

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5	na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	„ 2 kop. 50		półrocznie.....	„ 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ:—Spostrzeżenia z Zakładu leczniczego dla kobiet w Warszawie. Przetoka cewko-pochwowa, zarosnięciem cewki moczowej powikłana. Operował i opisał Dr. J. Rogowicz. — Przegląd literatury lekarskiej. Wykłady kliniczne. O leczeniu chirurgicznem wysięków opłucni, przez L. LICHTHEIM'A. Tłumaczył Dr. T. Heiman. — Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarzy szpitala Dzieciątka Jezus. — Wiadomości drobniejsze. Drgawki ogólne w skutek nacięcia otworu zewnętrznego przewodu słuchowego. Podał Dr. J. Talko z Lublina.—Od Wydawcy.

SPOSTRZEŻENIA Z ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA KOBIEŃ W WARSZAWIE.

Przetoka cewko-pochwowa (fistula urethro-vaginalis) powikłana zarosnięciem cewki moczowej; operacyja; wyzdrowienie.

Operował i opisał Dr. J. Rogowicz, lekarz tegoż zakładu.

W pierwszych dniach m. Czerwca 1870 r. pani H. lat 23 wieku mająca przybyła do naszego Zakładu z powodu ciągłego mimowolnego oddawania moczu. Cierpienie to chora datowała od pierwszego porodu, który odbyła w Lutym. Szczegóły porodu tego dotyczące są: praca porodowa trwała 20 godzin; położenie płodu czaszkowe, bóle porodowe kurczowe; dziecko nieżywe zupełnie donoszone bez pomocy sztuki na świat przyszło; matka w połogu cierpiała boleści w dole brzucha, przyczem odchody połogowe (*lochia*) były mocno cuchnące, a dziesiątego dnia po porodzie mocz mimowolnie odpływać począł i od tej chwili możność dowolnego zatrzymywania go w pęcherzu moczowym całkiem ustała: mocz spływał kropla po kropli, dniem i nocą nieustannie.

Badanie fizyczne wykazało: części płciowe zewnętrzne jak u kobiety która rodziła, bez wyraźniejszych uszkodzeń lub utraty w skutek miejscowych zgorzelinowych chorób (*gangrena, diphteritis, ulcera puerperalia*), a tylko tu i owdzie wygryzami (*erosiones*) zajęte; otwór zewnętrzny cewki moczowej prawidłowy, sama zaś cewka w odległości 4—5 centymetrów t. j. mniej więcej na równi z górnym brzegiem spojenia łonowego, była jakby nożem w poprzek przecięta, — otwór ten postacią swą przypominał dziurkę do guzika, której brzeg dolny został wygiętym i wywiniętym ku przodowi, przez co dwa brzegi tego otworu jakkolwiek na jednym prawie poziomie znajdujące się do siebie nie przylegały; brzeg górny długości 1-go centimetra miał kierunek zupełnie prosty i poziomy, był cienki i napięty; obadwa zaś brzegi były gładkie i nie przedstawiały żadnych niezwykłych stwardnień; wielkość otworu

przetokowego była taką, że dozwalała koniec palca wskazownika weń wprowadzić zaledwie do $\frac{1}{3}$ dolnej długości paznokcia. Obszerność pochwy macicznej prawidłowa; część pochwowa macicy nieco obrzękła i zaczerwieniona, a brzegi ujścia jej wygryzami zajęte; z samego zaś ujścia wydzielał się odpływ mętny białawy. Badając drożność cewki moczowej dostrzegliśmy, że takowa przy dolnym brzegu przetoki (*fistula*) jest zarośniętą, a ztąd i cewnik (*catheter*) tylko do brzegu tego wprowadzić można było; grubość tego zarośnięcia nie zdawała się być znaczną, koniec bowiem cewnika dosyć wyraźnie palcem wy-czuwałem.

Mieliśmy zatem przetokę cewko-pochwową (*fistula urethro vaginalis*) powikłaną zarośnięciem górnego końca części cewki przed przetoką znajdującą się, wreszcie zapalenie nieżyłowe śródmaciczne (*endometritis catarrhalis*) z wygryzami połączone.

Nieznaczna grubość zarośnięcia cewki moczowej była powodem, że plan naszego działania operacyjnego, zamierzaliśmy w ten sposób wykonać: operować samą przetokę jak każdą inną niepowikłaną, w nadziei że już przez samo obranienie dolnego jej brzegu zarośnięcie cewki moczowej usunięciem zostanie; gdyby zaś to nie nastąpiło, przedziurawić cewkę przed zeszytciem brzegów przetoki. To ostatnie miało właśnie miejsce w tym przypadku i dla tego zmuszeni byliśmy zaprowadzić w cewkę moczową zgłębnik maciczny VALLAIX'A (krzywizna bowiem tego zgłębnika najzupełniej odpowiadała krzywiznie cewki) i na główkowatym jego końcu wyciąć pozostałą część przegrody cewkę zatykającej. Tym sposobem zyskaliśmy otwór dostateczny do przesunięcia dalej zgłębnika, którym wdążyliśmy w otwór w szerokości górnego brzegu przetoki znajdujący się, a który prowadził wprost do szyi pęcherza moczowego. Przez pozostawienie tego zgłębnika (aż do pęcherza przez cewkę moczową zaprowadzonego) podczas zakładania szwów, zabezpieczyliśmy ją od zupełnego zamknięcia przy spajaniu brzegów przetoki. Szwów tych z drutu srebrnego założyliśmy cztery; drożność cewki moczowej została przywróconą, a przetoka zupełnie zamkniętą, jak o tém przekonaliśmy się zaraz po zakręceniu ostatniego szwu przez nastryknięcie drogą naturalną do pęcherza moczowego kilku uncyi wody letniej, którą następnie zapomocą cewnika tąż samą drogą w całości wypuściliśmy; przez pochwę maciczną ani kropla nie spłynęła.

Operowana, przez dni dziesięć nieruchomie pozostawała w łóżku, w położeniu na wznak; mocz spływał kroplami przez cewnik stale w cewce moczowej pozostawiony; wypróżnienia stolcowego nie było; gdyż od czasu do czasu podawano chorą po kilka kropli nalewki makowcowej (*Tra Opii crocata*). Jedenastego dnia szwy oddalono; zbliżnienie przetoki było zupełnem; od téj chwili operowana dobrowolnie drogą naturalną mocz wydalala, z razu bardzo często i w niewielkiej na raz ilości, następnie stopniowo coraz rzadziej i w większej ilości; w dwa tygodnie po oddaleniu szwów pani H. zupełnie zdrowa Zakład opuściła. Przez te dwa tygodnie pęcherz jej moczowy nabył dostatecznej wprawy do dłuższego zatrzymywania zbierającego się weń moczu, albo ściślej mówiąc pęcherz zupełnie skurczony przy istnieniu przetoki, po jej usunięciu stopniowo

coraz więcej się rozciągał; wygryzy na brzegach ujścia macicznego i nieodstępny towarzysz ich „białe upławy” zniknęły pod wpływem wstrzykiwań ściągających i kilkukrotnych przyżegań kamieniem piekielnym (*lapis infernalis*).

W Maju r. b. przedstawiła nam się ta osoba jako ciężarna w końcu 8-go miesiąca, celem dowiedzenia się, czy przy spodziewanym niezadługo porodzie nie zagraża jej niebezpieczeństwo powrotu poprzedniego kalectwa, a to dla tego, że już od kilku tygodni doznawała częstego pozywania do wydalania moczu, czemu gdy nie czyniła zadość, takowy częściowo, mimowolnie drogą naturalną spływał; toż samo powtarzało się przy mocniejszym śmiechu lub zakaszaniu (zwykle zjawisko u ciężarnych w dwóch ostatnich miesiącach ciąży). W właściwym czasie odbył się poród prawidłowo i pomyślnie, i osoba ta jest dziś zupełnie zdrową matką, karmiącą swego syna.

Nie mamy zamiaru opisywać szczegółów operowania w tym przypadku, gdyż wykonanie operacji było bardzo prostem i łatwem, chcemy tylko w kilku słowach przedstawić prostotę i łatwość operowania przetok pęcherzo-pochwowych, chociaż tego rodzaju operacja zawsze do najzmundniejszych należeć będzie, aby zachęcić do niej tych, których dotąd już sam widok wielkiej liczby różnorodnych, mniej lub więcej skomplikowanych narzędzi, do wykonania jej zniechęcał.

Otóż nie używam nigdy tych wielce skomplikowanych wzierników tyle przykrości, nieraz nie do zniesienia operowanój sprawiających, że bez przesady nie wziernikami, ale kagańcami pochwowemi przezwac by ich należało, lecz zawsze posługuję się zwykłym wziernikiem żłobkowym MARRION'A SIMS'A, który po założeniu utrzymywać w żądanem położeniu wyuczy się na poczekaniu najmniej nawet wprawna ręka; obrania brzegów przetoki dokonywam prostym brzuszkowatym nożykiem z odpowiedniej długości trzonkiem; do przeciągania drutów używam zwykłej igły rurkowatę SIMPSON'A, a do ich skręcania służy bardzo proste narzędzie nieznanego mi autora. Jestto po prostu przecik grubości zwykłego kieszonkowego zgłębnika, długości 20 centymetrów, na jednym końcu rozplaszczony jak zgłębnik używany przy podcinaniu języka u dzieci, drugi zaś koniec tego przecika przedstawia okrągłą, płaską główkę średniej wielkości gwoźdźnia, której średnica jest w dwóch równoodległych od środka miejscach przedziurawioną. Przez te właśnie dwa otworki przeciąga się dwa końce drutu który skręcić zamierzamy; następnie trzymając takowe dość silnie jedną ręką, drugą ręką spychamy (po tych dwóch drutach) główkę przecika, trzymając go za koniec spłaszczony aż do brzegów przetoki o tyle, o ile się to da wykonać bez użycia wielkiej siły, aby drutu nie przerwać; nakoniec obracamy przecik w palcach, stopniowo co kilka obrotów oddalając główkę jego od przetoki. Tym sposobem w kilkanaście sekund otrzymujemy dowolną ilość skrętów równych i jednostajnych; przy skręcaniu zaś drutów palcami nietylko że dłuższego na to czasu potrzeba, ale skręty nigdy nie wypadają tak równo i jednostajnie

i tak blisko brzegów samej przetoki, a tém samym i po czenie ich nie jest tak dokładném. Szczeg owy opis tego pręcika i jego użycia, dla tego tu podajemy, że o ile nam wiadomo nasi operatorowie tego rodzaju przetok, zwykle palcami druty szwów skręcają, co jest pracą do  mozo n  i niedokładną. Narzędzie to, które pręcikiem do skr cenia drutów nazywa  będziemy, gdyż nie znamy jego autora, znalazłem przed ośmiu laty w pudełku kliniki położniczej, zawierającym wszystkie narzędzia do operowania przetok p cherzo-pochwowych sposobem BOSMANN'A; przez rok blisko nie mogłem się dowiedzieć ani t   domysli , do czego pręcik ten ma s u y , aż wreszcie nieustająca chęć zaradzenia nudnej a niedokładnej pracy skręcania drutów palcami, naprowadzi  mnie na odkrycie w ciwego przeznaczenia tego nieocenionego pręcika. Tak więc od lat siedmiu tym pręcikiem si  pos uguj  i nie  adam prostszego i lepszego narzędzia do skręcania drutów. Jeszcze o niejednym radbym wspomnie  ułatwieniu i ulepszeniu operacji przetok p cherzo-pochwowych, aby do wykonywania ją zachęci większą liczb  kolegów na prowincyi praktykujących, gdzie bardzo wiele znajduje się tego rodzaju kalek, lecz wstrzymuje mnie od tego wiadomość, że bogatsze odemnie doświadczeniem pióro, kresli podobno już od lat dwóch obszerne dzieło o powstawaniu, leczeniu itp. tego rodzaju przetok. Zapewne rękopismo t j książki jest już na dokończeniu, przeto niezadługo b   może znajdziemy tam to wszystko w szczegółach, o czym tu tylko wzmiankowa  byśmy mogli, a w szczegółności, krytyczny, bez osobistych uprzedzeń i nawyknień, pog ad na dotychczasowe sposoby operowania.

Opisany przypadek, zdaniem naszym zasługuje na szczeg  n  uwagę pod tym względem, że większa liczb  dowodów na poparcie zdania BUDGE'GO i tych wszystkich, którzy wraz z nim utrzymują że mięsień zwieracz pęcherza moczowego (*m. sphincter vesicae urinariae*) odgrywa bierną rolę w czynności zatrzymania w pęcherzu zbierającego si  moczu, a że ta czynność jest jedynie i wy cznie udziałem włókien mięśniowych w samej cewce moczowej (*urethra*) si  znajdujących. Gdyby zatrzymanie moczu w pęcherzu aż do chwili dowolnego wydalenia go, zależało wy cznie od mięśnia zwieracza, to w naszym przypadku, ponieważ mięsień ten niezawodnie nie by  uszkodzonym, gdyż przetoka znajdowa  si  poniżej jego anatomicznego umiejscowienia, chora przed operacyj  byłaby dowolnie mocz wydal a, ale nie przez u cie zewnętrzne cewki moczowej, a przez otwór przetokowy do pochwy macicznej, a ztamtąd dopiero według praw ciężkości, mocz wypływałby na zewnątrz. Tym sposobem cała różnica w wydalaniu przez chorą moczu winna być polega  na tém, że takowy prawidłowym sposobem ale nienaturalną drog  byłby z pęcherza wydalany. Tymczasem w tym przypadku mocz wyp ywa  na zewnątrz mimowolnie i nieustannie kropa po kropli tak jak z moczowodów (*uretheres*) do pęcherza sp ywa ; jedynie przy spokojnym leżeniu na wznak chora uważała, iż na jakiś czas mimowolny ten odpływ moczu kroplami ustawa , ale nie na długo bo na pół lub całą godzin  zaledwie; przy przewracaniu się na bok zwykle wte-

dy kilka łyżeczek od kawy moczu naraz mimowolnie spływało. Zjawisko to polegało na tem, że przy leżeniu nawznak mocz zbierał się w tylnym odcinku pęcherza moczowego dopóty, dopóki poziom gromadzącego się tam moczu nie doszedł do ujścia wewnętrznego cewki, stojącego w tym razie otworem; wtedy każda nowo przybyła kropla spływała zaraz na zewnątrz, a przy zmianie położenia ciała, wylewała się i ta niewielka ilość, która poprzednio w pęcherzu się zebrała.

Powrócenie bezpośrednio po zabliźnieniu przetoki, prawidłowej czynności wydalania moczu z pęcherza, niemniej na korzyść twierdzenia tego przemawia, że to przeważnie od utkania mięśniowego samej cewki moczowej zależy, gdyż jedynie, jak się z tego okazuje, przerwanie ciągłości jej, mimowolnego odpływu moczu było powodem.

Nadto spostrzegliśmy dwa przypadki (na 30 dotąd przezemnie operowanych) tego rodzaju przetok, w których cała szyja pęcherza moczowego i górna część cewki była zniszczoną, a mimo to po zabliźnieniu się przetoki, po pewnym przeciągu czasu i przy odpowiednim postępowaniu, prawidłowe wydalanie moczu powracało. Następowe działanie w tych razach polegało na wywieraniu ucisku na pozostałą cewkę moczową, a to przez zakładanie albo większego rozmiaru zbitej kulki z waty, albo przez noszenie wianka macicznego (*pessarium*) ZWANCK'A, którego dwie odnogi w kierunku wymiaru przodkowego miednicy były rozwarłe. Systematyczny ucisk przez pewien czas dokonywany, którego bezpośredni następstwem było przyleganie tylnej ściany cewki do przodkowej, sprawił to, że ściany te wreszcie już samą siłą kurczliwości ich włókien mięśniowych do siebie przylegały bez pomocy mechanicznej, i wydalanie moczu odbywało się prawidłowo. Aby to jednak mogło nastąpić, potrzeba aby pozostała zdrowa część cewki miała długości najmniej 4 centymetry, w przeciwnym razie nawet po zabliźnieniu zupełnem przetoki, jak to również spostrzegaliśmy, mimowolny odpływ moczu nie ustaje przez pozostałą cewkę tak, jak to przed operacją miało miejsce przez otwór przetokowy.

Niewielka to wprawdzie liczba spostrzeżeń, ale dla nas wystarcza ona, aby m. zwieraczowi pęcherza moczowego (*m. sphincter vesicae urinariae*) odmówić czynnego udziału w zamykaniu pęcherza. Brak jednak dotąd doświadczeń fizjologicznych (na zwierzętach), któreby rzecz tę stanowiły rozstrzygnąć mogły. Aczkolwiek Dr. J. KUPRESSOW ¹⁾ pod koniec 1870 r. wykonał w pracowni fizjologicznej prof. NAWROCKIEGO w Warszawie szereg doświadczeń na 19-stu królikach, z których między innemi doszedł do tego wniosku, „że tak koliste włókna mięśniowe szyi pęcherza moczowego jako też także włókna cewki, do zamykania pęcherza zarówno służą, tylko względna ich ważność u dwóch płci jest różną; oraz że u płci męskiej widocznie włókna mięśniowe cewki moczowej daleko większe mają znaczenie, aniżeli u płci żeń-

¹⁾ Zur Physiologie des Blasenschliessmuskels. Dissertatio inauguralis, 1870. Petersburg.

skiej”; doświadczenia te jednak nie były wykonanemi w sposób zupełnie odpowiedni naszym przypadkom chorobowym. Dr. KUPRESSOW bowiem rozcinał cewkę wzdłuż, a nie wpoprzek; to ostatnie jedynie odpowiadałoby uszkodzeniu cewki jakie przedstawia przetoka. Miejmy nadzieję że niezadługo i w ten sposób doświadczenia na zwierzętach (samicach) dokonanemi będą i o wyniku ich się dowiemy. Zanim to jednak nastąpi i powyższy nasz wniosek stanowczo poprze lub też mu zaprzeczy, korzystając ze sposobności, pomówić chcemy o tłumaczeniu, na zasadzie tego wniosku, dosyć częstego zjawiska zaparcia moczu u kobiet wkrótce po porodzie (*ischuria post partum*) występującego.

Zwykle rzecz ta we wszystkich podręcznikach położniczych jest bardzo pobieżnie traktowaną; jeden autor za drugim powtarza, że zaparcie moczu (*ischuria*) w takich razach zależy od porażenia (bezwładu, *paralysis*) m. wypieracza (*m. detrusor urinae*) albo od kurczu (*spasmus*) m. zwieracza (*m. sphincter vesicae*), chociaż doprawdy trudno pojąć jakim sposobem w skutek ucisku cewki główką płodu sprawionego występuje kurcz zwieracza; raczej jego porażenie powinno być następstwem takiego ucisku, a tém samém nie zaparcie moczu, ale mimowolny jego upływ (*incontinentia urinae*) winien być tego wynikiem. To też pierwszy MATTEI, jak OLSHAUSEN ²⁾ sądzi, podał z prawdą zgodne wyjaśnienie przyczyny zaparcia moczu u położnic, w pierwszej dobie po rozwiązaniu występującego, a mianowicie, że skutkiem nagłego zmniejszenia się macicy zaraz po porodzie, cewka moczowa zostaje zgiętą (ku tyłowi, *retroflexio urethrae* jeśli tak nazwać można) przez co dowolne wydalenie moczu staje się niemożliwém. Za tém przemawiają te przypadki w których po najłżejszych nawet porodach u mnogorodzących w pierwszych dniach po rozwiązaniu występuje zaparcie moczu (*ischuria*), jak niemniej i ten fakt, że ono ustępuje nieraz prawie zupełnie po jedno lub dwukrotném wprowadzeniu cewnika (*catheter*). Opór zaś jaki przy wprowadzaniu cewnika zgęta cewka przedstawia, SCANZONI, WINCKEL i inni uważają niesłusznie za kurczy pęcherza moczowego. Takie samo zaparcie moczu zdarza się niekiedy po nakłóciu i opróżnieniu wielkich torbieli jajnikowych (*cysta ovarii*), a przecież w tych razach o główce któraby ugniotła zwieracz pęcherza i myśleć nie można. Tak w tym jak i poprzednim razie, pęcherz moczowy (tam przez brzemienią macicę, tu przez wielki torbiel) zostaje w górę i naprzód wypartym lub pociągniętym, a cewka nadmiernie wydłużoną. Skoro tylko po oddaleniu téj lub tamtéj przyczyny, pęcherz zstąpi na dół (zniży się), cewka moczowa zgina się zupełnie.

Po tych uwagach i wnioskach jakie tu podaliśmy nasuwa się pytanie: do czegoż więc służy m. zwieracz pęcherza, gdy udziału w zamykaniu pęcherza moczowego mu odmawiamy? Najprawdopodobniej do tego tylko, aby przy wydalanu moczu, ostatnie jego krople z pęcherza wydalić.

²⁾ Zobacz: Archiv f. Gynaekologie. 1871. II Bd. str. 273.

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIEJ.

WYKŁADY KLINICZNE

O leczeniu chirurgicznem wysięków opłucni.¹⁾

wykład D-ra Ludwika Lichtheim'a w Halli. Spolszczył Dr. Teodor Heiman.

Wielki przewrót, jakiemu w ostatnich dziesiątkach lat uległy poglądy lekarzy na sprawy chorobowe, nie pozostał bez wpływu na pewną część naszych podstawowych zasad terapeutycznych. Nowe próby z wielu oddawna znanymi metodami leczenia stały się koniecznymi i niejedna z nich musiała ustąpić po bezstronnych i dokładnych spostrzeżeniach. Szczególniej zachwiana została wiara w leczenie ogólne przy zaburzeniach czysto miejscowych. Główny kierunek działań terapeutycznych zwrócony został więc na leczenie miejscowe spraw chorobowych i on stał się prawie wyłącznym tam, gdzie zastosowanie miejscowe środków lekarskich przedstawiało właściwe dogodności. Jak nieskończenie według takiego kierunku zmieniały się poglądy i wyniki (rezultaty), wykazuje najlepiej porównanie terapii chorób skórnych dziś przyjętą, z leczeniem przed kilkudziesięciu laty jeszcze upowszechnioną. Dalsze świetne postępy zrobiła medycyna przez to, że dla leczenia miejscowego stały się dostępnymi okolice dotychczas zupełnie nietknięte; jednym słowem leczenie chorób wewnętrznych przeszło więc w dziedzinę chirurgii. Rozumie się samo przez się, że przy takim dążeniu, zwalczanie chorób wewnętrznych drogą operacyjną przybrało nowy kierunek i proponowane operacje podległy niejednokrotnym próbom.

Żadna z operacji przedsięwziętych w podobnych celach nie zyskała poparcia silniejszego, jak otworzenie klatki piersiowej (*thoracocentesis*), operacja, która pomimo swojej starożytności od niedawnego czasu dopiero wywalczyła sobie należyte uznanie. Otworzenie klatki piersiowej było z pewnością zawsze wykonywane i przez pojedynczych lekarzy wychwalane jako środek drogocenny do usunięcia wysięków (*exsudatum*) opłucni (*pleura*); większa jednak część używała go jako środka ostatecznego (*ultimum refugium*), a ufność w skutki jego była czasami tak nieznaczącą, że według opowiadań KUSSMAUL'A, DUPUYTREN, który umarł na *Pyopneumothorax*, nie pozwolił na sobie wykonać tej operacji, przekładając śmierć z ręki Bożej, nad zgon z wdania się lekarzy.

Dla otwierania klatki piersiowej (*thoracocentesis*) istniały oddawna jedynie dwa wskazania, które zyskały powszechne uznanie. Wypuszczano zawsze płyn, gdy przez wysięk obfity, płuco nietylko strony chorej uległo zupełnemu ucisnieniu, ale także płuco zdrowe mogło się dostatecznie rozszerzać, skutkiem przemieszczenia serca i średniego listka opłucnego, i chory przy tak wysokim stopniu utrudnienia przemiany gazów oddechowych zagrożony był uduszeniem. W tym razie nie przypisywano operacji żadnego innego skutku, jak tylko usunięcie chwilowe niebezpieczeństwa życia. Powtóre, jeśli wylew ropy przedziurawił opłucnię żebrową i wypukłał części miękkie klatki piersiowej, wówczas dla uniknięcia dalszego opuszczania się ropy i podminowania różnych tkanek, wypuszczano ropę na zewnątrz przez przecięcie. Tę operację nazwano operacją wypuszczenia ropy z konieczności (*Empyema necessitatis*).

¹⁾ Ueber die operative Behandlung pleuritischer Exsudate. von Dr. L. LICHTHEIM in Halle. Volkmann'a Sammlung klinischer Vorträge Nr 43.

W obydwu razach operacja jest środkiem czysto łagodzącym; pierwszym jest wskazana niezbędnie dla ocalenia życia, w drugim zapobiega jeszcze gorszym skutkom niechybnego dobrowolnego otworzenia się. Zupełnie różnemi są te wypadki, w których wykonywa się tę operację w celach czysto leczniczych; co dopiero w naszych czasach dostatecznie ocenioném i uznaném zostało. Wprawdzie w takim znaczeniu była ona wykonywana we Francyi przez pewną liczbę lekarzy, którzy wyszli ze szkoły TROUSSEAU, zagorzałego obrońcę tego rękoczynu, lecz większa część klinicystów i lekarzy zachowywała się odpornie, walcząc przeciwko niemu bardzo uporczywie w licznych rozprawach i towarzystwach uczonych Paryża. W Niemczech środek ten uważano jako łagodzący, i chociaż jednostki starały się o rozprzestrzenienie wskazań, nie ustanowiono jednak nigdzie ogólnych zasad do jego wykonywania. Od lat kilku nastąpiła zupełna zmiana poglądów, leczenie chirurgiczne wysięków opłucni, stało się tak powszechném i popularném, że w Niemczech nie ma prawie lekarza szpitalnego, doświadczonego do pewnego stopniu, któryby nie mógł wykazać pewnej liczby spostrzeżeń i pomyślnych doświadczeń. Wynik ten zawdzięczamy przede wszystkim jednoczesnym pracom KUSSMAUL'A i BARTELS'A, którzy po ogłoszeniu wielu szczęśliwych przypadków, podali w sposób jasny i dokładny prawidła, które odtąd stały się wyłącznemi wskazówkami do użycia i wykonania operacyi.

Skąd więc pochodzi, że operacja pod względem techniki nie przedstawiająca najmniejszych trudności, wykonywająca się najprostszém narzędziem i bez udziału pomocnika, będąca bardzo mało bolesną dla chorych i sprawiająca zawsze ulgę natychmiastową, a często ocalająca życie, prawie nigdy nie kończąca się wypadkiem śmiertelnym, skąd więc pochodzi, że operacja przedstawiająca tyle zalet, tak długo była zarzuconą? Przyczyna leżała w tém, że nie umiano rozróżnić rozmaitych stanów chorobowych; do jakich prowadzi zapalenie opłucni, które stały się przedmiotem leczenia operacyjnego; osobliwie zaś w tém, że w przypadkach różnorodnych nie zastosowano różnych sposobów operacyi. Strona techniczna operacyi nie została bynajmniej wydoskonaloną; wszystkie metody obecnie używane, były znane i wykonywane, ale zadawalniano się w ogóle jedną wyłączając drugie, zamiast właściwego zastosowania każdej z nich. W podobny sposób jednostronnie używana metoda musiała w przypadkach dla niej odpowiednich wydać wyniki dobre, zaś w innych niepomyslnie, a stąd wynikało wątpliwe ocenienie operacyi jako takiej. Wprawdzie znajdowały się niejedne opisy przed pracami wyżej wymienionych autorów, w których, w sposób zupełnie dokładny był przeprowadzony rozdział leczenia dla wysięków opłucni różnego rodzaju, te jednakże zostały bez wpływu na usposobienie ogólne, i zawsze tylko wszczywał się na nowo spór bezowocny między zwolennikami operacyi, o zaletach metody przez przecięcie i pierwszeństwie jej nad sposobem przez przekłucie. W końcu ustalony został pogląd, że wysięki ropne i nieropne, powinny być leczone zupełnie odmiennie; od tej chwili dopiero zostało zapewnione leczeniu drogą operacyjną właściwe stanowisko.

Sam przebieg obydwóch tych stanów, jeśli choroba nie była modyfikowaną wpływami terapeutycznymi, prowadzi nas do ścisłego rozróżnienia wysięków ropnych (*empyema*) od nieropnych, nazywanych zwykle wysiękami surowiczymi (*exsudata serosa*). Te ostatnie ulegają w większej liczbie przypadków wchłonięciu (*resorbtio*) nie pozostawiając dla ustroju (organizmu) żadnych szkodliwych pozostałości. Inaczej rzecz się ma z nagromadzeniem ropy w workach opłucni. Oddalenie większych ilości ropy na drodze wchłonięcia jest w ogóle zejściem (*exsitus*) bardzo rzadkiem, które przy nagromadzeniu się ropy w jamach opłucni, nigdy nie zostało stwierdzone

na pewno. Ropa albo pozostaje płynną w klatce piersiowej, a przynajmniej nieznaczna tylko ilość części płynnych zostaje wchłonięta, lub płyn zostaje w całości wchłonięty, zaś pierwiastki morfologiczne nie zmniejszają się zupełnie lub też niewiele, podlegają zserowaceniowi (*degeneratio caseosa*) i stają się tym sposobem trwałym bodźcem szkodliwym dla ustroju. Jeśli zatem dobrowolne wchłonięcie wysięków ropnych opłucni jest zejściem, na które niewiele liczyć możemy, zachodzi pytanie czy nie istnieje wyleczenie siłą natury na inną drogę? Tak jest. Ropa może przedziurawić klatkę piersiową i wydalić się na zewnątrz. Lecz na takie zejście lekarz nie może wiele liczyć, ponieważ bardzo długo trzeba na nie czekać, a często po kilkoletniem nawet trwaniu choroby, jeszcze ono nie następuje. Ja sam spostrzegałem przez lat kilka chorego, który zmarł z następstw zapalenia prawego worka opłucni; prawie w siedm lat od początku choroby skończył on na suchoty płucne. Jeszcze za życia należało przypuszczać obecność znacznej ilości ropy w prawym worku opłucni, co przy sekcji stwierdzonem zostało. Widzimy stąd, że pomimo siedmio-letniego trwania choroby, ropa nie utorowała sobie drogi na zewnątrz. Ale nawet gdy to nastąpi, zwykle nie udaje się chorego w następstwie uchronić od operacyi, i lekarz prędzej czy później zmuszony jest wystąpić z pomocą czynną.

Wydalenie ropy na zewnątrz siłami natury może nastąpić dwojakim sposobem: przez przedziurawienie klatki piersiowej lub też płuc. Przy przedziurawieniu pierwszej wytwarza się t. z. „*empyema necessitatis*”, a wiadomo nam, że ten stan od najdawniejszych czasów stanowi konieczne i niezaprzeczone wskazanie do nakłócia klatki piersiowej. Wstąpienie ropy do oskrzeli pod względem rokowania nie jest bardzo pomyslnie. Wprawdzie może nastąpić wyleczenie na tej drodze, lecz okres leczenia trwa bardzo długo i w większej liczbie przypadków chorzy wprzód giną. Do tego dodać należy, że przy dostaniu się ropy do oskrzeli, chorzy są dręczeni ciężkimi napadami kaszlu, przy pomocy którego zostaje ona wydalona; napady te są do najwyższego stopnia męczące i wyczerpujące siły, przyczem wydalenie ropy nigdy nie jest zupełnem, a stąd następuje częściowe zatrzymywanie jej i częste wahania ciepłoty ciała. W takich okolicznościach uczynimy zapewne najlepiej, nawet przy istniejącem połączeniu z oskrzelami, jeśli usiłowania natury wspierać będziemy i dostarczymy ropie drogą operacyjną swobodny wypływ na zewnątrz. Ustąpienie kaszlu męczącego, płwociny cuchnącej, zniknięcie gorączki i szybko pojawiające się polepszenie po dokonanej operacyi dostatecznie usprawiedliwiają przedsięwziętych rękoczyn i dosyć dobitnie wyświeltają jego korzyści.

Jeśli z tego cośmy powiedzieli wykazanem zostało, jak mało liczyć można na wyleczenie dobrowolne, jeśli nadto zwrócimy uwagę; że w warunkach niepomysłnych ropa wylać się może w jamę osierdzia lub otrzewni, to dojdziemy do wniosku, że: rozpoznanie znacznej ilości wysięku ropnego w workach opłucni, stanowi wskazanie bezpośrednie do wypuszczenia go; zdanie „*ubi pus evacua*” ma tutaj zastosowanie w najrozsądniejszym znaczeniu.

Przeciwskazania do operacyi nie istnieją prawie. Tylko wtenczas nie powinna ona być wykonana, gdy ogólny stan chorego jest tak opłakany, że wkrótce zakończy życie i gdy nie można mieć nadziei usunięcia rozpaczliwego położenia. Natomiast przekonanie o niewyleczalności cierpienia zasadniczego, nie stanowi podstawy do zaniechania operacyi. Kwestyja ta zostaje bardzo często roztrząsaną przy wypuszczaniu ropy, ponieważ płyn ropny występuje często jako objaw częściowy suchot płucnych, lub też przy dłuższem trwaniu wywołuje takowe. Dowiedziono, że w podobnych razach, operacyja nie grozi żadnem niebezpieczeństwem. Spostrze-

zenia, gdzie śmierć szybko po niej nastąpiła, są bardzo rzadkie, a nawet w tych przypadkach nielicznych jest jeszcze wątpliwé, czy śmierć miała związek przyczynowy z operacją, czy też nastąpiła w skutek trwania warunków, które przy wielkich wysiękach w jamach opłucni wywołują śmierć nagłą. Z drugiej strony, przez operację udaje się zwykle przedłużyć życie chorych na znaczny przeciąg czasu, a co ważniejsza, że resztę dni swoich przepędzają oni w stanie daleko znośniejszym niż przedtém. Przypominam sobie chorego operowanego z powodu wysięku ropnego w lewym worku opłucni, u którego przedtém istniał znaczny nasiék (*infiltratio*), górnych części płuca lewego z wyraźnemi znakami jamy płucnej (*caverna*). Żył on po operacji wiele miesięcy, będąc w stanie dość dlań znośnym aż do samej śmierci. Na pytanie, kiedy należy przystąpić do operacji, jest tylko jedna odpowiedź: jak można najwcześniej; skoro tylko rozpoznanie zostało z pewnością ustanowione, trzeba ją niezwłocznie przedsięwziąć. Zwlekanie w podobnych razach może tylko zaszkodzić; bo im dłużej choroba trwa, tém gorszem jest rokowanie co do wyleczenia zupełnego. Kto czeka na ustanie gorączki, traci tylko czas i w końcu zmuszonym zostaje do operowania w gorszych warunkach. Gorączka jest właśnie skutkiem ropienia w jamie zamkniętej; najlepszym środkiem usunięcia jęj jest wypuszczenie ropy. Sądze, że czekać aż do przejścia okresu zapalnego, jak radzi KUSSMAUL, nie mamy także potrzeby. W dwóch przypadkach, wypuszczałem ropę przy silnych objawach zapalnych w początku drugiego tygodnia choroby, poczem gorączka natychmiast ustąpiła.

Wszystko zależy na tém, ażeby rozpoznanie wysięku ropnego było stanowcze i o ile można najwcześniejsze. W wielu razach nie przedstawiają się żadne trudności. Obrzęk odpowiedniej połowy klatki piersiowej, zaczerwienienie skóry w tém miejscu, typ cechujący gorączki dla ropy ze znaczném podwyższeniem wieczorném i ciepłotą ciała ranną prawidłową lub prawie normalną, w niektórych przypadkach powtarzające się nieregularnie lub też regularnie w postaci gorączki przepuszczającej (*febris remittens*) dreszcze, każą nam przyjąć, że zawartość jamy opłucni jest ropną. Czasem brak wszelkich tych objawów, a jednak mamy do czynienia z wysiękiem ropnym. Ma się rozumieć, że w podobnych razach rozpoznanie jest nadzwyczaj utrudnione i daje się ustanowić jedynie zapomocą przekłócia próbnego (*punctio probatoria*). W niektórych przypadkach rozpoznanie jest przypadkowym wynikiem przekłócia, przedsięwziętego w innych zupełnie celach. W każdym razie uczynimy dobrze, nawet w przypadkach, gdy przekonani jesteśmy o istnieniu ropy, gdy operację poprzedzimy przekłóciem próbném, ażeby uniknąć wszelkich możliwych pomyłek. Wyjątek stanowi tylko *empyema necessitatis*, gdzie podobna próba jest zupełnie zbyteczną. Przekłócie próbne, wykonywamy albo zwyczajnym trójkątnicem, albo strzykawką PRAVAZ'A. Co do mnie, używałem zawsze pierwszego, gdyż z doświadczenia nad innemi częściami ciała przekonałem się, że przez cienką rurkę strzykawki PRAVAZ'A gęsty płyn ropiasty bardzo często przejść nie może. Przez rurkę trójkątnicą, występuje zawsze kilka kropel nawet bardzo gęstej ropy. Ażeby zapobiedz wejściu powietrza, co jest koniecznem, nim przekonamy się z pewnością o naturze płynu, można do trójkątnic dodać odpowiedni przyrząd. Prawie zawsze wystarcza w chwili wyciągania sztyletu zalecić choremu wydać się jak przy wydalanu stolca i oddech zatrzymać.

Co się tyczy sposobu operowania, to zdania są prawie jednoznaczne. Należy ropę wypuścić całkowicie i starać się o trwałą i swobodną jęj odpływ.

Najpewniej to osiągnąć można przez otworzenie klatki piersiowej cię-

ciem obszerném. Wypuszczenie ropy przez przekłócie, z zapobieżeniem wejścia powietrza, jest postępowaniem dziś powszechnie zaniechaném. W kilka dni po wypuszczeniu ropa z pewnością na nowo się zbiera, co nas zmusza do powtórnego przekłócia, nie dając bynajmniej lepszego wyniku i najlepiej jeszcze chory wyjdzie, gdy w miejscu przekłócia lub też w innéj okolicy wytworzy się empyema necessitatis, która zmusza lekarza nadać ropie przez przecięcie odpływ swobodny. Pomijając już te względy, przekłócie przy niedopuszczeniu powietrza bynajmniej nie czyni zadosyć naszemu celowi, ponieważ zapomocą niego nie udaje się nigdy nawet w przybliżeniu wypuścić całkowitą ilość ropy. Jak mało tą drogą wydaloném zostaje, przekonujemy się najlepiej robiąc nacięcie wkrótce po przekłóciu.

Można wprawdzie przez przekłócie wywołać stałą przetokę piersiową, gdy rurkę trójgranicą pozostawimy przez dni kilka w ranie, lecz postępowanie to przedstawia tę wielką niedogodność, że przetoka wytworzona jest zaciasną. Mamy dosyć sposobności przekonać się w ciągu leczenia operowanego empyematu, nawet po poprzedniém dostateczném rozszerzeniu otworu, jak trudno ropa wypływa przez wąską przetokę. Po ciągłym półgodzinném, albo też dłuższém wypłukiwaniu jamy opłucnej, gdy płyn wstrzykiwany odchodzi już zupełnie czysty, zawsze jednak przez rurkę wypłynie jeszcze pewna ilość ropy. Natomiast przez przecięcie jakże wygodnie, spiesznie i bezpiecznie udaje się oczyścić jamę ropną, a wiadomo nam, jak ważném jest czyste utrzymywanie jamy w początkach rozkładania się ropy. Wprawdzie utworzenie przetoki przez przekłócie jest daleko łatwiejszém od przecięcia, ten jeden wzgląd atoli nie wystarcza do obalenia wszystkich zalet przecięcia. To z pewnością nie przedstawia większego niebezpieczeństwa, jak przekłócie z pozostawieniem rurki trójgranicowej. Ma się rozumieć, kto zrobi przecięcie długości kilku linii z pewnością niewiele zyska i będzie miał niemniej zachodu, jak przy przetoce po przekłóciu. Otwór powinien być dostateczny, długości $1\frac{1}{2}$ —2 cali i rana opłucni ma mieć zupełnie taką długość jak przecięcie skórne, a nie wynosić zaledwie kilka linii.

Przekłócie nożem i przecięcie części miękkich za jednym razem z wewnątrz na zewnątrz, wprawdzie prędzej prowadzi do celu jak przecinanie warstwami, powinno jednak być zaniechane, z wyjątkiem przy empyema necessitatis, gdy ropa jest już dosyć powierzchowną. Przez to bowiem wywołujemy dosyć znaczny krwotok; wprawdzie nie grozi on nigdy niebezpieczeństwem, ale dla czegoż go nie uniknąć, jeśli to w naszej mocy.

Obawa krwotoku, a mianowicie uszkodzenie tętnicy międzyżebrowej była głównym powodem małego rozpowszechnienia operacyi przez przecięcie. Trzymając się środka przestrzeni międzyżebrowej, nie podobna zranić tętnicę. Uszkodzenie małych gałązek tętniczych, nieprawidłowo przebiegających, nie zasługuje na uwagę i krwotok stąd powstały usuwa się łatwo naciskiem palcami. Obawa krwotoku po większej części pochodzi stąd, że po otworzeniu opłucni, nawet nieznaczne ilości krwi miesząc się z zawartością worka opłucnego, zostają bardzo przeceniane i dają pozór znacznej krwotoku. Przecinając warstwami, z otworzeniem opłucni, można się zatrzymać aż do zupełnego ustania krwawienia. Zwykle przecinamy skórę na długość dwóch cali, poczem po zgłębniku żłobkowanym oddzielamy każdą warstwę, aż do ukazania się błyszczącej opłucni. Ta bardzo często wypukła się na zewnątrz, często także pozostaje napiętą i twardą jak kamień. Skoro zawartość worka opłucnego nie została przedtém rozpoznana przez przekłócie próbne, to teraz jeszcze można przez jeden koniec rany wprowadzić trójgranicę, a po przekonaniu się o naturze płynu po rurce przyrządu otworzyć opłucnię. Zwykle zaś otwieramy opłucnię przebijając

ją nożem, rozszerzając ranę przy wyciąganiu takowego. Natychmiast z gwałtownością występuje ropa, powietrze ze sznerem spada do klatki, ażeby się napowrót wraz z ropą wydalić przy wydychaniu. Opukując przytém odpowiednią połowę klatki piersiowej, już zdaleka można dokładnie słyszeć odgłos metaliczny. Wypływ zatrzymuje się chwilami z powodu zapchania otworu wielkimi skrzepami ropnemi, które przy kaszlu zostają wyrzucane. Skrzepy takie wydalały się zawsze w znacznej ilości w pierwszych dniach po wypuszczeniu. One to właśnie stanowią główną przeszkodę dla wypływania ropy przez rurki trójkątne lub przecięcia niedostateczne.

Chloroformowanie dla tak mało bolesnej operacyi jest zbyt cenne; u chorych bardzo wrażliwych można odpowiednią część skóry miejscowo znieczulić.

Opisane postępowanie napotka znaczne trudności w jedynym tylko przypadku, przy tak zwaném „rétrécissement thoracique”. Żebra są czasem tak zbliżone do siebie, że niepodobna między niemi przeniknąć w jamę klatki piersiowej. W takich razach można przedziurawić lub nawet wypilować część żebra.

Miejsce operacyi zależy od przedstawiających się stosunków tak przy empyema necessitatis, jak i przy ograniczonym wysięku ropnym. Jeśli nie ma podobnego przypadku, to najlepiej wybrać punkt położony o ile można najniżej, ażeby ułatwić odpływ ropy. Nie wolno jednak iść za nisko; nie z obawy uszkodzenia przepony—ta bowiem jest zawsze mocno zepchniętą ku dołowi—ale że podczas gojenia, przepona unosi się w górę, przez co może zamknąć przetokę i utrudnić wprowadzenie narzędzi. Również bezskuteczném jest obranie miejsca położonego zanadto na zewnątrz lub ku tyłowi, ponieważ w tych miejscach w czasie gojenia żebra zbliżają się bardzo do siebie i przeszkadzają rozszerzeniu zatoki. Najlepszym miejscem jest przestrzeń międzyżebrowa 5-a i 6-a między linią sutkową i pachową. Po zupełném wypuszczeniu ropy, wsuwamy w otwór kawałek płótna napojony oliwą, lub też pozostawiamy stale cewnik (*catheter*) elastyczny, a to w celu przeszkodzenia zarośnięciu się otworu. Przy opatrunku należy starać się, aby nie było szmeru syczącego, jaki wydaje powietrze wchodzące i wychodzące z rany, co chorego zwykle bardzo niepokoi.

Ropienie bywa bardzo obfite przez pierwsze 48 godzin tak, że gruby pokład waty, dwa razy dziennie zmieniony zupełnie się przemoczy. Zaraz po operacyi, chory doznaje ulgi znacznej, oddech wolny, gorączka zmniejsza się — a pod tym względem pierwszeństwo znaczne przed nakłóciem, polepszenie jest trwałem. I nakłócie sprawia choremu ulgę znaczną, chociaż nigdy tak zupełną jak przy przecięciu, gdyż tylko część ropy wypuszcza się, ale ulga ta jest krótkotrwała; po kilku dniach chory wraca do stanu poprzedniego i domaga się gwałtownie powtórzenia operacyi.

(dok. nast.)

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarzy szpitala Dzieciątka Jezus.

W Październiku roku 1871, Rada miejskiej dobroczynności publicznej na skutek przedstawienia p. o. Lekarza naczelnego szpitala Dz. Jezus D-ra KOBYLAŃSKIEGO, zgodziła się na utworzenie towarzystwa lekarzy tegoż szpitala. Szpital Dz. Jezus szczególnie się do tego rodzaju zebrania nadawał. Charakter jego jako szpitala powszechnego, łączność jego bliska z Instytutem położniczym, z oddziałem obłąkanych, z domem podrzutków, z od-

działami klinicznymi, znaczna liczba ordynujących w nim lekarzy i ich pomocników, wreszcie obfitość materjału, zdawały się rokować tym zebraniom pożyteczną przyszłość. Ustawa towarzystwa nadesłana z góry, określa cel towarzystwa jako „zjednoczenie i ześrodkowanie wszystkich czynności lekarskich”. Prezyduje z urzędu lekarz naczelny, w razie jego nieobecności pomocnik jego. Sekretarz jest wybieralny większością głosów na rok jeden. Przedmiotem zajęć towarzystwa powinny być głównie kwestyje charakteru naukowo-lekarskiego, ale i wszelkie inne zagadnienia dotyczące się higieny i urządzenia szpitalnego nie są wykluczone.

Przedstawienia i żądania wniesione do protokołu, prezydujący przez pośrednictwo kuratora szpitala komunikuje Radzie miejskiej dobroczynności publicznej. Oto treść ustawy odczytanej przez Naczelnego lekarza zebranyim kolegom na pierwszym posiedzeniu dnia 10 Grudnia 1871 r., na którym wybrano na sekretarza D-ra BENNI, a na bibliotekarza D-ra MÜHLHAUSEN'A.

Pierwszém zadaniem zebranych kolegów był wybór pewnej liczby pism peryjodycznych treści lekarskiej, specjalnie na użytek dyżurnych, gdyż takowe w sali dyżurnych się przechowują—wybrano mianowicie „*Przegląd lekarski krakowski*”. „*Allgemeiner Wiener medizinische Wochenschrift*”, „*GREVEL'S Notizen*”, „*Archiv sudiębnoj medicyny i obszczestwiennoj higieny*”.

Posiedzeń dotychczas odbyło się dwanaście, a to zazwyczaj w pierwszych dniach każdego miesiąca. Zajmowano się przeważnie kwestyjami wewnętrznymi szpitala jako to: sekcjami i sposobem wykonywania ich, kwestyją dyżurów, sekundarjuszów, ulepszeniami najpożądańszymi po salach, uzupełnieniem arsenału chirurgicznego i t. p. Z pomiędzy spostrzeżeń naukowych przedstawionych przez członków, zanotować należy liczne przypadki przedstawione z oddziału podrzutek przez D-ra SOMMER'A, i tak naprzykład: ciekawy wypadek objawów wrodzonego przymiotu (*syphilis congenitae*) znacznie wcześniejszego u jednego z dwóch bliźniąt aniżeli u drugiego. Dnia 6 Grudnia 1871 przyniesiono do szpitala dwóch chłopczyków bliźnięta (G. N. 1431). W kilka dni potem uważając te dzieci jako zupełnie zdrowe, wydano je na wies jedną mamce. Dnia 14 Lutego 1872 wrócono obydwóch do szpitala, jednego z wyraźnemi objawami przymiotu wrodzonego (*syphilis congenitae*) jako to: sapka (*ozena*), łuszc (*psoriasis*) na całym ciele, drugiego zaś zupełnie zdrowego. W końcu Kwietnia dopiero objawy wyraźne zakażenia wystąpiły i u drugiego dziecka. Pomiędzy nowotworami zwracał szczególnie uwagę na siebie guz na kości krzyżowej i pośladku lewym dziewczynki kilkomiesięcznej, którego odporność była bardzo rozmaita, i tak: guz był podzielony jakby na cztery zrazy, z których jeden był odporności chrząstkowej, drugi miał zupełnie konsystencyję łuszczaka (*lipoma*), dwa pozostałe zaś wyraźnie były wypełnione płynem. Ze dwie drachmy płynu surowiczego były wypuszczone z tej części guza przez nakłócie. Dziecko do dziś dnia żyje, ale nowotwór rośnie w miarę rozwoju dziecka, zachowując przytęm tę samą różnolitość składu.

Dr. POGORZELSKI podał szczegółowe opisy ciekawszych sekcij naukowych przez niego dokonanych, a pomiędzy innemi w przypadku zapalenia osierdzia z wodną puchliną jamy opłucnej lewej (*Endocarditis cum Hydrothorace sinistro*), gdzie przy sekcji znaleziono tętniak rozlany, workowaty łuku aorty (*Aneurisma diffusum et sacciforme incipiens arcus aortae*) i w drugim przypadku niedomykalności zastawki dwudzielnej (*insufficiencia valvulae mitralis*), gdzie przy badaniu pośmiertném znaleziono i drugą nader rzadką wadę serca, a mianowicie niezarośnięcie otworu owalnego (*foramen ovale nonobliteratum*). Prawa komórka serca i przedsionek prawy powiększone w trójnasób, ściany komórki dwa razy grubsze od prawidłowo-

wych. Szczegółowo wypadek ten został opisany w „Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego”.

Dr. ANTECKI przedstawił dziewczynkę 14-letnią z zajmującym przypadkiem śledziony znacznie powiększonej i stwardniałej (*tumor lienis*) wysiękiem w jamie brzusznej skomplikowanym; polepszenie bardzo znaczne otrzymał zapomocą rewulsyj na skórę i kanał pokarmowy i przez kąpiele. Doniósł pomiędzy innemi o skuteczném działaniu wodanu chloralu (*hydratis chlorali*) podawanego w dawkach znacznych przy obłądnie pijaekim (*delirium potatorum*), a kwasu karbolowego w biegunkach u dzieci (gr. 1 na 1 unc. wody, co godzina po łyżeczce od kawy).

Pomiędzy spostrzeżeniami chirurgicznemi wspomnę o operacji D-ra ORŁOWSKIEGO, wykonanej w celu nadania właściwego kierunku kości udowej złamanej i źle zrosniętej. Złamanie miało miejsce przed rokiem u młodego człowieka, cała kończyna była skrócona o tyle, że pięta jej dochodziła tylko do kostek kończyny drugiej. Po zrobieniu cięcia podłużnego, na 6 cali długiego z boku i na zewnątrz, okazało się, iż jeszcze w pewnej odległości od zrosnięcia istnieje zapalenie okostni, a nawet odkryto ograniczone ognisko ropne. Końce odłamków stykały się ze sobą częścią obwodu swojego i zachodziły jeden po za drugi na długość jednego cala.

Dr. O. przepiłował kostninę (*callus*) pomiędzy niemi będącą, a następnie odpiłował po parę linii długości z każdego odłamku. Po stosownym opatrunku ułożono kończynę na podwójnej równi pochyłej.

Dr. BENNI pomiędzy innemi wypadkami przedstawił trzy kobiety leczone zachowawczo przy ciężkich obrażeniach mechanicznych. Powodem obrażeń były w tych przypadkach młockarnie, które w dwóch sprawiły zmażdżenie ręki, a w trzecim obydwóch kończyn dolnych.

Pierwsza z nich, Klepacz Bronisława, dziewczyna lat 16, miała kość 2-gą, 3-cią i 4-tą śródreżca (*metacarpus*) prawego zgruchotane, kość 5-tą była złamaną w dwóch miejscach. Wykonano wypiłowanie (*resectio*) kości 2-ej, 3-ej i 4-ej śródreżca z wyjątkiem końca stawowego górnego kości 2-ej i końca stawowego dolnego kości 3-ej. Otrzymano zabliznienie zupełne, chora jada tą ręką, ujmuje przedmioty cokolwiek większe za pomocą palucha i palca małego, zgina paluch oddzielnie od innych palców, mały palec w stopniu mniejszym, trzy palce środkowe zgina zaledwie i używa je do przytrzymywania przedmiotów. U drugiej chorą wykonano wypiłowanie kości 2-ćj, 3-ćj, 4-ćj i 5-ćj śródreżca, z zachowaniem wszystkich palców, z paluchem ruchomym. Trzecia chora, w skutek złamań powikłanych zmażdżeniem części miękkich obydwóch goleni, poddaną została wypiłowaniu kości strzałkowej (*fibulae*) lewej i części goleniowej prawej. Dziewczynka chodzi swobodnie, goleń tylko prawa skrzywiona i wygięta cokolwiek ku tyłowi.

W krótkich tych słowach chciałem skreślić obraz ruchu Towarzystwa lekarzy szpitala Dzieciątka Jezus za rok przeszły,—za pierwszy rok swego istnienia. Odtąd o każdym posiedzeniu, o ile takowe zawierać będzie rzeczy zasługujące na uwagę czytelników, nieomieszkamy wspomnieć. Łączenie podobne lekarzy jednego szpitala, dla wzajemnego udzielania sobie spostrzeżeń, dla naradzenia się względem przekształceń szpitalnych, zdaje się nam być korzystnem tak dla lekarzy jak i dla szpitala. Oby przykład ten znalazł naśladowców.

K. B.

WIADOMOŚCI DROBNIJSZE.

Drgawki ogólne (convulsiones) w skutek nacięcia otworu zewnętrznego przewodu słuchowego.

Podał Dr. Józef Talko z Lublina.

W otyjatrii znane są przypadki, stwierdzające, iż nieraz obecność ciał obcych w przewodzie słuchowym zewnętrznym, wywołuje dosyć nieprzyjemne, a nawet groźne przypadłości. Już FABRICIUS HILDANUS opisał wypadek wyleczenia pewnej 18-letniej panny, cierpiącej na padaczkę (*epilepsia*) powikłaną silnymi bólami naprzemian ze znieczuleniem (*anestesia*) całej jednej połowy ciała, wydobyciem z jej ucha szklanej kulki wielkości grochu, 8 lat w niem się znajdującą. TOYNBEC wyleczył gwałtowny i dość długi kaszel, wyjęciem z przewodu słuchowego niewielkiego kawałka zmartwiającej kości. HILLAIRET obserwował przez cały miesiąc powtarzające się drgawki w lewej połowie ciała, połączone z wymiotami u 4-romiesięcznego dziecka; zjawiska te wkrótce ustały po wyjęciu z ucha chorego robaka, z rodzaju *myriapoda*. Podobny przypadek opisują też HANDSFIELD JONES i FR. ARNOLD; ostatni usunął kaszel i kichanie przez wydobywanie bobu z ucha; godna jest pamięci jego uwaga, iż nieraz przyczyna cierpienia piersiowego (kaszel) kryje się w przewodzie słuchowym. Rzeczywiście nieraz przekonaliśmy się, iż podrażniając ten ostatni wprowadzaniem doń wziernika usznego, wywołujemy u chorego mimowolny nerwowy kaszel, nieraz dość silny. Wszystkie tym podobne zjawiska (łaskotanie w szyi, kaszel, wymioty, drgawki) tłumaczą się zwrotnymi (refleksyjnymi) ruchami w skutek podrażnienia nerwu błędnego, rozgałęziającego się w przewodzie słuchowym zewnętrznym powstałymi, jednakże BONNEFONT wymioty w podobnych razach chce wytłumaczyć podrażnieniem żołądka ropą, która z ucha przez gardziel może się doń dostać.

Z drugiej strony—szum w uszach, zawrót głowy, niepewność ruchów—zjawiska nierzadko objawiające się przy istnieniu ciał obcych w uchu, a także nowotworów (naprz. polipów), tłumaczą się uciskiem przez takowe wywieranym na gałązki n. błędnego w przewodzie słuchowym lub bębenu przebiegające, wypada jednak i o tém pamiętać że nieraz obce ciało pozostaje dość długo w przewodzie usznym bez wywołania złych skutków.

Nakoniec znane są przypadki nerwicy usznej (*otalgia nervosa*, *neuralgia plexus tympanici*), zależącej od próchnienia zębów trzonowych. Ostatnimi czasy spostrzegałem 2 wypadki przekonujące, że i operacyjne działanie w przewodzie słuchowym zewnętrznym dokonane, mogą spowodować w następstwie nieprzyjemne i nawet dość groźne zjawiska nerwowe. U pewnego starszakońskiego gimnazysty P. wyrwałem kleszczykami polipa z lewego ucha, wyrastającego z przodkowej ścianki przewodu usznego, tuż przed bębniem; po tej nieco krwawej operacji, zakończonej dość pomyślnie, chory natychmiast zaczął doświadczać tak silnego bólu w zębach trzonowych tylnych odpowiedniej strony, iż zmuszeni byliśmy dać mu kilka gran znajdujących się pod ręką rozczynu hytratis chlorali. Zęby były zdrowe i poprzednio nie bolały. Po pięciu minutach gwałtownego bólu zębów (*odontalgia*) takowy ustąpił zupełnie. Zdarzenie to może potwierdzić i kol. TETZ, łaskawie mi pomagający przy operacji. Przypadek podany odnosimy do wyż wspomnianego związku zachodzącego pomiędzy bólem zębów a nerwicą uszną (*otalgia nervosa*).

Następujący przypadek był o wiele nieprzyjemniejszym. Do szpitala lubelskiego przysłano w Grudniu r. z. *Hersza Topfą*, 25-letniego spisowego z Zamo-

ścia dla zbadania stanu jego uszów. Człowiek ten, w wysokim stopniu niedokrwisty (anemiczny) nędznie zbudowany, był zupełnie głuchym z powodu zarosnięcia otworu zewnętrznego przewodu słuchowego w obu uszach. Zarosnięcie to było obrączkowato błoniaste, z małym w postaci szczeliny otworem (dług. 3, szerok. 2 mm.), przez który można było wprowadzić zgłębnik do przewodu słuchowego. A że zgłębnika nie wprowadzałem głębiej aż po za tylną powierzchnię błony, przeto nie mogłem nim wywołać podrażnienia ścian samego przewodu. Zarosnięcie to, prawdopodobnie wrodzone powikłaniem było ropieniem z lewego ucha. Chcąc ułatwić wydalenie ropy z tego ucha, postanowiłem rozciąć nożykiem guziczkowatym błonisty zrost otworu słuchowego, aby następnie wkładać doń świeczki z laminaria digitata. Lecz zaledwie zrobiłem nacięcie tego zrostu ku dołowi, chory siedzący na taburecie zbladł i upadł na podłogę; następnie w jednej chwili wystąpiły drgawki całego ciała, podczas których nieprzytomny chory szybko i gwałtownie rzucał głową na wszystkie strony, silnie uderzając takową o szafę i stół nieopodal stojące; bezwiedne ruchy albo raczej tarzanie się po ziemi odbywały się tak szybko i z taką siłą, że zaledwie kilku posługaczy mogło go ująć i utrzymywać z trudnością na łóżku. Drgawki trwały blisko 25 minut, z kilku minutowymi przerwankami, przedstawiając drgawki padaczkowe (epileptyczne). Przez cały ten czas chory był zupełnie nieprzytomnym, tętna u niego wyczuć nie mogliśmy, a źrenice jego były rozszerzone. Przyznaję się iż niemal nastraszyły mnie te zatrważające objawy, a obawiając się o życie chorego, posłałem pokolegę S. Po podaniu choremu kilkunastu kroplinalewki makowcowej (*tinct. opii*) i przy wachaniu przez niego rozczyń amonii gryzącej (*liq. ammonii caustici*) udało się nam nakoniec pokonać drgawki, po których zmęczony chory całą dobę przeleżał w łóżku.

Jak wytłumaczyć napad epileptyczny w danym wypadku? Przyszła mi najprzód myśl czy czasem nie cierpiał nasz chory i poprzednio na epilepsję, lecz tego nie można było dowiedzieć się od niego, prawdopodobnie jednak że nie, ponieważ jako spisowy byłby on prędzej przysłał dla przekonania się o tej chorobie, raz na zawsze uwalniając od służby wojskowej. Drgawki w tym razie nie zależały też od utraty krwi, ponieważ pokazało się z ranki zaledwie kilka kropel takowej. Udawania w żaden sposób nie można było podejrzewać, ponieważ chory najprzód zemdlął i dopiero po chwili nastąpiły drgawkowe rzucania się z utratą tętna i rozszerzeniem źrenic połączone. Mielśmy więc do czynienia ze zwrotną (refleksyjną) padaczką, być może że powstała ona w skutek refleksu podrażnionych nerwów czuciowych przy wejściu ich do przewodu słuchowego, na nerw współczulny (sympatyczny); wiadomo bowiem, iż podrażnienie tego ostatniego wywołuje zwężenie światła naczyń krwionośnych, a ztąd powstaje *ischaemia cerebri* i padaczka, jak utrzymują angielscy lekarze. W każdym razie w jakimkolwiek bądź sposób tłumaczyć zechcemy stosunek zrobionego nacięcia w uchu z następowym wystąpieniem ogólnych drgawek, przypadek ten zasługuje ze wszech miar, aby go podać do wiadomości kolegów. Broń nas Boże od podobnych w praktyce przywrotnej!

Od Wydawcy. Ogłoszenia prywatne treści lekarskiej zamieszczać będziemy za opłatą:

Od prenumeratorów: po kop. 10 za wiersz pierwszego ogłoszenia, za następne po kop. 7½ za wiersz.

Od nieprenumerujących: po kop. 20 za wiersz pierwszego ogłoszenia, za następne po kop. 15 za wiersz.

Redaktor odpowiedzialny, Dr. K. Benni.

Wydawca, Dr. J. Rogowicz.