

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7; półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Ziota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran. Podał prof. Rydygier. — Przyczynek do kazulistyki i chirurgii niedrożności jelit. Podał T. Solman. (Dokończenie). — Kilka słów o euchininie. Podał Henryk Rosenthal. — **Wykłady kliniczne.** Operacyjne leczenie kamieni żółciowych podług Riedel'a. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 204. O pneumotomii. 205. Zmiany odżywcze skóry w gliomatozie rdzeniowej lub syringomyelii. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 29 listopada i 6 grudnia r. b. — **Krytyka i bibliografia.** Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **Prof. D-r Rydygier** — Quelques observations sur de procedés nouvellement imaginés pour améliorer les pensements. 2) **D-r T. Solman** — Constiction de l'intestin iléon par l'appendice coecal. 3) **D-r H. Rosenthal** — Quelques mots sur l'euchininie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Kr.-k.-Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **Prof. D-r Rydygier** — Einige Bemerkungen ueber neuere Bemühungen zur Vervollkommnung der Wundbehandlung. 2) **D-r T. Solman** — Abknickung des Ileum durch den Wurmfortsatz. 3) **D-r H. Rosenthal** — Einige Worte ueber das Euchinin.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Kilka uwag O NOWSZYCH DĄŻENIACH CELEM WYDOSKONALENIA OPATRYWANIA RAN

Podał

radca dworu **Prof. RYDYGIER.**

Wykład, miany w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem.

Szanowni Koledzy! W ostatnich czasach zaczęto się znowu więcej zajmować wydoskonaleniem sposobów opatrywania ran. Rozumie się, że, urządzając nową klinikę, zajmowałem się tą sprawą tem specjalniej.

Zaznaczam z góry, że nie jestem zwolennikiem wyłącznej aseptyki, a przeciwnie, w klinice naszej używamy do wszystkich ran zakażonych i takich, których nie można na pewno zamknąć opatrunkiem, szczerlnie osłaniającym, środków antyseptycznych, jak sublimatu, jodoformu, azotanu srebra i płynu BUROW'a (octanu gliny).

Wprawdzie według badań doświadczalnych SCHIMMELBUSCH'a zdawało się, że wszystkie nasze środki przeciwnie — choćby i najlepsze — już w kilka

minut po zakażeniu nie są w stanie rany nieczystej odkazić. Zaczęto więc nawet flegmony tylko szerokiem nacięciem leczyć, nie stosując do przepłukiwania żadnych antyseptyków.

Wkrótce jednak badania HENLE'go, FRIEDRICH'a i innych zachwiały wiarę w wyniki ciekawych bez wątpienia badań SCHIMMELBUSCH'a; a doświadczenie nasze kliniczne także mówi przeciwko takiemu wyciąganiu wniosków i stosowaniu ich do ludzi. FRIEDRICH mianowicie wykazał na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich, że zupełnie inaczej zachowują się co do siły i czasu zakażenia kultury bakteryi, a inaczej bakterye, dostające się przypadkowo do ran (aus der Aussenwelt stammendes Infectionsmaterial). Przyszczepki wyhodowane od razu wnikają do tkanek i naczyń, zaś przeszczepki, przypadkowo do rany z otoczenia się dostające, muszą się dopiero do nowych stosunków gleby odżywczej dostosować. Mija więc zwykle dłuższy czas, zanim są w stanie w głąb' wniknąć i zakażenie rzeczywiście postępujące wywołać. Jako sposobu celem wydalenia ogniska miejscowego zakażenia używał FRIEDRICH wycięcia. Nie przeczę bynajmniej, żeby ten sposób był nieskuteczny, nie nadaje on się jednak w praktyce chyba wyjątkowo, choćby już tylko dlatego, że pierwotne ognisko zajmuje nieraz zbyt wielki obszar. Śmiem twierdzić, że takie postępowanie jest także i niepotrzebne. Niema bowiem najmniejszej wątpliwości, że z pewną liczbą przeszczepów daje sobie nasz ustrój sam radę. Dalej nie da się zaprzeczyć, że przecieź środki przeciwnie są w stanie wnikać w tkanki do pewnej głębokości i tam zarazki zniszczyć lub w najgorszym razie ich rozwój zatamować. Jak głęboko ta ich działalność w głąb' sięga, dotychczas nierozstrzygnięto. Ja przynajmniej jestem przekonany, że niektóre z naszych środków chemicznych są w stanie wnikać do pewnej głębokości i, bądź co bądź, tamować rozwój przeszczepów, nie naruszając w odpowiednim rozcieńczeniu bynajmniej żywotności tkanek. Dla tego też i na przyszłość nie przestanę używać chemicznego odkażania obok mechanicznego szerokiego odsłaniania ognisk zakażonych, co niewątpliwie wysoko cenię. Tak samo i nadal wykonywać będę amputację kończyn zakażonych przy rozpoczynającem się zakażeniu ogólnem, mimo że niezaprzeczenie ładne doświadczenia SCHIMMELBUSCH'a wykazały, że już po kilku minutach odcięcie zakażonego ogonka nie jest w stanie uratować życia ubogiej myszce.

Jeszcze i z innej przyczyny nie przejdziemy w klinice do wyłącznej aseptyki. W klinice mamy zadanie kształcić przyszłych lekarzy przeważnie do praktyki na wsi i w małych miasteczkach, gdzie przecieź nie zawsze zupełnie ścisłą aseptykę na pewno przeprowadzić można. Wprawdzie i w tym kierunku dużo zdziałać może lekarz, jeżeli w przypadkach chirurgicznych będzie pamiętał o radach i przepisach NEUBER'a, SZUMAN'a, JASIŃSKIEGO, moich i tylu innych, a w przypadkach ginekologiczno-położniczych przypomni sobie dokładne i praktyczne przepisy BYLICKIEGO.

Wyjaławiamy nasze materiały opatrunkowe (gazę, watę, opaski kalikowe, płaszcze operacyjne, serwety i prześcieradła) w dezinfektorze ROHRBECK'a.

Zwykle stoły operacyjne są możliwie proste, bez żadnych urządzeń do uniesienia głowy i zmian w położeniu chorego. Zamiast dawniej używanych płyt szklanych, wybraliśmy deski z twardego impregnowanego drzewa, ponieważ zdawało nam się w Krakowie, gdzie mieliśmy płyty szklane, że częste bardzo zapalenia płuc po operacjach może po części miały swą przyczynę w zaziębieniu podczas operacyi. Na stole operacyjnym w sali laparotomij-

nej nie mamy wogóle żadnych płyt; poprostu na rusztowaniu żelaznem rozpina się zapomocą odpowiedniego urządzenia wyjałowione, grube płótno żaglowe, które po każdej operacyi zdejmuje się, pierze i na nowo wyjaławia.

Narzędzia gotują się przed operacyą w roztworze sody i podaje się je z tego samego płynu, bez zmieniania naczyń.

Jedwab', którego używamy tylko tam, gdzie potrzeba znacznej siły, nawija się na walce z drutu w nielicznych warstwach i gotuje się przed operacyą w 5% roztworze karbolu i z tegoż płynu go się podaje.

Katgut, którego używamy do wszystkich podwiązek i szwów, z wyjątkiem—wymagających mocnych nitok — szwów zwalniających, wyjaławia się przez 3 do 4 godzin w ciepłocie 140°, według przepisu REVERDIN-DÖDERLEIN'a. Kilka nitok zwiija się w kłębek i zawija się w bibułę—tak się sterylizuje i przechowuje, a bezpośrednio przed operacyą wrzuca się potrzebną ilość zwitków do alkoholu. W ten sposób katgut jest napewno wyjałowiony, mocny i sprężysty. Nie czujemy wcale potrzeby opuszczenia katgutów i wrócenia do jedwabiu. Przeciwnie, kiedyśmy przed laty próbowali zastąpić katgut jedwabiem np. przy operacyi wola — widzieliśmy często po długim czasie, że podwiązki wyropiały, co mianowicie w praktyce prywatnej jest niezbyt przyjemne. Mój dawniejszy asystent, d-r KOZŁOWSKI, wypróbował w naszej pracowni cały szereg dawniejszych i nowszych sposobów wyjaławiania katgutów i znalazł, że wyżej opisany sposób jest najpewniejszy. Przy tym też sposobie zostaliśmy; wprawdzie zabiera on wiele czasu, ale jeżeli odpowiedni asystent i bez tego parę godzin przy innych zajęciach spędza w pracowni, to może bez żadnej straty czasu kontrolować wyjaławianie. Za to mamy nitkę na pewno wyjałowioną i, co nie mniej jest ważne, silną i sprężystą, nie trzeba jej tylko przed użyciem wkładać do roztworów wodnych.

Pole operacyjne odkażamy przez obmycie ciepłą wodą i mydłem, ogołenie, wytarcie 50% wyskokiem i splukanie 1‰ roztworem sublimatu, jak to zapewne wszędzie się odbywa. W ostatnich czasach rozpoczęliśmy podług przepisu FRITSCH'a przykładac na 24 godziny, poprzedzające operacyę, okład wysychający z płynu BUROW'a na pole operacyjne i zamierzamy to postępowanie systematycznie wypróbować, podobnie jak skądinąd zalecane okłady formalinowe. Zdaje się w istocie, że te okłady macerują powierzchowne warstwy skóry i pozwalają w ten sposób odkazić głębsze warstwy tejże.

Również zaprowadziliśmy według FRITSCH'a szew ściany brzucha od wewnątrz ku zewnątrz za pomocą podwójnie nawleczonej nitki. Zdaje się nam że potem widzieliśmy rzadziej ropienie w szwach. Pomimo tego zdaje się POPPERT mieć racyę, jeżeli utrzymuje, że te ropienia niezawsze polegają na zakażeniu, ale że często sprawy chemiczne i upośledzenie w odżywianiu są tu przyczyną. To widzimy najlepiej ztąd, że te ropienia stosunkowo najczęściej pojawiają się po doszczętnych operacyach przepuklin pachwinowych, przy czem oddzielają się mniejsze lub większe strzępy źle odżywionej powięzi. Wprawdzie okolicę pachwinową też trudno odkazić, a jeszcze trudniej dokładnie opatrunkiem zamknąć i w ten sposób ochronić przed następczem zakażeniem.

Przychodzimy teraz do sprawy, w ostatnich czasach często omawianej, sprawy odkażania rąk. W naszej klinice używamy wciąż jeszcze nieco zmodyfikowanej metody FÜRBRINGER'a, t. zn. myjemy ręce około 10 minut mydłem glicerynowem pod płynącą ciepłą wodą i szorujemy cienkimi wiórami drzewnymi, które po użyciu wyrzuca się. Z szczególną troskliwością czyszcimy

paznogcie, które poprzednio już za pomocą stale w karbolu leżących pilników z grubszego oczyściliśmy. Szczotek ani gąbek już od wielu lat nie używamy, gdyż trudno je wyjałowić i w stanie jałowym przechować. Następnie oplukujemy ręce w 50—60% wyskoku i zmywamy jeszcze przez jakie dwie minuty 1‰ sublimatem, który to ostatni zawsze natychmiast splukujemy, aby się nie narażać na zatrucie sublimatem, jak to się zdarzyło ALBERT'OWI. Nakoniec wycieramy jeszcze końce palców małymi płatkami gazy jodoformowej, zamoczonymi w sublimacie. Po obu stronach stołu operacyjnego stoją miednice z 3% roztworem kwasu bornego, lub wyjałowioną wodą słoną, tak, że operator i asystenci często mogą splukiwać ręce podczas operacji. Miednice przed operacją gotuje się, aby brzegi były napewno czyste. Podczas operacji starannie powinno się unikać dotknięcia rękami jakiegokolwiek niewyjałowionego przedmiotu. Mówię umyślnie „powinno się unikać“, gdyż wiem, że to jest najtrudniejszy punkt w aseptyce, i że przeciwko temu najczęściej się grzeszy—zupełnie bezwiednie. Jeżeli się dotknęło czegoś nieaseptycznego, to splukuje się ręce w miednicy, co i tak—jak już powiedziałem—często w czasie operacji się czyni.

W ten sposób sądzimy, że uczyniliśmy wszystko dla czystości naszych rąk, czego od sumiennego lekarza wymagać można. W rękawiczkach dotychczas nie operowałem i na przyszłość—o ile to mogę przewidzieć—nie będę operował. W tym kierunku stoję zupełnie na stanowisku Alex. FRAENKEL'a, które zajął po ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich, i dlatego mogę się z tym punktem krótko załatwić. Ochronę przeciw zakażeniu rany przez nie- dość czyste ręce mogą oczywiście stanowić tylko nieprzepuszczalne rękawiczki, te jednakże obniżają nasze czucie dotykowe i przeszkadzają w delikatniejszej robocie. Rękawiczki niciane, podług mnie, nie tylko nie ochraniają przed zakażeniem, ale są wprost szkodliwe. Pomijając to, że DÖDERLEIN i inni znaleźli, iż w takich rękawiczkach po operacji roi się od drobnoustrojów, mogłaby ta przypuszczalna ochrona skusić mniej pedantycznego lekarza do niezupełnie dokładnego odkażenia rąk, co oczywiście dla chorego byłoby z największą szkodą. Wprawdzie musimy z uznaniem i wdzięcznością przyjmować wszelkie usiłowania uzupełnienia aseptyki, ale nie sądzę, żebyśmy na tej drodze ten cel osiągnęli. Jeżeli niektórzy zwolennicy rękawiczek utrzymują, że po ich zaprowadzeniu mieli lepsze wyniki w aseptyce, to im chętnie wierzę. Ale to polepszenie kładę nie na karb rękawiczek, ale na równocześnie zaprowadzone inne ulepszenia i na ściślejsze przeprowadzenie aseptyki przez asystentów i służbę, ponieważ szef coś nowego zaprowadził, co zresztą i MIKULICZ przyznaje. Zamiast wdziwać rękawiczki, oplukujemy, jak już powiedziano—ręce w roztworze kwasu bornego jak najczęściej—jałowa woda słona również wystarcza, gdyż chodzi głównie o mechaniczne splukanie znajdujących się na powierzchni rąk drobnoustrojów, które czy to przez zanieczyszczenie, czy też z głębszych warstw na powierzchnię się dostały, czy też spadły z powietrza.

Sprawiło mi w ostatnich czasach niemałą satysfakcję, że coraz częściej wracają do zapatrywania, którego już dawno bronilem, mianowicie, że zakażenie z powietrza nie jest bez znaczenia. Pierwszy, zdaje się, powrócił do tej sprawy HAEGLER z kliniki SOCIN'a, i, powołując się na moją pracę (Zur Sprayfrage. Deut. Zetschr. f. Chir. T. XV), za pomocą ścisłych badań bakteryologicznych wykazał, że przecież zakażenie z powietrza ma pewne znaczenie. Nawet MIKULICZ przyznał na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich, że zakaże-

nie z powietrza, jakkolwiek małego znaczenia, istnieje, a jego niebezpieczeństwo dla rany zwiększa się w miarę trwania operacji.

Sprawa zakażenia z powietrza ma z wielu stron praktyczne znaczenie: uznanie tego znaczenia doprowadziło nas do tego, że zaprowadziliśmy odpowiednio urządzone sale operacyjne, że dbamy w nich o dobre przewietrzanie, że staramy się unikać kurzu i przeszkodzić, aby studenci przed operacją kurz roznosili i t. p. Piękne badania HÆGLER'a oraz później przez nas w Krakowie i przez wielu innych przedsięwzięte próby wykazały nam niewątpliwie, jak wiele bakterii chorobotwórczych zawieszonych jest w naszych salach operacyjnych, i ile z nich w pewnej jednostce czasu może spaść na ranę. Najnowsze badania FLÜGGE'go wykazały dalej, że bakterie nie tylko w postaci pyłu, ale i w najdrobniejszych kropelkach są w powietrzu zawieszone, i że w ten sposób, mianowicie przez częste mówienie podczas operacji, zakażenie rany może przyjść do skutku.

Aby się uchronić przed tem ostatniem niebezpieczeństwem, polecano opaski na usta, maski, a kapy na całą głowę. Przeciwno temu można słusznie z GARRE'm podnieść, że przez tarcie maski o brodę, jeszcze więcej drobnoustrojów się uwalnia. Ja nie nałożę podczas operacji kapy na głowę, ani też — coby było o wiele prostsze — nie ogolę brody i włosów krótko nie ostrzygę. Zdaje mi się, że czynimy zadość wszystkim uzasadnionym wymaganiom, jeżeli krótko przed operacją myjemy twarz, a brodę i włosy zwilżamy, nadto jeżeli usta dokładnie wypłukujemy. Ta toaleta, a głównie jej część ostatnia, wydaje się nieco osobliwą wobec zgromadzonego audytorium, ale przy niezbyt estetycznem wykonywaniu toalety mamy przecież dobro naszych chorych na oku. Lecz wróćmy po tem zboczeniu do naszego tematu.

Dla pewności oplukujemy ranę podczas operacji i przed zamknięciem rany roztworem kwasu borowego lub wodą słoną, aby wydalić przyrzuty, które mogły wpaść do rany, zanim się zagnieżdżą. W każdym przypadku ważny jest przepis, żeby o ile możności opatrywać i operować nieczyste przypadki na samym końcu naszego zajęcia. Dla tego też kursa operacyjne odbywają się u nas popołudniu.

Przeświadczenie o ważności urządzeń aseptycznych w sali operacyjnej wytworzyło u wielu chirurgów mniemanie, że większe operacje, mianowicie laparotomie można z należytą pewnością i bezpieczeństwem wykonywać tylko w dobrze urządzonych szpitalach i klinikach. Znajduję nawet to zdanie w ostatniem sprawozdaniu z kliniki prywatnej prof. KEHR'a podniesione z wielkim naciskiem. Przyznaję otwarcie, że i ja stałem przez szereg lat na tem stanowisku, jednakże zmieniłem zasadniczo swe zdanie i utrzymuję, że laparotomię można o wiele bezpieczniej wykonać w domu prywatnym, aniżeli w najlepiej urządzonej klinice. Wprawdzie przygotowania do operacji i leczenie następce sprawiają w domu prywatnym więcej kłopotu i zabierają więcej czasu. Można się jednak łatwo przekonać zapomocą badań bakteriologicznych, że w mieszkaniach prywatnych bakterie chorobotwórcze, a szczególnie ropne, tylko wyjątkowo się znajdują. Jeżeli tedy przeprowadzenie kautele aseptycznych nie udaje się zawsze w tym stopniu, jak w dobrze urządzonej klinice, to za to niebezpieczeństwo zakażenia — mianowicie z powietrza — jest znacznie mniejsze. Jeżeli ponadto zwrócimy uwagę, że wyjątkowo znajdujące się w mieszkaniach prywatnych bakterie chorobotwórcze nie znajdują się tam w stanie „przystosowanym“, jako materiał infekcyjny dla ran, że natomiast w naszych klinikach się zawsze one w tym stanie znajdują, to uwierzmy i po

pięknych doświadczeniach FRIEDRICH'a i z tej przyczyny w mniejsze niebezpieczeństwo operacyi w mieszkaniach prywatnych. I w rzeczywistości doświadczenie praktyczne potwierdza zupełnie te teoretyczne wywody. Uderzył mnie w wielu przypadkach przebieg piękny i bezodczynowy, kiedy zmuszony zewnętrzniemi okolicznościami wykonywałem laparotomie w domu chorych. Zwracałem na ten fakt zawsze baczną uwagę i przyszedłem do przekonania, że nawet nie trzeba robić tych wszystkich przygotowań, które dotychczas stosowaliśmy, np. skrupulatne wynoszenie wszystkich mebli. Chodzi tylko o to, żeby nigdzie nie był nagromadzony pył, i aby go przed operacją nie roznosić po pokoju. Należy dla tego firanki, portyery i dywany usunąć, podłogę dzień przed operacją dobrze wytrzeć — ale wycieranie ścian i podłóg karbolem i sublimatem, jak również wypróżnienie pokoju do ostatniego mebla jest zupełnie zbyteczne.

Z wyżej przytoczonych powodów nie żądam nigdy przewiezienia chorego do kliniki, jeżeli tylko posiada jasny pokój i środki do opędzenia kłopotliwszego i kosztowniejszego leczenia następczego w domu.

Tyle o przygotowaniach do operacyi. Traktowanie ran oczywiście zależnie od ich charakteru jest tak rozmaite, że zaprowadziłoby nas za daleko, gdybyśmy w krótkiej rozprawce chcieli o tem się rozpisywać. Chcę tylko pednieść, że sączkujemy, o ile możności, jak najmniej (patrz moją pracę „O leczeniu ran bez sączków“), że podczas operacyi i przed zamknięciem rany spłukujemy ją kwasem bornym lub jałową wodą słoną, i że wreszcie — jak wszędzie — o ile możności, rzadko zmieniamy opatrunki.

Z ZAKŁADU CHIRURGICZNEGO D-RA SOLMANA.

PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI I CHIRURGII NIEDROŻNOŚCI JELIT.

Zaciśnięcie jelita biodrowego wyrostkiem robaczkowym,

ostra niedrożność jelit, laparotomia, wyzdrowienie.

podał

T. SOLMAN.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 52).

W powyżej opisanym przypadku przyczyną, powodującą niedrożność jelit, był wyrostek robaczkowy, okalający przednią powierzchnię dolnego końca jelita biodrowego, przyrośnięty wolnym końcem do dna krezki, wskutek czego utworzył się powróżek, jelito zaciskający. Częściowe zamknięcie światła jelita powróżkiem istniało prawdopodobnie stale w słabym stopniu, od czasu do czasu jednak stawało się silnem, a wtedy występowały owe napady przemijającej niedrożności jelit. W dniu 16 lutego, wskutek raptownego nadmiernego rozdęcia kiszki powyżej powróżka powstało przegięcie się jelita biodro-

wego i następne całkowite zamknięcie światła кишки, a wtedy wystąpił typowy obraz ostrej niedrożności jelit, z objawami takimi, jakie najczęściej przy raptownem zamknięciu dolnego odcinka jelita biodrowego tworami powrózkowatymi spotykamy.

Zacisnięcie jelit wyrostkiem robaczkowym zaliczamy do działu niedrożności jelit, wywołanej tworami powrózkowatymi, twory te bywają wytworzone bądź przez sieć i przyrosty otrzewnowe, bądź przez uchyłek MECKEL'a, bądź też przez narządy prawidłowe, które wskutek niezwykłych przyrostów w powrózki się zamieniły, jak np. wyrostek robaczkowy, jajowód, przydatki grubej кишки, lub nawet sama кишка. Jakkolwiek najczęstsze są powrózki wytworzone przez sieć, otrzewną, uchyłek MECKEL'a, to jednakże i przypadki zacisnięcia jelit wyrostkiem robaczkowym wydarzają się niejednokrotnie, a to wskutek tego, że niektóre stosunki anatomiczne, wady rozwojowe, wreszcie zmiany patologiczne, szczególnie sprzyjają przeistoczeniu się wyrostka w taśmę, jelita zaciskającą. Wyrostek robaczkowy odznacza się niestałością stosunków anatomicznych nie tylko pod względem długości i objętości, lecz głównie pod względem położenia wolnego końca. Według BERRY'ego prawidłowa długość wyrostka robaczkowego wynosi 8,3 cm. (u mężczyzn 8,6, u kobiet 8 cm.), niejednokrotnie jednak znajdowano wyrostek znacznie dłuższy od 9 do 20 cm. dochodzący. Wychodząc zazwyczaj z tylną wewnętrzną powierzchnię ślepej кишки, na 1,7 cm. poniżej wejścia cienkiej кишки do ślepej, kieruje się zawieszony na swej krezce wyrostek najczęściej ku dołowi, często jednak, jak wykazały badania LAFORGUE'a, BRYANT'a i TOURNEUR'a położenie powyższe zmienia się, a wyrostek końcem swoim jest skierowany bądź ku wewnątrz, bądź na zewnątrz, bądź też ku górze od ślepej кишки; kierunek ku dołowi jest najczęstszy, znajdowano go w połowie niemal porównywanych przypadków, kierunek na zewnątrz spotykano w czwartej części, kierunek ku górze i na wewnątrz w ósmej części ogólnej ilości badanych trupów. Kierując się ku dołowi, wyrostek robaczkowy wchodzi w pewne anatomiczne stosunki z pęcherzem moczowym i prostą кишкою lub z prawym jajnikiem, więzadłem szerokim i macicą, kierując się ku wewnątrz wchodzi w stosunki z cienką кишкою, skierowany na zewnątrz może okalać przednią lub tylną powierzchnię ślepej кишки, idąc wreszcie ku górze dochodzić może do prawej nerki i do wątroby. Przy nadmiernej długości wyrostek może przechodzić na lewą stronę jamy brzusznej, w przypadku, podanym przez LENANDER'a, znajdował się w lewym podbrzuszu w okolicy śledziony. Powyższe zmiany położenia są nietylko ciekawe pod względem anatomicznym, lecz daleko ważniejsze dla patologii umiejscowienia ropni okołowystokowych oraz dla powstawania niedrożności jelit w tych przypadkach, gdy wskutek przyrośnięcia wolnego końca wyrostek przekształca się w taśmę, zaciskającą jelito. Według TEEVES'a wyrostek robaczkowy często przyrasta do kreski dolnej części cienkiej кишки, rzadziej do ściany cienkiej lub ślepej кишки, nieraz do otrzewny, pokrywającej narządy w miednicy. LOCKWOOD i ROLLESTON, podając 104 przypadki nieprawidłowego położenia wyrostka robaczkowego, zaznaczają 33 przypadki przyrośnięcia jego wierzchołka; najczęściej przyrost znajdował się w jamie otrzewny z boku ślepej кишки w t. zw. *fossa subcoecalis*. MOTT przytacza przypadek, w którym wyrostek 7 cali długi leżał na кишке ślepej w postaci półksiężycowego łuku i kończył się w oddzielnej jamie długości 1½ calowej w przedniej części dołu biodrowego; w drugim przypadku wyrostek 7½ cala długi zaginał się naokoło ślepej кишки, obchodził poziomą część dwunastnicy

i przyczepiał się do prawej nerki. SCHWENINGER opisuje wyrostek 19 cm. długi przyrośnięty w kanale pachwinowym. Niejednokrotnie znajdowano wyrostek robaczkowy w worku przepukliny pachwinowej, SENDLER zebrał 22 przypadki tego rodzaju przepuklin, przyrośnięcie do przepukliny ściennej przytacza RAHN, zaś POLLOSON podaje dwa przypadki przepuklin udowych. ZIEMBICKI opisał przypadek zgorzeli wyrostka robaczkowego w uwięźniętej przepuklinie. Przyrośnięcie do torbieli jajnika podają RESDON, BENNET i inni, ja również parokrotnie tego rodzaju przyrost spotkałem podczas wykonywania owaryotomii. Wskutek przyrośnięcia wolnego końca wyrostka robaczkowego wytwarza się zeń powrozek, pod nim zaś łatwo pętla kiszki może uleść zaciśnięciu lub zgięciu pod kątem, jak to podaje MURRAY, rzadziej daleko gdy przyrośnięty wyrostek przybiera postać pierścienia, wytwarza się skręt zapadającej w niego kiszki, najrzadsze są przypadki zwężenia jelit z wyrostkiem robaczkowym, jest to możliwe przy tem jedynie przy nadmiernej długości wyrostka. Z pomiędzy 295 przypadków niedrożności jelit, zestawionych przez FARQUARA CURTIS'a wyrostek był w sześciu z nich powodem niedrożności. W naszym piśmiennictwie znajduje się jedyny opisany przez prof. KOSIŃSKIEGO przypadek niedrożności jelit spowodowanej zaciśnięciem cienkiej kiszki wyrostkiem robaczkowym, przypadek ten, z wielu względów ciekawy jest następujący: chora lat 14, od dwóch lat cierpiała od czasu do czasu z powodu zaburzeń w kanale pokarmowym — bóle w brzuchu, zaparcie lub rozwolnienie, wymioty pojawiały się bez wyraźnego powodu. Na trzy dni przed przybyciem chorej do kliniki wystąpiły ostre objawy niedrożności jelit z wysiękiem w jamie brzusznej. Profesor Kosiński wykonał laparotomię, podczas której po wypłukaniu jamy otrzewny z ogromnej ilości ropiastego cuchnącego wysięku, przy poszukiwaniu przyczyny zaciśnięcia dostrzeżono fałdę prostopadłą krzyżującą jelito biodrowe; przy bliższem badaniu okazało się, że ową fałdą był wyrostek robaczkowy mocno zgrubiały, przerzucony w poprzek kiszki biodrowej i zrośnięty wolnym zwykle końcem z powierzchnią jelita biodrowego i otrzewną, stanowiącą kreskę kiszki grubej. Oddzielony od jelita wyrostek został ułożony z boku kiszki. Chora wyzdrowiała. Jako przyczynę przyrośnięcia uważał profesor przebyte dawniej zapalenie otrzewny przy przypadkowym niekorzystnym położeniu wyrostka robaczkowego. Niedrożność powikłana została ropnem zapaleniem otrzewny. W przypadku, przeze mnie spostrzeżanym, przyrośnięcie wolnego końca wyrostka robaczkowego było prawdopodobnie wrodzone, a nie nabyte wskutek zrostów pozostałych po zapaleniu, brak wszelkich zmian właściwych przebytemu dawniej zapaleniu na otrzewnie wyrostka oraz ślepej i cienkiej kiszki zdają się świadczyć o wadzie rozwojowej.

Objawy w zaciśnięciu jelit wyrostkiem robaczkowym są te same, jakie w zaciśnięciu jelit tworami powrózkowatymi spotykamy, specjalnych oznak brak, a jedynie zastanawiając się nad przyczynami tego rodzaju niedrożności, należy pamiętać o wyrostku robaczkowym, szczególnie gdy poprzednio istniały bóle w prawym dole biodrowym z przemijającymi objawami niedrożności. Ze względu, że zazwyczaj wyrostek robaczkowy zaciska dolną część cienkiej kiszki przeważać będą objawy zwykłe przy zamknięciu światła tej części jelit spotykane. Na szczególną uwagę zasługuje między innymi objawami wzmoczony ruch robaczkowy jelit, widoczny w znacznej ilości pętlis cienkiej kiszki, objaw ten zaznaczył się bardzo wyraźnie w omawianym przeze mnie przypadku i był dowodem nie tylko mechanicznej niedrożności wogóle,

lecz i jej umiejscowienia w dolnej części jelita biodrowego. Na objaw ten jako charakterystyczny w zaciśnięciu dolnego odcinka cienkiej kiszk tworami powrózkowatymi zwrócił uwagę SCHLANGE, lecz szczególnie OBALIŃSKI. Z jedenastu przypadków zasznurowania jelit (opisanych przez OBALIŃSKIEGO w 1893 r. w Pamiętniku oddziału chirurgicznego szpitala Ś-go Łazarza) ruch jelit wzmożony spostrzegano sześć razy, zaś pięć razy podług OBALIŃSKIEGO dlatego prawdopodobnie go nie było, że albo go nie zanotowano w początkowych przypadkach, albo go rzeczywiście nie było w zaniedbanych, gdy zaczęło się wytwarzać septyczne zapalenie otrzewny lub porażenie kiszek. W moim przypadku kol. KĘDZIERSKI dostrzegał wzmożony ruch jelit podczas każdego z poprzednich napadów niedrożności, lecz szczególnie silny ruch wystąpił od samego początku ostatniej ostrej niedrożności. Jakkolwiek podobny rozległy ruch jelit spotykamy i w zwężeniach okrężnicy, szczególnie wstępującej części, to jednakże w ostrych przypadkach wczesne wystąpienie ruchu robaczkowego jelita i wczesne wymioty kałowe świadczyć będą o mechanicznej przeszkodzie w cienkiej raczej, niż w grubej kiszce. Co do drugiego z charakterystycznych objawów ostrej niedrożności jelit, mianowicie bębniцы miejscowej, to objaw ten wystąpić może tylko w przypadku jednoczesnego z zaciśnięciem skrętu dość dużej pętli kiszk.

Pomyślny wynik operacji w operowanym przeze mnie przypadku ostrej niedrożności jelit zawdzięczyć należy w znacznej części wczesnemu wykonaniu operacji, w chwili gdy zapaść nie była zbyt silna i gdy miejscowe skutki zaciśnięcia nie doprowadziły do zgorzeli, przedziurawienia cienkiej kiszk i do gnilnego zapalenia otrzewny; nie bez znaczenia dla pomyślnego wyniku było również prędkie ukończenie operacji, dzięki temu, iż przeszkodę mechaniczną prędko i łatwo można było odnaleźć i doszczętnie usunąć. Zestawienia SZRAMA, CURTIS'a, ROCHWELL'a, SCHLIER'a, NAUNYN'a i wielu innych wyraźnie dowodzą, że im później w ostrej niedrożności jelit została wykonana operacja, tem większa jest śmiertelność poperacyjna. NAUNYN podaje, że liczba pomyślnych zejść jest największa przy wykonywaniu laparotomii pierwszego lub drugiego dnia istnienia objawów ostrej niedrożności, wynosi wtedy około 67%, gdy trzeciego dnia liczba wyzdrowień spada do 31%. RACHWELL, operując wcześniej ze ścisłym zachowaniem antyseptyki, w 69 przypadkach miał 40% wyzdrowień. OBALIŃSKI początkowo w r. 1893 zaznaczył śmiertelności w operowanych przezeń przypadkach niedrożności 60%, w ostatnich już miesiącach dzięki umiejętnemu rozpoznaniu i umiejętnemu operowaniu, śmiertelność zawsze się zmniejszała. Przy zaciśnięciu tworami powrózkowatymi, laparotomia powinna być wcześniej wykonana. Z chwilą rozpoznania lub prawdopodobieństwa istnienia tego rodzaju mechanicznej niedrożności z przebiegiem nader ostrym, powinniśmy, gdy łagodne środki wewnętrzne okazały się bezskutecznymi, przystąpić do operacji jaknajwcześniej, najlepiej 2 lub 3 dnia, wiadomo bowiem, że w przypadkach tych daleko prędzej, niż we wszelkich innych, następuje silna zapaść, a częstokroć, jak wykazały spostrzeżenia BRYANT'a i DÖFLER'a już po 24 godzinem trwaniu objawów zgorzel kiszk i przedziurawienie nastąpić może. Śluszne wogóle jest zdanie SMITH'a, że im częściej postępować będziemy w przypadkach ostrej mechanicznej niedrożności jelit, tak jak w uwięźniętych przepuklinach, tem lepsze wyniki operacji otrzymywać będziemy.

ZE SZPITALA MAŁŻONKÓW POZNAŃSKICH W ŁODZI.

Kilka słów o euchininie.

Podał

Henryk Rosenthal.

(Czytane na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego dnia 21. IX. 1898 r.)

W 48 numerze Centralblatt für innere Medicin r. 1896, prof. v. NOORDEN pierwszy zachwala nowy przetwór pod nazwą euchininy. Sama nazwa pokazuje, że jest to udoskonalony preparat chininy, że działa również skutecznie, jak chinina, i nie wywołuje przykrych następstw ubocznych. Działanie lecznicze euchininy wypróbował v. NOORDEN w 15 przypadkach krztuśca, w gorączce gruźliczej, posoczniczej, durze brzuszny i w pojedynczych przypadkach nerwobólów i przekonał się, że w niczem chininie nie ustępuje, ma zaś nad nią tę wyższość, że nie upośledza łaknienia, nie wywołuje mdłości i zaledwie w bardzo nieznacznym stopniu powoduje bóle głowy i szum w uszach; należy jednak stosować dawki większe, gdyż 1,5—2,0 euchininy odpowiada 1,0 chininy. Środek ten podaje się osobom dorosłym w opłatku, dzieciom zaś w mleku, kakao lub zupie; ze względu na brak smaku bardzo chętnie jest on przyjmowany. NOORDEN nie zbadał działania euchininy w zimnicy jedynie wskutek braku odpowiedniego materiału klinicznego.

Następnie i inni autorowie, jak np. OVERLACH, PANEGROSSI, KLEIN również zalecają euchininę jako środek zastępujący chininę.

Przeciwnego zdania jest RHEINS (Derm. prakt. Arzt. Nr. 10. 1897) który stosował euchininę i spostrzegł dwa przypadki zatrucia: w jednym u 55-letniej silnie zbudowanej kobiety wystąpił po użyciu 4,0 szum w uszach, osłabienie słuchu i wzroku, bredzenie, osłabienie działalności serca i spadek ciepłoty do 36,5°; objawy te ustąpiły po wymiotach; w drugim przypadku objawy zatrucia wystąpiły po zażyciu dawki 0,3 dwa razy dziennie.

Stosowałem euchininę w 26 przypadkach zimnicy u dorosłych; 6 z tych chorych leczyło się stale w szpitalu małż. Poznańskich; 19 w ambulatoryum tego szpitala i jeden chory w praktyce prywatnej. Z tych przypadków 9 należało do typowej trzeciaczki, wreszcie napady zimnicy były codzienne. Dla uniknięcia słów zbyt licznych nie będę tu przytaczał wszystkich spostrzeżeń szczegółowo, ograniczę się tylko na jednym przypadku.

Jan J. lat 27, stójkowy, służył w wojsku na Kaukazie, i tam, jak sam opowiada, nabył swoją chorobę. Wstąpił do szpitala 4 maja r. 1898. Chory opowiada, że co drugi dzień zwykle między 10 a 11 godz. zrana nagle dostaje dreszczów i łamania w krzyżu, wktótce występują nudności i bóle głowy, czasami wymioty. Dreszcze trwają od godziny do 1½. Po dreszczach następuje gorączka (chory opowiada, że staje się czerwonym, jak rak) i szum w uszach; po godzinie zjawiają się obfite poty i chory zasypia, budząc się po jakimś czasie zupełnie zdrowym. Tego samego dnia chory czuł się dobrze; opowiadał mi, że spodziewa się napadu na drugi dzień. W istocie 5 maja znalazłem chorego rozpalonego w stanie gorączkowym (39,8°); chory narzeka

na bóle głowy i nudności; tętno 110, oddech przyspieszony; w płucach i sercu nic nieprawidłowego; brzuch miękki, śledziona znacznie powiększona, wy-
czuwa się na 3 cm. poniżej łuku żebrowego. Mocz mocno zabarwiony; biał-
ka i cukru nie zawiera. Postanowiłem czekać do następnego/napadu i zapisa-
łem choremu jakiś obojętny środek; 6 maja chory czuł się zupełnie dobrze;
7 — napad zimnicy o 10¹/₂ zrana. Wtedy zaleciłem choremu euchininę w po-
staci proszków (6 proszków po 0,3 na dwa dni); 8 — chory nie gorączkuje,
narzeka na lekki ból głowy, 9 — napad zimnicy o 11¹/₂ zrana w słabszym
stopniu; ciepłota 38,2°, tętno 96, śledziona powiększona; 10 maja — *status*
bonus; chory pozostawał w szpitalu do 19 tego miesiąca, napadów zimnicy
więcej u niego nie było. 19 maja chory wypisał się ze szpitala. Wypisując
chorego, nakazałem, w razie nawrotu cierpienia, natychmiast przybyć do
szpitala. Więcej chorego nie widziałem.

Pierwszy raz stosowałem euchininę w grudniu roku zeszłego. Znajdując
się pod wpływem artykułu prof. v. NOORDEN'a, zaleciłem choremu dwie daw-
ki euchininy (2,0 dziennie). Chory po przyjęciu pierwszej dawki zaczął narze-
kać na szum w uszach i lekkie osłabienie wzroku; to samo miało miejsce po
zażyciu drugiej dawki; oprócz tego chory dwa razy wymiotował. Sądząc, że
przyczyną wymiotów jest stosowanie dużych dawek, zapisałem choremu da-
wki mniejsze i od tego też czasu ani jeden z moich chorych nie doznawał róż-
nych ubocznych następstw. Chorzy moi przyjmowali euchininę w proszkach;
podawano im codziennie regularnie 3 razy po 0,3; do zupełnego usunięcia
napadów zimnicy wystarcza od 1,0—3,0; jeden tylko z chorych zażył 4,0.
U jednej chorej po trzech tygodniach nastąpił nawrót cierpienia; po zażyciu
1,0 euchininy chora wróciła do zdrowia. Wszyscy chorzy oprócz pierwszego
ani razu nie narzekali na bóle głowy, szum w uszach, brak łaknienia, nudno-
ści, osłabienie wzroku i słuchu, wymioty i t. d. Na zasadzie badań wyżej
wspomnianych autorów, a także i moich, przychodzę do przekonania, że eu-
chinina w zimnicy w niczem nie ustępuje chininie, ma zaś nad nią tę przewa-
gę, że nie wywołuje niepożądanych objawów ubocznych. Co prawda euchini-
na może czasami wywołać szum w uszach, osłabienie słuchu i wzroku, nawet
i wymioty, ale tylko przy zażyciu pierwszej dawki lub stosowaniu zbyt du-
żych dawek. Stwierdzili to podczas swoich badań OVERLACH, KLEIN, PANE-
GROSSI, LEWKOWICZ, RONDINI, GONIER i ja. Euchinina, pozbawiona gorzkiego
smaku chininy, powinna nas zachęcać do stosowania jej w praktyce dziecię-
cej; każdemu z nas wiadomo, jak dzieci bronią się przed przyjmowaniem chi-
niny; zmuszone do zażycia często dostają wymiotów; używanie zaś chininy
w opłatku w praktyce dziecięcej jest niemożliwe, bo dzieci nie mogą ich poły-
kać. Wobec powyższych zalet euchininy musimy przyznać jej prawo obywa-
telstwa w medycynie i zgodzić się z trafnym zdaniem kol. Ksaw. LEWKOWI-
CZA, że „pojawienie się euchininy należy powitać z radością“.

WYKŁADY KLINICZNE.

Operacyjne leczenie kamieni żółciowych, podług RIEDEL'A.

(Dokończenie.—Zob. N. 52)

Zarośnięcie przewodu pęcherzowego należy do rzeczy częstych. Skoro jednocześnie z przewodem znacznemu obrażeniu uległa mniej więcej cała śluzówka pęcherza żółciowego, natenczas wypełnia się tenże ziarniną, zaś następnie ulega zupełnemu zarośnięciu. Jest to dla chorego najbardziej pomyslnie zejście. Gdy śluzówka pęcherza zostaje mniej więcej uszkodzona, wówczas po zarośnięciu przewodu wypełnia się pęcherz cieczą surowiczą i w takim stanie może pozostawać on bardzo długo, nie powodując żadnych dolegliwości choremu. Wreszcie może gromadzić się w pęcherzu śluz. Jeżeli po cięciu pęcherza żółciowego wytworzyliśmy przetokę tegoż, wówczas powstaje przetoka śluzowa, która może zagoić się, lecz może po pewnym czasie wśród uciążliwego napadu kolki otworzyć się i sączyć śluz na nowo. Gdy przetoka taka trwa zbyt długo, gdy istnienie jej staje się źródłem utrapień dla chorego — nie pozostaje nic więcej nad całkowite wycięcie wtórne pęcherze. Wprawdzie moglibyśmy wykonać je pierwotnie, gdybyśmy podczas pierwszej operacji mogli niezbić stwierdzić istnienie zarośnięcia przewodu pęcherzowego. Jest to jednak rzeczą niewykonalną, bowiem nie możemy tego dowieść ani za pomocą wprowadzania zgłębnika, ani za pomocą przepychania zawartości pęcherza do przewodu wspólnego, gdyż udaje się to tylko wówczas, kiedy przewód pęcherzowy jest znacznie rozszerzony.

Wycinanie pęcherza żółciowego należy do zabiegów poważnych i niebezpiecznych. Niebezpiecznem jest tu już to otworzenie pęcherza, bowiem zakażona zawartość tegoż wylewa się wówczas do jamy otrzewny, już to zranienie wątroby — to ostatnie zagraża niebezpiecznym krwotokiem lub wypływaniem żółci, nieobojętnej dla otrzewny. Utrudniają operację liczne, często bardzo mocne zrosty pęcherza z wątrobą lub innymi narządami.

Po dokładnem oddzieleniu całego pęcherza, przewiązujemy podwójnie przewód pęcherzowy i przecinamy go między przewiązkami. W zostającym końcu wycinamy śluzówkę, wgłębiamy pozostałe błony i obszywamy je, zaś przewiązkę usuwamy. W trudnych przypadkach ograniczamy się do przewiązania, zaś w otrzewnie pozostawiamy na kilka dni muślin.

Przewód żółciowy wspólny jest bardzo dostępny zarówno dla wzroku jak i dla palców. Po odchyleniu wątroby ku górze, zaś po odciągnięciu dwunastnicy na lewo, znajdujemy długi na 6—8 ctm. przewód, przebiegający w więzie wątrobowo-dwunastniczym. Tuż obok i na lewo leży tętnica wątrobową, zaś ku tyłowi od obu żyła wrotowa. Ściany przewodu tego są nadzwyczaj cienkie, tak iż zeszywanie ich wstanie prawidłowym należy do rzeczy prawie niewykonalnych. W przypadkach atoli chorobowych sam przewód jest mocno rozszerzony, zaś ściana jego zgrubiała, tak iż łatwo daje się skutecznie nacięcie i zeszywanie tejże.

Cięcia przewodu żółciowego wspólnego, już to ze względów teoretycznych już to praktycznych, dokonywamy dopiero po upływie kilku tygodni od chwili

uwięźnięcia w nim kamieni. Nie dokonywamy również zabiegu podczas bardzo ciężkiego napadu, bowiem chorzy są wówczas prawie w zapaści, męczą ich wymioty, brzuch jest mocno wzdęty; dodać należy, że podczas takiego napadu brodawka dwunastnicy może być roztrwarta i zawartość tejże kiszki może przedostać się do otrzewny.

Jeżeli nie należy operować zbyt wcześnie, lecz poczekać, aż ściana przewodu ulegnie wystarczającemu zgrubieniu, nie należy znów zbyt długo czekać, bowiem kamień może przesunąć się aż do wejścia do dwunastnicy i operacja staje się już wówczas zbyt późną, a nawet niebezpieczną, gdyż z tak rozszerzonego przewodu może wylewać się do otrzewny zawartość dwunastnicy. Stanowczym przeciwwskazaniem do operacji jest wyjście ze stołcem bardzo dużego kamienia po długotrwałej uporczywej żółtaczce, aczkolwiek choroba powtarza się nanowo. Mamy tu dowód, że musiało nastąpić przedziurawienie przewodu do kiszki, że więc podczas operacji natrafimy na nieprzewidywane trudności.

Bardzo rzadko i tylko wobec pewnych warunków udaje się przepchnąć kamień z przewodu żółciowego wspólnego do przewodu pęcherzowego, względnie do pęcherza żółciowego. Próbowano również rozgniatać kamień w przewodzie za pomocą palców lub nawet narzędzi — udaje się to atoli rzadko, w przypadkach małych miękkich kamieni, lecz wówczas wogóle operacja staje się zbyt późną. Nie należy natomiast gnieść kamieni dużych, bowiem nie możemy przewidzieć, czy otrzymane w ten sposób odłamki będą w stanie przejść przez brodawkę dwunastnicy, czy nie dadzą one jądra dla nowych kamieni. Często po przecięciu i usunięciu jednego kamienia przekonywamy się, że jest ich więcej, czasami tkwią one aż w przewodzie wątrobowym.

Najważniejszą rzeczą podczas operacji nacięcia przewodu żółciowego jest możliwie najlepsze uprzystępnienie sobie tego narządu. Sam on rozepchnięty przez kamienie, skraca się znakomicie, tak iż jest długi zaledwie na 2—3 ctm., w dodatku przylega doń dwunastnica. Wątroba jest powiększona wskutek zatrzymania się żółci, co utrudnia odepchnięcie jej lub odchylenie ku górze. W dodatku dostęp utrudnia powiększony pęcherz żółciowy.

Rozpoczynamy od otworzenia i opróżnienia tego ostatniego; może to przyczynić się i do częściowego opróżnienia przewodu żółciowego wspólnego, a to dzięki wypłynięciu zeń żółci. Nacinamy następnie ujętą za pomocą dwóch haczyków ścianę przewodu żółciowego wspólnego. Wypływającą obficie żółć starannie wybieramy za pomocą podłożonego wyjałowionego muslinu, brzegi rany rozciągamy za pomocą haczyków i przystępujemy do usunięcia kamieni. Stosujemy do tego tępe łyżeczki, szczypczyki, naciskanie palcami. Badamy jaknajstaranniej przewód za pomocą zgłębnika w obiedwie strony od rany, wkracamy aż do przewodu wątrobowego i, skoro tylko stwierdzimy gdzieś obecność bodaj najmniejszego kamyka, robimy wszystko, by usunąć go niezwłocznie, pamiętając, że właśnie pomyślny wynik operacji polega na doszczętnem usunięciu wszystkich kamieni. Zamykamy następnie otwór w przewodzie za pomocą szwu dwupiętrowego, zaś dno pęcherza żółciowego wszywamy do rany brzucha, wytwarzając przetokę. Znajdując podczas operacji pęcherz żółciowy mały, skurczony, zaś przewód pęcherzowy zarośnięty, możemy dokonać wycięcia pęcherza.

Zarośnięcie przewodu żółciowego wspólnego bywa o tyle rzadkie, o ile częste jest zarośnięcie przewodu pęcherzowego. Wymaga ono zespolenia pęcherza żółciowego z kiszką, by w ten sposób skierować żółć do tej ostatniej. Zjawia się tu obawa zakażenia przewodów żółciowych zawartością kiszki. Ponieważ Miquel

dowiodł, że ilość drobnoustrojów jest najmniejsza w dwunastnicy, zaś posuwając się coraz niżej, znajdujemy coraz więcej drobnoustrojów, przeto najlepiej jest zespać pęcherz z dwunastnicą i tylko z konieczności z jakąś inną kiszka cienką. Operujemy tak samo, jak przy zespalaniu kiszek z kiszka lub z żołądkiem. Wystarcza zupełnie szew dwupiętrowy. Wyniki mogą tu być zupełnie inne, niż od zespolenia ze sobą kiszek, bowiem w tym ostatnim przypadku obiedwie zeszywane powierzchnie surowicze są zupełnie prawidłowe, gdy tymczasem w przypadku pierwszym surowicza powierzchnia pęcherza jest częstokroć mocno zmieniona. Żółtaczką jest również okolicznością bardzo niepomysłną, bowiem usposabiając wogóle do krwawienia, daje wynacznienie w okolicy rany i w ten sposób upośledza i bez tego upośledzone pod względem odżywiania zeszyte tkanki.

Jeżeli mamy kamienie w przewodach wątrobowych, możemy usunąć je od strony przewodu żółciowego wspólnego. Lecz gdy istnieje zwężenie na miejscu połączenia wyżej wymienionych przewodów, usunięcie takie połączone jest z bardzo dużym niebezpieczeństwem (mianowicie możemy wywołać, manipulując, krwawienie, powodujące w następstwie śmierć operowanego).

Kamienie, umiejscowione w początkowych gałęziach przewodu wątrobowego, nie mogą być rozpoznane i nie są przedmiotem, którybyśmy chcieli świadomie usunąć na drodze operacyjnej, conajwyżej otwierając ropień ściany brzucha możemy zupełnie przypadkowo natrafić na ropiejącą, przyklejoną do przedniej ściany brzucha wątrobę, a w niej znaleźć kamienie żółciowe.

Co się tyczy leczenia następczego po operacji kamieni żółciowych, to przypadki, w których usuwaliśmy kamienie z pęcherza względnie prawidłowego, bez znaczniejszych zrostów, bez powikłań ze strony przewodu pęcherzowego lub żółciowego wspólnego, niezależnie od tego, czy operowaliśmy na jednym czy też na dwóch posiedzeniach, przebiegają zupełnie pomyślnie i nie wymagają szczególnej opieki.

Przypadki, w których, by dotrzeć do pęcherza, musieliśmy porozrywać liczne grube zrosty, oddzielać poprzecznicę, dwunastnicę, nawet odźwiernik, często przebiegają zupełnie pomyślnie, conajwyżej męczą chorego krótkotrwałe wymioty, aczkolwiek zrosty po operacji nieco krwawią, ulegają surowiczemu nacieczeniu, które może szerzyć się na przymocowane do nich narządy.

Atoli rzadziej spostrzega się przebieg nieco odmienny. Wymioty pochloroformowe nazajutrz po operacji ustają. Chory poczyną czuć się zupełnie dobrze. Lecz oto drugiego dnia po operacji poczyną wymiotować na nowo. Ciężkość ciała pozostaje niepodniesiona. Rozdyma się najpierw nadbrzusze, następnie lewe podbrzusze; rozdęcie to sięga do więzu POUPART'a oraz do spojenia kości łonowych. Tętno staje się drobne, 130—140 uderzeń na minutę, twarz zapada się, ręce i nogi zimne. Moglibyśmy przypuścić, że mamy przed sobą piorunująco przebiegające zapalenie otrzewny. Gdybyśmy jednak otworzyli otrzewną, nie znaleźlibyśmy w niej ani wysięku, ani nawet złogów na kiszkach. Przekonalibyśmy się natomiast, że powodem tak ciężkiego stanu chorego jest ostra rozstrzeń żołądka, który w postaci ogromnego ciemno-sinego balonu przewężonego na miejscu sieci małej dosięga z lewej strony aż do więzu POUPART'a i do spojenia kości łonowych. Co powoduje takie ostre powstanie rzeczzonego cierpienia, rzec trudno; w pewnej liczbie przypadków zdają się być jego sprawcami zrosty na miejscu odźwiernika. W celach leczniczych przepłukujemy starannie żołądek i wstrzykujemy pod skórę 1 cgm. morfiny. Czasami jest to wystarczające, by wymioty i inne objawy bezpowrotnie zginęły. W innych natomiast przypadkach musimy powtarzać to kilkakrotnie. By zapobiedz zjawieniu się tego rodzaju stanu, natychmiast po operacji zalecamy

choremu zupełne wstrzymanie się od płynów, najwyżej pozwalamy mu trzymać kawałeczki lodu w ustach. W dalszym ciągu dyetę stosujemy jaknajściślej, wobec najmniejszego wzdęcia brzucha zalecamy do kiszki stolcowej wlewanie z gliceryny—dość, że robimy wszystko, by zapobiedz owemu tak ciężkiemu powikłaniu. Nawet po najpomysłniej przebiegających operacjach, chorzy muszą pozostać w łóżku 4 tygodnie, by miała czas wytworzyć się mocna blizna, zapobiegająca powstawaniu przepukliny. Gdy chory opuszcza łóżko, musi dostać odpowiednio sporządzony gorset. Dajemy mu dokładny przepis zachowywania się na przyszłość.

Na zakończenie dodaje autor, że, by mieć przebieg pooperacyjny oraz wyniki naszych zabiegów jaknajpomysłniejsze, należy kamienie żółciowe operować możliwie jak najwcześniej, zaś do tego muszą być bardziej wyrobione oraz wśród ogółu lekarzy rozpowszechnione wskazania do tej operacji, która, dzięki właśnie przeoczeniu odpowiedniej chwili, bywa zazwyczaj ciężka, zaś w wynikach swych niepewna.

(*Handbuch der speciellen Therapie der Erkrankungen der Verdauungsorgane, 1896*).

Ant. Leśniowski.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

204. FREYHAN. **O pneumotomii.** Aczkolwiek sprawy ropne w płucach zdarzają się nie rzadko, jednak ze względu na własności anatomiczne i związane z nimi trudności techniczne, jak również ze względu na to, że sprawy te najczęściej bywają rozsiane, niekiedy w obu płucach, że są one najczęściej zjawiskiem wtórnym, że natomiast trudno bywa stwierdzić odosobnione ognisko ropne, większość chirurgów uważa je za „*noli me tangere*“. Lecz z drugiej strony beznadziejne rokowanie wobec leczenia wewnętrznego, nadzwyczajna rzadkość samowyleczenia, czy to na drodze wykształcenia ropy, czy też przebicia się ropnia nazewnątrz, niebezpieczeństwo wobec wdechania ropy i możliwego tworzenia się nowych ognisk, — wszystko to zmusza do wyszukiwania wskazań, otwierających szerokie pole dla chirurgii.

Już prace poprzednie (QUINCKE i inni) wyrobiły przekonanie, że przypadki ostre więcej nadają się do operacji i kończą się daleko pomyślniej, niż przypadki przewlekłe. Autor zaś doszedł do wniosku, że wynik pomyślny zależy głównie od tego, czy mamy do czynienia z cierpieniem jedno czy też wielo-ogniskowym; przez to samo przypadki ostre, jako sprawy odosobnione, jedno-ogniskowe, będą miały więcej szans wyleczenia, niż sprawy chorobowe przewlekłe. Dlatego też autor, wbrew QUINCKE'mu, przyjmuje następujący podział cierpień płuc:

I Cierpienia płuc jednostronne: a) bąblowce płuc, b) ropnie płuc, które dzieli na 1) ostre 2) przewlekłe i, 3) ropnie wskutek ciał obcych; c) zgorzel płuc 1) ostra i 2) przewlekła; II Cierpienia płuc obustronne: a) rozszerzenie oskrzeli, b) gruźlica.

Gdy bąblowce w opłucnie należą już bez żadnej kwestyi do chirurgii, wątpliwości co do bąblowców w płucach nie zostały jeszcze rozstrzygnięte, z powodu małej ilości przypadków dotychczas operowanych, jako też trudnego rozpoznania tegoż cierpienia za życia. Pewne rozpoznanie można zrobić jedynie wtedy, gdy

następuje pęknięcie i opróżnienie torbieli nazewnątrz; pewność w rozpoznaniu daje jeszcze badanie wykrztuszonej zawartości torbieli bąblowcowej; niekiedy zaś wobec istnienia bąblowców w innych narządach, można przypuścić przerzut w płucach. Często cierpienie to przebiega pod postacią gruźlicy płuc; w celu rozpoznania różniczkowego ważne są: brak gorączki trwającej, potów nocnych, łaseczników w płwocinie, jak również małe zmiany oddechowe ze stłumionym wypukieniem na znacznej przestrzeni. Rokowanie w przypadkach nieoperowanych zawsze jest niepomyślne. Z operowanych zaś 13 przypadków, przez autora przytoczonych w 12 nastąpiło wyleczenie zupełne, co stanowi 91% i co zgadza się ze statystyką innych autorów. Wobec trudności rozpoznawczych, w trzeciej części przytoczonych operowanych przypadków rozpoznanie przed operacją było błędne.

Ropnie płuc zostały przez autora pomieszczone w trzech oddzielnych podgrupach, choć granice, naturalnie, nie są ściśle. Wyniki operacyjne w ostrych ropniach płuc są bardzo dobre: na 30 przytoczonych przez autora przypadków w 27 nastąpiło wyzdrowienie zupełne, w jednym pozostała przetoka. Pomyślna ta statystyka, zgodna ze spostrzeżeniami innych autorów, dowodzi, że pneumotomia w ostrych ropniach płuc winna zyskać prawo obywatelstwa. Natomiast ropnie płuc przewlekłe dają wyniki ujemne i tem stwierdzają ogólną zasadę, że im wcześniej operowane są ropnie płuc, tem pomyślniejsze staje się rokowanie. Zmiany wtórne, wtórne rozszerzenie oskrzeli, zachodzące w ciągu długotrwałego ropienia, nie sprzyjają gojeniu; co najwyżej, zgrubiała, twarda tkanka, otaczająca ropień, ma dążność do wytworzenia przetoki. Ciała obce w płucach: kostki, zęby i inne, mogą powodować i ropień i zgorzel, co klinicznie trudno rozróżnić. Stosownie do tego, sprawy, zachodzące w płucach wskutek ciał obcych, winno się podzielić na ostre i przewlekłe. W sprawach ostrych rokowanie bezwątpienia będzie daleko pomyślniejsze, niż w przewlekłych; główną przyczyną zejść niepomyślnych w ogłaszanych operowanych przypadkach jest przewlekłość sprawy. W przypadkach nieoperowanych rokowanie jest bezwzględnie złe.

Wyniki operacyjne w zgorzeli płuc ostrej względnie są również dobre, jak i w ostrych ropniach. Przyczyną większej ilości zejść śmiertelnych bywa to, że w przeważającej liczbie przypadków zgorzel poprzedzają zatoki, które same przez się już poważnie wycieńczają ustrój chorego; rzadziej zdarza się zapalenie płuc, które bywa najczęstszą przyczyną ostrych ropni; prócz tego, ropa, wdechana z jam zgorzelinowych, jest więcej niebezpieczna, niż względnie niewinna ropa w zwykłych ropniach; wreszcie, jak to widać z przytaczanych historii chorób, daleko większe jest niebezpieczeństwo przerzutów, zwłaszcza w mózgu, niż w zwykłych ropniach. Jak już QUINCKE orzekł, i tu daleko lepsze rokowanie dają przypadki wcześniej operowane; do wczesnej operacji upoważnia i to, że wyzdrowienie samoistne jest zupełnie nieprawdopodobne. Operacja zgorzeli płuc przewlekłej mało przedstawia szans wyleczenia, zaś przyczyną tego jest z jednej strony zbyt dalekie posunięcie się sprawy, z drugiej zaś łatwość przerzutów.

Olbrzymia ilość wyników niepomyślnych w operowanych przypadkach rozszerzenia oskrzeli dowodzi, że cierpienie to wcale nie nadaje się do zabiegów chirurgicznych. I jedynie możnaby myśleć o leczeniu chirurgicznym rozszerzenia oskrzeli jednostronnego, co zdarza się bardzo rzadko. Wyniki zabiegów chirurgicznych wobec gruźlicy płuc, (nb. umiejscowionej — jamy) są jeszcze gorsze, aniżeli w rozszerzeniu oskrzeli. A więc jako zasadę przyjąć trzeba, że obustronne cierpienie płuc w zupełności nie nadają się do leczenia na drodze chirurgicznej. Z jednostronnych zaś przypadki ostre dają bez porównania lepsze wyniki, aniżeli przewlekłe.

Ważną więc jest rzeczą wczesne dokładne rozpoznanie cierpienia, polegające na stwierdzeniu wiadomych zmian fizykalnych w płucach i pewnych właściwości płwociny. W celu zaś dokładnego rozpoznania umiejscowienia ropnia służy nam, jako środek pomocniczy, przekłucie próbne. To ostatnie przedstawia, jak już QUINCKE stwierdził, pewne niebezpieczeństwo, gdyż może łatwo wywołać ropienie w opłucnie, gdy nie nastąpiło zlepienie jej listków. Z tego względu godne jest uwagi to, że zrosty opłucny daleko częściej znajdujemy w przypadkach ostrych, aniżeli przewlekłych,—a przecież przypadki ostro najwięcej nadają się do operacyi. Zresztą po przekłuciu próbnym, gdy wykazana została ropa, natychmiast winno się przystępować do pneumotomii.

Co zaś do samej techniki operacyjnej, winno się wykonywać, zwłaszcza w przypadkach bardziej przewlekłych, rozległe wycięcia, a niekiedy nawet, częściowe usunięcie chorych tkanek. Gdy zrostów opłucny brak, wtedy wytwarza się je sztucznie za pomocą nalewki jodowej, zeszywania obu listków i t. p. Autor zaleca sposób QUINCKE'go: na pierwszym posiedzeniu rozcina się części miękkie aż do wewnętrznych mięśni międzyżebrowych i w wolne te przestrzenie wkłada się celem wywołania zrostów opłucny pastę z chlorku cynku, na drugim zaś posiedzeniu — po kilku tygodniach — wykonywa się rezekcję żeber i pneumotomię.

(Berl. Klin. Zeszyt 117. 1898).

St. Stanisławski.

205. A. POSPELOW. **Zmiany odżywcze skóry w gliomatozie rdzeniowej lub syringomyelii.** W gliomatozie rdzeniowej spostrzega się bardzo często zaburzenia w odżywianiu skóry, przejawiające się albo jako trofoneurozy czyste, albo też jako następce, zależne od nerwic naczynio-ruchowych. Z mniej znanych i rzadziej spotykanych objawów tych zasługują na wyróżnienie następujące: zaburzenia w czynności wydzielniczej gruczołów skórnych i następstwa tychże, jak suchość skóry, pękanie, przenie (*intertrigo*), potówki (*sudamina*), trądzik (*acne*), pryszczycyca (*ekzema*); dalej, różne postaci zapalenia skóry, ostre i chroniczne ze zgorzelą, odleżynami, wrzodami; rumieniowe nacieczenia (*erythema exsudativum*, *nodosum*), półpaśiec (*herpes zoster*), zanik skóry, bliznowate i keloidne jej zwyrodnienie, brodawki, ropne zapalenie tkanki podskórnej (*phlegmone*, *panaritium*), sklerodermia, sklerodaktylia, *malum perforans*, zniekształcenie paznokci.

Autor opisuje niezwykle przypadek syringomyelii, dotyczący 36-letniej robotnicy fabrycznej z następującymi objawami ze strony skóry: miejscowa „*asphyxia*“ kończyn czyli cierpienie RAYNAUD'a, *autographismus*, częściowe znieczulenie skóry (na ciepło i ból), częściowy zanik mięśni prawej ręki, bolesne *panaritium* (cierpienie MORVAN'a) sklerodaktylia w związku z cierpieniem RAYNAUD'a, *erythromelalgia*, *herpes zoster irregularis gangraenosus*.

(Archiv f. Dermat. u. Syphil. B. XLIV).

J. Widawski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 29 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) ŚWIĄTECKI—Przypadek nieprzymiotowego zwężenia gardzieli 2) KRAJEWSKI — przedstawienie a) chorego wyleczonego z oparzenia trzeciego stopnia i b) preparatu nowotworu nerki. 3) GRZANKOWSKI—przedstawienie dwóch preparatów ciąży zewnątrzmacicznej. 4) ORZEŁ—przedstawienie dziecka z niedorozwojem kończyn dolnych. 5) ARNSTEIN — O wpływie zmiany miejsca na przebieg krztusca i o znaczeniu leczniczym tego środka w tej chorobie. 6) TENŻE — Kilka słów o użyciu leku wymiotnego po zastrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej w błonicy krtani.

1) Kol. ŚWIĄTECKI przedstawił chorą 20-letnią, która uległa po wypiciu roztworu ługu silnemu zwężeniu gardzieli wskutek wytworzenia rodzaju błoniastej przepony poziomej, umieszczonej w dolnej części gardzieli i zrosniętej wo-

koło ze ścianą gardzieli i podstawą języka, a zasłaniającej nagłośnię wraz z wejściem do krtani i przełyku; prawie w środku błony znajdował się otwór trójkątny wielkości ziarna grochu; błona była napięta, a grubość jej wynosiła 2—3 mm. Głos chorej był przytłumiony, oddech utrudniony z wybitnym szmerem zwężenia; połykanie było wielce utrudnione: chora połykała tylko małe ilości płynów lub rozmoczone okruszki chleba. Brzegi otworu nacięto ku tyłowi i na zewnątrz, poczem stosowano rozszerzanie systematyczne. Wykryto przytem zwężenie przełyku w odległości 27 ctm. od siekaczów górnych. Zwężenie to również rozszerzono systematycznie. Odżywianie poprawiło się znakomicie, głos jest czystszy i pełniejszy, oddech swobodny, połykanie płynów łatwe, pokarmów zaś stałych niechęć. Nagłośnia górnym brzegiem zrosnięta jest z błoną. Przypadek ten należy do rzadkości, zwężeń bowiem gardzieli w jej odcinku dolnym opisano dotąd 20 (z tych 4 w naszej literaturze: SOKOŁOWSKI dwa przypadki, JARUNTOWSKI i MEYERSON). Wszystkie te przypadki powstały na tle przymiotu, przypadek więc opisany jest ze względu na swe pochodzenie jedynym. Oprócz środków żrących i przymiotu zwężenia także może wywołać twardziel, wilk i błonica. Zważywszy wreszcie, że nagłośnia unieruchomiona wskutek zrostu, nie może brać udziału w zamknięciu krtani w czasie połykania, należy wnosić, że wogóle dostateczne zamknięcie podczas tej czynności może się odbywać wbrew twierdzeniom fizyologów bez udziału nagłośni.

Kol. SOKOŁOWSKI przytoczył opis spostrzeganego i ogłoszonego przez się przypadku, który mimo różnej etiologii (przymiot) przedstawiał się anatomicznie jak przypadek opisany przez kol. S. I tu nacięcia błony i systematyczne rozszerzanie otworu sprowadziły pożądaną poprawę.

2) Kol. KRAJEWSKI przedstawił mężczyznę, który uległ przypadkiem oparzeniu trzeciego stopnia; oparzona była prawa połowa klatki piersiowej z przodu i z boku, prawa pacha i wewnętrzna powierzchnia prawego ramienia. Wskutek zaniedbania w leczeniu, zrosło się po odpadnięciu strupów ramię z klatką piersiową. Pachę pokryto płatem wykrojonym z okolicy prawej łopatki, a całą resztę braku—pasami, przeszczepionymi według sposobu THIERSCH'a. Szczepione pasy przyjęły się znakomicie, i skóra może się nawet fałdować. Całkowite leczenie trwało około 7 miesięcy. Oprócz tego kol. K. przedstawił świeżo wyciętą nerkę, dotkniętą zdaje się mięsakiem.

3) Kol. GRZANKOWSKI pokazał obecnym dwa preparaty, pochodzące z dwóch kobiet, operowanych wskutek ciąży zewnątrzmacicznej, wśród objawów ostrej małokrwistości, zapaści i wylewu do jamy brzusznej. W jednym z przypadków znaleziono w ujściu zewnętrznym prawego jajowodu zupełnie ruchomego, jajo płodowe 2½-miesięczne, pokryte nienaruszoną ścianą trąbki. Jestto *abortus tubarius*. Krwotok powstał w tym przypadku wskutek oddzielenia płodu i krwawienia z łożyska. Inny guz stanowi również preparat jaja płodowego ze środkowego odcinka jajowodu, lecz tu ściana trąbki jest pęknięta. Ponieważ w obu przypadkach objawy były jednakowe, stąd wnioskować należy, że nagły wylew krwawy do jamy brzusznej, połączony z nagłą zapaścią, nie może służyć do odróżnienia poronienia jajowodowego od pęknięcia jajowodu ciążowego. Nie było również w pierwszym przypadku owych bólów skurczowych okresowych, pogarszających stan chorej po każdym wystąpieniu, które w podręcznikach uważane są za cechujące poronienia jajowodowe. Otrzymano w obu przypadkach i doczesną, a kol. G. sądzi, że można w wielu przypadkach wobec mniej wybitnych objawów ciąży zewnątrzmacicznej przeoczyć ją, a doczesną bez badania drobnowidzowego przyjąć za resztki jaja płodowego.

4) Kol. ORZEŁ przedstawił dziecko 3-miesięczne z niedorozwojem częściowym kończyn dolnych. W kończynie prawej niema strzałki, goleń w końcu dolnym jest mniej rozwinięta, drugi palec nie posiada drugiego członka, a trzech palców zewnętrznych niema wcale. W kończynie lewej niema wcale goleni i stopy.

5) Kol. ARNSTEIN wygłosił odczyt p. t. „O wpływie zmiany miejsca na przebieg krztuśca i o znaczeniu tego środka w tej chorobie“. Po dokonaniu przeglądu literatury i wykazaniu sprzeczności w zapatrywaniach na wartość leczniczą świeżego powietrza w krztuścu, kol. A. streścił badania ULLMANN'a, z których wynika, iż ilość napadów, natężenie ich, trwanie i natężenie objawów towarzyszących zmniejsza się przy przebywaniu na świeżym powietrzu. Wreszcie przeszedł do spostrzeżeń własnych. U 8 dzieci, przeniesionych z Warszawy do Kutna, nie spostrzeżono najmniejszej zmiany w przebiegu choroby; u dzieci, przeniesionych z Kutna na wieś, zmniejszała się liczba napadów, lecz tylko wtedy, gdy przeniesione one zostały w okresie późniejszym choroby. Dzieci, przywożone zewsząd do Ciechoćinka, nic na zmianie miejsca nie tylko nie zyskują, lecz nawet sprawa się u nich wzmacnia. Przeniesienie do innego mieszkania w tymże domu, w którym dzieci zachorowały, nie wywarło w żadnym przypadku celu pożądanego. To też wnioski kol. A. są następujące: 1) zmiana miejsca sama przez się nie przerywa krztuśca i nie wpływa na przebieg choroby; 2) zmiana miejsca wpływa nieznacznie na zmniejszenie ilości i natężenia napadów; 3) korzystny wpływ, po zmianie miejsca spostrzegać się dający, zależy od zmiany warunków otoczenia, a głównie od ciągłego przebywania na świeżym powietrzu; 4) dlatego też należy jaknajobszerniej stosować ten ostatni środek, nie jest jednak potrzebna do tego zmiana miejsca; 5) zmianę miejsca należy zalecać z wielką ostrożnością ze względu na ogromną zaraźliwość krztuśca i łatwość rozszerzania choroby.

Prof. BARANOWSKI uważa, że pogląd na wpływ leczniczy świeżego powietrza zmienił się od lat kilkunastu. Chodzi tu nie tyle o świeże powietrze, ile o wielorakie czynniki, o które trudno w mieszkaniu zamkniętem i źle urządzone. Leczenie krztuśca powinno więc polegać głównie na umieszczeniu chorego dziecka w izbie, higienicznie urządzonej, choćby w tym samym domu, gdzie dziecko zachorowało, a dopiero, gdy to jest niemożliwe, należy myśleć o wyjeździe. Ważną okolicznością jest to, że w krztuścu łatwo występują powikłania paciorkowcowe, pneumokokowe i gruźlicze, leczenie więc krztuśca należy postawić na ogólnym gruncie leczenia chorób dróg oddechowych. Ochrona miejscowości leczniczych od dzieci zarażonych krztuścem jest zupełnie słuszna.

Kol. WOLBERG podnosi, że sprawa ta ma raczej wagę dla publiczności, która dotąd jeszcze wierzy w skuteczność świeżego powietrza w krztuścu. W mieszkaniu zamkniętem dziecko rozpluwa zarazki po całym mieszkaniu, co zapewne warunkuje tak częste nawroty. Na świeżym powietrzu łatwiej uniknąć nawrotów, za to łatwiej znacznie zaraza się szerzy wśród dzieci.

Kol. KORAL zwraca uwagę, że w Niemczech uznano już, iż dzieci chore na krztusiec mogą być wywożone chyba do specjalnych zakładów dla osób dotkniętych chorobami dróg oddechowych.

Kol. SOKOŁOWSKI uważa, że chociaż świeże powietrze krztuśca nie uleczy, jednak ciężki jego przebieg i powikłania zmuszają do zmiany miejscowości. Ponieważ dzieci takich nie należy wysyłać do miejscowości leczniczych, a jak w Niemczech i w Galicyi nawet nie można, bo je ztamtąd przymusowo usuwają, przeto rozstrzygnięciem sprawy byłoby zakładanie specjalnych sanatoryjów, jak dla suchotników.

6) Kol. ARNSTEIN wypowiedział „Kilka słów o użyciu leku wymiotnego po zastrzyknięciu surowicy w błonicy krtani“. Odczyt ten był drukowany w Nr. 52 „Medycyny“.

Kol. Wł. SAWICKI popiera prelegenta, sam bowiem stosował często środki wykrztuśne w podobnych przypadkach z powodzeniem, motyw zaś postępowania jest w obu razach jednakowy.

Kol. ORZEŁ stwierdza zmianę wyglądu błon rzekomych po zastosowaniu surowicy zgodnie ze zdaniem prelegenta i sądzi, że stosowanie środków wymiotnych i wykrztuśnych ma obecnie o wiele więcej racji bytu, niż w czasach przedśro-
rowicznych.

Kol. KORAL nie zgadza się na środki wymiotne ze względu na serce i tak już osłabione jadem błoniczym. Bezpieczniejsze są środki wykrztuśne lub intubacja.

Kol. WOLBERG uważa, że intubacja jest dobra, tylko nie każdy umie ją robić. Zastosowanie środka wymiotnego może być wskazane prosto, jako użycie środka ratunkowego, osłabione zaś serce można zawsze pobudzić odpowiednimi środkami.

Kol. ARNSTEIN nie zaleca środków wymiotnych do leczenia wszystkich przypadków błonicy, ani nie podaje użycia ich za metodę leczniczą, lecz uważa je za dobry środek mechaniczny usuwania błon rzekomych.

Posiedzenie z dnia 6 grudnia r. b.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER — przedstawienie chłopca z nadmiernem uwłosieniem ciała, 2) GABSZEWICZ — przedstawienie chorego po wykonaniu osteoplastyki, 3) GEPNER (syn) — przedstawienie perymetru ASCHER'a, 4) ODERFELD — przedstawienie uciskadła kiskowego, 5) Stanisław ORŁOWSKI — Sarkomatoza rdzenia i syrilingomyelia; przyczynek do nauki o powstawaniu jam w rdzeniu.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił 5½-letniego chłopca, urodzonego w okolicach Grójca, o budowie ciała i inteligencji prawidłowej. Cała powierzchnia skóry pokryta jest długimi, cienkimi, miękkimi włosami złocistymi, z wyjątkiem obu dłoni, podeszw, pępka i żołądki. Szczególnie długimi włosami pokryta jest głowa i cała twarz; odcień ich jest nieco ciemniejszy, niż odcień włosów na częściach ciała, pokrytych odzieżą. Jestto *hypertrichosis universalis lanuginosa*. Chłopiec ma tylko trzy zęby: dwa siekacze prawostronne górne i kieł prawostronny dolny.

2) Kol. GABSZEWICZ przedstawił mężczyznę 38-letniego, u którego usunął torbiel, znajdującą się pomiędzy oponą twardą a kością czołową. Powstała jama, w której możnaby pomieścić kurze jajo, zmniejszająca się tak powoli, że kol. G. postanowił wykonać osteoplastykę według sposobu KOENIG-MUELLER'a, pokrywając cały brak kostny i zostawiając tylko niewielki otwór u dołu. Chory ma się dobrze, nosi tylko przepaskę; jama istnieje wciąż w tymże stanie, lecz się z niej nic nie wydziela.

3) Kol. GEPNER (syn) przedstawił perymetr ASCHER'a. Stanowi go półkula celuloidowa na rękojeści. Na półkuli nakreślone są prawidłowe granice pola widzenia i południki, w środku zaś znajduje się otwór. Osobnik badany patrzy przez otwór w dół, trzymając perymetr za rękojeść. Przesuwając pałeczki z kartkami białymi i kolorowymi po półkuli, badający zaznacza granice pola widzenia na ścianie perymetru miękką kredą. Już samo to stanowi znaczne ułatwienie badania, przyrządu zaś, dzięki lekkości, można używać do badania nawet chorych, leżących w łóżku. Oprócz tego na biegunie półkuli oznaczone są małe kręgi do badania skotomatów centralnych.

4) Kol. ODERFELD przedstawił uciskadło kiskowe swego pomysłu.

5) Kol. Stanisław ORŁOWSKI wygłosił odczyt, którego treścią był opis spostrzeżanego przypadku. Chodziło tu o dziewczynkę 14-letnią, która w październiku 1895 r. zaczęła się skarżyć na bóle w krzyżu i stopniową utratę władzy w nogach. Badanie w styczniu 1896 r. wykryło porażenie poprzeczne dolne, wiotkość

mięśni nóg, pobudliwość elektromotoryczną upośledzoną, zniesienie odruchów kolanowych, wzmożenie odruchu ścięgna ACHILLEŚ'a i odruchu stopowego, upośledzenie czucia na kończynach dolnych i dolnej połowie tułowia z wyjątkiem splotu kuprowego, zatrzymanie moczu i stolca. Choroba zwolna lecz stale postępowała coraz wyżej, zajęła tułów i kończyny górne; wystąpił zanik mięśni, objawy opuszkowe, porażenie nerwu słuchowego i twarzowego, wreszcie posocznica i śmierć. Badanie pośmiertne wykryło w kanale kręgowym mięsak, który zniszczył dolną część rdzenia, przebił ścianę kanału kręgowego, wydostając się na zewnątrz. Od 9 kręgu grzbietowego nowotwór rósł w dwóch kierunkach: w przestrzeni pod oponą twardą, gdzie utworzył rodzaj pochwy różnej grubości w różnych miejscach i bądź uciskał, bądź nawet niszczył tkankę rdzenia, i w samym rdzeniu w postaci sznura z jamą wysłaną tkanką łączną. W części szyjowej rdzenia znajdowała się jama nie będąca w związku z nowotworem, a powstała z gliozy, ciągnącej się i niżej na pewnej przestrzeni. Obie jamy są niezależne od kanału środkowego i nie są wysłane nabłonkiem. Zastój krwi i limfy. Rozmiękczenie i zapalenie rdzenia przedłużonego. W mózgu i mózdzku płaskie przerzuty mięsaka. Na uwagę zasługuje daleko posunięte zwyrodnienie szkliste i zropienie naczyń rdzenia oraz okoliczność, że substancja rdzenia jest zniszczona nawet tam, gdzie nowotwór był względnie słabo rozwinięty. Jama dolna powstała nie wskutek rozpadu składników nowotworu, lecz, zdaje się, istniała już dawniej, górna zaś jest typową syringomyelią po gliozie. Glioza i sprawa nowotworowa współistnieją nie przypadkowo; już w literaturze opisano szereg przypadków istnienia gliozy i nowotworów. Zrozumiałem się to staje, jeśli zważyć, że nowotwór musi wywierać ogromny ucisk i zastój, co jest bodźcem do bujania neuroglii, w której później powstają jamy. Przypadek powyższy dowodzi, że udział kanału środkowego nie jest niezbędny do utworzenia jamy.

Kol. CIĄGLIŃSKI uważa, że nowotwór zbadano pobieżnie; co do jam, to na zasadzie swych doświadczeń kol. C. sądzi, że do ich wytworzenia wystarcza tylko ucisk, po którym następuje rozszerzenie, sprawa gliomatyczna i rozrzedzenie tkanki nerwowej przez płyn mózgodzeniowy.

Kol. ORŁOWSKI sądzi, że jest różnica zasadnicza między gliozą, która jest bujaniem neuroglii, a gliomatozą, która jest sprawą nowotworową. Trudno było używać innych metod oprócz sposobu MUELLER'a do badania nowotworu, ponieważ nowotwór niezmiernie zniszczył rdzeń. Rozpuszczanie tkanki nerwowej przez płyn mózgodzeniowy nie jest dowiedzione.

Prof. BRODOWSKI uważa również, że nowotwór nie został dokładnie zbadany. Szkoda tem większa, że jest dużo sprzeczności w pojmowaniu budowy neuroglii i nadawaniu nazw nowotworom. Można by np. zarzucić, że nowotwór opisany jest glejakiem.

Kol. RYCHLIŃSKI zgadza się z prelegentem, że płyn mózgodzeniowy sam przez się niezmięnionej tkanki nerwowej rozpuścić nie może; potrzeba, by poprzednio tkanka nerwowa została zmieniona. Za przykład służyć może obrzęk mózgu, w którym się przecież jamy nie tworzą.

Kol. STEINHAUS uważa nowotwór opisany za glejak i przytacza na korzyść swego poglądu to, iż nowotwory, rozwinięte wśród tkanki nerwowej, a uważane dawniej za mięsaki, są uważane obecnie za glejaki.

Kol. ORŁOWSKI odpowiada, że niemożliwe jest anatomicznie, by się w oponach rozwinął glejak bez zniszczenia rdzenia i pierwotnego w nim ogniska. Twierdzenie STEINHAUSA jest chyba jego własne, bo dotąd o niem O. nie słyszał.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-r W. JAWORSKI.

Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej.

Wydanie drugie przerobione i znacznie powiększone. Str. 512. Kraków 1899 r.

Obszerniejszą ocenę podręcznika chorób żołądka, napisanego przez prof. JAWORSKIEGO, poświęciłem w „Medycynie“ po ukazaniu się wydania pierwszego w roku 1893. Wydanie drugie tegoż podręcznika przewyższa o wiele wydanie pierwsze.

Już sam układ dzieła zyskał znacznie na tem, że dział cały, dotyczący badania wewnętrznego żołądka, a mianowicie sposoby otrzymywania treści żołądkowej i przepłukiwanie żołądka, oznaczenie dolnej granicy, zarówno jak i badanie chemiczne i drobnowidzowe zawartości żołądkowej pomieszczone zostały na początku, co najzupełniej jest słuszne ze względów pedagogicznych. Stanowi to część pierwszą dzieła.

Część druga poświęcona jest chorobom żołądka na tle anatomicznem i nerwicom żołądka. Wszystko, co do statnich czasów zrobione było w tym kierunku, zostało przez autora uwzględnione, i cały ten dział, zarówno jak i w wydaniu pierwszym, opracowany jest bardzo szczegółowo i oparty na bogatym doświadczeniu własnem.

Dział o zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka w obecnym wydaniu wyszedł z pod pióra d-ra TRZEBICKIEGO.

Zupełną nowością dzieła jest część trzecia, zajmująca się żywieniem w chorobach żołądka. Oparta ona jest przeważnie na książce Emy MATTES-JAWORSKIEJ p. t. „Kuchnia higieniczna ze szczególnem uwzględnieniem potrzeb chorych“. Autor treściwie podaje ilość dzienną pokarmów, jakość ich w chorobach żołądka, strawność ich według LEUBE'go i PENZOLDT'a, uwagi nad spożywaniem pokarmów, wreszcie żywienie w poszczególnych postaciach chorób żołądka.

Dodaniem tego działu autor oddał wielką przysługę czytelnikom, wiemy bowiem, jakie trudności napotyka się w żywieniu chorych z cierpieniami żołądkowymi. Musimy unikać w wielu przypadkach podrażnienia błony śluzowej żołądka, a jednocześnie zapobiegać upadkowi odżywiania. Osiągnąć to możemy tylko przez stosowny dobór pokarmów, strawnych, pożywnych, a żołądka nie obciążających. W pracy prof. JAWORSKIEGO znajdujemy cenne wskazówki w tym kierunku, przy czem autor szczęśliwie uniknął szablonowego przedstawienia rzeczy i umiejętnie połączył dane teoretyczne z wynikami empiryi. Obawa „zaszkodzenia“ żołądkowi jest tak wielka, że niektórzy chorzy wręcz się głodzą, a co gorsza, niekiedy i lekarze zalecają choremu taką dyetę, którą nazwać można leczeniem głodem, powodującym tak zgubny dla chorego upadek odżywiania. To też złotemi zgłoskami należałoby wypisać słowa autora, że w przewlekłych chorobach żołądka należy się kierować co do ilości dziennej pokarmów wyglądem i zachowaniem się ciężaru ciała.

W. B.

Biblioteka Główna WUM

B.085



400000009795



www.dlibra.wum.edu.pl