

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW

Warunki przedpłaty.

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	„ 2 „ 50		i w Cesarstwie	półrocznie.....
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25	z przesyłką:		

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po 15 kop. za wiersz drobnem pismem lub za jego miejsce; następne po 10 kop. za wiersz.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Redakcyja,—w Paryżu M. L. C. Adam 81 rue des Saints-Pères.

Telefonu Redakcyi Nr. 536.

## ZAKŁAD LECZNICZY HYDROPATYCZNO-PNEUMATYCZNY

dla chorych przychodzących,

### D-rów Dobrzyckiego i Fritschego

Oboźna Nr. 5,

1) Leczenie ścieśnionem powietrzem w dwóch gabinetach pneumatycznych, oraz stosowanie wielkiego dwucylindrowego przyrządu o dowolnie zmiennem dodatniem i ujemnem ciśnieniu, (wysięki pleurytyczne, rozdęcie płuc, astmy, kataru dróg oddechowych).

2) Leczenie hydropatyczne. Zakład zaopatrzony jest we wszystkie przyrządy według najnowszych wymagań nauki: kąpiele parowe, kąpiele rzymskie, kąpiele ogólne w obszernym basenie, kąpiele wannowe, nasiadowe, natryski (prysznice) o różnych temperaturach, natryski t. zw. szkockie, koce, oraz wszelkie procedury w zakres hydropatyki wchodzące (osłabienie ogólne, blednica, liczne cierpienia nerwowe, początkowe cierpienia rdzenia paciierzowego, przewlekłe cierpienia żołądka i kiszek, zastarzałe reumatyzmy i t. d.)

3) Masaż czyli terapia mechaniczna, oraz kombinacja hydropatyki z masażem (skrzywienia członków, oraz zgrubienia stawów, szczególnie od wysięków zależne, chroniczne zaparcie kiszek, neuralgie obwodowego pochodzenia, i t. d.)

4) Kąpiele: solankowe, żelaziste, igliwiowe (skrofuły, niedokrewność, osłabienie ogólne).

5) Inhaloterapia czyli leczenie za pomocą inhalacyji. Zakład posiada przyrządy wszelkich systemów i konstrukcyj do stosowania wzięwan (stany kataralne dróg oddechowych z obfitem wydzielaniem połączone, jamy oskrzelowe, cuchnąca płwocina i t. p.)



# VICHY

ADMINISTRACYA W PARYŻU

8 Boulevard Montmartre.

Pastyłki do trawienia, wytworzone u źródeł z Soli Vichy. Przyjemnego smaku.

Sole Vichy do kąpieli, paczka wystarcza na kąpiel dla osób, które nie są w stanie udać się do Vichy.

Dla uniknięcia fałszerstwa, żądać należy, aby na wszystkich produktach znajdowały się znaki **Kompanii Wód Vichy**.

Dostać można w Warszawie w aptekach: PP. D-ra T. Heinricha, Kucharzewskiego, Lilpopa, Waligórskiego, Sołtykiewicza, Ed. Koope, L. Ziemińskiego, Barcza, w Kaliszu u PP. Bryndzy, Prusinowskiego i Wołoszyńskiego.

---

**Dr. M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryologicznych** rozbiórów wydzielin chorobowych. **Ul. Wspólna Nr. 33.**

---

**Dr. W. Mayzel** wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej **rozbiory chemiczne i mikroskopowe i bakteryologiczne**. Analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakterjologiczne w najszerszym zakresie.

3—3

**Ul. Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).**

---

## Dr. E. BRÜHL

ordynuje od 16-go Września do 19-go Maja w **Meranie**, Villa Livonia,  
od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max. 12—4

---

Alkaliczne szczawy lityowe niezawierające żelaza

# Salvator

skuteczne w chorobach nerek i pęcherza moczowego, w cierpieniach kataralnych organów oddychania i trawienia.

Sprzedają się we wszystkich Aptekach i składach naturalnych wód mineralnych.

*Dyrekcya w Eperies (Węgry).*

---



# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu. Przez D-ra Dujardin-Beaumetz'a. Dwie laparotomie wykonane: 1-sza przy urazowym przedziurawieniu jelita i 2-ga przy objawach zapalenia otrzewnej. Podał K. Zagórski. (Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 103. Antyseptyka przy podskórnych wstrzykiwaniach. 104. Czasowe porażenie nerwu szprychowego w początkowym okresie władu mlecza pączyzowego.—Przegląd bibliograficzny. O nowotworach krtani. Przez d-ra Ch. Et. Schwartz'a. Strescił dr. Tymowski. (Dokończenie).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

## ODCZYTY Z TERAPII

w szpitalu Cochin w Paryżu

Przez D-ra Dujardin-Beaumetz'a Członka Akademii Lekarskiej, lekarza szpitala Cochin.

(Ciąg dalszy—Zobacz Nr. 43.)

Weber i Liebig w swych ważnych pracach z r. 1838, dowiedli, że utleniając kw. moczowy, przemienia się go w alantoinę, potem w aloxantynę, a nakoniec w mocznik. Z drugiej strony Béchamps, dowiodłszy, że przez bezpośrednie utlenianie ciał białkowych, otrzymać można mocznik, nadał tej opinii cechę doświadczalną, która zdawała się nie ulegać wątpliwości.

Doświadczenia robione na ludziach i zwierzętach, zdawały się w zupełności potwierdzać ten sposób widzenia rzeczy. Badając ilość mocznika i kw. moczowego wydzielanego podczas spoczynku i podczas pracy, dowiedziono, że między ilością mocznika wydzielanego przez dobę, a ilością kw. moczowego, zachodzi stosunek odwrotny; i gdy, podczas spoczynku, ilość mocznika była słabą, ilość kw. moczowego była znaczną; przeciwnie, w miarę jak się indywiduum oddawało pracy fizycznej, ilość mocznika widziano powiększającą się, a ilość kw. moczowego upadającą. Nie znam nic dowodniejszego, nad cyfry które Ritter <sup>1)</sup> przedstawił, i te Wam przywodzę:

	Ilość moczu.	Azotu.	Ammonijaku.	Mocznika.	Kwasu moczowego.
Spoczynek . . .	1,340 grm.	17,89	0,48	32,00	0,98.
4 godz. marszu.	1,940 „	20,00	0,62	39,25	0,68.
4 dni marszu .	2,120 „	20,30	0,59	40,40	0,62.

Wpływ pożywienia na wytwarzanie mocznika i kw. moczowego, potwierdzał jeszcze ten sposób widzenia rzeczy, ponieważ ilość obu tych ciał powiększała się, gdy indywiduum żywione było materjami azotowymi, a zmniejszała się przy dyecie roślinnej lub podczas głodzenia.

<sup>1)</sup> Ritter: Thèse du doctorat de sciences. Paris. 1872. N. 333 p. 25.



Co do mocznika, nie było wątpliwości; nie tak się jednak rzecz miała z kwasem moczowym. Lehman prowadząc doświadczenia nad samym sobą, znalazł przez dobę następujące ilości kw. moczowego.

Przy dyecie mięsnej . . .	1,47	gram.
„ „ „ mieszaney . . .	1,18	„
„ „ „ roślinnej . . .	1,02	„

Ranke <sup>1)</sup> przedstawia różnice jeszcze znaczniejsze; według niego, ilości kw. moczowego, odpowiednio do dyety, były następujące:

Przy dyecie mięsnej . . .	0,88	gram.
„ „ „ roślinnej . . .	0,65	„

Ale niewątpliwie najbardziej interesującymi są doświadczenia Bousin-gault'a, na kaczkach żywnionych różnemi materjami, a wyniki do których doszedł były następujące:

Pod wpływem dyety ilość kw. moczowego, wydzielanego przez dobę była: . . . . .	0,27	gram.
Po połknięciu kulek z gliny była jeszcze . . . . .	0,27	„
Pod wpływem karmienia samą gummą. . . . .	0,29	„
Po podaniu twarogu (ceséum) znaleziono . . . . .	10,55	„
Po podaniu kleju zwierzęcego (gélatine) . . . . .	10,21	„
Po nowej dawce kleju zwierzęcego . . . . .	13,21	„
Pod wpływem pokarmów złożonych z włókniaka . . . . .	9,10	„
Pod wpływem pokarmów mięsnych. . . . .	18,91	„

Nareszcie, bezpośrednio doświadczenia Frerichs'a i Woehler'a <sup>2)</sup> wykazały, że podając psom kw. moczowy, powiększono ilość ogólną wydzielanego mocznika, a poszukiwania Stokvis'a, Zabelin'a i Neubauer'a potwierdziły w zupełności doświadczenia Frerichs'a i Woehler'a.

Pojęcie przyznające wspólne pochodzenie mocznikowi i kwasowi moczowemu, zdawało się w zupełności ustalone, tak że przyjęte zostało powszechnie; według niego, kw. moczowy, uważany był jako pozostałość utleniona niedokładnie, ciała przechodniego, które, według Vundt'a, powinno, w ustroju zwierząt ssących, przejść w stan większego utlenienia. Zobaczymy, że powstała równolegle inna teoria, według której, mocznik i kw. moczowy, miały pochodzenie oddzielne, sobie właściwe.

Co do mocznika, wszyscy zgadzali się uważać go jako wynik zdwojenia się (dedoublement) materji białkowatych, tak dostarczanych przez sam organizm, jak i pochodzących z pokarmów. Doświadczenia Tanum'a, Hugouneq'a, Darier'a i późniejsze Quinquand'a <sup>3)</sup> dowiodły ściśle zale-

<sup>1)</sup> Ranke. Beobacht. und Versuch über die Aussch des Harn. München 1868. Lehman Lehrbuch d. Phys. Chemie p. 199.

<sup>2)</sup> Wöhler et Frerichs. Modifications que diverses substences éprouvent en passant dans l'urine. (Jour. für prakt. Chemie 1848 T. LXIV p. 60). Zabelin. Archiv. der Chemie u. Pharmacie Bd. LXV s 335. Neubauer Ibid Suplem. III s. 326.

<sup>3)</sup> Panum. De la sécrétion de l'urée et de l'urine pendant vingtquatre heures après un repas consistant en une certaine quantité de viande (Nordisk. Med. Archiv. vol VI 1874). Hugouneq. Expériences nouvelles sur le dosage de l'azote et la production physiologique de l'urée (Thèse de Montpellier 1883). Darier. Recherches cliniques et experimentales sur les variations de l'urée. (Rev. méd. de la



żności wytwarzającego się mocznika, od pokarmów azotowych; ale zaczyna się rozdział, skoro zechcemy dalej badać owo tworzenie się mocznika.

Zaniechawszy teorii Liebiga i Wöhlera, według których tlen działając na istoty białkowe, przemieniał je bezpośrednio w mocznik, Schultzen i Nencki <sup>1)</sup> utrzymywali, że ów mocznik pochodzi skutkiem przemian stopniowych, zachodzących w kwasach amidowych, glikokolu, leucynie i tyrosinie. Według nich, istoty białkowe, zachowują się w organizmie, w sposób następujący: część ich zostaje zniszczona przez trawienie, druga część najznaczniejsza, rozkłada się w naczyniach chłonnicowych, na ciała bezazotowe i kwasy amidowe, ciała pozbawione azotu zostają utlenione i zmieniają się w kw. węglany i w wodę, podczas gdy kwasy amidowe zamieniają się w mocznik.

Schultzen przedsięwziął wielką liczbę doświadczeń na zwierzętach i na ludziach, ażeby wykazać bezpośrednią przemianę bądź glikokolu, bądź glikokolu metylowego, bądź nareszcie siarkosiny w mocznik. Doświadczenia te powtórzone przez Küssner'a i Sadkowskiego, zdawały się potwierdzać opinie Schultzena i Nenckiego.

Knierim, wygłosił znowu inną teorię o pochodzeniu mocznika; utrzymuje on, że mocznik pochodzi nie w skutek rozkładu kwasów amidowych, ale kw. asparaginowego i asparaginy.

Również zdania się dzielą, skoro chodzi o oznaczenie miejsca, w którym dokonywa się ta przemiana. Wielka liczba fizyologów utrzymuje, że odbywa się ona we wszystkich punktach ustroju, a nadewszystko tam, gdzie się dokonywa przemiana cząsteczek. Jednak niektórzy umiejscawiają ją w wątrobie, i widzimy jak w Niemczech Meissner, w Anglii Parkes i Murchison, we Francyi Brouardel podtrzymywali tę opinię, którą zresztą zdawały się potwierdzać doświadczenia Schroeder'a <sup>1)</sup> dowodzące, że mocznik wyrabia wątroba. Pomijam inną opinię, jako nieugruntowaną, według której mocznik miał się wyrabiać w nerkach, a przechodząc do poglobów, wygłaszanych co do powstawania kw. moczowego.

Beneke i Voit w Niemczech, Lecorché we Francyi, utrzymywali, że kw. moczowy nie pochodzi z mocznika, ale przeciwnie z xantyny. Rzucawszy okiem na wzory następujące, przekonamy się istotnie, że hypoxantyna cz. sarcyna, xantyna i kw. moczowy, różnią się od siebie tylko o jeden równoważnik tlenu i że ostatnie ciało pochodzi z utlenienia dwóch pierwszych.

Suisse romande T. III p. 65 i 121. Février et Mars 1883). Quinquand. Oscillations et formations de l'urée pendant la digestion des aliments azotés (Bulletin de la Société de biologie 11 Octobre 1884).

<sup>1)</sup> Schultzen u. Nencki. Die Vorstufen des Harnstoffs. (Zeitschr. für Biologie VIII).

<sup>2)</sup> Von Schroeder. Archiv. für Exper. Path. u. Pharm. Bd. XVI. Heft 5 u. 6.



Hypoatyna cz. sareyna . .  $C^5 H^4 Az^1 O$ .  
 Xantyna . . . . .  $C^5 H^4 Az^1 O^2$ .  
 Kwas moczowy . . . . .  $C^5 H^4 Az^1 O_3$ .

Co do miejsca w organizmie w którym się tworzy kw. moczowy, to pod tym względem wiele istnieje teoryj, które Wam tutaj tylko wymienię: Ebstein mniema, że on powstaje w szpiku kości, Chrząszczewski utrzymuje, że w tkance łącznej, Robin, że w tkance mięsnej, Ranke, że w śledzionie. Beneke, że w kulkach krwi, Zaleski widzi je w nerkach, nakoniec, Meissner i Lecorché w wątrobie.

Jeżeli mnie teraz zapytacie, jakie jest moje przekonanie co do pochodzenia, wspólnego lub odrębnego, mocznika i kwasu moczowego? odpowiem Wam stanowczo, iż uważam dawną doktrynę Woehler'a i Liebig'a jako jedynie słuszną i jedynie dającą się zastosować w terapii. A zatem przyjmuję, że mocznik i kw. moczowy mają pochodzenie wspólne, wynikające z mniej lub więcej dokładnego utlenienia istot białkowych ustroju i przedstawię Wam dowody, popierające to pojęcie przy dyecie dla pedogrycznych. Ale jeżeli się dłużej rozszerzyłem nad tym przedmiotem, to dla tego jedynie, aby Wam przedstawić liczne poszukiwania w tym przedmiocie, i ważność jaką nadaje chemia patologiczna, badaniu przemiany istot azotowych. Chodziło mi przedewszystkiem o wykazanie Wam pochodzenia tych dwóch ciał, mocznika i kw. moczowego, które stanowią, znajdując się w nadmiarze w organizmie, jedyną podstawę usposobienia (diathèse), tak pospolitego i rozpowszechnionego, przedstawiającego grunt pomyślny do rozwinięcia się przypadłości pedogrycznych i gośćcowych. Zobaczymy liczne zastosowanie szczegółów, nad którymi się tu zastanawiałem, w następnej lekcji, w której zamierzam wyłożyć Wam leczenie higieniczne pedogry i piasku moczowego (la gravelle).

### **O dyecie w dnie (pedogrze), piasku moczowym i kamieniach żółciowych** *(Du régime alimentaire dans la goutte et dans les gravelles urinaire et biliaire).*

*Panowie!*

W poprzednim odczycie zastanawiałem się obszernie, z powodu zbytowego odżywiania, nad przemianą istot azotowych w ustroju i nad różnymi teoryjami wygłaszanymi, co do pochodzenia mocznika i kw. moczowego; nie wracam zatem do tego przedmiotu i przystępuję do tyle zajmującego badania diety przy leczeniu dny (pedogry) i piasku moczowego, chorób, które zależą, tak jedna jak druga, od nagromadzenia mocznika i kw. moczowego w naszym organizmie.

W odczycie tym, wyłącznie poświęconym higienie leczniczej nie mogę Wam przedstawić wyczerpującej historii dny, ani wchodzić w liczne spory między solidystami i humorystami, co do patogenezy tej choroby. Streszczę Wam tylko, w niewielu słowach, najnowsze hipotezy odnoszące się do tego przedmiotu.

Gdy Garrod wydał swe dzieło o dnie, jednogodnie uznano je jako



najjaśniej tłumaczące objawy przy niej spostrzegane. Według Garrod'a, na dnę składają się dwa elementa patogeniczne: mocznica (*l'uricémie*), z jednej strony, z drugiej zaś nieprzepuszczalność (*l'imperméabilité*) nerek.

Mocznica wynika z obfitości mocznika w różnych cieczach ustroju, obfitości, która pochodzi bądź to z pożywienia zanadto obfitującego w istoty azotowe, bądź też, z niedostatecznego tych istot utleniania. Co do nieprzepuszczalności nerek, takowa niepozwała na wydalenie wytworów utlenienia i ułatwia przez to nagromadzenie się ich w ustroju.

Teorya ta, nie przez wszystkich została przyjętą i obecnie dwie opinie, wprost przeciwne, usiłują wyjaśnić patogenezę dny i gośćca. Według jednych, jak Bouchard <sup>1)</sup> i Beneke, gościec pochodzi z niedosyć szybkiej przemiany istot białkowatych, a zależy to od stanu organizmu, któremu nadają nazwę: upośledzenie lub zwolnienie odżywiania (*nutrition retardante*). Inni przeciwnie, jak Lecorché utrzymują, że przyspieszone odżywianie, sprowadza zakażenie mocznicowe (*diathèse urique*). Parę słów poświęćmy każdej z tych teorii: Porównywając kwas moczowy, z innymi kwasami organizmu, Bouchard uważa zakażenie gościcowe za zakażenie kwasami i usiłuje wykazać, że takowe zależy od zanadto powolnego rozkładu istot organicznych. Zkądże pochodzą te kwasy? Pochodzą one albo z karmienia się, albo z zaczynu (*fermentation*) zmienionego lub nieprawidłowego, mającego miejsce w kanale pokarmowym, zaczynu chorobliwego, któremu szczególnie sprzyja rozszerzenie żołądka. Otóż Bouchard chcąc być z sobą samym w zgodzie, przyjmuje rozszerzenie żołądka, jako najważniejszy czynnik w patogenii gośćca i dny.

Te kwasy organiczne, raz powstałe w ustroju, wydzielają się na różnych punktach: pot wydziela kwas mrówczany, kozłowy i masłowy; przez kiszki wydziela się kwas choleinowy, a przez mocz: kw. moczowy, hippurowy, szczawiowy. Skoro jednak jakaś okoliczność zajdzie zmieniająca prawidłowe wydalanie tych kwasów, nagromadzają się one w ustroju i zjawiają się objawy gośćca.

Zupełnie inną jest teorya Lecorché <sup>2)</sup>: Przyjmując nowe teorye, przypisujące komórce przeważną rolę w rozkładzie pierwiastków białkowatych, teorye, które Wam przedstawiłem w jednym z poprzednich odczytów, Lecorché utrzymuje, że gościec powstaje skutkiem zbyt wygórowanego rozkładu istot białkowatych, czerpie właśnie swe pochodzenie, w zbyt żywej czynności komórek organicznych, jednym słowem: zbyt kowe odkarmianie sprowadza gościec i podagrę.

Jednak, czy idzie o wzmożenie czy zwolnienie czynności ustroju, wszyscy przyznają, że powiększenie kw. moczowego w organizmie stanowi istotną przyczynę gośćca, i że przejście jego w stan kwasu dwumoczowego sprowadza napady tej choroby. Ta sama jednomyślność panuje

<sup>1)</sup> Bouchard. Maladies par ralentissement de la nutrition 2 édition 1885. p. 57 et 264.

<sup>2)</sup> Lecorché. Traité théorique et pratique de la goutte. Paris 1884 p. 513.



co do wpływu diety jako leczenia zapobiegawczego napadów gośćcowych; idzie mi więc o oznaczenie dokładne tego sposobu żywienia.

Przy leczeniu zapobiegawczem (*prophylactique*) i właściwem gościa, bardzo zachwalano dietę wyłączną i wegeteryanie usiłują wykazać, że dzięki zupełnemu zaniechaniu pokarmów azotowych, usuwano gościec; ale ta wyłączna dieta ma także swe strony ujemne, które Sydenham dawno już wykazał. Zatem, osoby dotknięte gośćcem karmić należy pokarmami mieszanymi. Właśnie nad tą dietą mieszaną, zastanowić się teraz zamierzam, opierając się przede wszystkim na ważnej pracy Bouchardat'a <sup>3)</sup> obejmującej leczenie cierpienia nazwanego m o c z ó w k ą (*polyurique*), t. j. nadmierny wyrób lub niedostateczne wydzielanie kw. moczowego, albo dwu moczanów (*biurates*). Rozpatrzmy zatem higienę żywienia osób gośćcem dotkniętych, w jego szczegółach: rozpatrzmy same pokarmy, napoje, czas karmienia się, ćwiczenia.

Dla dostarczenia pokarmów azotowych, można używać wszelkiego rodzaju mięsiwa, ale dając pierwszeństwo mięsu białemu nad pokarmami zbyt obfitującymi w azot (zwierzyna). Nie nadużywać jaj i ryb, mięczaków i skorupiaków, nie jadać zbyt ostrych serów. Pokarmy tłuste winny być umiarkowanie spożywane. Z pokarmów roślinnych, jarzyny są bardzo odpowiednie i powinny szeroko znaleźć zastosowanie przy żywieniu osób dotkniętych gośćcem lub pedogrą; nadewszystko zasługuje na zalecenie cykorya, sałata, karczochy, bulwy, salsafia, kardy, selery, marchew, pasternak, ziemniaki i t. p.

Rzodkiewka, a zwłaszcza rzodkiew czarna, może być zalecaną, jako też sałaty (sałata polna, rzymska, cykorya, nasturcyja i t. d.); ale należy wzbraniać szczawiu i szpinaku, nie z powodu ilości azotu, który zawierają, ale z powodu znajdującego się w nich kw. szczawowego. Co do jarzyn pożywnych, bardzo azotowych, kapusty i kalafiorów, trzeba je podawać ostrożnie; z pokarmów mącznych, fasola, groch, soczewica, bób, mogą tylko w nieznacznej ilości wchodzić do pożywienia osób gośćcem dotkniętych.

Chleb radzi Bouchardat zastępować kartoflami, jak to czynią w Anglii; jest to bardzo rozumna rada, której całą ważność wykażę w odczycie następnym, w którym mówić będę o żywieniu dotkniętych cukrzycą (*diabétique*).

Co do owoców, takowe wszelkie są pożyteczne, nadewszystko zaś poziomki i winogrona. Istotnie kuracyja winogronowa, bardzo jest odpowiednią dla poprawienia stanu zdrowia niektórych podagryków. Co do grzybów, trufl i innych przypraw, trzeba je radzić ostrożnie; obecnie przechodzę do bardzo ważnego oddziały: do napojów dla podagryków i gośćcowych. (d. n.)

<sup>3)</sup> Bouchardat. Du traitement hygienique de la polyurique imminente de gravelle urique on de goutte. (Bull. de thérapeutique 1876. T. XCI p. 49.)



## DWIE LAPAROTOMJE

WYKONANE:

**I<sup>o</sup> przy urazowym przedziurawieniu jelita bez jednoczesnego uszkodzenia ściany brzusznej i II<sup>o</sup> przy objawach zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit.**

Podał **Karol Zagórski** Ordynator kliniki chirurgicznej.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 43).

Co się tyczy wskazań to wobec opisanego powyżej przebiegu tego rodzaju uszkodzeń, ich niechybnie nieomal śmiertelnego zejścia, a przede wszystkim zupełnej niemożności zastosowania jakiegokolwiek racjonalnego terapeutycznego lewowania, wobec powtarzam tych wszystkich względów, wszyscy prawie autorowie (z wyjątkiem np. BECKA) jednogłośnie zgadzają się na nieuchronną potrzebę chirurgicznej interwencji, która wyczerpująco w ogólnych rysach we wzmiankowanym wykładzie prof. MIKULICZA omówiona, w szczegółach do każdego przypadku odpowiednio przystosowana być musi. Ta nieodbita potrzeba pomocy chirurgicznej, tak się tu sama logicznie uzasadnia, że jeszcze w 1829 r. t. j. wówczas gdy na laparotomję zapatrywano się zupełnie inaczej niż dzisiaj, nie wahał się JOBERT <sup>9)</sup> to wskazanie postawić, a wkrótce potem i BAUDENS <sup>10)</sup> szczególnie na nie nacisk kładzie. „Ponieważ, pisze on, śmierć jest niewątpliwem zakończeniem takiego zranienia, czemu zamiast trzymać się zupełnie bezużytecznych leków, niemamy raczej starać się odszukać uszkodzone jelito, czemu niemamy wydobyć je na zewnątrz, bądź dla nałożenia nań szwu, bądź dla utworzenia sztucznej rzyci. Jestto operacja b. ciężka, ręka chirurga wstrzymywana będzie obawą srogiej nagany w razie nieudania się przedsięwzięcia, ale jeśli chirurg przeniknięty jest myślą że chory wskazany jest na pewną śmierć, i że operacja jest dlań jedyną deską zbawienia, powinien się zdobyć na dostateczną śmiałość, i zaczerpnąć w przekonaniu dość siły, aby się na ten rękoczyn odważyć“. Tę przydługą cytate przytaczam dlatego, aby dodać że ten sam BAUDENS, który tak wymownie tę kwestję uzasadnia, w przypadku jaki sam spostrzegał wstrzymał się jednak od czynnego wystąpienia, i chory jego zmarł, bez żadnej próby chirurgicznego leczenia.

Po raz pierwszy, laparotomja celem odszukania mechanicznie uszkodzonego jelita, bez jednoczesnego naruszenia całości ściany brzusznej, wykonaną została w 1883 roku przez prof. BOUILLY <sup>11)</sup>. Przypadek ten dotyczył osobnika, u którego powstały objawy przedziurawienia jelita po uderzeniu kopytem w brzuch. BOUILLY odnalazł i wyciął uszkodzoną pę-

<sup>9)</sup> Loco citato. p. 71.

<sup>10)</sup> Gazette des hopitaux. 1844. p. 137.

<sup>11)</sup> Bouilly. Coup de pied de cheval, rupture de l'intestin grêle sans contusion des parois abdominales, péritonite suraiguë, laparatomie résection et suture de l'intestin, mort au 10 jour. Rapport par Berger. Revue de Chirurgie T. III. P. 655 i 747, 1883.



tę jelita, i nałożył szew kiszkowy. Ten ostatni rozszedł się prawie na połowie całej długości, wskutek czego na linii szwu brzuszno, w 2 doby po operacji utworzył się sztuczny odbył. Chory miał się już zupełnie dobrze, gdy na 10 dzień po operacji, wskutek badania palcem, dokonanego przez samego operatora, nastąpiło zerwanie zbyt słabych zrostów, nowe objawy zapalenia otrzewnej i śmierć w ciągu 24 godzin.

Drugi przypadek laparotomji w tym samym celu podjętej opisany jest w 1885 r. przez CHAUVÉLA<sup>12)</sup>. Operacja dokonana była przez tego samego CHAVASSE'A, który na rok przedtem ogłosił był wspomnianą wyżej monografię. Przy laparotomji dokonanej w 3 doby po wypadku znaleziono zapalenie otrzewnej, i poprzecznicę, w dwóch miejscach lekko zgniecioną i przekrwioną. Przewidywania niebyło wcale. Otrzewną oczyszczono i przed spojeniem rany brzusznej przedrenowano. Chory umarł niespełna we 2 doby po operacji. Przy sekcji znaleziono nadto silny uraz prawej połowy trzustki i prawej nerki.

Więcej przypadków laparotomji przy tego rodzaju uszkodzeniach podjętej nieudało mi się odszukać. Nasz więc przypadek byłby trzecią dopiero z kolei laparotomją w tym celu wykonaną<sup>13)</sup>.

Co się tyczy przeciwwskazań, to kwestja ta ze względu choćby na zbyt szczupłą liczbę spostrzeżeń, wcale dotąd nie jest ustaloną. BOULLY, jako przeciwwskazania do operacji podaje:

I. Jednoczesne uszkodzenie, wątroby, nerek, trzustki, śledziony i ważnych pni naczyniowych.

II. Zbyt daleko posunięty ogólny zapad, i

III. Zbyt odległa data uszkodzenia, pozwalająca przypuszczać że zrosty zapalne staną na przeszkodzie dokładnemu obejrzeniu uszkodzonych części. Przytaczając te słowa prof. BOULLY, nieuwzględniłem jednak powyższych poglądów za stanowczo uzasadnione i bezwzględnie obowiązujące, naodwrot daleko więcej przemawia do przekonania wprost przeciwnie zapatrywanie prof. MIKULICZA, który powiada że jednoczesne uszkodzenie naczyń lub innych ważnych narządów, zwalnia chirurga od namysłu, a nagli do niesienia szybkiej pomocy. I słusznie, bo choć prawda że w takim razie po-

<sup>12)</sup> Chavasse. Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, peritonite aiguë, Laparatomie, Mort, Contusions multiples de viscères. Rapport par Cauvel. Revue de Chirurgie. T. V. P. 333, 1885 r.

<sup>13)</sup> Przypadku Mikulicza, dotyczącego laparotomji przy pęknięciu żołądka, które wykonał jeszcze będąc asystentem na klinice Billrotha, nie liczę, bo przyczyna jego pomimo dokonanej sekcji pozostała nieznaną. Niedawno zaś ogłoszone przypadki Kochera, Lloyda i Hillinga odnoszą się do laparotomji wykonanych wprawdzie przy mechanicznych uszkodzeniach jelit, ale uszkodzenia te powstały wskutek postrzałowej lub kłutej rany brzucha, do naszej więc serii przypadków ściśle się nie odnoszą. Zresztą tego rodzaju operacje, należą w chirurgji do rzeczy rzadkich, ale nie należą do rzeczy nowych: wszakże Wölfler, w broszurze „o gastrotomiach wykonanych na klinice Billrotha”, opowiada że w 1522 r. w Regensburgu jakiś lekarz bawarski niewiadomego nazwiska, przy ranie ciężkiej brzucha z naruszeniem całości ściany żołądka, wydobyl ten ostatni na zewnątrz, nałożył nań szew, i chory wyzdrowiał.



gorszają się znacznie szanse operacji przedstawiającej i bez tego poważne trudności i niebezpieczeństwa, ale niemniej przeto względ ten niepowinien nas powstrzymywać, jeśli bowiem śmiałość jest w ogóle cennym przymiotem chirurga, to w przypadkach gdzie bez wdania się jego śmierć niechybna grozi, powinna mu być poczytywaną za obowiązek, od wypełnienia którego, uchylić się nie jest w prawie.

Pozostaje nam jeszcze rozpatrzyć przypadki, w których ze względu na zbieg okoliczności, jakie zawsze przewidywać należy, mógłby być popełniony błąd rozpoznawczy. Zamiast spodziewanego przedziurawienia mogliśmy znaleźć zgniecenie kiszki z wytworzeniem krwawego strupa, lekki uraz jelita z okolicznem przekrwieniem, albo nakoniec samo zapalenie otrzewnej urazowego pochodzenia. Jeśli znajdziemy zgniecenie kiszki, z wyznaczynieniem pod błonę surowiczą, grożące zgorzelą uszkodzonej części, to postąpimy tak jak gdybyśmy w tem miejscu znaleźli przedziurawienie. Że takie postąpienie będzie właściwem o tem przekonywa nas choćby przebieg naszego przypadku, gdzie tak zmieniona część kiszki, wszyta w ranę, na trzeci dzień wydzieliła się i odpadła.

Jeśli zaś znajdziemy uraz jelita na tyle nieznaczny, że uznamy za stosowne pozostawić uszkodzoną część jelita w jamie otrzewnej, lub gdy napotkamy li tylko urazowe zapalenie otrzewnej, wówczas rodzi się pytanie czyśmy wykonali rękoczyn zupełnie bezużyteczny i czy skutkiem wdania się naszego, położenie chorego groźniejszym się stało? Na pytanie niech odpowiedzą następujące dane:

Jeszcze w 1861 r. w Archiwach Virchowa, pomieszczona jest praca MARTIN'A: O chirurgicznem leczeniu zapalenia otrzewnej. W pracy tej MARTIN, podając opis dwóch przypadków szczególnej formy zapalenia otrzewnej, które on nazywa *empyema abdominis* i które leczył rozcięciem ściany brzusznej, dodaje przytem, że laparotomia dałaby prawdopodobnie wogóle lepsze wyniki niż opium w przypadkach połogowego lub chronicznego zapalenia otrzewnej. Jakby na potwierdzenie tego poglądu podanego w formie przypuszczenia, SPENCER WELLS<sup>14)</sup>, wzmiankuje że 1865 r. przy próbnej laparotomji, znalazł gruźlicze zapalenie otrzewnej, przy którym, po wypuszczeniu zebranej w jamie otrzewnej wydzieliny nastąpiło wyleczenie.

Dalej znany jest przypadek BUCHANAN'A<sup>15)</sup>, który operował przy objawach zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit. Jako przyczynę niedrożności podaje lekkie zapalne zlepienia pętli jelita. Operacja wykonana była na 4 dzień choroby. Chora wyzdrowiała. Operator powiada że nie jest pewnym czy pomysłny wynik spowodowany był przez usunięcie zlepow, czy przez wydalenie ostrej wydzieliny otrzewnej. O przypadku tym wspominam szczegółowiej, bo ze względu na objawy i znalezione przy laparotomji zmiany, podobny jest nieco do naszego drugiego spostrzeżenia.

<sup>14)</sup> Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales, par Sir Spencer Wells. Edition française publiée avec le concours du Dr. J. Keser. Paris 1886, p. 385.

<sup>15)</sup> Lancet 1871. I. p. 776 (Schramm loc. cit. p. 37).



Sprawa leczenia chirurgicznego zapalenia otrzewnej, przez jakiś czas puszczona w niepamięć, w ostatnich latach znowu została podjęta. Tak LEYDEN<sup>16)</sup> w wykładzie o samoistej *peritonitis* powiada: „Niemogę nie wyrazić tu myśli, która oddawna snuje mi się po głowie: czyby nie dało się zwalczyć *peritonitis* na drodze operacyjnej”, i dalej: „Skoro zapalenie otrzewnej jest w pełnym rozwoju, otwarcie jamy brzusznej, bez względu na przyczynę powstania zupełnie będzie usprawiedliwionem”,—a LAWSON TAIT<sup>17)</sup> opisuje 4 przypadki zapalenia otrzewnej leczone przez laparotomję i drenowanie otrzewnej, wszystkie z zejściem pomyślnem. Autor ten pod koniec artykułu dodaje: „Skoro lekarz jest w niepewności, a chory w niebezpieczeństwie, powinien chirurg zrobić laparotomję próbną, a względnie do tego co znajdzie, postąpić jak uzna za stosowne”.

Nakoniec SPENCER WELLS<sup>18)</sup> wspominając że TREVES przedstawił w 1885 r. Towarzystwu chirurgicznemu w Londynie memoriał: o leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej przez laparotomję, przytacza zeń następujący wyjątek: „Z dawien dawna, otwieramy niektóre jamy surowicze, skoro te stały się siedliskiem zapalenia. Cięcia stosowane zrazu li tylko w przypadkach zajęcia małych stawów, przyjęte następnie zostało i coraz częściej stosowane przy leczeniu zapaleń opłucnej i niektórych postaci ograniczonego zapalenia otrzewnej. Celem niniejszej pracy, jest wykazanie jego pożytku przy ostrem ogólnem zapaleniu otrzewnej”. SPENCER WELLS od siebie dodaje: „Wystrzegajmy się tylko zbyt długiego wyczekiwania, by uprzędzić jeśli można zakażenie septyczne”.

Kończąc pozwolę sobie jeszcze rzucić zapytanie, które mi drugi z opisanych dziś przypadków na myśl przywodzi. Laparotomja z powodu niedrożności jelit podjęta, nienależy do rzeczy rzadkich. Nieszukając daleko, prof. OBALIŃSKI, w ciągu minionych 3 lat, wykonał i opisał 21 przypadków tego rodzaju operacji, czemuż się więc dzieje, że u nas, w Warszawie, z tym rękoczynem spotykamy się względnie tak rzadko? Pytanie to niech mi wolno będzie skierować specjalnie do kolegów terapeutów, do nich bowiem zazwyczaj zwracają się chorzy z cierpieniami, uzasadniającemi potrzebę tego rodzaju chirurgicznej pomocy i od nich tylko zależy wskazanie im odpowiedniej drogi. Nie przesądzając bynajmniej tej kwestji, sądzę jednak, że przyczyna tego leży poniekąd, w nieco nadmiernie dziś rozpowszechnionem użyciu lewatyw Hegara. Rozumiem, że ten środek lekarski, odpowiednio użyty, w niektórych zwłaszcza okresach i postaciach niedrożności jelit świetne może okazać skutki, ale stosować go wielokrotnie, i liczyć nań wyłącznie nienależy, jeśli wedle orzeczenia ALBERTA, nie chcemy sięgnąć na siebie zarzutu, że nie mogąc skutecznie osiągnąć sfer

<sup>16)</sup> Mikulicz Loc. cit. str. 90.

<sup>17)</sup> Lawson Tait. An account of two hundred and eight consecutive cases of abdominal section performed between 1. XI. 1881 and 31. XII. 1882. Brit. med. Jour. 1883. str. 300.

<sup>18)</sup> Loco citato str. 386.



wyższych, uciekamy się do upartego choć bezowocnego przepłukiwania dolnych odcinków jelita jakby hołdując ślepo zasadzie zawartej w klasycznym wierszu:

„*Flectere si nequeo superos — Acheronta movebo!*”

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

103. **Antyseptyka przy podskórnych wstrzykiwaniach.** Dr. Oswald WOLFF. Częste powikłania podskórnych wstrzykiwań: bolesne, zapalne obrzmienia, róża, małe ropnie etc. zniechęcające często pacjentów do danego rękoczynu, bywają w większości przypadków spowodowane brakiem lub niedokładnością antyseptyki. Dla ścisłości dezynfekcyi trzeba koniecznie przestrzegać następujących warunków. Płyn przeznaczony do wstrzykiwania powinien być zupełnie aseptycznym t. j. czystym, nierozłożonym i wolnym od wszelkich pasożytów. Powtóre, za każdym razem przed użyciem potrzeba zdezinfekować igłę, jak również i to miejsce skóry, w które ma nastąpić ukłócie. Płyny rozkładające się, nieczyste działają niepewnie, powodują bolesne, zapalne obrzmienia a nawet ropnie. Najważniejszą i zarazem najtrudniejszą rzeczą jest przechowanie takich rozczynów dłuższy czas w czystym, aseptycznym stanie. W tym celu najpraktyczniejszym rzkazało się dolewanie do nich 5% oliwy karbolizowanej w stosunku 3,0 na 10,0 rozczynu. Naprzykład: *Rp. Morphii sulfur. 02, Aq. destillatae 10,0, Ol. oliv carbol. 5% 3.0.* Warstwa oliwy karbolowej, pokrywająca dany płyn, chroni go w zupełności od zanieczyszczenia i rozkładu, pochłaniając i dezynfekując wszystko, co w nią wpada z powietrza (pył, bakterye). Tej samej oliwy (*resp. Ol. amygd. carb.*) można dodawać z równym skutkiem do rozczynów kokainy, ergotyny etc. Płynów takich nie należy mącić t. j. warstwa oleju powinna być u góry, tak że igła strzykawki i ogrążona dla wciągnięcia rozczynu, przechodząc przez warstwę karbolizowaną dezynfekuje się należycie. Co się tyczy dezynfekcyi skóry niepodobna przecież przed tak małym rękoczynem, golić włosy myć mydłem i eterem, później karbolem lub sublimatem. Najprędzej więc i najdokładniej można celu osiągnąć przez posmarowanie danego miejsca skóry na przestrzeni *talara collodio antiseptico*, ukłócie zaś robić centralnie. *Rp. Collodii elast. 10,0, Hydrarg. bichlor. corrasivi 0,01, S. Collodium antisepticum.* Z penzelkiem w korku. *Collodium* takie może znaleźć bardzo obszerne zastosowanie: przy wszelkich mniejszych operacyach np. przecinanie małych ropni, wąglików, zastrzału, puszczanie krwi etc. Doskonale nadaje się ono do dezynfekcyi palców, przeznaczonych do badania pochwy (event. położnic) ran drażących, jamy nosogardzielowej, gardzieli etc. Wszelkie mniejsze obrażenia, ukłócia igłą, ukąszenia owadów, zadrażnienie przy operacyach i sekcjach mogą być uczynione zupełnie nieszkodliwymi przez natychmiastowe popenizowanie tym płynem. Lepki plaster należało by też zastąpić paskami gazy sublimatowej posmarowanej z obu stron *collodio antiseptico*. Ponieważ każdy lekarz bez wyjątku może się znaleźć w jednym z wyż przytoczonych przypadków, każdy więc powinien mieć przy sobie zawsze odnośne środki, a nie będzie potrzebował obawiać się bakteryj.

(*Allg. med. C.-Zg. 6. X. 86*). Władysław Wróblewski.

104. **Czasowe porażenie nerwu szprychowego w początkowym okresie władu mleczca pacierzowego.** Przed niedawnym czasem G. FISCHER z Canstattu opisał przypadek władu mleczca pacierzowego, w którym dwa lata po pierwszych objawach choroby, pokazało się bez żadnej widocznej przyczyny pół roku trwające porażenie obudwóch nerwów strzałkowych.



STRÜMPPELL opisuje podobny przypadek, kelner 55-letni został przyjęty do kliniki w Lipsku z powodu porażenia lewej ręki, które się zupełnie nagle pojawiło. Okazała się niemożność kurczenia się wszystkich mięśni zasilanych nerwem szprychowym. Pobudliwość elektryczna mięśni porażonych pozostała nie zmienioną. Porażenie skutkiem zatrucia ołowiem lub wyskokiem dało się wykluczyć, ale zupełnie niespodziewanie odkryto u chorego wiał mlecza paciierzowego. Obiedwie źrenice były reflexyjnie zwężone, w udach i stopach czucie było zmniejszone, chód niepewny przy oczach zamkniętych, odruch kolanowy zniesiony; bóle strzelające w nogach, pęcherz moczowy osłabiony, przymiotu pacyent nigdy nie przebywał. Po czterech tygodniach porażenie nerwów szprychowych zniknęło, wiał mlecza pozostał oczywiście bez zmiany. Strümpell twierdzi iż porażenie to było w ścisłym związku z wiałem, na podobieństwo porażenia mięśni oczów od dawna wśród podobnych okoliczności obserwowanego. Zasluguje na uwagę pojawienie się porażenia w wczesnych okresach wiałdu, oraz bardzo nagle jego wystąpienie i szybkie ustąpienie.

(Berl. kl. W. 1886 - 37). F.

### PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

*O nowotworach krtani.* Przez D-ra Ch. Ed. SCHWARZ prof. i lekarza szpitali Paryzkich (str. 294. *Baillière et fils* 1886).

Streścił Dr. **Tymowski** z San-Remo.

(Dokończenie. — Zobacz Nr. 42).

Leczenie nowotworów łagodnych krtani zastosowuje się do objawów mniej lub więcej przeszkadzających oddychaniu, wydawaniu głosu lub polykaniu. Niektórzy autorowie jak Mackenzie, a głównie Lennox Browne stanowczo odradzają wycinać wszelkie nowotwory łagodne, jeżeli tylko one chorym nie przeszkadzają w ich czynnościach, gdyż utrzymują oni, że właśnie po operacyi następuje szybki rozwój guzów, lub nawet stają się one złośliwymi. Autor nie jest zupełnie tegoż zdania. Co się tyczy metod zajmuje się najpierw:

Metodę leczenia wewnątrz krtaniowego. Przy tej metodzie wszystkie operacye odbywają się przy pomocy laryngoskopu, można je rozdzielić na mechaniczne i chemiczne. Do pierwszych należą:

Wyrwanie polipów krtaniowych za pomocą szczypców Fauvela lub Mackenzie, zresztą autor nie oddaje żadnemu instrumentowi wyższości, a najlepszym jest ten do którego operator najczęściej przywykł.

Odgniatanie, które może się odbywać za pomocą tych samych narzędzi, które do wyrwania służą.

Zeskrobowanie za pomocą twardej gąbki, głównie przez Volto-linego zalecane, również przez autora zachwalane.

Nacięcie i wycięcie. Autor opisuje różne narzędzia chirurgiczne, z których najczęściej zachwala Gillotynę Jellenfy, narzędzie podobne do tego, jakiego się do wycięcia migdałków używa.

Chemiczne, przyżegające środki. Dawniej używano najczęściej saletranu srebra w naturze, lub w roztworze, dziś zaś więcej używa się chlorek cynku, kwas chromny i t. p. Tu także zaliczyć należy przyżeganie galwanokauterem, jak również elektrolyzę pierwotnie przez Fieber'a opisaną. Sposoby mechanicznego leczenia są daleko skuteczniejsze od chemicznych, które nawet mogą być niebezpieczne. (Przypadek śmierci opisany przez Coëna z powodu zastrzyknięcia kilku kropli półtorachlorku żelaza).



Wskazania metody leczenia wewnątrz krtaniowego. Sposób ten operowania może być stosowanym w większej ilości przypadków polipów krtani, zwłaszcza jeżeli są one usadowione na strunach głosowych lub po nad nimi, skoro mają niezbyt szeroką podstawę, ani nie są zbyt wielkie, tak, że zatykając światło krtani mogą co chwila spowodować zaduszenie, skoro są pojedyncze, a wreszcie skoro ma się do czynienia z dorysłymi pacjentami. Co się tyczy guzów płynnych czyli torbieli, to często bardzo jednorazowe nacięcie i wypuszczenie płynu wystarczą do zupełnego wyleczenia. Wielkość nowotworu niestanowi bezwzględnej przeszkody do operacji wewnątrz-krtaniowej, tak samo jak i wiek. W ogóle jednak trzeba zauważyć, że im pacjent młodszy tem trudniejszym jest wykonanie operacji. Recydywy po operacjach zdarzają się przecięciowo w połowie przypadków.

Metoda leczenia zewnątrz krtaniowego czyli laryngotomii. Desault pierwszy doradzał tę operację, a wykonali ją najpierw Braners i Ehrmann; v. Bruns w dziele swym (1878) wspomina o 98 laryngotomiach całkowitych, z których 67 wykonano dla usunięcia nowotworów łagodnych. Autor dołącza 5 spostrzeżeń Boeckela i Socina, dotąd nigdzie nie ogłoszonych. Cięcie grdykowe (*Thyrotomia*) i krtaniowe całkowite samo lub też z cięciem pierścieniowym lub tchawicy zwykle wykonywa się u chorych, u których poprzednio wykonano tracheotomię, ale też i bez tej ostatniej obejść się można (v. Bruns, Cutter i Balassa). Ze spostrzeżeń nieogłoszonych przytaczam tu jedno: Socina.

„Włókniak krtani, cięcie grdykowe (*Thyrotomia*) kobieta 44-letnia weszła do szpitala 3 Marca 1885 r. Przed półtora rokiem zauważyła zmiesiony głos, często bezgłos, a od Września 1884 r. zupełny bezgłos; ani bólu, ani trudności przy połykaniu i oddychaniu, tylko od 2 tygodni kaszel uporeczywy.

Przy badaniu laryngoskopem odkryto na znacznie opuchłej i zaczerwienionej strunie głosowej lewej, prawie w samym jej środku nowotwór. 11 Marca zachloroformowano chorą i zrobiono cięcie podłużne w samym środku 6 ctm. długie. Otworzono wyższą część tchawicy i wprowadzono rurkę tamponującą (z zatykadłem), chrząstki pierścieniowej nie naruszono, ale po nad nią przecięto więzy pierścienio-grdykowe, potem z dołu do góry przecięto w samym środku chrząstkę tarczycową, nie naruszając spoidła przedniego strun głosowych i odcięto guz znajdujący się na strunie głosowej lewej, bez krwotoku. Następnie zeszyto w poprzek chrząstkę grdykową i dokładnie zbliżono jej brzegi, a wreszcie zeszyto części miękkie. W kilka godzin potem zamiast rurki z zatykadłem, włożono zwyczajną, którą ostatecznie w dwa dni po operacji wyjęto; 1 Kwietnia chora wyszła zupełnie zdrową i głos jej wrócił. Laryngoskop wykazał zupełnie normalny ruch strun głosowych”.

Laryngotomie częściowe tylko w wyłącznych razach są praktykowane, nie mając tego leczniczego znaczenia co całkowite i często bardzo przez operację wewnątrz-krtaniową zastąpione być mogą. Laryngotomie częściowe mogą być ponad tarczycowe i pod tarczycowe. Te ostatnie np. są wskazane jeżeli nowotwory są umieszczone pod głosnią. W ogóle wskazania laryngotomii są bardzo ograniczone i już je powyżej określiliśmy, głównie jeżeli chodzi o niedostępne miejsca przy metodzie wewnątrz-krtaniowej, lub zbyt wielkie nowotwory, lub jeżeli krwotoku obawiać się należy. Autor rozdział ten zestawia w następujący sposób: Skoro grozi uduszenie choremu na nowotwór krtani, jest wskazaniem natychmiastowe otworenie tchawicy. Metoda wewnątrz-krtaniowa zasługuje na pierwszeństwo, tylko w razach wyjątkowych użyć należy laryngotomii.



Leczenie nowotworów złośliwych niestety nie prowadzi do dobrych rezultatów, jak to w dalszym ciągu się przekonamy. Ani wycięcie nowotworów drogą naturalną ani laryngotomia, ani nawet całkowite wycięcie krtani nie prowadzą do celu i często jedynym środkiem przedłużenia życia pacjenta jest tracheotomia. Jednakże nie tak bezwzględnie jest to smutne rokowanie i autor przytacza kilka interesujących przypadków wyleczenia (przy których chodziło o mięsaki, w spostrzeżeniu dotąd nieogłoszonym Boeckela chodziło o nabłoniak brodawkowaty).

Wycięcie krtani może być całkowite, lub częściowe. Jak już w pierwszej części wspomniano, pierwszy Czerny wykonał je u psa (badanie jednak literatury lekarskiej wykazało że jeszcze w 1829 r. Albers je wykonał raz z ujemnym, drugi raz z dodatnim rezultatem) Billroth wykonał pierwszy operację na człowieku w 1870 r.; wprawdzie przed nim w 1866 r. Watson wyciął krtani przy przymiocie krtani; ale swego spostrzeżenia nie ogłosił.

Autor zebrał dotąd 119 przypadków wycięcia krtani, jako to

87	całkowitych wycięć z powodu raka
8	" " " mięsaka
2	" " " polipów
20	częściowych jednostronnych wycięć z powodu raka
2	" " " " mięsaka
119	

Co się tyczy techniki operacyjnej autor rozbiera szczegółowo różne metody dając rysunki rurek z zatykadłem (Trendelenburg, Solis-Cohen'a i t. d.) opisuje aparat sztucznej głowni pierwotnie przez Czerny'go projektowany, a głównie przez Gussenbauera zastosowany i przez Labbe'go (w zakładzie Matthieu w Paryżu) ulepszony. Powyżej przytoczone 119 przypadków autor dokładnie opisał w tablicach, do których dodał 3 spostrzeżenia wycięcia krtani dotąd nigdzie nie ogłoszone (2 Labbe'go i 1 Socina). Ze spostrzeżeń polskich lekarzy są tam zamieszczone 3 prof. Mikulicza (z których 2 przypadki uleczenia) i 1 prof. Kosińskiego.

Wartość operacji wycięcia całkowitego krtani wyraża się w następujących rezultatach:

W pierwszym tygodniu po operacji nastąpiła śmierć:	
z powodu krwotoków	3 razy
" upadku sił	7 "
" (embolia) zatoru płuc	1 "
z niewiadomej przyczyny	1 "

12 przypadków śmierci na 95 operacji

Ale daleko smutniejsze rezultaty okazały się w następstwie i tak w 20 do 25 dni po odbytej operacji spostrzegamy 19 przypadków śmierci przez zapalenie płuc i opłucnej i 1 przez gangrenę płuc czyli 21 na 100, a jeszcze w późniejszym czasie (kilka tygodni) przez różne komplikacje 7 przypadków śmierci, co daje razem 41% śmierci.

Co się tyczy recydywy, to niestety zdarza się ona bardzo często i tylko 8 przypadków pewnego wyleczenia na całą ilość (119) operacji spostrzegamy. Wyleczenia te od 5 do 10 lat już trwają (spostreżenia Gussenbauera i Bossi'ego). Wycięcie częściowe krtani (jednostronne) daje trochę lepsze rezultaty bo tylko 33,3 śmierci na 100 przypadków. Interesującym jest szczegół, że Billroth twórca tej operacji na 11 przypadków operowanych miał 9 przypadków śmierci. Nic dziwnego, że przy takich rezultatach niektórzy autorowie jak Solis-Cohen i Butlin przekładają tracheotomię, chociaż to tylko środek palliatywny nad wątpliwe wy-



cięcie krtani. Inni znów, jak Hahn i Lubliński nadzwyczaj jej bronią, ale sami ani jednego przypadku wyleczenia po operacji (Hahn wykonał ich 8) nie spostrzegli.

Autor naostatek bardzo dokładnie opisuje tracheotomię u chorych na raka krtani, jako najważniejszy środek palliatywny i ze 63 przypadków tracheotomii wylicza 26 przypadków śmierci, które nastąpiły w pierwszych dwóch miesiącach po operacji, inni żyli do 2 lat, a jeden aż 4 lata.

### Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** Prof. Kosiński wykonał w ostatnich czasach w klinice chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha dwie owaryotomie, które nadzwyczaj pomyslny obrót wzięły, a pacjentki już zupełnie do zdrowia przyszły. W niedalekiej przyszłości wykonane będą jeszcze dwie takież operacje.

— Kol. BIEGAŃSKI wykonał d. 22 b. m. w przytułku dla rodzących na Lesznie cięcie cesarskie na karlicy.

— Nowo wybudowany teatr anatomiczny Uniwersytetu Warsz. przy ulicy Zgoda już został wykończony i do użytku oddany.

— W szpitalu Starozakonnym w Warszawie ma być założona pracownia bakteriologiczna pod kierunkiem kol. EISENBERGA. Potrzebne do tego przyrządy już zostały z zagranicy sprowadzone.

— Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Warsz. Towarzystwa Lekarskiego odbył się mającego d. 9 Listopada 1886 r.:

I. ZAGÓRSKI. Przypadek torbieli jajnika, powikłany wypadnięciem macicy. Ovaryotomia. Demonstracya chorej i preparatu.

II. BIEGAŃSKI. Dwie operacje cięcia cesarskiego. Demonstracya preparatów.

III. JAWDYŃSKI. Sprawozdanie roczne z wydawnictwa Pamiętnika Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego.

— Dr. KOŁOMNIN zdaje sprawę w *jeńieniedielnoj gazecie* z próby operacji jakiej dokonał na zjeździe lekarskim w Petersburgu dr. STOLL ze swoim instrumentem *Rychanotrepanem*, czytelnikom Medycyny znanym z opisu, jaki swojego czasu podaliśmy. Próby z tym instrumentem dokonane zostały na trupie i powiodły się najzupełniej, a obecni wyrazili się z uznaniem o wynalezionym przez naszego Warszawskiego kolegę instrumencie. Podniesiono następujące zalety tego narzędzia. 1) Wycinać może kość w różnej postaci. 2) Opilki powstające z piłowania kości nie pozostają się w ranie, lecz wpadają do środka wydrążonego narzędzia, skąd z łatwością mogą być wydalone. Narzędzie działa powoli, równomiernie bez żadnego wstrząśnienia. 3) Rychanotrepan nie uszkadza części miękkich. 4) Dezynfekcyja instrumentu jest bardzo prosta i łatwa. Natychmiast po tej próbie, z której nowy instrument zwycięsko wyszedł, nadesłano znaczne obstalunki. Narzędzia te wykonywa mechanicznie Warszawski pod osobistym kierunkiem kol. STOLLA. Szpitale Warszawskie już się zaopatrują w rychanotrepan, nie wątpimy iż i inne szpitale pójdą za tym przykładem. Cena jego, obecnie wynosi 150 rubli.

— Do Redakeji Kuryera Codziennego nadesłano w zeszłym tygodniu odezwę zredagowaną stylem i językiem będącym niżej wszelkiej krytyki, wymagającą izby pismo powyższe przestało nadal protegować żydowskich lekarzy, żydowskie szpitale etc. i ażeby w ogłoszeniach o poradach ambulatoryjnie w szpitalach udzielanych nie wymieniano nazwisk lekarzy. Pod skandaliczną tą odezwą sfalszowano podpisy kolegów: ANDERSA, FRITSCHEGO, GAJKIEWICZA, KONDRATOWICZA i ROGOWICZA. Dociec trudno co autor owej odezwy miał na celu dopuszczając się takiego fałszerstwa. Redakeya Kurjera Codziennego wzięła wprawdzie ów protest za prawdziwy i dała wymienionym lekarzom bardzo surową odpowiedź, jednakże zaraz nazajutrz po wyjaśnieniu kwestyi musiała ją odwołać. Przedsięwzięte zostały środki celem odkrycia nieuczciwego fałszerza i natrafiono już na ślady owego wichrzyciela spokoju publicznego.



— W d. 20 b. m. grono kolegów, lekarzy i przyrodników obchodziło 50-letni jubileusz działalności zawodowej p. Karola Lilpopa Mag. farm., byłego dwukrotnego prezesa tow. farm. warszawskiego.

Wszechstronne wykształcenie, prawość i wyrozumiałość zjednało jubilatowi ogólną sympatię, na obchód więc przybyło wielu kolegów z dalszych nawet okolic kraju, nadesłano liczne telegramy i listy z różnych miejscowości Europy, a nadto dyplomy na członka honorowego od towarzystw farmaceutycznych petersburskiego i ogólnie austriackiego.

Ukończywszy nauki w b. Lyceum Warszawskim L. w 1836 wstąpił do praktyki, w 1844 otrzymał patent prowizorski po wysłuchaniu kursu w byłej szkole farmaceutycznej, i udał się dla dalszych studyów za granicę. W czasie kilkoletniego pobytu w Berlinie poczem Paryżu słuchał wykładów ówczesnych świeczników wiedzy Rosego, Mitscherlicha, Linka, Magnusa, Orfili, Dumasa, Milne Edwardsa, Deprez, Fremy, Arago, Micheleta i Pelousa. Wróciwszy do kraju z bogatym zasobem wiedzy, nabył w 1848 aptekę Titiusa którą b. prędko na stopień pierwszorzędnej postawił i zjednał sobie uznanie lekarzy i kolegów. W epoce odrębności administracyjnej Królestwa widzimy L. wkrótce po uzyskaniu stopnia Magistra, na stanowisku Assessora farmacji Urzędu Lekarskiego Miasta Warszawy. Siedmioletnia działalność jego na tem stanowisku w czasach szybkiego wznoszenia się miasta i rozbudzonego ruchu handlowego i przemysłowego chlubnie się odznaczyła. Z tytułu swego urzędowania lub wykształcenia brał udział w różnych komitetach, jak np. do ułożenia taksy lekarstw, w kwestyach higieny zakładów przemysłowych, w redakcyi ostatniej farmakopei szpitalnej i t. p. Literatura nasza posiada oprócz wielu artykułów jubilata w prasie naukowej peryodycznej pomieszczonej, zwykle tylko początkową literą nazwiska podznaczonych, przekład chemii Willa, uwagi nad słownictwem chemicznem polskiem, na wezwanie akademii krakowskiej opracowane, poradnik dla pijących wody mineralne. L. jest jednym z najzasłużeńszych członków Tow. farmac. w którego zawiązaniu przeważny miał udział i reprezentował je na zjazdach międzynarodowych farmaceutycznych i przyrodniczych w Petersburgu, Poznaniu i Brukselli.

Zamiłowanie nauki i zawodu, obok sił żywotnych i doświadczenia jubilata, pozwalają wróżyć, iż w księdze jego działalności, pozostało wiele jeszcze kart niezapisanych.

K.

**Z Cesarstwa.** Rossyjskie Towarzystwo imienia Pirogowa daje inicjatywę projektu wybudowania gmachu, w którymby odbywały swoje posiedzenia wszystkie Towarzystwa lekarskie Petersburskie oraz pomieszczone były odpowiednie biblioteki, czytelnie etc.

— Władza wojskowo-lekarska postanowiła wysłać do kliniki chorób umysłowych w Petersburgu corok jednego lekarza na 2 lata żeby się w niej w psychiatrii wykształcił.

— W Kazaniu habilitowało się w ostatnich czasach trzech docentów dr. NOWICKI (choroby uszów), dr. RAZAMOWSKI (desmurgia) i dr. NIKOLSKI (nauka zapisywania recept).

— *Wracz* donosi o następującym wypadku. Kobieta z Petersburga nazwiskiem Nilo s przebyła tydzień w swoim mieście rodzinnem, w powiecie Łuckim poczem udała się koleją żelazną do Odessy. Niedaleko od stacyi Zaczisze schwyciły ją boleści, poczem nastąpiły objawy choleryczne. Chora umarła w godzinę po przybyciu do Odessy; dr. GRABOWSKI i trzech innych kolegów uznały chorobę jej za cholere.

— W Tyflisie ma być otwarty Instytut Pasteurowski pod kierunkiem d-ra FRANKELSTEINA, który się wycyfuł szczepienia wścieklizny od d-ra GAMALEI w Odessie.

— Dr. J. KENNEL docent z Würzburga został zaproszony i zaproszenie przyjął na profesora zoologii w Dorpacie.

**Zagraniczne.** Przypadek cholery w Wiedniu, o którym donosił nam telegraf nie powinien nas zastraszać. Pacjent bowiem przybył z Pesztu, gdzie infekcyja nastąpiła i umarł w Wiedniu, gdzie o ile dotychczas wiemy choroba dalej się nie szorzy.

— W Wiedniu d. 11 b. m. nastąpiło uroczyste otwarcie nowo zbudowanego gmachu Anatomicznego, urządzonego z wielkim komfortem i przepychem.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 16 Октября 1886. Друк М. Зіенкіевіча Krak.-Przed. N. 17.