

GAZETA LEKARSKA

S. p. Władysław Wróblewski.

Dnia 18-go kwietnia r. b., po długich i ciężkich cierpieniach rozstał się z tym światem dr WŁADYSŁAW WRÓBLEWSKI, ordynator Warszawskiego szpitala Ewangelickiego i współwłaściciel Gazety Lekarskiej.

Ś. p. WŁ. WRÓBLEWSKI urodził się w Dubience nad Bugiem w r. 1860, gimnazyum skończył w Płocku, studia lekarskie odbył w Uniwersytecie Warszawskim i w r. 1884 uzyskał dyplom lekarski.

Wyjechał następnie za granicę, gdzie obok chorób wewnętrznych studyował specjalnie choroby krtani i nosa. Po powrocie pracował przez 3 lata w oddziale chorób gardła i krtani w szpitalu Ś-go Rocha, u piszącego te słowa, gdzie był bardzo gorliwym, sumiennym i miłym współpracownikiem.

Ś. p. WŁADYSŁAW WRÓBLEWSKI należał do rzędu lekarzy, którzy nie tylko głęboko pojmują powołanie swoje ze stanowiska humanitarnego, ale poczuwają się do obowiązku wedle sił i środków przyczyniać się do rozwoju samej wiedzy. U nas zwłaszcza, gdzie wskutek nieprzyjaznych stosunków politycznych, ogniska nauki nie były dostępne, za tem większą zasługę należy policzyć zbyt wczesnie zmarłemu koledze, że niwy piśmienniczej nie zaniedbywał.

Zanim rozejrzymy się w owocach tej pracy, zaznaczamy w ogólnym rysie, że umysł ś. p. WŁ. WRÓBLEWSKIEGO odznaczał się ścisłością w spostrzeganiu, rozważą i trzeźwością sądu. Dość trudną technikę laryngologiczną przyswoił sobie szybko i osiągnął w niej niepospolitą sprawność. WRÓBLEWSKI nie rwał się gorączkowo do operacji, ale wobec racjonalnych wskazań, nie zrażał się trudnościami i nader sumiennie traktował chorych w okresie pooperacyjnym. Szczególniej wybitną odznaczał się techniką przy operacjach w jamie nosowo-gardzielowej.

Niepospolite te zalety jednaly WRÓBLEWSKIEMU wielkie i zasłużone uznanie.

Kiedy w roku 1888 objął kierunek w utworzonym przez siebie ambulatoryum w szpitalu Ewangelickim, z zapalem zabrał się do pracy i mimo niepomysłnych warunków miejscowych, ciasnoty, braku powietrza, braku narzędzi operacyjnych, długie godziny codziennie poświęcał ubogiej ludności, z własnych środków zaopatrując ambulatoryum w dość kosztowne narzędzia chirurgiczne, aparaty elektryczne i t. d.

Z licznych prac, jakimi ś. p. WRÓBLEWSKI zasiłał piśmiennictwo nasze lekarskie, na szczególną uwagę zasługują:

„Trzy przypadki wyleczenia gruźlicy krtani“.

„O gruźlicy gardzieli“.

„Dwa przypadki gruźlicy błony śluzowej nosa“.

„O działaniu kwasu mlecznego przy leczeniu suchot krtani“.

W powyższych pracach WRÓBLEWSKI na mocy ścisłych spostrzeżeń, poparł bardzo dowodnie wątpliwą jeszcze wówczas kwestję wyleczalności gruźlicy pierwszych dróg oddechowych, bądź przy pomocy kwasu mlecznego, bądź chirurgicznych rękoczynów, i stanął w rzędzie przekonanych obrońców tak namiętnie u nas zwalczanej nowej metody chirurgicznego leczenia.

Z dziedziny cierpień jamy nosowo-gardzielowej wyszły z pod jego pióra następujące prace:

„Wyrośle adenoidalne w nosowej części gardzieli“.

„Przyczynę do kwestyi wyrośli adenoidalnych“.

„Przyczynę do patologii i terapii migdałka gardzielowego“.

„Kilka uwag w kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej“ [wspólnie z drem KIJEWSKIM].

„Przyczynę do nauki o nowotworach złośliwych migdałka podniebiennego“.

W pracach powyższych, WRÓBLEWSKI jeden z pierwszych zwrócił uwagę ogółu lekarzy i publiczności na doniosłe znaczenie t. zw. wyrośli adenoidalnych u dzieci, na ujemny ich wpływ na sprawę oddychania, mowę i słuch, na zniekształcenia twarzy, rozwój klatki piersiowej, na zaburzenia nerwowe i intelektualne.

Badania swe rozciągnął również i nad głuchoniemymi. [Wyrośle adenoidalne u głuchoniemych].

Liczba dokonanych przez niego operacji wyrośli adenoidalnych dochodzi tysiąca i dowodzi jak szybko w tym kierunku rozwijała się jego działalność operatorska.

Również starannie opracowane były rozprawy: o patologii i terapii migdalka językowego, o krwotokach nosa, o operacjach listew i skrzywień przegrody nosa, o rezeceji muszli dolnej, o krwawiących polipach przegrody nosowej, o późnym syfilisie nosa.

Spostrzeżenia jego co do zastosowania antipiryny, jako środka znieczulającego, wkrótce zostały potwierdzone przez wielu lekarzy i cytowane są w specjalnych pismach niemieckich i francuskich. Nie możemy w tem miejscu podać szczegółowego rozbioru licznych wyżej wspomnianych prac, zaznaczymy tylko, że w historii rozwoju laryngo- i rynologii u nas, imię WRÓBLEWSKIEGO niepospolite zajmie miejsce.

Ś. p. WŁADYSŁAW, odznaczał się nadzwyczajną sumiennością w pełnieniu przyjętych na siebie obowiązków. Trudno znaleźć bardziej starannego niż on kierownika ambulatorium. Z zaparciem się siebie, pomimo napotykanym na każdym kroku trudności, niósł on dzielną pomoc cierpiącym, dając godny naśladowania przykład otaczającym go młodszym kolegom.

Nie tylko na polu działalności zawodowej był WRÓBLEWSKI wysoce obowiązkowym, ale w duchu właściwego mu poczucia obywatelskiego starał się ożywiać ruch naukowy w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem. Zwłaszcza w Sekcyi laryngologicznej był on jednym z najgorliwszych współpracowników.

Bardzo mu leżał na sercu rozwój naszej prasy lekarskiej. Od lat piętnastu był współwłaścicielem Gazety Lekarskiej i z zapałem i wytrwałością przyczyniał się do jej ciągłego rozwoju. Zostawił też w niej najpiękniejsze po sobie wspomnienie.

Zajmowały go również gorąco sprawy społeczno-lekarskie. Zdanie jego stawiane z rozwagą i bezstronność sądu było pożądane i wysoko cenione.

Ś. p. WŁADYSŁAW WRÓBLEWSKI był jako obywatel i lekarz człowiekiem nieprzeciętnej miary, wysoce prawego charakteru, wytrwałości i silnej woli.

W ambulatorium szpitalnem, którego był kierownikiem, pracowało zawsze grono młodych lekarzy, którym ś. p. WŁADYSŁAW nie szczędził życzliwej i wytrawnej swej rady, zarówno co do rozpoznawczych, jak i operacyjnych wskazań. Chętnie pozwalał im korzystać z bogatego materiału, asystował im przy operacjach i przyczyniał się przez to do późniejszego samodzielnego ich wyrobienia.

Gdy wreszcie po kilkunastu latach uciążliwej pracy i po licznych zabiegach, rada szpitala Ewangelickiego zgodziła się na otwarcie osobnego oddziału dla chorób gardła, krtani i nosa i przedstawiła na ordynatora ś. p. WRÓBLEWSKIEGO, z nowym zapałem i wielką radością zabrał się do pracy organizacyjnej. Spodziewał się po tym oddziale możności przeprowadzenia ścisłych klinicznych studyów, i poła do pedagogicznej działalności. Z własnych funduszków zakupił nowe narzędzia i sprzęty, aby sala operacyjna odpowiadała wszelkim nowoczesnym wymogom.

Niestety te nadzieje już się nie ziściły. Nie doczekał się nieodżałowany nasz kolega chwili objęcia tak gorąco upragnionego oddziału.

Przedwcześnie wydarty rodzinie i społeczeństwu, pozostawia szczery, wielki żal w sercach wszystkich, którzy mieli sposobność poznania go bliżej.

Teodor Heryng.

Prace ś. p. **WŁ. WRÓBLEWSKIEGO.**

1. O działaniu kwasu mlecznego przy leczeniu suchot krtani. *Gaz. Lek.* 1886, str. 875.
2. Trzy przypadki wyleczenia gruźlicy krtani. *Medycyna* 1887, str. 161.
3. Ziarniniak krtani operowany ostrą łyżeczką. *Medycyna*. 1887, str. 349.
4. O gruźlicy gardzieli. *Gaz. Lek.* 1887, str. 952, 973, 1005, 1012.
5. Wyrośle adenoidalne w nosowej części gardzieli. *Gaz. lek.* 1889, str. 676, 698, 741, 781, 828.
6. **KRAJEWSKI i W. WRÓBLEWSKI.** Rak krtani i całkowite wycięcie krtani. *Medycyna*. 1889, str. 1, 19, 89, 65, 85 i 105.
7. Przyczynek do kwestyi wyrośli adenoidalnych. Wyrośle adenoidalne u głuchoniemych. *Przeł. lek.* 1891, str. 289, 302.
8. Sprawozdanie za r. 1890 z ambulatoryum dla chorych z cierpieniami nosa, gardła i krtani w szpitalu Ewangelickim w Warszawie. *Kron. Lek.* 1891, str. 157, 222.
9. Przyczynek do patologii i terapii migdałka językowego. *Gaz. Lek. R.* 1892. № 12—14.
10. **F. KJIEWSKI i WRÓBLEWSKI.** Kilka uwag w kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej. *Gaz. Lek.* № 13—15. 1893, str. 334, 360, 390. *R.* 1893.
11. O zastosowaniu nalewki jodowej w chorobach gardzieli i nosa. *Gaz. Lek.* № 10, str. 251. *R.* 1893.
12. Dwa przypadki gruźlicy błony śluzowej nosa. *Gaz. Lek.* № 19, str. 494. *R.* 1893.
13. O zastosowaniu antipiryny, jako środka znieczulającego w chorobach nosa, gardzieli i krtani. *Gaz. Lek.* № 41, str. 1067. 1893. 1894.
14. O t. zw. ostrych ropniach przegrody nosa. *Gaz. Lek.* № 43, str. 1147. 1895.
15. Autoskopja górnych dróg oddechowych. *Gaz. Lek.* № 47, str. 1231. *R.* 1895.
16. Krwotoki nosowe. *Gaz. Lek.* 1895. №№ 48, 49, 50, 51, 52, str. 1258, 1291, 1321, 1358, 1380. *R.* 1896.
17. Kilka uwag o późnym syflicie nosa. *Gaz. Lek.* 1896. № 19—22, str. 503, 534, 561, 593. *R.* 1897.

18. Przyczynek do operowania listew i skrzywień przegrody nosa zapomocą elektromotoru. *Gaz. Lek.* № 32, str. 1130. R. 1897.
19. *Rhinitis caseosa*. *Gaz. Lek.* № 39, str. 1047. R. 1899.
20. Ostry ropotok jamy szczękowej. *Gaz. Lek.* № 37, str. 954. R. 1901.
21. Rezekcyja muszli dolnej. *Gaz. Lek.* № 49, str. 1236. R. 1902.
22. Znieczulanie 25-owym roztworem wyskokowym przy operacjach w nosie, gardzieli i krtani. *Gaz. Lek.* № 1, str. 11. R. 1902.
23. Przypadek obrzęku krtani po 2-eh łyżkach roztworu jodku potasu. *Med.* № 35, str. 743. R. 1902.
24. Przypadek ciała obcego dróg oddechowych. *Medycyna.* № 35, str. 743. R. 1903.
25. Powikłania, zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych. *Gaz. Lek.* № 7, str. 143. № 8, str. 168. R. 1903.
26. Przedstawienie muszli dolnej i pęcherza kostnego muszli średniej. *Med.* № 45, str. 1023. R. 1904.
27. Przypadek krwawiącego polipa przegrody nosa. *Med.* № 38, str. 811. R. 1904.
28. Wycięcie migdałka zajętego wrzodem syfilitycznym pierwotnym. *Gaz. Lek.* № 1, str. 10. R. 1904.
29. Przyczynek do nauki o nowotworach złośliwych migdałka podniebiennego. *Gaz. Lek.* №№ 30, 31, 34, str. 731, 762, 807. R. 1904.

I. Z KLINIKI CHOROÓB DRÓG MOCZOWYCH PROF. GUYON'a W PARYŻU.

Badania nad powstawaniem przerostu gruczołu krokowego.

Podali

dr B. Motz [Paryż] i dr Perearnau [Barcelona].

Wyniki lecznicze, osiągnięte przez wycinanie gruczołu krokowego w przypadkach jego przerostu, wpłynęły na zjawienie się całego szeregu prac klinicznych i anatomo-patologicznych, zajmujących się wskazaną chorobą.

Nie bacząc na to, iż z przerostem gruczołu krokowego spotykamy się bardzo często, patogeneza i rozwój jego są jeszcze mało znane. Rozważanie samej techniki operacyjnej przekonało nas, jak mało w ogóle wiemy o badaniu anatomicznej okolicy *prostatæ*. Ze zdumieniem spostrzegano nieraz, iż pomimo usunięcia wielkiej masy tkanek, mających wygląd zewnętrzny gruczołu krokowego, sam gruczoł z przecinającymi go kanałami nasiennymi pozostawał nie-

tknięty. Również trudno było pojąć, dlaczego operacya jest mozolna przy małych i średnich przerostach, a łatwa przy wielkich i t. d.

Taki stan rzeczy dawał nam do myślenia, iż sprawę tę należy na nowo sumiennie badać z różnych punktów widzenia i oto podjęliśmy się wspólnej tej pracy nad rozwojem przerostu gruczołu krokowego.

Zbadaliśmy 68 gruczołów, korzystając z materiału szpitala Bicêtre, szpitala NECKER'a oraz z licznych okazów przerostu *prostatæ* z pracowni i muzeum prof. GUYON'a. Zwracaliśmy uwagę na częstość zachorowań, umiejscowienie i rozwój zmian gruczolako-mięśniakowych.

Częstość zmian gruczolako-mięśniakowych. Twory gruczolako-mięśniakowe, stanowiące istotę przerostu okolicy gruczołu krokowego, znajdowały się wyłącznie u osób starszych; 68 gruczołów, badanych w tym kierunku, dały następujące wyniki:

	Liczba badanych gruczołów	Liczba grucz. krok. z adenomatomami	%
Między rokiem 27-ym a 40-ym	9	0	0
„ 41 — 50	15	3	20
„ 51 — 60	13	4	30
„ 61 — 70	8	4	50
„ 71 — 90	23	19	82

Widzimy przeto, iż częstość powstawania tworów gruczolako-mięśniakowych jest zależna od mniej lub więcej późnego wieku chorego. Nie spotykaliśmy tych nowotworów nigdy przed rokiem 40-ym. Z pomiędzy 44-ch gruczołów krokowych u osób starych przerost 3 razy był dość wyraźnie rozwinięty, a 2 razy bardzo wybitny.

Gruczolako-mięśniaki wewnątrz krokowe. By pojąć umiejscowienie nowotworów, o których mowa, należy uprzytomnić sobie układ prawidłowy gruczołów w okolicy *prostatæ*.

M. ALBARRAN, opisując topografię fizjologiczną gruczołów cewki w części krokowej, powiada: „W układzie gruczolowym, otaczającym cewkę człowieka dojrzałego, poczynając od zwieracza części błonistej aż do szyjki pęcherzowej, można rozróżniać dwie grupy gruczołów: środkową i obwodową“.

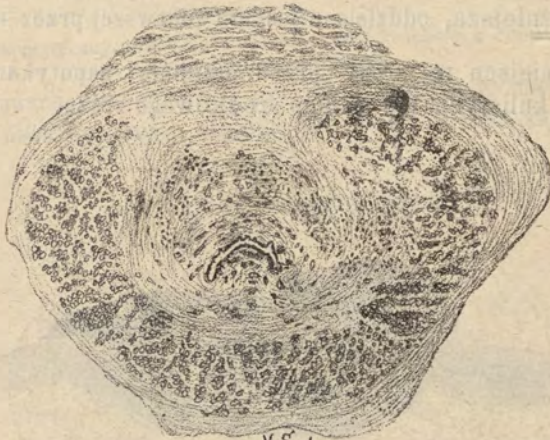
Grupa środkowa tworzy się z gruczołów leżących bezpośrednio pod błoną śluzową cewki lub też w najbliższym jej sąsiedztwie. Grupa obwodowa gruczołów okołocewkowych mieści się w części gruczolowej samego gruczołu krokowego. Leżą one bliżej ku obwodowi niż poprzednie

a rozdziela je mniej lub więcej wyraźnie zarysowana warstwa gładkich włókien mięśniowych, przechodzących dalej w okolicy krokowej w zwieracz gładki części błoniastej.

Stosunki te widać bardzo wyraźnie na rys. I-ym i II-im. Widzimy tam układ gruczołów środkowych i zwieracz gładki w środku gruczołu krokowego.

Tego rodzaju stosunki topograficzne niezawsze są uwydatnione jednako wyraźnie. W wielu razach zwieracz, o którym mowa, nie ma kształtu okrągłego. Włókienka mięśniowe krzyżują się, tworzą sploty i obie odmiany gruczołów [obwodowe i środkowe] łączą się wzajemnie.

Liczba gruczołów środkowych jest bardzo zmienna: w niektórych razach są one bardzo nieliczne.



H. Salm

Rys. I.

Gruczoł krokowy prawidłowy. \times Gruczoły środkowe i obwodowe (ALBARRAN i MOTZ).



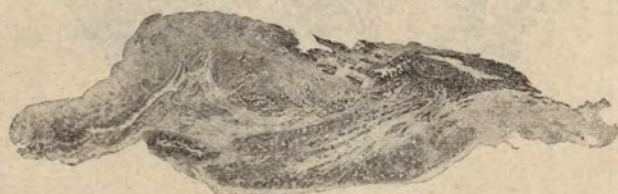
Rys. II.

Gruczoły środkowe oddzielone przez zwieracza wewnątrz krokowego od gruczołów obwodowych.

Istnienie tych dwóch pasów gruczołowych tłómaczy nam doskonale anatomia porównawcza. W istocie, wiadomo nam, iż gruczoł krokowy tego rodzaju, jak u człowieka, znajduje się nie u wszystkich istot. U niektórych gatunków gr. krokowy nie ma żadnego związku z cewką, podobnie jak gruczoły COWPER'a są niezależne od części opuszkowej cewki. Analogicznie, z punktu widzenia anatomicznego, gruczoły środkowe tworzą grupę zupełnie niezależną od grupy obwodowej.

W bliskości szyjki pęcherza mieszczą się dwa skupienia gruczołów środkowych, grające wybitną rolę w tworzeniu się zrazu środkowego. Przede wszystkim mamy tam grupę kanałów gruczołowych w błonie śluzowej szyjki pęcherza, opisaną przez M. ALBARRAN'a pod mianem „*glandes sous-cervicales*“; druga grupa, ważniejsza, oddzielona jest od pierwszej przez mięśnie szyjki.

Często na miejscu tej grupy „przednasiennej“ napotykamy skupienia, mające kształt ciał kulistych lub małego środkowego zrazu.

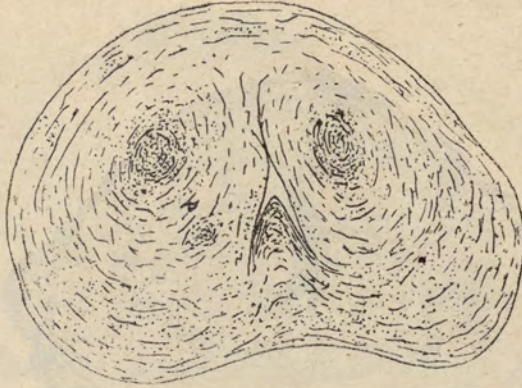


Rys. III.

Cięcie podłużne. Gruczoły krokowe i centralne zlewają się z sobą tylko na obwodzie. Grupa „przednasienna“ ma kształt jajowaty.

Dwoistość anatomiczna ma swój wyraz i w zmianach anatomo-patologicznych okolicy gruczołu krokowego. Badania nasze wykazały, iż przerost gruczołu krokowego zależy jedynie od gruczołów środkowych, wkoło cewki leżących, i od otaczającej je tkanki łącznej. Sam gruczoł krokowy nie przyjmuje żadnego udziału w nowotworzeniu się tkanki; przeciwnie, ulega on zanikowi, mniej lub więcej wyrażonemu.

Przerost, o którym mowa, występuje w dwóch postaciach. W pewnych razach znajdujemy tylko pewną liczbę ciał kulistych, rozrzuconych mniej lub więcej nieforemnie w pasie środkowym bez zgrubienia osnowy łącznotkankowej.



Rys IV.

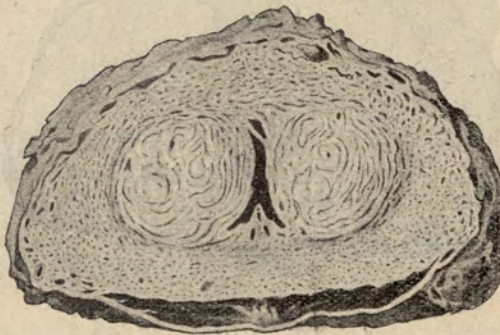
Rysunek schematyczny, przedstawiający gruczoł krokowy z ciałami kulistymi, ułożonemi symetrycznie.

W innych razach, gdy przerost przybiera większe rozmiary, grubieje cały pas środkowy i obok tworzenia się ciał kulistych rozrasta się i tkanka łączna.



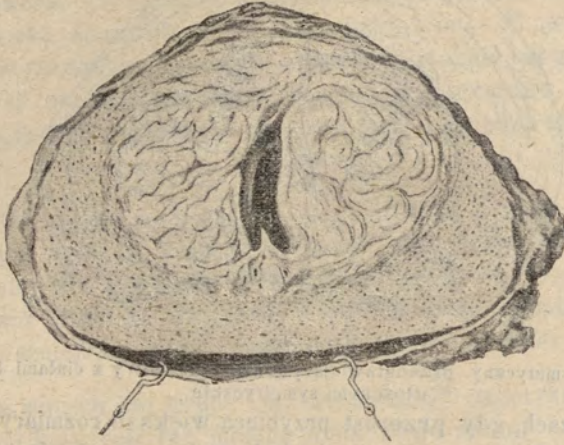
Rys V.

Liczne ciała kuliste w pasie środkowym. Nowotwory te albo powstają z dwóch stron cewki, albo też otaczają ją zwartym pierścieniem.



Rys VI.

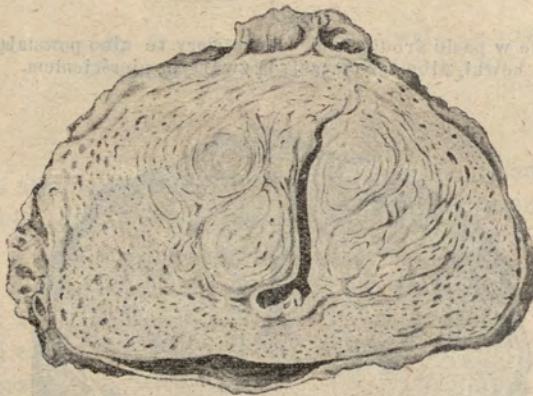
Przerost nieznaczny symetryczny zrazów bocznych. Pas okołocewkowy zgrubiłały
W środku liczne ciała kuliste.



Rys. VII.

Cewka otoczona tkanką nowotworową niezłożliwą.

Układ nowowytworzonych tkanek może być symetryczny, jak to widzimy na rysunku VI-ym i wówczas mamy obraz przerostu dwustronnego—symetrycznego. W innych razach jedna strona ulega większym zmianom, niż druga; wówczas mamy przerost dwustronny asymetryczny, albo nawet jednostronny.



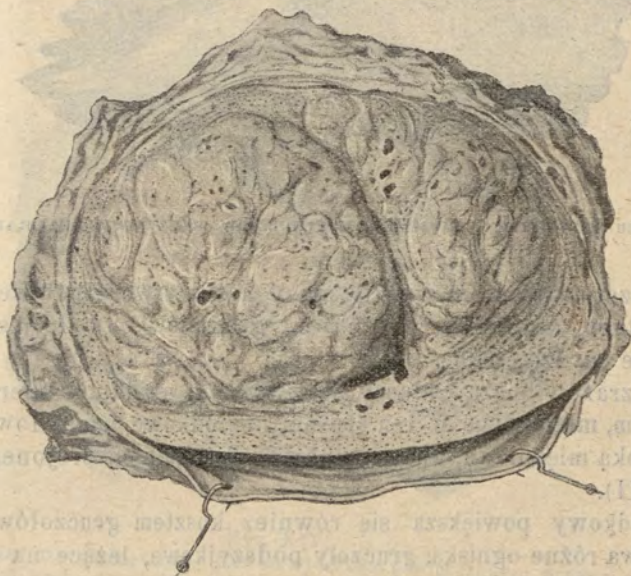
Rys. VIII.

Przerost dwustronny asymetryczny.



Rys. IX.
Przerost jednostronny.

Nowotworząca się tkanka rozciąga i uciska coraz bardziej gruczoł krokowy, który w końcu może uleść prawie całkowitemu zanikowi. Można rzec, iż sam gruczoł krok. tworzy otoczkę mas nowotworowych, które z łatwością mogą być wyluszczone całkowicie ze swej „otoczki“. Przy usuwaniu, przeważnie przez podbrzusze tych mas nowotworowych, mających kształt gruczołu krok. i uciskających w środku cewkę, sądzono, iż zostaje wyluszczone cały gruczoł krokowy. Sprawa przedstawia się zupełnie inaczej. Nasze badania sekcyjne wykazały, iż usuwano tylko środkowe masy nowotworowe, sam zaś gruczoł zostawał prawie nietknięty. Jedynie dzięki zachowaniu tego gruczołu, mającego bogatą tkankę elastyczną i mięśniową, wielka próżnia, powstająca po wyluszczeniu guza, prędko zmniejsza się i znika.



Rys. X.

Znaczny przerost okolicy okołocewkowej. Gruczoł odsunięty ku obwodowi, tworzący otoczkę rzekomą.



Rys. XI.

Zwieracz wewnętrzny okalający masy nowotworowe.



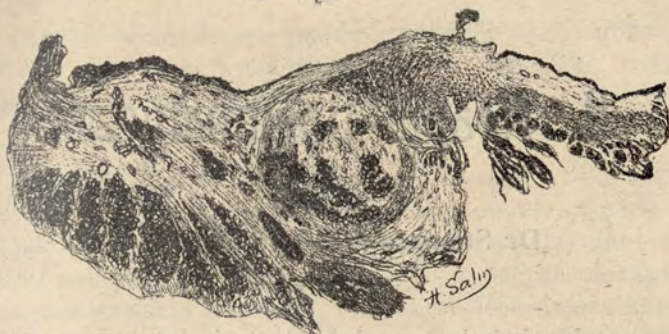
Rys. XII.

Przerost zrazu środkowego, powstający z gruczołów podszyjowych (ALBARRAN i Motz).

Póki przerost jest niewielki, masy nowowytworzone nie mają jeszcze kształtu kulistego, odgraniczenie ich od gruczołów obwodu jest niewyraźne, a wyłuszczenie bardzo trudne.

Rozwój zrazów bocznych łączy się zwykle z gładkim zwieraczem wewnątrzkrótkowym, mianowicie w ten sposób, iż środkowe masy nowotworowe są otoczone torebką mięśniową, widoczną nawet dla oka niezbrojonego po ich usunięciu (rys. XI).

Zraz środkowy powiększa się również kosztem gruczołów środkowych, tworzących dwa różne ogniska: gruczoły podszyjkowe, leżące na szyjce pęcherza i—przednasienne pomiędzy mięśniami szyjki a przewodami wytryskowymi.



Rys. XIII.

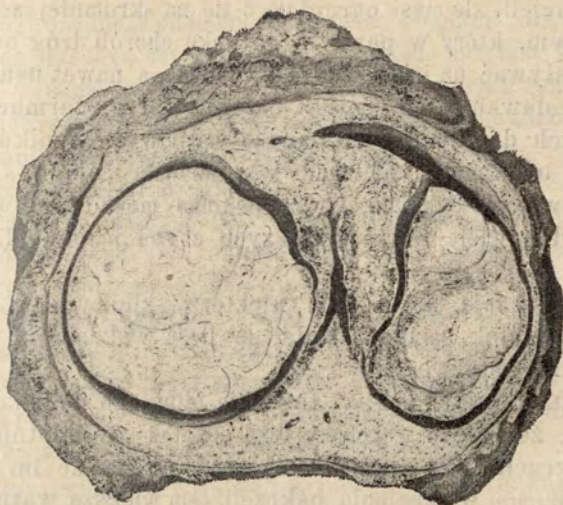
Przerost zrazu środkowego, pochodzący z gruczołów przednasiennych (ALBARRAN i Motz).

Rysunki XIV, XV i XVI objaśniają stosunek wzajemny trzech wskazanych zrazów.

Gdy i boczne zrazy i środkowy są znacznie powiększone, otrzymujemy wrażenie, jakoby ostatni był wklinowany pomiędzy pierwsze.

Zważywszy, iż gruczoły okołocewkowe bywają w liczbie bardzo zmiennej, pojmiemy łatwo, dlaczego w jednym przypadku rozrastają się przeważnie zrazy boczne, w innym zaś—podlega przerostowi tylko zraz środkowy.

Stosunek tkanek nowotworowych do cewki bywa różny. Najczęściej przylegają one bezpośrednio do jej błony śluzowej; rzadziej, przedziela je pas tkanki łącznej, przeplatanej włóknami mięsnymi. W większości przypadków guzy są mocno stopione z cewką, to też wyłuszczenie ich napotyka na znaczne trudności ze względu na łatwość uszkodzenia ścian samej cewki.



Rys. XIV.

Zrazy boczne łatwe do wyłuszczenia. Cewka otoczona powiększonym zrazem środkowym.
Gruczoł krok. zepchnięty ku obwodowi częściowo uległ zanikowi.
Guzy oddzielono palcem po przednim utrwaleniu w sublimacie.

II. Terapia pneumatyczna.

Napisał

Dr Stanisław Bzura [Jabłonna].

— 3 —

Niema choroby, któraby powołała do życia i zarazem pogrzebała tyle środków i metod leczniczych, co gruźlica płuc. Jeszcze w XVIII-em stuleciu MASCAGNI był zdania, że środek swoisty przeciwko suchotom wprowadzać się będzie do ustroju przez drogi oddechowe. W czasach późniejszych pogląd MASCAGNI'ego miał wielu zwolenników, i gdy zaczęto stosować w lecznictwie wdychanie „gazów życia”—tlenu i ozonu, sądzono, że środki te urzeczywistnią dążenia w kierunku wynalezienia swoistego środka przeciwko gruźlicy. Po szeregu zawiedzionych nadziei i chybionych prób cały dział terapii inhalacyjnej został zarzucony i dopiero w drugiej połowie zeszłego stulecia badania WALDENBURG'a, P. BERT'a, LIEBIG'a i wielu innych powołały do życia ponownie terapię pneumatyczną.

Dzięki panującemu obecnie kierunkowi fizykalnemu w terapii chorób przewlekłych, terapia inhalacyjna wzbogaciła się całym szeregiem nowych badań i spostrzeżeń, które postawiły ją w odmiennem nieco świetle.

Według SCHMIDT'a ¹⁾ terapia inhalacyjna nie może być uważaną jako środek leczniczy w ścisłem słowa tego znaczeniu, jak tego WALDENBURG, SIEGLE i inni chcieli, ale musi ograniczyć się na skromniejszej roli,—być środkiem pomocniczym, który w pewnym gatunku chorób dróg oddechowych może pomyślnie oddziaływać na ich leczenie, łagodząc, a nawet usuwając pojedyncze objawy, gdyż podawanie wewnątrz całego szeregu farmaceutycznych środków wykrztuśnych doprowadza do bardzo wątpliwych wyników.

Nie można bynajmniej obdarzyć tem mianem całego szeregu farmaceutycznych środków wykrztuśnych, które pomimo mocno zachwianej opinii przeżyły dużo metod o wiele pożyteczniejszych, chyba jedynie dzięki łatwości ich stosowania.

Oto, jak wyrażają się o nich niektórzy klinicyści. JÜRGENSEN mówi: Działanie środków, jak salmiak, soda na ilość wydzielania i własności śluzu uważam za bardzo wątpliwe.

NOTHNAGEL i ROSSBACH na zasadzie długiego doświadczenia przychodzą do wniosku, że bardzo wątpliwy jest pożytek z wymiotnicy (*Ipecacuanha*) w zapaleniu oskrzeli. Ciż sami autorowie twierdzą, że im dłużej stosowali *Stibio-Kali tartaricum* w zapaleniu oskrzeli, tem większą wątpliwość wzbudzało w nich jego działanie.

¹⁾ Therapie innerer Krankheiten v. PENZOLDT u. STINZING. III Tom. Erkrankungen d. Athmungs- u. Kreislaufsorgane. 1898.

GERHARDT w zupełności podziela poglądy wymienionych powyżej autorów. Wreszcie VOGEL z tej grupy zaleca tylko leki roślinne, o ile nie wpływają ujemnie na czynność trawienia.

W patogenezie chorób płucnych dominującą rolę odgrywają zбочenia w czynności fizyologicznej i zakażenie. To ostatnie zjawia się niekiedy następczo, jako objaw wtórny zбочenia w czynności fizyologicznej.

Jeżeli zaburzenia w czynności życiowej innych narządów mają znaczny wpływ na powstawanie zakażenia, to stokrotnie donioślejsze znaczenie pod względem patogenetycznym mają te zбочenia dla płuc. Na to składają się wyjątkowe warunki fizyologiczne i anatomiczne narządów oddechowych.

Czynność płuc zaopatrywania ustroju w tlen i pozbawiania go kwasu węglowego może utrzymać się w równowadze pomimo znacznej różnorodności typu oddechowego, a to z tej przyczyny, że niedostateczna ilość tlenu, dostarczanego przy każdym pojedynczym powierzchniowym ruchu oddechowym wyrównywa się zwiększoną liczbą ruchów oddechowych i odwrotnie: każde pogłębienie oddechu powoduje zmniejszenie liczby ruchów oddechowych.

Wspomnianą zależność głębokości oddechu od liczby ruchów oddechowych SPECK wyraził w sposób następujący: liczba ruchów oddechowych jest w stosunku stale odwrotnym do głębokości oddechu. Np. przy 6,3 ruchach oddechowych na minutę ilość wdychanego powietrza przy każdym oddechu równa się 1195 ctm³ [SPECK], przy 11,9 ruchach oddechowych — 507 ctm³ [VIERORDT]. Czyli, że każde pogłębienie oddechu wpływa na zmniejszenie liczby ruchów oddechowych i niedostateczna głębokość oddechu musi kompensować się zwiększoną liczbą ruchów oddechowych.

Ta różnorodność oddechu, prawie że obojętna dla utleniania i dekarbonizacji tkanek naszego ustroju, dla samych płuc nie jest bez wpływu. Znaczna część płuc w czasie spokoju nie styka się z powietrzem zewnętrznym. Jeżeli przy wysłuchiowaniu płuc każemy osobnikowi, nawet zdrowemu, lecz pozostającemu w stanie dłuższego spokoju fizycznego, odetchnąć głębiej, słysząc trzeszczenie, jako dowód, że rozwierają się zamknięte przedtem drogi oddechowe. W warunkach normalnych potrzebujemy do oddechu zaledwie $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{6}$ zawartości życiowej płuc, t. j. około 500 ctm³ powietrza. Przy użyciu mięśni pomocniczych i silnem napięciu jesteśmy w stanie ilość wdechanego powietrza zwiększyć do 2000 ctm³, gdy rzeczywista ilość powietrza u człowieka dorosłego równa się 3700 ctm³ [HUTCHINSON]. GRÉHAUT drogą doświadczeń określił tę przeciętną liczbę, która wyrażała stosunek powietrza wdychanego do powietrza zapasowego i nazwał ten stosunek spólczynnikiem wentylacyjnym, który równa się przy spokojnym oddechu 0,113.

W jakim stopniu wyłączenie nawet w warunkach normalnych pewnej grupy pęcherzyków płucnych z czynności oddechowej może usposabiać do zakażenia?

W najdrobniejszych rozgałęzieniach dróg oddechowych nagromadza się ciecz, złuszczone komórki nabłonkowe, ciała obce, drobnoustroje, w które zaw-

sze obfituje powietrze wdychane. W zwykłych warunkach te ciała obce ugrzęzają w śluzie, wydzielanym przez całą powierzchnię dróg oddechowych i razem z tym śluzem przez ruchy migawek nabłonkowych przy kaszlu zostają usuwane na zewnątrz. O ile przez dłuższy czas skutek upośledzonej czynności ustaje lub zmniejsza się możność usuwania przez migawki nabłonków śluzu i zawartych w nim drobnoustrojów, stwarza się grunt bardzo podatny dla zakażenia i na tem tle rozwijających się spraw zapalnych.

Jeżeli takie zmiany obejmują większą przestrzeń, to pociągają za sobą znaczniejsze następstwa dla całych płuc. Ilość krwi, dopływającej do chorej części płuca, pozostaje niezmienną, tymczasem pewna część naczyń krwionośnych wskutek patologicznego nacieczenia [infiltracji] jest dla dopływu krwi zamkniętą, lub też zwężoną, pozostała część naczyń otrzymuje znacznie większą ilość krwi. Jeżeli światło naczyń płucnych zmniejszy się więcej niż do $\frac{3}{4}$, to jak wykazały badania LICHTHEIM'a ¹⁾, początkowo rozszerzają się naczynia włosowate w zdrowych częściach płuc, a następnie zaczyna się zwiększać ciśnienie w tętnicy płucnej. Ciśnienie w płucach w jednym naczyniu, jak wiadomo, nie wyrównywa się sposobem rozszerzania dróg obocznych, jak to bywa w dużym krwiobiegu; w płucach utrudnione krążenie w jednym zrazie płuca wpływa już na zwiększenie ciśnienia w całej tętnicy płucnej. Wskutek utrudnionego dopływu krwi do powierzchni pęcherzyków utrudnione jest wydzielanie kwasu węglowego i chłonięcie tlenu. To powoduje wśród licznych przyczyn innej kategorii [toksyny] niedostateczne odżywianie mięśnia sercowego, co zmniejsza znacznie siłę skurczową serca i tym sposobem stwarza jeszcze większą zastoinę w płucach. Nadto przez utrudniony dostęp czystego powietrza płuca pozbawione są czynnika odkażającego, jakim jest tlen, zawarty w tem powietrzu.

Rzeczywiście, dowodzenia te stwierdzone są przez liczne obserwacje kliniczne: niejednokrotnie stwierdzano fakt, że części płuc najmniej ulegające odwietrzeniu, najbardziej podlegają zakażeniu. Klatka piersiowa w czasie wdechu najwięcej rozszerza się ku dołowi, następnie z boków i z przodu, najmniej z tyłu i z góry. Odpowiednio do tego najbardziej upośledzonym pod względem czynnościowym miejscem są tylne części szczytów płucnych. BIRCH-HIRSCHFELD na Kongresie przeciwgruźliczym w Berlinie 1899 r. komunikował spostrzeżenia swoje, robione na 32-ch przypadkach badania zwłok. Jako jedyną zmianę gruźliczą w ustroju znalazł on zupełnie świeże ogniska tylko w szczycie płuca. Na tej zasadzie twierdzi, że sprawa gruźlicza rozpoczyna się w tylnej części szczytu płucnego na błonie śluzowej oskrzeli od 2-jej do 5-jej kategorii (*bronchus apicalis posterior*) właśnie dlatego, że rozgałęziające się tu oskrzela, wskutek swego położenia i małego udziału w oddychaniu, nie mogą pokonać przeszkód mechanicznych. Statystyka wykazała, że częściej ulega sprawie gruźliczej prawy szczyt niż lewy.

¹⁾ LICHTHEIM. Die Störungen Lungenkreislaufs Berlin. 1876.

Jeżeli, jak to wyżej zaznaczyłem, sposób oddychania ma pewien przyczynowy związek ze sprawami chorobowymi w płucach, to daleko donioślejsze znaczenie dla ustroju w ogóle, a w szczególności dla płuc ma on pod względem chemicznym.

Jakkolwiek wymiana gazów w ustroju pozostawia dotąd jeszcze wiele szczegółów niewyświetlonych należycie, podstawowe jednak fakty są ściśle zbadane i ustalone.

Wymiana gazów w płucach i w tkankach ciała odbywa się w ten sposób, że krew w płucach chłonie tlen i wydziela kwas węglowy, a w tkankach odwrotnie: zabiera kwas węglowy i oddaje tlen. Sprawy te odbywają się po części drogą słabego połączenia chemicznego, po części zaś drogą rozpuszczania fizycznego. Sprawy rozpuszczania i połączenia chemicznego uzupełniają się wzajemnie w sposób następujący: gaz, stykając się z krwią, rozpuszcza się w niej, jak w każdym innym płynie. Kiedy zawartość rozpuszczonego gazu dosięga pewnego napięcia, zaczyna się chemiczne łączenie. Przez chemiczne połączenie z czerwonymi krążkami krwi napięcie rozpuszczonego gazu zmniejsza się dotąd, dopóki nie nastąpi pewna równowaga w napięciu tlenu rozpuszczonego we krwi i związanego chemicznie. O ile napięcie chemiczne związanego gazu przekroczy pewną normę, zaczyna się wydzielać gaz do krwi płynnej.

W krwi tętniczej tlenu, związanego chemicznie jest 22% [objętości], rozpuszczonego 0,3%, w krwi żyłnej kw. węglowego, związanego chemicznie, 44%, rozpuszczonego 2,5%.

Co się tyczy chłonięcia tlenu, zawartego w powietrzu, pod względem ilościowym, to zestawienie nader licznych badań dało wyniki następujące: przy każdym spokojnym oddechu powietrze wydychane zawiera o 4,3% mniej tlenu i o 5% więcej kwasu węglowego, niż powietrze wdychane.

Widzimy więc, że płuca przy oddechu chłoną niewielką zaledwie część tlenu z powietrza, a jednak już nieznaczne zwiększenie zapotrzebowania tkanek na tlen pobudza narządy oddechowe do wzmocnionej czynności pomimo to, że zwykła ilość dostarczanego przez powietrze tlenu znacznie przewyższa ilość zapotrzebowania.

Fakt wspomniany tłómaczy się tem, że na chłonięcie tlenu we krwi wywiera bezpośredni wpływ nie cząsteczkowe ciśnienie tlenu w powietrzu atmosferycznym, a w powietrzu, znajdującem się w otoczeniu naczyń krwionośnych, czyli w pęcherzykach płucnych. Jakkolwiek pęcherzyki płucne dzięki swojej sprężystości zwiększają ciśnienie zawartego w nich powietrza, jednak cząsteczkowe ciśnienie tlenu jest w nich mniejsze, niż w powietrzu atmosferycznym, a to wskutek tego, że powietrze pęcherzyków płucnych jest mieszaniną napływającego przy oddechu świeżego powietrza z powietrzem, zmienionem przez zetknięcie z krwią płucną ¹⁾. Przy zwiększonym zapotrzebowaniu ustro-

¹⁾ Prof. R. KREBL. Pathologische Physiologie, Leipzig. 1900.

ju na tlen stopień wyrównania zależny jest nie tylko od przyśpieszonego obiegu krwi i odwietrzania w pęcherzykach płucnych, ale w znacznym stopniu i od wielkości oddechowej płuc. Przy znacznym pogłębieniu oddechu ilość wdychanego powietrza zwiększa się czterokrotnie, wtedy i stosunek świeżo napływającego powietrza do pozostającego w pęcherzykach zmienia się w tym samym stopniu. Przy usilnej pracy mięśniowej, kiedy zapotrzebowanie na tlen wzrasta 8—9-krotnie w porównaniu ze stanem spokoju, pogłębienie oddechu jest w stanie zadość uczynić przez dłuższy czas zapotrzebowaniom tkanek na tlen. Głęboki oddech wyrównywa znaczne rozrzedzenie powietrza i utrzymuje utlenianie tkanek w równowadze. Tem tłómaczy się objaw na pozór paradoksalny, że ruchy mięśniowe często zmniejszają objawy głodu tlenowego [KREHL], ponieważ wywołują pogłębienie oddechu i tym sposobem zwiększają ciśnienie tlenu w pęcherzykach płucnych.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

109. Finkelburg. Spostrzeżenia neurologiczne i badania przy znieczuleniu rdzenia kokainą i stowainą.

W porównaniu ze znieczuleniem rdzenia zapomocą kokainy, terazniejszą metodę znieczulania lędźwiowego stowainą z jednoczesnem użyciem przetworu nadnercza należy pożytywać za wielki krok naprzód. Technika tego zabiegu, stosowana na klinice chirurgicznej w Bonn, polega na tem, że choremu w pozycji siedzącej wstrzykuje się między 1-ym a 2-im lub między 2-im a 3-im kręgiem lędźwiowym, dokładnie na linii środkowej, 0,04—0,06 (*maximum*) stowainy z dodatkiem 0,11% soli kuchennej i 0,01% nadnercza. Zależnie od miejsca przedsiębranej operacji — krocze, kończyny dolne lub okolica pachwinowa — układa się przy tem chorego poziomo lub w położeniu na grzbiecie z uniesioną ku górze miednicą.

Po zastrzyknięciu daje się zauważyć szereg stopniowo się rozwijających zaburzeń czynnościowych ze strony układu nerwowego. Przedewszystkiem obok zaburzeń czuciowych w okolicy rozgałęzienia dolnych [3 — 5] nerwów krzyżowych, jako objaw wczesny występuje osłabienie, względnie zniesienie odruchu kolanoowego i ze ścięgna ACHILLESA; przytem odruchy ścięgnowe zostają zniesione już wówczas, gdy gruba siła mięśni dolnych kończyn jeszcze nie ujawnia wyraźnych zaburzeń, i jednocześnie zaburzenie czucia nie rozszerzyło się jeszcze na udo. Rozwijające się w ciągu kilku minut zaburzenie czucia na dolnych kończynach i tułowiu, dotyczy początkowo tylko uczucia bólu. Uczucie dotyku i temperatury ginie dopiero później, jeśli ginie wogóle. Uczucie położenia zawsze jest jasnym jeszcze wtedy, gdy inne rodzaje jądrowego czucia (*cremaster*) zostały zmienione. Prócz odruchu, odruchy skórne nikną stosunkowo późno; można przekonać się o ich obecności jeszcze w okresie z n a c z n y c h zaburzeń czucia. Wśród poszczególnych odruchów skórnych zazwyczaj dłużej zostają zachowane odruchy brzuszne, aniżeli stopowe. Najpóźniej występują zaburzenia ruchu, głównie dzięki anatomicznemu położeniu korzonków ruchowych w przedniej połowie jamy rdzeniowej. Przy pozio-

mem ułożeniu chorego, bezwład rozpoczyna się zazwyczaj od stóp, następnie opanowuje mięśnie brzucha i często dopiero potem przechodzi na mięśnie uda; od tego typowego obrazu bywają, oczywiście, wielorakie odchylenia. Badanie elektryczne zarówno drogą bezpośrednią, jak i pośrednią drażnienia obu rodzajami prądu wykazuje ilościowe lub jakościowe zmiany pobudliwości. Następnie autor zastanawia się, jakie zmiany jednocześnie zachodzą w zakresie czucia jamy brzusznej. Rozważywszy dane anatomiczne, dotyczące unerwienia tej jamy, autor dochodzi do wniosku, że, chcąc wywołać przy znieczuleniu lędźwiowym przez oddziaływanie na *nn. splanchnici* i *rami communicantes* głęboką bezwrażliwość jamy brzusznej, należy podzielać znieczulaczem aż do wysokości 4-go nerwu grzbietowego. Jest faktem znamiennym, że skóra, znajdująca się na wysokości tego nerwu grzbietowego, łatwo traci wrażliwość na ból, gdy jednocześnie bezbolesność części głębiej leżących jest tylko częściową, a nawet nie dopisuje już na wysokości 1-go odcinka lędźwiowego, ponieważ, jak wykazały badania, bardzo często pozostaje bolesną okolica *n. spermatici externi*. Według wszelkiego prawdopodobieństwa włókna, przebiegające od rdzenia do n. współczulnego, względem stowainy zachowują się fizjologicznie inaczej, niż nerwy skórne, są mniej czułe na truciznę, ponieważ SONNENBURG przy wielkich stosunkowo ilościach stowainy — do 0,07 — otrzymywał zadowolające znieczulenie jamy brzusznej i wykonywał nawet gastroenterostomie pod znieczuleniem lędźwiowym.

Przeciąg czasu, w ciągu którego działa stowaina, nawet przy jednakowo wielkich dawkach waha się dosyć wyraźnie w poszczególnych przypadkach. Zazwyczaj pierwsze objawy znikania powierzchownego znieczulenia dają się zauważyć po upływie $\frac{3}{4}$ — 1 godziny; niekiedy jednak jeszcze po upływie $1\frac{1}{2}$ godziny nie było wyraźnego powrotu do czynności normalnej.

Trudno rozstrzygnąć, czy w tej sprawie istotną rolę odgrywa osobnicza większa lub mniejsza wrażliwość na jad nerwowy lub też zmienne warunki krążenia cieczy mózgowo-rdzeniowej. Powracanie poszczególnych czynności następuje o wiele wolniej, niż nastąpienie znieczulenia, tak, iż wyrównanie zaburzeń daje się spostrzegać daleko dokładniej. Wyrównanie to odbywa się z pewną prawidłowością, tak, iż najpierw powracają ruchy, później czucie, a w s a m y m k o ń c u odruchy. Do wznowienia grubej siły w dolnych kończynach i tułowiu upływa zwykle pół godziny, licząc od chwili, kiedy staje się możliwym najmniejszy ruch. Mówiąc o działaniu następowem (*Nachwirkung*) stowainy, autor zaznacza, iż tylko w 3-ch przypadkach widział patologiczne wzmoczenie odruchów ścięgowych, które ujawniło się po ustąpieniu znieczulenia lędźwiowego. Z innych ubocznych, względnie następowych objawów zasługują na wzmiankę nieznaczne zaburzenia w opróżnianiu pęcherza i zwolnienie tętna; to ostatnie dało się zauważyć w 20% przypadków, przyczem tętno zazwyczaj spadało do 54 — 60 uderzeń na minutę. Czasami, zdaje się w zależności od stowainy, zjawia się nieznaczne podniesienie ciepłoty ciała.

Na podstawie prawidłowości, z jaką poszczególne zaburzenia czynnościowe pod względem czasu występują i znów znikają podczas znieczulania lędźwiowego, autor wnioskuje, że trujące działanie stowainy jest niejednakowe dla dróg nerwowych, służących do poszczególnych czynności, że, przeciwnie, pewne pierwiastki nerwowe są obdarzone szczególną wrażliwością na stowainę, np. drogi, przeznaczone do odruchów, są daleko wrażliwsze, aniżeli czuciowe i ruchowe. Można też przypuścić, że nawet pojedyncze rodzaje czucia, *resp.* drogi ich przewodnictwa, przedstawiają wyraźne różnice fizjologiczne w stosunku do stowainy: czucie dotyku i ciepłoty, a przede wszystkim czucie położenia regularnie znika później i wolniej, niż czucie bólu, przy ustąpieniu zaś znieczulenia wrażliwość na ból znów zjawia się najpóźniej, gdy wyrównanie czucia położenia odbywa się wcześniej.

Nieliczne spostrzeżenia, dokonane przez autora przy znieczulaniu rdzenia kokainą, dawały pod pewnymi względami zupełnie inny obraz kliniczny. Obok jasno wyrażonej bezbolesności od pępka ku dołowi odruchy skórne i ścięgnowe zawsze zachowywały się normalnie; uczucie dotyku i ciepłoty podlegało stosunkowo nieznacznym zaburzeniom. Uczucie położenia i ruchy pozostawały zazwyczaj nienaruszone. Dające się niekiedy spostrzegać niedowład są o wiele słabsze niż przy stowainie. A zatem kokaina oszczędza te przewodniki, które służą do odruchów, a które przedewszystkiem w najsilniejszym stopniu podlegają działaniu stowainy. Fakt, że właśnie czynność dróg odruchowych przedewszystkiem ginie przy znieczulaniu stowainą, wskazuje, zdaniem autora, jasno, że są one odmienne od pozostałych dróg nerwowych. A dalej, porównując zjawiska, postrzegane przy znieczulaniu stowainą i kokainą, otrzymuje się wrażenie, że składniki nerwowe, służące do różnych czynności, ujawniają różne usposobienie względem jadów nerwowych. Jeżeli działanie toksyczne odbywa się w stopniu nieznacznym lub też trwa krótko, to przedewszystkiem, w pewnych warunkach nawet wyłącznie, zostają uszkodzone tylko te drogi nerwowe, które są najbardziej czułe na odpowiednią truciznę. To też przy kokainie ginie przewodnictwo tylko dla bólu, gdy uczucie dotyku i ciepłoty, oraz drogi odruchów nie ujawniają widocznych zaburzeń.

Uspodobienie osobnicze względem działania stowainy, zdaje się, nie odgrywa wielkiej roli, jakkolwiek autor notował przypadki, w których zaburzenia poszczególnych czuć trwały niezwykle długo. Bądź co bądź, przy systematycznych badaniach następczych nigdy on nie stwierdzał długotrwałego uszkodzenia układu nerwowego.

(Münch. med. Woch. 1906. Nr 9).

W. Dobrowolski.

110. Lennander. Znieczulanie miejscowe i wrażliwość różnych narządów oraz tkanek.

Do znieczulania miejscowego używa L. przeważnie $\frac{1}{8}\%$, $\frac{1}{4}$ i $\frac{1}{2}\%$ roztworu kokainy z adrenaliną [2 krople roztworu 1:1000 *Adrenalini hydrochlorici* na 10 ctm. sz. roztworu kokainy]; na ogół nie należy przekraczać 3—5 cg. kokainy podczas jednej operacji; to też przeważnie należy stosować roztwory najslabsze [$\frac{1}{8}\%$]. By otrzymać *maximum* znieczulenia, należy rozpoczynać operację dopiero po upływie 20-u, nawet 30-u minut od chwili wstrzyknięcia płynu.

Co się tyczy wrażliwości poszczególnych narządów, wielkie znaczenie posiada fakt [dowodzony przez L. jeszcze w roku 1901], iż te narządy, które są unerwione tylko przy pomocy nerwu współczulnego albo też błędnego poniżej wyjścia nerwu *recurrentis*, są całkiem pozbawione czucia bólu, ucisku, ciepła i zimna. To też wszystkie niemal operacje brzuszne mogą być prowadzone w ten sposób, iż znieczulenie miejscowe lub ogólne [najlepiej eter] stosuje się tylko do otwarcia otrzewnej, gdyż główna część zabiegu [na kiszkiach, macicy, pęcherzyku żółciowym] nie wymaga żadnego znieczulenia.

Mózgowie [istota biała i szara] jest również zupełnie nieczułe na drażnienie żegadłem, prąd przerywany i zwykłe zabiegi operacyjne; opona twarda jest także prawdopodobnie niewrażliwa na uczucie bólu.

Przechodząc do innych okolic organizmu ludzkiego, opisuje L., w jaki sposób wykonywać należy znieczulenie przy operowaniu doszczętnem przepukliny pachwinowej. Na 20 minut przed zabiegiem wstrzykuje się $\frac{1}{4}\%$ -owy roztwór kokainy z adrenaliną pod skórę oraz nad i pod powięź; po przecięciu jej należy odszukać 2 lub 3 większe gałązki nerwowe, z nich jedna leży w głębi rany obok więzła POUPART'a; w gałązki te zastrzykuje się roztwór $\frac{1}{4}\%$ -owy. Po dojściu do worka przepuklinowego zastrzykuje się 2 ctm sz. tego

samego rozczywnu w tkankę łączną zaotrzewną powyżej i poniżej pierścienia oddzielenie worka i przeszycie go przy podobnem postępowaniu jest zupełnie niebolesne; wielkich worków nie należy wcale usuwać: wystarczy amputowanie, ich przy samej podstawie. Ilość ogólna zużytej kokainy nie przewyższa 2,5 do 3,5 cg.

Dokonawszy całego szeregu operacji najrozmaitszych przy znieczuleniu miejscowem, L. wyprowadza następujące wnioski ogólne.

Ciało ludzkie pokrywa skóra, która prawie wszędzie posiada czucie bólu, ucisku, ciepła i zimna. Głębiej położone mięśnie i powięzie posiadają o wiele mniejszą wrażliwość. Opłucna, otrzewna ościenna wraz z tkanką zaotrzewną, okostna i surowicze torebki stawowe — wszystkie posiadają czucie bólu we; natomiast według wszelkiego prawdopodobieństwa nie mają one czucia ucisku, ciepła i zimna. L. sądzi, iż największy ból sprawia rozciąganie, rozrywanie i tarcie błon surowiczych i okostnej o twarde podkład mięśni, ściągien i kości. Mózgowie, tkanka kostna, chrząstki, płuca, serce, naczynia krwionośne, gruczoł tarczowy, wątroba, śledziona, trzustka, mięsz nerek, kobiece narządy wewnętrzne — najprawdopodobniej są zupełnie pozbawione wszelkiego czucia; co do żołądka, kiszki i pęcherzyka żółciowego, L. jest o tem najzupełniej przekonany.

(Mitt. a. d. G. d. Med. u. Chir. 1906 T. XV, Z. V.).

E Lewenstern.

III. B. Schiassi. Otorbienie śledziony (*splenocelejisis*) przeciwko niedokrwistości śledzionowej (*anaemia splenica*) i chorobie BANTI'ego.

Autor na wstępie w kilku słowach daje naukowe określenie *anaemiae splenicæ* i choroby BANTI'ego. Pierwsza z nich charakteryzuje się zwolna wzmagającą się niedokrwistością, którą zawsze poprzedza i której następnie zawsze towarzyszy bardzo wyraźne powiększenie śledziony, bez zmian leukemicznych we krwi i bez zmian w narządach chłonnych. Pierwsze przypadki były opisane przez: WOILLEZ'a, GRESEL'a, GRIESINGER'a, lecz dopiero BANTI w 1882 r. określił stanowczo anatomiczny i kliniczny charakter tego cierpienia. W 1894 r. tenże BANTI opisał w „*la Semaine médicale*” inne cierpienie bardzo zbliżone do poprzedniego w swoim początkowym okresie, w późniejszym jednak różniące się znacznie, mianowicie do zaburzeń w ustroju, spotykanych w *anaemia splenica*, dołącza się marskość wątroby przerostowa z puchliną brzucha (*cirrhosis hepatis hypertrophica et ascites*). To drugie cierpienie znane jest dziś pod nazwą choroby BANTI'ego. Dalej autor zaznacza, że w poszukiwaniu i badaniu przyczyn powstania *anaemiae splenicæ* badacze za mało przywiązują wagi do czynników usposabiających, mianowicie większość chorych są to kobiety o „typie chlorotycznym”, które już od urodzenia mają skłonność do zaburzeń w układzie naczyniowym. W anemnezie ich napotyka się z wrodzoną słabością, delikatnością budowy ciała, ze skrofulami, z pochodzeniem od chorych rodziców, lub od alkoholików, następnie z zaburzeniami w miesiączkowaniu i t. d. Otóż u takich ludzi pod wpływem jakichś swoistych, nie zbadanych jeszcze dokładnie zarazków (*germes infectieux*) rozwija się cierpienie śledziony, która stopniowo się powiększa, oteczka jej grubieje, powstają zrosty z żołądkiem, kiszkami, siecią, otrzewną ścienną, a niedokrwistość, według BANTI'ego, jest już następstwem tego przerostu śledziony (*splénomégalia*).

Autor rozpatrując związek przyczynowy pomiędzy zmianami w śledzionie przy *anaemia splenica* a towarzyszącymi im zaburzeniami we krwi, dochodzi do wniosku, iż ogólna liczba leukocytów znacznie zmniejsza się wskutek upośledzenia czynności śledziony, przyczem szpik kostny i gruczoły limfatyczne nie

są w stanie zastąpić jej w pracy w sposób należyty. Co się zaś tyczy czerwonych krążków krwi, to ulegają one dużym zmianom, mianowicie zmniejsza się ilość barwika (*oligochromaemia*) i ilość czerwonych krążków (*oligocytaemia*), co zależy, zdaniem autora, od tego iż erytrocyty w samej śledzionie w czasie zbyt długiego przebywania w jej komorach (*lacunae*) ulegają pewnego rodzaju obrażeniu i już chore dostają się do ogólnego obiegu krwi. Tu autor różni się zasadniczo z poglądami BANTI'ego i MARAGLIANO, którzy twierdzą, że chora śledziona wytwarza pewne trujące substancje, szkodliwie działające na krew po dostaniu się do niej przez żyłę śledzionową i będące przyczyną niedokrwistości.

Wychodząc ze swego założenia, autor stawia dwa następujące wymagania leczenia: 1-o zmniejszyć ilość krwi, która krąży w komorach śledziony i 2-o stworzyć warunki możliwie szybkiej cyrkulacji krwi w śledzionie. Ten podwójny cel można osiągnąć zapomocą operacji, nazwanej przez autora *splenocleisis* [zamknięcie—uwięzienie śledziony] i polegającej na stworzeniu dla śledziony mocnej otoczki z tkanki łącznej.

Technika operacji jest następująca:

Na dwa palce poniżej lewego łuku żeberowego, równoległe do niego robi się cięcie od *epigastrium* do *hypochondrium* po przedłużonej *linea axillaris media*; mięśnie i otrzewną rozcina się na tej samej długości, poczem obnaża się śledzionę. Następnie lewą ręką podsuwa się pod dolny brzeg śledziony i wprowadza się szeroki pas gazy jodoformowej, którym należyście owija się dolną część śledziony; w taki sam sposób wprowadza się dwa inne pasy, z których jeden owija wewnętrzną wklęsłą powierzchnię śledziony, aż do wnęki, drugi—zewnątrzną wypukłą; te pasy gazy muszą dobrze łączyć się z pierwszym dolnym pasem; nakoniec przy pomocy dwóch innych pasów gazy owija się brzeg górny śledziony; górne końce tych pasów gazy wyprowadza się z rany i umieszcza się w jej kątach; po owinięciu śledziony, całą dostępną część jej powierzchni lekko skrobie się ostrą łyżeczką, poczem ranę zaszywa się węzełkowym piętrowym szwem jedwabnym, czy też mocnym szwem katgutowym; kąty rany pozostają niezasyte i przez nie wychodzą końce gazy. Piątego lub szóstego dnia część gazy się usuwa, z początku górne i wewnętrzne pasy umieszczone pomiędzy śledzioną a przeponą brzuszną; następnym dni wyjmuje się resztę; na ostatku pas okrywający dolny biegun śledziony; 9-go lub 10-go dnia można pozoszywać kąty rany. Otóż ta operacja drogą drażnienia wywołuje formowanie się naokoło śledziony obfitej ilości tkanki łącznej, która, kurcząc się, ścisła chory narząd i usuwa jego bierne przekrwienie, z drugiej strony, w tej nowej tkance łącznej powstają liczne naczynia żyłne, łączące naczynia śledziony z naczyniami ściany brzusznej i trzew, skutkiem czego dużo krwi płynącej ze śledziony omija drogę od żyły śledzionowej do wątroby, szybko wpływając do ogólnego obiegu krwi. A więc ta nowa otoczka śledziony i jej naczynia czynią zadość wymaganiom stawianym przez autora: zmniejsza się przekrwienie bierne śledziony i przyspiesza się jej wewnętrzne krążenie krwi.

Autor wykonał taką operację z doskonałym wynikiem u dwóch chorych kobiet na *anaemia splenica*. Obie przedtem były leczone środkami wewnętrznymi, lecz z wynikiem ujemnym. Pierwsza miała hemoglobiny — 24, *v. g.* (*la valeur globulaire*)—0,36, białych ciałek 1,800 w millimetrze kub.; śledziona była wielkości 32 ctm. × 18 ctm., druga miała w tych samych warunkach hemoglobiny—40, *v. g.* — 0,45, białych ciałek — 4000 w millimetrze kub.; śledziona—30 ctm. × 20 ctm. Obie były poddane opisanej operacji, ze śledziony jednocześnie były wycięte małe kawałki do badania drobnowidzowego. Po operacji u pierwszej chorej po 4-ch miesiącach było hemoglobiny—92, *v. g.*—0,88; u drugiej po 3-ch miesiącach—ilość hemoglobiny wynosiła 84, *v. g.*—0,80.

W obydwóch przypadkach śledziona zmniejszyła się w przeciągu tego czasu prawie pięć razy.

Ten dodatni wynik leczenia trwa już rok cały. Autor zaznacza jeszcze, że po zmniejszeniu szkodliwego wpływu śledziony warto jest przystąpić do o p o t e r a p i i, która daje wtedy doskonałe wyniki, szczególnie w połączeniu z leżeniem w łóżku i dobrem odżywianiem. Co się tyczy leczenia choroby BANTŹEgo, to autor, powołując się na swoją pracę wydrukowaną 3 lata temu w „*La Semaine médicale*”, proponuje także *splenocleisin*, ale poprzedzoną przez przysycie sieci (*omentopezia*), skutkiem którego następuje polepszenie krążenia systemu *vena portae* i usunięcie wodnej puchliny.

(*La Semaine médicale* 1906 Nr. 7).

Dr. Fiedorowicz.

112. F. Lejars. Postaci niepełne wgłobienia kiszek (*ileus*).

Mowa o pewnych postaciach niedrożności kiszek, przedstawiających się niewyraźnie, zwłaszcza z początku, mających przebieg dość przewlekły i skłonnych jak gdyby do pomyślnego zakończenia bez interwencji chirurgicznej, zachęcających do wyczekiwania i do leczenia wyłącznie lekarstwami. Otóż zdaniem autora te postaci są bardzo niebezpieczne, albowiem taki *ileus* często ukrywa poza sobą inną poważną chorobę, pozostającą nierozpoznaną, a nieraz śmiertelną; poza tem wyczekiwanie grozi rozwinięciem się tak zw. stercoremii i śmierć może nastąpić nie wskutek zgorzeli kiszek, albo zapalenia otrzewnej, lecz wskutek zatrucia krwi truciznami z kału; przy tem nigdy nie wiadomo ile tej trucizny wchłonie organizm w każdej chwili i czy już nie zapóźno na jakikolwiek ratunek.

Autor rozpatruje trzy gatunki takiej niewyraźnej niedrożności kiszkowej: 1-o *ileus* w następstwie innych ostrych, zapalnych cierpień w jamie brzusznej, cierpienie jednak ukrytych i objawiających się tylko nagłym napadem niedrożności kiszek. 2-o *ileus*, następujący wskutek swoistej mechanicznej przyczyny, istniejącej w jamie brzusznej od dłuższego czasu i wcale nie wywierającej na kiszki cokolwiek znaczniejszego ucisku, zdolnego do zupełnego zatamowania drożności kiszkowej. 3-o *ileus paralyticus et spasmoticus*.

Autor przytacza sporo przykładów z praktyki własnej i z literatury, w których *pseudoileus* maskował *appendicitidem perforativam*, różne nowotwory i zrosty; *ileus* bywał skutkiem paraliżu lub przeciwnie, sterczu pewnego odcinka kiszek, przyczem te zjawiska ze strony mięśni kiszek występowały jako odruchy na pewne podrażnienia, wywołane na przykład przez glisty, przez uraz albo inne jakieś swoiste cierpienie kiszek, zgoła w innem miejscu, przez zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym i t. d.

We wszystkich opisywanych przypadkach *ileus* przedstawiał się niewyraźnie: jużto było zupełne zatrzymanie stolców i wiatrów, które po kilku dniach i prędzej ustępowało wskutek zabiegów leczniczych lub nawet samo przez się; jużto nie było zupełnego zatrzymania; stan chorych jednak acz powoli, lecz się pogarszał; napady *ileus* powtarzały się. Przypadki operowane w porę (*laparotomia, anus praeternaturalis*) dawały wyleczenie, nie operowane — prowadziły do smutnego końca, często tylko wskutek stercoremii; sekcyja zwłok w tych ostatnich przypadkach nie wykazała innej przyczyny śmierci. Autor więc usilnie zwraca uwagę na to, by zawsze b a r d z o p o w a ż n i e t r a k t o w a ć n a j l Ź e j s z e p o s t a c i *ileus*, nie dawać się zwodzić pozorom dobrośliwości i łagodności napadów. Zawsze obawiać się możliwej stercoremii! Autor zgadza się z tem, że na samym początku choroby, póki ogólny stan chorego jest zupełnie zadowolający, można spróbować środków terapeutycznych i w pierwszym rzędzie elektryczności (*lavements electriques*). Ale jeżeli *ileus*, najbardziej niewyraźny, niekompletny trwa przez czas cokolwiek dłuższy, to,

nie czekając, aż się pokażą wyraźne objawy sterczkoremnii, przygnębiecie i zmiana tętna, upadek ciepłoty, zmiana wyglądu (*facies*), nie dopuszczając osłabienia chorego, należy się zwrócić do chirurga i przystąpić do operacji, najlepiej laparotomii, która da możebność dokładnego zbadania i często doszczętnego usunięcia przyczyny choroby; w pewnych określonych przypadkach, ma się rozumieć, wystarczy prosta *enterostomia* czyli *anus praeternaturalis*.

(*La Semaine médicale* 1906, Nr. 9).

Z. Fiedorowicz.

113. Eiselsberg. Małe cięcie brzuszne, jako metoda przy wycinaniu wyrostka robaczkowego.

Omawiając sprawę małego cięcia brzuszego, zalecanego przez HAHN'a i BIER'a głównie dla t. zw. *Intervalloperation*, autor uważa, iż bezcelowem jest podnoszenie wielkości cięcia brzuszego do godności metody, ponieważ w tych razach zwykle chodzi o pojęcie względne. Mianem dużego określamy takie cięcie, którego rozmiary są dostateczne, aby dokładnie można było przyrzeć się warunkom anatomicznym danej okolicy. Wszak nikt nie będzie powątpiewał, że przy cięciu wielkości dziurki od guzika można usunąć wyrostek, którego zapalenie jest ograniczone i który nie jest zrośnięty z okolicą. Opierając się na swém osobistem doświadczeniu, autor twierdzi, iż w $\frac{1}{3}$ części swych przypadków miał do czynienia z takimi zrostami, że cięcie małe [w rozumieniu HAHN'a—BIER'a] uniemożliwiłoby wycięcie wyrostka.

Co się tyczy przypadków ostrych, mianowicie powikłanych ropieniem, szczególnie gdzie nie nastąpiło jeszcze otorbienie, przypadków, które mogą być połączone z często ukrytymi ropniami, autor ostrzega przed stosowaniem w nich małego cięcia; jego cięcie w takich razach ma co najmniej 7 cm. długości. Biorąc pod uwagę wykonane przezeń 494 operacje na wyrostku robaczkowym, autor wnioskuje, że zazwyczaj cięcie dłuższe jest daleko pewniejsze, jakkolwiek w poszczególnych, a nadających się przypadkach, można, oczywiście, zmniejszać długość tegoż—ale to bynajmniej nie znaczy, aby cięcie długie, czy krótkie można było uważać za jakąś „metodę”.

(*Zentrbl. f. Chir.* 1906, Nr. 11).

W. Dobrowolski.

114. Gelpke. Stosowanie guzika Murphy'ego w chirurgii żołądka i kiszek od r. 1896—1905. 54 przypadki.

Na podstawie spostrzeżeń, dokonanych w 54-ch przypadkach, w których użyto guzika MURPHY'ego, oraz na zasadzie odpowiednich danych, znalezionych w literaturze lekarskiej, autor zajął się rozpatrzeniem wartości porównawczej guzika MURPHY'ego i szwu przy zabiegach chirurgicznych z otwarciem światła jelit i żołądka. *Resumé* pracy streszcza się we wnioskach:

- 1) zwężenia częściej następują po zastosowaniu szwu;
- 2) jakkolwiek nie dotyczy to kiszek, jednak przy gastroenterostomii przedniej po użyciu guzika przedziurawienia zdarzają się częściej, niż po szwie CZERNY'ego—LEMBERT'a;
- 3) obecność guzika sprzyja zaparciu stolca, wskutek zatkania światła tegoż guzika przez pestki owoców [śliwek, wisien etc.] lub zbite masy kałowe;
- 4) w rzadkich stosunkowo przypadkach mamy do czynienia z następczą martwicą od ucisku i z przedziurawieniem, zależnemi wogóle od tego, że przy metodzie MURPHY'ego pozostające w przewodzie pokarmowym niepodlegające wchłonięciu ciała obce, którego wydalenia często trzeba oczekiwać przez całe tygodnie i miesiące, tkwi uporczywie w uchyłkach lub kiszce ślepej. Bądź co bądź obawa takiego powikłania nie należy do zjawisk częstych: z pośród przeszło tysiąca operacji z użyciem guzika raz tylko stwierdzono następczą niedrożność jelit;

5) wszyscy autorowie orzekają, że użycie guzika skraca czas trwania operacji, co posiada szczególne znaczenie tam, gdzie drogocenną jest każda minuta.

Z przytoczonych względów autor nie używa guzika:

1) przy operacjach na jelicie grubym;
2) przy przewlekłym zaparciu jelita cienkiego [zwężenia bliznowe, rak i t. p.];

3) przy gastroenterostomii z powodu dobrotliwego zwężenia odźwiernika.

Wielce zaś odpowiednim, według autora, okazał się omawiany przyrząd:

1) przy przepuklinach zgorzelinowych jelita cienkiego z rozlanem nacieczeniem i zapaleniem jelita doprowadzającego;

2) przy gastroduodenostomii po rezeceji odźwiernika, gdzie nałożenie szwu było niemożliwe wskutek silnego napięcia;

3) przy operacjach zachowawczych na żołądku i u osobników bardzo osłabionych autor wykonywa tylną gastroenterostomię z guzikiem;

4) przy anastomozie BRAUN'a (*Schenkelanastomose*), jako drugi akt *gastroenterostomiae anterioris*.

Oczywiście, iż jednym z pierwszych warunków udanej operacji jest należyty fabrykat i dokładane władanie techniką.

Co do tej ostatniej, to, oprócz szwu LEMBERT'a i przymocowania sieci, autor wprowadził pewne drobne modyfikacje przy zakładaniu guzika, np. zarzuca zalecany przez MURPHY'ego szew kapciuchowy, a zamiast niego, przy bocznych anastomozach, gastroenterostomii lub anastomozie BRAUN'a robi zwyczajne cięcie, dostatecznie duże, aby zmieścić się mógł guzik, i miejsce przecięcia ściśle przymocowuje do szyjki guzika [jego połówki] 1—2 szwami katgutowymi, tak, iż pierwsza nitka katgut u zostaje obciążona naokoło szyjki guzika i przez to mocno ją utrzymuje. Pozostałe modyfikacje metody ze względu na swe niewielkie znaczenie techniczne nie zasługują na specjalne wyszczególnienie.

Z zestawienia 54-ch żołądkowo-kiszkowych, resp. kiszku-kiszkowych połączeń zapomocą guzika MURPHY'ego widzimy, iż metodą tą autor wykonał: 16 rezeceji odźwiernika, 2 rezeceje kiszki ślepej, 10 przepuklin zgorzelinowych, 26 gastroenterostomii i ileokolostomii. Z pośród chorych po rezeceji odźwiernika czterej zmarli w następstwie operacji, jeden w okresie zdrowienia z powodu apopleksji bez widomego związku z operacją; ogółem śmiertelność — 26%. Po gastroenterostomiach śmiertelność dosięgła 19%, przy *hernia gangraenosa* — 40%.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. T. 81, Z. 3 — 4.*)

W. Dobrowolski.

115. Kappeler. Wyniki leczenia zapalenia okątniczego.

W ciągu 10-iu lat autor spostrzegał ogółem 150 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, z których zmarło 18, t. j. 12%. Na 121 chorych operowanych umarło 16-u, t. j. 13,2%; po wykluczeniu przypadków, operowanych w okresie wolnym od napadów (*im freien Intervall*), przy których nie było ani jednego zejścia śmiertelnego, otrzymamy z 72-ch przypadków, operowanych w okresie zapalnym, 16 *exitus letalis*, co wynosi 22%. Z owych 72-ch poddano 16 operacji przed upływem 48-u godzin, przyczem jeden przypadek zakończył się śmiertelnie, czyli śmiertelność wyniosła 6%, zaś 56 — po upływie 48-u godzin, w czem zejść śmiertelnych 15, czyli 26%. Następnie przy objawach postępującego zapalenia otrzewnej zoperowano 7-u chorych przed upływem pierwszych 48-u godzin, z nich zmarł jeden, czyli śmiertelność = 14%. Z liczby 14-u takichże chorych, lecz operowanych po upływie pier

wszych 48-u godzin od początku choroby, zmarło 10 u, czyli 71%. Z tej małej statystyki wynika, że średniego natężenia przypadki zapalenia okątniczego są często spowodowane przez poważne zmiany anatomiczne, które bez wczesnego zabiegu chirurgicznego prowadzą do zejścia śmiertelnego; że najcięższe przypadki z postępującym zapaleniem otrzewnej, operowane po upływie 48 u godzin, wykazują przerażającą odsetkę śmiertelności, odwrotnie zaś przy wczesnym zastosowaniu zabiegu krwawego; że wreszcie przypadki, w których następuje otorbienie ogniska zapalnego, podlegają w następstwie rozlicznym powikłaniom, przykuwającym na długo chorego do łóżka, a niekiedy prowadzącym nawet do śmierci. Na podstawie tego wszystkiego, autor proponuje następujące wytyczne leczenia: 1) w przypadkach, które d stają się do rąk lekarza przed upływem pierwszych 24-ch godzin od początku choroby, zachować się najpierw wyczekująco, o ile dany przypadek jest zupełnie lekki; konieczną atoli jest najdokładniejsza kontrola, aby przy wszelkiem pogorszeniu wykonać natychmiastową operację. Mianem lekkich autor oznacza te przypadki, które rozpoczynają się od zaparcia stolca, wymiotów, które to objawy później już się nie powtarzają, oraz od mniej lub więcej silnych bólów w okolicy krętniczokątniczej, nie dosięgających atoli nigdy bardzo wysokiego, nieznośnego stopnia; ciepłota nie ulega istotnemu podwyższeniu, zresztą w tym razie spada następnego dnia. Wogóle, objawy ogólne i miejscowe już po upływie 24-ch godzin stopniowo znikają. W przypadkach średniego natężenia i ciężkich najpewniejszym zabiegiem jest operacja, często nawet w ciągu kilku pierwszych godzin od początku choroby.

Jeżeli chory poddaje się opiece lekarskiej dopiero po upływie 48-u godzin od początku cierpienia, to w lekkich przypadkach otorbionego ropnia można jeszcze zachować się wyczekująco, pamiętając jednak o tem, iż w razie jakiegokolwiek pogorszenia należy choremu zalecić natychmiastowe poddanie się operacji.

Tam, gdzie mamy do czynienia z objawami zagrażającymi oraz przy postępującym zapaleniu otrzewnej jedynym zabiegiem racjonalnym jest operacja, jakkolwiek w przypadkach ostatniej kategorii — z niewielkimi widokami powodzenia.

Każdemu choremu, który przeszedł napad zapalenia okątniczego, usilnie trzeba zalecać operację w okresie uspokojenia (*Intervalloperation*), która przedstawia bardzo nieznaczne niebezpieczeństwo, ponieważ zanik (*Verödung*) wyrostka robaczkowego po jednym lub kilku napadach zapalenia stanowi zjawisko rzadkie.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chir. T. 81, Z. 5 — 6.*)

W. Dobrowolski.

116. Welsch. Przyczynek do zaobiegania i leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.

Przeciwnik operowania w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego *à chaud*, t. j. w ciągu pierwszych 36-u—48-u godzin od chwili wystąpienia napadu, autor zaleca nie obniżać zbyt wartości leczenia wewnętrznego w tem cierpieniu. Jego zdaniem jedynie w ostrym napadzie można pozostawić chirurgowi decyzję, czy należy uciec się do krwawego zabiegu, czy też nie; co zaś się tyczy postaci o łagodnym, przewlekłym przebiegu, u których nie było jeszcze żadnego ostrego napadu, to cel pożądanym daleko pewniej da się osiągnąć na drodze leczenia wewnętrznego i fizykalno-dyetetycznego, ponieważ „w tego rodzaju przypadkach i operacja dawała często wynik zupełnie ujemny, co dowodzi, iż sprawy zapalne wyrostka robaczkowego mogą uleść tak wybitnym przemianom wstecznym, że następuje samowyleczenie“. Z drugiej atoli strony autor sam przyznaje, że pytanie, które przy-

padki winny być leczone radykalnie, a które — zachowawczo, pozostanie tak długo nierozstrzygnięte, dopóki nasze środki rozpoznawcze, jak liczenie białych ciałek krwi, napięcie ściany brzusznej, stan ogólny i t. d., nie będą w stanie dokładnie odtwarzać anatomicznego stanu wyrostka. Zanim więc nastąpią te idealne czasy, należy z całą troskliwością zapobiegać temu cierpieniu. W obec tego, że często istnieje związek przyczynowy pomiędzy zapaleniem wyrostka robaczkowego a nieżytami żołądka i kiszek, należy u osób do 30-go roku życia bezwarunkowo leczyć te nieżyty, usuwać fermentację w kiszka-
kach, o ile ta istnieje, szczególnie u osób młodych, które nie ujawniają należytej wstrzemięźliwości i ostrożności w pożywieniu. Przy gwałtowniejszym występowaniu zapalenia wyrostka robaczkowego podczas epidemii influen-
cy zaleca się pilne baczenie na prawidłowe wypróżnienia, a więc koniecznym jest też zmniejszenie ilości spożywanego mięsa. Przechodząc do samego leczenia omawianej choroby, autor zatrzymuje się dłużej nad stosowaniem w tym względzie wód mineralnych i kąpielii, co, według niego, w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego zasługuje na coraz większe uznanie. Specjalnie zaleca solanki w połączeniu z kąpielami borowinowymi w Kissingen.

(*Münch. med. Woch. 1906. Nr. 12*).

W. Dobrowolski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcji chirurgicznej z d. 9.I. 1906 r.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 14].

Należy pamiętać i o tem, że kula często wtacza do jamy pęcherza moczowego strzępki ubrania, odłamki zdruzgotanej kości, wreszcie sama kula lub części jej mogą pozostać w jamie pęcherza moczowego. Powodują one mocne podrażnienie tegoż, bywa to jednak na razie brane za następstwo zranienia. Gdy jednak podrażnienie trwa zbyt długo, nie ustępując pomimo stosowania tych lub innych sposobów leczniczych, wtedy należy przekonać się, czy pęcherz moczowy nie zawiera ciała obcego, ew. usunąć je w sposób odpowiedni.

Co się tyczy leczenia, to przede wszystkim i za wszelką cenę należy starać się stworzyć stały i dokładny odpływ moczu, nawet wtedy, gdy cewka moczowa uległa od pęcherza moczowego oderwaniu.

KRYŃSKI co do techniki operowania na pęcherzu zaznacza, że i obecnie, jak dawniej, panuje w tym względzie obawa otworzenia otrzewnej. Przed 20-u laty RYDYGIER wykazał, że należy zużytkować plastyczność otrzewnej i zastosował *sectionem altam intraperitonealem*. Obecnie wskazania do operacji RYDYGIERA uległy ograniczeniu; posilkujemy się teraz odklejaniami otrzewnej ku górze.

ODERFELD do objawów podanych przez LEŚNIEWSKIEGO dodałby jeszcze jeden objaw, którego obecność w początkowych okresach ran postrzałowych pęcherza z dużym prawdopodobieństwem świadczy o obecności rany — mia-

nowicie napięcie mięśni prostych brzucha. Nieobecność wszakże tego objawu nie wyklucza obecności rany.

Borzymowski spostrzegł 3 przypadki ran postrzałowych pęcherza moczowego. W pierwszym śmierć nastąpiła bardzo szybko; drugi, analogiczny do przypadku STANKIEWICZA, miał zejście pomyślne, trzeci wreszcie — zranienie pęcherza moczowego i jelit — skończył się śmiercią na 3-ci dzień po zeszcyciu jelit i pęcherza. Za najpewniejsze objawy zranienia pęcherza mocz. B. uważa umiejscowienie rany w okolicy pęcherza oraz zapach moczu w wydzielinie rany. Rozpoznanie nastęrcza więcej trudności, jeżeli kula dąży od tyłu ku przodowi. Według B. podrażnienie otrzewnej wyraża się napięciem nie tylko mięśni prostych brzucha, lecz i innych mięśni ściany brzusznej. W klinice MIKULICZA B. widział, że chorego z raną pęcherza i wyraźnym płynem w jamie otrzewnej operowano dopiero po 24-ch godzinach i pomimo to przebieg był pomyślny. Wnosić stąd można, że mocz, wypływający wprost z pęcherza, nie koniecznie powodować musi zakażenie otrzewnej. Co do używania cewnika na stałe, B. uważa to za dobre, lecz niezawsze za konieczne i skuteczne.

ODERBEELD odpowiada BORZYMOWSKIEMU, że nie chodzi mu o ogólne napięcie powłok brzusznych, towarzyszące rozwiniętemu zapaleniu otrzewnej, lecz wyłącznie o napięcie mięśni prostych brzucha — objaw, spotykany wyłącznie w początkowych okresach wskutek ran kiszek, pęcherza moczowego i t. p.

STANKIEWICZ w odpowiedzi KRYŃSKIEMU zaznacza, iż RYDYGIER poraz pierwszy zalecał przy cięciu nadłonowym przecięcie jednoczesne otrzewnej z powodu wydobycia znacznej wielkości kamienia, utworzonego naokoło podwójnej szpilki. Kamień ten demonstrował na posiedzeniu Zjazdu lekarskiego we Lwowie w r. 1888 i zalecił zawsze otwierać otrzewną, gdyż ta, mając wysokie zalety plastyczne, ułatwia nawet następny zrost rany pęcherzowej. S. nie podzielał optymizmu RYDYGIERA i dowodził, że nawet największe kamienie, a także i nowotwory można operować, nie otwierając otrzewnej. Skutkiem bowiem łatwego odluszczenia fałdy otrzewnej na przedniej ścianie pęcherza, można ją na kilka centymetrów ku górze odsunąć i o tyle przedłużyć cięcie pęcherza. Wreszcie w przypadku, w którym skutkiem przewlekłego zapalenia tkanek fałda otrzewnej zrosnięta była ze spojeniem łonowym, S. po otwarciu otrzewnej wprowadził palec i na nim oddzielił nożem otrzewną od spojenia, a następnie zaszył ranę i otrzewną odsunął na kilka centymetrów ku górze. W tym razie zrobił cięcie poprzeczne pęcherza i kamień wy dobył.

BORSUK zaznacza, że parokrotnie dokonywał *sectionem altam* na dorosłych i na dzieciach i zawsze mógł z łatwością fałdę otrzewnej zesunąć z pęcherza ku górze, co szczególnie łatwym było u dzieci. Z tej to przyczyny sądzi, że sposób RYDYGIERA co do otwierania rozmyślnego otrzewnej, jest w wielu razach zbyt technicznym.

BORSUK twierdzi, że świeży mocz, wylany do jamy brzusznej, nie powoduje zapalenia otrzewnej. Na dowód tego przytacza przypadek obserwowany w klinice MIKULICZA w Królewcu 1890 r. Wieczorem osobnik młody pił dużo piwa, był pijany i w chwili, kiedy pęcherz był przepelniony, został uderzony w brzuch tępym narzędziem; zaraz potem utracił zupełnie przytomność, był przewieziony do kliniki MIKULICZA, który nazajutrz przy założeniu cewnika w pęcherzu moczu nie wykrył. Zaraz dokonał laparotomii, znalazł rozdarcie pęcherza, które zaszył, a dużo uryny, znajdującej się wśród kiszek, gębkami [gdyż wtedy gąbki były w użyciu] usunął i po takim wytoaletowaniu jamy brzusznej zaszył ją naглуcho. Przebieg był idealny, bez żadnych objawów zapalenia otrzewnej. Następnie B. opisuje inny przez siebie operowany przypadek. Chory nadział się na pał, przyczem zranione zostały odbytnica,

zagięcie esowate i pęcherz moczowy. Po otworzeniu jamy brzusznej wycięto zagięcie esowate, zaszyto pęcherz moczowy i założono rozdarty worek MIKULICZA; chory wyzdrowiał bez objawów ogólnego zapalenia otrzewnej. Operacja ta była zrobiona na trzeci dzień po wypadku, a chorego wieziono do Warszawy 8 mil wyboistą drogą.

LEŚNIEWSKI nie znajduje ścisłych, a przynajmniej częstych wskazań do wewnątrzotrzewnego operowania pęcherza moczowego sposobem prof. RYDYGIERA. Zazwyczaj otrzewna daje się z dużą łatwością oddzielić na tępo od całej przedniej powierzchni, nawet poza wierzchołek pęcherza moczowego, pozwalając bez dużych trudności szeroko otworzyć tenże. W pewnych, zresztą bardzo rzadkich przypadkach, może, z powodu przebytych spraw chorobowych, stać się oddzielenie otrzewnej niewykonalnem. Wówczas, po uprzednim przekonaniu się o tej okoliczności, wolałby L. odciąć poprzecznie otrzewną od przedniej powierzchni pęcherza, wyciągnąć pęcherz moczowy na zewnątrz, i odciętą otrzewną przyszyć do tylnej powierzchni pęcherza. W ten sposób otrzymałby się doń swobodny dostęp i dalszy ciąg operacji pozostałby zewnątrzotrzewnym.

SAWICKI zwraca uwagę, że w przypadku STANKIEWICZA kula musiała spowodować dwa otwory w pęcherzu. Zatoka, którą S. otworzył na pośladku, mogła pochodzić od tylnej rany pęcherza, gdy nacieczenie ropne w *cavum Retzii* spowodowane było przednią raną.

S. zapytuje KRYŃSKIEGO, czy prof. RYDYGIER wykonywa cięcie pęcherza wewnątrzotrzewne także w przypadkach ropnego zapalenia pęcherza.

STANKIEWICZ odpowiada SAWICKIEMU, że odbytnica była przestrzelona i że rana odbytnicy zagoiła się, a wtedy zapewne zagoił się i kanał tylny. Przedni natomiast kanał rany ciągle wypełniał się moczem, tkanka luźna między pęcherzem moczowym a odbytnicą zropiała; stąd zapewne poszło ropienie wtórne i S. musiał wykonać przeciwotwór celem opróżnienia przestrzeni *Retziusa*.

W odpowiedzi na zapytanie LEŚNIEWSKIEGO opisuje KRYŃSKI sposób operowania śródotrzewnego na pęcherzu, podany przez RYDYGIERA jako *sectio alta introperitonealis*. Operacja ta, jak wiadomo, polega na dostaniu się do pęcherza drogą laparotomii, otwarciu i zaszyciu ściany pęcherza, pokrytej otrzewną, podobnie, jak postępujemy z jelitami lub żołądkiem. Myślą przeważnie RYDYGIERA było tu zużycie tych własności plastycznych, jakie posiada błona surowicza przy zrastaniu ran narządów brzusznych. Obecnie jednakże i sam autor rzadziej stosuje tę metodę operacyjną, odkąd doświadczenie kliniczne przekonało nas, że przy *sectio alta* zwykłej można przednią górną powierzchnię pęcherza obnażyć na znacznej przestrzeni z błony surowiczej i w ten sposób umożliwić dość rozległe nawet cięcia ściany pęcherzowej bez otwarcia jamy otrzewnej, co ważne posiada znaczenie w przypadkach nowotworów lub też kamieni pęcherzowych znacznych rozmiarów.

STANKIEWICZ sądzi, że po otworzeniu przestrzeni *Retziusa* można zawsze odsunąć otrzewną, uważa jednak za stosowne, żeby przed otworzeniem pęcherza wymyć go dokładnie, po otworzeniu wybrać płyn i dopiero wtedy otworzyć otrzewną, o ile zajdzie tego potrzeba.

W kwestyi obecności moczu w jamie otrzewnej RYŻKO zaznacza, że, o ile nie następuje zakażenie z zewnątrz, to obecność moczu sama przez się nie zawsze bywa niebezpieczną. Popiera to swoje zdanie przypadkiem, w którym przy wyluszczeniu dużej torbieli międzywęzłowej, prawdopodobnie przy podwiązaniu w głębi brzucha, została schwyciona w podwiązkę ściana moczowodu. Wskutek tego w moczowodzie wytworzyła się następnie przetoczka i mocz sączył się powoli do jamy brzusznej. W trzy, czy cztery tygodnie po operacji u chorej zauważono wielką ilość płynu w jamie brzusznej i przez nakłucie

wypuszczono parę litrów plynu o zabarwieniu i zapachu moczu. Chora bez burzliwych objawów wyzdrowiała, przetoka zapewne się zagoiła i sprawność urynowania pozostała normalną.

LEŚNIEWSKI dodaje, że w przypadkach podskórnego pęknięcia dotychczas zdrowego pęcherza moczowego mocz, dostając się do jamy otrzewnej, działa na nią bardzo powoli i tylko dzięki swoim własnościom chemicznym. Odnośne spostrzeżenia wykazują, że w tego rodzaju przypadkach nawet bardzo spóźnione zabiegi operacyjne pozwalają liczyć na zejście pomyślne.

L. Zembrzuski.

Wiadomości bieżące.

— W Warszawie i w najbliższej jej okolicy pojawiły się przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

— Jedna z ulic we Lwowie ma otrzymać nazwę MARCELEGO NENCKIEGO.

— Czasopisma lekarskie niemieckie donoszą, iż na przytułek E. KATZ'a dla biednych rekonwalescentów, opuszczających szpitale w Poznaniu, dr MANKIEWICZ zapisał sumę 10000 marek.

— W Rzymie na Kapitolu z okazji otwarcia świeżo wykończonych budynków, przeznaczonych na pomieszczenie klinik i instytutów naukowych, odbyła się, w obecności króla Włoch i deputacy zagranicznych uroczystość celem uczczenia prof. GWIDONA BACCELLI'ego, który zapoczątkował tę budowę i przyłożył się najwięcej do jej ukończenia wtedy, gdy był ministrem oświaty.

— Towarzystwo geograficzne paryskie organizuje misję lekarską do badania choroby śpiączki, zabierającej liczne ofiary w prowincjach afrykańskich Loango i Mayomba.

— W Hadze w początkach września r. b. odbędzie się V-a międzynarodowa konferencya przeciwgruźlicza.

— XX roczne zebranie Towarzystwa anatomów niemieckich odbędzie się 5-go czerwca r. b. w Rostoku.

— Zmarł w Paryżu prof. CURIE, znany z wykrycia wspólnie ze swą żoną SKŁODOWSKĄ nowych pierwiastków „polonium“ i „radium“, z których ostatni wpłynął już obecnie olbrzymio na zmianę zasadniczych pojęć w fizyce i chemii.