

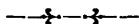
GAZETA LEKARSKA

I. PRZYPADEK AKROME GALII.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Lubelskich — z demonstracją chorej, dnia 4 października 1893].

Podał

Wł. Olechnowicz.



Każdy pojedynczy przypadek tej rzadkiej i zagadkowej choroby zasługuje na zanotowanie, chociażby tylko dla samej statystyki. Notujemy nasz przypadek tem chętniej, że, mając normalne przeciętne wymiary głów kobiet z tejże okolicy, będziemy mogli wskazać bardziej szczegółowo, które mianowicie kości ulegają rozrostowi w początkowym okresie choroby, a przypadek mój należy właśnie do wcześniej obserwowanych.

Zofia Kr..., mieszkanka wsi Samokłęski w powiecie Lubartowskim, panna, lat 21, przybyła do szpitala Ś-go Wincentego dnia 3 września 1893.

Z opowiadania chorej i jej matki dowiadujemy się, że początek choroby datuje mniej więcej od roku. Choroba rozpoczęła się od bólów głowy, które w krótkim czasie stały się tak bardzo dolegliwymi, że chora stała się niezdolną do pracy. Przedtem pacjentka była zawsze zdrową.

W dzieciństwie przebyła ospę, której wyraźne ślady nosi na twarzy. Z opowiadania matki i osoby inteligentnej, u której Kraj.... pełniła przez lat kilka obowiązki pokojowej, dowiadujemy się, że była szczupłą, dobrze zbudowaną, pracowitą i pod względem umysłowym dobrze rozwiniętą.

Co do rodziców — matka pacjentki jest zupełnie zdrową, nie przebywała żadnych chorób; ojciec zmarł na chorobę ostrą, był również zupełnie zdrowym.

Miesiączkę po raz pierwszy miała w 14-tym roku życia; ta do końca 18-tego roku była ona prawidłową. Od tej ostatniej daty do chwili obecnej miesiączki nie było ani razu. Dodać jednak należy, że aż do ostatniego roku, pomimo braku miesiączki, pacjentka czuła się zdrową.

Chorą po raz pierwszy widziałem na wiosnę zeszłego roku. Szukała porady amblatoryjnie, skarżąc się na ból głowy, trwający od kilku miesięcy. W tym czasie ani twarz, ani ręce nie zdradzały jeszcze istoty choroby. Nie zdając sobie dokładnie sprawy z natury cierpienia, przepisałem wówczas jodek potasu w zwykłych średnich dawkach. Chora wyżyła 3 fiaszeczki przepisane go leku bez żadnego skutku.

W lecie bóle głowy doszły do takiego natężenia, że chora nie mogła pracować w czasie żniw; stała się prawie niedołężną do tego stopnia, że zapomniała wrócić na czas do domu po skończonej pracy w polu; matka mówi o niej, że się zrobiła „całkiem głupią“, bo nawet pozostawiona w domu, gdy matka wychodziła na robotę, nie była zdolną ugotować kartofli na kolację. W tym czasie twarz i ręce zaczęły się wyraźnie powiększać.

Stan obecny. Pacjentka ma wyraz twarzy nieokreślony, martwy, co zdaje się zależeć od zniknięcia delikatniejszych linii z powodu przerostu skóry, lecz nie robi ona wcale wrażenia chorej, owszem zdaje się być wzorem zdrowia i odżywiania.

Od pierwszego wejrzenia twarz wydaje się za dużą, szczególnie uderzająco zbyt rozwinięte kości licowe i szczeka dolna; nos nie wydaje się za dużym. Palce rąk również zwracają uwagę — byłyby za grube nawet dla dużego mężczyzny.

Wzrost 159 cm.. Ściąg 167 cm. [normalny dla ludności pracującej ręcznie]. Tułów z głową [wysokość w pozycji siedzącej] 87 cm. [przeciętny dla tutejszej ludności 82, przy wroście 160 cm.]. Waga ciała 222 funty.

Wymiary głowy. Dla możności porównania przytaczamy dane przeciętne dla kobiet normalnych.

	Kraj.... normalne	
Długość czaszki	192 mm.	178 mm.
Szerokość czoła	123 „	111,7 „
Największa szerokość czaszki	151 „	148,5 „
Szerokość potylicy	131 „	127,4 „
<i>Diam.</i> naduszny	145 „	140,0 „
Długość twarzy (<i>ophryo-mentalis</i>)	150 „	121,9 „
Największa szerokość twarzy	155 „	133,3 „
Szerokość licowa (<i>Diam. jugul.</i>)	140 „	120,0 „
Odległość kątów żuchwy (<i>D. bigoniaque</i>)	119 „	100,3 „
<i>Gonio-mentalis</i>	107 „	91,0 „
<i>Gonio-nasalis</i>	135 „	120,0 „
Obwód głowy	567 „	532,4 „
Wysokość czoła	50 „	46,5 „
Długość nosa	50 „	42,6 „
Szerokość nosa	41 „	33,0 „
Wysokość nosa	22 „	
Grubość wargi górnej	12 „	
„ „ dolnej	13 „	
Przy zamkniętych ustach: obwód szyi	395 „	

Porównyując ze sobą powyższe liczby, widzimy, że u naszej pacjentki najbardziej uległy rozrostowi kości twarzy i żuchwy, a mianowicie: długość twarzy [od punktu międzybrwiowego do bródkowego] o 28 mm.. Szerokość największa [na łukach licowych] o 22 mm.. Szerokość licowa [od punktu, gdzie się zbiegają: tylny brzeg wyrostka czołowego i górnego wyrostka skroniowego kości licowej] o 20 mm.. Odległość kątów żuchwy—blisko o 19 mm..

Rezultat ten zgodny jest z dotychczasowymi badaniami, według których przerostowi ulegają najprzód części obwodowe: ręce, stopy i twarz. Co do dalszego postępu choroby, w opracowaniu akromegalii kol. GAJKIEWICZA [w Gaz. Lek. № 31. 1893] czytamy na str. 793. „Znaczenie dopiero później zostają wciągnięte we współcierpienie inne kości: kończyn oraz tułowia i miednicy, a najmniej, a może najpóźniej dotkniętymi są kości czaszki“.

Otóż, liczby nasze wskazują, że niektóre przynajmniej kości czaszki ulegają także przerostowi w bardzo wczesnym okresie choroby. Daje się to stwierdzić przedewszystkiem na kości czołowej. Szerokość czoła [tak zwana najmniejsza] wynosi 123 mm., t. j. przewyższa szerokość przeciętną przeszło o 1 centymetr. Przejrzelismy paręset naszych pomiarów normalnych i ani razu nie znaleźliśmy tak wysokiej liczby: przewyższa ona o 3 mm. największy normalny wymiar.

Długość czaszki jest również wyjątkowo wielką. Na parę set pomiarów 2 razy znaleźliśmy 190 mm., a tylko raz jeden 195, ten ostatni uważać należy za wyjątkowy, prawdopodobnie nienormalny (*hydrocephalus*); wymiar zatem Kraj.... — 192 mm. — należy uważać za leżący po za granicami normalnych.

Dalej trzeba mieć na względzie, że największa szerokość twarzy, którą znaleźliśmy bardzo powiększoną, przypada zawsze na wyrostku licowym kości skroniowej. Jeżeli więc nie cała kość skroniowa, to w każdym razie jej wyrostek licowy ulega przerostowi.

Szerokość jednak właściwej czaszki jest niezmienną i w naszym przypadku. Szerokość największa, naduszna i potylicowa różni się tak mało od przeciętnej, że je uważać należy za normalne.

Stąd wnosić należy, że i niektóre kości czaszkowe, te mianowicie, które się łączą bezpośrednio z kośćmi twarzy, biorą bardzo wczesnie udział w rozroście. Ta właśnie okoliczność tłumaczy nawet drobne różnice, otrzymane przezemnie przy porównaniu; najmniej się różnią od przeciętnych: szerokość czaszki i potylicy, jako przypadające na kościach nie łączących się bezpośrednio z twarzowymi. Szerokość naduszna jest już nieco większą, gdyż bierze ją na odnodze wyrostka licowego kości skroniowej, przechodzącej po nad otworem zewnętrznym ucha, a jak widzieliśmy, wyrostek ten bierze niewątpliwie udział w rozroście. Powiększenie długości czaszki prawdopodobnie zależy od rozrostu dolnej części kości czołowej: wyrostków licowych, łuków brwiowych, a może najwięcej, zatok czołowych.

Obwód głowy stwierdza powyższe rozumowanie, gdyż tylko przy nadmiernie szerokiem czołe można otrzymać 567 mm. obwodu przy długości 192 mm., szerokości 151 mm..

Udział we wczesnym okresie choroby niektórych kości czaszki może jest w związku z pierwszym objawem choroby — silnym bólem głowy; przerost kości czołowej nie może być bez wpływu na oponę twardą.

Szczęka górna u naszej chorej była wyraźnie powiększoną. Pomiedzy zębami odstępow nie było, język również powiększony, lecz nie w takim stopniu, jak się to widzi na fotografii chorego kol. GAJKIEWICZA [Gaz. Lekarska. № 31]. Proporcjonalność budowy, t. j. stosunek kończyn do tułowia uważać

należy jako normalny. Stosunek sięgu do wzrostu otrzymaliśmy 105, tylko nieco większy od normalnego. Różnica w wysokości tułowia z głową, wynosząca u Kraj..... 5 ctm. w porównaniu z normalną dla tego wzrostu, jakkolwiek dość znaczna, nie może być odniesiona do rzeczywistego wydłużenia tułowia, bo zależy od otyłości, a raczej od rozwoju mięśni (*glutei*), wskutek czego wysokość w pozycji siedzącej wypadła większą.

Przytaczamy jeszcze niektóre wymiary:

Długość obojczyka	167 mm.
Szerokość obojczyka	40 "
Długość mostka bez wyrostka mieczykowatego	170 "
<i>Diameter interspinalis</i>	260 "
" <i>intercristalis</i>	305 "
" <i>intertrochantericus</i>	330 "
<i>Conjugata externa</i>	215 "

Wymiary kończyn.

Długość ręki [do końca 3-go palca] prawej 156 mm., lewej 156 mm..

Szerokość dłoni [na wysokości stawów śródręczno-palcowych] prawej 95 mm., lewej—96 mm..

Obwód ręki prawej 235 mm., lewej — 230 mm..

Długość palucha prawego 59 mm., lewego — 57 mm..

Długość palca II prawego 59, lewego — 57 mm.

Długość palca III prawego 109 mm, lewego 100 mm.

"	"	IV	"	106	"	"	103	"
"	"	V	"	83	"	"	83	"
Obwód	"	I	"	76	"	"	77	"
"	"	II	"	76	"	"	74	"
"	"	III	"	75	"	"	75	"
"	"	IV	"	68	"	"	73	"
"	"	V	"	64	"	"	63	"

Długość przedramienia [od wyrostka łokciowego do wyrostka rylcowego] 270 milimetrów.

Obwód przedramienia	305 mm.
Obwód stawu łokciowego	290 "
Obwód stawu napięstkowego	193 "
Długość ramion	350 "
Obwód ramion	320 "

Wymiary kończyn dolnych.

Długość stopy	240 "
Obwód stopy [na podbiciu]	340 "
Długość palucha	60 "
Obwód palucha	85 "
Długość goleni [od stawu kolanowego do kostki]	35 "
Obwód goleni	360 "
Obwód kolana	370 "

Długość uda [od kolca biodrowego przedniego
go górnego do stawu kolanowego] . 460 mm.

Obwód uda 560 „

Badanie narządów wewnętrznych i ich czynności, jak również układu nerwowego nie doprowadziło do wykrycia jakichkolwiek zboczeń.

Rozbiór moczu nie dał również żadnych wskazówek.

Dokładne badanie pola widzenia z powodu braku perymetru nie było dokonane. Zmiany jednak w oczach musiały być znaczne, gdyż pacjentka sama zauważyła, że widzi znacznie gorzej od czasu, gdy jest chorą.

Badanie narządów płciowych, dokonane przez kol. JAWOROWSKIEGO, nie wykryło żadnych zboczeń.

Leczenie. Ponieważ istota choroby jest zupełnie nieznana, więc też i mowy być nie może o racjonalnych wskazaniach.

W dniu przybycia chorej do szpitala, mając na względzie najprzykrejszy objaw choroby: ból głowy, przepisaliśmy bromek potasu [trzy razy dziennie grn. X]. Skutek był pomyślny i szybki, gdyż trzeciego dnia bóle głowy wyraźnie się zmniejszyły. Dodać jednak trzeba, że drugiego dnia pobytu chorej przepisałem sztuczną sól karlsbadzką w ilości 2—3 łyżeczek dziennie, przy czem chora miała 2—3 wypróżnienia na dobę.

Kurację tę prowadziłem do 5 tygodni, mając na celu zmianę kierunku ogólnej przemiany materii. Bóle głowy ustały zupełnie, chociaż bromek potasu odstawiłem w drugim tygodniu pobytu chorej w szpitalu.

Pomimo jednak kuracyi karlsbadzkiej waga chorej podniosła się w ciągu tego czasu o $\frac{1}{2}$ funta. Subiektywnie chora czuła się lepiej, jednakże dawała: „nie jestem taką, jaką byłam dawniej“.

W dalszym ciągu kuracyi przepisałem arsenik — podając od czasu do czasu sole czyszczące. Bóle głowy nie powracały, chora uskarżała się tylko na nieokreślone bóle w plecach i stale powtarzała, że się nie czuje zdrową.

Oprócz tego kol. CZERWIŃSKI stosował przez kilka tygodni faradyzację macyj—w celu wywołania miesiączki—ale bezskutecznie.

Chora wypisała się ze szpitala po przeszło dwumiesięcznym pobycie.

Przy wyjściu ze szpitala ważyła 224 kg .

Lublin, 16. XI. 1893.

II. PRZYZYNEK DO LECZENIA PORONIEŃ, osnuty na tle 250 przypadków.

Podał

D-r Mikołaj Warman [Kielce].

— — — — —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 4].

Z tego wszystkiego widzimy, że sprawa wydalenia się zawartości poronienia i przy tamponadzie pochwy pozostaje zależną li tylko od fizyologi-

cznego oddzielenia się tej zawartości drogą zmian anatomicznych w naczyniach krwionośnych, łączących płód z ustrojem matki, a występujących wtedy, gdy ciąża zostaje przez moment patologiczny przerwana. Zmiany te anatomiczne, polegające na wytwarzaniu się zatorów w naczyniach krwionośnych, mają miejsce i przy porodzie, gdy ciąża zostaje przerwana przez prawo natury.

Tampon zatem przy poronieniu może być zastosowany wyłącznie celem zatrzymania krwotoku, użycie zaś jego przy nieobfitem krwawieniu, jako środka, przyspieszającego poronienie, jest nie tylko bezcelowem, ale wprost szkodliwem. Wprowadzany przez długi czas do pochwy tampon, już to przez sam akt wprowadzenia, już też jako ciało obce, a najgłówniej przez miejscowe działanie środków antyseptycznych, wywołuje silne podrażnienie powierzchni pochwy, dochodzące nieraz do owrzodzeń i tworzące tym sposobem *porta morbi* dla sprawy septycznej, a oprócz tego sprawia on po krótkim czasie chorą niezmiernie dokuczliwy ból, tak, że gdy w takich warunkach pojawi się nagły krwotok, to chora stanowczo sprzeciwia się tamponadzie, przekładając nieraz nad nią największe dla siebie niebezpieczeństwo.

Przechodząc do warunków, jakim tampon odpowiadać winien, to przede wszystkim zaznaczyć mi wypada wyjąłowany stan jego; wszelkie zatem kolpeuryntery, wyrabiane z gumy, materiału dość trudnego do wyjąłowienia, powinny być stanowczo zarzucone, ustępując miejsce innym materiałom, które łatwo dają się doprowadzić i utrzymać w stanie wolnym od drobnoustrojów. Przy obfitym krwotoku pozostają dla nas rzeczą obojętną, czy w celach tamponady użyjemy waty lub gazy, czy płótna [CHAZAN]; pierwszeństwo bowiem ma ta tkanina, która znajduje się pod ręką. Daleko ważniejszą jest dla nas kwestya, w jaki sposób mamy tkaniny te wyjąławiać.

VEIT, opierając się na wynikach nowoczesnego operowania aseptycznego w chirurgii i wierząc w aseptyczny stan drogi porodowej u ciężarnej, dąży do zupełnego wyrugowania z położnictwa środków chemicznych antyseptycznych. Jest to, zdaniem naszym, zawcześnie. Pomijając wspólnie z VEIT'em 9,20% ciężarnych, u których DOEDERLEIN znalazł w pochwie drobnoustroje chorobotwórcze, pomijając nawet szkodliwy wpływ znajdujących się w pochwie u pojedynczych ciężarnych *s a p r o f i t ó w*, nie możemy w praktyce prywatnej obejść się bez preparatów antyseptycznych dlatego, że nie zawsze mamy pod ręką wyjąłowany materiał opatrunkowy. Prawda, że dzięki wyjąławiaczowi swojemu jestem w możności uwolnić opatrunki od drobnoustrojów, ale tylko przed operacjami chirurgicznymi i ginekologicznymi, przed którymi mam dość czasu; wobec zaś krwotoku trudną jest rzeczą zająć się wyjąławianiem tkaniny, która ma być użytą do tamponady, a względy natury czysto ekonomicznej nie pozwalają lekarzowi-praktykowi zaopatrywać się w opatrunki wyjąławione.

Środki antyseptyczne są przeto przy użyciu tamponów niezbędne. Świetne wyniki, jakie otrzymano od jodoformu, *resp.* od gazy jodoformowej, przy traktowaniu jam chirurgicznych, a to względnie do zabezpieczenia chorych od miejscowego podrażnienia i ogólnego zatrucia, zniewalają nas do posilkowania się środkiem tym i przy tamponadzie pochwy. DOEDERLEIN wprawdzie wykazał

doświadczalnie, że dla pochwy najlepszym środkiem antyseptycznym jest kwas mleczny, ale ja w swoich przypadkach nie zdążyłem go jeszcze zastosować. Co się tyczy gazy jodoformowej, to tę podług badań bakteriologicznych SCHLANGE'go (39), które wykazały w niektórych opatrunkach, przesiąkniętych środkiem antyseptycznym, obecność drobnoustrojów, należy jeszcze poddać wyjałowieniu. Nie myślę lekceważyć badań SCHLANGE'go chociażby i na zasadzie spostrzeżeń swoich, w których 10%—20% gazy jodoformowej, kupionej wprost w aptece, wprowadzałem bez uszczerbku dla chorych nie tylko do pochwy, ale i do jamy macicznej po porodach; zakrawałoby to na zasadę „*post hoc ergo propter hoc*“; jestem bardzo za wyjałowioną gazą jodoformową, którą w praktyce położniczej wtenczas dopiero stosować będziemy mogli, gdy fabryka jaka zechce zgodnie z życzeniem VEIT'a i DUEHRSEN'a wyjałowienie to wziąć na siebie, jak to ma miejsce w Berlinie w fabryce chemicznej Mylius'a.

Wyższość, jaką jodoform posiada nad innymi środkami antyseptycznymi, jak wyżej wspomniałem, oraz łatwość zastosowania go w formie gazy, stawia tę ostatnią na pierwszym planie w stosunku do waty i płótna przy tamponadzie pochwy. Oprócz zadośćuczynienia wymaganiom antyseptyki, gaza jodoformowa daleko pewniej wstrzymać może krwotok, niż wata i płótno; tych ostatnich bowiem tkanin używamy zawsze w stanie wilgotnym, maczając je w płynie antyseptycznym, przez co ograniczamy ich własności wsysania. Tym sposobem krew daleko łatwiej zbiera się na powierzchni ich, a krzepnąc na niej, wyslizguje się bardzo łatwo wraz z tamponem z pochwy; gaza zaś, wprowadzona do pochwy w stanie suchym i będąca ciałem porowatym, wsysa w siebie krew, a niezmienną jej szorstką powierzchnią dość mocno przylega do ścianek pochwy. Sama zaś tamponada gazą, dokonana sposobem CHAZAN'a, t. j. pod kierunkiem dwóch palców, rozszerzających pochwę, jest niezmiernie łatwą i nie sprawia chorej żadnego bólu, podczas gdy wata, szczególnie przy niepodatności pochwy, wymaga użycia wziernika, który nie zawsze bywa pod ręką i który należy zawsze przedtem wyjałowiać.

O trzech lat, t. j. od czasu, gdy przy traktowaniu poronienia posiłkuję się wyłącznie gazą jodoformową, ani razu nie zanotowałem powtórnego krwotoku; przeciwnie, bezkrwawy przebieg całej sprawy świadczy o tem, że praca, jaką sobie zadaje macica celem oddzielenia i wydalenia zawartości swej, jest niezmiernie systematyczną i pozostaje w granicach prawa fizyologicznego. Skoro tampon nie jest za duży i nie wywiera ucisku ma przyległe macicy narządy, t. j. gdy jest szerokości czterech palców, a długości od 1—1½ łokcia [zależnie od objętości sklepienia pochwowego], nie sprawia on żadnego bólu, przeciwnie wywołuje jednostajny, a lekki skurcz macicy, skutkiem czego zbyt forsonne oddzielenie się spojonego z wewnętrzną powierzchnią macicy jaja płodowego znakomicie ogranicza się i jednocześnie z tem ustają wszelkie bóle gwałtowne i to na czas, dopóki trwa oddzielanie się jaja płodowego drogą zakrzepu się naczyń krwionośnych, a gdy to nastąpiło, macica drogą silnych skurczów, *resp.* bólów wytłacza ze siebie zawartość swą. Gdy uda nam się moment ten uchwycić, to celem ostatecznego wydalenia jaja płodowego wystarcza lekki ucisk na

stwardniałą macicę przez powłoki brzuszne, gdy zaś to się odbywa w naszej nieobecności, to jajo płodowe często wydalą się samo wraz z tamponem, lub też przy zmianie tamponu znajdujemy je w całości w pochwie.

Im dalej ciąża jest posuniętą, tem pewniejsze jest całkowite wydzielenie się jaja płodowego wraz z jego częściami składowymi. Inaczej rzecz przedstawia się, gdy ciąża nie przeszła jeszcze trzeciego miesiąca, *resp.* gdy doczesna prawdziwa (*decidua vera*) nie zrosła się na całej swej powierzchni z błoną zawiniętą (*reflexa*). W tych razach przy poronieniu pozostają często strzępy prawdziwej, które łatwo bywają źródłem krwotoków następnych. Zebrane przezemnie podobne przypadki w ilości 42 do pewnego tylko stopnia stwierdziły wyniki, zebrane przez PUPPE'go, że w tych razach *restitutio ad integrum* bywa dokonywanem przez siły natury.

W większości przypadków tak bynajmniej nie jest, a ufając naturze, wystawiamy chorą na jawne niebezpieczeństwo: narażamy ją na obfite krwotoki i na powstanie przewlekłej subinwolucji macicy. Często zdarzało mi się w praktyce ginekologicznej spotykać chore, blade, wycieńczone, które skarżyły się na częste i nieprawidłowe krwawienia maciczne i które wcale nie wiedziały o tem, że zroniły, gdyż poronienie miało miejsce w początkach ciąży, przez nie wcale nie podejrzanem. Chore te wyżyły już sporo sporyszu, zachowywały przez długi czas spokój w łóżku, a pomimo to przy badaniu konstatowałem powiększenie macicy, otwarte ujęcie, a nawet szyjkę maciczną i zgrubiałą, nierówną błonę śluzową macicy. Taki sam stan macicy spotykałem po dłuższym czasie [raz po dwóch latach] u chorych, u których byłem obecny przy poronieniu, a które nie zgodziły się na usunięcie resztek jaja płodowego. Przy poronieniu przeto w początkowych okresach ciąży metoda wyczekująca nie zawsze wystarczyć może. W niektórych razach i to w bardzo świeżych dostateczną jest dla usunięcia resztek jaja płodowego tamponada DUEHRSEN'a, daleko zaś lepsze wyniki daje ostra łyżeczka z następczem jedno lub kilkorazowem przyżeganiem wewnętrznej powierzchni macicy nalewką jodową. Gdy zaś mamy przed sobą przypadek zaniedbany, *resp.* gdy od poronienia upłynęło już kilka miesięcy, lub nawet tygodni, to wyskrobanie resztek błony prawdziwej i częste przyżegania nie zawsze wystarczają, aby uwolnić chorą z całą pewnością od krwotoków, które łatwo powstają, przez silnie rozwiniętą subinwolucję macicy. Stan ten, nie poddając się leczeniu miejscowemu, dość szybko ustępuje przy podskórnych wstrzykiwaniach ergotyny, przestrzeganiu zawałów kiszkiowych i przepełnienia pęcherza moczowego. Wybornie również działa w tych razach tamponada jamy macicznej.

Wyżej wzmiankowałem, że dzięki postępom, jakich dokonało za czasów naszych położnictwo względnie do kwestyi powstawania gorączki połogowej, lekarz, szanując zasady antyseptyki, a jeszcze więcej aseptyki, posiada w ręku kolosalną broń zapobiegawczą przeciw powikłaniu temu. Tem łatwiej przychodzi mu to przy poronieniu, gdzie nigdy nie miewają miejsca uszkodzenia zewnętrznych części drogi porodowej, jak pochwy lub krocza. Przy zachowaniu nader ścisłej, subiektywnej aseptyki zbyteczną staje się, tembardziej przy poronieniu, wszelka obawa powikłania sprawy całej podniesieniem ciepłoty ciała.

Jeszcze bardziej płonną jest obawa powstania posocznicy (*septicaemia*), której nie tylko w przypadkach swoich ani razu nie zanotowałem, ale nie spotykałem u chorych, do których byłem przywołany już po wystąpieniu odczynu gorączkowego. Nie wykluczam jednakże możliwości wystąpienia odczynu gorączkowego u roniących, u których zostały uszanowane zasady aseptyki, ale w przypadkach takich, których przebieg kliniczny bywa nieraz bardzo poważny, źródłem gorączki nie zawsze bywa zawartość macicy, nieraz zlekka cuchnąca.

Pomijam, że bardzo często zdarzało mi się spotykać niezmiernie cuchnącą wydzielinę z pochwy, a chore nie gorączkowały, ale przez spostrzeżenia swoje doszedłem do przekonania, że najczęściej przyczyniają się do gorączki zawały stolcowe: u 16 gorączkujących powtórzyło się to 14 razy, u dwóch zaś drobnowidzowo stwierdziłem obecność we krwi *plasmidii malariae*. Zbytecznem jest wyliczenie w tem miejscu tych wszystkich chorób gorączkowych, które wikłają okres połogowy, a które, co za tem idzie, mogą mieć miejsce i przy poronieniu; wiadomo tylko, że różniczkowe rozpoznanie tychże, jak również stanowcze określenie posocznicy, albo gorączki od wessania (*Resorptionsfieber*), jest w większości przypadków rzeczą niezmiernie trudną. Z tego wychodząc, nie jeden lekarz *ex nocentibus et juvantibus* przystępuje przy gorączce do forsownego wydalenia jaja płodowego, nie mając nawet przed sobą należytego rozpoznania co do źródła gorączki i chociażby warunki dla radykalnej operacji były zupełnie nieprzychylne. W kilku dziesiętnych podziałkach termometru wyżej nad normę widzi on większe niebezpieczeństwo dla chorej, niż w następnych i skutkiem niekompletnego usunięcia zawartości macicy powstałych krwotokach.

Z przytoczonych wyżej 16 chorych gorączkujących u 11 dokonałem operacji radykalnej ręką i ostrą łyżeczką, a pomimo braku u nich wszelkiego stanu zapalnego w narządach miednicowych u żadnej literalnie gorączki nie zwalczyłem. Stan gorączkowy trwał jeszcze po operacji od 6—12 dni, a u jednej malarycznej [z przebiegiem, pozbawionym typu wszelkiego] 18 dni.

Bez kwestyi uważać można materyał mój za niedostateczny, aby hołdować wyłącznie metodzie wyczekującej w przypadkach pojawienia się gorączki u roniących; stanowczo tylko sprzeciwiać się można operowaniu bez określenia przyczyny gorączki. Podczas gdy u 11 operowanych gorączka trwała po operacji przeciętnie 9 dni, to u pięciu nieoperowanych daleko prędzej, bo w 3 dni, udało mi się, pomimo cuchnących wydzielin, usunąć gorączkę za pomocą obfitych przepłukiwań pochwy płynem antyseptycznym, tamponowania gazą jodoformową i należytego opróżnienia kiszek.

Nie wierzę w to, że jednorazowe usunięcie zawartości macicy, aseptycznie dokonane, mogłoby chorej zaszkodzić; przeciwnie, gdzie warunki ze strony jamy macicznej sprzyjają, tam radykalna operacja, tak przy gorączce, jak i bez niej, zawsze ma rację bytu; ale w razie, gdy gorączka nie została przez rękoczyn nasz zwalczoną, stanowczo zaniechać należy wszelkich następnych rękoczynów, jak: częstego badania jamy macicznej, wprowadzania narzędzi, przepłukiwań i t. d., gdyż przy nich wzmagą się wrażliwość adneksów maci-

cznych, a co najważniejsza, łatwo pominąć można zasady aseptyki. Jeżeli DUEHRSEN pragnie rozszerzyć część operacyjną położnictwa, to zwraca uwagę, że na przeszkodzie temu stoi tylko to, że wielu lekarzy nie przyswoiło sobie dotychczas ducha operowania aseptycznego, skutkiem czego często mie-
wa miejsce lekceważenie jego. Najtrudniej zaś jest, jakem się przekonał, pozostać ścisłym dla aseptyki przy rękoczynach, które stosujemy wtedy, gdy dokonana przez nas operacja nie powiodła się: już to sami uważamy rękoczyny te za nieznaczne w porównaniu z dokonaną operacją, już też robimy ustępstwo dla chorej, która wobec powtórzenia przygotowań, przez dezynfekcję subiektywną wymaganych, stawia więcej oporu, niż przed operacją. W tych razach dezynfekcja wszelka bywa dokonywaną na prędko (*Schnelldeinfection*); ta zaś bynajmniej nie jest w stanie doprowadzić wszystkiego, czem dotykamy się drogi porodowej, do stanu aseptycznego.

Zdanie zatem WINCKEL'a, że przy rozpadzie jaja płodowego należy większą część oddzielić ręką, a pozostałości uczynić nieszkodliwymi przez częste antyseptyczne przepłukiwania, może znaleźć zastosowanie tylko w klinikach, gdzie aseptyka obecnie na dobre się zagospodarowała; w praktyce prywatnej daleko pewniejszą jest rzeczą po oddzieleniu większych kawałków wytamponować jednocześnie jamę maciczną gazą jodoformową, a unikać częstego wprowadzania kateteru, nie wyjąłowanego należycie, gdyż rękoczyn ten tym sposobem staje się przyczyną zapalnego stanu tkanek do macicy przyległych i pochodzenia zakaźnego.

Z tego wszystkiego widzimy, że najracjonalniej jest operować wtenczas, gdy mamy szanse do usunięcia wszystkiego z jamy macicznej, co głównie zależnem jest od stanu szyjki macicznej.

Jeżeli ta jest dostatecznie otwartą, to łatwo udaje nam się, szczególnie ułożywszy chorą w położeniu TRENDLENBURG'a, odprowadzić macicę ku zewnątrz i za pomocą palców i ostrej łyżeczki dokonać operacji radykalnej; przy niedostatecznie otwartem ujściu, lub gdy ono jest zamknięte, płód na znacznej przestrzeni jest jeszcze przyrośniętym do ścianek jamy macicznej i całkowite jednorazowe oddzielenie jego jest rzeczą, prędzej przez teoretyków wymarzoną, niż przystępną dla lekarza-praktyka.

Mówiąc o traktowaniu poronienia, wypada nam tu dodać, że jedną z najczęstszych przypadłości, a mianowicie ostrą niedokrwistość po obfitych krwotokach ze wszystkimi jej groźnymi objawami, jak: utratą przytomności, tętna, najlepiej we wszystkich przypadkach zwalczyć mi się udało przez wlewania do odbytnicy jednego litra wody i łyżeczki soli kuchennej [0,6%]; sposób ten na szczególniejszą zasługuje uwagę w praktyce prywatnej, że obchodzi się bez wyjąłowania materiału użytego i narzędzi, niezbędnego przy podskórnych i żylnych wstrzykiwaniach, i może przeto zawsze być zastosowanym ¹⁾.

¹⁾ Składam w tem miejscu wyrazy szczerzej podziękii wielce poważanemu kol. ANDRZEJEWSKIEMU za cenne jego uwagi przy zbieraniu materiału niniejszego oraz za szacowną pomoc przy operacjach.

L I T E R A T U R A.

- 1) SCHROEDER. Lehrbuch des Geburtshülfe. Wyd. 9. 1886, str. 482. — 2) WINCKEL. Lehrbuch des Geburtshülfe. 1889, str. 288; Centrblt. f. Gyn. 1890, str. 30. — 3) DÜHRSEN. Vademecum, str. 69. — 4) Abortus Encykl. EULENBURG'a. Wyd. II. — 5) NEJHOFF. Centr. f. Gyn. 1890, str. 86. — 6) C. H. STRATZ. Centr. f. Gyn. 1890, str. 719. — 7) Beiträge zur Abortbehandlung. Centr. f. Gyn. 1891. Nr. 43. — 8) Zur Therapie des Abortus. Deut. med. Woch. 1891. Nr. 53. — 9) str. 479. — 10) Deutsch. Med. Wochenschr. 1880. Nr. 51 i 52. — 11) Der schwangere und kreissende Uterus. Bonn. 1886. — 12) COHN. Zur Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode. Zeitschrift f. Geburtshülfe. T. 12. — 13) Berl. klin. Woch. 1880. Nr. 4. — 14) Deutsch. Med. Wochen. 1880. Nr. 4. 1881. Nr. 12. — 15) Blutverlust bei der Geburt. Wien. med. Blätter. 1886. Nr. 11—12. — 16) Abwartende Methode oder Credesches Handgriff. Lipsk. 1888. — 17) Untersuchungen über die Folgezustände nach Abort. Inaug. Diss. Berlin, 1890, — 18) Ueber den Verlauf und die Behandlung des Abortus. Partus praematurus. Münch. med. Woch. 1888. Nr. 28. — 19) Assa foetida gegen habituellen Abortus. Centr. f. Gyn. 1892, str. 164, jak również Centr. f. Gyn. 1890, str. 704. — 20) Ueber Gebärmutterblutungen als Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortus. Münch. Med. Woch. 1890. Nr. 50. — 21) Das Scheidensekret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. Lipsk. 1892. — 22) Aseptik in der Geburtshülfe. Berlin. klin. Woch. 1892. Nr. 20. — 23) Posiedzenie Tow. Położu. i Ginek. w Berlinie 27 lutego. 1891. Centr. f. Gyn. Nr. 18. — 24) Eine neue Methode zur Einleitung der künstl. Frühgeburt. Centr. f. Gyn. 1890. Nr. 42. — 25) Der Elektrische Schröpfkopf. Ein Apparat zur Erregung von Wehen. Centr. f. Gyn. 1890, str. 460 i Erfahrungen mit dem elektrischen Schröpfkopf. [Strassburg]. — 26) Ein Fall von protrahirten Abort mit der APOSTOLI'schen Methode behandelt. Centrblt. f. Gyn. 1892. Nr. 15. — 27) Ueber die APOSTOLI'sche Behandlung refer. z Gyógyászat. 1890. Nr. 15. — 28) Einige Versuche mit dem elektrischen Schröpfkopf. Centr. für Gyn. 1890. Nr. 43. — 29) Erregen der Wehentätigkeit durch intra-uterine Injektion von Glycerin. Arch. f. Gyn. T. 42. Zesz. 2. — 30) Centr. f. Gyn. 1890, str. 778 — 31) Centr. f. Gyn. 1890, str. 858. — 32) Centr. f. Gyn. 1891, str. 31. — 33) Centr. f. Gyn. 1890, str. 598. — 34) 118 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt Centr. f. Gyn. 1890. Nr. 30, str. 532. — 35) Aseptik, str. 128. — 36) Geburtshülfe. Berlin.. 1891, str. 188. — 37) Centr. f. Gyn. 1890, str. 858. — 38) Centr. f. Gyn. 1891, str. 860. — 39) Cyt. u SCHIMMELBUSCH'a, str. 81.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

III. O ROPNIACH PODPRZEPONOWYCH

(*abscessus subphrenicus*).

Podał

Franciszek Kijewski,
ordynator kliniki chirurgicznej.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 4].

W pierwszym przypadku przekłucie wykonywać należy na przedniej ścianie, najlepiej pomiędzy linią pachową przednią i sutkową, najdalej zaś na linii pachowej przedniej i stosunkowo dosyć nisko — w VIII międzyżebżu; wkuwać należy śmiało i głęboko, aby przejść nie tylko przez ścianę klatki piersiowej, ale i przeponę. Nie mam obawy przytem, aby nastąpiło zajęcie opłucnej skutkiem przedostania się ropy ze strzykawki; przepona tak mocno i ściśle przylega do przedniej ściany klatki piersiowej, że niemal razem wszys-

tkie te warstwy: ściana klatki piersiowej, 2 listki opłucnej i przepona, przedstawiają jedną całość i zawartość nie może się przedostać do jamy opłucnej, a chociażby się i dostała, to skutkiem nader szczelnego przylegania ścian do siebie z łatwością powstaje sklejenie się listków opłucnej w tem miejscu, i sprawa dalej się nie szerzy.

Zupełnie inaczej przedstawia się rzecz cała przy przekłuciu próbnem ze strony jamy otrzewnej przez powłoki brzuszne. Ropnie podprzeponowe wytwarzają silne zrosty z częściami otaczającymi, przez co przedstawiają ogniska ściśle oddzielone od pozostałej jamy otrzewnej, ale zrosty te w jamie brzusznej nie sięgają zbyt nisko; powłoki brzuszne tylko w wyjątkowych razach przyjmują udział w utworzeniu ściany ropnia. W przypadkach naszych widziałem zrosty tylko na wysokości łuku żebrowego. Pomimo to że chełbotanie wyraźnie wyczuć można było przez powłoki brzuszne poniżej łuku żebrowego, jednak po otwarciu jamy otrzewnej w miejscach tych nie znajdowaliśmy zupełnie zrostów z przednią ścianą brzucha, chełbotanie zaś zależało od wypuklenia ściany ropnia, lub też wyczuć je można było zupełnie dobrze przez wątrobę. Przednia ściana jamy brzusznej nie przylega ściśle do ściany ropnia; dlatego też przy przekłuwaniu z łatwością możemy spowodować przedostanie się zawartości ropnia do jamy otrzewnej i wywołać zapalenie tej ostatniej. Jeżeli już chcemy przekłuwać ze strony brzucha, to najbezpieczniej igłę wprowadzić bezpośrednio pod łukiem żebrowym i kierować nią skośnie ku górze, aby przez to ominąć niezajętą sprawą chorobową jamę otrzewnej i trafić wprost do jamy ropnia. Ostrożność ta będzie naturalnie zupełnie zbyteczną, jeżeli ściana brzucha stanowić będzie część ściany samego ogniska ropnego. Zatrzymałem się tak długo nad kwestyą wyboru miejsca do przekłucia próbnego, ale zakomunikowanie tych wskazówek, zdobytych własnem doświadczeniem, uważałem za konieczne, tembardziej, że stosunki, wymienione tu, przydadzą się nam niezmiernie przy wyborze sposobów operowania.

W dalszym przebiegu cierpienia, gdy w sprawę chorobową wciągnięte zostaną narządy sąsiednie, otrzymujemy cały szereg najróżnorodniejszych objawów, zależnych od zmian w tych narządach. Występują tedy cechy swoiste dla zapalenia opłucnej, płuc, osierdzia, otrzewnej i t. d.. Niekiedy mamy gwałtowne zajęcie opłucnej skutkiem przedziurawienia przepony brzusznej, a niekiedy w przebiegu cierpienia naraz występują objawy przedziurawienia płuca i wydzielenie się tą drogą znacznej ilości cuchnącej ropy. W tych zatem przypadkach, gdzie, pomimo starannego rozpatrzenia sprawy, nie możemy wywnioskować, z jakim cierpieniem mamy do czynienia, na przebieg i powiększenia powinniśmy zwracać uwagę, gdyż te mogą być nam pomocne przy rozpoznaniu.

Każdy z objawów tu przytoczonych oddzielnie wzięty spotkać można i przy innych cierpieniach; żaden z nich nie przedstawia nic wyłącznego dla ropni podprzeponowych: dlatego też przy rozpoznaniu należy brać pod uwagę cały zbiór objawów, a nie zatrzymywać się na jednym wytycznym punkcie; wnioskować zaś należy o cierpieniu na zasadzie wszystkich zebranych cech i wywiadów.

Wykazać obecność wysięku w dolnej części klatki piersiowej jest dosyć łatwo, niezmiernie jednak trudno oznaczyć, czy wysięk ten znajduje się nad przeponą brzuszną, czy też pod nią, a przy ropniach podprzeponowych jest to najważniejsze zadanie. W przypadkach posuniętych daleko, gdzie ropień sam ma skłonność do przedostania się na zewnątrz, gdzie ściana brzucha przyjmuje udział czynny w utworzeniu jamy ropnej, zadanie to rozwiązuje się dosyć łatwo przy pomocy wyliczonych tu sposobów badania i cech rozpoznawczych. W przypadkach zaś mniej rozległych wcale to nie tak łatwa sprawa. Próbne nakłucie, wykonane przez klatkę piersiową, mało ma znaczenia: wykazuje ono obecność wysięku, ale bynajmniej nie oznacza jego miejsca; nawet owa charakterystyczna granica górna stłumienia sama przez się w tych razach nie rozwiązuje kwestyi, gdyż przy otorbionych wysiękach w opłucnej, lub też przy zapaleniu okołopłucnem również możemy otrzymać podobną linię.

Jak widzimy z przytoczonego tu obrazu, rozpoznanie ropni podprzeponowych nie należy do zbyt łatwych rzeczy. Pomimo starannego zbadania chorego i rozpatrywania szczegółowego wszystkich danych, lekarz ma nieraz ciężkie zadanie do rozwiązania, z czem ma do czynienia. Niekiedy nawet przypadki pozornie proste przedstawiać mogą trudności niezmiernie w rozpoznaniu. SCHENK ¹⁾, na przykład, podaje spostrzeżenie, dotyczące ropnia podprzeponowego z lewej strony wraz z przemieszczeniem narządów (*situs viscerum inversus*).

Owe cechy, przytoczone przez LEYDEN'a, HERRLICH'a, SENATOR'a, FUEBRINGER'a i innych, nie zawsze występują tak wyraźnie: nierzadko wielu z nich brak, a wielu wykazać nie możemy, gdyż na pierwszy plan występują inne cierpienia, szczególnie ze strony opłucnej i płuc. Należy wtedy rozpatrzyć szczegółowo początek cierpienia i jego przebieg, dobrze mieć w pamięci obraz cały chorób, przedstawiających pewne cechy pokrewne ropniom podprzeponowym.

Zwracam tu uwagę na: wysięki w opłucnej, otok ropno-powietrzny piersiowy, zapalenie okołopłucne, ropnie śródpiersia, zapalenie osierdzia, a ze spraw podprzeponowych: bąblowiec wątroby lub śledziony, nowotwory wątroby, ropnie jej, ropnie trzustki i t. d., a oprócz tego *hernia diaphragmatica*. Pomijam tu rozpoznanie różniczkowe tych wszystkich cierpień; gdybym chciał wyczerpać tę kwestyę, zaprowadziłoby to mnie zbyt daleko i rozszerzyłoby nadmiernie rozmiary pracy mojej.

Zatrzymać się jeszcze muszę nad objawami ropni podprzeponowych zaotrzewnowych (*retroperitoneales*); w tych razach również przedewszystkiem starać się należy wykryć, że tak powiem, podstawowe cierpienie, które spowodowało ropień. Ponieważ, obok innych przyczyn wywołujących, poważne miejsce zajmuje *paranephritis*, przeto nad tym punktem zastanowić się potrzeba.

Zwykle występują u takich chorych bóle w boku samodzielnie lub przy ucisku; gorączka; odpowiednia okolica lędźwiowa obrzęknięta; z łatwością w tej okolicy wykryć można guz chęlbocący, przy osłuchiwaniu żadnych szme-

¹⁾ SCHENK. Ein Fall von subphrenischem Abscesse bei einer Frau mit Situs viscerum inversus. St. Petersburger med. Wochenschr. 1889. Nr. 14.

rów nie wykazujący. Niekiedy odpowiednia kończyzna dolna przyciągnięta jest do brzucha skutkiem zajęcia *m. psoatis*. Przy przekłuciu próbnem owego ogniska chęłbocącego otrzymać możemy ropę czystą, albo pomieszaną z moczem, kałem i gazami. Badanie klatki piersiowej dać nam może objawy, jak przy ropniach wewnątrz-otrzewnowych; jednak wypuklenie przepony nie powinno być tak znaczne, gdyż wysięk ropny, ściśle biorąc, odluszcza wątrobę od tyłu i odsuwa ją ku przodowi i środkowi.

Zaledwie jednego takiego chorego widziałem i to nie z czystym ropniem zaotrzewnowym, lecz łączącym się z ropniem wewnątrz-otrzewnowym; doświadczenie zatem moje w tym kierunku jest zbyt małe, abym mógł stawiać wniośki obszerniejsze.

Ropnie podprzeponowe, pozostawione swojemu losowi, dają rokowanie nader niepomysłne. Z małymi wyjątkami niemal wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, bądź to skutkiem posocznicy, bądź też przez zniszczenie narządów, otaczających jamę ropną. Niezmiernie mało posiadamy spostrzeżeń z zejściem pomyślnem, t. j. wyzdrowieniem samodzielnem, bez udziału chirurga. STARCKE podaje przypadek, zakończony wyzdrowieniem: nastąpiło przedziurawienie przepony i płuca, skutkiem czego ropień podprzeponowy opróżnił się przez oskrzela. Dwa jeszcze inne spostrzeżenia również z pomyślnem zejściem znajdujemy u Nowack'a: opróżnienie ropnia nastąpiło tą samą drogą.

Zejścia takie pomyślne należą do niezmiernych rzadkości, liczyć na taki zwrot cierpienia nigdy nie można, a wyczekiwanie bynajmniej dla chorego zbawiennem nie jest, gdyż możemy się doczekać groźnych powikłań. Przy ropniach podprzeponowych, jeżeli chcemy ratować chorego od pewnej śmierci, powinniśmy szukać pomocy tylko na drodze operacyjnej.

Leczenie chirurgiczne ropni podprzeponowych lub otoków ropno-powietrznych, podprzeponowych polega na szerokiem otworzeniu ogniska, usunięciu jego zawartości i ustaleniu warunków do swobodnego odpływu wydzieliny z jamy, przez wykonanie kontrapertury, założenie sączków i t. p..

W przypadkach, gdzie ropień dotyka do ściany brzucha, gdzie chęłbotanie z łatwością wyczuć się daje, szerokie cięcie w miejscu największego wypuklenia i chęłbotania, oraz założenie sączków ogranicza naszą działalność, a chorego stawia w warunkach, sprzyjających pomyślnemu zejściu. Inaczej się rzecz przedstawia, jeżeli granice ropnia nie opuszczają się zbyt nisko w jamie brzusznej; dotarcie wtedy do ogniska podprzeponowego nie należy bynajmniej do łatwych zabiegów chirurgicznych.

Dwie drogi prowadzą do takich ropni: jedna od strony klatki piersiowej przez jamę opłucnej, a druga od strony jamy brzusznej. Drogi to niezbyt bezpieczne; można się na nich często potknąć: musimy bowiem otwierać dwie jamy, opłucną i otrzewną, a nie powinniśmy zapominać, że mamy do czynienia z ropą, która, jeżeli się dostanie do jednej z tych jam, może spowodować następstwa nader groźne, często kończące się śmiercią chorego. Wtedy zamiast nieść pomoc, przyspieszamy zgon pacjentowi. Warunki zatem operowania należą do ciężkich.

W przypadkach naszych operowaliśmy w rozmaity sposób. Trzy razy wykonaliśmy laparatomię, a nie mogąc otworzyć ogniska ze strony jamy brzusznej, zmuszeni byliśmy resekować żebra, otwierać opłucną, przecinać przeponę brzuszną i tą drogą dostawać się do ropnia. W jednym przypadku, po otwarciu jamy otrzewnej, nie znalazłszy zrostów, jak tego oczekiwaliśmy, wątrobę przyszyliśmy do brzegów rany i cięciem przez wątrobę otworzyliśmy ropień; w przypadku tym zaszła następnie potrzeba wykonania kontrapertury przez wyresekowanie żebra i utworzenie przepony brzusznej. Raz jeden opróżniliśmy ropień za pomocą cięcia w okolicy lędźwiowej równoległe do brzegu zewnętrznego mięśni: *sacro-lumbalis et m. quadratus lumborum*¹⁾.

Operowanie ze strony otrzewnej, swobodnej, t. j. niezajętej sprawą chorobową, uważam za niebezpieczne, za zbyt ryzykowne.

Zrosty otrzewnej, jak to sprawdziłem w naszych przypadkach, nie posuwają się zbyt daleko i dlatego jama jej nie jest zabezpieczona od zaciekania ropy. Nie zawsze zaś można przyszyć brzegi rany do ściany ropnia, aby przez to oddzielić zupełnie pozostałą część jamy. Skutkiem tego chirurg, straciwszy na próżno wiele czasu, z obawy zakażenia otrzewnej musi szukać innej drogi do opróżnienia ropnia.

Otwieranie jamy opłucnej i przecinanie przepony bez przedsięwzięcia żadnych środków ochronnych od zaciekania ropy uważam wprost za zabieg, narażający życie chorego na wielkie niebezpieczeństwo. Jeżeli chcemy tą drogą dojść do ropnia, to należy wyciąć kawałek żebra w odpowiednim miejscu i wysokości, dla utworzenia sobie drogi, otworzyć opłucną, i jeżeli jama jej nie zawiera wysięku ropnego [przy obecności ropy ostrożność ta jest zbyt duża], przyszyć opłucną nader szczególnie do przepony brzusznej i dopiero wtedy tę ostatnią otworzyć.

Cięcie do wykonania resekcji żebra należy robić na linii pachowej ku przodowi, wycinać żebro najlepiej VIII-me. Jeżeli po otwarciu opłucnej znajdziemy zrosty jej, zadanie nasze będzie znacznie ułatwione.

Jako ujemne strony tej operacji wskazać można te okoliczności, że:

1) ropa lub posoka, pomimo starannego przyszycia, może się dostać [przez szwy] do jamy opłucnej i wywołać *pleuritis*;

2) otwierając jamę opłucnej, spowodować możemy skutkiem naszego zabiegu *pneumothorax*.

Jak pierwszy, tak i drugi punkt, ma swoje znaczenie i lekceważyć ich nie powinniśmy. W jednym z naszych spostrzeżeń po otwarciu opłucnej, przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności, mieliśmy w kilka dni po operacji zapalenie jej. Powikłania tego uniknąć można przez uchronienie całej rany od zaciekania ropy, przynajmniej w ciągu pierwszych dni. W tym celu prof. Kosiński [spos. IV.], aby dojść do ogniska ropnego, nie otworzył przepony brzusznej zaraz po przyszyciu do niej opłucnej, lecz w środku obszaru tego miejsca przebił przeponę za pomocą grubego trójgrańca; na pochwękę zaś jego nałożył długi dren, ranę starannie wytamponował i dopiero wtedy

¹⁾ W 3 tylko przypadkach ropni podprzeponowych wykonał operację prof. Kosiński.

wypuścił zawartość ropnia. Tym sposobem rana po resekcji żebra, opłucna, pokrywająca żebra i przeponę, nie miały zupełnie styczności z zawartością ropnia. Dopiero 10-go dnia po operacji pochewkę trójgranicą wraz z drenem i szwy usunęliśmy, przeponę przecięliśmy i wprowadziliśmy aż do dna jamy dwa grube sączki: jeden krótszy, a drugi znacznie dłuższy, opuszczony do naczynia szklanego; wtedy już opłucna zupełnie przyrosła i nie było najmniejszej obawy, aby ropa dostać się mogła do jamy opłucnej. Ten sposób postępowania wydaje mi się bardzo racjonalnym i w zupełności zabezpieczającym od powikłań.

Co do drugiego punktu, t. j., że po otwarciu opłucnej występuje o d m a p i e r s i o w a, to zaznaczyć tu muszę, że zjawisko to w normalnych warunkach przy ropniach podprzeponowych zdarza się nader rzadko, albo też spowodowane jest nieostrożnem postępowaniem chirurga. Mówię tu o opłucnej, niezajętej sprawą chorobową, w której jamie niema wysięku.

Resekcję żebra robić należy dosyć nisko [VIII żebro] i bardziej ku przodowi, t. j. w miejscu, gdzie ropień podprzeponowy na znacznej przestrzeni dotyka do ściany klatki piersiowej. Po otwarciu jamy opłucnej przepona tak szczelnie przylega do ściany, że zatyka zupełnie otwór w niej, przez co powietrze nie dostaje się do wnętrza jamy. Jeżeli będziemy wycinali żebra wyżej lub bardziej ku tyłowi, to łatwiej można wywołać odmę piersiową. Zbyt wysoko wybierać miejsca do resekcji żebra nie należy, nie tylko ze względu na łatwiejsze wywołanie odmy piersiowej, ale także i z tej racji, że trudniej jest opróżnić ognisko podprzeponowe, a przez zbyt wysokie ustalenie przepony zmniejszamy możność i szybkość zagojenia się jamy.

RENVERS ¹⁾ niezmiernie zaleca usunięcie zawartości ropnia podprzeponowego za pomocą metody BUELAU'a, przekłucia z założeniem drenu, *Functionsdrainage Bülow*. RENVERS po znieczuleniu kokainą pola operacyjnego wkłupa w VII międzyżebro gruby trójgranic, wyciąga sztylet, a w pochewkę wprowadza szczelnie przylegający do niej kateter NÉLATON'a, następnie pochewkę usuwa. Twierdzi on, że przy tem postępowaniu unika się zbyt rozległego uszkodzenia przepony i opłucnej, oraz przenikania powietrza do jamy opłucnej.

Nie mogę przeczyć, aby ten rodzaj operowania nie miał żadnych zalet, gdyż sam nie wypróbowałem tej metody, ale, teoretycznie biorąc, nie zalecałbym zbyt obszernego jej zastosowania. Co innego jest metoda BUELAU'a przy zapaleniu opłucnej, a co innego przy ropniu podprzeponowym. Najpierw technika wykonania operacji zupełnie nie zabezpiecza od dostania się ropy do opłucnej: wszak przebijamy opłucną i przeponę grubym trójgranicem, w którego pochewkę wprowadzamy dren lub kateter miękkie, naturalnie mniejszy od pochewki. Otóż, przy wyjmowaniu pochewki możemy wprowadzić ropę do jamy opłucnej. Podczas opróżniania ogniska stopniowo utrudnia się odpływ ropy; nie można wtedy manipulować wprowadzonym kateterem, nie można zmieniać go, ani posuwać ku dołowi, aby osiągnął dna jamy, gdyż, skutkiem

¹⁾ LEYDEN i RENVERS, l. c.

przesuwania kateteru, otwór rozluźniamy i ułatwiamy zaciekanie ropy do opłucnej. Nie mówię tu już o trudności oczyszczania tego rodzaju sączka.

W pojedynczych przypadkach metoda ta może być użyteczną, szczególnie, jeżeli mamy mocne zrosty opłucnej, gdyż wtedy spokojni jesteśmy, że ropa zaciekać nie będzie, ale, powtarzam, tylko w pojedynczych przypadkach, bo zrosty opłucnej znów nie w każdym razie spotykamy.

KOERTE¹⁾ postępuje w dwojaki sposób przy operowaniu ropni podprzeponowych, radzi: 1) robić cięcie poprzeczne od tyłu pod XII-m żebrem z prawej strony w *spatium diaphragmaticum* i, dosięgnąwszy przepony, posuwać się po niej aż do ropnia, albo też 2) resekować żebro na linii pachowej i przez jamę opłucnej otworzyć przeponę. Wybór operacji zależy od umiejscowienia ropnia. Na 7 przypadków, operowanych przez siebie, 4 razy wybrał drogę od tyłu, a 3 razy przez jamę opłucnej, z tej liczby 6 zakończyło się wyzdrowieniem.

Najwięcej warunków powodzenia może mieć ta metoda, przy stosowaniu której nie otwieramy ani opłucnej, ani zdrowej otrzewnej, gdyż wtedy najmniej narażamy chorego.

LANNELONGUE w kilku przypadkach ropni podprzeponowych, w celu uniknięcia otworzenia worka opłucnej i otrzewnej, wycinał dolny brzeg klatki piersiowej i tą drogą dostawał się do ogniska ropnego.

CANNIOT²⁾, aby sprawdzić stosunek opłucnej do dolnego brzegu klatki piersiowej, wykonał cały szereg poszukiwań anatomicznych i wykazał, że pewna część owego brzegu nie posiada zupełnie opłucnej; odcinek ten jest całkowicie chrząstkowy i może być usunięty bez uszkodzenia jakiegokolwiek narządu, oraz bez otwarcia worka opłucnej. Przy wykonaniu operacji LANNELONGUE'a należy prowadzić cięcie na 2 ctm. powyżej łuku żebrowego, zaczynając w odległości 3 ctm. od mostka i kończąc na miejscu połączenia X żebra ze swoją chrząstką. Oddziela się następnie część chrząstkową żeber i wycina za pomocą kostotomu; część wyresekowana zawiera chrząstki X, IX, VIII, a niekiedy i VII żebra i odpowiednie międzyżebra. Po usunięciu owych chrząstek łatwo się dostać do jamy ropnia. Resekcja ta nie wpływa zupełnie na oddechanie, a pozwala znacznie lepiej zbadać wypukłą powierzchnię wątroby, aniżeli przy utworzeniu opłucnej.

Nie sprawdzałem poszukiwań CANNIOT'a, które mają swoje znaczenie przy wykonaniu tego rodzaju operacji; chociaż trzeba mieć na uwadze tę okoliczność, że stosunki narządów, o których mowa, u chorych z ropniami podprzeponowymi znacznie inaczej się przedstawiają, aniżeli u zmarłych skutkiem innych cierpień. Żałować jednak muszę, że w naszych przypadkach ani razu nie zastosowaliśmy operacji LANNELONGUE'a; nie też stanowczego o dodatkach lub ujemnych stronach tej metody powiedzieć nie mogę.

¹⁾ KÖRTE, l. c.

²⁾ CANNIOT. De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. 1891. La France Médicale. Nr. 24. 1891. Referat; oryginału otrzymać nie mogłem.

Jeżeli w rzeczy samej można uniknąć otwarcia opłucnej, a po usunięciu łuku żebrowego wprost trafić na ognisko ropne, to metoda ta wydaje mi się jedną z najlepszych. Operacja przy wykonaniu nie przedstawia wielkich trudności, a co najważniejsza, nie naraża zupełnie chorego. Naturalnie, że do każdego przypadku zastosować jej nie można, a przy ropniach z lewej strony należy postępować niezmiernie ostrożnie, nie tylko z obawy otworzenia opłucnej, ale i osierdzia.

Ropnie zaotrzewnowe najlepiej otwierać od tyłu za pomocą cięcia skośnego lub podłużnego; robimy wtedy operację za granicami otrzewnej.

Po wszystkich tego rodzaju zabiegach, pomimo ułatwionego odpływu wydzieliny, wypada niekiedy w następstwie uciekać się jeszcze do cięć dodatkowych, aby przyspieszyć zagojenie się jamy.

Wyniki pooperacyjne w naszych przypadkach bynajmniej nie należały do pomyślnych: na 6 chorych operowanych mieliśmy tylko jedno wyzdrowienie. Tłómaczę to tem, żeśmy dostawali chorych niezmiernie wyniszczonych cierpieniem, ze zmianami nader rozległymi i ciężkimi powikłaniami. Zejście pooperacyjne w takich razach nie zależy wyłącznie od wykonania samej operacji, ale i od stanu ogólnego chorego. Pomiedzy naszymi pacjentami byli tacy, u których, zanim przystąpiliśmy do operacji, stawialiśmy rokowanie bardzo niepomyślne.

Znacznie rozwinięta posocznica lub ropnica, które występują w przebiegu choroby przed operacją, daleko posunięte zmiany w narządach sąsiednich, zły stan ogólny i wiek podeszły chorego: wszystko to łącznie, jak łatwo zrozumieć, zmniejsza szanse powodzenia operacji. Zrażać się jednak niepowodzeniem niema najmniejszej racji, jeżeli weźmiemy pod uwagę te spostrzeżenia, w których, nie bacząc na rozległość sprawy, zejście było pomyślne dzięki tylko zabiegom operacyjnym, jak widać z przypadku VANLAIR'a. Wyprowadzić można tu wskazówkę praktyczną taką, aby przystępować do operacji, jak można najwcześniej; z chwilą zaś rozpoznania ropnia podprzeponowego, pomimo zadawalającego stanu ogólnego, nie wyczekiwać, gdyż zwłoka nie przynosi żadnej korzyści choremu, a przeciwnie pociągnąć może za sobą nader smutne następstwa.

Warszawa, w listopadzie 1893 r.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



E. BILTZ'A

O WŁASNOŚCIACH, ZANIECZYSZCZENIACH I ROZKŁADANIU SIĘ CHLOROFORMU.

Streścił

M. Z w e i g b a u m

Smutne doświadczenie nauczyło, że, aby zmniejszyć niebezpieczeństwo, na które narażony jest ustrój ludzki, gdy się znajdzie pod wpływem narkozy

chloroformowej, potrzeba koniecznie zadośćuczynić dwom warunkom kardynalnym, a mianowicie: 1) trzeba, aby chloroform, brany do tego użytku, był absolutnie czysty i 2) aby stosowano taką metodę chloroformowania, która byłaby zdolną doprowadzić małemi dawkami chloroformu do zupełnej narkozy i mogła również przez bardzo małe dawki podtrzymywać narkozę w dalszym ciągu.

Drugiemu z tych warunków czyni, jak się zdaje, zadość t. z. metoda kropłowa, chloroformowania, zalecona poraz pierwszy w 1882 roku przez Leona LABBÉ'go, chirurga szpitala Beaujon w Paryżu. O zaletach tej metody mówić tu nie będę, byłoby to bowiem powtórzeniem tego wszystkiego, co w sposób bardzo dokładny przedstawił już w roku zeszłym prof. RYDYGIER w odczycie klinicznym p. t.: „O sposobie chloroformowania“, wydanym przez redakcyę Gazety Lekarskiej.

Natomiast chcę tu pomówić o pierwszym warunku, t. j. o chemicznych własnościach chloroformu, o których lekarzowi-praktykowi mniej jest wiadomo, jakkolwiek od czasów SÉDILLOTA powtarza się ciągle o czystości chloroformu, jako o niezbędnym warunku pomyślnej narkozy. W tym celu skorzystam z bardzo dobrej pracy D-ra Ernesta BILTZ'a, aptekarza w Erfurcie, wydanej w 1892 roku p. t.: „*Der Schutz des Chloroforms vor Zersetzung am Licht und sein erstes Vierteljahrhundert. Zeitgemässe historische und chemische Studien*“.

*

*

*

Chloroform, czyli trójjchlorek formylu, został odkryty w latach 1831 i 1832 prawie jednocześnie przez SOUBEIRAN'a w Paryżu i LIEBIG'a w Giessen dwiema rozmaitemi drogami. SOUBEIRAN otrzymał chloroform, ogrzewając wodny roztwór chlorku wapnia ze zwyczajnym surowym spirytusem [alkoholem etylowym], LIEBIG zaś otrzymał go z chloralu, ogrzewając ten ostatni z roztworami alkali. Pierwszy gatunek znany jest pod nazwą chloroformu zwyczajnego, drugi — chloral-chloroformu. Nazwę „chloroform“ nadał temu produktowi w 1834 roku DUMAS, wyprowadzając ją z jego części składowych: chloru i formylu, t. j. pierwiastku kwasu mrówczanego ¹⁾. DUMAS otrzymał również chloroform, działając roztworem chlorku wapnia na wyskok drzewny [t. z. alkohol metylowy.]. Bywa również otrzymywany z acetonu. Inne sposoby otrzymywania, jak: działaniem chloru na gaz błotny (*metan*) albo na olejek terpentynowy, mają zaledwie znaczenie naukowe. Metody SOUBEIRAN'a i LIEBIG'a są najpraktyczniejsze, pierwsza zaś o wiele tańsza i z tego powodu jest powszechnie używana przy fabrykacyi chloroformu.

Chloroform rozpuszcza się dopiero w 200-u częściach wody, pomimo to

¹⁾ Chloroform w zetknięciu z roztworem spirytusowym potażu gryzącego rozkłada się na *kalium chloratum* i *kalium formicicum*:



(Przyp. sprawo.)

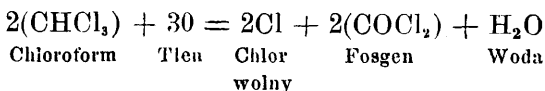
jednak roztwór ma smak bardzo słodki. Jod rozpuszcza się w chloroformie, nadając mu charakterystyczną piękną barwę czerwono-hyacyntową. Godną uwagi jest łatwa rozpuszczalność gutaperki i kauczuku w chloroformie, a także i ta własność, że chloroform, z powodu małej zawartości wodoru [tylko 0,84%] i znacznej zawartości chloru [89%], nie zapala się ani bezpośrednio, ani też za pomocą knota przy zetknięciu z ciałami gorejącymi, pomimo że jest nadzwyczaj lotny i z zapachu podobny do eteru. Dopiero zmieszany z mocnym alkoholem spala się razem z nim płomieniem kopcącym, pary zaś jego, wprowadzone do płomienia lampki spirytusowej lub gazowej, palą się płomieniem silnie kopcącym o brzegu zielonym, wydzielając pary kwasu solnego. Tak samo rozkłada się też zawartość chloroformu w atmosferze pokojowej w czasie palenia się gazu lub świecy i zanieczyszcza powietrze parami kwasu solnego, wywołującami kaszel, jako też jeszcze szkodliwymi gazami: chlorem i fosgenem [LICHTENSTEIN].

Ciężar właściwy i punkt wrzenia chloroformu ulegają wahaniu stosownie do zawartości w nim alkoholu. Im zawartość alkoholu jest mniejsza, tem ciężar właściwy jest większy, tak, iż chloroform, nie zawierający alkoholu, ma ciężar właściwy największy, np. chloroform, zawierający 1% alkoholu, ma przy 15° C. ciężar wł. = 1,4854, zawierający tylko ¼% alkoholu ma ciężar wł. = 1,4977, czysty zaś zupełnie chloroform ma przy 15° C. ciężar wł. największy, wynosi bowiem 1,5020. Z tego widzimy, że z ciężaru właściwego można wnioskować o zawartości alkoholu w chloroformie.

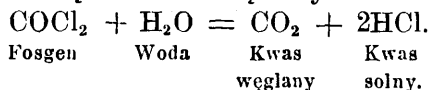
Co się tyczy punktu wrzenia, to chloroform wolny od alkoholu okazuje stały punkt wrzenia 62,05°, przy 760 mm. ciśnienia barometrycznego. Zawartość zaś alkoholu w chloroformie wcale nie podnosi jego punktu wrzenia, jak sądziłby należało z tego, że sam alkohol wrze dopiero przy 78,4° C., lecz przeciwnie obniża go, np. chloroform, zawierający ¼% alkoholu, wrze przy 61,3—61,9° C., zawierający zaś 1% alkoholu ma punkt wrzenia przy 60,27—61,6° C. Z tego wypływa, że podczas wrzenia, *resp.* destylacji mieszaniny chloroformu z alkoholem, części naprzód przedestylowane są bogatsze w alkohol, aniżeli te, które przechodzą na ostatku.

Zanieczyszczenia chloroformu są produktami alkoholu lub chloralu, które biorą, jak wiadomo, udział w wyrobie jego. Przy otrzymywaniu chloroformu metodą SOUBEIRAN'a pozostają z alkoholu zanieczyszczenia pod postacią fuzłów [związków amylowych], otrzymywany zaś metodą LIEBIG'a chloroform zanieczyszcza się od chloralu, przy którego wytwarzaniu się [przez podziałanie wolnego chloru na mocny alkohol] mogą, jak wiadomo, powstać produkty uboczne [np. dwuchlorki etylenu i etylidenu i t. d.], przechodzące następnie do chloroformu. Zanieczyszczenia te jednak nie mają żadnego wpływu na rozkład chloroformu, pod względem zaś klinicznym zdają się zachowywać zupełnie nieszkodliwie. Zupełnie co innego z produktami rozkładu chloroformu—te są stanowczo dla zdrowia szkodliwe.

Rozkład, wolnego od alkoholu, chloroformu polega na utlenianiu jego przez tlen powietrza, który przy zetknięciu się z chloroformem pod wpływem promieni światła dziennego przechodzi w stan czynny [ozonizuje się]: wtedy tlen przedewszystkiem podstawia się w chloroformie za jedną część chloru i czyni ją wolną, a następnie z pozostałym chlorem i węglem wstępuje w nowy związek: tlenochlorek węgla, czyli w t. z. fosgen i nakoniec z wodorem daje wodę:



Część fosgenu z wodą rozkłada się natychmiast:



druga zaś część fosgenu i chlor pozostają wolne i napęniają powietrze parami duszącymi, nadzwyczaj szkodliwymi dla oddechania.

Wiemy już, że im większa jest domieszka alkoholu w chloroformie, tem jego ciężar właściwy jest lżejszy. Przekonano się zaś, że im chloroform ma lżejszy ciężar właściwy, tem się okazuje trwalszym, czyli z tego wypływa: że chloroform jest tem trwalszy, im więcej zawiera alkoholu, albo odwrotnie tem łatwiej się rozkłada, im jest wolniejszy od alkoholu [MAISCH 1868]. Prócz tego w 1867 roku SCHACHT dowiódł, że rozkład chloroformu przychodzi do skutku tylko przy jednoczesnem podziałaniu światła i powietrza, a więc wyłącznie wtedy, gdy jest przechowywany we flaszkach ze szkła białego, zawierających powietrze i wystawianych na działanie światła dziennego. Dlatego też chloroform do użytku lekarskiego należy zabezpieczyć od rozkładu w sposób następujący: trzeba usunąć go z pod działania światła i powietrza i dodać mu alkoholu w dostatecznej ilości. W tym celu należy go bezwarunkowo przechowywać we flaszkach czarnych dobrze zamkniętych i w miejscu ciemnem. Co zaś do dodatku alkoholu, to wystarcza 1%, aby zabezpieczyć chloroform od rozkładu na czas o wiele dłuższy niż rok jeden, gdy tymczasem $\frac{1}{4}\%$ alkoholu zabezpiecza chloroform od rozkładu na kilka zaledwie tygodni lub miesięcy.

*

*

*

Na czem polega skuteczność dodatku alkoholu do chloroformu? BILTZ na mocy długoletnich spostrzeżeń przekonał się, że:

1) Zawartość alkoholu nie wstrzymuje rozkładu chloroformu na zawsze, trwałość tego zabezpieczenia stoi raczej w ścisłym stosunku do ilości alkoholu; pod wpływem bowiem powietrza i światła, pomimo zawartości alkoholu, chloroform się rozkłada, lecz alkohol wnet pochłania szkodliwe produkty rozkładu: chlor i fosgen i tworzy z nimi związki nieszkodliwe, np. chloretyle i fosgenalkoholany. I trwa to tak długo, dopóki zawarta w chloroformie ilość alkoholu nie nasyci się tymi produktami; skoro zaś wszystek alkohol zostanie w ten sposób zużyty, wtedy nagle, jakby

przypadkowo, przechodzą w stan wolny produkty rozkładu chloroformu: chlor i fosgen. Dolanie małej ilości alkoholu do chloroformu, będącego w rozkładzie, powoduje nanowo natychmiastowe zniknięcie produktów rozkładu. Tak więc przez dodatek alkoholu do chloroformu, rozkład staje się na czas długi nieszkodliwym, gdyż produkty rozkładu, powstające pod działaniem światła dziennego na chloroform zmieszany z alkoholem, zostają przez ten ostatni chemicznie związane.

2) Szybkość rozkładu chloroformu jest też w zależności od natężenia siły światła dziennego. W lecie, gdy natężenie chemiczne światła dziennego jest przeciętnie 9 razy większe niż w zimie, chloroform [wolny od alkoholu] rozkłada się w ciągu jednego dnia, gdy tymczasem w zimie najmniej przez dni 10 pozostaje odpornym na działanie światła dziennego.

Przekonano się również, że i zanieczyszczenia chloroformu, mianowicie dwuchlorki amylu i etylu, posiadają własność produktów rozkładu jego, a więc nie mogą jednocześnie wywoływać rozkładu, jak to błędnie do niedawna mniemano. [D. n.]

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe z d. 31. X. 1893.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 4].

Dyskusję nad kwestyą działania kreozotu w suchotach płucnych rozpoczął SOKOŁOWSKI. Rzecz ta ogłoszoną była w Gazecie Lekarskiej w № 1 z roku bieżącego.

DUNIN zgadza się na to, że przypadki szpitalne, przeważnie ciężkie, nie są odpowiednie do stosowania kreozotu; z drugiej zaś strony nie sądzi, aby kreozot oddawał korzyść tylko dzięki poprawie warunków higienicznych, bo na nie zwracano uwagę już dawniej, zanim do terapii kreozot został wprowadzonym, tembardziej, że poprawa występuje niekiedy nawet bez zmiany warunków higienicznych. Za nienadające się do leczenia kreozotem mówca uważa postacie ostre u osób młodych, dziedzicznie obciążonych, dalej formy przebiegające jako chloranemie ze znacznym kaszlem. Wskazaniem jest natomiast kreozot przy dobrym odżywianiu, kaszlu z obfitą wydzieliną i przy małej gorączce; w tych postaciach suchot wyniki są przeważnie zadawalające. Kreozot, według zdania DUNINA, nie wpływa na poprawę łaknienia; brakiem łaknienia przy suchotach płucnych jest objawem stanu ogólnego, przedewszystkiem nerwowego.

SĘDZIAK również nie uważa kreozotu za lek swoisty, jest jednak zdania, że odrzucać go nie należy w braku lepszego środka, działającego na stan ogólny. Podawanie znacznych ilości kreozotu SĘDZIAK uważa za niewłaściwe; najwyższa dawka dzienna wynosić powinna nie więcej nad 15

granów. Najodpowiedniejszym jest stosowanie tego środka *per os*; wstrzykiwania śródmiąższowe, według zdania ŚĘDZIĄKA, są wręcz szkodliwe.

CHEŁMOŃSKI stosował kreozot przy suchotach u szpitalnych chorych ambulatoryjnych, t. j. u ludzi, którzy nie są w stanie zmienić na lepsze warunków dyetetyczno-hygienicznych. Na 1048 chorych, którzy w przeciągu 1½ roku zgłosili się do CHEŁMOŃSKIEGO, było 117 suchotników w różnych okresach choroby; z tych mniej więcej $\frac{3}{4}$ przyjmowało kreozot. U chorych tych przybytku na wadze nie zauważono. Kreozot, według zdania CHEŁMOŃSKIEGO, swoistego działania w suchotach nie posiada, może być tylko środkiem pomocniczym, równie dobrym w suchotach, jak i w przewlekłym nieżycie oskrzeli, *bronchitis putrida* i t. p. na równi z terpentyną i olejkami lotnymi.

WISŁOCKI przekonał się, że kreozot, stosowany przez odbytnicę i w postaci wcierań, wywiera wpływ na ciepłotę, obniżając ją na kilka godzin o 1,0—1,5°; działania tego W. nie zauważył przy stosowaniu kreozotu w postaci wstrzykiwań podskórnych lub wewnętrznie.

SOKOŁOWSKI w odpowiedzi DUNINOWI nadmienia, że przypadki, przezeń przytoczone, jako najodpowiedniejsze do stosowania kreozotu, należą właśnie do tych, które bez żadnych leków, a jedynie w odpowiednich warunkach dyetetycznych-hygienicznych przebiegają pomyślnie.

HEWELKE uważa wynik dyskusji za wskazówkę, że stosowanie kreozotu przy suchotach należy ograniczyć do *minimum*, poprawa bowiem, osiągana niekiedy w praktyce, zależy przeważnie od zmiany warunków higienicznych, w szpitalach zaś kreozot wyników pomyślnych nie daje.

Posiedzenie kliniczne z d. 7. XI. 1893.

ZAWADZKI Józef opisał przypadek regeneracji raka żołądka w 16 miesięcy po wycięciu odźwiernika. D. 18 października r. z. Z. razem SOLMANEM przedstawił w Towarzystwie chorego po dokonaniem wycięciu odźwiernika, skutkiem raka, w 3 miesiące po operacji; był on wówczas w pełni sił i zdrowia. W pracy drukowanej w zeszycie IV Kron. Lekarsk. z r. z. przebieg choroby doprowadzony jest aż do kwietnia r. z.; chory czuł się wtedy zupełnie dobrze, ważył 70 klgrm.. Waga ta z małemi wahaniami utrzymywała się na tym poziomie aż do lipca r. z., a chory, który pokazywał się co 2 tygodnie, na żadne dolegliwości się nie skarżał, choć wiele pracował, a w jedzeniu do zbyt wstrzemięźliwych nie należał. Dopiero w połowie lipca zauważono stopniowy, acz mały ubytek na wadze, chory jednak i wtedy nie skarżał się na żadne dolegliwości, trawił dobrze i sił nie tracił. Stałe to obniżanie się wagi ciała wskazywało na poczynającą się regenerację z tych względów, że innej przyczyny znaleźć się nie udało. I wtedy jednak badanie obiektywne nie nieprawidłowego nie wskazywało. Ku końcowi lipca czas jakiś chory skarżał się na niedyspozycję, zaczęły występować odbijania, uczucie ciężaru w żołądku po jedzeniu, zaparcie stolca. Kilkuniedniowy odpoczynek oraz środek czyszczący na czas jakiś usunęły te dolegliwości. W początkach sierpnia dolegliwości powyższe wystąpiły ponownie, tak, że chory sam zaczął się niepokoić. Po zbadaniu chorego Z. znalazł wtedy zwężenie odźwiernika z następ-

czem rozszerzeniem żołądka, co spowodowało zaleganie pokarmów. Po naradzie z SOLMANEM zaproponowano choremu powtórny operację, mając wtedy na myśli gastroenterostomię ze względu na liczne zrosty powstałe po operacji. Chory na operację się nie zgodził; z tego powodu zalecono mu codziennie przepłukiwanie żołądka i stosowne uregulowanie diety; po tygodniu takiej kuracji waga ciała podniosła się z 52,5 klg. do 55 klg., objawy podmiotowe ustąpiły. Odtąd chory przepłukiwał żołądek co 2 dni i czuł się zupełnie dobrze, pomimo tego, że zajęcia jego, jako poborcy podatku, wymagały ciągłego ruchu. Zadowolony ze zniknięcia wszelkich objawów, chory przez 3 tygodnie zaniechał przepłukiwań, po tym czasie jednak wróciły znów dawne dolegliwości i chory utracił 3 klg. na wadze. Zastosowano znów płukanie i idąc za radą D-ra BRISSAUD'a z Paryża [Kron. Lek. Z. VIII r. b.], po 2 łyżki kawiane soli kuchennej do wewnątrz. Łaknienie wzmoгло się, inne objawy uległy polepszeniu, waga ciała trzymała się w mierze, a chory zajmować się mógł nadal pracą. Tak rzeczy stały aż do 9 października, kiedy Z. ostatni raz widział chorego. Ważył wtedy 53,9 klgm., jadł mięso, jaja, mleko, nieco jarzyn roz-tartych, uskarżał się głównie na ciężar po jedzeniu w dołku i niekiedy uczucie dławienia. Od tego czasu chory na 2 tygodnie przerwał kurację z powodu wyjazdu na pogrzeb matki; żył przez ten czas nieregularnie; przepłukiwań nie robił. Już sam wygląd ogólny chorego świadczył, że wzruszenia moralne i utrudniająca podróż ostatecznie podkopały organizm chorego. Skarżył się na ciągłe uczucie dławienia, odbijania, zwracania naczczo, gnecenie po najmniej obfitem pożywieniu i utratę sił. Przepłukiwanie żołądka przekonało, że zaleganie pokarmów było znaczne: znaleziono resztki pokarmów z przed dni 6-ciu. Po raz ostatni Z. widział chorego na sali SOKOŁOWSKIEGO w szpitalu Ś-go Ducha, dokąd udał się z porady SOLMANA; chory żądał operacji, o której z powodu zupełnego wycieńczenia i upadku sił mowy już być nie mogło. Zjawiły się wnet wymioty krwawe, niemożliwość przyjmowania pokarmów; chory wśród ciągle wzrastającego wyniszczenia umarł 31 z. m.. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: żołądek zrośnięty był za pomocą mocnych włóknistych zrostów z ościenną otrzewną z jednej, a dolną powierzchnią wątroby, pęcherzykiem żółciowym i poprzecznicą z drugiej strony w odźwiernikowej swej części, a razem tworzyło to guz wielkości jaja kurzego; poprzecznicą przyrosła do wstępującej części dwunastnicy. Żołądek rozszerzony, wszystkie błony silnie przerosłe, błona śluzowa dna widocznych zmian nie przedstawiała. Na miejscu owego odźwiernika wyraźnie można odróżnić bliźnię po zrośnięciu twardą, nacieczoną; na 3 ctm. powyżej i na 2 ctm. poniżej w postaci wałka wznosi się błona śluzowa na przekroju biała, włóknista, odźwiernik przepuszcza z trudnością koniec małego palca. Ani w wątrobie, ani w żadnym z narządów nie znaleziono przerzutów. Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę i z tego ostatniego względu, że mimo nawrotu, a więc istnienia w błonie śluzowej raka, przerzutów przez tak długi czas nie było.

(Autoreferat).

SADOWSKI przedstawił preperat anatomiczny tętniaka aorty wstępującej. Ponad zastawkami półksiężycowymi wykryto znaczne rozszerzenie aorty, na

którego części przedniej znajduje się otwór, prowadzący do worka, głębokości 8—10 ctm.. Mostek zniszczony był w takim stopniu, że tętniak znajdował się prawie pod skórą. Następnie SADOWSKI przedstawił fotografię drugiego przypadku tętniaka łuku aorty. Chory zauważył guz od pół roku, obecnie cierpi na duszność, zjawiającą się napadami. Obaj chorzy przechodzili syfilis.

W dalszym ciągu dyskusji nad działaniem kreozotu przy suchotach płucnych prof. BARANOWSKI zaznacza, że na bardzo dużą liczbę spostrzeganych przypadków suchot w kilku zaledwie miał wrażenie, że kreozot wywarł pewne działanie; ilość jednak tych dodatnich wyników ginie w powodzi ujemnych. Są jednak inne metody leczenia omawianej sprawy, które uważać można za skuteczne. Za ogólne правило uważać można łączność pomiędzy przebiegiem suchot płucnych a warunkami higieniczno-dyetetycznymi, w jakich chory się znajduje. Istnieje tu cała skala różnic, zaczawszy od suterren i poddaszy, na których niema prawie wyjścia dla chorych, od szpitali źle urządzonych i pozostających w złych warunkach higienicznych, dalej szpitali w warunkach dobrych, mieszkań przeciętnych w mieście, a kończąc na mieszkaniach wiejskich i zakładach leczniczych, które pod względem warunków higienicznych uważać można za szczyt doskonałości. Z równie dobrym skutkiem, jak w zakładach leczniczych [Görbersdorf, Davos] można leczyć suchoty na wsi, w miejscowościach względnie zdrowych, przy dobrym zrozumieniu warunków higienicznych ze strony lekarza i otoczenia. Wyjaśnienie dobroczynnych własności sanatoriów zawdzięczamy BREMER'owi, choć hipotezę jego o małym sercu, o odporności przywiązanej do pewnych górskich miejscowości, zwłaszcza do Görbersdorfu następcy jego obalili. Przy suchotach zakażenie lasecznikiem gruźlicznym o tyle jest niebezpieczne, o ile otwiera wrota dla zakażeń wtórnych; gdzie do nich nie dochodzi, tam sprawa kończy się albo względnem, lecz zwykle bardzo trwałem wyleczeniem, albo też wlecze się powoli, jak to widzimy przy wilku, który swój nadzwyczaj wolny przebieg zawdzięcza, o ile się zdaje, trudności zakażeń wtórnych. Odnośnie do kreozotu, prof. B. zaznacza, że środek ten na mocy dotychczasowych doświadczeń nie można uważać ani za środek uodporniający ustrój przeciwko wtórnej infekcyi, ani za łagodzący skutki tych zakażeń. Niemniej jednak prof. B. nie jest zdania, aby kreozot zupełnie wyrugować z praktyki; zaletę jego stanowi i to, że dodany do tranu w ilości 3—5 kropel na łyżkę, wpływa znakomicie na poprawę smaku i czyni spożycie tego bardzo pożytecznego środka dyetetycznego łatwiejszem i strawniejszem.

Prezes PRZEWOSKI przedstawił 2 preparaty: a) *Intussusceptio ventriculi i b) Chylangioma cavernosum mesocoli transversi*. Ad a). *Intussusceptio ventriculi* znaleziono przy sekcji u 56-cio-letniego mężczyzny, poprzednio zdrowego, który chorował poprzednio na biegunkę krwawą przez 34 dni. W pierwszych dniach była dosyć mocna gorączka i wiele krwi w wypróżnieniach stolcowych. Po kilku dniach jednak gorączka opadła i krew w wypróżnieniach stolcowych znikła, ale pozostało rozwołnienie, od 10-u do 15-u razy dziennie. Chory umarł dnia 19 listopada 1892 przy objawach wielkiego wyni-

szczenia i zgorzeli płuc. Na trupie znaleziono wielkie wyniszczenie. Skrzep marantyczny żyły udowej lewej. Bładość mózgowia i opon. Bładość płuca lewego i obrzęk jego części tylnych. *Embolia arteriae pulmonalis dextrae*, a mianowicie całej jej gałęzi dolnej wielkim skrzepem krwi, pochodzącym z żyły udowej lewej. Zgorzel całego zrazu dolnego płuca prawego z mocnym rozpadem gnilnym. Górny i średni zraz tego płuca tylko blade. Serce, prócz błądności mięśnia, bez zmian widocznych. Śledziona nieco powiększona, blada. Wątroba blada i na rozkroju trochę zmętniała. W nerkach substancja korowa blada i zmętniała. W kiszce grubej nad samym odbytem i wyżej w *S romanum* błona śluzowa zgrubiała, zaczerwieniona, pokryta śluzo-ropą i w wielu miejscach przedstawia okrągławe wrzody follikularne z podminowanymi brzegami. Błona śluzowa кишки cienkiej blada. Żołądek mniej więcej o połowę skrócony w wymiarze podłużnym, skutkiem tego, że prawie cały pas jego średni wszedł na część odźwiernikową i, skurczywszy się, mocno ją zacisnął. Powstało stąd to, co nazywają *intussusceptio ventriculi*. Cylinder wewnętrzny tego wgłobienia stanowi mocno zacisnięta część odźwiernikowa żołądka. Cylinder drugi, środkowy, tworzy średni wywrócony pas żołądka. Nakoniec cylinder zewnętrzny powstał z przyciągniętych ścian żołądka z okolicy jego dna. Pomiedzy wewnętrznym a środkowym cylindrem wgłobienia leży zmarszczona, zacisnięta część *omenta minoris et majoris*. W dnie żołądka jest dosyć wiele zawartości śluzowej z domieszką małej ilości mas pokarmowych. Wymienione wgłobienie żołądka nie dało żadnych wybitnych objawów za życia, tak że na nie, nie zwrócono uwagi. Być może także, że chory w ostatnich dniach życia nie przyjmował pokarmów. Że opisane wgłobienie żołądka wytworzyło się za życia, dowodzą stosunkowo znaczne miejscowe zaburzenia w cyrkulacji, zależne tylko od zacisnięcia i nawet słabe sklejenia zapalne pomiedzy cylindrem wewnętrznym i średnim. *Ad b*). U 35-letniej suchotnicy znaleziono w *mesocolon transversum* twór zupełnie podobny do tego, jakby pomiedzy dwa listki *mesocoli* włożono *molam hydatidosam*, albo spłaszczone grono białych winogron. Twór ten zajmował całą szerokość *mesocoli*, ale najwięcej był rozwinięty zaraz za kiszka i od strony prawej. Za kiszka jamki były wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego i więcej i w kierunku ku tyłowi zmniejszały się coraz bardziej, ale jeszcze przed samym kręgosłupem *mesocolon* ma budowę zupełnie jamistą. Każda jamka ma cieniutką ściankę, złożoną z włóknistej tkanki łącznej i od wewnątrz wysłana jest śródbłonkiem. Ściany sąsiednich jamek albo ściśle przylegają do siebie, albo też pomiedzy nimi leżą gronka tkanki tłuszczowej. W jamkach jest płyn surowiczy, w którym widać wiele drobnych kropelek tłuszczowych i trochę komórek podobnych do bezbarwnych krążków krwi. Nowotwór jest *chylangioma cavernosum mesocoli transversi*.

(Autoreferat).

W dyskusyi z powodu pierwszego przypadku prof. BARANOWSKI mówi, że w paru przypadkach podrażnienia odbytnicy zauważył fakt, że przy pobudzeniu na stolce przychodziły nudności i wymioty; przypuszcza więc, że wgłobienie żołądka mogło być w związku z jego podrażnieniem wskutek ruchów perystaltycznych zależnych od podrażnienia odbytnicy.

CIĄGLIŃSKI zwraca uwagę, że chory ten nie wymiotował, stąd też wyraża przypuszczenie, że sprawa ta powstała podczas konania.

Prezes PRZEWOSKI odpowiada, że u dzieci, cierpiących na *colitis* widywał takie agoniczne wgłobienia kiszek, u dorosłych nie widział, i nie sądzi, że są możliwe. Wgłobienie, które przedstawiał, nie jest agonicznym; widać bowiem na preparacie ślady zaburzeń w krążeniu i ślady reakcyi, prócz tego zrost pomiędzy częścią średnią a zewnętrzną dowodzi, że stan ten istniał dawniej. Brak wymiotów objaśnić można tem, że chory przyjmował pokarmy w bardzo małej ilości.

Prof. BARANOWSKI mniema, że w obec istniejącej zgorzeli płuc zator tętnicy płucnej zależał nie od zakrzepu w żyłe biodrowej, lecz od owrzodzeń na kiskach grubych.

W odpowiedzi prezes PRZEWOSKI zaznacza, że w takim przypadku zator musiałby przejść przez filtr naczyń włoskowatych wątroby, czyli musiałby mieć wielkość czerwonego lub białego ciała krwi i dopiero po wyjściu z wątroby powiększyć się skutkiem osadzania się na pniu krwi, niemożliwem jest jednak aby doszedł do takiej wielkości i zatkał tak duże naczynie. Z drugiej zaś strony zator w tętnicy płucnej miał taki wygląd, jak skrzep w żyłe biodrowej, a nadto przyłożony do tamtego, pasował swą powierzchnią oderwania. Jakkolwiek więc był to skrzep nie zakażony, to jednak, zatykając gałąź tętnicy płucnej, która należy do tętnic końcowych, wywołał zgorzel nie septyczną, która jednak pod wpływem septycznych pierwiastków działających z otoczenia mogła przybrać charakter zgorzelinowy.

Prof. BARANOWSKI twierdzi, że znane są fakty, gdzie przy *perityphlitis*, jako pierwszy objaw wtórny, następował zator tętnicy płucnej; w sprawie tej wyłączyć by można wątrobę, a infekcyja nastąpić może przez żyły hemoroidalne.

Według zdania PRZEWOSKIEGO fakt taki możliwym jest tylko wtedy, gdy infarkty są małe.

Wiadomości bieżące.

— CHIARI ogłasza przypadek, w którym kobieta, cierpiąca przez długi czas na *diabetes mellitus*, dostała następnie zgorzeli nogi i płuc. Po śmierci przeprowadzono najstaranniejsze badania bakteriologiczne. Z ognisk nekrotycznych płuc i ze krwi otrzymano czystą hodowlę *bac. coli*; przemawia to za tem, że *b. coli* może być przyczyną i tej sprawy, lecz nic nie mówi o swoistych jego własnościach, gdyż, jak wiemy, miejscowo zgorzel może być następstwem najrozmaitszych przyczyn. (*Prager. med. Woch.* 1893). D.

— Kol. ARNSTEIN z Kutna przez sezon letni praktykować będzie jako lekarz z/rojoyowy w Ciechocinku.

— VIII międzynarodowy kongres dla oftalmologii odbędzie się w sierpniu r. b. w Edyburgu.

— 3 i 4 lutego r. b. odbędzie się w Berlinie I niemiecki kongres „für Jugend- und Volksspiele“.

— W powodzi książek lekarskich, wciąż z druku wychodzących, wyróżnić tu musimy 2 świeżo przez firmę S. Karger w Berlinie wydane: RAWITZ. *Grundriss der Histologie* i PLANGE. *Die Infektions-Krankheiten, ihre Entstehung, ihr Wesen und ihre Bekämpfung*. Książki te w bardzo treściwej formie zaznajamiają czytelnika z obecnym stanem kwestyi, z korzyścią więc będą czytane przez lekarzy-praktyków, niemających czasu na studyowanie obszernych dzieł.

— Kol. S. STERLING wydał książeczkę, traktującą popularnie: „Pielęgnowanie chorych“. Spełnia ona zadanie, jakie sobie autor postawił: dać „wskazówki wszystkim, którzy, powołanie czując do pielęgnowania chorych, zadanie swe z największą dla tych korzyścią chcą spełniać“.

— Otrzymaliśmy następujące doniesienie:

W dniu 5 b. m. w lokalu Tow. Kred. m. Warszawy odbyło się posiedzenie Komitetu Kol. Letn., na którym przewodniczący komitetu D-r ST. MARKIEWICZ odczytał sprawozdanie z działalności za sezon ubiegły, które przedstawione zostanie Radzie Miejskiej Dobroc. Publ. wraz z prośbą o wyjednanie pozwolenia do czynności w roku bieżącym i zatwierdzenie członków komitetu.

Na wniosek przewodniczącego obradom, profesora PAWIŃSKIEGO, aby zarówno wagę jak i stan zdrowia dzieci w końcu każdego sezonu poddawano obserwacyom lekarskim, postanowiono na przyszłość odwołać się o to do pomocy lekarzy, w których obrębie znajdują się kolonie, gdyż czynności te z wielu przyczyn za powrotem do Warszawy dokonywane być nie mogą. Ze względu na rozporządzenie ministeryalne, ograniczające zarządy kolei w wydawaniu biletów wolnej jazdy, postanowiono zwrócić się do mtnisteryum komunikacyi o bezpłatne udzielenie biletów. Przedstawia to jednakże wiele trudności, albowiem Komitet kolonii, nie mając zapewnienia, gdzie i na ile dzieci w roku bieżącym urządzone będą kolonie, nie może czynić starań o udzielenie biletów bezpłatnych. Z tego też powodu byłoby bardzo pożądanem, aby osoby, mające zamiar ofiarować u siebie pomieszczenie, już teraz zawiadomiły Komitet [D-r MARKIEWICZ, Miodowa Nr. 3] o swoim postanowieniu.

Poniżej przytoczone cyfry objaśniają interesowanych o użyciu funduszów publicznych.

Nazwa miejscowości	Ilość dzieci.	Suma.
Sucha	120 dziewcząt	1371 Rs. 65 kop.
Sanniki	8	koszta poniósł zarz. cukrowni
Żyżyn	25	właścicielka majątku
Ruda Pabianicka . .	180	1877 Rs. 18 kop.
Łągów	90	1017 „ 45 „
Przedbórz	299	1783 „ 51 „
Trzepnica	50	413 „ — „
Leszno	150	zarząd cukrowni
Ciechocinek	125	2656 „ 65 „
Stasinki	126	1425 „ 47 „
Dzierzbice	75	550 „ 18 „
Psary	120	1198 „ 07 „

Razem wysłano . 1368, w tej liczbie chłopców 546, dziewcząt 822.

Koszta utrzymania dzieci wyniosły rs. 13697 kop. 89, zaś administracyi [wliczając kąpiele, szycie bielizny i obuwia, opłatę sekretarki, woźnego, dozorców, gospodyń, służby, materyały piśmienne i inne drobne wydatki, dokompletowania inwentarza] rs. 3528 kop. 08, czyli razem wydatkowano rs. 17155 kop. 97, zaś dochód z rozmaitych źródeł wraz z remanentem z r. 1892 wynosił rs. 20212 kop. 82½, pozostaje zatem w remanencie na rok bieżący rs. 3156 kop. 85.