

GAZETA LEKARSKA

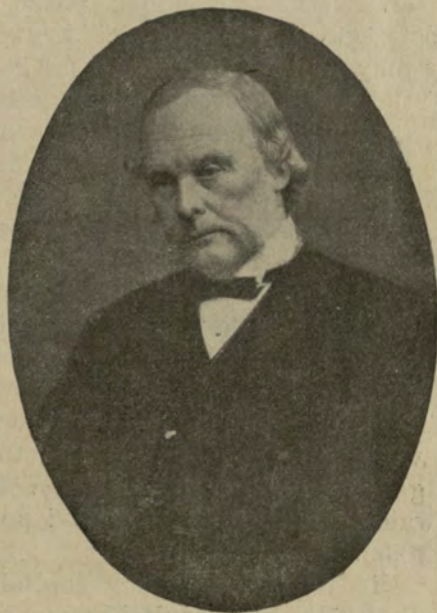
TREŚĆ. JÓZEF LISTER p. FR. KJIEWSKIEGO. Str. 281. I. STANISŁAW GĘBARSKI. Dwa przypadki żołądka klepsydrowego — jeden z nich z uchylkiem w dolnej części przetyku. Str. 295. II. Dr JAN BĄCZKIEWICZ. Ambulatoryja dla dzieci w świetle liczb. (Ciąg dalszy). Str. 300. *Dział sprawozdawczy.* 36. LEHMANN. O wskazaniach do odłuszczenia torebki nerkowej. Str. 304. 37. MOSLER. O podniesieniu ciśnienia po dwustronnem wycięciu nerek. Str. 307. List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej. Str. 308. *Wiadomości bieżące.* Str. 309. Nadesłano do Redakcyi. Str. 310. Sprostowanie. *Ogłoszenia.*

Józef Lister

1827—1912.

LISTER umarł! 12-go lutego r. b. zeszedł do mogiły człowiek, którego nazwisko znane jest w całym świecie naukowym. Zmarł lekarz, który rozpoczął potężny przewrót w chirurgii, a tak zbawieniny w skutkach swoich dla cierpiącej ludzkości.

Lord JÓZEF LISTER urodził się 5-go kwietnia 1827 r. w Upton w hrabstwie Essex. Studya uniwersyteckie odbywał w Londynie, gdzie w r. 1847-ym uzyskał baka-laureat filozofii, a w 1852 r. baka-laureat medycyny. Po kilku latach widzimy go w Edynburgu, gdzie oprócz chirurgii poświęcał się le-czeniu chorób oczu. W 1855 r. zo-stał w Edynburgu członkiem kró-lewskiego Tow. chirurgów, a w 1860



otrzymał katedrę chirurgii klinicznej w Glasgowie. Podczas tego okresu zaczął przeprowadzać studia nad leczeniem ran, czego wynikiem był od 1867 r. szereg prac o antyseptycznym opatrywaniu ran.

W 1870 r. powołano go na katedrę chirurgii do Edynburga, jako następcę prof. SYME'a, z którego córką LISTER był żonaty, a w 1877 r. Londyn zaprosił LISTERA w poczet swoich profesorów w King's College.

LISTER badania swoje nad leczeniem ran, które zwróciły nań uwagę całego świata naukowego, prowadził dalej i zyskiwał przeto coraz więcej rozgłosu, coraz silniej jaśniało jego nazwisko. Mnóstwo uniwersytetów — w Edynburgu, Dublinie, Glasgowie, Oxfordzie, Cambridge, Würzburgu, Bolonii—za zasługi jego mianowało go doktorem honorowym, a na Zjeździe w Amsterdamie zgotowano mu gorącą owacę.

W 1880 r. przyznano mu medal za wynalazki w dziedzinie medycyny. W 1883 r. nadano mu tytuł baroneta, a w 1897 r. przyznano godność para Anglii.

LISTER od samego początku swojej karyery lekarskiej wziął się do rzetelnej pracy naukowej. W 1852 r. uzyskał dyplom lekarza, a już w r. 1853 ogłosił „Observations on the contractile tissue of the iris” (*Journ. of Microscop. Sc.*), w 1857 r. w *Transactions of the Royal Soc. Edinb.* „Minute structure of the involuntary muscular”, w 1859 r. „Early stages of inflammation” (*Philosph. Transact.*).

Pierwsze te prace jego dotyczyły zagadnień z fizjologii, histologii i patologii. W r. 1865 w *Lancet* pojawiła się jego praca z zakresu chirurgii „On excision of the wrist for caries“.

Wszystkie te jednak prace, jakkolwiek świadczyły o wielkiej spostrzegawczości, bystrości i krytycyzmie jego i znamionowały niepospolicity umysł młodego badacza, nie stanowiły o blasku jego imienia. Dopiero studia nad leczeniem ran zyskały mu rozgłos.

Kiedy LISTER stawiał pierwsze kroki samodzielne, kiedy w Glasgowie począł prowadzić oddział chirurgiczny, ówczesny stan klinik i oddziałów szpitalnych przedstawiał wiele, wiele do życzenia. Pod tym względem w Anglii stosunki ułożyły się znacznie lepiej. Współcześni chirurdzy angielscy SEYME, FERGUSSON, PAGET, HOLMES, BRYANT, SPENCER-WELLS, KEITH, THOMPSON byli to ludzie nader wybitni, którzy posiadali nadzwyczajną technikę i dokładali wszelkich starań, aby wyniki ich zabiegów były pomyslnie. W szpitalach angielskich wprowadzono od dawna rozmaite ulepszenia, wytwarzano możliwie dobre warunki higieniczne i w ogóle dbano, aby szpitale, jakto się wyraził nieodżałowanej pamięci MATLAKOWSKI, nie były „rodzajem śmietników, do których społeczeństwo wrzuca gałgany ludzkie podarte“. W takich warunkach większość operacji dawała wyniki zadowalające i powikłania pooperacyjne spotykało się rzadziej.

Nie wszystkie jednak szpitale były w tak szczęśliwych warunkach. W Glasgowie szpital LISTERA mieścił się w starym budynku, przed-

stawiał wiele wad i braków i nieraz LISTER mocno był niepokojony złym przebiegiem swoich operowanych.

Kliniki chirurgiczne i oddziały szpitalne w Niemczech mają na czele swoim ludzi o rozgłośnych imionach, ludzi błyszczących swoim talentem jako profesorowie, którzy tworzyli szkoły i zbierali naokoło siebie licznych uczniów. Widzimy tu NUSSBAUMA, VOLKMANN'a, OLSHAUSEN'a, BRUNSA, DUMREICHER'a, KOENIG'a, ESMARCHA, TRENDELENBURGA, BECK'a, KOCHERA, BILLROTH'a, SCHRÖDER'a. Wykonywali oni wspaniałe zabiegi, biegłość wykonawstwa za przewodem DIEFFENBACH'a i LANGENBECK'a doprowadzili do wyżyn, a jednak wyniki ich operacji były często bardzo niepomyślne i dawały znaczną odsetkę śmiertelności, a choroby przyranne stanowiły niemal nieodłączną część leczenia ran.

Posocznica, ropnica, róża, zgorzel szpitalna na bardzo wielu oddziałach wszechwładnie panowały, a mistrze i arcymistrze wykonawstwa bezradnie załamywali ręce nad tak niepomyślnymi wynikami swoich zabiegów.

Tak na przykład DIEFFENBACH potępiał owariotomię z powodu złych wyników, jakie otrzymywano w Niemczech. Według wyliczeń DUROI'a do 1864 r. w Niemczech wykonano 55 owariotomii i z tych było zaledwie 15 zejść pomyślnych; według NUSSBAUMA śmiertelność wynosiła 45,2%, a według OLSHAUSEN'a 47,5%. Amputacje zaś w niektórych klinikach dawały niemal połowę przypadków śmierci.

Rozwinięto niezmierną energię w celu zwalczania wrogów, otaczających chorego operowanego, jednak w małej zaledwie odsetce zdołano się z nimi uporać.

We Francyi znajdujemy wówczas znakomitych wykonawców, zdumiewających swoją techniką i znajomością anatomii, — spotykamy tu nazwiska: DÉSPRÈS, PERRIN, VERNEUIL, GOSSELIN, BERGERON, LE FORT, TRÉLAT, SÉE, LE DANTU, FARABEUF, GUYON, LUCAS CHAMPIONNIÈRE. Metody zaś opatrywania ran i zasady leczenia pooperacyjnego stały nader nisko i wyniki pooperacyjne w szpitalach francuskich miano również niepomyślne, jeżeli nie gorsze aniżeli w Niemczech.

W ogóle można powiedzieć, że w tym okresie czasu na kontynencie w Europie jakkolwiek wykonawstwo operacji miało świetnych przedstawicieli, to jednak tak w przygotowaniu chorego do operacji, jak podczas wykonywania zabiegu oraz następczego leczenia pooperacyjnego niewielkie robiono postępy. Nie dlatego, aby mała była staranność o chorego, lecz że nasze wiadomości o tych wszystkich szkodliwościach, jakim operowany może ulegać, były nader skąpe i chwiejne, a o przyczynach chorób przyrannych bardzo mało wiedziano. Stąd też współcześni chirurdzy nie umieli się ustrzedz tak ciężkich powikłań pooperacyjnych, stąd też często bardzo mieli posocznicę, ropnicę, różę, zgorzel szpitalną, które sprowadzały do mogiły niezmiernie wielką odsetkę chorych.

Środków opatrunkowych i metod opatrywania było w użyciu aż

nadto. Wspomnę tu tylko o niektórych dla dokładniejszego pojęcia o współczesnym stanie rzeczy.

Był tedy prosty sposób opatrywania ran czystą wodą: obmywano (miejsca operowane) ranę, powierzchnię jej przykrywano niekiedy kompresem zmoczonym w oliwie, albo też wypełniano skubanką, moczoną w ciepłej wodzie, a na wierzch kładziono cienki pokład waty i kawałek ceratki kauczukowej. Przy znacznej wydzielinie niekiedy opatrunek taki zmieniano kilka razy dziennie. Przy tym prostym sposobie opatrywania ran, o ile rana sama była czysta, o ile woda, którą polewano ranę, i skubanka nie były zanieczyszczone, a warunki higieniczne, w jakich chory pozostawał w szpitalu, jak to się działo w Anglii, były doskonałe, to otrzymywano wtedy nawet dosyć dobre wyniki.

Pozostawiano rany o d k r y t e, nie zabezpieczając ich od wpływu powietrza, polewano niekiedy powierzchnię wodą i wyczekiwano aż z wolna zacznie wytwarzać się ziarnina. Poniżej rany umieszczono naczynie, do którego ściekała wydzielina rany.

Stosowano na powierzchnię świeżej rany spirytus 90%-owy, następnie nakładano 2—3 warstwy waty, umoczonej w spirytusie, i ceratkę; ranę samą kilkakrotnie w ciągu dnia polewano 45%-owym spirytusem.

Niekiedy powierzchnię rany nawet bezpośrednio po operacji pendzlowano *Liquore sesqui-chlorati* lub chlorkiem cynku aż do wytworzenia się strupa.

GUÉRIN jeszcze w r. 1866 próbował leczyć rany zapomocą przyrządu swojego pomysłu, szczelnie chroniącego ranę przed dostępem powietrza, a jednocześnie ułatwiającego odpływ wydzieliny rany.

Skubanka, przygotowywana ze starego płótna przez ludzi z zanieczyszczonymi rękami, przedstawiała materiał, w którym mieściło się mnóstwo kurzu, pyłu i rozmaitych zanieczyszczeń. Zastąpiono ten materiał przez watę, pozbawioną tłuszczu.

Tenże GUÉRIN proponował opatrunek watowy, polegający na tem, że na powierzchnię rany nakładano kilkanaście warstw waty i przyciskano je do rany zapomocą zmoczonej opaski płóciennej.

Aby materiał opatrunkowy był czystszy, maczano go w wodzie chlorowej, chloro-wapiennej, w *Kali hypermanganicum*, glicerynie, wysokku, w wodzie ołowianej. Jeżeli zaś gojenie pomimo to wszystko szło leniwo, stosowano kataplazmy z chleba i wody, albo też kompresy umaczane w gorącym rumianku, a powierzchnię rany przyżegano rozmaitymi środkami chemicznymi, a nawet żelazem rozpalonem.

Takie były warunki, pośród których LISTER rozpoczął w Glazgowie swoją pracę nad opatrywaniem ran.

W tym czasie jeden z najgenialniejszych ludzi, PASTEUR przeprowadzał we Francji swoje badania nad fermentacją, gniciem i spalaniem powolnem. PASTEUR wykazał, że powietrze atmosferyczne działa rozkładowo na istoty organiczne skutkiem zawieszonych w niem bakteryi.

Powietrze tedy zawiera w sobie zarodki, będące przyczyną fermentacji i gnicia. PASTEUR udowodnił, że w miarę oddalania się od miejsc zamieszkałych zmniejsza się liczba zarodków w powietrzu, mniej ich jest w górach, a nawet można napotkać miejsca, w których powietrze jest jakby wyjałowione.

Te nadzwyczajne poszukiwania PASTEUR'a zwróciły uwagę LISTERA, który zdobył, osiągnięte na tem polu drogą rozumowania, starał się przystosować do zjawisk, spotykanych przy leczeniu ran. Skoro w powietrzu są zarodki, powodujące gnicie i fermentację, to na powierzchni rany z wielką łatwością mogą one osiadać i powodować cały szereg zaburzeń; stąd powstają choroby przyranne, które stanowiły tak straszną plagę.

LISTER zwrócił przedewszystkiem uwagę na złamania z powikłaniami. „Częste i fatalne następstwa po złamaniach z powikłaniami—mówi LISTER w swojej pracy: „Nowy sposób leczenia złamań z powikłaniami etc.” (1867) —, porównane z nieszkodliwością złamań prostych, które nie narażają ani życia, ani kończyny na niebezpieczeństwo, jest w chirurgii uderzającym i zarazem bardzo smutnem doświadczeniem.

„Jeżeli się zastanowimy nad sposobem, w jaki rana prowadząca aż do miejsca złamania, pociąga za sobą tak ciężkie następstwa, przyjdziemy do wniosku, iż powietrze, mające przystęp w głąb rany, działa rozkładająco na krew, wylaną między tkanki. Krew skutkiem gnicia przybiera własności drażniące i powoduje objawy podrażnienia miejscowego i ogólnego. Zastosowując te zasady do leczenia złamań w powikłaniach i mając na myśli, że zawiązki w powietrzu zawieszane są źródłem złego, należy znaleźć do opatrunku ran ciało takie, któreby miało własności niszczenia tych cząstek organicznych, a nie posiadało zarazem własności żrących. W 1864 r. uderzył mnie pierwszy raz w Carlisle wpływ kwasu karbolowego na odchody ludzkie, których używają tam do użyźniania pól. W małej ilości kwas karbolowy przytępia zapach odchodów oraz niszczy zarazki wewnętrzaków, które trapią bydło, żywione paszą z tych pól.

„Od kilku lat przy ropieniu używam kwasu karbolowego, postanowiłem też zastosować go w złamaniach powikłanych. Doświadczenia moje przeszły najśmielsze oczekiwania.“

LISTER przytoczył następnie 11 spostrzeżeń, dotyczących złamań z powikłaniami, leczonych jego metodą z wynikami nader szczęśliwymi. Metoda jego postępowania da się streścić do następujących punktów:

Chorego po wypadku jak najprędzej opatrzyć, aby powietrze nie miało wpływu na tkanki.

Krew i powietrze z rany ostrożnie usunąć, ranę zlać kwasem karbolowym i przykryć płatkami płótna w nim umaczanym. Płatek winien być znacznie większy aniżeli rana.

Kwas karbolowy z krwią tworzy zbitą skrzep, zasychający w sil-

ny strup, który szczelnie zamyka ranę. Jeżeli z pod strupa wydziela się ciecz krwista, to należy jeszcze stosować na nią kwas karbolowy.

Dla powstrzymania ulatniania się kwasu karbolowego, warstwę płótna pokrywa się papierem oliwą napuszczonym, lub papierem gutta-perkowym lub też cynfolią. Pokrycie to powinno dotyczyć skóry zdrowej.

Jeżeli z pod cynfolii wydziela się ciecz krwista, należy cynfolię zdjąć i strup codziennie zwilżać kwasem karbolowym. Po zatrzymaniu wydzieliny strup pozostaje nieporuszonym 11 do 15-u dni. Po odpadnięciu jego powierzchnia rany jest pokryta czystą ziarniną. Ropienia i podniesienia ciepłoty niema.

Przy wielkich ranach części miękkich i kości, na znacznej przestrzeni obnażonej, LISTER stosuje kwas karbolowy na całe wnętrze rany, między mięśniami i pozostawia płatek płócienny w ranie. Ranę pokrywa nowym płatkem i cynfolią, a na wierzch kładzie ciepłe kompresy.

Ropę, przypadkowo zebraną w ranie, LISTER wypuszcza, wnętrze ropnia pendzluje kwasem karbolowym i zamyka ponownie.

Dla uniknięcia drażnienia kwas karbolowy miesza się z 3 — 6 częściami oliwy, a nawet zarabia się z mąką w rodzaj ciasta, którem się rany zapełnia i pokrywa.

Tę nową metodę opatrywania ran przy złamaniach powikłanych LISTER stosował także przy r o p n i a c h opadowych. Brał 1-ą część kryształ. kwasu karbolowego i 4 części przegotowanego *Ol. lini*, maczał w tej cieczy kawałek płótna, którym okrywał ropień. Wprowadzał pod płótno nóż i otwierał ropień, nóż szybko cofał, a otwór bezpośrednio przykrywał płótnem, pod którego osłoną wydzielala się zawartość ropnia. Pomiedzy brzeży rany pod osłoną płatka wprowadzał pasek takiegoż płótna, a całą powierzchnię okrywał cynfolią i kitem karbolowym.

LISTER, zachęcony tymi pierwszymi wynikami, tak świetnymi, zastosowuje dalej w innych przypadkach swoją oprawę z corazto większem powodzeniem. Stopniowo ulepsza oddzielne części składowe i wyniki ogłasza natychmiast.

Tak 1867 r. w *British Med. Journ.* pojawiła się praca jego: „On the antiseptic principale in the practice of surgery“, w 1868 r. w tymże piśmie: „Antiseptic system of treatment in surgery“, a 1870 r. w tymże piśmie: „On the effect of the antiseptic system of treatment upon the salubrity of a surgical“.

W r. 1871 LISTER na posiedzeniu Towarzystwa *British Med. Association* wyłożył szczegółowo zasady swojego postępowania. LISTERA żywo zajmują sprawy fermentacyjne i rozwijająca się bakteriologia. Pisał też o tem w *Nature* 1873 r. „On the germ theory of putrefaction and other fermentative changes“, a 1873 r. w *Quart. Journ. of Microscop. Sciences* „A further contribution to the natural history of bacteria and the germ theory of fermentative changes“, a w 1878 r. w *Pathological Transact.* „The germ theory of fermentation and its bearings on Pathology“. Nakoniec jeszcze

raz w 1891 r. powtarza swoje „Principles of antiseptic surgery“, wydrukowane w Księdze jubileuszowej VIRCHOW'a w Berlinie.

Postępowanie LISTERA ma za podstawę czystość i uchronienie rany od wszelkich zgubnych wpływów. Przy ranach zadawanych ręką chirurga winno się zwracać uwagę nie tylko na samego chorego, lecz i na operatora, narzędzia i pole operacyjne. Stąd też chorego należy starannie umyć, jeżeli można wygolić miejsce, gdzie operacja ma być wykonana i okryć kompresami, maczanymi w kwasie karbolowym. Instrumenta, gąbki ligatury i wszystko, co może wchodzić w styczność z raną, po odpowiedniemu oczyszczeniu zanurzyć w 5%-y kwas karbolowy. Operator, po starannem umyciu rąk mydłem i szczotką, winien je wymoczyć w kwasie karbolowym. Ponieważ powietrze otaczające nas posiada zarazki, powodujące gnicie, przeto starać się należy, aby uczynić je nieszkodliwymi; w tym też celu LISTER polewał ustawicznie powierzchnię rany karbolem, a następnie wprowadził spray, który podczas operacji działał i otaczał mgłą karbolową pole operacyjne i wykonawców. Po oczyszczeniu rany, zatamowaniu krwawienia, ranę, jeżeli można, LISTER radził zamknąć szwami, ale z tem zastrzeżeniem, aby ułatwić odpływ wydzieliny zapomocą sączków założonych w odpowiednich miejscach.

Powierzchnię rany okrywało się osłoną Listerowską — *silk-protective* dla ograniczenia bezpośredniego działania kwasu karbolowego na ranę, oraz ochronienia jej od podrażnienia, przywieraniem opatrunku powodowanego. Na *silk-protective* kładło się sześć-warstw muślinu, cokolwiek większego od rany, przepojonego karbolem, aby wydzielina z pod silku wsiąkała w ten muślin. Dalej idzie 7 warstw gazy antyseptycznej, napojonej mieszaniną 1 części krystal. kwasu karbolowego, 5 części żywicy i 7 części parafiny. Na tę warstwę nakładało się *makintosh*, t. j. rodzaj płótna pokrytego cienką warstwą kauczuku. *Makintosh* zatrzymuje w opatrunku ulatniający się karbol i chroni wydzielinę rany od rozkładu. *Makintosh* przykrywał się kilkoma warstwami gazy i utrzymywał się odpowiednią opaską, napojoną 5%-ym karbolem.

Opatrunek taki zabezpieczał ranę od szkodliwych wpływów powietrza, wchłaniał wydzielinę rany i nie dopuszczał do jej rozkładu. Opatrunek swój LISTER pozostawiał długo bez zmiany; przy zmianie zaś posiłkował się spray'em.

Oto główne zasady metody opatrywania LISTERA. Kierując się temi zasadami, znakomicie poprawił wyniki operacji na swojej klinice i tak w swoich wykładach, jak i w pismach gorąco nawoływał do wprowadzenia tej metody na wszystkich oddziałach chirurgicznych.

Zauważyć należy, że metoda opatrywania ran LISTERA nie została entuzjastycznie przyjęta w Anglii. Współcześni chirurdzy angielscy ze sceptycyzmem przyjmowali wywody LISTERA tak co do pasożytniczego pochodzenia chorób przyrannych, jak i co do wyższości wartości leczniczego opatrunku. Dane przedstawione przez LISTERA nie imponowały im, i nie w tem niema dziwnego, gdyż w Anglii, jak to już zaznaczyłem, dbano

na ogół o szpitala, a czystość przy wykonywaniu zabiegów była fundamentalnym warunkiem u wszystkich angielskich wykonawców, stąd też szczyłi się oni szeregiem pomysłnyh owariotomii, wykonanyh na kilka lat przed wystąpieniem LISTERA.

Natomiast w Niemczech prace LISTERA nad opatrywaniem ran wywołały niezmierne poruszenie. Chirurdzy niemieccy z prawdziwem przejęciem się zabrali się do przestudyowania nowej metody, do sprawdzania oddzielnyh składowyeh części opatrunku, wartości antyseptycznyh karbolu w porównaniu z innymi środkami przeciwnilnymi, do sprawdzenia pomysłnyh wyników, słowem z całym krytycyzmem wzięli się do sprawy i w krótkim bardzo czasie dzięki tak wzmożonej robocie popłynęły z Niemiec hymny pochwalne na cześć LISTERA. Z małymi wyjątkami wszystkie niemal kliniki i oddziały szpitalne wprowadziły u siebie opatrunek przeciwnilny.

Nowa metoda opatrywania ran narodziła się w Anglii, opracowana zaś wszechstronnie została przez Niemców.

Najdzielniejsi klinicyści niemieccy stali się gorącymi zwolennikami listeryzmu. Statystyki ich w krótkim czasie wykazały znakomite zmniejszenie się chorób przyrannyh, a nawet z niektóryh oddziałów wygaśnięcie ich. Tak naprzykład BRUNS przytacza, że w ciągu 2-u lat po wprowadzeniu oprawy LISTERA na 1,175 choryh, leczonyh w jego klinice, nie miał zupełnie ropnicy, posocznicy i róży.

Nader staranne jednak obserwacye wykazały, że i przy stosowaniu metody przeciwnilnej mogą być powikłania ran. Szukano tedy przyczyny tego niepowodzenia, zwracano uwagę na każdy szczegół opatrunku, zachowania się otoczenia; poszukiwania te zawsze przynosiły pewne nowe dane, uzupełniające lub objaśniające opatrunek. Pod wpływem tych badań wiele poglądów LISTERA uległo zmianie.

Zwrócono uwagę na gąbki i jedwab, używany do przewiązywania tętnic, i rychło się przekonano, że pozostawienie ich w 5%-ym karbolu nie jest wystarczające, że należy przygotowywać je inaczej, aby zabić rozwijające się w nich grzybki. Przekonano się, że karbol szybko ułatnia się z muślinu i po kilku miesiącach muślin zawiera zaledwie ślady jego, a zatem należy używać świeżo przygotowanego materiału opatrunkowego. Stwierdzono też rychło, że pod opatrunkiem LISTERA żyją grzybki, ale nie wywierają one zgubnego wpływu na ranę, gdyż warunki do ich rozwoju są nieodpowiednie; opatrunek sam nie zabija grzybków i nie niszczy ich. Dalej ustalono, że powietrze jako droga zarażenia jest najmniej szkodliwe; według BUCHNERA w porównaniu z płynami gnijącymi liczba grzybków w powietrzu jest niewielka; nadto zarodki są suche, a te się rozwijają trudniej.

Zarażenie przeto przez powietrze ma minimalne znaczenie i znaczenie to było zanadto przecenione przez LISTERA. Opatrywanie jednak ran w atmosferze przepelnionej zarodkami, jak na przykład w źle urządzonych salach szpitalnyh, może wywołać powikłania, szcze-

gólniej, jeżeli podczas okurzenia, zamiatania i t. p. odbywa się zmiana opatrunków.

Z drugiej znów strony dążono do uproszczenia nowego opatrunku.

TRENDELENBURG i NEUBER zamiast drenów kauczukowych, zakładali do rany rurki z kości odwapnionych, co ułatwiało ich wessanie się i pozwalało na pozostawienie jak najdłuższe pierwszego opatrunku.

TRENDELENBURG wystąpił przeciw stosowaniu spray'u, a zastąpił go polewaniem i przemywaniem rany podczas operacji. Wyniki operacyjne nie były gorsze.

BRUNS, który do 1879 r. używał spray'u, uważa go za niepotrzebny dodatek; zamiast spray'u poleca podczas operacji polewanie karbolem.

MIKULICZ jest zdania, że spray poza obrębem szpitali jest zupełnie zbyteczny, a w szpitalu można go zastąpić polewaniem.

Oprócz tego wielu z badaczy spostrzegało zatrucia karbolem tak samych chirurgów, jak i operowanych; widziano również zgorzel skóry, zależną wyłącznie od nadmiernego stosowania kwasu karbolowego.

Nie wszyscy jednak ulegli metodzie LISTERA: znajdowało się szczupłe koło chirurgów, jak BECK, DUMMREICHER, którzy sceptycznie zapatrywali się na dowodzenia LISTERA, lecz i ci oddawali mu pochwały. Głosy niechętnie zwolna przycichły, pobite siłą faktów, pobite świetnymi wynikami stosowania metody antyseptycznej.

W Anglii, jak już zaznaczyłem, dosyć obojętnie zapatrywano się na nową metodę leczenia ran. LISTER musiał używać wszelkich wysiłków, aby przekonać swoich ziomków o skuteczności wprowadzonej przezeń metody. Hymny pochwalne dla listeryzmu płynące z Niemiec pobudziły angielskich chirurgów do zwrócenia baczniejszej uwagi na opatrunek LISTERA: zaczęli sprawdzać i krytykować postępowanie LISTERA, występowali przeciw jego teorii pasożytniczego pochodzenia chorób przyrannych, wystawiali wielkie cyfry operacji i przebiegów leczenia, pomyślnie zakończonych przy pomocy prostych metod opatrywania. Lecz w krótkim czasie zaczęły się odzywać głosy przychylnie LISTEROWI, świadczące, że tylko pod opatrunkiem LISTERA rany goją się najszybciej i najbezpieczniej.

W roku 1879 odbył się Zjazd chirurgów angielskich w Londynie. Na Zjazd ten podążyli wszyscy znakomitsi angielscy chirurdzy i wszyscy niemal z entuzjazmem wyrażali się o nowej metodzie LISTERA. Z wielkim uznaniem o tej metodzie mówił MC CORMAC, a SPENCER—WELLS przyznawał, że wyniki jego owariotomii po zaprowadzeniu oprawy LISTERA znacznie się poprawiły. Brak gorączki, brak zaburzeń podmiotowych niezmiernie rzadkie opatrunki, skrócony czas gojenia — oto zalety metody, podnoszone przez wielu uczestników zjazdu.

JOHN WOOD pomimo to, że nie przyjmował teorii pasożytniczej chorób przyrannych, jednak przyznał metodzie LISTERA niezmiernie zalety i schylił czoło przed niezmierną i tak płodną w następstwa pracą LISTERA około chirurgii antyseptycznej.

Pomimo pewnej liczby przeciwników LISTER z tego Zjazdu wyszedł zwycięsko, jego metoda przeciwnilna wywalczyła sobie prawo obywatelstwa.

Metoda przeciwnilna opatrywania ran LISTERA usunęła ropnicę, pocsznicę, zgorzel szpitalną wyгнаła różę z oddziałów szpitalnych. Nizka gorączka, albo też zupełny jej brak, brak ropienia i gojenie się przez *rychłość*—stanowią dalszy ciąg dodatnich stron tego opatrunku.

„Metoda LISTERA, tak jak każdy wynalazek—mówi w swojej wybornej „pracy w 1881 r. MATLAKOWSKI—uledz musi ciągłemu doskonaleniu, nie „przerwanej substytucji. Do dziś dnia typowy oryginalny opatrunek LISTERA uważany za najlepszy, być może, iż z czasem zmieni się doszczętnie, lecz zasady kierujące pozostaną, a imię człowieka, co działał dla cierpiących i nędzarzy, nie zginie, póki dobroczyńcy ludzkości będą mieli prawo do ich wdzięczności.“

Uplęnęło kilka lat i okazało się, że MATLAKOWSKI miał słuszność. Na zasadzie ścisłych poszukiwań opatrunek LISTERA ulegał zwolna zmianom, stopniowo usuwano składowe jego części, zastępując innemi więcej pewnemi, energiczniej działającemi na drobnoustroje, zabezpieczającemi lepiej ranę od możliwych powikłań, a mniej narażającemi organizm chorego. Kierując się podstawową ideą listeryzmu, t. j. przestrzegania bezwzględnej czystości i uchronienia rany od możliwych wpływów szkodliwych, zwolna przeszliśmy od antyseptyki do aseptyki.

Listeryzm zmuszał do poprawienia ogólnych warunków sanitarnych szpitali, zmuszał do ulepszenia sal operacyjnych, do wyszkolenia nie tylko chirurgów, ale do odpowiedniego przygotowania niższego personelu lekarskiego, który ma bezpośrednią styczność z samym chorym.

Pod osłoną przeciwnilnej oprawy LISTERA i w szerokiem znaczeniu antyseptyki chirurdzy, zachęceni nader pomyślnymi wynikami, zaczęli śmieiej postępować, docierali do miejsc ustroju ludzkiego, które dotąd uważane były na „*noli me tangere*“ i oto jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki wyłania się cały szereg nowych operacji i jesteśmy świadkami narodzin wielkiej chirurgii, która święci dotąd tak wspaniałe tryumfy, a pochodowi temu przyświecają ciągle blaski genialnych myśli LISTERA. Zasługa tego człowieka jest niespożyta i imię jego z czią wspomnane po wsze czasy będzie.

* * *

Doniosłe badania LISTERA i u nas w Polsce głośnem odbiły się echem.

Natychmiast po ukazaniu się pracy LISTERA, o nowej metodzie opatrywania ran w 1867 r. w *The Lancet* („On a new method of treatment of compound fractures etc.“ — WYGRZEWAŁSKI, lekarz z Piotrkowa streścił ją, a nawet poszczególne ustępy dosłownie przełożył na język polski. WYGRZEWAŁSKI z całą drobiazgowością opisał metodę LISTERA

i zaraz też z wielkim zapałem, zaczął ją stosować u siebie w szpitalu. Po upływie zaś kilku lat w jednej ze swoich licznych prac: „Ze szpitala.— Nieco o opatrunkach ran w ogólności i ran pooperacyjnych“ w Gazecie Lekarskiej (1873 r. № 13, str. 193) WYGRZEWAŁSKI powiada, że „mam więc pewną pretensję do pierwszeństwa wprowadzenia u nas opatrunków odwietrzających“.

Drugi ślad w piśmiennictwie naszym o metodzie LISTERA znajdujemy w r. 1868.

ZIELEWICZ, studyujący wówczas chirurgię na klinice wrocławskiej, pod koniec roku 1868 (2-go października) przysłał do Gazety Lekarskiej korespondencyę, a raczej treściwy artykuł—„Przeciwgnilne opatrywanie ran“, w którym opisuje sposób postępowania LISTERA, oraz rozpatruje jego teorię.

W tym czasie powrócił do kraju, ze swojej wycieczki naukowej, trwającej dwa lata, Kosiński, który zwiedził na Zachodzie wszystko, co zasługiwało wówczas na zaznaczenie w chirurgii. Kosiński wtedy prowadził w Warszawie w szpitalu Ujazdowskim wielki oddział chirurgiczny, obejmujący około 100 łózek i na tym olbrzymim materiale, gdzie dziennie musiał robić niekiedy po kilkadziesiąt opatrunków, wypróbował przeciwgnilne działanie kwasu karbolowego.

17-go listopada 1868 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Kosiński zdawał sprawę o skuteczności stosowania karbolu w celu opatrywania ran. Wyniki miał nader pomyślne, gdyż nie obserwował w tym czasie „ani jednego przypadku powikłania rany różą, gangreną szpitalną, lub pyemią“. Ten komunikat Kosińskiego był hasłem do wystąpienia całego szeregu chirurgów.

Jakoż 1-go grudnia 1868 r. KORZENIOWSKI mówił o skutkach zastosowania kwasu karbolowego, jakie miał możność spostrzegania we własnej praktyce; szczególnie widział działanie dodatnie karbolu w sprawach dyfterytycznych na błonach śluzowych.

GIRSZTOWT na posiedzeniu 7-go grudnia 1868 r. komunikuje wyniki stosowania karbolu na swojej klinice. „Dotychczasowe doświadczenia—brzmi sprawozdanie—pozwalają wnosić, iż kwas karbolowy posiada własności, wstrzymujące rozpad i zgniliznę, zmniejsza ropienie, nie wywołuje bólu, przeciwnie—uśmierza go do pewnego stopnia, a chociaż nie wpływa na uśmierzenie bujnych ziarnistości, ochrania rany od przystępu powietrza i przyspiesza ich zabliznienie“.

Na początku roku 1869 KAROL BENNI, ówczesny asystent kliniki chirurgicznej prof. KORZENIOWSKIEGO, zdając sprawę z rezultatów opatrywania ran w drugim półroczu 1868 r., mówi o korzyściach zastosowania kwasu karbolowego w ranach, zanieczyszczonych sprawą rozpadową.

W tymże czasie do opatrywania ran wprowadzili kwas karbolowy ordynatorzy oddziałów szpitalnych w Warszawie.

WL. ORŁOWSKI w szpitalu Dzieciątka Jezus opatrywał chorych kar-

bolem od lipca 1868 r., nie wyrażał się jednak o nim ze zbyt dużym entuzjazmem. Kwas karbolowy zasługuje jednak na uwagę „jako środek powstrzymujący rozpad materii i zgniliznę“, chociaż jeszcze dotąd przewagi jego nad innymi środkami ORŁOWSKI nie widział.

DOBIESZEWSKI i BRONIEWICZ, ordynatorzy szpitala praskiego w Warszawie, byli więcej zadowoleni z wyników po zastosowaniu karbolu.

Klinika chirurgiczna krakowska, prowadzona podówczas przez BRYKA, idąc za ogólnym prądem, również wprowadziła u siebie kwas karbolowy. KLUCZENKO w swoim „Sprawozdanie z roku 1870/71“ daje dokładny opis stosowania karbolu i przedstawia wyniki.

Od roku 1870, t. j. od czasu objęcia oddziału chirurgicznego w szpitalu Św. Łazarza w Krakowie przez OBALIŃSKIEGO, rany były opatrywane kwasem karbolowym.

OBALIŃSKI, zachęcony świetnymi wynikami u Niemców, stosuje opatrunek LISTERA, co nastąpiło dopiero pod koniec 1874 r.

W roku 1875 pisze RADEK, lekarz pomocniczy oddziału: „we wszystkich przypadkach operowanych używano oprawy LISTERA lub THIERSCH'a, „gdzie się dało użyć, w innych zaś przypadkach używano oprawy zwykłej z użyciem kwasu karbolowego lub salicylowego“.

Od lipca zatem 1874 r. leczył OBALIŃSKI rany pooperacyjne przez półtora roku naprzemian jużto w oprawie przeciwnilnej, idąc za radą LISTERA, VOLKMANN'a, THIERSCH'a, jużto zupełnie bez oprawy; od stycznia zaś 1876 r. wprowadzono wyłącznie oprawę przeciwnilną.

Widzimy z tego przeglądu, że przeciwnilne opatrywanie ran u nas nie mogło sobie wywalczyć od razu palmy pierwszeństwa; chirurdzy nasi nie zbyt dobrze rozumieli podstawy, na jakich się opierało owo postępowanie, próbowali zastosowania jednego ze środków przeciwnilnych, ale skutkiem niepowodzeń zrażali się, nie badając przyczyny tych niepowodzeń, szukali innych dróg, rzekomo lepszych, zapomocą których mieli nadzieję osiągnąć wyniki świetniejsze.

Opatrunek ściśle Listerowski mało jeszcze miał zwolenników. Nie tylko OBALIŃSKI chwycił się innych metod opatrywania, wielu bardzo szło tą samą drogą, jak o tem świadczy szereg prac, omawiających rozmaite sposoby opatrywania ran.

W roku 1875 dr S. ZIELEWICZ z Poznania w Przeglądzie Lekarskim przypomina ponownie „przeciwnilną oprawę LISTERA“ w całej jej drobiazgowości, a więc opatrunek, który już dotąd szczyci się bogatą literaturą.

Rok 1876 w kwestyi antyseptyki przynosi nam jedną pracę WL. JABLONOWSKIEGO. „O opatrunkach przeciwnilnych“.

W następnym roku 1877 ukazała się praca A. OBALIŃSKIEGO — „O wpływie nowszych sposobów leczenia ran na gojenie tychże“, — w której autor szczegółowo rozpatruje wyniki ran amputacyjnych i rezekcyjnych przy otwartym leczeniu i przy stosowaniu me-

tody przeciwnilnej LISTERA, oraz zmienionej przez THIER-SCH'a.

Z szeregu dzielnych wychowañców GIRSZTOWTA i KOSIŃSKIEGO wysuwają się na czoło w sprawie wprowadzenia u nas antyseptyki: JASIŃSKI i MATLAKOWSKI. Starali się oni zapoznać szerokie koła lekarzy ze znaczeniem teoryi pasożytniczej, na której opiera się metoda LISTERA, opisywali wszystkie szczegóły tej metody, oraz przeprowadzili zestawienie całego ruchu w tym kierunku. Bezsprzecznie prace ich miały doniosłe znaczenie dla naszych lekarzy.

W r. 1878 JASIŃSKI, młody naówczas chirurg z małym doświadczeniem, pod wpływem świetnych wyników antyseptyki u Niemców, stara się zgłębić ten dział i rezultatem jego studyów były „Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran”, ogłoszone w dodatku do Gazety Lekarskiej (№ № 14—26).

JASIŃSKI dalej w 1880 r. na posiedzeniu Tow. Lekarskiego Warszawskiego, 2-go marca wystąpił z odczytem „O sączkach kościanych ulegających wessaniu“, w którym stara się uwzględnić uproszczenie w opatrunku przeciwnilnym.

Trzecią pracę JASIŃSKIEGO z dziedziny antyseptyki stanowią „Listy o opatrywaniu ran”. Jest to obszerna bardzo praca, zaznajamiająca nas dokładnie jak należy z raną postępować, jak ją ochraniać od wpływów szkodliwych.

Po głębokich studyach nad antyseptyką, MATLAKOWSKI wystąpił z pracą w 1881 r.: „Obecne stanowisko metody Listerowskiej z uwzględnieniem zarzutów przeciw niej wymienionych“.

W tymże roku 1881 MATLAKOWSKI jeszcze raz zabiera głos w sprawie opatrunku przeciwnilnego: idzie tu o krytykę oddzielnych części składowych postępowanie LISTERA, a mianowicie o usunięcie w ostatnich czasach mgły antyseptycznej bez wpływu ujemnego na gojenie. W artykule „Czy mgła antyseptyczna jest niezbędną częścią antyseptyki?”—autor przychodzi do wniosku, że u nas w tym czasie usunięcie spray'u jest jeszcze zbyt ryzykowne.

W tymże 1881 r. wyszła praca RYDYGIERA — „Czy spray stanowi część potrzebną sposobu przeciwnilnego?”

Jest to studyum doświadczałne, jako rezultat pracy w swojej prywatnej klinice chirurgicznej w Chełmnie. RYDYGIER kończy swoją pracę przestroga: „tylko niezbyt śpieszyć się z usunięciem spray'u“.

Jeszcze raz sprawa ta była podnoszona w naszym piśmiennictwie lekarskiem przez MIKULICZA w 1884 r., który w obszernej swej pracy pod tytułem „Przyczynek do nauki o leczeniu ran“ poświęca stosowaniu rozpylacza osobny rozdział—„Przyczynek do kwestyi używania rozpylacza“.

W roku 1881 ukazała się w Przeglądzie Lekarskim (№ 37 str. 481) praca MIKULICZA „O użyciu jodoformu w leczeniu ran“. MIKULICZ, ówczes-

ny asystent kliniki chirurgicznej prof. BILLROTH'a i docent prywatny na Uniwersytecie Wiedeńskim, przeprowadził badania nad ulepszeniem i uproszczeniem metody przeciwnilnej, na których zasadzie na klinice BILLROTH'a usunięto z opatrunku przeciwnilnego gazę karbolową i wprowadzono opatrunek jodoformowy. MIKULICZ przerobił szereg doświadczeń w celu wykazania przeciwnilnego działania jodoformu i podał sposób użycia go.

Na posiedzeniu sekcji lekarskiej Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego w grudniu 1831 r. ZIELEWICZ referował „o użyciu jodoformu w praktyce chirurgicznej“.

OBALIŃSKI zaprowadził opatrunki jodoformowe w r. 1881 w szpitalu Św. Łazarza, a w kilka miesięcy później na klinice chirurgicznej krakowskiej po objęciu zastępstwa.

Jako dalszy ciąg wyżej wzmiankowanej pracy MIKULICZA, o jodoformie, należy uważać artykuł AL. SCHRAMM'a, asystenta kliniki chirurgicznej MIKULICZA w Krakowie, pod tytułem „Wyniki leczenia jodoformem ran łączących się z jamami i otworami ciała“.

W sprawie opatrunków jodoformowych zabierał głos ponownie ZIELEWICZ w 1886 r. na posiedzeniu członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk Poznańskiego 12-go marca.

O n a f t a l i n i e, jako środka antyseptycznym u nas pisali: JASIŃSKI, KLICKI, MATLAKOWSKI i RYDYGIER.

W tym czasie s u b l i m a t został świeżo wprowadzony do opatrunku przez KÜMMEL'a z Hamburga. Niezwłocznie i nasi chirurdzy przerobili szereg doświadczeń z tym jednym z najdzielniejszych antyseptyków. Znajdujemy też o nim wzmianki u wszystkich niemal współczesnych chirurgów, lecz MIKULICZ dał nam o nim pracę podstawową, opartą z jednej strony na doświadczeniu klinicznym, a z drugiej na poszukiwaniach w laboratorium.

Wartość sublimatu do opatrunków przeciwnilnych była jeszcze raz u nas rozbiegana na posiedzeniu członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego w marcu 1888 r. przez ZIELEWICZA.

Sprawa antyseptyki i zbyt skomplikowanych opatrunków przeciwnilnych żywo wtedy zajmowała naszych lekarzy; za przykładem Zachodu krzątano się i u nas, aby opatrunek ten uprościć i stosowanie jego znacznie ułatwić.

W tym też celu wydział gospodarczy IV-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w 1884 r. zaprosił dra SZUMANA z Torunia do opracowania referatu: „Jak można sposoby opatrywania ran przeciwnilne zastosować najlepiej do zwykłej praktyki lekarskiej i do leczenia ubogich chorych“. SZUMAN z powierzonego mu zadania wywiązał się nader dodatnio.

Na tymże Zjeździe RYDYGIER zabierał głos w sprawie antyseptyki i mówił „O korzyściach niektórych uproszczeń metod opatrunko-

wych przeciwnilnych“, zalecając stosowanie waty sublimatowej drzewnej BRUNSA.

MIKULICZ od 1888 r. na klinice krakowskiej starał się wprowadzać uproszczenia opatrunku przeciwnilnego, zaczął więc używać t r o c i n drzewnych sosnowych, przepojonych dziegiem, a także mchu torfowego.

Gojenie ran pod strupem wilgotnym według SCHEDE'go znalazło także u nas swoich zwolenników. Pisali o tem: MIKULICZ w 1887 r., JANISZEWSKI z Lublina 1888 r.

W 1887 r. znajdujemy pracę St. BRAUNA, sekundaryusza oddziału OBALIŃSKIEGO: „Rozwój antyseptyki i wpływ tejże na choroby przyranne w oddziale chirurgicznym w szpitalu Św. Łazarza w Krakowie“.

RYDYGIER w 1888 r. w „Leczeniu ran bez sączków“ przy traktowaniu rany antyseptycznem próbował w odpowiednich przypadkach sączków z pomyślnym wynikiem.

Jest jeszcze cały szereg mniejszych komunikatów w towarzystwach naukowych lub ogłaszanych w piśmiennictwie naszym, nie wspominam tu jednak o nich, uważając to za zbyt cenne, a ramy niniejszego artykułu za nieodpowiednie.

Nie tylko nasi profesorowie chirurgii, jak GIRSZTOWT, KOSIŃSKI, BRYK, MIKULICZ, RYDYGIER i OBALIŃSKI oraz ich asystenci pracowali rzetelnie nad wprowadzeniem i ustaleniem u nas metody przeciwnilnej, lecz i wszyscy niemal kierownicy naszych oddziałów chirurgicznych dokładali wszelkich starań, aby wyniki ich zabiegów, pomimo wadliwie urządzonych szpitali, były pomyślne.

Ten pobieżny przegląd prac naszych nad antyseptyką świadczy, że chirurdzy polscy od samego początku narodzin antyseptyki żywy brali udział w zaprowadzaniu jej u nas. Pod tym względem, jak widzieliśmy, nie tylko naśladowali Niemców i Anglików, lecz sami starali się wprowadzać uproszczenia, krytycznie rozpatrując ich znaczenie.

Warszawa w lutym 1912 r.

Dr Fr. Kijewski.

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Dwa przypadki żołądka klepsydrowego —
jeden z nich z uchyłkiem w dolnej części przelyku.

Podał

Stanisław Gębarski.

W ostatnich dwu latach obserwowaliśmy na oddziale dra CHEŁCHOWSKIEGO dwa przypadki żołądka klepsydrowego, które ze względu

na swą rzadkość zasługują na uwagę. Zanim przystąpię do opisu przypadków naszych, pragnę nieco zatrzymać się nad samą chorobą, zwłaszcza, że pogląd na pochodzenie jej ostatnimi laty uległ zasadniczej zmianie.

Żołądek klepsydrowy albo przewężony (*ventriculus bilocularis*), jak sama nazwa wskazuje, posiada kształt worka, mniej więcej w pośrodku przewężonego i składającego się z dwu części — wpustowej i odźwiernikowej; choć nader rzadko, zdarzają się jednak przypadki żołądka i o kilku przewężeniach ¹⁾. Klinicyści zaczęli się liczyć z tą chorobą dopiero od niedawna i to przedewszystkiem chirurdzy, t. j. od czasu nowoczesnych postępów w chirurgii żołądka i od zastosowania promieni ROENTGEN'a w celach rozpoznawczych. Pierwszych operacji z powodu żołądka klepsydrowego dokonał WÖLFLER. Od tego czasu choroba ta zyskała na znaczeniu dla praktyków i ze względu na łatwość rozpoznania promieniami ROENTGEN'a i ze względu na możliwość chirurgicznego usunięcia związanych z nią dolegliwości. Dawnymi czasy wszelkie zniekształcenia klepsydrowe żołądka uważano za wrodzone (spotykano je tylko na sekcyach), a na wszelkie towarzyszące tym zniekształceniom zmiany — zrosty, owrzodzenia na miejscu lub obok przewężenia — patrzano jako na sprawę wtórną.

Pierwszy STRUTHER zaczął odróżniać żołądki klepsydrowe wrodzone od nabytych. WILLIAMS przytacza szereg cech, na których podstawie należy rozpoznawać klepsydrę żołądka wrodzoną, a mianowicie: kiedy na miejscu przewężania nie widać żadnych zmian i ściana żołądka od wewnątrz i zewnątrz jest zupełnie gładka (bez zgrubień i zrostów). MORGAGNI przychyne wrodzonych zniekształceń żołądka upatruje w dziedziczności i powołuje się na pewną rodzinę, w której w 3-ch pokoleniach spostrzegano żołądek klepsydrowy CRUVEILHIER, CARRINGTON, WULLSTEIN szukają przyczyny tych przewężeń w atawizmie, t. j. jak gdyby powrocie do żołądka przeżuwiających i gryzoniów.

WULLSTEIN przypisuje klepsydrowy kształt żołądka zahamowanemu rozwojowi — żołądek w części odźwiernikowej zachowuje charakter кишки. Ten sam WULLSTEIN podał inny jeszcze powód powstawania żołądka przewężonego: ucisk ze strony narządów sąsiednich.

Wreszcie cechę wrodzonego żołądka klepsydrowego upatrywano w odrębnem unaczynieniu każdej jego części.

Poglądy powyższe nie utrzymały się. HUDSON przeczy teorii atawistycznej, wykazując zasadniczą różnicę pomiędzy żołądkiem klepsydrowym u ludzi a układem żołądka u zwierząt przeżuwiających. LERICHE opisał żołądek z odrębnem unaczynieniem obu jego połów, a bez żadnego przewężenia. Teoria WULLSTEIN'a (ucisk ze strony narządów sąsiednich) jeszcze mniej nadaje się do wyświetlenia sprawy, gdyż wymaga nadzwyczaj-

¹⁾ RIEGEL. Die Erkrankungen des Magens. Spec. Pathol. u. Therapie. tom XVI, wydanie H. NOTHNAGEL'a. 1896 r.

nych warunków, w jakich mogłoby się wytworzyć podobne zniekształcenie: żołądek musiałby być unieruchomiony, narządy sąsiednie twarde i ściśle i stale musiałyby przylegać do niego.

Pomimo tych zarzutów nie chciano jeszcze odstąpić od dawnych poglądów¹⁾ i przytaczano spostrzeżenie SANDIFORT'a—żołądek klepsydrowy u płodu. MOYNIHAN jednak podał w wątpliwość wartość tego spostrzeżenia, a CARRINGTON wyraził mniemanie, że wrzód żołądka może się zdarzać i u płodu. Tak, na przykład, GODHART opisuje przypadek, gdzie w 30 godzin po urodzeniu się dziecka zjawił się krwotok żołądkowy na tle wrzodu okrągłego. Ostatecznie MOYNIHAN i VEYRASSAT z całą stanowczością odrzucają możliwość wrodzonej postaci żołądka klepsydrowego, twierdząc, że wszystkie przypadki tego cierpienia są nabyte i to najczęściej w wieku późniejszym.

Najczęstszą przyczyną tego stanu chorobnego jest wrzód okrągły, daleko rzadziej rak żołądka, wyjątkowo oparzenie kwasami. Ściskanie się gorsetem, podawane przez KLEBSA, jako przyczyna przewężenia żołądka, zostało obalone przez RIEDER'a na zasadzie jego badań promieniami RENTGEN'a. Okazało się, że od ucisku gorsetem żołądek wydłuża się tylko pionowo i ruchy jego robaczkowe słabną.

Rak, jako przyczyna klepsydry, zdarza się dość rzadko. Charakterystyczną cechą takiego żołądka bywa często mała jego pojemność: rozmiary żołądka dorównywiają niekiedy odcinkowi grubej kiszki. Inaczej bywa, gdy rak sadowi się na istniejącem już przewężeniu, powstałem wskutek wrzodu bliznowego. Wtedy znajdujemy część wpustową żołądka znacznie rozszerzoną.

Prawie wszystkie zniekształcenia klepsydrowe powstają na tle wrzodu okrągłego. Szczególniej wrzody, umiejscowione na tylnej ścianie żołądka, wrzody, zstępujące z małej krzywizny na obie powierzchnie żołądka (siedzące na małej krzywiznie, jak na koniu), a bliższe odźwiernika niż wpustu, najłatwiej prowadzą do przewężenia żołądka (w pośrodku). Przeważnie są to wrzody, które przeżarły błonę śluzową i mięśniową żołądka. Dużą rolę grają tu zrosty, zwężające i unieruchamiające środkową część żołądka, co sprzyja rozszerzaniu się odcinków.

Prócz przewężenia istotnego zdarza się i rzekome, zależne od skurczów poprzecznej muskulatury żołądka. Taki skurcz widywano i podczas operacji żołądkowych i na sekeyach nawet. Chwilowe skurcze są zjawiskiem fizyologicznem; długotrwałe, pozorujące przewężenie żołądka, powstają tam zwłaszcza, gdzie istnieje owrzodzenie, blizna, nadkwaśność lub nerwica ruchowa żołądka. Opisywali je WILLIAMS i BÜDINGER. Skurcze te mają się przyczyniać do przewężenia istotnego, a to powodując przerost muskulatury żołądka poprzecznej. Przewężenia wrzokowe, widziane na trupach, przy rozcięciu żołądka znikają zupełnie.

¹⁾ Jeszcze w r. 1897-ym prof. RIEGEL w swoim podręczniku chorób żołądka (str. 507) pisze, że żołądek klepsydrowy bywa zarówno wrodzony, jak i nabyty.

Z naszych autorów prof. W. JAWORSKI opisał przypadek żołądka przewężonego, wykazany diafanoskopem i promieniami ROENTGEN'a.¹⁾ Nadto prof. JAWORSKI jeszcze w roku 1888 zwracał uwagę na przypadki rozstrzeni żołądka, w których mimo wyraźnego objawu plusku żołądkowego nie udawało się wydobyć płynu z żołądka, a po wleńiu dość znacznej ilości wody do żołądka nie udawało się wydobyć jej z powrotem. JAWORSKI już wtedy sądził, że w takich przypadkach, których opisał cztery,²⁾ trzeba przypuścić albo nieprawidłowe położenie, albo nieprawidłowy kształt żołądka, albo nieprawidłowe kurczenie się żołądka podczas sondowania. W r. 1893 w pierwszym wydaniu „Chorób żołądka“, mówiąc o tej *ectasia paradoxa*, JAWORSKI wiąże już ten objaw wprost z częściową rozstrzelenią żołądka w postaci uchyłków lub z żołądkiem klepsydrowym; tak, czy inaczej chodzi tu o następstwa przebytego wrzodu żołądka. Niemożność wyciągnięcia w całości lub w części wody, wlanej do żołądka, jako dowód żołądka klepsydrowego, według niemieckich prac, pierwszy miał ogłosić WÖLFLE³⁾ w r. 1895. Już proste zestawienie dat przekonywa, że objaw ten o wiele wcześniej zauważył i opisał JAWORSKI, bo jeszcze w r. 1888 i 1893. Pozatem w piśmiennictwie naszym innych wzmianek o żołądku przewężonym nie znalazłem.

Przechodzę do opisu własnych spostrzeżeń.

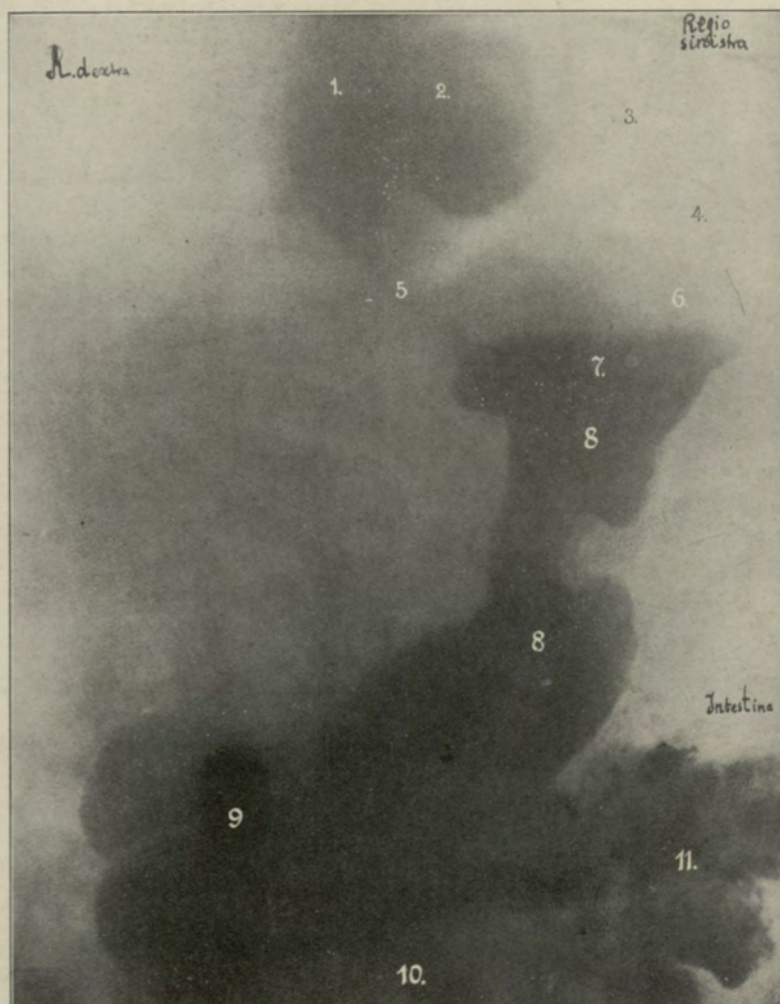
Pierwszy nasz przypadek dotyczy chorego 66-letniego A. Z., owczarza, demonstrowanego 4 kwietnia 1911 r. w Towarzystwie Lekarskiem Warsz., u którego to chorego rozpoznanie uchyłka w dolnej części przelyku i klepsydrowego żołądka potwierdzone zostało badaniem rentgenograficznym. Chory ten dwukrotnie leżał na oddziale dra CHEŁCHOWSKIEGO. Pierwszy raz przybył do nas II/IV 1910 r. Skarżył się wówczas, że od lat 8-u cierpi na zaburzenia żołądkowe (odbijanie kwasem, goryczą i gniecienie w dołku), a od kilku miesięcy zaczął doświadczać utrudnienia w przelykaniu, zwłaszcza pokarmów stałych, częściowego zwracania ich, najczęściej natychmiast po spożyciu, co niekiedy na pewien czas sprawiało choremu ulgę—utrudnienie w przelykaniu ustępowało. Dawniej zdrów był zawsze. Alkoholu nie nadużywał. Żonaty, dietny. Przy badaniu stwierdzono stan bezgorączkowy, tętno 62, miarowe, miękkie, oddech 20. Budowa prawidłowa. Odżywienie średnie. W narządach klatki piersiowej, oprócz obniżenia granicy dolnej płuc i przesunięcia lewej granicy serca na palec na zewnątrz sutki, innych zmian nie znaleziono. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Dołek podsercowy wrażliwy na ucisk. Przy badaniu przelyku stwierdzono przeszkodę na wysokości 37 ctm. od zębów. Najgrubsza oliwka na tej wysokości napotyka opór, lecz go dość łatwo przewycięża, wywołując tylko lekkie krwawienie.

¹⁾ Wiener med. Presse 1897 r. Nr. 51, oraz Przegląd Lekarski 1897 r. str. 450.

²⁾ Przegląd Lekarski 1888, str. 176.

³⁾ Beiträge zur klin. Chir. 1895. tom XIII.

№ 1.



Miękka sonda żołądkowa przechodzi trudniej, a względnie najłatwiej jeszcze, gdy chory wykonywa ruchy połykowe. I oliwka, i sonda muszą przewycięzać opór na dość znacznej przestrzeni. Po przejściu tej przestrzeni można już dalej wypychać z łatwością sondę żołądkową aż do 60 ctm. od zębów. Kol. CHOJKO, który miał w opiece chorego przy pierwszym jego pobycie w naszym oddziale, kilkakrotnie stwierdził, że daleko łatwiej było otrzymać czyste przepluczyny przy przepłukaniu żołądka, jeżeli sonda była właśnie tak głęboko założona. Przy wysuwaniu zaś sondy powrotnem (od 45 do 50 ctm. od zębów) w przepluczynach znowu się zjawiała zawartość pokarmowa.

W ciągu pierwszych 4-ch dni pobytu chorego na oddziale w zawartości pokarmowej, wydobywanej z jego żołądka, w ilości około $\frac{1}{2}$ szklanki, wyróżniano z całą pewnością spore kawałki rydźów, które doskonale zachowały swoje utkanie promieniste, pomimo, że chory jadł je na 14 dni przed zapisaniem się do szpitala. Przez te pierwsze kilka dni zawartość żołądkowa nie zawierała wcale wolnego kwasu solnego, przy dalszym pobycie chorego zjawily się ślady wolnego kwasu solnego (na czczo kwaśność ogólna 32, wolnego kw. solnego 2; po śniadaniu próbnem kwaśność ogólna 30, kw. solnego wolnego 5). W zawartości żołądkowej były grzybki drożdżowe i czworniakowe (*sarcina*). Dolna granica żołądka dawała się oznaczyć na palec nad pępkiem. Przy wzdęciu żołądka powietrzem mieliśmy wrażenie, że widzimy przez powłoki brzuszne 2 połowy przewężonego żołądka: górną lewą, drugą dolną, leżącą po obu stronach środkowej linii ciała.

W dniu 28. kwietnia prześwietlano chorego w pracowni kol. BARSCZEWSKIEGO. Znalaziono płuca wolne, ruchowe; serce nieco większe, leżące; tętnica główna normalna. Zawiesina z węglanem bizmutu przy połykaniu na wysokości połowy mostka skręca znacznie w lewo, spada powoli, zatrzymuje się nad przeponą i tętni przy ruchach serca. Zawiesina wypełnia naprzód uchyłek przełyku z lewej strony nad przeponą, a następnie dopiero przechodzi pod przeponę do żołądka i tu zbiera się w dwu odcinkach, połączonych ze sobą zaledwie widoczną smugą: zbiornik górny leży w podżebrzu lewem, dolny sięga pępka. Wniosek: żołądek dwukomorowy.

30/IV t. r. chory wypisał się z polepszeniem, zyskawszy kilka funtów na wadze (18/IV—55,6 kilo, w dniu wypisania się—59 kilo). Po roku (22/III 1911 r.) chory ponownie przybył na nasz oddział, straciwszy nieco na wadze w porównaniu z wagą w dniu poprzedniego wypisu, lecz wając nieco więcej, niż w czasie pierwszego pobytu w szpitalu. Obraz chorobowy o tyle się zmienił, że dolegliwości o wiele są słabsze, że w zawartości żołądkowej ani na czczo, ani po próbnem śniadaniu nie stwierdzono obecności wolnego kwasu solnego, a przeszkoda w przełyku obniżyła się do poziomu 45 ctm. od zębów i przepuszcza dość łatwo zarówno oliwkę, jak i miękką sondę. W zawartości żołądkowej i tym razem znajdowano grzybki, które chory jadł z barszczem przed paru tygodniami.

Wprowadzono do żołądka 1500 ctm. sz. wody, wydobyto zeń od razu 1300 ctm. sz., po ponownem zaś dodaniu do żołądka 500 ctm. sz. wody, wydobyto 650 ctm. sz., czyli pozostało w żołądku tylko 50 ctm. sz. wody, O wyraźnem więc zatrzymywaniu się wody w żołądku (objaw, podany przez prof. JAWORSKIEGO) w naszym przypadku nie było mowy.

Chorego po raz drugi poddano prześwietleniu promieniami (kol. JUDT) i otrzymano w porównaniu z poprzedniem badaniem obraz identyczny, najzupełniej potwierdzający rozpoznanie (patrz rentgenogram Nr. 1. *Expositio dorso-ventralis: 1) oesophagus 2) diverticulum 3) diaphragma 4) chambre à air 5) regio cardiaca 6) Bi + ingesta liquida 7) superficies Bi 8) pars cardiaca et pylorica 9) regio pylorica 10 i 11) intestina jejuna*). Po 2-tygodniowym pobycie chory wypisał się z ponowną poprawą. Po paru miesiącach widziałem go znowu i znowu z dawnymi dolegliwościami.

[C. d. n.].

II. Ambulatorya dla dzieci w świetle liczb.

W sprawie organizacyi pomocy higieniczno-leczniczej dla dzieci Warszawy.

Opracował

Dr Jan Bączkiewicz.

Rzecz czytana na posiedzeniu sekcji szpitalnej Warsz. Tow. Hygien. 15. lutego 1912 r.).

(Dalszy ciąg. — Patrz № 10).

Potrzeba ambulatoryum przeważnie dla małych ubogich dzieci, trudności leczenia tych dzieci w szpitalach, jak to wyżej wykazaliśmy, ze względów naturalnych (karmienie piersią), społecznych (udział matki w rodzinie), wreszcie ekonomicznych (praca matki, jako jedno ze źródeł bytu rodziny), wskazują na konieczność otwierania wzorowych ambulatoryów dla dzieci w różnych dzielnicach miasta i w jego najbliższych okolicach.

Powiedzieliśmy wzorowych, i rozumiemy tu, że nie tylko wzorowo urządzonych pod względem pomieszczenia, dostępu światła, powietrza, wygod, nie tylko z zapewnioną dobrą organizacją lekarską i administracyjną, nie tylko dostatecznie zaopatrzonych w środki, utensylia i pomoce lekarskie, ale przede wszystkim urządzonych tak, ażeby dzieci, które przybywają po zdrowie, nie chywały choroby, t. j. żeby ambulatorya miały oprócz dobrze urządzonych poczekalni (co najmniej 3-ch: dla chorych wewnętrznych, chirurgicznych i jednej dla specjalności innych), dostateczną liczbę separtek do segregowania dzieci z chorobami ostremi zakaźnymi, jak to miało miejsce w naszym ambulatoryum przy ul. Ogrodowej.

Liczba bowiem przypadków tego rodzaju chorób w ambulatoryum nie jest mała.

Według wykazów naszych, w ciągu 17 $\frac{1}{2}$ lat na 42,985 chorych wewnętrznych przybyło do ambulatoryum 3,876 dzieci z chorobami zakaźnymi ostreimi.

Dla tych siewców infekcyi urządzenie separarek w ambulatoryach jest niezbędne, tem bardziej, że nie tylko w chorobach wewnętrznych, ale i w innych specjalnościach zdarzają się przypadki zakaźne.

Ażeby niejako uprzytomnić powyższe wymagania w ambulatoryum, przedstawię tu tylko idealny szkic urządzenia ambulatoryum, niezastosowany naturalnie ani co do przestrzeni, ani co do położenia, a dający tylko wyobrażenie tych potrzeb lekarskich i higienicznych, jakie powinny być w mniejszym lub większym stopniu w ambulatoryach dla dzieci uwzględniane.

A czynię to tem bardziej, że przed laty kilku na jednym z posiedzeń naszego wydziału zobowiązałem się taki szkic przedstawić.

1) Przedewszystkiem pożądanemby było, ażeby ambulatoryum mieściło się na placu o 2-u frontach (przy 2-u ulicach); aczkolwiek warunek ten nie jest bezwzględny, jednak, jak to zobaczymy poniżej, z uwagi na izolację chorych infekcyjnych, bardzo pożądaną.

2) W rozlokowaniu pomieszczeń dla różnych działów leczniczych niezbędnem jest, ażeby dział chorób ostrych infekcyjnych stanowił zupełnie odrębną, wyosobnioną część ambulatoryum z zupełnie oddzielnem wejściem i wyjściem, najlepiej zaś, jak to w poniżej przedstawionym projekcie ma miejsce, ażeby dział chorób infekcyjnych ostrych znajdował się w zupełnie oddzielnym budynku z wyjściem na drugą ulicę, otaczającą plac.

3) Pokój segregacyjny do przedwstępnego badania przybywających do ambulatoryum chorych w celu ich segregowania i oddzielania wypadków chorób infekcyjnych ostrych (ospa, odra, szkarlatyna, dyfteryt, koklusz i inne), powinien się znajdować tuż u wejścia do ambulatoryum i umieszczony tak, ażeby zaraz z niego było wyjście do oddziałów infekcyjnych z jednej strony, do innych zaś działów ambulatoryum z drugiej strony.

4) Przejście z pokoju segregacyjnego do budynku infekcyjnego jest otoczone sztachetami, jak również i sam budynek infekcyjny, ażeby chorzy nie błądzili i nie rozchodzili się po terytorium ambulatoryjnym; sztachety są drogowskazem dokąd dążyć trzeba i jak się kierować ku wyjściu. System klamek i sprężyn w furtkach sztachet i drzwiach nie pozwala na to, aby chory mógł się wracać; tylko droga naprzód i do wyjścia z zakładu jest mu dostępna.

5) Każda poczekalnia na daną chorobę infekcyjną oznaczona jest odrębnym kolorem, np. na szkarlatynę czerwonym, na odrę niebieskim, na dyfteryt żółtym, na koklusz zielonym, na ospę brązowym, a poczekalnie zapasowe na inne przygodne infekcyje (*varia*) fioletowym. Na drzwiach do każdej z tych poczekalni jest umieszczona tablica odpowiedniego koloru (lub szyba tegoż koloru). Każdy chory infekcyjny w pokoju se-

gregowanym dostaje bilet odpowiedniego koloru, z którym dążyć ma do poczekalni oznaczonej tymże kolorem.

6) Dział chorób infekcyjnych ostrych powinien być tak urządzony, ażeby na każdą chorobę infekcyjną osobny był gabinet przyjęć, osobna poczekalnia z osobnym klozetem, dalej ażeby z każdej poczekalni było oddzielne wyjście na zewnątrz, a to w celu, żeby chorzy różnych infekcyi nie mogli się spotykać i wspólnie przebywać.

7) Każdy gabinet lekarski infekcyjny powinien być tak urządzony, ażeby w nim wykonanie mniejszych zabiegów chirurgicznych było możliwe.

8) Przy oddziale infekcyjnym istnieje salka operacyjna do większych zabiegów operacyjnych z pokojem sterylizacyjnym. Sala ta po każdym infekcyjnym chorym powinna być dokładnie wydezynfekowana.

9) Przy oddziale infekcyjnym znajduje się pokój kąpielowy z rozbieralnią i ubieralnią.

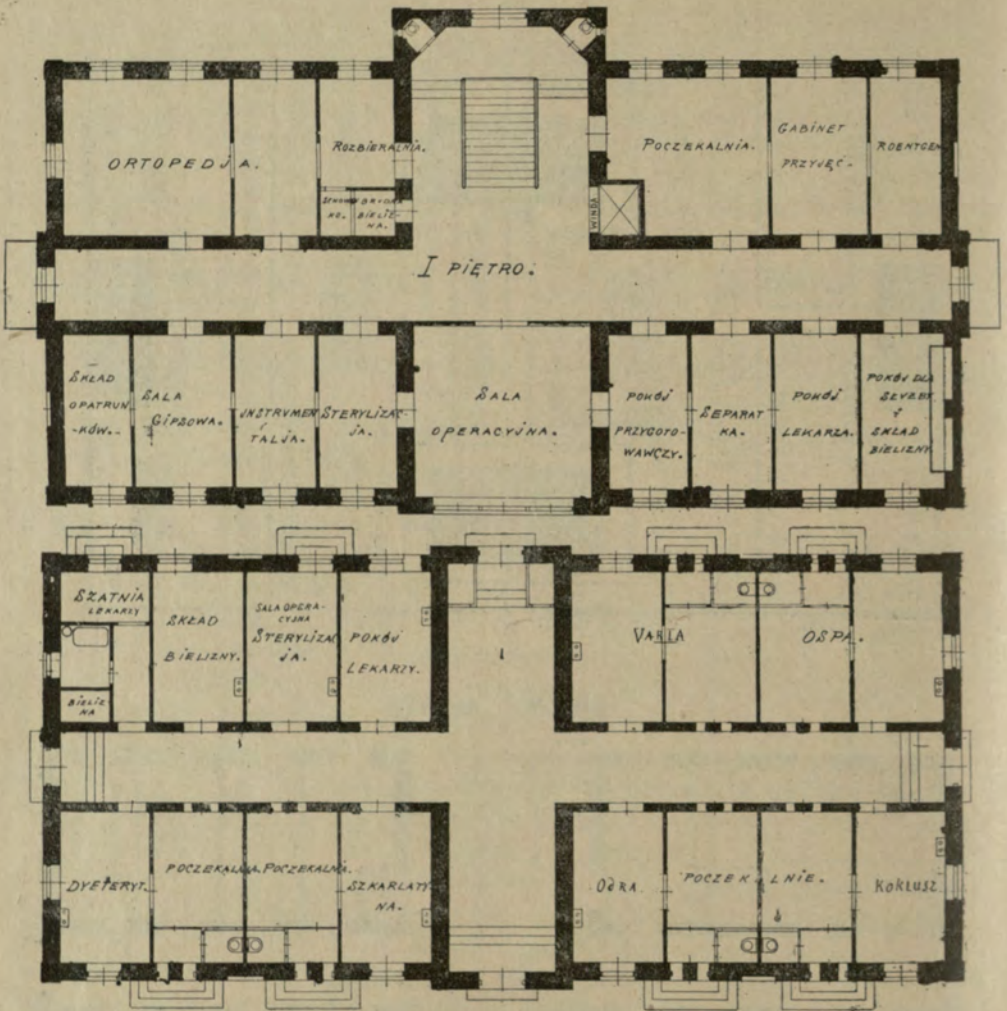
10) Wszystkie działy ambulatoryum oraz działy infekcyjne (gabiny) mają połączenia telefoniczne.

11) Główny budynek ambulatoryjny (nieinfekcyjny) ma oddzielne wejście i wyjście. Chorzy wchodząc do ambulatoryum, zawsze dążą naprzód i po uzyskanej poradzie wychodzą wyjściem specjalnem. System zamków nie pozwala chorym dążyć wstecz.

12) Główny budynek ambulatoryjny na parterze mieści: wejście, pokój segregacyjny, poczekalnię wewnętrzną, gabinet wewnętrzny, poczekalnię okulistyki i laryngologii i otyatrii wraz z gabinetem, poczekalnię dla dentystyki z gabinetem, poczekalnię dla chorób skórnych z gabinetem, poczekalnię dla chorób nerwowych wraz z gabinetem, pracownię o 2-u pokojach (chemiczną i bakteryologiczną), windę osobową na 1-e piętro, schody, 4 klozety, szatnię lekarską, pokój szwajcara oraz stację telefoniczną, wyjście na zewnątrz. Na 1-em piętrze dział chirurgii, mieści się tam rozbieralnia i sala ortopedyczna, klozety, poczekalnia, gabinet przyjęcia, Roentgen, pokój lekarski, separotka do położenia chorego po operacyi, pokój przygotowawczy do operacyi, sala operacyjna, sterylizacja, skład instrumentów, pokój gipsowy, skład opatrunków. Poniżej przedstawiam plan sytuacyjny, plan ambulatoryum głównego (parter i 1-e piętro); plan budynku infekcyjnego wykazuje rozkład wszystkich pomieszczeń według specjalnych działów i potrzeb lekarskich.

W szerokiej organizacyi pomocy lekarskiej dla ubogich dzieci ambulatorya wzorowo urządzone, jako instytucye przeważnie dla leczenia małych dzieci, powinny zajmować bardzo poważne miejsce. Ambulatorya powinny stanowić odrębne instytucye lecznicze dla dzieci, niezależne od szpitali, te bowiem przeznaczone być powinny dla leczenia chorych stałych.

Ambulatorya przy szpitalach dla dzieci mogą być źródłem infekcyi dla oddziałów szpitalnych: wszak nie tylko warunki terytorjalne, ale administracyjne i służbowe tylko sprzyjać temu mogą, gdyż jest bardzo



last, tem bardziej, że w ambulatorych warunki badania i obserwowania chorych są nieraz ohydne. W tych warunkach praca nie budzi zainteresowania wśród lekarzy, a natomiast wśród chorych wywołuje częstokroć niezadowolnienie, i słuszne. (D. c. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



36. Lehmann. O wskazaniach do odłuszczenia torebki nerkowej.

Pierwszy HARRISON w r. 1896-ym przypadkiem zrobił spostrzeżenie, że nacięcie lub nakłucie otoczki właściwej (*capsula propria*) nerki prowadzi do wyleczenia wielu przypadków białkomoczu i wałkomoczu. ISRAEL w r.

1900-ym stwierdził, że nacięcie samej nerki doskonale działa w jednostronnym bólu nerkowym (*nephralgia*) i „angioneurotycznych” krwawieniach nerkowych. ROVSING dowiódł, że nacinanie tkanki nerkowej jest zbyt czynne, do tych samych bowiem wyników prowadzi sama tylko dekapsulacja („*nephrolysis*“). Z biegiem czasu przekonano się, że zabieg ten daje dobre wyniki w przypadkach oligurii i anurii, a więc w przebiegu mocznicy i drgawek porodowych. Od czasu jednak, gdy EDEBOHLS i inni amerykańscy chirurdzy zaczęli upatrywać w zabiegu tym znakomity środek w leczeniu każdego przypadku zapalenia nerek, i ponieważ nadzieje tak wygórowane zawiodły zupełnie, przeto zabieg sam został nieco zdyskredytowany i zainteresowanie się tą sprawą w latach ostatnich znacznie osłabło. Zachodzi więc potrzeba dokładnego różniczkowania wskazań do operacji omawianej.

Na pytanie, w jaki wogóle sposób działa, dekapsulacja nerki, nie mamy niestety zadowalającej odpowiedzi, gdyż badania odnośne doświadczalne na zwierzętach kwestyi tej zupełnie nie wyjaśniły. Dowiodły one jednak, że jest to zabieg dla nerki nieszkodliwy i że już w parę tygodni po oddzieleniu błony właściwej od nerki tworzy się nowa otoczką łącznotkankowa, która jest wprawdzie dość bogato unaczyniona, naczynia jej jednak do nerki nie przechodzą. W ten sposób obaloną została teoria EDEBOHLS'a, w myśl której dodatnie działanie dekapsulacji w przebiegu zapalenia nerek polegać miało na wytworzeniu się wokół nerki licznych zrostów, wskutek czego narząd otrzymywał miał krwiociąg dodatkowy, co wreszcie prowadzić miało (drogą lepszego odżywiania) do regeneracji schorzałego nabłonka.

Wychodząc z powyższego założenia, EDEBOHLS proponował w każdym przypadku zapalenia nerek ściągnięcie i rezekcję otoczki właściwej obu nerek. Zabieg ten, zastosowany u 51 chorych, miał w 22 przypadkach (nb. niedokładnie zbadanych i opisanych) sprowadzić wyleczenie, wzgl. poprawę, 7-iu jednak chorych umarło bezpośrednio po zabiegu. Zarówno więc wysoka odsetka śmiertelności (13%) od samego zabiegu, jak i ujemne wyniki, otrzymane przez innych autorów, przemawiają za stanowczym odrzuceniem „operacji EDEBOHLS'a“.

Tem niemniej jednak dla samaj tylko dekapsulacji dadzą się wykonać wskazania ściśle określone. Jednym z nich jest t. zw. *nephralgie hématurique*. Z pośród 14-u przypadków tego cierpienia, w których ISRAEL dokonał nefrotomii, 6 zostało uleczonych zupełnie, a w 3-ch nastąpiła znaczna poprawa. ROVSING i inni autorzy w cierpieniu tem dokonywali tylko dekapsulacji z równie dobrym wynikiem. Zabieg ten jest więc tutaj wskazany, tem bardziej i z tego względu, że leczenie wewnętrzne jest przeważnie bezsilnem. Działanie zabiegu sprowadza się prawdopodobnie do polepszenia warunków krążenia krwi w nerce, bliżej jednak wyjaśnić sobie tego działania nie jesteśmy w stanie, gdyż i przyczyny samego cierpienia nie są znane. ISRAEL sądził, że przyczyną bólów i krwotoków nerkowych jest rozpoczynające się (często bez wyraźnych objawów klinicznych) zapalenie nerek, czemu jednak inni autorzy (SENATOR, KLEMPERER) zaprzeczają. W każdym bądź razie jest to cierpienie klinicznie zupełnie różne od zwykłej choroby *Bright'a*, w której krwotoki nerkowe zdarzają się rzadko, a bole prawie nigdy, i z tego względu dobre wyniki, otrzymane po dekapsulacji w przebiegu „*nephralgiae*“, bynajmniej nie każą spodziewać się równie dobrych wyników w zapaleniu nerek.

Charakterystycznym pod tym względem jest spostrzeżenie KÜRTNER'a, który operował młodą dziewczynę z przewlekłym mięszowem za-

paleniem nerek z powodu nieznośnych bólów prawostronnych. Po dekapulacji prawej nerki bole znikły zupełnie, chora poprawiła się i czuła się zupełnie zdrową, ilość jednak białka w moczu nie zmniejszyła się wcale.

Drugim wskazaniem do dekapulacji, tym razem obu nerek, są niektóre przypadki zapalenia przewlekłego. Autor przytacza 3 własne przypadki i 1 GATTIEGO, w których chorzy przed operacją przez długi szereg miesięcy niezdolni byli do pracy wskutek braku sił, bólów głowy lub obrzęków. Po zabiegu zaś wszyscy poprawili się o tyle, że mogli powrócić do swych zajęć. 3 chore autora pracują już przeszło od roku, chory zaś GATTIEGO, który przed operacją 1½ roku był niezdolnym do pracy, pracował jako mularz po zabiegu przez 20 miesięcy. Łącznie z poprawą ogólną i możliwością powrotu do pracy nastąpiło we wszystkich tych przypadkach polepszenie sprawy zapalnej, a mianowicie spadek ilości białka w moczu i walców, oraz zniknięcie obrzęków. W żadnym jednak przypadku nie nastąpiło zupełne wyleczenie (chory GATTIEGO umarł w 28 miesięcy po operacji). Przypadki te dowodzą, że dekapulacja w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek osiągnęła to, czego nie mogło osiągnąć leczenie wewnętrzne: możność podjęcia pracy, — i z tego względu była ona bezwarunkowo wskazana. Ścisłe jednak zdefiniowanie wskazań do dekapulacji w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek jest rzeczą bardzo trudną, rozstrzyga tu bowiem cały szereg względów, które w każdym przypadku starannie rozważyć należy, — najważniejsze z nich jednak są 4 następujące: bezskuteczność długiego leczenia wewnętrznego, znaczne dolegliwości subiektywne przy nie za daleko posuniętej sprawie chorobnej i położenie społeczne chorego.

Trzecim wskazaniem dla dekapulacji jednej lub obu nerek są przypadki mocznicy w ostrem zapaleniu nerek. Bardzo liczni chirurdzy i wielu wybitnych internistów sądzi, że jest to najwdzięczniejsze pole dla omawianego zabiegu. Zwłaszcza w tych przypadkach, kiedy pośród objawów mocznicy na pierwszy plan występuje oligurya, a szczególnie jeszcze anurya, — zabieg operacyjny wprost ratuje choremu życie. Jak wiadomo, przyczyną braku wydzielania moczu w przebiegu ostrej choroby BRIGHT'a jest z jednej strony obrzęk śródbłonka i wysięk pod otoczkę BOWMANN'a, z drugiej strony obrzęk nabłonka nerkowego, wskutek czego następuje zwężenie światła przewodów nerkowych. Wynikiem tego jest zastój w wydzielaniu moczu i zastój krążenia krwi, które wzajemnie na siebie działają, tworząc prawdziwe błędne koło przyczyny i skutku. Cały jednak organ, pomimo coraz bardziej wzrastającego ciśnienia wewnątrznerkowego, nie jest w stanie się powiększyć, przeskadza temu bowiem otoczka właściwa, ściśle obciążająca nerkę. Toteż odłączenie otoczki ma w wielu odnośnych przypadkach działanie wprost radykalne, które przedewszystkiem wyraża się w pojawieniu się moczu, względnie w znacznym zwiększeniu się jego ilości. Autor opisuje przypadek, w którym chory w ciągu niespełna doby po dokonanej dekapulacji oddał 4 litry moczu, przed operacją zaś nie oddawał wcale moczu w ciągu 3-ich dni. Zabieg operacyjny w przypadkach omawianych wpływa nadto dobroczynnie na samą sprawę zapalną, jak tego dowodzą liczne spostrzeżenia. GÜMBEL operował 6-letnią dziewczynkę z ostrem mięszszowem zapaleniem nerek, u której nagle wystąpiły drgawki, brak przytomności i zupełny brak moczu; na 3-ci dzień po dokonanej dekapulacji jednej tylko nerki, mocz zupełnie już nie zawierał białka, przed napadem zaś mocznicy zawierał go 16‰.

Nieraz dekapulacja bywa wskazana również i w przewlekłym zapaleniu nerek, mianowicie wtedy, kiedy objawy mocznicy występują

nagle. W tych natomiast przypadkach, kiedy objawy mocznicy przewlekłej rozwijają się powoli—od zabiegu wiele spodziewać się nie można. Przed zakwalifikowaniem chorego danej kategorii do operacji, należy więc staranie rozważyć, czy w danym przypadku mamy do czynienia z ostrem nasileniem niezbyt daleko posuniętej sprawy chorobnej, czy też objawy mocznicowe zależą już od nieodwołalnego zaniku elementów nerkowych. Przypisać jednak należy, że postawienie wskazania do operacji w tych przypadkach jest bardzo trudne i nieraz zawodne. Dowodzi tego 1 przypadek autora, dotyczący 43-letniej kobiety, chorej dopiero od 6-ciu tygodni, której z powodu objawów mocznicy dokonano dekapsulacji obustronnej: chora zmarła w kilka godzin po operacji, badanie zaś pośmiertne wykazało ciężkie przewlekłe zapalenie śródmiaższowe nerek.

Rozważania powyższe, dotyczące zwykłego „aseptycznego“ zapalenia nerek, znajdują również zastosowanie i dla zapalenia ropnego nerek, czyto wskutek zakażenia z dalszych dróg moczowych, czy też wskutek zakażenia pierwotnego. W przebiegu tego cierpienia zdarza się nieraz ostry obrzęk nerki, prowadzący do zatrzymania moczu—i wtedy dekapsulacja jest zupełnie wskazana i niejednokrotnie z powodzeniem była dokonana (w 1-m przypadku—przez autora). Najczęściej jednak w przypadkach tej kategorii obok dekapsulacji trzeba dokonać i nefrotomii, względnie pyelostomii (w *nephrolithiasis* lub *pyelonephritis suppurativa*).

Co się tyczy wreszcie eklampsyi, to w cierpieniu tem dekapsulacja dokonana została wielokrotnie i nieraz z wynikiem pomyślnym. Uprawienia jednak do tego zabiegu nie można uważać za powszechne i tutaj bowiem nie leczy on samej sprawy chorobowej, lecz głównie wpływa pomyślnie tylko na jeden z jej objawów, mianowicie zatrzymanie moczu. Pomyślnie to działanie stwierdził SITZENFREY w 81% swych przypadków, również i LEHMANN cytuje 2 przypadki własne. Jest to jednym jeszcze dowodem, że i w przebiegu zapalenia nerek głównem wskazaniem do zabiegu omawianego jest objaw zatrzymania moczu. *K. Oczesalski.*

(*Berl. klin. Woch.*, 1912, Nr. 4).

37. Mosler. O podniesieniu ciśnienia po dwustronnem wycięciu nerek.

Autor dokonał szeregu doświadczeń wycięcia królikom obydwu nerek, chcąc znaleźć związek między czynnością nerek a podniesieniem ciśnienia. Ze znacznej liczby operowanych zwierząt ocalało trzynaście, u których autor badał ciśnienie w 48 godzin po operacji. Jednocześnie dla kontroli chloroformował zwierzęta, których nie operował i też mierzył ciśnienie.

U operowanych przyrost ciśnienia wahał się w granicach od +4 do +25 mm. rtęci, u chloroformowanych tylko od 0 do +5 mm, więc znaczna różnica.

Wniosek z doświadczeń autora jest następujący: wycięcie obydwu nerek usuwa dużą przeszkodę dla serca.

Z punktu więc widzenia mechanicznego powinno ciśnienie raczej spaść; ciała zaś chemiczne, wyrabiane przez nerkę (lizyny, toksyny), nie mogą też grać tu żadnej roli, gdyż niema narządów, w których się one tworzą. Na podwyższenie ciśnienia muszą więc wpływać te ciała, które przez operację są w organizmie zatrzymane, a które nerka normalnie wydziela, a zatem produkty niedostatecznego spalania się związków azotowych.

(*Zeitschr. f. klin. Mediz.*, t 74, z. 3—4.).

Marta Erlichówna.

List otwarty do Redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

Szanowny Redaktorze! Wśród licznych nawoływań do podniesienia rozwoju fizycznego, gimnastyki i sportów, dają się słyszeć głosy niepowołanych promotorów tego pożądanego prądu, pragnących skierować go na młyny swych prywatnych interesów.

Do tego rodzaju należy odnieść odezwę przedsiębiorstwa „Skating Ring“ pod tytułem „Uzdrowienie fizyczne i moralne“. Reklama ta (drukowana w „Kurjerze Warszawskim“ w dziale reklam płatnych) o pozorach naukowych, mająca na celu podtrzymanie wychodzącej widocznie z mody, a wątpliwej pod względem higienicznym jazdy na kółkach, ucieka się do fałszu i nadużycia dobrej wiary. Powołuje się mianowicie na autorytet Chałubińskiego— jako na znawcę i zwolennika jazdy na kółkach, którą miał jakoby poznać w Anglii; czelność reklamy posuwa się do tego stopnia, że przytacza w czudzysłowie ustęp, wyjęty niby z dzieł Chałubińskiego.

Nazwisko Chałubińskiego i powaga jego zdania utrzymują się dotąd jeszcze tak żywo w pamięci naszego miasta, że cytata taka może być dla wielu argumentem przekonującym. Tymczasem ś.p. prof. Chałubiński nie mógł poznać w Anglii wrotków, bo tam nigdy nie był i w żadnym ze swych dzieł o wrotkach nie wspomina.

Obecnie przedsiębiorca rozsyła tę odezwę już jako „przedruk artykułu z „Kurjera Warszawskiego“ (choć była tam umieszczona jako reklama) i zaopatruje ją dodatkiem „z upoważnienia Zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Warszawskich“. Jest to nowy fałsz, ponieważ takiego upoważnienia nie otrzymał.

Dodatek ten oczywiście zrobiony jest w tym samym celu, co cytowanie Chałubińskiego, t. j. aby przez aprobatę wspomnianego ciała lekarskiego jeszcze raz podkreślić znaczenie higieniczne jazdy na kółkach i zachęcić do niej publiczność.

Jak zaś daleko pojęcia „Skating Ring’u“ stoją od zasad i wymagań higieny—dowodzą urządzone przez to przedsiębiorstwo konkursy wytrzymałości w 24-godzinnej jeździe na wrotkach, rzecz z punktu widzenia higieny pozbawiona wszelkiego sensu, a będąca wprost zamachem zbrodniczym na zdrowie lekkomyślnych szaleńców, którzy stają do takich zapasów. W wiadomości odnośnej (w K. W. „ze sportu“) znajdujemy wzmiankę, bliżej nas obchodzącą; mianowicie, że wyścigi te mają odbywać się pod stałym doглядem lekarzy. Czyżby znaleźli się lekarze, którzy mogliby w ten sposób aprobować takie karygodne znęcanie się nad zdrowiem ludzkim, nie mające innego celu, jak zapełnienie kieszeni sprytnemu przedsiębiorcy? Czytaliśmy niejednokrotnie, że lekarze rosyjscy pod grozą odpowiedzialności za nieposłuszeństwo władzy, odmawiali swej obecności przy wymierzaniu plag cielesnych aresztantom; sądzę że nie zechcą też i u nas lekarze dobrowolnie podejmować się dozoru nad tego rodzaju torturowymi eksperymentami nad zdrowiem ludzkim.

Szanowny Redaktorze, wobec potrzykróć zachodzącej tu kolizyi ze sprawami nas, jako lekarzy, w ten lub inny sposób obchodzącemi, uważam za właściwe założenie tego protestu i proszę, w razie solidaryzowania się z nim—o pomieszczenie go w Waszem piśmie.

Warszawa, 10-go marca 1912.

Z poważaniem
Dr med. Otton Hewelke.

Wiadomości bieżące.

— Projektowany na maj r. b. Wszechniowski Zjazd Hygieniczny i Wystawę w Petersburgu postanowiono odłożyć do r. 1913.

— W Warszawskim Instytucie głuchoniemych i ociemniałych w ubiegłym tygodniu wybuchła epidemia tyfusu wysypkowego. Dziesięć osób odwieziono do szpitala na Czystem. Taka sama epidemia wybuchła w areszcie policyjnym. O faktach tak ważnych dla zdrowotności naszego miasta nie spotykamy nigdzie wzmianki ze strony władz sanitarnych; nie wiemy, czy przedsięwzięto odpowiednie środki celem zabezpieczenia ogółu od szerzenia się zarazy. Wydaje nam się szczególnie niezrozumiałem, jak w Instytucie, który ma swego lekarza szkolnego, w którym dyrektor jest lekarzem, gdzie powinna istnieć infirmaryja i pokój izolacyjny, można było dopuścić do takiego rozwoju epidemii, zamiast ją opanować na samym początku po zjawieniu się pierwszego przypadku. Tego rodzaju sanitarne katastrofy grożą nam co chwila. Miasto nie posiada własnej kamery dezynfekcyjnej, szpital dla chorych zakaźnych przyjmuje tylko niektóre zarazy z powodu braku miejsc. *Quo usque tandem!*..

— Z powodu ogólnej drożyzny produktów spożywczych magistrat rozesłał do szpitali nowe cenniki, według których mają być obliczane porceje szpitalne. Wszystkie ceny uległy podwyższeniu, niekiedy dość znacznemu, a niezawsze, według nas, usprawiedliwionemu. Na przykład, pieczeń wołową z 9,15 kop. podniesiono do 10,10 kop., kotlet wołowy z 11,06 kop. do 12,17, rosół z 4,03 kop. do 4,51 kop. (mięso nie uległo przecież podniesieniu cen na rynkach), $\frac{1}{2}$ cytryny z 1,75 kop. podniesiono do 2,0 kop., a stąd zupełną cytrynową z 11,72 kop. do 13,10 kop. Wszystko to razem wzięte podniosło cenę porcyi dziennej na jednego chorego przeciętnie o 2 kop. Wprawdzie jednocześnie magistrat pozwolił wydawać na żywność chorego o $1\frac{1}{2}$ kop. więcej (to jest zamiast 27 $\frac{1}{2}$ kop. — 29 kop.), to jednak brak i tej $\frac{1}{2}$ kopiejki odbije się ujemnie na odżywianiu chorych. We wszystkich szpitalach na Zachodzie podrożenie produktów spożywczych nie wpływa na uszczuplenie pożywienia chorych. Pewna przyjęta norma ciepłostkowa musi pozostać stałą, niezależną od ceny bieżącej na rynku. Odstępując chociażby po groszu od tej normy, dojdziemy znów do głodzenia chorych, które się praktykowało w naszych szpitalach.

— Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie założył zakład kare, dytowo, mający na celu dostarczanie pomocy pieniężnej właścicielom zdrojowisk, domów mieszkalnych, lekarzom, przemysłowcom i kupecom w zdrojowiskach.

— W Krakowie utworzono prywatny zakład wychowawczo-leczniczy dla nerwowych i upośledzonych umysłowo dzieci. Zakład ten nie jest obliczony na zyski. Inicytatorami i założycielami zakładu są: prof. JAN PILTZ, ks. dr CAPUTA i dr W. NIEĆ. Kierownikami zakładu jest prof. PILTZ, lekarzem dr JASIŃSKI, pedagogiczną stroną kieruje pani J. PIENKOWSKA.

— W Paryżu zaczęło wychodzić pismo pod tytułem „Revue clinique d'urologie“; redaktorem tego pisma jest redaktor nasz dr B. MOTZ i dr J. TANTON.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 4-go do 10-go lutego r. b. do szpitali warszawskich przybyło 106 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 24, odrą 5, płonicą 10, błonicą 1, różą 3, tyfusem brzuszny 11, tyfusem płamistym 7, grypą 3 i zapaleniem płuc 42.

W tymże czasie zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 14 osób, mianowicie: na ospę 4, płonicę 1, tyfus płamisty 2, tyfus brzuszny 1 i na zapalenie płuc 6; w całym zaś mieście zmarło 28 osób na choroby zakaźne, (nie licząc w to zapalenia płuc), mianowicie: na ospę 11, odrę 1, płonicę 6, błonicę 2, tyfus płamisty 1, tyfus brzuszny 2 i na koklusz 5.

W następnym tygodniu od dnia 11-go do 17-go lutego przybyło do szpitali miejskich 118 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 19, odrą 1,

plonicą 5, błonicą 1, różą 8, tyfusem plamistym 9, tyfusem brzuszny 19, grypą 4, zapaleniem płuc 51 i kokluszem 1.

W tym czasie zmarło w szpitalach 16 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 2, różę 1, tyfus brzuszny 2 i na zapalenie płuc 11. W całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 20 osób, mianowicie: na ospę 4, odrę 2, plonicę 8, błonicę 2, tyfus brzuszny 1, tyfus plamisty 1 na koklusz 2.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 4-go lutego—3,317, 10-go lutego—3,328 i 17 lutego—3,309.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) Dr H. HIGIER. Hygiena szkolna na międzynarodowej wystawie higienicznej w Dreźnie. Odb. z Zdrowia 1911 r.

2) H. HIGIER. Neuritis optica retrobulbaris senilis. Odb. z Neurol. Centr. № 3. 1912.

SPROSTOWANIE. W № 10-ym na str. 278-iej w wierszu 3-im od dołu zamiast: chorych od nieszczęśliwych wypadków, winno być: chorych i od nieszczęśliwych wypadków.

Do numeru niniejszego dołącza się jako dodatek bezpłatny dla wszystkich odbiorców ogłoszenie Midy o piperazynie.

Redaktorzy: **Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.** Wydawca, **Dr W. Szumlański.**

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

**WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“
i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“**

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, k wartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2; rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Oplata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbès.

Administracja (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-iej do 2-iej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.