

# GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU DRA MED. ANT. ELZENBERGA DLA CHORYCH  
SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH W SZPITALU NA CZYSTEM.

## Przypadek zmian syfilitycznych stawu żuchwowego.

Podał

Wacław Sterling.

A. I., lat 25, subjekt handlowy, zapisał się na oddział d. 16.III. 1906. Uskarża się na utrudnione otwieranie ust, uniemożliwiające mu prawie całkowicie przyjmowanie pokarmów stałych, trwające przeszło 4 tygodnie. Utrudnienie to występowało stopniowo, kiedy się jednak rozpoczęło, chory określić dokładnie nie może; początkowo chory odczuwał bóle w okolicy lewego stawu żuchwowego; we 2 tygodnie później—to samo wystąpiło po stronie prawej. Z wywiadów okazuje się, że chory przed 5-u laty zaraził się syfilisem, a po wystąpieniu wysypki przeszedł wówczas jeden kurs leczenia swoistego; więcej się nie leczył i żadnych objawów syfilisu nie spostrzegął. Prócz tego przed 1 okiem przechodził rzeżączkę, z której się wyleczył, po 1/2 roku zaraził się powtórnie, wreszcie 2 miesiące temu zachorował na rzeżączkę po raz trzeci.

Chory budowy średniej, odżywienia dobrego. Przy badaniu wyczuwamy umiarkowane stwardnienie gruczołów chłonnych pachwinowych z obu stron. Okolice kości i łuku jarzmowego (*arcus zygomaticus*), zarówno jak i dolna część okolicy skroniowej i stawu szczękowego ze strony lewej przedstawia się wygórowaną. Przy omacywaniu wyczuwa się wyraźnie zgrubienie kości licowej i łuku w porównaniu ze stroną prawą. Przy możliwie najszerszem otwarciu ust pomiędzy górnymi a dolnymi zębami z trudnością przechodzi mały palec. Na bóle samoistne chory się nie skarży, bóle jednak występują w obu stawach żuchwowych przy ruchach i przy ucisku. Przy ucisku silnym z jednej

strony na żuchwę, bóle zjawiają się w stawie żuchwowym ze strony przeciwnej.

Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje żadnych nieprawidłowości. W moczu niema ani białka, ani cukru, ilość kwasu moczowego nie zwiększona. Badanie narządów płciowych wykazuje rzeżączkowe [podostre] zapalenie cewki przedniej. I. pochodzi z rodziny zdrowej, w wywiadach i przy badaniu nie znajdujemy żadnych danych, przemawiających za obciążeniem dziedzicznym.

Nasuwa się teraz pytanie, na jakim tle rozwinęła się sprawa w stawie żuchwowym. Pochodzenie urazowe z łatwością wykluczyć się daje, gdyż wywiady nie dają nam żadnych wskazówek w tym kierunku. Pozostają nam zatem: gościec stawowy, dna, rzeżączka, gruźlica i syfilis.

Gościec stawowy zaczyna się dość nagle, wyraźnie, niekiedy z dreszczami; przez cały czas choroby trwa gorączka, z wyjątkiem bardzo rzadkich przewlekłych lub mało rozwiniętych przypadków; liczba stawów, równocześnie zajętych, jest znaczna, sprawa zapalna przechodzi szybko ze stawu na staw, w mięśniach bardzo częste bóle; dalej, w gościecu stawowym występują obfite poty, mamy częste powikłania z zajęciem zapalnym wsierdza, osierdza, opłucnej, wreszcie w moczu ilość kwasu moczowego w okresie gorączkowym jest wzmożoną, w przestankach—prawidłową. Z opisu naszego przypadku widzimy, że nie daje się on podciągnąć pod kategorię przypadków gościeca.

Przeciwno dnie przemawia powolny, a nie nagły początek cierpienia, brak gorączki, charakter cierpienia stały, a nie napadowy, brak złogów kwasu moczowego, wreszcie dane, otrzymane z rozbioru moczu.

Dalej, wywiady wykazują, że chory cierpi na rzeżączkę, należy więc rozpatrzyć i możliwość powstania sprawy zapalnej w stawie na tle rzeżączkowym. Przeciwno temu przypuszczeniu przemawia:

1) Względnie wczesne wystąpienie sprawy stawowej [w dwa miesiące po wystąpieniu rzeżączki], gdy zwykle zastarzałe przypadki rzeżączki ulegają powikłaniom ze strony stawów.

2) Reumatyzm rzeżączkowy rzadko umiejscawia się w jednym stawie, zwykle nawiedza on kilka stawów [JULLIEN].

3) Zarówno przy *arthritis blennorrhagica*, jak i przy *hydarthros* bywa objaw chełbotania.

4) Powikłania stawowe występują zwykle w przebiegu rzeżączki tylnej części cewki, mianowicie w części prostatycznej oraz przy rzeżączkowym zajęciu gruczołu krokowego; obie te sprawy w naszym przypadku są wykluczone.

Pozostają nam zatem jeszcze dwa czynniki etyologiczne, mogące powodować wyżej opisane cierpienie, a mianowicie: gruźlica i syfilis. Przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego pomiędzy temi sprawami na gruncie klinicznym jest rzeczą bardzo trudną; wyrokują tu: współrzędność innych objawów syfilisu,

badanie mikroskopowe i wpływ leczenia swoistego. Wobec pochodzenia chorego z rodziny zdrowej i braku jakichkolwiek danych, przemawiających za gruźlicą z jednej strony, z drugiej zaś wobec niedostatecznie leczonego syfilisu [jak nam wskazują wywiady], już *a priori* rozpoznanie przechyła się raczej w stronę przymiotu. Słuszność tego rozpoznania w całej pełni wystąpiła po zastosowaniu leczenia swoistego.

Mamy więc tu do czynienia z późną postacią syfilitycznego cierpienia stawu żuchwowego, gdzie zmiany zaczęły się od końców stawowych kości, spowodowały powiększenie się powierzchni stawowych, a tem samem utrudnienie ruchów w tym stawie.

Pod wpływem leczenia swoistego mieszanego bolesność szybko, acz stopniowo zniknęła, zgrubienie końców stawowych zmniejszyło się, a w miarę tego chory coraz szerzej mógł otwierać usta. Pewne zgrubienie końców stawowych jednak pozostało, wskutek czego do zupełnego otwierania ust prawdopodobnie nigdy nie dojdzie.

Przypadek ten podaję do wiadomości jako bardzo rzadki, gdyż w dostępnej mi literaturze żadnego podobnego znaleźć nie mogłem.

---

## II. Materiały do statystyki i etyologii raka.

### Część II. Wynik ankiety.

Podali

S. Serkowski i J. Maybaum [Łódź].

---

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28].

Patrz tablice: V-a, VI-a i VII-a.

T a b l i

Umiejscowienie raka podług

	Kupcy i handlujący	Urzednicy	Obywatele i kapitalisci	Adwokaci	Inzynierowie	Rolnicy	Ogrodnicy i leśnicy	Duchowni	Ślusarze i mechanicy	Szewcy	Kowale	Bednarze	Tapicierzy	Stolarze i stelmachy
Żołądek	11	6	14					2	3	1		1		2
Wątroba	10	2	4			8	1				1			1
Gruczoły		1				7	1				1			1
Warga dolna	3	1	10			4	1		1					3
Przelyk	7	1				3								1
Odbytnica	3	2				3								2
Kiszki	1	2			1	2			1	1				
Kości						5								
Krtań	2	2	2								1		1	1
Język		1		1		3					1			
Skóra		1				2				1				
Pęcherz		1	1		1	1								
Warga górna						3								
Nos	1													
Drogi i pęch. żółciowy	1		1											
<b>Razem</b>	<b>39</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

ca V.

rodzaju zajęcia u mężczyzn.

Zduni, murarze i kamieniarze	Krawcy	Mydlarze	Piwowarzy	Konduktorzy	Robotnicy i wyrobnycy	Stangreci	Stróże	Restauratorzy, piekarze, rzeźnicy	Tkacze	Nauczyciele	Felcerzy	Niewiadome	Razem
2	2	1		1	15	1	1	5	1		1		70
					2			1	3				33
					3	2		1					17
					4								27
					5	2							19
					2								12
				1	3								12
					2								7
					4	1							14
	1				3								10
					1								5
					1								5
					3								6
					3								4
													2
2	3	1		2	51	6	1	7	4		1		243

Tabli  
Umiejscowie

Miejscowość	Gruczoły										Kiszki																
	krokowy szyi	pachwinowe izowe	pachowe śródpierście	pochwy tarczowy	ślinianka lewa wogóle	język gardziel	przetyk żołądek	dwunastnica	grube cienkie	wogóle	odbytница	wątroba drogi żółciowe	pęcherz żółciowy śledziona	trzustka sieć	krezka otrzewna	jama brzuszna prącie	moszna nerki	pęcherz									
Warszawa	2		2	1	1 1 2	7	1	26	4	3	12	8	1	2	1	1	3	3	1	7							
Lódź				1		1		2	1		2	1	5	1						1							
Gub. Kaliska	1							5		1		4															
„ Kielecka	1		1					1	7		2	7			1					1							
„ Lubelska	1					2		2	12	2	2				1												
„ Łomżyńska					1		1	1		1	2																
„ Piotrkowska	1		1		3	1	1	17	1	2	1	9		2	1	1											
„ Płocka	1		1		1	1		6		1	3																
„ Radomska			1					3	4		1	3	1	1		1											
„ Siedlecka								1	5			1	1														
„ Suwalska		1						2	4		1	3															
„ Warszawska	1			1				3	1			6															
R a z e m	5	1	1	2	1	1	2	16	12	2	22	99	1	8	9	19	51	1	5	4	1	1	3	4	3	1	9
	34										18										6						

ca VII.

nie raka.

pochwa	Sutki				Kości										Twarz				Kończyny				Skóra				Ogółem											
	wargi sromne	prawa	lewa	obie	nie podano	macica	szyjka macicy	<i>parametrium</i>	miednicy	<i>os. zygomaticum</i>	twarzy	wogóle	szczęka górna	szczęka dolna	nos	policzek	podbródek	czoło	powieki	oko prawe	jama ustna	warga górna	warga dolna	szyja	krtani	pluca		opłucna	górna prawa	górna lewa	pośladek lewy	szyi	twarzy	nosa	policzka	goteni	wogóle	Rdzeń
5	10	5	2	6	31	12	1	1			6				3				1	2	1	1	7		10		1								4	213		
2	2				1	5	4	2							1									1		1	1									1	46	
			1		1																																	13
		2		1	2	1				1												1													1	30		
1		2			7	1					1		1	1					2			4				1					1	1				44		
				2	1																	3															12	
3	1	2	2		7	2					1	1	1						1			6		1												71		
		1	2		1	3									1							3	1						1			1				28		
		1			3	1						1													1						1					23		
		1			1						1			1			1					2	3													18		
													1									1															13	
1		2			4	2			1						1	1						2				1		1								30		
12	3	14	16	3	8	64	27	3	1	1	1	1	8	3	1	7	2	1	1	1	5	1	7	28	1	13	1	2	1	1	1	1	1	2	1	5	1	541
				41				94				15								11																		

**Tablica VI.**  
**Umiejscowienie raka podług rodzaju zajęcia u kobiet.**

	Nauczycielki i bony	Mleczarstwo	Wyrobnice i robotnice	Domowe	Służące	Handlowe	Obywatelki i kapitalistki	Szwaczki	Praczk	Rolne	Niewiadome	W przyfukach	Razem
Żołądek	1		6	14		2				4		2	29
Macica i szyjka macicy	3	2	12	39	5	3	17	4	1	4		1	91
Wątroba	1		1	6	2	4				4			18
Sutki	3		3	21	1	6	4			2	1		41
Gruczoły	1		1	8		1	2			3		1	17
Warga dolna											1		1
Przełyk				2						1			3
Odbytnica				3		2	2						7
Kiszki					1	2				3			6
Kości			1	3		1	1				2		8
Krtani				1									1
Język				2									2
Pochwa				7	1	1	1		1			1	12
Skóra			2	2	1							1	6
Pęcherz			1	1		1	1						4
Warga górna										1			1
Nos				1							1	1	3
Drogi i pęcherz żółciowy				1						3 <sup>1)</sup>			4
<b>Razem</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>111</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>254</b>

[C. d. n.].

<sup>1)</sup> W tem 1 przypadek raka pęcherzyka żółciowego.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

188. P. Franquenheim. Umiejscowienie bąblowca (*echinococcus*), ważne z chirurgicznego punktu widzenia.

Dopóki przestrzeganie zasad higieny nie stanie się obowiązkiem społecznym, zawsze możemy mieć do czynienia z bąblowcem. Ponieważ zaś w podobnych przypadkach często jedynym wyjściem bywa zabieg operacyjny, więc też znajomość umiejscowienia tych pasorzytów w organizmie dla chirurga jest koniecznie potrzebne. W kościach podług statystyki TEICHMANN'a spotykamy pasorzyta w 2,1%, podług VEGAS'a i CRANVELL'a zaś w 0,4%. Z pomiędzy kości najczęstszym siedliskiem pasorzyta jest miednica, następnie kręgosłup, dolna i górna kończyna, lecz w oddzielnych przypadkach spotykamy najrozmaitsze umiejscowienia. Najczęściej widzimy torbiele wielokomorowe, które rozwijają się nie w samych kościach, lecz w otaczających tkankach, dzięki czemu w kościach długich spotykamy często samoistne złamania. W kościach płaskich torbiel zajmuje cały miążs kości, odpychając ku zewnątrz blaszkę średnią; w gąbczastych również rozwijają się w mięszu. Stawy stanowią zwykle przegrodę dla dalszego rozwoju torbieli, to też zniszczenie jego widzimy dopiero w późnych okresach rozwoju choroby. Bąblowce skóry, tkanki podskórnej i mięśni opiszemy razem. W mięśniach zwykle sadowią się pojedyncze torbiele, otoczone powłoką, powstałą wskutek odczynu tkanek. Typową cechą tych torbielaków jest umiejscowienie w okolicy wielkich naczyń, wobec czego spotykamy je zwykle na szyi, pod pachą, w pachwinie, na wewnętrznej powierzchni ramienia i uda oraz w dole podkolanowym. Rozpoznanie bąblowców tutaj jest nader trudne; tak np. TAVEL na 104 przypadki znalazł tylko 16 rozpoznanych na pewno, rozumie się, bez zastosowania przekucia próbnego.

W gruźle tarczowym opisano bąblowca 27 razy, był to przeważnie torbielak jednokomorowy. Guz znajduje się zwykle w mięszu gruźli, czasem między nim a otoczką. Rozpoznanie różniczkowe, zwłaszcza odróżnienie od wola, nastrocza znaczne trudności. Torbielaki sutki są rzeczą względnie rzadką; zwykle spotykamy również pojedyncze guzy, nie przekraczające wielkością orzecha kokosowego.

Bąblowce jamy brzusznej spotykamy rzadko. W klatce piersiowej najczęstszym umiejscowieniem jest płuco; tak np. na 136 przypadków bąblowca płuca notowano tylko 18 opłucnej. Bąblowce płuca widzimy dwakroć częściej po prawej stronie, niż po lewej, co objaśniano sąsiedztwem wątroby. Wtórnie w płucach spotkać możemy guz, którego punktem wyjścia była wątroba, poza tem śledziona, trzustka, lub jama brzuszna. Pierwotne torbielaki opłucnej są sprawą nader rzadką; statystyka ich sięga zaledwie 1,7%.

W literaturze spotykamy 46 przypadków bąblowca serca, 6 osierdzia i 3 wielkich pni naczyniowych i chłonnych. Bąblowiec serca sadowi się równie często po prawej, jak i po lewej stronie.

Przechodzimy obecnie do najczęstszego umiejscowienia bąblowca, do wątroby. Zdaniem rozmaitych autorów umiejscowienie to trafia się w 65% ogólnej liczby przypadków. Górna powierzchnia i prawy płat bywają częściej siedliskiem pasorzyta, niż odwrotnie, prawdopodobnie dzięki warunkom anatomicznym. Bąblowce jednokomorowe są częstsze, niż wielokomorowe; kilka bąblowców naraz stanowi wyjątek. Zawartość torbielaka składa się z cieczy

surowiczej, ropnej, koloidalnej z demieszką wodunek (*hydatis*) i żółci. Rozmiary guza dosięgają wielkości głowy ludzkiej; otoczkę stanowi zwykle zwyrodniała tkanka wątrobowa. Żółtaczką jest zjawiskiem rzadkiem, gdyż drobne drogi żółciowe, dzięki powolnemu rozwojowi guza, mają czas przystosować się do obecności pasorzyta. Uraz gra poważną rolę przy pęknięciu worka bąblowca wątroby. Przy wylaniu się zawartości do jamy brzusznej widzimy wstrząs i charakterystyczną pokrzywkę, znamionującą ostre zakażenie.

Nerki względnie rzadko są siedliskiem bąblowca [około 4%]. Tutaj spotykamy pasorzyta przeważnie w istocie korowej, skąd dopiero później szerzy się w miąższu, wypełniając miedniczkę. Rzadko spotykamy guzy w obu nerkach; jeszcze rzadziej kilka naraz guzów w jednej nerce. Ściana torbieli, gruba i elastyczna, ulega często zwapnieniu. W śledzionie bąblowiec spotykany bywa w 0,3% — 3,4%; żadnego ulubionego umiejscowienia wskazać nie możemy. Bąblowca trzustki opisano parę razy w główce tego narządu; odróżnić go od torbieli jest niepodobieństwem. Bąblowce otrzewnej, sieci i krezki spotykamy w literaturze w 21 przypadkach; są to przeważnie drobne guzy, obficie rozsiane i łatwo przesuwalne; usadowione zaś w sieci, są bolesne przy ściąganiu ku dołowi. Bąblowce miednicy bywają średniej wielkości. W macicy umiejscowieniem może być zarówno warstwa mięśniowa, jak i śluzowa, i pod tym względem, a zarówno wielką liczbą drobnych guzów bąblowiec przypomina czasami mięsaka. Opisane były również przypadki bąblowca w jajniku, więzie szerokim oraz we wszystkich prawie narządach i tkankach wielkiej i małej miednicy.

Liczba bąblowców twarzy, notowanych w literaturze, dosięga stu; z nich największa liczba przypada na oko. Rzadko spotykamy bąblowca w samej gałce, częściej zaś w tkankach otaczających. Zabieg operacyjny, z rezekcją zewnętrznego kąta oczodołu, dał w niektórych przypadkach dobre wyniki.

Bąblowce mózgowia, jak i twarzy, spotykamy przeważnie w młodym wieku. Co się tyczy umiejscowienia, to guz częstszy jest między oponą twardą a czaszką, niż w samej istocie mózgu. Widzimy tutaj przeważnie torbiele pojedyncze, jednokomorowe. Objawy torbieli niezem się nie różnią od objawów guza, i rozpoznanie staje się ściśle dopiero wtedy, gdy otrzymamy zawartość. Torbielaki rdzenia, spotykane rzadziej niż mózgowia, pochodzą z otaczających tkanek i sadwiają się częściej na tylnej ścianie.

Na zakończenie autor dodaje jeszcze kilka uwag ogólnych.

Zropienie worka bąblowca jest sprawą nader zwykłą, zwłaszcza w narządach wewnętrznych. Drugą cechą torbieli bąblowcowych jest szerzenie się na otaczające tkanki, przemieszczenie ich, a stąd zupełne nieraz zniekształcenie narządów oraz zmiana stosunków topograficznych.

Rozpoznanie czasami następuje niepokonane trudności; jedynym sposobem staje się nakłucie próbne, zabieg bynajmniej nie obojętny, zależnie od narządu i niebezpieczeństwa rozsiania wodunek, a więc przeniesienia pasorzyta. Drżenie wodunkowe (*Hydatidenschwüren*) często zawodzi.

Co do leczenia to jedynie słusznym jest zabieg chirurgiczny; leczenie wewnętrzne, jeżeli nawet dopnie celu, t. j. wywoła śmierć pasorzyta, nie usunie jednak doszczętnie cierpienia, gdyż martwy pasorzyt, jako ciało obce, bynajmniej nie jest obojętny dla organizmu.

(*Samml. klin. Vortr.* 1906. Nr. 116—117).

Henryk Goldberg.

### 189. F. Lejars. Zapalenie pęcherzyka żółciowego jako powikłanie tyfusu brzuszego.

Autor opisuje przypadek ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego w okresie zdrowienia po tyfusie. Na czternasty dzień po spadku ciepłoty na-

stąpił znowu stan gorączkowy z ciepłotą 39,5°, z tętnem 120, nudnościami i bólami w prawej połowie brzucha. Napięcie i bolesność przeważyły w okolicy brzucha między łukiem żebrowym a fałdą pachwinową; wymiotów nie było. Rozpoznawszy przedziurawienie, LEJARS otworzył jamę brzuszną, lecz zdziwił się mocno, gdy zarówno otrzewna, jak i trzewa, były zupełnie prawidłowe. Dopiero przedłużwszy cięcie, przekonał się, że pęcherzyk żółciowy otoczony świeżymi zrostami, wypełniony jest ropą, w której pływało 5 kamieni, jeden z nich uwięziony w szyjce pęcherzyka. Nałożenie przetoki pęcherzykowej dało wynik wyborny, należy sądzić, że od dawna już istniejąca w przypadku tym kamica żółciowa, nie dawała dotąd wyraźnych objawów.

Powikłanie tyfusu we wszystkich okresach tej choroby zapaleniem pęcherzyka żółciowego, nie należy, zdaniem LEJARS'a, do wyjątków. Wobec ostrego nieropnego zapalenia pęcherzyka nie należy zwlekać z operacją dłużej nad 36 do 48-u godzin, gdyż w przeciwnym razie zawsze grozi przedziurawienie; wycięcie pęcherzyka lub nałożenie przetoki pęcherzykowej będzie zabiegiem słusznie wskazanym. Drugą odmianę stanowi ostre ropne zapalenie pęcherzyka, powikłane często kamicą, nakoniec zapalenie wrzodziejące, któremu towarzyszy przedziurawienie. Wszystkie te trzy postaci powikłań tyfusu dają objawy ostrego zapalenia otrzewnej, czasami tylko cechują się obecnością żółtaczki. Zdaniem LEJARS'a, należy o ile można, zrobić ścisłe rozpoznanie pomiędzy zapaleniem wyrostka, otrzewnej a pęcherzyka, lecz bezwarunkowo nie zwlekać z zabiegiem chirurgicznym, gdyż omyłka w rozpoznaniu bynajmniej nie wyklucza operacji. W najgorszym razie, jak to było w przypadku LEJARS'a, trzeba było cięcie poprowadzone dla operacji wyrostka przedłużyć pod sam łuk żebrowy. Nawet przy przedziurawieniu zabieg operacyjny daje dobry wynik. Tak np. ERDMANN podaje 34 przypadki zebrane z literatury: 27 z nich, w których nie stosowano operacji, skończyły się śmiercią, również dwa inne, w których operacji nie można było dokończyć wskutek zapasności, z 5-u zaś pozostałych 80% wyzdrowiało. Jak słuszną jest wogóle operacja przy ostrem zapaleniu pęcherzyka żółciowego w związku z tyfusem, świadczy statystyka CAMAC'a: na 69 przypadków, przebiegających na podobieństwo zapalenia otrzewnej i pozostawionych samym sobie, 64 skończyło się śmiercią i tylko pięć wyzdrowieniem.

(La Sem. médic. 1906. Nr. 26).

H. Goldberg.

### 190. Krönlein. O chirurgicznym leczeniu wrzodu żołądka.

Leczenie operacyjne wrzodu żołądka ma nie tyle na względzie usunięcie owrzodzenia zapomocą noża, ile raczej wytworzenie odpowiednich warunków dla szybkiego zbliznowacenia wrzodu i normalnych czynności żołądka, to znaczy usunięcie zastojów i rozkładu zawartości żołądkowej. Wskazaniu temu najlepiej pod każdym względem czyni zadość *gastroenterostomia*, zwłaszcza *g.-e. posterior retrocolica* według HACKER'a, daje ona bowiem znakomite wyniki przy najrozmaitszych powikłaniach, jak oto: przy zwężeniu odźwiernika, rozlanych stwardniałych zrostach żołądka z narządami sąsiednimi, np. z wątrobą, trzustką i t. d., następnie przy krwotokach żołądkowych i specjalnie przy t. zw. *ulcus callosum*. Wycinanie wrzodu może być wykonane tylko w przypadkach wyjątkowych, a to dlatego, że owrzodzenia często występują w dużej liczbie, że rozpoznanie miejsca często jest niemożliwe nawet na żołądku obnażonym, i że wreszcie operacja wycięcia może napotkać nieprzewyciężone przeszkody. Poza tem, taka operacja o wiele mniej odpowiada wskazaniu przyczynowemu, niż *gastroenterostomia*. Z innych metod operacyjnych plastyka odźwiernika i *gastrolysis* nie mają obecnie najmniejszej racyi bytu. Rezekcja odźwiernika przy zwężeniu i wrzodzie tegoż może być wówczas uzasadnioną,

gdy stwardnienie (*tumor callosus*) naprowadza na myśl o raku, w przeciwnym razie pierwszeństwo i tutaj przynależy *gastroenterostomiae*. Zastanawiając się nad wskazaniami do zabiegu operacyjnego, autor zgadza się w zasadzie z odnośną tezą MIKULICZA, nadając jedynie jej nieco ściślejsze ramy, a zatem należy operować:

1) wszelkie na pewno udowodnione zwężenie odźwiernika, bądź większego, bądź mniejszego stopnia;

2) przy czynnościowej, ruchowej niewydolności wysokiego stopnia (*gastræctasia atonica, gastræctasia et gastroptosis*), jeżeli leczenie wewnętrzne nie osiągnęło celu, a tymczasem społeczne stanowisko chorego wymaga bezwarunkowo poprawy jego stanu;

3) przy występowaniu nieznacznych, lecz często się powtarzających krwawień w przebiegu choroby;

4) przy krwawieniach zagrażających życiu, piorunujących (*foudroyanten*) mniejsze jest ryzyko wyczekiwania i odkładania operacji do chwili, gdy chory nieco się poprawi po krwotoku, niż natychmiastowego przystępowania do operacji. Jeżeli zaś, już operować, to i w tych razach należy oddać palmę pierwszeństwa *g.-e.* przed próbą bezpośredniego zatamowania krwotoku;

5) wreszcie, domaganie się ze strony pewnych chirurgów wczesnej operacji wrzodu żołądka, nie posiada poważnych podstaw.

(*Arch. f. klin. Chir.* 1906. T. 79. Z. 3).

W. Dobrowolski.

#### 191. Offergeld. Przyczynki doświadczalne do wewnętrznego leczenia niedrożności jelit (*ileus*).

Przy niepowikłanem wzdęciu brzucha, dopóki pierwiastki mięśniowe są jeszcze nienaruszone, ezeryna, nikotyna, strychnina i pilokarpina usuwają bębnicę w ten sposób, że włókna mięsne ściśle przylegają do siebie i następuje wzmożony ruch robaczkowy; przy jednoczesnem istnieniu zapalenia otrzewnej rozwija się dalej sprawa zapalna i powikłania i tu poprawa nie następuje. Przy niepowikłanej, pooperacyjnej niedrożności jelit, powstałej wskutek porażenia, zaleca się zapobiegawczo jakiegokolwiek *peristalticum* [nikotyna, fysostigmina, strychnina, pilokarpina lub  $BaCl_2$ ]; można próbować tych środków i wtedy, gdy porażenie już nastąpiło; jeżeli zaś to postępowanie okazało się bezskuteczne, to pomaga tylko *relaparotomia*. Przy niepowikłanym, dynamicznym, pooperacyjnym *ileus* i znacznym zastoju kału, połączonym z objawami, przypominającymi *ileus*, powinno się w każdym razie poprobować działania atropiny lub skopolaminy i homatropiny; do laparotomii winno się przystąpić dopiero wtedy, gdy te środki zawiodą, z czem jednak wogóle nie można zwlekać zbyt długo. W przypadkach pooperacyjnego *Strangulationsileus* cała wewnętrzna terapia jest bezsilną, jedynym ratunkiem tutaj jest jak najszybsza *relaparotomia*. Przy jednoczesnem zapaleniu otrzewnej to jedynie powikłanie stanowi o rokowaniu i leczeniu, tu właśnie trzeba podkreślić, że wzbronione jest stosowanie wszelkich środków, pobudzających czynność jelit. Zrosty otrzewne dają się usunąć tylko przez *relaparotomię*; tiosinamina i fibrolisyna są bezskuteczne; zapobiegawczo możnaby stosować ezerynę, nikotyne,  $BaCl_2$ . Rtgę we wszelkich postaciach *ileus postoperativus* jest bezskuteczna. Fysostigmina, nikotyna i strychnina działają jednakowo silnie; nikotyna jest bardzo jadowita, pilokarpina mniej skuteczna. Ponieważ homatropinę i skopolaminę należy podawać w znacznej ilości, łatwo występują przy tem objawy zatrucia, w których natychmiastowo jest wskazane wlewanie roztworu soli kuchennej.

(*Arch. f. klin. Chir.* 1906. T. 79. Z. 3).

W. Dobrowolski.

**192. Fibich.** Badania doświadczalne nad wpływem gastroenteroanastomozy na wrzód żołądka.

Przez podwiązanie kilku naczyń, kierujących się w głąb ściany żołądka, wycięcie części śluzówki i przyżeganie brzegów braku kwasem solnym może wywołać u psa wrzody ściany żołądka, które w początku nie ujawniają najmniejszej skłonności do zagojenia się, w przeciwieństwie do pospolitych braków śluzówki, które się zablizniają w bardzo krótkim przeciągu czasu. Jeżeli zaś natychmiast po wytworzeniu takiego sztucznego wrzodu wykonać gastroenteroanastomozę, to taki wrzód, jak i zwykły brak goi się w 3 dni. Istniejący już przez czas dłuższy wrzód bez skłonności do zagojenia traci charakter wrzodu i goi się w następstwie wykonanego połączenia żołądkowo-jelitowego, zarówno jak i świeżo utworzony brak śluzówki żołądka. Dla wytłomaczenia leczniczego działania gastroenteroanastomozy nie wystarcza fakt ułatwionego odpływu soku żołądkowego.

(Arch. f. klin. Chir. 1906. T. 79. Z. 3).

W. Dobrowolski.

**193. Michaelis.** Samozatrucie [autointoksykacja] wobec zwężenia odźwiernika (*stenosis pylori*).

Wiadomo, że przy rozszerzeniu żołądka i zastoju w nim zawartości zachodzą poważne zaburzenia w całym ustroju: kurcze toniczne i kloniczne, utrata pamięci, ogólny niepokój i t. d.; a w moczu białko i wałeczki nerkowe. KUSSMAUL próbował tłomaczyć te objawy zmniejszeniem się ilości wody w organizmie i zgęszczeniem krwi z powodu utrudnienia połączenia żołądka z kiszka. Podawano i inne objaśnienia.

Autor jest zdania, że przyczyną różnych tych objawów nienormalnych przy zwężeniu odźwiernika jest działanie toksyn, które powstają w żołądku i rozchodzą się po całym organizmie. Na dowód przytacza własny przypadek. U chorej 46-letniej z rakiem żołądka w okolicy odźwiernika i następnie rozszerzeniem żołądka wystąpiła nieprzytomność, od czasu do czasu drgawki kloniczne i toniczne w rękach i nogach, piana na wargach, sinica twarzy, rozszerzenie źrenic, tętno słabe. Objawu TROUSSEAU i CHVOSTEK'a brak. Wydobyto z żołądka około litra zawartości, barwy brunatnej, kwaśnej; wolnego HCl nie znaleziono, natomiast stwierdzono obecność kwasu mlecznego. W moczu o c. w. 1014—1018, białko i wałeczki hyalinowe i ziarniste. Ilość dzienna moczu 700—800 ctm.sz. Chorej systematycznie przemywano żołądek, dyetę stosowano płynną i obficie wlewano *per rectum* roztwór fizjologiczny soli kuchennej. Stopniowo napady drgawek były coraz słabsze, przytomność stawała się jaśniejszą, ilość białka i wałeczek w moczu zmniejszała się. W tydzień później zrobiono *gastroenterostomiam retrocolicam* [HACKER], wstrzymując się na razie od usunięcia guza odźwiernika i przerodzonych rakowato [jak pokazało badanie drobnowidzowej gruczołów na więzie wątrobowo-żołądkowym (*liq. hepatogastricum*)].

Nazajutrz po operacji przytomność prawie zupełnie wróciła i po miesiącu chora czuła się stosunkowo bardzo dobrze. Wagi przybyło jej 10 funtów. W miesiąc później dokonano operacji radykalnej: wycięcie odźwiernika, górnej części dwunastnicy i przerzutów na wątrobie. Guz wielkości średniego jabłka zamykał zupełnie światło odźwiernika.

Aczkolwiek nie udało się zbadać istoty toksyn, powstających w żołądku przy zwężeniu odźwiernika i chociaż wstrzykiwania zawartości żołądka takich chorych zwierzętom pod skórę nie dały dodatniego wyniku, jednakże teoria samozatrucia jest najbardziej prawdopodobną i dostatecznie objaśnia wszystkie objawy chorobliwe: zaburzenia świadomości, białkomocz, drgawki i t. d.

Teorya zgęszczania się krwi nie wytrzymuje krytyki, gdyż chorej obficie wlewano *per rectum* roztwór fizyologiczny soli, zatem o braku płynów w organizmie nie może być mowy. Podobne przypadki innych autorów potwierdzają także teorię samozatrucia; np. w przypadku Cackowięa pod wpływem przepłukiwań żołądka zmniejszały się drgawki, przytomność umysłu wracała i t. d., a gdy płukanie żołądka na kilka dni wstrzymywano, objawy powyższe natychmiast wracały.

(*Münch. med. Woch.* 1906. N. 18).

F. Karniewski.

#### 194. Silbermark. Mechanizm rozdymania się kiszki ślepej przy zwężeniach kiszek grubych.

Przy zwężeniu kiszki grubej część jej, powyżej miejsca zwężenia lub zatkania leżąca, rozszerza się i rozdyma od zbierania się i parcia gazów i kału. Dawno zauważono, że rozdęciu najbardziej i w największym stopniu podlega kiszka ślepa, przyczem tworzą się rozjęcia (*diastasis*) błony surowiczej w miejscach odpowiadających przedniej i tylnej taśmie (*taenia*). Wywołane temże owrządzenia w tych miejscach najsilniej się też rozwijają.

Autor robił doświadczenia na trupach w instytucie anatomo-patologicznym WEICHELBAUM'a, przewiązując w różnych miejscach kiszki grube i pompując do kiszki biodrowej powietrze [od 1200 ctm<sup>3</sup> do 4000 ctm<sup>3</sup>]. Okazało się, że, aczkolwiek rozdymał się i pęczniał cały odcinek kiszki do miejsca jej przewiązania, jednakże najbardziej ustępowała kiszka ślepa, nabierając wraz z kiszka grubą wstępującą postać maczugi, której była końcem grubszym.

Położywszy rękę na brzuchu w okolicy kiszki ślepej, można było wyraźnie odczuć podczas pompowania powietrza pękanie błony surowiczej.

Dlaczego przy zwężeniu kiszek grubych najbardziej rozdyma się kiszka ślepa? Podawano różne przyczyny: cienkość ścian i słabe mięśnie kiszki ślepej w porównaniu z resztą kiszek grubych, wstrzymanie odpływu kału i gazów do kiszki biodrowej przez zastawkę BAUHIN'a, większe światło ślepej kiszki i t. d. Autor jest zdania, że z wyżej podawanych przyczyn pewną, ale i to niewielką rolę grać tu może jedynie zastawka BAUHIN'a; główną zaś przyczyną jest stosunek kiszki ślepej do wolnej otrzewnej.

*Colon transv.* jest ze wszystkich stron pokryte przez otrzewną, która znacznie wzmacnia ścianę kiszki i utrudnia jej rozszerzanie się; natomiast *colon ascendens* tylną swoją ścianą przyrasta bezpośrednio do ściany brzucha; ta tylna część ściany, nie pokryta otrzewną, rozszerza się ku dołowi; często też *coecum* otacza otrzewna tylko z przodu i z boków; z tego to. powodu *col. ascendens*, a jeszcze bardziej *coecum* pod parciem gazów i kału może się łatwo rozszerzać na przód i na boki, ponieważ *peritoneum parietale* jest słabo przymocowane zapomocą pulchnej tkanki łącznej i rozdzymająca się kiszka łatwo otrzewną unosi i odrywa.

Przez rozciąganie ściany kiszki powstają diastazy. Że diastazy te tworzą się na przedniej i tylnej taśmie, autor objaśnia tem, że w tych miejscach kiszka ma mniej elastyczności i siły, niż znajdujące się części kiszki między taśmami. Taśma średnia, wzmocniona przez przyczep krezki, nie ulega rozciągnięciu.

(*Wiener klinische Woch.* 1906. N. 15).

F. Karniewski.

#### 195. Federschmidt. W sprawie kazuistyki i terapii rozdarcia jelit przez tępy uraz.

Do kazuistyki przedziurawienia jelit pod działaniem tępego urazu przybywa 5 nowych przypadków, wszystkie z zejściem śmiertelnem. W każdym

z nich pierwszym objawem, występującym bezpośrednio po obrażeniu, było uczucie nadzwyczajnego bólu; jakkolwiek *a priori* możnaby przypuszczać, że uraz, który był w stanie na tępo rozerwać jelito, musi oczywiście wywołać wstrząs, to jednak w 3-ch z tych przypadków chorzy nie tylko nie popadli w ten stan, ale byli w stanie o własnych siłach dojść jeszcze do mieszkania. Wy-  
mioty zauważył autor w 2-ch przypadkach, przytem w jednym po upływie 10-u godzin od chwili otrzymania urazu, w drugim zaś po 2½ godzinach. Przy oględzinach miejsca ściany brzusznej, które uległo uderzeniu, niezawsze udaje się dostrzedz makroskopowe cechy uszkodzenia, jedynie u 2-ch swych chorych autor zauważył na odnośnych miejscach skóry nieznaczne wynaczynienia podskórne. Co do umiejscowienia przedziurawienia jelita, to wszędzie uległa temu kiszka cienka, co ze względów anatomo - topograficznych jest zupełnie zrozumiałe. Kształt otworu w jelicie był wszędzie mniej lub więcej okrągły. Jak wykazało doświadczenie, w nieoperowanych tego rodzaju przypadkach śmierć następuje zazwyczaj po 24-ch—48-u godzinach; stałą tego przyczyną jest naturalnie zapalenie otrzewnej z przedziurawienia. Stąd wynika, że jedynym racjonalnym leczeniem w tych razach jest natychmiastowe cięcie brzuszne, jak, zresztą, dowiodła tego statystyka.

(Münch. medizinische Woch. 1906. Nr. 12).

W. Dobrowolski.

#### 196. Steim. Przypadek bąblowca wątroby, drażącego do płuc, wyleczonego przez rezekcyę żebra.

Jak wiadomo, bąblowiec wątroby po przebicciu się na zewnątrz może zakończyć się wyzdrowieniem dzięki wydaleniu w ten sposób pęcherzy. Mniej pomyślnem bywa zejście, gdy tenże bąblowiec przebija się do płuc, jednak i w takich warunkach może nastąpić wyleczenie, jak tego dowodzi niniejszy przypadek STEIM'a. U chorej z rozpoznaniem prawostronnego ropniaka dokonano rezekcyi VII-go żebra pod prawą sutką, poczem opróżniło się około 2-ch litrów ropy. Następnego dnia wieczorem chora wykrztusiła nagle ofitą ilość żółtawej ropy, co następnie kilkakrotnie się powtórzyło w płwocinie dostrzeżono pod mikroskopem obecność znamiennych haczyków, wobec czego rozpoznanie bąblowca wątroby nie podlegało już żadnemu powątpiewaniu. Pacjentka znacznie się poprawiła. Naraz, w 3 tygodnie po operacyi ilość płwociny znów się wzmogła, a z rany opróżniała się tak obfita liczba pęcherzy, że w ciągu dnia opatrunek musiał być kilkakrotnie zmieniany, wydzieliną odznaczała się niezwykle smrodliwą wonią; jednocześnie stan ogólny uległ wybitnemu pogorszeniu, które trwało 8 dni. Wreszcie płwociny i wydzielinę było coraz mniej, i chora zaczęła się poprawiać, rana zaczęła się zagajać, a uciśnięte poprzednio płuco znów się rozprostowało, jak dowiodło tego opukiwanie. W 5 miesięcy po operacyi chora zupełnie wyzdrowiała. Autor mniema, iż pierwotnem siedliskiem bąblowca w danym przypadku była *pars diaphragmatica* wątroby; podczas operacyi dało się też zauważyć pasmo, przebiegające od przepony brzusznej do płuc. Bąblowiec istniał zapewne już od dłuższego czasu, pod wpływem pierwotnego leczenia pękł i przebił się przez przeponę. Że autor miał tu do czynienia z bąblowcem wątroby, a nie płuc, wnioskuje z całego szeregu objawów, wskazujących na pierwotne cierpienie wątroby, jak jej powiększenie, żółtaczka, żółtawe zabarwienie ścian pęcherzy bąblowcowych, obecność barwików żółciowych i t. d.—Użyty przez siebie zabieg operacyjny, uważa autor za najbardziej odpowiednią dla danego przypadku metodę leczniczą.

(Münch. med. Woch. 1906. Nr 12).

W. Dobrowolski.

### 197. Sencert. Oesophagotomia wewnętrzna przy pomocy wziernika przełykowego.

W przypadkach zastarzałych zwężeń bliznowatych przełyku, gdzie zwykła metoda rozciągania okazuje się bezskuteczną, autor zaleca obmyśloną przez siebie *oesophagotomiam*, dokonywaną od wewnątrz przełyku pod kontrolą oka, czyli przez rurę wziernika przełykowego: przecięcie blizny odbywa się bądź za pomocą elektrolizy, bądź też po prostu narzędziem tnącym. Niedawno właśnie autor miał możliwość wykonania 2-ch takich operacji z zejściem niepomyślnem dla jednej. Pierwszy przypadek dotyczył młodej kobiety, u której przed sześciu laty wykonano operację gastrostomii, ponieważ próby rozszerzenia przełyku zupełnie zawiodły; gdy po upływie tego czasu chora pomimo sztucznej przetoki żołądkowej, nie mogła należycie się odżywiać i ogólny upadek sił począł zaznaczać się coraz jaskrawiej, zastosowano wewnętrzne cięcie przełyku, poczem chora zupełnie i ostatecznie wyzdrowiała. Drugi przypadek dotyczył młodzieńca z bardzo znacznem zwężeniem przełyku; i tu autor zastosował swą metodę; atoli gdy pacjent już był na wyzdrowieniu, nastąpiło zejście śmiertelne wskutek powikłania pooperacyjnego.

Wprawdzie, oświetlanie przełyku samo przez się może nas wprowadzić w błąd, a mianowicie, można przyjąć uchyłek przełykowy za sam przełyk i odwrotnie, a w każdym bądź razie przy nasunięciu się takiej ewentualności rozstrzygnięcie tego pytania nie jest zbyt łatwem. Dla uniknięcia tedy wszelkich możliwych powikłań operacyjnych autor zaleca dokonanie przedewszystkiem wstecznego oświetlenia przełyku (*oesophagoscopie rétrograde*), poczem śmiało już można przystąpić do cięcia przełyku od wewnątrz: autor mniema, iż udoskonalenie techniki takiego zabiegu operacyjnego daje możliwość usunięcia w ciągu jednego posiedzenia największego nawet zwężenia. W tym celu należy zrobić *laparotomiam medianam* nad pępkiem. Po obnażeniu żołądka, przez miejsce, znajdujące się na jego przedniej powierzchni, niedaleko od małej krzywizny, w odległości 2-ch centymetrów pod wpustem, przeciąga się przez włókniście zewnętrzne żołądka mały szew kapciuchowy, obejmujący przestrzeń średnicy 2-ch centymetrów. W środku miejsca, szwem otoczonego, otwiera się słuzówkę, poczem do żołądka zostaje wprowadzona rura ezofagoskopu; po ściągnięciu szwu, żołądek zostaje zaciśnięty nad rurą. W krótkim czasie omawianym przyrządem dochodzimy do wpustu i wchodzimy do przełyku od dołu ku górze, napotykając po drodze dolny koniec zwężenia. Wprowadzenie do tego zwężenia płytki elektrolizera lub też ezofagotomu nie stanowi już trudności. Do końca przyrządu, wysuniętego przez usta, przymocowany zostaje zgłębnik, który następnie ściąga się z góry ku dołowi aż do żołądka. Następnie usuwamy rurę wziernika, mały szew kapciuchowy zaciskamy, przez co w zupełności zamykamy małą ranę żołądka. Zgłębnik, wprowadzony do przełyku *à demeure*, wytworzy odpowiedni stopień światła tegoż.

(*La Presse médic.* 1906. Nr. 22).

W. Dobrowolski.



## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

44. **Degrasina** jest przetworem z gruczołu tarczowego, sproszkowanym i urobionym w pastylki. REINOLDT [z Kissingen] dowiódł, iż użycie tego przetworu wywołuje zmniejszenie wagi ciała bez utraty ciał azotowych i z tego powodu degrasina znalazła zastosowanie w otyłości. Dziennie używa się do 5-u pastylek.

W. G.

45. **Alformina**, zasadowy mrówczan glinu:  $Al_2(OH)_2(HCO_2)_4$ . Ma posiadać 3 razy silniejsze działanie ściągające (*adstringens*) i odkażające (*desinficiens*), niż octan glinu. Jest cieczą bez barwy i woni, w gorącu nie zmienia się. Używa się do okładów przy ranach ropiejących i cuchnących, ukąszeniu przez muchy i owady [łyżka stołowa na szklankę wody], do płukania gardła i ust [5 — 10 kropel na szklankę wody].

W. G.

46. **Benzosalina**, ester metylowy kwasu benzoylsalicylowego:

$C_6H_4 \begin{cases} COOCH_3 \\ O-COC_6H_5 \end{cases}$ , przedstawia się w postaci kryształów białych, słabo aromatycznej woni, prawie bez smaku, które rozpuszczają się w alkoholu i benzolu, a w wodzie — nie. Nie rozszczepia się w żołądku, a łatwo w kiszkażkach i dlatego żołądka nie drażni. Używa się do dezynfekcyi kiszki i w reumatyzmie stawowym, w dawce po 0,5—1,0 na raz, 3 — 4 razy dziennie.

W. G.

47. **Visvit** (*vis vitae*) nowy środek odżywczy, sfabrykowany przez dra HOROWITZ'a, przedstawia się jako szaro-żółty proszek, smaku przyjemnego; przyjmuje się go w gorącym mleku, kawie lub bulionie. Rozbiór chemiczny, w instytucie chemicznym w Berlinie przez dra AUFRECHT'a dokonany, wykazał w nim 92,86% stałych substancyi, a 7,14% wody. W 100-u częściach stałych substancyi znaleziono:

Substancyi azotowych	80,14%
z tego hemoglobiny-białka	1,80%
Tłuszczów i substancyi wyciągowych	3,26%
z tego lecitiny	0,24%
Wodanów węgla	15,26%
Soli	1,34%
	100,00%

Sole zawierają: kwasu fosforowego 0,53%, tlenku wapnia 0,62%, tlenku magnezyi 0,11%, żelaza 0,05%, chlorku sodu 0,03%.

Dr MAASS (*Medizinische Klinik*, 1906. Nr. 28) stosował go na klinice LEYDEN'a w Berlinie z dobrym skutkiem.

W. G.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dnia 9-go maja 1906 r.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 23].

Z tego zaś faktu klinicznego wypływa wniosek praktyczny w kierunku pewnego rozszerzenia wskazań operacyjnych: gdy leczenie zachowawcze [wstrzykiwania tymolu kamforowego, zawiesiny jodoformowej, eteru jodoformowego stosownie do wskazań] nie daje względnie szybko wyników dodatnich, należy operować tak w celach leczniczych, jak i zapobiegawczych przeciwko szerzeniu się gruźlicy we wspomnianych wyżej kierunkach. Zabieg operacyjny winien zmierzać do odsłonięcia całego ogniska kostnego, z drugiej jednak strony nie jest pożądane całkowite usunięcie chorej kości z uwagi na czynność późniejszą danego członka. Cięcie skórne powinno odsłonić całą chorą kość, z której należy usunąć zapomocą kleszczyków MÈNARD'a [odmiana kleszczy LÜER'a] całą ścianę przednią, po części ściany boczne, pozostawiając z kości dość płytki rowek lub tylko ścianę tylną; trzeba bezwarunkowo unikać złamania kości.

KRYŃSKI zaznacza wybitną zasługę chirurgów dziecięcych, którzy w ostatnich czasach wypowiedzieli walkę szybkim zakusom operacyjnym i wypowiedzieli się za leczeniem zachowawczem. Mówca przytacza przypadek znacznego skrócenia nózki u dziecka wskutek rezekcyi stawu i pochwała podane przez prelegenta pomocnicze środki lecznicze.

ODERFELD uważa, że w przypadkach *spinae ventosae* konserwatyzm nie daje tak dobrych wyników. O. sądzi, że metody zachowawcze dać mogą lepsze wyniki, gdybyśmy mogli dać chorym tego rodzaju warunki higieniczno-klimatyczne, jak np. w Berck-sur-mer w zakładzie MÈNARD'a. MÈNARD jest stanowczym zwolennikiem wczesnej interwencji w gruźlicy długich kości stopy i dłoni, o ile w przebiegu tego cierpienia występują nacieczenia gruźlicze i ropnie. Iniekcye jodoformu i *Thymol-Camphorae* dobrych wyników nie dają, a są nadzwyczaj bolesne.

KARCZEWSKI przytacza spostrzeżenie z przed kilkunastu laty, dotyczące dwojga rodzeństwa; dziewczynka była dotknięta gruźliczem cierpieniem palca u nogi, chłopiec miał *spinam ventosam* na palcu ręki. Dziewczynce palec odjęto, chłopiec zaś był leczony zachowawczo [moczeniem palca w ciepłej wodzie słonej] z najlepszym wynikiem. Oboje żyją dotychczas i cieszą się dobrem zdrowiem. Spostrzeżenie powyższe, zdaniem K., dowodzi, że wyleczenie *spinae ventosae* może nastąpić bez żadnego zgoła zabiegu operacyjnego.

Leczenie nieoperacyjne w pomienionej chorobie nie może być poczytywane za — prawidłó ogólne. Zdarzają się bowiem przypadki, w których nie tylko ono, lecz i operacya zachowawcza, zalecana przez prelegenta, zawodzi. Lekarz z konieczności musi się uciekać do zabiegu okaleczającego [odjęcia].

K. sądzi że metoda BIER'a, powinnyby dać wyniki pomyślne w pewnej przynajmniej liczbie przypadków. W chorobie rzeczonej przekrwienie, w myśl BIER'a, powinno być stosowane w postaci dużych przyrządów ssących, obejmujących całą rękę.

**SAWICKI BR.** jest zdania, że w bardzo wielu przypadkach gruźlicy długich kości ręki i stopy można osiągnąć wyleczenie na drodze zachowawczej, bez uciekania się do operacji. Iniekcya emulsyi jodformowej i kąpiele ciepłe okazują się bardzo skutecznymi.

Wielokrotnie dobre wyniki widział S. po zastosowaniu sublimatowych kąpiei u dzieci. Jodoform do iniekcji trzeba stosować zawsze pod postacią mieszaneki jodoformowej; eter jodofomowy, stosowany zwłaszcza na palcach, łatwo może wywołać zgorzel, nawet po wstrzyknięciu tylko paru kropel, co S. w jednym przypadku spostrzegł.

O ile leczenie zachowawcze do celu nie prowadzi, należy wykonać operację.

**SKOWROŃSKI** zaznacza, że na leczenie gruźlicy kości wpływają wielce warunki, w jakich chory się znajduje, klimat i opieka, jakie go otaczają. Te wspaniałe wyniki, jakie widzieć można u **MÉNARD'a** w Berck-sur-mer, w wielkim stopniu przypisać należy warunkom miejscowym i dodatniemu wpływowi oceanu i klimatu.

**ŁAPIŃSKI** w odpowiedzi zaznacza, że w przypadkach gruźlicy zamkniętej kości długich stopy i dłoni zawsze zaczyna od leczenia zachowawczego; natomiast w przypadkach gruźlicy otwartej [przetoki], lub gdy leczenie zachowawcze nie prowadzi względnie szybko do celu, jest za operacją, a to z uwagi przede wszystkim na za mało na ogół uwzględnioną możliwość przejścia gruźlicy z kości dłoniowych na napięstek, a zwłaszcza z kości stopowych na kość stępu; wczesna operacja może zapobiedz takiemu następstwu. Wreszcie Ł. raz jeszcze kładzie nacisk na pominiętą zupełnie w dyskusji technikę operacyjną, o jakiej wspominał w swym przemówieniu. U nas dotychczas bodaj powszechnie omawianą postać gruźlicy operuje się w ten sposób, że po rozszerzeniu przetoki zeszkrobuje się łyżką z chorej kości tyle, ile się da: tym sposobem kość najczęściej ulega złamaniu; połowa kości lub więcej ulega usunięciu, a część jej wraz z drugą nasadą pozostaje w ranie. Innemi słowy—w tych razach usuwa się za dużo i jednocześnie za mało: za dużo, bo niepotrzebnie niszczy się ciągłość kości, za mało — albowiem ognisko chorobowe niezawsze zostaje w całości oczyszczone; nie też dziwnego, że przetoka często zostaje, a czynność członka szwankuje. Racyonalny zaś zabieg operacyjny, o jakim mówił Ł., pozwala doszczętnie oczyścić ognisko chorobowe i jest zarazem zabiegiem na wskroś zachowawczym, bo pozostawia nienaruszoną ciągłość kości wraz z obydwoma nasadami, które we wcześniejszych okresach opierają się jeszcze — jak wiadomo — sprawie chorobowej, idącej z trzonu kości.

Posiedzenie kliniczne dnia 22-go maja 1906 r.

**KOZERSKI** przedstawił 11 przypadków mykozy włosów głowy, naświetlanych w jego zakładzie przez **GÓRKIEWICZA**. W 2-ch przypadkach ogniska były pojedyncze, ograniczono się więc do naświetlenia tylko pojedynczych kółek, wielkości odpowiadającej rozmiarom zarażonego pola. W 3 im przypadku wyepilowano po 2 koła, w 1-ym trzy. W pozostałych, wobec zajęcia całej głowy, naświetlono skombinowaną metodą **KIENBOCK'a**, wywołując epilację na całej głowie. Skóra nie nosi na sobie ani śladu podrażnienia, jest czystą, gładką, już zdrową. W 6-u przypadkach jest dopiero po epilacji. W 4-ch przypadkach zaczął się ukazywać już porost włosów zdrowych. W 1-ym porost jest już dosyć znaczny.

Naświetlenie nie wywołuje najmniejszych jakichkolwiek sensacji. Po dwóch tygodniach z matematyczną nieledwie dokładnością zaczynają wychodzić włosy jak z futra, przez mole zjedzonego, bez bólu, bez podrażnienia skóry.

Jeszcze po tygodniu epilacja jest skończona. *Scutula*, drobne nacieki, małe ropnie szybko przysychają i goją się.

Zanim nowe włosy ukażą się na powierzchni skóry, śpiesznie tępimy wszelkie pozostałe ogniska podejrzone. Po trzech miesiącach szczyotka nowych włosów pokrywa głowę.

BORZYMOWSKI przedstawił chorą w wieku około 20 lat, która podlegała trzykrotnej laparotomii z powodu guzów zaotrzewnych.

Pierwsza operacja zrobiona była przed 4-ma laty przez CZESŁAWA STANKIEWICZA, dwie następne wykonał B.

Podczas pierwszej operacji został wyjęty guz zaotrzewny wagi 29 funtów i rezekowana część poprzecznicy. Wynik badania drobnowidzowego ważył się wówczas pomiędzy rozpoznaniem: *myxoma* a *lipoma*.

Druga operacja była wykonana po upływie dwóch lat po pierwszej. Znalezione wówczas guz, około 20-u funtów, ważyący w wolnej jamie otrzewnej, wychodzący z sieci.

W styczniu r. b., t. j. w rok po drugiej operacji chora znowu zgłosiła się do szpitala św. Ducha ze znacznie powiększonym brzuchem. Kształt brzucha tym razem znacznie różnił się od poprzednich. Nie miał on formy okrągłej, jak zwykle przy guzach brzusznych, tylko kształt wrzeciona, którego oś podłużna odpowiadała środkowej linii ciała. Oprócz niedużych bólów i ogólnego osłabienia żadnych objawów podmiotowych nie było, również jak przed pierwszą i drugą operacją.

Przy operacji okazało się, że jama otrzewnej jest zupełnie wolną, a guz mieści się za otrzewną wzdłuż kręgosłupa, obejmując pnie dużych naczyń od przepony do małej miednicy. Guz cały składał się ze zrazów, kształtem, barwą i zbitością podobnych do nerki.

Wskutek tego podobieństwa została wyjęta razem z guzem lewa nerka objęta guzem i odsunięta przezeń na prawą stronę kręgosłupa.

Substancja nerki tej była zupełnie na oko normalną, moczwód drożny, a wymiary może bardzo nieznacznie mniejsze prawej nerki. Ogon trzustki również był odsunięty na prawą stronę kręgosłupa i był odseparowany od prawej powierzchni guza.

Śledziona była kilkakrotnie powiększona i tak miękka, że palec przy badaniu pograżał się w nią, jak w masło. Obecnie w 4 miesiące po operacji ogólny stan chorej jest dobry. Śledziona znacznie powiększona wyczuwa się pod żebrami, a w lewym dole biodrowym wyczuwa się guz wielkości pięści, który ma być zapomocą ponownej operacji usunięty.

KOPCZYŃSKI STANISŁAW i KRYŃSKI LEON przedstawili chorą, dotkniętą padaczką korową [JACKSON'a], leczoną na drodze chirurgicznej.

Chora lat 30, żona robotnika, córka osobnika, cierpiącego na padaczkę; w 22-m roku życia, a więc 8 lat temu, po raz pierwszy bez wyraźnych przyczyn doznała jakiegoś ataku nerwowego, polegającego na ogólnym zdrętwieniu ciała, uczuciu gorąca i spazmatycznych krzykach. Chora przytem przytomności nie traciła. Wkrótce wyszła za mąż i po zamążpójściu w ciągu następnych 4-ch lat co kilka tygodni doznawała podobnych ataków, zwłaszcza w drugim okresie ciąży, w którą trzykrotnie zachodziła. Od tej pory, t. j. od 4-ch lat podczas ataków poczęła jej się wykrzywiać twarz w prawą stronę, zaczęła doznawać drgawek w prawej ręce i w prawej nodze.

Gdy w jesieni r. 1905 chora umieszczona została w szpitalu św. Ducha, badanie nie wykazało w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego. Co kilka minut chora doznaje w prawej połowie ciała drgawek tonicznych, które stają się potem klonicznymi.

Objawy lekkiego niedowładu spastycznego prawostronnego, bez wyraźnych zaburzeń czucia. Żrenice równe, prawidłowo oddziałują na światło i na przystosowanie. Oftalmoskop na dnie oka nic nieprawidłowego nie wykazał. W urynie białka, ani cukru nie znaleziono. Chora podczas ataków mózgu pod siebie nie oddaje.

Wobec całego przebiegu choroby, wobec porażenia prawostronnego spastycznego rozpoznano padaczkę karową JACKSON'a, najprawdopodobniej w następstwie rozwijającego się nowotworu w okolicy *gyrus centralis anterior*, po stronie lewej. BORZYMOWSKI wykonał trepanację czaszki. Podczas operacji okazało się, że mamy do czynienia z wybitnym zgrubieniem czaszki w okolicy odpowiadającej pasowi ruchowemu kory mózgowej. Grubość kości w tym miejscu dochodziła do 1½ ctm. Omacywanie istoty mózgu przez oponę twarzą nic podejrzanego nie wykryło. Kość na przestrzeni kilku centymetrów w kierunku podłużnym w owej okolicy została wycięta. Po operacji chora przez kilka dni jeszcze miała napady drgawek w prawej połowie ciała, poczem stawały się one coraz rzadszemi i po tygodniu ustały zupełnie. Po dwóch tygodniach niedowład prawej połowy ciała całkiem ustąpił, mowa stała się całkiem prawidłową. Chora opuściła szpital, czując się zupełnie zdrową. Od tej pory, t. j. od września r. z. do marca roku bieżącego, żadnych ataków nie miała. Na początku marca ataki się pojawiły jeszcze z większą siłą. Występowały nieustannie [co 5 — 10 minut] drgawki toniczne i kloniczne w prawej połowie ciała, zupełne porażenie spastyczne prawostronne, wybitna afazja ruchowa. Podczas ataków chora przytomności nie traci. Poza tem stan taki, jak poprzednio.

Chorą zakwalifikowano znowu do operacji w przypuszczeniu dalszego ucisku przez kość zgrubiałą; dokonał 14-go marca r. b. operacji KRYŃSKI. Podczas operacji pomimo dość głębokiego uśpienia chloroformowego, chora co kilka minut dostawała ataku drgawek, które rozpoczynały się zwykle w prawej nodze, potem przechodziły na prawą rękę, wreszcie najdłużej trwały w prawej połowie twarzy. W ciągu pierwszych kilku dni po operacji trwały one z dawną siłą, poczem stopniowo słabły i po 13-ndniach, t. j. 27-go marca, całkiem ustały. Około 1-go kwietnia powróciła mowa, siła ruchowa również stopniowo zaczęła wracać i chora obecnie chodzi; w prawej jedynie ręce pozostały ślady niedowładu. Nerwy twarzowy i podjęzykowy prawy, które przedtem znajdowały się w stanie zupełnego porażenia, obecnie działają prawidłowo. Czy stan taki potrwa długo, czy za jedyną przyczynę padaczki korowej w danym przypadku uważać należy zgrubienie kości czaszki, przesądzać trudno.

KOPCZYŃSKI, biorąc za punkt wyjścia własny przypadek, rozpatrzył znaczenie rozpoznawcze padaczki JACKSON'a, podał przy jakich sprawach czynnościowych występuje to cierpienie, a jakich organicznych, [nowotwory, krwotoki, rozmięknienia, mocznica, zatrucia alkoholem, ołowiem, *acetonuria*], wspominał, iż w ostatnich czasach notowano przypadki przejścia padaczki korowej w padaczkę samoistną, opisał własny przypadek padaczki korowej z monoplegią przy moczówce cukrowej, gdzie *autopsia* nie wykryła żadnych zmian w korze mózgowej, w końcu podkreślił, iż znaczenie patognomoniczne padaczki JACKSON'a obecnie nie tylko zmalało, lecz wprost zekwetyonowane zostało.

[D. n.]

I. Landstein.

## Wiadomości bieżące.

— W Warszawie od lipca r. b. zaczęło wychodzić nowe czasopismo „Kronika dentystyczna“ pod redakcją lekarza dentysty M. KRAKOWSKIEGO. Będzie to miesięcznik poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej oraz sprawom zawodowym.

— Bogacz moskiewski RIABUSZYŃSKI ofiarował 200000 rs. na wysłanie naukowej ekspedycji do Kamczatki w kwietniu 1907 r. Wezmą w niej udział między innymi: zoolog, botanik, mineralog i lekarz. Prócz kosztów podróży i utrzymania każdy z nich otrzymuje po 3000 rubli pensyi.

— MIECZNIKOW odmówił przyjęcia katedry protozoologii w Cambridge z pensją 10000 rubli.

— BEHRING miał otrzymać z laseczników gruźliczych nowy środek, który nazywał „tulase“. Działać on ma uodporniająco i leczniczo u zwierząt dotkniętych gruźlicą.

— Wydział lekarski uniwersytetu w Budapeszcie przyznał nagrodę KORÁNYI'ego [1000 koron] prof. PERTIK'owi za dzieło o gruźlicy.

— W Wiedniu profesorowie: BENEDIKT, POLITZER, STOFFELA i WINTERNITZ z końcem semestru przechodzą w stan spoczynku.

— XIV-y międzynarodowy Kongres higieny i demografii odbędzie się w Berlinie między 23 — 29 września 1907 r.

— Z m a r ł w Paryżu w 70-ym r. życia BROUARDEL, profesor medycyny sądowej i b. dziekan wydziału lekarskiego.

### SPROSTOWANIE.

W № 28-ym „Gazety Lek.“ w nekrologu [str. 750] ś. p. dra ZALEJSKIEGO wydrukowano mylnie: Do gimnazjum uczęszczał „w Krakowie“, powinno być: „w Piotrkowie“.

---

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.