

# GAZETA LEKARSKA

I O chirurgicznem leczeniu okrągłego wrzodu  
żołądka z przedstawieniem chorej w 25 lat  
po wycięciu odźwiernika z powodu wrzodu żołądka.

Napisał

L. Rydygier [Lwów].

Według wykładu na 35-ym Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie.

Szanowni Panowie! Już to tak dawno, bo 25 lat, kiedym po raz pierwszy jako wskazanie do rezekcyi żołądka postawił wrzód okrągły i kiedym po raz pierwszy tę operacyę wterczas wykonał, że prawie o tem zapomniano. Wskazanie to rozmaicie w rozmaitych czasach oceniano: zrazu tak wybitni badacze na polu chorób żołądka, jak LEUBE i BILLROTH nie tylko je przyjęli, lecz wyrazili nadzieję, że po wycięciu np. odźwiernika z powodu wrzodu spodziewać się należy lepszych wyników, niż po takiejże operacyi z powodu raka, i to tak bezpośrednich, jak i trwałych.

Później jednak większość chirurgów dawała pierwszeństwo gastroenterostomii i pyloroplastyce. Dopiero w ostatnich czasach znalazła znowu rezekcyę żołądka przy wrzodzie okrągłym nowych zwolenników, między innymi MAYDL'a, R. JEDLIČKĘ, ALI KROGIUS'a, BAKES'a, LAMBOTT'a i in.

Wobec tego muszę i ja znowu stanąć raz jeszcze <sup>1)</sup> w obronie wskazania, które pierwszy jasno określiłem, a to tem energiczniej, że mogę dziś przedstawić chorą, u której już w roku 1881 wyciąłem odźwiernik z powodu wrzodu.

<sup>1)</sup> Z dawniejszych moich prac, w których wskazanie to polecałem, wymieniam: a) Ueber Magenresection mit Demonstration von Präparaten, LANGEBECK's Arch. tom 26. b) Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika celem usunięcia zwężenia wskutek wrzodu, Przegl. lek. 1881 i Berl. kl. Woch. 1882. c) O wycinaniu odźwiernika, Przegl. lek. 1882 i VOLKM. Samml. kl. Vortr. d) Vorstellung eines Falles von geheilter Pylorusresection wegen Magengeschwür mit Demonstration

Na razie ograniczę się do ogólnikowego podniesienia; tego tylko, co mi się najistotniejszym wydaje, w przyszłej zaś obszerniejszej pracy zastanowię się nad szczegółami.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że brak nam dotychczas takiego zabiegu chirurgicznego, któryby, usuwając okrągły wrzód żołądka, zapobiegał napewno w przyszłości tworzeniu się nowych czy to w samej bliźnie, czy gdziekolwiek indziej. Niestety, nie znamy dotychczas nawet istotnej przyczyny tworzenia się wrzodów żołądka, a tylko wówczas żywić moglibyśmy uzasadnioną nadzieję, że osiągnąć zdołamy wyleczenie doszczętne, jeżeli ostateczną tę przyczynę wrzodu usuniemy.

Oceniając dwa współzawodniczące ze sobą rękoczyny: wycięcie wrzodu i wytworzenie przetoki między żołądkiem a jelitami—gdyż pyloroplastyka za ledwie wchodzi dziś w rachubę — nie wolno nam na potępienie pierwszego przytaczać wyjątkowych zdarzeń, w których, mimo pylorotomii, powtarzały się czasem także krwotoki lub następowało przedziurawienie żołądka. Rozstrzygnąć możnaby sporną kwestyę, który z tych sposobów lepszy, dopiero na podstawie wielkich statystyk, wykazujących: jak często krwotoki i przedziurawienie występowały po rezeceji, a jak często po gastroenterostomii. Dotychczas liczba wykonanych rezeceji przy wrzodzie żołądka jest za małą.

Zanim to się stanie, już dziś każdy przyznać musi, że ten zabieg da lepsze wyniki trwałe, który doszczętniej usuwa cierpienie i który stwarza stosunki bardziej zbliżone do normalnych — przyrodzonych; a takim jest bezwątpienia pylorotomia, nie gastroenterostomia.

Przy pomocy gastroenterostomii stwarzamy tylko lepsze warunki odpływu pokarmów z żołądka, pozostawiając wrzód w spokoju. Pod tym względem wycięcie odźwiernika ma tą wyższość, że, wykonywując je, nie tylko stwarzamy lepsze warunki odpływu zawartości z żołądka, lecz jednocześnie usuwamy wrzód z jego zbliżowaciałymi brzegami.

Możemy spotkać się tu z zarzutem, który zrobił też kol. KROENLEIN, mianowicie, że bardzo często bywa jednocześnie kilka wrzodów w żołądku.

Bywa tak bezsprzecznie; lecz w większości przypadków mamy do czynienia z pojedynczym wrzodem, jeżeli zaś jest ich więcej, to przy rezeceji usuwamy przynajmniej jeden, przytem ten, który powoduje najpoważniejsze zmiany w ścianie żołądka. Tego rodzaju zabieg nie może pozostać bez wpływu na dalszy przebieg.

---

von Präparaten. LGBCK's Arch. tom 28. e) Pierwszy przypadek gastro-enterostomii wobec zwężenia dwunastnicy po wrzodzie. Przgl. lek. 1884 i Verh. d. Dt. Ges. f. Ch. 1884. f) Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowej. Przgl. lek. 1885 i Dt. Z. f. Ch. tom 21. g) Demonstration eines vor 2 1/2 J. wegen Carcinoma pylori resezierten Magens nebst einigen Bemerkungen in betreff der Indication zur Laparotomie beim perforirten Ulcus ventriculi. C. f. Ch. 1887. h) Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej. Przgl. lek. 1894 i Wien. kl. Woch. 1894. i) Zasady leczenia chirurgicznego chorób żołądka. Odczyt klin. Gaz. Lek. i XIII Congrès internat. de médecine 1900.

Wtedy możnaby odmówić zalet pylorotomii, gdyby nie stwarzała dobrych warunków odpływu zawartości z żołądka, lub też gdyby usunięcie wrzodu ze zbliznowacjalnymi brzegami pozostało bez wpływu na dalszy przebieg zdrowienia. Ani jedno, ani drugie powiedzieć się nie da. Przy pomocy rezekcyi stwarzamy nawet lepsze warunki odpływu zawartości z żołądka, aniżeli przy pomocy gastroenterostomii, mianowicie zabieg ten warunkuje normalne zetknięcie się zawartości żołądka z sokiem trzustkowym i żółcią w normalnem i właściwem miejscu i tym sposobem usuwamy przynajmniej jeden warunek, powodujący tworzenie się *ulcus pepticum*. Naturalnie, zadaniem chirurga jest uniknąć zwężenia lub zagięcia w miejscu ożwiernika. Gdzie ta ewentualność grozi, należy wykonać, oprócz rezekcyi wrzodu, rezekcyę ożwiernika, w tych zaś wypadkach, gdzie wykonanie tego zabiegu jest przeciwwskazane np. z powodu rozległych zrostów, należy uciec się do wykonania gastroenterostomii.

Nikt nie może twierdzić, że pozostawienie w ścianie żołądka wrzodu z brzegami i dnem zbliznowacjalnym nie będzie miało wpływu na radykalne wyleczenie chorego. Przynaję — i o tem też uczy nas doświadczenie — że po gastroenterostomii może nastąpić zagojenie zbliznowacjalnego (*callöse*) wrzodu żołądka; z drugiej jednak strony, doświadczenie poucza nas nie mniej niedwuznacznie, że te wrzody, pozostawione w żołądku podczas gastroenterostomii, przed swem zagojeniem mogą stać się przyczyną śmierci chorego z powodu krwotoków lub przedziurawienia. Na potwierdzenie mych słów mogę przytoczyć smutną statystykę ALI KROGIUS'a, który w przeciągu 14-u miesięcy miał 4 tego rodzaju przypadki: 2-ch chorych stracił z powodu krwotoków następczych, 2 zaś z powodu przedziurawienia pozostawionego wrzodu żołądka.

Nie można tu robić zarzutu, jakoby po rezekcyi nieraz także występowały krwotoki i przedziurawienia. Zupełnie jest inna sprawa, jeżeli na umyślnie pozostawimy w ścianie żołądka dokładnie zbadany i rozpoznany w czasie operacyi wrzód i następnie wystąpi śmiertelny krwotok lub przedziurawienie tegoż wrzodu; inaczej zaś będzie się miała sprawa, jeżeli po wykonanej rezekcyi wrzodu na nowo powstanie wrzód i spowoduje zejście śmiertelne. Całkiem jasno i wyraźnie powinniśmy, chirurdzy, sobie to powiedzieć.

Nie tylko te, wnet po operacyach następujące smutne wyniki przemawiają na korzyść rezekcyi, ale również, i to w znaczniejszym stopniu, późniejsze spostrzeżenia nad wynikami trwałymi po operacyach. Jeżeli po gastroenterostomii zaniknie w zupełności guz, wytworzony przez zbliznowacjalny wrzód żołądka, często pozostają nadal znaczne bóle, warunkowane przez zrosty i zmienione warunki dokoła wrzodu.

Nie chcę przytaczać danych z własnego doświadczenia, aby sądenie moje nie wydało się zbyt subiektywnem: podaję dane CLAIROMONT'a, oparte na praktyce EISELSBERG'a. Widzimy tam 33 przypadki gastroenterostomii, po których bezpośrednio było 8 zejść śmiertelnych. Z pozostałych 25 przypadków po upływie dłuższego czasu żyje zdrowych — 9, 8 — nieuleczonych; 6 — umarło, 2 — wynik nieznan. A zatem z liczby 33-ch chorych, kt 6-

rzy poddali się gastroenterostomii, po upływie 2—5½ lat pozostało zaledwie 9-u uleczonych! Są to liczby, przemawiające wyraźnie na nie korzyść gastroenterostomii.

Co prawda, obecnie kol. KROENLEIN przedstawił nam daleko lepsze wyniki po gastroenterostomii; nie możemy jednak nie brać na uwagę wyników niepomyślnych. Pozatem nieliczne (3) przypadki KROENLEIN'a wykazują, że po wycięciu wrzodu bywają wyniki trwałe w zupełności zadowalniające.

Następnie muszę zaznaczyć, że przy zestawianiu danych statystycznych bardzo często spotykamy się z całkiem osobiwym błędem, popełnianym na korzyść gastroenterostomii. Mianowicie: zdarza się, że w kilka miesięcy lub w rok po dokonanej gastroenterostomii chory umiera i sekcya wykazuje raka żołądka; taki przypadek zwykle wykreśla się ze statystyki, dotyczącej wrzodu okrągłego, i tłumaczymy sobie, że gastroenterostomia nie mogła dać w tym przypadku trwałego dobrego wyniku, gdyż mieliśmy do czynienia z rakiem. Bezwątpienia, w wielu przypadkach już w czasie operacji mógł być rak żołądka, lecz z drugiej strony nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ten rak mógł rozwinąć się w przeciągu kilku miesięcy lub roku na tle wrzodu okrągłego.

Nie możemy więc tego rodzaju przypadków wykreślać ze statystyk, dotyczących gastroenterostomii; przeciwnie, one w podwójny sposób obciążają tę metodę operacji: po pierwsze—nie doprowadza ona do wyzdrowienia, po drugie zaś — sprzyja powstaniu raka na tle wrzodu.

Przy takim zestawianiu danych statystycznych niewątpliwie otrzymamy całkiem błędne pojęcie o wynikach po gastroenterostomii.

Przechodzę obecnie do faktu, najwybitniej przemawiającego na korzyść rezekcyi przy wrzodzie żołądka, mianowicie do powstawania raka na tle wrzodu żołądka. Co do częstości tego zjawiska zdania wielce różnią się między sobą: jedni podają 5%, drudzy 30%. Tak czy owak — ja sędzę, że liczby wyższe są prawdziwe — to jedno bądź co bądź nie da się zaprzeczyć, że rzeczywiście na tle wrzodu rozwijają się raki i zapobiedz temu możemy tylko wykonywując przy wrzodach re z e k c y e; w ten sposób usuwamy niebezpieczeństwo powstania raka w zbliżowaciałych brzegach i dnie wrzodu. Operujemy wtedy raka, że tak powiem, „*in statu nascendi*“. Jeżeli spotkamy przypadek rozpoczynającego się raka na tle zbliżowaciałego wrzodu, możemy wówczas żywić nadzieję otrzymania drogą operacyjną w tym okresie początkowym rzeczywistego trwałego wyleczenia. Wiemy przecież z doświadczenia, jak na nieszczęście rzadko mamy trwałe, dobre wyniki po zwykłych operacjach rezekcyi przy rakach żołądka; są to przypadki niezbyt liczne.

Sędzę, że nie potrzebuję poważnie traktować wielokrotnie robionego zarzutu, jakoby i po rezekcyi pozostawała blizna, i nie będą wykazywał różnicy, zachodzącej między cienką, miękką blizną po rezekcyi, którą z trudnością można wykryć na sekcji, i twardymi, zbliżowaciałymi brzegami wrzodu.

W ostatnich czasach zgodzono się wykonywać wycięcie wrzodu w tych przypadkach, gdzie jest podejrzenie rozpoczynającego się rozwoju raka.

Jednakowoż, w jaki sposób może chirurg zawyrokować o tem w czasie operacji? Wiemy bowiem, że nawet badanie mikroskopowe w czasie operacji preparatów mrożonych nie chroni nas od pomyłek lub przeoczeń; wykazał to w swej pięknej pracy R. JEDLIČKA jak łatwo przeoczyć można małe ogniska rakowate w brzegach zbliznowaciałych wrzodu; badając tylko skrawki, robione całemi seryami, możemy mieć pewne wyniki.

Nie pojmuję, dlaczego w tym przypadku chirurdzy lękają się tak wykonywać operację doszczętną, chirurdzy, którzy tak często robią zarzuty terapeutom, że za późno przekonywują chorych o konieczności operowania i postępują zbyt lekliwie. Zwykle tłumaczą to wielkiem niebezpieczeństwem, jakim grozi rezekcja żołądka.

Nie zaprzeczam, że rezekcja żołądka jest pod względem technicznym jedną z trudniejszych operacji i, przynajmniej dotychczas, jedną z bardziej niebezpiecznych dla chorego. Z naciskiem jednak muszę tu zaznaczyć, że nie można porównywać śmiertelności po rezekcyi z powodu wrzodu, z śmiertelnością po rezekcyi z powodu raka żołądka. Po rezekcyi z powodu raka spotykamy śmiertelność około 32%, z powodu zaś wrzodu tylko 3% [R. JEDLIČKA]. Bez porównania zatem mniejsze niebezpieczeństwo grozi po rezekcyi z powodu wrzodu żołądka. Robiono zarzut tej statystyce z tego powodu, że R. JEDLIČKA miał wycinać nieraz prawie zupełnie zdrowe odźwierniki; o ile ten zarzut jest nieusprawiedliwiony, dowodzą przypadki tegoż autora tak skomplikowane i technicznie tak trudne, jak opisane w końcu dzieła przypadki plastyki płatowej.

Nie o wiele gorsze wyniki miał LAMBOTTE [I zjazd międzynarod. chirurg.]: na 85 przypadków rezekcyi — 4 zejścia śmiertelne, t. j. 5% śmiertelności, pomimo tego, że między tymi przypadkami było kilka podwójnych rezekcyi żołądka: rezekcja wrzodu i rezekcja odźwiernika. Moje własne wyniki po operacjach rezekcyi przy wrzodzie żołądka również wykazują, że ta operacja przy wrzodzie jest o wiele mniej niebezpieczna, aniżeli przy raku żołądka.

Doświadczenia ostatnich lat wykazują, że w przyszłości, przez osiągnięcie lepszej techniki i lepszy dobór przypadków, operacja ta będzie dawała jeszcze lepsze wyniki. Chcę tu pokrótce wspomnieć o tem, że wielokrotnie przy niezbyt rozległych wycięciach odźwiernika, co właśnie zdarza się przy wrzodzie żołądka, udawało mi się połączyć światło dwunastnicy z żołądkiem bez szwu, z wężającego światła żołądka (*Occlusionsnaht*). Dzięki temu technika zabiegu staje się znacznie uproszczoną, czas trwania operacji skrócony i niebezpieczeństwo mniejsze. Zadziwiającem jest, jak wielkie można wyrównać różnice światła dwunastnicy i żołądka przez wszywanie lub skośne przecięcie dwunastnicy według WEHR'a.

Wreszcie, nie powinniśmy zapominać o tem, że w chirurgii rozstrzygać powinien nie bezpośredni wynik operacji, „kto zaś chce wygrać życie, musi życie postawić na kartę“.

Rozumię się, co zresztą już wielokrotnie zaznaczałem, nie w każdym przypadku będziemy wykonywali rezekcyę wrzodu. Decydują o tem warunki miejscowe, rozległe zrosty i t. p., a zwłaszcza stan ogólny chorego.

Rezekcyja żołądka przy wrzodzie, zastosowana w odpowiednich przypadkach, daje szybsze i pewniejsze wyniki trwałe, aniżeli wszystkie inne zabiegi operacyjne zapobiegające; jest ona zabiegiem radykalnym i pod każdym względem racjonalnym, gdyż dzięki niej stwarzamy lepsze warunki krążenia treści pokarmowych, jednocześnie zaś usuwamy siedlisko choroby — chorobowo zmienione tkanki.

## II

### Przedstawienie chorej.

Rzecz przedstawię krótko, kilkakrotnie bowiem przypadek ten już opisywałem. KAROLINĘ PFENNIG operowałem dnia 21-go listopada 1881 r. z powodu wrzodu, zwężającego odźwiernik. Wykonałem wówczas pylorotomię, wycinając równocześnie część trzustki, z którą wrzód był ściśle zrosnięty. Już wówczas udało mi się wszyć bezpośrednio dwunastnicę w żołądek, bez szwu, zwężającego częściowo światło tego ostatniego, a osiągnąłem to dzięki temu, że dwunastnicę oddzieliłem cięciem łukowatym, przez co przedłużyłem sztucznie brzegi dwunastnicy. Możliwość takiego postępowania wykazał eksperymentalnie ówczesny mój asystent, ś. p. W. WEHR. Ta zmiana w technice wycinania odźwiernika nie tylko ułatwia cały zabieg operacyjny, lecz zmniejsza równocześnie bezpośrednie niebezpieczeństwo, pozwala bowiem uniknąć wytworzenia punktu słabego, tworzącego się tam, gdzie się styka szew, zwężający światło żołądka ze szwem, łączącym żołądek i dwunastnicę. Szczegół ten wydaje mi się ogromnej doniosłości, zwracam więc tu nań specjalną uwagę i zalecam go do stosowania we wszystkich odpowiednich przypadkach, a więc w tych, w których różnica między średnicą części, mających być zespolonemi, nie jest za wielką. Niekiedy znaczne nawet różnice wyrównać się dadzą przez skośne, łukowate lub kątowate ścięcia dwunastnicy i odpowiednie w sz y w a n i e ścian żołądka.

Operowana PFENNIG urodziła po operacji 5 córek i przez cały ten czas, a więc przez 25 lat, żołądek jej czynność swą sprawował wcale dobrze. Tylko od czasu do czasu występowały pewne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, co jednak znajduje dostateczne wytłomaczenie w niezawsze odpowiednim sposobie odżywiania się operowanych.

To przypomina mi błąd, stale niemal popełniany przez chorych, którzy przebyli rezekcyę żołądka. Skoro tylko minie pierwsze niebezpieczeństwo po operacji i przekonamy się, że chory przybrał na wadze, cieszymy się tym

bezpośrednim wynikiem pooperacyjnym i w przekonaniu, żeśmy już wszystko zrobili, co do nas należy, nie troszczymy się dalej o chorego. Ten zaś w przekonaniu, że znieść zdoła wszystkie potrawy, nie robi między nimi wyboru, w następstwie zaś niedługo przyjdzie czekać na nowe, choćby przemijające dolegliwości. Tymczasem przez kilka lat jeszcze po operacji chory powinien troskliwie przestrzegać pewnej diety, na co mu lekarz specjalną winien zwrócić uwagę.

Nawet wycięcie wrzodu nie może wpłynąć na natychmiastowe ustąpienie innych zmian na śluzówce żołądka, towarzyszących zwykle wrzodowi. Radość jaką nam sprawia bezpośredni wynik operacyjny, nie powinna osłabiać naszej czujności i skłaniać do zaniebdywania leczenia następczego. Któż dziś powiedzieć może, ile razy nieodpowiednie leczenie następcze stało się przyczyną tworzenia się nowych wrzodów? Chemizm i mechanizm trawienia u chorych operowanych powinien być długi czas po operacji kontrolowany.

Przedstawioną właśnie PFENNIG'ową zbadał w tym kierunku mój asystent, dr. m. JEDLIĆKA, i znalazł:

Czynność żołądka mechaniczna jest zupełnie prawidłowa, zaległości nie ma żadnych. Przeciwnie zaś, podnieść musimy, że czynność wydzielnicza niezupełnie wróciła do normalnych stosunków, co np. KROENLEIN w swoich przypadkach zwykle mógł stwierdzić; inni jednak nie byli tak szczęśliwi.

Badając treść sposobem MARIE'go znaleźliśmy: wolny kwas solny 2,40, kwas solny związany 0,50; kwasów organicznych 0,90, kwaśność ogólna 3,80 w 1 ym litrze soku żołądkowego, mamy więc nieco zwiększoną kwaśność.

W każdym razie przypadek nasz dowodzi niezbicie, że wycięcie okrągłego wrzodu żołądka uratowało chorej życie i uwieńczone zostało trwałym wynikiem, utrzymującym się przez 25 lat. Przemawia to stanowczo na korzyść tego zabiegu.

## II. W sprawie doniosłości orzeczeń sądowo-lekarskich.

Podał

A. CIECHOMSKI.

Jak dalece należy być oględnym w orzeczeniach sądowo-lekarskich, zwłaszcza gdy orzeczenie takie ma być podwaliną ciężkiego oskarżenia drugiej osoby, doskonale poneza przypadek, który w krótkości pragnę opowiedzieć.

W d. 14-ym czerwca 1905 r. dwaj młodzi ludzie, W. M. i K. D., jedli obiad przy wspólnym stole; nagle wśród zupełnej ciszy usłyszano w pokoju sąsiednim strzał; ktoś z domowników ujrzał szybko wybiegającego K. D. na ulicę, towarzysza zaś jego leżącego opodal stołu, ze słabemi oznakami życia i krwawieniem mocnem z ust i nosa. Pogotowie ratunkowe zastało już trupa. Po zejściu się zbiegowiska znaleziono na podłodze gilzę po wystrzelonym naboju, rewolweru zaś nie odszukano. Przypuszczać należało, że zabójcą był K. D., który zdołał umknąć wraz z rewolwerem. Tymczasem ów domniemany sprawca tegoż dnia wieczorem stawił się sam do urzędu policyjnego i zeznał, że nieboszyk wstał od stołu, przez chwilę coś oglądał, wreszcie runął na ziemię równocześnie z wystrzałem. K. D., zajęty obiadem, nie śledził dokładnie wszystkich ruchów towarzysza, sam zaś, nie zdając sobie sprawy, co się stało, niezmiernie wystraszony wybiegł na ulicę i błąkał się do wieczora.

Oczywiście, zeznaniu temu nie uwierzono: wszelkie poszlaki przemawiały na niekorzyść zeznającego, dlatego też niezwłocznie go uwięziono.

Pierwsze oględziny pośmiertne, wykonane w d. 16/VI przez lekarza miejskiego i w obecności sędziego śledczego, opisano w sposób następujący: „Kości szkieletu całe; po otworzeniu czaszki na podstawie jej — pęknięcie w okolicy skroniowej prawej i potylicowej, nadto w okolicy skroniowej złamanie kości z wgnieceniem kawałków wewnątrz czaszki oraz wynaczynienie w tem miejscu, średnicy 3 — 4 ctm., niezupełnie prawidłowego okrągłego kształtu. Opona twarda nastrzyknięta krwią i pokryta licznemi kroplami krwi; opona miękka obrzęknięta, lśniąca, cienka i łatwo rozrywająca się; między nią i oponą twardą na przestrzeni okolicy skroniowej — obfity wylew krwawy; istota mózgu na podstawie jego, w prawej okolicy skroniowej i obok mostu WAROL'a oraz rdzenia przedłużonego zmiążdżona, na niej mnóstwo krwawych punktów i pasemek krwawych”. Protokół sekcyjny zakończono następującym wnioskiem: „Śmierć nastąpiła wskutek wylewu krwawego w istotę mózgu, obok obrzęku ostrego i częściowego zmiążdżenia mózgu, spowodowanego przez uderzenie narzędziem twardem tępem, zadane przez osobę drugą z tyłu w okolicę skroniową“.

Zdaniem biegłego całkowicie wykluczono w przypadku tym postrzał, nie znaleziono bowiem w uszkodzeniu tem cech rany postrzałowej.

Sędzia śledczy, opierając się na wnioskach lekarza eksperta, przypisał D. zabójstwo M. narzędziem tępem, nie dowierzając przytem opowieści D. o przypadkowym samobójstwie M. podczas oglądania przezeń rewolweru; huk zaś od wystrzału i znalezioną gilzę od naboju rewolwerowego tłómaczył uplanowanym jakoby zgóry zamiarem D. zamaskowania swej zbrodni opowiadaniem o przypadkowym strzale.

Inny sędzia śledczy, objąwszy sprawę tę przed jej ukończeniem i rozpatrzywszy wnioski swego poprzednika, nabrał wątpliwości co do winy D. wobec braku pobudek wszelkich do zabójstwa M., jak również wobec wrażenia szczerości, jakie wywierało zeznanie D. Z drugiej zaś strony niejasno zestawione wnioski oględzin pośmiertnych nasuwały sędziemu wątpliwości, czy ekspertyza powyższa, jako jedyny i kategoriyczny dowód winy D., nie była wynikiem pomyłki przy zbyt pospiesznem określeniu przyczyny pęknięcia czasz-



ki; nadto omyłka taka wydawała się sędziemu tembardziej możliwą, że gdyby śmierć M. nastąpiła podczas oglądania przezeń rewolweru, jak to opowiadał D. i co poniekąd potwierdzał słyszany przez świadków huk strzału, to otwór wejściowy kuli mógł znajdować się w jamie ustnej lub nosowej i przez to właśnie był niedostrzeżony podczas pierwszego badania pośmiertnego.

Wobec powyższej wątpliwości dokonano ekshumacyi M. przy udziale lekarza, który wykonał pierwsze oględziny pośmiertne, oraz sędziego śledczego.

W jamie ustnej uszkodzeń nie znaleziono, natomiast w jamie nosowej wykryto kanał, który prowadził z nozdrza prawego wgląd czaszki, aż do miejsca, w którym poprzednio znaleziono strzaskanie kości potylicowej, uznane jako wynik uderzenia narzędziem tępem. Lekarz uznał wtedy możliwość pomyłki ze swej strony podczas pierwszego badania pośmiertnego i orzekł, że wszystkie wówczas znalezione przezeń uszkodzenia mózgu i czaszki powstały skutkiem działania kuli, która przedostała się do wnętrza czaszki przez prawy przewód nosowy.

Mimo to jednak urząd prokuratorski wobec tak odmiennych wyników obu badań pośmiertnych zażądał oględzin trupa raz jeszcze przy udziale dodatkowym dwóch lekarzy chirurgów. Zaproszeni zostali kol. T. SOLMAN, i piszący te słowa.

W d. 26-ym lipca 1905 r., a więc w tydzień po pierwszej, dokonano ponownej ekshumacyi i znaleziono, co następuje: po rozcięciu nosa stwierdzono strzaskanie przegrody nosa i lemiesza, którego jeden kawałek leżał wolny, na podstawie czaszki na skrzydle wielkiem kości klinowatej znaleziono wyłobienie długości 6 ctm. oraz szerokości i głębokości po 1 ctm., dalej potężne strzaskanie części skalistej kości skroniowej, wreszcie otwór na szwie węglowym czaszki (*sut. lambdoidea*), mianowicie na granicy kości ciemieniowej prawej i potylicowej.

Pod czepcem ścięgnistym nieprzedziurawionym ślady rozległego skrzepu krwi tudzież ścięczenie i podbiegnięcie krwawe powłok czaszki na znacznej przestrzeni w okolicy potylicy-ciemieniowej prawej. Kula, oczywiście, uwięzła pod powłokami czaszki, przedziurawiwszy kość w okolicy szwu węglowego. Kierunek całego kanału, wytworzonego przez kulę, doskonale wykazywał, że w chwili strzału osłufa rewolwerowej znajdowała się na jednej linii z osią wzrokową; innemi słowy M. zaglądał w chwili strzału w otwór lufy; nadto kierunek wspomnianego kanału świadczył niezbicie o lekkim nachyleniu głowy M. na prawo i ku dołowi, zupełnie zrozumiałem przy opisanem zaglądaniu w lufę. W tych warunkach mogła być tylko mowa o samobójstwie lub, co najprawdopodobniejsze, o strzale przypadkowym, podczas którego kula weszła do jamy czaszkowej przez prawy przewód nosowy, nie uszkodziwszy samego nozdrza. Należało wnioskować nieodzownie, że postrzał był przypadkowy, a zarazem wykluczyć zabójstwo i samobójstwo; zabójca bowiem musiałby przykuć przed ofiarą i mierzyć do niej w linię, równoległą do osi czaszki, przy samobójstwie zaś byłoby nieuniknione oparzenie nozdrza skutkiem naturalnego w tym razie trzymania lufy rewolwerowej blisko twarzy.

Ostatecznie więc biegli wraz z sędzią przyszedli do niezbitego wniosku, że M., oglądając rewolwer systemu BROWNING'a, nieostrożnie wywołał wystrzał śmiertelny.

Przy pierwszym badaniu pośmiertnem nie zauważono otworu wejściowego kuli, ukrytego w prawym przewodzie nosowym; wobec braku przedziurawienia powłok czaszki w okolicy potylicy-ciemieniowej prawej odrazu wykuczono postrzał, kula zaś, tkwiąca pod powłokami czaszki u otworu wyjściowego z jamy czaszkowej, niepostrzeżenie wypadła na stół sekcyjny podczas przecięcia kolistego powłok czaszki i dopiero po upływie kilku godzin podczas sprzątania stołu została znaleziona przez służącego, jak to wyjaśniło się na śledztwie już po 1-ej ekshumacyi.

Dlatego też pierwszy ekspert, nie znalazłszy kuli i otworu jej wejściowego, uznał obrażenie czaszki, t. j. wyjściowy otwór kuli wraz z mochem stłuszczeniem powłok czaszki, jako skutek uderzenia narzędziem w tył głowy.

Kwalifikacya czynu takiego, jako zabójstwa, wykonanego nie w rozdrażnieniu, lecz z zamiarem zgóry powziętym, groziła K. D. ciężkimi robotami, a w najlepszym razie długoletniem więzieniem; tymczasem na mocy wniosków po powtórnej ekshumacyi domniemany zabójca został natychmiast uwolniony od wszelkiej odpowiedzialności. Przypadek powyższy powinien być przestrożą zarówno dla lekarzy ekspertów, jako też i dla sędziów. Poucza on zarazem, z jaką oględnością należy wykonywać badanie pośmiertne, z drugiej zaś strony w sprawach ważnych, a zwłaszcza wątpliwych, sąd nie może i nie powinien opierać się na zdaniu jednego tylko lekarza w charakterze biegłego.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 218. Kuemmel. Nowoczesna chirurgia nerek, rozpoznanie i wyniki.

W obszernej pracy KUEMMELE dowodzi, jakie olbrzymie postępy zrobiła współczesna chirurgia nerek dzięki zastosowaniu nowych metod badania, szczególnie katetyzacyi moczowodów i kryoskopii. Ostatnią metodę autor stawia na czele wszystkich innych, dowodząc niezbicie cyframi, że jest to jedyny sposób uniknięcia tak smutnych rezultatów, gdy chory, pomimo wyśmienitego wyniku operacyi ginie w kilka dni później wskutek niewydolności drugiej nerki. KUEMMELE dokładnie zaznajamia czytelnika ze wszystkimi metodami badania nerek, żadnej nie odrzuca, najdokładniej analizuje kilkakrotnie stan i wydolność narządu przed operacyą, i przystępując do zabiegu zdaje sobie jasno sprawę, jakimi są rozpoznanie i rokowanie. Rozporządzając olbrzymim materiałem [404 operacye na nerkach], wykonał najrozmaitsze zabiegi w ciągu lat 6-u, przyczem różnica w wynikach przed i po wprowadzeniu w użycie kryoskopii i katetyzacyi moczowodu była ogromną.

Przy podejrzeniu, że mamy do czynienia z kamicą lub piaskiem nerkowym, należy bezwarunkowo prześwietlać. Bezwzględnie ufać jednak fotografii możemy dopiero wtedy, gdy otrzymamy kilkakrotne zdjęcia, a na wszystkich zarysują się jednakowe kontury i cienie, gdy aparat jest bez skazy a fotograf posiada wysmienitą technikę, gdy przy fotografowaniu użyjemy odpowiedniego oświetlenia. Z 84-ch przypadków operacji kamicy nerkowej w 65 przyrząd ROENTGEN'a wykazał obecność kamieni, ich kształt i położenie, a we wszystkich przypadkach wątpliwych, gdzie na fotografii cienia nie było, nie znaleziono kamieni również podczas operacji. Ogółem KUEMMEŁ dokonał 828 zdjęć u 362-ch chorych.

Nie znając stopnia wydolności drugiej nerki, niepodobna podjąć się operacji. W tym względzie oświetlenie pęcherza i kateteryzacja moczowodów odda nam olbrzymie usługi. W przypadkach, gdzie cewnikowanie było niemożliwe, jak np. przy silnych owrzodzeniach, t. zw. *vessie en colonnes* i t. d. KUEMMEŁ nie mógł się oprzeć uczuciu niepewności w rozpoznaniu. U chłopców od lat 14-u, u dziewcząt zaś od 12-u wprowadzenie cystoskopu staje się już możliwe, o ile lekarz panuje nad techniką i zastosuje miejscowe znieczulenie. Wynalezione w ostatnich czasach nowe przyrządy, mające na celu zbieranie oddzielnie moczu z każdego moczowodu już w samym pęcherzu, KUEMMEŁ — wita przychylnie, nie przypisując im jednak widocznie dotąd wielkiej wartości.

Dla oceny sprawności nerek KUEMMEŁ stosuje określenie ilości mocznika, wstrzykiwania błękitu metylenowego i indygokarminu, metodę florydzynową, wreszcie przewodnictwo elektryczne roztworu.

Ilość mocznika KUEMMEŁ oznaczał zapomocą przyrządu ESSBACH'a. Normalnie nerki wydzielają 20 — 25 g. mocznika na dobę; cyfry niższe od 15 — 16 g. dowodzą niewydolności nerek, bezwzględną jednak wartość będą miały dane zebrane w ciągu kilku dni przy zastosowaniu kateteryzacji moczowodów. Wstrzykiwanie florydżyny stanowi, zdaniem KUEMMEŁ'a, środek rozpoznawczy bardziej pewny, niż stosowanie środków barwiących; z ostatnich KUEMMEŁ przekłada indygokarmin nad błękit metylenowy. Barwniki te oddają często pośrednio wielkie usługi przy trudnej kateteryzacji moczowodów, barwiąc wyraźnie wytryskający mocz. Badanie przewodnictwa elektrycznego ma wielką wartość tam, gdzie posiadamy niewielką ilość moczu, np. 1 — 2 ctm. I tutaj, jak przy kryoskopii, podstawę metody stanowi zawartość w roztworze części stałych; różnica jednak polega na tem, że przy przewodnictwie elektrycznym wyniki zależą od zawartości przeważnie soli, gdy w kryoskopii rolę gra zawartość substancji azotowych we krwi i moczu, zależna od warunków ciśnienia osmotycznego w kłębkach i kanalikach krętych. Otóż, zdaniem KUEMMEŁ'a, wyniki badań oba sposobami dają zgodne wskaźniki, a zmniejszenie przewodnictwa elektrycznego moczu dowodzi zawsze niesprawności narządu.

Badania kryoskopowe KUEMMEŁ i jego uczniowie wykonali przeszło 1000 razy. Wyniki tych badań są bezwzględnie miarodajne dla oceny wydolności narządu, z warunkiem jednak, że trzymać się będziemy następujących wskazań. Po pierwsze, KUEMMEŁ żąda dokładnej znajomości techniki i kilkakrotnej analizy krwi, zanim wypowiedzi ostateczne zdanie. Krew, zebrana w ilości 15 — 20 ctm. z naciętej żyły, KUEMMEŁ radzi natychmiast umieścić w aparacie BECKMANN'a, mieszając bez przerwy platynową pałeczką, termometr zaś powinien być jednocześnie całkowicie pogrążony we krwi, nie wystając nad poziom cieczy i nie dotykając dna. Gdy krew otoczona mieszaniną lodową poczyną stygnąć, słupek rtęciowy termometru zaczyna się również zniżać, aby się podnieść później pod wpływem ciepła, wydzielonego w chwili zamarznięcia krwi, a potem opadać znowa do  $t^{\circ}$  otaczającej cieczy. Otóż, najniższą ciepłotę, poprzedzającą wzniesienie się, należy uważać za wskaźnik kryoskopowy krwi ( $\delta$ ). Wiadomo, że wskaźniki krwi i moczu ( $\delta$  i  $\Delta$ ) stoją

w stosunku odwrotnym. Co się jednak tyczy  $\Delta$ , to znaczenie jego jest daleko mniejsze, gdyż KUEMMEŁ widział wahania  $\Delta$ , nie odpowiadające zupełnie stanowi nerek. Rozumie się samo przez się, że badając własności kryoskopowe moczu, należy otrzymać osobną porcję z każdego moczo-wodu.

$\delta$  krwi jest podług KUEMMEŁ'a jednostką absolutnie stałą, równającą się u ludzi zdrowych 0,56 — 0,57, to znaczy, że krew zamarza przy ciepłocie 0,56 — 0,57° niższej, niż woda. Bezwzględną wartość możemy jednak przyznać kryoskopii dopiero wtedy, gdy dowiedzimy, że przy żadnej innej chorobie, o ile obie lub zastępczo jedna nerka wypełnia swą czynność w ustroju,  $\delta$  krwi nie upada poniżej — 0,57°. W tym względzie KUEMMEŁ różni się w poglądach z SENATOREM i innymi, gdyż twierdzi, że wszystkie analogiczne przypadki, opisane w literaturze, zależne były od błędów technicznych. Jedynie przy ogólnem wyniszczeniu, wywołanem nowotworami złośliwymi, KUEMMEŁ znajdował  $\delta = -0,6$  i niżej, żadne jednak ostre lub przewlekłe cierpienia nerki, gdy druga była wolną i sprawną, nawet nowotwory jamy brzusznej, o ile wtórnie nie cierpiałły nerki, nie wywoływały tego zjawiska.

Swoje 1000 przypadków KUEMMEŁ dzieli na trzy grupy. Pierwsza obejmuje chorych, u których istniało podejrzenie co do niewydolności nerek, a którzy jednak podczas obserwacji nie mieli żadnych objawów choroby nerkowej. U tych chorych  $\delta$  zawsze równała się 0,56 — 0,57, a operacja dawała wymienite wyniki. U drugiej kategorii,  $\delta = -0,6$  i niżej, były objawy niewydolności narządu, a jednak KUEMMEŁ z tych lub innych względów, usuwał nerkę; w rezultacie otrzymał wynik śmiertelny. Nakoniec trzecia część chorych miała niewątpliwie chorą jedną nerkę, usunięcie której, przy normalnej  $\delta$ , wobec wydolności zastępczej nerki drugiej, nigdy nie wywołało śmierci wskutek mocznicy. Nawet w tych przypadkach, gdzie kateteryzacja moczowodów wykazała zaburzenia i w drugiej nerce, nigdy nie było zejścia śmiertelnego wskutek mocznicy, jeżeli  $\delta$  była normalną. W ten sposób kryoskopja, podług KUEMMEŁ'a, daje wskazania bezwzględnie prawdziwe; w niektórych razach, jak np. przy rozpoznaniu różniczkowem między kamicą i zapaleniem nerek krwotocznem, przy zapaleniu wstępującem pęcherza i nerek u starców, cierpiących na przerost sterca, przy nowotworach nerek, zapaleniu nerek mięszszowem i śrómięszszowem, gdzie proponowano w ostatnich czasach zabiegi chirurgiczne, — kryoskopja krwi niczem zastąpić się nie da. Nigdy jednak KUEMMEŁ nie usuwał nerki, o ile  $\delta$  była niższą od — 0,6; w tych razach stosował jedynie nefrotomię, potem zaś, jeżeli  $\delta$  wracała do normy, wtórnie usuwał chorą nerkę. W 5-u przypadkach, gdzie  $\delta$  była niższą od — 0,6, śmierć nastąpiła w ciągu 12-u — 48-u godzin, a oględziny pośmiertne wykazały poważne zmiany i w drugiej nerce.

Śmiertelność przy 404-ch operacjach na nerkach mianowicie: 189 wycięć (*nephrectomia*), 133 nacięć (*nephrotomia*), 6 rezekcyi, 46 umocowań (*fixatio*), 11 odłuszczeń torebki (*decapsulatio*), 12 przecięć ropni i 8 wszczepień moczowodów (*implantatio ureteris*), wynosiła 12,6%. Śmiertelność przy wyluszczeniach nerki przy zastosowaniu kryoskopii i kateteryzacji moczowodów spadła z 36,5% na 4,7%; to samo zaznaczyć należy o innych zabiegach, bez względu na to, co przynagliło do operacji. Naogół wycięcie nerki dało znacznie mniejszą odsetkę śmiertelności, niż jej nacięcie (*nephrotomia*). Przy wodonerczu (*hydronephrosis*) śmiertelność wynosiła 8,2%, przy roponerczu 14,9%, przy kamicy 12,3%, przy gruźlicy 10%, przy guzach 46,6%, nakoniec przy 35-u rozmaitych innych operacjach 14%.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. 1906. Nr. 27, 28, 29).

Henryk Goldberg.

### 219. E. Sonnenburg. Podstawy leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.

Prócz znanych objawów zapalenia otrzewnej, SONNENBURG zwraca szczególną uwagę na wzajemny stosunek tętna, ciepłoty i leukocytozy. Równomierne i niezbyt silne wzmnożenie się tych czynników przemawia za przebiegiem łagodnym, nagle zaś lub nierównomierne jest dowodem ciężkiego zakażenia.

W tym drugim razie w ciągu pierwszych 24-ch lub 48-u godzin SONNENBURG radzi niecie się do natychmiastowej operacji, która najczęściej wykaże ropień, lub zgorzel wyrostka. Rokowanie w tym wypadku, jest zdaniem SONNENBURG'a tak dobre, że ranę można nawet szczerze zaszyć. Przy przebiegu łagodnym SONNENBURG odradza operację.

Lekarz, wezwany po upływie 48-u godzin, na trzeci dzień, przy ciężkich objawach ze strony otrzewnej powinien namówić otoczenie do zgodzenia się na operację; zamiast zaszcicia rany należy jednak wtedy założyć sączek. W ciągu 4 — 7 dnia po ostrym napadzie mamy już do czynienia nie z ogólnem zapaleniem otrzewnej, lecz mniej lub więcej ściśle otorbionymi ropniami. Wtedy, jak twierdzi SONNENBURG, operacja zwykle nie przynosi oczekiwanych korzyści, a w razie nieobecności silnych zrostów zabieg operacyjny może wywołać błyskawiczny przebieg choroby. Co się tyczy tak częstych ropni w innych narządach wklajających tę postać chorobową, to i wtedy, zdaniem SONNENBURG'a, badanie krwi wskaże nam na niebezpieczeństwo wcześniej, niż tętno i ciepłota.

Przy przewlekłym zapaleniu otrzewnej wskazania do operacji będą cołkowiek inne. W przypadkach, gdy choroba od początku przebiegała bez ostrych napadów, i cechowała się ogólnymi objawami ze strony żołądka i kiszek, którym towarzyszyły bolesność w punkcie MAC-BURNEY'a i nerwice (odpowiada to *relapsing „appendicitis“* autorów amerykańskich, *„appendicite à recidives“* TALAMON'a, i *„recidiv - perityphlitis“* BOAS'a) — SONNENBURG widzi jedyne wyjście w operacji podczas przerwy między napadami.

Również celowym jest zabieg operacyjny tam, gdzie kilkakrotne napady dowiodły, że sprawa, najczęściej ropna, w wyrostku hynajmniej nie wygasła, i że zamiast jedynie możliwego uleczenia samoistnego w postaci zamknięcia światła (obliteracji) wyrostka, mamy do czynienia z ropniem opróżniającym się podczas napadów do ślepej kiszki. Amerykańscy lekarze nazywają tę sprawę *„recurrent appendicitis“*, TALAMON *„appendicitis à rechutes“*, BOAS *„Residualperityphlitis“*.

Wreszcie ostatnia postać: po silnym napadzie, trwającym kilka tygodni, następuje długotrwały okres zupełnego zdrowia. W tym razie należy przypuścić, że natura zastąpiła chirurga, to znaczy wyrostek został oddzielony lub obliterowany, wtórna więc operacja jest zupełnie niepotrzebna.

Należy nakoniec wspomnieć, że u chłopców zapalenie wyrostka występuje czasami w postaci zamknięcia światła kiszek (*ileus*), u dziewcząt zaś w okresie miesiączkowania w postaci silnej bolesności prawej okolicy brzucha, bólów przy oddawaniu moczu i skurczów pęcherza moczowego.

(*Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1906. Nr. 30).

Henryk Goldberg.

### 220. P. Frangenheim. Umiejscowienie w ciele ludzkim pasorzytów zwierzęcych z wyjątkiem bąblowca.

Wągr (*Cysticereus cellulosae*) jest bąblowcem tasiemca długocłonkowego (*taenia solium*). Pasorzyt ten, żyjący w kiszkiach rozmaitych zwierząt i człowieka, znosi jajka, których otoczka rozpuszcza się dopiero w kwaśnym soku żołądkowym. Wolne od otoczki jajka wędrują dalej z biegiem krwi lub limfy,

umiejscawiają się w danej okolicy ciała, wytwarzając torbiel, wypełnioną, zlepką mętnym brunatnym lub żółtym płynem. Dokoła torbieli powstaje nowa powłoka z otaczających zwyrodniałych tkanek.

Torbiele są zazwyczaj wielkości grochu lub orzecha laskowego; zresztą, znaczenie mieć tutaj będzie odporność sąsiednich tkanek; właściwą cechą tych torbieli stanowi również ich znaczna przesuwalność. Co zaś do umiejscowienia, najczęściej spotykamy wągra w skórze, tkance podskórnej i mięśniach; dalej idzie oko, szczególnie tylna komora i siatkówka, potem dopiero mózgowie i opony, na koniec rdzeń kręgowy. Nieliczne przypadki pasorzyta opisywano w najrozmaitszych narządach; wyjątek stanowi wątroba, gdzie w przeciwstawieniu do bąblowca, wągra nie spotykano chyba nigdy. W mózgowiu i rdzeniu najczęściej widzimy odmianę pasorzyta t. zw. wągra groniastego (*cysticercus racemosus*).

Stałem umiejscowieniem glisty ludzkiej (*ascaris lumbricoides*) są kiszki cienkie; stąd pasorzyt wędruje do żołądka, a czasami i wyżej, do przełyku, tchawicy, krtani i t. d. Dla chirurga ciekawymi są spostrzeżenia, gdy np. olbrzymie nagromadzenie pasorzyta w wyrostku robaczkowym wywołało przecięcie wyrostka dokoła kiszki i niedrożność jej, opisany przez NASAN'a. Niebezpieczne powikłanie stanowi zamknięcie światła przewodu żółciowego i trzustkowego przez pasorzyta, tembardziej, że sprawie podobnej zwykle towarzyszą ropnie wątroby. Glista ludzka draży czasami przez ścianę kiszki i sadowi się w najrozmaitszych narządach jamy brzusznej lub na otrzewnie, wywołując zwykle sprawy ropne lub ostre zakażenie. Ulubionem miejscem glistnicy robaczkowej (*oxyuris vermicularis*) jest kiszka gruba, ślepa i wyrostek robaczkowy; w ostatnich czasach zwrócono nawet uwagę na związek, między zapaleniem wyrostka i pasorzytami zwierzęcymi. Dodać jeszcze winniśmy, że oba ostatnie pasorzyty są najbardziej rozpowszechnione w ciele ludzkim.

Włosogłówka ludzka (*trichocephalus dispar*) jest częstym mieszkańcem kątnicy ślepej i wyrostka. Jak i poprzednie pasorzyty, drażni ona błonę śluzową, wywołując niekiedy jej zgorzel, a stąd zapalenie otrzewnej. Na sekcjach rozmaici autorzy znajdowali ją nawet w 11% przypadków. MIECZNIKOW radzi u wszystkich chorych, cierpiących na przewlekłe zapalenie wyrostka badać kał, i w razie obecności jajek pasorzytów, wydalać ich czemprędzej zapomocą odpowiednich środków.

*Eustrongylus gigas* wybiera sobie zwykle siedlisko w miedniczce nerkowej, wywołując objawy, podobne do spotykanych przy piasku lub kamieniach; daleko rzadziej notowano go w pęcherzu i moczowodzie. Jest to olbrzymi pasorzyt gdyż samica dosięga długości 1 metra.

Rozmaitego typu nitkowce (*filariae*) są zwrotnikowego pochodzenia. Nitkowiec podskórny (*Filaria medinensis*) do 80-u ctm. długa wywołuje ropnie dopiero wtedy, gdy się rozwinie w ciele ludzkim; w stanie zarodkowym może istnieć miesiące bez żadnych objawów. Stałem prawie jej siedliskiem [do 98%] są dolne kończyny. Mieszkańcy krajów zwrotnikowych wyciągają pasorzyta z ropni nawijając go na pałeczkę, skoro się główka przez otwór pokaże; chirurgia wskazuje prostszy sposób, mianowicie szerokie cięcie. Nazwy: *filaria lentis*, *labialis*, *bronchialis* same wskazują na umiejscowienie pasorzyta. Co się tyczy *filaria sanguinis hominis*, długości 4 — 8 ctm. to przekłada ona nerkę nad inne narządy. Po przejściu przez organizm komarów, dojrzałe pasorzyty dostają się do naczyń krwionośnych i chłonnych człowieka, wywołując w nich zmiany zapalne, stąd zaś z biegiem krwi i limfy do nerki, moczu wówczas zawiera krew i limfę. Słoniowaczka na kończynach dolnych zawdzięcza niekiedy pasorzytowi temu swe pochodzenie. Motylca wątrobowa (*distomum hepaticum*) zamyka czasami światło przewodu żółciowego.

Motylica krwawa (*distomum haematobium*), jest źródłem t. zw. choroby BILHARZ'a, polegającej na przekrwieniu i owrzodzeniach moczowodu, pęcherza, nerek, oraz narządów płciowych. Ostatni pasorzyt zwrócił na siebie uwagę w ostatnich czasach dzięki spotykanym przy nim guzom na błonie sluzowej pęcherza, mającym cechy poczęści ziarniny, czasami jednak prawdziwych raków lub mięsaków

(*Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge 1906. Nr. 424.*)

Henryk Goldberg.

**221. Strauss.** O przedziurawieniu przy łyżeczkowaniu pęcherza moczowego.

STRAUSS polemizuje ze STERN'em, który zastosował u chorej, cierpiącej na brodawczak pęcherza (*papilloma vesicae*), jego metodę, polegającą na wyłyżeczkowaniu zapomocą narzędzia, składającego się z cewnika męzkiego, zaopatrzonego w ostrą łyżeczkę. Przypadek STERN'a zakończył się śmiercią.

Otóż, zdaniem STRAUSS'a STERN dopuścił się następujących nieprawidłowości. Po pierwsze, przyrząd jego jest przeznaczony wyłącznie dla mężczyzn; u kobiet zwykła łyżeczka jest bardziej odpowiednią. Powtórne, wykrobywanie takie nadaje się wyłącznie w przypadkach zastarzałych, przewlekłych zapaleń pęcherza, gdzie sprawa niemal zawsze ogranicza się do dna pęcherza. Po trzecie wyłyżeczkowanie odbywać się powinno pod kontrolą wskaziciela lewej ręki, wprowadzonego do odbytnicy. Nakoniec, bodaj najważniejsze, zabieg powinien być wykonany w głębokim uspieniu, gdyż w przeciwnym razie skurcze mięśni pęcherza czynią niemożliwymi ani równomierny ucisk na ścianę pęcherza, ani kontrolę przez odbytnicę.

(*Deutsche Medizinische Wochenschrift 1906. Nr. 25.*)

Henryk Goldberg.

**222. H. Riese.** Zabiegi operacyjne na pęcherzyku nasiennym.

Trzebienie przy gruczlicy jądra ma swych zwolenników i przeciwników: do pierwszych należą BRUNS i BAUMGARTEN, do ostatnich BIER i SCHLANGE, którzy twierdzą, że wystarczy usunięcie przyjądrza, trzebienie bowiem wpływa na stan psychiczny, zresztą nie dosięga celu, ponieważ gruczlica jądra ma zwykle charakter wstępujący.

W roku 1893 v. BUENGER zaproponował pierwszy usunięcie jądra wraz z przewodem i pęcherzykami nasiennymi. W ślad za BUENGER'em poszli inni, więc i autor opisuje swych siedem przypadków. Co do wyboru metody operacyjnej autor uznaje za najlepszy zabieg podwójny: pierwszy polega na szerokim cięciu ponad więzmem POUPART'a, obnażeniu przewodu nasiennego w miejscu skrzyżowania się z moczowodem, przecięciu przewodu i usunięciu go wraz z jądrem; drugi polega na skośnym cięciu na kroczu, co daje dostęp do stercza, a stamtąd do pęcherzyka nasiennego, który usuwa się wraz z powstałą częścią przewodu. Dodać należy, że naczynia przewodowe (*vasa deferentia*) trzeba dokładnie podwiązać, jeżeli chcemy uniknąć krwawienia.

Wszyscy chorzy mieli gruczlicę ogólną. W czterech przypadkach dotknięte były i usunięte zostały oba jądra. W dwóch pierwszych przypadkach, operowanych sposobem BUENGER'a [z wydarciem części moczowodu przez kanał pachwinowy]—wytworzyły się przetoki. Z pięciu ostatnich, w dwóch przypadkach powstały przetoki moczowe, z których jedna pozostała do śmierci chorego, spowodowanej ogólną gruczlicą, druga zagoiła się dość rychło. Zejście śmiertelne nastąpiło w dwóch przypadkach: w pierwszym z nich przy powtórnej operacji należało usunąć część otrzewnej z powodu gruczlicy gruczołów, otworu

nie dało się zaszyć, poczem wkrótce nastąpiła niedrożność kiszek; w drugim— śmierć nastąpiła wskutek gruźlicy ogólnej.

W końcu autor robi przegląd krytyczny rozmaitych zabiegów, proponowanych w celu usunięcia pęcherzyka nasiennego.

(*Deutsche med. Woch.* 1906. N. 25).

Henryk Goldberg.

### 223. Taboulay. Zabieg krwawy przy złamaniach powikłanych kończyny dolnej z zastosowaniem protezy zewnętrznej.

Autor opisuje przypadek złamania powiklanego goleni w średniej części. Obie kości uległy urazowi z tyłu, dzięki czemu powstało złamanie skośne z rozwartą raną powłok; naczynia i nerwy pozostały nietknięte. Po dokładnem odkażeniu rany nałożono opatrunek unieruchamiający i zastrzyknięto surowicę przeciwzęzową w ilości 20 ctm. Po czterech dniach już przy ciepłocie prawidłowej autor przystąpił do nastawienia na stałe odłamków kostnych. Zabieg, wykonany w uśpieniu, polegał na dokładnem spojeniu nastawionych odłamków zapomocą przyrządu, składającego się z pięciu stalowych gwoździ, spojonych u nasady stalową półokrągłą sztabką. Gwoździe wbijają się w kości przeciętnie na głębokość 1 — 1½ ctm.; odstęp są tak znaczne, że można nakładać między nimi szwy; wbijanie gwoździ powinno odbywać się nie przez powłoki, które należy zatem podczas operacji odłuszczać. Unieruchomiwszy w ten sposób odłamy kostne, autor nałożył opatrunek; po sześciu tygodniach nastąpiło dokładne zrośnięcie, pomimo powikłania pod postacią zapalenia żył, które opóźniło wyjęcie gwoździ z kości o dwa tygodnie.

Na zasadzie swego doświadczenia autor dochodzi do następujących wniosków. Nastawianie odłamów skutecznie należy zawsze w uśpieniu. W złamaniach niepowikłanych wyciąg ma pierwszeństwo przed unieruchomieniem zwykłym. Jeżeli jednak po kilku dniach odłamy nie zejną się dokładnie, należy zastosować zalecony przez autora zabieg, nazwany przez niego „*la prothèse externe*”. To samo postępowanie jest wskazane przy powstaniu stawów rzekomych po starych złamaniach. W złamaniach powikłanych, gdy po paru dniach przebieg ciepłoty wykluczy zakażenie, można bez obawy zastosować protezę zewnętrzną.

(*La Semaine méd.* 1906. N. 24).

Henryk Goldberg.

### 224. Poncet i Leriche. Pochodzenie zeszywnień samoistnych, szczególnie zaś kręgosłupa.

W patologii zeszywnień stawów rozróżniamy zeszywnienia pourazowe, lecznicze (po *tumor albus*), wreszcie zakaźne. Ta ostatnia sprawa przebiega z wytworzeniem się wysięku lub bez niego i wtedy to właśnie widzimy samoistne napozór zeszywnienie stawów, którego cechą znamioną stanowi skostnienie więzów, chrząstek, nasad kostnych i otaczających je części miękkich, a również torebek stawowych. Zależnie od tego, gdzie sprawa się umiejscawia i jak się szerzy, otrzymamy zeszywnienie odśrodkowe, obwodowe lub okężne (*cerclée*); ostatnia postać jest właśnie typową dla kręgosłupa, który w tych razach zostaje otoczony, jak gdyby kostnym futerałem.

Pochodzenie tych zeszywnień jest dotąd ciemne. Zdaniem autorów zakażenie trypowe gra tutaj pewną rolę; znaczenie jednak urazu, zwykłego gościa stawowego, wpływów ciepłoty i t. d. odrzucają.

Na kręgosłupie odróżniamy dwie postaci skostnień: więzów i stawów. Sprawa więzowa, obejmując wszystkie kręgi, wywołuje objawy t. zw. *spondylitis rhizomelique*, umiejscowiona zaś w niektórych kręgach tylko, odpowiada garbowi BECHTEREW'a. Sprawa kostna stawowa wywołuje odrazu zeszyw-



nienie kręgosłupa, wyrosłe kostne w świetle kanałów, słowem, należy do rzędu spraw czysto twórczych. Sprawa więzowa, przeciwnie, cechuje się pierwotnem rozrzedzeniem i zanikiem masy kostnej kręgow, którym towarzyszy skostnienie więzów, chrząstek i t. d., to też tutaj zniekształcenie kręgosłupa zależy od tego, w jakim okresie sprawy chorobowej trzonów skostniałe więzy unieruchomiły kręgosłup; kanały kostne pozostają do końca wolne.

Nie bacząc na tę różnorodność odmian autorzy twierdzą, że jedyną przyczyną zeszytwnień kręgosłupa i innych stawów, poza rzerzączką, jest zakażenie gruzlicze, przebiegające w skrytej postaci i przejawiające się w stawach jako „*arthritis sèche aiguë*”. Dodać jednak należy, że na poparcie swych twierdzeń, autorzy nie podają żadnych przekonujących dowodów, prócz oderwanych rozumowań i analogii, zaczerpniętych z praktyki weterynaryjnej.

(*Lyon médical*. 1906. N. 30).

Henryk Goldberg.

## 225. Tuffier, Mauté i Auburtin. Przypadki późnej śmierci po chloroformowaniu.

Chloroform, jako środek znieczulający, może pociągnąć za sobą śmierć po paru dniach z powodu ciężkich zmian, jakie powoduje w narządach życia wegetacyjnego i w metabolizmie.

W większości przypadków zakończonych po operacji śmiercią, lekarz zwykł kłaść ją na karb posocznicy. W przypadku autorów sekcyja wykazała obok braku zakażenia zmiany w sercu, nerkach i wątrobie. One to były przyczyną zejścia śmiertelnego, a wywołane zostały chloroformem. Późniejsze badania potwierdziły to przypuszczenie.

Począwszy od roku 1850 kiedy CASPER pierwszy przypisał chloroformowi śmierć po operacji, ogłoszono cały szereg przypadków, stwierdzających przypuszczenie CASPER'a. LANGENBECK, NOTHNAGEL, THIEM i FISCHER w r. 1890, BASTIANELLI we Włoszech, FRAENKEL w Niemczech i wielu innych badaczy zaznaczają szkodliwość chloroformu. Zatrucie chloroformem podczas znieczulania jest faktem wogóle rzadkim. U dzieci tylko spotykają się one częściej, bo w połowie przypadków opisanych.

Chloroform szczególniej zgubnie działa na wątrobę, nerki i serce. Komórki wątroby w większości przypadków ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu, co spotykano i u zwierząt zatrutowanych chloroformem [LANGENBECK, UNGAR, JUNCKER, STRASSMANN, DOYON i t. d.].

Takież zwyrodnienie tłuszczowe znajdowano i w nerkach w większości przypadków, tylko mniejszego natężenia niż w wątrobie. Co się tyczy serca, to i w niem wielu badaczy widzieli zwyrodnienie tłuszczowe [BASTIANELLI, AMBROSIUS, FOERSTER], gdy tymczasem w badaniach MARTEN'a, STILES'a i u autorów zupełnie go nie było. Bardzo być może, że pomieszano nacieczenie tłuszczem komórek mięśniowych serca ze zwyrodnieniem ich. Według HEINTZ'a, z którym się autorowie zgadzają, serce podlega następującym zmianom: zanik jąder i poprzecznego prążkowania, wygląd ziarnisty włókien mięśniowych, zastąpienie substancji mięśniowej masą włóknistą. W przypadkach śmiertelnych notowano białkomocz, a w niektórych razach nawet cylindruryę. VIDAL w swoich doświadczeniach znalazł po użyciu chloroformu zwiększenie ilości azotu. Jednocześnie z azotem zauważono zwiększone wydzielanie się chloru [ZELLER i KAST], siarki, zmniejszenie siarkowych połączeń i fosforu [KAST i MEISTER]. W przypadkach zakończonych późną śmiercią po chloroformowaniu, zazwyczaj objawy występują po 24-ch godzinach: uporczywe wymioty, drgawki, psychiczne podniecenie, sinica, tętno nieregularne częste [120—160], ciepłota nieco podniesiona [38,5°], oddech nierówny; rzadko żółtaczka; białkomocz, moczk skąpy.

(*La Presse médicale*. 1906. N. 39).

H. Krug.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

### W sprawie szpitala św. Rocha.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Z powodu szpitala Ś-go Rocha często zabierano głos w prasie lekarskiej i nielekarskiej; głos ten jednak zazwyczaj albo zbyt pobieżnie traktował sprawę, lub też oświecłał ją jednostronnie, lub nawet niedokładnie; w ostatnich czasach zaś często zmuszony byłem prowadzić z racyi szpitala polemikę ustną, co skłania mnie poniekąd do tego, abym na łamach Gazety mógł wyrazić moje pod tym względem zapatrywania; poglądy te raz już przedstawiłem Radzie Miejskiej, jako *vox separata* z racyi posiedzenia w dniu 13-go sierpnia r. b., na którym były decydowane sprawy szpitala Ś-go Rocha, i bez zmiany podaję je poniżej dla tych kolegów, którzy się interesują sprawami szpitalnictwa, i którzy chociaż pobieżnie są obeznani z warunkami, w jakich się znajduje szpital Ś-go Rocha.

Po raz pierwszy w 1710 roku umieszczono chorych w nowowyzbudowanym domu przez bractwo Ś-go Rocha na tem miejscu, na którym obecnie znajduje się szpital, t. j. 194 lat temu. W 1749 roku zbudowano pawilon, w którym obecnie znajdują się na 1-em piętrze sale dla chorych wewnętrznych, mężczyzn i kobiet, a na parterze sala dla mężczyzn z chorobami chirurgicznymi. Nieco wcześniej wybudowano dwa boczne skrzydła, w których obecnie w jednym znajduje się niewielka sala dla mężczyzn, a w drugim dla kobiet z chorobami chirurgicznymi.

W 1756 r. wybudowano od ulicy Krakowskie-Przedmieście dom dwupiętrowy, do obecnej chwili bez zmiany pozostający, w którym niema pomieszczenia dla stałych chorych. Już w 1775 roku opieka szpitala zwróciła uwagę na to, że szpital oprócz stosunkowo niewielkiego dziedzińca wewnętrznego, nie posiada żadnego wolnego placu, na którym by chorzy z mniej poważnemi chorobami mogli czas spędzać poza salą ogólną. W tym celu opieka czyniła starania, uwieńczone pomyślnym skutkiem, gdyż sejm w Warszawie w tym roku polecił przyłączyć do szpitala od pałacu KAZIMIROWSKIEGO [gdzie obecnie znajduje się zabudowanie uniwersytetu] przestrzeń ziemi szerokości 9-u metrów wynoszącą; na placu tym urządzono ogródek, do dnia dzisiejszego stanowiący ozdobę szpitala, i oddzielono go murem od zabudowań pałacu KAZIMIROWSKIEGO.

Nic dziwnego, że zabudowania szpitalne pozostając bez zmiany w jednym i tym samym stanie przez lat przeszło 150, spełniły swoją rolę aż nadto dobrze, gdyż w murach ich znajdowała schronienie i opiekę znaczna liczba cierpiących; bywały lata, jak wskazują roczniki, że na tej szczupłej przestrzeni nieraz znajdowało się, jednocześnie po 138 chorych; ale też i nic dziwnego w tem niema, że w ostatnich dziesiątkach lat, w których tak znakomicie rozwinęło się szpitalnictwo wogóle, szpital

ten w obecnych warunkach nie odpowiada absolutnie tym wymaganiom, jakich żąda od szpitala higiena i nauka lekarska.

Już 8 lat temu uznano za rzecz niezbędną wybudować nowy szpital Ś-go Rocha i w tym celu nawet wyłoniono komisję pod przewodnictwem byłego kuratora szpitala księcia WACHWACHOWA, do której, piszący te słowa w charakterze członka miał szczęście należeć; z przyczyn bliżej mi nieznanych, komisya po odbyciu kilku posiedzeń przestała istnieć.

Od tej chwili stan szpitala nie uległ żadnej poprawie; ruch zaś chorych, szczególnie chirurgicznych stale się wzmacniał z roku na rok; przed kilkoma laty rozszerzono w domu frontowym ambulatoryum dla chorych przychodzących z różnemi cierpieniami, w którym rocznie przeciętnie około 20 tysięcy chorych otrzymywało pomoc, poradę, a nawet mniejsze operacje chirurgiczne; ambulatoryum to składało się z bardzo małej poczekalni, jednego małego i drugiego nieco większego gabinetu.

Na początku roku bieżącego okazała się nagle nowa potrzeba, na którą, co prawda, od lat kilku już zwracano uwagę, ale która nie była zaspokojona; mianowicie, służba męska, a poniekąd i żeńska dotychczas zupełnie obchodziła się bez mieszkania; należało brak ten koniecznie usunąć.

Członek Rady Miejskiej p. STĘPIŃSKI po zbadaniu warunków szpitala, na co poświęcił dużo pracy i czasu, wystąpił z projektem, podług którego możnaby poprawić warunki szpitala, mianowicie powiększyć ambulatoryum, urządzić mieszkania dla służby szpitala, i polepszyć stan dwóch sal, jednej dla chorych chirurgicznych, drugiej dla chorych wewnętrznych. Aby móżdż zadość uczynić tym wymaganiom, trzeba było wybudować jednopiętrowy budynek na dziedzińcu, i jednopiętrowy w ogródku. Mając na uwadze ogólne warunki higieniczne szpitala, na posiedzeniu szpitalnem, jakie się odbyło na wiosnę, nie mogłem zgodzić się z powyższym projektem; budowa jednopiętrowego budynku na dziedzińcu stosunkowo niewielkim, zmniejszyła by w dużym stopniu ilość światła na sali chirurgicznej dla kobiet, w której okna zwrócone ku północy, znajdują się wyłącznie z jednej strony; pokój zaś operacyjny, w którym wykonywa się także mniejsze operacje, byłby niemal zupełnie pozbawiony dopływu światła; przytem ten sam jednopiętrowy budynek na dziedzińcu wpłynął by na zmniejszenie ilości światła na 2-ch salach chirurgicznych dla mężczyzn i na jednej sali dla mężczyzn z chorobami wewnętrznymi; okna tych sal zwrócone są na południe, lub na południo-zachód. Budowa pawilonika w ogródku zmniejszyła by ilość światła na sali chirurgicznej dla mężczyzn, znajdującej się na parterze w bardzo niewygodnych warunkach, i na sali wewnętrznej na 1-em piętrze: oprócz zmniejszonej ilości światła, na salach tych mających okna zwrócone na ogródek, t. j. ku wschodowi, należałoby, w razie budowy pawilonika w ogrodzie, wybić okna zwrócone ku północy.

Naturalnie powyższe przybudówki przyniosły by pewien pożytek, ale przy tak niewielkim terenie placu, jakim rozporządza szpital Ś-go Rocha, żadną miarą nie mogłyby one zadość uczynić tym minimalnym wymaganiom, których brak tak strasznie daje się we znaki pracującym w szpitalu. Mając na względzie z jednej strony to, com wyżej powiedział, z drugiej zaś pogorszenie i tak już niedostatecznych warunków, w jakich się znajdują sale dla stałych chorych, osobiście nie mo-

głem się zgodzić z projektem członka Rady Miejskiej p. Strępińskiego; kwestyi finansowej nie dotygam w tej sprawie, gdyż nie posiadam dostatecznego doświadczenia pod tym względem.

Pracując w szpitalu Ś-go Rocha od lat 20-u, wiem dobrze, że pozbawiony jest ten szpital wszelkich pomocy naukowych, które w dzisiejszych czasach są wprost nieodzowne; z drugiej jednak strony zdaję sobie jasno sprawę z tego, że przy obecnych warunkach bez wybudowania szpitala w innym miejscu, lub bez radykalnej jego przebudowy i zmian gruntownych na tem miejscu, na którym się obecnie znajduje, usunięcie braków i zaspokojenie słusznych wymagań, staje się niemożliwym. — W tych warunkach, w jakich się obecnie szpital znajduje, może on istnieć tylko czas bardzo krótki; nie mówię o bezpośredniej pomocy lekarskiej dla chorych, gdyż tę ostatnią nawet w tych warunkach znajdują i stali, i przychodni chorzy w niemnniejszym stopniu, jak to miało miejsce aż do ostatnich czasów.

Na razie pierwszorzędną troskę dla szpitala przedstawia brak pomieszczenia dla służby męskiej; nie mogę osobiście rozstrzygnąć, w jaki sposób urządzić mieszkanie dla pracowników na salach chorych; w każdym razie jednak nie mogę się zgodzić z postanowieniem Rady Miejskiej, aby na to mieszkanie przeznaczyć salę chirurgiczną dla mężczyzn z 13-u łózkami, znajdującą się na 1-em piętrze, i która dzięki podwójnemu światłu, przedstawia chociaż nie zupełnie dostateczne, jednak lepsze warunki higieniczne, niż sala chirurgiczna dla mężczyzn na parterze, a szczególnie sala chirurgiczna dla kobiet.

W chwili obecnej, kiedy liczba łóżek dla chorych w mieście nie zwiększa się, a jednocześnie ilość chorych chirurgicznych znacznie się zwiększa, usunięcie ze szpitala 13-u łóżek, na których przeciętnie w ciągu roku znajdowało pomoc około 160-u chorych, przeważnie z poważnemi cierpieniami, może spowodować istotną krzywdę dla wielu chorych.

Sądzę, że jeżeli możliwem było projektowanie przybudówek w szpitalu dla zaspokojenia różnych braków, to tem łatwiej, zdaje się, można było urządzić mieszkanie dla 7-u osób pracowników szpitalnych, nie pogarszając tych warunków, w jakim się obecnie znajdują sale dla stałych chorych. Usunięcie nawet na czas krótki 13 łóżek ze szpitala, znajdującego się w centrum miasta, do którego w znacznej liczbie skierowywani są chorzy chirurgiczni, nie pozostanie bez ujemnego wpływu dla wielu chorych, potrzebujących prędkiej pomocy chirurgicznej.

Oto są moje zapatrywania, jakie wyraziłem wobec Rady Miejskiej; czasowo zastępując naczelnego lekarza szpitala.

*Dr A. Gabszewicz.*