

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z polikliniki D-ra med. E. Flatau'a w Warszawie.

I. O PORAŻENIACH I ZANIKACH MIĘŚNIOWYCH w wiądzie rdzenia.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 2 kwietnia 1901 r.)

podał

Maurycy Bornstein

asystent polikliniki.

Na wiąd rdzenia zapatruje się dziś nauka, jako na pierwotne wstępujące zwyrodnienie neuronu czuciowego, począwszy od obwodowych nerwów czuciowych, jak chce Leyden (30), lub komórek zwójów międzykręgowych według Pierre Marie ¹⁾. Sfera ruchowa (pomijając bezład), pozostaje w ogromnej większości wypadków nie-
tkniętą — i to stanowi niemal charakterystyczną cechę tej postaci chorobowej, gdyż nawet w ostatnim, t. zw. okresie paralitycznym wiądu, właściwych porażień zwykle nie bywa, a chory przykuty jest do łóżka wskutek wyczerpania ogólnego.

A jednak już oddawna opisywano w wiądzie rdzenia porażenia zarówno w 1-ym, ośrodkowym, jak i w drugim, obwodowym neuronie ruchowym. Porażenia połowiczne, które zdarzają się czasami w początkach i podczas przebiegu wiądu, uważać należy według Oppenheima, Minora (38) i innych za zwykłe komplikacje, nie stojące w bezpośrednim związku z samą chorobą rdzenia, a zależne od spraw ogniskowych w mózgu. Poza tem istnieją przypadki wiądu z porażeniami, wynikłymi wskutek zajęcia samych pęczków piramidalnych. Co do tych przypadków zdania uczonych są podzielone. Jedni od czasu ukazania się pracy Kahler'a i Pick'a (1880 r.) zapatrują się na

¹⁾ Cyt. u Leydena (l. c.).

nie, jako na pierwotne zwyrodnienie obu systemów tylnych i bocznych pęczków i wyodrębniają je jako oddzielną postać chorobową p. n. skombinowanej choroby systemowej (combinierte Systemerkrankung); inni znowu objaśniają zajęcie bocznych i tylnych pęczków wtórnem wstępującem i zstępującem zwyrodnieniem, t. j. uważają tę chorobę za jedną z postaci zapalenia rdzenia (myelitis). Ten drugi pogląd uzasadnili anatomo-patologicznie głównie B a l l e t i M i n o r ³⁾, L e y d e n ¹⁾, G o l d s c h e i d e r ¹⁾, a eksperymentalnie poparł go F l a t a u (40). Ze względu na rozbieżność poglądów w tej kwestyi będziemy mieli na uwadze, mówiąc o porażeniach w wiądzie, tylko te, które zależą od zaatakowania drugiego, obwodowego neuronu ruchowego.

W r. 1832 C r u v e i l l h i e r ²⁾ pierwszy opisał przypadek porażenia dolnych kończyn z zanikami mięśni i wtórnem zniekształceniem stóp, przypadek, w którym na sekcji znaleziono między innymi zwyrodnienie tylnych pęczków rdzenia ²⁾.

W r. 1855-ym V i r c h o w (1) opisał przypadek postępowego zaniku mięśni ze zwyrodnieniem szarem tylnych pęczków. Przypadek ten przyjmować jednak trzeba z zastrzeżeniem, gdyż S c h u l t z e ⁴⁾, omawiając go bliżej, wyraża przypuszczenie, że chodziło w danym razie o gliomat ośrodkowy rdzenia. Dalej obserwacje kliniczne tego rodzaju podają F o u e a r t ⁵⁾ (2 obs. w 1858 r.), D u m é n i l ⁶⁾ (1 obs. w 1862 r.), wreszcie w 1863 r. L e y d e n pierwszy opisuje 2 przypadki rzeźywiastego wiądu (potwierdzone sekcją), w których za życia spostrzegano zaniki mięśniowe. W 1861 r., a później w 1873 r. D u c h e n n e ogłasza podobne przypadki. Od tego czasu mamy spostrzeżenia tego rodzaju coraz częściej, już to czysto kliniczne, już to poparte danymi sekcyjnymi. Zaczęto opisywać porażenia nerwów obwodowych czaszkowych i rdzeniowych w różnych okresach wiądu z następczymi mniej lub więcej rozległymi zanikami mięśniowymi lub też bez nich [P i e r r e t (2), L e y d e n (3), C h a r c o t (4), D é j é r i n e (5), E i s e n l o h r (6), R a y m o n d - A r t a u d (7) i t. d.]. Powstała

¹⁾ Cyt. u F l a t a u a (40).

^{2, 4, 5, 6)} Cyt. u D é j é r i n e ' a . Rev. de Méd. 1889.

⁵⁾ Nie odróżniano jeszcze wtedy wiądu, jako oddzielnej jednostki chorobowej, gdyż nastąpiło to dopiero później dzięki pracom T o d d ' a (1847), R o m b e r g ' a (1851), a głównie monografii D u c h e n n e ' a (1859), od którego pochodzi dziś już przestarzała zresztą nazwa tej choroby: „ataxie locomotrice progressive“.

w ten sposób dość obszerna literatura, na której podstawie można wytworzyć sobie pojęcie o przebiegu klinicznym owych porażen, ich podłożu anatomicznem, patogenezie i, co za tem idzie, a co według nas, stanowi rdzeń kwestyi, o stosunku tego objawu do samego wiądu. Zanim jednak przystąpimy do omawiania poszczególnych punktów, pozwolę sobie przytoczyć trzy spostrzegane przezemnie w poliklinice d-ra Flataua przypadki, z których dwa zbadane zostały szczegółowo, co do 3-go zaś musiałem się zadowolnić tylko danemi pobieżnemi.

I. Pan S., leśnik, lat 40. Od 8-u lat skarży się na utrudnienie chodu, bóle w nogach i w krzyżu, przed kilku laty były bóle opasujące i trudności w oddawaniu moczu (retentio urinae). Obecnie impotentia virilis, niemożność samodzielnego chodzenia ani stania. Od 2-u lat chory zauważył, że osłabienie w nogach się wzmacnia, szczególnie odmawiała posłuszeństwa prawa noga, która też w porównaniu z lewą stawała się coraz chudsza. Zakażeniu specyficznemu stanowczo zaprzecza; przyczyny powstania choroby podać nie umie. Podwójnie przedmiotów nie widział nigdy.

St. praesens. Wygląd prawie starczy, nie odpowiadający wiekowi. Debilitas universalis. Arteriosclerosis. Chód wybitnie bezładny i t. zw. bociani; chodzić bez pomocy zupełnie nie może. Żrenice wązkie, równe, w obu brak odczynu na światło, na akomodację zachowany. W innych nerwach czaszki zmian niema.

Sfera czuciowa. Czucie *dotykowe* na dolnych kończynach zniesione zupełnie. Ukłucie szpilką odczuwa, jest ono jednak bardzo mało bolesne (hypalgesia). Zmysł mięśniowy w stawach: biodrowym, kolanowym i stopowym zniesiony zupełnie. Czucie ciepłkowe wszędzie zachowane. Na tułowiu i kończynach górnych żadnych zmian uczucia nie stwierdziłem.

Sfera odruchowa. a) *odruchy ścięgnowe*: kolanowych i z ścięgna Achillesa brak zupełnie. W górnych kończynach wszystkie zachowane; b) *odruchy skórne*: brzuszny i jądrowy zniesione, podeszwo- wy bardzo opóźniony, ale prawidłowy (t. j. następuje zginanie palców).

Sfera ruchowa. 1. Kończyny dolne. a) Siła mięśniowa w prawej nodze bardzo słaba, w lewej lepsza; b) bezład przy ruchu piętko- kolanowym bardzo widoczny w obu kończynach. Objaw *Romburga* bardzo wyraźny; c) *Ruchy*: w palcach bardzo osłabione (z prawej zupełnie niemożliwe). W stawie stopowo-goleniowym z prawej strony bardzo nieznaczne (przyczem występują dopiero nieco wyraźniej ruchy palców), z lewej strony w tymże stawie sprawność ruchów mierna. W stawach kolanowym i biodrowym ruchy zachowane; d) W obu kończynach zanik mięśni na przedniej powierzchni biodra i go-

leni, szczególnie wyraźny w biodrze i goleni prawej nogi, tamże pes varo-equinus. Najwyraźniejszy zanik zauważyć się daje na przedniej powierzchni goleni z obydwu stron (z prawej silniejszy). Długość prawej kończyny=92 ctm.—lewej 89. Objętość prawej kończyny w pośrodku stopy=22 ctm.—lewej 22. Objętość prawej kończyny w stawie stopowym=24¹/₂ ctm.—lewej=24 ctm. Objętość prawej kończyny w pośrodku goleni=27 ctm.—lewej=28 ctm. Objętość prawej kończyny w stawie kolanowym=31¹/₂ ctm.—lewej=33 ctm. Objętość prawej kończyny w dolnej ¹/₃ części biodra=29¹/₂ ctm.—lewej 32 ctm. Objętość prawej kończyny w pośrodku biodra=35 ctm.—lewej 36 ctm.

2. Kończyny górne pod względem ruchowym zupełnie normalne.

Badanie elektryczne.

Kończyny dolne.		P r a d.		
<i>Nerwy i mięśnie</i>		<i>Farad.</i>	<i>Galwan.</i>	<i>Uwagi</i>
N. cruralis	praw.	75 ctm. odl.	4.75 MA	K>A
"	lew.	45 "	10.0	K>A
M. quadriceps	praw.	70 "	2.5 MA	K>A
"	lew.	70 "	5 MA	A>K (skurecz powolniejszy)
N. tibialis	praw.	78 (powol.)	7.5 MA	A>K=powoln.
"	lew.	70	7 MA	K=A= "
N. peroneus	praw.	60	10 MA	K>A (d. szybki)
"	lew.	55	3.5 MA	K>A
M. peroneus	praw.	0	10 MA	K>A
"	lew.	50	0	skurecz w ext. dig. comm.
M. tibialis	praw.	0	10 MA	K>A powoln.
"	lew.	76	7 ¹ / ₂ MA	K>A d. szybki
M. extens. dig. comm. long. pr. i l.		50	12 ¹ / ₂ MA	K=A skurecz w odd. włók. powoln.
M. gastrocnemius	praw. i lew.	70	10 MA	K>A sk. len.
M. semitendinosus	praw. i lew.	71	7 ¹ / ₂ MA	K>A błyskaw.
M. biceps femoris	prawy	0	10 MA	K>A leniwy
"	lewyy	55	7 ¹ / ₂ MA	K>A "
Inne nerwy i mięśnie.				
M. deltoideus	prawy	70	2 ¹ / ₂ MA	K=A
"	lewyy	93	2 ¹ / ₂ MA	K>A błyskaw.
M. biceps brachii	prawy	125	1 ¹ / ₂ MA	K>A błysk.
"	lewyy	110	2 ¹ / ₂ MA	" "
M. inteross. quartus	prawy	86	2 ¹ / ₂ MA	K>A błysk.
"	lewyy	86	2 ¹ / ₂ MA	" "

N. facialis	prawy	98	$4\frac{1}{2}$ MA	K > A	błysk.
"	lewy	96	"	"	"

Z tablicy powyższej widzimy, że na ogół wszystkie mięśnie obu dolnych kończyn w porównaniu np. z górnymi odznaczają się wyraźnie zmniejszoną pobudliwością na oba rodzaje prądu elektrycznego. Wyraźnego odczynu zwyrodnienia nie udało mi się stwierdzić w żadnym mięśniu, natomiast w niektórych (m. peroneus, tibialis z prawej strony) zupełny brak odczynu na prąd faradyczny, a w m. peroneus z lewej strony—na prąd galwaniczny. W jednym nerwie (n. tibialis z prawej strony) skonstatowałem dość rzadkie zjawisko skurczu powolnego (t. z. indirecte Zuckungsträgheit), które uważać należy albo za objaw częściowego odczynu zwyrodnienia, albo też jako pierwszy okres zupełnego odczynu zwyrodnienia mięśniowego.

II. Pan F., lat 45, od 20-u lat cierpi na bóle strzelające w nogach. W młodości przechodził przymiot, leczyl się wcieraniami szarej maści. Teraz prócz bólów skarży się na osłabienie w nogach. Innych dolegliwości nigdy nie miewał.

St. praes. Silna debilitas universalis. Hypalgesia i ataksya dolnych kończyn znaczna, hypalgesia tułowia i górnych kończyn w mniejszym stopniu. Brak odruchów kolanowych, inne odruchy ścięgnowe i wszystkie skórne normalne. Żrenice oddziałują na światło słabo, na akomodację dobrze. Inne nerwy czaszki w porządku. Siła w mięśniach bioder (zginaczy i rozginaczy) zachowana. Niemożliwym jest natomiast tyłozgięcie lewej stopy; z prawej strony ruch ten jest bardzo słaby. Chory chodzi, jak przy porażeniu nerwów strzałkowych z obydwu stron (chód bociani), pozatem znać wybitny bezład. Znaczny i bardzo widoczny zanik mięśni na przedniej powierzchni goleni z obydwu stron (grupa nn. peroneorum). Stopy płaskie, zwieszające się.

Badanie elektryczne wykazało, że z lewej strony zginacze stopy (m. gastrocnemius, soleus) na prąd faradyczny oddziałują słabo, na galwaniczny jeszcze słabiej (zaledwie przy 10 MA), przyczem formułka skurczu jest zachowana (KSZ > ASZ), rozginacze stopy (mm. peronei, m. tibialis) na prąd faradyczny prawie wcale nie oddziałują (tylko oddzielne pęczki mięśniowe, przy galwanicznym prądzie skurcz jest powolny, leniwy (formułka KSZ = ASZ).

Z prawej strony zginacze i rozginacze na oba prądy oddziałują lepiej, lecz i tu bardzo słabo, a rozginacze na prąd galwaniczny również oddziałują leniwie. W mięśniach stóp odczyn elektryczny = O. W mięśniach bioder na przedniej powierzchni (m. quadriceps) odczyn

dobry, na tylnej słabszy. *Bezpośredni prąd* ani faradyczny, ani galwaniczny na *nerwy strzałkowe* nie działa. Mamy więc tutaj niemal *zupełny odczyn zwyrodnienia* z obu stron.

III. Pan K., lat 44. Od pół roku prawa ręka jest mniej sprawną w ruchach od lewej. Znajomi zauważyli, że dziwnie jakos podaje rękę lub że niezręcznie bierze tą ręką różne przedmioty ze stołu. Od 1—2 lat gorzej widzi; w ostatnich czasach *potentia virilis* osłabła (erekcja znika zbyt prędko). Bólów w nogach nie miewa tylko w lewej dłoni (około palca i na samym końcu palca wskazującego) bywa często darcie.

St. praes. Żrenice obie wąskie (*miosis*), nie oddziałują na światło zupełnie, na akomodację zaś zupełnie dobrze. Odruchy kolonowe z obu stron słabe. Widoczna *hypalgesia* na goleniach (nie odróżnia ułknięcia od dotyku). *Ataksyi* w nogach niema. W lewej ręce żadnych zmian niema. Prawa ręka cała dobrze ukształtowana, czucie na niej zupełnie zachowane, widocznej *ataksyi* niema. Z ruchów upośledzone są tylko następujące: chory nie może dobrze odprowadzić prawego ramienia na zewnątrz i w części do przodu, ani wykręcić go na zewnątrz (*rotatio*). Znaczny zanik *mm. supra—et infraspinatorum*. Badania elektrycznego z przyczyn odemnie niezależnych wykonać nie mogłem.

We wszystkich trzech naszych przypadkach co do rozpoznania *tabes dorsalis* nie może być oczywiście żadnej wątpliwości, należą one jednak ze względu na porażenia i zaniki mięśniowe do kategorii t. zw. wiađu nietypowego (*atypische Tabes*).

Przejdziemy obecnie do omówienia klinicznej strony owych porażen, spotykanych w wiađu, ażeby później powrócić znowu do naszych przypadków i szczegółowiej je rozpatrzeć. (*D. c. n.*)



II. Intubacja czy tracheotomia?

NAPISAŁ

Stanisław Lejzerowicz.

Od początku istnienia t. j. od roku 1858 intubacja rywalizowała z tracheotomią. A stało się to za sprawą współczesnego, a słynnego wówczas Trousseau, żarliwego obrońcy i krzewiciela tracheotomi, który, widząc zagrożeniem swe dzieło ulubione, z niesłychaną pono zaciekłością zwalczać począł rywala w osobie skromnego de Bouchut oraz jego metodę.

Akademia medyczna, wpatrzona w blask rozgłosnego imienia, odrzuciła pracę genialnego twórcy metody, a nawet odmówiła złożenia mu imieniem wszechnicy swego uznania, wniesionego przez Malgaigne'a, przez co wynalazek został zupełnie pogrzebany. Wówczas to ostatni, subtelnie podchwyciwszy analogią, wyrzekł wieszcze zkądną słowa: „*Qui sait si le tubage ne sera pas un jour pour le croup ce que la lithotritie est devenue après des difficultés inouïes pour les pierres de la vessie!*“ I oto dwadzieścia zgórą lat dzieło francuzkie, zduszone w zarodku przez akademią, wskrzesił amerykanin (w roku 1880) z nierównie już większym powodzeniem. Z największym dla intubacji zachwytem w dobie obecnej odzywają się ciż sami francuzi, którzy, chcąc błąd swój pierwotny naprawić, usiłują O'Dwyer'a strącić z piedestału, byleby zapoznanym ongi zasługom współrodaka przywrócić chwałę i cześć.

Zazwyczaj porównywiają obie metody, przykładając do obu jednaką miarę, stosując do obu jednakową skalę wymagań; zwolennicy naówczas intubacji twierdzą, że tracheotomia żadną miarą nie wytrzymuje porównania, antagoniści zaś dochodzą do wręcz przeciwnych wniosków. Są też i tacy, co w swym entuzjazmie posuwają się do nazbyt śmiałego twierdzenia, jakoby intubacja zdolna była całkowicie wyrugować i zastąpić tracheotomię. Całkiem to błędne postawienie kwestyi, ztąd nie inne też wnioski. Myśl bowiem o zarzuceniu tracheotomii, jako zbyt ideologicznie wysnuta, pozostanie, prawdopodobnie, jeno błogiem życzeniem. Z dotychczasowych atoli wyników współrzednego stosowania obu metod wpływa, iż obie mogą współdziałać z sobą i dążyć do jednego celu, choć niezupełnie jednakowymi drogami.

A przyznać otwarcie należy, że wdzięczną i ponętą jest intu-

bacya, i to wielce zarówno dla lekarza, jak dla otoczenia chorego dziecka. Co zaś do wyższości, to wypadaloby ją przyznać ostatniej z tej racyi, że jakkolwiek bądź jest ona rękoczynem bezkrwawym, a to samo już daje jej niewątpliwą przewagę nad wrzekomą rywalką, zwłaszcza z chwilą, gdy intubacya stała się jeno zabiegiem racjonalnie wspierającym oraz dopełniającym w dławcu seroterapię.

Że ziszcza intubacya nadzieje w niej pokładane, dowodzą tego odsetki, wybrane z przeglądu statystycznego wielu największych na obu półkulach klinik; świadczą one, iż uciekać się do noża tracheotomijnego u dzieci intubowanych trzeba przeciętnie w 25%—30% wszystkich przypadków stosowania intubacji czyli, że *prawie $\frac{3}{4}$ z ogólnej liczby intubowanych szczęśliwie unika tracheotomii*. Intubacya bowiem znakomicie zmniejszyła potrzebę i wskazania do podjęcia tracheotomii; w istocie, w szpitalu „Augusta“ w Kolonii w okresie posurowicowym od r. 1894—1898 na 1353 chorych operowano *jedynie* za pomocą tracheotomii 317 chorych, co stanowi 23,4%, gdy natomiast w klinice Heubner'a, gdzie głównie *intubują*, na 694 chorych operowanych —tracheotomią wykonano tylko u 57 chorych, co daje bardzo nieznaczną odsetkę 8,2%, a więc zaledwie tylko *trzecia część* musi być *pozbawiona dobrodziejstw intubacji* i uleźć tracheotomii.

Zestawimy teraz oraz poddamy porównawczej analizie inne cyfry: odsetka śmiertelności u tracheotomowanych w szpitalach, gdzie intubacji wcale nie stosują, utrzymuje się po większej części na 40%—50% (w czasach stosowania surowicy), taż sama odsetka u intubowanych, jak z wielu wykazów widać, w oddziałach, gdzie przede wszystkim się intubuje, mieści się w granicach 15%—35% (ostatnie cyfry odsetek są maksymalne). Zgóry wszakże należałoby dobrane rozważyć, że gdy w pierwszym razie dokonywano tracheotomii u wszystkich, a więc przypadki mniej i więcej ciężkie (ściślej absolutnie granicy wyznaczyć nie sposób — najcięższy w naszych oczach przypadek nieraz nadspodziewanie obchodzi się bez noża), niewątpliwie przeto i wiele takich, gdzie skuteczną by się okazała li tylko sama intubacya, w drugim natomiast znalazła zastosowanie intubacya, której oddawano pierwszeństwo, a na dalszym planie, jak gdyby w rezerwie, stała też tracheotomia następcza — (*tracheotomie secondaire*). Oto okoliczności, wymagające tracheotomii: częste w krótkich odstępach wykrztuszanie rurki, zbyt też częste, mimo dokonanych po kilkakroć zrzędu ekstubacji, zatykanie się rurki grubemi błonami, brak polepszenia oddechu, niemożność usunięcia rurki z powodu skurczów głośni bez narażenia dziecka na uduszenie, po upływie co najmniej 3 dób. Nadmienić też wypada, że w szpitalach ostatniej kate-

gory wykonywa się również tracheotomię bez uprzedniej intubacji t. zw. tracheotomie primitive, a to wówczas, gdy przypadek nie kwalifikuje się do intubacji np. w przypadkach wyjątkowo zapuszczo-nych, gdzie spóźniono się nawet z zastrzyknięciem surowicy, w zajęciu błonami dolnych odcinków dróg oddechowych, zatkaniu niemi jam nosogardzielowych, silnym obrzęku nagłośni oraz więzów nad wejściem do krtani, obecności ropnia pozagardzielowego, wreszcie w zwężeniach krtani pochodzenia odrowego (w czasie lub w następstwie odry, w połączeniu z błonią lub bez niej), przeciw czemu zresztą ostatnimi czasy gorąco protestują Richardière i Balthasard, dowodząc szeregiem cyfr zupełnie identycznych rezultatów, otrzymywanych z intubacji w dławcu na tle odry, co i w zwykłej błonicy (33% śmiertelności).

Oznaczywszy tedy za pomocą litery *a* odsetkę śmiertelności u wszystkich operowanych w oddziałach pierwszej kategorii, za pomocą lit. *b*, wyobrażającej odsetkę śmiertelności intubowanych w oddziałach drugiej kategorii oraz *c* — odsetkę zmarłych po tracheotomii wtórnej tudzież *d* — odsetkę zmarłych po tracheotomii pierwotnej (bez intubacji), a priori przyjąć możemy, że $a = b + c + d$ na tej zasadzie, że, jak wyżej się rzekło, w oddziałach 2-jej kategorii, gdzie przyjęta się intubacja, prócz niej wykonywa się też tracheotomia wtórna i pierwotna. Lit. *a* tedy, wyobrażająca śmiertelność wszystkich dzieci, uległych operacji, polegającej li tylko na tracheotomii — w jednych szpitalach, obejmuje, rzecz prosta, wszelkie inne odsetki, pochodzące od zmarłych, u których stosowano intubacją i u których stosowano tracheotomię wtórnie oraz pierwotnie — w innych szpitalach. Nie dziw przeto, że *a* musi być większem od *b*, inaczej mówiąc, śmiertelność u *intubowanych* musi się zawsze okazać *mniejszą*, jeżeli przeoczyć tych, co zmarli *na skutek tracheotomii w następstwie intubacji*. Oczywiście błąd w rozumowaniu tych, co intubowaniu przypisują wpływ na zmniejszenie śmiertelności.

Wywody te w zupełności stwierdzają dane cyfrowe z wielu klinik, że wspomnę dla przykładu o tejże Heubner'a: w latach od roku 1894—1898 na 147 operowanych dzieci, wśród których intubowanych było 90, intubowanych oraz tracheotomowanych (wtórnie) 38, tudzież 19 pierwotnie tracheotomowanych, zmarło 69 dzieci, co czyni 46,9%. Tak samo u Richardière'a (szpital Trousseau) w r. 1897 na 239 operowanych mimo stosowania intubacji zmarło 97 chorych dzieci, co daje odsetkę 40,6%, a więc jak pierwsza, tak druga są zbliżone do tychże *wyników, z samej tracheotomii* osiągniętych. Przypisać tedy należy, że wyższość intubacji bynajmniej nie

polega, jak wielu dowodzi, na tem, że daje mniejszą śmiertelność, albowiem zapominać też nie wolno, iż gdzie intubacja zawodzi, tam wyręcza ją tracheotomia, która wówczas, jak wiadomo (lubo nie z winy intubacji), daje olbrzymią odsetkę śmiertelności (około 80%), co najwyżej wypada, że się obie ilości odsetkowe równoważą t. j. jedna nie przewyższa drugiej. Oczywiście jest rzeczą, iż wymieniona odsetka śmiertelności, żadnym nie podlegająca wahaniom zależnie od użycia tego lub owego rękoćzynu, stać musi tylko w prostym stosunku do *sily i stopnia natężenia samej infekcyi*, na co już zwrócił też uwagę R a b o t, utrzymując, iż wyniki obu metod operacyjnych stoją w ścisłym związku jedynie z samą sprawą błoniczą.

Na pochwałę intubacji wypadałoby w tem miejscu zaznaczyć, że w pewnych przypadkach oddawała znaczne usługi też tracheotomii; zdarzało się to wówczas, gdy usunięcie kaniuli tracheotomijnej natrafiało na niezwalczone przeszkody, na ten czas intubacja wyręczała skutecznie tracheotomią. G a m p e r t przytacza przypadek, gdzie w 7 miesięcy po dokonaniu tracheotomii ciągle bezowocnie usiłowano usunąć kaniulę, dopiero wprowadzenie na kilkanaście godzin tubusa umożliwiło mu tę manipulację z zupełnie pomyślnym skutkiem.

Powtarzam przeto raz jeszcze, że przeprowadzenie *bezwzględnej* pomiędzy rzezonemi metodami paraleli staje się paradoksem z chwilą, gdy dowiedzionem jest, iż jedna (intubacja) nie jest w stanie podolać wszelkim zadaniom drugiej (tracheotomii), ani całkowicie ją zastąpić bez potrzeby uciekania się do współdziałania drugiej; a dzieje się to z intubacją, która sama sobie nie wystarcza i częstokroć posługiwać się musi tracheotomią. Kryterjum tedy co do obu musi cokolwiek bezwarunkowo się różnić.

Należałoby każdej wyznaczyć osobne miejsce w terapii dławca t. j. dokładnie i ściśle określić wskazania i przeciwwskazania do interwencji jednej lub drugiej metody operacyjnej, obie bowiem, rzecz można, narówni zyskały sobie już prawo obywatelstwa. Współzawodnictwo jakiegokolwiek jest tu zgoła zbyteczne: obie metody, nie przekraczając swych atrybucyi, mogą się uzupełniać, niekiedy zastępować wzajemnie.

Niemniej, jako postulaty przy intubowaniu, na czele innych muszą być wytknięte następujące: 1) obowiązkowo dobrać rurkę, odpowiednią nie tylko do wieku, ale i do rozwoju fizycznego dziecka: jego wzrostu, budowy etc.; 2) wbrew zdaniu innych, stanowczo przystępować do intubacji nie późno, lecz wcześniej znacznie, niżbyśmy do tracheotomii wskazanie już mieli. Tym sposobem intubacja znacznie wypełni swe działanie pomocnicze przy surowicy, oszczędzi w

tłych sił borykającego się z infekcją i jej wytworami dziecięciami, nie znajdzie o tyle znacznych zmian w krtani, usposabiających do owrzodzeń, poniekąd nawet im, być może, zapobiegnie, wreszcie, co też ważne, nie opóźni zbytnio następczej tracheotomii, cokolwiek już wówczas niebezpieczniejszej; 3) intubacja nie powinna trwać dłużej, jak doświadczenie uczy, nad 3 doby, i w tym czasie reintubacja wykonana nie więcej niż 3—4 razy, w przypadkach przeciwnych wskazaną jest następcza tracheotomia (patrz wyżej); 4) intubujący winien być współcześnie biegłym w wykonaniu tracheotomii, nigdy bowiem nie jest pewnym, czy nie wypadnie mu niebawem w chwili krytycznej chwycić za nóż tracheotomijny; ani się spostrzeże, jak po kilkakrotnych daremnych usiłowaniach wprowadzenia tubusa, ujrzy się zmuszonym wnet bez chwili namysłu uciec się do tracheotomii, jedynego naówczas zbawienia.

Za zasadę przeto przyjąć by winni intubujący wraz z przyrzędem do intubacji zabierać też narzędzia do tracheotomii.

Niepodobna jednak zamilczeć o tem, co zachodzi z resztą intubowanych bezskutecznie dzieci, tą pozostałą *czwartą* częścią: część, acz niezbyt liczna, po dokonaniu następczej tracheotomii powraca do zdrowia, znaczna zaś ginie skutkiem bądź to silnego zakażenia, bądź opóźnienia pierwszej pomocy. Aliści pozostaje jeszcze drobna, zresztą cząstka nieszczęsnych ofiar samego zabiegu intubacyjnego, stanowiących, niestety, najsmutniejszą okoliczność jego stosowania: są to odleżyny w postaci owrzodzeń, blizn zwężających, niekiedy nawet zrostów krtani, jakie rękoczyn ten pozostawia w następstwie jego nadużywania, zbytniego przedłużania albo też nieumiejętnego praktykowania; polem działania intubacji w czasie sprawy chorobowej są tkanki nader wrażliwe, bo patologicznie zmienione, środowisko zatem do tworzenia odleżyn jest nader pomyślne.

Spojrzymy teraz dalej krytycznym okiem na wyższość intubacji nad tracheotomią i co wygrywamy na jej stosowaniu; ciekawym zwłaszcza jest stan rzeczy w praktyce prywatnej, dokąd jej zupełnie prawa wstępu odmawiają. Do zalet tej metody pierwszorzędnych, dających jej bezsporne prawo do pierwszeństwa, nasamprzód zaliczyć wypada jej *bezkrwawość*. Lubo to cecha w obecnej dobie idealnej niemal aseptyki niezbyt ważna, niemniej wszakże usuwa wszelaką możliwość do wtórnej przez ranę infekcji, do gwałtownego, niekiedy śmiertelnego na stole operacyjnym albo następczego krwotoku, do asfiksji w czasie narkozy, jak również zapobiega podobno stale towarzyszącemu tracheotomowanym usposobieniu, zdaniem lekarzy wojkowych, do gruźlicy. Nader zato wielkiej wagi to argument dla

wystraszonych oraz przerażonych niezwykłością tej krwawej operacji rodziców, nieraz dzieci swe z rezygnacją skazujących na śmierć niechybną, gdy natomiast intubacja zdolna łatwiej nierównie trafić im do przekonania.

Będąc tedy rękoczynem bezkrwawym, daje też ona możliwość obecnie, w epoce surowicy, $\frac{2}{3}$ ogólnej ilości dzieci, mających obowiązkowo celem uratowania życia uleść interwencji chirurgicznej, uniknąć w sposób prosty, łatwy, szybki tudzież obaw nijakich nie budzący, tak poważnej bądź co bądź operacji, jaką nie przestała dotąd być tracheotomia, bez żadnych zgoda ujemnych następstw.

Wcale wybitną jej cechą też jest możliwość *wczesnego jej wykonania*, gdy na dobre się rozpoczyna walka między życiem a śmiercią. „*La trachéotomie est essentiellement une opération d'urgence*“ mówi Saint-Germain, gdy natomiast wszyscy zgodnie i słusznie intubacją mienia: „*l'intervention de choix*“. Mózg nie czekać i być niemym, a bezsilnym prawie świadkiem tej walki aż do zupełnego wyczerpania sił, tudzież zatrucia ustroju dziecięcego — istotnie wielka to wygrana, nie małe też zadowolenie ze swej użyteczności dla lekarza, zarówno dla wdzięcznością obowiązanych rodziców. „*On risque de graves accidents, la mort même des enfants en tubant tard, on ne risque rien en tubant de bonne heure*“, sprawiedliwie zaznacza Bayeux. Z pośród innych zalet, jakimi wyróżnia się intubacja, wymienię następujące: obywa się bez kompetentnych i rutynowanych pomocników, bez narkozy, usuwa źródło cierpień, jakim jest tworzenie oraz istnienie rany przy tracheotomii, zdrowienie szybko następuje, nie oszpeca (blizny), wykrztuszanie łatwiejsze i energiczniejsze, niżeli przez kaniulę, dzięki kierunkowi siły wykrztuszającej prostopadłemu, dopływ powietrza z zewnątrz odbywa się drogą naturalną, a więc jest ono odpowiednio ogrzane oraz wilgotne.

W łonie samychże rzeczników metody intubacyjnej największa ujawnia się niezgoda na punkcie jej wykonalności w praktyce prywatnej, wielu też ją tu kwestyonuje, powodując się groźnemi niespodziankami, jakie każdej chwili powstać mogą przy intubacji: *zapchanie błonami rurki* oraz *raptowne jej wykrztuszenie*. Jedno i drugie wrzekomo grozić ma natychmiastowem uduszeniem, niebezpieczeństwo tak z jednej, jak z drugiej strony niezmiernie trudne do usunięcia przez osobę niepowołaną podczas nieobecność przy łożu chorego lekarza, obowiązane, zdaniem niektórych, do ciągłego przy nim czuwania. Owóż potrzeba takiego nieustannego jakoby dyżurowania, zbyt uciążliwego, a nawet dla wielu praktycznie zgoda niemożliwego, wywołuje

niemilknące wszędzie na ten temat debaty, z czego skwapliwie też korzystają w swych zarzutach przeciwnicy metody.

Odmawiać racy bytu intubacyi w praktyce miejskiej, czynić zaś z niej wyłączny przywilej szpitali, jak chcą niektórzy, równałoby się rozmyślnemu zapoznaniu jej zalet oraz dobrodziejstw, jakich ogółowi cierpiącej dziatwy winna dostarczać; wyłania się tedy jedna tylko kwestya, wymagająca praktycznego rozstrzygnięcia obecności lekarza w czasie całkowitego trwania intubacyi—przez 3—4 doby, jak wymagają tego Variot, Serestre, Soltmon, Ganghofner i bardzo wielu innych.

Co się tyczy pierwszego z wymienionych powikłań t. j. zatkania rurki błonami, jej obliteracyi, to jest ono zjawiskiem ani tak częstem, ani tak groźnem zawsze, organizm bowiem sam się przeciw niemu broni i za pomocą kaszlu rurkę z tchawicy łatwo dość wydała; pod względem przeto możności samoobrony ustroju intubacya poniekąd nawet w szczęśliwszem znajduje się położeniu, w porównaniu z tracheotomią, przy której rurka jest silnie umocowana. M. Jacques utrzymuje, iż na 190 wypadków intubacyi ani razu nie przytrafiło mu się zatkanie błonami rzekomemi. Nie mniej takie swobodne pozostawianie rurki w tchawicy staje się przedmiotem ciągłych niepokojów zarówno otoczenia jak lekarza, nadmierna bowiem łatwość wykrztuszania jej, ewentualnie nawet połknięcia, istotnie w niemały kłopot może wprawić znięta zaskoczona podobnym wypadkiem rodzinę dziecka. Jest też ono zjawiskiem już częstszem od poprzedniego, wedle tegoż Jacques'a w 20 na 100 wypadków.

Na szczęście atoli, zdaniem wielu wziętych lekarzy, uprawiających w praktyce miejskiej intubacyę, jako to: Jacques, Massei, Huber, Egidi, Galotti, Bayeux, Bohui powstaje dopiero w 3—4 godziny po wykasłaniu rurki prawdziwa obawa uduszenia przy powracającej suffokacyi; zdąży przeto zawsze przybyć lekarz, w porę uwiadomiony, przed niebezpieczeństwem.

W praktyce wiejskiej nawet, gdzie intubacya rzetelne oddawać może usługi, a lekarz nie potrzebuje obawiać się opozycyi ze strony zatwardziałych w uporze rodziców, poświęcających swą dziatwę zamiast przystać na tracheotomię, lekarz francuzki Castelain utrzymuje, iż zawsze zdążył uprzedzić niebezpieczeństwo przy intubowaniu po wsiach.

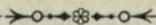
Na uwagę zasługuje obfity materiał cyfrowy, zebrany przez Trumppa, a zaczerpnięty ze wszelkich w tej mierze doniesień, podanych dotąd do wiadomości ogółu odnośnie intubacyi na mięcie. Na 42 lekarzy w Europie, którzy dokonali 1402 intubacyi poza szpitalem

oraz na 13 lekarzy z Ameryki, którzy intubowali na miesiąc w 4066 przypadkach, odsetka wyzdrowień wynosiła w czasie przedsurowicowym, 36%, posurowicowym 82%, tymczasowo na tak olbrzymią ilość dokonanych intubacji (5468) zaledwie było 13 wydarzeń nieszczęśliwych skutkiem nieobecności lekarza (2 przypadki obturacji rurki, reszta autoekstubacje), stale zaś czuwało przy łożu chorego tylko 15 lekarzy. Opierając się na tych danych, autor nie widzi też potrzeby bezustannego czuwania przy chorym, zaleca natomiast pozostanie przy chorym przez godzinę po intubacji lub ekstubacji, wybór możliwie większego kalibru rurki, stosownie jednak do rozwoju dziecka, dla uniknięcia częstych samowykrztuszeń, oraz żąda pozostawienia nitki bezpieczeństwa na wypadek zaphania się tubusa. Ostatnie, aczkolwiek liczy wielu poważnych obrońców, nie może być uznane za stałą zasadę, zależy zaś powinno od okoliczności, przez co rozumiemy wiek dziecka, jego rozwój umysłowy, a głównie usposobienie: niespokojne dziecię na wszelkie z naszej strony użyte fortele, zdola znaleźć sposób uwolnienia się od ustawicznie drażniącego je przedmiotu, zwłaszcza, że w stanie podnieconym z niezwykłym uporem całą swą uwagę skupia na tej nieszczęsnej nitce, od której dąży siłą całą uwolnić się, co tylko katastrofę może przyspieszyć. W każdym bądź razie wycofanie nitki oraz pozostawienie rurki bez niej nie powinno bynajmniej budzić tak wielkich obaw, gdy lekarz przestrzega koniecznych ostrożności oraz udziela odpowiednich instrukcji, a oddalając się, obowiązuje się w porę i na każde zawołanie się stawić. Samo bowiem wykrztuszenie pozostawionej samopas rurki w większości wypadków nie stanowi jeszcze poważnego niebezpieczeństwa, przeciwnie zaś niekiedy jest pożądanem, ile że wraz z rurką wydalają się rozpułchnione oraz odrywające się błony, niekiedy odlewy całe, zatykające światło rurki. Zasada się na tem metoda *écourillonage*, polegająca na kolejnej in-i ekstubacji, kilkakrotnie powtórzonej, dla usunięcia rozrzedzonych pod wpływem surowicy nalotów, przenikających łatwo do rurki, co przypomina działanie środka wymiotnego. Zdarza się też, iż jednorazowe wykrztuszenie jest już zakończeniem sprawy dławcowej. Groźniejszym staje się wyrzucenie z krtani rurki u dzieci poniżej roku życia, a głównie przy wytworzeniu się odleżyn w krtani resp. owrzodzeń; w tym wypadku obecność lekarza jest już bardziej nieodzowna.

Przebieg tedy intubacji w dławcu nie o wiele gorzej się przedstawia od tracheotomii: i tu i tam niemiłe zdarzają się niespodzianki, z tą chyba różnicą, że jako mniej z intubacją obyci, musimy też być jeszcze więcej ostrożni. Ferroud interpelował w tym wzglę-

dzie siostry miłosierdzia z oddziałów błoniczych, które orzec nawet miały, iż więcej zachodów mają jakoby z tracheotomowanymi.

Poważyłem się rzucić garść uwag w przeświadczeniu o istotnej wartości metody intubacyjnej, należycie u nas dotąd nie ocenionej i niesłusznie zupełnie na oddziałach zapoznawanej. „*Aujourd'hui on ne discute plus son importance*“, pisze Bayeux — niestety, nie u nas.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

206. K. Sapieżko (z Kijowa). **Przyczynek do techniki rezeceyi odźwiernika.** (Lietop. russk. chir. Zeszyt I. 1901).

Wobec nierozpoznania istoty raka i braku nań środka swoistego, ludzkość przez długie jeszcze czasy skazaną jest na korzystanie z do-
 różnej i niebezpiecznej, bądź co bądź, pomocy chirurgicznej. O ile
 pomoc ta staje się skuteczną, poucza najlepiej niedawna, względnie,
 statystyka Czerny'ego, która obejmuje 24 rezeceye (śmiertelność 37%)
 oraz 47 przypadków gastroenterostomii (38% śm.!). Trzeba jednak
 pamiętać, że dla rezeceyi chirurg ten wybierał przypadki mniej zapu-
 szczone, dla gastroenterostomii — gorsze. Osobnik rezekowany żył
 przeciętnie 9½ miesiący po zabiegu, po gastroenterostomii 4½ zale-
 dwie, co, zresztą, jest w porządku, ta ostatnia bowiem operacya nie
 tamuje przecie dalszego rozrostu guza. Inaczej rzecz się ma z reze-
 keyą. Tu, o ile chirurg jest w możności zmienić stosunki, rozpoznając
 wcześniej chorobę, nowotwór wyciąć, na oko przynajmniej całkowicie,
 o tyle będzie miał wynik lepszy. Już teraz niektórzy, jak Krön-
 lein, opisują przypadki, w których osobnik żył po wycięciu odźwierni-
 nika 14 miesiący i dłużej. Dane te przekonywają, że sprawa nie stoi
 tak źle jeszcze, że operacya wykonana możliwie doszczętnie, przedłu-
 ża istotnie życie choremu, a wyniki te mogą być jeszcze lepsze, gdy
 pogląd o konieczności wczesnego poddania się operacyi utrwali się raz
 nareszcie. Dziś pogląd taki, nie mówiąc już o chorych, nie zakorze-
 nił się jeszcze jak trzeba, nawet w umysłach lekarzy terapeutów, któ-
 rzy, przeceniając doniosłość swej wiedzy i arsenał środków
 wewnętrznych, oddają chirurgowi w ręce takich tylko chorych, gdzie
 śmierć już zagląda w oczy. Nie dziw, że wobec takiego stanu rze-
 czy, chirurg w rzadkich tylko wypadkach może zdecydować się na re-

zekcyę żołądka i dokonywa tylko najczęściej zabiegu tak tymczasowego, jak gastroenterostomia.

W ogłoszonej w r. 1899 pracy Czerny'ego, zawierającej 47 przypadków odnośnych, autor ten wspomina, że u 38 osobników wyczuwał podczas badania guz wyraźnie, u 2-ch zaś mniej. Zeby nowotwór dał się wymacać, musi mieć wymiary przynajmniej jaja kurzego i wtedy tylko odźwiernik, na skutek działania ciężaru, przepełnienia żołądka oraz wiotkości podtrzymujących go więzów, wysuwa się z pod żeber rzekomych. Chory wtedy znajduje się już zwykle w okresie charłactwa, rak bowiem na osiągnięcie wymiarów, wyszczególnionych powyżej, zużywa od 3-ch do 6 miesięcy czasu, a wtedy są jużi przetrzuty. Błędem więc jest czekać, aż sprawę chorobową wyczuje się ręką, tem bardziej, że istnieją inne metody rozpoznawcze, zapomocą których można weześniej określić istotę cierpienia, przyczem uwzględnić wypadnie różne, dające do myślenia warunki i objawy. Już sam wiek chorego winien być ważną dla lekarza wskazówką. Jeżeli człowiek niemłody, przedtem zdrów zupełnie na żołądek, zaczyna nagle tracić siły dawniejsze i narzekać na zaburzenia w trawieniu, trzeba go ważyć podczas każdego badania, a notowany stopniowy upadek wagi ciała będzie już objawem nader podejrzanym. Trzeba dalej wykonać starannie rozbiór soku żołądkowego, o brak bowiem w cieczy tej kwasu solnego, lubo nie posiada absolutnie rozstrzygającego znaczenia, jest jednak cennym do rozpoznania raka przyczynkiem.

Czerny nie znalazł kwasu, będącego w mowie, w 39 przypadkach, a w 7—ślad tylko; u 3-ch swych chorych Siegel nie wykrył go nigdy, brak kwasu autor stwierdził w 90% spostrzeżeń kazyetyki własnej. Z drugiej strony, jak to już pierwszy zauważył Boas, za istnieniem raka przemawia obecność w soku kwasu mlecznego, który według Croner'a znajduje się w 93,75% przypadków. Zawartość kwasu mlecznego jest, jak wiadomo, dowodem rozkładu mas pokarmowych, występować więc może na jaw i wobec innych spraw chorobowych; tu należą zastoje od niedowładu, zwięzienia bliznowate żołądka i t. p. Pomocne są tu również badania pod drobnowidzem: w soku żołądkowym osobników, cierpiących na raka tego narządu, Boas, Kaufmann i Schlesinger znajdowali zawsze osobliwszego rodzaju drobnoustroje, które miały kształt nitek. Obecność za to czworniaków (sarcina), zależna od stopnia zawartości kwasu solnego, przeczy istnieniu raka. Lubo żaden z przytoczonych tu czynników nie jest sam przez się stanowczo przekonywającym, zebrane jednak razem powinny nasuwać zawsze podejrzenie co do raka żołądka, które przechodzi w pewność, gdy w obrazie klinicznym odnajdujemy szczególnie takie, jak nudności, częste odbijania, ból i uczucie parcia w dołku, wreszcie wymioty, występujące w jakiś czas po przyjęciu pożywienia. W interesie ludzkości chirurg dokonać winien wówczas wczesnej, a całkiem niewinnej laparotomii próbnej, którą np. Mikulicz podejmuje nawet ambulatoryjnie; po znieczuleniu miejscowo kokainą, prowadzi się cięcie, przez które wskaziciel wymaca odpowiednią część żołądka. Za to druga kategoria laparotomij próbnych, wykonywanych w okresie późnym, aby „coś pomódz jeszcze choremu“,

oczywiście, musi być pozbawioną sensu; taki operowany nie podniesie się już najczęściej z łóżka, ponieważ okres gojenia rany operacyjnej zgadza się w sam raz z przeciągiem czasu, dzielącym go od śmierci nieuchronnej wskutek raka.

Przyczyna tej ostatniej tkwi w zakażeniu i charłactwie. Pierwsze zależy od przecinania kanału kiszki dwukrotnie, t. j. na wysokości żołądka i dwunastnicy. Z 4-ch tedy końców zięjących infekcja przedostawać się może do worka otrzewnowego, zwłaszcza gdy sprzyjają temu trudności natury technicznej i mała ruchomość odźwiernika. Z chwilą owego podwójnego przecięcia o zakażenie bardzo już łatwo, tembardziej, że końce wolne jelita i żołądka wchodzą w głąb, bo niema wówczas takiego punktu stałego dla utrzymania ich na zewnątrz jamy brzusznej, jakim byłby w okresie wczesnym guz, ograniczouy ściśle. Nie pomogą tu, ani zręczna ręka pomocnika, ni klamry najlepsze, trudnem jest również połączenie końców rezekowanego kanału, zwłaszcza, gdy odległość pomiędzy odcinkami jest większą. Potrzeba zatem pracować w ciągu dalszym nad wydoskonaleniem techniki, dziś bowiem, borykając się z jej trudnościami, tracimy bardzo wiele czasu na dokonanie operacji, która też musi wyczerpywać za nadto siły chorego.

Metoda częściowego wycięcia żołądka odpowiadać powinna ściśle trzem pierwszorzędnej wagi wymaganiom: 1) powinna czynić możliwem uniknięcie zakażenia, 2) uprzystępniać operowanie w tkankach całkiem zdrowych i 3) skracać okres trwania operacji. Za najlepszy, jak dotąd, autor uważa sposób Billroth'a, polegający na wycięciu odźwiernika, zaszczytu szczelnem obu odcinków i wykonaniu gastroenterostomii. Operacja Kocher'a (gastroduodenostomia) jest już nie tyle odpowiednia, gdyż chirurg, skrupowany przy niej względami dogodnego połączenia, musi wycinać mniej tkanek. Pomijając rękooczyny t. z. bohaterskie, jak np. wycinanie całego żołądka lub większej jego części, nie mające znaczenia praktycznego, bo przy wielkim nowotworze pierwotnym będzie również rozległe rozsianie przerzutów po otrzewnie, chirurga zajmować powinny głównie guzy niewielkie, do opanowania dostępne.

Sposób Billroth'a, znakomity w pomyśle, wymaga jednak również opracowania dalszego i tu właśnie autor proponuje zmiany niejaki. Jak rzekło się wyżej, infekcja przedostaje się najczęściej w głąb jamy brzusznej w chwili otwierania jamy żołądka i światła kiszki oraz dokonywania manipulacji takich, jak: tamowania krwotoku lub nakładania pierwszego piętra szwów; otóż, tę procedurę powikłaną można sobie uprościć, a mianowicie: po podwiązaniu naczyń sieci w kierunku krzywizny większej i mniejszej oraz po przecięciu sieci powyżej i poniżej guza, nadcina się błonę surowiczą i mięsną żołądka, odstąpiwszy na szerokość 3-ch palców od brzegu nowotworu. Przed przecięciem błony śluzowej, autor nakłada bardzo mocną podwiązkę jedwabną, a nawet srebrną, chwytając ów drut w cążki od strony guza w odległości 1 ctm. od podwiązki i zakręca; teraz dopiero, gdy światła zamknięte są zupełnie, nożem lub żegadłem przecina wałek, składający się tylko z błony śluzowej. Podwiązką tą zamyka się odrazu

światło żołądka, czego i pierwsze piętro szwów lepiej nie dokona, i zatrzymuje krwawienie. Z kolei nakłada się szew surowiczy i mięśniowy. Ten sam sposób stosuje się i do dwunastnicy; na kiszce, zresztą, szew *Lembert'a* jest zbyt ciężki i poprzestać można na t. zw. szwie kapciuchowym, który chwytą jednocześnie błonę surowiczą i mięsną dokoła kiszki i daje się ściągnąć dokładnie. Dwa lub trzy piętra takie zamykają światło jelita zupełnie. Po usunięciu nowotworu, należy, o ile to jest możliwym, dokonać usunięcia przerzutów. Trzy dla tych ostatnich istnieją głównie drogi: najbliższą stacyą, a jednocześnie nawiedzaną najczęściej, jest sieć mniejsza (*omentum minus*); drugą stanowią gruczoły na przebiegu dróg żółciowych, trzecią—sieć większa. Najtrudniej załatwić się z gruczołami, to też zdarzały się wypadki, w których przez pomyłkę podwiązywano żółciowód¹⁾.

W przypadku autora miano do czynienia z 32 letnią wieśniaczką, chorą, jakoby, tylko od pięciu miesięcy. Pierwotnie chora doznawała uczucia rozpierania po przyjęciu najmniejszej nawet ilości pożywienia. Już w końcu pierwszego miesiąca zaczęły występować wymioty, zazwyczaj w godzinę po jedzeniu. Z czasem przyszły zaparcia, które trwały niekiedy do dni pięciu. Błada i wyniszczonea kobieta, ledwie trzymająca się na nogach, ważyła 95¹/₂ funta w ubraniu. Przez zwiotczałe powłoki brzuszne wyczuwało się doskonale tętnienie aorty, jak również ruchy robaczkowe żołądka, którym towarzyszyły mocne bóle. W soku żołądkowym kwasu solnego nie znaleziono, natomiast był tam kwas mleczny w ilości wahającej się. Granica dolna narządu sięgała prawie do pępka, a w okolicy odźwiernika wyczuwało się guz, duży jak jajo kurze. W czasie pobytu w szpitalu przed operacyą (26 dni) chora straciła na wadze jeszcze 6 funtów. Po przepisaniu na oddział chirurgiczny przystąpiono bezzwłocznie do wykonania laparotomii. Po rozcięciu jamy brzusznej w smudze białej znaleziono na wysokości odźwiernika nowotwór twardy i o nierównej powierzchni, w gruczołach przerzutów nie zauważono. W odległości 6 ctm. od brzegów guza podwiązano żołądek i dwunastnicę, nowotwór wycięto, oraz zaszyto rezekowane narządy. Z kolei operujący uniósł do góry okrężnicę podbrzuszną, przedziurawił jej kreskę i przez otwór wyciągnął ścianę tylną żołądka celem dokonania t. zw. *Ygastroenterostomii*.

Nadspodziewanie pomyślny przebieg pooperacyjny nie zakłócony był przez wystąpienie gorączki lub wymiotów, siły operowanej rosły widocznie, a łaknienie wzmogło się do tyłu, że w ciągu niecałego po rękoczynie miesiąca, kobiecie owej przybyło 20 funtów na wadze.

K. *Niedzielski*.

¹⁾ Sposobem *Billroth'a* operował w r. 1892 kol. *Solman* w przypadku ogłoszonym w *Kronice* p. n.: *J. Zawadzki* i *T. Solman* „Przyczynek do chirurgii żołądka”. Chory żył około 2-eh lat *przyp. red.*)

207. W. Körte. O skuteczności leczenia chirurgicznego w przypadkach wrzodu żołądkowego. (München. med. Wochenschr. № 1. 1901).

Autor jest zdania, że wrzód żołądka winien być zawsze przedmiotem leczenia wewnętrznego, a tylko pewne stany następcze czynią niezbędnym nóż chirurga, o ile wyczerpano już daremnie środki terapeutyczne. Przyznać należy, że niezłśliwe zwężenia bliznowate stanowią dla operującego zadanie nader wdzięczne.

Oprócz zwężenia, wskazaniem nagłcem do operacji bywa krwotok. Z drugiej strony pamiętać trzeba, że chirurgia żołądka nie jest bynajmniej wolną zupełnie od niebezpieczeństwa. Groźba tkwi przede wszystkim w małej odporności chorego, który na skutek cierpienia długotrwałego może być wyczerpany; wymiarów i głębokości owrzodzenia nie podobna nigdy prawie określić przed operacją, również bierze się pod uwagę pewne, choć zredukowane ad minimum, prawdopodobieństwo zakażenia otrzewny, nie można, wreszcie, przewidzieć niektórych powikłań następczych, jak zapalenie płuc, groźne osobliwie dla chorych jednocześnie na niżyt oskrzelowy. Wybuch pneumonii autor tłumaczy bolesnością rany operacyjnej, która utrudnia oddech w ciągu pierwszych dni kilku po zabiegu chirurgicznym.

Kazuistyka d-ra K. obejmuje 37 przypadków, dotyczących osobników od 16 do 61 lat wieku. Niektórzy chorowali już od lat 30; u 3-ch operowanych cierpienie trwało mniej niż rok, w jednym spostrzeżeniu 5 tylko jakoby tygodni. Objawy zwykłe: upadek odżywiania, wymioty i bóle stwierdzono w 31 przypadkach, kilka razy znaleziono zwężenie w części żołądka, poprzedzającej odźwiernik (*pars prae-pylorica*). U 24 osobników znaleziono kwas solny w soku żołądkowym w ilości nieprawidłowej. Niezawsze można było przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe co do raka; niekiedy trudnem to było nawet w przebiegu operacji i w tych razach o istocie cierpienia rozstrzygał dopiero drobnowidz. Z powodu zaburzeń, wywołanych przez wrzód okrągły, który jednak nie spowodził zwężenia, operowano dwa razy tylko. Z trzech, stosowanych tu, metod: rezekeya, plastyka odźwiernika i gastroenterostomia, autor oddaje tej ostatniej pierwszeństwo. Rezekuje tam tylko, gdzie można podejrywać obecność raka. Z 5 takich przypadków operacyjnych w 4-ch otrzymano wyzdrowienie. Gastroenterostomii dokonano w 28 spostrzeżeniach, z wynikiem dobrym 21 razy. Dwóch operowanych zmarło na krwotok wtórny z wrzodu, to też słusznie uważa się rękoczyn wspomniany za nieprawne przeciw krwawieniu remedyum. W przypadkach pomyślnych otrzymywano stale wyniki trwałe, operowani trawili dobrze jądło ciężkie nawet. U jednego z chorych, pod wpływem działania soku żołądkowego, wytworzył się po operacji w przyszytej pętli jelita czczego wrzód wtórny. Osobnik ów zmarł po upływie lat trzech od operacji, wśród objawów zapalenia otrzewny. Rękoczyny na odźwierniku wytwórcze (*pyloroplastica*) sposobem Mikulicz-Heineke'go mają wiele stron ujemnych. Guzika Murphye'go nie stosowano nigdy z zasady.

K. Niedzielski.

208. Dr. H. Strauss. **Przyczynek do rokowania w przypadkach raka odźwiernika po dokonanej gastroenterostomii.** (Berlin. Klin. Wochenschrift № 10 1901).

W przypadku tu opisanym najbardziej ciekawem jest to, że pacjent po dokonanej na nim gastroenterostomii ¹⁾ żył jeszcze lat 3 i miesięcy 4, poczem zmarł od choroby przypadkowej.

Pierwszym objawem cierpienia były wymioty, które z początku powtarzały się co 2 tygodnie, później nawet kilka razy dziennie. Chory zaczął dużo tracić na wadze, wobec czego po upływie przeszło 1¹/₂ roku wstąpił do domu zdrowia prof. H a h n'a (Friedrichshain).

Podczas badania w okolicy odźwiernika pod lewym płatem wątroby wyciśnięto guz wielkości orzecha włoskiego. Przedsięwzięte w 12 godzin po kolacji mięsnej zgłębnikowanie żołądka dało ³/₄ litra zawartości, w której znane próby wykryły dość znaczną ilość wolnego kwasu solnego. Ponieważ w żołądku stale zalegała ilość znaczna niestrawionych pokarmów, dokonano laparotomii i znaleziono wówczas w okolicy odźwiernika nowotwór o wymiarach małego jabłka, a na ścianie żołądka licznie rozsiane, mniejsze, okrągłe guziczki (przerzuty rakowe). Wobec takiego stanu rzeczy wycięcie guza nie prowadziłoby do celu, to też porzeczano na gastroenterostomii tylko. W miesiąc potem operowany, poprawiwszy się znacznie, zakład opuścił; rok i trzy kwartały czuł się zupełnie dobrze, poczem znów od czasu do czasu zaczęły dokuczać mu wymioty i, wreszcie, z powodu duszności i kaszlu, po 3 latach przeszło od zabiegu, pacjent zapisał się do kliniki (III medic. Klinik), gdzie dr. Strauss obserwował go osobiście. Oprócz wyniszczenia, bledności i lekkiej sinicy skóry i błon śluzowych, dostrzeżono wówczas lekki obrzęk obu stóp. Opukiwanie klatki piersiowej wykryło na przestrzeni, odpowiadającej dolnemu zrazowi prawego płuca, stłumienie z odcieniem bębnowym, wysłuchiwanie zaś tegoż—liczne suche i wilgotne rżenia, tudzież z tyłu i u dołu oddech oskrzelowy. Ze strony lewej i od dołu zauważono dalej stłumienie i oddech osłabiony. Tętno drobne i znacznie przyspieszone. Wkrótce też (po upływie godzin 36) pacjent zmarł wśród objawów osłabienia działalności serca.

Na oględzinach pośmiertnych znaleziono zmiany następujące:

Pneumonia fibrinosa lobi utriusque pulmonis dextri. Pleuritis chronica fibrinosa (carcinomatosa). Hydrops pericardii. Hydrothorax sinister. Carcinoma pylori. Obliteratio pylori carcinomatosa. Gastroenterostomia. Peritonitis chronica carcinomatosa.

Badanie drobnowidzowe nowotworu skonstatowało raka włókniatego.

W przypadku tym autor kładzie szczególny nacisk na pewność rozpoznania, które, jego zdaniem, wolnem jest od wszelkich zarzutów. Przeglądając odpowiednią literaturę, bardzo niewiele możemy na-

¹⁾ Wskazanej ze względu na raka żołądka.

liczyć takich przypadków, w których operowani po przebytej gastroenterostomii żyli dłużej niż 2 lata i w tych właśnie przypadkach spotykamy się częstokroć z brakiem ścisłych danych co do rozpoznania.

Szczególną pod tym względem dokładnością odznacza się przypadek A l s b e r g a, w którym to przypadku pacjent po gastroenterostomii (dokonanej na nim z powodu raka odźwiernika) żył jeszcze 3 lata i 3 miesiące. Podczas operacji znaleziono tam guz twardy, wielkości orzecha włoskiego w okolicy odźwiernika i bardzo wiele mniejszych guziczków, rozsianych wzdłuż wielkiej krzywizny oraz na sieci wielkiej. Na zwłokach zaś stwierdzono przeistoczenie klejowe oddzielnych guzów żołądka, na powierzchni otrzewny przeponowej istniały pojedyncze, płaskie, również galaretowate guziczki, a co najciekawsze, nigdzie ani na pozostałej otrzewnie, ani na sieci żadnych śladów nowotworu. Badanie drobnovidzowe skonstatowało raka klejowego (carcinoma colloidum).

Samego d-ra A l s b e r g a uderzyło z początku, że na zwłokach nie znaleziono tu owych guziczków, które tak wyraźnie dostrzedz się dawały podczas operacji na ścianie żołądka i sieci wielkiej, lecz przeciw zarzutowi co do ścisłości dyagnozy wygłasza on zdanie, iż z jednej strony trudno byłoby nowotwory owe przyjąć za coś innego, a powtóre, iż przynajmniej co do brodawczaków złośliwych jajnika, to niejednokrotnie konstatowano zanik tego rodzaju przerzutów w otrzewnie po zabiegu operacyjnym.

Za prawdziwością dyagnozy w przypadku d-ra S t r a u s s ' a przemawia fakt znalezienia tak na zwłokach, jak i podczas operacji licznych guziczków przerzutowych. Z tego więc względu, jak również z uwagi na to, że pacjent zmarł tu nie na skutek raka bezpośrednio, lecz na zapalenie płuc, przypadek ten nabiera doniosłego znaczenia w sprawie rokowania w przypadkach raka żołądka.

Podług autora, przeciętny wiek osób po przebytej gastroenterostomii z powodu raka żołądka wynosi $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ roku. Jeżeli wiek ten przekracza 2 lata, to fakt taki przypisywać należy nie tyle samej operacji, ile szczególnej właściwości danego przypadku, resp. własnościom nowotworu.

Trudno jest dziś rozstrzygnąć, dlaczego w pewnych przypadkach po zabiegu następuje zwyrodnienie wsteczne nowotworu, czy to wskutek lepszego odżywiania, czy też dzięki samemu zabiegowi, podobnie jak to ma miejsce w przypadkach gruźlicy otrzewny po laparotomii. Natomiast wysoce uderzającym jest fakt, że w przypadkach, wyróżniających się niezwykłą długotrwałością życia po zabiegu, a tu zaliczyć należy przypadek autora—nowotwory odznaczały się przeważnie szczególną obfitością tkanki łącznej i ubóstwem komórek, cechy zaś te właściwe są dla raka wytworzonego w następstwie wrzodu okrągłego żołądka.

Że rak w opisanym przypadku takiego właśnie był pochodzenia, można już było przypuszczać z wywiadów. Przemawiała za tem obecność znacznej ilości wolnego kwasu solnego w zawartości żołądka w okresie przedoperacyjnym, a oprócz tego fakt, że w historii choroby pacjenta już na $1\frac{1}{2}$ roku przed wstąpieniem jego do zakładu

prof. H a h n'a zauważyć było można objawy zwięzienia odźwiernika, co w związku ze wzmiankowaną czynnością wydzielniczą żołądka, przypuszczenie to potwierdza.

A. *Małkowski.*

209. Dr. Marwedel (z Heidelbergu). **Przyczynek do kazuistyki ropni trzustkowych.** (München. med. Wochen. № 1 1901).

Spostrzeżenie dotyczy 60 letniego ogrodnika, który od roku blisko odczuwał bóle w części górnej prawej połowy brzucha, szerzące się w kierunku linii środkowej i nadbrzusza. Zrazu bóle te występowały w pewnych jedynie okresach; od sześciu wszelako miesięcy wzmożyły się, trwając bez przerwy niemal, a jednocześnie wystąpiły zaparcia i żółtaczką. Chory wychudł i miał często wymioty.

Podczas badania stwierdzono w okolicy nadbrzusza obecność wypukającego się wyraźnie i twardego równomiernie nacieku z umiejscowieniem, na pozór, w głębi brzucha. Guzowatość ta nie miała związku z powłokami zewnętrznymi, na ucisk bardzo mało wrażliwa, nie zmieniała pozycji pod wpływem głębszych ruchów oddechowych. Jeżeli żołądek rozdęto sztucznie, naciek zarysowywał się mniej wydatnie, jeżeli wypełniono powietrzem jelito grube od strony odbytnicy, zauważyć można było wtedy ustawienie się okrężnicy poprzecznej przed dolną częścią guza. W okolicy nadbrzusza otrzymywano nadto pewne stępienie odgłosu wypukowego, w moczcu wreszcie chorego wykryto obecność cukru. Bóle trwały w ciągu dalszym, tętno przy względnie niezłym stanie ogólnym trzymało się stale cyfry wysokiej 110—120, rozpoznano guz trzustki o niezdecydowanym, zresztą, charakterze.

Po znieczuleniu skóry brzucha płynem Schleich'a poprowadzono cięcie w kierunku środkowym, od pępka nieco na lewo. Z uwagi na znaczną bolesność otrzewny zastosowano chloroform, jamę brzuszną rozcięto, poczem ujrano na dnie rany guz, który leżał pod okrężnicą i odpychał ją wraz z żołądkiem ku górze, pod łuk żebrowy. Guzowatość, pokryta mocno zgrubiałą kreską jelita cienkiego, była większą od pięści dorosłego człowieka. Zabezpieczywszy odpowiednio serwetami ściany jamy, przecięto przedewszystkiem obfitującą w tłuszcz kreskę, poczem w następstwie dalszego posuwania się na tępo otwarto nagle zatokę, z której wytrysła gęsta i żółta, śmietankowa, cuchnąca ropa. Tę ostatnią zebrano natychmiast gazą, otwór zatamponowano szczelnie, zmieniono serwetki i ranę przemyto dokładnie słabym roztworem sublimatu. Szewem katgutowym ciągłym przymocowano otrzewną ścienną do brzegów przeciętej kreski, wyosabniając w ten sposób dokładnie ognisko zapalne. Z kolei usunięto tampon tymczasowy oraz przeszło pół litra ropy z jamy, dużej jak dwie pięście prawie. Jama ta, zamknięta zewsząd, o zarysach nieprawidłowych, umiejscowiona była z przodu od trzustki i miała na brzegach swych dużo strzępów tkanki zmartwiałej, które doszczętnie wycięto, nie znaleziono tu jednak właściwej tkanki trzustkowej, ani większych wymiarów z gruczołu tego martwaka, był to zatem ropień

pozaotrzewnowy, który szerzył się w tkankach, okalających trzustkę i miał w niej swój punkt wyjścia. Po zaopatrzeniu jamy ropnia w dren i wypełnieniu gazą nałożono szew na kąt rany górny i dolny. Wobec prawidłowego gojenia się rany dren usunięto po upływie dni 12, niewielkie przetoki mleczne (Chylusfistel) zagoiły się bez powikłań, a jednocześnie poprawiał się prędko stan operowanego ogólny, przy czem ilość dobową cukru w moczu spadła do zera, a bóle w nadbrzuszu ustąpiły zupełnie. Po wyzdrowieniu osobnik operowany był przedstawiony na jednym z posiedzeń Tow. Lek. w Heidelbergu.

Patologia i chirurgia trzustki należą dziś jeszcze do rzeczy nowych, bo i liczba znanych przypadków odnośnych jest stosunkowo niewielką. W dziedzinie tej spotykamy najczęściej trzy rodzaje cierpienia: 1) guzy trzustki, przeważnie łagodne, jak torbiele np.; w razach wyjątkowych operowano tu i nowotwory złośliwe; 2) zgorzel trzustki, będącą następstwem ostrego tejże zapalenia z wynaczynieniem (pancreatitis haemorrhagica s. apoplexia pancreatis). Na skutek krwotoku zamierają tu części gruczołu mniejsze lub większe, których eliminacja odbywa się również wśród objawów zapalnych i ropienia. Najrzadziej wreszcie, mamy do czynienia ze 3) *zwykłym ropniem w gruczołach* i takich przypadków Körte naliczył w piśmiennictwie 46.

W trzustce zauważyć można wówczas bądź liczne małe ogniska ropne, bądź jeden tylko duży ropień. Wcześniej czy później sprawa przechodzi na tkanki sąsiednie, a szerzyć się może drogami różnemi. Zazwyczaj przedostaje się do worka sieciowego (bursa omentalis) lub pomiędzy listki krezki okrężnicowej (mesocolon), innym razem następuje przedarcie się do leżącego w pobliżu żołądka, kiszki lub wolnej jamy brzusznej, niekiedy, wreszcie, ropa toruje sobie drogę ku tyłowi, ku lędzwiom.

Przypadek autora zasługuje na uwagę i ze względu na wyniki badań bakteriologicznych. W hodowli czystej otrzymano tu drobnoustroje nader podobne do dwójniaków (*pneumobacillus*) Friedländer'a. Lasecznik ten, jak wiadomo, wywołuje nie często w ustroju sprawy ropne, w niektórych jednak okazyjach staje się przypadkowym twórcą ropienia, jak to niedawno stwierdził Clairmont dla ropnia, który wytworzył się pomiędzy wątrobą, żołądkiem i pęcherzykiem w następstwie sprawy zapalnej w tym ostatnim. Rozsadnik chorobowy wdziera się do trzustki bardzo często przez przewód Wirsungiana i jego gałęzie z jelita, przy czem rolę pośredniczącą odgrywają tu: zakaźny nieżyt żołądkodwunastnicowy lub sprawa zapalna w układzie żółciowym. Wytworzone już przedtem zmiany patologiczne w trzustce ułatwiają drobnoustrojom osiedlanie się, a do zmian takich zaliczyć należy zgorzel, kamieć przewodu (*sialolithiasis*) lub zwyrodnienie włókniste tkanki gruczołu.

Początek zapalenia ropnego trzustki przebiega zazwyczaj ostro i uwydatnia się mocnymi bólami brzucha, głównie powyżej pępka, nudnościami, powstawaniem wymiotów oraz zaparć, szybkim wreszcie upadkiem sił, co wszystko razem nieraz dawało powód do błędów w rozpoznaniu, do przyjmowania będącej w mowie sprawy chorobowej za dziurawiące zapalenie otrzewny (peritonitis perforativa). Najczęściej

objawy gwałtowne ustępują same przez się po dniach kilku. W niektórych znów razach, od początku zauważyć można typ cierpienia przewlekły: chory chudnie traci siły coraz więcej, a bóle i zaburzenia żołądkowe mają charakter przepuszczający. Wyjątkowo tylko śmierć następuje niebawem, w znacznej większości przypadków sprawa wlece się przez wiele miesięcy, a zejście niepomysłne bywa zależne od spraw posoko-ropnicowych lub przedostania się ropy do jamy otrzewny. W r. 1883 Capparelli opisał niezwykły przypadek, w którym ropień, po długim istnieniu, otworzył się nareszcie całkiem samoistnie na zewnątrz, pozostawiając po sobie przetokę; przez tę ostatnią w ciągu roku całego odchodziło mnóstwo kamyków trzustkowych.

Pomysłne rozwiązanie sprawy chorobowej możliwym jest tylko na drodze operacyjnej. Wobec ropnia trzustki operowano, pomimo to, jak dotąd, 8 razy tylko. Dwóch osobników zmarło wkrótce po zabiegu, jeden w 6 miesięcy, pięciu operowanych wyzdrowiało; pomysłny przypadek autora jest szóstym. Zważywszy, że omawiane cierpienie przegdługi czas może być ściśle ograniczone, można rachować nie bez słuszności, na dobry wynik operacji. Ze ta ostatnia nie zawsze może być wskazaną w okresie cierpienia wczesnym, wobec niejasnego jeszcze obrazu chorobowego, jest rzeczą całkiem zrozumiałą, z nastąpieniem jednak wstrząsu i w miarę powiększania się ropnia, rozpoznanie daje się postawić pewniej. Zresztą tego rodzaju wątpliwości pobudzać właśnie winny tem więcej do wykonania laparotomii próbnej, lub, o ile będzie możliwym, do utworzenia sobie drogi na zewnątrz otrzewny, gdyż poza niewinną torbielą ukrywać się może ognisko ropne, które, przedarłszy się do jamy brzusznej, wywoła śmierć niechybną.

K. Niedzielski.

210. Dr. S. Goldner (z Wiednia). **Wycięcie raka odbytnicy po przez kość krzyżową wraz z jednoczesnem usunięciem macicy.** (Wien. med. Presse № 10, 1901).

Zaznaczywszy na wstępie, że w ostatnich czasach, po dużych klinikach zauważyć się daje dążność w kierunku zupełnego oddzielenia materiału ściśle ginekologicznego od chirurgicznego, autor wygłasza pogląd, iż nawet w najdalszej przyszłości kompetencji chirurga niepodzielnie podlegać będą takie przypadki, w których cierpienie ginekologiczne występuje jednocześnie z cierpieniem chirurgicznym. Tu należą oba poniżej opisane przypadki.

I. Kobieta 35-letnia, od czasu pierwszej miesiączki zauważyła, że ta ostatnia była zawsze nader obfita, trwała zwykle od 8—10 dni i poprzedzały ją stale nieznośne bóle kureczowe w podbrzuszu. Krwawienia z pochwy występowały niekiedy i poza czasem właściwym dla menstruacji. Nie rodziła i nie roniła. Od pierwszych lat młodości cierpiała stale na zaparcie stolca, gdy nagle z wiosną roku zeszłego, bez żadnego na pozór powodu, wystąpiła biegunka z silnem parciem, a w wypróżnieniach spostrzeżono śluz i ropy; czasami po defekacji

wypływała z odbytu czysta krew. Chora blada, wyniszczona. Podczas badania przez powłoki brzuszne, pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowym wyczuć się dawał guz wielkości jaja gęsiego, twardy i ruchomy, o powierzchni gładkiej. Palec, wprowadzony do odbytnicy, natrafiał na nowotwór wrzodziejący, o brzegach twardych, wałkowatych, który w kształcie pierścienia umiarkowanie zwężał światło kiszki. Badanie ginekologiczne wykryło: macica w przodopochyleniu, powiększona, twarda, o powierzchni nierównej; z prawej jej ściany i prawego kąta wyrasta guz wielkości jaja gęsiego, ruchomy i bolesny na dotyk. W zatoce Douglas'a wyczuwa się guz wielkości dużego orzecha, który zdaje się być umiejscowionym w ścianie wypustnicy i jest zapewne tym samym, który wyraźnie zbadać się daje per rectum.

Na mocy tych danych postawiono rozpoznanie: *Carcinoma recti et myoma uteri*, wobec czego niebawem przystąpiono do operacji.

Po ułożeniu chorej na lewym boku, poprowadzono cięcie powierzchowne w postaci lekko wygiętego łuku od kości krzyżowej do odbytu. Wyosobniono kość ogonową i ostatni kręg kości krzyżowej, dalej przecięto ten ostatni nożycami kostnymi. Potem oddzielono kiszkę od pochwy i podwiązano pierwszą tuż pod nowotworem. W dalszym ciągu operujący przeciął kiszkę pomiędzy podwiązką i zwieraczem i oddzieliwszy dośrodkowy odcinek jelita od pochwy, otworzył szeroko zatokę Douglas'a. Przez otwór ten nietrudno było wydobyć powiększoną macicę. Po podwiązaniu szerokich więzów macicznych i obu jej tętnic, oraz po przecięciu otrzewny na przedniej i tylnej powierzchni szyi macicznej, wykonano *amputationem uteri supravaginalem* za pomocą żegadła Paquelin'a. Kikut szyi macicznej powleczone przeciętymi płatami otrzewny i zeszyto. Szeroko otwarta jama otrzewny zamkniętą została w ten sposób, że linia szwu kikuta szyi macicznej wraz z ligaturami obu więzów macicznych znalazła się na zewnątrz tej jamy.

Teraz dopiero, po uprzednim podwiązaniu, przecięto, naturalnie, już w części zdrowej, kątnicę esowatą i połączono ją szwem z obwodowym odcinkiem wypustnicy. Ranę zamknięto szwem częściowo, na pewnej zaś przestrzeni wypełniono gazą jodoformową, a zwieracz rozciągnięto palcami.

Przebieg okresu pooperacyjnego był bardzo pomyślny. Na trzeci już dzień operowana oddawała stolec per anum. W ciągu dwóch tygodni musiano chorą kateteryzować. Po trzech tygodniach, czując się dobrze i poprawiwszy się znacznie, pacjentka opuściła klinikę.

II. W przypadku drugim autor w krótkości zaznajamia nas z historią choroby kobiety 50 letniej, która zapisała się do kliniki, narzekając na datujące od kilku miesięcy parcie na stolec, krwawe wypróżnienia, wychudzenie.

Badając per rectum, znaleziono w odległości 5 cent. od odbytu grzybowaty, twardy i wrzodziejący nowotwór, palpacyja zaś per vaginam stwierdziła, że nowotwór ten pozostaje w ścisłym związku z tylnymi sklepieniami pochwy.

Rękoczyn wykonano tu zupełnie tak samo, jak w przypadku

pierwszym, tylko, ponieważ w czasie oddzielania kiszki od pochwy przekonano się, iż nowotwór przeszedł już na tylne sklepienie pochwy i tylną ścianę macicy, wykonano tu całkowite wycięcie macicy.

Przebieg zdrowienia wypadł i tym razem bardzo pomyślnie.

A. Małkowski.

II. Choroby kobiet.

211. Krönig. O całkowitem wyluszczeniu macicy przez cięcie brzuszne. („Zur abdominellen Totalexstirpation des Uterus“. Centralblatt für Gynäkologie, 1901, № 12, str. 300).

Autor podziela zapatrywania nauczyciela swojego Z weif e la, że należy dokonać nadpochwowej amputacji macicy w tych przypadkach mięśniaków, które, dzięki swojej wielkości lub lokalizacji, nie mogą być usunięte przez pochwę; rzecz naturalna, w każdym danym przypadku należy się liczyć ze wskazaniem do powyższego zabiegu operacyjnego.

Autor wypróbował wszystkie metody, podane w celu całkowitego wyluszczenia macicy przez laparotomię, i poddaje je ocenie krytycznej. Operacji powyższej autor dokonał w przypadkach mięśniaków lub mięśniaków macicy, połączonych z powikłaniami. Raz autor wyluszczył macicę przez laparotomię w celu usunięcia sarkomatycznie zwyrodniałego mięśniaka macicy; podejrzenie swoje autor opierał na tem, że na powierzchni guza i w ścianach jego znajdowały się liczne torbiele małe; tymczasem drobnowidz usunął wszelkie podejrzenie złośliwości guza. Innym razem znowu usunięto mięśniak macicy u osoby, będącej w okresie klimakterycznym, dla tego, że bardzo szybko rósł; i w tym razie podejrzenie złośliwości guza zostało obalone przez badanie drobnowidzowe. Następnie przeszkody mechaniczne dawały wskazanie do powyższej operacji. Tak naprzykład, w jednym przypadku mięśniak, wychodzący z tylnej ściany szyi macicznej i uwięziony w jamie D o u g l a s'a, powodował bolesne oddawanie moczu. Po wyluszczeniu mięśniaka, krwawienie z pozostałego płaszcza, mocno nadszarpane go było tak obfite, że autor musiał się uciec do całkowitego wyluszczenia macicy przez laparotomię.

Po dziś dzień nie ustalony jeszcze został pogląd, którą metodę uważać należy za najlepszą. Zdania autorów rozchodzą się w kwestyach następujących:

- 1) Co do sposobu wyluszczenia części pochwowej i szyi macicznej z tkanek otaczających, przyczem sposób otwierania sklepień przedniego i tylnego bywa rozmaicie traktowany;
- 2) Co do sposobu traktowania naczyń więzów szerokich i przy macicza i
- 3) Co do sposobu traktowania rany pochwowej i zamykania tejże rany w stosunku do jamy otrzewny.

Istnieją dwa sposoby wyluszczenia części pochwowej: jedni pragną to uczynić tylko przez cięcie brzuszne, a drudzy w sposób skombinowany t. j. przez pochwę i przez ścianę brzuszną. Technika ostatniego sposobu stanowi punkt sporny pomiędzy operatorami: jedni robią amputację nadpochwową przez laparotomię, zaszywając kikut sposobem Z w e i f e l'a, a potem dopiero, zamknawszy prowizorycznie jamę brzuszną, wyluszczają pozostały kikut (szyję maciczną) przez pochwę. Inni (D ö d e r l e i n, B u m m), rozpoczynając operację od strony pochwy, odłuszczejają część pochwową, otwierają jamę D o u g l a s'a, a następnie, na tępo odseparowawszy pęcherz od pochwy, otwierają i przednie sklepienie; potem dopiero, otworzywszy jamę brzuszną, zwalniają macicę od więzów. Większość operatorów (C h r o b a k, M a r t i n, D o y e n, O l s h a u s e n) odłuszczejają macicę od więzów prawie wyłącznie od strony jamy brzusznej.

Technika zależy od indywidualności operatora. C h r o b a k używa specjalnego narzędzia (Glockensonde) w celu udostępnienia sobie sklepienia pochwy, inni znowu zamiast narzędzi wyręczają się palcami asystenta lub kleszczykami.

D o y e n i L a n d a u uważają otwarcie sklepienia za akt pierwszy operacji; inni znowu, przed przebicciem sklepienia tylnego, podwiązują przedewszystkiem więzy szerokie. Przed załatwieniem sprawy z przymaciczem, pęcherz z moczowodami musi być odepchnięty ku przodowi. Niektórzy przyjmują za akt pierwszy operacji przecięcie otrzewny pomiędzy macicą a pęcherzem i otwarcie przedniego sklepienia. Procedura ta przedstawia pewne trudności i niejednokrotnie przytem spostrzegano uszkodzenia pęcherza moczowego. W tym celu M a r t i n i L a n d a u radzą przedewszystkiem przebić tylne sklepienie, a następnie, wydobywszy część pochwową przez otwór w tylnem sklepieniu, przez cięcie okrągłe uwolnić macicę od przydatków, podwiązawszy krwawiące naczynia. Szyja z łatwością sama odseparuje się od pęcherza z chwilą, gdy guz przerzucimy nazewnątrz przez spojenie łonowe.

Zastanawiając się krytycznie, autor nie zaleca amputacji nadpochwowej macicy, ponieważ zabiera dużo czasu. Więcej mu się uśmiecha t. zw. skombinowana metoda, która zaczyna się od wyluszczenia szyi macicznej przez pochwę, odseparowania pęcherza i podwiązania przymacicza (sposób D ö d e r l e i n'a i B u m m'a). Leczyć tą metodą musi ustąpić pierwszeństwa metodzie otwierania sklepienia bezpośrednio przez jamę brzuszną, ponieważ niezbędna przy pierwszej zmianie pozycji chorej przedłuża czas trwania operacji. Tutaj również należy wziąć pod uwagę mylne rozpoznanie; niekiedy po otwarciu jamy brzusznej możemy ujrzeć zamiast spodziewanego mięśniaka guz inny, będący w luźnym tylko związku z macicą.

Jeżeliśmy poprzednio dość wysoko odłuszczyli szyję, to musimy obecnie wyluszczyć i zdrową zupełnie macicę. Na korzyść metody pochwowo-brzusznej przemawia, według D ö d e r l e i n'a, fakt, iż przy czysto brzusznej wyluszczeniu łatwo uszkodzić pęcherz i moczowody; przy skombinowanej metodzie można tego uniknąć. D ö d e r l e i n operował metodą skombinowaną 26 przypadków z najlepszym skutkiem.

Nie widząc większego niebezpieczeństwa dla pęcherza i moczowodów przy stosowaniu metody czysto brzusznej, autor oddaje tej metodzie pierwszeństwo przed innymi, ponieważ pod względem technicznym jest łatwiej wykonalną, należy tylko, według przepisu Doyena, przebić tylne sklepienie, kleszczykami wyłonić część pochwową ku górze przez otwór w sklepieniu powstały, a następnie dokoła odłuszczyć błonę śluzową od części pochwowej i palcem na tępo odseparować pęcherz od szyi macicznej. Z punktu praktycznego autor radzi przebić przedewszystkiem oba sklepienia, a następnie podwiązać więzy szerokie i przymacicza bez wielkiej straty czasu.

Postępowanie swoje autor formułuje w sposób następujący:

Otworzywszy jamę brzuszną, wyłania guz nazewnątrz i przechyla go w tył, aby (na sposób Z w e i f e l'a) wyciąć sobie mały przedni płat otrzewny i jednocześnie na tępo odseparowuje pęcherz od góry ku dołowi, nie dochodząc do samego sklepienia. Następnie, przechyliwszy guz ku przodowi przez spojenie łonowe (chora leży w położeniu T r e n d e l e n b u r g'a), udostępnia sobie jamę D o u g l a s'a; cięciem strzałkowym autor przebija sklepienie tylne. Uchwyciwszy następnie kulociągiem przednią wargę części pochwy, ostatnią mocno ciągnie ku górze i jednocześnie nożyczkami rozszerza w obu kierunkach sklepienie tylne, a w przednim i bocznych sklepieniach nadcina część pochwową. Odseparowawszy palcem na tępo od dołu ku górze pęcherz od szyi macicznej (co się z łatwością udaje, zważywszy, że znaczna część pęcherza od góry już odseparowaną została), otrzymuje guz, zostający tylko w związku z więzami szerokimi i z przymaciczem, które należy podwiązać.

Podwiązanie naczyń w więzach i przymaciczu może być dokonane w trojaki sposób: 1) można częściowo podwiązać więzy i przymacicza; 2) można każde naczynie oddzielnie podwiązać, lub też 3) można więzy i przymacicza uchwycić w uciskadła, wprowadzone przez pochwę, i po 2—3 dobach je usunąć. Wszystkie powyższe sposoby autor kolejno stosował i o wartości ich sądzi z przebiegu temperatury ciała po ich zastosowaniu. Po nałożeniu uciskadeł temperatura ciała bywa przez pierwsze 3 dni normalna; po zdjęciu uciskadeł po 3 dobach temperatura wieczorem podskoczyła do 38,7° i stopniowo przez 2 dni następne obniżała się do normy. Przy częściowym podwiązaniu więzów temperatura przez pierwsze 3 dni pozostawała na wysokości 38° i wyżej. Najlepiej zachowywała się temperatura przy izolowanem podwiązaniu naczyń sposobem B u m m'a. Ten sposób posiada jeszcze inną zaletę, że mało czasu zabiera.

Pozostaje jeszcze rozstrzygnąć kwestyę, jak postąpić z otrzewną i błoną śluzową pochwy. Jedni nie zamykają jamy otrzewny, pozostawiając drogę do odpływu przez pochwę. Inni zamykają worek otrzewny, pozostawiając ściany pochwy rozwartymi; inni znowu, na których czele stoi B u m m, zaszywają i otrzewną i ścianę pochwy. Autor radzi zaszywać jamę otrzewny w każdym bez wyjątku przypadku, a sklepienia pozostawić otwarte; dobrzeby było wstawić sącdek do jajka, pomiędzy pochwą a przymaciczem, w celu przeszkodzenia zbyt

wczesnemu zarośnięciu rany pochwowej; obawa infekcyi od strony pochwy dla autora nie istnieje.

W dyskusyi zabrali głos Menge i Zweifel.

Menge w ostatnich czasach często stosował z dobrym skutkiem hysterectomię brzuszną przy mięśniakach macicy i nie widzi racyi, dla której panhysterectomia jest lepsza niż myomektomia Zweifel'a.

Do całkowitego wyluszczenia macicy przez laparotomię skłoniło go bądź zwyrodnienie guza natury złośliwej, które już gołem okiem można było rozpoznać, bądź też nadzwyczajnie rozwinięty mięśniak, sięgający aż do szyi macicznej.

Odnośnie techniki tej operacyi Menge zwraca uwagę na to, że nie zawsze się udaje przebić tylne sklepienie przed podwiązaniem więzów szerokich i nie zawsze można część pochwową unieść do jamy brzusznej przez otwór w sklepieniu. Jeżeli przydatki są zrośnięte, więzy krótsze, pęcherz uniesiony ku górze i zrośnięty; jeżeli mięśniak sięga włąb, a zwłaszcza, jeżeli przymacicza krótkie i wiek chorej podeszły, to trzeba najpierw podwiązać więzy i przebić przednie sklepienie; w tych razach pęcherz musi być przedewszystkiem starannie odseparowany, a przebicie przedniego sklepienia uda się z łatwością.

Nie przywiązując wielkiej wagi do podwiązania naczyń pojedynczych, jak Krönig, autor nakłada t. zw. ligatury łańcuchowe, które dostatecznie zabezpieczają i arterye i żyły od krwawienia, pomny zawsze, że rekonwalescencya przedewszystkiem zależna jest od subtelnego podwiązania naczyń i że żadna ligatura nie spadnie ani przy poruszaniu się chorej, ani przy wymiotach. Jeśli tylko krew się sączy, to rokowanie bywa wątpliwe.

Zresztą, kikuty nekrotyzujące autor zostawia nazewnątrz jamy otrzewny, którą zaszywa szwem ciągłym. Brzegów pochwy autor nie spaja szwem, lecz je rozłącza za pomocą gazy, aby dać odpływ swobodny ropie.

Zweifel powiada, że nie można się powodować stratą czasu, gdy chodzi o życie chorej i za najlepszą metodę należy uważać taką, która daje największą gwarancję wyzdrowienia. Ze wszystkich, stosowanych przez niego, sposobów, najgorsze rezultaty dawał sposób czysto brzuszny. Przy tym sposobie autor dwa razy spostrzegł embolię płucną i kładzie ją na karb infekcyi, a nie „przypadku“, jak to czynią inni autorowie.

Z tego powodu Zweifel wrócił do dawnego sposobu skombinowanego (trzon przez laparotomię, a szyję per vaginam), przy którym najściślejsza aseptyka może być zastosowana.

W celu podwiązania naczyń, autor zawsze stosuje wielkie uciśnięcia kolankowe, gdyż one momentalnie uśmierzają bóle i, jako akt przedwstępny do nałożenia ligatur, dają większą gwarancję zatamowania krwotoku, wykluczając możliwość infekcyi.

Co do wskazań Zweifel mocno obstaje przy tem, że mięśniaki należy usuwać przez myomohysterectomię, a nie przez całkowite wyluszczenie macicy per laparotomiam, gdyż ona daje najlepsze rezultaty. W razie potrzeby (gdy natura guza okaże się złośliwą) zawsze można będzie resztę macicy usunąć przez pochwę. Małe mięśniaki

u osób klimakterycznych należy usuwać tylko przez wyłuszczenie pochwowę macicy. Przy ropnych wypływach z macicy należy kanał szyi zaszyć, część pochwową obciąć za pomocą termokauteru i wyłuszczyć przez pochwę, lub też przez laparotomię, gdyby objętość macicy tego wymagała. Wyjątek stanowi tylko pochwa starca, gdzie wszelkie operacje muszą być dokonane od strony jamy brzusznej. Wskazania powyższe mają jeszcze jedną zaletę, że pozwalają postępować więcej konserwatywnie, niż to się dzieje, holdując ślepo operacyom pochwowym.

M. Warszawski.

212. Prof. Albert Sippel. **O wędrówce zewnętrznej jaja, odczynienie jajowodu i ciąży jajowodowej.** („*Ueber äussere Ueberwanderung des Eies, deciduale Reaktion der Tube und Tubenschwangerschaft*“) (Centralbl. für Gynäkologie, 1901, № 12, str. 289).

Dawno już autor wypowiedział zdanie, że w ciąży jajowodowe prawdziwe ciało żółte (corpus luteum verum) często znajduje się w jajniku, do strony zdrowej należącym, że zatem zachodzi tutaj wędrówka zewnętrzna jaja. Następnie autor podejrzewał istnienie jakiegoś związku przyczynowego, zachodzącego pomiędzy wędrówką jaja a ciążą jajowodową. Wreszcie, liczne obserwacje autora i innych (zwłaszcza G o t t s c h a l k'a), w tym kierunku czynione, w zupełności ustaliły ten fakt. Ten związek przyczynowy polega, według słów autora, na tem, iż jajo zapłodnione w jamie brzusznej, podczas wędrówki, a może już podczas pobytu w jajowodzie dochodzi do owego stopnia rozwoju i nabiera ową niezbędną siłę życiową (active Kraftwirkung), która jest w stanie przemienić błonę śluzową jajowodu w odpowiednie dla jego rozwoju legowisko. Szukając przyczyn ciąży zamacicznej, należy, według poglądów autora, odnaleźć przedewszystkiem czynniki, które nadają jaju, znajdującemu się w jajowodzie, ową potężną siłę życiową. Czynniki te mogą być rozmaite; nawet wędrówka zewnętrzna jaja zapłodnionego może się do tego przyczynić. Należy bowiem pamiętać, iż w tych przypadkach jajo zapładnia się już w jamie brzusznej; dowodem tego są z jednej strony znane przypadki ciąży zamacicznej, w których jajo usadowiło się na rąbkach jajowodu (fimbria ovarica), a powtórnie sama ruchliwość plemników wystarcza, aby w warunkach sprzyjających przedostać się do jamy brzusznej.

Sam fakt powstawania wędrówki zewnętrznej jaja polega na przypuszczeniach. Być może, iż jajo, wydostawszy się z pęcherzyka G r a a f'a, zostaje przesunięte w stronę przeciwną przez ruchy robaczkowe kiszki. Następnie wskutek sprawy patologicznej w nabłonku migawkowym jajowodu mógł ustać ruch migawkowy w okolicy wylotu brzusznego jajowodu po tej stronie, z kąd jajo pochodzi. W tych razach wzmoczony ruch migawkowy strony przeciwnej dosięgnie jajnika i zapędzi jajo w swoją stronę. O energicznym ruchu rzesz pouczają nas doświadczenia P i n n e r'a z tuszem i L o d e'a z jajami glisty. Brak ruchu migawkowego po stronie zdrowej (nie ciężarnej) ułatwia

ruchy plemników. Naturalnie, powiada autor, są to tylko przypuszczenia, w każdym razie należałoby sprawdzić, jak zachowuje się nabłonek po stronie zdrowej w każdym oddzielnym przypadku pęknięcia ciążarnego jajowodu z zejściem śmiertelnym, kiedy także miała miejsce wędrowka jaja. Wreszcie, brak zupełny ruchu rzęs lub też nie dość silny ruch mógłby powodować zatrzymanie się jaja w jajowodzie, należącym do właściwego jajnika, i rozwój ciąży jajowodowej. Zresztą, być może, że błona śluzowa w jednym miejscu jajowodu zachowała swój kształt normalny; wiadomo bowiem, że tylko normalna błona śluzowa (jajowodu i macicy) może służyć do implantacji jaja.

Wiadomo, iż Webster czyni zależnem powstanie ciąży zamicznej jajowodowej od t. zw. reakcyi doczesnej (*deciduale Reaktion*) jajowodów. Reakcyja ta, spowodowana przez błąd w rozwoju, stanowi powrót do tego typu ssących, u których kanał Müllera częściej służy za legowisko płodu niż u ludzi. Webster przyszedł do tego przekonania, znalazłszy w ciążach jajowodowych doczesną i w tych miejscach jajowodu, gdzie nie było implantacji jaja, a nawet w jajowodzie strony przeciwnej. Manil i Schmit przyjmują ową reakcyę dla wyjątkowych tylko przypadków.

Autor nie podziela powyższych poglądów, jakoby niektóre tylko jajowody skłonne były do reakcyi doczesnej, poprzedzającej rozwój ciąży jajowodowej. Według niego należy przyjąć istnienie jeszcze jednego czynnika, a mianowicie: wpływ jaja zapłodnionego na błonę śluzową jajowodu, gdyż w przeciwnym razie trudno byłoby sobie wytłumaczyć fakt, dla czego bywa u kobiety raz ciąża maciczna, a drugi raz jajowodowa. Należałoby w tych razach, według Webstera i innych wnioskować, że tylko jeden jajowód skłonny jest do powyższej reakcyi, a drugi nie. Takim argumentom przeczą obserwacye ciąży jajowodowej u tej samej kobiety raz po stronie prawej, a drugi raz po stronie lewej.

Dalej autor wyraża wątpliwość, czy teoria reakcyi doczesnej błony śluzowej jajowodu długo przetrwa, gdyż obalony został niedawno pogląd powszechnie panujący, iż przy ciąży jajowodowej musi się koniecznie wytworzyć doczesna opóźniona (*decidua serotina*). Fritz Kühne zupełnie nie przyznaje istnienia tej błony w ciąży jajowodowej; Kreisch w zupełności to potwierdził. Ulesko-Stroganowa przyszła również do tego samego przekonania na mocy licznych obserwacyi, że w jajowodzie nie wytwarza się doczesna. To, co przedtem przyjmowano za doczesną, jest według autorki wybujałą warstwą komórek Langhans'a. Jeżeli się sprawdzą twierdzenia trzech powyższych autorów, to nikt w przyszłości nie będzie wspominał o reakcyi doczesnej, tymczasem liczyć się trzeba z możliwością, że nas zawód spotkać może. Gdyż za tą reakcyą przemawia fakt, że w podścielisku błony śluzowej w stanie normalnym (nie ciężarnym) znajdują się takie same komórki okrągłe, lecz nie tak szczerlnie ułożone, jak w podścielisku błony śluzowej macicy. Należy więc przypuścić, że jednakowe komórki posiadają jednakową siłę rozwoju. Stosownie do warunków anatomicznych należy przyjąć, że ta doczesna musi być

cieńsza niż w macicy i wcześniej zanika lub też staje się niewidoczną. Być może, powiada autor, że dla wytworzenia się ciąży jajowodowej niezbędną jest miejscowa lub ogólna trwałość podścieliska błony śluzowej danego jajowodu, gdyż implantacja jaja, według badań Peters'a, wymaga przede wszystkim znacznie grubszego podścieliska, niż to, które bywa w jajowodzie. W konkluzji autor powiada, że dziś można stwierdzić tylko fakt, że dla implantacji jaja zapłodnionego w jajowodzie zwykle niezbędną jest reakcja nabłonka (a nie doczesnej, obejmującej błonę śluzową), gdyż pierwotne zagnieżdżenie się jaja powstaje, według Peters'a, nie przez reakcję błony podśluzowej, idącą z wewnątrz ku powierzchni, lecz nabłonek reaguje na drażnienie zapłodnionego jaja, rozpulchnia się pod wpływem jaja rozbudzonego przez nasienie do życia, zanurza się i jajo zagłębia się w nabłonku. A nabłonek jajowodu jest taki sam, jak i wewnątrzmaciczny.

M. Warszawski.

III. Choroby gardła i krtani.

213. Prof. Mackenzie. Słów kilka o wartości rozpoznania gołem okiem i o usunięciu całkowitem krtani wraz z otaczającymi ją zakażonymi gruczołami limfatycznymi w raku krtani.

Obecnie w celu rozpoznania raka krtani posiłkujemy się trzema następującymi metodami: 1) badanie gołe oka, czyli badanie oglądanie z uwzględnieniem objawów klinicznych; 2) tyreotomia; 3) mikroskop. Druga z tych metod często łączy się z pierwszą. Pierwsza metoda, biorąc ogólnie, jest najpraktyczniejsza. Najlepsi jednak laryngologowie, zanim dokładnie wywiadzą się o przebiegu choroby i zanim postarają się wyzyskać badanie gołem okiem, wolą wydestakować kawałek podejrzanego nowotworu i poddać go badaniu mikroskopowemu.

Nie posiadamy obecnie takiego pojedynczego symptomu, ani takiej pojedynczej cechy laryngoskopowej, które stanowiłyby o rozpoznaniu raka krtani. Rozpoznanie możemy skutecznie, zebrawszy wszystkie miejscowe i ogólne objawy. W większości przypadków dokładne i szczegółowe badanie oglądowe doprowadza do prawdziwego rozpoznania. Jeżeli po najstaranniejszym zbadaniu gołem okiem mamy jednak pewne wątpliwości co do istoty sprawy chorobowej, wtedy posiłkujemy się drugą metodą—tyreotomią. Za pomocą tyreotomii możemy również orzec, jaką przestrzeń zajmuje sprawa nowotworowa.

W ostatnich czasach zastanawiano się wiele nad niebezpieczeństwem tej operacji, zabraniano operować w przypadkach zajęcia gruczołów szyjowych przez raka. Autor nawet w takich razach zaleca wykonanie tyreotomii, zastrzegając się jedynie co do tych przypadków, kiedy sprawa nowotworowa zajmuje zbyt wielką przestrzeń. Po dokonanej tyreotomii często bywa widocznym, że choroba może być usunięta, chociażby jedynie za pomocą głębszego cięcia. Dlaczegoż więc

mamy pozbawiać chorego możności życia i skazywać go na niechybną i okrutną śmierć przez zaniechanie tyreotomii?

Za pomocą laryngoskopii nie jesteśmy w stanie określić, jaką przestrzeń obejmuje sprawa nowotworowa, również nieraz i za pomocą tyreotomii nie udaje się to skutecznie, zdarza się to w tych przypadkach, kiedy rak przedstawia się pod postacią infiltratu rozlanego.

Przypuśćmy teraz, że nawet tyreotomia okazała się niedostateczną do rozpoznania istoty sprawy nowotworu. W takich razach dozwolonem bywa wydostanie części tkanki nowotworowej w celu poddania jej badaniu mikroskopowemu, pod tym jednak warunkiem, że przystępując do tyreotomii, a szczególnie przewidując potrzebę zbadania nowotworu pod mikroskopem, otrzymamy uprzednią zgodę chorego na wykonanie operacji w dalszym ciągu. Wogóle wydobywanie części nowotworu w celach mikroskopowych powinno być uważane za ostateczny i konieczny środek rozpoznawczy.

Autor powstaje przeciwko usuwaniu części nowotworu (szczególnie przez drogi naturalne) w celach badań mikroskopowych wskutek tego, że 1) cięcie, wykonane w tkance nowotworowej, może spowodować samozakażenie i przerzuty do innych okolic, 2) postępowanie takie pobudza do szybszego rozrostu nowotworu i 3) nie doprowadza ostatecznie do pożądaných rezultatów i w praktyce często bywa niewykonalne.

Rak jest chorobą zakaźną. Wczesne rozpoznanie i radykalne postępowanie ma wielkie znaczenie we wszystkich chorobach, szczególnie zaś nabiera wagi raku krtani. Dopóki nie posiadamy innego środka przeciwko rakowi krtaniowemu, nóż jest jedyną pomocą zbawienną. (Leczenie raka za pomocą surowicy będzie odgrywało w przyszłości wielką rolę).

Ogólna zasada operowania raka w jakiegokolwiek okolicy ciała polega na zupełnem usunięciu nowotworu wraz z otaczającą go zdrową tkanką, zajętymi gruczołami i naczyniami limfatycznymi. Zasada ta stosuje się i do raka krtani. Możliwie wczesne usunięcie całego narządu łącznie z pozostającymi z nim w związku gruczołami i naczyniami limfatycznymi, bez względu na to, czy wydają się choremi czy też zdrowi, może nam dać tę pewność, że nawrót choroby, ani też przerzuty nie nastąpią.

Często nie jesteśmy w stanie określić ani za pomocą laryngoskopii, ani też za pomocą tyreotomii, jaką przestrzeń obejmuje sprawa nowotworowa. Zdarza się, że widzimy jedną połowę krtani zajęta przez raka, a druga wolną, badanie zaś mikroskopowe wykazuje go i w części niepodejrzanej, zdarza się to najczęściej w przypadkach rozlanej infiltracji raka, lub też, kiedy rak ma swe siedlisko w głębszych warstwach tkanek i w późniejszych dopiero okresach choroby występuje nazewnątrz. Infiltracja rozlana, nawet ograniczona do niewielkiej przestrzeni, powinna wzbudzić w podejrzenie, że sprawa nowotworowa obejmuje również i inne, napozór zdrowe miejsca. Trudnem więc nieraz bywa dokładne określenie, na jakiej przestrzeni rozwinęła się sprawa nowotworowa. Niepewność taka czy ni chirurga operującego wysoce odpowiedzialnym i zmusza go do wiel

kiej ostrożności w postępowaniu. Usunięcie krtani i wyluszczenie gruczołów szyjowych należy do więcej łatwych operacji z wyższej chirurgii; niebezpieczeństwo, mogące się zdarzyć skutkiem powikłania przez zapalenie płuc, bywa łatwym do usunięcia. Operacja sama nie jest niebezpieczną, obawiać się trzeba nawrotu choroby w gruczołach szyjowych.

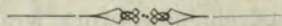
Powstaje jednak pytanie, czy nie może być wyjątków od ogólnej zasady postępowania, czy nie mogą się zdarzyć przypadki, w których możnaby zastosować mniej radykalną operację. Otóż, w bardzo wczesnym okresie choroby, kiedy nowotwór jest bardzo niewielki (małe papilomaty na strunach głosowych), zupełnie ograniczony, o charakterze niewyraźnie złośliwym, wtedy można ograniczyć się na usunięciu połowy krtani i gruczołów szyjowych odpowiedniej strony. Podobne jednak postępowanie nie daje nam pewności, czy rzeczywiście usunęliśmy całkowicie nowotwór.

Usunięcie raka krtani, dotychczas przeważnie przez jamę ustną wykonywane, nie licuje z poważnym poglądem na sprawę. Tyreotomia, wraz z usuwaniem jedynych widzialnych miejsc zajętych, nie stoi na wysokości zadania nowoczesnej chirurgii i może być uważaną za cofanie się wstecz do takiego postępowania, które już od pół wieku straciło swoją wartość i zostało zarzucone.

Jakąkolwiek z tych operacji stosować zamierzamy, zawsze pamiętać winniśmy, że mamy do czynienia z rakiem—a więc ze sprawą zakaźną i w razie najmniejszej choćby wątpliwości co do rozmiaru nowotworu, powinna być wykonaną operacja radykalna.

Żadna operacja raka krtani nie jest radykalną, o ile naczynia limfatyczne szyi nie zostały usunięte.

F. Erbrich.



IV. Wiadomości terapeutyczne.

214. (*i. z.*) **Acidum chinicum** (Sidal) w **dnie**.

Salfeld ogłasza badania nad wpływem Sidonalu na dnę. Sam przyjmował codziennie po 7,0 grm. w dawkach po 1,0 grm. bez szkody, poczem stosował środek u chorzych w dawce 5—6 grm. pro die z wybornym wynikiem. Środek ten chorzy znosili dobrze.

(Münch. Med. Woch. 16, 1901).

215. (*j. z.*) **Airolpasta**.

Housell ogłasza wyniki stosowania ciasta airolowego w kli-

nice Tübingeńskiej we wszelkiego rodzaju ranach. Ciasto to posiada w znacznym stopniu właściwości hygroskopijne i antyseptyczne i dla tego z korzyścią zastępuje innego rodzaju opatrunki. Ciasto ma skład następujący według Brunsa:

Rp. Airoli 5,0

Mucil. gum. arab.

Glycerini aa 10,0

Bol. alb. q. s.

f. pasta mollis.

Gdyby ciasto było zbyt suche,

dodać należy gliceryny, gdy jest za miękkie—wosku białego. Pasta nie powinna stykać się z metalami. (Z. f. klin. Med. XXIX Z. 2).

216. (Fr. G-yc) **Albargina.**

Przy przeglądaniu czasopism lekarskich otrzymuje się niekiedy wrażenie, jakby fabrykanci przetworów chemicznych urządzali pomiędzy sobą wyścig, który też z nich wzbogaci arsenał nasz środków lekarskich największą ilością nowych preparatów? Sypią się też „jak z rękawa“ coraz nowe pomysły, ukazują się w handlu aptecznym coraz nowe leki, a zabłyśnięwszy krótkotrwałą sławą reklamy, głoszonej przez swych wynalazców i sprzedawców, giną w pogardliwym zapomnieniu, ustępując miejsca pokoleniom nowym, odpowiadającym *modzie*.

Obecnie np. modne są u fabrykantów preparaty srebra, a bodaj najmłodszym z nich jest przytoczony w nagłówku. Czy zwycięży rywalów, czy razem z nimi legnie, nie zdobywszy laurów, trudno orzec, nie sprawdzwszy osobiście wartości jego; tyle jednak razy zawiodły już te cudowne *nowe środki*, że na każdy z nich spogląda się z niedowierzaniem, które—niestety, najczęściej okazuje się słusznym, a wobec tego i chęci do prób braknie.

Albargina ma zalety następujące: jest bardzo tania, rozpuszcza się w dowolnych ilościach wody „na poczekaniu“ (augenblicklich), nie ulega łatwo rozkładowi, można przeto, w braku wody destylowanej, użyć nawet zwyczajnej (aq. fontana), a roztwory przechowywać w naczyniach ze szkła jasnego, można wreszcie łączyć z roztworami sublimatu (1:10000). Własności lecznicze nie mniejszej wagi: przy zastrzykiwaniach (4—

5 razy na dobę) do cewki, dotkniętej rzeżączką, roztworów 0,1--0,2%, gonokoki zginęły: po 1-ym dn. użycia w 2 przypad.

2	„	5	„
3	„	4	„
4	„	8	„
5	„	6	„
6	„	3	„
7	„	2	„

Świadczy o tem dr. Bornemann (Charlottenburg).

217. (j. z.) **Bacillo.**

Nowy ten środek przeciwnilny ma według Wenera i Pajic'a posiadać siłę bakteryobójczą silniejszą, niż karbol i lysol, jest środkiem nie trującym i tanim, gdyż 5 litrów 1% roztworu kosztuje 12 ctów (około 10 kop.).

218. —z— **Dysmenorrhoea.**

Loiman stosuje w dysmenorrhoea, oligomenorrhoea, amenorrhoea jak również i w bezpłodności i przewlekłych zapaleniach macicy, kąpiele z kwasu węglowego, lub natryski gazowe z dobrym, podobno, wynikiem.

(Wien. klin. Woch. 15).

219. (j. z.) **Eczema.**

W przyszczyce u dzieci radzi Leistikow stosować w okresie pęcherzykowym następujące ciasto Rp. Adipis lanae

Zinzi oxyd.

Amyli aa 5,0

Vasellini albi 10,0

Hydrarg. oxyd. flavi 0,25--0,5

M. f. Pasta.

Po przyschnięciu strupków zaleca maść cynkoichtyolową. W razie nawrotów zaleca pyrogallol w ostrych okresach w maści $\frac{1}{2}$ —1%, w przewlekłej postaci 2—3%. (Monatshefte für pr. Derm. 21,5).

220. (j. z.) **Ferrychtol.**

Ferrychtol jest połączeniem ichtyolu z żelazem; w sprzedaży znajduje się w postaci tabletek po

0,1 grm. Unna zaleca ten środek w przewlekłych angioneurozach jak pokrzywka, lichen urticatus, purpura i hydroa, notuje również wyniki dobre w anemiach, gdzie stosuje go z arsenem.

(M. f. prak. Dem. 21,5).

221. (j. z.) **Fersan.**

Jest to preparat, otrzymany przez A. Jollesa z erytrocytów krwi wołowej. Jest to acidalbumina, zawierająca fosfor i żelazo, otrzymana przez strącenie za pomocą kwasu solnego odcentryfugowanych czerwonych ciałek krwi. W stanie suchym jest to proszek czekoladowy, smaku słodkawego, rozpuszcza się w wodzie ciepłej, nie strąca przy gotowaniu, wolny jest od domieszek ciał aloksurowych i innych ciał azotowych. Dawka, według Silbersteina 3—5 łyżeczek kawiarnych dziennie.

(Ther. Mon.).

222. (j. z.) **Fersan.**

Nowy ten preparat żelaza Buxbaum stosował w przytłoku dla rekonwalescentów w przypadkach złego trawienia i braku łaknienia oraz anemiach z dobrym wynikiem. Piszący te słowa w 2 przypadkach stosował ten środek u osób anemicznych z zaburzeniami w trawieniu z pomyślnym wynikiem po 3, a następnie po 6 pastylek dziennie. Środek ten nie wywołuje, jak inne preparaty żelaza, zaparcia stolca. (Prag. m. W.).

223. (j. z.) **Gonorrhoea.**

Menahem Hodora nawet w ostrym okresie rzeżączki przy powikłaniu zapaleniem przyjądrzy, radzi przepłukiwanie przedniej i tylnej cewki 0,25—0,50‰ gorącym roztworem azotanu srebra według metody Janeta.

(M. f. prak. Derm. 21,2).

224. (j. z.) **Haemorrhagiae.**

Liégeois stosuje w krwotokach zewnętrznych siarczan chininy po 0,5 3 razy co 1/2 godziny. Według niego środek ten powstrzymuje nawet bardzo silne krwotoki.

(J. d. prat. 47 1900).

225. (j. z.) **Ichtargan.**

Rzetema zaleca środek ten w przewlekłej rzeżączce dla instylacji w 2% roztworze, Unna w postaci przysypki 1—5% chwali użycie tego środka w oczyszczonych wrzodach голени dla wywołania szybkiego zbliznowacenia. W tym ostatnim razie kombinuje leczenie z plastrem salicylo-krezotowym albo cannabis-salicylowym.

(M. f. p. D. 21,2).

226. (j. z.) **ichtoform.**

Jest to połączenie ichtyolu z formaliną, używane przez Unnę w ograniczonej pryszczycy jako 1% dodatek do innych maści.

(M. f. p. D. 21,2).

227. (j. z.) **Jodalbacid.**

Jest to związek organiczny (białkowy?) jodu, używany dość często za granicą. Meissner ogłasza 47 przypadków przymiotu, w których stosował ten środek zamiast jodku potasu. Środek ten działa powolniej niż jodek potasu, ale mniej oddziałuje na narządy trawienia. Po 8 dniach stosowania środka w postaci tabletek, radzi 2 dni dawać odpoczynku.

(Deut. Woch. 1900, 38).

228. (j. z.) **Ileus** (stosowanie atropiny).

Podaliśmy już w jednym z zeszytów poprzednich o działaniu atropiny w zaparciu stolca. Obecnie streszczamy dalsze prace w tym kierunku.

1. Bofinger przestrzega przed zbytniem zaufaniem do tego środ-

ka, szczególnie w przepuklinach, oddaje jednak atropinie pochwały, byle umiejętnie była używana.

2. Dr. A d a m ogłasza przypadek wyleczenia 67 l. starca za pomocą zastrzykiwania 0,03 grm. atropiny oraz podawania do wewnątrz oliwy (70 grm. co 4 godziny).

3. Dr. M i d d e l d o r p f w przypadkach skręcenia kiszek zaleca wstrzykiwania po 0,001 — 0,025 atropini sulf. z wynikiem pomyslnym.

4. D i e t r i c h opisuje przypadek ileus, w którym po wstrzyknięciu 0,001 atrop. sulfurici nastąpiło polepszenie, a po powtórnym wstrzyknięciu 0,003 grm. wyleczenie zupełne.

(Mün. m. W. 9).

229. (j. z.) **Injectiones subarachnoideae.**

Wstrzykiwania kokainy 2% $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ szpryki stosuje Marx w porodach; dla zwalczenia bólu głowy i wymiotów współcześnie wstrzykuje morfinę. Przebieg porodu jest prawidłowy bez bólu.

(Forschr. d. Medicin 7).

230. (j. z.) **Phimosis.**

F. A. L a a f ze względów kosmetycznych radzi unikać rozcięcia napletka, zaleca natomiast rozszerzanie, które jest bezkrawe, bezbolesne i nie pozostawia blizn. Metoda polega na rozszerzeniu napletka za pomocą pincety i odprowadzeniu go po za żołądź i następnie zsunięciu napletka. Powtarza się manipulacja kilka razy. Ponieważ sposób ten prowadzić może do masturbacji, oględnie stosować go należy.

(D. m. W. 9).

231. (j. z.) **Pityriasis versicolor.**

Dr. P o r o s stosuje z powo-

dzeniem w cierpieniu tem pędzlowanie nalewką jodową w ciągu 3—4 dni miejsc zajętych chorobą.

Po tym czasie naskórek wraz z grzybkami schodzi.

(Ung. Med. Pr. 41).

232. (j. z.) **Praca jako środek leczniczy.**

Pod tym nagłówkiem dr. E s c h l e podaje następujące wskazania do stosowania pracy w różnych chorobach. Według niego działanie polega na ogólnym wpływie higienicznym, na uspokojeniu psychicznym, szczególnie chorych kobiet, na wpływie jej etycznym, na ćwiczeniu fizycznym. Praca musi być ściśle indywidualizowana, najlepszą jest praca w polu.

(Ther. Mon. 2, 1901).

233. (j. z.) **Prostato-spermatorrhoea.**

S e l l e i zaleca w tem cierpieniu extr. hydrastis canadensis w zwykłych dawkach.

(Klin. ther. Woch. 48).

234. (j. z.) **Yohimbina.**

W dalszym ciągu zanotować musimy następujące spostrzeżenia nad działaniem tego środka. Berger stosował impotentia paralytica 0,1 grm. tego środka ze skutkiem wybornym (erectio cum ejaculatione). W cięższych przypadkach Berger zaleca po 0,015 grm. na dawkę. Można również zapisywać środek w roztworze 0,1:20 gr. dziennie po 20 kropel. Wyrabiają już środek ten w tabletkach. E u l e n b u r g zapisuje 1% roztwór yohimbini hydrochlor. po 10 kropel 2 r. dz. i zaleca na mocy obserwacji w przypadkach impotentiae neurasthenicae.

(Deut. med. Woch. 17).

V. Zjazd przeciwwyskokowy w Wiedniu.

9—13 kwietnia 1901 r.

Ósmy zjazd przeciwalkoholiczny odbył się w Wiedniu przy licznie gronie delegatów i uczestników.

Pomijamy tu przemówienia okolicznościowe i zaznaczamy poważniejsze tylko przemówienia.

Sensację wywołał głos d-ra Meinerta z Drezna, który uważa lekarzy za opojów i temu przypisuje rozpajanie chorych; zarzuty te cofnął mówca na następnym posiedzeniu pod naciskiem opinii publicznej.

Dr. Forel na zasadzie statystyki starał się udowodnić, że *alkoholizm* jest wrogiem kultury. W Szwajcaryi $\frac{1}{3}$ *samobójstw* oraz *chorób umysłowych występuje u pijaków*, protestuje przeciw mniemaniu, aby alkohol był środkiem odżywczym i radzi tworzyć towarzystwa wstrzemięźliwości.

Prof. Meyer z Marburga mówił o *działaniu* wysokoku na *sprawność narządów* ludzkich—przypisuje mu wpływ szkodliwy.

Dr. Wlaskak z Wiednia przytoczył własne spostrzeżenia nad wpływem wysokoku na czynność mózgu, która ulega znacznemu upośledzeniu.

Dr. Kassowitz, mówiąc o używaniu alkoholu u *dzieci*, przychodzi do wniosku, że użycie wysokoku zarówno u zdrowych jak i chorych dzieci powinno być stanowczo zaniechane.

Prof. Gruber miał wykład o *wplywie wysokoku na choroby zakaźne*. Opierając się na badaniach osobistych nad zwierzętami, Gruber dochodzi do wniosku, że wyskok działa ujemnie zarówno na przebieg, jak i na stan chorób zakaźnych.

O związku wysokoku z *paralysis progressiva* mówił dr. Voisier z Paryża, prof. Antou szerzej traktował sprawę wpływu używania wysokoku u rodziców na dziedziczność i objawy degeneracyjne, rzecz która wywołała dyskusję.

Dr. Bezola na zasadzie statystyki stwierdza, iż ilość chorób umysłowych zwiększa się w czasie przyjmowania wysokoku w większej ilości, zmniejsza w czasach nateżonej pracy (lipiec—sierpień).

Z dalszych przemówień zaznaczamy przemówienia w kwestyi tworzenia *sanatoryów* dla pijaków oraz o rozporządzeniach przeciwalkoholicznych w wojsku (dr. Richard z Paryża, dr. Bonne z Monachium).

Przy obradach nad referatami delegatów poszczególnych stowarzyszeń wystąpił na czoło pogląd, iż wyskok nawet w małych ilościach jest szkodliwy.

Następny kongres odbędzie się w Bremie

X.

VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

Radom, 22 kwietnia 1901 r.

Powstał tu projekt założenia Towarzystwa Lekarskiego, brak którego tak dotkliwie odczuwać się nam daje. Wprawdzie, myśl założenia powyższego Towarzystwa nie jest nową, gdyż jeszcze w r. 1871 podjął ją ówczesny inspektor lekarski, chlubnie znany szerokiemu ogółowi na polu archeologii i numizmatyki—nieodżałowanej pamięci dr. med. Teofil Rewoliński, lecz myśl ta, niestety, do dziś dnia nie została urzeczywistniona. Być może, iż wznowione starania uwieńczone zostaną pomyślniejszym skutkiem i że posiadziemy nową instytucję, która niewątpliwie przyczyni się do rozbudzenia żywszego wśród nas ruchu naukowego z jednej strony, z drugiej zaś wpłynie na postępy praktyki sanitarnej. Jak obecnie, to życie nasze naukowe płytnie dość wazkiem korytem; kto jednak zna warunki prowincjonalne, brak towarzystw naukowych, brak poważnych bibliotek, brak odpowiednio urządzonych szpitali etc.—ten nie może nas bezwzględnie potępić. Że jednak odczuwamy gorąco braki, to widać z ciągłych starań naszych, czynionych w celu poprawy warunków obecnych, a w imię: „kołaczcie, a będzie wam otworzono“, kołatać będziemy bez przerwy. Jak obecnie, to robimy—co, jak i o ile możemy. Czasopism lekarskich abonujemy 22, a mianowicie: 1) Kron. Lek.—8 egz. 2) Medycyny 7, 3) Gazety Lek. 5, 4) Przeglądu Lek. 4, 5) Nowin Lek. 1, 6) Pamięt. W. T. L. 3, 7) Czasop. Lek. 3, 8) Krytyki Lek. 2, 9) Postępu Okulist. 1, 10) Zdrowia 2, 11) La Semain. Méd. 2, 12) Rev. mens. d. mal. de l'euf. 1, 13) Berl. klin. Woch. 1, 14) Deutsche Med. Woch. 1, 15) Centr. f. Gynäk. 1, 16) Jahr. fr. Kinderheilk. 1, 17) Centralblatt f. Prakt. Augenheilkunde 1, 18) Prakticzeskaja Medicina 4, 19) Wiestn. obszcz. gigieny, sudieb. i prakticz. medicyny 1, 20) Letopiś chirurgii 1, 21) Chirurgia (ros.) 2, 22) Rukowodstwo k. prakt. medicynie Schwalbe'go i Ebsteina 1, razem 53 egz., t. j. przecięciowo na każdego z nas wypada przeszło po 2 pisma. Ilość tych ostatnich, prenumerowanych przez poszczególnych kolegów, jest bardzo nierówną: gdy jedni prenumerują po 5—7, a nawet 10, to niektórzy zaledwie po 1 piśmie. Prac specjalnych z powodów wyżej zaznaczonych nie podano w roku zeszłym żadnych. W innych materyach drukowali: kol. Zerański: „Gawędy starego Macieja o Marcu“ (w Gaz. Rad.); kol. Papiewski: „W sprawie miejskiego kuratorium trzeźwości“ i „O znaczeniu przytułków położniczych wogóle i o potrzebie przytułku w Radomiu“ (w Gaz. Rad.); kol. Fidler: „Szpitalnictwo w Gub. Rad.“ (w Czasopiśmie Lek.) i „Przełomowa chwila“ (w Gaz. Rad.); kol. Cennère: „O potrzebie założenia w Radomiu biblioteki naukowej“ i „O kąpielach zimnych“ (w Gaz. Rad.) oraz streszczenia prac lekarskich z pism obcych (w Kron. Lek.).

Co się tyczy udziału kolegów w życiu społecznym naszego mia-

sta, to, jakkolwiek należą oni wszyscy jako członkowie do instytucyj tutejszych, czynny jednak udział przyjmuje w nich stosunkowo niewiele, mianowicie: koledzy Płuząński i Przechodzki są z wyboru radcami Zarządu miejskiego; kol. Płuząński—członkiem komitetu Tow. Wz. Kred.; kol. Przechodzki—prezesem Tow. spożywczego „Oszczędność“; kol. Kosicki—prezesem Rad. Tow. Kolarzy; kol. Fidler—członkiem rady Tow. Straży Ogn.; kol. Papiewski, członkiem komitetu Resursy i członkiem Rady Tow. Dobr.

Bezstronność nakazuje przyznać, iż koledzy ci przyjmują bardzo żywy udział w sprawach swych instytucyi i pracują z wielkim dla nich pożytkiem, stwierdzając tem samem, iż pierwiastek lekarski, jako pełen energii i inicjatywy, wielce pożądanym jest w instytucjach społecznych, zwłaszcza na prowincyi, gdzie obojętność na sprawy publiczne jest niemal powszechną. Zarówno koledzy Płuząński i Przechodzki usilnie pracują wraz z zarządem miasta nad jego potrzebami, kol. Przechodzki podnosi stopniowo chylące się prawie do upadku Stowarz. spozyw. „Oszczędność“, kol. Kosicki jest duszą ulubionego przez się towarzystwa „Kolarzy“, kol. Fidler wykazuje wielką ruchliwość już to jako projektodawca ubezpieczenia czynnych członków straży ogn. och. od nieszczęśliwych wypadków, już to jako autor bardzo obszernego memoriału w kwestyi reorganizacyi tejże straży według ustawy normalnej, wreszcie kol. Papiewski krząta się, z właściwą mu, energią, w imieniu Towarzystwa Dobroczynności, by przyprowadzić do skutku projektowany w Radomiu przytułek położniczy. W roku zeszłym obywatel tutejszy p. Stanisławski Karol (senior) ofiarował na ten cel 5000 rb. Ponieważ suma ta okazała się niedostateczną, a Towarz. Dobr. funduszu odpowiedniego nie posiadało, przeto kol. Papiewski zainicjował i zorganizował 2 przedstawienia operowe amatorskie („Bettly“—Moniuszki), które przyniosły przeszło 800 rb., co wraz z ofiarami postronnemi uczyniło 6000 rb. Obecnie kol. P. napisał ustawę przytułku, która została przesłaną do zatwierdzenia. W niedługim zatem czasie należy się spodziewać, iż miasto nasze otrzyma instytucyę, o której pożytku, zdaje się, zbytecznym jest mówić.

A życie nasze towarzysko-koleżeńskie? Jest ono bardzo rozwinięte: co pewien czas odbywają się zebrania koleżeńskie, na których wobec gościnności gospodyń i gospodarzy mile przepędzamy nie jedną chwilę. Tu komunikujemy sobie wzajemnie spostrzeżenia kliniczne, dyskutujemy nad nowymi metodami leczniczymi, omawiamy sprawy zawodowe itp. Nie potrzebuję dodawać, iż zebrania powyższe wpływają bardzo dodatnio na zespolenie się wzajemne kolegów.

* * *

VII. Notatki bibliograficzne.

(Z) Feliks Arnstein. **Ciechocinek**, jego czynniki lecznicze i urządzenia. Warszawa 1901.

Autor, znany na polu piśmiennictwa naukowego, korzystając z kilkoletniej praktyki w sezonie w Ciechocinku, zaznajamia czytelników z tą pierwszorzędną u nas miejscowością leczniczą. Broszura ta obejmuje opis warunków przyrodzonych i higienicznych Ciechocinka, opis czynników leczniczych, a więc kąpeli solankowych i błotnych, tężni etc.; następnie autor rozpatruje działanie lecznicze solanki, kąpeli borowinowych, natrysków, leczenie chorób różnych, daje wskazówki jak się zachować należy przy picu solanki i przy leczeniu kąpielowem, podaje wreszcie informacje ściśle co do cen lokali, środków komunikacyi, oraz ogólne przepisy prawa.

Opis Ciechocinka przez kol. Arnsteina jest bardzo na czasie, zainteresowanie się bowiem publiczności i lekarzy tą miejscowością wzrosło, a utworzone niedawno towarz. budowania willi w Ciechocinku rozpoczęło już swą działalność, co na dobre wyjdzie tej miejscowości.

(Z) Wł. Połkotycki. **Fizyka**, kurs samokształcenia. Warszawa 1901.

Podręcznik fizyki, obejmujący całokształt tej wiedzy, był nader potrzebny. Brak został zapełniony przez wydawnictwo, które mamy przed sobą. Jest to tom duży (31 arkuszy druku), zawierający główne zasady tej nauki, dostępne dla wszystkich, a jednak traktowane ściśle naukowo. Podręcznik uwzględnia najnowsze odkrycia naukowe i z tego względu zasługuje na polecenie. Korekta nieco szwankuje, sądzimy, że w następnym wydaniu autor sprostuje i niektóre, nieznaczne zresztą, błędy językowe.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15 Maja 1901 roku.

—Z— Zewsząd słyszymy skargi na brak akuszerek wykwalifikowanych, którym można by powierzyć zdrowie położnic. W Warszawie akuszerki jest dość, przeważnie starszych, w większych nawet miastach prowincjonalnych akuszerka wykwalifikowana to rara avis, mimo że utrzymanie miała by dostatnie nawet, a praca nie jest znów tak ciężka. Kwestya tą zajmowała się w swoim czasie *Kronika*, Towarzystwo higieniczne również opracowało ją dostatecznie, Towarzystwa lekarskie łódzkie i lubelskie specjalne memoriały złożyły władzom, sprawa jednak dotąd nie jest należycie traktowana i owoców tych zabiegów nie widać.

Kwalifikacye od akuszerok wymagane są dość nizkie: 4 klasy gimnazjalne; zdawało by się więc, że znaczna część kobiet, szukających pracy, mogła by zwrócić się ku temu źródłu zarobku, który nie jest cięższy od innych, a nader pożyteczny. Niesienie ulgi cierpiącym jest przecież bardzo pięknym samo przez się czynem.

Nie chcemy wchodzić w przyczyny, leżące po za sferą naszej działalności, ani dodawać do istniejących nowych projektów, gdyż istniejące są zupełnie dobre, pragniemy tylko zwrócić się do samych lekarzy z prośbą, aby namową i wpływem osobistym oddziaływali zarówno na rodziców i opiekunów, jak i na możliwe kandydatki i starali się zjednać w ten sposób zastęp adeptek akuszeryi. Słyszeliśmy o zamiarze stworzenia stypendyów dla uczenie w instytucie akuszeryjnym—projekt godzien poparcia. Nim to nastąpi, w granicach możliwości należy starać się o zjednywanie uczenie i dopomaganie im w pracy. Zastęp uczenie dzisiejszych nie odpowiada potrzebom społeczeństwa z wielu względów, których rozpatrywać, zresztą, tu nie będziemy.

(C) Na jednej z dróg żelaznych w Królestwie w miejsce dotychczasowych konsultantów ustanowiono t. zw. lekarzy-zastępców. Kandydaci, życzący objąć powyższe stanowiska, powinni byli podpisać poniższą deklaracyę:

„Przyjmując obowiązki lekarza-zastępcy nauczastku X. Drogi Żel. Y. zobowiązuję się:

1) Bezpłatnie udzielać porady lekarskiej urzędnikom drogi i ich rodzinom w mem mieszkaniu w godzinach przyjęć, jak również udzielać pomocy lekarskiej chorym na linii, w granicach najbliższych stacyj miejsca mego zamieszkania.

2) Pomagać lekarzowi uczastkowemu w razie nagłej potrzeby lub nieszczęśliwego wypadku na kolei.

3) Zastępować lekarza uczastkowego w czasie jego choroby lub urlopu, pobierając za to wynagrodzenie ustanowione przez p. Dyrektora kolei na zasadzie istniejących lub przyszłych rozporządzeń władz centralnych.

4) Stosować się do zatwierdzonego na kolejach żelaznych katalogu lekarstw“.

Co do leczenia urzędników i ich rodzin etc. obowiązuję się stosować do zatwierdzonych przez P. Ministra Dróg i Komunikacyi 27 Marca 1897 r. za № 5965 „Prawideł służby lekarsko-sanitarnej na drogach żelaznych otwartych dla użytku publicznego“.

„Miasto mca dn. 19 roku“.

Jak wypływa z powyższej deklaracyi, lekarz-zastępca pobiera wynagrodzenie jedynie wtedy, gdy zastępuje chorego lub nieobecnego kolegę. Pominawszy, iż kolega ów może zupełnie nie żądać urlopu, lecz i w tym razie, ponieważ urlop trwać dłużej nad 3 tygodnie nie może, a Zarząd jak obecnie, za dzień zastępstwa takiego płaci 2—3 rb., to t. zw. lekarz-zastępca może otrzymać 60—90 rb. rocznie. Po zatem *obowiązany* jest przez rok okrągły udzielać porady lekarskiej urzędnikom drogi i ich rodzinom zarówno w miejscu swego zamieszkania, jak

i na linii mieszkającym, *zupełnie bezpłatnie*, jak również *bezpłatnie* spieszyć w nagłych i nieprzewidzianych wypadkach.

Że warunki powyższe, wprost wyzyskujące pracę jednostek, mógł podać zarząd kolejowy — to nas nie dziwi, gdyż do smutnych tych „oszczędności“ już przyzwyczailiśmy się; lecz, co nas niezmiernie zadziwia, to że deklaracje powyższe zostały podpisane przez kolegów. Nie narzekajmy przeto na wyzysk pracy naszej, gdyż sami winni jesteśmy, iż pozwalamy się wyzyskiwać. Gdyby każdy z nas deklarację podobną z oburzeniem odrzucił, to zarząd niewątpliwie spostrzegłby się, iż w zapędach swych oszczędnościowych zbyt daleko się posunął i zmuszony byłby podać warunki odpowiednie do żądanych zobowiązań.

—Z— W zeszłym miesiącu otwarto na Pradze drugie kąpiele ludowe im. prof. T. Chałubińskiego. Kąpiele te są urządzone odpowiednio celowi. Wydział kąpeli ludowych Tow. Dobroc. zamierza przystąpić obecnie do budowy kąpeli przy ul. Czerniakowskiej na terytorjum gruntów wojskowych. Budowa zależną jest od ukończenia kanalizacji Powiśla.

Za przykładem wydziału poszła fabryka br. Pfeiffer, urządzać kąpiele dla swych robotników, pożądanymi byli by i inni naśladowcy. W r. 1900 wydano 28,150 kąpeli, w tem dla mężczyzny 23516. Koszt utrzymania zakładu „Janina“ wynosił 2.226 rb. 80 k. Ilość kąpeli w ciągu 2 lat wzrosła o 3700. Do tej pory kąpiele te dają deficyt, pokrywany przez ludzi dobrej woli.

—Z— Do wszystkich pism lekarskich została doręczona przy zeszłym numerze odezwa i informacja kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy. Pisaliśmy już o celu instytucji i o jej rozwoju. Mamy nadzieję, że czytelnicy nasi skorzystają z ułatwienia i zapiszą się do tej pożytecznej instytucji samopomocy.

—Z— W Krakowie, jak donosiliśmy, utworzył się komitet polski Zjazdu lekarzy w Pradze. W skład komitetu, prócz wymienionego już prof. Wicherkiewicza, weszli d-rzy: Kwaśnicki, Raczynski i Majewski.

—Z— Delegatem Kroniki na Zjazd lekarzy czeskich w Pradze jest kol. Stanisław Kurtz.

—z— Zjazdy: 29 Maja—do 1 Czerwca. Kongres niemieckich ginekologów w Giessen.

8—9 Czerwca. Zjazd neurologów i psychiatrów niemieckich w Baden-Baden.

W połowie lipca Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

22—26 Lipca. Zjazd badaczy gruźlicy w Londynie.

17—23 Września. V Zjazd międzynarodowy fizjologów.

18—20 Września. Zjazd związku higienistów niemieckich w Rostoku.

23 Września. II Zjazd lekarzy tow. ubezpieczeń.

23—28 Września. 73 Zjazd przyrodników niemieckich.

15—20 Października. IV Kongres pediatrów włoskich we Florencji.

21—26 Października. Kongres chirurgów francuzkich w Paryżu.

20—31. Grudnia. Zjazd lekarzy rosyjskich w Petersburgu.

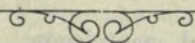
Z M A R L I.

Dr. Franciszek Śliwicki, l. 65 zmarł d. 2 b. m. w Warszawie, był przez czas dłuższy lekarzem naczelnym kolei Warszawsko-Wiedeńskiej i gorliwie zajmował się organizacją na niej służby zdrowia. Przed kilku laty ustąpił ze stauowiska. Prócz obowiązków służbowych, zmarły zajmował się praktyką lekarską. Umieścił w Medycynie kilka rozpraw naukowych.

Dr. William Hay, lekarz Zakładów Żyrardowskich, zmarł d. 12 b. m., w wieku lat 47.

Odpowiedzi Redakcyi.

Sz. kol. W. O. w L. Niestety, brak izb lekarskich lub odpowiadających im instytucyj zmusza nas do obcowania z osobistościami, które na to zgoła nie zasługują. Fakty, przytoczone przez sz. kolegę, są bardzo smutne. Świadome wstrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej w płonicy „aby w ten sposób okazać gorliwość wobec rodziców“ jest już wprost przestępstwem, a rozgłaszanie ze względów konkurencyjnych i przez zemstę wiadomości o chorobie kolegi dowodzi chyba zaniku wszelkich zasad moralnych. Z tem wszyskiem jednak nie posiadamy środka na pozbycie się takiego „kolegi“, a złożona przysięga zmusza nas zawsze do przyjęcia z nim narady, gdyż w naradzie lekarskiej chodzi o chorego, nie o lekarza. Odbycie narady jednak weale nie zmusza do utrzymywania stosunków towarzyskich.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiązcie rdzenia—Dr. Bornstein—str. 415
II. Intubacya czy tracheotomia?—Dr. Stanisław Lejzerowicz—str. 421.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

206. K. Sapiieżko (z Kijowa) — Przyczynek do techniki rezekcyi odźwiernika—str. 429.
207. W. Körte—O skuteczności leczenia chirurgicznego w przypadkach wrzodu żołądkowego—str. 433.
208. Dr. H. Strauss—Przyczynek do rokowania w przypadkach raka odźwiernika po dokonanej gastroenterostomii—str. 434.
209. Dr. Marwedel (z Heidenbergu)—Przyczynek do kazuistyki ropni trzustkowych—str. 436.
210. Dr. S. Goldner (z Wiednia)—Wycięcie raka odbytnicy po przez kość krzyżową wraz z jednoczesnem usunięciem macicy—str. 438.

II. Choroby kobiet.

211. Krönig—O całkowitem wyluszczeniu macicy przez cięcie brzuszne—str. 440.
212. Prof. Albert Sippel—O wędrówce zewnętrznej jaja, odczynie jajowodu i ciąży jajowodowej—str. 444.

III. Choroby gardła i krtani

213. Prof. Mackenzie—Słów kilka o wartości rozpoznania gołem okiem i o usunięciu całkowitem krtani wraz z otaczającymi ją zakażonymi gruczołami limfatycznymi w taku krtani—str. 446.

IV. Wiadomości terapeutyczne (214—234) str. 448.

V. Zjazd przeciwwysokowy w Wiedniu—str. 452.

VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“—str. 454.

Notatki bibliograficzne — str. 457.

Kronika bieżąca — str. 457.

Nekrologia — str. 458.

Odpowiedzi Redakcyi — str. 458.

Od wydawców.

„Kronika Lekarska“ wychodzić będzie w r. 1901-ym w tej samej objętości, z tym samym programem i na tych samych warunkach.

Dla uniknięcia zwłoki w odbiorze pisma upraszamy Pp. prenumeratorów o wczesne przesyłanie przedpłaty, oraz zawiadamianie o zmianie adresu. Pp. prenumeratorów, zalegających w opłaceniu przedpłaty, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Z d. 1 stycznia biuro redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ zostało przeniesione na ul. Orłą № 5/A m. 3 (Telofonu 1264), upraszamy o nadsyłanie rękopisów, pism i książek pod tym dressem.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

KROWIANKA

OSPA OCHRONNA

W Instytucie szczepienia ospy Daniłowiczowska 8.

Dra TCHÓRZNICKIEGO.

O j c ó w

Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, wody mineralne. Ceny mieszkań i stołowania w czasie zimowym niższe. Poczta i telegraf na miejscu.— Odległość od Olkusza stacji kolei Iwangrodzko-Dąbrowskiej 19 wiorst. — Chorych umysłowo Lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu **Dr. Stanisław NIEDZIELSKI.**

NAJSTRAWNIEJSZA
ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.

Natürliches arsen-
und
Guber Quelle
eisenhaltiges
Mineralwasser
FRANZENICA IN BOSNIEN.

Według chemicznego rozbioru
uskręconego przez c. k. Profe-
sora Chemii Lekarskiej, Rady
Dworu Ernesta Ludwiga woda
ta w 10.000 części zawiera

na wagę:

Kwasu arsenowego 0,061
Siarczanu tlenku żel. 3,734.

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

Heinrich Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad.

Dr. Wł. Maleszewski

b. Asystent Kliniki Lekarskiej w Krakowie,

ordynuje jak lat ubiegłych w Karlsbadzie.

Alte Wiese Drei Staffeln.