



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2736.

Adres Redakcyi — Żórawia 22.

Adres Administracyi — Marszałkowska 73.

Ciechocinek. Dr W. BIESIEKIERSKI

willa „HOME”

Choroby chirurgiczne i wewnętrzne.
Mechano-elektroterapia.

Dr Reichstein

ordynuje od 1 maja w CIECHOCINKU
i Villa „ADAMA”.

SILV-OZON „MOTOR”

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR”
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR”

(Balsam Methylii Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR”.

UBEZPIECZAJCIE SIĘ OD WYPADKÓW

celem zabezpieczenia rodziny funduszu na wypadek śmierci, a sobie
odszkodowania w razie kalectwa lub choroby wskutek wypadku:

Przykład:

- Mk. 15.000 na przypadek śmierci;
„ 30.000 jako podstawę renty dożywotniej na przypadek kalectwa;
„ 12 dziennego odszkodowania na przypadek czasowej nie-
zdolności do pracy

wskutek nieszczęśliwego wypadku

mogą zabezpieczyć sobie w Towarzystwie „PRZEZORNOŚĆ”:

- | | |
|--|--------|
| 1. Lekarze, praktykujący w miastach za opłatą premii rocznej Mk. | 121.50 |
| 2. Dentyści | 145.80 |
| 3. Lekarze i dentyści, praktykujący w powiatach, a także | |
| chirurdzy, praktykujący w miastach | 170.10 |
| 4. Weterynarze | 243. |

Bliższych wyjaśnień udziela Biuro Dyrekcyi Towarzystwa „PRZEZORNOŚĆ”.

Warszawa, Plac Małachowskiego 4 (Mazowiecka 22) oraz pp. Agencji.

Remedium Sedativum Spiess

(Extractum Viburni compositum).

Środek przeciwkrwotoczny z działaniem kojącem bez objawów ubocznych.

Skład: Extr. Viburni prunitol. fluid.

Extr. Piscidiaae erythr. fluid.

Hydrastinin. hydrochlor. synthet.

Pojemność flakona 20 g.

Użycie: 10 — 20 — 40 kropel 3 — 4 razy dziennie.

Lig. Ferri albuminati Spiess

Rozczyn białkanu żelaza, gwarantowanej dobroci

$\frac{1}{1}$ flakon ca. 400 g.

$\frac{1}{2}$ " " 200 g.

Foretol Spiess

(Oczyszczony i stężony wyciąg z igliwia sosnowego).

Foretol Fluid. flakon zawiera dawkę na 3 wanny.

Żądać prospektów.

Foretol Capsulae.

$\frac{1}{1}$ pud. zawiera 6 dawek.

$\frac{1}{2}$ " " 3 " "

Sapinol

z marką ochronną „Sosna“ aptekarza J. Bobakowskiego w Warszawie, wyborowy ekstrakt sosnowy do kąpieli. Choroby nerwowe, kobiece, dróg oddechowych, dziecięce, reumatyzm, artretyzm.

ZAKOPANE

Sanatorium dla chorób piersiowych pod kierunkiem dra K. DŁUSKIEGO jest dostatecznie zaopatrzone w żywność i przyjmuje chorych na warunkach następujących: koszt utrzymania w zakładzie 25 koron, pokój 5 — 10 koron dziennie. Przepustkę na wyjazd można otrzymać po przedstawieniu świadectwa lekarskiego o chorobie płucnej, wydanego przez urzędowego lekarza powiatu Warszawa-miasto, dra Kröniga, w biurze powiatu (Elektoralna 2).

Kąpiele solankowe, błotne, kwasowęglowe, elektryczne i hydropatyczne. Inhalatoryum.

Świetne skutki lecznicze we wszystkich chorobach. Tanie utrzymanie.

ZDROJOWISKO CIECHOCINEK

Od 1 maja do 1 czerwca

od 1 września do 15 października ceny

zniżone. Sezon główny od 1 czerw. do 1 wrześn.

CESARSKI ZARZĄD KĄPIELOWY.

Dla kuracy domowej poleca się sól kąpielową, ług, borowinę, solankę i wodę stołową gazowaną.

Przedstawiciel i główny skład tych produktów: A. Szmolke, Warszawa, Marszałkowska 149.

Od r. 1900 wprowadzony środek zastępujący balsam peruwiański

PERUOL

cieszy się wciąż wzrastającym powodzeniem.

Bezbarwny!

Szybkie działanie!

Bezwonny!

Próby i literatura na żądanie.

Action-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36.



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · VMIEJ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dzieńdziesięć
Dzień dziesięć

Warszawa, d. 11 maja 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2736.

Z II-GO ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO NA PRADZE.

Uwagi chirurgiczne.

Podał

dr Al. Zawadzki,

Ordynator oddziału.

Z okazji 25-lecia pracy w
szpit. Przem. Pańskiego jubilatowi
doktorowi Janowi Raumowi poświęca
Autor.

Każdy oddział chirurgiczny ma swoje cechy odrębne, zależne od kierownika i współpracowników; podzielenie się przeto z kolegami i oddanie pod ich sąd tych cech odrębnych może się przydać, sądzę, i danemu oddziałowi i kolegom czytelnikom.

W czasach dzisiejszych, całkiem od zwykłych odrębnych, zacząć muszę od tego, co chirurga najwięcej boli—od aseptyki rąk.

Bogata w kierunku wyjałowienia rąk literatura dała nam pewne prawa zasadnicze. Należy unikać zakażenia rąk, trzymając je zdala od czynników zakaźnych, wykonując wszystkie zabiegi w sprawach ropnych lub opatrunkach wyłącznie zapomocą narzędzi. Dla rąk, utrzymywanych w takim stanie niezakażenia, wystarczało dawniej dokładne mycie ich pod strumieniem ciepłej wody szczotkami i mydłem płynnym w ciągu kilku minut. Zwracam uwagę na technikę mycia rąk: do mydła wyjałowiona podstawka, pierwsza wyjałowiona szczotka wyłącznie do mycia paznokci, druga do rąk. Następnie po uwiecznieniu drobnoustrojów przez wygarbowanie skóry

zapomocą alkoholu, uważaliśmy nasze ręce za względnie jałowe, do operacji nakładaliśmy jednak wyjałowione gumowe rękawiczki. Dopóki mieliśmy alkohol i rękawiczki — aseptyka wystarczała nam w zupełności.

Przyszła atoli wojna — okazał się brak alkoholu i rękawiczek gumowych, i chirurg zmuszony został do znacznych reform w tym kierunku. Od pół roku stosujemy sposób Weyr'a z Nowego Yorku, podany przez Baracza (1) ze Lwowa. Po dokładnem umyciu rąk, jak wyżej, nacieramy je mieszaniną podchloranu wapnia z krystaliczną sodą (łyżeczka t. zw. chlorku + kryształ dwuwęglanu sodu).

Mieszaniną tą, która według wzoru:

$\text{Ca}(\text{OCl}_2) + \text{Na}_2\text{CO}_3 = \text{CaCO}_3 + 2\text{NaCl} + \text{O}_2$
daje kredę, sól zwyczajną i ozon, nacieramy ręce do tej pory, aż otrzymamy na nich miękką, gładką masę, co trwa około 2—3 minut, poczem splukujemy ręce wodą wyjałowioną i sublimatem 1 : 1000. Sposób ten nie tylko nie niszczy skóry rąk, lecz przeciwnie, usuwając łuszczący się naskórek, utrzymuje je w do-

brym stanie. Wielokrotne próby przekonały nas, że tą drogą otrzymuje się prawie dokładne wyjałowienie rąk. Do operacyi nakładamy nadto wyjałowione rękawiczki trykotowe.

Gdy niepodobna uniknąć zakażenia rąk, należy je bezpośrednio po operacyi wymyć wspomnianym sposobem, poczem wyjodynować lub natrzeć 10% roztworem taniny w spirytusie.

Skórę pola operacyjnego wyjaławiamy drogą, zwykle obecnie stosowaną. Przed samą operacyą zajodynowanie skóry; po jej rozcięciu natychmiast dokładnie opinamy brzegi rany wyjałowioną weksatyną, którą uważam za lepszą w tym względzie od serwetek.

Dalej napotykamy pewne trudności w stosowaniu znieczulania. Dawniej mogliśmy odpowiednio do potrzeby stosować usypianie chloroformowe lub, częściej, eterowe zapomocą wdechania lub przez odbytnicę, znieczulenie miejscowe, znieczulenie pni nerwów lub łądźwiowe. Obecnie, wobec bardzo ograniczonych ilości eteru, pozostał nam chloroform, niezbyt w dodatku pewnej jakości. W przypadkach więc, nie nadających się do usypiania chloroformem (nb. żeby chorych przed operacyą oczyszcza dentystka), stosujemy znieczulenie łądźwiowe zapomocą tropakokainy, przygotowanej przez aptekę Klawego sposobem Alessandri, z dodatkiem kwasu solnego.

Po wkluciu igły do cysterny łądźwiowej, strzykawką 5 grm., do której wciągnęliśmy poprzednio 1 cm. roztworu tropakokainy (0.1), wyciągamy płyn mózgowordzeniowy i wstrzykujemy go do kanału; powtarzając dwukrotnie wyciąganie płynu i wpuszczanie go, osiągamy dokładne zmieszanie roztworu. Do zabiegów powyżej pępka nadajemy choremu ułożenie Trendelenburga. W przypadkach miejscowego znieczulania zapomocą nowokainy (1/2%), na godzinę przed zabiegiem wstrzykujemy pod skórę t. zw. *modiscop* (morfiny 0.03, *dionini hydrochl.* 0.03 i skopolaminy 0.0005). Chory już przed znieczuleniem na wpół śpi, na ból reaguje słabo. W ten sposób operujemy przypadki wola, całkowitego usunięcia krtani, żołądki, a nawet wykonujemy cystoskopię w pęcherzu nietolerancyjnym. Trzeba przyzwyczaić oko do tego rodzaju znieczulenia: chory zazwyczaj błady, nieco sinawy, ale tętno dobre, powikłań nie widzieliśmy, pomimo że dawki oddzielnie wzięte wydawać się mogą zbyt wielkimi.

Parę przypadków usypialiśmy sposobem Melcera zapomocą przyrządu Nordmana. Po głębokim uśpieniu chloroformem wprowadzałem przy pomocy wziernika Jacksona cewnik

Melcera aż do bifurkacyi, poczem cofałem go o 1—2 cm. Przy tym sposobie usypiania należy na godzinę przed zabiegiem zastrzyknąć choremu morfinę (0.01) z atropiną (0.001), co zmniejsza znakomicie wydzielanie się śliny i śluzu.

Przy tym sposobie zużywa chory bardzo niewiele narkotyku i budzi się zaraz prawie po usunięciu cewnika.

Zabiegi na twarzy można wykonywać, znieczulając zwój Gassera po przez dziurę owalną 2% roztworem nowokainy w ilości 3—4 cm. sposobem Härtela.

W zabiegach brzusznych stosujemy bardzo często przeszczepianie sieci. Wszędzie, gdzie oddzielamy zrosty lub mamy do czynienia z powierzchnią, pozbawioną otrzewnej, stosujemy przeważnie przeszczepianie wolne, t. j. odcinamy kawałek sieci i przymocowujemy ją paru szwami na odpowiednim miejscu. W ten sposób operowaliśmy parę dziesiątków przypadków i sądzę, że temu zawdzięczać możemy względnie rzadkie powikłania pooperacyjne w rodzaju zrostów lub niedrożności. W zabiegach żołądka, gdy brzuch zapadły, a wrzód umiejscowiony wysoko, podkładamy pod krzyż chorego poduszki sposobem opisanym z klin. Schmiedena przez Zandera (2), co ułatwia znakomicie robotę na wysoko położonym odcinku żołądka.

Do wykonania tylnego zespolenia jelitowo-żołądkowego stosujemy postępowanie braci Mayo.

W przypadkach wrzodów żołądka i dwunastnicy trzymamy się zasad postępowania następujących. Gdy wrzód dwunastnicy nie modelowaty, wykonujemy zespolenie żołądkowo-jelitowe i zamknięcie odźwiernika sposobem Perlavechii lub Kolba (pasmem gazy lub siecią). Gdy mamy do czynienia z wrzodem modelowatym, przecinamy część żołądka przyodźwiernikową i zamykamy ją zapomocą kapciucha, którego sposób wykonania podaję poniżej, brzegi zaś całego otworu u dośrodkowej części żołądka zespalamy z jelitem czczym (według Reichel-Poly'a), przy czem przed przecięciem żołądka poprzez otwór w *mésocolon transv.* wyprowadzam pętlę jelita czczego, by po rozcięciu żołądka nie dotykać już innych odcinków jelit. Przy wrzodach modelowatych odźwiernika, gdy pozwala na to stan chorego, stosujemy ten sam sposób, przy czem zamykamy zapomocą kapciucha dwunastnicę; gdy stan chorego jest ciężki, wykonujemy zespolenie, a w 10 — 16 dni potem wycięcie.

Gdy wrzód modelowaty umiejscowiony

jest na malej krzywiznie lub tylnej ścianie żołądka, szczególnie zaś, gdy mamy do czynienia ze zrostami i przedziurawieniem do trzustki lub do wątroby, stosujemy wycięcie sposobem Payr-Riedela z odmianą techniki,¹⁾ opisanej przez Zandera (3) z klin. Schmiedena.

Dodać muszę, że wszelkiego rodzaju kleszcze do zaciskania żołądka są niezbyt praktyczne, bo otwierają się, zeslizgują i zabierają zbyt wiele miejsca, dlatego też stosuję agrafy podane przez Muttacha dla jelit, a zmodyfikowane przeze mnie o tyle, że są większe i mają dodane zamykadło (agrafy te wyrabia firma Jodłowskiego). Zamykają one żołądek bardzo pewnie, miejsca zajmują bardzo niewiele i dają się wsunąć aż do wpustu.

W przypadkach wrzodów, umiejscowionych bardzo wysoko, wycięcie żołądka jest bardzo utrudnione i najczęściej ograniczamy się w tych razach do zespolenia żołądkowo-jelitowego. Gdy napotykamy wielkie trudności przy wycięciu poprzecznym z powodu zrostów, wykonujemy zespolenie powyżej wrzodu, część zaś żołądka, zajęta wrzodem i poniżej wrzodu, fałdujemy wzdłuż osi podłużnej i obszywamy siecią. W ten sposób zamykamy poniekąd światło żołądka tuż pod zespoleniem (sposób Rotha z Lubeki).

Co się tyczy techniki szycia ścian żołądka i jelit, to stosujemy szew ciągły, przy pomocy igły prostej. Naprzód zakładamy szew otrzewnomięśniowy ciągły sposobem Hartmanna, t. j. pozostawiając część nici po zeszytciu tylnych ścian pod serwetami. Wówczas przecinamy warstwę otrzewną i mięśniową żołądka na przestrzeni 8–10 cm., odstępując od linii szwów na $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cm., przecinamy w ten sam sposób obie wyżej wspomniane warstwy na jelicie, nie otwierając światła żołądka, ani jelita, i zaczynamy szyc tylne ściany w ten sposób (od swojej strony), że przekuwamy od strony jelita śluzówkę ku światłu jelita, śluzówkę po raz wtóry od strony światła jelita, a wraz z nią warstwę mięsną i otrzewną, następnie otrzewną żołądka, warstwę mięsną i śluzówkę, oraz błonę śluzową po raz wtóry. W ten sposób zeszywamy obie ściany tylne, poczem otwieramy tuż ponad linią szwów światło żołądka i jelita i wó-

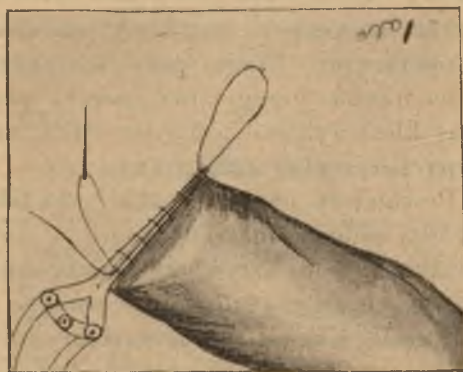
wczas szyjemy wszystkie warstwy tak, jak gdybyśmy znajdowali się w świetle żołądka i jelita i nad sobą zeszywali sklepienie. Po zeszytciu całkowitem ścian zdejmujemy zaciskacze i kompresy, kończymy nasz szew otrzewnomięśniowy zapomocą pozostawionej przedtem igły z nitką. Brzegi rozciętej kreski jelita poprzecznego przymocowujemy parą szwami do ściany żołądka.

Sposób ten daje nieco więcej gwarancji aseptyki, bo dopiero po ukończeniu szwu tylnej ściany otwieramy światło jelita i żołądka, tem bardziej, że zaraz po otworzeniu światła, brzegi, po osuszeniu ich gazą, pociągamy z lekka nalewką jodową lub taninową. Przy tylnem zespoleniu, gdy wiąz Treitza jest zbyt wielki, przecinamy go, by otrzymać zespolenie t. zw. bez pętlicy; nacięcie kreski jelita poprzecznego zaczynamy tam, gdzie przymocowuje się wiąz Treitza i prowadzimy aż do wielkiej krzywizny w kierunku wskazanym przez Voelckera, t. j. z prawa na lewo, t. j. nie prostopadle, raczej nieco antiperystaltycznie.

Wszystko wyżej wymienione dotyczy i techniki szwu po poprzecznym wycięciu żołądka sposobem Payr-Riedel'a oraz sposobów Reichel-Poly'a i Billroth II, przyczem sposób Reichel-Poly'a daje największą oszczędność czasu.

Sposób zakładania szwu kapciuchowego w celu zamknięcia dwunastnicy nieco zmieniliśmy i z tego powodu uważam za stosowne podać go. Po zmiażdżeniu ściany dwunastnicy zapomocą małych kleszczy Payr'a i odpaleniu żegadłem zaczynamy zakładać szew w sposób wskazany na rysunku № 1 tak, że jeden koniec nici biegnie pod wszystkimi oczkami

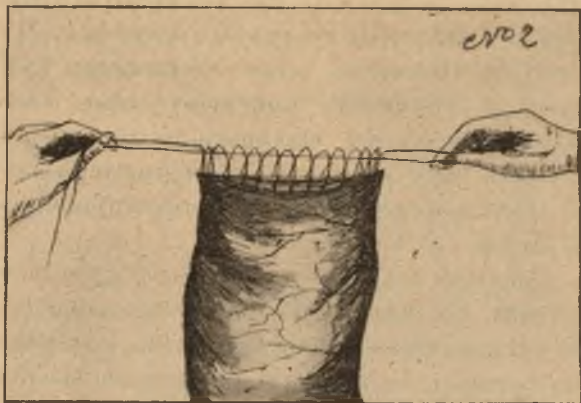
Rys. № 1.



¹⁾ Technika ta polega na tem, że przecinamy najpierw część odźwiernikową i, nie odcinając części żołądka, zajętej wrzodem, posilkujemy się nią do wyciągania żołądka z pod łuków żebrowych—dopiero po wykonaniu szwu otrzewnomięśniowego odciętego kikutka oraz powyżej wrzodu, odcinamy odpowiednią część żołądka.

szwu okrężkowego. Po lekkim zsunięciu kleszczy (bardzo ostrożnem, by nie rozlepić ścian jelita) ujmujemy (rys. № 2) z obu stron

Rys. № 2.



końce naszej nici i zaciągamy kapciuch (rys. № 3). Kapciuch nasz ma pewne zalety: 1) nić,

Rys. № 3.



przechodząca pod wszystkimi oczkami, utrzymuje całą długość szwu w jednakowym napięciu; 2) jako podwójna, daje gwarancję, że nie pęknie przy zaciąganiu, tembardziej, że siła zaciągania rozłożona jest na dwa ramiona; 3) kapciuch zamyka się łatwo bez uciskania ściany jelitowej zgłębnikiem lub szczypczykami.

Zwyczajny szew kapciuchowy Doyen'a polega na podwiązce i kapciuchu z końcami nici, wychodzącymi z jednej strony. Gdy przeto podwiązka spadnie lub jeśli pęknie nitka kapciucha przy zaciąganiu, narażamy na zakażenie pole operacyjne. Nadto przy zaciąganiu kapciucha trzeba brzości dwunastnicy przytrzymywać kleszczykami, a koniec jelita zawiązać wpychać w głąb zgłębnikiem.

Pewniejszy jest szew Mikulicza lub Graser'a, oba jednak mają tę wadę, że założone i zaciągane pod sztywnymi ramionami kleszczy, po ich zdjęciu, niedostatecznie są szczelne. Sposób Klappa (9) jest dobry, ale wymaga nieco dłuższego kikuta, by można było zawinąć całe jelito wokół ramion kleszczy. Sposób Mayo, przez nas zmodyfikowany, ma wadę wszystkich kapciuchów, wymagających dość grubej nici, powodującej powstawanie

wielkich otworów od ukuć. Mayo szyje zwyczajnie na okrętkę i ściąga jelito ku jednej stronie, podczas gdy przy naszym kapciuchu zsuwamy z obu stron szwy ku środkowi, a nić, biegnąca pod oczkami, daje gwarancję, że wszystkie oczka zacisną się jednakowo, gdyż zsuwają się po niej, jak po szynie. Drugie piętro zakładamy zwyczajnie lub w postaci kapciucha, zaciągane znowu z dwóch stron, w sposób wskazany na rysunkach № 4 i № 5, przez nas zwykle stosowany po odcięciu wyrostka robaczkowego.

Rys. № 4.



Rys. № 5.



Przy stosowaniu zespożeń w celu leczenia wrzodu żołądka lub dwunastnicy zamykamy bardzo często odźwiernik dla usunięcia skurczu odźwiernika i zapobieżenia przechodzeniu zawartości żołądka przez odźwiernik z pominięciem otworu zespożenia. Najpewniejsze są sposoby Eiselsberg-Jonesco lub prostszy od niego sposób Reichel-Poly'a; gdy konieczny jest wielki pośpiech w operacji, wówczas za-

kładamy na odźwiernik zwyczajną podwiązkę z obszyciem wokoło paroma szwami otrzewnemi. W tym celu używamy tasienki, kawałka gazy, kawałka odciętej sieci lub powięzi. Podwiązka ta powinna być szeroka na $1\frac{1}{2}$ palca i zaciśnięta niezbyt mocno: W paru przypadkach na sekcji, wykonanej w miesiąc po zabiegu, a w paru przy relaparotomii po roku, mogliśmy stwierdzić zupełną niedrożność odźwiernika; w dwóch zaś przypadkach zamykania zapomocą nici drożność powróciła, ale stwierdziliśmy zagojenie się wrzodu dwunastnicy.

Po zabiegach na żołądku po upływie 24 godzin zawsze przepłukujemy żołądek zapomocą zgłębnika nieznaczną ilości wyjałowionej wody. Szkody z tego powodu nie widzieliśmy, chorem zaś przynosi to ulgę; z drugiej strony chroni to szwy od zakażenia, co według niektórych autorów [Exalto (4)] zapobiegać ma powstawaniu następnych wrzodów trawiennych. W ciągu pierwszych 24 godzin stosujemy częste płukanie ust, nie dając żadnego pokarmu, ani napoju, natomiast chory otrzymuje stałe kroplowe wlewania do odbytnicy sposobem Murphy'ego (6,0 *calcii chlor.*, 6,0 *natr. chlor.*, 1000 wody). ¹⁾

Chorzy po operacji pozostają w łóżku w ułożeniu nawpół siedzącym; obsuwaniu się zapobiegamy przez podłożenie słupków pod przednie nogi łóżka.

Przy krwawieniach z żołądka lub usposobieniu do krwawień wogóle stosujemy z powodzeniem śródżylnie zastrzykiwania 10% roztworu soli kuchennej w ilości 5 cm. [sposób van der Veldena (5)].

Na zakończenie wspomnę, że w 7-iu przypadkach zgorzeli starczej kończyny dol-

nej stosowałem według Oppela podwiązanie żyły udowej w trójkącie Scarpy z zupełnie dobrym wynikiem; gdy zgorzel dotyczyła palca, palec odpadał i stopa stopniowo powracała do stanu normalnego. Już na drugi dzień po operacji stopa stawiała się ciepła i bóle znikwały. Sposób ten polega na uregulowaniu dopływu i odpływu krwi w chorej kończynie: gdy dopływ jest bardzo nieznaczny, wskutek zwężenia światła tętnic, należy zwęzić koryto odpływu. Przez podwiązanie żyły udowej powstrzymujemy zbyt szybkie opróżnianie się kończyny z bardzo niewielkiej otrzymywanej przez nią ilości krwi. O ile wiem, kol. Kaczyński, idąc za moją radą, zastosował również ten sposób u chorego na oddziale kol. Kijewskiego z powodzeniem.

Zabieg ten wykonany w znieczuleniu miejscowem trwa około 5--10 minut, szkody żadnej nie przynosi. W moich przypadkach niewątpliwie ratował kończynę, zagrożoną według dawnych prawideł, odcięciem powyżej kolana. Podwiązanie żyły podkolanowej proponował Oppel, udowej—Fiedorow i Pietrow (6). W rozwoju teorii Oppela Sehrt (7) na zasadzie swoich doświadczeń poszedł nieco inną drogą. Do zabiegów na kończynie dolnej stosował zamiast gumowej opaski Esmarcha metalową owalną i otrzymywał kończynę prawie zupełnie z krwi opróżnioną, przyczem słusznie objaśniał to uciskiem tętnicy przy jednostronnym niecałkowitym ucisku żył na obu końcach swojej opaski o kształcie elipsy. To spostrzeżenie pozwoliło mu dać praktyczny wniosek: dla zapobieżenia wysysającemu działaniu żył przy zamkniętej tętnicy, a więc zgorzeli wskutek zupełnego braku ukrwienia, najodpowiedniejszą jest podwiązać żyłę. Propping (8) wywnioskował, że pomiędzy dopływem i odpływem krwi, wzgl. ich korytami musi być zachowany stały stosunek, którego zmiana może wywołać zgorzel, należy więc przy znacznie zwężonem korycie dopływowem tętnicem, zmniejszyć koryto odpływowe—żylnę.

¹⁾ Do ogrzewania tego płynu stosuję specjalny przyrząd, który do ogrzewania zużytkowuje ciepło ciała chorego, jednocześnie zaś zapobiega zaciskaniu lub załamaniu rurki gumowej, zabezpieczając stałe działanie.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. Barącz. Zur Frage des Desinfektion der Hände mit besonderer Berücksichtigung der Kriegschirurgie. Ctrblt. f. Chir. 1917, № 21.

2. Zander. Verein der Aertze zu Halle. Sitzung 25 October. 1916.

3. Zander. Technisches zur Magenresection. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. T. 138, Z. 3 i 4.

4. Exalto. Nederlandisch Tijdschrift voor Geneeskunde. 1911. Februar.

5. Van der Velden. Pharmakoterapeutisches zur Behandlung des Magenschwürs. Verh. der D. Ges. f. Chirur. 1913, str. 64.

6. A. Zawadzki. Rany postrzałowe naczyń krwionośnych. Gaz. Lek. 1916, № 7, 8.

7. Sehrt. Die Ursache der Gangrän des Gliedes nach Unterbindung der Arterie allein. Med. kl. 1916. Zesz. 51.

8. Dr Karl Propping. Ueber die Ursache der Gangrän nach Unterbindung grossen Arterien. Münch. Med. Woch. 1917. № 18.

9. Klapp. Eine neue Methode des operativen Darmverschlusses. Deut. Zeit. für Chir. T. CV. S. 559.

10. Voelcker. Verh. der D. Ges. für Chir. 1913. str. 90.

ZE SZPITALA DLA CHORYCH TYFEUSOWYCH NA RADOGOSZCZU POD ŁODZIĄ.

Ciśnienie krwi w przebiegu duru powrotnego ¹⁾.

Podał

Stefan Sterling-Okuniewski.

W przeciwieństwie do duru plamistego ²⁾, w którym następuje przeważnie dość znaczny spadek ciśnienia, w przebiegu duru powrotnego mamy do czynienia ze stosunkowo nieznacznymi wahaniami ciśnienia skurczowego i rozkurczowego oraz ciśnienia tętna u osobników do jakichś 40 — 45 lat. Badania prowadziłem na 18 osobach (15 kob., 3 mężcz.), przyczem wszystkie przypadki badałem dopiero począwszy od 2-go napadu (1-go nawrotu) wzgl. od pierwszej przerwy pomiędzy pierwszym a drugim napadem; od samego początku choroby miałem sposobność spostrzegać tylko jeden przypadek (służącą szpitalną), powikłany przez dur plamisty, nie dał on przeto, co do duru powrotnego, wyników czystych. Wiek chorych kobiet wahał się od 16 — 65 lat, mężczyzn — 27 — 40 l. Posługiwałem się — jak i w badaniach nad ciśnieniem krwi w przebiegu duru plamistego — przyrządem Riva-Rocci; mankiem v. Recklinghausen'a (szer. 13 cm.); mierzyłem na lewym ręku, o tej samej godzinie (między 9 — 10 rano). Stosowałem w swych badaniach metodę wysłuchową Korotkowa, przyczem dla określenia ciśnienia rozkurczowego podnosiłem powoli rtęć w manometrze i notowałem jako *minimum* zjawienie się pierwszego tonu, następnie zaś sprawdzałem *minimum* podczas

spadania rtęci, podniesionej dla określenia *maximum*. Każde badanie powtarzane było trzy razy; mierzono ciśnienie podczas nawrotu codziennie, podczas przerwy międzynawrotowej co dni parę, o ile zaś wstrzykiwano choremu neosalwarsan (w ilości 0,6 gr.) — w 1/2 godz. i w 24 godz. po podaniu dożylnem preparatu tego. Ponieważ chorzy muszą pozostawać w szpitalu ze względów higieny publicznej jeszcze 2 tygodnie po ostatnim napadzie wzgl. po wstrzyknięciu neosalwarsanu, przeto każdemu choremu badano kilka razy ciśnienie już właściwie w okresie zdrowienia wzgl. zupełnego nawet zdrowia; otrzymane więc w tym okresie cyfry przyjmować możemy za normę dla danego osobnika, z którą porównywał cyfry, otrzymane podczas choroby.

Ciśnienie w przebiegu duru powrotnego — zarówno skurczowe, jak i rozkurczowe — ulega, jak już powiedziano powyżej, stosunkowo nieznacznym wahaniom, zwłaszcza u osobników płci żeńskiej do lat 45 (o mężczyznach ze względu na niewielką ilość osobników badanych mówić tu nie będziemy); u 9 badanych kobiet w wieku od lat 16 — 45 wahania ciśnienia tętna nie przewyższają 15 cm. jak widać z załączonej tabliczki; powyżej 1.45 wahania te mogą być już dość znaczne.

W a h a n i a.

Wiek	Nazwisko	Napad	Maximum	Minimum	PD (ciśnienia tętna)
16	Szyfer Sz.	2-i	102—105	60—65	40—45
19	Taowicz Leok.	2-i	107—125	60—70	47—60
23	Szwarc H.	2-i	100—115	60—75	40—47
26	Speiherz G.	3-i	90—105	65—75	25—35
28	Pender E.	2-i	85—102	50—65	35—42
28	Wawrzyniakowa	?	105—110	65—70	40
30	Szlamowicz	1- 2-i	105—120	65—75	40—50
32	Kos	2-i	97—110	65—70	30—40
45	Laufes	2-i	95—107	60—70	30—45

Zwykle większym wahaniom ulega ciśnienie skurczowe, aniżeli ciśnienie rozkurczowe — u żadnego chorego różnica w ciśnieniu rozkurczowym nie przekroczyła 25 mm., podczas gdy w skurczowym osiągnęła 45 mm.,

a nawet 65 mm. rtęci (u osobników starszych ponad lat 45). Są to jednak wyjątki; przeważnie zaś wahania prawie że nie przekraczają wahań fizjologicznych i nawet podanie dożylnie neosalwarsanu nie wpływa wyraźnie na podniesienie lub spadek ciśnienia.

W przebiegu zatem duru powrotnego wyraźnego wpływu chorobnego na ciśnienie krwi nie spostrzegamy.

¹⁾ Z referatu o durze powrotnym, wygłoszonego w Tow. Lek. w Łodzi 19. XII. 1917 r.

²⁾ Patrz pracę moją p. t. „Ciśnienie krwi w przebiegu tyfusu plamistego”. Gaz. Lek. № 52, 1915.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 6 listopada 1917 r.

K. Zieliński wypowiedział rzecz p. t. „O zastosowaniu płynu mózgowordzeniowego w leczeniu duru plamistego” (drukow. w Gaz. lek. № 47—48 r. z.).

W dyskusji Sekr. Stały Sokołowski podniósł konieczność uwzględnienia w statystyce zgonów wieku chorych, bowiem śmiertelność osób starszych jest znacznie większa w chorobach zakaźnych, niż śmiertelność osobników młodych, a zwłaszcza dzieci.

Karwacki, stosując od 1½ roku w tyfusie plamistym zastrzykiwania metalów koloidalnych (złota, srebra, rtęci), koloidalnego siarczku arsenu, kolloid. selenu, błękitu metylenowego oraz stosując autohemoterapię, otrzymywał wyniki dodatnie (od stosowania wszystkich związków z wyjątkiem selenu). Po pierwszym komunikacie prelegenta mówca zaczął stosować zastrzykiwania płynu mózgowordzeniowego, otrzymując wyniki korzystne, lecz nie różniące się od poprzednich. Mówca nie zgadza się z prelegentem, jakoby płyn mózgowordzeniowy miał zawierać przeciwciała swoiste; zawiera on zmienną ilość białka i azotu bezbiałkowego, nieraz zawiera pasorzyty znajdujące we wszech oraz bakterie zakażenia wtórnego. Być może więc, że zawiera on jady i działa jak szczepionka. Jest również możliwe, że wywołuje on zmiany w równowadze koloidalnej osocza (dzięki związkom azotowym), lub też, że działanie jego zbliża się do autoseroterapii opłucnowej Gilberta.

Koelichen wyjaśnił, że nowsze badania nad płynem mózgowordzeniowym stwierdziły jego odrębność w stosunku do krwi i innych cieczy ustrojowych. Niweczniki i ciała ochronne, we krwi krążące, do płynu m.-rdzeniowego nie przechodzą, lub przechodzą w ilości znikomej. To samo stosuje się do barwików i związków chemicznych, eksperymentalnie do krwi i tkanek wprowadzanych. Przypuszczenie więc prelegenta co do obecności ciał ochronnych w płynie mózgowordzeniowym i uzależnienie od tych ciał odporności opon względem różnych zakażeń — nie jest uzasadnione; względna odporność opon wobec gruźlicy i innych zakażeń znajduje raczej uzasadnienie w owej odrębności płynu mózgowordzeniowego. Zjawisko zaś rzadkiego przechodzenia gruźlicy kręgów na opony znajduje o wiele prostsze wyjaśnienie w anatomicznych własnościach opony twardej, która stanowi przegrodę trudną do przebycia nawet dla nowotworów złośliwych.

Wacław Kowalski zastrzykiwał płyn mózgowordzeniowy w 3-ch przypadkach zapalenia opon charakteru gruźliczego i otrzymał wyniki dodatnie.

Puławski wielokrotnie stosował autoseroterapię Gilberta w wysiękowym zapaleniu opłucnej i otrzewnej różnego pochodzenia, szczególnie gruźliczego, w postaci podskórnych zastrzykiwań płynu wysiękowego (ok. 10 cm.³), — i nigdy nie spostrzegł wyników dodatnich. Mówca przypomina próby kol. Chełmońskiego, który choremu na dur plamisty zastrzykiwał wyciąg ze zgniłego mięsa podobno ze skutkiem dodatnim.

Szwajcer odniósł wrażenie w praktyce prywatnej, że metoda prelegenta oddaje dobre usługi. Próby odnośne dokonywane są obecnie i w szpitalu na Czystem. Materiał prelegenta powinien być rozsegregowany nie tylko co do wieku, lecz i co do wyznania, wiadomo bowiem, że u żydów śmiertelność z tyfusu plamistego jest mniejsza, niż u chrześcijan.

Sekr. Stały Sokołowski dodał, że również często stosował zastrzykiwania płynu wysiękowego w przypadkach zapalenia błon surowiczych, i również bez wyniku.

Rzętkowski podniósł doniosłość komunikatu prelegenta dla sprawy leczenia tyfusu plamistego i zwrócił uwagę, że ocena wyniku po zabiegu opierać się winna nie tylko na obserwowaniu stanu ogólnego, ciepłoty i częstości tętna, lecz nadto uwzględnić należy wysokość ciśnienia krwi przed i po zabiegu oraz różnicę pomiędzy ciepłotą w odbytnicy a ciepłotą pod pachą, jako sprawdzianu krążenia krwi. Co do autoseroterapii w chorobach wysiękowych, to mówca również często metodę tę stosował bez wyniku dodatniego.

Osiński zaznaczył, że obecność zmian o charakterze zapalnym w istocie. mózgowia i w oponach uzasadnia teoretycznie nakłucie lędźwiowe w przebiegu duru plamistego. Nakłucia te wykazują, że ilość i ciśnienie płynu mózgowordzeniowego jest wzmożone; wzmaganie się w płynie ilości białka, liczby limfocytów oraz miana zlepnego (odczyn Weil-Felixa), które zwykle bywa niskiem (do 1 : 20 wobec 1 : 2000 w surowicy), dowodzą nasilenia sprawy zapalnej w oponach; obok leczniczej — nakłucia lędźwiowe posiadają zatem także wartość rozpoznawczą. Wskazane są nie tylko jako ultimum refugium, lecz nawet we wczesnym okresie choroby wobec wyraźnie zaznaczonych objawów mózgowych. Co się tyczy zastrzykiwań wypuszczonego płynu mózgowordzeniowego, to mówca szczególnego wpływu leczniczego nie obserwował. Co do autoseroterapii Gilberta, to wobec możliwości wykrycia prątków Kocha w płynach wysiękowych, powinna ona nosić miano autoserovaccinoterapii, a jako mogąca zawierać bakterie żywe — powinna być zarzucona.

Czubalski, odnosząc wrażenie z dyskusji, że działanie płynu mózgowordzeniowego jest dodatnie, zauważył, że należałoby bliżej zapoznać się z własnościami fizyologicznymi i patologicznymi tego płynu.

K. Zieliński odpowiedział Sokołowskiemu, że wśród 48 chorych (z II seryi) było starszych nad lat 50 osób 14, z których 8 wyzdrowiało. Karwackiemu i Koelichenowi, — że nie podejmował na razie zagadnień serologicznych, konstatując tylko fakty z obserwacji szpitalnej, — lecz że na zasadzie danych z piśmiennictwa wolno wnioskować, iż w płynie mózgowordzeniowym zachodzą w przebiegu choroby zmiany, polegające na powstawaniu w nim ciał ochronnych. Puławskiemu — że nieraz stosował metodę Gilberta z dobrym wynikiem leczniczym; analogia metody tej z zabiegiem omawianym jest zresztą tylko pozorna. Szwajcerowi — że wśród 48 chorych (II Seryi) było chrześcijan 28 i żydów 20; z pośród

pierwszych zmarło 10, drugich—tylko 5. Prelegent przypuszcza, że to nie właściwości rasowe stanowią o większej odporności wśród żydów, lecz przyzwyczajenie od dzieciństwa do mleka i obfite jego spożywanie podczas choroby. W zakończeniu prelegent powtarza, że płyn mózgoworodzeniowy za-

wiera pewne substancje, ochraniające układ nerwowy w celu zapewnienia mu należytej sprawności w walce z infekcją; ciała te, wraz z płynem zastrzyknięte pod skórę, stają się bodźcem do tworzenia się niweczników we krwi.

K. Oczesalski.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 4 b. m. w sali Magistratu odbyło się posiedzenie pod przewodnictwem burmistrza dra J. Zawadzkiego, na które wezwano przedstawicieli rządu i społeczeństwa, dla obmyślenia wspólnej z gminą miejską akcji dla zwalczania gruźlicy, która przybrała u nas rozmiary wielkiej plagi społecznej. Dr Trenkner, kierownik urzędu miejskiego zdrowia publicznego, przedstawił na kilku wymownych tablicach stan obecny gruźlicy w Warszawie: w porównaniu z latami ubiegłymi śmiertelność zwiększyła się wielokrotnie. To samo zaznaczył naczelnik Wydziału szpitalnictwa dr Męczkowski dla szpitali naszych, w których dla zwalczania gruźlicy prawie nic się nie udało dotychczas zrobić. Naczelnik wydziału dobroczynności publicznej p. K. Koralewski uzasadniał, iż racjonalna walka z gruźlicą polega przede wszystkim na roztoczeniu opieki nad dziećmi, mianowicie na dostarczaniu im odpowiedniego pożywienia. Do tego samego mniej więcej wniosku doszli przedstawiciele instytucji społecznych i filantropijnych, którzy kolejno zabierali głos w dyskusji. Wniosek ten stoi w zgodzie z decyzją w tej sprawie Magistratu, który wzywa społeczeństwo do wspólnej z nim akcji. Dla obmyślenia doraźnych środków zaradczych wybrano ściślejszą komisję, która się zbierze d. 8 b. m. o godz. 3 po poł.

Do komisji powołano ze strony rządu — dra S. Rudzkiego, ze strony Magistratu — burmistrza dra J. Zawadzkiego, dra Rottermunda, dra Trenknera, pp. Piechowskiego i Koralewskiego, ze strony instytucji społecznych panie Pawińską i Leszczyńską, p. Staniszewskiego, drów A. Puławskiego i J. Szmurłę.

NADESŁANO.

1) Dr med. Bolesław Siwiński. Zaburzenia psychiczne podczas miesiączkowania, ciąży, porodu, połogu i karmienia. (Odb. z Medycyny i Kron. Lek. 1917). 2) Euphemius Herman. Ueber die sog. pseudoathetischen Spontanbewegungen. (Odb. z Zeit. f. die ges. Neur. u. Psych. 1918). 3) Prof. Browicz. Uwagi w sprawie reformy studium lekarskiego. Odb. z Przegl. Lek. 1918. 4) Dr med. Kazimierz Rzętkowski. Wytwórczość spożywcza Królestwa Polskiego w stosunku do potrzeb jego ludności. Odb. z Ekonomisty. 1918.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Aleksander Zawadzki. Uwagi chirurgiczne.	145	Warszawskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedze-	
Stefan Sterling-Okuniewski. Ciśnienie		nie kliniczne dn. 6 listopada 1917 r	151
krwi w przebiegu duru powrotnego.	150	Wiadomości bieżące.	152

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 4½ do 6-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17,50, półrocznie M. 8,75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1,25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

SOLEC

Zakład Wód Mineralnych siarczano-słonych, ką-
pieli błotnych i lecznica fizykalno-dyetetyczna pod
kierunkiem lekarskim dr med. St. Kelles-Krauza.

Sezon od 20 maja do 20 września.

Choroby skutecznie leczone w Solcu: Reumatyzm, artretyzm, przymiot, choroby skórne, choroby nerwowe itp.
Ceny utrzymania niższe niż w innych miejscowościach kraju.

Dojazd przez st. kol. Kielce, skąd szosą drożkami lub samochodami rządowymi z Kielc do Buska i da-
lej końmi do Solca. Od strony Galicyi lub gub. Lubelskiej przez stację kol. galicyjskich Szczucin, skąd
15 wiorst do Solca. Prospekty i informacje wysyła gratis Zarząd Solca (pocztą Stopnica ziemi
Kieleckiej); w Warszawie p. Fr. Jakubowski, Al. Jerozolimskie 93 m. 8 od 2 do 5 po poł.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2.50.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N .

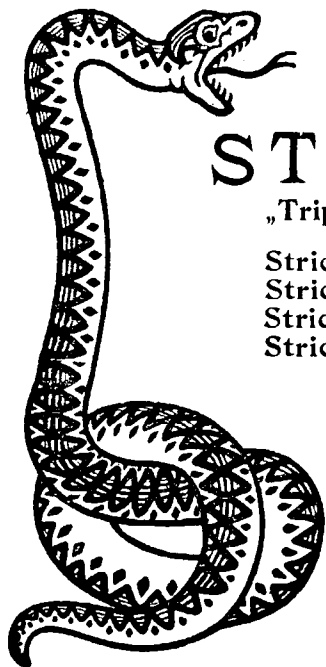
Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.



INIEKCJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

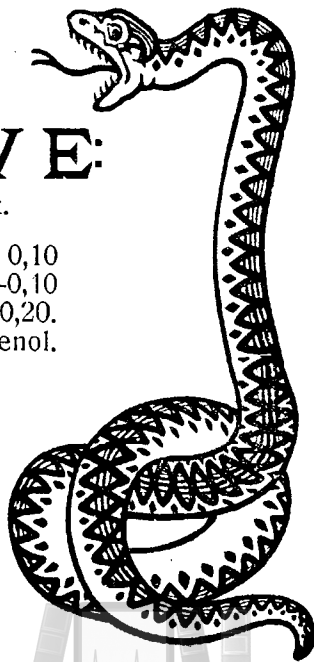
POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

J E R O Z O L I M S K A 25.



Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i o-
płucnej
 № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźli-
cy płucnej.
 № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.
 № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafi-
laksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teorya ana-
filaksji.
 № 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Swiezo wydany zostal Zeszyt 1. 2. 3. Seryi XXII.
(Ogólnego zbioru zesz. 253, 254, 255).

Dr SEWERYN STERLING.

ZAPALENIE NEREK W ŚWIECIE POGLĄDÓW TEGOCZESNYCH.

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracyi Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.