

# GAZETA LEKARSKA.

## I. STROPHANTUS, jego wpływ na serce.

Napisał

**D-r Med. J. Pawiński,**

Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Leczenie chorób serca wzbogacone zostało przed niedawnym czasem bardzo cennym środkiem — *strophantus*, którego główną częścią składową jest strofantyna. Tę ostatnią otrzymuje się z nasion rośliny *Strophantus*, należącej do rodziny toinowatych (*apocynae*). Jest to roślina pnąca się, krzaczasta, o mlecznym soku, cechująca się tem, że wszystkie jej części pokryte są włosem. Nazwa jej pochodzi od *στροφο*—skręcona lina, lub *wstęga* i *ἄνθος*—kwiat i wskazuje na charakterystyczne wydłużenie sznurkowate płatków korony kwiatowej, dochodzące u niektórych odmian do 12—15 centymetrów. Nasiona zaś, które głównie służą do otrzymywania przetworów lekarskich (*t-ra strophanti*, strofantyna) odznaczają się tem, iż jeden ich koniec jest grubszy, tępo zakończony, gdy tymczasem drugi wydłuża się w oś niezwykle długą, zakończoną delikatną chorągiewką pierzastą (*pappus*). Oś taka bywa 5—10 razy dłuższą od nasienia. Nasiona mieszczą się w torebkach w znacznej ilości po 100—200.

Z bardzo licznych odmian strofantu na szczególne wyróżnienie zasługują dwie:

1) *Wschodnio-afrykańska* — *Strophantus Kombé*, rosnąca w okolicach Zambesi i wodospadów Wiktoryi. Ona to właśnie przytrafia się w handlu angielskim i znaną jest pod nazwą „*Kombe Seed*“, przywożą ją zaś z Inhambane—portu na wschodnim wybrzeżu Afryki. Jest to krzew pnący się do najwyższych szczytów drzew leśnych, posiada nadzwyczaj wielkie owoce, zawierające skórzaste torebki. Te ostatnie zaś zawierają bardzo liczne nasiona, zielonawo brunatnej barwy, pokryte są małemi jedwabistemi włoskami, a smak mają oleisty, mocno gorzki.

2) *Odmiana Zachodnio-Afrykańska* — *Strophantus hispidus*, rośnie na wybrzeżach Senegambii i Gwinei i służy do otrzymywania jadu strzałowego „*Iné*“. Jest to także krzak pnący się, lecz nie dochodzi do tej wysokości, co *Strophantus Kombé*. Nasiona są mniejsze od nasion *Strophantus Kombé*, koloru ciemno brązowego.

Oprócz powyższych dwóch odmian istnieje jeszcze wiele innych — a nawet gładkich, niewłosionych; te jednak ostatnie rosną głównie w Azji, nasiona ich są mniej gorzkie i nie nadają się do użytku lekarskiego.

Słynnemu podróżnikowi afrykańskiemu, LIVINGSTON'owi, należy się zasługa zapoznania świata naukowego ze strofantem. Przywiózł on do Europy jad, znany pod nazwą *Kombi*, który dzicy ludzie Wschodniej Afryki przygotowują z nasion strofantu. Jad ten służy do zatruwania strzał. Profesor FRASER <sup>1)</sup> z Edynburga zajął się zbadaniem jadu i nasion pod względem chemicznym i fizjologicznym. Według niego, pierwiastkiem działającym ma być glukozyd, strofantyna, ciało krystalizujące, bardzo gorzkie, słabo kwaśnej reakcyi, nie zawierające azotu, łatwo rozpuszczalne w eterze, chloroformie, benzolu, a przy gotowaniu z rozcieńczonym kwasem siarczanym ma się rozkładać na strofantydynę i cukier.

FRASER zalicza strofantynę do trucizn mięśniowych. W mniejszych dawkach zwiększa ona kurczliwość mięśniową, w zabójczych wywołuje stężenie mięśni. Działanie to dotyczy nie tylko mięśni wogóle, lecz i mięśni serca w szczególności. Według FRASER'a, strofantyna działa na mięsień serca podobnie, jak naparstnica, a mianowicie: pod wpływem małych dawek skurcze serca stają się silniejsze, a częstość ich zmniejsza się, jednocześnie ciśnienie krwi wzmagą się, przy pewnych zaś warunkach następuje także zwiększenie ilości moczu. Większe dawki wywołują zatrzymanie serca w stanie skurczu i porażenie mięśnia sercowego. Pod względem zaś oddziaływania na naczynia zachodzi, zdaniem FRASER'a, ogromna różnica pomiędzy strofantyną a naparstnicą. Ta ostatnia wywołuje znaczne zwężenie naczyń, gdy tymczasem strofantyna, zdaje się, nie posiada bezpośredniego wpływu na układ naczyniowy.

Doświadczenia fizjologiczne wykazały, że digitalina w roztworze 1:2000, wstrzyknięta do naczyń, wywołuje po upływie kilku minut tak silne zwężenie naczyń, że roztwór ten dalej przepływać nie może, podczas gdy strofantyna w roztworze znacznie silniejszym, bo 1:3000, nie wywołuje żadnego zwężenia, a w roztworze 1:2000 sprowadza zaledwie przejściowe zwężenie.

Co do oddziaływania na mięsień serca, to strofantyna ma przewyższać digitalinę [LANGAARD]. Doświadczenia z obnażonym sercem wykazały, że strofantyna w roztworze 1:6000000 wywołuje zatrzymanie w skurczu po upływie 20 minut, gdy tymczasem digitalina skutku tego nie wywierała przy rozcieńczeniu 1:4000.

W celach terapeutycznych FRASER używał głównie nalewki (*t-ra strophanti*) w dawce 2—10 kropel w wodzie, dziennie 10—40 kropel. Z początku używał on nalewki silniejszej [1:8], obecnie zaś przepisuje chorym słabszą [1:20]. Nalewkę wyskokową przygotowuje się z nasion, pozbawionych uprzednio części oleistych za pomocą eteru. *T-ra strophanti*, obecnie w użyciu będąca [1:20], jest koloru jasno żółtego, winnego, smak posiada mocno gorzki, nieco palący.

Strofantynę podawał FRASER w ilości  $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{60}$  gran. *pro dosi*, do podskórnych zaś wstrzykiwań używał wodnych roztworów strofantyny 1:1000. Wieść

<sup>1)</sup> Proceedings of the Royal Soc. of Edinburgh. 1869. 1872.



o znakomitym środku, który miał nawet naparstnicę przewyższać, szybko rozeszła się po Europie; za przykładem FRASER'a <sup>1)</sup> zaczęto stosować przetwory strofantu w różnych cierpieniach serca — w celu wzmocnienia działalności tegoż i usuwania obrzęków. Z różnych stron pojawiły się bardzo liczne spostrzeżenia klinicystów [GARNET i KLEINSCHMIDT <sup>2)</sup>, HUTCHISON i HILL <sup>3)</sup>, DRASCHE <sup>4)</sup>, PINS <sup>5)</sup>, ZERNER i LOEW <sup>6)</sup>, ROSENBUSCH <sup>7)</sup>, HUCHARD <sup>8)</sup>], a choć cyfra ich niedługo setki dosięgnie, jednakże zdania co do wartości leczniczej środka są jeszcze podzielone: jedni nie mają dość słów pochwały, inni przypisują mu podrzędne znaczenie, inni wreszcie odmawiają mu wszelkiej skuteczności w leczeniu chorób serca. Od czego taka różność zdań zależy, pomówimy w końcu naszej pracy; teraz tylko dodam, że główną przyczyną jest gorączkowy pośpiech, z jakim się spostrzeżenia naukowe, nie dość sumiennie przeprowadzone, w świat puszcza. Wobec takiego stanu rzeczy lekarz, praktyk, który nie rozporządza materyjałem szpitalnym i tym sposobem nie jest w możności naukowo stwierdzić działanie danego środka, znajduje się często w kłopotliwym położeniu, to też albo wyrzeka się nowego leku, albo też, podając go, naraża się na różne niespodzianki, które mu dużo niepokoju sprawiają, a naukę kompromitują.

Dla przekonania się o istotnej wartości strofantu, przedsięwziąłem szereg badań klinicznych u chorych, dotkniętych różnemi cierpieniami serca, płuc, nerek i t. d., jak również u ludzi zdrowych. Odpowiednie spostrzeżenia, poparte badaniami sfigmograficznymi, przytaczamy poniżej, wnioski zaś ogólne i wskazania będą umieszczone przy końcu naszej pracy.

## A. Wady zastawek serca.

### Spostrzeżenie I. *Insufficiencia valv. mitralis. Stenosis ostii venosi sinistri.* (*Discompensatio*).

Ż . . . . . lat 32 licząca, przybyła do Szpitala 3 Września 1887 r. z powodu krótkiego oddechu, kaszlu i obrzmienia kończyn dolnych. Przed 12 laty przechodziła ostry gościec stawowy. Odebrała 6 porodów, ostatni przed 5 laty. W ostatnich miesiącach ciąży kończyny dolne bywały zwykle obrzękłe, po porodzie jednakże wracały szybko do prawidłowego stanu. Krótki oddech, łatwe męczenie się przy przedszem chodzeniu, podnoszeniu cięższych przedmiotów, chora zauważyła od kilku miesięcy. Obrzęk kończyn dolnych wystąpił po raz pierwszy dopiero przed 2 tygodniami, jednocześnie ilość moczu znacznie zmniejszyła się, a duszność przyjęła większe rozmiary.

---

1) The action and uses of Digitalis and its substitutes with special reference to Strophantus. The British Med. Journal. 1885. pag. 904.

2) The Glasgow Medical Journal. 1886.

3) British Med. Journal. 1887. I.

4) Wiener Med. Blätter. 1887.

5) Therap. Monatshefte. 1887. Heft. 6, 7.

6) Wiener Med. Wochenschr 1887. Nr. 36—40.

7) Przegląd lekarski. 1887. Nr. 52, 53.

8) Soc. de med. prat. Novembre. 1887.

Budowa dobra. Wzrost średni. Odżywianie dobre. Tkanki tłuszczowej ilość dostateczna. Na twarzy lekka sinica. Kończyny górne chłodne. Kończyny dolne mocno nabrzmiałe, zimne, skóra na nich silnie napięta, błyszcząca, lecz nie zaczerwieniona. Chora siedzi na łóżku, leżycie nie może z powodu duszności. Stan bezgorączkowy. Oddech około 40 na minutę. Tętno bardzo słabe, małe, miękkie około 80, miarowe.

W dolnej części lewego płuca — stłumienie odgłosu opukowego na przestrzeni 3 palców, oddech także osłabiony i nieliczne rżenia wilgotne. Uderzenie wierzchołkowe silne, rozlane, unoszące palec, przesunięte daleko na lewo, w VI międzyżebżu w linii pachowej przedniej. Prócz tego czuć uderzenia całego serca o klatkę piersiową. Tępość serca znacznie powiększona i to w obu wymiarach; górna granica sięga wysoko, aż do 3 żebra, stłumienie zaś rozpoczyna się jeszcze wyżej, bo w II międzyżebżu. Lewa granica przechodzi nieco za linię pochwową przednią — prawa dochodzi do prawego brzegu mostka. Dolna bieży wzdłuż VII żebra. U wierzchołka serca słychać wyraźny szmer skurczowy i rozkurczowy. U podstawy serca tony bez szmerów, 2-gi ton tętnicy płucnej wzmocniony, drugi ton aorty osłabiony. Wątroba wystaje na szerokość jednego palca z pod podżebrza, miękka, nieco bolesna na ucisk. Brzuch wzdęty. Stolce opieszałe. Dobowa ilość moczu około 400 centymetrów sześciennych. Mocz stężony ciemno czerwonego koloru, kwaśny, ciężaru właściwego 1032 — białka, ani wałków nerkowych nie zawiera. W narządach płciowych nie byliśmy w stanie wykryć żadnych zmian chorobowych.

*Diagnosis. Insufficiencia valv. mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Stadium discompensationis.* Dla usunięcia zastojów i obrzęków przepisaliliśmy chorej nalewkę strofantu. Przebieg był następujący:

Data.	Część tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar właściwy.	Le c z e n i e.	U w a g i.
4. IX.	80	400	1035	2×10 kropel <i>t-rae strophanti</i>	
5	80	600	1031	2×11 " "	
6	76	2000	1013	2×12 " "	
7	72	4000	1006	3×10 " "	
8	74	5600	1004	3×12 " "	Duszność znacznie mniejsza. Sinicowy wygląd znika. Tętno silniejsze, pełniejsze, napięcie tętnicy większe. Tępość serca znacznie zmniejszona. Obrzęk kończyn dolnych znika.
9	72	6200	1003	3×12 " "	
10	74	4000	1006	3×14 " "	
11	70	3800	1007	Bez lekarstwa.	
12	76	2500	1009	" "	Oddech swobodny. Objawy zastaju w płucach znikają. Obrzęk kończyn ustąpił zupełnie.
13	72	2000	1012	" "	
14	72	1800	1014	" "	
15	74	1500	1015	" "	
16	74	1400	1014	" "	Chora opuściła szpital.
1. XI.				Chora powróciła znowu do szpitala.	
2	96	300	1036	<i>Inf. herb. digitalis ex gr. xv pti 3vj. S. Co 2</i>	Duszność. Obrzęk kończyn dolnych. Powiększenie tępości serca.
3	90	350	1034	godziny łyżkę.	

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar włośniwy.	Leczenie.	U w a g i.	
4. XI.	84	2000	1013	<i>Inf. herb. Digitalis ex gr. xv. pli 3vj. S. 2 g.</i>	}	
5	80	4600	1005	łyżkę.		
6	76	5800	1004	Repet.		
7	76	6000	1003			
8	72	3600	1007	Bez lekarstwa		
9	74	2200	1010	" "		
10	74	1600	1015	" "		
11	76	1400	1016	" "		
12	72	1300	1016	" "		
13	78	1500	1014	" "		
						Stopniowa poprawa.

14. XI. Chora, czując się zupełnie zdrową, wypisuje się ze szpitala.

*Epicrisis.* W powyższym przypadku działanie strofantu było nadzwyczaj szybkie i energiczne. Chora, dotknięta podwójną wadą serca, przybyła ze znacznym obrzękiem kończyn dolnych — sinicą, dusznością i bardzo słabem tętnem. Wpływ moczopędny leku uwydatnił się już 3 dnia dosięgnął swego *maximum* 6 dnia [6200 centymetrów sześciennych na dobę], a utrzymywał się jeszcze, choć w mniejszym stopniu, przez tydzień pomimo odstawienia środka. Działalność serca wzmogła się, tętno stało się silniejszym, wyrazem zaś poprawy warunków krążenia było szybkie zmniejszenie się tępości serca w obu wymiarach. Takiemu szybkiemu wyrównaniu zaburzeń krążenia mogły sprzyjać następujące okoliczności: 1) młody wiek chorej, 2) dobra budowa i dobre odżywianie, 3) wystąpienie objawów utraty zrównoważenia po raz pierwszy, 4) brak powikłania ze strony nerek.

Skoro, po upływie kilku tygodni, chora przybyła znowu do oddziału w podobnym stanie, jak pierwszym razem, zaleciłem chorej naparstnicę. Miałem głównie na celu porównanie działania tej ostatniej z działaniem strofantu. Wynik był również świetnym, jak w czasie pierwszego pobytu chorej w szpitalu; wraz ze zwiększeniem ilości moczu [do 6000 centymetrów sześciennych *pro die*] zniknęły obrzęki i duszność, a serce przyjęło zwykłe rozmiary.

Naparstnica więc i strofant wywarły w danym przypadku jednoznaczne działanie.

**Spostrzeżenie II. *Insufficiencia valv. mitralis. Sfenosis ostii venosi et arteriosi sinistri.***

G . . . . Ludwika, lat 24 licząca, służąca, przybyła do Szpitala Dzieciątka Jezus 26 Kwietnia 1887 r., skarżąc się na duszność, trwającą od 3 miesięcy. Przed 2 laty chora odbyła pierwszy poród; od 7 miesięcy nie miewa miesiączki. Przed 6 miesiącami przebywała gościec stawowy, połączony z gorączką.

Budowa i odżywianie średnie. Stan bezgorączkowy. W płucach, oprócz nielicznych rzeżeń wilgotnych, nic szczególnego. Uderzenie wierzchołkowe silne, podnoszące palec w V międzyżebżu na 2½ centymetrów na zewnątrz od

linii sutkowej lewej. Górna granica bezwzględnej tępości serca na IV żebrze, prawa — przy prawym brzegu mostka. U wierzchołka serca sły-  
 chać szmer skurczowy i rozkurczowy, na mostku zaś, a zwłaszcza przy prawym  
 jego brzegu na wysokości 2—3 żebra, wyraźny szmer skurczowy, innego cha-  
 rakteru, aniżeli szmer u wierzchołka słyszalny, 2-gi ton aorty słaby, jakby  
 rozdwojony, 2-gi ton tętnicy płucnej wzmocniony. W tętnicach szyjowych —  
 szmer skurczowy. Tętno 80 na minutę, fala krwi średnia, napięcie mierne,  
 ścianka tętnicy promieniowej powoli się podnosi i zwolna opada. Rysunek sfy-  
 gmograficzny [fig. 1] jasno przedstawia własności tętna opieszałego (*pulsus*  
*tardus*). Śledziona i wątroba nieco powiększone. Przewód pokarmowy odby-  
 wa swą czynność prawidłowo. Dobowa ilość moczu wynosi około 200 centy-  
 metrów sześciennych, ciężar właściwy 1032, odczyn kwaśny. Mocz białka nie  
 zawiera. Wpływ nalewki strofantu na tętno i ilość moczu wykazuje następu-  
 jąca tablica:

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar wła- ściwy.	Leczenie.	U w a g i.
27. IV.	80	200	1032	2 razy dziennie po 5 kr. <i>t-ra Strophanti</i>	
28	72	200	1032	3× 5 kr. <i>t-ra stroph.</i>	
29	68	600	1028	3× 6 „ „ „	
30	60	520	1029	3× 7 „ „ „	
1. V.	64	600	1028	3× 8 „ „ „	
2	72	600	1027	3× 9 „ „ „	
3	64	500	1028	3× 10 „ „ „	
4	72	2000	1010	3× 11 „ „ „	
5	60	2100	1009	3× 12 „ „ „	Poprzeczny wymiar serca mniejszy.
6	72	2000	1009	3× 13 „ „ „	
7	72	1000	1016	3× 14 „ „ „	
8	64	1000	1016	3× 15 „ „ „	
9	72	1200	1014	3× 16 „ „ „	
10	72	800	1025	3× 17 „ „ „	Wieczorem bicie serca. Skłonność do zem- dlenia.
11	80	1100	1015	3× 8 „ „ „	
12	64	1300	1013	3× 8 „ „ „	
13	60	900	1024	3× 9 „ „ „	
14	72	800	1025	3× 9 „ „ „	
15	72	850	1025	3× 9 „ „ „	Tętno silniejsze, podskakujące.
16	72	900	1024	3× 8 „ „ „	
17	64	1200	1014	3× 7 „ „ „	Bicie serca, duszność znikły.
18	60	1450	1012	3× 5 „ „ „	
19	60	1100	1010	3× 4 „ „ „	
20	60	700	1026	3× 4 „ „ „	
21	64	1400	1015		

21 Maja chora wypisała się ze szpitala ze znacznym polepszeniem.

Z powyższego okazuje się, że moczopędne działanie strofantu wystąpiło dopiero po 7 dniowym użyciu tegoż w dawce stopniowo zwiększonej, począwszy od 10 do 30 kropeł nalewki *pro die*. Dobowa ilość moczu, która w pierwszych dniach wynosiła 500–600 centymetrów sześciennych, doszła później do 2000 centymetrów sześciennych z ciężarem właściwym 1009. Następnie jednak, pomimo większej ilości podawanego leku, po trzydniowym utrzymywaniu się na jednakowym poziomie, ilość moczu zaczęła się zmniejszać, a skoro doszliśmy do 54 kropeł na dzień, chora zaczęła uskarżać się na bicie serca i na napady zemdlenia, jednocześnie fala tętna stała się słabszą, napięcie tętnicy promieniowej mniejsze, tak, że z obawy wyczerpania serca zmuszeni byliśmy powrócić znowu do mniejszych dawek  $3 \times 9$  kropeł *pro die*. Moczopędne działanie strofantu wystąpiło znowu przy użyciu małych ilości tegoż 12–15 kropeł *pro die*. Ze zwiększoną ilością moczu i energiczniejszą działalnością serca ustępowała duszność; chora, która w pierwszych dniach pobytu w szpitalu doznawała przy każdym ruchu bicia serca i duszności, chodziła później swobodnie po sali, nie męcząc się.

Co do wpływu na częstość tętna, to był on widoczniejszym przy mniejszych, aniżeli większych dawkach. Tętno, które z początku uderzało 72 razy na minutę, biło później 64–60 razy. Nietylko częstość, lecz i inne własności tętna uległy zmianie; porównywając obraz sfigmograficzny tętna, zebrany przed podaniem leku, w mowie będącego [fig. 1], z obrazem tętna po kilkodniowym poda-

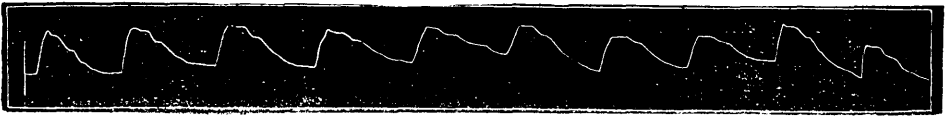


Fig. 1.

Tętno przed podaniem *T-rae Strophanti*.

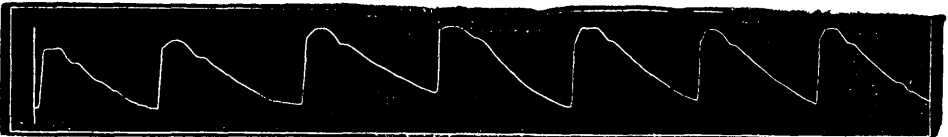


Fig. 2.

Tętno po kilkodniowym użyciu *T-rae Strophanti*.

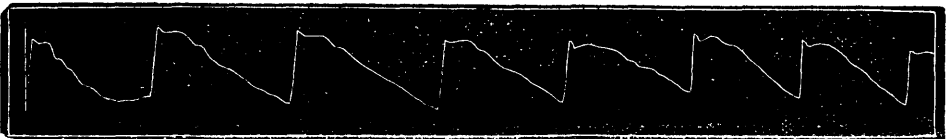


Fig. 3.

po 10 dniach.

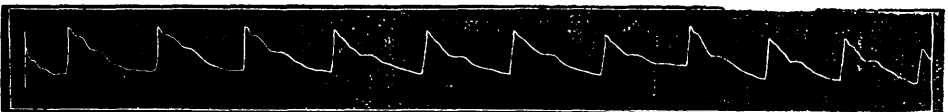


Fig. 4.

po 15 dniach.

waniu leku [fig. 3 i 4], widzimy znaczną między nimi różnicę: przede-wszystkiem tętno poprzednio opieszale zbliżyło się do tętna prawidłowego,

ramię wstępujące tętna stromiej wznosi się ku górze, zbliżając się do linii prostopadłej, a łukowate przejście, zawarte pomiędzy ramieniem wstępującem a zstępującem tętna, ustępuje miejsca kątowatemu. Na fig. 2 widać pierwszą przemianę tętna opieszałego, pod wpływem energiczniejszych skurczów serca. Fig. 4 przedstawia nam tętno szybkie, a więc zupełne przeciwieństwo z pierwotnem, opieszałem tętnem. Taką przemianę tętna można tylko objaśnić bardzo znacznem wzmocnieniem działalności lewej komórki.

W końcu dodać wypada, że jednocześnie ze zwiększoną sprawnością mięśnia sercowego tępość serca zmniejszyła się znacznie w kierunku poprzecznym, tak, że prawa granica serca nie dochodziła do środka mostka. A zatem działanie pobudzające strofantu należy w danym przypadku zaliczyć do pomyslnych, do czego wiele mogły przyczynić się: młody wiek chorej, żywotność mięśnia sercowego, brak cierpienia nerek. [C. d. n.]

## II. O WYŁUSZCZANIU TWARDYCH GUZÓW Z MACICY

### ZA POMOCĄ CIĘCIA W JEJ ŚCIANACH

(*Martinischer Kaiserschnitt*).

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 7 Maja 1889 r.]

Podał

**Ryszard Bukowski,**

ordynator kliniki chirurgicznej Warszawskiego Uniwersytetu.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 22].

Cały ten szereg wielokrotnie niebezpiecznych przyczyn, będąc przedmiotem ciągłych rozpraw i ulepszeń, wywołał w końcu radykalną zmianę w traktowaniu MARTIN'owskiej metody. Twórcą nowej reformy był SCHROEDER, który po kilku przypadkach, operowanych ściśle według przyjętej reguły i zakończonych śmiercią, zdecydował się w następnym amputować macicę po uprzednim wyłuszczeniu guza. W nowej formie metoda enukleacji zyskała wkrótce wszechstronne uznanie i wobec zadawalających wyników coraz częściej stosowaną bywa. Myśl jednak podobnego postępowania już przedtem teoretycznie rozwinął BREISKY <sup>1)</sup>, radząc po wyłuszczeniu nowotworu odciąć macicę, aby tym sposobem i sam akt rękoczynu skrócić i uniknąć w następstwie tych powikłań, jakich przy zachowaniu narządu zwykle oczekiwać trzeba. Mniemał on bowiem, że praktyczne korzyści powinny ważniejszą odgrywać tu rolę, niż hołdowanie zasadzie i niebezpiecznej, i w wielu razach zupełnie zbytecznej. Mocno uszkodzona macica nie tylko wikła przebieg, lecz staje się często jedyną przyczyną śmiertelnego zejścia. ZWEIFEL <sup>2)</sup> w rozdziale o enukleacjach powiada: „*Wenn auch eine solche Myomectomie mit Erhaltung des Uterus eine principiell conservative Operation ist, so geht es gelegentlich nach dem englischen Sprichwort:*

1) HOFMEIER. Myomotomie. str. 50.

2) Die Stielbehandlung bei der Myomectomie — die Enucleation. str. 82.



*mit dem Pfennig sparen und dadurch Pfunde verlieren (pennywise and pound foolish). Der Uterus wird erhalten, aber das Leben geht verloren*“. Nowa jednak zasada nie jest absolutną i zależy od bardzo wielu napotkanych podczas operacji warunków, które, nie dając się naprzód dokładnie przewidzieć, zmuszają nas dopiero po dokonaniu wyłuszczeniu zastosować metodę konserwatywną, lub też nadpochwową amputacyję. Do tej ostatniej ewentualności uciekać się należy:

a) Przy silnem, śródmiaższowem krwawieniu z łożyska guza już podczas operacji.

b) W razie uszkodzenia błony śluzowej macicy i otwarcia jej jamy; wtedy bowiem zawsze, jak wykazuje doświadczenie, występują groźne objawy zakażenia.

c) Wobec znacznego uszkodzenia ciała macicy i poszarpania brzegów rany.

d) Jeżeli guz, wyłuszczone z macicy, uległ zgorzeli lub posokowatemu rozpadowi, co także grozi zakażeniem otrzewnej.

e) W przypadkach, w których podejrzujemy, że istnieją wtórne guziki w macicy, lub też skłonność do ich rozwoju.

f) Wówczas, gdy po wyłuszczeniu guza zbyt grube ścianki macicy zdają się ulegać nowotworowemu zwyrodnieniu. Podobny przypadek opisuje HORMEIER <sup>1)</sup>; równie też w jednym, operowanym przez prof. KOSIŃSKIEGO, odcięta macica, po wyłuszczeniu z niej wszystkich czternastu mięśniaków, ważyła przeszło 1000 gramów i ściany jej, szczególnie przednia, odznaczały się znaczną grubością, w drugim ciężar macicy dosięgał 1250 gramów.

g) Nakouiec upoważnić nas może do podobnego postępowania późny wiek chorej, lub w ogóle przyczyny, usuwające możliwość zajścia w ciążę.

Wyżej wymienione warunki nie wyczerpują jeszcze tych okoliczności, przy których nadpochwową amputacyję zastosować by należało; bo choćbyśmy nawet zdołali szczęśliwie uniknąć podczas operacji wszystkich niebezpieczeństw, to nie mamy jeszcze żadnej pewności, że po opuszczeniu macicy do jamy otrzewnej wolni jesteśmy od wtórnego krwotoku, który wywołać może groźne powikłania, lub stać się przyczyną natychmiastowej śmierci. Niezawsze nawet mamy niezbite dowody krwawienia, które jeszcze przez powtórny, choć niebezpieczną operacyję narazie powstrzymać by się udało; często bowiem przy nieznacznym tylko wylewie do jamy łożyska, dopiero w późniejszym okresie występuje ropne zapalenie, którego usunięcie drogą operacji do nazbyt wątpliwych należy.

Powyższe niebezpieczeństwa zdają się przemawiać na korzyść konserwatywnej metody MARTIN'a w tych tylko przypadkach, gdzieby się dało otrzewną zupełnie usunąć od wpływów, jakie wywierać na nią może jama, pozostała w macicy po wyłuszczeniu guza, i gdzieby ta ostatnia w razie jakichkolwiek powikłań zawsze była dostępną dla naszej interwencji.

Tą jedynie zasadą kierował się ALBERT <sup>2)</sup> przy wykonaniu swoich dwudziestu enukleacyj i tam tylko starał się zachować macicę, gdzie można było brzeżki łożyska wszyć w dolny kąt rany brzusznej i jamę po wyłuszczeniu guza

<sup>1)</sup> Die Myomotomie. str. 52.

<sup>2)</sup> Laparotomien wegen Uterusmyomen. Wiener Medicinische Presse. Nr. 13, 16, 17. 1888.

traktować tym sposobem zewnątrzotrzewnowo. Według więc jego teorii do podobnego postępowania nadają się te tylko przypadki, gdzie nowotwór rozwija się na przedniej ścianie macicy i gdzie po jego usunięciu błona śluzowa jest nie-naruszona, a tem samem jama macicy odgraniczona od jamy łożyska. W przeciwnym razie, gdy między macicą i łożyskiem powstała komunikacja przez wycięcie błony śluzowej, lub też gdy brzegów łożyska zeszyć ze ścianką brzusznią i zewnątrzotrzewnowo traktować się nie udaje — co znów zawsze ma miejsce przy rozwijaniu się nowotworu na tylnej ścianie macicy, lub z któregokolwiek jej boku — wszędzie stosuje nadpochwową amputację i szypułę stara się utrzymać zewnątrz otrzewnej.

Rozpatrując się szczegółowo w metodzie ALBERTT'a, musimy przyjść do przekonania, że wobec bardzo nielicznych przypadków wyrastania nowotworów w przedniej ścianie macicy — historyje operowanych potwierdzają w zupełności nasze przypuszczenie — konserwatywna metoda MARTIN'a, ograniczona jeszcze warunkiem nieotwarcia jamy, wyjątkowo rzadko stosowaną być powinna. Nie sądzę jednak, abyśmy, w razie konieczności zachowania macicy, nie mogli próbować przyszyć brzegów łożyska do ścianki brzusznej i w tych przypadkach, gdzie guz wyrasta na przedniej ścianie, lecz gdzie istnieje bezpośrednio komunikacja łożyska z jamą macicy wskutek nieznacznego uszkodzenia błony śluzowej. Choć okres wyzdrowiania mógłby się nieco w tych razach przedłużyć, to jednak wobec poniekąd zbliżonych ku temu przykładów spodziewać by się należało pomyślnego zejścia. Wszak przy nadpochwowej amputacji i umocowaniu szypuły nazewnątrz również rana zewnętrzna komunikuje z pochwą, a jednak potem się zabliznia; dalej w przypadkach wewnątrzotrzewnowego traktowania szypuły, po amputacji często powstają przetoki od ścian brzusznych do pochwy, które następnie się zablizniają; nakoniec przy komunikacji jamy łożyska z macicą i opuszczeniu tej ostatniej do otrzewnej (*operatio MARTIN'a stricte sic dicta*), wraze pomyślnego zejścia ściany macicy się kurczą i błona śluzowa je pokrywająca tworzy trwałą bliznę, nie zostawiając żadnego kanału, któryby z jamy macicy prowadził do jamy łożyska. W pierwszym moim operowanym przypadku, z obawy wtórnego krwotoku, rozciąłem błonę śluzową pochwy i przez nią do jamy łożyska włożyłem najpierw paski gazy jodoformowej, a następnie dren; szklany; komunikacja ta jednak po dwóch miesiącach zupełnie istnieć przestała.

Możnaby próbować konserwatywnej metody MARTIN'a i w tych jeszcze przypadkach, gdzie przy nowotworze, usadowionym na tylnej ścianie, udało nam się wyłuszczenie bez otwarcia jamy macicy. Jeżeli bowiem guz jest dość wielki i rozwija się w tylnej ścianie, lecz nie pośrodku, a nieco z prawej lub lewej strony macicy, odpycha on przy wzroście błonę śluzową i tworzy obszerne łożysko, które od przodu równie jak od tyłu ogranicza tylko mocno rozciągnięta mięśniowa ściana, na zewnątrz pokryta otrzewną; cała zaś jama macicy z błoną śluzową i podwójnymi ścianami zostaje na uboczu. W tym więc razie gdyby nam się udało po wyłuszczeniu guza, omijając wierzchołek, gdzie przechodzi jajowód, zrobić cięcie na przedniej ścianie w kierunku podłużnym, choćby nawet bliżej jednego z jej boków, lecz tak, aby nie otworzyć jamy, moglibyśmy próbo-

wać nałożyć szew na rozcięte brzegi od tyłu i zostawiwszy tylko otwór na przedniej powierzchni, upodobnić i zastosować tym sposobem przypadek do teorii ALBERT'a w razie wyrastania guza na przedniej powierzchni. Nałożenie głębokiego szwu od tyłu przez warstwę mięśniową możnaby wykonać od wewnątrz jamy łożyska, zostawiając przy każdym węzélku jeden dłuższy koniec, który w następstwie ułatwiałby nam odjęcie ligatury; drugi zaś szew ciągły, nałożony dla pewności i zakrycia rany na błonę surowiczą, pokrywającą macicę, pozostałby na stałe w jamie brzusznej. Ten jednak sposób dałby się zastosować tylko w razie możności przedłużenia cięcia wyżej opisaną metodą i bezwarunkowo przy zupełnem odgraniczeniu jamy macicy od łożyska; w razie bowiem najmniejszej komunikacji mogłoby zakażenie przeniknąć z pochwy do jamy łożyska, a ztąd przez szwy i do otrzewnej. Nie należy również w tym razie, unikając cięcia po tylnej powierzchni, prowadzić je wprost przez przednią ścianę; wówczas bowiem zawsze prawie utworzymy jamę macicy, nie mówiąc już o tem, że znacznie utrudnimy sobie wyłuszczenie guza. Pierwszy mój przypadek najzupełniej nadawał się do traktowania go podaną wyżej metodą i, stosując ją wówczas, prędzej może uniknąłbym ropnego zapalenia, które chorą przy otwartej jamie i opuszczeniu macicy do otrzewnej na wielkie naraziło niebezpieczeństwo.

Wobec tak znacznych zmian, jakie zaszły w pierwotnej metodzie MARTIN'owskiej euukleacyi, zdawaćby się mogło, iż operacja wydobycia guzów przez cięcie w ścianach macicy straciła dużo na swej wartości i w wielu nawet przypadkach pominąć ją należy, wprost przystępując do nadpochwowej amputacyi. Ściśle jednak biorąc, podobne twierdzenie żadnej nie wytrzymuje krytyki i jedynie wówczas uwzględnić by się dało, gdyby operacja opartą była dotąd na niewzruszonej zasadzie zachowania macicy, zdolnej w następstwie do fizjologicznych czynności, co MARTIN pierwotnie uważał za najgłówniejszą podstawę rękoczynu, nadając mu miano „metody idealnie konserwatywnej“. Lecz dziś zasadę tę zmienić należy: zachowanie macicy, zawisłe od różnorodnych warunków, jest rzeczą względną i stoi na ostatnim planie; sama zaś metoda jedynie ze względów techniki operacyjnej na pierwszorzędne zasługuje wyróżnienie. Bo pominąwszy nawet te przypadki, gdzie operacja MARTIN'a tak znakomite oddaje usługi w porównaniu z wyłuszczeniem przez pochwę; nie mówiąc też i o tych, gdzie po dokonanej laparotomii, trudnem oddzieleniu i podwiązaniu szerokich więzów uda się wreszcie macicę z wielkim guzem wydobyć nazewnątrz i nadpochwowo ją amputować, pozostaje nam jeszcze szereg nowotworów, które, sięgając aż do pochwy i wypełniając małą i dużą miednicę, nie dadzą się operować ani przez pochwę wskutek swej wielkości, ani *per laparotomiam* ze względów techniki. W tym bowiem ostatnim razie, gdy macica zaledwie nieznacznie ku górze uchylić się daje, trafiamy nieraz na znaczne przeszkody przy amputacyi, którą, choćbyśmy w końcu wykonać zdołali, zmuszeni będziemy w dalszym ciągu wyłuszczać z krótkiej szypuły resztę sterczącego guza, co wobec technicznych trudności i możliwych powikłań niezawsze do zamierzonego doprowadzi celu. W tych przypadkach nieocenioną jest zawsze metoda MARTIN'a, bo przy niej przedewszystkiem unikamy obrażenia szerokich więzów, a następnie po do-

konaniem wyłuszczeniu rozporządzamy wedle upodobania całą macicą, z której, amputując część odpowiednią, tworzymy szypułę, wolną od zbytniego naprężenia w razie zewnątrzotrzewnowego jej traktowania. Kierując się temi zasadami, ALBERT zawsze stosował MARTIN'owską metodę wyłuszczeń guzów, wyrastających w ścianach macicy, i poprzedzał nią wszystkie nadpochwowe amputacje. Przy użyciu elastycznego uciskadła, tamującego krwawienie, nic tu zaszkodzić chorej nie możemy, a ułatwiając sobie technikę, w wielu przypadkach znaczne osiągamy korzyści. Cała seryja przypadków ALBERT'a, pomyślnie operowanych według podanych wskazówek, najwymowniej świadczy o doniosłości nowej reformy, której twórca tak znakomicie przyczynić się zdołał do udoskonalenia techniki MARTIN'owskiej metody, myomotomii i nadpochwowej amputacji.

Co się tyczy okresu pooperacyjnego, to zauważyć tu należy: 1) że przy konserwatywnej metodzie ALBERT'a jama po wyłuszczeniu guza w następstwie kurczy się dość szybko i już w czasie leczenia macica znacznie opuszcza się ku dołowi, po zupełnem zaś zabliznieniu rany przyrośnięta jej powierzchnia do ścian brzucha staje się z biegiem czasu coraz węższą, aż w końcu wskutek kurczenia się narządu i pociągania przyrost zupełnie znika [ALBERT];

2) że w przypadkach, gdzie całą macicę zachować nam się udało, poprzednie krwotoki znikają bezpowrotnie u operowanych w okresie *climacterium*; u innych zaś po powrocie do sił i zdrowia najprawidłowiej odbywa się miesiączkowanie. Tak było w przypadkach MARTIN'a, FRAENKL'a i innych; to również obserwuję i u mojej pierwszej operowanej, u której od trzech miesięcy istnieje zupełnie prawidłowe miesiączkowanie. Jedyny wyjątek pod względem dalszego ciągu krwotoków stanowi chora MARTIN'a, u której — jak to już wyżej wspomniałem — z powodu wtórnych mięśniaków w rok potem amputowano macicę.

Nakoniec MOERICKE <sup>1)</sup> na sekcji, dokonanej w 111 dni po MARTIN'owskiej operacji — chorą operował SCHROEDER — znalazł zupełnie prawidłową budowę wnętrza macicy, jak również prawidłową czynność jajników.

Zebrawszy wszystkie operowane dotąd przypadki od chwili wprowadzenia MARTIN'owskiej enukleacji, otrzymamy następującą statystykę [wyliczam tu jednak nietylko przypadki, operowane ściśle według metody MARTIN'a, ale i te, w których po wyłuszczeniu guza amputowano macicę]; modyfikacja ALBERT'a.

I. 16 przypadków MARTIN'a <sup>2)</sup>. Wielkość operowanych guzów od jabłka do głowy; w dwóch przypadkach guzy były podśluzowe; dwa razy prócz większych wyłuszczał 2 i 3 mniejsze, pięć razy operował bez elastycznej ligatury; dwa razy przy otwartej jamie macicę drenował, raz przez pochwę, raz przez jamę DOUGLAS'a. Wyzdrowiało 13 [z tych u jednej w rok później *amputatio supravaginalis uteri* z powodu rozwinięcia się nowych mięśniaków; dwic wyszły *cum fistula utero-abdominali*]. Umarło 3 wskutek septycznego zakażenia podczas lub wkrótce po operacji. Prócz tego CZEMPIN wzmiankuje o pięciu jeszcze przypadkach, operowanych przez MARTIN'a, nie podając jednak bliższych o nich szczegółów.

<sup>1)</sup> Zeitschrift für Gebursthülfe und Gynäkologie. Bd. VII, str. 418.

<sup>2)</sup> CZEMPIN. Zeitschr. für Gebur. und Gynäk. Bd. XIV, str. 223, Sitzung am 22 Octob. 1886. Jeden z nich opisany szczegółowo przez NAGEL'a, Centralblatt für Gynäk. Nr. 31. 1886.

II. 9 przypadków SCHROEDER'a <sup>1)</sup>. Wielkość guzów od pięści do 25 funtów, raz tylko mięśniak był podśluzowy; raz wyluszczano prócz dużego nowotworu jeszcze trzy mniejsze; 4 razy operował bez sznura; dwa razy drenował przez pochwę przy otwarciu jamy macicy; ostatni raz, zrażony kilkoma niepomysłnymi zejściami, po wyluszczeniu guza amputował macicę i opuścił szypułę do jamy otrzewnej [wyzdrowienie]. Wszystkich wyzdrowiało 4; umarło 4. Dwie w kilka godzin po operacji od wewnętrznego krwotoku, przyczem w jednym przypadku puścił szew i krwotok nastąpił do jamy brzusznej; dwie drugie wskutek ropnego zapalenia otrzewnej; jedna 5 dnia, a druga [MOERICKE] 111 dnia wskutek *parametritis et peritonitis chronica*. Jedno zejście niewiadome.

III. 2 przypadki RUGE'go <sup>2)</sup>. a) Jeden mięśniak śródścienny na tylnej ścianie macicy — sznur gumowy, wyluszczenie, szew katgutowy, śmierć 5 dnia, przyczyna niewiadoma [nie robiono sekcji]; RUGE przypuszcza, że katgut. b) Kilka mięsaków macicy i torbiel lewego więzcu; sznur, wyluszczenie, szew jedwabny, wyzdrowienie.

IV. Jeden przypadek VEIT'a <sup>3)</sup>. Wyluszczył dwa mięśniaki ze ściany macicy sposobem MARTIN'a. Nic bliższego nie wiadomo.

V. Jeden przypadek HAGER'a <sup>4)</sup>. Guz na tylnej ścianie, opuszcza się do pochwy; operacja bez elastycznej ligatury; cięcie na przedniej ścianie, jama macicy otwarta, dren do pochwy, szew katgutowy, wyzdrowienie, w trzy miesiące pierwsza regularność.

VI. Dwa przypadki FRAENKEL'a <sup>5)</sup>. a) Guz śródścienny, opuszczający się do pochwy, wielkości głowy, na tylnej ścianie macicy, uległy częściowej zgorzeli. Operacja bez zasznurowania, otwarcie jamy macicy, paski z gazy jodoformowej z łożyska do pochwy, szew jedwabny. Wyzdrowienie z utworzeniem się przetoki, następnie zagojonej. W 2½ miesiąca pierwsza regularność. b) Wielki guz, uległy zgorzeli na tylnej ścianie macicy. Operacja bez sznura, otwarcie jamy, paski z gazy jodoformowej do pochwy, szew jedwabny, śmierć na drugi dzień po operacji, przyczyna — posocznica.

VII. Jeden przypadek FREUND'a <sup>6)</sup>. [Strasburg]. Dwa guzy podśluzowe, sposoczałe: jeden mięśniak, drugi mięśniak z torbielą. Otwarcie jamy, paski z gazy do pochwy, szew jedwabny, wyzdrowienie.

VIII. 20 przypadków ALBERT'a <sup>7)</sup>. 17 operował sam ALBERT i po jednym: MEYDL, HOROCH, HOCHENEGG. Operowano zawsze z elastyczną ligaturą — w 4 przypadkach, gdzie guz wyrastał w przedniej ścianie macicy, zostawiono tę ostatnią, przyszywszy brzegi łożyska do dolnego kąta rany brzusznej; we wszystkich innych amputowano macicę i szypułę traktowano zewnątrz-otrzewnowo. Wyzdrowień 19; śmierć jedna wskutek pęknięcia ropnia, powstałego około szypuły, do jamy otrzewnej.

IX. Trzy przypadki prof. KOSIŃSKIEGO [nieogłoszone jeszcze]: a) Operowany 2. XII. 88 r.. Mięśniak wielkości pięści, wagi 420 gramów, w tylnej ścianie macicy. Laparotomija, elastyczna ligatura na szyję, cięcie na miejscu guza, wyluszczenie z otwarciem jamy macicy, drucziany konstryktor KOEBERLE'go po-

<sup>1)</sup> MÖRCKE. Zeitschr. für Geb. und Gynäk. Bd. VII. str. 418, [jeden przypadek].

O jednym wspomina sam SCHROEDER w rozdziale: „Über Myomotomie“. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäk. Bd. VIII. str. 146.

7 opisuje HOFMEIER. Die Myomotomie. str. 43.

<sup>2)</sup> Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. Bd. XIV. str. 203.

<sup>3)</sup> Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. Bd. XIV, str. 585.

<sup>4)</sup> Centralblatt für Gynäk. Nr. 40, 1886.

<sup>5)</sup> Archiv für Gynäk. S. 449. Jahr 1888. [Über die Enucleation submucöser oder intraparietaler Myome von der Bauchhöhle aus, MARTIN'sche Operation].

<sup>6)</sup> Centralblatt für Gynäk. Bd. XII. S. 49. Jahr 1888. Zur Entfernung submucöser Myome durch die Laparotomie.

<sup>7)</sup> Wiener-Medicin. Presse. Nr. 13, 16, 17. Jahr 1888. Laparotomien wegen Uterus-Myomen.

wyżej elastycznej ligatury, *amputatio uteri*, szypułę traktowano zewnątrzotrzewnowo. W drugim tygodniu bóle i nieznaczny obrzęk lewej kończyny. Wyzdrowienie zupełne po upływie 5 tygodni. b) Operowany 15. IV. 1889 r. 14 mięśniaków macicy, laparotomija, elastyczna ligatura na szyję, cięcie na tylnej ścianie. Największy guz, ważący 1480 gramów w przedniej ścianie, mocno zrośnięty z mięszem macicy, oddzielony cały nożem, wyłuszczenie reszty małych mięśniaków, ważących w sumie 250 gramów i rosnących w różnych miejscach i warstwach ścian macicy, nałożenie konstryktora KOEBERLE'go powyżej elastycznej ligatury, amputacja macicy, ligatura i wycięcie torbielowato zwyrodniałego lewego jajnika, obszycie szypuły, pomieszczonej nazewnątrz otrzewnej. Odcięta macica, znacznie powiększona, waży sama 1000 gramów. Przebieg bez powikłań. c) Operowany 5. V. 89. Mięśniak w przedniej ścianie macicy. Laparotomija i elastyczne uciskadło na szyję, cięcie na miejscu guza, wyłuszczenie po części przy pomocy noża bez otworzenia jednak jamy macicy. Wyłuszczonej nowotwór waży 1860 gramów. Macica wskutek swej wielkości [1250 gramów] nadpochwowo amputowana i szypuła utrzymana nazewnątrz. Przebieg zupełnie pomyślny.

X. Dwa przypadki moje.

Wszystkich zatem operowanych przypadków było 62, z których, wykluczając 7 z niewiadomem zejściem, pozostaje 55, a w nich 10 śmiertelnych, czyli 18,2% [śmiertelność]. Cyfra ta już wiele się różni od wyników, otrzymywanych przy myotomijach, gdzie śmiertelność waha się między 23 i 35%, a nawet dochodzi 40%. Nie możemy jej jednak uważać jako stałą normę śmiertelności raz dlatego, że zbierana z różnych czasów i licznych oddziałów chirurgicznych posiada bardzo względną wartość dla każdego chirurga, a powtórę, że są to zaledwie pierwsze próby nowej operacji, przy której, równie jak przy każdej innej, lepsze wyniki wiążą się ściśle z nabytem doświadczeniem i doskonalszą techniką. Aby udowodnić prawdziwości tego poglądu, dość będzie wszystkie wyżej wymienione przypadki rozdzielić na dwie grupy: a) operowanie ściśle według prawideł MARTIN'a i b) według ulepszonej metody ALBERT'a, a otrzymamy: w pierwszym razie na 40 operowanych 9 śmierci, czyli 30%, w drugim zaś [gdzie zaliczamy 1 przypadek SCHROEDER'a, 20 przypadków ALBERT'a, 3 prof. KOSIŃSKIEGO i 1 mój], 25 operowanych i jedna śmierć, czyli 4%. U operowanych pierwszej kategorii przyczyną śmiertelnego zejścia były przeważnie krwotoki do jamy łożyska guza i otrzewnej, lub też zakażenie tej ostatniej, z czego już wnioskować należy, że metoda ta nie wszędzie z pożytkiem zastosować się daje; w drugiej zaś grupie otrzymany wynik jest tak zadawalający, iż życzyliby tylko należało, aby cyfra 4% nie uległa zmianie, w miarę zwiększania się liczby operowanych przypadków. [D. n.]

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 21. V. r. b., kol. HERYNG przedstawił chorego po częściowem wyłuszczeniu krtani, dokonaniem przez kol. JAWDYŃSKIEGO, z powodu raka biorącego początek z nagłośni i wypełniającego górną część krtani. Chory 52-letni od roku cierpiał na chrypkę i ból przy łykaniu, do którego w końcu dołączył się kaszel z obfitą wydzieliną. Przy badaniu okazało się, że prawa połowa nagłośni jest zgrubiałą i że zgrubienie to przechodzi na więzy nalewko-nagłośniowe. Usposobienia do gruźlicy w rodzinie nie było. Przy-

puszczano: nowotwór, lub przymiot. Leczenie swoiste, stosowane przez 2 tygodnie, nie dało żadnego wyniku. Badanie kawałka wyciętego nowotworu również nie wyjaśniło kwestyi.

Kol. JAWDYŃSKI opisał następnie przebieg operacyi, dokonanej przez siebie w dniu 18. IV. r. b.. W 5 dni po operacyi chory gorączkował [40,40 C.], miał dreszcze i poty. Ponieważ rana wyglądała dobrze, a wiadomo było, iż chory miewał napady zimnicy, zastosowano podskórne wstrzyknięcie chininy; gorączka więcej się nie powtórzyła. Rana zagoiła się *per primam*. Od 16. V. chory oddecha swobodnie bez rurki, głos ma wyraźny jakkolwiek ochryply. Polyka tak stałe jak i płynne pokarmy zupełnie dobrze. Prezes BRODOWSKI okazał następnie preparat wyciętej krtani, oraz skrawki drobnowidzowe z nowotworu. Był to niewątpliwie rak, biorący początek z nagłośni i przeważnie z gruczolów śluzowych. Badanie kawałka, przysłanego przed operacyją, rzeczywiście nie dało żadnego pozytywnego wyniku [zgrubiały wielowarstwowy nabłonek nagłośni, a pod nim tkanka łączna], ale pochodzi to ztąd, że dostarczono zbyt mały kawałeczek nowotworu. Kol. HERYNG ze swej strony zaznacza trudne położenie laryngologa w podobnych przypadkach. Gdy sprawa draży wgląd, trudno wycinać większy kawałek do zbadania drobnowidzowego; mamy bowiem, uzasadnioną zresztą, obawę, że drażnienie przy istnieniu raka może dać bodziec do szybszego wzrostu nowotworu, jak miał sposobność kol. HERYNG przekonać się o tem w jednym przypadku podczas swego pobytu w San-Remo. Następnie kol. HERYNG opisuje następujący przypadek: u chorego postaćca znalazł nacieczenie nagłośni i guz na stronie lewej wraz z obrzękiem odpowiedniej struny fałszywej. Nie można było określić natury nacieczenia i guza. Po paru miesiącach kol. HERYNG widział znouu chorego i znalazł nowotwór boz zmiany, lewa struna fałszywa była zdrową, a na prawdziwej znalazł owrzodzenie. W płwocinie i cząstce guza znaleziono laseczniki gruźlicze: a więc guz był natury gruźliczej (t. zw. *tuberculosis vegetans*).

Kol. JAWDYŃSKI dodał jeszcze parę uwag ogólnych co do częściowego wyluszczenia krtani i odnośnej kazuistyki. Co do przedwstępnego przecięcia krtani skłania się do zdania, że należy ją wykonywać bezpośrednio przed wyluszczeniem. Vice Prezes PRZEWOŚKI zaznacza, że w przemówieniu kol. HERYNGA dostrzegł jakby chęć zmniejszenia znaczenia badania drobnowidzowego w podobnych przypadkach. Są przypadki, w których takie rozpoznanie jest trudne, ale nie są one częste. PRZEWOŚKI na 6 badanych przypadków na wyciętych kawałkach raz tylko nie był w stanie postawić rozpoznania odrazu. W ostatnim razie udało mu się zrobić rozpoznanie dopiero po 3-chkrotnem badaniu. Kol. HERYNG odpowiada, że bynajmniej nie lekceważy badania drobnowidzowego, zaznacza tylko, że z bardzo małych kawałków nowotworu, a takie kawałki zdarzają się najczęściej, rozpoznanie jest niemożliwem. Wracając do wspomnianego przez kol. HERYNGA przypadku, *tubercul. vegetantis*, kol. SOKOŁOWSKI nadmienia, że chory ten leżał w jego oddziale przez 2 miesiące. W płwocinie wprawdzie laseczników gruźliczych nie znajdowano, ale znaleziono zmiany w szczybie płuca i na mocy tego rozpoznano gruźlicę. Leczenie kwasem mlecznym przyniosło znaczną ulgę. Tu kol. SOKOŁOWSKI powstał przeciwko panującej, według jego zdania, przesadzie w przecenianiu wartości rozpoznawczej badań płwociny na laseczniki gruźlicze. Są przecież przypadki niewątpliwej gruźlicy, w których laseczników gruźliczych w płwocinie wykazać nie można. Kol. HERYNG odpowiada, że stan płuc chorego, badanego na 6 tygodni przed wstąpieniem do oddziału kol. SOKOŁOWSKIEGO, nie zdradzał wcale cierpienia gruźliczego. Po leczeniu kwasem mlecznym kol. HERYNG znalazł pogorszenie, na co kol. SOKOŁOWSKI odparł, że chory do oddziału kol. HERYNGA wstąpił nie zaraz, lecz w jakiś czas potem, a więc przez ten czas mogło pogorszenie nastąpić.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Przy zamierzonym wydawnictwie nowego Słownika języka polskiego, w którym komitet redakcyjny powierzył mnie opracowanie działu wyrazów lekarskich, udaję się z prośbą do wszystkich Kolegów, którym słownictwo polskie nie jest obojętnem, o łaskawe nadesłanie [przed 1 Września] pod moim adresem, spisu wyrazów technicznych [terminów] łacińskich, niemieckich, francuzkich i polskich z zakresu swojej specjalnej gałęzi, których nie pomieszczono w Krakowskim Słowniku „terminologii lekarskiej polskiej z r. 1881“, a to dla zamieszczenia ich w nowym Słowniku ogólnym. W przekonaniu, że nikt z Szanownych Kolegów przysługi tej dla pożytecznej sprawy odmówić nie zechce — pozostaję z winnem poważaniem.

Prof. D-r Łuczkiwicz.

[Marszałkowska 94].

P. S. Upraszam uprzejmie inne Redakcje pism lekarskich o powtórzenie niniejszej odezwy.

## Wiadomości bieżące.

**Warszawa.** Wyszedł 5-ty Zeszyt wydawanych przez naszą redakcyję „Odczytów klinicznych“, awierający dwa wykłady o najważniejszych kwestyjach z akuszerji i ginekologii, a mianowicie: DÜHRSEN'a, O pomocy akuszerji w przypadkach zwężenia miednicy, oraz SCHAUTY, Leczenie tyło-pochylenia i tyło-zgięcia macicy. Zeszytem tym wypełniamy zaległości, wynikłe z opóźnienia w wydawaniu; obecnie odczyty wychodzić będą regularnie około 20 każdego miesiąca.

— W tutejszym Uniwersytecie otrzymał w zeszłym miesiącu stopień doktora medycyny D-r KOLIŃSKI po obronie rozprawy p. t. „Przyczynek do nauki o działaniu naftaliny na oczy i o t. zw. katarakcie naftalinowej“.

— Sprawa D-ra DREYPÖLCHER'a, o której pisaliśmy obszernie w roku zeszłym, rozpatrywana była po raz trzeci w sądzie okręgowym petersburskim i zakończyła się zupełnem uniewinnieniem D-ra DREYPÖLCHER'a. Wiadomość tę przyjmą bezwątpienia z radością wszyscy koledzy niesłusznie oskarżonego lekarza.

— W Honolulu D-r ARMING wykonał na pewnym skazanym na śmierć zaszczepienie trądu (lepra) w d. 5 Listopada 1885. Niespełna rok później d. 25 Września 1886 skonstatowano rozwój guzikowatego trądu, a fakt ten wykazuje w sposób stanowczy zaraźliwość, resp. zaszczepialność tej choroby.

— Dotychczasowy kustosz muzeum higienicznego w Berlinie D-r J. PETRI objął kierownictwo oddziału bakteriologicznego przy niemieckim państwowym urzędzie zdrowia (*Reichsgesundheitsamt*). Na miejsce PETRI'ego powołany został asystent KOCH'a, ERWIN v. ESMARCH, syn znanego chirurga.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla prenumeratorów prowincjonalnych „Cennik pastylek wyrabianych w aptece K. Lilpopa“ oraz „Cennik składu wód mineralnych K. Lilpopa“.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Доволено Цензурою, Варшава, 19 Мая 1889 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.