

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 11.

Warszawa d. 16 Marca 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Uugra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Ś. p. Władysław Krajewski. — O nowym zabiegu operacyjnym w jaskrze (glaucoma) — cyclodialysis. Podał Dr. Leon Endelman. — Przypadek pooperacyjnego ostrego bezwładu żołądka z następczem rozszerzeniem jego. (Paresis acuta postoperativa ventriculi cum dilatatione secundaria ejusdem. Podał Dr. Jakób Rosenthal. — Streszczenia i wyciągi. 17. W sprawie czynnościowego leczenia złamań kości. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) † dr. Władysław Krajewski. 2) D-r Leon Endelman. — Sur un nouveau traitement opératoire du glaucome. 3) D-r Jakób Rosenthal. — Un cas de gastroplegie aiguë postopératoire avec dilatation consecutive de l'estomac.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) † dr. Władysław Krajewski. 2) D-r Leon Endelman. — Über ein neues operatives Verfahren bei Glaucom. 3) D-r Jakób Rosenthal. — Ein Fall von acuter postoperativer Gastroplegie mit nachfolgender Erweiterung des Magens

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

Ś. p. Władysław Krajewski.

Jeden z najznakomitszych chirurgów polskich w dniu 4-ym marca zmarł w Warszawie. Ś. p. WŁADYSŁAW KRAJEWSKI w krótkim swem życiu zdziałał tak wiele dla dobra nauki i społeczeństwa, że imię swe niezatartemi zapisał głoskami na kartach dziejów chirurgii polskiej.

WŁADYSŁAW HENRYK KRAJEWSKI urodził się w Janowie, w ziemi Lubelskiej, w r. 1855 z ojca Feliksa i matki Pulchery z Wisłockich. Zmarły w roku 1895 FELIKS KRAJEWSKI był znanym i powszechnie szanowanym lekarzem. Pomimo iż całe niemal życie spędził w małym miasteczku Królestwa — Hrubieszowie, był wysoce wykształconym i dzielny praktykiem. Dowodem wykształcenia tego są liczne prace, drukiem przezeń ogłoszone, wśród których jedna, mianowicie: „O odmrożeniu“ nagrodzona została medalem srebrnym przez Towarzystwo paryskie lekarzy polskich. Ś. p. FELIKS KRAJEWSKI był członkiem licznych towarzystw lekarskich, a mianowicie: członkiem honorowym Towarzystwa paryskiego lekarzy polskich, członkiem korespondentem Towarzystwa Warszawskiego, Krakowskiego i Lubelskiego. W mieście,

w którym ś. p. FELIKS KRAJEWSKI spędził większą część życia, był on kierownikiem dwóch szpitali: św. Jadwigi i św-go Edmunda, w których WŁADYSŁAW KRAJEWSKI pod okiem ojca stawiał pierwsze swe kroki na polu praktycznej działalności lekarskiej.

WŁADYSŁAW KRAJEWSKI ukończył szkoły w Lublinie w r. 1871. W tym samym roku wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w r. 1876. W Uniwersytecie Warszawskim wówczas wykładał anatomię prof. HIRSZFELD, który swym zapalem i gruntowną znajomością wykładanego przedmiotu umiał zachęcić młodzież lekarską do studyów w tej dziedzinie wiedzy. Jednym z najgorliwszych uczniów prof. HIRSZFELDA był WŁADYSŁAW KRAJEWSKI. Jako student medycyny, w ciągu trzech lat (na drugim, trzecim i czwartym kursie) przygotowywał on wszystkie preparaty do wykładów, co niezaprzeczenie dało mu możność zdobycia gruntownych wiadomości anatomicznych. Klinikę chirurgiczną wydziałową prowadził wówczas prof. GIRSZTOWT, wielki przyjaciel młodzieży i doskonały nauczyciel kliniczny. Pomimo niepomyślnych wyników, jakie powszechnie otrzymywano w czasach przedantyseptycznych, umiał on wszczepić w swych uczniów zamiłowanie i natchnąć ich zapalem do chirurgii. WŁADYSŁAW KRAJEWSKI, jako słuchacz piątego kursu medycyny, spełniał przy prof. GIRSZTOWCIE czynności asystenta i pod jego kierunkiem dokonał pierwszych swych operacji na człowieku żywym.

W r. 1877 wybuchła wojna rosyjsko-turecka. Na mocy praw ogólnych WŁADYSŁAW KRAJEWSKI powołany został do służby wojskowo-lekarskiej i wysłany naprzód do Moskwy, a następnie do Czerkas. Podczas kilkomiesięcznego pobytu w Moskwie, nie mając czynności ściśle określonych, wystarał się o pozwolenie pracowania w prosektoryum uniwersyteckiem, gdzie długie godziny spędzał przy stole anatomicznym. W szpitalu wojskowym w Czerkasach WŁADYSŁAWOWI KRAJEWSKIEMU powierzono obowiązki ordynatora oddziału chirurgicznego. Był to oddział złożony ze 120 łóżek. Materiał w tym oddziale składał się przeważnie z ran postrzałowych i przeznaczony został do przewożenia rannych z placu boju.

Po ukończeniu wojny WŁADYSŁAW KRAJEWSKI, powróciwszy do Warszawy, wstąpił jako asystent do kliniki chirurgicznej prof. KOŚCIŃSKIEGO. Przekonawszy się jednak wkrótce, że do należytej działalności chirurgicznej potrzebne są obszerniejsze wiadomości z anatomii, niż te, które on posiadał, opuścił klinikę i zaczął czynić starania o pozyskanie stanowiska pomocnika prorektora przy katedrze anatomii opisowej w Uniwersytecie Warszawskim. Posadę tę otrzymał w r. 1879.

Ponieważ w owe czasy katedra anatomii opisowej i anatomii topograficznej spoczywała w jednych (nawiasem mówiąc zgola niepowołanych) rękach, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI w obu tych kierunkach był zmuszony usilnie pracować, jako pomocnik profesora w przygotowaniu i demonstrowaniu preparatów. Oprócz tego do obowiązków jego należało kierownictwo zajęciami praktycznymi studentów drugiego kursu medycyny. W roku 1880—1881 z powodu długotrwałej choroby, profesora WŁADYSŁAW KRAJEWSKI spełniał również czynności egzaminatora studentów. Ówczesni słuchacze drugiego kursu medycyny, do których liczby należał piszący te słowa, doskonale zachowali w pamięci tę drobną postać o bujnych włosach i wyniosłym czole, schyloną nad preparamentem anatomicznym w gabinecie profesora lub krążącą wśród stolów anatomicznych, otoczonych grupami studentów. Z niewyczerpaną cierpliwością udzielał on studentom swych rad i wskazówek, z niezwykłą wyrozumiałością kierował niewprawną ręką początkujących preparatorów. Wśród słuchaczy stało się zwyczajem zwracanie się do światłego i przystępnego prorektora z prośbami o wyjaśnienia we wszelkich zawiłych sprawach anatomicznych.



łowych zakażeń, które wymagały licznych i poważnych zabiegów operacyjnych. Praca w szpitalu rzeczonym była pierwszym etapem samodzielnej działalności chirurgicznej WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO. Walka z biurokratyzmem - wojskową rutyną i usilna działalność w szpitalu nie pozostały bez korzystnego wpływu na wyrobienie się początkującego lekarza. Korzyści te jednak drogo przezeń okupione zostały. Wkrótce bowiem zapadł. On na tyfus, który na kilka miesięcy przykuł go do łóża. Młody jednak organizm zwycięsko wyszedł z tej próby. Po kilku miesiącach wypoczynku w kraju, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI powrócił na sta-

Do próśb tych WŁADYSŁAW KRAJEWSKI przychylił się z najwyższą gotowością. W pogadankach, uzupełniających niejasne wykłady profesora, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI ujawniał niezwykle talent nauczania; rzecz zawiła i trudna do zrozumienia po jego wyjaśnieniu stawała się prostą i zupełnie zrozumiałą.

Pracując nad studentami z niezwykłą gorliwością, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI jednocześnie przygotowywał się do pozyskania stopnia doktora medycyny. Po złożeniu teoretycznych i praktycznych egzaminów został mianowany pełniącym obowiązki prosektora i na tem stanowisku pozostawał do 29 września 1883 roku.

W roku 1882, otrzymawszy szczerpłą zapomogę od uniwersytetu, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI wyjechał na pół roku zagranicę w celach naukowych. Wobec prądów, które podówczas panowały i dotychczas jeszcze, niestety, panują w sferach rządzących, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI nie mógł się ludziem, że zdoła kiedykolwiek pozyskać katedrę anatomii, której poświęcał się z takim zamiłowaniem.

Przewidując, że w osiągnięciu stanowiska profesora staną mu na drodze przeszkody nie do przewyciężenia, postanowił zwrócić swą działalność w kierunku chirurgii praktycznej. Wycieczka zagranicę dała mu możność zapoznania się z postęпами chirurgii w Niemczech i we Francji. W Wiedniu uczęszczał do kliniki BILLROTH'a i ALBERT'a, w Hamburgu — do kliniki SCHEDE'go, w Monachium — NUSSBAUM'a, w Paryżu słuchał wykładów PÉAN'a, VERNEUIL'a, TRÉLAT'a i GUYON'a. Pod kierunkiem TILLAUX w Clamard pracował nad anatomią topograficzną, pod kierunkiem MALASSEZ w College de France nad anatomią mikroskopową.

Po powrocie do Warszawy spełniał jeszcze przez pewien przeciąg czasu obowiązki prosektora i egzaminatora studentów, wkrótce jednak przez ordynatorów szpitala Dzieciątka Jezus wybrany został na posadę lekarza miejscowego, jednocześnie zaś wstąpił w charakterze asystenta do oddziału chirurgicznego dra ORŁOWSKIEGO.

Połączenie stanowiska lekarza miejscowego i asystenta oddziału stało się wielce korzystnem zarówno dla początkującego chirurga, jak i dla powierzonych jego opiece chorych. Zamieszkawszy w szpitalu, wszedł on w bliskie zetknięcie z chorymi. Nie ograniczając się do oficjalnych godzin wizyty ordynatora, kilka razy dziennie odwiedzał swych chorych, czy to dla dokładniejszego ich zbadania, czy też w celu udzielenia pomocy doraźnej. Tym sposobem stał się wyręczyicielem i zastępcą dra ORŁOWSKIEGO, który podówczas wskutek nadwątłego zdrowia nie był już zdolny do pracy natężonej.

Działalność na niwie piśmiennictwa lekarskiego WŁADYSŁAW KRAJEWSKI rozpoczął bardzo wcześnie. Wyniósłszy z domu znajomość języków obcych, rozpoczął od streszczeń, do których sam wybierał najbardziej wartościowe prace chirurgiczne, zjawiające się w piśmiennictwie francuskim i niemieckim. Pierwszą pracą oryginalną WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO było „Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu roku 1883”. W okresie czasu od roku 1882 do 1884 WŁADYSŁAW KRAJEWSKI redagował *Kronikę Lekarską*.

Wobec szczupłych środków materyalnych i małej liczby chętnych do pióra musiał On spełniać pracę bardzo uciążliwą. Był nietylko redaktorem w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, lecz, co ważniejsza, jednym z najczynniejszych współpracowników. Częstokroć cały zeszyt zapełniał własnymi streszczeniami, byle tylko podtrzymać chylące się do upadku pismo. Wspólnie z drem HEWELKEM osiągnął to, że pismo nie upadło, lecz stało się żywotnem i, co za tem idzie, pozyskało spory poczet czytelników.

W końcu 1884 r. WŁADYSŁAW KRAJEWSKI odbył wycieczkę naukową do Wiednia. Pracował tu przeważnie w klinice prof. BILLROTH'a i w pracowni anatomiczno-patologicznej prof. KUNDRAT'a pod kierunkiem prosektora PALTAUF'a. Porównyując wiedeńskie oddziały i kliniki chirurgiczne z oddziałami i klinikami swojskimi, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI, podówczas młody, lecz mający już pewien zasób osobistego doświadczenia i sąd krytyczny chirurg, zwrócił przede wszystkim uwagę na różnice w ścisłości przestrzegania przepisów antyseptyki u nas i zagranicą. Podczas gdy w szpitalach Wiedeńskich metoda postępowania przeciwnielego dosięgła znacznego już stopnia rozwoju, u nas pod tym względem panowało dość znaczne zacofanie. Dla KRAJEWSKIEGO stało się rzeczą oczywistą, że nie dość ściśle stosowanie się do wymagań antyseptyki było główną przyczyną mniej pomyślnych wyników, otrzymywanych przez ówczesnych chirurgów naszych, którzy skądinąd nie ustępowali zgoła chirurgom zagranicznym. Zdobywszy podobne przeświadczenie, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI po powrocie do Warszawy ogłosił artykuł p. t. „Dla czego w naszych oddziałach chirurgicznych rezultaty są gorsze, niż zagranicą”.

Rzecz, napisana barwnie, z pewnem zacięciem polemicznym, wywołała wrzenie wśród chirurgów Warszawskich. Wystąpienie WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO, powzięte w najlepszych zamiarach, a grzeszące conajwyżej uniesieniem młodzieńczem, poczytano Mu za rodzaj napaści osobistej, za chęć zdyskredytowania starszych i zasłużonych kolegów. W prasie lekarskiej rozpo-

częła się polemika, która WŁADYSŁAWOWI KRAJEWSKIEMU sprawiła wiele przykrości, lecz ostatecznie ten pomyślny wywarła skutek, że pobudziła umysły do zastanowienia się nad sprawą lepszej organizacji pomocy chirurgicznej w szpitalach Warszawskich i prawidłowszego stosowania metody antyseptycznej.

Jako asystent oddziału chirurgicznego, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI w r. 1885 objął czasowo oddział chirurgiczny w szpitalu Dzieciątka Jezus w zastępstwie dra MATLAKOWSKIEGO, który na kilka miesięcy wyjechał za granicę. W tym krótkim przeciągu czasu wykonał on szereg poważnych operacji na narządach jamy brzusznej (*exstirpatio uteri carcinomatosi per vaginam, amputatio supravaginalis uteri myomatosi, laparotomia z powodu bąblowca wątroby*). Były to pierwsze operacje tego rodzaju, wykonane w Warszawie i uwieńczone skutkiem pomyślnym. Jako takie zwróciły one uwagę świata lekarskiego na młodego chirurga, który, mając oparcie w grunto- wnej znajomości anatomii i wiarę w niezawodność ścisłej antyseptyki, nie zawahał się podjąć tych ciężkich zabiegów operacyjnych, uważanych dotąd przez ogół naszych chirurgów za zbyt ryzykowne.

W roku 1886 WŁADYSŁAW KRAJEWSKI został mianowany ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus. W starym, zrujnowanym, urągającym wszelkim wymaganiom higieny budynku szpitalnym niełatwo było urządzić oddział chirurgiczny zgodnie z zasadami antyseptyki. Władza szpitalna, przeznaczywszy jeden z pokoiów na salę operacyjną, a kilka innych na sale chorych, uważała rolę swą za skończoną. O wyjednanu jakichkolwiek środków na urządzenie nowego oddziału, wobec panującego wówczas systemu oszczędnościowego, nie mogło być nawet mowy. Trudności te jednak nie zraziły WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO. Otrzymawszy zezwolenie władzy na poczynienie niezbędnych przeróbek kosztem własnym (co już było ze strony tejże władzy wielkiem ustępstwem), WŁADYSŁAW KRAJEWSKI ochoczo zabrał się do pracy. W pokoju, przeznaczonym na salę operacyjną, zmienił on przedewszystkiem podłogę drewnianą na tafle marmurowe, a ściany polecił wymalować olejno. Z dwóch sąsiadujących z salą operacyjną pokoiów jeden przeznaczył na skład narzędzi i materiałów opatrunkowych, w drugim urządził pracownię. Salę operacyjną i przyległy do niej pokój, jak również pracownię zaopatrzył we wszelkie niezbędne sprzęty, narzędzia i przyrządy, które nabył również z własnych, dość szczupłych wówczas funduszy. W całości oddział przybrał postać, jakiej dotąd nie miał żaden z ówczesnych Warszawskich oddziałów chirurgicznych. Chcąc spopularyzować wśród ogółu lekarzy ówczesne wymagania co do sal operacyjnych, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI skorzystał z nadarzającej się sposobności i okazał wzór swej sali operacyjnej na pierwszej Wystawie Higienicznej w Warszawie w r. 1887.

Stworzywszy sobie warsztat odpowiedni, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI rozwinął niesłychaną energię w swej działalności szpitalnej. Większą część dnia, a częstokroć i część nocy spędzał On w szpitalu na badaniu, operowaniu i opatrywaniu chorych. Aczkolwiek nie dzielił On przypadków na ciekawe i mniej ciekawe, traktując z jednakową starannością wszystkich swych chorych, nie mniej przeto odrazu szczególne ujawnił upodobanie do przypadków z zakresu chirurgii brzusznej wogóle i ginekologii operacyjnej w szczególności.

Świetne wyniki, które WŁADYSŁAW KRAJEWSKI osiągnął w tego rodzaju przypadkach już w samym początku swej działalności, wkrótce nadały rozgłos jego oddziałowi i ściągnęły doń spory zastęp młodych lekarzy, którzy pod jego okiem i kierunkiem stawiali pierwsze kroki na polu chirurgii praktycznej. Widząc w swych uczniach zamiłowanie i chęć do pracy, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI wszelkimi siłami starał się przyczynić do ułatwienia im zdobycia wiadomości chirurgicznych. Nie tylko udzielał On rad i wskazówek, dotyczących techniki operacyjnej, lecz gorliwie się starał wpoić w nich przekonanie o konieczności ścisłego spostrzegania i prawidłowego rozpoznawania chorób oraz wszczepić zasady naukowego traktowania przedmiotu. W tym celu, obznajmiając swych asystentów z metodami badania klinicznego, jednocześnie zachęcał ich usilnie do zajęć w założonej przez się pracowni, którą hojnie zaopatrzył w przyrządy do badań bakteriologicznych i mikroskopowych. Oprócz tego oddał asystentom do rozporządzenia swą zasobną bibliotekę i gorąco ich pobudzał do pracy naukowej.

Pomimo licznych swych zajęć w oddziale szpitalnym, pomimo rozległej praktyki prywatnej WŁADYSŁAW KRAJEWSKI nie zaniedbywał pracy na polu piśmiennictwa lekarskiego. W r. 1886 ogłosił rozprawę p. t.: „Bąblowiec jamy brzusznej i jego leczenie“ (Kronika Lek.). W rozprawie tej podał swą modyfikację pomysłu przez LANDAU'a metody operowania bąblowca, modyfikację, która ma na celu ułatwienie techniki operacyjnej i zabezpieczenie otrzewny od przedostania się do niej zawartości torby bąblowca.

W r. 1888 w „Przeglądzie Lekarskim“ zamieścił pracę p. t. „O doszczętnem leczeniu przepuklin niezaciśniętych metodą MAC EWEN'a“, w której opisał własną modyfikację metody rzeźzonej, mającą na celu zapobieganie ponownemu wejściu trzew do worka przepuklinowego.

W r. 1889 ogłosił w „Deutsche med. Wochenschrift” artykuł p. t.: „Berichtigungen u. Ergänzungen zu dr. Morell-Mackenzie's statistischen Angaben über Totalexstirpation krebssiger Kehlköpfe”. W artykule tym WŁADYSŁAW KRAJEWSKI sprostował błędy statystyki, podanej przez MORELL'a MACKENZIE'go, i podał krótki opis operowanego przez się przypadku raka krtani.

Przypadek ten WŁADYSŁAW KRAJEWSKI opisał szczegółowo w r. 1889 w Medycynie w pracy p. t.: „Rak krtani, całkowite wycięcie krtani”, w której przytoczył dokładną statystykę wycięcia krtani z powodu raka i podał własny pomysł rurki zatykającej.

W r. 1889 ogłosił w „Przeglądzie lekarskim” rozprawę p. t.: „Jeszcze kilka słów w kwestyi doszczętnego leczenia przepuklin metodą MAC EWEN'a”. Jest to krytyka modyfikacji, zalecanej przez prof. OBALIŃSKIEGO. KRAJEWSKI na zasadzie osobistego doświadczenia dowiódł, że modyfikacya ta sprowadza zgorzel poduszki, wytworzonej z worka przepuklinowego.

W r. 1890 WŁADYSŁAW KRAJEWSKI rozpoczął drukować w „Kronice Lekarskiej” szeroko zakreśloną pracę p. t.: „O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu”, której, niestety, z powodów od siebie niezależnych nie ukończył.

W r. 1892 w „Odczytach Klinicznych” wyszła praca WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO p. t. „O chirurgicznym leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu”. Jest to wyczerpująca monografia, oparta na własnych spostrzeżeniach i nader skrzętnie zebranym z piśmiennictwa materyale. Rozważając sposoby operowania niezupełnych pęknięć macicy, KRAJEWSKI przyszedł do wniosku, że najodpowiedniejsze w tych przypadkach jest stosowanie bocznego cięcia zewnątrzotrzewnowego. Pomysł ten KRAJEWSKI zastosował później z powodzeniem w kilku operowanych przez się przypadkach.

Do tych nie imponujących liczbą, lecz zato pod względem treści nader cennych prac, ogłoszonych w ogólnych pismach lekarskich, dodać należy liczne pokazy i przemówienia WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO w Towarzystwie Lekarskiem, z których wiele starczy za artykuł, a nawet za poważną pracę naukową.

W r. 1893 WŁADYSŁAW KRAJEWSKI założył pierwsze na całym obszarze ziem polskich pismo, poświęcono specjalnie chirurgii i naukom pokrewnym. Podejmując wydawnictwo „Przeglądu Chirurgicznego”, zamierzał On stworzyć organ archiwalny, przeznaczony przede wszystkim do ogłaszania prac źródłowych i rozpraw obszernych. Obok tego chciał On w tem piśmie zorganizować cały nasz dorobek naukowy w dziedzinie chirurgii i wprowadzić go do literatury wszechświatowej. Do wspólnej pracy w tym kierunku wezwał On wszystkich tych, którym dobro chirurgii polskiej leżało na sercu, wszelkie zaś koszty, połączone z wydawnictwem, wziął wyłącznie na siebie.

W piśmie, przez się wydawanem, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI zamieścił trzy cenne rozprawy naukowe. W r. 1894 ogłosił rozprawę p. t.: „O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii”, w której, opierając się na skrzętnych poszukiwaniach historycznych, wykreślił zadania dwóch wielkich gałęzi nauki lekarskiej.

W r. 1900 napisał pracę p. t.: „Operacyjne leczenie wypadnięcia odbytnicy”. W pracy tej dokładnie wyłożył wszystkie metody operacyjne i krytycznie je ocenił, a obok tego podał opis oryginalnie pomyslanego narzędzia, mającego na celu ograniczenie krwotoku podczas dokonywania operacji i ułatwienie zakładania szwu.

W r. 1902 rozpoczął swą znakomitą pracę o „*Epityphlitis*”, której, niestety, nie zdołał ukończyć. W pracy tej, osnutej na odczycie własnym, wygłoszonym w Towarzystwie Lekarskiem, ujawnił w całej pełni swe olbrzymie doświadczenie kliniczne, niezwykle odczytanie i bystry sąd krytyczny. Bez przesady rzecz można, że praca pomieniona stała się punktem zwrotnym w zapamiętaniach ogółu lekarzy naszych na tę tak częstą i tak ciekawą sprawę chorobową.

Wiele prac wartościowych, które się ukazały na łamach „Przeglądu Chirurgicznego” powstało z inicjatywy WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO. Umiał On bowiem, jak nikt inny, dać pomysł do pracy i zachęcić do jej napisania. Szczególnie zaś pobudzał w tym kierunku młodych lekarzy, którzy pracowali w Jego oddziale. W stosunku do ostatnich nie ograniczał się podsuwaniem pomysłów, lecz częstokroć przyczyniał się w znacznym stopniu do ich wykonania.

Od roku 1892 WŁADYSŁAW KRAJEWSKI zaczął stosować w swym oddziale postępowanie bezgnilne w myśl zasad wyrobionych przez szkołę BERGMANN'a. Nabrawszy przekonania o zaletach aseptyki, własnym kosztem nabył wszystkie przyrządy, niezbędne do stosowania metody bezgnilnej. Zdając sobie jednak sprawę z tego, że ścisłe przestrzeganie zasad tej metody w warunkach, w których znajdował się jego oddział w starym szpitalu Dzieciątka Jezus, było rzeczą wprost niemożliwą, WŁADYSŁAW KRAJEWSKI nie od razu zaniechał ostrożności przeciwnie. Uchroniło to niewątpliwie od wielu przykrych niespodzianek. Z właściwą sobie przezornością odłożył stosowanie zasad aseptyki w całej jej rozciągłości do chwili przeniesienia szpitala Dzieciątka Jezus.

Nad urządzeniem własnego oddziału na nowej siedzibie WŁADYSŁAW KRAJEWSKI zaczął przemyśliwać na długo przed przeniesieniem szpitala. Chcąc stworzyć oddział chirurgiczny, odpowiadający wszelkim wymaganiom współczesnym, sprowadził dzieła odpowiednie, studiował plany, odbywał niezliczone narady z przedstawicielami komitetu budowlanego.

Skoro wreszcie przeniesienie szpitala Dzieciątka Jezus stało się faktem dokonanym, KRAJEWSKIEGO na pewien przeciąg czasu całkowicie pochłoneła sprawa zagospodarowania się w nowym pomieszczeniu. Codziennie długie godziny spędzał on w pawilonie, obmyślając z siostrą miłosierdzia zaspokojenie potrzeb przewidywanych i kontrolując postępy robót. Nie uszło Jego baczного oka najmniejsze uchybienie ze strony rzemieślników, których zachęcał do pośpiechu i jaknajstaranniejzego wykonania robót. Nie zaniedbując wszelkich, najdrobniejszych nawet potrzeb wewnętrznego gospodarstwa oddziału, najwięcej jednak troszczył się o wzorowe urządzenie sal operacyjnych.

Ponieważ przyrządy sterylizacyjne, zaakceptowane przez władzę, wydały mu się niewystarczającymi, nabył rozmaite kosztowne aparaty dodatkowe. Salę aseptyczną polecił wyłożyć kaflami, w septycznej wygładzić ściany i hojnie zaopatrzył obie w nowe sprzęty i narzędzia. Własnym kosztem nabył dla swego oddziału aparat ROENTGEN'a i urządził pracownię fotograficzną. Do sumy, wyznaczonej na urządzenie pawilonu, dołożył z własnych funduszków około dziesięciu tysięcy rubli. Dzięki takiej ofiarności oddział Jego przybrał postać, jaką mają jedynie zasobne kliniki zagraniczne.

Niestety, nie długo sądzone Mu było pracować wśród nowych, a tak przyjaznych warunków otoczenia.

Umysł wrażliwy a głęboki, niezłomna wola, niewyczerpana energia, wysokie poczucie obowiązku, szlachetna ambicja i wielkie, gorące serce, czule na niedolę ludzką i całkowicie oddane społeczeństwu — oto znamienne cechy charakteru WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO.

Piórem i żywym słowem, a może więcej jeszcze własnym przykładem przyczynił się znakomicie do podniesienia u nas poziomu chirurgii praktycznej. Niezmordowaną pracą, niewyczerpaną ofiarnością doprowadził swój oddział do wysokości pierwszorzędných klinik chirurgicznych. Z oddziału wytworzył uczelnię, z której wyszło i rozpieczętowało się po świecie wielu dzielnych pracowników.

Pierwszy powziął i urzeczywistnił myśl wydawania pisma, poświęconego chirurgii, które dzięki jego ofiarności przetrwało bez mała lat piętnaście. Piśmiennictwo lekarskie wzbogacił szeregiem prac cennych. W ciągu 20 letniej swej działalności zgromadził olbrzymi materiał naukowy w postaci okazów, fotografii, rysunków i ścisłych opisów spostrzeżeń.

W całym swym życiu zbyt mało się troszczył o rozślawienie własnego imienia, natomiast starał się usilnie o rozkwit i sławę chirurgii polskiej. Przez życie szedł sam z dumnie do góry podniesionem czołem. Nie naśladował nikogo, sam dla siebie był wzorem i mistrzem. To, co stworzył, wysnuł z własnego ducha i w czyn zamienił mocą energii własnej. Uległszy poważnej chorobie, o której istocie sam najlepiej wiedział, nie upadł na duchu, nie oddał się niemocnej rozpacz. Skoro tylko odzyskał nieco sił po przebyciu ciężkiej operacji, z dawnym zapałem wziął się do pracy.

W ciągu ostatniego roku wykonał długi szereg operacji, znacznie posunął naprzód swą pracę o „Epityphlitis“ i wygłosił w Towarzystwie Lekarskiem doskonały swój odczyt o kamicy przewodu żółciowego wspólnego, odczyt, który członkowie Towarzystwa tak żywo mają jeszcze w pamięci. Ostatnia ta praca WŁ. KRAJEWSKIEGO drukowana była w „Medycynie“ w roku zeszłym.

Umierał z żalem, że nie dane Mu było spełnić tych wszystkich zadań, które sam sobie tak szeroko i tak wzniośle zakresił. Do ostatniego technienia pochłonięty był myślą o tem, ażeby zdobyty w pocie czoła plon swego życia w najodpowiedniejszy sposób zużyć pod nowy zasiew na ukochanej przez się niwie.

Zaiste, niezwykły był to człowiek.

A. Karczewski.

PRACE ORYGINALNE.

O NOWYM ZABIEGU OPERACYJNYM w jaskrze

(*glaucoma*) — *cyclodialysis*.

(Z kliniki oftalmicznej we Wrocławiu).

Podał

Leon Endelman.

Niewątpliwie jedną z cięższych postaci chorobowych, zachodzących w oku, jest jaskra (*glaucoma*). Przez długi okres czasu lekarz stał bezradnie wobec tej choroby, która zazwyczaj, szybciej lub powolniej, chorych o zupełną utratę wzroku przyprawiała; nie umiał on nawet sobie wytłómaczyć przyczyn tego cierpienia, jego przebiegu i tak zgubnego wpływu na wzrok. Kiedy w 1856 roku Albrecht GRAEFE dokonał pierwszej iridektomii w jaskrze, odrazu otrzymaliśmy silną broń dla zwalczania tej ciężkiej choroby. Godną uwagi jest rzeczą, że wnioski teoretyczne, które naprowadziły GRAEFE'go na myśl o iridektomii w jaskrze, jak to już obecnie stwierdzone zostało, były zgoła fałszywe. Mianowicie, GRAEFE, podobnie jak i przed nim MACKENZIE, wyobrażał sobie jaskrę, jako przewlekłe zapalenie tęczówki i naczyniówki (*irido-chorioiditis chronica*) z silnymi wysiękami, na skutek których występowało znaczne podniesienie śródgałkowego ciśnienia ze wszystkimi jego zgubnymi następstwami. Usunięcie części zapalnej tęczówki miało, według GRAEFE'go, wpłynąć dodatnio na zmniejszenie się ilości płynów wysiękowych, więc *eo ipso* i na obniżenie ciśnienia. W 1868 r. STELLWAG zamiast iridektomii zaproponował sklerotomię, utrzymując, że można usunąć na-

pady jaskry bez wycięcia kawałka tęczy, porzostając jedynie na cięciu białkówki (*sclera*). De WECKER zaczął stosować tę metodę w postaci *sclerotomia anterior*, która i obecnie jeszcze jest dość rozpowszechniona. Jeśli do tego czasu, idąc śladami GRAEFE'go, pomyśliwano w jaskrze przedewszystkiem o wzmożonej czynności wysiękowej, to od tej chwili nasunęła się myśl o wytwarzaniu się w oku, dotkniętem jaskrą, przeszkód do wydalania normalnie w niem krążących płynów. Dobre wyniki, otrzymane w jaskrze za pomocą sklerotomii, skłoniły de WECKER'a do wytworzenia pojęcia „filtrującej blizny“ (*Filtrationsnarbe*). Już sama ta nazwa wskazuje nam, czemu przypisywano już wtedy dobre wyniki sklerotomii.

Na skutek prac LEBER'a o krążeniu płynów w normalnem oku (1873) obudziło się zajęcie dla warunków, jakie powstają w jaskrze. KNIES i WEBER w 1876 r. na preparatach drobnowidzowych dowiedli zamknięcia kąta przedniej komory oka w większości przypadków jaskry. Z tych badań wprost już wypływało wskazanie do leczenia jaskry: uwolnienie na drodze operacyjnej kąta przedniej komory dla wytwarzania w oku normalnych warunków krążenia. Nie wytwarzanie nowych dróg odprowadzających, jak to ma miejsce przy sklerotomii („blizna filtrująca“), lecz urowanie dróg fizyologicznych, zatkanych skutkiem sprawy chorobowej — stało się od tego czasu myślą przewodnią operatorów. — Z drugiej jeszcze strony badania KNIES'a i WEBER'a znalazły potwierdzenie. Spostrzeżono, mianowicie, że praca na bliskiej przestrzeni, wymagająca napięcia mięśnia akomodacyjnego i kurczu *m. sphincteris pupillae*, dodatnio wpływa na napady jaskry. Jeszcze świetniej działało

w jaskrze wkraplanie ezeryny, zastosowanej po raz pierwszy przez LAQUEUR'a, wywołującej, jak wiadomo, też same zmiany w mięśniu kurczącym źrenicę i akomodacyjnym. W tych warunkach powstaje rozluźnienie *lig. pectinati* i dobra „wentylacja” kąta przedniej komory. HEINE przez dłuższy czas wkraplał maipom w jedno oko atropinę, w drugie—ezerynę, później pod narkozą wyluszczał obie gałki i, utrwaliwszy je dla mikroskopowego badania, mógł się doskonale przekonać na preparatach, że rzeczywiście takie zmiany zachodzą w oku. Skutkiem tych badań KNIES, de VINCENTIIS i NICATI w początkach 90-ych lat zaczęli stosować w praktyce rozmaite sposoby operacyjnego otwarcia kąta, które miały na celu utorowanie fizjologicznych dróg odpływowych. Wyniki, jakie przy nich otrzymywano, były rzeczywiście pomysłne, a miały te metody lecznicze tę wyższość nad sklerotomią, że działały bardziej celowo i zgodnie z wymaganiami teoretycznymi.

W 1900 r. ogłosił FUCHS swe zupełnie nowe spostrzeżenia kliniczne, które odrazu rzuciły inne światło na warunki krążenia płynów w oku glaukomatycznym. Mianowicie, około w 5% oczu, operowanych wskutek zwykłej starczej zaćmy, znajdował FUCHS mniej lub znacznie wyrażone, płaskie lub kuliste odklejenie naczyńki (*chorioidea*); powstawało ono nazajutrz lub w dwa dni po operacji i po kilku dniach zwykle samoistnie ginęło. 2 lata później ogłosił FUCHS dalsze swe spostrzeżenia, że podobne odklejenie występuje i po iridektomii w jaskrze. Takież zmiany znajdował i AXENFELD w 10%, mniej więcej, przypadków, w których dokonano iridektomii, sklerotomii lub uwolnienia kąta przedniej komory. AXENFELD wypowiedział na zasadzie swych przypadków pytanie, czy owo odklejenie naczyńki nie stoi w pewnym związku z leczniczymi wynikami iridektomii w jaskrze. Co się tyczy mechanizmu powstawania takich odklejeń, to FUCHS objaśnia je w następujący sposób: wsku-

tek szarpania (*Zerrung*), jakiemu ulega gałka podczas prowadzenia cięcia nożem, czy to zwykłym, czy trójkątnym (*lanca*), lub też wprost przy samym cięciu powstaje naderwanie *lig. pectinati*, a przez wytworzone w ten sposób pęknięcia ciecz wodna przedostawać się może do przestworu nadnaczyniówkowego (*suprachorioidealraum*). DEMARIA w klinice AXENFELD'a pierwszy zbadał anatomicznie przypadek takiego odklejenia naczyńki w oku glaukomatycznym, na którym dokonano iridektomii, a które później wskutek powikłań musiało wyluszczyć.

Spostrzeżenia, dość przypadkowo dokonane przez FUCHS'a i AXENFELD'a, postanowił HEINE, prywat-docent, a obecnie profesor we Wrocławiu, zużytkować już całkiem celowo dla leczenia jaskry. Technika tej nowej operacji, nazwanej przez jej autora *cyclodialysis* odpowiednio do zmian, jakie zachodzą przy *iridodialysis*, polega na następującem. U góry lub u dołu, ze strony skroniowej lub nosowej brzegu rogówkowego (więc pomiędzy przyczepami mięśni), o 5—10 mm. od tegoż, nacina się nożyczkami uniesioną za pomocą pincety fałdę łącznicy do białkówki, usuwa się na tępo tkankę episkleralną, aby w ten sposób zupełnie sklerę obnażyć. Uczyniwszy to, umocowujemy gałkę, uchwyciwszy fikcyjną pincetą łącznicę u brzegu rogówkowego, i nacinamy sklerę za pomocą prostej lub wygiętej lancy w kierunku równoległym do linii stycznej rogówki, przeprowadzonej odpowiednio do danego punktu. Cięcie prowadzimy poprzez całą grubość białkówki do ciała rzęskowego. Trzymając lancę, jak pióro, i prowadząc cięcia powoli, jedno po drugim, łatwo doznajemy ze strony przecinanych włókien skłery wrażenia, jak gdyby były to naciągnięte i odskakujące pod nożem struny. Dlatego też odczuwa się w tej chwili, gdy koniec lancy przebił już całą grubość skłery. Zrobiony w ten sposób otwór rozszerza się, mniej więcej, do 2 mm. długości. Przez o-

trzymaną ranę białkówki wprowadza się, trzymając się ściśle wewnętrznej powierzchni skłery, zwykły szpadel, jakiego się używa do wprawienia brzegów tęczy po dokonanej iridektomii. Dla przekonania się, jak głęboko został on wprowadzony, używa HEINE szpadla, na którego wygiętej powierzchni jest wrytych 5 podziałek, oddalonych jedna od drugiej o 1 mm. Przepchnąwszy szpadel do *lig. pectinatum*, spotykamy w tym miejscu dość często silną przeszkodę. Należy ją powoli i stopniowo przezwyciężyć, a wtedy ujrzymy koniec szpadla w przedniej komorze. Za pomocą bocznych ruchów szpadlem rozszerzamy utworzoną *cyclodialysis* (oderwanie ciała rzęskowego od *lig. pectinatum*) o kilka milimetrów w dół i w górę. Jeśli wysuniemy szpadel z rany dość ostrożnie i wolno, to nie powinno nic z cieczy wodnej wypłynąć, jeśli zaś postawimy go nieco na kant w ranie, możemy mniej lub więcej cieczy wodnej usunąć. Ranę łącznicy zaszywa HEINE szwem katgutowym i nakłada lekki opatrunek. Przy zwykłym miejscowym znieczuleniu za pomocą kokainy operacja ta jest prawie niebolesna,—tylko u dzieci uciekać się należy do ogólnej narkozy. Jeśli podczas operacji nie wypuściliśmy cieczy wodnej, to ciśnienie po operacji pozostaje niezmiennem i dopiero stopniowo po 1 — 3 dni się obniża. Dlatego też w niektórych przypadkach, gdzie chodzi o zachowanie przedniej komory, należy choremu przez pierwsze kilka dni po operacji wkraplać ezerinę.

Na kongresie oftalmicznym w Heidelbergu w 1905 r. HEINE był w stanie zdać sprawę z 26 przypadków rozmaitych postaci jaskry, w których dokonał operacji *cyclodialysis*. Przed niedawnym czasem ogłosił on drukiem nowych 35 przypadków. Operacja ta, zresztą, znalazła już wielu zwolenników w Niemczech, jakem o tem się mógł sam przekonać (DEUTSCHMANN, MANNHARDT w Hamburgu).

Z wyżej przytoczonego opisu operacji

wynika, że myślą przewodnią autora było wytworzenie komunikacji pomiędzy komorą przednią a przestworem nadnaczyniówkowym, więc uutorowanie nowej drogi dla odpływu cieczy wodnej, a nie tylko wyzwolenie normalnie w oku istniejącej. Otóż, te rozumowania nasuwają pewne wątpliwości, z których i sam autor zdaje sobie sprawę. Mianowicie, niektórzy badacze (jak to np. zaznaczył SATTLER w dyskusji na kongresie heidelberskim) zupełnie odmawiają istnienia w oku przestworu naczyniówkowego (*suprachorioidealraum*), a tem samem nie mogą mu przypisywać jakiegokolwiek roli w odprowadzaniu cieczy z oka i utrzymują, że nie zdarzało się im spotykać odklejeń naczyniówki w przebiegu pooperacyjnym. Inni zaś, jak np. FUCHS, nie tylko przyjmują jego istnienie, lecz opisują zmiany, w nim zachodzące we względnie nawet lekkich stanach zapalnych przedniego odcinka gałki. Większość autorów zgadza się bezwarunkowo na to, że przestwór taki istnieje, że w nim zbierać się mogą większe lub mniejsze ilości płynów, które po pewnym czasie mogą zostać wydalone, i że tą drogą rzeczywiście może powstać odklejenie naczyniówki. Na tymże kongresie wielu oftalmologów potwierdziło najzupełniej spostrzeżenia FUCHS'a i AXENFELD'a, a niektórzy dodali nawet, że podobne odklejenia najprawdopodobniej przytrafiają się daleko częściej, aniżeli to jesteśmy w stanie rozpoznać ze względu na nieznaczne zazwyczaj zmiany na dnie oka i zbyt obwodowe położenie odklejenia, często niedostępnego dla wzniennika.

Pytanie jest tylko, czy przestwór ten nie zanika np. w oczach z absolutnym glaukomatem, i czy więc można go w tych przypadkach dla celów leczniczych użytkować. O ile doświadczenie samego HEINE'go sięga, przestwór ten istnieje nawet w oczach o dawno już zanikłym wzroku, we wszystkich tego rodzaju przypadkach na rozciętych gałkach naczyniówka daje się łatwo całkowicie od skłery oddzielić, więc

nie istnieją pomiędzy temi dwiema błonami żadne mocne zrosty.

Z drugiej strony nasuwa się pytanie, co właściwie przy tej operacji działa dodatnio na sprawę glaukomatyczną: wytworzenie komunikacji pomiędzy przednią komorą a przestworem nadnaczyniówkowym, czy też odtworzenie tylko kąta komory, które niewątpliwie operacja pociąga za sobą.

Na wszystkie podobne pytania odpowiedzieć nam dopiero może liczniejszy materiał kliniczny, poparty dokładnem badaniem anatomicznem.

Streszczając niedawno wyniki *cyclodialysis* we wszystkich dokonanych dotychczas przez siebie przypadkach, HEINE przypisuje tej operacji następujące zalety.

Po pierwsze, jest ona daleko mniej niebezpieczna, aniżeli iridektomia. W krytycznej chwili, w której choremu sprawia się pewien ból, mianowicie, kiedy przebija się *lig. pectinatum*, mamy w oku tylko tępe narzędzie (szpadeł), więc możemy daleko mniej szkody wyrządzić, aniżeli to ma miejsce podczas iridektomii, jeśli pacjent nieostrożnie okiem poruszy. Zresztą, przy iridektomii, niekiedy zupełnie bez winy operującego lub chorego, zależnie tylko od samych warunków w oku, można skaleczyć soczewkę lub, jak chce MAUTHNER, wywołać przy prowadzeniu cięcia pęknięcia torebki soczewkowej u równika ze wszystkimi następstwami *cataractae traumaticae*.

Powtóre, przy *cyclodialysis* nie poświęca się działania mięśnia zwężającego źrenicę, źrenica pozostaje po operacji okrągłą, *miotica*, które niekiedy odgrywają poważną rolę w leczeniu pooperacyjnem, lepiej działać mogą, aniżeli po iridektomii.

Potrzenie, zniekształcenie, jakie pociąga za sobą iridektomia, pod względem kosmetycznym niektórych pacjentów zrażać może.

Poczwarte, w niektórych postaciach jaskry, jak *glaucoma juvenile*, *glaucoma* przy sil-

nej krótkowzroczności, przy zwichniętej lub nadwichniętej soczewce, przy *glaucoma haemorrhagicum*, iridektomia często jest zabiegiem wysoce niebezpiecznym. Natomiast *cyclodialysis*, o ile sięga doświadczenie, dotychczas z tą operacją podjęte, nawet w wyżej wskazanych warunkach nie jest ani trudniejsza, ani niebezpieczniejsza, niż w zwykłych.

Popięte, zdarzają się przypadki, w których wogóle niema możliwości dokonania obwodowej iridektomii wobec tego, że tęczęwka u obwodu całkowicie do rogówki przylega. I w tych przypadkach *cyclodialysis* nie nastrocza żadnych trudności.

Poszoste, *cyclodialysis* można na jednym i tem samym oku tylekroć razy dokonać, ile razy tego zajdzie potrzeba. Natomiast więcej nad dwie iridektomie bodaj czy zrobimy na jednym oku. Zresztą, nadmieniam HEINE, nie był on nigdy zmuszony robić więcej nad dwa razy *cyclodialysis* na jednym i tem samym oku.

Posiódme, co podkreśla sam autor, po *cyclodialysis* zawsze odtwarza się przednia komora, co niekiedy nie następuje po iridektomii. Jest to złym prognostykiem, gdyż oczy takie prawie zawsze bezpowrotnie giną. W dwóch podobnych przypadkach po dokonanej wtórnie *cyclodialysis* udało się odtworzyć przednią komorę.

Miałem sposobność we Wrocławiu widzieć kilkanaście razy *cyclodialysis* i obserwować następnie w przebiegu pooperacyjnym chorych. Ze względu jednak, że chorzy ci wciąż jeszcze znajdują się pod obserwacją prof. HEINE'go, który po pewnym czasie ogłosi drukiem wyniki leczenia, nie jestem w stanie tutaj podać szczegółowego opisu któregośkolwiek z tych przypadków. Natomiast pozwolił mi prof. HEINE korzystać ze szczegółowych opisów klinicznych 22 chorych, których przebieg pooperacyjny został już przez niego przedstawiony na zjeździe w Heidelbergu w 1905 roku.

Część tych chorych, których przebieg

był przez HEINE'go notowany, mniej więcej, do września r. z., do chwili obecnej jeszcze kilkakrotnie zjawiała się do kliniki, gdzie za każdym razem badano szczegółowo ich stan, więc tem samem korzystać mogę z materiału, w którym czas obserwowania chorego po operacyi rozciąga się o 6 — 8 miesięcy dłużej nad obserwacye HEINE'go.

Materiał kliniczny, oddany do mego rozporządzenia, tyczy się 26 przypadków operacyi, dokonanych na 22 oczach u 20 chorych, więc u 2-ch chorych dokonano operacyi na obu oczach, a u 4 ch—operacya została dwukrotnie dokonana.

Jako pierwszy zabieg operacyjny, stosowano *cyclodialysis* na 14 oczach, jako drugi z kolei w 4-ch (3 razy po iridektomii, raz po *cyclodialysis*), jako trzeci—w 2-ch przypadkach po uprzednio dokonanych, bez wyraźnego skutku, iridektomii i sklerotomii i w jednym po dwukrotnej iridektomii, jako czwarty — w jednym przypadku po iridektomii, sklerotomii i *cyclodialysis* i w jednym po iridektomii i dwukrotnej sklerotomii, wreszcie, jako dziewiątą i dziesiątą operacyę u chorego, który nie chciał przystać na wyluszczenie galki, po uprzednio już dokonanych 2 iridektomiach, 2 przednich i 4 tylnych sklerotomiach.

Zestawiając wyniki pooperacyjne we wszystkich tych przypadkach, ocenia je HEINE w następujący sposób: żadnego dodatniego wyniku operacya nie wywarła w jednym przypadku (*glaucoma haemorrhagicum*), przemijający skutek obserwowano 4 razy, z których w dwóch po dokonanej po raz drugi tejże operacyi nastąpiło umiarkowane polepszenie, a w dwóch—zupełne wyleczenie, długotrwałe polepszenie spostrzegano 2 razy, a wyleczenie, względnie wstrzymanie sprawy chorobowej, zanotowano 15 razy, w tem 4 przypadki *glaucoma simplex*, dalej przypadki *glaucoma secundarium*, *staphyloma*

corneae, *glaucoma absolutum*, *glaucoma haemorrhagicum*, *ureitis ant.*, *buphthalmus congen.*

Z tych chorych, u których przebieg pooperacyjny był notowany przez HEINE'go w ciągu 3—5-u miesięcy i drukiem ogłoszony, zjawiało się do kliniki w rozmaitych odstępach czasu aż do chwili obecnej (maj 1906 r.) ośmiu, u których na zasadzie kart klinicznych śledzić mogłem zachowanie się sprawy chorobowej dłuższy czas po dokonaniu operacyi.

Dla dalszego oświecenia sprawy przytoczyć pragnę w krótkim wyciągu kilka historii chorób.

Przypadek Nr. 9 (u HEINE'go ¹⁾).

M. Eliza, 51 l. Prawe oko — *Glaucoma abs.* Lewe oko — *Glaucoma operatum*. Iridektomia przed 12 laty na prawem oku. Od 2-ch lat zupełna utrata wzroku na prawem oku. Na lewem oku—przed dwoma laty iridektomia.

28. III. 1905. Prawe oko. — T. nieco podniesione, częste napady glaukomatyczne. *Cyclodialysis*.

30. III. 1905. T. n. (ciśnienie śródgałkowe normalne). Dno oka zaćmione.

15. VI. 1905. Po kilku napadach prawe oko uspokoiło się, w lewem — od czasu do czasu zjawiają się bóle.

Na tej dacie kończą się spostrzeżenia H., ogłoszone drukiem; zalicza on ten przypadek do rzędu długotrwałych polepszeń.

¹⁾ Bericht über die 32 Versammlung d. Ophthalm. Gesellschaft 1905.

Z I oddziału ginekologicznego szpitala starozakonnych
w Warszawie.

Przypadek pooperacyjnego ostrego bezwładu żołądka
z następnie rozszerzeniem jego.

(*Paresis acuta postoperativa ventriculi cum dilatatione secundaria ejusdem*).

Podał

Dr. Jakób Rosenthal,

ordynator oddziału.

Jakkolwiek i dawniej spostrzegany był bezwład pooperacyjny żołądka i wzmiankowano o nim w niektórych podręcznikach chorób żołądkowych (BOUVERET) a także w odczytach na zjazdach lekarskich, to jednakże w ostatnich dopiero czasach RIEDEL, a następnie v. HERFF zwrócili większą nań uwagę. Ponieważ przypadek, przeze mnie spostrzegany, różni się pod względem podawanych przez powyższych autorów przyczyn a także pod pewnym względem co do zastosowanego leczenia, przeto podaję go do wiadomości.

M. L. D., z Radzymina, przybyła do oddziału mego w d. 13 maja 1906 r. Rodziła 5 dzieci, ostatnie przed 7 laty; w rok później t. j. d. 17. V. 1899 r. operowana była przeze mnie z powodu pękniętej ciąży zamacicznej w lewym jajowodzie. Wykonano *coeliosalpingotomiam sinistram*. Znalaziono wtedy w jamie brzusznej około 3 litrów krwi płynnej. Chora wypisana została ze szpitala w d. 1 czerwca w zupełności zdrowa. Od tego czasu w ciążę nie zachodziła. Regularność przychodziła co 4 tygodnie i trwała 5 dni, bez bólów. Ostatnia regularność przed 7 tygodniami; od trzech tygodni krwawienie, a przed 2 tygodniami nagle objawy zapaści. W ciągu 2 tygodni leczona była w domu, a przewieziona do szpitala, przedstawiała obraz ostatego wycieńczenia. Wzrostu wysokiego,

wychudzona, woskowo-błada, tętno zaledwo wyczuwalne, ciepłota ciała 37,2° C., ciągle omdlenia. Przy badaniu: pochwa dość obszerna, część pochwowa osiągalna wysoko pod łukiem łonowym i doń przyciśnięta, macica mała umieszczona nad guzem sprężystym, wypełniającym i wypuklającym do pochwy zagłębienie DOUGLAS'a i wyczuwalnym w prawym przymaciczu. Rozpoznanie nie ulegało wątpliwości: była to znowu ciąża zamaciczna w jajowodzie prawym, pęknięta. Rozumie się, że zastosować inne leczenie przy powyższym stanie chorej nie było wskazaniem, jak tylko operacyjne. Chorej zastrzyknięto podskórnie 500 gr. płynu fizyologicznego LOCK'a i następnego dnia zrana, przy ciepłocie ciała 37,6° C., przystąpiono do operacji.

Dokonano jej (d. 14. V) pod znieczuleniem stowainą, zastrzykniętą do kanału rdzenia pacierzowego. Cięciem poprzecznym nadłonowem przecięłam skórę, tkankę tłuszczową, powięź, tę ostatnią oddzieliłam na tępo od mięśni ku górze na przestrzeni 5—6 ctm., a następnie cięciem podłużnem po smudze białej otworzyłam pochwę mięśni prostych, tkankę przyotrzewnową i otrzewną. W jamie brzusznej znaczna ilość skrzepów i krwi płynnej. Po wydobyciu macicy i prawych przydatków na zewnątrz, znalaziono jajowód znacznie rozszerzony, szczególnie w części środkowej, w której znajdujemy pęknięcie. Przez owo pęknięcie występuje z jajowodu worek płodowy (kosmki) nadpęknięty, nie zawierający jednak płodu. Jajowód podwiązano i wycięto, pozostawiając jajnik. W miejscu wyciętych lewych przydatków stare zrosty. Po oczyszczeniu z krwi i skrzepów jamy brzusznej, zaszyto otrzewną szwem ciągłym katgutowym i takimże szwem złączono pochwę obustronnych mięśni prostych. Następnie na skórę nałożono szew z drutu brązowo-aluminiowego, zajmując nim powierzchowne włókna mięśni; przed zawiązaniem zaś drutu zaszyto szwem katgutowym ciągłym poprzecznie przeciętą powięź. Opatrunek zwyczajny. Całą operację,

aż do nałożenia szwów, wykonano w położeniu TRENDLENBURG'a, кишки ani na chwilę nie były na zewnątrz jamy brzusznej. — Wieczorem ciepłota ciała 37,3° C. Tęgoż dnia wymioty.

15. V. Ciepłota ciała 37° C. Tętno 92. Wymioty trwają w dalszym ciągu, skutkiem czego chora w nocy nie spała. Boleści niema; moczu samowolnie oddaje. Brzuch wzdęty, szczególnie w górnej części; wiatry nie odchodzą. Polecono zrobić ławatywę z gliceryną i dwuwęglanem sody. C. wieczorem 37,3° C.

16. V. C. 37° C. T. 92. Pomimo nakazu odstawienia wszelkich napojów, wymioty w dalszym ciągu. Wiatry po ławatywie odchodzą. Brzuch w górnej części wzdęty, w dolnej zapadnięty; bolesti niema. Zastosowano przemycie żołądka, przy którym odeszła znaczna ilość gazów i płynu zielonkawatego o kwaśnej woni. Wieczorem c. 37,6° C.

17. V. Po wczorajszym przemyciu żołądka wymioty trwały jeszcze 2 godziny, a następnie do wieczora nie wymiotowała. Wieczorem i w nocy wymioty, wywołane przez chorobę polykaniem lodu, wyjmowanego z pęcherza, leżącego na brzuchu. Wiatry odchodzą; górna część brzucha do pępka, a mianowicie okolica żołądka, bębenowato wzdęta. Przemyto powtórnie żołądek. C. wieczorem 37,2°. T. 98.

18. V. C. 37°. T. 90. Po wczorajszym przemyciu wymioty do wieczora ustały; wróciły wieczorem i trwają w dalszym ciągu. W nocy nieco spała. Górna część brzucha, podobnie jak wczoraj, wzdęta; bolesti niema, po wysokiej ławatywie wiatry odchodzą, ale wypróżnień niema. Zalecono podskórne zastrzykiwania siarczynu strychniny w ilości 1 miligr. na dawkę, co 3 godziny. Wieczorem C. 36,7°.

19. V. C. 36,8°. T. 84. Już po pierwszym zastrzyknięciu strychniny wymioty rzadziej występowały, a po 3 zastrzyknięciu zupełnie ustały. Wiatry samowolnie odchodzą; brzuch mniej wzdęty. W nocy spała. Zalecono dalej zastrzykiwania strychniny 3 razy dziennie, a zwa-

żając na ogólne osłabienie i drobne tętno, polecono robić wlewania płynu fizyologicznego do odbytnicy w ilości 200 gram. co 3 godziny. C. wiecz. 37,4° C.

20. V. C. 37,7. T. 96. Wymiotów niema; wypróżnienia rzadkie kałowe; wiatry puszcza; brzuch mniej wzdęty, niż wczoraj; na bóle się nie skarży. W nocy spała. Zastrzykiwania strychniny odstawiono. C. wieczorem 37,7° C.

21. V. C. 38,4°. T. 108. Po ławatywach z płynu fizyologicznego 3 wypróżnienia. Skarży się na bolesti w brzuchu, przechodzące z miejsca na miejsca. Odbijanie. Wzdęcie górnej części brzucha znikło. Przepisano saturację na kwasie salicylowym. C. wieczorem 39° C.

22. V. C. 37,5°. T. 96. W nocy spała, wypróżnienia po ławatywie; brzuch nie wzdęty. C. 37°.

23. V. C. 37,4°. T. 108. Uskarża się na ból w okolicy prawego ucha, w którym to miejscu znaleziono przy badaniu nacieczenie (*parotitis incipiens*). Wypróżnienia po ławatywie. Szwy brzuszne zdjęto; rychłozrost na całej przestrzeni. Na nacieczenie gruczołu przyusznego przystawiono bańkę metodą BIER'a na 15 minut (z przestankami 3 minutowymi). Wieczorem C. 37,4°.

24. V. C. 36,9°. T. 80. Spała w nocy, bolesti żadnych, wypróżnienia były. Bolesność i nacieczenie gruczołu przyusznego mniejsze; zastosowano znowu bańkę BIER'a na 15 minut. C. 37,2°.

25. V. C. 36,9°. T. 80. Stan zupełnie dobry. Nacieczenie gruczołu przyusznego i bolesność jego znikły. Od tego czasu przy prawidłowej ciepłocie ciała, regulowaniu wypróżnień, odpowiednim odżywianiu, zdrowienie szybko postępowało, i chora zupełnie zdrowa wypisana została ze szpitala w d. 5 czerwca, t. j. 21 dnia po dokonanej operacji.

v. HERFF w pracy swej, pomieszczonej w „Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie (T. XLIV 1901 r.), na zasadzie zebranych z literatury 32 i przez się spostrzeganych 2 przypadków, dochodzi do następujących wniosków:

a) Ostry bezwład żołądka powstaje w $\frac{1}{3}$ części przypadków po operacjach, nie konieczne z otwarciem jamy brzusznej połączonych; w pozostałych przypadkach powstaje samoistnie albo też z innych przyczyn. Ostre rozszerzenie żołądka jest następstwem osłabienia albo zupełnego bezwładu ścian żołądka i powodować może przez silne napięcie nasady krezki wpochwienie dwunastnicy (*ileus duodenalis*).

b) Ostremu bezwładowi żołądka ulegają przeważnie osobniki młode w wieku 17—30 lat (70%), daleko rzadziej osoby między 30—50 r. życia, i jeden tylko przypadek zanotowany jest u osoby 69 letniej. Płeć niema tu żadnego wpływu.

c) Złe odżywianie, wychudnienie, osłabienie podczas zdrowienia uspasabiają do powstania ostrego bezwładu żołądka. Chroniczne cierpienia żołądka nie stanowią, jakby się zdawało, przyczyny *par excellence* dla powstania ostrego bezwładu żołądka.

d) We wszystkich przypadkach operacyjnych, w których następnie miał miejsce ostry bezwład żołądka, za przyczynę, powodującą go, uważa HERFF uśpienie chloroformowe. Wymioty, krócej lub dłużej, a nawet kilka dni trwające, są powszechnie znanym zjawiskiem po uśpieniu i zazwyczaj uważane są za wymioty, wywołane chloroformem, dopóki nagły upadek sił, śmiertelne zejście i oględziny pośmiertne nie wyjaśniły przyczyny. Często wymioty te uważa się za skutek podrażnienia ośrodków nerwowych, jak nerwu błędnego, sympatycznego HERFF jednak nie sądzi, aby było to zawsze uzasadnione. Nie ulega wątpliwości, iż żołądek dla niektórych trucizn jest narzędem wydzielającym; dość częste wymioty po podskórnym

zastosowaniu morfiny w części choćby zależne są od wydzielania się jej w żołądku (ALT i HITZIG). Podobnie rzecz się mieć może z chloroformem, jakkolwiek wchodzi tu w rachubę produkty rozkładowe jego. Oprócz tego znany jest szkodliwy wpływ chloroformu na tkanki, mięśnie, gruczoły, nerwy, ujawniający się ciężkim uszkodzeniem protoplazmy, a najczęściej zwyrodnieniem tłuszczowem. Otóż HERFF uważa za przyczynę ostrego bezwładu żołądka pewne zatrucie chloroformem, przy którym prawdopodobnie cierpi obwodowe unerwienie żołądka.

e) Oznaki ostrego bezwładu żołądka są: bezustanne wymioty żółciowe, nie cuchnące, niekiedy połączone z bólami żołądka; wzdęcie okolicy żołądka w przeciwieństwie do kiszek; męczące pragnienie, przyspieszona czynność serca przy prawidłowej, a nawet niższej temperaturze ciała; utrudnione i przyspieszone oddychanie; wypróżnienia opieszałe, toż samo wydalenie wiatrów, jakkolwiek te ostatnie najczęściej można sprowadzić.

f) Rokowanie najczęściej jest niepomyślne; 85% przypadków kończy się śmiercią. Bezpośrednią przyczynę śmierci stanowi „wycieńczenie ciała“, t. j. ostatecznie śmierć głodowa i z pragnienia, zatrucie skutkiem chemicznego rozkładu zawartości żołądka a także zakażenie, powodowane przenikaniem bakterii (*Spaltpilze*) przez bezwładem dotknięte ściany żołądka i dwunastnicy.

g) Co się tyczy leczenia, to HERFF zaleca zwracać szczególną uwagę na wymioty chloroformowe, występujące gwałtownie i bezustannie, aby nie przeoczyć rozpoczynającego się bezwładu żołądka. Przy nastąpieniu tegoż systematyczne przemywanie żołądka przy wyłączeniu jakiegokolwiek pożywienia przez usta; obfite ławatywy odżywcze i z wina; elektryzacja żołądka prądem przerywanym. Dla uśmierzania pragnienia a także dla podniesienia czynności ser-

ca i nerek lawatywy, a jeszcze lepiej wlewania podskórne płynu fizyologicznego.

Rozbierając powyżej opisany, przezemnie spostrzegany przypadek, widzimy, iż bezwład ostry żołądka z następczem rozszerzeniem jego powstał, pomimo iż do uspienia chorej chloroform nie był użyty, jakkolwiek v. HERFF utrzymuje, iż tenże w przypadkach operacyjnych jest przyczyną, powodującą powstanie bezwładu żołądka, bez względu na to, czy rękoczyn miały miejsce na trzewiach brzusznych, a więc z otwarciem jamy brzusznej, czy na innych częściach ciała. Prawda, że po stowainie, zastrzykniętej do kanału rdzenia pacierzowego, zdarzają się także wymioty — ale sędzę, że są one skutkiem podrażnienia rdzenia pacierzowego, a nie, jak przy chloroformie, skutkiem wydzielania się w żołądku produktów rozkładu jego. Zresztą przy wdychaniu chloroformu pewna część jego bezwarunkowo przedostaje się do żołądka i oddziaływa wprost na obwodowe unerwienie jego, co wyłączyć należy przy zastrzyknięciu stowainy do kanału rdzenia pacierzowego. Dalsze spostrzeżenia przy znieczulaniu stowainowem kwestyę tą rozjaśnić powinny. Od 1890 r. w przypadkach uporeczywych wymiotów chloroformowych, połączonych z wzdęciem okolicy żołądkowej, stosowałem przemycie żołądka, po największej części, z dobrym skutkiem. Nie zajmując się chorobami żołądka, uważałem jednak owo wzdęcie żołądka, jako objaw rozszerzenia jego na tle osłabienia, a nawet bezwładu ścian żołądka. Nie umiałem sobie jednak wytłumaczyć przyczyny, powodującej ów bezwład.

Stosowałem więc przemycie żołądka empirycznie. Dopiero praca RIEDEL'a „Chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheiten“, która, przy nieszczęsnych domowych moich okolicznościach, dostała mi się w ręce, jakoteż wyż wspomniana praca v. HERFF'a rozjaśniły mi wiele wątpliwości. W ostatnich jednak czasach nie spostrzegałem przypadków bezwładu żołądka i nie miałem sposobności zastosowania środka, który obok przemycia żołądka winien był bezwarunkowo pomyślny wpływ wywrzeć na to cierpienie. Mam tu na myśli środek nie nowy, znany każdemu praktykowi — strychninę. Gdy w przypadku, powyżej opisanym, przemycanie żołądka dało parogodzinną zaledwie poprawę, trzy zastrzyknięcia podskórne 0,001 siarczanu strychniny, zastosowane w 3 godzinnych przerwach, zniosły bezwład i rozszerzenie żołądka i objaw ich — wymioty. Nie przesądzam, czy usiąpienie cierpienia było zależne od zastosowania strychniny, czy też przypadkowe; w każdym razie użycie strychniny opiera się tu na podstawie racjonalnej i, jako takie, powinno być w każdym razie po uprzednim przemyciu żołądka stosowane.

Monografii o bezwładzie żołądka, oprócz przytoczonej pracy v. HERFF'a, w dostępnej mi literaturze odszukać nie mogłem. Z polskich autorów kol. GRUNDZACH ogłosił w Medycynie 1894 r. pracę p. t. „O bezwładzie żołądka i kiszek zwłaszcza po laparotomiach“, w której szczegółowo rozbiera to cierpienie, opierając się na spostrzeganym przez się przypadku i przypadkach z literatury do r. 1894.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

17. DEUTSCHLAENDER. W sprawie czynnościowego leczenia złamań kości.

W ostatnich latach coraz częściej zaczęły odzywać się głosy przeciwko bezwzględnemu panowaniu unieruchamiania w leczeniu złamań niepowikłanych. Już LUCAS-CHAMPIONNIÈRE w 90 latach zaznaczył, że, podobnie jak dla normalnego rozwoju mięśni, więzów i kształtu kości ruchy posiadają znaczenie pierwszorzędne, tak i w okresie reparacyjnym, który następuje po złamaniu — wpływ ich jest ogromny. Dowodem tego choćby złamanie żeber, które, nie hacząc na ciągly ruch żeber, kończą się zazwyczaj pomyślnie. LUCAS - CHAMPIONNIÈRE cytuje 115 przypadków złamań, leczonych bez unieruchomienia — jedynie mięsieniem. Chociaż jeszcze przed LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'em metodę powyższą zalecali dla złamań kości promieniowej PETERSEN, STORP i HELFERICH, to jednak myśl ta nie prędko przyoblekła się w ciało, ponieważ nie wielu chirurgów decydowało się porzucić utartą i wiekami uświęconą drogę dawną.

Autor rozporządza 140 przypadkami złamań kończyn. Wychodzi on z założenia następującego. Ruchy bierne i mięsienie oddawna już grały rolę środków pomocniczych w leczeniu złamań — ale tylko w leczeniu następczem, t. j. wówczas, gdy nastąpił już mocny zrost odłamków. Za pomocą ruchów i masażu starano się zapobiedz wtórnym zesztynieniom stawów i przykurczeniom mięśni. Wprawdzie w czasach ostatnich środki te zaczęto stosować już w nieco wcześniejszych okresach konsolidacji — jednakże takie stosowanie mięsienia i ruchów nie ma nic wspólnego z *w e z e s n y m* (*sensu strictiori*) masażem i ruchami — oprócz nazwy. Podczas gdy metoda dawna zasady unieruchamiania nie naruszała — nowe drogi tę właśnie zasadę starają się obalić. Dotychczas wszak każde złamanie leczono w ten sposób, że przede wszystkim starano się o dokładne zestawienie odłamków i nadanie kości złamanej kształtów dawnych, a dopiero potem myślano o przywróceniu funkcji prawidłowej, wychodząc z założenia, że czynność zależy przede wszystkim od prawidłowej formy kości. Autor wyłączną

zależność tę poddaje w wątpliwość, twierdząc, że, o ile kształty do pewnego stopnia wywierają wpływ na czynność — o tyle też i naodwrot — czynność posiada znaczny wpływ na wyrabianie kształtów, czego dowodem dane z ortopedyi — z czynnościowego leczenia zniekształceń.

W praktycznem zastosowaniu tej teorii tkwi właśnie zasada metody autora: w leczeniu złamań należy przede wszystkim dążyć do przywrócenia prawidłowej czynności kończyn za pomocą natychmiastowych ruchów biernych i mięsienia, kształt zaś kości należy postawić na drugim planie. Na tem polega kardynalna różnica pomiędzy metodą D. a dawnymi utartymi sposobami. Nadto metoda D. wywiera wpływ korzystny i na samą sprawę reparacyjną w kości; pod tym względem stosowane dotychczas unieruchamianie nie zawsze dawało dobre wyniki. Przechodząc z kolei do uzasadnienia metody swojej z punktu widzenia fizyologicznego, autor przypomina przede wszystkim, że proces gojenia się kości złamanej składa się z trzech okresów: 1) obrzmienie urazowe — trwające 8 — 2 dni, 2) okres 2—3 tygodniowy t. zw. kostniny tymczasowej; 3) okres 6—8 tygodniowy kostnienia ostatecznego.

W okresie pierwszym najważniejszą zmianą patologiczną jest naruszenie ciągłości kości i szpiku: tkanki te na pewnej przestrzeni ulegają zniszczeniu i zgorzeli, okostna jest porozrywana i odluszczona; również porozrywane są liczne naczynia krwionośne i chłonne, których zawartość przepaja tkanki otaczające i końce odłamków, tworząc olbrzymi wylew, który w części krzepnie, w części pozostaje w stanie płynnym, wywiera ucisk na naczynia i tamuje krążenie krwi. Stopniowo zaczynają wytwarzać się zakrzepy w naczyniach i powstają nowe drogi oboczne. Czynność mięśni ustaje dzięki bolesnym przykurczeniom, które zwiększają jeszcze zniekształcenie kostne. Powoli wylew zaczyna przepajać tkanki otaczające, powodując nowe zmiany zastoinowe i nowe przeszkody w odżywianiu. Skutkiem braku ruchów mięśni sąsiadujące z miejscem złamania jamy stawowe, stanowiące zbiorniki mazi, przestają opróżniać tę ostatnią; w ten sposób powstaje *hydrops trau-*

maticus ze znacznym upośledzeniem czynności i wadliwym ustawieniem stawów.

W jakim sposób na zmiany powyższe oddziaływać może masaż i ruchy? Przedewszystkiem ważny czynnik stanowi przekrwienie tętnicze i wzmożenie w odżywianiu tkanek uszkodzonych. Następnie należy wziąć pod uwagę wchłaniające działanie mięsienia, dzięki czemu obrzęk się zmniejsza, drożność zatkanych naczyń powraca, dopływ materiału odżywczego i usunięcie produktów rozpadu wzmacnia się. Dalej za pomocą mięsienia zmniejszamy uczucie bólu, usuwając spastyczny skurcz mięśni, poczem z pośród mięśni z łatwością już uwolnić się udaje raniące je ostre końce odłamków.

Co się tyczy ruchów biernych, stosowanych w tym okresie, to i tu również wywierają one wpływ dodatni na wzmożenie krwioobiegu. Ważniejsza jest atoli rola, jaką ruchy odgrywają, gdy chodzi o późniejsze tworzenie się kostniny. Twierdzono mianowicie, że ruchy przedwczesne szkodzą rozwojowi kostniny. Tymczasem CORNIL na podstawie danych doświadczalnych doszedł do wniosku, że ruchy odłamków potęgują wytwarzanie się kostniny, czego dowodem, zresztą, doświadczenie kliniczne co do leczenia stawów rzekomych za pomocą energicznego tarcia końców odłamków jeden o drugi. Dalej ruchy zapobiegają zanikowi mięśni i zesztynieniu stawów; wprowadzie w z zwykłych warunkach zmiany anatomiczne w stawach występują dopiero po upływie kilku tygodni, jednakże już bezpośrednio po urazie występuje *circulus vitiosus*, prowadzący niechybnie do znacznego upośledzenia czynności stawów sąsiednich. Z chwilą przerwania ciągłości kości równowaga antagonistów ulega zakłóceniu: antagoniści tęższe powodują wadliwe ustawienie stawu, słabsze zaś zanikają. Nadto staw wypełnia się wysiękiem urazowym, który skutkiem braku ruchów mięśni nie ulega wessaniu. Następstwem tego wszystkiego jest obrzęk i zgrubienie torebki stawowej. Tak tedy w pierwszym okresie gojenia się złamań za pomocą mięsienia i ruchów biernych osiągamy: 1) wzmożenie działalności komórek kostnych, 2) wzmożenie spraw rezorpcyjnych w obrębie wylewu urazowego, i w końcu zapobiegamy wtórnym zanikom i przykurczeniom mięśni.

W drugim okresie na plan pierwszy wysuwa się sprawa odtwarzania nowej kości, tworzenia kostniny. Im przemieszczenie odłamków jest większe, tem kostnina będzie tęższa. W okresie tym główną rolę odgrywają ruchy, modelujące plastyczną kostninę i nadające odpowiednie ustawienie odłamkom dzięki zapobieganiu przykurczeniom mięśniowym. D. przy pomocy radioskopii badał ustawienie odłamków w zależności od ruchów mięśni i zauważył, że pewnemu natężeniu skurczu mięśniowego odpowiada właśnie prawidłowe ustawienie odłamków — pewne *optimum* ustawienia i pewne *maximum* przemieszczenia odłamków. W miarę posuwania się sprawy kostnienia sfera przemieszczenia końców odłamków zacieśnia się coraz bardziej; powoli nawet znaczne ruchy w stawach sąsiednich nie psują prawidłowego ustawienia odłamków, słowem, pole ruchów tych ostatnich coraz większemu ulega ograniczeniu. Jednakże w przypadkach bardzo znacznego przemieszczenia leczenie mięsieniem i ruchami należy łączyć z szynami i opatrunkami, dającymi się odejmować, pamiętając wszakże zawsze, iż główną rolę odgrywać powinny masaż i ruchy, boć celem, do którego lekarz dążyć musi, będą nie kształty idealne, lecz idealna sprawność części uszkodzonej; zniekształcenia zawsze jeszcze można później usunąć na drodze operacyjnej.

Co się tyczy techniki leczniczej, to autor między innymi zauważa, że szyny i inne opatrunki unieruchamiające stosować należy celem uniknięcia ruchów szkodliwych dla sprawy reparyacyjnej. Metoda czynnościowa powinna znaleźć zastosowanie głównie w leczeniu złamań przysawowych, którym najczęściej towarzyszy zakłócenie sprawności kończyny.

Quoad functionem autor cytuje wyniki JORDANA, który na 73 przypadki, leczone tą metodą i mające prawo do odszkodowania, miał 67 wyliczeń bez odszkodowania. W końcu D. zamieszcza historię chorób swoich 10 przypadków. Metoda autora skraca czas leczenia o 3—4 tygodni. Z początku należy ją, zdaniem D., wypróbować w przypadkach złamań kości małych np. paliczków i śródręcza.

(Berl. klin. Wochenschrift, 1906, № 19, 20 i 21).
Aleksander Wertheim.

Wiadomości bieżące.

— Od Zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

1) Stowarzyszenie Lekarzy Polskich pośredniczy pomiędzy lekarzami, szukającymi miejsc a potrzebującymi lekarzy osobami i instytucjami.

2) W tym celu urzędnik Stowarzyszenia pod nadzorem jednego z członków zarządu prowadzi: a) poufną księgę lekarzy, poszukujących pracy, b) księgę osób, instytucji i miejscowości, poszukujących lekarzy, c) segretator z odnośną korespondencją, d) kwitariusz dochodowy, wreszcie, e) rachunki niezależne od ogólnych rachunków Stowarzyszenia.

3) Poufna księga lekarzy obejmuje rubryki na: nazwisko i adres, datę zgłoszenia, rok ukończenia uniwersytetu, specjalność, odbyłą praktykę szpitalną, wiadomość, czy zamieszka z rodziną, warunki, stawiane przez lekarza (np. okolica kraju, rodzaj miasta, wysokość pensji stałej, szpital, mieszkanie bezpłatne), adresy osób polecających, wreszcie rubrykę na odnotowanie korespondencji Stowarzyszenia. Księga ta nie daje się do rąk interesantom; urzędnik Stowarzyszenia wypisuje z niej i wciąga do niej potrzebne wiadomości.

4) Księga zaobserwowanych lekarzy obejmuje: datę zapotrzebowania, dokładny adres, nazwę miejscowości, odległość i nazwę najbliższej stacji drogi żelaznej, odległość od najbliższego lekarza, liczbę ludności i lekarzy w danej miejscowości, liczbę recept, wydanych w ostatnim roku z miejscowej apteki, adres obecny poprzedniego lekarza, stałe pensje i adresy osób, od których pensje te zależą, wiadomość o mieszkaniu, stołowaniu i t. p., jeżeli lekarz ma je otrzymać bezpłatnie, wreszcie rubrykę na odnotowanie korespondencji Stowarzyszenia. Nadto księga zaobserwowanych obejmować będzie ogłoszenia o posadach w królestwie i sąsiednich prowincjach cesarstwa, wycięte lub przepisane z pism z datą ogłoszenia, oraz wiadomości o posadach, komunikowane ustnie urzędnikowi Stowarzyszenia.

5) Stowarzyszenie nie bierze na siebie

obowiązku sprawdzania podanych sobie wiadomości, jakkolwiek starać się o to będzie.

6) Poszukujący lekarzy wnoszą zgóry i bezzwrotnie 5 rb. na pokrycie kosztów pośredniczenia; poszukujący miejsc członkowie Stowarzyszenia — rubla, nieczłonkowie — 2 rb.

7) Za wywieszenie ogłoszenia w sali Stowarzyszenia przez miesiąc, bez zapisania do księgi, pobiera się 50 kop.

8) Stowarzyszenie lekarzy na żądanie wydaje blankiety z odpowiednimi rubrykami do wypełniania.

— W piątek d. 22 marca b. r. o g 8 wiecz. odbędzie się w lokalu Stowarzyszenia lekarzy polskich konferencja, na której dr Jan BORZYMOWSKI przedstawi do dyskusji ustawę Towarzystwa opieki nad chorymi szpitalnymi.

— Kol. Wacław Męczkowski mianowany został ordynatorem szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

— W Warszawie w niektórych oddziałach szpitalnych koledzy spostrzegają przypadki tyfusu powrotnego (*t. recurrens*). Podobno dotąd już spostrzegano około 20 przypadków.

— Na posiedzeniu Tow. Lek. Radomskiego, odbytem w dniu 9 marca r. b., uchwalono w celu uczczenia pamięci Władysława KRAJEWSKIEGO zebrać składki na powiększenie funduszu, przeznaczonego na wsparcia dla wdów po lekarzach ziemi Radomskiej, który to fundusz znajduje się przy Tow. Lek. Rad. O uchwalę tej postanowiono zawiadomić Tow. Lek. Warsz.

— Kol. KURTZ komunikuje nam następujący telegram ze Lwowa:

„Pogłoski co do możliwości odwołania zjazdu i wystawy chyba tendencyjnie rozsiewane, pozbawione wszelkiej podstawy, zupełnie nieprawdziwe. Zjazd i wystawa odbędą się warunkowo, nieodwołalnie“.

Byliński — Szulistański — Krzyżanowski.

— ZMARLI. W San-Remo w dniu 1 marca r. b. zmarł dr Bolesław DZIERŻAWSKI, b. redaktor Przeglądu Dentystycznego.

Collargol

Wyborny środek leczniczy w chorobach septycznych, w sprawach puerperalnych etc., jakoteż jako środek zapobiegawczy przeciw gorączce poługowej. Do wewnątrzżylnego stosowania (żadnych szkodliwych skutków!) przez odbytnicę i do wewnątrz i jako „Unguentum Credé” do wcierania. Również do leczenia ran, zakaźnych chorób ocznych i do płukania pęcherza.

Omorol

Zupełnie niedrażniący proteinat srebra do leczenia zapalnych i zakaźnych błon śluzowych gardzieli (angina, dyfteryt) i narządów płciowych i do leczenia zakażeń spojówki i rogówki.

Duotal

Duotal „Heyden'a”, nietrujący preparat guajakolu, bezwonny i bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym nężytom dróg oddechowych.

Unguentum Heyden

Maść z calomelolu (calomel colloidal) do antisyfilitycznych kuracji (Neisser). Nie plami skóry i bielizny. Dawka jednorazowa 6 g. W tubkach z podziałką do przesuwania po 30 i 60 g.

Novargan

Rozpuszczalny preparat białkowo-srebrny do leczenia trypra szczególnie w ostrym okresie. Nie działa drażniąco na błonę śluzową nawet w mocnym stężeniu.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;
lub przedstawiciel Ludwik Freider, Leszno 60.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydyferytyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menzer'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum—Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolaserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiaższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwniepalny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranaphrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatylna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwniepalnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aqua laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działań ubocznych i innych pochodn. też.

Bromipln 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromiplny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphysem. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięśniowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzyczłonny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoïdin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpałeczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że dawki podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwniepalny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zaprasuje się obficie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

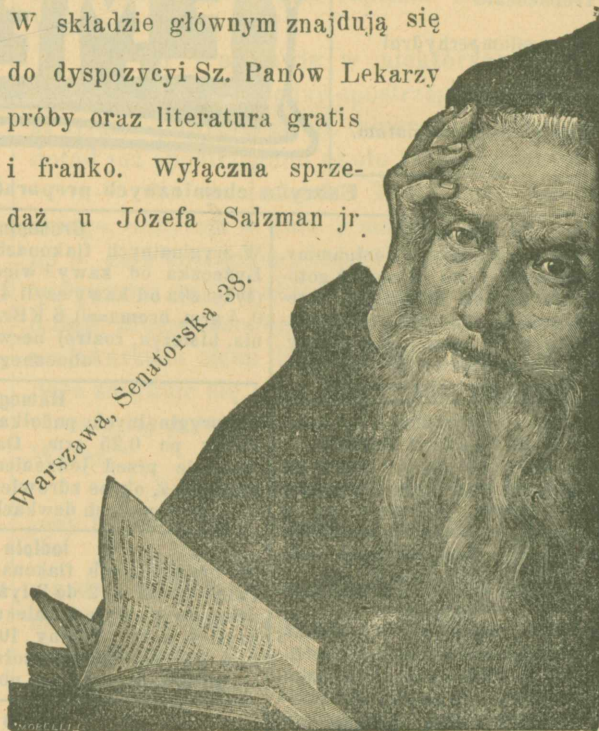
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „Purgen'em“ i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani