

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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O zeszytywnieniu kręgosłupa (ankylosis columnae vertebrarum). Napisał d-r med. L. E. Bregman. — Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacyach. Podał Fr. Neugebauer. (Ciąg dalszy). — Ze zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie od dnia 5 do 8 kwietnia r. b. (Ciąg dalszy). — Ze zjazdu lekarzy internistów w Karlsbadzie (11 — 14 kwietnia r. b.). (Ciąg dalszy). — ODCINEK. W sprawie Kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach pozostałych. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. E. Bregman — Sur l'ankylose de la colonne vertébrale. 2) D-r Fr. Neugebauer — 100 cas de corps étrangers laissés accidentellement dans la cavité abdominale pendant l'opération.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warszawa — Rue Krak.-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. E. Bregman — Ueber die Ankylose der Wirbelsäule. 2) D-r Fr. Neugebauer — 100 Fälle unbeabsichtigter Hinterlassung in der Bauchhöhle von Gegenständen, die bei der Operation gebraucht werden.

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

O zeszytywnieniu kręgosłupa

(*Ankylosis columnae vertebrarum*).

Napisał

D-r med. L. E. BREGMAN.

Ordynator Szpitala Starozakonnych w Warszawie.

Z pomiędzy cierpień przewlekłych kręgosłupa uwagę klinicystów zajmowały dotąd najbardziej sprawy gruźlicze oraz nowotwory. O sprawach zapalnych przewlekłych nie gruźliczego pochodzenia znajdujemy w podręcznikach zaledwie wzmiankę, że sprawy te, zajmujące najczęściej stawy kończyn (*Polyarthritidis chronica deformans*), przejść mogą niekiedy na stawy kręgowe i spowodować zmiany kręgosłupa. W ostatnich latach, dzięki pracom BECHTEREWA i STRUEMPEL'a, obraz kliniczny tych postaci chorobowych został lepiej uwydatniony, a szereg prac, poświęconych temu przedmiotowi (BÆUMLER, P. MARIE, SÆNGER, SZATAŁOW, MUTTERER, S. POPOW), dowodzi, że cierpienie to zasługuje na uwagę powszechną.

BECHTEREW na podstawie 6 spostrzeżeń skreśla następującą charakterystykę cierpienia, któremu daje nazwę „sztywność lub zrośnięcie kręgosłupa” (Steifigkeit oder Verwachsung der Wirbelsäule); kręgosłup w całości lub w części, najbardziej w części grzbietowej, traci swą ruchomość. W części grzbietowej górnej i szyjowej dolnej wytwarza się skrzywienie łukowate, zwrócone stroną wypukłą ku tyłowi; głowa nachyla się stopniowo naprzód, niekiedy do zetknięcia się podbródka z piersią. Dolna część kręgosłupa nie ulega skrzywieniu, kompensacyjnej lordozy części lędźwiowej i szyjowej brak. Opukiwanie kręgów powodować może ból, nigdy jednak zbyt silny. Mięśnie kadłuba, szyi i kończyn są słabe, w łopatkowych i grzbietowych zauważyć nawet można niekiedy pewien stopień zaniku; reakcja elektryczna jakościowo pozostaje niezmienną, ilościowo może być zmniejszona. W dziedzinie gałązek skórnych nerwów grzbietowych, szyjowych dolnych, a nieraz i lędźwiowych czucie bywa zmniejszone, czasami stwierdzić można „rozszczepienie” czucia, lub dyzestezye (chory czuje ciepło zamiast zimna, ból zamiast ciepła i t. p.). W wielu razach spostrzega się objawy podrażnienia ze strony tychże samych nerwów: parestezye, miejscową nadczułość lub bóle w grzbiecie, karku, kończynach, i, zwłaszcza po dłuższym siedzeniu, w kręgosłupie. Jako objawy podrażnienia nerwów ruchowych podaje B. spostrzegane w 2-ch przypadkach drgania i przykurczenia kończyn.

Przyczyną tych objawów, według BECHTEREW’a, jest sprawa zapalna przewlekła stawów kręgowych, prawdopodobnie równocześnie z zapaleniem rozlanem tkanki łącznej natęgowkowej (epidurales Bindegewebe). Sprawa ta powoduje z jednej strony zrośnięcie się kręgów, a w następstwie sztywność oraz skrzywienie kręgosłupa, z drugiej zaś strony ucisk na korzenie nerwowe czuciowe, a niekiedy i ruchowe. W późniejszym okresie wystąpić mogą objawy ucisku rdzenia, jakoto: paralize, przykurczenia i t. d.

Rozwój cierpienia jest przewlekły, stale postępujący, rokowanie *quoad valetudinem* niepomysłne. Czasowe polepszenie osiągnąć można, stosując masaż, ciepłe kąpiele, kauteryzację przyrządem PAQUELIN’a oraz podając przetwory jodu.

Cierpienie, opisane przez STRÜMPFEL’a pod nazwą „chronische ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke” różni się w kilku szczegółach od powyższego obrazu klinicznego. Krótki opis, oparty na 2-ch spostrzeżeniach, znajduje się już w podręczniku tego autora (z roku 1884-ego): „niezwykłą, pisze on, i. jak się zdaje, odrębną postać chorobową przedstawia cierpienie, które stopniowo i bez bólu doprowadza do całkowitego zesztynienia kręgosłupa i stawów biodrowych do tego stopnia, iż kadłub, głowa i uda zupełnie się ze sobą zrastają, tracąc wszelką ruchomość”. Zachęcony pracą BECHTEREW’a, STRÜMPFEL daje opis bardziej szczegółowy. Przypuszcza on sprawę zapalną przewlekłą stawów kręgowych i biodrowych; w tych ostatnich wyczuwał nawet krepitację, nie spostrzegał jednak ani wysięków, ani zniekształceń. Ankiлоza występuje wprawdzie w kręgosłupie, zwłaszcza w dolnej części. Kifozy części grzbietowej w jego przypadkach nie było, przeciwnie kręgosłup wydawał się raczej zbyt prostym. Stawy biodrowe w początku są w stanie lekkiego przykurczenia w zgięciu (*Flexionscontraktur*), później i w nich następuje ankiлоza. Przy chodzeniu kadłub pochyla się naprzód, chory posuwa się wyłącznie dzięki ruchom w kolanach. Siedzenie jest wskutek ankiлоzy bioder prawie niemożliwe. Bóle towarzyszyć mogą sprawie, nie są jednak zazwyczaj zbyt silne. Za-

burzeń ze strony korzeni nerwowych tak wyraźnych, jak wyżej opisane, STRÜMPELL nie postrzegał.

Przypadki, opisane przez innych autorów, są w części podobne do 1-go, w części zaś do 2-go typu. W niektórych sprawa zaczynała się w górnej części kręgosłupa, w innych zaś w części lędźwiowej i krzyżowej. Stawy kończyn nie zawsze były zajęte, choć MARIE uważa to za cechę charakterystyczną cierpienia, któremu ze względu na to, że dotknięte bywają stawy bliższe kadłuba (biodrowy, kolanowy, ramieniowy), nadaje nazwę „*spondylose rhizomélique*“ (σπονδυλος — krąg, ριζα — korzeń, μελος — członek).

Wszyscy prawie autorzy zgadzają się na to, że cierpienie to umiejscowić należy przede wszystkim w układzie kostnym. MARIE wyczuwał hiperostozę na kości krzyżowej oraz na kręgach szyjowych (przez usta). SAENGER stwierdził to samo przy pomocy promieni ROENTGEN'a. Wreszcie BECHTEREW niedawno ogłosił wyniki oględzin pośmiertnych jednego przypadku: kręgosłup po wyjęciu okazał się prawie zupełnie nieruchomym. ciała kręgowe (w części grzbietowej) były całkowicie lub częściowo zrosnięte, pokryte *osteophytami*.

Większość autorów uważa chorobę tę za odmianę przewlekłego zapalenia stawów zniekształcającego (*Arthritis chronica deformans*), które, według MARIE, objawia się w dwóch odrębnych postaciach: *Polyarthrite deformante acromélique* — postać zwyczajna; *Spondylose rhizomélique* — postać rzadka.

Niektórzy przypuszczają zajęcie innych jeszcze tkanek. Wspominaliśmy już, że BECHTEREW wskazywał tkankę łączną natęgowkową (*epidurales Bindgewebe*), której zapalenie powodować miało ucisk korzeni nerwowych. Przy badaniu pośmiertnem jednak zmian w miejscu tem nie znaleziono. Inni zwrócili uwagę na mięśnie karku i grzbietu, sądząc, że zanik tych mięśni (*derbe Atrophie* — STRÜMPELL) lub silniejsze napięcie ich (BEER) mieć mogą pewien udział w powstawaniu skrzywienia i sztywności kręgosłupa. Na poparcie tego przypuszczenia przytoczono dobre wyniki, otrzymane w kilku przypadkach dzięki stosowaniu sposobów mechanicznych, jak masaż, elektryzacja, ortopedia i t. d.

W ostatnim zeszycie Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde (8 czerwca) BECHTEREW zamieszcza 2 nowe prace o omawianem tu cierpieniu. W pierwszej zaznacza on zasadnicze różnice między postacią, opisaną przez siebie a postacią STRÜMPELL'a, dla której proponuje nazwę: „*ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der grossen Extramitätengelenke*“. W drugiej pracy autor podaje dokładny opis badania pośmiertnego jednego z opisanych przedtem przypadków. Punkt wyjścia sprawy stanowi, zdaniem jego, ograniczone cierpienie opon miękkich, które sprowadza ucisk korzeni nerwowych, a w następstwie niedowład mięśni grzbietowych oraz m. klatki piersiowej. Kifoza ma być dalszem następstwem niedowładu mięśni, zeszywnienie zaś kręgosłupa następuje wtórnie wskutek długotrwałego ucisku na chrząstki między-kręgowe, zniszczenia tych ostatnich i ostatecznego zrastania się kręgów.

Co się tyczy wreszcie etiologii, to w większości przypadków nie została ona wyjaśniona. W żadnym, prócz pierwszych trzech BECHTEREWA, cierpienie nie było dziedziczne. Kilka razy notowano uraz lub szkodliwe czynniki mechaniczne, jak np. dźwiganie ciężarów na grzbiecie, niewłaściwa pozycja ciała przy zajęciu i t. p. Według BÄUMLER'a czynniki te powodują zaburzenia krążenia w tkankach stawowych, które dzięki temu, jako *locus minoris*

resistentiae, stają się najbardziej podatne dla zagnieżdżenia się różnorodnych drobnoustrojów, zawsze obecnych w ustroju zdrowego nawet człowieka. Autor opisuje chorego, który przed 8 laty miał zapalenie stawów biodrowych, zakończone ankilozą, wskutek tego nie mógł dobrze siedzieć i, będąc zmuszony dużo pisać, przechylał nadmiernie głowę i tułów. Pojawiły się bóle w karku i w grzbiecie oraz zupełne unieruchomienie tych części. Dzięki leczeniu, bóle znikły, pozostała jednak ankiloza kręgosłupa.

Sprawy zakaźne mogą również w rzędzie innych stawów zająć i kręgowy i spowodować ankilozę kręgosłupa. Przypadek ostrego reumatyzmu stawowego z takim umiejscowieniem podaje BÆUMLER. BRODHURST opisuje chorego, u którego zapalenie stawów pochodzenia rzezączkowego w ciągu 5 lat doprowadziło do ankilozy całego niemal układu kostnego.

Przypadki tego rodzaju nie mogą być utożsamiane z opisaniem wyżej cierpieniem, gdyż różnią się zarówno całokształtem obrazu klinicznego, jak i przebiegiem. Wyjątek stanowią może tylko przypadki podobne do opisanego przez MARIE, w których wyraźna sprawa rzezączkowa jednej części kręgosłupa stanowiła punkt wyjścia dla ankilozy pozostałej części oraz stawów kończyn, tu jednak bez wybitnych zmian zapalnych.

Streściwszy, o ile mogłem, w krótkości wyniki autorów, chcę przystąpić do opisu przypadku, który spostrzegałem przed kilku laty, gdy postaci chorobowe, powyżej naszkicowane, nie były jeszcze ogółowi znane. Przypadek ten przedstawiłem w Towarzystwie Lekarskim Warszawskiem dnia 6 kwietnia 1896 r., jako pod względem dyagnostycznym bardzo ciekawy. Bliskie powinowactwo jego ze skreślonym powyżej, mało dotąd znanym cierpieniem, skłania mnie do szczegółowego opisanie go i podania do wiadomości kolegów.

T. Janiszewski, lat 38, szewc. Prócz dłużej trwającego rozwolnienia przed 10-ma i zapalenia gardła przed 6-ma laty, żadnej choroby nie przechodził. Ojciec chorego zmarł na raka, mając lat 78, matka żyje. Przyczyny swej obecnej choroby chory nie wie. Urazowi nie ulegał. Ani przymiotu, ani innej choroby wenerycznej nie miał. Jest żonaty, ma dwoje zdrowych dzieci. Żona raz jeden poroniła.

Przed rokiem chory mógł jeszcze zajmować się szewctwem; pracował ciężko w pozycji nachylonej. Gdy praca ta wydała mu się nad siły, został zapalaczem latarni, obecnie jednak i temu zajęciu nie jest w stanie podolać.

Od 4 lat grzbiet chorego zaczął się wykrzywiać; skrzywienie to postępuje zwolna, „coraz bardziej ciągnie go ku ziemi“. W początku chory doznawał dość silnych bólów, zwłaszcza w pachwinach; przeszłego lata miewał tak silne bóle w kończynach dolnych, że nie mógł chodzić. później także same „rwańce“ bóle między łopatkami; przy zmianie pogody bóle te wzmagają się znacznie. Prócz tego chory uskarża się na parestezye w kończynach górnych i dolnych, zwłaszcza w prawych. W nocy szczególnie uczucie zdrętwienia jest tak silne, że chory zmuszony jest zmieniać jak najczęściej położenie i przekładać nogi. Parestezye w rękach zmniejszają się, gdy je na dół opuszcza. Leżąc nawznak, chory doznaje zdrętwienia w karku, podłożenie rąk pod głowę przynosi mu w tem ulgę.

Chory stoi i chodzi bez oparcia, męczy się jednak prędko; od roku doznaje pewnej ciężkości w kończynach dolnych. W rękach również czuje pewne osłabienie. Poza tem chory czuje się dobrze, nie kaszle. W nocy jest mu bardzo gorąco i poci się często, tak że sypia nieprzykryty.

Status praesens (chorego badałem po raz pierwszy w ambulatoryum klinicznym w marcu 1896).

Chory średniego wzrostu; stan odżywiania ogólnego gorzej, niż mierny; powłoki blade. W części grzbietowej górnej i szyjowej dolnej kręgosłupa znaczne skrzywienie, łukowate, wypukłe ku tyłowi. Głowa pochylona naprzód, twarz zwrócona ku ziemi. Dolna część kręgosłupa prosta; górna część ciała tworzy z dolną kąt wielkości około 120°.

Skrzywienie kręgosłupa nie wyrównywa się ani czynnie, ani biernie i w położeniu poziomem chorego pozostaje niezmienionem, tak że dla oparcia głowy musimy choremu kilka poduszek podłożyć. Ruchy głowy są ograniczone we wszystkich kierunkach, chory w stanie jest ją podnieść, ale na chwilę tylko.

Wyrůstki cierniste kręgów grzbietowych górnych i szyjowych dolnych są przy opukiwaniu nieco bolesne, niezawsze jednak i niezawsze te same kręgi. Mięśnie karku wyczuwają się nieco twardszymi.

Stawy kończyn niezajęte, z wyjątkiem ramieniowych, w których przy ruchach występuje ból. Siła ruchowa kończyn przy badaniu okazuje się dość znaczną. Odruchy kolanowe nieco wzmożone, podeszwowe również żywe, *elonus pedis* niema. Zaburzeń czucia brak. Żrenice prawidłowe. Oddawanie moczu obecnie dobre, przed miesiącem jednak chory w ciągu dni kilku bardzo często (co pół godziny) mocz oddawał. Na łokciach i goleniach wysypka skórna, rozpoznana przez kol. A. KOZERSKIEGO jako *Psoriasis vulgaris*. Narządy wewnętrzne, a zwłaszcza płuca, zdrowe

Mamy zatem w przypadku tym skrzywienie kręgosłupa, łukowate, wypukłe ku tyłowi, zajmujące część grzbietową górną i szyjową dolną, oraz zupełne unieruchomienie tych części. Głowa nachylona ku przodowi, ruchy jej ograniczone. Parestezye w kończynach i w karku, niekiedy bóle w kończynach. Nieznaczna i niestała bolesność wyrostków ciernistych niektórych kręgów przy opukiwaniu. Osłabienie mięśni kończyn (bardziej pod- niż przedmiotowo). Rozwój cierpienia przewlekły, postępujący, początek przed 4-ma laty. Pod względem etiologicznym ciężka praca w pozycji siedzącej, mocno nachylonej.

Kiedy chorego przedstawiałem w Towarzystwie Lekarskiem, wydanie opinii stanowczej było zadaniem nie łatwym. Przypuszczenie *spondylitidis deformantis* wydawało się najprawdopodobniejszym, cierpienie to jednak spostrzegano tylko w wieku podeszłym (t. zw. *kyphosis senilis*); o tem zaś, że spotkać je można we wczesnym względnie wieku, jak u naszego chorego, nie znalazłem w literaturze żadnej wzmianki. Nigdzie również nie wspomniano o możliwości powstawania podobnego skrzywienia kręgosłupa w drodze mechanicznej wskutek usilnej pracy w pozycji niewłaściwej¹⁾ Nie było zresztą prawdopodobnem ażeby ten jeden czynnik mógł być dostateczny dla spowodowania zniekształcenia, gdyż w takim razie, wobec tysięcy robotników, pracujących w tem samym niewygodnem położeniu, cierpienie podobne musiałoby się spotykać znacznie częściej.

¹⁾ Prof. BAEUMER znalazł odnośną uwagę u WILKS'a (Guys hosp. Report z r. 1858), który u robotników w starszym wieku, dźwigających na grzbiecie wielkie ciężary, spotykał zmiany, odpowiadające *Spondylitis deformans*; zanik chrząstek międzykręgowych, eksostozy na ciałach kręgowych i zrastanie się kręgów.

Wreszcie rozpoznanie sprawy gruźliczej (*spondylitis tuberculosa*), którą wówczas najbardziej brałem pod uwagę, napotykało również wielkie trudności: chory nie gorączkował, płuca miał zdrowe, pomimo długiego trwania choroby brak było objawów ucisku rdzenia, również jak ropni opadowych.

Porównyując obecnie przypadek nasz z cierpieniem, o którym we wstępie szerzej mówiliśmy, widzimy, że jest on pod każdym prawie względem podobny do tej zwłaszcza postaci, której opis szczegółowy zawdzięczamy BECHTEREW'owi. Umiejscowienie sprawy w kręgosłupie, skrzywienie, unieruchomienie większej jego części przy zupełnym prawie braku bolesności kręgow, parestezye, osłabienie mięśni, powolny rozwój sprawy — wszystkie te cechy są charakterystyczne dla wyżej wymienionej postaci. Brak przedmiotowych zaburzeń czucia tłumaczy się, być może, mniej silnym uciskiem na korzenie nerwowe, dostatecznym jedynie dla spowodowania parestezyi. Stawy biodrowe, na zajęcie których tak wielki położyli nacisk STRUEMPELL i MARIE, pozostały w naszym przypadku, również jak w przypadkach BECHTEREW'a, wolne, w stawach barkowych natomiast stwierdziliśmy pewne ograniczenie ruchów, które nadto sprawiały choremu ból. Być może, że i tu rozwija się ta sama sprawa, która doprowadziła do unieruchomienia kręgosłupa i spowoduje również ankilozę tych stawów: niestety, nic pewnego o tem, wobec tego, iż chorego od lat 3 z oczu straciliśmy, powiedzieć nie możemy.

W końcu zaznaczyć musimy, że, wykazując bliski stosunek naszego przypadku do cierpienia, opisanego przez wymienionych już powyżej autorów, chcieliśmy tylko zwrócić uwagę kolegów na oryginalną i, jak się zdaje, dość rzadko spotykaną postać kliniczną, nie mamy jednak bynajmniej zamiaru podawać jej, jako swoistej zupełnie sprawy chorobowej. Mniemamy przeciwnie wraz z OPPENHEIM'em, MARIE i innymi, że jest to ta sama sprawa, która leży w osnowie zwykłej *Arthritis deformans*, różni się zaś od niej tylko niezwykle umiejscowieniem oraz wielką tendencją ku zeszywnieniu (*ankylosis*) dotkniętych stawów.

L I T E R A T U R A.

BECHTEREW. Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Verkrümmung als besondere Erkrankungsform. *Neurolog. Centralblatt* 1893. Nr. 13, p. 426 oraz *Wracz.* 1892. Nr. 36. BECHTEREW. Von der Verwachsung oder Steifigkeit der Wirbelsäule. *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde.* T. XI. p. 327. STRUEMPELL. Bemerkung über die chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke, *ibidem.* T. XI, p. 339. P. MARIE. Sur la Spondylose rhizomélique. *Revue de Méd.* 1898. Nr. 4. BAEUMLER. Ueber chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.* T. XII, p. 177. SZATAŁOW. 3 Fälle von sog. ankylosirender Entzündung der Wirbelsäule. *Towarzystwo neurologów i psych. w Moskwie* d. 8. V. 1898. MUTTERER. Zur Casuistik der chron. ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule etc. *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde.* T. XIV. p. 144. SAENGER. Ein Fall ankylosirender Entzündung der ganzen Wirbelsäule (*Arthritis deformans*) demonstr. w *Tow. Lekarsk. w Hamburgu* d. 22. XI. 1898. S. POROW. Ueber die Ankylose der Wirbelsäule. *Neurolog. Centralblatt.* 1899. Nr. 7. p. 294. BECHTEREW. Die Resultate der pathologisch-anatomischen Untersuchung der Leiche eines Kranken, der an Steifigkeit der Wirbelsäule litt. *Neurol. Centralblatt.* 1899. Nr. 3, p. 143.

Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacjach.

Podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER

Ordynator oddziału ginekologicznego szpitala Ewangelickiego.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 25).

Nr. 50. PILATE (Orléans) „Expulsion par l'intestin d'une compresse ayant séjourné six mois dans la cavité péritonéale“ (Société de chirurgie. 1892. 16 Mars patrz: Répertoire Universel d'Obstétrique et de Gynécologie. 1892 pg. 227). U kobiety 42-letniej usunięto macicę na drodze cięcia brzusznego. Operacja poszła gładko, lecz pozostały po niej bóle w prawym boku, oraz wywiązało się zapalenie żył. Później w ciągu 6 miesięcy zdrowie zdawało się być zupełnem, gdy nagle wystąpiły silne bóle w okolicy wątroby: dwa tygodnie później wśród gorączki wytworzyło się bolesne wygórowanie po lewej stronie przy równoczesnem gwałtownem chudnięciu chorej. Już postanowiono operację, gdy nagle niespodziewanie ze stolcem wydzielila się serweta z gazy.

Nr. 51. QUÉNU zapomniał przy cięciu brzuszmem wskutek *pyosalpinxis* kompresu w jamie brzusznej w początku roku 1891. Już przed operacją chora dotknięta była hemiplegią, wadą serca i rozedmą płuc, tak że przy operacji nastąpiła taka zapaść, że trzeba było operację przerwać, aby chorą cucić; przy tej okazji kompres musiał się gdzieś ukryć w jamie brzusznej. Przez dwa dni przebieg pooperacyjny zdawał się być nie najgorszym, trzeciego zaś dnia operowana zmarła. Przy sekcji znaleziono w jamie brzusznej serwetę, która, otaczając jedną pętlę kiszki częściowo, musiała wywołać *shock*.

Nr. 52—54. REEVES JACKSON opisał trzy przypadki: przy sekcji znaleziono dwa razy gąbkę i raz pincetę.

Nr. 55. REHN (La Semaine médicale 1899. Nr. 17, pg. 132 oraz Monatsschrift für Geb. und Gynaekologie. Mai 1899 r. pg. 684) przy cięciu brzuszmem wtórnem wskutek niedrożności kiszki u chorej, u której kilka miesięcy temu dokonał cięcia brzusznego z przyczyny choroby narządów płciowych, wyrezekował pewien odcinek kiszki i w nim znalazł duży kompres muślinowy, pozostawiony w jamie brzusznej przy pierwszej koeliotomii. Wyzdrowienie gładkie.

Nr. 56. P. ROESGER. „Ein Beitrag zur Kasuistik moderner Haft-Pflicht-Ansprueche an den Operateur“ (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 1898. Bd. VII. pg. 331). ROESGER dokonał dnia 27 lipca 1893 r. u 45-letniej niezamężnej *nulliparae* cięcia brzusznego wskutek mięsaka macicy i wobec okresu przekwitania ograniczył się na usunięciu obu jajników. Podczas operacji zaszła mała komplikacja z powodu obślizgnięcia się jednej ligatury arteryalnej, którą ponownie nałożono. Tualaeta jamy DOUGLAS'a była bardzo utrudniona wskutek tego, że mięśniak tylnej ściany macicy głęboko sięgający utrudniał dostęp do dna tejże jamy dla palca, a coś dopiero powiedzieć dla oka. Przy operacji używano tylko trzech gąbek, na rączkach osadzonych, po operacji znaleziono wszystkie trzy gąbki, używane podczas operacji. Pomimo bezgorączkowego przebie-

gu pooperacyjnego pozostała mała przetoka ropiejąca w bliźnie. Chora wstała z łóżka dnia 14 po operacji i dnia 18 opuściła klinikę. Ponieważ przetoka w bliźnie brzusznej nie chciała się ostatecznie zagoić, ROESGER w październiku 1893 r. ją wyskrobał po uśpieniu chorej chloroformem, następnie zaś rozłupał, aby udostępnić przebieg przetoki dla oka — na dnie przetoki zaś znalazł nitkę jedwabną długości dwóch i pół centymetra, pozostawioną widocznie w ranie brzusznej podczas pierwszej operacji. Rana się zagoiła, lecz niezupełnie, pozostała znów mała przetoka. Histeryczka pacjentka w następstwie udała się do innego lekarza we wrześniu 1894 roku. W kilka tygodni później ROESGER spotkał się przypadkowo z owym innym lekarzem na ulicy i wysoce zdumiony był, gdy tenże mu opowiedział, że z przetoki ściany brzusznej u tejże chorej z czasem wydzielily się okruszyny gąbki, że chora czuje się zresztą zupełnie dobrze, że krwotoki ustały zupełnie i t. d. We wrześniu 1894 r. po wyropieniu wszystkich części gąbki przetoka ostatecznie się zamknęła. ROESGER, zadowolony z wyniku operacji, że krwotoki zupełnie ustały, w najwyższym stopniu zdumiony był, gdy nagle w kwietniu 1895 roku zaskarżony został przez operowaną szwaczkę o odszkodowanie pieniędzy w sumie 15,000 marek. Chora ta za dwukrotny pobyt w lecznicy, długotrwałe leczenie, dokonanie dwóch operacji i t. d. zapłaciła *summa summarum* 180 marek, a teraz żąda odszkodowania pieniężnego w ilości 15000 marek za to, że po operacji, która ją uwolniła od bólów i krwotoków oraz grożącego jej życiu niebezpieczeństwa, pozostała przez kilka miesięcy ropiejąca przetoka, z której w końcu wydzielily się okruszyny gąbki—kruszenie się gąbki było skutkiem sterylizacji przez obrobienie różnymi płynami, roztworami *natrii hyposulfurosi*, sublimatu i *kali hypermanganici*. Proces cywilny ciągnął się przez dwa lata i, chociaż uwolniono d-ra ROESGER'a od odpowiedzialności sądowej, nie mało mu zółci napędził, w praktyce zaszkodził i t. d. Profesor SAENGER, jako ekspert, uniewinnił zupełnie oskarżonego, lecz oskarżycielka zaprotestowała przeciwko temu, oskarżając profesora SAENGER'a o stronność — naznaczono więc innego eksperta — prof. LOEHLEIN'a, który wygłosił zdanie zupełnie identyczne ze zdaniem swego poprzednika — eksperta. Oskarżonego zatem doktora ROESGER'a uwolniono od odpowiedzialności i kosztu procesu nałożono na oskarżycielkę. Profesor LOEHLEIN oświadczył nawet, że uważałby w danym przypadku za wielki błąd, połączony z poważnem niebezpieczeństwem dla chorej, jeśliby d-r ROESGER, opierac się li tylko na podejrzeniu, że w jamie brzusznej pozostała jakaś reszta gąbki, był się zdecydował ponownie jamę brzuszną otworzyć. Zresztą, jakież były w tym przypadku dane, aby podejrzewać pozostawienie w jamie brzusznej gąbki, skoro po obliczeniu gąbek, przy operacji używanych, liczba ich odpowiadała liczbie gąbek do operacji przygotowanych? Podług ekspertyzy profesora SAENGER'a szansa pozostawienia w jamie brzusznej jakiegokolwiek ciała obcego, przy operacji używanego, należy do ryzyka, które na siebie bierze osobnik, poddający się operacji cięcia brzusznego, tak samo, jak bierze na siebie ryzyko jakiegokolwiek innej nieprzewidywanej komplikacji w czasie operacji lub po niej. Według ekspertyzy lekarskiej w danym przypadku operator ani podczas samej operacji, ani też po niej nie dopuścił się jakiegokolwiek błędu świadomego względem chorej. Zdaniem ekspertów wobec wielkiej odpowiedzialności operatora koniecznem jest pomyśleć o tem, jak zabezpieczyć operatora od niecnych, lekkomyślnych i moralnie brudnych żądań, czy to operowanej osoby, czy jej rodziny. Przy końcu ROESGER żąda, aby jeden z kongresów chirurgicznych zajął się sformułowaniem zasad dla obrony operatora przeciwko niewdzięczności, chciwości i brudnym szantażom tego rodzaju.

Nr. 57. SALIN „Bauchschnitt behufs Extraction eines bei der Koeliotomie in der Bauchhoehle vergessenen Gazestreifens“ Hygiea 1891 pg. 251. 1: patrz referat: Repertoire Universel d'Obstétrique et de Gynecologie. 1893, pg. 3—4. Dnia 31 października 1890 r. u 55-letniej chorej dokonano owaryotomii górnej z pozostawieniem w jamie brzusznej serwety z gazy. Dnia 30 grudnia operowana pojechała do domu. Dnia 1 listopada 1891 r. więc blisko w rok po operacji zauważyła operowana stwardnienie w bliźnie pooperacyjnej. Wytworzył się ropień. Ropień ten pękł dnia 7 listopada 1891, przyczem wydzielilo się sporo ropy. Po rozszerzeniu otworu ropnia wyciągnięto z niego serwetę z gazy, dokonano wypłukania przetoki i założono dren, pozostała przetoka kałowa, która *sponte* się w następstwie zamknęła. Wyzdrowienie zupełne.

Nr. 58. SCHRAMM (Centralblatt für Gynaekologie 1898 Nr. 18. pg. 477) chciał dokonać ekstyrpacji pochwowej zropiałych wskutek *pyosalpingitidis* trąbek lecz wobec technicznych trudności musiał wyciąć i macicę. Przy tej sposobności jeden z tamponów zleciał z imadła i pozostał w jamie brzusznej. Ponieważ poszukiwania okazały się daremnymi, SCHRAMM postanowił nie szukać dalej, tylko pozostawić czasowi wydzielenie się tamponu na drodze ropienia, pomimo że wyczuwał stwardnienie w okolicy pęcherza. (Takich przypadków zresztą literatura zna więcej).

Nr. 59. SCHROEDER demonstrował dnia 11 listopada 1898 r. na kongresie terapeutów w Bonn preparat guza, usuniętego na drodze *koeliotomiae*! U tejże pacjentki dokonano półtora roku temu *ventrifizationis uteri* z usunięciem przydatków prawostronnych. *Prima reunio* rany brzusznej. Po operacji jednak wystąpiły silne bóle, szczególnie po stronie prawej. Bóle te wzmagaly się w ostatnich czasach znacznie, szczególnie podczas aktu defekacyi. Dwuręczne badanie wykazało istnienie guza prawostronnego bardzo bolesnego przy dotyku, chęlboczącego. Po otworzeniu jamy brzusznej i mozolnem odłączeniu sieci od guza, przekonano się, że guz wychodzi z przewodu pokarmowego i że niema żadnej łączności z narządami rodnymi. Przy zabiegach odosobnienia guza wylało się sporo ropy i rozerwano kiszke. Po dokładniejszym zbadaniu pokazało się, że przyczyną całej choroby pooperacyjnej było pozostawienie w jamie brzusznej tamponu z gazy.

Nr. 60. SEVEREANO (Presa medicała Romana. 8. III. 1896 — patrz L'Indépendance Médicale 15. IV. 1896. pg. 126). Po owaryotomii rana brzuszna nie chciała się zagoić przez długi czas, pomimo że nie było gorączki. Nareszcie rozszerzono przetokę ropiejącą ściany brzusznej laminaryą, w głębi przetoki operator spostrzegł kilka nitki i wyciągnął z przetoki serwetę z gazy długości 130 ctm. i 30 ctm. szerokości; we 22 dni później wyciągnięto drugą taką samą serwetę. Chora wyzdrowiała.

Nr. 61—63. SPENCER WELLS trzykrotnie pozostawił ciało obce przypadkowo w jamie brzusznej, mianowicie dwa razy gąbkę i raz pincetę hemostatyczną, którą w miesiąc po operacyi znaleziono w pęcherzu moczowym. SPENCER WELLS nie potrafił wytłomaczyć sobie jakim sposobem pinceta mogła dostać się do pęcherza moczowego (przypadek Nr. 917 jego kazuistyki owaryotomii). W jednym przypadku asystent ostrzegł SPENCER WELLS'a, że pozostawił gąbkę w jamie brzusznej. Operator długo szukał jej w jamie brzusznej, lecz nie znalazł i ranę zaszył. Po 6 godzinach ochmistrzyni zakładu przysłała do niego list z wiadomością, że z pewnością brakuje jedna gąbka. Co robić? Wobec dobrego stanu chorej SPENCER WELLS postanowił wyczekiwać, co będzie dalej. Otóż nazajutrz rano stan chorej się pogorszył, a więc SPENCER WELLS zdjął dwa szwy brzuszne, wprowadził dwa palce do jamy brzusznej, udało mu się wtedy wydobyć zapomnianą

gąbkę z jamy brzusznej. Chora wyzdrowiała. W trzecim przypadku przyjaciel zawiadomił SPENCER WELLS'a w kilka godzin po operacji, że pozostawił jakoby pincetę w jamie brzusznej. Wobec dobrego stanu chorej SPENCER WELLS postanowił wyczekać, lecz nazajutrz wobec pogorszenia stanu chorej przy pomocy THORNTON'a, który zajął się rozpylaczem (*Spray*), zdjął dwa szwy brzuszne i wprowadził dwa palce do jamy brzusznej, udało mu się nareszcie wydobyć pincetę która unieruchomiona poniekąd była przez to, że w oczkach rękojeści utkwiała sieć wielka.

Nr. 64. LAWSON TAIT („The Pathology and treatment of diseases of the ovaries“. Birmingham. 1883 pg. 261) dokonał operacji, używając jak zawsze 12 gąbek, które też po operacji znaleziono wszystkie. Bez wiedzy operatora jeden z asystentów w czasie operacji podał jedną gąbkę na dwie części, i jedna z nich pozostała w brzuchu. LAWSON TAIT czwartego dnia po operacji otworzył ponownie brzuch i gąbkę wydobyl. „The result was, that we found that thirteenth sponge four days after and the horror of the circumstance is so vividly in my mind now as if it had happened yesterday. I shall never forget it as long as I live“.

Nr. 65—66. TERRIER zapomniał raz przy koeliotomii pincety w brzuchu. Pinceta wydzieliła się z ropnia w okolicy pępka w 8 miesięcy po operacji. W innym przypadku TERRIER znalazł gąbkę przy sekcji po owaryotomii i od tego czasu już gąbek nie używa, ponieważ śmierć była spowodowana septycznem zapaleniem otrzewny, a TERRIER sądzi, że absolutna sterylizacja gąbek jest niemożliwa.

Nr. 67. TERRILLON zapomniał w jamie brzusznej pincety hemostatycznej.

Nr. 68. THIERSCH (Centr. f. Gyn. 1898. Nr. 18) znalazł przy sekcji po koeliotomii gąbkę w jamie brzusznej.

Nr. 60. Thomas GAILLARD (patrz WILSON) dokonał cięcia brzusznego eksploracyjnego przy użyciu tylko jednej gąbki; ponieważ nie można było guza usunąć, ranę brzuszną zaraz ponownie zaszył. Chora zmarła po kilku dniach, a przy sekcji znaleziono w jamie brzusznej kawałek gąbki, który widocznie w czasie operacji się ukruszył.

Nr. 70. WILLIAMS (Transactions of the Edinburgh Obstetrical Society. 1890. pg. 90. Vol. XV). Przy sekcji kobiety 32-letniej zmarłej wskutek wady serca, znaleziono *in cavo* DOUGLASS kawał drenu SOUTHER'a. Dwa lata temu u tej kobiety dokonywano kilkakrotnie paracentezy brzucha wskutek *ascites*, i wtenczas to po jednej z punkcji założono dren SOUTHER'a do rany. Część drenu ułamała się widocznie i zginęła w głębi jamy brzusznej i tam przeleżała dwa lata.

Nr. 71. WILSON „Foreign bodies left in the Abdomen after Laparotomy“ (Gynaecological Transactions 1884): WILSON podczas owaryotomii u kobiety ciężarnej zapomniał gąbki w jamie brzusznej. 18 dni po operacji nastąpiło poronienie, później powstał ropień w ścianie brzusznej, z którego dr HOCKING wydobyl gąbkę. Gąbka przeleżała w jamie brzusznej 5 miesięcy i 18 dni — ona to miała wywołać poronienie. Wszystkie cząsteczki, czyli okruszyny gąbki, wydzielone z ropnia, razem stanowiłyby gąbkę wielkości jaja kurzego i miały w trakcie operacji się ukruszyć od gąbek używanych, ponieważ po operacji ilość gąbek użytych okazała się tą samą, jaką do operacji przyszykowano. WILSON sądzi, że w wielu przypadkach pozostawienie ciała obcego w jamie brzusznej wywoływało śmierć, a gdy sekcji nie robiono, nie zauważono także samego faktu pozostawienia gąbki, czy gazy, czy pincety w jamie brzusznej. WILSON zestawiał razem 30 przypadków podobnych (patrz także: Annales de Gynécologie. 1885. pg. 149): 6 z pierwszych 21 (licząc i jego przypadek) przypada na Amerykę, a 15 na Europę. Co do 6 amerykańskich przypadków, to chodziło raz jeden

o pincetę, a 5 razy o gąbkę. Dwie z tych 6 kobiet zmarły, 4 uratowano. Raz zauważono brak gąbki jeszcze przed zamknięciem rany brzusznej i gąbkę odszukano, w innym przypadku ranę brzuszną zaraz ponownie otworzono. W trzecim przypadku również jamę brzuszną ponownie otworzono z powodu zauważenia braku jednej gąbki — w czwartym znaleziono gąbkę przy sekcji w jamie brzusznej, w piątym znaleziono pincetę przy sekcji, a szósty przypadek amerykański, to przypadek własny WILSON'a. Pomiędzy 30 przypadkami, zestawionymi przez WILSON'a, wyliczone są 3 przypadki SPENCER WELLS'a, 1 G. BRAUN'a, 1 Karola v. BRAUN'a, 1 LAWSON TAIT'a, 3 JACKSON REEVES'a, 1 THOMAS'a GAILLARD'a, 1 HOWARD'a, 1 HOWITZ'a, 1 ATLEE'ego, 1 własny, 1 ENGELMANN'a, a więc 15 razy wymieniono nazwisko operatora albo lekarza, który przypadek opisał. W 15 przypadkach WILSON wymienia tylko sam fakt bez jakichkolwiek szczegółów. Liczę więc te ostatnie 15 przypadków jako Nr. 72 — 86.

Nr. 87 — 88. v. WINCKEL znalazł raz przy sekcji po myomotomii, drogą cięcia brzusznego dokonanej, gąbkę w jamie brzusznej, innym razem pozostawił w jamie brzusznej pincetę, która później *sponte* wydzielila się przez ropień nadpachwinowy.

Nr. 89. W jednym przypadku przy sekcji znaleziono w jamie brzusznej klamp RICHELOT'a.

Nr. 90. Jeden z lekarzy warszawskich musiał w nocy dokonać koeliotomii; wobec rany klutej brzucha otworzył jamę brzuszną, wyrezekował skaleczoną część *omentis majoris*, a ponieważ kiszki okazały się nieuszkodzonymi, ranę brzuszną zaszył. Operował zaś jedynie przy pomocy siostry miłosierdzia, która zapomniała wyjąć tampon z jamy brzusznej. Po upływie dwóch tygodni tenże kolega otworzył ropień ściany brzusznej i wydobyl z niego tampon. Wyzdrowienie.

Nr. 91. Profesor KOSIŃSKI 31. X. 1888 r. operował 40-letnią wieśniaczkę, która przybyła do kliniki z przetoką kałową w okolicy pępka i torbielą jajnika. Przy owaryotomii trudnej wskutek licznych zrostów wyrezekowano część kiszki czczej. W dolnej części blizny pooperacyjnej pozostała ponownie przetoka wśród ropienia. Zgłębnik ujawnił w głębi przetoki obce ciało twarde. Wykryto wtedy brak pincety w instrumentarium. 20. II. 1889 r. prof. KOSIŃSKI usunął pincetę przez wtórną koeliotomię. Wyzdrowienie.

Mr. 92. Kolega KIJEWSKI znalazł przy sekcji kobiety, która zmarła wskutek wady serca w dwa tygodnie po koeliotomii, w jamie brzusznej ułamek szkła. W trakcie operacji rozbito irygator szklany, trzymany ponad chorą, i kawał szkła niespostrzeżenie wpadł do jamy brzusznej.

Nr. 93. Przy innej sekcji kolega KIJEWSKI znalazł serwetę z gazy w jamie brzusznej. Chora zmarła po koeliotomii, dokonanej przez innego lekarza.

Nr. 94—96. Prof. PRZEWOŃSKI trzy razy przy sekcjach po koeliotomii znalazł kawałki gazy, tampony lub serwety w jamie brzusznej.

Nr. 97. HEEFTING (Deut. med. Zeit. 3. V. 1897) opisał spostrzeżenie bardzo rzadkie: U kobiety 60-letniej dwanaście lat temu dokonano cięcia brzusznego. Od owego czasu ustawicznie trapiąca ona była przez obstrukcję, obecnie od czterech dni już stolca niebyło, i groziła niedrożność kiszki; wymacano w jamie brzusznej guz ruchomy, jak się zdawało kiszkowy. Dano rycynę i ku ogólnemu zdumieniu ze stolcem wydzielil się tampon z gazy, dwanaście lat temu zapomniany w jamie brzusznej.

Nr. 98. MARIANI (El Siglo Medico Dec. 18 pg. 810. 1888.—SCHMIDT's Jahrb. Bd. 222. Bd. 6). Przy owaryotomii u 46-letniej kobiety założono dren do dolnego

kąta rany brzusznej. Po 8 dniach daremnie szukano drenu. Po upływie tygodnia dren wydzielił się *sponte per anum*.

Nr. 99. Profesor RYDYGIER w trakcie pochwowej ekstyrpacji macicy zgubił tampon, który ześlizgnął się widocznie z imadła. Daremnie szukano go w jamie miednicy. RYDYGIER postanowił wyczekać, dopóki tampon *sponte* nie wyropieje, po 7 tygodniach tampon wyleciał z pochwy podczas irygacji. Chora jednak zmarła wskutek ropnicy 16. I. 1887.

Nr. 100. Profesor FRITSCH przy sekcji po eksploracyjnej koeliotomii znalazł w jamie brzusznej pincetę arteryjną, którą zapomniał wyjąć przed zamknięciem rany.

Nr. 101. Profesorowi KRASSOWSKIEMU wytoczono proces z powodu pozostawienia w jamie brzusznej przy owaryotomii gąbki. Sąd operatora zwolnił od odpowiedzialności.

(C. d. n.).

Ze zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie

od dnia 5 do 8 kwietnia 1899 r.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 25).

Posiedzenie z dnia 7 kwietnia 1899 r.

1) WEHR (Lwów) — podaje wyniki dokonanych na zwierzętach doświadczeń ze szwem serca i z rezekcją częściową ścian serca. W. przedstawia odnośne preparaty.

2) KROENLEIN (Zurich) — przedstawia nowy przyrząd do łączenia z przewodnikami maszyny elektrycznej. Przyrząd może mieć zastosowanie w bardzo wielu zabiegach chirurgicznych. K. podnosi wartość piłki elektrycznej do otwierania czaszki, zaznaczając jednak niebezpieczeństwo uszkodzenia opony twardej.

W dyskusji BERGMANN oświadcza, że, w celu uniknięcia omawianego przez K. uszkodzenia opony, należy przepiłowywać jedynie blaszkę zewnętrzną kości, a zaś blaszkę wewnętrzną przedłutowywać.

3) NEUBER (Kiel), powracając do sprawy leczenia stopy szpotawej proponuje odmianę następującą przecinania ścięgna ACHILLES'a: jak wiadomo, po tenotomii stopa niejednokrotnie przyjmuje położenie stopy hakowatej (*pes calcaneus*), a to z powodu niezrośnięcia się końców przeciętego ścięgna. Wobec tego, zdaniem N., należy wykonywać zabieg nieco wyżej, a mianowicie w tem miejscu, gdzie tkanka mięśniowa stanowi jeszcze około $\frac{1}{3}$ części budowy anatomicznej ścięgna; N. przecina jedynie ścięgno, pozostawiając nietkniętą część jego mięśniową. N. radzi także wstrzymać się czas pewien po wykonaniu zabiegu z nałożeniem opatrunku unieruchamiającego.

4) SPRENGEL (Brunświk) — przedstawia „przypadek nieoperowanego i przypadku operowanego uda szpotawego pochodzenia urazowego”. W 1 przypadku, prześwietlonym promieniami ROENTGEN'a, kąt nieprawidłowy tworzyła główka kości udowej z szyją (podług KOCHER'a), nie zaśszyja kości udowej z trzonem uda, jak tego dowodzi HOFMEISTER. Pochodzenie urazowe uda szpotawego stwierdzono na zasadzie wywiadów.

W dyskusji, dotyczącej leczenia uda szpotawego, HOFFA doradza osteotomię skośną poniżej krętarzy; KOCHER zaleca rezekcję stawu; MIKULICZ zdlutowuje cząstki kości, wystające nad krętarzem i główką.

5) BUNGE (Królewiec) — „o leczeniu operacyjnem zastarzałych zwichnień stawu łokciowego“. Wskazanie do zabiegu powyższego dane jest wówczas, gdy prócz zwichnienia (ku tyłowi) nastąpiło także złamanie ramienia nadkłykciowe. B. odsłania staw zapomocą dwóch cięć bocznych, poczem nastawienia dokonywa z łatwością. Ruchy w stawie przy właściwym leczeniu następczem upośledzone nie bywają.

6) GOCHT (Würzburg) — „o wysiękach krwawych w stawach i o ich leczeniu“. Mówca zaleca postępowanie zachowawcze: w świeżych przypadkach spokój, ucisk, okłady lodowe; w stanie zapalnym — przyrządy odpowiednie; w przykurczeniach — wyciąganie stopniowe.

7) HOFFA (Würzburg) „o nawykowym zwichnieniu rzepki i jego leczeniu“. H. przedstawia chorego i poświęca słów kilka różnym sposobom leczenia zwichnienia rzepki: wycinanie torebki stawowej, okrwawienie rzepki i przytwierdzenie jej do okrwawionych kłykciów i t. p. W danym przypadku H. postąpił podług wskazówek LE DENTU, t.j. torebkę stawową ujął w znaczną fałdę. Wynik zabiegu jest bardzo dobry.

8) FRANKE (Brunświk) — „o zapaleniu kości fibroplastycznym“. F. opisuje przypadek, w którym trzon kości udowej uległ zwyrodnieniu włóknistemu na przestrzeni od 10 do 20 ctm. Pomiędzy włóknami znajdowały się małe martwiazki kostne. Szpik uległ zupełnemu zniszczeniu. Przyczyną sprawy mógł być albo uraz, jak to bywa w sprawie rozmiękczenia kości, albo też zakażenie: chory, bowiem, przed 8 miesiącami upadł na kolano, a bezpośrednio przed chorobą kostną przebył influencję.

9) v. STUBENRAUCH (Monachium) — „sposprzeżenia nad martwicą fosforową (Fosforenekrose)“. Mówca przekonał się na zwierzętach, że ani bezpośrednie zetknięcie się fosforu z kością, ani pary fosforowe, na kość obnażoną zastosowane, ani wreszcie pobyt dłuższy w fabryce zapalek — nie są w stanie wywołać martwicy swoistej szczęk. Wobec tego S. dochodzi do wniosku, że sprawa właściwa jest ustrojowi ludzkiemu, fosfor zaś odgrywa rolę jedynie czynnika usposabiającego.

10) MODLIŃSKI (Moskwa) — zabierał głos „w sprawie gastroenterostomii dwuczasej z zastosowaniem przewiązek elastycznych“.

11) LEDERHOSE (Strasburg) — „o gastroenterostomii w przypadku zwężenia odcinka dolnego dwunastnicy“: ponieważ stan ogólny osobnika był zupełnie dobry, L. robi przypuszczenie, że soki trawienne przepływały do jelita przez odźwiernik i żołądek.

12) LEXER (Berlin) — „o błonie śluzowej żołądka, spostrzeganej w niezamkniętym przewodzie żółtkowym“. W pępku wypukłym odkryto przetokę, która wydzielala płyn, zbliżony do soku żołądkowego. Podczas operacji stwierdzono kanał, idący wgłąb ku jelitu cienkiemu i dzielący się w odległości 2 ctm. od pępka za pomocą przegrody na 2 ramiona. Każde z ramion posiadało własny otwór. Większe z nich miało wygląd uchylka MECKEL'a i zawierało gruczoły LIEBERKUEHN'a, drugie mniejsze posiadało błonę śluzową, właściwą odźwiernikowi żołądka; jedynie nabłonek różnił się nieco od nabłonka w żołądku. L. odnosi przypadek do kategorii uchylków jelita cienkiego.

13) KELLING (Drezno) — zabierał głos „w sprawie doświadczeń fizjologicznych“ w klinice MIKULICZA, dotyczących gastroenterostomii.

Dyskusya. KOENIG przedstawia chorą, której wykonano: 1) gastroenterostomię sp. HACKER'a (*retrocolica*), 2) wkrótce potem enteroanastomozę, 3) gastroenterostomię sp. WOELFLER'a (*antecolica*). W ten sposób żołądek chorej posiada 4 otwory w różnych miejscach. BRAUN i HALM zwracali uwagę na występowanie

nie wrzodów septycznych po gastroenterostomiach. KADER zachwala guziki MURPHY'ego w gastroenterostomii. Przez zastosowanie guzika K. zdołał znakomicie ułatwić opróżnianie się treści z żołądka do jelita. BECK przytacza pewien przypadek gastroenterostomii sp. MURPHY'ego. W przypadku tym guzik pozostawał w miejscu w przeciągu 3 miesięcy. Wobec tego zrobiono powtórnie gastroenterostomię (wokoło guzika), po której guzik 3-go dnia odszedł. HANSEMANN spotykał dość często w przypadkach uchyłków jelitowych wadę serca, której przypisać można jedynie właściwości usposabiające, nie zaś wpływ na zastój w krążeniu. KREDEL w przypadkach wypadnięcia prostnicy nie wykonywa amputacji, lecz przyszywa bądź samo jelito, bądź też jego kreskę. HERTZEL poświęca słów parę sposobowi HACKER'a w wykonywaniu gastroenterostomii; mianowicie jelito, zdaniem H., winno być przyszyte do żołądka możliwie wysoko. Przy użyciu guzika MURPHY'ego nakładać należy niezbyt wiele szwów sytuacyjnych, ażeby uniknąć wytworzenia się w następstwie nader niepożądaney klapki (*Sporn*).

14) EICHEL (Strasburg) — przedstawia „przyrząd do wlewań wewnątrztrzewnowych za pomocą kateteru NÉLATON'a“.

KADER opisuje przypadek, w którym podczas operacji na adneksach pozostawiono w jamie brzusznej serwetę. Ciało obce po upływie $\frac{1}{2}$ roku odeszło przez odbytnicę wśród objawów zamknięcia światła kiszek. Chora zmarła. K. doświadczałnie stwierdził możliwość przedostawania się ciała obcego z jamy brzusznej do światła jelit.

HERTZEL opisał przypadek pozostawienia szczypczyków hemostatycznych BERGMANN'a w jamie brzusznej podczas laparotomii. W $1\frac{1}{2}$ roku po operacji utworzył się ropień, wystąpiły objawy zamknięcia światła kiszek, przedziurawienie jelita, i wówczas dopiero szczypczyki udało się wydobyć.

15) v. BUENGNER (Hanau) — zachęcał „do badań wspólnymi siłami nad powstawaniem nowotworów na drodze urazowej“. Sprawa powyższa rozstrzygnięta być powinna ostatecznie nie tylko ze względów ściśle naukowych, lecz i praktycznych, jak np. w kwestyi, dotyczącej ubezpieczeń od nieszczęśliwych wypadków. B. ma zamiar rozesłać odpowiedni kwestyonaryusz.

16) GLUCK (Berlin) — „przedstawia chorego z krtanią sztuczną“. Do przyrządu fala powietrzna dostaje się przez nos za pomocą kateteru NÉLATON'a.

17) RENVERS (Berlin) — „o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego“. Mówca zaznacza trudności w dokładnem oznaczeniu czasu, kiedy należy przystąpić do zabiegu chirurgicznego w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego. Statystyka wskazuje, że leczenie wewnętrzne daje 6—8% zejść śmiertelnych, chirurgiczne zaś podług jednych 23% śmiertelności, podług innych 10 — 15%. Przypadki zapaleń wyrostka rob., występujące podczas choroby zakaźnej, przebiegają pomyślnie bez zabiegu chirurgicznego. We wszystkich innych przypadkach, gdy wskutek przedziurawienia ścian wyrostka utworzy się wysięk w jamie otrzewny, wskazania do operacji mogą być dwojakiego rodzaju. Albo objawy choroby bywają tak groźne, że pomoc chirurgiczna konieczna jest natychmiast, gdyż po upływie 24 godzin już może być spóźniona, albo też przebieg sprawy jest znacznie powolniejszy. W ostatnim razie R. doradza, ażeby poczekać 5 dni i, jeśli sprawa nie ustępuje pod wpływem leczenia wewnętrznego, należy przystąpić do operacji. Zabieg nieraz jest trudny, lecz każdy lekarz-praktyk powinien być do niego przygotowany.

18) EWALD (Berlin) — „o postaciach ukrytego zapalenia wyrostka robaczkowego“. Pod nazwą powyższą E. pojmuje te rzadkie zresztą przypadki, w któ-

rych sprawa przebiega wśród objawów właściwych bardziej histeryi lub nerwicom wogóle, niż zapaleniu wyrostka robaczkowego. Pomimo to rezekcja wyrostka dawała trwałe wyleczenie. Rozpoznanie w takich razach opiera się na obecności obrzęku wyrostka robaczkowego (najczęściej wypełnionego kałem) po wyłączeniu stanów zapalnych jajników, trąbek i t. d.

19) SONNENBURG (Berlin) — „o wskazaniach do leczenia chirurgicznego zapalenia wyrostka robaczkowego“. S. przychyła się do zdania poprzednika swego — RENVERS'a i wyczekuje z operacją 4—5 dni, utrzymując, że nawet cięższe przypadki zakończyć się mogą pomyślnie. Z drugiej strony jednak pamiętać należy, że w pewnych razach spadek ciepłoty po dniach kilku nie dowodzi jeszcze nieobecności ropy, tembardziej, jeśli tętno jest zbyt częste, a stan ogólny chorego — niepomyślny. Co się tyczy zabiegu, to onkotomia zwykła jest łatwiejsza, lecz rezekcja wyrostka radykalniejsza, aczkolwiek z trudnościami więkzemi połączona. Odszukanie wyrostka, wykonane ręką niewprawną lub w stanie podrażnienia zapalnego tkanek, spowodować może rozerwanie zrostów i rozszerzenie się sprawy na całą otrzewną. S. wykonał 476 rezekcyi wyrostka rob. i w 80 przypadkach otrzymał wyleczenie z przetoką kałową, którą przypisuje niedostatecznemu zabezpieczeniu kikuta po wyrostku.

20) RIESE (Berlin) — „o zapaleniu miedniczek nerkowych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego“. W przypadku R. wystąpiło wodonercze przez ucisk lub zagięcie moczowodu z następczem zapaleniem miedniczek nerkowych. Sprawa przebiegała jednocześnie z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Operacja polegała na rezekcyi wyrostka i usunięciu tkanek, zgorzeli podległych. Wyzdrowienie.

21) DUEHRSEN (Berlin) — „o jednoczesnem zapaleniu wyrostka robaczkowego i wewnętrznych narządów płciowych u kobiet“. Na 30 przypadków operacji ginekologicznych D. w 10-ciu znalazł zapalenie wyrostka robaczkowego. Ztąd wniosek mówcy ten, że w 30% przypadków *appendicitis* u kobiet sprawa bierze początek w narządach rodnych wewnętrznych.

22) KAREWSKI (Berlin) — „sprawozdanie kliniczne o zapaleniach wyrostka robaczkowego“. K. zaznacza trudności rozpoznawcze w odróżnieniu wysięku surowiczego od ropnego. Łagodny przebieg sprawy w ciągu pierwszych dni kilku nie decyduje jeszcze o rokowaniu pomyślnem. K. przypisuje bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze nie tylko ciepłocie i tętnu, lecz wielu przeróżnym objawom mniej wyraźnym, jak np. postaciom ukrytym EWALD'a, objawom dyspeptycznym, podrażnieniom pęcherza moczowego (*ischuria paradoxa*), nawet w pewnych razach objawom rwy kulszowej. Ważnem też jest zdawać sobie sprawę z umiejscowienia przedziurawienia: ropień pod wątrobą daje stanowczo złe rokowanie, jak również otworzenie się ropnia do jelit cienkich. Lepsze rokowanie daje przedziurawienie do jelita ślepego.

W dyskusyi GUSSENBAUER podaje dla zapalenia wyrostka robaczkowego nową nazwę, przez NOTHAGEL'a wymyśloną, a mianowicie: *skolikoiditis*! ROTTER poleca rezekcję wyrostka jedynie w tych przypadkach, w których daje się ona wykonać sposobem zewnątrzotrzewnowym. W $\frac{2}{3}$ ilości ogólnej przypadków R. spostrzegał wyleczenie zupełne bez rezekcyi wyrostka. KUEMMELL operował 850 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. Zejście śmiertelne nastąpiło w 61 przypadku. Nicią przewodnią dla K. w uchwyceniu odpowiedniej chwili do zabiegu był zawsze rodzaj i ilość tętna.

SPRENG kładzie nacisk w rozpoznawaniu na bóle i wahania ciepłoty.

(D. n.).

Ze zjazdu lekarzy internistów w Karlsbadzie

(II — 14 kwietnia r. b.).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 25).

Na tle odczytów SCHROETTER'a i MARTIUS'a rozwinęły się na trzecim posiedzeniu bardzo żywe rozprawy, z pośród których pewne przemówienia zasługują na przytoczenie. Tak d-r SCHOTT (Nauheim) przytoczył wyniki swych spostrzeżeń, dokonanych nad chłopcami od 13 — 14 lat wieku co do wpływu, jaki wywiera na serce jazda na rowerze. Pomiędzy tymi chłopcami był jeden z wyróżnioną wadą serca. Okazało się, że we wszystkich przypadkach występowało zawsze ostre rozszerzenie serca, niemiarowość lub zmniejszenie siły tętna i t. d., skoro tylko jazda odbywała się zbyt szybko, lub gdy chłopcy zmuszeni byli jechać pod wiatr lub pod górę albo po złej drodze. Odpowiednie krzywe tętna i ciśnienia krwi służyły jako potwierdzenie słów powyższych. Wiek młodzieńczy więc sprzyja rozwojowi cierpień przewlekłych serca, za to leczenie zapobiegawcze w tym właśnie wieku daje najlepsze wyniki, co upoważnia nas do twierdzenia, że możemy skutecznie zapobiegać rozwojowi cierpień serca przewlekłych lub przeszkodzić pogorszeniu w istniejących już wadach, a to przez uregulowanie trybu życia, zabronienie wszelkich nadużyć (zwłaszcza odnośnie napojów wysokowych), ochranianie od zaziębień i t. d. Co się tyczy sposobu leczenia fizycznego, to mówca podaje metodę własną, według której kąpiele u dzieci chorych należy zaczynać od bardzo słabych $\frac{1}{2}$ — 1% solanek i zwolna przechodzić stopniowo do mocniejszych. Szczególnie baczyć należy, by zawartość chlorku wapnia w kąpeli była mała, ponieważ skóra w wieku młodym, zwłaszcza u osobników zółtawatych, jest niezmiernie wrażliwa i skłonna do wszelkich nadżarć lub wyprysków. Ilość umiarkowana kwasu węglanego jest bardzo pożyteczna, lecz i pod tym względem nie należy dochodzić do przeladowania. Metoda lecznicza STOKES-OERTEL'a daje się zastosować u bardzo małej ilości dzieci, a to dla tego, że chociaż serce dziecka szybko względnie wraca do stanu prawidłowego, jednak jest bardzo pobudliwe i łatwo się wyczerpuje. Natomiast metoda mechaniczna ZANDER'a zasługuje na zalecenie, tylko z warunkiem, żeby leczenie odbywało się pod ścisłą kontrolą lekarską, a szczególnie baczyć należy, żeby stopień oporu był bardzo dokładnie i ostrożnie próbowany.

D-r GROSSMAN (Wiedeń) pracował w roku 1882 w pracowni prof. BASCH'a nad warunkami powstawania i skutkami niedomogi serca. Doświadczenia swe dzieli on na trzy działy. Do pierwszego działu zalicza doświadczenia, które miały na celu wykazać: czy i jaka postać niedomogi serca jest przyczyną ogólnego, ostrego obrzęku płuc? Istotnie okazało się, że pewna postać niedomogi serca, zależna od skurczu (*spasmus*) mięśnia gra tu główną rolę, wskutek czego powstaje nieprawidłowy podział krwi pomiędzy narządy.

Zadanie drugiego szeregu doświadczeń polegało na rozpatrzeniu stosunków, które zachodzą pomiędzy zależnemi od niedomogi serca zastoinami w naczyniach krwionośnych płuc z jednej strony, a oddechaniem z drugiej. Doświadczenia te wykazały mylność poglądów, wygłoszonych pierwotnie przez HOPPE'go, a popartych przez TRAUBE'go, według których zastoje krwi w płucach powodują utrudnienia oddechania i zmniejszenie światła pęcherzyków płucnych, a to wskutek wypuklania się rozszerzonych naczyń włosowatych, przeciwnie, okazało się, że zastoje krwi sprawiają to, że światło pęcherzyków płucnych, a tem samem

i powierzchnia oddechowa powiększyłaby się znakomicie, gdyby nie tworzenie się przesieków do światła pęcherzyków.

Trzecia grupa doświadczeń dotyczy zbadania zmian w pracy serca pod wpływem drażnienia ośrodków nerwowych. Doświadczenia te dowiodły, że na podrażnienie ośrodków większości nerwów obwodowych serce odpowiada wzmożeniem swej czynności. Istnieją jednak nerwy, jak *n. laryngeus super.*, 1-sza i 2-ga gałąź nerwu trójdzielnego, które stanowią wyjątek, ponieważ podrażnienie ich ośrodków wywołuje zwykle znaczne upośledzenie czynności serca, jego niedomogę. Wyniki te są bardzo ważne zarówno pod względem fizyologicznym, jak i klinicznym, ponieważ na ich podstawie łatwo wytłumaczyć pewne zjawiska, np. porażenie serca po ekstyrpacji lub wycięciu krtani, duszność pochodzenia sercowego w pewnych chorobach serca, wstrząs i napady omdlenia po operacjach i uszkodzeniach; na koniec tłumaczą one niedomogę serca, powstałą nie pod wpływem zmian w mięśniu, lecz jako następstwo rozmaitych czynników szkodliwych. Odpowiednio do tego v. BASCH odróżnia niedomogę serca pierwotną i wtórną.

D-r HIRSCH (Lipsk) zaznacza, że i on i ROMBERG niesłusznie brali wszystkie nerwy serca za czuciowe. Wprawdzie o czynności zwojów nerwowych serca wiadoma obecnie, po pracach BETHE'go i APATHY'ego, jeszcze mniej, niż poprzednio; pewne jest tylko, że z tych zwojów rozwijają się włókna nerwowe. To też należy odróżniać nerwy, które pochodzą ze zwojów serca, i pnie nerwowe, których ośrodki znajdują się w rdzeniu lub opuszce rdzeniowej. O czynności pierwszych, jak było już powiedziane, nie wiemy nic pewnego, za to czynności ostatnich (*nn. extracardiales*) są nam dokładnie znane, a wpływ ich na stan i czynność mięśnia sercowego, jak pouczają prace ENGELMANN'a, posiada dla klinicysty znaczenie poważne. Według ENGELMANN'a, mięsień serca posiada zdolności trojaki: 1) wytwarza w określonych odstępach czasu automatyczne podrażnienia; 2) wysyła te podrażnienia; 3) oddziałuje na te podrażnienia skurczami odpowiedniej siły. Wszystkie te zdolności są od siebie nawzajem niezależne i znajdują się pod wpływem rozmaitych stanów samego mięśnia (odżywianie, zmęczenie, dopływ tlenu, ciepłota), a także i nerwów zewnątrzsercowych. Jak wielki wpływ wywierają te nerwy na ruchy serca, świadczy przypadek, spostrzegany przez HESS'a, dotąd nigdzie jeszcze dokładnie nie opisany. Zbiór objawów u tego chorego był następujący: skurcze komór serca ustawały na $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ minuty, tony, uderzenie serca i tętno znikaly, a tylko nad przedsionkami można było wysłuchać pomruk rytmiczny, współczesny z widzialnem wyraźnie tętnieniem żył na szyi. Dopiero kiedy zjawiały się znowu tony serca, którego uderzenia były bardzo wolne—20—30 razy na minutę, udział przedsionków stawał się znowu zwykłym i prawidłowym.

Posiedzenie trzecie rozpoczął wykład M. SCHMIDT'a (Frankfurt). Rozpoznanie wczesne i leczenie tętniaków aorty. Zjawisko, spostrzeżone po raz pierwszy przez OLIVER-CARDELLI'ego, a polegające na obecności tętnienia nad brzegiem górnym mostka, nie mało przyczyniło się do rozpoznawania wczesnego tętniaków aorty, prześwietlanie zaś (Roentgenografia) znakomicie ułatwiło to zadanie. Pomimo to jednak dawniej już znane objawy, jak porażenie nerwu zwrotnego (*n. recurrens*), stępienie i tętnienie w okolicy mostka, różnice w jakości tętna na tętnicach promieniowych nie utraciły swej wartości rozpoznawczej. Wobec tych ułatwień w rozpoznawaniu omawianego cierpienia nawet początkowe okresy w rozwoju tętniaków aorty nie powinny pozostawać bez należytego rozpoznania, którego wczesne postawienie ma wielki wpływ na przebieg sprawy chorobowej. Co się tyczy etiologii danego cierpienia, to w pierwszym rzędzie należy postawić przymiot, ponieważ, jak się zdaje, został on stwierdzony w znacznej większości

przypadków, sama zaś sprawa krążenia krwi gra rolę przewlekłego urazu, działającego stale na dotkniętą cierpieniem ścianę naczynia. Największą wziętością cieśzy się jodek potasu. Wątpić jednak należy, czy wystarcza do otrzymania wyleczenia trwałego, zwłaszcza że nikt dotąd jeszcze nie wykazał wpływu tego środka na krzepnięcie krwi. Natomiast metoda lecznicza TURNELL'a posiada pod tym względem wartość niezaprzeczoną. Metoda ta polega na możliwym ograniczeniu ilości płynów w pożywieniu chorego. Ograniczenie powinno być posunięte tak daleko, żeby chory otrzymywał zaledwie 500—600 ctm. sz. płynu na dobę, a leczenie trwać powinno przez 8 tygodni, w ciągu których chory nie powinien opuszczać łóżka. Te czynniki ułatwiają krążenie, ponieważ wpływają dodatnio na zmniejszenie ogólnej masy krwi. Poglądy te mówca opiera na pracach lat ostatnich i przytacza 8 własnych przypadków, wyleczonych od dłuższego czasu, następnie okazał preparat tętniaka wyleczonego i fotografie Roentgenowskie przypadków, w których wyleczenie trwa 2, 3, 13 i 14 lat.

W dyskusyi SENATOR potwierdza znaczenie przymiotu w sprawie powstawania tętniaków, co zaś do wartości prześwietlania, jako środka rozpoznawczego, to dodaje, że w tętniakach aorty zstępującej metoda ta nie daje dobrych wyników. W celach leczniczych zasługują jeszcze na uwagę pęcherz lodowy i pelota. W jednym przypadku S. uciekł się do zalecanego przez LANCEREAUX i PAULASCO wstrzykiwania wyjałowionego 1% roztworu kleju, w celu wywołania krzepnięcia krwi w worku tętniaka. Wynik był dodatni, a tętniak zmniejszył się znakomicie już po czwartym wstrzyknięciu. Metoda ta wymaga dokładniejszego wypróbowania.

UNVERRICHT radzi zachowywać pewną powściągliwość w stosowaniu tych wstrzykiwań, ponieważ w jednym jego przypadku nastąpiło z tego powodu poważne pogorszenie. Wogóle przypadki ciężkie nie powinny być leczone tą metodą. Baczyć również należy, czy w jamie tętniaka nie istnieją już dawniejsze skrzepy drobne, które mogą stać się przyczyną ciężkich zaburzeń.

F. WINKLER (Wiedeń). Badania doświadczalne nad niedomykalnością czynnościową zastawki dwudzielnej. Spostrzeganie kliniczne poucza, że zdarzają się przypadki, w których nad zastawką dwudzielną za życia wysłuchuje się szmer wyraźny, którego powstawania badanie zwłok zupełnie nie wyjaśnia. Zjawisko to starano się wytłomaczyć za pomocą przypuszczenia pewnych zaburzeń czynności mięśni brodawkowatych. W celu wyjaśnienia istoty tej niedomykalności czynnościowej na drodze doświadczalnej przeciągano przez serce nić w ten sposób, że przeszkadzała ona pracy jednego mięśnia brodawkowatego, lecz bez najmniejszego uszkodzenia zastawek. Okazało się, że po naciągnięciu nici występowały szmery skurczowe, a po części i rozkurczowe, prócz tego zaś przelewanie się krwi z lewej komórki do przedsionka, bez względu na to, że sama zastawka zupełnie nie była uszkodzona. Niedomykalność więc czynnościowa pod względem objawów i następstw różni się tylko ilościowo od niedomykalności istotnej, pochodzenia organicznego; stanowi ona tedy wadę, której obecność możemy stwierdzić podczas pracy narządu, natomiast po śmierci jest to zupełnie niemożliwe.

J. JACOB. (Cudowa). Niedomoga serca pochodzenia nerwowego. Istnieje pewien obraz chorobowy, który posiada wiele podobieństwa do zwyrodnienia mięśnia sercowego, i który pozwala na dobre rokowanie bez względu na rozszerzenie serca, niemiarkowatość tętna dobrze napiętego i objawy niedomogi. Można go nazwać zwyrodnieniem serca rzekomem. Różni się ten stan od innego zbioru objawów, wśród których przeważa przyspieszenie tętna tak znaczne, iż pierwotnie nasuwa się myśli o chorobie BASEDOW'a. Przypuszczenie to wydaje się jeszcze

bardziej uzasadnionem z tego względu, że prócz długotrwałego przyspieszenia tętna (*tachycardia chronica*) jest ono miarowe, za to istnieje rozszerzenie i niedomoga serca, a częstokroć nawet wole niewielkie i dosyć wyraźne wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*). Różnica zasadnicza pomiędzy tym stanem a chorobą BASEDOW'a polega na braku zmian termicznych skóry (podniesienie lub obniżenie ciepłoty) i pragnienia, szmerów w sercu, a szczególnie, że nie widzimy żadnego objawu wzmożonej przemiany materii zwłaszcza wobec tętna napiętego. Chorzy tacy nie znoszą zabiegów leczniczych ochładzających (zimne kąpiele i obmywania), które tak dobrze robią dotkniętym chorobą BASEDOW'a, natomiast wszystkie środki, zalecane osobom małokrwistym, przynoszą i w tych przypadkach wielką korzyść. Ten sposób leczenia już w krótkim czasie daje dobre wyniki i to w ciągu tylu tygodni, ilu miesięcy wymaga choroba BASEDOW'a. Do tego samego szeregu cierpień zaliczyć należy i niedomogę, powstałą wskutek wzmożonej czynności serca (*hyperergia*). Polepszenie następuje tu szybko pod wpływem środków, obniżających napięcie tętna, względnie usuwających pobudzenie ośrodka naczynio-ruchowego. Wszystkie te nerwice serca nie stanowią każda z osobna odrębnego typu chorobowego, lecz posiadają wiele cech wspólnych i tak samo, jak niedomoga właściwa, stanowią tylko stopniowanie pewnego stanu serca.

GROEDEL (Nauheim). Uwagi nad podawaniem naparstnicy w cierpieniach przewlekłych narządów krążenia.

Fizyczno-dietetyczne metody leczenia cierpień narządów krążenia częstokroć okazują się bezskutecznymi, co zmusza nas do uciekania się do środków farmakologicznych, wśród których w pierwszym rzędzie stoi naparstnica. Lecz środek ten należy podawać bardzo oszczędnie, a to z tego względu, że wcześniej czy później w powyższych stanach chorobowych następuje okres, w którym działanie naparstnicy staje się przemijającym i krótkotrwałym, na skutek zaś tego przerwy w podawaniu tego środka muszą być co raz krótsze. Przerwy te możemy przedłużyć nieco za pomocą podawania innych środków sercowych i w ten sposób pozyskać polepszenie trwałe. W innych znowu przypadkach występowanie zaburzeń poważnych można powstrzymać, jeżeli, bacząc na ilość oddawanego moczu i przyjmowanych płynów, podawać będziemy naparstnicę w dawce średniej w pewnych ściśle ograniczonych odstępach czasu, np. w ciągu jednego dnia w każdym tygodniu po 0,3—0,5 *fol. digitalis*. Mówca wielokrotnie miał sposobność przekonania się, że stałe podawanie liści naparstnicy w dawce małej (0,05—0,1 *pro die*) przez czas dłuższy nawet w tych stanach jest bardzo korzystne. Przeciwnicy takiego postępowania leczniczego występują zwykle z zarzutami o działaniu zbiorowem naparstnicy, o przyzwyczajaniu się chorych do leku, który wskutek tego traci swe własności farmakologiczne. Obawy te jednak są płonne: przyzwyczajenie spotykamy rzadko, nawet po długim stosunkowo podawaniu leku, a objawy uboczne dotyczą tylko narządu trawienia i układu nerwowego, lecz nigdy nie są one groźne. Pojęcie więc o działaniu zbiorowem jest przesadzane, a zresztą można go zupełnie uniknąć, zachowując pewne ostrożności. Mianowicie w daleko posuniętych przypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnej i w cierpieniach mięśnia sercowego można podawać naparstnicę przez czas dłuższy bez żadnej obawy, a z wynikiem dobrym; natomiast w innych wadach zastawkowych, w zwąpnieniu tętnic i w zapaleniu nerek należy stosować naparstnicę tylko wyjątkowo i natychmiast środek ten odrzucić, gdy spostrzeżemy najmniejsze objawy niepożądane. Podawanie dłuższe naparstnicy jest przeciwskazane i w tych razach, kiedy po kilkodniowem stosowaniu jej nie widać

wplywu dodatniego na czynność serca i na ilość wydzielanego moczu, albo gdy występuje tętno niemiarowe.

Posiedzenie czwarte. RIEGEL (Giessen). O wpływie środków lekarskich na wydzielanie soku żołądkowego. Pojęcia obecne o wpływie środków lekarskich na wydzielanie soku żołądkowego są dosyć sprzeczne. Dotychczas nie posiadamy wogóle ani jednego leku, któryby posiadał wybitny i niezaprzeczony wpływ na wydzielanie się soku żołądkowego. Doświadczenia na ludziach, prowadzone w ciągu ostatnich lat, są pod wieloma względami nieudolne i nie rzucają najmniejszego światła na obchodzącą nas sprawę, zwłaszcza pod względem siły i szybkości wydzielniczej. Nieco więcej wartości naukowej posiadają doświadczenia, czynione na zwierzętach, lecz nie doświadczenia z przetoką żołądkową, a raczej prowadzone według metody PAWŁOWA nad zwierzętami, operowanymi w ten sposób, że żołądek dzieli na dwie części, z których jedna otwarta jest nazewnątrż i nie znajduje się w bezpośrednim związku z drugą, stanowiącą pozostałość żołądka zwierzęcia. Ten żołądek otwarty wydziela jedynie czysty sok i daje dokładny obraz czynności wydzielniczej żołądka trawiącego. Stwierdzony niedawno fakt, że nerw błędny stanowi jedyny nerw wydzielniczy, wyzyskał mówca w ten sposób, że za pomocą atropiny paraliżował nerw wzmiankowany u zwierząt, operowanych według metody PAWŁOWA, i następnie badał sprawę wydzielania się soku żołądkowego. Okazało się, że, jeżeli zwierzęciu podano 2 litry mleka, to bez atropiny wydzielało ono w ciągu dwóch godzin około 16 ctm. soku, a po zastrzyknięciu atropiny ilość soku spadała do $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{10}$ ilości pierwotnej; jednocześnie okres utajenia był znacznie dłuższy, a kwasota była o $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ mniejsza, niż w warunkach prawidłowych. Wprost przeciwne wyniki otrzymano po pilokarpinie: ilość soku żołądkowego była w dwój- i czwórnasób większa, niż pierwotnie. U ludzi wszelkie doświadczenia w tym kierunku są o tyle trudniejsze, że nigdy nie można otrzymać wydzieliny czystej. Ale i w tych warunkach nawet działanie atropiny i pilokarpiny sprawdziło się w sposób powyższy najzupełniej: wstrzyknięcie pilokarpiny, zarówno u człowieka, jak i u zwierzęcia, powoduje znaczne i szybkie wydzielanie się soku. Mówca sądzi, że doświadczenia jego, wykonane na 80 przeszło chorych, upoważniają go do wygłoszenia twierdzenia, że atropina ze wszech miar zasługuje na wypróbowanie, jako dzielny środek leczniczy.

(C. d. n.).

ODCINEK.

W sprawie Kasy Wsparcia wdów i sierot, po lekarzach pozostałych*).

Sz. koledzy! Przystąpić mamy za chwilę do wyboru Zarządzającego Kasą Wsparcia, a to na zasadzie § 11 ustawy tejże Kasy.

Sz. koledzy! Byt i rozwój Kasy wsparcia obchodzi cały ogół lekarzy polskich w Państwie — ale Towarzystwu naszemu przypada zaszczyt i obowiązek zarzą-

*) Przemówienie Prezesa Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, wygłoszone w dniu 20 b. m. na posiedzeniu tegoż Towarzystwa przed wyborami na zarządzającego Kasą Wsparcia wdów i sierot po lekarzach pozostałych.

dzania tą ważną instytucją i dokonywania wyboru jej kierownika z grona członków naszego Towarzystwa.

Zaszczyt to i obowiązek pierwszorzędnej wagi.

Kasa wsparcia ma być, powinna być skuteczną ucieczką dla liczego grona istot, których los każdemu z nas winien leżeć na sercu, tak niemal, jak los własnej jego rodziny. Z niechęcią najwyższą odwrócilibyśmy się od lekarza polaka, któryby koledze, w ciężkiej materyjalnej potrzebie będącemu i o pomoc proszącemu, nie usłużył radą, czy zapomogą, według sił i możliwości. A jeżeli radę, czy pomoc względem nieszczęśliwego towarzysza nauki i pracy poczytujemy słusznie za pierwsze przykazanie kodeksu naszej etyki zawodowej, to jakżebyśmy mogli z lekkim sercem odwrócić się od tych, których on najczulej ukochał, a których zbiegiem fatalnych okoliczności w niedostatku pozostawił. Niepamięć o tych najnieszczęśliwszych, o wdowach i sierotach, pozostałych w ciężkich warunkach, po koledze naszym, zbywanie ich próśb, biedą usprawiedliwionych, tanim datkiem wyrazów litości lub ofiarą, jaką się zbywa natrętnego, obcego ulicznego żebraka, czyżby nie zasługiwały na najwyższe potępienie, zarówno z pobudek ogólnie humanitarnych, jak i z pobudek nieprzedawniającego się obowiązku koleżeństwa.

Posiadamy instytucję, która pozwala nam w sposób zupełnie skuteczny dawać wyraz tym świętym pobudkom.

Czy stan obecny tej instytucji, zarządzanej przez Tow. Lek. Warsz., czy jakość i ilość niesionej przez Kasę naszą pomocy może zadowolnić nasze uczucia humanitarne, nasze uczucia serdecznego koleżeństwa, a zatem czy odpowiada godności polskiego stanu lekarskiego i powadze kierowniczej instytucji, powadze Towarzystwa Lekarskiego?

Kto wejrzy bliżej w szczegóły i cyfry każdorocznego sprawozdania naszej Kasy wsparcia, ten odpowiedzieć musi, niestety, przecząco na powyższe zapytanie.

Uczestnictwo lekarzy Królestwa w Kasie wsparcia jest rażąco małe. Z pomiędzy kolegów, w Warszawie zamieszkających, zaledwie połowa składki wnosi; mniej jeszcze pomyślny jest udział kolegów na prowincyi. Przeważna większość uczestników Kasy opłaca składkę minimalną, to jest zaledwie i kopiejkę dziennie. Wynikiem takiego stanu rzeczy jest niedostateczność środków, jakimi Kasa rozporządza. Wsparcia są tak niskie, bez względu na stopień potrzeby wspieranych, że wstyd o nich mówić. Raz na rok odbywa się zebranie ogólne uczestników Kasy. Na zebranie to przybywa kilku, rzadko kiedy kilkunastu kolegów, kiedy ich w samej Warszawie jest przeszło 300.

Stan to nad wyraz bolesny i, bez wahania twierdzę, ubliżający nam wszystkim — wszystkim, powiadam, bo czy to trzymaniem się zdala od Kasy, czy niskością składki, czy brakiem gorętszej agitacji, wszyscy grzeszyliśmy dotąd, niepomni, że przeszło setka ubogich wdów i sierot ma prawo liczyć na pomoc naszą że porządek w kancelaryjnym załatwianiu spraw kasy nie jest dla nas rozgrzeszeniem, że nie kancelarya, ale serca nasze winny być w sprawie tej w porządku.

Ze strony pewnej liczby kolegów Kasa nasza spotyka się z jawną niechęcią, jakoby racjonalnie motywowaną. Wobec rozwoju zdrowych pojęć ekonomicznych Kasa taka jest jakoby instytucją nieusprawiedliwioną, jest wyrazem nieogłędności, braku przezorności, dlatego na żywsze poparcie nie zasługuje i poparcia takiego nie znajduje.

Nie mam zamiaru polemizować z tym poglądem, który ośmielał się, mimo niewątpliwie dobrej wiary jego wyznawców, albo raczej z powodu ich dobrej wiary — nazwać doktrynerskim. Powiem tylko, że w najdojrzałych ekonomicz-

cznie społeczeństwach, w najlepiej postawionych grupach społecznych, bez miłości nie obejść się nie można, i nigdzie ono z akademicką bezwzględnością odrzuć nie jest. A dalej powiem, Sz. koledzy: *res sacra miser* — ubogi to świętość! Wobec tej świętości bluźnierstwem jest posługiwanie się takimi wyrazami, jak nieogłędność, jak brak przezorności. Wszak zresztą w danym przypadku owi nieogłędni, owi nieprzezorni, na których ileż razy niesłusznie kamieniem rzucamy, leżą w grobie, a do nas wolna od zarzutu nędza wyciąga rękę.

Czyż nam, tak z bliska nędzę znającym, godzi się bić w nią prawidłami ekonomii politycznej!

Starajmy się szerzyć pojęcia o potrzebie oszczędzania i ubezpieczania, ale wobec smutnego zjawiska nędzy nie szpecmy serc i ust naszych rekryminacjami; bądźmy miłośni, tylko miłośni.

Szanowni Koledzy, zgromadziście się dzisiaj celem dokonania wyboru kierownika Kasy wsparcia, kierownika, któryby zarządzał Kasą tak, jak tego powaga i godność Towarzystwa naszego wymagają. Liczne zgromadzenie się Wasze daje świadectwo zrozumienia ważności obchodzącej nas tu sprawy. Pamiętajcież, że najtrafniejszy wybór kierownika poprawy w niepomyślnym stanie Kasy nie spowodzi, że poprawa zależy od nas samych, od nas wszystkich. Mocno wierzę że poprawy tej wszyscy pragniemy, mam dowody na to, że pragną jej wraz z nami liczni koledzy, nie będący członkami Towarzystwa. Dajmyż sobie dziś słowo, że się zakrzętniemy żywo w sprawie Kasy, że każdy z nas z osobna dołoży starań, by zjednać dla niej tych kolegów, którzy jej uczestnikami dotąd nie są, że się starać będziemy o rozwinięcie w tym celu należytej agitacji, nie tylko w Warszawie, ale w kraju całym. A dalej postanówmy sobie wszyscy zdwoić przynajmniej dotychczasową stopę składki i do większej ofiarności skłonić wszystkich kolegów, a szczególnie tych, których zamożność do tego ze wszech miar obowiązuje. Nakoniec postanówmy sobie brać żywy udział w dorocznym zebraniu Kasy, by umożliwić prawomocność uchwał, jakieby dla dobra i rozwoju Kasy powziąć wypadało.

Takie postanowienia powziąwszy, mając jedynie na myśli dobro instytucji, interesa wdów i sierot, godność naszego Towarzystwa, odrzuciwszy na bok wszelkie osobiste niechęci, wszelkie koteryjne względy, przystąpmy do wyboru kierownika Kasy wsparcia, pamiętając, że na stanowisko to potrzeba człowieka, któryby zechciał poświęcić dużo czasu, któryby miał wiele cierpliwości, wiele taktu i koniecznie, koniecznie dużo świętego ognia dla sprawy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= DENNIS opisuje przypadek zwężenia przełyku po durze brzuszonym. U zdrowego przedtem osobnika rozwinęło się zwężenie stopniowo i w 6 miesięcy po durze dosięgło takiego stopnia, iż musiano odżywiać chorego przez odbytnicę. Niewątpliwie zwężenie powstało skutkiem owrzodzenia. (D. M. Z. 16—99).

= Zwapnienia całego jajnika, jako też zwapnienia lub skostnienia nowotworów (włókniaków) tegoż spostrzegano niejednokrotnie. RIES opisuje nowy rodzaj zwapnienia, obejmującego jajnik nie w całości, lecz tylko w części, a mianowicie: węglany i fosforany wapnia i magnezu odkładają się w ciałkach żółtych, powstałych skut-

kiem pękania pęcherzyków GRAAF'a. Prócz trzech własnych, autor znalazł jeszcze dwa przypadki w literaturze amerykańskiej. Wielkość kamieni waha się między wielkością wiśni a jaja kurzego, barwa ich jest żółta; na powierzchni widać liczne zawoje, przypominające układ zawojów mózgu lub pętli kiszek. (Ztschr. f. Geb.u. Gyn. T.40).

= DALCHÉ zaleca stosowanie kwasu mlecznego w ginekologii. 3½-wy roztwór usuwa dość szybko upławy białe; pendzluje się co tydzień szyję macicy tamponami, zmoczonymi w 3½-ym roztworze glicerynowym. W 50½-yh roztworach stosuje się środek ten do pendzlowań błony śluzowej macicy, przyczem następuje obfite złuszczenie nabłonka. Rękoczyn bywa prawie bezbolesny. (D. M. Z. 20—99).

= SMYTH stosował z dobrym skutkiem jambul w moczówce. Jest to sproszkowane nasienie z *syzygium jambolanum*, drzewa z gatunku myrtowych, rosnącego w Ameryce Południowej, Indjach Zachodnich i na Jawie (najlepsze). Autor podawał proszek po 0,3 trzy do czterech razy dziennie. (D. M. Z. 20—99).

= LEMOINE zachwala skuteczność błękitu metylenowego w gościcu stawowym ostrym. Z 8 przypadków (jeden był pochodzenia rzeźączkowego) w 7 nastąpiła szybka poprawa. Żadnych ubocznych objawów niepożądanych autor nie spostrzegł. Preparat powinien być chemicznie czysty. (Bull. méd. ½ 99).

P.

Wiadomości bieżące.

— IV międzynarodowy zjazd psychologów odbędzie się pomiędzy 20 a 25 sierpnia 1900 roku w Paryżu. Przewodniczącymi są RIBOT i RICHTER. Zjazd zostaje podzielony na 7 oddziałów: 1) psychologia w stosunku do fizjologii; 2) psychologia w stosunku do filozofii; 3) doświadczalna psychologia i psychofizyka; 4) patologiczna psychologia i psychiatria; 5) psychologia, hypnotyzm i suggestja; 6) psychologia socialna i kryminalna; 7) psychologia porównawcza, antropologia, etnologia.

— IV zjazd włoskiego towarzystwa

laryngologów, otologów i rynologów odbędzie się w październiku roku bieżącego w Rzymie.

— Otworzono w końcu zeszłego miesiąca w Berlinie nowy instytut anatomii patologicznej przy tamtejszym uniwersytecie.

— D-r HEFELMAN twierdzi, że, w celu przygotowywania troponu i somatozy, fabrykanci używają bardzo tanich surowych produktów a także i rozmaitych odpadków, dotąd używanych tylko do żywienia bydła.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty za drugie półrocze i o uregulowanie zaległych rachunków. 8 Lipca administracya „Medycyny“ przeniesiona będzie na ul. Jasną Nr. 6.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie
przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi
chorobami (oprócz umysłowych). Cena
w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzy-
maniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb.
50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiado-
mość w kancelaryi Zakładu.

Zakład Lecznicy dla chorych na uszy D-rów K. Benni i L. Guranowskiego Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszcze-
nie za opłatą od Rb. 3—5. Ambulato-
ryum codziennie od 9—10 i od 11—12.
Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.
Pobyt z leczeniem od rb. 1.50 do rb. 5 dziennie.
Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

Docent med. wewn. w Uniw. Jag.

D-r Ludomił KORCZYŃSKI

ordynuje jak w poprzednich latach

W SZCZĄWNIICY Willa „Attila“.

W lecie r. b. ordynować będę

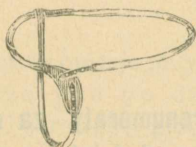
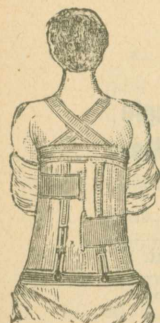
w Rymanowie

D-r Michał Śliwiński

z KRAKOWA.

D-r S. Garbusiński

b. lekarz klinik krakowskich ordynuje jak w latach ubie-
głych w Krynicy, w zakresie chorób kobiecych i we-
wnętrznych.



Pracownia Narzędzi chi-
rurgicznych, Bandaży, A
piratów ortopedycznych
oraz
Nóg sztucznych, gorsetów
ortopedycznych i pasów
brzuszných

F. DŁUTEK

w Warszawie, Krak.-Przedm. № 14.
Ostrzeżenie i reparacje wszelkich narzę-
dzi uskutecznia najtaniej po moż-
liwie niskich cenach.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-
bulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni
bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-
sona, Thiemeego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
słabości, za opłatą 1 do 5 rs. dziennie; za
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

SKŁAD WIN

towarów kolonialnych

„pod BACHUSEM“
róg Widok i Marszałkowskiej

Telefonu Nr. 10 1/2

wina lecznicze z renomowanej firmy

MAURYCY SEYDEL i S^{ka}

w WARSZAWIE

nagrodzonej złotym medalem na wysta-
wie higienicznej
w r. 1896.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Nowe katalogi ilustrowane franko.