

GAZETA LEKARSKA

I. Przyczynek do pneumotomii.

Skreślił

dr Fr. Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

Gangraena pulmonis sinistri. Pneumotomia. Mors.

D. Wl., obywatel wiejski, lat 64, zachorował nagle przed 2 miesiącami w październiku 1900 roku. Po tak zwanem przeziębieniu wystąpiły dreszcze, gorączka, ból w lewej połowie klatki piersiowej, kaszel męczący z obfitą plwociną. Rozpoznano zapalenie płuc. Chory od początku cierpienia pozostawał pod nadzorem lekarskim. Cierpienie w swoim przebiegu bynajmniej nie traciło na ciężkości objawów, lecz przeciwnie wzmagало się, a szczególnie dokuczał choremu kaszel, który występował napadowo i był tak mocny, że doprowadzał do wymiotów. Plwocina zaczęła nabierać woni przykrej i w 4-y tygodniu cierpienie już wydzielala tak nieznośny zapach, że natychmiast należało ją usuwać. Chory nawet sam uskarżał się na ową przykrą woń, jaka powstaje przy jego oddechu. Ilość plwociny przytem nadmiernie się zwiększyła. W plwocinie od czasu do czasu można było zauważyć strzępy tkanki obumarłej, a niekiedy skrzepy krwi. Stwierdzono wtedy u chorego zgorzel dolnego płata lewego, jako następstwo ostrej pneumonii.

Gorączka ciągle trwała, chory jeść nic nie mógł, źle sypiał, a skutkiem tego znacznie podupadł na siłach, tak iż z pościeli już się sam podnieść nie mógł. Na początku grudnia 1900 r. stan jego był taki, że nie chciano nawet próbować ratowania go na drodze operacyjnej. 4-go grudnia 1900 r. widziałem chorego razem z kol. CHROSTOWSKIM. Stwierdziliśmy zgorzel płuca lewego dolnego płata, a próbne przekłucie pomiędzy 7-em a 8-em żebrem dało nam płyn mętny, krwawy, z odrażającą wonią. W drugim płucu oprócz starej ro-

zedmy i zapalenia oskrzeli nie stwierdziliśmy innych zmian. Serce nie przedstawiało zmian, tętno 120, ateromatoza naczyń powierzchownych. Wątroba cokolwiek powiększona. W moczu ślady białka. Pomimo znacznego wyniszczenia chorego zaproponowaliśmy mu operację, na którą natychmiast się zgodził.

6-go grudnia 1900 r. w jednej z lecznic prywatnych wykonaliśmy operację bez usypiania, a tylko przy miejscowem znieczuleniu i w pozycji siedzącej chorego.

Na *linea axillaris* cięcie, obnażyłem 8 żebro i wyrezekowałem około 8 ctm. Przeciąłem oplucną i płuco, które było szczelnie zrosnięte z tą ostatnią. Wypłynęła z rany obficie ciecz brunatna, cuchnąca, ze strzępami tkanki. Wprowadziłem rękę do jamy w płucu. Cały dolny płat wszędzie prawie miał miękką konsystencję, płuco z łatwością palcami rozrywało się i strzępy można było wyciągnąć z rany. Nie mogłem nigdzie wymacać twardszej tkanki, świadczącej o granicy nekrotycznej sprawy. Do rany wprowadziłem 2 dreny i wytamponowałem gazą jodoformową. Kaszel po operacji znacznie się uspokoił, odpływanie skąpe z nieprzyjemnym zapachem.

Opatrunek nałożony na ranę szybko bardzo przemiękł i trzeba było po kilku godzinach go zmienić. Ciepłota wieczorem dosięgała do 38,3°.

Pomimo ułatwionej wydzieliny z rany chory nie przestał gorączkować. 7-go dnia po operacji ciepłota dosięgała do 39,4°; ponownie wystąpiły napady kaszlu z obfitą cuchnącą wydzieliną. Po upływie 2-ech tygodni nastąpiło polepszenie; ciepłota obniżyła się do normy, kaszel mniejszy, płwociny znacznie mniej z bardzo małym zapachem; wydzielina z rany zmieniła swój charakter, stała się więcej ropną z mniej przykrym zapachem i bez strzępków tkanki. Stan ogólny chorego jednak był bardzo marny. Tętno od 100—120, nikle, drobne. Obrzęki dolnych kończyn. Zdawało się jednak, że można będzie uratować chorego, gdy ponownie wystąpiły dreszcze, ciepłota podniosła się do 39,6°, duszność. Badanie 28-go grudnia 1900 r. wykazało zapalenie dolnego płata prawego płuca. Stan chorego był coraz gorszy. Chory stopniowo utracił przytomność i przy objawach zapaści zmarł 2-go stycznia 1901 r.

W danym razie pneumotomia nie uratowała chorego. Zmiany miejscowe w płucach były posunięte nader daleko, niemal cały dolny płat lewego płuca uległ zgorzeli, a ustrój w wysokim stopniu był zatruty septyczną wydzieliną ogniska zgorzelinowego.

Pneumotomia okazała pewien wpływ dodatni na przebieg sprawy, ułatwiła wydzielanie się nekrotycznych części i płynnej wypociny, uśmierzając przez to męczące ataki kaszlu.

Należy zrobić tu uwagę, że usunięcie jednego żebra w danym razie nie było wystarczające; w przebiegu pooperacyjnym widzieliśmy, że nie cała wydzielina wydobywała się na zewnątrz przez ranę, gdyż po pewnym czasie ponowiły się napady kaszlu z płwociną o woni odrażającej. Na przeszkodzie do wykonania rozleglejszej operacji stał nader ciężki stan chorego, gdyż operację nawet wykonywałem w pozycji siedzącej, ponieważ chory nie mógł leżeć na boku. Po upływie dwóch tygodni po operacji nastąpił pewien zwrot ku

lepszemu ze strony płuca uległego zgorzeli, wypływ z rany był mniejszy i charakter jego się zmienił.

Do śmierci chorego ostatecznie przyczyniła się sprawa zapalna w drugim płucu, która mogła rozwinąć się skutkiem znacznego wyniszczenia organizmu, jako pneumonia opadowa, a także skutkiem przedostawania się wypociny przez oskrzela do drugiego płuca.

Spostrzeżenie to uczy nas, aby przy zgorzeli płuc przystępować do operacji, o ile można, wcześniej i aby szeroko otwierać ognisko zgorzelinowe.

Bronchectasiae. Pneumotomia. Mors.

M. J., służąca, 20 lat, przybyła w listopadzie 1903 r. do szpitala Wolskiego, uskarżając się na kaszel męczący, występujący napadami, szczególniej zrana, z obfitą, ropiastą, o odrażającej woni plwociną. Niekiedy kaszel jest tak silny, że powoduje u chorej wymioty. Zrana chora wyrzuca 100 — 150,0 grm. plwociny odrazu. Chora opowiada, że kaszel ją trapi od bardzo dawna, jak tylko zapamiętać może, zawsze kaszlała i wypluwała cuchnącą plwocinę, ilość której stopniowo się powiększa. Przed $\frac{1}{2}$ rokiem leżała w szpitalu św. Ducha skutkiem zapalenia płuc z krwiopluciem. Przed miesiącem wystąpił krwotok płucny. Od tego czasu chora czuje się znacznie osłabioną, miewa poty nocne, kaszle nader silnie i wypluwa znaczną ilość ropiastej, wonięjącej plwociny. Chora średniego wzrostu, miernej budowy, słabo odżywiana, blada; z jakiej rodziny pochodzi nie wie, gdyż rodziców swoich nie znała. Badanie klatki piersiowej wykazuje, że w wierzchołku lewego płuca wysłuchać można rżęzenia wilgotne drobnopęcherzykowe, w dolnym płacie także rżęzenia, a w pobliżu kręgosłupa oddech oskrzelowy. Opukiwanie klatki piersiowej wykazuje tylko stłumienie w dolnej części od tyłu lewego płuca, na wysokości 8 i 9 żebra na *linea scapularis*. Serce nie przedstawia zmian; tony czyste, tętno 92, dosyć napięte.

Inne narządy nie wykazują zmian. W moczu białka i cukru niema.

21.XI. Próbné przekłucie wykonane na *linea scapularis* pod 8-em żebrem wykazało śluzowo-ropną wydzielinę.

30.XI. Wykonaliśmy 8 przekłuć próbných w rozmaitych miejscach pod 7, 8 i 9 żebrami i wszystkie bez dodatniego wyniku. Pomimo to chora wypluwa około 400—500,0 ropiastej, cuchnącej wydzieliny. Dolna warstwa wydzieliny tej gęsta, żółto-zielona, środkowa—płynna, wodnista, półprzezroczysta, powierzchowna warstwa z pianą. Badanie mikroskopowe plwociny nie wykazało ani włókien elastycznych, ani kryształów CHARCOT'a, ani laseczników gruźliczych, przeważnie znajdowano łańcuszki. Cały dolny odcinek klatki piersiowej z lewej strony od tyłu przy opukiwaniu wykazał pewne różnice, otrzymywaliśmy wyraźne stłumienie na ograniczonej przestrzeni pod łopatką na wysokości 8 i 9 żeber. Wysłuchiwanie tych okolic niekiedy pozwalało na stwierdzenie oskrzelowego oddechu z metalicznym przydźwiękiem, szczególniej po mocnym kaszlu i obfitem odpluwaniu, niekiedy

zaś tylko można było wysłuchać rozsiane wilgotne rżenia. Objawy opukowe i wysłuchowe na pozostałej części płuca, oraz w drugim płucu nie upoważniały do wniosku, że tam mogą zachodzić jakieś poważniejszej natury zmiany. Podejrzewaliśmy na zasadzie całego obrazu cierpienia, że mamy do czynienia z rozstrzenią — *bronchectasia* — oskrzeli w dolnym płacie lewego płuca, *resp.* w górnej jego połowie, lecz ściśle oznaczyć miejsce samej *bronchectasiae* oraz ilości ich nie można było. Wszystkie niemal przekłucia dawały wynik ujemny. Stąd też pomimo prośb chorej, aby wykonać jej operację, z tą ostatnią zwlekaliśmy.

Po upływie kilku dni przystąpiłem do ponownego oznaczenia ogniska ropnego w płucu; wykonałem przekłucie pod 9 żebrem w odległości 6 ctm. od kręgosłupa i wtedy otrzymałem gęstą, żółto-zieloną ropę, o nader nieprzyjemnej woni. Badanie całe nie upoważniało nas do przypuszczenia, aby mógł być zrost płuca ze ścienną opłucną. 10.XII 1903 r. przystąpiłem do operacji w uspieniu chloroformowem. Poniżej łopatki wykonałem jedno cięcie równoległe do 9-go żebra, a drugie pionowe do niego, obnażyłem 8 i 9 żebra i rezekowałem na przestrzeni około 8 ctm. Cienką igielką zrobiłem przekłucie próbne opłucnej i przekonałem się, że przez ten otvorek przedostaje się powietrze, co utwierdziło mnie w przekonaniu, że zrostów opłucnej niema. Mając to na względzie, w górnej części podczas głębokiego wdechu chorej przeprowadziłem szew, starając się, o ile możliwości, igłą schwycić głęboko płuco i tym sposobem przymocować go do klatki piersiowej, także same szwy nałożyłem w dolnej części rany po usunięciu 9-go żebra. Aby ligatura nie rozdzierała tkanki i aby przez utworzone tą drogą otwory powietrze nie przedostawało się do jamy opłucnej, pomiędzy ligaturą a tkanką pomieszczałem tampony z gazy i na niej zawiązałem ligaturę. Tym sposobem gaza zatykała miejsca ukuć igłą. Ranę całą wyłożyłem gazą wyjałowioną, przecięcie zaś płuca pozostawiłem aż do wytworzenia się zrostów. Chora po operacji zaczęła kaszlać, w płwocinie pokazała się krew, co było jasnym dowodem, że szew przeszedł przez tkankę płucną. Stan chorej w ciągu kilku dni był podgorączkowy, ciepłota dochodziła do 38°.

Po upływie 4-ch dni w pobliżu nałożonych szwów w 3-ch miejscach wstrzyknąłem do jamy opłucnej po kilka kropli jodyny. Chora w ciągu kilku dni gorączkowała.

16.XII. Osluchiwanie wykazuje naokoło rany oddech oskrzelowy, a oprócz tego liczne wilgotne rżenia, przy opukiwaniu zaś otrzymaliśmy stłumienie. Chora uskarża się na dotkliwy ból w lewym płucu. Stwierdziliśmy rozpoczynającą się pneumonię.

18.XII. W lewej opłucnej w pobliżu rany wysłuchać można tarcie opłucnowe. Opukiwanie wykazuje stłumienie od tyłu powyżej 9-go żebra. Ciepłota 37,6°—39,6°.

19.XII. Wykonałem próbne przekłucie na miejscu usuniętych żeber i otrzymałem płyn mętny, z domieszką krwi. Na wysokości 8-go żebra przeciąłem opłucną i płuco, wypłynęła z przecięcia znaczna ilość surowiczego, krwistego płynu; wprowadziłem palec do płuca i rozrywając z łatwością na-

ciekłą tkankę jego, doszedłem do kanałów o gładkich zupełnie zmianach—dwa szły ku górze, a jeden ku dółowi. Całą jamę wytamponowałem gazą.

Chora w ciągu kilku dni gorączkowała; pomimo pneumotomii trapił ją mocny kaszel ze znaczną ropiastą wydzieliną. Otworzenie ognisk rozstrzeniowych mało bardzo wpłynęło na zmniejszenie cuchnącej wydzieliny. W ciągu doby wypluwała około 300,0 grm. zielono-żółtej płwociny, pomimo obfitej wydzieliny z rany w płucu. Po kilku dniach stan chorej się poprawił, ciepłota się obniżyła do normy, tętno 90, równe.

25.XII po silnym kaszlu wystąpiły mocne bóle z lewej strony klatki piersiowej, ciepłota podniosła się do 38,4°, tętno 120, drobne, znaczny upadek sił.

26.XII. Stan bez zmiany. Kaszel mocny i męczący chorą, wydzieliną z zapachem.

27.XII. Siły chorej znacznie gorsze, kaszel męczący, ból w boku operowanym.

28.XII nastąpiła śmierć przy objawach mocnej zapaści.

Badanie pośmiertne wykazało następujące zmiany.

Przedewszystkiem jamy rozstrzeniowe (*bronchectasiae*) znajdowały się tylko w górnym płacie, dolna część którego była przyszyta do ściany klatki piersiowej. Zrost pozostał dosyć trwały, płuco było przyklejone na przestrzeni, której średnica wynosi około 7 cm., przy użyciu pewnej siły zrost ten odkleić się daje.

Oplućna przyścienna i trzewiowa mocno zaczerwienione, pokryte złogami szarymi włókniaka, szczególnie w górnej połowie górnego zraza; w jamie oplucnej cokolwiek mętnego szarego płynu. Niemal nad samem miejscem zrostu w płucu znajdujemy powierzchnią jamę, wielkości orzecha włoskiego, górną granicę której stanowiła bardzo cieniutka warstwa tkanki; ściana ta pękła podczas kaszlu 16-go dnia po operacji, zawartość jamy dostała się do oplucnej i spowodowała *pleuritis septica*, będący przyczyną śmierci.

W górnym zrazie oprócz tego znajdujemy u wierzchołka jeszcze jedną jamę, wielkości orzecha tureckiego i jedną cokolwiek mniejszą w dolnej części tegoż płata. Otwarte jamy przez pneumotomię mają ściany gładkie, niezmiernie cienkie, do nich nie otwierają się oskrzela większych rozmiarów. Forma tych rozstrzeni była wydłużona.

We wszystkich bronchektazyach ściany są nader cienkie i gładkie. Dolny płąt lewego płuca mocno przekrwiony i obrzękły.

W wierzchołku p r a w e g o p ł u c a znajdujemy również jamę wielkości i formy śliwki węgierki, o bardzo cienkich gładkich ścianach, wypełnioną cuchnącą, gęstą, ropiastą wydzieliną.

Pozostała część płuca oprócz przekrwienia tylnych części dolnego zrazai nie przedstawiała innych zmian.

S e r c e bez zmian. W ą t r o b a przekrwiona. S l e d z i o n a miękka, czerwona. K i s z k i i ż o ł ą d e k nie przedstawiają zmian. N e r k i przekrwione.

Bronchectasia pulmonis dextri (lobi inferioris). Pneumotomia. Sanatio.

Chłopiec, 12-letni, przybył do Warszawy w marcu 1904 r. skutkiem przewlekłego cierpienia płuc, które w ostatnich czasach uległo obostrzeniu. Chłopiec ten pochodzi z rodziny, obciążonej zбочeniami układu nerwowego oraz gruźlicą. W 3-im roku życia przechodził koklusz, po którym pozostał mu kaszel męczący, duszący i ze znaczną plwociną; od 7-go roku życia rodzice jego zauważyli, że ilość plwociny zwiększa się, szczególniej zrana po śnie, że często podczas kaszlu dochodzi do wymiotów ropą. Od czasu do czasu plwocina miała zapach przykry, i wtedy chłopiec czuł się osłabionym, niekiedy nawet gorączkował. Przed kilkoma tygodniami nagle wystąpiły dreszcze, gorączka, częste napady kaszlu mocnego z obfitą cuchnącą plwociną oraz ból w prawym boku. Rozpoznawano wtedy *pleuropneumoniam*. Wykonano próbne przekłucie z prawej strony klatki piersiowej pod 9-em żebrem na *linea axill. poster.* i po otrzymaniu tą drogą ropy wyprawiono chłopca do Warszawy w celu dokonania operacji z przypuszczeniem, że ognisko ropne znajduje się w jamie opłucnej.

Badaliśmy wtedy wspólnie z kol. SOKOŁOWSKIM chorego, który był błydy, wyniszczony, gorączkujący i odpluwał znaczną ilość cuchnącej wydzieliny. Na klatce piersiowej wyraźne stłumienie od tyłu w dolnej części płuca prawego; w miejscu tem szmer oddechowy słabszy; poniżej łopatki na wysokości 8-go żebra po silnym napadzie kaszlu—oddech amforyczny, opukiwanie wtedy daje odcień tympanityczny; w pozostałej części dolnego płata rozsiane wilgotne rżężenia. Drugie płuco zmian nie przedstawia; również inne narządy nie wykazują uchyleń od normy. Wykonaliśmy zaraz kilka przekłuć próbnych klatki piersiowej, lecz zawsze z ujemnym wynikiem. Plwocina pozostawiona w szklance rozdzielała się na trzy warstwy: powierzchnową—pianistą, średnią—półprzezroczystą, wodnistą i dolną—żółto-zieloną, gęstą, ropiastą; zapach plwociny odrażający. Badanie mikroskopowe nie wykazało laseczników gruźliczych. W moczu białka i cukru niema. Na zasadzie wyników badania naszego oraz wywiadów wywnioskowaliśmy, że w dolnym płacie prawego płuca mamy do czynienia z rozszerzeniem oskrzela—*bronchectasia*—dosyć znacznych rozmiarów, że ściana rozszerzenia (*bronchectasiae*) uległa na pewnej przestrzeni zniszczeniu, skutkiem czego sprawa zapalna przeszła na miąższ płuca, wywołując szereg objawów ciężkich, że prawdopodobnie i opłucna przyjąć musiała udział w sprawie zapalnej. Na ścianie klatki piersiowej na *linea axill. poster.* pod 9-em żebrem znajduje się twardy, bolesny naciek, który powstał po przekłuciu próbnym, wykonanem przed tygodniem. Obecność tego nacieku pozwalała na przypuszczenie, że podobna sprawa rozgrywa się w opłucnej, co mogło doprowadzić do zrostów. Obecności wysięku płynnego w jamie opłucnej nie stwierdziliśmy.

Po upływie kilku dni chory przestał gorączkować, na klatce piersiowej jednak naciek stopniowo się zwiększył i doszło do wyraźnego chelbotania. Postanowiliśmy ognisko to ropne otworzyć i jednocześnie przystąpić do otworzenia *bronchectasiae*.

5-go kwietnia 1904 r. w jednej z prywatnych lecznic przy pomocy kol. SOKOŁOWSKIEGO i ZEMBRZUSKIEGO wykonałem operację w narkozie chloroformowej. Ognisko ropne na klatce piersiowej otworzyłem i wyskrobałem łyżeczką; 9 żebro, do którego bezpośrednio naciek docierał, obnażyłem i rezekowałem na przestrzeni 6 ctm. Do jamy opłucnej wprowadziłem cienką igłę PRAVAZA i przekonałem się, że przez nią przedostaje się do wnętrza klatki piersiowej powietrze. Zrostów zatem opłucnej w tej okolicy nie było. Rozszerzyłem cokolwiek otwór i szybko wprowadziłem do jamy opłucnej palec, jak to radzi BAZY. Dokładnie można było wyczuć przeponę brzuszną i część płuca, w którym jednak wyraźnego stwardnienia, świadczącego o obecności ogniska ropnego, domagać się nie mogłem. Po usunięciu palca schwyciłem szybko kleszczami brzeg płuca, wy dobyłem na zewnątrz i przyszyłem do rany opłucnej, a tym sposobem zamknąłem otwór i płuco utrzymałem w pozycji.

Następnie rezekowałem 8 żebro [6 ctm.] i w górnej granicy rany nałożyłem szew głęboki przez opłucną i płuco. Zatem przy pomocy 2 szeregów szwów utrzymałem płuco przy ścianie klatki piersiowej. Na miejscu rezekowanego 8-go żebra otworzyłem opłucną i w myśl tego, jak postępuje DELAGÉNIERE, bardzo wolno wpuszczałem powietrze do jamy opłucnej. Wpływ zmiany ciśnienia wewnątrz jamy opłucnej ujemnie odbił się na działalności serca i oddechu. Tętno stało się nader drobnem i nikłym, chory przestał oddychać; jednak po zastosowaniu oddechu sztucznego zwolna tętno stało się pełniejszym, miarowym i oddech powrócił. Do rany w opłucnej przyszyłem płuco wzdłuż kierunku żebra i wtedy przeciąłem [4 — 5 ctm.]; następnie palcem, na tępo, starałem się dojść jak najwyżej do jamy rozstrzeniowej, kierując się jedynie wskazówkami, jakie otrzymaliśmy przy badaniu przed operacją. Jamy samej jednak nie miałem zamiaru otwierania, aby wydzielina rozpadowa nie zakaziła opłucnej. Ranę w płucu wytamponowałem gazą, aby po kilku dniach, kiedy zrosty opłucnej będą trwałe, otworzyć *bronchectasiam*.

Przebieg pooperacyjny był bardzo ciężki. Chory zaczął gorączkować, wieczorami ciepłota osiągała 39,0°, a nawet i wyżej. Kaszel znacznie się zmniejszył, ilość płwociny o połowę mniejsza, zapach jej jednak nieprzyjemny. Po kilku dniach w dolnej połowie płuca operowanego stłumienie, mnóstwo wilgotnych rzężeń, ból zwiększony, a od przodu tarcie opłucnowe. Stwierdziłszy *pleuropneumoniam*. Szew opłucnowy usunąłem; do jamy w płucu i do jamy opłucnej wprowadziłem dreny. Z opłucnej wylała się niewielka ilość mętnej wysięku. 8-go dnia po operacji wystąpiły objawy zapalenia dolnego płata lewego płuca. Stan chorego bardzo ciężki. Ciepłota zrana 38°, wieczorem 39,5°—40°, oddech przyspieszony, tętno drobne, nikłe, 120—140. Wydzielina z rany płuca bardzo obfita, dlatego też zmiana opatrunku codzienna. Chory odpluwa znacznie mniej, płwocina z bardzo małym zapachem zawiera niewielkie skrzepy krwi.

Choremu wstrzykiwałem surowicę przeciwpaciorkowcową prof. BUJWIDA w ilości od 10—30 ctm. dziennie. Wpływu jej jednak na zmniejszenie ciepłoty nie zauważyłem. Tętno utrzymywało się na wysokości 120.

Po 3-ch tygodniach objawy zapalne w prawym płucu znacznie się zmniejszyły; odpływanie bez porównania mniejsze, bez zapachu, natomiast wydzielina z rany nabrała zapachu takiego, jaki był właściwy dla płwociny. Jama rozstrzeniowa otworzyła się do rany w płucu i tą drogą następowało opróżnienie jej zawartości.

Zwolna objawy zapalenia w lewym płucu ustępowały. Chory przestał gorączkować, apetyt mu się poprawił, stan ogólny coraz lepszy; chory zaczął chodzić po pokoju i po upływie 8-u tygodni od czasu operacji wyjechał na miasto. Pomimo niezagojonej jeszcze rany w połowie czerwca 1904 r. pod odpowiednią opieką wyprawilem chorego na wieś, gdzie już szybko wracał do zdrowia; po miesiącu zaś usunąłem dreny i w krótkim czasie otrzymałem zupełne zagojenie się ran. Dolna część klatki piersiowej z prawej strony cokolwiek spłaszczona, pozostało na niej na znacznej przestrzeni stłumienie, oddech osłabiony, a na miejscu poprzedniej jamy oskrzelowej.

W lewym płucu zapalenie nie pozostawiło wybitniejszych zmian.

Podczas przebiegu pooperacyjnego chłopiec przebył dwustronne zapalenie płuc i *pleuritis purulenta dextra*; *bronchectasia* zaś sama otworzyła się do rany płuca, uległego zapaleniu. Pomimo wszelkich ostrożności nie uniknęliśmy zapalenia opłucnej, nastąpiło to skutkiem jednoczesnego oczyszczenia ogniska ropnego na klatce piersiowej, albo też skutkiem szerzenia się sprawy zapalnej płuca na opłucną, a sądząc z rozpadowej wydzieliny jamy rozstrzeniowej, charakter zapalenia płuc odrazu był złośliwy.

Pomimo tak ciężkiego powikłania sprawa chorobowa zakończyła się pomyślnie, chłopiec pozbył się jamy o wydzielinie cuchnącej w płucu, zabliznienie nastąpiło zupełne, bez przetoki.

[D. n.]

II. Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Zranienie przewodu piersiowego, wygojenie.

Podał

Witold Horodyński.

Przed kilkoma laty kol. LEŚNIEWSKI, opisując spostrzegane przez siebie przypadki zranień przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*), jednocześnie zebrał całą, odnoszącą się do tego literaturę. Chociaż od tego czasu liczba spostrzeganych i opisanych przypadków niewątpliwie powiększyła się, jednakże ze

względu na to, że uszkodzenia powyższego narządu niezbyt są częste, to jednak przypomnienie o możliwości tej podczas operowania na lewej stronie szyi nie zaszkodzi. Pamięta się zazwyczaj wtenczas o opuszcze żyły szyjnej wewnętrznej (*bulbus v. jugularis internae*) lub o żyłe podobojczykowej (*v. subclavia*), których zranienie zagraża bezpośrednio niebezpieczeństwem wskutek zatoru powietrznego, mniejszą zaś zwraca się uwagę na sąsiedztwo tego przewodu. Z tych powodów podaję poniżej przypadek spostrzegany przeze mnie.

A. T., rolnik, lat 50, wstąpił do kliniki chirurgicznej w maju r. b. z mięsakiem (*sarcoma*) w lewej okolicy nadobojczykowej. Początek choroby datuje się mniej więcej przed 8—10 miesiącami; niewielki, twardy guz początkowo rósł wolno i nie sprawiał choremu żadnych dolegliwości, w ostatnich jednak kilku miesiącach zaczął powiększać się szybko, wywołując bóle na lewej stronie szyi i lewej kończynie górnej. Chory żonaty, dietny, zawsze cieszył się jaknajlepszym zdrowiem. Badanie wykazuje: stan ogólny niezły, narządy wewnętrzne prawidłowe, gruczoły na szyi i pod pachą niepowiększone. Guz sam wielkości główki noworodka zajmuje lewą okolicę nadobojczykową, u dołu zachodzi poza obojczyk, z wewnątrz pod lewy mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy (*m. sternocleidomastoideus*), z zewnątrz pod mięsień czworoboczny (*m. cucullaris*), u góry zaś sięga prawie kąta szczęki. Guz twardy, o wyraźnych konturach, mało ruchomy.

19-go maja przystąpiłem do wyluszczenia guza. Jedno cięcie długości około 10 cmt. poprowadziłem poprzecznie, 1,5—2 cmt. ponad obojczykiem, drugie również około 10 cmt. długości prostopadle do środka pierwszego. Podczas wyluszczenia guza okazało się, że cały pęczek naczyniowo nerwowy jest przez nowotwór obrośnięty. Tętnicę szyjną (*carotis*) na całej przestrzeni wraz z nerwami błędnym i przeponowym (*nn. vagus et phrenicus*) udało się bez uszkodzenia odpreparować, żyłę zaś szyjną wewnętrzną, ściśle spojeną z nowotworem, zmuszony byłem wyciąć pomiędzy dwiema podwiązkami, przyczem dolna nałożona była prawie na opuszkę żyły. Wyluszczając dalej guz [tutaj przyznać się muszę, że w danej chwili o przewodzie piersiowym zapomniałem] nie wiem, czy przez silne wyciąganie kleszczami przerwałem, czy też podczas separowania guza przeciąłem nożem, dość, że zraniłem przewód limfatyczny, który, sądząc z grubości i położenia, był przewodem piersiowym. Natychmiast potem zauważyłem na dnie rany sączenie się limfy. Odszukałem przecięty koniec przewodu [tylko jeden], z którego dość obficie wypływała limfa i nałożyłem podwiązkę, poniżej której przewód natychmiast wydał się do grubości gęsiego pióra i sączenie się limfy ustało. Ranę częściowo zeszyłem, u dołu zaś założyłem pasek gazy sterylizowanej. Na drugi dzień znalazłem cały opatrunek obficie przesiąknięty limfą, po zdjęciu zaś opatrunku przekonałem się, że z rany obficie wypływa prawie przezroczysta limfa. Wytamponowałem ranę gazą szczelniej niż za pierwszym razem, lecz nie na wiele to się przydało, gdyż następnego dnia już nietylko opatrunek, lecz i pościel była obficie limfą przemoczona. Wtedy rozprułem częściowo ranę, sądząc, że mi się uda odnaleźć koniec, z którego sączyło się, lecz całe dno rany było pokryte skrzepłym włók-

nikiem, z pod którego, jak z gąbki, sączył się tym razem już białawy, mleczny płyn i to w takiej obfitości, że wypływała kropla za kroplą.

Ze względu na blizkie sąsiedztwo wielkich naczyń nie chciałem zbyt energicznie manipulować w skrzepach włókniaka, który, wypełniając szczelnie ranę, zatarł zupełnie różnice anatomiczne, ograniczyłem się znów tylko szczelnem utkaniem rany gazą wyjałowioną. Stan taki trwał kilka dni, codzienna zmiana opatrunku w połączeniu ze szczelnem upychaniem gazy nie pomagała i chociaż rana zaczęła się oczyszczać i pokrywać ziarniną, to jednak z pośród tej ostatniej ciągle w obfitości sączyła się limfa, jednocześnie zaś zauważyłem, że chory zaczął mizernieć, chudnąć, skarżyć się przytem na ogólne osłabienie. Na obklucie sączącego miejsca nie decydowałem się ze względu na bliskość wielkich naczyń, z drugiej strony widocznem było, że chory niszczeje. Ostatecznie 11-go dnia po operacji, rozszerzoną zapomocą haków ranę jak można najszczelniej wypełniłem sterylizowaną gazą, z wierzchu na ranę zrobiłem możliwie silny ucisk i nareszcie na drugi dzień opatrunek znalazłem suchy. Gazę pozostawiłem w ranie przez dni trzy, po których upływie przekonałem się, że ciecz mleczna przestała płynąć i że w zranionym przewodzie zakrzep utworzył się już dość silny. Po usunięciu gazy rana zaczęła wypełniać się ziarniną nadzwyczaj szybko, chory zaczął poprawiać się i powracać do dawnego stanu i w dniu 8 czerwca opuścił klinikę z raną niezupełnie zabliźnioną, lecz całkowicie wypełnioną zdrową ziarniną.

Czy w danym przypadku przewód piersiowy składał się z pojedynczego pnia, czy też z kilku, i zraniony został jeden z głównych, trudno o tem sądzić. Że limfa sączyła się z rany pomimo podwiązania zranionego przewodu, można przeto przypuścić, że albo słabo nałożona katgutowa podwiązka spelzła, albo zranione zostały dwa pnie, podwiązany zaś został jeden. Najciekawszą rzeczą jednak jest to, że początkowo wypływała przezroczysta limfa, później zaś białawy opalizujący płyn, charakterystyczny dla mleczka pokarmowego.

Praktyczny wniosek z tego przypadku da się wyprowadzić ten, że skoro po zranieniu przewodu piersiowego nie udało się obydwóm końców podwiązać, lub uszkodzenie początkowe zauważonem nie zostało, to nie należy zbyt przerażać się objawami chudnięcia, osłabienia, zmniejszenia się dobowej ilości mocz, lecz trzymać się leczenia wyczekującego, ograniczając się jedynie dokładnem wytamponowaniem rany gazą. Wiadomo, że przecięte lub naderwane żyły dość znacznej nawet grubości przy trudności w podwiązaniu doskonale leczą się przez tamponowanie, to samo więc można stosować i do przewodu piersiowego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

109. Tuffier. Usypianie zapomocą atropomorfiny i chloroformu.

Autor krytycznie rozpatruje połączone stosowanie atropomorfiny i chloroformu, czyli metodę DASTRE'a i MORAT'a, przytaczając jednocześnie szereg niepożądanych objawów, które dają się widzieć przy uspieniu w ten sposób wywołanem, co też skłoniło go do zarzucenia tej metody. Kombinacja morfina + atropina + chloroform utworzona została na podstawie następujących rozumowań: jednym z najważniejszych warunków idealnego uspienia operacyjnego jest stała, jednakowa ilość ruchów oddechowych w jednostkę czasu; jak wiadomo jednak, przy wyłącznem podawaniu chloroformu postulat ten pozostaje w dziedzinie *pia desideria*. Aby osiągnąć pożądany przebieg uspienia, t. j. osłabić odruchy wywierające ujemny wpływ na spokojne oddechanie, dołączono uprzednie wstrzykiwanie morfiny. Okazało się jednak, że ta kombinacja poza swemi zaletami posiada też i wady bardzo poważnej natury, a mianowicie — podczas chloroformowania mechanizm oddechowy działa słabiej głównie podczas okresu wydechu, morfina zaś jeszcze więcej osłabia siłę wydechową, co razem wzięwszy, łatwo może doprowadzić do katastrofy. Otóż, aby zmniejszyć widoki niebezpieczeństwa, dołączono atropinę, jako środek krzepiący (*tonique*); posiada on jednak inną, jeszcze cenniejszą własność, wywołuje bowiem bezwład lub niedowład nerwu błędnego, dzięki czemu niknie niebezpieczeństwo omdlenia sercowego (*syncope cardiaque*). Nawiasem mówiąc, chloroform powoduje zatrzymanie czynności serca dzięki podnieceniu n. błędnego, atropina zaś działa przeciwnie.

Co się tyczy strony technicznej usypiania, to autor wstrzykiwał podskórnie zwykle mieszaninę 0,01 — 0,02 morfiny z 0,5 mlgrm. atropiny na 15 minut przed zastosowaniem chloroformu. Dodatnią stroną tej metody stanowią: szybkie nastąpienie zupełnego znieczulenia, brak stanu podniecenia, nawet wszelkiego odczynu, absolutnie regularny i głęboki sen; wystarczało do tego 2 — 3 grm. chloroformu. Nigdy autorowi nie zdarzało się widzieć przypadków niebezpiecznych w zależności od tej metody usypiania. Pomimo to wszystko jednak TUFFIER uczuł się zniwolonym ją zarzucić, opierając się jedynie na osobistym wrażeniu, na które złożyły się następujące spostrzeżenia: 1) przed operacją: działanie atropomorfiny często bywa niejednakowe, co zresztą nie stanowi jeszcze tak wielkiego braku, lecz 2) podczas operacji autor doznawał wrażenia, jakby wszelkie czynności organiczne uspiętego osobnika zostawały zniesione — stan operowanego przypominał raczej śpiączkę (*coma*) niż zwykły sen sztuczny. Wreszcie 3) po operacji przebudzenie następowało nie zawsze w terminie normalnym, np. w 2-eh przypadkach sen trwał jeszcze 1½ godziny po skończeniu operacji. Wprawdzie w przeciągu tego czasu nie można było stwierdzić omdlenia oddechowego (*syncope respiratoire*), ani zagrażającego omdlenia sercowego; bądź co bądź jednak głębokie długotrwałe uspienie chorego *post operationem* działa na chirurga przygnębiająco, lub, co najmniej, silnie go niepokoi.

Nakoniec, trudno nie pomyśleć o poważnem działaniu atropiny na czynności gruczołów — szczegółowe jednak omówienie tego punktu autor pozostawia specjalnym badaniom.

(*La presse méd.* N. 35, 1905).

W. Dobrowolski.

110. Gruenfeld. Przyczynek do nauki o uchyłkach cewki moczowej.

Pod nazwą „uchylek“ cewki moczowej (*diverticulum*) należy rozumieć częściowe rozszerzenie cewki, zagłębienie błony śluzowej w postaci worka lub kieszeni, połączone ze światłem cewki za pomocą wąskiego przewodu. Rozmaite sprawy wywołują powstawanie tych uchyłków. GRUENFELD dzieli je na 4-ry kategorie.

Do 1-szej kategorii G. zalicza uchyłki, powstałe z powodu zarośnięcia przewodów gruczołów COOPER'a. Takie przypadki obserwowali przeważnie na stole sekcyjnym ENGLISH, GUBLER, TERRANEUS, FORESTAS. Drugą kategorię stanowią przypadki, powstałe na tle spraw zapalnych cewki lub tkanki okołocewkowej, powodując rozwój przetok i uchyłków. Do tej kategorii należy dołączyć te sztuczne uchyłki, które zostały utworzone przez wprowadzanie cewników, zgłębników i in. instrumentów. Odnośne przypadki były opisane przez LESSING'a, BRENNER'a, DITTEL'a, BERGER'a i in. przeważnie przypadkowo podczas innych zabiegów operacyjnych na narządach płciowych.

Trzecią kategorię uchyłków stanowi właściwie opisana przez KAUFFMANN'a w liczbie 8-u przypadków serya potworności, polegających na ogromnym rozszerzeniu cewki moczowej, przeważnie jej dolnej ścianki, zaczynając od żołądki, a kończąc na fałdzie prącio - mosznowej i mających wygląd rozlanego guza prącia na jego dolnej powierzchni.

Do 4-tej kategorii G. zalicza stwierdzone drogą endoskopową przypadki uchyłków i wyróżniające się swym umiejscowieniem, wyglądem, wymiarami. Pierwszy taki przypadek opisał G. w r. 1881; dotyczy on 23-letniego mężczyzny, dotkniętego zapaleniem cewki moczowej. Drobiazgowo badania za pomocą endoskopu wykazało na dolnej ściance cewki grubą fałdę, mającą, na środku podłużne zagłębienie, odpowiednio do środkowej linii dolnej powierzchni cewki. Po umiarkowanym naciśnięciu za pomocą endoskopu zagłębienie miało wygląd trójkąta z wierzchołkiem, zwróconym ku tyłowi i podstawą o szerokości 2 — 3 mm. zwróconą ku przodowi. Po usunięciu ucisku podstawa się zmniejszała i znowu się rozszerzała po powtórzeniu przyciśnięcia. Boki tego trójkąta stanowiły proste linie i doskonale odbijały się w polu widzenia endoskopu. Zwrócony ku tyłowi i zaokrąglony wierzchołek opierał się o wyniosłą zastawkę błony śluzowej. Dno zagłębienia wyglądało w endoskopie pokryte normalną błoną śluzową i usiane maleńkimi podłużnymi brózdkami. Przy pewnym wysunięciu endoskopu powstawał drugi obraz, podobny do wspomnianego, tylko odwrócony, t. j. zwrócony wierzchołkiem ku przodowi i podstawą ku tyłowi. Zamiar umieszczenia obydwóch obrazów w polu widzenia nie mógł być uskuteczony z powodu, iż długość obydwóch trójkątów przewyższała średnicę endoskopu. Dla otrzymania rzeczywistego obrazu należy obydwie wspomniane trójkąty połączyć podstawami ze sobą. W prowadzenie zgłębnika wykazało, że szpara prowadzi do jamy długości 3 cm. G. sądzi, że jest to wrodzony uchyłek, połączony szparą z cewką moczową.

Od tego czasu G. miał możność obserwować jeszcze 6 przypadków, w których badanie endoskopowe wykazało obecność uchyłków, pokrytych normalną błoną śluzową, połączonych szparą ze światłem cewki moczowej. Wszystkie te uchyłki wykazywały zupełnie analogiczne cechy. Wszystkie były umiejscowione na dolnej ściance cewki moczowej w części przedpuszkowej ściśle na linii środkowej. Wygląd endoskopowy szpar w postaci trójkątów był jednakowy we wszystkich przypadkach. Różnica w wymiarach tych uchyłków była bardzo nieznaczna — wahała się o 2 — 3 mm. Przyjmując pod uwagę wspomniane cechy tych uchyłków i sposób rozwoju cewki moczowej u zarodka, G. wypowiada się za zarodkowym powstawaniem tego rodzaju uchyłków.

(*Halbmonatsschrift für Haut - und Harnkrankh. Sonderabdruck. N. 4 i 5, 1905*).

B. Zaleski.

III. Berg. Poronne leczenie zapalenia rzeżączkowego cewki.

Sprawa poronnego leczenia już oddawna zajmowała umysły lekarzy. W okresie przedbakteryologicznym RICORD i DIDAY zapoczątkowali tę sprawę, mając wobec sporej ilości dodatnich wyników i bardzo ciężkie komplikacje. TARNOWSKI otrzymał 40 — 50% wyleczeń, ale i wiele pogorszeń i komplikacji sprawy rzeżączkowej, wobec czego poronnego leczenia zaniechał. NEISSER, FINGER, FRANK, LEWIN, CASPER i in. wypowiedzieli się też za zaniechaniem poronnego leczenia rzeżączki cewki.

W roku 1903 zjawiała się praca ENGELBRETH'a [z Kopenhagi] w sprawie poronnego leczenia rzeżączki; ENG. stosował płukania cewki roztworem lapisu metodą JANET'a. 1-sze płukanie zaraz po skonstatowaniu rzeżączki, II-gie po 6 — 12-u godzinach, następne po 10 — 12-u godzinach; cała kuracja trwa do 48-u godzin. Przed każdym płukaniem, oprócz I-go, kokainizacja cewki. Roztwór lapisu $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ %, ciśnienie 75 — 125 ctm., ilość płynu 500 — 600 grm. Z 30-u przypadków rzeżączki ENG. otrzymał dodatnich wyników 17 t. j. 57% i miał możność stwierdzić, że w tych przypadkach nie było jeszcze zapalenia ujścia zewnętrznego.

BERG, zachęcony pracą ENG., zastosował wspomnianą metodę w 47-u przypadkach. Wszystkie te przypadki były badane drobnowidzowo i wykazały obecność gonokoków i znajdowały się w obserwacji tak długo, że B. miał możność wyprowadzić ostateczne wnioski w kwestyi udania *resp.* niudania poronnego leczenia.

BERG w myśl spostrzeżenia ENG. wykluczył chorych z objawami zapalenia ujścia zewnętrznego i stosował początkowo 4 — 5 — 6 płukań, następnie tę cyfrę zredukował do 3-ch. Z 27-u przypadków leczonych płukaniami 4 razy, wyzdrowiało 17 t. j. 63%; z 19 zaś przypadków po wypłukaniach trzykrotnych, a niekiedy dwukrotnych wyzdrowiało 14 t. j. 73%. B. zalecał chorym zjawiać się po 48-u godzinach i już w tedy mógł wypowiedzieć się o wyniku poronnego leczenia na mocy stanu ujścia zewnętrznego i postaci kropli, wyciśniętej z cewki. Gdy można było wycisnąć dużą, żółtą kroplę, leczenie się nie udało, w takiej kropli zawsze okazały się gonokoki. Gdy ujście zewnętrzne było tylko sklejone i dała się wycisnąć bezbarwna, ciągnąca się kropla, w takiej wydzielinie badanie drobnowidzowe nie wykazywało pasorzytów. Po usunięciu zapalenia rzeżączkowego zwykle pozostawał zwyczajny katar cewki, trwający parę tygodni. Katar ten B. pozostawiał bez leczenia; znikał on sam przez się, rzadziej B. zalecał środki ściągające.

Długość trwania rzeżączki miała ogromny wpływ na wyniki poronnego leczenia. Przypadki rzeżączki jednodniowe dały najlepsze wyniki; z 25-u przypadków wyleczyło się 19 t. j. 76%; 21 zaś przypadków z dwudniowym przebiegiem dały 12 wyleczeń, t. j. 57%. Przypadki, trwające dłużej niż dwa dni, B. zupełnie wykluczył.

Za przeciwwskazanie B. uważał następujące objawy: zapalenie ujścia zewnętrznego, bóle przy oddawaniu moczu, bolesność cewki przy uciskaniu, zmętnienie moczu.

Wyniki poronnego leczenia, dokonanego w 46-u przypadkach z dość długą obserwacją po zastosowaniu leczenia [1 chory znikł po skończonym leczeniu i datego nie wszedł do rachunku] były następujące: wyleczonych było 31 chorych *resp.* 67%. Komplikacji B. żadnych nie miał.

Po skończeniu swej pracy B. miał możność dowiedzieć się z *Monatshefte für prakt. Dermatologie*, że ENGELBRETH znowu opublikował 30 przypadków, leczonych powyżej wspomnianą metodą. Z tych 30 przypadków ENG. otrzymał wyników dodatnich 27 *resp.* 85 $\frac{2}{3}$ %. Wyniki zadziwiająco pomyślne.

(*St. - Pet. med. Wochenschrift.* 1905).

B. Zaleski.

112. S. Grosz. Urethritis non gonorrhoeica.

Gonokoki NEISSER'a są bez wątpienia najczęstszą przyczyną zapalenia cewki, lecz i inne bakterye są również w stanie wywołać to cierpienie. Jeszcze w r. 1884 AUBERT opisał trzy przypadki pod nazwą *Urétrites bactériennes*, które jednak późniejsi autorzy zaliczyli do *urethritis postgonorrhoeica*. Wyczerpująca praca BARLOWA obejmuje wszystkie spostrzeżenia aż do r. 1898; jedynie przypadek BOCKHARDT'a uważa on za *urethritis non gonorrhoeica*, inne zaś zalicza do *urethritis postgonorrhoeica*. Według WAELSCH'a obraz chorobowy przy *urethritis chr. non gonorrhoeica* jest następujący: 1) długo trwająca inkubacja; 2) przewlekły początek i przebieg, 3) nieznaczne subiektywne i obiektywne objawy, 4) brak gonokoków, 5) złe rokowanie *quoad durationem et sanationem*. Przy bakteriologicznym badaniu wydzieliny autor ten znajdował bakterye, napotykanę w niemałej ilości i w zdrowej cewce. Prócz postaci przewlekłej WAELSCH opisał 3 przypadki ostrej postaci *urethritidis non gonorrhoeicae*, przy czem znajdował zawsze liczne laseczniki, należące do grupy pseudofterytycznych.

Grosz spostrzegł w ciągu 3-ch ostatnich lat 10 przypadków *urethritidis non gonorrhoeicae*. W paru przypadkach cierpienie wystąpiło po spółkowaniu z kobietą miesiączkującą lub też dotkniętą cierpieniem ginekologicznem; prawie w połowie przypadków cierpienie przeszło za tylną cewkę, gruczoł krokowy, ani razu zaś autor nie spostrzegł cierpienia sznurka nasiennego lub przyjądrza. W 3-ch chronicznie przebiegających przypadkach autor znajdował jak wewnątrz, tak i zewnątrz komórek [leukocytów] liczne krótkie laseczniki, które zalicza do grupy pseudofterytycznych. Przy ostrej postaci znajdowano rozmaite pasorzyty, jak *bacterium coli*, *staphylococcus*, *streptococcus* i t. d. Wobec tego iż wszystkie te bakterye znajdujemy i w zupełnie normalnej cewce, autor nie przypuszcza, by istniał ścisły związek między nimi a danem cierpieniem cewki, ponieważ jednak w każdym przypadku przeważa ta lub inna grupa drobnoustrojów, mogą więc one służyć w pewnym stopniu dla charakterystyki samego cierpienia, [np. *urethritis* z przeważnie lub wyłącznie znajduwanymi streptokokkami, *urethritis* z przeważającymi lasecznikami pseudofterytycznymi i t. d].

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis* T. LXXV. Z. 1. 1905).

J. Rosenberg.

113. A. Laqueur. O fizykalnych metodach leczenia zapalenia stawów pochodzenia rzezączkowego.

W ostatnich czasach wielu autorów, jak BIER, LÖWENHARDT, BUM, BOCKHARDT doszło do przekonania, że tak szeroko rozpowszechnione unieruchomienie stawu zapomocą bandaży gipsowego w *gonitis gonorrhoeica*, stosowane przez czas dłuższy, przynosi więcej szkody, niż pożytku. Zamiast unieruchomienia zalecają natomiast inne metody fizykalne. W sprawach zapalnych ostrych można z dobrym skutkiem stosować okłady z gorącej waty DIEHL'a [8 — 12 godz.], co koi ból w wysokim stopniu. FREUDENBURG zaleca w tym celu gorące kataplazmy. Drugim pożytecznym zabiegiem leczniczym jest wywoływanie w chorej kończynie zastoiny sposobem BIER'a; zabieg ten stosować można również w okresie ostrym i przez czas dłuższy [10 god.— 1 doba]. Zastoina koi ból w znacznym stopniu, pobudza wchłanianie wysięku i, co najważniejsza, posiada własności bakteriobójcze. NOTZEL i HAMBURGER stwierdzili to na zwierzętach. Aby wywołać przekrwienie chorej kończyny, można również posługiwać się gorącym powietrzem, które zapomocą odpowiednich przyrządów puszcza się silnym strumieniem na staw zajęty (*Heissluftbäder*). Według LÖWENHARDT'a sposobu tego nie należy stosować tylko przy

sprawach ropnych w stawie. W okresie podostrym choroby prócz zastoiny BIER'a można stosować z dobrym skutkiem gorące kąpiele całkowite [36°—40°]. Co do używania zimnych okładów w *arthritis gonorrhoeica*, to autor, wbrew innym badaczom [BOCKHARDT], twierdzi, że mogą one przynieść wielki pożytek [kojenie bólu]. O masażu w tym okresie choroby nie może być mowy. Natomiast w okresie choroby przewlekłym mięsienie stawu zajętego obok innych zabiegów [zastoina BIER'a, oddziaływanie pary gorącej] przynosi ogromny pożytek. W uporczywych przypadkach przewlekłych należy spróbować kąpeli siarczanych, borowinowych. Wreszcie w ostatnich czasach zalecają niektórzy [MOSER] stosowanie w *arthritis gonorrhoeica* promieni ROENTGEN'a, które posiadają jakoby własności bakteryobójcze.

(Berl. klin. Wochenschrift, N. 22, 1905).

T. Jaroszyński.

114. Lesser. Kilka słów o leczeniu wilka metodą Finsen'a.

Dla oceny wartości wszelkiej metody w leczeniu wilka należy mieć na uwadze dwa pytania: 1) czy metoda ta leczy zupełnie to cierpienie lub czy przynajmniej możliwe jest wyleczenie i 2) względy kosmetyczne pacjentów.

Jako punkt wyjścia dla twierdzenia, czy rzeczywiście nastąpiło zupełne wyleczenie, należy uważać długotrwały brak nawrotów. Także samo kryterium ma się i w innych cierpieniach, np. w sprawach rakowych, gdzie na mocy braku nawrotów dopiero po szeregu lat można wypowiedzieć się o praktycznym wyleczeniu chorego. Nasuwa się pytanie, po jak długim przeciągu czasu mogą powstawać nawroty wilka po dokonany zabiegu leczniczym? Odpowiedź na to jest niezmiernie trudna, ponieważ przebieg wilka bywa różny w rozmaitych przypadkach. Znane są fakty, iż z jednej strony przypadki tego cierpienia rozwijają się bardzo powoli, trwają nadzwyczajnie długo i po kilku, nawet kilkunastu latach powodują niewielkie ogniska, z których starsze podlegają przemianom wstecznym. Obok tych łagodnych spotykają się przypadki, w których po krótkim czasie powstają duże ogniska szybko rozpadające się i powodujące owrzodzenia. Otóż i nawroty wilka w jednych przypadkach mogą się rozwinąć dopiero po kilku latach, w drugich zaś w krótkim czasie — po miesiącach powstają guziki swoiste. W każdym razie obserwacja leczonych przypadków powinna trwać całe lata, aby ostatecznie zawyrokować o zupełnym wyleczeniu tego cierpienia.

Przeciąg czasu od wprowadzenia w użycie metody FINSEN'a [10 lat] jest jeszcze za krótki, aby wydać ostateczny wyrok co do zupełnego wyleczenia wilka zapomocą tej metody. Ale okres ten daje już możność wypowiedzenia się w sprawie pomyślności wyników w porównaniu z innymi zabiegami leczniczymi. W sprawozdaniu roku zeszłego z instytutu w Kopenhadze wyniki leczenia przedstawiają się w ten sposób, że z 800 chorych, pomyślnych *resp.* wolnych od nawrotów przypadków było 407, t. j. 51%. Z tych 122 przypada na okres od 2 — 6-u lat, pozostałe 285 przypadków były leczone przed upływem 2-eh lat.

Co się tyczy drugiego dezyderatu — względów kosmetycznych, to żadna inna metoda leczenia wilka nie dała tak ładnych rezultatów kosmetycznych, jak metoda FINSEN'a. Chorzy samego autora, jak również przypadki z instytutu w Kopenhadze, demonstrowane w liczbie 30-u na V zjeździe dermatologicznym, są doskonałym dowodem tego. I liczne fotografie, nadesłane z wielu miejsc, gdzie była stosowana ta metoda [Kopenhaga, Petersburg, Bern i in.] również dowodzą doskonałego wyniku tej metody pod względem kosmetycznym.

W związku z tak pomyślnymi kosmetycznymi wynikami autor zastanawia się nad pytaniem, w jaki sposób działają promienie w aparacie FINSEN'a, i przy-

chodzi do wniosku, że działanie to jest elekcyjne, t. j. że promienie niszczą tylko tkanki dotknięte sprawą chorobową, nie uszkadzając zdrowych. Tem się zasadniczo różni leczenie wilka metodą FINSSEN'a od innych zabiegów, np. stosowania rozpalonego żelaza, wypalania kwasami, że te ostatnie działają zarówno na miejsca chore, jak i na miejsca zdrowe, powodując w okresie gojenia się daleko większe blizny. Co się tyczy wspomnianego działania swoistego promieni na tkanki, L. sądzi, że tę elekcyjną własność posiadają nie promienie, lecz same komórki. Jednego rodzaju komórki wobec pewnej dozy tego „środka żrącego“ giną zupełnie, podczas gdy komórki drugiego rodzaju pozostają nietkniętymi. „Nasza sztuka polega na tem“, powiada L. „aby wynaleźć pewną dozę tego środka żrącego w każdym poszczególnym przypadku“.

(Sonderabdruck aus der Berliner klin. Wochenschrift, N. 4, 1905).

B. Zaleski.

115. Klingmueller i Halberstaedter. O bakteryobójczem działaniu światła przy leczeniu metodą Finsen'a.

DOWNES i BLUNT w roku 1877 wykazali, iż światło posiada bakteryobójcze *resp.* wstrzymujące rozwój bakterii własności; wykazali oni również, iż im większą jest łamliwość promieni, tem wspomniane własności występują wyraźniej. Z późniejszych badań, które prawie wszystkie dokonane były w instytucie FINSSEN'a [Bang, Bie, Jansen, Busk] okazało się, iż ze wszystkich promieni widma niebieskie, fioletowe i zwłaszcza ultrafioletowe promienie wywierają największe bakteryobójcze działanie.

We wszystkich jednakoż dotychczasowych badaniach działaniu światła poddawano wyłącznie bakterie znajdujące się na powierzchni podłoża. Rzecz naturalna, iż, ażeby mówić o bakteryobójczem działaniu światła przy leczeniu metodą FINSSEN'a, należało wykazać, iż bakterie, znajdujące się wewnątrz tkanek ulegają takiemu samemu działaniu światła, jak i bakterie na laboratoryjnych podłożach.

W celu wyjaśnienia tej kwestyi KLINGMUELLER i HALBERSTAEDTER we Wrocławiu przedsięwzięli szereg odpowiednich doświadczeń. Najprostszym zdawało się rozwiązanie powyższej kwestyi zapomocą szczepienia morskim świnkom kawałeczków skóry z miejsc, dotkniętych wilkiem (*lupus vulgaris*) i poddawanych uprzednio działaniu światła. Tak też postąpili wspomniani badacze, skorzystawszy z przypadku wilka, umiejscowionego na udzie i plecach, gdzie wycięcie dotkniętej cierpieniem skóry było koniecznym. Część morskich świnek, którym zaszczerpiono kawałeczki skóry z miejsc, uprzednio poddawanych działaniu światła, zapadła na gruźlicę, co dowodzi, iż w tych przypadkach oświetlenie nie zabiło laseczników gruźliczych. Z tego, iż druga część morskich świnek nie zapadła na gruźlicę, przeciwnie nie można wywnioskować, iż laseczniki gruźlicze zostały zabite, gdyż i morskie świnki, wzięte dla kontroli, którym szczepione były kawałeczki skóry z miejsc nie oświetlonych, nie zapadały również. W drugim szeregu doświadczeń KLINGMUELLER i HALBERSTAEDTER wywoływali najprzód u morskich świnek gruźlicę skóry zapomocą umyślnego szczepienia laseczników gruźliczych; następnie miejsca, dotknięte gruźlicą, poddawali działaniu światła i po wycięciu z tych miejsc kawałeczków skóry szczepili je innym morskim świnkom — w rezultacie te ostatnie ginęły zawsze, jakkolwiek trochę później, niż morskie świnki, którym szczepiono kawałeczki skóry z miejsc nie oświetlonych.

Na zasadzie swoich doświadczeń autorowie sądzą, iż przy leczeniu metodą FINSSEN'a nawet względnie powierzchownie znajdujące się laseczniki gruźlicze nie zostają zabite; właściwe więc światłu bardzo silne bakteryobójcze działanie nie odgrywa żadnej roli przy leczeniu gruźlicy skóry i otrzymane dodat-

nie wyniki przy leczeniu wilka metodą FINSEN'a nie mogą być przypisane bakteryjóbczemu działaniu światła.

(Deutsch. medic. Wochenschrift, N. 14. 1905).

W. Breszel.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Z posiedzeń sekcji chirurgicznej przy Warszawsk. Towarz. Lekarskim.

[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 31].

KARCZEWSKI przedstawił okaz w postaci śledziony, wyciętej przez zabieg operacyjny, przytem wypowiedział słów kilka o przypadku odnośnym. Dziewczyna 17-letnia, pochodząca z rodziny zdrowej [ojciec jej w ostatnich czasach dostał *alopeciam areatam*], wstąpiła do szpitala Dz. Jezus na początku r. b. U chorej w końcu 2-go r. życia tworzyły się liczne ropnie w różnych okolicach ciała, wystąpiły objawy krzywicy, oraz porażenie lewej kończyny dolnej. Zęby rosły nieprawidłowo. Po upływie trzeciego roku stan chorej poprawił się tak, że zaczęła chodzić. Przed trzema laty zaczęła doświadczać napadów chwilowej utraty przytomności, po upływie ½ roku napadom zaczęły towarzyszyć drgawki. W początku grudnia 1904 r. zauważyła powiększenie się brzucha. Chora skarży się na ból w brzuchu, szczególnie po wszelkich wysiłkach cielesnych. Budowa ciała prawidłowa, cera i błony śluzowe blade, brak zupełny zębów. W dolnej części brzucha tuż ponad spojeniem łonowym wyczuwa się guz wielkości dwóch pięści dość twardej konsystencji. Guz ten jest bardzo ruchomy, daje się przesunąć z dolnej części brzucha ku górze aż do łuków żebrowych. Kształt guza jest wyraźnie spłaszczony. Z kształtu swego guz przypomina śledzionę. Na miejscu śledziony wypukiwanie wykazuje niewyraźne stłumienie. Ponieważ na mocy danych powyższych nie można było określić natury guza, postanowiono wykonać laparatomię próbną. Operację KARCZEWSKI wykonał 19-go stycznia. Po otwarciu jamy brzusznej wylało się sporo płynu surowiczego i wyłoniła się część guza pokrytego otrzewną. Wkrótce K. przekonał się, że ma do czynienia z śledzioną na szypule, szerokości około trzech, grubości jednego palca. Szypuła skręconą była dookoła osi. Każde naczynie w szypule zosobna została uchwycone podwójnie, przecięte i podwiązane katgutem. W ten sposób śledzioną została wycięta, a kikut opuszczono do jamy brzusznej i powłoki zaszyto szwem 3—piętrowym. Z wyciętej śledziony wypłynęło 500 ctm. sz. krwi, tak że śledzioną straciła wiele na swej objętości, a w następstwie zmniejszyła się jeszcze przynajmniej o połowę. Badanie drobnowidzowe dało obraz przewlekłego zastojów i przerostu łącznotkankowego. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, rana zabiłżniła się przez rychłozrost. Chora wypisała się ze szpitala 5-go lutego i przez cały czas pooperacyjny drgawek nie miała. Po pewnym jednak czasie drgawki wystąpiły ponownie.

W uwagach nad przypadkiem KARCZEWSKI zaznacza, że rozpoznanie okazało się mylnem, czemu jednak uległo już niejednokrotnie wielu chirurgów. Tak np. BARDENHEUER rozpoznał guz, wychodzący z przydatków macicznych.

Podczas operacji zaś stwierdzono, że guzem owym była śledziona. W przypadku WARNEK'a analogiczny guz wzięto za mięśniak macicy, i w istocie był on złączony z macicą ale odchodził od niego rodzaj powrózka w lewą stronę. Tego rodzaju przypadki proponowano leczyć zapomocą splenopeksyi i splenektomii. Próby przyszcycia śledziona nie dały wyników korzystnych. Np. metoda RYDYGIERA, którą KARCZEWSKI demonstruje na schematycznych rysunkach, dała jakoby nieźle wyniki samemu jej autorowi, ale jednak i RYDYGIER zaznacza, że dolegliwości po zabiegu usunięte nie zostały. PLUECKER'a sposób stoi nieco niżej od poprzedniego sposobu, a SYKOW podaje metodę 3-ią lecz tylko na zwierzętach. KARCZEWSKI nie zdecydował się na splenopeksję, a to z powodów następujących: 1) po otwarciu brzucha znalazł w nim płyn wolny surowiczy czyli objaw zajęcia otrzewny, 2) śledziona była zbyt wielka, 3) istniało skrócenie szypuły, — co przez niektórych autorów poczytywane jest jako wskazanie bezpośrednie do splenektomii. Chora w przypadku opisanym żadnego uszczerbku na zdrowiu swem nie poniosła i zarówno ona jak i KARCZEWSKI usunięcia śledziona bynajmniej nie żałują.

KRAJEWSKI miał sposobność operować z powodu chorób śledziona zaledwie kilkakrotnie. Nie wdając się obecnie w opis wszystkich obserwowanych przypadków zaznacza trudności rozpoznawcze, jakie się przy rozpoznawaniu guzów śledziona napotyka. Ilekroć guz nie odpowiada formą i ustawieniem w jamie brzusznej śledziona, tylekroć trudności te bywają po większej części nie do zwalczenia. W literaturze istnieje cały szereg opisów takich pomyłek rozpoznawczych. Szczególnie często guzy śledziona przyjmowano za guzy wychodzące z przydatków macicy. K. podaje własną następującą obserwację. Kilka lat temu zgłosiła się doń pacjentka z guzem w dole brzucha po prawej stronie. Guz nie sprawiał chorej właściwie żadnych dolegliwości, został przypadkowo zauważony przy badaniu ginekologicznem i niepokoił chorą swą obecnością. Badanie wykazało obecność guza miękkawego, wielkości 2-ch pięści z prawej strony macicy. Guz wydawał się w związku z prawem przydatkami, był dość ruchomy w kierunku z dołu do góry, nie można go jednak było przesunąć na lewą stronę. Rozpoznano torbiel jajnika i ze względu na możliwość powiększenia się zalecono operację. Podczas operacji przekonano się, że guz nie ma związku z prawem przydatkami, które leżą przed i poniżej guza. Guz leży poza otrzewną na miejscu *synchondrosis sacro-iliaca dextra*, pokryty jest przez wyrostek robaczkowy, którego rozciągnięta krezeczka łącząca się z wewnętrznym listkiem kiszki ślepej z prawej strony i wewnętrznym listkiem wewnętrznego listka krezki kiszki esowatej z lewej, stanowi otrzewnowe pokrycia guza. Takie ułożenie sprawiło, iż na guzie z przodu leży poprzecznie ustawiony długi wyrostek robaczkowy, z prawej strony przylega bezpośrednio do guza ślepa kiszka, z lewej zaś *flexura sigmoidea*. Pomiędzy wolnym końcem ustawionego w poprzek wyrostka a kiszką esowatą istnieje wolna przestrzeń, mająca zaledwie 4 ctm. długości, na której guz jest pokryty tylko otrzewną. W tem właśnie miejscu nacięto podłużnie otrzewną i guz bez żadnych szczególnych trudności, prawie bez krwawienia na tępo usunięto. Brzegi otworu zrobionego w otrzewnej dla usunięcia guza wszyto w dolny kąt rany ścian brzusznych, jamę zaotrzewnową wypełniono pasami gazy jodoformowej, resztę rany brzusznej zaszyto. Wyzdrowienie nastąpiło zupełnie gładko.

Usunięty guz miał wygląd okrągły, zewnętrzna jego powierzchnia była usiana szeregiem torbieli o krwistej zawartości, przylegających bezpośrednio jedna do drugiej. Na rozkroju przekonano się, iż pod tą zewnętrzną otoczką torbielowatą leży twardawy guz wielkości małej pomarańczy, mający makroskopowo wszystkie cechy tkanki pochodzącej z jakiegoś organu parenchymatycznego [np: wątroby]. Badanie mikroskopowe dokonane przez dra med. ZIELIŃ-

SKĄ i stwierdzone przez prof. LANGHANS'a z Bernu przekonało, iż była to śledziona [prawdopodobnie dodatkowa]. K. żałuje, że mu takie podejrzenie nie przyszło do głowy podczas operacji i że z tego powodu nie sprawdził, czy w normalnem miejscu była śledziona u jego chorej czy też nie. Późniejsze badanie nie dało pozytywnego rezultatu. [Autoreferat].

Prof. Kosiński poczytuje splenopeksję wskazaną tylko w przypadkach tych, kiedy śledziona mało jest zmienioną, w przypadku KARCZEWSKIEGO należało wykonać tylko splenektomię. Prof. Kosiński spostrzegł przypadek, w którym śledziona położona była w okolicy jelita ślepego; szypuła była b. długa, skręcona. Wykonano splenektomię i chora wyzdrowiała bez najmniejszych powikłań. Prof. Kosiński zaznacza, że wykonał kilkanaście razy splektomię, lecz tylko w paru przypadkach otrzymał wyzdrowienie.

LEŚNIEWSKI tłumaczy ten dziwny na pozór fakt, że po wycięciu śledziony ktoś z klinicystów wypukał śledzionę w typowym miejscu. Możliwe to jest, gdy istnieje parę lub więcej śledzion, co stwierdzono już niejednokrotnie przy sekcjach. Okazy takie noszą miano *lien succenturiatum*. Tem się też tłumaczy okoliczność, że pomimo wielkich guzów śledziony, może nie być niekiedy zmian we krwi.

SAWICKI zapytuje, czy w przypadku KARCZEWSKIEGO nie było zrostów z siecią, ponieważ ta ostatnia odgrywać może rolę narządu odprowadzającego i doprowadzającego krew.

KARCZEWSKI odpowiada, że w przypadku jego żadnych zrostów nie było.

GABSZEWICZ przedstawia roentgenogramy, zdjęte z osobnika z raną postrzałową ramienia. Zmiany w kości są wprost kolossalne, ilość i nieprawidłowość odłamków znaczne, a pomimo to wszystko nastąpiło zagojenie z nieznacznym zgrubieniem przy leczeniu wyłącznie zachowawczem.

KOSICKI [Radom] składa sprawozdanie z ran postrzałowych, spostrzeganych przez niego osobiście. Ogólna ilość przypadków wynosi 32, z których 4 dotyczy łopatki, 11 — kończyn dolnych, 7 kończyn górnych, 6 — klatki piersiowej i płuc, 1 twarzy, 1 okolicy lędźwiowej, 2 — kręgosłupa, 7 — brucha i miednicy, 2 — pęcherza moczowego i 3 stawów. Przytem niektóre osobniki miały po 2, 3, a nawet do 5 ran postrzałowych. Zejść śmiertelnych było 13. Zniszczenie powodowane kulami jest olbrzymie, otwory wyjściowe bardzo wielkie, nieprawidłowe.

ZEMBRZUSKI odczytuje sprawozdanie z ran postrzałowych, nadesłane przez kolegów CZAJKOWSKIEGO [z Sosnowca] i KRUSCHE'go [z Łodzi]. Kol. CZAJKOWSKI spostrzegł 14 przypadków ran postrzałowych, a mianowicie 8 r. postrzałów, kończyn, 1 r. p. brucha, 2 brucha i pęcherza moczowego, 1 klatki piersiowej, 2 pośladka. Wiek chorych był w granicach od 17 do 46 lat. Z 14-u chorych wyzdrowiało lub prawdopodobnie wyzdrowieje jeszcze 10 osób, 4-ro zmarło. Wnioski, do jakich doszedł autor, są następujące: kule karabinowe rosyjskie sieją straszne zniszczenie w tkankach, a siła pocisku jest wprost nie do uwierzenia. Np. w pewnym przypadku kula przebiła 2½ calową deskę, drzwi, stojącego za nimi żołnierza, konia i ścianę drewnianą kilkocalowej grubości. Powtórnie koszulki kul są widocznie z lichego materiału, gdyż łatwo pękają i zniekształcają pocisk. Po trzecie autor widzi szkodliwość kul, a raczej ładunków w tem, że proch w naboju oddzielony jest od kuli warstwą jakiegos tłuszczu. Temu tłuszczowi zjeżdżałemu, napół zgniłemu przypisać należy, że wszystkie prawie rany miały charakter ran zakażonych gnilych.

Kol. KRUSCHE spostrzegł 16 przypadków, pomiędzy którymi 1 rana kręgosłupa, 2 r. brucha, 1 r. pęcherza moczowego [z wyzdrow.], 2 r. klatki piersiowej, 7 r. kończyn, 3 rany stawów. Wiek chorych od 11-u do 52-ch lat; 4-ro zmarło, reszta znajduje się w okresie zdrowienia.

SZTEYNER zwraca uwagę, że pomiędzy ofiarami strzałów z d. 1-go maja nie wszyscy ranni przedstawiają obrazy znacznego zniszczenia tkanek; większość tych ran goi się bardzo dobrze.

CIECHOMSKI przeciwnie, spostrzegał prawie wyłącznie rany bardzo ciężkie, rozległe; tak np. u pewnego osobnika kula karabinowa wyrwała niemal całą okolice podobojczykową, przez co obnażony został na znacznej przestrzeni wierzchołek płuca.

Prof. KOSIŃSKI utrzymuje, że należy odróżniać rany postrzałowe na wojnie od ran postrzałowych, zadawanych podczas pokoju na ulicach miast. Prawdopodobnie kule rykoszetują, odbijając się o bruk ulegają zniekształceniu i stąd to mogą pochodzić owe znaczne, rozległe zmiany w tkankach. Prof. widział kulę splaszczoną, która zraniła tylko części miękkie, a zatem należy przypuszczać, że zniekształceniu uległa przed tem, odbiwszy się np. od kamienia brukowego.

BORZYMOWSKI zaprzecza, by rozległe zniszczenia w ranach postrzałowych, które spostrzegał sam, zależały od zniekształcenia kul zapomocą t. zw. rykoszetów. Nie zgadza się też to z opowiadaniem świadków i samych poszkodowanych.

CIECHOMSKI utrzymuje, że zniszczenie w tkankach powodowane strzałami z nieznaczonej odległości, tłumaczy się i tem, że kule na przestrzeni pierwszych 500 metrów posiadają ruch wirowaty, a dopiero potem ruch ten przekształca się w prosty.

PRZYBOROWSKI zwraca uwagę, że ogólnie przyjęto rozróżniać 3 czasy w przebiegu kuli. Amerykańscy i angielscy chirurdzy wykryli, że kula po wyjściu z lufy posiada ruch chwiejny do 500 metr., następnie ruch jej staje się prawidłowym — pseudohumanitarnym. 3-ci okres w przebiegu kuli, powyżej 1500 metr. odznacza się znowu chwiejnością.

Prof. KOSIŃSKI proponuje dyskusję nad ranami, na szczęście dotychczas jeszcze względnie rzadkimi, a mianowicie od bomb.

ODERFELD spostrzegał 3-ch chorych, zranionych przez bomby z odległości kilkunastu kroków. Rany sprawiają wrażenie przykre, jest ich bardzo znaczna ilość i są nader drobne, jak gdyby zadane śrótem. Ranki te są powierzchowne, pokrywają się prędko strupami, a gojenie odbywa się bardzo dobrze. Większe rany, mające charakter ran szarpanych, goją się przez ropienie, a przytem zawierają jakąś czarną tłustą masę.

JAKIMIĄK miał możność spostrzegania 4-ch chorych ranionych od bomby. Należy sądzić, że materya wybuchowa jest tego rodzaju, iż oddzielne części pękającego pocisku rozrywają się i rozpryskują na drobne cząstki dopiero przy zetknięciu z ciałem.

U jednego chorego wystąpiła bardzo rozległa zgorzel mięśni, cała jakby torba, wypełniona zmiądzłonymi tkankami. Pod względem sprawy gojenia JAKIMIĄK uczynił te same spostrzeżenia, co i ODERFELD.

GĄBSZEWICZ na zasadzie spostrzeganego materyału zgadza się z wnioskami poprzednich mówców.

SAWICKI zastanawia się, dla czego rany postrzałowe miewają raz taki, raz inny przebieg, wygląd i t. d. Trudno jest dokładnie wytłumaczyć to sobie. W niektórych razach odległość, zdawało by się, była jedna i ta sama, warunki identyczne, a tymczasem charakter ran okazuje się tak dalece zmiennym, różnorodnym. Może istnieją tu jakieś nieznanne, trudne do uchwycenia warunki, może będzie nimi raz ów tłuszcz, o którym wspomina kol. CZAJKOWSKI, innym razem, być może, skóra chorych i wogóle ich tkanki znajdują się w pewnych okolicznościach mało pomyślnych? Słowem, rozstrzygnięcie tego pytania jest dość trudne.

KOSSOBUDZKI przypomina, że na przebieg gojenia się ran postrzałowych nie mały wpływ ujemny wywiera obecność w ranie strzępów odzieży, bielizny, zmienionej otoczki kuli i t. d.

KIJEWSKI, przyznając słuszność twierdzeniu kol. KOSSOBUDZKIEGO, wspomina o własnym przypadku, w którym rana prócz kawałków odzieży zawierała zapalki, migdały i t. p., które dostały się tam wskutek przestrzelania kieszeni zawierającej różne przedmioty, pochodzące ze sklepiku z wiktuałami.

Posiedzenie d. 13-go czerwca r. 1905.

WL. STANKIEWICZ I) przedstawia dziecko 3 tygodniowe, u którego według okazanego zdjęcia roentgenowskiego istnieje wada rozwojowa w obu kończynach górnych. Mianowicie, w prawym przedramieniu brak zupełnie kości promieniowej, kość łokciowa natomiast jest grubsza, krótsza i zgięta łukowato. Przytem istnieją zaledwie ślady kości napięstka, jak również śródręcznych. Dłoń w stosunku do przedramienia leży pod kątem prawie prostym, co odpowiada określeniu ręka koślawa (*manus valga*). Na przedramieniu lewym są obiedwie kostki napięstka zaledwie rozwinięte i dłoń w kierunku do przedramienia podobnie wykrzywiona, jak u rączki prawej. S. zamierza czekać dalszego rozwoju dziecka, aby się przekonać, czy będzie można przystąpić do poprawy położenia rączek na drodze operacyjnej i odpowiedniego leczenia ortopedycznego.

II. Sr. przedstawia dziewczynkę 16-letnią [z oddziału kol. BABIŃSKIEGO], która przysłaną została w celu wypuszczenia płynu wysiękowego w jamie brzusznej z powodu gruźlicy otrzewny. Dziecko było wychudzone, wycieńczone i skarżyło się na bóle w brzuchu przy uciskaniu tego ostatniego.

Wypuszczono trójgrańcem około 500 ctm. sz. płynu zielonawo-mentnego, poczem zastrzyknięto 10,0 zawiesiny jodoformowej. Zastrzyknięcie nie wywołało żadnej reakcyi. Po 10-u dniach wypuszczono 230,0 i zastrzyknięto 15,0 zawiesiny. Chora zniosła oba zabiegi doskonale, powoli straciła gorączkę, apetyt i siły odzyskała też wkrótce. Obecnie jest zdrową, wygląda dobrze, odbywa dalekie kursa i niema śladu płynu w jamie brzusznej. S. sądzi, że przy braku zmian w płucach pacjentkę należy uważać za wyleczoną radykalnie.

W. ŁAPIŃSKI I) przedstawił 8-miesięczną dziewczynkę ze zboczeniem rozwojowym kończyn dolnych. U dziecka znajdują się niezwykle wybitne stopy szpotawe, zwichnienia w obu stawach kolanowych oraz zwichnienia w obu stawach biodrowych. Na szczególną uwagę zasługują zwichnienia w stawach kolanowych typu niezwyklego: kości goleni odstawione są ku zewnątrz w stosunku do kości uda (*dislocatio ad periferiam*), a ruchy w stawach odbywają się jedynie w kierunku osi czołowej. Leczenie jest tu nader trudne; Ł. sądzi, że przedewszystkiem należało by tu wykonać krwawe odprowadzenie zwichnień w stawach kolanowych; co się zaś tyczy stóp szpotawych, to jedynie wycięcie klinowe mogłoby dać wynik dodatni. ŁAPIŃSKI przedstawia 2 roentgenogramy dziecka, gdy miało dni 10, a następnie 7 miesięcy.

W d y s k u s y i KRAJEWSKI proponuje wywołanie zesztwnienia w stawie kolanowym po stronie jednej, a w stawie biodrowym po przeciwnej stronie.

KRAUZE w tym celu doradza operację — *arthrodesis*, mając przytem na względzie zachowanie nasad kości jako niezbędnych dla wzrostu tych ostatnich.

II. ŁAPIŃSKI przedstawił preparat guza, wielkości pięści u 3 miesięcznego dziecka, przedstawionego na posiedzeniu poprzednim. Guz znajdował się w okolicy pośladowej, i Ł. w celu usunięcia go wykonał cięcia łukowate skierowane wypukłością ku tyłowi; do tego cięcia dodano drugie idące prosto-

padle ku tyłowi do kości ogonowej. W ten sposób uzyskano dostęp doskonały i bez trudu guz wycięto. Następnie, natępo odłuszczając, usunięto drugi guz w małej miednicy na przedniej powierzchni kości krzyżowej. Pierwsze cięcie wykonano w uśpieniu chloroformowem, następnie operowano bez narkozy. Pomimo bardzo energicznej pomocy [t. j. stosow. kofeiny, wlewania podskórnego rozczynu soli] dziecko zmarło w 3 godziny po zabiegu. Guz mikroskopowo zbadany jeszcze nie został.

W ostatniej chwili ŁAPIŃSKI komunikuje, co następuje: badanie drobnowidzowe [kol. DMOCHOWSKI] wykazało, że budowa guza nie jest jednolitą, że w guzie znajdują się w połączeniu bezładnem różnorodne elementy tkankowe, że zatem guz należy uznać za potworniak [teratoma].

BORSUK przedstawia 2-tygodniowe dziecko płci męskiej, u którego po urodzeniu stwierdzono brak stolców, przytem wydzielanie się moczu przez cewkę i przez pępek.

Na miejscu pępka guz w postaci jakby maliny, z głębi którego sączy się mocz, przytem istnieje brak otworu odbytowego. BORSUK przystąpił do utworzenia sztucznego otworu w okolicy odbytu, kiszka jednak nie została odnaleziona, przytem skaleczeniu uległ pęcherz, co jednak po wykonanym szwie nie pociągnęło za sobą złych następstw. Poczem B. wykonał operację w okolicy pępkowej, mianowicie guz będący górnym odcinkiem niezarośniętego przewodu omoczni (*urachus*) został odseparowany, wglębiony i zaszyty. Wreszcie dziecku wykonano 3-ią operację — odbyt nieprawidłowy. Dziecko zniosło to wszystko bardzo dobrze i ma się nieźle. BORSUK zapytuje, co dalej czynić wypada, — czy pozostawić *anus contra naturam*, czy też spróbować stworzyć odbyt w okolicy tylnej?

W d y s k u s y i: KRAJEWSKI zaznacza, że przystępując do operacji w przypadkach *atresia ani*, należy z góry ułożyć plan postępowania. W pewnym przypadku mówca również kiszki odszukać nie mógł, z powodu że ta ostatnia znajdowała się z boku, a nie w położeniu środkowem. W takich razach należy albo zdecydować się na odbyt nieprawidłowy na całe życie, albo też wykonywając ten ostatni, zgóry wytknąć sobie cel powtórnej z czasem operacji w miejscu właściwem. W pierwszym wypadku należy operując rozdzielać mięśnie brzuszne podług układu włókien i jeśli *cul - de - sac* jest wysoko, to wszyć go w ranę powłok. Jeśli *cul - de - sac* schodzi dość nisko, to należy sporo ściągnąć jelita zstępującego przy wytwarzaniu odbytu nieprawidłowego, a to w tym celu, ażeby w następstwie podczas wytwarzania odbytu w okolicach dolnych mieć zapas kiszki dla ściągnięcia.

BORSUK zapytuje, jak długo wypada jeszcze czekać z następczą operacją, jak ją wykonać, ażeby módz wytworzyć pewnego rodzaju zwieracz. Czy *per laparotomiam* torować sobie drogę?

KRAJEWSKI utrzymuje, że spieszyć się z operacją obecnie nie ma powodu. Co do zwieracza to można go sztucznie wytworzyć, posilkując się mięśniami dźwigaczem odbytu (*m. levator ani*) i mięśniami pośladkowymi, odpowiednio je skrzyżowawszy.

JAKIMIĄK przedstawia kamień olbrzymich rozmiarów, wyjęty na drodze operacyjnej z nerki u kobiety, mającej olbrzymi guz w okolicy wątroby. Kamień stanowi kolosalny odlew miedniczki i kielichów i składa się z fosforanów. Waga kamienia wynosi 95 grm. W lewej nerce, nb. bardziej zniszczonej, niż prawa, znaleziono przy sekcyi liczne lecz mniejsze znaczenie kamienie.

SAWICKI BR. przedstawia 7-io miesięczną dziewczynkę z dwustronnem porażeniem porodowem, t. zw. *Entbindungslähmung*. Poród w tym przypadku trwał 2½ doby i zakończył się obrotem. Dziecko było b. duże, a ważyło 12 f. 16 łutów. Podczas obrotu [sp. pragskim] lewy obojczyk uległ złamaniu. Już w parę dni po porodzie zauważono niedowład niektórych mięśni na obu

kończynach górnych. Obecnie znajdujemy po obu stronach porażenie: (*m. deltoideus, supra- et infraspinatus, biceps, brachialis internus, supinator longus, mm. naramienne, nad- i podgrzebieniowe, dwugłowe, ramienne, wewnętrzne, odwracające długie*). W ostatnich tygodniach daje się zauważyć pewną poprawę pod wpływem masażu, a mianowicie dziecko zaczyna nieco unosić rączki i zginać kończynę w lewym stawie łokciowym. Natomiast zwrót na wewnątrz pozostaje bez zmiany. Przypadek ten ciekawy jest ze względu na rzadkość występowania porażenia DUCHENNE - ERB'a w obu kończynach, a poza tem ze względu na mechanizm powstawania objawów, wykluczający w danym razie teorię złamań KUESTNER'a, a prędzej przemawiający za pochodzeniem uciskowym podczas obrotu. Rokowanie w tych przypadkach bywa wogóle złe, jednakowoż SAWICKI spostrzegał poprawę raz jeden, a i dany przypadek pozwala mieć nadzieję na polepszenie.

W d y s k u s y i ŻURAKOWSKI zapytuje, jakie leczenie jest w tych razach najskuteczniejsze?

SAWICKI odpowiada, że elektryzacja, masaż — lecz i te zabiegi często nie wiele korzyści przynoszą.

STANKIEWICZ skłonny jest przypuszczać, że przyczyna omawianych porażen oczywiście jest jakaś głębsza i mało jeszcze znana, ponieważ, jego zdaniem, ani teoria KUESTNER'a ani teoria ucisku nie są dostatecznie przekonujące.

LEŚNIEWSKI wygłosił odczyt „w sprawie techniki laparotomijnej“. Laparotomia bywa wykonywaną na rozmaitych chorych. Jedni mocni, dobrze odżywieni, z mocnym, zdrowym sercem, ze zdrowymi pozostałymi narządami wewnętrznymi. Tacy ani przed operacją ani po tejże nie wymagają żadnej specjalnej opieki. Inni natomiast są w stanie znacznego, częstokroć najwyższego wyniszczenia na skutek długotrwałego cierpienia, przeważnie na tle przewodu pokarmowego, na skutek często powtarzających się krwawień, długotrwałego ropienia i t. p. Gdy dodamy do tego poważny zabieg, jakim jest otworzenie jamy otrzewnej, połączone z długotrwałym manipulowaniem na narządach brzusznych, z zatruciem chloroformowem, często z poważną utratą krwi, wówczas w chwili ukończenia operacji otrzymujemy stan ciężkiej zapaści. Pozostawieni sami sobie chorzy tacy, szczególnie jeżeli i po operacji nie mogą natychmiast być należycie odżywiani, jak to ma miejsce np. po wycięciu żołądka, kiszek, — w krótkim czasie czasie śród objawów wzrastającej zapaści rozstają się z życiem.

By zapobiedz tak niepożądanemu wynikowi operacji, w oddziale kol. BRON. SAWICKIEGO stosowaliśmy dawniejszymi czasy, a i dziś stosujemy w pewnych przypadkach podskórne wstrzykiwanie fizyologicznego roztworu soli kuchennej natychmiast po operacji, oraz powtarzamy to wstrzykiwanie w przeciągu paru lub kilku dni po zabiegu.

W 1898 roku przeczytał L. w „*Centralblatt für Chirurgie*“ streszczenie rozprawy THOMAS'a „Wstrzykiwanie roztworu soli w zapaści“, ogłoszonej w „*Lancetie*“. Z niej dowiedział się, że THOMAS w celu zwalczania zapaści pooperacyjnej między innymi wlewa roztwór soli kuchennej wprost do jamy otrzewnej natychmiast po ukończeniu zabiegu. Pomysł ten podobał się L. Operując tedy w lutym r. 1898 pewnego chorego na raka żołądka, nadzwyczaj wyniszczonego, u którego ze względu na niezmiernie rozszerzenie się sprawy chorobowej musiał ograniczyć się na laparotomii wywiadowczej, wlał do jamy otrzewnej 200 ctm. sz. roztworu soli kuchennej, ogrzanego do 37,5° C. Wlanie to zniósł chory dobrze i z pewną korzyścią dla siebie. Następnie kol.

SAWICKI, po usunięciu pewnej chorej ogromnych torbieli jajnikowych, pozras-
tałych z trzewiami, wlał do jamy otrzewnej 500 ctm. sz. roztworu soli, rów-
nież z pomyslnym dla chorej wynikiem. Zachęceni tem, zaczęliśmy stosować
wlewanie śmiało, wlewaliśmy następnie większe ilości roztworu, po 1000 ctm.
sz. i więcej. Zastosowaliśmy dotychczas owo wlewanie w 22-eh przypadkach
[kol. SAWICKI w 6-u, LEŚN. w 16-u], ostatnimi czasy głównie po operacjach na
przewodzie pokarmowym. Ani razu nie spostrzegano po wlewaniu jakichkol-
wiek objawów zakaźnego podrażnienia otrzewnej. W przypadkach, w których
chorzy zmarli po upływie paru lub kilku dni skutkiem jakiegoś powikłania,
np. zapalenia płuc, podczas oględzin zwłok prof. PRZEWOSKI ani razu nie
stwierdził podrażnienia błony surowiczej. Natomiast skutki wlewania zaryso-
wywały się zazwyczaj wyraźnie i bardzo dodatnio. W bardzo prędkim cza-
sie, nieraz już po upływie pół godziny od ukończenia zabiegu, można było
znaleźć poprawienie się własności tętna; skóra robiła się ciepłą, wilgotną, cho-
rzy czuli się dobrze, rzeźko. Zasługuje również na uwagę obfite wydzielanie
się moczu. Dzieje się to wszystko oczywiście dzięki olbrzymiej zdolności chłoni-
czej błony otrzewnowej, o wiele przewyższającej takąż zdolność tkanki
podskórnej. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że jodek potasu, wstrzyk-
nięty do jamy otrzewnowej, wykrywa się z moczu już po upływie 15-u minut.
Takież doświadczenia WEGNER'a wykryły, że otrzewna, której powierzchnia pra-
wie jest równą powierzchni ciała, jest zdolną w przeciągu godziny wchłonąć
ilość płynu, wynoszącą 3 — 8% wagi ciała wziętego do doświadczenia zwie-
rzęcia.

[C. d. n.]

L. Zembrzuski.

Wiadomości bieżące

— Ordynatorowie szpitali: Dzieciątka Jezus, kol. KAZIMIERZ CHEŁCHOWSKI,
i praskiego, kol. BOLESŁAW JAKIMIAK, uwolnieni są z zajmowanych stanowisk na zasa-
dzie § 788, zb. pr. t. III, ust. o służ. cyw., wyd. 1896 r. (art. 77 ust. cyw. Król. Pol.
10 marca 1859).

— Na następcę NOTHNAGEL'a w Wiedniu, po odmowie KRAUS'a z Berlina,
przedstawiony został prof. v. JAKSCH z Pragi.

— Prof. KÖRTE z Berlina nie przyjął ofiarowanej mu katedry w Królewcu na
miejscu GARRE'go.

— I Zjazd anatomów odbył się w Genewie 6—10 b. m.

— Z m a r ł w Kielu prof. FLEMMING, słynny z prac w dziedzinie nauki o ko-
mórce, przeżywszy lat 62.