

GAZETA LEKARSKA

I. Przyczynek do chirurgii płuc. (*Vulnera puncta et sclopetaria pulmonum*).

Skreślił

dr Fr. Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

*Vulnus punctum pulmonis. Haemorrhagia in cavo pleurae. Pneumopexia.
Tamponatio. Sanatio.*

28-go września 1902 roku Pogotowie Ratunkowe przywiozło do szpitala Wolskiego St. P., 22-letniego stróża w jednej z siedzib podmiejskich, z raną kłutą klatki piersiowej. Chory opowiada, że jakiś opryszek przez zemstę uderzył go nożem z lewej strony w klatkę piersiową; po otrzymaniu rany chory przebiegł jeszcze około 100 kroków, następnie upadł i stracił przytomność. Wezwane Pogotowie po udzieleniu pierwszej pomocy odwiozło chorego do szpitala. Chory wysokiego wzrostu, dobrze zbudowany, z mocno rozwiniętymi mięśniami, nadmiernie blady, z wyrazem cierpienia i strachu na twarzy, oddycha z trudnością, nader szybko i powierzchownie; tętno 120, nitkowate. Z lewej strony klatki piersiowej na *linea axill. anter.* pomiędzy 4-em a 5-em żebrzem znajduje się rana poprzeczna, długości około 2-ch ctm., z równymi brzegami. Z rany tej sączy się ustawicznie krew. Opukiwanie klatki wykazuje na całej przestrzeni od przodu i od tyłu stłumienie, od którego wolną jest tylko okolica wierzchołka płuca. Granic serca określić nie można, gdyż zlewają się ze stłumieniem wyżej wzmiankowanem. Próbné przekłucie klatki piersiowej wykazało, że stłumienie zależy od krwotoku do jamy opłucnej. Chory tak osłabiony, że podczas badania zemdlał.

Skutkiem rany, zadanej w klatkę piersiową nastąpił do wnętrza tej ostatniej krwotok nader obfity, gdyż w ciągu kilku godzin [około 3 ch od czasu wypadku] wypełnił całą klatkę piersiową.

Mając to na względzie, bez zwłoki przystąpiłem do operacji, aby opanować krwotok, którego źródło nie było mi znane: mogło być zranione serce, płuco lub nawet tętnica międzyżebrowa. Bez usypiania chorego usunąłem około 8 ctm. 5-go żebra poniżej rany klatki piersiowej, ranę rozszerzyłem, dodając cięcia pionowe, i otrzymałem swobodny dostęp do wnętrza klatki piersiowej. Tętnica międzyżebrowa nie była skaleczona, krwotok pochodził z wnętrza klatki piersiowej. Po otworzeniu szerokiem klatki piersiowej krew z niej literalnie buchała. Staralem się wylać krew i pozostałą część wybrać tamponami z gazy, ale to do niczego nie doprowadziło, gdyż świeża fala krwi ciągle napływała. Ponieważ podczas tego chory się zakaszał i w płwocinie pokazała się krew, było to wskazówką dla mnie, że płuco uległo skaleczeniu. Tętno chorego zupełnie ginęło, siły go opuszczały, zaledwie oddychał. Jeżeli szybko nie zawładniemy krwotokiem, chory skończy na stole operacyjnym. Wprowadziłem natychmiast rękę do jamy klatki piersiowej, schwyciłem płat płuca i wydobyłem część jego na zewnątrz przez ranę; tym sposobem płuco przyciągnąłem do bocznej ściany klatki piersiowej. Skutkiem tego krwawienie wstrzymało się. Jamę opłucnej opróżniłem i, o ile możliwości, oczyściłem zapomocą gazy wyjałowionej; źródła krwawienia jednak nie mogłem dostrzedz. Ręką, wprowadzoną do klatki piersiowej, wymacywałem serce i wnękę płuca. Gdy płuco zwolna opuszczałem ponownie do klatki piersiowej, natychmiast występowało gwałtowne krwawienie w pobliżu samej wnęki.

Wobec nieznacznego krwiopłucia przypuszczać należało, że samo płuco jest zranione na nieznacznym przestrzeni i niezbyt głęboko; rana była zadana w pobliżu wnęki, przecięta jedna z grubszych gałęzi tętnicy płucnej.

Ponieważ przekonałem się, że krwawienie zatrzymuje się, o ile płuco jest przyciągnięte do bocznej ściany klatki piersiowej, a występuje ponownie przy uwolnieniu płuca, przeto przyszyłem płat płuca do brzegów rany; do jamy zaś opłucnej pomiędzy serce a samo płuco wprowadziłem tampony z gazy, szczelnie przyciskając je do płuca, t. j. wykonałem *costopneumopexiam* i następcze zatamponowanie.

Chory był bez tętna, na stole operacyjnym podczas wszystkich manipulacji asystenci moi wykonywali u niego entero- i hipodermoklyzę. O wykonaniu obszerniejszej operacji, t. j. o szerszym otworzeniu klatki piersiowej, odśzukaniu skaleczonego naczynia i podwiązaniu go lub zaszyciu rany, wobec tak znacznej utraty krwi mowy być nie mogło, z obawy jednak, aby chory podczas operacji nie wyzionął ducha, ograniczyłem się do pneumopeksyi, tembardziej, że po jej zastosowaniu natychmiast krwotok ustał.

Chorego odnieśli na łóżko; zaleciliśmy podawanie napojów w znacznej ilości, kofeinę i kamforę pod skórę.

W nocy chory był bardzo niespokojny i nieprzytomny, — zrywał się, rzucał, krzyczał, zdierał bandażę, skutkiem czego służba musiała go obezwładnić. Nad ranem po zastrzyknięciu morfiny uspokoił się.

29.IX. T° zrana 37,6°; wiecz. 38,6°.

Tętno 120, dosyć pełne. Chory przytomny zupełnie, nie pamięta, co się działo w nocy; osłabiony, chętnie jednak przyjmuje płyny i pokarmy. W płwocinie nieznaczna przymieszka krwi.

30.IX. T° zrana 38,0°, wiecz. 38,6°, tętno 116. Opatrunek całkowicie prześlaknięty surowiczo-krwistą wydzieliną; powierzchowne warstwy jego zmieniono. Wystąpił lekki kaszel, w płwocinie niema krwi.

1.X. Ponieważ od czasu przybycia do szpitala nie było wypróżnień, przeto kiszki przemyto. Pomimo podniesionej ciepłoty chory czuje się dobrze, domaga się w większej ilości jedzenia.

2.X. Stan bez zmiany. Ciepłota 38,2°, wiecz. 39,0°. Wydzielina z rany wciąż nader obfita. Zastosowano *Ol. ricini*, kaszel, bez *haemoptoe*.

4.X. Po obfitych wypróżnieniach ciepłota spadła do normy—37,0°—37,2°.

5.X. Ponowne podniesienie ciepłoty. Zmuszeni byliśmy zmienić opatrunek, lecz wszystkich tamponów nie usunęliśmy, trzymały się one płuca nader mocno, przez odrywanie przemocą można było wywołać nowy krwotok. Wydzielina z jamy opłucnej nader obfita, już nie była zabarwiona krwią. Kaszel trapił chorego, powodował mu ból w lewej stronie klatki piersiowej i trudność oddechu. W płucach rozsiane drobno- i grubo-pęcherzykowe rzężenia.

7.X. Po upływie 9-u dni od czasu operacji zmieniliśmy tampony, do jamy opłucnej wprowadziłem sączki. Ropna wydzielina z rany była bardzo obfita i zniewalała do częstych zmian opatrunku. Chory w ciągu kilku tygodni gorączkował, zwolna jednak ciepłota się obniżała, wydzielina z klatki piersiowej znacznie się zmniejszyła, kaszel nie ustąpił, ból w lewej stronie klatki piersiowej dosyć żywy. Ogólny stan chorego znacznie się poprawił, apetyt dobry, sen niezły.

Chory uskarża się na dokuczliwy kaszel i ból w lewej połowie klatki piersiowej. W końcu listopada kaszel wraz z bólem w klatce piersiowej ustąpił, sączki usunęliśmy.

27-go grudnia 1902 r. chory opuścił szpital z zagojoną raną. Badanie wykazuje stłumienie w dolnej połowie klatki piersiowej od przodu i od tyłu; od przodu stłumienie łączy się z granicą serca, od tyłu dosięga niemal do łopatki. Na miejscu stłumienia oddechu nie słychać, powyżej oddech normalny, lecz mniej wyraźny aniżeli ze strony prawej. Serce nie przedstawia zmian. Lewa strona klatki piersiowej spłaszczona. Stan ogólny chorego wyborny. Po upływie kilku miesięcy chory wygląd miał kwitnący, innych zmian ze stron płuc nie było. Klatka piersiowa z lewej strony spłaszczona. Pacjent nasz ciężko pracuje.

Vulnus punctum pulmonis dextri. Haemorrhagia in cavo pleurae.

Pleuritis septica. Mors.

F. S., 21-letni wyrobnik, został przywieziony do szpitala Wolskiego z aresztu 27 go maja r. b.. Chory opowiada, że przed tygodniem podczas bójki

ulicznej otrzymał kilka kłutych i ciętych ran w rękę [lewą pięść], głowę i klatkę piersiową. Z aresztu policyjnego odstawiono go do szpitala skutkiem ciężkich objawów ze strony płuc. Chory uskarża się na ból w prawym boku, kaszel mocny, z plwociną krwawą, oraz niezmiernie utrudniony oddech. Rany cięte w okolicy prawej kości ciemieniowej i lewej pięści nie przedstawiają nic ważnego.

Na klatce piersiowej z prawej strony od tyłu pomiędzy kręgosłupem a łopatką na wysokości grzebienia łopatki znajduje się skośna ranka długości około 1 ctm.. Ranka zupełnie sklejona i pokryta strupem. Przy opukiwaniu prawego płuca otrzymujemy stłumienie na całej przestrzeni od *spina scapulae* ku dołowi, od przodu zaś już od 4-go żebra. Powyżej stłumienia występuje odgłos tympanityczny.

Na miejscu stłumienia szmerów oddechowych nie słychać, *fremitus pectoralis* zniesiony. W pozycji leżącej przy opukiwaniu otrzymujemy przydźwięk tympanityczny w górnej części klatki od przodu. *Punctio probatoria thoracis* wykazała obecność płynu krwistego wewnątrz jamy opłucnej.

Tętno 106. Oddech 40. Ciepłota 38°. Serce i pozostałe narządy nie wykazują zmian wybitnych.

Określono — *vulnus punctum thoracis et pulmonis, pneumo - et haemothorax*.

Stan chorego tegoż dnia wieczorem znacznie się pogorszył, trudność oddechu niezmierna, kaszel z plwociną krwawą, tętno 130, oddech bardzo szybki, powierzchowny, żywy ból w prawej połowie klatki. Twarz biała, pokryta zimnym potem.

Z obawy, aby śmierć nie nastąpiła skutkiem uduszenia, przystąpiono bezwzględnie do przekłucia klatki piersiowej i przy pomocy aparatu Potina wyciągnięto znaczną ilość powietrza oraz 600,0 płynu krwistego. Po zabiegu tym chory uczuł znaczną ulgę i stopniowo uspokoił się.

W ciągu dwóch dni ciepłota dochodziła do 39,2°, duszność, stłumienie na klatce piersiowej bez zmiany, tętno 104, oddech 36. Chory tak osłabiony, że badać go nie można w pozycji siedzącej.

31-go maja ponowne przekłucie klatki i usunięcie 700,0 płynu krwistego, z czarnymi drobnymi skrzepami krwi.

Pomimo to stan bardzo ciężki — duszność, ból w prawym boku, kaszel, w plwocinie niekiedy krew, gorączka wysoka, częste wypróżnienia, co wszystko razem wywołało nadmierne osłabienie i nie pozwoliło na przystąpienie do radykalniejszego zabiegu. Zwolna jednak stan chorego zaczął się poprawiać, ciepłota cokolwiek się obniżyła, duszność mniejsza, tętno 100—120, oddech 36, w prawej opłucnej zmiany jednak też same. Poprawa ta niedługo trwała. Chory ponownie zaczął gorączkować. 23-go maja przekłucie wykazało obecność mocno zmienionego wysięku krwistego.

24-go maja tylko przy pomocy miejscowego znieczulenia na linii pachowej tylnej usunęliśmy część 8-go żebra [6 — 7 ctm.], jamę opłucnej otworzyliśmy i wypuściliśmy znaczną ilość płynu czekoladowego. Do jamy opłucnej wprowadziliśmy sączki i tampony. Pomimo znacznego wypływu z rany, chory nie

przestał gorączkować, a oprócz tego zaczął uskarżać się na męczący kaszel. Siły chorego się wyczerpywały, trudność oddechu się zwiększała, niepokój wzrastał i przy objawach zapaści chory zmarł 1.VII. 1905.

**Vulnus sclopetarium thoracis et pulmonis. Haemothorax.
Aspiratio. Sanatio.**

4-go marca 1901 r. byłem wezwany do 17-letniego chłopca, który wystrzelił do siebie z rewolweru. Zastałem chłopaka bladego, leżącego na łóżku nie-ruchomo, z tętnem przyspieszonym — 120, z oddechem powierzchownym. Na klatce piersiowej z lewej strony pod 5-em żebrem na *linea mammaria*—ranka okrągła, średnicy około 1 ctm., pokryta świeżym, jeszcze nie przyschniętym skrzepem krwi,—był to wejściowy otwór kuli, wyjściowego nie było. Od tyłu na klatce piersiowej z lewej strony na linii idącej od kąta łopatki, na wysokości 11-go żebra znaczna bolesność nie tylko przy obmacywaniu, lecz nawet i przy oddychaniu chorego. Opukiwanie wykazuje wyraźne stłumienie w dolnej części klatki piersiowej. Chłopiec pochrząkuje i oddaje plwociną, zmieszaną ze świeżą krwią.

Chorego przewieziono natychmiast do jednej z lecznic prywatnych.

5.III. Stan bezgorączkowy; tętno 90; chory uskarża się na ból w lewej połowie klatki piersiowej, a szczególnie od tyłu pomiędzy 10-em a 11-em żebrem, utrudniony oddech i niewielki kaszel.

6.III. W plwocinie chorego znajduje się krew. Przy opukiwaniu klatki piersiowej stłumienie, dochodzące do kąta łopatki.

7.III. Krew w plwocinie. Stan bezgorączkowy.

10.III. Bolesność w okolicy 10-go i 11-go żebra znacznie mniejsza.

15.III. Stłumienie na klatce piersiowej dochodzi niemal do połowy łopatki; szmerów oddechowych w miejscu stłumienia nie słychać. Tętno 80, pełne. Ciepłota normalna.

19.III. 1901. Przy pomocy aparatu Potin'a wypuściłem około 1000,0 grm. płynu krwistego. Stan chorego bezgorączkowy. Chory szybko zaczął się poprawiać i wracać do sił. Płyn w klatce piersiowej ponownie się nie zbierał. Po upływie 2-ch tygodni na całej przestrzeni na klatce piersiowej z lewej strony słychać prawidłowy szmer oddechowy, cokolwiek mniej wyraźny od dołu; w miejscu tem nieznaczne stłumienie; przy obmacywaniu nieznaczny ból na wysokości 11-go żebra w pobliżu kręgosłupa.

Mieliśmy zatem do czynienia z raną postrzałową klatki piersiowej i płuc; kula przebiła przednią ścianę, przeszła przez płuco i utkwiała w tylnej ścianie pomiędzy 10-em a 11-em żebrem. Krwotok do jamy opłucnej sam się zatrzymał. Wynaczynienie drażniło obecnością swoją opłucną i powodowało zwiększenie się płynu w jamie tej ostatniej. Jednokrotne usunięcie płynu doprowadziło do zejścia pomyślnego. Kuli nie usuwałem.

Vulnera sclopetaria thoracis et pulmonis. Haemothorax.

Aspiratio. Sanatio.

14-go grudnia 1901 r. byłem wezwany do 20-letniego mężczyzny, który w celu pozabawienia się życia dwukrotnie wystrzelił do siebie z rewolweru. Jeden strzał po drugim nastąpił natychmiast.

Chory małego wzrostu, wątłej budowy, niezmiernie blady, leżał nieruchomo na łóżku; z trudnością i bardzo szybko oddychał; tętno około 130, drobne, nikłe. Z lewej strony klatki piersiowej na *linea mammaria* pod 5-em żebrem znajduje się jedna rana, stanowiąca otwór wejściowy kuli, średnicy około 1 ctm., a cokolwiek na zewnątrz takąż samą drugą raną. Wyjściowych otworów kul niema; w okolicy 10-go i 11-go żebra od tyłu—żywy ból nawet przy oddychaniu.

Chory kilkakrotnie zakaszał i w płwocinie zauważyć można było świeżą krew. Przy opukiwaniu klatki piersiowej otrzymujemy od tyłu z lewej strony stłumienie.

15.XII. Stan chorego znacznie lepszy. Tętno 100, miarowe; oddech mniej szybki i głębszy. Stłumienie od tyłu sięga do kąta łopatki. W płwocinie przy kaszlu krew.

16.XII. Stan bezgorączkowy. Chory uskarża się na ból w dolnej części klatki piersiowej, szczególnie od tyłu.

17.XII. Stłumienie w lewej stronie na klatce piersiowej nie powiększa się. Krwi w płwocinie niema. Stan bezgorączkowy. Chory stopniowo się poprawił, bolesność w klatce piersiowej się zmniejszała. Płyn w jamie opłucnej utrzymywał się na jednakowej wysokości. 27.XII. 1901 wypuściłem przy pomocy aspiratora POTIN'a około 650,0 płynu krwistego. W krótkim czasie na miejscu stłumienia można było wysłuchać prawidłowy szmer oddechowy. W dolnej części klatki piersiowej pozostało jednak niewielkie stłumienie. Chory nie gorączkował, nie kaszlał i czuł się w ogóle dobrze. Prześwietlanie zapomocą aparatu ROENTGEN'a wykazało, że jedna kula znajduje się w pobliżu kręgosłupa nad 10-em żebrem, a druga pod niem. Kul tych wymacać jednak nie można; ponieważ obecność ich nie sprawiała żadnych dolegliwości choremu, przeto nie widziałem potrzeby usuwania ich. Chorego w końcu stycznia 1902 r. wypuściłem z pod mojej opieki w stanie zupełnie dobrym.

Dwie zatem były rany postrzałowe dolnego płata lewego płuca, z krwawieniem niezbyt obfitem. Wyczekująca metoda leczenia wraz z jednokrotnem opróżnieniem klatki piersiowej dała wynik dobry.

Vulnus sclopetarium thoracis et pulmonis. Haemo - et pneumothorax.

Aspiratio. Sanatio.

St. K., piekarz, lat 21, w nocy 13-go czerwca 1904 r. podczas zaburzeń na ulicach Warszawy dostał postrzał z karabinu w klatkę piersiową. Strzelali

kozacy z odległości 100 kroków. Po otrzymaniu rany chory przeszedł jeszcze kilka kroków, poczem upadł i stracił przytomność. Towarzysze podnieśli go i przynieśli do szpitala Wolskiego.

14.VI. Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany, błądy niezmiernie, z wyrazem ciężkiego cierpienia na twarzy, ustawicznie pokasłuje, przyczem wydziela mu się ustami krwawa, pienista plwocina.

Na klatce piersiowej z lewej strony pomiędzy 1-em a 2-em żebrzem, w odległości 6 ctm. od brzegu mostka znajduje się okrągła rana, średnicy około 1,5 ctm., o brzegach nierównych, zmiażdżonych; z rany przy oddechu chorego wydobywa się krwawa wydzielina, pomieszana z pęcherzykami powietrza. Okolica rany bolesna; od obojczyka aż do 7-go żebra na przedniej powierzchni klatki piersiowej wyczuć się daje *emphysema subcutaneum*.

Od tyłu z lewej strony pod łopatką pomiędzy 8-em a 9-em żebrzem, w odległości 10 ctm. od kręgosłupa znajduje się drugi otwór, cokolwiek mniejszy od opisanego powyżej. Naokoło rany tej zauważyć można obszerne wybroczyny; z rany powietrze się nie wydobywa, *emphysema subcutanei* naokoło niema.

Opukiwanie z lewej strony klatki piersiowej w pozycji siedzącej chorego wszędzie daje odgłos bębenny.

Opukiwanie od tyłu w pozycji siedzącej od wierzchołka płuca do kąta łopatki daje oddźwięk tympanityczny, a od kąta łopatki ku dołowi wyraźne stłumienie. Szmer oddechowy w górnej połowie lewego płuca znacznie osłabiony, a od dołu zupełnie go niema. Na rany nałożyliśmy opatrunek przeciwnalny. Ciepłota 36,6°, wiecz. 37,8°.

15.VI. T° zrana 37,2°, wiecz. 37,8°. Ból w lewej połowie klatki piersiowej; w plwocinie—krew.

16.VI. T° zrana 37,8°, wiecz. 36,8° po obfitem wypróżnieniu. Niewielki kaszel; krew w plwocinie.

17.VI. Stłumienie na klatce piersiowej powiększyło się. Stan podgorączkowy. Objawy odmy piersiowej znacznie się zmniejszyły.

Od 22.VI ciepłota normalna, kaszel znacznie się zmniejszył, w plwocinie jednak spotykamy krew w postaci małych skrzepów.

27.VI. *Punctio probatoria* wykazała w jamie opłucnej obecność płynu krwistego, który zajmuje przestrzeń od kąta łopatki aż do samego dołu klatki piersiowej. Krwiopłucia niema. Objawów odmy piersiowej niema.

11.VII. 1904. Ilość płynu w klatce piersiowej nie zmieniła się, przeto przy pomocy aparatu Potin'a usunąłem 750,0 grm. krwistej cieczy.

12.VII. Stan ogólny chorego wyborny. Poniżej łopatki słychać prawidłowe szmery oddechowe,—u samego dołu klatki piersiowej niewielkie stłumienie. Stan bezgorączkowy.

Chory, czując się dobrze, opuścił szpital i do tej pory nie zgłosił się.

Kula karabinowa zrobiła w danym przypadku otwór wejściowy dosyć znacznych rozmiarów i spowodowała odmę piersiową. Krwotok z płuca był względnie do uszkodzenia niezbyt wielki. Odma piersiowa po pewnym czasie ustąpiła i nie wywołała żadnych powikłań ze strony opłucnej. Po upływie

kilku tygodni i po usunięciu płynu krwistego z jamy opłucnej chory wyzdrowiał.

Jakkolwiek rany cięte i klute klatki piersiowej z jednoczesnem otwarciem opłucnej nie należą do rzadkości, jednak uszkodzenie przytem płuca niezbyt często się spotyka. W ciągu ostatnich 3-ch lat w szpitalu Wolskim, który leży w dzielnicy zamieszkałej przez ludność robotniczą, dosyć skorą do bójek, miałem możność spostrzegania ciętych i klutych ran klatki piersiowej 31 razy; w większości przypadków opłucna była otwarta, lecz tylko w 9-u odma piersiowa powodowała cięższe objawy, płuco zaś samo było zranione tylko w dwóch przypadkach. Z pomiędzy tych chorych zaledwie mała odsetka zmuszona była do pozostawania w szpitalu, przeważnie zaś leczyli się oni ambulatoryjnie.

Powyżej przytoczyłem dwa przypadki zranienia płuca, jako przedstawiające większe zainteresowanie tak ze względu na rodzaj uszkodzenia, jak postępowania z chorym. W jednym i drugim spostrzeżeniu rana płuca była blisko wnęki, zraniona była jedna z większych gałęzi tętnicy płucnej. Po zranieniu wystąpiła odma piersiowa, oraz obfite krwawienie do jamy opłucnej. W pierwszym przypadku objawy były tak groźne, że zniewalały do natychmiastowej pomocy chirurgicznej, w drugim zaś—krwawienie samo się zatrzymało, chory chodził, dostał się nawet do więzienia, i dopiero po tygodniu przy potęgowaniu się objawów ze strony płuc był odwieziony do szpitala.

Po uderzeniu nożem lub sztyletem w klatkę piersiową krwawienie do jamy opłucnej może nastąpić skutkiem zranienia tętnicy międzyżebrowej, serca lub płuca, nie mówiąc już o skaleczeniu naczyń wielkich. Na zranienie płuca wskazuje jeden tylko decydujący objaw, mianowicie krew w płwocinie, której obfitość jest zależna od rozległości i umiejscowienia samej rany. Przy ranach głębokich, do których otwiera się większych rozmiarów oskrzele, krew może pokazywać się bardzo szybko po zadaniu rany, przy powierzchownych zaś, nieznacznych uszkodzeniach niekiedy jej nie widzimy i dopiero po mocnym kaszlu chory wypłuuwa niewielkie skrzepy krwi.

Krwioplucie takie może trwać bardzo krótko, jeden, dwa dni, niekiedy zaś utrzymuje się znacznie dłużej, jak na przykład w drugim naszym spostrzeżeniu, gdzie krew w płwocinie znajdowaliśmy uawet po upływie 2-ch tygodni: nie była to świeża krew, lecz niewielkie skrzepy, które chory z trudem odpluwał.

Jeżeli krwawienie z płuc do jamy opłucnej jest wielkie i zagraża życiu chorego, należy otworzyć szeroko klatkę piersiową, dotrzeć do miejsca zranionego, i zaszyć ranę płuca lub ją zatamonować. W większości przypadków odma piersiowa powstaje jednocześnie ze zranieniem płuca, dlatego też sama operacya w tych razach mały wywiera wpływ na zwiększenie jej. Powietrze może dostawać się do jamy opłucnej przez otwartą ranę w ścianie klatki piersiowej albo też przez zranione płuco, szczególnie jeżeli przecięty został jednocześnie większy przewód powietrzny.

Dostęp do płuca powinien być wygodny. Znane mi jest spostrzeżenie, gdzie po usunięciu jednego żebra nie można było znaleźć rany w płucu. Dlatego też usuwać należy nawet kilka żeber, albo przeciąć jedno międzyżebrze i następnie kolejno kilka żeber wraz z całą ścianą klatki piersiowej, jak to robiłem w doświadczeniach na zwierzętach, cały zaś płat kostno - mięśniowy odsunąć ku górze lub dołowi. Zaznaczyć tu jednak muszę, że na tego rodzaju otwieranie klatki piersiowej niezawsze nam stan chorego pozwala. Wobec groźnego krwotoku, musimy śpieszyć się, i torować sobie drogę do płuc najprędzej, chociażby niezbyt wygodnie.

Małe rany płuc pozostawimy swojemu losowi, większe zaś, mocno krwawiące, zeszywamy lub tamponujemy.

Zaszywanie rany płuc na brzegach płatów lub powierzchniach dostępnych dla naszych palców jest bardzo łatwe; inna sprawa jeżeli rana znajduje się blisko wnęki płuca, tu zaszywanie natrafia na ogromne przeszkody, niemal jest nie do wykonania, należy wtedy klatkę piersiową otwierać bardzo szeroko, płuco zaś w całości wydobywać na zewnątrz, co znów powoduje nadmierny wstrząs i nader niekorzystnie wpływa na zejście pooperacyjne.

W takim też przypadku po usunięciu żebra i otworzeniu klatki piersiowej, kiedy widziałem, że chory może skończyć na stole operacyjnym skutkiem znacznego krwotoku przedtem, aniżeli zdążę odszukać ranę w płucu i zaszyć ją, schwyciłem płat płuca mocno naciągnąłem i wydobyłem część jego na zewnątrz klatki piersiowej. Krwawienie natychmiast zatrzymało się skutkiem mocnego napięcia tkanek; jak tylko zwolniłem płuco, t. j. zmniejszyłem napięcie płata, krwotok się ponawiał. Postanowiłem tedy płuco przyszyć do ściany klatki piersiowej, a pomiędzy serce, wnękę płuca i powierzchnię zranionego płata górnego wprowadzić tampony z gazy, aby wraz ze skrzepami krwi mogły zamknąć samą ranę. Postępowanie takie okazało się bardzo skutecznem, gdyż krwawienie więcej się nie ponowiło.

Jeżeli płuco nie jest przyrośnięte do ściany klatki piersiowej lub utrzymanie zapomocą szwu, tamponowanie ran w niem jest cokolwiek kłopotliwe skutkiem znacznej ruchomości samego płuca.

Pneumopexia, t. j. przyszywanie płuca do klatki piersiowej, już wielokroć było stosowane przez chirurgów przy wykonywaniu operacji na płucach dla usunięcia zgubnego wpływu odmy piersiowej; chodziło tu o wywołanie zrostów i zabezpieczenie opłucnej od zakażenia. W 1897 r. CARL BAYER¹⁾ z Pragi przy usuwaniu mięsaka z klatki piersiowej musiał otworzyć opłucną, skutkiem czego chory przestał oddychać. BAYER chwycił kleszczami górną część płuca i wydobyl na zewnątrz, wtenczas chory zaczął oddychać przy czynnym udziale górnej połowy podtrzymywanego płuca. BAYER wtedy przymocował płuco do klatki piersiowej i spokojnie dokończył operację.

DELAGÈRE w 1901 r. również w 3-ch przypadkach po otworzeniu klatki piersiowej przymocował płuco do brzegów rany zewnętrznej, aby ułatwić oddech operowanym.

¹⁾ CARL BAYER — Zur Pneumopexie. Centralblatt f. Chir. 1897 — N. 2 p. 37.

W naszym spostrzeżeniu *pneumopexiu* miała podwójne znaczenie, — raz, podtrzymując płuco, ułatwiała oddech choremu, a powtórę — skutkiem mocnego napięcia tkanki płucnej powstrzymywała krwawienie. W dostępnej mi literaturze nie spotykałem się z podobnym opisem, aby przy pomocy pneumopeksyi starano się powstrzymać krwotok z rany płucnej. Przy operowaniu na innych tkankach często jednak uciekamy się do tej metody, stąd też przez analogię pokusiłem się o zastosowanie jej przy krwawieniu z rany płuca. Postępowanie takie ma tę jednak ujemną stronę, że skutkiem mocnego napięcia elastycznej tkanki płucnej utrudniamy krwiobieg z znacznym odcinku płuca, co ujemnie wpłynąć może na czynność samego serca, któremu stawarzamy przeszkodę do przepędzenia fali krwi i zniewalamy przez to do większej pracy. Przy powstrzymywaniu krwotoku, zagrażającego życiu chorego, z takimi odległymi następstwami pneumopeksyi liczyć się nie możemy, tembardziej, jak doświadczenie nasze wykazało, że serce z tą sztucznie wytworzoną przeszkodą daje sobie radę, krwiobieg się wyrównywa bez żadnych powikłań.

Kwestya postępowania przy krwotokach płucnych urazowego pochodzenia była przedmiotem rozpraw na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich w roku bieżącym [26 — 29 kwietnia].

GARRÉ¹⁾ [z Królewca] wystąpił z odczytem „O z a s z y w a n i u r a n p ł u c”. Przy ranach płuc wyczekująca metoda postępowania daje znaczną odsetkę śmiertelności [około 40%] skutkiem krwotoku, odmy piersiowej i wtórnego zakażenia. GARRÉ przeto radzi w celu zabezpieczenia ran płuc od ropienia i ograniczenia rozwoju zapalenia opłucnej, wcześniej przedsięwziąć zabiegi chirurgiczne, otwierać tedy szeroko klatkę piersiową i rany płuca zaszywać lub tamponować je. Dotąd wykonano niewielką liczbę podobnych operacyi [9 razy zaszycie, 3 razy tamponowanie], jednak zejście pooperacyjne [9 wyzdrowień] dało wyniki bardzo zachęcające do wczesnego stosowania tych zabiegów. W zaszywaniu ran płuc posiadamy środek, powstrzymujący krwotoki i zabezpieczający od przechodzenia powietrza z mięszu płuc. GARRÉ jest zdania, że ranę płuc należy zeszywać: 1) w przypadkach obfitych krwotoków do jamy opłucnej, 2) w długotrwałych i powtarzających się krwawieniach, 3) a także przy odmie piersiowej, która nie może być usunięta przy pierwszym przekłuciu.

GARRÉ jamę opłucnej po zaszyciu rany płuca tamponuje. REHN pod tym względem jest innego zdania, uważa on, że tamponowanie lub drenowanie jamy opłucnej przy czystych sprawach jest zbyteczne, można opłucną całkowicie zamknąć. REHN w 3-ch przypadkach przy wyluszczeniu guzów z żeber zmuszony był usunąć opłucną ścienną na znacznej przestrzeni, a raz nawet wyciął kawałek płuca; pomimo to ranę opłucnej całkowicie zeszył i sprawa zakończyła się pomyślnie, bez powikłań. REHN jednak radzi, aby po zabiegu na płucach, to ostatnie wszyć w ranę opłucnej.

¹⁾ GARRÉ [Königsberg]. Ueber die Naht von Lungenwunden. Zentralblatt f. Chir. 1905. N. 30. Beilage p. 35—37.

Już wcześniej chirurdzy—DOYEN, DELAGENIÈRE i inni—po czystych operacjach na płucach jamę opłucnej całkowicie zaszywali, a reszkę powietrza wyciągali zapomocą aspiratora POTIN'a, aby wywołać w klatce piersiowej ujemne ciśnienie i przez to dać płucy możność prawidłowego rozszerzania się przy oddechu.

Wykonywanie takich operacji przy pomocy kamery SAUERBRUCH'a bezsprzecznie ośmieli chirurgów do szybszej decyzji w zabiegach na płucach.

W drugim naszym spostrzeżeniu po zranieniu płuca w ciągu pierwszego tygodnia rozwinęło się zapalenie opłucnej. Chory przybył do szpitala z objawami odmy piersiowej i znacznym wysiękiem w opłucnej. Ilość tego wysięku tak gwałtownie się zwiększyła, że zachodziła potrzeba natychmiastowego przekłucia klatki piersiowej i opróżnienia jamy opłucnej. Płyn otrzymany przy przekłuciu, był jeszcze krwisty, lecz zawierał już mnóstwo drobnych, ciemnych skrzepów. Zakażenie mogło nastąpić skutkiem użycia nieczystego noża bezpośrednio przy zadaniu rany, lub skutkiem odmy piersiowej, albo też drogą płuc. Chociaż wszystkie trzy drogi w danym razie mogą odgrywać pewną rolę, jednak obserwacja kliniczna wskazywała na czynny udział płuca, — skrzep w płucu nie był trwały, uległ rozpadowi i po 2-ch tygodniach nawet od czasu zadania rany chory przy mocnym kaszlu miał krwiopłucie.

Stan chorego po upływie tygodnia po dwukrotnem opróżnieniu jamy opłucnej poprawił się nieco, ciepłota się cokolwiek obniżyła, oddech był równiejszy, tętno pełniejsze. Lecz wkrótce ponowne obostrzenie zniewoliło nas do otworzenia jamy opłucnej i nsunięcia znacznej ilości już ropiastego wysięku, pomieszanego ze skrzepami krwi. Nie uratowało to jednak chorego, który ciągle gorączkował i po 8-u dniach od czasu wykonania operacji przy objawach zapaści zmarł.

Ze spostrzeżenia tego wyprowadzić można ten wniosek, że wynaczynienia do klatki piersiowej, jeżeli tylko ulegają zakażeniu, winny być natychmiast usuwane przez szerokie otworzenie klatki piersiowej. Usuwanie podobnych wysięków drogą aspiracji nie doprowadza do pożądanego wyniku, gdyż pewna część płynu pozostaje nadal w jamie opłucnej i zatrzuwa ustrój. Rezekcyja żebra, otworzenie opłucnej, drenowanie jej lub tamponowanie, wykonane wcześniej, dają lepsze warunki do wyzdrowienia chorego. Gorączka oraz znaczna ilość płynu krwistego wraz ze skrzepami krwi w jamie opłucnej, przemawiają wtedy za zapalnym stanem opłucnej i zachęcają do wczesnego i doszczętnego usunięcia wysięku.

[D. n.].

II. Bliznowate zwężenie odźwiernika po oparzeniu kwasem karbolowym.

GASTROENTEROANASTOMOSIS.

Napisał

Bronisław Bartkiewicz.

F. P., szewc, lat 35, zawezwał mię do siebie w marcu 1904 r., skarżąc się na bóle w okolicy żołądka i wymioty po przyjęciu pokarmu. Jak się okazało z wywiadów, chory przed ośmiu laty wypił dwie łyżki kwasu karbolowego i od tego czasu stale doznawał zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego: nudności, bólów i uczucia ciężaru *sub scrobiculo*, odbijania, zaparcia stolca. Wymioty wystąpiły po raz pierwszy rok temu; w ostatnich miesiącach pojawiały się co parę tygodni, wszelako pod wpływem absolutnej diety i leżenia w łóżku uspokajały się. Zdarzało się, że chory zwracał obiad z dnia poprzedniego. Wymiotów krwawych nie było. Utratę na wadze chory zauważył i przypisuje ją wstrzymywaniu się od wielu stałych pokarmów. Badanie bliższe dało wyniki następujące: Chory wzrostu średniego, wychudzony w niezwykłym stopniu, cera ziemisto - biała. Tętno 90, słabe. W sercu, płucach zmian wyraźnych niema. Brzuch zapadnięty, granica żołądka dolna na 1 palec poniżej pępka [po napełnieniu wodą], wątroba, śledziona, nerki nie przedstawiają nic szczególnego. Badanie chemiczne zawartości żołądka wykazało obecność kwasu solnego w ilości normalnej, upośledzenie wchłaniania błony śluzowej [próba z KJ dała zabarwienie papierka krochmalowego po 20-u minutach]. Próbnę śniada nie [bułka z szklanką herbaty] wydobyłem bez widocznej zmiany po 1½ godzi nie w całości. Na zasadzie tych danych rozpoznałem zwężenie odźwiernika natury łagodnej, powstałe wskutek kureczenia się blizny po oparzeniu kwasem.

Spokój, dieta, ławatywy odżywcze i codzienne płukanie żołądka o tyle korzystnie wpłynęły na organizm chorego, że po dwutygodniowym pobycie w szpitalu, nie zgodził się na zaproponowaną operację i wkrótce wypisał się w stanie zadowolającym z przybytkiem na wadze, nie doznając dolegliwości przy przyjmowaniu nawet stałych pokarmów.

W początkach stycznia 1905 r. wezwano mię do chorego tego po raz drugi. Wyliczone powyżej objawy powracały w ciągu ubiegłego roku kilkakrotnie, wreszcie doszły do takiego stopnia natężenia, że uniemożliwiły zupełnie pracę i przyjmowanie stałych pokarmów, a nawet płynnych w większej ilości. W tym stanie chory zgodził się natychmiast na zabieg operacyjny, który wykonałem 14-go stycznia 1905 r. Po przecięciu powłok brzusznych w smudze białej między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem i wydobyciu na zewnątrz żołądka

przekonałem się, że odźwiernik zajęty jest w całości przez twardą bliznę, przechodzącą po części i na przednią ścianę żołądka. Biorąc pod uwagę słabe odżywianie okolic żołądka, przyległych do blizny, porzuciłem myśl o wycięciu odźwiernika, lub o plastycznym przywróceniu jego światła i wykonałem tylne zespolenie pętli jelita czczego z żołądkiem (*gastroenteroanastomosis posterior Hackeri*).

Przebieg pooperacyjny nie pozostawił nic do życzenia. W ciągu pierwszych pięciu dni chory nie dostawał nic prócz kawałków lołu do łykania i ławatyw odżywczych. Później stopniowo mleko, rosół, kaszkę. 12-go dnia przywrócono odżywianie drogą zwykłą bez żadnych pobocznych powikłań. Dziewiątego dnia zdjęto szwy. *Prima intentio*. Zupełną niespodzianką było wystąpienie objawów „błędnego koła” w 19 dni po operacji, w okresie, kiedy chory czuł się zupełnie dobrze. Bez żadnej widocznej przyczyny wystąpiły wymioty żółciowe, powtarzające się raz, lub dwa dziennie, przyczem chory oddawał 500 — 800 ctm. sz. czystej żółci. Plukania żołądka wywierały tylko bardzo nieznaczny i przemijający wpływ dodatni, chory stracił apetyt i szybko chudł i tracił siły. Wobec rozpaczliwego stanu zaproponowałem choremu powtórny operację, mając zamiar wykonać połączenie odcinka doprowadzającego z odprowadzającym i w ten sposób uniemożliwić przedostawanie się żółci do żołądka. Wszakże wieść o powtórny zabiegu tak silnie podziałała na chorego, że od tej chwili przestał wymiotować, nastąpiła szybka poprawa ogólna, trawienie odbywało się bez przeszkody, przybytek na wadze wynosił 3 do 4 funtów tygodniowo; po czterech tygodniach chory opuścił szpital i obecnie cieszy się zupełnym zdrowiem.

Przypadek powyższy jest interesującym właśnie ze względu na późne i bez wyraźnego powodu wystąpienie objawów *circulus vitiosus*. Przeglądając literaturę zespolień jelita z żołądkiem, znalazłem przypadek, opisany przez KOERTE’go, w którym autor wykonał *gastroenteroanastomosis* również z powodu zwężenia bliznowatego odźwiernika po oparzeniu żrącą substancją. Objawy *circ. vit.* w przypadku tym wystąpiły w 2½ miesiąca po operacji; polegały na stałych wymiotach żółciowych i zmusiły KOERTE’go do powtórnej laparotomii. Otwarto jamę brzuszną i nie znaleziono żadnej przyczyny anatomicznej, usprawiedliwiającej błędne koło. Wykonano jednak enteroenterostomozę, poczem chory powrócił do zdrowia. KOERTE objaśnia zjawienie się wymiotów w podobnych razach wpływami nerwowymi, być może zmianą kierunku ruchu robaczkowego.

Przypadek mój o tyle przekonywająco potwierdza tę hipotezę, że wymioty ustały poniekąd pod wrażeniem psychicznego wpływu bez uciekania się do operacji. Zmian anatomicznych oczywiście przypuścić nie podobna, wobec szybkiego wyrównania się zaburzeń.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O balneoterapii.

Streszczenie prac, odczytanych na Kongresie Balneologicznym
w Berlinie r. b.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 33].

12. G. SPPIESS. *Balneoterapia w chorobach górnego odcinka oddechowego.* Leczenie klimatyczne i hydropatyczne powinno być zupełnie zaniechane u osób, cierpiących na ostre sprawy zapalne dróg oddechowych, w tym razie bowiem pierwszym czynnikiem leczniczym jest spokój; natomiast wodolecznictwo może być z powodzeniem stosowane we wszystkich prawie chorobach przewlekłych, z warunkiem jednak, aby to koniecznie się odbywało w samych zakładach kąpielowych, ponieważ w tym razie zbawienie oddziaływają na chorych prócz właściwych zabiegów hydropatycznych i inne czynniki pośrednie, jak: zmiana trybu życia, usunięcie kłopotów codziennych, racjonalne odżywianie, gimnastyka lecznicza i t. d.

Bezpośredni wpływ zabiegów wodoleczniczych w chorobach dróg oddechowych autor rozpatruje według pewnego systemu, a mianowicie:

1. *Balneoterapia w chorobach podostrych.* Chodzi tu o nieżyt nosa, zapalenie gardzieli i krtani. Przy tych sprawach chorobowych pobyt na świeżem powietrzu [zwłaszcza w okolicy lesistej], związany z przepisami dyetetycznymi oraz właściwą kuracją, polegającą na miejscowym stosowaniu wód mineralnych [zwłaszcza słonych], ogrzanych do ciepłoty miernej, okazuje nader zbawienny wpływ na przebieg choroby. Nieżyt z astoi nowego nosa, połączone z obrzękiem błony śluzowej, mogą być tą drogą usunięte całkowicie bez uciekania się do zabiegów operacyjnych, skądinąd niezbędnych. W nieżycie gardzieli z pożytkiem stosować można przepłukiwania nosa, wykonywane według Troelsch'a: chory przechyla głowę w tył, aby dopuścić płyn do tylnej ściany gardzieli, poczem silnymi ruchami oddechowymi wydymuje go przez nos [sposób dla chorych trudny do wykonania, jednak bardzo skuteczny]. *Pharyngitis sicca* również nadaje się do leczenia miejscowego: z dobrym skutkiem można tu stosować masaż błony śluzowej gardzieli zapomocą zgłębnika z kulką waty na końcu; środków żrących, jak azotanu srebra, należy unikać; można używać obojętnej oliwy, albo pocierać śluzówkę suchą watą. Autor zaleca stosowanie w *pharyngitis sicca* sposobu Sondermann'a: niewielki lejek doprowadza się do błony śluzowej, poczem zapomocą pompki rozrzedza się powietrze w nim zawarte — ujemne ciśnienie, tym sposobem wywołane, powoduje przekrwienie błony śluzowej oraz następnie wzmacnia czynność wydzielniczą gruczołów, co leczniczo wpływa na nieżyt zanikowy śluzówki. Nieżyt gardzieli jest zjawiskiem stałym u ludzi, oddychających ustami i w nocy chrapiących. „Jeśli pacjent mówi — twierdzi autor — że nie może obyć się w nocy bez wody, to niewątpliwie oddycha ustami“. Ludzi otyłych o szyi krótkiej, którzy zwłaszcza na to cierpią, można odzwyczaić od szkodliwego nałogu przez określony tryb życia w zakładach kąpielowych: lekka dyeta, unikanie sutej kolacji, czyste powietrze podczas snu oraz picie wód mineralnych [zwłaszcza słonych i gorzkich]. Przy *laryngitis sicca* z zabiegów leczniczych na pierwszym planie należy postawić wziewania [inhalacje], przy-

czem, jako płynu inhalacyjnego, można używać wód alkalicznych, słonych, siarczanych, ogrzanych do miernej ciepłoty. Bardzo częstem cierpieniem u dzieci jest nieżyt drobnych oskrzeli, któremu towarzyszy nieznaczne wzniesienie temperatury. Zapomocą zwykłych zabiegów terapeutycznych sprawa ta chorobowa z trudnością daje się usunąć, natomiast bardzo skutecznie usunąć ją można, zdaniem autora, przez wysłanie chorego na zimę do St. Moritz. Górzyista okolica, łagodny klimat i co najważniejsza, zupełny brak chorych na gruźlicę zbawienie na chorego wpływają.

2. Balneoterapia w chorobach górnego odcinka oddechowego pochodzenia wtórnego — o d c h o r ó b o g ó l n y c h, może okazać wielkie usługi. A więc np. wody słone i gorzkie przy *plethora*, tyfłości chorobliwej, przy wszelkich sprawach zastoinowych mogą pośrednio oddziaływać na przekrwienie i przewlekły stan zapalny śluzówki dróg oddechowych. Przy sprawach gruźliczych zabiegi wodolecznicze mają wielkie znaczenie, jako środki zapobiegawcze; właściwa balneoterapia w małym stopniu oddziałuje na przyczynę choroby i może tylko zmniejszyć towarzyszące jej objawy nieżytowe ze strony gardzieli, krtani i oskrzeli. Według osobistego doświadczenia autora chorych na gruźlicę krtani można z pożytkiem wysłać do miejscowości górzystej o klimacie niezbyt suchym. Sprawy przewlekłe dróg oddechowych pochodzenia gośćcowego i przymiotowego również się nadają do leczenia hydropatycznego w pewnych okresach.

3. Zwłaszcza pomyślne wyniki od stosowania balneoterapii można osiągnąć w chorobach górnego odcinka oddechowego pochodzenia nerwowego. Osób, cierpiących na histeryę, neurastenię i hipochondryę, często daje się spostrzegać chorobliwą nadczułość śluzówki dróg oddechowych oraz tak zw. „*Reflexneurosen*“ — kichanie i kaszel nerwowy, napady duszności, dychawica (*asthma nervosum*). We wszystkich tych przypadkach zabiegi wodolecznicze, wzmacniające system nerwowy, są bardzo na miejscu [zimne i ciepłe kąpiele całkowite, półkąpiele, oblewania, wycieranie i t. p.]. Często główną uwagę zwrócić należy na niedokrwistość: w tym razie należy stosować wody żelazne, arsenowe, zalecić mleko, kefir, zwracać uwagę na stolec, dostarczać świeżego powietrza. Co się tyczy dychawicy, to przy niej nader często znajdujemy sprawy patologiczne w nosie, na które należy oddziaływać, jako na przyczynę choroby. Jeśli chodzi tu o polipy, najlepiej je usunąć w drodze operacyjnej [zawsze widoczna poprawa!], jeśli o przewlekłe sprawy zapalne w noszłach, można z powodzeniem stosować wzięwania [inhalacye].

4. Wreszcie balneoterapia przynosi wielki pożytek w chorobach dróg oddechowych pod względem zapobiegawczym. Wiele osób w podeszłym wieku, chorych na nieżyt przewlekły, wie o tem dobrze, że jeśli nie przepędzą lata w zakładzie kąpielowym, nie będą mieli spokojnej zimy. Wogóle profilaktyka w tym przypadku — to hartowanie, a pod tym względem zabiegi wodolecznicze, jako nadające się do stopniowania i dawkowania siły podrażnienia, mogą posiadać olbrzymie znaczenie.

13. C. POSNER. Balneoterapia w chorobach dróg moczowych. Mając na względzie leczenie narządów, mocz wydalających, musimy wprzód określić pojęcie „niedomogi“ nerek, z którą właśnie mamy walczyć. Niedomoga (*Insuffizienz*) objawia się nie tylko zatrzymaniem we krwi części składowych moczu, co prowadzi do mocznicy (*uraemia*); osłabienie czynności nerkowej może przede wszystkim doprowadzić do gromadzenia się nadmiernej ilości wody w ustroju (*Wasserretention*), co ze swej strony może wywołać obrzęki; dalej niedomoga nerek może się cechować zatrzymaniem

w ustroju pewnych substancji chemicznych, silnie wodę przyciągających, co doprowadzić może do obrzęków: rolę tę, według STRAUSS'a, pełni chlorek sodu, któremu w znacznej mierze należy przypisywać obrzęki u chorych nerkowych.

Jak walczyć z tą niedomogą? Na pierwszym planie autor stawia ciepłą kąpiel, a zwłaszcza napotną (*Schwitzbad*). Pożytek oczywisty: wobec wzmożonej działalności skóry, nerki odpoczywają. W zapaleniu nerek ostrem zabieg ten stanowi środek klasyczny. Ważną jest nader rzeczą, że pot zawiera w wielkiej ilości związki chloru, co wobec wniosków STRAUSS'a jeszcze bardziej przemawia za ciepłą, napotną kąpielą. Z drugiej jednak strony, pot jest biedny w związki azotowe, których ilość wobec tego wzmagą się we krwi po poceniu się—należy to mieć na względzie przy nieznacznych objawach mocznicy. Wewnętrzne używanie wód mineralnych również może być wskazane w chorobach nerek, przede wszystkim ze względu na moczopędne ich działanie; jeśli nerki nie są upośledzone pod względem funkcji, *diuretica* mogą okazać się nader pomocnymi. Z drugiej strony, pamiętając o szkodliwości soli kuchennej dla ustroju w chorobach nerek, należy zaniechać używania wewnątrz wód słonych i wogóle bacznie zwracać uwagę na wybór wody mineralnej do picia.

W stanach zapalnych dróg moczowych, czyto mamy zapalenie cewki, czy pęcherza, czy miedniczki nerkowej,—używanie wód mineralnych jest przeciwwskazane [wewnętrznie]. Pierwszy warunek dla chorego w tym razie—to spokój i wszelkie podniecanie narządu środkami moczopędnymi może się okazać nader szkodliwym. Ciepła kąpiel obojętna, jako *tonicum*, wskazana jest tu oczywiście zawsze. W sprawach przewlekłych, śródmięszowych, pochodzenia niezapalnego, np. w marskości nerek baczniejszą uwagę winniśmy zwrócić nie na nerki, lecz na serce, które zawsze wtórnie jest upośledzone w tym razie. W danym przypadku zaś środki farmaceutyczne okażą się stokroć skuteczniejszymi, niż zabiegi hydropatyczne. Jednak znaczenie kuracji klimatycznej może się w danym razie okazać potężnem; dla chorych nerkowych bardzo nadają się Włochy Północne, Riviera, a jeszcze bardziej kraje podzwrotnikowe, tu bowiem chorzy mogą przebywać przez rok okrąży na powietrzu [Madeira, Biskra, Algier, Helouan].

Co do kamicy nerkowej, autor trzyma się punktu widzenia EBSTEIN'a, według którego trzy czynniki wpływają na tworzenie się kamieni w przewodzie moczowym: 1) nadmierna ilość pewnych soli, z których mogą się tworzyć strąty, 2) obecność w moczu części organicznych, które służą zwykle za jądro kamienia, 3) objawy zastoinowe w moczu. Oddziaływanie na te trzy czynniki jest właściwie zapobieganiem kamicy, skoro bowiem kamień już się uformował, nie pomoże już żadna procedura balneologiczna. Otóż co do celów zapobiegawczych — balneoterapia może być nader pomocną. Tak, co do 1-ego p.: sole, które gromadzą się w nadmiernej ilości w moczu, można łatwo rozpuszczać zapomocą wprowadzania do ustroju wielkiej ilości wód mineralnych: przy usposobieniu do kamieni moczowych oraz szczawianowych [oksalaty] należy podawać wody alkaliczne, zwłaszcza zawierające węglan sodu; na kamienie z fosfatów lepiej oddziałują wody mineralne, zawierające dwutlenek węgla [można inne wody nasycać sztucznie gazem CO_2]. Co się tyczy punktu 2-go — to obecność substancji organicznych w przewodzie moczowym świadczy o istnieniu nieżyty, wiadomo zaś, że ciepłe kąpiele i podawanie niektórych wód wewnętrznie może okazać się w tym razie nader pomocnem. Wreszcie, co się tyczy zastoiny moczu, to skutecznie przeciwdziałać temu możemy przez wprowadzanie wielkiej ilości wód mineralnych do ustroju, co podnosi ciśnienie w drogach moczowych i wpływa na szybkość przepływu moczu.

W zakończeniu autor zwraca uwagę na wielki pożytek wód, zawierających związki jodu, stosowanych w przerście i zapaleniu przewlekłym gruczołu kro-

kowego (*prostata*). Wreszcie może najbardziej skutecznymi są wody mineralne w nerwicach narządu moczowego i płciowego, a zwłaszcza w *neurasthenia sexualis*. Oczywista rzecz, że czynnikami uzdrawiającymi są w danym przypadku nie tylko wody, lecz otoczenie miejsca kąpielowego, nowe towarzystwo, zmiana trybu życia [nieraz odsunięcie od małżonka lub małżonki], klimat [najlepiej górnoalpejski oraz średnioalpejski z obfitością lasów], oraz w znacznej mierze sugestyjne działanie zakładu leczniczego, co, jak wiemy, u osób nerwowych jest zwłaszcza potężne.

(*Berliner klin. Wochenschrift*, N. 22—23—25. 1905). T. Jaroszyński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

116. E. de la Harpe. Wyniki leczenia zapomocą fango oraz połączonego leczenia fango i solankami.

W ciągu 4-ech sezonów kuracyjnych w Bex-les-Bains autor obserwował ogółem około 100 przypadków chorobowych, leczonych zapomocą fango; połowę obserwowanego materiału stanowiły gościec i dna, następnie cierpienia nerwowe, zapalenia żył, choroby chirurgiczne i kobiet. Ogólną cechą w grupie cierpień gośćcowych i dnawych był ciężki, przewlekły i uporczywy przebieg, tak iż stosowanie tutaj pomienionego leczenia było uważane za *ultimum refugium*. I rzeczywiście, naogół biorąc, w przypadkach zapalenia stawów zniepokodniającego fango nie ujawniało wybitnie lepszego działania, niż inne odnośne metody lecznicze. Zaledwie w $\frac{1}{4}$ przypadków można było zauważyć istotną poprawę, i to pod warunkiem, że dany przypadek nie należał do liczby zastarzałych oraz że występował u osobników młodych. Dodatek wyników leczenia dny oraz gośćca dnawego autor przypisuje obfitym potem. Owocnem również jest działanie fanga w gośćcu mięśniowym. Przechodząc do grupy cierpień nerwowych, autor z naciskiem zaznacza, że w histeryi i neurastenii nie udało mu się otrzymać żadnych wyników. Inaczej zupełnie rzecz się przedstawia w *ischias*, tutaj bowiem nadzwyczaj wyraźnie występuje kojąca, lecznicza własność fanga — poprawa następuje szybko i pozostaje trwałą. Mniej już nadają się do takiego leczenia zapalenia nerwów, chociażby przy jednoczesnem stosowaniu elektroterapii. Wreszcie, bezskutecznem zupełnie było fango w przypadku nerwobólu po półpaścu (*herpes zoster*) klatki piersiowej. W bolesnem zapaleniu żył ciepła masa fango działa wprost dobroczynnie: bóle ustają i, zdaje się, stwardniałe naciski skórne ulegają wessaniu—wprawdzie stosowano tu jednocześnie i kąpiele solankowe. W cierpieniach chirurgicznych, umiejscowionych głównie w stawach lub ich sąsiedztwie, otrzymano również dobre wyniki — być może, iż fango dzięki swemu ciężarowi powoduje zalecone przez BIER'a przekrwienie zastoinowe; należy jednak pamiętać, iż wybitną rolę odgrywa tutaj mięsienie. W chorobach kobiecych autor zaleca połączone leczenie zapomocą fango i solanek, przeważnie jednak w przypadkach przewlekłych.

(*Therap. Monatsh.*, N. 6. 1905).

W. Dobrowolski.

117. Groedel II. O fizyologicznem działaniu solanek.

T. GROEDEL II w Instytucie hydroterapeutycznym przy uniwersytecie berlińskim badał, jaki wpływ na ciepłotę ciała, liczbę oddechów i tętna i ma-

ksymalne ciśnienie krwi wywierają solanki, zawierające w rozmaitej ilości NaCl, KCl i CaCl₂.

Temperatura kąpeli wynosiła zawsze 35° C. Badaniu podlegały wyłącznie osobniki zdrowe w wieku od 20 u do 24-letnich lat.

Na zasadzie swych badań autor twierdzi, iż solanki o obojętnej temperaturze, zawierające NaCl, czy też KCl lub CaCl₂ w rozmaitej ilości, w swoim działaniu na zdrowy organizm niczem nie różnią się pomiędzy sobą; pod względem działania; nie różnią się one również i od zwyczajnych kąpeli przynajmniej co się tyczy ciepłoty ciała, liczby oddechów i tętna — nie wywierają one mianowicie żadnego wyraźnego wpływu; co najwyżej dają się spostrzegać mniejsze lub większe wahania w ciśnieniu krwi.

Autor podaje następnie krótki przegląd wyników, do jakich doszli w swoich badaniach rozmaici autorowie.

Wahania ciepłoty ciała pod wpływem solanek o obojętnej temperaturze, zawierających jedną ze wzmiarkowanych wyżej soli, nie różnią się niczem od takichże wahań przy zwyczajnych kąpielach, t. j. ciepłota ciała obniża się w granicach 0 — 0,3° C — JACOB, LEICHTENSTERN, TAEGENER, GROEDEL II.

Liczba tętna nie ulega żadnej znacznej zmianie — TRAUTWEIN, TAEGENER, GROEDEL II. Liczba tętna się zmniejsza — HEYMAN, STIFLER.

Ciśnienie krwi się zwiększa — TRAUTWEIN, STIFLER [po części GROEDEL II]. Oddech staje się głębszym i spokojniejszym — HEYMAN.

Liczba oddechów pozostaje bez zmiany — TRAUTWEIN, GROEDEL II.

Przemiana gazów w płucach nie ulega zmianie — TAEGENER, WINTERNITZ. Wydzielanie azotu się zwiększa — ROBIN; zmniejsza się — KELLER [po części KOESTLIN].

Wydzielanie chlorków zwiększa się — ROBIN, VOLLMER, HERVÉ [po części KELLER].

Odruchowa wrażliwość na podrażnienia elektryczne znika — TRAUTWEIN.

Skóra staje się wrażliwszą — SANTLUS.

(*Berlin. klin. Wochenschr.* 1905. N. 11).

W. Breszel.

Przegląd bibliograficzny.

Prof. B. WICHERKIEWICZ. **Jaskra pod względem pochodzenia, obrazu klinicznego i leczenia.** „Nowiny Lekarskie“. 1905. № 5 i 6.

Jest to wykład kliniczny, oparty na szeregu przypadków, przedstawionych słuchaczom medycyny i dający zupełny obraz patogenetycznej, symptomatologii i leczenia tej ważnej i ciężkiej choroby ocznej. Wykład ten, wydrukowany w całości w „Nowinach lekarskich“, stanowi równocześnie bardzo cenne przypomnienie wszystkiego, co o jaskrze wiedzieć i pamiętać powinien każdy praktyk niespecjalista, aby się ustrzedz pomyłek rozpoznawczych w skutkach dla chorego fatalnych i aby uniknąć błędów w leczeniu i wiedzieć kiedy i w jakich przypadkach należy chorego skierować co rychlej do specjalisty. Niestety, zawsze jeszcze zdarzają się przypadki, gdzie lekarze nie dość do leczenia chorób ocznych przygotowani, przyjmując jaskrę za zaćmę, zatrzymują chorego aż do chwili gdy „zaćma“ dojrzeje i odsyłają go do miasta, gdzie są okuliści, lecz brak poczucia światła wyklucza już wszelką możliwość ratunku. Zdarza-

ją się niestety i takie przypadki, gdzie lekarz przyjmując jaskrę za zapalenie tęczówki, zapisuje atropinę, która oczywiście stan oka pod każdym względem pogarsza i przyspiesza zupełną utratę wzroku. Takie smutne zdarzenia skłoniły widocznie prof. WICHERKIEWICZA, żeby, w łamach pisma, dla ogółu lekarzy praktyków przeznaczonego, w zwięzłym wykładzie zestawić kardynalne wiadomości o objawach i leczeniu jaskry. Z drugiej strony praca ta może obudzić zajęcie i w gronie specjalistów, gdyż autor wplata w swój wykład własne poglądy na etiologię i patogenezę jaskry i podaje zasady leczenia, jakie w różnych postaciach jaskry wypróbował i na podstawie wieloletniego doświadczenia za najskuteczniejsze uznane, stosować zaleca. I tak, mówiąc o przyczynach wywołujących jaskrę, względnie o warunkach sprzyjających jej powstaniu, wspomina o dnie, o skazie moczanowej, o syfilitycznym stwardnieniu naczyń, o zmianach w narządach płciowych u kobiet zwłaszcza w okresie przekwitania, o zaburzeniach jelitowych, wreszcie o wzruszeniach psychicznych, jak boleść, radość, przestraszenie, i na podstawie licznych spostrzeżeń wypowiada przekonanie, że czynniki te u osób usposobionych mogą pośrednio wywołać napad jaskry. Wzmiankuje także o niekorzystnym wpływie pory zimowej, przytaczając statystyczne prace STEINDORFF'a z kliniki berlińskiej i GEISLER'a z krakowskiej uniwersyteckiej kliniki okulistycznej. W rozdziale o leczeniu jaskry znajdujemy wiele wskazówek, opartych na osobistym doświadczeniu autora. Co do środków zwężających źrenicę, przekonał się prof. W., że ezeryna w $\frac{1}{2}$ i 1% -owym roztworze spowodowała niejednokrotnie ból i tak silne przekrwienie ciała rzęskowego i tęczówki, że nawet do wynaczynienia przyjąć może; natomiast roztwór 1% -owy dostatecznie ucisła śródoczyni obniża i źrenicę zwęża. W takim też stężeniu zapisuje autor zwykle ezerynę w swej ogólnie już znanej mieszance *pek.* Nie będę już zatem przypominał względów, które usprawiedliwiają zawartość kokainy [$\frac{1}{2}$ — 1%] w tej mieszance, działającej skutecznie nie raz w takich przypadkach, gdzie sama ezeryna lub sama pilokarpina zawodzą. Z innych środków zaleca autor dioninę, w której wykazał wbrew spostrzeżeniu DARIER'a działanie nie rozszerzające, lecz zwężające. Zaleca także przetwory nadnercza [adrenalinę, suprareninę, epinefrynę i t. d.]. Szczególniej przy iridektomii celem zapobieżenia nadmiernemu krwotokowi, a także przy *glaucoma infantile*, gdzie środki te mogą spowodować wyleczenie, a tem samem zastąpić trudną technicznie i niebezpieczną w tych razach iridektomię. Po wykonanej iridektomii ważne znaczenie lecznicze przypisuje autor systematycznemu nagniataniu gałki ocznej. Co do jaskry prostej (*glaucoma simplex*), której leczenie zawsze jeszcze stanowi zagadnienie sporne, nie jest autor zwolennikiem zabiegów operacyjnych, ponieważ we wielu przypadkach zdołał przez lata całe przy użyciu miotyków *status quo* utrzymać i ostateczne wstrzymanie postępów choroby uzyskać.

K. W. Majewski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Z posiedzeń sekcji chirurgicznej przy Warszawsk. Towarz. Lekarskiem.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 33].

Od pewnego czasu zaczęto w oddziale kol. BR. SAWICKIEGO również mocno wycieńczonych chorych przysposabiać do operacji, o ile warunki na to

pozwalają. W tym celu wstrzykuje się codziennie chorem pod skórę roztwór soli kuchennej w ilości 500 — 800 ctm. sz., oraz oliwę w ilości 50 — 100 ctm. sz., oraz podaje się jakiś środek sercowy, np. strofant. Postępowanie takie ma cel podwójny. Z jednej strony pozwala pewnym chorym odzyskać siły, niezbędne do zniesienia poważnego zabiegu, z drugiej daje wartościową wskazówkę, o ile chory wogóle nadaje się do operacji. Mianowicie, w pewnych przypadkach chorzy po wstrzykiwaniach dość szybko odzyskują rzeźkość, własności tętna poprawiają się, ilość dobową moczu wzrasta i t. d. W innych natomiast po kilkodniowym wstrzykiwaniu nie widzi się zgola żadnej poprawy. Tętno pozostaje małe, ilość dobową moczu nie powiększa się, chorzy pozostają apatyczni, w pewnym przypadku widział L. zjawienie się obrzęków. Tacy chorzy oczywiście do operacji zgola nie nadają się.

W dyskusyi PRUSZYŃSKI zaznacza, że jeszcze przed MIYAKE, ISAJEW, a u nas MAJEWSKI czynili doświadczenia z wprowadzaniem pewnych substancji do ustroju, mających na celu wzmoczenie leukocytozy oraz podniesienie ciśnienia w naczyniach i zwiększenie diurezy. Wlewanie podskórne fizyologicznego roztworu soli jest nader korzystne z tego względu nie tylko po, lecz i przed operacją.

KRAJEWSKI oświadcza, że nowe usiłowania polepszenia wyników operacji brzusznych zwracają się przeciw dwóm groźnym przeciwnikom, spotykanym na tej drodze, mianowicie operatorowie starają się zapobiedz 1) t. zw. *shock*owi 2) wzmocnić naturalną odporność otrzewnej na zakażenie. Wlewania fizyologicznego roztworu soli są stosowane *larga manu* przez chirurgów angielskich i amerykańskich w celu zapobiegania wstrząsowi, a MIKULICZ i jego szkoła przypisują wlewaniom tym obok zastrzykiwań podskórnych kw. nukleinowego ważne znaczenie przy zapobieganiu zakażeniu, przez wzmocnienie miejscowej leukocytozy. Czy przewidywania MIKULICZA sprawdzą się — to orzekną dalsze spostrzeżenia. Ponieważ jednak doświadczenie wykazało zupełną niewinność stosowania tych metod dla organizmu, więc należy w tym kierunku czynić dalsze próby. Wlewanie roztworu soli do jamy brzusznej w celu zapobiegnięcia wstrząsowi zostało uznane powszechnie, nowość zaś w odczycie kol. LEŚNIEWSKIEGO stanowi metoda wlewania, polegająca na wszyciu w ranę brzuszną drenu, przez który wlewania powtarza się codziennie, a nawet kilka razy na dzień. K. myśli, że metoda taka nie jest wolna od poważnych zarzutów. Przedewszystkiem wprowadzony do jamy otrzewnej dren, pomimo całej staranności, może się stać drogą do zakażenia jamy otrzewnej. Powtórę — dren taki już po upływie kilku godzin otacza się skleinanami i staje się wykluczonym z ogólnej jamy brzusznej; gdy więc następnie zaczniemy przezeń wlewać płyn, to albo skleiny te rozerwiemy, przez co narazić możemy chorego na smutny wynik, który towarzyszył wlewaniu w jednym z przypadków kol. L., albo też, postępując ostrożniej, nie rozerwiemy zrostów, a wtedy wlewanie przez dren niczem się nie będzie różniło od wlewań do tkanki łącznej podskórnej. Natomiast zachowa wszelkie niebezpieczeństwa wtórnego zakażenia, związane z każdym drenowaniem otrzewnej. Jeśli już mowa o zapobieganiu wstrząsowi po laparotomiach, to nie od rzeczy będzie obok poruszonego przez kol. LEŚN. jednego rękoczynu, przypomnieć inne, o których pożyteczności doświadczalnie przekonaliśmy się, jak również potępić te, od których dobrych wyników nie widzimy. Do tej ostatniej kategorii KRAJEWSKI zalicza podskórne zastrzykiwania eteru, ol. kamforowego i t. p. Zastrzykiwania te robimy raczej ze zwyczaju, i K. nigdy po nich nie widział dodatnich skutków. Natomiast do kategorii środków bardzo skutecznych i przez siebie wypróbowanych zalicza K. uciskowy opatrunek na brzuchu, niskie ułożenie głowy, owijanie kończyn elastycznymi bandażami, zastrzyknięcie morfiny [0,01] jeszcze przed obudzeniem chorego, nakoniec podskórne obfite wlewanie roztworów soli. K. nader rzad-

ko i tylko po wielkich krwotokach ucieka się do wlewania fizyologicznego rozczynu soli do żył. W ostatku KRAJEWSKI zaznacza, że powyższe wyliczenie nie wyczerpuje wszystkich środków stosowanych przeciw wstrząsowi. W ostatnich czasach mnożą się spostrzeżenia dodatniego działania podczas wstrząsu takich środków, jak adrenalina, hemisina i ergotyna. Dr MUMCZYŃSKI opisuje bardzo dobre skutki wlewania po operacjach do jamy brzusznej adrenaliny wraz z fizyologicznym rozczynek soli w stosunku 1 : 40,000. K. nie posiada osobistego doświadczenia z tymi środkami, sądzi jednak, że dotychczasowe opisy zachęcają do dalszych prób w tym kierunku. [Autoreferat].

PRUSZYŃSKI oświadcza, że kwas nukleinowy działa przez wzmaganie leukocytozy miejscowej i ogólnej, i zwraca uwagę na ratowanie chorych, będących w zapaści. Sam PRUSZYŃSKI czynił doświadczenia z adrenaliną, i to jeden z pierwszych u nas, i sądzi, że najpotężniejsze 2 czynniki w walce z wstrząsem stanowią: sztuczny oddech i adrenalina. Ta ostatnia jednak winna być wprowadzona bezpośrednio do żył w ilości 0,0001 — 0,0002, co zupełnie wystarczy.

U chorych jednak, znajdujących się w zapaści pod wpływem chloroformu, adrenalina okazuje się bezskuteczną.

SAWICKI broni myśli wszywania drenu w powłoki brzuszne, a to dlatego, by mózż powtarzać wlewania rozczynek soli. Chorzy niechętnie i źle często znoszą wlewania podskórne, które niekiedy wywołują nawet nekrozę skóry. Z drugiej strony pozostawianie drenu w jamie otrzewnej jest do pewnego stopnia ryzykowne, po pierwsze ze względu na zakażenie, powtórne, zachodzi tu ta sama obawa, co i przy wprowadzeniu płynów do jamy opłucnej. *Shock* w tych razach wywołać można albo nieodpowiednią temperaturą płynu albo przez zbyt wielkie ciśnienie przy wprowadzaniu jego. Co do zrostów, tworzących się wokół drenu, to w ciągu pierwszych 3 — 4 dni po zabiegu nie są one ani tak rozległe, ani tak grube, by miały stanowić przeszkodę dla sprawy wchłaniania, aczkolwiek mogą ją nieco ograniczać.

KIJEWSKI STANISŁAW podkreśla przygotowanie należyte, uodporniające chorego przed operacją, co ma większe znaczenie dla sprawności organizmu, niż zabiegi pooperacyjne. Wielu chorych, kwalifikowanych do ciężkich operacji brzusznych, przedstawia obraz takiego wyniszczenia, że porównywać ich można do osobników chorych na ciężką cholerę. A jednak niejednokrotnie wyczerpanie takie, charłactwo poprawić można zapomocą wlewań podskórnych soli.

PRUSZYŃSKI widzi w usiłowaniu wlewań podskórnych soli doniosłość praktyczną pod względem rokowania. A mianowicie, jeśli u chorych następuje poprawa stanu ogólnego pod wpływem wlewań rozczynek solnych, to jest nadzieja, że dany osobnik lepiej znieśie sam zabieg chirurgiczny.

KRAJEWSKI zaznacza, że jest zwolennikiem wlewania rozczynek soli do jamy otrzewnej, ale oświadcza się za jednorazowym wleciem, a nie powtarzaniem wlewania przez dren. Jeśli to nie wystarczy, to można następnie wprowadzać sól innemi drogami.

SAWICKI przekłada wlewanie rozczynek soli do jamy brzusznej nad wstrzykiwanie płynu wprost do żył. Zdarza się bowiem, że chorzy dostają dreszczy i innych groźnych objawów po wprowadzeniu do żyły paru set gramów rozczynek. Co do wlewań prostnicowych, to mało na nich polegać można, gdyż zazwyczaj chorzy płynów nie są w stanie zatrzymać.

KRAJEWSKI przekonał się, że ażeby uniknąć reakcyi nieprzyjemnej przy wlewaniu płynu do żyły, należy wstrzykiwać nie więcej niż 3 ccm. sz. rozczynek na minutę, co naturalnie wymaga poświęcenia zabiegowi bardzo wiele czasu.

LEŚNIEWSKI w odpowiedzi zaznacza, że o ile mógł wywnioskować z licznych przemówień, wszyscy mówcy zgadzają się na przygotowywanie chorych przed operacją. Nieco inaczej ma się rzecz z wlewaniem pooperacyjnymi. Wspominano o kwasie nukleinowym. Otóż L. wcale nie miał na celu, wlewając do otrzewnej roztwór soli, zwalczać możliwie zakażenie tejże. Gdyby zaś miał ten zamiar, to i wówczas nie uciekałby się do tego niebezpiecznego ze względu na trujące właściwości środka; wspominają o tem nawet ci, co zalecali pierwsi kwas nukleinowy. A zatem LEŚNIEWSKIEMU chodziło o zwalczenie zapaści pooperacyjnej zapomocą wprowadzenia do ustroju większej ilości płynu. Wprowadzić tenże można po pierwsze — zapomocą wstrzykiwań podskórnych. Lecz chorzy byli już przez kilka dni przygotowywani do operacji zapomocą wstrzykiwań; skóra tedy jest zmaltretowana do najwyższego stopnia, tak iż dalsze wstrzykiwania ze względu na dużą bolesność stają się dla chorych wprost nie do zniesienia; wstrzykiwanie do otrzewnej, o ile jest ostrożnie wykonane, wcale prawie nie daje przykrych sensacji. Powtóre—wprowadzić można ciecz wprost do żył; o tym zabiegu z osobistego doświadczenia nie powiedzieć nie może; kto wie jednak, czy nie jest on bardziej niebezpiecznym od wstrzykiwania do otrzewnej. Po trzecie — wspomnieć należy o wlewaniach do odbytnicy; ci, co dość często uciekali się do tego sposobu, wiedzą, o ile jest on zawodnym, szczególnie u chorych, pozostających w ciężkiej zapaści. Pozostaje tedy wprowadzenie roztworu soli do ustroju przez otrzewną. O nieszkodliwości i zaletach tego sposobu L. nie chce powtarzać. Zwraca jedynie uwagę na obawę kol. KRAJEWSKIEGO, że dokoła pozostawionego w otrzewnej drenu bardzo prędko wytwarzają się zrosty, mowy zatem być nie może, by powtórnie wlewany roztwór dostawał się do całej jamy otrzewnej. Oczywiście wspomniane zrosty, a właściwie zlepy powstawać mogą, lecz są one o tyle delikatne, że nawet niemocna fala wstrzykiwanego płynu rozrywa je łatwo i ciecz dostaje się do ogólnej jamy otrzewnej; wskazuje na to wynik sekcji w pierwszym przypadku LEŚNIEWSKIEGO. Zaoszczędzona skóra przydać się może do jednoczesnego wstrzykiwania oliwy.

Na zakończenie L. jeszcze raz zachęca słuchaczy do wypróbowania omawianego przezeń sposobu zapobiegania zapaści poliparotomijnej.

Na tem posiedzenie zakończono.

L. Zembrzucki.

Wiadomości bieżące.

— II Zeszyt Pamiętnika T. L. W. zawiera oprócz „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego“ prace: Sr. BUCZKIEGO „Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w Królestwie Polskim oraz stan obecny szpitala w Tworkach“; W. MĘCZKOWSKIEGO „Historia szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu (c. d.)“; F. GIEDROJCIA „Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w Dawnej Polsce (c. d.)“.

— Zjazd patologów niemieckich odbędzie się w r. b. 25 — 30-go września w Meranie. Referaty na temat o chorobie BRIGHT'a wygłoszą PONFICK [Wrocław] FR. MÜLLER [Monachium].

— I Zjazd neurologów i psychiatrów belgijskich odbędzie się 28 — 30-go września r. b. w Liège. Referaty wygłoszą: CUYLITS „Praca jako środek leczniczy“, BUK i LEY „Przekłucie łądźwiowe z punktu widzenia rozpoznawczego i leczniczego“, JOTEYKO „Czucie bólu“.

— Na miejsce MANKOFF'a, który przeszedł w stan spoczynku, klinikę wewnętrzną w Marburgu objął prof. L. BRAUER.

Доволено Ценаурою, Варшава, 18 авг. 1905. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa. Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny Dr Wł. Gajkiewicz.

OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez dra **WALENTEGO KOZOROWSKIEGO**:

1. Czy istnieje samoistna regeneracja nerwów obwodowych, bez udziału ośrodków.

2. Wpływ wyciągu z soliterów świeżych i zgnitych na skład krwi.

3. Siła trawienia żołądka przy różnych stanach anemicznych.

4. O pochodzeniu tłuszczu w zwyrodnieniach tłuszczowych organów.

5. Budowa i pochodzenie cholesteatomów.

6. Budowa i histogeneza hipernefromatów.

7. O wpływie promieni **ROENTGENA** na krew.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31-go marca 1906 roku. Za najlepsze dwie prace, napisane na którykolwiek z wymienionych tematów, wyznaczone są dwie nagrody po rub. 300. Rozprawy nagromadzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała Nr. 7], z zachowaniem w zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego

W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rb. 200, imienia **TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO**, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1905 r. do 31-go grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa [ulica Niecała Nr. 7] przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego

W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. **ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO**, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatrii bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1-go kwietnia 1904 do dnia 31-go marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do wyjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31-y marca 1906 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskie-

go w Warszawie" [ulica Niecała Nr. 7], z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa, uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia dra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15-go października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu dra KONITZA, nagroda pieniężna w kwocie rb. 500, na najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1-go kwietnia 1905 roku do dnia 31-go marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu Konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31-go marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności kursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem "Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" [ulica Niecała Nr. 7], lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia KONITZA. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa, uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, że w październiku 1907 r. przyznana zostanie nagroda imienia A. B. HELBICHA w kwocie rb. 150 za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1905 i 1906 lub w tychże latach w rękopisie, dla ubiegania się o nagrodę, złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sądzący własnem staraniem będzie usiłował zebrać prace odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi autorów o składanie ich najpóźniej do 1-go marca 1907 roku, na imię Sekretarza Stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Autorowie, składający prace w rękopisie, mogą albo odrazu ujawnić nazwisko lub składać je w zamkniętej kopercie zaopatrzonej tem samem co i rękopis godłem. Koperta z nazwiskiem otworzoną będzie tylko w razie przyznania nagrody.

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregoś bądź funduszu nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.