

GAZETA LEKARSKA

I. Z POLIKLINIKI Powszechnej we Lwowie.

W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu (fissura ani) na podstawie własnego doświadczenia¹⁾.

Podał

dr Roman Barącz,

docent prywatny chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

Szczelina odbytu jest chorobą mało znaczącą pod względem anatomo-patologicznym, lecz dla lekarza - praktyka przedstawia pewien interes ze względu na dolegliwości, które powoduje i ze stanowiska terapeutycznego, które dotąd jeszcze nie jest ustalone. Na podstawie dość znacznego doświadczenia w leczeniu tego cierpienia, tak w praktyce poliklinicznej, jak i prywatnej, pozwalam sobie zabrać głos w tej sprawie.

Zanim przystąpię do właściwego tematu, muszę naprzód poruszyć kilka kwestyi, tyczących się etyologii, symptomatologii i anatomii patologicznej tej choroby. Szczeliną odbytu nazywamy większe lub mniejsze owrzodzenie, które sadowi się we fałdzie błony śluzowej przy końcu odbytnicy, objętej zwieraczem i wywołuje silne bóle podczas i po oddaniu stolca i bardzo bolesne kurcze zwieracza. Każde owrzodzenie, bez względu na powód, któremu powstanie swoje zawdzięcza, może wywołać szczelinę odbytu wraz z towarzyszącymi jej objawami. Zatem szczelina taka może powstać wskutek rzeźączki odbytnicy, wskutek wrzodów miękkich, twardych, wskutek lepieży sączących przy syfilisie wtórzanym, wskutek wrzodów gruźliczych, durowych, po biegunce krwawej,

¹⁾ Według wykładu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego dnia 3-go lutego 1905 r.

po biegunce krajów gorących, po biegunce, spowodowanej nadmiernem użyciem soli rtęciowych, po nadżerkach, wywołanych przesuwaniem się twardego kału, przez długie przebywanie kału w zaulkach błony śluzowej przy atonii jelit, wskutek uszkodzeń błony śluzowej pokniętymi twardymi ciałami obcymi, wskutek zabiegów operacyjnych lub w następstwie przypadkowych urazów. Rzadziej cierpienie to powstaje po pęknięciu pęcherzyka przy *herpes analis*, po wypryskach i zapaleniu różycowem skóry, otaczającej otwór stolcowy. Widzimy więc, że wszystkie zmiany anatomiczne błony śluzowej odbytnicy, które prowadzą do rozpulchnienia jej i do zdarć nabłonka, usposabiają do powstania szczeliny. Najczęściej jednak usposabiają do niej guzy krwawnicze wewnętrzne i większość szczelin odbytu u dorosłych [według QUENU i HARTMANN'a 70%—80%] powstaje u osób z guzami krwawniczymi; u kobiet natomiast najczęściej powstają szczeliny prawie bezpośrednio po odbytym porodzie. Jako typowe szczeliny odbytu bywają też uważane tylko owrzodzenia przyrody niezakaźnej, wywołane zastoiną kału, rozpulchnionymi guzami krwawniczymi i sprawą porodową. Tylko te ostatnie będą w dalszym ciągu niniejszej pracy omawiane.

Co do o b j a w ó w, podnieść muszę, że choroba ta sprawia niekiedy tylko krótkotrwałe dolegliwości, w innych przypadkach bóle po oddaniu stolca utrzymują się całymi godzinami, całymi dniami i nocami, tak, że nie tylko samo oddawanie stolca wywołuje bóle, ale napady bólów występują niezależnie od aktu defekacji. Stąd słuszny podział GOSSELIN'a na szczeliny o bólach znośnych i szczeliny o bólach nieznośnych: *fissures tolérantes et intolérantes* [GOSSELIN], *tolerables et intolerables* [według QUENU i HARTMANN'a].

Co do c h a r a k t e r u b ó l u, to ból ten porównywiają chorzy z uczuciem wypalania żelazem rozżarzonem, przyczem doznają nieznośnego uczucia zwierania się odbytu, co jeszcze ból potęguje. Ból starają się chorzy łagodzić okładami zimnymi lub gorącymi, oddalaniem od siebie obu pośladków, parciem na stolec lub przybieraniem najdziwaczniejszych pozycji. Czasami bóle powodują objawy zapadu lub kurczów ogólnych. W wielu przypadkach bóle przemieniają ku małej miednicy, ku pęcherzowi, powodując mimowolne moczenie albo zatrzymanie moczu. Przy dłuższym trwaniu cierpienia stan ogólny chorych podupada znacznie, chorzy są nadzwyczaj drażliwi i wpadają w zadumę. Niektórzy wstrzymują się umyślnie od stolca i opóźniają go, chcąc uniknąć nowych napadów bólu; inni oddają go wieczorem, ażeby zrana mózgiem oddać się pracy zawodowej ¹⁾, inni zażywają często olej rącznikowy, ażeby przez rozrzedzenie kału zmniejszyć ból. U małych dzieci szczelina odbytu zdradza swą obecność uporeczywem zaparciem stolca i niezwykłym niepokojem podczas oddawania stolca, który dzieci oddają nagle wśród wielkiego krzyku ²⁾.

¹⁾ Spostrzeżenie własne; por. przyp. XXXV.

²⁾ Według QUENU i HARTMANN'a (*Chirurgie du rectum*, t. I, str. 426), GAUTIER twierdzi, że skoro noworodek nie oddaje stolca codziennie, można u niego znaleźć zazwyczaj małą szczelinę odbytnicy.

Według K. SVEHLI [Praga] ¹⁾, szczelina odbytnicy powoduje u dzieci objawy podobne do objawów zapalenia stawu biodrowego: patognomiczne ułożenie kończyny, bolesność kończyny i kolana, bóle przy skręceniu (*rotatio*), a czasem bóle przy ucisku na krętarz wielki i piętę i wyrównawcze skrzywienie kręgosłupa. Wskutek zgięcia, przywodzenia i skręcenia w stawie biodrowym pośladki oddalają się od siebie i przez to tarcie szczeliny bywa zmniejszone. Wskutek uderzenia na krętarze i piętę, wstrząsa się pośladek i szczelina bywa narażona na uraz. Autor przytacza 5 przypadków; w jednym z nich wskutek fałszywego rozpoznania nałożono opatrunek gipsowy.

Przy b a d a n i u p r z e d m i o t o w e m znajdujemy na kilka mm. do 2 ctm. długie, podłużne, powierzchowne owrzodzenie—zazwyczaj w tylnej, rzadziej w bocznej lub przedniej fałdzie odbytnicy, które się rozpoczyna na brzegu błony śluzowej i sięga mniej lub więcej głęboko ku górze. Owrzodzenie to zajmuje zazwyczaj tylko błonę śluzową i miewa brzegi zaczerwienione i lekko wzniesione, dno szarawe, powierzchnię suchą, wydzielinę bardzo skąpą, a przytem krwawi łatwo. Zaznaczyć tu muszę, na co autorowie nie zwracają uwagi, że szczeliny bardzo bolesne (*fissures intolérantes*) mają cechy nieco odmienne, a mianowicie: odznaczają się nadzwyczajną bolesnością, bardzo twarłą podstawą i bardzo wybujałą ziarniną, sterczącą zazwyczaj w postaci twardego, sino-czerwonego guza.

Jako p r z y c z y n ę b ó ł ó w i k u r c z ó w uważali osobiście autorowie angielscy [HILTON] obnażenie zakończeń nerwowych gałązek na powierzchni wrzodu. Przepuszczenie to zbili QUENU i HARTMANN ²⁾ na podstawie badań histologicznych preparatów szczeliny odbytu, uzyskanych przez wycięcie.

Badania te wykazały, że w dniu owrzodzeń tych nie można nigdy znaleźć obnażonych zakończeń nerwowych, a jedynie zmiany zapalne w tkankach otaczających włókna nerwowe, które leżą pod powierzchnią wrzodu; natomiast bardzo często znajdowali wspomnieni badacze zmiany zapalne w samym nerwie (*névrite interstitielle péri-et intrafasciculaire*). Skurcze zwieracza należy sobie zatem tłómaczyć, jako s k u r c z e o d r u c h o w e, wywołane zapaleniem nerwów czuciowych, leżących pod dnem owrzodzenia, t. j. pod błoną śluzową odbytnicy. Bóle w kiszce stolcowej muszą być silniejsze, a odruchy częstsze przy szczelinach t. zw. *intolérables*.

Wreszcie muszę wspomnieć, że obserwowano objawy szczeliny odbytu bez obecności szczeliny (*fissura ani sine fissura*, BOYER). Zdaje się że w przypadkach tych albo wskutek znacznego skurczu lub bolesności, albo wreszcie wskutek niedokładnego badania nie znaleziono szczeliny, która w tych przy-

¹⁾ K. SVEHLA [Praga]. Nowy objaw szczeliny odbytu u dzieci. Sbornik klinický. Roznik III, zes. 2 i referat w Zentralbl. f. Chir. 1902. N. 11, str. 309.

²⁾ l. c.

padkach musiała ograniczać się do zdarć nabłonka, albo być bardzo nieznaczna; wreszcie możliwem jest, że w przypadkach tych chodziło o czystą neuralgię¹⁾.

Co do leczenia tego cierpienia, to tylko w szczelinach małych o bólach znośnych spodziewać się można wyleczenia bez zabiegu chirurgicznego przez uregulowanie dietyty, stosowanie środków kojących bóle, maści antyseptycznych lub tuszowania lapisem. Jeżeli takie leczenie zawiedzie, należy leczyć cierpienie to drogą operacyjną. Tu rywalizują ze sobą właściwie trzy metody: przecięcie dna szczeliny [BOYER], wycięcie szczeliny [JOBERT de LAMBALLE] i rozszerzenie forsowne zwieracza odbytncy [RÉCAMIER].

1. Nacięcie szczeliny, sposób leczenia, skierowany głównie ku zniesieniu skurczu zwieracza, wymyślił BOYER w r. 1818. BOYER wprowadzał na palcu bistur gąłkowaty i przecinał nim nie tylko szczelinę, ale i całą grubość jelita, oba zwieracze, tkankę podskórną i skórę, w przypadkach zaś cięższych przecinał zwieracze po obu stronach szczeliny, pomijając samą szczelinę. Ponieważ zabieg ten powodował często krwotoki, zakażenie albo całkowitą niedomykalność odbytncy, zaczęto metodę tę modyfikować.

I tak, DUPUYTREN we Francyi, a COPELAND w Anglii wprowadzili częściowe nacięcie, t. j. przecięcie tylko dna szczeliny i powierzchownych warst zwieracza. Sposób ten znalazł zwolenników w Anglii i w Niemczech [ES MARCH, ALLINGHAM, H. SMITH, HARRISON CRIPPS i inni]. JULES GUERIN w Paryżu i BRACHET w Lyonie podali prawie równocześnie około roku 1840 przecięcie podśluzowe zwieracza, metodę, nazwaną później *myotomia subcutanea ani*, polegającą na wprowadzeniu podskórnem tenotomu i przecięciu podskórnem zwieracza bez uszkodzenia błony śluzowej. Metodę tę polecali później DEMARQUAY, BLAUDIN i inni we Francyi, FRANK zaś w Niemczech. Sposób ten dawno zarzucono, ponieważ przekonano się, że powoduje znaczne wynacynienia, przechodzące łatwo w ropienie.

Metoda częściowego nacięcia z powierzchownem przecięciem zwieracza ma jeszcze dotychczas wielu zwolenników w Anglii i w Niemczech.

2. Wycięcie szczeliny wprowadził JOBERT de LAMBALLE; metoda ta polega na wycięciu całego dna wrzodu; oddawała dobre usługi autorowi samemu, później polecał ją NARBONNE; jednak SÉDILLOT i CHASSAIGNAC potępilli ją wkrótce, jako nieumiejętną.

3. Rozszerzenie odbytncy forsowne zapomocą palców polecił pierwszy RÉCAMIER w r. 1838. Rozszerzenie odbytncy forsowne poprzedziły atoli sposoby powolnego i stopniowego rozszerzania odbytncy zapomocą *bougies* i tamponów. Sposobu powolnego rozszerzania odbytncy używali we Francyi: BÉCLARD, MARJOLIN, DUBOIS i RICHERAND, w Anglii używał go COPELAND; jednak najpierw VELPEAU, a później CHASSAIGNAC na podstawie własnych prób ostro go potępilli, a mianowicie z powodu nadzwyczajnej

¹⁾ Porównaj F. ESMARCH: Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters. Deutsche Chirurgie. 1887. Z. 48, str. 150.

bolesności i złych wyników. Rozszerzenie forsowne odbytu RÉCAMIER'a natomiast zyskało wkrótce wielu zwolenników we Francji i wnet też powstały różne modyfikacje tego sposobu. RÉCAMIER używał do rozszerzania obu palców wskazujących, którymi wykonywał niejako mięsienie błony śluzowej. MAISONNEUVE polecał wprowadzać stopniowo wszystkie palce, a nawet całą rękę, którą zamykał w pięść, NÉLATON polecał wprowadzać oba wielkie palce i rozciągać nimi odbytnicę, aż palce oprą się o kości siedzeniowe. Wszystkie modyfikacje metody RÉCAMIER'a porzucono, jako niebezpieczne i nieumiejętne, natomiast zaczęto zamiast palców używać dilatatorów [BOUTEILLER, DUCHESNE, VALETTE, DEGRANGE, TRÉLAT]. Specjalny rozwieracz, podany przez TRÉLAT'a, zyskał we Francji wielu zwolenników i jeszcze obecnie poleca go POTHERAT ¹⁾, jak również MONOD i VANVERTS ²⁾.

Chirurdzy amerykańscy przyjęli przeważnie metodę RÉCAMIER'a; H. AGNEW ³⁾ wykonywa rozszerzenie zwieracza i równocześnie przecina dno wrzodu. BERNARD PITTS ⁴⁾ [Londyn] poleca forsowne rozszerzenie w zwykłych przypadkach, natomiast w uporczywych, przewlekłych, przy stwardnieniu owrzodzenia poleca całkowite wycięcie szczeliny.

Dopiero w nowszych czasach nastąpił pewien zwrot w zapatrywaniu chirurgów niemieckich na metodę RÉCAMIER'a. I tak GUSSENBAUER ⁵⁾ występuje jako gorący zwolennik tej metody; I. ROTTER ⁶⁾ z Berlina daje jej również pierwszeństwo i poleca uciekać się do zabiegów krwawych [powierzchnowe lub głębokie przecięcie szczeliny] tylko wraz z zawodu po rozszerzeniu. Natomiast CZERNY ⁷⁾ poleca wycięcie szczeliny i zeszcycie szczytu rany w błonie śluzowej ze szczytem, leżącym na granicy skóry, następnie zakłada 2 — 4 szwy środkowe. W 6 u przypadkach tak operowanych miał bardzo dobre wyniki.

KATZENSTEIN ⁸⁾ osiągnął dobre wyniki po stosowaniu miejscowem ichtyolu. Wkłada on w szczelinę waciki, napojone następującą mieszaniną: *Extract. Belladon. 0,5, Cocain. muriat. 0,05, Ammon. sulfoichthyol. ad 6,0*. Waciki wkłada się raz lub dwa razy dziennie przez 8—14 dni, poczem ma nastąpić zabliznienie szczeliny.

¹⁾ Traité de chirurgie, publié sou la direction de DUPLAY et RECLUS. T. VII, str. 154.

²⁾ MONOD, VANVERTS. Traité de technique opératoire. Paryż. 1902. T. II, str. 333.

³⁾ D. HAYES AGNEW. Principles and Practice of Surgery. II Wydanie. Philadelphia. 1889. T. I, str. 513.

⁴⁾ BERNARD PITTS. Remarks on the surgery of the rectum. Lancet. 1895, Maja 18, str. 1234.

⁵⁾ GUSSENBAUER. Ueber die Behandlung der Fissura ani. Wiener klin. Woch. 1902. N. 2, str. 31.

⁶⁾ Handbuch der praktischen Chir. 1901. T. II, Z. II, str. 38.

⁷⁾ V. CZERNY. Zur Behandlung der Fissur und des Vorfalles des Mastdarmes. Beiträge zur klin. Chir. T. XXXVII. Z. III.

⁸⁾ KATZENSTEIN. Die Behandlung der Fissura ani. Therapie der Gegenwart. 1903. N. 12.

Wreszcie wspomnieć muszę, że w ostatnich czasach ZIMMERN i LAQUERRIÈRE ¹⁾ użyli w celu leczenia szczeliny odbytu prądów ARSONVAL'a z dobrym wynikiem.

Podczas moich studyów widziałem zastosowanie kilku metod operacyjnych przy szczelinie, przekonałem się jednak, że pierwszeństwo należy oddać forsownemu rozszerzeniu odbytu podług RÉCAMIER'a. Dlatego od szeregu lat stosuję tę metodę, tak w praktyce poliklinicznej, jak i prywatnej, i na podstawie własnego doświadczenia uważam ją jako operację wyboru.

W celu uzyskania większej liczby przypadków w ten sposób leczonych, w kilkunastu przypadkach wykonałem ten zabieg na chorych przychodnich bez poprzedniego przygotowania ich na operację, zupełnie niespodzianie bez narkozy, przytem używałem silnego roztworu kokainy jedynie do znieczulenia wrzodu, ażeby mózdz bez bólu wprowadzić najpierw jeden, a później dwa palce wskazujące do odbytnicy. Wyniki były w tych przypadkach równie dobre, jak i po rozszerzeniu, wykonanem w narkozie. Ból podczas rozszerzenia bez narkozy bywał znaczny, ale trwał zaledwie kilka sekund i chorzy popadali zazwyczaj w lekkie omdlenie, jednak ból, powodowany szczeliną, ustawał prawie natychmiast, pierwszy stolec bywał niebolesny, a zabliznienie szczeliny następowało zazwyczaj już w tydzień po operacji. Jeżeli operację wykonywano w narkozie, podawano zazwyczaj w przededniu operacji olej rącznikowy, a w dniu operacji przepłukiwano odbytnicę słabym roztworem kwasu salicylowego, lysolu lub 4%-ym roztworem kwasu bornego. Operację wykonywałem albo w głębokiej narkozie chloroformowej, albo w narkozie bromkiem etylu, albo wreszcie chlorkiem etylu (*kelen*). Jakkolwiek najwygodniej jest operację tę wykonywać w głębokim uspieniu chloroformowem, to jednak ze względu na krótki bardzo czas trwania operacji bromek etylu, a osobliwie *kelen* ²⁾ bardzo dobrze się do narkozy przy tej operacji nadaje.

Zaznaczyć tutaj muszę, że przy uspieniu, a osobliwie chloroformowem, nie należy przystępować do operacji, jeśli narkoza nie jest zupełna, ze względu na możliwy wtedy skurecz głośni lub zapad (*syncope*), przypadki, które mogą się zakończyć śmiercią, zwłaszcza przy tym zabiegu. Na pierwszy objaw, szczególnie przy tej operacji, zwrócili uwagę już dawniejsi autorowie, a w najnowszych czasach GUSSENBAUER ³⁾. Przed zapadem ostrzegają osobliwie autorowie francuscy, a między innymi LE FORT ⁴⁾. LE FORT i inni mieli właśnie z tego powodu przypadki śmiertelne; LE FORT idzie tak daleko, że radzi nawet uprzedzać rodzinę,

¹⁾ Le traitement par l'électricité de la fissure douloureuse à l'anus (fissure sphinctérale-gique). La Presse méd. 1901. N. 50.

²⁾ O wartości narkozy chlorkiem etylu przy krótkotrwałych operacjach pomówię na innym miejscu.

³⁾ l. c.

⁴⁾ I. F. MALGAINÉ, LÉON LE FORT. Manuel de médecine opératoire. 8 Wyd. Paryż. 1877. I część str. 103 i II część str. 438.

że przy narkozie właśnie wobec tej operacji wydarzają się przypadki śmierci. W każdym razie należałoby wykonywać rozszerzenie przy narkozie chloroformowej dopiero po zupełnym zwiótczeniu zwieracza, skoro palec, wprowadzony do odbytnicy, nie czuje już żadnych odruchów i skoro odruchy rogówkowe już ustąpiły. W swoich przypadkach ani wybitniejszego skurczu głośni, ani zapadu nie zauważyłem.

Ze względu na możliwe naddarcie dna lub sąsiedztwa szczeliny podczas rozszerzenia i możliwe zakażenie rany, lepiej jest podawać środek przeczyszczający (*ol. ricini*) w przededniu operacji i przepłukać odbytnicę przed operacją rozczynek lysolu, kwasu bornego, salicylowego, lysoformu lub dwutlenku wodoru.

Technika operacji jest nadzwyczaj prosta. W położeniu chorego do cięcia na kamień lub w położeniu bocznym wprowadza się najpierw jeden, następnie drugi palec wskazujący powyżej zwieracza do odbytnicy, zwraca się je do siebie grzbietem i powoli oddala się je od siebie w kierunku poziomym, aż uczuje się lekkie trzeszczenie, jako wyraz, że włókna zwieracza zostały naddarte. Jeżeli palec wskazujący, wprowadzony do odbytnicy, natrafia jeszcze na pewien opór zwieracza, co jest dowodem, że zwieracz odbytu nie naddarł się dostatecznie, to zwracamy palec w kierunku pionowym i oddalamy je od siebie w tym kierunku, przyczem czujemy ponowne trzeszczenie wskutek naddarcia nowych włókien zwieracza. Po należytem wykonaniem rozszerzenia, palec daje się bez doznania oporu wprowadzić do odbytnicy, odbytnica jest dość szeroko otwarta, a istniejące guzy krwawnicze wypadają nieco i występują na zewnątrz. Odbytnicy nie należy jednak zbyt rozszerzać, aż do zupełnego przedarcia całego mięśnia zwieracza, t. j. do możności swobodnego oparcia palców wprowadzonych na kościach siedzeniowych; rozszerzenie wykonywamy do tego stopnia, aż nie doznajemy żadnego oporu kurczącego się zwieracza. Przy zbyt niem rozszerzeniu zwieracza może nastąpić zupełne i trwałe porażenie zwieracza z bardzo nieprzyjemnymi następstwami. Również przestrzedz muszę przed użyciem rozwieracza, poleconego przez TRÉLAT'a specjalnie do rozszerzenia odbytnicy wobec szczeliny, z powodu występującego po jego użyciu dłużej trwającego porażenia zwieracza, powodującego *incontinentiam alvi* — jak się o tem mogłem przekonać w jednym przypadku, przez kogo innego operowanym.

Po rozszerzeniu czują chorzy wprawdzie ból przez godzinę lub dwie, ale ból ten jest odmienny od bólu spowodowanego szczeliną, jest on wywołany urazem i nie powoduje uczucia pieczenia i skurczu. Szczelina po tym zabiegu goi się szybko, nawet bez opatrunku. Zwykle jednak tamponujemy lekko ranę gazą jodoformową lub airołową, choremu polecamy przez kilka dni płynną dyetę, po każdym oddaniu stolca polecamy przemywanie otworu stolcowego roztworem kwasu bornego lub salicylowego, a na szczelinę stosujemy opatrunki z maści bornej lub lapisowej. W kilka dni po operacji występują zazwyczaj małe wynaczynienia w postaci sinców naokoło odbytu w następstwie urazu, zadanego operacją, które wkrótce ustępują. Tylko w małej odsetce przypadków występuje małe naddarcie błony śluzo-

wej w przedłużeniu szczeliny lub sama szczelina naddziera się nieco przez rozszerzenie, mimo to szybko — zazwyczaj w przeciągu tygodnia — następuje zablźnienie tak naddarć, jak i szczeliny. Porażenie zwieracza utrzymuje się po prawidłowo wykonanej operacji tylko przez kilka dni, poczem domykalność jego wraca do stanu prawidłowego. Pierwszy stolec, który chorzy oddają zazwyczaj w 2 — 3 dni po operacji wskutek podawania wyłącznie pokarmów płynnych i następne stolce, bywają zupełnie niebolesne.

W jaki sposób forsowne rozszerzenie zwieracza odbytnicy działa tak korzystnie i przyczynia się do szybkiego zablźnienia szczeliny, nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnione.

QUENU i HARTMANN w celu przekonania się, jakiego rodzaju zmiany powstają w mięśniu zwieracza odbytnicy wskutek rozszerzenia, wykonali szereg doświadczeń na psach. W głębokiej narkozie chloroformowej rozszerzali odbytnicę palcami u 7-u psów różnej wielkości, podobnie jak to się wykonywa u człowieka w celu leczenia szczeliny odbytu. Zmiany, znalezione przez nich, ograniczały się do wynaczyń w błonie śluzowej i podśluzowej odbytnicy. Kurczliwość mięśniowa powracała już w $\frac{1}{2}$ godziny po operacji, a po upływie 72-u godzin od zabiegu już zupełnie była prawidłowa. Pobudliwość nerwów zwieracza jest utrzymana. Po stwardzeniu mięśnia wyciętego, zatopieniu go w parafinie i sporządzeniu cięć, nie mogli autorowie ci histologicznie wykazać jakichkolwiek zmian widocznych. Na podstawie tego punktu i po stwierdzeniu, że własności fizyologiczne mięśni są utrzymane, tłómaczą sobie autorowie ci korzystny wpływ forsownego rozszerzenia w ten sposób. Nie działa ono miejscowo na odbytnicę, tylko na rdzeń pacierzowy na pewną odległość; poraża mianowicie ośrodek odbytnicowo pacierzowy (*centrum ano-spinale*) za pośrednictwem nerwów czuciowych na drodze odruchu przez nagłe podrażnienie tych nerwów. Ten sposób tłómaczenia wydaje im się tem bardziej prawdopodobnym, ponieważ u osób, nawet głęboko uśpionych zapomocą chloroformu, można przez nagłe wprowadzenie palców do odbytnicy wywołać nadzwyczaj gwałtowny skurcz wdechu, któremu zawsze towarzyszyły skurcz głośni, a często i skurcze ogólne. Również jako odruch należy uważać krótkotrwałą atonię pęcherza po wszystkich operacjach, wykonanych na odbytnicy.

Więcej prawdopodobieństwa ma tłómaczenie działania forsownego rozszerzenia odbytu, podane przez VAN BUREN'a ¹⁾ i do którego przyłącza się także BALL ²⁾ w Anglii, a mianowicie, że rozszerzeniem wywołuje się naciągnięcie nerwów czuciowych i że naciągnięcie to działa podobnie, jak przy rwie kulszowej naciągnięcie nerwu kulszowego. QUENU i HARTMANN twierdzą, że tłómaczenie VAN BUREN'a jest mylne, ponieważ bóle nie bywają zupełnie zniesione i ponieważ samo rozszerzenie odbytu nie może w tym stopniu naciągnąć nerwów czuciowych, jak to bywa przy naciąganiu nerwu kulszowego. Przeciw zdaniu QUENU i HARTMANN'a przemawia — według mojego zapatrywania — to, że włókna

¹⁾ Transactions of the New-York Academy of medicine T. II, str. 180.

²⁾ British medical Journal. 1891. T. II, str. 583.

nerwowe, zaopatrujące dno szczeliny, są bardzo cienkie i delikatne i że zatem dostateczne naciągnięcie ich przy rozszerzeniu musi nastąpić, że przez rozszerzenie włókna te, będące, według twierdzenia samych QUENU i HARTMANN'a, w stanie zapalnym (*névrite interstitielle péri- et intrafasciculaire*), i tkanki otaczające je przez porażenie zwieracza muszą być zwolnione od ucisku. Wreszcie wiemy, że każdemu zapaleniu nerwów i tkanek otaczających nerwy (*neuritis et perineuritis*) towarzyszy przekrwienie czynne, że naczynia tych nerwów są rozszerzone, że bardzo często towarzyszy także przekrwienie bierne. Jeżeli uwzględnimy, że większości przypadków szczeliny towarzyszą guzy krwawnicze wewnętrzne, i że po rozszerzeniu odbytu odpływ z żył krwawniczych bywa ułatwiony, wskutek czego guzy maleją i przestają krwawić, to i zmniejszenie przekrwienia biernego w sąsiedztwie szczeliny przyczyniać się musi do szybkiego ustępowania objawów *neuritidis*.

[C. d. n.]

II. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY ODDZIALE DRA KRAJEWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Przyczynek do badań nad florą nowotworów złośliwych.

Podał

Leon Karwacki.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 19].

W ciągu 2-miesięcznych przeszczepień własności szczepu III uległy pewnym zmianom. Szczep ten daje obecnie bujniejszy rozrost na agarze i wyglądem osadu zaczyna zbliżać się do odmian I, IV i V. Osady już poczynają się zlewać, wytwarzając szaro-biały nalot. Równocześnie z tą cechą szczep III zwiększył swą wrażliwość aglutynacyjną i zaczyna się aglutynować i pod wpływem surowic nieswoistych.

Dzięki uprzejmości dra DOYEN'a, który mi przysłał trochę swojej surowicy „przeciwnowotworowej“, mogłem wykonać szereg prób aglutynacyjnych i ze swoistą surowicą zwierzęcą. Otóż stwierdziłem, że surowica ta aglutynuje jego obydwie szczepy i moje I, IV i V po 24-ch godzinach aż do rozcieńczenia 500, prawidłowa zaś surowica końska—surowice przeciwgruźlicza i przeciwdurowe tylko do rozcieńczenia 50.

Szczep II daje obecnie w hodowli sedymentację samoistną i z tego względu do doświadczeń się nie nadawał, szczep zaś III dawał opad z surowicą DOYEN'a przy rozcieńczeniu 2000, ze zwykłą zaś surowicą końską aż do rozcieńczenia 500. Szczep VI surowica DOYEN'a aglutynowała przy rozcieńczeniu 1000, surowica zaś końska prawidłowa tylko przy rozcieńczeniu 25.

Aglutynacja swoista jest dla mnie niewątpliwym dowodem chorobotwórczego oddziaływania ziarników. Czy zgodzimy się z DOYEN'em, że te drobno-ustroje są sprawcami nowotworów, czy — jak mnie się wydaje, — że są one raczej stałym powikłaniem nowotworów złośliwych, przyjąć należy, że w zatruciu, występującem w przebiegu spraw nowotworowych, ich oddziaływanie chorobotwórcze gra rolę znaczną. Z tego względu terapia nowotworowa powinna się z nimi liczyć.

Zwalczanie ziarników może być prowadzone albo drogą seroterapii, albo drogą uodporniania ustroju zapomocą swoistych protein. Nie posiadając w dostatecznej ilości surowicy, zacząłem próby z uodpornianiem czynnem w kilku przypadkach, nie nadających się do leczenia chirurgicznego. Jakie będą wyniki lecznicze, nie mogę jeszcze zawyrokować. Uderzyły mnie jednak pewne skutki uodporniania, które przemawiają za rolą chorobotwórczą ziarników. Po pierwsze, po zastrzyknięciu szczepionki, składającej się z zabitych pasażów, występuje zazwyczaj podniesienie ciepłoty w granicach $0,3^{\circ}$ — $1,0^{\circ}$ bez objawów jakiegokolwiek miejscowego odczynu.

Po drugie, po kilku zastrzyknięciach w ognisku nowotworowem występują objawy zapalne w postaci rozlanego nacieczenia, zacierającego obrisy guza. Po kilku dniach stan zapalny znika, guzy zaś się zmniejszają.

Fakty te — powtarzam — przytaczam jedynie ze względów patogenetycznych. Wyniki zaś lecznicze ogłoszę dopiero po dłuższej obserwacji i po zwiększeniu materiału kazuistycznego.

Do której ze znanych rodzin pasożytniczych należy włączyć owe ziarniki?

Z paciorkowcami łączy je układ łańcuszkowaty, występujący bardzo wybitnie w starych hodowlach bulionowych. Jedynie szczep VI stanowi pod tym względem wyjątek. Szep ten jednak pochodzi z przypadku nowotworu owrzodzonego i aczkolwiek wyhodowany został z ogniska przerzutowego, powinien być traktowany, jako pasożyt raczej przypadkowy. Od paciorkowców różnią się jednak kompletnie wyglądem hodowli na agarze, wzrostem na kartoflu i żelatynie. Te ostatnie własności pozwalają zaliczyć pasożyty do rodziny gronkowców w charakterze grupy autonomicznej o zupełnie określonych cechach biologicznych.

Ponieważ wyhodowane przeze mnie szczepy przedstawiają pewne różnice, powstaje pytanie, czy wszystkie te szczepy można zaliczyć do jednej wspólnej grupy. Wydaje mi się, że tak, a to na tej podstawie, że różnice pomiędzy nimi nie są natury jakościowej, lecz ilościowej i że w szczepie III różnice te w ciągu 2-miesięcznego pobytu na pożywkach sztucznych powoli zacierają się. Streszczając wyniki posiewów, zanotowałem, że często nie otrzymywałem hodowli właściwej, lecz w centryfugowanym osadzie wykrywa-

tem ziarniki drobnowidzowo, dalej, że udało mi się otrzymać hodowlę w kolbce z guzem, lecz dalsze przeszczepiania nie powiodły się. Fakty te dowodzą, że w guzach możemy spotykać ziarniki o różnej zdolności wegetacyjnej, co oczywiście wpływa na wyniki i cechy hodowli w dalszych przeszczepieniach.

Odmiana VI jest, jak gdyby ogniwem pośrednim między grupą ziarników, spotykanych w nowotworach, a gronkowcem białym. Pokrewieństwem swym z saprofitami skóry ludzkiej i ziarnikami, znajdującymi się w nowotworach, wyjaśnia ona do pewnego stopnia pochodzenie owych drobnoustrojów i drogi przedostawiania się ich do organizmu.

W literaturze znalazłem wzmiankę o ziarnikach, układających się w dwoniki, rosnących wolno na agarze glicerynowym w postaci szarych na wół przezroczystych osad, zlewających się w nalot. Nalot przy zbieraniu igłą platynową ciągnie się. Ziarniki rosną dobrze w mleku, nie zmieniając jego odczynu. Drobnoustrój ten najzupełniej przypomina mój szczep II, a był znaleziony w łuskach skórnych, na błonie śluzowej, we krwi [nie wskazana technika posiewu] u chorych na płoniec. CLAES, który, go wykrył, uważa go za czynnik przyczynowy płonicy. Pomijam ten ostatni szczegół, zaznaczam tylko, że ziarniki o typie zbliżonym [jeżeli nie identycznym] do znajdujących w nowotworach, mogą istnieć na skórze ludzkiej prawidłowej i chorej.

W pewnych warunkach ziarniki mogą przedostawać się do krwiobiegu. CLAES stwierdził, że w krwiobiegu jednak mogą istnieć tylko przez czas krótki, potem zaś giną, jak CLAES mniema, wskutek swoistych własności krwi.

Drugie spostrzeżenie w tym kierunku przytacza DOYEN. U chorej, nie przedstawiającej żadnych oznak poczynającego się nowotworu, powstał bez widocznego powodu wyciek z brodawki sutkowej. W wycieku tym DOYEN znalazł w czystej hodowli swoje ziarniki.

Otóż wydaje mi się prawdopodobnem przypuszczenie, że różne odmiany saprofitów skórnych z rodziny gronkowców, przedostając się do pewnej kategorii guzów bądź drogą krwiobiegu, bądź przez uszkodzoną skórę z sąsiedztwa, osiedlają się w nich. Pasożytnicze oddziaływanie ich może wpływać zarówno na dalszą ewolucję guza, jak i na los całego ustroju.

Pasożytniczy sposób życia — drogą przystosowania się — zmienia do pewnego stopnia własności biologiczne owych drobnoustrojów. Stąd przy posiewach guzów otrzymujemy pewne różnice w hodowlach. Czy to powikłanie nowotworów, które można upodobnić do zakażenia mieszanego w sprawach infekcyjnych, jest swoistem, i czy inne rodziny drobnoustrojowe nie mogą wpływać w ten sam lub podobny sposób, o tem mogą zawyrokować dalsze badania bakteryologiczne, podjęte na ogromnym materiale nowotworowym.

Obecnie jednak stałość wyników, otrzymanych przy posiewach, badania aglutynacyjne i wyniki uodporniania pozwalają uważać ziarniki DOYEN'a za powikłanie swoiste nowotworów z silnie wyrażonemi cechami chorobotwórczemi. Być może, że cała „złośliwość“ pewnych nowotworów, warunku-

je się oddziaływaniem ziarników, jest to jednak tylko przypuszczenie, a już całkiem niemożliwym jest przyjęcie wyłącznie *in verba magistri* całej teorii o przyczynowej roli ziarników w powstawaniu nowotworów złośliwych.

Z tego względu proponowałbym zmienić zbyt sugestywną i przedwczesną nazwę „*micrococcus neoformans*“, którą ochrzcił DOYEN swoje ziarniki, na „*micrococcus Doyeni*“.

Jeszcze mniej wiemy o roli komórek drożdżowych, spotykanych w nowotworach, chociaż literatura tego działu jest wcale pokaźna [SANFELICE, RONCALI, CORSELLI i FRISCO, PLIMMER, LEOPOLD, WŁAJEW, WEDELER i wielu innych]. LEOPOLD twierdzi, że udało mu się otrzymać nowotwory złośliwe u szczurów drogą zakażenia czystą hodowlą. Inni badacze otrzymywali wyłącznie ziarniniaki.

BROUHA badał surowice chorych z nowotworami na ciała swoiste dla komórek drożdżowych, i doświadczenia jego, zarówno jak i kilka moich, wypadły ujemnie.

Już po napisaniu obecnej pracy wyhodowałem jeszcze jedną odmianę ziarników o czystym typie DOYEN'owskim z przypadku nowotworu złośliwego, oprowanego na oddziale dra SAWICKIEGO. Dokładnych wiadomości histologicznych o guzie nie posiadam. Ziarniki te [szeczek VII] dają wyraźny kożuszek na bulionie glicerynowym wraz z ogólnym zmętnieniem płynu. Na agarze zwykłym i glicerynowym dają lepką patynę; żelatynę rozpuszczają w ciągu 5-u dni. Na kartoflu rosną w postaci wilgotnego bezkolorowego nalotu. Mleko ścinają zupełnie po 4-ch dniach.

Stwierdziłem dalej, że lepkość hodowli u szczepów I, IV i V nie jest cechą stałą: znika bowiem po 5—6-u przeszczepieniach na agar zwykły i powraca znowu, jeżeli ziarniki hodować na podłożach glicerynowych.

L I T E R A T U R A .

- SCHUELLER. Die Parasiten im Krebs und Sarkom des Menschen. Jena 1901.
SCHUELLER. Parasitäre Krebsforschung und der Nachweis der Krebsparasiten am Lebenden. Berlin. 1903.
LUBARSCH. Pathologische Anatomie und Krebsforschung. Wiesbaden. 1902.
SANFELICE. L'azione patogena dei blastomiceti. Ann. d'igiene sper. 1903.
LEOPOLD. Untersuchungen zur Aetiologie des Carcinoms und über die pathogenen Blastomyeten. Archiv für Gynäkol. 1900.
PLIMMER. On the etiology and histology of cancer with special reference to recent works on the subject. The Practitioner, 1899.
BRA. Le cancer et son parasite. Paris. 1900.
BOURGINON. Formes microbiennes du muguet. Soc. de biol. 18.II. 1905.
DOYEN. Le micrococcus néoformans et les néoplasmes. Paris. 1903.
CLAES [cytowany w Presse méd. 1903].
BROUHA. Sur les propriétés du sérum des cancéreux au point de vue des anticorps des levûres. Centr. für Bakt. 1901.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

72. Mikulicz. Znaczenie promieni Roentgen'a dla chirurgii.

Niezapreczone usługi, jakie wyświadczyły promienie ROENTGEN'a chirurgii, ujawniły się wogóle w trzech kierunkach, których zresztą, nie można ściśle ograniczyć jeden od drugiego.

1. Przedewszystkiem promienie ROENTGEN'a stały się środkiem pomocniczym, dzięki któremu rozpoznanie wiadomych już stanów chorobowych zyskało na wyrazistości i dokładności.

2. Promienie ROENTGEN'a umożliwiły zapoznanie się z takimi zjawiskami patologicznymi, które pierwiej były dla nas zupełnie nieznanymi, lub o których mieliśmy zaledwie niejasne pojęcie.

3. Przez udoskonalenie dyagnostyki promienie ROENTGEN'a wywarły dodatni wpływ i na leczenie, zarówno pośredni, jak i bezpośredni, jakkolwiek pod względem czysto leczniczym promienie te wzbogaciły inne działy medycyny, przeważnie choroby skórne.

Przechodząc do poszczególnych działów chirurgii, na pierwszym miejscu w tym względzie należy umieścić złamania i zwichnięcia. Wprawdzie rozpoznawanie tych przypadków jeszcze przed odkryciem ROENTGEN'a osiągnęło wysoki stopień rozwoju, pewne jednak szczegóły mogą być ujawnione tylko przy zastosowaniu rentgenizacji. Na przykład, rozpoznać na kości udowej dobrze umiejscowionych lub tłych osobników kierunek linii złamania — poprzecznie, skośnie, wężykowaty — z zupełną pewnością, jest rzeczą niezmiernie trudną bez użycia promieni ROENTGEN'a. A wszak chodzi tu nie tylko o stronę teoretyczną danego przypadku, lecz i o praktyczną, bo jest rzeczą wiadomą, że trudności leczenia i rakowanie w złamaniach uda i goleni wiele zależą od przebiegu linii złamania. Wartość nowej metody zwiększa się jeszcze w analogicznych przypadkach, dotyczących części szkieletu, do których dostęp z powodu warunków topograficznych jest utrudniony, jak np. kręgosłup, miednica i t. d. Atoli wartość praktyczna rentgenografii nie sprowadza się tylko do ustalenia szczegółów świeżego złamania, stosuje się ją bowiem często w celu kontroli przeprowadzonego leczenia; ma to wartość szczególnie w pierwszych dniach leczenia, gdy mimowolny błąd daje się łatwo jeszcze naprawić. Również w czasie nakładania opatrunku można kontrolować ustawienie odłamów i odpowiednio zmienić opatrunek. Po ukończeniu zaś leczenia złamania prześwietlanie daje pojęcie o wartości czynnościowej zrosniętej kości. Dotychczas była mowa o podskórnych złamaniach; i to samo jednak dotyczy i złamań powikłanych, otwartych, a głównie postrzałowych, szczególnie gdy kość została potrzaskana w liczne kawałki.

Mniejszą wartość posiada rentgenografia przy zwichnięciach, ponieważ ich objawy są tak jasne i typowe, że rozpoznanie nie nasuwa żadnych trudności; w jednej jednak kategorii zwichnięć rentgenografia jest bezwarunkowo konieczna, a mianowicie w tych wszystkich zwichnięciach, które wiktają się często złamaniami częściowymi końców stawowych; pomienione powikłania przy pierwotnym obrzęku stawu łatwo przeoczyć, gdy tymczasem one mają rozstrzygające znaczenie dla leczenia i rokowania; dotyczy to głównie stawu łokciowego. Nie można też pominąć milczeniem wartości rentgenizacji dla rozpoznania i leczenia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego, ponieważ jedynie tą drogą możemy rozpoznać, czy kostne części składowe stawu są dobrze rozwinięte, czy też zniekształcone.

Z pośród chorób kości i stawów, których poznanie dokładne należy zawdzięczać rentgenografii, pierwsze miejsce zajmuje gruźlica; na szczególną uwa-

gę zasługuje fakt, że rentgenogram umożliwia nam rozpoznanie większych martwaków, które nie stanowią rzadkości w gruźlicy, jak powszechnie mniemają. Pewne stwierdzenie takiego martwaka daje nam wskazanie do operacji, choćbyśmy chcieli ograniczyć się do zachowawczego leczenia danego przypadku. Również wielką wartość posiada rentgenografia dla rozpoznawania różniczkowego cierpień kości i stawów (np. *coxitis tuberculosa* — *coxa vara*, *omarthritus rheumat. chron. — tuberculosa*). O ile w ostrych przypadkach zapalenia szpiku kostnego rentgenografia niewiele może pomóc w rozpoznaniu, o tyle znów daje ona wyraźne, niekiedy nadzwyczaj znamienne obrazy postaci przewlekłych tego cierpienia, jak również często trzeciorzędowych cierpień syfilitycznych kości i stawów. Autor przypuszcza, że z czasem dadzą się ustalić niezawodne cechy rozpoznawcze syfilisu stawów zapomocą rentgenografii. Charakterystyczne obrazy zmian kości wykrywa ta metoda w zapaleniu stawów zniekształcającem, chorobie stawów w wiaździe rdzenia, jamistości rdzenia (*syringomyelia*) i oddaje pierwszorzędne usługi w rozpoznaniu myszek stawowych, następnie — w rozpoznaniu wszelkiego rodzaju guzów kostnych, szczególniej złośliwych, które na rentgenogramie wybitnie różnią się od guzów łagodnych; w rozpoznawaniu zmięknienia kości (*osteomalacia*), różnych postaci krzywicy dziecięcej i późnej, szczególniej zaś objawów ostatniej: kolana koślawego i szpotawego (*genu valgum*, *g. varum*) i biodra szpotawego (*coxa vara*); nakoniec, rozmaite wrodzone i nabyte zniekształcenia i braki kostne [*polydaktylia*, *syndaktylia*, stopa chinki i t. d.]. Są jeszcze dwie grupy uszkodzeń i chorób, w których rentgenografia oddaje nieocenione usługi: są to ciała obce i złogi.

Wartość lecznicza promieni ROENTGEN'a w dziedzinie chirurgii sprowadza się głównie do niszczenia powierzchownych raków; mięsaki nie poddają się temu leczeniu. Zato w wielu przypadkach twardzieli (*scleroma*) autor spostrzegł zupełnie znikanie nacieków pod wpływem rentgenizacji; to samo pisano o guzach rzekomobiałaczkowych. Wreszcie i na istotną białaczkę rentgenizacja wywiera wpływ dodatni. Należy zatem się spodziewać, że z biegiem czasu odkrycie ROENTGEN'a zajmie również poważne stanowisko w leczeniu, jakie już obecnie posiada w dziedzinie dyagnostyki.

(*Deutsch. med. Woch. 1905. N. 17*).

W. Dobrowolski.

73. Rumpf. Promienie Roentgen'a w medycynie wewnętrznej.

Po rozpatrzeniu szeregu cierpień, które stają na pograniczu między chirurgią a chorobami wewnętrznymi, autor zastanawia się nad znaczeniem promieni ROENTGEN'a wyłącznie dla medycyny wewnętrznej. A więc ropnie i zgorzel płuc, rozszerzenia oskrzelowe i jamy (*cavernae*) stają się daleko dostępniejszemi, w razie gdy zachodzi potrzeba otwarcia ich z zewnątrz, albowiem promienie ROENTGEN'a dokładnie wskazują ich umiejscowienie; tą samą drogą można wykazać istnienie bąblowca płuc, podczas gdy inne metody tu zawodzą. Trudniej nieco już rozpoznać w ten sposób zgrubienie oplucnej lub stwardnienie płuca. Jednak autorowi często udawało się w końcu influency ujawnić nieżyty szczytów płucnych, w których nie było ani stłumienia ani też płwociny; jedynie prześwietlanie ujawniało różnicę w przezroczystości. Jamy występują zwykle w postaci ciemnych pierścieni, zawierających jasne koło; sprawy rozlane wykazują więcej marmurkowatości — nie można jednak uważać w tych przypadkach obrazów rentgenowskich za miarodajny pewnik rozpoznania. Szczególne jednak znaczenie nie tylko dla płuc, lecz i dla serca posiada obserwowanie przepony na obrazie rentgenowskim, a mianowicie wykonywanych przez nią ruchów. W początkowych np. okresach gruźlicy płuc ruchy przepony na stronie chorej są daleko mniejsze, niż na stronie zdrowej; to samo

daje się zauważyć w chorobach płucnej i trzew brzusznych. Szczególniej wyraźnie występuje wysięk płucnej, którego, mówiąc nawiasem, granica górna bynajmniej nie stanowi linii poziomej i który przy zmianie ułożenia chorego ulega zaledwie powolnemu i bardzo nieznacznemu przemieszczeniu. Przy otwartym zaś otoku powietrznym ropnym lub surowiczym (*pyo—, sero-pneumothorax*) widać najwyraźniej, jak odpowiednia połowa przepony unosi się i opuszcza wraz z poziomem stojącym wysiękiem, gdy tymczasem znajdującą się powyżej przestrzeń z powietrzem uwidocznia się zupełnie jasno, a płuca ściśnięte dokoła naczyń i oskrzeli, wyglądają, jako wyraźne cienie. Inaczej znów wyglądają otoki zamknięte; można też ujawnić obecność międzyzrazowych wysięków płucnowych, których usunięcie operacyjne może uratować życie chorego i t. p. Opuszczenie przepony widać w rozedmie, dychawicy, otoku powietrznym (*pneumothorax*), uniesienie ku górze — przy guzach, nagromadzeniu gazów i płynów w narządach jamy brzusznej, ropniach podprzeponowych i t. d. Nadzwyczaj silne ruchy przeponowe zostały ujawnione przy postępującym zaniku mięśni z wysokim niedowładem (*paresis*) zewnętrznych mięśni oddechowych, a także przy nieruchomej klatce piersiowej wskutek takiegoż zaniku. Na szczególną uwagę zasługuje badanie serca i naczyń promieniami ROENTGEN'a; z otrzymanych dotychczas na tej drodze wyników wielką wartość fizyologiczną i patologiczną posiada stosunek serca do przepony i żołądka. Wyraźnie występuje zwiększenie komór lub przedsionków. Następnie wielce wzbogaconą została dyagnostyka tętniaków aorty; należy tu zaznaczyć, że stosunkowo łatwiej uwidoczniają się na obrazie rentgenowskim tętniaki łuku i aorty zstępującej w postaci guza naczyniowego; można też zobaczyć sprawę zwapnienia aorty piersiowej i brzusznej, a często nawet tętnicy podłędźwiowej i zwapnienie żył. Należy jednak pamiętać, że przy rentgenizacji narządów jamy brzusznej koniecznym jest uprzednie opróżnienie kiszki. Po wprowadzeniu roztworu bizmutu można badać położenie żołądka i grubej kiszki; widać zwężenia, uchyłki i ciała obce w przelyku, ruch miazgi pokarmowej w kiszkach i *situs inversus*. Z guzów brzusznych należy wspomnieć o bąblowcach, ropniach, ropieniu zamkniętem, guzach nerki i śledziony. Z pośród kamieni, tworzących się w ustroju, najwyraźniej występują kamienie soli wapiennych.

Co do wartości leczniczej promieni ROENTGEN'a, to na szczególną uwagę zasługuje w tym względzie białaczka; niestety jednak, do chwili obecnej w żadnym przypadku nie otrzymano trwałego uleczenia. Znany jest przypadek skutecznego wyleczenia chłoniaka szyi promieniami ROENTGEN'a.

(*Deutsch. med. Woch. 1905. N. 17.*)

W. Dobrowolski.

74. Schjerning. Stosowanie promieni Roentgen'a na wojnie.

Wojny ostatnich czasów wykazały dowodnie, jak dalece niezbędny dla chirurga wojskowego jest aparat ROENTGEN'a; potrzeba jego ujawnia się w stałych lazaretach wojennych, jak i polowych [ruchomych] dotyczy samych celów, co i w lazaretach pokojowych, a prócz tego, głównie do wykrywania pozostałych w ranie pocisków, w razie gdy zachodzi potrzeba operacyjnego ich usunięcia wskutek wywołanych przez nie: gorączki, ropienia, ucisku na narządy ważne dla życia, do przekonania się o podstawności skarg podmiotowych, dotyczących tkwiącego pocisku lub ciała obcego, a następnie przy postrzałach kości: do rozpoznania i rokowania, do kontroli przebiegu gojenia, do określenia położenia odłamków kostnych, które wskutek np. ucisku na nerwy wywołują pewne zaburzenia, do wykrycia przyczyny ropienia przewlekłego przy złamaniu postrzałowem, do dokładnego określenia siedliska pocisku lub martwaka, co znacznie ułatwia jego usunięcie na drodze operacyjnej. Jednem słowem, promienie ROENTGEN'a skierowują wszelkie na-

sze zabiegi lecznicze z nieubłaganą koniecznością na właściwą drogę i stają się jednocześnie sprawiedliwym sędzią naszej pracy, ponieważ z zupełną pewnością wykazują rezultaty naszego leczenia. Aby zaś aparat rentgenowski należycie mógł spełniać swe zadanie na wojnie, powinien odpowiadać przede wszystkim trzem następującym warunkom: powinien być z ła t w o ś c i ą przewożony z miejsca na miejsce, posiadać w ł a s n e źródło wytwarzania prądu elektrycznego, czyli własną dynamomaszynę i na koniec powinien się mieścić na j e d n y m t y l k o wozie. Wszystkim tym wymaganiom odpowiada w zupełności, zdaniem autora, nowy aparat ruchomy, zbudowany przez firmę SIEMENS i HALSKE pod kierunkiem lekarza sztabowego, NIEHUES'a.

(Deutsch. med. Woch. 1905. N. 17).

W. Dobrowolski.

75. König. Rak.

Artykuł pod powyższym tytułem stanowi wynik wieloletniego doświadczenia klinicznego autora. Poglądy swoje na tę sprawę autor ostatecznie streszcza w szeregu następujących wniosków: 1. Rak jest chorobą, która może rozwijać się wszędzie, gdzie istnieje nabłonek; rak pierwotny powstaje tylko na podłożu nabłonkowym. 2. W ciągu pewnego czasu rak jest cierpieniem wyłącznie miejscowym, jakkolwiek okresu tego obliczyć nie podobna. Stąd wypływa wniosek praktyczny, że operację zawsze należy przedsięwziąć możliwie najwcześniej; nawet w przypadkach wątpliwych zaleca się natychmiastowe dokonanie operacji w ten sposób, jak w zupełnie dokładnie rozpoznanym przypadku raka. Za uleczalne na drodze chirurgicznej należy uważać te przypadki, w których zajęte są tylko dostępne terytoria gruczołów. Przerzuty wykluczają możliwość wyleczenia. 3. Bez zabiegu leczniczego rak kończy się śmiertelnie wskutek uogólniania się. 4. Charłactwo rakowe jest następstwem: a) zropienia raka, b) uogólnienia. 5. Istnieje pewne usposobienie do tego cierpienia, a mianowicie: ogólne usposobienie po dojściu do 40-u lat życia i specjalne: rodzinne, uraz, owrzodzenia, ulegające drażnieniu, niekiedy wzmoczenie czynności gruczołu [sutka]. 6. Niema dotychczas żadnych dowodów, przemawiających stanowczo za zaraźliwość raka i występowaniem t. zw. epidemii rakowych. 7. Raka można jedynie przeszczepiać, nigdy jednak zaszczepiać na wzór chorób zakaźnych [przymiot, gruźlica]; autor dotychczas nie słyszał, aby lekarz kiedykolwiek przy operacji zaraził się rakiem wskutek skaleczenia się. 8. Nie można uważać za słuszne twierdzenia, iż liczba przypadków choroby raka się wzmogła. 9. Przyczyna raka jest dla nas nieznaną; zdaniem autora, jest ona swoista; czy zaś jest pasożytnicza—nie wiemy. 10. Najpewniejsze leczenie raka polega na radykalnej operacji, która uzdrowia około 30% chorych. Niekiedy jednak następują nawroty po pewnym przeciągu czasu. 11. Promienie ROENTGEN'a w pewnej liczbie mniejszych raków prowadzą do wyzdrowienia; w przypadkach, niemożliwych do operowania, przynoszą ulgę.

(Deutsch. med. Woch. 1905. N. 19).

W. Dobrowolski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

25. Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych zastrzykiwaniem do kanału kręgowego lizolu.

Dr CARLOS FRANÇA, dyrektor jednego z oddziałów Instytutu bakteriologicznego i lekarz szpitala w Lizbonie, na mocy własnego doświadczenia pod-

czas epidemii tego cierpienia w Portugalii 1902/3 r., podaje (*Deutsch. med. Woch. 1905. N. 20*) następujące ciekawe uwagi: Nakłucie łądźwiowe uważa on za najracyonalniejszą metodę, stosowaną w *meningitis cerebro-spinalis epidemica*, gdyż prócz zmniejszenia ciśnienia cieczy mózgowo-rdzeniowej, odciąga się wtedy dużo bakteryi i wyprodukowanych przez nie toksyn, lecz uważa on za pożyteczne następcze zastrzyknięcie do przestrzeni podpajęczej środka antyseptycznego, gdyż w przestrzeni tej znajdują się bakterye, powodujące cierpienie opon, a nierzadko bakterye zakażają i krew. Po wydobyciu przez nakłucie łądźwiowe 25—50 ctm. sz. cieczy, zastrzykuje on 1% owy roztwór lizolu, u dorosłych 12—18 ctm. sz., a u dzieci 3—9 ctm. sz. Występuje wtedy czasem ból, lecz prędko ma on mijać. W cięższych przypadkach zastrzykiwanie powtarza się codziennie, a mianowicie dopóki ciecz mózgowo rdzeniowa nie stanie się jałową, co następuje zwykle po kilku dniach. W 8—10 dni po zastrzyknięciu występuje żółte zabarwienie skóry dłoni i podeszew i silne łuszczenie się naskórka. Gdy przy nakłuciu łądźwiowym wykaże się, iż płyn jest mocno ropny, to przed zastrzyknięciem lizolu radzi F. przestrzyknąć przestrzeń podpajęczą fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Zdaniem autora, opisane leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zapobiega nawrotom choroby, zmniejsza możność pojawiania się bezwładu i zaburzeń w sferze nerwów wzrokowego i słuchowego, skraca trwanie choroby, bo niszczy szybko *diplococcus meningitidis*.

Próbowane przez F. w tymże celu zastrzykiwania cyanku rtęci, okazały się bardzo bolesne i dały gorsze wyniki, jak to się okazuje ze statystyki autora:

	chorych	śmierć	śmiertelność
Leczenie samem nakłuciem	47	30	63,8%
" z następczem zastrzyknięciem cyanku rtęci	9	6	66,0%
" z zastrzyknięciem lizolu	58	17	29,3%.

Dodajmy, iż epidemia lizbońska w 1902/3 r. była ciężką, a w powyższej statystyce autor uwzględnił tylko przypadki, stwierdzone badaniem bakteriologicznem.

W. G.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Z posiedzeń sekcji chirurgicznej przy Warszawsk. Towarz. Lekarskiem.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 18].

5. ŻURAKOWSKI przedstawia kamień, wydobyty z jelita podczas autopsyi u 78-letniej kobiety. U chorej wystąpiła niedrożność jelit z zapaścią, wymiotami kałowymi, i w 1¼ dnia nastąpiło zejście śmiertelne. Przy autopsyi, nb. niezbyt dokładnie wykonanej, znaleziono liczne zrosty pomiędzy dwunastni-

cą, pęcherzykiem żółciowym i wątrobą. *Ductus choledochus* był znacznie rozszerzony. Kamień znaleziono w kiszce cienkiej w odległości mniej więcej 180 ctm od dwunastnicy. Poniżej kamienia zwężenie światła кишки. Waga kamienia wynosi 27 grm.

W dyskusji PRZYBOROWSKI zaznacza, że miał możność spostrzegania chorej, cierpiącej na przewlekłą niedrożność jelit. Ponieważ chora coraz bardziej słabła, przystąpiono do operacji. Przeszkodę w jelitach znaleziono w postaci kamienia, tkwiącego na łokieć powyżej кишки ślepej. Kamień ów był zaostroszony, szpiczasty na końcu tylnym. Przypadek zakończył się śmiercią. Tego rodzaju kamienie uważać należy za enterolity. PRZYBOROWSKI zaznacza niedostateczne opracowanie w piśmienictwie przedmiotu powyższego.

GABSZEWICZ w pewnym przypadku znalazł w jelicie cienkim kamień, leżący w odległości 1 metra od кишки ślepej. Po przepiłowaniu kamienia okazało się, że jądro, wielkości orzecha laskowego, zawierało składniki żółciowe, resztę — stanowił koprolit. GABSZEWICZ przypuszcza, że i w przypadku ŻURAKOWSKIEGO może istnieć zjawisko analogiczne.

KRAJEWSKI wspomina o 3-ch własnych przypadkach niedrożności jelit wskutek kamieni. Objawy bywają to ostre, to znów bardziej przewlekłe, jakby chwonne. Najprawdopodobniej kamienie żółciowe przedostają się z pęcherzyka żółciowego do jelit przez odleżynę z następczem przedziurawieniem pomiędzy pęcherzykiem a jelitem. KRAJEWSKI zwraca uwagę, że prawie wszystkie przypadki tego rodzaju kończą się zejściem śmiertelnem.

SZTEINER potwierdza to samo, przytaczając własne spostrzeżenie.

SAWICKI utrzymuje, że absolutnej niedrożności w tych razach nie bywa. Przeważnie wygląd chorych nie jest zbyt zły, gazy częściowo odchodzą i należy wnosić, że prócz zatkania występuje tu i porażenie (*paresis*) jelit.

6. STANKIEWICZ przedstawia rzadki okaz następujący: podczas doszczętniej operacji przepukliny pachwinowej prawej STANKIEWICZ, odszukując worek przepuklinowy, utworzył torbiel z zawartością galaretowatą wśród obfitej tkanki tłuszczowej i zrosniętą z błonami sznurka nasiennego. Torbiel była zewsząd zamknięta, w kierunku zaś jamy brzusznej znajdował się twardy sznurek, długi na $2\frac{1}{2}$ ctm., grubości około 1 ctm. Sznurek ten został wzdłuż przecięty i dopiero wówczas otworzono worek przepuklinowy, nie zawierający ani sieci, ani kiszek.

Okazuje się, że sznurek wspomniany powstał ze zrosnięcia się *processus vaginalis* i przerostu tkanek otaczających, torbiel zaś wytworzyła się również w tymże wyrostku na malej przestrzeni, poniżej zaś jego *processus vaginalis* był również zarosnięty.

7. ODERFELD wygłosił opis przypadku kaznistycznego „z dziedziny chirurgii nerek” z przedstawieniem okazów odnośnych. Chora, lat 18, dobrze wyglądająca, przybyła do szpitala, skarżąc się na silne bóle w pęcherzu po oddaniu moczu oraz na częstą potrzebę urynowania. Choroba trwa od 5-miesiący. W dzieciństwie chora była „skrofaliczną”, przed 2-ą laty miewała bóle w prawym boku. W płucach, sercu i w jamie brzusznej u chorej wyraźnych zmian nie znaleziono. Ilość moczu w ciągu pierwszej doby 120 cm³ mocz, o odczynie kwaśnym, mętny. Przy cystoskopii znaleziono: cała wewnętrzna powierzchnia pęcherza usiana drobnymi gruzełkami, błona śluzowa bardziej zaczerwieniona niż w stanie normalnym. Po parokrotnem zastosowaniu cewnikowania moczowodów otrzymano za każdym razem z prawej nerki mocz mętny, zawierający bardzo znaczną liczbę laseczników gruzliczych i białko w ilości 0,01%. Mocz, otrzymany z lewej nerki, był przezroczysty i prócz minimalnej ilości białka innych nieprawidłowych składników nie zawierał. Rozprzario pierwotną guzlicę prawej nerki z następczem zajęciem pęcherza.

Wymacywanie prawej nerki dało wynik ujemny. Pomimo to ODERFELD zdecydował się na operację, licząc na zdolność czynnościową nerki lewej. Kryoskopii nie wykonano, gdyż O. nie przypisuje jej znaczenia decydującego. Operacja odbyła się 16 grudnia 1904 r. Przez cięcie ledźwiowe usunięto prawą nerkę nie bez pewnych trudności. Moczowód, grubości palca, wyciągnięto o ile się dało, podwiązano, przecięto i obszyto. Naczynia zostały podwiązane oddzielnie. Ranę zaszyto prócz niewielkiego otworu w dolnym kącie, dokąd wprowadzono pasek gazy. Przebieg pooperacyjny był niepomysłny. Tegoż dnia po zabiegu wystąpiła gorączka do 38°, nazajutrz 38,9°. Ilość moczu równała się 600 cm³. Od tego czasu pomimo dobowej ilości moczu, dochodzącej do 1200 cm³, ciepłota trzymała się na 38° — 33,8° z nieznacznymi remisjami rannymi. Trzeciego dnia ODERFELD, przypuszczając możliwość infekcji w ranie, rozpruł szwy, co okazało się zresztą zupełnie zbyteczne. Tymczasem stan chorej stale pogarszał się, w ostatnich dniach straciła przytomność i na 11-ty dzień po zabiegu zmarła.

Przy sekcji znaleziono co następuje: rana pooperacyjna bez objawów zakażenia; płuca zrosnięte z klatką pierświową (*pleuritis adhaesiva*), brak w nich zmian gruźliczych. Nerka lewa znacznie zmieniona, mianowicie w górnym odcinku ognisko serowate, zropiałe, zamknięte, przytem zapalenie nerek miąższowe — *nephritis parenchymatosa*. Nerka prawa usunięta przy operacji przedstawia zmiany typowe dla gruźlicy: cały miąższ usiany gruzelkami, miejscami rozpad serowaty, w górnej części jama wielka. ODERFELD nie umie sobie jasno wytłómaczyć przyczyny tak niepomysłnego zejścia.

W dyskusyi KRAJEWSKI czyni przypuszczenie, czy w lewej nerce nie rozwinęło się miąższowe, *resp.* septyczne zapalenie wskutek katetyzacji moczowodów. KRAJEWSKI uważa gruźlicę pęcherza, szczególnie gdy towarzyszą jej owrzodzenia, za przeciwwskazanie do katetyzacji moczowodów. Żałować też należy, że nie został oznaczony ciężar gatunkowy moczu.

KRYŃSKI kwestyonuje, czy zmiany w lewej nerce były istotnie właściwe zapaleniu miąższowemu, wobec tego, że nie wykonano badania mikroskopowego. KRYŃSKI przypuszcza, że śmierć u chorej ODERFELD'a mogła być spowodowana zapaleniem gruźliczym opon mózgowych.

SAWICKI poczytuje za słuszną uwagę KRAJEWSKIEGO co do niebezpieczeństwa katetyzacji moczowodów w gruźlicy pęcherza. Wiadomo, że nawet po katetyzacji zdrowych moczowodów występuje niejednokrotnie podniesienie ciepłoty. SAWICKI zapytuje, w jakim stanie okazała się przy autopsyi miedniczka nerkowa?

LEŚNIEWSKI ostrzega przed stosowaniem katetyzacji moczowodów *largamano*. W wielu przypadkach zabieg ten jest zbyteczny, niekiedy niebezpieczny ze względu na powikłania, i jako metoda daje stosunkowo niewiele. Zdanie LEŚNIEWSKIEGO wskazania do katetyzacji moczowodów winny być szczuplejsze.

KRYŃSKI zaznacza, że wskazania do katetyzacji moczowodów będą zapewne z czasem nie tyle szczuplejsze, ile ściślejsze.

W odpowiedzi ODERFELD nie uważa katetyzacji moczowodów za zabieg bezwzględnie przeciwwskazany w gruźlicy nerek; przeciwnie, uważa ją za zabieg bardzo pożyteczny ze względu na lepsze wyniki, które daje przy badaniu moczu na obecność laseczników gruźliczych. Jest to metoda bodaj pewniejsza, niż szczepienie na zwierzętach. SAWICKIEMU odpowiada, że o stanie miedniczki nerkowej nic pewnego nie wie, ponieważ nie miał możności być sam obecnym przy autopsyi. Mózg otwierany nie był.

Zmiany w lewej nerce uważa O. za istniejące od dawna i nie mogące być żadną miarą następstwem katetyzacji moczowodów.

Posiedzenie dn. 14-go lutego 1905 r.

1. KIJEWSKI Fr. przedstawia chłopca 10-letniego, dotkniętego t. zw. *spina ventosa* palca wskazującego ręki lewej. Dwa miesiące temu rozpoczęto leczenie zapomocą wstrzykiwań miejscowych tymolu kamforowego w naciek, aż do kości. Wstrzykiwań wykonano kilkanaście, co 3 — 4 dni. Obecnie pozostało nieznaczne zgrubienie kości, bolesność ustąpiła zupełnie; wynik leczenia uważać należy za bardzo dodatni.

2. KORZENIOWSKI przedstawia okaz tętniaka urazowego, powstałego po ranie postrzałowej uda. Mianowicie, kula karabinowa przeszła udo lewe, moszną i udo prawe. Wkrótce w górnym odcinku uda prawego na przebiegu wielkich naczyń utworzył się guz tętniacy. Z powodu wystąpienia silnego krwotoku K. przystąpił bezzwłocznie do operacji. Obnażywszy tętnicę udową, nałożono przewiązkę na 3 palce poniżej odejścia tętnicy uda głębokiej (*a. femoris profundae*), przytem wycięto worek aneurymatyczny, wielkości małej pomarańczy, zawierający skrzep. Chory w dość krótkim przeciągu czasu po operacji dostał podniesienia ciepłoty do 40°, wystąpił też powtórnie krwotok. Tym razem okazało się, iż w tętnicy głębokiej uda istniał otwór, który wymagał również nałożenia przewiązki. Stan chorego jest jednak zły, zjawilo się zatkanie żył i według wszelkiego prawdopodobieństwa należy oczekiwać zejścia śmiertelnego.

KORZENIOWSKI opisuje drugi przypadek, dotyczący osoby, która znajdując się na balkonie II piętra, otrzymała ranę postrzałową rewolwerową w okolicę skroniową, po stronie lewej bez otworu wyjściowego. W pierwszej chwili nałożono opatrunek powierzchowny. 10-go dnia wystąpiły dreszcze, gorączka i pod strupem już nieco podgajającej się rany utworzył się ropień. Po przecięciu tego ostatniego okazało się, że w otworze kości tkwiła kula, z której $\frac{3}{4}$ — w jamie czaszkowej, a $\frac{1}{4}$ w kanale kostnym poniżej poziomu zewnętrznego czaszki. K. wydobyl kulę, poczem na dnie rany zauważyć można było wyraźną pulsacyę. Stan chorej jest zupełnie dobry.

3. CIECHOMSKI przedstawia kulę karabinową japońską, pochodzącą od ранego oficera, oraz odnośne rentgenogramy. Kula, mająca długości około $3\frac{1}{2}$ ctm. i średnicy około 6 milimetr., przeszła przez staw łokciowy prawy od przodu ku tyłowi i wyżłobiwszy nieco kość ramieniową, utkwiała w tej ostatniej wzdłuż osi podłużnej, nieco powyżej jamy wyrostka łokciowego (*fossa olecrani*), skąd też została wydobyta.

4. STANKIEWICZ przedstawia ułamany koniec noża, ostro zakończonogo, w postaci jakby odłamka sztyletu, mający długości około 8 ctm. i przeszło $1\frac{1}{2}$ ctm. szerokości u swej podstawy. Okaz ten pochodzi od kobiety, która przed 2-a tygodniami otrzymała ranę kłutą nożem w tylnej okolicy ramienia lewego, nieco poniżej *acromion*. Nóż oczywiście uległ złamaniu w ranie, o czem chora nie widziała zupełnie. Niezwykle to ciało obce wyczuwało się wyraźnie w głębi rany, symulując jak gdyby ostry nieruchomy kawałek kości; po rozszerzeniu rany zostało wydobyte na zewnątrz.

5. KARCZEWSKI wygłosił odczyt „w sprawie gastroenterostomii“. Autor zaznaczył na wstępie w treściwem przemówieniu, że istotą zaburzeń po gastroenterostomii, zwanych „kołem błędnem“, nie jest przedostawanie się do żołądka z odcinka doprowadzającego ani żółci, ani soku trzustkowego, jak tego dowiodły badania doświadczalne DASTRE'a i ODDI'go oraz STENDEL'a. Koło błędne (*circulus vitiosus*) zależy od kilku czynników, z których nie wszystkie zostały dotychczas zupełnie wyjaśnione. Jedną z przyczyn najczęstszych bywa w tych razach tworzenie się t. zw. ostrogi z następczem zupełnie niemal zamknięciem otworu, łączącego żołądek z odcinkiem jeli-

ta odprowadzającym: wówczas zawartość odcinka doprowadzającego, mając wolne ujście do żołądka, a odpływ zeń zatamowany, nagromadza się w żołądku, skąd znowu płyn nagromadzony przelewa się do odcinka doprowadzającego i t. d. na zmianę. Koniec końców żołądek pozbywa się nadmiaru zawartości zapomocą wymiotów, i rozwija się obraz kliniczny niedrożności kiszek, która stać się może przyczyną śmierci chorego. Różnymi sposobami usiłowano zapobiedz tworzeniu się koła błędnego po gastroenterostomii. Sposoby te dają się sprowadzić do 4-ch typów zasadniczych: 1) przyszywanie pętlicy kiszkowej na znacznej przestrzeni do żołądka w celu zapobieżenia załamowi, 2) wytwarzanie zastawek, utrudniających wlewanie się zawartości odcinka doprowadzającego do żołądka, 3) torowanie drogi zapomocą gastrostomii dodatkowej w celu ustalenia prawidłowego przesuwania się zawartości z żołądka do odcinka odprowadzającego [jest to myśl naszego rodaka z Krakowa, kol. RUKOWSKIEGO] i 4) wytwarzanie drogi obocznej dla zawartości odcinka doprowadzającego zapomocą enteroanastomozy dodatkowej lub wszczepiania w kształcie Y.

KARCZEWSKI ilustruje swe przemówienie szeregiem rysunków schematycznych, przedstawiających różne sposoby wykonywania gastroenterostomii w porządku historycznym rozwoju tej operacji. Największem stosunkowo uznaniem cieszy się dotychczas dodatkowe zespolenie ramion pętlicy, połączonej z żołądkiem, które stanowczo ma jakoby zapobiegać tworzeniu koła błędnego. Doświadczenie jednak uczy, że pomimo enteroanastomozy dodatkowej, może powstać koło błędne z fatalnymi jego następstwami. Wobec tego usprawiedliwione są usiłowania w celu dalszego doskonalenia gastroenterostomii. Ponieważ jedną z głównych przyczyn wytwarzania się koła błędnego jest ostroga, logicznem przeto wydaje się dążenie do jej zniszczenia. Taki właśnie pomysł powziął GIOVANNI MASNATA i ogłosił go w numerze 5-ym z r. z. „*Il policlinico*“. Metoda MASNATY polega na tem, że ramiona pętlicy, przeznaczonej do zespolenia z żołądkiem, naprzód łączy się szwem surowicówkowym na długość 7 — 8 ctm. W odległości 5 — 7 mm. od linii tego szwu przecina się w kierunku podłużnym ściany obu ramion i końce tych cięć łączy się u góry, wskutek czego pętlica kiszkowa zostaje szeroko otwarta, a obok linii szwu pozostają 2 płatki ściany kiszkowej. Płatki te zszywa się ze sobą i w dalszym ciągu łączy się brzegi otworu w kiszce, z którego u góry pozostaje szpara 4 — 5 ctm. długości. Szparę tę w sposób typowy zespala się z żołądkiem. KARCZEWSKI przedstawia odnośne rysunki oraz preparaty, wykonane przez niego na trupie i następnie wysuszone, ilustrujące znakomicie wszystkie kolejne fazy operacji.

MASNATA wykonał operację powyżej opisaną na kilku psach i raz zastosował ją u człowieka. KARCZEWSKI po kilkakrotnem wypróbowaniu wspomnianej metody na trupie, wykonał ją na chorym, dotkniętym wrzodem żołądka i zakwalifikowanym do operacji na oddziale wewnętrznym z powodu olbrzymich krwotoków. Operacja sama powiodła się pomyślnie. W 4 dni po operacji chory zmarł wskutek powtarzających się krwotoków. Przy sekcji nie znaleziono śladu zapalenia otrzewnej. Szew trzymał dobrze. Na tylnej ścianie żołądka znaleziono owrzodzenie, drążące do *bursa omentalis* [zjawisko pośmiertne].

W końcu KARCZEWSKI zaznacza, że pomysł MASNATY nie można pożytywać za zupełnie oryginalny. Analogiczną bowiem metodę zalecił CHAPUT w celu leczenia odbytu nieprawidłowego. Metoda CHAPUT'a, nazwana przez niego „*enterorrhaphie longitudinale*“, ma również na celu zniszczenie ostrogi, utrudniającej przesuwanie się zawartości kiszkowej [Autoref].

Dyskusya nad powyższym odczytem kol. KARCZEWSKIEGO została odłożona na następne posiedzenie.

6. STANKIEWICZ WŁ. wypowiedział słów kilka: „w sprawie chirurgicznego leczenia zimnych ropni“. Wiadomo z jakim niebezpieczeństwem połączone bywa szerokie otwieranie ropni zimnych, zwłaszcza u osób wyniszczonych w późniejszym wieku. Od dawna przeto w celu uniknięcia groźnych następstw szerokiego otwierania tego rodzaju ropni, starano się opróżniać je sposobem podskórnym celem niedopuszczenia wpływu powietrza zapomocą specjalnych trójgraniców, a następnie celem zmodyfikowania powierzchni, wydzielającej ropną zawartość, wstrzykiwano rozmaite płyny, przeważnie w ostatnich czasach zawiesinę jodoformową i dość często otrzymywano przebieg pomyślny nie tylko co do wysysania się zawartości ropnia, ale i co do zmiany jej własności chemicznych i bakteryologicznych. Sposoby te jednak niezawsze dają pożądaną rezultat, leczenie przeciąga się, a wreszcie wypada nierazko ropień otwierać. Bywają nadto przypadki, w których pomimo użycia bardzo grubych trójgraniców, niepodobna ropnia opróżnić skutkiem zatykania rurki przez zbite masy rozpadowe, z drugiej zaś strony w obawie różnych powikłań, koniecznym się staje opróżnienie takich ropni zapomocą mniej lub więcej szerokiego otwarcia. STANKIEWICZ w ostatnich czasach miał dwa przypadki tego rodzaju w swem leczeniu, przytem jeden z powodu ropienia kręgów lędźwiowych u mężczyzny lat 62, bardzo wycieńczonego, gdzie ropień opadowy zajmował całą górną część uda i pośladek. S. wstrzyknął wprzód do jamy ropnia 50 grm. rozczyntu sublimatu 1‰-ego na pół z alkoholem, po 3-ch dniach przeciął ropień. Przebieg dalszy był nadspodziewanie pomyślny, gdyż tylko nazajutrz po operacji ciepłota dosięgła 37,8°, a następnie trzymała się już stale na wysokości 36,8° w ciągu dni 10-u w czasie pobytu chorego w szpitalu. Początkowo ranę sączkowano, lecz wogóle wydzielina była bardzo skąpa i stale się zmniejszała. Stan chorego poprawił się też znacznie.

Drugi przypadek dotyczy 50-letniego chorego, który od dzieciństwa cierpiał na lewostronne gruźlicze zapalenie stawu biodrowego, które spowodowało skrócenie kończyny i przyrośnięcie główki uda do kości biodrowej. Od lat kilku utworzył się ropień zimny w okolicy górnej pośladka, skutkiem zmian w 2-im kręgu lędźwiowym. Zawartość ropnia opróżniana była kilkakrotnie sposobem podskórnym, poczem płyn zbierał się na nowo. Nie mogąc wypuścić ropy z powodu zatykania trójgranic, STANKIEWICZ postąpił tak samo, jak i w poprzednim przypadku z wynikiem jeszcze pomyślniejszym. Ciepłota wynosiła po zabiegu 36,6° i taką pozostała przez dni 13, t. j. do dnia wypisania się chorego. Przytem po tygodniu usunięto sączek, a w 10 dni później rana zablizniła się całkowicie. Czy zabliznienie to będzie trwałe, wydaje się wątpliwem, w każdym razie przebieg cały w podobnych warunkach uważać należy za bardzo pomyślny. STANKIEWICZ nadmienia przytem, że z pewną obawą zastrzykiwał powyższą ilość sublimatu, mając na uwadze możliwe skutki zatrucia i zastanawiał się przytem, czy nie należałoby zastąpić sublimatu innym środkiem, np. formaliną. Jakoż STANKIEWICZ z przyjemnością wyczytał, że QUÉNU wstrzykuje do wnętrza bąblowca wątroby przed otwarciem jego lż-owy rozczynt formaliny z najlepszym skutkiem. Ponieważ formalina jest silnym środkiem odkazającym, a przytem posiada własności mniej trujące od sublimatu, więc STANKIEWICZ zamierza na przyszłość do leczenia ropni zimnych zastosować formalinę.

[C. d. n.]

L. Zembrzuski.

Przegląd bibliograficzny.

„Słownik lekarski polski” opracowali z polecenia Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego profesorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego, doktorowie: TA-DEUSZ BROWICZ, STANISŁAW CIECHANOWSKI, STANISŁAW DOMAŃSKI, LEON KRYŃSKI przy współudziale Tow. Lek. Warsz., Wydziału Lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu, oraz wielu lekarzy i przyrodników polskich.—Kraków. 1905. Nakładem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Ozcionkami drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego—w 8-e większej, str. II, k. nl. 4 i str. 766. — Cena koron 20—rubli 8½.

Na ukazanie się dzieła, w nagłówku wymienionego, oczekiwać musieliśmy bardzo długo, co nawet niejednego z lekarzów naszych w niecierpliwość wprawiało i stawało się powodem utyskiwań na powolność zbyt wielką wydawców. Dziś jednakże, gdy nakoniec „Słownik lekarski polski” dano nam już do ręki, glosy te niezadowolone chyba umilkną. Prawda, że nam kazano czekać bardzo długo na wydawnictwo zapowiedziane od dawna, ale teraz przekonano nas, iż było rzeczywiście na co czekać, bo obdarzono nas księgą cenną, opracowaną wybornie, sprawiącą wrażenie nadwyzaj dodatnie, zarówno wyglądem swym zewnętrznym, poważnym, świadczącym pochlebnie o dbałości starannej wydawców, jako też treścią, na uznanie wielkie zasługującą.

Wydany w Krakowie w r. 1881 „Słownik terminologii lekarskiej polskiej”, którego „Słownik” powyżej wymieniony jest właściwie opracowaniem nowem, ulepszenem i powiększenem znacznie, został rozbity bardzo prędko, tak, że po latach kilku już go w księgarniach nie było można dostać. Wtedy więc Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, które go było wydało, zaczęło się krzątać około wydania nowego.

Aby zaspokoić potrzebę chwili bieżącej, można było wprawdzie przedrukować „Słownik terminologii”, dodawszy do niego to i owo, co na razie było najpotrzebniejsze, a byłoby się tem zadowolilo bardzo wielu. Tego atoli Towarzystwo Lekarskie Krakowskie uczynić nie chciało, i postąpiło słusznie, gdyż byłaby to, że tak rzec, jeno łatanina starzyzny. Wołało tedy zabrać się do pracy w sposób inny, a zawezwawszy do współdziałania zarówno Warszawę i Poznań, jako też nie pogardzając uwagami lekarzy rozmaitych, oraz przepatrując skrzętnie literaturę lekarską bieżącą, wybierało z niej krytycznie, co użytkować się dało. Chwycenie się tego sposobu opracowania „Słownika” wyszło mu niewątpliwie na dobro, ale opóźnić musiało koniecznie, zarówno zebranie materiałów, czerpanych ze źródeł tak różnych, jako też rozpatrzenie się w nich i zrobienie z nich użytku należytego. Tym więc głównie wytłómaczyć sobie musimy opóźnienie się wydawnictwa.

Dawny „Słownik terminologii lek. polskiej” rozpadał się na dwie części, z których pierwsza, zawierająca „Tłómaczenie polskie wyrazów łacińskich, niemieckich, francuskich i niektórych angielskich” mieściła się na stronicach 424, druga zaś, pod napisem „Przekład wyrazów polskich na język obcy, głównie łaciński i niemiecki”, zapełniała stronic 114. W „Słowniku lek. polsk.”, gdzie tak samo spotykamy dwie części, pierwsza, „Przekład wyrazów obcych na język polski”, obejmuje stronic 546, t. j. o 8 więcej niż mają ich części obie „Słownika” z r. 1881, druga zaś, „Przekład wyrazów polskich na języki obce”, mieści się na 220 stronicach, zajmuje więc o 106 więcej, zatem przyrost cały składa się z 114 stronic, a staje się tym większym jeszcze przez to, że w „Słow-

niku“ dawnym stronica zawierała wierszy 46, w nowym zaś ma ich 54, czyli że różnica na korzyść „Słownika“ nowego wynosi po 8 wierszy na każdej stronicy, środkiem przedzielonej na dwa łamy. Papier jest biały, w gatunku przednim, nieblyszący, druk zaś wyrazisty i łatwo czytelny, bo czcionki są zgrabne i wyraźne, więc co się tyczy powierzchowności, księga wygląda okazale. Ale rzecz najważniejsza, to treść—czyż dorównywa wyglądowi zewnętrznemu? Śmiem twierdzić, że nie tylko tak jest, ale że owszem zaletami swemi przewyższa go o wiele.

Profesorowie krakowscy, którzy podjęli się opracowania „Słownika“, z dania swego wywiązali się świetnie, a jeżeli o ten lub ów wyraz możnaby się nieco posprzeczać z nimi, jeżeli się dostrzeże brak tej lub owej nazwy, to z tego im zarzutu cięższego czynić nie wolno, znać bowiem w całym dziele wszędzie staranność ich wielką, na stronicy każdej widać ich pracę sumienną i umiejętną, zewsząd wyziera usiłowanie rzetelne stworzenia czegoś rzeczywiście dobrego i użytecznego; a że usiłowanie to nie było płonne, przyzna zapewne każdy, kto bez uprzedzeń z góry powziętych, przejrzawszy „Słownik lekarski polski“, zechce o nim wypowiedzieć swe zdanie. Rozumie się samo przez się, że mam w tej chwili na myśli tylko tych, którym przysługuje rzeczywiście prawo wypowiedzania sądów o dziele tem, będącem owocem pracy rozważnej, umiejętnej i bardzo sumiennej, o dziele, któremu nie sposób uczynić zarzutu zasadniczego a n i j e d n e g o, nie naruszając przytem dobrej wiary. Że w szczegółach znaleźć się może niedopatrzenie jedno lub drugie, chwiejność jaka w zastosowaniu prawidła gramatycznego do wszystkich wyrazów równomiernie, że może nie każdy wyraz, zwłaszcza nowoutworzony, zalecony przez wydawców, zasługuje na uznanie bezwarunkowe, to rzecz inna; ale wszystko to, chociażby wybrane najstaranniej i uwydatnione najzasadniej, nie mogłoby jeszcze obniżyć wartości „Słownika lekarskiego polskiego“, jako całość bowiem uznać go trzeba za dzieło znakomite.

Nieemożność rozpisaniasię szerszego w tygodniku, który, jak „Gazeta Lekarska“, nie może wyznaczyć dosyć miejsca na ocenę taką, jaka należy się sprawiedliwie wydawnictwu tak poważnemu, jak „Słownik lekarski polski“, tudzież krótkość czasu, ubiegła od ukazania się jego, nie dopuszczająca zbadania dostatecznego treści tak olbrzymiej, nie pozwalają rozbierania tu szczegółów rozmaitych, o których już teraz nawet dałoby się powiedzieć niejedno. Zachowując sobie więc na czas późniejszy ocenę obszerniejszą, która ukaże się w „Krytyce Lekarskiej“, tu tylko wypowiem jeszcze kilka uwag ogólniejszych i powierzchowniejszych, nie dotykając szczegółów.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć to z uznaniem, iż grono wydawnicze postarało się o to, aby „Słownik lekarski polski“ nie tylko z napisu był polskim i złożyło dowód, że bardzo chodziło mu o poprawność językową nazw wszystkich. Jeżeli zaś tu lub owdzie wciśnęła się jaka nazwa mniej poprawna, to chyba zapisać to wypadnie na karb pobłażliwości dla nawyknień lekarzów piszących naszych, często aż nazbyt skłonnych do wyrażania się niepoprawnego. Jest to stosowanie się do zasady „*usus est tyrannus*“, wygodnej wprawdzie, ale niezawsze usprawiedliwionej, a z pewnością wydawnictwo takie, jak „Słownik lekarski polski“ obowiązującej tylko w mierze bardzo ograniczonej, gdyż zadaniem dzieła tego nie może i nie powinno być spisywanie nazwogóle używanych, ale właśnie wskazywanie najodpowiedniejszych i najpoprawniejszych, z pominięciem mniej właściwych lub zgoła błędnych.

W części pierwszej nazwy obce przełożone są albo na jeden tylko wyraz polski, uznany oczywiście przez wydawców za najodpowiedniejszy, albo też spotykamy tam nazw więcej, a wtedy nie trudno domyślić się, że postawiona na czele, uznana została za najwłaściwszą lub najpoprawniejszą. Gorzej jest w części drugiej, w której wydawcy pomieścili mnóstwo wyrazów polskich, po-

miniętych zupełnie w części pierwszej, jako nie zasługujących na zalecenie; umieścili je zaś dlatego — jak nas pouczają w przedmowie swej —, ponieważ napotykanne bywają w piśmienictwie lekarskiem naszym. Nie można im z tego czynić zarzutu, owszem — przyznać trzeba, że postąpili jak najsluszniej; jeno trzeba było w spisie tym nazwy mniej właściwe odróżnić w jakikolwiek sposób od uznanych przez siebie za poprawne, co można było uczynić bądź za pomocą czcionek odmiennych, bądź też przez umieszczenie znaczków umówionych przed wyrazami takimi. Dziś niejednemu zdawaćby się mogło, że wszystkie nazwy polskie, znajdujące się w części drugiej, uznane zostały przez Komisję słownikową za odpowiednie; że tak nie jest w istocie, przekonąć się wprawdzie można łatwo, zajrzawszy do części pierwszej, gdzie wyrazy nieznanne nie są wymienione zgoła; ale nie każdy jest skłonny do podjęcia trudu tak drobnego. Zastrzeżenie wyraźne w przedmowie także nie jest tu wystarczające, ponieważ większość ludzi ma ten zwyczaj naganny, że nie czytuje przedmów nigdy.

Wydawcy pominieli mnóstwo nazw, nie należących właściwie do mianownictwa lekarskiego, umieszczonych jeszcze w „Słowniku“ z r. 1881. Tak postępując, uczynili bardzo dobrze, bo zyskali przez to miejsca niemało dla wyrazów innych, których umieszczenie było rzeczywiście niezbędne, a przyrost ich, w porównaniu ze „Słownikiem terminologii lek. pols.“, jest bardzo znaczny i ze wszech miar pochwały godny.

Jeżeli tu i owdzie znajdzie się brak jaki, a jest tak rzeczywiście, to na to pobłażliwym być trzeba. Gdy chodzi o tysiące nazw najrozmaitszych, łatwo bardzo zapomnieć mimowoli o szczególe jakim podrzędniejszym, bo, o ile sądzić mogę z przejrzenia dorywczego, w „Słowniku“ braki ważniejsze nie istnieją.

Na uznanie zasługuje wstrzemięźliwość w tworzeniu wyrazów nowych, które zwykle jest bardzo trudne i dlatego też udaje się rzadko. Mamy tego, między innymi, przykład na wyrazie „ropowica“ (*phlegmone*), mającym zastąpić nazwę złożoną, używaną dotąd, „zapalenie ropne tkanki łącznej, podskórnej“, rzeczywiście nie bardzo dogodną, ale wybornie i dobitnie sprawę samą określającą, czego o „ropowicy“ nie możnaby powiedzieć. Czy wyraz ten nowy przyjmie i rozpowszechni się, przesądzić trudno dzisiaj; przemawia za tem niewątpliwie krótkość nazwy samej, pomimo że gramatycznie doskonała nie jest. Obszerniej, tak o niej samej, jak o innych jeszcze, będzie mowa gdzieindziej.

Szkoda, że w „Słowniku“ język angielski tak mało znalazł miejsca dla siebie, należało mu przynajmniej poświęcić go nie mniej, jak francuskiemu, który także w porównaniu z niemieckim doznał upośledzenia pewnego.

Na tem kończę wzmiankę niniejszą o „Słowniku lekarskim polskim“, zalecając go najgoręcej kolegom, zwłaszcza zabawiającym się piórem.

Dr med. Józef Peszke.

Wiadomości bieżące.

+ Posada naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie zawakowała, wskutek wyjazdu prof. Maksimowa do Petersburga dla objęcia tamże innego miejsca. Mamy nadzieję, iż Rada Miejska Dobroczynności Publicznej na posadę tę przedstawi niewątpliwie kandydata, dobrze ze sprawami szpitalnymi obeznanego, uświadomionego, co w nim robić i zrobić należy i zapobieżę, by posada ta

nie była synekurą z 1600 rb. pensyi, 12-u pokojami mieszkania, światłem, opalem i t. d. Za takie bowiem wynagrodzenie można żądać więcej, niż peryodycznego wysyłania „*bumag*” i okólników. Z drugiej strony przyszły naczelny lekarz, obejmując tę posadę, powinien zażądać od Rady Miejskiej, iżby przez wzgląd na kilka tysięcy chorych, leczących się corocznie w tym szpitalu, zechciała wypełnić dotychczasowe braki i pomyśleć o umożliwieniu stosowania metod leczniczych, gdyż obecnie pod tym względem stoi on nie wiele co wyżej, jak za czasów księdza BAUDOIS'a i konkurencyi z drugorzędnym nawet szpitalem zagranicznym wytrzymać nie może.

— W Bayreuth [Bawarya] otwarto nowy szpital miejski, zbudowany w ciągu 2½ lat kosztem 700000 marek.

— Aby podnieść wartość posługi szpitalnej, niemiecki minister oświaty polecił udzielać co ½ roku order lub znak honorowy zasłużonym posługaczom lub tym, którzy przesłużyli 20—25 lat w szpitalu.

— Z odbytego w Atlanta [17-go kwietnia r. b.] Kongresu przeciwgruźliczego, dowiadujemy się, iż w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej umiera rocznie z gruźlicy 150000 ludzi.

— W gimnazyum w Winterthur [Szwajcarya] trwanie lekcyi zmniejszono z 50-u minut do 40-u, tak że w 4-ch godzinach odbywa się 5 lekcyi. Doświadczenie stwierdziło, iż skrócenie to wpłynęło korzystnie na sprawność umysłową i fizyczną uczniów.

— W Tylży dr GONUREK zapisał milion sto tysięcy marek na cele społeczno-lekarskie.

— Zjazd balneologiczny, który się odbył w Krakowie w dniach 6-go i 7-go maja r. b., uchwalił zalecić do opracowania następujące tematy:

a) Proponowane przez Wydział Polsk. Tow. Baln.:

1) Określić na podstawie badań klinicznych wpływ wody rymanowskiej ze źródła Klaudy na przewód pokarmowy.

2) Określić wpływ solanek Rabki, Rymanowa, Iwonicza, Truskawca, Cieclocinka na przemianę ciał azotowych ustroju.

3) Określić wessalność szczaw żelazistych Krynicy, Szczawnicy, Żegietowa na podstawie dokładnych rozbiórów moczu i kału.

4. Przedstawić na podstawie zasadniczych wskazań lekarskich, obowiązujących w każdym z naszych zdrojowisk, plan urządzeń lekarskich, pozwalających wyzyskać dokładnie przyrodzone siły lecznicze zdrojowiska, oraz plan urządzeń mechano - terapeutycznych w szerszem tego słowa znaczeniu, pozwalających na uzupełnienie i spotęgowanie działania przyrodzonych czynników leczniczych.

5. Opisać i omówić krytycznie dotychczas używane sposoby zaczerpania wód mineralnych ze szczególnem uwzględnieniem czerpania wód żelazistych.

b) Temat, proponowany przez dra BOL. SKÓRCZEWSKIEGO:

Zbadać klinicznie wpływ wód krynickich w przewlekłych chorobach narządu moczowego.

Nadto uchwalono zwrócić się do Wys. Rządu z prośbą o zarządzenie i finansowe poparcie badań radiograficznych naszych wód mineralnych, niektórych przetworów kąpielowych, oraz, na wniosek dra SKÓRCZEWSKIEGO, o przeznaczenie pewnej kwoty [500 kor.] na nagrody konkursowe za najlepszą pracę na temat, proponowany przez wnioskodawcę.

SPROSTOWANIE.

W N-rze 19 na str. 482 w 2-im wierszu od dołu zamiast: byleż, ma być: odleglej.

Доввол. Ценаурою Варшава, 12 мая 1905. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.