

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O bezwładzie żołądka i kiszek (gastroplegia v. gastroenteroplegia) zwłaszcza po laparotomii, napisał D-r Ignacy Grundzach. Kilka słów o leczeniu uporczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy, podał d-r A. Winawer. — **Streszczenia i wyciągi.** 22. O leczeniu chirurgicznym chorób żołądka. 23. Wartość najczęściej używanych prób do wykrycia cukru w moczu. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 5 lutego r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r I. Grundzach — De la gastroplegie et gastroenteroplegie particulièrement après les laparotomies. 2) D-r A. Winawer — Quelques mots sur le traitement des formes rebelles des rétroversions et rétroflexions de l'utérus.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r I. Grundzach — Ueber die Gastroplegie und Gastroenteroplegie, besonders nach Laparotomien. 2) D-r A. Winawer — Einiges ueber die Behandlung hartnäckiger Fälle von Retroversionen und Retroflexionen der Gebärmutter.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5:

O BEZWŁADZIE ŻOŁĄDKA I KISZEK

(gastroplegia v. gastroenteroplegia)

ZWŁASZCZA PO LAPAROTOMII.

Napisał D-r Ignacy Grundzach.

Po opisanu przypadku, jaki spostrzegałem, i wniosków, jakie z niego wysnułem, zestawie dane, zresztą niezbyt liczne, jakie udało mi się zebrać z literatury przedmiotu, a w końcu zatrzymam się nieco dłużej na rozważeniu etyologii, symptomatologii, istoty i leczenia tego, stosunkowo rzadkiego, a przynajmniej dotąd mało opisywanego cierpienia.

Chora, p. C., dwudziestokilkoletnia mężatka, u której jestem lekarzem domowym, dawniej ważniejszych cierpień nie przebywała. Od czasu do czasu dokucza jej migrena i zaparcie stolca. Urodziła dwoje dzieci, od lat 5-u — *post coitum irrigationes cum aceto aromatico*. W kwietniu 1893 roku zaczęła się chora uskarżać na rozmaite dolegliwości: mdłości, występujące od czasu do czasu, zgagę, bóle, umiejscowione w rozmaitych częściach brzucha, szczególnie w dole jęgo. Miesiączka wstrzymana od 2-ch miesięcy. Odbywaliśmy narady z kol. TYRCHOWSKIM, a następnie i kol. BORYSSOWICZEM; wyłączyłem możliwość zapalenia kiszek ślepej lub wyrostka robaczkowego po nagłym napadzie bólu w dole brzucha, a koledzy akuszerowie rozpoznali *graviditatem extr.uterinam*. W kilka tygodni potem, 30 maja o godzinie 4-ej nad ranem, wezwany zostałem do chorej, gdyż wystąpiły objawy następujące: straszny ból brzucha, upadek tętna i ciepłoty, zimny pot i śmiertelna bledź twarży i całego ciała. Nie ulegało dla mnie żadnej wątpliwości, że wystąpił

krwotok wewnętrzny w jamie brzusznej. Zastrzyknąłem chorej w różnych odstępach czasu 4 szpryki eteru; dałem wino szampańskie i eter — dowewnątrz. Wezwany przezemnie kol. TYRCHOWSKI, a następnie kol. BORYSSOWICZ potwierdzili rozpoznanie i uznali, że konieczna jest laparotomia, która też w kilka godzin potem w domu chorej, w warunkach bardzo dobrych, wykonana została. Szczegółów podawać tutaj nie będę, gdyż przypadek ten opisany zostanie przez kol. TYRCHOWSKIEGO, który chorą operował i wraz z kol. BORYSSOWICZEM i zemną chorą następnie odwiedzał. Operacja potwierdziła rozpoznanie: jamę brzuszną od skrzepów i krwi oczyszczono, płód wydobyto. Chora wyzdrowiała zupełnie.

Z przebiegu cierpienia biorę jedynie 3 dni pooperacyjne, gdyż mam na względzie stan przewodu pokarmowego, wysoce zasługujący na uwagę.

30 maja. Chora jeszcze przed operacją dostawała wino szampańskie; prócz tego dawaliśmy jej lód w kawałkach. Wina w ciągu kilku godzin wypila całą butelkę. Nic więcej chora nie przyjmowała. W kilka godzin po operacji (słaba narkoza chloroformowa) zaczęły od czasu do czasu występować nieobfite zwracania, brzuch zaczął się powoli wzdymać, okolica żołądka wyraźnie wzdymać i podnosić. Powoli wystąpiła całkowita bębniaca przewodu pokarmowego (*tympanites*). Stolca ani wiatrów chora nie oddała, jak również i moczu. Tętno 120, nikle, drobne. Bładość skóry i błon śluzowych niezwykła. Ciemne obwódki pod oczami zapadłymi nadają chorej wyraz twarzy trupi. Ciało zimne zupełnie. Ciężota niespełna 35° C. Rokowanie złe. Zalecono wino i eter, pęcherz z lodem na dołek, drugi — na brzuch.

31 maja. Noc przeszła bez snu. Zwracania trwają. Wygląd ich brudnoszary, zapach „młodego piwa“. Chora prawie bez głosu, szeptem uskarża się na nieznośne „rozdymanie w dołku, przelewanie i burzenie“. Tętno przeszło 100, nikle. Ciężota podnosi się nieco, nie dochodzi jednakże $35,5^{\circ}$ C. Wzdęcie żołądka i kiszek bardzo znaczne. Rozdęty żołądek odgraniczać się daje od reszty brzucha, dołek bowiem (*epigastrium*) jest znacznie wygórowany (pod opatrunkiem). Dolna granica żołądka sięga, o ile sądzić można, prawie do pępka. Na dołku słychać (przez słuchawkę) szmer jakby pękających bulek gazowych. Przy poruszaniu ciałem udało mi się słyszeć szmer pluskania. Wstrząsanie okolicy żołądka nie wywołuje pluskania, jak mi się zdaje, dla tego, że rozdęte ściany żołądka i opatrunek znacznie utrudniają występowanie tego objawu. Wygórowanie to robi wrażenie poduszki gumowej, wypełnionej powietrzem, w części dolka, dostępczej bezpośredniemu badaniu. Przepona, wzniesiona ku górze, utrudnia oddechanie. Apatya; zapaść. Rokowanie niepomyślne. Zalecono pęcherze z lodem w dalszym ciągu i wino szampańskie. Tegoż dnia zająłem się zbadaniem zwracanej zawartości żołądka. Zawartość ta — płynna, koloru brudno-szarego, nawet brunatnawego, posiada zapach „kwaśny“, podobny do zapachu fermentującego młodego piwa lub świeżego chleba (zapachu gnilnego ani razu nie zauważyłem). Odczyn tej zawartości był zaledwie lekko kwaśny, tak, że słabo barwił papierki lakmusowe. Rzecz prosta, że w zawartości tej nie było HCl, były natomiast ślady kwasu mlecznego i octowego. Ważniejszym nierównie było badanie drobnowidzowe. Byłem niezmiernie zdziwiony, znajdując w każdym preparacie niezliczone mnóstwo gęsto usianych kolonii drożdżowych (*torulae cerevisiae*), tak, że wszystkie męty, strzępki i cały osad w tej zawartości składał się jedynie z kolonii drożdżowych. Wieczorem tegoż dnia założyliśmy rurkę do otworu stolcowego dla ułatwienia odejścia wiatrów. Po upływie kilku godzin odeszło nieco wiatrów, co sprawiło ulgę chorej.

1 czerwca Noc przeszła bez snu. Chora w ciągu nocy od czasu do czasu zwraca taką samą zawartość (badanie), co się powtarza i nad ranem. Świeżo zbadana zawartość przedstawia cechy wyżej opisane. Pomimo zwracania tego, w żołądku ciągle znajduje się dużo zawartości płynnej i gazu. Wzdęcie żołądka, jeszcze wyraźne rano, ku wieczorowi się zmniejsza, brzuch również opada (sporo wiatrów bezwonných odchodzi). Mocz oddaje chora (przez zgłębnik) skąpy, nasycony, białka w nim niema. Pęcherz z lodem usunięto, gdyż chorej zaczął ciężyc. Tętno lepsze, około 90. Stan ogólny poprawia się nieco. Zamierzaliśmy przepłukać żołądek chorej. Wieczorem chora zwróciła około 50 ctm. szc. zawartości barwy odmiennej, na co zwróciło uwagę samo otoczenie chorej; zawartość tę dla mnie zachowano. Po zwróceniu tej zawartości, którą poniżej w kilku słowach opiszę, wystąpiło uczucie znacznej ulgi. Tętno mocniejsze. Oddech swobodniejszy. Wyraz twarzy i oczu nieco żywszy. Dołek zapadł się zupełnie. Z chwilą tą nastąpiła poprawa ciężkiego stanu, który w ciągu długiego czasu przychodzenia do zdrowia ani razu nie wrócił. Zawartość żołądka, ostatnio zwrócona, badana przezemnie nazajutrz zrana, posiadała barwę żółto-zieloną, która następnie zmieniła się na trawiasto-zieloną, odczyn wyraźnie kwaśny, stopień kwasności wynosił 0,1%; przesącz mocno barwił papierek *congo* i odczynnik GÜNZBURG'a, a więc zawierał dość dużo wolnego HCl. Odczynnik UFFELMANN'a nie wykazywał kwasu mlecznego. Pod drobnowidzem znalazłem jedynie jądra komórkowe JAWORSKIEGO, ani jednej zaś komórki drożdżowej wówczas znaleźć nie mogłem, co mię bardzo zastanawiało.

Streszczając się, zauważę, że chora nasza po laparotomii w ciągu trzech dni miała ciężkie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, polegające na bezruchu, bezwładzie żołądka i kiszek. Stanu tego dowodzą następujące dane: 1) nagle powstałe znaczne wzdęcie żołądka i kiszek; 2) przepełnienie żołądka płynem i gazem pomimo ciągłych zwracań, z czego widać, że z żołądka do kiszek nic się nie przedostawało i, jak się zdaje, nic się nie wchłaniało; 3) żołądek przedstawiał nieruchomy worek, który wypełniał się nadmiernie, wskutek czego działaniem tłoczni brzusznej wyrzucane były od czasu do czasu niewielkie ilości płynu; 4) w żołądku odbywała się żywa fermentacja drożdżowa wprowadzanego wina, z której po upływie 3-ch dni nie pozostało ani śladu. Ważny bardzo, z punktu widzenia patologicznego, jest fakt, że w czasie bezwładu żołądka ani razu nie znalazłem kwasu solnego, który następnie po przejściu cierpienia zjawiał się w ostatnim zwróceniu żółciowym w dość znacznej ilości. Zdaje mi się, że fakt ten kliniczny przemawia za istnieniem jednoczesnego porażenia wydzielniczego. Mielśmy więc, jak sądzę, do czynienia z porażeniem wszystkich czynności żołądka: ruchowej, chłoniczej i wydzielniczej. O rozpoznaniu różniczkowem wspomnę jeszcze na innem miejscu.

Dane, co do przewodu kiskowego, przemawiają jedynie za istnieniem porażenia ruchowego; o innych czynnościach kiszek żadnych danych nie posiadam ze względów łatwo zrozumiałych. Ogólny stan chorej, wskutek utraty znacznej ilości krwi i cierpienia żołądkowego, był ciągle bardzo poważny. Zasługuje na uwagę fakt, że z chwilą zwrócenia opisanej zawartości żółciowej, nastąpiła dosyć szybko poprawa miejscowa i ogólna.

Już wówczas rozumiałem, że mieliśmy do czynienia ze szczególnym jakimś stanem porażenia przewodu pokarmowego. Pomimo to dość długo, bo przeszło 1½ roku, czekałem z przedstawieniem tego przypadku w świetle należytem. Teraz czynię to, gdyż przekonałem się, że zrozumienie tego przy-

padku jest właściwe, a coraz więcej spostrzeżeń dowodzi słuszności mego zapatrywania.

W pół roku potem, kol. BORYSSOWICZ spostrzegał bezwład tego rodzaju. Upoważniony jestem do wspomnienia o tym przypadku, a czynię to tem chętniej, że nie znam w literaturze naszej przypadków, szczegółowo opisanych, tego rodzaju. Dotyczył on chorej z torbielą jajnika (skręconą naokoło osi). Po laparotomii wystąpiły objawy bezwładu żołądka i kiszek, które 6-go dnia po obfitych wymiotach cuchnących, ustąpiły. Przypadek ten będzie wkrótce przez kol. BORYSSOWICZA szczegółowo opisany.

Koledzy: DINTE i REICHSTEIN w zakładzie chirurgicznym spostrzegali 2 tego rodzaju przypadki stosunkowo niedawno, o czym z rozmowy się dowiedziałem. W jednym z nich robiono laparotomię z powodu przewlekłego zapalenia otrzewny surowiczo-włóknikowego, w drugim — z powodu mięsaka sieci wielkiej (*omenti*). Po laparotomiach w 24 — 36 godzin rozwinął się ciężki stan zapaści; chorzy wymiotowali. W jednym z nich przy przeplukiwaniu żołądka wydobyto około 4-ch litrów nagromadzonej zawartości, poczem nastąpiła poprawa. W drugim po przeplukaniu żołądka również nastąpiła poprawa. Przypadki te będą w swoim czasie opisane. Wszystkie te przypadki, jak sądzę, należą do szeregu gastroplegii czyli gastroenteroplegii.

Dane, jakie posiadamy w literaturze, są bardzo skąpe. W podręcznikach chorób żołądka w języku polskim i niemieckim niema wcale wzmianki o tem cierpieniu. Ani JAWORSKI ¹⁾, ani EWALD ²⁾, BOAS ³⁾, ROSENHEIM ⁴⁾ o tem cierpieniu nie wspominają. ROSENHEIM używa słowa „gastroplegia“, ale ma na myśli jedynie cierpienie, inaczej zwane atonią, niedowładem żołądka. Jedynie BOUVERET ⁵⁾ w pięknym swem dziele poświęca w dziale nerwic mały rozdział temu przedmiotowi. Wszystkie przypadki, jakie zebrał BOUVERET, zasługują na baczną uwagę, chodzi bowiem o poznanie i dobre rozumienie faktów klinicznych, błędnie nieraz tłómaczonych; wobec małej ilości dokładnie opisanych przypadków, każdy z nich pewnej nabiera wagi i zasługuje na wyszczególnienie.

Do ERDMANN'a ⁶⁾ przybył 18-letni, mały, źle odżywiany, nalany (*pastös*) chłopiec, skarżąc się na rozdęcie żołądka. Przed 5-u dniami, jak opowiedział, w mocno skurczonem położeniu ciała upadł nawznak z pewnej wysokości i wkrótce po upadnięciu zauważył rozdęcie okolicy żołądka. Powierzchnia guzowatości znajdowała się na jednym poziomie z klatką piersiową i sięgała do poprzecznej linii pępkowej, stąd zaś ku spojeniu łonowemu spostrzegać się dawało znaczne zagłębienie. Skóra na guzowatości zdrowa; przy obmacywaniu wyczuwało się odporność poduszki gumowej, powietrzem wypełnionej. Żadnych szmerów przytem wywołać nie można było. Opukiwanie guza tego dawało jasny odgłos bębniasty, który na prawo od linii środkowej ciała wydawał się nieco stłumiony. Przy wysłuchiowaniu — niewyraźne burkotanie i podmuchy. Dotykanie ściany brzucha wywoływało umiarkowane bóle, które wywoływane bywały i przez przyjmowanie pokarmów; jest to powód, dla któ-

¹⁾ Podręcznik chorób żołądka. Kraków. 1893.

²⁾ Klinik der Verdauungskrankheiten. Berlin.

³⁾ Allgemeine Diagnostik und Therapie d. Magenkrankheiten. Berlin.

⁴⁾ Pathologie und Therapie der Krankheiten d. Speiseröhre u. des Magens. Berlin. 1891.

⁵⁾ Traité des maladies de l'estomac. Paris. 1893.

⁶⁾ Ein Fall von acuter Magenerweiterung. Virchow's Arch. 1868. T. 43, str. 295.

rego chory od chwili uderzenia zaprzestał przyjmowania pokarmów. Na poślaskach wynaczynienia z powodu uderzenia. Płuca i serce zdrowe. Suchy kaszel wywoływał bóle w dołku. Zastosowano morfinę i zimne okłady na dołek. Na trzeci dzień dopiero nastąpiło wypróżnienie. Tegoż dnia guz się znacznie zmniejszył i wszędzie dawał odgłos jasny, bębniasty. W 7 dni po przybyciu wypisano chorego, jako zdrowego zupełnie, gdy pod wpływem zimna wzdęcie zupełnie ustąpiło.

Jak sądzi E., chodzi tu o „rozstrzeń żołądka“ (*Magenerweiterung*), gdyż tylko od rozstrzeni zależeć mógł ów guz, robiący wrażenie poduszki gumowej. Rozstrzeń ta powstała nagle i, „jak trzeba przyjąć, wskutek bezwładu ścian żołądka, który wystąpił z powodu upadnięcia nawznak i wstrząśnienia trzew brzusznych. Zimno w postaci okładów usunęło porażenie ścian żołądka (a więc i guzowatość), działając na drodze odruchowej przez wywołanie skurczów błony mięsnej żołądka. Bóle w dołku zależały zapewne od uderzenia, stłumienie po stronie prawej linii środkowej ciała — zapewne od zalegających w żołądku pokarmów i napojów, a może od wylewu krwawego“.

KœBERLÉ ⁷⁾ zaznacza rozstrzeń paralityczną żołądka po laparotomii.

GROSS ⁸⁾ podaje kilka przykładów tegoż bezwładu żołądka po laparotomii.

Nadzwyczajnie interesujące spostrzeżenie podaje HUNTER ⁹⁾: podczas operacji autor znalazł zdrowy żołądek; w 10 dni później oznaki rozstrzeni były już bardzo wyraźne, a oględziny pośmiertne stwierdziły, że żołądek zajmował większą część jamy brzusznej.

FÜRSTNER ¹⁰⁾ spostrzegał 3 przypadki tego rodzaju, wskutek uderzenia brzuchem lub w brzuch. Wszystkie dotyczyły młodych dziewcząt (u 2 skłonności neuropatyczne w lekkim stopniu). „W przypadkach tych na pierwszy plan występuje peryodyczne, bolesne, krócej lub dłużej trwające wzdęcie żołądka i rozstrzeń, połączone z wymiotowaniem mas śluzowych (czasem krwią zabarwionych) i napady drgawek ogólnych. Na drugim planie są: bóle głowy, zatrzymanie moczu, bezgłos, pleuralgia i przykurczenia (*Contracturen*)“. F. utrzymuje, że pierwsze objawy występują zawsze ze strony żołądka, inne są wtórne, i sądzi, że źródłem powstawania objawów histerycznych są właśnie owe napady wzdęcia żołądka. F. widział doskonale wyniki faradyzacji okolicy żołądka. Po faradyzacji wszystkie objawy znikają“.

Wreszcie w roku zeszłym HAHN ¹¹⁾ w odczycie swoim poruszył przedmiot, będący, zdaniem mojem, w bezpośrednim związku ze sprawą, którą opisuję, jakkolwiek cierpienia wyraźnie nie określa. Doradza on mianowicie w każdym przypadku operacji na żołądku (szczególniej w gastroenterostomiach) wczesne przepłukanie żołądka. „Nie uwierzcie Panowie, co za posokowate masy, zwłaszcza przy pierwszym przepłukiwaniu żołądka, bywają wydalone z tego narządu“, powiada HAHN. Jedna np. chora po gastroenterostomii 5 dni wymiotowała; wymioty miały zapach gnilny. Po kilku przepłukaniach żołądka chora sama poczuła, że „teraz wszystko idzie jaknajlepiej“. Ani na chwilę nie wątpię, że HAHN miał do czynienia z bezwładem żołądka pooperacyjnym.

(D. n.).

⁷⁾ Société méd. de Strassbourg. 1873, cyt. u Bouveret'a.

⁸⁾ Leçons de clinique chirurgicale. Nancy. 1878, cyt. u Bouveret'a.

⁹⁾ New-York med. Record. 1889, cyt. u Bouveret'a.

¹⁰⁾ Ueber die Anwendung des Inductionsstromes bei gewissen Formen der Magenerweiterung. Berl. klin. Woch. 1876.

¹¹⁾ Berl. klin. Woch. 1894. N. 48.

Kilka słów o leczeniu uporczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy,

podał d-r A. Winawer.

(Rzecz, czytana na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie).

Uporczywem tyłopochylenieniem—zgięciem, czyli odchyleniem, odgięciem macicy nazywamy wraz ze SCHULTZE'm (1) te postacie wadliwego położenia narządu, w których bądź odprowadzenie, bądź też utrzymanie macicy w położeniu prawidłowem przy pomocy krążka pochwowego osiągnąć się nie daje. Przyczynę tej przeszkody w odprowadzeniu i utrzymaniu narządu, oprócz nowotworów macicy oraz nowotworów narządów przydatkowych i narządów miedniczych, a także wypocin zapalnych i krwisteków przedmacicznych, stanowią przeważnie te zmiany, które powstają wskutek zapalenia tkanki łącznej przymacicznej i otrzewny miedniczej (*para-, perimetritis, pelvipерitonitis*).

Zmiany te pozapalne powodują ustalenie narządu w ten sposób, iż, po pierwsze, jako szerokie zlepy na powierzchni oraz taśmowate lub nitkowate powrózki, przyczepiają trzon macicy wraz z narządami przydatkowymi do tylnej lub bocznej ściany miednicy, do odbytnicy lub dna jamy DOUGLAS'a, i, podrugie, jako przykrócenia w łączno-tkankowej podściółce otrzewny, oraz przykrócenia i powrózki w tkance łącznej przymacicznej, ustalają trzon macicy w tylnym lub tylno-bocznym, a szyję maciczną w bocznym lub przodowym odcinku miednicy. Podział ten uporczywych zboczeń macicy, wprowadzony przez SCHULTZE'go, nie jest ścisły pod względem anatomo-patologicznym, gdyż przykrócenia w tkance łącznej przymacicznej i przyczepiny w jamie otrzewny powstają nieraz spółcześnie wskutek zapalenia tkanki łącznej przymacicznej i otrzewny miedniczej, praktyczny jest jednak ze względu na wskazania lecznicze.

Ustalenie macicy obu tych postaci usunąć można w większości przypadków przez leczenie mechaniczne: unieruchomienie macicy działu pierwszego sposobem SCHULTZE'go (2) lub THURE BRANDT'a (3), zaś ustalenie narządu działu drugiego przeważnie tym ostatnim sposobem.

Sposób SCHULTZE'go odklejania i rozrywania przyczepin otrzewnowych palcami od odbytnicy działającymi, w uspianiu chloroformem chorej, mimo tej ważnej zalety, iż w niektórych przypadkach na jednym lub kilku posiedzeniach [GOTTSCHALK (4), SKUTSCH (5)] wątle przyczepiny otrzewnowe szybko usunąć można, w porównaniu ze sposobem THURE BRANDT'a ma, przeważnie w praktyce prywatnej, te ujemne strony, iż stanowi zabieg operacyjny, wymagający pomocy asystenta oraz głębokiego uspiania chloroformowego chorej. Nadto sposób ten nie jest wolny od niebezpieczeństwa, jakie wyniknąć może wskutek nierozpoznanego zapalenia jajowodów lub też wskutek utajonego zakażenia przy przewlekłym zapaleniu tkanki łącznej przymacicznej i otrzewny miedniczej. Wreszcie i na tę okoliczność uwagę zwrócić należy, iż wskutek gwałtownego rozerwania przyczepin otrzewnowych zachodzić może słuszną obawą o krwawienie do jamy brzusznej, jak to stwierdził FRITSCH (6) w jednym przypadku po dokonaniu cięcia brzuszego.

Niebezpieczeństwa tego nie wyłącza sam SCHULTZE i radzi, by, przystępując do stosowania tego sposobu, poczynić przygotowania do cięcia brzuszego.

Ważne znaczenie ma także ta okoliczność, iż w przypadkach ustalonego tyłopochylenia, zgięcia macicy, oprócz przyczepin w jamie otrzewny, zastaje się dosyć często przewlekłe nacieki i przykrócenia przymaciczne oraz przewlekłe zmiany zapalne w macicy i jej narządach przydatkowych. Przy tych powikłaniach sposób SCHULTZE'go może być bądź przeciwwskazany, bądź też nie zapewnia wyników zadawalniających. Nadto sposób ten w przypadkach ciężkich, mimo znacznej siły, jakiej się przy oddzielaniu zrostów użyje, nawet przy dwukrotnem stosowaniu tego rękoczynu, nie daje wyników dobrych. Spostrzegaliśmy to FRITSCH np. przy zrostach macicy, jakie unieruchomiły powierzchnię narządu (*Flaechenadhaesion*) lub też przy przykróceniu górnej części więzadła szerokiego. W przypadkach tych macica, pomimo, iż odprowadzenie macicy ręczne udać się może, wraca natychmiast do położenia wadliwego, gdyż zrosty nie zostały rozerwane, lecz tylko rozciągnięte.

Okoliczności te sprawiają, iż niektórzy autorowie, jak ZEISS (7), GOTTSCHALK, STRONG, spostrzegali w przebiegu pooperacyjnym, po rozciągnięciu przyczepin sposobem SCHULTZE'go, powikłania zapalne lub podniesienie się ciepłoty; zaś inni, jak SCHWARZ (8), GILL WYLIE (9), KLOTZ (10), KUESTNER (11) (z 29 przypadków w 10), KUMPF (12), bądź w ogólności, bądź w niektórych przypadkach nie otrzymali wyników pomyślnych.

Z krótkiego tego omówienia wynika, iż przy ścisłych wskazaniach zaledwie niewielka ilość przypadków tyłozgięcia macicy, przez przyczepiny otrzewnowe ustalonego, może być leczona sposobem SCHULTZE'go, zaś w większości przypadków należy stosować powolne rozciąganie i wydłużanie przyczepin ręczne sposobem THURE BRANDT'a.

Sposób SCHULTZE'go stosowali pomyślnie: FRITSCH (13), SÆNGER (14), SCHAUTA (15), GOTTSCHALK, MACAN SMITH (16), BOLDT (17) i inni i, aczkolwiek obecnie o sposobie tym niewiele się pisze, to nie należy sądzić, jak to trafnie mówi FRITSCH, iż sposób ten rzadko, lecz przeciwnie, iż wszędzie jest stosowany.

Ja także stosowałem sposób ten rozciągania przyczepin otrzewnowych w trzech przypadkach tyłozgięcia macicy; z tych, w dwu przypadkach otrzymałem całkowite, a w jednym, przy zrostach mocniejszych, tylko częściowe oddzielenie przyczepin.

Jak już wspomniano, sposób ten nadaje się wyłącznie do leczenia zrostów w jamie otrzewny, zaś przykróceń i powrózków w podściółce łączno-tkankowej otrzewny i tkance łącznej przymacicznej tym sposobem leczyć nie należy.

W przypadkach tych, w niezbyt zadawnionym okresie cierpienia, środki, przyspieszające wchłanianie przewlekłych nacieków zapalnych, mogą niekiedy ulgę zapewnić; w przeważającej zaś większości przypadków zmiany te leczyć należy przez mięsienie, a właściwie ręczne rozciąganie, który to sposób w większości przypadków najpewniej i najbezpieczniej wyniki pomyślne zapewnia, co także SCHULTZE w zupełności uznaje.

Podawać tu technikę rękoczynów, które uruchomienie i wprowadzenie narządu zapewnić są w stanie, uważam za zbyteczne; opis rękoczynów tych znajdujemy i w literaturze ojczyściej (JORDAN, HARAJEWICZ, WINAWER).

Zwrócę jednak uwagę na tę okoliczność, iż wprowadzanie do pochwy przyrządów w celu rozmiękczenia i rozciągnięcia przykróceń przymacicznych

i otrzewnowych, jak to radził SÆNGER (18) w postaci kolpeuryntera, a PROCHOWNICK (19) w postaci kul i walców kauczukowych, przypominających kule BOZEMAN'a, nie może mieć znaczenia praktycznego, gdyż największe rozciągnięcie pochwy, jak tego dowiódł Cœ, nie jest w stanie zrostów miedniczych rozciągnąć. Nadto sposób SÆNGER'a rozciągania przykróceń przymacicznych przez pociąganie części pochwowej macicy zapomocą cążków kulowych, t. zw. *Zugmassage*, nie może zastąpić rozciągania ręcznego, jak to sam SÆNGER przyznaje, tem mniej, iż sposób ten jest bardzo bolesny i przypomina dawniejsze, obecnie już zarzucone sposoby rozciągania przykróceń przymacicznych CHROBAK'a i BANDL'a (20).

Wreszcie i tę okoliczność zaznaczyć należy, iż sposób odprowadzania ręcznego macicy odchylonej lub odgiętej, bez pomocy narzędzi, sposobem SCHULTZE'go lub THURE BRANDT'a, uważać winniśmy za najpewniejszy i najbezpieczniejszy; inne zaś sposoby mogą mieć znaczenie wtórorzędne i stosowane być mogą nie z wyboru, lecz z konieczności. Wprawdzie odprowadzenie macicy zapomocą narzędzi, np. zapomocą zgłębnika, jest o wiele łatwiejsze, lecz odprowadzenie ręczne macicy jest tylko z początku bardzo trudne; przeciwnie, z nabyciem odpowiedniej wprawy daje się łatwo wykonać.

Bardzo trafnie mówi o tem FRITSCH: „odprowadzenie macicy zręczne i niebolesne wykonać można dopiero wówczas, gdy się wielką zdobędzie wprawę. Im dłużej się w tym kierunku pracuje, tem szybciej dochodzi się do celu, i im więcej wprawy się zdobędzie, tem rzadziej zdarzać się będą w praktyce przypadki „unieruchomionego“ tyłozgięcia macicy“.

Inne sposoby odprowadzania macicy, do których zaliczam sposób EMMET-KUESTNER'a (21) odprowadzania macicy przez ścianę brzuszną po ściągnięciu części pochwowej ku dołowi zapomocą cążków kulowych; także sposób odprowadzania macicy zapomocą zgłębnika macicznego lub narzędzi, w tym celu podanych przez SIMS'a (22), A. MILLER'a (23), TRÉLAT'a, lub też zapomocą zaopatrzonego w tarczę zgłębnika SIELSKIEGO, którym radziłem (24) odprowadzać macicę z konieczności, by zgłębnika macicznego nie używać; także odprowadzanie macicy zapomocą pręcika wewnątrzmacicznego [SCHRÖDER (25), BYLICKI (26)], a wreszcie zapomocą palca, wprowadzonego do jamy macicy sposobem SCHULTZE'go (27),—mogą być rzadko wskazane; zasada bowiem, by użycie zgłębnika, pomimo postępowania bezgnilnego, stanowiło *ultimum refugium*, jest w zupełności usprawiedliwiona i wogólności przyjęta.

Stosując mięsienie, łączę je, zależnie od wskazań wtórorzędnych, z leczeniem ogólnem i miejscowem, jakie w postaci diety i leków wzmacniających, kąpeli leczniczych, środków, jak kornutyna i ergotyna, zastrzykiwań pochwowych z wody gorącej, wacików z lekami lub też tamponowania przedniego sklepienia pochwy watą lub gazą salicylową (SCHULTZE), stanowią zwykle leczenie pomocnicze.

Po uruchomieniu narządu, gdy przykrócenia w otrzewnie miedniczej i tkance łącznej przymacicznej zostały usunięte lub dostatecznie rozciągnięte, a tkanka przymaciczna sprężystość swą odzyskała, przystępujemy do leczenia przewlekłego zapalenia błony śluzowej macicy zapomocą sposobów ogólnie przyjętych, a następnie winniśmy usunąć te zmiany, jakie pośrednio wywierają ujemne działanie na położenie macicy; a więc należy zaszyć krocie przy istnieniu rozerwania tego narządu, najlepiej sposobem LAWSON TAIT'a; zaś przy rozerwaniu szyi macicznej wykonać rękoczyn EMMET'a, wyciąć blizny ze sklepienia pochwy lub tkanki przymacicznej, jakie nieraz towarzyszą ro-

zerwaniu szyi macicznej, sposobem MARTIN'a (28); odciąć częściowo szyję maciczną sposobem BORYSOWICZA (29) lub DOLÉRIS'a przy przeroście tego narządu; a wreszcie przy krótkości przedniej ściany pochwy wydłużyć ją sposobem SKUTSCH'a (30). Przy odpowiednich jednak wskazaniach wypada przedewszystkiem usunąć wymienione powikłania, a dopiero potem przystąpić do uruchomienia narządu.

Po usunięciu wspomnianych powikłań, dążymy do utrzymania macicy w położeniu prawidłowem. Wiadomo, jakie znaczenie w utrzymaniu narządu ma krocze, dno miednicze wraz z mięśniem unoszącym odbyt, więzadła maciczne i ciśnienie wewnątrzbrzuszne [ŚWIECICKI (31)]. Wiemy także, iż najczęstszą przyczynę tyłopochylenia, zgięcia macicy stanowi niewątpliwie utrata sprężystości, czyli zwiotczenie więzadeł krzyżowo-macicznych. Otóż nie ulega wątpliwości, iż te sposoby lecznicze, jakie obecnie są stosowane, nie dążą do odzyskania, lecz do zastąpienia i zrównoważenia utraconej sprężystości tych więzadeł — mięśni, a w tym celu stosuje się krążki pochwowe i pręciki wewnątrzmaciczne.

Krążki pochwowe utrzymują macicę w przodopochyleniu przez ustalenie szyi macicznej w tylnym odcinku miednicy przed kością krzyżową.

Krążki t. zw. dźwigniowe HODGE'a, THOMAS'a i kołyskowe OLSHAUSEN'a działają to wywierają pośrednio przez rozciągnięcie tylnego sklepienia pochwy, zaś krążki: SCHULTZE'go ósemkowy, VULLIET-SCHULTZE'go sankowy, oraz krążki tego wzoru LANDOWSKIEGO, PROCHOWNICK'a i FRITSCH'a działają bezpośrednio przez odsunięcie szyi macicznej ku tyłowi.

Krążki HODGE'a nie zawsze są w stanie utrzymać macicę w przodopochyleniu przez czas dłuższy, skutek bowiem rozciągnięcia i zwiotczenia tylnego sklepienia pochwy nie mogą jej utrzymać w należytem napięciu; pozostaje więc odchylenie szyi macicznej ku przodowi i odgięcie trzonu macicy w kierunku przeciwnym.

Ta okoliczność wyjaśnia nam pewne sprzeczności w poglądach autorów na użyteczność tych krążków. MARTIN przekłada je nad inne, SÆNGER także je chętnie zaleca, FRITSCH (32) sądzi, iż krążki te mogą nie spełniać swego zadania głównie wskutek nieumiejętnego wyboru krążka, zaś OLSHAUSEN (33) działania pewnego krążkom tym nie przypisuje, a RHEINSTÆDTER (34) twierdzi, iż, gdy macica zachowuje położenie swe w ciągu tygodnia po założeniu tego krążka, wówczas można śmiało krążek usunąć, gdyż i bez tej podpórki położenie swego nie zmienia.

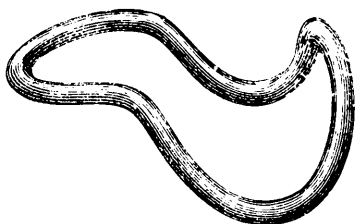
Pewniejsze działanie pod względem utrzymania macicy wywierają krążki kołyskowe OLSHAUSEN'a, a jeszcze pewniej utrzymują ją te krążki OLSHAUSEN'a, które posiadają większe wygięcie kabłączka tylnego.

Także bardzo dobrze utrzymują macicę krążki THOMAS'a o znacznem wygięciu kabłączka tylnego. Zgrubienie tylnego i znaczne zwężenie przedniego kabłączka w krążkach tych nie jest koniecznie potrzebne.

Stosuję krążki z celluloidu THOMAS'a, a właściwie HODGE-THOMAS'a, które odpowiednio wyginam podług załączonych wzorów (rys. I), i pod względem utrzymania macicy spostrzegałem stale wyniki bardzo dobre.

Jak już wspomniano, krążki te utrzymują macicę przez większe lub mniejsze napięcie tylnego sklepienia pochwy, a temsamem sprzyjają znakomicie rozciągnięciu, a w następstwie zwiotczeniu przebiegających tuż ponad tylnem sklepieniem pochwy fałd DOUGLAS'a. Ponieważ zwiotczenie więzadeł tych stanowi przyczynę odgięcia macicy, wynika więc, iż, jak to w większości przy-

padków ma miejsce, krążki te trwałego uleczenia zapewnić nie mogą. Krążki te podtrzymują dobrze macicę, lecz po usunięciu krążka narząd wraca często do położenia wadliwego.



Rys. I.

Własności lecznicze posiadają krążki SCHULTZE'go oraz krążki tego wzoru LANDOWSKIEGO (35), PROCHOWNICK'a i FRITSCH'a (36). Krążki ósemkowe SCHULTZE'go utrzymać mogą macicę głównie wówczas, gdy szyja maciczna jest dostatecznie długa, a pochwa wąska i sprężysta, jak to przeważnie bywa u kobiet, które nie rodziły. Krążki te mogą być przeto stosowane w ograni-

czonej ilości przypadków. Nadto przy odgięciu macicy zdarza się nieraz, iż krążki SCHULTZE'go niezawsze mogą macicę utrzymać, gdy bowiem banieczka jelita prostego, napełniona kałem, odsunie szyję maciczną wraz z krążkiem ku przodowi, a pęcherz moczowy, nadmiernie moczem wypełniony, uniesie trzon macicy ku górze i tyłowi, wtedy wystarcza już pewne wzmoczenie ciśnienia wewnątrzbrzuszego, by macicę ku tyłowi odchylić, a wówczas macica bez odprowadzenia nie odzyska położenia prawidłowego.

SCHULTZE, aby tego uniknąć, sprawdza starannie położenie i działanie krążka i stosuje z początku krążki większych rozmiarów, ażeby równocześnie pochwę rozciągnąć i szyję maciczną wysoko przed kością krzyżową utrzymać, a dopiero po kilku tygodniach krążek mniejszy, czyli właściwych rozmiarów, wprowadza.

Przy pochwie szerokiej i rozciągliwej pewniejsze działanie wywierają krążki sankowe VULLIET-SCHULTZE'go, a także krążki PROCHOWNICK'a i FRITSCH'a, lecz i one nie są wolne od stron ujemnych. Krążki mniejsze VULLIET-SCHULTZE'go zmieniają nieraz swe położenie w pochwie, a większe krążki tego kształtu, zarówno jak krążki PROCHOWNICK'a i FRITSCH'a, jako zmienione krążki HODGE'a, rozciągają nieraz nadmiernie tylne sklepienie pochwy, łączą więc dodatnie pod względem leczniczym działanie ósemki SCHULTZE'go z ujemnem działaniem krążka HODGE'a.

Z krótkiego tego omówienia wynika, iż działanie lecznicze krążków pochwowych ma się w stosunku odwrotnym do ich pewności ustalenia w pochwie i utrzymania macicy w jej położeniu prawidłowem: najpewniej utrzymuje macicę krążek THOMAS'a, lecz najmniej zapewnić może trwałe uleczenie, i przeciwnie, najtrudniejszym ustaleniem w pochwie odznacza się krążek ósemkowy SCHULTZE'go, a posiada największe własności lecznicze.

Wyniki, jakie wogólności przez leczenie zapomocą krążków otrzymano, są obecnie pomyślniejsze, niż dawniej.

Podług zestawienia dawniejszego otrzymał LÆHLEIN (37) 7,1% (zdaniem SÆNGER'a i VEIT'a (38) tylko 2%), E FRÆNKEL (39) — 8,1%, a SÆNGER — 10,6% trwałego uleczenia. Obecnie oznacza LÆHLEIN odsetkę uleczalności na 18%, a MARTIN, KLOTZ i SÆNGER na 25%.

Tak działają krążki pochwowe.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

22. ROSENHEIM. **O leczeniu chirurgicznym chorób żołądka.** Od 1881 r., kiedy BILLROTH wykonał pierwszą resekcję zwyrodniałego rakowato odźwiernika, cierpienia żołądka, stanowiące dawniej wyłącznie zakres medycyny wewnętrznej, stają się coraz częściej powodem zabiegów chirurgicznych. Rozwój techniki operacyjnej i wydoskonalenie metod rozpoznawczych, czyli wspólna praca lekarzy wewnętrznych i chirurgów na tem polu, wydała już istotnie podziwu godne wyniki. Aby zużytkować je w praktyce ku istotnej korzyści chorych, należy koniecznie dokładnie wyświecić kwestyę: jakie są wskazania do zabiegu chirurgicznego przy cierpieniach żołądka?

Na pierwszym miejscu postawić tu należy złośliwe nowotwory żołądka, nie zapominając wszakże, że tylko nowotwory, mające siedlisko w odźwierniku lub w jego pobliżu, należą do chirurga. Jeśli nowotwór ma siedlisko w innej części żołądka, wówczas jest dla noża zwykle bardzo trudno dostępny i rzadko wywołuje objawy, które zabieg chirurgiczny usunąć jest w stanie. Krótko mówiąc, 40% raków żołądka nie nadaje się do leczenia chirurgicznego; pozostałe 60% przechodzi do rąk chirurga, i ten leczy je zapomocą operacji radykalnej — resekcji, lub też zapomocą gastroenterostomii. Ta ostatnia nie usuwa wprawdzie przyczyny cierpienia, ma jednak wielkie bardzo znaczenie, znosi bowiem zastój pokarmów w żołądku i umożliwia szybkie ich przejście do kiszek cienkich z ominięciem dwunastnicy. Opierając się na statystyce, trudno orzec, której z tych operacji oddać należy pierwszeństwo; wchodzi tu w grę wiele trudnych do obliczenia czynników: wprawa operatora, stan chorego i t. d., które utrudniają rozwiązanie kwestyi.

Z 15 przypadków autora wykonano w 7 resekcję, a w 8 gastroenterostomię. Z 7 resekowanych 3 zmarło wskutek operacji, u 4 wynik ostateczny był bardzo zadawalniający. Z 8 chorych po gastroenterostomii nie zmarł żaden; stan wszystkich poprawiał się szybko; 3 zmarło w 3 — 8 miesięcy po operacji, u 4 żyjących operacja wykonana była przed 5 — 9 miesiącami. Wszyscy mają się dobrze; jedna z chorych zaszła po operacji w ciążę i przeżyła szczęśliwie poród sztuczny; losy jednego przypadku nie są autorowi znane. Aby należycie ocenić skuteczność gastroenterostomii, należy nadmienić, że we wszystkich przypadkach nowotwór był bardzo duży, że towarzyszyły mu uporczywe wymioty, mocne bóle i niezmiernie upośledzenie odżywiania.

Resekcja jest stanowczo trudniejszą co do techniki i bardziej dla chorego niebezpieczną operacją, zapewnia mu jednak na czas pewien zdrowie i możność powrotu do pracy, jeżeli nie radykalne usunięcie cierpienia. Do operacji tej nadają się tylko chorzy, których odżywianie nie jest zbyt upośledzone i zmiany miejscowe niezbyt rozległe, co znów przed otwarciem jamy brzusznej nader jest do określenia trudne i pomyłki w ocenianiu rozległości sprawy miejscowej bardzo często się zdarzają. Znaczną objętość nowotworu, zrosty z trzustką i wątrobą, przerzuty w innych narządach, szczególnie w sieci, oraz obrzmienie gruczołów chłonnych uważać należy za przeciwwskazanie do zabiegu chirurgicznego.

Kierując się temi wskazówkami i poddając każdy przypadek gruntownemu i ścisłemu rozbirowi, osiągnąć można bardzo małą odsetkę śmiertelności przy resekcji żołądka, ale i przynależą do niej — bardzo nieznaczna liczba doszczętnie uleczonych chorych. Niebezpieczeństwo jednak, połączone zawsze z tą operacją, okupione będzie całkowicie przez jej wynik ostateczny t. j. przez uwolnienie chorego na długie lata od cierpienia, a niekiedy przez osiągnięcie wyleczenia zupełnego. Wynik ten w znacznej części zależy od wczesnego rozpoznania nowotworu, które należy niemal do najtrudniejszych, albowiem nie posiadamy żadnego dla raka żołądka swoistego objawu; nawet przy dużym doświadczeniu, na podstawie oceniania właściwego licznych objawów, można zaledwie w 85%—88% przypadków cierpienie to rozpoznać z dużym prawdopodobieństwem; pozostałe 15%—12% są tak do rozpoznania trudne, że nawet laparotomia próbna nie zawsze rozstrzyga, czy nowotwór, odźwiernika jest natury łagodnej, czy złośliwej.

Przy obecnym stanie rzeczy, z pośród chorych, zakwalifikowanych do resekcji, mniejsza tylko część wykaże po otwarciu jamy brzusznej wszystkie warunki

przy których sumienny chirurg zdecydować się może na tak ciężki zabieg. Dla większości chorych, szczególnie, jeśli czynność ruchowa żołądka bardzo jest upośledzona i spowodowany przez nią zastój pokarmów znaczny, jedynym ratunkiem pozostanie gastroenterostomia. Operacja ta, połączona ze wszystkimi trudnościami operacji w jamie brzusznej i na otrzewnej, należy dzisiaj przy wydoskonalonej technice do łatwiejszych, nie grozi choremu żadnym poważnym niebezpieczeństwem, a przynosi mu wielką ulgę. Objawy niestrawności, wymioty, bóle, spowodowane przez zwężenie odźwiernika, ustępują odrazu, łaknienie wzmagą się i waga ciała wzrasta w krótkim czasie. Taki stan chorego trwa nieraz dłużej, niż $1\frac{1}{2}$ roku, dopóki pierwotna sprawa złośliwa nie dosięgnie najwyższego rozwoju. Chory staje się wówczas ofiarą *peritonitidis malignae* lub przerzutów do innych narządów i gaśnie powoli, zazwyczaj bez bólów i cierpień.

Żadne środki lecznicze nie są w stanie przynieść choremu takiej ulgi; przepłukiwanie żołądka skuteczne jest tylko przy nieznacznym osłabieniu czynności ruchowej żołądka; jeśli jednak zwężenie odźwiernika, a zatem i niesprawność żołądka są znaczne, jeśli w rozszerzonym żołądku zbiera się po kilka litrów pokarmu, wówczas jedynie gastroenterostomia chroni chorego od śmierci wskutek wycieńczenia, usuwa cierpienia i przedłuża mu życie. Autor mniema, że po operacji tej i sam nowotwór powolniej rośnie, nie jest bowiem ustawicznie drażniony przez miazgę pokarmową.

Nie należy mniemać, że po gastroenterostomii czynność ruchowa żołądka wraca do normy; poprawia się ona jednak o tyle, że zбочenie zostaje wyrównane. Czynność chemiczna żołądka po obu operacjach też ulega poprawie, a w zawartości żołądka wykazać się niekiedy daje wolny kwas solny, jak to autor spostrzegał w jednym z własnych przypadków.

Jeżeli powyższy zabieg chirurgiczny daje tak dobre wyniki czynnościowe przy złośliwych nowotworach żołądka, to spodziewać się należy, że będą one o wiele jeszcze pomyślniejsze, jeśli zmiany w odźwierniku są natury łagodnej. Istotnie, zarówno resekcyja, jak pyloroplastyka i gastroenterostomia stosowane były wielokrotnie z powodzeniem przy niezłośliwych zwężeniach odźwiernika. Opierając się na 4-ch własnych przypadkach, dowodzi autor, że pierwsze miejsce zajmować tu powinna gastroenterostomia, jako mniej od resekcyi niebezpieczna, a dająca pewniejsze, niż pyloroplastyka HEINEKE-MIKULICZ'a, wyniki. Operacja ta powinna być wykonywana wtedy tylko, gdy wrzodziejąca sprawa w odźwierniku stanowczo może być wykluczona, mianowicie przy bliznowatych zwężeniach odźwiernika, powstałych po wypiciu płynów żrących; wrzód żołądka okrągły stanowić powinien przeciwwskazanie do pyloroplastyki.

Upośledzenie sprawności ruchowej żołądka jest najczęściej sprawą wtórną, wywołaną przez zwężenie odźwiernika; liczne są jednak przypadki pierwotnej rozstrzeni żołądka, w których medycyna wewnętrzna nic lub bardzo mało zdziałać może. Przypadki te nadają się także do leczenia chirurgicznego. Pierwszy BIRCHER próbował zmniejszyć żołądek, zeszywając fałdę na jego ścianie. Operacja ta wykonana była 12 razy, — 4 razy zaś tylko przy pierwotnej rozstrzeni żołądka. Jest ona prosta i łatwa, ale pomyślny jej wynik jest krótkotrwały.

Wybór metody operacyjnej jest zresztą według autora rzeczą podrzędną, chodzi mu jedynie o sam pogląd na kwestyę leczenia chirurgicznego rozstrzeni żołądka. W przypadkach lżejszych, z mało upośledzoną sprawnością ruchową i nieznacznym zastojem pokarmów w żołądku, ograniczyć się można na systematycznym przepłukaniu żołądka i na odpowiedniej dyecie; stan chorych poprawia się, łaknienie wzrasta i pomimo niedokładnej czynności ruchowej żołądka sprawa odżywiania przebiega mniej więcej prawidłowo. W ciężkich przypadkach rozstrzeni, gdzie codzienne nawet przepłukiwanie przynoszą choremu chwilową tylko ulgę, gdzie zastój pokarmów jest znaczny i odżywianie upośledzone, należy śpieszyć się z operacją, gdyż ona tylko może sprowadzić wyleczenie zupełne.

Z powikłań wrzodu żołądka wspomniane było wyżej, jako wskazanie do zabiegu chirurgicznego, zwężenie odźwiernika z następczą rozstrzenią żołądka; inne wskazania stanowią: silne krwotoki, ostre rozlane zapalenie otrzewny i zapalenie okołożołądkowe—*perigastritis*. Dotąd z powodu krwotoków operowano kilka razy zaledwie; z powodu zapalenia otrzewny wogóle 15 razy z jednym tylko zejściem pomyślnem. Zwykle w przypadkach tych nadzieja, że sprawa się ograniczy i że

łatwiej będzie zwalczyć *perigastritis*, niż rozlane zapalenie otrzewny, łudzi lekarza i skłania go do odkładania operacji aż do chwili, gdy stan chorego jest niemal beznadziejny.

Powodem *perigastritidis* jest najczęściej wrzód żołądka, kamienie żółciowe i nowotwory złośliwe; wywołuje ona wskutek zrostów silne bóle, potęgujące się przy pracy fizycznej i przy wypełnianiu żołądka przez pokarmy. Zapalenie okołożołądkowe (*perigastritis*) nie zdradza się żadnymi objawami swoistymi, obowiązkiem jest przeto lekarza nie składać wszystkich bólów w okolicy żołądka na karb histeryi i neurastenii, a mieć zawsze i to cierpienie na uwadze. Silne bóle wraz ze stopieniem odgłosu wypukowego w okolicy żołądka z prawej strony lub w okolicy śledziony, przemawiają za cierpieniem otrzewny żołądka z wytwarzaniem się wysięku; zrosty i przyczepy zdradzają się często przez ból w okolicy pierwszego i drugiego kręgu lędźwiowego.

Występuje też niekiedy *perigastritis* pod postacią ropnia podprzeponowego, powstałego wskutek pęknięcia wrzodu żołądka lub dwunastnicy; ta jej postać wymaga jedynie leczenia chirurgicznego; ale przy zrostach należy także po wyczerpaniu innych środków uciec się do pomocy noża, który uwalnia chorego od nieznośnego bólu; rzadko zdarza się, aby po przecięciu istniejących, tworzyły się nowe zrosty.

Na zakończenie wspomina autor jeszcze o jednej grupie chorób żołądka, wymagającej leczenia chirurgicznego, mianowicie o zwężeniach wpustu. Jeżeli zwężenie to, spowodowane przez raka, dosięgło znacznego stopnia i choremu grozi śmierć głodowa, wówczas przedłużyć mu można życie na kilka miesięcy przez gastroenterostomię. Uciekać się do niej należy wtedy tylko, kiedy chory istotnie nawet płynnych pokarmów przełykać nie jest w stanie. Przy zwężeniach niezłośliwych należy operować wcześniej, jest bowiem możliwość stopniowego rozszerzania bliznowatego zwężenia od strony żołądka zapomocą zgłębników.

Wyliczone wyżej cierpienia nadają się wszystkie do leczenia chirurgicznego; przewidywać trzeba, że wraz z rozwojem techniki operacyjnej i wydoskonaleniem metod rozpoznawczych, zakres cierpień żołądka, dostępnych dla leczenia chirurgicznego, znacznie się jeszcze zwiększy; dzisiaj każdy lekarz chorób wewnętrznych obowiązany jest przede wszystkim dokładnie zdawać sobie sprawę, kiedy w leczeniu chorób żołądka pomoc chirurga jest niezbędna.

(*Deutsch. med. Wchschrft.* 1, 2. 3. 1895).

S. P.

23. A. JOLLES. **Wartość najczęściej używanych prób do wykrycia cukru w moczu.** Na 1000 dokonanych rozbiorów moczu (prawidłowego i patologicznego) w 58% nie znalazł autor najmniejszych śladów cukru; wnosi stąd, że obecność choćby śladów cukru w dobowej ilości moczu należy uważać za objaw patologiczny. Badanie na cukier należy robić w moczu zmieszanym z 24 godzin, w przeciwnym razie wyniki mogą być niepewne. Tak np. w jednym przypadku autora przedobiednia porcja moczu, o ciężarze gatunkowym 1005, zawierała ślady cukru, ranna zaś z dnia następnego posiadała ciężar 1,029 i 1,8% cukru. Co się tyczy ciężaru gatunkowego, to, według spostrzeżeń autora, w moczu prawidłowym jest on nieco wyższy, niż dotychczas przypuszczano, i waha się między 1018—1022. Napotyka się jednak i mocze o ciężarze jeszcze wyższym, np 1024—1030, które także uważać należy za prawidłowe, gdyż nie zawierają żadnych wytworów patologicznych, a więc i cukru. Autorowi zdarzyło się mieć w rozbiorze dwukrotnie moc z ciężarze 1036 i 1038, nie zawierający cukru; obfitował on natomiast w mocznik i wolny kwas moczowy. Odwrotnie zaś—mocz o ciężarze 1007, ubogi w sole, zawierał jednak 1,3% cukru gronowego. Mocz ten, jak się później okazało, pochodził od dyabetyka, który jednocześnie cierpiał na marskość nerek. Wynika stąd, że ciężar gatunkowy moczu nie stanowi bezwzględnej wskaźnika obecności cukru.

I. Najwięcej używana próba TROMMER'a na cukier, jak również odmiana tejże według WORM-MUELLER'a wykrywała u autora w mieszaninach sztucznych cukru aż do 0,08%, przyczem za warunek niezbędny uważał autor, by odtlenienie tlenniku miedzi nastąpiło szybko i przed zagotowaniem płynu. Czułość próby znacznie słabnie w samym moczu, gdzie i prawidłowo znajdują się rozmaite ciała odtleniające tlennik miedzi w roztworze alkalicznym, z drugiej zaś strony bywają i takie, które przeszkadzają straceniu tlenu miedzi. Na czele pierwszych stoi kwas moczowy, który już przy 0,16% zawartości odtlenienia miedzi; odczyn ten odpowiada

0,06—0,24% cukru gronowego. Wynika stąd, że wykonywając tę próbę w moczu bogatym w kwas moczowy, można znaleźć cukier tam, gdzie go nie ma. Podobnie ma się rzecz i z kreatyną, barwnikami moczowymi i żółciowymi. Co się tyczy tych ostatnich, to autor obliczył, że bilirubina, utleniając się w biliwerdynę, pochłania 5 atomów tlenu, nie więc dziwnego, że barwniki żółciowe mogą również odtleniać tlenik miedzi. Znacznie mniejszy wpływ odtleniający posiadają kreatynina, allantoina, mucyna, cukier mleczny i t. p. ciała, zawartość których w moczu zwykle bywa nieznaczna. Co do składników, przeszkadzających strącaniu tlenu miedzi przy niewielkiej ilości cukru w moczu, to tutaj pierwsze miejsce zajmuje amoniak, ilość którego może się wahać między 0,06—0,88 gram., przyczem hamujący wpływ na osadzanie się tlenu miedzi mogą mieć mocze i z mniejszą ilością NH_3 . W przypadku ostatnim należy przypuszczać, że przez zagotowanie alkalicznej mieszaniny niektóre składniki moczu wydzielają amoniak. Z leków, napotykanych w moczu, własności odtleniające posiadają: kwas salicylowy, chloral, gliceryna, kwas benzoowy i in. Z pomiędzy licznych odmian próby TROMMER'a autor wyróżnia próbę SEEGEN'a, jako dającą niekiedy wyniki bardzo dobre. Polega ona na tem, że mocz przesącza się przez węgiel krwi, ten ostatni przemiywa się wodą przekroploną, a otrzymany płyn poddaje się próbie TROMMER'a. Próba ta niekiedy dawała autorowi wyniki dodatnie nawet przy 0,06% cukru. Ma jednak i ona swoje słabe strony: węgiel zatrzymuje barwniki moczowe i inne ciała, które mogą odtleniać miedź pomimo braku cukru w moczu.

II. Próba z azotanem bismutu (zmieniona przez NYLANDER'a) ma tę przewagę, że zachowuje się obojętnie w obecności kwasu moczowego i kreatyny, wykrywa przytem cukier w roztworze 0,08%. Przed próbą jednak należy z moczu usunąć białko i mucynę, które nawet w śladach mogą wywołać strącenie siarku bismutu. Ponieważ jednak [jak się autor przekonał zapomocą najczulszego odczynu na białko—SPIEGLER'a¹⁾] rzadko zdarzają się w rozbiórce mocze, któreby nie zawierały choć drobnych śladów białka, więc próba NYLANDER'a i tutaj może dać zabarwienie, odpowiadające 0,1% cukru, szczególnie, gdy do rozbioru weźmiemy 50 ctm. sz. moczu i 5 ctm. sz. płynu NYLANDER'a²⁾. Dla strącenia białka autor radzi mocz przegotować i następnie przesączyć. Z leków przeszkadzają odczynowi, osadzając bismut: rzewień, ol. terpentynowy, chinina, związki arsenu, kwas salicylowy, związki rtęci i jodu. Ostateczny wniosek autora co do tej próby jest następujący: przy zawartości niemniej 0,30% cukru próba ta jest pewna, przy mniejszej odsetce chwiejna i wątpliwa.

III. Inne próby na cukier, jak z cyannikiem rtęci, z indygo, kwasem pikrynowym stoją o wiele niżej od poprzednich.

IV. Próba polarymetryczna. Autor porównywał próbę tę (używał aparatu SOLEIL-VENTZKE) z próbą miareczkową FEHLING'a i na 200 rozbiorów tylko w 46 otrzymał wyniki zgodne. W pozostałych różnice wynosiły 0,1—1,6%, przyczem w 16 przypadkach—przewyższały 1%. Wogóle wyniki polarymetryczne były niższe od miareczkowych i różnice były tem większe, im bardziej mocz, o względnie małej zawartości cukru, był stężony, bogatszy w sole, im więcej barwa jego zbliżała się do brunatnej. Zjawisko to tłumaczy się tem, że: 1) obojętne pod względem polarymetrycznym składniki moczu, będąc w roztworze stężonym, osłabiają siłę rotacyjną cukru; 2) że w moczach prawidłowych i dyabetycznych znajdują się niektóre składniki, mające własności polarymetryczne analogiczne lub odwrotne do własności cukru. Dość wymienić kwas glikuronowy, obfity w moczu osób z usposobieniem podagrycznym, którego kryształy można znaleźć pod drobno-widzem nawet po 10-krotnem rozcieńczeniu moczu; to samo można powiedzieć o cukrze mlecznym, obfitym w moczu położnic, i o kwasie β -oksymasłowym, napotykanym często przy cukromoczu obok acetonu. Z leków wspomnieć tutaj należy

¹⁾ Płyn SPIEGLER'a jest następujący: *Sublimati* 8,0; *Ac. tartarici* 4,0; *Sacch. albi v. Glycerini* 20,0; *Aq. destil.* 200,0. Płyn ten wykrywa białko w ilości 1:150,000, a po upływie minuty nawet w stosunku 1:225,000. (Przyp. spraw.).

²⁾ Płyn NYLANDER'a: 4 grm. soli SEGNETTE'a rozpuszcza się w 100 grm. 8% roztworu sody gryzącej, przy ogrzewaniu płynu rozpuszcza się w nim azotan bismutu aż do nasycenia. Zwykle przy próbie na cukier bierze się 10 ctm. szc. moczu i 1 ctm. szc. płynu. (Przyp. spraw.).

o benzosolu i liściach *Myrtillus*, stosowanych w ostatnich czasach jako środek przeciwmoczkowy.

V. Próba drożdżowa jest jedną z lepszych do jakościowego i ilościowego określenia cukru w moczu, jeżeli ją właściwie dokonać. Głównym warunkiem jest bezwzględna czystość drożdży, które nie powinny zawierać żadnych domieszek, głównie zaś krochmalu. Fermentacja powinna odbywać się przy ciepłocie nie wyższej nad 25–30°C. Oczywiście, i tutaj niektóre leki, wydzielane z moczem, mogą przyczynić się do wyników fałszywych, wywierając wpływ hamujący na fermentację. Do nich należą: kwas salicylowy i liście *Myrtillus*, składniki których przechodzą do moczu w postaci siarczanów hydrochinonu i metylhydrochinonu. Czułość próby drożdżowej nie zawsze jest jednakowa; za przeciętną granicę czułości można przyjąć 0,1% cukru.

VI. Próbę z fenyłhydrazyną zaliczyć można do rzędu najlepszych; w przypadkach wątpliwych daje ona wyniki najpewniejsze. Ponieważ jednak i tutaj wielu autorów (GEYER, HIRSCHL) czyniło zarzuty, że nawet w moczu, wolnym od śladów cukru, lecz zawierającym kwas glikuronowy, otrzymano przy tej próbie kryształy prawie typowe (co do wyglądu i rozpuszczalności) dla fenyloglikozonu t. j. związku fenyłhydrazyny z cukrem gronowym, więc autor przeprowadził badania nad tysiącem prób różnorodnego moczu, przyczem przekonał się, iż: 1) bardzo znaczna odsetka moczków, nie zawierających cukru, daje osad bezkształtny; 2) kwas glikuronowy zdarza się w moczu częściej, niż przypuszczano, lecz do fałszywych wyników nie przyczynia się; 3) nawet całogodzinne trzymanie probówki we wrzącej wodzie nie przeszkadza strącaniu związków kwasu glikuronowego obok typowych kryształów fenyloglikozonu, i 4) związki kwasu glikuronowego tak się różnią od kryształów fenyloglikozonu, że wzięcie jednych za drugie jest według autora wprost niemożliwe. Ostatnie, przy zawartości w moczu cukru wyżej 0,1%, przedstawiają się zawsze w postaci pęczka lub prawidłowej rozetki, złożonej z pięknie wykrystalizowanych cienkich i długich igieł, obok których leżą pojedyncze igły, zupełnie odosobnione; przy zawartości zaś cukru niżej 0,1% — rozetki są niekształtne, lecz igły zachowują typową swą formę, t. j. są cienkie i długie. Co się zaś tyczy kwasu glikuronowego, to kryształy jego są krótkie i grube, zawsze nieregularne, przyczem częściej łączą się w rozetki niż w pęczki. Środek takiej rozetki zajmuje zwykle bryła, na obwodzie której krystalizują się bezładnie igły. Dzięki więc cechom powyższym — próba z fenyłhydrazyną należy do najczulszych i według autora daje wyniki dodatnie nawet przy 0,006% zawartości cukru, przeciętnie jednak nie niżej 0,03%. W moczach, zawierających białko, bogatych w kwas moczowy i stężonych, próba ta traci nieco na swej czułości, gdyż w pierwszych dwóch przypadkach osad pokrywa tworzące się kryształy, w 3-cim zaś — istnieją niektóre ciała, wstrzymujące krystalizację. Łatwo jednak temu zaradzić, strącając białko i rozcieńczając mocz, jeżeli ciężar jego jest wysoki.

W końcu autor podaje dokładny opis samej metody, nieco przez siebie zmiennej, zapewniając, że w tej postaci daje ona wyniki najlepsze. Do probówki wlewa się 10 ctm. szśc. moczu (mocz o ciężarze wyższym nad 1025 rozcieńcza się wodą w stosunku 6:4), dodaje się 0,5 grm. chlorku fenyłhydrazyny i 1 grm. octanu sodu, poczem probówkę wstawia się do kąpieli wodnej z wodą wrzącą, po upływie godziny usuwa się płomień, a probówkę, którą przez ten czas należało wstrząsać co 10 minut, zostawia się w wodzie jeszcze przez 12–14 godzin, przez co osiąga się powolne ostudzenie płynu, zwiększające znacznie czułość odczynu. W końcu bierze się ostrożnie pipetą trochę osadu na szkiełko przedmiotowe, pokrywa się szkiełkiem pokrywkowym i ogląda pod drobnowidzem.

(*Centralbl. f. inn. Med.* 1894 r. N. 44 i 45).

L. Knaster.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 5 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) DOBROWOLSKI—przedstawienie chorej z grzybicą gardzieli włoskowcową. 2) SĘDZIAK—odezyt: Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc zapomocą podgłośniowych wstrzykiwań płynów przeciwnilnych.

1) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił chorą, która przed paru dniami zgłosiła się do niego, skarżąc się na zasychanie, palenie i zawadę w gardle. Przy badaniu gardła kol. D. znalazł czopki, wystające z dolnych części migdałków i boków podstawy języka. Czopki te, wielkości od ziarenka prosa do grochu polnego, były białe, twarde, rogowate i trudno dawały się usunąć końcem szpatla lub pędzelkiem. Przy badaniu drobnowidzowem czopki składały się z płaskich komórek nabłonkowych, pośród których leżały nitki włoskowca (*leptotrix buccalis*). Płyn LUGOL'a barwił nitki fioletowo. Cierpienie to na pierwszy rzut oka przyjąć można za *tonsillitis lacunaris*, *diphtheritica*, lub złogi wapienne w migdałkach, lecz badanie drobnowidzowe rozstrzyga, z czem mamy do czynienia

2) Kol. SĘDZIAK w odezycie swym zaznaczył przedewszystkiem, że dotychczas nie mamy dokładnego pojęcia, czy i o ile podgłośniowe wstrzykiwania płynów przeciwnilnych, jako metoda lecznicza w gruźlicy płuc, są w tem cierpieniu skuteczne, wiemy zaś tylko, że metodę tę można stosować bezpiecznie, oraz że płyn, drogą tą stosowany, dostaje się do zmienionych gruźliczo części płuc. Względy powyższe skłoniły S. do zajęcia się tą kwestyą i w tym celu wykonał szereg doświadczeń w 17 przypadkach gruźlicy płuc. Do wstrzykiwań używał mentolu w 5—10% roztworze, samego lub w połączeniu z gwajakolem (1%—5%) w ilości 2—4 grm. Chorzy zabieg ten, wykonywany w położeniu siedzącym i przy przechyleniu w odpowiednią stronę, znosili dobrze, doznawali przyjemnego uczucia chłodu w tej części klatki piersiowej, do której były robiono wlewania, czasem tylko skarżyli się na ból w boku, bez jakiegokolwiek jednak zmian przedmiotowych. Parę razy S. stosował błękit metylenowy.

Mówca podał następnie szczegółowy opis 17 odnośnych spostrzeżeń i, rozpatrwszy je, przyszedł do wniosków następujących: 1) wstrzykiwania podgłośniowe płynów przeciwnilnych (mentol, gwajakol) w gruźlicy płuc są nieszkodliwe, oraz po większej części łatwo wykonalne i dobrze przez chorych znoszone, zwłaszcza w słabszych roztworach i w ilościach niezbyt znacznych, nie przenoszących 4,0 płynu. 2) wstrzykiwania te na stan ogólny wywierają w wielu przypadkach wpływ pomyślny, jak o tem świadczy zwiększanie się wagi ciała, choć niezawszo, co zależy od natężenia sprawy chorobowej. 3) na przebieg gorączki wybitnego wpływu wstrzykiwania te, zdaje się, nie wywierają; w przypadkach bezgorączkowych ciepłota pod ich wpływem się nie podnosi. 4) na kaszel i plwocinę pod względem ilości i jakości w większości przypadków spostrzegano wpływ pomyślny. 5) na zmiany gruźliczo w płucach, *resp.* w ich wierzchołkach, wstrzykiwania wewnątrzcelhawicowe w pewnych, acz rzadkich przypadkach, wywierają wpływ dodatni. Dotyczy to przedewszystkiem spraw początkowych, nieznacznych nacieczeń w szczytach płuc.

Ostatecznie więc, jakkolwiek wynik dotychczasowy nie był zbyt zadawalniający, to jednak, ze względu na zbyt szczupłą ilość spostrzeżeń, S. nie odmawia temu sposobowi przy gruźlicy płuc wpływu leczniczego, lecz sądzi, że należy w dalszym ciągu na większym materiale z różnymi jeszcze środkami przeciwnilnymi metodę tę wypróbować, co też S. ma zamiar w niedługim czasie uskutecznić.

W dyskusyi kol. SOKOLOWSKI zauważył, że zarówno jego własno, konsekwentnie w ciągu ostatnich lat dziesięciu prowadzone doświadczenia w szpitalu i praktyce prywatnej, jakoteż wyniki badań innych autorów, doprowadzały go do smutnego przeświadczenia, że rozliczne owe środki przeciwnilne, stosowano wewnątrznie, czy podskórnio, czy drogą wzięcia, rozpyłań, wstrzykiwań wprost do tkanki płucnej i t. p., zawiodły w zupełności pokładane w nich pierwotnie nadzieje i że całą metodę leczenia przeciwnilnego suchot płucnych należy uważać dziś jako zabytek historyczny. Metoda wprowadzania płynów przeciwnilnych wprost do celawicy, w celu leczenia gruźlicy płuc, nawet z punktu widzenia teoretycznego ulega, zdaniem S., bardzo poważnym zarzutom; wiemy bowiem, że sprawa gruźlicza już nawet w początkowych okresach rozwoju wywołuje zatkanie drobnych, a następnie i większych oskrzeli, przez co masy

serowato, ulegające powoli wewnątrz rozpadowi, są zupełnie zamknięte i drogą oskrzeli od góry nie mogą być dostępne dla leczenia miejscowego. Dopiero z wystąpieniem większego rozpadu i wytworzeniem się większej jamy, łączącej się swobodnie z oskrzelem, droga ta dla niego mogłaby się stać dostępna. Jama, swobodnie łącząca się z oskrzelem, przez którą masy rozpadowe bywają z łatwością odpływane i do której płyn przeciwnie, jak tego dowiódł kol. HERYNG, może się dostać przy zastrzykiwaniu wewnątrzchawicowem, jest stosunkowo najmniej szkodliwym, tkwiącym w ustroju suchotnika; głównie bowiem niebezpieczeństwo tkwi w olbrzymiej ilości ognisk serowatych, ścisłe zamkniętych, rozpadających się powoli i dających pobudkę do zakażeń miejscowych, a nieraz i ogólnych. Te zarzuty teoretyczne wywołały to, że metodę powyższą bardzo szybko zarzucono, nie będąc bowiem usprawiedliwioną teoretycznie, po zastosowaniu jej w praktyce dała w rękach krytycznie patrzących autorów wyniki zupełnie ujemne, o czym i S. u swoich chorych się przekonał. Następnie kol. S. zaznacza, że i wyniki, otrzymane przez kol. SĘDZIAKA, są zupełnie ujemne. Poprawa, notowana w 1-yim przypadku, nie na korzyść metody nie przemawia, był to bowiem przypadek z znikomymi zmianami i bez gorączki, gdzie poprawa występuje stosunkowo dość często przy stosowaniu innych metod, a przedewszystkiem metody dietetyczno-higienicznej. Inny przypadek, w którym zastrzykiwania pozornie miały wywrzeć pewien wpływ dodatni na sprawę miejscową, jest, jak to zaznaczył i kol. SĘDZIAK, wątpliwy pod względem rozpoznawczym. łasieczników bowiem gruźliczych w płocinie nie wykryto, a badanie pośmiertne wykonane nie było.

Kol. HERYNG po sprostowaniu niektórych danych w odczynie kol. SĘDZIAKA, tycających się literatury przedmiotu, zaznacza, że, nie znając dobrze historii chorób, zebranych przez kol. S., nie może ocenić wartości otrzymanych przez niego wyników leczniczych. Z własnych, choć nielicznych doświadczeń przekonał się, że w kilka godzin po zastrzyknięciu występuje niekiedy lekki odczyn gorączkowy, który szybko przemija. Zauważył również, że wysłuchując chorych zaraz po zastrzyknięciu większej ilości płynów (a w jednym przypadku doszedł do 50 ctm. solweolu $\frac{1}{2}$), można sprawdzić przez wysłuchiwanie, dokąd płyn się dostał, gdyż pojawiają się w miejscach odpowiednich liczne drobne rżenia, które po krótkim czasie znikają. Płynów II. używał ogrzanych do 37° C., które wprowadzał zapomocą specjalnej szpryki. Chorem II. nadaje odpowiednią pozycję i po zastrzyknięciu zaleca wykonywać głęboki ruch wdychowy w nadanej przedtem pozycji. II. wprowadzał też większe ilości płynów, niż kol. S., gdyż tylko wtedy, zdaniem jego, płyn dojdzie do miąższu płucnego. Dalej H. zaznacza, że doświadczenia kol. S. wykonane były na najniowdziejniejszym materyale, t. j. na chorych szpitalnych, będących w złych warunkach, i że należy je wypróbować w praktyce prywatnej. Zdaniem H., kol. SOKOŁOWSKI niesłusznie potępił metodę przeciwnie, którą ma przyszłość. Metoda iniekcyjna ma za zadanie nie tylko odkażać pewne części chorego płuca, lecz i ułatwiać wydalanie wytworów rozkładu, i jeżeli z tego punktu widzenia zapatrywać się będziemy, to może mieć ona rację bytu we wczesnych okresach suchot płucnych, w przypadkach przewlekłego ropnego nieżyty oskrzeli, rozszerzenia oskrzeli z niewielkimi jamami i zgorzeli płuc. II. dodaje jeszcze, że, stosując zastrzykiwania, możemy liczyć, opierając się na licznych doświadczeniach, na znaczne wchłanianie zastrzykniętych płynów. OERTEL zaś zwrócił uwagę na zatrzymanie się zastrzykniętego płynu w gruczołach chłonnych oskrzelowych, jak również na to, że płyny prawie niezmiennione przechodzą do krwi. Działanie przeciwnie wstrzykniętych płynów ma znaczenie chociażby z tego względu, że może zapobiegać rozwojowi w jamach zarazków ropotwórczych, które wspólnie z zarazkami gruźliczymi mogą wywołać rozpad tkanki i przyczyniać się do powstawania gorączki. Gorączka u suchotników, według badań nowszych, jak zaznacza kol. II., zawdzięcza powstawanie swe właśnie nie tylko wytworom łasieczników gruźliczych, lecz i liczny bakterjom ropotwórczym, które znajdują w chorobie płucu stosownie podłoże do swego rozwoju.

Kol. DUNIN zaznacza, że nie stosował u swoich chorych zastrzykiwań podgłośniowych, na zasadzie jednak danych z literatury sądzi, że proponowana metoda nie może zyskać zastosowania szerszego. Wziewania z *natrium benzoicum* stosowano oddawna z wynikiem nieznacznym; to samo rzec można o wziewaniach proponowanych przez SMOLEŃSKIEGO, który dowiódł na królikach, że płyn może się dostać do wszystkich części płuc, nie wyłączając wierzchołków. Tyczyło się to jednak zdrowego płuca, w chorobie zaś płucu zachodzą inne warunki. Podgłośniowe zastrzykiwania

zdaniem D. niewiele się różnią od wziewań. Następnie kol. D. zwraca uwagę, że wypowiedziane przez kol. HERYNGA zdanie o powstawaniu gorączki u suchotników wskutek rozpadu w jamach, jest zbyt jednostronne, gdyż nie jest to jedyna przyczyna zjawiania się gorączki u suchotników, która występować może i w okresie początkowym, kiedy żadnych jam w płucu jeszcze nie ma. Proponowana metoda zdaniem D. może i ma jakie znaczenie, ale nie antyseptyczne. Ropienia tą drogą się nie usunie.

Kol. WRÓBLEWSKI nie przesądza obecnie wartości tej metody leczenia suchot płucnych, na zasadzie jednak własnych doświadczeń i tego, co widział w oddziale kol. HERYNGA i w klinikach wiedeńskich, wątpi o jej skuteczności.

Kol. SĘDZIAK odpowiada, że, pomimo otrzymania wyników różnorodnych, zarówno dodatnich, jak i ujemnych, z powodu zbyt małej ilości spostrzeżeń, nie ośmieliłby się metody podgłośniowych zastrzykiwań płynów przeciwnilnych w gruźlicy płuc zupełnie potępić, jak to uczynił np. kol. SOKOŁOWSKI, który uważa metodę powyższą za przestarzałą i bezskuteczną. Nową ona wprawdzie nie jest, lecz ani pod względem jakościowym, ani ilościowym prace, w sprawie powyższej ogłoszone, nie mogą stanowczo rozstrzygać o przyszłości tej metody leczenia suchot płucnych. Dalsze badania w tym kierunku bardzo są pożądane, gdyż one tylko mogą metodę tę potępić lub nadal ją utrzymać. Przypadki do doświadczeń brał kol. S. umyślnie bez wyboru, tak, jak się do szpitala dostawały, a to w tym celu, ażeby mieć większe kryterium do oceny wartości danej metody, gdyż jeżeli zastrzykiwania to tylko w początkowych okresach miałyby pomagać, to gdzież jest powność, że poprawa od danej metody jest zależna? Pyoktaniny, w obronie której staje kol. HERYNG, S. wogóle nie jest zwolonnikiem.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że sprawa skuteczności proponowanej metody nie może być jeszcze rozstrzygnięta. Wprowadzanie w gruźlicy do ustroju antyseptyków nie ma racji bytu, o ile ktoś liczy na działanie środków tych zapomocą ogólnego obiegu krwi; jeżeli zaś liczyć będziemy na ich działanie miejscowe, to postępować będziemy według wskazówek chirurgii, która przez dłuższy czas lękała się stosowania miejscowego w ognisku sprawy gruźliczej jakiegobądź środków, a więc i przeciwnilnych i zalecała jedynie usuwanie ogniska; obecnie jednak wraca do użycia środków miejscowych (mieszanina jodoformowa), zalecając, prócz tego leczenia miejscowego—i ogólne, wzmacniające. W leczeniu suchot, straciwszy zaufanie do antyseptyki przez krew, za jedyne środki uznajemy dziś: 1) wzmocnienie ustroju, czyli czynienie go odporniejszym na wszelkie zarazki; 2) postawienie ustroju w warunkach aseptyzmu takich samych, w jakich pragnie mieć rodzącą akuszer, chorą chirurg w chwili operacji i po operacji. To ostatnie ma na względzie zakażenia wtórne przy gruźlicy, które w suchotach płucnych odgrywają pierwszorzędną rolę. Prof. B. jest zdania, iż nie można *a priori* zaprzeczać, że płyny zastrzyknięte nie dostają się do płuc, gdyż istnieją przeczące temu spostrzeżenia. Nie powinniśmy zatem bezwzględnie potępiać proponowanej metody, która, być może, z czasem wywalczy sobie zastosowanie praktyczne.

Prof. BRODOWSKI zaznacza, że ponieważ w dyskusji nad kwestyą, poruszoną przez kol. S., mówcy opierali swe wnioski na zmianach anatomicznych w płucach, nie koniecznie zgodnych z poszukiwaniami anatomo - patologicznymi, co np. tyczy się powstawania jam, przeto zwraca uwagę, że większość jam w płucach przy gruźlicy powstaje nie z powodu zniszczenia tkanki płucnej, lecz przez bardzo powoli zwiększające się torbkowate rozszerzenie oskrzeli. Dopiero, gdy się potworzą owe rozszerzenia, gdy skupiający się w nich śluz dostarczy dobrego podłoża do rozwoju łasieczników gruźlicy i innych drobnoustrojów, wówczas wskutek wciągania w płuca większej ilości pasorzytów gruzełkowatych, powstają liczne częstokroć ogniska zapalenia płuc naczyniowego, którego wytwory ulegają szybkiej zgorzeli, miękną, rozpływają się, i dopiero wtenczas mamy do czynienia z jamami, powstałymi z rozpadu, częstokroć bez udziału w niszczeniu tkanek pasorzytów ropotwórczych. Obecność ich na przykład w płwoci nie dowodzi jeszcze obecności w płucach głębokich zapaleń ropnych.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= A. PONCET twierdzi, że przy ogólnem znieczuleniu (eteryzacya, chloroformowanie) wobec pozornej śmierci tracheotomia może okazać pomoc bardzo skuteczną w chwili, gdy chory zaprzestanie oddychać i bicie serca u niego ustaje. Chirurg nigdy nie powinien zaniechać tego środka, gdy wszystkie inne okażą się w danym przypadku płonnymi. Wobec tego P. radzi, aby przy każdej operacji pod chloroformem lub eterem były pod ręką narzędzia potrzebne do tracheotomii. Operację tę autor zaleca także i przy innego rodzaju uduszeniach lub omdleniach długotrwałych, np. przy śmierci pozornej wskutek działania silnych prądów elektrycznych, przy porażeniach piorunem lub przy zatruciach gazami trującymi. (Lyon méd. № 2. 1895).

= Na zjeździe dla medycyny wewnętrznej w Lyonie (paźd. 1894), TEISSIER przytoczył kilka przypadków moczołki cukrowej, gdzie było wszelkie prawdopodobieństwo, iż chorzy zostali dotknięci cierpieniem tem wskutek zarażenia się jednych od drugich. T. przypuszcza, iż zakażenie mogło być wywołane przez pleśniowce, które bardzo silnie rosną w moczu, obfitującym w kwas mleczny. (Deut. med. Zeit. 6. 95). S. M.

= BÉDERE zwraca uwagę na pewne niebezpieczeństwo, jakie zagrażać może choremu przy leczeniu zapomocą preparatów gruczołu tarczowego. Sok z gruczołu tarczowego, podobnie jak jady sercowe, może wywołać śmierć przez omdlenie. Dlatego też, zwłaszcza w początku leczenia, trzeba zalecać chorym leżenie w łóżku, lub conajmniej siedzenie w pokoju, z zaprzestaniem wszelkiej pracy, mogącej powodować wzmogłą czynność serca. Na chorych zwracać baczniejszą uwagę należy nawet po ukończeniu leczenia, ponieważ sok z gruczołu tarczowego ma podobne działanie, jak i naparstnica, t.j. z bio-rowe. Pomiędzy chorymi, zmarłymi w Anglii, niektórzy zaprzestali już oddawna używać gruczołu tarczowego. (La France méd. 4. 1895). S. M.

= FOURNIER, na posiedzeniu Akademii lekarskiej wypowiedział i uzasadnił swoje poglądy na związek, jaki, zdaniem jego, istnieje pomiędzy przymiotem a porażeniem ogólnem postępującem. Za tem przemawiają spotykane często pewne postacie przymiotu mózgowego, które pod względem objawów i przebiegu najzupełniej są podobne do porażenia postępującego pierwotnego i dlatego słusznie zasługują na nazwę: *pseudo-paralysis progressiva luetica*. Prócz tego, i statystyka stanowczo przemawia za związkiem pomiędzy dwiema temi chorobami, gdyż, według obliczeń RÉGIS'a, na 100 chorych na porażenie postępujące, 65 przechodziło przymiot, dla innych zaś umysłowo-chorych procent

ten wynosi tylko 10. Dalej nadmienienia FOURNIER, że leczenie przeciwprzymiotowe nie wywiera na porażenie postępujące, zarówno jak i na inne t. zw. cierpienia przymiotowe, żadnego dodatniego skutku. (Original-Bericht S. Wien. med. Wochenschs. 1895. № 5). J. M.

= PETER EADE zwraca uwagę na to, że prawdopodobnie nie tylko ostrygi, ale i inne mięczaki mogą być przyczyną duru brzuszego; szczególnie muszle (*musssels*), które, wylawiane na brzegach Anglii w ogromnej ilości, przechodzą się w oczekiwaniu zbytu w zatokach morskich, dokąd też dość często z sąsiednich miast wylewają się zawartości dołów kloacalnych. Muszle te stanowią ulubioną potrawę prostszej i biedniejszej klasy mieszkańców miast angielskich i prawdopodobnie są częstym powodem szerzenia się wśród nich tyfusu. Autor przypomina dość znaczną epidemię tyfusu wśród biedniejszej części mieszkańców Norwich'a; epidemia ta, zdaje się, spowodowana była temi muszlami. Wobec tego autor zwraca uwagę, iż nieprawdopodobne jest, jakoby woda morska niszczyła laseczniczki tyfusowe, jak również niemożna polegać na tem, ażeby strawienie mięczaków mogło zabijać drobnoustroje w nich zawarte. (Brit. med. Jour. 19. I. 95).

= Na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu, z d. 19 stycznia 1895 r., LEGRAIN mówił o własnościach surowicy krwi, otrzymanej od rekonwalescentów po ciężkim durze wysypkowym. Surowicę brano w tydzień po ustaniu gorączki. Ponieważ zwierzęta nie są wrażliwe na zarazek tyfusowy, stosował on surowicę u ludzi, dotkniętych tyfusem wysypkowym z ciężkimi objawami, z wysoką gorączką, z zaburzeniami nerwowymi. Zastrzykiwano, stopniowo zwiększając dawkę, 2, 4, 6, 10 i 20 ctm. Po zastrzyknięciu zazwyczaj w 3 godziny ciepłota obniżała się proporcjonalnie do ilości zużytej surowicy. Po 24 godzinach ciepłota znowu się podnosiła i opadała po następnem zastrzyknięciu. W jednym tylko przypadku przebieg był znacznie krótszy — 6 dni, w pozostałych zauważono tylko wpływ dodatni na ciepłotę i inne objawy zatrucia. L. nie uważa tego sposobu leczenia za bezwzględnie dobry, dodaje jednak, że śmiertelność w omówionej epidemii wynosiła 25%, z tego zaś 39 przypadków, z których 12 ciężkich leczonych było zastrzykiwaniem surowicy, zmarł tylko jeden chory i to taki, który ani jednego zastrzyknięcia nie otrzymał. W dyskusji CHAUVÉAU uważa podane wyniki za znakomite, CHARRIN zaś nie odważa się wypowiedzieć wniosków stanowczych wobec faktu, że śmiertelność z tyfusu bywa bardzo różna. (Münch. med. Wochenschs. № 5. 95).

== Prócz ogólnie znanych objawów zatrucia, jakie występują po większych, a nawet i mniejszych dawkach chininy, szczególnie godne uwagi jest pewne trujące jej działanie, spostrzegane przy zimnicy, na które pierwszy zwrócił uwagę TOMASELLI. Po małych nawet dawkach występują: drżenie, dreszcze, bledność twarzy, upadek sił, pot, ból w łędźwiach, wymioty żółciowe, następnie po kilku godzinach (1—3) zjawia się podniesienie ciepłoty od 39,5 — 40, duszność, krwawy mocz i żółtaczka. W ciężkich przypadkach, przy objawach coraz zwiększającej się duszności i porażenia serca, śmierć nastąpić może. Te spostrzeżenia TOMASELLI'ego, którym niejednokrotnie zaprzeczano i czyniono zaletnemi od ciężkiej postaci zimnicy. potwierdził niedawno VALENTI, który już po 0,25 chininy

spostrzegał objawy powyższe w przypadku zimnicy. Objawy te, zdaniem V., zależą od niszczącego wpływu chininy na czerwone krążki krwi. (Cent. f. inn. Med. № 2. 1895).

== BESNIER i BROCCQ chwala bardzo następujące leczenie przy odmrożeniach: 1) wymoczyć ręce w odwarze z liści orzechowych; 2) nacierać następnie olejkami kamforowym; 3) posypać proszkiem, składającym się z salicylanu bismutu 10,0 i krochmalu 90,0. 4) żeby uspokoić swędzenie, wieczorem radzą smarować następującą mieszaniną: gliceryny 50,0; wody różanej 50,0 i taniny 10 centigrm., a następnie posypać proszkiem z *sub* 3; 5) w razie owrzodzeń, owijać liśćmi orzechowymi, namoczonymi w wodzie ciepłej. (Gaz. des hôp. 17 stycznia, 1895). S. M.

Wiadomości bieżące.

— Naczelnik lekarz szpitala Dzieciątka Jezus komunikuje nam, iż w ciągu 1894 roku w ambulatorium przy tymże szpitalu udzielono 15,734 porad; z liczby tej 1,035 w chorobach uszu, 1,261 w chorobach nosa i krtani, 290 w chorobach nerwowych, 5,839 w chorobach wewnętrznych, 6,129 w chorobach chirurgicznych i wreszcie 1,180 w chorobach dzieci. Gdyby nie konieczność oczyszczenia i odnowienia pomieszczeń ambulatoryjnych, co w miesiącu sierpniu i wrześniu spowodowało przerwę sześciotygodniową w przyjmowaniu chorych, cyfra ogólna porad wypadłaby jeszcze znaczniejsza. Czternastu lekarzy udzielało porad i pomocy chirurgicznej: z nich koledzy: KARWOWSKI i ŚWIĄTECKI w chorobach nosa i krtani, SZUMLAŃSKI w chorobach uszu, KAMIENSKI w chorobach dzieci, CIĄGLIŃSKI w chorobach nerwowych, PUŁAWSKI, WOŹNICKI, DĄBROWSKI, BIERNACKI, BRONOWSKI, FRENKIEL i SYLWESTROWICZ w chorobach wewnętrznych, KOCIATKIEWICZ i SOŁOWIEJCZYK w chorobach chirurgicznych. Oprócz opatrunków chirurgicznych, wydano w ciągu roku 8,445 leków bezpłatnych. Wydatkowano na zakup przedmiotów lekarskich, narzędzi chirurgicznych, środków opatrunkowych, materiałów aptecznych, na utrzymanie Siostry miłosierdzia zajmującej się dozorem ogólnym i wydawaniem leków bezpłatnych, i na zasługi i żywność służącej, utrzymującej porządek, ogółem sumę 800 rs., stanowiącą roczną zapomogę Magistratu miasta, ndzielaną dla ambulatorium od roku 1891.

— W ciągu ostatnich kilku tygodni ilość przypadków influenzy olbrzymio wzrosła; cho-

roba napada nie tylko pojedyncze jednostki, lecz nawet całe rodziny, a nieraz i większość zaludnienia niektórych domów; słowem, mamy do czynienia ze świeżym wybuchem epidemii influenzy. Cierpienie przeważnie występuje w postaci płucnej i często bywa powikłane objawami ze strony przewodu pokarmowego. Przebieg jest dość łagodny, nawet u dzieci.

— XIII zjazd dla medycyny wewnętrznej będzie miał miejsce w Monachium od 2 do 5 kwietnia 1895 r. Prezydować będzie prof. ZIEMSEN. Temata ważniejsze zapowiedziane są następujące: 1) leczenie zapaleniem żelaza; 2) wyniki leczenia surowicą przeciwbłonicową; 3) patologia i leczenie zapalenia kiszek ślepej. Oprócz tego zapowiedziano jeszcze około 30 odczytów.

— „General Medical Council“ w Londynie wykreślił z liczby lekarzy d-ra R. M. THEOBOLD'a za to, iż tenże przetłumaczył książkę MATTEI'ego p. t. „Elektrohomeopatyczna Medycyna“, jak również za to, że zalecał lekarstwa MATTEI'ego.

— Od 3 do 10 lutego r. b. w Galicji zachorowało na cholere 10 osób, zmarło 7.

Zmarli: W Sokołowie d-r Józef ZAWISTOWSKI. Zmarły ukończył Uniwersytet Warszawski w r. 1883, cieszył się ogólną sympatią i uznaniem chorych; zmarł na stanowisku, zaraziwszy się tyfusem wysypkowym.