

GAZETA LEKARSKA

I. z ODDZIAŁU II w SZPITALU WOLSKIM.

O przeciwwskazaniach ogólnych do leczenia drogą operacyjną chorób wewnętrznych

(WYKŁAD KLINICZNY) *).

Podał

Kazimierz Rzętkowski,

ordynator oddziału.

Szanowni Panowie!

W miarę rozwoju chirurgii i w miarę coraz to krytyczniejszego oceniania zakresów możliwości terapii chorób wewnętrznych, sprawa operacyjnego leczenia chorób wewnętrznych nabiera z dniem każdym wciąż większego znaczenia. Terapeuta, chcący stać na wysokości zadania, dziś już musi zdawać sobie jasno sprawę, dokąd sięgnąć mogą jego środki leczniczo-dyetyetyczne i odkąd terapia wewnętrzna ustąpić winna terapii chirurgicznej.

Nie chcę tu poruszać tej po wielekroć namiętnej nawet i u nas dyskutowanej sprawy, czy chirurg ma być tylko wykonawcą przepisów terapeuty, czy też raczej terapeuta winien pozostawiać całą swobodę chirurgowi. Sądzę, że jak w wielu razach, tak i tu słuszność leży po środku i najniewątpliwiej tkwi we wzajemnem porozumieniu się pomiędzy jednym a drugim, tak zresztą, jak się to dziś z pożytkiem dla chorych odbywa. Uważam natomiast za właściwe zaznaczyć, że dla terapeuty niezbędną rzeczą jest zdawać sobie dokładnie sprawę z tego, jakie są ogólne przeciwwska-

*) Wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. d. 19. XI. 1907.

zania do leczenia chorób wewnętrznych na drodze operacyjnej? Spróbujmy zastanowić się nieco uważniej nad tą kwestią.

Przedewszystkiem musimy tu poznać w zarysie najogólniejszym obszar zastosowania leczenia operacyjnego w chorobach t. zw. wewnętrznych. Obszar ten jest dziś już bardzo rozległy, i nie będę dalekim od rzeczywistości, jeżeli powiem, że chyba niema choroby wewnętrznej, w którejby nie próbowano stosować z różnymi wynikami leczenia operacyjnego. Na pierwszym miejscu należy tu postawić cierpienia narządów jamy brzusznej. Leczymy więc operacyjnie najrozmaitsze cierpienia kanału pokarmowego od nowotworów i zapaleń do zmian w położeniu trzew brzusznych. Tak przeto stosujemy leczenie operacyjne w zapaleniu wyrostka robaczkowego i jego następstwach, w kamicy żółciowej, w nowotworach trzew brzusznych, we wszelkich sprawach, powodujących stałe, czasowe, całkowite lub częściowe zwężenie czy zamknięcie światła kanału pokarmowego na całej jego przestrzeni, poczynając od przelyku, kończąc na odbytnicy.

Dalej stosujemy leczenie operacyjne w zmianach położenia trzew brzusznych, że wspomnę tu o nerce ruchomej, o trzewach opadających, przepuklinach i t. p. W zakres leczenia operacyjnego wchodzi też sprawy zapalne ostre lub przewlekłe tych czy owych wnętrzości jamy brzusznej, jak np. sprawy ropne wątroby, trzustki, nerek, sprawy zakaźne nie ropne, jak gruźlica trzew brzusznych, zachorzenia ustrojowe tych lub owych narządów, jak obrzmienia śledziony, kamica nerkowa, wreszcie zaburzenia krążenia w układzie żyły wrotnej, jak operacja TALMA'Y w marskości wątroby zanikowej. To są najważniejsze obszary terapii chirurgicznej chorób jamy brzusznej. Jeżeli przejdziemy z kolei do układu nerwowego, to tu przedewszystkiem wspomnieć należy leczenie drogą operacyjną nowotworów mózgu i rdzenia, zabiegi, dotyczące nerwów obwodowych [nerwobóle, zeszywanie nerwów], kompensacyjna terapia chirurgiczna porażań mięśniowych, np. drogą przeszczepiania ścięgien, leczenie wodogłowa, padaczki i t. p. W zakresie chorób narządów oddechowych stosowano leczenie operacyjne w bardzo wielu sprawach, poczynając od ropni, gangreny i nowotworów płuc aż do gruźlicy płuc.

Oto w najogólniejszym zarysie obszar działania terpii chirurgicznej w zakresie chorób wewnętrznych. Obszar ten jest dziś olbrzymi i powiększa się z dniem każdym tak, że wolno przewidywać, iż nadejdzie czas, kiedy część chorób, trapiących ludzkość, leczyć będziemy drogą, zapoczątkowaną przez seroterapię i organoterapię współczesną, pozostałe zaś drogą rękoczynów chirurgicznych.

Czy wobec tego dadzą się oznaczyć jakieś przeciwwskania ogólne do leczenia chorób wewnętrznych drogą chirurgiczną? Już umiejscowienie sprawy lub też charakter mogą dać punkt wyjścia do roztrząsań w tym względzie. Co do umiejscowienia sprawy, to tu chodzić może o umiejscowienie jej w ścisłym znaczeniu tego terminu lub też o ograniczenie jej, o jej rozległość. Jeżeli umiejscowienie sprawy, t. j. położenie jej w tym lub w owym narzą-

dzie, czy w tem lub owem miejscu narządu jest kwestyą trudniejszego lub łatwiejszego dostępu do niej ręki uzbrojonej narzędziem, a przeto zależy od postępów techniki operacyjnej i zręczności oraz wyszkolenia operatora, to ograniczenie, a raczej rozległość sprawy jest jednym z ważniejszych punktów wytycznych w rozważaniu możliwości i celowości terapii chirurgicznej w każdym poszczególnym przypadku. Wogóle powiedzieć można, że sprawy zbyt rozległe, sprawy rozsiane, dające przerzuty, stanowią przeciwskazanie do operacji. Ta zasada ogólna zwłaszcza da się zastosować do przewlekłych spraw zapalnych i do spraw nowotworowych; sprawy ropne ostre niezawsze dadzą się pod nią podciągnąć. Tak np. jeżeli chodzi o leczenie gruźlicy kiszek operacyjne, to obecność rozległych zmian gruźliczych w płucach, czy w gruczołach stanowi bądź co bądź poważny szkopół i przeciwskazanie do zabiegu brzuszego. Jeżeli chodzi o raka żołądka, to obecność dużych i niewątpliwych przerzutów w gruczołach i na otrzewnej stanowi również przeciwskazanie do operacji. Jeżeli operator w tych razach decyduje się na zabieg, to chodzi mu raczej o usunięcie zmian, powodujących zaburzenia w odżywianiu chorego i podkopujących poważnie stan jego ogólny, a przez to bezpośrednio grożących życiu chorego. Do takich mogą należeć np. ostre zamknięcie lub zwężenie światła kiszek pochodzenia gruźliczego czy nowotworowego. Tu operacja stanowi wskazanie życiowe, i operator ma zazwyczaj przed sobą *casus urgens*: operuje, bo operować musi, ale wybiera zabieg stosunkowo najłatwiejszy z całym przeświadczeniem, że chodzi tu tylko o paljatyw, nie zaś o rękoczyn radykalny, o coś, co ma niezwłocznie ochronić chorego od śmierci, nie szkodząc mu jednak, a raczej przynosząc mu szkodę minimalną. Tak więc pierwszym z ogólnych przeciwskazań do operacyjnego leczenia chorób wewnętrznych będzie rozległość spraw chorobnych oraz wieloogniskowość ich.

W związku z rozległością spraw chorobnych znajduje się też często i charakter ich. Nie chodzi tu o sprawy ostre czy przewlekłe, bo i jedne i drugie, jako takie, mogą należeć najzupełniej do obszaru działań chirurgów. W wielu razach nadmierna ostrość sprawy—o ile nie zagraża życiu chorego— stanowi niejaki przeciwskazanie do operacji, raczej jako coś jeszcze nie skryształizowanego, nie zakończonego, nie zlokalizowanego dostatecznie. Tu właśnie tkwi całe jądro dyskusji gorącej o tem, kiedy należy operować w ostrem zapaleniu wyrostka. Nie mam tu zamiaru wszczynać na nowo tej dyskusji, i zaznaczę tylko w krótkości, że tu, jak i w wielu innych sprawach ostrych, nie należy zbyt śpieszyć z operacją, o ile oczywiście wyczekiwanie nie zagraża życiu chorego.¹

Mówiąc o charakterze sprawy, mamy zazwyczaj na myśli, czy jest ona łagodną, czy też złośliwą, t. j. jaki wywiera wpływ na ogólne odżywienie chorego, o ile podkopuje ogólny stan chorego? Chodzi tu więc o to, jaki jest stan chorego w chwili powstania kwestyi kwalifikowania go do leczenia operacyjnego, czy wytrzyma on zabieg operacyjny i jego następstwa, czy też

zabieg ten skróci mu życie znacznie prędzej, niż samo cierpienie, przeciw któremu jest stosowany.

Jakie więc istnieją przeciwwskazania ogólne do leczenia operacyjnego ze względu na stan ogólny chorego? Pytanie to należy w sprawie, przez nas poruszonej, do najbardziej zasadniczych, ponieważ z niem związana jest sprawa nie tylko wczesności, ale co najważniejsza, wogóle możliwości rękoczynu.

Do złożonego pojęcia „stanu ogólnego”, w jakim chory znajduje się, należy przedewszystkiem t. zw. odżywienie ogólne, objawy ogólne z zatrucią, oraz stan ukrwienia chorego.

Co się tyczy odżywienia ogólnego, to oczywistą jest rzeczą, że im odżywienie ogólne chorego jest lepsze, tem szanse wyzdrowienia po operacji i wytrzymania operacji są pewniejsze. Zły stan odżywienia ogólnego chorego, szybko pogarszający się przy mało uwydatniającem się cierpieniu jest w każdym razie oznaką złą, która świadczy z jednej strony o rozległości i złośliwości sprawy, z drugiej zaś o tem, że ustrój danego chorego jest ostatecznie podkopany cierpieniem, a szanse poprawy po operacji niezbyt świetne. Zwłaszcza dotyczy to takich spraw, jak np. nowotwory kanału pokarmowego, a więc raki żołądka, kiszek. Jeżeli więc w takich razach nie istnieją wskazania życiowe do operacji, to lepiej nie operować. Operując bowiem, możemy natknąć się na niespodziankę wielce nie miłą w postaci sprawy rozległej, przechodzącej na narządy sąsiednie, wobec której stoimy bezsilni. W takich razach ma się wrażenie, że laparotomia taka, laparotomia tylko próbna, skraca choremu życie. Zły stan odżywienia niezawsze jednak jest przeciwwskazaniem do operacji. Weźmy np. przypadki zwężenia odźwiernika lub też przewlekłej enterostenozy pochodzenia dobrotliwego. W tych razach, pomimo bardzo nieraz podkopanego odżywienia ogólnego chorych, operacja wykonana celowo, szybko i przy odpowiednim wyborze narkorzy [znieczulenie metodą SCHLEICH'a, zamroczenie eterowe i t. p.], przy pomocy forsownego odżywiania przez odbytnicę, wlewań podskórnych, a zwłaszcza, jak to ostatnio zaleca LEŚNIEWSKI dootrzewnych fizyologicznego roztworu soli i t. p. często sprawia poprostu cuda. To samo dotyczy nieraz złego stanu odżywienia ogólnego w sprawach przewlekłych ropnych, jak np. ropień przewlekły okołokątniczy, ropień podprzeponowy, ropienie w drogach żółciowych i t. p. Na zasadzie przeto powyższego uznać możemy, że zły i szybko pogarszający się stan odżywienia ogólnego stanowi przeciwwskazanie do operacji tylko w sprawach złośliwych [np. nowotwory złośliwe], przeciwnie zaś stanowi wskazanie do operacji w sprawach z natury łagodnych.

Pozwolę sobie tu na małe odstępstwo od tematu głównego, będące wszakże w ścisłym związku z tem, co przed chwilą tu poruszyłem. Jakie mianowicie posiadamy kryterium w ocenianiu t. zw. „sta-

nu odżywienia ogólnego"; czy mamy tu kierować się wyłącznie wrażeniem subiektywnem, jakie chory na nas w danej chwili wywiera, czy też raczej posiadamy jakieś mniej subiektywne metody oceniania tego stanu? I tak i nie... Subiektywne wrażenie doświadczonego klinicysty, opierając się na całym mnóstwie trudno uchwytnych objawów drobnych, ocenia nieraz bardzo dokładnie stan chorego, i jako takie w wielu razach zasługiwać może najzupełniej na zaufanie. Na tem jednakże poprzestawać nie możemy. Jeżeli chodzi o porozumienie się dwu indywidualności, stanowiących w danym razie o losie chorego, t. j. o porozumienie się lekarza internisty z operatorem, to subiektywne wrażenia obu mogą być tylko wtedy decydujące, jeśli są zgodne. W razie ich niezgodności koniecznym jest superarbiter, a tym może być tylko sposób, czy metoda obiektywnego oceniania, jakim jest w istocie „stan odżywienia ogólnego“ danego kandydata do operacji. Muszę tu zaznaczyć, że takiej metody dotychczas nie posiadamy. Chodzi mi tu oczywiście o metodę, którą doraźnie możnaby zastosować przy łóżku chorego. Pewne wskazówki możemy tu czerpać z takich badań, jak np. badanie moczu na diazoreakcyę EHRLICH'a, która w niektórych sprawach, jakie tu nas interesują, jest *signum mali ominis* [gruźlica, sprawy nowotworowe], na objawy z wyrodnienia mączkowego (*amyloid*) nerek [przewlekłe ropienie, gruźlica]. O danych ze strony krwi pomówimy niżej.

Wydzielanie większych ilości acetonu i oddech acetonowy nie mogą wogóle być uważane za oznaki złego odżywienia ogólnego, ponieważ są to tylko zjawiska przejściowe, świadczące u ludzi otyłych o zaburzeniu w danej chwili przemiany tłuszczów wobec głodu węglowodanowego, którego zaspokojenie natychmiast nieledwie usuwa acetonurycę i acetonemię. Pozostają nam tylko dwa mniej więcej pewne sposoby orientowania się co do stanu odżywienia chorego, mianowicie też badanie jego wagi oraz ocenianie jego apetytu. Uporczywy i rzeczywisty brak apetytu jest nader cenną wskazówką, że stan odżywienia chorego jest zagrożony poważnie, co też niezwłocznie uwidacznia się w spadku wagi jego ciała. Do tej samej kategorii objawów możemy zaliczyć i występowanie obrzęków charłacznych. Te czynniki przeto wraz z wrażeniem subiektywnem muszą nam wystarczać do czasu w ocenianiu stanu odżywienia ogólnego, u chorych, których mamy kwalifikować do operacji. Stąd też ryzykownem i co najmniej bezowocnem jest operowanie chorych, którzy oddawna cierpią na zupełny brak apetytu i wiele utracili na wadze oraz mają obrzęki kachektyczne.

Co się tyczy objawów ogólnych zatrucia, to do tych zaliczyłbym objawy takie, jak ciężkie zatrucie septyczne w zapaleniu otrzewnej ostrem lub wogóle w ciężkich sprawach zakaźnych, objawy uremiczne, objawy zatrucia pochodzenia żołądkowo-kiszkowego [rozstrzeń żołądka, zamknięcie światła kiszek it. p.]. Tu zatrucie dotykać może rozmaitych narządów ustroju i w stopniu zgoła niejednakowym. Stąd też i ocena możliwości operacji, zwłaszcza dłuższej, będzie rozmaita. Z jednej bo-

wiem strony na plan pierwszy występować mogą objawy ze strony układu nerwowego ośrodkowego [stan odurzenia, śpiączka, objawy mięśniowe, oczne i t. d.], z drugiej zaś — objawy ze strony układu krążenia [przyśpieszona lub nieprawidłowa działalność serca, objawy porażenia nerwów naczyńoruchowych i sinica i t. p.]. O ile objawy pierwszej kategorii niezawsze stanowią przeciwwskazanie do operacji, o tyle objawy ze strony układu naczyniowego — o czym zresztą pomówimy za chwilę — słusznie powinny nieć obawę, azali chory wytrzyma narkozę i zabieg, i czy ze stołu operacyjnego nie zejdzie wprost do trumny.

[D. c. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH DRA MED. ANTONIEGO ELZENBERGA.

TERMOPSYCHROFOR

Antoniego Groszlika.

Wynaleziony przeze mnie przyrząd [Termopsychrofor] miał pierwotnie na celu usunięcie straty czasu, niewygód i trudności, połączonych z leczeniem cewki moczowej i gruczołu krokowego zapomocą ochładzania lub ogrzewania [ATZPERGER, WINTERNITZ].

Po wykonaniu jednak przyrządu okazało się, że zakres jego stosowania w celach leczniczych jest znacznie szerszy. Nadaje się on, mianowicie, do wszelkiego rodzaju zabiegów, mających na celu ochładzanie lub ogrzewanie danej części ciała lub całego narządu. Niewielka ilość wody wystarcza do utrzymania pożądanej ciepłoty w ciągu dowolnego czasu. Przyrząd jednocześnie służy do wszelkiego rodzaju przemywań [JANET'a, pochwowych, macicznych i t. d.] płynami dezynfekcyjnymi, przyczem płyn ogrzewa się w samym irygatorze. Wreszcie przyrząd jako statywa chirurgiczna pod względem praktyczności i wysokich zalet przewyższa wszystkie dotychczasowe.

Przyrząd składa się z trzech irygatorów, przesuwanych na rozmaite wysokości zapomocą niezwykle uproszczonych hamulców.

Dwa irygatory (*A* i *B*) mieszczą się w jednej płaszczyźnie. Wraz z unoszeniem się jednego irygatora, drugi opuszcza się na dół. Naciśnięcie pedału (*D*) wprawia je w ruch. Każdy irygator ma dwa wyloty. Jeden z nich (*a*) łączy się zapomocą rurki gumowej (*b* resp. *c*) z przyrządem ogrzewającym (*E*), umocowanym na statywie; — rurki gumowe (*d* i *f*), nasadzone na dwa pozostałe wyloty irygatorów, łączą się zapomocą specjalnych metalowych nasad (*g*) [ATZPERGER, WINTERNITZ i t. p.]. Jeśli więc nalejemy wodę do wyżej umieszczonego irygatora (*A*), to będzie ona stopniowo zbierać się w niżej stoją-

cym (B). Odbywa się to dwiema drogami: przez pierwszą parę rurek i leżący między nimi przyrząd ogrzewający (b—E—c), i przez drugą parę rurek gumowych wraz z łączącą je nasadą (d—q—f).

Przyrząd ogrzewający składa się z dwu części: lampki spirytusowej (F), podnoszonej i opuszczanej zapomocą metalowego pręcika i futerału (E) blaszanego, pokrywającego zwiniętą wielokrotnie rurkę metalową. Dwa końce tej rurki rozchodzą się poziomo: jeden w prawo, drugi w lewo, by połączyć się z dwiema rurkami gumowymi irygatorów (b i c). A więc z górnego irygatora (A) woda wypływa przez rurkę gumową (b) do zwiniętej rurki metalowej (E), okrąży wszystkie jej zwoje i wpływa do irygatora dolnego (B).

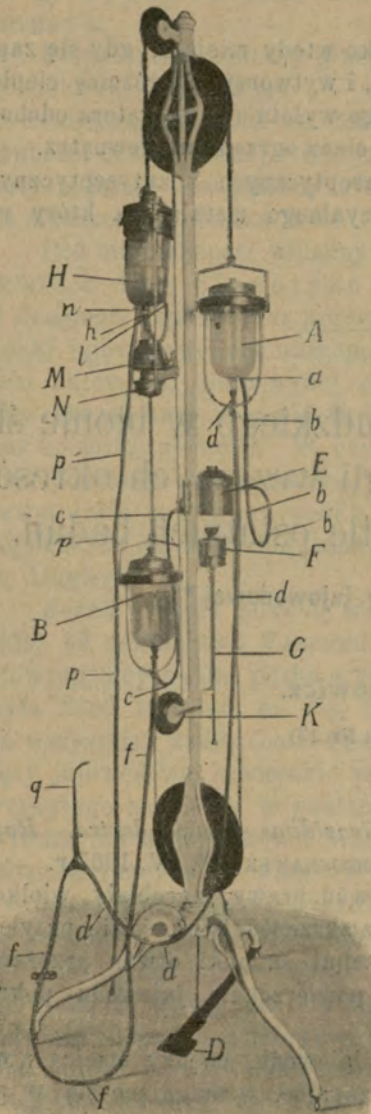
Jeśli więc zapalimy lampkę spirytusową (F), podniesiemy ją na pręciku (G) pod same zwoje, zamkniemy przepływ przez dwie pozostałe rurki gumowe (d i f) zapomocą ściskaczy, to do dolnego irygatora (B) wpływa woda ogrzana. Odbywa się zaś to ogrzewanie tak szybko, że wystarczy raz tylko jeszcze przepuścić wodę w odwrotnym kierunku, [dolny irygator (B) podnieść w górę], by otrzymać temperaturę 40—45° [w każdym irygatorze mieści się termometr], potrzebną do celów leczniczych. Osiąga się ją w ciągu minuty, a najwyżej dwu. Wtedy opuszczamy lampkę spirytusową (F) na sam dół [odległość stała, wymierzona], i od tej chwili temperatura już pozostaje stałą. Teraz dopiero usuwamy przeszkodę w obu pozostałych rurkach gumowych (d i f) i nasada (q) otrzymuje pożądane ciepło w ciągu dowolnego czasu.

Rzecz to w zastosowaniu tak prosta, a wygodna, wypływająca z możliwości korzystania z niewielkiej ilości wody i ogrze-

wania jej na oczekaniu w samych irygatorach, tak wielka, że umożliwia stosowanie tego bądź co bądź doniosłego czynnika leczniczego na wielką skalę.

Przechodzimy teraz do znaczenia trzeciego irygatora (H).

Mieści się on w płaszczyźnie, prostopadłej do płaszczyzny dwu poprzednich irygatorów. Zapomocą sprężyny (K) z łatwością umocowujemy go na



dowolnej wysokości. System ogrzewania w nim płynów jest kompletni, ten sam, z małą jednak modyfikacją. Mianowicie płyn wycieka z jednego wylotu (*h*) irygatora, przepływa przez rurkę metalową, zwiniętą (*M*), wypływa z drugiego jej końca i wraca znów do tego samego irygatora przez drugi jego wylot (*l*).

Krażenie to, rozumie się, może mieć tylko wtedy miejsce, gdy się zapali lampkę spirytusową (*N*) pod rurką metalową, i wytworzy się różnicę ciepłoty w warstwach płynu w irygatorze. Z trzeciego wylotu (*n*) irygatora odchodzi rurka gumowa (*p*), przez którą już wypływa ciecz ogrzana na zewnątrz.

Irygator ten służy do ogrzania płynów aseptycznych i antyseptycznych. Z tego też powodu rurka zrobiona jest ze specjalnego metalu, na który rozczyny chemiczne nie działają.

III. O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego w błonie śluzowej jajowodu i histopatologii wczesnych okresów ciąży jajowodowej w świetle ostatnich badań.

Przyczynek do etyologii ciąży jajowodowej *).

Napisał

Leonard Lorentowicz.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 13).

Przypadek XI. M. L., lat 26. *Graviditas tubaria dextra. Ruptura tubae. Retroflexio uteri fixata.* Op. dr. BOGUSŁAWSKI 18. IV. 1907 r.

Preparat anatomiczny przedstawia jajowód prawy, zgrubiały, wielkości małego kurzego jajka, wypełniony wewnątrz skrzepem krwi, ściśle przylegającym do ścian jajowodu. Na tylnej powierzchni małeńki otwór przeżarcia, zamknięty świeżym skrzepem krwi. Cała powierzchnia jajowodu pokryta strzępami porozrywanych zrostów.

Przy badaniu drobnowidzowem odcinka jajowodu, między macicą a workiem płodowym położonym, widać zmiany zapalne, wzmagające się w miarę zbliżania się do tegoż. W przypadku tym na pierwszy plan występują wypuklenia nabłonka wglęb mięśniówki, powstałe prawdopodobnie na tle przebytego *salpingitis purulenta*. Część tych wypukleń cewkowych straciła związek z głównym kanałem i tworzy dodatkowe przewody

*) Rzecz wypowiedziana dnia 9-go kwietnia 1906 r. w Tow. Lekarskiem, a następnie powtórzona dnia 26-go tegoż miesiąca w sekcji ginekologicznej T. L.

nabłonkowe w głębi mięśniówki. Mięśniówka w stanie wybitnego obrzęku; liczne gniazda nacieczenia drobnokomórkowego, prawie wyłącznie pod otoczką otrzewnej umieszczone.

Przypadek XII. Pani S. M., lat 30; z prywatnej praktyki dra ROSENTHAL'a.

Preparat anatomiczny przedstawia jajowód prawy wraz z jajnikiem; w części bańkowej duży otwór.

Odcinek jajowodu ze ściany domacicznej pęknięcia znacznie zgrubiał [grubości dużego palca]. Na powierzchni jajowodu liczne ślady zrostów pasmowych, jajnik powiększony kilkakrotnie. Liczba pęcherzyków GRAAF'a bardzo nieznaczna. Ciałka żółte cięży.

Pod mikroskopem widzimy w przeciętym jajowodzie we wszystkich jego odcinkach dwa niezależne od siebie światła, oddzielone jedno od drugiego dość szeroką przegrodą mięśniową. Jedno z tych światel, bliżej krezki jajowodowej umieszczone, nie przedstawia nic nieprawidłowego. W drugim natomiast, nieco wyżej ponad pierwszym położonym, widać wewnątrz duży skrzep krwi, a w nim tu i owdzie, lepiej lub gorzej zachowane, kosmki oraz komórki płodowe. W ocalałych fałdach widać liczne zrosty, przeważnie u ich podstawy oraz cewkowe wypuklenie nabłonka wgłąb śluzówki. Mamy niewątpliwie w tym przypadku do czynienia z podwójnym jajowodem. Jaje zagnieżdżyło się w ścianie jednego z nich, pozostawiając zupełnie wolne światło drugiego.

Jeżeli obecnie pozwolę sobie zestawić wyniki mej pracy, aczkolwiek dalekiej od dokładności VASSMER'a, który robił po 2,300 skrawków z jednego jajowodu, gdy ogólna liczba zrobionych z moich 12-u przypadków nie przekroczyła 2000, to zdaje mi się, iż zdołałem przekonać Szanownych Panów, że we wszystkich zademonstrowanych przed chwilą na epidiaskopie przypadkach ciąży jajowodowej stwierdzić można było obecność wyraźnych śladów dawniej przebytego zapalenia w postaci mniej lub więcej obszernych zrostów fałd i tworzenia się uchyłków i przewodów dodatkowych w głębi mięśniówki; dalej zmian wyraźnych w warstwie mięśniowej, nacieczenia drobnokomórkowego i rozrostu śródmięśniowej tkanki łącznej, tudzież złogów zapalnych i tworzenia się torbieli w osłonie otrzewnej jajowodu.

Co się zaś tyczy sposobu zagnieżdżania się jaja zapłodnionego w ścianie jajowodu, to na podstawie własnych poszukiwań dochodzę do wniosku, że jest mało prawdopodobną teoria ogłoszona przez FÜTH'a, WERTH'a i innych, podług której jaje po wszczępieniu się w śluzówkę jajowodu draży sobie samodzielnie na wzór złośliwego nowotworu jamkę w warstwie mięśniowej i następnie sadowi się w jej obrębie. Analogia z macicą również bynajmniej nas nie poucza o możliwości podobnej sprawy. W rozpułchnionej z powodu przekrwienia miesięczkowego śluzówce macicy jaje znajduje wyjątkowo pomyślnie warunki do przenikania wgłąb jej tkanki, czego bynajmniej powiedzieć nie można o mało stosunkowo podatnej warstwie mięśniowej jajowodu. Zresztą nie jest wykluczona możliwość, iż jaje w macicy wpada od razu do jednego z krwiaków podnabłonkowych, jak na to poniekąd wskazywać się zdaje przy-

padek LEOPOLD'a. Głównym dowodem śródmięśniowego pogrążania miała być obecność włókien mięsnych w przegrodzie, dzielącej jaje od światła jajowodu w t. zw. *membrana capsularis*. Dowód ten bynajmniej nie jest przekonujący. Obecność włókien mięsnych znacznie łatwiej objaśnić można rozwijaniem się jaja w jednym z przewodów dodatkowych, przerywających mięśniówkę. Wyraźnego odczynu doczesowego w komórkach śluzówki jajowodu w postaci jednej nieprzerwanej błony, wyściełającej kanał jajowodu nie spostrzegłem w żadnym z moich przypadków. Wysepki komórek podobnych do doczesowych, na wierzchołku fałd ugrupowanych, znajdowałem jedynie w przypadku czwartym, a także wewnątrz jamy, utworzonej w głębi mięśniówki w przypadku ósmym.

Która z opisanych wyżej zmian chorobnych: zrosty fałd, czy uchyłki i przewody dodatkowe odgrywają dominującą rolę w powstawaniu ciąży jajowodowej, na podstawie swoich przypadków orzec nie mogę. Sądzę jednak, że pierwszeństwo oddać należy ślepych uchyłkom nabłonkowym, w przypadkach bowiem kiedy jaje istotnie złapane zostanie w oczko sieci, ze zrosniętych fałd wytworzonej, nie znajdzie ona, zdaniem mojem, dostatecznych warunków do dalszego rozwoju w bliźnowato zwyrodniałej, a więc mało unaczynionej tkance śluzowej zrosniętych fałd, i wkrótce obumiera.

Oczywiście tylko dalsze badania bardzo wczesnych okresów ciąży jajowodowej mogą jedynie ocenić stosunkową wartość tych momentów etyologicznych. Pracą swoją chciałem wykazać, że w mowie będące zmiany, uprzedniem zapaleniem wywołane, stale towarzyszyły we wszystkich bez wyjątku podanych przeze mnie przypadkach, iż obecność ich stanowi niewątpliwie mechaniczną przeszkodę, która, zdaniem mojem, najprościej i najjaśniej tłumaczy zatrzymanie jaja jużto w tunelu, lub oczku sieci, ze zrosniętych fałd utworzonej, już też w jednym z uchyłków nabłonkowych i przewodów dodatkowych i zmuszenie go do kopania sobie w nich łączyska i grobu.

W końcu niech mi wolno będzie wyrazić serdeczne podziękowanie sz. Profesorowi PRZEWOSKIEMU, który zechciał wziąć udział w części mej pracy, sz. Kol. FR. NEUGEBAUEROWI za pozwolenie korzystania mi ze swej biblioteki, a także sz. Kolegom BOGUSŁAWSKIEMU, BORZYMOWSKIEMU, STANKIEWICZOWI, SZYMAŃSKIEMU, ROSENTHAL'OWI za danie mi możności zbadania drobnovidzowego opierowanych przez nich przypadków.

Wykaz prac ważniejszych:

- 1) R. WERTH. Die Extrauterinschwangerschaft Handb. f. Geburtsch. Fr. Winkel 1904. t. II.
- 2) F. SCHAUTA. Geburtshilfe 1906.
- 3) G. LEOPOLD. Ueber ein seher junges menschliches Ei in situ. Lipsk 1906.
- 4) PFANNENSTIEL. Die Einbettung des menschlichen Eies. Handb. der Geburtsh. t. I. część I.

- 5) H. PETERS. Ueber die Einbettung des menschlichen Eies und das frühere bisher bekannte menschliche Placentationsstadium.
- 6) MICHOLITSCH. Zur Aetiologie der Tubenschwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. G. t. XLIII. z. I.
- 7) Ueber die Ursachen der Ansiedlung des Eies im Eileiter. Zeitsch. f. G. u G. t. XLVIII. z. I.
- 8) BUSSE. Pathologische anatomie der Haematocele.
- 9) RUSSEL ANDREWS. Recent work on Tubal Pregnancy. London. 1906.
- 10) WALLGREN. Zur mikroskopischen Anatomie der Tubenschwangerschaft beim Menschen. Wiesbaden 1905.
- 11) FUETH. Ueber die Einbettung des Eies in der Tube. Arch. f. G. t. 63.
- 12) HEINSIUS. Die Einbettung des Eies in der Tube. IX Gynaekol. Kongr. Gies-sen 1901.
- 13) MARTIN. Die Krankheiten der Eileiter. Lipsk 1895.
- 14) FELLNER. Ueber das Verhalten der Gefässe bei Eileiterschwangerschaft. Auto-thrombose. Arch. f. G. u. G. t. XXIV. z. III.
- 15) MAENNEL. Zur Lehre von Entstehung der Hämatokelen. Zeitschrift für G. 1907. Nr. 11.

IV. Przyczynek do rentgenoterapii grzybicy gu-zowatej (*mycosis fungoides*) oraz słów kilka o zmia-nach histopatologicznych w tkance naświet-lanej.

Podał

Dr Robert Bernhardt,

ordynator szpitala Św. Łazarza.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 13].

Przekonawszy się w ten sposób o niewątpliwie dodatnim wpływie pro-mieni X na twory grzybicy guzowatej, przystąpiłem do stosowania arszeniku, począwszy od 25. I. 07. Wstrzykiwałem kakodylan sodu po 0,10 na dawkę i po dzień 7. III. zrobiłem 34 wstrzykiwania. Leczenie arszenikowe prowa-dziłem równolegle i współcześnie z rentgenoterapią. Naświetlania w szcze-gółach wykonywane były w sposób następujący.

Na każde podlegające naświetlaniu miejsce aplikowałem 3—5 H. na je-dnem lub dwu posiedzeniach zapomocą rurek, twardości 4—5 podług skali WALTER'a. Jeżeli pierwsza dawka okazywała się niedostateczną, to po 18—20-u dniach dodawałem jeszcze 3—5 H. i t. d. Postępując w ten spo-sób, nigdy nie doprowadzałem do żadnego widocznego odczynu ze strony skó-ry, unikałem nawet rumienia (*erythema*), a tego rodzaju naświetlania chory znosił doskonale. Na każdym posiedzeniu naświetlałem 1—2 oddzielne miej-

sca. Ogółem zaś zaaplikowałem choremu na różne miejsca ciała 128 H. na 32-u posiedzeniach. Wykwity okresu przedguzowego [premykotycznego] ustępowały już po dawce 3 H., przyczem wraz z nacieczeniem skóry znikало też i łuszczenie. Guzy mniejsze, częstokroć usadowione w obrębie tychże nacieczeń, wchłaniały się doszczętnie przy tej samej dozie i przeważnie już nie wymagały oddzielnych doświał. Większe guzy otrzymywały dawkę 5—8 H. Guzy wchłaniały się bardzo energicznie. Już 4—5 dnia po naświetlaniu można było stwierdzić pewną różnicę w ich wyglądzie: były one jakby bardziej płaskie, barwa zaś niewątpliwie bledsza. Najwidoczniejsze zmiany ujawniały się jednak po 10—14-u dniach. W tym czasie guzy poczynaly się szybko zmniejszać, spłaszczać, literalnie topniały z dnia na dzień i wreszcie doszczętnie znikaly, pozostawiając silne, ciemno-brunatne zabarwienie skóry.

Owrzodzenia średniej wielkości zazwyczaj zablizniały się po dawce 5—8-u H. Jednak rozległe i głębokie owrzodzenia—takie, jakie znajdowały się na bocznych powierzchniach tułowia i na prawej goleni, ustępowały dopiero po zaaplikowaniu 10—12—15-u H. Pierwszym widocznym objawem po naświetlaniu było stopniowe znikanie zapalnej obwódki dokoła owrzodzeń, co następowało 3—4-go dnia po zabiegu światłolecznicy. Oczyszczenie się mniejszych owrzodzeń następowało po 6—7-u dniach. Strzępy zmartwiałej tkanki, pokrywające dno rozległych owrzodzeń, oddzielały się dopiero po 12—14-u dniach¹⁾. W tym samym czasie poczynaly się też wchłaniać nacieczenia, stanowiące brzegi owrzodzeń. Po oczyszczeniu się dna zjawiała się bardzo żywa ziarnina, a naskórek nasuwał się koncentrycznie od brzegów. Niekiedy spostrzegałem też występowanie oddzielnych wysepek naskórkowych na samym dnie ziarniejacej powierzchni. Wreszcie wytwarzały się różowe, miękkie, gładkie, nieściągające się blizny, otoczone dosyć szeroką ciemno-brunatną obwódką.

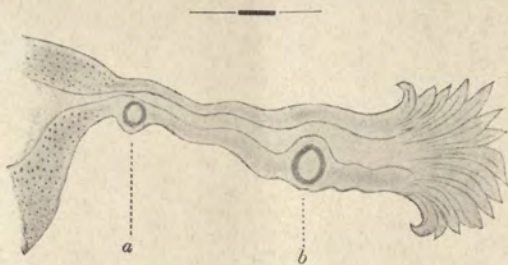
Co się tyczy swędzenia, to muszę zauważyć, że zmniejszało się ono już następnego dnia po naświetlaniu, zupełnie zaś znikало po 4—6-u dniach.

Taki był ogólny przebieg znikania tworów, *resp.* objawów grzybicy guzowatej w moim przypadku. Leczenie rentgenowe stosowałem [z przerwami] po 7. III. r. z., w którym to dniu chory wypisał się ze szpitala.

Wówczas stwierdziłem następujący stan [patrz rysunki]. Wszystkie guzy wessały się doszczętnie. Owrzodzenia zablizniły się, a blizny są nie-nacieczone, miękkie. Nie zablizniła się tylko drobna powierzchnia [wielkości 2 groszy] największego owrzodzenia, które się mieściło po lewej stronie tułowia. Nieco wgłębione dno tej niezabliznionej powierzchni jest pokryte zdrową ziarniną, brzegi są jednak jeszcze wyraźnie nacieczone. Gruczoły chłonne — szyjne, pachowe i pachwinowe prawie zmniejszyły się znacznie, pachwinowe zaś lewe — umiarkowanie. Są one bardzo twarde. Swędzenie znikło zupełnie. Na skórze tułowia [daleko mniej na kończynach i twa-

¹⁾ Zauważę, że owrzodzenia opatrywano przez cały czas wyłącznie tylko 5% - ową borną maścią.

Przyczynek do etyologii ciąży jajowodowej.



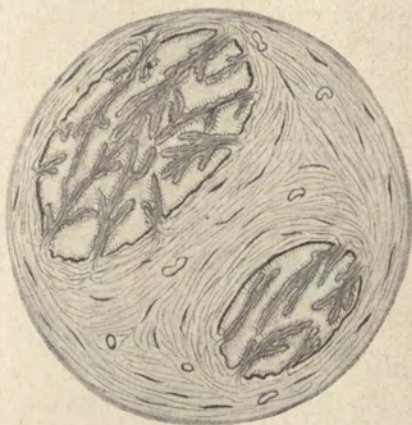
Rys. 1 (schematyczny).

- a) zagnieżdżanie się jaja w cieśni jajowodu, jaje płodowe wypukła się na zewnątrz, prowadząc do pęknięcia jajowodu (*ruptura tubae*).
- b) zagnieżdżanie się jaja w części bańkowej jajowodu; jaje płodowe wpukła się do światła, prowadząc najczęściej do poronienia jajowodowego (*abortus tubarius*).



Rys. 2. (Przypadek VI).

Główny przewód jajowodu wskutek rozległych zrostów fałd zamienił się w labirynt drobnych kanalików; nadto w głębi mięśniówki znajdują się przekroje poprzeczne wypukleń cewkowych nabłonka jajowodowego.



Rys. 3. (Przypadek VII)

Obok głównego kanału w głębi mięśniówki znajduje się drugi dodatkowy kanał.



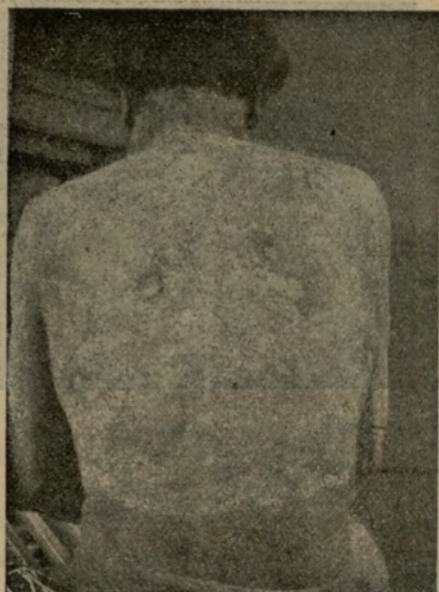
Rys. 4. (Przypadek X).

Dokoła głównego kanału, wykazującego wybitne zrosty fałd, występuje drugi—okrężny, zajmujący $\frac{3}{4}$ obwodu warstwy mięśniowej jajowodu.



Rys. 5. (Przypadek XII).

Wzdłuż całego jajowodu biegają równoległe dwa kanały, niezależne jeden od drugiego: górny zupełnie wolny od zrostów fałd; dolny natomiast obok nieznacznych zrostów ocalałych fałd, wypełniony jest cały skrzepem krwi, w którym tu i owdzie spostrzegać się dają kosmki i komórki płodowe.



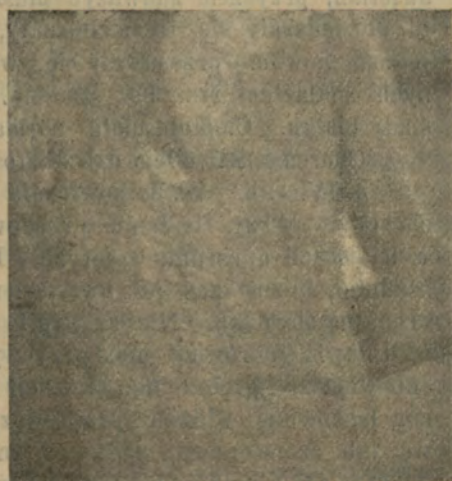
Rys. 1 a.
Przed naświetlaniem.



Rys. 1 b.
Po naświetlaniu.



Rys. 2 a.
Przed naświetlaniem.

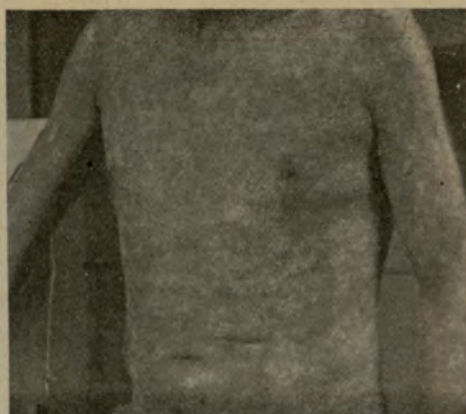


Rys. 2 b.
Po naświetlaniu.



Rys. 3 a.

Przed naświetlaniem.



Rys. 3 b.

Po naświetlaniu.

rzy] odbyło się niezmiernie ciekawe przemieszczenie barwika. Usunął się on z jednych miejsc, odbarwiając je niemal zupełnie, nagromadził się zaś w nadmiarze w innych — sąsiednich, powodując tutaj bardzo silną ciemno-brunatną pigmentację skóry. Ponieważ uczątki [różnej wielkości] odbarwione i przebarwione znajdują się tuż obok siebie, więc też skóra posiada oryginalny pstry wygląd. Zjawisko to przypisuję działaniu promieni X, gdyż powstało ono dopiero podczas pobytu chorego w szpitalu, podczas naświetlań, przyczem zauważyć muszę, że uczątki odbarwione i przebarwione to powiększały się, to zmniejszały, z tygodnia na tydzień zmieniały miejsce, jednym słowem — przesuwały się, wędrowały. Ze strony narządów wewnętrznych znalazłem stan bez zmiany. Wątroba nieco powiększona. W moczu ślady białka. Ciepłota ciała normalna. Waga 153 f.

Choremu zaleciłem dalsze stosowanie arszeniku.

4. IV. r. b. W. J. powtórnie zapisał się do szpitala z powodu nawrotu choroby. Przy badaniu przedewszystkiem stwierdziłem brak nawrotów w miejscach uprzednio zajętych. Dawniejsze guzy wchłonęły się jak najdokładniej, blizny zaś po owrzodzeniach są blade, miękkie, otoczone ciemno-brunatną obwódka. Nie zablizniło się tylko owrzodzenie na lewej powierzchni tułowia [porównaj opis przy wypisie dn. 7. III], a w obecnej chwili jest ono większe i głębsze niż dawniej. Świeże guzy wielkości od grochu do orzecha laskowego widzimy przedewszystkiem na twarzy. Barwa ich jest różowa lub czerwonawa, spoistość znaczna. Mniejsze guzy są nieowrzodzone, większe zaś uległy owrzodzeniu w swej części środkowej. Mieszczą się w okolicy lewej brwi, pod prawą powieką dolną, na lewym policzku i na błonie śluzowej prawego skrzydła nosowego, tuż powyżej jego brzegu. Takież guzy w liczbie 6—8 znajdujemy na przedniej i bocznych powierzchniach szyi.

Na plecach 3 owrzodziałe guzeczki, wielkości fasoli. Na bocznych powierzchniach klatki piersiowej guzeczki posiadają wygląd płaskich grudek wielkości soczewicy, barwy różowej, różowo-czerwonej. Powierzchnia ich częstokroć się łuszczy. Mieszczą się pojedynczo, przeważnie jednak układają się w grupy w kształcie placków, kólek, łuków, podkowy i t. p. Takież twory widać na przedramionach, a zwłaszcza ramionach. Pozatem na kończynach, zwłaszcza na ich powierzchniach wyprostnych, skóra jest umiarkowanie nacieczona, barwy brudno-czerwonej, blado-brunatnej, łuszcząca się, sucha. Zmiany te jednak nie są rozlane, lecz występują mniejszymi lub większymi kępkami, pozostawiając przestrzenie na pozór normalnej skóry. Skóra twarzy—na czole i prawym policzku—zdradza objawy pryszczycowe.

Dodać winienem, że nieprawidłowe rozmieszczenie barwika w skórze tułowia [o czem wyżej mówiłem] jest i teraz zachowane i posiada te same cechy.

Na skórze łącza i moszny znajdujemy 8—10 guzów oraz owrzodzeń, wielkości od ziarna grochu do orzecha laskowego.

Gruczoły chłonne szyjne i prawe pachowe nieco powiększone. Od lewej pachy ku dołowi i przodowi w kierunku sutki opuszcza się rozlany, lecz ostro odgraniczony naciek wielkości dłoni, grubości 3—4 cm., o spoistości chrząstki. Naciek ten jest *in toto* ruchomy, a więc niezrośnięty z głębiej położonymi tkankami, jak również ze skórą. Ta ostatnia nad samym środkiem tego deskowatego nacieku posiada barwę sinawą, w innych zaś miejscach jest widocznie niezmieniona i zbiera się w fałdę. Powierzchnia nacieku jest gładka w częściach środkowych, w obwodowych zaś [brzeg dolny i wewnętrzny] składa się jakby z oddzielnych guzów. Naciek jest zaledwie nieco wrażliwy na ucisk. Około lewej brodawki sutkowej mieści się w tkance podskórnej ruchomy, ze skórą niezrośnięty, twardy, niebolesny guz, wielkości jaja kurzego. Takież dwa guzy, wielkości migdała, znajdujemy w symetrycznych miejscach na granicy górnej i środkowej części obu przedramion, na powierzchni zginaczy.

Gruczoły pachwinowe prawe — umiarkowanie powiększone. W pachwinie lewej stwierdzamy obecność b. twardego, ruchomego, niezrośniętego ze skórą guza wielkości $\frac{3}{4}$ pięści. Guz ten jest mało wrażliwy na ucisk. Nieznaczny obrzęk lewej kończyny dolnej, zwłaszcza stopy.

Narządy wewnętrzne. Wątroba i śledziona powiększona umiarkowanie. Mocz 1080 ctm. na dobę, kwaśny, mętnawy. Ciężar właściwy 1,018. Kwasy moczowego 0,6‰. Białka 0,8‰ [ESBACH]. Osad szaro-różowawy zawiera: leukocyty, czerwone krążki krwi, nabłonki nerkowe, wałeczki szkliste i ziarnisto-nabłonkowe.

Badanie krwi wykazało:

Czerwonych ciałek krwi 3.600.000	} stosunek 1 : 200.
Białych ciałek 18.000	

Hemoglobiny 60%.

Stosunek białych ciałek krwi przedstawiał się jak następuje:

Neutrofilnych 71%.

Limfocytów	{	większych	5	}	14%.
		mniejszych	9		
Prześciowych			4		
Eozynofilowych			11.		

Ciepłota ciała: rano 36,9°—wieczorem 37,3°. Waga 145 f. Łaknienie niewielkie. Sen niedostateczny. Swędzenie bardzo nieznaczne, tylko niekiedy występuje w stopniu silniejszym. Uczucie zimna.

W taki więc sposób po miesięcznym pobycie w domu, gdzie choremu w tym czasie zrobiono 15 wstrzykiwań kakodylanu sodu po 0,10 na dawkę, chory powrócił z widocznym pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia. Plan leczenia miał na celu: 1) przeciwdziałanie rozwijającemu się charłactwu i zapaleniu nerek przez odpowiednią dyetę i stosowanie środków wewnętrznych; 2) usunięcie objawów ze strony skóry za pomocą zabiegów rentgenoterapeutycznych. Arseniku wyrzekłem się na razie, ponieważ chory wybrał już nie małą ilość tego leku, korzyści zaś stąd wynikające były w danym razie więcej niż wątpliwe. Zato rentgenoterapia i tym razem nie zawiodła. Naświetlałem, jak wyżej i ogółem zaaplikowałem 92 H. Wyniki były zupełnie dobre, przynajmniej co się tyczy objawów ze strony skóry. Guzy wessały się, owrzodzenia zabiłżniły, nacieczenia skóry znikły. Szczególną uwagę zwróciłem na guzowato powiększone gruczoły w lewej pachwinie i na rozlany naciek, znajdujący się pod i poniżej lewej pachy. Od 4. IV. do 7. V., t. j. podczas pobytu chorego w szpitalu, zaaplikowałem na guz w pachwinie lewej 9 H. w dwu seryach naświetlań. Guz zmniejszył się widocznie, nieco zmiękł, obrzęk zaś dolnej kończyny lewej ustąpił zupełnie. Co do rozlanego nacieku, to podzieliłem go na dwie połowy i każdą z nich oddzielnie naświetlałem do dawki 9 H. w sposób wyżej wspomniany. Wynik był następujący. Naciek nieco ściemniał, spłaszczył się, nie jest tak ostro odgraniczony. Jego środkowa część znacznie zmiękła i jakby się zapadła. Na obwodzie wyraźnie wystąpiły poszczególne guzy, naciek składające. Cały twór najwidoczniej znajdował się jeszcze na drodze do dalszego wchłaniania [choć dawka była jeszcze bardzo niedostateczna], gdy chory wypisał się ze szpitala dn. 7. V. r. z.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

32. Trendelenburg. W sprawie operacji zatoru tętnicy płucnej.

Doświadczenia na zwierzętach i na trupach skłaniają autora do przypuszczenia, że następujący sposób operowania umożliwia względnie łatwe

i bezpieczne usuwanie czopów (*embolus*) z tętnicy płucnej, bez wyciągania i nacięcia serca. Pod lewym obojczykiem wykrawamy płat językowaty z klatki piersiowej, którego podstawa znajduje się u lewego brzegu mostka, sięgając ku górze do dolnego brzegu 1-go żebra, a ku dołowi do górnego brzegu 3-go żebra; długość płata [w poprzek klatki piersiowej] wynosi 8—10 ctm. Przecinamy 2-gie żebro w odległości 6—7 ctm. od jego połączenia z mostkiem, poczem przyśrodkowy (*medial*) jego odcinek razem z płatem zostaje odgięty silnie ku górze i przechylony na prawo przez mostek. W razie wąskich przestrzeni międzyżebrowych ulega wycięciu jeszcze kawałek trzeciego żebra.

W otwartej klatce piersiowej ostrożnie nacinamy pomiędzy szczypekami osierdzie na wysokości 3-go żebra, unikając *nervi phrenici*; przedłużamy cięcie ku górze i ku tyłowi, dopóki nie zostanie obnażona cała górna połowa osierdzia. Dolna zaś połowa osierdzia pozostaje zamknięta, serce pozostaje na swem miejscu. Brzegi rany przyściennego (*parietalis*) listka osierdzia przyciągamy zapomocą odpowiednich narzędzi (*Klauenschieber*) lub kilku szwami do brzegów rany klatki piersiowej, tak iż osierdzie ziele. W osierdziu staje się widoczną i wyczuwalną tętnica płucna i ściśle z nią związana *aorta ascendens*. Bierzemy wówczas haczykowato zgięty zgłębnik, zaopatrzony w oliwkowaty guziczek i rękojeść, długości i grubości średniego kateteru, i wprowadzamy go, skierowując guziczek w górę, do osierdzia tuż obok tętnicy płucnej, prowadzimy go ruchami obrotowymi przez poprzeczną zatokę osierdzia, poza tętnicą płucną i aortą, dopóki guziczek znów się nie ukaze u brzegu mostka, co przy pewnej wprawie łatwo się udaje. Zatoka jest na tyle obszerna, że łatwo przepuszcza nawet palec wskazujący, który powinien pomagać zgłębnikowi, gdy przeprowadzenie tegoż napotyka trudności. Zgłębnikiem, leżącym z tyłu od aorty i tętnicy płucnej, należy nieco przysunąć naczynia do rany i ustalić je; następnie wykonywamy jeszcze silniejszy ruch zgłębnikiem i przyciskamy palcem tętnicę do zgłębnika, który znajduje się na ścianie tętnicy płucnej w okolicy zastawek. Jeszcze przed uciśnięciem tętnicy obnażamy przednią jej ścianę szczypekami anatomicznymi od pokrywającego ją trzewnego listka osierdzia i tłuszczu podsurowiczego, aby wyraźnie można było obejrzeć miejsce, gdzie ma się wykonać cięcie [nie nazbyt blisko zastawek!], a następnie, aby przy zeszywaniu tętnicy okrywająca ją tkanka nie stanowiła przeszkody; wtedy tętnica zostaje uciśnięta. Operator wkłada nóż w tętnicę, rozszerza ranę wzdłuż naczynia, szybko wprowadza w światło tętnicy krzywe kleszczyki polipowe, szuka niemi czopa, posuwając się, w razie potrzeby, na głębokość 6—8 ctm., aż do rozłączenia tętnicy, i wyciąga pochwycony czop. Potem niezwłocznie krzywym uciskadłem zamyka ranę tętnicy, tak iż zaciskadło siedzi przyściennie na tętnicy, przyczem brzegi rany tętniczej na parę milimetrów wystają nad ramionami kleszczy.

Usuwanie uciskający palec i zgłębnik: krew znów napływa do naczyń i przez tętnicę płucną do płuc obok zaciśniętej rany tętniczej. Wtedy można zupełnie spokojnie zamknąć ranę tętnicy nad kleszczykami cienkimi szwami z jedwabiu i wreszcie usunąć same kleszczyki. Parę szwów sytuacyjnych na osierdziu i przymocowanie płatu klatki piersiowej na swoim miejscu kończą operację. Takie są ogólne zarysy techniki nowej operacji; co do wartości jej na ludziach żywych—przekona nas przyszłość.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe dnia 28-go lutego 1908 r.

Inż. MAŚLANKA wygłosił odczyt objaśniany rysunkami: Zasady kanalizacyi miast. Skreśliwszy w ogólności cele kanalizacyi, a więc odprowadzanie w pierwszym rzędzie wód brudnych i kloaczych i do pewnego stopnia wód meteorologicznych, zaznaczył, że przy kanalizacyi można uzyskać i cel uboczny, t. j. obniżyć wodę zaskórną i osuszyć gruntową przez pewną głębokość i odległość od kanału. W tym też celu zakłada się obok kanału ulicznego po jednej i drugiej stronie dren zbierający. Kanały winny być zawsze niżej położone, niż podłogi najniższych suteryn. Omawia sposoby wentylacyi kanałowej. Stosownie do tego, czy kanalizacya spławna ma odprowadzać wszystkie rodzaje wód, czy też tylko niektóre z nich, następnie, czy odpływ odbywa się jednym kanałem, czy też kanalizacya ma osobne kanały dla rozmaitych rodzajów wód, można utworzyć dwa systemy: 1) system jednolity, 2) system rozdzielczy. Jeżeli wszystkie wody odprowadzają się jedną siecią kanałową, mamy system pierwszy [we Lwowie i Warszawie]. Jeżeli pewne wody [użytkowe i kloacze] osobną siecią, a deszczowe inną—to system drugi. Przy kanalizacyi rozdzielonej można jednak sprowadzać wody użytkowe i kloacze siecią kanałową, a wody meteoryczne odprowadzać powierzchni. I ten system rozdzielczy zwiemy cząstkowym. System rozdzielczy całkowity może mieć uzasadnienie w przypadkach, gdzie miasto musi oczyszczać swe wody w inny sposób, niż przez irygacyę. Jeżeli miasto nie jest tak bogate, by mogło wybudować od razu sieć jednolitą spławną, to może najpierw wybudować sieć kanałową o wązkim przekroju dla wód brudnych, sieć tania, a potem; gdy będzie miało pieniądze, sieć dla wód meteorycznych. System rozdzielczy cząstkowy, [najodpowiedniejszy dla małych miast ubogich, gdzie przy słabym ruchu ulicznym jest możliwe odprowadzanie wód meteorycznych wierzchem, dla których w większych miastach użytkowuje się nieraz kanały stare. Prelegent na przykładach zaczerpniętych z miast niemieckich i naszych [Nowy Sącz], wykazuje zalety pod względem finansowym kanalizacyi rozdzielnej cząstkowej, która szczególnie nadaje się do tych miejscowości, gdzie są odpowiednie nachylenia terenu i odpowiednie recypienty [Nowy Sącz].

Dyskusya:

Prof. SZPILMAN podnosi wady kanalizacyi we Lwowie, które są w znacznej części następstwem wprowadzenia najpierw wodociągów, a potem kanałów. Wadą jest zbyt płytkie dno Peltwi i wogóle kanałów, stąd po burzy łatwe zalewanie piwnic i t. d. Wprowadzenie różnych systemów kanalizacyjnych należy indywidualizować. Dla naszych miasteczek najodpowiedniejszy jest system rozdzielczy.

Dr OBLUTOWICZ podnosi wartość systemu rozdzielczego ze względu na jego taniść i zawiadania, że regulacya Peltwi będzie rozpoczęta w powiecie lwowskim już w kwietniu tego roku.

Prof. KUCZERA zaznacza, że powierzchniowe wody nie są na tyle wolne od zakażenia, by je można z czystym sumieniem wpuszczać do rzek i potoków, zwłaszcza tam gdzie ludność z nich czerpie wodę do picia [epidemia duru]. System rozdzielczy uważałby za system z konieczności, bo tani.

Prof. BĄDZYŃSKI zwraca uwagę na prowadzenie wód otwartym kanałem, do którego nie przyzwyczajona do czystości ludność wlewać będzie wszelkie nieczystości. Jeżeli takim kanałem będzie np. potok, ludność będzie brała z niego wodę do użytku codziennego.

Prof. PISEK podnosi znaczenie wentylacji kanałów, przykładem paryskich, gdzie śladu niema smrodliwej woni.

WITOLD NOWICKI.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 18-go stycznia 1908 r.

TREŚĆ: ŁAPIŃSKI TEODOR: Przypadek psychozy spowodowanej zimnicą. — MĘCZKOWSKI W. Przypadek wysokiego położenia łopatki pochodzenia urazowego. — STERLING W.: Przypadek atypowy choroby FRIEDREICH'a. — HIGIER H.: Przypadek obłędu moralnego po chorobie zakaźnej. — WIZEL A.: Przypadek stępienia starszego z niezwyklejmi objawami ślepoty psychicznej.

1. FR. ŁAPIŃSKI przedstawił przypadek choroby umysłowej, spowodowanej zimnicą.

Chory O. ulegał 2 razy urazowi głowy. Służąc w wojsku na Kaukazie, przechodził zimnicę. W Warszawie ataki zimnicy ponowiły się bezpośrednio przed przybyciem do szpitala. W szpitalu Ś-go Jana Bożego w czasie podniesienia ciepłoty [co drugi dzień do 40°] występowało silne podniecenie ruchowe, omamy, urojenia wszelkiego rodzaju; z opadaniem gorączki chory uspokajał się znacznie. Po zastosowaniu chininy podniecenie ruchowe ustąpiło. O. począł się orientować w czasie i przestrzeni, zjawiało się t. zw. głośne myślenie [t. j. myślenie, słyszane jakoby przez osobę trzecią].

Zimnicę w danym przypadku Ł. nazywa czynnikiem wywołującym dlatego, że u osobnika z nabytem, a być może odziedziczonym usposobieniem do chorób umysłowych wraz z opadaniem gorączki zimniczej umysł rozjaśniał się nieco; wraz z podniesieniem się zaś ciepłoty świadomość i przytomność chorego ginęły i że po zastosowaniu chininy wróciła zdolność orientowania się i większość objawów znikła.

W dyskusji WIZEL mówił o częstoci „psychoz po infekcyach”, i podawane przez mówcę „głośne myślenie” u chorego uważał za urojenia.

HIGIER podnosił potrzebę badania uszu wobec występowania w podobnych przypadkach t. zw. halucynacji słuchowych.

2. MĘCZKOWSKI W. przedstawił przypadek wysokiego położenia łopatki (*Hochstand der Scapula*) pochodzenia urazowego.

32-letni robotnik J. 16. X. 1906 porwany drągiem żelaznym, który się dostał w tryby maszyny, został powalony na żelazną podłogę na lewy bok. Od tego czasu bole i ograniczenie ruchów w lewej kończynie górnej. Dr. WÓJCIK, opiekujący się chorym od czasu urazu, spostrzegał z biegiem czasu coraz bar-

dziej występujące podnoszenie się lewej łopatki. Obecnie stwierdzić można, iż lewa łopatka stoi znacznie wyżej, niż prawa; lewy bark stoi wyżej od prawego o 11 ctm.; lewa łopatka oddalona od kręgosłupa o 5 ctm., prawa o 7 ctm. Niezwykły przerost i skurecz *m. cucullaris sin.* Ruchy czynne lewej kończyny górnej osłabione i bolesne. *Mm. pectoralis sin., latissimus dorsi sin., deltoideus sin.* i mięśnie ramienia lewego zanikłe. Objawy zwyrodnienia w *mm. pectoralis* i *latissimus dorsi* i ilościowe obniżenie odczynu na prąd elektryczny w *mm. deltoideus sin., cucullaris sin.* i *levator anguli scap. sin.* Rentgenogram wykazuje: *periostitis superfic., chondroiditis articular. claviculo-acromialis sin.* Patogenezę przypadku mówca objaśnia w ten sposób: skutkiem uszkodzenia *artic. clavico-acromial.* nastąpiło obrażenie *nn. thorac. anter. i thorac. dorsalis*, następnie zanik w *mm. pectoral. i latissim. dorsi.* Gdy mięśnie te, jako między innymi ciągnące łopatkę ku dołowi, przestały działać, wówczas zyskały przewagę mięśnie antagonistyczne, zwł. *m. cucullaris* (a nadto *serratus antic. i levator anguli scap.*), który stopniowo doszedł do silnego skurczu i przerostu. Skutkiem wzmoczonego działania *m. serrat. antic.* łopatka stopniowo zbliża się do tułowia.

W dyskusyi FLATAU uważał zmiany pobudliwości na prąd elektryczny w niektórych mięśniach pasa barkowego za objaw uszkodzenia pewnych gałązek nerwów szyjnych, a nie za następstwo nieczynności tych mięśni.

3. STERLING objaśniał rzadki przypadek choroby FRIEDREICH'a.

Chłopiec lat 8, zaczął mówić dopiero w 4-m roku życia; do lat 6-u oddawał mocz i kał pod siebie. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzić można czaszkę długogłową, nadmierną wielkość muszli usznych. Zęby typu HURCHINSON'a. Na szyi gruczoly chłonne powiększone. Oddziaływanie żrenie wybitnie osłabione. *Kypho-scoliosis dorso-lumbalis.* Obustronnie stopa płaska. Ruchy we wszystkich kończynach, pomimo zachowania siły, niezręczne. Objawy adiadokokinezyi. Osłabienie napięcia mięśniowego. Odruchy kolanowe i inne ścięgnowe żywe, tylko ze ścięgien Achillesa słabe. Czucie zachowane. Mowa powolna, skandowana. Beład o charakterze mózdkowo-tabetycznym statyczny i ruchowy. Psychika wykazuje niedorozwój.

W dyskusyi HIGIER i GOLDFLAM podnosili możliwość w danym przypadku kombinacji cierpienia LITTLE'a z cierpieniem mózdku.

FLATAU podkreślał, iż dominujący objaw w danym przypadku stanowiło zaburzenie równowagi, a nie spastyczność ruchów, co by przemawiało przeciw chorobie LITTLE'a.

KOPCZYŃSKI zaznaczał, że w obserwowanych przez niego przypadkach choroby FRIEDREICH'a i znanych mu z piśmiennictwa intelligencya chorych była zupełnie zachowana, gdy w danym przypadku intelligencya chorego jest wybitnie upośledzona.

WIZEL mówił o pewnym pokrewieństwie tego przypadku z przedstawionym przez siebie przypadkiem t. zw. *athetose double.*

4. HIGIER przedstawił przypadek t. zw. obłądu moralnego (*folie morale*). Dziewczyna, lat 6 $\frac{1}{2}$, w 5-m roku życia przechodziła ciężką płonicę z powikłaniem (*otitis, nephritis*). Choroba ta zakończyła się bardzo poważnymi objawami psychicznymi (*delirium acutum*), które przeciągały się kilka tygodni. Po chorobie, która nie zostawiła żadnych widocznych śladów cierpienia organicznego, zmieniło się bardzo wybitnie usposobienie i zachowanie dziecka. Pacjentka, z rodziny zdrowej, psycho- i neuropatycznie nieusposobionej, alkoholizmem i blizkiem pokrewieństwem rodziców niedotkniętej, wykazuje poważne braki charakteru, których do choroby nie posiadała. Dziewczyna, przed chorobą bardzo do rodziców przywiązana, stała się kapryśną, złą, nieposłuszną, kłóliwą, płacziwą. Nie daje się ująć ani dobrocią, łagodnością i pieszczotą, ani wymyślaniem, biciem i katowaniem zrozpaczoonych rodziców. Dzika, skry-

ta, kłamliwa, podstępnie wyrafinowana i brutalna, stała się w swych czynach niepohamowaną, bezwzględna, samolubną i ambitną. Rodziców i blizkich sąsiadów przeklina, bije i męczy, nie wykazując im ani należnego szacunku, ani zwykłego współczucia. Poza to jest jak na swój wiek dość inteligentna, rozumna, czysta, gospodarna. Znamion zwyrodnienia chora nie przedstawia.

H. w zastosowaniu do danego przypadku *moral insanity*, rozbiera jednostronny pogląd na tę sprawę włoskiej szkoły kryminalistyki antropologicznej z jej zbrodniarzem urodzonym (*delinquente nato*). Nie tylko dziedziczne i wrodzone wady rozwojowe [urodzony przestępca], nie tylko otoczenie i wychowanie [zawodowy i przypadkowy przestępca] tworzą *moral insanity*, lecz, jak i w danym przypadku, również i ciężkie choroby zakaźne, przebiegające z objawami mózgowymi, są w stanie *exogen* wywołać ten swoisty stan mózgu, który cechuje to cierpienie. Pomyślnie wyniki zabiegów operacyjnych (*craniectomia*) w folie morale, o ile takie zdarzać się mogą, dotyczą być może przypadków ostro powstałych i przedstawiających zrosty opon z korą mózgową.

W dyskusji FLATAU mówił o ostatnich pracach [LONGAN'a] z dziedziny *moral insanity* i podnosił różnorodność etyologii tego cierpienia.

KOPCZYŃSKI St. mówił o zmianach głębszych w charakterze przeważnie ujemnych, w pierwszym okresie płasawicy, którą uważamy za chorobę zakaźną.

RZĘTKOWSKI podkreślał częstość chorób zakaźnych u dzieci, a rzadkość psychoz.

WIZEL radzi, ażeby przed tak poważnym zabiegiem operacyjnym, jakim jest kraniektomia, oddać chorą do zakładu.

5. WIZEL przedstawił przypadek otępienia starczego (*dementia senilis*).

Mężczyzna, lat 62, chory od pół roku. Stopniowo rozwinęło się wybitne osłabienie pamięci, zwłaszcza zdolności zapamiętywania świeżych wrażeń, upośledzenia inteligencji, urojenia wielkości o charakterze potwornym, nieznaczne urojenia prześladowcze, silnie wyrażona konfabulacja wraz z wybitną sugestywnością. Obok tego przypadkowo zauważono dziwny objaw, że chory, który jak najlepiej rozpoznaje rzeczywiste przedmioty i otaczające go osoby, nie posiada zdolności rozpoznawania pokazywanych obrazków. Chory na psa na obrazku mówi, że to rybka, ptaszek lub ołówek; na kota, że to człowiek i t. p. Mówca podobnego objawu nie spotykał u żadnego chorego, dotkniętego nawet znacznym upośledzeniem inteligencji. Mówca uważa przypadek swój za wyjątkowy [podobny nieco opisał PICK]; rozpatrywane zbroczenie rozpoznaje jako częściową postać ślepoty duchowej (*Seelenblindheit, cécité psychique*).

W dyskusji STERLING, HIGIER i BORNSTEIN rozpoznawali ten objaw, jako odmianę aleksyi i podnosili ważność przypadku.

STANISŁAW KOPCZYŃSKI.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt 1—3 tomu III Polskiego Archiwum nauk biologicznych i lekarskich pod redakcją prof. dra HENRYKA KADYBEGO. Treść: Prof. Józef Wiczkowski: Przyczynek do mikroskopii wydzielin rannej. Doc. dr J. MODRA-

KOWSKI: O hesperydynie w pietruszniku plamistym. Dr EDWARD FLATAU: O szlakach piramidowych. Dr ST. KORCZYŃSKI. Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizjologii tylnych korzeni nerwów kręgowych. Prof. dr A. GLUZŃSKI i dr M. REICHSTEIN: Myeloma i leukaemia lymphatica [plasmocellularis]. Dr JAN SZYDZIAK, Etiologia i leczenie grzybicy *mycosis* górnego odcinka dróg oddechowych. Prof. dr E. BIERNACKI: Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materji. W zeszycie tym znajduje się 10 tablic, z których dwie chromolitograficzne. Cena tomu wydania polskiego 20 koron.

— Prof. W. ROTHERT z powodu słabości zdrowia opuszcza Uniwersytet w Odesie. Prof. R. jest wychowawcą Uniwersytetu Dorpackiego, w którym w r. 1885 otrzymał stopień magistra botaniki. Po studiach w Strasburgu, w Paryżu i Petersburgu, w roku 1887 mianowany został docentem botaniki w Kazaniu, skąd został powołany na profesora do Odessy. Po utworzeniu wydziału lekarskiego wykładał botanikę dla słuchaczy medycyny. Prof. ROTHERT liczy 46 lat.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Lwowskiego mianował dra STEFANA DĄBROWSKIEGO docentem chemii fizyologicznej.

— Konkurs im. ADAMA CHOJNACKIEGO. Termin konkursu na nagrodę rub. 900 za prace z dziedziny medycyny i chirurgii ubiega 14-go kwietnia r. b., a jednocześnie zaczyna się okres dwuletni [od 14-go kwietnia 1908 do 14-go kwietnia 1910 r.] dla przedstawienia prac konkursowych z dziedziny medycyny popularnej. Do konkursu przyjmowane są tylko prace poddanych państwa Rosyjskiego, oryginalne, drukowane w ciągu ostatnich 4-ch lat przed termem konkursu lub w rękopisie.

Prace winny być pisane w języku rosyjskim; wybór języka do druku pracy nagrodzonej pozostawiony jest uznaniu autora.

— Dnia 4-go kwietnia b. r. w sobotę odbędzie się w lokalu Stowarzynia Lekarzy Polskich o godz. 7¹/₂ wiecz., doroczne Ogólne Zebranie członków, w razie zaś nieprzybycia wymaganej przez ustawę liczby członków, następne zebranie ogólne prawomocne, bez względu na liczbę przybyłych członków [§ 34 ustawy], odbędzie się dnia 11-go kwietnia b. r. w sobotę o godz. 7¹/₂ wiecz. w lokalu Resursy Obywatelskiej.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 12, str. 253 wiersz 9 od góry zamiast: zasadniczy, powinno być: zasadowy.

"	"	"	"	"	16	"	"	"	30%	"	"	70%.
"	"	"	253	"	15	"	"	"	erytrocyty	"	"	erytroblasty.
"	"	"	257	"	11	"	"	"	hedraemia	"	"	hydraemia.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Collargol

Doskonały środek leczniczy w zakażeniach septycznych, w sprawach połogowych, jako też środek zapobiegawczy przeciw gorączce połogowej. Stosuje się dożylnie (bez objawów ubocznych, per rectum i per os; do wcierania jako Unguentum Credé. Również nadaje się do opatrunku ran, do leczenia chorób oczu pochodzenia zakaźnego i do przemywania pęcherza.

Duotal

Duotal „Heyden”, przetwór gwajakolu nie trujący, bez smaku i zapachu. Doskonały środek w gruźlicy płuc i przewlekłych katarach dróg oddechowych.

Tannismut

Adstringens tani i dogodny w użyciu, o działaniu pewnym w ostrych i w przewlekłych katarach kiszek. Powstrzymuje biegunkę tak samo, jak makowiec, bez właściwych mu ubocznych objawów trujących. W oryginalnym opakowaniu po 10 i 25 gram.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena, Radebeul — Drezno,
lub przedstawiciel: Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nagrodzone na Wystawie Łwowskiej medalem złotym
wszelkie



1) Iniekcje Subcutaneae
Sterelizatae

w opatentowanych ampułkach

2) Opatrunki wyjałowione
przy temperaturze 125° i 2-ch atmosferach
ciśnienia pary przepływowej

APTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700
próby gratis i franco



Zakład

parowy JANA ZAWADZKIEGO

Dezynfekcyjny

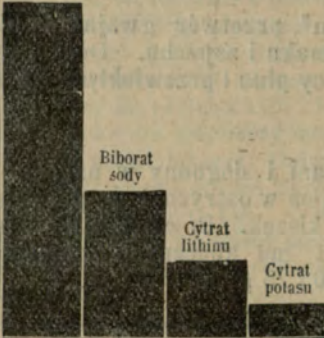
za rogatką Mokotowską, ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08

Zarząd przy Aptece Mokotowska 43, telef. 2700.

PIPERAZINE MIDY

Tablica porównawcza
ilości kwasu moczowego
rozpuszczonych w:

Piperazine



92% | 40% | 20% | 8%

W MUSUJĄCYCH ZIARNKACH

Miarka dołączona do flakonu zawiera 20 centygramów

W ostrych przypadkach:

3 do 6 miarek dziennie.

Jako środek zapobiegawczy:

1 do 3 miarek przez 10 dni co miesiąc.

Najsilniejszy środek do rozpuszczenia kwasu moczowego

PODAGRA
KAMIEŃ NERKOWY
REUMATYZM
ARTRYTYZM we wszelkich objawach

PRÓBY NA ŻĄDANIE

Apteka MIDY, 140, Faubourg Saint-Honoré. — Paris.

Generalny Reprezentant: G. POMMIER, 8, Fursztańska, St-Petersburg.

CACODYLAT SODY CLIN

ZWIĄZEK ORGANICZNY ARSZENIKU.

KROPLE CLIN ZAWIERAJĄCE CACODYLAT SODY.

W 5 kroplach zawiera się 0,01 cacodylatu sody.

PIGUŁKI CLIN ZAWIERAJĄCE CACODYLAT SODY.

W każdej pigułce znajduje się 0,01 cacodylatu sody.

RURKI STERYLIZOWANE CLIN

zawierające *cacodylat sody* do wstrzykiwań podskórnych,
w dwojaki sposób zazywanych: 0,05 — 0,10 an 2 centm. kub. rozczyngu.

Sposób przyjmowania:

CACODYLAT SODY bierze się po 0,05—0,10 centigr. na dobę.

ZASTOSOWANIE: Niedokrwistość, malarya, choroby gruczołów limficznych, choroba cukrowa, choroby skórne, blednica.

Laboratoryum CLIN—F. COMAR & FILS & C-ie 20, rue des Fosses—Saint—Jacques, PARIS.

Sprzedaż we wszystkich aptekach Warszawy i Kr. Polskiego.