

GAZETA LEKARSKA

I. Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka.

Rzut oka na 25-letni okres rozwoju chirurgii chorób żołądka.

Napisał

A. Gabszewicz.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 5.IX. 1905 r.]

Przed 14-u laty miałem odczyt w naszym Towarzystwie o ranach postrzałowych żołądka, w którym na podstawie własnego spostrzeżenia i bogatej już wówczas kazuistycznej literatury przytoczyłem zdania, jakie na owe czasy panowały w sprawie interwencji chirurgicznej przy obrażeniach tego narządu. W dzisiejszym odczycie zupełnie pomijam rany, a zajmę się tylko chorobami żołądka, które nadają się do chirurgicznego leczenia, do jakich przedewszystkiem należą rak i wrzód żołądka z ich następstwami. Nie tak to jeszcze odległe czasy, kiedy narząd ten pozostawał poza granicami działalności chirurga.

Pierwszym, u którego powstała myśl zastosowania leczenia chirurgicznego przy pewnych nie nowotworowych cierpieniach żołądka, był GUSSENBAUER, który w 1876 roku pisał: „podług mego zdania jest widoczne, że zwężenie odźwiernika, manifestujące się przez wyraźne objawy, musi nieodwołnie spowodować śmierć, wskutek czego prędzej jeszcze, niż rak, wymaga usunięcia odźwiernika“. Była to jednak myśl, która dopiero znalazła swe praktyczne zastosowanie w 3 lata później i to nie przez GUSSENBAUER'a. Pierwszy PÉAN w 1879 roku wykonał wycięcie odźwiernika z powodu raka żołądka z zejściem śmiertelnem, co prawdopodobnie zraziło go o tyle, że nie rokował przyszłości tej operacji. RYDGIER zaś był drugim, który wykonał tę operację również z zejściem niepomyślnem w 1880 roku w listopadzie, ale, ogłaszając swój pierwszy operowany przypadek, pisze: „z operacji tej można nabrać przekonania, iż operacja wycięcia odźwiernika ma niewątpliwą przyszłość; nie trzeba się zrażać pierwszymi niepowodzeniami“. BILLROTH'owi lepiej się powiodło,

gdyż pierwszy przez niego operowany przypadek raka w 1881 roku zakończył się pomyślnie. Wkrótce, gdyż w tym samym roku, RYDYGIER, jako wskazanie do wycięcia odźwiernika, podał wrzód żołądka i powstające po nim zwężenia bliznowate, i już w listopadzie 1881 roku wykonał pierwszą tego rodzaju operację z zupełnem powodzeniem dla chorego. W tym samym roku WOELFLER w przypadku raka, zwężającego odźwiernik i nie nadającego się do wycięcia, pierwszy wykonał zespolenie żołądka z jelitem (*gastroenterostomia*) w celu obejścia przeszkody; co się tyczy następnie pomysłanych metod operacyjnych, to były one albo kombinacją tych dwóch zasadniczych sposobów powyżej wzmiankowanych, lub też przedstawiały tylko najrozmaitsze modyfikacje zasadniczej metody; tych zaś było dwie: 1) wycięcie odźwiernika, *resp.* żołądka; 2) zespolenie żołądka z jelitem. Jako trzecią zasadniczą metodę należy postawić plastykę odźwiernika podług HEINEKE - MIKULICZA, zaleconą przez nich jednocześnie w 1887 roku dla leczenia zwężeń odźwiernika natury niezłośliwej.

Działalność chirurgii na polu chorób żołądka w okresie 25-letnim tak się rozszerzyła, że wprost niepodobniestwemby było nakreślić ją w wąskich ramach. Dlatego też, przytoczywszy swoje własne spostrzeżenia, ograniczę się na podaniu wyników, jakie osiągnięto na drodze operacyjnej u nas i na przedstawieniu wyników, jakie otrzymano w większych oddziałach zagranicznych.

P r z y p a d e k I. *Carcinoma ventriculi, adhaesio ad parietem abdominis—phlegmone abdominis.* W połowie listopada 1894 r. przybył do szpitala Ś-go Rocha 52-letni mężczyzna, bardzo wychudzony z powodu silnych bólów w brzuchu. Na kilka miesięcy przedtem doznawał bólów w dołku w jakiś czas po jedzeniu; od 2-ch tygodni zauważył puchnięcie brzucha powyżej pępka, przy czem bóle w nadbrzuszu stale się wzmagaly. Wymiotów, powiada, nigdy nie miał w ostatnich miesiącach, nawet podczas napadu bólów. Przy badaniu daje się zauważyć znaczne wygórowanie pośrodkowej okolicy nadbrzusza, od pępka aż do wyrostka mieczykowatego; skóra sinawa; dotyk wywołuje silne bóle; wyczuwa się głębokie chęłbotanie na dość znacznej przestrzeni; brzegi jamy chęłboczącej są mocno twarde. Ciepłota 39°; tętno 110, małe i miękkie. Ze strony nerek i innych narządów nic nieprawidłowego nie znaleziono.

18-go listopada przy uśpieniu chloroformowem otworzyłem cięciem w smudze jamę ropnia; wylało się z ½ litra cuchnącego ropiastego płynu; jama ropnia znajdowała się pod mięśniami prostymi brzucha tak, że dno jej stanowiła tylko powięź poprzeczna z otrzewną; pomimo to dno jamy ropnia było nadzwyczaj twarde na całej przestrzeni tak, że w pierwszej chwili sądziłem, że mam do czynienia z promienicą powłok brzusznych. Wytamponowano całą jamę gazą. Bóle i gorączka znacznie się zmniejszyły. 4-go dnia przy zmianie opatrunku zauważyłem na guzie i w wydzielinie cząstki pokarmowe; to samo przy następnym opatrunku; przepatrując drobiazgowo dno jamy, pokrywające się już ziarniną, znalazłem w jednym miejscu małeńkie zagłębienie, przez które można było wprowadzić cienki zgłębnik na znaczną głębokość do wolnej jamy; jasnem więc było, że mieliśmy do czynienia z przetoką żołądkową, która wywołała powyższą sprawę ropną w powłokach brzusznych. Chory pomimo odżywiania,

pomimo dobrego wyglądu ziarniny coraz więcej marniał i po 4-ch tygodniach zmarł; w opatrunku zawsze się znajdowały w niewielkiej ilości cząstki pokarmowe. Na sekcji znaleziono żołądek nie powiększony, raczej skurczony, zrośnięty tak mocno z otrzewną ścienną, że niepodobna było na tępo oddzielić go od powłok brzusznych; w samym żołądku na jego przedniej powierzchni bliżej krzywizny dużej znajdował się guz z powierzchnią owrzodziłą, zajmujący co najmniej połowę przedniej ściany żołądka, w pewnej jednak odległości od dwunastnicy, tak że zwężenia nie było. Zgłębnik, wprowadzony przez przetokę, przenikał przez guz i wydostawał się do żołądka pośrodku owrzodzenia guza. W śródjeliciu kilka twardych guzików; samo śródjelicie nieco skurczone. Badanie drobnowidzowe wykazało budowę guza, jako raka scyrrotycznego.

P r z y p a d e k II. *Carcinoma ventriculi parietis posterioris.* W październiku 1896 roku przybyła na oddział chirurgiczny kobieta, lat 48 mająca, z powodu guza w brzuchu; guz ten w brzuchu zauważyła ona przed dwoma miesiącami i odtąd guz ten podług jej słów stale się powiększał. Na 2 miesiące przed zauważeniem guza zaczęła doznawać bólów w dołku po każdym jedzeniu; bóle te wzmagaly się stopniowo, łaknienie się zmniejszyło; chora zaczęła chudnąć i tracić siły. Wymioty miała tylko raz jeden. Chora średniej budowy ciała, tkanki tłuszczowej niewiele; skóra twarzy blada. Ściany brzuszne tak wiotkie, że z łatwością można wymacać guz, wielkości pięści, twardy, mało ruchomy, znajdujący się powyżej pępka na linii pośrodkowej. Po wlaniu do żołądka 500 grm. wody, położenie guza się nie zmienia. Doświadczenie z próbą śniadaniem wykazuje, że sprawa trawienia jest nieco upośledzona; wolnego HCl na czczo nie wykrywa się; stolce opieszałe. Waga ciała 115 funtów. W innych narządach nic nieprawidłowego nie znaleziono. Chora domagała się operacji, na którą przyjechała z prowincyi. Bóle, stopniowe chudnięcie, brak wolnego HCl przemawiały za tem, że guz wyczuwany ma siedlisko w żołądku i jest natury złośliwej, gdyż wobec braku objawów zwężenia odźwiernika nie miałby miejsca tak prędko upadek sił i schudnięcie.

21-go października wykonałem laparotomię: cięcie w smudze białej; odśloniwszy dobrze żołądek, przekonałem się, że przednia ściana żołądka jest zupełnie wolna, a guz znajduje się na tylnej ścianie żołądka bliżej krzywizny dużej i w pewnej odległości od odźwiernika; żołądek w okolicy guza jest mocno spojony z trzustką; w śródjeliciu znajdują się oddzielne twarde guziki. Wobec umiejscowienia się guza na tylnej ścianie, zakończyłem operację, zaszywając zupełnie ranę brzuszną; wobec tego, że odźwiernik nie uległ zwężeniu, nie miałem żadnego wskazania do wykonania jakiegoś innego zabiegu na żołądku. Następstwa próbnej laparotomii były nieoczekiwane; chora w drugim tygodniu czuła się lepiej, bólów nie doznawała, łaknienie o wiele lepsze; po 3-ch tygodniach opuściła szpital; guz jednak wydawał się nieco większym, niż podczas operacji. Po 2-ch miesiącach otrzymałem od chorej wiadomość, że się czuje dosyć dobrze i że bólów nie ma; te same wiadomości po raz ostatni otrzymałem od niej w 6 miesięcy po próbnej laparotomii.

P r z y p a d e k III. *Carcinoma ventriculi et coli transversi. Stenosis coli transversi. Communicatio inter ventriculum et colon transversum.* W lutym

1899 r. przybył na oddział kol. CHROSTOWSKIEGO w szpitalu Ś go Rocha 34-letni mężczyzna, którego wspólnie badałem zaraz następnego dnia; przed 4-ma miesiącami zaczął doznawać dolegliwości w nadbrzuszu, łaknienie się zmniejszało; bóle, dość nieraz silne, występowały najczęściej w jakiś czas po jedzeniu; na 4 tygodnie przed przybyciem do szpitala zjawily się wymioty dosyć cuchnące, a po paru dniach, jak chory sam opowiada, kałowe; wymioty powtarzały się niemal codziennie, a w ostatnich dniach nawet po kilka razy na dobę, co go ostatecznie skłoniło do przyjazdu do Warszawy. Chory bardzo wychudzony; tętno słabe; w nadbrzuszu wyczuwa się w głębi guz z niezbyt wyraźnymi granicami: guz ten więcej się uwydatnia po lewej stronie smugi, niż po prawej. Po wlaniu do żołądka 500 ccm. wody guz ten lepiej się uwydatnia, przybliżając się ku powłokom brzuszny. Stolec chory miewa raz na kilka dni w bardzo niewielkiej ilości; brzuch umiarkowanie wzdęty; często napadowo zjawiają się bóle i wtedy pętlice jelit widocznie się rozdymają. W wymiocinach znajdują się niewielkie cząstki zbitego kału.

18-go lutego wykonałem laparotomię, robiąc cięcie w smudze białej od wyrostka mieczykowatego aż poniżej pępka. Po otworzeniu jamy otrzewnej okazało się, że znaczna część przedniej ściany żołądka w kierunku ku dużej krzywiznie jest mocno twarda: granic tej twardości na dużej krzywiznie nie można oznaczyć, gdyż zamiast śródjelicia do dużej krzywizny żołądka mocno przylega na przestrzeni od 8 — 10 cnt. jelito poprzeczne, przedstawiające się na tej samej długości pod postacią podłużnego twardego guza. Guza tego nie można było unieść wcale ku górze. Jelita cienkie i grube powyżej przeszkody umiarkowanie wzdęte, jelito zaś zstępujące i S rzymskie spadnięte. Żołądek nieco powiększony; odźwiernik i dwunastnica wolne. O usunięciu guza ze względów technicznych nie można było nawet myśleć; z drugiej strony brak wyraźnych granic nasuwał mi podejrzenie, czy nie ma się do czynienia w danym przypadku ze sprawą zapalną swoistą, np. gruzlicą. Wobec wyraźnego zmniejszenia światła jelita poprzecznego wykonałem tylko zespolenie jelita biodrowego z jelitem zstępującem. Po operacji chory bardzo osłabiony: pierwszego dnia miał jeszcze wymioty trochę cuchnące, na drugi dzień jednak wymioty były tylko żółciowe. Na 3-i dzień wymiotów nie było: tętno się poprawiło; to samo na 4-y i 5-y dzień. 6-go dnia znaczny upadek sił i śmierć. Na sekcji znaleziono zapalenie otrzewnej włóknikowo-zlepne. Szew jelitowy trzymał dobrze. W płucach zmian niema; po wycięciu żołądka razem z *colon transversum* okazało się, że w żołądku na przedniej ścianie znajduje się guz płaski, wielkości dużej pięści z powierzchnią wrzodziejącą; poza granicami guza ściana żołądka jeszcze na parę cmt. w odległości była zgrubiała i twardawa przy nienaruszonej błonie śluzowej; guz ten w pobliżu krzywizny zlewał się bezpośrednio z guzowatością jelita poprzecznego, którego światło w tem miejscu było bardzo zwężone. Błona śluzowa jelita poprzecznego w części, przez guz zajętej, przedstawiała się na oko niezmienioną, z wyjątkiem jednego miejsca, w którym znajdowało się owrzodzenie, zagłębiające się w kierunku żołądka. Zgłębnik przez to owrzodzenie swobodnie przechodził przez całą grubość guza do jamy żołądka. Na powierzchni rozkroju guza w niektórych miejscach widoczne

były niewielkie ogniska rozpadowe. Badanie drobnowidzowe guza i części ściany żołądka, przyległej do guza, wykazało budowę, właściwą *carcinoma medullare*.

P r z y p a d e k IV. *Carcinoma ventriculi*. W lutym 1901 roku przybyła na oddział chirurgiczny 45-letnia kobieta, skierowana przez kol. AL. KORCZYŃSKIEGO z powodu guza w brzuchu. Przed rokiem zauważyła ona w okolicy nadbrzuszej guzik niewielki, dosyć ruchomy, na dotyk niebolesny; od 2-ch miesięcy guz zaczął się szybko powiększać, chora zaczęła chudnąć, tracić apetyt; wymioty zdarzyły się kilka razy. Chora średniej budowy ciała, z niewielką ilością tkanki tłuszczowej; odcień skóry twarzy blado-żółtawy. Przy badaniu brzucha wyraźnie się wyczuwa w okolicy pępka w jamie brzusznej guz wielkości pięści; guz twardy, dosyć ruchomy, daje się przesunąć na bok i ku górze; poniżej pępka nie daje się jednak przesunąć; powierzchnia guza nierówna. Badanie zawartości żołądka na czczo, dokonane u kol. HEWELKEGO, wykazuje obecność wolnego HCl. W moczu i innych narządach nie nieprawidłowego nie znaleziono. Rozpoznanie wahało się pomiędzy rakiem żołądka, a guzem sieci lub krezki. 23-go lutego po uprzednim zastrzyknięciu morfiny uspioło chorą chloroformem; jeszcze przed otworzeniem jamy otrzewnej okazało się, że guz znajduje się o wiele wyżej pępka, prawie pośrodku pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Po otworzeniu jamy otrzewnej w smudze przekonał się, że mamy do czynienia z guzem żołądka, zajmującym przednią ścianę żołądka na znacznej przestrzeni; granica guza kończy się w niewielkiej odległości od dwunastnicy. Sieć jest w okolicy guza przyklejona słabo do żołądka; w śróddielciu znajduje się sporo twardych guzików. Wykonałem wycięcie guza, odsuwając się dość daleko poza jego granice w kierunku wpustu; usunąłem wszystkie twarde guziki z śróddielcia; należało jeszcze usunąć gruczoł, poza odźwiernikiem położony, dosyć twardy i zrosnięty z trzustką; dla usunięcia gruczołu trzeba było usunąć i część trzustki stwardniałej, po obkluciu i podwiązaniu tuż nad *v. cava inferior*. Dwunastnicę tak łatwo było dostosować do żołądka, że przyszyłem jej koniec do pozostawionego otworu przy dużej krzywiznie żołądka. Pierwsze dwa dni po operacji przeszły względnie dobrze; na 3-i dzień chora dostała wymiotów, na 4-y dzień zmarła. Na sekcji okazało się, że jeden szew puścił; oprócz tego jelito poprzeczne na przestrzeni 8 — 10 cm. mocno posiniało. Wycięty preparat miał długości 12 cm; powierzchnia jego w żołądku cała owrzodziła, brzegi wywiniete, twarde. Badanie drobnowidzowe guza i wyciętych guzików wykazało budowę raka (*carcinoma medullare*).

P r z y p a d e k V. *Stenosis pylori et duodeni cicatrice non neoplasmatice*. W pierwszej połowie kwietnia 1894 r. przybyła na oddział kol. HEWELKEGO 33-letnia kobieta średniej budowy ciała, bardzo wycieńczona. Od 6-u miesięcy zaczęła niedomagać na dolegliwości żołądkowe; dosyć często bóle w dołku, szczególnie w jakiś czas po jedzeniu. Na 2 miesiące przed przybyciem do szpitala zaczęły występować wymioty, z początku co parę dni, potem codziennie, a w ostatnich tygodniach po parę razy dziennie. Od 2-ch lat kaszle; w ostatnich miesiącach bardzo schudła. Nie zauważyła nigdy krwi w wymio-

cinach. Waga ciała wynosi 101 funtów. Przy badaniu brzucha w prawem podżebrzu na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego wyczuwa się niezbyt wyraźne stwardnienie; granice żołądka znacznie rozszerzone na 2 palce poniżej pępka; przy wlewaniu płynu w ilości 500 ccm. granica dolna obniża się na 4 palce poniżej pępka. Chora pije tylko mleko w małej ilości; pomimo to wymiotuje co najmniej 2 razy dziennie; po wypłukaniu żołądka ulga trwa bardzo krótko; po wypiciu szklanki mleka dostaje bólów już w godzinę. Próbné śniadanie wydobyto po godzinie w tej samej ilości i prawie bez zmiany. W zawartości znajduje się na czczo wolny kwas solny. Stolec raz na tydzień po użyciu ławatywy.

W wierzchołku prawego płuca stłumienie; oddech nieokreślony; chora nie gorączkuje; tętno słabe, nie przyspieszone; w moczu zmian nie wykryto. Pomimo codziennego płukania żołądka stan chorej wcale się nie poprawiał, waga ciała spadła do 96 funtów. Propozycję operacji chora przyjęła z skwapliwością. 21-go kwietnia po uprzednim zastrzyknięciu morfiny i przy uśpieniu chloroformem [którego chora zużyła 15 grm.] wykonałem laparotomię, robiąc cięcie w smudze. Żołądek znacznie rozszerzony; żadnego guza w nim się nie wyczuwa; okolica jednak odźwiernika przy przejściu w dwunastnicę i początek dwunastnicy przedstawiają się jako twardy podługowaty guz; aby obnażyć odźwiernik i dwunastnicę, należało najpierw poprzecinać pasma i pooddzielać zrosty zapalne; po dokonaniu tego okazało się, że na przestrzeni 5 — 6 cmt. koniec odźwiernika i początek dwunastnicy przedstawiają się jako wał twardy grubości mniej więcej dużego palca. Postanowiłem wyciąć część odźwiernika i dwunastnicy, co stosunkowo łatwo się udało; dwunastnicę przyszyłem do żołądka, do otworu dolnego przy dużej krzywiznie, zaszywając górny odcinek rany. Chora zniosła operację dość dobrze. Ze względu na kaszel męczący chorej zastrzykiwano morfinę, bez wszelkiego jednak powodzenia. Chorą odżywiano za pomocą ławatyw. Od 5-go dnia po operacji dostaje w małych ilościach mleko i rosół. Stan bezgorączkowy; wymiotów nie było; po 2-ch tygodniach chora zaczęła się trochę poprawiać, łaknienie lepsze. Kaszel uporczywy, stan bezgorączkowy; w 4ym tygodniu chora słabnie, wymiotów jednak nie ma, ani bólów. 14-go maja, t. j. 24-go dnia po operacji chora zmarła.

Na sekcji okazało się, że szew trzyma dobrze; na miejscu przyszycia dwunastnicy do żołądka światło zupełnie dostateczne; granice żołądka o wiele zmniejszone. W prawem płucu w wierzchołku i środkowym płacie rozrzucone ogniska serowate, otoczone tkanką łączną; w wierzchołku znajduje się tylko jedna większa jama.

Wycięty preparat miał długości 8 cmt.; światło było w nim tak zwężone, że tylko przepuszczało cienki zgłębnik; kierunek światła kręty; badanie drobnowidzowe wykazało, że błona śluzowa na całej przestrzeni zwężenia mocno zgrubiała; gruczoły znacznie powiększone, ale postać ich prawidłowa; granice ich od tkanki łącznej wszędzie wyraźne, światło ich wyraźne; dno gruczołów nigdzie nie wkracza do tkanki podśluzowej; tkanka łączna między gruczołami znacznie rozrosła i nacieczona leukocytami. Tkanka podśluzowa 5 — 6 razy szersza, miejscami wyraźnie nacieczona; nacieczenie głównie się uwydat-

nia wzdłuż naczyń krwionośnych. Błona mięsna ze 3 razy grubsza, błona surowicza także mocno zgrubiała; w niektórych tylko miejscach na błonie śluzowej można było dostrzedz powierzchowne owrzodzenia.

P r z y p a d e k VI. *Stenosis pylori ex adhaesionibus.* W połowie sierpnia 1901 roku przybyła na oddział kol. HEWELKEGO 44-letnia kobieta z powodu dolegliwości żołądkowych, trapiących ją już od 2-ich lat; w szpitalu wówczas pozostawała przez 2 miesiące; wyraźne były objawy rozszerzenia żołądka. Dzięki przepłukiwaniom żołądka stan jej o tyle się poprawił, że opuściła szpital; w domu piła tylko mleko; raz spożyła mięsną zupę, ale ją wymiotowała po paru godzinach; w listopadzie wystąpiły wymioty stałe nawet przy spożywaniu tylko mleka, w 4—5 godzin po wypiciu. W końcu listopada chora po raz wtóry przybyła do szpitala, skarżąc się na wymioty i na bóle dokuczliwe. Waga jej ciała wynosiła wtedy 103 funty. Przy przepłukaniu żołądka wydobyto dużo pokarmowej masy koloru żółto-brązowego. Przy wprowadzaniu zgłębnika do żołądka doznaje się przy wpuście pewnego oporu; cieńsze zgłębniki swobodnie przechodzą. Dzięki przemywaniom codziennym stan chorej to się nieco poprawiał, to znów pogarszał; od czasu do czasu wymioty cząstek pokarmowych. Po 10-u dniach waga jej spadła o 1 funt. W wydobytej zawartości zawsze znajdowano wolny kwas solny. Przy wprowadzeniu zgłębnika na 41 cm. nic się nie otrzymuje z żołądka; zawartość wydobywa się dopiero po wprowadzeniu zgłębnika na 63 cm. W połowie grudnia zjadła mały kotlecik, który po upływie godziny wymiotowała. 6-go stycznia 1902 roku przemyto żołądek i wydobyto kawę i bułkę, którą chora spożyła w przeddzień wieczorem. Od tej chwili dostaje tylko mleko w ilości jednego litra dziennie. Przez szereg dni wydobywa się zgłębnikiem od 500 — 800 ccm. białego mlecznego płynu. 26-go stycznia wydobyto tylko 50 ccm. płynu mlecznego i chora zaraz czuła się lepiej; po kilku dniach jednak znowuż wydobyto 400 ccm.; waga ciała spadła 5-go lutego do 96-u funtów. Do 18-go lutego stan chorej to nieco lepszy, to znów gorszy; tego dnia wydobyto jej 1700 ccm. płynu kwaśnego szarego, nie zawierającego kwasu mlecznego. Na drugi dzień bardzo gwałtowne bóle i wtedy wydobyto 1400 ccm. płynu szarego; chora czuje się lepiej. 23-go lutego chora dostaje próbnę śniadanie podług SAHLI'ego; po godzinie wydobyto 300 ccm. masy. W marcu stan się jej nieco poprawia; w końcu marca waga ciała 103 funty; opuściła szpital; dane te zostały mi udzielone przez kol. KNAPKEGO, pracującego w oddziale kol. HEWELKEGO. W drugiej połowie kwietnia chora znowuż powróciła do szpitala wobec znacznego pogorszenia. Waga ciała 101 funtów. Wtedy to po raz pierwszy widziałem chorą. Miejscowe badanie brzucha wykazuje większą tylko odporność na zewnątrz mięśnia prostego prawego i poniżej żeber. Wyraźnej jednak guzowatości nie można wymacać. Chora bardzo wychudzona, chociaż nie ma wyglądu chłastaczego; przy pocieraniu powłok brzusznych widoczne jest rozdymanie się jelit. Wobec wyraźnych objawów niedostateczności mechanicznej żołądka, zależnej od zwężenia odźwiernika, zaproponowałem chorej operację, tem więcej, że leczenie wewnętrzne przez czas stosunkowo dość długi okazało się bezskuteczne. 1-go maja 1902 roku wykonałem laparotomię cięciem w smudze. Po rozcięciu

otrzewnej ściennej okazało się, że jest ona sklejana na całej przestrzeni z siecią, żołądkiem, jelitami; sieć bardzo skurczona; okolica odźwiernika i dwunastnicy przedstawiała się pod postacią zbitego wału; odklejając powoli zrosty, przyczem krwawienie nie było zbyt obfite, udało mi się obnażyć okolicę odźwiernika i dwunastnicy; oba te narządy są mocno sklezione z pęcherzykiem żółciowym, a część odźwiernika, przechodząca w dwunastnicę, jest przegięta i unieruchomiona przez szersze lub węższe pasma; te ostatnie po podwiązaniu przecięto, oddzielono pęcherzyk żółciowy i wtedy okazało się, że część odźwiernikowa i dwunastnica są ruchome, a od strony żołądka palec swobodnie wchodzi do dwunastnicy. Mając na uwadze opór przy wprowadzaniu zgłębnika do żołądka, starałem się oddzielić zrosty, które otaczały wpust żołądka. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. Od chwili operacji nie było wymiotów; od 3-go dnia zaczęła przyjmować pożywienie: stolce, chociaż opieszale, ale prawidłowe. Po 2 ch tygodniach przeszła na oddział kol. HEWELKEGO, gdzie pozostawała 14 dni. Podczas badania przekonano się, że czynność motoryczna i chemiczna żołądka znakomicie się poprawia; w końcu maja opuściła szpital. Ważyła 116 f.

Operowana pokazała się w końcu sierpnia; waga 117 funtów; wymiotów nie miała; pije tylko mleko i je mączne potrawy. W marcu 1903 roku waga 130 funtów; czuje się dobrze; w maju waga 136 funtów. Wymioty raz miała po odbyciu podróży kilkomilowej po złej drodze. W lipcu waga 130 funtów, a w końcu sierpnia, pomimo, że subiektywnie czuje się dobrze, waga wynosiła tylko 116 funtów. W listopadzie waga znowuż 120 funtów. W styczniu 1904 roku waga znowuż spadła do 116 funtów; przez dwa dni miała wymioty po niezachowaniu diety. W lutym waga ta sama; wymiotów nie ma; następnie chora pokazała się we wrześniu; wymiotów nie miała wcale; waga 118 funtów; spożywa wszystko, oprócz kartofli; w grudniu tego roku waga 120 funtów; czuje się dobrze; pracuje. W kwietniu 1905 roku waga 122 funty, a w czerwcu 125 funtów; spożywa wszystkie pokarmy. 15-go sierpnia waga się utrzymuje na tym samym poziomie; czuje się zupełnie dobrze, pracuje dość ciężko.

Przytoczyłem wszystkie te przypadki, gdyż każdy z nich przedstawiał pewne właściwości; u chorej z rakiem żołądka po próbnej laparotomii nastąpiło subiektywne polepszenie, trwające przez kilka miesięcy; to samo spostrzegaliśmy w jednym przypadku MATLAKOWSKI, to samo wspomina i MIKULICZ o niektórych przypadkach; naturalnie, wobec natury cierpienia, poprawa ta jest tylko przemijająca. W jednym przypadku raka, nadającego się do operacji, który jednak zakończył się śmiercią wskutek puszczenia szwu i występującej zgorzeli jelita poprzecznego, przed operacją wykazywano kwas solny wolny. Dwa pozostałe przypadki raka ciekawe są ze względu na swój przebieg; zabieg w tych przypadkach co do samej choroby był niemożliwy. Pierwszy przypadek zwężenia bliznowego odźwiernika i dwunastnicy w wysokim stopniu zakończył się śmiercią po 3½ tygodniach, do czego przyczyniły się zmiany gruzlicze w płucu prawem. Ostatnia chora, u której wykonano tylko usunięcie sklejeń, pasm i zrostów (*gastrolysis*, operacja polecona przez HACKER'a, chociaż praktycznie była wykonana w jednym przypadku o wiele wcześniej przez RY-

DYGIERA) cieszy się obecnie dobrem zdrowiem od wielu miesięcy; przez 2 lata były pewne wahania. Liczba tych operacji, ogłoszonych i zebranych przez **MAYO ROBSON'a**, wynosiła 77 przypadków z 2 śmiertelnymi zejściami. **MIKULICZ** wykonał ją 2 razy, **HARTMANN** także 2 razy z dobrym wynikiem dla operowanych, a **GARRÉ** w 12-u przypadkach również z dobrym wynikiem.

Liczba operacji, dokonywanych na żołądku z powodu chorób tego narządu, w polskim piśmiennictwie przedstawia się jeżeli nie imponująco, to w każdym razie dość pokaźnie. Pierwsze miejsce pod tym względem zajmuje **RYDYGIER**, którego statystyka mierzyć się może z wynikami pierwszorzędných klinik europejskich. Do 1901 roku **RYDYGIER** wykonał w 25-u przypadkach raka żołądka wycięcie odźwiernika; z tej liczby umarło 17-u operowanych, 8-u wyzdrowiało; przy nierakowatym cierpieniu wykonał 7 razy wycięcie odźwiernika z zejściem śmiertelnym w 4-ch przypadkach. Zespoleni żołądka z jelitem z racyi raka wykonał 38, z śmiertelnym zejściem w 16-u razach; przy nierakowatym zaś cierpieniu 26 z zejściem niepomyślnym w 5-u razach; raz jeden wykonał rozszerzenie odźwiernika z powodzeniem dla chorego. Razem więc operacji na żołądku z racyi chorób tego narządu **RYDYGIER** wykonał 97.

Pozatem ogłaszane były przez szereg lat mniej lub więcej liczne przypadki operacji na żołądku.

BARĄCZ w 1885 roku ogłasza jeden przypadek wycięcia raka odźwiernika wraz z zespoleniem żołądka z jelitem [wynik niewiadomy]; w 1892 przypadek zespolenia żołądka z jelitem zapomocą płytek z brukwi przy raku, zakończony wyzdrowieniem; w 1897 r. przypadek gastroenterostomii przy raku.

TRZEBICKY w 1887 r. jeden przypadek gastroenterostomii [wynik niewiadomy]; w 1899 gastroenterostomia przy raku — po 14-u dniach śmierć.

MATLAKOWSKI w 1889 r. ogłasza 2 przypadki wycięcia odźwiernika z powodu raka; w jednym śmierć nastąpiła po 50-u dniach, w drugim po 16-u godzinach; jeden przypadek zespolenia żołądka z jelitem przy raku, zakończony śmiercią; jeden przy wrzodzie okrągłym żołądka, również niepomyślnie zakończony; w 3-ch przypadkach przy raku żołądka skończyło się tylko na próbnej laparotomii, przyczem w jednym przypadku nastąpiła poprawa subiektywna na kilka miesięcy.

OBALIŃSKI w 1889 r. ogłosił przypadek wycięcia odźwiernika przy raku z zejściem pomyślnym i w 1890 r. przypadek gastroenterostomii przy raku odźwiernika z znaczną poprawą.

CIECHOMSKI w 1893 r. 3 przypadki zespolenia żołądka z jelitem przy zwężeniu bliznowatym odźwiernika; 2 zakończyły się wyzdrowieniem, jeden zaś śmiercią.

KRAJEWSKI w 1893 r. dwa przypadki gastroenterostomii przy zwężeniu odźwiernika nierakowatym; w jednym wyzdrowienie, w drugim śmierć; w 1903 r. wycięcie wrzodu żołądka na małej krzywiz-

nie z zejściem pomyślnem i wycięcie odźwiernika przy wrzodzie okrągłym, z którego dna wyrastał guzik wielkości sliwki, z dodaniem zespolenia żołądka z jelitem; nastąpiło wyzdrowienie.

KARCZEWSKI w 1903 r. z powodu raka wycięcie odźwiernika z dodaniem gastroenterostomii; operowana przez 6 miesięcy miała się dobrze, później wystąpiły wymioty i śmierć po 2-ch miesiącach. Na sekcji oprócz przerzutów w wątrobie i gruczołach chłonnych znaleziono niewielki guzik w ścianie żołądka.

SCHRAMM w 1892 r. ogłosił dwa przypadki wycięcia odźwiernika przy raku: w jednym operowany po roku miał się jeszcze dobrze, w drugim po 4-ch miesiącach; dwa przypadki zespolenia żołądka z jelitem przy raku; w jednym śmierć nastąpiła po 4-ch miesiącach, w drugim chora po 3-ch miesiącach miała się jeszcze dość dobrze.

SOLMAN w 1893 r.—wycięcie odźwiernika z powodu raka; 12-go dnia po operacji zaczęła się przedostawać na zewnątrz zawartość żołądkowa z kwasem mlecznym i peptonem; zagojenie; po 9-u miesiącach chory czuł się jeszcze względnie dobrze.

K. ZAGÓRSKI w 1894 r. ogłosił przypadek jejunostomii przy raku żołądka, zakończony niepomyślnie.

RAUM w 1895 r. jeden przypadek zespolenia żołądka z jelitem przy zwężeniu odźwiernika nierakowatym, zakończony wyzdrowieniem; po operacji w tym przypadku trawienie białka odbywało się prawidłowo, a niedostatecznie krochmalu.

KOSIŃSKI w 1896 r. przy raku żołądka i poprzecznicy wobec istnienia przetoki żołądkowo-kiszkowej i niemożności usunięcia guza, wykonał enteroanastomozę; nastąpiła poprawa zdrowia; w 1897 r. wykonał zespolenie żołądka z jelitem przy raku, zakończone po 2-ch miesiącach śmiercią; w 1898 r. z powodu raka odźwiernika wykonał gastroenterostomię, po której się chora poprawiła; po kilku miesiącach znowuż wystąpiły wymioty i znaczne wychudnięcie; dokonano wtedy zespolenia jelita z jelitem i chora żyła jeszcze miesiąc; na sekcji znaleziono zupełne zarosnięcie odźwiernika oraz otworu, łączącego żołądek z jelitem.

DROBA w 1899 r. jeden przypadek wycięcia odźwiernika z powodu raka; po 2-ch miesiącach widoczna znaczna poprawa; 4 przypadki gastroenterostomii—w 2-ch razach przy raku, a w 2-ch z racyi bliznowatego zwężenia; wyniki nie podane.

RUTKOWSKI w 1899 roku jeden przypadek gastroenterostomii przy raku odźwiernika; 10-go dnia po operacji nastąpił krwotok; przy powtórnej laparotomii autor część żołądka, zajętą przez nowotwór, wyklucza przez utworzenie ostrogi do krzywizny dużej; nastąpiła poprawa.

KADER w 1901 r. ogłasza jeden przypadek wycięcia odźwiernika przy raku żołądka—nastąpiła poprawa; jedną gastroenterostomię przy

zwężeniu bliznowatym z zejściem pomyślnem i jedną gastroenterostomię przy wrzodzie okrągłym żołądka, do której dodał jeszcze jejunostomię w celu forsownego odżywienia chorego; wyzdrowienie; w 1902 r. wycięcie $\frac{2}{3}$ części żołądka z powodu raka z usunięciem gruczołów na dużej i małej krzywiznie; jelito poprzeczne pozostawiono na zewnątrz; po 8-u dniach wytworzyło się w niem przedziurawienie, które później zaszyto; wyzdrowienie; i gastroenterostomia przy zwężeniu bliznowatym z zejściem pomyślnem.

KRAUZE w 1901 r. zespolenie żołądka z jelitem przy zwężeniu odźwiernika nierakowatym u 25-letniego mężczyzny z wyzdrowieniem.

WATTEN w 1901 r. ogłasza dwa przypadki wycięcia odźwiernika przy raku; w jednym śmierć nastąpiła po 48-u godzinach, w drugim, w którym usunięto $\frac{2}{3}$ żołądka i zrobiono wycięcie posiniałego jelita poprzecznego, nastąpiło wyzdrowienie.

FIEDOROWICZ w 1902 r. gastroenterostomia z dodaniem enteroanastomozy przy zwężeniu bliznowatym, powstałym po wypiciu kwasu siarczanego; śmierć po 5-u dniach z krwotoku; na sekcji okazało się, że krwawienie pochodziło z nadżarcia w dwunastnicy.

TRZEBICKY w 1903 r. wykonał gastroenterostomię **WOELFLER'a** u chorego, operowanego przed 7 laty, któremu z racji zwężenia przy wrzodzie okrągłym dokonał wtedy zespolenia żołądka z jelitem metodą **KOCHER'a**. 3 lata był zdrow, później gorzej, w końcu wymioty żółciowe i kałowe. Po tej drugiej operacji wyzdrowienie.

WERTHEIM z oddziału **KRAJEWSKIEGO** w 1903 r. ogłasza przypadek raka żołądka z przedziurawieniem ściany żołądka; chory miewał bóle od 5-u lat; zawartość żołądka zawierała wolny kwas solny, bez kwasu mlecznego; wskutek bardzo nagłych i gwałtownych bólów laparotomia; w jamie otrzewnej znaleziono płyn z resztkami pokarmów; na przedniej ścianie żołądka w pobliżu małej krzywizny otwór, znajdujący się w okolicy guza, zajmującego małą krzywiznę; zaszyto tylko otwór w żołądku; chory żył 20 dni.

KUČERA w 1904 r. przedstawił preparat żołądka mężczyzny, któremu z przyczyny wrzodu żołądka 7 lat przedtem robiono gastroenterostomię; w kilka lat potem wystąpiły wymioty kałowe; rok temu zrobiono mu powtórny gastroenterostomię bliżej dna żołądka, dodając jednocześnie enteroanastomozę; chory żył rok; na preparacie widać, że wrzód się nie zbliżył, że jelito poprzeczne w pobliżu zespolenia przykleiło się do żołądka i do niego się przebiło; na miejscu powtórnej gastroenterostomii szwy jedwabne uległy bardzo małej zmianie po roku.

MAJEWSKI w 1904 r. ogłasza 6 przypadków gastroenterostomii przy zwężeniu bliznowym odźwiernika, zakończonych pomyślnie: j e d e n

przypadek gastroenterostomii przy zrostach okołożołądkowych z zejściem pomyślnem; j e d n ą gastroenterostomię przy żołądku w formie klepsydry—również dobrze zakończony i j e d n ą gastroenterostomię przy *ulcus rotundum ventriculi perforans* z przyklejeniem żołądka do ściany brzusznej; oddzielił żołądek, a otwór w nim załatał siecią ze względu na kruche brzegi; wrzodu nie wycinał; chory wyzdrowiał.

ODERFELD w 1904 r. podaje wiadomość o 4-ch gastroenterostomiach; trzy przy zwężeniu bliznowem, a jedna przy raku; po gastroenterostomii z powodu raka śmierć nastąpiła po roku; z powodu zwężenia w jednym po 1½ roku znowu wystąpiły poprzednie objawy, a w 2-ch stan dobry.

SZUMAN w 1904 r. Jedna gastroenterostomia przy zwężeniu bliznowem zapomocą guzika magnezowego. Wyzdrowienie.

BARTKIEWICZ w 1905 r. Gastroenterostomia tylna przy zwężeniu odźwiernika, powstała po wypiciu środka żrącego. Wyzdrowienie.

DOBRUCKI w 1904 r. jeden przypadek gastroenterostomii przy zwężeniu bliznowem odźwiernika, zakończony pomyślnie.

Pomijając więc statystykę RYDYGIERA, którą wyżej podałem, okazuje się, że ogłoszonych przypadków operacji na żołądku w polskim piśmiennictwie mogłem naliczyć razem z moimi przypadkami 67. Z tej liczby wycięcie odźwiernika z powodu raka dokonano 17 razy; śmierć po operacji wkrótce nastąpiła w 4-ch przypadkach; w jednym dopiero po 8-u miesiącach; w jednym przypadku chory po 9-u miesiącach czuł się jeszcze dobrze, w 2-ch wynik nie podany. Wycięcie odźwiernika po zwężeniu bliznowem wykonano 2 razy z zejściem śmiertelnem w jednym przypadku po 3½ tygodniach. Gastroenterostomii przy zwężeniu bliznowem lub przy wrzodzie żołądka dokonano 28 razy z zejściem śmiertelnem w 4-ch przypadkach; w 2-ch wynik nie podany. Zespołów żołądka z jelitem przy raku dokonano 15 razy; w 4-ch śmierć nastąpiła zaraz po operacji, w 4-ch wynik nie podany, w jednym śmierć po 4-ch miesiącach, a w jednym po roku. Wycięcia wrzodu samego dokonano w jednym przypadku z zejściem pomyślnem; gastrolizę także w jednym z wyzdrowieniem. Gdybyśmy chcieli porównywać te wyniki z rezultatami, otrzymanymi zagranicą, to przekonalibyśmy się, że są one wcale niezłe. Wniosków jednak niepodobna z nich wyprowadzać, gdyż tylko w niewielkiej liczbie przypadków przeprowadzane były badania pooperacyjne czynności motorycznych i chemicznych żołądka, a o większości operowanych nie miano późniejszych wiadomości co do stanu ich zdrowia.

[C. d. n.].

II. Z ODDZIAŁU DRA CHEŁCHOWSKIEGO I Z PRACOWNI DRA FLATAUA.

Przypadek porażenia Landry'ego, zbadany anatomicznie.

Podali

Władysław Starkiewicz i Jan Koelichen.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 41].

Reasumując wyniki drobnowidzowego badania układu nerwowego w danym przypadku, powiedzieć możemy, że w nerwach obwodowych zmian żadnych nie stwierdzono, w rdzeniu zaś i opuszcze znaleziono zmiany na ogół bardzo nieznaczne, dające się zaliczyć do dwóch kategorii: a) zmiany w układzie naczyniowym górnego odcinka rdzenia, polegające na rozszerzeniu naczyń krwionośnych i okołonaczyniowych przestrzeni limfatycznych; b) zmiany w ruchowych komórkach nerwowych przednich rogów rdzenia i w jądrze n. XII w opuszcze, polegające na wzmożonej pigmentacji tych komórek, oraz w niektórych z nich na zwyrodnieniu protoplazmy komórki, nadającem jej wygląd pianki. Zmiany, które stwierdzono w danym przypadku w komórkach nerwowych, zasługują na bliższe rozpatrzenie w celu wyjaśnienia ich charakteru. Jak już wspominaliśmy, zmiany te polegają na tem, że większa lub mniejsza część protoplazmy komórki posiada wygląd, przypominający budowę piany; jeżeli jednak przyjrzymy się bliżej obrazom odnosnym, to w wielu komórkach w miejscach, ulegających podobnym zmianom, znajdziemy jeszcze ślady nagromadzonego barwika. Naprowadza nas to na wniosek, że luki, powstałe w protoplazmie komórek, potworzyły się na miejscach, gdzie poprzednio istniało znaczne nagromadzenie barwika, który, być może, uległ następnie zwyrodnieniu, najprawdopodobniej tłuszczowemu i w ten sposób na preparatach, barwionych metodą NISSELA, powstały obrazy, przypominające budowę piany. Porównyując wygląd komórek nerwowych na preparatach, zabarwionych według metody MARCHI'ego, znajdujemy potwierdzenie tego przypuszczenia. Na preparatach tych bowiem luk w protoplazmie komórek nie widać nigdzie, natomiast widoczne jest wszędzie znaczne nagromadzenie czarnych ziaren barwika, wypełniających nieraz całą protoplazmę komórki nerwowej. W wielu komórkach nerwowych widać przytem ugrupowanie ziaren barwika w środku komórki w okolicy jądra, które to ugrupowanie OBERSTEINER (*Arbeiten aus dem neurologischen Institute T. XI i XII*) na zasadzie sumiennych badań nad pigmentacją komórek nerwowych uważa za charakterystyczne dla przypadków pigmentacji patologicznej. Zatem zmiany, znalezione w komórkach nerwowych rdzenia i opuszki w przypadku powyższym, polegają na zwyrodnieniu barwikowym

protoplazmy komórek. Podobne nagromadzenie się barwika występuje w komórkach nerwowych i w warunkach normalnych przy starzeniu się organizmu, przyczem barwik zjawia się w komórkach już w latach dziecięcych i nagromadza się stopniowo w miarę posuwania się w latach. Znaczenie tej sprawy nie zostało jeszcze dotychczas należycie wyjaśnione; nie rozstrzygnięto nawet kwestyi, czy barwik ten stanowi zapas materiału odżywczego dla komórki, czy też, przeciwnie, jest produktem rozpadu protoplazmy komórki. Przypadki, podobne do powyżej opisanego, w którym nagromadzenie barwika w komórkach nosi na sobie wyraźną cechę sprawy patologicznej, gdyż w wielu z nich prowadzi nawet do rozpadu protoplazmy komórki nerwowej, przyczynić się mogą do wyjaśnienia tej spornej kwestyi, wskazując na to, że nagromadzenie się barwika stanowi bądź co bądź sprawę regresyjną i w pewnych warunkach przybrać nawet może charakter ostrego zwyrodnienia.

Pozostaje nam teraz rozpatrzyć, w jakim stosunku pozostają powyżej opisane nieznaczne zmiany histopatologiczne w rdzeniu do groźnego obrazu klinicznego, jaki się w danym przypadku rozegrał. Zmiany te są zbyt nieznaczne, ażeby stanowić mogły całą podstawę anatomiczną tak rozległych zaburzeń w czynności układu nerwowego, jakie wystąpiły w danym przypadku. Przypuszczać zatem należy, że właściwe tło zaburzeń tych stanowią zmiany, których uwidocznić nie zdołaliśmy, te zaś, które wyszły na jaw przy badaniu, stanowią zaledwie ich częśćkę widoczną. Brak zmian anatomicznych w układzie nerwowym osób, zmarłych na paraliż LANDRY'ego, bywał niejednokrotnie notowany. Wprawdzie liczba podobnych przypadków zmniejszyła się znakomicie wraz z udoskonaleniem techniki mikroskopowej i rozszerzeniem badania anatomicznego na cały układ nerwowy, jednakże i w nowszych czasach nawet najsumienniejsze badanie nie zdołało nieraz wykryć absolutnie żadnych zmian w układzie nerwowym w podobnych przypadkach. Przypuszczenie, wypowiedziane w ostatnich czasach przez ROLLY'ego, które przytaczaliśmy już powyżej, jakoby w przypadkach porażenia LANDRY'ego siedliskiem zmian histopatologicznych były obwodowe zakończenia nerwów ruchowych w samych mięśniach, nie posiada jeszcze dotychczas dostatecznej podstawy. Obserwacje ROLLY'ego są zbyt odosobnione, ażeby można było wyciągać z nich wnioski ogólne. Pozostaje zatem faktem nie zaprzeczonym, że w czynnościach układu nerwowego zachodzić mogą poważne zaburzenia, doprowadzające nawet do śmierci osobnika i nie pozostawiające śladów widocznych w postaci zmian histopatologicznych. O charakterze tych zaburzeń trudno jest wobec tego cośkolwiek powiedzieć; mamy natomiast pewne dane, pozwalające nam wnioskować o czynniku etyologicznym, wywołującym te zaburzenia w przypadkach, przebiegających pod postacią porażenia LANDRY'ego. Cały bowiem przebieg cierpienia nosi na sobie wyraźne piętno ostrej sprawy zakaźnej, a przytem w wielu przypadkach udało się stwierdzić obecność w układzie nerwowym ośrodkowym zarazków chorobotwórczych [MARIE - MARINESCO, MARINESCO - OERTINGER, REMLINGER]. Wobec tego uzasadnionem jest przypuszczenie, że i w tych przypadkach, w których badanie anatomiczne nie może wykryć żadnych zmian w układzie nerwowym, u podstawy zaburzeń w czynnościach tego układu leży ostra sprawa

wa zakaźna. Przypuścić więc możemy, że zarazki chorobotwórcze, działając na układ nerwowy za pośrednictwem toksyn, paraliżują czynności tego układu, wywołując zmiany w chemizmie tkanki nerwowej, niedostępne dla naszych metod badania. Zarazem stanie się zrozumiałem, że jednocześnie ze zmianami, nie dającymi się dostrzedz, mogą zachodzić w układzie nerwowym i takie, których uwidocznienie jest dla nas dostępnem.

Zwracając się do opisanego przypadku, znajdziemy w charakterze zmian, wykrytych w układzie nerwowym, poniekąd potwierdzenie powyższego przypuszczenia. Zarówno bowiem zmiany w naczyniach w postaci rozszerzenia tych naczyń i okołonaczyniowych przestrzeni błonowych, jak i zmiany w komórkach w postaci zwyrodnienia ich protoplazmy należą do kategorii tych, jakie spotykać możemy w ostrych sprawach zakaźnych lub toksycznych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

136. H. Jacobstahl. O szwie naczyń krwionośnych.

Zeszycie tętnicy pierwszy wykonał HALLOWELL w 1759 r., mianowicie tętnicy ramiennej; po upływie przeszło 4-ch tygodni rana zupełnie się zagoiła, a tętno w t. promieniowej było tak wyraźne, iż nie było najmniejszej wątpliwości co do przywrócenia drożności zeszytej tętnicy. Atoli stosowaniu tego zabiegu *larga manu* stanęły na przeszkodzie wyniki odnośnych badań doświadczalnych, tłumiąc w zarodku śmiałą myśl na długie czasy. ASSMANN, VEIPEAU, LANGENBECK i HEINECKE twierdzili, że zeszywanie tętnicy daje mniejszą pewność zatrzymania krwotoku, niż podwiązanie, a tak samo prowadzi do zamknięcia światła naczynia. Wiek cały minął od tego czasu, zanim myśl dawną podjęli znów GLUCK, a później — POSTEMPSKI, lecz i ich usiłowania okazały się bezskuteczne. Wreszcie eksperymenty JASSINOWSKIEGO, uwieńczone znakomitymi rezultatami, otworzyły omawianej metodzie perspektywę lepszej przyszłości. Otrzymane przezeń, jak i przez jego następców, wyniki kładziono na karb stosowanej przytem techniki: mianowicie, unikano troskliwie uszkodzenia błony wewnętrznej, prowadząc nić jedynie przez błonę zewnętrzną i środkową. Niedogodność tę pokonał MURPHY [1897], szyjąc przez wszystkie 3 warstwy; dodatnie wyniki ostatniej metody stwierdzili również DOERFLER i GARRÈS [12 eksperymentów; w jednym tylko było zejście niepożądane, a mianowicie wytworzenie się zakrzepu, zamykającego światło zeszytego naczynia]. Wszystkie pomienione wyżej prace dotyczyły ran podłużnych oraz poprzecznych do połowy obwodu. Zadaniem następnych prac na temże polu było rozstrzygnięcie pytania, jak się sprawa przedstawia wobec ran poprzecznych, zajmujących większą część obwodu tętnicy, jak np. przy całkowitem jej przecięciu kołistem, lub nawet po rezekcyi jej części. Po wielu nieudatnych próbach rozmaitych badaczy udało się wreszcie i tutaj MURPHY'emu osiągnąć cel pożądaný [z zachowaniem, naturalnie, światła naczynia]: technika polegała na

wpochwieniu (*invaginatio*) ośrodkowego końca naczynia w obwodowy; mniejszem już powodzeniem zostało uwięzczone zwykłe zeszywanie obu końców. Szereg eksperymentatorów pracował nad wydoskonaleniem techniki wpochwiania, i w końcu PARR'owi udało się jeśli nie całkowicie, to co najmniej w wielkim stopniu rozstrzygnąć ten trudny problemat: w tym celu wprowadza on do końców naczynia, które mają być wpochwione jeden w drugi, cylinder magnezyowy, podlegający wchłonięciu, naciąga nań ścianę naczynia; w tem położeniu umocowuje ją zapomocą podwiązki na owym cylindrze i dopiero wówczas wpochwia; po wpochwieniu znów nakłada podwiazkę, unikając w ten sposób zupełnie szwu. Albo też unika nawet wpochwiania, ograniczając się jedynie wprowadzeniem nadstawki (*Prothese*) tak, aby powierzchnie błony wewnętrznej przylegały ściśle do siebie.

Przechodząc do strony praktycznej tej sprawy, czyli wyników stosowania tego zabiegu u ludzi, autor podaje następujące dane statystyczne: z ogólnej liczby 40 przypadków 5 dotyczy szwu kolistego, reszta — częściowego, a mianowicie — 7 razy zeszywano t. ramieniową, tyleż — t. pachową, 3 razy szyjną (*carotis*), 5 razy kolanową, 11 razy udową (*femoralis*), 1 raz podłędźwiową zewnętrzną (*iliaca ext.*), 1 raz podłędźwiową wspólną; 5 szwów kolistych wykonano: 1 na t. promieniowej, 1 na t. łokciowej, 3 na udowej. Wskazania do szwu częściowego w połowie przypadków stanowiły mimowolne uszkodzenia tętnic podczas zabiegów operacyjnych, szczególnie przy wyluszczeniu guzów, a również i rany kłóte i postrzałowe. Z pośród 35-u przypadków szwu częściowego tylko w jednym nie udało się zaizolować krwawienia, tak iż zaszła konieczność następczego podwiązania tętnicy. Powtórne nałożenie szwu [w 21 dni po pierwszym] okazało się potrzebnem w jednym również przypadku. W ilu przypadkach pozostało drożnem światło naczynia, trudno orzec dokładnie, ponieważ jednak w większości zagojenie nastąpiło bez zaburzeń w krążeniu, przeto można śmiało przypuszczać, że drożność w tych wszystkich przypadkach pozostała zachowaną. W każdym razie doświadczenia na zwierzętach i próby na ludziach dały wyraźny dowód, że b o c z n y szew tętnic zasługuje na zaufanie we właściwych przypadkach. Co zaś do szwu kolistego, *resp.* resekcji tętnicy, to zabieg ten należy jeszcze uważać za rękoczyn ryzykowny, jakkolwiek we wszystkich wymienionych 5-u przypadkach zatamowanie krwotoku było zupełne i trwałe.

Pierwszy szew żylny wykonał CZERNY w 1881 r. na żyłę jarzmowej wspólnej, chory jednak wkrótce zmarł na posocznicę. Lecz już w następnym roku SCHEDE zeszywał ż. udową bez żadnych następczych zaburzeń w krążeniu. Badania na zwierzętach poparły najzupełniej myśl o możliwości wykonywania takiego zabiegu, tak iż obecnie niemożliwem byłoby wyliczenie wszystkich pomysłnych zejść szwu żylnego: obecnie można zdaniem autora zalecić szew żylny przy wszelkich uszkodzeniach częściowych dużych pni żylnych, jako pewny środek do zatamowania krwotoku i uniknięcia zaburzeń w krążeniu.

Zjawiska histologiczne, towarzyszące gojeniu się rany ścian naczynia, przedstawiają obraz następujący w świetle badań autora. Powstały wskutek urazu otwór w ścianie naczynia zostaje wypełniony skrzepami drobnoziarnistymi, w części zaś nitkowatymi, wewnątrz których znajduje się tylko nieznaczna ilość białych ciałek krwi i pojedyncze ciała czerwone. Skrzepy ciągną się przez całą grubość ściany włąb tętnicy; rozgałęziając się również daleko pomiędzy warstwami ściany tętniczej, rozsuwają włókna mięsne i składniki prężne błony środkowej i szerzą się na rozmaitej przestrzeni w błonie zewnętrznej i tkance okołonaczyniowej. Tu sprawa polega nie na wytworzeniu tylko złożeń włóknikowych, lecz na występowaniu prawdziwego krwotoku. Włókna mięsne i prężne błony środkowej ulegają w sąsiedztwie brzegów rany

przemianom wstecznym, które częstokroć dochodzą do martwicy pierwszych i zaniku ostatnich. Pierwsza dostrzegalna przemiana [w 2 dni p. op.] ujawnia się na komórkach śródbłonna, które ulegają zbrzęknięciu i stają się dostępniejszymi dla oka, szybko bujają, układają się warstwami jedne na drugie, oddzielają się od ściany naczynia, jako twory wrzecionowate lub gwiaździste. Zjawisko to znajduje się na szczycie rozwoju 8 — 10-go dnia. Podobnego układu komórki widać i w najbliższej okolicy rany. Podczas następnych dni tworzą się liczne komórki wrzecionowate w brzegach rany, sięgające włąb aż do błony zewnętrznej. Tamże można zauważyć 2-go dnia p. op. znaczne nagromadzenie się komórek okrągłych naokoło nitek jedwabnych, pomijając już wspomniane wyżej wynaczynienie. Takie nagromadzenie się komórek okrągłych znajduje się w samej ścianie naczynia, gdzie leżą kilkoma rzędami pomiędzy poszczególnymi warstwami błony środkowej. Następnie widzimy zarówno w błonie zewnętrznej, jak i w tkance okołonaczyniowej ożywione bujanie tkauki łącznej, zawierającej naczynia: tworzą się liczne protoplazmatyczne postaci komórkowe, jak również obfite naczynia włosowate, kierujące się też i do rany naczynia, aby tam przeniknąć w już opisaną wrzecionowatą - komórkową tkankę brzegów rany. W ten sposób tworzy się obfitujące w komórki endo-, meso- i peri-arteryalne bujanie, drażące do złożeń włóknika, organizujące je w pewnym stopniu. Później zwolna odbywa się sprawa rozwoju wstecznego: ilość komórek się zmniejsza, jednocześnie stają się one uboższe w zarodek, zjawia się pomiędzy nimi substancja włóknista, a do tego w błonie środkowej i zewnętrznej głowate klejorodna (*collagen*) tkanka łączna, zaś w błonie wewnętrznej — nadzwyczaj bogate nowotworzenie delikatnych blaszek prężnych i włókienek, które może doprowadzić do utworzenia pewnego rodzaju drugiej warstwy prężnej (*elastica*), przynajmniej w okolicy blizny. Niekiedy można jeszcze wykryć pozostałości włóknika w zgrubieniu błony wewnętrznej, a także pozostałości ziarnistego barwnika krwi we wszystkich warstwach tkanek. Nitka szwu, założona do światła naczynia, jest zupełnie zakryta dzięki bujaniu śródtętniczemu, przyodzianemu warstwą śródbłonna; w błonie zewnętrznej otacza ją tkanka ziarninowa i komórki olbrzymie (*Fremdkörperriesenzellen*), wchłanianie jednak odbywa się nadzwyczaj powoli. To też autor powątpiewa, czy ustrojowi rzeczywiście udaje się wydalić nitkę zupełnie: prawdopodobniejszem, jego zdaniem, jest przypuszczenie, że zostaje ona w nim na stałe, jako ciało obce. Nowotworzenia się włókien mięsnych autor nie mógł dostrzedz, nie zaprzecza jednak możliwości występowania nieznacznych zjawisk bujania tej tkanki, co w swoim czasie obserwował MALKOFF w postaci podziału jąder.

Szczegółowe dane, dotyczące gojenia się ran żylnych, znajdują się w pracy TICHOW'A. W zakończeniu swej pracy autor wspomina o próbach zastosowania szwu naczyń przy przesadzaniu (*transplantatio*) tkanek i narządów; dotychczas jednak trudno wyprowadzić jakiś wniosek konkretny w pomienionej sprawie: czas okaże wartość nowej metody i w tej dziedzinie chirurgii.

(*Samml. klinisch. Vortr. 1905. N. 396*).

W. Dobrowolski.

137. K. Vogel. Dane doświadczalne w sprawie odkażania skóry.

Samozakażanie skóry rąk operującego podczas wykonywania tych lub innych zabiegów chirurgicznych autor tłumaczy przez wzmocnioną działalność fizyczną narządów wydzielniczych skóry, a to na skutek pracy w cieplej *resp.* gorącej przestrzeni. Silny prąd wydzieliny gruczołowej wydala jednocześnie na zewnątrz zaradki, znajdujące się zarówno w przewodach gruczołów, jak i obok, między komórkami naskórka. Zatem istotnie dobre ciało odkażające

powinno przenikać jaknajgłębiej w skórę i tam wywierać swe działanie bakterjóbójcze. Ponieważ z najrozmaitszych środków przeciwnilnych żaden koniec końców nie sprostął temu zadaniu, przeto autor poświęcił rok cały na odnośne badania nad swemi rękoma w warunkach zwykłych (*Tageshand*).

Otóż wyniki badań nad metodą MIKULICZA—mycie spirytusem mylącym—wykazały, że tą drogą można osiągnąć odkażenie jedynie prawie powierzchni skóry, podczas gdy w głębi spokojnie pozostają liczne zarazki, które zostają wydalone na powierzchnię razem z potem. Do innych natomiast wniosków autor doszedł w sprawie metody FUERBRINGER'a, polegającej na kombinacji: woda gorąca + wyskok + sublimat, a mianowicie: metoda FUERBRINGER'a zawsze wyjaławia powierzchnię ręki, zarazki zaś głęboko umieszczone ulegają znacznemu zmniejszeniu pod względem ilości i złośliwości. Jednak ręką, odkażoną nawet metodą FUERBRINGER'a, po półgodzinnym ruchu prawie w połowie przypadków ulegała znów zakażeniu przez zarazki, wychodzące z głębi, na które nie podziałał środek odkażający; powtórzenie zatem odkażania zabezpiecza rękę od samozakażenia w dalszym przebiegu operacji. Ostateczne *resumé* swych badań autor wypowiada w sposób następujący: połączenie wyskoku z sublimatem w postaci metody FUERBRINGER'a działa daleko pewniej, aniżeli każdy z tych środków oddzielnie.

(*Deutsche med. Woch. 1905. N. 30*).

W. Dobrowolski.

138. Gerber. Zasady leczenia otoku ropnego jamy Highmor'a.

Na wstępie autor zwraca uwagę, iż w przeszłym roku prof. FRIEDRICH podał nową metodę operacyjną leczenia ropotoku jamy szczękowej, DREESMAN na ostatnim zjeździe lekarzy we Wrocławiu komunikował o nowej metodzie operacji „radykalnej”, RĘKI w przeszłym roku poruszał ten temat w *Wien. klin. Wochenschrift* [N. 34]; wszystko to dowodzi, że obecne metody operacyjne są niedostateczne i żadnej z nich autor nie może uważać za „radykalną” ze względu na wyniki. Znaczna liczba podawanych metod operacyjnych i duży poczet autorów, zajmujących się tą kwestyą, wskazują, iż sama sprawa chorobowa jest zwykle uporczywa i trudno poddaje się leczeniu.

Autor zwraca uwagę, iż wiele t. zw. nowych zabiegów leczniczych, podawanych w ostatnich czasach, było już znanych dawniejszym autorom, lecz przeszło w zapomnienie, i dopiero następnie zostały opisane, jako coś nowego. Właściwym twórcą terapii *antri Highmor'i* był ZIEM, który w roku 1886 zwrócił uwagę ogółu lekarzy na tego rodzaju cierpienia nosa, lecz już i przedtem HARTMANN w r. 1882, następnie STOERK w r. 1886, BAYER [r. 1839] opisali ropienie w przewodzie nosa i nawet zalecali leczyć tę sprawę od strony średniego przewodu nosowego. Lecz na ich wskazówki nie zwrócono należytej uwagi, przeżądało bowiem w owym czasie zdanie ZIEM'a, który z właściwym sobie entuzjazmem ugruntował teorię o t. zw. „zębowem” pochodzeniu większości przypadków *empyematis antri Highmor'i*, na tej więc zasadzie najracjonalniej jest postępować według metody COWPER'a, t. j. leczyć ropienie od strony zębodołu po usunięciu odpowiedniego zęba. Pogląd ten miał w swoim czasie wielu zwolenników. W owym czasie zabrał w tej kwestyi głos i MIKULICZ i zalecał leczenie od strony dolnego przewodu nosa, wielu też autorów zastosowało się do jego wskazówek. Następnie KUESTER [w r. 1889] podał swoją metodę operacyjną, polegającą na wykonaniu i utrzymywaniu przez dłuższy czas dużego otworu w *fossa canina*, aby tą drogą można było ciągle kontrolować i zapomocą tamponów oczyszczać jamę HIGHMOR'a od jej nienormalnej zawartości.

Lecz ze względu na komunikację owego otworu z jamą ustną, przez którą ciągle przechodzą pokarmy, utrzymanie w czystym i „suchym” stanie jamy

HIGHMOR'a jest rzeczą niemożliwą. Stosowanie t. zw. obturatora w praktyce także nie wydało dobrych rezultatów, jakież bowiem idealny powinien być obturator, aby był w stanie zatrzymać wszelkie mechaniczne zanieczyszczenia, nie mówiąc już nawet o chemicznem i bakteryjnym. A jak długo należy utrzymywać obturator i jak następnie leczyć po jego usunięciu, gdy szybko następuje zmniejszenie się otworu zewnętrznego w *fossa canina* i w końcu powstaje ropiejąca przetoka! Takie postępowanie może więcej szkody przynieść nie-szczęśliwemu pacjentowi, niż pomódz; jakąż bowiem osiągnęliśmy korzyść? Przedtem była ropa w nosie, obecnie jest w jamie ustnej; co z dwojga złego lepsze, jest to rzecz... smaku! Przekonawszy się więc, że otworu w *fossa canina* przez dłuższy czas nie można utrzymywać, autor w dalszym przebiegu cierpienia oddawna stosował w swej klinice takie zabiegi lecznicze [t. j. oczyszczenie jamy HIGHMOR'a przez średni przewód nosa], jakie później były opisane w literaturze, jako metoda CALDWELL - LUC'a. Tym więc sposobem ową metodę leczniczą, którą LUC przypisuje sobie, autor uważa za swoją.

Metoda autora polega na następującem: pierwotnie robi on otwór do jamy HIGHMOR'a przez *fossa canina*, dosyć szeroki, aby można było dokładnie jamę obejrzeć i opróżnić z zawartości, następnie otwór ten mocno zaszywa, później robi otwór w nosie, w średnim jego przewodzie, nie zaś w dolnym, jak to ma miejsce przy metodzie CALDWELL - LUC'a [różnica].

Wykonanie otworu w dolnym przewodzie nosowym jest podług autora o tyle niewygodnem, że kość tutaj jest bezporównania grubsza i przebicie otworu wymaga stosowania znacznie większej siły, a niekiedy bywa nawet niemożliwem. Wogóle stosowanie wszelkich zabiegów leczniczych w dolnym przewodzie nosa bywa niewygodne i bardzo bolesne, a gły kuracya nie daje dobrych wyników, wówczas w dolnym przewodzie gromadzi się w dużej ilości zasychająca ropa wydzielina.

Tymczasem przebicie otworu w średnim przewodzie nosa do jamy HIGHMOR'a udaje się z łatwością, gdyż ściana kostna w tem miejscu jest papierowo - cienką.

Swoją metodę operacyjną autor stosuje nawet w ostrych przypadkach, o ile, naturalnie, koniecznym bywa tutaj zabieg operacyjny; we wszystkich chronicznych, nawet uporczywych cierpieniach autor otrzymał dobre rezultaty, znacznie lepsze, niż przy innych „radykałnych“ operacyach, które przedtem stosował. Naturalnie, że niekiedy zdarzają się przypadki, w których i przy powyżej opisanych zabiegach leczniczych nie można otrzymać dobrych wyników, lecz autor przypuszcza, że w takim razie i inne metody takżeby zawiodły.

Przy leczeniu różnych form *empyematis antri Highmor'i* autor radzi obecnie kierować się następującymi zasadami:

1) Należy przede wszystkim starać się leczyć dotkniętą cierpieniem jamę HIGHMOR'a od strony jej naturalnej komunikacji z jamą nosa i w każdym przypadku unikać nowego połączenia z jamą ustną i gardzielią.

2) W świeżych i lekkich przypadkach stosować od samego początku tylko przez średni przewód nosowy przemywanie jamy HIGHMOR'a przy pomocy ostrej kaniuli [HARTMANN, STOERK, BAYER i inni].

3) Przy dłużej trwającem ropieniu, z gęstą cuchnącą wydzieliną należy otwór w średnim przewodzie nosa rozszerzyć [ONODI, „*supraturbinale Resektion*“—SIEBENMANN] ewentualnie wykonać w dolnym przewodzie nosa [RÉTKI].

4) W chronicznych i ciężkich przypadkach należy wykonać szerokie cięcie przez *fossa canina*, oczyścić tą drogą jamę HIGHMOR'a i po dokładnem

jej obejrzeniu otwór zamknąć po przebicciu szerokiego otworu do jamy od strony średniego przewodu nosowego [GERBER].

5) Od powyższych zasad można zrobić wyjątki [stosując w tych przypadkach metodą COWPER'a, KUESTER'a, PORTSCH'a] tylko w następujących przypadkach: a) gdy wysoki stopień stenozы nosa czyni niemożliwem leczenie cierpienia tą drogą i b) gdy chorzy nie mogą przez dłuższy czas prowadzić kuracyi u lekarza, a sami nie mogą nauczyć się przemyć sobie jamę HIGHMOR'a przez średni przewód nosowy.

(Archiv. f. Laryng. u. Rhinol. T. XVII Z. 1).

Wachow Polański.

39. Neufeld. Gruźlica, syfilis i ropienie w jamie Highmor'a.

Pomimo, iż w ostatniem 10-leciu zrobiono wiele w kwestyi wyjaśnienia etyologii spraw ropnych w jamie HIGHMOR'a, pozostaje jednak jeszcze wiele pytań niewyjaśnionych, które wymagają badań na dużym klinicznym i anatomicznym materiale. Wiadomo dziś tylko, że przyczyny powstawania *empyematis antri Highmor'a* mogą być bardzo różnorodne. Do najczęstszych mianowicie przyczyn należą: *caries dentium*, przylegających do jamy górno - szczękowej, *rhinitis acuta*, *ozaena*, ostre choroby infekcyjne. Znacznie już rzadziej wzmiankowana sprawa ropna powstaje wskutek rozwinięcia się w tem miejscu złośliwych nowotworów, nekrozy kości górno - szczękowej, spowodowanej zatruciem np. fosforem, wreszcie syfilis i gruźlica mogą być jej przyczyną. Powstała z tych wymienionych 4-ch przyczyn [mianowicie wskutek złośliwych nowotworów, zatrucia fosforem, gruźlicy i przyniotu] *empyema antri Highmor'i* tem się różni od zwykłych, że tutaj sprawa chorobowa pierwotnie rozwija się w ścianach kostnych jamy HIGHMOR'a i dopiero następnie przechodzi na błonę śluzową. Tym więc sposobem *empyema* jest właściwie wtórnem zjawiskiem: gdy nastąpi już nekroza ściany kostnej *antri*, wówczas przez uformowaną przetokę wydziela się ropa nazewnątrż. Sprawy gruźlicze i syfilietyczne w kości górno - szczękowej, połączone z ropieniem w *antrum Highmor'i*, były dotychczas mało opisywane w literaturze, i we wszystkich znanych dotąd przypadkach zwykle towarzyszyła im przetoka, prowadząca do jamy górno - szczękowej: KILIAN podobne przypadki określa jako *sinusitis maxillaris exulcerans sive abscedens*. Przy empyematach obecność fistuły jest wogóle rzadkiem zjawiskiem i dlatego lekarze, rozporządzający nawet dużym materiałem klinicznym, nie obserwowali fistuły ani razu. Między innymi np. SCHEIBE twierdzi, że on nie obserwował tego ani razu. FRAENKEL *caries* i nekrozę ściany kostnej jamy bocznej nosa widział tylko przy gruźlicy i syfilisie i sądzi, że z innej przyczyny coś podobnego powstać nie może. W literaturze pod tym względem można znaleźć mało danych i to jest tem więcej zadziwiające, że np. FRAENKEL mógł znaleźć prawie u 20% osób, zmarłych na gruźlicę, na sekcji sprawy wysiękowe w *antrum*. Podobnież i obserwacye ALEXANDR'a wykazują, że gruźlica płuc uspasabia do cierpień nosowych. Dotychczas opisywane sprawy gruźlicze w jamie górno - szczękowej były tylko dalszym ciągiem podobnych spraw w jamie ustnej lub nosie. RÉTKI opisuje przypadek gruźlicy jamy ustnej, który sprowadził podobną sprawę w kości górno - szczękowej. Chory cierpiał od dłuższego czasu na gruźlicę płuc i krtani, a sprawa w jamie ustnej i następnie i w górnej szczęce rozwinęła się prawdopodobnie wskutek możliwej infekcyi rany po wyjęciu zęba; w następstwie doszło do znacznej nekrozy kości górnej szczęki i komunikacyi z jamą nosową. Pojedyncze przypadki rozwinięcia się sprawy gruźliczej w jamie HIGHMOR'a są opisane jeszcze przez NEYMEYER'a, KETCHWITCH'a, THORNWALDT'a i kilku innych autorów. Znacznie większe znaczenie dla powstawania cierpień bocznych zatok nosa ma syfilis,

szczególnie w 3 okresie jego rozwoju; tak przypuszcza wielu autorów [GERBER, SCHUSTER i inni]. Opisane dotychczas przypadki ropni jamy HIGHMOR'a, powstałych na gruncie syfilitycznym, należą po większej części do ciężkich. HAJEK opisał 2 przypadki tego rodzaju: w jednym z nich nastąpiła nekroza bocznej ściany nosa, w drugim było kilka fistułów, które z dolnego i średniego przewodu nosa prowadziły do jamy HIGHMOR'a. KOCH opisał 3 przypadki syfilitycznej nekrozy kości górnej szczęki, z których w 2-ch przypadkach była jednocześnie *empyema antri Highmor'i*, jeden zaś przypadek był szczególnie ciężkim i skończył się śmiercią wskutek rozwinięcia się sprawy zapalnej w *sinus frontalis*.

W końcu swej pracy autor przytacza 2 własne spostrzeżenia omawianej sprawy chorobowej: w jednym było zajęcie jamy HIGHMOR'a, spowodowane sprawą gruźliczą, w drugim cierpienie rozwinęło się na gruncie syfilitycznym u 34-letniego mężczyzny, który przed 8-u laty zaraził się przymiotem. Ostatnią kurację luetyczną przechodził przed 4-a laty. Od 3-go tygodnia u chorego zjawił się znaczny obrzęk prawego policzka, bez znacznej bolesności, nawet przy ucisku; na błonie śluzowej ściany twarzowej prawej górnej szczęki wi- dać było otwór wielkości łebka od szpilki, przez który sondą można było dojść bez żadnego oporu do jamy HIGHMOR'a. Przez wprowadzony do tego otworu trójgraniec wyszło dużo cuchnącej ropy, a ściana kostna na niewielkiej przestrzeni była znekrotyzowaną, wskutek czego część jej usunięto na drodze operacyjnej, poczem pod wpływem jodku potasu nastąpiło wyleczenie.

(Archiv f. Laryng. u. Rhinol. T. XVII Z. 2).

W. Polański.

Wiadomości bieżące

— Na jednym z ostatnich posiedzeń Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej Inspektor szpitali Warszawskich wniósł projekt zmiany zarządu w szpitalu Dzieciątka Jezus. Obecnie cały zarząd gospodarstwem szpitalnem spoczywa w rękach intendenta. Otóż wspomniany projekt ma na celu oddanie gospodarstwa szpitalnego pod zarząd Komitetu, w którego skład powinni wejść: naczelny lekarz, intendent, kurator szpitala i jeden ordynator. W zasadzie można tylko żałować, że wcześniej nie pomyślano o dopuszczeniu do udziału w zarządzie szpitali ludzi, bezpośrednio stykających się z chorymi, t. j. ordynatorów. Jeden tylko szpital w Tworzech stanowił pod tym względem wyjątek i na złe mu to chyba nie wychodziło. Co się tyczy projektu Inspektora szpitali Warszawskich, to nas uderza w nim przedewszystkiem za-proponowanie udziału ordynatorów tylko w jednym szpitalu Dzieciątka Jezus. Poza-tem za nieodpowiednie uważamy powołanie jednego tylko ordynatora, podczas gdy nawet Tworki, bardziej jednolite pod względem rodzaju chorych, posiadają ich w za-rządzie dwóch. Sądzymy, że w każdym szpitalu należałoby powołać do zarządu inter-nistę i chirurga, gdyż tylko wówczas interesy różnych oddziałów mogą być jednako-wo reprezentowane. We Francyi i Niemczech, o ile sprawy szpitalne znajdują się w rękach Komitetu, zwykle w skład tegoż wchodzi internista i chirurg. Wyrażając

swe uznanie dla wyżej przytoczonego projektu, musimy atoli zgóry zaznaczyć, że sam on szpitalnictwa naszego nie zbawi, o ile pozostanie reformą odosobnioną. Jeżeli Rada Miejska będzie i nadal budżety układała na modłę dzisiejszą, żaden ordynator nie pomoże na to, by tynek kawałami nie odpadał, dachy nie zaciekały, chorzy mieli jedzenie, opiekę i leczenie, do dzisiejszych wymagań przystosowane. Co tu bowiem można zbudować w tych warunkach, gdy najskrupulatniej ułożony budżet przeróbek i remontu, obliczony na 18 tysięcy rb., Rada Miejska obcina do 8-u tysięcy, gdy zatwierdza budżet na 200 dzieci w Domu Wychowawczym, a liczba tychże dochodzi do 500. Przy takiej gospodarce i reforma zarządu nic nie pomoże, gdyż z próżnego i Salomon nie należy.

— Dnia 12-go b. m. odbyło się posiedzenie Rady Tow. Hyg. Warszawskiego z udziałem członków rzeczywistych w sprawie programu działalności Towarzystwa. Pierwszy to raz, o ile wiemy, Rada Tow. zdecydowała się zaprosić na swe zwyczajne posiedzenie członków Tow., dając tem oczywisty dowód gorącej chęci pobudzenia ich do żywszej i owocniejszej działalności. Wciąganie szerszego grona członków do wspólnej pracy i nawoływanie bezustanne do żywszego interesowania się sprawami Towarzystwa wywrze bezwątpienia wpływ zbawienny na wielu, dotychczas obojętnych lub niechętnych Towarzystwu, a może i na publiczność wpłynie zachęcająco do zapisywania się w poczet członków jego.

Że ten sympatyczny krok Rady ku zespoleniu pracy jej z pracą szerszego grona członków wywarł wrażenie dodatnie, dowodem liczne zgromadzenie się członków na pierwsze wezwanie Rady. Program, przedstawiony przez Radę, obejmował bardzo wiele spraw żywotnych, że wymienimy tu tylko najważniejsze, jak: utworzenie delegacji dochodów niestałych w związku z budową własnego domu, utrzymanie na przyszłość stałej opieki sanitarnej obywatelskiej, rozwinięcie propagandy w sprawie budowy tanich mieszkań higienicznych dla ubogiej ludności. To też rozprawy były bardzo ożywione, a poglądy i wskazówki niektórych mówców [CHEŁCHOWSKI, KOSMOWSKI, MARKIEWICZ, LEPPERT, ŻYRKI i inni] przyczyniły się wiele do wyjaśnienia tych spraw i powzięcia odpowiednich postanowień. Interpelacje zaś do Rady [PRUSZYŃSKIĘGO w sprawie dotychczasowej działalności opiekunów sanitarnych i LUBICKIEGO o żądaniu uwzględnienia przedstawiicielstwa Tow. Higienicznego przy opracowywaniu projektu samorządu miejskiego] jasno dowiodły, jak żywo niektórzy członkowie Towarzystwa interesują się działalnością tej instytucji.

Wyszliśmy z posiedzenia z tem przeświadczeniem, że Rada, wzięwszy szczerze do serca zarzut ospałości, stawiany dotychczas dość powszechnie Towarzystwu, dołoży starań, aby na przyszłość zjednać mu więcej sympaty i wzbudzić większą do niego ufność ogółu. Na usprawiedliwienie słabszej dotychczas, aniżeli spodziewać się należało, działalności Tow. przypomnieć należy, że Towarzystwo, krępowane ustawą, ograniczającą wszelką jego działalność wykonawczą, nie może tak, jakby chciało, wprowadzać od razu w życie wszystkich swych żądań i postanowień. Musi więc często zadawałać się jedynie rozprawami akademickimi i życzeniem pobożnem tam, gdzieby działać należało. Ale Towarzystwo Hyg. rąk nie opuści: i teraz, nawet w ciasnych granicach swej działalności zajmować się będzie nadal skutecznie szerzeniem kultury higienicznej i popularyzowaniem higieny, pouczać będzie liczne rzesze mieszkańców kraju o błogich skutkach życia higienicznego, pracować będzie wreszcie nad przygotowaniem materiału statystycznego, dotyczącego higieny kraju. W ten sposób będzie uświadamiać masy ludowe co do potrzeb pod względem uzdrowotnienia kraju, aby w przyszłym samorządzie mogły one stawiać swe słuszne żądania i domagać się skutecznie poprawy warunków sanitarnych w kraju.

Do urzeczywistnienia tych zadań żywotnych potrzeba jednak Towarzystwu moralnego i materialnego poparcia całego społeczeństwa, potrzeba przede wszystkim pomocy inteligencji krajowej, któraby podjęła się apostołowania higieny wśród ludu naszego! Do was więc, koledzy z miast i miasteczek, z osad i wsi naszych zwracamy

się z gorącą prośbą o pomoc. Przystąpcie gremialnie do Towarzystwa Hyg. Warsz., ewent. jego oddziałów prowincjonalnych i przykładem swym zjednajcie Towarzystwu wśród mieszkańców kraju przyjaciół i pracowników, którzyby czynnie poparli usiłowania tej nad wszelki wyraz pożytecznej instytucji.

Z.

— Nowy rok akademicki zaczął się w Uniwersytecie Jagiellońskim 16-go h. m. Składając urząd rektora w ręce X. PAWLIKOWSKIEGO, ustępujący rektor prof. CYBULSKI zdał sprawę z biegu życia uniwersyteckiego w r. 1904/5. Ze sprawozdania tego okazuje się, że w roku ubiegłym ważne zostały wprowadzone reformy tak w administracji, jakoteż w urządzeniach naukowych.

Po raz pierwszy, odkąd Uniwersytet Jagielloński posiada rozmaite fundacye w swym zarządzie, ogłoszone zostało drukowane sprawozdanie o stanie funduszków, które są w jego rozporządzeniu. Sądzić należy, że ułatwienie kontroli publicznej wpłynie na większą osiarność w celach naukowych.

Do palących potrzeb wydziału lekarskiego należy wybudowanie klinik: psychiatrycznej, акушерыјnej, laryngologicznej, instytutu weterynaryjnego, zakładu biologicznego, w którym mogłyby się pomieścić biologia, histologia i embryologia, wreszcie drugiego prosektoryum anatomicznego. Oprócz tych zakładów na wydziale lekarskim poczynione zostały starania o nowe gmachy na pomieszczenie zakładu fizycznego, psychologii doświadczalnej, studyum rolniczego, nowego obserwatorium i o rozszerzenie zakładu zoologicznego i anatomii porównawczej oraz biblioteki Jagiellońskiej.

W roku ubiegłym liczba słuchaczy wynosiła w półroczu zimowym 2020, w półroczu letnim 1656; promocyi na wydziale lekarskim było 6, wykładających 22 profesorów zwyczajnych i nadzwyczajnych, docentów 22-ch.

Sprawozdanie zaznacza złożenie 2000 koron przez prof. BARANOWSKIEGO na cele kliniki lekarskiej, podniesienie dotacji na niektóre zakłady naukowe i stały brak funduszków na uposażenie klinik. Bilanse tych instytucji zamykają się znacznym deficytem, pomimo to, że kliniki przez czas wakacyi zupełnie nie są czynne, na czem cierpi nie tylko dobór materiału do nauczania, lecz i ciągłość badań klinicznych.

Najlepsze pojęcie o brakach w tym kierunku daje fakt, że profesor kliniki chirurgicznej od kilku lat zmuszony jest utrzymywać pewną liczbę służby z własnych funduszków.

— Wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego prowadzenie kliniki lekarskiej po ś. p. KORCZYŃSKIM powierzył zastępczo prof. WALEREMU JAWORSKIEMU.

— XV-y Kongres lekarski międzynarodowy w Lizbonie. Komitet narodowy polski dla XV-go Kongresu lekarskiego międzynarodowego w Lizbonie pozwala sobie w dalszym ciągu Szanownym Panom Kolegom udzielić wiadomości o dotychczasowych przygotowaniach i postanowieniach powyższych przez Komitet wykonawczy tegoż kongresu:

Sekcja XII, t. j. laryngologii, otologii i stomatologii, podzieloną została wskutek licznych objawionych życzeń na trzy oddzielne sekcye, a mianowicie:

na sekcję XII a) rynolaryngologiczną;

na sekcję XII b) stomatologiczną;

na sekcję XII c) otologiczną.

Komitet wykonawczy uzyskał przyrzeczenia od odnośnych władz, iż koleje portugalskie, hiszpańskie i francuskie obniżą dla kongresistów taryfę osobową o 50%. Bliższe szczegóły i warunki podane będą później.

Dyrekcya kolei portugalskich przyznaje powyższe obniżenie na swych liniach tak dla członków kongresu, jakoteż dla ich rodzin, przybywających z Pampilhoza do Lizbony.

Linia Hamburg-Ameryka w Hamburgu zamierza dla wygody kongresistów urządzić podróż jednym z większych pocztowych parostatków, prawdopodobnie „Hamburg“. W Lizbonie będzie parowiec ten w czasie trwania kongresu służył gościom za hotel, a po kongresie powiezie ich do Marokko i na wyspy Kanaryjskie. Ponieważ niewątpliwie wielu będzie chciało korzystać z tego udogodnienia podróży, radzimy wcześniej zgłosić się do Hamburga po miejsce, adresując: *Hamburg-Amerika Linie, Bureau für Gesellschaftsreisen*.

Pożądanem byłoby, aby już dziś nadsyłało zgłoszenia uczestnictwa w kongresie, dla otrzymania odnośnych kart, które wysyłać będzie za przesłaniem odpowiedniej kwoty [25 koron, 25 franków lub 20 marek] skarbnik Komitetu polskiego, dr WILHELM SZAPA w Krakowie, ul. Kolejowa 4.

Pożądanem byłoby również, aby nasze ciała naukowe, zwłaszcza Towarzystwa Lekarskie, już dziś zajęły się wyborem swych reprezentantów na kongres i by Komitetowi narodowemu podały nazwiska tychże dla urzędowego ich zakomunikowania Komitetowi wykonawczemu.

Panowie, którzyby pragnęli zgłosić dla kongresu odczyt, zechcą zwrócić się do sekretarza Komitetu po odnośny schemat, który, wypełniony w szczegółach, winien być w najbliższym czasie Komitetowi narodowemu odesłany.

Komitet narodowy polski dla XV-go kongresu międzynarodowego lekarskiego w Lizbonie.

Podpisano: prof. dr *B. Wicherkiewicz*, prezes; doc. dr *Majewski*, sekretarz, dr *Wilhelm Šapa*, skarbnik.

— Zmarł w Genui dr LUDWIK RABEK, ordynator szpitala Warszawskiego dla dzieci przy ul. Aleksandryi.