia, jak i inne gałęzie nauk lekarskich, zaczęła stanowić odrębną specjalność, a to z tego względu, że coraz bardziej zwiększająca się liczba różnych nauk, wchodzących w jej zakres (anatomia, fizyologia, histologia, anatomia patologiczna, urologia, rentgenologia i inne) i odrębne, jej właściwe sposoby leczenia zarówno terapeutyczne, jak i chirurgiczne nie mogły już być częścią jakiegokolwiek innej gałęzi medycyny.

Oprócz terapeutycznych sposobów leczenia od ginekologa wymagana jest znajomość chirurgii w szerokim słowa tego znaczeniu, która w wielu przypadkach może okazać się jedyną i zbawienną.



Na zrozumienie i leczenie cierpień kobiecych wpłynął pod wielu względami również rozwój anatomii i fizjologii środkowego i współczulnego układu nerwowego, zarówno jak i rozwój psychiatrii.

Nauki te pozwalają odróżniać cierpienia organiczne od zaburzeń czynnościowych, co, oczywiście, ma rozstrzygające znaczenie w leczeniu; łączność narządów płciowych ze wszystkimi głównymi narządami centralnymi za pośrednictwem nerwów współczulnego i błędnego jest tak wielka, że najmniejsze podrażnienie w okolicy narządów płciowych może przenosić się na wszystkie inne narządy i wywoływać tam również zaburzenia. Do tych zaliczają się wszelkiego rodzaju odruchowe nerwice (nerwowa niestrawność, odbijanie, przyspieszona czynność serca, migrena), tak zwane objawy przekwitania i t. d. Szczególnie wyraźna jest łączność narządów płciowych z narządami wyższych zmysłów.

E. Runge dowiódł łączności pomiędzy cierpieniami narządów płciowych a oczami, twierdząc, że podczas miesiączki prawie wszystkie narządy w swoich czynnościach podlegają pewnym zmianom, dowiódł on, że stan chorób oczu w tym okresie pogarsza się. Ciśnienie krwi zwiększa się, występuje exanema skóry powiek, obrzęk ich, przekrwienie łącznicy, widywano nawet krwotoki łącznicy u kobiet, cierpiących na brak miesiączki, jako zastępczą miesiączkę; czasem cierpieniem kobiet ciężarnych jest retinitis albuminurica, będąca w ścisłym związku ze zwapnieniem naczyń nerek.

Flies dowiódł niewątpliwej łączności nosa z prawidłowymi i chorobowymi objawami sfery płciowej za pośrednictwem zwoju klinowopodniebiennego, otrzymującego włókna współczulne przy pomocy nerwu skalistego głębokiego od zwoju twarzowego. W ten sposób stwarza się związek pomiędzy nosem a układem współczulnym, pod którego wpływem znajduje się sfera płciowa. Punkty na dolnych muszlach nosa i na jego przegrodzie, jako pozostające w ścisłym związku ze sferą płciową, Flies nazywa płciowymi punktami nosa. Pod względem klinicznym związek ten uwydatnia się najrozmaitszymi objawami, wśród których najbardziej wyraźnym jest, być może, zastępcza miesiączka, obrzęk dolnych muszli podczas miesiączko-

wania lub przy masturbacyi, albo, wreszcie, w przypadku długotrwałego braku miesiączki.

Flies dowodzi, iż istnieje specjalny rodzaj bolesnego miesiączkowania pochodzenia nosowego w ten sposób, że próba kokainowa daje wynik dodatni; Flies sądzi nawet, że bóle porodowe mogą być przerwane lub osłabione przez znieczulenie punktów płciowych nosa rozczynek kokainy.

Łączność pomiędzy sferą płciową a uszami klinicznie wyraża się znieczuleniem, lub nadwrażliwością słuchu w zależności od masturbacyi, zastępczą menstruacją, raptowną głuchotą po porodzie i ogólnem pogorszeniem stanu chorób uszu podczas okresu przekwitania.

Niewątpliwa jest również łączność pomiędzy sferą płciową a skórą, sferą ruchową, mięśniami, stawami, gruczołami mlecznymi, tarczowym i t. d. Oprócz chorób odległych organów, wyraźnie zależnych od chorób narządów płciowych, istnieje u kobiet cały szereg tak zwanych bólów neurastenicznych, zależnych od cierpień organów płciowych: najrozmaitsze nadwrażliwości i zaburzenia czucia, jako objawy zmniejszonej odporności układu nerwowego, są częstymi towarzyszami cierpień narządów płciowych.

Wśród cierpień układu nerwowego, mających wpływ na narządy płciowe, poważne miejsce zajmuje histerya — cierpienie, tak często spotykane u kobiet, i tak zgubnie na nie działające. Nie wdając się, naturalnie, w szczegóły tej niezmiernie częstej postaci chorobowej, chciałbym jedynie zwrócić uwagę na łączność, jaka istnieje pomiędzy tem cierpieniem a sferą płciową.

W ostatnich czasach dowiedzione zostało, że histerya u kobiet może powstać nietylko na tle płciowem, lecz i zupełnie niezależnie od tej dziedziny. Za dowód służyć może chociażby fakt, że usunięcie wszystkich narządów płciowych nie usuwa objawów histeryi, z drugiej strony, cierpienia narządów płciowych mogą mieć wpływ na pochodzenie histeryi.

Warunki bytu, zmartwienie z powodu braku potomstwa, lub też — odwrotnie — obawa przed nadmierną liczbą dzieci, niezaspokojenie popędu płciowego, uciążliwe, długotrwałe i przewyższające środki materyalne danej kobiety bezskuteczne leczenie, są to ważniejsze momenty, które wpływają na stan psychiczny kobiet i wywołują najrozmaitsze objawy neurastenii.

Oslabienie siły woli i wogóle środków hamujących, jakoteż zmniejszenie zdolności panowania nad sobą przyczyniają się do tego, że kobiety omawiane stają się nareszcie kapryśne, rozdrażnione, okazują najrozmaitsze i najzupełniej nieumotywowane sympaty i antypaty, rozwija się w nich zdolność do przesady w cierpieniach, do okłamywania, pożądania współczucia i wreszcie potrzeba stania się przedmiotem podziwu a zarazem politowania. Chore te uważają się za najnieszczęśliwsze istoty, a dla otoczenia stają się rzeczywistym ciężarem.

Niema, prawdopodobnie, takiej postaci chorobowej, której objawy nie dałyby się zauważyć u cierpiących na histeryę, i właśnie w tym wypadku konieczne jest jaknajstaranniejsze zbadanie chorej, aby nie być wprowadzonym w błąd, i móżdż zastosować odpowiednie leczenie.

O ile różnorodne są przyczyny i postacie cierpień narządów płciowych, o tyle też najróżnorodniejsze są i sposoby ich leczenia, i chciałbym właśnie zwrócić uwagę na najczęściej spotykające się postacie chorobowe i sposoby ich leczenia.

Najbardziej rozpowszechnionym sposobem leczenia cierpień narządów płciowych są tak zwane irygacje pochwowe; prawdopodobnie niema takiej postaci choroby narządów płciowych kobiecych, w której środek ten nie byłby stosowany. Działanie przestrzykiwań zależy od kilku warunków, a mianowicie: od ciepłoty wody, od jej ilości, od ciśnienia i od składu chemicznego użytego roztworu.

Budowa anatomiczna zewnętrznych organów płciowych kobiety jest taka, że łatwo bywają one narażone na złe wpływy zewnętrzne, jako to: termiczne, chemiczne i drobnoustrojowe.

Ochroną pochwy od działania na nią jakiegokolwiek zakażenia, jak dowiódł tego Döderlein, jest obecność w ścianach pochwy kwasu mlecznego.

Dlatego też aby irygacje, stosowane tak ze względów leczniczych, jak i higienicznych, nie wpływały szkodliwie, powinny one nie niszczyć nabłonka pochwowego, nie ścinać białka, i nie zmniejszać w pochwie ilości kwasu mlecznego. Stąd łatwo zrozumieć, jaką szkodę przynoszą kobietom tak chętnie zalecane irygacje sublimatowe, stosowane często nawet 2 razy

dziennie, a stojące w takiej sprzeczności ze wszystkimi wyżej wspomnianymi wymaganiami.

Leczenie przy pomocy irygacyi różnego rodzaju nieżyków nie daje pomyślnych wyników z tego względu, że cienki strumień wody, wypływający z irygatora, nie jest w stanie nawet oderwać szczelnie przylegającego do ścian pochwy lepkiego śluzu, lecz tylko go opłukuje.

Pomyślny wynik leczenia nieżyków zależy jest od bezpośredniego działania leku na gruczoły i tkanki, produkujące wydzielinę.

Jeżeli wziąć pod uwagę warunki techniczne irygacyi, uczucie wstydu u kobiety, i zależność wykonania tej czynności od warunków zewnętrznych chorej, to nie można dziwić się, że kobietom staje się przykrym ten sposób leczenia, rozdrażnia je, i że okłamują one lekarza zapewnieniami, iż przepisane im irygacje ściśle wykonywują.

Oprócz irygacyi stosowane bywa bardzo często leczenie różnych chorób t. zw. tamponami, nasyconymi środkami leczniczymi, jak np. ichtiolem, tigenolem lub tak zwanemi gałkami pochwowemi (globuli vaginales).

Jeżeli nawet uznamy, że środki te, jako uśmierzające bóle, lub pomagające wessaniu się, działają skutecznie, to, aby przejawiał się wpływ ich i na wewnętrzne narządy płciowe, konieczne jest, aby przeszły one przez całą grubość ściany pochwowej.

Jak dowiodły doświadczenia Hartwiga, przenikliwość ściany pochwowej jest zaledwie trochę większa od przenikliwości skóry.

Jeżeli więc porównać ciśnienie, jakie jest wymagane np. przy leczeniu rtęciowem przez wcieranie, z ciśnieniem, jakie wywiera jedynie obecność w pochwie tampona, przesyconego środkiem leczniczym, to zrozumieć łatwo, że działanie tego ostatniego równa się zeru.

Przyczyną, która często zmusza kobiety do zwracania się po poradę lekarską, jest brak potomstwa. Czując się zupełnie zdrową i nie rozumiejąc, dlaczego po kilku latach pożycia małżeńskiego nie następuje ciąża, młoda kobieta, zwalczwszy w sobie uczucie wstydu, zwraca się do lekarza z prośbą o wyjaśnienie, i wtedy właśnie wkracza ona w okres leczenia.

Przekonawszy się o bezcelowości leczenia irygacyami,



przypalaniem, tamponami, mięsieniem i t. d., kobieta z pewnego rodzaju bohaterstwem decyduje się na operację tak zwanego skrobienia macicy i rozcięcia ujścia zewnętrznego części pochwowej, a kiedy i to jej nadzieje zawodzi, z taką samą odwagą zgadza się ona na zaszywanie części pochwowej.

Nie widząc i stąd pożądanego skutku, chora z niecierpliwością oczekuje lata, by wyjechać do wód i spróbować zbawienego działania „Bubenquelle“, jak ironicznie same kobiety nazywają tego rodzaju źródła.

Tam pije ona wodę, kąpie się w niej, robi irygacje i na jesieni znowu przekonywa się o bezcelowości tego leczenia. Czy można wobec tego dziwić się, że kobieta po takim kursie leczenia, straciwszy w zupełności nadzieję na spełnienie swoich życzeń, traci zaufanie do lekarzy, staje się nerwową, i często — histeryczką.

Jak często słyszy się z ust takich kobiet, że są one chore od chwili, kiedy zaczęły się leczyć! Ile goryczy w tych słowach, a zarazem i pogardy.

Jak często przyczyna bezpłodności zupełnie nie jest zależna od kobiety, a zatem zupełnie bezcelowo podlega ona takim niebezpiecznym próbom.

Lekarzy, niezwłocznie przystępujących do leczenia bezpłodności za pomocą rozszerzenia szyi macicznej, Winkel wprost nazywa pozbawionymi krytycyzmu. Twierdzi on, że jeżeli przez zewnętrzne ujście maciczne przechodzi krew podczas menstruacji, to napewno przejdzie również i nasienie; a powtóre, jakkolwiek wylot zewnętrzny macicy jest wązki, to jeszcze węższe jest wewnętrzne ujście jajowodu, które przecież nie jest przeszkodą do zapłodnienia.

Z poglądem Winkela można zgodzić się, lub nie, nie ulega wszakże wątpliwości, że wykonanie tej operacji wymaga ścisłego wskazania.

Przyczyna niepłodności, o ile jest ona z winy kobiety, zależy najczęściej od nieprawidłowości w położeniu macicy, od zarośnięcia światła jajowodów, od nieżyków i t. d., i choroby te wymagają specjalnego leczenia.

Wśród cierpień, którym często podlegają kobiety, jest jedno, którego nazwa nie odpowiada jego klinicznemu i anatomicopatologicznemu obrazowi. Jest to tak zwane przewlekłe za-

palenie jajników; cierpienie to spotyka się nawet u kobiet, które nie miały wiewióra, nie były w ciąży, nie cierpią na gruźlicę, t. j. u takich, które nie podlegały działaniu żadnego zakażenia; z drugiej zaś strony bywa ono u kobiet, które rodziły i przebyły jakiekolwiek zakażenie, bądź płożowe, bądź też inne.

Chore te skarżą się na silne, często występujące bóle w nogach, w krzyżu i pachwinach, przyczem zmiany w jajnikach redukują się, i to nie zawsze, do powiększenia ich i bólu od uciskania, przy zachowaniu wszystkich innych prawidłowych warunków anatomicznych. Naturalnie, w tych przypadkach o jakimkolwiek zapaleniu nie może być mowy; cierpienie to jest pochodzenia czysto nerwowego, a nazwa oophoritis chronica, według wszelkiego prawdopodobieństwa, powstała wtedy, kiedy z jednej strony nie była znana istota spraw zapalnych wogóle, z drugiej zaś strony—nie były znane czynnościowe cierpienia układu nerwowego. Tymczasem leczenie takiego w rzeczywistości nie istniejącego zapalenia jajników pochłania wielu kobietom całe lata ich życia, a bóle trwają dalej. Są to te chore, które przychodzą do lekarza z gotowem rozpoznaniem, nazywając niezrozumiałemi dla nich słowami chorobę, i wpadając w rozpacz od samego słowa—zapalenie jajników. Są to te chore, które, zużytkowawszy niezliczoną ilość ichtiolu i czopków, wzięwszy mnóstwo najrozmaitszych kąpielei — słonych, błotnych, ogólnych i miejscowych, twierdzą, że one już wszystko zrobiły, i że nie mają już nadziei na wyleczenie. Są to wreszcie te chore, które, przyszedłszy do lekarza po poradę na jakąś inną chorobę, mówią, że między innemi od dawna już cierpią na zapalenie jajników, ale że do tego już przyzwyczały się, gdyż ratunku dla siebie nie znajdują.

Zupełnie zrozumiałe jest, jak wieloletnie cierpienie z jednej strony, i wieloletnie leczenie — z drugiej podkopują stan psychiczny kobiet. Dla cierpienia tego rodzaju proponowałbym nazwę — ovarium delens; jakkolwiek nazwa ta nie daje dokładnego pojęcia o anatomicznych zmianach jajnika i o klinicznym przebiegu choroby, to jednak nie wprowadza w błąd cierpiącej i nie naraża jej na zbytne leczenie.

Trudno przypuścić, aby choroby narządów płciowych kobiecych podlegały innym prawom anatomopatologicznym, aniżeli choroby wszystkich innych narządów i drugiej płci, tym-

czasem w żadnem cierpieniu żaden narząd nie bywa narażany na takie gwałty i maltretowanie tkanek, jakie widzimy w chorobach kobiecych.

Mnóstwo najróżnorodniejszych sposobów leczenia proponowano w rozmaitych czasach, lecz większość ich równie szybko zniknęła z widowni, jak na nią wstąpiła. Do tych należą, na przykład, mięsienie według Thure Brandta, wstrzykiwania według Grammatikati, atmocausis według Sniegirewa, elektryzacja według Apostoliego i t. d., które zostawiły po sobie bardzo smutne wspomnienia, szczególnie u tych chorych, które podlegały tego rodzaju leczeniu.

Ten coraz to nowy i coraz to obfitszy zasób środków leczniczych (termicznych, chemicznych, ręcznych, chirurgicznych) najlepiej dowodzi, jak niedoskonałe są wszystkie te środki, i z jaką ostrożnością należy je stosować.

Dlatego też należy potępić rozpowszechnione stosowanie t. zw. środków patentowanych, które nie są bynajmniej wynikiem prac naukowych klinicznych, lecz handlowemi kombinacyami chemików i farmaceutów; ci zwykle wypuszczają nowe środki w świat, zaopatruwszy je w lakoniczne odezwy rozmaitych lekarzy z różnych końców świata.

Jedynie staranne i wszechstronne zbadanie chorej, wszechstronna znajomość sposobów leczenia, wszystkich zabiegów terapeutycznych i umiejętność stosowania ich może rzeczywiście przynieść pomoc chorej, a lekarzowi dać pewne zadowolenie moralne. Tylko po takim sposobie traktowania chorób mogą ustać te według szablonu stosowane prawie w każdej chorobie kobiecej irygacje, ichtiolowe tampony i czopki, a także wyjdą z użycia niepotrzebne a nawet często szkodliwe przypalania, wyskrobywania, mięsienie i skarifikacje.

Nie ulega wątpliwości, że często przekonywanie chorej, poparcie moralne i oddziaływanie na jej stan psychiczny mogły by odnieść większy skutek, aniżeli preparaty chemiczne.

---

# STRESZCZENIA.

## I. CHIRURGIA.

**Wassermann, Keysser i M. Wassermann.** *Przyczynki do problemu wpływania leczniczo na nowotwory drogą krwi.*

Jeżeli uważamy nowotwory za wytwór chorobowy, wewnątrz samego ustroju powstały, w takim razie słuszne może być tylko leczenie ogólne, które powodowałoby znikanie guza, a nie leczenie miejscowe, jako to operacja, radium, fermenty i t. p. Ideałem więc byłoby wynalezienie sposobu skutecznego wpływania na guzy drogą krwi. Obecne doświadczenia autora podążyły w tym kierunku.

Jak wiadomo, w leczeniu drogą krwi chodzi o to, by znaleźć środek na daną tkankę, czy chorobę swoście działający, a prócz tego — dać mu w ustroju, jak wyraża się Ehrlich, szyny, które by go w odpowiednie miejsce zaprowadziły. Oba te czyniki po długich badaniach udało się autorom znaleźć.

Swoście na żywe komórki raka działają: selen i tellur, jak to wykazał drobnowidzowo Tossio, używając tych środków, jako indykatora do badania żywotności komórek. Również sole selenu i telluru, wstrzykiwane w guz, powodują tegoż rozmiękanie, a nieraz znikanie.

Szynami zaś doprowadzającymi okazały się substancje i grupy barwników fluoresceinowych, a zwłaszcza eozyna. Z kombinacji też eozyny z selenem po dłuższych pracach otrzymali autorowie ciało, które, wstrzyknięte myszom do żyły, powoduje szybkie i wybitne działanie miejscowe na nowotwór. Wystarczy zwykle 8 wstrzyknięć, aby każdy guz u myszy tak samostny, jak szczepiony, znikł bez śladu i bez nawrotów.

Guz zmienia się w torbiel, a ta ulega wessaniu. Wessanie to może jednak czasem być tak szybkie, że zagraża życiu zwierzęcia. Zwykle też wygojenie występuje do 10 dni.

Goją się w ten sposób tak raki, jak i mięsaki u myszy, o ile nie przekroczyły pewnej granicy wielkości w stosunku do wagi samego zwierzątka.

O ile będzie to miało zastosowanie lecznicze u ludzi, okażą dalsze badania.



**Stammler.** *O nowszych metodach serologicznego rozpoznawania raka.*

Na mocy 350 badań reakcyi meiostagminowej twierdzi autor, że wypada ona dodatnio u 73% chorych na nowotwory, a u 20% innych pacjentów.

Bardzo zaś czuła jest następująca reakcyja: do rozcieńczonego opalizującego wyciągu z raka dodaje się surowicy osobnika rakowatego, i wtedy tworzy się osad, tak że płyn wyjaśnia się.

W 83% u rakowatych reakcyja ta okazała się dodatnią, u innych chorych w 14%. Reakcyja ta daje równoległe wyniki z meiostagminową, jest natomiast bardzo prosta.

(*Archiv f. Klin. Chirurg.* 96, 1).

A. KLĘSK.

**Werner.** *Nowe rezultaty statystyki badeńskiej raka.*

Z ostatniej statystyki księstwa badeńskiego co do raka, prowadzonej bardzo szczegółowo, wyciągnąć można parę zajmujących szczegółów. Przedewszystkiem co do częstości raka, to występuje on obecnie częściej w wieku poniżej 60 lat (i to o 50—60%), natomiast rzadziej u osób poniżej lat 40 (inne statystyki mówią odwrotnie — przyp. ref.). Bardzo często t. zw. epidemie rakowe wybuchają co parę (6—8) lat, by potem ustać znowu. Pewne okolice księstwa (południe) są bardzo zajęte, inne (północ) znacznie mniej.

Nie można wszakże wykazać wpływu klimatu, zajęcia, odżywiania, wyznania, rasy i t. p.

Zakażenie przez kontakt jest tak rzadkie, że go wprost wyłączyć można. Rak wogóle rozszerza się nie jako choroba zakaźna, ale jak cierpienia, związane z podłożem.

(*Münch. med. Wochenschr.* Nr 44. 1911).

A. KLĘSK.

**Spude.** *Pierwsze próby nowego kombinowanego leczenia raka (elektromagnetyczne leczenie podrażnieniem i arsenem).*

Arsen niesłusznie został zarzucony, jako środek do miejscowego leczenia raka. W leczeniu miejscowym wynik polega na reakcyi—mianowicie wywołania przekrwienia i przesiąkania, i wtedy arsen działać może skutecznie na nabłonki, względnie komórki rakowe i naczynia włosowate.

Takie spotęgowane działanie osiąga autor w ten sposób, że w okolicy guza wstrzykuje zawiesinę z ferrum oxydat. nigrum, a potem działa na tkankę silnym elektromagnesem, powodując przez to silne przekrwienie i transudację, a w następstwie—bujanie tkanki łącznej i tworzenie się blizny. Część że-

laza zostaje zaniesiona do gruczołów sąsiednich, tak że i na nie przez to działać można. Działanie to potęguje się znacznie, jeżeli kombinujemy je ze środkiem wstrzykiwaniem atoxyłu w dawce 0,1—0,2 w paузach co 4—8 dni.

Dołączone ilustracje wykazują skuteczność tego sposobu leczenia w rakach skórnych, nawet powracających. Ponieważ 75% recydyw wydarza się w bliznie, przeto S. ma zamiar zasympyować do rany pooperacyjnej wspomniany preparat żelaza, i leczyć zaraz ranę, jak wspomniano, zapobiegawczo. Sposób ten, naturalnie, jest dopiero zaczątkiem, po którym autor spodziewa się jednak wiele.

(Münch. med. Wochenschr. № 31. 1912).

A. KLĘSK.

**Müller.** *Doświadczenia lecznicze ze 100 nowotworami złośliwymi, leczonymi kombinacją promieni Röntgena i diatermii.*

W roku 1909 zalecił M. kombinację leczenia nowotworów złośliwych diatermią i promieniami Röntgena. Obecnie może to leczenie na mocy swego doświadczenia tylko dalej zalecić. Oddaje ono nieraz usługi nawet tam, gdzie guz na samo działanie promieni Röntgena był rzekomo odporny. Takie leczenie powinno stosować się po operacji. Np. we wszystkich przypadkach, gdzie M. stosował to kombinowane leczenie (zwykle w 8—10 tygodni po operacji), pacjenci mają się dobrze i nawrót ani razu nie nastąpił. Zwłaszcza wyniki są bardzo korzystne w rakach skórnych. Natomiast mięsaki zachowują się nieco inaczej, mianowicie albo giną niemal w oczach, albo są znów na leczenie odporne, choć nieraz właściwie mają tę samą zupełnie budowę. Wchodzą tu widać w grę czynniki, których bliżej nie znamy. Czasem znów mięsak jest odporny na leczenie długi czas, potem zaczyna nagle zanikać pod wpływem dalszego leczenia.

Dalej podaje autor ciekawe empiryczne spostrzeżenie, potwierdzone i przez innych, że guzy złośliwe najlepiej leczą się promieniami Röntgena w razie usadowienia na głowie, gorzej na tułowie, a najgorzej na kończynach.

Naukowo tego nie możemy sobie wytłómaczyć. Dalej—nawroty guzów działają zwykle inaczej na naświetlania, niż guzy pierwotne—zwykle gorzej, t. j. są odporniejsze.

(Münch. med. Wochenschr. № 28. 1912).

A. KLĘSK.

**Zeller.** *Traktowanie i leczenie chorych rakowatych przez zastosowanie wewnętrzne i zewnętrzne środków leczniczych.*

Zeller podaje wyniki swego kombinowanego leczenia raków, które nazwać trzeba wcale pomyślnymi. Główną zasadą

tego leczenia jest postępowanie kombinowane. Miejscowo stosuje Z. pastę arsenikową, a Gölme — nagabuje nowotwór za pomocą wewnętrznego podawania kwasu krzemowego.

Od tego ostatniego zaczął Z. swoje próby w roku 1895. Już wtedy osiągnął on znikanie guzów, przekonał się jednak, że czasem rozpad ten lub znikanie guza szkodzi ustrojowi, bo wywiązują się przytem w dużej liczbie ptomainy, zatruwające ustrój. To doprowadziło go wreszcie do metody kombinowanej, t. j. prócz podawania preparatów krzemu, miejscowo działa na tkankę nowotworową pastą arsenikową, przez co niszcząc ją zapobiega dostawianiu się produktów samorozpadu guza do ustroju.

Postępuje następująco: po oczyszczeniu guza i okolicy benzyną, smaruje guz i najbliższe otoczenie pastą, której nadał nazwę — cinnabarsana (cynober i arsenik). Gdy pasta podesechnie, smaruje Z. powierzchnię kollodionem, lub, gdy guz większy, nakłada na to opatrunek. Proceder ten powtarza co 8—14 dni. Równocześnie zaś podaje trzy razy dziennie w wodzie wewnętrznie 0,5 preparatu krzemu.

Przy dużych guzach pasta wywołuje dość silne bóle, trwające i kilka dni, działa jednak bardzo silnie na tkankę nowotworową, mało szkodząc zdrowej.

Z początku guz zwykle powiększa się, potem zmienia się w masę czekoladowatą, miękką, którą łatwo wacikiem lub szczypczykami wyjąć można. Tkanka zdrowa pod wpływem pasty przyjmuje zabarwienie żółte, co nawet rozpoznawczo wykorzystać można.

Po odejściu guza pozostaje tkanka ziarninowa. Mięsaki barwią się pod wpływem pasty różowo.

Ostatnio leczył Z. 57 chorych, i z tych u 44 osiągnął wyleczenie, trzech zmarło, a 10 posostaje w leczeniu. 20 przypadków (13 wyleczeń) badano drobnowidzowo, tak że rozpoznanie nie ulega żadnej wątpliwości.

Czy wyniki będą trwałe, pokaże przyszłość. Również Z. ma nadzieję, że uda się leczyć kombinowanie i raki narządów wewnętrznych.

(Münch. med. Wochenschr. № 34-35. 1912)

A. KLĘSK.

**Theilhaber.** *Przyczynek do nauki o postępowaniu z chorymi w operacyach raka.*

Po operacyi raka zalecić należy pacjentowi pobyt w górach, lub nad morzem, zmianę całego trybu życia, pożywienie roślinne, unikanie wzruszeń psychicznych, kąpiele słoneczne, ruch, systematyczne przeczyszczania, wstrzykiwania arseniku, i co pół roku upust 400—500 ccm. krwi. W trzecim miesiącu

po operacji należy naświetlać bliznę, względnie — leczyć prądami o wysokiem napięciu i przegrzewaniem, a także fibrolizyną.

Po operacyach raka macicy zaleca T. ciepło przestrzykiwania i nasiadówki, ooforynę, po raku stolca podwodne wewnętrzne kąpiele. Także niezłe usługi oddać może leczenie blizny gorącym powietrzem i mięsienie.

(Wiener klin. Wochenschr. № 37. 1912).

A. KLĘSK.

### Ch. Lenormant. Gruźlica chirurgiczna a helioterapia.

Fizyoterapia zajęła wybitne miejsce we współczesnych metodach leczniczych. Najróżnorodniejsze odmiany energii, ciepła, światła, elektryczności i t. d. znalazły już zastosowanie. Promienie słoneczne, składające się z promieni świetlnych, ciepłkowych i chemicznych, są źródłem naturalnej energii. Wiemy już dzisiaj, że helioterapia należy do bardzo energicznych i potężnych metod leczenia pewnych cierpień. Największe wszakże znalazła dotychczas helioterapia zastosowanie w leczeniu gruźlicy zewnętrznej, czyli chirurgicznej, mianowicie — gruźlicy kości, stawów, gruczołów, a nawet gruźlicy otrzewnej, jelit i dróg moczowopłciowych.

Rollier (w Leysin) pierwszy zaczął ieczyć chorych wzmiankowaną metodą, poddając dotknięte narządy systematycznemu działaniu promieni słonecznych. Liczba uleczonych przez niego w ten sposób przypadków jest już ogromna i wyniki osiągnięte nie pozostawiają żadnej wątpliwości co do skuteczności leczenia.

Następująca statystyka Rolliera, obejmująca 369 przypadków gruźlicy chirurgicznej, najlepiej przemawia na korzyść helioterapii:

Z 369 chorych 284 powróciło do zdrowia (78%), w 48 przypadkach nastąpiło polepszenie, 21 — bez zmiany, 16 — zmarło (4%).

Na 369 przypadków, 132 chorych miało gruźlicę otwartą z wtórnem zakażeniem. Z liczby ogólnej należy jeszcze wspomnieć o zajęciu większych stawów i jelit z wyjątkowo ciężkiem rokowaniem: 61 przypadków choroby Potta, z których 19 z ropniami i 10 z przetokami i wtórnem zakażeniem, dało 45 wyzdrowień, 10 polepszeń; w 3 przypadkach leczenie nie dało żadnego, a w 3 — nastąpiła śmierć.

W gruźlicy zamkniętej kości miednicy leczenie promieniami słonecznymi daje świetne wyniki: na 7 przypadków 5 wyzdrowień i 2 polepszenia.

W przypadkach z wtórnem zakażeniem leczenie jest bez-



skuteczne, a rokowanie stanowczo niepomyślne: 1 wyzdrowienie i 3 śmierci na 5 przypadków tego rodzaju.

Te same mniej więcej wyniki otrzymujemy w leczeniu zapalenia stawu biodrowego: na 38 przypadków zamkniętego zapalenia stawu biodrowego z ropniem lub bez mamy 32 wyzdrowienia i 5 polepszeń. W 22 przypadkach otwartego zapalenia tegoż stawu z wtórnem zakażeniem—mamy tylko 12 wyzdrowień, 4 polepszenia i 3 śmierci. W przypadkach gruźlicy jelit, w których Rollier stosował helioterapię, zajmuje pierwsze miejsce zapalenie jelit i zapalenie otrzewnej (gruźlicze): na 27 przypadków, z których 5 z przetokami, nastąpiło 17 wyzdrowień, 3 polepszenia i 3 śmierci. Dla dopełnienia tej statystyki należy zaznaczyć, iż w 16 przypadkach gruźlicy nerkowej i innych narządów brzusznych naliczono 12 wyzdrowień i 2 polepszenia, w 6 zaś przypadkach gruźlicy narządów płciowych nastąpiło wyleczenie.

Wogóle, pod systematycznym działaniem promieni słonecznych na narządy ciała daje się zauważyć szybko wzrastające również polepszenie stanu ogólnego zdrowia chorych, oraz zmiany dodatnie miejscowe: przetoki wydzielają coraz mniej ropy, martwaki stają się ruchome i wydzielają się same i t. p. Jednocześnie z gojeniem się ran i przetok, ruchomość stawów zeszywniałych powraca prawie do stanu prawidłowego.

Analogiczne wyniki stosowania helioterapii w gruźlicy kości i stawów otrzymali w Wiedniu Eiselsberg, Hochenegg i Jeruzalem.

Bardenheuer, który przedtem był stanowczym zwolennikiem leczenia operacyjnego gruźlicy kostnej, po zwiedzeniu Leysin zaczął stosować nową metodę w swojej klinice w Kolonii, i jeżeli z cokolwiek mniejszem powodzeniem, niż Rollier, to tylko ze względu na mniej odpowiednie warunki klimatyczne.

(*La Presse Médicale*. N<sup>o</sup> 98. 1911).

L. PORAZIŃSKI.

### **Baisch.** *Röntgenoterapia gruźlicy chirurgicznej.*

W leczeniu gruźlicy chirurgicznej w ostatnich czasach bierze znowu przewagę postępowanie zachowawcze, zwłaszcza—leczenie światłem słonecznem, sztucznem, wzgl. promieniami Röntgena, które zalecił bardzo Iselin.

Autor donosi o wynikach tego ostatniego sposobu leczenia na mocy doświadczenia kliniki w Heidelbergu (Wilms). Co do techniki, to chodzi tu o prześwietlania głębokie. B. osiąga to w ten sposób, że posługuje się przy naświetlaniu filtrami z płyt aluminiowych przy oddaleniu 24—30 cm., używając na-

raz pełną dawkę Sabourauda z różnych stron (mniej więcej 20 minut) przez 3—4 posiedzeń, poczem pauza 3 tygodnie.

Najwidoczniejsze wyniki osiąga się w gruczliczych limfomatach. Przy formie przerostowej obrzęk zwiększa się, lecz potem gruczoły szybko znikają. W razie, jeżeli są już w środku masy serowate, nieraz w oczach niemal wytwarza się ropień.

Również korzystne wyniki osiąga się przy leczeniu form z przetokami. W ogóle kosmetyczne wyniki są przytem znakomite.

Gorzej działają promienie w grzylcy stawów i kości, i mogą tu być zwykle tylko środkiem, wspomagającym inne leczenie. Jeszcze najkorzystniejsze wyniki osiąga się w grzylcy stawów stopy i ręki. Natomiast leczenie Röntgenem jest nieocenionym środkiem po resekcjach, jako dogajające np. tam, gdzie nie można było doszczętnie operować.

Naturalnie, bardzo ostrożnie należy postępować z naświetlaniem u dzieci. Należy tu używać słabych dawek i stosunkowo miękkich lamp.

Z innych cierpień gruczliczych chirurgicznych nadają się do tego leczenia przetoki kiszki, grzylca stercza, pęcherzów nasiennych, torebek ścięgnistych, sutek i t. p. Także naświetlać można ze skutkiem brzuch po otwarciach z powodu grzylcy otrzewnej.

Wspomaga bardzo to leczenie także tuberkulina.

(*Klinisch-Therapeut. Wochenschrift. № 21*).

A. KLĘSK.

### Iselin. Zachowawcze leczenie grzylcy gruczołowej.

I. stosuje od r. 1906 leczenie grzylcy gruczołowej światłem Röntgena. W ten sposób leczono 202 chorych, i wyniki są tak zachęcające, że od 3 lat w klinice bazylejskiej bardzo rzadko już operuje się gruczoły. Na 99 pacjentów z gruczołami zamkniętymi osiągnięto w 63 zupełne wyleczenie, 35 pozostaje w leczeniu, a tylko w jednym nie osiągnięto skutku. Także w postaciach z przetokami wyniki są niezłe, bo na 45 chorych u 29 wyleczenie zupełne, 14 popraw. U 31 chorych najpierw przecięto skórę, a potem wyłyżeczkowano gruczoł, i naświetlano i w 22 przypadkach osiągnięto wyleczenie.

Operuje się tylko gruczoły pojedyncze, nie skłonne do rozmiękania. Bardzo wspomaga leczenie ogólne naświetlanie ciała słońcem, przyczem wszakże słońce nie powinno operować na miejscach naświetlanych, bo są one wtedy po zadziałaniu słońcem zanadto czułe na promienie.

Kosmetyczne wyniki osiąga się przytem znakomite, gruczoły znikają na stałe.

(*Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. № 20. 1912*).

A. KLĘSK.

**Payr.** *W sprawie techniki tętniczożylnego przelewania krwi.*

W razie, jeżeli stosujemy przelewanie krwi podług najnowszych wymogów nauki, osiągamy skutki w wielu przypadkach znakomite, a unikamy wszelkich powikłań i niemiłych, a szkodliwych przypadłości. Tak np. znakomicie udaje się przelewanie, jeżeli łączymy wprost tętnicę biorącego z żyłą dającego. Do tego celu służą: protezy autora i szew naczyń, a obecnie autor podaje bardzo prosty sposób, bo naczynia łączy z pomocą kawałka tętnicy cielęcej, utrwalonej w formalinie i parafinowanej. Przelanie robi następująco: w znieczuleniu miejscowem po zaciśnięciu naczyń aparatem Treibmanna obnaża tętnicę promieniową dającego i żyłę łokciową biorącego (dwaj operatorzy ew. robią to równocześnie). Tętnicę nacina poprzecznie, na brzeg zawleka nitki i wsuwa do tętnicy tętniczkę cielęcą, umocowując ją ligaturą. Żyłę nacina i boki wsuwa do niej drugi koniec tętnicy cielęcej. Potem po umocowaniu końca w żyłę puszcza zaciskadła i przelewanie odbywa się spokojnie.

W końcu wycięcie tętnicy i nałożenie podwiązek. Przelanie, w ten sposób dokonane, staje się zabiegiem małym, prostym i pewnym, nie powodującym skrzepów, ani innych powikłań.

(*Münch. med. Woch. № 15. 1912*).

A. KLĘSK.

**Krause.** *Zastosowanie ssania w chirurgii operacyjnej.*

Swego czasu polecił Krause sposób umocowywania guzów w mózgu przy wyjmowaniu ich z pomocą nałożenia na nie ssawki. Obecnie do ssawki dołącza pompę wodną i osiąga przytem bardzo wielką pomoc i oszczędzanie okolicznej tkanki mózgowej. Prócz mózgu stosuje Krause ssawkę także w operacjach na płucu celem podciągania płuca do rany zamiast sposobu Brauera.

Również w ten sposób udało mu się wydobyć dwa wola podmostkowe, gdy palcami tego uczynić się nie zdołało.

Unger polecił ssanie z pomocą pompy wodnej do tamowania krwotoku z zatoki strzałkowej. Kładł on u psa na zranioną zatokę kawałek żyły głównej i potem wykonywał ssanie. Kawałek przylepiał się zupełnie ściśle i krwotok ustawał zaraz tak, że można było potem ranę zeszyć na glucho.

(*Medizin. Klinik. № 52. 1912*).

A. KLĘSK.

### Groth. *O stosowaniu hormonalu w chirurgii.*

Z przetworów organicznych zyskały sobie w chirurgii w ostatnich czasach prawo obywatelstwa głównie prócz adrenaliny jeszcze—pituityryna i hormonal. Ten ostatni pobudza ruch robaczkowy kiszek, nie wywołując kurczu kiszek, tak jak np. fizostigmina, a ma za to działanie trwalsze. G. stosował hormonal śródżylnie (20 ccm.). Unikać należy przytem morfiny, bo ta paraliżuje działanie.

Wogóle wyniki były bardzo zachęcające. Na 14 przypadków ciężkiego porażenia kiszek, głównie po operacjach zapalenia otrzewnej, zaledwo dwa razy wynik działania hormonalu był ujemny, a wogóle działanie szybkie i pewne nawet tam, gdzie fizostigmina zawiodła. Nie spostrzegano żadnych ubocznych działań, co najwyżej—lekkie podniesienie ciepłoty i dreszcze, co odnieść należy do podawania śródżylnego.

Groth zaleca też stosowanie tego środka w ciężkich przypadkach, zwłaszcza tam, gdzie mimo stosowania wszelkich środków przez dwa dni skutku się nie osiągnie.

(*Medizin. Klinik.* № 35. 1912).

A. KLĘSK.

### Jascke. *Pityitryna jako pooperacyjne tonicum ze szczególnem uwzględnieniem czynności pęcherza moczowego.*

Z dotychczasowych prób wiemy, że pituitryna jest dobrym środkiem w celu zwalczania ischuria paradoxa np. u położnic. Schmid zachwala działanie tego środka po operacjach, zastępuje ono poprostu nieraz cewnik. Bell i Franchini spostrzegali znów po pituitrynie pobudzenie ruchu robaczkowego kiszek. Wogóle pituitryna działa na gładkie mięśnie także naczyń krwionośnych. O ile wszakże kurczy ona naczynia obwodowe, o tyle wywołuje znów, naodwrot, rozszerzenie naczyń w miedniczkach nerkowych, co wpływa na wydzielanie moczu korzystnie.

Niektórzy odnoszą to działanie nawet wprost do pobudzania przybłonka (Schäfer, Hering). Ta diureza powoduje większe napelnianie się pęcherza moczowego, a przez to przyczynia się do lepszego i rychlejszego opróżniania tegoż. Doświadczenie autora opiera się na 44 przypadkach pooperacyjnych i licznych porodach. Niemal w  $\frac{4}{5}$  przypadków spostrzegał J. bardzo korzystne działanie pituitryny, bo w połowie chore już tego samego dnia, nieraz w kilka godzin po operacji, oddawały same mocz. Podobnie korzystne działanie spostrzegał J. po porodach.

Wogóle środek ten działa korzystnie po operacjach brzusznych jako tonicum. Wielkie znaczenie ma też działanie serco-



wonaczyniowe. Przypomina ono działanie adrenaliny, ale z pewnemi różnicami na korzyść pituitryny. Najpierw działa pituitryna łagodniej i jest znacznie mniej trującą. Dalej — wpływa ona kurcząco na naczynia wieńcowe serca i dlatego trzeba być z nią ostrożnym w centralnej miażdżycy, myocarditis i w przewlekłej marskości nerek. W przeciwieństwie też do adrenaliny działa pituitryna dłużej.

Klinicznie na sercu objawia się działanie tego środka zwolnieniem i wzmocnieniem akcji serca, jakoteż ciśnienia krwi.

Ponieważ przy uspianiu spadek ciśnienia polega na porażeniu wazomotorów, bo krew zbiera się w rozszerzonych naczyniach, zaopatrywanych przez nerwy trzewowe, przeto i tu działanie pituitryny jest wybitne, bo wprost odwrotne.

Pituitryna działa zwłaszcza dobrze, gdy naczynia są pełne, dlatego też po operacjach należy kombinować działanie jej z wlewaniem rozczynów soli kuchennej w ilości 300—400 cm.<sup>3</sup>.

Podobnie rzecz ma się i w uspianiach chloroformowych. Tutaj to kombinowane postępowanie wpływa korzystnie na szybkie usuwanie toksycznych substancji ze krwi.

Natomiast po silnych utratach krwi, gdy naczynia są mało wypełnione, działanie pituitryny bez wypełnienia naczyń będzie bardzo małe.

Można także kombinować działanie pituitryny z lawatywą kropłową podług Wernitza.

Pituitrynę uważa ogółem autor za jeden z najpewniej i najlepiej działających środków, zwłaszcza jako tonicum, wzmacniające działanie pęcherza moczowego i nerek, naczyń krwionośnych, serca i kiszek.

(*Münch. med. Woch.* № 30. 1912).

A. KLĘSK.

**Brandes.** *O trwałych wynikach po leczeniu przetok maścią bizmutową Becka i o próbach zastępowania bismutum subnitricum.*

Na mocy swego rozległego doświadczenia nad leczeniem przetok maścią Becka dochodzi autor do następujących wniosków. Wynik leczenia bywa zwykle bardzo szybki, ale trwały jest on zwykle tylko w cierpieniach natury nie gruźliczej. Unikać należy tego leczenia tam, gdzie przetoka łączy się z dużą jamą ropnią, zwłaszcza kości.

Znakomite wyniki osiąga się nieraz w leczeniu przetok klatki piersiowej. Sposób ten oddaje też wartościowe rozpoznawcze usługi. Zagojenie nie nastąpi, gdy przetoka ma za tło swoje ciało obce. Fakt ten poprostu wykorzystać można rozpoznawczo, t. j. gdy przetoka nie goi się, to bardzo prawdopodobnie tkwi tam ciało obce, martwak i t. p.

Zastępczo polecają obecnie zamiast bismutum subnitricum —

bism. carbonicum ale bez wybitnej korzyści. Inni znów zamiast bizmutu używają kredy, jodyryny, nowojodyny, kollargolu i t. p., ale obrazy rentgenowskie są przytem bez porównania gorsze. W ostatnich czasach w tym celu próbuje autor t. zw. Kontrastyny t. j. dwutlenku cyrkonu.

Wogóle leczenie pastą Becka jest sposobem, nad którym nie można przejść do porządku dziennego.

(Münch. med. Woch. № 29. 1912).

A. KLĘSK.

**Dreyer.** *Badania doświadczalne w sprawie leczenia ostrego ropnego zapalenia stawów.*

Autor wstrzykiwał do stawów zwierząt hodowle drobno-ustrojów ropotwórczych, a po upływie od 6 do 24 godzin zaczynał stosować różne środki lecznicze, jak: okłady rozgrzewające, lód, wstrzykiwanie do stawu sublimatu, kollargolu, jodyny i t. p. Zasadniczo nie otwierał stawu. Dla kontroli zwierzęta z zakażonymi stawami pozostawiano i bez leczenia. Wyniki, do jakich dochodzi autor, dają się streścić w sposób następujący. Po stosowaniu okładów lodowych daje się stwierdzić polepszenie w początkowych okresach zakażenia, w późniejszych, natomiast, wobec wyraźnych ogólnych objawów leczenie to albo nie dawało żadnych wyników, albo tylko ujemne.

Stosowanie gorącego powietrza nie dawało pomyślnych wyników, jakkolwiek w pewnych przypadkach spostrzegano pewne zahamowanie sprawy zapalnej. Wilgotne okłady spirytusowe obok stosowania termoforu hamowały rozwój sprawy zapalnej, opóźniały go. Będźwian potasu, wprowadzony podskórnice, nie spowodował polepszenia, wprowadzony do stawu — opóźnił ropienie. Kollargol, stosowany czy to podskórnice lub do żyły, czy też wprowadzony wprost do stawu dawał bardzo niewielką poprawę.

Sublimat pozostawał bez szczególnego wpływu na sprawę zapalną w stawie. Wprowadzenie do stawu leukofermantyny opóźniało ropienie, nawet pod koniec spostrzeżenia widać było zawsze różnicę między leczonym a nieleczonym stawem. Wstrzykiwanie do stawu po 2 cm.<sup>3</sup> 5% karbolu opóźniało i ograniczało ropienie, w niektórych spostrzeżeniach pozostawało bez wyniku. Wprowadzanie do stawu jodyny pół na pół z wysokiem niekiedy zapobiegało rozwojowi ropienia pomimo 8 — 14 dni trwającej obserwacji, w niektórych spostrzeżeniach zawartość stawu była jałowa. Ropienie nie rozwijało się nawet tam, gdzie stwierdzono obecność gronkowców w stawie.

Stosowanie salwarsanu wyraźnie hamowało rozwój ropienia, nawet po upływie 14 dni.

Wymienione środki lecznicze możnaby ułożyć ze względu

na ich skuteczność w następującą skalę: sublimat, kolargol, bęździan potasu, leukofermantyna, karbol, salwarsan, jodyna.

(*Beitr. z. Klin. Chir. T. 75, Z. 1—2*).

BR. SZERSZYŃSKI.

**Wettstein.** *Doświadczenia z plombą kostną jodoformową podług Mosetig-Moorhofs.*

Pokrywanie ubytków kostnych znalazło w plombie kostnej jodoformowej wielką pomoc. Przepis Mosetiga zaleca 43% jodoformu. Inni ze względu na możliwe zatrucie zalecają o połowę słabszą mieszaninę. Davergey nie radzi plombować wobec chorych nerek lub wątroby, z tego też powodu możliwość intoksykacji jest jednak minimalna nawet u osób wrażliwych zresztą na jodoform. Plomba nie pozostaje właściwie na stałe, lecz z czasem zostaje zastąpiona i zresorbowana przez tkanki ustroju. Zwykle w razie trzymania się przepisu Mosetiga rana zagaja się potem przez rychłozrost i kosmetyczny wynik jest zwykle znakomity.

Aby jednak plomba dobrze trzymała się, muszą być spełnione następujące warunki: 1) jama kostna musi być jałowa; 2) krwotok musi być skrupulatnie zatamowany; 3) dostęp do jamy wobec tego musi być dobry.

Odczyszczamy jamę mechanicznie (byle nie łyżeczką ostrą), a potem zalewamy wodą utlenioną, lub formaliną, 95% karbolem a potem alkoholem. Celem uchronienia się od możliwego zakażenia i krwotoku operują niektórzy dwuczasowo, tamponując gazą jodoformową po oczyszczeniu.

Wskazania: osteomyelitis. gruźlica kości, plomby po operacji mastoiditis, i innych jam, np. czołowej, a nawet plomby części miękkich, np. opłucnej i t. p.

Zwłaszcza przy ogniskowej gruźlicy stawów osiąga się przytem nieraz bardzo dobre wyniki. Obecnie stosują też plombę tę w empyema antri Highmori i w torbielach zębowych. Clark Stewart stosuje tę plombę w ubytki po złamaniach komplikowanych kości.

(*Mediz. Klinik. № 5—6, 1912*).

A. KLĘSK.

**Steinmann.** *Krwawe leczenie podskórnych złamań kości.*

S. omawia wszelkie możebne sposoby operacyjnego leczenia podskórnych złamań kości, podnosząc ich zalety i wady. Szew kostny powinien trzymać bardzo silnie, a nie wprowadzać dużo ciała obcego do środka.

Zwykły szew kostny nie zawsze też może wystarczyć, głównie nadaje się on do złamań skośnych kości długich, gdzie

i przewiązka nieraz wystarcza. Pewniej już trzymają spajania z pomocą wbijanych gwoździ, klamer, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o umocowanie małych odłamków kostnych. Śruby i protezy wprowadzają za duże ciała obce i grożą zakażeniem, podobnie jak fiksator Lambotte'a.

Leczenie krwawe wpływa bardzo ujemnie na gojenie się kości. Pomijamy tu już możliwość zakażenia. Prócz tego wiemy, że tworzenie się kostniny postępuje po operacji znacznie wolniej, i jest ona słabsza, bo ogałacamy przy operacji kości i brak im potem potrzebnego do gojenia się tarcia o siebie. Nieraz też zgojone kości wykrzywiają się potem przy obciążeniu.

Ciała obce mogą i po latach sprawiać dolegliwości i mieć skłonność do wyjścia na zewnątrz.

Najmniej z tego powodu wad tych ma leczenie pośrednie, t. j. wyciąg gwoździowy, zalecany przez autora. Niemniej jednak leczenie bezkrwawe powinno nadal pozostać prawideł, a operacyjne wyjątkiem.

*(Beiträge zur med. Klinik. III. 1912).*

A. KLĘSK.

**Michaelis.** *Dwa przypadki ciężkiego uszkodzenia kości przez stosowanie wyciągu gwoździowego Steinmanna.*

Przy wyciągu Steinmanna bardzo nieraz trudno ustrzedz się od następowego zakażenia, powodującego długie gojenie się, a nawet powikłania tak, że tego sposobu leczenia nie można uważać za normalny, zwłaszcza dla lekarza praktycznego. Dowodzą tego dwa opisyane właśnie przez M. przypadki, gdzie w innych szpitalach założono te wyciągi, a gdy potem przetoki nie chciały goić się, a nawet wystąpiły powikłania, skierowano chorych do kliniki.

Natomiast ten sposób leczenia nadaje się znakomicie w zakładach dobrze urządzonych do leczenia złamań powikłanych, podkrętarzowych złamań uda, śrubowatych—podudzia, a wreszcie źle zgojonych, wzgl. po operacji i t. p.

Deutschländer zwrócił zupełnie słusznie uwagę na to, by gwoździ nie trzymać zanadto długo w kości, a to celem uniknięcia zakażenia.

*(Münch. med. Woch. № 21. 1912).*

A. KLĘSK.

**Hackenbruch.** *W sprawie ambulatoryjnego leczenia złamań kości z pomocą klamerek rozciągających.*

Idealem leczenia złamań kości, zwłaszcza kończyny dolnej, jest sposób, któryby pozwalał chorym jaknajrychlej używać



kończyny złamanej, a przytem dawkować niejako i kierować ustawianiem i rozciąganiem odłamów. Do tego celu podawano już rozmaite aparaty wyciągowe do chodzenia i t. p. H. zmodyfikował podane przez Kaefera w roku 1901 klamry do rozciągania. Klamry te składają się z dwóch ramion, które przez kręcenie mutry w środku rozciągają się. Technika leczenia jest następująca: zakłada się w 10 dni po złamaniu, gdy obrzęk już ustąpił, zwykły okrężny gips z odpowiednimi podkładami. Gdy podsycha, przecina się go okrężnie w miejscu złamania, i wgipsowuje po obu stronach klamry zaśrubowane. Potem, gdy gips wyschnie, zaczynamy nieraz już drugiego dnia przez kręcenie muter rozciągać opatrunk, a z nim i kończynę. Udaje się to w przeciągu kilku dni nieraz do 5 cm. Naturalnie, na odstęp ten prócz wyciągu wpływa przesuwanie się opatrunku, samych klamer i t. p. Można także na końcach klamer umieścić zawiaski i kierować niemi ustawienie odłamów, np. odciągać, zwracać i t. p.

Po maksymalnem wyciągnięciu u chorych niespokojnych lepiej jest odstęp, powstały w opatrunku, zagipsować. Dołączone fotografie Röntgena ilustrują wcale ładne wyniki lecznicze nawet przy dużych przesunięciach kości. W opatrunku takim może chory potem chodzić w drugim tygodniu. Nadaje się też to leczenie w czasie wojny, zwłaszcza dla ramienia, łokcia, uda i podudzia.

(*Münch. med. Woch. № 27. 1912*).

A. KLĘSK.

### Hinz. Przyczynek do wolnej plastyki stawu.

Idąc w myśl Lexera, postanowił Hinz w przypadku gruźlicy kolana po wycięciu części stawowej wszczepić analogiczną część, wziętą ze świeżych zwłok człowieka, zmarłego 1½ godziny przedtem na ranę postrzałową.

Mimo pozornego dobrego przygojenia się z czasem powtórzyły się przetoki ropiejące, trzeszczenie stawu, a jednak fotografia rentgenowska wykazywała ściśle połączenie kości, co także stwierdzono z nacięcia przetoki w 3 miesiące potem. Ranki nie goiły się jednak wcale mimo tego, że kość trzymała się także, a że przytem i stan ogólny pogarszał się, był Hinz zmuszony w 10 prawie miesięcy po przeszczepieniu przystąpić do powtórnej resekcji kolana, po której przekonał się, że chrząstki stawowej nie było już zupełnie, podobnie—przeszczepionej części uda, natomiast część kości goleniowej przygoiła się silnie, jakkolwiek odróżniała się barwą od kości właściwej.

(*Deutsch. med. Wochenschr. № 46. 1911*).

A. KLĘSK.

**Schepelmann.** *T. zw. nadliczbowe kręgi w kręgosłupie.*

Do mniej znanych dotąd przyczyn wrodzonego skrzywienia kręgosłupa należą t. zw. wtrącone, wzgl. nadliczbowe kręgi (Schaltwirbel). Nazywamy je dlatego wtrąconymi, bo nie zawsze są one nadliczbowe, lecz np. kręgów piersiowych mamy 11, a za to 6 lędźwiowych, lub np. 6 lędźwiowych, a 4 krzyżowe. Kręgi te, widziane dokładnie na rentgenogramie, mają zwykle kształt klina i po 2 wyrostki kolczyste, a 3 poprzeczne. Czasem znajduje się, jak to wykazał Drelmann, niejako kompensacyjny klin po stronie przeciwnej, powyżej. Kręgom, wtrąconym w części szyjnej lub piersiowej, towarzyszą zwykle nadliczbowe żebra, względnie — żebro, na szerszej stronie klina trzonu. Kręgi te powodują wybitne skrzywienie kręgosłupa na stronie węższej części klina, pogarszające się w miarę obciążenia.

Dwa podobne przypadki z rentgenogramami podaje S. W jednym—nadliczbowy 3 krąg lędźwiowy, a w drugim 13 kręgów piersiowych, 13 żeber na stronie lewej, 12 na prawej.

(Posiedz. lek. Halle. VII. 1911).

A. KLĘSK.

**Bockenheimer.** *Luxatio divergens antibrachii, uleczone operacją*

Przy wspomnianem zwichnięciu główka kości promieniowej idzie ku stronie zginaczy, a k. łokciowa ku wewnątrz i ku wypieraczom. Zwykle nie udaje się odprowadzić tego zwichnięcia bezkrwawo. W przypadku Bockenheimera chodziło o zwichnięcie zastarzałe, operacyjnie udało się je jednak łatwo odprowadzić. B. operuje na stawie zawsze w rękawiczkach, tamuje skrupulatnie krwotok, torebkę stawu zaszywa, również całą ranę na głucho. Bardzo wiele zależy od leczenia i postępowania następowego.

B. na 8 dni nakłada gips, potem na 8 dni wyciąg, a od początku 3-go tygodnia rozpoczyna metodyczne ruchy czynne, masując okoliczne tkanki dookoła stawu. Dalej, stosuje leczenie gorącym powietrzem, elektryzację, ruchy bierne, z oporem i t. p. i osiąga wyniki znakomite. Nie należy z operacją zwlekać zbyt długo.

(Posiedz. berlińsk. Tow. lek. 5. VII. 1911).

A. KLĘSK.

**Wrede.** *Przyczynek do kazuistyki i etiologii dziedzicznego wrodzonego zwichnięcia rzepek.*

W. spostrzegął rodzinę, w której od pradziadków dziedzicznie przenosi się po mieczu zwichnięcie obustronne rzepek.

W. spostrzegał je u ojca i dwojga dzieci tegoż, synka i córeczki. Rzepki stały na stronie zewnętrznej, przy zginaniu uciekały jeszcze dalej na zewnątrz. Czynnie wyprostowanie udawało się nie zupełnie (do 145°), biernie zupełnie. Chód z rozstawionymi podudziami, kaczkowaty, szybkie męczenie się, zwłaszcza przy schodzeniu ze schodów.

Prócz tego u tych osobników wykazać się dają i inne zniekształcenia, a mianowicie: radialna addukcja małych palców, brak paznokci na paluchu i palcu wskazującym, u dziewczynki wklęsłość klatki piersiowej (odpowiadające rączce, gdzie leżała ona u płodu), skrzywienie kręgosłupa i obustronne subluksacje główek kości promieniowych (u chłopca) ku tyłowi.

Wobec tych innych wad odnosi autor i zwichnięcie to do braku miejsca w macicy i ucisku płodowego.

Jest to 11 przypadek wrodzonego zwichnięcia rzepki, opisany w piśmiennictwie.

(*Medizin. Klinik* № 1. 1911).

A. KLĘSK.

**Konjetzny.** *W sprawie powstawania i mechanizmu uszkodzenia łąkotek.*

Zwykle podczas operacji uszkodzonej łąkotki kolana spotyka się oderwanie tejże od torebki stawowej przy zachowanym tylko połączeniu od przodu i tyłu z kością goleniową. Uszkodzenie to powstaje prawie z zasady na chrząstce wewnętrznej, i jest powodowane danymi anatomicznymi, co autor właśnie wyjaśnia. Katastrofę powoduje zwykle niebaczny ruch, mianowicie silny nawrót na zewnątrz przy nagłym wyprostowaniu kolana. Przy tym ruchu po pierwsze chrząstka napina się, jak cięciwa, przytem wsuwa się głębiej w staw, wskutek czego potem przy wyprostowaniu zostaje chrząstka zgnieciona pomiędzy kośćmi. Chrząstka ta bowiem jest bardzo ruchoma i luźno złączona z torebką stawową.

Odpowiednie ilustracje malują jasno całą sprawę.

Znacznie już rzadsze uszkodzenie zewnętrznej chrząstki powodowane jest zwykle bezpośredniem uszkodzeniem.

Klinicznie cechuje uszkodzenie chrząstki niemożność zupełnego wyprostowania lub zgięcia kolana, bolesność okolicy chrząstki, wzgl. w wypadkach starszych objawy nagłego uwięzienia, wracające wysięki kolana i t. p.

K. poleca zawsze usuwać całą chrząstkę, przyczem uzyskuje się wyniki bardzo dobre.

(*Münch. med. Woch.* № 29. 1912).

A. KLĘSK.

**Vulpius.** *O leczeniu stopy szpotawej (p. varus).*

Leczenie stopy szpotawej należy rozpoczynać u dzieci jak najwcześniej, t. j. najdalej do 4 miesiąca życia, i wtedy wynik jest zwykle pewny. Leczenie to polega na codziennych redresyjnych manipulacjach przez pięć minut i następowem odpowiedniem zawijaniu opaską flanelową, a po 8—14 dniach dajemy blaszaną podeszwę z szyną zewnętrzną. W ten sposób wyleczyć można postacie lżejsze. W cięższych i leczonych później dodać musimy do redresyi przecięcie ścięgna Achillesa i opatrunek gipsowy, zmieniany co 1—2 miesiący. Wikła leczenie bardzo krzywica, tak, że nieraz musimy najpierw leczyć dziecko na krzywicę, a potem dopiero przystąpić do leczenia ortopedycznego.

Po wyleczeniu nieraz zwalczać trzeba ustawienie palców do środka przy chodzeniu, co osiągamy przyrządami, nauką i gimnastyką. U starszych dzieci musimy w uśpieniu przed gipsem wykonać forsowne sprostowanie. Są do tego podane różne przyrządy, ale działają one zbyt brutalnie. Efekt osiąga się przytem dobry czynnościowo, ale nie anatomicznie.

U dorosłych musimy postępować operacyjnie, a to celem pokonania zniekształcenia. Zwykle wykonujemy operacyjne ściągnięcie pięty i przedłużenie ścięgna Achillesa następowo, lub, gdy opór pochodzi od kości skokowej, przystępujemy do częściowego, lub całkowitego usunięcia tejże. Zwłaszcza nadaje się bardzo do tego t. zw. wyskrobanie talus. Kość z boku świ-druje się, a potem z otworu tego tak długo łyżeczkuje na wszystkie strony, aż pozostanie zewnętrzna skorupa, która ła-two już obecnie przystosowuje się, załamując do żądanej pozycji. Z czasem zaś wypełnia się jama tkanką kostną. Rzadko uciekać się trzeba do wycinania klina z tarsus, lub usuwania całej kości skokowej.

Co do wyników, to bywają one przeważnie dobre, ale trzeba być przygotowanym i na pewne powikłania, jak częste zaniki mięśni łydki, które wielu odnosi do tenotomii, lub do wadliwie krótko rozwiniętego tylnego wyrostka kości piętowej. Czasem w następstwie spostrzega się zmniejszoną ruchomość stawu skokowego, zwłaszcza po leczeniu przypadków zastarzanych.

Wogóle jednak obecne wyniki są znacznie lepsze, niż były jeszcze przed kilku laty.

(*Klin. Therapeutische Wochenschr.* № 48. 1911).

A. KLĘSK.



## II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

### Döderlein. *Sztuczne zapładnianie.*

W przypadkach, w których przy badaniu i kobiety, i mężczyzny nie można znaleźć punktu oparcia dla wyjaśnienia niepłodności, gdzie mamy do czynienia z przeszkodą czysto czynnościową, pozostaje, jako środek ostateczny, próba sztucznego zapładniania.

Pierwszą próbę na kobiecie wykonał Hunter w 1799 r., który nasienie męskie wlał wprost do pochwy, poczem nastąpiło zapłodnienie. W 1866 roku Marion Sims na sześć dokonanych prób otrzymał w jednym przypadku dodatni wynik; Girault w 1869 roku na 12 prób — 10 dodatnich; Barral i Gerard w 1897 roku na 30 prób — 25 dodatnich wyników.

Lutard na 29 przypadków otrzymał 6 dodatnich. Bossi na 11 — 9 dodatnich.

W 1880 r. niejaki Bielebault wyrobił patent i założył stowarzyszenie, propagujące dokonywanie sztucznego zapładniania; broszura, napisana przez niego, nosiła tytuł „Do vitam”. W r. 1897 ogłoszono edykt papieski, potępiający zajmowanie się sztucznem zapładnianiem. W r. 1880 pociągnięto do odpowiedzialności sądowej przez władze m. Bordeaux dra Lajatre'a.

Brouardel wszakże na posiedzeniu Towarzystwa medycyny sądowej przyznał prawo dokonywania sztucznego zapładniania.

W ostatnich czasach prace doświadczalne na zwierzętach dokonywali: Plonis, Albrecht, Chełchowski, Hoffmann, Stribold i Eljasz Iwanow, który robił doświadczenia na kobyłach, owcach i krowach. Z badań Iwanowa podkreślić należy spostrzeżenie, że nasienie męskie wydobyć można wprost z jądra przez nakłucie tegoż i następnie wstryknąć do macicy, co miałoby duże znaczenie w sztucznem zapładnianiu kobiety w przypadkach, gdzie mężczyzna po przejściu obustronnego wiewiórowego zapalenia przyjądrza jest niezdolny do zapłodnienia. Drugie spostrzeżenie Iwanowa polega na tem, że plemniki w jądrze zachowują żywotność nawet po śmierci zabitych zwierząt.

Technika, stosowana przez autora, jest następująca: nasienie męskie, otrzymane po stosunku w kondomie, wylewa D. do wyjąłowanego naczynia; narzędzia, potrzebne do zabiegu, wzierniki, rozszerzadła, kulociągi i szprycę Brauna gotuje w fizyologicznym roztworze soli; strzykawkę po wygotowaniu wyjąławia na sucho; po ułożeniu kobiety na stole operacyjnym na-

biera w strzykawkę nasienie męzkie i wstrzykuje do jamy macicy w ilości dwóch do trzech kropli. Zabieg sztucznego zapłodnienia zaleca D. wykonywać na dzień jeden przed miesiączką i na dzień po ustaniu miesiączki.

(*Munch. med. Woch. № 20. 1912*).

H. JASTRZĘBSKI.

**H. Hauswaldt.** *O pochodzeniu ciała krwotocznego jajnika (corpus haemorrhagicum ovarii).*

Powszechnie uważany pogląd, że pęcherzyki Graafa, pękając, napełniają się krwią, która ulega z biegiem czasu przemianie i tworzy ciało żółte, został zachwiany przez prace Soboty, Honorego, Straty'a, Strichta i innych. Poszukiwania Soboty u myszy dowiodły, że ciało żółte jest pochodzenia nabłonkowego. Sohn, Robert Meyer, autor i inni dowiedli, że ciało żółte i u ludzi jest tej samej natury, mianowicie: ciało żółte tworzy się z komórek nabłonkowych ziarnistych. A więc pochodzenie ciała krwotocznego w jajniku nie może być bezpośrednio związane z tworzeniem się ciała żółtego. Aschoff dowodzi, że krwotoki w ciele żółtem są natury wtórnej; myśl tę autor zamierzył sprawdzić w niniejszej pracy.

Autor zbadał 42 jajniki zoperowane, i swoje badania osobiste popiera badaniami nad bardzo obfitym materiałem Meyera i Leopolda. Otóż, spotyka się często ślady niewątpliwie świeżego krwotoku w ciele żółtem w okresie o tyle odległym od miesiączki, że łączność z nią wcale nie dałaby się ustalić; może tu być inna przyczyna — uraz od badania ginekologicznego, lub w czasie operacji. Na wpływ takiego urazu na pękanie pęcherzyka Graafa zwrócił już uwagę Veit, autor zaś dla potwierdzenia podaje szczegóły histologiczne, które przemawiają na korzyść tego.

Wnioski autora są następujące: ciało krwotoczne jajnika powstaje drogą wtórną, w czasie lub po utworzeniu się ciała żółtego, nigdy zaś nie wyprzedza tegoż, jak to powszechnie sądzą. Krwawienie w jamie ciała żółtego może nastąpić wskutek przekrwienia fizyologicznego, wskutek urazu w czasie badania dwuręcznego, podczas operacji, lub w czasie miesiączki następnej. Ten ostatni warunek odgrywa pewną rolę w wytwarzaniu się ciała żółtego; widać to z tego, że w zbadanych jajnikach kobiet ciężarnych ciał krwotocznych albo wcale nie ma, albo są one w stanie zanikowym.

(*Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1912. Styczeń*).

WEISBERG-BISZOWSKA-SWERDEROWA.

**Klein Gustaw. *Z patologii miesięczki.***

W początkowej części pracy autor wspomina o znaczeniu biochemicznym wydzielin śluzówki trzonu macicy i jajników w okresie miesięczki; a mianowicie wskazuje na to, że części składowe t. zw. „ooforiny”: follikulina, owulina, luteina, zmieniają śluzówkę trzonu macicy i wraz z miesięczkowymi obrzękami warstw nabłonkowych czynią wynaczynioną krew niezdolną do krzepnięcia. Według autora, krew w ten sposób zmieniona przez „ooforinę”, staje się płynem odżywczym dla jajnika. Płyny, otrzymane z wycisnięcia jajnika, ciała żółtego i macicy wywołują, podług Schickela, rozszerzenie naczyń, a więc i zmniejszenie ciśnienia krwi, działają również hamująco na krzepliwość krwi. Trzeba więc uważać krwawienie miesięczkowe za okres przygotowawczy, który umożliwia odżywienie jaja.

Biorąc pod uwagę dane nowych poszukiwań nad własnościami chemicznymi wydzielin rozmaitych części narządu rodneho, można tłumaczyć różne postacie chorobowe miesięczkowania w sposób bardziej zgodny z ich istotną przyczyną. Biochemia może nam tłumaczyć przyczynę miesięczki błonistej, miesięczki bolesnej, brak miesięczki, miesięczkę krwotokową. Pominiemy bardzo zajmujące szczegóły o roli pierwiastków chemicznych w powstawaniu tych objawów chorobowych, i podamy poglądy autora w streszczeniu: 1) Miesięczka błonista może być tłumaczona, jako następstwo samostrawienia warstwy gąbczastej w śluzówce macicy. 2) Miesięczka bolesna może być uważana za objaw niedostatecznego wytwarzania „ooforiny”; wtedy śluzówka macicy, zamiast krwi niekrzepnącej, wydziela do jamy macicznej skrzepy krwi, które wywołują skurcze macicy. 3) Brak miesięczki może powstać wskutek małego wytwarzania się „ooforiny”, co pociąga za sobą mniejsze nabrzmiewanie śluzówki i mniejsze wydzielanie krwi miesięczkowej. 4) Miesięczka krwotokowa może być skutkiem zbyt obfitego wydzielania „ooforiny”. 5) Zwyródnienia włókniste i tłuszczowe, które są objawem starczym, mogą być powodem miesięczkowania bolesnego wskutek nagromadzenia się krwi w macicy.

(*Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1921. Luty.*)

WEISBERG-BISZOWSWERDEROWA.

**Birnbaum. *Choroba Basedowa i życie płciowe kobiety.***

Ginekolog często spostrzega przejściowe nabrzmienia gruczołu tarczowego pod wpływem sprawy, odbywającej się w macicy, np. miesięczkowania, ciąży; lecz o wiele rzadziej widzi trwałe powiększenie tego gruczołu wraz z objawami choroby

Basedowa prawdopodobnie dlatego, że ta ostatnia w słabym stopniu przechodzi niespostrzeżenie, w silnym zaś stopniu o tyle wyniszcza ustrój, że kobiety nie zachodzą w ciążę, a inne cierpienia kobiece schodzą na drugi plan.

W czasie choroby Basedowa zjawiają się pewne zmiany w miesiączkowaniu. Czasem miesiączkowanie odbywa się prawidłowo, innym razem bywa za częste i za obfite, lub też, w razie ciężkiego stanu choroby, zupełnie ustaje, i zjawia się ponownie wraz z poprawą. W bardzo ciężkich przypadkach spostrzegano trwały brak miesiączki wraz z zanikiem wewnętrznych i zewnętrznych organów płciowych, sutek i wypadanie włosów łonowych. W. A. Freund opisał formę zanikową zapalenia okołomacicznego. Te objawy zanikowe i zaburzenia miesiączki tłumaczą się wpływem wydzielin trujących gruczołu tarczowego na jajniki, co znów wyjaśnia częste współistnienie wola z rozmiękczeniem kości.

Dalej, spotyka się często we wolu włókniaki, które podług nowych teorii mają być wywołane wskutek zaburzeń czynności jajnikowych. Z drugiej zaś strony, włókniaki wywierają pewien wpływ na chorobę Basedowa; wielu autorów stwierdziło zbawienny wpływ usunięcia włókniaka na objawy choroby Basedowa; autor artykułu sam zna dwa swoje przypadki, w których stan choroby omawianej znacznie poprawił się po operacji. Zupełnego wyleczenia choroby Basedowa po operacji nikt jednak nie opisał.

Często w czasie miesiączki następuje pogorszenie objawów choroby Basedowa, mianowicie powiększenie wola, wytrzeszcz, przyspieszone bicie serca.

W razie silnego krwawienia można użyć lekarstw ściągających lub tamponowania pochwy, przyżegania, skrobania, wstrzykiwań surowicy, u starych kobiet — rentgenoterapii. W każdym razie z tymi środkami trzeba być ostrożnym.

W razie zupełnego ustania miesiączki żadne leki, stosowane w celu jej wywołania, nie pomogą, dopóki choroba Basedowa nie ulegnie poprawie. Co się tyczy stosunku wzajemnego tej choroby z ciążą, to można zauważyć, że choroba Basedowa nadzwyczaj rzadko spotyka się u kobiet ciężarnych. Poglądy na ten stosunek są rozmaite. Croon sądzi, że wpływ wzajemny jest tu bez znaczenia, i że wskazań do sztucznego wywoływania poronienia niema; autorowie francuscy są zdania, że ciąża wywiera wpływ zbawienny, leczniczy na objawy Basedowa. Autorowie niemieccy i ich zwolennicy opisują przypadki, w których pogorszenie choroby Basedowa pod wpływem ciąży było mniej lub więcej znaczne; odwrotny zaś stosunek był małej wagi. Ciąża może spowodować pogorszenie Basedowa, nie może jednak tej choroby wywołać u kobiety zdrowej.



Zdanie autora pracy streszczanej jest następujące: Przypadki ciąży z Basedowem są częstsze, niż to się widzi w piśmiennictwie, albowiem często słabe objawy tej choroby z przed okresu ciąży nie zmieniają się i nie zwracają na siebie uwagi, a nawet małe pogorszenie objawów też nie wywołuje zaniepokojenia pacjentki; często znaczne pogorszenie, niepokojące kobietę ciężarną, bywa traktowane przez lekarza domowego lub neurologa, rzadko—przez akuszerę, i właśnie w ręce tych ostatnich dostają się dopiero najcięższe przypadki. Tem trzeba tłumaczyć pesymizm w poglądach wielu autorów na niekorzystny wpływ ciąży na Basedowa. Autor zaprzecza, by ciąża miała wpływ leczniczy na chorobę Basedowa. Autor sądzi, że zbyt jest zakaz zamażpójścia lub zajścia w ciążę u kobiet z Basedowem. Daleko posunięty Basedow musi być leczony u kobiety wpierw, niż wyjdzie zamaż.

W razie niepokojącego pogorszenia objawów chorobowych w czasie ciąży trzeba zastosować tuczenie, leżenie w łóżku, kurację klimatyczną, psychoterapię, leczenie w zakładzie. Najczęściej otrzymuje się wyniki zadowalające, które umożliwiają prawdziwy przebieg wszystkich okresów ciąży; w razie gdy środki te zawodzą, a objawy stają się groźnymi, trzeba operować gruczoł tarczowy. Wyniki mają być lepsze, niż od wywoływania wczesnego porodu; tę ostatnią metodę autor uważa za szkodliwą dla pacjentki, szczególnie—gdy zabieg przeciąga się. W drugiej połowie ciąży z Basedowem można sztucznie usunąć zawartość macicy w razie nadmiaru wód płodowych lub bliźniaków, co grozi narządom oddechowym i krwionośnym. Przy nadmiarze wód płodowych wystarczy nakłucie błon płodowych; w innych przypadkach robi się rozszerzenie ujścia macicy lub prędzej — cięcie cesarskie pochwowe bez usypiania chorej.

*(Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynäk. T. IV, zes. I).*

WEISBERG-BISZOWSKA.

**Rudaux et Lorier.** *Wpływ kity na pochodzenie zboczeń rozwojowych płodu.*

Na zasadzie 324 spostrzeżeń autor twierdzi, że przymiot gra dużą, wszakże—nie przeważającą rolę w pochodzeniu zboczeń rozwojowych płodu. Mniej więcej na 100 przypadków 13,8 przypada na kitę. Najczęstsze zbożenia — 74 na 100 — są w rozwoju głowy, a z tych najliczniejsze choroby układu nerwowego, jak: wodogłowie, rzekome wodogłowie i t. d. Zbożenia te są obecnie uważane za następstwa choroby zarodka.

Zwyrodnienia przymiotowe nie noszą swoistej cechy sobie

właściwej i te same zboczenia mogą spotykać się i bez przy-  
miotu.

Leczenie swoiste może ograniczyć liczbę zboczeń przy-  
miotowych, pod warunkiem, że jest ono stosowane w odpowied-  
niej mierze obojgu rodzicom przed poczęciem.

*(Annales de Gynécologie et d'Obstetrique. Septembre, 1911).*

M. KASPEROWICZOWA.

**Sippel Albert.** *O kierunku cięcia i sposobie szycia w cię-  
ciu brzuszem w ginekologii.*

Z chwilą, kiedy zaczęto uważać cięcie brzucha za zabieg  
względnie bezpieczny, co datuje się mniej więcej od siódmego  
dziesiątka lat ubiegłego stulecia, zaczęto też zwracać większą  
uwagę i na wtórne wyniki tej operacji, jako to: nieładne, nie-  
prawidłowe blizny, wytwarzanie się przepuklin i t. d. W tym  
celu zjawiał się cały szereg propozycji. Istotny postęp w tym  
kierunku stanowi dopiero wprowadzony przez szkołę Billrotha  
sposób warstwowego zeszywania powłok brzucha.

Na zjeździe ginekologów w Wiedniu w 1895 r. Winter  
stwierdził, że na skutek piętrowego szwu liczba przepuklin  
z 30% spadła na 8%. Szukano wszakże jeszcze sposobu, któ-  
ryby i tę liczbę zmniejszył i chciano dopiąć tego za pomocą  
zmiany pierwotnego kierunku cięcia ściany brzucha.

Należy tu sposób Lennandera—bocznego cięcia podłużne-  
go. Z podobnych pobudek wynikł i sposób nadłonowego po-  
przecznego cięcia powięzi Pfannenstiela. Poniżej półkolistej  
linii Douglasa (linea semicircularis Douglassi) łączą się wszyst-  
kie rozścięgnię szerokiemi mięśni brzucha na przedniej powierzchni  
mięśni prostych, gdy po za nimi znajduje się tylko cienka po-  
więź poprzeczna.

Wychodząc z tego założenia zaleca Pfannenstiela rozcinać  
poprzecznie nad spojeniem skórę, tkankę podskórną i powięź;  
tę ostatnią odłuszczyć od przedniej powierzchni mięśni, a jamę  
brzucha otworzyć podłużnie w przestrzeni między mięśniami  
prostymi. Po zeszyciu powłok szew powięzi od tyłu przykryty  
jest mięśniami prostymi. Przepuklina tutaj może powstać tylko  
w tym punkcie w linii pośrodkowej, gdzie pod spodem niema  
mięśnia. Pf. zaznacza, że, dzięki temu sposobowi odsetka prze-  
puklin spadła do 1%. Krönig atoli oznacza liczbę przepuklin  
po tym sposobie na 2%—3%. Autor nie uważa tego sposobu  
nie tylko za lepszy, ale nawet za równy cięciu podłużnemu.

Cięcie poprzeczne daje ranę płatową, co jest chirurgicznie  
mniej doskonałe; daje wymiary niewielkie; a jeżeli przedłużyć  
cięcie ku zewnątrz przez brzeg mięśnia prostego, to tutaj znaj-  
duje się tylko powięź samą bez podkładu mięśniowego — wa-  
runki takie same, jak w linii pośrodkowej.

Niewielka zdolność rozciągania się rany, a w skutek tego ograniczenie przestrzeni często znakomicie utrudnia technikę. Cięcie to nastrocza obawę zgorzeli powięzi, szeroko odłuszczonej od swojej podstawy, a w razie powikłania w gojeniu się może doprowadzić do bardzo nieprzyjemnych zrostów pomiędzy powięzią i mięśniami prostymi, co wpływa czasami nawet na niezdolność do pracy.

To są ujemne strony cięcia poprzecznego, których brak podłużnemu. To ostatnie bowiem, w miarę potrzeby, może być dowolnie przedłużone, i powięź nie cierpi nic na odżywianiu. Nareszcie i po cięciu podłużnym, przy prawidłowym postępowaniu i dokładnem szyciu można uniknąć przepuklin.

Główną podstawą powstawania przepuklin są braki w powięzi.

Braki te mogą powstawać:

- 1) w następstwie nieściśłego zeszywania brzegów; należy przeto bardzo dokładnie łączyć brzeg z brzegiem z takim staraniem, jak to czyni się np. przy plastyce na twarzy; brzegi nie winny leżeć jeden nad drugim, lecz ściśle przylegać do siebie;
- 2) wskutek dostania się pomiędzy brzegi tłuszczu podpowięziowego, lub innej tkanki, co może zdarzyć się przy niedokładnem nałożeniu szwów, lub też podczas ruchów wymiotowych, o ile szwy nie są dość gęsto nałożone;
- 3) z powodu uszkodzenia powięzi podczas operacji;
- 4) wskutek zbyt mocnego zaciągania szwów, co może wywołać obumarcie;
- 5) wtórne rozstąpienie się szwów może nastąpić wskutek wymiotów, kaszlu, bębnicy, co często spostrzega się po szyciu za pomocą zwykłej struny;
- 6) na koniec — braki może wywołać zakażenie miejscowe, przeszkadzające rychłozrostowi.

Unikaniem więc tych okazji, wywołujących braki w powięzi, można ustrzedz się od przepuklin i po cięciu podłużnym i otrzymać zupełnie mocną bliznę.

Za najlepszy materiał do szycia powięzi Sippel uważa chromową strunę, która późno wchłania się, pozwalając na wytworzenie się tęgiego zrostu.

Dążenia kosmetyczne mogą tu być także zachowane; za pomocą klamerek Michela otrzymuje się bliznę liniową, której po kilku miesiącach prawie nie znać.

Na zakończenie autor przytacza 101 operowanych, doraźnie zagojonych przypadków z jedną tylko przepukliną, i jeszcze raz z naciskiem zaznacza, że cięcie podłużne ma wiele więcej.

zalet od poprzecznego i powołuje się w tej mierze na podobne zdanie Hofmejera.

(*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. LXX B. 1 H.*).

M. RYŁKO.

**Wolff Alfred.** *Rzadka etiologia krwiaka pozamacicznego.*

Podług niemieckich autorów Frommego, Veita i innych, krwiak zamaciczny jest prawie zawsze spowodowany pęknięciem ciąży jajowodowej; pewna atoli odsetka krwiaków ma etiologię odmienną. Autor przytacza przyczyny wylewów krwi zamacicznych: choroby zakaźne, zatrucie fosforem, żółtaczkę, plamicę krwotoczną, zastój w ogólnym obiegu krwi, przekrwienie narządów brzusznych, urazy mechaniczne, krwawienie pooperacyjne, zapalenie otrzewnej miednicy krwotoczne, krwawienie z pękniętego pęcherzyka Graafa, pęknięcie guzów krwawych jajnika, pęknięcie torbieli jajnika, krwawienie z torbielowo zwyrodniałego jajnika, pęknięcie krwiaka jajowodu, krwawienie z jajowodu zapalnego, krwawienie w wodniaku jajowodu, krwawienie z guzów macicznych. Autor opisuje swój przypadek, jako jedyny ze względu na szczególną etiologię; tyczy się to pęknięcia zimnego ropnia w ścianie macicznej z zawartością krwawą w adenomyometritis tuberculosa.

Pacjentka 25 l., miesiączkowanie od 19-go roku z bólami w krzyżu, które wzmożyły się w ostatnich latach. Bóle przy oddawaniu stolca. Macica tyłopochylona i tyłozgięta, przemieszczona na bok, powiększona, zrosnięta od tyłu; odbytnica przyściśnięta guzem, przydatki nie wyczuwają się.

Rozpoznanie: Guz zamaciczny przyrośnięty, prawdopodobnie jajnikowy.

Operacja: Zrosty z tyłu macicy i guz. Lewe przydatki prawidłowe. Prawe ściśle zrosnięte z macicą, niezależne od guza. Guz w Douglasie zawiera starą zmienioną krew. Usunięto guz, macicę, prawe przydatki i lewy jajowód. Badanie makro- i mikroskopowe: adenomyometritis tuberculosa et salpingitis, nagromadzenie krwi w torbielach słuzówki, kwawienie w ogniskach rozpadowych, pęknięcie takiego ogniska do Douglasa i wytworzenie krwiaka zamacicznego.

W podanym przypadku krwawienie w zimnym ropniu jest podobne do krwawienia w jamie gruzliczej w płucach, ponieważ w tkance ziarninowej znajduje się dużo naczyń krwionośnych o ścianach ze zmianami gruzliczemi.

(*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Luty, 1912*).

WEISBERG-BISZOWSWERDEROWA.



**Runge.** *Zachowawcze leczenie mięśniaków macicy z pomocą promieni Röntgena.*

Leczenie mięśniaków macicy promieniami Röntgena zyskało już sobie prawo obywatelstwa. Przeciwwskazane jest ono w razie podejrzenia, że guzy są złośliwie zmienione, dalej—w razie niepewnego rozpoznania, przy zropieniach u osób młodych, by jajniki nie uległy zupełnemu zwyrodnieniu, w mięśniakach podśluzowych, przy silnych objawach ucisku i istnieniu innych powikłań, zapaleniach części rodnych i przydatków, u osób już za bardzo skrwawionych, bo z początku krwotoki się zwiększają, gdy chodzi o prędkie wyleczenie i t. p. Przez umiejętne stosowanie (filtry) uniknąć można uszkodzeń, a skutek nieraz bywa wcale dobry. Im osoba starsza, tem skutek pewniejszy, bo łatwiej zniszczyć wpływ jajników.

R. donosi o 84 dokładnie obserwowanych przypadkach. Z tego u 39 t. j. w 46,4% osiągnięto ustanie krwawień i dobry skutek. U osób powyżej lat 50 skutek był w 66% dobry, u młodych, powyżej lat 30, tylko w 33%. Autor naświetla polami brzuch, używa filtru z blachy aluminiowej, dając stosukowo silne dawki na posiedzeniu. Naświetlania stosuje 3 dni (po dwa miejsca na każdym), potem pauzuje trzy tygodnie.

(*Medizin. Klinik. № 27. 1912.*)

A. KLĘSK.

**A. Theilhaber.** *Przyczynek do leczenia raków.*

Przed 3—4 dziesiątkami lat w raku części pochwowej dokonywano wycięcia tylko szyi macicznej. Poważną statystykę tych operacji ogłosili z oddziału Schrödera Hoffmaier i Winter. Pierwszy podaje: od 1878 do 1886 zrobiono 136 częściowych operacji i 74 całkowitego usunięcia części rodnych. Uwzględniono 114 przypadków częściowego wycięcia szyi. Z tych było 10 przypadków śmierci podczas operacji; 7—nieodszukanych; 1—śmierć z powodu nephritis. Z pozostałych 96 chorych—47 wykazało nawroty miejscowe w ciągu pierwszego roku, 49—po tym okresie były jeszcze zdrowe. Z ostatnich 49 przypadków: w 11 w następnych latach nastąpiły nawroty, pozostałe 38 były jeszcze zdrowe po upływie 4 lat, co stanowi 40% trwałego wyleczenia.

Z liczby 33 chorych z całkowitem usunięciem macicy: 13 umarło w pierwszym roku na wznowę; w następnych latach umarło 9 z nawrotu, lub na inne choroby, reszty nie odzyskano. Wyleczenia zupełnego po 4 latach wcale nie widziano.

Ze szczegółów opisanych spostrzeżeń Hoffmaiera widać, że w grupie przypadków, operowanych częściowo, rzecz tycząca się już daleko posuniętej sprawy rakowej z nacieczeniem

pochwy, ze zgrubieniem więzów, z dużymi guzami. Całkowite wycięcie macicy było stosowane tylko w raku trzonu macicy.

Winter podał dalszy ciąg statystyki Hoffmaiera i mówi, że w 26,5% częściowej operacji było zupełne wyleczenie nawet po 11 latach.

Nietylko w klinice Schrödera otrzymano takie pomyślne wyniki po częściowej operacji; w oddziale Karola Brauna osiągnano podobne wyniki po usuwaniu szyi za pomocą galwanokaustyki.

Jeżeli porównać powyższą statystykę ze współczesną, dotyczącą całkowitego usuwania macicy, to wcale się niema wrażenia, by ta ostatnia metoda w czemkolwiek polepszyła statystykę. A jednak, pomimo dobrych wyników częściowej operacji ta ostatnia dziś jest uważana za przestarzałą.

Autor atoli broni tej metody, uzasadnia ją, powołując się na swoje prace poprzednie, w których wykazuje, że rak zawdzięcza swoje powstanie złemu odżywianiu tkanek śródbłonkowych. Pozostawiając trzon macicy wraz z przydatkami, zachowuje się u operowanej zdolność do miesiączkowania, a co zatem idzie, do wielodniowego silniejszego przekrwienia, a więc umożliwia się lepsze odżywianie blizny, powstałej po usunięciu szyi.

Autor, w razie raka zewnętrznej strony części pochwowej, odcina szyję w bliskości wewnętrznego ujścia macicy, wycina duże części przymacicza i pochwy. Usuwanie gruczołów uważa za pozbawione znaczenia.

Badanie drobnowidzowe powierzchni odciętej pozwala orzec, czy cięcie wykonano w zdrowej tkance. Jeżeli na powierzchni cięcia operacyjnego znaleziono komórki rakowe, to całkowite usunięcie trzonu jest wskazane.

Zmniejszenie częstości nawrotów po wycięciu raka da się jeszcze osiągnąć i w inny sposób. Są dwie przyczyny nawrotu: 1) pozostawienia części raka przy operacji, 2) zapadnięcie powtórne.

Trzeba pamiętać, że może nastąpić samoistne znikanie pozostawionych części rakowatych. Bretschneider podaje 170 przypadków wyzdrowienia samoistnego po niezupełnej operacji raka. Petersen i Colmers, Lubarsch przytaczają przykłady wyzdrowienia swoistego raka gruczołów. Autor przytacza, że we krwi krążą płyny odżywcze, które sprowadzają uzdrowienie. Idzie więc o to, by locus minoris resistentiae jak najlepsze miało unaczynienie, czyli innemi słowy — by w bliznie, po operacji pozostałej, wywołać sztuczne przekrwienie, co też autor próbował skutecznie.

Po wycięciu zrakowaciałych sutek, autor robił gorące okłady na bliznę, pendzował ją jodyną, przystawiał jeden albo

dwa razy dziennie przyrządy Biera na 1—2 godziny, ostatnimi czasy stosował gorące powietrze.

Wszystkie pacjentki badano na odczyn Wassermanna, i gdzie wynik był dodatni, robiono wcieranie rtęci.

Autor przytacza dwa przykłady dobrego wpływu miejscowo wywołanego przekrwienia: 1) Chora M. (rak sutki, wycięcie zupełne i gruczołów). W 4 miesiące po operacji: ból w ramieniu, przedramię obrzmiałe, pod pachą gruczoł obrzmiały wielkości śliwki. Wszystkie objawy znikły. 2) Chora F., przed  $\frac{3}{4}$  roku w zupełności usunięto macicę przez pochwę z powodu raka części pochwowej. W 3 miesiące po operacji: schudnięcie i krwawe upławy. Przy badaniu: blizna pochwy nacieczona. Po kilku tygodniach wywoływania przekrwienia zupełny powrót do zdrowia i zmniejszenie się nacieczenia blizny.

(Zentralblatt f. Gynäkologie. № 9. 1911).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

**W. Busse.** *O trwałych wynikach operacji raka macicy, dokonywanych drogą brzuszną.*

Praca jest oparta na przeglądzie przypadków raka macicy, spostrzeganych w klinice ginekologicznej w Jenie w czasie, gdy zarządzał kliniką Krönig, t. j. od 1 kwietnia 1903 do 30 września 1904 r.

Operowano trzy przypadki raka trzonu macicy sposobem Wertheima. W ostatnim przypadku kobieta była operowana d. 20 maja 1903 r.; umarła w 1905 r. na udar sercowy, a więc żyła po operacji dwa lata; była to kobieta w podeszłym wieku. Dwie poprzednie chore żyły jeszcze w 1911 r.

Rak szyi macicznej. Wszystkie operowane były później powtórnie zbadane przez autora. Wogóle operowano sposobem Wertheima 59 przypadków raka szyi macicznej, 1 — raka pochwy, i 3 — raka trzonu macicy. Ponieważ przyjęto do kliniki 77 chorych, odsetek operacyjności wynosi 78,95%, a raczej 77,63% (odchodzi jedna operacja przez pochwę). Dla porównania autor podaje odnośne liczby Wertheima—43,2%, i Zweifela—45,09%.

Śmiertelność pooperacyjna bezpośrednia dosięgła u autora 25,42%; liczby odnośne są: u Döderleina — 20%, u Zweifela — 9,5%, u Wertheima—25,2%, u Schauty—8,9%. Wyniki trwałe dla operacji raka szyi macicy autor tak oblicza: 59 przypadków było operowanych, z tych ubyło 15 zmarłych zaraz po operacji, zostało więc 44. Z tych zaś 19 żyło jeszcze w dobrym stanie zdrowia i bez nawrotu więcej niż 5 lat po zabiegu, co czyni 43,18% wyników trwałych. A gdy tę odsetkę obliczy się w stosunku do wszystkich przypadków operowanych, to otrzyma się 32,03%. Liczby odnośne są: u Wertheima—57,6% i 42,9%, u Zweifela—51% i 46%, u Döderleina—36,1%, u Schauty—39,7%.

(Monatschr. f. Geburtsch. u. Gynäk. Styczeń, 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

**B. Krönig.** *Czy można spodziewać się powiększenia bezwzględnej odsetki uzdrowień chorych na raka macicy przy operacji drogą brzuszną za pomocą powiększenia odsetki samych zabiegów?*

Autor uzupełnia swoimi wywodami pracę Bussego i zwraca uwagę na małą liczbę operacji, na których opiera się Busse, co zmniejsza w pewnym stopniu wartość jego wniosków. Autor jednak pozwolił ogłosić te dane, by umożliwić sobie rozpatrzenie zagadnienia, sformułowanego w tytule tej pracy. K. zapytuje, czy warto zadawać sobie tyle trudu i troski, by operować daleko posunięte zwyrodnienia rakowe szyi macicznej.

W tym celu autor podniósł operacyjność do 78,95% wszystkich zbadanych przypadków, podczas gdy odnośne liczby były: u Wertheima—43%, u Zweifela—45, u Bumma—65%. Zestawiając te dane z odsetkami śmiertelności, autor nie tai, że ta ostatnia wzmaga się, a więc odsetka śmiertelności była: u Zweifela — 8,5%, u Döderleina (na 59,7% operowanych) — 18,2%, u Bumma — 21%, a u K. — 25,42%. Dla ścisłego osądzenia tej sprawy trzeba w pewien czas po zabiegu skontrolować operowane.

Ograniczenie odsetki operacyjności jest złą metodą, bo wyniki bezpośrednie wcale nie odpowiadają rzeczywistości, którą stwierdza się w 5 lat po zabiegu. Dla przykładu K. przytacza statystykę Rosthorna, który operował tylko wybrane przypadki; liczba śmiertelności bezpośredniej była u niego niska (6%), po 5 latach atoli—uzdrowień okazało się tylko—2,2%. Zestawienie danych innych chirurgów przemawia na korzyść Kröniga.

Zwiększając odsetkę operacyjności, trzeba być przygotowanym na to, że prawie zawsze chirurg będzie musiał dokonywać operacji na moczowodzie. Autor zastanawia się, czy należy moczowód wyłuszczać, czy też wycinać i wykazuje, że nowotwór, obrastający moczowód, przechodzi, aczkolwiek z trudnością, na ten ostatni, i z drugiej strony moczowód przecięty skutecznie daje się zespolić z pęcherzem mocz. Ten wniosek autor opiera na pomyślnych wynikach uzdrowień trwałych (25,33% — u Bussego) operowanych przez K., u których moczowody były wycinane.

Autor zapytuje, czy nie możnaby zwiększyć odsetki operacyjności jeszcze bardziej, i czy nie należałoby wskazanie do operacji zmienić wobec tego, że ani badanie dwuręczne, ani wziernikowanie pęcherza nie są w stanie dać bezwzględnej oceny stopnia nieoperacyjności. Opierając się na pomyślnych wynikach, wykazywanych w pracy Bussego, autor zamierza w przyszłości jeszcze doszczętniej operować przypadki raka bardziej posuniętego. Przytem ma nadzieję, że odsetka śmier-



telności pooperacyjnej spadnie wskutek zastąpienia środków nasennych, chloroformu i eteru, znieczuleniem drogą krzyżową.

(*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Styczeń, 1912*).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

### **Graefe.** *Przypadek mięsaka czerniaczkowego pochwy.*

Do roku 1908 P. Meyer naliczył w piśmiennictwie tylko 39 przypadków mięsaka czerniaczkowego pochwy. Z tych tylko jeden raz podobny guz zdarzył się u młodej osoby. Prócz tego N. Markus ogłosił jeden przypadek mięsaka czerniaczkowego u młodej kobiety. Autor do tej liczby dorzuca swoje spostrzeżenie.

Dwudziestodwuletnia dziewczyna ma od 6-iu tygodni guz pochwy; gorączkuje, leży w łóżku. Na przedniej ścianie pochwy guz czarny, krwawiący, cuchnący. Wycięcie guza. Gorączka w dzień operacji ( $38,8^{\circ}$ ), następnie ciepłota prawidłowa. Na 12-ty dzień po operacji — wycięcie powtórne nowego guziczka czarnego. W dwa dni potem: przyspieszenie tętna, oddech krótki. Śmierć.

Badanie drobnowidzowe: mięsak czerniaczkowy.

Rzadkość guza czerniaczkowego sprawia, że go się źle rozpoznaje. Czasem bierze się podobny guz za zwykły czyrak, i tylko niemożność zagojenia go naprowadza na myśl o mięsaku czerniaczkowym. Autor sądzi, że nie dałoby się jego pacjentki uratować nawet wtedy, gdy pierwszy raz stwierdzono obecność guzika 6 tygodni przed operacją. Nawroty są szybkie, jak up. w tym przypadku. Guzy podobne dróg rodnych mają przebieg bardzo niepomysłny, ponieważ chora zwykle zapóźno zwraca się do lekarza z powodu braku objawów uciążliwych.

(*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Luty, 1912*).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA

### \* **Schaeffer.** *Stosowanie salwarsanu w ginekologii operacyjnej.*

W ginekologii przymiot wydaje się być interesujący tylko pod względem wpływu na ciążę, wyjątkowo widuje się powikłania przymiotem w czystej ginekologii. Są jednak przypadki, w których wczesne rozpoznanie przymiotu oszczędziłoby dużo kłopotu lekarzowi, cierpienia zaś — pacjentce; odczyn Wassermana, poszukiwanie krętków, i salwarsan dostarczają nam środków po temu.

Autor chce wykazać na kilku przykładach typowych, jak trudno czasem określić charakter zaburzeń rany pooperacyjnej,

powikłanej ukrytym przymiotem, i jak błogosławionym, szybko wyjaśniającym i leczniczym środkiem jest tu salwarsan.

Są przypadki, które podlegają operacji ze względów nie z przymiotem wspólnego nie mających, a w których rany operacyjne goją się niepomysłnie. Są inne przypadki, w których dokonywa się operacji dla objawów zapalnych, lub dla guzów natury przymiotowej, lecz których związek z przymiotem do chwili operacji nie był znany. Są również i takie spostrzeżenia, w których dopiero zabieg operacyjny wywołuje objawy przymiotu.

We wszystkich tych odmianach klinicznych dopiero uparte niegojenie się rany i nagłe wystąpienie objawów drugorzędnych i trzeciorzędnych wskazuje na możliwość przymiotu. W ranach niegojących się tworzą się przetoki wobec ciągłej gorączki, dreszczów, bez widocznej przyczyny. Innym razem rana zabliznia się dobrze, natomiast w innych narządach występują objawy przymiotu.

Autor opisuje dwa podobne przypadki. W pierwszym kobieta 32-letnia była operowana drogą brzuszna: obustronne zapalenie jajowodów, torbiel jajnika surowicza, z lewej strony — zapalenie ropne jajowodu i jajnika. Wycięcie. Wyzdrowienie. Prawie po roku wytworzyła się przetoka w bliźnie brzusznej, stan ogólny bardzo lichy; w ciągu roku wykonano 55 operacji przetoki; ciepłota  $39^{\circ}$ — $40^{\circ}$ , tętna 80—96—108.

Rozpoznanie: gruźlica. Operacja, przegląd narządów brzusznych i miednicowych: liczne zrosty porozrywano. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry, ale po usunięciu sączka i zamknięciu się otrzewnej chora znów zaczęła gorączkować i rana nie goiła się. Wkrótce potem pacjentka oparzyła się w czoło, zrobiło się owrzodzenie, trudne do zagojenia; po okładach spirytusowych owrzodzenie oczyściło się i stało się podobne do wysypki brodawkowej okrężnej. Mąż pacjentki po pierwszej operacji zaraził się przymiotem i udzielił go, prawdopodobnie, żonie. Pomimo braku odczynu Wassermana u pacjentki, autor zastosował salwarsan: wstrzyknięto w żyłę 0,6 gr., a w dwa tygodnie potem—jeszcze 0,4. Odczyn Wassermana stał się dodatnim, i wszystkie dolegliwości znikły, jako to: przetoki, bóle, dolegliwości pęcherzowe, bóle w stawach i t. p.

Drugi przypadek dotyczy 41-letniej kobiety: kilka poronień, operowana na zajęcie rakowe otrzewnej; pozostały przetoki, rany. Zoperowanie przetok dwa razy nie powiodło się. Zastosowano kilka razy wstrzykiwania podskórne 0,2 gr. salwarsanu dwa razy co tydzień, później dawano po 0,1 salwarsanu. Wyzdrowienie zupełne.

(*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Marzec, 1912.*)

**Adachi.** *Badanie histologiczne jajników w tak zwanych krwawieniach metrytycznych.*

Kaji zbadał 7 przypadków krwawień macicznych, których przyczyna klinicznie nie mogła być określona, i doszedł do wniosku, że krwawienia te nie są spowodowane zmianami w błonie śluzowej, lub miększu macicy. Zato znalazł on następujące zmiany drobnowidzowe w jajnikach: tworzenie się torbieli, zgrubienie błony białawej, i zmiany w ścianach naczyń krwionośnych. Kaji przypisywał tym zmianom poważne znaczenie w wywoływaniu krwotoków. Tegoż zdania jest i Veit.

Pankow dowiódł atoli, że przyczyną silnych i niepowstrzymanych krwawień są nietyłe zmiany anatomiczne jajników, ile fizyologiczne zaburzenia ich czynności. Pankow i Theilhaber zaprzeczali poniekąd danym Kajego, twierdząc, że opisane zmiany nie wykraczają z granic fizyologicznych, jakie często można spotkać u kobiet bez krwawień macicznych.

Autor podjął to zagadnienie, i zbadał 10 jajników, wyciętych wraz z macicą z powodu silnych krwawień metrytycznych; oprócz tego zbadał 5 jajników u chorych nie krwawiących. Z tych badań wynika, że jajniki w owych 10 wyżej wspomnianych przypadkach nie posiadały wcale jednakich i wspólnych zmian, i że klinicznie trudnoby było znaleźć dla krwawień odpowiednik histologiczny ze strony jajników. W przypadkach autora błona biaława bynajmniej nie posiadała takiego jednostajnego zgrubienia, jak to podał Kaji. Również nie można było stwierdzić zwyrodnienia torbielowego jajników w żadnym z przypadków autora. Prędzej już znajdowano zmiany w ścianach naczyń krwionośnych: zgrubienie, zwyrodnienie szkliste zewnętrznych warstw, i tylko w jednym przypadku światło naczynia było zatkane wytworem takiego zwyrodnienia. Zmiany te autor raczej uważa za zależne od wieku pacjentki, a więc mogą być uważane za zmiany fizyologiczne.

Z badania 5 jajników, wziętych jako materiał porównawczy, wynika, że niema zasadniczej różnicy między jajnikami obu seryi.

(*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Marzec, 1912.*)

WEISBERG BISZOFSWERDEROWA.

**A. Theilhaber.** *O powstawaniu i leczeniu bólów w krzyżu.*

Autor skorzystał z materiału swojego i z dostarczonego mu z kliniki dla dotkniętych chorobami dróg pokarmowych (Dr. Crämera) z wyłączeniem chorych, przedstawiających poważniejsze zmiany anatomiczne, jako to guzy i t. d. Statystyka Dra Crämera tak się przedstawia: mężczyzn było — 392, kobiet — 285; 27,7% pierwszych — cierpiało na ból głowy, 10,4% —

miało bóle w krzyżu, 9,9%—miało bóle głowy i w krzyżu; drugich—27,7% miało ból głowy, 32,6%—bóle w krzyżu i 18,9%—ból głowy i w krzyżu. A więc u chorych na żołądek i kiszkę połowa kobiet cierpiała na bóle w krzyżu, a mężczyźni nie więcej nad  $\frac{1}{5}$ .

Autor wybierał ze swoich pacjentek tylko te, których bóle były umiejscowione niżej ostatniego kręgu piersiowego, w kręgach lędźwiowych, w kości krzyżowej i ogonowej. Z pomiędzy 1003 pacjentek autora prawie połowa cierpiała na podobne bóle. U kobiet, nawet zupełnie zdrowych, zdarzają się bóle w krzyżu z przyczyn fizjologicznych, jak ciąża, poród, miesiaczka.

W czasie miesiączki prawidłowej często cierpi kobieta na bóle w krzyżu i w udach, albo na parcie w brzuchu ku dołowi. Objawy te różnią się co do natężenia u rozmaitych kobiet, lub są różne u tej samej kobiety w różnych miesiącach nawet w najbardziej prawidłowym stanie narządów rodnych. Stan psychiczny podniecony lub zmartwienia mają duży wpływ na te dolegliwości. Spóźnienie się peryodu wywołuje nieraz silne bóle. Według autora, bóle te są spowodowane t. zw. „hormonami“, czyli wydzielinami dojrzewającego jaja, które to hormony dostają się do krwiobiegu i oddziałują na narządy rodne i piersi w czasie miesiączki, i poniekąd wywołują stan zatrucia.

W silnych krwawieniach bóle bywają t. zw. kurczowe, gdy macica ulega skurczowi dla wypchnięcia nagromadzonej krwi płynnej i skrzepów, lub przy skurczu mięśniówki pierścieniowej u ujścia wewnętrznego macicy.

Bóle w krzyżu w okresie ciąży mogą zależeć od przyczyn fizjologicznych; mogą one zjawiać się w różnych okresach ciąży, przeważnie spotyka się je u kobiet nerwowych. Autor i tu powołuje się na „hormony“, wydzielane przez zapłodnione jaje. Oprócz wpływu „hormonów“ są i inne przyczyny, które wywołują bóle podczas ciąży, a mianowicie: ucisk na splot kulszowy, silne napięcie ścian macicznych przy bliźniętach i nadmiarze wód płodowych.

Bóle w krzyżu pochodzenia nerwowego zdarzają się często, są one zależne od większego, lub mniejszego podniecenia, lub zmęczenia u kobiet nerwowych; połowa pacjentek autora z bólami w krzyżu należy do tej kategorii. Według autora, bóle te są wywoływane przez zastój żylny w kręgach. Według Godthwaita nieraz bóle w krzyżu są zależne od zwiótnienia stawu krzyżowobiodrowego wskutek urazu porodowego. Autor nie zgadza się z tem zdaniem.

Raynaulds i Lovett wykazali, że przy bólach w krzyżu linia ciężkości bywa naprzd przesunięta; wskutek pochylenia się naprzd kręgosłupa kość krzyżowa zmienia swoje położe-



nie, co powoduje napięcie włókien więzadła stawu krzyżowobiodrowego. Za przyczynę złego trzymania się u kobiety podają ci. autorowie rozmaite nieprawidłowości narządów rodnych, jak tyłopochylenie, wysięki, co zniewala kobietę do przyjęcia pozycyi, która ma osłabić ból. Pas brzuszny, który przeciwdziała złemu trzymaniu się kobiety, przynosi ulgę. Powyżsi autorowie zauważyli powstanie bólów w krzyżu wskutek złego kroju gorsetu.

Podług autora ból ogonowy bywa częściej, niż rozluźnienie stawu krzyżowobiodrowego, podstawą bólów w krzyżu. Tu dolegliwość bywa częściowo natury urazowej po porodach, częściowo—natury gośćcowej, czasem jest to nerwoból.

Gościec bywa często przyczyną bólów w krzyżu. Te bóle pogarszają się podczas lichej pogody, umiejscawiają się w mięśniach grzbietu, lub w stawach kręgowych, są wywoływane przy poruszeniu się, lub nachyleniu się. Często znikają, gdy pacjentka ciepło ubiera się.

Zaburzenia jelitowe nieraz są przyczyną bólów w krzyżu, bywa to w razie nagromadzenia się gazów w jelitach, rzadziej przy zwiótczeniu jelit i zastoju kału.

Zmęczenie bywa często przyczyną bólów. Autor wylicza bardzo dużo innych warunków, które sprzyjają powstaniu tych bólów.

Oprócz powyższych przyczyn bóle w krzyżu są wywoływane przez choroby narządów rodnych, jak rak, torbiel jajnika, tyłopochylenie macicy.

Rak macicy wtedy wywołuje bóle w krzyżu, gdy przechodzi na przymacicze. Włóknaki również wtedy wywołuje bóle w czasie miesiączki, gdy jest podsurowiczy. Najczęstszą przyczyną bólów tej kategorii jest tyłopochylenie macicy; autor powiada, że na 200 pacjentek z bólami 56 miało tyłopochylenie; z drugiej strony 101 kobieta z tyłopochyleniem nie miała wcale bólów. Gdy macica tyłopochylona jest uwięziona, wtedy ból bywa silny. Leczenie bólów w krzyżu zależy od przyczyn.

(*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Luty, 1912*).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

**Menge C.** *O wskazaniach do rentgenoterapii włókniaków macicy.*

Wskazania do rentgenoterapii włókniaków macicy opierać się winny na gruntownem badaniu ginekologicznem; dotychczasowe wskazania są ogólnikowe, potrzeba zaś wskazań specjalniejszych, których wyszukaniem, tak jak i samą rentgenoterapią, zajmować się może jedynie ginekolog.

Autor przedstawia schemat, którego lekarz powinien trzymać się, robiąc wskazania do leczenia włókniaków macicy.

Dzieli więc włókniaki na 3 grupy: 1) Włókniaki, nie wywołujące żadnych zaburzeń, lub wywołujące zaburzenia nieznaczne, nie rosnące szybko. 2) Włókniaki macicy, które powodują wyraźne, lecz znośne zaburzenia, i które po długim istnieniu nie wywołują żadnych uszkodzeń w zdrowiu chorej. 3) Włókniaki macicy szybko rosnące, następnie te, które podkopują zdrowie, powodując wzrastającą niedokrwistość i zaburzenia w organach moczowych.

Włókniaki 1-ej grupy nie wymagają wogóle leczenia. Wyjątek stanowią guzy u młodych kobiet (do 40 r. życia). Pomimo, że guz taki nie wywołuje zaburzeń, może zająć prędko potrzeba usunięcia go drogą operacyi, gdy jest on duży i w razie niepłodności i skłonności do poronień młodych kobiet, o ile przy wyluszczeniu guza drogą brzuszną uda się zachować nadal macicę.

Włókniaki drugiej grupy wymagają leczenia, i tutaj wybór leczenia zależy od wieku osoby i od wielkości guza.

Leczenie wyczekujące jest wskazane u osób młodych z małymi guzami.

Leczenie operacyjne nadaje się dla kobiet młodych z dużymi guzami.

Rentgenoterapia nadaje się u wszystkich starszych kobiet z włókniakami macicy, należącymi do II grupy.

Włókniaki III grupy wszystkie bez wyjątku wymagają leczenia, mianowicie operacyi lub rentgenoterapii.

Operacyi podlegają młode osoby przed 40-ym rokiem życia. Wyluszczenie guzów bywa wykonywane nawet i u ciężarnych. Należy pozostawiać jajniki, o ile tylko nie uległy zmianom chorobowym.

Wszystkie kobiety, które przekroczyły 40 lat życia, a cierpiące na włókniaki macicy leczyć należy naświetlaniem promieniami Röntgena.

Wyjątek stanowią takie guzy, które wskutek szybkiego rozrostu wywołują objawy uciskowe, następnie--guzy sposoczałe, czyniące wrażenie guzów złośliwych, wreszcie guzy polipowate, podśluzowe; te kategorie muszą być usuwane na drodze operacyjnej.

Za należące do dziedziny rentgenoterapii należy poczytywać wszystkie włókniaki u starszych kobiet, wymagające leczenia, a więc u kobiet, dotkniętych anemią, i z sercem anemicznem, następnie wszystkie guzy u młodych i starszych kobiet, które jednocześnie cierpią na ciężkie wady organiczne serca, moczówkę cukrową, przewlekłe zapalenie nerek, choroby płuc i gruczołu tarczowego z objawami sercowymi.

Autor w przeciwieństwie do Albers-Schönberga jest zdania, że guzy u starszych chorych należy energicznie traktować

promieniami R. nawet i wtedy, gdy ma się do czynienia z osobnikami wykrwawionymi, nawet za spadkiem hemoglobiny do 15—20%.

(*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. XXXV. Z. 3*).

M. ZWEJGBAUM.

**Graefenberg Ernest.** *Wpływ swoisty promieni Röntgena na tkankę włókniakową.*

Dotychczas nie rozstrzygnięto, czy komórki włókniakowe ulegają bezpośrednio uszkodzeniu i przemianie wstecznej pod działaniem promieni X, czy też działanie to dochodzi do skutku dopiero drogą uboczną przez jajniki. Wiadomo, że dokładne badanie doświadczalne i kliniczne jajników, poddanych naświetlaniu, wykazało, że istnieje swoiste działanie promieni X na jajniki, że mianowicie komórki mięśzszowe jajników, tak samo jak jąder męzkich, ulegają zwyrodnieniu i zniszczeniu już pod wpływem takich dawek promieni X, które na inne narządy nie wywierają jeszcze widocznego wpływu. Te zaś zmiany w jajniku prowadzą do tych samych następstw, co i usunięcie jajników na drodze operacyjnej, a mianowicie spowodzają sztuczny okres przekwitania z jego następstwami, a więc czynność jajników znika pod wpływem promieni Röntgena tak samo, jak to dzieje się w naturalnym stanie przekwitania, lub wskutek trzebienia, a to ustanie czynności jajników pod wpływem promieni X prowadzi tak samo do ustania miesiączkowania i wreszcie do zaniku włókniaków.

Zachodzi więc pytanie, czy możliwe jest zniknięcie włókniaków pod wpływem promieni Röntgena u osób, u których jajniki utraciły już dawniej swą czynność i są w stanie zaniku, np. z powodu okresu przekwitania, i przez to nie mogą już służyć za pośrednika dla promieni X w ich działaniu na włókniaki macicy? Przypadek, przytoczony przez autora, zdaje się, dowodzi niezbitości możliwości podziałania bezpośredniego promieni X na tkankę włókniakową w macicy.

60-letnia kobieta, nie miesiączkująca już od lat 10-ciu, cierpi od lat wielu na opuszczenie macicy, a od kilku — na częste zaburzenia żołądkowokiszkowe, bicia serca i na duszność — a wszystkie te dolegliwości są następstwem ucisku kilku włókniaków macicy, z których jeden leży głęboko w jamie Douglasa, reszta zaś sięga aż pod łuki żebrów.

Chorą poddano działaniu promieni X w 4 pełnych dawkach, z których każda rozdzielona była na 3 posiedzenia. W tydzień po drugiej dawce znikła bolesność guzów, a zarazem guzy znacznie zmniejszyły się. Po 9-iu tygodniach od początku leczenia największego guza już przez ściany brzuszne nie wy-

czuwano. Guz w jamie Douglasa zmniejszył się też znacznie, i po 14 tygodniach znikł zupełnie. Pozostały tylko na przedniej ścianie macicy dwa małe guzki wielkości orzecha laskowego. Chorej przybyło na wadze.

A więc w przypadku tym znikł istniejący u chorej w okresie przekwitania guz macicy po naświetlaniu promieniami X. Tutaj nie można przypuścić, aby po 10-letniej nieczynności jajniki mogły mieć wpływ regulujący na włókniaki macicy, a więc aby przez pośrednictwo jajników promienie X mogły działać niszcząco na włókniaki macicy. Dlatego też dla wyjaśnienia nadzwyczaj szybkiego zmniejszenia się w danym przypadku macicy guzowatej pozostaje tylko przyjąć możliwość bezpośredniego podziałania promieni X wskutek pewnego powinowactwa swoistego na komórki włókniakowe, i objaśnienie to stosować się będzie do tych wszystkich guzów macicy, które już po ustaniu przekwitania, albo po trzebieniu dopiero wskutek zastosowania promieni X zaczęły się zmniejszać i wreszcie znikną zupełnie.

(*Berlin. klin. Woch. A* 18. 1912).

M. ZWEJGBAUM.



# TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

### I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

*Posiedzenie dnia 25 stycznia 1912 r.*

1. *Lubelski*. Trzy przypadki raka nosa, leczone operacyjnie.
2. *Kiełkiewicz*. W sprawie leczenia operacyjnego gruczlicy dróg naziemnych.

1. *Lubelski* przedstawił trzech chorych, operowanych w znieczuleniu miejscowem z powodu raka nosa. Dwu chorym dokonał operacyi wytwórczej.

1. Chory H. M., lat 65, przed trzema laty zauważył na nosie, na stronie prawej, zjawienie się guza. Przed rokiem był operowany w Wilnie. Teraz guz rakowy zajmuje  $\frac{2}{3}$  nosa, część policzka i część górnej wargi — na stronie prawej. Chorego operował L. w trzech odstępach czasu w znieczuleniu miejscowem, stosując  $\frac{1}{2}\%$  roztwór neokainy z adrenaliną.

Za pierwszym razem 30 października 1911 r. wyciął L. wszystkie chore tkanki do kości; chorą kość nosową usunął szczypcami Luera; chorą błonę śluzową nosa i część dolnej muszli wyciął, a miejsca podejrzone przypalił żegadłem Paquelina. Błonę śluzową nosa przy tym zabiegu oddzielnie znieczulił roztworem neokainy (1%) z adrenaliną. Następnie chory był nasświetlany w przeciągu dziesięciu dni promieniami Röntgena i otrzymał pełną dawkę. Opatrunek przy nasświetlaniu zdejmowano.

Dnia 7 grudnia 1911 r., w 33 dni od czasu pierwszej operacyi, kiedy rana pokryła się już zdrową ziarniną, brzegi rany odświeżył i brak pokrył płatem skóry, wziętej z czoła i owłosionej części głowy, ponieważ brak był bardzo duży. Po 5 dniach zdjął szwy; rana zagoiła się przez rychłozrost.

Dnia 4 stycznia (28 dni) ranę na czole pokrył naskórkiem, wziętym z uda, sposobem Thierscha. Po 5 dniach opatrunek zdjął — rana zagoiła się.

II. Chory T. Ch., lat 67, zachorował przed 10 laty. Przed trzema y Spilrein wyciął prawe skrzydło nosa, zajęte rakiem, i brak pokrył płatem skóry, wziętym z policzka. Chory był nasświetlany. Teraz wznowa zajmuje  $\frac{2}{3}$  nosa na stronie prawej, część policzka i część przegrody.

Dnia 15 listopada 1911 r. wyciął L. do kości tkanki, zajęte rakiem, usunął część przegrody i część błony śluzowej nosa; miejsca podejrzone

przypalił żegadłem Paquelina. Następnie chory od d. 28 grudnia 1911 r. do d. 9 stycznia 1912 r. był naświetlany promieniami Röntgena i otrzymał pełną dawkę (naświetlał kol. Mesz).

Kiedy rana pokryła się zdrową ziarniną, zrobił L. operację wytwórczą nosa. Wobec braku w przegrodzie, której część usunął podczas pierwszej operacji, nos zapadł się, a pozostałe lewe skrzydło opadło i leżało w poprzek na policzku. Dla nadania odpowiedniego kształtu należało przede wszystkim wypełnić brak w przegrodzie i utworzyć podporę dla nosa. W tym celu z pozostałej zdrowej przegrody, poniżej braku i równolegle z nim, wyciął płat w postaci półkola, szerokości  $1\frac{1}{2}$  cm., i górny koniec jego, leżący pod kośćmi nosowymi, odciął zupełnie; natomiast dolny koniec tego płata został w połączeniu z przegrodą. Odcięty płat nadłamał jaknajniżej, przesunął na dół, na miejsce braku, i tu umocował szwami; w ten sposób zappełnił brak w przegrodzie, chociaż pod kośćmi nosowymi powstał brak, nie mający jednak znaczenia dla kształtu nosa. Na utworzoną w ten sposób podporę położył płat skóry, wzięty z czoła, i zappełnił nim defekt nosa i policzka. Po 5 dniach usunął szwy; rana zagoiła się przez rychłozrost. Nos kosmetycznie wygląda zupełnie zadowolająco. Ranę na czole pokryje L. sposobem Thierscha.

III. U chorego Sł. R. przed 10 laty na nosie, na stronie prawej, zjawił się guz rakowy, który stale zwiększał się. Chory był dwa razy operowany w Kijowie. Przed trzema laty w uśpieniu chloroformowem na jednym posiedzeniu dokonał L. operacji wytwórczej: wyciął cały nos, zajęty rakiem, i brak pokrył płatem skóry, wziętym z czoła. Przegrodę można było oszczędzić, i nos dzięki temu po operacji przedstawiał się zupełnie zadowolająco. Ranę na czole pokrył naskórkiem sposobem Thierscha. Po skończonej już całkowicie operacji chory był naświetlany promieniami Röntgena, i dostał pełną dawkę. W dwa lata później chory znów był naświetlany promieniami Röntgena (koledzy Judt i Kozerski). Pomimo to, w trzy lata od czasu dokonania przez L. operacji, zjawiła się wznowa, która zajęła znów połowę nosa.

Dnia 12 stycznia 1912 r. w znieczuleniu miejscowem wyciął L. zmienioną rakiem połowę nosa,  $\frac{2}{3}$  dolnej powieki prawej, część okostnej, wchodzącej do oczodołu, i kość nosową. Miejsce podejrzanе na błonie śluzowej nosa przypalił żegadłem Paquelina. Chory po tym pierwszym akcie operacji będzie naświetlany promieniami Röntgena, i, kiedy rana pokryje się zdrową ziarniną, wykona L. operację wytwórczą powieki ze skóry policzka, nosa zaś—ze skóry czoła.

2. *Kietkiewicz*. W sprawie leczenia operacyjnego dróg nasiennych. (Przemówienie będzie wydrukowane w „Przeglądzie Chirurg. i Ginekol.”).

Czarkowski jest zdania, że w gruźlicy dróg nasiennych stosować należy jak najszerzej leczenie zachowawcze, które w całym szeregu przypadków dało przedmówcy wyniki znakomite. W jednym np. chory, trzebiony poprzednio z jednej strony, pomimo powiększenia pozostałego jądra, obecności przetok i zgrubienia nasieniowodów, poddany został leczeniu zachowawczemu i przyszedł do względnego zdrowia, ożenił się i miał dziecko.

Cz. radzi uciekać się do zabiegu dopiero po wyczerpaniu zachowawczych sposobów leczenia.

Kryński. Omawiana sprawa posiada interesującą historię. Tak samo, jak w leczeniu gruźlicy kości i stawów początkowo operowano niechętnie, później zbyt pochopnie, a obecnie tylko w niektórych przypadkach, tak też rozwijały się pojęcia i co do leczenia gruźlicy dróg nasiennych. Wszak gruźlica dróg nasiennych to w większości przypadków cierpienie ogólne, co potwierdza statystyka Vaillarda: tylko w  $\frac{1}{3}$  spostrzeżeń była ona cierpieniem ściśle umiejscowionem, gdy w pozostałych  $\frac{2}{3}$  poważnie cierpiały i inne narządy. Dlatego w stosunku do omawianej sprawy niepodobna stosować doszczętnego leczenia tak, jak to robimy w przypadkach nowotworów złośliwych. Operując takich chorych, jak mówi Quenu, wątpliwa korzyść zabiegu okupujemy pewną krzywdą chorego skutkiem trzebień, na dowód czego chirurg ten przytacza ze swej praktyki 3 przypadki ginekostyi. Co się tyczy rozległości zmian chorobowych, to określenie ich, względnie decydowanie, ile wyciąć nasieniowodu, natrafia niekiedy na duże trudności. Helferich radzi pociągnąć za wyseparowany nasieniowód, a miejsce urwania się ma wskazywać na najbardziej posunięte zmiany gruźlicze.

Streszczając się, zaznacza przedmówca, że podziela zdanie Czarkowskiego i zaleca leczenie zachowawcze, ograniczając leczenie operacyjne do trzebień, wycięcia przyjądrza lub nasieniowodu, i to tylko w wyjątkowych przypadkach. Bardziej doszczętne zabiegi nie opłacają się wobec wspomnianej statystyki Vaillarda.

Leśniowski. Na jednym z zeszłorocznych posiedzeń poruszono powyższą sprawę, ale w sposób pobieżny. Choć niektórzy chirurgowie uważają sprawę tę za przesadzoną, to jednak francuscy i amerykańscy autorowie torują drogę nowym poglądom na leczenie gruźlicy dróg nasiennych, gdy Niemieccy nie pracują w tym kierunku, trzymając się, widocznie, zachowawczego sposobu leczenia. Określenie rozległości zmian gruźliczych bywa niekiedy rzeczą trudną. Wyseparowany nasieniowód np. na oko może być zdrowy, a drobnowidz wykaże w nim zmiany, stąd też i zdecydować, ile nasieniowodu wyciąć, bywa nieraz nielatwo. Radzono wyseparowany nasieniowód pociągnąć, a miejsce urwania ma wskazywać na bardziej posunięte zmiany gruźlicze. Sposób ten jednak sprawy nie rozwiązuje.

Przedmówca, choć większego osobistego doświadczenia nie posiada, zachęcony jest jednak do operacyjnego leczenia gruźlicy dróg nasiennych tem co czytał, i co słyszał w dzisiejszym referacie, a trudności technicznych nie uważa za poważne.

Za przeciwwskazanie do zabiegu uważa L. przejście sprawy gruźliczej na pęcherz, cewkę lub nerki, jakoteż rozwiniętą gruźlicę w innych narządach.

Kielkiewicz dodaje, że chorych do zabiegu należy skrzętnie wybierać, uwzględniając stan innych narządów. Jednocześnie pożądané jest operować dość wcześnie, by nie dopuścić do zakażenia pęcherza.

## II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

*Posiedzenie dnia 9 lutego 1912 r.*

1. *Stankiewicz Czesław*, przedstawiając odnośny okaz, omówił przypadek mięsaka okrężnicy esowatej, w którym dokonał wycięcia jelita na przestrzeni 18 cm. wraz z bocznem zespoleniem pozostałych odcinków. Zejście pomyślne.

Następnie przystąpiono do dalszego ciągu rozpraw nad referatem Neugebauera z pracy Bumina p. t. „Co otrzewna znosi, a czego nie znosi“.

Oдноśnie punktu VII i VIII (aseptyka rąk i rękawiczki) *Stankiewicz Cz.* wypowiada zdanie, że od czasu Grossicha stale używa 5% jodyny, nie widzi jednak, by wyniki były lepsze. Co się tyczy rękawiczek, jest gorącym zwolennikiem gumowych, stwierdziwszy na całym szeregu przypadków, że uszkodzenie rękawiczek podczas operacji spowodza gorsze wyniki. St. uważa, że wyjaławianie rękawiczek na sucho jest pewniejsze.

Oдноśnie punktu IX (serwety, tampony, gaziki) *Cykowski, Stankiewicz Cz. i Szteyner* zasadniczo wypowiadają się na korzyść używania serwet i tamponów, wyjaławianych na sucho.

Oдноśnie punktu X (płukanie jamy brzusznej) zabiera głos *Szteyner*, który wypłukuje jamę brzuszną tylko w razie obecności w niej kału, lub cuchnącego płynu.

Oдноśnie punktu XI (toaleta jamy brzusznej) *Stankiewicz Cz.* jest zdania, że należy usunąć krew z jamy brzusznej o ile możliwości, lecz zbytnio otrzewnej nie maltretować, następnie włożyć sącdek gumowy do Douglasa, i ułożyć operowaną z tułowiem, uniesionym ku górze. Wobec pękniętej ciąży zamacicznej należy operować w położeniu poziomem. Prócz tego zabierał głos *Szteyner*.

Oдноśnie punktu XII (zapobiegawcze nalewania olejku kamforowego lub też oliwy do jamy brzusznej przed, podczas lub po operacji) zabierają głos *Stankiewicz Cz. i Szybowski*. Przypadki, spostrzegane przez powyższych kolegów, są jednak zbyt nieliczne, by z nich można wyciągnąć wnioski.

Oдноśnie punktu XV (narkoza) zabierają głos *Stankiewicz Cz. i Szybowski*, zachwalając stosowanie skopolaminomorfiny dwukrotnie (na 2 godziny i na godzinę) przed operacją, gdyż chora zużywa wtedy najmniejszą ilość chloroformu, podczas operacji nie bywa ani zapąści, ani wymiotów, te ostatnie również i po operacji bywają rzadko. Co do znieczulania lędzwiowego wypowiadają zdanie *Krauze* oraz *Rytko*.

Oдноśnie punktu XVI (operacja) *Stankiewicz Cz.*, opierając się na 125 przypadkach laparotomii, dokonanych za pomocą cięcia *Pfannenstiela*, wypowiada zdanie, że cięcie to w niektórych przypadkach jest b. dobre daje piękne wyniki kosmetyczne, lecz może być stosowane jedynie u osób chudych.

Oдноśnie punktu XVII (traktowanie chorej po operacji)—*Krauze* za-



znacza, że po operacjach na kiszkach podaje chorym opium. Stankiewicz Cz. narkotyków nie stosuje, lecz już po 24, a najwyżej 36 godzinach stosuje lawatywę (2 szklanki wody + 4 łyżki gliceryny). Środek przeczyszczający stosuje na 5-ty dzień. Wstrzykiwanie soli w razie potrzeby. U starych osób Stankiewicz zaleca wczesne sadzanie.

BR. SZYBOWSKI.

*Posiedzenie dnia 23 lutego 1912 r.*

1. *Huzarski* przedstawił okaz pękniętej ciąży jajowodowej. Historia choroby tego przypadku jest następująca.

Chora 36-letnia, urodziła 3 razy, ostatni raz przed 5 laty, w położu była zawsze zdrowa. Z powodu wstrzymania się peryodu udała się do lekarza, który dokonał, jakoby, sztucznego poronienia, i wydostał z macicy jakieś kawałki. Po tej manipulacji krwawiła niewiele, ale za to zaczęła narzekać na dotkliwce bóle w brzuchu. Chorą widział H. w dwa tygodnie po tej manipulacji, znalazł ją bladą, brzuch bardzo bolesny, wzdęty, przy badaniu przez pochwę trudno coś wyczuć, ale tylne sklepienie bardzo bolesne na dotyk. Pod lodem i opium, i przy spokojnem zachowaniu się w łóżku bóle ustąpiły. Nagle, na 4 dzień potem, gdy zeszła na nocnik, zrobiło się jej niedobrze, zemdląła. H. widział chorą w godzinę potem, znalazł ją kredowo bladą, tętno nie wyczuwa się, kończyny zimne, brzuch wzdęty, bardzo bolesny, w prawym dole biodrowym stłumienie i chęłbotanie. H. rozpoznał ciążę zewnątrzmaciczną pękniętą, i zarządził natychmiastowe przewiezienie chorej przez pogotowie do zakładu. Wstrzyknięto uprzednio pod skórę morfinę. W uspieniu eterowem dokonał H. cięcia brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono w niej kolosalną ilość świeżej i skrzepłej krwi. Po wyciągnięciu macicy znaleziono w prawym jajowodzie duży otwór, przez który wystaje do połowy 8-tygodniowy płód; jajowód podwiązano i usunięto, wraz z płodem i łożyskiem usunięto skrzepy z jamy Douglasa i część płynnej krwi, jamę brzuszną zaszyto szwem 3-piętrowym. (chorej wstrzyknięto pod skórę rozczyn soli z adrenaliną i parę strzykawek kamfory. Stan poprawił się. Rychołozrost.

(Streścił mówca).

W dyskusyi Z. Endelman opisuje przypadek krwotoku wewnętrznego z powodu pęknięcia 4-miesięcznej ciąży jajowodowej. Pacjentka lat 24 zaszła w ciążę i w końcu drugiego miesiąca zwróciła się do lekarza, który u siebie w domu dokonał skrobienia macicy. W ciągu 2 miesięcy po operacji czuła się dobrze, lecz peryodu, którego spodziewała się w miesiąc po skrobianiu, nie dostała. W dwa miesiące po skrobianiu zemdląła w domu, i wtedy został do niej wezwany Endelman. Stwierdził objawy krwotoku wewnętrznego i skierował chorą do szpitala Ś-go Ducha, gdzie Borzymowski natychmiast dokonał laparotomii. Okazało się, że prawy jajowód, znacznie rozszerzony, był pęknięty, a w jamie brzucha znaleziono ogromną ilość krwi, płód 4-miesięczny i łożysko. Chora wyzdrowiała.

Prócz tego w dyskusyi zabierali głos Neugebauer i Lebensbaum.

Następnie przystąpiono do dalszego ciągu rozpraw nad referatem Neugebauera z pracy Bumma p. t. „Co otrzewna znosi, a czego nie znosi“.

Oдноśnie punktu XXII (Jak operator zapatruje się na zapobiegawcze jodowanie ściany brzusznej) Stankiewicz Cz. wypowiada się na korzyść używania 5% jodyny, również dobrze odkażającej skórę, a nie wywołującej pryszczycy, która nieraz chorym sprawia wielkie dolegliwości. Prócz tego zabierali głos Neugebauer, Ryłko, Czarkowski, Gluksman i Szybowski.

Oдноśnie punktu XXIII (Różnica pomiędzy odpornością otrzewnej zdrowej i otrzewnej schorzałej) Kryński jest zdania, że stanowcze rozstrzygnięcie pytania, jaka otrzewna jest odporniejsza na zakażenie—zupełnie zdrowa, czy już przedstawiająca pewne zmiany, jest bardzo trudne, albowiem wahania w odporności u różnych ludzi są olbrzymie, i dla ścisłej odpowiedzi należałoby porównać otrzewną w tych odmiennych warunkach u tego samego indywiduum, co wyjątkowo tylko bywa możliwe. Na zasadzie jednak danych ogólnopatologicznych sądzić można, iż otrzewna, która już przeszła pomyślnie zakażenie, lub w której istnieje jakieś ognisko ograniczone zakaźne, jest odporniejsza na niebezpieczeństwo zakażenia, niż otrzewna zupełnie nietknięta. Odmienne nieco ma się rzecz w przypadkach, gdzie otrzewna przedstawia już stałe zmiany, jak w peritonitis tuberculosa, tam ogólna odporność ustroju jest zmniejszona, a więc i otrzewnej, która tem łatwiej ulegać może wtórnemu zakażeniu.

Prócz tego zabierali głos Neugebauer, Oderfeld, Ryłko, Stankiewicz Cz. i Czarkowski Józef.

Oдноśnie punktu XXVI (Znaczenie ciśnienia wewnątrzbrzuszego) Czarkowski Józef utrzymuje, że wszystkie metody sączkowania (sączek gumowy, szklany, gaza) jamy otrzewnej nie są dostateczne i idealne, ponieważ sączkują większe otwory otrzewnej tylko bardzo krótko, gdyż naokoło sączka b. szybko oklejają się trzewa. Czar. do jam ropnych głębokich wkłada zasadniczo sączki gumowe, a wokół ich paski gazy, ażeby po wyjęciu gazy można było dokładnie przemywać jamę ropną.

Oderfeld od kilku lat stosuje równolegle oba pozornie z sobą konkurujące zabiegi, mianowicie: a) Rehna, który uważa przywrócenie wewnątrzotrzewnego ciśnienia za *conditio sine qua non*, i zeszywa otwory dla sączków do małej szczeliny, przepuszczającej tylko ten ostatni; należy jednak w tych przypadkach bezwarunkowo wkładać w kilku miejscach otrzewnej sączki. Przemywanie w myśl Rehna zupełnie Od. zarzucił. Wyniki po zastosowaniu tej metody były b. zadowalające, zwłaszcza w rozlanych zapaleniach otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. b) Równolegle z tą metodą O. stosuje myśl Rottera, który neguje ciśnienie wewnątrzotrzewnowe i tamponuje przez otwory paskami gazy oddzielne miejsca otrzewnej. I ta metoda dała O. wyniki dobre. Na zasadzie swego doświadczenia O. byłby skłonny stosować sposób Rehna w rozległych postaciach zapalenia otrzewnej, Rottera zaś w postaciach bardziej ograniczonych.

Natanson jest zdania, że bez względu na materiał, którym sączkuje się jamę brzuszną, sączkowanie to nie może usunąć całej szkodliwej zawartości jamy brzusznej. Zwiększenie tłoczni brzusznej nie gra tu również roli,

gdyż w większości przypadków ciśnienie w jamie brzusznej nie jest wyższe od atmosferycznego. Otwór więc w jamie brzusznej, a raczej jego wielkość nie gra roli zasadniczej. Doświadczenie przekonywa, że zamknięcie gazy w ciasnym otworze sprowadza wysuszenie części gazy zewnętrznej, a silne napężnienie części wewnętrznej, co dowodzi zatrzymania płynu. Należy więc otwór pozostawić dosyć znaczny, i to bez względu na materiał, którym sączykuje się.

Prócz tego zabierali głos Neugebauer, Kryński, Glüksman i Lorentowicz.

3. *Stankiewicz Czesław*, omawiając postępy techniki cięcia brzuszno-go, przedstawia szereg rozszerzań (Ricarda, Gosseta) i łyżek brzusznych, oddając pierwszeństwo łyżce Doyena. Następnie pokazuje nowy przyrząd pomysłu J. L. Faure'a, t. zw. cadre, przedstawiający ramę w postaci czworoboku, zaopatrzony w szeroką łyżkę, której przeznaczeniem jest przytrzymać jelita. Przyrząd ten daje się z łatwością zastosować do łyżki Doyena. Prócz tego S. przedstawia łyżkę brzuszną Polossóna, bardzo dogodną w przypadkach operacji u osób otyłych przy unoszeniu, względnie — odsuwaniu pęcherza i macicy.

BR. SZYBOWSKI.

#### *Posiedzenie dnia 29 marca 1912 r*

1. *Thieme* przytacza historye chorób, zasługujące na uwagę pod względem klinicznym, u chorych, w ciągu marca r. b. przez siebie operowanych, oraz pokazuje odnośne okazy.

Pierwszy przypadek: cystis papilliformis ovarii sinistri, wielkości głowy dorosłego człowieka o spoistości bardzo kruchej. Guz ten usunięty został przez cięcie brzucha u chorej, lat 22 liczącej, dziewczicy, która, czując się względnie zdrową i zdolną do pracy umysłowej i fizycznej, nagle przed 2 tygodniami uczuła silne bóle w brzuchu, mdłości, nudności, zupełny brak łaknienia i stan gorączkowy. Bóle te z każdym dniem wzmagaly się, i objętość brzucha przez szybki wzrost guza i przez gromadzenie się w jamie brzusznej coraz większej ilości wolnego płynu z każdym dniem powiększała się, sprowadzając bardzo groźne zaburzenia ze strony oddychania i krążenia. Przypadek ten zasługuje na uwagę pod względem klinicznym z przyczyny nadzwyczaj szybkiego rozrostu guza, który przez 2 tygodnie obserwacji wzrósł od wielkości pięści aż do wielkości głowy człowieka i wywołał bardzo groźne objawy dla życia chorej. Po usunięciu tego guza, stan ogólny chorej od razu poprawił się, i chora w 13 dni po operacji w stanie zdrowia zupełnie zadowolającym wypisała się z zakładu.

Drugi przypadek odnosi się do chorej, lat 49 liczącej, która 13 razy urodziła, ostatni poród przed 10 laty, przekwitanie od lat 2. Chora przez lat 10, to jest od ostatniego porodu, czuła się zupełnie zdrową, dopiero przed 3 tygodniami nagle zjawił się silny krwotok maciczny, który z wielką trudnością powstrzymać zdołali lekarze, i który spowodował wysoki stopień ogólnej niedokrwistości. Krwotok tak gwałtowny powtórzył się dnia poprzedniego przed odwiezieniem chorej do Warszawy. Badanie chorej wy-

kazało: w wysokim stopniu ogólną niedokrwistość, a po wyjęciu tampona z gazy jodoformowej, mocno przekrwawionego, macicę powiększoną, jak w 2 miesiącu ciąży, bardzo ruchomą. Rozpoznanie wahało się między włóknikiem podśluzowym, a nowotworem złośliwym w dnie macicy. Po zastosowaniu odpowiednich środków, zamierzających usunąć groźne objawy anemii, dokonane zostało z łatwością przy lekkiej narkozie usunięcie całkowite macicy przez pochwę. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, stan ogólny chorej z każdym dniem poprawiał się, i chora w 3 tygodnie po operacji wypisana została z zakładu w stanie zdrowia zupełnie zadowolającym. Wycięta macica jest jednostajnie powiększona o warstwę mięsnej co najmniej 3 razy grubszej, niż w stanie prawidłowym, a badanie drobnowidzowe skrawków tejże macicy wykazuje mocno zgrubiałą i przerosłą błonę śluzową, tkankę łączną i naczyniową. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że stosunkowo tak niewielkie zmiany anatomopatologiczne w mięszu i śluzówce macicy zdołały wywołać u chorej tak silne krwotoki, które za każdym razem zagrażały w wysokim stopniu życiu chorej.

Trzeci przypadek tyczy się chorej, lat 52 liczącej, która urodziła 5 razy, ostatni poród przed 23 laty, przekwitanie od lat 4-eh; przez cały przebieg tego czasu chora nie doznawała żadnych dolegliwości, zdradzających cierpienia narządów płciowych. Dopiero mniej więcej od 2 miesięcy chora zaczęła doznawać bólów w części dolnej brzucha, wzmagających się przy chodzeniu, poruszaniu się, przewracaniu się z boku na bok. Badanie wykazuje brzuch mocno obwisły, o ścianach b. otyłych lecz podatnych, przez dotykanie i obmacywanie ścian brzusznych daje się wybadać z wielką łatwością guz podługowaty o twardej spoistości, bardzo ruchomy, to jest z łatwością dający się przesuwac we wszystkich kierunkach.

Badanie przez pochwę wykazuje: część pochwową macicy nadzwyczaj wysoko umieszczoną, prawie zamkniętą, z wielką trudnością palcem dosięgnąć się dającą. Przy ucisku ręką na guz od strony brzucha, wyczuwać się daje w przednim sklepieniu pewien odcinek tegoż guza. Przyjąwszy guz ten za włókniak podotrzewnowy na szypule i wobec objawów b. dokuczliwych dla chorej, usunięto guz przez cięcie brzucha, który to guz przedstawia się, jako włókniak śródmiaższowy dna i trzonu macicy; odcięty on został od szyi macicznej, wydłużonej, stanowiącej rodzaj szypuły. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, i chora w 14 dni po operacy i wypisała się z zakładu.

Przypadek ten pod względem klinicznym zasługuje na uwagę z tego względu, że ów włókniak, który od lat kilku co najmniej już istniał, nie wywoływał żadnych dolegliwości i dopiero kiedy guz zdołał rozciągnąć i rozciąńczyć szyję maciczną, z której wytworzył się rodzaj szypuły bardzo długiej i cienkiej, na której guz mógł obracać się we wszystkich kierunkach z łatwością, wtedy dopiero bierne jego ruchy zdołały wywoływać u chorej znaczne dolegliwości.

(Streścił mówca).



2. *Rytko* przedstawił operowany przez siebie okaz ciąży jajowodowej, rozpoznanej przed zabiegiem. Jajowód nie pęknięty; po rozcięciu okazało się, że zawartość jego stanowi zasnad (mola carnosas) wielkości dużego kurzego jaja; na powierzchni przecięcia tego tworzu widać wyraźnie łącznotkankowe pasma.

3. *Stankiewicz Czesław* wypowiedział kilka uwag o cięciu Pfannestiała.

4. *Althaufer Henryk* przedstawił chorą z całkowitem wyciowaniem macicy.

Przypadki wyciowania macicy, którymi interesują się ginekologowie, dzielią się na 2 grupy: do pierwszej — należą przypadki przewlekłego wyciowania macicy poporodowej, drugą zaś — stanowią chore, u których wyciowanie spowodowane zostało obecnością guzów w jamie macicy, najczęściej mięsaków i mięśniaków.

Są 3 stopnie wyciowania macicy. Najniższy stopień przedstawiają te przypadki, w których wklęsnięte dno macicy dochodzi do ujścia wewnętrznego szyi.

Wówczas, gdy błona śluzowa, pokrywająca wewnętrzną ścianę trzonu, znajduje się wraz z częściowo lub całkowicie wyciowaną szyją maciczną w pochwie, mamy do czynienia z wyciowaniem macicy drugiego stopnia. W 3-im, wreszcie, stopniu widzimy trzon wyciowanej macicy wraz z szyją, lub bez niej, przed szparą sromową.

Przypadek, przedstawiony przez Alt., należy do przypadków 3-go stopnia.

Przedstawiona chora G. S., zamężna od 20 lat, przybyła do oddziału ze skargą na krwawienie z pochwy, trwające od 2 tygodni. Liczy obecnie 45 lat. Miesiączkować zaczęła w 14 roku życia. Od tego czasu miesiączkowała prawidłowo co 4 tyg. 5 — 6 dni, średnio obficie, bez bólów, do 44 roku życia. Przed 2 laty okres miesiączkowania zmienił się o tyle, że peryody trwały do 12 — 13 dni. Ostatnie 9 miesięcy miesiączkowała co 4 tyg. po 12 dni. Upływ krwi podczas peryodu był b. obfity, a po skończonym peryodzie jeszcze przez kilka dni „plamiła”. Urodziła 4-ro żywych, donoszonych dzieci bez pomocy lekarza. Nie poroniła nigdy. Mąż chorej żyje. Stosunków od 2 lat nie miała.

Gdy chora przybyła do szpitala, była bardzo blada, wychudzona. Tętno około 120, dobrze wyczuwalne. Ciężota wynosiła 36,6. Z pochwy wydzielala się obficie szarokrwista cuchnąca ciecz. Brzuch był niebolesny.

Przy badaniu przez pochwę wyczuwał się guz o powierzchni gładkiej, wielkości główki noworodka, okrągły, dość twardy. W górnej części guz miał kształt zegara piaskowego, innemi słowy, z górną częścią guza zrosnięty był drugi guz, posiadający formę gruszki, zwężającej się ku górze. Otworu szyi macicznej nie było. Nie można było również wyczuć nawet rąbka części pochwowej. Pochwa była b. rozszerzona. Guzy można było zupełnie swobodnie obejść ręką ze wszystkich stron prócz, rozumie się, górnej.

Po włożeniu wzierników okazało się, że guz przedstawia szaroczną

krwawiącą masę. Jak widać z opisu, dolny guz — był to zmartwiałły mięśniak, przytwierdzony szeroką podstawą do dna macicy. Górny zaś „guz“ stanowiła wycinowana całkowicie macica.

Po kilku dniach pobytu chorej w oddziale, gdy po przemywaniu pochwy wodą utlenioną powierzchnia mięśniaka oczyściła się nieco, A. przystąpił do usunięcia guza. Usunięcia dokonano w styczniu roku bieżącego w uśpieniu eterowem. Guz rwał się przy najlżejszym pociągnięciu, tak że oddzielić go musiano od dna kawałkami. Po usunięciu guza A. próbował bezskutecznie wprowadzić macicę na właściwe miejsce. Ciepłota w kilka dni po usunięciu guza zaczęła obniżać się i obecnie waha się pomiędzy 36,5 i 37,6. Stan ogólny chorej znacznie poprawił się. Dla pokazania chorej A. ułożył ją na stole w zwykłej pozycji ginekologicznej. Gdy chora naświetlała się, z pochwy wyłoniła się wycinowana macica. Błona śluzowa krwawiła b. obficie. Trzon macicy — wielkości pięści męskiej pokryty gładką, lśniąca błoną śluzową. W okolicy dna macicy widać wyraźnie otwór lewego jajowodu. Po wprowadzeniu do pochwy wzierników widać wycinowaną szyję maciczną. Błona śluzowa szyi przechodzi bezpośrednio na błonę śluzową pochwy. Części pochwowej nie widać zupełnie.

Przypadki wycinowania macicy trudno nieraz odróżnić od znajdującego się w pochwie mięśniaka podśluzowego. W przypadku Alt. wszystkie dane przemawiają za tem, że o mięśniaku podśluzowym nie może być mowy, że mamy do czynienia z całkowitem wycinaniem macicy.

Dla uzdrowienia chorej A. zamierza dokonać zabiegu metodą Küstner-Piccoliego.

(Streścił mówca).

5. *Rubinrot Stanisław* wygłosił odczyt „O rentgenoterapii w ginekologii“.

Naukowe podstawy dla leczenia włókniaków macicy naświetlaniem promieni Röntgena stworzyły doświadczenia Albers-Schoenberga, Zareckiego, Fraenkla i wielu innych, którzy wyjaławiali zwierzęta (króliki, myszy, psy, małpy) naświetlaniem jąder lub jajników. U ludzi Reifferscheid zbadał histologiczne jajniki w 6 przypadkach operowanych, a uprzednio naświetlanych, i znalazł znaczne zmiany destrukcyjne. Albers-Scg. na kongresie rentg. w 1909 r. podał następujące wyniki leczenia: naświetlanie wywołuje zmniejszenie miesiączki lub przedwczesne przekwitanie, a przez to wpływa na zmniejszenie włókniaków wraz z dolegliwościami przez nie wywołanemi; z pośród włókniaków dają śródściennie lepsze rokowania, niż podsurowicze, lub szypułowate, natomiast podśluzówkowe są przeciwwskazane z powodu jakoby wzmożonego krwawienia na początku naświetlania. Nie nadają się do naświetlania włókniaki b. duże, mnogie lub stare, przechodzące na więzy, lub przedstawiające zmiany histologiczne, np. zwapniałe.

Dla otrzymania dobrych wyników potrzebna jest odpowiednia technika. Alb.-Scg. naświetla w położeniu nawznak, odległość od antikatody 38 cm., twardość rury 8—12 Wh M Amp. 3—5, po 6 minut w ciągu dni 4-ch, 2 tygodnie paazy, podczas której przebiega peryod.

Wpływ promieni R. na ciążę nie został jeszcze ustalony; u zwierząt naświetlania mogą doprowadzić do znacznych zaburzeń ciąży i uszkodzenia płodu. U człowieka Fraenkel przerwał ciążę u tuberkuliczki w 3 miesiącu. Reifferscheid i Schmidt nie zdołali wywołać poronienia pomimo wysokiej dawki. (Streścił mówca).

W rozprawach nad odczytem Rubinrota Judt wypowiada zdanie, że pierwszy uzasadnił rentgenoterapię guzów dobrotliwych macicy Foveau de Courvelles. Przy leczeniu baczyc należy przedewszystkiem na stan serca, gdyż mogą wystąpić objawy niedomogi w t. zw. „Myomherz“.

W pewnej odsetce przypadków nie widać żadnego wyniku leczniczego, a wtedy należy przerwać naświetlania, najwyżej po 3 serjach, t. j. po 18 seansach.

Mimo to—w dużej liczbie przypadków otrzymywane są wyniki świetne: szybkie ustanie krwawień, bólów, a nawet zmniejszenie się wymiarów guza.

Niewątpliwie, niepowodzenie w niektórych przypadkach zależy od niewłaściwego położenia jajników, a więc od przypadkowego kierowania promieni.

Lorentowicz przypomina, że jednym z najbardziej stanowczych zwolenników rentgenoterapii w krwawieniach macicznych i włókniakach macicy jest Gauss z kliniki Kroeniga. Gauss ogłosił statystykę 100 przypadków stosowania promieni Röntgena w wyżej wspomnianych cierpieniach — z tych 55 były kontrolowane w ciągu 2 lat. Gauss otrzymał w 15 przypadkach oligomenorrhoe u młodszych chorych, w 40 zupełne ustanie peryodów i zmniejszenie się wybitne, lub znikanie guzów. Gauss nie widzi przeciwwskazań do stosowania promieni Röntgena, a niski odsetek hemoglobiny (15%) jest raczej wskazaniem do naświetlania.

Jedną z przyczyn zbyt długotrwałego leczenia naświetlaniem Gauss upatruje w zbyt długich przerwach pomiędzy posiedzeniami, albowiem zmiany, spowodowane naświetlaniem, mogą ustąpić i jajnik wraca do normy, oraz w stosowaniu większej ilości jednostek X. Gaussowi udało się leczenie naświetlaniem skrócić do 1—2 miesięcy bez żadnych szkodliwych następstw dla ustroju i skóry.

Skabowski: w dwu przypadkach włókniaków podśluzowych po pierwszej seryi naświetlań promieniami X krwawienie zjawiało się u jednej po 2 tygodniach, u drugiej po 16—18 dniach; po drugiej seryi naświetlań krwawienie zjawiało się u obydwóch chorych już po dniach 10. Krwawienia były bardzo obfite. Poprzednio chore te miały krwawienia mniej obfite co 3—4 tygodnie. W jednym przypadku włókniaka podsurowiczego b. dużego po jednej seryi naświetlań krwawienia ustały, po 4 zaś serjach guz wybitnie zmniejszył się. Serya naświetlań: 3 naświetlenia po pełnej dawce po jednym na okolice każdego jajnika z boku i okolice macicy.

Natanson zaznacza, że osobiste doświadczenie, niewielkie co prawda, nie zachęca do stosowania promieni Röntgena, gdyż np. w przypadku, który dał początkowo dobry wynik, nastąpił nawrót krwawień. Wogóle wyniki dotychczasowe należy oceniać ostrożnie, gdyż 1) zmniejszanie się guza

często bywa tylko następstwem ustania obrzęku włókniaka, 2) określenie miejsca jajników przy guzach większych jest przeważnie niemożliwe, a zatem i naświetlania są nieraz złudne, 3) dłuższe leczenie, skierowane tylko do krwawień, nie usuwa innych ujemnych następstw obecności włókniaka. Najracjonalniuszem wydaje się stosowanie promieni Röntgena w przypadkach krwawień preklimakterycznych dla wywołania wcześniejszego zaniku jajników.

Altkauffer Henryk przytacza swój własny przypadek mięśniaka śródmięzszowego macicy, gdzie u kobiety 47-letniej stosował leczenie promieniami Röntgena. Chora miewała b. obfite i częste miesiączki i obfite krwotoki. Po kilkakrotnie dokonaniem naświetlenia objawy te przeszły. Kilka lat minęło już od czasu, kiedy chorą naświetlano. Chora czuje się zupełnie dobrze. Co kilka miesięcy miewa b. skąpe peryody.

W odpowiedzi Rubinrot zwrócił uwagę, że technika naświetlania (dzielenie pola na 3 części), oraz własności światła rozchodzącego się snopowato pozwalają na możliwie dokładne naświetlanie jajników. Skórę zabezpiecza się od oparzeń, pokrywając ją filtrem (skóra, staniol i t. p.) i używając twardych promieni.

BR. SZYBOWSKI.

#### *Posiedzenie dnia 26 kwietnia 1912 r.*

1. *Stankiewicz Czesław* przedstawił przyrząd, zapobiegający pozostawianiu serwet w jamie brzusznej podczas operacji.

2. *German* przedstawił 36-letnią R. W., zamężną od lat 9-iu. Urodziła 3 razy. 1-y poród—kleszczowy; wydobyto dziecko martwe. 2-gi poród—wymóżdżenie. Ze względu na to, że chora pragnęła mieć żywe dziecko, German zaproponował chorej cięcie cesarskie, na co przystała; zabiegu tego dokonał przed 3½ miesiącami. Podczas ostatniej ciąży (chora zgłosiła się do kol. G. po raz pierwszy dopiero w 8 miesiącu ciąży) zauważył guz wielkości pomarańczy, który zdawał się ściśle przylegać do macicy, i czynił wrażenie włókniaka podsurowiczego, wychodzącego z dna macicy, i odznaczał się względną ruchomością. W ostatnich tygodniach ciąży guz urósł do wielkości 2 pięści, i przy chwilowem zupełnem zwiotczeniu macicy, kiedy konturów macicy nie można było wyczuć, ze względu na okrągłość kształtów i znaczną ruchomość, czynił wrażenie główki płodu. Podczas operacji cięcia cesarskiego German miał możność przekonać się, że wspomniany guz znajduje się zewnątrzotrzewnowo w powłokach brzusznych i od strony jamy brzusznej pokryty jest otrzewną, mocno napiętą, scieżczałą, o zabarwieniu sinawem. Guz znajdował się w nadbrzuszu, na stronie lewej, tuż pod łukiem żebrowym. Zdecydowano wykonać tylko cięcie cesarskie, a guz pozostawić, a to ze względów, że guz nie leżał w linii cięcia, że po guzie zostaje duże łożysko, które ze względu na możliwość następczego krwawienia i przypuszczalnego uszkodzenia otrzewnej, wypadłoby sączkować, i że ze względu na stan chorej niepożądane było przedłużanie zabiegu operacyjnego.

Chorą przedstawia German ze względu na to, że: 1) guz przedstawiał znaczne trudności rozpoznawcze podczas ciąży, 2) że włókniaki powłok



brzusznych rzadko umiejscowione są w nadbrzuszu, a mają najczęściej punktem wyjścia więzy obłe macicy, 3) guz był bardzo ruchomy, co rzadko zdarza się w guzach powłok brzusznych, i 4) że guz znacznie urósł w przeciągu krótkiego czasu.

3. *Antecki* w imieniu swoim i *Zakrzewskiego* *Zygmunta* wygłosił odczyt p. t. „Pituitrina i jej zastosowanie w położnictwie”. Praca ta in extenso drukowana będzie w „Przeglądzie chirurg. i ginekol.”.

W rozprawach *Endelman* zaznacza, że pituitrynę stosował 18 razy w porodach czasowych, raz jeden — w przebiegu 5-miesięcznego poronienia, raz — przed wykonaniem cięcia cesarskiego.

Z 18-tu pierwszych przypadków — w dwóch działanie pituitryny było ujemne; przypisuje to temu, że wstrzykiwał zbyt małą dawkę (0,5). Od czasu stosowania dawek jednogramowych — wynik wstrzykiwań był szybki i pewny. Już w 3—10 minut po wstrzyknięciu występowały częste i długotrwałe skurcze macicy. W większości przypadków stwierdził zwolnienie tonów serca płodu; 3 razy płody urodziły się w stanie pozorowanej śmierci, z której wkrótce zostały ocucone. W 4-ch przypadkach po zastosowaniu pituitryny w 2-im okresie porodu *Endelman* spostrzegał dość znaczne krwawienie atoniczne, które udało się zwalczyć za pomocą mięsienia i ergotyny. Względnie często występujący niedowład macicy w okresie poporodowym tłumaczy sobie tem, że przeciw pituitrynę wstrzykuje się w słabych bólach porodowych, a z doświadczenia wiadomo, że krwawienia w 3-im okresie porodu notowane są przeważnie wtedy, gdy w pierwszych dwóch okresach bóle porodowe są słabe.

W 2-ch przypadkach *End.* zastosował pituitrynę po przedwczesnem odejściu wód i przy zupełnym braku bólów porodowych. W obu przypadkach już w kilka minut po wstrzyknięciu wystąpiły burzliwe bóle porodowe, które w krótkim czasie (w  $\frac{1}{2}$  godziny i w 6 godzin) wydalily płód naczewnątrż.

W jednym przypadku *End.* zastosował pituitrynę w b. groźnym krwotoku atonicznym. Dotyczył on rodzącej po raz drugi, u której z powodu zwężenia miednicy zmuszony był dokonać wymóżdżenia. Po odejściu łożyska wystąpiło ogromne krwawienie. Tamponacja macicy gazą *Dührssena*, ergotyna, masaż działały niedostatecznie. Po przez gazę sączyła się krew, macica kurczyła się b. słabo, tętno z każdą minutą pogarszało się, sytuacja była rozpaczliwa. *Momburga* stosować nie mógł, gdyż pacjentka cierpiała na myocarditis. Wtedy — jako ultimum refugium wstrzyknął pituitrynę. Natychmiast wystąpił bardzo silny i długotrwały skurcz macicy, tętno poprawiło się, chora wyzdrowiała.

Na samym wstępie wspomniiał *End.*, że raz jeden zastosował pituitrynę w przebiegu 5-miesięcznego poronienia, lecz bez żadnego skutku.

Co się tyczy cięcia cesarskiego, to po pituitrynie operacja była prawie bezkrwawa, zaznaczyć jednak należy, że wykonano cięcie szyjowe, przy którym zwykle krwawienie bywa mniej obfite, niż po przecinaniu trzonu.

Na podstawie swego doświadczenia *End.* dochodzi do następujących wniosków:



1) Pituitryna jest znakomitym środkiem dla wzniecenia, wzgl. wzmożenia bólów porodowych.

2) Wobec spostrzeganego po pituitrynie zwolnienia tonów serca płodu nie należy jej stosować przy rozpoczynającej się zamartwicy płodu.

3) Pituitryna oddać może nieocenione usługi w krwotokach atonicznych.

4) Warto ją wypróbować w braku bólów porodowych i przedwczesnem odejściu wód, gdyż wtedy zależeć nam powinno na jaknajszybszem ukończeniu porodu.

Szymański stosował pituitrynę w dwu przypadkach krwotoku atonicznego poporodowego. Wstrzyknięcie pituitryny w stosunkowo dużej dawce, a mianowicie 0,6 grm. czystej przysadki, czyli 3,0 wyciągu nie usunęło krwotoku, dopiero następne wstrzyknięcie śródmiąższowe ergotyny przerwało w sposób niemal gwałtowny krwotok dzięki tężcowemu skurczowi macicy, który utrzymał się przez czas dłuższy.

Tego rodzaju działanie pituitryny nie jest niespodzianką, gdyż badania doświadczalne wykazały, że pituitryna podnosi napięcie gałęzi nerwowych, przebiegających w nerwie podbrzusznym (hypogastricus), a więc niejako przygotowuje drogi dla działania ergotyny, która sama przez się w ciężkich przypadkach często nie skutkuje.

Badania nad pituitryną kol. Szym. widział prowadzone na szeroka skalę w wiedeńskiej klinice Wertheima. Cięcia cesarskie operowano prawie bezkrwawo. Krwawienia połogowe ustępowały w widoczny sposób i dosyć szybko.

Staniszewski stosował pituitrynę w 4-ch przypadkach w 2-gim okresie porodowym — 2 razy u pierwiastek, i 2 razy u rodzących po raz drugi. Raz tylko ukończono poród z pomocą kleszczy — pierwiastka 40-letnia; w pozostałych przypadkach poród ukończył się samodzielnie, prędko i pomyślnie. Zaznacza dalej o zakomunikowanem niepomyślnem działaniu pituitryny przez Rieta (Münch. med. Woch. № 15) u pierwiastki w 7 miesiącu ciąży, u której wody odeszły przed 2-ma dniami. Pituitryna sprowadziła tężec macicy, który utrudnił obrót zewnętrzny na nóżki, i zmusił do wymóżdżenia następnego główki z powodu skurczu ujścia wewnętrznego macicy.

Thieme podczas porodu nie miał sposobności stosowania pituitryny; po porodzie w okresie łożyskowym — z przyczyny długiego trwania tegoż — zastosował pituitrynę z b. pomyślnym skutkiem, gdyż po 5 minutach odeszło łożysko całkowicie wraz z błonami. Drugi przypadek, w którym stosował pituitrynę, dotyczy b. silnego krwotoku po odejściu łożyska z przyczyny zwiótczenia macicy, który to krwotok został powstrzymany po upływie 5 minut od chwili wstrzyknięcia pituitryny.

Rylko stosował ten środek w myśl wskazań niektórych autorów dopiero podczas całkowitego otwarcia i osłabienia bólów; Rylko chciałby zakomunikować tu o jednym tylko przypadku, dotyczącym pierwiastki z położeniem pośladkowym, u której wody odeszły bez bólów, a bóle zaczęły się w 18—20 godzin po odejściu wód. Dopiero w 24 godziny po rozpoczęciu się bólów nastąpiło otwarcie zupełne. Wstrzyknięto pituitrynę; bóle rzeczywiście wzmogły się i chora urodziła samodzielnie w ciągu 1 — 1½ godziny po wstrzyknięciu; tutaj niewątpliwie należy wynik ten położyć na karb środka.

Co do notatek Anteckiego, to o ile możnaby uzależnić wynik od stosowania środka tam, gdzie nastąpiło ukończenie porodu w ciągu 5—10—15 minut, to, zdaje się, z pewną rezerwą należałoby to czynić w stosunku do tych przypadków, gdzie skutek następuje po 5—10 min., gdyż czasami może stać się to bez stosowania żadnych środków, wzmagających bóle.

Na zakończenie R. przytacza artykuł Benttina z kliniki Frankfurckiej, który uważa pituitrynę za środek rozpoznawczy między bólami ciążowymi i porodowymi. Wstrzyknięcie pituitryny — w razie bólów porodowych wywołuje skutek, objawiający się wzmożeniem się bólów i otwieraniem się ujścia macicznego, w razie zaś bólów ciążowych skutku nie ma.

Prócz tego zabierali głos Boryssowicz i Stankiewicz Czesław.

BR. SZYBOWSKI.



## Ś. p. Piotr Hincz

wspomnienie pozgonne.

Dnia 20 września r. b. zmarł po 2-ch tygodniach ciężkiej choroby kolega nasz Piotr Hincz, przeżywszy lat 39, a mając za sobą 15 lat zawodu lekarskiego.

Od chwili otrzymania dyplomu poświęcił się On jednocześnie dwóm gałęziom wiedzy lekarskiej — chirurgii i położnictwu, pracując w oddziale kolegi Ciechomskiego (z początku w szpitalu Ś-go Rocha, ostatnio zaś

w szpitalu Dzieciątka Jezus), oraz w przytułku położniczym kol. Popiela (przy ulicy Lipowej). W krótkim czasie dał się on poznać, jako pracownik zdolny i sumienny w spełnianiu licznych, a uciążliwych obowiązków. Łącząc w jednej osobie wydoskonaloną fachowo wiedzę chirurga i akusзера, reprezentował on typ tak pożądany, a tak dziś jeszcze rzadki na naszej niwie lekarskiej.

Wysoko ceniąc swe obowiązki i dobro pacjentów na pierwszym stawiając planie, wybierał on zawsze w postępowaniu leczniczem drogę — nie najmniej uciążliwą dla siebie, lecz najkorzystniejszą dla chorego. Był wrogiem wszelkiej „polypragmasiae“; jako akuszer możliwie unikał interwencji czynnej, rozumując słusznie, że wielokrotnie cierpliwe a uważne wyczekiwanie korzystniejsze jest dla rodzącej, niż pośpieszne, choćby najrzeczniejsze — nakładanie kleszczy. Z tej wychodząc zasady, wołał nieraz godzinami całemi wyczekiwać przy łóżku pacjentki przytułkowej, niż sztucznie przyspieszać rozwiązanie.

Dzięki ostrożności postępowania otrzymywał on wyniki nader dodatnie, tak dalece, iż przez lat 15 bardzo rozległej praktyki szpitalnej nie miał ani jednego przypadku „nieszczęśliwego“, gdzieby zejście zło wolno było — choć w najmniejszym stopniu — przypisać tej lub innej niewłaściwości działania.

W życiu prywatnem poważny i zamknięty w sobie — w stosunkach ze swymi chorymi zachwycał wszystkich łagodnością, serdecznością i najszerzej zrozumianą ludzkością. Dzięki tym swoim zaletom był on b. lubiany i szanowany przez wszystkich pracowników fakryki, której był stałym lekarzem.

Będąc bardzo wymagający względem samego siebie, jako lekarza praktyka, tę samą miarę przykładał do swej pracy naukowej, i to stało się przyczyną, że szersza literatura lekarska nie zna jego imienia.

Mimo to w życiu naszym zbiorowem brał on czynny udział, jako członek Warsz. Tow. Lekarskiego, Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, oraz współwłaściciel Przeglądu Chir. i Ginekol.

Jego śmierć przedwczesna wyrządza krzywdę szpitalnictwu naszemu i okrywa smutkiem szerokie grono towarzyszków pracy, którzy cenili w nim dzielnego lekarza i człowieka nieskazitelnie prawego.

## NADEŚLANO DO REDAKCYI.

*J. Jaworski.* Trauma als Ursache für das Platzen einer Pyosalpinx mit Entleerung in die freie Bauchhöhle hinein.

*An. Blumenfeld.* Nowoczesne badanie w celu poznania i leczenia choroby kilowej.

Sprawozdanie z czynności Szpitala starozakonnych im. małż. Poznańskich w Łodzi r. 1911.

Pamiętnik Zakładu leczniczego dla dzieci przy ulicy Ogrodowej № 17 w Warszawie. Powstanie Zakładu, jego organizacja i działalność, opracował *Dr. J. Bączkiewicz*, lekarz naczelny tegoż szpitala.

ROK XII.

# „Nowiny Lekarskie”

Organ Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA-PRAKTYKA.

Redaktor główny: Dr. St. Łazarzewicz, Poznań, ul. Berlińska 10.

Administrator: Dr. Fr. Zakrzewski, Poznań, ul. Budzkiego 18.

Przedpłata roczna w Królestwie Polskiem i Rosyi 8 rubli. Na Królestwo Polskie ma główny debet księgarnia Wendego i S-ki w Warszawie.

# „Lwowski Tygodnik Lekarski”

WYCHODZI CO CZWARTEK

pod redakcją Docenta Doktora ADAMA BEDNARSKIEGO.

Redakcja: ul. Akademicka 5. — Administracja: Sykstuska 8.

Ogłoszenia przyjmuje ☐ Przedpłatę przyjmuje Administracja oraz Administracja. .... wszystkie księgarnie i urzędy pocztowe.

Przedpłata wynosi: rocznie 16 koron = 7 rs. = 14 mk. = 26 fr. = 4 dol.

Numer pojedynczy kosztuje 30 halerzy.

# „Gazeta Lekarska”

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich, wychodzi w Warszawie pod redakcją Doc. D-ra J. Pruszyńskiego.

Opłata roczna w Warszawie rb. 7, z przesyłką pocztową rb. 8.

Wydawca Dr. W. SZUMLAŃSKI.

Adres Administracji: ul. ZIELNA 11.

# „PRZEGLĄD LEKARSKI”

wychodzi 48-y rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej

2 arkuszy druku.

Redaktor główny: Prof. Dr. STANISŁAW CIECHANOWSKI.

Cena prenumeraty wraz z przesyłką pocztową rubli 7 rocznie.

Nadsyłać można wprost do Administracji „Przeglądu Lekarskiego” w Krakowie

lub za pośrednictwem Księgarń warszawskich i prowincjonalnych



## TREŚĆ ZESZYTU I TOMU VII.

Dedykacya Zeszytu Doktorowi Władysławowi Stankiewiczowi . . . . . 1

### **PRACE ORYGINALNE.**

<b>W. Horodyński.</b> Leczenie chirurgiczne przedziurawienia żołądka . . . . .	1
<b>E. Bursche.</b> Dwa przypadki operowane przepukliny mózgu . . . . .	29
<b>Wł. Filipowicz.</b> Sześć przypadków ropnia płuc . . . . .	39
<b>Fr. Neugebauer.</b> Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate uterina, aut praesente extrauterina . . . . .	59
<b>Al. Zawadzki.</b> W sprawie szwu naczyń krwionośnych . . . . .	117
<b>An. Gabszewicz.</b> Z kazuistyki ostrych ropnych zapaleń nerek . . . . .	143

---

## **PRZEGLĄD CHIRURGICZNY I GINEKOLOGICZNY** **(REVUE DE CHIRURGIE ET DE GYNECOLOGIE)**

JOURNAL BIMENSUEL POLONAIS

paraissant à Varsovie sous la rédaction du Dr. A. LEŚNIEWSKI.  
Administration du Journal: Varsovie, 3 rue Złota. Dr. C. STANKIEWICZ.

### **SOMMAIRE DU Nr. I DU VOL. VII.**

#### **TRAVAUX ORIGINAUX.**

<b>W. Horodyński.</b> Traitement chirurgical de la perforation de l'estomac. . . . .	1
<b>E. Bursche.</b> 2 cas d'hernie encéphalique opérés . . . . .	29
<b>Wł. Filipowicz.</b> 6 cas d'abcès pulmonaux . . . . .	39
<b>Fr. Neugebauer.</b> Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate uterina, aut praesente extrauterina. . . . .	59
<b>Al. Zawadzki.</b> Sur la suture des vaisseaux . . . . .	117
<b>An. Gabszewicz.</b> Sur les néphrites suppurées aiguës . . . . .	143

---

Adres Redakcyi: **Warszawa, WIDOK № 10, telef. 24-38.**

Adres Administracyi: **Warszawa, ZŁOTA № 3, TELEFON 70-75.**

**Warunki przedpłaty: Rocznie Rb. 6, z przesyłką pocztową Rb. 7. Zeszyt pojedynczy Rb 2. Zeszyt okazowy darmo i oplatnie.**

---