

# GAZETA LEKARSKA

1. Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ „SZPITALNEJ“ [PROF. DJAKONOWA]  
W MOSKWIE.

## Operacya doszczętna przepuklin pachwinowych na podstawie rozwoju i budowy okolicy pachwinowej.

Podał

Dr med. Romuald Węglowski,

Docent chirurgii w Uniwersytecie Moskiewskim.

Nad powstawaniem przyczyn wytwarzania się przepuklin pachwinowych pracowała znaczna liczba badaczy i niejednokrotnie przytaczano dość trafne domysły i dowody, lecz przyznać trzeba, iż kwestya ta nie jest bynajmniej rozwiązana.

Najbardziej ciekawe jest wyświeetlenie przyczyn usposabiających.

Dlaczego istotnie przepukliny pachwinowej nie spostrzegamy wyłącznie u ludzi spełniających ciężką pracę fizyczną: kowali, tragarzy i t. d., a przeciwnie, odsetka chorych z przepuklinami pachwinowymi jest jednakowa dla ludzi najrozmaitszych stanów i zawodów?

Prawdopodobnie, nie warunki życiowe, lecz pewne przyczyny wrodzone wpływają w ten sposób na okolicę pachwinową, iż ta przedstawia warunki sprzyjające powstawaniu przepuklin w równym stopniu u ludzi biednych lub zamożnych, zajętych fizyczną ciężką pracą lub prowadzących życie spokojne, siedzące.

Przypuszczam tedy, iż pewna liczba osobników obdarzona jest wyjątkową budową okolicy pachwinowej i to, jako pewien rodzaj zбочenia, jest głównym czynnikiem usposabiającym do powstawania przepuklin pachwinowych.

Celem zgłębienia tej kwestyi, postanowiłem wystudyować nie tylko budowę okolicy pachwinowej, lecz wyjaśnić jednocześnie sposób jej rozwoju, rozpoczynając od pierwotnego stadium życia zarodkowego, a kończąc na uformowaniu całkowitem osobnika.

W tym celu opracowałem i zbadałem 65 zarodków ludzkich, poczynając od zarodka o 2 mm. długości i kończąc na zarodku o 45 cm. W liczbie tej było 69 zarodków rodzaju męskiego, 28 — żeńskiego, w 5-u zaś rodzaj nie mógł być jeszcze określony. Zarodki drobniejsze rozkładałem na seryę cięć poprzecznych, większe zaś—albo także rozkładałem na seryę cięć w różnym kierunku, lub też opracowywałem przez preparowanie.

Celem szczegółowego wyjaśnienia budowy okolicy pachwinowej, zbadałem i określiłem ściśle wymiary 194-ch okolic pachwinowych na trupach różnego wieku, poczynając od dzieci aż do starców, a także zbadałem i wymierzyłem 115 okolic pachwinowych u chorych, dotkniętych przepukliną, podczas operacyi doszczętniej.

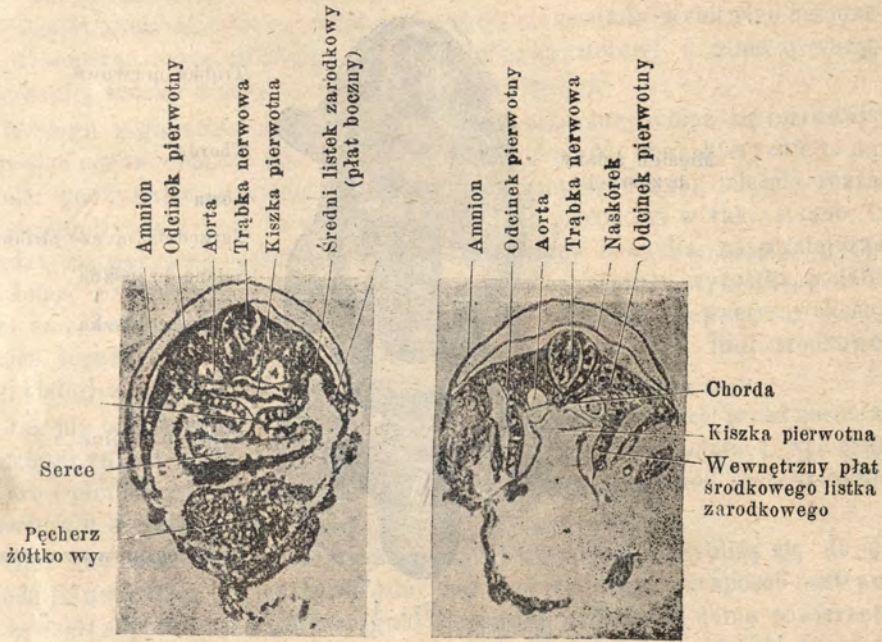
Po dokładnem opracowaniu tych danych przyszedłem do wniosku, iż dzięki pewnym wyjątkowym własnościom zarodkowym okolica pachwinowa przybiera budowę nadzwyczaj podatną do powstawania przepuklin. W obec tego wszystkie czynniki usposabiające powinny być wysunięte na plan pierwszy — szczególnie zaś w kwestyi doszczętnego usunięcia przepuklin pachwinowych, ponieważ operacya polegać musi nie tylko na tem, by przepuklinę pachwinową usunąć, lecz i na tem, aby doszczętnie usunąć i przyczyny usposabiające.

W pracy niniejszej podam najpierw wszystkie dane moich badań embryologicznych, anatomicznych i klinicznych, następnie zaś przytoczę swoje poglądy na najbardziej odpowiedni sposób operacyi doszczętniej.

Zarodek w 2-im tygodniu rozwoju swojego (rys. 1 i 2) przybiera kształty okrągło - podługowatego płotka, rozłożonego nad pęcherzykiem żółciowym. Części brzuszna i piersiowa są otwarte. Boczne części płotka zarodkowego składają się tylko z 2-ch warstw: zewnętrznego i wewnętrznego listka zarodkowego.

W 3-im i 4-ym tygodniu boczne części płotka zarodkowego rychło się rozrastają ku przodowi w postaci lejka do uformowania przedniej ściany brzusznej. W końcu 4-go tygodnia jama brzuszna jest już szczelnie zamknięta (rys. 3), w dolnej zaś części ściany umieszczony jest dość spory i szeroki otwór pępkowy. Ściana brzuszna składa się tylko z 2-ch warstw: naskórka i warstwy podłużnych wyciągniętych komórek—otrzewnej; mięśni ściana brzuszna nie posiada jeszcze wcale. Wypada też zaznaczyć, iż jednocześnie na tylnej ścianie brzusznej, z boku od pierwotnej krezki kiszkiowej, tworzą się przez całą długość zarodka (rys. 3) podłużne wałeczki moczowo-płciowe.

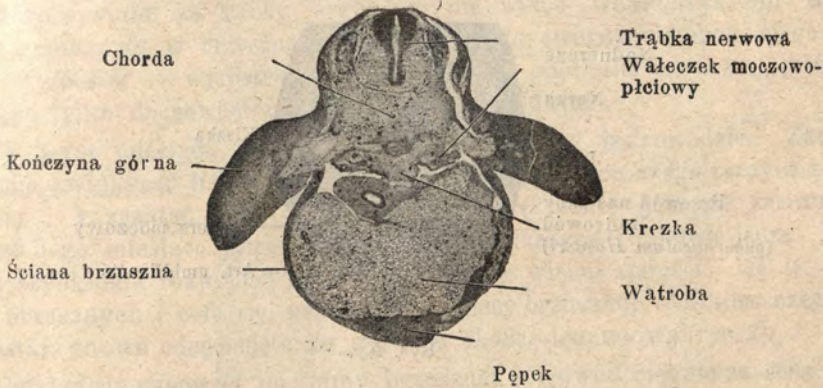
W 5-ym tygodniu (rys. 4) w części tylnobocznej ściany brzusznej można zauważyć, iż od odcinka (segmentu) pierwotnego odchodzą wyrostki mięśniowe, które przesuwały się naprzód pomiędzy naskórkiem a otrzewną. Kierunek rozrastania się mięśni jest następujący: od tyłu ku przodowi—i z góry ku do-



Rys. 1.

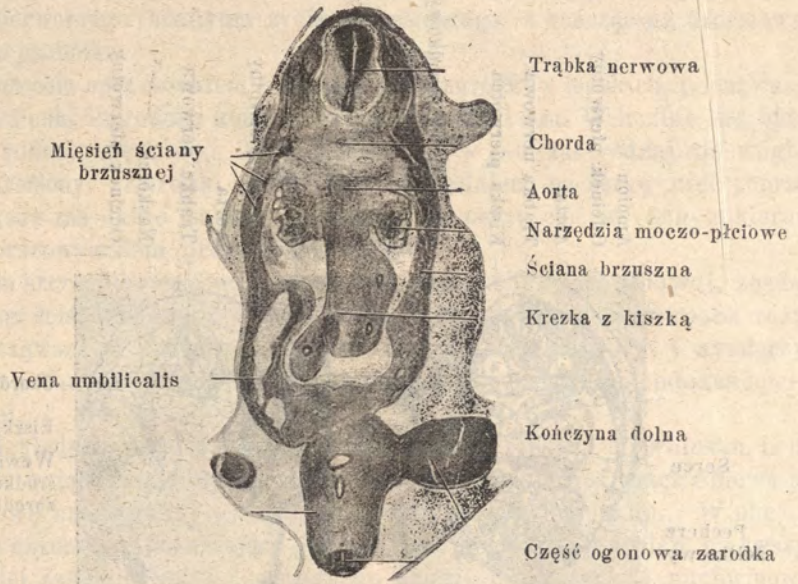
Rys. 2.

Cięcie poprzeczne przez zarodek człowieka o 2,5 mm. długości.  
Średnia część zarodka. (Mikrofotogr.).



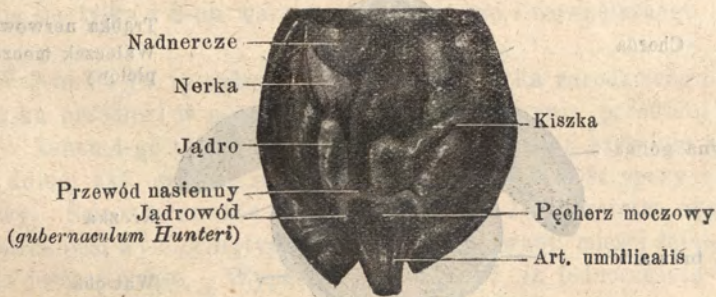
Rys. 3.

Cięcie poprzeczne przez średnią część zarodka człowieka o 11 mm. długości. (Mikrofotogr.).



Rys. 4.

Cięcie poprzeczne przez średnią część zarodka człowieka 5 - tygodniowego. Zarodek o tej porze skurczony lekko, więc cięcie poprzeczne przeszło jednocześnie i przez część ogonową. (Mikrofotogram).



Rys. 5.

Zarodek człowieka o 57 mm. dł. (2,5 mies.). Ściana brzuszna rozcięta wzdłuż i odwrócona. Kiszki i wątroba usunięte. Wydłużony pęcherz moczowy (*allantois*), odciągnięty ku dołowi. Pierś, głowa i kończyny odcięte (Fotografia powiększona).

łowi—stosownie do każdego odcinka pierwotnego. Co zaś do walczków moczowo - płciowych, to w nich daje się już odróżnić podział na ciała WOLFF'a i na gruczoły płciowe. Dolna część walczków nie posiada wybitnego urzędnia; przybierając formę powrózka, ciągnie się ku dołowi i ginie w warstwie przedniej ściany brzusznej, w okolicy pachwinowej.

W ciągu 2-go miesiąca mięśnie w ścianie brzusznej wciąż się rozrastają, pokrywając coraz większą przestrzeń. Scisły porządek charakteryzuje to narastanie: poczynając z tylnobocznej części ściany brzusznej, mięśnie rozrastają się stopniowo z góry ku dołowi i od tyłu ku przodowi w taki sposób, iż najprędzej się pokrywa mięśniami górna część ściany brzucha, najpóźniej zaś część dolna. Szerokie mięśnie brzuszne rosną, mając kształt wyrostka, podzielonego na 3 warstwy: mięsień zewnętrzny skośny, mięsień wewnętrzny skośny i mięsień poprzeczny. Mięśnie proste rosną osobno wzdłuż linii środkowej [smugi białej] z góry na dół.

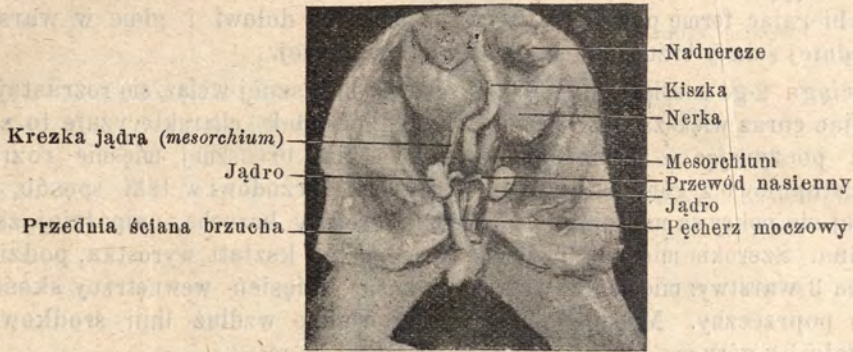
Jak już wspomniano wyżej, w okolicy pachwinowej jeszcze przed narastaniem mięśni znajduje się dolny nieuformowany szczegółowo odcinek walczka moczowo - płciowego. U mężczyzny koniec ów tworzy jądrowód (*gubernaculum Hunteri*), a u kobiet—wiąz okrągły.

Otóż gdy wszystkie 3 warstwy mięśni brzusznych przybliżą się do jądrovodu [HUNTER'a], poczynają układać się naokoło niego w sposób następujący: zewnętrzny skośny mięsień ciągnie się ponad przednią i dolną powierzchnią jądrovodu, tworząc u wzgórka i spojenia łonowego 2 taśmy [nózki ścięgna]; mięśnie: wewnętrzny skośny i poprzeczny brzucha, zbliżając się do jądrovodu (*g. Hunteri*), ogarniają go swojemi włóknami lejkowato z góry, a czasami także i z dołu.

Jądro w 2-im miesiącu leży jeszcze, jak to widać na rys. 5, w okolicy lędźwiowej, obok nerek i łączy się z okolicą pachwinową zapomocą cienkiego powrózka—jądrovodu (*g. Hunteri*). W 3-im i 4-ym miesiącu jądro przysuwa się bliżej ku wewnętrznemu otworowi pachwinowemu i częścią dolną tkwi w nim tak, iż jądrovodu ze strony brzusznej nie widać wcale (rys. 6). Razem z pograżeniem się w brzuszną ścianę jądrovodu tworzy się obok niego niewielki woreczek — wyrostek otrzewny (*proc. vaginalis peritonei*), którego dno sięga tylko do zewnętrznego otworu pachwinowego.

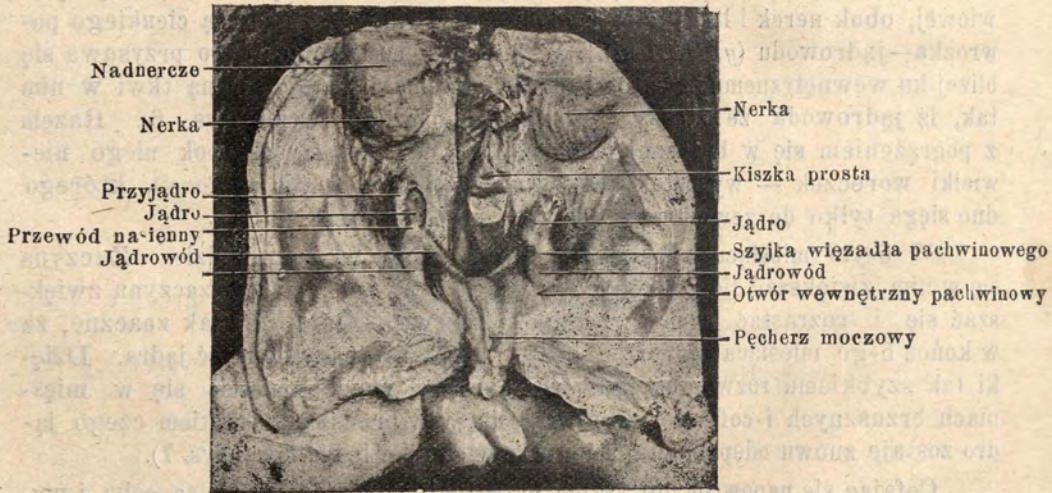
W 5-ym miesiącu zachodzą dziwne zmiany w jądrowodzie. Zaczyna się w nim zwiększać liczba żywiących go naczyń, w obec czego zaczyna zwiększać się i rozrastać samo więzadło. To zwiększenie jest tak znaczne, że w końcu 5-go miesiąca jądrowód przewyższa kilka razy objętość jądra. Dzięki tak szybkiemu rozwojowi jądrowód nie może więcej zmieścić się w mięśniach brzusznych i cofa się napowrót do jamy brzusznej, skutkiem czego jądro zostaje znowu odepchnięte ku górze w okolicę lędźwiową (rys. 7).

Cofając się napowrót do jamy brzusznej, jądrowód ciągnie za sobą i wywraca jak palec od rękawiczki odrostek otrzewny (*proc. vagin. peritonei*), a razem z nim unoszą się ku górze spojone z nim włókna mięśni [wewn. skoś. i poprzecz. brzucha]. Skutkiem tych zmian wyrostek otrzewny (*proc. vag.*)



Rys. 6.

Zarodek człowieka 3,5 mies. Jama brzuszna otwarta. Pęcherz moczowy odciągnięty do dołu. Wyższa część zarodka odcięta.

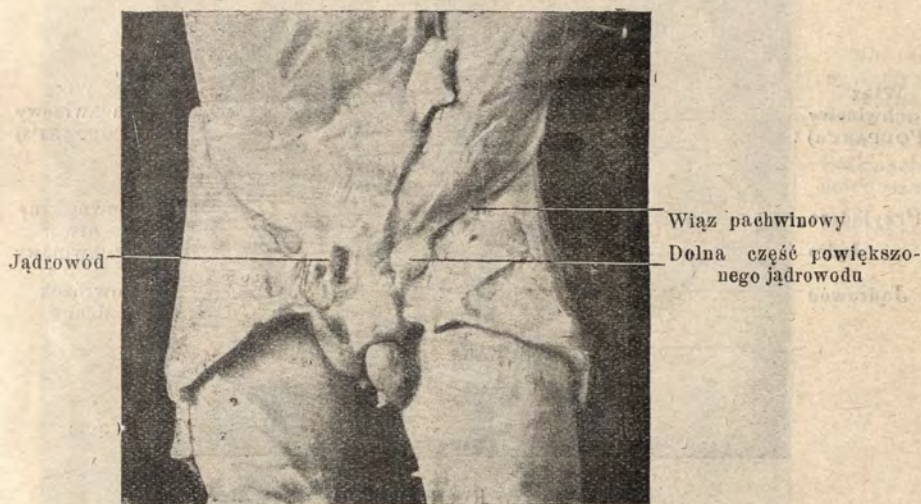


Rys. 7.

Zarodek człowieka 5—5,5 miesięcy. Jama brzuszna otwarta, kiszki i wątroba usunięte; pęcherz moczowy odciągnięty ku dołowi.

znika zupełnie: otrzewna, wyściełająca go, pokrywa powiększony jądrowód: uniesione zaś włókna mięśni brzusznych przechodzą na powierzchnię dolnej części olbrzymiego więzadła.

Po krótkiej przerwie na początku 6-go miesiąca olbrzymi jądrowód zaczyna opuszczać się ku dołowi. Otrzewna, pokrywająca go, znowu wytwarza woreczek — wyrostek otrzewny (*proc. vagin.*), a na zewnętrznej ścianie tego wyrostka układają się uniesione ku górze włókna mięśniowe. Im prędzej posuwa się ku dołowi jądrowód, tym dłuższym i głębszym staje się wyrostek otrzewny.



Rys. 8.

Zarodek człowieka 6-6,5 miesięcy. Skóra ściany brzusznej odseparowana i odciągnięta do dołu. Widać zewnętrzny mięsień skośny brzucha i przesuwały się przez część pachwinową jądrowód. Jądra leżą jeszcze w jamie brzusznej nad otworem pachwinowym.

Między 6-ym a 7-ym mies. powiększony jądrowód zaczyna wypychać i rozciągać mięsień zewnętrzny skośny, nie przyjmujący dotąd udziału (rys. 8). Pokryty ścięgnem mięśnia zewnętrznego skośnego, a także włóknami mięśni wewnętrznych i wyrostkiem otrzewnym, jądrowód opuszcza się stopniowo ku mosznie i w miarę zbliżenia się do jej dna staje się coraz to mniejszy i krótszy (rys. 9). W końcu, gdy jądro dostanie się do dna moszny, jądrowód zanika zupełnie i jako ślad po nim pozostaje — *lig. scrotale*.

W ciągu całego tego ruchu jądro nie przyjmuje znacznego udziału i posuwa się biernie ku dołowi, leżąc na przeciwległym końcu olbrzymiego jądrovodu.

Należy zwrócić uwagę na to, iż dno wyrostka otrzewnego (*proc. vagin. peritonei*) mieści się już w mosznie, gdy jądro leży jeszcze nad wewnętrznym otworem pachwinowym.

Uniesione jądrowodem włókna ścięgna mięśnia zewnętrznego skośnego zmieniają się w przyszłości w „*fasciam Cooperi*“, a uniesione włókna mięśni wewnętrznych (*obl. int. et transv.*) tworzą *m. cremaster*.



Rys. 9.

Zarodek człowieka 9-miesięczny. Skóra odseparowana i odwrócona. Z lewej strony jądro leży już w mosznie, a z prawej tkwi ono jeszcze w zewnętrznym otworze pachwinowym.

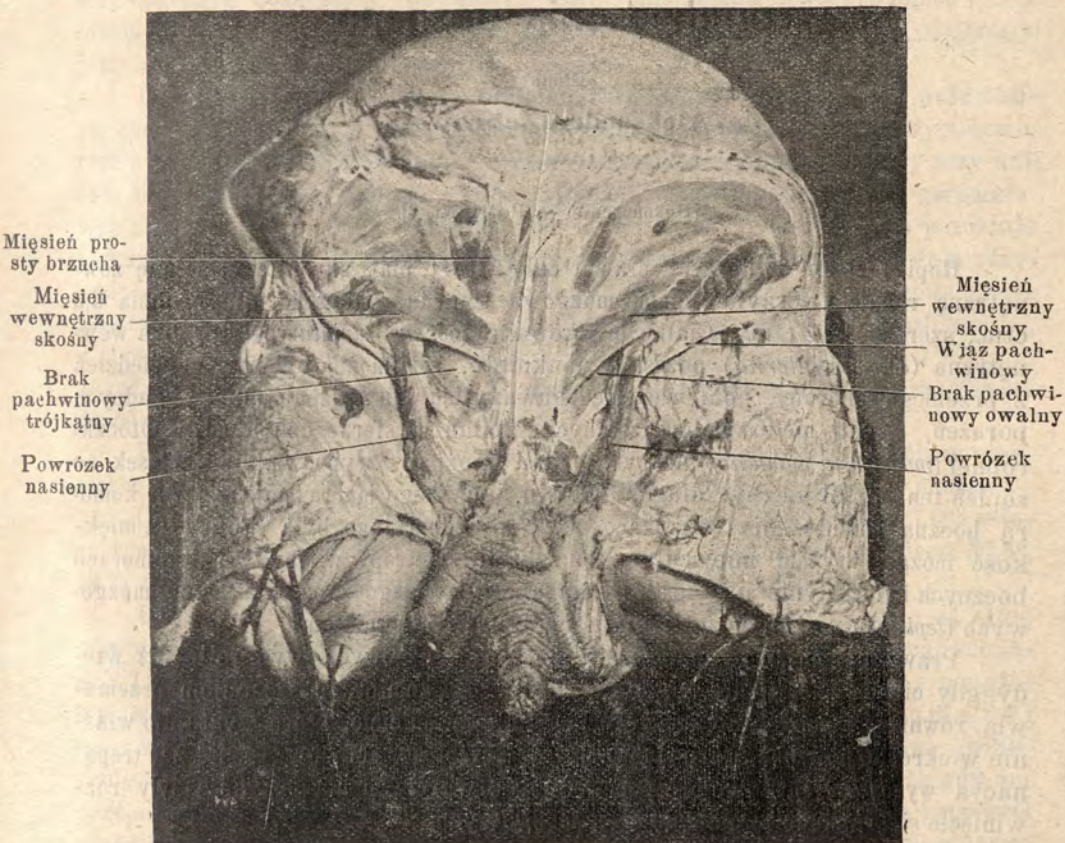
Skutkiem całej tej sprawy w okolicy pachwinowej wytwarza się pewien brak [defekt] mięśniowy i to dwojakiej postaci—trójkątnej lub podłużnej (rys. 10), co zależy od tego, w jakim miejscu przesunie się przez ścianę brzuszną jądrowód.

W zarodkach rodzaju żeńskiego zmiany w okolicy pachwinowej przypominają nieco 1-y stopień rozwoju tejże u mężczyzny, jakoż koniec zewnętrzny więzu okrągłego cokolwiek się powiększa i krzyżuje się z przylegającymi ku niemu włóknami mięśni brzusznych. Niekiedy dzięki różnym warunkom może się utworzyć wyrostek otrzewny (*canalis Nuckii*), który może pozostać i po



urodzeniu się płodu, co znacznie usposabia do powstawania przepukliny pachwinowej u kobiety <sup>1)</sup>.

[D. n.].



Rys. 10.

Trup dziecka 2—3 miesięcznego. Skóra i mięsień zewnętrzny skośny usunięte. Zostawiony tylko wiąz pachwinowy (POUPART'a). Z prawej strony (trupa) widać jak dolny brzeg mięśni: wewnętrznego skośnego i poprzecznego tworzą trójkątny brak pachwinowy, z lewej strony (trupa) — owalny.

<sup>1)</sup> Szczegółowy opis rozwoju okolicy pachwinowej i „descensus testicularum” patrz w moich pracach: 1) O descensus testicularum. „Chirurgia” (ros.) 1902, tom XIII. 2) Rozwój i budowa okolicy pachwinowej. Dysert. Moskwa, 1903. „Chirurgia” (ros.) 1903, tom XIV.

## Przyczynę do kazuistyki ropni mózgowia pochodzenia usznego.

Podał

Aleksander Żebrowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 8].

Ropień mózgu zajmował prawie cały lewy płąt skroniowy; ścianę zewnętrzną ropnia tworzyła opona mózgowa twarda. Długość jamy ropnia 6,5 ctm., szerokość 4 ctm. Ciało prążkowane (*corpus striatum*) i torebka wewnętrzna (*capsula interna*) pozostały nietknięte, co można było przepowiedzieć z przebiegu choroby, ponieważ nie zauważyliśmy u naszego chorego żadnych porażień, nawet niedowładów, żadnych zmian w sferze czuciowej. Otoczki ropnej (*membrana pyogena*) nie było. Stąd możnaby wyprowadzić wniosek, że ropień ten istniał niezbyt długo. Kanału, łączącego jamę ropnia z lewą komorą boczną, również nie odszukano. Czy powodem tego była niezwykła miękkość mózgu w tem miejscu, czy też zebranie się ropy w obydwóch komorach bocznych było jedynie następstwem rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych (*leptomeningitis*), pozostało dla nas nierozstrzygniętem.

Prawdopodobnie, ropne zapalenie opon mózgowych wystąpiło już wtedy, gdy ciepłota podniosła się po raz drugi. Za tem przypuszczeniem przemawia również wzmożenie czucia skórniego na całym ciele, które wystąpiło właśnie w okresie powtórnego podniesienia się ciepłoty. Możliwe jest, że trepanacja wyrostka sutkowego i operacyjne otwarcie ropnia przyspieszyły rozwinięcie się ropnego zapalenia opon mózgowych.

W końcu kilka słów o metodzie operacyjnej. Jasnem jest, że zastosowany przez nas sposób operowania był w danym przypadku nieodpowiedni. Sekcja kości skroniowej wykazała, że tu jedynie była wskazana operacja doszczętna. Przy operacji radykalnej przetoka kostna, która była niejako ukryta w kości, nie uszłaby naszej uwagi i wprost doprowadziłaby nas do zmienionego *tegmeni tympani*; idąc tą drogą, moglibyśmy otworzyć ropień od strony jamy bębenkowej i usunąć całą schorzałą kość. Następnie można było zastosować podwójne otwarcie ropnia [od strony jamy bębenkowej i przez łuskę kości skroniowej], tem bardziej, że ten tak zwany „skombinowany“ sposób („*combinirte Methode*“) według KÖRNER'a daje najlepsze wyniki. KÖRNER<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter von OTTO KÖRNER III Auflage. 1902, s. 197.

w tej kwestyi wypowiada się w sposób następujący: „*Die Statistik der Erfolge hat gezeigt, dass die doppelt: Eröffnung der Schläfenlappenabszesse vom teymen tympani et antri und gleichzeitig von der Schläfenschuppe aus relativ am häufigsten von allen Methoden zur Heilung geführt hat*“. Przypadek nasz poucza, że przy otwieraniu ropni mózgu pochodzenia usznego zasadniczo należy wykonywać operację doszczętną, po której ukończeniu można otworzyć ropień przez łuskę, najlepsze jednak jest podwójne otwarcie ropnia jednocześnie od strony jamy bębenkowej i przez łuskę.

II. K., 22 lat, przyjęty na oddział 28.VII. 1905. Lewostronne, dość obfite, cuchnące ropienie z ucha. Bębenek uszny zaczerwieniony, z dużym otworem w przednio-dolnym odcinku. Wyrostek sutkowy zlekka bolesny przy ucisku; narządy wewnętrzne bez zmian. Badanie nosa i jamy nosowo-gardzieliowej zmian nie wykazuje. Od dnia 29.VII do 22.VIII stan chorego pozostaje bez zmiany; nieznaczna bolesność wyrostka sutkowego, zauważona w dniu przyjęcia chorego na oddział, znikła. Dnia 22.VIII wieczorem wystąpiła nagle gorączka, dreszcze, jednocześnie pokazała się róża na lewej muszli usznej, z powodu której chory tegoż dnia został przeniesiony na oddział chorób zakaźnych, w którym pozostawał do dnia 6.X. Gdy róża znikła, powrócił znów na oddział uszny.

Dnia 13.IX wieczorem ciepłota 38,3°; chory uskarża się na bóle w pierśsiach. W płucach nie znaleziono żadnych zmian; kaszlu i plwociny niema.

Ciepłota dnia 14.X z rana 36,9°, wieczorem 37,5°; 15.X z rana 37,6°, wieczorem 37,0°; 16.X z rana 37,6°, wiecz. 36,6°; 17.X z rana 36,5°, wiecz. 36,4°; 18.X z rana 36,7°, wiecz. 36,6°; 19.X z rana 37,6°, wiecz. 36,6°.

Dnia 19.IX tętno 60. Ogólna senność i apatya; chory uskarża się na silne bóle w okolicy lewej skroni. Ropienie z ucha nieobfite, lecz wciąż nieco cuchnące. Dnia 21.IX z rana 37°, wieczorem 36,5°, tętno 58. Apatya, silny ból głowy w okolicy skroniowej lewej. Chory zupełnie zapomniał nazwy rozmaitych przedmiotów. Na „mleko“ mówi „winogrona“ [chory pochodzi z Besarabii i pracował w winnicach]. Jednak gdy mu przypomnieć właściwą nazwę przedmiotu, poprawia się natychmiast i nazywa przedmiot prawidłowo. Uskarża się na nader silny ból głowy w okolicy lewej skroni i na ogólne osłabienie. Mowa chorego jest znacznie zwolniona, zlekka przerywana; mówi w ogóle z namysłem. Kończyny nie porażone. Czucie skórne nie zmienione. Siła wzroku normalna.

R o z p o z n a n i e. Ropień w lewym płacie skroniowym mózgu. Chory natychmiast został przygotowany do operacji, którą wykonał dr W. ANDREJEW. Cięcie poczyna się nieco wyżej *lineae temporalis* aż do wierzchołka wyrostka sutkowego (*linea temporalis* silnie rozwinięta). Wyrostek sutkowy sklerotyczny w wysokim stopniu; ropy i ziarniny nigdzie nie znaleziono. Na wysokości *lineae temporalis* został wydłutowany dość głęboki kanał; w łusce kości skroniowej zrobiono otwór wielkości pół rubla. Opona twarda napięta, niezmienniona, wystaje nieco z otworu trepanacyjnego. Przy przekłuciu próbnym otrzymano płyn surowiczo-ropny. Przecięto oponę twardą i mózg na głębokość około 2-ch ctm.; wytrysnęło dużo płynu przezroczystego, znajdują-

cego się pod znacznem ciśnieniem, następnie zaś biało-żółtawa ropa—razem około 5-u łyżek stołowych. Po nachyleniu głowy na lewą stronę wypłynęło jeszcze około  $\frac{1}{2}$  łyżki gęstej, białej ropy. Do jamy operacyjnej w mózgu [właściwie do jamy ropnia] został wsunięty ostrożnie pasek gazy sterylizowanej; ranę trepanacyjną wypełniono gazą jodoformową. Opatrunek.

Natychmiast po operacji nastąpiło znaczne polepszenie stanu ogólnego chorego. Tętno 70 [przed operacją 58]. Ciepłota normalna. Na zapytania chory odpowiada nie zwlekając, jednak nazwy niektórych przedmiotów jeszcze nie może sobie przypomnieć. Bóle głowy znikły zupełnie.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Codziennie zmieniano opatrunek. Wydzielanie się ropy z każdym dniem było mniejsze, zaburzenie mowy powoli znikło zupełnie. Po upływie 5-u tygodni po ranie trepanacyjnej w wyrostku sutkowym pozostała niewielka blizna; otwór w czaszce [w łusce kości skroniowej] zmniejszał się z każdym dniem, wreszcie zamknął się całkowicie zlekka wciągniętą błoną łączno tkankową. Pozostało tylko nieznaczne ropienie z lewego ucha.

Przypadek ten poucza, że nawet bardzo duże ropnie lewego płatu skroniowego mózgu mogą w odpowiednich warunkach wywołać nieznaczne objawy. Chory podczas całego przebiegu choroby był bez gorączki [nie mówiąc o nieznacznem wzniesieniu się ciepłoty 13.IX do 38,3°]. Porażen kończyn i zmian w sferze czucia nie było; zwolnienie mowy i afazy amnestyczna wystąpiły dopiero wtedy, gdy ropień wywarł ciśnienie na ośrodek mowy, a więc gdy wielkość jego była już dość znaczna. Co się tyczy sposobu powstania ropnia mózgu w tym przypadku, to prawdopodobne jest, że rozwinął się on drogą przerzutu [metastatycznie]. Wyrostek sutkowy był wprawdzie sklerotyczny, lecz nie znaleziono nigdzie ropy, ziarniny, przetoki, słowem—kość przynajmniej makroskopowo była zdrowa. Bezgorączkowy przebieg choroby i całkowity powrót do zdrowia chorego pozwalają przypuszczać brak zakrzepu zatoki poprzecznej.

Jesteśmy zdania, że przy rozpoznawaniu ropni mózgu pochodzenia usznego dokładne umiejscowienie ogniska ropnego w mózgu jest prawie niemożliwe. Objawy, wskazujące na cierpienie pewnego odcinka mózgu, najczęściej powstają drogą działania „*par distance*“, z tego względu objawy te dla rozpoznania i umiejscowienia ropnia są bardzo problematyczne <sup>1)</sup>. KÖRNER wypowiedział zasadę, że ropnie mózgu pochodzenia usznego zawsze znajdują się w najbliższem sąsiedztwie ucha chorego lub kości chorej („*das die otitischen Hirnabscesse stets in nächster Nähe des kranken Ohres oder Knochens liegen*“); zasada ta obecnie została ogólnie przyjęta i obydwa nasze przypadki potwierdzają ją

---

<sup>1)</sup> OPPENHEIM (Die Encephalitis und der Hirnabscess. 1897) str. 144: „Die Herdsymptome eines Hirnabscesses durch die Veränderungen in der Umgebung, das entzündliche Oedem, Erweichung und Druck entstehen können. Die sogenannten Nachbarschaftssymptome können ausschliesslich durch den Druck, den der Eiter auf die Umgebung ausübt, hervorgerufen werden“.

w zupełności. Z opisu tych przypadków widzimy dalej, że głównym objawem do rozpoznania ropnia w lewym płacie skroniowym była afazya amnestyczna. Niewątpliwie przy istniejącem ropieniu z lewego ucha jest to nadzwyczaj ważny, może nawet rozstrzygający objaw, jednak, choć bardzo rzadko, może występować przy ropniach w prawym płacie skroniowym. W przypadku, opisanym niedawno przez HEINE'go, były wszystkie objawy lewostronnego ropnia [afazya amnestyczna, parafazya i ataksya], a tymczasem ropień był umiejscowiony w prawym płacie skroniowym [chory nie był mańkutom]. Operacja została wykonana z wynikiem pomyślnym<sup>1)</sup>. Tego jednak rodzaju przypadki są nadzwyczaj rzadkie; afazya amnestyczna zawsze stanowić będzie nader ważny objaw.

Na zakończenie przytoczymy jeszcze jedną historję choroby, z której widać, jak skrycie mogą przebiegać niekiedy nawet olbrzymie ropnie mózgu, bez wywołania jakichbądź objawów miejscowych za życia.

III. K. B., 23 lat. Przyjęty na oddział uszny dnia 5.VIII. 1905. W lewym bębunku usznym niewielki otwór; bębenek nieco zmętniały i wciągnięty; wydzieliny z ucha nie ma wcale. Lewy wyrostek sutkowy zlekka bolesny przy opukiwaniu. Chory cierpi na ucho od dzieciństwa. Ciepłota 36,6°, tętno 72.

Od dnia 6.VII do 10.VII stan bez zmiany. Bolesność wyrostka sutkowego zmniejszyła się. Dnia 9.VII chory jednak zaczął gorączkować.

Ciepłota 9.VII z rana 38,8°, wieczorem 38,9°; 10.VII z rana 38,2°, wiecz. 38,3°; 11.VII z rana 38,5°, wiecz. 39,0°; 12.VII z rana 38,6°, wiecz. 36,5°; poczem znów nastąpił stan bezgorączkowy do dnia 27.VII. Od tej chwili chory gorączkował nieprawidłowo.

Ciepłota 29.VII z rana 36,6°, wiecz. 37,5°; 30.VII z rana 39,0°, wiecz. 36,6°; 31.VII z rana 36,0°, wiecz. 36,5°.

Wyrostek sutkowy bardzo bolesny; wystąpiło obfite ropienie z lewego ucha; dnia 4.VIII wykonałem trepanacyę lewego wyrostka sutkowego. Był on sklerotyczny, z małego *antrum mastoideum* została usunięta ziarnina w niewielkiej ilości; zatoka poprzeczna (*sinus transversus*) nie została obnażoną, ponieważ kość, uległa sklerozie, była zdrowa; małe komórki sutkowe w kierunku ku tyłowi były zupełnie normalne. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, ogólny stan dobry, tętno 68 — 72. Nagle dnia 14.VII, a więc w 10 dni po trepanacyi, podczas zmiany opatrunku chory dostał uporczywych wymiotów, które trwały 15 minut. Jednocześnie wystąpiło zwolnienie tętna (54) i zwolnienie mowy. **A f a z y i a m n e s t y c z n e j n i e m a .** Chory jest bardzo śpiący, uskarża się na silny ogólny ból głowy, często ziewa; wszystkie te objawy, razem wzięte, pozwalały domyślać się powstawania ropnia mózgu. Ze względu jednak, że wyłącznie lewe ucho było chore, oczeki-

<sup>1)</sup> HEINE. Amnestische Aphasie und Hemiparie infolge Abscesses des rechten Schläfen und Hinterhauptslappens. Verhandl. der deutschen otolog. Gesellschaft auf der XII Versammlung in Wiesbaden (Ref. in Archiv f. Ohrenheilkunde. T. 61, s. 151).

waliśmy na wystąpienie więcej pewnych objawów [afazyi amnestycznej, parafazyi, zaburzeń czuciowych, porażen i t. d.]. Od dnia 15.VIII do 26.VIII ogólny stan chorego polepszył się znacznie, bóle głowy i senność znikły, pozostało jedynie pewne zwolnienie tętna. W tym czasie rana trepanacyjna zagoiła się zupełnie. Dnia 28.VIII niespodzianie chory zaczął być niespokojny, usiłował zerwać opatrunek, ciepłota spadła na 35,0°. Wystąpił objaw CHEYNE-STOKES'a, tętno spadło do 46 na minutę i chory zmarł, pogrążony w głębokiej śpiączce.

Na sekcji znaleziono wielki otorbiony ropień w lewym płacie czołowym mózgu z pęknięciem do lewej komory bocznej. Ropień wielkości pomarańczy, okrągły; zniszczeniu uległa tylko biała substancja mózgowa (*corpus semiovale Vienssenii*). Otoczka ropna grubości 3-ch mm.; wewnętrzna jej powierzchnia wykazuje liczne, lecz niewielkie zmarszczki. Zakrzep lewej zatoki poprzecznej (*thrombophlebitis sinus transversi*). Zakrzep uległ organizacyi, jest dość twardy, dosięga opuszki żyły szyjowej wewnętrznej (*bulbus venae jugularis*). W żyłę szyjowej wewnętrznej zakrzepu nie znaleziono, śledziona powiększona (*hyperplasia lienis*).

Sekcya lewej kości skroniowej. Bębenek uszny z niewielkim otworem w przednio-dolnym odcinku. Wyrostek sutkowy zmieniony w zbitą, twardą bliznę kostną. Nigdzie nie wykryto próchnienia kości. Powierzchnia piramidy kości skroniowej gładka. Badanie mikroskopowe labiryntu nie zostało wykonane, makroskopowo w labiryncie zmian żadnych nie wykryto.

Mikroskopowe badanie otoczki ropnej wykazało, że składa się z trzech jakoby warstw <sup>1)</sup> [idąc od zewnątrz ku wewnątrz]. Warstwa zewnętrzna składa się z tkanki mózgowej o mocno rozszerzonych naczyniach krwionośnych, przepojonej wielką liczbą drobnych wylewów krwawych i dość mocno nacieczonych leukocytami. W kierunku ku wewnątrz, staje się coraz bardziej widoczną uwarstwiona budowa otoczki ropnej, która w samym środku, to jest w warstwie środkowej, staje się wyraźnie włóknistą. Pośród tych włókienek widzimy wielką liczbę leukocytów i mocno rozszerzonych naczyń krwionośnych; w tkance okołonaczyniowej z łatwością dają się zauważyć nowopowstające komórki łącznotkankowe, to jest komórki ziarninowe. Trzecia warstwa, t. j. warstwa wewnętrzna, składa się prawie wyłącznie z tkanki ziarninowej z wielką liczbą drobnych świeżo powstałych naczyń krwionośnych i stosunkowo niewielkiem nacieczeniem leukocytami. Komórki wewnętrznej warstwy ziarninowej uległy zwyrodnieniu tłuszczowemu, miejscami zaś drobnokomórkowemu rozpadowi.

Na zasadzie 3-ch opisanych przypadków możemy postawić następujące wnioski:

1) Ropień mózgu należy do względnie częstych powikłań ropnych zapaleń ucha średniego.

---

<sup>1)</sup> KÜMMEL. Beiträge zur Pathologie der intracranialen Complicationen von Ohrerkrankungen (Zeitschr. f. Ohr. T. 28, s. 263).

2) Afazyja amnestyczna stanowi najważniejszy objaw rozpoznawczy ropnia mózgu w lewym płacie skroniowym i na objawie tym można oprzeć wskazanie do zabiegu operacyjnego.

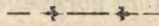
3) Celem operacyjnego opróżnienia ropnia mózgu pochodzenia usznego, należy zasadniczo wykonać operację doszczętną, następnie zaś otworzyć ropień przez łuskę kości skroniowej; najlepiej zaś wykonać podwójne otwarcie ropnia przez łuskę i od strony jamy bębenkowej.

4) Operacyjne opróżnienie ropnia mózgu winno być wykonane n a t y c h m i a s t po rozpoznaniu i oznaczeniu miejsca, w którym ropień mózgu się znajduje.

5) W odpowiednich przypadkach po opróżnieniu ropnia mózgu może nastąpić zupełne wyleczenie (*restitutio ad integrum*).

---

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.



### Metoda Bier'a w obecnej fazie swojego rozwoju.

Podał

Władysław Dobrowolski.

---

Założenie naukowe, na którym BIER oparł swoją metodę leczniczą, polega na stwierdzeniu faktu, że wszelkie ognisko chorobowe w ustroju natura stara się usunąć przedewszystkiem zapomocą przekrwienia, które je okala, lub też przenika. Atoli przekrwienie może powstawać w dwojaki sposób: dzięki przyspieszeniu obiegu krwi lub też zwolnieniu jego. W pierwszym wypadku mamy do czynienia z przekrwieniem czynnym, w drugim — z przekrwieniem biernym. Zarówno jedno, jak i drugie wchodzi w zakres omawianej metody leczniczej.

Z pośród licznych sposobów wywołania miejscowego przekrwienia czynnego najlepszym jest użycie gorącego powietrza, na tej bowiem drodze udaje się osiągnąć najwyższy stopień jego natężenia, będąc jednocześnie w możności uniknięcia szkodliwego oddziaływania na ośrodkowy układ nerwowy i pnie nerwowe. To też BIER pierwszy dał pomysł wyrabiania przyrządów w celu użycia gorącego powietrza do leczenia chorób umiejscowionych. Przyrządy te oczywiście z biegiem czasu ulegały rozmaitym przeróbkom i udoskonaleniom, tak, iż niektórzy lekarze zaczęli stosować miejscowo elektryczną kąpiel świetlną, istota działania jednak pozostała ta sama.

Przy miejscowem użyciu gorącego powietrza obok obfitych potów i wybitnego zaczerwienienia skóry następuje uczucie pewnego rodzaju błogości, trwające jeszcze przez pewien czas po usunięciu czynnika wywołującego; toż samo da się powiedzieć i o podwyższonej ciepłocie skóry. Co do objawów ogólnych,

to należy mieć na uwadze obfite pocenie się tłuściochów i osób słabowitych; ogólna ciepłota ciała, tętno, oddech nie ulegają zazwyczaj zmianom wybitnym. Bądź co bądź, przy stosowaniu gorącego powietrza spotykamy dosyć często pewne niepożądane zjawiska, a przede wszystkim oparzenia; wprawdzie, o ile one nie wykraczają poza ramy 1-go i 2-go stopnia, przebieg ich jest bardzo łagodny i szybki. Po dłuższym trwaniu zabiegu stale zjawia się brudno-brunatne zabarwienie skóry odnośnego miejsca w postaci plam i siatki, zależne od rozkładu barwika krwi pod wpływem nieznacznych oparzeń — i to jednak zabarwienie znika samo przez się, aczkolwiek zwolna. Poważniejszą już wadę tej metody stanowi konieczność posiadania przez organizm dosyć znacznego zapasu sił, szczególnie gdy działaniu gorącego powietrza podlegają rozległe powierzchnie ciała: zazwyczaj [u małokrwistych] zjawia się ból głowy, zmęczenie, bezsilność, często bicie serca, niekiedy nawet zemdleń. Aby uniknąć tych powikłań, na głowę kładzie się zimny kompres, a temperaturę gorącego powietrza podnosi się stopniowo; w przypadkach uporczywych powikłań nie można stosować omawianego zabiegu. Tych, którzy się pocą znacznie, trzeba wytrzeć do sucha i w porze zimowej zatrzymać w ciepłym pokoju jeszcze w ciągu  $\frac{1}{2}$  — 1-ej godziny. Średni czas stosowania gorącego powietrza dziennie wynosi 1 godzinę. U kobiet często przytem dają się zauważyć rozmaite nieprawidłowości miesiączkowania, rzadko krwawienia z nosa — dlatego też BIER podczas miesiączki zawsze przerywa leczenie. Łaknienie nie ulega zmianom, bądź też daje się zauważyć wzmożenie, lub odwrotnie — utrata łaknienia. Najwyższa temperatura gorącego powietrza, jaką skóra znosi bez szkody dla siebie, sięga 114°.

Drugi rodzaj przekrwienia—przekrwienie zastoinowe—stosował już AMBROISE PARÉ, lecz tylko przy złamaniach kości i do celów odżywczych. Ogólna technika przekrwienia zastoinowego, wprowadzona przez BIER'a, polega na tem, że powyżej miejsca chorego nakłada się bandaż MARTIN'a lub wogóle bandaż gumowy dosyć ściśle, wykonywując kilka obrotów, tak, aby powstało umiarkowane przekrwienie. Do kończyn górnych i cienkich lydek najlepiej używać bardzo rozciągliwej, cienkiej i taniej opaski o 6 ctm. szerokości. Tylko dla grubych bioder najlepiej nadaje się zwykły gruby bandaż MARTIN'a, ponieważ tam cienkie opaski zaciskają się sznurkowato. Aby bandaż nie uciskał, należy podłożyć opaskę muslinową. Jeżeli bandaż nałożony został na czas dłuższy, to konieczną jest zmiana jego położenia przynajmniej co 12 godzin. Zresztą, nawet i przy krócej trwającym codziennym stosowaniu przekrwienia zastoinowego lepiej unikać ciągłego uciskania jednego i tego samego miejsca. Należy zaznaczyć, iż obroty bandaża nie powinny zupełnie przykrywać się wzajemnie, a obejmować mają większą część powierzchni; wyjątek w tym względzie stanowią jedynie staw barkowy i biodrowy.

Długotrwałe, bo 20 — 22 godzin dziennie trwające przekrwienie zastoinowe, stosuje się w przypadkach ostrych zapaleń i w poszczególnych przewlekłych cierpieniach stawów z wyłączeniem gruźlicy, przy której silne przekrwienie ogranicza się do 1 — 3-ch (*maximum*) godzin dziennie. W ostatnim przypadku bandaż nakłada się tak silnie, że żyły podskórne mocno obrzmiewają, skóra staje się równomiernie niebiesko-czerwoną; pod koniec pierwszej godziny czasem dokuczają lekkie pokłuwanie; w każdym bądź razie nie powinno dochodzić do większych dolegliwości, ani do uczucia bólu, ani też do występowania plam cynobrowo-czerwonych. Przy nakładaniu bandaża nie odgrywa roli jakaś określona odległość miejsca ucisku od chorego stawu, dostatecznym jest zwracanie baczości, aby tylko bandaż nie znajdował się zbyt blisko od niego, np. przy cierpieniu napięstka można nałożyć opaskę na ramieniu.

Pomimo jednak dobrze wyrobionej techniki BIER'owi dotychczas nie udało się wywołać należytego przekrwienia zastoinowego w stawie biodrowym, przy-



najmniej zapomocą opaski elastycznej. Co dostawu barkowego, to BIER wytwarza w nim przekrwienie przez zaciskanie sasiedniej okolicy dośrodkowej zapomocą węża gumowego, owiniętego w miękki filc i odpowiednio w tem położeniu umocowanego. Wąż nie może pozostawać na miejscu dłużej nad 12 godzin dziennie, w którym to nawet czasie trzeba robić chociażby krótkotrwałe przerwy i nacierać wówczas miejsce ucisku spirytusem kamforowym. Aby ułatwić należytą technikę nakładania opaski gumowej, dr BRONISŁAW KOZŁOWSKI [z Drohobycza] obmyślił specjalny przyrząd dosyć prostej budowy: na walec, którego jeden koniec zaopatrzony jest w tarczę z kołem zębatem i sprężyną, nawija się dowolnej szerokości taśmę gumową. Zapomocą klucza, przechodzącego przez oś walca, możemy odpowiednio zacisnąć taśmę na danej części ciała; ponieważ jednocześnie sprężyna zatrzymuje się na właściwym zębie koła, przeto możemy osiągnąć pożądany stopień ucisku, a, oprócz tego, utrzymać taśmę gumową przez długi czas na swoim miejscu.

Stosowaniu przekrwienia zastoinowego stawiano różne zarzuty, szczególnie w zapaleniach uważano je za niewygodne, bolesne, niebezpieczne. Głównie zaś obawiano się powstawania odleżyny pod opaską uciskającą, a nawet ewentualnej zgorzeli części, leżących od niej obwodowo; powikłania te jednak nigdy się nie zdarzają, o ile lekarz włada należycie techniką zabiegu. Często wprawdzie widzimy w następstwie rozpad ciałek krwi, rozmiary jednak tego zjawiska są naogół bardzo nieznaczne.

Oprócz elastycznego bandaża, BIER od samego początku używał suchych baniek, w których rozrzedza się powietrze zapomocą pompki ssącej (*Saugspritze*) i balonu gumowego. Bańki posiadają różną postać, zazwyczaj w zależności od miejsca, na które są stosowane. Jakkolwiek niema po temu ścisłych danych, jednak BIER przypuszcza, że bańka na równi z ciepłem wywołuje przekrwienie a ż do głębi, do czego w rezultacie sprowadza się jej wartość lecznicza. Co do rodzaju przekrwienia, wywołwanego przez bańki, to twórca metody określa je mianem „*gemischte*“, z przewagą wszakże zastoinowego, jak o tem świadczy ciemno-błękitna zwykle barwa, przynajmniej przy znaczniejszem rozcieńczeniu powietrza.

Już jako wyższy stopień rozwoju techniki należy uważać duże przyrządy ssące, zastosowane do całych kończyn; wartość lecznicza tych przyrządów polega nie tylko na wywoływaniu przekrwienia, analogicznie z bańkami, lecz wkracza w zakres ortopedyi, można bowiem przez zmianę w nich warunków ciśnienia powietrza zginać i prostować stawy, zeszywniałe na tle urazu i gośca.

Wreszcie i t. zw. środki odciągające chemiczne (*derivantia* i *revulsiva*), żelazo rozpalone, obok przypuszczalnego działania odruchowego, wpływają na przebieg cierpienia głównie dzięki temu, że powodują przekrwienie w częściach chorych, na przekór swej nazwie. *Mutatis mutandis* toż samo można powiedzieć o środkach ściągających (*adstringentia*), jak Ag, CuSO<sub>4</sub> i ZnSO<sub>4</sub>, o używanym wewnątrznie kwasie salicylowym, mięsieniu, elektryzacyi, okładach PRIESSNITZ'a; wreszcie światłoterapia FISSEN'a i promienie RÖNTGEN'a pod względem leczniczym wywołują *sui generis* przekrwienie zastoinowe. Wszystkie jednak środki odciągające, jak i im podobne ze sposobu działania, posiadają tę wielką, zdaniem BIER'a, wadę, że działają pośrednio i nie można ich dawkować, a tych zarzutów nikt nie postawi obu sposobom, używanym przez niego.

Przy rozważaniu zmian fizyologicznych, zachodzących pod wpływem przekrwienia zastoinowego, nasuwa się pytanie, jak wobec tego zjawiska zachowuje się obieg limfy. Liczne badania, prowadzone w tym kierunku przez TOMSA'ę, EMMINGHAUS'a, GONITSCHESKY'ego, PAGLIESE wykazały, iż ilość wydzielanej limfy ulega znacznemu zwiększeniu, co zaś do jej obiegu, to przy opasce, jak i przyrządach ssących zastój limfy jest jeszcze większy, niż zastój krwi, co mekiedy prowadzi do t. zw. białego zastaju.

Dla zrozumienia wartości leczniczej przekrwienia, należy chociażby w ogólnych zarysach uprzytomnić sobie sposób działania jego, zarówno pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym.

Otóż, przedewszystkiem uderza badacza ukojenie bólu, które w klasycznej postaci występuje w ciężkich rzeźączkowych zapaleniach stawów pod działaniem przekrwienia zastoinowego. Zjawisko te można sobie wytłómaczyć w ten sposób, że przekrwienie czynne unosi z prądem krwi ciała trujące, które wywołują uczucie bólu przez uszkodzenie zakończeń nerwowych, biernie zaś — je rozcieńcza. Oczywiście, wobec takiego objaśnienia, musimy zerwać ze starem twierdzeniem, że przekrwienie, jako takie, sprowadza ból. Dzięki meoceniowej własności przekrwienia usuwania bólu, chore członki unikają niernormalnego ustawienia, co pozwala jednocześnie na wczesne wykonywanie ruchów biernych, i przez co znów usuwa się niebezpieczeństwo następujących zeszywnień anatomicznych. A dalej, przekrwienie posiada niewątpliwie własności bakteryobójcze, lub, co najmniej, osłabia siłę działania drobnoustrojów chorobotwórczych — dotyczy to głównie postaci zastoinowej. Dlatego też BIER usilnie zaleca tę ostatnią stosować w przypadkach ostrych, *resp.* bakteryjnych zapaleń, gdy przekrwienie czynne nadaje się do chorób przewlekłych i niezakaźnych. Nawiasem mówiąc, ścisłe przestrzeganie tej zasady w praktyce jest niemożliwe, do czego zresztą i on sam się przyznaje. Poza tem, przekrwienie czynne, jak wiadomo z doświadczenia, wzmaga wchłanianie. Że zaś odwrotnie podczas zastoju krwi wchłanianie ulega znacznemu zahamowaniu, tego możemy *a priori* już się domyślać. Odnośne badania KLAPP'a w zupełności potwierdziły to mniemanie. Ow chwilowy upadek wchłaniania posiada, zdaniem BIER'a, doniosłe znaczenie lecznicze, ponieważ wytwarzające się w ognisku choroby niebezpieczne jady bakteryjne nie mogą w tych warunkach szybko dostać się do obiegu krwi, *resp.* doprowadzać do poważniejszych uszkodzeń szlachetnych części organizmu, jak np. układ nerwowy ośrodkowy.

Jak wiadomo, bardzo łatwo i szybko wchłaniają się ciecze i ciała rozpuszczalne w wodzie, wszelkie zaś inne, aby uleść wchłonięciu, muszą pierwsiastkowo przejść szereg zmian chemicznych, aż dojdą do stanu rozpuszczalności i otóż i to ostatnie może być dokonane przez przekrwienie, jak widziano na przykład nawet na bliznowcach (*keloid*), nie mówiąc już o skrzepach krwi i z i a r n i n a c h s t a w o w y c h. Ta własność przekrwienia obu postaci posiada doniosłe znaczenie, szczególnie przy zeszywnieniach stawów. Należy jednak zaznaczyć, że, według wszelkiego prawdopodobieństwa, pewne szczątki tkanek pomimo wszystko pozostają nierozpuszczone i zostają usunięte już drogą naczyń chłonnych.

Istnieje wreszcie jedna jeszcze, wcale niepoślednia własność przekrwienia — odżywcza, choć w tym względzie pomiędzy poglądami poszczególnych badaczy zachodzą jaskrawe różnice. Bądź co bądź, jest faktem ustalonym, że oba rodzaje przekrwienia prowadzą do wzmózonego rozrostu nabłonka pokrywającego, co z wielką wyrazistością odbija się na włosach, podczas gdy wydzielniczy nabłonek gruczołowy w takich warunkach niekiedy raczej ku zanikowi się chyli. Twory łącznotkankowe, głównie zaś kości, pod wpływem długotrwałego przekrwienia żylnego przedstawiają znaczny stopień przerostu. Co do mięśni, to BIER mocno powątpiewa, aby wspomniany czynnik mógł wpływać na ich rozrost. Wymienione powyżej tkanki, jak: nabłonek pokrywający i tkanka łączna, również odradzają się daleko szybciej pod wpływem przekrwienia; mówiąc o tej jego właściwości, BIER i inni mają na myśli wyłącznie postać bierną, a nie czynną, gdziekolwiek bowiem widzimy szybki rozrost tkanek, zawsze tam na plan pierwszy występuje zastój krwi: wystarczy przykład przekrwienia zapalnego, posiadającego charakter bierny, wystarczy przypomnieć o istnieniu „*grossartigster Stauungshyperämie*“ w łożysku.

Po streszczeniu tych uwag ogólnych, dotyczących omawianej metody, przechodzimy do opisu zabiegów, stosowanych w poszczególnych postaciach chorobowych i ich wyników.

Pierwsze miejsce, oczywiście, przynależy tu wielkiej bolączce ludzkości—gruźlicy, w danym razie chirurgicznej, do której leczenia nadaje się wyłącznie postać bierna przekrwienia, na co zgadzają się wraz z BIER'em wszyscy jego naśladowcy. Jak już poprzednio było wspomniane, opaska przy gruźlicy nakłada się najwyżej na 3 godziny dziennie, w przeciwnym bowiem razie powstają zimne ropnie, przedłużające czas leczenia. Należy również unikać przewlekłego obrzęku chorego stawu, o ile zaś obrzęk nastąpi, trzeba go usunąć przez wysokie ułożenie kończyny podczas przerw w zabiegu. Jeśli opaskę gumową nakłada się w otwartej gruźlicy, to opatrunek należy usunąć zupełnie, albo też rozluźnić go, aby nie przeszkadzał powstaniu dostatecznego przekrwienia; wszelkie przetoki i owrzodzenia podczas zabiegu zostają zakryte poprostu watą wyjąłową. Wogóle zaś w otwartej gruźlicy szkoła BIER'a nigdy nie używa środków przeciwniejących, a tamponowanie nazywa wprost szkodliwym zabiegiem. Ponieważ, wbrew wszelkim ostrożnościom, pod wpływem przekrwienia zastoinowego często powstają zimne ropnie, przeto należy, po znieczuleniu chlorkiem etylu, otwierać je małymi cięciami i wyciskać zawartość, zachowując najcisłszą aseptykę. Zresztą, w ostatnich czasach szkoła BIER'a zaczęła używać suchych baniek i t. p. przyrządów ssących do wydobywania ropy i mas serowatych z małych nacięć i przetok; pod działaniem tych zabiegów zimne ropnie i przetoki szybko wysychają; nieodzownym jednak tego warunkiem jest wczesne rozpoznanie i otwarcie ropnia. Sondowanie przetok i wyskrobywanie ziarniny ostrą łyżeczką jest nie tylko bezcelowem, ale nawet szkodliwym.

Przeciwwskazaniem, zdaniem BIER'a, jest zachowawcze leczenie gruźlicy w przypadkach rozpoczynającego się zwyrodnienia skrobiowatego i ciężkiej gruźlicy płucnej [kiedy niezbędną już jest amputacja], przy bardzo wielkich ropniach, wypełniających całą jamę stawową, co, zresztą, przytrafia się bardzo rzadko, i to prawie tylko w kolanie, i w przypadkach wadliwego ustawienia stawów, gdzie więcej może pomódz operacja — to ostatnie również dotyczy kolana. Zarówno wiek, jak i chwilowe pogorszenia nie stanowią przeciwwskazania do systematycznego przekrwienia. Co do jodoformu, to BIER nigdy nie stosuje go jednocześnie z przekrwieniem; sam zaś jodoform uważa za odpowiedni jedynie w *hydrops tuberculosus* i wielkich zimnych ropniach stawowych; skoro zaś te wysięki uległy wchłonięciu pod działaniem jodoformu, to wtedy dopiero można leczyć je przekrwieniem. Unieruchomienie chorego stawu jest szkodliwe, sprzyja bowiem zeszywnieniu; przeciwnie, należy za-wczasu wykonywać ostrożne ruchy czynne i bierne. Wyjątek w tym względzie stanowią nadwichnięcia (*subluxationes*) kończyn górnych oraz stawy kolonowy i stopowe, które przy ruchach podlegają szkodliwemu działaniu ciężaru całego ciała. Najcięższe zaś postaci gruźlicy stopy powinny być leczone w łóżku.

Statystyczne dane, dotyczące zachowawczego leczenia gruźlicy stawów, obejmują u BIER'a 55 przypadków w najrozmaitszych postaciach — od najcięższych do najłżejszych. Średni czas leczenia wynosił 9 miesięcy. Cyfra zejść pomyślnych:

w gruźlicy	napięstka	— 88%	
"	"	łokcia	— 72,7%
"	"	stopy	— 61,5%

Niestety jednak, z 13-u przypadków gruźlicy kolana musiano w 8-u wykonać rezekcję. We wszystkich prawie innych przypadkach po wyleczeniu

nastąpiło ogromne polepszenie czynności stawu, czego nie osiągnęłaby najbardziej nawet oględna operacja, a miał też BIER szereg takich wyleczeń, gdzie, mówiąc jego słowami, „*auch der geschickteste und sorgfältigste Untersucher bei der Vergleichung der symmetrischen Gelenke ausser Stande ist anzugeben, welches Gelenk tuberkulös erkrankt gewesen ist*“! Atoli obiektywne zmiany stawu uleczonego niezawsze równomiernie towarzyszą powrotowi czynności fizyologicznych—często staw jest jeszcze wokoło silnie obrzmiałym, gdy rochomość jego nie pozostawia nic do życzenia.

Istnieją też postaci gruźlicy stawów, które pod wpływem przekrwienia goją się nadzwyczaj szybko z towarzyszeniem silnego bardzo odczynu w postaci czerwono zaognionej skóry, a nawet pęcherzy i pryszczycy.

Oprócz BIER'a, zadowalające na tej drodze wyniki otrzymali HENLE, HABS, EISELSBERG, wreszcie CHAPUT i PIERRE DELBET [znakomite wyniki w gruźlicy wrzodzącej], znaczna jednak większość chirurgów skarży się na niepowodzenie, a taki np. MOSETIG nawet ostrzega przed stosowaniem przekrwienia w gruźlicy chirurgicznej. Przyczyna tego niepowodzenia tkwi, zdaniem BIER'a, w tem, że wielu nie posiada należytej techniki zabiegu i uważa nawet powolne występowanie zimnych ropni za pogorszenie, ze wreszcie leczenie w takich przypadkach trwało zwykle za krótko.

W ostatnich czasach KLAPP zaczął leczyć przypadki gruźlicy ropiejącej oraz przetoki wyłącznie specjalnymi suchymi bańkami. Technika leczenia polega na tem, że bańki początkowo przystawia się do przetoki na  $\frac{3}{4}$  godziny dziennie z tem zastrzeżeniem, że co 5 minut trzeba odjąć bańkę na 3 minuty. Codzienne leczenie trwa dotąd, aż wiotka i blada ziarnina nabierze czerwonego wyglądu i stwardnieje; gdy to nastąpi, bańki stosuje się co 2, co 3, wreszcie co 8 dni. Tak samo postępuje się z ropniem gruźliczym po uprzednim nacięciu tegoż. Sam BIER przyznaje, że ta metoda leczenia w obu kategoriach wspomnianych przypadków daje lepsze wyniki, niż przekrwienie zastoinowe za pomocą opaski. I tu również niema mowy o wyskrobywaniu, tamponach, drenach i sondowaniu — dostatecznym jest zwykły opatrunek bezgnilny. Co do większych przyrządów ssących, to BIER przy ich użyciu otrzymywał rozmaite wyniki. KLAPP'owi udało się wyleczyć zapomocą przyrządu ssącego *spinam ventosam*.

Obok gruźlicy stawów BIER często poddawał przekrwieniu zastoinowemu gruźlicę jąder. W tym celu, jeżeli oba jądra są chore, ściąga się je mocno ku dołowi i nakłada u samej nasady moszny miękkiego węża gumowego, podeslanego wata, następnie zaciąga się go, umocowując końce klamrą. Jeżeli zaś jedno jądro jest zdrowe, to należy je odciągnąć ku górze, a z drugim postąpić, jak w pierwszym przypadku. Jądra, umieszczone w suspensorium, podlegają temu leczeniu dziennie przez 1—3-ch godzin. Wyniki, otrzymane na tej drodze przez BIER'a, szczególnie w dużych owrzodzeniach gruźliczych, były zupełnie zadowalające; nie można tego już powiedzieć o gruźliczych stwardnieniach przyjądra.

ULLMAN wprowadził pewną innowację techniczną, poddając przekrwieniu jednocześnie cały *penis* i *scrotum*; leczone przezeń 2 przypadki gruźlicy przyjądra i 1 przypadek gruźlicy jądra już po upływie 3-ch — 4-ch tygodni ujawniały znaczną poprawę, jakkolwiek w 2-ch przypadkach istniały jednoczesne powikłania gruźlicze ze strony płuc, pęcherza i gruczołu krokowego.

Najcięższe nawet postaci gruźlicy pochewek ściągien udawało się BIER'owi wyleczyć poprostu idealnie po zastosowaniu przekrwienia zastoinowego. Małe *hygromata tuberculosa* nadają się do leczenia bańkami. Z pośród gruźlicy gruczołów BIER zaleca jedynie gruczoł łokciowy do leczenia przekrwieniem zastoinowem; wogóle zaś gruczoły gruźlicze pod wpływem tej metody skłonniejsze są jeszcze do rozmięknienia i wytworzenia zimnych ropni, aniżeli stawy; i tu, po uprzednim nacięciu, trzeba raczej pomyśleć o bańkach; w każdym razie

KLAPP na tej drodze otrzymał bardzo dodatnie wyniki. W dwu wypadkach wilk (*lupus*) został wyleczony również bańkami. WASSERMANN leczył 32 przypadki gruźlicy płuc przekrwieniem zastoinowym [utrudnione wdychanie powietrza przy wolnym wydechu] z pewną jakoby poprawą.

[D. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 58. E. Graser. O leczeniu i opatrywaniu ran.

Chirurg pamiętać musi, że zadanie zabiegów jego sprowadzać się winno li tylko do nieprzeszkadzania gojeniu się ran pod wpływem opiekuńczych sił przyrody (*intentio sanandi*), a dalej, że gojenie owo zależy głównie od sposobu wykonania operacji, nie zaś od opatrunków. Niewątpliwie jednak technika i celowość tychże w ostatnich latach postąpiły znacznie.

Za zdobycz największą uznać winniśmy ustalenie faktu tej treści, że rąk operującego wyjałowić bezwzględnie nie podobna, że można je w wysokim stopniu odkazić tylko, zalegające jednak w głębokich warstwach skóry i rozpadlinach jadowite zarodki w przebiegu dłuższych operacji muszą przedostać się do rany. Na odkażenie rany i skóry operowanego leczyć nie można.

Oczyszczenie zdrowej, nie zakażonej uprzednio ręki dokładnem jej wymyciem wodą z mydłem, alkoholem i sublimatem staje się, bądź co bądź, dostatecznem przy wykonywaniu operacji przeciętnej. Poucza o tem praktyka codzienna. Drobnoustroje, które ocalały na gładkiej, dobrze wymytej ręce, są najczęściej obojętne; ręka znów szorstka z naskórkiem, zniszczonem przez szczotkę lub antyseptki, nie daje się wymyć, jak potrzeba. Chirurg więc i o rękę dbać winien i musi, ile się da tylko unikać bezpośredniego z raną zetknięcia.

Do osiągnięcia celu powyższego dobrą jest zapewne eksperyencya z latami przychodząca, doświadczony bowiem lekarz dokona opatrunku, nie dotknąwszy się rany ani razu, lepszymi jednak są rękawiczki gumowe, oczywiście—bez dziur i pęknięć. Wykonywanie zabiegu w rękawiczkach, po odpowiedniem do nich przyzwyczajeniu się, nie sprawia różnicy żadnej, co najwyżej trudniejsze jest nieco trzymanie narzędzi o bardzo gładkiej powierzchni, jak np. żołądek; w tych razach atoli można na gumy włożyć rękawiczki z trykotu. Rękawiczki gumowe po użyciu wymyć należy po stronach obu wodą z mydłem, przed rękoczynem—gotować wraz z narzędziami w roztworze sody przez 10 minut. Do palców przylegać muszą ściśle, nie tworząc zmarszczek, ni uchylków, w których nabiera się i zatrzymuje woda.

Z innych zapobiegawczych środków autor używa tylko czapek na głowę. Maski nie stosuje zupełnie, gdyż bezcelowem jest przystępowanie do operacji większej, skoro ma się katar lub influencę. Myciem i przygotowaniem chorego do zabiegu zajmuje się stale personel pielęgniarSKI; teren operacyjny odkaża się alkoholem i sublimatem, poczem—nakłada się nań suchą opaskę ze sterylizatora. Przed dokonaniem cięcia, opaskę zdejmuje się, wyciera miejsce raz jeszcze spirytusem mydlanym i mocno przyżęga jodyną. Z chwilą otwarcia powłok chirurg nóż zmienia, by nie wprowadzać w głąb rany bakteryi ze skóry, brzegi cięcia zabezpiecza się serwetkami lub gazą lub też odwraca i szwem jednym przyczepia do warstw sąsiednich.

Do podwiązywania naczyń najlepiej nadaje się możliwie cienki jodkatgut, mocniejszy w każdym razie od wygotowanego jelwabiu. Nitki, wyjęte z roztworu sublimatu, wyciera się, po nałożeniu szwu, wacikiem i gazą na sucho. Ran po laparotomiach i doszczętnych operacjach przepuklin pachwinowych zazwyczaj nie drenuje się; w obec zbyt wielkich ran jamistych, można zakładać dreny, lecz tylko szklane, jako najodpowiedniejsze.

Wszystkie zaszyte na głucho rany operacyjne, co do których nie przewiduje się powstawania prziębku ulegającego rozkładowi, autor wystawia, bez wahania, na działanie powietrza. Wazkie pomiędzy szwami przestrzenie, pokryte cienką warstwą krwi, wysychają nieraz tak prędko, jak otworki od nakłucia igłą. Wyszłe skorupki krwawe nie leżą tu bynajmniej jak daszek, lecz wypełniają każdą szparę dokładnie i, po wyschnięciu, tworzą zatyczkę hermetyczną, która z racji suchości swojej nie nadaje się do rozwoju mikrobow. Rana zatem goi się tu, jak pod strupem, który na zainfekowanej nawet skórze, w razie wypadkowego zranienia się, daje często wyniki pomyślne.

Metodę taką G. stosuje przedewszystkiem w obec rękoczynów plastycznych, w każdym niemal przypadku laparotomii i herniotomii, przyczem otrzewną zaszywa szwem kapciuchowym lub ciągłym, mięśnie — katgutem, powięź brzuszną i skórę — nitkami z jedwabiu. Zdaniem autora, wszystkie te rany mogą zagoić się bez współudziału opatrunków z warunkiem, że w ciągu pierwszych kilku godzin rana operacyjna pozostaje zabezpieczoną od zetknięcia się z ciałem obcym. Wystarczy położyć na nią warstw kilka gazy cienkiej i umocować ją w pewnym od rany oddaleniu i dokoła tejsze — kollodyonem lub lepkiem plastrem. Sama rana, wolna od istot klejących, otrzymuje bez przeszkody dostęp powietrza, a to właśnie wysuszenie zupełne broni od zakażeń następczych. Sposób więc taki różni się zasadniczo od używanego często i mniej racjonalnego zalepiania ran operacyjnych jodoformem-kollodyonem. Taki kompres z gazy trzyma się bez zmiany w ciągu 8-u lub 10-u dni i, po usunięciu szwów, zastępuje plastrem. Niekiedy, na pierwsze 12 godzin nakłada się suchy wyjałowiony worek z piaskiem dla ucisku.

Opatrunek uciskający w przypadkach amputacji kończyn również zarzucony być winien celem zaoszczędzenia choremu bólów podczas opatrunku pierwszego i uniknięcia krwawień, zależnych od rozrywania zlepów. Skoro zaś ucisk nie jest wskazany, to i nakładanie opatrunku większego staje się zbędne. I na kikutach amputacyjnych powstaje niebawem strup i wysychanie, wystarczy zatem gaza, nieco ligniny lub wiórów dokoła, w ostateczności — unieruchomienie gipsem stawu najbliższego na szerokość dłoni ponad cięciem. Dzięki postępowaniu takiemu unika się długotrwałego zanieczyszczania skóry kikuta przez ropę. W razie potrzeby autor zakłada przez wazki otwór w miejscu najgłębszem dren szklany, np. na udzie w odległości kilku centymetrów od tyłu linii szwu. Dren taki, przesunięty przez rozporek w gazie, przymocować wypadnie zwojami gazy powyżej rany, a wolny koniec drenu pokryć wiórkami lub poduszczką i okręcić opaską. Miejsce szwu, zabezpieczone zwilżoną w roztworze sublimatu gazą, pozostaje dostępne dla wpływu powietrza. Po upływie 24-ch godzin dren wyjmujemy, na rozporek w skórze kładziemy mokry tampon, aby do rany przylegał ściślej; zaś rany nie ruszamy wcale. Dren wypełniony jest zwykle przez ciemno-czerwone, tegie skrzepy, dłuższe więc jego przetrzymywanie w ranie niema celu i sensu. Zawartość drenu należy zbadać na drobnoustroje i, gdy stwierdzimy obecność zakażenia w głębi rany, otwiera się ją częściowo lub zupełnie i leczy, jak zwykle.

W całym szeregu wreszcie operacji kostnych [rezekeje, osteotomie] autor zawsze prawie otrzymywał wyleczenie bez powikłań po całkowitem zaszyciu rany i nałożeniu opatrunku gipsowego. I tu, w razie potrzeby, przez

otwór, wykonany specjalnie, zakłada się dren, a, po wycięciu w stwardniałym gipsie okienka, nakładamy wórki i opaskę. Z upływem dni 2-ch usuwa się przemoczone krwią wóry, dren wyciąga, lukę wypełnia tamponem oraz zamurrowywa się okienko kompresami z gipsu.

Od metody swej autor czyni odstępstwo tam jedynie, gdzie nie podobna rany zaszyć całkowicie, gdzie wytwarzają się uchyłki duże i jamy, oraz w przypadkach zoperowanego wola, mimowolne bowiem ruchy szyi czynią niemożliwe wczesne wytwarzanie się strupa.

(*Münch. med. Woch.* 1905. Nr. 49).

K. Niedzielski.

**59. Renner.** — Sztuczna hiperleukocytoza, jako środek ku wzmoczeniu odporności ciała przeciwko zakażeniu operacyjnemu. (Jednocześnie przyczynek w sprawie działania na organizm ludzki wstrzykiwań podskórnych kwasu nukleinowego).

Już od dawna nasuwała się myśl chirurgom, ażeby zapomocą sztucznie przez hiperleukocytozę wywołanej odporności tkanek zabezpieczyć organizm od możliwego zakażenia podczas operacyi. Że hiperleukocytoza, jako taka, istotnie jest dążeniem organizmu do samowyleczenia, o tem już dawno było wiadomo. Trzeba więc było sprawę tę zbadać szczegółowo, wynaleźć najlepsze po temu środki i wreszcie osiągnięte wyniki zastosować w praktyce chirurgicznej. Doświadczenia nad zwierzętami wykazały, że sztucznie wywołana hiperleukocytoza pomyślnie wpływa na usunięcie zakażenia ostrego; dodatnie zaś wyniki, otrzymane przez **MIRAKE** przy ucdpornianiu otrzewnej zwierząt, zwróciły szczególną uwagę **MIKULICZA**, który przyszedł do wniosku, że badania te możnaby zastosować na ludziach i przeważnie otrzewną zabezpieczyć od możliwego zakażenia operacyjnego. Zadanie to **MIKULICZ** powierzył **RENNER**'owi. **B.** przedewszystkiem potwierdził wyniki, otrzymane przez innych autorów, a mianowicie, że stosowanie sztucznej hiperleukocytozy u ludzi już dotkniętych zakażeniem jest bezcelowe, ponieważ lecznicze siły organizmu tylko wtedy występują, kiedy w chwili działania bakteryi lub ich toksyn hiperleukocytoza dosięgła swojego szczytu. Ze wszystkich środków, wywołujących hiperleukocytozę i zalecanych przez wielu lekarzy, jak fizyologiczny roztwór soli kuchennej, wyjąłowana hodowla lasecznika okrężnicy, surowica końska, kwas nukleinowy i t. d., ten ostatni uznany został przez **RENNER**'a za najodpowiedniejszy i stosowany był pod postacią wstrzykiwań podskórnych w roztworze 2%-owym, o ciepłocie pokojowej i w ilości 50 ccm., czyli 1 grm. kwasu nukleinowego na jeden raz. **RENNER** jednak radzi wstrzykiwać 17 mg. kwasu nukl. na jeden klg. wagi ciała, co uważa za normę. Co się tyczy tego, kiedy i gdzie robić wstrzykiwania, to **RENNER** przyszedł do wniosku, że wstrzykiwania robione na 7 godzin przed zakażeniem są najpomyślniejsze, w tym bowiem czasie liczba leukocytów jest prawie największa; jakkolwiek dodaje, że i robione na 15 g. przed zakażeniem nie pozostają bez skutku. Wstrzykiwać należy możliwie tuż nad lub pod brodawką piersiową w celu uniknięcia działania kwasu nukl. na splot ramieniowy. Po zastrzyknięciu występuje lekkie, trwające około 24-ch godz. zaczerwienienie skóry oraz bolesność na dotyk i przy poruszaniu się; podniesienie ciepłoty stale towarzyszy wstrzyknięciu. Rzadziej spotykano krótkotrwałe dreszcze. Do grupy zapobiegawczego stosowania wstrzykiwań kwasu nukl. **RENNER** zaliczał następujące przypadki: a) operacye bez otwierania jamy brzusznej; b) operacye z otwarciem jamy brzusznej, lecz bez sposobności zakażenia otrzewnej, w obec braku już wcześniej istniejącego ogniska bakteryjnego i c) operacye z otwarciem jamy brzusznej i z możliwością zakażenia w obec istniejącego już ogniska. Badania swoje **RENNER** przeprowadził na 61 przypadkach, które drobniawo przytacza w pracy swojej.

(*Mitt. aus des Grenzgeb. T.* XV).

B. Ceglowski.

## 60. Vulpius. Leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa (scoliosis).

Rozróżniamy dwa rodzaje bocznego skrzywienia kręgosłupa ze względów przyczynowych: 1) skrzywienie krzywicowe i 2) nawykowe. Krzywicowo rozmiękczone kręgosłup nie wytrzymuje normalnego ciężaru i wskutek tego opada w postaci łuku, zwróconego w bok, nienormalnie zaś plastyczne kręgi szybko ulegają zniekształceniu. Skrzywienie nawykowe ma pochodzenie mięśniowe, a mianowicie osłabione lub zmęczone mięśnie tułowia nie są w stanie utrzymać we właściwym położeniu wielostawowego kręgosłupa, który wreszcie zgina się w bok. Zazwyczaj jednak trudno przeprowadzić ścisłą granicę pomiędzy skrzywieniem kostnym krzywicowym a mięśniowym nawykowym, w obu bowiem kategoriach przypadków cierpieniu ulegają i kości i mięśnie — często tedy jedynym zewnętrznym objawem różniczkowym bywa wiek chorego przy początku tego zniekształcenia. Przechodząc do leczenia, autor przedewszystkiem zaznacza doniosłe znaczenie leczenia zapobiegawczego, dotyczy to szczególnie skrzywienia nawykowego. Ponieważ to ostatnie, jak wymownie świadczy statystyka, znajduje się w bezpośrednim związku z pobytem w szkole, należy zatem zwracać baczną uwagę na higienę w szkole, specjalnie na higienę siedzenia; poza szkołą zaś troszczyć się trzeba, aby dziecko prowadziło odpowiedni tryb życia, a więc: ruch i gry na świeżem powietrzu, sport we właściwym zakresie, należyty kształt krzesła i stołu do pracy, dostateczne oświetlenie, odżywianie w celu doprowadzenia dziecka do dobrego stanu ogólnego, zbadanie siły wzroku z ewentualnym wyrównaniem krótkowzroczności. Nie wolno też zapominać i o odpowiednim ubraniu, co ma szczególnie ważne znaczenie dla dziewcząt. Racyonalnem jest w tym względzie, zdaniem autora, równomierne obciążenie bioder i barków, co zaś do bioder, to lepiej unikać tasiemek sznurowych i umocowujących ubranie.

Wszystkie wyliczone powyżej środki miały na celu zapobiedz rozwinięciu się skrzywienia bocznego nawykowego, skoro jednak ono stało się faktem dokonanym, lecz jest dopiero w pierwszym okresie rozwoju, to należy natychmiast przystąpić do wzmocnienia długich i szerokich mięśni tułowia zapomocą obmywań, rozcierań, wcierania płynów, zawierających alkohol, a głównie stosować masaż i gimnastykę leczniczą. Przypadki tego rodzaju mogą być od biedy leczone w domu, nie można jednak tego powiedzieć, gdy mamy do czynienia ze skrzywieniem drugiego i trzeciego stopnia, t. j. kiedy istnieje już częściowe lub całkowite zeszywnienie, zniekształcenie — w tych razach koniecznem jest umieszczenie chorego w specjalnym zakładzie ortopedycznym, gdzie, oprócz już wspomnianych zabiegów, zwróconą jest pilna uwaga na leczenie ogólne w celu wzmocnienia organizmu zapomocą wodolecznictwa, terapii dyetetycznej, preparatów żelaza i t. d. Co do leczenia miejscowego, to posiada ono dwa punkty wytyczne: a) uruchomienie rzekomo stężałego (*pseudankylotisch*) kręgosłupa i 2) następcze ustalenie osiągniętej poprawy położenia. Celem usunięcia sztywności należy się uciec do wyprostowania (*redressement*), do rozciągnięcia części miękkich na stronie zakłębionej, rękami lub przyrządami, lecz nie gwałtownie, a stale i umiarkowanie. Osiągnąwszy w mniejszym lub większym stopniu zmniejszenie skrzywienia, musimy się starać o to, aby ów stopień poprawy utrzymać na stałe. Wobec zaś tego, że zwykle siły własne pacjenta, choćby nawet wzmoczone mięsieniem i gimnastyką, są do tego celu niedostateczne, następuje konieczność założenia gorsetu podtrzymującego. Oczywiście, wiele przemawia wogóle przeciw używaniu tego przyrządu, który wywiera stanowczo szkodliwy wpływ na mięśnie tułowia; ponieważ jednak dotychczas nie wynaleziono innego środka, równoległego w działaniu do gorsetu, musimy tedy go używać w omawianych przypadkach, starając się w miarę możności paralizować szkodliwy skądinąd wpływ jego. Dlatego też należy pacjentowi, opuszczającemu zakład, polecić, aby i w domu wykonywał



z rana i wieczorem przez jakieś 10 minut te wszystkie ćwiczenia, jakich wyuczył się w zakładzie. O innych metodach leczniczych skrzywienia bocznego kręgosłupa autor odzywa się dosyć oględnie: proponowana przez niektórych gipsowa opaska okrężna, unieruchamiająca na czas pewien kręgosłup, nie przedstawia widoków powodzenia, chociażby ze względów wykonawczych; za lepsze w każdym razie uważa już autor łoża gipsowe (*Gipsbett*).

Wreszcie, co najważniejsza, autor zadaje pytanie, jakich wyników można się spodziewać z zastosowania tej metody leczniczej, o której była mowa? I odpowiada mniej więcej w ten sposób. Kiedy chodzi o stare, umocowane kostnymi zrostami skrzywienie trzeciego stopnia, to, oczywiście, niema mowy o wyleczeniu, jakkolwiek niekiedy udaje się osiągnąć pewien, nieraz nawet dosyć znaczny, stopień ruchomości kręgosłupa, i ten wynik ma swoje dobroczynne skutki, nie tylko bowiem chroni od dalszego rozwoju kalectwa, lecz jednocześnie pozbawia chorego męczących bólów i działa dodatnio na jego psychikę. Wogóle zaś, czem mniejsze jest zniekształcenie kostne, tem pomyślniejszym jest wynik leczenia, który przy początku skrzywień drugiego stopnia, nie mówiąc już o stopniu pierwszym, może dojść nawet do zupełnego wznowienia normalnych stosunków.

(*Deutsch med. Woch. 1905. Nr. 50.*)

W. Dobrowolski.

#### 61. Martina. O wrodzonych przetokach krzyżowo-ogonowych (*sacrococcygeae*).

Obok dosyć rzadkiego postrzegania przetok wrodzonych w okolicy kości krzyżowo-ogonowej, znajdują się w literaturze liczne spostrzeżenia, dotyczące podłużnych bródz lub płaskich zagłębień skóry u noworodków, rzadziej już u dorosłych. Atoli od tych płaskich zagłębień skóry jest tylko krok jeden do rozwoju prawdziwych przetok, które różnią się często pomiędzy sobą pod względem położenia, kierunku, wymiaru, światła i własności histologicznych. Zazwyczaj trzymają się one karbów pośladków (*crena clunium*), dokładnie w linii środkowej, co dla wielu przypadków stanowi ważny objaw różniczkowy rozpoznawczy do odróżnienia od przetok nabytych. Granice zwykłego umiejscowienia tych przetok stanowią ostatni krąg lędźwiowy i wierzchołek kości ogonowej. Tylko te przetoki, których punktem wyjścia jest *foveola coccygea*, przenikają głębiej, w odległości 1 — 1½ cm. od otworu stolcowego. Kierunek przetok bywa wielce rozmaity, to prostopadły do kręgosłupa, to w kierunku do czaszki, to do stolca, o przebiegu prostym lub skręconym; niekiedy kanał przetoki leży równoległe do powierzchni skórnej i otwiera się dwoma ujściami. Światło może być tak wązkie, że otwór daje się odkryć dopiero przy bardzo dokładnem badaniu, lub też tak szerokie, że laicy przyjmują je niekiedy za otwór stolcowy. Nabłonkowe pokrycie przetok bywa dwójakiego rodzaju: ektodermalne lub też mezodermalne. W pierwszym przypadku nabłonek skóry przechodzi bez przerwy w nabłonek, wyściełający kanał przetokowy i może zawierać wszystkie twory skórne — włosy, gruczoły potowe i łojowe, częściej jednak odznacza się większą delikatnością, jest niższy, mniej zrogowaciały i pozbawiony włosów. W drugim przypadku obok nabłonka płaskiego znajdują się również komórki cylindryczne i rzęskowe; nabłonek pokrywkowy, powstający wyłącznie z mezodermy, daje się zauważyć tylko w zupełnie zamkniętych torbielach. Ściany przetok tworzą napięte pasma tkanki łącznej, łatwo oddzielające się od podskórnej tkanki tłuszczowej. Jako osobliwość, opisywano obecność 6 — 8 żył w sąsiedztwie przetok. Objaśnienie etyologii tych przetok napotyka na wielkie trudności, to też sprawa ta pozostaje dotychczas

nierozstrzygnięta. W każdym bądź razie, nie można wątpić, że tylko przetoki, wysłane nabłonkiem płaskim, powstają z zawinięcia (*Einstülpung*) skóry; taką samą jest przyczyna powstawania tych przetok, które wychodzą z *foveola coccygea* lub wogóle znajdują się w związku z *ligamentum caudatum*. Powstawanie tych przetok, które obok płaskiego nabłonka posiadają komórki cylindryczne i rzęskowe, objaśniają złaniem się resztek ogonowych rdzenia kręgowego, zawartych w nitce końcowej (*vestiges coccygiens medullaires* według *TOURNEUX* i *HERMANN'a*), z zawiniętymi częściami skóry. Nie można jednak zaliczać do przetok ogonowych (*Caudalfisteln*) tych, które stanowią kawałek kiszki, odsznurowanej w okresie zarodkowym, a otwierającej się na zewnątrz w okolicy krzyżowo-ogonowej, należą one bowiem do potworniaków. Z przetok krzyżowo-ogonowych mogą rozwijać się torbiele skórzaste, umiejscowione zazwyczaj grzbietowo (*dorsal*) w stosunku do kręgosłupa. O ile niema powikłań, to rozpoznanie tych przetok nie napotyka poważniejszych trudności. Co do wywiadów, to należy zaznaczyć, że na ich zasadzie nie otrzymujemy wogóle ścisłych danych o terminie powstania choroby, ponieważ ona długi czas istnieje niedostrzeżoną wskutek swego umiejscowienia, niedostępnego dla oka i braku dolegliwości, dopiero wystąpienie przykrych objawów towarzyszących jej [moknienie przetoki lub zapalenie] zwraca uwagę chorego. Naocznym dowodem obecności przetoki są: zwykle położenie pośrodkowe, obecność wianka włosów (*vertex coccygeus*) naokoło ujścia, wykazanie sznura, zapomocą którego dno przetoki wydaje się przymocowanem do kości, istnienie tej choroby u wielu członków tejże rodziny, wreszcie obecność innych wrodzonych wad rozwojowych. Przy różniczkowaniu jednak należy mieć na uwadze *spina bifida* i *spina bifida occulta*. Przy odróżnianiu przetok wrodzonych od nabytych pewne trudności nasuwa obecność spraw zapalnych. Zdarzają się przypadki, że w przetokach wrodzonych wskutek zapalenia powstają nowe przetoki, wywołane przebicciem się ropy przez skórę — wówczas obok przetok wrodzonych widzimy i nabyte (*fistule para-coccygiennes* *HEURTEAUX*). Wrodzone przetoki krzyżowo-ogonowe stanowią zwykle tak niewinne cierpienie, że wymaga ono leczenia dopiero w pewnych okolicznościach, jak oto przy uporczywej wodnistej wydzielinie lub zapaleniach. Co do rodzaju leczenia, to jest ono zależnym od tego, czy obraz chorobowy znajduje się w czystej postaci, czy też uległ powikłaniu przez sprawę zapalną. W pierwszym przypadku najpewniejszym zabiegiem jest zupełne usunięcie przetoki, ponieważ mniej energiczne metody [penzlowanie lapisem i jodem, wyłyżeczkowanie z uprzedniem rozszczepieniem kanału przetoki lub bez niego] są w swym skutkach niepewne, bo pomimo wielokrotnego ich stosowania mogą pozostać resztki nabłonka. Cięcie należy prowadzić w częściach zdrowych w pewnej odległości od przetoki, nie otwierając jej, aby zawartość jej nie wywołała zakażenia rany, i wyciąć wraz z tkanką otaczającą aż do okostnej kości krzyżowej. Warunki, w jakich znajduje się rana po wyluszczeniu przetoki, niezbyt sprzyjają szybkiemu zagojeniu: często duży brak tkanek wskutek głębokości i lejkowatego przebiegu rany operacyjnej i niebezpieczeństwo zakażenia wskutek bliskości stolca. Najprostszym i najszybszym zabiegiem byłoby zupełne zamknięcie rany szwami, co jednak zwykle się nie udaje: 3-go — 4-go dnia występują objawy zatrzymywania wydzieliny, co zniewała do zdjęcia szwów i sączkowania rany. Dlatego też lepiej ograniczyć się do szwu częściowego i sączków, poczem zagojenie następuje po 3 — 5-u tygodniach. Celem przyspieszenia sprawy gojenia najlepiej utworzyć płat szypulkowy z sąsiedniej skóry pośladków, który po przesunięciu zostaje przymocowany kilkoma szwami katgututu do dna lejkowatej rany i utrzymany w tem położeniu zapomocą opatrunku uciskającego. Jakkolwiek cała operacja przetoki wydaje się na pozór zabiegiem niewinnym, w pewnych razach jednak może okazać się poważną w swych skutkach — znajdując się w *lig. caudale* resztki rdzenia mogą łączyć się z kanałem rdzeniowym i prowa-

dzie po operacji do ciężkich zaburzeń nerwowych w postaci przemijających porażań lub sztywności dolnych kończyn, do stanów podniecenia, zamglonej świadomości.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. T. 80, Z. 3 — 4.*) *W. Dobrowolski.*

## 62. Khautz jun. W sprawie złamań strzałki (fibulae).

Istnieje postać złamania strzałki, w której linia złamania przebiega od tyłu i z góry ku przodowi i na dół; że zaś przytem następuje zwykle nieznaczne przemieszczenie boczne odłamków, to przy prześwietlaniu w kierunku sagitalnym nie widzimy zupełnie linii złamania, jakkolwiek klinicznie zostało ono stwierdzone z zupełną pewnością. Z objawów klinicznych tej postaci należy z naciskiem podkreślić zazwyczaj mało wyrażoną bolesność i nieznaczne osłabienie czynności. Przyczynę ostatniego zjawiska można wytłumaczyć w ten sposób, że odłamki kostne, po bardzo nieznacznym przemieszczeniu pierwotnym *ad acin* lub *ad latus*, nie ulegają znacznieszemu przemieszczeniu pod wpływem ciężaru ciała, dzięki takiemu właśnie przebiegowi linii złamania; w ścisłym związku z tem wszystkim znajduje się i ta nieznaczna bolesność, o czem wyżej była mowa. Przy oględzinach zewnętrznych daje się zauważyć tylko nieznaczny obrzęk i błękitne zabarwienie odnośnego miejsca. Trzeszczenie najczęściej bywa bardzo niewyraźne; wyczuwa się zato jasno nienormalna ruchomość górnego odcinka w płaszczyźnie sagitalnej, gdy dolny odcinek pozostaje całkowicie nieruchomym. W razie braku wszelkich wymienionych objawów złamania, jedynym wskaźnikiem uszkodzenia kości staje się wyraźny miejscowy i oddalony ból na ucisk, jak to bywa np. przy złamaniach żeber. Nawiasem mówiąc, leżenie w łóżku i mięsienie często w tych razach okazują szybsze i pomyślniejsze wyleczenie, aniżeli opaska unieruchamiająca.

Przechodząc do opisu mechanizmu powstania tego uszkodzenia, autor zaznacza, iż dotychczas brak w tym względzie zgody w świecie naukowym; pomimo, iż sam on obserwował 16 przypadków tego rodzaju, nie uważa się za uprawnionego do twierdzenia, aby takie złamania były wyłącznie następstwem pewnych ruchów, jak np. wywrotnych lub nawrotowych. Próby, czynione na trupach w celu wywołania opisywanej postaci złamania zapomocą nadmiernych ruchów fizyologicznych stopy, wypadły zupełnie ujemnie. Stąd autor wyprowadza wniosek, że złamanie to jest następstwem nie tylko ruchów mechanicznych układu kostnego wraz z jego więzami, przy przekroczeniu granic fizyologicznych, lecz w związku z jednoczesnym usilnem i nieskoordynowanem działaniem mięśni, a mianowicie: m. strzałkowego, m. wyprostnego palców i m. długiego wyprostnego palucha.

(*Wiener klinische Woch. 1905. Nr. 51.*) *W. Dobrowolski.*

## 63. B. Heine. Rokowanie w zapaleniu opon mózgowych pochodzenia usznego.

Nie dawniej niż przed 10-u laty istniało przekonanie, że rozpoznanie zapalenia opon mózgowych równało się wyrokowi śmierci. Dziś również dalecy jeszcze jesteśmy od tego, aby od leczenia operacyjnego zapalenia opon mózgowych oczekiwać równie pomyślnych wyników, jak przy innych ciężkich wewnątrzczaszkowych powikłaniach zapalenia ucha średniego; rokowanie jednak nie jest już tak złe jak dawniej. Wiemy, że są sprawy oponowe uleczalne, że są nawet takie, w których wyzdrowienie następuje bez leczenia. Spostrzegano je i dawniej i określano nazwą: podrażnienie opon mózgowych; dziś jednak wiemy, że mamy w tych razach do czynienia z istotnem zapaleniem opon mózgowych i mózgowia, mianowicie z zapaleniem surowiczem (*meningitis serosa*), w którym podczas ropienia w kości skroniowej następuje obrzęk opon miękkich

i zwiększenie ilości płynu mózgowo-rdzeniowego w podobny sposób, w jaki przy próchnieniu żeber powstaje przesiek w opłucnej, lub przy zapaleniu szpiku kostnego—wylew surowiczy w stawie.

Chcąc objaśnić obraz kliniczny tego cierpienia, MERKENS stworzył hipotezę, do której, jako punkt wyjścia, posłużył mu czyrak i towarzyszący mu obrzęk oboczny. Przyjmując, że wysięk, wywołujący obrzęk, jest jałowy, MERKENS sądzi, że zarówno sam obrzęk, jak i objawy ogólne: gorączka, zaburzenia w trawieniu i t. p. zależą od toksyn, które pochodzą z ogniska ropnego i krążąc po całym ciele, wywołują objawy ogólne i zmiany miejscowe w okolicy czyraka. Jeżeli takie ognisko ropne graniczy z błoną surowiczą, to powstaje wysięk surowiczy. Toksyny przeto z ogniska ropnego, znajdującego się w kości lub na oponach mózgowych, są przyczyną obrzęku zapalnego opon i samego mózgu; jeżeli obrzęk jest ograniczony, powstają objawy ogniskowe. Szybkie znikanie objawów mózgowych po usunięciu ogniska chorobowego zdaje się przekonywać, że nie mamy w tych razach do czynienia z zapaleniem pochodzenia drobnoustrojowego. MERKENS nie sądzi, aby zapalenie surowicze opon stanowiło postać chorobową łagodniejszą niż zapalenie ropne, lecz uważa je często za okres początkowy, z którego może powstać zapalenie ropne w taki sam sposób, jak ostry katar ucha średniego z wysiękiem surowiczym może przejść w zapalenie ropne.

Przekonywających wyników badań pośmiertnych posiadamy dotychczas bardzo mało, liczne jednak spostrzeżenia kliniczne przemawiają za prawdopodobieństwem poglądu MERKENS'a na powstawanie i istotę zapalenia surowiczego opon i mózgu.

Sam przebieg kliniczny cierpienia nie pozwala nam odróżnić zapalenia surowiczego od ropnego; ułatwia do pewnego stopnia rozpoznanie nakłucie łądźwiowe: jeżeli otrzymamy płyn klarowny, nie zawierający bakterii i znajdujący się pod wysokim ciśnieniem, to będziemy mieli prawo przypuszczać istnienie zapalenia surowiczego, zawsze jednak z tem zastrzeżeniem, że może gdziekolwiekbydź znajdować się ograniczone ropne zapalenie opon, które dzięki swym toksynom wywołało zwiększenie ilości płynu, nie zmieniając jego składu. W każdym razie taki wynik nakłucia upoważni nas do przystąpienia do operacji usunięcia ogniska ropnego w kości skroniowej. Jeżeli podczas operacji okaże się zajęcie opony twardej, należy ją obnażyć na takiej przestrzeni, na jakiej jest zmieniona; dalsze natomiast zabiegi, mianowicie nacięcie opony twardej i opon miękkich, wskazane będą wówczas dopiero, gdy po operacji kostnej nie znikną objawy zapalenia opon.

Operacja tego rodzaju, wykonana w porę, daje zawsze wyniki dobre i dzięki jej można twierdzić, że rokowanie w zapaleniu surowiczem opon i mózgu jest pomyślne.

Inaczej sprawa rokowania przedstawia się w zapaleniu ropnem, które bywa ograniczone, albo rozlane. Pierwsze są bez kwestyi wyleczalne; co się tyczy jednak rozlanego ropnego zapalenia opon, to istnieją poważne wątpliwości co do tego, czy przypadki, opisane jako wyleczone, należały rzeczywiście do tej kategorii, czy nie były to również zapalenia ograniczone. Badanie bowiem pośmiertne przekonywa, że z obrazu klinicznego nie możemy nigdy napewno rozstrzygnąć z jaką formą mamy do czynienia; nie usuwa również wątpliwości nakłucie łądźwiowe, otrzymanie bowiem płynu mętnego, zawierającego liczne ciała białe i koniecznie drobnoustroje, pozwoli rozpoznać zapalenie ropne, ale nieda wskazówki, czy jest ono ograniczone, czy rozlane.

Ogłaszanie wyleczonych przypadków rozlanego ropnego zapalenia opon objaśnia HEINE fałszywą klasyfikacją tych zapaleń i za jedyne słuszny uważa podział LEXER'a, który odróżnia trzy główne postaci: zapalenie ropne otorbione, ostro postępujące i ogólne. Pierwsza postać jest

niewątpliwie uleczalna, w drugiej zabiegi operacyjne, stosowane dosyć wczesnie, mogą dać wyniki dobre; w zapaleniu jednak ogólnem, rozlanem, rokowanie jest bezwarunkowo niepomyślne.

(Berl. klin. Woch. 1906. Nr. 4).

W. Szumlański.

#### 64. Hesse. Przypadek obustronnego samoistnego młodzieńczego osteoarthritis deformans stawu biodrowego.

Wymieniony przypadek dotyczył 32 letniej pacjentki, znajdującej się w dobrym stanie odżywienia, która już od okresu szkolnego cierpiała na nieznaczne dolegliwości w lewym stawie biodrowym, poczem wkrótce wystąpiło chromanie. W kilka lat później zjawily się analogiczne objawy ze strony prawego stawu biodrowego. Nigdy nie było gorączki, ani też zbrzęknięcia stawów. Przy badaniu obiektywnem zauważono patologiczne ustawienie obu kończyn, ciężkie zaburzenia ruchowe [znaczne ich zmniejszenie] i znaczne tarcie w stawach przy ruchach. Po zbadaniu promieniami RÖNTGEN'a okazało się wysoko posunięte *subluxatio* główki biodrowej ku górze, spłaszczenie normalnej wypukłości główki, spłaszczenie panewki, brak chrząstki i liczne dane, wskazujące na obecność obfitego bujania kostno-chrząstkowego w części panewki, nie stykającej się z główką biodrową. W układzie nerwowo-mięśniowym zmian żadnych nie ujawniono. Z przytoczonych danych widać, że omawiany przypadek przedstawia nadzwyczaj przewlekłą postać chorobową bez przyczyny zewnętrznej, której początek sięga lat dziecięcych, o charakterze symetrycznym, z wyłącznym umiejscowieniem w dwu pomienionych stawach, bez najmniejszych nawet śladów ropienia i wciągnięcia w cierpienie okalających części miękkich; w końcu sprawa ta w ostatnich czasach ulegała bolesnym obostrzeniom i doprowadziła do ciężkich zmian destrukcyjnych.

Zastanawiając się nad dokładnem rozpoznaniem opisanego przypadku, autor wyklucza cały szereg cierpień stawowych, jak oto: cierpienia neuropatyczne, wtórny gościec stawowy przewlekły, przewlekły gościec rzekomy, przymiot, gruźlicę, pierwotny przewlekły gościec stawowy postępujący, poczem przychodzi do wniosku, iż najprędzej ma w tym razie do czynienia z zapaleniem kostno-stawowem niepodabniającem (*osteoarthritis deformans*), które posiada następujące cechy znamienne: cierpienie nadzwyczaj przewlekłe, zajmuje jeden staw [rzadko więcej], i to zwykle jeden z większych, blizkich do tułowia [bark, biodro, kolano, łokieć], bolesność wogóle nie dosięga wielkiego natężenia, również powoli rozwijają się trzeszczenie i zaburzenia ruchów. Istnieją dwie postaci tego cierpienia: 1) rzadsza — przerostowa i 2) częstsza — zanikowa [w danym przypadku — ta ostatnia]. Istota cierpienia jest dotychczas nieznana, i Hesse, opierając się na niniejszym przypadku, zrzeka się wypowiedzenia w tym względzie jakiegokolwiek zdania.

(Mittel. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., T. XV).

W. Dobrowolski.

#### 65. Lorser. Zmiany kostne w gnilcu (scorbutus) i w chorobie Barlow'a (gnilec osesków — Säuglings-Skorbut).

Autor miał do czynienia z przypadkiem rzadkiej postaci cierpienia kości u 14-letniego chłopca, której przejawy kliniczne polegały na wybitnej kruchości kości, względnie nieznacznej dyatezie krwotocznej; pod względem zaś anatomiczno-patologicznym zwracały na siebie uwagę: daleko posunięty zanik kości, bujania chrząstek, przypominające zmiany krzywicowe, lecz tylko wazkie rąbki kostnawe (*osteoid*) przy beleczkach kostnych, włókniste przekształcenie rdzenia,

mianowicie na końcach trzonów, i wcale pokażne wynacznienia pod okostną i w rdzeniu. Rozpoznawszy w danym przypadku chorobę BARLOW'a, autor wziął się do zbadania istoty i anatomii patologicznej tego cierpienia i wytworzył sobie pogląd, który zasadniczo różni się od panującego dziś w tym względzie, t. j. że zmiany, uważane dotychczas za patognomiczne dla tej choroby, są tylko wtórne, i że pierwotna zmiana wcale nie tkwi w rdzeniu kostnym. Wyniki tej szczegółowej pracy, w której zostały uwzględnione wszelkie punkty sporne, dotyczące danej kwestyi, można streścić w szeregu następujących wniosków:

1) T. zw. choroba BARLOW'a jest zupełnie identyczną z klasycznym gnilem pod względem etyologii, symptomatologii i anatomii patologicznej.

2) Gnilec powoduje zmiany w kościach i to prawie stale tylko w szkieletcie młodym, który jeszcze rośnie.

3) U dorosłych rzadko występują poważniejsze zmiany w kościach [niekiedy na żebrach]; czasami atoli daje się widzieć odosobnione cierpienie gnilcowe [rozluźnienie] kostniny (*callus*) w wyleczonych złamaniach [ponieważ kostnina jeszcze przez czas dłuższy po stężeniu posiada charakter kości młodej].

4) Istota choroby BARLOW'a polega wyłącznie na dyatezie krwotocznej wskutek przewlekłego zaburzenia odżywiania. Wszystkie inne objawy stanowią następstwo szczególnego umiejscowienia krwawień.

5) Rdzeń włóknisty [w swoich odmianach] jest typowem, nieubłaganem następstwem wynacznienia do rdzenia; zanik warstwy gąbczastej i przylegającej warstwy korowej, zjawiający się w okolicy zmian rdzenia, jest wynikiem krwawień pod okostną, resp. w rdzeniu.

6) Nazwany przez ZIEGLER'a *osteotabes infantum*, jest chorobą BARLOW'a, w której wynacznienia ujawniły się wyjątkowo więcej na środku trzonu, aniżeli na końcu, jak to zwykle bywa.

7) Zaleca się używanie dla choroby BARLOW'a jedynie właściwej dla niej nazwy gnilca dziecięcego lub jeszcze lepiej — gnilca oseków.

(*Jahrb. f. Kinderhkl. u. Psych. Erz.* 62, 12, 6).

W. Dobrowolski.

---

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

---

17. *Styptogan v. Kalium hypermanganicum*, jako tani a pewny *haemostypticum externum*, zalecał w r. 1905 VÖRNER (*Münch. med. Woch. N.* 38) w postaci proszku utartego z węglem drzewnym w stosunku 3 : 1. SCHAEDEL (*Deutsche med. Woch. 1906. Nr. 4*), przyznając temu środkowi przymioty opisane, używa go jako środka tamującego krew w postaci maści z wazeliną. Ponieważ maść taka, wystawiona przez dłuższy czas na działanie powietrza, tracić ma na wartości, przeto sprzedają ją w handlu w rurkach zamkniętych pod nazwą „styptoganu“. S. chwali styptogan w krwawieniach mięsowych [np. po wycięciu łepięzy, brodawek]. Zewnętrznie wywołuje on uczucie lekkiego pieczenia.

G.

18. Leczenie odmrożeń sposobem JADASSOHN'a gorąco poleca na mocy kilkoletniego doświadczenia dr HECHT (*Therap. Monatshefte. 1906. N. 2*). Od-

zgięzione ręce lub stopy należy 1—3 razy dziennie kąpać w możliwej do zniesienia gorącej wodzie przez 10 — 15 minut, potem dokładnie wysuszyć i jeśli niema owrzodzeń spirytusem wytrzeć. Na noc masować i pokryć warstwą maści: *Ichthyoli* 1,0 — 5,0; *Resorcini* 1,0 — 3,0; *Adipis lanæ* 25,0, *Olei Olivari* 10,0, *Aquæ destillatæ* ad 50,0.

G.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcyi chirurgicznej z d. 12.XII. 1905 r.

**ŻURAKOWSKI W.** przedstawił dziecko 7-o miesięczne, któremu przed 5-u miesiącami wykonano pomyślnie operację radykalną z powodu *meningococce sacrococcygea anterior*. Przed zabiegiem w okolicy krzyżowo - pośladkowej stwierdzono guz, kształtem swoim przypominający zwiniętą w niepełny krąg kielbasę, która z boków i od góry okalała odbyt, nie dochodząc do otworu stolcowego na 1½—2 ctm. Lewe ramię guza rozpoczynało się na lewym pośladku i sięgało górnym swoim brzegiem kręgow łędźwiowych. Grubość tego tworzu wynosiła 7 ctm. największy wymiar guza—prawy-lewy—równał się 14-u ctm. Guz był niezrośnięty z skórą, gładki, bardzo elastyczny, chęłbocący, nieco ruchomy, umieszczony na szerokiej szypule. Oglądany przez słuchawkę pod światło, guz przeświecał. Rozpoznano *meningococce sacrococcygea anterior* i zaproponowano operację, która była wykonana na oddziale kol. B. SAWICKIEGO. Cięciem poprzecznem dotarto do ściany guza i częściowo nożem, częściowo na tępo odluszczone guz przeświecający. Po dotarciu do szypuły, mającej grubość palucha, poniżej tej ostatniej i po nad odbytem w polu operacyjnym znalazła się prostopadła, obnażona na przestrzeni 4-ch ctm. Guz opróżniono nieco zapomocą nakłucia i wówczas klampem zaciśnięto szypulę, poniżej zaś klampra nałożono przewiązkę strunową zaciskającą. Po odcięciu torbieli brzegie kikuta obszyto z wgłobieniem. Wreszcie nałożono szew, o ile się dało, na mięśnie, oraz zamknięto ranę skórną. Dziecko rozwija się zupełnie prawidłowo.

**SAWICKI BR.** przedstawia 1) 27-letnią kobietę z guzem znacznej wielkości, leżącym pomiędzy kością krzyżową a odbytnicą. Chora, będąc małą dziewczynką, cierpiała na objawy zaparcia stolca. Przed 7-u laty wyszła za mąż, a w 4 miesiące potem poroniła. Po roku urodziło się dziecko, żyło tydzień i przy objawach drgawek zmarło. Przed 3 a laty przyszło na świat drugie dziecko, nieżywe, które z powodu poprzecznego położenia wydobyto zapomocą obrotu. Od drugiego porodu dość uporeczywe zaparcie stolca. Przed dwoma laty przybyła do szpitala w 3-im miesiącu ciąży. Wówczas S. znalazł guz poza prostopadłą, wielki, chęłbocący, odpychający kiszki i pochwę ku przodowi. Chora wypisała się następnie ze szpitala, a na poród zapisała się do lecznicy, gdzie wykonano obrót, wydobywając dziecko w stanie zamartwicy [asfiksyi]. Połóg przeszedł prawidłowo, a tylko stolce odbywały się z trudnością, sam guz jakoby nieco zmalał. Po roku dziecko umarło z powodu choroby wyśpkowej. Obecnie guz przedstawia się, jak przy pierwszym badaniu. Znajduje się on w miednicy przeważnie po stronie lewej, po prawej znajdujemy wypełnioną kałem kiszki ślepa. Od dołu guz wypukła międzykrocze, odsuwając otwór odbytnicy znacznie ku przodowi. Ku przodowi też zepchnięte są prost-

niea i macica. SAWICKI czyni przypuszczenie, czy nie mamy tu do czynienia z *hydromeningocèle sacralis anterior*. Fotogramu rentgenowskiego nie zdążono jeszcze wykonać; przekłucie próbne ma być uskutecznione przed operacją.

SAWICKI przedstawia 2) 23-letnią niewiastę, żonę lekarza, która od lat 12-u doznaje bólów w prawej kończynie górnej. Bóle wystąpiły prócz tego w okolicy łokcia, a od 4-eh lat zajmują prawe przedramię. Od 4-eh lat istnieje zanik kłęba dużego i kłęba małego palców ręki prawej. W okolicy nadobojczykowej prawej stwierdzić można obecność nader bolesnego na ucisk punktu, który leży na przebiegu splotu barkowego, 4 ctn. po nad obojczykiem. Rentgenogram wykazuje obecność żebra szyjowego—*Halsrippe*. Przed paroma miesiącami S. spostrzegł i operował drugi podobny przypadek. Dotyczył on 23-letniej panny z objawami analogicznymi. Badanie promieniami X wykazało obecność żebra szyjowego. Przy operacji okazało się, że tworzyło ono rodzaj występu, zagiętego ku dołowi. Znacznie ścięziony koniec żebra wciskał się w splot nerwowy. Obnażywszy żebro, odcięto je nożycami. Bóle po operacji na razie wzmogły się, lecz po paru dniach ustąpiły. Obok tego wystąpił niedowład mięśni kończyny górnej, jako następstwo odciągania splotu barkowego podczas zabiegu. Niedowład znikał stopniowo.

[C. d. n.]

## Wiadomości bieżące.

— Nagrodę imienia MOCZUTKOWSKIEGO Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przyznało kol. Sr. KOPCZYŃSKIEMU za jego pracę: „Badania doświadczalne nad anatomią i fizjologią tylnych korzeni nerwów rdzeniowych“, drukowaną w naszej Gazecie w r. 1905.

— W dniu 12 grudnia r. b. przypada setna rocznica uroczystego otwarcia Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego, najstarszego z polskich, założonego w grudniu 1805 r. przez znakomitego JÓZEFA FRANKA.

— Z okazji srebrnego wesela cesarza niemieckiego, który wyraził życzenie, aby zamiast podarków składano ofiary pieniężne na cele dobroczynne, różne miasta Niemiec [jak to wspominaliśmy już w poprzednich numerach] przeznaczyły — o ile dotąd wiadomo— $2\frac{1}{2}$  miliona marek przeważnie na przytulki dla suchotników lub dla dzieci.

— Londyńska misja założyła w Pekinie wydział lekarski pod nazwą szkoły LOCKHART'a.

— Dr. COLLEY z Insterburga uważa cukromocz (*diabetes mellitus*) za przeciwwskazanie do stosowania metody BIER'a, gdyż w tych warunkach widział kilka razy zgorzel skóry.

— W Berlinie zmarł prof. M. NITZE, wynalazca cystoskopu.

Od 1-go kwietnia r. b. w lecznicy Towarzystwa Sosnowickiego wakuje miejsce drugiego lekarza [pożądana znajomość akuszerki] z pensją 85 rb. miesięcznie, mieszkaniem kawalerskim, opałem i światłem. Wiadomość w Redakcji naszej Gazety między godz. 5—7 po poł.

---

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor, Dr Wl. Gajkiewicz.