

# GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DRA A. GABSZEWICZA W SZPITALU  
Ś-GO ROCHA W WARSZAWIE.

## WYDOBYCIE PRZEZ PRZETOKĘ ŻOŁĄDKOWĄ ZGŁĘBNIKA PRZEŁYKOWEGO.

Podał

**Aleksander Kopczyński.**

Elżbieta M., 27 lat licząca, robotnica, zapisała się na oddział wewnętrzny w szpitalu Ś-go Rocha z powodu silnych bólów w okolicy żołądka. Po stwierdzeniu obecności przetoki żołądkowej, w której tkwił sączonek gumowy z zaciśniętym metalowem, chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny. Z wywiadów dowiedziałem się co następuje. W sierpniu 1902 roku chora przez pomyłkę wypila zamiast lekarstwa łyżkę ługu. Odwieziona do szpitala Ewangelickiego, przebyła tam 12 dni i, po uspokojeniu się pierwszych ostrych objawów oparzenia przełyku, opuściła szpital. Przez rok uczęszczała do ambulatoryum tegoż szpitala, gdzie systematycznie rozszerzano jej przełyk odpowiednimi zgłębnikami; przez cały ten czas chora mogła połykać płynne i papkowate pokarmy; wychudła przytem znacznie. Na początku sierpnia 1903 r. chora utraciła zupełnie możność połykania nawet płynów i po paru dniach przymusowego głodu wstąpiła do jednego ze szpitali warszawskich, gdzie w d. 20 sierpnia wykonano gastrostomię i wprowadzono do żołądka sączonek gumowy. Odżywianie tą drogą odbywało się pomyślnie: zawartość żołądka nie wylewała się na zewnątrz, siły chorej dosyć szybko wzrastały. Rozszerzania przełyku od strony jamy ustnej po dokonanych zabiegach zaniedbano i dopiero 5 grudnia 1903 roku przystąpiono do próby tej od strony żołądka przez przetokę, lecz przy tym rękoćzynie zgłębnik miał się ułamać i znaczna jego część pozostać w żołądku. Pomimo wielokrotnych zabiegów ułamanej części zgłębnika nie wydobyto; oświetlenie żołądka, dokonane w początkach stycznia r. b., miało stwierdzić obecność w nim części zgłębnika. Nakoniec 17 stycznia r. b. chora, nie zgodziwszy się na dalsze próby usunięcia z żołądka ciała obcego, wypisała się ze szpitala. Przez cały ten przeciąg czasu żywienie w stopniu zadowalającym odbywało się przez przetokę żołądkową i chora żadnych dolegliwości nie

doznawała. 14-go marca r. b. nagle wystąpiły gwałtowne bóle w żołądku, uczucie nudności, ruchy wymiotne; żółć zaczęła się przedostawać na zewnątrz około sączka, przez który nie podobna było nic wlać do żołądka. Kiedy pomimo stosowania środków domowych stan chorej nie poprawiał się, przybyła ona do szpitala Ś-go Rocha.

Badając 19-go marca r. b. chorą, znalazłem stan następujący. Ogólne odżywienie dobre, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość dosyć znaczna. Na twarzy wyraz strachu i zmęczenia. Chora porusza się z trudnością z powodu bólów w dołku, występujących przy każdym ruchu. Tętno 84, równe, pełne. Stan bezgorączkowy. Poniżej lewego łuku żeber na środku mięśnia prostego brzucha przetoka żołądkowa, z tkwiącym w niej szerokim sączkiem gumowym, zamkniętym metalowem zaciskadłem. Dokoła przetoki umiarkowane nadżarcia skóry; na opatrunku, otaczającym sączek niewielka ilość płynu z zabarwieniem żółciowem. Brzuch umiarkowanie wzdęty, okolica żołądka bardzo wrażliwa na ucisk. W narządach klatki piersiowej zmian żadnych. Od czasu do czasu zjawiają się napady silnych bólów, doprowadzające chorą do stanu omdlenia.

Wobec wielkiego osłabienia chorej zalecono wstrzyknięcie podskórne kofeiny i okład ogrzewający na brzuch, odkładając do dnia następnego bliższe zbadanie stanu przetoki żołądkowej. Do opowiadania o ułamanym zgłębniku nie przywiązywałem zbyt dużego znaczenia, uważając je za wytwór fantazyi chorej.

Na drugi dzień chora była o wiele spokojniejsza. Bóle powtarzały się w pewnych odstępach czasu, lecz napięcie ich było nieco mniejsze. Opatrunek zlekka nasiąknięty wodnistym płynem, zabarwionym nieco żółcią, z wyraźnym, kwaśnym zapachem. Ujawszy za koniec sączka, wyjąłem go łatwo na zewnątrz: sączek gumowy o ścianach wiotkich, długości 10 cm., na końcu zwróconym do żołądka był lejkowato zwinięty i pokryty śluzo-ropiastym płynem. Po ostrożnem wprowadzeniu do przetoki małego palca, przekonałem się, że ma ona kształt lejka, dla palca ślepo zakończonemu. Wprowadzony po palcu zgłębnik metalowy po kilku obrotach znalazł drogę do żołądka; rozszerzając powoli palcem tak znacznie zwężoną przetokę w kierunku, wskazanym przez zgłębnik, przedostałem się nakoniec po pewnym czasie wierzchołkiem palca do żołądka i tu na samym wstępie zetknąłem się z ciałem twardem, wężkiem, o zakończeniu chropawem. Nie wątpię teraz, że mam do czynienia ze zgłębnikiem, o którego losach opowiadała chora dnia poprzedzającego.

W celu usunięcia tego ciała obcego, chciałem obok palca, kontrolującego jego obecność, wprowadzić wężkie kleszczyki, lecz otwór przetoki był tak ciasny, że palec i narzędzie pomieścić się razem nie mogły, stosowania zaś zbyt wielkiej siły unikałem w obawie niepotrzebnego przedziurawienia ściany przetoki. Usunąłem palec i wprowadziłem same kleszczyki, lecz pomimo wielokrotnych prób nie mogłem uchwycić zgłębnika, gdyż ciągle chwyciłem fałdy błony śluzowej żołądka. Po szeregu takich bezowocnych prób, przystąpiłem do dalszego rozszerzania palcem przetoki i wkrótce mogłem po palcu wprowadzić do żołądka kleszczyki, którymi teraz bez trudu wyostałem na zewnątrz odłamek fiszbinowego cienkiego zgłębnika długości 18 cm., załamany i rozszczepony w złamaniu na cztery pasemka: załamanie to podzieliło kawałek zgłębnika na dwie

części: 5 i 13 cm. długości. Przed wprowadzeniem nowego sączka do żołądka chciałem jeszcze raz sprawdzić palcem stan ścian przetoki i otworu w żołądku, lecz przy tej czynności wyczułem nowy odłamek zgłębnika w jamie żołądka, który jak poprzedni wydobylem kleszczykami pod kontrolą palca. Drugi odłamek zgłębnika był długości 25 cm., załamany czterokrotnie na równe niemal części, z podobnymi rozszczepieniami na załamach, zakończony lekko zaokrągloną główką.

Upewniwszy się raz jeszcze, że w żołądku niema więcej odłamków ciała obcego, wprowadziłem nowy sączek, przez który wiano do żołądka 20 kropel nalewki waleryanowej z wodą, gdyż chora z powodu silnego bólu przy rozszerzaniu przetoki mdlała i wogóle była bardzo wyczerpaną. W 1/2 godziny później wprowadzono przez sączek pół szklanki mleka. Krwawienie z ziarniny na dnie części ściennej przetoki było nieznaczne.

W nocy chora spała dobrze; na drugi dzień uskarżała się na umiarkowany ból w przetoce, bóle zaś w żołądku znikły zupełnie. Żywienie przez sączek odbywało się prawidłowo; zawartość żołądka nie przedostawała się na zewnątrz.

Po upływie paru dni chora zupełnie przysła do sił. Próby przedostania się przez przelyk od strony ust do żołądka były bezskuteczne: przeszkoda zaczęła się na wysokości chrząstki obrączkowej.

29 marca r. b. chora w dobrym stanie wypisała się ze szpitala.

Przytoczony przypadek stanowi z wielu względów pouczający przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przelyku zapomocą rozszerzania zgłębnikami od dołu (*dilatation rétrograde*). CIECHOMSKI <sup>1)</sup> w pracy swojej parokrotnie zaznacza, że rozszerzanie zapomocą zgłębników zwężonego przelyku wogóle, a od strony żołądka w szczególności przedstawia niejednokrotnie wielkie trudności, wymagające od lekarza znacznego zasobu cierpliwości i wprawy. Nasz przypadek odsłania jeszcze jedną stronę omawianego rękoczynu: niebezpieczeństwo pozostawienia w żołądku części narzędzia, używanego do rozszerzania. Należy przypuścić, że w danym przypadku było bardzo trudno trafić zgłębnikiem do otworu wpustu żołądka, że po wielokrotnych próbach, ręka prowadzącego zgłębnik uczuła nareszcie mniejszy opór i sądząc wtędy, że koniec zgłębnika znajduje się w dolnym odcinku przelyku, zaczęła go dalej w tym kierunku śmieiej posuwać. Tymczasem zgłębnik, uwikłany bądź w fałdę błony śluzowej, bądź tkwiąc końcem swoim we wpuście, stopniowo zginał się i załamywał, wreszcie w najsłabszem swoim miejscu przerwał się zupełnie. Wypadek spostrzeżono niezwłocznie, jednak natychmiastowe i późniejsze próby usunięcia z żołądka odłamanej części zgłębnika były bezskuteczne: załamany wielokrotnie odłamek, drażniąc żołądek, wywoływał odruchowy skurcz jego ścian i krył się w fałdach błony śluzowej. Po upływie miesiąca od chwili wypadku, wobec braku zaburzeń ze strony żołądka, sądzono zapewne, że odłamek prze-

---

<sup>1)</sup> A. CIECHOMSKI. „Przyчыnek do leczenia bliznowatych zwężeń przelyku“. Gaz. Lekarska 1902 r.

sunął się przez odźwiernik i został wydalony z wypróżnieniami. Jednak oświetlenie żołądka, przedsięwzięte w tym czasie, stwierdziło obecność ciała obcego w żołądku. Nastąpił znów szereg bezowocnych prób usunięcia przez przetokę żołądkową odłamka zgłębnika, co wielce męczyło chorą, ta zaś nie odczuwając żadnych dolegliwości i nie zdając sobie należytej sprawy z grożącego jej niebezpieczeństwa, zażądała w końcu wypisania ze szpitala.

Sprawa cała była niejako w uspieniu, dopóki chora mogła żywić się przez przetokę żołądkową: rozciągnięcie żołądka przez zawartość pokarmową [a chora musiała żywić się obficie, na co wskazywał dobry stan jej ogólnego odżywienia] chroniło narząd od obrażeń przez ostre zakończenia i nadłamy, a następnie i rozszczępienie zgłębnika. Dopiero kiedy wskutek wysunięcia się końca sączka z otworu w żołądku wprowadzenie pokarmów stało się niemożliwym i czyży żołądek zaczął się kureczyć, wystąpił odczyn bólowy, spowodowany kaleczeniem błony śluzowej żołądka przez tkwiące w nim ostrokończaste ciało obce. Dłuższe pozostawianie odłamków zgłębnika w żołądku mogło doprowadzić do wytworzenia szeregu owrzodzeń jego błony śluzowej, następnych spraw zapalnych ścian, a nawet do przedziurawienia tego narządu. Gdyby chora, ufna w nabytą wprawę w żywieniu się przez przetokę, zamieszkała gdzieś na dalekiej prowincyi, wypadek wysunięcia się sączka z przetoki mógłby dla niej mieć bardzo smutne następstwa. Odłamki zgłębnika pozostawały w żołądku chorej przez 107 dni.

Żołądek, ten przejściowy naturalny zbiornik ciał obcych, jest tolerancyjnym dla nich do pewnego tylko stopnia. Ciała obce zbyt wielkie lub nieforemne [np. zęby sztuczne] nie mogą przedostać się przez odźwiernik do jelit, ciała zaś obce wąskie, lecz mniej lub więcej sztywne, zaopatrzone ostrawami zakończeniami, łatwo wikłają się w fałdach błony śluzowej i pomimo przesuwania się mas pokarmowych przez odźwiernik pozostają w żołądku. Nic więc dziwnego, że wielokrotnie załamana część cienkiego fiszbinowego zgłębnika nie mogła przedostać się do jelit, a w razie nawet przesunięcia się przy sprzyjających warunkach przez odźwiernik byłaby w dalszym ciągu źródłem niebezpieczeństwa dla chorej z powodu możliwości zatrzymania się w drodze do odbytnicy w jakim zgięciu jelit, np. w okolicy kiszki ślepej. Prawdopodobnie podział odłamka zgłębnika na dwie części nastąpił z biegiem czasu w żołądku, możliwym jest więc przypuszczenie, że dalszy podział w miejscach nadłamań, w liczbie pięciu, byłby powoli następował, zwiększając tem samem liczbę ostrych zakończeń ciała obcego i czyniąc je przez to jeszcze groźniejszym w następstwach.

Ze względu na możliwość podobnych wypadków i niepodobieństwa obliczenia ich następstw, należy, przystępując do rozszerzania zwężonego przelyku od strony żołądka, mieć na uwadze następujące ostrożności:

1. Zgłębnik powinien być pół twardy, ażeby przy napotkaniu oporu zginał się i zwił bodaj wielokrotnie, lecz nie miał skłonności do załamywania się.
2. Każdorazowo przed przystąpieniem do rozszerzania należy starannie zbadać elastyczność i całość zgłębnika.
3. Zgłębnik należy prowadzić delikatnie; każdy większy opór powinien być wskazówką do zmiany jego kierunku.

4. W razie ułamania się części zgłębnika i niemożności wydobycia odłamka zapomocą narzędzi, wprowadzonych do żołądka przez przetokę, należy niezwłocznie rozszerzyć otwór przetoki żołądkowej, ażeby umożliwić przedostanie się przez nią palca. Tylko wprowadzone pod kontrolą czującego ciała obce palca kleszczyki mogą uchwycić odłamek, jak to dostatecznie wyjaśniają wielokrotne bezowocne próby, stosowane bez przewodnictwa palca, w moim przypadku, pomimo bezpośredniego stwierdzenia obecności ciała obcego.

W dostępnej mi literaturze nie znalazłem podobnego przypadku: wszystkie ciała obce, wydobywane z żołądka zapomocą jego nacięcia (*gastrotomia*), były połknięte wypadkowo i zmuszały do przedsięwzięcia operacji z powodu wystąpienia niepokojących objawów miejscowych. Spostrzeżenie moje dorzucam odosobniony wprawdzie przypadek, który jednak, ze względu na przyczynę pozostania ciała obcego w żołądku, jak również na możliwe następstwa, ma niewatpliwe znaczenie dla postępowania przy leczeniu bliznowatych zwężeń przełyku zapomocą rozszerzeń ich od dołu, oraz daje wskazówkę przy usuwaniu ciał obcych z żołądka.

## II. ZMIANY W ROZWOJU KRĘGÓW PO ICH ZAPALENIU GRUŹLICZEM.

Napisał

dr med. Olgierd Jałowiecki.

Preparat garbu POTT'a, który opisuje, pochodzi od dra W. SCHULTHESS'a, który go demonstrował w T-wie Lekarskim kantonu Zurychskiego dn. 27 listopada 1901 r.

Opis powyższego garbu, o ile to możliwem było uczynić na nienaruszonym preparacie i jego pionowym przecięciu, podaję jak najdokładniej.

Preparat ten pochodzi od 30-letniego mężczyzny, który umarł na raka żołądka. W dzieciństwie chorował on na bardzo ciężkie zapalenie kręgów (*spondylitis*). Choroba ta trwała od 6-go do 11-go roku życia, a więc z górą pięć lat. W tym czasie chory miał w przeciągu 3-ch miesięcy kompletnie sparaliżowane kończyny dolne.

Siedliskiem choroby była dolna część grzbietowa i górna lędźwiowa kręgosłupa, obejmując 16 kręgów. Z powodu częściowego zlania się kręgów liczby ich nie można było obliczyć podług trzonów, lecz przez obliczenie wyrostków ciernistych. Preparat był przechowany w 4%-ym roztworze formaliny i piłką GRIGLI'ego na dwie symetryczne części przepiłowany [patrz rys. 1].

Z protokołu sekcyjnego wiem nadto, że aorta, idąc wzdłuż ostrokątnego łuku kręgosłupa, była w jednym miejscu silnie zagięta i w tem zagięciu jest mocno przytwierdzona.

Powyżej zaś widać małe aneuryzmatyczne rozszerzenie. Aorta ma na preparacie 22 mm. objętości w górnej części i 16 mm. w dolnej.

Przecięcie uwidoczni nam przepiłowane kręgi z chrząstkami międzykręgowymi i kanałem kręgowym. Pó środku prawie znajduje się duże zgięcie i w tem miejscu cały rząd kręgów tworzy ostrokątny łuk, który po zdjęciu mia-

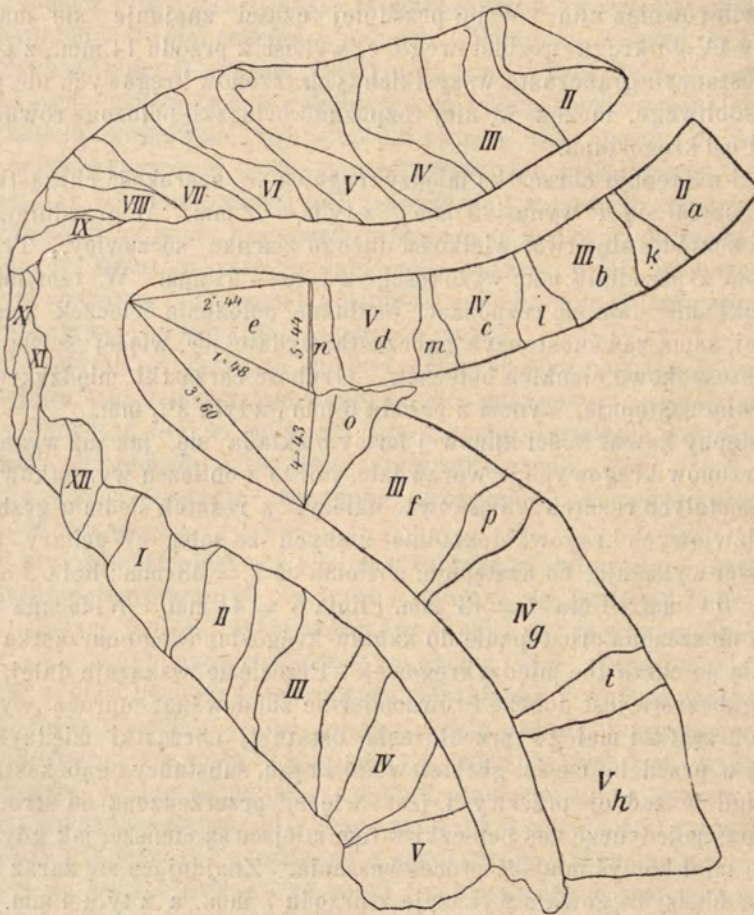


Rys. 1.

ry przez środek trzonów kręgowych wynosi  $45^{\circ}$ . Zgięcie wypada pomiędzy 5-ym kręgiem grzbietowym a 3-im lędźwiowym. Zauważyć można jeszcze na tych kręgach kilka wgłębień w samej kości, które po części wypełnione są zwapniałą serowatą masą — resztki poprzedniego tuberkulicznego rozpadu. W samym zgięciu znajduje się zdrowa kość, która się utworzyła ze zrośnięcia się dziewięciu kręgów. Kość powyższa tworzy klin, którego ostrze idzie w kie-

runku do tyłu zwróconym, a podstawa opiera się na grzbietowym i lędźwiowym kręgu.

Wyrostki cierniste wykazują pewne zmiany i zniekształcenia, które przechodzą od przebytej choroby, wyrostki te są nadzwyczaj krótkie i stanowią ostre zakończenie klinu. Kanał kostny kręgosłupa jest normalnej szerokości,



Rys. 2.

gdy tymczasem rdzeń w zgięciu jest mocno osnuty w oponę twardą i zwężony.

Najbardziej zaś ciekawe na tym preparacie są zmiany wa wzroście trzonów kręgowych i chrząstek międzykręgowych, które to zmiany powstawały od stopniowego zgięcia.

Co się tyczy oddzielnych trzonów kręgowych, z następującego opisu poweźmiemy pewne o nich pojęcie. Zaczniemy od kręgu *a*; [patrz rys. 2], który jest jednocześnie II-im grzbietowym kręgiem; forma jego trochę klinowata; szer-

sza powierzchnia tego kręgu, przylegająca do kanału kręgowego, wynosi 21 mm., przednia —  $18\frac{1}{2}$  mm.; pomiędzy II i III grzbietowym kręgiem, a — b, znajduje się chrząstka międzykręgowa *k*, formy klina, który z przodu jest o wiele wyższy niż z tyłu; przednia powierzchnia jego wynosi 11 mm., tylna — 2 mm. Wysokość następnego kręgu *b* wynosi  $16\frac{1}{2}$  mm. z przodu i  $19\frac{1}{2}$  z tyłu. Na przecięciu widać chrząstkę międzykręgową *l* z wybujałymi brzegami na przodzie, której wysokość wynosi z tyłu 11 mm., z przodu 2 mm. Chrząstka ta przedstawia również klin. W jej przedniej części znajduje się mały otwór. Wysokość IV-go kręgu grzbietowego *c* wynosi z przodu 14 mm., z tyłu — 20 mm. Substancja gąbczasta wszystkich tych trzonów kręgowych nie przedstawia nic osobliwego, można w niej rozpoznać beleczki, położone równolegle do podłużnej osi kręgosłupa.

Dalej następuje chrząstka międzykręgowa *m*; szerokość chrząstki z przodu zmniejszyła się i wynosi 9 mm., z tyłu — 2 mm. W przedniej części tej chrząstki znajduje się otwór wielkości dużego ziarnka soczewicy. Trzon V-go kręgu *d* ma z przodu 18 mm. wysokości, z tyłu — 21 mm. W tem miejscu już nie tak dokładnie daje się rozpoznać podłużne położenie beleczek z substancji gąbczastej, sama zaś substancja gąbczasta wydaje się więcej ściśłą, uformowaną ze stosunkowo cienkich beleczek. Grubość chrząstki międzykręgowej *n*, która po nim następuje, wynosi z przodu 6 mm., z tyłu  $3\frac{1}{2}$  mm.

Następny kawał kości klinowej formy *e* składa się, jak już wyżej wspomniano, z trzonów kręgowych, i wprawdzie, jak to z obliczeń wyrostków koleczastych i pozostałych resztek wnioskować należy, z resztek siedmiu grzbietowych i dwu lędźwiowych kręgów, dokładnie zlanych ze sobą. Wymiary tego kawałka kości wykazują, co następuje: pozioma oś 1 = 48 mm.; linia 2 = 44 mm.; linia 3 = 60 mm.; linia 4 = 43 mm. i linia 5 = 44 mm. Widoczna w górnej części i umieszczona prostopadle do kanału kręgosłupowego chrząstka jest pozostałością po chrząstce międzykręgowej. Przecięcie wskazuje dalej, że substancja gąbczasta jest dobrze i równomiernie zbudowaną; oprócz wyżej wspomnianej chrząstki i małego przedłużenia ostatniej chrząstki międzykręgowej, położonej w przedniej części grzbietowego kręgu, substancja gąbczasta nie wykazuje nigdzie żadnej przerwy i jest więcej przerzedzoną od strony kanału kręgosłupa; pojedyncze zaś beleczki w tem miejscu są cieńsze, jak gdyby w tych okolicach miał kiedyś miejsce proces wessania. Znajdująca się zaraz za klinem chrząstka międzykręgowa *o* wykazuje z przodu 7 mm., a z tyłu 4 mm. grubości. Zatem następuje trzon III kręgu lędźwiowego, którego wysokość wynosi z przodu 27 mm., z tyłu — 26 mm. Krąg ten wskazuje pewne przerzedzenie się substancji gąbczastej w środkowym pasie; tuż około brzegu znajduje się wgłębienie podobne do zatoki, które jest około 1 cm. głębokie i 6 — 8 mm. szerokie, całe wypełnione zwapniałą masą; i na tylnym brzegu kręgu widać podobne, o wiele mniejsze wgłębienie pod okostną. Znajdująca się pomiędzy III i IV lędźwiowym kręgiem *f—g* chrząstka *p* jest z przodu 11 mm., z tyłu 4 mm. grubą. Podobnie jak chrząstki w części grzbietowej kręgosłupa, wykazuje większy wymiar wysokości z przodu i wypukła się swoją górną i dolną stroną ku sąsiednim trzonom kręgów. Trzon następnego kręgu *g* wykazuje z przodu 31 mm.



wysokości, z tyłu — 26 mm. Budowa jego jest normalna. Górne i dolne powierzchnie są prawie prostopadle w stosunku do kanału kręgowego, jego budowa wykazuje u góry i dołu gęstszą substancję gąbczastą, w pośrodku zaś, a szczególnie w pobliżu kanału kręgowego rzadszą. Można dokładnie rozpoznać cały szereg poziomo leżących beleczek, zaś w górze tylnego kąta pewną liczbę prostopadle stojących. Ostatnia chrząstka międzykręgowa *t* jest z przodu 12 mm., z tyłu 6 mm. grubą; i ta wykazuje na przecięciu silne wypuklenie się naprzód w swojej przedniej połowie. Następnym V trzon kręgu lędźwiowego *h* wynosi z przodu 31 mm., z tyłu 25 mm. wysokości i na przecięciu przedstawia figurę skośnego czworoboku; górna i dolna powierzchnie są w stosunku do kanału kręgowego położone krzywo w taki sposób, że dolna powierzchnia wydaje się więcej trochę naprzód wysuniętą aniżeli górna. Budowa jak w górnej, tak i w dolnej części jest prawidłową i w postaci gęstej i cienkiej siateczki; i w pobliżu kanału kręgowego widoczne są w niej większe oka.

Prostopadły kierunek laseczek substancji gąbczastej jest widocznym prawie na całym obszarze. Kręgosłup opisuje od góry ku dołowi łuk wypukły na wewnątrz, zaczynając od klina należącego do garbu.

We wszystkich chrząstkach międzykręgowych widoczną jest w przedniej części występująca na zewnątrz substancja, jądro miazgowe (*nucleus pulposus*), podczas gdy twardsze włókna chrząstki przebiegają równolegle w stosunku do kostnej substancji kręgosłupa i są powyżej i niżej ułożone.

Miękkie jądro miazgowe występuje szczególnie mocno w chrząstkach kręgosłupa lędźwiowego.

Kanał kręgosłupowy jest pod wieloma względami zmieniony. Kostny kanał jest wszędzie dosyć szeroki. Średnica jego waha się pomiędzy 15 — 17 mm. Podczas, gdy ściany jego w górnej części i w okolicy wyżej wspomnianego klina są gładkie, od tego miejsca zawiera tylna ściana wiele wgłębień, odpowiadających przestrzeniom pomiędzy wyrostkami ciernistymi, i dopiero zaczyna mieć znowu prawidłowe własności w tem miejscu, gdzie trzony kręgowe są znowu normalnie położone. Nie może tu być mowy o zwężeniu kostnego kanału kręgowego. Inaczej się przedstawia przestrzeń, otoczona oponą twardą. Przestrzeń ta jest znacznie zwężona w miejscu zgięcia i w zupełności otacza rdzeń kręgowy, który i tu wydaje się zrośnięty z oponą twardą; także na pewnej przestrzeni w górę da się spostrzegać, że opona twarda szczelnie przylega do rdzenia. Wolna przestrzeń znajdująca się przy tylnej ścianie kanału kręgowego była po przepiłowaniu preparatu napełniona substancją czerwonej barwy, która miała ogromne podobieństwo do ziarniny.

Na wyrostkach ciernistych niema żadnego śladu byłej sprawy gruźliczej. Zachodzące zmiany dotyczą właściwie tylko nienormalnej ich wielkości i formy. Wyrostki cierniste, które należą do II i III grzbietowego kręgu nad zgięciem, są swoimi końcami zwrócone w górę i wogóle w całym swoim położeniu są mniej pochylone do trzonu kręgowego, aniżeli w normalnych warunkach. Chociaż na IV i V grzbietowym kręgu widać normalny kierunek, lecz i tu tylne zakończenia są w szczególny sposób do góry zagięte. Wyrostek ciernisty następnego grzbietowego kręgu, którego trzon był już zniszczony, ostrzem

swojem jest do pewnego stopnia w dół pochyłony. Następne wyrostki są coraz więcej na dół pochyłone, i to w takim stopniu, że wyrostek odpowiadający X-mu kręgowi grzbietowemu jest prawie równoległy do kanału kręgowego. Wyrostki leżące w zgięciu, które odpowiadają X, XI i XII kręgom grzbietowym, są w stosunku do szerokości kostnego kanału kręgowego w tem miejscu znacznie zmniejszone i 4 — 7 mm. szerokie. Zaczynając od III-go kręgu grzbietowego aż do IV lędźwiowego wyrostki cierniste i łuki kręgowe wykazują kostne zrosty.

Wyrostki cierniste kręgów lędźwiowych są daleko mniej zniekształcone i na przecięciu w dolnej części prawie zupełnie prawidłowe.

Tu jednakże wyrostki przylegają swojemi kantami tak silnie do siebie, że w niektórych miejscach wskutek tego uformował się pomiędzy nimi prawidłowy staw. Zamiast więzów międzygrzbietowych, odpowiednio do kości klinowej, znajdujemy wyżej wspomniane kostne połączenia pomiędzy podstawą wyrostków ciernistych a łukami kręgowymi.

Gdy więc teraz zestawimy wszystko, o czem mówiliśmy, to przedewszystkiem rzuca się nam w oczy cały szereg zmian w kształcie, które nas najbardziej interesują.

Specjalnie w wielkim stopniu zgięcie kręgosłupa i zniekształcenia trzonów kręgowych i chrząstek międzykręgowych.

Z powodu gruźliczego zniekształcenia kości, czego ślady widzimy w kostnych zagłębieniach, napełnionych masą serowatą, zlały się razem trzony niektórych kręgów pod ciężarem ciała. Klin z kości znajduje się w miejscu zgięcia. Zgięcie jest bardzo duże, gdyż kąt wynosi około 45°. Z wywiadów wiemy, że sprawa ta trwała 6 lat i zakończyła się zagojeniem w tej ostrokatnej pozycji. Jak wyżej wspominaliśmy zawiera w sobie kość formy klina szczątki 9-u kręgów. Tylko w jednym miejscu znajduje się ostatek chrząstki, pochodzącej z chrząstki międzykręgowej.

Cała kość wydaje się być zbitą masą i złożoną jest wogóle z drobnosiatkowej gąbczastej substancji, w której nie daje się dokładnie rozpoznać budowa. Ze względu na formę nie możliwym jest mniemać, że ten kawał kości powstał tylko z resztek pierwotnie znajdujących się trzonów kręgowych. Dla wyłomaczenia musimy koniecznie przypuścić, że pośród szczątków tuberkulicznego zniszczenia utworzyła się nowa kostna tkanka, gdyż z wyjątkiem wymienionej pozostałości chrząstki nic nie wskazuje na granicę pomiędzy kręgami.

Godnymi uwagi wydają się nam serowate, zwapniałe szczątki, które specjalnie widoczne są w III kręgu lędźwiowym; uważać je należy za pozostałości z przed 25 - u laty po sprawie tuberkulicznej, dowodzące ile czasu potrzebują tuberkuliczne produkty dla wessania się; niestety, nie można było myśleć o wyhodowaniu kultur z tych mas, gdyż preparat był przechowywany w formalinie. Odpowiednio do wyżej wspomnianego w wielkim stopniu kostozrostu (*synostosis*) trzonów kręgowych, znajdujemy rozległe zrosty pomiędzy łukami a wyrostkami ciernistymi. Podczas gdy tam jako przyczyna kostozrostu musi być przyjęte zniekształcenie gruźlicze, a mianowicie zbite ze sobą szczątki trzonów kręgowych wskutek wpływu mechanicznego — obciążania,

tutaj powodem ankylozy, raczej kostozrostu [synostozy] łuków kręgowych i wyrostków ciernistych mógł być tylko brak funkcji. Na wyrostkach ciernistych i łukach nie znajdujemy żadnych oznak tuberkulicznego zniekształcenia, lecz tylko zanik. Z powodu kostozrostu wyżej wymienionych kręgów w ich wszystkich częściach, wyrostki kolczaste przestają być samodzielnymi narostami dla mięśni i dźwigniami dla funkcji mięśniowej.

Działanie mięśni może się tylko uwydatniać w górnym i dolnym punktach zrośniętej części i przytwierdzenia mięśniowe, odpowiadając temu, muszą tylko w tych miejscach funkcjonować. Nasze przecięcie wskazuje także, że w środku zanik wyrostków ciernistych jest najwidoczniejszym i że ku górze i ku dołowi staje się mniej znacznym.

Trudniejszym zadaniem jest wytlómaczenie rozszerzenia kanału kręgosłupa w miejscu zagięciem. Na tylnej ścianie jego nie widzimy żadnych oznak tuberkulicznego zniszczenia. Przeciw temu przemawia rzucający się w oczy w tym miejscu zanik wyrostków ciernistych i odpowiadające temu położeniu zagłębienie tylnych konturów kanału kręgosłupa, tej więc zmianie musi też odpowiadać zanikowa akcja. Opona twarda nie poszłaby w ślady za tem rozszerzeniem kostnego kanału kręgosłupa; jeszcze mocniej otoczyła ona w okolicy zgięcia rdzeń kręgowy niż w innych miejscach. Rdzeń w tem miejscu wykazuje nawet pewne zeszczipienie. Jako powód tego zdaje się możemy przyjąć zrosty, które tu w większej liczbie znajdują się pomiędzy oponą twardą a rdzeniem kręgowym. Trochę zagadkową pozostaje substancja wypełniająca przestrzeń poza oponą twardą. Masa ta przedstawiała się na preparacie, który przez dłuższy czas twardniał w formalinie, jako czerwona nieściśła tkanka. W jednym miejscu w tkance tej znajduje się skład serowato-wapienny, trochę twardej własności, zapewne dlatego, że przezeń przeciągają włókna tkanki łącznej. Podczas choroby musiał być rdzeń kręgowy otoczony substancją, która pochodziła z rozmiękczonej tkanki kostnej i ziarniny tuberkulicznej. Z biegiem czasu uformował się z przodu z tej masy duży kawał kostozrostu. Paraliż, który był w okresie szczytu rozwoju tej sprawy, zawdzięcza swój początek temu, że rdzeń kręgowy był ze wszystkich stron otoczony guzem tuberkulicznym, który rozpościerał się z przodu w trzonach kręgowych, a z tyłu w przestworze kanału kręgosłupa, znajdującym się poza oponą twardą. Zapewne, że sprawa ta i w tamtym okresie wiodła do rzeczywistego ucisku rdzenia, wskutek napęczenia ognisk rozpadowych, wystających do kanału kręgosłupa. Tak samo łatwym do wytlómaczenia jest, że po pewnym czasie paraliż ustąpił. Z powodu zserowacenia, zwapnienia i powolnego wessania się, musiało się ognisko zapalne skurczyć, a wskutek tego krążenie krwi w naczyniach rdzenia mogło się znowu poprawić. Toż samo wyrównanie krążenia krwi odbyło się i wewnątrz opony twardej, gdzie trwał lekki stan zapalny, o czem świadczą już nieraz wspomniane zrosty tej opony.

Teraz przejdziemy do rozpatrzenia trzonów kręgowych. Są one z przodu znacznie niższe niż z tyłu, ich dolne granice wskazują na wybujalą formę. Odpowiednio do tego są zmienione chrząstki międzykręgowe. Co do tych ostatnich, to znajdujemy właśnie odwrotne własności, niż w normalnych warunkach;

tutaj chrząstki międzykręgowe są z przodu raczej niższe, ale w każdym razie nie wyższe niż z tyłu. Nasamprzód trzeba wziąć pod uwagę przy tych zmianach, że kręgosłup na tym preparacie wydaje się lordotycznie w tył przegięty, podczas gdy w normalnych warunkach jest kyfotycznym. Przy zupełnej nieobecności ogniska zapalnego można się tu dopatrywać zmian tylko jako następstwo zmienionych funkcji. Dlatego nadzwyczajnego zjawiska, nie daje zniekształcenie absolutnie żadnej podstawy. Przecięcia, granice kręgów wykazują linie gładkie, a budowa trzonów kręgowych jest prawidłową; niezrozumiałem jest, jakim sposobem po patologicznym przebiegu mogły pozostać takie prawidłowe kontury, rozciągające się na większą liczbę kręgów. Co się tyczy zewnętrznej formy preparatu, to wykazuje on też same zjawisko, co i wszystkie kyfotyczne kręgosłupy, a mianowicie tak nazywaną kompensacyjną lordozę, nad i pod zgięciem. Te wygięcia są w pierwszej linii zupełnie zwyczajnem mechanicznem następstwem zgięcia i nadłamania kręgosłupa wskutek obciążenia z góry przy trzymaniu głowy prosto. Gdyby się nie brało pod rachubę trzymania prosto, to górna część ciała przylegałaby w formie scyzoryka, przy utrzymaniu dotychczasowego zgięcia; ale dążność trzymania głowy do góry i konieczność utrzymania tułowia prostopadłe celem wygodniejszego oddychania,—są przyczyną tej formy. Zmniejszenie objętości jamy tułowia zmusza podobnego rodzaju chorych do wyginania w tył górnej części ciała. Ta skłonność trzymania się prosto powoduje ciągnięcie tylnej strony kręgów, t. j. wyrostków i łuków. Pojedyncze kręgi zostały przesunięte na tylne brzegi trzonów kręgowych, a stawy w tył. Widzimy przytem, że twarda tkanka kostna stosunkowo mało jest zmieniona, podczas gdy ciąгла sprężysta chrząstka jest ogromnie rozrośnięta i właśnie w tym miejscu, gdzie kręgosłup przez jakiś czas specjalnie był pod wpływem siły ciągnięcia. To zjawisko najlepiej się tłómaczy tym faktem, że klinowe chrząstki międzykręgowe są tak umieszczone, iż dolne powierzchnie klinów leżą w przedniej połowie kręgosłupa, a więc tam, gdzie siła ciągnięcia najwięcej się uwydatnia. Tutaj znajduje się także i jądro miazgowe (*nucleus pulposus*), które w danym przypadku wskutek większego obciążenia z tyłu, zostało wyciśnięte naprzód, podobnie jak przy *scoliosis*, gdzie bywa zwykle przemieszczane w stronę wypukłą. Tam jednakże nieznanne są takie rozwinęcia chrząstek międzykręgowych, a tem mniej z zanikiem kości. Odpowiednio do silniejszego rozwoju lordozy w grzbietowym kręgosłupie mocniej są wyrażone formy klinowe.

Jeszcze więcej uderzającemi, niż te dziwne zmiany w formie chrząstek międzykręgowych, są wyżej wspomniane zmiany form trzonów kręgowych, które jeszcze nigdy nie zostały zauważone w normalnych kręgach. Mamy więc tu do czynienia nie tylko z powiększeniem pierwiastków chrząstek międzykręgowych, lecz i w tem samym stopniu z zanikiem, a właściwie ze zmniejszoną formacją tkanki kostnej w przedniej części trzonów kręgowych. I to zjawisko może być wytłómaczonem jako następstwo zmian funkcji; tutaj też musimy się zastanowić, że przy takim wygięciu kręgosłupa w tył, panowała raczej siła ciągnięcia w przedniej części. Bez wątpienia dużą rolę odegrywał tutaj proces oddychania, który przy poruszaniu całej klatki piersiowej wywołał rozszerze-

nie w przedniej części. Choć to ostatnie nie było zbyt silne, lecz regularne, dlatego też przypuścić należy, że miało to rozszerzenie ogromny wpływ na ukształtowanie chrząstek międzykręgowych.

Już od lat 50-u cały szereg autorów studyował skutki obciążania i fizyologicznego ciśnienia na tkankę kostną. Prace te wykazały, że na zwiększenie fizyologicznego ciśnienia reaguje kość przez silniejszy rozwój swoich pierwiastków. Mniejszym powodzeniem cieszy się pogląd, że wzmocnione ciśnienie wywołuje zwiększenie pierwiastków kostnych w szkielecie odpowiednio do siły tego ciśnienia. Z pomiędzy wielu prac w tej dziedzinie, znajdujemy tylko u ZSCHOKKE'go jasno wypowiedziany pogląd, że naturalnem jest, że ciało sprężyste zachowuje się odpornie do siły ciągu, gdy tymczasem sile ciśnienia podpada ciało kruche. Preparat nasz wydaje się być jednym z dowodów teorii, że pewne zmiany w stosunku mechanicznym w kręgosłupie doprowadzają do powiększenia ilości ciała elastycznego kosztem twardszego, w miejscach, gdzie siła ciągu nieprawidłowo się powiększyła. Zmiany statyczne, które wystąpiły wskutek przegięcia w tył kręgosłupa, zwiększeniem normalnej kyfozy i przemianą w lordozę, wywołały w tym wypadku wyżej opisane zmiany w formie chrząstek międzykręgowych i trzonów kręgowych. Samą kwintesencję przymus szukać należy w zmniejszeniu obciążania na przedniej części i w przemianie jego na siłę ciągnięcia, dalej w powiększonym pomiędzy oddzielnymi kręgami ruchu; z naszego spostrzeżenia wynika, że zmniejszenie siły fizyologicznego ciśnienia na trzony kręgowe może być powodem zredukowania tkanki kostnej i mocniejszego rozwoju chrząstek międzykręgowych.

Czy w takich warunkach, jako główny moment do ostatecznych zmian form części kręgosłupa, mamy uważać raczej potrzebę zwiększenia ruchu lub zmiany w normalnej sile ciągnięcia, ewentualnie w przemianie tej ostatniej w siłę ciągnięcia, lub też mechanicznego wyciśnięcia jądra miazgowego (*nucleus pulposus*), muszą dalsze spostrzeżenia o tem uczyć. O ile wiemy, powyższe spostrzeżenie jest dotychczas jedynem.

---

## NOTATKI LEKARSKIE.

---

### 12. Odmiana sposobu wyciskania łożyska metodą Credé'go.

Jak wiadomo, CREDÉ ogłosił swój sposób wyciskania łożyska zapomocą tylko rękoczynów zewnętrznych, jeszcze w r. 1861, t. j. w czasie przedauty-septycznym. Sposób ten szczególnie rozpowszechnił się później, gdy przekonano się, że prawie wszystkie gorączki połogowe zawdzięczają swe pocho-

dzenie zarazkom, wprowadzanym wraz z palcami do macicy albo nawet tylko do pochwy. Jeżeli jeszcze przypomnieć, że doświadczenia lat ostatnich dowiodły niezawodnie, iż prawie nigdy nie można doprowadzić rąk ludzkich do stanu absolutnie aseptycznego, to zrozumiemy całą doniosłość sposobu CREDE'go. Gdy jednak w porodach wczesnych wyciskanie łożyska daje się zawsze wykonać i prawie zawsze ze skutkiem pożądanym, nie można tego powiedzieć o porodach przedwczesnych i o poronieniach.

Dina 28/IV r. b. o godz. 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> wieczorem zawezwano mię do rodzącej. Znalazłem leżący tuż przed sromem płód wielkości 18—20 cm. [5-y miesiąc ciąży] z cieniutkim sznurkiem pępkowym, na 3—4 cm. wystającym z pochwy i bardzo napiętym. Pokład tłuszczowy powłok brzusznych rodzącej był tak gruby, że tylko z wielkim trudem udało mi się odnaleźć macicę, leżącą bardziej z lewej strony. Przy mięsieniu, i uciskaniu na macicę wyskoczyło z niej kilka dużych skrzepów, a wraz z nimi wysunęło się z pochwy kilka cm. sznurka pępkowego. Wkrótce potem wyszło znowu 6—7 cm. sznurka, ale na tem wszystko stanęło. Wyjście części sznurka oznaczało [AHLFELD], że łożysko oddzieliło się od ścian macicy, lecz pomimo masażu nie wyszło z niej ono; ująć zaś macicę tak, jak tego wymaga sposób CREDE'go, a mianowicie osiągnąć palcami tylnej ściany macicy, przy takiej obfitości tkanki tłuszczowej w żaden sposób mi się nie udało.

Unikając z zasady, ile możności, wprowadzenia palców do jamy macicy i mając na względzie, że w danym wypadku warstwa nabłonkowa pochwy prawdopodobnie nigdzie nie była uszkodzona, bo u wieloródki—była to 4-ta ciąża—tak mały płód mógł przejść przez pochwę, nierozciągając jej ścian wcale, uciekłem się do następującego zabiegu. Obmywszy własne ręce i części płciowe zewnętrzne rodzącej i stojąc z prawej jej strony, wprowadziłem do pochwy wskaźiciel i średni palec prawej ręki i doszedłem do tylnego sklepienia, ugniatając jednocześnie lewą ręką macicę przez powłoki brzuszne. Gdy macica zaczęła się kurczyć, lewą ręką zacząłem uciskać dno i przednią ścianę macicy, a palcami prawej przez sklepienie tylną jej ścianę. Po kilku sekundach całe łożysko wraz z błonami wyskoczyło z macicy do pochwy.

Opisany zabieg różni się od sposobu CREDE'go tem, że na tylną ścianę macicy ucisk wywiera się nie przez powłoki brzuszne, lecz przez tylne sklepienie pochwy. W odpowiednich przypadkach, podobnych do opisanego, zabieg ten ma przed wydobywaniem łożyska palcem, kornicangą lub łyżeczką następujące zalety: 1) prędkość, bo nie trzeba wyjąławiać narzędzi, układać chorej na stole lub na łóżku poprzecznem i t. p.; 2) łatwość, i—co najważniejsza — 3) unikanie wprowadzenia palca do jamy macicy 1). *I. Gelibter [Zamość].*

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie chirurgiczne dn. 12 stycznia 1904 r.

1. W. ŁAPIŃSKI przedstawił troje dzieci w wieku 6, 9 i 11 lat, dotkniętych zmianami w stawie barkowym i kończynie górnej w następstwie oddziele-

<sup>1)</sup> Zabieg ten znany jest już w akuszeryi pod nazwą sposobu HÖNING'a. Praktyczność jego jeszcze raz w danym przypadku stwierdzono (Przyp. Red.).

nia się nasady kości ramiennej podczas porodu. Obecnie, pomimo zupełnie dokładnego zrrostu kości, istnieje nieprawidłowe jej ustawienie osiowe, wskutek czego zakres ruchów kończyny jest ograniczony. Szczególnie utrudnionem jest przywodzenie i zwracanie ku wewnątrz. Ruchy w stawie barkowym są wolne, lecz ograniczone wskutek zniekształnienia konturów stawu przez wybujalności kostne, znajdujące się na brzegu panewki. Nadto mięśnie otaczające staw barkowy częściowo zanikły i ścięły; u jednej z dziewczynek nawet mięśnie wyprostowujące palce są o tyle osłabione, że skutkiem przewagi zginających powstało przykurczenie palców. Wobec tak ograniczonej używalności kończyn, pragnąc uzyskać choć jakąś poprawę ruchów, ma zamiar Ł. wykonać osteotomię ramienia, przedłużyć kość i po zwróceniu ku wewnątrz dolnego odcinka, ustalić w nowym położeniu, aby po zrósnięciu się kości uzyskać tak potrzebne dla każdej pracy ruchy przywodzenia i zwracania ku wewnątrz; zapytuje przeto kolegów o zdanie co do wartości projektowanego zabiegu. Co do stanu nerwów splotu barkowego wykazało badanie prądem, iż pobudliwość ich elektryczna została zachowaną.

D y s k u s y a. KRYŃSKI wyraża wątpliwość co do pomyślnego wyniku operacji względem poprawy ruchów kończyny wobec istnienia anatomicznych zmian w stawie barkowym, mocno ograniczających te ruchy; przyznaje wszakże, że pozycja, jaką otrzymać może kończyna po zamierzonym przez Ł. zabiegu, byłaby dla chorych o wiele korzystniejszą od obecnej.

W. STANKIEWICZ spodziewa się poprawy czynnościowej po operacji, mniema jednakże, że zamiast osteotomii, może lepszą byłaby tenotomia mięśni, przyczepiających się do trzonu kości.

MIKOŁAJ BRUNER zapatruje się zupełnie odmiennie na istotę cierpienia w tych przypadkach, którą, zdaniem jego, stanowią nie zmiany w kości, lecz zaburzenia w nerwach i mięśniach wskutek porażenia nerwu okalającego ramię (*n. circumflexus humeri*) w następstwie urazu przy złamaniu. Uważa przeto proponowany zabieg operacyjny za nieprowadzący do celu, jedynie zaś wskazane są tu masaże i elektryzowanie.

SKOWROŃSKI nie rokuje wielkiej korzyści z operacji wobec zmian w stawie, które zawsze ujemnie wpływać będą na ruchy kończyny.

KRAJEWSKI pragnąłby wyjaśnienia, na czym właściwie polega tu cierpienie — czy są to następstwa porażenia nerwów, czy też zmiany urazowe, wywołane złamaniem kości, nadmieniam przytem, że zdarzają się postaci mieszane, gdzie urazy kości pociągają za sobą zaburzenia nerwowe, te zaś wywołają zmiany w ustawie.

KRYŃSKI nie zgadza się ze zdaniem BRUNERA, aby wszystko dało tu się sprowadzić do porażenia *n. circumflexi humeri*; wierzyć musimy temu, co podaje ŁAPIŃSKI, iż nerwy, jak wykazało badanie, zachowały swą pobudliwość elektryczną. Słuszniej przeto uważać za punkt wyjścia cierpienia uraz, złamanie kości i nieprawidłowy jej zrrost, istniejący zaś zanik mięśni barku i ramienia uważać za objaw t. zwanej *Inactivitätsatrophie* w następstwie nieużywania kończyny.

SZTEYNER upatruje także istotę sprawy chorobowej w zmianach kostnych i stawowych, wywołanych przez uraz.

2. LEŚNIEWSKI przedstawia chorego mężczyznę 23-letniego, dotkniętego cierpieniem ramienia, które uważa za deskowatą flegmonę (*Holzphlegmone*) ramienia. Chory jest obecnie w leczeniu i na następnym posiedzeniu zostanie przedstawiony, do tego zaś czasu wątpliwości rozpoznawcze powinny ustąpić.

3. BORZYŃSKI przedstawia: a) przyrząd do szycia szwami metalowymi pomysłu SILBERBERG'a;

b) mężczyznę 30-letniego, któremu zadano nożem ranę w klatkę piersiową przy mostku po stronie prawej, między 4-em a 5-cm żebrzem. Rana ta otworzyła

jednocześnie trzy jamy surowicze: osierdzia, opłucnej i otrzewnej. Rozszerzwszy ranę, przekonał się B., iż serce nie skaleczone, natomiast palcem wprowadzonym ku dołowi przeszedł przez opłucną, ranę w przeponie i wszedł na 3—4 ctm. w przecięty mięsz wątroby. Krwawienie z rany na zewnątrz było bardzo obfite. Ranę wytamponowano, stan chorego się poprawił. Wkrótce potem jednakże powstał ropniak opłucnej (*empyema*), wskutek czego wycięto 7-me żebro; w parę tygodni potem utworzył się wielki ropień podprzeponowy, który otwarto cięciem między 11-em a 12-em żebrem.

D y s k u s y a. LEŚNIEWSKI wyraża wątpliwość co do możliwości otwarcia wszystkich 3 ch jam surowiczych jednym pchnięciem noża.

SAWICKI inaczej wystawia sobie cały obraz chorobowy w tym przypadku. Nóż otworzył osierdzie i opłucną i skaleczył płuco, skąd nastąpił krwotok; w następstwie empyema, wyleczona przez wycięcie żebra; dopiero później powstał jeszcze jeden zbiornik ropy, także w opłucnej w dolnej części, który nacięto. Skaleczenie wątroby i istnienie ropnia podprzeponowego uważa S. za mało prawdopodobne.

KRAJEWSKI sądzi, że skaleczenie trzech jam surowiczych z jednego cięcia jest możliwe anatomicznie, w takim jednak razie musi być naciętym lewy płat wątroby, podczas gdy tu B. przypuszcza ranę wątroby po stronie prawej.

CIECHOMSKI jest zdania, że jama otrzewna i wątroba nie zostały tu skaleczone; palec B. znajdował się nie w ranie wątroby, lecz płuca, za czem przemawia i to jeszcze, że podczas gojenia się rany nie było nigdy widać żółci w wydzielinie rany.

SKOWROŃSKI mniema, że wrażliwość tak znacznego skaleczenia wątroby przede wszystkim byłyby objawy krotoku do jamy brzusznej, czego tu B. nie stwierdził.

SZTEYNER wątpi zarówno o istnieniu rany wątroby, skoro jej B. nie widział i polega na wrażliwości, otrzymanem przez wprowadzony w głąb rany palec.

ORZEŁ sądzi, że wobec wężkości przestworów międzyżebrowych dojście z pomiędzy 4-go—5-go żebra palcem nadół aż w mięsz wątroby jest niemożliwe i ma zamiar sprawdzić sprawę tę na trupie.

KIJEWSKI przychodzi do przekonania, zestawivszy dane przytoczone przez B., iż tu oprócz osierdzia skaleczona była tylko opłucna i płuco, nie zaś wątroba, i wyklucza również istnienie w następstwie ropnia podprzeponowego.

BORZYMOWSKI odpowiada, że choć operował bez kontroli wzroku, co w danych warunkach było niemożliwe, jednakże orientował się dokładnie palcem wśród tkanek i miał uczucie, iż z jamy opłucnej palec przez otwór o ostrych brzegach w przeponie wszedł w elastyczny mięsz wątroby na parę centymetrów. I dlatego zupełnie zrozumiałem następstwem wydaje mu się utworzenie się później ropnia ponad wątrobą. Co się tyczy obecności wylewu krwi do otrzewnej, to ze względu na ciężki stan chorego rzeczywiście dokładnie tego nie badał.

STANKIEWICZ przytacza spostrzegany i leczony przez siebie przypadek rany postrzałowej w okolicy 6-go żebra. Po rozszerzeniu rany wprowadzony palec wszedł do opłucnej, stamtąd przez przeponę do rany w wątrobie; nadto zranioną była prawa nerka i pomimo wszystko to chory wyzdrowiał.

4. CIECHOMSKI przedstawia chorego 45-letniego, u którego wykonał operację przepukliny mosznowej. W zropiałym worku przepuklinowym znajdowała się kiszka ślepa wraz z wyrostkiem robaczkowym i częścią jelita biodro-



wego; całą tę część przewodu jelitowego musiał on wyciąć, poczem przeciętą okrężnicę wstępującą połączył szwem 3-piętrowym z jelitem cienkim. Badanie dokładne preparatu wykazało, iż przyczyną zapalenia ropnego w worku była sprawa zapalna w wyrostku robaczkowym, który uległ przedziurawieniu. Przepuklina ta istniała od 20 lat, objawy zaś zapalne wystąpiły na tydzień przed wstąpieniem chorego do szpitala S-go Rocha.

Posiedzenie chirurgiczne dn. 9 lutego 1904 r.

1. GABSZEWICZ przedstawia mężczyznę 33-letniego, któremu zadano nożem ranę w 5-em międzyżebżu na zewnątrz od linii sutkowej lewej. G. wyciął 4-te i 5-te żebro, usunął z opłucnej mnóstwo skrzepów krwi i znalazł otwór w osierdziu, który rozszerzył poprzecznie, i doszedł do serca, gdzie znajdowała się rana w ścianie lewej komory tuż przy przegrodzie. Ranę tą zeszył kilkoma szwami jedwabnymi, poczem usunąwszy skrzepy z osierdzia, do jamy jego, zarówno jak do jamy opłucnej wprowadził kawałki gazy, których końce wyprowadził przez ranę zewnętrzną. Przebieg był wyborny, prawie bezgorączkowy i w ciągu trzech tygodni rana zagoiła się; potem utworzył się wysięk opłucnej surowiczy, który dość szybko dało się usunąć. W tym więc przypadku leczenie otwarte i wytamponowanie osierdzia i opłucnej dało wynik tak zachęcający, że na przyszłość ma zamiar G. trzymać się tego samego sposobu postępowania. Co się tyczy wyboru metody operacyjnej, to niema jednej ogólnej, dającej się zastosować zawsze, lecz w każdym przypadku winien chirurg ją *ad hoc* wymyślić i wykonać odpowiednio do danych, jakie się znajdują.

BORZYMOWSKI w tych przypadkach uważa za najodpowiedniejsze cięcie poprzeczne, które pozwala dokładniej obejrzeć całe serce i daje najlepszy dostęp do rany. Niewątpliwie brak objawów zapalnych ze strony obu błon surowiczych zawdzięczać należy tu wprowadzeniu do wnętrza gazy. Jest tylko obawa, czy obecność gazy nie wywoła podrażnienia powierzchni serca i w następstwie *pericarditidis adhesivae*.

SZTEYNER potwierdza, iż nie można stosować jednego sposobu operacyjnego dla wszystkich przypadków, lecz postępować według potrzeby w każdym z nich, zaś tamponowanie jamy osierdzia i opłucnej uważa za bardzo korzystne i z bardzo dobrym skutkiem użył go w swoim przypadku rany serca.

2. W. STANKIEWICZ przedstawia przypadek posuniętej gruźlicy narządów moczowo-płciowych u mężczyzny 30-letniego. Gruźlica lewego najądrza i sznurka nasiennego, prawego najądrza i obu pęcherzyków nasiennych, nadto wyczuć można guzki w gruczole krokowym; ze strony pęcherza zmian wyraźnych niema, mocz jednakże bywa niekiedy mętny. Zapytuje przeto S. o zdanie, czy w przypadku tym operować i jaki zabieg przedsięwziąć?

KRYŃSKI. Zapatrywania chirurgów na sprawę operowania gruźlicy narządów płciowych uległy w ostatnim pięcioleciu zmianie, przechodząc od radykalizmu operacyjnego do bardziej umiarkowanych metod zachowawczych. Przedewszystkiem należy tu bardzo ściśle indywidualizować każdy przypadek. W rozstrząsaniu wskazań i wyborze metody operacyjnej winniśmy pamiętać o trzech ważnych faktach patologicznych, a mianowicie: 1-o gruźlica narządu płciowego w znacznej mniejszości przypadków [zaledwie  $\frac{1}{3}$ ] bywa cierpieniem pierwotnem i samoistnem; najczęściej istnieją jednocześnie zmiany gruźlicze w płucach; 2-o gruźlica narządu płciowego dość długo pozostaje umiejscowioną, nie rozszerzając się na tkanki i narządy sąsiednie; 3-o najczęstsze jej siedlisko u dorosłych — w najądrzu bardzo długo bywa ogniskiem ograniczonym i dopiero w późnych okresach choroby przechodzi na jądro; zato stosunkowo

często zmiany w najądrzu występują obustronnie. Uwzględniając drugi z tych punktów, chirurdzy dawniej, a wielu i dziś, uważali trzebieenie za operacyę najodpowiedniejszą i najradykałniej usuwającą cierpienie. Jak widzimy obecnie, było to złudzenie, gdyż, jak słusznie mówi QUÉNU, jest to tylko operacya częściowa, w której nadto do usunięcia części tkanek chorych dodano wycięcie narządu zdrowego, w każdym zaś razie potrzebnego. Narządem tym jest jądro, które oprócz funkcji nasiennej ma drugą czynność wydzielniczą, ową „*sécrétion interne*”, istniejącą nawet po wycięciu najądrza, a której przypisują tak ważny wpływ ogólny na ustrój. Dlatego też, sądzi KR., iż postępowanie w gruczlicy narządu płciowego należy ograniczyć do usuwania tkanek chorych, podobnie jak obecnie postępujemy w gruczlicy stawów, gdzie zarzuciliśmy tak obszernie do niedawna stosowane rezekeye typowe, — a więc przedwzrostkiem wycinać najądrze z przewodem nasiennym, (*epididymectomia et vasectomia*). Jeżeli mamy wątpliwość co do stanu samego jądra, to pomocnem tu jest nacięcie próbne jądra, po którym dopiero usuwamy je doszczętnie lub też zeszywamy z powrotem błonę białawą i jądro pozostawiamy. Jeżeli zajęty jest pęcherzyk nasienny, to, o ile stan chorego na to pozwala, należy usunąć go także. W danym przypadku postępowanie lecznicze należałoby ograniczyć do wycięcia obustronnego najądrzy i przewodów nasiennych, co już samo przez się mogłoby wpłynąć dodatnio na zmiany w gruczole krokowym i pęcherzykach.

KIJEWSKI podziela poglądy, wyrażone przez KRYŃSKIEGO. W tym przypadku poleciłby wycięcie oprócz sznurków także i pęcherzyków nasiennych. Przypomina sobie dwa przypadki rozległej gruczlicy płciowej, z których w pierwszym, gdzie oprócz narządu płciowego istniała gruczlica w stawie kolanowym i w pęcherzu, po obustronnej epididymektomii, pomimo kilkakrotnych nawrotów miejscowych ostatecznie w ciągu kilku lat wygasła sprawa zarówno w pęcherzu, jak i w stawie. W drugim przypadku zmiany gruczlicze w płucach zmniejszyły się także po wycięciu najądrzy.

CIECHOMSKI. Do leczenia zachowawczego i epididymektomii nadają się przypadki o bardzo chronicznym przebiegu; w bardziej ostro przebiegających ono czasem zawodzi i należy uciec się do trzebieienia. W jednym przypadku pomimo czterokrotnego skrobania sprawa gruczlicza postępowała wzdłuż sznurka nasiennego i trzeba było wykonać kastracyę.

ŚWIĄTECKI przypomina przypadki LENNANDER'a, w których wykonane trzebieienie przyczyniło się do zniknięcia ognisk chorobowych w gruczole krokowym.

SAWICKI przytacza podobne przypadki z literatury angielskiej i podnosi ważne znaczenie próbnego nacięcia jądra, dającego możność ostatecznej decyzji co do potrzeby trzebieienia.

PERKOWSKI ostrzega przed zbyt wczesną interwencyą operacyjną, gdyż niekiedy przy zupełnie wyczekującym leczeniu następuje poprawa i wyleczenie, i przytacza dwa takie przypadki obszernej gruczlicy narządów płciowych ze swej obserwacji.

GĄBSZEWICZ omawia przypadek, w których zastosował z korzyścią nacięcie próbne jądra.

3. BORZYMOWSKI przedstawia rysunki i atlasy anatomiczne, wyjaśniające stosunki topograficzne przypadku rany osierdzia z jednoczesnem otwarciem wszystkich trzech jam surowicznych, który przedstawił na poprzedniem posiedzeniu.

4. M. BRUNER okazał radiogramy z przypadku, przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu przez LEŚNIEWSKIEGO z przypuszczalnem rozpoznaniem

„flegmony deskowatej“. Jak widać na otrzymanych obrazach, mamy tu do czynienia z zapaleniem przewlekłym szpiku kości ramiennej (*osteomyelitis chronica humeri*), jak to zresztą przypuszczało wówczas kilku kolegów.

5. BORZYMOWSKI opisuje nowy sposób postępowania w operacjach przetok pęcherzowo-pochwowych. Wychodząc z założenia, że główną przyczyną niepowodzenia tych operacji jest zetknięcie się stałe zaszytej rany z moczem, który wciska się do rany i zakaża tkankę, B. przed zeszytciem rany w pęcherzu wprowadza cewniki do obydwóch moczowodów i pozostawia je tam na stałe, dzięki czemu mocz wypływa na zewnątrz, omijając zupełnie pęcherz. Sposobu tego użył B. w jednym przypadku i tam pomimo, że musiał cewniki moczowodowe wyjąć już na drugi dzień, albowiem lewy zatkał się, zagojenie się rany nastąpiło zupełnie pomyślnie. Ma więc zamiar postępowanie to stosować na przyszłość we wszystkich przypadkach tych operacji.

CIECHOMSKI operował parę setek przypadków przetok pęcherzowych u kobiet i nigdy nie widział potrzeby uciekania się do cewnikowania na stałe moczowodów. Nie pojmuje obawy BORZYMOWSKIEGO przed zaciekiem moczowym, który nigdy się nie zdarza, a jedynie tylko może szew nie trzymać i wówczas mocz spływa napowrót do pochwy. Niema potrzeby obawiać się zetknięcia moczu z raną i najważniejszą rzeczą dla pomyślnego wyniku operacji jest dobry stan tkanki, którą się zeszywa i dlatego szeroko i dokładnie należy brzegi rany okrwawić przed szyciem. Wobec szeregu innych sposobów, pewniej wiodących do celu, uważa pomysł B. za zupełnie niepotrzebny, jeżeli nie szkodliwy.

KRYŃSKI sądzi, że wprowadzenie i pozostawienie przez kilka dni cewników w moczowodach już samo przez się nie jest obojętne dla nich, a może stać się niebezpiecznym, jeżeli przyłączy się tu zakażenie, a o to właśnie łatwo w tych przypadkach, gdzie wskutek istnienia przetoki pochwowej, ściana pęcherza bywa zwykle w stanie mocno zapalnym i bardzo łatwo przeniesie zarazki do moczowodów i dalej na nerki. Jest to więc propozycja ryzykowna, a zdaje się że i zbyt liczna wobec mnóstwa innych sposobów, którymi udaje się zapobiedz zetknięciu się moczu z raną, jak odpowiednie ułożenie chorej po operacji, cewnikowanie stałe pęcherza etc., które przytaczają podręczniki ginekologii.

STANKIEWICZ uważa, że już samo operowanie *à la vache* usuwa zetknięcie się rany z moczem przy operacji, później zaś można nadać chorej odpowiednie ułożenie. Samo cewnikowanie moczowodów nawet w celu rozpoznawczym może nie być obojętnym, jak przekonał się niedawno w jednym przypadku, gdzie wystąpiły bardzo silne bóle.

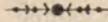
KARCZEWSKI jest stanowczo przeciwny cewnikowaniu moczowodów *à demeure*, gdyż jest to zabieg nieobojętny; a w przypadkach przetok pęcherzowych wobec istnienia zawsze *cystitidis* — wprost niebezpieczny. Przecież obecnie, kiedy coraz częściej cewnikujemy w celu rozpoznawania cierpień nerkowych, staramy się o ile możności unikać wprowadzania cewnika do nerki zdrowej i poprzestać na zbadaniu chorej.

SAWICKI również uważa taką kateteryzację za niebezpieczną. Mnożą się przypadki w literaturze, gdzie po zwykłym wprowadzaniu cewników moczowodowych występowały następstwa ciężkie, a tembardziej tu, gdzie ma taki cewnik pozostawać przez dni całe.

BORZYMOWSKI powołuje się na specjalistów, jak ALBARRAN, CASPER, NISZE, którzy tysiące razy cewnikowali moczowody bez ujemnych następstw, nie sądzi więc, aby odpowiednio wprowadzony i pozostawiony dłużej cewnik miał

wywoływać niebezpieczeństwo. Tymczasem w ten sposób rzeczywiście chronimy ranę od działania na nią moczu, czego nam nie zapewni nawet stałe ułożenie chorej na brzuchu.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 37. G. Luys. Oddzielne otrzymywanie moczu z każdej nerki.

Z rozwojem chirurgii nerek otrzymywanie i badanie moczu z każdej nerki z osobna stało się kwestyą pierwszorzędną wagi. Cyfry, zaczerpnięte ze statystyki SCHMIEDEN'a, stanowią przekonywający dowód pod tym względem: na 301 śmiertelnych zejść po usunięciu nerki, w 56-u przypadkach skonstatowano brak lub cierpienie nerki uważanej za zdrową. Wszystkie sposoby, jakie proponowano w celu otrzymania moczu z poszczególnych nerek, dzielą się na trzy grupy.

Do pierwszej należy uciskanie moczowodu, do drugiej kateteryzowanie moczowodu, do trzeciej wreszcie — wytwarzanie sztucznej przegrody w pęcherzu. Sposoby HALLE i SIMON'a polegały na przyciskaniu moczowodu przez odbytnicę do kości miednicy; sposób PEREZA — na uciskaniu moczowodu przez ściągającą brzusną. HEGAR i SAENGER proponowali obklucie i czasowe podwiązanie moczowodu przez pochwę. TUCHMANN wprowadzał do pęcherza kleszcze, przeznaczone do zaciskania ujścia moczowodu. EBERMAN w tym celu posługiwał się kleszczami o długich ramionach, z których jedno wprowadzał do pęcherza, a drugie do odbytnicy lub pochwy. SILBERMAN zaciskał ujście moczowodu balonikiem z ręką, wprowadzonym do pęcherza za pomocą kateteru. Sposoby powyższe należą obecnie do historii. Sama zaś idea zaciskania ujścia moczowodu znalazła jeszcze zastosowanie w przyrządzie ROCHER'a i PELLAND'a, zaproponowanym w r. 1902. Przyrząd ten jest podobny do litotryptora. W wydrążeniu jednego z ramion znajduje się balonik, połączony z rękojeścią przyrządu. Po otwarciu ramion przyrządu, wprowadzonego do pęcherza, napelnia się powietrzem balonik, przeznaczony do zaciskania ujścia moczowodu, podczas kiedy mocz z drugiego moczowodu wydostaje się na zewnątrz przez kateter, którego otwór mieści się w jednym z ramion przyrządu. Wszystkie sposoby otrzymywania moczu z jednej nerki przez zaciskanie moczowodu drugiej nerki nie mają racji bytu wobec faktu, że istnieją znaczne wahania w sekrecyi nerek w rozmaitych okresach czasu, tak że porównywać wydzielinową zdolność obu nerek można jedynie na zasadzie moczu, wydzielanego przez nie równocześnie.

Druga grupa sposobów otrzymywania moczu z każdej nerki z osobna obejmuje kateteryzowanie moczowodów. Przedewszystkiem do tego działu odnosi się zabiegi krwawe, mające na celu udostępnienie moczowodu, jak np. otwieranie przegrody pęcherzowopochwowej według EMMET'a, wyłanianie pęcherza do rany na kroczu według HARRISON'a, wytwarzanie przetoki moczowodowej w okolicy lędźwiowej, jak to proponowali CZERNY i ISRAEL. Pomijając powyższe zabiegi chirurgiczne, można podzielić wszystkie sposoby kateteryzowania moczowodów na dokonywane z oświetleniem od strony pęcherza lub też bez.

Sposoby SIMON'a, PAWLIK'a i KELLY odnoszą się jedynie do kobiet. SIMON rozszerzał stopniowo cewkę, palcem, wprowadzonym do pęcherza, poszukiwał otworu moczowodu i znalazłszy go, wprowadzał kateter. Sposób PAWLIK'a polega na tem, że kateter pod ścisłą kontrolą palca od strony pochwy posuwa się po tylnej ścianie pęcherza i przy pewnym ruchu w bok natrafia na ujście moczowodu. Zabieg PAWLIK'a, jak i następny zabieg KELLY, odbywa się w położeniu kolanowo-łokciowem chorej. KELLY zakłada mały wziernik (*speculum*) do cewki, przczem pęcherz opróżnia się z moczu i dzięki położeniu chorej napęcznieje się powietrzem; oświetlając reflektorem błonę śluzową pęcherza, KELLY poszukuje ujścia moczowodu. Obecnie najszerszem zastosowaniem cieszy się katetyzowanie moczowodów zapomocą cystoskopu. Przyrząd ten, skonstruowany przez BRENNER'a, udoskonalony przez ALBARRAN'a, ma na celu katetyzowanie moczowodu pod kontrolą oka. Z biegiem czasu nagromadziło się dużo poważnych zarzutów przeciwko wprowadzaniu kateteru do moczowodu. Przede wszystkim przy tym zabiegu trudno się uchronić przed uszkodzeniem błony śluzowej moczowodu, co z kolei nabiera wielkiego znaczenia wobec tego, że kateter może uleść zanieczyszczeniu się w pęcherzu i przez pośrednictwo moczowodu przenieść zakażenie na nerkę. Zakażenie moczowodu następuje i później dzięki temu, że ujście moczowodu pod wpływem katetyzowania rozszerza się i przez pewien czas nie chroni już moczowodu przed powrotną falą moczu przy napętnionym pęcherzu. Niepewność wyników badania moczu otrzymywanego drogą katetyzowania moczowodu, wynika stąd, że szerokość kateteru może nie odpowiadać szerokości moczowodu i wtedy część moczu, z katetyzowanego moczowodu splywa poza kateterem do pęcherza, gdzie ma się zbierać moc z drugiej nerki. Do fałszywych wniosków doprowadza niekiedy krwawienie z moczowodu, uszkodzonego przez katetyzowanie. Wreszcie sekrecya nerek ulega chwilowym zaburzeniom pod wpływem kateteru w moczowodzie. Wogóle katetyzowanie moczowodów wymaga dużej wprawy i staje się zabiegiem bardzo uciążliwym zarówno dla lekarza, jak i dla chorego w tych przypadkach, kiedy wydostająca się z moczowodu krew lub ropa co chwila zasłania pole widzenia.

Zarzuty te upoważniają do zwrócenia tem większej uwagi na trzecią grupę sposobów segregowania moczu. Sposoby te są oparte na zasadzie wytwarzania sztucznej przegrody w pęcherzu i datują się od roku 1890, kiedy LAMBOTTE zaproponował swój przyrząd, który jednak nie był wypróbowany na chorych. W kilka lat później HARRIS zaproponował „segregator“ swego pomysłu, składający się z dwóch kateterów. Po wprowadzeniu przyrządu do pęcherza dzioby kateterów odwraca się w różne strony i nieco ku dołowi. Tymczasem zapomocą dźwigni, działającej przez odbytnicę lub pochwę, dno pęcherza w linii środkowej unosi się ku górze. Tym sposobem w pęcherzu tworzy się wał, a po obu jego stronach dwa zagłębienia, w których zbiera się moc z odpowiednich moczowodów. Przy pomocy aspiratorów moc wydostaje się na zewnątrz przez kateter, zwrócony do odpowiedniej niszy pęcherza. DOWNES zbudował przyrząd, oparty na tej samej zasadzie. Segregowanie moczu zapomocą obu tych przyrządów ma tę niedogodność, że przekręcanie dziobów kateterów bywa bolesne, a prawidłowe ustawienie dźwigni, unoszącej dno pęcherza, często usuwa się z pod kontroli. W przyrządzie CATHELIN'a wytwarza się w pęcherzu wachlarzowata przegroda z błony kauczukowej, schowanej w rurce metalowej podczas wprowadzania przyrządu do pęcherza. Przegroda kauczukowa dzieli pęcherz na dwie połowy, z których moc wydostaje się przez katetery, umieszczone w przyrządzie. Podziałki nmieszczone na rękojeści określają, jak wielką ma być przegroda w pęcherzu o danej pojemności. Działania

przyrządu CATHELIN'a jest w ściślejszej zależności od kureczenia się pęcherza: jeżeli ten ostatni rozluźni się, przyrząd przestaje prawidłowo funkcjonować.

Luys oparł się na badaniach anatomicznych, które doprowadziły go do wniosku, że trójkąt między otworami moczowodów a cewki podlega bardzo nieznacznym wahaniom w wymiarach. Dlatego też przegroda, ustawiona w tym trójkącie, powinna mieć określoną wielkość, zależną od powyższych wymiarów. Przyrząd Luys'a ma wygląd kateteru o krzywiznie esowatej. Składa się on z dwóch kateterów ułożonych po obu stronach blaszki, która na całej długości posiada wyźłobienie, zwrócone ku górze. W wyźłobieniu tem leży łańcuch, podobny do łańcucha piły, przymocowany do pęcherzowego końca blaszki. Jeżeli pociągnąć za wolny koniec łańcucha, to łańcuch przesuwają się w zagłębieniu blaszki, a nad krzywizną naciągają się jak cięciwa łuku. Ponieważ zaś blaszkę wraz z łańcuchem okrywa pochewka kauczukowa, przy pociąganiu łańcucha wytwarza się nad krzywizną przyrządu przegroda z błony kauczukowej. Jeżeli puścić łańcuch, elastyczna pochewka kauczukowa zmusza go do zajęcia danego miejsca w zagłębieniu blaszki i w krzywiznie przyrządu.

Przyrząd Luys'a sterylizuje się we wrzącej wodzie bez sody ze względu na pochewkę kauczukową. Przed badaniem trzeba się przekonać, czy cewka chorego przepuszcza kateter odpowiedniej grubości, czy pojemność pęcherza pozwala na jakiegokolwiek manipulacje. Następnie przy zachowaniu zwykłych prawideł aseptyki przemywa się pęcherz. Wprowadzanie przyrządu odbywa się w położeniu leżącym chorego, zbieranie zaś moczu tylko w położeniu siedzącym. Brak bólu przy podnoszeniu przegrody świadczy, że cała krzywizna przyrządu znajduje się w pęcherzu, co uprzednio trzeba skontrolować przez odbytnicę lub pochwę.

Luys zbudował swój przyrząd w r. 1901. W obecnej pracy autor przytacza 210 przypadków stosowania przyrządu ze świetnymi wynikami i bez złych następstw kateteryzowania moczowodów.

Z. Koronkiewicz.

(G. Luys. *La séparation de l'urine des deux reins*, Paris 1904).

### 38. K. Büdinger. Leczenie przewlekłych zapaleń stawowych zapomocą wstrzykiwań waseliny.

W wielu przypadkach przewlekłych spraw stawowych nie obawiamy się już dzisiaj otwierania stawów celem usunięcia przyczyny cierpienia często z pomyslnym skutkiem; większość jednakże zachorowań przewlekłych nie daje wskazań do operacji i sami chorzy często na jej wykonanie zgodzić się nie chcą. Przy przewlekłych zapaleniach stawów natury niegruźlicznej stosowanie kąpieli, ogrzanego powietrza, zawiązań w szlam i innych podobnych zabiegów daje znaczną nieraz poprawę, a nawet wyleczenie; większość zaś chorych wegetuje przez szereg lat z nieznacznym na pozór cierpieniem, natomiast ze znacznym zmniejszeniem zdolności do pracy. Główną przyczynę takiego stanu przypisać należy nierównościom w stawie, które tarcieniem swoim o powierzchnie stawowe, powodują częste ich uszkodzenia i wywołują zmiany wtórne. Autor powziął myśl—uczynić nierówności te nieszkodliwymi przez pokrycie ich warstwą tłuszczu, zastrzykniętego do stawu. W szeregu doświadczeń swoich stosował on waselinę, opierając się na znanych faktach, iż zastrzyknięta pod skórę, wysysa się znacznie wolniej niż olej lub gliceryna, a przytem posiada odpowiednią konsystencję, gdyż jest płynna, lecz nie zanadto, może więc najprędzej zastąpić maź stawową.

Doświadczenia swoje wykonał autor na 15-u chorych. U 9-u chorych z lekką postacią przewlekłych zapaleń stawowych cierpienie dotyczyło pojedynczych stawów [7-kolanowego, 2-barkowego i 1-promienio-napięstkowego] i były pocho-

dzenia urazowego lub „reumatycznego“, przyczem w dwóch przypadkach silnie rozwinięte żyłaki голени prawdopodobnie pogorszały sprawę w kolanie. Obiektywnie u chorych tych znajdowano trzeszczenia, nieznaczne obrzmienia okolic stawowych i niewielkie ograniczenia ruchów; subiektywnie zaś — bóle i zaburzenia czynnościowe w chorych kończynach. Po zastrzyknięciach waseliny we wszystkich prawie przypadkach [w jednym wkrótce potem dokonano operacji] chorzy odczuwali znaczną poprawę: bóle się zmniejszały lub znikaly zupełnie, a zdolność czynnościowa wracała; wyczuwane przedtem trzeszczenia, stawały się mało wyraźne lub też ich zupełnie wyczuć nie można było. Po dokonanych zastrzyknięciach autor zwracał uwagę na uboczne objawy, towarzyszące zwykle ograniczeniu czynności kończyn, a więc na zanik odpowiednich mięśni.

Do drugiej kategorii zalicza on chorych z ciężkimi sprawami w stawach, zniszczeniem chrząstek, przykurczeniami więzów i mięśni i, co za tem idzie, z silnemi dolegliwościami, przykuwającemi nieraz chorego do łóża. Z 4-ch przytoczonych przypadków, w dwóch zastrzykiwał waselinę [3—4 cm. sz.] w staw barkowy, w dwóch zaś [3—2 cm. sz.] w kolanowy. U jednego chorego polepszenie było nieznaczne, u trzech pozostałych wprost zadziwiające, tak że po jednej iniekcji od 2 lat leżąca chora mogła wstać i chodzić o kiju z przykurzoną nieco nogą, inna zaś poprzednio nieruchomą prawie w barku ręką po zastrzyknięciu mogła się od biedy uczesać.

Nakoniec autor zwraca uwagę na stosowanie zastrzykiwań przy wyrobieniu ruchów stawowych, zwłaszcza w tych razach, gdy pod narkozą trzeba rozrywać zrosty włókniste, tamujące te ruchy. Silna bolesność, występująca prawie zawsze po tych zabiegach, a niekiedy i obostrzenia starej sprawy w ciągu dni następnych znacznie zmniejszają doskonały na pozór skutek zabiegu; wówczas zastrzykiwania waseliny w przypadkach takich mogą okazać pewną przysługę. Na dowód tego autor przytacza 2 spostrzeżenia. U jednej chorej po spadnięciu z 2-go piętra pozostało zgięcie stawu kolanowego z nadwichnieniem, zgięcie i sztywność łokciowego, promienio-napięstkowego i paliczków ręki. Mięśnienie i ruchy bierne sprawiały chorej taką bolesność, iż trzeba było ich zaniechać. Po uruchomieniu pod narkozą stawów w możliwych granicach i zastrzyknięciu waseliny po 2 cm. sz. w kolano i stawy ręki, już w pierwszych dniach bolesność przy ruchach czynnych i biernych stała się mniejszą, niż poprzednio, a skutki uruchomienia pozostały na długo zachowane.

W 2-im przypadku chora po przejściu wielostawowego zapalenia rzeżączkowego przez 5 lat leżała w łóżku z nadwichnieniem obu stawów kolanowych i zeszywnieniem prawego barkowego do tego stopnia, że sama nie mogła jeść. Po zastrzyknięciu w prawy bark 3 cm. sz. waseliny i stosowaniu przez 2 tygodnie mięsienia, już bez silnych poprzednich bólów chore zaczęła podnosić rękę do poziomu, potem do głowy i jadać sama bez pomocy. Poprawa taka zaspokoila najpierwszą potrzebę nieszczęśliwej, wobec czego wypisała się ze szpitala. Skutki, osiągnięte w tych dwóch spostrzeżeniach, nie były wprawdzie nadzwyczajne, lecz przy takich anatomicznych zmianach nie możemy żądać zbyt wiele. Na podstawie wyżej przytoczonych doświadczeń autor wypowiada wniosek, iż zastrzykiwania waseliny przy lekkich przewlekłych zapaleniach stawów dają czasami doskonałe, najczęściej dobre skutki; przy cięższych postaciach — w pewnych razach znaczne polepszenie; przy starych zaś sprawach stawowych, gdzie do pewnego stopnia powinna być przywrócona ruchomość, pośród innych środków leczniczych z pożytkiem mogą być stosowane.

Do doświadczeń tych używał autor ogrzanej, wyjałowionej, białej waseliny; ostatnio zaś zaczął używać waseliny żółtej. Co do ilości, radzi zastrzykiwać 4 ct. sz. w staw kolanowy, 3 cm. sz. — w barkowy i 1—2 cm. sz. w mniejsze stawy, zwiększając ilości te przy sprawach dalej posuniętych. Po zastrzykiwaniach

stosował on zawsze ruchy stawów, aby zastrzykniętą wazelinę doprowadzić do zetknięcia się ze wszystkimi nierównościami powierzchni stawowej.

(Wiener. klin. Wochensch. 25 kwiet. 1904.)

Sobociński.

### 39. Sihle. Przyczynek do czynnościowego rozpoznania miażdżycy i różniczkowego rozpoznania dusznicy bolesnej.

Powszechnie przyjęty jest pogląd, że miażdżycy jest w związku z powiększoną ciśnieniem krwi; BASCH uważa, że ciśnienie, które na jego sfigmomanometrze przekracza 150 mm., jest oznaką wyraźnej miażdżycy, czyli, że ciśnienie niżej 150 mm. przemawia przeciwko niej. Zważywszy jednak, że ciśnienie krwi w naczyniach zależne jest od trzech zmiennych czynników: siły serca, napełnienia naczyń i właściwości ich ścianek, znać musimy, że bezwzględnej wartości ta metoda nie ma; to samo stosuje się i do metody RIVA-ROCCI i GAERTNER'a. Przy miażdżycy jednak, jako chorobie, przy której naczynia takiej ulegają zmianie, dążeniem naszym jest i czynnościowe zmiany odpowiednio oceniać.

Macanie bezpośrednie tętna i naczyń, nie daje nam rezultatów pewnych, czyli że rozpoznane w ten sposób wzmożone napięcie tętna lub wężykowate wydłużenie naczyń, już pomijając, że jest możliwe tylko na dostępnych dla nas nielicznych miejscach, naukowej wartości nie ma, naturalnie poza przypadkami wybitnie wyrażonej miażdżycy. Mierzenie ciśnienia zapomocą różnych wyżej przytoczonych metod jest już niewątpliwie krokiem naprzód, mają jednak te metody specjalnie w stosunku do miażdżycy ten brak, że badane niemi są tylko ograniczone miejsca różnych tętnic, a potrzebna jest metoda, która by nam określała ciśnienie krwi w naczyniach z sobą się komunikujących pewnej okolicy naszego ciała. Poniekąd temu odpowiada kończyna górna, gdzie dla nas dostępne są *art. brachialis*, *radialis* i *digitalis*. Ciśnienie podlega u każdego osobnika pewnym wahaniom; na mocy 1500 kilkakrotnych badań, przeprowadzonych na 600 zdrowych osobnikach, S. doszedł do następujących wyników: Ciśnienie na *art. brachialis*, metodą RIVA-ROCCI, 140—150 mm. Hg; prz. = 135 mm.; na *art. radialis*, metodą BASCH'a 100—120 mm. Hg; prz. = 120 mm.; na *art. digitalis*, metodą GAERTNER'a 90—110 mm. Hg; prz. = 100 mm. Stąd wynika, że różnica między ciśnieniem w *art. brachialis* i *digitalis* równa się 30—40 mm. Hg u przeciętnego normalnego osobnika, t. j. że siła rzutu fali krwi zmniejsza się po drodze z *art. brachialis* do *art. digitalis* na ilość równającą się słupowi rtęci o wysokości 30—40 mm.—Otóż zachodzi teraz pytanie, jak się ta różnica przedstawia przy zmianie łożyska naczyniowego, nb. o ile siła serca pozostała niezmienną? Tem badaniem autor się zajął w pracy niniejszej i podaje materiał i wyniki, podaje również warunki, jakich się przy badaniu trzymał: przy metodzie RIVA-ROCCI podaje tę wartość, jaką otrzymywał po zjawieniu się na nowo w *art. radialis* tętna; przy metodzie GAERTNER'a—wartość, jaką otrzymywał w chwili kiedy po zmniejszeniu ciśnienia nagle zjawilo się na poprzednio bladym końcu palca zaczerwienienie. Materiał swój autor podzielił na 3 grupy. Do pierwszej należą [18 przypadków] osobniki z wyraźnymi, właściwymi miażdżycy, zmianami w sercu i tętnicy głównej; wyniki: różnica ciśnienia w *art. brachialis* i *digitalis* 60—120 mm.; czyli że u osobników tego rodzaju na powyższej drodze istnieją duże przeszkody dla krążenia krwi, które od zmian miażdżycowych zależą. Grupa 2-ga obejmuje osobników, którzy przy zwykłym badaniu żadnych objawów miażdżycy nie dawali; połączone jednak badanie ciśnienia wskazuje na stałe przeszkody w krążeniu krwi.

Przytaczając 20 przypadków, autor spostrzega, że w niektórych z wysokości ciśnienia w jednej jakiejś tętnicy żadnego pojęcia o przeszkodach wyciągnąćby nie można [naprz. na *art. digitalis* 75—85 mm.]; natomiast przy po-



równaniu ciśnienia w *art. brachialis* i *digitalis* otrzymujemy liczby [naprz. 65 mm.], które nam wskazują na przeszkody na przestrzemi *art. brach.* i *digit.*; to samo w innych przypadkach, gdzie otrzymujemy wysokie ciśnienie w obydwóch tętnicach [*art. brach.* 160; *art. digit.* 100]; to znaczy, że przeszkoda istnieje nie tylko w tętnicach większych, ale i małych. Wprawdzie niezawsze z dużej różnicy ciśnień wnioskować należy o miażdżycy naczyń, gdyż może ona również zależeć od skurczu naczyń, trzeba i wszystkie inne czynniki, między innymi i sfigmograficzną krzywą pulsu brać pod uwagę. Metoda ta, która jest naturalnie zbyt przy bardzo wyraźnej miażdżycy, oddać może duże usługi przy rozpoznawaniu miażdżycy początkowej w wypadkach wątpliwych.

Co się tyczy dusznicy bolesnej, to autor, po rozpatrzeniu wszystkich ostatnich na nią poglądów, dochodzi do przekonania, że bywa ona dwojakiego pochodzenia: albo organicznego, *resp.* miażdżycowego lub też czynnościowego, zależnego od skurczu naczyń, wywołanego różnymi przyczynami. Stosował on swoją metodę badania i w przypadkach [21] dusznicy bolesnej.—Materiał swój autor podzielił na dwie grupy: przypadki pierwszej grupy [14] dały wynik dodatni, t. j. różnica ciśnień wskazuje na obecność w naczyniach przeszkody stałej, *resp.* miażdżycy naczyń, w przypadkach drugiej grupy [7] metoda autora dała wynik ujemny, czyli, że dusznica nie jest od miażdżycy naczyń w tych przypadkach zależna. W końcu autor podaje przypadek, gdzie miał sposobność badać różnicę ciśnień podczas samego ataku dusznicy; rezultat jest następujący: ból jest zależny od silnego napięcia naczyń, różnica dochodzi do 120 mm., podczas osłabienia bólów, *resp.* skurczu naczyń różnica była 65—80 mm.—S. sumuje swoje wnioski w następujący sposób: Miażdżycowe zmiany w naczyniach poprzedza okres tak zwany presklerotyczny, podczas którego istnieje li tylko wzmożone napięcie ścianki naczyń. Okresu tego dotychczasowymi metodami rozpoznać nie byliśmy w stanie; rozpoznać go można metodą wyżej opisaną za pomocą różnicy ciśnienia krwi w *art. brachialis et digitalis*; określa nam ona również czynność serca. Jeżeli różnica stale się trzyma na wysokości 60 mm. lub więcej, rozpoznajemy z całą pewnością zmiany miażdżycowe w naczyniach. Wykazana miażdżycy kończyn górnych jest dowodem miażdżycy w organach wewnętrznych, natomiast ujemny wynik w naczyniach kończyn górnych z pewnym tylko prawdopodobieństwem wyklucza miażdżycę wewnętrznych organów. Wynik badania ciśnienia jest wskaźnikiem rokowania przy dusznicy bolesnej.

(*Wiener klinische Wochensch.* 1904 r. Nr. 14.)

M. Hirsz.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— W końcu roku 1903 przy Towarzystwie Lekarskim Warszawskim zawiązała się oddzielna sekcja chirurgiczna, z której posiedzeń sprawozdanie zaczynamy drukować w № niniejszym.

— 1-go lipca r. b. grono kolegów urzęda w Busku zebranie ku uczczeniu 25 lecia praktyki zdrojowej kol. JULJANA MAJKOWSKIEGO, lekarza szpitala sezonowego w Busku, prezesa Towarzystwa Lekarskiego w Radomiu. Jubilat przez długie la-

ta praktykował w Grójcu, a później w Warszawie i wszędzie pozostawił po sobie naj-  
milsze wspomnienie. Z okazji tej uroczystości Redakcyja naszego czasopisma wyrazi-  
ła już listownie kol. MAJKOWSKIEMU szczerze wyrazy uznania dla Jego charakteru i dzia-  
łalności lekarsko-naukowej i z przyjemnością jeszcze raz tu je zaznacza.

— Dr MELANIA LIPIŃSKA, która przez pewien czas mieszkała w Warszawie, osiadła  
jako lekarz kąpielowy w Luxeuil-les-Bains we Francyi [departament de la Haute-Sa-  
ône]. Jest to miejscowość kąpielowa, u stóp Wogezów leżąca, posiadająca 18 źródeł,  
z których jedne są solankami [ciepłoty 30°—52°], a drugie żelazistemi [ciepłoty 21---  
29°]; te ostatnie są bogate w mangan. Miejscowość ta bywa uczęszczana przez ko-  
biety, dotknięte cierpieniami organów płciowych i zależnemi od tych cierpieniami  
narządów trawienia.

— W № 22 czasopisma „Ruskij Wracz” czytamy: „Wielce dziwne zdanie wy-  
powiedział w Gazecie Kijowskiej docent pryw. uniwersytetu w Kijowie, N. K. NIEJE-  
ZOW w kwestyi, czy ma obowiązek leczenia japończyków wzięty do niewoli lekarz  
rosyanin. Zdaniem p. NIEJEŁOWA, gdyby lekarz, znajdujący się w niewoli, spostrzegł  
japończyka sphywającego krwią, oczywiście powinien w braku pomocy zająć się ran-  
nym; natomiast poczytać go należy za zdrajcę, jeżeli pełnić będzie obowiązek lekarza,  
nie zmuszony do tego. Pogląd taki jest jasny jak 2X2=4, dowodzić słuszności jego  
niema potrzeby. Trzeba być zupełnie zaślepionym w źle zrozumianym patriotyzmie—  
dodaje Redakcyja „Ruskawo Wracza”—aby zapomnieć całkowicie, że lekarz zawsze  
i wszędzie i niezależnie od wszelkich okoliczności powinien nieść pomoc wszystkim  
cierpiącym bez wyjątku. To właśnie stanowi szczytny i najważniejszy obowiązek  
lekarza. Podług teorii p. NIEJEŁOWA wypada, że lekarze rosyjscy leczący niewolni-  
ków japońskich będą zdrajcami. *Ne quid nimis!*“

— W d. 3 lipca r. b. zakład BREHMER'a dla suchotników w Goerbersdorfie  
obchodzić będzie uroczystość 50-letnie swego istnienia.

— Jeden z podróżników szwajcarskich miał odnaleźć na jednym z dopływów  
Kongo ludność, 8—10 tysięcy głów liczącą, Wambutti, odznaczającą się karłowatością.  
Mężczyźni mierzą średnio 1m 35, a kobiety 1m 29. Zajmują się polowaniem i rybo-  
łówstwem [Progres méd. № 26].

— Dr WEINBERG ogłosił w Annales de l'Institut PASTEUR spostrzeżenie cierpie-  
nia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*) u szympansa, który zdechł w Instytucie.  
Szympan ten, zamknięty w klatce dezynfekowanej, odżywał się wyłącznie mlekiem,  
ryżem i owocami gotowanymi. Na sekcyi w kiszkiach jego znaleziono dużo glist i im  
to przypisuje autor przyczynę cierpienia.

— Dyrektorem Instytutu PASTEUR'a w Paryżu został mianowany Roux, a po-  
mocnikiem jego MIECZNIKOW i CHAMBERLAND.

— **Zmarł** WŁADYSŁAW NIEMIŁOWICZ, prof. chemii lekarskiej w Uniwersytecie  
Lwowskim, w wieku lat 41.

#### SPROSTOWANIE.

- W N-rze 22, str. 519 w. 3 od góry zam. „SCHAEFFER'a” powinno być „SCHAEFER'a”.  
 „ str. 520 w. 8 od góry zam. „SCHAEFFER” powinno być „SCHAEFER”.  
 „ str. 523 w. 20 od góry zam. „88 milgr” powinno być „88 milimetr.”.  
 W N-rze 25, str. 608 w. 2 od góry po „kot wagi 3400 gr.” należy dodać „kuraryzowany”.  
 „ str. 615 wiersz 15 od dołu zam. „drażnieniu jego odcinka obwodowego” po-  
 winno być „drażnieniu jego odcinka dośrodkowego”.  
 „ str. 615 wiersz 9 i w. 6 od dołu zam. „odcinka obwodowego” powinno być  
 odcinka dośrodkowego”.  
 „ str. 615 w. 12 od dołu zam. „podnosił” powinno być „podnosiło”.  
 „ str. 624 w. 2 od góry zam. „kot” powinno być „pies”.  
 „ str. 626 w. 12 od dołu po „injekciji” dodać „adrenaliny”.  
 „ str. 628 w. 1 od góry po „masaż” dodać „serca”.  
 „ str. 628 w. 3 od góry zam. „wprowadzeniu 0,1 grm. adrenaliny” powinno być  
 po wprowadzeniu 0,1 mgr adrenaliny do żyły”.  
 „ str. 628 w. 17 od góry zm. „był” powinno być „było”.