

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O wskazaniach do pyloroplastyki, pylorotomii i gastroenterostomii. Podał D-r Ignacy Grundzach. — O dysharmonii między siłą tętna, a siłą uderzenia serca w stanach chorobowych u histeryczek. Przez D-ra Feliksa Arnsteina. — **Wykłady kliniczne.** O wskazaniach, technice i skutkach wycinania chorobowo zmienionych jajowodów. W wolnym przekładzie podał D-r J. Rogowicz. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 21 Listopada r. b. — **Streszczenia i wyciągi.** 169. Badania nad jałowością ran pod opatrunkiem aseptycznym i antyseptycznym. 170. O prze-szczepialności trądu na zwierzęta. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

O WSKAZANIACH DO PYLOROPLASTYKI, PYLOREKTOMII I GASTROENTEROSTOMII.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warszawskiego w dniu 2 maja 1893 roku)

Podał **D-r Ignacy Grundzach.**

Przedmiotem słów moich będzie wynajdywanie wskazań do operacji powyżej wymienionych. Szczegółami rozpoznawczemi lub technicznemi zajmować się tutaj nie będę.

Wynajdywanie wskazań do tych operacji zajmuje zarówno chirurga jak internistę, głównie jednakże tego ostatniego, gdyż on pierwszy (co do czasu) widzi chorego, rozpoznaje cierpienie, spostrzega chorego i leczy, rokuje co do dalszego przebiegu cierpienia, wreszcie oddaje chorego w ręce chirurga. Na nim więc przedewszystkiem ciąży obowiązek dokładnego zdania sobie sprawy ze wskazań. Do niedawna skazywaliśmy na śmierć wielu chorych, którzy mogli być uratowani. Na szczęście postępy chirurgii sprawiły, że możemy takich chorych uratować, jeżeli nie wszystkich zagrożonych, to znaczną ich część przynajmniej. Sprawę tak ważną godzi się poruszać i to częściej, niż się dzieje dotąd, bez względu na to, komu się lwia część zasługi należy: chirurgom, czy internistom. Obydwaj mają przed sobą bardzo szczytne zadanie i winni iść ręką w rękę.

Zachęcony zupełnem wyzdrowieniem naszej chorej, która była operowana przez kol. ODERFELD'a w Lipcu 1892 roku¹⁾, zapragnąłem zdać sobie dokładnie sprawę ze wszystkich znanych dotychczas wskazań i tem podzielić się z łaskawym czytelnikiem. Nie wszystkie podane przezemnie wskazania są ogólnie przyjęte, niektóre z nich ja wynajduję i podaję od siebie, zaznaczając je wyraźnie trybem warunkowym, jako podlegające dyskusyi.

W jakich przypadkach chorobowych lekarz praktyk powinien sobie powiedzieć „*non possumus*“ i w celu dalszego leczenia wezwać na radę chirurga? Kiedy jest najodpowiedniejsza chwila, aby chorego skierować na drogę chirurgiczną? Tę kwestyę chciałbym tu jedynie poruszyć, nie obciążając słów tych balastem cytat. Powinniśmy być mocno przeświadczeni o bezsilności naszego

¹⁾ Medycyna. N-r 27. Rok 1893.

leczenia w każdym poszczególnym przypadku i mocno wierzyć, że jedyne zbawienie chorego widzimy w operacji, aby nasza świadomość i przekonanie nasze mogło wpłynąć na chorego i otoczenie jego, a wiemy, jaka to sprawa niełatwa, jak trudno nakłonić chorego do operacji!

I. Rozstrzeń żołądka. Pierwszem i najgłówniejszem wskazaniem do tych operacji jest rozstrzeń żołądka (*dilatatio ventriculi*). Jeżeli zadamy sobie pytanie, jakiego rodzaju rozstrzeń stanowić powinna wskazanie, odpowiedzieć wypadnie: wszelkiego rodzaju, t. j. samoistna i wtórna, w pewnych szczególnych warunkach, które postaram się bliżej omówić.

A. Rozstrzeń pierwotna czyli samoistna. (*Dilatatio ventriculi simplex v. primitiva*). Istnieje kategoria chorych, u których z dużem prawdopodobieństwem wyłączyć możemy istnienie jakiegokolwiek momentu, wywołującego zwężenie odźwiernika, u których jednakże za pomocą zwykłych sposobów badania rozpoznamy znaczną rozstrzeń żołądka, powstałą bądź na tle zaburzeń innerwacyjnych, bądź zaburzeń odżywiania ogólnego, *resp.* błony mięsnej żołądka (rekonwalescencya po ciężkich cierpieniach, długotrwałe nadużycia co do ilości pokarmów i napojów, nieżyt chroniczny żołądka). Mówiąc „rozstrzeń“, nie używam tego słowa w znaczeniu BOUCHARD’a. Rozstrzenia w znaczeniu „klinicznem“ nie nazwiemy takiego stanu żołądka, w którym on zajmuje jedynie dużo miejsca w jamie brzusznej, gdy jedynie objętość jego jest powiększona lub dolna granica obniżona. Bynajmniej, zaprowadziłoby to nas za daleko. Te stany nazywamy „*megalogastria, atonia ventriculi, ventriculus verticalis, descensus ventriculi v. gastropstosis*“, ale stany te nigdy nie wymagają operacji, a co ważniejsza, nie są „kliniczną“ rozstrzenią. Nazwę tę zastosujemy w tym razie, jeżeli naczcho zrana znajdywać będziemy wielokrotnie (stale) resztki pokarmów w niestrawionych z dnia poprzedniego, przefermentowanych lub zgniłych, jeżeli zawartość pokarmowa przebywać będzie w żołądku zadługo, jeżeli po śniadaniu EWALD’a w 3—4 godziny, a po obiedzie próbnym RIEGEL’a w 8—10 godzin znajdujemy (i to kilkakrotnie) jeszcze znaczną ilość niestrawionych resztek pokarmowych wraz z drobnoustrojami; wówczas mamy do czynienia z rozstrzenią. Innemi słowy, w pojęciu „rozstrzeń“ dla klinicysty mieści się pojęcie ruchowej niedomogi wysokiego stopnia (*Insufficiëntia motorica majoris gradus*). Powiedziałbym nawet więcej, że te stany chorobowe, w których granice żołądka nie są powiększone (nawet ku dołowi) lub bardzo niewiele powiększone, powinniśmy również nazywać klinicznie rozstrzenią, jeżeli tylko naczcho znajdywać będziemy pokarmy z dnia poprzedniego. Przypadki takie spostrzegałem dokładnie. I tu mamy wysokiego stopnia niedomogę ruchową, jedną z najważniejszych cech klinicznych rozstrzeni, a nie tylko cechy kliniczne, ale rokowanie i leczenie będzie w zgodzie z tem pojęciem. Pluskanie, jakie możemy wywoływać za pomocą uderzeń i wstrząsów (BOUCHARD), jest częstokroć zwodnicze, odnosi się bowiem często do rozdętej poprzecznicy, a nawet, gdy go pewni jesteśmy, nie będziemy twierdzić, że to zawartość pokarmowa, gdyż w czczym żołądku obecność żółci, śluzu lub soku żołądkowego objaw ten wywołać może. Rzecz prosta, że wymioty pokarmowe, naczcho i często się powtarzające i mające pewne cechy charakterystyczne, mają toż samo znaczenie, co znajdywanie niestrawionych pokarmów w żołądku za pomocą zgłębnika; wyłączyć jedynie należy uchyłek przełykowy większych rozmiarów. O szczegóły rozpoznawcze zresztą w tej chwili nie chodzi mi wcale; są one zbyt liczne, aby tu miały być rozważane.

Tak określwszy pojęcie rozstrzeni ²⁾, zapytajmy, w jakich przypadkach pierwotnej i samoistnej rozstrzeni operować powinniśmy? Wskazanie do operacyi mieć będziemy wówczas, gdy cierpienie trwa całe lata, nie poprawia się pod wpływem całego naszego arsenału środków dyetetycznych i leczniczych, których tu wyliczać nie będę, gdy ustrój ulega zatruciu skutkiem wytwarzania się produktów fermentacyi i gnicia, gdy odżywianie ustroju zaczyna upadać, a siły chorego słabnąć. Te szczegóły musimy akcentować, nie leczymy bowiem żołądka, ale ustrój chorego, i o tem nam nigdy zapominać nie wolno. Nie każda rozstrzeń będzie wskazaniem do operacyi. Widujemy chorych ze zmniejszonym wydzielaniem soku żołądkowego i rozstrzenia, którzy po kilku lub kilkunastu przepłukiwaniach żołądka i zastosowaniu odpowiedniej diety, słowem metody oszczędzania żołądka, zaczynają się poprawiać, pokarmy z czczego żołądka i grzybki fermentacyjne znikają, błona mięsna żołądka się wzmacnia, a odżywianie ogólne poprawia. Ci sami chorzy po upływie półrocza lub roku znowu nas odwiedzają, czując się gorzej — dwa, trzy przepłukiwania żołądka wraz z zastosowaniem diety sprawę poprawiają na długo. Są to więc postacie lżejsze i nikt tu o operacyi mówić ani myśleć nie będzie. Są jeszcze inne postacie wcale nie lekkie, a wysoce godne zastanowienia. Są chorzy, którzy mimo dość znacznej rozstrzeni żołądka, połączonej z całkowitym zanikiem gruczołów trawiennych (zupełny brak soku żołądkowego: HCl i fermentów trawiennych), żyją z tem cierpieniem lata całe, naturalnie, przepłukując sobie żołądek codziennie zrana choćby czystą wodą. Pewien chory tej kategorii, którego miałem sposobność spostrzegać przez szereg lat w ambulatoryum D-ra REJCHMAN'a, miewa przytem wyborny apetyt, zjada obfite kolacje z sałatą, ogórkami i serem szwajcarskim, których resztki bardzo znaczne codziennie sobie wypłukuje. Wygląda bardzo dobrze, w ostatnich czasach nawet utył wido- cznie; rzecz inna, czy zawsze tak będzie. Tu również nie może być mowy o operacyi, choć w żołądku zalegają pokarmy, a nawet gniją (zapach gnilny, mnóstwo długich i krótkich laseczników), i to dla tego, że stan ogólny jest względnie doskonały, że ustrój dziwnie tolerancyjny przystosował się do tak ciężkiego zaburzenia, czyniąc operację zbyteczną.

W przypadkach samoistnej rozstrzeni mogą być zastosowane dwie operacye: 1) Utworzenie fałdy równoległej do podłużnej osi żołądka, do wewnątrz skierowanej lub idącej pod kątem do tejże osi, jak to wykonał BIRCHER u 3 chorych z dobrym wynikiem. Fałda nie przeszkadza czynności i może z czasem, jak sądzi B., zaniknąć. Operacya nie trudna. 2) Utworzenie przetoki do kiszek — gastroenterostomia. O ile się zdaje, lepszy to zabieg od poprzedniego, jest bowiem mniejszy, a lepiej rokujący o przyszłej czynności wydalania pokarmów. Robiąc tę operację, wypełniamy zupełnie postulat leczniczy oszczędzania chorego narządu, dając mu możność restytucyi, ćwiczymy zaś i pobudzamy inny zdrowy narząd (kiszki) do energiczniejszej czynności, czego o operacyi BIRCHER'a powiedzieć nie można.

B. Rozstrzeń żołądka wtórna czyli następstwa (*Dilatatio ventriculi secundaria v. consecutiva*), powstała wskutek zwężenia odźwiernika lub początkowej części dwunastnicy, stanowić będzie jedno z najważniejszych wska-

²⁾ W dziełach nowszych, wydanych po moim odezycie, mianowicie Jaworskiego (Podręcznik chorób żołądka) znajdujemy w części tak samo pojmowaną rozstrzeń, zupełnie zaś tak samo określa Bouveret (*Traité des maladies de l'estomac*) rozstrzeń, jak ja to uczynilem.

zań do operacji. Skutków, jakie wywołuje tego rodzaju rozstrzeń, opisywać nie będę, są one powszechnie znane; wiemy dobrze, że w większej liczbie przypadków śmierć jest tu nieunikniona, a droga do niej dość szybka i pochyła. Nie wszystkie jednakże przypadki tego rodzaju nadają się do operacji. Słowo „operacja“ łatwo się wymawia, ale ile się trzeba razy namysleć, ile rzeczy rozważyć, zanim się je wymówi przed chorym lub jego rodziną! Są chorzy, mający wtórną rozstrzeń żołądka w stopniu niezbyt wielkim wraz z pierwotnem zgrubieniem w okolicy odźwiernika, powstałem wskutek przerostu mięśnia lub nacieczenia ścian odźwiernika, i dobrem wydzielaniem soku żołądkowego. Zachodzi tu jedynie utrudnienie w przedostawaniu się pokarmów do dwunastnicy, ale istotnie całkowitej przeszkody niema, jakkolwiek czasem może ona wystąpić, gdy siła błony mięsnej się wyczerpie. Są to przypadki, które dyetą odpowiednią, przepłukiwaniami żołądka (o ile pokarmy zalegają w żołądku), wreszcie środkami wzmacniającemi błonę mięsną uleczyć możemy, lub przynajmniej jesteśmy w stanie stan chorego znacznie poprawić. Jeden taki przypadek miałem sposobność spostrzegać przez lat kilka; niedomoga ruchowa występowała wraz z objawami rozstrzeni u chorej raz do roku lub rzadziej jeszcze.

Z wyjątkiem tych łżejszych przypadków, ogólnie rzecz można, że tego rodzaju rozstrzeń stanowi główne źródło operacyjne dla żołądka. Jakie są przyczyny tego zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy? Wyliczymy je tutaj bez żadnego szerszego omówienia. Stanowią je będzie według częstości: *a*) blizna po wrzodzie okrągłym żołądka, *b*) guz złośliwy odźwiernika (lub dwunastnicy), *c*) kolankowate przegięcie odźwiernika, unieruchomienie wskutek zrostów z otaczającymi narządami, *d*) skurcz lub przerost odźwiernika wskutek czynnościowych zaburzeń (sokotok), *e*) blizna po przetokach żółciowych, *f*) guz dobrotliwy—gruczolak, *g*) fałda błony śluzowej czyli sztuczna zastawka, wreszcie *h*) ucisk z zewnątrz, spowodowany przez guzy sąsiednich narządów: trzustki, pęcherzyka i przewodów żółciowych, wątroby (Budd), sieci wielkiej i t. d.³⁾ (D. n.).

O dysharmonii między siłą tętna, a siłą uderzenia serca w stanach chorobowych u histeryczek.

Przez D-ra Feliksa Arnsteina.

(Rzecz czytana na zebraniu lekarzy prowincjonalnych w Kutnie d. 30 września 1893 r.).

W stanie fizyologicznym między siłą tętna a siłą uderzenia serca panuje zupełna zgodność t. j. siła tętna jest w prostym stosunku do siły uderzeń serca. Fizyologiczne to prawo da się rozciągnąć i na większość stanów patologicznych, przy których wraz z wzmożeniem czynności serca wzmagają się i siła tętna, i przeciwnie. W niektórych jednak stanach patologicznych zgodność ta zostaje naruszona; mamy wówczas dysharmonię między siłą tętna a siłą uderzenia serca, której znajomość jest dla lekarza rzeczą pierwszorzędną wagi, jak o tem świadczą 2 przypadki spostrzegane przeze mnie w ostatnich czasach, które zarazem dowodzą, jak ostrożnym należy być w ocenianiu znaczenia siły tętna dla rokowania w niektórych stanach chorobowych.

³⁾ Sądę, że i intussusceptio pylori, jaką demonstrował prof. Przewoski na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. Lek., gdyby nie skończyła się zgorzola i t. d., mogłaby wywołać tę samą sprawę.

Przypadek 1. Chora trzydziestokilkoletnia, zapadła na dur wysypkowy. W ciągu pierwszych 6 dni przebieg choroby łagodny, zupełnie prawidłowy, ciepłota ciała wahała się między $38,5^{\circ}$ a 39° , tętno 80–90; prócz bólu głowy i uczucia niedomogi, żadnych przypadłości ze strony narządu nerwowego nie stwierdzono. Siódmego dnia choroby ciepłota ciała zrana $38,6^{\circ}$, tętno niewyraźnie się wyczuwa, trudno daje się zliczyć; chora jakaś niespokojna, niechętnie odpowiada na pytania, nie chce przyjmować pożywienia ani lekarstwa. Ósmego dnia choroby dowiedziałem się, że chora od wczorajszego wieczoru nic nie mówi, zaciska zęby, gdy jej się podaje pożywienie; noc przepędziła bezsennością. Ciepłota ciała pod pachą mierzona $38,2^{\circ}$, tętno zupełnie niewyczuwalne, kończyny dolne chłodne; zapytywana, chora otwiera oczy, lecz nic nie odpowiada, zęby ściśnięte tak, że nawet siłą ust otworzyć nie można; od kilkunastu godzin zatrzymany moc. Na wspólnej naradzie tego dnia z kolegą H., byliśmy w pierwszej chwili skłonni do przyjęcia jakiegoś cierpienia ośrodków nerwowych wikłającego dur. Brak jednak wielu objawów, jakiegoś zajęcia ośrodków nerwowych musiały towarzyszyć, kazał raczej przypuszczać, że ciężki stan chorej zależy od zapadu towarzyszącego durowi. Niejasnem wszelako było nagle powstanie tego stanu przy łagodnej stosunkowo postaci duru. Wobec tego rokowanie wydawało się ciężkiem. Zaleciliśmy środki pobudzające podskórnie i letnią kąpiel. Na drugi dzień stan chorej bez zmiany. Tego dnia, badając chorą, uderzony zostałem, wysłuchując serce, że jego uderzenia są prawidłowe, silne, rytmiczne, 80 na minutę, tony czyste; tętno jednak w dalszym ciągu niewyczuwalne, kończyny chłodne, ogólna prostracya, bezmocz. Wobec tego zmuszony byłem odnieść brak tętna do czynnościowego zboczenia w narządzie tętniczym t. j. do kurczowego stanu naczyń, prawdopodobnie histerycznego pochodzenia. Pogląd ten pozwolił mi w rzeczy samej na wyjaśnienie wielu objawów, dotąd dla mnie nie zrozumiałych: zimne kończyny dały się objaśnić nierównym rozdziałem krwi, miejscową peryferyczną niedokrwistością, zależną od skurczu drobnych tętniczek, szczękościsk kurczem histerycznym mięśni; histeryą dała się wytłomaczyć utrata mowy, bezmocz i nareszcie dziwny stan psychiczny chorej. W tej chwili odstawiłem leki pobudzające i przystąpiłem do podawania leków przeciwkurczowych, bromu wraz z walerianą w dużych dawkach i chloralu *per rectum*. Chora pierwszą noc prześpała, a na drugi dzień ustąpił przedewszystkiem szczękościsk tak, że, choć z trudnością, można było wlewać chorej pożywienie i lekarstwa; tętno jednak w dalszym ciągu niewyczuwalne, kończyny mniej chłodne. Zatrzymany mocz wypuszczono kateterem. Na noc chora znowu dostała pełną dawkę (1 gram) chloralu, po której spała 7 godzin, a obudziwszy się, bez oporu przyjęła pożywienie. Stan chorej tego dnia następujący: ciepłota $38,1^{\circ}$, tętno wyczuwalne, słabe jednak w porównaniu z uderzeniem serca, kończyny ciepłe; moc oddaje sama. W południe pierwszy raz po 3 dniach przemówiła. Od tego czasu stan chorej stopniowo się poprawiał, tętno stawało się coraz wyraźniejszym i silniejszym; chora po kilku dniach, po silnych potach, wstąpiła w okres rekonwalescencji; po 4 tygodniach od początku choroby, opuściła łóżko.

Przypadek 2 Do kobiety młodej, dotąd mi nieznanej, wezwany byłem na poradę przez kol. TROCZEWSKIEGO, z powodu zagrażającego życiu upadku sił. Chora ta przeżyła przed niedawnym czasem w Warszawie poronienie, a kilka dni temu wypiła podobno przez pomyłkę roztwór sublimatu. Jak wielką była dawka sublimatu, niepodobna było określić; otrucie jednak musiało być silnem, o czem też świadczyła silnie rozwinięta *stomatitis mercurialis* (ob-

szerne owrzodzenia na dziąsłach, cuchnący odór z ust), wymioty i biegunka. Badanie chorej wykazało: ogólną prostracę, zupełny brak tętna, kończyny górne i dolne zimne jak lód, bezmocz od kilkunastu godzin; chora niespokojna, rozdrażniona, kapryśna; ogromna nadczułość słuchu. Byliśmy w pierwszej chwili stanem chorej zaniepokojeni i skłonni odnieść ten stan do zapadu wywołanego przez otrucie; wobec tego rokowanie przedstawiało się bardzo niepomyślnie. Wysłuchanie serca wkrótce nas jednak przekonało, że jesteśmy w błędzie; tony bowiem serca okazały się silnymi, czystymi, rytmicznymi. Ten wynik badania serca, jakoteż towarzyszące ze strony narządu nerwowego przypadłości nie pozwoliły ani na chwilę wątpić, że ciężki na pozór stan chorej nie jest zależny od prawdziwego zapadu, przez otrucie wywołanego, że brak tętna, zimne kończyny i t. p. są zależne od kurczowego stanu w narządzie tętnicznym histerycznego pochodzenia. Z tego powodu zmieniliśmy pierwotny nasz pogląd na rokowanie, co też i dalszy przebieg w zupełności potwierdził. Chora bowiem, pomimo, żeśmy przez wiele dni nie wyczuwali tętna, że kończyny były chłodne, po wielu tygodniach powróciła do zupełnego zdrowia, przedstawiając w dalszym przebiegu najróżnorodniejsze objawy histeryczne.

Przypadki powyższe pouczają przedewszystkiem, jak nietrudno popełnić pomyłkę w rokowaniu, gdy w przebiegu ostrych chorób u histeryczek, jak w naszych przypadkach raz przy durze, drugi raz przy otruciu, znajdujemy tak wielce niepokojące objawy, jak brak tętna, zimne kończyny. Od błędu uchronić nas może, jak w naszych przypadkach, tylko wysłuchanie serca, wykazujące dysharmonię między siłą tętna a siłą uderzenia serca, nie mającą żadnego poważnego znaczenia. O badaniu też serca u histeryczek w przebiegu ostrych chorób nigdy nie należy zapominać; zadawalnianie się bowiem wymacywaniem tętna, które niewątpliwie daje bardzo cenne wskazówki dla rokowania, jest niedostateczne i może stać się, jak się niejednokrotnie przekonałem, źródłem bardzo poważnych i dla lekarza przykrych pomyłek prognostycznych. Rozpoznanie takiej dysharmonii między siłą tętna a siłą uderzenia serca ma bardzo ważne nie tylko pod względem rokowania, lecz i pod względem leczenia znaczenie. Środki bowiem pobudzające, a szczególnie pobudzające czynność serca, nie tylko nie mogą przynieść korzyści, lecz zdają się być i przeciwwskazane; serce bowiem i tak ma zwiększoną pracę, chcąc pokonać przeszkodę w krążeniu, spowodowaną skurczem naczyń. Leki zaś przeciwkurczowe, *larga manu* stosowane, jak o tem świadczy pierwszy nasz przypadek, w szybkim czasie mogą usunąć nieprzyjemne przypadłości.

Czy taka dysharmonia między siłą tętna a siłą uderzenia serca jest tylko właściwością histeryi, nie umiem orzec; histerya zdaje się jednak bardzo do niej usposabiać; zboczenia bowiem w krążeniu peryferycznem u histeryczek nie należą do rzadkości. Jaki udział w tej dysharmonii przyjmowały w naszych przypadkach cierpienia zasadnicze, dur i otrucie, nie jestem w stanie określić, nie znając poprzedniego stanu obu chorych; sądzę jednak, że wpływ ich był tylko pośredni, że były one momentami (*agents provocateurs* CHARCOT), które obudziły skrytą, lub też wzmogły już istniejącą histeryę.

WYKŁADY KLINICZNE.

SCHAUTA: O wskazaniach, technice i skutkach wycinania chorobowo zmienionych jajowodów ¹⁾).

W wolnym przekładzie podał **Dr. J. Rogowicz.**

Treścią tego wykładu, wygłoszonego na zjeździe Towarzystwa ginekologów niemieckich we Wrocławiu, jest operacyjne leczenie spraw zapalnych jajowodów; zatem o ciąży jajowodowej, ani też o innych guzach nie będzie tu mowy. Właściwy przedmiot wykładu poprzedzamy kilku słowami o częstości, objawach i rozpoznawaniu cierpień jajowodów pochodzenia zapalnego. Na 6315 chorych ginekologicznych, w 1130 przypadkach spostrzegł SCHAUTA wymienione cierpienia, zatem w 17,8%. Przywrócenie prawidłowych stosunków anatomicznych w tych przypadkach, w których jajowód jest grubości palca, albo też, gdzie istnieje zbiornik ropy, jest niemożliwym do urzeczywistnienia zadaniem. Nietylko zdrowie przy cierpieniach jajowodów bywa wielce upośledzone, lecz niekiedy i życie jest zagrożone.

Pod względem rozpoznawania obrzeków zapalnych jajowodów, zasługuje na uwagę objaw podany przez MARTIN'a, a mianowicie zgrubienie ujścia macicznego jajowodu (*isthmus tubae*). Rozpoznanie jakości ropy, zawartej w ropniu jajowodowym, a mianowicie: czy ropa ta jest jałową t. j. nie zawierającą drobnoustrojów, czy też zawiera ona gonokoki, czy gronkowce albo paciorkowce (*staphylo et streptococci*), staje się pewnym dopiero po dokonaniu badania drobnowidzowego, podczas samej operacji. Ani wywiady, ani wynik badania ręcznego, ani dane dotyczące ciepłoty ciała chorych przed operacją, nie dają pojęcia o jakości ropy.

Leczenie spraw zapalnych jajowodów, odpowiednio do ich rodzaju, jest albo zachowawcze, albo radykalne. Leczenie zachowawcze będzie uzasadnione w tych przypadkach, w których objawy chorobowe nie są zbyt dokuczliwe, gdzie dłuższa zwłoka jest dozwolona, a stosunki anatomiczne nie są takie, ażeby wymagały leczenia radykalnego. Pod tym względem mięśnienie zdaje się zajmować pierwsze miejsce w leczeniu spraw zapalnych jajowodów. Jednakże mięśnienie należy stosować tylko w tych przypadkach, w których lekkie obrzmienia i zgrubienia jajowodów nie przechodzą lub też niewiele są większe od grubości pióra kruczego; w każdym razie tam tylko, gdzie nie ma nagromadzenia się ropy.

Przypadki, w których ani operacja, ani mięśnienie nie są wskazane, należy traktować symptomatycznie. Gdzie istnieje nieżyty macicy, należy się ograniczyć na przestrzykiwaniach pochwy i kąpielach. Wszelkie czynniejsze postępowanie: czy to w postaci przyżegań, czy też przestrzykiwań jamy macicznej, jest przeciwwskazane, gdyż tego rodzaju leczenie, jak o tem liczne pouczają przykłady, bardzo często wywołuje ostre pogorszenie spraw zapalnych jajowodów. Toż samo stosuje się do zalecanego w ostatnich czasach leczenia elektrycznością.

Operacja jest wskazana tam, gdzie dokuczliwe przypadłości jednoczą się z pewnymi zmianami anatomicznymi, z których dochodzimy na zasadzie zdobytego doświadczenia do przekonania, że na trwały powrót do stanu prawidłowego już liczyć nie można. Jeżeli jajowód wskutek zapalenia przewlekłego dojdzie do grubości palca, wtedy już o trwałym powrocie jego do normy myśleć niepodobna. Wprawdzie zdarza się, że przy nagromadzeniu się płynu wodnistego lub ropy w jajowodzie (*hydro- et*

¹⁾ Ueber die Indicationen, d. Technik und d. Erfolge der Adnexoperationen. Archiv f. Gynaekologie, 44 Bd. 3 Hft., str. 573—586.

pyosalpinx) wskutek przemijającego opróżnienia worka, obrzęk znika, lecz po to tylko, aby po upływie krótkiego lub dłuższego czasu znowu powrócić. Jeżeli jajowód jest co najmniej grubości palca, lecz brak przytem ciężkich przypadłości, wtedy operacja nie jest uzasadniona. We wszystkich jednakże tych przypadkach, w których nie ma wprawdzie dokuczliwych objawów, lecz istnieje grożące niebezpieczeństwo, z powodu większego nagromadzenia się ropy w jajowodzie, operacja jest wskazana.

Co się zaś dotyczy samej techniki operacyjnej, to winniśmy przedewszystkiem o tem pamiętać, że to jest operacja dotycząca otrzewnej, a tem samem połączona z po-
wnem niebezpieczeństwem. Aczkolwiek wskutek udoskonalonej techniki i aseptyki, niebezpieczeństwo to względnie jest niewielkie, to jednakże chodzi tu o wydalenie narządu, w którym najczęściej sprawa ropienia istnieje. Tem też różni się operacja na jajowodzie dokonywana od wielu innych operacji ginekologicznych, połączonych z otwarciem otrzewny, dla której nie jest obojętną właściwość ropy w jajowodzie nagromadzonej.

Pod tym względem należy rozróżniać trzy rodzaje przypadków, a mianowicie: 1) takie, w których narząd, mający być usuniętym, nie zawiera całkiem ropy, albo zawiera ropę jałową; 2) w których ropa jajowodów zawiera gonokoki; 3) na koniec z ropą, w której znajdują się gronkowce albo paciorkowce.

Jeżeli ropa nie zawiera żadnych drobnoustrojów, to zetknięcie się jej z otrzewną podczas operacji można uważać za rzecz obojętną. Doświadczenie bowiem poucza, że przebieg pooperacyjny w tych przypadkach jest również pomyślny, jak w przypadkach, w których nie ma żadnej zawartości płynnej. Dotąd jednakże nie zostało zupełnie twierdząco rozwiązane zagadnienie, czy ropa, zawierająca gonokoki, jest zawsze i zupełnie nieszkodliwa dla otrzewny. Że zaś gronkowce albo paciorkowce, jakoteż rzadko przytrafiające się pneumokoki są dla otrzewny wielce niebezpieczne, to nie ulega już prawie wątpieniu. Niezawodnie, że i tu, jak wszędzie, niepoślednie mają znaczenie osobnicze właściwości pod względem chorobotwórczości lasieczników, siły chłoniczenia samej otrzewny i usposobienia osobniczego. Bądź co bądź, w każdym razie życie oporowanej, u której podczas laparotomii ropa, zawierająca gronkowce lub paciorkowce, dostanie się do otrzewny, znajduje się w wielkim niebezpieczeństwie.

Odpowiednio do tego zapatrywania się, i pod względem techniki operacye, dokonywane na jajowodach, na trzy należy podzielić grupy. Do pierwszej należą te przypadki, w których nie ma żadnego nagromadzenia się ropy, a tem samem, nie ma obawy o dostanie się jej do otrzewny. Drugą grupę stanowią owe wielkie worki ropą wypełnione, przypierające do powłok brzusznych lub sklepienia pochwy macicznej. Trzecią na koniec stanowią te przypadki, które anatomicznie zajmują miejsce pośrednie pomiędzy dwiema poprzednimi grupami; są to przypadki ze średniej wielkości zbiornikiem ropy, wielkości jaja lub pomarańczy, nie przypierającym ani do powłok brzusznych, ani też do sklepienia pochwowego.

Operacja prostych, do pierwszej grupy należących przypadków, dokonywa się znanym sposobem przez cięcie brzuszne przy położeniu chorej z uniesioną miednicą. Jako zasadę przyjąć należy, ażeby naprzód oswobodzić chory jajowód od jego zrostów, a następnie dopiero rozwinąć więzadło szerokie i przewiązać je częściowemi przewiązkami; szczegóły pomijamy, jako powszechnie znane. Wycinanie dużych worków ropnych, przylegających do powłok brzusznych lub sklepienia pochwowego, nie jest tak proste ani łatwe. Doświadczenie poucza, że duże zbiorniki ropy zawierają w sobie drobnoustroje chorobotwórcze, że posiadają zwykle bardzo mocne zrosty, które najczęściej czynią niemożliwem wydalenie całego worka bez rozerwania go, i że przy pęknięciu takiego zbiornika ropnego, ropa strumieniem i w takiej wytryska ilości, że pomimo całego pośpiechu, niepodobna uchronić od zetknięcia się z nią pętli kiszek. Mając to

na względzie, należy operację rozpoczynać tak, jakbyśmy narazie nie mieli zamiaru worka wydalić. Dalszy przebieg operacji jest zależny od wyniku doraźnie dokonanego badania bakteriologicznego co do rodzaju ropy w jajowodzie zawartej. Od tego bowiem zależy, czy ograniczymy się narazie na wszyciu worka w ranę brzuszną, czy też zaraz przystąpimy do zupełnego wycięcia worka. Otóż, sposób postępowania, wskazany doświadczeniem, jest następujący: po otwarciu jamy brzusznej należy zbadać stan obu jajowodów. Jeżeli się okaże, że, oprócz dużego zbiornika ropy w jednym jajowodzie, i drugi jajowód w mniejszym stopniu jest również chory, to przedewszystkiem ten ostatni należy wyciąć. Następnie, po poprzednim rozdzieleniu zrostów, pomiędzy pętlami kiszek i siecią a guzem jajowodowym, z nagromadzenia się ropy powstałym, przyszywa się mocno otrzewną ścienną do odpowiedniego miejsca worka ropnego i resztę rany brzusznej szczelnie się zamyka szwami w 3-ch piętach przeprowadzonymi. Po dokonaniu tego, wbija się cienki trójkąt w worek ropny w tym miejscu jego swobodnej powierzchni, którą widać w ranie powłok brzusznych, i wyciąga się zapomocą odpowiedniego przyrządu (POTAIN'a) kilka kropel zawartości worka, którą natychmiast bada się pod drobnowidzem. Jeżeli badanie to wykaże, że ropa jest jałowa, lub też zawiera tylko gonokoki, wtedy bez straty czasu opróżnia się worek odpowiedniej grubości trójkątnym, wszystkie szwy, spajające worek z otrzewną ścienną, jako też łączące brzegi rany brzusznej oddala się, i przystępuje do rozdzielenia pozostałych zrostów i wycięcia zropiałego jajowodu. Gdyby zaś okazało się, że ropa zawiera gronkowce lub paciorkowce, to tymczasowo należy ograniczyć się na wszyciu worka w ranę brzuszną t. j. na tem, co zrobiono do chwili poczerpnięcia kilku kropel z jego zawartości; ranę zewnętrzną opatrzyć gazą jodoformową i dopiero wtedy, gdy nastąpi niewątpliwe zlepienie, zrośnięcie ściany worka z otrzewną, co zwykle 5-go dnia ma miejsce, należy worek cięciem otworzyć, opróżnić go i zdrenować; jednym słowem traktować go zewnątrz-otrzewnowo. Oczywiście, w razie istnienia takiego zrostu worka z powłokami brzuszными, że można go otworzyć i opróżnić bez dostania się ropy do jamy brzusznej, wszywanie worka w ranę brzuszną będzie zbyt bezużyteczne. Jeżeli zbiornik ropny jest bardzo duży, a jednakże nie przylega do ściany brzusznej, lecz do sklepienia pochwy, to postępujemy tak samo jak poprzednio, z tą różnicą, że to, co wykonywaliśmy na ścianie brzusznej, robimy na sklepieniu pochwowem. Nie zachodzi jednak wtedy potrzeba dokonywania operacji w dwóch terminach, gdyż wtedy ropa własnym ciężarem wypływa, i niema obawy, ażeby się dostała do otrzewny zagłębienia DOUGLAS'a, przyszytej do powierzchni worka. Jednakże i pod innym jeszcze względem zachodzi znaczna różnica między operowaniem od strony pochwy a dokonywaniem operacji przez cięcie brzuszne, które zawsze, ile razy mamy do wyboru, zasługuje na pierwszeństwo. Różnica ta polega na tem, że nawet w tych przypadkach, w których ropa okaże się jałową lub jedynie gonokoki zawierającą, operując przez pochwę, nie możemy dokonać operacji radykalnej, jak to ma miejsce przy laparotomii. Operacja bowiem radykalna od strony pochwy jest niemożliwa, a przynajmniej nie jest do zalecenia z powodu niezmiernych trudności przy rozdzielaniu licznych i mocnych zrostów guza z jelitami i siecią; operacja zatem przez pochwę będzie zwykle paliatywna. Co się zaś dotyczy całkowitego wyluszczenia macicy przez pochwę, z wielkim powodzeniem przez PÉAN'a i SÉGOND'a dokonywanego z powodu cierpienia jajowodów, to były to zapewne takie przypadki, które się szczególnie do tego nadawały, a mianowicie takie, w których z powodu istnienia dużego zbiornika ropy, ściśle przylegającego do sklepienia pochwy, było wskazane operowanie przez pochwę; tymczasem przy dwuręcznym badaniu jamy guza przekonano się, że oprócz już otwartego worka znajduje się w jego sąsiedztwie drugi zbiornik ropy. W takich przypadkach wydalenie macicy zapewnia dostęp do obu jajowodów i umożliwia zdrenowanie obu zbiorników ropy.

Przechodzimy teraz do trzeciego rodzaju przypadków ropni, wskutek sprawy zapalnej w jajowodach powstałych; są to te przypadki, w których zbiornik ropy jest średniej wielkości: jaja kurzego, do wielkości pomarańczy. Ponieważ w tych przypadkach zwykle guz nie przylega ani do powłok brzusznych, ani też do pochwy tak ściśle, ażebyśmy wprost jedną z tych dróg dostać się mogli do jamy ropnia, to nie pozostaje nic innego, jak typowe wydalenie guza po rozdzieleniu zrostów, przewiązaniu i przecięciu jego szypuły; tak samo, jak postępujemy w pierwszym rodzaju przypadków, bacząc jednak na to, ażeby ropnia nie otworzyć. Nie zawsze się to udaje, pomimo całej uwagi i oględności. W niektórych nawet przypadkach stosunki anatomiczne zmuszają do otwarcia worka np. wtedy, gdy ujście brzuszne jajowodu jest zrosnięte z otrzewną zagłębienia DOUGLAS'a, a zrost ten stanowi zarazem zamknięcie zbiornika ropy. Wtedy przy wyluszczeniu jajowodu zamknięcie to musi ulegć rozerwaniu i ropa wypływa na zewnątrz. Ponieważ w tych przypadkach zbiornik ropy jest średniej wielkości, to i zalanie ropą pola operacyjnego nie następuje tak nagle i obficie, ażebyśmy jej zaraz tamponikami wymaczać nie zdołali. W tym celu należy już uprzednio pętle kiszek odsunąć ku przeponi i pokryte serwetkami w tem położeniu utrzymywać, a przy podniesieniu położeniu miednicy wypływ ropy prawie zawsze ograniczymy do zagłębienia DOUGLAS'a tak, że jedynie starać się należy o zapobieganie rozszerzeniu się zakażenia na pozostałą otrzewną zagłębienia DOUGLAS'a; oczywiście, tam, gdzie takowego zakażenia obawiać się trzeba, o czem znowu tylko podczas operacji dokonane badanie bakteriologiczne ropy przekonać nas może. Jeżeli ropa okaże się jałową albo gonokoki zawierającą, to można bez dalszego zachodu, po oczyszczeniu jamy brzusznej, zaraz przystąpić do jej zamknięcia. Gdy jednakże wykazana zostanie w ropie obecność gronkowców lub paciorkowców, to wtedy należy całe pole operacyjne, będące w zetknięciu z ropą, zdrenować zapomocą worka MIKULICZA, z gazy jodoformowej. Działanie takiego worka polega naprzód na tem, że pochłania on wydzieliny rany i tym sposobem pozbawia drobnoustroje chorobotwórcze podłoża, a nadto, i to jest najważniejsze, wywołuje doraźne zlepki między otaczającymi go pętlami kiszek, przez co pozostała część jamy otrzewnowej zostaje w krótkim czasie zupełnie od zakażonego pola operacyjnego oddzielona. Takie drenowanie nie tylko w razie dostania się ropy chorobotwórczej do zagłębienia DOUGLAS'a, lecz również pożyteczne jest przy ciężkich operacjach połączonych z obrażeniem błony surowiczej albo samej ściany jelita, jako też wtedy, gdy wydalany worek ropny już przed operacją otworzył się do кишки albo do pochwy macicznej.

Zanim przejdziemy do skutków operacyjnego leczenia guzów jajowodowych, pomówmy w kilku słowach o sposobie operowania przy zapaleniu jajowodów (*salpingitis*), który to sposób przez jego autora MARTIN'a został nazwany rezekeją jajowodów, a przez SKUTSCH'a salpingotomią. Jeżeli, jak to z tego, co dotąd powiedzieliśmy, wynika, winniśmy starać się przy wydalaniu obrzeków jajowodowych o to, aby o ile możności uniknąć otwarcia guza i zetknięcia się jego zawartości z otrzewną, to o zastosowaniu tego sposobu wogóle mowy być nie może, albowiem przy rezeceji otwarcie takie rozmyślnie zostaje dokonane. Sądzymy przeto, że ten sposób operowania winien być ograniczony do takich przypadków, w których z góry powzięliśmy przekonanie, że płyn w jajowodzie nagromadzony nie posiada własności chorobotwórczych; zatem przy puchlinie jajowodów (*hydrosalpinx*).

Przy ocenianiu skutków operacyjnego leczenia jajowodów, winniśmy rozróżniać skutek bezpośredni od wyniku trwałego. Z 216 przypadków operowanych przez SCHAUTA, 13 zakończyło się śmiercią; z tych zaś w 2-ch śmierć nastąpiła nie wskutek operacji, lecz zapalenia i zgorzeli płuc, gdyż otrzewną przy sekcyi znaleziono od choroby wolną. Bardzo ciekawe jest rozważanie wyników operacji z punktu zapa-


wania się na konieczność dokonywania badania bakteriologicznego podczas operacji. Pod tym względem należy odnośne przypadki podzielić na 3 grupy, a mianowicie: 1-o na takie, w których nie wykazano żadnej ropy lub też stwierdzono istnienie w jajowodzie ropy jałowej; 2-o z ropą zawierającą gonokoki, i 3-o z ropą, w której znajdujące się gronkowce lub paciorkowce dostały się do otrzewny. Pierwsza grupa zawiera 144 przypadki; z tych w 73 wykazano ropę jałową w zawartości jajowodu, a w 71 żadnej ropy nie znaleziono. Grupa ta dla tego jest liczniejsza od dwóch następnych, że do niej zaliczono i te przypadki, w których badania bakteriologicznego nie dokonywano. Z tych 144 operowanych 4 zmarło.

Do drugiej grupy należą te przypadki w liczbie 33, w których wykazano gonokoki w ropie jajowodu; z tych 3 zmarło. Jeżeli całą tę grupę podzielimy na dwa rodzaje przypadków, a mianowicie: takie, w których guz wyłuszczone bez naruszenia go, i takie, w których nastąpiło jego otwarcie, to na 16 przypadków pierwszego rodzaju jeden zakończył się śmiercią; z 17 zaś drugiego rodzaju, 2 były śmiertelne. Śmierć w pierwszym nastąpiła z gruźlicy płuc; nie była przeto bezpośredni następstwem operacji; w dwóch zaś innych z zapalenia otrzewny.

Najważniejszą jest trzecia grupa przypadków, a mianowicie tych, w których wykazano gronkowce lub paciorkowce w ropie jajowodu. Takich było 15, a z tych 3 śmiercią zakończone. W jednym tylko przypadku udało się wydać worek ropny nienaruszony i w tym nastąpiło wyzdrowienie; w 11 zaś innych przy laparotomii worek uszkodzono, w 6 z nich zastosowano drenowanie gazą jodoformową i z tych 1 zakończył się śmiercią; z niedrenowanych 5-ciu w 2 śmierć nastąpiła. Przypadki te wymownie przemawiają za drenowaniem. Jeszcze bardziej uwydatni się pożytek drenowania, gdy zwrócimy uwagę na przyczyny śmierci niepomyślnie przebiegających przypadków. W jednym przypadku po zakażeniu paciorkowcami i przy drenowaniu, śmierć nastąpiła wskutek przedziurawienia jelita; zdrenowana jama była jednak zupełnie od reszty jamy otrzewnowej oddzielona. W dwóch innych, bez drenowania, przyczyną śmierci było zapalenie otrzewny. We wszystkich 5 przypadkach zanieczyszczenia otrzewny ropą, gronkowce albo paciorkowce zawierającą, które przy drenowaniu zakończyły się wyzdrowieniem, przebieg pooperacyjny był całkiem bezgorączkowy. W 3 zaś, które bez drenowania ostatecznie wyzdrowiały, przebieg był wielce powikłany, albowiem po długim trwaniu silnej gorączki wyzdrowienie nastąpiło dopiero wtedy, gdy w jednym otworzyło się ognisko posokowate przez powłoki brzuszne, w drugim zaś do odbytnicy.

Dwa przypadki, operowane w dwóch terminach, jeden przez cięcie brzuszne, drugi przez pochwę, miały przebieg pomyślny bez powikłań.

Nakoniec, co się dotyczy trwałego skutku dokonanych operacji, to winniśmy przedewszystkiem zaznaczyć, że tylko od 111 operowanych otrzymano wiadomości o ich późniejszym stanie zdrowia. Z tych, 100 cieszy się zupełnem zdrowiem tak, że poprzednio trapiące je bóleści całkiem ustąpiły i żadne nowe się nie pojawiły; miesiączkowanie po największej części ustało, upławy znikły lub są bardzo skąpe; zdolność do pracy powróciła. W 17 przypadkach nastąpiło nieznaczne polepszenie, gdyż pozostały od czasu do czasu ponawiające się bóleści w krzyżu, albo nieprawidłowe krwi odpływy i obfite upławy; w 4-ch nakoniec stan zdrowia pozostał taki sam, jaki był przed operacją. Według tych danych trwałe wyleczenie zapomocą operacji nastąpiło u 82% chorych.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 21 Listopada r. b.

Kol. NEUGEBAUER okazał 3 miesięczny płód z owodnią wydobytą podczas poronienia.

Kol. SADOWSKI przedstawił preparat anatomiczny tętniaka łuku aorty. Preparat ten dotyczy przypadku chorego, którego fotografię S. demonstrował na ostatnim posiedzeniu Towarzystwa. Chory zmarł przed tygodniem przy objawach wzmagającej się duszności, która występowała zazwyczaj w formie napadów. Preparat zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na swoją wielkość, lecz także i dla tego, że błona wewnętrzna aorty przedstawia bardzo małe, prawie nieznaczne zmiany miażdżycowe; gdziekolwiek tylko spostrzegać się dają drobne guzikowate stwardnienia. Ściana aorty cienka, na samym początku łuku znajduje się otwór okrągły, ostro ograniczony, szerokości 6 cm. Otwór ten prowadzi do wielkiego worka o cienkich ścianach i dosyć gładkiej powierzchni wewnętrznej, pokrytej znaczną ilością skrzepów przysięennych powstałych za życia. Worek ten dochodzi do tylnej powierzchni mostka, w znacznej części go niszczy (*usura*), skąd powstaje drugi otwór szerokości 8—10 cm., który wraz z otworem międzyżebrowym (pomiędzy 1—2 żebrem) przepuszcza worek pod mięśnie i skórę. Worek zewnętrzny jest wielkości głowy dziecka. Ściany lewej komory serca prawidłowej grubości, tak, że w tym przypadku przerostu lewego serca nie było. W końcu S. przypomina, że chory, którego preparat przedstawia, przechodził syfilis przed kilkoma laty.

Sekretarz Stały przedstawił dwa preparaty tętniaków aorty, dowodzące, że do wytworzenia się tętniaka prócz zmian na błonie wewnętrznej, potrzebna jest jeszcze pewna wrażliwość błony mięsnej aorty. Na pierwszym preparacie widać bardzo rozległe zmiany miażdżycowe *intimae*, a pomimo tego aorta przedstawia tylko rozlane a nie workowate rozszerzenie. Przeciwnie, na drugim preparacie, gdzie zmiany na błonie są bez porównania mniejsze, widać workowaty tętniak aorty.

Kol. SĘDZIAK, zachęcony wynikami, otrzymanymi przez HEBRĘ w leczeniu chorób skórnych gruźliczej natury wstrzykiwaniami podskórnymi tiozynaminy zastosował metodę tę w 10 przypadkach gruźlicy płuc i krtani i w jednym wilka nosa. Wstrzykiwany był 15% alkoholowy roztwór przeważnie w przestrzeń międzyłopatkową, wyjątkowo tylko w mięszs pośladków. Wstrzykiwania wogóle były bolesne. Kilka razy, pomimo zachowania wszelkich ostrożności, dotyczących aseptyki, wytworzyło się w miejscu nakłucia nacieczenie zapalne. Wstrzykiwania robione były z początku 2 razy tygodniowo, później co 3-ci i co 2-gi dzień w ilości od 0,03 do 0,15. Odczyn miejscowy spostrzegany był zawsze, kilka razy także i ogólny.

Ze spostrzeżeń tych kol. S. wyprowadza następujące wnioski: 1) Tiozynamina podskórną stosowana, w pewnych przypadkach wywiera pomyślny wpływ na sprawę gruźliczą krtani. 2) Na sprawę gruźliczą płuc nie działa. 3) Na stan ogólny w większości przypadków nie wpływa pomyślnie. 4) W przypadkach wilka może być z korzyścią stosowana. 5) Ogólnego odczynu zdaje się nie wywoływać; w przypadkach gruźlicy płuc jednak należy tiozynaminę stosować ostrożnie, gdyż tu odczyn ogólny jest możliwy. Wogóle wyniki, otrzymane przez kol. S., nie zachęcają do dalszego stosowania tiozynaminy. Dyskusyi nie było.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

169. LANZ i FLACH (asystenci KOCHER'a). **Badania nad jałowością ran pod opatrunkiem aseptycznym i antyseptycznym.** Antyseptyczna chirurgia miała na celu powstrzymanie rozwoju bakterii w ranach, gdy zasadą chirurgii aseptycznej jest niedopuszczenie zarazków do rany. Punkt ciężkości odkażania spoczywa w klinice berneńskiej na zabiegach mechanicznych, a następnie na wyjaławianiu, które wykonywa się bezpośrednio przed operacją.

KOCHER operuje, z małemi wyjątkami, z jednym tylko asystentem; narzędzia i opatrunek podaje siostra miłosierdzia. Chloroformujący nie ma żadnej styczności z polem operacyjnym, wyjąwszy operacje na głowie, do których odkaża się sumiennie i chloroformuje maską wyjałowioną w parze. Ograniczenie ilości asystujących ma ważne znaczenie, gdyż najtrudniejsze jest odkażanie rąk. Na potwierdzenie ostatniego przytoczone są badania WELCH'a.

Po krótkim obcięciu paznokci i mechanicznem wyczyszczeniu ich szoruje się ręce mydłem i szczotką w ciągu kilku minut w możliwie najcieplejszej wodzie, następnie moczy się 1—2 minuty w ciepłym roztworze nadmanganianu potasu i, obtarwszy wyjałowionym ręcznikiem, zanurza w ciepłym nasyconym roztworze kwasu szczawowego aż do odbarwienia. Na zakończenie opłukuje się w wodzie wyjałowionej słonej i przez 2 minuty myje się w 2% roztworze sublimatu. Szczepienia cząstek zeskrobanych z odkażonej w ten sposób skóry daly wynik ujemny, następnie przez tę samą skórę parę razy przeciągano dokładnie wyjałowioną igłę z nitką; z zachowaniem wszelkich ostrożności szczepiono nitkę i po większej części rozwijał się „*white coccus*“, gdy tymczasem kontrolujące szczepionki nitki były jałowe. Stąd WELCH wyprowadza wniosek, że w głębokich warstwach skóry gnieźdzą się koki, do których odkażanie nie dosięga i im przypisuje ropienie w kanałach od ukłucia. Do wszystkich operacji, które służyły do niniejszych badań, czyszczono ręce według następującego najnowszego postępowania KOCHER'a. Ręce, a szczególnie paznokcie myje się przez 5—10 minut mydłem i szczotką pod ciągłym strumieniem możliwie najgorętszej wody, następnie obcina się paznokcie i na sucho czyści się pilnikiem. Później następuje szczotkowanie w 1% lysolu i po opłukaniu go ciepłym wyjałowionym 7‰ roztworem soli kuchennej, jeszcze raz szoruje się szczotką i gazą w 1‰ sublimacie. W ten sposób odkaża się ręce do połowy obnażonych ramion, a w celu osłabienia nieprzyjemnego działania sublimatu na skórę w końcu opłukuje go się wyjałowioną wodą słoną. Takie odkażanie prawdopodobnie nie wyjaławia w zupełności rąk, jest jednakże o tyle wystarczające, że osłabiając dostatecznie nawet chorobotwórcze zarazki, usuwa ich wpływ na gojenie rany.

Ubranie wszystkich osób, biorących udział w operacji, stanowią płaszcze kauczukowe, sięgające od szyi do kostek, z rękawami do połowy ramion; płaszcze obmywają sublimatem. Twarz i włosy wycierają gazą sublimatową, usta płuczą ½% karbolem.

Chory w przeddzień operacji dostaje kąpiel, w której myją go dokładnie mydłem i szczotką i gołą rozległą okolicę, w której ma być wykonana operacja. Rano przed operacją okolicę tę obmywają eterem, a bezpośrednio przed operacją szczotkują ciepłym kwaśnym 1‰ roztworem sublimatu. Szczotki stale leżą w 5% karbolu.

Antyseptyczna i aseptyczna sala operacyjna muszą być ściśle oddzielone. Ostatnia prawie cała zbudowana ze szkła, ściany wszędzie gładkie, mebli jaknajmniej (4 stoły: operacyjny, szklanny, do narzędzi i do opatrunków). Wieczorem w wigilię operacji ściany sali wyparzają się strumieniem pary.

Narzędzia wyjaławiają się w parze o ciśnieniu 3½ atmosfer. DAVIDSOHN smarował narzędzia czystymi hodowlami gronkowców i ropą zawierającą je i znalazł, że po wygotowaniu w ciągu pięciu minut w kąpeli wodnej przykrytej, narzędzia nie zawierały zarazków zdolnych do rozwoju. U KOCHER'a narzędzia zakażone gotują ½ godziny w 1% roztworze sody, co chroni je od rdzewienia. Opatrunki, sampony i prześcieradła do przykrycia chorego wyjaławiają się w parze napiętej, t wyjmuje się bezpośrednio przed użyciem wprost ze sterylizatora, znajdującego się w ścianie sali operacyjnej.

Wychodząc z założenia, że najodpowiedniejszy jest opatrunek, który najprędzej wysusza ranę i utrzymuje ją w tym stanie, w klinice KOCHER'a przyjęto za zasadę możliwie najprędzej usuwać zupełnie opatrunek. Dlatego dren wyjmuje się po 24 godzinach, gdyż spełnił już zadanie i zwykle zatkany jest skrzepem, a przy pozostawieniu go dłużej tworzy się kanał wysłany ziarniną, przetoka. Zdjąwszy szwy po 48 godzinach, na linię szwu kładą pasek gazy wyjałowionej, przymocowując ją po brzegach kolodyum, a po środku nasycając miazgą z bizmutu (*Bism. sub-nitr.* z 1‰ sublimatem) Tego rodzaju opatrunek ma tę wyższość, że mniej krępuje chorego, niż pancerz z bandaża, a prócz tego blizna jest tem piękniejsza, im

szwy krócej pozostają i mniej się wrzynają. Przy laparotomiach i wogóle ranach nie drenowanych, kolodyum stosuje się odrazu. Waty nie używają, gdyż z niej trudno paruje wydzielina, jeżeli zaś idzie o równomierny ucisk, wtedy stosują wiórki drzewne.

Pole operacyjne izoluje się wyjałowionemi prześcieradłami, przy operacjach zaś na głowie i szyi, włosy przykrywają czapką kauczukową. Rana ani w czasie ani po operacji zupełnie nie ma zetknięcia z antyseptykami, szczególnie zaś przy operacjach w jamie brzusznej, uważa KOCHER wszelką irygację antyseptykami za zbytęcną, a nawet szkodliwą. TAVET stwierdził, że roztwór 7,5‰ soli kuchennej i 2,5‰ sody przez gotowanie w ciągu kwadransa zabija najodporniejsze zarazki i daleko dłużej pozostaje jałowym, niż fizyologiczny roztwór soli, nie mówiąc o czystej wodzie. Z tego względu do irygowania ran używa się wyłącznie płynu TAVET'a, który nadto zupełnie nie drażni. LANDERER uważa wysuszenie rany i opatrywanie na sucho za najlepszy środek ochronny, jednakże łatwiej jest splukać zarazki, niż zetrzeć na sucho i w ten właśnie sposób łatwiej je zaszczepić poprostu przez wtarcie w tkanki. Przy następnych opatrunkach irygacja również nie robi się; linię szwu ociera się kawałkiem gazy, świeżo wyjętej z sublimatu, w celu uniknięcia zakażenia, gdyż w tej samej sali mogą się znajdować i chorzy zakażeni.

Staranna hemostaza w czasie operacji jest najważniejszym warunkiem dobrego gojenia się rany. Do szwów i podwiązywania naczyń używa się wyłącznie jedwabiu w najlepszym gatunku. W 1887 roku KOCHER zaprzestał używania katgut z powodu powtarzających się jeden po drugim przypadków zakażenia, co przy użyciu jedwabiu nigdy nie miało miejsca. Przy wyjaławianiu w napiętej parze jedwab staje się kruchym, przy działaniu zaś pary o temperaturze 135° tylko w ciągu kilku minut, zdarzyło się 2 razy raz po raz ropienie w szwach. Obecnie w klinice KOCHER'a używany jest następujący sposób wyjaławiania jedwabiu: leży on 24 godziny w eterze w celu odtłuszczenia, poczem nawijają go na szklanne szpulki i kładą na 2 godziny do absolutnego wysoku, następnie przez $\frac{1}{2}$ godziny gotuje się w wyjałowionej wodzie, przekłada na 12 godzin do kwaśnego 1‰ roztworu sublimatu i przechowuje w zwykłym sublimacie 1‰. Jedwab daje bezporównania większą pewność jałowości, aniżeli katgut. Prócz tego jednak ma i mechaniczną wyższość: łatwiej się wiąże, łatwiej uniknąć wtórnych krwotoków, a także bardzo pożądane przy niektórych operacjach (np. herniotomiach radykalnych lub operacjach ALEKSANDRA) mechaniczne działanie przez czas dłuższy.

Stosuje się zawsze ciągly (kuśnierski) szew skórny, gdyż, prócz szybszego wykonania, otrzymuje się piękniejszą bliznę wskutek lepszego złożenia brzegów rany.

W klinice KOCHER'a używane są wyłącznie dreny szklanne, łatwe do wyjałowienia przez gotowanie; po 24 godzinach dren usuwa się. Otwór dla drenu robi się zupełnie oddzielnie, po za linią szwu i po 48 godzinach wyjmują się szwy, a potem cała rana zostaje tylko pod ochroną jałowego paska kolodyonu.

Należy dążyć do zmniejszenia wydzieliny z rany przez unikanie irygacji antyseptycznej. W ranach, gdzie tkanki w głębi nie mogą być dokładnie zbliżone szwami piętrowymi, np. przy wycięciu wola, zawsze zbiera się trochę krwi. W takich przypadkach drenowanie jest przedewszystkiem na miejscu, ponieważ daleko odpowiedniej jest usunąć nagromadzoną krew tą drogą, aniżeli zostawić ją do wchłaniania. W klinice KOCHER'a zagojenie ran odbywa się jeszcze szybciej niż u NEUBER'a, bez sączków; dren wyjmuje się po 24 godzinach, chorzy po wycięciu wola już po 48 godzinach są bez opatrunku, a 4-go dnia wstają, po herniotomii 7-go dnia opuszczają łóżko, a po resekcji 5-go dnia otrzymują opatrunek gipsowy. Pomimo tego, wyniki są najzupełniej zadawalniające, gdyż ze 170 chorych, umieszczonych w tablicach i służących za materiał do tej pracy, zdarzyło się tylko 7 ropni nieznacznych. Poprzedniego roku były jeszcze lepsze wyniki, ponieważ na paręset operowanych były tylko dwa przypadki zakażenia.

Jakże teraz z temi wyśmienitemi wynikami gojenia się ran pogodzić stwierdzony fakt, że np. połowa skrzepów, wyjętych z drenów przy nieskażonym zagojeniu doraźnem, była zakażona?

Najprzód należy rozstrzygnąć, jaki jest powód ropienia w spostrzeganych ropniach, a następnie jaką drogą dostają się pasorzyty do skrzepów.

Jak wiadomo, ropienie bez żadnego udziału drobnoustrojów wywoływane bywa przez pewne ciała chemiczne np. olejek terpentynowy, krotonowy, lapis, rtęć i t. d., a także przez produkty przemiany materii bakterii, ptomainy; tego rodzaju ropienie wywoływały zabite hodowle gronkowca złocistego, *bacillus prodigiosus*, *pyocyaneus* i t. d. O takim chemicznym ropieniu nie może być mowy przy zabiegach aseptycznych; we wszystkich przypadkach były wykazane koki, wywołujące ropienie (*Staphylococcus pyogenes aureus, citreus, Streptococcus pyogenes*). Dostanie się ich do rany możliwe jest w dwojaki sposób: 1) zakażenie pierwotne—w czasie operacji przez powietrze, zetknięcie lub implantację, i 2) zakażenie wtórne — w czasie późniejszych zabiegów drogą powietrza lub ciągłości przez dren.

W kwestyi zakażenia przez powietrze najnowsze badania bakteriologiczne wykazują, że powietrze dobrze utrzymanych sal operacyjnych nie zawiera pasorzytów ropnych. Według KUEMMELE'a wydechane powietrze jest też zawsze jałowe. NEUBER znów dowodzi, że zarazki mogą dostać się do powietrza sali operacyjnej, wniesione przez wciskający się kurz uliczny, na ubraniach lekarzy, przychodzących z sal sekcyjnych, i przez chorych, w opatrunkach. Jest to zupełnie słuszne; należy zwrócić pilną uwagę, aby w powietrzu nie było kurzu, chociaż tego rodzaju zakażenie schodzi na dalszy plan w porównaniu z zakażeniem przez zetknięcie i na nie to należy położyć główny nacisk. Powstaje ono przez zetknięcie wszelkich zakażonych przedmiotów z raną. KOCHER zwrócił uwagę na trzeci sposób zakażenia, implan t a c y e, najgorszy ze wszystkich, a polegający nie na chwilowym zetknięciu, lecz na przeniesieniu do rany pozostającego w niej ciała obcego np. zakażonej nitki. Do tego rodzaju zakażenia należy sprowadzić większość spostrzeganych ropni, które pokazywały się przeważnie dopiero 15—20 dnia po operacji i dla tego nie można przypuszczać, żeby były użyte zakażone nitki; prawdopodobniejsze jest zakażenie nitek rękami. Na zasadzie własnych badań autorzy przypuszczają, że właściwie prawie każda rana jest zakażona, lecz odczyn tkanek może zwyciężyć zarazki bez względu na to, czy są one niewinne, czy też jadowite, lecz w niedostatecznej ilości. Ropnie występowały zawsze, gdy z drenu rozwinęły się hodowle gronkowca lub paciorkowca ropotwórczego. Obecność zarazków względnie ropnych, do których należy gronkowiec biały, w większej części nie wywołuje ropienia, co zresztą zależy od warunków następujących:

1) Usposobienie osobiste lub miejscowe, zależne od sił, utraty krwi, zmniejszenia siły odporności przez narkozę, od chorób ogólnych, stosunków krążenia krwi w okolicy operowanej i t. d. Ciekawe światło na tę kwestyę rzucają badania CANALIS'a i MORPURGO, którzy odporne na węglik (*bacillus anthracis*) gołębie i kury robili nieodpornymi przez głodzenie.

2) Rozmaita jadowitość zależy od różnego stopnia anaërobiozy zarazków.

3) Światło słoneczne działa zabójczo na bakterie, co także może mieć pewne znaczenie.

4) Niedokładna hemostaza może być powodem krwisteku, będącego dobrym gruntem odżywczym dla drobnoustrojów.

5) Tkanki i surowica krwi mogą zwyciężyć tylko ograniczoną ilość zarazków. NISSEN wykazał, że krew tylko trochę osłabia zwykłe zarazki, wywołujące ropienie, po pewnym czasie znów się one mnożą; w dodatku krew po kilkogodzinem stanie traci własność niszczenia bakterii,

6) Najważniejszym powodem powstawania ropni w kanałach od szwu jest, że gronkowiec ropotwórczy biały może w zamkniętej ranie pozostawać zupełnie nieszkodliwym, zakażenie zaś następuje, skoro tylko zostało wprowadzone ognisko zalegowe w postaci ciała obcego, np. jedwabnej nitki.

Doświadczenia bakteriologiczne nad wydzieliną ran operacyjnych podają autorzy w tablicach. W pierwszej zestawionych jest 20 przypadków; szczepiono na żelatynie cząstkę skrzepu z drenu i krew z głębi rany,brane w 24 godzin po operacji przy pierwszym opatrunku. 17 ran zagoiło się doraźnie (*per primam*), 2 przez ropienie, raz było ropienie w szwie. W jednym z przypadków zagojonych przez ropienie, i ze skrzepu i ze krwi otrzymano hodowle gronkowca złocistego, w drugim tylko ze krwi wyhodowano gronkowca cytrynowego, skrzep zaś był jałowy. Szczepiony skrzep w przypadku ropnia w szwie dał hodowlę *staph. cereus albus*, krew była jałowa. Z ran zagojonych doraźnie, 3 razy ze skrzepu i raz ze krwi otrzy-

mano hodowle laseczników podobnych do *bacterium coli comm.*, jednakże różniących się własnościami biologicznymi.

W tablicy II są przytoczone 42 przypadki. Szczepienia dokonywano w ten sposób, że cały dren ze skrzepem wkładano do płynnej żelatyny. Część ran operowano zupełnie aseptycznie, część przy końcu operacji wypłukiwano 1‰ sublimatem, zmywanym później roztworem fizyologicznym soli. Z 24 ran niesublimatowanych tylko 3 szczepienia dały dodatni wynik i przy nieskażonym zagojeniu do rażnem otrzymano hodowle *bacterium coli comm.* (ESCHERICH). Z 18 sublimatowanych ran 7 razy otrzymano hodowle. Rezultat ten pochodzi stąd, że sublimat nie wywiera w ranie żadnego wpływu na drobnoustroje, ponieważ zostaje związany przez białko, a jedyny jego skutek polega na szkodliwym działaniu na tkanki.

Tablica III—szczepienie skrzepu z drenu i IV—szczepienie płynnej krwi na żelatynie. Skrzepy były w połowie przypadków zakażone, a krew prawie zawsze jałowa; sprzeczność IV tabl. z innymi pochodzi stąd, że żelatyna nie jest odpowiednim gruntem odżywczym i przy użyciu agaru, jak dowodzą tabl. V i VI, ilość hodowli jest daleko większa.

Szczepienie nitek, wyjętych ze szwu, dowodzi, że jałowość ich jest większa pod gazą sublimatową, niż pod wyjałowionym (aseptycznym) opatrunkiem; jeżeli nitki pozostają dłużej, zwykle rozwija się pleśń, jednakże pod opatrunkiem aseptycznym nawet po 4 tygodniach mogą być one zupełnie jałowe.

Gaza wyjałowiona (aseptyczna) jest wyjątkowo jałowa po 24 godzinem pozostawianiu na ranie, tymczasem gaza wyjałowiona antyseptyczna (sublimatowa) w tych warunkach jest prawie stale jałowa.

Najlepsze warunki jałowości daje wyjałowiona gaza jodoformowa, gdyż na 10 szczepień gazy, pozostającej dobę na ranie, tylko raz rozwinęły się bakterie.

Przeciwieństwo z sublimatem w działaniu na ranę stanowi jodoform, który rozkładając się, zmienia w nieszkodliwe związki ptomainy powstające wskutek ropienia, jak również kadawerynę. Według BEHRING'a czysta kadaweryna wywołuje ropienie, a nie wywiera tego wpływu, skoro dodać do niej jodoformu. Następnie, jeżeli jodoform nie zabija drobnoustrojów, to w każdym razie wywiera na nie wpływ niepomyślny.

Wyniki badań, przytoczone w tej pracy, nie rzucają światła na t. zw. gorączkę aseptyczną, ponieważ rozwój *staph. pyog. albus* i podniesienie ciepłoty nie zawsze szły w parze. EDELBERG dowiódł, że wstrzykiwanie fermentu włóknikowego, nie dość zgęszczonego, żeby spowodować śmierć przez nagłe krzepnięcie krwi, wywoływało znaczne podniesienie ciepłoty i znaczne zaburzenia w stanie ogólnym. Objasnia to podniesienie ciepłoty przy ranach gojących się aseptycznie, a mianowicie, że powodem tego zjawiska jest wchłanianie krwi (właściwie fermentu włóknikowego) z rany. NEUBER podaje, że ostatniemi czasy przy aseptycznym operowaniu zaledwie $\frac{1}{4}$ jego chorych gorączkuje, gdy tymczasem poprzednio, przy antyseptycznym operowaniu, gorączkowało $\frac{2}{3}$. To samo ma miejsce w klinice KOCHER'a; od czasu wprowadzenia aseptyki podniesienie ciepłoty powyżej 38,0° stanowi wyjątek.

Na zakończenie należy przytoczyć krótkie wnioski praktyczne.

1) Żaden sposób operowania ani postępowania z raną nie daje możliwości usunięcia z niej wszystkich pasorzytów, chociaż obecność niektórych nie wywiera żadnego wpływu na gojenie.

2) Obecność *staph. pyog. aureus* i *streptococcus* zawsze wywołuje zakażenie, *staph. pyog. albus* tylko względnie, a zwykle skórne koki i bacyle są dla rany nieszkodliwe.

3) Zakażenie przez dren, nawet w odległości od otworów ciała, zdarza się daleko częściej, niż przypuszczają, nie należy go się jednakże obawiać, ponieważ zwykle są to pasorzyty nieszkodliwe.

4) Nie jest też bez znaczenia usuwanie razem z drenem skrzepu, tak często zawierającego pasorzyty.

5) Po rozwoju pasorzytów z drenu nie można wyprowadzać wniosków co do przebiegu rany. Obecność gronkowca złocistego zawsze powoduje zakażenie, które się prędzej rozwija, nim w hodowlach rozwinię się barwnik, tak, że zabiegi lecznicze nie opierają się na dodatnich lub ujemnych wynikach szczepienia.

6) Według powyższych badań polewanie rany sublimatem nie wpływa na powstrzymanie rozwoju zarazków, lecz prędzej działa w tym kierunku niepomysłnie, zmniejszając odporność rany przeciw bakterjom. W dodatku chemicznie uszkodzone rany stanowczo niezdolne są do idealnego zagojenia doraźnego wskutek powierzchownej nekrozy, zwiększającej wydzielinę w ranie; nie należy zatem do świeżych ran używać chemicznych środków odkażających.

7) Przy postępowaniu z raną samą należy mieć na względzie nie zabijanie w niej pasorzytów, lecz niedopuszczenie ich, z polem zaś operacyjnym przeciwnie: bardzo na miejscu jest odkażanie sublimatem przed operacją i po nałożeniu szwu, skierowane przeciw pasorzytom skórnym.

8) Wiek chorego i czas trwania operacji nie mają widocznego wpływu na rozwój bakterii w ranie.

9) Że szczepienia nitek wynika, że jałowy pasek kolodyonu równie dobrze chroni od wtórnego zakażenia, jak i opatrunek z bandażem.

10) Metoda KOCHER'a należy do najszybszego usuwania opatrunków najbardziej odpowiada wymaganiom pozostawiania ran suchymi, a właściwością jej jest zasada przeciwstawienia opatrunkom długotrwałym (NEUBER'a).

11) Równie słuszną jak aseptyka dla rany samej, jest antyseptyka przy późniejszym postępowaniu.

12) Nie można zgodzić się ze zdaniem SCHLANGE'go, jakoby cała różnica gazy sublimatowej od wyjałowionej polegała jedynie na pewniejszej jałowości pierwszej. Na krótki przeciąg czasu lepiej chroni od zakażenia wtórnego gaza sublimatowa niż wyjałowiona, lecz we wszystkich przypadkach, gdzie opatrunek ma pozostać czas dłuższy, zalecane jest użycie gazy jodoformowej.

13) Dren jest zbyt czysty tylko wtedy, kiedy innymi środkami (szerokie połączenie brzegów skóry, szwy piętrowe) można z wszelką pewnością uniknąć nagromadzenia wydzieliny w ranie. W przeciwnym razie zawsze lepiej jest wkładać dren na dobę, ponieważ gromadząca się krew 1) przeszkadza przyleganiu i pierwotnemu zlepianiu się tkanki w głębi, 2) grozi niebezpieczeństwem rozkładu; przez dren usuwa się odżywcza dla obecnych wszędzie drobnoustrojów glebę. Nie racjonalne jest wkładanie drenu tak, żeby przechodził przez cały opatrunek i wystawał z niego w celu umożliwienia wyjęcia go bez zmiany opatrunku, ponieważ w ten sposób pozostają otwarte wrota dla wtórnego zakażenia przez ciągłość. Nieodpowiednie też jest wkładanie drenu przez linię szwu, ponieważ w ten sposób zostaje ona przerwana i to przeszkadza sklejeniu się rany na całej przestrzeni.

14) W drenach włożonych do otrzewnej nigdy nie znaleziono zarazków; drenowaniem otrzewnej rządzą zupełnie osobne zasady i wkładanie drenu do wolnej jamy otrzewnej ma bardzo małe mechaniczne znaczenie, a jako ochrona przeciw przypadkowemu zakażeniu w czasie operacji wprost pozbawione jest sensu. Punkt ciężkości spoczywa tutaj na możliwie dokładnem zatamowaniu krwotoku.

(*Archiv für klinische Chirurgie, begr. von D-r B. v. Langenbeck. Bd. 44. Hft. 4. str. 870—922.*) Wł. Wrześniowski.

170. TEDESCHI AL. O przeszczepialności trądu na zwierzęta. Jako materiału używał autor kilku kropel krwi z guza trądowego lub aseptycznie wyciętego kawałeczka takiegoż guza i wprowadzał je pod oponę twardą królików, morskich świnek i małpy. U pierwszych dwóch gatunków zjawiała się *meningoencephalitis resp. meningomyelitis* z wielką ilością łaseczników. U małpy zaszczepionej do rdzenia kręgowego i zmarłej po ośmiu dniach, okazało się, że rdzeń był na znacznej przestrzeni jakby zwarty w czerwono-żółtawą masę i otoczony jasno-żółtym cokolwiek mętnym płynem. Masa owa składała się z młodej tkanki z wielką ilością komórek okrągłych i nabłonkowatych i masą łaseczników, w płynie było również bardzo dużo bakterii trądu. Autor sądzi, że na pomyślny wynik doświadczeń wpływała ta okoliczność, że za miejsce zaszczepienia wybrano ośrodki nerwowe, w których rozmaite chorobotwórcze bakterie (jak karbunkułu, nosaczyny, gruźlicy podług badań tego samego autora) zyskują na jadowitości i zakażają zwierzęta, niewrażliwe na infekcję w innym miejscu. Należy dodać i to, że materiał był zbierany od chorego z ostrym przebiegiem trądu.

(*Centralbl. f. Bakt. u. Paras. B. XIV. N-r 4/5.*) A. Żurkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= D-r SEIFERT. O leczeniu bezgłosu histerycznego. D-r SEIFERT zwraca uwagę na leczenie bezgłosu histerycznego, polegające na połączeniu masażu krtani, ucisku krtani podług OLLIVER'a i metodycznej gimnastyki głosu. Leczenie rozpoczyna od masażu, przyczem przedewszystkiem należy uregulować akt oddychania, ponieważ większość pacyentek cierpi nietylko wskutek braku koordynacji mięśni strun głosowych, lecz i muskulatury narządów oddychania. Następnie S. wykonywa ucisk na boczne części krtani (podług OLLIVER'a), przyczem chore winny starać się o wydobywanie głosu. Poczem S. zmusza pacyentki do powolnego, lecz wyraźnego liczenia, trzymając wciąż palce na chrząstce tarczowej, a to w celu wykonania ucisku na krtani. Przed wymówieniem każdego wyrazu chore powinny wykonać głęboki wdech. W ten sposób udaje się już po pierwszym posiedzeniu wrócić głos pacyentkom. Posiedzenia te należy jednak powtarzać tak często, dopóki nie uzyskamy trwałego wyleczenia. W końcu pracy swej autor wspomina i o innych przyczynach, mogących wywołać bezgłos, jakoto o cierpieniach jam nosowych, jamy nosogardzielowej i migdałka językowego. (Berl. klin. Woch. N. 44. 1893).

I. L.

= MESSNER. Czy kula zostaje wyjąłowioną przez ogrzanie podczas biegu? (Münch. med. Woch. 1892. N. 23). Autor strzelał z odległości 225—250 m. do 27 pudełek blaszanych z żelatyną kulami, zakażonemi gronkowcami ropnemi, lasecznikiem zielonej ropy i *b. prodigioso* i kulami niezakażonemi. Od kul zakażonych powstawały odpowiednie hodowle, kule nie zakażone albo nie dawały hodowli, albo też dawały hodowle pleśni i bakterii z powietrza. Stąd można wnosić, że ogrzanie kuli, niższe zresztą od 100°, nie zabija osiadłych na niej bakterii. A. Żurkowski.

= Ze względu na to, że nawet przy najdokładniejszej aseptyce mogą tworzyć się ropnie po wstrzykiwaniach podskórnych soli arsenikowych, SAALFELD od dłuższego czasu gotuje w próbówce potrzebną do iniekcji ilość roztworu bezpośrednio przed wstrzyknięciem. Od tego czasu S. nie widział ani razu ropnia. (Therap. Monatsh. 10. 93).

Z. S.

= Przeciwno nasieniotołkowi stosuje MEISELS *cornutinum citricum* w dawkach po 0,003, 2 razy dziennie w przeciagu 6—8—14 dni. Kornutyna wywołuje zmniejszenie podrażnienia ośrodka rdzeniowego dla narządów płciowych. (Ungar. Arch. f. Med. II. 1.) Z. S.

= COHNSTEIN szeregiem doświadczeń wykazał błędność mniemania, że kalomel nie działa moczoopędnie u zdrowych ludzi i zwierząt i przekonał się, że prócz kalomelu także moczoopędne działanie posiadają sole srebra i platyny. Działanie to nie występuje, jeżeli uprzednio wywołały porażenie ścian naczyń i ośrodków naczyńioruchowych za pomocą chloralhydratu i jeżeli unerwienie nerek ulegnie zniszczeniu. Wskutek tego nieprawdopodobnem staje się przypuszczenie, że moczoopędne działanie tych soli polega na podrażnieniu nabłonka nerek, a wywołane jest ono prawdopodobnie zmianami w krążeniu. (Archiv für exper. Pathol. und Pharm. T. 30. Zeszyt 1 i 2).

= Na posiedzeniu Berl. Tow. Lek. D-r BLOCH przedstawił chorego, dotkniętego rzadkiem cierpieniem—przewlekłym zatruciem siarkiem węgla. Był to robotnik z fabryki wyrobów gumowych, w której pracował przy wulkanizowaniu przedmiotów od 2½ lat. Od dłuższego czasu miewał odbijania cuchnące i wymioty, do których przyłączyły się zawroty głowy, utrata pamięci, ogólne przygnębienie, niespokojny sen, drżenie członków, osłabienie, wychudnienie, *polyuria* i *polydipsia*. Przy badaniu znaleziono: zwężenie pola widzenia, nieznaczną niesymetryczność obu połów twarzy, osłabienie siły ruchowej w kończynach górnych i dolnych, zwłaszcza na prawej stronie, drżenie kończyn, chód ociężały, ograniczone niezczulenia na ramionach i goleniach, osłabienie odruchów i ból przy ucisku na nerwy: *peronei*, *tibiales*, *mediani* i *radiales*. Jedni autorowie uważają objawy te wyłącznie za histeryczne, drudzy zaś za wynik poważnych zmian organicznych w układzie nerwowym. Zdaniem B. przypadek powyższy dowodzi, że zatrucie siarkiem węgla, jak i inne zatrucia, powodować może z jednej strony toksyczną histeryę, z drugiej zaś, poważne zmiany organiczne. (Deut. med. Woch. Nr. 40. 1893).

= Przy niezycie górnych dróg oddechowych stosował STEPANIE z dobrym skutkiem alumnol. Przy przewlekłym niezycie nosa bez częściowego zaniku lub nawet ze zgrubieniem błony śluzowej stosował natryski z ½—1% wodnego roztworu, penzlowania 1—5% glicerynowym roztworem i wdmuchiwanie 10—20% alumnolu z krochmalem. Natryski działają drażniąco, wdmuchiwanie i penzlowanie znacznie mniej. Przy *ozaena simplex* tylko natryski okazały się skutecznymi. Przy przerostowym katarze nosa, błona śluzowa staje się bledszą, ale nie przychodzi do prawidłowego stanu. Przy zapa-

leniu migdałków zarówno płukania jak i penzlowania 10 — 20% roztworem, dobre wyniki dawały. Szczególniej skutecznym okazywał się ten środek przy nieżycie krtani, zwłaszcza przy silnem obrzmieniu i rozpulchnieniu błony śluzowej. W tych razach używano alumnolu w postaci wdechań $\frac{1}{2}$ —1% roztworu; przy przewlekłym nieżycie krtani stosowano alumnol w proszku 2:10, aż do 5:5. W przymiotowych i gruźliczych cierpieniach krtani niniejsze działanie też dało wyniki dodatnie. Prócz tego zauważyć można było szybkie ściągające działanie 1% roztworów przy krwotokach nosowych. (Pester. med. chir. Presse N-r 37. 1893).

— Przeciwno *acne rosacea* zaleca PETRINI następujące smarowanie: *Resorcini* 1,0. *Ichthyoli* 2,0. *Collodii elastici* 30,0. Smarować należy dzień po dniu w przeciągu 3 dni, a następnie zrobić 5—6 dniowy przestanek, dopóki łuska kolidionowa nie odpadnie. Jeżeli okaże się potrzeba, należy smarowanie powtórzyć. Zupełne wyleczenie ma następować w 2—3 tygodnie. (Rif. med. 1893. III. N-r 26).

— Na zasadzie statystycznego obrobienia 162 przypadków płonicy, spostrzeganych w przeciągu lat 9 w klinice prof. EICHHORSTA, GIMMEL wyprowadza następujące wnioski: 1) Usposobienie (*dispositio*) do płonicy jest u dorosłych nieco mniejsze, niż u dzieci. 2) Zwiększa się ono u dorosłych w miarę dłuższej nieobecności epidemii. 3) Płonica przebiega u dorosłych łżej, niż u dzieci. 4) Zapalenie nerek przylęcza się u dorosłych rzadziej i przebiega u nich znacznie łagodniej, niż u dzieci. 5) Gościec stawowy, jako powikłanie płonicy, zdarza się daleko częściej u dorosłych, aniżeli u dzieci. (Deut. Archiv. f. klin. med. T. 51).

— Rzęzączkowe zapalenie otrzewnej u mężczyzn zdarza się niezmiernie rzadko. Pierwszy HUNTER spostrzegł to cierpienie, po nim autorowie francuzcy. Obecnie ZEISSL zebrał całą odnośną literaturę i podał trzy własne przypadki. Większość przypadków przebiegała łagodnie; dwa razy sprawa przyjęła charakter gnilny z zejściem śmiertelnym. Punktem wyjścia jest według Z. zapalenie pęcherzyków nasiennych, prócz tego zaś sprawa zapalna może się szerzyć drogą naczyń chłonnych lub też przez przewód wyprowadzający (*vas deferens*). (Münch. Med. Woch. N. 43. 93).

— BURTON-FANNING i STEPP znowu usilnie polecają przy krztuścu bromoform. B. leczył 30 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 8 lat i już drugiego dnia po zastosowaniu tego leku zauważył, że napady kaszlu uległy skróceniu i osłabieniu, krwawienia zatrzymały się, wykrztuszanie stało się łatwiejszem i objawy zapalenia oskrzeli ustępowały. Jedno tylko dziecko z powodu zapalenia włosowatych oskrzeli zmarło. Dawka wynosiła u dzieci 0,1—0,3, u dorosłych

1,0—1,5. S. zaleca następujący przepis: Bromoformi gtt X, Alcohol 3—5,0, Aq. dest. 100,0. Syrupi 10,0 co godzinę lub dwie łyżkę stołową. (Gaz. med. de Liege N-r 50.—93).

— HEINZ i LIEBRECHT z bogacili terapię nowym środkiem moczopędnym, a mianowicie solami *natrium*, *lithium* i *strontium sulfocoffeinicum*. Dawka dzienna wynosi 4—6 gram. Sól sodowa trudno rozpuszcza się w wodzie zimnej, nieco lepiej w gorącej. Sól litynowa i strontowa łatwo rozpuszczają się. Wszystkie te sole są mocno gorzkie, należy je podawać w kapsułkach żelatynowych (po 1 gramie). Środki te działają li tylko na wydzielanie się moczu, ujemnego wpływu na tętno, serce, apetyt, trawienie i stan ogólny autorem nie spostrzegali. (Berlin klin. Woch. N-r 43b).

— Z rozporządzenia władz węgierskich mają być na Węgrzech urządzone specjalne wagony dla osób chorych na płuca, a w szczególności dla suchotników, aby usunąć możność zetknięcia się osób zdrowych ze suchotnikami, których plwocina, jak wiadomo, jest powszechnym źródłem zarazy. Na początek wagony takie, urządzone wygodnie i zaopatrzone we wszystko, co dla osób w podobny sposób chorych jest niezbędne, kursować będą między Pesztem a Gleichenbergiem. Racyonalne i pożyteczne to rozporządzenie zapewne w niedługim czasie znajdzie obszerniejsze zastosowanie i wszędzie wprowadzone zostanie. Również mają być wydane przepisy wzbraniające spluwania na podłogę w wagonach, natomiast każdy wagon zaopatrzony będzie w spluwaczki napełniane płynami dezynfekcyjnymi.

Na promenadach publicznych, miejscach zebrania i t. d., również przestrzegany ma być przepis, aby spluwano do odpowiednich naczyń, w dostatecznej liczbie w miejscach tych porożstawianych. Jeżeli przepis ów będzie ściśle wykonywany, a ogół przyzwyczai się do niego i uzna jego konieczność, ani na chwilę wątpić nie można, iż to wpłynie na ograniczenie liczby przypadków zarażenia się za pośrednictwem spulweryzowanej plwociny, laseczniki gruźlicze zawierającej.

— SIPPEL podaje następujący ciekawy przypadek częściowego wycięcia jajnika. 30-letnia kobieta, która raz rodziła, ale pragnęła mieć więcej potomstwa, miała być przez S. operowaną z powodu obustronnego guza jajnika. Prawy jajnik wyluszczonej został w całości. W lewym jajniku w okolicy wrót (*chylus*), znalazł autor pasmo zupełnie zdrowej tkanki. Tę część jajnika grubości 3—4 mm. szerokości 3 ctm. S. pozostawił w jamie brzusznej. We 2 i pół roku po operacji chora urodziła żywe, donoszone dziecko. (Centr. f. Gynæk. 1893, Nr. 3).

Z. S.

= KOERTE przedstawił w towarzystwie chirurgicznym berlińskim preparat śledziony wędrującej, pochodzący od chorej, zmarłej przy objawach zapalenia otrzewnej. Śledziona skrócona była 2 i pół raza na około osi, i utrwa-

lona w swoim położeniu za pomocą zrostów u góry i u dołu. Pomiedzy zrostami a skróconą szypułką śledziony, znajdowała się pętlica kiszek cienkich mocno ściśnięta i w stanie rozpoczynającej się zgorzeli. (Berl. Klin. Woch. 45. 93).

Wiadomości bieżące.

— „Komitet generalny XI międzynarodow. Lek. Zjazdu w Rzymie, ulegając życzeniu kolegów rozmaitych narodowości, jako nowy termin przyszłego Zjazdu wyznacza czas od 29 marca do 5 kwietnia 1894 r. ¹⁾ Zawiadamiając o tem, komitet krakowski i upraszając o podanie tej wiadomości wszystkim kolegom naszego kraju, komitet generalny zarazem zapewnia, że pod względem umieszczenia uczestników Zjazdu będą poczynione wszelkie ułatwienia i że liczba mieszkań będzie niewątpliwie zupełnie wystarczająca.

Podając powyższą odezwę generalnego komitetu do wiadomości szan. kol., komitet krakowski ma zaszczyt niniejszem upraszać o zgłaszanie odczytów oraz o przysyłanie należytości za karty legitymacyjne pod adresem przewodniczącego tegoż komitetu.

Przewodniczący *N. Cybulski*. Sekretarz *P. Radecki*. Kraków. Szczepańska 11.

— Towarzystwo lekarzy Lubelskich w roku 1892/3 odbyło ogółem 12 posiedzeń, z tych pierwsze d. 4 lipca ogólne, przeznaczone na wybory zarządu, i jedno nadzwyczajne, zwołane z powodu epidemii cholery, dla zorganizowania dyżurów, wypracowania odpowiednich instrukcji dla ludności i t. p., oraz 10 posiedzeń zwyczajnych, poświęconych pracom specjalnym. Ważniejsze z tych prac, odczytane na posiedzeniach, są następujące: *OLECHNOWICZ*. Szlachta i włościanie, przyczynki do charakterystyki antropologicznej ludności gub. Lubelskiej. *SCHMIDT*. Sprawozdanie o początku cholery w Biskupicach. *TETZ*. 1) Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu dla cholerycznych. 2) Demonstracja pacjenta dotkniętego chorobą *GILLES de la TOURETTE'a*. 3) Przypadek *Lichen ruber acuminatus*. 4) O zaraźliwości zapalenia płuc. 5) O skuteczności salicylanu sody w zapaleniu opłucnej. *DOWNAR*. 1) O owrzodzeniach rogówki rozwijających się w przebiegu tyfusu cholerycznego. 2) Znamię macierzyste jednostronne. *ZAGÓRSKI*. O ropniach przerzutowych po cholerze. *MIERZYŃSKI* i stud. med.

BRUNNER. Sprawozdanie z prac dokonanych w laboratorium chemicznym i bakteriologicznym, dotyczących wody studziennej w Lublinie. *JAWOROWSKI*. 1) Przypadek macicy podwójnej. 2) Przypadek braku macicy i jajowodów przy doskonałym rozwoju sutek i części płciowych zewnętrznych. 3) Współczesny przebieg odry i płonicy u dwóch chłopców. *KOZIEJOWSKI*. Przypadek zropienia torbieli skórastej jajnika i wyleczenia siłami natury przez otworzenie się do prostnicy. *STANISZEWSKI*. O zastrzykiwaniu Tiozynaminy przy limfomatach. *DZIEWISZEK*. Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu miejskim w Zamościu. *SOCHACKI*. Opis przyrządów uproszczonych w praktyce wiejskiej. *KARPIŃSKI*. O glistach znalezionych w guzie w okolicy pachwinowej.

Prócz większych komunikatów wyżej wymienionych, były liczne demonstracje chorych, okazywanych przeważnie przez kolegów chirurgów, przed lub po dokonanych operacjach.

Epidemia cholery, która srodze dotknęła okolicę, a nadewszystko miasto Lublin, była przedmiotem licznych relacji i dyskusji; wynikiem takowych był odpowiedni referat do właściwej władzy o koniecznej potrzebie kamery dezynfekcyjnej.

Biblioteka Towarzystwa w r. ubiegłym powiększyła się o 74 dzieła w 91 tomach czyli że dzisiaj posiada 2350 dzieł w 4717 tomach. W drodze zamiany otrzymywało Towarzystwo: *Gazetę Lekarską*, *Časopis Lekarův Českých*, *Južno ruskaja medicinsk. gazeta*, *Archiv. biologicznych nauk* wydawanej imperat. instytutem eksperymentalnej medycyny i Sprawozdania z posiedzeń oraz prace 23 Towarzystw lekarskich. Po przeniesieniu biblioteki do nowego lokalu otworzona została czytelnia, którą zasilają członkowie Towarzystwa abonowanemi przez siebie czasopismami. Do zarządu na rok następny powołani zostali: *D-r GŁOGOWSKI FELIKS* na przewodniczącego, *ELIGIUSZ KUSZELEWSKI* na wice-prezesa, *GUSTAW DOŁIŃSKI* na sekretarza, *ALEKSANDER JAWOROWSKI* na bibliotekarza, *JAN KARO* na skarbnika.

¹⁾ Wiadomość tę podaliśmy już w N. 47.