

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 41.

Warszawa d. 8 października 1910 r.

Rok XLV.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —  
{ półrocznie . . . " 3 " 50 pocztową } półrocznie " 4 " —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

## Numer poświęcony Zjazdowi Chirurgów Polskich w Warszawie.

Warszawa dnia 6 października 1910 roku.

Rok temu na tem miejscu witaliśmy pierwszy zjazd neurologów i psychologów polskich w Warszawie. Zapisał się on chlubnie na kartach dziejów nauki naszej, zarówno przez dobór prac odczytanych, jak i przez ścisłe, o podniosłym nastroju rozprawy. Zjechali wtedy lekarze i psychologowie z różnych dzielnic, aby przez obrady wspólne zadzierzgnąć węzeł między sobą, aby przez wymianę myśli pozyskać dla dalszej pracy podwalinę i iść dalej drogą postępu po obranej drodze.

Dziś witamy w murach miasta naszego zjazd chirurgów polskich, a witamy go tem goręcej, że posiada za sobą długoletnią tradycję poprzedzających zjazdów, na których chirurdzy nasi oddawna już dzielili się z sobą plonem sumiennej, całorocznej pracy.

Plon ten wzrastał co rok, potężniał, bo coraz więcej stawało szermie-  
rzy do pracy, bo coraz silniej rozwijała się samodzielna myśl polska, która  
i w tej dziedzinie, jak i w innych, wyzwala się coraz bardziej z pod wpływów  
obcych, coraz szybszymi krokami dążąc do stworzenia własnych zasad i poglą-  
dów, a więc do wytworzenia samodzielnej szkoły chirurgicznej.

W ostatnich szczególnie czasach widzimy, że chirurgia polska prze-  
stała być już odbiciem prac, na zachodzie podjętych i coraz więcej samodziel-  
ności widać w pracach chirurgów naszych. Jeżeli dotąd nie możemy jeszcze  
mówić o szkole chirurgicznej polskiej, w każdym razie już dziś widzimy coraz  
wyraźniej zarysowujący się gmach, o podwalinach mocnych, gmach przysz-  
łej szkoły chirurgicznej.

Już dziś jaskrawo występują pewne jej znamiona: jest ona bardziej  
powściągliwa w stawianiu wskazań do zabiegów od francuskiej, więcej wyka-  
zuje dbałości o wynik zabiegu, niż niemiecka, zbliża się pod tymi względami  
bardziej do angielskiej.

Nie czas dziś jeszcze, w zaraniu jej powstawania, na charakterystykę  
szczegółową, zaznaczyć jednak wypada pewną jednolitość myśli przewodniej  
na całym obszarze ziem, zamieszkałych przez Polaków.

Tę jednolitość zawdzięczamy cechom naszej narodowości, a zespole-  
nie myśli w jednym kierunku, ujednostajnienie pojęć i wytycznych do pracy —  
zjazdowi.

Nie wątpimy ani na chwilę, że zjazd obecny w znacznym stopniu  
przyczyni się do ściślejszego jeszcze zespolenia myśli chirurgów naszych  
i zbliży chwilę, gdy o samodzielnej szkole chirurgów polskich mówić będzie-  
my mogli.

Na zjeździe obecnym wysunięto na plan pierwszy trzy tematy do roz-  
praw ogólnych: zapalenie wyrostka robaczkowego, znieczulanie i aseptykę.

Pierwszy temat, omawiany mniej lub więcej na każdym z naszych  
zjazdów chirurgicznych, został świeżo opracowany w siedmiu referatach i sta-  
nowić będzie wraz z rozprawami gwóźdź naszego zjazdu. Na tem właśnie  
polu wystąpią wszelkie znamiona i właściwości poglądów chirurgii naszej.

Nie mniej ważne dwa następne tematy wykażą postępy w danym kie-  
runku w oddziałach szpitalnych naszych i wyniki ostatnich zdobyczy wiedzy.

Na każdy z tych tematów przeznaczono dzień oddzielny.

Ale prócz tych tematów głównych 110 chirurgów naszych zgłosiło  
175 wykładów z rozmaitych zagadnień chirurgii. Warszawa dostarcza lwiej

części prelegentów, bo 63, 48 zaś kolegów podąży z różnych ziem, aby podzielić się na zjeździe owocem paroletniej pracy sumiennej.

Do chwili, kiedy kreślimy te słowa, zapisało się na zjazd z górą 200 uczestników, liczba ta jednak wzrasta ciągle, i spodziewać się należy, że w chwili otwarcia zjazdu nieomal się podwoi, co dowodzi, że zjazd zainteresował nie tylko chirurgów, ale zastęp cały lekarzy naszych, dążących zawsze do szerszej wymiany myśli naukowej.

Witając zjazd obecny w Warszawie specjalnym numerem, w którym czytelnicy znajdą szereg prac chirurgicznych, chcemy jednocześnie uczestnikom zjazdu przypomnieć tych lekarzy warszawskich, którzy w ciągu ubiegłego ćwierćwiecza położyli podwaliny pod dzisiejszą wiedzę chirurgiczną, a którym losy nie dały już widzieć owoców pracy...

Nazwiska ich są w pamięci każdego lekarza. Prace ich przeżyły ich, tradycya, którą od swoich wzięli mistrzów, snuje się dziś jeszcze po oddziałach chirurgicznych warszawskich — nie są oni bynajmniej przeszłością, ale dotąd jeszcze teraźniejszością. Niechże więc choć podobizną swoją świecą na obecnym zjeździe chirurgicznym, gdy im nie dano doczekać go w murach stolicy naszej za życia.

Każdy uczestnik zjazdu, świadomy ich zasług, z chęcią zachowa podobizny tych, którzy byli w Warszawie pionierami nowoczesnej chirurgii.

Oddając w ręce uczestników zjazdu chirurgów polskich poświęcony Im numer, witamy Ich całym sercem. Witamy zaś przede wszystkim kolegów, ze stron dalszych przybyłych, którzy zawsze tak chętnie spieszą, gdy idzie o wymianę myśli polskiej w jakiegokolwiek naukowej dziedzinie, prześwietnych przedstawicieli wszechnic Jagiellońskiej i Lwowskiej oraz kolegów z nad Warty. Witamy wszystkich kolegów, przybyłych zewsząd do Warszawy dla podzielenia się owocem własnych spostrzeżeń. W Mazowieckim prastarym grodzie niech praca Wasza przyniesie jaknajlepsze dla cierpiącej ludzkości owoce!

Witajcie!

REDAKCJA.

---

## PRACE ORYGINALNE.

### Metale-zaczyny i zastosowanie ich w chirurgii.

Podał

Wacław Biehler.

W 1907 roku zjawiała się książka o metalach-zaczynach prof. ROBINA; w pracy tej autor szeroko omawia znaczenie tych zczynów oraz ich zastosowanie w leczeniu, przy czem autor otrzymał tak znakomite wyniki, że zachęcił mię do prowadzenia badań w tym kierunku. Zanim przystąpię do opisu moich przypadków, w których stosowałem zaczyny metaliczne, postaram się w krótkich słowach streścić, co dotychczas o nich wiemy.

Na właściwą drogę skierowały sprawę fermentów dopiero badania PASTEUR'a nad drożdżami piwa—prócz tego znajdujemy naukowy opis działania zczynów w pracach DUBRUNFAUT i PAYENA, wreszcie cały szereg autorów z BOURQUELOT na czele opisuje zaczyny rozpuszczalne, znajdujące się w rozmaitych płynach naszego ustroju <sup>1)</sup> (utleniające, lipolityczne, rozszczepiające i t. p.). DUCLAUX, POZZI, ESCOUT, GATTIER i OSTWALD szczegółowo opracowali odczyny, odbywające się za sprawą zczynów organicznych, dopiero ROBIN, BREDIG i BARDET wykazali, że istnieje cały szereg, metalów koloidalnych, czyli jak je nazwali, zczynów nieorganicznych, które mogą wywołać te same odczyny natury życiowej, co i zaczyny organiczne (lipolityczny, utleniający, rozszczepiający i t. p.).

GRAHAM nazywa te ciała koloidami, które, rozpuszczając się w wodzie lub innych odczynnikach, mają w przeciwieństwie do łatwo dyfundujących krystaloidów, słabą zdolność do dyfundowania poprzez tkanki zwierzęce;

stanem koloidalnym nazywa się taki, w którym znajduje się metal, gdy dzięki przejściu iskry elektrycznej pomiędzy elektrodami platyny, złota, srebra i t. p., zostaje rozpylony na minimalne cząsteczki stałe, znajdujące się w zawieszeniu w wodzie lub w innym odczynniku, w których metal był pograżony w chwili przejścia iskry.

GRAHAM dzieli koloidy na 2 grupy, 1-a Koloidy naturalne i 2-a Koloidy, których przygotowanie wymaga środków sztucznych. Koloidami naturalnymi nazywa te, które znajdują się gotowe w przyrodzie, przygotowania specjalnego nie wymagają, zmieszane z odpowiednim rozczynnikiem dają natychmiast rozczyn koloidalny. Tutaj należą ciała białkowe, żelatyna, glikogen, dekstryna, gumy, kleje, peptyna, tanina, skrobie, agar-agar, hemoglobina i w. in. Do tej grupy zaliczamy również bawełnę rozpuszczoną w eterze (*collodium*) żywicy w alkoholu, kauczuk w benzolu, celulozę w roztworze amoniakalnym siarczanu miedzi i t. p. Co się tyczy drugiej grupy, to koloidy te można otrzymać dwiema drogami; a) drogą chemiczną, b) za pomocą elektryczności. Koloidy otrzymane drogą chemiczną (t. zw. organosole), znane są oddawna. Otrzymuje się je przez powolne odtlenianie odnośnych soli metalów za pomocą formaldehydu, nie są to roztwory czyste, wolne od pewnych domieszek. Drogą chemiczną można otrzymać roztwór złota koloidalny (chlerek złota odtlenia się powoli za pomocą formaldehydu) roztwór srebra jest to t. zw. Collargol Crédé i t. d.

Roztwory, otrzymywane za pomocą elektryczności (t. zw. hydrosole), przygotowuje się według metody BREDIGA. Metoda ta daje roztwory nadzwyczaj czyste, posiadające nieco odmienne własności, aniżeli otrzymane drogą chemiczną. Polega ona na następującem: pomiędzy dwoma elektrodami złota, srebra, platyny i t. p., pograżonymi w wodzie destylowanej chłodnej,

<sup>1)</sup> patrz odczyt kliniczny J. Zawadzkiego. Medycyna Nr. 39 i 40.

przepuszczamy iskrę elektryczną. Iskra działa rozpylająco na elektrody, otrzymujemy wtedy roztwór danego metalu; stosownie do siły prądu metal ulega rozpyleniu na ziarna grubsze lub drobniejsze. Tak np. jeżeli wziąć drucik (złoty, srebrny it.p.), grubości 1 mm to przy 5—7 Amp. otrzymujemy roztwór o grubych ziarnkach, przy 10—12 Amp. o drobnych ziarnkach, metal lepiej się rozpyla, jeżeli do wody dodać nieco 0,001 normalnego ługu. Z badań, robionych w tym kierunku, wynika, że roztwór koloidalny metaliczny nasycy się poza pewne granice, i że wtedy tworzy się osad. Maximum otrzymane dotychczas wyniosło 30 mlgr. metalu na litr wody.

BREDIG przygotował roztwór koloidalny złota, w którym było rozpylonego złota 14 mlgr. w 100 ctm. sz. wody, roztwór platyny w którym było 20 i t. d. Ilość rozpylonego metalu łatwo określać przez złączenie metalu z roztworem koloidalnym za pomocą  $H_2S$ .

Dotychczas BREDIG otrzymał roztwory koloidalne z platyny, palladium, złota, srebra, irydu, kadmu, nie otrzymał dostatecznych roztworów z cynkiem, niklem, żelazem, chromem, miedzią, bismutem, rtęcią, sodem, magnezem, chociaż próbował pograżać je w wodzie i eterze etylowym; wyżej wymienione metale bądź nie rozpylają się wcale, bądź utleniają się natychmiast.

Własności metalów koloidalnych są następujące:

1) Roztwory koloidalne posiadają własność strącania (koagulacji) t. j. dążności przechodzenia z roztworów w stan stały, bądź bez widocznej przyczyny po upływie pewnego czasu, bądź pod wpływem rozmaitych czynników, takich, jak zmiana ciepłoty, silne ogrzewanie lub ochładzanie, działanie światła, wstrząsanie przez dodanie elektrolitu t. j. roztworu jakiejkolwiek soli, kwasu lub zasady ( $HCl$ ,  $H_2SO_4$ ,  $NaCl$ ,  $NO_3$   $H$  i t. p.). Utworzony przez strącanie osad, zależnie od natury koloidu i sposobu, w jaki został strącony, pozostaje bądź nierozpuszczalnym, bądź daje się znowu wprowadzić do roztworu a wtedy odzyskuje poprzednie własności<sup>2)</sup>.

2) Graham oznacza wyrazem „sol“ roztwór koloidalny, a osad rezultat strącania wyrazem gel.

Metal strąca się też, jeżeli przez roztwór koloidalny przepuścimy prąd elektryczny (np. złoto, platyna, srebro, wędrują ku anodzie, są to koloidy ujemne, dodatnie wędrują ku katodzie np. wodotlenki żelaza, kadmu).

Te skłonności do zmiany stanu płynnego w stan stały t. zw. *nichtstabilisierte Zustände* stanowią własność roztworów koloidalnych, dzięki której nazywamy je roztworami niestałymi „*labiles*“, zmienienie, zaś własność przechodzenia w stan inny *Hysteresis*.

Według ROBIN'a do koloidów stałych (*Colloides stables*) należą krochmal, żelatyna, białko, guma, do niestałych (*instables, labiles*) metale koloidalne złoto, srebro, palladium i inne.

Strącanie możemy powstrzymać, jeżeli do roztworu koloidalnego srebra, złota i t. p. dodać nieco żelatyny, ma to utrwalić roztwór koloidalny. Utrwalanie pozwala na dodanie do roztworów koloidalnych soli, przez co można je uczynić izotonicznymi, nieszkodliwymi dla ludzi i zwierząt (do zastrzykiwań).

Jeżeli z takiego roztworu strącić żelatynę przez dodanie alkoholu, to zawiera ona metal i tworzy się t. zw. Gelatin—Gold purpur, jeżeli ją jednak znowu rozpuścić w wodzie, to napowrót otrzymamy roztwór koloidalny danego metalu.

Według ROBIN'a wszelkie domieszki w celu tworzenia roztworów stałymi i izotonicznymi ujemnie wpływają na ustrój, i dlatego we wszystkich przypadkach przez niego leczonych używa on roztworów metalów koloidalnych, za każdym razem świeżo przygotowanych. Wszakże wyniki ostatnich prac autorów francuskich stwierdzają, że t. zw. *Stabilisation i Isotonisation* szkodliwe nie są, co wreszcie i ja mogę potwierdzić, posługiwałem się bowiem izotonicznymi roztworami, roztworami z Laboratorium CLIN'a w Paryżu (Roztwory jego zawierają 0,25 metalu na litr t. j.  $\frac{1}{4000}$  metalu).

2) Prócz własności strącania posiadają jeszcze roztwory koloidalne własność przenikania i polaryzacji, co wskazuje na to, że są to roztwory jednolite, lecz niemniej mechaniczne, zawierające minimalne cząsteczki stałe w zawieszeniu, obdarzone

krążeniem BROWNA. Obecność tych cząstek została stwierdzona za pomocą ultramikroskopu SIEDENTOPFA i ZSIGMONDY'ego.

3) Ciśnienie osmotyczne koloidów jest minimalne (należy je przypisać zanieczyszczeniu).

4) Koloidy przechodzą bardzo wolno i z trudnością poprzez tkanki zwierzęce tak, że można za pomocą przegród oddzielić je od krystaloidów jednocześnie w roztynach zawartych.

5) Dodanie koloidów wywołuje minimalnie obniżenie punktu zamarzania wody (przeciętnie 0,010), jak również i podwyższenie temperatury wrzenia cieczy, przypisać to raczej należy temu, że nie jesteśmy w stanie pozbawić roztynu koloidalnego zawartej w nim soli.

6) Metale koloidalne posiadają wybitne własności katalityczne, zupełnie jak zaczyny organiczne, takie jak np. pepsyna, diastaza, emulsyna i inne. Tak np. 1 ctm.<sup>3</sup> roztynu koloidalnego platyny, zawierający 0,000 003 platyny działa katalitycznie na milion razy większą ilość dwutlenku wodoru (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>). Tak silne działanie takich nadzwyczajnie małych ilości da się porównać tylko z działaniem tetanotoksyny, która według BEHRING'a działa jeszcze w rozcieńczeniu 1 na 500 milionów wagi żyjących świnek morskich; 1 gr. złota rozpuszczony w 1 milio- nie litrów wody działa katalitycznie na dwutlenek wodoru.

Własności katalityczne metalów koloidalnych są tem większe, im ziarna w roztynie są mniejsze i im ich jest więcej w 1 mmc<sup>3</sup>.

Rozczyny koloidalne działają też znacznie silniej na H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, jako katalizatory, jeżeli 1) dodać do roztynu fluorku lub nieco zasady (MACINSTOSH), 2) jeżeli stężenie roztynu koloidalnego jest większe; jeżeli stężenie zmniejszyć w stosunku postępu geometrycznego 2:1, to i szybkość stała katalizy H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> zmniejsza się w postępie geometrycznym.

Uprzednie ogrzewanie roztynów koloidalnych osłabia katalizę, niszczy ją ogrzewanie do 75°. Badania BREDIGA wykazały dalej, że ciała, które zabijają zaczyny organiczne, a więc siarkowodór, cyanowodór, tlenek węgla, jod, sublimat cyanek rtęci i t. p., zabijają

także zdolności katalityczne metali koloidalnych.

Alkohol, chloroform, eter, gliceryna, chlorek potasu są dla metalów koloidalnych obojętne.

Wszystkie wyżej przytoczone fakty wykazują, że odczyny metalów koloidalnych rozdrobionych ad maximum są identycznie z odczynami zaczynów organicznych, stąd też i nazwa ich metalów-zaczynów.

Badania rozmaitych autorów wyjaśniają jeszcze bardziej tę sprawę. Tak np. BERTRAM wykazał, że zaczyn najlepiej znany, mianowicie utleniający t. zw. lakaza drzewa lakowego w Japonii, zawiera w swoich cząsteczkach wyraźne ślady manganu, i że ilość związanego tlenu przez substancję utleniającą waha się proporcjonalnie do ilości manganu, zawartego w zaczynie utleniającym (w oksydazie). Badania, robione w tym samym kierunku przez TRILLAT, dowodły udziału metalów w kiśnieniu (fermentacyi).

Badania BARDET'a, NETTER'a i innych wykazały, że sposób przygotowania metali koloidalnych posiada wpływ na ich własności.

1) Rozczyny, otrzymane drogą chemiczną, acz bardziej zabarwione, zawierają mniej metalu, aniżeli otrzymane za pomocą elektryczności. Organosole (otrzymane drogą chemiczną) zawierają 3:100000 metalu, zaś Hydrosole (otrzymane za pomocą elektryczności) 9:100000.

2) Zastrzykiwania organosolów są bardzo bolesne.

3) Organosole działają w dużych dawkach (np. Collargol).

4) BARDET twierdzi, że roztyny, otrzymane drogą chemiczną są bardziej jednolite (homogene), w szczególności zaś zwraca uwagę na kolargol (roztwór otrzymany drogą chemiczną), mówiąc, co następuje: „Bez względu na to, w jaki sposób zostały przygotowane roztyny koloidalne, należy je odróżnić od t. zw. kolargolu, który jest swoistym stanem srebra, w którym atom srebra jest, zdaje się połączony z innymi ciałami pod postacią cząstki kwasu (*sous forme de molecule acide*) połączony z zasadą. Zasadą tą jest dla HENRIOT amoniak, byłby to więc kolargolan amo-

niaku. Badania NETTERA i BARDETA wykazały, że zarówno pod względem chemicznym jakoteż i biologicznym różnią się od siebie kolargol i podobne jemu metale oraz metale zaczyny. Dla jaśniejszego zrozumienia sprawy podaję następującą tablicę BARDETA, która wyraźnie wykazuje różnice, jakie zachodzą pomiędzy kolargolem (przygotowanym drogą chemiczną), a srebrem koloidalnym, przygotowanym według metody BREDIGA za pomocą elektryczności

## COLLARGOL:

1) Kolargole zawierają od 85—90% srebra metalicznego;

2) W wodzie rozpuszcza się kolargol co najmniej 5 na 100;

3) Rozczyn kolargolu można bezkarnie ogrzewać i sterylizować;

4) Wyparowany kolargol może być na nowo, rozpuszczony i nowy rozczyn posiada te same własności;

5) Kwas saletrzanym strąca kolargol; osad nie zawiera azotu;

6) Osad może być rozpuszczony w amoniaku, kolargol odzyskuje swoje własności;

7) Osad otrzymany przez działanie azotu srebra, może być wyłączony z kolargolu i odzyskać swoje własności przez dodanie amoniaku.

## METAL-ZACZYN:

1) Rozczyny Brediga zawierają stale 98% srebra koloidalnego;

2) W wodzie rozpuszczają się przy działaniu iskry elektrycznej ślady srebra

3) Rozczyn Brediga traci wszystkie własności, jeżeli go ogrzewać do 75°.

4) Przy wyparowaniu osadza się z płynu Brediga srebro, które nie może się drugi raz rozpuścić (bez udziału siły elektr.);

5) Kwas saletrzanym przeistacza na długo srebra w azotan;

6) Przez dodanie amoniaku otrzymuje się tlenek koloidalny;

7) Azotan srebra strąca srebro, którego nie można wyłączyć ani rozpuścić za pomocą amoniaku;

8) Kolargol działa w bardzo dużych dawkach

8) Zaczyny-metale działają w dawkach minimalnych.

Widzimy więc, że nie jest obojętnym, do jakiego zwracamy się odczynu, jeżeli chcemy otrzymać działanie podobne do działania zaczynów organicznych, powinniśmy używać tylko rozczyń, otrzymanych za pomocą elektryczności.

Co się tyczy wpływu metalów zaczynów na ustrój człowieka, to z szeregu badań ROBIN'a i BARDETA wynika, że metale zaczyny wywołują ogólne wzmoczenie się przemian chemicznych, i że działanie ich jest identyczne z działaniem zaczynów organicznych.

Działanie metalów zaczynów da się streścić, jak następuje:

1) Zwiększenie ilości mocznika (aż do 30%); zwiększenie to może dojść do tego stopnia, że przez bezpośrednie dodanie kwasu azotowego do moczu oddzieli się na 2 szklanki grubo osad azotanu mocznika (wyjątek stanowią chorzy z rozwiniętym rakiem i wogóle bardzo osłabieni).

2) Zwiększenie ilości zużywanego azotu.

3) Zwiększenie ilości kwasu moczowego nawet aż wtrójnasób.

4) Bardzo silne wydzielanie indoksyłu moczowego.

5) Zmniejszenie ogólnej ilości zużytego tlenu bez równoległego zmniejszenia się wytworzonego dwutlenku węglowego, ztąd powiększenie się czynności oddechowej.

6) Chwilowe wzmoczenie krążenia krwi, zwiększenie tętna o 5—10 uderzeń w kilka godzin po zastrzyknięciu, potem tętno wraca do normy.

7) Duże zmiany w krwinkach:

a) w parę godzin po zastrzyknięciu następuje rozpad krwinek białych, nieznamy zdrowego, znaczny w chorobach zakaźnych, którym zwykle towarzyszy zwiększenie liczby krwinek białych.

b) zmniejszenie liczby krwinek białych zaczyna się w godzinę po zastrzyknięciu i trwa 1—2 dni, potem następuje zwiększenie się liczby krwinek lub powrót do normy.

c) zniszczenie krwinek białych odbywa się kosztem *neutrofilów* wielojądrowych, pojedyncze jądra mnożą się.

d) powiększenie ciał eozynochłonnych daje się zauważyć w razie powrotu do stanu normalnego lub stanu pierwotnego. Takie zmiany, t. j. zwiększenie ilości mocznika użytego azotu, kwasu moczowego i t. p., wywołuje zastrzyknięcie podskórne od 5 — 10 ctm. roztworu metalicznego, zawierającego od 0,0002 — 0,0009 gr. metalu (platyny, srebra, złota i t. p.).

8) Metale zaczyny nie wywołują (lub bardzo nieznaczne) podwyższenia ciepłoty u zdrowych, natomiast w chorobach bez gorączki lub z gorączką ciepłota podnosi się o kilka dziesiątych, po kilku zastrzyknięciach (po 2—5 ctm. bądź pod skórę, bądź do żyły), by powrócić następnie do stanu poprzedniego, a nawet opaść może niżej.

Prócz wyżej przytoczonych danych nadmienić jeszcze należy, że metale zaczyny posiadają własności bakteryobójcze. Według **CHARIN'a** srebro koloidalne o drobnych ziarnach, otrzymane za pomocą elektryczności, posiada własności bakteryobójcze, parę milionów razy silniejsze, aniżeli sole rtęci; według **MONNIER'a** i **VINARD'a** środowisko, które zawiera  $\frac{1}{800000}$  srebra, zasiane pneumokokami, pozostaje jałowem, a ilości jeszcze mniejsze pozbawiają drobnoustrój własności barwienia się Gramem. Autorzy ci zastrzykiwali też białym myszom pneumokoki, myszy zdychały po 36-u godzinach, jeżeli zaś im jednocześnie zastrzyknięto 2 ctm.<sup>3</sup> srebra koloidalnego *à petits grains* (o drobnych ziarnach), to nie zdychały. Te same wyniki otrzymali ze szczurami.

Niemniej badania takich autorów, jak **HENRY'ego**, **CHARRIN'a**, **MONNIER'a**, **VINARD'a** i innych wykazały bakteryobójcze własności srebra *à petits grains* względem *bac. Eberthi*, *coli.*, *Staphyl. aureus, albus, dysenteryi* i t. p.

Ci sami autorzy oraz cały szereg innych wykazali jeszcze, że te same zmiany w ustroju, co zastrzyknięcie (5 — 10 ctm.) metalów zaczynów wywołuje także zastrzyknięcie normalnej surowicy krwi konia, surowicy przeciwdyfterytycznej, *lactoserum* w ilości 10 — 20 ctm.<sup>3</sup>.

Zważywszy, że dominującą własnością metalów zaczynów jest wzmoczenie przemian chemicznych rozmaici autorzy przedewszystkiem zaś **ROBIN** postanowili poddawać ustroj działaniu roztworów koloidalnych w tych przypadkach, w których przemiany są niedostateczne.

Nie wchodząc w szczegółowe opisy, powiem, że **ROBIN** zastrzykiwał metale koloidalne w takich chorobach, jak zapalenie płuc, gościec stawowy zakaźny, w gorączce położkowej, zapaleniu gardzieli, wywołanem przez paciorkowce, grypie, nawet w zapaleniu mózgu przyczem otrzymywał zawsze wyniki bardzo zachęcające, zawsze identyczne z działaniem surowicy końskiej krwi normalnej, *serum lactis*, a nawet surowicy swoistej dla danej choroby (przypadek błonicy gardzieli, w której autor otrzymał te same wyniki po zastrzyknięciu złota koloidalnego co z surowicą przeciwbłonicy).

Powyższe wyniki zachęciły mię do badań samoistnych. Stosowałem bądź srebro, bądź złoto, przyczem ani razu nie zauważyłem, by ten lub ów metal miał dać lepsze lub gorsze wyniki.

Zastrzykiwania robiłem szprycą 10-ogramową, która za każdym razem poddawana była wyjaławianiu.

Zastrzykiwałem pod skórę na brzuchu lub boku, zupełnie tak samo, jak surowicę przeciwdyfterytyczną; skórę obmywałem uprzednio wodą z mydłem, następnie eterem. Do zastrzykiwań posługiwałem się roztworami, przygotowywanymi w pracowni **CLIN'a** w Paryżu (każda ampulka zawiera po 5 ctm.<sup>3</sup> metalu koloidalnego izotonicznego czyli  $\frac{1}{25}$  metalu, co stanowi roztwór  $\frac{1}{4000}$ ).

Żadnego odczynu ze strony skóry nie zauważyłem.

Chory na ból się nie skarżył — niekiedy na nieznaczny ból, jak przy zastrzykiwaniu surowicy.

Metale koloidalne stosowałem w następujących przypadkach.

W 4-ch przypadkach zapalenia otrzewny i wyrostka robaczkowego;

W 5-ciu przypadkach ropnia sutki;

W 1-ym przypadku zapalenia zatoki szczękowej;



W 3-ch przypadkach raka;

W 1-ym przypadku posocznicy.

Jako bardziej rzadki przypadek, opiszę szczegółowo przypadek I-szy.

Andzia D., lat 5. Dziewczynka chorowała na zapalenie płuc; w 2 tygodnie po okresie zdrowienia zaczęła się skarżyć na silne bóle brzucha, przyczem wystąpiła biegunka, wymioty; rodzice, biorąc to za niedyspozycję żołądkową, nie zwracali zbytnej na skargi dziecka uwagi, dopiero spostrzegłszy „wygórowanie“ w okolicy pępka, zwrócili się do mnie. Przy badaniu stwierdziłem wypuklenie w okolicy pępka, nieco chęłbotania na wysokości pępka na odległości 2 ctm. ku prawej stronie. Ciężota podwyższona. Zważywszy, że dziecko przechodziło ciężkie zapalenie płuc, i że w zwykłych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego punkt *Mac Burney'a* jest nader bolesny, oraz że przeważa tam zaparcie, przyszedłszy do wniosku, że w danym przypadku mamy do czynienia z zapaleniem otrzewny w okolicy wyrostka i dalej przypuszczalnie wywołanem dwoinką zapalenia płuc, a to na tej zasadzie, że tego rodzaju zapalenia są najczęściej zachorowaniem wtórnem (*post pneumoniam*), również na początku choroby występują na plan pierwszy wymioty oraz bolesność całego brzucha; wreszcie ułatwiają rozpoznanie poprzednio występujące napady kolki wyrostka robaczkowego, czego w danym przypadku nie było.

5-go d. choroby, to jest obserwacyi, gdyż dziecko chore już było, zanim przyszedłem, zaproponowałem rodzicom operacyę, na którą rodzice w żaden sposób zgodzić się nie chcieli, pozwolili tylko na punkcyę. Postanowiłem przeto zastrzyknąć nieco srebra koloidalnego. Rozczyn gotowy w ampułkach po 5 ctmsz. zawierających  $\frac{1}{25}$  metalu stosowałem w sposób następujący.

Zastrzyknąłem dziecku pierwszego dnia 3 ctm. sz. pod skórę, przyczem wypuściwszy około 15 ctm. sz. ropy, zastrzyknąłem pozostałe 2 ctm. w to miejsce, nie wyjmując igły; stan chorej widocznie się poprawił, ciężota z 39<sup>o</sup>,8 spadła do 38,1, po upływie 2 godzin od zastrzyknięcia. Na trzeci dzień zastrzyknąłem powtórnie 5 ctm. sz. płynu — przyczem po upływie 2 godzin stwierdziłem 37,6 oraz

zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi zaraz i w 2—3 godziny po zastrzyknięciu, a następnie zwiększenie. Wymioty oraz rozwolnienie ustąpiły. Miejscowo dały się też zauważyć wybitne zmiany ku lepszemu; chęłbotania nie stwierdziłem, ropa zaczęła się wchłaniać; wypuklenie znikło. Ciężota zaczęła powracać do normy.

Dziecko otrzymało 15 cc. srebra koloidalnego. Objawów ubocznych nie zauważyłem, przeciwnie, dziecko było po każdym zastrzyknięciu weselsze; łaknienie zaczęło powracać. W 16 dni od 1-go zastrzyknięcia dziecko wstało; od tego czasu upłynęło 4-y miesiące, ma się zupełnie dobrze. Ropa bakteriologicznie badana nie była, pod drobnowidzem stwierdziłem dwoinki, wywołujące zapalenie płuc.

Badanie moczu w tym przypadku wykazało nieobecność białka, zwiększenie ilości mocznika, <sup>3)</sup> zwiększenie indoksyłu — reszta bez zmian widocznych.

W pozostałych 3-ch przypadkach stosowałem rozczyń srebra metalicznego u dorosłych. Historii choroby nie podaję, gdyż było to typowe ostre zapalenie, wyrostka pojawiające się u wyżej wspomnianych pacjentów powtórnie, w jednym przypadku po raz trzeci.

Nazajutrz rano po zastrzyknięciu 10 ctm. srebra, 5 ctm. rano i 5 wieczorem, zauważyłem zmniejszenie się wymiotów, które wreszcie zupełnie ustąpiły, również ustąpiło wzdęcie brzucha. Na zastrzyknięcie zdecydowałem się, gdy pomimo ławatyw, okładów oraz odpowiednich leków wzdęcie, bóle, wymioty i zaparcie nie ustawały, gorączka zaś wzmała się.

Po odstawieniu wszelkich leków pozostawiłem natomiast pęcherz z lodem w okolicy bolesnego punktu *Mac Burneya* i zastrzyknąłem, jak mówiono wyżej, srebra koloidalnego. Poprawa była widoczna. Chorzy we wszystkich trzech przypadkach (lat 20, 35, 18 jedna kobieta, 2 ch mężczyzn) odzyskiwali łaknienie, wzdęcie brzucha ustępowało, bolesność również, ciężota powracała do nor-

<sup>3)</sup> 31, 67.

my. W jednym przypadku (Roman L.) wstrzy małem się z powtórnem zastrzyknięciem i opóźniłem je o 2 dni, przytem zauważyłem znaczne podwyższenie ciepłoty — (zaznaczyć należy, że zaraz po wstrzyknięciu, w  $\frac{1}{2}$  godziny lub godzinę, ciepłota podnosi się, potem dopiero opada po kilkunastu godzinach, najpóźniej po 24 godz.).

Wzdęcie brzucha ustępowało. Chorzy czuli się doskonale, po otrzymaniu 10 — 15 ctm. srebra koloidalnego w przeciągu 5-u dni uważamy ich za zupełnie zdrowych — wstają z łóżka. U wszystkich 3-ch nie stwierdziłem nawrotów, mimo to chorych zobowiązałem do odwiedzania mię co 3 miesiące.

Badanie moczu dało takie same wyniki, jak w I-ym przypadku.

Prócz wyżej opisanych przypadków stosowałem zastrzykiwanie srebra i złota koloidalnego w 5-u przypadkach zapalenia sutki, przyczem odrazu zaznaczę, że wyniki otrzymałem identyczne, zarówno ze złotem, jak ze srebrem. We wszystkich przypadkach wypuszczałem za pomocą trójgrańca ropę według wskazówek CHIRIE i DAWIDA, poczem, pozostawiając trójgraniec, wprowadzałem rozczyzn srebra lub złota najpierw 2—3 ctm. w celu przemycia instrumentu, następnie 5 ctm. pozostawiające je w ranie. Zabieg ten powtarzałem 2 razy dziennie. Zaznaczyć należy, że w 4-ch przypadkach dość rozwiniętego ropnia otrzymałem wprost nieoczekiwane wyniki, gdyż po 3-ch dniach stosowania leczenia ropy zupełnie nie było, bolesność zginęła, ciepłota spadła do normy. Po upływie 6-u dni nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Zastrzykiwania robiłem jeszcze przez 2 dni po stwierdzeniu jałowosci ropy; przy badaniu okazała się obecność paciorkowców. Wszystkie 4 pacjentki mogły następnie doskonale karmić piersią. W jednym tylko przypadku polepszenie nie nastąpiło tak szybko. Chora gorączkowała przez dni 10, ilość ropy zmniejszała się bardzo powoli, bolesność była tak silna i pomimo zastrzyknięć nie ustępowała, że zmuszony byłem zastrzyknąć morfinę. Wreszcie i w tym przypadku nastąpiło wyzdrowienie po zużyciu 8 ampulek srebra koloidalnego. Leczenie trwało dni 12, i tą piersią mogła chora karmić następne dziecko.

Przypadek zapalenia zatoki szczękowej leczony był złotem koloidalnym. Na zapalenie to zachorował Aleksandr M. po grypie. Chory otrzymał w ciągu 4-ch dni 25 ctm. sz. rozczynu srebra, przyczem szalone bóle, na które cierpiał, ustąpiły po upływie kilku godzin. Chorego widział Kol. DUDREWICZ, przypuszczał nawet, że okaże się potrzeba operacyi. Po kilku zastrzyknięciach stan się znakomicie poprawił, chory wstał. Badań krwi w powyższych przypadkach nie robiono — Mocz badano na mocznik, stwierdzono powiększenie (35,7), białka nie było, osad normalny, indoksył zwiększony.

W przypadkach raka wybitnych zmian nie zauważyłem.

W jednym przypadku, operowanym przez kol. KIJEWSKIEGO wraz ze mną (Maurycy G.) *Carcinoma hepatis* (badanie skrawka wątroby przez prof. PRZEWOSKIEGO), zauważyłem nie wielkie zmiany po zastosowaniu złota, jedynie może samopoczucie było znacznie lepsze, poprawiło się łaknienie, liczba ciałek krwi zwiększyła się, polepszenie to jednak było bardzo krótkotrwałe i nigdy się potem nie powtarzało, chociaż w odstępach kilkudniowych, niekiedy kilkotygodniowych powtarzano zastrzykiwanie. W 2-ch przypadkach raka sutki, w jednym przypadku w okresie rozpadowym, stwierdziłem nieznaczne zmniejszenie wydzieliny po zastrzyknięciu 20 ctm. sz. (co drugi dzień po 10 ctm. rano 5 i wieczorem 5), był to jednak objaw bardzo krótkotrwały (Moczu nie badano w 2-ch przypadkach; w jednym zwykle zmiany po zastrzyknięciu rozczyznów koloidalnych).

Wogóle mogę powiedzieć, że przypadki raka zachęcających wyników nie dają; nieznaczne krótkotrwałe polepszenie samopoczucia, oraz apetyt—ot i wszystko—takie same wyniki otrzymali też inni autorzy (WELLROBIN).

Czternasty przypadek, w którym stosowałem srebro, był przypadek posocznicy u młodej 24-o letniej kobiety, która na piąty dzień po poronieniu dostała dreszczów, gorączki i t p. Język miała obłożony, ból głowy, wymioty. Odchody cuchnące. Ciepłota dochodziła do 39,9 — 40°. Tętno drobne, miękkie 120. Oprócz zwykłych zabiegów

w takich przypadkach -- (lód, irygacje, china collargol pod postacią maści oraz wreszcie skrobanie), stan stale się pogarszał. Chorą, która przyjechała ze wsi do rodziny, zdecydowano oddać do szpitala; postanowiłem za specjalnem telegraficznem zezwoleniem męża zastrzyknąć srebro, co też i uczyniłem 10-go dnia choroby, gdy stan chorej był prawie beznadziejny. Zastrzykiwałem przez 4-y dni, codziennie po 10 ctm. przyczem za każdym razem stwierdzałem znaczne polepszenie. Ciepłota opadała, dreszcze nie powtarzały się tak często, chora zaczęła pić mleko; rozmawia przytomnie; po 10-u dniach powróciła do zdrowia. Zwracam uwagę na to, że pomimo wszelkich zabiegów, skrobanie it. p., które usunęło pozostałości z macicy, polepszenie nie następowało (robione też były lawatwy z collargolu), dopiero zastrzyknięcie srebra uratowało chorą.

We wszystkich wyżej przytoczonych przypadkach (prócz 2-ch przypadków carcinoma) badałem krew oraz mocz i zawsze stwierdzałem zmiany właściwe działaniu metali zaczynów.

Jak widzimy, nie we wszystkich przypadkach otrzymałem jednakowo zachęcające wyniki, twierdzić jednak śmiało mogę, że działanie metali zaczynów jest wybitne, i że może preparat ten zająć pierwszorzędne miejsce w rzędzie środków leczniczych, powodujących zmiany w naszym ustroju.

Na uwagę zasługuje tutaj fakt, że metale koloidalne, pobudzając czynność fizyologiczną bardzo znacznie, działają w dawkach, jakie terapia uważała za bezskuteczne.

Może nawet właśnie tym metalom-zaczynom należy przypisać zadziwiające własności terapeutyczne niektórych wód mineralnych, których skład nie tłumaczy ich działania, a w których GARRIGO już znalazł ślady różnych metali.

Przypuszczam na zasadzie całego szeregu doświadczeń, robionych przez rozmaitych autorów, oraz na zasadzie moich badań, które prowadzę w dalszym ciągu, że metale koloidalne zajmą wybitne stanowisko w arsenale leków nowoczesnych.

## PIŚMIENNICTWO.

- D u c l a u x. *Traité de Microbiologie*, t. II. p. 566.  
 G i r a r d e t R i c q u i é. *Comptes rendu de la S. de Biol.* 1904, p. 904.  
 B r e d i g. *Zeitschrift f. physikalische Chemie* t. II, p. 7, 1900.  
 B a r d e t. *Propriétés physiques et chimiques des solutions colloïdales des métaux dans leurs rapports avec leurs application thérapeutiques* Bull. gen. de therap. 8/IV 1907.  
 T r i l l a t. *Comptes rendus de l'acad. des sciences* 1903.  
 G a u t i e r. *Leçons de chimie biologique normale et patholog.* Paris p. 733.  
 C h a r r i n. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie* t. XII, f. 85.  
 C h a r r i n. Henry et Monnier Vinard C. r. de la Soc. de Biol. t. XI, p. 120 et 121.  
 R o b i n. *Les ferments metalliques et leur emploi en therapeutique* 1907.  
 J. Z a w a d z k i. *Odczyt kliniczny. Zaczyny, ich pochodzenie, własności i działanie* Med. i Kron. Lek. Nr. 40, 1910.

---

Z oddziału urologicznego Szpitala Ś-go Ducha  
w Warszawie.

### O usuwaniu gruczołu krokowego.

Podał

**D-r Adam Mincer**

ordynator oddziału.

---

Szanowni Panowie! Im trudniej podda się leczeniu dane cierpienie, tem więcej przeciw niemu medycyna zaleca środków i zabiegów leczniczych.

Twierdzenie powyższe może być zastosowane najzupełniej do leczenia, tak zwanego prostatyzmu u mężczyzn, czyli takich zmian chorobowych w gruczole krokowym, powstających na schyłku życia chorego, które powodują częściowe lub też całkowite zatrzymanie moczu. I rzeczywiście, chirurgia paru

dziesiątków lat ostatnich coraz nowe zalecała zabiegi lecznicze przeciw temu cierpieniu, a z zabiegów tych wiele, jak trzebieenie, wycinanie nasieniowodów (*vasectomia*), przecinanie powrózka nasiennego, operacja **BOTTINIEGO** i t. d., mają dzisiaj znaczenie tylko historyczne.

Przyczyna takiego bezskutecznego leczenia, zdaje się, mieściła się już to w niedostatecznej znajomości istoty samego cierpienia, już to w niedokładnych opisach anatomii i topografii gruczołu krokowego.

Wszak znany dobrze wszyscy te teorie o pochodzeniu przerostu gruczołu krokowego, które wygłaszali **GUYON** i niektórzy jego uczniowie, następnie **THOMPSON**, **WHITE**, **HUNTER**, **VIRCHOW**, **CIECHANOWSKI**; wiemy także, jak zapatrują się **EVERARD HOME**, **ALBARRAN** i inni na budowę anatomiczną gruczołu krokowego, i jak opisują niektórzy autorowie stosunek przewodów wytryskowych (*ductus ejaculatorii*) do tego narządu.

Dzięki jednak pracom **THOMPSONA**, **HALLEGO**, **ALBARRANA**, **MOTZA**, **FREYERA** i **JOUNGA** zdaie się być pewnem, że tak zwany przerost gruczołu krokowego jest sprawą nowotworową, że trzeci zraz gruczołu krokowego jest wytworem chorobowym i stanowi wydłużenie jednego lub obudwu zrazów bocznych, lecz nigdy w normalnym narządzie nie istnieje, że przewody wytryskowe nie przechodzą przez właściwą otoczkę gruczołu, lecz przebiegają po przylegających do siebie powierzchniach obu zrazów, dążąc tedy do cewki, że, wreszcie, prócz właściwej otoczki, ściśle-zrosniętej z istotą stercza, istnieje druga, zewnętrzna otoczka, utworzona przez rozściętno pęcherzowo-prostnicowe (*aponeurosis rectovesicalis*) i nader łatwo oddzielające się od gruczołu. **FREYER**, aby dać jasne pojęcie o budowie gruczołu krokowego i jego otoczek, nader trafnie porównywa go do pomarańczy, składającej się z dwu tylko, zamiast wielu cząstek (segmentów). Błona twarda, mocna, otaczająca cząstkę pomarańczy i ściśle złączona z mięszem, jest właściwą otoczką gruczołu, dwa odcinki, to dwa zrazy boczne, zaś skóra owocu, to otoczka zewnętrzna, dająca się łatwo oddzielić.

Oto w krótkim zarysie starałem się przedstawić Szanownym Panom ostatnie poglądy na budowę gruczołu i istotę tak zwanego prostatyzmu, na których opiera się najnowszy i bodaj ostateczny sposób leczenia tego cierpienia, polegający na usuwaniu zmienionego narządu. Jedyne spór, jaki obecnie istnieje między chirurgami, dotyczy tylko wyboru drogi, którą należałoby chorego gruczoł usuwać, oraz kwestyi, jakie przypadki prostatyzmu należy poddawać zabiegom operacyjnym.

Zanim przystąpię do ogólnych wniosków w dwóch powyższych zagadnieniach, chciałbym dać Szanownym Panom w kilku słowach sprawozdanie z osobistego mego doświadczenia, zdobytego na podstawie 22-ch przypadków, operowanych przezemnie w czasach ostatnich.

Z tych 22-ch przypadków siedm operowałem przez cięcie na kroczu metodą **RYDIGIERA**, resztę zaś sposobem cięcia nadłonowego i wyluszczenia gruczołu wewnątrzpccherzowo.

Z wyjątkiem dwóch chorych reszta operowanych miała zakażenie moczowe i była przygotowana przezemnie do zabiegu zależnie od stopnia zakażenia, natężenia gorączki i ogólnego stanu w ciągu różnego czasu przez codzienne cewnikowanie i przemywanie pęcherza 3%-ym roztworem kwasu bornego i lapisu (l. 1000), a w przypadkach cięższych przez zostawianie cewnika komornem w pęcherzu (*sonde à demeure*); i raz jeden tylko operowałem chorego z zakażeniem moczowem bez uprzedniego cewnikowania i przemywania pęcherza; do wewnątrz wszystkim moim chorym dawałem urotropinę lub borowertynę. U chorych, w ten sposób przygotowanych, zauważyć można było opadanie ciepłoty ciała, jeśli była podwyższona, szybko zmniejszanie się zakażenia pęcherzowego, powrót do sił i poprawę znaczną stanu ogólnego.

Wszyscy chorzy mieli zatrzymanie moczku, lecz w różnym stopniu: czterem z nich wypuszczono z pęcherza po przybyciu do szpitala przeszło 2 litry płynu; dziewięciu około jednego litra; pięciu powyżej 300 ctm.<sup>3</sup>

moczu; reszcie zaś od 120 do 150 ctm.<sup>3</sup> Obfity, niepokojący krwimocz wskutek krwawienia z gruczołu krokowego spostrzegałem u dwóch chorych, zaś krwimocz, powodowany kamieniami pęcherzowymi u czterech chorych; wielu z nich kaleczyło się cewnikiem. Z trudnem, niekiedy prawie niemożliwym cewnikowaniem spotkałem się raz jeden. Powiększenie nerki i bolesność jej podczas badania znalazłem w dwóch przypadkach; w tyluż przypadkach—cukrzyce. Wysoką gorączkę, poprzedzaną wstrząsającymi dreszczami, u osobnika lat 66, ważącego powyżej 250 funtów, zwalczyłem przez zostawienie cewnika komornem w pęcherzu dopiero prawie po dwóch miesiącach.

Najwyższy wiek operowanego chorego był 77 lat, najniższy zaś 54, większość była w wieku od 62 do 69 lat. Wszystkich chorych operowałem w uspieniu chloroformem, dodając niektórym na godzinę lub dwie przed operacją jedną lub dwie dawki skopolaminy (0,0003) z morfiną (0,01).

Chorzy, operowani cięciem nadłonowym, naogół zużywali chloroformu znacznie mniej od tych, których operowałem metodą RYDYGIERA a to wskutek dłuższego trwania tej ostatniej. Najdłuższy czas trwania operacji metodą wewnątrzpęcherzową był 48 minut i dotyczył chorego bardzo otyłego, który kilka miesięcy przedtem przechodził cięcie pęcherza nadłonowe z powodu kamienia; tym sposobem operacja druga była nietypowa, albowiem do pęcherza trzeba się było dostawać przez silne zrosty, które się potworzyły po pierwszym cięciu nadłonowym. Większość operacji wewnątrzpęcherzowych trwała od 10 do 20 minut, a parę z nich i krócej, gdy tymczasem metodą RYDYGIERA ciągnęły się dłużej, szczególnie u osobników otyłych i z dużymi gruczołami.

Waga usuniętych sterczy była rozmaita—od 178 grm. do kilku grm., jeden tylko gruczoł ważył 280 grm.

Usuwałem gruczoły bez naruszenia całości lub kawałkami, zależnie od stopnia przerostu i od tego, czy narząd chory łatwiej czy trudniej poddawał się wydalaniu; muszę dodać, że małe gruczoły wyłuszczać się dawały znacznie trudniej, niż duże.

Zatrważających krwawień pooperacyjnych nie spostrzegałem ani razu; w jednym jednak przypadku krwawienie dość znaczne trwało 6 dni i zależało od rurki GUYON PERIERA, która była założona zbyt głęboko i swym końcem pęcherzowym drażniła ranę, powodując jej krwawienie; po usunięciu syfona krwawienie ustąpiło.

Badanie anatomo-patologiczne większości usuniętych gruczołów ani razu nie wykazało złośliwego zwyrodnienia; były to wyłącznie gruczolaki łagodne; niekiedy powikłane przewlekłym zapaleniem narządu; w dwóch przypadkach znaleziono obok przerostu rozsiane ropnie gruczołu.

Z powikłań przyranych w okresie pooperacyjnym po usunięciu gruczołu wewnątrzpęcherzowo spostrzegałem dwa razy utworzenie się stałych przetok nadłonowo-pęcherzowych i silny ból jąder bez żadnych w nich zmian zapalnych także u dwóch chorych; ponadto u chorego, operowanego metodą RYDYGIERA, na 8-y dzień po zabiegu powstała przetoka cewkowo-kroczoza.

Z pomiędzy 22 chorych, operowanych przezemnie wogóle, zmarł jeden operowany nadłonowo. Był to mężczyzna w wieku lat 67, bardzo wyniszczony, z zatruciem i zakażeniem moczowym, który nie chciał się poddać przedwstępnemu leczeniu; zgon nastąpił na 4-y dzień po zabiegu od mocznicy.

Doraźne wyniki po zabiegu wewnątrzpęcherzowym były następujące: wszyscy chorzy zaraz po zamknięciu się pęcherza zaczęli oddawać mocz; drogą naturalną, opróżniając pęcherz całkowicie lub częściowo. U dwóch z pomiędzy nich powtórnie otworzyły się przetoki nadłonowe, wskutek czego zmuszeni byli używać cewnika. O jednym z tych chorych nie mam do dzisiaj żadnej wiadomości, albowiem wypisał się ze szpitala z przetoką, drugi zaś w obawie przed powtórny utworzeniem się przetoki używa podczas każdego parcia na mocz cewnika do dnia dzisiejszego. O tym ostatnim przypadku zdania ostatecznego wypowiadać nie mogę, gdyż jest zbyt świeży.

Również zachęcające wyniki czynnościowe dała mi metoda RYDYGIERA: z pomiędzy siedmiu w ten sposób operowanych cho-

rych jeden tylko miewa około 100 ctm.<sup>3</sup> zaległego moczu, jakkolwiek obywa się bez cewnika. Zaznaczyć tutaj winieniem, że u wszystkich chorych operowanych objawy nieżyty pęcherza pozostają nadal, a to bez względu na zastosowaną metodę operacyjną.

Obecnie chciałbym jeszcze przez chwilę zająć uwagę Szanownych Panów, aby zastanowić się nad wskazaniami do usuwania gruczołu krokowego wogóle, oraz do wyboru drogi, przez którą należy usuwać narząd zmieniony.

Co do wskazań operacyjnych na pierwszym miejscu stawiam przewlekłe (zupełne lub częściowe) zatrzymanie moczu, połączone prawie zawsze z zatruciem i zakażeniem moczowem. Większość takich chorych cewnikuje się sama i sprowadza wstępujące zakażenia nerek i jego zgubne następstwa.

W przypadkach początkowego tak zwanego prostatyzmu, kiedy jest nieznaczne lub też zupełnie ostre zatrzymanie moczu, za wskazanie do zabiegu uważam materialne położenie chorego: biedakowi, nie mogącemu zachowywać odpowiedniej diety, ani stosować właściwego cewnikowania, zalecać należy operację; zamożnego zaś, mogącego dłużej czas prowadzić racjonalne leczenie, zostawiać bez operacji, nie bacząc na to bodaj najmniejsze ryzyko, jakie daje zabieg usunięcia gruczołu. Trzeba jednak zaznaczyć, że i u tej ostatniej grupy chorych istnieć mogą wskazania względne do operacji, mianowicie: utrudnione, bolesne, połączone z obfiszczymi krwawieniami cewnikowanie; dalej skłonność do zakażeń miejscowych po cewnikowaniu, wreszcie często powtarzające się zapalenia jąder lub miedniczek nerkowych.

Co do wyboru drogi, przez którą usuwać należy gruczoł krokowy chory, trzeba mieć na uwadze: a) odsetkę śmiertelności, którą daje dana metoda, b) wynik czynnościowy jednego i drugiego zabiegu, c) przebieg pooperacyjny *resp.* powikłania, spostrzegane po każdej ze wspomnianych operacji, wreszcie d) wiek, ogólny stan chorego i wielkość gruczołu.

Odnosnie do dwóch pierwszych punktów moje osobiste spostrzeżenia przy jednym i przy drugim sposobie operowania są

pomyślne: śmiertelność wynosi jeden zgon na 22 przypadki, a wyniki czynnościowe nie pozostawiają nic do życzenia.

Odnosnie do powikłań pooperacyjnych należy zaznaczyć, że metoda RYDYGIERA naraża chorych na przetoki cewkowo-kroczo-we, trudne do zagojenia; metoda zaś wewnątrz-pęcherzowa może wprawdzie dawać również przetoki nadłonowe, lecz te goją się łatwo.

Winniśmy wreszcie brać pod uwagę wiek, ogólny stan chorego oraz wielkość gruczołu. Bardzo podeszły wiek chorego, znaczny rozwój tkanki tłuszczowej, jak również duże rozmiary przerośniętego gruczołu krokowego są także przeciwwskazaniami do stosowania metody RYDYGIERA: przez cięcie na kroczu u osobnika tłustego otrzymujemy ranę głęboką, w której trudno manipulować, szczególnie w obliczu dużego gruczołu operacja wskutek tego przedłuża się, chory zużywa większą ilość chloroformu, a to wszystko sprawia, że wynik zabiegu może być wątpliwy.

Przedstawiwszy Szanownym Panom mój skromny materiał, dotyczący usuwania gruczołu krokowego u chorych z zatrzymaniem moczu, oraz wyprowadziwszy z niego na podstawie zdobytego doświadczenia ogólne wnioski, rad będę, gdy praca moja chociażby w drobnym zakresie przyczyni się do oświetlenia zajmującej nas sprawy.

---

Z polikliniki chorób żołądka i kiszek d-ra Antoniego Tuchendlera.

### **O rozpoznawaniu spraw chorobowych przełyku za pomocą wziernikowania (oesophagoskopii).**

napisał

**Antoni Tuchendler.**

---

Wziernikowanie czyli oświetlanie przełyku za pomocą wprowadzania doń sztuczne-

go światła nie zajmuje jeszcze dotąd tego miejsca pomiędzy klinicznymi metodami, jakiego w stosunku do swej wartości zająć było winno. A dzieje się to z dwóch głównie powodów: z powodu trudności technicznych wprowadzania wziernika do przełyku, następnie z powodu wymaganej umiejętności oryentowania się w obrazach wziernikowych, którą zdobyć można jedynie drogą ciągłych systematycznych badań odnośnych. Te to trudności są także zapewne powodem, że dotąd sondowanie stanowi jedyną podstawę całej nauki o rozpoznawaniu i leczeniu chorób przełyku. Sondowanie przełyku jest metodą bardzo dawną i stosowane było jedynie do przepychania ciał obcych w przełyku. Tu zwrócić pragnę uwagę na to, że w chorobach przełyku nie możemy opierać się wcale na objawach podmiotowych. Najczęstszym zaburzeniem czynności przełyku jest przeszkoda w przejściu przez zwężone światło, która wywołuje przykre uczucie gniecienia, palenia i ostrego bólu. Przeszkodę tę wyobrażamy sobie zawsze na ścianie przedniej w okolicy mostka. Objawów bliżej określających charakter cierpienia wcale nie mamy: trudność łykania i ból nie mają jednak jeszcze wartości rozpoznawczej. A zatem w sprawach chorobowych przełyku opierać się musimy głównie na badaniu obiektywnym i na tem właśnie polu w ostatnich lat dziesiątkach nauka o rozpoznawaniu chorób przełyku zrobiła duże postępy głównie przez udostępnienie przełyku dla światła i wzroku ludzkiego. Metodę tę nazywamy oesophagoskopia.

Historia wziernikowania przełyku jest niedawnej daty; pierwsze próby oświetlania przełyku dokonane były przez **SEMMELEDERA** i **STOROKA** w r. 1866; od tego czasu w sprawie wprowadzenia tej metody badania do kliniki zasłużyli się głównie: **WALDENBURG**, **MACKENZIE**, **LÖWE**, **MIKULICZ**, **HACKER**, **EBSTEIN**, **GOTTSTEIN**, a w czasach ostatnich **ROSENHEIM** i **GLICKSMAN**. Zasługa **ROSENHEIMA** polega na studyowaniu obrazów wziernikowych; studia te przyczyniły się wielce do rozszerzenia naszej wiedzy z dziedziny anatomii i fizjologii żywego przełyku. W piśmiennictwie naszym żadnej odnośnej pracy nie posiadamy, nato-

miast rozmaici koledzy głos w tej sprawie zabierali w formie pokazów przyrządów i chorych na posiedzeniach Warsz. Tow. Lek. (**Erbrich**, **Kijewski**, **Lubliner**). Dalsze szczegóły historii wziernikowania przełyku pomijam tu, odsyłając interesujących się do specjalnych podręczników wziernikowania. Natomiast uważam za konieczne choć w ogólnych zarysach zaznaczyć Sz. kolegów z anatomią i fizjologią przełyku według badań wziernikowych, co jest niezbędne dla zrozumienia odnośnych obrazów chorobowych. A więc, jak wygląda błona śluzowa w przełyku prawidłowym, jakie jest światło przełyku, jakie są fizjologiczne zwężenia, ruchy przełyku i t. d. Ściana przełyku wysłana jest grubą warstwą nabłonka płaskiego, co upodabnia ją do warstwy mięśniowej; jej błona śluzowa przez ubóstwo swe w naczynia limfatyczne zbliżona jest zupełnie do skóry, a różni się rażąco od wielce złożonej błony śluzowej żołądka i kiszek, wyposażonych bogato w narządy gruczołowe. Dlatego to w patologii przełyku nie odgrywają już tej roli ani sprawy nieżytowe z ich następstwami, ani zapalne lub owrzodzenia, tak często spostrzegane w żołądku i kiszce. Dlatego też sprawy chorobowe gardzieli kończą się na brzegu przełyku. We wzierniku błona śluzowa przełyku wszędzie jest blado-różowa, a przez nią przeświecają drobne naczynia; powierzchnia jej jest gładka, połyskująca i wilgotna. Co do światła przełyku, dawniej ogólnie przyjętem było uważać, że przełyk jest zamknięty, w rzeczywistości zamknięty on jest w górnym końcu przez mięsień zacieśniający gardziel dolny. Za pomocą badań wziernikowych **MIKULICZ** dowiódł, że światło przełyku w części jego piersiowej nie jest zamknięte, i że przeciwnie z wysokości wcięcia jarzmowego aż do wpustu istnieje kanał otwarty i dlatego z każdego miejsca oglądać można przełyk w dół na jakie 10 ctm. **MIKULICZ** dowiódł dalej, że w tej części przełyku, która graniczy z wpustem niema żadnego zamknięcia. Według **HACKERA** zaś pomiędzy żołądkiem a przełykiem istnieje jakieś zamknięcie mięśniowe, a na dowód tego przytacza fakt, że w zapaleniu przełyku pochodzącym z otrucia najmocniejsze uszko-

dzenia spotykamy w dolnym końcu przełyku, i że w tymże końcu istnieje powyżej wpustu wąski pas zupełnie wolny od nadżarcia i blizny. Inni jednak, jak ROSENHEIM, mieli to wrażenie, że zamknięcie takie istnieje, ale znacznie wyżej wpustu w przejściu przez przeponę. Przyznać trzeba, że przy zbliżeniu się do wpustu w miejscu wskazanem wziernik napotyka rzeczywiście jakąś przeszkodę, prawdopodobnie opór mięśniowy przepony. Według GUBAROWA istnieje tu i działa prócz przepony jeszcze i inne jakieś urządzenie o charakterze wentylowym, którego podstawą ma być ukośne ustawienie się przełyku do żołądka, przez co przełyk w okolicy otworu przełykowego zgina się szczególnie u osobnika dorosłego. U noworodków urządzenie to ma być b. słabe, co zgadza się z faktem że u dzieci już zmiana położenia ciała wywołuje wylewanie się zawartości z żołądka. I u dorosłego stosunek ten może być rozmaity, przez co niektórzy łatwo wymiotują, a drudzy przy największym wysiłku nie mogą zwrócić zawartości żołądka. Dalej badania, wziernikowe, przez rozmaitych autorów dokonywane, potwierdzają istnienie zwężenia pierścieniowatego poniżej rozworu przełykowego, a widać to po kolorze ściany w przejściu blade-różowej śluzówki przełyku w ciemnoczerwona aksamitną błonę śluzową żołądka, która mniej lub więcej sięga do góry—do przełyku.

Za pomocą także wziernikowania stwierdzono dalej następujące trojakiemu rodzaju ruchy w ścianie przełyku żywego:

1) oddechowe, przyczem podczas wydechu ściany przełyku zbliżają się do siebie, podczas wdechu oddalają się;

2) tętnicze, najlepiej widoczne na przedniej ścianie w dolnej części piersiowego odcinka, tam, gdzie przełyk przylega wprost do worka sercowego. Wziernik wprowadzony do przełyku w leżącej pozycji chorego wykazuje tu ruchy miarowe w okolicy rozdwojenia tchawicy. Ruchy te uważać winniśmy za prawidłowe i nie upoważniają nas do rozpoznawania tętniaka;

3) ruchy falujące w formie lekkich wahań rzadziej spostrzegane głównie przy łykaniu, krztuszeniu się lub przy wymiotach.

Po tych ogólnych uwagach, dotyczących przełyku prawidłowego według badań wziernikowych, przechodzę do opisu zmian chorobowych we wzierniku oraz poszczególnych przypadków chorobowych, w których stosowanie wziernika okazało nam cenne usługi; oświetlałem przełyk w następujących sprawach: w przypadkach ciał obcych, w zwężeniach: rakowatych, bliznowatych i historycznych, oraz przy dolegliwościach nieokreślonych.

Celem pracy niniejszej jest przekonać Sz. Kolegów, że sondowanie w rozpoznawaniu spraw chorobowych przełyku jest w wielu razach nie wystarczające, a w wielu prowadzi do błędnego rozpoznawania. Przypadki, które mi za materiał do pracy niniejszej posłużyły, po części znane są kolegom, ponieważ były w swoim czasie przedstawiane na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego. Z racji tej, że idzie mi głównie o omówienie i krytyczną ocenę obrazu wziernikowego odnośnego, opisuję je pokrótce zwłaszcza historye choroby; te tylko nieco obszerniej przytaczam, które oprócz obrazu wziernikowego przedstawiają się i pod innym względem interesująco. Przechodzę do opisu przypadku <sup>1)</sup> ciała obcego w którym jedynie za pomocą wziernikowania udało mi się rozpoznanie postawić i w którym sondowanie dało mi wynik ujemny badania wtedy, kiedy ciało obce było jeszcze w przełyku.

Młodzieniec 20-letni z Borysowa (mińskiej gub.) podczas spaceru, nie we śnie, jak to najczęściej się zdarza, połknął trzy zęby sztuczne; zaraz po tem poczuł silny ból w górnej części przełyku, nie mógł łykać i zwrócił się do rozmaitych lekarzy, którzy po badaniu sondą orzekali jednoznacznie, że ciała obcego w przełyku już niema; do mnie skierowany chory został przez d-ra Maksymiliana HERTZA do wziernikowania.

B a d a n i e z g ł ę b n i k i e m: Zgłębnik gładko zupełnie przechodzi przez przełyk do żołądka; z tego wniossek niby oczywisty, że zęby zostały przepchnięte do żołądka, ale

<sup>1)</sup> Chory demonstrowany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego dnia 7 maja 1907 roku.



trudność łykania i dolegliwości nie ustąpiły. Wiemy jednak, że to nie dowód, że miejscowe podrażnienie, spowodowane ciałem obcym, dawać może te objawy czas jakiś jeszcze i po przejściu ciała obcego. Wymacywanie szyi nie wykazuje nic nieprawidłowego.

**B a d a n i e w z i e r n i k o w e:** Najpierw wprowadzam do przelyku rurkę krótką i ciała obcego nie widać; potem po wprowadzeniu rurki średniej w odległości 26 ctm. od zębów siecznych widoczne jest ciało obce, to jest zęby sztuczne. Następnego dnia w obecności i na naradzie z kol. dr ODERFELDEM przedsięwzięłem powtórne wziernikowanie. Tym razem rurka średnia nie wystarcza, a przy użyciu dłuższej w odległości 35 ctm. znów widać ciało obce.

Wiedząc, z jakimi trudnościami i nieraz z fatalnymi następstwami połączone jest wydobywanie ciał obcych z brzegami ostrymi przez usta, zdecydowaliśmy wspólnie z kol. ODERFELDEM operację rozcięcia przelyku. Następnego dnia znów w obecności kilku kolegów <sup>2)</sup> poraz trzeci przedsięwzięłem wziernikowanie; w świetle przelyku w miejscu wskazanym pomiędzy fałdami poruszającymi się przy oddychaniu widać jakieś białe ciało (kol. LUKSENBURG obecny przy badaniu zauważył pierwszy, że widzi coś białego); zwracam uwagę na to, że we wzierniku kolor ciała łatwo może nas w błąd wprowadzić; z powodu zwrotnego światła elektrycznego wszystkie ciała wyglądają jaśniej, na przykład kość żółtawa jest tak biała, jak kawałek waty. Pacjent czuje się dobrze, zalecone ma dużą ilość puré z kartofli, nazajutrz zjawia się i opowiada, że dolegliwości w przelyku ustąpiły, że tylko chrypka <sup>3)</sup> mu pozostała, ale zęby nie wyszły z niego. Natomiast skarży się na bóle w brzuchu z prawej strony u góry (w okolicy odźwiernika). Przez powłoki brzuszne nic się nie wyczuwa ani w pozycji leżącej, ani w stojącej i nic w tem dziwnego. Każdemu z nas znane są przypadki, że największe ciała obce w żołądku nie dawały się wyczuć nawet

przez ścianę brzuszną zwiotczającą; jak śmiesznie wobec tego wygląda chęć nasza wyczuwania nieznacznych zmian anatomicznych np. w wyrostku. Chory, pouczony o tem, że ma baczną dawać uwagę na wypróżnienia, zjawiać się ma codziennie; zjawia się też dnia następnego i skarży się na bóle z prawej strony w brzuchu, ale niżej (w okolicy zastawki BAUHINA), zęby jeszcze nie odeszły, dopiero po trzech dniach zęby odeszły przez odbytnicę. Przypadek powyższy poucza, że nie należy spieszyć się z wydobywaniem ciał obcych przez usta, połączeniem tak często z fatalnymi następstwami. Jest to jeden z wielu obserwowanych przezemnie przypadków ciał obcych w przelyku i jeśli nieco obszerniej o nim mówię to z tej racji, że przypadki tego rodzaju poza interesem chirurgicznym posiadają także znaczenie z ogólnego punktu widzenia lekarskiego.

Przypadek podobny opisuje ROSENHEIM, gdzie sonda także swobodnie przeszła przez przelyk obok tak dużego ciała, jak płytka z 4-ma zębami sztucznymi, a możliwość tego objaśnia w ten sposób, że płytka w danym razie przylegała do ściany przelyku tak, że wypukłością wchodziła we wklęsłość ściany. W przypadku naszym sonda przeszła przez sam środek płytki, która miała formę pierścienia; KIRSTEIN opisuje przypadek, w którym badanie sondą prowadziło także do błędnego wniosku. Niezadawalając się wynikiem ujemnym badania zgłębnikiem, KIRSTEIN poddał chorego badaniu prom. Roentgena, ale i to dało wynik ujemny. Jedyne badanie wziernikiem wyświetliło mu sprawę. Rozpoznanie ciała obcego w przelyku opiera się zwykle prócz wywiadów na danych podmiotowych, na badaniu zgłębnikiem oraz badaniu prom. Roentgena. Widzieliśmy, że badanie zgłębnikiem może dać wynik niepewny. To samo powiedzieć musimy i o Roentgenie; nie każde ciało daje się stwierdzić za pomocą Roentgena. Jest ono wielce wartościowe i o ile mamy do czynienia z przedmiotami metalowymi jako to: monety, gwoździe, szpilki i t. d., które dają cień wyraźny; szczęki sztuczne cienia nie dają, fotografie odnośnie należy też tłumaczyć sobie z wielką ostrożnością. Tylko wynik dodatni ma wartość. Prócz tego i pod-

<sup>2)</sup> Obecni byli: prof. Kosiński i drzy Centner-szwer, Luksenburg, Oderfeld i Pacanowski.

<sup>3)</sup> U chorego tego stwierdził kol. Maurycy Hertz porażenie nerwu wstecznego.

miotowe dolegliwości pacyenta mogą nas w błąd wprowadzić. Zdarzyć się może, że chory nieuskarża się na żadze dolegliwości, ciało obce może być w przełyku, a w innych znów razach istnieć mogą bezustanne silne dolegliwości, jakkolwiek ciało obce już dawno przeszło przez przełyk. Przypadki takie miałem okazję kilkakrotnie badać wziernikiem. W jednym takim przypadku, skierowanym łaskawie przez kolegę Maurycego HERTZA, nie znalazłem ani ciała obcego, ani nawet najmniejszego porażenia przełyku. Przyznać trzeba, że ranki małe ująć mogą łatwo uwagi badającego. Przypadek był następujący: chory z Siedlec opowiada, że kilka dni temu połknął kość, ma silne bóle przy łykaniu w okolicy rękoności mostka, nie może łykać pokarmów i stanowczo utrzymuje, że kość siedzi w gardle. Z łatwością wprowadziłem do przełyku rurkę długą, która bez przeszkody schodzi do żołądka. I przy wyjmowaniu rurki nie widać nigdzie żadnego ciała obcego ani porażenia. Z opisanych tu przypadków widzimy, że wziernikowanie daje wynik dodatni pod względem rozpoznawczym.

Prócz tych jednak, że się tak wyrażę, udanych przypadków, spotykamy cały szereg nieudanych <sup>4)</sup>, jak pod względem rozpoznawczym, tak i leczniczym.

Zaznaczyć muszę, że w pracy niniejszej nie mam na celu omawiania bliżej sprawy rozpoznawania i wydobywania ciał obcych z przełyku za pomocą wziernika; rozmiary pracy niniejszej mi na to nie pozwalają, zamierzam wreszcie oddzielnie sprawę tę poruszyć na zasadzie własnego dosyć licznego materiału. Możliwość wykrycia ciała obcego w przełyku za pomocą wziernika zależy od wielu warunków; od natury ciała, od jego usadowienia, od odstępu czasu, w jakim po utknięciu ciała chorego badamy. Jeśli ciało usadowi się z boku, jak w kieszeni, łatwo prześlizgnąć się możemy obok niego wzierni-

kiem i nie otrzymamy wyniku dodatniego. Na wartość wziernikowania w przypadkach ciał obcych zwracam tu głównie uwagę kolegów chirurgów, którzy niechętnie i sceptycznie zwykle zachowują się względem wziernikowania i chętniej wybierają w tych razach zabieg operacyjny.

Drogą oświetlania i wglądania do przełyku prócz ciał obcych możemy rozpoznawać między innymi: rozszerzenie żył na ścianie przełyku, zwężenie i zamknięcie światła przełyku. Największe jednak pole do badań wziernikowych nastęrczają nam przypadki raka przełyku, z kolei też przechodzimy do tej sprawy w której stosować wziernik wypadło nam niezmiernie często. Prawda, że bezradnie stoimy wobec raka w przełyku, ale przyznać musimy, że przypadki, które do chirurgów skierowujemy, są tak posunięte, że zadawała się po części wypada operacjami paliatywnymi. Czy będziemy mogli kiedyś doszczętnie te sprawy operować — nie wiadomo. Technika operacyjna na drodze swego postępu zwalczy może i tu trudności. Zawsze jednak widoki na lepsze wyniki będą tem większe, im wcześniej i pewniej rozpoznamy sprawę. Dopóki studia nasze nad rakiem w przełyku oparte były jedynie na badaniach zwłok, spostrzegać mogliśmy tylko przypadki z daleko posuniętą sprawą. I w podręcznikach anatomii patologicznej nic nie znajdujemy o wczesnych okresach raka w przełyku. Dopiero przez wziernikowanie otrzymaliśmy możliwość badania tej sprawy we wczesnym okresie i wczesnego też rozpoznawania, co może mieć duże znaczenie w sensie leczniczym.

Zanim przystąpimy do opisu obrazów wziernikowych w raku przełyku, przypomnijmy sobie anatomie patologiczną tej sprawy: wszak od budowy tkanek ustrojowych zależy będzie wygląd obrazów wziernikowych. Badania nad rozwojem tej sprawy w pierwszych jej okresach dokonywane były pod kierunkiem WALDEYERA przez CARMALTA; wykazały one, że rak powstaje tu albo z głębokiej warstwy nabłonkowej śluzówki, albo też z nabłonka przewodów gruczołów śluzowych, które mieszczą się w warstwie podśluzowej. Dlatego tam, gdzie istnieje bujanie rakowate

<sup>4)</sup> Dwa takie przypadki w czasach ostatnich spostrzegalem wspólnie raz z kolegami d-r Mintzem i Meyersonem, drugi raz z d-r Mintzem i Kenigsteinem.

powstaje zawsze stwardnienie w błonie śluzowej, przez co utracą ona swoją ruchomość. Jeśli więc spostrzeżemy we wzierniku guz, którego powierzchnia pokryta jest śluzówką ruchomą, dającą się przesuwać, to już z tego możemy wnioskować, że guz nie znajduje się w samej ścianie przełyku, jeno zzewnątrz jej i uciskając wystaje do światła. Mamy w tem znakomite znamię dla różniczkowego rozpoznawania początków raka i odróżniania go od innych guzów, zzewnątrz uciskających przełyk. Tak więc w okresie początkowym rak przedstawia się tu jako stwardnienie w postaci wysepki na błonie śluzowej. Dopóki ono jest nie duże, nie wywołuje żadnych objawów; w miarę powiększania się ściana przełyku staje się tu drętwa, traci zdolność do rozciągania się, i w ten sposób przejście kęsa staje się upośledzone. W tym to pierwszym okresie błona śluzowa wygląda we wzierniku jeszcze prawidłowo. Gdy, rozrastając się w błonie mięśniowej, guz większym się staje, wtedy i obraz wziernikowy przedstawia się inaczej. Widzimy wtedy nacieczenie ściany w kształcie płyty, błona śluzowa ponad płytą przy poruszaniu jej nie wykazuje już tej prawidłowej przesuwalności, nie układa się w fałdy, lecz robi wrażenie mocno przytwierdzonej. Kolor błony śluzowej nie jest różowy, lecz białawy; naczynia są mocno nastrożone, a nieraz widać na niej drobne wybroczyny krwi. Wystająca do światła ściana przełyku, z początku tylko nacieczona, przechodzi stopniowo w owrzodzenie, a owrzodzenie to rozszerza się stopniowo dalej. Jeśli guz nie rozrasta się w głąb w ścianie, a wystaje więcej do światła, to znów inaczej przedstawia się obraz wziernikowy. Błona śluzowa jest mocno napięta, zupełnie zatraciła zdolność do przesuwania się i układania w fałdy; jej barwa jest wyraźnie biała z odcieniem żółtym, nieraz ciemno czerwonym, sinicowym. W obydwóch razach ruch ściany nacieczonej, zależny od oddechania, zupełnie jest zatracony. Prawidłowo ściany przełyku przy każdym wdechu zbliżają się do siebie i czynią to łatwo, a przy wydechu znów oddalają się. W miarę tego jak nacieczenie obejmuje większą część obwodu, światło zwężone pozostaje w mierze.

W pierwszej postaci rozrostu raka objawy zwężenia występują dużo później, aniżeli w drugiej, ponieważ część obwodu ściany, nie zajęta przez rozrost, może jeszcze dostatecznie się rozciągnąć, by przepuścić pokarmy. Natomiast przy wypukleniu guzowatym objawy wspomniane wystąpią wcześniej gdyż światło zwęża się tu prędko, a nieraz i zamyka zupełnie. I zwykle badanie sondą wykazać może tę różnicę; nacieczenie zwykle przedstawia małą przeszkodę albo zupełnie nie przeszkadza sondzie przejść przez przełyk, a guzowate nie przepuści sondy wcale. Tak objaśnić możemy sobie fakt, że w przypadku, gdzie sonda dobrze przejdzie (drożność zachowana), wziernikiem wykryjemy zmiany chorobowe. W tej to pierwszej fazie swego rozwoju przypadek taki już dawać może objawy utrudnionego łykania, a nawet silnie postępującego charłactwa, a objawów zwężenia może tymczasowo zupełnie nie być. Jedynie więc wziernik wykryć może zmiany. W oświetlonym przełyku u chorej demonstrowanej<sup>5)</sup> widać było dobrze zmiany na ścianie przełyku w odległości 26 cmt. od zębów.

Ale pomimo zmian nowotworowych drożność przełyku została jeszcze tak zachowana, że najgrubsze nawet sondy przechodziły swobodnie do żołądka. Jedynie drogą oświetlenia udało się rozpoznać postawić i to w pierwszym okresie rozwoju sprawy chorobowej. Z racji tego przypadku zalecałbym częstsze stosowanie wziernika wszędzie, gdzie najmniejsze nawet rodzi się przypuszczenie istnienia sprawy nowotworowej. Przypadek ten poucza o tem, o czem pamiętać należy, że w raku przełyku dolegliwości w łykaniu wcześniej występują, aniżeli wykazać możemy zwężenie sondą. I dlatego, jeśli stwierdzimy zwężenie u chorego, który nie skarży się na dolegliwości w łykaniu, nie spieszymy się z rozpoznaniem raka. Tak samo nie wolno nam wyłączać raka, jeśli nawet najgrubsze sondy przejdą przez przełyk, wobec dolegliwości w łykaniu podmiotowych.

<sup>5)</sup> Pokaz przypadku wcześniej rozpoznanego raka przełyku za pomocą oesophagoskopii na posiedzeniu Klinicznym Tow. Lekarskiego w dniu 17 marca 1908 roku.

Za pomocą wziernika byliśmy także w możności wyłączyć raka w przypadkach zupełnie pewnie rozpoznanego innymi metodami raka i obalić rozpoznanie. Chorego takiego mam obecnie w obserwacji i zamierzam przedstawić go Sz. kolegom na jednym z najbliższych posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego. Starzec 63-letni od kilku miesięcy skarży się na trudności łykania i charłactwo. Chory opowiada, że wszyscy lekarze, u których się leczył, postawili rozpoznanie raka. Droga oświetlenia upewniłem się, że żadnych zmian anatomicznych, a specjalnie raka niema. A była tu niedrożność i wyniszczenie ogólne i wiek starczy. U chorego tego skonstatowałem skurcz przełyku (*oesophagospasmus*); od pewnego czasu chorego tego systematycznie sonduję, i obecnie sondy przechodzą gładko do żołądka; zwężenie w danym przypadku było w odległości 34—37 ctm. od zębów. Podejrzenie na raka było dosyć duże i jedynie drogą wziernikowania można było wyłączyć zwężenie organiczne i wykryć jako przyczynę skurcz, który sondowaniem udało się usunąć.

W dalszym swym rozwoju rak przełyku wykazuje dążność do rozszerzania się w formie pierścienia, i w tym to właśnie okresie większość przypadków podlega naszemu badaniu. Zwężenie pierścieniowate to najczęstszy obraz we wzierniku. I w tych to przypadkach raka zajmującego cały obwód przełyku spotykamy powyżej miejsca zwężonego rozszerzenie. Nacieczenie rakowate w tych posuniętych przypadkach przyjmuje nieraz kształt lejka; przez wziernik mamy wrażenie jakbyśmy zaglądali do głębokiego lejka, nie będąc przytem w możności rurkę dalej przesunąć, podobnie jak to ma miejsce w zwężeniach bliznowatych. Jeszcze w dalszym swym rozwoju sprawa ta przyjmuje we wzierniku kształt i wygląd wyrosła kalafiorowatej. Przypadków odnośnych tu nie przytaczam, ponieważ należą one do pospolitych.

Usiłowania nasze za pomocą wziernikowania rozróżnić oddzielne postacie i okresy raka natrafiają nieraz na trudności ogromne, ponieważ spostrzegamy najczęściej najrozmaitsze tych form połączenia. Z drugiej strony i dlatego, że oglądamy w przypadkach na-

szych najczęściej tylko powierzchnię raka, a zdarzyć się może, że powierzchnia owrozdzenia wcale nie wykaże, środkowa zaś część będzie wrzodziejąca.

Z tego widzimy, jak ostrożnym być należy we wnioskowaniu i ocenianiu obrazów wziernikowych. Zdarzyć się może, że badanie wziernikowe, kilkakrotnie dokonywane u tego samego chorego, za każdym razem wykaże inny obraz, co objaśnić sobie można i zmianami anatomicznymi, zachodzącymi w przerwach badania, ale i tem nieraz, że badamy w jednym przypadku wziernikiem zbliżka, a drugi raz z oddalenia. Dlatego nie powinniśmy zadawałać się oglądaniem małej jakiejś części przełyku, lecz oświetlać o ile można przełyk cały lub większą jego część. Bywa wreszcie i tak, zwłaszcza w raku, że rzut oka na jedno miejsce już wystarcza do pewnego rozpoznania. Tak przedstawiają się we wzierniku obrazy, dotyczące raka przełyku. Widzieliśmy, że możliwe jest rozpoznanie w początkowych okresach, a prócz tego mogliśmy i wyłączać sprawy nowotworowe. W razach wątpliwych możemy rozpoznanie sobie ułatwić za pomocą wycięcia i badania tkanek ustrojowych. Kiedy mowa o raku przełyku, pokrótce jeszcze zakomunikować pragnę dwa przypadki niezmiernie rzadkie, a mianowicie: przypadek podwójnego zwężenia przełyku i przypadek przerzutu raka żołądka do przełyku; w obydwóch razach rozpoznanie postawione było drogą wziernikowania. Przypadek pierwszy dotyczył chorej 55-letniej, łaskawie do mnie skierowanej przez d-ra MEYERSONA z notatką, że u chorej drogą sondowania dają się stwierdzić dwa zwężenia: pierwsze mniej więcej w wejściu do przełyku drugie nisko bliżej wpuštu; przez 1 zwężenie przechodzi gąłka Nr. 3 (z pięciu numerów), przez 2 gąłka ta nie przechodzi. U chorej tej wspólnie z doktorem MEYERSONEM oświetliliśmy przełyk i stwierdzić mogliśmy w górnej części guz o kształcie i wielkości wiśni na tylnej ścianie przełyku, wystający do światła. Obok wspomnianego guza trudno było przeprowadzić wziernik do miejsca drugiego zwężenia, ale widząc przyczynę pierwszego, mogliśmy z pewną dozą prawdopodobieństwa przyjąć jako przyczynę

2-giego skurcz przełyku. Przypadek II dotyczył chorej 35-letniej z rakiem żołądka, demonstrowanej na posiedzeniu sekcji gastrologicznej Warsz. Tow. Lek. Chora ta miała dolegliwości ze strony żołądka, łykać mogła przedtem dobrze, a głównie skarżyła się na wymioty; po kilku miesiącach wystąpiły trudności w łykaniu i wymiotowaniu; nastąpiło zwężenie przełyku, które za pomocą wziernika rozpoznaliśmy jako przerzut sprawy nowotworowej żołądka do przełyku. Sprawa tak w przełyku umiejscowiona była na jakieś 12—13 ctm. powyżej wpustu i żadnej ciągłości ze sprawą w żołądku nie wykazywała. Następną z kolei sprawą, w której wziernikowanie stosowałem, to zwężenie bliznowate przełyku. Zwężenia te, jak wiadomo, wywołane są truciznami żrącymi. O ile w poprzednio opisanych przypadkach wziernikowanie przyczyniało się do wyświetlenia sprawy chorobowej, o tyle tu znaczenie metody tej rozpoznawcze jest dużo mniejsze. Tu wystarczają wywiady i badanie sondą. Zato w leczeniu zwężeń wziernikowanie okazuje nam duże usługi, dając nam możliwość dokładnego określenia miejsca, charakteru i stopnia zwężenia. Leczenie sondą zwężeń bliznowatych ma cel dwojaki: 1) przejść przez miejsce zwężone, 2) stopniowe rozszerzenie wąskiego miejsca. Przy niezbyt dużych zwężeniach sondą łatwo dostać się można do otworu zwężenia; lekkimi bocznymi ruchami próbujemy dostać się do otworu, cofając się wstecz. Kiedy napotkamy opór, kiedy nam się udaje przedostać się do otworu, poznajemy potem, że koniec sondy przy cofaniu się zatrzymuje się; żadne jednak ogólne przepisy postępowania nie dają się tu zastosować do wszystkich przypadków. Stanowi tu zręczność, wprawa lekarza i wytrzymałość chorego. Wziernikowanie ma tu to znaczenie, że ułatwia nam wprowadzenie sondy gdyż pod kontrolą oka idzie prosto w zwężenie. Obraz wziernikowy przełyku w zwężeniach bliznowatych zależeć będzie zawsze od stopnia oparzenia, nadżarcia, umiejscowienia i od odstępu czasu, kiedy oparzenie nastąpiło. W przypadkach świeżych zwężeń na ścianie przełyku widoczne są prążkowane miejsca ziarniste, które łatwo krwawią. W starych zwężeniach tworzą się

białe podługowate blizny wyraźnie uwydątniające się na różowej błonie śluzowej. Im więcej zbliżamy się do miejsca zwężenia, tem więcej cała błona śluzowa przyjmuje kształt tkanki bliznowatej. Przy bardzo powierzchownem tworzeniu się blizn, miejsce to wygląda, jak wstawiona przepona odśrodkowym światłem i wykazuje ruchy oddechowe. Im głębiej sięga nadżarcie, tem mocniejsza będzie ta przepona i tem bardziej nieruchoma. Z miejsca zwężonego widać kanał, wyłożony białawą rozpulchnioną tkanką bliznowatą. Po sondowaniu wzdłuż ścian widoczne są podługowate białe odleżyny albo mniejsze lub większe wybroczyny krwi.

Z przypadków tego rodzaju, w których stosowałem wziernikowanie, przytoczę tu jeden jako wielce pouczający. Chora, którą i obecnie mam pod obserwacją, napiła się przez pomyłkę ługu, leczona była dotychczas w szpitalu za pomocą prawidłowego sondowania. Pomimo to zwężenie nie ustępowało, i z tego powodu zwróciła się do mnie.

Badanie sondą: sonda 12 mm. napotyka w odległości 26 ctm. na przeszkodę; zupełnie cienka sonda przechodzi. Badanie wziernikiem: w odległości 26 ctm. natrafiam na przeszkodę, z prawej strony błona śluzowa wystaje wałkowato do światła, światło znajduje się odśrodkowo; w opisanym tu wale rozpoznać można oddzielne zatoki. U chorej tej stosuję sondowanie, od dwóch miesięcy pod kontrolą wziernika i mam wynik znakomity.

Nakoniec wspomnę tu jeszcze o jednym przypadku rozszerzenia przełyku, w którym za pomocą wziernika otrzymałem świetne potwierdzenie rozpoznania dosyć trudnego. Dopiero od czasu stosowania badań wziernikowych poznaliśmy dokładniej etiologię rozszerzenia przełyku. A przypadków takich, badanych drogą wziernikowania, jest wszystkiego kilka w piśmiennictwie; następujący jako wielce interesujący i pod innym względem pozwalał sobie obszerniej tu przytoczyć. Rozszerzenie przełyku wogóle niezmiernie rzadko rozpoznajemy u chorych, jeszcze rzadziej widzujemy je na sekcjach. Tam, gdzie je za życia lub po śmierci widzujemy ponad jakimś organicznym zwężeniem,

jest ono poniekąd dla nas zrozumiałe (aczkolwiek wiadomo, że największym zwężeniem nie towarzyszy takie rozszerzenie). Zato niepojęte i ciemne pod względem etiologicznym są dla nas te przypadki, które powstały bez organicznej sprawy zwężającej światło przełyku poniżej. Nasz dzisiejszy przypadek do takich właśnie należy.

Chory <sup>6)</sup> ma lat 33; od lat 5 skarży się na trudności łykania. Zachorował w Ameryce, dokąd wyjechał na zarobek. Wyjeżdżając, przedtem zawsze był zdrowy; początek choroby przypisuje przeziębieniu, którego się nabił przy następujących okolicznościach. W miejscowości, gdzie pracował przy robotach ziemnych, było jakieś źródło, które w opinii jego towarzyszków pracy miało mieć działanie lecznicze. Z namowy ich podstawił się krzyżem pod ten prąd silny bardzo zimnej wody: zaziębł się widocznie, bo zachorował na gardło, gorączkował wysoko, następnie ochrypl, a w kilka tygodni po tej chorobie zjawily się dolegliwości żołądkowe. Pewnego pięknego dnia, przebudziwszy się zrana, poczuł w ustach pełno śluzu i musiał zwymiotować; kiedy tego samego dnia zjadł śniadanie, znów wszystko zwymiotował. Od tego czasu choruje na żołądek ma dolegliwości przy łykaniu, wymiotuje początkowo rzadziej, później coraz częściej. Poza temi dolegliwościami przez trzy lata czuł się dosyć mocny i mógł pracować. Potem nastąpiło duże pogorszenie tak, że dwa lata temu powrócić musiał do kraju. Od powrotu wszystko, co przyjmuje, zaraz oddać musi, i taki stan rzeczy jest obecny. Dolegliwości swoje chory opisuje w ten sposób, że jedzenie zatrzymuje się mu wewnątrz w przełyku, nie może się przedostać do żołądka. To, co przyjmuje, może z łatwością wydostać z powrotem, musi się tylko trochę nachylić. Przy wysiłku może on także pokarmy przepchnąć przez przeszkodę, musi tylko pewien manewr wykonać, mianowicie: mocno wdychać i wydychać i przytem łykać. Stałe pokarmy najłatwiej mu przechodzą, jeśli popije trochę wody. Prócz trudności łykania, chory skarży

się na ściskanie w dołku, odbijanie ze zgnitym zapachem; większych bólów nigdy nie miał i krwi w wymiotach nie widział. Zdarza mu się czasem, że zupełnie dobrze zjeść i wypić może, zauważył tylko, że w pozycji stojącej lepiej łyka, aniżeli w siedzącej (powiększenie ciśnienia hydrostatycznego). Badanie ogólne pomijam jako nieprzedstawiające nic osobliwego, zaznaczam tylko, że chory pochodzi z rodziny zdrowej i że układ jego nerwowy nie wykazuje żadnych stygmatów dla histeryi lub neurastenii.

Badanie sondą: sonda elastyczna, twarżda zatrzymuje się w przełyku w odległości 40 ctm. od zębów; pomimo ucisku, pomimo rozmaitych manipulacji nie udało mi się przejść do żołądka. Przy wprowadzaniu sondy chory wymiotuje masy, wyciekające obok sondy, przedstawiające resztki pokarmów w płynie śluzowym. Reakcja na kwas solny ujemna. Następnie wprowadzam sondę miękką; gdym doszedł do 36 ctm., obok i przez sondę wylewa się znów płyn śluzowy z resztkami pokarmów; płyn ten również nie zawiera wolnego kwasu solnego. Tę samą sondę miękką wprowadzam dalej, dochodzę w przełyku niżej, niż elastyczną, bo do 44 ctm., ale natrafiam na przeszkodę nie do zwalczania. Przy sondowaniu przełyku ma się wrażenie, jakby się manipulowało w dużej pustej przestrzeni, bo ściany przełyku żadnego oporu nie przedstawiają. Następnego dnia, kiedy chorego badał po śniadaniu próbnem i użył do tego sondy najgrubszej żołądkowej, nieoczekiwanie zdołałem wejść do żołądka (widocznie większy ucisk wywarłem na wpust) i wydobyć zawartość o innym, niż dotąd wyglądzie, która dawała reakcję na kwas solny (kongo). Z czem więc mamy do czynienia? Mamy przed sobą 33-letniego chorego, który od lat wielu skarży się na dolegliwości ze strony narządów trawienia, które się stopniowo rozwinęły. Badanie sondą wykazuje przeszkodę w przełyku w okolicy wpustu, przez którą miękka sonda przejść nie może, ale gruba żołądkowa czasem przechodzi. Przeciw rakowi przemawia wiek chorego, powolny przebieg sprawy i okresy poprawy. Atonię możemy wyłączyć, gdyż w atonii sondy przechodzą swobodnie, tylko po-

<sup>6)</sup> Przypadek samoistnego rozszerzenia przełyku demonstrowany na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 23 listopada 1909 roku.

karmy sprawiają trudności. Jedynie o czym w rozpoznaniu różniczkowym myśleć jeszcze należało, to o uchyłkach. Ale uchyłki dolnego końca przełyku są niezmiernie rzadkie. Uchyłek już dlatego wyłączyć możemy, że nawet przy wypełnionym worku przełykowym wprowadzić można sondę do żołądka. Z tego względu rozpoznaliśmy tu samoistne rozszerzenie przełyku i skurczowe zamknięcie w dolnym końcu przełyku, które uważać musimy jako powstałe na drodze czynnościowej, a to dlatego, że mamy: 1) długotrwały czas choroby — a dobry stan odżywiania, 2) sondy najgrubsze przechodzą do żołądka, 3) brak wszelkich danych w wywiadach, pozwalających na przyjęcie organicznej przeszkody. Badanie za pomocą promieni ROENTGENA potwierdziło<sup>1)</sup> rozpoznanie.

Badanie wziernikowe w przypadku naszym wykazało, co następuje: wziernik nadzwyczaj lekko wchodzi, prawie wpada do przełyku, boczne jego ruchy są bardzo swobodne, mamy przed sobą obraz prawidłowego zamknięcia wpustu na kształt rozety, przez który wziernik przejść nie może, znajduje się tu przeszkoda nie do zwalczania, w odległości 42 ctm. żadnych zmian anatomicznych dostrzedz nie możemy.

Nigdzie także nie mogłem zauważyć wejścia do uchyłku, worek przełykowy, rozszerzenie, widziałem wyraźnie. Błona śluzowa, ułożona w wiotkie fałdy, które idą do światła nawet przy głębokim wdechu, a światło rozszerzone znacznie, robi wrażenie głębokiej jamy. W ten sposób i drogą wziernikowania zyskaliśmy potwierdzenie rozpoznania dosyć trudnego. Z opisanych tu kilku przypadków, jakie wybrałem z całego szeregu spostrzeganych, jako najwięcej charakterystyczne, widzimy, że wziernikowanie okazać nam może duże usługi w rozpoznawaniu spraw chorobowych przełyku. A jesteśmy przytem w okresie początkowym naszych badań wziernikowych. Mamy zatem prawo twierdzić, że postępy dalsze w tej dziedzinie oczekiwane

być mogą jedynie na drodze oświetlania i oględzin przełyku.

## LITERATURA.

- G. Glücksman. Die Traumatischen Erkrankungen d. oberen Speisewege u ihre Behandlung Deutsch. med. Woch. 1905, Nr. 22 i 24.
- G. Glücksman. Weitere Ergebnisse meiner oesophagoskopischer Arbeiten. Berl. klin. Woch. N. 8.
- G. Glücksman. Ziele, Fortschritte u Bedeutung d Oesophagoskopie. Berl. klin. Woch. 1904 — Nr. 23.
- G. Glücksman. Symptomatologie u Therapie verschluckter Fremdkörper. Zeitschr. f. Diathetik u. physik Therapie 1905/1906 Band IX.
- Gottstein. Ueber Oesophagoskopie. Wien klin. Woch. 1897, Nr. 46.
- Gottstein. Ein Fall von Fremdkörper (Gebiss) in der pars cardiaca des Magens diagnosticirt d. Oesophagoskopie. Deutsch. Med. Woch. 1901, Nr. 23.
- Gottstein. Technik und Klinik der Oesophagoskopie.
- Hacker. Zur Behandlung tiefsitzender Narbenstricturen d. Speiseröhre u Sondierung ohne Ende nach temporärer Gastrostomie u. Oesophagotomie. Wien. klin. Woch. 1890, Nr. 36 i 37.
- Hacker. Ueber d. Technik d. Oesophagoskopie. Wien. klin. Woch. 1896, Nr. 6.
- Hacker. Ueber Oesophagoskopie. u ihre klin. Bedeutung. Wien klin. Woch. 1896, Nr. 46.
- Kelling. Zur Oesophagoskopie. u Gastroskopie. Arch. f. Verdauungskrah. Bd. p. 321 i 490.
- Kelling. Endoskopie f. Speiseröhre d. Magens. Münch. Med. Woch. 1898, Nr. 49 i 50.
- Kelling. Endoscopy of. the oesophagus and stomach — Lancet 28 April 1900.
- Karmalt. Virchovs Archiv. Bd. 51.
- Killian. Die oesophagoskopische Diagnose des Pulsionsdivertikels d. Speiseröhre, Munch. Med. Woch. 1899, Nr. 32.
- Killian. Ein, schwieriger oesophagoskopischer Fall. Dtsch. Med. Woch. 1900, Nr. 51.
- Killian. Zur Geschichte, d. Oesophagoskopie. Dtsch. Zeitschrift. f. Chir. Bd. 58.
- Kirstein. Ueber Oesophagoskopie. Berl. klin. Woch. 1898, Nr. 27.
- Lowe. Beiträge z. Oesophagoskopie. Dtsch. Med. Woch. 1893, Nr. 12.
- Mikulicz. Ueber Gastroskopie u. Oesophagoskopie. Wien. Med. Presse. 1881, Nr. 45—52.
- Pariser. Discussion, z. Vortrag von Rosenheim: ueber Sondierung, d. Speiseröhre im. Oesophagoskop. Berl. klin. Woch. 1897, Nr. 22 p. 478.
- Rosenheim. Ueber Oesophagoskopie. Berl. klin. Woch. 1895, Nr. p. 247.
- Rosenheim. Oesophagoskopische Bilder beim Speiseröhrenkrebs. Dtsch. Med. Woch. 1895 Nr. 50.

<sup>1)</sup> Badanie promieniami Roentgena dokonane laskawie przez kol. Judta wykazało cylindryczne duże rozszerzenie przełyku.

Schwörer. Ein Fall von, spindelförmiger Erweiterung d. Speiseröhre Munch. Med. Woch. 1899, Nr 25.

Störck. Die Untersuchung d Speiseröhre Wien. klin. Woch. 1896, Nr. 28.

Waldenburg. Oesophagoskopie. Berl. klin. Woch. 1870, Nr. 48.

Z ambulatoryum uszno-gardlanego w Szpitalu Wolskim w Warszawie.

### **W sprawie przecinania krtani u chorych z twardzielą.**

podał

**Szleifstein.**

Z górą lat 40 uwagę świata lekarskiego zajmuje cierpienie, z którym, pomimo prac niezliczonych, pomimo studyów klinicznych, anatomo-patologicznych i biologicznych, uporać się dotychczas nie zdołano. Wszystkie środki, które przeciwko twardzieli odcinka górnego dróg oddechowych stosujemy, można śmiało nazwać tymczasowymi, nie zabezpieczającymi od nawrotów. Ani biologia, ani chirurgia po dziś dzień nie dały nam środka pewnego, któryby usuwał z organizmu doszczętnie i raz na zawsze tak drobnoustroje twardzieli, jak i zmiany anatomiczne, przez nie wywołane.

Zachęcony niezwykle postęпами chirurgii krtani, skusiłem się przy pierwszej sposobności dołożyć cegielkę do tego gmachu środków paliatywnych przeciw twardzielowym.

W jesieni roku 1907 został skierowany do mnie do Szpitala Wolskiego przez lekarza naczelnego tegoż szpitala, d-ra SADOWSKIEGO, niejaki D. K., 33 lata liczący, robotnik bez zajęcia, rodem z gubernii Grodzieńskiej, pow. Próżańskiego. Chory w roku 1896 został

wzięty do wojska i, będąc już 4 lata na służbie w Moskwie, ochrypl. W 1901 roku uwolniono go ze służby, jako nieuleczalnego. Już w Moskwie chory zasięgał porady w klinice Bazanowskiej, lecz ulgi nie doznał. Z Litwy, dokąd niebawem wrócił, odesłano go do Warszawy, gdzie znalazł zajęcie w monopolu i jednocześnie szukał pomocy lekarskiej. Tu też w Warszawie zaczęła stopniowo występować coraz wyraźniejsza duszność. W roku 1904 kol. SZTAJNER przeciął choremu w Szpitalu Dzieciątka Jezus tchawicę i krtani (laryngofissura), w rok, czy dwa lata później kol. BORZYMOWSKI wstawił mu znów w Szpitalu Ś go Ducha do tchawicy, według słów chorego, jakąś rurkę podwójną. W końcu roku 1906 zaopiekowano się nim jako nieuleczalnym, duszącym się biedakiem, a w rok potem zwrócono go do mnie.

Przy badaniu chorego znalazłem, co następuje.

Chory wzrostu słusznego i normalnej budowy ciała, prócz zmian w odcinku górnym dróg oddechowych zbożeń widocznych nie przedstawia. Oddycha ze znacznym trudem (szmer zwiężenia), mówi chrypowato. Na skórze szyi w okolicy chrząstki tarczowej i części górnej tchawicy znajdujemy bliznę po przebytej *crico-thyreotomii*. Mniej więcej pośrodku tej blizny, na granicy pierścienia i chrząstki tarczowej spostrzegamy małą przetokę, przez którą przedostajemy się z łatwością cienkim zgłębnikiem do krtani i tchawicy.

Nos dość szeroki, silnie wykrzywiony w prawo, pokryty jest skórą normalną. Przez dotyk stwierdzamy, że skrzydła nosowe, zwłaszcza prawe, są niezwykle twarde i przy ucisku od zewnątrz prawie że nieruchome, szczególnie po stronie prawej. Niedrożność nosa z obu stron wyraźna, a przedsionki do tego stopnia zatkane zbitą tkanką, że wsunąć wzziernika nie sposób. Zgłębnikiem przedostajemy się jedynie przez nozdrze prawe, lewe zaś, wskutek wykrzywienia znacznego przegrody i rozrostu tkanki bliznowatej, zgłębnika nie przepuszcza. Gardziel i jama nosogardzielowa normalne.

Błona śluzowa nagłośni nieco zaczerwieniona. Kształty nagłośni niezmiennione, a ruchomość dość dobrze zachowana. Więzy na-



lewkowo - nagłośniowe fioletowo - szarawe, zgrubiałe i jakby skurczone, a na dotyk zgłębnikiem twarde. Błona śluzowa nalewek również fioletowo-szara. Same nalewki na dotyk twarde, nieruchome, przyczem wierzchołek nalewki prawej wraz z fałdą nalewkowo-nagłośniową prawą są znacznie w stronę lewą pochylone. Tym sposobem wejście do krtani nie leży na linii środkowej i nie jest zwrócone do góry, lecz w stronę lewą. Wejście to ma wszystkiego ze trzy młm. w średnicy; niema więc możliwości obejrzenia wnętrza krtani. Po znieczuleniu kokainą zgłębnik, przez otwór powyższy wprowadzony, napotyka na tkankę twardą i jakby na drogę krętą, przez którą z trudem się do tchawicy przedostaje. Wszelkie próby, czy to intubacji za pomocą przyrządu O'DWYERA, czy też wprowadzenia najcieńszej rurki SCHRÖTTERA, były bezowocne ze względu, że końcem przyrządu przedostawałem się tylko przez wyżej opisane zwężone wejście do krtani; przez głośnię przedostać się nie było można. Dopiero po kilkakrotnem zastosowaniu naoslep łyżeczek ostrych i szczypczyków udało się z trudem przecisnąć do tchawicy najcieńszy numer rurki SCHRÖTTERA. Mając do czynienia z twardziłą starą, bliznowatą zmienioną, dla próby zacząłem równocześnie z rozszerzaniem stosować podskórną na szyi 10% roztwór *tiosinaminy*, co drugi dzień po 1 ctm. Zabiegi te nie dawały wyników żadnych, skierowałem więc chorego do kol. JUDTA, który w tym samym czasie w ciągu kilka tygodni naświetlał chorego promieniami ROENTGENA, również bez skutku. Na święta Bożego Narodzenia leczenie przerwano, chory wyjechał na Litwę. Po świętach znów przez jakie dwa tygodnie chorego rentgenizowano i zastrzykiwano mu naprzemian pod skórę to tiozinaminę, to kaksodylan sodu. Poprawy nie było. Wtedy chory zgodził się wreszcie na proponowaną mu przezemnie już oddawna t. z. *laryngostomię*.

Zanim przystąpię do opisu przebiegu operacji całej u chorego naszego, pozwolę sobie streścić historię rękoczynu tego, który, nieco przezemnie uzupełniony, przyniósł w przypadku tu opisanym ulgę rzeczywistą.

Coś przypominającego *laryngostomię*, jak to widać z protokołu posiedzenia laryngolo-

gicznego w Warsz. Tow. Lek. 1), jakoby wykonał już 20 lat temu JAWDYŃSKI u chłopca SZENAUGA. „JAWDYŃSKI przeciął krtani ku górze do kości gnykowej, ku dołowi połączył ranę z otworem po *tracheotomii* i do krtani założył rurkę gumową. JASIŃSKI (patrz tamże) też wprowadzał do krtani rurkę dekalcynowaną”. O prawdziwej jednak przetoce krtaniowej, *sensu strictiori*, wspominają dopiero nowsze prace pozakordonowe, cytując na miejscu pierwszym RUGGIEGO, który, jak podaje NABI (2), przy pomocy *laryngostomii* wyleczył w roku 1898 chłopca pięcioletniego z brodawczaków krtani. Następnym wykonawcą *laryngostomii* w przypadku zwężenia przymiotowego krtani był JABOULAY (3) w Lionie w roku 1899, dalej CANÉPÉLE (4), BÉCO (5), SCHIFFERS (6) MELZI i CAGNOLA (7), GROSSMANN (8), SARGNON i BARLATIER (9) i inni. Nie małe zasługi na tem polu położył KILLIAN (10), dzięki któremu zaczęto operację powyższą stosować systematycznie w zwężeniach bliznowatych krtani.

Włochy i Francję (Lion) można nazwać kolebką *laryngostomii*; tu wykonano w początkach najwięcej tego rodzaju zabiegów, tu je najwięcej zachwalano i do wypróbowania zachęcano. To też mamy dwie szkoły operacji powyższej: francuską i włoską. Różnią się one w nieznaczących szczegółach i rywalizują o pierwszeństwo. Według tych dwóch szkół wykonano po dziś dzień setki *laryngostomii*, w znacznej większości przypadków z wynikiem pomyślnym (ROCHET (11), GAREL (12), RABOT (13), NOVÉ-JOSSERAND (14), DURAND (15) THEVENOT (16), COLLET (17), VIANNAY i DESCOS (18), BROCA (19), GORIS (20), JAUQUET (21), CHEVAL (22), PIENIAŻEK (23), BROECKERT (24), GLUCK (25), DELSAUX (26), VAN den WILDENBERG (27), GUISEZ (28), FERRERI (29), GRADENIGO (30), IWANOW (31), de LENS (32), SIEUR (33), VIGNARD (34) i wielu innych).

*Laryngostomia*, jak sama nazwa wskazuje, — polega na wytworzeniu przetoki stałej krtaniowej, resp. krtaniowo-tchawiczej (*laryngo-tracheostomia*), przez którą działamy środkami odpowiednimi na tkanki patologiczne wnętrza krtani i części górnej tchawicy. Przedstawiciele szkoły francuskiej, SARGNON i BARLATIER (l. c.), o ile przypadek dotyczy zwię-

żeń bliznowatych krtani, operują w sposób następujący. Chorego usypiają i w pozycji ROSEGO, cięcie prowadzą wzdłuż linii środkowej od rurki tracheotomijnej (chory przypuszczalnie już poprzednio miał rurkę wstawioną) aż do brzegu górnego chrząstki tarczowej; część górną tchawicy i krtani przecinają wzdłuż od dołu do góry wprowadzonym przez otwór w tchawicy nożem na końcu tępym (*bistour boutoné*). Przez zrobioną w ten sposób szczelinę wsuwają tampon, zmoczony wroczynie kokainy z adrenaliną i po upływie pewnego czasu, rozwarłszy krtani, przecinają znajdujące się w niej blizny od przodu ku tyłowi, przy czem posiłkują się oświetleniem sztucznem czoła. Następnie przyszywają po obu stronach skórę szyi do błony śluzowej wnętrza krtani, załapując w szwy mięśnie i chrząstkę. Po nałożeniu w ten sposób przetoki S. i B. wstawiają do krtani i odcinka górnego tchawicy ponad rurką tracheotomijną wywazelinowane roztlaczacze z twardych dobrze na końcu zaokrąglonych drenów gumowych. Dren taki nie powinien wystawać poza nalewki krtani, w celu utrzymania go przytem na miejscu, do każdej rurki gumowej przyczepiają z przodu grubą nitkę jedwabną, która, po wytamponowaniu gazą wywazelinowaną rany od przodu, przywiązują do rurki tracheotomijnej. Opatrunek S. i B. zmieniają w początkach codzień lub co drugi, przechodząc powoli i stopniowo do coraz grubszych rurek gumowych i to w ciągu trzech do sześciu miesięcy, w zależności od danego przypadku. Pod wpływem ucisku blizny wnętrza wraz z częścią błony śluzowej krtani i samej przetoki ulegają zgorzeli, poczem ziarnina, jaka się na dnie powstałej rany formuje, pokrywa się nabłonkiem, tak że w końcu ściana wewnętrzna krtani zlewa się z powłokami zewnętrznymi szyi.

Po zniknięciu blizn, resp. zwężenia, usuwa się rurkę kauczukową i po upływie kilku miesięcy przystępuje się do operacji plastycznej, czyli zaszycia przetoki.

Niezależnie od szkoły francuskiej (lionskiej) włosi MELZI i CAGNOLA (35) postępowali jednocześnie w tego rodzaju cierpieniach w sposób nieco odmienny. Przedewszystkiem część dolną tchawicy oddzielali szczerlnie od

części górnej za pomocą gazy wyjałowionej, którą owijali dokoła rurki tracheotomijnej. Dalej różnica polegała na tem, że M. i C. nie tylko przecinali blizny i to, jak poprzedni autorowie, w kierunku przednio tylnym, lecz całkowicie je i jaknajdokładniej wycinali. Po usunięciu tym sposobem zwężenia i przywróceniu całkowitego światła, wstawiali do krtani i części górnej tchawicy dobrze obtoczony kołek z drzewa zwyczajnego, owinięty gazą jodoformową, przywiązaną do kołka nitkami jedwabiu. Koniec jednej z ligatur przymocowywali również, jak i poprzedni autorowie do rurki tracheotomijnej. Kołek jednym końcem opierał się o rurkę tracheotomijną, drugim zaś przedostawał się do wejścia do krtani. Podczas opatrunków M. i C., w razie potrzeby, usuwali dodatkowo resztki blizn, przypalali błonę śluzową chlorkiem cynku i t. d., jednym słowem starali się wewnątrz krtani wygładzić i jaknajprędzej zagoić. Szwów, łączących błonę śluzową krtani ze skórą szyi, autorzy ci nie nakładali. Do zaszycia przetoki krtaniowej M. i C. przystępowali o dwa miesiące wcześniej, niż SARGNON i BARLATIER.

Opierając się na tych dwóch metodach nakładania przetoki krtaniowo-tchawiczej w przypadkach zwężeń bliznowatych krtani, przystąpiłem do operacji u chorego naszego z twardzielą rozlaną.

Nawiasem zaznaczę, że zmiany, jakie w postępowaniu operacyjnem w przypadkach *laryngostomii* następczo wprowadzono i stosować zaczęto, nie należą do epokowych. Tak np. SARGNON i BARLATIER (36) w ciągu tygodnia pierwszego po operacji nie zakładają obecnie rurki gumowej, lecz tamponują krtani gazą. Ma to, według S. i B., zapobiegać występowaniu zgorzeli wewnątrz krtani. Blizny już i oni wycinają całkowicie przed nałożeniem opatrunku. RUGGI (37) do roztlaczania krtani po operacji używa obecnie tamponów z gazy, owiniętych w gutaperkę. FERRERI (l. c.) zaś w tymże celu stosuje tampony suche z waty dobrze zbitej, która po założeniu na miejscu od wydzielinę pęcznieje i krtani roztlacza.

W przypadku naszym przedewszystkiem, nie wiedząc z góry, jak nisko sięgają zmiany twardzielowe, przeciąłem w znieczuleniu miejscowem tchawicę u dołu (*tracheotomia inferior*)

i założyłem zwykłą rurkę tracheotomijną. We dwa tygodnie potem, dnia 18 Stycznia 1909 r., gdy rana dokoła rurki już się zabiżniła, wprowadziłem pod SCHLEICHEM<sup>1)</sup> w pozycji tracheotomijnej chorego do przetoki, istniejącej w bliźnie na szyi, nóż krzywy, na końcu tępy i przeciąłem od dołu do góry bliznę w skórze wraz z chrząstką tarczową. Krwawienie było nieznaczne. Krtani znieczuliłem natychmiast 10% roztworem kokainy z adrenaliną. Po wybraniu krwi z rany i krtani cięcie przedłużyłem aż do tchawicy poprzez chrząstkę pierścieniową. Zatomowawszy miejsca krwawiące i zatkawszy część górną tchawicy tamponem z gazy aż do rurki tracheotomijnej, przystąpiłem do oględzin wnętrza krtani. Strun prawdziwych, jak i rzekomych brakowało zupełnie; nie widać też było zatok MORGAGNIEGO. Miejsce narządów tych zajmowały dwa gładkie, twarde na dotyk, wysokie wały, między którymi istnieć mogła jedynie chyba szczelina wąska do oddychania. Tchawica przedstawiała się mniej więcej normalnie; świeżych ognisk twardzielowych nie było. Wały krtaniowe z obu stron wyciąłem doszczętnie i, po usunięciu resztek krwi i gazy z tchawicy, wepchnąłem do tchawicy i krtani przez sformowaną przetokę krtaniową uprzednio specjalnie przygotowany tampon. Jądro tamponu było z drzewa bzoowego<sup>2)</sup>, jakiego zazwyczaj do zalewania preparatów celoidowych w histologii używamy. Drzewko owinałem gazą jodoformową, którą przewiązałem grubym jedwabiem. Sformowany w ten sposób tampon miał z półtora ctm. w średnicy i wypełniał szczelnie przestrzeń od rurki tracheotomijnej do nalewek. Nałożyłem następnie jeden szew skórny u góry, ranę wyłożyłem szczelnie gazą i zabandażowałem. Chory czuł się po operacji bardzo dobrze, nazajutrz jednak skarżył się na ból przy łykaniu. Opatrunek i kołek zmieniłem. Stan był bezgorączkowy aż do dnia 20 stycznia, kiedy to ciepłota podniosła się wieczorem do 38,2, następnie jednak spadła znów do normy. W ciągu pierwszego ty-

godnia chorego opatrywałem codziennie. Ból przy łykaniu znikł. Miejsca, z których wycięto wały, poczęły się z brzegów pokrywać nabłonkiem. Zamiast gazy jodoformowej owinałem kołek z drzewa gazą wyjałowioną, pokrytą warstwą pasty LASSARA. Kołek taki o wiele łatwiej dawał się wcisnąć przez ściągającą się przetokę krtaniową. Dnia 13 lutego wypisałem chorego ze szpitala (opatrywałem go ambulatoryjnie), a dnia 25 lutego przedstawiłem go na posiedzeniu oto-laryngologicznym Warsz. Tow. Lek., jako pierwszy w ten sposób operowany przypadek twardzieli krtaniowej. Następnie już chorego opatrywałem raz na tydzień, przyczem w miarę ściągania się przetoki, resp. zrastania się brzegów rany zwłaszcza u góry (u dołu stała temu na przeszkodzie rurka tracheotomijna), coraz częściej łamały mi się kołki bzoowe (podczas wyciągania ich za nitkę z krtani). Wobec tego, zamiast kołków z drzewa bzoowego, zacząłem używać kołków z drzewa zwykłego. Błona śluzowa krtani z biegiem czasu pokryła się na całej przestrzeni nabłonkiem, a próby oddychania przez usta bez kołka z przykrytą przetoką dawały wyniki dobre. Chory nawet razu jednego sam sobie kołek wyjął i przekonał się, że oddycha dobrze; jedynie pokarm zaciekał mu wtedy nieco do krtani i wywoływał kaszel. Dnia 8 kwietnia chory oświadczył mi, że zmuszony jest wyjechać na Litwę, prosi więc o usunięcie kołka. Na prośbę tę rad nierad przystałem i we trzy miesiące po zrobieniu *laryngostomii* puściłem chorego do domu bez kołka z przewiazaną bandażem przetoką. Chory oddychał i plwocinę wyksztuszał zupełnie swobodnie. Rozmawiał szepem niewyraźnym. Wziernikowanie krtani wykazało, że nagłośnia stoi zupełnie pionowo (skutek działania kołka na wejście, resp. rozciągnięcia więzów nalewkowo - nagłośniowych), a obie nalewki są jakby nieco cieńsze, w strony odchyłone i nieruchome; wejście do krtani, rzec można, przepuściłoby conajmniej wskaziciel. Przetoka na szyi miała 3½ ctm. długości i 2 ctm. szerokości. Nigdzie ani śladu owrzodzeń, ani zgrubień nie było.

Chory zgłosił się dopiero w dniu 6 listopada roku 1909, czyli że siedm miesięcy pracował w domu bez kołka krtaniowego z prze-

<sup>1)</sup> Do płynu Schleicha dodają zwykle trochę roztworu adrenaliny.

<sup>2)</sup> Drzewko takie ma te własności, że się łatwo kraje, jest sprężyste i lekkie.

wiązaną przetoką. Przetoka ta znacznie się skurczyła, tak że największa szerokość (pośrodku) wynosiła wszystkiego 1 cm., długość zaś 3 ctm. Skóra szyi dokoła przetoki bez granic wyraźnych przechodziła w błonę śluzową części górnej tchawicy i krtani i była całkiem gładka, włosem niepokryta, jakby wygolona. Kąt górny i dolny przetoki zamykały blizny. Błona śluzowa tchawicy i krtani nie szczególnego nie przedstawiała. U góry na miejscu wałów wyciętych widać było przez przetokę z obu stron fałdy błony śluzowej. Chory oddychał przez usta swobodnie, nieco jednak gorzej przy zbliżaniu przemocą rozstępujących się połówek chrząstki tarczowej. Badanie wzornikiem krtani przy zatkanej przetoce dało wyniki następujące. Ruchy obydwu nalewek, szczególnie prawej, nieco ograniczone; nalewka prawa od strony wewnętrznej cokolwiek grubsza, niż lewa. Wejście do krtani szerokości wskaziciela. Po bokach wystają różowe fałdy błony śluzowej, o których uprzednio była umowa. Fałdy te biorą udział czynny w wydawaniu dźwięków, nie schodzą się jednak całkowicie, lecz pozostawiają między sobą przestrzeń kilkumilimetrową. Przy zbliżaniu siłą tarcz rozciętej chrząstki tarczowej głośnia się zmniejsza niemal do połowy, przyjmując formę trapezu, którego kąt węższy zwrócony jest ku przodowi. W takim oto stanie zapisałem chorego powtórnie do szpitala i w dniu 12 listopada przystąpiłem do zaszycia przetoki szyjowej.

Plastyka przetok tchawicy i krtani nie należy do rzeczy łatwych, zwłaszcza gdy otwory takie zajmują przestrzeń znaczniejszą. Do klasycznych pod tym względem zabiegów, jak wiadomo, należy sposób SCHIMMELBUSCHA (38), który brał płat kostnoskórny z rękojeści mostka i wszywał go do przetoki szyjowej. Nieco inaczej postępował MANGOLDT (39), przeszczepiając między płaty skórne kawałki chrząstki wraz z ochrzęstną żebrą ósmego. Inni znów, jak NAVRATIL (10), używali do tego kawałków kości biodrowej. IWANOW (l. c.) ze skutkiem niepomyślnym wszczepiał chrząstkę wraz z ochrzęstną przegrody nosowej. KÖNIG (41) posiłkował się płatem z chrząstki tarczowej, a KUZNIECOW (42) płatem skórno-okostnym z obojczyka. Wszystkie sposoby powyższe

wydały mi się dla danego przypadku zbyt powikłanymi i zbyt technicznymi. To samo mogę powiedzieć i o sposobach płatowych skórnych TRNKI (43), BARĄCZA (44) BERGERA (45) i GLUČKA (l. c.) Miałem przed sobą krtani o świetle szerszym, niż normalnie, i wydawało się, że najracjonalniej będzie zszyć pokolei od dołu do góry błonę śluzową krtani i tchawicy, następnie chrząstkę tarczową i skórę powierzchni. Jeślim tak nie postąpił, to jedynie dlatego, że przedewszystkiem miałem do czynienia z chorym twardzielowym, u którego o nawrót, jak wiadomo, nie trudno. Następnie nie pozwoliłem sobie na zabieg taki ze względu na to, że połówki chrząstki tarczowej dawały się zbliżyć tylko przemocą, przyczem światło krtani znacznie się zwężyło.

Postąpiłem więc w sposób poniższy. Zastrzyknąłem choremu dokoła przetoki około 20 ctm. płynu SCHLEICHA z domieszką roztworu adrenaliny, poczem cięcie poprowadziłem przez skórę dokoła, odstępując na jakie  $\frac{3}{4}$  — 1 ctm. od brzegu przetoki. Odpreparowawszy następnie wewnętrzny płat skórny na całej przestrzeni, wwinąłem go powierzchnią gładką (miejsce przejścia skóry w błonę śluzową) do tchawicy i krtani, okrwawione zaś powierzchnie płatów (strony prawej i lewej) zszyłem wzdłuż przetoki catgutem. Uformowałem tym sposobem przednią ścianę krtani i odcinka górnego tchawicy częścią z gładkiej nieowłosionej skóry, częścią z błony śluzowej. Nad tą ścianą zszyłem ranę wzdłuż *silkwormem*. Brzegi rany, pomimo dość znacznego braku schodziły się łatwo. Krwawienie było całkiem nieznaczne. Jak więc widać, chrząstek nie zszywałem. Po operacji chory oddychał swobodnie. Opatrunek suchy zmieniłem po pięciu dniach na wilgotny ze względu na zaczerwienienie się rany u góry i obecność wydzieliny mętnej w nieznacznej ilości. 17/XI usunąłem część szwów. 18/XI oddech był swobodny. Chory doznawał lekkiego bólu podczas przyjmowania pokarmów. Badanie wzornikiem wykazało obecność światła w krtani conajmniej szerokości palca średniego. Ruchy nalewek, jak i dawniej, zwłaszcza podczas wydawania dźwięków, były ograniczone. Brzegi rany u góry zlekka się rozchodziły, i widać było pomiędzy nimi nieznaczną ilość wydzie-

iny ropnej. Zdjąłem resztę szwów. 21/XI. Rana w dolnych  $\frac{3}{4}$  częściach zrosła się przez rychłozrost, u góry jeszcze widać ropienie. Ból przy łykaniu znikł. Dnia 25/XI, czyli w niespełna dwa tygodnie chory wypisany został z raną całkowicie zabliźnioną i tegoż dnia powtórnie przedstawiony na posiedzeniu uszno-gardlanem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego,

Z ogłoszeniem wyniku tej podwójnej operacji nie spieszyłem się z powodów prostych. Przedewszystkiem pamiętałem dobrze, że mam do czynienia z twardzielą, która może łatwo dać nawroty i zatkać gardło nawo, pomimo, że dzięki *laryngostomii* i następnej plastyce krtań rozszerzyłem ponad normę. Czekałem też na materiał, żeby sposób wypróbować przynajmniej na kilku chorych. Otrzymałem jednak dnia 25/VII roku bieżącego, czyli w półtora roku po *laryngostomii*, a w ośm miesięcy po plastyce list dziękczynny od chorego z Litwy. Chory czuje się zdolnym do pracy i to do pracy ciężkiej w polu, oddycha zupełnie dobrze, tylko głos ma słaby i nos zatkany. Wiadomość ta skłoniła mnie do podzielenia się nią z kolegami. Mogę śmiało zalecić *laryngostomię* w przypadkach zmian rozlanych i zastarzałych u chorych z twardzielą krtani, którym duszność utrudnia zarobkowanie lub całkiem pozbawia ich, jak chorego naszego, zdolności do pracy. Zmiany, jakieby jednocześnie istniały w części dolnej tchawicy lub oskrzelach, nie stoją operacji naszej na przeszkodzie. Przeciwnie przez uformowaną przetokę krtaniowo-tchawiczą można z łatwością zakładać bronchoskop, wyskrobywać części podatne, rozszerzać miejsca bliznowato zmienione i t. p.

Przypadki krtaniowe właśnie takie, jak wyżej opisany, o ile wnosić mogę z niedawno ogłoszonej pracy PACHOŃSKIEGO (46), leczone są w klinice pr. PIENIĄŻKA w sposób następujący. Krtań podlega rozcięciu (*laryngofissura*) w znieczuleniu miejscowem 2% kokainą przy głowie silnie w dół zwieszanej. Po rozchyleniu tarcz chrząstki tarczowej usuwa się tkankę twardzielową na całej przestrzeni, poczem wprowadza się do wytworzonego w ten spo-

bób sztucznie światła krtani tampon z gazy kseroformowej, zwinięty w twarde wałek i krtań się zaszywa. Tampon zostaje usunięty przez gardło już po ośmiu dniach i wtedy przez długi czas, nie usuwając rurki tracheotomijnej, zakłada się rozszerzadła SCHRÖTTERA lub też czopki cynowe, albo czopki THOSTA, wreszcie sączki elastyczne. Nie odmawiając zalet zabiegowi temu, uważam jednak, że nakładanie przetoki (*laryngostomia*) z następczą plastyką w sposób powyżej opisany otwiera dostęp szerszy do miejsca schorzałego, wpływa dodatkowo na usunięcie tkanek twardzieliowych i to nie na jednym posiedzeniu, lecz w ciągu całych kilku miesięcy, wreszcie pozwala na bezpośrednie i długotrwałe stosowanie na błonę śluzową krtani, a nawet tchawicy radu i promieni ROENTGENA, tak gorąco zalecanych ostatnio w twardzieli przez RYDYGIERA (47) FITTIGA (48) SKRYPTA (49), FREUNDA (50), MAYERA (51), ALEXANDRA (52); i in. Nie zrywając przytem chrząstki tarczowej podczas „plastyki”, otrzymujemy światło znacznie szersze, niż po zwykłej *laryngofisurze* i prędzej zabezpieczamy chorego na przyszłość od duszenia się w razie nawrotu.

O ile mi z piśmiennictwa wiadomo, laryngostomię dotychczas stosowano w zwężeniach bliznowatych krtani przeważnie pochodzenia przymiotowego i błoniczego, dalej w brodawkczakach krtani u dzieci, w przypadkach nowotworów złośliwych krtani, w gruźlicy, wilku i porażeniu rozwieraczy krtani. IWANOW (l. c.) wykonał *laryngostomię* w kilku przypadkach zapalenia ochrzęstny potyfusowego. GLUCK i BROCKERT (53) radzą zakładać próbną przetokę krtaniową w razie obecności zwężeń trudnych do rozpoznania. Przypuszczając należy, że przypadek nasz twardzieli krtaniowej jest pierwszym w ten sposób operowanym i to, zważywszy na przebyte przez chorego uprzednio, jak się zdaje, aż dwie *laryngofisury*, z wynikiem nadspodziewanie dodatnim.

Kolegom BORSUKOWI i KOZIŃKIEMU oraz koleżance POŻARYSKIEJ za łaskawą pomoc przy operacjach powyższych składam niniejszem serdeczną podziękę.

## PIŚMIENICTWO.

1. Posiedzenie oto-laryngologiczne w Warsz. Towarzystwie Lekarskiem z dnia 29 Stycznia 1909 r. *Medyc. i Kronika Lek.* 1909 r.
2. Carlo N a s i, Contribuzione alla laryngofissura. *La Clinica Chirurgica.* 1899, Nr. 4.
3. J a b o u l a y. Rétrécissement syphilitique du larynx *Chirurgie des Centres nerveux et des Viscères*, 1902, t. II, 246.
4. C a n é p è l e. Congresso della Societa italiana larongologica. Roma. 1907. Octobre.
5. B e c o. Papillome diffus du larynx et de la trachée. *Société belge de Laryngologie*, 1901. Juin.
6. S c h i f f e r s. Intubation et tracheotomie. *Soc. de Laryng.* belge. 1905. Juin
7. M e l z i i C a g n o l a. Kongres laryngologów włoskich (l. c.).
8. G r o s s m a n, Un cas de cancerdu larynx etc. *Congrès de Lisbonne*, 1906. Avril. Cyt. według Sargnona i Barlatiera (p. niżej).
9. S a r g n o n i B a r l a t i e r. De la Laryngostomie. *La Presse Médicale* 1908, Mars,
10. K i l l i a n. Canules en T caoutchoutées pour le traitement des Sténoses laryngo-trachéales. XIII-e Réunion des Laryngologistes du Sud de l'Allemagne, 4 Juin 1906. Cyt. u Sargnona i Barlatiera.
11. R o c h e t, cyt. u Sargnona i Barlatiera.
12. G a r e l, B a r l a t i e r, B o n n a m o u r, H l o n, S a r g n o n i V i g n a r d. La laryngostomie dans le traitement des rétrécissements cicatriciels du larynx. *Société des Sciences médicales de Lyon*, 1907, 13 Novembre; *Lyon médical*, 1907, str. 898 (grudzień).
13. R a b o t, S a r g n o n i B a r l a t i e r. a) *Société des Sciences médicales de Lyon*, 1906, 9 Mai; *Lyon médicale*, str. 19 (lipiec). b) Rétrécissement du larynx et de la trachée. 1908.
14. N o v é - J o s s e r a n d, cyt. u Sargnona i Barlatiera (patrz wyżej).
15. D u r a n d, cyt. tamże.
16. T h é v e n o t, cyt. tamże.
17. C o l l e t. a) Traitement chirurgical des sténoses laryngées consécutives à l'intubation. *Congrès de Laryngologie*. Paris, 1907, p. 57. b) Sténose laryngo-trachéale postdiphthéritique. *Lyon médical*, 1907, p. 219 (sierpień).
18. D e s c o s, V i a n n a y i M a n d a y. Un cas de sténose laryngée traitée par la laryngostomie. *Loire médicale*, 1908 (lut).
19. B r o e c k e r t, cyt. u Sargnona i Barlatiera (patrz wyżej).
20. G o r i s. Cure radicale de papillomes diffus du larynx. *Ann. des mal. de l'oreille etc.* 1909—9—379.
21. J a u q u e t, Laryngo-tracheostomie. *La Clinique belge* 1907, 16 i 30 listopada.
22. C h e v a l, cyt. u Sargnona i Barlatiera (patrz wyżej).
23. P i e n i a ż e k, cyt. tamże.
24. B r o e c k e r t, cyt. tamże
25. G l u c k, Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego laryngologów. Wiedeń 1908
26. D e l s a u x a) cyt. w pracy Delavana — A report on some of the laryngological work of the British Medical association and of the XVI international medical congress in 1909. *Medic. Record* 1910—January. b) Un cas de laryngostomie. *Société belge de Chirurgie*. 1908, Janvier.
27. V a n d e n W i l d e n b e r g. Du traitement appliqué à 4 enfants atteints de papillomes du larynx et de la trachée *Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril 1909, p. 490.
28. G u i s e z. Laryngostomie pour sténose chondro-cicatricielle du larynx. *Ann. des mal. de l'oreille etc.* 1910—3—269.
29. F e r r e r i. Sur la technique de la laryngostomie *Arch. internat. de laryngol. d'otol. et de rhin.*, nov.-déc. 1908, p. 687.
30. G r a d e n i g o, Sur la laryngostomie et la laryngo-fissure et sur la tracheostomie. *Ann. des malad. de l'oreille etc.* 1909—10—463.
31. I w a n o w. Laryngostomia pri pierichondritach gortani i Dalniejszyja nabliudenia nad laryngostomiej. *Jeżemiaszcznik usznych, nosowych i gorłowych boliezniej.* 1909—2 i 1910—3.
32. D e L e n s. Sprawozdanie ze zjazdu otolaryngologicznego w Petersburgu. *Jeżemiaszcznik uszn., nos. i gorłow. bol.* 1909—1.
33. S i e u r. Deux cas de laryngostomie. *Bulletin de la société de Chirurgie.* 9 Juin 1908 i *Ann. des malad. de l'oreille* 1910—3—269.
34. V i g n a r d e t S a r g n o n. Laryngostomie pour sténose du larynx. *Lyon médical*, 15 Septembre 1907.
35. M e l z i i C a g n o l a. Quatre cas de sténoses chroniques laryngotrachéales guéris par la laryngo-trachéostomie. *Ann. des mal. de l'oreille etc.* 1908—11—536
36. S a r g n o n i B a r l a t i e r. De la laryngostomie et des divers modes de dilatation externe du larynx. *La semaine Médicale* 1909—21.
37. R u g g i. Le traitement des sténoses du larynx par la laryngostomie avec dilatacion. *Semaine Médicale*, 1909, p. 77—78.
38. S c h i m m e l b u s c h. Zur Deckung von Trachealdefecten. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie.* XXII Congress.
39. M a n g o l d t. Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in den Kehlkopf... *Arch. f. klin. Chirurgie* Bd. 59. 1899, s. 996.
40. N a v r a t i l. *Centralblatt. f. Laryngologie.* 1903, s. 201.
41. K ö n i g. Zur Deckung der Defecte in der vorderen Trachealwand. *Berl. Klinische Wochenschr.* 1896. Nr. 51.

42. K u z n i e c o w. Opiératiwnoje leczenie defektów i sużenij gortani i trachei Kliniczeskija monografii. 1900, (październik).

43. T r n k a. Tracheoplastik mit gedoppelten Hautlappen. Centralbl. f. Chirur. 1900.

B a r a c z. Ein Beitrag zur Tracheoplastik. Wien. klin. Wochenschr. 1901. Nr. 43.

45. B e r g e r, cyt. u. Sargnona i Barlatiera w „La Presse Médicale“ (l. c.)

46. P a c h o Ń s k i. Dwieście siedmdziesiąt trzy przypadki twardzieli. Przegl. Lekarski. 1910. Nr. 23—30.

47. R y d y g i e r A. Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Rhinoskleroms mit Roentgenstrahlen. Berlinerklinische Wochenschr. 1909, Nr. 4, oraz Nowiny Lek. z roku 1902.

48. F i t t i g. Ueber einen mit Roentgenstrahlen behandelten Fall von Rhinosklerom. Beitr. zur klin. Chirurgie, Bd. 39.

49. S k r y p t. Nieskolko sluczajew skleromy podwierngnutych rentgenoterapii. Jeżem. usznych. gorł i nosow. boliezn. 1909, Nr. 3.

50. F r e u n d, cyt. u. Skrypta.

51. M a y e r, cyt. tamże.

52. A l e x a n d e r, cyt. tamże.

63. G l u c k i B r o e c k e r t, cyt. przez Sargoną na kongresie laryngologów francuskich w Paryżu w maju r. 1910. Ann. d. mal. de l'oreille 1910—6—614

które się mieszczą w szczelinach naskórka, w zagłębieniach skóry, w gruczołach, po pewnym czasie wydostają się na powierzchnię i mogą zakazić ranę.

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych metod odkażenia skóry była metoda FÜRBRINGERA, stosowana w następujący sposób: gołenie i mycie spirytusem mydlanym, ciepłą wodą, szczotką, wiórkami lub specjalną rękawicą; wysuszenie sterylizowaną serwetką, następnie wycieranie sterylizowaną gazą lub serwetką w zmieszonym pół na pół eterze z alkoholem i wytarcie 2% roztworem lizolu. Sposób ten dosyć kłopotliwy, skomplikowany, narażający chorego w czasie mycia na zziębnięcie, nie zadowolił chirurgów. Przekonano się wkrótce, że to dokładne i męczące chorego mycie nie daje zupełnej gwarancji, gdyż nie zabezpiecza od wydostawania się zarazków ze szczelin naskórka i gruczołów skóry i że po pewnym czasie na skórze znów znajduje się dosyć zarazków. Zwrócono się więc do sposobów, któreby zabezpieczały od wydostawania się zarazków na powierzchnię, bądź to przez pewnego rodzaju „garbowanie” skóry, bądź też przez „zaklejanie”, „zalepienie” zarazków i w ten sposób utrudnianie wydostawania się na powierzchnię skóry. HEUSNER <sup>1)</sup> (1906) polecił roztwór jodu w benzynie jeden *pro mille*, którym, bez uprzedniego omycia wodą i mydłem radził wycierać pole operacyjne w ciągu 5—10 minut. Metoda szybko się rozpowszechniła; przekonano się jednak, że sposób ten, dosyć dobry z punktu widzenia bakteryologicznego nie jest bez zarzutu pod względem klinicznym, gdyż często drażni skórę. Ażeby uniknąć tego, zaczęto dodawać do jodbenzyny płynnej parafiny 10%; HEUSNER <sup>2)</sup> proponował później 20—25% parafiny.

DÖDERLEIN (1906 r.) do „zaklejania” zarazków podał następujący sposób: po namydleniu, wygoleniu i obmyciu chorego wyciera się dosyć mocno roztworem formaliny w benzynie lub jodu w benzynie i smaruje się jodyną; następnie smaruje się roztworem gумы

## Nowsze sposoby odkażenia skóry pola operacyjnego i rąk.

podał

**Bolesław Jakimiak.**

Od czasu, kiedy się przekonano, że wyniki operacji w znacznym stopniu zależą od dokładnego odkażenia skóry pola operacyjnego i rąk operującego, wysilano się na wynalezienie sposobu, któryby możliwie czynił temu zadość. Podawano sposoby, które mechanicznie usuwały zarazki, podawano takie, które obok mechanicznego działania miały działać bakteryobójczo. Przekonano się wkrótce, że ani mechaniczne, ani chemiczne usuwanie zarazków nie może być dokładne, a przedewszystkiem długotrwałe; zarazki,

<sup>1)</sup> Centr. f. Chir. 1906, str. 204.

<sup>2)</sup> Deutsch. Zeit. f. Chir. 1907 r. Bd. 87.

w benzynie, znanym w handlu pod nazwą „gaudanin”; benzyna się ulatnia a na skórze zostaje cienka warstewka gumy, która zakleja zarazki. Dla usunięcia lepkości posypuje się sterylizowanym talkiem, którego nadmiar następnie trzeba zetrzeć.

W tym też celu zalecono stosowanie specjalnego preparatu, wyrabianego w fabryce firmy Krewel et C-o w Kolonii, a nazwanej chirosoter, którą się pokrywa skórę w celu „zaklejania” zarazków. O składzie tego preparatu wiadomo tyle tylko, że jest to roztwór woskowych i balsamicznych substancji w tetrachlorku węgla. Preparat według doświadczeń zupełnie jałowy.

Badania MAXA v. BRUNNA<sup>3)</sup> w klinice BRUNSA dowiodły, że ani sposoby, przytoczone wyżej, ani łączenie sposobów FÜRBRINGER + DÖDERLEIN, HEUSNER + DÖDERLEIN nie odkażają całkowicie skóry, i przy każdej metodzie znajdowano zarazki. Doświadczenia BRUNNA, MEISNERA<sup>4)</sup> (z kliniki BRUNSA) i G. BECKERA<sup>5)</sup> z Halli przekonały, że pewne części skóry są mniej zakażone, niż inne, że skóra jednych osób jest mniej zakażona, niż drugich. BECKER np. u jednych osób (sióstr miłosierdzia) znajdował przed odkażaniem na rękach niezliczoną liczbę zarazków, u innych badanych w ten sam sposób zaledwie 35. Po zastosowaniu „chirosoter” u pierwszych znajdował jeszcze 275 zarazków, u drugich zaledwie po 2.

Z całego szeregu badań M. v. BRUNNA, robionych przy 78 operacjach wola, 33 amputacjach *mammae*, 49 laparotomiach i 68 przepuklinach pachwinowych i udowych, widać, że po stosowaniu rozmaitych metod odkażania (FÜRBRINGERA, HEUSNERA, DÖDERLEINA, FÜRBRINGER + DÖDERLEIN, HEUSNER + DÖDERLEIN i chirosoter) najmniej zarazków znajdowano przy operacjach wola, następnie przy laparotomiach, znacznie więcej przy amputacjach *mammae*, najwięcej przy operacjach przepuklin.

Tablica, przytoczona niżej z pracy BRUNNA, wskazuje, która z metod dała najlepsze

wyniki. Cyfry rzymskie oznaczają: I = 0—2 zarazki; II = 3—10 zarazków; III = 11—50 zarazków i IV = więcej niż 50 zarazków na płytce.

S p o s ó b	Liczba badań	Pole operacyjne przed operacją	Po 1-em cięciu z brzegów rany	Po ukończeniu głównego aktu operacji	Z linii szwu po nałożeniu szwu skórniego
Fürbringera	24	IV	II	II	IV
Heusnera	38	III	II	II—I	IV
Döderleina	36	I	II	II	III
Fürbringera + Döderlein	28	II	II—III	II—III	IV
Heusnera + Döderlein	62	II	II	II—III	IV
Chirosoter	40	II	II	II	II—IV

Z tablicy tej widać, że z punktu widzenia bakteryologicznego na pierwszym miejscu należy postawić metodę DÖDERLEINA, a na ostatnim FÜRBRINGERA.

Metody, w których pole oparacyjne pokrywa się powłóczką czy to gumową, czy z chirosoter, metody w których się zarazki „zakleja”, stoją wyżej nad innymi. Między metodą DÖDERLEINA i chirosoter niewielka różnica pod względem bakteryologicznym, lecz dobrze nałożona powłóczka z gaudaninu daje jedną powłóczkę bez szczelin, chirosoter zaś nie tworzy nieprzerwanej całości, lecz tłustawą, woskową warstwę, którą łatwo zetrzeć. Dlatego też „zaklejanie” zarazków przez chirosoter nie jest tak pewne, jak przez gaudanin.

Z metod mechaniczno-chemicznych, do których trzeba zaliczyć FÜRBRINGERA i HEUSNERA, metodę HEUSNERA należy postawić wyżej, gdyż jest krótsza, prostsza i ze stanowiska bakteryologicznego pewniejsza. Z drugiej kategorii metod, które stosowano przy doświadczeniach BRUNNA prostsza jest metoda chirosoter, gdyż nie trzeba posypywać powierzchni talkiem, którego nadmiar znów trzeba usuwać; lecz chirosoter drażni skórę

<sup>3)</sup> Beitr. zur klin. Chir. Bd. 59. 1907 r.

<sup>4)</sup> Beitr. zur klin. Chir. Bd. 59. 1907 r.

<sup>5)</sup> Munch. med. Woch. 1908 r. str. 557.



z powodu obecności tetrachloru węgla. Przeważnie też za najlepszy sposób, najprostszy, najłatwiejszy do wykonania uznawano jod-benzynę z płynną parafiną.

Otto v. HERFF <sup>6)</sup> z Bazylei do odkażania skóry od 1907 roku używa mieszaniny acetonu z alkoholem.

R. PFISTERER <sup>7)</sup> i OERI <sup>8)</sup> (Bazylea) szeregiem doświadczeń dowiedli, że pod względem bakteriologicznym metoda HERFFA jest dobra, mocno „garbuje” skórę, zamykając na długo szczeliny. HERFF postępuje w ten sposób: s u c h ą skórę wyciera kawałkiem flaneli, zmoczonej w mieszaninie acetonu z alkoholem aa około 5 minut. Następnie zbiera nadmiar i pendzluje mieszaniną, przez siebie podaną, która „zakleja” bakterye i zabezpiecza ranę. Po operacyi i wysuszeniu skóry smaruje znów mieszaniną swoją linię szwów. Mieszanina składała się pierwotnie z *tra Benzoes*, *tra Resinae Damar* aa 10 gr., eter 100 gr., tymol 0,5 gr. Pod wpływem HERZFELDA <sup>9)</sup> z New-Jorku zmienił o tyle, że zamiast tymolu dodaje 20% alkoholowego roztworu jodu w *kali jodatum* (*jod 7 kali jodat 5*, alkohol 100).

Radzono też z rozmaitych stron używać do odkażania i garbowania skóry czystego alkoholu (BRUNN i inni), którym przez kilka lub kilkanaście minut trzeba wycierać skórę.

W październiku 1908 r. Antonio GROSSICH <sup>10)</sup>, chirurg szpitala miejskiego w Rjece (Fiume) podał do wiadomości, że od dłuższego czasu u dostarczanych do szpitala rannych rany i okolice ran smarował jodyną, a następnie zeszywał bez obmywania, i że zwykle miał *prima intentio*. Zachęcony tem, zaczął stosować to samo przy małych operacyach (kaszaki i inne). Zauważył przy tem pewnego rodzaju paradoks: jeżeli chory bezpośrednio przed operacją dostał kąpiel z mydłem, lub został wymyty wodą z mydłem, a następnie posmarowano pole operacyjne jodyną, gojenie szło mniej gładko. Tam zaś, gdzie golo-

no skórę na sucho i na szerokiej przestrzeni smarowano jodyną, gojenie było zupełnie pomyslnie.

Ten dziwny fakt został wyjaśniony przez mikroskopowe badania małych skrawków skóry, ściętych przed rozpoczęciem operacyi. Przekonano się, że jod przenika wszystkie szczeliny, przestrzenie międzykomórkowe i drogi limfatyczne. To przenikanie roztworu jodu w spirytusie jest jego specyficzną właściwością. Woda lub wodne roztwory przenikają nie kompletnie i tylko bardzo powierzchownie. Właściwość głębokiego przenikania *tra jodi* tem się tłumaczy, że *tra jodi* jako *tra* spirytusowa rozpuszcza tłuszcze skóry; jod ma również pewne właściwości przenikania gdyż z tłuszczowymi kwasami skóry tworzy związki chemiczne.

Woda, a tembardziej roztwór mydła sprowadza pęcznienie komórek naskórka, następuje zatkanie szczelin, przestrzenie włosowate napęlniają się roztworem mydła, a wszystko to przeszkadza przenikaniu jodiny. Oprócz tego woda, pozostała w szczelinach, rozgadnia alkohol i utrudnia przenikanie. Autor zaczął stosować swoją metodę odkażania skóry we wszystkich operacyach z pomyslnym skutkiem. Postępował zwykle w ten sposób: dzień przed tem, o ile to możliwe, chory dostawał kąpiel; przed operacją całe pole operacyjne szeroko było smarowane jodyną, włosy golono n a s u c h o. Całe ciało chorego przykrywano sterylizowanym prześcieradłem, zwisającym z boków chorego do ziemi, z otworem na miejscu operacyi; następuje usypianie.

Po uspieniu chorego drugi raz smarowano jodyną, po zeszyciu rany linię szwów jeszcze raz jodynowano; to samo przy zmianie opatrunku. Skóra zwykle się luszczyla. Jeżeli brzegi skóry były dobrze dopasowane, to blizna zwykle była b. ładna i ledwo widoczna.

Jest rzeczą zrozumiałą, że tak prosta, tak niemęcząca chorego i tak wygodna metoda postępowania znalazła, o ile sądzić z głosów prasy, b. licznych zwolenników. Odezwały się głosy przeciw metodzie, lecz bardzo nieliczne. Zaczęto też ogłaszać modyfikację sposobu GROSSICHA. Jako zwolennicy meto-

<sup>6)</sup> Centr. f. Chir. 1909, Nr. 52.

<sup>7)</sup> <sup>8)</sup> refer. Centr. Chir. 1909, Nr. 42.

<sup>9)</sup> Centr. f. Chir. 1909, Nr. 24.

<sup>10)</sup> Centr. f. Chir. 1908, Nr. 44.

a) Berl. kl. Woch. 1909, str. 43.

b) C. Chir. 1910, Nr. 21.

dy GROSSICHA wystąpili J. GREKOW <sup>11)</sup>, który operował 150 razy, HALPERN <sup>12)</sup>, GUIBE <sup>13)</sup>, który przytacza doświadczenia WALTHERA i TOURRAINEA; z doświadczeń tych wynika, że w 3—5 minut po jodynowaniu znajdowano bardzo niewiele zarazków, po 10 minutach do 1¼ godziny zarazków na skórze nie znajdowali wcale. GUIBÉ zwraca uwagę, żeby dobrze zatykać jodynę, gdyż przy ulatnianiu się spirytusu moc jodyny się zwiększa.

Wyraźnymi również zwolennikami GROSSICHA wystąpili J. de FOURMESTAU i DAMIOT <sup>14)</sup>, B. v. HIPPEL <sup>15)</sup>, KNOKE <sup>16)</sup>, który stosował metodę GROSSICHA w 350 operacjach z dobrym skutkiem, w tem również w przepuklinach; KNOKE przestrzega, żeby po jodynowaniu nie stykały się powierzchnie skóry. BUBLICZENKO <sup>17)</sup> robił doświadczenia bakteryologiczne z metodami FÜRBRINGERA, HEUSNERA i GROSSICHA; jod-benzyna i jodyna przewyższają metodę FÜRBRINGERA, jodyna jednak działa mocniej. KAUSCH <sup>18)</sup> po skończeniu operacji, ażeby uniknąć podrażnienia skóry, zciera jodynę alkoholem z wyjątkiem szwu, który jeszcze raz jodynuje.

SCHUMACHER <sup>19)</sup> podaje, że w klinice KROENLEINA postępują w taki sposób: dzień przedtem kąpiel, przed operacją smarują jodyną, po 3 minutach wycierają w ciągu 3—5 minut gazą zmoczoną w alkoholu. KUZNICKIJ <sup>20)</sup> operował ze stosowaniem metody GROSSICHA 25 razy (laparotomie, rezekcyje łokcia i in.) zawsze z doskonałym skutkiem. PAPIANIAN <sup>21)</sup> smaruje 3 razy w odstępach 1—2 minutowych; po ostatniem posmarowaniu operuje dopiero po 10 minutach; przed nałożeniem opatrunku zmywa jodynę eterem. Wilh. BAUM <sup>22)</sup> wypróbował metodę GROSSICHA w 91 przepu-

puklinach; 7 razy spostrzegł zapalenie skóry. Przypisuje to specjalnej wrażliwości niektórych osób i dlatego na parę dni przed operacją próbuje smarować skórę jodyną w miejscu odległym od pola operacyjnego. U dzieci z obawy podrażnienia skóry metody GROSSICHA nie stosuje. PAPAJOANNU <sup>23)</sup> (Ateny) stosuje metodę GROSSICHA koło roku, operował 53 przepukliny i 7 razy hydrocoele i varicocoele. W ostatnich czasach nawet do odkażania własnych rąk zaczął stosować tę metodę, przekonał się jednak, że psuje bardzo skórę rąk, izaczął stosować smarowanie rąk nie codzień, lecz co 10—15 dzień.

BREWITT <sup>24)</sup> podaje rezultaty 500 operacji, przy których stosowano metodę GROSSICHA, i uważa metodę za dobrą, pewną i godną polecenia. NAST KOLB <sup>25)</sup> widział 2 razy bardzo silne podrażnienie skóry z ropieniem i dla tego stosuje metodę tylko do mniejszych operacji i do praktyki ambulatoryjnej. G. HESSE <sup>26)</sup> przypuszcza, że komunikowane przez autorów przypadki ekzemy zdarzały się dla tego, że brano czystą jodynę, a według niego GROSSICH brał tylko 10—12% jodyny do spirytusu, właściwie więc brał 1% jod w spirytusie. On brał 200 jodyny na 800 spirytusu i miał dobre rezultaty.

GROSSICH <sup>27)</sup> sprostował to twierdzenie HESSEGO i powiada, że zawsze używał preparatu oficynalnego jodyny 10—12%. Ekzemy zaś powstawały dlatego, że przed smarowaniem jodyną były stosowane inne metody, które sprzyjały drażnieniu skóry. Jeżeli HESSE miał dobre rezultaty ze słabszym roztworem jodu, to dowodzi, że jod i w słabszej koncentracji ma silne właściwości odkażające. Że tak jest, dowodzi oświadczenie DONATI <sup>28)</sup> z kliniki w Turynie, gdzie stosowano 1% roztwór jodu w rektyfikowanym alkoholu. Wykonano przy zastosowaniu tej metody odkażania 400 średnich lub większych operacji z dobrym skutkiem.

<sup>11)</sup> Russkij Wracz 1909, Nr. 7—9.

<sup>12)</sup> Chirurgja (po rosyjsku) 1909 r.

<sup>13)</sup> refer. w c. f. Chir. 1909 r. str. 35.

<sup>14)</sup> refer. w Centr. f. Chir. 1909, Nr. 42

<sup>15)</sup> ref. w Centr. f. Chir. 1909, Nr. 50

<sup>16)</sup> Munch. med. Woch. 1910, str. 965.

<sup>17)</sup> Nowoje w Medicynie 1910, Nr. 8.

<sup>18)</sup> refer. w Centr. f. Chir. 1910, Nr. 32.

<sup>19)</sup> refer. w Centr. f. Chir. 1910 r. Nr. 32.

<sup>20)</sup> refer. Centr. f. Chir. 1910, Nr. 5.

<sup>21)</sup> refer. Centr. f. Chir. 1910, Nr. 9.

<sup>22)</sup> refer. Centr. f. Chir. 1910, Nr. 23.

<sup>23)</sup> Centr. fur Chir. 1910, Nr. 27.

<sup>24)</sup> Münch. med. Woch. 1910, Nr. 6.

<sup>25)</sup> Münch. med. Woch. 1910, Nr. 6.

<sup>26)</sup> Centr. fur Chir. 1910, Nr. 15.

<sup>27)</sup> Centr. f. chir. 1910, Nr. 21.

<sup>28)</sup> refer. Centr. f. Chir. 1910, Nr. 32.

ALADAR BOGDAN <sup>29)</sup> jest również gorącym zwolennikiem metody GROSSICHA, zmieniając ją o tyle, że przedtem wyciera pole operacyjne jodbenzyną trzykrotnie, a następnie dopiero smaruje jodyną, składając skórę w fałdy. Używał tej metody 800 razy.

LANGENMAK <sup>30)</sup> na 250 operacji 2 razy widział ekzemę z ropieniem, sądzi jednak, że to było skutkiem wytarcia jod-benzyną bez parafiny przed pojodynowaniem. W ostatnich czasach zmienił postępowanie o tyle, że przed jednorazowym posmarowaniem jodyną wyciera w ciągu minuty podanym przez ZABLUDOWSKIEGO roztworem 5% taniny w 95% spirytusie. Rezultaty miał wyborne i bardzo poleca taki sposób postępowania. ZABLUDOWSKIJ <sup>31)</sup> (Moskwa) swoją metodę stosuje do odkażania pola operacyjnego i rąk. Badania bakteriologiczne i kliniczne dały zupełnie dobre rezultaty. Metoda według ZABLUDOWSKIEGO ma mieć tę wyższość nad metodami HEUSNERA, BRUNNA, HERFFA i GROSSICHA, że można pole operacyjne myć przed operacją, że nie drażni i nie zabarwia skóry, że działanie samego alkoholu nie jest długotrwałe, że „garbowanie” samym alkoholem nie utrzymuje się dość długo. Stosował swoją metodę 32 razy; w tem 6 razy operował przepukliny, 2 razy wole, 3 razy wykonał rezekcję stawu i t. d. Bakteriologiczne badania dowiodły, że skóra w czasie, jak również w 40—50 minut po operacji była tak samo jałowa, jak przed operacją.

Prof. LANZ <sup>32)</sup> z Amsterdamu zamiast metody GROSSICHA, z której nie jest zadowolony, bo według niego drażni łącznie i niszczy bieliznę operacyjną, a nawet jest niezupełnie pewna ze stanowiska bakteriologicznego, proponuje wycieranie skóry 5% salicyl-alkoholem. Przyznaje jednak, że w razach nagłych, na wojnie, tam, gdzie mechaniczne odkażanie jest bolesne, do doświadczeń na zwierzętach, tam, gdzie trzeba unikać wszelkiego ochładzania chorego, metoda GROSSICHA ma przewagę nad innymi.

JUNGENGEL <sup>33)</sup> obmyślił do dezynfekowa-

nia skóry i leczenia ran specjalny przyrząd do stosowania pary czystego jodu. Jego metodą operowano 266 razy.

W moim oddziale od przeszło półtora roku stosujemy stale metodę GROSSICHA. Oprócz całego szeregu operacji ropnych, robiłem przy stosowaniu metody GROSSICHA „czystych” operacji 137, w tem 22 razy laparotomię, 44 razy przepukliny, 8 razy *apendicitis*, 5 razy *operat. radic hydroc. i varicocoele*, 41 wyłuszczeń guzów powierzchownych, 2 razy rezekcję łokcia, 7 amputacji i inne.

Z wyników jestem zupełnie zadowolony. Zwykle dzień przedtem, o ile stan chorego nie wymaga natychmiastowej operacji, myje się chorego mydłem i wodą, a następnie kładzie się sterelizowany opatrunek. Przed operacją 2 razy, a czasem raz tylko smaruję jodyną. Po zeszczeniu szew smaruję jeszcze raz jodyną, co zresztą robiłem dawniej jeszcze przed stosowaniem metody GROSSICHA. Gołę tylko obfitsze owłosienie skóry, przy większych operacjach. Przy wyłuszczeniu np. niedużych guzów na głowie, od czasu jak zaczęliśmy stosować w szpitalu praskim czystą benzynę do mycia skóry, a więc na bardzo długo przed jod-benzyną HEUSNERA, włosów chorym nie goliłem; zwykle gojenie szło *per primam*, chory zaś lub chora nie byli oszpecani. Nie goliłem też przy stosowaniu jodbenzyny, niegołę przy stosowaniu jodyny. Przy pierwszych operacjach, któreśmy robili w oddziale ze stosowaniem metody GROSSICHA, kiedyśmy stosowali metodę z pewną obawą i dla tego myli chorego trochę energiczniej i może za gorliwie, zdarzało się pewnego rodzaju podrażnienie skóry, łuszczenie, swędzenie, szczególnie w jednym przypadku *apendicitis*, gdzie swędzenie trwało parę tygodni. Później, kiedyśmy zaczęli mniej energicznie myć, żadnego wyraźnego podrażnienia, po za nieznaczne łuszczenie skóry np. u dzieci przy przepuklinach, nie zauważyliśmy. W ostatnich czasach zacząłem, po nałożeniu szwów, jodynę ze skóry, z wyjątkiem linii szwów, zmywać spirytusem. Podrażnienia łącznie nigdy nie doznawałem. Raz tylko, na prowincyi, przynieśli taką jakąś gryzącą jodynę, że przez parę chwil nie można było przystąpić do operacji. Objasniono

<sup>29)</sup> Centr. fur Chir. 1910, Nr. 3.

<sup>30)</sup> Centr. f. Chir. 1910, Nr. 29.

<sup>31)</sup> Centr. f. Chir. 1910, Nr. 8.

<sup>32)</sup> Centr. f. Chir. 1910, Nr. 25.

<sup>33)</sup> Münch. med Woch 1910, str. 625.

nie, że jodyna była robiona prawdopodobnie na denaturowanym spirytusie, na co sobie pozwalały podobno niektóre apteki i w Warszawie.

O d k a ż a n i e r ą k jest znacznie trudniejsze. Metody, działające garbująco na skórę, dłuższy czas używane być nie mogą, gdyż skóra staje się szorstką, powstaje silne podrażnienie, i wogóle potem wszelkie mycie rąk staje się trudne. Kiedyśmy swego czasu za radą SENNA maczali końce palców w jodynie, to ja zauważyłem, z powodu zgrubienia skóry, osłabienie czucia w końcach palców, skóra grubiała, stawała się szorstką i skutkiem tego łatwiej się brudziła i trudniej myła. Maczanie zaś rąk w jodynie nie przed każdą operacją, lecz raz na 10 — 15 dni, jak to robi prof. PAPAIOANNU (Ateny), chybia celu. Tak samo drażni skórę ciągle wycieranie jodbenezyną HEUSNERA. „Chirosoter”, zalecany przez klinikę BIERA, zawiera drażniący środek tetrachlorek węgla, który sprawia, że po pewnym czasie skóra robi się według MEISSNERA szorstką i pod względem chirurgicznym nie do użycia. „Gaudanin” DÖDERLEINA nie zupełnie dobrze pokrywa fałdy skóry rąk i koło paznogi.

Zalecany przez SCHUMBURGA <sup>31)</sup> do mycia rąk alkohol z dodaniem  $\frac{1}{2}\%$  kwasu siarczanego lub  $1\%$  formaliny drażni również skórę przy ciągłym użyciu.

Tak samo drażni skórę aceton—alkohol HERFFA. Zalecany przez ZABLUDOWSKIEGO roztwór taniny w alkoholu, który według autora zupełnie nie drażni skóry i nadaje skórze suchość i połysk, nie znalazł uznania u innych chirurgów. LANGEMAK (Erfurt), który z uznaniem stosuje przed posmarowaniem jodyną wycieranie pola operacyjnego roztworem taniny w spirytusie i bardzo poleca tę metodę, powiada, że do odkażania rąk przez dłuższy czas zupełnie się nie nadaje, gdyż skóra marszczy się, pęka i „obrzydliwie wygląda”.

Z tego widać, że dotychczas niema sposobu odkażania rąk, któryby nietylko pozwalał należycie odkazić ręce przed operacją, lecz utrzymał w stanie możliwie jałowym przez czas operacji, a który bez szkody dla

rąk operującego możnaby było stosować dłuższy czas. Pozostają rękawiczki gumowe, które rzeczywiście zabezpieczają i chorego od rąk chirurga przy czystych operacjach i ręce operującego przy ropnych. Wprawdzie są chirurdzy, którzy do tej pory nie mogą się przyzwyczaić do rękawiczek, są tacy, którzy porzucili po pewnym czasie rękawiczki przy operacjach czystych. Do takich np. należy LENZMAN <sup>32)</sup>, który porzucił rękawiczki i wciera w ręce masę, składającą się z 5 części formaliny, 15 benzyny i 80 dermosapolu, zawiera więc, jak i inne podawane sposoby, substancje, drażniące skórę.

Ze wszystkich podanych dotychczas metod odkażania skóry pola operacyjnego uważam za najszcześniejszy pomysł metodę GROSSICHA. Nie oziębia chorego, jest niebolesna, krótka, prosta, łatwa do stosowania i pewna, o czym świadczą liczne obserwacje kliniczne i bakteryologiczne.

Do rąk najlepsze są rękawiczki gumowe, do których bardzo łatwo się przyzwyczaić, nie przeszkadzają nawet przy subtelniejszych operacjach, o ile dobrze dobrana jest wielkość, lepiej zabezpieczają chorego przed rękami chirurga, niż wszystkie podawane dotychczas sposoby „zalepiania” zarazków, dają się dobrze sterylizować, są trwałe, na długo starczą, nie drogie (koło 90 kop. para). Zarzut, że można łatwo przedziurawić rękawiczki igłą, instrumentem przy operacji lub kością przy kostnych operacjach niema dużego znaczenia. Ręce przed nałożeniem rękawiczek muszą być tak samo starannie wymyte ciepłą wodą, mydłem lub spirytusem mydlanym i szczotką, jak i przy innych metodach pokrywania skóry rąk (chirosoter lub inne preparaty). Używanie jakichś drażniących i psujących skórę preparatów np. sublimatu, uważam za niepotrzebne i od paru lat zupełnie nie stosuję. Powłoczka na skórze z preparatów, które polecono do „zaklejania” zarazków (chirosoter, gaudanin, preparat HERFFA) tak samo a nawet łatwiej może być uszkodzona, niż rękawiczki, ale zato rękawiczki można, w tej chwili zmienić. Przy kostnych operacjach na rękawiczki gumowe dobrze

<sup>31)</sup> refer. w M. med. Woch. str. 475, 1908.

<sup>32)</sup> Centr. f. chir. 1908, Nr. 4.

kłaść niciane dla zabezpieczenia odrozdarcia. Rękawiczki gumowe po wymyciu powinno się wysuszyć przez wypełnienie ich watą (są nawet specjalne przyrządy) następnie przesycać talkiem, zawinąć w gazę i sterylizować, jak inne materiały opatrunkowe. Od gotowania w wodzie łatwiej się niszczą i tracą elastyczność. Zbyt cienkie nie są praktyczne, łatwiej je można uszkodzić, są mniej trwałe, a przez to wypadają drożej.

przypominały zatrucie aniliną, co też potwierdza formuła chemiczna danego związku (Anilina =  $C_6H_5NH_2$ , amidoazobenzol =  $C_6H_5NNC_6H_4NH_2$ , amidoazotoluol =  $C_6H_5CH_3NNC_6H_4NH_2$ ). Zatrucie w organizmie wywołuje amido grupa  $NH_2$ . Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na to, że jest pierwszy w odnośnym piśmiennictwie.

### Zatrucie maścią szkarłatną (amidoazotoluolową) Schmiedena w oparzeniu.

podał

**Stanisław Gurbki.**

Amido-azotoluolową 8% maść szkarłatną SCHMIEDENA stosowałem u 11-letniej pacjentki przy oparzeniu 2-go stopnia dolnej kończyny (wybuch terpentyny). Ziarninująca powierzchnia zajmowała przestrzeń od dolnych  $\frac{2}{3}$  uda do kostek. W 15 dni po nałożeniu opatrunku z maści szkarłatnej chora zaczęła się skarżyć na zawroty i bóle głowy, dostała gwałtownych wymiotów, bólów w brzuchu, ciepłota podniosła się do  $39,1^\circ$ , tętno 110, o małym napięciu, sinica ust, w moczu ślady białka. Po zmianie opatrunku i zastosowaniu diety mlecznej objawy te w kilka godzin przeszły. Po tygodniu zastosowano po raz drugi maść szkarłatną, która w kilkanaście godzin wywołała te same objawy (prócz białkomoczu). Po pięciu dniach ponowny opatrunek maścią szkarłatną wywołał takie objawy, jak za drugim razem: wymioty słabsze. W następnych razach stosowano maść nie na całej ziarninującej powierzchni, lecz tylko na czwartej części. Objawów zatrucia nie było, ziarnina pokrywała się nabłonkiem bardzo prędko.

W danym przypadku mieliśmy do czynienia z wrażliwością szczególną względem stosowanego preparatu. Objawy zatrucia

### W sprawie wskazań do trepanacji (kraniektomii) paliatywnej w przypadkach cierpienia mózgowia.

(Przedstawienie chorej)

Podał

**STANISŁAW KOPCZYŃSKI.**

(skrót.).

Przytaczam trzy własne przypadki, w których trepanacja paliatywna przyniosła chorym wybitną korzyść.

Przypadek I. Chora lat 30 z nowotworem mózgu podkorowym, stwierdzonym sekcyjnie, od 8 lat miewała napady padaczki Jackson'owskiej, z latami coraz cięższe i częstsze, w ostatnich czasach z następczem porażeniem połowiczem. Trepanacja paliatywna, dokonana dwukrotnie (BORZYMOWSKI i KRYŃSKI), uwolniła chorą na przeciąg 5—6 miesięcy od napadów i uczyniła nawet zdolną do pracy.

Przypadek II. Chora lat 19 z nowotworem mózdzku, stwierdzonym sekcyjnie, dotknięta ślepotą z bardzo ciężkimi objawami ogólnomózgowymi, po trepanacji paliatywnej (BORZYMOWSKI) w ciągu paru miesięcy doznała wybitnej ulgi (ból głowy, nudności i wymioty na ten czas ustały).

Przypadek III. Chora lat 30, dotknięta ostrem wodogłowiem wewnętrznym i licznymi objawami, wskazującymi na wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, po trepanacji paliatywnej odzyskała utracony od 10 dni wskutek obrzęku brodawek zastoinowych

wzrok i zupełnie przysłała do siebie (przedstawienie chorej).

Opierając się na spostrzeżeniach własnych, na statystyce i pracach KOCHERA, HORSLEYA, CUSHINGA, TROCME, HIPPELA, a z naszych autorów BABIŃSKIEGO, BYCHOWSKIEGO, GAJKIEWICZA i JAROSZYŃSKIEGO, przychodzę do następujących wniosków:

1) Trepanacja paliatywna, jako zabieg względnie niewinny, wskazana jest w przypadkach nowotworów mózgowia, w celu zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego w tych razach, w których trepanacja radykalna ze względu na umiejscowienie nowotworu lub brak ścisłego umiejscowienia nie może być zastosowana.

2) Trepanacja paliatywna wskazana jest w każdym przypadku zwiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, kiedy nakłucie łądźwiowe jest przeciwwskazane (nowotwory tylnej jamy czaszkowej), lub wskutek niedrożności kanału centralnego albo też innych przyczyn, nakłucie nie powoduje wyciekania płynu mózgodzeniowego.

3) Trepanacja paliatywna jest wskazana w przypadkach wciąż postępującej brodawki zastoinowej, grożącej choremu ślepotą.

4) Trepanacja paliatywna jest wskazana we wszystkich przypadkach zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego z rozpoznaniem przypuszczalnego nowotworu mózgowia, gdyż nigdy nie możemy wyłączyć bezwzględnie spraw, przebiegających z takim samym obrazem klinicznym: nowotwory rzekome NONNEGO, ostry obrzęk mózgu REICHHARDTA i ostre wodogłowie wewnętrzne, które mogą dać zejście zupełnie pomyślne, z wyjątkiem utraty wzroku. Trepanacja paliatywna od tego kalectwa może chorego zabezpieczyć.

Nawet w przypadkach nowotworów, kończących się śmiercią, zabezpieczenie chorego od ślepoty na kilka tygodni, miesięcy, a nawet lat przed śmiercią, jest wskazaniem do trepanacji paliatywnej.

## Zabiegi chirurgiczne w przewlekłych cierpieniach opon mózgu i rdzenia.

podał

H. Higier. (skrót.)

Z każdym dniem rozszerza się znakomicie dziedzina chorób oponowych, w której nóż chirurga z wielkim dla chorego pożytkiem zaczyna stopniowo i wszechwładnie panować, — dziedzina, dziwnym zbiegiem okoliczności, bardzo u nas po macoszemu traktowana.

Z grupy tej zasługują przedewszystkiem na wzmiankę niektóre uporczywe sprawy zapalno-degeneracyjne opon twardych mózgowia (*pachymeningitis haemorrhagica s. haematomma durae*) i łatwiej poddające się rozpoznaniu różniczkowemu sprawy przewlekłe opony twardej rdzenia (*pachymeningitis hypertrophica spinalis super. et infer.*) Odmianę tej ostatniej notowano ostatnio i operowano ze skutkiem w mózgu.

Bardzo aktualne są rękoczyny chirurgiczne w torbielach wrodzonych i nabytych (*meningitis cerebrealis, cerebellaris, spinalis chron. circumscripta s. arachnitis adhaesiva cystica s. hydromeninx congenita*), dających nieraz ciężki obraz guza rozlanego. Nie zupełnie wyjaśniona jest geneza, a znakomite są wyniki lecznicze w samoistnym wodogłowie przewlekłym (*meningitis serosa chron. s. hydrocephalus idiopathicus*). Odmianę tego ostatniego, niełatwo rozpoznawalną, stanowi wodogłowie surowicze, towarzyszące ograniczonym sprawom ropnym ucha lub nosa.

W dziedzinie t. zw. nowotworów rzekomych (*pseudotumores*) operacja nie wykrywa zazwyczaj nic, dając jednak poprawę znaczną. Nawrotowa postać tego względnie rzadkiego cierpienia pozwala wyłączyć nowotwór.

Nader wdzięcznym polem dla chirurga zdają się być nowotwory łagodne opon mózgu i rdzenia, nie zawsze dające się rozpoznać i rozróżnić od guzów, wewnątrz substancji nerwowej siedzących, względnie od guzów tkanek, otaczających opony. Jako odmianę

tych nowotworów uważać należy wychodzą-  
ce z pochwy nerwów czaszkowych i z opon,  
otaczających niektóre gruczoły o sekrecyi  
wewnętrznej: guzy kąta mostowo-mózdko-  
wego (*acusticustumor*), przysadki (*hypophysis*)  
i gruczołu szyszkowatego (*epiphysis*). Wszyst-  
kie te nowotwory udaje się rozpoznać bez  
trudności, a znaczna ich część daje się na jed-  
nem lub dwóch posiedzeniach doszczętnie  
usunąć.

Rozsiana sarkomatoza, gliomatoza i gum-  
matoza opon symuluje tu i owdzie nowotwór

ograniczony, prowadząc nieraz zbyt poho-  
pnego do operacyi chirurga na manowce.

W obszerniejszej pracy omówię bliżej kli-  
nikę, semiotykę i rozpoznanie różniczkowe  
wszystkich spraw powyższych ze stanowiska  
neuro-patologicznego i stosowane przy nich  
chirurgiczne rękoczyny, dyagnostyczne i le-  
cznicze, w rodzaju nakłucia łądźwiowego  
(QUINCKE), mózgu (NEISSER-POLLACK), komor  
bocznych (BOURNEVILLE) i spoidła mózgowego  
(ANTON-BRAMANN), w trepanacyi dekompresyj-  
nej i t. d.

## Wiadomości bieżące.

### Program Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie 1910 r.

POSIEDZENIE I. (Czwartek 6 paździer-  
nika od g. 9 — 1 w południe).

1. Prof. K o s t a n e c k i (Kraków). O  
położeniu wyrostka robaczkowego i jego fał-  
dach otrzewnej ze stanowiska historii roz-  
woju.

2. Prof. C i e c h a n o w s k i i prof.  
G l i ń s k i (Kraków). Topografia wyrostka  
robaczkowego.

3. I. **Temat programowy: Leczenie  
zapaleń ostrych wyrostka robaczkowego.**

Sprawozdawcy: prof. R y d y g i e r  
(Lwów) i prof. K a d e r (Kraków).

5. Prof. Z i e m a c k i (Petersburg). W  
sprawie etiologii zapaleń wyrostka robacz-  
kowego.

5. S l ę k (Przemyśl). Zapalenie ostre  
wyrostka robaczkowego.

6. B r o n i a t o w s k i (Kraków). *Ap-  
pendicitis gangraenosa* wśród porodu.

7. O d e r f e l d (Warszawa). Zapale-

nie wyrostka robaczkowego w worku prze-  
puklinowym.

POSIEDZENIE II. (Czwartek 6 paździer-  
nika od godz. 2½ — 6 po południu.

8. S z u m a n (Toruń). Wyniki ope-  
racyi przepuklin pachwinowych u dzieci.

9. J e d l i ń k a (Lwów). O przeszczep-  
ianiu mięśni w przypadkach przepuklin roz-  
ległych.

10. R e c h n i o w s k i (Suwałki). Przy-  
padek uwięźnienia przepukliny pachwinowej  
w worku wodniaka jądra.

11. H ł a d i j (Kraków). Operacya  
przepukliny udowej.

12. B u r s c h e (Warszawa). O prze-  
puklinie nadbrzuszej.

13. Prof. K r y ń s k i (Warszawa). Mo-  
dyfikacye w operacyach doszczętnych prze-  
puklin pachwinowych.

14. R e c h n i o w s k i (Suwałki) Przy-  
padek obecności macicy szczątkowej w wor-  
ku przepukliny pachwinowej.

15. Marcinkowski (Piotrków). Dwa przypadki uwięzienia wstecznego jelit cienkich.

16. Łazarewicz (Poznań). O zamknięciu dwunastnicy pooperacyjnym.

17. A. Rydygier (Lwów). Uwagi nad postępowaniem wobec nowotworów esicy i odbytnicy.

18. Ostrowski (Lwów). O gruźlicy kątnicy.

19. Perlis (Łódź). Przypadek guza zapalnego *flexurae lienalis coli*.

20. A. Rydygier (Lwów). O zakładaniu odbytu sztucznego w kształcie syfona sposobem L. Rydygiera.

21. Ostrowski (Lwów). Przedstawienie okazu mięśniaka odbytnicy.

22. Kaczurba (Przemyśl). O leczeniu wypadnięcia odbytnicy sposobem Sicka.

23. Cohn (Łódź). Przyczynek do kazuistyki *ileus paralyticus*.

24. Prof. Kader (Kraków). Postępowanie w przypadkach guzów i gruźlicy kiszki grubej.

25. Dobrucki (Lublin). Przyczynek do patologii i chirurgii wgłobień jelit.

26. Kijewski (Warszawa) O zapaleniu uchyłka Meckela.

27. Dobrowolski (Warszawa). Wycięcie pierwotne kiszki grubej w przypadkach nowotworu.

28. Oderfeld (Warszawa). O postaci zgorzelinowej skręcenia esicy.

29. Krakowski (Warsz.). O skręceniu esicy.

30. Skabowski (Warszawa). Przyczynek do leczenia krwawnic sposobem Jonnescu.

31. Bursche (Warszawa). Polipowatość odbytnicy.

32. Krauze (Warszawa). Przyczynki do patologii przydatków sieciowych.

33. Tuchendler (Warsz.). Recto-romanoscopia i jej zastosowanie kliniczne.

34. Leyzerowicz (Warszawa).

Zgorzel samoistna zatok kulszowo-odbytniczych.

35. Hincz (Warszawa). Postępowanie operacyjne w przypadkach *pericolitis i perisigmoiditis*.

36. Wertheim (Warszawa). W sprawie leczenia przetok kałowych.

37. Garszyński (Warszawa). O leczeniu wypadnięcia odbytnicy.

38. Faytt (Warszawa). O leczeniu przetok odbytnicy.

39. Prof. Kryński (Warsz.). Stwardnienie krezki (*mesenteritis fibrosa*), jako postać kliniczna.

POSIEDZENIE III. (Piątek 7 października od godz. 9-ej—1 w południe).

40. Prof. Cybulski i p. Eiger (Kraków). O elektrokardiogramach przy rozmaitych rodzajach narkozy.

41. II temat programowy: **Współczesne sposoby znieczulania**. Sprawozdawca: prof. Kryński (Warszawa).

42. Prof. Kader (Kraków). O znieczulaniu lędźwiowym.

43. Kaczurba (Przemyśl). O znieczulaniu lędźwiowym.

44. Goldberg (Łódź). Spostrzeżenia nad znieczulaniem lędźwiowym.

45. Sławiński (Warszawa). O znieczulaniu miejscowym.

46. Prof. Kader (Kraków). O postępowaniu w razie *syncope* serca podczas uśpienia.

47. Jedlicka (Lwów). Wpływ mięsienia bezpośredniego na korę mózgową.

48. Kopczyński (Warsz.). W sprawie wskazań do trepanacji paliatywnej w cierpieniach mózgu.

49. Higier (Warszawa). O zabiegach chirurgicznych w cierpieniach przewlekłych opon mózgu i rdzenia.

50. Raum (Warszawa). Z dziedziny chirurgii mózgn.

51. Rotberg (Warszawa). Przyczynek do mięsaków opony twardej.

52. Sawicki (Warszawa). Leczenie



objawów uciskowych rdzenia w gruźlicy kręgosłupa.

53. A. R y d y g i e r (Lwów). Badania doświadczalne nad wycinaniem *ganglion stellatum*.

54. A. Z a w a d z k i (Warszawa). Przyczynki do chirurgii zwoju G a s s e r a.

55. W e r t h e i m (Warszawa). O leczeniu operacyjnym porażenia nerwu twarzonego.

56. O s t r o w s k i (Lwów) O przeszczepianiu naczyń.

57. A. Z a w a d z k i. (Warsz.). W sprawie szwu naczyń krwionośnych.

58. W. S t a n k i e w i c z. (Warszawa.) O leczeniu mięsaków, nie nadających się do operowania.

59. K i j e w s k i (Warszawa). Wyniki leczenia nowotworów złośliwych za pomocą fulguracji.

60. S o l m a n (Warszawa). O sposobach, uzupełniających leczenie chirurgiczne, z demonstracją elektrokoagulacji.

61. Prof. Z i e m a c k i. (Petersburg). O powstawaniu ropni zimnych w gruźlicy stawów i kości.

62. Z a l e s k i (Płock). W sprawie leczenia ropni zimnych.

63. K a c z y Ń s k i (Warszawa). Badania doświadczalne nad promienicą.

64. K i z l e r (Warszawa). Symbiozę laseczników gruźliczych z innymi drobnoustrojami (praca doświadczalna).

65. Ż u r a k o w s k i. (Warszawa). Dalejsze spostrzeżenia nad leczeniem promienicy siarczanem miedzi.

66. Prof. C h l u m s k y (Kraków). Wyniki leczenia za pomocą diatermii.

67. J a k i m i a k (Warszawa). O stosowaniu pasty bizmutowej Becka.

68. B i e h l e r (Warszawa). Metalefermenty i zastosowanie ich w chirurgii.

POSIEDZENIE IV. Piątek 7 października godz. 2½—6 po poł.).

69. Prof. R o s n e r (Kraków). O wyłuszczeniu włókniaków wśród doszczętej myomiotomii,

70. F a l g o w s k i (Poznań). O korzyściach operowania drogą pochwową.

71. Prof. R o s n e r (Kraków). Dwa przypadki ciąży brzusznej.

72. R a d w a Ń s k a (Kraków). O mięśniach więzów obłych

73. N o w o t n y (Kraków). *Aneurysma venosum parametrij et paracolprij*.

74. J a w o r s k i (Warszawa) Krwotoki maciczne natury syfilitycznej oraz wartość ich leczenia operacyjnego.

75. M o n s i o r s k i (Warszawa). Kombinacje nowotworów w narządach płciowych kobiety.

76. N e u g e b a u e r (Warszawa). W sprawie ciąży pozamacicznej.

77. C z a r k o w s k i (Warszawa). Leczenie ropni otrzewny, powłanych przetokami kiszki i pęcherzowemi, powstałych na tle schorzeń przydatków macicznych.

78. C z e r w i Ń s k i (Lublin). Statystyka przetok pochwoowych, operowanych w szpitalu św. Wincentego w Lublinie w roku 1895—1910.

79. Cz. S t a n k i e w i c z (Warszawa). Przedstawienie preparatów anatomicznych.

80. Prof. R y d y g i e r (Lwów). O wycinaniu sterczu (*prostatectomia*).

81. M i n c e r (Warszawa). W sprawie wycinania sterczu.

82. G r o s g l i k (Warszawa). O leczeniu doszczętnem przerostu gruczołu krokowego sposobem Freyera

83. G r o s g l i k (Warszawa). W sprawie wycinania sterczu w przypadkach zaniku sterczu.

84. Prof. K r y Ń s k i (Warszawa). W sprawie leczenia *prostatismus sine hypertrophia*.

85. S ł a w i Ń s k i (Warsz.). W sprawie leczenia operacyjnego niepłodności męskiej.

86. M o t z (Paryż). O zapaleniu miedniczek nerkowych.

87. S c h l a n k (Kraków). O zapaleniu miedniczek nerkowych w ciąży.

88. J e d l i ń s k i (Lwów). Pokaz kamieni nerkowych wraz z uwagami rozpoznawczymi.

89. D o b r u c k i (Lublin). Kamień nerkowy wielkich rozmiarów, wydobyty przez nacięcie nerki.

90. Prof. K a d e r (Kraków). W sprawie leczenia gruźlicy nerek oraz innych cierpień nerkowych.

91. M o t z (Paryż). O rozpoznawaniu niektórych postaci gruźlicy nerek.

92. L e ś n i o w s k i (Warszawa). O przeroście zastępczym nerki (praca doświadczalna).

93. K i e ł k i e w i c z (Warszawa). O rozpoznawaniu wczesnem gruźlicy nerki.

94. F r y s z m a n (Warszawa). Z dziedziny pyelografii.

95. S t a n k i e w i c z (Warsz.). O brodawczakach pęcherza moczowego.

96. Cz. S t a n k i e w i c z (Warszawa). Kilka uwag z powodu przypadku wycięcia pęcherza moczowego (operacja M a y d l - B o r e l i u s a).

97. F r y s z m a n (Warszawa). O metodzie wewnątrz-pęcherzowej operowania guzów pęcherza moczowego.

98. G r o s g l i k (Warszawa). Przyczynek do kazuistyki nowotworów łagodnych pęcherza moczowego.

99. G r o s g l i k (Warszawa). Przypadek ciąży zamacicznej z zatrzymaniem płodu przez lat 30 i przebicciem do pęcherza moczowego.

100. S l ę k (Przemyśl). Leczenie zapaleń otrzewny z przedziurawienia trzew (*peritonitis perforativa*).

101. S z c z a w i ń s k a (Warszawa). Przyczynek do leczenia *ascites tuberculosa* u niemowląt.

102. L e w e n s t e r n (Warszawa). O tłuszczakach zaotrzewnowych.

103. F a y t t (Warszawa). W sprawie ropni podprzeponowych.

104. Prof. K a d e r (Kraków). Udostępnienie pola operacyjnego w miednicy małej od strony jamy brzusznej.

105. J u d t (Warszawa). O roentgenografii jamy brzusznej.

106. B a r s z c z e w s k i (Warszawa). *Radio-palpatio* jamy brzusznej (z pokazem radiogramów w obrazach niktujących).

107. A. Z a w a d z k i. (Warszawa). Przedstawienie chorych po operacjach.

POSIEDZENIE V. **Sobota** 8 października od 9—1 w poł.

108. **III-cjtemat programowy: Aseptyka i antyseptyka operacyjna.** Sprawozdawcy: Prof. H e r m a n (Lwów) i L e ś n i o w s k i (Warszawa).

109. Prof. B u j w i d i S z u l c (Kraków). Doświadczenia nad odkażaniem rąk, zakażonych drobnoustrojami ropnymi.

110. S l ę k (Przemyśl). Wyjałowienie skóry nalewką jodową.

111. Z a r ę b a (Husiatyn). O odkażaniu skóry sposobem G r o s s i c h a.

112. F i l i p o w i c z (Warszawa). W sprawie wyjałowienia skóry przed operacją.

113. S ł a w i ń s k i (Warsz.). W sprawie wyjałowienia narzędzi ostrych.

114. Prof. K a d e r (Kraków). Aseptyka w klinice chirurgicznej krakowskiej.

115. Prof. R y d y g i e r (Lwów). Nasze stanowisko w leczeniu chirurgicznym wrzodu żołądka.

116. M a r c i n k o w s k i (Piotrków). Przyczynki do wycięcia odźwiernika z powodu raka i słów kilka w sprawie rozpoznania zwężeń odźwiernika.

117. P e r l i s (Łódź). O tak zwanem ostrem rozszerzeniu pooperacyjnym żołądka.

118. E d e l s c h e i n (Lwów). W sprawie gastrostomii.

119. C i e c h o m s k i (Warszawa). Uwagi nad plastyką przełyku według R o u x.

120. S ł a w i ń s k i (Warszawa). Zabiegi chirurgiczne w przypadkach otrucia lugiem.

121. A. Z a w a d z k i (Warszawa). O operowaniu aseptycznym żołądka i kiszek.

122. T u c h e n d l e r (Warszawa). O rozpoznawaniu spraw chorobowych przełyku za pomocą wziernika (*oesophagoscopia*).

123. Z i e m a c k i (Petersburg). Wybór metody operacyjnej w kamicy żółciowej.

124. M i n t z (Warszawa). O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej.

125. S a w i c k i (Warszawa). Powikłania po zabiegach operacyjnych na drogach żółciowych.

126. H u b i c k i i S z e r s z y ń s k i (Warszawa). O wpływie na wątrobę zespolenia dróg żółciowych z jelitem (praca doświadczalna).

127. R o t e r m u n d (Warszawa). Badania doświadczalne nad leczeniem kamicy żółciowej.

128. K i z l e r (Warszawa). Przyczynek do leczenia bąblowca wątroby.

129. G o l d m a n (Łódź). O pęknięciu podskórnym śledziony.

POSIEDZENIE VI. (Sobota 8 października godzina 2 1/2—6 po południu).

130. R y d y g i e r (Lwów). Leczenie słoniowacizny kończyn sposobem Handleya.

131. K a l i n o w s k i (Warszawa). Przyczynek do leczenia operacyjnego słoniowacizny kończyn dolnych.

132. K a d e r (Kraków). Przypadek wszczepienia części stawowej kości udowej ze świeżych zwłok ludzkich w miejsce części wyciętej.

133. M i e c z k o w s k i (Poznań). O pęknięciu błony wewnętrznej tętnicy piszczałowej skutkiem nadmiernego wyprostowania kolana.

134. G o l d m a n (Łódź). Przeszczepienie mięśni przy rozerwaniu więzów rzepki.

135. D o b r u c k i (Lublin). Wyniki plombowania kości sposobem Mosetig-Moorhafa.

136. C z a j k o w s k i (Sosnowiec). O leczeniu gruźlicy kości, stawów i skóry.

137. S k a b o w s k i (Warszawa). Leczenie gruźlicy kości i stawów promieniami X.

138. W r z e ś n i o w s k i (Częstochowa). Leczenie otwarte gruźlicy stawów ropnej.

139. S c h a t z (Lwów). O następstwach późniejszych zwichnięć barku.

140. R a u m (Warszawa). O kostnieciu mięśni po zwichnięciach stawów.

141. S m u ż y ń s k i (Warszawa). Przyczynek do leczenia zwichnięć nawykowych.

142. M a z u r e k (Warszawa). Przyczynek do uszkodzeń tętnicy pachowej przy nastawianiu zwichnięć barku.

143. C z a r k o w s k i (Warszawa). Przypadek nerwowłókniaków nerwów przedramienia.

144. Z a r e m b a (Husiatyn). O kikutcie osteo - plastycznym w amputacjach podudzia.

145. H ł a d i j (Kraków). Osteotomia *intertrochanterica i subtrochanterica*.

146. W r z e ś n i o w s k i (Częstochowa). Leczenie zachowawcze złamań otwartych zmiażdżonych.

147. W r z e ś n i o w s k i (Częstochowa). O opatrunkach klejowych według Helsinga.

148. H ł a d i j (Kraków). Leczenie stopy płaskiej zeszywniałej

149. S t. K o n (Warszawa). Z dziedziny patologii i terapii cierpień stopy.

150. S ł a w i ń s k i (Warszawa). W sprawie leczenia żyłaków i wrzodów podudzia.

151. H u b i c k i (Warszawa). W sprawie leczenia żyłaków kończyn dolnych.

152. C h ł u m s k y (Kraków). Przyczynki do etiologii skrzywień bocznych kręgosłupa.

153. J a k i m i a k (Warszawa). O ranach przepony.

154. M a j e w s k i (Lwów). Leczenie gruźlicy żeber i mostka.

155. C h ł u m s k y (Kraków). O leczeniu ropniaka opłucny.

156. E d e l s c h e i n (Lwów). O powikłaniach pooperacyjnych ze strony płuc.

157. G a b s z e w i c z (Warszawa). O ranach serca.

158. E r b r i c h (Warszawa). Bronchoskopia i jej zastosowanie w chirurgii.

159. K a r ł o w i c z (Warszawa). O stosunku pomiędzy wolem a schorzeniem gośćcoweni.

160. Prof. K r y Ń s k i (Warszawa). Leczenie operacyjne choroby Basedowa-Gravesa.
161. G o l d m a n (Łódź). Podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej z powodu rany postrzałowej.
162. C y k o w s k i (Warsz.). W sprawie torbieli krwawych szyi.
163. J a n k o w s k i (Warszawa). Zabiegi doszczętne w raku krtani.
164. S o l m a n (Warszawa). Wyniki leczenia cierpień krtani przy pomocy rozcięcia (laryngofissura).
165. J a n k o w s k i (Warsz.). W sprawie wskazań do rozszczepiania krtani (laryngostomia).
166. H e r y n g (Warszawa). Leczenie zwężeń krtani zapomocą rur kauczukowych.
167. S z l e i f s z t e i n (Warszawa). W sprawie przecinania krtani w twardzieli.
168. P o h o r e c k i (Lwów). Postępowanie operacyjne w raku języka.
169. S c h a t z (Lwów). Postępowanie w operowaniu wilczej paszczy.
170. C h o r ą ż y c k i (Warszawa). Nowy sposób leczenia operacyjnego ropni zatoki szczękowej.
171. K r a u z e (Warszawa). Z chirurgii oczodołu pozagalkowego.
172. M i e c z k o w s k i (Poznań). Martwica żuchwy w przebiegu cukrzycy.
173. M i e c z k o w s k i (Poznań). Przypadek włókniaka ośrodkowego żuchwy.
174. G e l b a r d (Warszawa). Zabiegi lecznicze w złamaniu żuchwy.
175. G e l b a r d (Warszawa). Z kaźuistyki cierpień szczękowych.
176. B o r o w s k i (Nieśwież). O działaności lecznicy chirurgicznej w Nieświeżu.
177. Wł. S t a n k i e w i c z (Warszawa). O niezbedności uzdrowiska morskiego dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną.
178. K o n (Warszawa). O potrzebie stworzenia u nas uzdrowisk dla kalek.

---

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Metale-zaczniny i zastosowanie ich w chirurgii, podał Waelaw Biehler. — O usuwaniu gruczołu krokowego, podał d-r Adam Mincer. — O rozpoznawaniu spraw chorobowych przelyku za pomocą wziernikowania (oesophagoskopii), podał Antoni Tuchendler. — W sprawie przecinania krtani u chorych z twardziela, podał Szleifstein. — Nowsze sposoby odkażania skóry pola operacyjnego i rąk, podał Bolesław Jakimiak. — Zatrucie maścią szkarlatną (amidoazotoluolową) Schmie dena w oparzeniu, podał Stanisław Gurb ski — W sprawie wskazań do trepanacyi (kraniektomii) paliatywnej w przypadkach cierpienia mózgowia, podał Stanisław Kopczyński. — Zabiegi chirurgiczne w przewlekłych cierpieniach opon mózgu i rdzenia, podał H. Iligier. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. Program Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie 1910 r. — OGŁOSZENIA.

---

Do dzisiejszego numeru dołącza się tablicę z portretami.

# KEPHALDOL

PEWNE, PRĘDKO DZIAŁAJĄCE I ZUPEŁNIE NIESZKODLIWE

**antipyreticum, antineuralgicum, antidroticum**

z powodzeniem stosowany w klinikach prof. K. v. Noorden <sup>1)</sup>, N. Ortner <sup>2)</sup>, H. Schlesinger <sup>3)</sup>, E. v. Stoffella <sup>4)</sup>.

## **INFLUENZA.**

Z artykułu d-ra Heinrich Haase <sup>5)</sup>

„O ostatniej epidemii influency w Wiedniu“. Na podstawie opisanych spostrzeżeń nie będzie przesadą, jeżeli nazwę Kephaldol nie tylko symptomatycznym ale wprost specyficznym środkiem w influency, jakim okazał się w czasie ostatniej epidemii.

**Kephaldol-Stohr jest do nabycia we wszystkich aptekach.**

ZAPISUJE się Kephaldol najlepiej w opłatkach albo tabletkach. Rp. Tabl. Kephaldol-Stohr 0,5 d. t. d. № 20. „Oryginalne opakowanie“, cena 80 kop.

Próbki i literatura wysyła się **BEZPŁATNIE** pp. lekarzom na pierw. żądanie.

<sup>1)</sup> Manu. Wiener med. Wochenschrift, LVII, Jahrgang, №№ 33, 34. <sup>2)</sup> Fritsch. Wiener Klin. Wochenschrift 1906, № 33. <sup>3)</sup> Einhorn. Zentrbl. für die gesamte Therapie, XXV. Jahrg. H. 2. <sup>4)</sup> Rosenthal, Wiener Klin. Rundschau 1906, № 48. <sup>5)</sup> Allg. med. Central-Zeitung 1908, № 18. <sup>6)</sup> Klinisch. Therap. Wochenschrift 1909, № 46.

**KOMPANIA KEPHALDOL-STOHR.** PETERSBURG,  
ul. Nikolajewska, 16.

# TABLETKI KOLANINY

Pierwiastek działający orzecha - Kola

w

postaci łatwej do stosowania i wygodnej do dawkowania.

Wyborne

## **Analepticum i Tonicum**

zwiększa

Napięcie mięśni i systemu nerwowego  
działa jako

**Środek odżywczy**

Wskazania:

**Migrena, neuralgie, neurastenia, stany nerwowe,  
osłabienie serca.**

## Tabletki Kolaniny

po 0,2 g.

w pudełkach oryginalnych po 20 i 50 sztuk

**KREWEL & C-o G. m. b. H. Kolonia n. Renem**

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Bracka 6, tel. 128.46.

# WIESBADAŃSKIE

## Zakłady lecznicze i Instytuty Lekarskie

Dr. Abend, Zakład leczniczy dla chorych na żołądek i kiszki, Parkstrasse 30.

Dr. Amson, Instytut medyko-mechaniczny, zakład dla ortopedyi, gimnastyki leczniczej i masażu. Gabinet Röntgenowski, Taunusstrasse 6.

Dr. Badt, Instytut do leczenia zaburzeń ruchowych, specjalnie chodzenia, ataxii. Taunusstrasse 4

Dietenmühle, Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. Fedor Plessner i D-r Fritz Reich.

Dr. Otto Dornblüth, Zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych, Garten Str. 15.

Dr. Fendt Instytut do leczenia Röntgenem i światłem, chorób skóry, serodyagnosa syfilisu, Friedrichstrasse 20.

Dra. R. Friedlaender'a Sanatorium Friedrichshöhe dla chorych nerwowych i wewnętrznych Leberberg 14.

Dr. Guradze, Chirurgiczno-ortopedyczna klinika prywatna i sanatorium z instytutem medyko-mechanicznym i oddział Röntgenowski, Mainzerstr. 3.

Lindenhof, Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. van Meenen W alkmuhrstrasse 43/45

Dr. Lubowski Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych, Gartenstrasse 16.

Dr. Jul. Müller, Instytut do fizykał. Leczenia chor. skóry. (Röntgen, Finsen, Uriol, lampa kwarcowa, radium etc.) Museumstr. 4.

Kurhaus Bad Nerotal. Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Lekarz dyrektor D-r Mäckler.

Kuranstalt Dr. Schloss, dla chorych na żołąd. kiszki i przemianę materyi. Sonnenbergerstrasse 11-a.

Dr. Schütz Villa Panorama, dla chorych wewnętrznych i nerwowych (spec. chor. z zaburzeniami trawienia i przemiany materyi).

— Prospekty i informacyi udzielają lekarze zakładowi. —



## SANTÉINE

Działanie pewne przy

## ZAPARCIU STOLCA

zaburzeniach w trawieniu, migrenie i hemoroidach i t. d.

Dawka: dorosłym 2—4 pastylki, dzieciom 1/2—2 stosownie do pożądanego działania.

**MONTAGU, 13, rue des Lombards, PARIS**

Blizsze szczegóły we wszystkich aptekach.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać możnawe wszystkich aptekach. Oryginalne pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr Bengué