

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

BĄBLOWIEC (*Echinococcus*) JAMY BRZUSZNEJ I JEGO LECZENIE.

napisał **W. H. Krajewski,**

miejscowy lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

(Dokończenie ob. Nr. 1, 2, 3 i 4).

Pomimo tak świetnych wyników metody dwuczasowej, w 1879 roku wystąpiła z nią do walki i dotąd z różnym powodzeniem współzawodniczy inna jeszcze metoda leczenia bąblowców jamy brzusznej — *metoda jednoczasowego przecięcia Lindemann'a*. Jak sama nazwa wskazuje metoda ta polega na jednoczesnem otworzeniu ścianek brzusznych i torbieli. Podług Stromeyer'a (*Lehrbuch der Chirurgie*, Th. III p. 539,) jeszcze przed Lindemann'em wykonał podobną operację niejaki Dr. Schmidt, ponieważ jednak żadnych detali o sposobie wykonania tej operacji nie ma i zakończyła się ona śmiercią chorego, przeszła więc zupełnie niespostrzeżenie i zaufania do metody niewzbudziła. Pierwszy Säger ²⁵⁾ w 1877 roku opisał jednoczasową operację bąblowca ze szczęśliwym zejściem, opis jego króciuteńki, wyglądający raczej na notatkę, też nikogo do naśladowania nie nakłonił. Dopiero dysertacja Kirchnera ¹⁵⁾, wydana w 1879 roku, a zawierająca opis 7 wypadków operowanych przez Lindemann'a, zwróciła uwagę chirurgów na jednoczasową metodę; w ślad za nią pojawiły się prace Landau'a ³⁵⁾ i wielu innych, gorąco polecające jednoczasową metodę. Lindemann operował pierwszy wypadek, podług swojej metody, w 1871 r., gdy tymczasem Säger dokonał operacji w 1877 r., przeto też za wynalazcę, pomimo późniejszego ogłoszenia, właściwie Lindemann'a uważać należy. Ponieważ spór o to czy należy operować metodę Volkmann'a, czy też Lindemann'a w ostatnich czasach na nowo przez Lihotzky'ego ⁶⁴⁾ został podjęty, i autor rozstrzyga go na korzyść metody Volkmann'a, postaram się więc przytoczyć tu powody dla któ-

rych, mojem zdaniem, dwuczasaowa metoda powinna ustąpić miejsca jednoczasowej.

Lihotzky twierdzi: że metoda dwuczasaowa jest łatwiejsza do wykonania, dała dotąd lepsze wyniki; że niebezpieczeństwo przeoczenia drugiej torbieli istnieje tak samo przy operowaniu jedno jak i dwuczasaową metodą, że nakoniec tylko torbiele głęboko położone nie nadają się do leczenia metodą dwuczasaową. Otóż przedewszystkiem co do łatwości wykonania, to trudno się zgodzić, żeby metoda Lindemann'a była trudniejszą od Volkmann'owskiej, gdyż, jak to poniżej zobaczymy, trudności w nakładaniu szwów prowizorycznych łatwo uniknąć można, a przynajmniej sprowadzić do minimum. Rzeczywiście zaprzeczyć się nie da, iż przy operowaniu metodą Lindemana'a potrzeba umiejętniejszych pomocników, zwłaszcza asystent przyciskający brzegi rany ścianek do torbieli powinien być zręczny, lecz korzyści jakie, operując tą metodą, osiągamy, są warte aby się postarać o wyuczenie względnie łatwego rękoczynu, o którym poniżej. Że metoda Volkmann'a dała dotąd lepsze rezultaty (na 22 wypadki—1 śmierć) gdy tymczasem rezultaty metody Lindemann'a są gorsze (na 65 wypadków — 7 śmierci) to jeszcze niczego nie dowodzi, gdyż zależy tu bardzo wiele od tego, jakie wypadki były poddane operacji za pomocą metody dwuczasaowej, a jakie za pomocą jednoczasowej. Z tablicy, którą podaję na końcu artykułu, okazuje się, iż z pomiędzy 22 bąblowców operowanych dwuczasaowo, jeden tylko był zropiały, gdy tymczasem w wypadkach operowanych jednoczasowo wiele było zropiałych. Jeśli dalej przyjrzymy się przyczynom śmierci, to się przekonamy, iż z pomiędzy zmarłych operowanych jednoczasowo tylko 2 umarli w skutek ropnicy lub posocznicy, w skutek zapalenia otrzewnej nie było ani jednej śmierci, pozostałe zaś zejścia niepomyślne nastąpiły z powodów zupełnie od operacji niezależnych, i tak: 1 chora operowana in extremis umarła w skutek zapaści w kilka godzin po operacji, 2 chorych umarło od zapalenia opłucnej, 1 chora podczas operacji w skutek przeżarcia V. cavae inferioris i zatkania prawego serca pęcherzami, nakoniec 1 chora wskutek krwotoku z wrzodu znajdującego się w dwunastnicy. Jeśli do tego dodamy, iż jeden wypadek ropnicy zdarzył się jeszcze w czasach, w których metoda przeciwnilnego opatrywania bardzo szwankowała, to mamy wszelkie prawo przypuszczać, iż procent śmiertelności, wynoszący obecnie zaledwie 3%, po odtrą-

ceniu tych wypadków śmierci, które na karb metody polizczone być nie mogą, znacznie się jeszcze zmniejszy przy ściśle stosowaniu metody Listerowskiej. — Tak więc rezultaty otrzymywane przy operowaniu metodą jednoczasową są zupełnie zadawalniające i nie mogą nikogo od stosowania tej metody odstraszyć; przeciwnie metoda dwuczasowa obfituje w liczne wady, które się mogą stać zgubnymi dla chorego:

1. Jeśli torbiel zropiała i chory gorączkuje, to wcale nie jest rzeczą obojętną pozostawić na kilka dni takie źródło infekcyi, i otworzywszy jamę brzuszną wyczekiwać zrostów; pierwszy dreszcz wstrząsający może nas zmusić wtedy do wykonania drugiego aktu operacyi, nie doczekawszy się zrostów.

2. Zrosty pomimo długiego wyczekiwania nie wytwarzają się jak należy, są bardzo słabe; Trendelenburg⁷⁹⁾ po 10 dniach wyczekiwania nie otrzymał dostatecznych zrostów, tak iż musiał nałożyć wtórny szew. Napad kaszlu lub wymiotów, podczas dokonywania drugiego aktu operacyi, może zniszczyć takie wiotkie zrosty, a wtedy płyn najniespodziewaniej dostanie się do jamy otrzewnej.

3. Po otworzeniu ścianek brzusznych na najbardziej wypukłym miejscu nie można zastosować aspiracyi, nie można się więc przekonać o grubości warstwy organu, która oddziela torbiel od ścianek brzusznych, co, jak to już wyżej zaznaczyłem, może się stać przyczyną licznych pomyłek.

4. Podczas wyczekiwania na zrosty, torbiel, wskutek zmian w ciśnieniu spowodowanych usunięciem podpory jaką znajdowała w nienaruszonych ściankach brzusznych, sama może pęknąć przed dokonaniem drugiego aktu i wylać zawartość do brucha.

5. Wprawdzie i przy metodzie Lindemann'a zdarzały się wypadki przeoczenia drugiej torbieli, w każdym jednak razie wprowadziwszy rękę przez otwór w ściankach brzusznych i zbadawszy jamę brzuszną jesteśmy więcej zagwarantowani od omyłki niż przy metodzie Volkmann'a, w której tego uczynić nie możemy.

6. Nakoniec w wypadkach, w których przednia powierzchnia torbieli oddzielona jest od ścian brzusznych przez inne organy, na przykład przyrosłe pętlice kiszek (patrz tablicę N. 23), metoda Volkmann'a stanowczo użyć się nie da, z powodu iż po oddzieleniu zrostów torbiel nie będzie ściśle do ścianek brzusznych przylegać.

Przytoczone wyżej powody dostatecznie, zdaje się, prze-

konywają o niższości metody Volkmann'a, nic też dziwnego, iż obecnie większość chirurgów skłania się ku metodzie Lindemann'a. Ja w moich dwóch wypadkach trzymałem się tej ostatniej, ku zupełnemu memu zadowoleniu, gdyż oba zakończyły się wyzdrowieniem.

Sposób dokonania operacji metodą Lindemann'a tak jak go pierwotnie opisał Kirchner ¹⁵⁾ jest następujący: Przecięcie ścianek brzusznych dokonywa się w najrozmaitszych miejscach, kierując się największą wypukłością guza, lub danemi otrzymanemi przy próbnem przekłuciu. Po otworzeniu jamy brzusznej, L., dla ostatecznego zatrzymania krwotoku ze ścianek brzusznych, nakłada tymczasowy szew kuśnierski łączący skórę z otrzewną przyścienną, który następnie w miarę przyszywania torbieli usuwa. Gdy się w ranie przedstawi torbiel, chodźć będzie o to, aby utrzymać ją w ścisłem zetknięciu ze ścianą brzuszną, a to w celu nie dopuszczenia przenikania do jamy brzusznej zawartości torbieli, wylewającej się po rozcięciu ostatniej. Lindemann starał się otrzymać możliwie dokładne przyleganie brzegów rany ścian brzusznych do torbieli za pomocą ligatur, przeprowadzonych przez brzegi rany skórnej i torbiel w kierunku równoległym do podłużnego wymiaru rany (patrz fig. I), przyczem przebijał igłą całą grubość ściany brzusznej wraz z otrzewną przyścienną przy jednym kącie rany, następnie przeprowadzał ją przez torbiel, a po wykluciu z takowej przebijał nią znów ściankę brzuszną u drugiego kąta rany. Takie szwy prowizoryczne pociągane przez pomocników utrzymywały torbiel w ciągłym zetknięciu ze ścianą brzuszną i niedozwalały na przenikanie zawartości torbieli do jamy brzusznej. Po przeprowadzeniu nitki L. otwierał torbiel nożem i brzegi rany torbieli, zeszywał szwem węzłowym z brzegami rany ścian brzucha. Następnie dokładnie opróżniał jamę torbieli z zawartości, wprowadzał jeden lub z dreny i nakładał przeciwniegiłny opatrunek.

Liczni naśladowcy Lindemann'a w różny, mniej lub więcej szczęśliwy, sposób modyfikowali wyżej podaną metodą operowania. Operatorowie angielscy [Lawson Tait ¹³⁾, J. K. Thornton ⁵⁰⁾, Hume ⁴⁰⁾] i francuzcy [Terrier ⁶⁶⁾, Richelot ⁷²⁾, Lucas Championnière ⁷²⁾, Reclus ⁷³⁾] zupełnie nie używają szwów prowizorycznych; po przecięciu ścian brzusznych przystępują wprost do otworzenia torbieli, przyczem asystenci rękami przyciskają brzegi rany ścian brzusznych do torbieli i unikają w ten sposób dostania się płynu do jamy otrzewnej, lub też

otaczają brzegi rany brzusznej gąbkami, w które ma wsiąkać wydzielina wydobywająca się z torbieli po jej przecięciu. Landau⁴⁴⁾, a wraz z nim większość obecnych operatorów niemieckich, nie używa tymczasowego szwu łączącego skórę z otrzewną przyścienną, nakłada wprawdzie prowizoryczne szwy na torbiel, lecz w nieco odmienny od Lindemann'a sposób; mianowicie przy każdym kącie rany brzusznej nakłada L. po 2 szwy prostopadłe do podłużnego wymiaru rany (Fig. II*), najpierw przebija igłą ścianę brzuszną w pobliżu kąta rany następnie przekłuwa torbiel, a w końcu wywłókszy igłę oddając tak utworzoną pętlicę do trzymania jednemu z pomocników; po przeprowadzeniu 4 ch takich ligatur otrzymuje 4 pętlice, przez pociąganie których można torbiel utrzymać w bardzo ścisłym zetknięciu ze ścianą brzuszną.

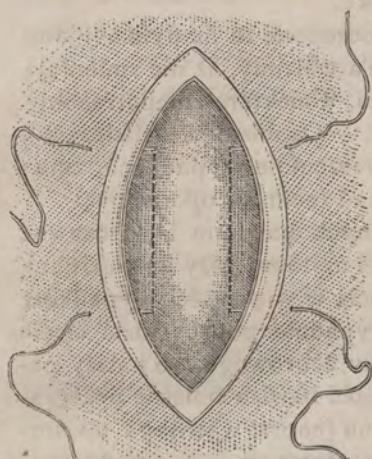


Fig. I. Sposób Lindemann'a.

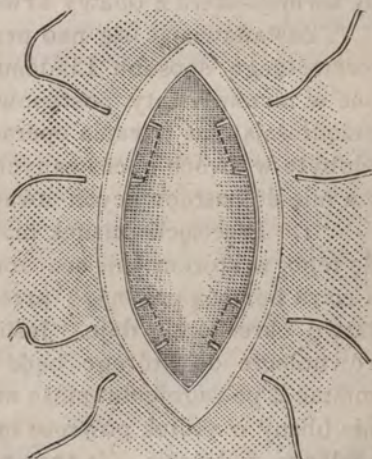


Fig. II. Sposób Landau.

Dalej Landau zaleca aby po nałożeniu szwów prowizorycznych przed przecięciem torbieli aspirować część płynu w niej zawartego za pomocą aparatu Dieulafoy lub Potain'a, przez co silniej naprężone ściany torbieli opadną, za pomocą szwów prowizorycznych zostaną częściowo wyciągnięte ponad powierzchnię rany brzusznej i przecięcie torbieli będzie się mogło odbyć prawie na zewnątrz jamy otrzewnej.

Spiegelberg²⁸⁾ pierwszy, a za nim i Landau propo-

*) Rysunek z winy drzeworytnika nie jest zupełnie dokładny, L. nie przeprowadza nitki drugi raz przez ściankę brzuszną, lecz wprost związuje ją z końcem poprzednio przy samym kącie rany przeprowadzonym.

nują, aby się starać o zmniejszenie jamy przyszywanej torbieli przez wycięcie możliwie największej części przedniej ściany torbieli, co znacznie zmniejsza czas trwania gojenia. Niektórzy operatorowie, jak Terrier ⁶⁶⁾ ⁷²⁾ w dwóch wypadkach i Lucas Championière ⁷²⁾, posunęli tak daleko tę zasadę, iż prawie całą torbiel usuwali, nawet wtedy gdy ona wychodziła z wątroby, pozostawiając tylko grubszą lub cieńszą nóżkę, którą wszywali w ranę.—Nakoniec operatorowie różnią się też w sposobie przecinania wątroby, jeśli mniej lub więcej gruba jej warstwa pokrywa torbiel: podczas gdy Lawson Tait ¹³⁾ bez żadnej obawy przecinał nożem warstwę wątroby, z całej grubości mającą i powstrzymywał krwotok za pomocą bezpośredniego ucisku palcami lub obklucia; Albert ⁶⁴⁾ i Chauvel ⁴¹⁾ używają do przecięcia wątroby termokauteru z obawy krwotoku.

Zastanawiając się nad przytoczonymi tu modyfikacjami pierwotnego sposobu Lindemann'a widzimy, iż nie zmieniają one w niczem istoty postępowania, a niektóre niepotrzebnie przedłużają czas trwania operacji. — Osobiste doświadczenie, zdobyte w dwóch operowanych przezemnie wypadkach, zmusza mię do następujących uwag nad techniką operacyjną:

1. Przecięcie ścianek brzusznych powinno się stosować do tego, w którym miejscu torbiel najbliżej leży powierzchni, a co za pomocą próbnego przekłucia w większości wypadków łatwo określić się daje. Jeśli wypadnie poprowadzić cięcie równoległe do którego bądź łuku żebrowego, to należy pamiętać iż po zagojeniu może nastąpić bardzo bolesne pociąganie blizny w skutek powrotu organu (naprz: wątroby) do normalnego położenia, dla tego też koniecznym jest przed przyszyciem torbieli do skóry przesunąć ją ku górze, aby po skurczeniu się jamy pociągania nie było. Jeśli dla dostania się do torbieli okaże się potrzeba przeprowadzenia cięcia w międzyżebrzu, to bym się trzymał zasady Israel'a, Genzmer'a, Sklifasowskiego i innych, którzy robili uprzednio rezekcyję odnośnego żebra, a to z obawy aby po przecięciu poprowadzonym między żebrami, jak to czyni Chauvel, nie nastąpiło zatrzymanie wydzieliny w skutek ucisku wywieranego na drewny przez dachówkowato układające się żebra po opróżnieniu torbieli.

2. Tymczasowy szew, łączący otrzewną przyścienną ze skórą rany ścianek brzusznych, jest zupełnie zbyteczny, jeśli tylko przed otwarciem jamy otrzewnej dokładnie powstrzymamy krwotok ze ścian brzusznych, nie potrzebnie więc przedłuża tylko czas trwania operacji.

3. Najmózolniejszą i najdłużej trwającą częścią operacyi jest niezaprzeczenie nakładanie prowizorycznych szwów na brzegi rany ścianek brzusznych i torbiel, a to z powodu iż ta ostatnia ciągle się rusza przy każdym wdechu chorego. Byłoby najlepiej, gdyby nakładania tych szwów zupełnie było można uniknąć, jak to czynią anglicy i francuzi, nie jest to jednak zupełnie bezpieczne, gdyż przy silniejszym wdechu lub pobudzeniu do wymiot torbiel, podczas przecinania, kiedy brzegów jej rany jeszcze nie zdążono uchwycić szczypcami, może się raptownie przesunąć, a wtedy zawartość wyleje się do brzucha. Szwy są więc potrzebne, chodzi tylko o najłatwiejszy sposób ich nakładania. Sposób Lindemann'a wydaje mi się zbyt trudnym do wykonania i wymagającym specjalnych bardzo długich igieł, nadto jeśli po nałożeniu szwów, podanych przez Lindemann'a, nitki cokolwiek niejednostajnie będą pociągane, to zaraz powstanie szpara między brzegami rany ścianek brzusznych a torbielą, przez którą płyn z torbieli swobodnie do jamy otrzewnej dostawać się może. Dla tego to w pierwszym operowanym przeze mnie wypadku trzymałem się ściśle metody Landau, przekonałem się jednak, iż nakładanie szwów, podług Landau, wcale nie jest łatwym, zabiera około 20 minut czasu, i, co najważniejsza, że podczas nakładania, jeśli tylko cała grubość ścianek torbieli została przekłutą, dość znaczna ilość płynu dostaje się do jamy brzusznej, tem więcej, że przy ruchach oddechowych dziury zrobione igłą w torbieli znacznie się powiększają, a tymczasem przy nakładaniu szwów Landau nie podobna przyciskać brzegów rany ścianek brzusznych do torbieli, gdyż, chcąc zyskać dość przestrzeni, żeby po 2 szwy w każdym kącie założyć, należy torbiel cokolwiek przesunąć.

Jeżeli tylko torbiel nie jest pokryta warstwą wątroby, to, jak to już wyżej zaznaczyłem, niepodobna uniknąć przebicia igłą całej grubości ścian torbieli, chodzić więc nam powinno o to, aby od przekłucia torbieli do jej ostatecznego otworzenia przeszło jak najmniej czasu, eo ipso jak najmniej płynu dostało się do otrzewnej. To mię skłoniło do zastosowania nieznacznej modyfikacyi przy nakładaniu szwów prowizorycznych, której też z zupełną korzyścią użyłem w drugim moim wypadku. Modyfikacyja polega na tem, iż zamiast dwóch szwów nadładam w każdym kącie rany po jednym tylko szwie, w ten sposób iż najpierw dość grubą

mocno zakrzywioną igłą przebijam jeden brzeg rany ścianek brzusznych, następnie przekluwam torbiel prostopadle do kierunku rany brzusznej, tak jednak aby pomiędzy miejscem wklucia i wyklucia igły pozostała przestrzeń około 2 ctm. wynosząca, nakoniec przeprowadzam igłę przez drugi brzeg rany brzusznej też w pobliżu kąta; taki sam szew nakładam w drugim kącie rany (patrz Fig. III a). Podczas całej tej manipulacji można bardzo akuratanie przyciskać ścianki brzuszne do powierzchni torbieli, tak iż sączące się z otworków, pozostawionych przez igłę, krople płynu mogą być łatwo zebrane tamponami i wcale się do brzucha nie dostają.

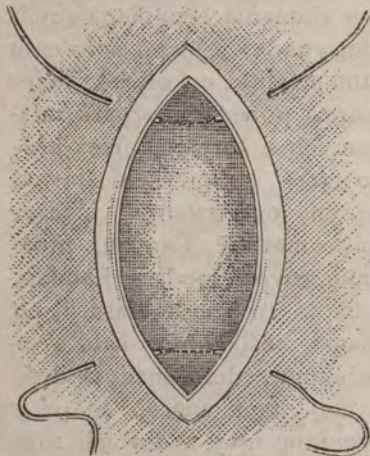


Fig. III a.

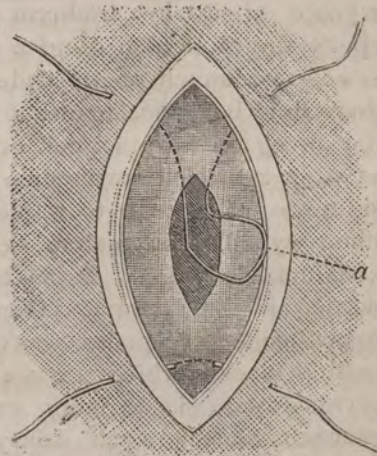


Fig. III b.

Po utworzeniu torbieli i wypuszczeniu zawartości możemy wyciągnąć przez otwór tę część nitki, która się znajduje wewnątrz torbieli, jak to widać na *Fig. III b.*, a przeciąwszy w punkcie *a* tak utworzoną pętlę, otrzymamy dwie nitki, które posłużą do ostatecznego przytrzymania torbieli w zetknięciu z raną brzusznią. Podczas wyciągania pętli należy utrzymywać torbiel w zetknięciu ze ścianą brzusznią za pomocą palców wprowadzonych do torbieli.—Nałożenie proponowanych szwów prowizorycznych nie zajmuje więcej jak 10 minut czasu, a w dodatku po rozcięciu pętlicy zyskamy dość miejsca dla powiększenia otworu w torbieli aż do samych kątów rany brzusznej, co przy nakładaniu szwów sposobem Landau nie zawsze jest możebne.

3. Co do sposobu usuwania płynu z torbieli po nało-

zeniu szwów prowizorycznych to nie wątpliwie najlepszą jest rada Landau aby największą część płynu usunąć za pomocą aspiracyi, nie zawsze się to jednak udaje, jak to już o jednym moim wypadku nadmienilem; przeszkodę stanowią wtórne pęcherze zatykające rurkę. W takich razach nie pozostaje nic innego do zrobienia jak otworzyć torbiel nożem, co zresztą, przy niejakiiej zręczności asystenta, przyciskającego rękami ścianki brzuszne do torbieli, i stosunkowo małym pierwotnym otworze w torbieli, daje się tak uskutecznić, iż płyn się do jamy brzusznej nie dostanie. W ten sposób postępowałem w drugim operowanym wypadku i nie tylko iż się ani kropla płynu nie dostała do jamy brzusznej, lecz w dodatku cały płyn wytryskujący w postaci fontanny udało mi się zebrać w podstawione naczynie. Zresztą w ten sam sposób postępuje naprzykład Reverdin *) przy torbielach jajnika nawet bez szwów prowizorycznych i przekłada użycie noża nad zastosowanie trójgrańca, twierdząc iż obok rurki wypływa zawsze trochę płynu i dostaje się do jamy brzusznej. Możliwie dokładne opróżnienie torbieli od pęcherzy wtórnych, jako też całego lub przynajmniej części pęcherza pierwotnego jest też rzeczą ważną, gdyż im dokładniej to uskuteczniemy tem mniej pozostanie rozkładającego się materyjału w jamie torbieli. Pierwsze pęcherze wtórne zwykle wydobywają się same, z wielkim nawet impetem, co zależy od ciśnienia wewnątrz torbieli, resztę możemy usunąć za pomocą korcangu wprowadzonego pod przewodnictwem palca.

4. Czy wycinanie większego lub mniejszego odcinka ze ścian torbieli ma wpływ na przyśpieszenie zagojenia, nie jest rzeczą dowiedzioną. W wypadkach opisanych przez Landau ⁴⁴⁾, Terrier ⁶⁰⁾ i innych, w których dokonywano wycięcia ścian, gojenie trwało około 6 tygodni, w moich zaś wypadkach, w których ścianka torbieli nie była wycinana, leczenie trwało od 6—8 tygodni, różnica za mała aby usprawiedliwić rękoczyn. Co więcej przez wycinanie ścian torbieli powiększamy wytworzony w niej otwór, staje się on większym od otworu w ściance brzusznej, co nas zmusza do układania pozostałej ściany torbieli w fałdy przy przyszywaniu jej do brzegów rany brzusznej, naturalnie iż przyle-

*) Revue de la Suisse Romande 1886 N. 2.

ganie nie będzie tak dokładne i wydzieliną jamy łatwiej do jamy brzusznej dostać się może. Ten ostatni wzgląd skłaniał by mię do zaniechania wycinania ścianek torbieli bez względu na jej wielkość i stosunek do zajętego organu.

5. Co się tycze przecinania warstwy organu zawierającego torbiel (na prz. wątroby), to nie mając pod tym względem własnego doświadczenia, gdyż obie operowane przezemnie torbiele nie były pokryte wątrobą, nie mogę kwestyi przesądzać. Sądzę jednak, iż, jeśli powstający krwotok daje się przez ucisk lub obklucie powstrzymać, daleko lepiej rozcinać nożem i nie uciekać się do żegadła z obawy aby przy odpadaniu strupa nie powstał wtórny krwotok, lub ropne zapalenie żył w skutek nieuniknionego wtedy ropienia pod strupem. Z załączonej tablicy okazuje się iż na 8 wypadków w których przecinano warstwę wątroby, 1—3 ctm. grubości mającą, nie było nigdy zbyt wielkiego krwotoku, pomimo iż w większości wypadków przecięcia dokonywano nożem.

6. Po opróżnieniu torbieli i zawiązaniu nitek, użytych do szwów prowizorycznych, należy dokładniej połączyć torbiel z raną brzuszną gęstszym szwem czy to węzłkowym, czy kuśnierskim. W operowanych przezemnie wypadkach wybierałem ten ostatni jako mniej zajmujący czasu. Niektórzy operatorowie jak na przykład A. v. Puky⁵²⁾ kol. Dr Dinte (tablica N. 48), nakładają szew na całym obwodzie rany brzusznej przed przecięciem torbieli; wydaje mi się to nieodpowiedniem, gdyż przez każde nowe uklucie część płynu będzie się przesączać, a czas trwania samej operacyi znacznie się przedłuża.

7. Odpowiednie celowi założenie drenów nie jest małoważną rzeczą. W każdym operowanym wypadku powinniśmy dokładnie zbadać jamę torbieli i kształtem jej kierować się przy drenowaniu. Jama torbieli po opróżnieniu od zawartości, pod wpływem ciśnienia wywartego przez organy jamy brzusznej, przybiera najróżnorodniejszą postać, tak na przykład torbiel, znajdująca się w prawym płacie wątroby bliżej zewnętrznej powierzchni, po opróżnieniu zostanie równomiernie spłaszczoną, gdy tymczasem torbiel sieci przyjmie formę biszkoptu, tylna jej ściana zbliży się do przedniej, w której znajduje się otwór, podczas gdy po bokach pozostaną z obu stron znaczne zagłębienia. Te różnice kształtu winny nami kierować przy drenowaniu, i tak, gdy w pierwszym razie wystarczy jeden

gruby dren idący wzdłuż łuku żebrowego w stronę kręgosłupa, w drugim będziemy zmuszeni wprowadzić 2 grube dreny do obu zagłębień znajdujących się po bokach. Najlepiej czy to ręką czy też, jeśli zrobiony otwór zbyt jest mały, zgłębni-kiem o bardzo wielkiej główce przekonać się jakie miejsca jamy najniżej są położone i aż do nich doprowadzić dreny.

8. Opatrunek, jaki w moich wypadkach nakładałem, składał się z grubej warstwy gazy jodoformowej miętej (Krüllgaze), drugiej warstwy gazy sublimatowej, waty higroskopijnej w ilości dostatecznej do zakrycia całego brzucha i dolnej części klatki piersiowej, ceratki (Billroth Batist) i bandaży muślinowych.

Tyle co do techniki samej operacji. Streszczając to co wyżej powiedziałem, zaznaczam iż metoda Lindemann'a składać się winna z następujących aktów operacyjnych: 1. Przecięcie ścian brzusznych w miejscu najodpowiedniejszym, wykrytem za pomocą próbnej punkcji, dokonanej bezpośrednio przed operacją. 2. Nałożenie szwów prowizorycznych, takich jak je wyżej opisałem. 3. Wypuszczenie płynu z jamy czy to za pomocą trójgrańca czy też noża. 4. Powiększenie otworu w torbieli do równej wielkości z raną brzuszną. 5. Nałożenie szwu kuśnierskiego łączącego brzegi rany torbieli i ścianek brzusznych i ostateczne opróżnienie z zawartości. 6. W końcu wprowadzenie drenów i nałożenie opatrunku.

Leczenie pooperacyjne polegać winno na utrzymaniu jamy torbieli w stanie aseptycznym, a więc na dokładnem wypłukiwaniu wydzieliny i opatrunku przeciwnilnym. W początkach gdy wydzielina bardzo jest obfita należy zmieniać opatrunek dwa razy na dobę. Do przekuwań używałem 3% roztworu kwasu bornego; użycia kwasu karbolowego lub sublimatu zaniechałem z obawy zatrucia. Po należytem oczyszczeniu rany, dla uniknięcia zatrzymywania się wydzieliny w głębi jamy torbieli, wypełniałem ją w pierwszym wypadku gliceryną z nieznacznym dodatkiem kwasu karbolowego, w drugim zaś emulsyją jodoformową Mosevig v. Moorhofa*). Zalecane przez Lihotzky'ego⁶¹⁾ usuwanie pozostałych kawałków pierwotnego pęcherza szczypczykami przy pomocy endoskopu, nie wydaje mi się pożytecznem, z powodu iż przy

*) *Rp.* Jodoformi subtil. pulv. Glycerini aa, 20,0; Aq. destill. 10,0; Gummi Tragacanthae 0,15; MDS.

najostrożniejszym nawet postępowaniu nie da się przy tym rękoźcznie uniknąć chociażby i nieznacznych zadraśnień ściany torbieli, które się jednak mogą stać furtką do wessania produktów rozpadu, odbywającego się w jamie torbieli. Później, gdy wydzielina stanie się ropną i mniej obfitą, można opatrunki zmieniać daleko rzadziej, ostatni opatrunek mogłem przez tydzień bez szkody dla chorego pozostawić na miejscu.

Dreny należy skracać bardzo ostrożnie, a co ważniejsza nie zmieniać grubych drenów na cienkie; zbyt szybkie skrącanie drenów w pierwszym wypadku zmusiło mię do ponownego użycia dłuższych drenów z powodu pojawiającej się gorączki, spowodowanej zatrzymaniem wydzieliny.

Przebieg. Czas trwania gojenia zależy od tego, czy się udało podczas operacyi usunąć cały lub prawie cały pęcherz bąblowca, czy też wydziela się on dopiero później kawałkami. Rozumie się iż w tym ostatnim razie gojenie trwa daleko dłużej. Küster³⁴⁾ utrzymuje, iż jeśli się uda usunąć cały pęcherz, to może nastąpić zagojenie per primam intentionem; A. v. Puky⁵²⁾ twierdzi, iż w jego wypadku nastąpiło zagojenie wprowadzie per granulationem, ale bez ropienia; ja niebyłem tak szczęśliwy, pomimo iż w drugim wypadku podczas operacyi wyszedł prawie cały pęcherz pierwotny, nie zawierający wtórnych pęcherzy, otrzymałem jednak i tutaj zagojenie per granulationem lecz cum supuratione i to nawet z dość obfitem ropieniem. — Wogóle zaznaczyć wypada, iż torbiele zawierające wtórne pęcherze goją się powolniej niż pozbawione takowych, co się tem daje objaśnić, iż w pierwszych pęcherz pierwotny jest grubszy, często pokryty solami wapiennymi, przy operacyi się zwykle nie wydziela i dopiero w następstwie, przy każdym opatrunku, kawałkami odchodzi.

Zwracając się specjalnie do bąblowca wątroby, muszę zaznaczyć powikłanie, dość często się zjawiające w ciągu gojenia, a polegające na wydzielaniu większej lub mniejszej ilości żółci przez ranę. Różni autorowie bardzo rozmaite znaczenie nadawali temu powikłaniu, podczas gdy Landau^{35) 41)} uważał je za rzecz mało znaczącą i przechodzącą dobrowolnie bez żadnej interwencyi, Grünberg⁵¹⁾ i Loebker⁵¹⁾ kładli nacisk na wyniszczający wpływ, jaki ma na ogólny stan chorych obfite wydzielanie się żółci przez ranę. Küster³⁴⁾ dowodzi, iż tylko przy septycznym przebiegu gojenia zja-

wia się żółć w ranie. Bardzo wyczerpującym pod tym względem jest artykuł D-ra Wechsella⁷⁰⁾ (p. 203), autor zebrał ogółem 25 wypadków, w których po operacji żółć się wydzielala przez ranę, z tych 11 przypada na metody Volkman'a i Lindemann'a (ogółem 29 operacyj) reszta t. j. 14 wypadków przypa na inne metody: Simon'a, Recamier'a etc. (których liczba 3 do 4 razy przewyższała liczbę pierwszych). Ztąd wnioskuje autor, iż opatrunek antyseptyczny nie tylko że nie wpływa na zmniejszenie częstości pojawiania się żółci w wydzielinie, jak tego chce Küster, lecz przeciwnie żółć przy zachowaniu ostrożności metody przeciwnilnej częściej się zjawia, co W. tłumaczy mniejszą tendencją ziarniny do bujania jaką się ona właśnie przy zastosowaniu opatrunku przeciwnilnego odznacza. Autor miał sposobność zbadać mikroskopowo ściany torbieli, z której się żółć obficie wydzielala, i przekonał się, iż ściany te składają się z tkanki łącznej obfitującej w naczynia krwionośne i porozszerzane kanały żółciowe, przebiegające równolegle i promienisto i stanowiące jedyną pozostałość tkanki wątrobowej po zupełnym zaniku zrazików; te to rozszerzone kanały pękają podczas oddzielania się pęcherza i wydzielają żółć. Na 56 bąblowców wątroby, zebranych w dołączonej na końcu artykułu tablicy, 16 razy zaznaczono mniej lub więcej obfity odpływ żółci, co stanowi 28,5%, odpływ trwał od kilku dni zaledwie do kilku tygodni, rozpoczął się w jednym tylko wypadku pierwszego zaraz dnia po operacji, w większości wypadków pojawiał się 4 lub 5-go dnia, były jednak 3 wypadki, w których żółć zjawila się w 1, 2 i 4 miesiące po operacji. Ilość wydzielającej się żółci bywa bardzo rozmaita, niekiedy stanowi ona tylko nieznaczną domieszkę do zwykłej wydzieliny, w innych znów razach prawie cała ilość wytwarzanej żółci odpływa przez ranę, tak na przykład w wypadku Leisink'a (patrz tablicę N. 39) wydzielalo się przez ranę 720,0 grm. czystej żółci na dobę, w takich razach kał przybiera gliniasty wygląd.—Z pomiędzy 16 zaznaczonych wypadków, u jednej tylko chorej Assmuth'a (tablica N. 40) pozostała na zawsze fistuła żółciowa, w pozostałych 15 wypadkach wypływ żółci ustał dobrowolnie po mniejszym lub dłuższym przeciągu czasu. W uporczywszych wypadkach stosowano tamponowanie całej jamy, lub też wstrzykiwania roztworu lapisu lub nalewki jodowej bez żadnych jednak widocznych korzyści. Vogt⁵¹⁾ radzi w kilka dni po operacji przystąpić

do użycia ciepłych okładów w celu przyspieszenia wydzielania pęcherza; Wechselmann stwierdza dobroczynny wpływ gorących okładów, lecz objaśnia go tem, iż wywołują one obfitsze ropienie, a więc i bujniejszy rozrost ziarniny, co przyspiesza zamknięcie otwartych kanałów żółciowych.—Ponieważ obawa wyniszczenia spowodowanego wydzielaniem się żółci rzeczywiście jest przesadzoną, a odpływ w większości wypadków powstrzymuje się dobrowolnie, możemy więc śmiało zachować się wyczekująco wobec tego powikłania i dopiero w ostateczności uciec się do gorących okładów proponowanych przez Vogt'a.

Rezultaty otrzymane za pomocą metody Lindemann'a, jak to już wyżej zaznaczyłem są wcale zadawalniające: na 65 operacyj wzmiankowanych w mojej tablicy przypada 7 śmierci, co stanowi 10,8% śmiertelności, jeśli jednak odtrącić wypadki śmierci nie zależne od operacji, to otrzymamy wszystkiego 3% śmiertelności. Dane co do płci udało mi się zebrać tylko dla 56 wypadków, a mianowicie podlegało operacji: 14 mężczyzn (1 śmierć) i 42 kobiety (6 śmierci); cyfry te odpowiadają ogólnie przyjętej większej częstości bąblowców u kobiet. — Wiek operowanych oznaczono tylko w 47 wypadkach: $\frac{2}{3}$ operacyj (32) przypada na wiek od 20 do 40 lat, 8 operowanych miało 10 do 20 lat wieku, 3 mniej niż 10 lat, starszych nad 40 lat operowano tylko 4 pacjentów.

Metoda Lindemann'a może być zastosowaną do każdego bąblowca jamy brzusznej bez względu na organ, w którym się pęcherz znajduje, z pomiędzy zaznaczonych 65 wypadków: 56 przypada na bąblowca wątroby (7 śmierci), 3 na bąblowca śledziony, 3 na bąblowca sieci i 3 na bąblowca nerki.

Możemy też użyć tej metody i przy wielolicznym bąblowcu jamy brzusznej, jak tego dowodzą wypadki Landau (tabl. N. 35), Leisrinka (tabl. N. 38), A. v. Puky (tabl. N. 45), Sklifasowskiego (tabl. N. 65); najbardziej zajmującym pod tym względem jest wypadek opisany przez Pawłowa⁶⁷⁾, który nie znalazł pomieszczenia w tablicy tak jak i wszystkie inne wypadki, w których torbiel była zrośnięta ze ścianą brzuszną: w tym wypadku P. za pomocą trzech cięć dokonanych w różnych okolicach brzucha, otworzył 3 oddzielne pęcherze bąblowca, nakoniec 4-ty pęcherz otworzył przez ścianę innego, uprzednio otworzonego—chora umarła w skutek wyniszczenia. — Przy operowaniu wielolicznych bąblowców metodą Lindemanna mo-

żna albo na jednym posiedzeniu otwierać wszystkie torbiele za pomocą kilku różnych przecięć, zastosowanych do położenia torbieli (nprz. Landau—tablica N. 34), lub też najprzód otworzyć jedną torbiel, a w kilka lub kilkanaście dni później drugą (tak postępowała większość operatorów—tablica N. N. 38, 45, 65). Ten ostatni sposób postępowania nie zasługuje, mojem zdaniem, na naśladownictwo z powodu, iż po otwarciu jednej torbieli inne pod wpływem reakcy zapalnej bardzo łatwo mogą zropieć, a wtedy przepowiednia znakomicie się pogarsza. — Rozumie się, że do wielolicznych bąblowców możemy zastosować metodę Lindemann'a tylko wtedy jeśli istnieje ściśle określona liczba pęcherzy dobrze od siebie odgraniczonych, w przeciwnym razie, jeśli w jamie brzusznej znajdują się całe masy pęcherzy, jak to ma miejsce przy wielolicznym bąblowcu sieci i jamy otrzewnej, wtedy musimy się postarać usunąć je z jamy brzusznej, tak jak to zwykliśmy czynić z innymi guzami napotykanymi w tej jamie.

Oddawna probowano *wycinać pęcherze bąblowca* wraz z zawierającym je organem z jamy brzusznej, jeśli tylko wogóle usunięcie tego organu uważano za możebne. Pierwszy J. Pean w 1867 roku (tabl. N. 78) wyciął z pomyślnym skutkiem śledzionę wraz z zawartym w niej pęcherzem bąblowca, od tej pory sporadycznie pojawiały się obserwacje usuwania za pomocą laparotomii bąblowców jamy brzusznej wraz z zawierającym je organem. Z dostępnej mi literatury udało mi się zebrać 10 wypadków *całkowitego wycięcia torbieli bąblowca* *) z jamy brzusznej wraz z odnośnym zajęтым organem lub bez takowego. Z powodu bąblowca dokonano: 2 Splenectomiae (tabl. N. 78—79); 1—Amputationem uteri supravaginalem; 1—Nephrectomiam; 5 razy usunięto torbiele bąblowca wraz z siecią; i nakoniec 1 raz wycięto torbiel zaotrzewną przednerkową. — Operacyi dokonywano tak jak zwykle przy usuwaniu torbielowatych guzów jamy brzusznej, a więc: po zmniejszeniu objętości guza przez wypuszczenie płynu trójgrańcem i oddzieleniu zrostów, podwiązywano nóżkę i albo ją wpuszczano do brzucha lub też

*) Nie wliczam tu 3 wypadków wycięcia bąblowca wątroby (tabl. NN. 55, 72, 73), gdyż nie były to właściwie całkowite wycięcia torbieli, ale raczej częściowe wycięcie ścianek, dokonane w celu zmniejszenia jamy, jak tego chce Landau.

wszywano do górnego lub dolnego kąta rany. Z pomiędzy zaznaczonych 10 operacyj—4 zakończyły się śmiercią, a więc otrzymano 40% śmiertelności, t. j. 4 razy a właściwie 13 razy większą śmiertelność niż przy użyciu metody Lindemanna, co naturalnie wcale nie przemawia na korzyść wycinania. To też bezwarunkowo należy unikać wycinania ile razy się to tylko uda; wszystkie pojedyncze bąblowce czy to w śledzionie, czy w sieci (jeśli „Klinisch solitär“) czy w nerce należy operować podług metody Lindemann'a. Pozostaje tylko wieloliczny bąblowiec sieci, którego, ze względu na wielką liczbę i nieznaczną objętość pojedynczych pęcherzy, nie można operować metodą Lindemann'a, do niego też tylko należy stosować wycinanie wraz z siecią; tembardziej, iż otrzymują się tu lepsze rezultaty, niż przy wycinaniu bąblowców innych organów brzusznych, z pięciu wypadków wycięcia bąblowca wraz z kawałkiem sieci zaznaczonych w dołączającej się tablicy tylko 1 zakończył się śmiercią, co stanowi tylko 16,6% śmiertelności. Najwłaściwszą jest droga wskazana przez Thornton'a²⁰⁾, który po otwarciu jamy brzusznej podwiązuje sieć w poprzecznym kierunku po nad pęcherzami, odcina poniżej nałożonych ligatur i usuwa całą zajętą część sieci wraz z pęcherzami; jeśli oprócz tego znajdziemy pojedyncze pęcherze rozsiane w jamie otrzewnej, to je po kolei usunąć należy.

W końcu pozostaje mi powiedzieć słów kilka o *leczeniu w wypadkach pęknięcia bąblowca*, czy to wątroby, czy innego jakiego organu jamy brzusznej, *do jamy otrzewnej*. W czasach, w których przypuszczano, iż wylanie się płynu bąblowca do jamy otrzewnej, bez względu na to, czy płyn jest przezroczysty czy też ropny, pociąga za sobą zapalenie otrzewnej, robiono, nieliczne co prawda, próby operacyjnego leczenia po pęknięciu bąblowca; do takich prób zaliczyć należy wypadki opisane przez Roux¹⁾ i Ricorda³⁰⁾, w których pierwszy za pomocą przecięcia poniżej pępka, a drugi poniżej 12-go żebra wypuścili część płynu i pęcherzy; z tych wypadków jeden zakończył się wyzdrowieniem drugi śmiercią. Później, gdy Finsen¹⁸⁾ dowiódł, iż przezroczysty płyn bąblowca nie wywołuje zapalenia otrzewnej, zaniechano wszelkiej czynnej interwencji w wypadkach pęknięcia bąblowca do jamy brzusznej. Obecnie obserwacje Volkmann'a, Hüter'a, Lihotzky'ego, Gartia i t. d. zwróciły uwagę na wielkie niebezpieczeństwo, wynikające z pęknięcia bąblowca do jamy

otrzewnej, a polegające na rozsianiu bąblowca, w skutek czego rozwijają się liczne pęcherze w różnych okolicach jamy brzusznej. Czy wobec grożącego niebezpieczeństwa nie jest wskazaną czynniejsza interwencja, o tem przyszłość dopiero rozstrzygnie. Mnie się zdaje, iż jeśli dalsze obserwacje wykażą, że po każdym pęknięciu następuje rozsianie bąblowca, to wskazanem będzie otworzenie jamy brzusznej i dokładne jej oczyszczenie (toilette) tak od płynu, jak szczególnie pęcherzy, zwłaszcza wobec stosunkowej niewinności rękoczynu dokonanego pod osłoną ostrożności przeciwnych. Takież same oczyszczenie jamy otrzewnej wskazanem jest tem bardziej jeśli płyn zawarty w pękniętej torbieli był ropny, wtedy tylko na sumiennem zdezynfekowaniu jamy otrzewnej możemy oprzeć niejakie nadzieje na szczęśliwe zajście.

To co wyżej o leczeniu bąblowca powiedziałem skłania mię do postawienia następujących ogólnych wniosków:

1. Metoda Lindemann'a (*Incisio*) jest najodpowiedniejszą przy leczeniu wszystkich pojedynczych bąblowców jamy brzusznej bez względu na organ, w którym się bąblowiec rozwinął. Taż sama metoda może być z korzyścią zastosowana do leczenia wielolicznego bąblowca jamy brzusznej, jeśli liczba pęcherzy nie jest zbyt wielka.

2. Wycinanie bąblowca (*Exstirpatio*) jest wskazanem tylko przy wielolicznym bąblowcu sieci i jamy otrzewnej, i wtedy należy go usunąć wraz z siecią.

3. Jeśli dalsze obserwacje stwierdzą, iż każde pęknięcie bąblowca do jamy otrzewnej pociąga za sobą rozsianie, czego następstwem jest rozwój wielolicznego bąblowca w jamie brzusznej, to wskazanem będzie wypuszczenie płynu i pęcherzy za pomocą laparotomii, i należyte oczyszczenie (toilette) jamy brzusznej.

Kończąc na tem ogólne uwagi nad leczeniem bąblowca jamy brzusznej, jakie mi nastęrczył przegląd odnośnej literatury, oraz dwie własne obserwacje, przechodzę do szczegółowego opisu tych ostatnich:

I. *Świerczyński Stefan*, felczer — 27 lat liczący, zgłosił się do mnie do lecznicy dnia 28 Marca 1884 roku. Uskarża się na obecność wielkiego guza w prawem podżebrzu, w którym uczuwa chwilami przeszywające bóle; w ostatnich czasach przyłączył się brak apetytu i nadzwyczaj częste wymioty, powtarzające się po każdym, cokolwiek obfitszem, jedzeniu; ten ostatni objaw głównie zaniepokoił chorego i skłonił do szukania pomocy.

Poprzednio w 12-ym roku życia przebył tyfus brzuszny, a następnie

osę, zresztą zdrów zupełnie przebywał do 14-go roku życia na wsi, poczem wstąpił na praktykę felczerską w Warszawie i tu stale zamieszkał. W 18-ym roku życia a więc 9 lat temu poczuł tępy ból w prawem podżebrzu, który przypisywał uderzeniu niedawno otrzymanemu *), wkrótce jednak zauważył w tem samem podżebrzu poraz pierwszy obecność guza wielkości pięści. Kol. Dr. Mayzel po zbadaniu guza, już wtedy wyraził przypuszczenie iż jest to bąblowiec wątroby. Później chory badany był kolejno przez prof. Baranowskiego, prof. Chalubińskiego i Dra Dobrskiego, przy czem zgodzono się jednomyślnie z przypuszczeniem wypowiedzianem przez Dra M.

Chory miał sobie przepisaną jakąś kurację, jaką mianowicie tego objaśnić nie umie, wie tylko iż zalecono mu kąpiele i lekarstwo wewnętrzne. Pomimo używania przez czas dłuższy zaleconych środków stan chorego się nie poprawiał, przeciwnie guz, chociaż zwolna, lecz stale się powiększał a dolegliwości wzmagaly. Zaznaczyć trzeba, iż dolegliwości te nie były ciągłe, chory czasami całe miesiące był swobodny od wszelkich bólów, potem znów się one zjawiały, trwały czas jakiś i wtedy zawsze mógł chory stwierdzić nowe powiększenie się guza. Długie bezowocne leczenie sprzyrzyło mu się i dla tego przez ostatnie 2 lata unikał używania wszelkich środków. Od Stycznia 1884 roku S. wraz z nowem powiększeniem się guza zauważył, iż przy cokolwiek obfitszem użyciu pokarmów doznaje przykre go gniecienia w dołku, uczucie to stopniowo się powiększało i doszło do tego, iż chory nie mógł wypić $\frac{1}{2}$ szklanki herbaty lub rosolu bez pojawienia się bólu w dołku, wkrótce też przyłączyły się wymioty pojawiające się w $\frac{1}{2}$ godz. po jedzeniu. Chory twierdzi iż osłabł i schudł znacznie w ostatnich czasach.

Badanie wykazało: S. jest dobrze zbudowany, mięśnie dobrze rozwinięte, tkanki tłuszczowe podskórnej nie wiele. W prawem podżebrzu znajduje się guz większy od głowy dorosłego człowieka sięgający poniżej pępka. Z powodu znacznej wielkości i ciężaru guza chory stojąc przechyla tyłów ku tyłowi, przez co powstaje skrzywienie w lędźwiowej części kręgosłupa (lordosis) jak to widać na załączonym poniżej rysunku.

Wymiary:

Obwód brzucha na wysokości pępka i 3-go kręgu lędźwiowego = 79 centymetrów.

Obwód brzucha na wysokości ostatniego kręgu grzbietowego i najbardziej wystającego punktu guza = 86 ctm.

Odległość pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem = 15 ctm.

„ „ pępkiem a spojeniem łonowem = 12 ctm.

„ „ brzegiem żebrowym prawym (brałem tu punkt w którym się przecina z brzegiem żebrowym linea mamillaris) a spinaili anterior superior = 17 ctm.

„ „ brzegiem żebrowym lewym (ten sam punkt) a spina ilei anterior superior = 12 ctm.

„ „ kolcem jedenastego żebra a pępkiem z prawej strony = 22 ctm.

„ „ kolcem jedenastego żebra a pępkiem z lewej strony = 18 ctm.

*) Znany jest wpływ traumatyzmu na rozwój bąblowca Kirmisson⁴⁹⁾ Schwartz⁵³⁾ dowodnie to wykazali.

Wymiary te dobitnie uwydatniają znakomite powiększenie objętości prawego podżebrza. Brzeg żeberkowy prawy już na oko wydaje się wyżej podniesiony niż lewy, co się objaśnia obecnością guza wnikającego pod żebra. Guz ten o powierzchni gładkiej, elastyczny, daje się przesuwacć cokolwiek na lewo i do góry, przy czem chory doznaje uczucia ciśnienia w dolku. Żadnego chłobotania ani też drgania (Hydatidenschwirren), charakterystycznego dla bąblowca, wyczuć nie mogłem. Górna granica guza znikala pod prawym brzegiem żeberkowym, tak iż należało przypuścić bezpośredni związek z wątroba. Przy wypukiwaniu okazało się iż tępość wątroby, rozpoczynająca się na wysokości 5-go żebra in linea mamillari, łączy się bezpośrednio z tępością na miejscu guza i rozprzestrzenia się aż poniżej pępka. Na całej przestrzeni odpowiadającej guzowi wszędzie ten sam odgłos opukowy tępy, gdy tymczasem w otoczeniu guza wszędzie występuje bębenny odgłos kiszek. Zresztą na całej pozostałej części brzucha odgłos opukowy bębenny jednolity. Badanie płuc serca i organów moczościowych nie wykryło zmian żadnych; ilość dzienna moczu 1500 centymetrów sześciennych, reakcja kwaśna, osadów i nienormalnych części składowych nie było. Tak położenie guza jako też sposób jego powstawania, długi stopniowy rozwój bez zbyt fatalnych dla organizmu następstw zdawały się w istocie przemawiać za rozpoznaniem, które mi przyniósł sam chory, twierdząc, iż cierpi na bąblowca wątroby. Chcąc jednak nie mieć pod tym względem żadnych wątpliwości zaproponowałem choremu punkcję próbną, na którą się zgodził bez wahania. Pukcyi dokonałem za pomocą sprzycki Prawatz'a, otrzymałem płyn zupełnie przezroczysty, podobny do wody destylowanej tylko cokolwiek gęstszy. Dr. Przewoski, prosektor anatomii patologicznej Uniwersytetu tutejszego, który się podjął łaskawie zbadania płynu, zakomunikował mi, iż nie zawiera on wprawdzie charakterystycznych haczyków, lecz za to jest zupełnie pozbawiony białka, co jest nie mniej charakterystyczne dla płynu pochodzącego z worka bąblowca. Po punkcyi chory przez 2 dni miał silne bóle w miejscu ukłucia i wystąpiła charakterystyczna pokrzywka, która mię tem więcej w rozpoznaniu upewniła.

Nie pozostawało więc żadnej wątpliwości, miałem w danym wypadku do czynienia z bąblowcem wątroby, chodziło o wybór stosownego leczenia. Ze względów, które wyżej starałem się wyłuszczyć, za najradykałniejszy a zarazem, przy obecnym stanie chirurgii, najmniej niebezpieczny sposób leczenia uważałem dokonanie laparotomii. Chory, trapiiony od dawna swem cierpieniem, wyraził gotowość poddania się operacyi, którą też wykonałem, dzięki uprzejmości Dra Orłowskiego, *) na męzkim chirurgicznym oddziale w Szpitalu Dzieciątka Jezus dnia 11 Kwietnia 1884 roku, przy pomocy i w obecności D-rów Orłowskiego, Matlakowskiego i Garbowskiego, jako też Naczelnego Doktora Szpitala D-ra Med. Kobyłańskiego. Tym razem postępowałem ściśle podług prawideł podanych przez D-ra Landau, a których tu nie powtarzam, odsyłając Czytelnika do tego, com wyżej o operowaniu metoda jednoczesową powiedział.

Nadmienię tylko iż cięcie ścianek brzusznych zrobiłem równolegle do brzegu żeberkowego, w odległości 3 ctm. od łuku, i 10 ctm. długie. Po nałożeniu szwów prowizorycznych najgrubszym trójgrańcem Potain'a do któ-

*) Za co Mu niniejszem składam serdeczne podziękowanie.

rego przystosowałem długą rurkę kauczukową i zamieniłem w ten sposób na syfon, przekłułem torbiel po środku; z początku wypłynęło parę kropli przezroczystego płynu, później jednak pomimo kilkakrotnego przepychania trójgrańca, pomimo przystosowania aspiratora ani kropli więcej wydobyć z torbieli nie mogłem. Wtedy zdecydowałem się przeciąć torbiel. Podczas gdy silnie pociągano za przeprowadzone nitki a jeden z pomocników przyciskał rękami ściankę brzuszną, do torbieli, wprowadziłem zgłębnik rowkowany przez otwór pozostały po trójgrańcu i na nim rozciągnąłem torbiel prawie na całej długości rany ścianek brzusznych. Wtedy dopiero wytrysła ogromna masa płynu wraz z niezliczoną ilością pęcherzy częścią całych, częścią popękanych. Okazało się iż przyczyną przeszkadzającą odpływowi przez trójgraniec był jeden z pękniętych pęcherzy, który się tak ustawił, iż zamykał światło trójgrańca, a odpychany zawsze powracał. Zaraz po dokonaniu przecięcia torbieli wprowadziłem palce do jamy i niemi utrzymywałem w zatknięciu ściany brzuszne ze ścianą torbieli. Gdy część płynu i pęcherzy odeszła, nałożyłem na zbliżone brzegi z każdej strony po kilka pinces hémostatiques i przystąpiłem do nakładania szwu, nałożyłem na oba brzegi rany po 10 szwów węzłowych, nie licząc 4 szwów w kątach rany, które teraz dopiero ostatecznie zawiązano. Po takim utrwaleniu połączenia między ścianą brzuszną a torbielą zabrałem się do ostatecznego opróżnienia tej ostatniej. Cały płyn i pęcherze, które w pierwszej chwili po przecięciu wyszły z torbieli wypadły na stół operacyjny i posadzkę, a ilość ich tylko w przybliżeniu ocenioną być mogła, dla tego też chciałem przynajmniej pozostające jeszcze w torbieli pęcherze i płyn otrzymać tak aby można ocenić ich ilość, to też zaniechałem przemywania i starałem się usunąć zawartość torbieli przez ułożenie chorego na boku i naciskanie na ścianki brzuszne. Dopiero gdy już nic tą drogą nie dało się usunąć, przemyłem całą jamę wielką ilością kwasu borowego, przy czem wydzieliło się jeszcze kilka pęcherzy. Następnie wprowadziłem do jamy za pomocą krzywego korcanga 2 grube drewny, zeszyte za sobą, 15 ctm. długie, i jeszcze raz przemyłem kwasem bornym (8 : 100). Opatrunek składał się z gazy jodoformowej w ilości dostatecznej do pokrycia rany i wielkiego kawałka gazy sublimatowej w 6-cioro złożonej, pokrywającego brzuch cały, na nią dopiero położono grubą pokład waty higroskopijnej, ceratkę kauczukową i bandaż flanelowy. Cała operacja wraz z nałożeniem opatrunku trwała: 1 godz. i 10 minut. Wydobyty płyn wraz z pęcherzami ważył 3500 gramów, oprócz tego co w pierwszej chwili po przecięciu wypłynęło na stół operacyjny. Liczba wydobytych pęcherzy = 960. Przebieg po operacji był pomyślny. Ciężkość ciała w ciągu pierwszych 7-miu dni przedstawiała wieczorne gorączkowe nasilenia nie przenoszące 39^o; właściwie 39^o temperatury było raz tylko 6-go dnia po operacji. Począwszy od 18 Kwietnia ciepłota stale była normalną.

Pierwsze dwa dni po operacji chory miał dość znaczne bólesci w brzuchu, które jednak ustąpiły pod wpływem makuwca i pigulek z lodu.

Wydzielina z początku była bardzo obfita, tak iż codziennie opatrunek zmieniać musiałem, przy czem jamę przemywałem starannie roztworem kwasu borowego, a następnie wypełniałem ją gliceryną z niewielkim dodatkiem kwasu karbolowego (2^o/_o). W pierwszych dniach wychodziło jeszcze dość dużo pęcherzy bąblowca nawet znacznej wielkości (pięści dorosłego człowieka). Od 15 Kwietnia t. j. 4-go dnia po operacji pojawiła się żółć w wydzielinie zawsze jeszcze bardzo obfitej. Stopniowo żółciowe to zabarwienie znikać zaczęło, a wydzielina przyjmowała wygląd ropy, tak że już 22 Kwietnia, a więc w 7 dni po ukazaniu się żółci, znikła ona zupełnie i wydzie-

łała się tylko ropa zawsze jeszcze obficie; od czasu do czasu wraz z ropą wydzielaly się zmartwiałe kawałki pierwotnego pęcherza.

Pierwsze wypróżnienia wywołane dawką oleju rycynowego miał chory 17 Kwietnia, a więc na 6-ty dzień po operacji, od tej też pory ciepłota ciała stała się normalną i nie podnosiła się więcej.

Szew usunąłem 22 Kwietnia t. j. w 10 dni po operacji, dreny skróciłem po raz pierwszy 24 Kwietnia, następnie podwójny dren zastąpiłem pojedynczym 8 Maja. Jama szybko się zmniejszała, ropienie stawało się coraz mniej obfite, tak iż 12 Maja chory mógł wstać pierwszy raz z łóżka, a dren zmieniłem na cieńszy. Opatrunek zmieniałem co 3 lub 4 dni. Ostatecznie pozostał tylko cienki kanał prowadzący w głąb i mający 5 ctm. długości, w środku blizny wciągniętej pod brzeg żebrowy. Długi czas kanał ten pozostawał bez zmiany; dren parę razy skraciałem, lecz zawsze byłem zmuszony po paru dniach wprowadzić dren dłuższy, gdyż występowała gorączka



Fig V.

b) po operacji.

a) przed operacją.

skutkiem zatrzymania wydzieliny. Podczas próby zastrzyknięcia T-rae jodi do przetoki nastąpił nader silny ból w klatce piersiowej i brzuchu, który doprowadził do zemdlenia. To mię skłoniło do zaniechania prób przyspieszenia zagojenia istniejącej przetoki, ponieważ zaś ogólny stan chorego był wyśmienity, nie chciał więc dłużej pozostać w szpitalu i wypisał się 30 Maja t. j. w 49 dni po dokonaniu operacji. W takim też stanie t. j. z istniejącą przetoką przedstawiałem go na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w Czerwcu 1884 roku. Przy bardzo powolnem i ostrożnem skracaniu drenu prze-

toka zagoiła się ostatecznie dopiero w miesiąc później. Obecnie S. czuje się zupełnie zdrowym, wszystkie trapiące go przed operacją przypadłości zniknęły zupełnie.

Załączony rysunek jest reprodukcją z fotografii, dokonanych przed i po operacji. Linia przerywana na profilu oznaczonym literą *a*) przedstawia dolną granicę guza.

II. *Sarnecka Natalija*, służąca 17 letnia, przybyła do ambulatoryjum szpitalnego uskarżając się na ból w prawem podżebrzu i wymioty, zjawiające się po każdym obfitym jedzeniu. S. dwa lata temu zauważyła po raz pierwszy guz w prawem podżebrzu, ponieważ jednak nie przeszkadzał jej w niczem, więc też mało się nim zajmowała; dopiero od pół roku guz szybciej się zaczął powiększać i zjawily się wymioty i bóle, które zmusily chorą do udania się po poradę do szpitala.

Badanie wykazało, iż u pacjentki wcale dobrze odżywianej i czerstwo wyglądającej, u której wszystkie zresztą organy są zupełnie zdrowe i funkcjonują normalnie, w prawem podżebrzu istnieje guz wielkości głowy dorosłego człowieka, pozwalający się nieco przesunąć z prawej strony ku lewej i ściśle złączony z wątrobą; tępoś od tej ostatniej dosięga ku górze 4-go żebra in linea mamillari, ku dołowi zlewa się bezpośrednio z tępością guza, który sięga prawie do pępka (dolna granica daje się jasno wyczuć na 2 ctm. nad pępkiem). Guz jest elastyczny, chęłbotania ani też drżenia wyczuć nie można.

Wymiary:

Od wyrostka mieczykowatego do pępka = 16 ctm.

Od pępka do spojenia łonowego = 16 ctm.

Od kolca 11-go żebra do wyrostka mieczykowatego prawej strony = 22 ctm.

Od kolca 11-go żebra do wyrostka mieczykowatego z lewej strony = 19 ctm.

Od łuku żebrowego (miejsce przecięcia łuku przez linea mamillaris) do pępka z prawej strony = 18 ctm.

Od łuku żebrowego (miejsce przecięcia łuku przez linea mamillaris) do pępka z lewej strony = 14 ctm.

Obwód brzucha powyżej pępka na najbardziej wystającym miejscu guza = 80 ctm.

Obwód brzucha na wysokości pępka = 70 ctm.

Wszystkie te wymiary jasno wykazują wypuklenia prawego podżebrza. Ze względu na wiek chorej, dobry stan ogólny, i powolny rozwój guza najprawdopodobniejszym było przypuszczenie, iż w tym wypadku mamy do czynienia z bąblowcem wątroby. Dla ostatecznego rozstrzygnięcia, a ewentualnie odpowiedniego leczenia, zaproponowałem chorej wstąpienie do szpitala Dzieciątka Jezus, co też nastąpiło dnia 11 Czerwca 1885 r., podczas gdy zastępowałem kol. D-ra Matlakowskiego na chirurgicznym oddziale kobiecym. We 3 dni po wstąpieniu chorej do szpitala zrobiłem próbnę przekłucia szprycą Pravatz'a, przy czem wydobyłem z guza płyn zupełnie przezroczysty, który, jak się okazało, nie zawierał wprawdzie haczyków, lecz był zupełnie pozbawiony białka, nie mógł więc w danych warunkach pochodzić z czego innego jak z bąblowca. Po punkcyi chora gorączkowała dość silnie (do 38,5^o) przez dwa dni. Gdy ciepłota opadła do normy zaproponowałem chorej radykalną operację, na którą się bez wahania zgodziła.

Operacyi dokonałem 23 Czerwca 1885 roku w obecności i przy pomocy Naczelnego Doktora Szpitala D-ra Med. Kobylańskiego, D-rów Kru-

szewskiego, Tyrchowskiego i Ciechomskiego. W tym wypadku zastosowałem metodę Lindemann'a z tą tylko różnicą, iż, zamiast nakładać po dwa szwy prowizoryczne w każdym kącie rany ścianek, nałożyłem tylko po jednym szwie, jak to zresztą wyżej szczegółowo opisałem.

Płynu przed rozcięciem torbieli nie aspirowałem, lecz wypuściłem go wprost nożem, podczas gdy ścianki brzuszne przyciskano do torbieli. Wyszło około 3 funty płynu przezroczystego jak woda źródłana, a wraz z nim 2 duże kawały ściany pierwotnego pęcherza, pęcherzy wtórnych nie było. Następnie brzegi rany ścianek brzusznych i torbieli zeszyłem za pomocą szwu kuśnierskiego, do jamy torbieli wprowadziłem 2 dreny i przez nie wypełniłem jamę emulcją jodoformową. Opatrunek nałożyłem takż sam jak w pierwszym wypadku.

Przebieg pooperacyjny był dość szczęśliwy: przez pierwszy tydzień wraz z wydzieliną wychodziły jeszcze cząstki pęcherza bąblowca, później wydzielina stała się ropną i stosunkowo nie obfitą, tak iż po 2 i 3 dni opatrunek mogłem zostawiać na miejscu. Jama zmniejszała się bardzo szybko, już we 2 tygodnie po operacji musiałem skrócić dreny. Ciepłota ciała była cołowiek podniesiona wieczorami (do $38,4^{\circ}$), rano zaś normalna. Tak więc wszystko szło prawidłowo aż do 17 Lipca, w którym to dniu chora nad wieczorem miała dreszcz wstrząsający, ciepłota dosięgła $39,2^{\circ}$, na drugi dzień okazało się iż u chorej rozwinęła się róża, przyczem zaczerwienienie zjawiało się nie wokoło brzegów rany, jak to zwykle bywa, lecz na prawej sutce. Jak się później dowiedziałem chorą odwiedziła właśnie 17 Lipca, pomimo stanowczego zakazu, przyjaciółka, rekonwalescentka po róży. Róża przebiegała bardzo łagodnie i ograniczyła się do tułowia, 2 razy tylko temperatura podniosła się do 40° .

Dnia 26 Lipca, a więc w 9 dni temperatura opadła do normy i róża przeszła. Podczas trwania róży jama znakomicie się zmniejszyła, tak iż trzeba było podwójny dren zastąpić pojedynczym, który ostatecznie został usunięty 14 Sierpnia. Chora opuściła szpital zupełnie zdrowa 28 Sierpnia 1885 roku. Od tej pory kilkakrotnie ją widywałem, ostatni raz pokazała mi się w Styczniu 1886 roku, czuje się zupełnie zdrową, wszystkie trapiące ją uprzednio dolegliwości ustąpiły; blizna biała, moeno wciągnięta pod łuk żebrowy prawy.

Niżej podana tablica obejmuje wszystkie operacje na bąblowcach jamy brzusznej dokonane metodą Volkmann'a i Lindemann'a, jakie udało mi się zebrać w odnośnej literaturze, z dołączeniem obserwacji kol. D-ra Dintego i moich dwóch operowanych. Rezultaty z obliczeń, dla których za podstawę posłużyła niniejsza tablica, podałem już wyżej. Zaznaczyć tu jeszcze muszę, iż do tablicy weszły tylko takie wypadki, w których dokonano laparatomii: t. j. w których torbiel niebyła zrośniętą ze ścianką brzuszną, to właśnie jest przyczyną dla czego do tablicy nie weszły takie wypadki jak: D-ra Stankiewiczza — bąblowiec wątroby, phlegmone abdominis, incisio przy istniejących zrostach; Rosenstein i Sängner — bąblowiec śledziony (Berl. Klin. Woch. 1873 r. Nr. 2). Wilde (Pitha und Billroth-Handbuch der Chirurgie Bd. 3. V. p. 164) i Sławiański³⁸⁾ — bąblowiec sieci, i wiele innych w których zrosty dozwoliły na utworzenie torbieli bez otworzenia jamy brzusznej.

T A B L I C A
zestawiająca wypadki bąblowca jamy brzusznej leczone za pomocą laparotomii.

Numer porządkowy	Rok	OPERATOR	Sposób operowania	Wiek i płeć chorych	Zejście		Przyczyna śmierci	U W A G I
					Wyzdrowiało	Umarło		
B ą b l o w i e c w ą t r o b y .								
1	1871	Lindemann ¹⁵⁾	Jednoczasowo	36 lat kobieta	1	—	—	Robiono w okresie przedlisterowskim, zachowywano wielką czystość, i stosowano częste-przepłukiwania worka lewnią wodą.
2	1876	Lindemann ¹⁵⁾	dto	20 lat mężczyzna	1	—	—	Początkowo użyto sposobu Simon'a, lecz w skutek silnej gorączki przystąpiono wcześniej do przecięcia, przyczem się okazało, że zrosły się nie wytorzyły.
3	1877	Sänger ²⁵⁾	dto	? lat kobieta	1	—	—	Tej samej metody użył z pomyślnym skutkiem przy ropniu wątroby.
4	1877	Volkman ²¹⁾	Dwuczasowo	38 lat mężczyzna	1	—	—	Metoda Simon'a pierwotnie użyta nie wywołała zrostów. Torbiel otworzono w 7 dni po przecięciu ścianek brzusnych.
5	1877	Volkman ²⁴⁾	dto	16 lat kobieta	1	—	—	Odrznię przystąpiono do przecięcia ścianek brzusnych. W 9 dni później otworzono torbiel bez chloroformu.
6	1877	Lindemann ¹⁵⁾	Jednoczasowo	31 lat kobieta	1	—	—	Z początku bez skutku probowano metody Simon'a.
7	1878	Lindemann ¹⁵⁾	dto	30 lat kobieta	1	—	—	
8	1878	Lindemann ¹⁵⁾	dto	? lat mężczyzna	1	—	—	Chory długi czas nie mógł się wyprostować w skutek kurczenia się bliźny. Jedyń wypadek, w którym po operacyi powstało peritonitis.

9	1878	Lindemann ¹⁵⁾	Jednoczasowo	24 lat kobieta	—	1	Pyæmia	Ropnica rozwinęła się w skutek zropienia dwóch innych worków bąblowca nie łączących się z przeciętym.
10	1878	Trendelenburg ²⁰⁾	Dwuczrasowo	12 lat kobieta	—	1	Marasmus	Jeszcze w kwietniu 1879 roku istniała przetoka. Po wyjściu ze szpitala we 2 miesiące śmierć od wyniszczenia.
11	1878	Trendelenburg ²⁰⁾	dto	29 lat kobieta	1	—	—	We 3 miesiące po wyjściu ze szpitala umarła w skutek ropienia.
12	1879	Lindemann ²¹⁾	Jednoczasowo	8 lat mężczyzna	—	1	Pleuritis	
13	1879	Trendelenburg ²⁰⁾	Dwuczrasowo	18 lat kobieta	1	—	—	Ścianki brzuszne przecięły w 2 miejscach. Po 8 dniach zrosty okazały się niedostatecznymi i dla tego po otworzeniu torbieli przyszyły takową do ścianek brzusznych.
14	1879	Rudolphi ²⁰⁾	dto	33 lat kobieta	1	—	—	
15	1879	Landau ³⁵⁾	Jednoczasowo	12 lat kobieta	1	—	—	Grubość przeciętej warstwy wątroby = 1 1/2 ctm. Cięcie na linea alba nad pępkiem. Żółć zaczęła się wydzielać we 4 tygodnie po operacyi.
16	1879	E. Küster ³⁴⁾	Dwuczrasowo	9 lat kobieta	1	—	—	Otworzył torbiel w 9 dni po pierwszym akcie; przy wydobywaniu zawartości z torbieli wylała się do niej zawartość drugiej sąsiadującej z nią torbieli. Żółć obficie się wydzielała.
17	1879	Israel ³¹⁾	Dwuczrasowo właściwie we 3 tempa	33 lat kobieta	1	—	—	Otworzył najprzód cavum pleurae, reze-kując 6-ste żebro, w 7 dni później otworzył cavum peritonei, przecinając przeponę, nareszcie po nowem 9-ciodniowem wyczekiwaniu otworzył torbiel. Wpływ żółci przez ranę rozpoczął się 3-go dnia.
18	1879	Volkmann — Genzmer ³²⁾	Jednoczasowo	? lat mężczyzna	1	—	—	Jednocześnie otworzył cavum pleurae i przeciął torbiel, która się okazała zrosniętą z przeponą. Żółć wydzielała się dość długo przez ranę.

Numer porządkowy	Rok	OPERATOR	Sposób operowania	Wiek i płeć chorych	Zejście		Przyczyna śmierci	U W A G I
					Wydro- wało	Umarto		
19	1880	Lindemann ¹¹⁾	Jednoczasowo	28 lat kobieta	1	—	—	
20	1880	Chauvel ⁴¹⁾	dto	24 lat mężczyzna	1	—	—	Próbował zrobić cięcie pod łukiem że- browym, przekonawszy się jednak, po otworzeniu jamy brzusznej, iż trzeba przeciąć grubą (5 cm.) warstwę wtro- by, aby się dostać do torbieli, zaszył ra- nę i dopiero po jej zagojeniu otworzył torbiel w 8 em międzyżebrowo, używając do tego termokauteru.
21	1880	Lawson Tait ¹³⁾	dto	37 lat kobieta	1	—	—	Cięcie skośne od łuku żebrowego do pepka. We 4 miesiące wystąpiły gro- źne objawy podrażnienia peritonei, któ- re się zakończyły wydzieleniem przez fistulę znacznej ilości żółci.—Grubość przeciętej warstwy wątroby= $\frac{1}{2}$ cala.
22	1881	Lawson Tait ⁴²⁾	dto	7 lat kobieta	1	—	—	
23	1881	Lawson Tait ¹³⁾	dto	56 lat kobieta	1	—	—	Torbiel przed operacją opróżniła się kilkakrotnie do kiszki. Przednia po- wierzchnia była pokryta przyrostami kiszkami, które trzeba było oddzielić, aby się dostać do torbieli. Grubość przeciętej warstwy wątroby= $\frac{1}{2}$ cala.
24	1881	Lawson Tait ¹³⁾	dto	35 lat kobieta	1	—	—	Grubość przeciętej warstwy wątroby= $\frac{1}{4}$ cala.
25	1881	Lawson Tait ¹³⁾	dto	31 lat kobieta	1	—	—	Grubość przeciętej warstwy wątroby= $\frac{1}{4}$ cal. Słiny krwokok mięsowy po- wstrzymano uciskiem.

26 do 30	?	Lawson Tait ¹³⁾	Jednoczasowo	??	5	—	—	Na str. 333 autor wspomina, iż robił 10 hepatomii z powodu bąblowca wątrobę, wszystkie z pomyślnym zejściem, cztery zaś tylko cytują obszernej; piątą znalazłem w „Brit. Med. Journ.” z 1881 roku. Pozostałe 5 znacząm nie podając ani wieku, ani płci, ani też daty wykonania operacji, gdyż sam autor nic o tem nie wspomina.
31	1881	Lindemann ⁷¹⁾	dto	30 lat kobieta	1	—	—	
32	1882	Nicholson ⁴³⁾	dto	? lat mężczyzna	1	—	—	Operację poprzedziła aspiracja plynu, który się jednak szybko zebrał ponownie.
33	1882	Hume ⁴⁸⁾	dto	27 lat mężczyzna	1	—	—	Torbiel miejscami była przyrosnięta, po przecięciu wypłynęło dużo płynu surowiczego z jamy brzuszej.
34	1882	Landau ⁴⁴⁾	dto	6 lat kobieta	1	—	—	Były 2 zupełnie oddzielne torbiele, zoperował obie na jednym posiedzeniu. Dla jednej poprowadził cięcie równoległe do łuku żebrowego, dla drugiej zaś cięcie na linii środkowej.
35	1882	Madelung ⁷⁰⁾	dto	28 lat kobieta	—	1	Haemorrhagia ex ulcere duodeni	Wykonał rezekcję 9-go żebra, aby się dostać do torbieli. Po operacji dość długo wydzielała się znaczna ilość żółci.
36	1882	Madelung ⁷⁰⁾	dto	35 lat kobieta	—	1	Collapsus	Śmierć nastąpiła w kilka godzin po operacji.
37	1882	Schede ⁴⁹⁾	dto	44 lat mężczyzna	1	—	—	Robił rezekcję żebra. Po operacji przez dłuższy czas trwał wypływ żółci przez ranę.
38	1883	Leisrink ⁴⁵⁾	dto	36 lat mężczyzna	1	—	—	Grubość przeciętej warstwy wątroby = 3 cm., krwawie było nieznaczne. W 38 dni po pierwszej operacji u tegoż samego chorego wykryto drugą torbiel, którą L. zoperował <i>metodą doucza-sową</i> .

Numer porządkowy	Rok	OPERATOR	Sposób operowania	Wiek i płeć chorych	Zejście		Przyczyna śmierci	U W A G I
					Wyzdrowiało	Umiało		
39	1883	Leisrink ⁴⁵⁾	Dwuczasowo	33 lat mężczyzna	1	—	—	We 3 miesiące później u tegoż chorego otworzył inną torbiel zrośniętą ze ścianą brzuszną, która zdawało się iż po aspiracji zamikła. Wypływ żółci rozpoczął się we 2 miesiące po operacji, a ustąpił dopiero po 3 miesiącach.
40	1883	Assmuth J. ⁴⁶⁾	Jednoczasowo	35 lat kobieta	1	—	—	Pozostała na zawsze fistuła żółciowa. Żółć w ranie pokazała się na 6-sy dzień po operacji. Każda próba zamknięcia fistuły wywoływała: dreszcze, wymioty, powiększenie wątroby.
41	1883	J. K. Thornton ⁵⁰⁾	dto	29 lat kobieta	—	1	Septicaemia	Poprzednio kilkakrotnie płyn wypuszczano, wskutek czego zropiał. T. przyszył torbiel dopiero po jej otwarciu.
42	1883	J. K. Thornton ⁵⁰⁾	dto	41 lat kobieta	1	—	—	Guz sięgał do miednicy, tak iż T. przypuszczał nowotwór macicy, dopiero podczas oddzielania wzrostów sporządzących pomyłkę, torbiel przeciął i po opróżnieniu przyszył do ścianek brzusznych.
43	1883	Vogt ⁵¹⁾	dto	25 lat kobieta	1	—	—	Wypływ żółci przez ranę rozpoczął się w 10 dni po operacji i trwał 6 dni; ogólny stan poprawił się dopiero po zniknięciu żółci z wydzielniny.
44	1883	Albert ⁵⁴⁾	Dwuczasowo	16 lat kobieta	1	—	—	Torbiel otworzył termokaterem w 9 dni po przecięciu ścianek brzusznych. Przez tydzień wydzielała się żółć.

45	1883	A. v. Puky ⁵²⁾	Jednoczasowo	33 lat Kobieta	1	—	—	Był jeszcze drugi pęcherz prawdopodobnie w sieci, zrosnięty ze ścianą brzuszną, który został poprzednio przecięty. Cięcie pod łukiem żebrowym nie doprowadziło do torbieli, zaszył je P. i zrobił drugie na linii środkowej.
46	1883	Teale ⁵¹⁾	Jednoczasowo	14 lat mężczyzna	1	—	—	Poprzedziły liczne punkcje, zawartość zropiała.
47	1883	Teale ⁵¹⁾	dto	26 lat kobieta	1	—	—	Na 3-ci dzień po operacji wydzieliło się przez ranę bardzo wiele łożyci, co się jednak potem nie powtarzało.
48	1883	Dinte	dto	11 lat kobieta	1	—	—	Zawartość po punkcji zropiała. Operator najpierw przyszył torbiel za pomocą szwu węzłkowego na całym obwodzie rany ścianek brzusnych, a następnie ją przeciął na tem samym posiedzeniu. Za pozwolenie umieszczenia w niniejszej tabelicy wypadku, dotąd nie ogłoszonego, składam kol. Dintemu serdeczne podziękowanie.
49	1884	Kuźmin ⁵⁶⁾	dto	18 lat kobieta	—	1	—	Przy sekcji znaleziono prawe serce wypełnione włóknami pęcherzami, które się tam dostały przez otwór w vena cava inferior.
50	1884	Heusner ⁵⁵⁾	Dwuczaso- wo	31 lat mężczyzna	1	—	—	Torbiel otworzono w 11 dni po przecięciu ścianek brzusnych. Pozostała fistula, która się zagoiła po wyrezkowaniu 11-go żebra i przecięciu lewej jamy opłucnej, w której się zebrał ropny wysięk.
51	1884	Heusner ⁵⁾	Jednoczasowo	35 lat mężczyzna	1	—	—	Wyrezkował 7-me żebro, otworzył jamę opłucnej, i przez przeponę torbiel Jeszcze przed operacją istniało połączenie między torbielą a oskrzelami.

Numer porządkowy	Rok	OPERATOR	Sposób operowania	Wiek i płeć chorych	Zejście		Przyczyna śmierci	U W A G I
					Wzrost	Umieralność		
52	1884	Lewszyn ⁶⁵⁾	Dwuczasowo	22 lat kobieta	1	—	—	Torbiel otworzył we 4 dni po przecięciu ścianek brzuszných
53	1884	Albert ⁶⁴⁾	dto	20 lat kobieta	1	—	—	Aspirowano płyn 6 razy przed operacją. Torbiel otworzono w 6 dni po przecięciu ścianek brzuszných.
54	1884	Albert ⁶⁴⁾	dto	25 lat kobieta	1	—	—	Torbiel otworzył we 4 dni po przecięciu ścianek. Grubość przeciętej warstwy wątroby = 1 cm.
55	1884	Terrier ⁶⁶⁾	Exstirpatio cystae— właściwie <i>jednoczasowo z rezekcją</i> znacznej części ścian torbieli	19 lat kobieta	1	—	—	Torbiel wychodziła z tylnej powierzchni wątroby. Pozostała część ścianek torbieli przyszył drutem do rany ścianek brzuszných.
56	1884	Grünberg ⁶⁷⁾	Jednoczasowo	52 lat kobieta	1	—	—	Bardzo nporczywy wypływ żółci przez ranę.
57 do 59	1884	Prof. Vogt—Dr. Löbker ⁶⁸⁾	dto	??	3	—	—	L. wspomina na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Stralsundzkiego o wypadkach operowanych w Greifswaldzie, nie podając bliższych szczegółów.
60	1884	Prof. Rinne Dr. Löbker ⁶⁷⁾	Dwuczasowo	??	1	—	—	dto
61	1884	W. Krajewski	Jednoczasowo	27 lat mężczyzna	1	—	—	Czwartego dnia po operacji pokazała się żółć w wydzielinie, a po tygodniu znikła dobrowolnie.— <i>Własna obserwacja.</i>
62	1884	Marung jun. ⁷⁰⁾	dto	35 lat kobieta	1	—	—	
63	1884	Madelung ⁷⁰⁾	Dwuczasowo	27 lat mężczyzna	1	—	—	Podczas gojenia znaczny odpyływ żółci.

64	1885	Sklifasowski ⁶¹⁾	Jednoczasowo	? lat mężczyzna	1	—	—	Przed operacją istniało połączenie z o- skrzelami, torbiel była częściowo zro- śnięta z klatką piersiową. S. użył cięcia płatowego w okolicy mamiliac z rezekcją 6-go żebra.
65	1885	Sklifasowski ⁶²⁾	Pierwsza torbiel je- dnoczasowo druga— dwuczcasowo.	30 lat kobieta	1	—	—	W wątrobie znajdowały się 3 torbiele, z których 2 łączyły się ze sobą. Operu- jąc drugą torbiel sposobem Volkman'a, S. zamiast rozciąć torbiel nożem, prze- kłuł ją tylko trójgranicem i wprowadził dren.
66	1885	Sklifasowski ⁶³⁾	Dwuczcasowo	44 lat mężczyzna	1	—	—	Po utworzeniu jamy brzuszej przyszył torbiel a w 5 dni później przekłuł ją trójgranicem i wprowadził dren. Chory gorączkował po operacji aż do chwili, w której przy przepłukiwaniu jamy coś pękło (prawdopodobnie druga torbiel) i wylało się masę ropy i pęcherzy.
67	1885	Maydl ⁶⁴⁾	dto	43 lat kobieta	1	—	—	Torbiel utworzoną w 6 dni po przecię- ciu ścianek brzuszných. Na 14-ty dzień zaczęło się wydzielać po 40 ctm. sze- ścienných żółci dziennie, co trwało wszy- stkiego tylko 3 dni.
68	1885	B. Schmidt ⁶⁵⁾	Jednoczasowo	? lat kobieta	—	1	Plenritis	Z krótkiej wzmianki o tych dwóch wy- padkach dołączonej do szczegółowego opisu bąblowca oczodoku, nie można wy- wnioskować który właściwie wypadek był operowany jednoczasowo, czy ten co umarł, czy też przecięwnie.
69	1885	B. Schmidt ⁶⁵⁾	Dwuczcasowo	? lat mężczyzna	1	—	—	
70	1885	W. Krajewski	Jednoczasowo	17 lat kobieta	1	—	—	Własna obserwacja.
71	1885	Lindemann ⁷¹⁾	dto	37 lat kobieta	1	—	—	
72	1885	Terrier ⁷²⁾	Exstirpatio, włści- wie jednoczasowo z rezekcją większej części ścianek.	? lat kobieta	1	—	—	Żółć wydzielać się zaczęła już od pierw- szego dnia, późn ej wypły w ustal dobro- wolnie.

Numer porządkowy	Rok	OPERATOR	Sposób operowania	Wiek i płeć chorych	Zejście		Przyczyna śmierci	U W A G I
					Wyzdrowiało	Umarło		
73	1885	Lucas Championière ¹²⁾	Exstirpatio jak w poprzedzającym	? lat kobieta	1	—	—	Na przestrzeni 26 cm. kiszka była przyrośnięta do torbieli, zrost ten na całej przestrzeni usunięto.
74	1885	Lucas Championière ¹²⁾	Dwuczasowo	? lat kobieta	1	—	—	Torbiel zawierająca ropę przed operacją.
75	1885	Lucas Championière ¹²⁾	dto	? lat kobieta	1	—	—	
76	1886	Poulet ¹³⁾	Jednoczasowo	32 lat mężczyzna	1	—	—	W 50 dni zupełnie zagojony.
77	1886	Reclus ¹³⁾	Jednoczasowo	? ?	1	—	—	Torbiel zawierająca ropę przed operacją.
B a b l o w i e c ś l e d z i o n y .								
78	1867	J. Pean ¹⁴⁾	Splenectomia	22 lat kobieta	1	—	—	Na 10-ty dzień chora wstała z łóżka.
79	1873	Kocherlé ¹⁰⁾	Splenectomia	27 lat kobieta	—	1	Shock	Śmierć nastąpiła w 17 rodzin po operacji, którą poprzedziła kilkakrotna aspiracja płynu.
80	1878	Lindemann ¹⁵⁾	Jednoczasowo	31 lat kobieta	1	—	—	
81	1878	Alessandri ¹⁶⁾	dto	38 lat mężczyzna	1	—	—	Po operacji powstało ropne zapalenie opłucnej wyleczone przecięciem. Przed operacją robiono kilkakrotnie aspirację płynu.
82	1885	Wasilieff ¹⁵⁾	dto	21 lat kobieta	1	—	—	Poprzedziła punkcja, po której rok cały płyn się nie zbierał. W 6 tygodni po operacji zupełne zagojenie.

Torbiel utworzona w 5 dni po przecięciu ścianek brzusznych

Bąblowiec sieci i jamy otrzewnej.

83	1885	Albert ⁶¹⁾	Dwuczasowo	26 lat mężczyzna	1	—	—	—	
84	1873	J. Pean ¹¹⁾	Exstirpatio wraz z siecią	40 lat kobieta	1	—	—	—	Probował z początku wyłuszczyć guz pozostawiając sieć, gdy się to okazało niemożliwym, podwiązał sieć, odcinał torbiel, a nóżkę wpuścił.
85	1874	Spencer Wells ¹²⁾	Exstirpatio wraz z siecią	? lat kobieta	1	—	—	—	Jednocześnie z głównym guzem mieszcącym się w sieci, usunął 4 <i>W.</i> pęcherzy z jamy otrzewnej, częścią wolnych, częścią przyrostłych. Pęcherze znajdujące się w ścianie brzusznej musiał pozostawić. Po wyjściu chorej ze szpitala bąblowiec znów się zaczął rozwijać, i chora umarła.
86	1877	Th. Annandale ²⁹⁾	Jednoczasowo	32 lat kobieta	1	—	—	—	Klinisch solitärer Echinococcus omenti jak go Witzel ⁵⁷⁾ nazywa.
87	1878	J. Thornton ²⁹⁾	Exstirpatio wraz z siecią	32 lat kobieta	1	—	—	—	Nóżkę powstałą po podwiązaniu sieci wszły w ranę ścianek brzusznych.
88	1880	Veit ¹⁶⁾	Exstirpatio wraz z siecią	48 lat kobieta	—	1	—	Embolia art. cerebri	Wszystkich pęcherzy nie można było usunąć.
89	1880	Freund ⁷⁰⁾	Jednoczasowo	? lat kobieta	1	—	—	—	Bąblowiec sieci.
90	1881	Albert ⁶⁴⁾	Exstirpatio wraz z siecią	31 lat mężczyzna	1	—	—	—	Rozpoznawano sarcomam przed operacją.
91	1882	Trendelenburg ⁶⁶⁾	Jednoczasowo	10 lat kobieta	1	—	—	—	„Klinisch solitärer Sack.“
92	1884	F. Schatz ⁷⁰⁾	Exstirpatio cum utero	37 lat kobieta	1	—	—	—	Jeden pęcherz znajdował się w więzcie szerokim, drugi in cavo Dougllassi.

Numer porządkowy	Rok	OPERATOR	Sposób operowania	Wiek i płeć chorych	Zejście		Przyczyna śmierci
					Wyzdrowiał	Umarło	
Bąblowiec nerki i zaotrzewny — przednerkowy.							
93	1870	Spiegelberg 21)	Exstirpatio	42 lat kobieta	—	1	Collapsus
94	1872	Spiegelberg 27)	Jednoczasowo	30 lat kobieta	1	—	—
95	1877	Spiegelberg; 28)	dto	28 lat kobieta	1	—	—
96	1880	Hinckeldeyn 70)	Exstirpatio wraz z nerką	42 lat kobieta	—	1	Shock
97	1884	Heusner 55)	Jednoczasowo	46 lat kobieta	1	—	—

Guz był zupełnie ruchomy i przyjęty został za torbiel jajnika. Okazało się, iż jest mocno zrosnięty z kiszczkami i wychodzi z nerki. Ostatecznie po rozcięciu i usunięciu jaknajwiększego kawałka ścian, resztę podwiązano i wpuszczono do brzucha.

Też przypuszczał guz jajnika, dopiero podczas operacji pokazało się, iż jest zaotrzewnym; po wypuszczeniu płynu S. wyciął część przedniej ściany torbidei, mocno z kiszczkami zrosniętej, resztę zaś wszył w ranę ściany brzusznej i przedrenował.

Postępował jak w poprzednim wypadku.

Przy wyluszczeniu powstał bardzo silny krwotok, który jednak powstrzymano; przy sekcji okazało się, iż art. renalis podwiązana tuż przy aorcie.

Guz in hypochondrio sinistro niewiadomego pochodzenia przy operacji dopiero okazał się bąblowcem lewej nerki.

Literatura.

1. Cruveilhier—Acephalocyste—Diction. de Med. et de Chir. prat. 1829 t. I p. 193—270. 2. Begin—Kyste—Diction. de Med. et de Chir. prat. 1833 t. X, p. 612—619. 3. Jaccoud—Diction. de Medecine—Article de Simon Jules t. XV p. 159—190. 4. Ewald—Echinococccen Krankheit—Real-Encyclopädie t. IV p. 265. 5. Trouseseau—Clinique medicale de l'Hotel Dieu de Paris t. III p. 242—270. 6. Murchinson—Leçon cliniques sur les maladies du foi—(traduites par Dr. Cyr) 1878. 7. Jaccoud—Leçon de clinique medicale. 1885. 8. Leuckart—Die Menschlichen Parasiten. 1863 p. 328—389. 9. Albert Neisser—Die Echinococccen Krankheit. Berlin. 1877. 10. F. Mosler—Ueber Milz-Echinococcus und seine Behandlung. Wiesbaden. 1884. 11. J. Pean—Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin 1880. p. 448, 905, 1008. 12. Spencer Wells—Des tumeurs de l'ovaire et de l'uterus (traduit par Dr. Paul Rodet) 1883 p. 126. 13. Lawson Tait—The Pathologie and treatment of Diseases of the ovaries—Fourth Edition. 1883 p. 338. 14. C. Muehold—Ein Fall von Echinococcus der Gallenblase und der Leber—Inaug. Dissert. Berlin 1876. 15. A. Kirchner—Ein Beitrag zur Operation der Echinococccen der Organe der Bauchhöhle. Inaug. Dissert. Berlin. 1879. 16. A. Rings—Ein Fall von multiplen Echinococccen der Bauchhöhle. Inaug. Dissert. Berlin. 1880. 17. Lassus—Recherches et observations sur l'hydropisie enkystée du Foie—Journ. de Med., Chir., Pharm., par Corvisart et Boyer t. I p. 115. 18. J. Finsen—Ugeskrift for Laeger. 1867 referat Küchenmeister'a u Schmidt's Jahrbücher Bd. 134 p. 181. 19. J. Pean—Union medical 1867. Nr. 141 i 142. 20. M. Wolf—Operative Behandlung zweier Unterleibs-Echinococccen—Berl. Klin. Woch. 1870 p. 55 i 66. 21. Spiegelberg—Echinococcus der rechten Niere—Exstirpation—Tod—Arch. f. Gynäkologie. 1870 Bd. I p. 146. 22. Spiegelberg—Retropertonealer linksseitiger Echinokokkensack Partielle Excision—Heilung. Arch. f. Gynäkologie, 1872. Bd. III p. 272. 23. Mouchet—Des Kystes hydatiques de la paroi abdominale antérieur—Montpellier Medical—Oct. et Nov. 1872—referat w Jahresbericht von Hirsch und Virchow 1872. 24. H. Ranke—Ueber die operative Behandlung der Leberechinococccen—Arch. f. Chir. v. Langenb. Bd. 21 p. 637. 1877. 25. Sängner—Zur operativen Behandlung der Abscesse und Hydatiden der Leber. Berl. Klin. Woch. 1877. p. 155. 26. Th. Annandale—Case of large hydatid tumor of the omentum, treated successfully by free incision with antiseptic precaution—Brit. Med. Journ. 1877. Jan. 27. 27. O. Aschenborn—Bericht über die äusere Station. von Bethanien im Jahre 1877—Arch. f. Chir. v. Langenb. Bd. 25. p. 176. 28. O. Alberts—Rechtsseitige anterenale Echinococccuscyste—Berl. Klin. Woch. 1878 p. 317. 29. J. K. Thornton—Removal of hydatids of the omentum and from the pelvis. Brit. Med. Times 1878. p. 565 (cytowany u Witzel'a patrz niżej). 30. Dr. Alessandri—Il. Raccogliore medico 20—30 Agosto 1878 (Jahresbericht von Hirsch und Virchow 1878). 31. Israël—Vorstellung eines Falles von Operation eines Leberechinococcus von der Brusthöhle aus—VIII Chirurgen-Congress.

1879. Berlin. **32.** Genzmer—Vorstellung eines mit Rippenresection und Eröffnung der gesunden Pleura, durch Incision des Zwerchfelles geheilten Leberechinococcus—VIII Chirurgen-Congress. Berlin. 1879. **33.** H. Parson—A case of Hydatid tumour of the liver treated for radicale cure—The Lancet. 1879. Dec 20. **34.** E. Küster—Berl. Medicin. Gesellschaft 10 Dec. 1879. Berl. Klin. Woch. 1880 p. 55—Deut. Med. Woch. 1880 Nr. 1. **35.** Landau—Zur operativen Behandlung der Echinococccen in der Bauchhöhle—Berl. Klin. Woch. 1880 p. 63 i 109. **36.** Kirchner—Zur operativen Behandlung der Leberechinococccen—Berl. Klin. Woch. 1880 p. 315. **37.** Landau—Zur operativen Behandlung der Echinococccen der Bauchhöhle—Berl. Klin. Woch. 1880. p. 404. **38.** Sławjansky—Ein Fall von Echinococcus der Bauchhöhle, geheilt durch Laparo-Echinokokkotomie—Centr. f. Gyn. 1880 Nr. 20. **39.** Fereol, Ricord—Union Medical. 1880 Nr. 79. **40.** Weiss—Echinococcus und Urticaria—Berl. Klin. Woch. 1881. p. 435. **41.** Dr. Chauvel—Kyste hydatique du foie, ponction aspiratrice, suppuration de la poche kystique,—essai d'ouverture avec le bistouri—insuccès. Ouverture avec le thermocautère — a także dyskusja—Bull. de la Soc. de Chirurgie—Paris. 1881. p. 249. **42.** Lawson Tait—A case of Hepatotomie for Hydatids—Brit. Med. Journ. 1881. t. II p. 81. **43.** Nicholson—Brit. Med. Journ. 1882. t. I p. 73. **44.** Landau—Zur Operation der Echinococccen der Bauchhöhle, besonders der Leber. 1882. Arch. f. Chirurg. v. Lang. Bd. 28. p. 720. **45.** Korach—Zur operativen Behandlung der Leberechinococccen—Berl. Klin. Woch. 1883 p. 280 i 300. **46.** As-smuth—Ein Fall von Leberechinococcus—St. Petersburg. Med. Woch. 1883. Nr. 8. **47.** Bergerini—Centr. f. Chir. 1883. Nr. 43. **48.** T. Oliver—Case of Hydatid diseases of the Liver, requiring operation—The Lancet 1883. Sept. 1. **49.** Kirmisson—De l'influence du traumatisme sur le developement des kystes hydatiques—Arch. gen. de Med. 1883. p. 513. **50.** J. K. Thornton—Med. Times and Gaz. 1883. t. I p. 89. (Jahresbericht von Hirsch und Virchow 1883 r.). **51.** Teale Hydatids of the Liver treated by Incision. Brit. Med. Journ. 1883. t. I p. 208. **52.** Dr. A. v. Puky—Ueber Echinococcusoperationen im Anschlusse an einen geheilten Fall—Arch. f. Chir. v. Langenb. 1884. Bd. 31. p. 101. **53.** Dr. E. Schwartz—Traumatisme et kyste hydatique—Arch. gen. de med. 1884. p. 605. **54.** Thierfelder—Zur Diagnostik der Echinokokkenkrankheit—Deut. Med. Woch. 1884. Nr. 29. **55.** Heusner—Ueber einige Fälle von Echinokokkus—Deut. Med. Woch. 1884. Nr. 49. **56.** Ignatieff—Sluczaj Echinokokka pieczeni—Medicinskoe Obozrenje. 1885. p. 347. **57.** Witzel—Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane—Deut. Zeitschr. f. Chirurg. 1884. Bd. 21 p. 141. **58.** Grünberg-Löbker—Deutsche Medicinalzeitung. 1884. Nr. 3. **59.** Gołubow—Echinokokk sielezionki—Medicin. Obozrenje. 1885. p. 779. **60.** Bogajewskij—Echinokokk pieczeni, izleczenie chirurgiczeskim putiom—Rusk. Medicina. 1885. Nr. 22. **61.** Spiżarnyj—Sluczaj Echinokokka pieczeni prorwawszawosia w dychatielnyje puti—Letopis Chirurg. Obszczestwa. 1885. Nr. 6. **62.** Suslin—Gidatidnaja kista pieczeni i t. d.—Dniewnik Kazan. obszczestwa wraczej 1885. Nr. 5—(referat w Med. Obozrenii 1885 str. 501). **63.** Chejfec—Pered (pod) brisuzynnyj Echinokokk—Wracz—1885. Nr. 181. **64.** H. Schmidt—Ein Fall von Echinococcus der Orbita—Centr. f. Chir. 1885. p. 459. **65.**

Lihotzky—Sieben Fälle von operativ geheilten Echinococcusgeschwülsten. Deut. Zeitschr. f. Chirurgie 1885, Bd. XXIII p. 114. **66.** Wasilief—Stuczaj Echinokokka sielezionki—Chirurgiczeskij Wiestnik 1885 p. 615. **67.** M. Terrier—Kyste hydatique de la face inferieure du foie—Laparatomie. Bull. de la Soc. de Chirurgie 1885. p. 364. **68.** Pawlow—Otczot o chirurgiczeskoi diejatielnosti w Aleksandrowskoj i Świato-Troickoj obszczinach w Peterburgie—Chirurg. Wiest. 1885. p. 777. **69.** Spizarnyj—K woprosu ob. operaciji echinokokka pieczeni—Wracz 1886 r. p. 57. **70.** Harley—Centr. f. Chirurgie 1879. Nr. 19. **71.** Beiträger Mecklenburgischer Aerzte zur Lehre von der Echinococccen-Krankheit—herausgegeben von prof. Dr. Otto Madelung str. 219. 1885. **72.** Dr. B. Schlegte ndal—Die Lindemann'sche einzeitige Operation der Echinococccen der Bauchorgane—Arch. v. Lang. Bd. 33. p. 202. 1886. **73.** Richelot—Sur le traitement des Kystes hydatiques du foie—Discussion. Bull. de la Soc. de Chirurg. tome XI. 1885 p. 795. **74.** Poulet, Reclus—Soc. de Chirurgie 17 Fevrier 1886. La Semaine Medical 1886.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby nerwowe.

52. GRASHEX (Würzburg). **O znaczeniu cieczy mózgodzeniowej dla krążenia w czaszce.** *Ueber die Bedeutung des Liquor cerebrospinalis für die Blutbewegung im Schädel. Versammlung der deuts. Naturfor. u. Aerzte in Strassburg.* Neurol. Centrall. 1885. Nr. 21.

Już uprzednio G. zwrócił był uwagę na znaczenie cieczy mózgodzeniowej dla krążenia w mózgu formułując je tak: przy swobodnym odpływie cieczy ciśnienie wewnątrz czaszkowo spada do zera i krążenie krwi odbywa się bez przeszkód; przy zniesionym odpływie ciśnienie wewnątrz czaszkowe wzrasta wraz z ciśnieniem krwi i następuje znaczne utrudnienie krążenia. W rzeczywistości nie może być mowy o zupełnie swobodnym ani też o zupełnie zniesionym odpływie cieczy; może ona z jamy czaszkowej dostać się do więcej rozszerzalnej jamy kregosłupa, może też odpływać do wykrytych przez Key'a i Retzius'a naczyń limfatycznych błony śluzowej nosa i przestrzeni podpajęcznych nerwów obwodowych oraz przez granulacje Pacchion'a do układu żylnego, wreszcie może ona napowrót przejść drogą resorbcyi do układu naczyniowego, z którego pochodzi. Z drugiej znów strony może ciecz mózgodzeniowa otrzymywać z układu naczyniowego bezustanny dopływ; jest więc ona ruchomą i pod względem ilościowym nie stałą lecz zmienną. Pewnem jest, iż odpływ cieczy mózgodzeniowej nie odbywa się u wszystkich osobników pod jednakowym ciśnieniem; u jednego mogą istnieć liczniejsze i bardziej dogodne drogi odpływu aniżeli u drugiego, do tego stopnia, iż przy jednakowym dopływie cieczy takowa u jednego pozostaje pod mniejszem ciśnieniem aniżeli u drugiego. Dalej przypuszczać na-

leży, iż przy jednakowych drogach odpływu dopływ bywa rozmaitym i że w skutek tego ciśnienie pod którym ciecz mózgodzeniowa się znajduje resp. odpływa, rozmaitych dosięga stopni. Gdy zaś ciśnienie owo przechodzi pewną nie zbyt wydatną granicę, następuje zaburzenie w krążeniu (Circulationshemmung) i w związku z niem zбочenie w odżywianiu mózgu.

Szczególnie znaczenie otrzymuje łatwiejszy lub trudniejszy odpływ cieczy mózgodzeniowej, gdy następują znaczniejsze wahania w ciśnieniu krwi lub rozszerzalności naczyń. Każde wzmoczenie się ciśnienia w tętnicy domózgowej (carotis) wywołuje zwiększenie się ciśnienia wewnątrz czaszkowego oraz powoduje niebezpieczeństwo wstrzymania krążenia, jeśli tylko pierwsze nie przemija szybko i odpowiednio większy odpływ cieczy nie spowoduje zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Równe znaczenia mają wahania w rozszerzalności naczyń mózgowych; przypuścimy iż naczyńia mózgowe u 2-ch osobników zwiększyły się znacznie w skutek wpływów naczynioruchowych i mózgi ich w skutek tego są źle odżywiane; gdy teraz skurecz naczyń ma nagle ustać i tym sposobem rozszerzalność tychże znacznie się wzmóżdż, to wynika stąd dla obu mózgowi wzmoczenie ciśnienia wewnątrz czaszkowego, które na tym stopniu może pozostać, zmniejszyć się lub zwiększyć. Która z tych 3-ch ewentualności nastąpi zależy głównie od rodzaju dróg odpływu cieczy mózgodzeniowej. Gdy u jednego osobnika drogi te są liczne i dogodne, wtedy zwiększone ciśnienie wewnątrz-czaszkowe w skutek zwiększonego odpływu cieczy mózgo-rdzeniowej zmniejsza się i zaburzenia w krążeniu wyrównują się, zanim wytworzą się produkta zastoju. Naczyńia mózgowe stając się bardziej rozszerzalnymi, przepuszczają przez mózg znacznie większą ilość krwi w jednostce czasu i odżywianie mózgu tem samem normują. U drugiego zaś osobnika u którego drogi odpływu cieczy są źle rozwinięte, zwiększone ciśnienie wewnątrz czaszkowe nie ulegnie niżce, wahania naczyń powstrzymujące krążenie potrwają i wytwarzają się produkta zastoju. Pomiedzy ostatniemi na szczególną uwagę zasługuje obręzek z zastoju t. j. zwiększony dopływ cieczy mózgo-rdzeniowej, wzmagający znowu ciśnienie wewnątrz-czaszkowe. Tym sposobem mózg, początkowo źle odżywiany w skutek silnego skureczu naczyń, będzie się też źle odżywiać po zwolnieniu skureczu naczyń, w skutek zastoju krwi t. j. ze stanu tętniczej niedokrwistości przejdzie w stan żylnego przekrwienia.

Podobne, objaśniające powstawanie zбочen umysłowych, wnioski dadzą się jeszcze w ten sposób sformułować: u ludzi u których drogi odpływu cieczy mózgodzeniowej są wąskie i niedostateczne, istnieje większe usposobienie do zaburzeń w odżywianiu mózgu aniżeli u innych, a nawet być może iż trudno określić się dająca istota usposobienia dziedzicznego do zбочen umysłowych ma swą anatomiczną podstawę w niedostatecznie rozwiniętych drogach odpływu cieczy mózgodzeniowej.

A. Rosenthal.

53. FINKELSTEIN. O zaburzeniach wzroku i innych zmysłów przy pewnych chorobach układu nerwowego.

(z kliniki chorób nerwowych i umysłowych prof. Mierzejewskiego). Wracz N-r 1, 1886.

Na zaburzenia wzroku i innych zmysłów przy pewnych chorobach układu nerwowego pierwsi zwrócili uwagę Thomsen i Oppenheim. Badali oni wzrok przy: padaczce, maciennictwie, niemocy nerwowej, przewlekłym otruciu wysokiem etc. Autor niniejszej rozprawy w części potwierdził wyniki prac owych uczonych, w części dodał kilka własnych, interesujących w tym względzie spostrzeżeń. Nadto badał on wzrok u zupełnie zdrowych kobiet w czasie regularności.

Badanie wzroku odbywało się za pomocą perymetru Förstera; dla określenia pola widzenia używano białych i kolorowych papierków; u każdego chorego badano pole dla pięciu zasadniczych kolorów: białego: niebieskiego, czerwonego, żółtego i zielonego. Chory siadał tyłem do okna, aby badanie mogło się odbywać przy jednostajnym oświetleniu. Jedno oko zakrywał sobie chustką, drugim nieruchomo wpatrywał się w gałkę ze słoniowej kości.

Słuch badano za pomocą zegarka i kamertonu. Smak w rozmaitych miejscach języka za pomocą czterech zasadniczych ciał smaku: octu, soli kuchennej, chininy i cukru. Dla badania powonienia używano Assam foetidam.

Wyniki badań.

a) Padaczka (47 wypadków).

1. Razem z ogólnymi objawami, poprzedzającymi napad padaczki: zawrotem i bólem głowy, biciem serca etc. zawsze mamy i zwężenia pola widzenia.

2. Największem bywa zwężenie pola widzenia po napadzie; przechodzi ono powoli na drugi lub trzeci dzień potem w rozszerzenie; nawet przy najcięższych i częstych napadach, połączonych z pewnymi zaburzeniami w sferze psychicznej, zwężenie pola widzenia nigdy nie było stałym, lecz stopniowo przechodziło w rozszerzenie (wynik przeciwny twierdzeniom Thomsen'a i Oppenheim'a).

3. Niezbędnem jest określanie pola widzenia dla wszystkich barw, zdarza się bowiem, że, gdy dla światła jest ono prawidłowe, dla barw znacznie bywa zwężonem. Zwężenie pola dla barw zjawia się zawsze znacznie wcześniej, niż dla światła i w stosunku fizyologicznym, to jest, największe bywa zwężenie dla barwy zielonej (w stanie fizyologicznym pole widzenia dla tej właśnie barwy jest najmniejsze), potem dla żółtej, czerwonej, a najmniejsze dla niebieskiej.

4. Często też miewa miejsce podczas napadu fałszywe różnicowanie barw, czyli zamiana jednej barwy drugą. Ścisłych prawideł przy tem zauważyć nie można. Gdy jeden chory zamiast barwy np. czerwonej widzi niebieską, inny zamiast tej że czerwonej widzi żółtą.

5. Najwcześniej do normalnego stanu powraca pole widzenia dla barwy niebieskiej, potem dla czerwonej, żółtej, najpóźniej dla zielonej — często się zdarza, że jedna barwa znika z pola widzenia, najczęściej zielona.

6. Widzenie środkowe po napadzie w większym lub mniejszym stopniu upada, w polu widzenia zjawiają się wtedy mroczki i różne barwy. To zmęczenie siatkówki ustępuje powoli razem z innymi objawami.

Śluch podczas napadu padaczki tępieje po stronie przeciwnej większemu zwężeniu pola widzenia. Toż samo można powiedzieć i o powonieniu. Smak po napadzie bywa zmieniony, osłabiony, albo żaden.

Na podstawie przytoczonych powyżej zaburzeń wzroku w czasie napadów padaczki, zdaniem autora, łatwo jest bardzo odróżnić padaczkę prawdziwą od udanej. Wiemy, że pola widzenia dla rozmaitych barw, chociaż zwężone, zachowują tutaj zawsze pod względem wielkości swój fizyologiczny stosunek. Jeżeli więc chory przy badaniu wskaże na większą np. szerokość pola widzenia dla barwy zielonej, niż dla czerwonej, to padaczkę jego będziemy mogli zaliczyć do udanych. Gdyby nawet chory wiedział o wielkości pól dla każdej barwy, to i wtedy mamy w ręku klucz do prawdy, mianowicie w fałszywym rozróżnianiu barw. Jak wyżej powiedziano, nie podlega ono żadnym ściśle określonym prawom tak, że w każdym oddzielnym wypadku bywają najrozmaitsze zamiany barw. Ale, jeżeli chory raz wziął jedną barwę za drugą, to to wrażenie pozostaje niezmiennem przez dość długi przeciąg czasu. Jeżeli chory np. zamiast czerwonej lub zielonej barwy widział żółtą, a potem dopiero zobaczył prawdziwą, to podczas nowych napadów i nowych badań będzie on zawsze miał takie, a nie inne przedstawienie barw. Prawo to (jeżeli i inni badacze potwierdzą je) razem z szerokością pól widzenia dla każdej barwy, da bezwątpienia możność odróżnienia prawdziwej padaczki od udanej.

b) Maciennictwo (wyp. 24).

Jak przy padaczce, tak i to bywają przeróżno zwężenia pola widzenia i zamiany jednej barwy przez drugą — wszystko to dokładnie opisał Chariot i jego uczniowie. Autor nadto wspomina o mroczkach w polu widzenia, osobliwie dla barwy zielonej.

c) Niemoc nerwowa (neurasthaenia wyp. 30).

Pole widzenia dla światła niezmiennione, dla barw zwężone. Zamiast światła chory widzi różne barwy.

Fałszywe rozróżnianie barw, znikanie jednej z pola widzenia, najczęściej zielonej, bywa i tu tak samo, jak przy padaczce.

Gdy ogólny stan zdrowia ma się ku lepszemu, pole widzenia nawet dla barwy zielonej dochodzi do swojej właściwej wielkości.

Śluch, powonienie i smak upadają po stronie przeciwnej większemu zwężeniu pola widzenia.

d) Przewlekłe otrucie wyskokiem (wyp. 15).

Przy ostrem otruciu w okresie w okresie bredzenia pole widzenia nie przedstawia zmian żadnych.

W czasie zaś białej gorączki zawsze bywa stałe zwężenie pola widzenia.

Trudność rozróżniania barw obustronna, zamiana jednej barwy drugą zdarza się tylko co do zasadniczych barw (wyniki przeciwne zdaniu Magnusa i innych — znajdowali oni bowiem

trudność rozróżniania i zamiany barw: czekoladowej, orzechowej etc).

Barwa zielona często wypada z pola widzenia na wewnątrz.

Bezczułość polowiczna znajduje się zawsze po stronie większego zwężenia pola widzenia.

e) Regularność (wyp. 20).

Autor badał osoby zupełnie zdrowe i znalazł, że:

Pole widzenia zwęża się w stosunku do ilości odchodzącej krwi.

Największem bywa zwężenie pola widzenia na 3 lub 4 dzień miesiączki, prędko jednakże zmniejsza się ono i na 5 lub 6 dzień dochodzi do zwykłych granic

Falszywe rozróżnianie barw bywa i tutaj; najczęściej miesiączkujące przyjmują zieloną barwę za żółtą.

Przy końcu miesiączki objawy te znikają zupełnie.

Stanisław Łagowski.

54. C. GERHARDT. **Przymiot w mózgu.** *Ueber Hirnsyphilis.* Berl. Klin. Woch, Nr. 1—1886.

Choroby infekcyjne ostre tylko w wyjątkowych wypadkach powodują materjalne zmiany mózgowia, przewlekłe zaś (Lepra, tuberculosis, syphilis) często umiejscowiają się w mózgu i jego oponach. Jeżeli zgodzimy się na istnienie lasecznika syfilitycznego Lustgartena, szerzącego się w organizmie za pomocą naczyń limfatycznych i krwionośnych, to zrozumiałem będzie dla czego przymiot w mózgu zwykle zjawia się jako endoarteritis, który to proces w dalszym rozwoju prowadzi za sobą rozszerzenie i pęknięcie, lub też zwężenie i trombozę naczyń. W miarę tego i objawy mózgowe bywają rozmaite, począwszy od nieznacznych zaburzeń umysłowych aż do silnych ataków apoplektycznych.

Najłżejsze również jak i najcięższe formy przymiotu mogą wywoływać zajęcie mózgu —, czemu sprzyjają wstrząśnienia moralne, nadużycie wyskoku, nieprawidłowy sposób życia, nakoniec trauma, które to czynniki sprzyjają także apopleksyi syfilitycznej.

Herxheimer zebrał 27 przypadków przymiotu mózgowego, w których od zakażenia pierwotnego do wystąpienia pierwszych objawów mózgowych upłynął przeciąg czasu od trzech miesięcy aż do szesnastu lat i więcej.

Chociaż w wielu wypadkach nieokreślonych cierpień mózgowych u danego osobnika nie daje się wykryć żadnych śladów przymiotu, jednakże już sama niejasność objawów mózgowych, niespodziewanie występujące ataki apoplektyczne u osób młodych bez wady serca, porażenie mięśni gałki ocznej, epilepsyja w późnym wieku bez wyraźnej przyczyny, epilepsyja korowa, objawy guzów mózgowych, które nie dadzą się objaśnić obecnością jednego ogniska, wszystkie te dane mogą z niejaką pewnością wskazywać na naturę syfilityczną cierpienia, i w rzeczy samej zastosowanie jodku potasu w takich wypadkach najczęściej daje rezultat pomyslny.

Apopleksya jest następstwem trombozy ostatecznie dopeł-

niającej sprawę zwężenia naczyń. Z 63 wypadków udaru, obserwowanych w klinice w Würzburgu, 22 wystąpiły na gruncie syfilitycznym. Wylew krwi zarówno może nastąpić z rozgałęzień *ar. carotis* jak i *vertebralis*.

Ziarniniaki syfilityczne występują zwykle jako guzy uciskające z zewnątrz mózg (Beleggeschwülste), biorąc swój początek z opon mózgowych, i nigdy nie dają objawów pojedynczego wielkiego guza mózgowego. Objawy bywają nadzwyczaj różnorodne i dla tego też rozpoznanie syfilitycznej natury cierpienia dla niedoświadczonego lekarza jest trudne, gdy tymczasem wcześniej i energicznie zastosowana terapia swoista (frykcyjne) w wielu wypadkach daje dobry rezultat.

Władysław Zawadzki.

55. Pr. ROSENTHAL. **Przymiot w mózgu i jego umiejscowienie.** *Ueber Hirnsyphilis und deren Localisation.* D. Arch. für Kl. Med. T. 38, Z. 3.

Ziarniniaki syfilityczne w mózgu, występujące jako liczne, miękkie i po większej części ściśle ograniczone ogniska, jak również ogniskowo zmiany tkanki mózgowej spowodowane przymiotem cierpieniem naczyń *endoarteritis obliterans*, przedstawiają znakomity materiał do badania zależności obwodowych objawów nerwowych od miejscowej sprawy ogniskowej w mózgu. Rzecz tę autor objaśnia 7 spostrzeżeniami okaszernie komentowanymi.

1. Badania Hitzig'a, Ferrier'a, Flechsig'a, Charcot'a i innych wykazały, że nawet największe zmiany dochodzące aż do zupełnego zaniku przednich zwojów czołowych mózgu nie prowadzą żadnych zaburzeń ruchowych lub czuciowych w ustroju. Rzecz się przedstawia inaczej skoro tylko sprawa chorobowa przejdzie na pokrywającą zwoje czołowe oponę twardą, unerwioną gałązkami czuciowymi nerwu trójdzielnego (Arnold, Luschka). Występujące wtedy zaburzenia czuciowe mogą dać pewne wskazówki co do miejscowości sprawy chorobowej w mózgu.

Spostrzeżenie. 27 letnia kobieta od 5 lat dotknięta przymiotem z objawami trzeciorzędnymi. Osłabienie pamięci, trudność pracy umysłowej, niespokojny sen. Nerwoból lewego nerwu nad i pod oczodołowego. Po zastosowaniu swoistego leczenia miejsce neuralgii zajęło znieczulenie Sekcyjja wykazała kilka ognisk włóknistych wielkości ziarnka grochu wcisniętych w istotę korową wierzchołków zwojów czołowych oraz pachy et leptomenigitidem syphiliticam frontalem.

2. Sprawy umieszcwiają się w istocie korowej zwojów centralnych wywołują znaczne zaburzenia ruchowe i czuciowe, epilepsyje korową i t. d.; natura i wzajemny stosunek tych zaburzeń nie są jeszcze dostatecznie zbadane. Flechsig wykazał, że wychodzące z torebki wewnętrznej pęczki czuciowe dochodzą do tylnego zwoju centralnego, spotykając się tu w istocie korowej z włóknami piramidalnemi.

Spostrzeżenia. 32 letni mężczyzna z wyraźnemi objawami przymiotu wrodzonego. Prawostronne ruchowe i czuciowe zaburzenia. Hemiplegia, hemianaestesia, epilepsyja korowa, zaburzenia w mowie. Sekcyjja wykryła: Pachymeningitis externa, arteritis obliterans; emollitio rubra dolnej połowy lewego przedniego

i górnej tylnego zwoju centralnego aż do pierwszego zwoju ciemieniowego, jak również dolnych końców drugiego i trzeciego zwojów czołowych. Podobnie przy ropniu prawego zwoju centralnego po tyfusie obserwował autor epilepsyję korową z lewostronnym paralizem, zmniejszeniem czucia i bólu.

Obserwacje te wykazują, że ośrodki czuciowe znajdują się w istocie szarej zwojów centralnych i po części ciemieniowych. Jednostronnym drgawkom przy epilepsji korowej zawsze towarzyszą zmiany czuciowe. Hemiplegija zawsze połączona jest z hemianestezją.

3. Niemniej ważne rezultaty otrzymać można z obserwacji przymiotu, umiejscawiającego się w głębszych częściach mózgu, mianowicie we wzgórkach mózgowych. Zdanie Willis'a i Morgagni'ego z zeszłego stulecia, jakoby wzgórki prążkowane i wzrokowe razem wzięte w całości stanowiły ośrodek ruchowy w ostatnich czasach uległo zmianie.

Liczne spostrzeżenia i doświadczenia czynione w tym kierunku (Gudden, Flehsig, Wernicke, Türk, Franck, Pitres, Monakow i inni) wykazały, że tylko torebka wewnętrzna wzgórka prążkowanego jett ośrodkiem ruchowym.

Spostrzeżenia. 38-letnia kobieta z trzeciorzędnymi objawami przymiotu od dwóch lat cierpiała na osłabienie umysłu bez jakichkolwiek zaburzeń ruchowych. Sekcja wykazała syfilomat w jądrze soczewkowem lewego wzgórka prążkowanego bez zmian w torebce wewnętrznej.

36 letnia kobieta od sześciu lat dotknięta przymiotom. Hemiplegia, hemianaestesia, paralysis facialis sinistra, paralysis nervi oculomotorii sinistri. Sekcja: syfilomat prawego jądra ogoniastego, silny ucisk torebki wewnętrznej, zanik lewego nerwu okoruchowego, zwyrodnienie naczyń krwionośnych na podstawie mózgu.

4. Prace Hensen'a, Völkers'a, Bechterewa wykazały, że zranienie dna trzeciej komórki (wzgórki wzrokowe) i przewodu Sylwiusza sprowadzają zaburzenia ruchowe mięśni gałki ocznej i akkomodacyi. Dokładniej rzecz tę wyjaśnili Kahler, Pick i Wernicke.

Doświadczenia fizjologiczne potwierdzają w zupełności obserwacje kliniczne chorych z przymiotem umiejscowionym we wzgórkach wzrokowych (Hutchinson — 10 przypadków). Porażenie mięśni gałki ocznej należy do najpóźniejszych objawów przymiotu i jako taki uważanym być może tylko wtedy, jeżeli swoista kuracja daje rezultat pomyślny.

Spostrzeżenie. 30 letni mężczyzna przed trzema laty miał stwardnienie pierwotne na członku i wysypkę skórą. Objawy te przeszły bez swoistej kuracyi. W trzy lata później wystąpiło porażenie mięśni gałek ocznych i akkomodacyi z osłabieniem czucia w obrębie zewnętrznej i wewnętrznej gałązki prawego nerwu trójdzielnego.

Współczesność tych objawów objaśnia autor tem, że część włókien czuciowych nerwu trójdzielnego bierze początek na górnej zewnętrznej stronie wzgórka wzrokowego.

Nierzadko objawy porażenia mięśni gałek ocznych nie są pochodzenia czysto mózgowego, lecz występują jako jeden z wczesnych objawów władu mlecza paciierzowego. Z 10 podobnych przypadków obserwowanych przez autora w trzech tylko przymiot można było stwierdzić.

Spostrzeżenie. 37 letni mężczyzna od lat pięciu dotknięty obustronnem porażeniem mięśni gałki ocznej i akkomodacji, osłabieniem czucia w obrębie lewego nerwu trójdzielnego. Przymiotu nie przechodził. Ścisłe badanie chorego wykazało analgezyję dolnych kończyn, brak odruchu kolanowego i stopowego wraz z nadczułością okolic łądźwiowych, bóle drażące w nogach, bezsilność płciową, szybkie męczenie się podczas chodzenia. Równowaga ciała przy zamkniętych oczach niemożliwa.

Prąd galwaniczny i hydroterapija nie okazały żadnego wpływu na porażenie mięśni ocznych, podczas gdy objawy ze strony mlecza znakomicie się zmniejszyły. *Władysław Zawadzki.*

56. Dr. SIDNEY PHILLIPS. **O kretynizmie sporadycznym.** Wykład w *Clinical society of London.* Neurol. Centralb. 1885 Nr. 18.

Ph. przedstawia 10-o letniego idyotę, pochodzącego z rodziny zupełnie zdrowej. Długość dziecka 83 cm., waga 16,2 kilo.; czaszka nieprawidłowo duża, ciemię przednie niezamknięte. Na twarzy widać obrzęk szluzowy (myxoedema) warg i policzków; język znacznie wydłużony i zgrubiały; po obu stronach szyi nagromadzona znaczna ilość tłuszczu, natomiast brak zupełny gruczołu tarczowego (gl. thyreoidea). Autor zwraca uwagę iż w ostatnich czasach kilku uczonych (Curling, Hilton Fagge i inni) spostrzegało 10 przypadków idyotyzmu połączonego z obrzękiem szluzowym i zanikiem gruczołu tarczowego. Jako dowód przyczynowego związku owych 3-ch nieprawidłowości służyć może dawne spostrzeżenie Foderé, który u kretynów znajdował obrzęki przewlekłe; niemniej też i fakt skonstatowany przez Horsley'a który u małp przez usunięcie gr. tarczowego wywoływał obrzęk szluzowy, zaś Kocher po wyluszczeniu gr. tarczowego u ludzi spostrzegał otępienie umysłu i apatyę. W powyższym przypadku silny przestrah matki podczas ciąży miał być powodem urodzenia kretyna. Z pomiędzy 10 innych przypadków taż sama przyczyna miała miejsce 3 razy.

Tym samym przedmiotem zajmował się Dr. Horsley w 2-ch odczytach mianych w Uniwerstytecie Londyńskim. Według badań jego gruczoł tarczowy składa się z 2-ch rozmaicie funkcyjnych części; jedna część gruczołu zgromadza w sobie mucynę którą później rozkłada; pozostała zaś część wytwarza krew. Wyluszczenie gr. tarczowego powoduje nagromadzenie się mucyny szczególnie w narządach zawierających zwykle tkankę szluzową, dalej też wydzielenie mucyny za pomocą gruczołów, nie wydzielających zazwyczaj mucyny, jak gr. przyuszny i prócz tego znaczne zmniejszenie wytwarzania się krwi (ubytok ciałek krwi i zmiany w zawartości białka, włóknika i mucyny). Jako zwykle jednak następstwo wyluszczenia bywa zaburzenie czynności ruchowych mięśni, jako-to: porażenia, drżenie i zesztynienia,

wreszcie przyćmienie świadomości i ośpienie umysłu; przyczyna owych zaburzeń mózgowych dotąd mało jest znana. W każdym razie badania doświadczalne Horsley'a potwierdzają dotychczasowe spostrzeżenia co do związku kretynizmu, obrzęku szluzowego oraz braku gr. tarczowego.

A. Rosenthal.

57. Dr. P. STRÜBING. **Półpasiec i porażenie nerwów ruchu.** (*Deut. Ar. f. Kl. Medicin 37 B. 6 H.*).

Choćaż nieliczne, spotykamy w literaturze wypadki, w których półpasiec i porażenia kombinują się, występując albo równocześnie, albo w pewnych niewielkich odstępach czasu. Jeżeli wyłączyć te wypadki, w których przyczyna leży w ganglia „intervertebralia“, to resztę można podzielić na dwa działy: cierpienia ośrodkowe i obwodowe (peryferyczne). W pierwszym wypadku jednoczesność obu objawów może zależeć od przejścia cierpienia w ośrodkach z włókien troficznych na ruchowe; autor przytacza parę odnośnych obserwacji, w których badanie pośmiertne przypuszczenie to stwierdza.

W drugim wypadku przyczyną obu objawów (półpaśca i porażen) może być cierpienie nerwu peryferycznego, posiadającego włókna mięszone: troficzne i ruchowe. Trafiają się jednak wypadki, w których półpasiec, zjawiający się w terytorium nerwu czysto czuciowego, komplikuje się porażeniami.

Najwybitniejsze wypadki tego rodzaju przedstawia zjawienie się półpaśca na twarzy, w terytorjum nerwu trójdzielnego, wraz z następczem lub poprzedzającym porażeniem w terytorjum nerwu twarzowego. W tych wypadkach objaśnienie jest trudniejsze: uważać tych porażen za odruchowe (Duncan) nie można, gdyż mają one charakter czysto peryferyczny; trudno również odnieść półpasiec, komplikujący porażenie do troficznych włókien nerwu twarzowego, gdyż po pierwsze, trudno objaśnić, dlaczego przyczyna wywołująca porażenie włókien ruchowych ma jednocześnie wywołać podrażnienie włókien troficznych (herpes)—powtórę zaś, istnienie takich włókien w nerwie twarzowym nie jest dowiedzione; fakt, że przy porażeniach twarzy zanikają mięśnie, objaśnia dostatecznie ich bezczynność; zaniknięte zaś mięśnie ze swej strony wstrzymują wzrost kości odpowiedniej strony, co daje się zauważyć u młodych osobników. Dla tego też jednoczesne występowanie półpaśca i porażen na twarzy objaśnia się przejściem zapalenia „per contiguitatem“ z gałązek nerwu trójdzielnego na twarzowy lub odwrotnie, albo też współzależnością od jednej przyczyny—(np. zaziębienia).

Kazimierz Ciągłiński.

II. Medycyna wewnętrzna.

58. Dr. AUFRECHT. **Znaczenie ciałek nerkowych dla oceny klinicznej pierwotnego zapalenia nerek.** *Die Bedeutung der Nieren-Glomeruli für die klinische Beurtheilung der primären Nierenentzündungen.* Berl. Klin. Woch. Nr. 1, 1886.

Autor od lat wielu pracujący nad niewyjaśnioną dotychczas sprawą ostrego i przewlekłego zapalenia nerek, pod powyższym tytułem podaje nowsze rezultaty swych badań oparte na obserwacji klinicznej, doświadczeniach czynionych na zwierzętach i badaniach pośmiertnych.

Przewlekłe zapalenie nerek rozpoczyna się od nabłonka i torebek ciałek nerkowych (c. Malpighi) i następnie powolnie przechodzi na powłoczkę i nabłonek kanalików skręconych, ztąd zaś na tkankę łączną, otaczającą te kanaliki. Przy zapaleniu ostrem (nephritis parenchymatosa) wszystkie wyżej wspomniane części ulegają procesowi zapalnemu prawie jednocześnie. W początkach przewlekłego zapalenia nerek mocz nie zawiera białka. W nerkach osób zmarłych na różne choroby, w moczu których nie zdołano wykryć zawartości białka, znajdował autor nieraz makro i mikropowe zmiany ciałek nerkowych, równoznaczne ze zmianami znajduwanymi u osobników zmarłych z wyraźnymi objawami przewlekłego zapalenia nerek. Dalej, autorowi wielokrotnie udawało się na zasadzie pewnych objawów rozpoznać przewlekłe zapalenie nerek, jakkolwiek najściślejsze badania nie wykrywały jeszcze w moczu białka, które dopiero znacznie później niekiedy w rok czasu zjawiało się. Do takich objawów rozpoznawczych, pominiawszy mniej pewne jak częste bóle głowy, wymioty, bicie serca, zalicza autor przede wszystkim pojedyncze silne astmatyczne napady, lub powtarzające się napady duszności, dalej przerost serca.

Porównyując anatomiczny i kliniczny obraz przewlekłego zapalenia nerek, autor przychodzi do wniosku, że białko wtedy dopiero pojawia się w moczu, kiedy sprawa zapalna z ciałek nerkowych przejdzie na kanaliki skręcone. Od ilości zajętych kanalików owych zależy ilość białka w moczu. Dopóki sprawa umiejscawia się w samych kanalikach uleczenie doszczętne jest możliwe; skoro zaś zmianom ulegnie sąsiednia tkanka łączna, uleczenie staje się niemożliwe. Jednocześnie z przejściem sprawy zapalnej na kanaliki skręcone i pojawieniem się białka w moczu, występują obrzęki i gromadzenie się płynów w jamach surowiczych.

Co się tyczy powstawania wałeczków moczowych w przewlekłym i ostrem zapaleniu nerek to zdaje się tu zachodzić pewna sprzeczność, gdyż przy zapaleniu przewlekłym podczas obfitego wydzielania się białka z moczem i ogólnych obrzęków, cylindry w moczu znajdują się w ilości nieznacznej, zachowując charakter więcej hyalinowy. Rzecz ta staje się jasną, jeżeli zgodzimy się, że materyjał na tworzenie się cylindrów pochodzi nie ze krwi, lecz z komórek nabłonkowych, wyściełających kanaliki. W komórkach tych po uprzednim przewiązaniu moczowodu widział autor przezroczyste kuliste twory, które występowały na powierzchni światła kanalików i tu, zlewając się z sąsiednimi podobnymi tworami, tworzyły cylindry. Powiedziećby można, że przy podwiązaniu moczowodu i białko ze krwi filtrować się mogło i ścinając się tworzyć cylindry, ale zarzut ten autor zbija tem, że cylindry zjawiały się tylko przez pierwsze trzy dni, później zaś choć

zmiany w nerkach zwiększały się i kanaliki i kielichy obficie wypełnione były płynem krwistym, cylindrów nie znajdowano więcej.

Za poglądem tym przemawiają i spostrzeżenia kliniczne, gdyż przy zapaleniu przewlekłym ilość cylindrów nigdy nie idzie w parze z ilością białka w moczu, co by być winno, gdyby pochodzenie ich było wspólne t. j. ze krwi. Podczas szczenia się sprawy zapalnej z ciałek na kanaliki, nabłonek tych ostatnich ulega zmianom: ziarniste komórki, w których jądra dojrzeć nie można zmieniają się na małe blade z wyraźnym jądrem komórki, które już nie są zdolne na wytwarzanie materijału na cylindry, podczas gdy filtracja białka ze krwi nie znajduje żadnych przeszkód.

Dalej dowodzi autor, że przez Weigerta podawana nephritis chronica haemorrhagica jako forma samoistna, jest tylko zapaleniem ostrem krwotocznym, które się przyłączyło do istniejącego już zapalenia przewlekłego. Ważnym znakiem rozpoznawczym różniczkowym pomiędzy tą formą a ostrem zapaleniem nerek jest przerost serca, istniejący już w samym początku nephritidis chronicae haemorrhagicae.

Co się tyczy zapalenia nerek przy szkarlatynie, to sądzi autor, że zaczyna się ono jako glomerulo-nephritis jeszcze w okresie wysypki, a następnie w okresie łuszczenia proces przechodzi na kanaliki skręcone, zjawia się białko w moczu, obrzęki i t. d. Zdanie Klebsa, jakoby przy tem cierpieniu ziarnistość ciałek nerkowych zależała od mnożenia się jąder tkanki łącznej, jest, zdaniem autora, błędne, gdyż mnożeniu się podobnemu ulegają jądra komórek, wysięciających nacynia włosowate.

W końcu podaje autor zestawienie objawów ostrego i przewlekłego zapalenia nerek.

Przy zapaleniu ostrem proces zapalny prawie jednocześnie obejmuje nabłonek kłębków, ich torebki i kanaliki moczowe. W moczu mętnym, barwy czerwonej lub brunatnej, daje się z samego początku wykryć białko, mnóstwo cylindrów ziarnistych, domieszka białych i czerwonych ciałek krwi. Prawie jednocześnie występują obrzęki. Po kilku tygodniach moczu staje się jaśniejszym, ilość się zwiększa, ciężar gatunkowy spada, zawartość białka nieznaczna, obrzęki znikają, i może nastąpić wyzdrowienie zupełne. Jeżeli po upływie sześciu miesięcy białko wciąż daje się wykryć w moczu, wyleczenie jest wątpliwem. Po kilku powrotach choroby ostre zapalenie może dać nerkę zmarszczoną, jednakże białą; podczas gdy także nerka przy zapaleniu przewlekłym (Chronische-Glomerulo-Nephritis) jest czerwoną.

Przy zapaleniu przewlekłym cierpienie zaczyna się od ciałek nerkowych. W okresie tym spostrzegamy napady duszności i przerost serca, oraz nieznaczne powiększenie ilości moczu. Gdy proces z ciałek przejdzie na kanaliki, objawy więcej zbliżają się do objawów zapalenia ostrego.

Władysław Zawadzki.

59. C. v. NOORDEN. **Białkomocz u zdrowych ludzi.** D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 38. H. 3.

Do ostatnich prawie czasów ogólnie przyjmowano, że fizyologicznie moczu nie zawiera białka. Coraz jednak częściej zaczę-

to wspominać, że w moczu znajduje się w znacznej ilości białko, pomimo braku jakichkolwiek bądź zbroczeń w organizmie. Niektórzy nawet utrzymywali, że każdy mocz zawiera białko, lecz że nie zawsze nasze odczynki są w stanie je odkryć. Jednocześnie zwrócono uwagę na szereg stanów fizjologicznych, które mogą powiększać wydzielanie białka, jak: stan trawienia, nadmierna fizyczna lub umysłowa praca i t. p. Białkomocz który się zjawiał wskutek takich przyczyn nazwano przejściowym--albuminurja transitoria. Kwestya fizjologicznej albuminuryi wywołała w ostatnich czasach szereg najrozmaitszych niekiedy zupełnie się nie zgadzających prac. Autor w swojej pracy zamierza wyświetlić, czy u zdrowego człowieka przy zwykłych warunkach codziennego życia, przy czynnościach organizmu, nie zbaczających od stanu fizjologicznego, znajduje się białko w moczu?

W tym celu wykonywał: 1) codzienne badania moczu zdrowych żołnierzy, 2) jednorazowe badanie moczu 25 żołnierzy, 3) systematyczne badania w klinice wewnętrznej, 4) badania w klinikach chirurgicznej i ocznej, 5) szczegółowe badania nad wpływem pokarmów na wydzielanie białka u zdrowych i u cierpiących na białkomocz.

Wszystkie otrzymane przypadki białkomoczu dzieli autor na trzy grupy. Pierwsza cechuje się następującemi danemi:

1. Białkomocz spotyka się najczęściej u osób słabowitych, do 20 roku życia, rzadko bardzo u dzieci lub osób silnych, przy zupełnie normalnych warunkach lub też u osób skarżących się jednocześnie na osłabienie, senność, niechęć do pracy, ból głowy i t. p.

2. Ilość białka w moczu waha się znacznie w przeciągu niewielu godzin i nadto zawiera on białko przez cały dzień. W tym samym dniu znajduje się w moczu znaczna ilość białka (do $\frac{1}{2}$ ‰ i więcej), a po paru godzinach brak go zupełnie. Podobne wahania przy zapaleniu nerek nigdy się nie spostrzegają.

3. Białko w każdym przypadku krzepnie przy gotowaniu. Niektóre spostrzeżenia pozwalają przypuszczać, że w tych przypadkach białko rodzaju globuliny znajduje się w ilościach, znacznie przewyższających ilość białka surowicy.

4. Pod mikroskopem taki mocz nie szczególnego nie przedstawia.

5. Co się tyczy przejściowego białkomoczu, to najczęściej zdarza się on po żwawych ruchach i przyjęciu pokarmów. Charakterystycznym jest, że *maximum wydzielania białka bywa zawsze przedpołudniem*; jeżeli więc do zjawienia się go koniecznym jest pewien bodziec, to działa on najsilniej w godzinach przedpołudniowych; w innych zaś albo wcale nie działa, lub też znacznie słabiej.

6. Patologiczna anatomija tych przypadków jest zupełnie nieznaną. Wszelkich objawów cierpienia nerek brak, stosunki zaś krążenia krwi (większone lub zmniejszone ciśnienie, hyperalbuminoza krwi podczas trawienia—nie objaśniają wszystkich przypadków. Trzeba się więc zadowolnić przyjęciem pewnego indywidualnego usposobienia, które jest ciąglem lub perjodycznem, a czasem tylko chwilowem. Usposobienie to mniej zależy od in-

dywidualnej różnicy filtru nerkowego (Leube), a prędzej od zbeczenia w składzie białka krwi, które u niektórych ludzi wskutek względnie nieznacznych wpływów zmienia się do tego stopnia, że staje się podobnem do białka kurzego t. j. może być wydzielanem przez nerki. Białkomocz ten można by porównać z moczówką cukrową i nazwać go diabetes albuminosus.

Czy usposobienie to znika, czy też może poprzedza marskość nerek (Johnson i Engel) jest obecnie kwestyą nierozstrzygniętą.

Do II-ej grupy zalicza autor przypadki białkomoczu, w których białko istnieje jednocześnie z mucyną, której ilość jest w pewnym związku z ilością białka. Pod mikroskopem znajduje się zwykle histologiczny element mucyny i obfite osady soli. Najczęściej białko z mucyną znajdował autor u zdrowych rekrutów i to przed południem. Najpewniej mucyna jest tylko przypadkową domieszką zależną od cierpień organów moczowych. Wydzielanie białka i mucyny ulega pewnym wahaniom: największem jest ono u rekrutów po ćwiczeniach wojskowych. Ilość mucyny i białka zwiększa się w miesiącach od Listopada do Lutego, zależec może od szkodliwych wpływów, którym żołnierze ulegają w tym czasie. Mocz przedpołudniowy zawiera więcej białka i mucyny niż wieczorny i nocny. Autor uważa to wydzielanie za zależne od lekkiego nietytu dolnych dróg moczowych, zwiększającego się przy koncentrowanym moczu oddawanym przed południem i po zmęczeniu.

Do III-ej grupy należą przypadki w których białko (bez mucyny) zjawia się chwilowo. Ilość białka jest wtedy bardzo małą, bywa ono przez cały dzień lub też przy jednym tylko badaniu (najczęściej przed południem). W wielu przypadkach tej grupy pod mikroskopem znajdował autor szkliste wałeczki, niekiedy z komórkami, które później się już nie zjawiały. Ponieważ przytem spotykały się i czerwone ciała krwi, być więc może, że były to chwilowe ograniczone sprawy zapalne w nerkach, które później okazały się w nerkach w postaci małych starych blizn. Pozostaje jednak jeszcze szereg przypadków sporadycznego białkomoczu, które objaśnione być nie mogą.

W końcu wyprowadza autor następujące wnioski: W większej ilości przypadków, w których znajduje się białko w moczu i które dotychczas nazywano „fizyologicznym białkomoczem“, dalsze badanie wykazuje pewne znaki spraw chorobowych w narządach moczopłciowych, chociaż bardzo nieznaczne. Wyklucza się za to zupełnie wpływ fizyologicznych czynności lub też trawienia na powstawanie prawdziwego białkomoczu.

M. Hopfenblum.

60. F. W. PAVY. **Białkomocz cykliczny i warunki, wpływające na dzienne wahania w pojawianiu się białka.** *On cyclic albuminuria with observations on the effect of various conditions upon the diurnal appearance of albumen.* (*The Lancet.* 1886. Nr. 10).

Na jednym z posiedzeń angielskiego towarzystwa lekarskiego autor zwracał już kiedyś uwagę na pewną formę białkomoczu, zdarzającego się u ludzi zdrowych pod każdym względem. We wszystkich tych wypadkach zauważono, że białko zjawiało się

i *znikało* w pewnych określonych porach dnia, wahania te ze swej strony powtarzały się z niezmienną akuracją w ciągu całych tygodni, miesięcy, a nawet lat. Tego rodzaju białkomocz autor nazywa *cyklicznym*. Muszą zapewne istnieć jakieś fizjologiczne lub patologiczne przyczyny tego zjawiska. Tymczasem jednak musimy się zadowalać prostem zaznaczeniem faktu i empirycznymi poszukiwaniami, co mianowicie wpływa na to peryodyczne zjawianie się białka w moczu ludzi, nie podlegających żadnej widocznej chorobie. Jeżeli odnoszące się tutaj fakty okażą się empirycznie prawdziwymi, lekarz pozyska bardzo ważną podstawę dla rozpoznania różniczkowego między białkomoczem, zależnym od choroby Bright'a, a białkomoczem, spotykanym u ludzi zupełnie zdrowych, co pod względem praktycznym doniosłe nie-raz może mieć znaczenie.

Jednocześnie z komunikatem Pavy'ego ogłoszono w czasopiśmie „The Lancet“ wypadek tak zwanej „adolescent albuminuria“ u pewnej młodej kobiety, przy czym zanotowano, że białko zjawiało się zawsze wkrótce po wstaniu z łóżka, niezależnie od pory dnia, w której to wstanie miało miejsce.

W obecnym artykule Pavy opisuje 3 wypadki białkomoczu cyklicznego, bardzo interesujące pod wielu względami.

Wyp. 1-szy. Młodzieniec 20-letni, pochodzący z rodziny zdrowej, nigdy nie chorujący, nader zdrowego wyglądu, pracował w charakterze aplikanta przy Banku Angielskim. Kiedy miał otrzymać etat, musiał się poddać, podług istniejącego w Anglii zwyczaju, badaniu lekarskiemu. Ponieważ w moczu znaleziono białko, uznano go za chorego i wymówiono miejsce. Tymczasem inni lekarze białka nie znaleźli i dali inną opinią. Pochodziło to ztąd, że badano moczu tego osobnika w różnych godzinach. Ścisła zaś obserwacja wykazała, że moczu wkrótce po wstaniu z łóżka, białka nie zawierał; między godz. 10 a 11 rano białko zjawiało się stale w większej lub mniejszej ilości; ta ilość zmniejszała się ku wieczorowi a przed pójściem spać białko znikało zupełnie. Ciężar właściwy moczu zwykle był wysoki (1034), oddziaływanie kwaśne. Drobnowidz wykazywał kryształki szczawianu wapna, czasami kwasu moczowego i stały *brak* walczków moczowych i ciałek krwi. Rozpoznano *białkomocz cykliczny*. Chcąc zbadać warunki, wpływające na zjawienie się białkomoczu, poddano powyższego osobnika całemu szeregowi doświadczeń w trzech kierunkach, a mianowicie.

1. Chory pozostawał naczczo aż do godz. 11-ej (w której zwykle zjawiało się białko). Ta ścisła dyjeta w niczem nie zmieniła cyklicznego pojawienia się i znikania białka o zwykłych godzinach.

2. Chory pozostawał w łóżku, nie zmieniając godzin przyjmowania pokarmów.

Jednego np. dnia leżał do godz. 12 $\frac{1}{2}$ — moczu o godz. 11-ej był wolny od białka, którego ślady zjawiały się dopiero koło godz. 6-ej, na drugi dzień rano — zupełny brak białka. *Za każdym razem białko zjawiało się dopiero w jakiś czas po wstaniu z łóżka.*

3. W celu zbadania wpływu zimna na pojawianie się białka,

chory brał zimną kąpiel. Okazało się, że i to pozostawało bez wpływu, o ile chory nie leżał w łóżku i w takim tylko razie białko nie zjawiało się o zwykłej porze, jeżeli chory po kąpieli łóżka nie opuszczał.

Wyp. 2-gi. Dziewczynka 11-sto letnia przeszła jakąś niedobrze rozpoznaną chorobę; ponieważ w jakiś czas potem znaleziono w moczu białko, przypuszczano, że owa choroba była szkarlatyną. Przy bliższem badaniu okazał się *białkomocz cykliczny* z pojawianiem się białka koło godz. 10-ej rano i przed udaniem się na spoczynek. Kiedy posunięto godz. wstawania, białko nie zjawiało się w zwykłej porze, tylko w jakiś czas po wstaniu.

Wyp. 3-ci. To samo u 13-let. chłopca. Tu już matka sama obserwowała, że białka nie było dopóki chłopiec leżał.

Jeżeli tedy przyjmujemy za fakt, że istnieje przewlekły białkomocz, niezależnie od choroby Bright'a, będziemy mieli dla niego dwa ważne momenty rozpoznawcze: 1) cykliczność, 2) wpływ leżenia resp. spokoju na znikanie białka w porze, w której zwykle w moczu się znajduje.

A. Puławski.

61. Th. v KOGERER. **O wylewach krwawych w skórze.** Zeitsch. f. Klin. Med. Bd. X. Hf. 3.

W wielu cierpieniach przewlekłych, połączonych ze znacznym upadkiem odżywiania, a także w niektórych chorobach ostrych lub podostrych, przebiegających z silną gorączką zjawiają się w skórze wylewy krwawe. W pierwszym rzędzie należą tu choroby prowadzące do ciężkich charłactw lub przedkłej śmierci jak: rak i inne złośliwe choroby, gruźlica płuc, błon śluzowych, cierpienie nerek, białaczka, posocznica, uwiad starczy i t. p. Szkorbut i choroba Werlhof'a nie zaliczają się tutaj, ponieważ wylewy krwawe stanowią istotę tych chorób. Z ostrych chorób wylewy krwawe spostrzegają się w zapaleniu płuc, wsierdza, osierdza i t. p. W ostrych przypadkach powstają one zwykle na parę dni przed zejściem śmiertelnem, w przewlekłych zaś znacznie wcześniej, przytem ulegają pewnym zmianom pod względem kształtu, wielkości i koloru. Przedstawiają się zaś w postaci punkcików, wielkości główki od szpilki do soczewicy i bywają okrągławe lub też podłużne, pojedyncze albo połączone w większe lub mniejsze grupy; niekiedy tworzą nawet duże plamy i pasy. Przy ucisku błędna, nigdy atoli nie znikają zupełnie. Co się tyczy umiejscowienia, to najczęściej spotykają się na piersiach, brzuchu i kończynach bez wielkiej jednak prawidłowości.

Objaw ten znany w dermatologii oddawna zalicza się do działu purpura, której powstanie rozmaici autorzy najróżniej sobie objaśniają. Leloir przyjmuje za przyczynę wylewów krwawych włoskowate zatory, wywołane przypuszczalną zmianą składu krwi (dyskrazya) i prowadzące do zawałów krwotocznych. Autor badając mikroskopowo skórę i tkankę podskórną w 13-u rozmaitych przypadkach, przyszedł do następujących wniosków. W każdym przypadku przebieg sprawy jest następujący: 1. Zmiana tkanek naczyń. 2. Zakrzepy. 3. Wylewy krwawe i 4. Zabarwienie. We wszystkich przypadkach napotkał autor zakrzepy w małych naczyniach żylnych, niekiedy nawet i w małych tętnicach.

Wiele też tętnic i naczyń włosowatych wypełnionych było skrępkami włóknika i ciałkami krwi, nie można też było rozstrzygnąć, czy się ma do czynienia z zakrzepem rzeczywistym, czy też z naczyńniem wypełnionem krwią. Ścianki naczyń krwionośnych skóry i tkanki podskórnej w każdym przypadku były znacznie zmienione. Zmiany te, jak już spostrzegł Riehl, polegały na zapaleniu ścianki naczyń i zgrubieniu wszystkich warstw, ze zwyrodnieniem szklistem i częściowem stłuszczeniem; następstwem tego było zwężenie światła i rozrost komórek endotelialnych. Tkanica łączna otaczająca naczynie i tkanica tłuszczowa przedstawiały dość obfite drobno komórkowe nacieczenie. Oprócz tego w tkankach napotykał autor mniej lub więcej świeże wynaczynienie lub też grubo-ziarnisty barwnik krwi.

Przy wszystkich sprawach, połączonych ze znacznym upadkiem odżywiania, a także z silną gorączką ścianki naczyń, podobnie jak inne tkanki ulegają zmianom. Ponieważ zawsze wylewy krwawe w skórze istniały jednocześnie z zmianami naczyń trzeba więc przypuścić między temi dwoma zjawiskami pewien związek. Aby chorobowo zmienione naczynia za życia rozrywały się bez wszelkiej zewnętrznej przyczyny, powinno ciśnienie wewnątrz naczyńia być większem, niż ciśnienie zewnętrzne. Ten warunek umożliwia się przez rozluźnienie tkanki łącznej otaczającej naczynie wskutek złego odżywiania. Jednakże i wtedy ciśnienie wewnętrzne wskutek słabej działalności serca i zmniejszonej ilości krwi nie wystarcza do rozerwania naczyńia, a uskuteczniają to miejscowe warunki wywołane przez wytworzenie się zakrzepów.

Przyczyny tych zakrzepów są: zwolnienie prądu krwi wskutek osłabienia działalności serca i może pewne morfologiczne i chemiczne zamiany krwi, a także zmiany ścian naczyń. Że to są rzeczywiste zakrzepy, wskazują rozmaite okresy ich powstania (młode i stare zakrzepy w tym samym preparacie) następnie brak punktu wyjścia dla zatorów. Od dawna zaś już wiadomo, że zatkanie naczyń jest przyczyną wylewu krwawego (Weigert, Cohnheim, Litten, Reklingshausen i inni). Nie ulega więc wątpliwości, że zakrzepy znalezione we wszystkich badanych przypadkach są bezpośrednio przyczyną wylewów krwawych. Wylewy krwawe w większości przypadków zajmują większą lub mniejszą przestrzeń, niekiedy jednak widoczne są tylko ślady w postaci barwnika. Wylew najczęściej powstaje per rhexin wskutek łatwego rozrywania się naczyń, lecz nie wyklucza się i możność wylewu krwi per diapedesin w przypadkach większej przepuszczalności ścianek naczyń. Z tego wszystkiego wynika, że wylewy krwawe i nagromadzenie się barwnika w skórze i tkance podskórnej zależą od zakrzepów, zatykających naczynia i wywołujących miejscowe zboczenia w krążeniu. We wszystkich przypadkach zakrzepy tworzą się wskutek przyczyn ogólnych i miejscowych cierpień ścianek naczyń. Być jednak może, że zatkanie naczyń w pojedynczych przypadkach (wada serca, białaczki i t. p., bywa natury zatorowej. Zmiany w naczyniach mają przytem dwojakie znaczenie: wytwarzają zakrzepy i ułatwiają w zatkanych na-

czyniach, a więc przy istniejącem zbroczeniu w krążeniu występowanie krwi.

Wylewy krwawe w skórze w przebiegu rozmaitych chorób wytwarzają się w skutek pewnych warunków ogólnych i miejscowych. Są one więc przypadkowym objawem w okresie chorobowym i nie mają nic wspólnego z istotą choroby, ani nie mogą być uznane za oddzielną chorobę. Inaczej rzecz się ma przy skorbutcie i chorobie Werlhof'a, w których wylewy krwawe stanowią istotę sprawy.

M. Hopfenblum.

62. Prof. C. GERHARDT. **O krwotocznem usposobieniu chorych na tyfus.** (*Zeitschr. für Klin. Med.* T. X, Z. 3).

Dawniejsi klinicyści zwrócili już uwagę na usposobienie do krwotoków przy tyfusie brzuszny; Trousseau oznaczył tę postać choroby mianem „fièvre putride hémorrhagique“, a Griesinger dokładniej ją opisał. Przyczynę krwotocznego usposobienia, objawiającego się w początku choroby, trudno jest oznaczyć; w niektórych przypadkach gra pewną rolę osłabienie organizmu wskutek poprzedzających chorób, jak: przymiot, wady serca, stare zapalenie mózgu, gruźlica kiszek i t. p., chociaż ścisłego związku pomiędzy temi cierpieniami, a krwotokami, oznaczyć nie można. W jednym przypadku za przyczynę krwotocznego usposobienia przyjęto alkoholizm. Powstanie krwotocznego usposobienia w początku tyfusu u ludzi poprzednio zupełnie zdrowych możnaby wyjaśnić rodzajem idyjosynkrazji, podobnie jak zjawianie się pokrzywki, gorączki siennej lub objawów otrucia, zdarzających się niekiedy u ludzi po zjedzeniu zupełnie niewinnych potraw. Najczęściej jednak powikłanie powyższe zjawia się w późniejszych okresach choroby, wtedy bywa skutkiem osłabienia z powodu długotrwałej gorączki i głodzenia, a może na powstanie krwotocznego usposobienia wpływ pewien wywiera leczenie zimną wodą. Wprawdzie spostrzegano krwotoki i przed wprowadzeniem leczenia tyfusu zimną wodą, w ostatnich jednak czasach stały się one częstsze. Niektóre nareszcie spostrzeżenia wskazują, że długotrwała dyjeta mięsna sprowadza objawy skorbutyczne, może więc być przyczyną usposobienia krwotocznego przy tyfusie. Wszystko zresztą dowodzi indywidualnej słabości tkanek, spowodowanej długą gorączką, głodzeniem i niedostatecznym dowozem węglowodanów. Krwotokom tyfusowym przeważnie ulegają dzieci i osoby w średnim wieku. Czas pojawiania się krwawień jest rozmaity; w niektórych przypadkach w pierwszych dniach trwania choroby spostrzegano obfite wynaczynienia w skórze, szczególnie na miejscach, ulegających uciskowi. Najczęściej jednak objawy powikłania skorbutycznego zjawiają się po długim ciężkim przebiegu choroby w okresie amfiboliznym, niekiedy nawet podczas recydywy.

Objawy krwotocznego powikłania okazują się na powierzchni ciała; twarz chorego zmienia się, staje się bladą, ziemistą, oczy wpadają, tętno małe, prędkie i miękkie, usposobienie przygnębione, płacziwe. Wkrótce występują krwawienia z błony śluzowej ust, gardzieli i nosa; później dziąsła ulegają zmianie gnilcowej. Krwawienia w skórze występują tylko po poprze-

dnim, choćby najłżejszym ucisku w postaci plam krwistych rozmaitego kształtu i wielkości. Różyczka (roseola) występuje wyraźniej, staje się sino-czerwoną lub czarno-czerwoną, zjawiają się też wrzodzianki czarnego koloru, pęcherzyki wypełnione krwią, a wszystko to kończyć się może obumarciem odpowiedniej części skóry, rozszerzającym się na głębsze tkanki. Oprócz krwawień w skórze i zgorzeli, jako trzeci objaw przy tem powikłaniu, zjawia się obrzęk kończyn, twarzy, mający charakter więcej zapalny, a niekiedy przechodzący w różę lub zapalenie tkanki podskórnej (phlegmone). Obrzęki te objaśniają się osłabieniem czynności serca, podobnież jak i sprawy w płucach zastoinowego pochodzenia, które im zwykle towarzyszą. Wszystkie te ciężkie objawy trwać mogą od paru dni do kilku tygodni, kończą się zaś częściej śmiercią, chociaż i pomyślne przypadki nie należą do wyjątków.

Leczenie podobnych powikłań wymaga przedewszystkiem odpowiednich warunków higienicznych. Pomieszczenie chorego w obszernym, dobrze przewietrzanym pokoju stanowi niekiedy bardzo ważny środek leczniczy. Czystość ciała i pościeli i odpowiednie położenie chorego, troskliwa opieka i t. p. mają przytem wielkie znaczenie. Chinina, odwar chinu z kwasem, półtorachlorek żelaza niewielką przynoszą korzyść, natomiast poleca autor czerwone wino i surowe mięso, a przeważnie kąpiele długotrwałe ce ciepłoty 33—34° C., przy których większość przypadków przedko pomyślnie się kończy. Przy pierwszych objawach gnilcowego usposobienia do mięsnej diety dodawać należy pokarmy roślinne, mające znaczenie antyszkorbutyczne, jako to: kartofle, szpinak i t. p.

M. Hopfenblum.

III. Farmakologija.

63. Dr. L. LEWIN. Ueber *Piper methysticum*. „Kawa-Kawa“. Ber. Klin. Woch. Nr. 1. 1886 r.

Do rzędu roślin, skrzętnie hodowanych dla swych własności rozweselających umysł, rozpraszających troski i znoszących zmęczenie sturzonego ciała należy *Piper methysticum*, którego korzenie i napój z nich przygotowywany ochrzczono mianem „kawa-kawa“, *Ava Yakona*, *Yangona*.

Piper methysticum, *Macropiper m.* (piperaceae) przedstawia się w postaci krzewu 2 metry wysokiego. Niektóre egzemplarze dochodzą do 4 metr. wysokości. Charakter rośliny przypomina bambus, liście są kształtu serca głęboko wyciętego.

„Kawa“ rośnie na przestrzeni między 23° półn. i 23° połudn. szerokości geograficznej i między 135° zachodniej i 130° wschodniej dług. geogr.

Roślina ta i płyn z niej otrzymany silnie są związane z życiem mieszkańców: publiczne i prywatne uroczystości i święta, przyjęcie zagranicznych gości nie mogą się obyć bez „kawa-kawa“.

Na niektórych wyspach np. na Nowych Hebrydach każda

wioska posiada swoją, tak powiedzieć *kawiarnię publiczną*, w której zbierają się mężczyźni dla picia „kawy“. Nawet w domach prywatnych piją „kawę“ z mniejszą lub większą uroczystością, w której kobiety i dzieci uczestniczyć nie mogą.

Same przygotowanie płynu zasługuje na uwagę. Korzenie rośliny świeżo wykopane, albo wysuszone na wolnym powietrzu, oczyszczone, na niektórych wyspach obrane z naskórka, poddają się *żuciu*. Do tej operacji wybierają młodych ludzi, czasem nawet kobiety i panny ze zdrowymi zębami; przed przystąpieniem do pracy przepłukanie ust jest obowiązujące. Amatorowie „kawy“ twierdzą że nigdy płyn, otrzymany z korzeni roztartych nie jest tak smaczny, jak z korzeni przeżutych (1), dla tego też wyżej opisany sposób zasługuje na pierwszeństwo; przed rozcieraniem przeżuty kawałek wyjmuje się paluchem i wskazicielem i wrzucony zostaje do wielkiej miski od 4—6 litrów objętości, nazwanej *tauoa*. Kolor tej miski z początku ciemno-brunatny po długim użyciu przechodzi w niebieskawo-perłowy jak gdyby emaljowany. Zmiana ta koloru zależną jest od osadzania się szaro-żółtego proszku z korzenia, właściwie mówiąc mieszaniny żywicy, zawartej w korzeniach z krystalicznymi cząstkami składowemi drzewa.

Na tak przygotowaną miazgę nalewają wodę i mieszają całą zawartość miski rękoma. Głębokie milczenie, które panowało dookoła zamienia się radośnemi krzykami i śpiewem przy akompaniamencie uderzań kawałkami bambusa, ta muzyka trwa tak długo, dopóki napój zupełnie się nie przygotowuje.

Zdanie, jakoby napój przy przygotowywaniu podlegał fermentacji w misce okazało się bezzasadnem.

Po ukończeniu przygotowań kierujący robotą zanurza w miszkę włókna palmy kokosowej i wygarnia niemi kawałki korzeni pływające w płynie. Tak przygotowany płyn rozlewa się w kokosowe kubki. Pierwszy kubek podają najstarszemu w rodzie lub cudzoziemcowi, którego przyjmują.

Łatwo pojąć, że wskutek wyżej wskazanego sposobu filtrowania bardzo wiele części stałych pozostaje w płynie, których zresztą filtrowanie przez specjalną bibulę w zupełności oddzielić nie jest w stanie. Im mniej ich zostaje w płynie, tem łagodniejszy smak ma „kawa“—przeciwnie przy dość znacznym dodatku korzonków smak jej jest więcej aromatyczny lecz zarazem bardziej gorzki i piekący.

Zwykle dla złagodzenia wstrętnego smaku „kawy“ zagryzają konsumenci kokosowym orzechem, jak o tem wspomina jeszcze Cook.

„Kawa“ wielokrotnie była badana chemicznie. Wykryto w niej 49% krochmalu, dalej krystaliczną bezazotową substancję—*Kavaline*, ta ostatnia daje, zmącona z kwasem siarczanym skoncentrowanym ładne czerwono-fioletowe zabarwienie, podobne do roztworu nadmanganianu potasu. Drugie krystaliczne ciało, także bezazotowe, wykazane już przez *Notling'a* i *Kopp'a*, a otrzymane też przez autora, dotąd nie miało żadnego nazwiska—autor proponuje nazwać je *Yangoniną*. Ta ostatnia z kwasem siarczanym daje zabarwienie pomarańczowe lub brązowe.

Doświadczenia autora wykazały, że oba te ciała żadnego działania na ustrój zwierzęcy nie wywierają.

Oprócz tych części składowych otrzymano przez wyciąg korzeni w alkoholu żywicę. Ta ostatnia przedstawia się w postaci masy ciągnącej się, zielonkowo-brunatnej, zawierającej kawahinę i jangoninę. Korzenie „kawy“ zawierają do 2% tej żywicy i jej to właśnie zawdzięcza roślina swoje działanie.

Rozdzielenie tej żywicy na dwie odmienne substancje uskutecznił autor za pomocą traktowania jej eterem oleju skalnego.

Ten ostatni wyciąg (także i z korzeni drobno-sproszkowanych — przy gotowaniu) substancję bezazotową, która po oddestylowaniu eteru przedstawia się w postaci płynu, oleistego, rzadkiego, koloru żółto zielonego. Ciało to posiada zapach właściwy roślinie, a na papierze pozostawia plamy przeświecające.

Autor proponuje nazwać to ciało tymczasowo α -żywicą — α -żywica w alkoholu rozpuszcza się z łatwością — w wodzie w bardzo niewielkiej ilości — udziela jej jednak przy długim staniu swego swoistego zapachu.

Jeżeli na ostatek proszku korzeni lub też ostatek żywicy, pozostały po obrobieniu eterem oleju skalnego — podziałać wysoce bezwodnym przy wysokiej temperaturze, to po przeddestylowaniu wyciągu alkoholowego otrzymujemy mieszaninę składającą się z kawahiny, yangoniny i drugiego ciała smolistej, które autor oznacza β -żywicą. Za pomocą kilkakrotnego wykrywania z chłodnego alkoholu, w którym β -żywica łatwiej się rozpuszcza niż krystaliczne części, udaje się otrzymać β -żywicę prawie czystą.

Autor zwraca uwagę, jak trudno jest otrzymać β -żywicę zupełnie wolną od przymieszki α -żywicy, ztąd też nie może ręczyć czy działanie β -żywicy, które jest takie same jak i α -żywicy tylko o wiele słabsze, nie zależy od zanieczyszczenia domieszką tej ostatniej.

β -żywica przedstawia się w postaci ciała płynnego w cienkich warstwach czerwonobrunatnego, w grubszych czarno-brunatnego; ciężar gatunkowy wyższy niż α -żywicy.

Autor przyjmuje α -żywicę za główną część składową, działającą w korzeniu rośliny, napoju z niego przyrządzanym i w mieszaninie żywie. Smak tej żywicy jest nieco tłusty, aromatyczny, przytem kłujący i piekący silnie. Zdaniem autora β -żywica ma smak przeważnie gorzki ale piekących własności nie posiada.

Po zażyciu jakiegokolwiek przetworu „kawy“ występuje razem z silnym piekaniem uczuciem obfity ślinotok, następnie odrętwienie wszystkich części, które przy przyjmowaniu „kawy“ bezpośrednio z nią się stykały; ma się uczucie, jak gdyby usta były spalone.

Czucie w jamie ustnej u osób wrażliwych zmniejsza się po miejscowym zastosowaniu żywicy. Ślinokok zmniejsza się wkrótce, potem następuje i znieczulenie błony śluzowej ust, *resp* języka.

Jeżeli α -żywicę włożyć do worka łącznicy zimno albo ciepłokrwistego zwierzęcia w bardzo małej ilości, wnet występuje silne mruganie, następnie utrata odczynu łącznicy i rogówki na silne

nawet bodźce — te ostatnie objawy autor obserwował na morskich świnkach przez ciąg kilku godzin. Gałka oczna zdaje się wypadać z oczodołu, powieki silnie rozwarłe, zrenice szerokości normalnej reagują na światło prawidłowo.

Po zastrzyknięciu α -żywicy do tkanki łącznej podskórnej występują objawy miejscowe w obrębie zastrzyknięcia resp w tkankach z którymi bezpośrednio zetknął się środek wstrzyknięty: znieczulenie i zupełny brak odruchów. Żadnych zjawisk zapalnych na miejscu wstrzyknięcia nie znaleziono — przeciwnie tkanki sąsiednie sprawiają wrażenie niedokrewności.

Co się tyczy *ogólnego działania* po przyjęciu „kawy“ to zdania pod tym względem nadzwyczaj są podzielone — pochodzi to głównie z tąd, że same zjawiska jak również stopień ich natężenia — predkość, z jaką występują, zależą od ilości części stałych, zawartych w płynie, resp od bardziej lub mniej sumiennego sposobu filtrowania.

Według spostrzeżeń autora, po zażyciu dostatecznej ilości środka (α -żywicy) występuje u człowieka uczucie *blagości, świeżości i zadowolenia*. Subjekt przytem zachowuje się spokojnie; nigdy nie daje się zauważyć kłótlivosti i usposobienia do awantur, które tak często występują po zażyciu alkoholu.

W ustach przyjemny chłodzący smak trwa od 1—2 godzin. Przytomność, zdrowy rozsądek ani na chwilę nie są zakłócone; władze umysłowe nawet są spotęgowane. Silne nawet zmęczenia łatwiej się przenoszą po „kawie“.

Po zażyciu większej ilości działającego środka odczuwa się uczucie przyjemnego spokoju, bez troski. Subjekt wpada w nastrój marzycielski, członki jego słabną, wola nie jest w stanie pobudzić mięśni do ruchu, koordynacja zaburzona, wreszcie przychodzi senność, nawpół *sopor*.

Stan ten przychodzi niepoprzedzony żadnym okresem pobudzenia.

Przy nadmiarze przyjętego środka otrzymujemy: nudności i ból głowy, paretyczny stan kończyn, dreszcze nerwowe i senność. Wszystkie te objawy znikają po upływie 2—6 godzin, pozostawiając po sobie tylko uczucie znużenia w członkach.

Chroniczne używanie „kawy“ wywołuje wysypkę, łuszczącą się; wysypka ta zdaniem innych autorów nie zostaje w żadnym związku z używaniem „kawy“ a jest po prostu albo łuszczyca — (psoriasis), albo ostuda (pityriasis). Także może się przytrafić przytem zapalenie łącznie.

Badania doświadczalne wykonane w celu zbadania ogólnego działania na zwierzętach dały następujące rezultaty.

Żaby, którym podano α -żywicę per os albo podskórnie, lub też przetrzymane jakiś czas w płynie, otrzymanym z maceracji „kawy“ siedziały słabe, z opuszczoną głową; kończyny trzymały każde nadane im położenie. Z początku ruchy dowolne tylko były zniesione — odruchy zachowane. Potem i tych ostatnich nie udawało się wywołać nawet silnymi bodźcami chemicznymi mechanicznymi lub termicznymi. Elektryczna pobudliwość w mięśniach i nerwach ruchu trwała długi czas — słabnąc tylko nieco,

tak że 9 dnia można było zwierzę w tym stanie obserwować i tylko ruchy gałki ocznej, wywołane podrażnieniem i słabą czynność serca pozwalały wnioskować, że zwierzę jeszcze żyje.

Porażenie kończyn występujące nawet u żab obezgłowionych lub też w kończynach, wykluczonych z ogólnego krwioobrotu, — jest porażeniem ośrodkowym, zajmującym pierwotnie przednie rogi substancji szarej rdzenia potem tylnie rogi (czuciowe) — wreszcie i zwoje mózgowce.

Ptaki, świnki morskie, króliki, koty, okazują taką samą wrażliwość na „kawę“ jak i ludzie.

Zwierzęta które mogą wymiotować korzystają z tego po wprowadzeniu wielkich dawek „kawy“, następnie występują u nich zaburzenia ruchowe.

Z początku istnieje chęć ucieczki, wyrażająca się ruchami skrzydeł lub kończyn prędko atoli ruchy te słabną i nikną i zwierzę nieruchome pogrąża się w głęboką śpiączkę, która trwać może dobie i więcej (u morskich świnek).

Ciepłota ciała spada, tak samo jak i ilość tętna i oddechu. Jednakże i po wielkich ilościach „kawy“ objawy te po dłuższym nawet trwaniu przechodzą.

Alkoholowe roztwory α -żywicy wprowadzone do ustroju przez żołądek lub też podskórnie bardzo prędko wywołują *senność i zniesienie odruchów*.

Główne więc działanie kawy jest: *miejscowo — silnie znieczulające — ogólnie — zmniejszające odruchową pobudliwość rdzenia.*

Adam Ciągłiński.

64. Dr. Georg Benno SCHMIDT. **Jodol, nowy środek przeciwnyguilny.** *Das Jodol, ein neues Antisepticum.* (Berl. Klin. Wochrft Nr. 4).

Jodoform, bardzo dzielny środek antyseptyczny, nie mógł uzyskać zbyt szerokiego rozpowszechnienia z powodu dwóch zarzutów jakie mu stawiano: 1) możliwości zatrucia przy stosowaniu na obszernych ropiejących powierzchniach i 2) silnego specyficznego zapachu, zdradzającego nieraz chorego, który by chorobę swoją życzył sobie ukryć.

Nowym środkiem antyseptycznym, wolnym od wyżej wymienionych ujemnych stron, jest *jodol* przez chemików zwany *tetra-jodopyrol*, przedstawia się on w postaci jasno brunatnego proszku, wolnego od wszelkiego zapachu.

Niezupełnie czysty preparat pod wpływem działania światła ciemnieje — i wydaje zapach, przypominający *naftol*, chemicznie czysty pod wpływem światła nie rozkłada się.

Jodol rozpuszcza się w 5,000 części wody, w trzech wysokości i w równej co do wagi ilości eteru. W alkoholowym roztworze domieszka małej nawet ilości wody strąca jodol w postaci mlecznego osadu.

Jodol stosowany bywa w następujących postaciach:

1) Jako *proszek*, podobnie jak jodoform, posypywany na powierzchnię ran, na które potem kładzie się w zwykłe wilgotne kompresy z kwasem octowym.

Drobny proszek z łatwością przenika w pory tkanek, two-

rząc na powierzchni rany lekką błonkę. Przy zdejmowaniu opatrunku widzimy, że jodol nieformuje z wydzieliną rany strupa, jak to bywa przy opatrunku jodoformowym; wydzielina jest bez zapachu, ziarnina przedstawia się dobrze, nie bywa tak bujną jak pod jodoformem; oczyszczanie nekrotyzujących powierzchni wrzodziejących jest bardzo zadawalniające.

2) *Roztwór jodolu* używa się przeważnie alkoholowy (1: 16) lub też glicerynowy (1: 34); roztwór taki stosowany w postaci tamponów przy raku odbyticy, wyciekach z macicy oddawał dzielne usługi odwanające; używany też był do przestrzykiwań przetok, do przemywań głębokich jam ropni, wszędzie, gdzie tylko nie istniała przyczyna podtrzymująca ropienie, zagojenie następowało bardzo szybko.

3) *Gaza jodolowa* — analogiczny preparat do gazy jodoformowej — używa się jak ta ostatnia.

4 i 5) *Colodium, Vaseline* z jodolem preparaty mało zbadane.

Ani razu przy stosowaniu preparatów jodolu nie zauważono zatrucia i ani razu też obecności jodu w moczu nie można było wykazać. Dla ścisłości dodać należy, że opatrunki jodolowe stosowane były dotąd na powierzchni, pokryte ziarniną, ztąd też spostrzeżenia te nie wykluczają możliwości zatrucia przy świeżych ranach, kiedy wchłanianie środka opatrującego daleko jest łatwiejsze.

Co się tyczy sposobu działania jodolu, to bardzo jest prawdopodobne, że działa tu jod *in statu nascendi* co szczególnie zauważyć można przy stosowaniu gazy jodolowej: skóra, sąsiednia z raną barwi się nieco na brązowo. (Objaśnienie to nie zdaje się licować z wyżej wspomnianem spostrzeżeniem, o nieobecności jodu w moczu, przyp. Red.). Przypuszczalnie wysoka temperatura i ferment wydzieliny rany pobudzają rozkład jodolu; pierwsze przypuszczenie stwierdzono na drodze doświadczalnej.

Chociaż jodol dalekim jest od ideału środka opatrunkowego przeciwnilnego, głównie z powodu bardzo trudnej rozpuszczalności w wodzie, jednakże jego niezaprzeczone dodatnie strony jako-to: łagodny sposób działania, własności odwanające przy zupełnej bezwonnosci środka, ograniczenie formowania się strupa powinny mu zjednać szerokie rozpowszechnienie, szczególnie jeżeli dalsze spostrzeżenia wykażą, że i przy stosowaniu jodolu na świeżo zranione powierzchni zatrucia nie bywa.

Adam Wincenty Ciągliński.

Oceny i wiadomości bibliograficzne.

— Dr. ADOLF BAGINSKY. (Docent chorób dzieci w Berlinie). **Wykład chorób dzieci. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład dokonany przez Dra Wiktoryna Kosmowskiego. Tom I. 1886.**

Pod tym tytułem ukazało się na półkach księgarskich dzieło ¹⁾ tłoma-

¹⁾ Dopiero I-szy tom wyszedł po polsku i zawiera część ogólną, cho-

zione, oryginał którego dopiero w 1883 r. został wydany. Jestto zatem najnowszy podręcznik dziecięcych chorób, a ponieważ polska lekarska literatura posiada tylko przekłady dzieł Hütenbrennera, Steinera i Vogel'a (z dawnych dokonane wydań), przeto nowe dzieło, dające jasne pojęcie o obecnym stanie tej gałęzi wiedzy lekarskiej bardzo było na czasie. Pytanie jednak czy wybór został umiejętnie dokonany?

U nas tak mało wydaje się dzieł lekarskich (po za perjodyczną literaturą), takowe tak słabo rozchodzą się pomiędzy czytelnikami, narażając prawie zawsze autorów i wydawców na materialne straty, że wydanie nowego dzieła, choćby najlepszego nie jest pewnym powodzenia. Z drugiej strony, pomijając już materialne straty, które tylko interesowanych dotyczą, zważyć musimy, że mała ilość dzieł wymaga, aby jakość takowych była tem lepszą, szczególnie gdy idzie o przekłady i gdy wybór pomiędzy oryginalnymi dziełami, nadającymi się do przekładu nie jest mały. Z nowszych podręczników w niemieckim języku, oprócz ostatniego wydania klasycznego dzieła Vogla, mamy doskonały podręcznik Henocha (Vorlesungen über Kinderkrankheiten) i podręcznik Gerhardt'a (Lehrbuch) Gerhardt'a (który redagował też inne dzieło: Handbuch d. Kinderkrankheiten; jest to zbiór monografii w kilku tomach, różnych autorów, podobny do dzieła Ziemssen'a: Pathologie Therapie etc.). Wyznać musimy, że każdy z tych trzech podręczników lepszym jest od dzieła Bagiński'ego; za najlepsze z nich, doskonale pod każdym względem, uważam dzieło Henocha, które dokładnością klinicznego i anatomicznego opisu, ilustracjami za pomocą krótko podanych historyj chorób, niezwykłą u Niemców (a od Francuzów przejętą) barwnością i potocznością stylu, racjonalnością terapii, a przedewszystkiem zupełnie samodzielnym krytycznym zapatrywaniem i głęboką znajomością przedmiotu celuje nie tylko nad innymi podręcznikami niemieckimi, francuskimi i angielskimi, ale korzystnie wyróżnia się pomiędzy wszelkimi wogóle dziełami lekarskimi. Ono to właśnie zasługiwało na spolszczenie, tembardziej, że drugie wydanie (w rok po pierwszym odbite) ukazało się też w r. 1883, w którym i Bagiński wydał swoją książkę. Po Henochu pierwsze miejsce zajmuje Vogel; mniej obszerny o 200 stronic (dzieła Henocha, Gerhardt'a i Bagiński'ego zawierają 730—780 stronic druku), mniej wyczerpujący, bez historyj chorób, bez tej dokładnej anatomji patologicznej, lecz równy Henochowi pod względem dokładności klinicznego opisu i piękności wykładu, przytem jako ścisły podręcznik bardziej od niego systematyczny. Dzieło Gerhardt'a ²⁾ najbardziej zbliżonem jest do Bagiński'ego — można powiedzieć że ostatni autor wzorował swoją książkę na pracy Gerhardt'a. Oba te dzieła są do siebie podobne pod względem szczegółów, cytat bardzo ścisłych z podaniem nazwisk autorów, ilości opisywanych chorób. To ich zalety, a dzieło Bagiński'ego, jako później wydane, wyżej stoi od tamtego; natomiast oba dzieła grzeszą zbytnią krótkością klinicznego opisu, nieproporcjonalnością takowego w stosunku do innych wiadomości, i suchością wykładu, która nuży czytelnika i wcale nie zachęca go do studjów.

We wstępie do swego dzieła, powiada Bagiński, że staraniem jego będzie „o ile możliwości usuwać terapiję empiryczną

roby noworodków i choroby ogólne. Następne dwa tomy wyjdą w ciągu bieżącego roku.

²⁾ 4-e wydanie wyszło w r. 1880.

i diagnostykę, opartą na *doświadczeniu praktycznem* („praktischer Blick“ woryginalne), albowiem oba te czynniki za zbyt wielką rolę odgrywały w pedyatrii i dłużej, aniżeli w jakiegokolwiek innej gałęzi medycyny praktycznej. Staraniem mojem było oprzeć terapię i diagnostykę chorób wieku dzieciennego na gruncie fizjologiczno-patologicznym.“

Rzeczywiście, treść dzieła odpowiada tej zapowiedzi; pełno bowiem znajdujemy danych ścisłych, naukowych, kompilowanych z nowych badań licznych autorów; natomiast praktycznego poglądu, opartego na ścisłej znajomości i gruntownem zglebieniu przedmiotu, jakoteż subiektywnego sądu nie znajdujemy. A jednak te warunki uważamy za niezbędne do napisania *dobrego podręcznika*, który jest pierwszym dziełem nauczającym studenta, a zarazem ucieczką w wątpliwościach, rodzących się w praktyce już znającego rzec lekarską. Podręcznik nie jest monografią, a nawet nie streszczeniem wszystkiego, co w danej kwestyi pisano, lecz powinien czytającemu dać możliwie dokładne pojęcie o przedmiocie, w przypuszczeniu, że czytelnik wcale jeszcze z nim nie jest obeznany. Te względy mieli na uwadze Vogel i Henoch i świetnie wywiązali się z zadania; obaj oni opierają się przeważnie na własnych spostrzeżeniach, piszą to, co sami widzieli, przetrwali w umysłach lub zbadali na chorych, a przedmiot opisywany tak doskonale odbija się w ich umyśle, jak obraz w głowie artysty podczas tworzenia, a przelanie tego na papier jest wiernem odbiciem natury i wdraża się w pojęcie i pamięć czytelników. Z dzieła Baginsky'ego poznać łatwo, że na biurku autora spoczywały stosy ksiąg, broszur, notat, z których on co chwila korzystać pragnął i chciał wszystko wyzyskać — na małym obszarze podręcznika, skutkiem tego wyrazistość obrazów traci na zbytniem przeciążaniu go zdaniem innych autorów, podawaniu sprzecznych z sobą teoryj, słowem na zbytniej drobiazgowości, właściwej tylko w monografiach.

Pomijając te ogólnikowe wady podręcznika — musimy wyznać, że takowy jest bardzo dokładny, zawiera bowiem dużo nowości, które w innych podręcznikach nie były zamieszczone np. *Choroba Winckela* (Cyanosis afebrilis icterica pernicioza cum haemoglobinuria, str. 45); ostre przeistoczenie tłuszczowe u noworodków (str. 71), o jednoczesnem występowaniu dwóch (bywają i trzy naraz Przyp. Spr.) wysypek ostrych u jednego osobnika (str. 131), o zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych epidemicznych, którego brak u Vogel'a i Henoch'a, ale jest już u Gerhardt'a. Szczególniej wiele nowego (mówimy tylko o I tomie polskiego tłómaczenia, pozostawiając sobie omówienie innych tomów do chwili ukazania się takowych w przekładzie) spotykamy w rozdziale o chorobach ogólnych przewlekłych; opisane są tu: anemja, chlorosis, leucaemia, haemophilia, diabetes mellitus et insipidus — znajdują się one też w dziele Gerhardt'a.

W układzie chorób stoi B. naturalnie na stanowisku dzisiejszej wiedzy i z tego względu dyfterja słusznie pomieszczoną została pomiędzy ogólnymi zakaźnymi chorobami; dziwi nas jednak, że jednocześnie autor nie opisał dyfterycznego krupu, lecz pomieścił go przy chorobach krtani (w drugim tomie wraz z innymi rodzajami włóknikowego zapalenia krtani). Takie pomieszanie pojęć i uważanie dyfterji już za miejscową, już za ogólną chorobę udziela się czytelnikom, a potem przechodzi na praktykę lekarską.

Mówiliśmy już, że właściwy opis chorób jest pobieżniejszym, niżeli

w innych podręcznikach i tak np. o tyfusie brzuszny Vogel pisze na 18 stronicach, Baginsky na 10, natomiast B. podaje także opis tyfusu wysypkowego i powrotnego, czego u Vogla nie ma. O kokluszku 11 stronic u Vogla, a 7 u Baginsky'ego, opis krzywicy jest bardzo słabym i niewystarczającym.

W terapii B. jest racjonalistą, stosownie do zapowiedzi w przedmowie; podaje to tylko, w co sam wierzy, i co pomódz może, a w chorobach gdzie sztuka lecznicza nie jest w stanie nic zrobić, tam autor odrazu to wyznaje. Przy leczeniu krzywicy nie dostrzegliśmy wzmianki o fosforze, który już był znanym w czasie wydania oryginału, a tembardziej tłumacz powinien był o nim pamiętać, gdyż obecnie mamy już do pewnego stopnia ustalone wiadomości o tym środku.

Dawkowanie jest gramowe, ponieważ zaś u nas obowiązują jeszcze dawne wagi, i większość lekarzy do nich jest przyzwyczajoną, przeto tłumacz mógłby w nawiasie umieścić takowe, co znacznie ułatwiałoby czytanie i korzystanie z dzieła.

O tłumaczeniu książki mogę powiedzieć, że jest dobre, t. j. zupełnie ściśle, co naturalnie wcale nie wpływa na ożywienie stylu. W wielu miejscach znajdujemy też germanizmy, bardzo niemile rażące ucho, jak np. *Nie rzadko*, zamiast nieraz lub niejednokrotnie (str. 137), a dalej *stawia się tu kwestja* (str. 239); albo zbyt ściśle trzymanie się tekstu w układzie zdań, co nadaje tłumaczeniu chropowatości, które w następnych tomach konieczne powinnyby zniknąć. Również nie uważam za stosowne, aby tak ulubione w niemieckim języku cudzoziemskie słowa miały być i w polskim używane, gdy swojskie również dobrze rzecz oddają i nie prstrzą języka, do takich zaliczyć wypada: *identyczność* (zamiast tożsamość), *specyficzność* (zamiast swoistość), *egzystencja* (zamiast istnienie). Znajduję także niestosowne wyrażenia gdzieś tam, jak np. na str. 119 *ruchy gorączkowe* (zamiast wahania) „*serce jest zwąglale*“ (str. 79), choroba ta *obserwuje się* głównie przy biegunkach (str. 82), co wcale nie po polsku. Wreszcie uważałbym za stosowniejsze używanie wyrażenia „dziecięcy“ zamiast dziecinny.

Wypowiadając niniejsze uwagi, chcę dać do zrozumienia, że zależało mi na rzetelności sprawozdania więcej, niżeli na zdawkowem pochwaleniu dzieła, dlatego tylko, że zostało przetłumaczone. Wolałbym widzieć Henocha przetłumaczonego, ale gdy już Baginsky jest po polsku, to trzeba czytać i nabywać Baginsky'ego, który z obecnych podręczników po polsku wydanych, jest najnowszym i najdokładniejszym. Prawdziwie obywatelskim czynem odznaczył się kol. Kosmowski, biorąc na swe barki tak ryzykowne wydawnictwo, którego druk bardzo przyzwocił i bez drukarskich omyłek dokonany został w drukarni Ziemkiewicza. Na końcu wydanego tomu znajdujemy spis rzeczy w tym tomie zawartych, a w 3-im tomie spodziewamy się znaleźć, podobnie jak w oryginalu, alfabetyczny spis rzeczy i autorów, co tak ułatwia szybkie orientowanie się w książce.

Dr. L. Wolberg.

Niektóre uwagi, w powyższej recenzji zawarte, skłaniają mnie do podania kilku słów odpowiedzi. — Najprzód co do wyboru dzieła do przekładu. Kol. W. porównując kilka najnowszych podręczników niemieckich, wolałby widzieć w szacie polskiej odczyty o chorobach dzieci Henocha. Sądzę, iż stopniowanie pod względem dobroci, zastosowane przez recenzenta do prac

takich autorów, jak Henoch, Gerhardt, Vogel lub Baginsky, nie jest szczęśliwym. Każdy ze wspomnianych podręczników odpowiada zupełnie swemu celowi, jest pod pewnymi względami doskonałym i uzyskał szerokie uznanie. Ogólnikowe zalety, przypisywane przez kol. W. jednemu z nich, a mianowicie, dokładność klinicznego i anatomicznego opisu, potoczność stylu, głębocka znajomość przedmiotu — służyć mogą w równej mierze i innym, a w szczególności dziełu Baginsky'ego, co mu też kompetentna krytyka niemiecka przyznała. Pomimo tych zalet, w każdym z nich czytelnik znajdzie nieraz pewne braki i chcąc rozstrzygnąć jakąś wątpliwość musi od jednego przechodzić do drugiego. — Wybór z mnóstwa podręczników niemieckich, francuzkich i angielskich nie jest tak łatwy. Pod tym względem musieliśmy kierować się potrzebami i wymaganiami czytelnika polskiego, nie mogąc oczywiście korzystać z bogatej literatury zagranicznej. Baginsky w wykładzie swoim jest wyczerpującym; pozostaje ściśle na gruncie anatomo-fizjologicznym; uwzględnia najnowsze prace i poglądy w dziedzinie etiologii chorób; przyjmuje podział odpowiadający obecnemu stanowi nauki; szanując doświadczenie empiryczne, w terapii stara się być racjonalistą; nie poprzestaje na doświadczenie niu własnem, lecz zestawia zdania innych badaczy. Słowem, nie narzucając zbyt wiele swego indywidualności czytelnikowi i nie skłaniając go do rutyny, przedstawia ważne zalety pedagogiczne, które dostatecznie tłómaczą nasz wybór. — Kol. W. obrachował, iż Vogel o tyfusie brzuszny pisze na 18, Baginsky zaś na 10 stronicach. Sądzę, że fakt ten chyba nie koniecznie jest dowodem pobieżności opisu. — Jako tłómacz, żadnych przypisków, ani dopełnień nie podawałem, nie chcąc psuć harmonii ogólnej w układzie i opisach dzieła. Ztąd też przy opisie krzywicy wzmianki o leczeniu fosforem nie podałem. Zresztą kwestyja ta poruszona została przez Kassowitza dopiero po wydrukowaniu oryginału, a i dotąd pozostaje jeszcze otwartą dla dyskusyi. — Pragnąc należy, abyśmy coraz więcej w praktyce używali wag dziesiętnych — i dla tego podawanie wag dawniejszych, jako podtrzymujące zwyczaj, uważałem za niepotrzebne. — Za zwrócenie uwagi na stronę zewnętrzną przekładu, jakoteż na pewne usterki językowe, muszę być wdzięczny szan. recenzentowi ze względu na następne tomy.

W. Kosmowski.

— Amerykański miesięcznik, poświęcony chorobom skórny i wenerycznym: **Journal of Cutaneous and Venereal Diseases**, przeszedł w roku bieżącym pod redakcyę p. A. Morrow, który bardzo starannie się nim zajął; strona zewnętrzna przedstawia się w samej rzeczy wspaniale. Pismo zawiera bardzo dużo wybornie odtworzonych rysunków (zarówno kolorowanych jak i zwyczajnych), tak ważną rolę grających zwłaszcza dla należytego przedstawienia chorób skórnych.

Styczniowy zeszyt zawiera między innymi opis rzadkiego wypadku *dysydorosis twarzy*, ilustrowany pyszną chromolitografią, i pracę Allena w ujemnych stronach *kwasu pyrogallusowego*. Prócz znanych wypadków otrucia tym kwasem autor przytacza wypadki (łuszczycy), w których 10⁰/₀ maść pyrogallusowa spowodowała zniszczenie skóry z następczymi bliznami.

Przypomnienie, że kwas pyrogallusowy jest środkiem żrącym, jest bardzo na czasie.

— We Lwowie zaczął wychodzić w r. b. **Przegląd weterynarski** czasopismo poświęcone weterynaryi i hodowli — pierwotnie pod redakcyę prof.

Barańskiego, a od Nr. 3 pod redakcją Dr. Szpilmana, adjunkta c. k. szkoły weterynaryi.

Nowy miesięcznik posiada b. urozmaiconą treść: dział prac oryginalnych, sprawozdania z klinik weterynarskich, streszczenia i oceny, wreszcie wiadomości policyjno weterynaryjne i statystyczne i wiadomości bieżące.

Sądząc z doboru współpracownictwa (prof: Barański, Seifman, Dr. Szpilman i inni) i staranności wydawnictwa dotychczasowych numerów możemy śmiało wróżyć Przeglądowi Weterynarskiemu powodzenie w podjętem zadaniu. Jest to pierwsze w Galicyi pismo poświęcone weterynaryi.

OGŁOSZENIA KONKURSOWE.

I.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące temata do nagród konkursowych z funduszu imienia ś. p. D-ra Adama Helbicha.

1) Nowy temat „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchot płucnych“ z terminem do dnia 31 Grudnia 1887 r.

Temata poprzednie: 2) Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono-siarczane i solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to: Busk, Ciechocinek, Druskienniki, Iwonicz i inne (temat z poprzedniego konkursu przedłuża się do dnia 31 Grudnia 1886 r.).

3) Termin na dowolnie obrać się mający temat z działu historii medycyny w Polsce przedłuża się do dnia 31 Grudnia 1886 r.

4) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchot płucnych“ z terminem do dnia 1 Lipca 1887 r.

5) „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*) z terminem do dnia 31 Grudnia 1888 r.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,
D-r Szokalski.

II.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujący temat do nagrody konkursowej za rok 1886 z funduszu zapisanego przez ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego: „Obecny stan wiedzy o wścieklicznie u ludzi w ogólności i o leczeniu zapobiegawczem tejże choroby metodą Pasteura w szczególności“—z terminem do dnia 31 Marca 1887 r.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,
D-r Szokalski.