

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

PISMO POŚWIĘCONE

CHIRURGII, OFTALMOLOGII, OTIATRYI, LARYNGOLOGII,
AKUSZERYI, GINEKOLOGII, SYFILIDOLOGII
I DERMATOLOGII

przy współudziale

D-rów: K. Benniego, C. Bitnera, R. Bukowskiego, A. Ciechomskiego, T. Dunina,
B. Dzierżawskiego, A. Elzenberga, J. Garbowskiego, S. Groszlika, L. Guranow-
skiego, M. Jakowskiego, W. Janowskiego, R. Jasińskiego, F. Jawdyńskiego,
W. Kamockiego, A. Karczewskiego, F. Kijewskiego, F. Kobylińskiego, S. Kon-
dratowicza, M. Korzeniowskiego, S. Krysińskiego, W. Mayzla, L. Nenckiego,
F. Neugebauera, S. Perkowskiego, B. Sawickiego, J. Sędziaka, A. Sokołowskiego,
W. Wróblewskiego

redagowane i wydawane

przez D^{ra} W. H. Krajewskiego.

Tom I.

WARSZAWA

DRUK K. ROWAŁEWSKIEGO, KRÓLEWSKA 29.

1893.

Дозволено Цензурою.
Варшава, 28 Июня 1893 года.

Ане 206/53/15

PROWI WŁADYSŁAWOWI

MATLAKOWSKIEMU,

*jednemu z najpłodniejszych i najzasłużeńszych
popularyzatorów chirurgii nowoczesnej w naszej
literaturze medycznej, ten pierwszy zeszyt
„Przeglądu chirurgicznego“ poświęca*

REDAKCJA.

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nr inw.: CZ14b - 101



BG 90509/1893/1/1

Szanowny Kolego!

Warunków, w jakich u nas dokonywał się gwałtowny przewrót chirurgii, pod wpływem antyseptyki, do najszcześliwszych zaliczyć nie można. Niedowiarstwo, lekceważenie i brak środków materyalnych oto szereg opok, o które się rozbijały i dotychczas jeszcze rozbijają dobre chęci naszych pionierów nowej ery chirurgicznej. Odciętym od apostołstwa żywym słowem, które najszybciej trafia do przekonania tłumów, pozostały dwa tylko pola działania: apostołstwo faktami, przez całe szeregi szczęśliwie dokonanych operacji, szerzyło wiarę w publicę; a apostołstwo słowem pisanem nawracało lekarzy, wlewało w umysły ich przekonanie o niezbezdności przewrotu i przeświadczenie, iż nasza chirurgija nie pozostaje w tyle za innemi.

W obu tych kierunkach jesteś Sz. Kolego jednym z najwytrwalszych, najbardziej bezinteresownych pracowników.

Ilość prac Twoich, drukiem ogłoszonych w naszych pismach lekarskich, jest bardzo wielką, jak tego dowodzi spis, niżej zamieszczony; a wartość ich nie ustępuje w niczem pracom, wychodzącym ze świetnie urządzonych klinik zagranicznych. Wierny zasadzie DUPUYREŃ'a: „la médiocrité seule fait parade de ses succès et cache soigneusement ses revers“, nie lękasz się ogłaszać przypadków nieszczęśliwych obok dobrych rezultatów. Każdy Twój artykuł odznacza się nadto dbałością o czystość i kwiecistość języka, co między naszymi lekarzami jest wielką i niestety wysoce rzadką zasługą.

Nie zadawalnając się pracą na własnej glebie, pomieszczasz większe swe prace w różnych pismach zagranicznych, szerząc wśród zachodu przekonanie, że przecież i między na-

mi są ludzie, z zamiłowaniem poświęcający się nauce i to nie bez ogólnoludzkiego pożytku.

Jako najbliższy Twój sąsiad szpitalny, ciągłym byłem świadkiem poświęcenia i pracy szalonej, jaką się odznaczała Twa działalność szpitalna. Pisząc ongi o rezultatach na oddziałach chirurgicznych naszych szpitali, twierdziłem, iż są u nas chirurdowie, którzy, z wielkiem poświęceniem sił fizycznych i moralnych, oraz środków materialnych, starają się podołać nowym zadaniom, jakie im przypadły w udziale, wbrew obojętności sfer miarodajnych. Czy potrzebuję dodawać, iż słowa te podyktowała mi obserwacja tego, co się na Twoim Sz. Kolego działo oddziale.

Funkcjonując w instytucyi, która od 6-ciu lat nie mogła nic poświęcić na instrumenty, znalazłeś jednak środki do zaopatrzania oddziału we wszystko, co było niezbędnem do nowych zadań, jakie miałeś przed sobą.

Szeregami szczęśliwych operacji wlałeś w lud prosty, który stanowi główny kontyngens chorych szpitalnych, przekonanie, iż szpital jest pożyteczną, dobroczynną instytucją, a lekarze, w nim pracujący, miłosiernymi, uczciwymi ludźmi.

Nakoniec czynem i słowem zachęciłeś całe szeregi młodych lekarzy do pójścia w Twe ślady, wykształciłeś młodych chirurgów z pożytkiem dla społeczeństwa pracujących.

Płodność, ścisłość, prawdomówność i czystość języka—oto zasługi literata; zimna krew, bystrość i znakomita wprawa techniczna—zalety chirurga; uczynność, bezinteresowność, miłość bliźniego, wiara we wszystko co szlachetne—oto przymioty ogólnoludzkie, którymi się zawsze odznaczałeś.

Zaprawdę nie wielu danem jest w tak krótkim stosunkowo czasie tyle i tak różnorodnych korzyści przynieść społeczeństwu, w którem pracują. Tylko człowiek, którego duch jest rozgrzany świętym ogniem entuzjazmu, a serce przepelnione miłością ludzkości, może tyle zdziałać. A jeśli duszę Twą zmroził niekiedy wąż pesymizmu, który przecież i do najhartowniejszych dusz czasem się zakrada, jeśliś pomyślał czasami, że działalność Twoja nie jest odpowiednio rozumiana i dostatecznie oceniona, to niech hołd, jaki Ci obecnie składamy, będzie choć słabym dowodem, że i w naszym społeczeństwie nie tylko materialne powodzenie wywalcza sobie uznanie.

Dwuletnia nieobecność Twoja wśród tego społeczeństwa nie zatarła Cię w jego pamięci, przeciwnie, pomogła do bezstronnego ocenienia Twych zasług. I oto społeczeństwo to za naszym pośrednictwem wzywa Cię: Wracaj! wracaj! odmłodzony, z nowym sił zapasem, stań znów w szeregu, prowadź do walki za wzniosłe idee, za uczciwość, za przewagę ducha nad siłą. My zaś od siebie dodamy: Wracaj! i wesprzyj silną swą dłoń pierwsze, chwiejne kroki naszego pisma, ożyw je swym zapalem młodzieńczym, a śmielej w przyszłość patrzeć będziemy, wierząc, iż się słaba łódka nasza nie tak łatwo rozbije o poroży obojętności i parcyalności.

W. H. Krajewski.

Z kolosalnym, pod wpływem metody przeciwnilnej, rozwojem chirurgii, bogato, wspaniale, imponująco rozwinęło się również piśmiennictwo chirurgiczne. Bardzo szybko po swych narodzinach, datujących się epoką listerowską, do potężnych rozmiarów wyrosła literatura chirurgii, zajmującej się narządami ustroju, które w czasach przedlisterowskich uważano za prawie albo zupełnie niedostępne dla ręki chirurga. Mamy tu na myśli przedewszystkiem chirurgię jamy brzusznej. Chociaż nie w tak kolosalnych rozmiarach, to jednak, w miarę wstępowania chirurgii na nowe tory, coraz szybciej, w porównaniu z dawniejszemi czasami, wzbogacała się literatura i innych jej działów. Ramy czasopism ogólnej treści lekarskiej nie wystarczały na pomieszczenie, wzrastającego z dniem każdym, szeregu prac z dziedziny chirurgii tak teoretycznej jak klinicznej, powstały czasopisma specjalne—archiwy, które, współ z licznemi monografiami i dziełami obszerniejszego zakresu wytworzyły ten ogrom pomników pracy ducha ludzkiego, jakie znajdujemy w przodujących w rozwoju nauki piśmiennictwach obcych.

Naturalnym biegiem rzeczy i w naszym ubogim piśmiennictwie chirurgija zajęła w ostatnich piętnastu latach, jeżeli nie naczelne, to przynajmniej bardzo poczesne miejsce. Świetne wyniki, otrzymywane przy stosowaniu metody antyseptycznej i aseptycznej, pobudziły chirurgów do dokładniejszego zapoznawania szerokiego koła lekarzy z rezultatami

swej pracy, tem bardziej, że nowa chirurgija nie tylko wpłynęła na zabezpieczenie życia i zdrowia tysiąca osobników, którzy w epoce przedlisterowskiej na zagładę byli skazani, ale również wielce się przyczyniła do rozwoju dyagnostyki i wyswietlenia patologii wielu stanów chorobowych, z którymi dokładniej zaznajamiano się przedtem dopiero na stole sekcyjnym.

Wśród okazałego szeregu nazwisk naszych autorów silnym blaskiem świeci nazwisko MATLAKOWSKIEGO. Przytoczony poniżej poczet prac dowodzi i niezwyklej płodności literackiej i niezwyklego zamiłowania do nauki tego niezmordowanego pracownika. Zanadto prace te są znane wszystkim współczesnym lekarzom, ażebym potrzebował szerzej rozwodzić się nad ich wartością. Gruntowna znajomość przedmiotu, sumienna i umiejętna obserwacya, krytyczny pogląd na rzeczy, a przytem czysty i barwny język są ich znamionami. Tak jak w utworach każdego autora i w szeregu prac MATLAKOWSKIEGO znajdują się jedne doniosłej innej mniejszej wartości, to jednak śmiało rzec można, że większość prac jego mogłaby być prawdziwą ozdobą nie tylko naszego, ale każdego, najbogatszego nawet, piśmiennictwa.

Fr. Jarwidyński.

Spis prac lekarskich D-ra MATLAKOWSKIEGO drukiem ogłoszonych:

1. Wycięcie krtani, dotkniętej rakowcem. *Medycyna*, 1877, nr. 28, 29.
2. Ganglion cruris. *Gaz. Lek.* 1878, str. 49.
3. Przypadek bardzo ostrego gościa z objawami mózgowymi i śmiertelnym zejściem. *Medycyna*, 1878, nr. 27—30.
4. Wypilowanie żeber przy ropniach pozażebrowych. *Medycyna*, 1878 nr. 21.
5. Naczyniak jamisty przedramienia (*angioma cavernosum antibrachii*). *Medycyna*, 1879, nr. 5.
6. Zapalenie stawów rzeżączkowe (*arthritis gonorrhoeica*). Uwagi nad powikłaniami stawowymi rzeżączki wogóle. *Medycyna*, 1879, nr. 48 — 50.
7. Kilka przypadków zakażenia przymiotem przy obrzezaniu. *Medycyna*, 1880, nr. 26.
8. Chłoniako-mięsak. Nowotwory wtórne w trzewiach. Podwyższenie ciepłoty po stronie guza w porównaniu z odpowiednim miejscem po drugiej stronie ciała. *Medycyna*, 1880, nr. 48 i 49.

9. Dwa przypadki pewnej postaci przewlekłego zapalenia krtani, zwanej *Chorditis vocalis inferior hypertrophica*. Medycyna, 1880, nr. 11—13.
10. Czy mgła antyseptyczna jest niezbędną częścią oprawy antyseptycznej? Rzecz, która miała być czytana na zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie w r. b. Medycyna, 1881, nr. 37.
11. Dwa przypadki kostniaków mnogich. Pam. Tow. Lek., Warszawa, 1880, str. 107.
12. Mięsak jądra prawego. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1881, str. 52.
13. O zatruciu kwasem karbolowym. Pam. Tow. Lek., Warsz., 1881, str. 399.
14. Obecne stanowisko metody Listerowskiej z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych. Gaz. Lek. 1881, nr. 1, 4, 5, 7, 8, 13, 18, 24, 29, 36, 37, 38.
15. O zatruciu kwasem karbolowym. Gaz. Lek. 1881, str. 169, 197.
16. Przyczynę do nadłamań kości. Gaz. Lek. 1881, nr. 42.
17. Uwięźnięcie w oskrzeli szczoteczki, odłamanej przy czyszczeniu rurki tracheotomicznej. Gaz. Lek. 1882, nr. 6.
18. Kilka spostrzeżeń złamań, powstałych bez udziału siły zewnętrznej. Gaz. Lek. 1882, nr. 20, 21.
19. Kilka spostrzeżeń przepuklin i uwagi nad nimi. Pam. Tow. Lek. Warsz., 1882, str. 309.
20. O przewlekłym ropnym zapaleniu okostnej. Rozprawa czytana na II zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze. 1882 r. (Oznamienowatel II sjezda 1882).
21. Ograniczone ropne zapalenie kości, czyli tak zwany przewlekły ropień kości. Trepanacya. Gaz. Lek. 1882, nr. 32, 33, 34.
22. *Ectopia vesicae urinariae*. Gaz. Lek. 1882, nr. 46.
23. *Occlusio tractus intestini*. Nakłucie kiszki. Wlewania Hegarowskie. Wyzdrowienie. Gaz. Lek. 1883 nr. 1.
24. Przyczynę do kazuistyki guzów pęcherza. Przewlekły ropień pęcherza. Gaz. Lek. 1883, nr. 9.
25. Naftalina jako środek opatrunkowy. Gaz. Lek. 1883, nr. 18, 19, 20.
26. Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej; *herniotomia*; wyzdrowienie. Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewną (hernia inguino-properitonealis). Gaz. Lek. 1883, nr. 39, 40.
27. Uderzenie pięścią w skroń. Zaniemówienie. Gaz. Lek. 1883, nr. 49.
28. Wydobycie szpilki podwójnej (od włosów) przez rozszerzoną cewkę moczową. Gaz. Lek. 1883, nr. 50.
29. Pęknięty wianek maciczny w pochwie, zmiany przezeń wywołane. Gaz. Lek. 1884, nr. 9.
30. Dwa przypadki wycięcia (osteotomia) kości piszczelowej zapomocą osteotomu Stoll'a przy zapaleniu kości gruźliczem. Gaz. Lek. 1884, str. 145.
31. Ciało ruchome w jamie kolanowej. Gaz. Lek. 1884, nr. 13.
32. Torbiele jajnika, tkwiące w więzach szerokich. Wyluszczenie obu torbieli (*ovariotomia duplex*). Gaz. Lek. 1884, nr. 15.

33. Kilka spostrzeżeń rzadszych postaci zwichnięć i złamań. Gaz. Lek. 1885, str. 757, 779.
34. Torbiel masłowa w sutce. Gaz. Lek. 1886, str. 205.
35. Kilka uwag o zmianach, zachodzących w jelicie, zaciśniętem w przepuklinach uwięzionych. Gaz. Lek. 1886, str. 458, 488.
36. Trzydzieści sześć przypadków przetok moczowych. Gaz. Lek. 1886, str. 750, 776, 799, 836, 863, 880.
37. Wycięcie odbytnicy przy jej wypadnięciu oraz rzadki przypadek brodawczaka (*papilloma*). Gaz. Lek. 1887, str. 619.
38. Jaką powinna być sala operacyjna. Gaz. Lek. 1887, str. 919.
39. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebras*) (współ z JAKOWSKIM). Gaz. Lek. 1887, str. 994, 1015, 1045, 1066, 1111, 1127, 1170.
40. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych, niezapalnego pochodzenia. Gaz. Lek. 1887, str. 902, 928, 958, 983, 999, 1030, 1051, 1072, 1104, 1135.
41. Skrócenie więzów okrągłych czyli t. z. operacya Aleksandra wobec wypadnięcia macicy. Przegl. Lek. 1887, str. 397, 413, 426.
42. Przypadek wycięcia nerki przy t. z. *phthisis renalis*. Gaz. Lek. 1889, str. 33.
43. *Aneurysma traumaticum arteriae carotidis communis dextrae*, oraz uwagi o sposobie Antylla. Gaz. Lek. 1888, str. 111, 140, 166, 182.
44. Dwa przypadki zapalenia otrzewnej pochodzenia położowego leczone za pomocą laparotomii. Gaz. Lek. 1888, str. 461.
45. Zestawienie 25 przypadków i t. d. (jak wyżej) (szereg drugi). Gaz. Lek. 1888, str. 934, 955, 974, 993.
46. Przypadek wyleczonej promienicy (*actinomycosis hominis*). Gaz. Lek. 1889, str. 46.
47. Dwa przypadki osteoplastycznej operacyi stopy. Gaz. Lek. 1889, str. 66.
48. Przyczynek do chirurgii żołądka. Gaz. Lek. 1889, str. 93, 110, 140.
49. Prztykający palec. Gaz. Lek. 1889, str. 345.
50. Trzy przypadki podwiązania tętnic tarczowych, dokonanego przy wolu sposobem DROBNIKA. Gaz. Lek. 1889, str. 376.
51. *Periurethritis dissecans*. Gaz. Lek. 1889, str. 559.
52. Podwiązanie tętnicy pośladowej prawej w jamie miednicy z powodu rany klutej. Gaz. Lek. 1889, str. 651.
53. Przyczynek do ciąży zamacicznej. Gaz. Lek. 1889, str. 814, 839, 859.
54. Zestawie 25 przypadków i t. d. (jak wyżej) (szereg trzeci). Gaz. Lek. 1889, str. 941, 956, 979, 996.
55. Przypadek ropnia podprzeponowego (*pyothorax subphrenicus*). Now. Lek. 1889, str. 6, 52.
56. Nowy sposób przytwierdzania wypadłej lub w tył pochylonej macicy za pomocą przeszczepiania więzów obłych. Przegl. Lek. 1889, str. 557.
57. Tegoczesny sposób operowania raka sutki. Odczyty Klin. wydawane przez Red. Gaz. Lek. 1889, ser. I, zeszyt 11.
58. O białowcu sieci z punktu chirurgicznego z opisaniem własnego przypadku białowca pojedynczego sieci i krezki. Gaz. Lek. 1890, str. 107, 126, 176, 197, 235, 258.

59. Zakrzepy żył jako następstwo influenzy. Gaz. Lek. 1890, str. 660.
 60. Zestawienie 25 przypadków i t. d. (jak wyżej) (szereg czwarty). Gaz. Lek. 1890, str. 533, 554, 574, 597, 616, 633.
 61. Główniejsze rodzaje szwu chirurgicznego. Kron. Lek. 1890, str. 229.
 62. Kilka myśli w przedmiocie chirurgii dróg żółciowych. Gaz. Lek. 1891, str. 481, 505.
 63. Przyczynek do lepszego poznania t. z. torbielo-mięśniaków macicy. (wespół z PRZEWOSKIM). Gaz. Lek. 1891, str. 926, 955.
 64. O szczególnej kulkowej zawartości torbieli skórzastych. Gaz. Lek. 1891, str. 1001.
 65. Wycięcie żyły podskórnej odgoleniowej przy żylakach i wrzodach goleni. Now. Lek. 1891, str. 471.
 66. On the treatment of traumatic aneurisms, with report of a cured case of traumatic aneurism of the right common carotid artery. Annals of Surgery, 1891, str. 433—468.
 67. Dwa dalsze przypadki cięży zamacicznej. Gaz. Lek. 1892, str. 9, 31.
 68. Über Resection des Blinddarmes bei carcinomatöser und narbiger Stenose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1892, t. 33, str. 321 — 383.
-

Do Czytelnika.

Specjalizacja jest znamię wieku, w którym żyjemy. Obok dawnych lekarzy praktyków, wytworzył się u nas, tak jak i wszędzie w około, szereg specjalistów, uprawiających jedynie ten lub ów dział medycyny. Potrzeby umysłowe lekarzy praktyków ogólnych i specjalistów są różne. Podczas gdy pierwsi żądają, aby im w możliwie treściwej formie podawano najnowsze zdobycze nauki na polu medycyny praktycznej, drudzy poszukują prac źródłowych, traktujących drobiazgowo obrany temat, opatrzonych dokumentami, które by pozwoliły samemu czytelnikowi osądzić, czy autor miał prawo na zasadzie tych dokumentów dojść do wniosków, które podaje. Lekarz praktyk chce, aby mu pismo peryodyczne podało, że się tak wyrażę, wymotywowany wyrok nauki w danej sprawie; specjalista, życzy sobie mieć zakomunikowane, oprócz wyroku, same akta śledcze, na zasadzie których mógłby zawsze założyć apelację, jeśli się na motywy wyroku nie zgadza. Wobec tej różnicy potrzeb, zadanie piśmiennictwa peryodycznego lekarskiego stało się o wiele trudniejszym. Kierownicy pism, chcąc zadowolnić obie strony, nie zadawalniali w zupełności żadnej. Ponieważ większość piszących należy do grupy specjalistów, zaczęły pojawiać się w pismach całe masy obszernych artykułów, czysto specjalnych, co naturalnie odbiło się ujemnie na pedagogicznem zadaniu, jakie ma do spełnienia każde pismo, rozchodzące się przeważnie wśród lekarzy praktyków.

W obcokrajowej literaturze lekarskiej dawno już brak ten spostrzeżono i skutecznie mu zaradzono przez wytworzenie wielkiej ilości pism poszytowych—archiwów, uwalniając

cych pisma tygodniowe od balastu prac specjalnych. Archiwy zyskały sobie wkrótce uznanie wśród specjalistów, dawały im bowiem gwarancję, iż prace ich dostaną się do rąk ludzi kompetentnych, że zatem będą uważnie odczytane i należycie ocenione, nie ograniczały autorów pod względem objętości prac, a, wychodząc w formie zeszytów, pomieszczały zazwyczaj całą pracę odrazu, co dla artykułów obszerniejszych wcale nie jest rzeczą małej wagi; na koniec ułatwiały specjalistom śledzenie za rozwojem literatury przedmiotu, koncentrując w sobie wszystko, co ma jakąbądź styczność ze specjalnością, przez dany archiw reprezentowaną.

Pojawienie się archiwów, jak to widać z wieloletniego doświadczenia prasy zagranicznej, wpłynęło dodatnio na pisma peryodyczne treści ogólnolekarskiej; nie tylko nie powstrzymało ich rozwoju, lecz przeciwnie popchnęło je na właściwe tory, czego dowodem uznanie, jakim się one cieszą i, powiększająca się z dniem każdym, liczba nowo powstających czasopism tego rodzaju, pomimo istnienia archiwów.

Specjaliści, jedyni współpracownicy archiwów, dbając o zyskanie popularności wśród lekarzy praktyków, nauczyli się dla nich pisać. Nie poprzestają oni na umieszczaniu prac swych w archiwach; przekonawszy się, iż artykuły obszerne i ciężkie, zazwyczaj nie bywają czytane przez lekarzy praktyków, starają się rozpowszechnić wiadomości o swych zdobyczach na polu nauki, pomieszczając treściwsze artykuły w pismach peryodycznych ogólnolekarskich, co wypada na korzyść stron obu: specjalista zyskuje popularność, lekarz praktyk traci mniej czasu na obznajmienie się z najnowszymi postępami nauki.

Nasza peryodyczna literatura lekarska jest dotychczas reprezentowaną jedynie tylko przez pisma treści ogólnej ¹⁾. W samej Warszawie wychodzą 2 pisma tygodniowe, 1 miesięczne i 1 kwartalnik. Przeglądając roczniki tych pism, dojdziemy do przeświadczenia, iż zaczyna się już w nich nagromadzać balast specjalnych artykułów, niezupełnie odpowiadający celowi pedagogicznemu, który redakcje, tygodników przynajmniej, wystawiają i słusznie na plan pierwszy.

¹⁾ Nie mogę bowiem uważać za pismo peryodyczne „Pamiętnika chirurgicznego“ wydawanego przez zjazd chirurgiczne krakowskie.

Wobec tego niezaprzeczonego faktu; wobec rosnącego z dniem każdym zastępu specjalistów, bynajmniej nie posłedniej miary, z dumą to stwierdzić możemy; wobec ujawniającej się coraz bardziej chęci do pisania, wynikającej z istotnej potrzeby zaznajomienia współtowarzyszów z wynikami własnych badań i obserwacji, wydaje mi się, że nareszcie i dla naszej literatury lekarskiej nadeszła chwila odpowiednia do założenia pisma specjalnego, poświęconego wyłącznie pewnemu działowi medycyny.

I oto pozwalam sobie wystąpić przed naszą publicznością lekarską z pismem, poświęconem wyłącznie medycynie zewnętrznej, a więc: chirurgii w najobszerniejszym zakresie, jako też: otiatrii, laryngologii, oftalmologii, akuszeryi, ginekologii, syfilidologii i dermatologii, rodzonym jej siostrzycom.

Można by mi zarzucić, iż program taki nie odpowiada założeniu, gdyż łączę ze sobą cały szereg specjalności. Pozwolę sobie odpowiedzieć, że, mojem zdaniem, w obecnej chwili nie dorośliśmy jeszcze do tego, aby każda, z wyszczególnionych wyżej, gałęzi była reprezentowaną przez odrębne pismo poszytowe; zabrakłoby wkrótce piszących, zaś czytelników byłoby tak niewielu, iż by się pismo utrzymać nie mogło. Gdy porośniemy w pierze, gdy się przekonamy, iż materiału nagromadza się dosyć, nic nam nie przeszkodzi wyodrębnić po kolei każdą, z wyszczególnionych wyżej, specjalności i zakładać dla niej pismo osobne. Tymczasem złączenie wszystkich tych gałęzi w jednym piśmie, wydaje mi się usprawiedliwionem ze względu na wiele cech i dążeń wspólnych, że tu tylko zwrócę uwagę na wspólną potrzebę dokładnej znajomości a i antyseptyki, patologii chirurgicznej ogólnej i odpowiedniej techniki operacyjnej, bez której przecież żaden z przedstawicieli, wymienionych wyżej, specjalności obejść się nie może. Co więcej, sądzę, iż taki bliższy stosunek macierzy chirurgii z młodszymi jej latoroślami wypadnie na korzyść tych ostatnich, gdyż choć w części zapobiegnie krańcowej specjalizacji, która zaczyna już na Zachodzie (w Niemczech przeważnie) wydawać wcale niepożądane owoce i zmusza do zwrotu pod tym względem, skłaniając młodych adeptów różnych specjalności do gruntownego wykształcenia się przede wszystkim w nauce podstawowej—w chirurgii. Nie rozumiem jak ginekolog, nie panujący w zupełności nad całą techniką

chirurgiczną, nie obznajmiony do najdrobniejszych szczegółów z codziennymi jej postęпами, może dobrze wykonywać laparotomię przy chorobach kobiecych, wymagających tego zabiegu; tak samo nie mogę sobie wystawić otiatrę—trepanującego wyrostek sutkowy, laryngologa—dokonywającego tracheotomii, syfilidologa—wyluszczającego gruczoły pachwinowe, bez odpowiedniego wyćwiczenia chirurgicznego. Jeśli się tak jeszcze dzieje, to się źle dzieje i przeciwdziałać temu należy. W dzisiejszych czasach nie możemy powracać do zamierzchłej przeszłości, nie możemy obojętnie patrzeć na wyrastanie nowożytnych *Frère Come'ów*, precudownie wykonywających jakis jeden zabieg chirurgiczny, a bezradnie stojących wobec nieprzewidzianych komplikacyi, których opanować wskutek braku ogólnego wykształcenia chirurgicznego nie są w stanie.

Myślę, iż zespolenie wszystkich gałęzi medycyny zewnętrznej w jednym piśmie skutecznie się przyczyni do rozpowszechnienia między specjalistami zdrowych zasad chirurgicznych i wszczępi przekonanie, iż przedewszystkiem potrzeba zostać dobrym chirurgiem, a później dopiero zabrać się do uprawiania z zamiłowaniem jednej z licznych gałęzi medycyny zewnętrznej.

Celem więc moim jest stworzyć pismo peryodyczne poszytowe, w którym by się odzwierciadliły postępy, dokonane pracą naszych specjalistów w dziedzinie medycyny zewnętrznej; które by było punktem zbornym dla ich prac i nie krępowało autorów ani pod względem obszerności artykułów, ani też ilości potrzebnych rysunków lub tablic.

Pragnąłbym bardzo, abym sobie mógł po upływie roku, lub chociażby dopiero lat kilku, powiedzieć, iż „Przegląd chirurgiczny“ przynosi naszym specjalistom choć w małej części tę korzyść, jak na przykład *Deut. Zeitschrift für Chirurgie*, *Revue de chirurgie* itp. specjalistom Zachodu. Ani na chwilę się nie luję, iż zadanie to trudne, wymagające wielu moralnych i materialnych wysiłków. Otuchy mi dodają przeświadczenie o umysłowej dzielności tych kolegów, którzy mi dotychczas swój współudział w pracy około wydawnictwa przyrzekli, że tu wymienię:

D-rów: K. BENNIGO, C. BITNERA, R. BUKOWSKIEGO, A. CIECHOMSKIEGO, T. DUNINA, B. DZIERŻAWSKIEGO, A. ELZENBERGA, J. GARBOWSKIEGO, S. GROSLIKA, L. GURANOWSKIE-

GO, M. JAKOWSKIEGO, W. JANOWSKIEGO, R. JASIŃSKIEGO, F. JAWDYŃSKIEGO, W. KAMOCKIEGO, A. KARCZEWSKIEGO, F. KIJEWSKIEGO, F. KOBYLŃSKIEGO, S. KONDRATOWICZA, M. KORZENIOWSKIEGO, S. KRYSIŃSKIEGO, W. MAYZLA, L. NENCKIEGO, F. NEUGEBAUERA, S. PERKOWSKIEGO, B. SAWICKIEGO, J. SEDZIAKA, A. SOKOŁOWSKIEGO, W. WRÓBLEWSKIEGO.

Mam niepłonną nadzieję, iż do tych nazwisk kolegów warszawskich, zechcą się niebawem przyłączyć koledzy zamiejscowi, a tak świetni przedstawiciele różnych gałęzi medycyny zewnętrznej. Postanowiłem zwrócić się do nich z prośbą o przyjęcie udziału w pracy około podtrzymania „Przeglądu chirurgicznego“, dopiero po wyjściu okazowego numeru dla tego, aby z niego osądzić mogli, czy tak układ jak forma zewnętrzna będą odpowiadały ich wymaganiom. W ten sposób najłatwiej, mojem zdaniem, dojść można do porozumienia, które inaczej mogło być osiągnięte tylko za pośrednictwem, nużącej obie strony, długiej korespondencji. Naturalnie wszelkie uwagi tak co do zewnętrznej formy, jak układu i treści, z wielką wdzięcznością przyjmować będę i w następnych poszytach do słusznych uwag zastosować się nie omieszkać.

Oprócz głównego celu, ześrodkowania naszej literatury, dotyczącej medycyny zewnętrznej, „Przegląd chirurgiczny“ postawił sobie za zadanie rozprzestrzenianie za granicą wiadomości o pracach naszych specjalistów. W tym celu, oprócz tekstu w języku polskim, pomieszczane będą referaty w języku francuskim tak z prac, wydrukowanych w danym zeszycie, jako też z prac z dziedziny medycyny zewnętrznej, rozrzuconych w innych naszych pismach peryodycznych. Sądzę, iż metoda ta znajdzie uznanie, gdyż oszczędzi ona czasu specjalistom, którzy dotychczas, chcąc zaznajomić zagranicę ze swemi poszukiwaniami, byli zmuszeni tłumaczyć swe prace i pomieszczać w pismach zagranicznych; obecnie dość będzie przysłać do Przeglądu, wraz z artykułem, streszczenie, napisane w języku polskim, a redakcja postara się już sama o przełożenie go na język francuzki. Naturalnie, iż staraniem redakcyi będzie rozwinąć jaknajobszerniejsze stosunki zamienne z zagranicą, co mam nadzieję wpłynie dodatnio na spopularyzowanie prac naszych specjalistów.

Zgodnie z podwójnym celem, jaki sobie nakreśliliśmy każdy zeszyt „Przeglądu“ rozpadać się będzie na 3 części:

Część I-sza na początku każdego zeszytu, opatrzona w osobną łacińską paginacyę, zawierać będzie obszernie referaty z prac oryginalnych, wydrukowanych w danym zeszycie „Przeglądu“.

Część II-ga, stanowiąca istotną treść „Przeglądu“, składać się będzie:

a) z artykułu wstępnego, napisanego przez uproszonego autora na temat, zaproponowany przez redakcyę, traktującego jakąś kwestyę, będącą na porządku dziennym.

b) z artykułów oryginalnych, z różnych gałęzi medycyny zewnętrznej.

c) ze sprawozdań z posiedzeń Towarzystw Lekarskich polskich i zjazdów naszych, o ile one dotyczą medycyny zewnętrznej.

Część III-cia na końcu zeszytu, zawierać będzie krótkie streszczenia, w języku francuzkim, prac z dziedziny medycyny zewnętrznej, pomieszczanych w innych czasopismach naszych.

Nie mając dotychczas doświadczenia co do szybkości, z jaką się potrzebny materiał nagromadzać będzie, nie możemy się krępować żadnym terminem. „Przegląd“ wychodzić więc będzie w bezterminowych odstępach czasu zeszytami, obejmującymi po 10 arkuszy druku. O ile to będzie możliwem staraniem redakcyi będzie wydawać zeszyty kwartalnie.

Zbrojni przekonaniem o czystości zamiarów naszych i przejęci ważnością podjętego zadania, występujemy przed naszą publicznością lekarską z tym pierwszym zeszytem „Przeglądu“, który jest skromnym wyrazem naszych dążeń i usiłowań. Nie liczymy zbyt wiele na własne siły, lecz czerpiemy otuchę w przeświadczeniu, że nie stoimy osamotnieni wobec podjętego zadania. Wierząc, iż, w miarę pomnażania się listy współpracowników, będzie wzrastała wartość naukowa naszego pisma, wzywamy do wspólnej pracy wszystkich tych, którym dobro nauki leży na sercu:

„Służmy pocziwej sławie, a jako kto może,
„Niech ku pożytku dobra spólnego pomoże“.

PRÉFACE.

Nous entreprenons avec le présent fascicule la publication d'un journal, consacré exclusivement à la médecine externe, donc: à la chirurgie, otologie, laryngologie, ophthalmologie, accouchement, gynécologie, syphilidologie et dermatologie.

Le grand mouvement littéraire, qui s'est manifesté chez nous dans ces derniers temps, nous a autorisés à cette tentative et nous permet d'espérer, que notre archive n'occupera pas le dernier rang parmi ses prédécesseurs étrangers.

Les difficultés qu'éprouvent les étrangers, désireux de connaître les travaux de nos spécialistes, nous ont déterminé à insérer, en tête de chaque fascicule en français des analyses détaillées des articles qu'il contient. À la fin du fascicule le lecteur trouvera des analyses plus succinctes des travaux, parus dans les autres journaux médicaux polonais et ayant trait à la médecine externe.

Nous espérons, que ce système sera approuvé par les spécialistes étrangers, qui ne seront plus contraints de recueillir les renseignements sur nos travaux dans les annales étrangères correspondantes, de se servir des analyses, qui, pour la plupart, sont faites loin de chez nous et ont plus d'une fois donné lieu à des malentendus. Si, à la suite de ces efforts, le monde médical étranger s'intéresse plus vivement à notre littérature, notre travail sera suffisamment récompensé.

Aussi nous tenons beaucoup à développer et à entretenir les relations d'échange les plus larges avec les journaux étrangers, nous nous adressons donc à leurs rédacteurs et éditeurs avec la proposition d'échange.

N'étant pas en mesure, pour le moment, d'évaluer le nombre de travaux, que nous aurons à notre disposition, nous commençons la publication de la „Revue de chirurgie“ par fascicules à terme indéterminé, dont chacun contiendra 10 feuilles imprimées (c'est à dir environ 150 pages); toutefois nous ferons tout notre possible pour faire paraître les fascicules tous les 3 mois d'une façon régulière.

La rédaction.

Resumé des travaux originaux, contenus dans le 1-er fascicule de la „Revue de Chirurgie“.

I. Dr. T. D u n i n. Du rapport de la médecine interne à la chirurgie. Il y a environ une 20-aîne d'années la chirurgie s'occupait exclusivement de maladies externes: traumatismes, affections des os, tumeurs des organes externes etc.; la question d'un rapport quelconque entre la chirurgie et la médecine interne n'existait pas. La découverte de Lister et les travaux théoriques de BILLROTH, VOLKMANN, BERGMANN etc. ont donné une impulsion très énergique à l'activité des chirurgiens, dont toutes les aspirations se sont dirigées dès lors vers les cavités du corps humain. Il en est résulté la question fort importante et diversement résolue de la relation réciproque entre ces deux domaines de la médecine. Dans cette dispute il s'agit d'abord de déterminer, quelles sont les maladies, qui peuvent servir d'objet à l'intervention chirurgicale et ensuite, dans quelle mesure certaines maladies internes, exigeant aujourd'hui un traitement chirurgical, doivent être exclues du domaine de la médecine interne pour passer dans celui de la chirurgie. À proprement parler, le couteau du chirurgien atteint aujourd'hui tous les organes, excepté le coeur (jusqu'à un certain degré), les gros trons vasculaires et certaines régions du cerveau. Ce n'est donc pas l'organe—le siège de la maladie—qui limite l'intervention de l'opérateur, c'est la nature même de l'affection; car l'opération n'arrête pas la maladie, elle ne fait qu'écarter ses suites. Tant que l'affection reste locale, tant qu'elle s'est éteinte, n'ayant laissé que des altérations locales, l'opération rend des services réels. Dans les maladies générales le chirurgien n'intervient, que

lorsqu'il s'agit de faire disparaître leurs manifestations les plus importantes pour le moment. Par l'extraction du calcul biliaire, par la résection même de la vésicule le chirurgien ne guérit pas la maladie, il ne fait que soulager temporairement les souffrances du malade, n'exerçant point d'influence sur la marche de l'affection elle-même.

Le progrès de la chirurgie, dans le sens du bien qu'elle fait au malade (et non du nombre d'opérations exécutées) ne peut être réalisé que par le perfectionnement de la technique opératoire et l'intervention hâtive dans les affections, dont la nature se prête au traitement chirurgical. Pour opérer de bonne heure, le chirurgien doit être nécessairement guidé par un diagnostic fait assez tôt. Il en résulte, que le progrès de la chirurgie est sous la dépendance de celui de la médecine interne. Pour le bien réel du malade le chirurgien doit suivre les indications du médecin, borner son action au rôle de l'exécuteur et ne point chercher à se soustraire à la direction de la médecine interne. Chaque fois, que la chirurgie l'oubliait, elle faisait des fautes très graves (traitement du tabès par l'élongation des nerfs, traitement de l'hystérie par la castration etc.). Il va sans dire, que le chirurgien ne voudra pas être seulement un instrument aveugle entre les mains du médecin; il ne consentira certainement pas à enfoncer le couteau dans le corps du malade, sans être lui-même convaincu de la nécessité de son intervention. Aussi doit il avoir une instruction médicale générale et garder des liens intimes avec la totalité de la science médicale; mais le médecin, lui aussi doit être au courant des progrès de la chirurgie, pour savoir, lorsqu'il cherche son concours, ce qu'elle peut lui donner. Actuellement le chirurgien ne doit plus chercher à élargir le terrain de son activité; nous ne pouvons plus nous imaginer, quelles nouvelles sections de la médecine interne pourraient se prêter à l'intervention chirurgicale; nous sommes maintenant en présence plutôt d'un mouvement de regression que de la tendance aux nouvelles conquêtes.

Ce n'est pas à la chirurgie qu'appartient l'avenir de la thérapeutique; celle-ci cherchera toujours la *restitutio ad integrum*, tandis que chaque opération amène nécessairement une perte de substance ou la suppression de la fonction de l'organe dans une mesure plus ou moins considérable.

De même qu'on ne pratique pas actuellement l'extirpation des gommes syphilitiques, qu'on ne songe pas à retirer l'exsudat des articulations, atteintes de rhumatisme aigu, on n'ouvrira, peut être, plus les abcès pleuraux ou cérébraux, on n'opérera plus les néoplasmes malins, en sachant les guérir par la voie interne. Pour le moment la chirurgie est maîtresse de la situation et le médecin n'a qu'à rester avec elle en bonne intelligence pour marcher ensemble vers le but commun.

II. Dr. F. J a w d y ń s k i. Contribution à la chirurgie des voies biliaires. Neuf cas d'opérations sur la vésicule biliaire. La rareté relative des formes morbides graves de calculs biliaires par rapport à la fréquence de ces calculs en général et les cas de guérison des troubles très graves, dûs à la lithiasie biliaire, rien qu'à la suite du traitement médical, constituent la cause principale du désaccord, qui existe entre les médecins et les chirurgiens sur la question de l'intervention chirurgicale dans cette affection. Tandis que les premiers, obtenant pour la plupart des résultats satisfaisants par le traitement interne, veulent borner l'activité des chirurgiens aux cas graves, ne cédant pas aux moyens pharmaceutiques, accompagnés des phénomènes, menaçant la vie des malades, les autres, ayant plus souvent affaire précisément à ces formes redoutables, seraient disposés à soumettre au traitement chirurgical même les cas où les lésions locales et les troubles généraux n'ont pas encore atteint un degré trop élevé.

Pour arriver à une entente commune sur ce sujet, il faudrait, que les médecins observent les malades ensemble avec les chirurgiens, qu'ils apprennent à connaître les difficultés de la technique opératoire et l'influence de l'état général sur la marche de l'opération et ses résultats.

N'étant pas d'accord avec les auteurs, qui conseillent de procéder immédiatement à l'opération, aussitôt que la présence de calculs biliaires est constatée, J., ainsi que la majorité des chirurgiens, pose les indications suivantes à l'intervention chirurgicale:

1. L'opération est absolument indiquée dans les cas, où le canal cholédoque est bouché, depuis un temps assez long. Suivant le cas donné, il est indiqué de faire: la cholédochotomie, la cholecystenterostomie, ou bien la choledochointerostomie, si la vésicule a été déjà préalablement extirpée.

2. La seconde, très importante indication à l'opération est fournie par l'empyème de la vésicule. Ici, suivant les conditions locales, nous ferons: la cholecystostomie et dans le cas de lésions ulcéreuses très profondes des parois de la vésicule, sans parler de la dégénérescence carcinomateuse, la cholecystectomy.

3. En présence d'une hydropisie de la vésicule, datant depuis un certain temps, on est autorisé à faire la cholecystostomie idéale.

4. Enfin l'opération est indiquée dans les cas, où les attaques de coliques hépatiques sont fréquentes et s'accompagnent d'ictère. Ici encore, si le canal cholédoque est perméable et s'il existe d'autres conditions favorables, la cholecystostomie idéale est indiquée.

L'auteur rapporte neuf observations personnelles:

Observation I.—Lithiase biliaire. Fistule entre la vésicule biliaire resp. le canal cholédoque et l'estomac. Cholecystostomie. Mort par épuisement.

Une femme, âgée de 56 ans, souffre depuis 3 mois des vomissements continus, que rien ne peut arrêter. Ces vomissements sont survenus à la suite de phénomènes gastriques aigus, accompagnés de fièvre. Les masses, rejetées toujours en très grande quantité, forment des couches dans le vase, qui les recueille, les $\frac{2}{3}$ supérieurs sont constitués par un liquide bilieux, le $\frac{1}{3}$ inférieur par un liquide muqueux. On examina à plusieurs reprises l'estomac avec la sonde après les vomissements et on le trouvait toujours vide; au bout d'une demi heure à peine la malade rejetait des masses bilieuses, muco-purulentes.

En raison de la débilité très considérable de la malade on posa le diagnostic de fistule entre la vésicule biliaire ou le canal cholédoque d'une part et l'estomac de l'autre. 21. X. 1885 cholecystostomie, la vésicule contient 2 calculs du volume d'une noisette et de la bile liquide. Mort au bout de 12 heures par épuisement. L'autopsie fut interdite. L'auteur suppose, que dans ce cas il existait une cavité purulente, communiquant avec l'estomac et les voies biliaires.

Observation II.—Lithiase biliaire. Fistule externe de la vésicule biliaire. Opération de la fistule avec résection des côtes. Guérison complète.

Homme de 57 ans. Depuis longtemps, après l'absorption d'aliments indigestes, douleur avec sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit. En janvier 1885 phénomènes fébriles avec ictère, douleurs et pression à la région hépatique. Diarrhée avec épuisement très considérable du malade. L'ictère disparut bientôt. En octobre de la même année un abcès se forma au dessus de l'arc cartilagineux costal. A l'ouverture de cet abcès on y trouva du pus, de la bile et des calculs biliaires. Après 1 an et $\frac{1}{2}$ cet homme arriva à Varsovie en présentant des fistules multiples au niveau de la 7-me côte, qui donnaient issue à du pus. Comme la dilatation des fistules, tentée précédemment par d'autres médecins, n'a donné aucun résultat, comme, d'autre part, la suppuration abondante épuisait les forces du malade, on procéda à une opération plus radicale le 16. VIII. 1889. Incisions larges. Ré-

section de la 7, 8 9 et 10 côte. Derrière les côtes une vaste cavité, tapissée de granulations. Au milieu de celle-ci on trouve l'orifice d'un canal, qui conduit à travers le tissu hépatique, jusque dans la vésicule biliaire. Débridement du canal extraction des concrétions calculeuses (les calculs se composaient de 74% de phosphate et 26% de carbonate de chaux et de mucus). Amélioration très considérable à la suite de l'opération. La suppuration tomba aussitôt au minimum. Il resta une fistule de la vésicule par laquelle du mucus et de la bile s'écoulaient. Cette fistule fut fermée complètement en janvier 1887 par une opération plastique.

Observation III.—Lithiase biliaire. Obstruction du canal cystique. Hydropisie de la vésicule biliaire. Cholecystostomie. Guérison incomplète. Fistule muqueuse.

Femme de 22 ans. Au cours de la grossesse il y a 1 an et $\frac{1}{2}$ vomissements, douleurs vives avec pesanteur à l'épigastre. Après l'accouchement douleurs incertaines; de temps en temps des vomissements. Jamais d'ictère. On constata une hydropisie de la vésicule biliaire. Cholecystostomie le 15. VII. 1887. On trouva un calcul enclavé dans le canal cystique, qu'on n'arriva pas à extraire par des manipulations délicates et il fut laissé sur place. La malade, se sentant très améliorée, ne consentit pas à une seconde opération et quitta l'hôpital, gardant une fistule muqueuse.

Observation IV. — Lithiase biliaire. Cholécystite purulente. Cholecystostomie. Guérison.

Femme de 38 ans. Depuis presque un an douleurs vives à l'hypochondre, s'irradiant jusqu'à l'omoplate et traversant la malade de part en part. Jamais d'ictère. On constata un empyème de la vésicule biliaire. Cholécystostomie le 1. IV. 1889. La vésicule renfermait 300 gr. de liquide purulent et 5 calculs de différent volume. Après l'opération les douleurs disparurent complètement. La malade quitta l'hôpital, portant encore une petite fistule.

Observation V. — Lithiase biliaire. Adhésion intime de la vésicule aux parois abdominales. Cholecystectomie. Mort.

Femme de 62 ans. Depuis 10 ans attaques violentes de douleurs à l'épigastre, d'une violence telle, que parfois survient une syncope. Ensuite douleurs très vives à l'hypochondre. Il y a un mois, on constata une tumeur dans la cavité abdominale. La tumeur de l'hypochondre droit adhérait intimement aux parois abdominales, au niveau de l'ombilic. On supposa une tumeur maligne sans préciser son point de départ. Opération le 10. XI. 1891. À l'ouverture du ventre, on put se convaincre que la tumeur partait de la vésicule biliaire et présentait des adhérences intimes non seulement avec les parois abdominales, mais avec le grand épiploon, l'intestin grêle, le côlon transverse et le foie même. Après l'extirpation de la tumeur et sa section, on constata, qu'il ne s'agissait point d'une tumeur maligne. La tumeur était constituée par la vésicule biliaire à parois très hypertrophiées et complètement remplie de calculs. La partie, adhérente aux parois abdominales était constituée par un diverticule, rempli d'un grand calcul. À la suite de l'opération symptômes de péritonite et mort au bout de 3 jours. À l'autopsie on trouva une perforation du canal hépatique, par laquelle il y eut écoulement de la bile dans la cavité abdominale, avec irritation du péritoine consécutive. L'inflammation du péritoine était de nature fibrineuse et la mort n'était pas due à l'infection, mais à l'épuisement de la malade par suite de la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque.

Observation VI. — Lithiase biliaire. Hydropisie de la vésicule biliaire. Cholécystotomie idéale. Guérison.

Femme de 49 ans. Il y a 15 ans troubles gastriques. Il y a 6 mois elle aperçut une tumeur dans la cavité abdominale et éprouva en même temps des douleurs dans l'hypochondre droit. Jamais d'ictère. On constata une hydropisie de la vésicule. Cholécystotomie idéale le 1. VI. 1892. La vésicule était remplie de liquide séreux et ne présentait point d'altération des parois. On extrait 2 calculs de la grandeur d'une noisette de la vésicule; l'un était libre dans la vésicule, l'autre était enclavé dans le canal cystique, mais put être facilement refoulé dans la vésicule. Dans la période post-opératoire urticaire fébrile. Guérison complète.

Observation VII. — Lithiase biliaire. Obstruction du canal cholédoque. Cholécystostomie. Guérison.

Femme de 40 ans. Depuis 1881 crampes de l'estomac. Il y a 5 ans la fièvre vint se surajouter aux crampes. Les douleurs et les crampes revenaient de temps en temps. Depuis juin 1892 attaques de coliques avec vomissements, frissons et fièvre. Depuis juillet 1892 ictère, qui ne disparaît point jusqu'au jour de l'opération. Dans les dernières semaines attaques très fréquentes de coliques, vomissements, fièvre (40°), qui dure de quelques à 24 heures. Démangeaison très vive, insomnie et dépérissement. Matières fécales décolorées complètement. La palpation de l'abdomen ne découvre pas de tumeur dans la région de la vésicule biliaire. Opération le 21. III. 1893. La vésicule est petite, retractée, adhérente au grand épiploon. À cause des adhérences et de l'épuisement de la malade, on fait, la cholécystostomie, en se proposant d'exécuter l'opération radicale après l'amélioration de l'état général. Aussitôt après la création de la fistule, il y eut une amélioration remarquable. Tous les symptômes morbides disparurent au bout de quelques semaines; la fistule se cicatrisa au bout de 6 semaines.

Observation VIII. — Lithiase biliaire. Empyème de la vésicule biliaire. Obstruction du canal cholédoque. Cholécystostomie.

Homme de 42 ans. Il y a 15 ans le malade eut des douleurs dans la région lombaire et des selles mêlées de sang, pendant quelques jours. Depuis lors constipation. Il y a 14 semaines le malade remarqua une tumeur au niveau de l'ombilic. Après le repas douleur à l'épigastre avec sensation de plénitude. Jamais d'ictère. 15 jours avant l'apparition de la tumeur, il fut atteint dans la rue d'une attaque de douleurs violentes dans le ventre; les douleurs durèrent quelques heures. Opération le 26. IV. 1893. Après l'ouverture de l'abdomen, on trouva le foie considérablement abaissé. La tumeur était constituée par la vésicule biliaire distendue et complètement enveloppée par le grand épiploon; il fut impossible de détacher l'épiploon. On retira de la vésicule 53 calculs. Fixation de la vésicule dans les parois abdominales (Cholécystostomie). Etat post-opératoire mauvais. Le malade n'a pas de fièvre, mais il se plaint de douleurs à l'épigastre et dans la poitrine. Apparition d'ictère le 16 mai. Au bout d'une semaine hémorrhagie très abondante de la plaie abdominale. Elargissement et tamponnement de la cavité, qui s'était formée dans l'épaisseur des parois abdominales. Suppuration abondante dans la vésicule, le pus n'est pas mêlé de bile. Selles décolorées. Ce n'est que le 3 juin qu'elles se sont colorées en jaune. La plaie des parois abdominales se cicatrise bien; l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. Les forces reviennent petit

à petit, mais l'ictère persiste toujours. Une seconde laparotomie est indiquée, afin d'enlever l'obstacle, bouchant le canal choledoque.

La dernière observation a trait à une occlusion des canaux biliaires, due à la compression, exercée par un néoplasme malin. On ne trouva point de calculs dans ce cas.

Observation IX. — Carcinome du pancreas et du foie. Hydropisie de la vésicule biliaire. Cholecystostomie.

Homme de 29 ans. Il y a 9 mois il commença à éprouver des douleurs à l'épigastre, s'irradiant dans tout le ventre. Presque simultanément apparition d'ictère, qui persiste jusqu'au moment de l'exploration du malade. Anorexie, épuisement, selles décolorées. Il y a 19 ans le malade avait de l'ictère, qui céda rapidement à des moyens pharmaceutiques. Foie énormément augmenté de volume, dur et très douloureux. Il est en relation avec une tumeur, qui s'étend presque jusqu'au ligament de Poupert. Le malade demande à être opéré, à cause des douleurs insupportables. Laparotomie le 5. VII. 1888. Le foie de dimensions colossales est parsemé de tumeurs de grandeur différente et fixé par des adhérences à l'estomac, au grand épiploon et au côlon transverse. Hydropisie de la vésicule biliaire. Cholecystostomie. Amélioration transitoire très considérable. Mort au bout de 3 mois par suite de cachexie. La glande pancréatique était très probablement le point de départ de la tumeur maligne.

III. Dr. A. Karczewski. Quelques cas de plaies pénétrantes de l'abdomen. L'auteur rapporte 5 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, dont 4, produites par des instruments tranchants et 1—par arme à feu. Trois des cas, appartenant à la première catégorie ont été traités par la méthode expectative (2 cas étaient compliqués de prolapsus de l'épiploon, qui fut lié et coupé, et 1 cas était accompagné d'hématurie); dans le 4-me cas, où il y avait prolapsus d'une anse intestinale, perforée en 4 endroits, on exécuta la laparotomie. Cette opération fut également faite dans le cas de plaie par arme à feu; on trouva 2 plaies de l'intestin grêle et deux plaies de l'estomac. Tous les cas ont été suivis de guérison. Les laparotomies furent faites par le dr. KRAJEWSKI.

Dans ses remarques, l'auteur cherche à présenter l'ensemble d'opinions régnantes sur la question de la conduite à tenir dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen. Nous trouvons ici les opinions de Reclus, Terrier, Berger et Senne. Envisageant à un point de vue critique chacune de ces opinions, l'auteur arrive à la conclusion qu'aucun des auteurs ci-dessus mentionnés ne prend suffisamment en considération les di-

verses circonstances, qui peuvent influencer la conduite du médecin. Ces conditions, d'après l'auteur, les voici: 1) le mode de production de la plaie (plaies par armes à feu ou par instruments tranchants), 2) la présence ou le manque de symptômes, 3) le temps, qui s'est écoulé depuis la production de la plaie, 4) l'habileté de l'opérateur et une assistance convenable au cour de l'opération, 5) la rigueur dans l'application des règles de l'asepsie. Après avoir soumis chacune de ces conditions à une analyse détaillée, l'auteur arrive à la fin de son travail aux conclusions générales suivantes:

1) Dans les cas de plaies par instruments tranchants, lorsqu'il n'existe pas de symptômes, réclamant une intervention active, le médecin, surtout le médecin moins expérimenté ou celui, qui se trouve dans des conditions défavorables d'asepsie ou d'assistance, est autorisé de s'abstenir de la laparotomie et compter sur les chances d'une guérison spontanée.

2) Dans les cas de plaies par arme à feu, lorsqu'il ne s'est plus écoulé que 4 heures depuis le moment de la blessure, un chirurgien expérimenté, placé dans des bonnes conditions d'entourage, peut ouvrir hardiment l'abdomen, même à défaut de tout symptôme, et a le droit de compter sur un résultat favorable à la suite de son intervention.

3) Dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, indépendamment du mode de leur production, il se manifeste parfois, quoique très rarement, immédiatement après l'accident des signes, indiquant absolument la nécessité d'une intervention active; mais celle-ci ne sera suivie d'un succès complet, que lorsqu'elle aura été exécutée dans des conditions convenables.

4) Les résultats des laparotomies entreprises en présence de symptômes nets de péritonite sont en général défavorables; cependant l'intervention active peut être justifiée, si les forces du malade donnent le moindre espoir de le sauver par l'opération.

5) Les conditions défavorables sur le champ de bataille sont plutôt contraires à une intervention active; pourtant la conduite expectative, tenue dans ces cas par nécessité est également loin d'assurer les chances de succès.

(à Suivre)

IV. Dr. Ciechomski. De la rupture du tendon de la longue-portion du biceps brachial. Après avoir remarqué, au commencement de son article, que ces ruptures sont plus fréquentes qu'on ne le croit, surtout chez les personnes exerçant un métier dur et soulevant des fardeaux considérables, C. décrit d'une manière détaillée le cas qu'il a observé, ainsi que son résultat au bout de quelques années.

A côté des symptômes accompagnant ces lésions, telles que: la douleur, la sensation d'une sorte de craquement dans l'épaule, enfin l'ecchymose sous-cutanée; l'auteur rapporte les signes caractéristiques principaux et ayant trait à la forme du bras, la forme du muscle et sa consistance; il indique plus loin comment se comporte le muscle au moment de la flexion passive et active de l'avant-bras dans la pronation et la supination et signale enfin l'action du courant interrompu sur les attaches du muscle.

Après un court aperçu historique de la littérature de cette question, C. passe en revue aussi complètement que possible tous les cas connus de la rupture du biceps.

En parlant du mécanisme de cette lésion, l'auteur mentionne avant tout la rupture du tendon par suite de la contraction du muscle même, par action de son antagoniste, enfin par l'action simultanée de tous les deux. Pour expliquer la rupture du muscle même, il se sert de la théorie des contractions asynchroniques.

En passant au traitement, C. insiste surtout sur le traitement opératoire, aussi bien dans les cas récents, que dans les cas invétérés; il parle ensuite de la suture des tendons et du muscle et rapporte à son appui des observations correspondantes.

Enfin il arrive aux conclusions suivantes, concernant le traitement même:

1° La rupture récente du biceps brachial doit être suturée immédiatement:

a) le tendon, détaché de son point d'insertion au dessus de la cavité glénoïde de l'omoplate, peut être suturé n'importe où dans cette région, même à la capsule articulaire.

b) la rupture au niveau de sa partie moyenne ou au point de réunion avec le ventre musculaire doit être suturée selon la méthode de Wölfler, ou de Witzel.

2° En présence d'une rupture invétérée il faut tenir une conduite un peu différente:

a) on doit libérer, autant que possible, l'extrémité du tendon fixée aux tissus environnants et le traiter comme dans les ruptures récentes, s'il s'agit d'une rupture supérieure; ou bien disséquer les 2 bouts s'il s'agit d'une rupture à la partie moyenne du tendon.

b) lorsqu'il est impossible de rapprocher les 2 bouts par suite de leur retraction cicatricielle, il ne reste qu'à tailler des lambeaux à petits pédicules aux deux extrémités du tendon et à les suturer convenablement.

c) dans les cas les plus difficiles, où la plus grande partie du tendon a été détruite, on peut attacher son bout périphérique au tendon ou au muscle voisin ayant une action analogue à celle du muscle rompu.

V. Dr. R. Jasiński. Des hypertrophies. En commençant son exposition clinique, basée sur une série d'observations personnelles, l'auteur fait remarquer, qu'il ne s'occupera que des formes d'hypertrophie, dont l'origine est encore douteuse ou complètement inconnue. Certaines d'entre elles sont congénitales, d'autres acquises, les unes—symétriques, les autres—presque fantasques, les unes constantes et incurables, les autres—passagères, puisqu'elles peuvent disparaître spontanément.

L'auteur rapporte d'abord 2 cas de maladie de MARIE ou d'Acromégalie, qu'il préférerait de nommer Gigantacrie. Dans l'une de ces observations il note des symptômes intéressants, qui permettent de supposer une affection (hypertrophie?) de la glande pineale, notamment des changements inconstants (paraissant dépendre des troubles circulatoires) dans le champ visuel et des céphalalgies constantes.

D'une façon générale J. n'est pas disposé à partager l'avis des auteurs, qui voient dans les lésions primitives du système vasculaire la cause première des hypertrophies locales ou générales. Il s'en rapporte aux observations nombreuses, ayant trait à des lésions générales et locales du système vasculaire, qui n'ont point été suivies d'hypertrophies. Au contraire l'auteur connaît des cas d'atrophie, due au voisinage de vaisseaux dilatés depuis la naissance. Ensuite l'auteur rapporte:

1^o Un cas d'agrandissement gigantesque congénital de tout le corps.

2^o Un cas d'agrandissement gigantesque congénital des deux membres du même côté et du prépuce.

3^o Un cas d'agrandissement gigantesque congénital de deux doigts de la main gauche.

4^o Un cas d'agrandissement gigantesque congénital d'un membre inférieur, accompagné de développement de lipomes et de kystes congénitaux.

5^o Un cas d'agrandissement gigantesque congénital du clitoris.

Enfin l'auteur décrit brièvement le développement gigantesque passager des seins, ou l'hypertrophie physiologique des glandes mammaires n'a joué qu'un rôle secondaire.

La comparaison de ces diverses formes d'hypertrophies extraordinaires a pour but de mettre en évidence la diversité de types, qui malheureusement, ne se laissent réunir pour le moment qu'en un grand groupe clinique des hypertrophies ou plutôt *agrandissements gigantesques*. Le nombre de ces phénomènes cliniques est, sans doute, bien plus considérable; les exemples rapportés par l'auteur ne remplissent pas complètement le schéma déjà connu; J. fait cependant remarquer, qu'il n'a voulu présenter que les parties de ce schéma, qu'il a eu l'occasion d'observer personnellement. La forme d'une leçon clinique, qu'il a donné à cet article, l'a gêné dans la citation des auteurs et ne lui permet pas d'entreprendre l'analyse critique des interprétations théoriques du phénomène, d'autant plus que ces théories sont jusqu'à présent dépourvues de bases positives.

VI. Dr. Korzeniowski. Six cas d'opération de Wladimiroff-Mikulicz. L'auteur rapporte six cas de résection du pied d'après WLADIM. MIKULICZ, exécutée à cause des affections tuberculeuses du pied dans le service du Dr. KRAJEWSKI à l'hôpital de l'Enfant Jésus à Varsovie. Il fait remarquer que cette résection doit trouver une application plus étendue comme une opération radicale d'abord et ensuite à cause des bonnes qualités orthopédiques du moignon ainsi obtenu.

Sur les six cas, décrits par K., trois ont été suivis d'un résultat complètement satisfaisant, dans le 4-ème la consolidation osseuse n'a pas eu lieu, ce qui n'empêche point la malade

de marcher très bien avec l'aide d'une chaussure convenable. Les deux autres malades moururent: l'un à la suite d'une exacerbation de la tuberculose pulmonaire, l'autre — d'une affection du coeur non compensée.

L'opération n'a pas été dans tous les cas exécutée d'une façon typique. Deux fois les os ont été sciés au delà de l'articulation de Lisfranc; dans un cas le lambeau, réunissant le pied au mollet, fut taillé aux dépens des parties molles de la face interne du pied et de la plante du pied et renfermait l'artère tibiale postérieure.

Cette dernière modification mérite, d'après l'auteur une attention particulière en raison de la multiplication des indications à la résection de WLADIMIROFF-MIKULICZ ¹⁾. Ensuite l'auteur décrit le traitement postopératoire de la plaie. En se basant sur des données statistiques, concernant les résultats définitifs de la résection de WLADIMIROFF-MIKULICZ, K. pense que, pour éviter la récurrence locale, après cette opération, il ne faudrait l'appliquer que dans les cas, où le processus tuberculeux frappe principalement les os du pied; lorsque celui-ci a gagné largement les parties molles, nous ne pouvons pas avoir la certitude d'enlever complètement les tissus envahis, surtout lorsque ceux-ci sont situés très près des vaisseaux parcourant les lambeaux.

Comme il arrive souvent, que la consolidation osseuse fait défaut, l'auteur admet la nécessité de la suture osseuse.

VII. Dr. V. Kamocki. Un cas de dégénérescence graisseuse de la cornée avec phénomènes irritatifs intermittents.

Chez une femme, âgée de 42 ans, bien portante d'ailleurs, les deux cornées étaient parsemées à la périphérie de petites tâches blanches, superficielles, rappelant par leur aspect les incrustations métalliques de la cornée. Ces tâches étaient groupées sous forme d'un anneau irrégulier, interrompu par places, concentrique au bord cornéen et situé à une distance de $1\frac{1}{2}$ —2 mm. de celui-ci.

¹⁾ L'auteur rapporte dans le texte polonais la description détaillée des incisions faites dans les parties molles et donne des dessins correspondants (fig. II et V).

L'examen à la loupe binoculaire de Zehender-Westien permit de constater, que les dépôts plus volumineux se décomposaient en petites tâches isolées, arrondies, très serrées les unes contre les autres, au voisinage desquelles la cornée avait un aspect laiteux et se présentait comme couverte de poussière.

Toute la périphérie de la cornée était vascularisée et offrait une nébulosité très fine, à peine perceptible à l'oeil nu et effaçant légèrement la coloration de l'iris. La partie centrale de la cornée au niveau de la pupille, légèrement dilatée, était dépourvue de toute altération; aussi l'acuité visuelle avait-elle très peu diminué (V. O. D= $\frac{1}{3}$, V. O. G= $\frac{1}{2}$, asm $\frac{1}{30}$). La fig. 1 représente la cornée droite, vue par la loupe de Zehender.

La malade était tourmentée par des douleurs des yeux avec sensation de cuisson, qui revenaient sous forme d'attaques dans des intervalles de quelques jours et s'accompagnaient de photophobie, de larmolement, d'injection de la conjonctive et de céphalalgies très intenses.

Après une durée de 1—2 jours ces attaques disparaissaient complètement et la malade ne souffrait point pendant quelques jours.

Cette femme était sujette à des céphalalgies fréquentes dès son enfance, mais les phénomènes irritatifs du côté des yeux ne se sont manifestés que depuis 4 ans; les tâches, ci-dessus décrites, ainsi que la diminution de l'acuité visuelle ont été remarquées par la malade il y a quelques mois seulement.

On ne trouva aucune autre anomalie ni dans les yeux, ni dans les organes internes.

En présence d'un processus si énigmatique, l'auteur se décida à enlever 3 lamelles superficielles du tissu cornéen, contenant les dépôts blancs en question. L'examen des parcelles excisées à un faible grossissement démontra au niveau des points, correspondant aux tâches blanches, l'existence d'une accumulation de grains assez volumineux, qui refractaient fortement les rayons lumineux et noircissaient manifestement sous l'influence de l'acide osmique de la liqueur de Flemming, employée au durcissement; lorsqu'on montait les

préparations dans la paraffine, le xylol dissolvait ces grains, qui furent ainsi extraites des préparations.

À l'examen microscopique l'épithélium cornéen fut trouvé normal; il semblait seulement par places que l'épithélium conjonctival s'étendait sur la partie transparente de la cornée.

La membrane de Bowman faisait défaut dans toute l'étendue de l'opacité cornéenne; cette membrane se fendait au niveau de son bord et se divisait en fibrilles, formant des faisceaux, qui s'entrelaçaient sous un angle aigu [fig. 2]. Entre les faisceaux fibrillaires, parfois même entre l'épithélium et les restes de la membrane de Bowman [fig. 2 et 3], on remarquait des noyaux nombreux, ovales, pauvres en chromatine et très faiblement colorés [à la safranine et au carmin aluné].

Ce qui frappait dans les parties de la cornée, dépourvues de membrane basilaire, c'était un gonflement considérable de ses couches les plus superficielles: ainsi que la membrane basilaire elle-même les lammelles cornéennes se divisaient en fibres, passant en un tissu lâche trabeculaire [fig. 5]. Entre les faisceaux on remarquait les noyaux ci-dessus mentionnés très pâles [fig. 5c]; ils contenaient chacun un nucléole unique, brillant et étaient presque complètement privés de chromatine, différant complètement des leucocytes à noyaux multiples, contenus dans les mêmes préparations, ainsi que des cellules cornéennes fixes, dont on voyait ça et là des noyaux peu nombreux, fusiformes ou ovales nettement colorés [fig. 5b].

Dans les parties, plus rapprochées du bord cornéen, la structure des couches, situées immédiatement audessous de l'épithélium, était encore plus lâche et rappelait complètement la conjonctive; les faisceaux fibrillaires étaient beaucoup plus délicats et se distinguaient par leur forme sinueuse; les éléments cellulaires étaient nettement colorés et correspondaient aux corpuscules du tissu conjonctif ou aux cellules migratrices.

Les foyers de dégénérescence proprement dits se présentaient sous forme d'espaces lymphatiques, énormément dilatés, remplis de très grandes cellules vésiculaires [fig. 4]. Sur les préparations, montées dans le baume de Canada le contenu de ces cellules paraissait très net et avait une structure réticulaire, rappelant celle du protoplasma de l'épithélium des glandes sebacées. Les noyaux étaient dans la plupart des

cas bien colorés et conservés. Ce sont précisément ces cellules qui renfermaient les masses granuleuses, qui se coloraient en noir par l'acide osmique et se dissolvait sous l'influence du xylol; il est donc hors de doute, que les cellules en question avaient subies la dégénérescence graisseuse. D'après leur situation, les cellules dégénérées paraissaient correspondre aux cellules cornéennes fixes.

L'auteur ne partage pas l'opinion de Cuignet ¹⁾, qui affirme, que les incrustations métalliques de la cornée sont dues à sa dégénérescence graisseuse. Pour ce qui concerne le cas unique, examiné anatomiquement par Kelsch, K. est porté à considérer les prétendues „vésicules“, l'infiltrant la cicatrice récente de la cornée, plutôt comme des gouttes colloïdes ou hyalines, que l'on observait plusieurs fois dans ces cas, puisque Kelsch ne dit point comment elles se comportaient en présence de l'acide osmique, de l'éther, du chloroforme etc.

D'autres part, malgré certaines différences cliniques peu importantes, K. voit une analogie entre son observation et le cas de Manz ²⁾, dans lequel on trouva également une accumulation de gouttelettes graisseuses très fines dans le tissu cornéen, ainsi que l'observation ancienne de Mackenzie ³⁾, quoique cette observation ne fût pas basée sur un examen microscopique.

Pour ce qui concerne le traitement, l'auteur n'a fait à l'oeil gauche que les excisions du tissu cornéen dégénéré, déjà mentionnées plus haut, quant à l'oeil droit il y a fait une périkeratotomie au moyen du galvanocautère.

La malade se sentit très améliorée.

Les accès d'irritations ont été combattus par l'application locale de la cocaïne et l'administration de l'antipyrine à l'intérieur.

¹⁾ Cuignet. Keratites parenchymateuses graisseuses. Rec. d'Ophthalm. 1880 p. 655.

²⁾ Ein Fall von knötchenbildender Hornhautentzündung. Wiener med. Wochenschr. 1891, Nr. 3, 4.

³⁾ Traité pratique des maladies de l'oeil, Ed. 4. traduct. de Warlomont et Testelin Vol. II p. 130.

VIII. Dr. W. H. Krajewski. Un cas de rupture de l'utérus pendant l'accouchement, guéri par la méthode opératoire.
L'auteur rapporte l'observation suivante:

Une femme de 31 ans, habitant à 3 lieues de Varsovie, était en travail depuis six jours, aux soins d'une vieille sage-femme, qui n'avait aucune idée de l'antisepsie. Le médecin, que l'on fit venir de Varsovie, constata l'existence d'une rupture incomplète de l'utérus et ordonna le transport de la malade à Varsovie. En route la rupture devint complète et le fœtus, macéré ainsi que l'arrière-faix passèrent dans l'abdomen; une hémorrhagie très abondante se produisit en même temps et la femme tomba dans un état d'anémie extrême. Aussitôt après l'arrivée de la malade à l'hôpital, K. exécuta la laparotomie, retira un fœtus hydrocéphalique ¹⁾, et ensuite, après avoir trouvé à la face postérieure de l'utérus et dans le ligament large du côté gauche une rupture, comprenant le cul-de-sac vaginal, enleva tout l'utérus ainsi que son col et la partie déchirée du cul-de-sac vaginal. On plaça dans l'orifice, formé ainsi dans le fond du vagin, un sac de gaze iodoformée de MIKULICZ, dont les bouts sortaient par l'angle inférieur de la plaie abdominale, en outre on tamponna le vagin avec de la gaze iodoformée. Les suites de l'opération furent des plus simples, la malade recouvrait rapidement sa santé; ce n'est que la communication trop prolongée entre le vagin et la fistule, persistant à la suite du sac de MIKULICZ, qui retint la femme à l'hôpital; enfin cette fistule s'oblitéra et la femme quitta l'hôpital complètement guérie.

C'est le 3-me cas de rupture utérine au moment du travail d'accouchement traité par K. par la voie chirurgicale. Les 2 cas précédents [dont un terminé par la guérison, l'autre par la mort] ont été décrits par l'auteur dans les „leçons cliniques“ publiées par la „Gazeta lekarska“. L'auteur est d'avis, que ce nouveau cas est une confirmation des indications thérapeutiques, formulées par lui dans son premier article et que nous nous permettons de rapporter ici sommairement:

¹⁾ Le diamètre antéro-postérieur = 16 ctm.

Le diamètre transvers = 15 ctm.

Tous les deux mesurés sur la tête desséchée.

Il existe actuellement 2 méthodes de traitement des ruptures utérines: l'expectation et la méthode opératoire. Toutes les 2 rapportent à leur appui toute une série de résultats favorables. La méthode opératoire consiste dans l'ouverture de l'abdomen avec suture de la rupture, ou bien avec amputation du corps de l'utérus, n'importe quel serait le siège de la déchirure. L'auteur affirme qu'il est irrationnel de suivre absolument l'une ou l'autre de ces méthodes, qu'il faut individualiser les cas pour tenir dans chacun d'eux la conduite convenable; en outre, si nous nous décidons à une intervention opératoire et enlevons l'utérus déchiré, il faut poser pour principe d'enlever *toute la déchirure*, quelle qu'en soit le siège, et non pas, comme on le faisait jusqu'aprèsent, se borner à enlever le fond et laisser le cervix déchiré, serré dans la ligature élastique.

K. divise tous les cas de rupture de l'utérus en travail en 2 grands groupes: 1) cas non-infectés et 2) cas infectés. Il affirme que la conduite doit être différente selon le groupe auquel le cas donné appartient. Ainsi:

1. Dans les cas non-infectés.

A) *Rupture incomplète.*

1) lorsqu'il n'y a pas d'hémorrhagie, drainer la rupture à l'aide de bandes de gaze iodoformée, tamponner le vagin avec de la gaze iodoformée et appliquer sur le ventre un pansement compressif.

2) s'il y a hémorrhagie, il faut renforcer le tamponnement de la cavité rétro-péritonéale et la compression du ventre. Si cela ne réussit pas, faire *dans le pli de l'aîne l'incision extrapéritonéale* de Bardenheuer; après avoir atteint la cavité rétro-péritonéale, enlever les caillots, lier les vaisseaux saignants, drainer la déchirure du côté du vagin et introduire dans la cavité extrapéritonéale un sac de MIKULICZ, dont les bouts doivent être placés dans la plaie abdominale.

B) *Rupture complète.*

1) s'il n'y a pas d'hémorrhagie, il faut abaisser au moyen d'un crochet aigu l'utérus, le mettre en anté-ou rétro-version suivant la position de la rupture, tamponner, modérément, la déchirure elle-même, la cavité utérine et le vagin avec de la gaze iodoformée et appliquer un pansement compressif sur le ventre.

2) s'il y a hémorrhagie, faire la laparotomie. Après avoir ouvert la cavité abdominale, arrêter préalablement l'hémor-

rhagie, en liant les vaisseaux saignants, et dans le cas, où l'on ne vient pas à bout autrement, enlever l'utérus, afin d'arrêter l'hémorrhagie. Une fois l'hémorrhagie arrêtée, il faut suturer la déchirure, toute les fois qu'elle n'est pas trop dilacérée et qu'on pourra comprendre dans la suture toute l'épaisseur de l'utérus sur toute l'étendue de la déchirure. Dans le cas contraire, c'est à dire, lorsque les bords de la déchirure sont trop dilacérés, ou bien, lorsque dans la partie déclive de la rupture on ne pourra plus comprendre dans la suture que le revêtement péritonéal de l'utérus, il faut enlever l'utérus avec *toute* la déchirure, en d'autres termes: il faut faire *l'amputation supra-vaginale du corps de l'utérus*, si la déchirure ne s'étend pas sur le col, ou bien *extirper l'utérus en totalité*, si la rupture occupe la plus grande partie du col ou passe sur les culs-de-sacs. Il est préférable d'appliquer le traitement extra-péritonéal au pédicule, obtenu après l'amputation du corps de l'utérus. Après l'ablation totale de l'utérus il faut fermer l'ouverture du fond du vagin et fermer complètement la cavité abdominale; celle-ci doit également être complètement fermée, si l'on a suturé la rupture.

II. Dans les cas suspects ou notoirement infectés:

A) *déchirure incomplète.*

1) *s'il n'y a pas d'hémorrhagie*, il faut enlever tout l'utérus par la voie vaginale, en laissant intact son revêtement péritonéal. La cavité, qui reste après l'extirpation de l'utérus, doit être lavée au sublimé et tamponnée avec de la gaze iodoformée.

2) *s'il y a hémorrhagie*, il faut faire l'incision inguinale extrapéritonéale de Bardenheuer, arrêter l'hémorrhagie et essayer d'extirper l'utérus par cette même incision, sans toucher au péritoine; si l'on ne réussit pas, extirper l'utérus infecté par le vagin, en laissant son revêtement péritonéal. Drainer la cavité extra péritonéale avec des bandes de gaze iodoformée, passant par le vagin et l'angle interne de la plaie abdominale; le reste de la plaie abdominale doit être suturé et le vagin, préalablement désinfecté, tamponné avec de la gaze iodoformée.

B) *déchirure complète.*

Indépendamment de la présence ou de l'absence d'hémorrhagie, ouvrir le ventre, le débarrasser des caillots et des

matières infectantes, qu'il renferme et ensuite, quel que soit le siège et l'étendue de la rupture, *enlever l'utérus en totalité.*

L'ouverture du péritoine, résultant de l'ablation de l'utérus, doit être fermée par une suture, les cavités extrapéritonéales tamponnées du côté du vagin.

Dans *l'excavation vésico-rectale*, produite par l'ablation de l'utérus on introduit un sac de MIKULICZ, en plaçant son col dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

O stosunku Medycyny Wewnętrznej do Chirurgii.

Skreślił

Dr. Teodor Dunin

Lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Pytanie, w jakim stosunku Medycyna Wewnętrzna pozostaje do Chirurgii, narodziło się dopiero w ostatnich latach. Jeszcze kilkanaście lat temu dwa te główne odłamy medycyny praktycznej rozwijały się niemal od siebie niezależnie i rzadko kiedy o siebie zawadzały. Chirurgia zajmowała się wyłącznie chorobami zewnętrznymi: obrażeniami, cierpieniami kości, nowotworami organów zewnętrznych i t. p.; do jam sięgała tylko po ciała obce lub podobną rolę odgrywające np. kamienie pęcherza, co do których najgrubsza logika wskazywała, że nie mogą być przedmiotem leczenia wewnętrznego. Długo też czas stanowisko chirurga uważane było za niższe od terapeuty, mianowicie też w oczach publiczności. Dziś, kiedy epoka ta minęła, możemy już *sine studio et ira* przyznać, że w tem zapatrywaniu się było trochę racyi. Taka chirurgia, jak ją pamiętamy z przed laty kilkunastu, wymagała o wiele mniejszego zasobu inteligencji i pracy umysłowej, aniżeli dziedzina medycyny wewnętrznej. Lekarz terapeuta musiał znać fizyologię, patologię, farmakologię, mikroskopię, higienę, musiał przytem być, jeżeli chciał być pewnym rezultatów leczenia, bystrym psychologiem, musiał umieć odgadywać charakter i temperament ludzi. Od chirurga wymagano wtedy tylko dobrej techniki i znajomości anatomii. Takich chirurgów myśmy jeszcze znali; taką była cała, dziś już z pola schodząca, generacya francuzkich chirurgów. Byli to „opera-

torzy“ nie lekarze. Do podniesienia powagi chirurgii przyczynili się wyłącznie niemal chirurdowie niemieccy. Przez swe prace nad patologią zapalenia, nowotworów, gorączki i t. p. zawiązali oni łączność pomiędzy chirurgią a medycyną ogólną. Teoretyczne to prace BILLROTH'a, VOLKMANN'a BERGMANN'a, HUETER'a i innych sprawiły, że odkrycie LISTER'a znalazło w Niemczech tak doskonały grunt do dalszego rozwoju. Bez tych prac idea leczenia antyseptycznego nie byłaby nigdy ocenioną i chirurgia nie prędko zajęła to dominujące stanowisko, na jakim się dziś znajduje. Z odkryciem LISTER'a dawna dziedzina chirurgii idzie na drugi plan; wszystkie aspiracye chirurgów kierują się ku jamom ciała, po których też nóż chirurga rozpoczyna swój tryumfalny pochód. I oto wyradza się pytanie, w jakim stosunku pozostać mają do siebie dwie te gałęzie medycyny, które po raz pierwszy wchodzi w blizkie z sobą zetknięcie. Rzecz naturalna, że terapeutci starszej daty nie mogli się pogodzić z tą nieraz na pozór hazardowną interwencją chirurgiczną; to też zaczęły się pojawiać artykuły i broszury, w których już to wzajemnie się napastowano, już też, co rzadziej, stosunek ten starano się wyjaśnić obiektywnie i bezstronnie (BERGMANN).

Jedynie tylko na usilne żądanie Szanownego pisma niniejszego Redaktora, z którym łączy mię długoletnia wspólna praca, właśnie w spornej dziedzinie o której tu mowa, kreślę moje w tym względzie zapatrywania. Robię to niechętnie, bo boję się, aby koledzy chirurdowie nie posadzili mię o stronność i niechęć dla ich nauki. Sądzę wszakże, że mam pewne prawo do tego, aby się uważać za bezstronnego w tej walce uczestnika; przypomnę tylko, że przez lat kilka słowem i czynem usilnie pracowałem nad spopularyzowaniem wśród naszych terapeutów operacyjnego leczenia chorób opłucnej, przypomnę, że pierwszą operacyę u nas przy cierpieniu kory mózgowej wykonano na chorym z mego oddziału, że ja pierwszy u nas kwalifikowałem chorych ze zwężeniem bliznowem odźwiernika do operacyi, a sądzą, że wobec tego nikt mię nie posądzi, abym z niechęcią patrzył na zajmowanie przez chirurgów coraz to nowej placówki w dziedzinie chorób wewnętrznych.

W sporze o stosunku chirurgii do medycyny wewnętrznej chodzi po części o to, jakie choroby wewnętrzne mogą

być przedmiotem interwencji chirurgicznej, po części o to, o ile pewne choroby wewnętrzne, które dziś wymagają leczenia operacyjnego, wyjęte mają być z dziedziny medycyny wewnętrznej i załączone do chirurgii. Rozumie się ta druga część sporu, którąby nazwać można osobistą, jest tylko wyrazem ułomności ludzkiego umysłu. Gdyby terapeuta mógł biegle wykonywać operacje, a chirurg dokładnie znał przebieg chorób wewnętrznych i ich rozpoznawanie, gdyby jednym słowem lekarz mógł objąć całą dziedzinę medycyny, spór ten nie istniał by wcale. Ale dziś jest to mniej możliwem niż kiedykolwiek. Chirurgia właśnie przez wkroczenie do jam ciała, stworzyła sobie tyle technicznych czysto zadań do rozwiązania i realizuje w tym względzie ciągle coraz to nowe postępy, a mimo tego tak dużo jeszcze ma do zrobienia, że pochłania całkowicie życie człowieka. Przypomnijmy sobie tylko, ile to zmian zaszło w sposobach opatrywania ran od czasu pierwszych prób LISTER'a; ile to doświadczenia i wysiłków umysłu potrzeba było, aby od złożonej antyseptyki przejść do aseptyki, aby przekonać się o szkodliwym wpływie środków antyseptycznych. Każda metoda operacyjna, napozór najprostsza, wymaga licznych udoskonaleń i modyfikacji. Dość jest pobieżnie być obznajmionym ze sposobem nakładania szwów kieszgowych, wykonywaniem gastro-enterostomij, operowaniem wysięków opłucnej, aby wiedzieć, że jest tu dość materiału dla tego, aby zaprzątnąć całkowicie umysł chirurga. A przecież chirurgia jam stanowi tylko część chirurgii wogóle. Tem bardziej też medycyna wewnętrzna przedstawia jeszcze obszerniejsze pole badań; tu już jeden człowiek nie jest w stanie wszystkiego jednako ogarnąć. To też nie ma obawy o to, aby terapeuci rościli sobie kiedykolwiek pretensye do wykonywania operacji. Ale z chirurgami inaczej się rzecz ma. Chirurg, jak to słusznie BERGMANN zauważył, reprezentuje między lekarzami element realizmu. Przyzwyczajony do tego, że wszystko widzi oczyma, wszystkiego dotyka się rękami, że ma do czynienia przeważnie ze sprawami chorobowemi prostemi i często mechanicznemi, rozumuje prosto, jasno i mniej daleko jest skłonny do abstrakcyj i hipotez. Ale ten właśnie sposób rozumowania z jednej strony, a ciągle powodzenie w swych usiłowaniach leczniczych, powodzenie które zawsze zaślepia, popycha chirurga do coraz to nowych prób,

nie zawsze opartych na dokładnej znajomości spraw patologicznych wogóle a przebiegu danej choroby w szczególności. Przypomnę tylko spór, jaki się toczył parę lat temu o leczeniu t. z. zapalenia kiszki ślepej. Chirurdzy jak KRAFFT, SONNENBURG wprost żądali, aby każde zapalenie kiszki ślepej leczonem było operacyjnie i choroba ta przeszła do dziedziny chirurgii. Ale, widząc tylko ciężkie przypadki, które oczywiście przy leczeniu wewnętrznem musiały się kończyć śmiercią, nie wiedzieli o tem, o czem wie każdy terapeuta, że 80% wszystkich zapaleń kiszki leczy się doszczętnie metodami wewnętrznymi. Z dokładnej znajomości przebiegu choroby wypływa jasno czy i o ile pomoc chirurgiczna może być skuteczną, a tę dokładną znajomość nabywa się tylko długiem doświadczeniem terapeutycznym.

Nie ulega wątpliwości, że prócz serca (i to względnie), prócz wielkich pni naczyniowych i niektórych okolic mózgu, każdy organ jest dostępny dla leczenia operacyjnego. Nóż chirurga z powodzeniem już przenikał do mózgu, rdzenia kręgowego, płuc, wątroby, nerek, nie mówiąc już o кишkach i żołądku. Nie organ więc, nie siedlisko choroby ogranicza interwencję chirurga, ale natura samej choroby. Operacja więcej niż jakakolwiek bądź inna metoda leczenia, nie leczy choroby ale jej skutki. O ile więc choroba była miejscowa, lub o ile wygasła, pozostawiwszy miejscowe jedynie skutki, o tyle operacja może przynieść istotną korzyść. Wszystkie więc sprawy ogólne, zakaźne, konstytucjonalne nie mogą być przedmiotem leczenia chirurgicznego, a więc gruźlica, nowotwory złośliwe i t. p. Tam gdzie choroba ogólna jest wskazaniem do operacji, tam idzie tylko o usunięcie chwilowo najwybitniejszego objawu; pomimo usunięcia jego choroba trwa dalej i innego wymaga leczenia. Z usunięciem kamienia żółciowego, a nawet wycięciem pęcherzyka żółciowego, nie leczymy choroby; zmniejszamy tylko chwilowo dolegliwości chorobu, ale na samą chorobę żadnego wpływu nie wywieramy. Jeżeli więc postęp oznaczać ma sumę pożytku, jaki osiągamy z chirurgii, a nie ilość wykonanych operacji, to chirurgia musi się coraz bardziej ograniczać do chorób czysto miejscowych. Nie zawsze jest dobrze prowadzić gospodarstwo ekstenzywne, zakładać liczne kolonie; nieraz, jeżeli nie zawsze, pożyteczniej jest ograniczyć się do małej dziedziny lecz dobrze

opracowanej. Pożytek chirurgii zależy więc będzie z jednej strony od coraz większego udoskonalenia techniki, z drugiej od wczesnego operowania w tych chorobach, których natura nadaje się do chirurgicznego leczenia. A wczesne operowanie możliwem jest jedynie przy wczesnem rozpoznaniu. To też każdy postęp w dyagnostyce chorób wewnętrznych będzie najpewniejszym krokiem do popchnięcia chirurgii naprzód, czyli że postępy chirurgii zależne będą od postępów medycyny wewnętrznej. Można sobie pomyśleć, jak to później jeszcze wyłożę, że medycyna wewnętrzna mogłaby się obejść bez chirurgii, ale chirurgia bez medycyny wewnętrznej iść naprzód nie może. Rozpoznanie umiejscowienia ognisk chorobowych w mózgu i rdzeniu kręgowym pozwala na chirurgiczne ich leczenie; nie ulega wątpliwości, że dalsze postępy w dyagnostyce chorób tych organów pozwolą na dalsze i bardziej jeszcze zadziwiające próby operacyjne. Nowoczesne badania żołądka pozwolą odróżnić bliznowate zwężenia odźwiernika od rakowych i pozwolą chirurgowi operować na pewno i z rzetelną korzyścią dla chorego. Ale przecież wszystkie te zdobycze dyagnostyczne dokonane były przez terapeutów i wymagały takich wiadomości z nauk pomocniczych i teoretycznych, że przez chirurgów, przy ich specjalnem wykształceniu, dokonane być nie mogły. Wczesne rozpoznanie np. zapalenia ropnego miedniczek nerkowych pozwoliłoby niewątpliwie operować z większym skutkiem, z oszczędzeniem samej tkanki nerek i t. p.

A więc wskazania do operacji wypływać muszą z jednej strony ze ścisłej dyagnozy, z drugiej z dokładnej znajomości patologii ogólnej i przebiegu danej choroby w szczególności. Że zaś są to zadania medycyny wewnętrznej, a więc niewątpliwie pewne i ścisłe wskazania do operacji w zakresie chirurgii wewnętrznej może stawiać tylko terapeuta. Chirurg musi tu dla prawdziwego dobra chorego przyjąć na siebie rolę wykonawcy, musi się zadowolnić tem, że do ocalenia życia ludzkiego on głównie rękę przyłożył, przez swoją technikę bez zarzutu, przez swe postępowanie pooperacyjne i t. p. Do zupełnej samodzielności, do zupełnego wyzwolenia się z pod kierunku medycyny wewnętrznej rościć sobie prawa nie powinien. Ile razy Chirurgia o tem zapominała tyle razy wchodziła na bezdroża. Leczenie tabes przez wyciąganie nerwów

(LANGENBUCH), leczenie histeryi za pomocą kastracyi (HEGAR), wycinanie nerki ruchomej (MARTIN, KEPPELER), był to szal, istna orgia chirurgiczna, która najlepiej pokazuje na jakie bezdroża śmiałość zaprowadzić może. Nowoczesna chirurgia narodziła się z patologii ogólnej, a dalej iść bez niej chciała, jak okręt bez busoli. Niestety błędy poprzedników nie wpłynęły jeszcze na uspokojenie tego szalu. Wszak w tej chwili jesteśmy świadkami usiłowań leczenia choroby BASEDOW'a wycinaniem powiększonego gruczołu tarczowego. Każdy terapeuta wie jak się rozwija ta choroba, wie że istnieje długi okres, na którym choroba nieraz się zatrzymuje, a w którym o powiększeniu gruczołu tarczowego nie ma mowy. Dopiero z biegiem czasu objaw ten występuje, tak dobrze jak *exophthalmus*; dla każdego terapeuty jest to przecież oczywistym, że usuwanie jednego z objawów nie może być leczeniem choroby. I gruczoł tarczowy można usuwać w chorobie BASEDOW'a, ale wtedy kiedy on sam przez się zagraża życiu chorego, wskutek np. ucisku na tchawicę, ale wtedy operacja ma na celu chwilowe ocalenie życia chorego, jest wskazana jako *indicatio vitalis*, ale nie jako leczenie choroby.

Tak więc, jeszcze raz powtarzam, postęp chirurgii wewnętrznej jest jaknajściślej związany z postępem medycyny wewnętrznej. Panem wszystkich szczegółów rozpoznawania i istoty chorób wewnętrznych chirurg nigdy być nie może i dla tego musi się rządzić wskazówkami udzielanemi mu przez terapeuta. Rzecz naturalna, że aczkolwiek chirurgowi przypada w udziale rola przeważnie wykonawcza, nie zechce on przecież być ślepem narzędziem w cudzych rękach, nie zechce zatapiać noża w ciało ufającego mu pacjenta, nie będąc sam o potrzebie tego kroku przekonanym. To też współczesny chirurg musi być obeznany, przynajmniej w głównych zarysach, z medycyną wewnętrzną, jej duchem i metodami badania. Chirurg musi zachować duchową łączność z całością medycyny, musi mieć ogólne patologiczne wykształcenie. Patologia ogólna raz już podniosła chirurgię na wysoki piedestał, od niej tylko dalszego postępu oczekiwać znów może. Ale i terapeuta winien być obznajmiony z głównemi podstawami chirurgii; stawiając wskazania chirurgowi, musi przecież wiedzieć, co ten wykonać jest w stanie i jakie ku temu posiada środki, musi wreszcie nabrać zaufania do tej gałęzi medycy-

ny, jeżeli z czystym sumieniem ma chorego oddawać w ręce chirurga.

Już raz mówiłem, że chirurgia po pierwszym okresie upojenia, winna się coraz bardziej skupiać w sobie; chirurg winien jasno postawić sobie zawsze pytanie, czy jego zabieg operacyjny istotnie ma jakąś rację bytu i przyniesie korzyść choremu. Dziś już zakres chirurgii powiększyć się niemal nie może; nie można sobie nawet wystawić jakie nowe dziedziny medycyny wewnętrznej mogłyby dawać pole do interwencji chirurgicznej; rola zdaje się na wszystkie strony wyeksploatowaną została. Dziś raczej zaczynamy być już świadkami cofania się; chirurgia dąży szybkimi krokami do tego stopnia skończoności, na jakiej stoi np. oftalmologia. Następuje dla niej okres, że tak powiem, pracy wewnętrznej. W dalszym rozwoju medycyny ten proces cofania się, zdaje mi się, stale odbywać się będzie. Jeżeli cała medycyna jest *malum necessarium* ludzkości, to chirurgia jest *malum necessarium* terapii, jest wyrazem ułomności, niedołężności naszych usiłowań terapeutycznych. To nie jest ideał leczenia, to nie jest terapia przyszłości. Każda operacja połączona jest z utratą tkanki, z utratą części lub całości funkcji organu. W wielu razach ta utrata jest obojętną dla organizmu; brak kawałka кишки nie wpłynie na całość procesu trawienia, bez części płuca oddechanie może swobodnie się odbywać. Ale już z żołądkiem może być inaczej, a wycięcie gruczołu tarczowego lub jednej nerki pociąga za sobą groźne dla organizmu skutki. Znanem jest dobrze charłactwo, jakie się rozwija po wycięciu gruczołu tarczowego. Wycięcie jednej nerki, choć chwilowo ocala życie chorego, staje się przyczyną zwiększonej funkcji drugiej i usposabia ją przez to do spraw zapalnych, które stają się dla chorego źródłem niebezpieczeństwa, nie dającego się już odwrócić. Wycięcie kawałka mózgu musi pociągnąć za sobą utratę lub osłabienie funkcji pewnych nerwów; co gorzej brak ten musi być przez coś zastąpionym, rozwijają się więc zastępcze rozszerzenia komórek ze wszystkimi jego objawami i chory ocalony z jednej choroby, umiera z drugiej, która już jest bezpośrednim skutkiem operacji. Nie jest więc, jak powiedziałem, chirurgia ideałem leczenia i na tem terapia zatrzymać się nie może. Dążyć ona będzie zawsze do *restitutio ad integrum*, do tego ja-

kiego przykład dają nam choroby zakaźne. Całe płuco zmienione, nacieczone, rozmiękle przy zapaleniu płuc krupowem wraca jednak do pierwotnego stanu i śladu choroby na sobie nie nosi. Do tego zmierzać musi cała terapia; leczenie zimnicy, ostrego reumatyzmu stawów, syfilisu pokazuje, że dążenie takie nie jest chimera lub fantazją, a świeżo wprowadzone leczenie zimnicy za pomocą błękitu metylenowego świadczy, że dużo na tem polu zrobić można. Tak jak dziś nikt nie wycina gumatów, nie amputuje nogi z powodu próchnienia syfilitycznego kości, nie wypuszcza wysięku ze stawów przy ostrym reumatyzmie, tak być może kiedyś nie będziemy otwierali ropni w płucach lub mózgu, nie będziemy usuwać nowotworów złośliwych, lecz leczyć je będziemy na drodze terapeutycznej. Dążeniem nowoczesnej medycyny jest leczenie etyologiczne i wszystkie prace parazytologiczne do tego zmierzają; ale chirurgia do tego ręki przyłożyć nie może a wielkich zagadek terapii przyszłości nóż nie rozetnie. Chirurgia jest panią chwili obecnej; postępy jakie zrobiła, korzyść i pożytek, jaki codzień przynosi, jest tak wielki i olśniewający, że z nią chyba tylko jeden postęp elektrotechniki porównać się może. Usiłowania terapeutyczne marne i niedołężne są w porównaniu do pewnych i skutecznych metod operacyjnego leczenia. A jednak przyszłość należy do medycyny wewnętrznej!

Teraźniejszość obecna wszakże długo jeszcze zapewne przeciągać się będzie. To też można marzyć o lepszej doli, można nad jej przygotowaniem wytrwale pracować, ale z teraźniejszością rachować się trzeba. Dziś internście nie wypada nic innego, jak wyciągać dłoń o pomoc do chirurga i ręka w rękę iść z nim w zgodzie i wzajemnem porozumieniu się.

PRZYCZYNEK DO CHIRURGII DRÓG ŻÓŁCIOWYCH.

Dziewięć przypadków operacyi na pęcherzyku żółciowym.

Podał

Fr. Jawdyński.

Ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Dz. Jezus.

„Nein, verehrter Herr Kollege, am Anfange der Tragödie, nicht am Ende derselben soll die moderne Chirurgie eingreifen, prophylactisch soll sie wirken, die Steine aus der Gallenblase selbst entfernen, ehe sie in die tiefen Gänge geraten sind, dann bringt sie den grössten Segen. Sie rettet auch dann noch ev. die Menschen, wenn Cholaemie und Pyaemie drohen, aber nur durch kühne, grosse Eingriffe, während sie zu Anfang zugezogen, spielend leicht und ohne jede Gefahr fürs Leben das Concrement entfernt“. Z temi słowy zwraca się prof. RIEDEL z Jeny w swej pięknej monografii p. t. *Erfahrungen ueber die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus* (1892) do prof. FÜRBRINGER'a, który na kongresie internistów w Wiesbaden (1891) swój pogląd w kwestyi chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych zawarł w następującem zdaniu: „Wo aber trotz aller hygienischer, medicamentöser und balneologischer Massnahmen die Qual der Koliken und sonstigen Schmerzen den Träger der Gallensteine aufreißt, ihm das Leben verbittert, die Cholaemie und die Pyaemie droht, dann stehe ich nicht an, auf die Segnungen der modernen Chirurgie mit Nachdruck zu verweisen, um der unerträglichen Qual der schweren Gefahr ein Ende zu machen.“

Ta różnorodność poglądów w bardzo ważnej kwestyi, kiedy chorego z kamieniami pęcherzyka żółciowego należy poddać interwencji chirurgicznej, mniej więcej panuje między wszystkimi przedstawicielami medycyny wewnętrznej i chirurgii i zapewne nie tak prędko wyrównaną zostanie, a w każdym razie na jedność poglądów dłużej tutaj czekać będziemy, aniżeli przy chorobach innych narządów jamy brzusznej.

Głównym powodem takiej różnicy zdań jest ta okoliczność, że cięższe postacie chorobowe przy kamieniach żółciowych zdarzają się stosunkowo rzadko względnie do wielkiej częstości pojawiania się tych kamieni wogóle a powtóre, nawet i cięższe formy, trwające nieraz całe miesiące i wywołujące bardzo groźne objawy, kończą się często zupełnem wyzdrowieniem bez wszelkiej interwencji chirurgicznej. Protokoły sekcyjne, zebrane z wielu lat w wielkich instytutach anatomico-patologicznych, wykazują ogromną częstość pojawiania się kamieni żółciowych, dowodzą one, że mniej więcej $\frac{1}{10}$ wszystkich dorosłych osobników jest niemi dotkniętą. Tymczasem w bardzo znacznej, jeżeli nie przeważnej, liczbie przypadków w historii chorób tych osobników nie znajdujemy najmniejszej wzmianki o objawach właściwych kamieniom żółciowym. Być może zresztą, że tego rodzaju chorzy mieli pewne przypadłości, związane z obecnością kamieni, ale objawy te były tak lekkie, tak mało znaczące, że chory nawet nie uważał za stosowne szukać porady lekarskiej, a leczył się domowymi środkami, że szukając pomocy lekarza w innej chorobie, o tamtych objawach nawet nie wspominał. To też ogólnie jest faktem przyjętym, że kamienie żółciowe, mogą przez całe lata spoczywać w pęcherzyku, nie zdradzając swej obecności żadnymi objawami,—jednego warunku do tego potrzeba, żeby kamienie leżały spokojnie i nie odbywały wędrówek do przewodów żółciowych.

U drugiej, dość również pokażnej liczbie, kategorii chorych znajdziemy w historii ich choroby objawy bardzo charakterystyczne dla kamieni żółciowych, ale objawy te wystąpiły raz jeden, albo nawet i parokrotnie ale w dłuższych odstępach czasu i ostatecznie całkowicie i bezpowrotnie ustąpiły.

Dopiero trzecia, najmniejsza co do liczby kategoria chorych, przedstawia objawy więcej trwałe, objawy bardziej upor-

czywe i ciężkie, zagrażające życiu pośrednio lub bezpośrednio. Najwięcej chorych, leczonych chirurgicznie, rekrutuje się właśnie z tej ostatniej kategorii. To też nic dziwnego, że chirurg, mając wśród swych pacjentów z chorobami dróg żółciowych stosunkowo bardzo znaczny procent przypadków ciężkich, dochodzi do przekonania, że byłoby daleko racjonalniuszem nie czekać ciężkiego rozwoju choroby, a przystępować do operacji w okresie pierwszych stanowczych objawów cierpienia, nie ograniczać działalności chirurgii do przypadków zrozpaczonych, ale pozwolić jej działać zapobiegawczo w celu nie dopuszczenia powstania ciężkich postaci choroby, a jeżeli gdzie właśnie, to przedewszystkiem przy kamieniach żółciowych nigdy powiedzieć się nie da, jaki będzie przebieg choroby: czy ograniczy się ona na jednym lub kilku napadach, mogących zakończyć się zupełnie pomyślnie, czy też wskutek na przykład zawędrowania kamieni do przewodów żółciowych i stałego w nich usadowienia się, nie zmieni się do cna znaczenie tychże kamieni dla ustroju pod względem rokowania. Kwestyi nie ulega, że i terapeuta w stawianiu planu leczniczego jest wysoce skrupowanym zachowaniem się samego pacjenta. Chory, który w ciężkim napadzie kolki żółciowej zgodziłby się na każdy, choćby najbardziej ryzykowny krok leczniczy, po ustąpieniu napadu nie tak łatwo się zgodzi nawet na stosunkowo lekki zabieg operacyjny. W każdym razie obowiązkiem jest lekarza dokładnie powiadomić chorego o wszelkich możliwych ewentualnościach choroby, aby później nie naraził się na zarzut ze strony pacjenta, że go za późno do operacji zakwalifikował. A do dokładnego poznajomienia się ze zmianami, jakie kamienie żółciowe mogą wywoływać i do umiejętności postawienia racjonalnych wskazań leczniczych niezbędnem jest lekarzowi terapeutcie wspólne z chirurgiem spostrzeganie przypadków chorobowych. Rozwój bowiem chirurgii dróg żółciowych nie tylko wpłynął na udoskonalenie techniki operacyjnej, ale tak jak i przy innych narządach jamy brzusznej, dostarczył cennych wskazówek rozpoznawczych i leczniczych. I gdyby lekarze wewnętrzni, częściej asystowali przy operacjach na drogach żółciowych i nacocznie przekonali się o tem, co za kolosalna różnica, czy operujemy chorego z dobrym zasobem sił, czy też osobnika charłaczego i wycieńczonego chorobą, z napadami gorączki wą-

trobowej, z diatezą krwotoczną; czy mamy do czynienia z zupełnie dostępnym i wolnym od zrostów pęcherzykiem żółciowym, czy też z narządem tym bardzo zmienionym, pozrastanym z siecią, poprzecznicą lub żołądkiem, albo co gorsza jeszcze, mamy do czynienia z głęboko położonym i nieraz niedostępnym prawie z powodu zrostów przewodem żółciowym wspólnym; co za kolosalna różnica, czy cała operacja trwa pół godziny i odbywa się prawie na zewnątrz otrzewny, czy też przeciąga się całemi godzinami, a wszystkie manipulacje odbywają się wewnątrz jamy brzusznej, na ograniczonym polu operacyjnym, wśród innych narządów, to możeby i oni łatwiej się podpisali pod zdaniem RIEDEL'a: „*also frühzeitig operiren bei Gallensteinen nicht spät*“ i zaprzeczyli smutnym jego przewidywaniom, że głos jego pozostanie głosem wołającego na puszczy.

Czy że wogóle przypadki do operacji rzadziej się trafiają, czy też przytoczony powyżej fakt wyzdrowiania, nawet przy cięższych postaciach choroby bez pomocy operacyjnej powstrzymuje naszych lekarzy od uciekania się do niej, dość że u nas przypadki operacji na drogach żółciowych należą do wielkich rzadkości. Niektórzy z naszych chirurgów, mogący obliczać laparatomie, przez się wykonane, już nie na dziesiątki ale na setki, zaledwie po parę naliczą laparatomii przy cierpieniach dróg żółciowych. Zdaje mi się, że jestem jedynym w Warszawie, który doszedł do 9 przypadków. Jak mizernie cyfra ta wygląda wobec całych dziesiątków operacji, wykonanych przez L. TAIT'a, RIEDEL'a i innych. Niewątpliwie jednak w miarę, jak lekarze wewnętrzni poznajamiać się będą z coraz świetniejszymi wynikami chirurgii dróg żółciowych, i liczba przypadków operowanych wzrastać będzie. Toć i na takiej Heidelbergskiej klinice CZERNY'ego do roku 1889 wykonano tylko 4 operacje, a w ciągu trzech lat następnych cyfra ta wzrosła do 18.

Za zbyt skromnym rozporządzałem materiałem własnym, abym na zasadzie osobistych spostrzeżeń mógł z nich wyciągnąć więcej stanowcze wnioski, dotyczące się przebiegu chorób dróg żółciowych i ich leczenia operacyjnego, i danemi temi cośkolwiek zaważyć w bardzo bogatej zkładninie literaturze przedmiotu. Idąc wszelako za ogólnie przyjętem zdaniem, że każdy choćby najuboższy materiał nie jest nigdy pozabawionym pewnego interesu, komunikuję swoje spostrzeże-

nia, tem bardziej, że niektóre z nich istotnie na pewną uwagę zasługują. Przedtem jednak w krótkich słowach wyrażę główne wskazania do leczenia operacyjnego i wyliczę metody operacyjne, jakie tym wskazaniom zadość czynią.

Bezwarunkowo wskazaną jest operacja w tych przypadkach, kiedy żółtaczka trwa już od dłuższego czasu, i kiedy na zasadzie innych objawów możemy przypuścić istnienie niedrożności przewodu żółciowego wspólnego. Najprostszem następstwem tej niedrożności jest przepełnienie żółcią rozgałęzień przewodu wątrobowego; wskutek stagnacji żółci w tychże rozgałęzieniach, może nastąpić i tutaj wytwarzanie się kamieni żółciowych. Prędzej czy później przyłącza się do tego zastojowi zapalenie przewodów (*angiocholitis*) ze wszystkimi jego następstwami. Z drugiej strony nadmierne rozszerzenie drobnych przewodów doprowadzić może do zaniku samej tkanki wątrobowej, objawem czego będzie, że przy zupełnie odbarwionych stolcach nie znajdziemy moczu ciemno zabarwionego. W związku z temi zmianami anatomicznymi powstaje cały szereg zaburzeń, zagrażających życiu: upadek odżywiania, swędzenie skóry, wywołujące ciągłą bezsenność, gorączka CHARCOT'owska, diateza krwotoczna i inne objawy zatrucia krwi składnikami żółci. Otóż, wobec tak ciężkich następstw, niedrożność przewodu żółciowego wspólnego przy kamieniach żółciowych nie pozwala zbyt długo wyczekiwać z pomocą operacyjną. Jedną tutaj uwagę. Rozpowszechnionem między lekarzami jest przekonanie, że prostem następstwem niedrożności przewodu żółciowego wspólnego przy kamieniach jest przepełnienie żółcią przewodów przed nim położonych i samego pęcherzyka. Tak jest w istocie, o ile to dotyczy przewodu wątrobowego i jego rozgałęzień. Zupełnie rzecz inna z pęcherzykiem. Na 109 przypadków rozszerzenia pęcherzyka przy niedrożności przewodu żółciowego wspólnego znajduje COURVOISIER tylko w 17 przypadkach kamienie jako przyczynę niedrożności i na odwrót na 78 przypadków, w których przy niedrożności przewodu wspólnego i drożności przewodu pęcherzykowego znaleziono pęcherzyk żółciowy ściągnięty, uległy zanikowi, 70 razy przyczyną niedrożności przewodu wspólnego były kamienie żółciowe, a tylko w 8 przypadkach inna przyczyna i to jeszcze w 5 z tych 8 przypadków znaleziono kamienie w samym pęcherzyku. Tym sposobem niewyma-

cywalność pęcherzyka przy niedrożności przewodu wspólnego może właśnie służyć jako jeden z momentów rozpoznawczych, że przyczyną niedrożności są właśnie kamienie. Moje spostrzeżenia 7-e i 9-e zgadzają się z tem twierdzeniem.

Drugim bardzo ważnem wskazaniem do operacyi jest otok ropny pęcherzyka żółciowego. Bardzo często, jeżeli nieuniknionem następstwem otoku ropnego są zrosty z siecią i sąsiednimi trzewami, a przedewszystkiem z poprzecznicą i żołądkiem. Oprócz tego zbyt długo istniejące cierpienie doprowadza do owrzodzeń ścian pęcherzyka i przedziurawień, bądź wprost do jamy otrzewnowej, od czego na szczęście zazwyczaj chronią zrosty, bądź do sąsiednich narządów, żołądka, poprzecznicy, opłucny, dróg moczowych, wreszcie na zewnątrz ścian brzusznych. Nareszcie zapalenie ropne pęcherzyka może rozprzestrzenić się na przewody żółciowe i ztamtąd do najdrobniejszych rozgałęzień przewodów w samej tkance wątrobowej.

Nie mniej ważnem wskazaniem do operacyi jest wodny otok pęcherzyka. Wprawdzie otok wodny przebiega niekiedy tak nieznacznie i tak niemal bez wszelkich objawów, że tylko przypadkowo przy badaniu jamy brzusznej wykrytym bywa, to jednak surowicza zawartość pęcherzyka może pod działaniem drobnoustrojów przejść w otok ropny i wywołać szereg zmian właściwych temu ostatniemu. Z drugiej strony, co jest rzeczą bardzo ważną, nie zawsze otok wodny zależy od zatkania przewodu pęcherzykowego. Owszem w przeważającej nawet liczbie przypadków, jest on wynikiem zapalenia ścian pęcherzyka, zapalenia wywołanego obecnością kamieni. Dowodzą tego w świeżych przypadkach zlepy, w starych zrosty otrzewnowe, które stanowią zawsze jedno z najpoważniejszych powikłań przy wszystkich operacyach na narządach jamy brzusznej.

Nareszcie wskazaniem do operacyi służą i te przypadki, w których wprawdzie niema trwałej żółtaczk, niema ani ropnego ani wodnego otoku pęcherzyka, ale w których przypadłości właściwe kamieniom powtarzają się często, w krótkich odstępach czasu, zwłaszcza z towarzyszeniem żółtaczk.

Może nie zgodzilibyśmy się z tymi autorami, którzy, uważając laparotomię przy kamieniach żółciowych za najbez-

pieczniejszą ze wszystkich laparotomii, są zdania, że w razie stanowczego stwierdzenia kamieni żółciowych, należy natychmiast przystępować do operacji; wszelako na zasadzie własnych spostrzeżeń, dochodzimy do przekonania, że zbyt długie wyczekiwanie z operacją może narazić na szwank życie chorego, że lepiej jest wykonać ją przedwcześnie aniżeli za późno.

W wyjątkowych tylko przypadkach, przystępując do operacji na chorym z kamieniami żółciowymi, możemy z góry nakreślić sobie plan operacyjny. Przedewszystkiem, już nie mówiąc o możliwości błędów w rozpoznaniu, pomimo najstarszego badania przed wykonaniem laparotomii, nie jesteśmy w stanie zdać sobie jasno sprawy z tego, o ile lub jakim zmianom uległy ściany samego pęcherzyka lub przewodów żółciowych, czy je znajdziemy zupełnie wolnymi czy też porastaniami z częściami otaczającymi, czy, w razie istnienia zrostów, okażą się one możliwymi do usunięcia, czy z powodu spraw wrzodziejących nie doszło już do wytworzenia przetok z sąsiednimi narządami i t. d. Wprawdzie w niektórych razach, na zasadzie skrupulatnego zestawienia objawów chorobowych z wynikami badania fizykalnego można z pewnego stopnia dokładnością wytworzyć sobie pojęcie o stosunkach anatomicznych narządów, dotkniętych zmianami chorobowymi, w każdym razie jednak powinniśmy być zawsze przygotowani na wszelkiego rodzaju niespodzianki. Jeżeli mamy do czynienia tylko z pęcherzykiem żółciowym przy zupełnej drożności przewodów, jeżeli ściany pęcherzyka nie uległy poważniejszym zmianom chorobowym, to po usunięciu zawartości jego [pływu surowiczego, żółci i kamieni] możemy cięcie w pęcherzyku doszczętnie zaszyć i wpuściwszy go do jamy brzusznej, ranę w powłokach zupełnie zamknąć. Jest to tak zwana *cholecystotomia idealis* [BERNAYS] lub *cholecystendysis* [COURVOISIER]. Z wielu stron występowano z zarzutami przeciwko tej operacji. Zarzuty te jednak były czynione po większej części na zasadzie wywodów teoretycznych a nie doświadczenia. Obawiano się rozejścia szwów i wylewu zawartości do otrzewny bądź skutek nie dość dokładnego nałożenia

nia szwu, lub naprężenia jego w następstwie obrzmienia zapalnego. Możemy przeciwko tym zarzutom powtórzyć zdanie COURVOISIER'a: „Es ist noch kein einziger Fall bekannt, in welchem ein Platzen der Naht oder ein Durchtritt von Blaseninhalt durch dieselbe hindurch zum Tode geführt hätte“. Wyniki tej operacji są bardzo zadawalniające. Na trzydziestu kilku mniej więcej operowanych umarło 3 chorych. CZERNY w celu uchronienia się od niebezpieczeństwa w razie niedopisania szwów, radzi miejsce zeszyte w pęcherzyku wszyć do ściany brzusznej, względnie za pomocą tamponu jodoformowego i małego sączka utrzymać komunikację na zewnątrz. Według naszego zdania, jeżeli tylko jesteśmy przekonani, że szew na pęcherzyku dokładnie nałożony został, ostrożności zalecanych przez CZERNY'ego możemy nie zachowywać. Toć resekujemy kiszki i brzuch dokładnie zeszywamy, a przecież zawartość kiszki, w razie wylania się jej do jamy brzusznej będzie stokroć niebezpieczniejszą od żółci. Modyfikacje cholecystotomii idealnej WÖLFLE-SENGER'a [wydobycie pęcherzyka na zewnątrz, utwierdzenie go w ścianach brzusznych za pomocą szwów, po 2 dobach opróżnienie pęcherzyka i zeszywanie, znów po kilku dniach uwolnienie od zrostów ze ścianami i wpuszczenie do jamy brzusznej] oraz LORETA'y [colecystorafia—ulożenie pęcherzyka w liczne fałdy, szew materacowy, tak żeby światło zupełnie zostało zniesionem] nie znalazły naśladowców.

Na mocy doświadczenia w własnym przypadku winienem dodać, że nakładanie szwu dwupiętrowego na pęcherzyk żółciowy nie jest rzeczą tak bardzo łatwą. Pierwotnie podczas operacji przyszła mi myśl, czyby ze ścian pęcherzyka nie resekować po kawałku z brzegów, gdzie były ponakładane pincety haemostatyczne. Tymczasem ściany pęcherzyka tak prędko się kurczyły, że po nałożeniu pierwszego piętra poprzednia objętość jego odpowiadająca dużej pięści zredukowała się do rozmiarów nie wiele przewyższających wielkość palucha. Drugie piętro szwu musiałem nakładać z wielką ostrożnością, żeby nim ścian z powodu pewnego już naprężenia nie porozrywać.

Jeżeli ściany pęcherzyka są bardziej zmienione, owrzodzone, gdy zawartość pęcherzyka jest ropną, lub gdy jak w jednym z moich przypadków, nie uda się wydobyć kamienia

z przewodu pęcherzykowego, tam wskazanem jest założenie przetoki pęcherzykowej—*cholecystostomia*. Operacja ta, której gorącymi zwolennikami są L. TAIT [jednoczasowa] i RIEDEL [dwuczasowa], ma tę ujemną stronę, że często przetoka doszczętnie się nie goi i wydziela bezustannie śluz przy zniesionej drożności przewodu pęcherzykowego, lub żółć przy zachowanej drożności tegoż. Wprawdzie z tego rodzaju przetokami chorzy mogą żyć długo, a nawet względnie cieszyć się dobrem zdrowiem, wszelako już ciągłe wydzielanie się płynu i konieczność zmiany opatrunku jest strasznie męczącą. Oprócz tego w razie wydzielania się żółci w wysokim stopniu podupada trawienie i rozwija się charłactwo. Już nie tylko na zasadzie wyników badań fizyologicznych, ale i na mocy spostrzegania tego rodzaju chorych nikt zapewne nie zgodzi się ze zdaniem BERNAYS'a, że utrata żółci jest zupełnie obojętną dla ustroju, że stanowi ona raczej excret niż secret i że nie przedstawia dla organizmu więcej wartości od moczu.

Jeszcze jedno bardzo ważne wskazanie do założenia przetoki pęcherzyka żółciowego znajdujemy w tych przypadkach, w których chory przedstawia cięższe objawy cholaemii, jest wyniszczony i stan jego nie pozwala na dokonywanie dłuższego i poważniejszego zabiegu operacyjnego. W takim razie zapewnienie odpływu żółci i uwolnienie krwi od jej składników, wpłynie pomyślnie na poprawę zdrowia, a po pewnem odzyskaniu sił możemy przystąpić do operacji radykalnej. Że już samo założenie przetoki może wpłynąć pomyślnie na warunki patologiczne danego przypadku i uczynić dalszy zabieg zbytecznym, dowodzi moje spostrzeżenie N. 7, że z drugiej strony zdarzyć się mogą przypadki, że pomimo zapewnionego odpływu żółci stan chorego w niczem się nie poprawi, a charłactwo dalej postępować będzie, najmniejszej kwestyi ulegać nie może.

Co się tyczy wyboru samej metody cholecystostomii, to sprawa zależy głównie od osobistych w tym względzie poglądów. Zapewne, że nie każdy zgodzi się z poglądami RIEDEL'a, gorącego stronnika cholecystostomii dwuczasowej. Toć przy przyszytym już pęcherzyku żółciowym wszelkie manipulacje w nim, czy wydobywanie kamieni, czy sondowanie przewodów, będzie daleko trudniejszym, aniżeli przy pęcherzyku wolnym. Oprócz tego na dokładne sklejenie się ścian pęcherzyka

z otrzewną ścienną trzeba co najmniej tydzień czekać, gdy tymczasem objawy chorobowe mogą nie pozwolić na tak długie wyczekiwanie, a otwarcie pęcherzyka przed nastąpieniem dokładnego zrostu równa się operacyi jednoczasowej, tylko w gorszych warunkach. Obawa przedostania się ropy i zakażenia otrzewny skłoniła mnie w dwóch przypadkach otoku ropnego do wykonania cholecystostomii jednoczasowej, ale z uprzedzeniem przyszyciem pęcherzyka przed jego otwarciem. Metoda ta stosunkowo najmniej liczy zwolenników i była najmniejszą liczbę razy wykonywaną. Chociaż sam dwa razy w ten sposób postępowałem, jednakże bronić tej metody nie będę. Przy ostrożnem postępowaniu od zakażenia łatwo się ustrzedz, a ujemne strony są tutaj takie same jak i przy cholecystostomii dwuczasej.

Chociaż wogóle cholecystostomia jest najłatwiejszą ze wszystkich operacyi na pęcherzyku, to jednak niekiedy pęcherzyk jest tak skurczony, że nader trudno zbliżyć go do ścian brzusznych i tutaj go przyszyć. W tych przypadkach na mocy własnego doświadczenia radzi RIEDEL oddzielić otrzewną samą lub z powięzią w obrebie rany powłok brzusznych, płyty tę otrzewnowe wgłębić, przyszyć do pęcherzyka i tym sposobem, utworzywszy rodzaj lejkowatego kanału, oddzielić jamę otrzewną. LAUENSTEIN postępował również według tej metody, ale w 2 przypadkach pęcherzyk leżał tak głęboko, że i metoda RIEDEL'a nie okazała się wystarczającą. Wskutek tego zużył do plastyki sieć wielką, — w jednym przypadku utworzył rynnę tylko z niej samej, — w drugim skombinował metodę RIEDEL'a z wszyciem od dołu sieci.

WRIGHT i MEARS z powodu niedokładnego rozpoznania przy jednoczesnem cierpieniu nerek po wykonaniu cięcia lędźwiowego, tą drogą opróżniali pęcherzyk żółciowy i wszywali go do powłok. MEARSA chory wyzdrowiał i chyba tylko dlatego chce on zalecać cięcie lędźwiowe jako typową metodę cholecystostomii. Wątpię jednak, czy w razie prawdziwego rozpoznania, sam projektodawca zgodziłby się zastosować zalecaną przez się metodę.

Jeżeli pęcherzyk żółciowy uległ głęboko posuniętym zmianom wskutek długotrwałego procesu zapalnego, jeżeli ściany jego są mocno nacieczone, rozmiękczone, zgrubiałe lub tworzą oddzielne wypuklenia wypełnione ropą lub kamie-

niami, jeżeli błona śluzowa wskutek obszernych owrzodzeń jest mocno zmienioną, jeżeli jednym słowem zamiast fizyologicznego zbiornika żółci mamy przed sobą nieużyteczny organ, mogący być w każdej chwili punktem wyjścia zaburzeń w sąsiednich narządach, to lepiej zrobimy, usuwając go doszczętnie, aniżeli podtrzymując jego istnienie w tak nieprawidłowych warunkach. Rzecz prosta, że wycięcie pęcherzyka już bezwarunkowo będzie wskazane, jeżeli wskutek długiej obecności kamieni powstało zwyrodnienie rakowate ścian pęcherzyka, co znów do bardzo rzadkich rzeczy nie należy. Rozumie się, że w tym ostatnim przypadku tylko wtedy o operacji doszczętnej myśleć możemy, jeżeli rak ogranicza się ściśle do pęcherzyka, albo jeżeli chociaż i przeszedł na tkankę wątrobową, to w tak nieznacznych rozmiarach, że można się będzie pokusić, tak jak to uczynił HOCHENEGG, o wycięcie wraz z pęcherzykiem i części wątroby.

Doszczętne wycięcie pęcherzyka (Cholecystectomy), dokonane pierwsze cztery razy i ochrzczone tą nazwą przez LANGENBUCH'a w r. 1882, znalazło gorących przeciwników, z których najzapalczyszym okazał się L. TAIT, mianując crescendo pomienioną operację nazwą „*absurd*“, „*radically absurd*“ nareszcie „*intrinsically absurd*“. Ale L. TAIT nie robi sobie wiele subiektywnych myśli i poglądów innych autorów, czyniąc zarzuty, jak to mówią, z powietrza. Dość przytoczyć, że w końcu 1889 r., mówiąc o cholecystotomia idealis, twierdzi, iż o ile mu wiadomo, operacja ta była „*fatal in every instance*“, kiedy do tego czasu wykonano ją 16 razy, tylko z 3 przypadkami śmierci. Że operacja ta winna mieć ściśle ograniczone wskazania, to kwestyi nie ulega, ale z drugiej strony w niektórych przypadkach znakomite usługi oddać może, tego dowodzą liczne spostrzeżenia. Kardynalnym warunkiem tej operacji jest drożność przewodu żółciowego wspólnego. Pomimo że w wielkiej liczbie przypadków operacja ta w nader trudnych warunkach dokonywana była, wyniki jej bardzo dodatnio się przedstawiają. Z powikłań najbardziej grożą: krwawienie z obnażonej powierzchni wątroby, oraz wylewanie się żółci bądź z tejże powierzchni, bądź z niedostatecznie przewiązanego przewodu pęcherzykowego. Dlatego też tamponowanie jamy pooperacyjnej wchodzi tutaj w swe istotne prawa i doszczętne zaszywanie rany zawsze byłoby zbyt ryzykownem.

Powyżej przytoczone rękoćzyny odnoszą się głównie do tych przypadków, w których przewód żółciowy wspólny pozostał drożnym. Inna rzecz, gdy drożność ta została zniesioną. Określenie przyczyny niedrożności do rzeczy łatwych nie należy. Z powodu głębokiego położenia i najczęściej towarzyszących zrostów, trudno jest nawet przy otwartej jamie brzusznej wymacać ten lub ów przewód i wyczuć w nim kamienie, często bardzo małych rozmiarów. Sondowanie przez pęcherzyk wyjątkowo tylko udać się może. Można śmiało powiedzieć, że zgłębnik można jeszcze wprowadzić tam, gdzie przewody są wolne, a więc gdzie sondowanie nie jest potrzebne, w przeciwnych przypadkach sondowanie najczęściej się nie udaje.

Jeżeli jednak badanie, czy to przez pęcherzyk czy od zewnątrz, pozwoliło nam określić obecność kamieni w przewodzie żółciowym wspólnym, co wtedy czynić wypadnie. W wyjątkowych przypadkach udawało się kamień skruszyć bądź palcami, bądź za pomocą pincety z owiniętymi gazą końcami. Operacja ta wymaga, z jednej strony, żeby kamień był miękki, z drugiej żeby ściany przewodu nie były chorobowo zmienionymi, a nareszcie żeby sam otwór kiszki przewodu był zupełnie wolny. Jeżeli skruszenie okaże się niemożliwym, to w danym przypadku można przewód przeciąć, kamień wyjąć i otwór zeszyć. Operacja ta pierwszy raz dokonana została przez KUEMMEL'a, gdy tenże po operacji LANGENBUCH'a znalazł w przewodzie żółciowym wspólnym szypułkowate rozszerzenie z kamieniem. Chora zmarła. Następnie COURVOISIER 3 razy wykonał ją z pomyślnem zejściem. W ogóle na kilkanaście przypadków tej operacji wyniki są wogóle bardzo pomyślne.

Pamiętać wszakże o tem należy, że jak cholecystotomia idealis wymaga niezbędnie drożności przewodów żółciowych, tak choledochotomia, tylko wtedy wykonana być może, jeśli istnieje bezwzględna pewność drożności dośrodkowego odcinka przewodu żółciowego wspólnego.

W razie, jeżeli usunięcie kamienia z tego ostatniego okaże się niemożliwym, czy też gdy z powodu zrostów i zwężenia drożność przewodu nie może być przywróconą, przystąpimy do wytworzenia przetoki między pęcherzykiem żółciowym i kiszka (Cholecystenterostomia). Każdemu są znane losy pacjenta, na którym WINIWARTER dokonał pomienionej operacji w 6 aktach w r. 1880/1. Dopiero w 6½ lat później KAPPELER wy-

konał ją na jednym posiedzeniu z dobrem zejściem w przypadku niedrożności przewodu, zależnej od guza trzustki. Oprócz niedrożności przewodu żółciowego wspólnego operacja ta wskazana jest przy przetokach pęcherzyka, pozostałych po cholecystostomii. Czy ją dokonywać tylko w przypadku przetoki żółciowej, a w przypadkach przetoki śluzowej robić wycięcie pęcherzyka, jak to uczynił MATLAKOWSKI, trudno przesądzać, wszelako, jeżeli tylko z innych względów jest to możliwem, należy zawsze pęcherzyk zostawić, a wykonać połączenie jego z kiszka.

Wyniki operacji tej są zupełne zachęcające i stawiają ją w szeregu operacji najracyonalniejszych i najbardziej odpowiadających warunkom fizyologicznym.

Nakoniec SPRENGEL w jednym przypadku dokonał połączenia między przewodem żółciowym wspólnym a dwunastnicą (choledochoduodenostomia) w następujących okolicznościach. Po wycięciu pęcherzyka żółciowego okazało się, że istnieje kamień w przewodzie wątrobowym. Po przesunięciu jego w stronę dwunastnicy nastąpiło takie przepełnienie i naprężenie przewodu wspólnego, że miejsce po podwiązaniu przewodu pęcherzykowego groziło pęknięciem. Wtedy SPRENGEL, chcąc uratować chorego, założył przetokę między przewodem wspólnym a dwunastnicą. Operacja była niepomiernie trudną, wynik jej jednak był zupełnie pomyślny. Jak dotąd jest ona unikatem. W jednym przypadku ze swej bogatej kazuistyki przekonał się RIEDEL przy sekcji, że przyszyty do ścian brzusznych jakoby pęcherzyk żółciowy, był w istocie nadmiernie rozszerzonym przewodem żółciowym wspólnym, czyli że wskutek omyłki dokonał w danym przypadku choledochostomii. Sam pęcherzyk żółciowy był skurczonym około złogów kamiennych. Otóż w przypadkach, w których możnaby napewno stwierdzić z jednej strony niedrożność brodawki VATER'a, z drugiej zupełny zanik pęcherzyka żółciowego, czego następstwem być musi rozszerzenie przewodu wspólnego, jedyną możliwą operacją do wykonania pozostanie połączenie przewodu żółciowego wspólnego z dwunastnicą, czy też z innym odcinkiem kiszek (choledochoenterostomia).

Reasumując to, co wyżej powiedziano, dochodzimy do przekonania, że każda z operacji, dokonywanych na pęcherzyku i przewodach żółciowych, może znaleźć zupełnie uzasa-

dnione wskazanie, że nie można hołdować jednej wyłącznie metodzie. Doświadczenie własne i krytyczny ale bezstronny rozbiór poglądów cudzych, najlepszą będą rękojmnią przy wyborze tego lub owego rękoczynu. Do zupełnie fałszywych wyników dojdzie ten, kto na zasadzie paru przypadków zacznie obliczać procenty i na mocy ich przemawiać będzie za lub przeciw danej operacyi. Z liczby pierwszych dziewięciu przypadków, w których dokonana była cholecystostomia idealis umarło 6 chorych, oznaczmy procent śmiertelności tej operacyi, równa się on 66%, a więc operację tę bezwzględnie potępić należy — tymczasem okazuje się, że z następnych 30 przypadków nie umarł żaden chory, że cholecystostomia idealis, jeżeli już liczyć na procenty, daje najlepsze wyniki ze wszystkich operacyi na drogach żółciowych, nie mówiąc chyba o choledochoduodenostomii, dla której zwolennik obliczania procentowego oznaczy 100% wyzdrowień.

Przystępuję do opisu własnych spostrzeżeń:

Spostrzeżenie I. — Cholelithiasis. Fistula inter vesic. fell. resp. duod. choledochum et ventriculum. Cholecystostomia. Mors ex inanitione¹⁾. — P. H. 56 lat licząca, zamieszkała przy mężu w Warszawie. Zawsze cieszyła się dobrem zdrowiem. W lipcu 1885 r. po błędzie w dyecie nagle zachorowała. Przy bardzo silnych bólach w dołku podsercowym nastąpiły wymioty najprzód spożytymi pokarmami, następnie żółciowe. Następnym dni pojawiła się gorączka, którą przyjmowano za zimnicę i z tego powodu stosowano chininę w dużych dawkach. Po kilku dniach bóle ustąpiły, wymioty jednak trwały dalej i od tego czasu chora do zdrowia już powrócić nie mogła. Po każdym spożytym pokarmie, choćby czystym mleku, w kilka lub kilkanaście minut następowały wymioty, zawartością których było przyjęte jedzenie i żółć. Ale i bez wszelkiego pokarmu następowały wymioty. Masy wymiotne zebrane w szklane naczynie po pewnym czasie układały się w dwie warstwy, $\frac{2}{3}$ mniej więcej górne stanowił płyn przezroczysty, zielonawy, $\frac{1}{3}$ dolna składała się z gęstego śluzoropu, bardzo podobnego do mas śluzoropnych, jakie znajdujemy na dnie nocnika przy przewlekłym niezycie pęcherza moczowego. Chora w ciągu kilku miesięcy w wysokim stopniu wynędzniała. W listopadzie tegoż roku zostałem zawezwany do chorej przez kol. REJCHMANA. Znaleźliśmy kobietę bardzo wyniszczoną. Brzuch mały, niewzdęty, niebolesny, tylko w prawym podżebrzu przy głębszym ucisku chora doświadcza tępego bólu. W okolicy tej na przypuszczalnym miejscu pęcherzyka żółciowego stwierdzić się daje większa odporność. Wątroba w granicach prawidłowych, po za łuk żebrowy nie wystaje. Od kol. REJCHMANA dowiedziałem się, że żołądek chorej był kilkakrotnie badany zgłębnikiem. Bezpośrednio po wy-

¹⁾ Spostrzeżenie to w krótkości jest podane w odczycie klinicznym kol. REJCHMANA p. t. Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (Odcz. klin. wydaw. przez Gaz. Lek. Ser. III Nr. 10 1890 r.

miotach znajdowano żołądek pusty, po upływie niespełna pół godziny znów następowały wymioty żółciowe z masami śluzogopnymi. Żołądek nie był rozszerzony. Kol. REJCHMAN postawił rozpoznanie na przetokę między pęcherzykiem względnie przewodem żółciowym wspólnym a żołądkiem. Ponieważ w ciągu dłuższego czasu pomimo stosowania ławatyw odżywczych, stan chorej z każdym dniem się pogarszał, ponieważ nie było można mieć jakiegokolwiek nadziei na poprawę, ile że dotychczasowe leczenie nie przynosiło najmniejszej ulgi chorej, przeto mimo kolosalnego wycieńczenia chorej, postanowiliśmy przystąpić do operacji otwarcia pęcherzyka żółciowego, w którym podejrzewaliśmy przyczynę choroby.

Operację wykonałem w d. 21 października 1885 r. przy łaskawej pomocy kolegów: REJCHMANA, JASIŃSKIEGO, MATLAKOWSKIEGO, SZTEYNERA i ROZENTALA JAKÓBA. Była to pierwsza w Warszawie dokonana cholecystostomia. Cięcie poprowadziłem wzdłuż łuku żebrowego prawego. Po przecięciu ścian brzusznych, znaleźliśmy pęcherzyk żółciowy niepowiększony, wolny od zrostów, wypełniony umiarkowaną ilością płynu. Po wydobyciu pęcherzyka na zewnątrz i rozcięciu tegoż, wypłynęła z niego czysta żółć, po wprowadzeniu palca wyczuliśmy 2 kamienie wielkości muszkatołowej galki, które z wielką łatwością wydobyliśmy zapomocą pincety. Z powodu bardzo złego stanu chorej i wielkiego upadku działalności serca, bliższe badanie okazało się niemożliwem i zwłoka w dokończeniu operacji groziła nam pozostawieniem trupa na stole operacyjnym, przeto pęcherzyk wszyliśmy w ranę brzuszną a po wprowadzeniu sączka do pęcherzyka ranę brzuszną zaszyto. Chora po przyjęciu do siebie czuła się względnie nieźle. Wieczorem znalazłem chora bez gorączki, ale z tętnem szybkim, ledwo wyczuwalnem, po północy a więc w niespełna pół doby po operacji chora przy wzrastającym upadku sił zmarła. Od chwili operacji do samej śmierci chora ani razu nie wymiotowała, nawet nie miała nudności. Ponieważ od dawnego czasu nawet przez parę godzin nie obydło się bez wymiotów, przeto wieczorem w dniu operacji chora uważała siebie za zupełnie wyleczoną. Z powodu wyjazdu z Warszawy uprosiłem Szanownego kolegę SZTEYNERA o wykonanie sekcji. Niestety, z powodu otoczenia w mieszkaniu prywatnem nie można było wykonać dokładnej sekcji, a musiano się ograniczyć na przecięciu brzucha w okolicy miejsca operowanego. Dowiedziałem się od kol. SZTEYNERA, że pęcherzyk był doskonale skleiony ze ścianami brzuszniemi, że w otaczającej otrzewnej nie było żadnych śladów podrażnienia i że sieć, wiązadła wątrobowe i otrzewna ścienna tworzyły zrosty, zupełnie odgraniczające pęcherzyk żółciowy od ogólnej jamy otrzewnowej.

Przetoki między drogami żółciowemi i kanałem żołądko-kiszczkowym do bardzo rzadkich rzeczy nie należą. COURVOISIER zebrał 137 przypadków, z których przypada na przetoki z żołądkiem 13 przypadków, z dwunastnicą 83, z jelitem czczem (jejunum) 1, jelitem biodrowem (ileum) 1 i z poprzecznicą 39. Co się tyczy przetok z żołądkiem, to w 3 przyp. było połączenie między wątrobą i żołądkiem, w 1 przewodu pęcherzykowego i w 9 pęcherzyka żółciowego z żołądkiem. Objawy zawsze są

niewyraźne, najbardziej wskazujące na jakiś proces zapalny i chyba w takim tylko razie na pewno możnaby postawić rozpoznanie, gdyby w anamnezie można wykryć żółtaczkę, napady kolki wątrobowej, lub gdyby w masach wymiotnych znaleziono niewątpliwie kamienie żółciowe, jak to istotnie było w operowanym przypadku BARDENHEUER'a. BARDENHEUER znalazł w postaci przewodu rozszerzenie pęcherzyka żółciowego, rozciągające się w kierunku dośrodkowym, do odźwiernika. Po dokonaniu dwuczasowej cholecystostomii i usunięciu kamieni chora wyzdrowiała. Być może, że gdyby w naszym przypadku masy wymiotne od początku starannie badane były, możeby i w nich dała się wykryć obecność kamieni. W naszym przypadku można było postawić rozpoznanie na przetokę pęcherzyko-żółdkową na zasadzie tej kolosalnej ilości żółci, jaka się stale w wymiotach znajdowała. Według mojego osobistego poglądu na zasadzie tych ogromnych ilości śluzoropu i żółci, jakie chora oddawała, przypuszczaoby należało, że między żółdkiem i drogami żółciowymi znajdowała się ograniczona jama, komunikująca z pęcherzykiem z jednej, a z żółdkiem z drugiej strony. W takim razie byłby to analogiczny przypadek z przypadkiem BRISTOWE'a, cytowanym przez COURVOISIER'a. Przypadek ten dotyczył przetoki między przewodem żółciowym wspólnym, a dwunastnicą—tutaj drogą komunikacyjną między dwoma otworami był ropień, znajdujący się zewnątrz dwunastnicy. Co się tyczy operacyjnego leczenia tych przetok, to ze wszystkich 137 przypadków były operowane 2, jeden przez RIEDEL'a (przetoka między pęcherzykiem a poprzednicą) i jeden przez KOCHER'a (między pęcherzykiem a dwunastnicą). Po oddzieleniu zrostów i okrwawieniu przetok był nałożony szew. Pierwszy przypadek zakończył się pomyślnie, drugi śmiertelnie.

Kol. REJCHMAN oprócz przypadku wspólnie przez nas obserwowanego wspomina o 2 jeszcze, również u kobiet. O operacji z powodu rozpaczliwego stanu chorych i mowy być nie mogło. Przypuszczać należy, że gdyby w naszym przypadku cholecystostomia prędzej wykonana została, może przy skierowaniu odpływu żółci w inną stronę, dałoby się uratować życie chorej.

Spostrzeżenie II.—Cholelithiasis. Fistulae vesicae felleae. Operatio fistularum cum resectione costarum. Sanatio completa. — Jul. Wierz. 57 lat liczący, oficyalista z gub. Kijowskiej. W dzieciństwie i w młodości był zdrow zupełnie. Od dawna wszakże, jak powiada niemal od dzieciństwa, po zjedzeniu potraw niestrawnych czuł parcie i wielki ból w prawem podżebrzu. 7 stycznia 1885 r. ciężko zachorował. Po ziębieniu nastąpiła gorączka, ogólne osłabienie, a następnie nazajutrz po zasłabnięciu pojawiła się żółtaczka. Najbardziej dokuczało choremu parcie i bóle w okolicy wątroby, pod prawym łukiem żebrowym. Lekarze miejscowi rozpoznali chorobę wątroby. Do przypadłości powyżej wymienionych, dołączyło się ciągle rozwolnienie. Upadek sił i niedomoga ogólna przetrzymały chorego w łóżku przez 3 miesiące, w kwietniu zaczął potrochu chodzić, powoli nabierał sił, żółtaczka ustąpiła zupełnie. W maju pił wody mineralne (Karlsbad), następnie wody krynickie. W końcu czerwca po raz pierwszy zjawił się ból w okolicy ostatnich żeber prawdziwych z prawej strony, ból ten był odmienny od uczucia napierania, jakiego przed tem doświadczał w podżebrzu; po kilku tygodniach bóle te ustaly. We wrześniu pojechał do Kiszyniewa na kurację winogronową i tam wszakże pomimo miesięcznej kuracji do zupełnego zdrowia przyjść nie mógł. W początku października bóle w prawem podżebrzu znów wystąpiły, lecz o wiele silniejsze i nieznośniejsze. Cały arsenał różnych leków zewnętrznych i wewnętrznych ulgi nie przynosił. Żółtaczki przez cały ten czas nie było. Powoli i prawie niezauważnie ponad łukiem żebrowym z prawej strony zjawił się guz niewielki, miękki, bardzo bolesny przy dotykaniu. W drugiej połowie listopada uformował się w tem miejscu wyraźny ropień. Doktor DOBRZYCKI otworzył go niewielkiem cięciem. Na zewnątrz od cięcia wkrótce potem powstał drugi otwór sam przez się. Z obu otworów wypłynęło dosyć krwi, trochę ropy i kilka kamyczków nieprzechodzących wielkością swą ziarnka soczewicy. Kamyczki owe były twarde z ostrymi brzegami. Ropa, wypływająca z otworów, była bardzo żółta, prawdopodobnie według słów chorego zmieszana z żółcią. Do maja 1886 r. pozostawał w domu, miejscowy lekarz w celu zagojenia przetok wstrzykiwał w nie jodynę i roztwór azotanu srebra. W maju 1886 r. chory udał się do Kijowa, gdzie w oddziale chirurgicznym szpitala wojskowego przeleżał cały maj i połowę czerwca. Starano się tam przetoki rozszerzać za pomocą nacięć i wprowadzania w otwory drenów i laminaryi. Oprócz tego za pomocą zgłębnika starano się rozkruszyć kamyki, jakie wyczuwano na dnie przetoki. W czerwcu powrócił do domu. Żółć i kamyki wydzielaly się ciągle, największy kamyk wydzielił się po rozszerzeniu przetoki w Kijowie, był on wielkości ziarna fasoli. Widząc ciąglą bezskuteczność leczenia, a zarazem coraz bardziej wzmagający się upadek sił wskutek obfitego ropienia i od czasu do czasu pojawiającej się gorączki, przyjechał do Warszawy i pomieścił się w moim oddziale w Szpitalu Pragskim. Znaleźliśmy chorego w następującym stanie: mężczyzna wzrostu dobrego, budowy prawidłowej, bardzo wychudły, przygarbiony. Na twarzy widać znękanie i zmęczenie od długotrwałej choroby. Skóra pomarszczona z odcieniem ziemistym, bez wyraźnej wszakże żółtaczki. W okolicy między siódmym żebrem a łukiem żebrowym z prawej strony znajdują się dwie blizny i dwa otwory przetoki. Jeden otwór znajduje się na samym brzegu łuku żebrowego nieco na wewnątrz od linii sutkowej, drugi zaś w okolicy 8 żebra na samej tej linii. Nad tym ostatnim otworem znajdują się dwie blizny, w odległości centymetra jedna od drugiej. Skóra między otworami a bliznami poukładana w fałdy. Wogóle wygląd zewnętrzny tej

okolicy wskazuje na długotrwałość cierpienia. Zgłębniki wprowadzone do przetoki wchodzi w głąb na kilka centymetrów. Na samym dnie przetoki zgłębnikiem czujemy chropawą twardość, nie odpowiadającą obnażonej kości. Z obu przetok wydziela się znaczna ilość ropy z odrobinkami kamieni.

Pluca i serce wyraźniejszych zmian nie przedstawiają, łaknienie słabe. Prawie że ciągle rozwołnienie, brzuch umiarkowanie wzdęty, wątroba nie wystaje po za łuk żebrowy. Mocz białka nie zawiera.

16 sierpnia 1886 r. wykonałem operację, przy łaskawej pomocy kol. JASIŃSKIEGO, MATLAKOWSKIEGO i KRZYCZKOWSKIEGO. Po zachloroformowaniu chorego przeprowadzono jedno cięcie wzdłuż łuku żebrowego, drugie po linii sutkowej przez otwór na 8 żebro od brodawki sutkowej do spotkania się z pierwszym cięciem. Odseparowano dwa płaty od żeber, a następnie wycięto częściowo 7, 8, 9 i 10 żebro. Pod żebrami znajduje się obszerna jama wypełniona ziarniną. Po wyskrobaniu ziarniny ostrą łyżeczką i wycięciu nożyczkami dokoła tkanki bliznowatej, na dnie jamy tej, prawie pośrodku znaleziono otwór, przez który wchodził zgłębnik do drugiej jamy, mniejszej niż pierwsza objętości. Ponieważ przypuszczaliśmy, że kanał prowadzący do tej drugiej jamy, przechodzi przez samą tkankę wątrobową, przeto przetokę rozszerzyliśmy nie nożem, a żegadłem Paquelina o tyle, że można było do jamy wprowadzić mały palec. Tym ostatnim wyczuliśmy ściany dość gładkie, w zewnętrznej zaś części jamy konglomerat drobnych kamyczków, które usunęło łyżeczką. Drugą tę jamę, o ile się zdawało, a jak dalszy przebieg wskazał niewątpliwie, stanowił sam pęcherzyk żółciowy. Żeby otwór do pęcherzyka mieć zupełnie swobodny, oba płaty skórne podwinęto ku żebrom i zeszyto z dnem pierwszej jamy, tym sposobem pozostała nieznaczna przestrzeń niepokryta skórą, w środku której znajduje się otwór prowadzący do pęcherzyka. Do kanału tego wprowadzono drenik. Przebieg pooperacyjny nadzwyczaj pomyślny. Najmniejszego przez cały czas podwyższenia ciepłoty. Poczucie subiektywne doskonałe. Chory najmniejszego bólu od czasu operacji nie doświadcza. Ropienie natychmiast ustało. Części rany zeszyte, zagoiły się doraźnie, defekt naokoło otworu goi się powoli, prawie bez żadnej wydzieliny. Z pęcherzyka żółciowego wydziela się dość znaczna ilość śluzu przezroczystego, z początku bezbarwnego, a po dniach 10 zmieszanego z żółcią. Odtąd wydziela się dość znaczna ilość płynu (raz prawie że czysty śluz, innym razem więcej żółci) i dopiero po kilku tygodniach, kiedy otwór doszedł do minimalnych rozmiarów i wydzielanie żółci i śluzu staje się coraz mniej obfitem, 13 listopada chory opuszcza szpital w wybornym stanie zdrowia, z małą przetoką. Rozwołnienie po operacji ustało zupełnie i odtąd stolce prawidłowe.

W styczniu następnego roku (1887) chory powrócił do szpitala. Znajduje się on w kwitnącym stanie zdrowia, męczy go tylko konieczność zmiany opatrunku z powodu ciągłego wypływu śluzu i żółci. Przystąpiłem do operacji plastycznej. Podwinęto do dna rany płaty i w ten sposób wgojone odseparowałem, części bliznowate naokoło otworu wyciąłem i zdołałem cały defekt pokryć odseparowanymi płatami skóry. Nastąpiło doraźne zagojenie, wszelako w pośrodku szwu pojawił się zaledwie dostrzegalny otworek, z którego znów zaczęło się wydzielać nieco śluzu i żółci. Otworek ten pięciokrotnie przyżegałem żegadłem Paquelina, wreszcie z końcem kwietnia doszedłem do zupełnego zagojenia. Cho-

ry opuścił szpital 25 kwietnia 1887 r. całkowicie wyleczony. W parę miesięcy potem odebrałem od pacyenta list dziękczynny, powiadamiający mnie o trwałem wyleczeniu i doskonałym stanie zdrowia. O przypadku tym wspomina kol. MATLAKOWSKI w pracy swej p. t. „Kilka myśli w przedmiocie chirurgii dróg żółciowych“, Gaz. Lek, 1881 r. Nr. 25 i 26.

COURVOISIER zebrał 196 przypadków przetok powłok brzusznych (przetoki zewnętrzne) dróg żółciowych. W 184 przypadkach powodem przetok były kamienie żółciowe, w 12 przetoki powstały z innych powodów (raki, glisty i t. d.). Ze 184 w 180 przypadkach kamienie odchodziły za życia, w 4 znaleziono je przy sekcji. Najczęściej przetoki otwierały się w podżebrzu (49 razy) i na brzegu łuku żebrowego (36), potem w bliskości pępka (26), w mesogastrium (17), na pępku (12), pod pępkiem (11), w okolicy biodrowej (10), w epigastrium (6), w lewej pachwinie (1). Najczęściej znajdowano jeden otwór przetoki, niekiedy 2, 3 a nawet 7. Na wyżej podaną liczbę było 78 wyzdrowień i to 22 razy bez wszelkiej operacji. Co się tyczy tej ostatniej, to polegała ona na bezkruwawem rozszerzaniu przetok za pomocą gąbki prasowanej lub przecięciu za pomocą noża. Z powziętym z góry planem typową operację z przecięciem przyrośniętego do ścian brzusznych pęcherzyka wykonano 9 razy, 8 razy po rozszerzeniu otworu można było tak jak w moim przypadku palec wprowadzić bezpośrednio do pęcherzyka. I pod względem rozszerzenia się przetok pod żebrami i pod względem operacyjnym mój przypadek jest jedynym w literaturze.

Co się tyczy drogi, na jakiej powstały przetoki, to najbardziej uzasadnionem zdaje mi się następujące przypuszczenie: Wskutek obecności kamieni w pęcherzyku powstało ropienie, a następnie owrzodzenie na górnej ścianie pęcherzyka. Z owrzodzenia tego ropienie rozszerzyło się na samą tkankę wątrobową, następnie po zlepieniu się otrzewnej wątroby z otrzewną przeponową, ropienie przeszło na tkankę pozażebrową, rezultatem czego było wytworzenie się ropnia przed łukiem żebrowym, było więc to wszystko coś w rodzaju *empyema necessitatis* przy ropnym otoku opłucnej. Przypuszczenia tego dowodzi fakt, że zaraz przy pierwszym cięciu wypłynęła z jamy ropa zmieszana z żółcią i drobnymi kamykami.

Jeszcze na jeden punkt chcę zwrócić uwagę:

Badanie złogów kamiennych w moim przypadku, wykonane łaskawie przez Szan. kol. NENCKIEGO wykazało, że składały się one z 74% fosforanu i 26% węglanu wapnia z nieznaczną ilością śluzu.

GAUTIER w *Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène* (Paris, 1874) podaje podobny skład kamieni z dodatkiem wszakże barwników żółciowych, cholestearyny i soli żelaza. Według niego podobnego składu złogi znajdowano najczęściej wówczas, gdy pęcherzyk wskutek zmian chorobowych nie był w połączeniu z przewodem wątrobowym. Kamienie te według GAUTIER'a raczej należy uważać za kamienie śluzowe niż żółciowe.

Spostrzeżenie III.—Cholelithiasis. Obstructio ductus cystici. Hydrops vesicae felleae. Cholecystostomia. Sanatio incompleta. Fistula mucosa.—Helena W. 22 lat licząca, żona felczera, zamieszkała przy mężu na prowincyi. Przed pójściem za mąż i do czasu zajścia w ciążę zupełnie była zdrową. Podczas ostatnich miesięcy ciąży, pojawiły się wymioty z silnym, ściskającym bólem w dolku podsercowym. W miesiąc po rozwiązaniu, które nastąpiło przed półtora rokiem, zauważyła chora w prawym podżebrzu guz, wtedy mianowicie, kiedy po nieumiarkowanym tańcu, rozgrzaniu podczas niego i następem oziębieniu, doznała silnych bólów w brzuchu. Bóle nadzwyczaj gwałtowne, prawie bezustanne, męczyły chorą przez dni kilka, w ciągu tego czasu, pojawiały się równie często wymioty, tak że przez pewien czas, chora nie mogła przyjmować żadnego pokarmu. Potem stan się poprawił i w ciągu roku równie silnego paroksyzmu nie było, chora wszakże czuła od czasu do czasu ból ściskający w prawym podżebrzu. Pół roku temu znowu wystąpiły nadzwyczaj gwałtowne bóle, które jednak nie trwały tak długo i po 3 dniach ustąpiły. Od tego czasu chora czuje się znów jakby lepiej, co pewien czas jednak występują wymioty, szczególnie po spożyciu pokarmów, które chorej nie przypadają do gustu. Od dwóch tygodni wystąpiły bóle znów więcej silne, chociaż nie tak gwałtowne jak poprzednio, trwają jednak one znacznie dłużej. Żółtaczki nigdy chora nie miała. Przy pierwszym badaniu znalazłem chorą w następującym stanie: wzrost dobry, budowa ciała prawidłowa, odżywianie umiarkowane, (chora dodaje, że podczas choroby spadła z ciała), błądź powłok i błon śluzowych, ciepłota prawidłowa. W prawym wierzchołku zlokalizowany nieżyt płucny, serce w porządku. W prawym podżebrzu wyczuwamy guz zaokrąglony, dolną granicą sięgający prawie do wysokości pępka, górną gubiący się w podżebrzu. Konsystencja guza elastyczna. Chelbotania wyraźnie wyczuć nie można. Guz przyjmuje udział w ruchach wątroby podczas oddychania.

Rozpoznanie na zasadzie wywiadów i obecności w charakterystycznym miejscu guza dość jasnem było.

15 lipca 1887 r. dokonałem operacji na chorej w oddziale chirurgicznym szpitala praskiego. Cięcie na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha, od łuku żebrowego do pępka. Po otwarciu brzucha okazuje się pęcherzyk żółciowy mocno powiększony, ze ścięńczonemi i naprężonemi ścianami. Za pomo-

cą aparatu Potaina wypuszczono około pół litra zupełnie przezroczystej, bezbarwnej cieczy, niezawierającej ani śladu żółci. Następnie na miejscu zrobionej punkcji, zrobiłem cięcie, tak żeby palec można było wprowadzić do pęcherzyka i zbadać jego wnętrze. W tylnej jego części, wśród fałd błony śluzowej znalazłem kamień wielkości mniej więcej fasoli. Próby wydobywania za pomocą szczypczyków i łyżeczki okazały się płonnymi. Palcem wprowadzonym do jamy brzusznej zbadano pęcherzyk i przewody od zewnątrz. Okazało się, że znajduje się jeden tylko kamień przy samem przejściu w przewód pęcherzykowy, próby jednak przesunięcia kamienia do samego pęcherzyka i z tej strony również pozostały bez rezultatu. Musiałem się ograniczyć do pozostawienia przetoki pęcherzyka, ażeby później powtórzyć próby usunięcia kamienia. Do pęcherzyka wsunęto pasek gazy jodoformowej. Zeszycie ścian brzusznych i zwykły opatrunek. Przebieg pooperacyjny bez gorączki i bez wszelkich zaburzeń. W 3 dni z powodu usunięcia się opatrunku zmiana tegoż. Wydzielina bardzo nieznaczna. Na muślinie widać jakoby ślady żółci. W 12 dni po operacji, wyraźna wydzielina żółci. Zdjęto szwy. Od tego czasu nie zauważano przy zmianach opatrunku ani śladu żółci. 10 sierpnia w celu rozszerzenia rany wprowadzono do niej łaskę laminarii. Rana po dwóch dniach o tyle się rozszerzyła, że swobodnie można do pęcherzyka wprowadzić palec, pomimo to jednak żadnym instrumentem nie udało się uchwycić kamienia ani też zmniejszyć jego objętość. Próby te powtarzano kilkakrotnie, zawsze bez pomyślnego wyniku. Na propozycję moją powtórnej operacji w celu usunięcia kamienia, chora się nie zgodziła i opuściła szpital z przetoką, wydzielającą bardzo nieзначną ilość śluzu. Dodać winienem, że za każdym razem po rozszerzeniu rany za pomocą laminarii na opatrunku pokazywała się pewna ilość żółci. Dalsze losy chorej nie są mi wiadome.

W przypadku powyższym z powodu przerostu błony śluzowej kamień tak silnie zaklinowany był w ściany, że przedstawiał niepokonane trudności usunięcia go przy stosowaniu metod łagodnych. Zasługuje na uwagę, że po każdym rozszerzeniu rany, pokazywało się nieco żółci na opatrunku, prawdopodobnie wskutek rozsunięcia ścianek, następowało uwolnienie w pewnym miejscu od dokładnego przylegania błony śluzowej i przez takie rozluźnione miejsce przedostawała się żółć z przewodu pęcherzykowego. Miałem zamiar po zrobieniu powtórnej laparotomii, powtórzyć próby usunięcia metodami nieco energiczniejszymi, a w razie gdyby się to nie udało, przystąpić do wycięcia pęcherzyka. Chora zupełnie zadowolona ze swego stanu, wolna od wszelkich bólów, z przetoką, która wydzielala bardzo nieznaczne ilości śluzu nie rozumiała swego kalectwa i na powtórna operację zgodzić się nie chciała.

Spostrzeżenie IV.—Cholelithiasis. Cholecystitis purulenta. Cholecystostomia. Sanatio. — Mar. Pyz. 38 lat licząca, zamieszkała przy meżu we wsi Borkach. gub. Siedleckiej. Pochodzi z rodziców zdrowych, miała 10 siostr i braci, całe

rodzeństwo wymarło w wieku niemowlęcym lub dziecięcym. W 17 roku zaczęła miesiączkować, w 18 wyszła za mąż. Rodziła 8 razy, raz roniła. Ostatni poród 2 lata temu. Regularność zawsze była prawidłową i taką do dziś pozostaje. Przed 18 laty chorowała na ospę, przed 6 na zapalenie płuc. Pozatem była zupełnie zdrowa. Obecna choroba zaczęła się w jesieni 1881 r. Od czasu do czasu zaczęły się pojawiać silne ale szybko przechodzące bóle w prawem podżebrzu. Bóle w początku pojawiały się rzadko, raz na tydzień, potem napady przychodziły częściej. Oprócz bólów i gnienienia w dolku żadnych innych objawów nie było. Wymiotów nigdy nie miała, stolce po większej części prawidłowe, niekiedy rozwolnienie. Z początkiem 1889 r. bóle stały się jeszcze więcej dokuczliwymi. Już nie ograniczają się one do podżebrza ale promieniują do kręgosłupa i prawej łopatki, niekiedy przeszywają chorą na wylot. Od końca marca bóle prawie nie opuszczają chorej. Nie jest ona w stanie pracować, co dla niej rzecz najważniejsza, a przy tem z powodu tychże bólów noce spędza bezsennie, nie ma apetytu, czuje, że jest coraz słabszą. Chociaż bóle są najsilniejsze w prawym boku, to jednak bóle w plecach i piersiach, charakteru rozpierającego, są również o tyle silne, że nie pozwalają chorej czemkolwiek się zająć. Chora budowy prawidłowej, odżywiania średniego. Zabarwienie skóry ciemnawe, nieco przypominające zabarwienie brązowe, chociaż nie podobnego do żółtaczki nie mające. Nieprawidłowe to zabarwienie datuje się od ospy. Płuca i serce prawidłowe. Brzuch mały, miękki. Już przez powłoki brzuszne widać w prawem podżebrzu guzowatość. Guzowatość ta przy obmacywaniu przedstawia się jako guz wielkości dużego jabłka, twardawy, chociaż sprężysty, nie dający wyraźnego chęłbotania. Dolna granica guza nieco poniżej pępka, górna gubi się w podżebrzu. Powierzchnia zupełnie gładka, guz jest ruchomy, dość łatwo przesunąć go na lewą stronę za pępek, na prawo do 11 żebra, przy tem wszakże poruszaniu łatwo zauważyć można, że guz posuwa się tylko dolnym końcem, górny koniec jest jakby utwierdzony w podżebrzu. Guz nie jest w żadnym stosunku z żołądkiem, rozcięcie tego ostatniego za pomocą gazu, zupełnie nie wpływa na pozycję guza, za to daje się dostrzedz udział guza w ruchach wątroby przy oddychaniu. Górna granica tej ostatniej niezmienniona, dolna sięga na jeden palec poprzeczny pod łuk żebrowy. Badanie narządów rodnopłciowych daje wynik ujemny. Mocz białka nie zawiera. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno dobre.

Operacja 1 czerwca 1889 roku w szpitalu Pragskim. Cięcie na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha z prawej strony od łuku żebrowego na 2 palce poniżej pępka. Pęcherz żółciowy wypełniony plynem, zupełnie od zrostów wolny. Z zupełną łatwością można wysledzić rozszerzoną szyjkę pęcherzyka, przechodzącą w rozszerzony przewód pęcherzykowy. W samym pęcherzyku przy przejściu w przewód wyczuwa się twardość, konsystencji niezupełnie twardej. Zapomocą POTAIN'a wypompowano 300 cc. płynu ropiastego, zmieszanego z żółcią. Ze względu na ropną zawartość naprzód pęcherzyk przyszyto do ściany brzusznej, a następnie otworzono szerokiem cięciem, tak że do pęcherzyka palec z łatwością wprowadzić można. Za pomocą łyżeczki wydobyto 5 kamieni żółciowych, dość miękkiej konsystencji; 4 kamienie mniejsze, wielkości grochu, swobodnie leżały w pęcherzyku, piąty wielkości sporego orzecha laskowego znajdował się przy przejściu pęcherzyka w przewód pęcherzykowy, nie był wszelako wklonowany i dość łatwo dał się wydobyć za pomocą łyżeczki. Brzeg rany w pęcherzyku zeszyto z brzegami rany skórnej,

a pozostałą część rany brzusznej zeszyto. Przebieg pooperacyjny nader pomyślny. Wieczorem chora raz wymiotowała żółcią, następnie żadnych objawów brzusznych, oprócz nieznacznego bólu w ranie. Ciepłota bez żadnego podwyższenia. Wydzielina z przetoki od samego początku żółciowa nie obfita, tak że opatrunku nie trzeba było zmieniać codziennie. Chora czując kolosalną poprawę i rwać się do roboty, nie zechciała czekać w szpitalu zupełnego zagojenia i opuściła oddział 24 czerwca z bardzo nieznaczną przetoką.

Spostrzeżenie V.—Cholelithiasis. Accretio vesicae felleae ad pariet. abdomin. Cholecystectomy—Mors.

Józefa Gr., 62 lat licząca, zamieszkała przy mężu, emerycie. Już oddawna, bo przeszło od lat 10, występowały u chorej co pewien czas napady bardzo silnych bólów w dołku. Bóle były do tego stopnia silne, że doprowadzały niejednokrotnie chorą do zemdlenia, trwały zwykle godzinę, zazwyczaj towarzyszyły im wymioty i przechodziły tylko po użyciu leków kojących i ciepłych okładów. Bóle te pojawiały się mniej więcej co roku, niekiedy pomiędzy napadami upływało więcej niż rok czasu. Ostatni raz napad przyszedł w marcu 1891. Niezależnie od opisanych bólów na wiosnę wystąpił ból w prawym podżebrzu, ale zupełnie odmiennego od tamtych charakteru. Ból ten był więcej tępy, nie tak silny i nie miał charakteru napadowego, a przeciwnie był prawie ciągłym i uspokajał się na pewien czas tylko po użyciu morfiny. Trwało to kilka miesięcy i dopiero około lipca nastąpiła poprawa. W ciągu owych kilku miesięcy były trzy znaczne pogorszenia w stanie chorej, nie pozwalające jej opuszczać łóżka. Miesiąc temu, szukając znów porady u lekarza, dowiedziała się chora o istnieniu guza w jamie brzusznej.

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, pomimo dość obfitej ilości tłuszczu, wygląda mizernie i blade. W wierzchołku prawego płuca—rozlane zgęszczenie, manifestujące się wyraźnem stopniem odgłosu wypukowego i oddechem oskrzelowym. Tony serca czyste. Mocz ilość prawidłowa, apetyt dość dobry, skłonność do zaparcia. Mocz białka nie zawiera, za to znajdujemy w osadzie jego znaczną ilość kryształów kwasu moczowego. Barwa moczu dość ciemna, pomarańczowa. Brzuch w ogóle miękki, niebolesny z wyjątkiem okolicy pępka, gdzie znajdujemy guzowatość. Guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny znajduje się z prawej strony brzucha, jest on w ścisłym związku ze ścianami brzuszniemi, tak że wyczuwa się go pod samą skórą. Boczne i dolna granica guza, ta ostatnia poniżej pępka, dość wyraźnie ograniczone, górna—gubi się w podżebrzu. Konsystencja guza bardzo twarda, prawie chrząstkowata, ruchomość b. ograniczona, można tylko podstawę guza nieco przesuwać na boki, skóra nad guzem niezmienną, niezaczernioną, ruchoma, daje się układać w fałdy, z wyjątkiem pępka, który jest silnie z guzem zrośnięty. Bolesność przy obmacywaniu guza nieznaczna. Jeżeli ujmemy okolicę pępkową wraz z guzem, to okazuje się, że guz jest jakoby przytwierdzony z tyłu—gdyż odciągnąć go ku przodowi nie możemy.

Rozpoznano guz złośliwy—wychodzący z jamy brzusznej i zrośnięty a względnie zwyrodniający na miejscu zrostu ścianę brzuszną. Jako punkt wyjścia nowotworu przyjęto albo poprzecznice, albo sieć, albo pęcherzyk żółciowy. Najbardziej trafiało do przekonania to ostatnie przypuszczenie, gdyż w anamnezie chorej znajdujemy niewątpliwe dane na istnienie kamieni żółciowych

a wytwarzanie się raka w pęcherzyku, dotkniętym kamieniami nie należy do rzadkości patologicznych. W obec niezłego stanu ogólnego uważałem za stosowne przystąpić do wyluszczenia guza.

Operację wykonano 10 Listopada 1891 roku w szpitalu Pragskim. Cięcie poprowadzono na linii środkowej na 6 c. nad i pod pępkiem. Po zrobieniu cięcia w skórę, okalającego pępek, odseperowałem ją w granicach zrostu guza, tak aby z tym ostatnim usunąć i zwyrodnioną część powłok brzusznych. Po otwarciu otrzewnej przekonałem się, że guz wychodzi z pęcherzyka żółciowego i jest zrosniętym z siecią, dwiema pętlami kiszek (pętlą cienką i poprzeczną) i samą wątrobą. Po oddzieleniu przyrostu sieci zajęto się oddzieleniem zrostów z kiszka. Używając płaskiego żegadła PAQUELINA powolnem prowadzeniem tegoż ze strony guza, zdołałem oddzielić pętlę kiszek, bez naruszenia ich ścian, tak że obyło się bez resekcji kiszek, która na pierwszy rzut oka zdawała się nieuniknioną. W niektórych miejscach na powierzchni kiszek widzieliśmy wyraźnie przebieg włókien mięsnych. Przy oddzielaniu guza od wątroby—powstało dość żywe krwawienie, które jednak dało się zatamować żegadłem, oprócz tego z przeciętej powierzchni wątroby wylewała się dość znaczna ilość żółci. Przeciekanie krwi i żółci do jamy otrzewnej było wyłączone tym sposobem, że pod guz był wprowadzony pęk gazy jodoformowej. Po oddzieleniu pęcherzyka od podstawy wątroby i dojścia do przewodu pęcherzykowego, ten ostatni uchwycono w pincetę hemostatyczną i po nad nią guz odcięto, zakładając na przewód podwiązkę. Po oczyszczeniu pola operacyjnego pod obnażoną powierzchnią wątroby wprowadzono gruby pasek gazy jodoformowej, wyprowadzając go na zewnątrz i zszywając nad nim i pod nim ścianę brzuszną.

Wycięty guz okazał się mocno zgrubiałym pęcherzykiem żółciowym, ściśle wypełnionym kamieniami. Pojemność pęcherzyka dość znacznie zmniejszona, ściany bardzo przerosłe, dochodzące do 1 cent. grubości. Błona śluzowa również mocno przerosła, tworzy b. liczne i grube fałdy. Zawartość pęcherzyka oprócz kamieni tworzy nieznaczna ilość gęstego, ciemnego, smolistego płynu. Na przedniej części guza znajduje się zupełnie odsznurowany uchylek pęcherzyka, wypełniony ściśle kamieniem wielkości gałki muszkatołowej. Uchylek ten pokryty zrostami z siecią, stanowił właśnie część guza, zrosniętą ze ścianami brzuszniemi.

Chora po operacji czuła się nie źle, skarżąc się tylko na ból w brzuchu. Wieczorem ciepłota 36,2. Nazajutrz rano C. 36,2, tętno 80, czuje się bardzo osłabioną. Silne pragnienie, język zupełnie suchy. Nad ranem kilka razy żółciowe wymioty, czkawka. Bólów w brzuchu przy spokojnem zachowywaniu się chorej nie ma, przy dotykaniu się do brzucha bolesność znaczna. Opatrunek zupełnie suchy. Wieczorem ciepłota 36,5.

12 Października. Ranna ciepłota 36,4. Tętno 84, wieczorem 35,8. Osłabienie jeszcze większe, pragnienie, język suchy. Po przyjęciu płynu wymioty. Bóle w brzuchu b. nieznaczne. Przy wzrastającym osłabieniu i upadku sił chora zmarła 13 Listopada o god. 9 rano.

Sekcyja, wykonana nazajutrz przez Szanownego kol. ZIELIŃSKIEGO, dała wynik następujący: znaczny rozwój wogółetkanki tłuszczowej (*obesitas*). Po otwarciu jamy brzusznej w miejscu pęcherzyka żółciowego, znajdujemy jamę wielkości pięści dorosłego człowieka. Jama ta utworzona jest od góry przez dolną szara-

wa, nieco strzęplastą powierzchnię wątroby, od dołu zaś i z boku przez pozlepiany żółtawym włóknikiem konglomerat kiszek. Jama ta w jednej trzeciej części od tyłu wypełniona jest gęstym, na wpół przezroczystym, zielonawym płynem (żółcią). Tępy koniec zgłębnika, wprowadzony od strony dwunastnicy w odpreparowany przewód żółciowy wspólny, z łatwością przenika do wyżej pomienionej jamy poprzez niewielki, o niegładkich, strzęplastych, zażółconych brzegach, otwór, znajdujący się w przewodzie wątrobowym, tuż powyżej złączy się jego z przewodem pęcherzykowym. Otrzewna lekko nastryknięta, matowa. Kiszki cienkie dość luźno i to tem luźniej, im dalej od powyżej wzmiankowanej jamy, pozlepiane z sobą zażółconym włóknikiem, w jamie małej miednicy wysięku ani zlepek kiszek nie ma. *Emphysema pulmonum. Bronchitis chronica. Hypertrophia et adipositas cordis. Degeneratio adiposa musculi cordis. Tumor lienis chronicus. Cyanosis renum.*

Śmierć w danym przypadku nastąpiła wskutek wylewania się żółci z przewodu wątrobowego i następczego zapalenia otrzewnej, przy znacznie upośledzonej działalności serca, wskutek stłuszczenia tego narządu. Zapalenie otrzewnej nie miało charakteru ropnego ani też posokowatego i być może przeszło by szczęśliwie, gdyby osłabiona działalność serca nie wywołała tak szybkiego upadku sił.

Zkąd powstał otwór w przewodzie wątrobowym? Czy istniała tutaj już przed operacją przetoka między tym przewodem a pęcherzykiem żółciowym i przy oddzieleniu zrostu, łączącego te dwa kanały, otwór w pierwszym z nich pozostał ziejącym; czy też otwór w przewodzie został sztucznie wywołany przy oddzielaniu zrostów, rozstrzygnąć niepodobna. COURVOISIER przytacza 2 przypadki przetoki między pęcherzykiem a przewodem wątrobowym. Jeden przypadek OTTIKER'a: otwór prowadził z szyjki bardzo zmienionego pęcherzyka do pnia przewodu wątrobowego. O drugim analogicznym przypadku wspomina FAUCONNEAU-DUFRESNE. Możliwości takiego połączenia i w naszym przypadku wyłączyć nie można. Z drugiej strony zupełnie uzasadnionem być może przypuszczenie, że przy oddzielaniu zrostów żegadłem PAQUELIN'a zraniono przewód wątrobowy. W ogóle chociaż żegadło PAQUELIN'a oddaje przy odpreparowywaniu zrostów znakomite usługi, to znów z drugiej strony, zmieniając wygląd oddzielanych powierzchni, zaciemnia i utrudnia orientowanie się w tkankach. Być może, że przy oddzielaniu zwyczajnym nożem lub na tępo palcem uniknęlibyśmy zranienia przewodu, albo też w razie nieuniknięcia tej ewentualności, spostrzeglibyśmy otwór w przewodzie i szew na niego nałożyli.

Spostrzeżenie VI. Cholelithiasis. Hydrops vesicae felleae. Cholecystotomia idealis. Sanatio.

P. Br. Podg. zamieszkała przy mężu, 49 lat licząca, zameżna od 20 lat. Rodziła w swoim czasie 8 razy. Oprócz tego 2 poronienia, ostatni poród prawidłowy przed 7 laty. Ostatni raz miesiączkowała przed rokiem. Przed 15 laty cierpiała na zaburzenia ze strony przewodu żołądko-kiszkowego: nudności, zupełna utrata apetytu, gniececie w dołku, szczególnie po stałych pokarmach, tak że przez długi czas mogła przyjmować tylko pokarmy płynne, przy tem uporczywe zatwardzenia, które niekiedy przechodziły w rozwolnienie. Po paruletniem bezowocnem leczeniu się, przed 11 laty pojechała do Krynicy, gdzie po użyciu wód i kąpeli stan zdrowia znacznie się poprawił. Jednocześnie z zaburzeniami żołądka, cierpiała na owrzodzenia części pochwowej. Dzieci chorej są w ogóle słabe. Mąż melancholik. Dużo kłopotów domowych. Przed pół rokiem zauważyła chora w prawem podżebrzu guz ruchomy, twardy, wielkości jaja gęsiego, jednocześnie zaczęła doznawać w tem miejscu silnych bólów. Przy użyciu ciepłych kompresów i leków wewnętrznych, bóle ustąpiły i chora względnie czuła się dobrze, pomimo obecności guza. Dopiero znów od 3 tygodni chora doświadcza silniejszych bólów, uczucia ciśnienia, pełności i gniececia, trudno jej chodzić, a zarazem do tych dolegliwości przyłączyło się ogólne osłabienie. Żółtaczką nigdy nie przechodziła.

Chora mniej niż średniego wzrostu, budowy prawidłowej, odżywianie podupadłe, tkanki tłuszczowej ilość skąpa. Powłoki ogólne i błony śluzowe blade. Język obłożony. Stan zupełnie bezgorączkowy (C. 36,6. T. 60. R. 18). Płuca i serce wyraźnych zmian nie przedstawiają. Brzuch zapadnięty. W prawem podżebrzu widać wzniesienie, niedochodzące do linii środkowej. Wzniesienie to bierze udział w ruchach wątroby przy oddychaniu. Przy badaniu palcami przedstawia się ono jako guz, którego dolny koniec kulisty dobrze odgraniczony i boki również dość wyraźne, górny koniec guza gubi się pod żebrami. Guz naprężony, elastyczny, niebolesny. Wielkość guza odpowiada wielkości pięści dorosłego mężczyzny. Przy ujęciu w palce guza można dolnym końcem wykonywać ruchy wahadłowe, górny koniec jakoby pozostaje nieruchomy. Przy ułożeniu chorej na boku, guz opuszcza się dolnym końcem na odpowiednią stronę, przy pozycji à la vache guz opuszcza się ku dołowi. Na czczo zrana za pomocą zgłębnika wydobywa się z żołądka ciecz mętną z zielonawem żółciowem zabarwieniem. Reakcyja płynu prawie neutralna. Pod mikroskopem ciała śluzowe. W godzinę po jedzeniu w zawartości żołądka nie ma swobodnego kwasu solnego, obecnym jest kwas mleczny.

1 Czerwca 1892 roku operacya. Cięcie na linii środkowej od wyrostka miedzykowatego do pępka. Zaraz po otwarciu jamy brzusznej uwidoczniła się pęcherzyk żółciowy, wielkości dużej pięści. Ściany jego zupełnie wolne od zrostów, mocno naprężone. Za pomocą aparatu POTAIN'a wypuszczono 250 gram. zupełnie przezroczystego płynu. Na miejscu uklucia zrobiono cięcie i z zupełną łatwością wydobyto kamień, swobodnie w pęcherzu leżący, wielkości dużego orzecha tureckiego, powierzchni chropawej, formy cylindra skośnie ściętego, oprócz tego kamienia, wyczuwa się drugi, silnie wklonowany do przewodu pęcherzykowego. Za pomocą palca wprowadzonego pod przewód lekkimi manipulacyami udało się kamień przesunąć do pęcherzyka, zkąd go już wydobyto z wielką łatwością. Wielkości takiej samej jak pierwszy, kształt tylko wlecejący

zbliżony do trapezoidu z 3 fasetkami. Więcej kamieni nie znaleziono. O ile można było wysledzić palcem, nie można już było podejrzewać obecności kamieni w żadnym z przewodów żółciowych. W skutek tego pęcherzyk zaszyto szwem dwupiętrowym. Pierwszy szereg szwów (13) CZERNY'ego, drugi LEMBERTA. Po zeszyciu wpuszczono pęcherzyk do jamy brzusznej, powłoki brzuszne zeszyto.

Wieczorem ciepłota po operacji 36,6. Nazajutrz rano 36,8, wieczorem 36,7. Żadnych bólów chora nie doświadcza. Od czasu do czasu czkawka. W ciągu drugiej nocy dwa razy wymioty płynem żółciowym. Piątego dnia po operacji ciepłota podwyższyła się do 38,7, tętno szybkie, częste (140) małe, objawy ogólnego upadku sił. W różnych miejscach na skórze wysypka w postaci pierścieniowatych różowych wzniesień. Po podskórnym zastrzyknięciu kofeiny osłabienie przeszło, nazajutrz ciepłota zupełnie prawidłowa i odtąd nie uległa już podwyższeniu. Wysypka trwała przez dni 3. Dziewiątego dnia po operacji szwy zdjęto. Przez jeden z otworków od igły wydzieliła się dość znaczna ilość mętnego płynu. Przez jakiś czas chora skarżyła się na bolesność pod koniec urynowania. Mocz żadnych zmian nie przedstawia. 29 Czerwca chora opuściła szpital w stanie zupełnego wyleczenia.

Brak jakichkolwiek danych do możliwości przypuszczenia zmian w przewodzie żółciowym wspólnym, zupełnie przezroczysta surowicza zawartość pęcherzyka żółciowego, łatwość manipulowania przy wydobyciu kamieni, brak wszelkich objawów zapalnych w otoczeniu pęcherzyka, zupełna nieobecność zrostów, skłoniły nas w powyżej opisanym przypadku do wykonania *cholecystotomii* idealnej. Z przebiegu samej operacji zaznaczyć wypada szybkie kurczenie się pęcherzyka po oswobodzeniu go z zawartości. Ściany przed opróżnieniem były w wysokim stopniu rozciągnięte, nadzwyczaj ścięnczone a następnie objętość zredukowała się do b. małych rozmiarów, ściany znacznie zgrubiały, tak iż drugie piętro szwów tylko z pewną trudnością można było założyć. Zasługuje na uwagę w okresie pooperacyjnym wysypka (pokrzywka), która wywoła podwyższenie ciepłoty.

Spostrzeżenie VII. — Cholelithiasis. Obstructio ductus choledochi. Cholecystostomia. Sanatio. — P. M. 40 lat lieżąca, zamieszkała w Warszawie, przy mężu. Osoba żyjąca wśród warunków zupełnie dostatnich. Dzieci miała ośmioro. Do roku 1880 była zupełnie zdrową, dopiero od 12 lat ulegała różnym dolegliwościom. W roku 1881 po porodzie i pologu prawidłowo przeżytym cierpiała na bezsenność i silne kurcze w żołądku. Po 6 tygodniowej kuracji w Francensbadzie kurcze żołądka ustąpiły, ale już zawsze od tego czasu żołądek był słaby. Słabość ta polegała na tem, że przy najmniejszym uchybieniu w diecie następowały słabe kurcze, trwające 5—10—30 minut. W następnych trzech latach była jeszcze dwukrotnie w Francensbadzie z powodu choroby kobiecej i bezsenności, a zarazem z powodu najwyższego stopnia zdenerwowania, przechodzącego

od czasu do czasu w zupełną apatyę. Następnie poddała się operacyi na organach płciowych (KONITZ). Przed 5 laty nagle zachorowała, pojawiły się gwałtowne bóle w żołądku, do których dołączyły się silne wymioty i dreszcze. Stan taki trwał 24 godzin, poczem nastąpiło tak silne osłabienie, że przez 10 dni pozostawała w łóżku. Potem od czasu do czasu pojawiały się słabe kurcze w żołądku, napastując chorą ni ztąd ni zowąd, przy zupełnie zkad inąd dobrym stanie ogólnym. W półtora roku po wyżej opisanym ataku, chora znów mocniej zapadła przy tych samych mniej więcej, co poprzednio, objawach. Od tego czasu przy najmniejszym wykroczeniu w dyecie, ponawiały się słabe kurcze, lecz trwały krótko, co najwyżej godzinę, nie bywało jednak przy nich ani wymiotów ani dreszczy. Dopiero w czerwcu r. z. znów dostała silnego ataku, bóle były nie zwykle gwałtowne, silne wymioty, dreszcze z gorączką, rysy twarzy nadzwyczaj się zmieniły, a o ile przypomina sobie córka chorej, była wówczas i krótkotrwała żółtaczką. Sam napad trwał godzinę. Następnie podobnego rodzaju napady to silniejsze, to słabsze powtarzały się co tydzień. Przy dłuższem użyciu chininy było przez kilka tygodni spokojnie, zaczęła narzekać jednak na silne swędzenie i miała już wówczas (w lipcu) silną żółtaczkę, którą otaczający przyjmowali za opaleniznę. Pod koniec 3 miesięcznego pobytu na wsi ataki powtarzały się coraz częściej. Po powrocie do Warszawy silniej zaniemogła. Mianowicie przyszedł atak, trwający 48 godzin. Po 5-tygodniowej kuracyi wodami karlsbadzkiemi przez dwa miesiące było dobrze, bez ataków, żółtaczką jednak ciągle trwała. Następnie ataki znowu się ponowiły, bóle trwały po kilka godzin, ciepłota prawie zawsze dochodziła do 40°, na tym jednak stopniu pozostawała jedną, a najwyżej 2 godziny. Ataki, przychodzące poprzednio co 2 — 3 tygodni, a nawet i rzadziej, stawały się coraz częstszymi, a w ostatnich dwóch tygodniach przed operacyą, pojawiały się co dni kilka i bez zastrzykiwania morfiny obejść się nie było można, na 2 dni przed operacyą gorączka po ataku (40°) trwała już 24 godzin. Przez całe 6 ostatnich miesięcy, t. j. od czasu, kiedy choroba wystąpiła z całą gwałtownością, apetyt był bardzo słaby, ciągła bezsenność z powodu bólów i z powodu okropnego swędzenia. Stolce przez cały czas odbarwione, moczu bardzo ciemny. Domowy lekarz chorej, Dr. MAKSYMILIAN HERZ, widząc coraz gorszy stan chorej i uporczywość choroby wezwał mnie na naradę, mając na myśli niezbędną dopomożenie chorej na drodze operacyjnej.

W dniu 19 marca r. b. znaleźliśmy chorą w następującym stanie. Ciepłota ciała prawidłowa (poprzedniego dnia była c. 40°) tętno przyspieszone, drobne, język zupełnie suchy, gładki, wiśniowej barwy, błyszczący. Chora bardzo wychudła, tkanki tłuszczowej nader skąpa ilość. Żółtaczką w wysokim stopniu. Barwa skóry ciemno-zielono-żółta. Stolce zupełnie odbarwione, jasno gliniaste, moczu bardzo ciemny, białka nie zawiera. Płuca i serce zmian nie przedstawiają, brzuch lekko wzdęty. Dolna granica wątroby na jeden palec poprzeczny pod łukiem żebrowym. Pęcherzyka żółciowego wyraźnie wyczuć nie można. Postawiliśmy rozpoznanie na zatkanie przewodu żółciowego wspólnego. Co do natury zatkania nic pewnego przyjąć nie mogliśmy, według wszelkiego jednak prawdopodobieństwa, można było przypuścić zatkanie przez kamień. Wobec bardzo złego stanu pacyentki i ataków połączonych z wysoką gorączką, przychodzących tak często, postanowiliśmy jak najszybciej wykonać operacyę. Co do planu wykonania operacyi postanowiliśmy w razie niemożności usunięcia przeszkody wykonać połączenie między pęcherzykiem żółciowym a kiszka.

Tegoż samego dnia (19. III) wystąpił nowy atak z gorączką (40°), która trwała do południa. Następnego dnia, w przeddzień operacji wieczorem i w dzień operacji rano ciepłota 36,6.

Operacja 21 Marca 1893 r. przy łaskawej pomocy kol. HERZA, DINTEGO i ODERFELDA. Cięcie na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha. Tkanki przy przecięciu przedstawiły się niezwykle słabo ukrwione, suche, żółto zabarwione. Żadne z naczyń skórnych nie krwawi o tyle, żeby potrzeba było ująć je w pincetę hemostatyczną. Niezwykła ta suchość tkanek była nad wyraz uderzającą, zdawało się niemal, że operację wykonywamy na trupie. Po otwarciu jamy brzusznej, wątroba nie przedstawiała nic godnego uwagi, oprócz znacznej również suchości. Pęcherzyk żółciowy niezwykle mały, skurczony, prawie że całkowicie zrośnięty z siecią. Oddzielanie zrostów było bardzo trudne z powodu niezwykle ścieńczonych ścian pęcherzyka. Po oddzieleniu zrostów na pewnej przestrzeni, przekonał się, że dotarcie do przewodów żółciowych będzie prawie niemożliwe, że połączenie pęcherzyka z kiszka, ze względów technicznych (niezwykle małej objętości pęcherzyka i cienkości ścian jego) będzie nadzwyczaj trudnem, dla tego też postanowiliśmy ograniczyć się w danej chwili na założeniu zewnętrżnej przetoki, a dopiero po pewnym czasie po usunięciu objawów choleml, przedsięwziąć rękoczyn, zapewniający chorej trwałe wyleczenie. Dodać winniem, że przez ścieńczone ściany pęcherzyka, wyczuć można było maleńkie kamyczki, bo najwyżej wielkości ziarna soczewicy. Wszycie pęcherzyka w ściany brzuszne było także niełatwem. Pęcherzyk prawie że nie wystawał po za brzeg wątroby, potrzeba było użyć do wszycia dolną jego powierzchnię, ogołoconą od zrostów co najwyżej na przestrzeni, odpowiadającej wielkością powierzchni dłoniowej 3 członka palucha. Po zeszyciu powierzchni otrzewnowych, część wystająca pęcherzyka zeszyłem z brzegiem skóry, tym sposobem pęcherzyk widniał na zewnątrz brzucha, co najwyżej na przestrzeni pół cent. w kwadracie. Miejsce to nadciąłem, po wprowadzeniu zgłębnika wyciekło parę kropel żółci, o usunięciu jednak kamyczków przez tak maleńki otworek, nie mogło być i mowy. Po zeszyciu ścian brzusznych nałożono opatrunek. Przebieg pooperacyjny przewyborny, nad wyraz pod każdym względem pomyślny. Już nie mówiąc o tem, że nie było najmniejszego podwyższenia ciepłoty, najmniejszych bólów, wymiotów, czkawki czy innych objawów, często połączonych z dokonaniem *laparotomii*, ale już w kilka dni po operacji żółtaczka zaczęła się zmniejszać, język stał się wilgotnym, czystym, mocz zaczął przybierać barwę jasną, a stolce ciemną, (pierwszy tylko stolec był jeszcze zupełnie gliniasty). Po dwóch tygodniach po operacji stan chorej przewyborny, żółtaczki ledwie ślady, stan ogólny wyśmienity, łaknienie prawidłowe, język wilgotny, poczucie subiektywne doskonałe. Stosunkowo najdłużej utrzymywało się swędzenie, gdyż jeszcze w tydzień po operacji, chora narzekała na nie, następnie jednak i ono całkowicie zniknęło. Wydzielanie żółci z początku dość nieznaczne, po dwóch tygodniach stało się obfitem tak że opatrunek codziennie był żółcią przemoknięty, po dwóch jednak następnych tygodniach, wydzielanie żółci przez przetokę stawało się coraz mniejsze, a w 6 tygodni po operacji przetoka całkowicie się zablizowała. Chora z każdym tygodniem zyskuje po kilka funtów na wadze, wygląda doskonale, czuje się zupełnie zdrową.

O ile niezmiernie ciekawem i pouczającym, o tyle trudnem do objaśnienia sobie wszystkich punktów, jest powyższe spostrzeżenie. Mieliśmy wszystkie objawy zatkania przewodu żółciowego wspólnego, nie brakło nawet wybitnej gorączki wątrobowej *Charcota*, która mniej więcej zdarza się w $\frac{1}{4}$ wszystkich przypadków zatkania owego przewodu. Stan chorej przed operacją był niesłychanie ciężki, gorączka z ciepłotą 40^0 pojawiała się często, w ostatnich czasach trwała po kilkanaście godzin, a raz nawet całą dobę. Najokropniejsze swędzenie, pozbawiające chorą snu, przyczyniało się do powiększenia upadku sił, który i tak już następował wskutek niemożności dostatecznego odżywiania się i zatruwania krwi pierwiastkami żółci. Tymczasem po zrobieniu cholecystostomii, po chwilowem skierowaniu odpływu żółci na zewnątrz, wszystko powraca do normy i to w jak najdoskonalszym stopniu. Jaka była przyczyna niedrożności przewodu żółciowego wspólnego? Otóż punkt ten najtrudniej objaśnić. Czy była ona następstwem stanu zapalnego, obrzmienia błony śluzowej, które po zmniejszeniu ciśnienia wskutek założenia przetoki zmniejszyło się i przewód drożnym uczyniło? Czy wskutek zrostu było zagięcie przewodu, które wyrównało się po częściowem oswobodzeniu zrostów i pociągnięciu pęcherzyka ku przodowi? Czy był w przewodzie kamyk, który po utworzeniu przetoki i zmianie warunków ciśnienia wewnętrznego zdołał przeniknąć do kiszki,—rozstrzygnąć trudno. Najprawdopodobniejszą zdaje mi się kombinacya pierwszego z ostatniem przypuszczeniem. Kamyki, w danym przypadku były nadzwyczaj drobniutkie, takiej objętości kamyczek, który w prawidłowych warunkach przeszedłby przez przewód żółciowy wspólny zupełnie swobodnie, przy stanie zapalnym i obrzmieniu błony śluzowej uległ uwięzieniu, od którego uwolnił się po zmniejszeniu stanu zapalnego. Jeżeli zgodzimy się, że gorączka przepuszczająca wątrobową zależy od stanu zapalnego dróg żółciowych, jak to przypuszcza SCHUEPPEL nie zaś od resorbcyi żółci według poglądu CHARCOT'a, to będziemy w istnieniu owej gorączki mieli bardzo ważny dowód, że stan zapalny przewodu żółciowego istniał rzeczywiście.

I pod względem czysto chirurgicznym powyższy przypadek zasługuje na baczną uwagę. Dowodzi on, że w niektórych przypadkach zatkania przewodu żółciowego wspólnego

najwłaściwszem jest założenie przetoki pęcherzyka, aby dać możność ustrojowi powrócić do jakich takich warunków prawidłowych, a z dalszą interwencją wyczekać do wskazań, jakie się nam później przedstawia. Czyby w danym przypadku, bądź co bądź ciężka operacja połączenia pęcherzyka z kiszka a jeszcze jak w danym razie pod względem technicznym niepomrotnie trudna, dała nam zejście pomyślne, rzecz wielce wątpliwa.

Spostrzeżenie VIII.—Cholelithiasis. Empyema vesicae felleae. Cholecystostomia. Obstructio d. choledochi et Icterus consecutivus.—Starozakonny Szlama Furm., wyrobnik, 42 lata liczący, zamieszkały w Warszawie. Przed 15-tu laty ból w krzyżu i odchodzenie krwi ze stolcem przez kilka dni. Od tego czasu zatwardzenie i nadużywanie środków czyszczących. Przed 14-tu tygodniami chory zauważył w okolicy pępka guz, który, jego zdaniem, nie powiększa się. Apetyt w ogóle dobry. Odbijanie puste naczcho i po jedzeniu. Po przyjęciu pokarmów ból i ściskanie w dolku. Ból bywa i przed jedzeniem, ale po jedzeniu zawsze większy. Uczucie pełności w żołądku po jedzeniu. Stolce następują tylko przy pomocy soli karlsbadzkiej (co drugi dzień 2 łyżeczki). W stolcu bywa trochę krwi. Żółtaczkę nigdy nie było. Chory opowiada, że przed wystąpieniem guza na dwa tygodnie, nagle na ulicy dostał napadu silnych boleści na miejscu obecnego guza, tak, że trzeba było odprowadzić go do domu. Bóle te trwały kilka godzin, moc podczas napadu był koloru ciemnego. Poprzednio również raz na kilka miesięcy uczuwał bóle, które jednak trwały zwykle bardzo krótko.

Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, źle odżywiany, znacznie osłabiony. W podżebrzu prawem guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, znacznie napięty, kształtu walcowatego, skośnie opuszczający się od prawego podżebrza ku dołowi i pod pępkiem przechodzący nieco na lewo za środkową linię ciała. Granice boczne i dolną dość wyraźnie wyczuć można, ku górze granica guza zaciera się, przechodząc w wątrobę. Cały guz z dość znaczną łatwością można przesuwając w jedną i drugą stronę, przyczem ruchy te można odbywać, jakoby koło punktu utwierdzonego u góry. Przy pozycji stojącej guz obniża się ku dołowi, przy zmianie pozycji z jednego boku na drugi, guz również przesuwa się na odpowiednią stronę. Przy rozdymaniu kiszek powietrzem, guz przesuwa się nieco ku górze. Czynność mechaniczną i chemiczną żołądka znaleziono w stanie normalnym. Przy opukiwaniu brzucha w okolicy guza wyraźna tępość. W sercu i płucach, przy badaniu fizykalnem, zmian nie wykryto. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno słabe, rytmiczne. Język obłożony, wilgotny. Mocz barwy prawidłowej, białka nie zawiera.

Chory został przysłany na mój oddział chirurgiczny w szpitalu Dz. Jezus, przez Szanownego kolegę MINTZA, z rozpoznaniem najprawdopodobniejszem otoku pęcherzyka żółciowego wskutek kamieni i zatkania przewodu pęcherzykowego.

Operacja 26 kwietnia 1893 r. Cięcie na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha od łuku żeberowego na parę centymetrów poniżej pępka. Po otworzeniu jamy brzusznej, okazuje się, że wątroba na 4 palce poprzeczne opuszcza się niżej łuku żeberowego, nie tworzy jednak językowatego wydłużenia, opisanego przez

RIEDEL'a, lecz tylko cały prawy zraz wątroby równomiernie opuszczony jest ku dołowi. Po wydobyciu guza na zewnątrz okazuje się, że tworzy go znacznie rozszerzony pęcherzyk żółciowy. Cały pęcherzyk obleczony jest ślecią, która wolnym swym brzegiem ponad pęcherzykiem jest mocno przyrośnięta do brzegu wątroby od dołu. Próbnę przekłucie pęcherzyka wykazuje zawartość ropną. Za pomocą aspiratora POTAIN'a zmniejszono objętość guza. Na przedniej powierzchni pęcherzyka zrobiono nacięcie śleci i starano się ją oddzielić od tegoż, okazało się jednak, że zrosty są tak silne, iż rozdzielenie zrostów bez wielkiego krwawienia a może i rozdarcia pęcherzyka skutecznie się nie da. Wskutek tego pęcherzyk wszyto w ranę brzuszną i po przeprowadzeniu dużego cięcia, tak, żeby mógł swobodnie przeniknąć palec, wypuszczono resztę płynnej zawartości i wydobyto łyżeczką 53 kamienie, różnej wielkości: od ziarna małego grochu, do objętości orzecha laskowego. Pęcherzyk przepłukano roztworem kwasu bornego. Próby przesondowania przewodu pęcherzykowego za pomocą zgłębnika pozostały bez rezultatu. Nigdzie jednak za pomocą tegoż zgłębnika kamienia nie wyeczuto. Po zeszcyciu brzegów rany w pęcherzyku z brzegami skóry, na pozostałą ranę w ścianach brzusznych od góry i od dołu, nałożono szew 3 piętrowy: otrzewną, warstwę powięziomięśniową, skóra.

Pierwszej nocy po operacyi kilkakrotnie wymioty masami żółciowymi. Na zątraz ciepłota prawidłowa, tętno słabe (80), język obłożony, nieco podsychający. Osłabienie. Bóle w okolicy rany. Dalszy przebieg pooperacyjny niezupełnie pomysłny. Wprawdzie ciepłota ani razu nie podniosła się ponad granice prawidłowe, ale ogólny stan chorego pozostawia wiele do życzenia. Przedewszystkiem cierpi on na ciągłą bezsenność. Dalej: to większe, to mniejsze uczucie rozpierania w brzuchu, czasem bóle zupełnie podobne do tych, jakie trapiły chorego przed operacją. Następnie brak apetytu, język najczęściej obłożony. Zdarza się, że po środku przeczyszczającym, stan chorego znacznie się poprawi, wszelako po 2 a najwyżej 3 dniach znów wszystko do dawnego stanu powraca. I miejscowo sprawa dobrze nie idzie. Ani razu z pęcherzyka nie pojawiła się wydzielna żółciowa, za to ropienie wciąż dość obfite. Oprócz tego ponad i pod pęcherzykiem ropienie w ścianach brzusznych, krańcowe tylko kąty rany zagolły się doraźnie.

16 maja pierwszy raz zauważyłem na chorym wyraźne ślady żółtaczki, szczególnie na łącznicach i kończynach dolnych. Po zbadaniu stołców chorego okazało się, że są bezbarwne i szlamiste, mocz ciemny, zawierający dużą ilość barwników żółci. 21 maja przy opatrunku znaleziono ranę pokrytą skrzepami krwi. Następnego dnia rana również pokryta skrzepami krwi, ponieważ oprócz tego ziarnina bardzo wątro wyglądała, a ropienie z zatoki ponad pęcherzykiem ciągle było obfite, przeto zatokę tę w kierunku blizny w skórze przeciąłem na całej długości dawnej rany. Wieczorem obfite krwawienie. Asystent mój, kol. KOZICKI, znalazł po usunięciu skrzepów krwawiące drobne żyły w ścianach brzusznych i takowe podwiązał. 24 maja o godz. 4 $\frac{1}{2}$ po południu zostałem wezwany na oddział z powodu wielkiego krwotoku. Chorego znalazłem w stanie rozpaczliwym. Ogólna bledność powłok, wyglądająca jeszcze więcej przerażająco z powodu żółtaczki. Tętno nitkowate. Chory omdlewający, pokryty zimnym potem. Ogólny niepokój. Krwotok rzeczywiście był kolosalny. Cały opatrunek przemoczony krwią, a pod opatrunkiem cały brzuch pokryty ogromnymi skrzepami. Po zdjęciu opatrunku cała rana wypełniona skrzepami, w dolnej części rany górnej, tuż nad pęcherzykiem sączy się strumień krwi świeżej. Wprowadziwszy do rany palec,

przekonywam się, że pomiędzy przetoką pęcherzyka i linią środkową znajduje się ogromna jama wśród ścian brzusznych, wypełniona również skrzepami. Nie długo się namysławiając, przedłużyłem cięcie wzdłuż całej rozciągłości dawnej rany do jej końca dolnego. Po oczyszczeniu jamy ze skrzepów pokazuje się krwawienie z drobnutkich naczynek, które wszelako nie mogły być źródłem tak kolosalnego krwotoku. Rozumie się, że zrost skóry z pęcherzykiem ze strony linii środkowej został również przecięty. Całą jamę w powłokach brzusznych wytamponowałem gazą jodoformową. Krwawienie już się więcej nie powtórzyło. Od tego czasu pomimo tak wielkiego od krwotoku upadku sił, że pacjenta uważałem za niechybnie straconego, stan ogólny zaczął się nieco poprawiać. Powoli zaczynają wracać siły. Żółtaczka wyraźnie się zmniejsza. Od 3 czerwca kał cokolwiek zabarwiony na żółto. Mocz jaśniejszy. Rana pokryta zupełnie dobrą ziarniną, zaczyna się ładnie goić. Wydzielina z przetoki pęcherzykowej umiarkowana, zawsze bez żółci. 5 czerwca chory na usilne żądanie zostaje wypisany ze szpitala, pozostanie wszakże i nadal w naszej obserwacji. O dalszych losach chorego nie omieszkamy czytelników powiadomić, zostawiając zarazem na później uwagi, jakie przypadek ten nastrocza swoim przebiegiem pooperacyjnym.

W dodatku do powyższych spostrzeżeń, przytaczam jeszcze jeden przypadek cholecystostomii, dokonany nie z powodu kamieni dróg żółciowych, lecz z powodu niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, wywołanego obecnością nowotworu złośliwego w sąsiednich narządach.

Spostrzeżenie IX.—Carcinoma pancreatis et hepatis. Hydrops vesicae felleae. Cholecystostomia.—Fr. Filipowicz, mechanik, 29 lat liczący. Przed 9 miesiącami zaczął uczuć ból w nadbrzuszu, rozpościerający się po całym brzuchu. Prawie jednocześnie zauważył żółtaczkę, która, wzmagając się tylko coraz więcej w swem natężeniu, trwa do obecnej chwili. Mocz, szczególnie w ostatnich czasach, przybrał barwę ciemno-oliwkową, czasami z czerwonym odcieniem. Apetyt zaczął powoli upadać, ciągle odbijanie gazami, z zapachem przypominającym spożyte pokarmy. Wypróżnienia gliniaste, w ostatnich jednak czasach niekiedy ciemniej zabarwione, prawdopodobnie od przymieszki barwnika krwi. Stolce prawidłowe, niekiedy rozwolnione. Przed 19-tu laty chory przechodził żółtaczkę, która przy leczeniu wewnętrznym dość szybko ustąpiła.

Chory budowy prawidłowej, odżywianie w wysokim stopniu podupadłe. Skóra i łącznica oka zabarwione żółto-cytrynowo. Ciepłota podwyższona (38,5), tętno przyspieszone, słabe. Płuca i serce wyraźniejszych zmian nie przedstawiają. Brzuch wypuklejszy w połowie nadpepkowej, pod pępkiem więcej zapadły. Przy obmacywaniu brzucha wyczuwa się dwa guzy, będące z sobą w ścisłym związku. Jeden guz zależy od bardzo znacznie powiększonej wątroby, wystającej na 5 palców poza łuk żeberkowy, a na linii środkowej, sięgającej do pępka. Drugi guz zaczyna się na wysokości pępka z prawej strony i opuszcza się prawie do więz. POUPARTA. Wielkością swą odpowiada dużej męskiej pięści. Wątroba, o ile wymacać można, jest bardzo twarda, nierówną i bardzo bolesną. Drugi guz przedstawia się więcej elastycznym, sprężystym, chociaż równie bolesnym przy obmacywaniu. Górna granica wątroby sięga na linii sutkowej do 3-go międzyżebra. Stolce odbarwione

zupełnie, mocz zawiera nieznaczną ilość białka i znaczną ilość barwników żółciowych.

Niezwykła twardość, nierówność i bolesność wątroby wskazywały niewątpliwie na obecność w niej nowotworu złośliwego. Brak objawów chorobowych ze strony żołądka nie pozwolił rozstrzygnąć, gdzie się znajduje pierwotne ognisko cierpienia, gdyż według wszelkiego prawdopodobieństwa cierpienie wątroby było wtórnem. Wskutek ucisku masen i nowotworowemi, czy też wskutek zrostów, jakie bywają przy nowotworach i zależnego od tych zrostów przegięcia (*Knickung*) nastąpiła niedrożność przewodów żółciowych, wynikiem czego była wodna puchlina pęcherzyka żółciowego. Rzecz prosta, że obecność nowotworu złośliwego nie pozwalała wyłączać istnienia kamieni żółciowych i zatkania przez te ostatnie przewodów żółciowych.

Chory, widząc powiększający się z dniem każdym upadek sił, znękany ciągłymi bólami, bezsennością, a zarazem przekonawszy się o zupełnej bezskuteczności leczenia wewnętrznego, natęczył się domagać się wykonania operacji, do której też przystąpiono w dniu 5 lipca 1888 r., w oddziale chirurgicznym szpitala praskiego. Cięcie na linii środkowej na 6 centymetrów nad i pod pępkiem. Po otwarciu brzucha widać kolosalnie powiększoną wątrobę, usianą guzami rozmaitej wielkości. Największa guzowatość znajduje się mniej więcej na linii środkowej i tutaj żołądek, wątroba, sieć i poprzecznicą stanowią jedną poznaczoną masę, wśród której trudno się zorientować i rozpatrzeć dokładnie stosunki. Przytem znaczny upadek sił chorego nie pozwala na dłuższą manipulację w brzuchu. Od tej masy sążnów poznaczonych i wciągniętych w sprawę nowotworową, wyraźnie odróżnia się pęcherzyk żółciowy, nadmiernie rozszerzony i wypełniony płynem. Za pomocą POTAIN'a wydobyto pół litra zupełnie przezroczystej i bezbarwnej cieczy. Kamieni nie znaleziono. Założono przetokę pęcherzyka żółciowego. Po operacji stan chorego znakomicie się polepszył. Co najważniejsza, że bóle prawie całkowicie ustały, a przytem ciepłota, która w dniu poprzedzającym operację prawie że ciągle przewyższała 38, opadła poniżej 37 i na tej wysokości już potem się utrzymywała. Po dwutygodniowym pobycie w szpitalu, chory przeniósł się do domu z przetoką wydzielającą nieznaczną ilość bezbarwnego płynu. Po kilkutygodniowej poprawie stan chorego zaczął się szybko pogarszać. O ile się dowiedziałem od znajomych chorego, tenże zmarł w 3 miesiące po operacji.

Brak sekcji nie pozwolił nam dostatecznie wyświetlić natury choroby i zmian w drogach żółciowych przez nią wywołanych. Z powodu braku prawie że wszelkich objawów ze strony żołądka, skłonny jestem przyjąć tutaj jako punkt wyjścia choroby—gruczoł trzustkowy.

Z ODDZ. CHIRURG. D-RA W. H. KRAJEWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

KILKA PRZYPADKÓW RAN DRAŻĄCYCH BRZUCHA

podał

A. Karczewski.

„Nie zapominajmy, iż chcąc zdobyć
„należyta miarę naszego postępu, powin-
„niśmy nie tyle obliczać nasze wyniki, ile
„raczej je rozważać“.

Mac Cormac.

Rany drażące brzucha należą do kategorii tych ciężkich obrażeń ciała, które częstokroć poważnie zagrażają życiu chorego i z tego powodu wymagają szybkiej i energicznej pomocy lekarskiej. Wprawdzie zdarza się czasem, że uszkodzenie ogranicza się do samych ścian brzucha lub w nieznacz-
nym tylko stopniu dotyczy jednocześnie narządów zawartych w jamie brzusznej; wtedy zejście bywa prawie zawsze po-
myślne przy stosowaniu tak zwanego przez anglików „the do
nothing and opium treatment“. Lecz w znacznej ilości przy-
padków (zwłaszcza uszkodzeń postrzałowych) zranienie ściany
brzusznej bywa połączone z poważnem obrażeniem trzewów.
Znaczniejsze zaś uszkodzenie narządów, zawartych w jamie
brzusznej, jest w wysokim stopniu niebezpiecznem dla ustroju
z dwóch względów: 1) z powodu krwotoku, który nie ma
skłonności do samoistnego zatrzymania się 2) z powodu

przedostania się do jamy otrzewnej zawartości żołądka lub kiszek, które spowodza gnilne zapalenie otrzewnej.

Od dość już dawna datują się próby zapobiegania tym fatalnym skutkom zranienia trzewów brzusznych za pomocą odpowiednich zabiegów chirurgicznych. WÖLFLEER wspomina w swej pierwszej pracy o wycięciu odźwiernika, że już w roku 1521 pewien lekarz bawarski, znalazłszy się wobec rany drążącej brzucha, zadanej ostrem narzędziem, rozszeszył ranę ściany brzusznej, wyciągnął przedziurawiony żołądek i zaszył otwór. BENJAMIN BELL w podręczniku chirurgii, wydanym w roku 1783, zaleca w przypadkach wypadnięcia zranionych pętliszkowych zaszywać otwory w kiszkiach, krótko obcinać nitki i odprowadzać kiszki do jamy brzusznej. Jednakże ta, ze wszech miar racjonalna propozycja BELL'a, nie zyskała należytego uznania wśród ogółu lekarzy. Aż do połowy bieżącego stulecia większość znakomitych chirurgów powątpiewała o skuteczności czynnej interwencji przy drążących obrażeniach brzucha i zachowywała się wobec nich biernie. W literaturze z tych czasów odnaleźć można zaledwie kilka przypadków założenia szwu kiszkowego przy zranieniach trzewów brzusznych (2 przypadki BAUDENS'a, 1 LARREY'a i 1 PIROGOFF'a). Na szerszą skalę zaczęto stosować szew kiszkowy przy drążących (postrzałowych) ranach brzucha w czasie wojny amerykańskiej, lecz dopiero w ciągu ostatnich lat kilkunastu dzięki znakomitym postępom chirurgii wogóle, zaś chirurgii jamy brzusznej w szczególności, metoda czynnej interwencji znalazła obszerne zastosowanie.

Pomimo jednak znacznej stosunkowo ilości nagromadzonego materiału kazuistycznego, pomimo starannych poszukiwań doświadczalnych, dalecy jeszcze jesteśmy od jednomyślności co do postępowania lekarskiego wobec ran drążących brzucha. Różnice w poglądach dotyczą tak samej istoty postępowania lekarza (zachowanie się bierne, lub wdanie się czynne), jak również całego szeregu poszczególnych momentów czynnej interwencji.

Ponieważ sędzę, że każde spostrzeżenie może się poniekać przyczynić do wyświeatlenia tej zawilej sprawy, podaje poniżej opis przypadków, spostrzeganych w ciągu trzech lat ostatnich na oddziale chirurgicznym doktora KRAJEWSKIEGO.

Przypadek I.—Vulnera puncta abdominis et thoracis. Prolapsus omenti. Sanatio.

Franciszek N., lat 28 przybył do szpitala dnia 31 maja 1890 r., podając, iż podczas bójki ulicznej otrzymał kilka pchnięć nożem. Na brzuchu u samego prawe łuku żebrowego, z lewej strony, na linii sutkowej znajduje się rana długości $1\frac{1}{2}$ cm. z równymi brzegami; w ranie jest uwieczniony kawałek sieci długości około 5 cm. Oprócz tego na przedniej powierzchni lewej połowy klatki piersiowej znajdują się dwie rany skórne, takiej samej długości jak i rana brzuszna. Stan ogólny chorego jest doskonały.—Starannie obmyto sieć i okolice ran sublimatem (1:2000), wypadły kawałek sieci podwiązano i odcięto, ranę ściany brzusznej rozszerzono, uwieczniony kikut sieci odprowadzono do jamy brzusznej; brzegi rany ściany brzusznej, jako też ran klatki piersiowej połączono szwem jedwabnym węzełkowym. Na drugi dzień chory skarży się na niewielką bolesność w miejscu rany brzusznej. Czwartego dnia przy opatrunku spostrzeżono nacieczenie w okolicy tej rany, wskutek tego szew zdjęto i brzegi jej rozdzielono, lecz ropy nie było. Rana goiła się *per granulationem*, zupełne zabliznienie nastąpiło po upływie dni 18.

Przypadek II.—Vulnus punctum abdominis. Haematuria (?). Sanatio.

Wilhelm M. lat 31 przybył do szpitala wieczorem dnia 8 czerwca 1890 r. Chory podaje, iż tegoż dnia o godzinie 10 zrana w czasie kłótni ze znajomym został przezeń ugodzony w brzuch ostrym kołcem. Z początku nie czuł bólu i zauważył obecność rany po dość obfitym krwotoku. Według słów chorego w moczu, który oddał po zranieniu, znajdowała się znaczna ilość krwi. Zaniepokojony tym objawem wstąpił do szpitala.—W lewym podżebrzu na linii pachowej przedniej znajduje się rana wielkości grochu pokryta strupem. Chory skarży się na niewielką bolesność przy ucisku w okolicy rany. Stan ogólny zupełnie dobry. Krwi w moczu niema. Wypisał się zdrów 3-go dnia po przybyciu do szpitala.

Przypadek III.—Vulnera puncta abdominis et thoracis. Prolapsus omenti. Pneumothorax. Sanatio.

Piotr R., lat 25, przybył do szpitala dnia 20 lipca 1890 r. z ranami zadane-
mi nożem podczas bójki. Na brzuchu z prawej strony od smugi białej na po-
łowie odległości pomiędzy pępkiem a wyrostkiem młeczkowatym znajduje się ra-
na długości 2 cm. o równych brzegach, pomiędzy którymi jest uwieczniony kawa-
łek sieci długości około 6 cm. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej na-
zewnątrz od prawej brodawki sutkowej taka sama rana, z której obficie sączy się
krew. Wyraźne objawy odmy piersiowej z prawej strony. Chory znajduje się
w stanie zapaści, tętno drobne, ledwie wyczuwalne.—Natychmiast po przybyciu
chorego do szpitala rany starannie obmyto sublimatem, wypadły kawałek sieci
podwiązano i odcięto, zatamowano krwotok z rany klatki piersiowej i zaszyto
obiedwie rany szwem jedwabnym węzełkowym; pod skórę wstrzyknięto kilka
szprycek eteru. Na drugi dzień chory skarży się na duszność, ogólne osłabienie
i niewielką bolesność w okolicy rany brzusznej, c. 38,2. Trzeciego dnia duszność
znacznie mniejsza, stan ogólny zadawalniający, c. r. 37,8, w. 38,2. W początkach
sierpnia wytworzyło się bolesne stwardnienie w okolicy zabliznionej rany brzu-
szonej, które powiększało się stopniowo i przeszło w ropień. 13 sierpnia ropień
otwarto. Chory wypisał się dnia 22 sierpnia z zabliznionymi ranami bez żadnych
objawów ze strony płucnej.

Przypadek IV.—Vulnus punctum abdominis. Perforatio multiplex intestini. Laparotomia. Sanatio.

Jan G., lat 30, przybył do szpitala około godziny 12 w nocy dnia 8 czerwca 1890 roku w stanie nieprzytomnym, z objawami zapaści, z drobnym, zaledwie wyczuwalnym tętnem. Z opowiadania otaczających dowiedziano się, że chory, będąc pijanym, podczas bójki ulicznej mniej więcej przed godziną został ugodzony w brzuch nożem. Po przybyciu chorego do szpitala natychmiast przeniesiono go na salę operacyjną i prowizorycznie opatrzone, zaś po upływie trzech kwadransów przystąpiono do podania odpowiedniej pomocy. Przy oglądaniu chorego stwierdzono, że z prawej strony brzucha na 3 cm. powyżej środkowej części więzu POUPART'a znajduje się rana o brzegach równych około 3 cm. Przez ranę wypadły kiszki cienkie, które leżą w pachwinie prawej, tworząc kłęb pętli, zawałanych kałem i krwią. Zaraz na pierwszy rzut oka widać na jednej z pętlic na jej wolnym (przeciwległym kresce) brzegu ranę, drażącą do światła kiszki, długości około 1 cm., z której brzegów obficie sączy się krew; brzegi rany są otoczone walczykiem wywinętej błony śluzowej. Sądząc, że ma się do czynienia z jedną raną kiszki i chcąc przeszkodzić dalszemu wydobywaniu się kału, uchwycono kleszczykami wywinętą brzegi błony śluzowej i w ten sposób czasowo zamknięto otwór. Następnie przystąpiono do oczyszczenia wypadłych pętlic kiszkowych i okolicy rany ściany brzusznej. Przy oglądaniu wypadłych kieszek stwierdzono, że wypadła pętlica ma długości około jednego łokcia i że oprócz spostrzeżonej pierwotnie rany kiszkowej istnieją jeszcze dwie inne, z których jedna leży na wprost pierwszej rany bliżej kreskowego brzegu kieszki, druga zaś w odległości mniej więcej 15 cm. Obiedwie te rany również drażą do światła kieszki i mają długości około 1 cm. Wrzyskie trzy rany mają kierunek mniej więcej równoległy do osi kieszki. Zamknawszy tymczasowo obiedwie nowo odnalezione rany w kiszce za pomocą kleszczyków, dokończono obmycia pola operacyjnego (kiszke obmyto sublimatem 1:5000) i przystąpiono do założenia szwu kiszkowego: szew założono dwupiętrowy kuśnierski według metody CZERNY-LEMBERTA. Następnie rozszerzono ranę ściany brzusznej, wykonywując cięcie, przechodzące przez ranę i idące równoległe do więzu POUPART'a. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że znajduje się w niej sporo skrzepów krwi, zmieszanych z kałem i wkrótce odnaleziono jeszcze jedną zranioną pętlicę kiszkową. Wydobyto więc zranioną pętlicę z jamy brzusznej, zaciśnięto prowizorycznie otwór kleszczykami i przystąpiono do możliwie dokładnego oczyszczenia jamy brzusznej, czego dokonano tamponami i serwetami, zmoczonymi w słabym roztworze sublimatu (1:5000). Potem założono szew na odnalezioną czwartą ranę kiszkową, oczyszczono jeszcze raz wydobyte pętlice kieszek, obcierając je sublimatowanymi serwetami i ostatecznie odprowadzono kieszki do brzucha. Ranę ściany brzusznej zamknięto całkowicie szeregiem szwów węzłkowych głębokich i powierzchownych. Opatrunek antyseptyczny. 9 czerwca c. r. 36,4, w. 36,8, tętno 100, kilkakrotne wymioty, umiarkowana bolesność w dole brzucha. 10 czerwca c. r. 38, w. 38,3, tętno 78, raz wymioty. 11 czerwca c. r. 38,1, w. 38,5 tętno 80, wymiotów nie było, skarży się na ból w brzuchu. 12 czerwca c. r. 38,5, w. 37,6. Zmiana opatrunku. Prima. Usunięto szwy powierzchowne. 16 czerwca resztę szwów usunięto, rana zablizniona, temp. normalna. 19 czerwca t. podniosła się do 39,5, chory skarży się na kłucie z prawej strony pod łopatką. 21 czerwca rozpoznano wysięk z prawej strony w opłucnej. Z powodu wysiękowego zapalenia opłucnej chory go-

rażkował w ciągu miesiąca; wreszcie wysięk wessał się i chory wypisał się ze szpitala jako zdrowy zupełnie d. 25 lipca 1890 r.

Przypadek V.—Vulnus sclopetarium abdominis. Perforatio duplex ventriculi et intestini tenuis. Laparotomia. Sanatio.—Marya O. l. 28 przybyła do szpitala d. 12 lipca 1892 r. o godzinie 5-ej po południu. Chora opowiada, że tegoż dnia o godzinie 3-ej po południu, we 2 godziny po obiedzie, siedząc na stole została postrzeloną w brzuch z rewolweru (7 mm. kalibru) z odległości dwóch kroków. Zaraz po zranieniu zjawily się mocne bóle w brzuchu. Przed wstąpieniem do szpitala otrzymała 30 kropel t-rae opii i została opatrzona antyseptycznie przez kol. DZIERŻAWSKIEGO. Chora dobrej budowy i odżywiania, zupełnie przytomna, skarży się na ból w brzuchu i trudność w oddechaniu; tętno około 100, równe i mocne, c. 38,2. Na 2 poprzeczne palce na prawo i powyżej pępka znajduje się rana wielkości soczewicy pokryta skrzepem krwi. Brzuch jest wzdęty, bolesny przy uciskaniu, z prawej strony u dołu odgłos wypukowy jest cokolwiek stłumiony. O godzinie 9-ej wieczorem przystąpiono do operacji. Cięcie skórne rozpoczęto na 6 cm. powyżej pępka, poprowadzono je ku dołowi na smudze bladej i zakończono ponad spojeniem łonowem. Po nadcięciu otrzewnej ze smerem zaczęły wydostawać się gazy. W górnym kącie rany ukazał się rozciągnięty gazami i zawartością pokarmową żołądek; na przedniej jego powierzchni w odległości 5 cm. od odźwiernika, bliżej wielkiej krzywizny znajdował się otwór, przez który przy uciśnięciu żołądka wydobywała się płynna zawartość zmieszana z kawałkami sałaty. Otwór ten zaszyto dwupiętrowym szwem jedwabnym kuśnierskim. Następnie przystąpiono do oglądania kiszek: wydobywając nazewnątrz jeden odcinek kiszek cienkich za drugim, natrafiono na pętlicę, w której były dwie drażące do światła kiszki rany: jedna na wolnym (przeciwnym kresce) brzegu kiszki, druga tuż u samej kreski. Obiedwie te rany zaszyto szwem jedwabnym kuśnierskim dwupiętrowym. Ponieważ istniała rana na przedniej ścianie żołądka, można więc było przypuścić, że i tylna ściana tego narządu nie pozostała nienaruszoną. Słuszność tego przypuszczenia była tem bardziej uzasadnioną, że ścieć miała być podbiegnięta krwią. W celu przedostania się do tylnej ściany żołądka rozdarto *mesocolon transversum* w kierunku podłużnym i przez tę szparę wydobyto tylną ścianę żołądka, w której rzeczywiście znaleziono otwór w pobliżu wielkiej krzywizny. Otwór ten zaszyto szwem dwupiętrowym, co było rzeczą bardzo możliwą. Dla większej pewności w miejscu zaszytej rany przymocowano *mesocolon* za pomocą kilku szwów jedwabnych węzłkowych. Wydobyte kiszki i jamę brzuszną oczyszczono serwetami zmoczonymi w słabym roztworze sublimatu, poczem odprowadzono kiszki do jamy brzusznej. Ranę ściany brzusznej zaszyto szeregiem szwów jedwabnych, węzłkowych, głębokich i powierzchownych. Opatrunek jodoformowy. 13 lipca ciepłota 37, tętno 100, wymioty 6 razy, brzuch wzdęty, bolesny, język wilgotny. 14 lipca ciepł. rano 38, wieczór 38,5, wymiotów nie było, odbijanie. 15 lipca ciepł. r. 37,3, w. 38,7, tętno 80, bolesność brzucha mniejsza, stan ogólny zadawalniający. 16 lipca ciepł. r. 38,3, w. 39. Stan bez zmiany. 17 lipca ciepł. r. 38,4, w. 39,6. Chora pomimo opium miała kilka płynnych wypróżnień. 18 lipca ciepł. r. i w. 38,3. Opatrunek. Niektóre szwy zropiały, brzegi rany zaczerwienione. Wszystkie szwy powierzchowne i kilka głębokich usunięto. 19 lipca ciepł. rano 38, w. 39,2. Chora czuje się dobrze, domaga się jedzenia. 20 lipca ciepłota r. 38, w. 38,6. Opatrunek. Pozostałe szwy poprzecinały brzegi rany, wsku-

tek tego zostały usunięte. 21 lipca ciepł. r. 38,6, w. 39. Opatrunek. Skórne brzegi rany w kilku miejscach zmartwiały, z otworków pozostałych po wyjęciu szwów sączy się ropa, brzegi rany zaczerwienione. Sklejone brzegi rany na całej długości rozdzielono, — powstała wielka powierzchnia ranna pokryta w wielu miejscach rozpadem. Z dalszego przebiegu zaznaczę, że ciepłota spadła na drugi dzień do 38 i na tym poziomie utrzymała się jeszcze w ciągu dni 6-ciu, wreszcie stała się prawidłową. Rana, oczyściwszy się, pokryła się ładną ziarniną i zabliznienie postępowało powoli, lecz prawidłowo. Chora wypisała się ze szpitala dnia 2-go września 1892 z zabliznioną prawie raną brzuszna, nie doświadczając żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego.

Laparotomię w przypadku czwartym i piątym dokonał dr. KRAJEWSKI.

Chcąc skreślić zarys panujących obecnie poglądów co do postępowania lekarskiego wobec drążących ran brzucha, najlepiej zdaje się uczynić, jeżeli skorzystam z rozpraw towarzystwa chirurgicznego w Paryżu, w którego łonie sprawa powyższa była wielokrotnie dyskutowana. Z dyskusji wyłoniły się trzy odrębne poglądy, mające swych przedstawicieli w osobach RECLUS'a, TERRIER'a i BERGER'a.

RECLUS wspólnie z NOGUÉS'em w roku 1890 ogłosił pracę, w której broni zasady postępowania wyczekującego, wychodząc z następujących założeń: nie ulega wątpliwości, że po zranieniu przewodu pokarmowego może nastąpić wyleczenie dobrowolne; za dowód służyć może szereg przypadków znanych w literaturze oraz wyniki doświadczeń, wykonanych na zwierzętach; wyleczenie dobrowolne nie jest zdarzeniem nadzwyczajnem, lecz trafia się tak często, iż należy się z niem rachować; z porównania wyników wdania się czynnego i zachowania się biernego wobec drążących ran brzucha wypływa wniosek, że ostatnie jest mniej niebezpiecznem dla chorego, gdyż daje mniejszą odsetkę śmiertelności; laparotomię, przedsięwziętą z powodu zranienia trzewów brzusznych jest zabiegiem mozolnym, trudnym i niebezpiecznym i z tego względu powinna być stosowana w wyjątkowych tylko przypadkach.

Opierając się na powyższych zasadach oraz na wynikach własnego doświadczenia ¹⁾ RECLUS na posiedzeniach towarzystwa chirurgicznego występuje jako stanowczy zwolennik me-

¹⁾ RECLUS miał w swej praktyce 6 przypadków ran drążących brzucha, z których 5 leczył wyczekująco z pomyślnym skutkiem, w jednym wykonał laparotomię i otrzymał zejście śmiertelne.

tody wyczekującej i popiera swój pogląd coraz to nowemi spostrzeżeniami.

Na wprost przeciwnym biegunie stoi **TERRIER**, który w następujących słowach określa swe stanowisko: „Jestem bezwzględnie zwolennikiem, mówi powyższy autor, interwencji bezzwłocznej przy drażących ranach brzucha. Czasem laparotomija ma jedynie znaczenie operacji próbnej, częściej jednakże stanowi ona pierwszy akt szeregu zabiegów, polegających bądź na podwiązaniu obrażonych naczyń żylnych lub tętniczych, bądź też na zeszczeniu ran w kiszkiach lub w żołądku, zagojenia których, wbrew zbyt rozpowszechnionemu dotychczas mniemaniu, nie można powierzać staraniom łaskawej natury.—Rozumie się samo przez się, że chirurg, decydujący się na przedsięwzięcie laparotomji próbnej, powinien być pewnym swej aseptyki. Prawdopodobnie brak tej pewności jest przyczyną, zniewalającą wielu chirurgów, zkładając zupełnie słusznie, do powstrzymywania się od laparotomji.—Jestem przekonany, że ilość przeciwników wdania się czynnego zmniejszać się będzie z dniem każdym, w miarę tego jak zmniejszać się będzie ilość tych, którzy nie mają zaufania do swej aseptyki“.

Ze słów powyższych widzimy, że **TERRIER** uważa laparotomję, wykonaną według wymagań aseptyki, za zabieg, który nie sprawia żadnej zgoła szkody choremu i który z tego powodu powinien być stosowany nie tylko w celu leczenia, lecz w celu dokładnego rozpoznania. Na dowód słuszności swego poglądu **TERRIER** przytacza szereg spostrzeżeń własnych i obcych (przypadki **LAUENSTEIN**'a, **KOEHLER**'a, **BERNAYS**'a, **BARROW**'a, **SCOTT**'a, **DALTON**'a, **DWIGHT DICKINSON**'a, **MILES**'a, **BROC**'a i **BOIFFIN**'a ¹⁾).

Pośrednie stanowisko pomiędzy dwoma powyższymi chirurgami zajmuje **BERGER**. Nie jest on stanowczym przeciwnikiem wdania się czynnego. Owszem uznaje wartość laparotomji, lecz nie przystępuje do niej bez pewnych skrupułów, gdyż sądzi, że zabieg ten nie może być uważany za zupełnie niewinny. Przedsięwzięcie laparotomji jest, zdaniem **BERGER**'a,

¹⁾ Wszystkie powyższe przypadki były operowane w myśl zasady bezzwłocznej interwencji, aczkolwiek z rozmaitem powodzeniem.

uzasadnionem wtedy, gdy istnieją poważne powody do wdania się czynnego. W braku wszelkich objawów, wskazujących na potrzebę czynnej interwencji, BERGER jest skłonny do zachowania się biernego.

Powyżej przytoczone poglądy trzech poważnych chirurgów francuskich streszczają mniej więcej dokładnie ogół zapatrywań na zachowanie się lekarza wobec drażących ran brzucha. Rozpatrzmy bliżej każdy z tych poglądów z osobna.

Zasady zwolenników metody wyczekującej są dosyć chwiejne. Trudno jest wogóle wyrokować o wartości pewnej metody leczniczej, zwłaszcza takiej jak laparotomija, na zasadzie danych, zebranych z okresu lat dwudziestu, jak to czyni RECLUS. Nie można wprawdzie zaprzeczyć, że zdarzają się przypadki wyleczenia dobrowolnego przy drażących ranach brzucha, lecz rzekoma ich częstość (75%), wypływająca z obliczeń statystycznych RECLUS'a, została w ostatnich czasach poważnie zakwestyonowana. Kol. GABSZEWICZ opierając się na danych, ogłoszonych w ciągu ostatnich lat kilku, a nie objętych statystyką RECLUS'a, przychodzi do wniosku, że odsetka wyzdrowień, przynajmniej przy ranach postrzałowych brzucha traktowanych biernie, wynosi zaledwie 20—25%. Z drugiej zaś strony niebezpieczeństwo wdania się czynnego, dzięki rozwojowi aseptyki, znacznie się zmniejszyło. Najlepszym tego dowodem jest znacznie niższa odsetka śmiertelności po laparotomijach, wykonanych w ciągu lat ostatnich. Podczas gdy według dawniejszych obliczeń (RECLUS'a, STIMSON'a, COLEY'a) śmiertelność po laparotomijach wynosiła 50—70%, materiał statystyczny zebrany przez kol. GABSZEWICZA wykazuje zaledwie około 35% śmiertelności. Na niekorzyść metody wyczekującej przemawiają również poszukiwania doświadczalne. CHAPUT, który wykonał szereg doświadczeń na psach, twierdzi, że 68% psów (którym zadano rany drażące brzucha bądź nożem, bądź za pomocą postrzału) żył, gdy pozostawimy je bez pomocy. Przeciwnie wdanie się czynne zapewnia świetne wyniki, jeżeli tylko zachowamy pewne warunki, mianowicie: 1) jeżeli nie zwlekamy z operacją dłużej nad 3 kwadransy i 2) jeżeli zamiast zwykłego szwu, zamykającego otwór w przewodzie pokarmowym, zastosujemy przyszywanie zdrowej pętlicy do obwodu przedziurawienia

(tak zwaną *greffe intestinale*). Przestrzegając zasad powyższych CHAPUT na 18 przypadków otrzymał 18 wyzdrowień.

Zwolennicy wdania się czynnego, przeświadczeni o zupełnej nieszkodliwości laparotomji, głoszą, że lepiej jest wykonać 10 operacyi niepotrzebnych, niż zaniedbać jednej, gdy jest ona konieczną (Pozzi). Twierdzenie powyższe było by uzasadnionem tylko wtedy, gdyby laparotomija była zabiegiem zgoła niewinnym, na co w obecnej jeszcze chwili zgodzić się nie można. Wprawdzie tak zwana laparotomija exploracyjna (inaczej próbna) zyskała sobie zupełne prawo bytu w zakresie innych cierpień jamy brzusznej (zwłaszcza guzów). Lecz warunki, jakie zachodzą przy wykonywaniu laparotomji z powodu domniemanych guzów jamy brzusznej, a otwarciu brzucha w celu odnalezienia uszkodzeń trzewów brzusznych, są zupełnie odmienne. W pierwszym przypadku, wiedząc do pewnego stopnia naprzód, gdzie mamy szukać źródła cierpienia, możemy się szybko zorientować co do istotnego stanu rzeczy; przeciwnie, przy drażących obrażeniach brzucha zniewoleni jesteśmy do wylaniania trzewów i starannego przeglądania całego przewodu pokarmowego. W ciągu tych mozolnych poszukiwań wystawiamy otrzewną na szkodliwe wpływy zewnętrzne. Na zasadzie badań WALTHARD'a wiemy, jak zgubnem jest długotrwałe działanie powietrza na otrzewną. Badacz ten dowiódł, że nablonek zdrowej błony surowiczej, wystawiony w ciągu 20 minut na wpływ powietrza, wysycha i obumiera, a wtedy powstają warunki, znakomicie sprzyjające zakażeniu. Aseptyka, pod ochronę której uciekają się zwolennicy czynnej interwencji, jak słusznie twierdzi kol. KRAJEWSKI w świeżo ogłoszonej pracy o pęknięciu macicy, znajduje się w obecnej jeszcze chwili w okresie rozwoju i nie wyklucza bynajmniej możliwości wprowadzenia do jamy otrzewnej, podczas dokonywania operacyi, mniejszej lub większej ilości zarazków chorobotwórczych. Ci, którzy, jak TERRIER, kładą nacisk na niezawodność aseptyki, nie dość się liczą, zdaniem mojem, z istotnym stanem rzeczy. Nadto zwolennicy wdania się czynnego, wychodząc z czysto osobistego punktu widzenia, nie uwzględniają należycie całego szeregu warunków, wobec których bierne zachowanie się lekarza jest stanowczo usprawiedliwionem. Sądzę więc, że metoda powyższa, która bądź co bądź ma wiele racjonalnych podstaw,

nie może być przyjętą za ogólną modłę postępowania, gdyż grzeszy jednostronnością i zbytnią kategorycznością.

Pozostaje mi rozważyć zapatrywania tej grupy chirurgów, którzy, według orzeczenia TERRIER'a, uznają wartość laparotomji, lecz przystępują do niej z pewnego rodzaju niechęcią (*à regret*). Jeżeli niechęć ta ma swe źródło w należytem ocenianiu niebezpieczeństw, połączonych częstokroć z wdaniem się czynnem, to z tej strony powyższemu pogładowi nie mam nic do zarzucenia. Powyżej zaznaczyłem, dla czego uważam laparotomię, przedsiębraną z powodu drażących obrażeń brzucha, za zabieg dość ryzykowny, sędzę więc, że pewna powściągliwość pod tym względem, którą zaleca BERGER, jest stanowczo usprawiedliwioną. Uznając jednak przezorność w postępowaniu za zupełnie uzasadnioną, zauważyć muszę, że zasady, któremi się rządzi BERGER w wyborze metody postępowania, nie są wolne od zarzutów. Zasady te są następujące. W przypadkach zupełnie świeżych BERGER skłonny jest więcej do wdania się czynnego nawet wtedy, gdy nie zniewalają go do tego naglące objawy. Jeżeli zaś od chwili zranienia upłynęło już kilka godzin czasu (*plusieurs heures*) i nie ma żadnych objawów miejscowych ani ogólnych, lepiej jest, zdaniem BERGER'a, zachować się biernie, gdyż można liczyć na wyleczenie dobrowolne; należy jednak wtedy pilnie spostrzegać chorego, aby, w razie wystąpienia objawów niepokojących, bezzwłocznie przystąpić do operacji. Zachowanie się bierne jest stanowczo (*formellement*) wskazanem w tych razach, gdy od chwili zranienia upłynął znaczny przeciąg czasu bez żadnych zgoła objawów i gdy mamy podstawy do przypuszczenia, że zranieniu uległ wyłącznie żołądek lub kiszka gruba. We wszystkich tych wreszcie przypadkach, w których objawy zależne od obrażenia przewodu pokarmowego występują wyraźnie, BERGER zaleca laparotomię bez względu na czas, który upłynął od chwili zranienia, gdyż wdanie się czynne stanowi jedyny środek powstrzymania rozwoju zakażenia, aczkolwiek operacja, dokonana w podobnych warunkach, najczęściej daje wyniki niepomysłne.

Z powyższemi zasadami nie zupełnie się zgadzają wyniki poczynionych dotychczas spostrzeżeń. Można przytoczyć cały szereg przypadków, w których pomimo zjawienia się groźnych objawów szybko następowało wyleczenie dobrowolne, jak

również znane są w literaturze przypadki, gdzie pomimo braku wszelkich objawów w ciągu mniej lub więcej długiego czasu po zranieniu, rozwijało się gwałtowne zapalenie otrzewnej, wobec którego wdzanie się czynne bywa prawie zawsze spóźnionem, a więc bezskutecznem. BERGER sam uznaje chwiejność podstaw, na których opiera swe postępowanie. Powyższą modłę podaje on jedynie z tego względu, aby uniknąć zarzutu, że działa na los szczęścia (*au hasard*); zastrzega jednak możliwość jej zmodyfikowania stosownie do danych, które wypłyną z nowych spostrzeżeń.

Dla ścisłości winienem dodać, że oprócz wyżej wspomnianych metod postępowania istnieje jeszcze jedna, która dotychczas niewielu liczy zwolenników, zwłaszcza w Europie. Mam tu na myśli metodę amerykańskiego chirurga SENN'a, której główne zasady pozwolę sobie w tem miejscu przytoczyć,

Zachowanie się lekarza wobec drażących ran brzucha SENN czyni zależnem od obecności krwotoku wewnętrznego i od stopnia uszkodzeń przewodu pokarmowego. Krwotok wewnętrzny, którego objawy są tak wybitne, że nie nastęrczają żadnych wątpliwości, jest bezwarunkowem wskazaniem do wdzania się czynnego. Co się zaś tyczy uszkodzeń przewodu pokarmowego, to może ich nie być zupełnie przy drażących ranach brzucha, mogą być one nieznaczne lub też tak poważne, że zezwalają na przedostawanie się zawartości żołądka i kiszek do jamy otrzewnej. Ponieważ na zasadzie objawów, zwłaszcza bezpośrednio po zranieniu, nie można zgola wnioskować o stopniu uszkodzenia przewodu pokarmowego, stosuje więc SENN w tym celu swoisty zabieg rozpoznawczy. Zabieg ten polega na wdmuchiwanii wodoru przez żołądek i odbytnicę. Jeżeli przy drażącym zranieniu brzucha przewód pokarmowy pozostaje nienaruszonym, lub ulega uszkodzeniu w nieznacznym tylko stopniu, wtedy udaje się przepędzić gaz przez cały przewód pokarmowy; przeciwnie przy znaczniejszych obrażeniach wodór przedostaje się do jamy otrzewnej i wywołuje tu swoiste wzdęcie, lub wychodzi nazewnątrz i można go wtedy zapalić. W pierwszym przypadku SENN zaleca postępowanie wyczekujące (makowiec, bezwzględna dyeta, czterotygodniowe leżenie w łóżku), w ostatnim—uważa za bezwarunkowo wskazane wdzanie się czynne.—Sposób powyższy jest zdaniem SENN'a pewny, łatwy w wykonaniu i zupełnie bezpieczny.

Nie mając pod tym względem osobistego doświadczenia nie mogę wydawać stanowczego sądu o wartości metody SENN'a. Dodatnią jej stronę stanowi, zdaniem mojem, cechująca ją dążność do ustanowienia ścisłych prawideł postępowania wobec rozmaitych obrażeń brzucha i do rozsądnego ograniczenia zakresu wdania się czynnego. O ile jednak sposób zalecany przez SENN'a jest pewnym, bezpiecznym i łatwym w wykonaniu praktycznym, nie śmiem przesądzać. W każdym razie mniemam, że metoda powyższa o tyle godną jest uwagi, iż nie należy zbywać jej ogólnikami, jak to czyni większość współczesnych chirurgów europejskich.

Z powyższego pobieżnego przeglądu rozmaitych zapatrywań na sprawę zachowania się lekarza wobec drażących obrażeń brzucha, możemy wyprowadzić jeden tylko wniosek, mianowicie ten, że wspomniane metody nie są oparte na niewzruszonych zasadach, lecz są raczej wyrazem osobistych upodobań autorów.—Słusznie, zdaniem mojem, twierdzi PEYROT: „było by rzeczą pożądaną, aby można było cokolwiek ściślej określić prawidła wdania się czynnego i zachowania się biernego wobec ran drażących brzucha; obecnie dla większości przypadków prawidła te nie istnieją zupełnie i chirurg zanim przedsięweźmie pewne postanowienie, musi przejść szereg srogich wątpliwości“.

Ponieważ w chwili obecnej trudno jest uczynić zadość życzeniu, wyrażonemu przez PEYROT'a, pozwolę więc sobie tylko, opierając się na dotychczas ogłoszonym materiale klinicznym, wynikach poszukiwań doświadczalnych oraz na spostrzeżeniach osobistych, wskazać pewne punkty wytyczne, które, jak mi się zdaje, zasługują na poważne uwzględnienie.

Zachowanie się lekarza wobec drażącego obrażenia brzucha, według mego zdania, znajduje się w zależności od całego szeregu warunków, które można podzielić na trzy grupy:

- 1.) warunki wpływające z samego uszkodzenia,
- 2.) warunki zależne od niosącego pomoc lekarza,
- 3.) warunki zewnętrznego otoczenia.

Quo ad I-um. Przedewszystkiem winienem zaznaczyć, że nie mają racyi, zdaniem mojem, ci, którzy jak np. BERGER, nie czynią różnicy pomiędzy ranami zadanymi ostrym narzędziem, a pochodzącymi z postrzału. Wprawdzie w poszczególnych przypadkach narzędzie ostre może spowodować znaczne spustosze-

nia w jamie brzusznej, jednak wogóle rany tego rodzaju są mniej niebezpieczne, niż pochodzące z postrzału. Wielce pouczającymi są pod tym względem poszukiwania doświadczalne na zwierzętach.

RECLUS wspólnie z NOGUÉS'em wykonał doświadczenia na 9-iu psach, zadając im rany w brzuch z rewolweru 5-io milimetrowego kalibru. Dwa psy zdechły w krótkim czasie z powodu krwotoku; z pozostałych zaś 7-iu (resp. 8-iu, gdyż na jednym wykonano doświadczenie dwa razy) cztery zdechły z zapalenia otrzewnej, cztery zaś wyzdrowiały. U tych ostatnich znaleziono na sekcji zabliźnione rany w kiskach.

A więc u wszystkich bez wyjątku zwierząt, poddanych doświadczeniu, pocisk rewolwerowy spowodował poważne obrażenia trzewów brzusznych.

Zupełnie inaczej rzecz się przedstawia przy użyciu ostrego narzędzia. Doświadczenia tego rodzaju wykonał TRZEBICKY, który wbijał psom w brzuch duży nóż amputacyjny. Używszy do doświadczeń 7 psów, TRZEBICKY w dwóch przypadkach przebił pęcherz i w dwóch zranił powierzchownie jelito, lecz ani razu nie udało mu się przedziurawić przewodu pokarmowego. Zależy to zdaniem TRZEBICKY'ego od znacznej ruchomości jelit, które usuwają się przed wciskającym się nożem. Wszystkie zwierzęta poddane doświadczeniu szybko wyzdrowiały.

Powyższe doświadczenia wykazują dowodnie tę olbrzymią różnicę, jaka zachodzi pomiędzy ranami postrzałowymi brzucha, a zadanymi ostrem narzędziem. Sądzę, że okoliczność ta zasługuje na poważne uwzględnienie w sprawie decydowania o postępowaniu lekarskiem.—Pomijając na chwilę inne względy, mogące wpłynąć na zachowanie się lekarza, pozwolę sobie zaznaczyć, iż na zasadzie powyżej przytoczonych wyników poszukiwań doświadczalnych można by było podać następujące zasady postępowania: wobec rany drażącej brzucha, zadanej narzędziem ostrem, usprawiedliwionem jest ponieważ zachowaniem się bierne (jeżeli naturalnie brak wskazań, zniewalających nas do czynnej interwencji), przeciwnie przy ranach postrzałowych brzucha uzasadnionem jest wdanie się czynne, nawet wtedy gdy nie zmuszają nas do tego groźne objawy.

Rozumie się samo przez się, że wskazania powyższe mają względną wartość tylko wtedy, gdy nie posiadamy punktu oparcia w objawach, towarzyszących zranieniu trzewów brzusznych.—Objawy, które bez względu na sposób zranienia wskazują na konieczność czynnej interwencji, są, według RECLUS'a, następujące:

- 1.) wypadnięcie zranionej pętlicy kiszkowej;
- 2.) krwotok, który można rozpoznać na zasadzie wydobywania się krwi nazewnątrz, obecności w miednicy mass ciastowatych lub wreszcie cech ostrej niedokrwistości (co zbyt często niesłusznie poczytywanem jest za shock);
- 3.) obecność gazów w jamie otrzewnej, którą możemy rozpoznać przez wypukiwanie (odgłos bębenny w okolicy wątroby), lub obecność zawartości kiszkowej, którą stwierdzamy przy sondowaniu;
- 4.) objawy zapalenia otrzewnej.

Ostatnie wskazanie sam RECLUS uznaje za kwestię sporną. Zasady zachowania się lekarza w przypadkach, w których wystąpiły wyraźnie objawy zapalenia otrzewnej, nie są dotychczas ściśle określone. Każdy lekarz postępuje w tych razach według własnego widzimisie, powodując się tem, co nazywamy węchem chirurgicznym.

Pomijając 3 pierwsze wskazania, których wartość może być zakwestyonowaną z tej tylko strony, że występują one stosunkowo rzadko, pozwolę sobie zatrzymać się nieco dłużej nad kwestyą zachowania się lekarza wobec wyraźnych objawów zapalenia otrzewnej.

Sądzę, iż nie słusznie czynią ci, którzy, głosując na korzyść wczesnej operacji w celu zapobieżenia rozwojowi zapalenia otrzewnej, mniemają, iż w ten sposób ostatecznie rozstrzygają sprawę. Boć przecież nie wszystkie przypadki drążących obrażeń brzucha dostają się do rąk lekarza przed wystąpieniem objawów zapalenia otrzewnej. Jakże więc zachować się należy wobec tych spóźnionych przypadków, gdzie zapalenie otrzewnej rozwinęło się już w całej pełni?

Spostrzeżenia NELATON'a, BERGER'a, TILLAUX, LAGRANGE'a, KAPATANAKIS'a LABBE'go i innych dowodzą, że pomimo wystąpienia wyraźnych objawów zapalenia otrzewnej może nastąpić wyleczenie dobrowolne. Z drugiej zaś strony BULL, BOUILLY, MOTTY operowali z powodzeniem, przy istniejącem

w pełnym rozwoju zapaleniu otrzewnej. — MIKULICZ, który przed paru laty poświęcił temu przedmiotowi oddzielną pracę, uważa wdanie się czynne za zupełnie usprawiedliwione, jeżeli upadek sił chorego nie jest zbyt wielkim (nitkowate, bardzo częste tętno przy ciepłocie niżej 36°). Wprawdzie wyniki operacyi, przedsięwziętych przy istnieniu zapalenia otrzewnej, są dotychczas bardzo niepomyślne, lecz jeżeli nawet mała część operowanych, twierdzi MIKULICZ, zostanie w ten sposób uratowana, to w każdym poszczególnym przypadku powodzenie jest zupełnem. — Wogóle sprawa zachowania się lekarza wobec tych spóźnionych, powikłanych przypadków znajduje się w nader ścisłym związku z kwestyą operacyjnego leczenia zapalenia otrzewnej, która niestety w obecnej chwili pomimo cennych prac doświadczalnych i licznych prób klinicznych daleką jest jeszcze od ostatecznego rozwiązania.

Niepomyślne wyniki usiłowań, czynionych w kierunku leczenia zapalenia otrzewnej na drodze operacyjnej, stanowią jedną z najgłówniejszych podwalin metody bezzwłocznej interwencji przy drażących obrażeniach brzucha. Ponieważ nie jesteśmy w stanie w obecnej chwili wyleczyć rozwiniętego zapalenia otrzewnej, należy więc zapobiegać jego rozwojowi za pomocą wczesnej laparotomji, twierdzą zwolennicy czynnej interwencji i zdaniu powyższemu nie można odmówić słuszności. Jest ono bez porównania więcej uzasadnionem, niż postępowanie tych, którzy wdanie się czynne czynią zależnem od wystąpienia objawów zapalenia otrzewnej. Wyczekując na wystąpienie tych objawów, ci ostatni przystępują do operacyi w chwili, w której widoki pomyślnego zejścia są bardzo problematyczne.

Wyniki wdania się czynnego znajdują się więc w ścisłej zależności od czasu ubiegłego od chwili zranienia. Im wcześniej zostanie wykonana laparotomja, tem więcej jest szans zapobieżenia rozwojowi zapalenia otrzewnej. To też zwolennicy czynnej interwencji kładą nacisk na to, aby jaknajspieszniej przystępować do operacyi. — Nie zawsze jednak lekarz ma możność widzenia chorego bezpośrednio po zranieniu. Rodzi się więc pytanie, w jakim przeciągu czasu od chwili zranienia przedsięwzięta laparotomja zapewnia najwięcej szans powodzenia?

Próbowano odpowiedzieć na powyższe pytanie, zestawiając wyniki laparotomii, wykonanych przed upływem pierwszych dwunastu godzin i po upływie tego czasu, lecz nie osiągnięto na tej drodze żadnych pozytywnych wniosków. Nie można się zresztą temu dziwić, gdyż dwunastogodzinny przeciąg czasu jest to termin wybrany zupełnie dowolnie, bez żadnych racjonalnych podstaw.— Pewniejsze wskazówki dają nam pod tym względem poszukiwania doświadczalne. CHAPUT otrzymał najlepsze wyniki (0% śmiertelności), wykonywując operację u psów w ciągu pierwszych trzech kwadransów po zranieniu. Po upływie tego czasu wyniki operacji znakomicie się pogarszają: na 7 przypadków CHAPUT 4 razy otrzymał zejście śmiertelne. Wnioskując na zasadzie analogii CHAPUT mniema, że u człowieka, który po zranieniu może przeżyć 2 do 3 dni, zwłoka z wdaniem się czynnem może być znacznie dłuższą. Nie waha się on twierdzić, że gdyby u człowieka przedsiębrano laparotomię przed upływem 4-ch godzin po zranieniu i wykonywano ją w warunkach odpowiednich, nie otrzymywano by wtedy prawie zupełnie zejść śmiertelnych.

Quo ad II-um. Poszukiwania GRAWITZ'a, TRZEBICKY'ego i WALTHARD'a wykazały, że nienaruszony nabłonek otrzewnowy jest zdolnym zniweczyć zgubną działalność drobnoustrojów, wprowadzonych w pewnej, nawet dość znacznej, ilości do jamy otrzewnej. Lecz przy laparotomjach, przedsiębranych z powodu drążących obrażeń brzucha, żywotność nabłonka otrzewnowego, jak to wyżej zaznaczyłem, może uleść poważnemu upośledzeniu, a wtedy nawet nieznaczna ilość drobnoustrojów jest dostateczną do rozwoju zakażenia.

Wyniki laparotomii są więc zależne w znacznym stopniu 1) od ilości drobnoustrojów, wprowadzanych do jamy otrzewnej podczas wykonywania operacji i 2) od zachowania żywotności nabłonka otrzewnowego.

Przeciw najściu drobnoustrojów podczas dokonywania laparotomji lekarz znajduje broń w aseptyce. Skuteczność jednak tej broni jest bezpośrednio zależną od ścisłości w przestrzeganiu przepisów aseptyki. — Wśród lekarzy wogóle, chirurgów zaś francuskich w szczególności, dotychczas dają się zauważyć znaczne różnice pod względem stosowania w praktyce wymagań aseptyki. Nie można się też dziwić, że nie wszyscy zapatrują się jednomyślnie na wartość czynnej inter-

wencyi przy drażących obrażeniach brzucha. Im lekarz jest pewniejszym swej aseptyki, im więcej jest przekonanym o nieszkodliwości wykonywanych przezeń laparotomji, tem bardziej jest on skłonny do wdawania się czynnego. Przeciwnie ci, którzy nie zdołali przyswoić sobie należycie zasad postępowania aseptycznego i wskutek tego nie są dość przekonani o pomysłnych wynikach czynnej interwencyi, stają po stronie zwolenników zachowania się biernego.

Śmiało twierdzić można, że przedsięwzięcie laparotomii przy drażących obrażeniach brzucha (zwłaszcza przed wystąpieniem objawów zapalenia otrzewnej) bez skrupulatnego przestrzegania przepisów aseptyki jest nietylko bezcelowem, szkodliwem, lecz nawet wprost nielogicznym. Boć przecież głównym celem przedsięwziętego zabiegu jest zabezpieczenie ustroju przed zakażeniem. Jeżeli lekarz, chcąc zapobiedz zakażeniu, podczas dokonywania operacyi wprowadza do jamy otrzewnej znaczną ilość drobnoustrojów, postępuje on wbrew wszelkim prawom logiki i działa wprost na szkodę chorego, gdyż pogarsza znakomicie widoki wyleczenia dobrowolnego. Pewne uchybienia pod względem aseptyki mogą uść bezkarne przy dokonywaniu laparotomii z innych względów, np. w celu usunięcia guza jajnika. Lecz przy operacyach z powodu drażących obrażeń brzucha aseptyka powinna być bez zarzutu, tem bardziej, że nawet najsurowsze przestrzeganie jej przepisów nie zabezpiecza nas jeszcze od wprowadzenia do jamy otrzewnej pewnej ilości drobnoustrojów.

Jeżeli chcemy, ażeby wprowadzane podczas operacyi pomimo naszej woli drobnoustroje nie znalazły odpowiedniego gruntu do rozwoju swej zgubnej działalności, powinniśmy się starać o oszczędzanie nabłonka otrzewnowego. Zachowanie żywotności nabłonka otrzewnowego jest zależnem w znacznym stopniu od czasu, w ciągu którego jest on wystawionym na szkodliwe wpływy zewnętrzne. Im dłużej trwa operacja, połączona z wyłanianiem trzewów brzusznych, tem więcej cierpi nabłonek wskutek samego już wysychania. Na powodzenie więc laparotomii poważny wpływ wywiera szybkość, z jaką wykonywamy operację.

Laparotomia, przedsięwzięta z powodu drażących obrażeń brzucha, nastęrcza liczne trudności, które czynią z niej jeden z najmozolniejszych zabiegów. Odnalezienie i należyte

zaopatrzenie miejsc krwawiących, odszukanie wszystkich przedziurawień w przewodzie pokarmowym, założenie szwu kiszkiowego na liczne częstokroć otwory, konieczna czasem rezekcja kiszek—oto szereg trudności, którym śmiało może stać czoło jedynie chirurg należycie uzdolniony. „Żadna operacja zpośród dokonywanych w jamie brzusznej nie wymaga tyle staranności i oględności, twierdzi LAMOTHE RAMSAY, ile laparotomia, przedsiębrana z powodu drażących (postrzałowych) obrażeń brzucha; wymaga ona większego, niż jakakolwiek inna laparotomia, zasobu doświadczenia, aby należycie można było rozpoznać uszkodzenia kiszek, sieci i innych narządów, zawartych w jamie brzusznej, ponieważ przeoczenie lub zaniedbanie najmniejszej choćby rany sieci lub kiszki, może zniweczyć owoc naszych usiłowań, sprowadzając w krótkim czasie śmierć chorego z krwotoku“. Nie twierdzą, aby mniej doświadczony lekarz nie był zgoła w stanie sprostać powyższemu zadaniu, sądzę jednak, że na przewyciężenie wszystkich trudności będzie on musiał zużyć zbyt wiele drogiego czasu. Ponieważ w tego rodzaju operacjach zasada *periculum in mora*,—ma istotne znaczenie, lekarz mniej doświadczony, spełniwszy sumiennie swe zadanie, otrzymuje częstokroć w rezultacie swych mozołów wynik, który trywialnie określić można słowami: operacja się udaje, lecz chory umiera.

Nieodzownym więc warunkiem do szybkiego, zapewniającego powodzenie dokonania laparotomii przy drażących obrażeniach brzucha jest należyta wprawa w operowaniu. Do wprawy tej przeciętny chirurg dochodzi drogą ciężkich mozołów i przykrych zawodów. Kto chce do pewnego stopnia zmniejszyć sobie pierwsze i uniknąć ostatnich, ten winien pójść za radą SENN'a, RAMSAY'a i innych, którzy usilnie doradzają w tym celu eksperymentowanie na zwierzętach. Bądź co bądź ten tylko lekarz ma prawo śmiało przystępować do wdania się czynnego i liczyć na pomyślny wynik przedsiębranego przezeń zabiegu, który tą lub inną drogą zdobył sobie należyłą wprawę w operowaniu i czuje się na siłach w myśl starego orzeczenia dokonać operacji *cito, tuto et jucunde*.

Quo ad III-um. Wyżej zaznaczyłem, że jednym z kardynalnych warunków powodzenia laparotomii, przedsiębranych z powodu drażących obrażeń brzucha, jest skrupulatne przestrzeganie przepisów aseptyki. Jeżeli jednak za modłę postę-

powania aseptycznego uważać będziemy zasady, które znalazły zastosowanie praktyczne w klinice prof. BERGMANN'a i przed niedawnym czasem zostały ogłoszone światu przez SCHIMMELBUSCH'a, będziemy musieli wyznać, że ściśle zachowanie przepisów aseptyki nie jest zgoła rzeczą łatwą. Wymaga ono bowiem całego arsenału przyrządów, któremi nie każdy lekarz i nie w każdej chwili rozporządzać może. Improwizowanie w tych razach nie jest właściwem, gdyż zaimprovizowane przyrządy bynajmniej nie dają nam pewności, że wszelkie przedmioty, wchodzące w styczność z jamą brzuszną chorego mogą być w ten sposób należycie wyjałowione.

Ze względu na trudności, jakie częstokroć omawiane przypadki nastroczają lekarzowi, wykonywującemu laparotomię, nie można również pominąć milczeniem znaczenia należytej pomocy przy operacji. Nie bez słuszności bowiem twierdzi BAKER BROWN: *„in the operation much depends upon the assistants and upon the prearrangements; more depends upon the assistants almost than upon the operator“*.

Ponieważ najprzyjaźniejsze warunki do operowania według zasad aseptyki i zapewnienie należytej pomocy przedstawia dobrze urządzony oddział szpitalny, sądzę więc, że wdanie się czynne przy drażących obrażeniach brzucha przeważnie powinno być udziałem praktyki szpitalnej.

W warunkach praktyki prywatnej lekarz, zwłaszcza nie posiadający dostatecznego zasobu doświadczenia, powinien się dobrze zastanowić, zanim się zdecyduje na przedsięwzięcie laparotomii. W braku wyraźnych wskazań do wdania się czynnego, szczególnie przy obrażeniach zadanych ostrem narzędziem, lepiej on, zdaniem mojem, uczyni, zachowując się biernie. Wprawdzie postępując w myśl powyższej zasady, nie zawsze otrzyma wyzdrowienie, lecz w razie zejścia niepomysłnego uniknie przynajmniej zarzutu, że przez lekkomyślne przedsięwzięcie laparotomii przyczynił się do śmierci chorego.

Niepomysłne warunki otoczenia zewnętrznego nie tylko dla mniej doświadczonego lekarza mogą stanowić poważną przeszkodę do wdania się czynnego, lecz nawet wysoce uzdolnionego chirurga mogą skłonić do powstrzymania się od laparotomii. Za dowód niech służy charakterystyczny przypadek z praktyki VERNEUIL'a. W czasie pobytu na wsi chirurg ten został wezwany przez dwóch lekarzy prowincjonalnych do

chorego, który został ugodzony nożem w brzuch. Po przybyciu do chorego, VERNEUIL znalazł wypadnięcie zranionej pętlicy kiszkowej. Pomimo, iż oprócz zranienia wypadniętej pętlicy nie można było wykluczyć możliwości uszkodzenia innych trzewów brzusznych, VERNEUIL, wobec niekorzystnych warunków zewnętrznych, nie mógł się odważyć na dokonanie laparotomii, lecz ograniczył się jedynie do zaopatrzenia wypadniętej pętlicy. Aczkolwiek chory zmarł wkrótce, zachowanie się VERNEUIL'a wydaje mi się zupełnie usprawiedliwionem, gdyż napewno twierdzić można, że laparotomia dała by w tym razie również wynik niepomyślny.

Sądzę, że nie będzie od rzeczy, jeżeli w tem miejscu dotknę jeszcze sprawy, która w ostatnich czasach więcej niż kiedykolwiek zajmuje umysły; mam na myśli zachowanie się lekarza wobec drażących ran brzucha, zadanych podczas wojny.

Postrzały karabinowe sprowadzają bez wątpienia daleko poważniejsze obrażenia trzewów brzusznych, aniżeli te, z jakimi się zwykle spotyka chirurg w czasie pokoju. Pomimo, iż dzięki nowoczesnym udoskonaleniom broni palnej kaliber pocisków został sprowadzonym do minimum, nie mniej przeto spowodowane przez nie obrażenia trzewów, jak tego dowodzą poszukiwania BRUNS'a, HABART'a i BOGDANIKA, nie mogą iść w porównanie z ranami, pochodzącymi z postrzałów rewolwerowych. Z tego względu nie wiele można sobie obiecywać z zachowania się biernego wobec ran postrzałowych brzucha, zadanych na polu bitwy. Lecz wdanie się czynne uzasadnione zgoda z teoretycznego punktu widzenia, w warunkach praktyki polowej napotyka na poważne, prawie niemożliwe do przezwyciężenia przeszkody. Trudność w wytworzeniu odpowiedniego pomieszczenia, w którem można by było w najbliższej odległości od linii boju wykonywać laparotomie z zachowaniem wymagań społecznych, szybkie przesuwanie oddziałów walczących, wielka ilość ranionych i co za tem idzie nadmierne zapotrzebowanie pomocy lekarskiej, brak odpowiednio wykwalifikowanych chirurgów—oto szereg szkopułów, o które rozbijają się wszelkie projekty, mające na celu zapewnienie należytej pomocy zranionym z postrzałami brzucha.

Zbyt daleko zaprowadziło by mnie szczegółowe roztrząsanie rozmaitych poglądów na możliwość stosowania w praktyce polowej, zasady czynnej interwencji. Nie mogę się je-

dnak powstrzymać od przytoczenia jednego ustępu z chirurgii polowej PIROGOFF'a, który zdaniem mojem dosadnie maluje warunki działalności lekarskiej na polu bitwy: „Wystawcie sobie, mówi PIROGOFF, tysiące ranionych, którzy przez dzień cały przybywają na stację opatrunkową w towarzystwie mnóstwa zdrowych; próżniacy i tchórze pod pokrywką litości i miłości bliźniego zawsze są gotowi do podobnej posługi. Tym sposobem stacja opatrunkowa szybko zapełnia się ranionymi; cała podłoga (jeżeli stacja opatrunkowa znajduje się w przestrzeni zamkniętej) zostaje nimi założona; zdejmują ranionych z nosz jak się zdarzy; wkrótce i cała okolica zostaje zapełnioną przez ranionych, tak że dostęp do stacji opatrunkowej staje się trudnym. Wśród ścisku i chaotycznego zamętu słychać tylko krzyki, jęki i ostatnie rżenia umierających. Pomiędzy ranionymi kręca się zdrowi—towarzysze, przyjaciele lub po prostu ciekawi. Tym czasem mrok zapada; ponurą scenę oświetlają pochodnie, latarnie i świece; lekarze i felczerzy biegają od jednego ranionego do drugiego, nie wiedząc komu z początku przyjść z pomocą, gdyż każdy z jękiem i krzykiem woła do siebie“. Czyż wobec tych warunków, tak barwnie skreślonych przez PIROGOFF'a, można myśleć choćby już tylko o należytem rozsegregowaniu chorych i szybkim wyeksperymentowaniu zranionych z postrzałowemi obrażeniami brzucha do najbliższego szpitala, gdzie wdanie się czynne może być uskutecznione ze słabą przynajmniej nadzieją powodzenia. A przecież w tego rodzaju przypadkach już kilkugodzinna zwłoka czasu wyrokuje poniekąd o życiu i śmierci chorego.

Mając na względzie wysoce niekorzystne warunki do wdania się czynnego przy drażących obrażeniach brzucha, zadanych na polu bitwy, mniemam, że wbrew wszelkim teoretycznym wywodom i wynikom doświadczenia zdobytego w czasie pokoju, metoda wyczekująca w przyszłej wojnie z konieczności będzie stosowaną na szeroką skalę, aczkolwiek wynikiem stosowania tej metody, naprzód to twierdzić można, będzie najczęściej śmierć chorego.

Streszczając to, co wyżej powiedziałem, pozwolę sobie wypowiedzieć następujące wnioski ogólne, zastrzegając jednak, że bynajmniej nie wyczerpują one sprawy zachowania się lekarza wobec drażących obrażeń brzucha:

1) w przypadkach ran zadanych narzędziem ostrem, w braku objawów wskazujących na konieczność czynnej interwencji, lekarz zwłaszcza mniej doświadczony, lub też znajdujący się w warunkach niekorzystnych pod względem aseptyki i pomocy przy operacji, ma uzasadnione prawo powstrzymać się od laparotomii i liczyć na możliwość wyleczenia dobrowolnego.

2) w przypadkach ran postrzałowych, zwłaszcza gdy od chwili zranienia upłynęło nie więcej niż 4 godziny czasu, doświadczony chirurg, działający w pomyślnych warunkach oświetlenia, śmiało może przystępować do otwarcia brzucha nawet wobec braku wszelkich objawów i ma zupełne prawo liczyć na pomyślny wynik przedsiębranego zabiegu.

3) Przy drażących obrażeniach brzucha bez względu na sposób zranienia występują czasem, wprawdzie rzadko, bezpośrednio po zranieniu objawy, wskazujące bezwarunkowo na konieczność wdania się czynnego, które jednak tylko wtedy zapewnić może powodzenie, gdy zostanie dokonane w warunkach odpowiednich.

4) Wyniki laparotomii, przedsiębranych wobec wyraźnych objawów zapalenia otrzewnej są wogóle niepomyślne; wdanie się czynne może być jednak usprawiedliwionem, jeżeli zasób sił chorego daje słabą choćby nadzieję pomyślnego wyniku operacji.

5) Nieprzyjazne warunki praktyki polowej przemawiają na niekorzyść czynnej interwencji, aczkolwiek zachowanie się bierne, stosowane na polu bitwy z konieczności, nie może również zapewnić widoków powodzenia.

Przechodzę obecnie do techniki operacyjnej.

(d. n.)

O ZERWANIU ŚCIĘGNA GŁOWY DŁUGIEJ MIĘŚNIA DWUGŁOWEGO RAMIENIA

Podał

A. Ciechomski.

[patrz tablicę I-szą].

Zerwanie ścięgna samoistne, a więc przez czynność samego mięśnia powstające, jest zjawiskiem w ogóle dość rzadkiem. Pomijając przymiot i inne długotrwałe choroby ogólne, na które nieraz powoływano się jako na przyczynę owego uszkodzenia, pozostaje cały szereg spostrzeżeń, dotyczących ludzi zupełnie zdrowych, w których przyczyny szukać należy nie tyle w pewnej wiotkości ścięgna, ile w szybko powstającym, nadmiernym lub nieprawidłowym skurczu samego mięśnia. Z zestawienia ogłoszonych przypadków sądzićby należało, że ścięgno głowy długiej m. dwugłowego ramienia rzadziej aniżeli inne ulega zerwaniu. Tymczasem zdaje się, że u ludzi ciężko pracujących, a podnoszących znaczne ciężary, uszkodzenie to częściej być musi. Przypuszczenie swe opieram na niewielkiej zresztą liczbie spostrzeżeń, w których przypadkowo zupełnie u robotników fabryki żelaznej znajdowałem m. dwugłowy prawego ramienia zupełnie zwioteczały i poczęści zanikły w porównaniu z lewym, a wywiady wykazywały nagłe osłabienie ręki przed kilku laty naskutek dźwignięcia jakiegoś ciężaru. Oczywiście mogło być tutaj zerwanie ścięgna m. dwugłowego, które człowiek, mało zwracający na siebie uwagi, poczytał za nadmierny wysiłek ręki. W literaturze naszej nie znalazłem opisu tego uszkodzenia; w obcej, a dostępnej mi, pisano o niem dość dużo, choć niestety, niezawsze dokładnie i treściwie.

Z tego względu, zastrzegając sobie pobłażliwość czytelnika, śmiem podać przypadek niniejszy, bądź co bądź nie wyróżniający się niczem od innych, a co najważniejsza nie leczony radykalnie za pomocą szwu.

Usiłowałem przedewszystkiem wyraźnie zaznaczyć cechy rozpoznawcze, a mówiąc o teorii i mechanizmie samego uszkodzenia, starałem się uniknąć sprzeczności, jakie w tej sprawie na każdym kroku w literaturze spotkać można.

J. S. lat 33, prawnik, w d. 13 Maja 1887 r. siedząc przy stole z prawą stroną tułowia zwróconą więcej ku przodowi, z ręką prawą odsuniętą od tułowia, zgiętą w przegubie łokciowym prawie pod kątem prostym i opartą na stole, próbował się z jednym ze swych kolegów, podobnie siedzącym, a trzymając dłoń jego, usiłował ruchem nawrotnym przedramienia wywrócić rękę przeciwnika.

Przy 2-giej dość gwałtownej próbie uczuł nagle ból w ramieniu i zauważył natychmiast jakby obrzmienie w dolnej jego części.

Mężczyzna dobrze odżywiany z układem mięśniowym znakomicie rozwiniętym, od dzieciństwa cieszył się jaknajlepszym zdrowiem; przed dwoma tylko laty chorował na uporczywą zimnicę.

Na drugi dzień po wypadku spostrzegłem następujące zmiany:

1) Wylew krwawy podskórny, wielkości $1\frac{1}{2}$ ctm. kwadratowego na przedniej powierzchni ramienia na granicy górnej trzeciej części ze średnią.

2) Brak górnej części wrzeciona, jakie tworzy głowa długa m. dwugłowego ramienia i widoczne zapadnięcie się w tem miejscu powierzchni kończyny.

3) Mięsień należący do głowy długiej opuścił się ku przegubowi łokciowemu, tworząc ponad nim niekształtny guz całkowicie zmieniający postać dolnej trzeciej ramienia.

4) Zupełne zwiótczenie głowy długiej w porównaniu z krótką.

5) Ruch wyrotny i siła zginania przedramienia znacznie zmniejszona.

6) Przy zgięciu przedramienia pod kątem ostrym mięsień dwugłowy na prawej kończynie zbiega się pośrodku, tworząc prawie kulę, gdy tymczasem lewy zachowuje postać jajowatą,

w tych warunkach wiotkość pierwszego zwraca jeszcze większą na siebie uwagę.

7) Przy ustawieniu kończyny poziomo i zgięciu łokcia pod kątem prostym lub ostrym skurczony mięsień prawy wyraźnie zwisa ku dołowi, podczas gdy lewy zachowuje zwykłe swoje położenie.

8) Wreszcie prąd przerywany, skierowany na przyczep lub przebieg ścięgna głowy długiej, zupełnie nie działa na zewnętrzną część mięśnia (ostatni ten objaw sprawdził kol. GAJ-KIEWICZ).

Załączona tablica przedstawia opisanego chorego podczas spokoju (*fig. 1*) i skurczu mięśnia dwugłowego (*fig. 2*.)

Chory nie zgodził się na zeszytanie ścięgna; zastosowałem mu opaskę zwykłą wraz z unieruchomieniem kończyny, a po kilku tygodniach zaleciłem mięsienie.

Po upływie roku niewielki w ogóle ból przy ruchach znikł zupełnie; zniekształcenie dolnej połowy ramienia nieco się zmniejszyło, wreszcie dzwiganie przedramienia stało się łatwiejszem.

Po 3-ach latach kształt ramienia prawego zawsze różnił się od lewego; mięsień wolny nie spadał jak niegdyś, lecz unosił się nad przegubem łokciowym na szerokość dwóch palców, skurczony zaś zbiegał się więcej niż lewy i prawie kulisto. Jędrność m. prawego większa niż przedtem, zawsze jednak była mniejszą od lewego. Nakoniec siła w zginaniu przedramienia jeszcze nie powróciła do dawnego swego stanu.

Pomijając pisma nieśmiertelnego GALEN'a, pierwsze więcej dokładne spostrzeżenia, dotyczące zerwania ścięgna Achillea, więzu rzepkowego właściwego i ścięgna m. czworogłowego uda, znaleźć można w pierwszej połowie XVIII-gostulecia.

J. L. PETIT i RÉGEARD, później ROUSSILLE CHAMSEREE i FAGUER w owym czasie pisali o tym przedmiocie, nie rozróżniając stanowczo zerwania mięśnia od zerwania ścięgna, zgodnie z pojęciem starożytnych greckich i rzymskich autorów.

Dopiero SEDILLOT, na początku bieżącego stulecia, rzecz tę na podstawie spostrzeganych przypadków i doświadczeń gruntownie opracował, cechując zarazem uszkodzenia mięśni i uszkodzenia ścięgien.

Od tej chwili spostrzeżenia stają się liczniejsze, a dosyć dokładne wzmianki nawet w podręcznikach chirurgicznych znajdujemy.

Już w 1842 r. DEMARQUAY podał 14 przypadków zerwania ścięgna m. wyprostnego goleni, NELATON w roku 1844 przytoczył 49 rozmaitych uszkodzeń mięśni i ścięgien; później MALGAIGNE, BINET i WESTPHAL liczbę opisów znakomicie powiększyli.

Podskórne uszkodzenie mięśnia lub ścięgna powstać może wskutek działania przyczyny z zewnątrz jak również wewnątrz ciała. Ciężkie przejechanie, odłam granatu, uderzający po odbiciu się, może nieraz zmiążdżyć mięsień bez uszkodzenia skóry. Przyczyna wewnętrzna polega na gwałtownym i mocnym skurczu mięśnia, który trafił na nieprzepartą przeszkodę; wówczas rozciągnięta część mięśnia lub ścięgna rozdziela się pod działaniem siły, przewyższającej bezwzględną wytrzymałość tkanki. Takie tylko uszkodzenia będziemy rozumieli jako zerwania w ścisłym tego wyrazu znaczeniu. Zerwanie mięśnia może nastąpić 1^o w samej istocie mięsnej, 2^o na połączeniu ścięgna z mięśniem, 3^o w samym ścięgnię, 4^o wreszczenia miejscu przyczepu mięśnia lub ścięgna do kości. SEDILLOT wśród 21 przypadków znalazł 13 razy zerwanie 2-ej kategorii i 8 razy 1-szej. Nieraz pęka osłona mięśnia czyli omięsna zewnętrzna, wskutek czego wytwarza się przepuklina mięsna, zdarza się to najczęściej właśnie na głowie długiej m. dwugłowego ramienia; nareszcie rwą się i pochwyścięgniste, np. na mięśniach wyprostnych palców rąk, wówczas ścięgno wychodzi z właściwego kanału fugą zwanego.

W ogóle rzecz można zerwania mięśni lub ścięgien zdarzają się najczęściej u osób w średnim i podeszłym wieku, których tkanki straciły swą sprężystość, czy to wskutek długotrwałych cierpień, czy też z powodu mniej lub więcej posuniętego zaniku.

W chwili uszkodzenia chory doświadcza nieznacznego bólu, jakby od gwałtownego uderzenia, któremu nieraz towarzyszy uczucie trzaśnięcia; spostrzega natychmiast zagłębienie, powstałe przez skurcz mięśnia i oddalanie się końców zerwanych, wreszcie zwraca jego uwagę upośledzenie w czynności kończyny.

Nie wszystkie ścięgna i mięśnie ulegają zerwaniu w równej co do częstości mierze. Najczęściej rwie się ścięgno Achillesa, później czworogłowy uda, trójgłowy i dwugłowy ramienia, naramienny i prosty brzucha.

Pomijając inne, chcę obszerniej pomówić o zerwaniu ścięgna głowy długiej m. dwugłowego ramienia.

Podług BARDENHEUER'a zerwanie ścięgna m. dwugłowego widzieć się nieraz daje jako powikłanie przy zwichnieniu ramienia, dalej przy odłamaniu obu guzików kości ramieniowej, jak również przy złamaniu górnego końca ramienia, wreszcie zdarza się jako uszkodzenie samoistne bez żadnych powikłań. Ścięgno to najchętniej odrywa się od miejsca swego przyczepu, t. j. od górnego brzegu dołka stawowego łopatki. HAMILTON ¹³⁾ twierdzi, że podczas gdy zwichnienie ścięgna m. dwugłowego jest powodem przemieszczenia główki kości ramieniowej ku przodowi i ku górze (co dzięki przypadkowi opisanemu przez SODEN'a, zdaje się nie ulegać wątpliwości, gdyż sekcja potwierdziła przypuszczane za życia przemieszczenie główki), to zerwanie ścięgna głowy długiej nie pociąga za sobą takiego przemieszczenia główki kości ramieniowej, jak tego dowodzi następujący przypadek, obserwowany przez H., w którym niewątpliwie jednak nastąpiło rozerwanie ścięgna: pewien majtek, podczas gdy z siłą popychał huśtawkę, nagle uczuł gwałtowny ból na 4½ ctm. poniżej wyrostka barkowego wraz z jednoczesnem jakby trzaśnięciem w tem miejscu. Nazajutrz spostrzeżono siniak w górnej części ramienia i zwiotczenie głowy długiej m. dwugłowego. Po 8-u miesiącach znaleziono, iż mięsień ten wyraźnie jest skrócony i zupełnie miękki podczas zginania przedramienia, a jednak przemieszczenia główki nie zauważono. BARDENHEUER ¹²⁾ przytacza 2 przypadki uszkodzenia ścięgna i 3 przypadki rozerwania m. dwugłowego. 1-szy wskutek upadnięcia na grzbiet zgiętej w stawie napiętkowym dłoni przy wyprostowaniu przedramienia. W 2-m było przyczyną mocne podniesienie ręki. 3-ci dotyczy strażaka, który chciał gwałtownie dźwignąć ciężką drabinę wyprostowaną kończyną. W 4-m uszkodzenie nastąpiło podczas podnoszenia przez atletę ciężaru na dłoni przy wyprostowanej i wyciągniętej kończynie. Ostatni wreszcie przypadek dotyczy filologa, który zgiętą ręką chciał rzucić kulę w kręgielni.

W 1-y m z nich znaleziono objawy następujące: główka kości ramieniowej wysunięta mocno ku górze i ku przodowi; w okolicy guzika mniejszego—ból wzmagający się przy ucisku, jak również podczas wykręcania kończyny nazewnątrz, obok tego wyczuć tu można miękkie jakby trzeszczenie. Zaburzenie w czynności ramienia wogóle nieznaczne, które raczej na karb bólu złożyć by można. Najbardziej uderzającym objawem było to, że zginanie przedramienia na prawej, przedtem mocniejszej stronie, terazo wiele słabsze, a sam mięsień wyraźnie zwiotczały opuścił się głęboko ku dołowi. Przy nawrotnem ustawieniu przedramienia zginanie jego o wiele łatwiejsze aniżeli przy wywrotnem, ostatnie wreszcie jest bolesne z uwagi na pociąganie uszkodzonego mięśnia. W 2-m przypadku objawy były prawie te same. Główka ramienia wysuwa się ku przodowi; rowek międzyguzikowy bolesny na dotyk; podczas wykręcania kończyny nazewnątrz, obok bolesności można wyczuć miękkie, podłużne pasmo, które odpowiada ścięgnu m. dwugłowego, a porusza się ono ponad guzikiem mniejszym, sprawiając łagodne tarcie. Czynność kończyny nietyłe upośledzona, ile bolesna przez czas b. długi.

Rozpatrując wszystkie trzy powyższe przypadki, musimy przyjść do wniosku, że głównem uszkodzeniem tutaj było zerwanie ścięgna m. dwugłowego prawdopodobnie na miejscu jego przyczepu obok możliwego przerwania się torebki stawowej.

W przypadku HAMILTON'a niema mowy o przemieszczeniu główki ramienia, lub też o zboczeniu ścięgna m. dwugłowego, natomiast kształt i konsystencya mięśnia obok zaburzeń czynnościowych, wyraźnie przemawiają za oderwaniem się górnego jego przyczepu.

W obu przypadkach BARDENHEUER'a wysuwanie się główki ramienia ku przodowi i ku górze daje się wytłomaczyć przez przerwanie się torebki stawowej, towarzyszące zerwaniu się ścięgna. To ostatnie stwierdzają liczne objawy zewnętrzne i czynnościowe, na co wreszcie sam autor zwraca należyta uwagę.

W celu bliższego poznania przyczyn, jako też i mechanizmu samego uszkodzenia, nie od rzeczy będzie przytoczyć, oprócz wyżej odnotowanych przypadków BARDENHEUR'a i HAMILTON'a, nieliczne przypadki, które dotychczas opisano. Niektóre z nich czerpię z gruntownej pracy MAYDL'a, ¹⁾ w której

znaleść też można skrzętnie zebraną statystykę podskórnych zerwań wszystkich mięśni i ścięgien.

KRABEL opisuje 37-letniego strażaka, który przy podnoszeniu ciężkiej drabiny uczuł nagle jakby usunięcie się czegoś i trzaśnięcie w prawem ramieniu. Uległo wówczas zerwaniu ścięgno głowy długiej, mięsień opadł ku dołowi, obwód prawego ramienia na środku jego długości znacznie powiększył się w porównaniu z lewem, wymiar ten wzrastał podczas zginania przedramienia *resp.* skurczu mięśnia, sam zresztą mięsień doskonale wyczuwał się na wewnętrznej powierzchni ramienia.

ASHHURST widział 35-letniego mężczyznę, który, padając z wozu, oprócz zranienia głowy uległ, niewiadomo jakim sposobem, zerwaniu mięśnia dwugłowego. Nieznacznym wylew podskórny na ramieniu, trudno było uważać jako wynik bezpośredniego obrażenia. Obie części mięśnia dokładnie można było wyczuć przez skórę, a znajdowały się one w odległości $1\frac{1}{2}$ ctm. od siebie. Zginanie przedramienia b. utrudnione.

NANCREDE spostrzegł u 60-letniego mężczyzny podskórne zerwanie mięśnia dwugłowego, prawdopodobnie głowy długiej, która cofnęła się ku górze. Uszkodzenie to powstało podczas gwałtownego poruszenia ręki w chwili upadnięcia z taczakami; czynność kończyny upośledzona.

PONCET widział u siostry szpitalnej, której przed 6-laty wycięto guz, usadowiony na wewnętrznej powierzchni ramienia, zerwanie mięśnia dwugłowego podczas gwałtownego podnoszenia ciężaru, przy lekkim zgięciu przedramienia.

UHDE podaje opis 43-letniego żołnierza, który podczas ćwiczeń na bagnety, chcąc zadać pchnięcie przeciwnikowi, uczuł jakby trzask w prawem ramieniu. Ręka natychmiast zwisała i nie była w stanie utrzymać karabina. Obie zerwane głowy mięśnia dwugłowego spadły ponad staw łokciowy, tu łatwo je było wymacać jako sflaczałą masę. Na miejscu zerwania spostrzeżono zagłębienie szerokości 3-ch palców.

VIRCHOW widział w Charité zerwanie części mięśnia zaraz nad dolnym przyczepem, które powstało w chwili obłędu opilczego u mężczyzny. Urwany mięsień uniósł się ku górze, tworząc obrzmienie, znikające pod wpływem dłuższego ucisku.

HUETER znalazł zerwanie ścięgna głowy długiej u studenta, który podczas fechtunku uczuł nagły ból w ramieniu.

SAUSON przytacza rozerwanie częściowe mięśnia, jako skutek podnoszenia ciężaru z ziemi. Wśród innych objawów zauważono wówczas obrzmienie ramienia jak również utratę czucia w 4 i 5-yh palcu.

NELATON raz tylko widział zerwanie mięśnia dwugłowego w szpitalu St. Louis.

JARJAWAY, opierając się na obrzmieniu i wyraźnym podskórnym wylewie rozpoznał częściowe zerwanie głębokich włókien mięśnia.

BROCA przytacza uszkodzenie częściowe jako skutek mocowania się przy odchyleniu ku tyłowi ramieniu.

CEPPI spostrzegł częściowe rozerwanie lewego mięśnia dwugłowego, które powstało podczas usiłowań podniesienia ciężaru; górny odcinek wytworzył wyraźny guz.

REGARD opisuje także rozerwanie pośrodku prawego ramienia, lecz zamiast obrzmienia zauważył zagłębienie z wylewem krwawym podskórnym.

MONKS ²⁾ ogłosił 4 przypadki zerwania ścięgna głowy długiej u starych osobników z usposobieniem gościcowem. Autor zwraca uwagę na tak zwany objaw HUETER'a mianowicie nieemożność zginania przedramienia przy ustawieniu w położeniu wywrotnem (*supinatio*).

HIRN ³⁾ i KELCH ⁴⁾ mówią o zerwaniu ścięgna zaraz pod stawem barkowym u 50-cio letniego mężczyzny, który kopnął dół.

JEFREMOWSKIJ opisał przed kilku laty przypadek zerwania ścięgna głowy długiej u żołnierza, który rzucił kamień w górę.

BARĄCZ opowiedział na zjeździe chirurgów w Krakowie przypadek następujący: 50-letni stolarz, dźwignąwszy ciężką szafę, uczuł nagle ból w lewym ramieniu. Natychmiast po wypadku zauważono obrzmienie i bolesność w górnej części ramienia. Zginanie przedramienia upośledzone; podczas tej czynności kształt ramienia nie ulega żadnej zmianie, tymczasem na zdrowej kończynie kurczący się mięsień tworzy twardą kulę. B. rozpoznał zerwanie głowy długiej mięśnia dwugłowego.

JAWDYŃSKI w szpitalu na Pradze spostrzegł w r. 1891 dwa następujące przypadki:

1-szy z nich dotyczy 56-letniego wyrobnika, który, podnosząc z ziemi jakiś ciężar, uczuł nagle ból w lewym ramieniu. Badanie wykazało wypukłość na środku lewego ramienia w kształcie kuli, ku górze wyraźnie odgraniczonej, brak górnej części wrzeciona, jakie tworzy mięsień dwugłowy, wreszcie upośledzenie wyraźne w zginaniu przedramienia. Chory nie zgodził się na zeszytowanie ścięgna.

W przypadku 2-m 57-letni ślusarz nie wie nawet, kiedy uszkodził sobie rękę prawą, zgłosił się zaś do szpitala z powodu bólu, jakiego doświadcza w środkowej części ramienia. Przy badaniu znaleziono w okolicy rowka dwugłowego twarde guzik wielkości orzecha włoskiego bolesny przy obmacywaniu.

Podczas operacji przekonano się, że guzik ów stanowi urwane i złożone w kilkoro ścięgno mięśnia dwugłowego. O wyprostowaniu jego mowy być nie mogło z uwagi na mocne zrośnięcie się fałd ścięgna. Po wycięciu guzika bóle w ramieniu znikły zupełnie.

Jeżeli dodamy do tego spostrzeżenia ogłoszone ostatnimi czasy przez MEISNER'a ⁶⁾ SOMMERBRODT'a ⁷⁾ i v HOCHSTETTER'a ⁸⁾, a dotyczące zerwania ścięgna głowy długiej, wreszcie przypadek obustronnego zerwania mięśnia dwugłowego w dolnej trzeciej jego części opisany przez WILSON'a ⁹⁾, to, zdaje się, wyczerpiemy całą kazuistykę omawianego tu uszkodzenia.

Wykluczając wszelkie bezpośrednie obrażenia, a przypuszczając jedynie skurcz mięśnia jako przyczynę zerwania, łatwo dojdziemy do przekonania, że w wyżej przytoczonych przypadkach najczęstszą przyczyną było nagle zgięcie przedramienia przy podnoszeniu ciężkich przedmiotów, co szarpnięciem nazwać się godzi; rzadziej już, bo 2 razy tylko, nastąpiło zerwanie podczas upadnięcia na ziemię, tyleż razy podczas fechtunku, raz tylko wskutek mocowania się na rękę, wreszcie w jednym przypadku podczas drgawek z powodu obłędu opilego.

Do omawianej grupy niepodobna zaliczać zerwań ścięgna głowy długiej u starych ludzi z tak zwanem usposobieniem gośćcowem, jak również zerwań, które powstały podczas zwi-

chnięcia ramienia, tu bowiem obok skurczu mięśniowego inne jeszcze przyczyny doniosłe mają znaczenie.

Przechodząc do etiologii zerwania mięśni, ścięgien i ich przyczepów kostnych należy odróżniać:

I. Zerwania powstające podczas czynności samego mięśnia, przy czem może uleść zerwaniu albo sama istota mięśnia, albo ścięgno, albo przyczep jego.

Musimy tu przedewszystkiem zaznaczyć różnicę zachodzącą w powstawaniu zerwania mięśni, a ścięgien i kostnych przyczepów mięśniowych. Mięsień rozrywa jego własna siła, ścięgno zaś lub przyczep kostny zostają rozerwane wskutek skurczu odpowiedniego mięśnia. Pierwszy rozrywa się pod wpływem siły, powstającej w nim samym, te zaś jako tkanka nieczynna nie są w stanie rozwinąć w sobie siły, potrzebnej do przerwania ich ciągłości; siła ta powstaje nazewnątrz tych tkanek, a jest nią gwałtowny skurcz danego mięśnia.

O ile to ostatnie jest zupełnie zrozumiałe, o tyle rozrywanie się mięśnia pod wpływem własnego skurczu wymaga pewnych objaśnień. Istotnie gdybyśmy postanowili, iż uszkodzenie samego mięśnia może powstać pod wpływem jednostajnego jego skurczu, to zmuszeni byłibyśmy przypuszczać, że mięsień, kurcząc się, jest w stanie rozwinąć siłę, przewyższającą spójność i wytrzymałość jego włókien, musielibyśmy przyjąć za zasadę, iż ta sama siła, która zbliża ku sobie przeciwległe bieguny włókien mięsnych, może jednocześnie oddalić ich od siebie, a więc włókna te rozerwać. Wobec oczywistej nie logiczności takiego przypuszczenia nie pozostaje nam nic innego, jak uciec się do hipotezy t. z. niejednoczesnych skurczów (*asynchronische Contraction*) podług której, podczas gdy pewna część włókien się kurczy, inne włókna tegoż mięśnia pozostają w spokoju; oczywiście włókna nieczynne mogą natomiast uleść zerwaniu.

Wielu autorów upatruje w skurczu najczęstszą przyczynę uszkodzeń mięśnia.

LOSSEN tłumaczy rozerwanie ścięgna mięśnia czworogłowego uda, rzepki i więzu rzepekowego—jedynie gwałtownym i mocnym skurczem.

VOLKMANN, BEGER, LOCKHART, CLARKE, HAMILTON i PITHA w zupełności podzielają to zapatrywanie, objaśniając tym tylko sposobem spostrzegane przez się przypadki.

Inni znowu za przyczynę zerwań uważają działanie antagonistów podczas skurczu mięśnia.

REYDELLET uszkodzenie mięśnia czyni zależnem od skurczu pewnej liczby włókien, lub całego antagonisty. Czynność bowiem jego powoduje rozciągnięcie włókien danego mięśnia, te zaś, nagle kurcząc się, mogą uleść zerwaniu, jeśli nie posiadają dość siły. Podobnie sądzą DUPUYTREN i GRAEFE.

ROULIN utrzymuje, że i skurczony mięsień może być rozerwany, jeżeli podczas skurczu jego występuje większa przeciwdziałająca siła antagonisty.

GUSSENBAUER mówi: rozciągnięcie i rozerwanie istoty mięsnej spostrzega się dość często, jeśli mięsień w chwili największego swego skurczu doznaje jeszcze rozciągnięcia, co się często zdarza podczas skoku lub podnoszenia ciężarów. Rozdarcie się mięśnia przez skurcz jego własny—może powstać wówczas tylko, jeżeli tkanka mięsna jest zwyrodniała. Na poparcie tego twierdzenia przytacza uszkodzenie zdrowych zupełnie kości pod wpływem działania mięśni, np. oderwanie wyrostka dziobiastego żuchwy podczas skurczu mięśnia skroniowego, wyrostka łokciowego na skutek działania mięśnia trójgłowego ramienia, wreszcie kości piętowej przez mięsień ikrowy.

Podług NELATON'a włókna mięsne skurczone mogą uleść rozdarciu, jeżeli siła mechaniczna, przeciwdziałająca ich skurczowi, przewyższa siłę mięśniowi właściwą; widzimy to np. podczas upadku lub złego stąpnienia, gdy mięśnie popchnięte instynktem zachowawczym gwałtownie się kurczą.

Zdanie to podziela LE DENTU, dodając przytem, że w owej chwili zerwanie następuje wcześniej, zanim osobnik zdoła wykonać nadmierny skurcz danego mięśnia, znakomicie powiększający jego opór wszelkiej przeciwdziałającej sile.

II. Zerwanie mięśnia powstające podczas spokoju jego. Jeżeli mięsień jest zwiedły, wówczas łatwo ulega on rozdarciu, a to naskutek a) działania antagonisty, lub b) jakiegś zewnętrznej całkiem obcej skurczowi siły. Pierwsze z tych przypuszczeń mocno popiera DELPECH, twierdząc, że jedynie uwiąd mięśnia, obok działania przeciwnika, może być przyczyną jego rozerwania.

Co do innych jeszcze przyczyn zerwania mięśni wymienić wypada.

III. Spiralne skręcenia mięśnia lub ścięgna podczas skurczu.

IV. Nakoniec—Zmiany w ośrodkach mózgodzeniowych lub w nerwach czuciowych, ztąd podążających, mogą nie dopuścić kurczenia się mięśni *resp.* stawiania oporu działającej sile.

Na drodze doświadczalnej rozstrzygnięto, że zerwanie powstaje najczęściej podczas działania mięśnia; stwierdzono również, że mięsień podczas skurczu większy stawia opór aniżeli ścięgno. Po śmierci stosunek ten wypada odwrotnie.

RICHERAND wykazał to niewątpliwie, robiąc poszukiwania na trupach mocno stężonych, naskutek drgawek przedśmiertnych. Przez gwałtowne wyprostowywanie członków osiągał zerwanie tylko mięśni nie zaś ścięgien.

MAYDL wykonał kilka prób na zwierzętach bez wyraźnego jednak skutku. Zwierzę tetanizowane za pomocą prądu elektrycznego lub zastrzyknięcia pod skórę strychniny przywiązywał za przednie nogi, jedną zaś z tylnych gwałtownie i mocno szarpał, wówczas trafiał na tak wielki opór, że nawet samego skurczu mięśni nie był w stanie przemódcz. Być może, że nie miał zwierząt odpowiadających jego sile lub, co prawdopodobniej, że pociąganie nie było wykonane z należyłą szybkością. Tymczasem przypadkowo dowiedział się, że rzeźnicy często spostrzegają zerwanie ścięgna Achillesa u świń wówczas, gdy pędząc je przed sobą i zmuszając do wolniejszego biegu, szarpia za nogę za pomocą sznurka uwiązanego powyżej ścięgna.

Mówiąc o rozpoznaniu zerwania ścięgna głowy długiej m. dwugłowego ramienia nie chcę przytaczać wszystkich na początku wymienionych objawów, pragnę tylko zwrócić uwagę na ważniejsze z nich, a dotyczące przedewszystkiem kształtu mięśnia w stanie czynnym i biernym, jak również zaznaczyć upośledzenie w czynności kończyny.

1) Po zerwaniu ścięgna głowa długa m. dwugłowego ramienia traci kształt swój wrzecionowaty i opada ku dołowi, tworząc nad przegubem łokciowym miękką guz o niewyraźnej postaci.

2) Przy zgięciu przedramienia pod kątem ostrym obie głowy mięśnia zbiegają się pośrodku ramienia, tworząc jakby kulę, szczególnie miękką na zewnętrznej stronie.

3) Ruch wywrotny przedramienia, a zwłaszcza siła zginania jego znakomicie zmniejszona.

4) Objaw HUETERA mianowicie: łatwość zginania przedramienia, gdy ono jest w stanie nawrotnym, dzięki działaniu m. ramieniowego wewnętrznego i przeciwnie niemożność czynnego zgięcia, gdy przedramię jest w stanie wywrotnym.

Co się tyczy rozerwania samego brzuśca m. dwugłowego, takie mniej więcej rozpoznawcze cechy należy mieć na uwadze.

1) Gwałtowny ból i jakby trzaśnięcie w chwili uszkodzenia.

2) Krwawe podbiegnięcie i zagłębienie w miejscu rozerwania, powiększające się przez skurcz i oddalanie od siebie zerwanych końców.

3) Zupełne zwiótczenie rozdartego mięśnia przy natężonym choćby jego skurczu.

4) Bolesność przy wyprostowaniu ręki biernem, a to przez pociąganie i rozchodzenie się zerwanych końców mięśnia.

5) Zginanie przedramienia bolesne i wogóle słabsze, zwłaszcza przy wywrotnem jego ustawieniu.

Dodać należy, że rozerwanie mięśnia dwugłowego najczęściej zdarza się zaraz ponad stawem łokciowym, jakto widzimy w 3-ch wyżej podanych przypadkach BARDENHEUER'a.

Inne mniej wybitne cechy większość autorów pomija milczeniem, już może dlatego, że nie były spostrzegane w poszczególnych przypadkach, lub wreszcie dlatego, że wyżej wymienione objawy główne całkowicie wystarczają do rozpoznania omawianego tu uszkodzenia.

Oznaczenie miejsca, w którym ścięgno zostało przerwane, nieraz połączone jest z wielką trudnością szczególnie wobec grubej warstwy podskórnej tkanki tłuszczowej. W wielu razach niepodobna jest rozstrzygnąć, czy ścięgno urwało się na miejscu połączenia się swego z mięśniem, czy też uległa rozdarcia sama istota mięsna. Nic dziwnego, że w wielu opisach nie położono wyraźnego nacisku, co uległo rozerwanju—mięsień, czy ścięgno. Mniej jeszcze nadają się do rozpoznania przypadki zastarzałe. Tu częściowy zanik mięśnia i usadowienie się gdziekolwiek ścięgna czynią wprost niemożliwem dokładne określenie. Jak dalece zbłądzić można w tych razach, nie odrzeczy będzie przytoczyć zdarzenie opowiedziane przez LE-FORT'a na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego

w Paryżu. „W okolicy m. dwugłowego lewego zauważono głęboko osadzony guz, nie zmieniający swego wyglądu przy wszelkich poruszeniach ręki. Nie przypuszczając rozerwania mięśnia, LE-FORT przystąpił do wyłuszczenia guza, który po uspianiu chorego znikł zupełnie; przecięto jednak mięsień, aby przekonać się, czy wśród niego nie ukrywa się jakiś nowotwór. Ku wielkiemu zdziwieniu pod cienką warstwą istoty mięsnej znaleziono włóknistą bliznowatą tkankę, łączącą rozerwaną niegdyś część mięśnia.

Przechodząc do leczenia uszkodzenia ścięgien w ogólności, ze zdumieniem musimy zaznaczyć, że już przed 17-u wiekami GALEN, jako lekarz gladiatorów, wielokrotnie zeszywał ścięgna. Przez olbrzymi przeciąg czasu operacja ta była zaniechana, a wskrzeszono ją dopiero niedawno, gdy LISTER opatrunk swój podał, a WOELFLER i WITZEL szew ścięgna dokładnie opracowali.

Przed nimi przy zerwaniu ścięgna m. dwugłowego ramienia stosowano zwykle tylko bandażowanie w ósemkę i zupełny spokój kończyny, zadawalniając się względną poprawą w czynności ręki po upływie znacznego dopiero czasu. BROOKE w rok po uszkodzeniu widział wyraźnie upośledzoną czynność przedramienia, a końce zerwania na cal prawie były oddalone od siebie. ASHHURST po takim leczeniu długo spostrzegał trudność w zginaniu przedramienia; OLLIER zaś po 6-iu latach znalazł jeszcze osłabienie kończyny, choć ruchy jej były zupełnie swobodne. Rozumie się, że najlepsze w tych razach bliznowate połączenie zerwanych końców nie mogło spełniać zadania ścięgna, a tembardziej mięśnia. Ze względu na niewątpliwe upośledzenie siły kończyny, pozostające na zawsze przy powyższych metodach leczniczych, zastosowanie szwu należy uważać za wielki postęp w leczeniu tych uszkodzeń.

WOELFLER ¹⁰⁾ chcąc zeszyć ścięgno, wkłówa igłę nawleczoną katgutem poprzecznie w odległości 1 ctm. od końca i wyklówa natychmiast, jeżeli wystarcza szew pojedynczy, lub też wkłówa i wyklówa kilka razy na każdym pieńku przerwanego ścięgna oddzielnie i związuje następnie końce nitek. WITZEL ¹⁰⁾ poleca najprzód na każdym pieńku zrobić po jednej pętlicy katgutowej, przewleczonej poprzecznie w odległości 1 ctm. od końców rozłączenia, za pomocą nich zbliża oba odcinki, które łączy 2-ma szwami katgutowymi, po czym związuje dopiero obie pętlice i jeżeli można zeszywa jeszcze

pochwy ścięgniste. Na ścięgnach, przebiegających odśrodkowo, odszukanie dośrodkowego końca jest czasami utrudnione, a to na skutek skurczu samego mięśnia; należy częstokroć przeciąć daleko ku górze pochwę ścięgna, aby znaleźć koniec jego dośrodkowy. W tym również celu zalecają wyciąganie pochwy wraz ze ścięgnem za pomocą ostrych haczyków, to znowu bandażowanie kończyny elastycznym bandażem lub muskanie jej w kierunku odśrodkowym.

W zastarzałych przypadkach postępowanie to nie wiele znaczy wobec zrośnięcia się zerwanego końca ścięgna z pochwą i otaczającymi tkankami, wówczas MADELUNG radzi przeciąć bliźnię pośrodku i podłużnie, a wyswobodzone ścięgno pociągać za pomocą długich półkrzywych igieł.

Jeżeli zeszyte obu końców z powodu mocnego napięcia, jak to ma miejsce przy częściowym braku ścięgna, wielce jest utrudnione, należy z jednego albo z obu końców wyciąć płatki wiszące, a więc z szypułkami na brzegu odcinków i połączyć je szwem katgutowym. Z dobrym również wynikiem uzupełniano braki kawałkami ścięgien szczeniąt lub królików. W tych nawet razach, w których końce nie zostały zupełnie połączone ze sobą, lecz tylko zbliżone, otrzymywano jednak wynik zadawalniający pod względem czynności uszkodzonego mięśnia; wówczas na miejscu braku tworzą się włókniste pasma, albo też zakończenia odcinków zrastają się, ze skórą. HAGER wobec wielkiego rozejścia się końców rozerwanego ścięgna połączył z pomyślnym skutkiem obwodowy koniec rozerwanego ścięgna ze ścięgnem innego podobnie działającego mięśnia.

W sprawie rokowania co do czynności zeszytego ścięgna obszerną podał pracę WOLTER ¹¹⁾. Opierając się na 34 przypadkach, spostrzeganych w ogólnym Szpitalu Hamburgskim, autor przychodzi do wniosku, że dla zupełnego powrotu czynności uszkodzonego ścięgna *resp.* otrzymania jego prawidłowej ruchliwości potrzeba przedewszystkiem zapewnić mu dawną jego ciągłość i zupełną jego długość, wszystko jedno, czy przez zagojenie doraźne, czy też przez tkanę bliznowatą, choćby ze współudziałem skóry. Kierunek rany i anatomiczne stosunki, wśród których przebiega ścięgno pierwszorzędną odgrywają tu rolę. Ponieważ PIROGOW, DEMBOWSKI i VOLKMANN przy czynę niedostatecznego odnowienia się ścięgna upatrują w ma-

łem jego ukrwieniu, więc dzisiejsze postępowanie z ranami, podług WOLTER'a, nie sprzyja gojeniu się ścięgien; wszelkie dokładne tamowanie krwi, drenowanie i stosowanie mocno wsiąkającego opatrunku zgubnie działa na nie. Leczenie pod wilgotnym strupem krwi, gorąco zalecane przez SCHEDE'go, autor ocenia jako wielki postęp w zastosowaniu do uszkodzeń ścięgna. Należy zatem podwiązywać tylko większe naczynia, ranę wypełnioną skrzepami krwi pokryć całkowicie silkiem, a dla odpływu nadmiernej ilości krwi pozostawić w skórze szczeliny. Opatrunek z gazy sublimowatej, waty i mchu leży przez 3—4 tygodni, choćby nawet w pierwszych dniach przesiąkł krwią, albo wydzielina krwawą. Leczenie pod wilgotnym strupem w 17-tu przypadkach, połączonych z otwarciem pochew i stawów dało wynik jak najlepszy.

Co się tycze szwu ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, to zabieg ten nie często był dotychczas wykonany, a to ze względu na rzadkość uszkodzenia. W dostępnej mi literaturze znalazłem jeden tylko przypadek v. HOCHSTETTER'a, który też pokrótce przytoczyć zamierzam.

40-letni piekarz, przyciągając znaczny ciężar, uczył nagle przy mocnem nateżeniu ból w lewym ramieniu, poczem cała ręka zdawała się być bezwładną. Niewielki ból i obrzmienie znikły po kilku dniach, tymczasem upośledzona czynność i niezwykły kształt ramienia pozostawały dłużej. Badanie w 2 miesiące po wypadku wykazało nieprawidłowe zagłębienie w okolicy górnej części głowy długiej mięśnia dwugłowego lewego przy wolnym stanie kończyny; przy skurczu zaś i zgięciu w stawie łokciowym—wrzecionowatą wypukłość na miejscu głowy krótkiej, łączącą się ku dołowi i ku zewnątrz z kulistym guzem wielkości pomarańczy. Guz ten na dotyk robił wrażenie opróżnionej torbieli; od górnego jego bieguna biegła jakby chrząstkowata pręga w kierunku głowy długiej ku główce ramienia.

Siła zginania kończyny w stawie łokciowym w porównaniu z drugą stroną wyraźnie zmniejszona. Rozpoznano zerwanie ścięgna głowy długiej. Podczas operacji v. HOCHSTETTER przekonał się, że głowa długa opuściła się ku dołowi i swym górnym biegunem ledwie sięga środka głowy krótkiej, umocowana tutaj za pomocą zgrubiałej miejscami pulchnej tkanki bli-

znowanej. Wśród tej ostatniej o 3 ctm. powyżej znajdował się dolny odcinek ścięgna głowy długiej; po wycięciu blizny oswo-bodzone mięsień wraz ze ścięgnem maczugowato na końcu znie-kształconem; zgrubienie to na rozkroju poprzecznym robiło wrażenie jakby jądra 3 m.m. grubości, różniącego się od tkanki ścięgna swem szarawo-żółtem, mętne zabarwieniem i luźnem wśród niej usadowieniem. Krótkie podłużne przecięcie końca ścięgna dało możność wydobycia owego jądra $1\frac{1}{2}$ ctm. długo-ści. Po oddzieleniu mięśnia od głowy krótkiej jako też i gór-nego odcinka ścięgna od otaczającej tkanki można było, po zgięciu łokcia, z łatwością zbliżyć oba odcinki i zeszyć ich za pomocą 2 głębokich i kilku powierzchownych szwów wę-zelkowych. Po zagojeniu prawidłowy kształt mięśnia dwugło-wego powrócił, jednak lewa ręka nie dosięgła tej siły, jaką posiadała przed uszkodzeniem.

BARDENHEUER przy rozerwaniach mięśnia chociaż nie-raz zadawałniał się tylko opaską flanelową w celu zbliżenia jego końców, doradza jednak operacyjne jedynie leczenie tak w przypadkach świeżych zarówno jak i w zadawnionych. W braku odpowiedniej tkanki, a więc w razie znacznego od-dalenia się od siebie zerwanych końców, gotów jest nawet pójść za radą HELFERICH'a i zapożyczyć brakującą część mię-śnia u psa, albo lepiej jeszcze przeszczepić kawałek z tego sa-mego lub z sąsiedniego mięśnia, jak to czynił HUETER ze ścię-gnami.

Zestawiając wszystko, co powiedziano w sprawie lecze-nia zerwania ścięgna mięśnia dwugłowego, przychodzę do na-stępujących wniosków:

1^o Świeże zerwanie ścięgna mięśnia dwugłowego wyma-ga natychmiastowego zeszywania:

a) ścięgno oderwane na miejscu przyczepu swego ponad dołkiem stawowym łopatki możnaby przyszyć gdziekolwiek w tej okolicy choćby nawet do torebki stawowej.

b) zerwanie w środkowej jego części lub na miejscu po-łączenia się z brzuscem mięśnia należy zeszyć według metody WOELFLER'a lub WITZEL'a.

2^o Wobec zerwania zastarzałego postępowanie jest nieco odmiennie.

a) należy uwolnić, o ile można, przyrośnięty do otaczają-cych tkanek, koniec ścięgna i postąpić z nim jak w świeżym

przypadku, jeżeli mowa o zerwaniu górnem, lub wypreparować oba końce, jeżeli mamy do czynienia z rozerwaniem środkowym.

δ) skoro niepodobna zbliżyć obu końców, wskutek bliźnowatego ich skurczenia się, nie pozostaje nic innego, jak tylko wyciąć płatki z szypułkami na obu końcach ścięgna i zeszyć je należycie.

c) w najbardziej niepomysłnych przypadkach, gdzie większa część ścięgna została zniszczoną, można obwodowy koniec jego przyszyć do sąsiedniego ścięgna lub mięśnia, wykonywającego ruch podobny do zerwanego mięśnia.

LITERATURA.

1. MAYDL. „Über subcutane Muskel und Sehnenzerreissungen so wie Rissfracturen“. Deut. Zeitschr. für Chir. 1882 Bd. XVII Hft 3 — 6 i 1883 Bd. XVIII Hft 1—2.
2. MONKS GEORGE H. On rupture of the tendon of the long head of the biceps brachii muscle (Boston medical and surgical journal 85 Nov. 25 p. 496. Jahresbericht 1886 p. 363 (l. c.).
3. HIRN A. Zerreissung der Bicepssehne bei Luxatio humeri subglenoidalis traumatica etc. (Inaugur. Dissert. Würzburg) Jahresb. 86 (l. c.)
4. KELCH. Beiträge zur pathol. Anat. Nr. 16 (l. c.).
5. MORTON. Rupture of long tendon of the biceps muscle etc. (Philad. med. times 1886 Nov. 13 p. 120) Centralbl. 1887 (l. c.).
6. MEISNER. Zerrung der Bicepssehne (Millit. ärztlich. Ztschr. Nr. 8 S. 356) (l. c.).
7. SOMMERBRODT. Zur Kasuistik der Bicepssehne. Zerrung (Millit. ärztl. Ztschr. Nr. 11 S. 495) (l. c.).
8. HOCHSTETTER. Subcutane Ruptur des langen Kopfes des Muscul. biceps brachii, secundäre Naht (Wien. klin. Wochensch. Nr. 21 S. 399).
9. WILSON. Report of a case of rupture of the biceps muscle of both arms (Med. News. Octob. 5 p. 372) Jahresber. 89 (l. c.).
10. TILLMANN. Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie p. 372.
11. WOLTER. Über die functionelle Prognose der Sehnennaht (Langenb. Arch. Bd. 37. S. 157.).
12. BARDENHEUER. Die Verletzungen der oberen Extremitäten. I Theil. p. 575.
13. HAMILTON. Knochenbrüche und Verrenkungen. 1877 r. str. 603—607.

PRZEROSTY NABYTE I WRODZONE.

Napisał

R. JASIŃSKI

Chirurg Warszawskiego szpitala dla dzieci.

W klinice spotykamy najczęściej dwie postacie przerostu tkanek i narządów, a mianowicie: obrzmienia (*intumescensio*) i guzy (*tumor*). Najbardziej widzieć można postać trzecią to jest przerost prosty (*hypertrophia*), nie zależny ani od zapaleń ani od nowotworów.

Nie mówię tu o przerostach fizyologicznych, czyli o nadmiernem rozrośnięciu narządu danego, w skutek wzmożonej jego działalności fizyologicznej, a co za tem idzie jego funkcij odżywczych i rozrodczych. Do rzędu ich należy przerost ćwiczonych mięśni, kompensacyjny przerost serca i t. d.

Mam tu na myśli cały szereg zjawisk zupełnie odrębnych, polegających na przeroście tkanek, narządów i układów narządowych, o przyczynie dotąd niestety nie zbadanej; szereg tedy zjawisk tajemniczych, których znajomość kliniczna nie obcą być winna każdemu chirurgowi, choćby dla tego, żeby był w stanie przerosty takie rozpoznawać, od spraw podobnych odróżniać i żeby swoją niepewnością w rękowaniu nie podkopywał własnej powagi zawodowej. Zjawiska te są rzadkie, ale to nie stanowi dowodu, żeby ich każdy z nas w życiu nie spotkał; niechaj więc nie będą dla nas rzeczą zupełnie obcą. Z drugiej strony, zdaniem mojem, powinniśmy uważać za swój obowiązek przypadki takie badać i opisywać,

aby dać możność innym doszukiwania przyczyny, oraz rozświetlania istoty owych zagadek klinicznych.

Przerostem (*hypertrophia*) nazywam wynik wzmożenia nutrycyi normalnej w tkankach. Wynik ten przedstawia się jako istotny przybytek istoty organicznej bez zmian w budowie i w wartości tkanek. Powiększenie objętości pierwiastków anatomicznych łączy się tu niewątpliwie z pomnożeniem ich ilościowym, a więc przerost z rozrostem (*hyperplasia*). Pomijam najczęstsze postacie tej heterochronicznej sprawy w narządach i tkankach o rozległej skali czynnościowej jak: wątroby i innych gruczołów, oraz mięśni, macicy, nerki i t. d. Chcę mówić tylko o takich przerostach, które jak to już wyżej wspomniałem, niewiadomo z kąd powstały, istotą swoją w niczem się nie różnią od wzrostu zwyczajnego, chyba tylko heterochronią, a dotyczą tkanek mniej ważnych; nie wiążą się więc ze wzmożeniem pewnych funkcji ustroju.

Wiemy jak ważnym czynnikiem pobudzającym odżywianie i rozrost jest czynność szczególna, czyli funkcya fizyologiczna danej tkanki, wiemy że wzmożenie tej ostatniej jest najczęstszym powodem przerostu. Otóż w postaciach klinicznych, któremi mamy się zająć, ta czynność szczególna pierwiastków anatomicznych wcale wzmożoną nie została, uległa tylko wzmożeniu dostawa miejscowa lub ogólna materiału odżywczego. Dla czego, z jakiego powodu? tego zupełnie nie wiemy.

Przerosty tej kategorii bywają wrodzone i nabyte. Tak jedne jak i drugie mogą być ogólne (olbrzymiość) lub częściowe (olbrzymie palce, kończyny, napletek i t. d.). Olbrzymienia częściowe symetryczne najczęściej bywają nabyte (*acromegalia*, *makromastia*). Jedne są trwałe i nieuleczalne (np. *acromegalia*), drugie czasowe a więc uleczalne (np. *makromastia*). Takie różne postacie przerostu miałem sposobność spostrzegać osobiście i dla tego postanowiłem zestawić je, choćby jak najpobieżniej, trzymając się rozmiarów zwykłego wykładu klinicznego.

a) Acromegalia.

Spostrzeżenie I.—Wdowa po jednym z lekarzy Warszawskich zgłosiła się do mnie w roku 1882 z bliską krewną swoją, panną *, lat 19 czy 20 liczącą, która przy dość umiarkowanym skrzywieniu bocznem kręgosłupa (*scoliosis dorsalis dextroconvexa*, *lumbalis sinistroconvexa*) cierpiała na bóle w boku prawym,

szczególniej po dłuższym chodzeniu, staniu lub siedzeniu bez oparcia. Osoba ta poprzednio, to jest do 15 roku życia była stosunkowo zdrową, szczupłą, prostą i zręczną. Od tego czasu, a więc od lat czterech, zauważono pewną wzrastającą powolność oraz stopniową utratę wdzięku i zręczności w ruchach, krzywe trzymanie łopatek, pochylanie głowy oraz zupełną zmianę rysów twarzy. Miesiączkowanie stało się w ciągu roku bardzo skąpem. Opieszałość usposobienia zaczęła uderzać osoby otaczające chorą, które też dostrzegły, iż mowa jej stała się nadzwyczaj powolną, a głos wyraźnie niższym, prawie męzkim.

Gdy chorą pierwszy raz widziałem, dostrzegłem w niej znaczny stopień kyfoskopiozy. Całe barki wraz z głową pochylone ku przodowi, tak jak u starców; prawa łopatka nieco podniesiona tak, że jest o 2 centymetry bliżej wyrostka ciernistego siódmego kręgu szyjowego niż lewa, a kąt jej dolny o 3 centymetry dalej od linii wyrostków ciernistych grzbietowych niż kąt dolny łopatki lewej. Gdy prawy bark wraz z łopatką usuwamy ku zewnątrz i ku górze, to wiadać, że pod nim znajduje się wyraźny garb żebrowy prawy nie zbyt wypukły. Skutkiem tego pojawił się i garb żebrowy grzbietowo-łędźwiowy lewy, utworzony przez kilka żeber dolnych i masy boczne lewe kręgów łędźwiowych. Wobec tych zmian płaska wydaje się być lewa połowa tylnej ściany klatki piersiowej, a po nad grzebieniem kości biodrowej prawej widać fałdowate zakłębienie łędźwi, przez co w pierwszej chwili zdawałoby się mogło że prawe biodro stoi wyżej niż lewe.

Szereg wyrostków ciernistych przebiega po linii krzywej o trzech wypukłościach bocznych: górnej czyli szyjowej lewostronnej, środkowej (największy łuk tworzącej) grzbietowej, prawostronnej i dolnej czyli łędźwiowej, lewostronnej.

W stosunku do płaszczyzny strzałkowej linia wyrostków ciernistych jest także krzywa, ma bowiem trzy wypukłości przednio tylne, a mianowicie: szyjową przednią, grzbietową (największą) tylną i bardzo nieznaczna łędźwiową przednią. Dwa te kierunki nie zachowują jednak w przebiegu swoim normalnego stosunku do pionu, gdyż pion opuszczony od wyrostka ciernistego siódmego kręgu szyjowego nie pada na środek linii, łączącej oba kolce biodrowe tylne, górne, lecz o 3 centymetry na prawo od tego punktu (*scoliosis obliqua*).

Płaszczyzna kołców biodrowych przednich górnych jest równoległą do płaszczyzny czołowej, a linia barków przecina ją pod kątem dość znacznym, zamiast być także do niej równoległą. Skutkiem tego bark prawy jest skierowany ku przodowi. Ucho prawe leży bliżej barku prawego, niż lewe lewego, oraz więcej jest ku przodowi skierowane, przez co twarz ciągle z lekka w lewo się zwraca.

Czaszka dość kształtna, typu długogłowego (*dolichocephalus*), oczy przymrężone, wyraz twarzy nie miły i posępny, a usta nieco odemknięte. Wargi dolna mięsista i za duża a pod nią zarysowywała się ogromna, istotnie olbrzymia żuchwa. Ta osobliwa makrognatia nadaje niezwykle charakterystyczny wygląd całej twarzy i szpeci ją nadzwyczajnie.

Zęby żadnych zmian nie przedstawiają, kilka tylko zębów trzonowych uległo pruchnieniu, a siekacze górne noszą na swem szklwie cechy zębów krzywicowatych.

Kończyny górne wydają się za długie, (szczególniej przedramiona) i kończą się rękami niezwyklej wielkości.

Ręce te tak są duże, jak największe pięści siłacza, pomimo iż są zupełnie kształtne i pokryte białą, delikatną, zdrową i pielęgnowaną, porządną skórą. Zatraciły one wprawdzie typ ręki kobiecej, ale pomimo to monstrualne grube ich palce o tyle swą sprawność zachowały, że chora jest w stanie wykonywać niektóre niewieście roboty jak: szycie, cerowanie, wyszywanie włóczką na kanwie, haftowanie znaków na chustkach i t. d.

Podobne zmiany znalazłem też i na kończynach dolnych. Uda i kolana nie przedstawiały nic niezwykłego. Golenie nieco ku przodowi powyginane (śląd krzywicy) i jakby za grube, ale za to stopy istotnie olbrzymie.

Nogi te, więcej do łap jakiegos olbrzyma podobne, zachowały jednak normalną swą budowę, nie są ani płaskie ani koszlawe i do chodzenia służą wybor- nie, tylko skóra na podszwach mocno zgrubiała, a na kilku palcach potworzyły się bolące nagniotki.

Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało nic chorobliwego, oprócz niedowładu kiszek i zaburzeń w miesiączkowaniu (*oligomenorrhoea*, czasem dłużej trwająca *amenorrhoea*). Stępień na mostku żadnego wykryć nie mogłem. W gruczole tarczowym niewielkie wole naczyniowate, które podobno przy każdej miesiączce znacznie brzmieje, ale żadnej innej dolegliwości nie sprawia.

Inteligencya chorej wcale nie przyćmiona; dostrzegłem tylko pewien melancholiczny nastrój umysłu, zresztą dość rozwiniętego i wykształconego, oraz ociężałość w ruchach, opieszałość w zajęciach i obojętność względna nawet na własne cierpienia.

Tyle tylko jestem w stanie o tej chorej powiedzieć, gdyż ani jej wymierzyć, ani odfotografować, ani przedstawić w Towarzystwie lekarskiem nie mogłem, ze względu na stanowczy opór ze strony jej opiekunów. Dowiedziałem się tylko, że bezwarunkowo ani po mleczu ani po kądzieli nie była obciążona dziedzicznym usposobieniem do skrzywień lub do przerostów.

Z tego jednak, com zanotować zdołał, widać już dostatecznie, że mamy do czynienia z typowym przypadkiem nabytego olbrzymienia symetrycznego kończyn i żuchwy (*Morbus Marie, Acromegalia* a najwłaściwiej *Gigantacria*)¹⁾.

Spostrzeżenie II. Przypadek ten obserwowany w oddziale chorób nerwowych D-ra GAJKIEWICZA daleko dokładniej mogłem wystudyować, ze względu na społeczne położenie chorej i dzielną pomoc kilku wytrawnych specjalistów. Przypadek ten dał możność kol. GAJKIEWICZOWI do napisania niezmiernie interesującej i wybornie obrobionej pracy, którą w roku 1891 pomieścił w Gazecie Lekarskiej.

Chawa Lewin lat 43 przybyła do szpitala z powodu silnych bólów głowy i osłabienia wzroku. Żadnego usposobienia dziedzicznego do chorób nie ma. Miał

¹⁾ Nie można mówić *cephalomacria* tylko *macrocephalia*, nie *dactylopolia*, tylko *polydactylia*, a więc nie *acromegalia*, tylko *megalacria*. Ale *megalacria* oznaczałaby pojęcie o dużych członkach. Dla określenia zbyt wielkich, olbrzymiałych członków należałoby użyć wyrazu *gigantacria*. (Przyp. autora).

ła sześcioro dzieci, z których najmłodsze liczy obecnie lat 6. Po tem ostatniem dziecku, t. j. od 36 roku życia straciła zupełnie miesiączkę, a od dwóch lat cierpi na stałe i silne bóle głowy. Podobno dopiero przed rokiem zwróciła sama uwagę na zmianę rysów twarzy, ale najmnieszej do tego nie przywiązuje wagi. Na pierwszy rzut oka od razu spostrzegamy nieproporcjonalnie duże ręce i stopy oraz żuchwę ogromną. Twarz owalna, guzy czołowe niezbyt wydatne, gruczoł łzowy prawy bardzo powiększony, wielkości dużego migdała, nos ogromny, o dużych i grubych skrzydłach, z przegrodą dwa razy grubszą niż normalna. Wargi górna dość kształtna, a dolna bardzo gruba i odwinęta na zewnątrz. Usta ciągle otwarte, zęby dolne wystają przed górnymi, ale są dosyć zdrowe. Żuchwa niepospolicie duża, język bardzo gruby i szeroki, tak samo podniebienie miękkie i migdały. Twarz ponura, nosząca na sobie wyraz cierpienia. Szyja krótka, na prawej bocznej okolicy jej znajduje się guz wielkości małej pomarańczy, gładki, miękki, niebolesny, dosyć ruchomy, ale zrosnięty ze skórą, niezmienny położenia przy ruchach polykowych, istniejący od 6-ciu lat i rosnący bardzo powoli. Zaraz zwrócić muszę uwagę na to, że tu i owdzie na skórze znaleźć można dosyć dużo miękkich włókniaków (*fibromata mollusca*), że więc i ten guz prawdopodobnie jest tej samej natury. W każdym razie z gruczołem tarczowym nie ma on najmniejszego związku.



Gruczoł tarczowy mały, a opukiwanie mostka nie wykrywa wcale stępienia, które zdaniem EBB'a ma być słabym objawem akromegalii i stanowić dowód powiększenia grasy. Wymiary dokonane przezemnie przy pomocy kol. ZWEIF-BAUMA, wykazały co następuje:

	ctm.		ctm.
Wysokość ciała	150,0	Długość nosa	6,5
Długość rozwartych rąk . . .	158	Szerokość „	4,5
Obwód czaszki	56	Podstawa „	2
Wymiar długości czaszki . . .	18,5	Długość uszu	7
„ szerokości czaszki . . .	15,5	Grubość wargi górnej . . .	1
„ wysokości „	11	„ „ dolnej	2
Wysokość czoła	4	„ języka	1,5
„ twarzy	12	Szerokość języka po wyciągnięciu w płaszczyźnie ką- tów ust	4,5
Wymiar bródkobregmatyczny. .	66	Długość ramienia	33
Wysokość żuchwy	4	„ przedramienia	24,5
Długość żuchwy	36		
Prognatyzm	1,2		

	ctm.		ctm.
Długość dłoni	9,2	Długość uda (od krętarza wiel-	
„ palucha	10	kiego)	41
„ wskaziciela	10	Długość goleni	36,5
„ średniego	10,1	Długość rzepki 6 a szerokość	8
„ obrączkowego	10	„ stopy	24
„ paluszka	8,5	Szerokość linii stawowej człon-	
Szerokość dłoni na wysokości		kowo-śródstopowej	12
stawów członko-śródręcz-		Szerokość największa na wy-	
nych	10	sokości kostek	7
Szerokość dłoni na wysokości		Obwód palca wielkiego stopy	11
napięstka	7,5	„ „ drugiego	6,5
Obwód I członka palucha . .	8	„ „ trzeciego	6
„ „ wskaziciela	6	„ „ czwartego	6,5
„ „ średniego	6,4	„ „ piątego	6
„ „ obrączkow.	6	Długość obojczyka	13,5
„ „ paluszka	5,5	„ łopatki	14,5
Obwód II członka palucha . .	8	„ grzebienia łopatki	14
„ „ wskaziciela	7	Conjugata externa miednicy . .	20
„ „ średniego	6,8	Wymiar między kołcowy	24
„ „ obrączkow.	6,2	„ między grzebieńowy	23,5
„ „ paluszka	5,7	„ między krętarzowy	30
Obwód III członka wskaziciel.	7,7	Obwód klatki piersiowej pod-	
„ „ średniego	7,2	czas wydechania	93
„ „ obrączkow.	7	Obwód klatki piersiowej pod-	
„ „ paluszka	6,5	czas wdechania	97

Chorą, która leżała przez jakiś czas w szpitalu żydowskim, zbadać można było dokładnie a więc: 1) kol. ZWEIFBAUM stwierdził, że macica i jajniki nie prawidłowego nie przedstawiają, że w położeniu i wielkości tych narządów żadnych zmian wykryć niepodobna. Ani lechtaczka, ani wargi sromne przerostowi nie uległy. Od ostatniego porodu t. j. od 36 roku życia chora żadnych pobudeń płciowych nie doznawała i nie miesiączkowała.

2) Kol. FREUDENSON badał krtań w celu wykrycia przyczyny zmiany głosu, gdyż chora sama zmianę taką dostrzegła. Badanie to wszakże żadnych złożeń nie wykazało.

3) Kol. GAJKIEWICZ stwierdził, co następuje: kolumna kręgową nieco zgarbioną zwłaszcza w okolicy szyjowej, żebra dość szerokie, w mostku i wyrostku mieczykowatym nie osobliwe. Sutki duże, obwisłe, z których wycisnąć się daje ciecz mleczna, dość obfita, przezroczysta. Ręce i stopy za duże w stosunku do reszty kończyn: powiększoną tu jest przeważnie grubość i szerokość a nie długość. Skóra pokrywająca dłonie i stopy pomarszczona, gruba, brunatnawa i spocona. Żyły podskórne porozszerzane a przy ruchach dłoni słychać trzeszczenia w stawach. Delikatne ruchy ręki (np. nawłócenie igły) nieco utrudnione. Paznokcie na rękach i nogach płaskie, szerokie, krótkie z widocznymi prążkami podłużnymi. Badanie elektrycznością mięśni i nerwów nie niezwykłego nie wykryło. W sferze czucia i ruchu nie ma żadnych zmian. Siłomierz wykazuje

w prawej ręce 75, a w lewej 65. Mięśnie wogóle dość wiotkie nie przedstawiają jednak żadnych dowodów przerostu. Na skórze dość liczne włókniaki miękkie. Odżywianie niezłe, pragnienie umiarkowane, apetyt ogromny. Chora skarży się wyłącznie na ból głowy przeważnie w okolicy czołowej i nadczołowej. Ten ból trwa przez cały dzień. Wieczorem wszakże i nocą wzmaga się do tego stopnia, że chorej spać nie daje, a zmniejsza się jedynie na krótki czas po jedzeniu. Ból ten zmniejsza się nieco po morfinie, chloralu, albo po zewnętrznem użyciu chlorku etylu. Co kilka tygodni chora miewa silne krwotoki nosowe, chociaż badanie nosa żadnych zmian miejscowych nie wykryło. Nie znaleziono też żadnych zmian ani w sercu, ani w gruczole tarczowym, ani też wogóle w żadnym z narządów wewnętrznych.

4) Chora skarżyła się na osłabienie wzroku; zbadał ją tedy kol. ZYGMUNT KRAMSZTYK, który wykrył, że siła widzenia w oku prawem $= \frac{20}{50}$ a w oku lewem $= \frac{20}{200}$. Znalazł on także nadwzroczność umiarkowaną, za pomocą jednak wzornika nie dostrzegł żadnych zmian w siatkówce ani w brodawce nerwu wzrokowego.

5) Asystenci kol. GAJRIEWICZA, kol. WIZEL i HIGIER, kilkakrotnie badali chorą za pomocą perimetru, przyczem znajdowali zniesienie połowy skroniowej, pola widzenia w obu oczach. Obraz perymetryczny nie dawał jednak przy każdym badaniu jednakowych figur, lecz wielokąty raz mniejsze, drugi raz większe rozmaitych kształtów.

Mimowoli przychodził na myśl przypuszczenie, że te zmiany obrazów perymetrycznych, towarzyszące jednak stale zamknięciu pola widzenia w obu odciśnięciach skroniowych, mogły zależeć od zmian ciśnienia w naczyniach krwionośnych przerosłej przysadki mózgu. Za tem przypuszczeniem przemawiałyby także 1) częste krwotoki nosowe i 2) uporczywe bóle głowy w okolicy czołowej.

6) Kol. MAYZEL wielokrotnie badał moczkę chorej i znalazł, co następuje: Ciecz biała, ciężar gatunkowy 1021, 1025, 1027 (zależnie od pory dnia), mocznika 18,12 gm. na 1000, ilość kwasu moczowego zwiększona w stosunku do mocznika, obecność urobiliny, indykanu a nadto białka w ilości 0,5 do 0,68 gm. na 1000, oraz cukru w ilości 0,12 do 0,85 na 100 i ślady acetonu.

W osadzie badanym pod mikroskopem znalazł MAYZEL niewiele cylindrów ziarnistych drobnych z pojedynczymi leukocytami.

Ilość dobowa moczu nie bywała zwiększona.

Zwracamy uwagę, że w znanych dotychczas przypadkach akromegalii nikt przed GAJKIEWICZEM nie wykrył połowicznych utrat widzenia w obu oczach, przerostu gruczołu łzowego, acetonurii i wzmocnienia działalności wydzielniczej gruczołów mlecznych. Sam GAJKIEWICZ nie ośmiela się postawić dwóch ostatnich objawów (*acetonuria*, *hypersecretio glandularum*) w związku z chorobą, o której mowa.

MARIE pierwszy dokładnie chorobę tę opisał i zdaje się, że on właśnie najtrafniej istotę akromegalii rozumiał. Twier-

dzi on, że w układzie teorii nosologicznej należy się tej chorobie miejsce prawie współrzędne z tak zwaną myxoedema. Ta ostatnia choroba posiada niewątpliwy związek, z pewnymi uszkodzeniami lub z brakiem całkowitym gruczołu tarczowego, wówczas gdy akromegalia, będąc także objawem dystrofii systematycznej, wiąże się ze zmianami w jakimś nieznanym narządzie troficznym (przysadka mózgu?).

GAUTHIER bardzo wielką rolę przypisuje przerostowi przysadki mózgu, gdyż guzy tego organu akromegalii nie wywołują, jak o tem z licznych sekcji takich guzów przekonać się można. Z drugiej jednak strony PELL i RECKLINGHAUSEN znajdowali przysadkę mózgu nie zmienioną w przypadkach choroby, o której mówimy. W każdym razie MARIE, RECKLINGHAUSEN, PELL, GAUTHIER i inni bardzo słusznie, zdaniem mojem, uważają akromegalię, jako postać przerostu systematycznego i symetrycznego, zależącą od zmian chorobliwych w ustroju nerwowym. Czy zmiany te są w jakimkolwiek bądź związku z życiem płciowem człowieka, jak tego życzą sobie niektórzy autorowie, tego rozstrzygać nie śmiem i nie myślę. Widzę jednak, że neuropatyczne jej pochodzenie zdaje się nie ulegać wątpliwości, że jest ona tedy taką postacią przerostu, którą trzeba koniecznie porównywać z „*elephantiasis neuromatodes*“, z przerostami miejscowymi, zależnymi od uszkodzenia urazowego nerwów i t. d.

Bardzo mi się też podoba pomysł FREUND'a, który, wiążąc te neuropatyczne zjawiska z życiem płciowem człowieka, uważa ją za zboczenie od fizjologicznego prawa wzrostu. Słusznie GAJKIEWICZ twierdzi, że zarzuty VIRCHOW'a, przeciw FREUND'owi skierowane, nie są przekonywające. Czegóż to bowiem dowodzi, że notowano przypadki akromegalii, powstające znacznie wcześniej, niż zwykł się pojawiać rozwój płciowy. Wszak FREUND sam zaznacza, że choroba ta może się rozpocząć w bardzo wczesnym okresie życia, i że na jej objawy często zwraca się uwagę, dopiero wtedy, gdy bardzo wyraźnie uderzają w oczy, t. j. właśnie podczas okresu rozwoju. Ja z mojej strony dodam, że pewien stopień nadmiernego rozwoju kończyn, a więc zbyt wielkie i długie ręce i nogi, oraz wyraźną a niepiękną zmianę twarzy, widzi się prawie zawsze u 10-cio, 11-sto, 12-to letnich dziewczyn, a więc także przed okresem rozwoju płciowego, który znowu gwałtowne zmiany

w kształtach i proporcjach ciała sprowadza. Czyż nie należy przypuszczać, że rozwój lub wygasanie czynności płciowych w człowieku mogą mieć ważny wpływ na równowagę troficzną w jego ustroju. Wszak z uwag FREUND'a widać, że skopcy i rzezańce, woły i wałachy inny kształt ciała, inne proporcje mają, niż mężczyźni, byki i ogiery. Że tam kilka kobiet po urodzeniu jednego lub wielu dzieci w 20-tym, 30-tym i t. d. roku życia dopiero dostały choroby, zwanej akromegalią, to nie stanowi dowodu, że w ich ustroju nie zaszła ważna zmiana dotycząca właśnie sfery płciowej. Sfera ta ściśle od układu nerwowego zawisła. Można więc w narządach płciowych żadnej nie znaleźć zmiany chorobliwej, a pomimo to przypuszczać, że w ośrodkach, od których normalna sprawność płciowa zależy, ważne nastąpiły zaburzenia, że więc objawy jasne akromegalii wystąpią z chwilą wygaśnięcia funkcji płciowych.

Nie sędzę, żebyśmy mogli tak wielkie znaczenie etyologiczne przypisywać rozszerzeniu tętnic i naczyń włosowatych i nacieczeniu ścian ich jądrami. KLEBS, GAUTHIER i VERSTRAETEN twierdzą, że te rozszerzenia naczyń wykryć się dają w częściach przerostowi uległych, których ciepłota mało się różni od ciepłoty jam ciała (a więc jest wyższą niż normalnie), oraz których oddziaływanie elektryczne jest zmienione, bo tkanki o zwiększonej zawartości płynu (krwi), mniejszy stawiają opór prądom elektrycznym.

Choćby te fakty łatwymi były do stwierdzenia, to jeszcze nie mamy prawa twierdzić, żeby owo rozszerzenie naczyń było zjawiskiem pierwotnem, a nie współrzednem z innemi dowodami przerostu masowego wszystkich tkanek.

Na dowód tego ostatniego mego poglądu, pozwolę sobie przytoczyć następujący przypadek, opisany w 1893 roku przez kolegę WINIARSKIEGO ze szpitala Dz. Jezus ¹⁾.

Rozległe znamię rodzinne i przerost ciała jamistego cewki moczowej.

Przypadek dotyczy wyrobnika, lat 66 liczącego, który 2 listopada 1892 r. przybył (w 5 dniu zapalenia płuc włóknikowego) do szpitala Dz. Jezus.

Skóra chorego na całej prawie dolnej połowie ciała ma zabarwienie sinoczerwone, podobne do plam trupich; zabarwienie to zajmuje cały krzyż, całą

¹⁾ Gazeta Lekarska r. 1893, str. 349.

moszną i prącie, całą wewnętrzną połowę prawego uda, całą prawą stopę i dolną połowę prawej goleni. Na górnej połowie tejże goleni oraz na tylnej powierzchni lewego uda i goleni widać tak samo zabarwione wielkie pojedyncze plamy. Istnieją one od urodzenia i żadnych dolegliwości choremu nie sprawiają; nad poziom skóry nie wystają. Skóra na nich jest zgrubiała, przy ucisku palcami plamy bledną. Przejście do skóry normalnej tworzy ostrą linię. Wyraźnego związku pomiędzy umiejscowieniem plam, a granicami rozgałęzień nerwów skórnych zauważyć się nie daje.

U tegoż chorego rzuciło się w oczy pewne zboczenie w kształcie i budowie prącia: długie prącie coraz bardziej grubiało ku swobodnemu końcowi i wreszcie kończyło się ogromną żołądzą. Korona żołądźci wystaje bardzo silnie. Długość prącia wynosi 12 ctm., w tem główka $5\frac{1}{2}$ ctm. Poprzącznik żołądźci 16 ctm., obwód prącia 8 ctm., obwód korony żołądźci 15 ctm., wymiar podłużny żołądźci 10 ctm. Przy obmacywaniu prącia granice pomiędzy jego ciałami jamistymi a ciałem jamistym cewki moczowej dają się dobrze wyczuć. Okazuje się przytem, że nie tylko żołądź, ale i reszta ciała jamistego cewki jest bardzo silnie zgrubiała i zajmuje prawie połowę obwodu prącia.

Oczywiście mamy tu do czynienia z przerostem ciała jamistego cewki moczowej.

Naevus vasculosus, jako zmiana wrodzona układu naczyniowego, nie wywołała jednak zolbrzymień lub przerostu tkanek sąsiednich. Przerost ciała jamistych cewki moczowej spowodował zolbrzymienie prącia i żołądźci, ale przecie narządy te nie są czem innem jak tworami, należącymi bezpośrednio do układu naczyniowego. A ileż to widzimy wrodzonych zaburzeń tego układu, gdzie stanowczo żadnych przerostów dostrzedz niepodobna.

Zolbrzymienia wrodzone.

Przypadek, o którym wspomniałem powyżej, należy już do rzędu zmian wrodzonych. Przytoczyłem go jedynie jako dowód, że zmiany wrodzone w układzie naczyniowym, nawet tak znaczne, niekoniecznie pociągają za sobą przerost tkanek znajdujących się w ich sąsiedztwie. W obecnej chwili w warszawskim szpitalu dla dzieci znajduje się chora z licznymi naczyniakami wrodzonymi, a więc z zaburzeniem, dotyczącem wielu części układu naczyniowego, a pomimo to nigdzie u niej przerostów wrodzonych znaleźć niepodobna. Takich przykładów przytoczyć można bardzo wiele. Daleko prędzej możnaby odszukać przypadki, w których istnienie wrodzonego naczy-

niaka wpływało ujemnie na rozwój tkanek sąsiednich, stano-
wiąc przyczynę mechaniczną ich niedorozwoju ¹⁾.

Tymczasem zdarzać się mogą bez specjalnego udziału
układu naczyniowego najrozmaitsze formy olbrzymiowości,
a właściwiej zolbrzymienia.

b) Zolbrzymienia wrodzone ogólne.

Przedewszystkiem zaliczyć tu należy tak zwanych olbrzy-
mów. Jestto nadmiar we wzroście fizyologicznym całego
ustroju. Przy takim nadmiernym wzroście ciała ludzkiego za-
wyczaj kształty jego klasyczne małym ulegają zmianom. Co
najwyżej dostrzedz można czasami boczne skrzywienia kręgo-
słupa, wszelako wtedy jedynie, gdy się do tego nadmiernego
wzrastania przyłączy jakaś przyczyna, wywołująca np. jakies
zбочzenie w sprawności narządów wzroku.

Muszę tu zauważyć, że nadmierny, prawdziwie olbrzymi
wzrost osobnika rosnącego, może się nieraz na pewnym sto-
pniu zatrzymać, że więc to usposobienie wrodzone nie zawsze
prowadzi do tego kalectwa, do którego zaliczyć należy wszyst-
kich t. zw. olbrzymów.

W roku 1888 kol. BOGDAŃSKI przysłał mi chorą Lidję S., liczącą lat 11.
Nie chciałem wierzyć, że dopiero 11 lat sobie liczy duża i bardzo tęga dorosła
kobieta, z dużemi obwisłemi piersiami, którą widziałem przed sobą. Obecna
przy badaniu matka chorej objaśniła mi, że dziewczynka (!) ta istotnie ma lat
11, że regularność po raz pierwszy dostała w 10 roku życia i że posiada siostrę
liczącą lat 9, która nie niezwykle pod względem wzrostu nie przedstawia.
Oglądając chorą przekonałem się, że wzrost jej wynosi 167 cm., że ma ona ręce
i stopy bardzo duże, ale kształtne, a podbródek i żuchwę kształtną i proporcjo-
nalną. Twarz tej dziewczynki nie przedstawiała nic niezwyklego: możnaby ją
nazwać przystojną. Badanie narządów wewnętrznych żadnych zmian nie wyka-
zało, oprócz przedwczesnego rozwoju płciowego i dość znacznej blednicy. Ponie-
waż chora, która niewątpliwie nigdy wyraźnej krzywicy nie przechodziła, ma
wyraźną skoliozę z typem takim, który we mnie zawsze budzi podejrzenie wady
wzroku, przeto posyłam ją do kol. KAMOCKIEGO, od którego pod datą 13 wrze-
śnia 1888 r. następującą otrzymuję odpowiedź:

„Panna S. wykazuje słabość mięśni prostych wewnętrznych,
„zniesiona jest mianowicie prawie zupełnie ujemna część konwer-
„genyjl. Refrakcyja i akomodacyja oraz ostrość widzenia są pra-

¹⁾ JASIŃSKI. Zniepodobnienie stawu wskutek sąsiedztwa z wrodzonym
naczyniakiem. Gaz. Lek. 1889, nr. 8.

„widłowe. Zdaje mi się, że z całą słuszością możemy tę lekką nie-
wystarczalność mięśni złożyć na karb przedwczesnego i zadziwia-
jącego wybudowania całego ustroju. Z dobraniem szkieletu przyrządy-
nych powstrzymałbym się, aż do czasu, w którym mogłyby wy-
stąpić wyraźniejsze objawy astenopli mięśniowej“.

Nie wiem, czy dzisiaj a więc w pięć lat po tem naszym badaniu panna
Lydia S. w dalszym ciągu rośnie.

c) Zolbrzymienia wrodzone częściowe, stałe.

Widziałem cztery przypadki zolbrzymień częściowych,
przytoczę je tutaj w krótkich słowach, będąc pewnym, że w ten
sposób odrazu zaznajomimy się z całym szeregiem tych różno-
kształtnych potworności.

Spostrzeżenie I. — Lat temu 11 przybyli do mnie państwo **, z małym,
blisko 1 rok liczącym, dzieckiem, wyrażając obawę z tego powodu, że zauważyli
jakoby prawa rączka i nóżka tego chłopczyka były szczuplejsze i mniejsze niż
kończyny lewe. *On ne cherche pas midi a quatorze heures* i dla tego na myśl
mi nie innego nie przyszło jak zbadanie porównawcze kończyn, którego wyni-
kiem było stwierdzenie, że się rodzice nie mylą. Znalazłem więc, że po obu
stronach kończyny mają kształt prawidłowy, że jednak ręka i noga lewa są lepiej
rozwinęte, pełniejsze i nawet nieco dłuższe. Ztąd wniosek, t y m r a z e m n a j-
z u p e ł n i e j b ł ę d n y, że kończyny prawe noszą na sobie ślady jakiegoś zabu-
rzenia w odżywianiu i wzroście. Ponieważ badanie (nie dokładne zresztą, gdyż
dziecko było jeszcze bardzo małe) wykazało, że żadnych porażek ruchowych
ani czuciowych w kończynach szczuplejszych znaleźć nie można, sądziłem przeto,
że mam do czynienia ze śladami (*residua*) jakiegoś wygasłego zupełnie ogniska
chorobowego w układzie ośrodków nerwowych. Poradziłem leczenie ogólne
wzmacniające, na kończyny, zanikowi uległe (!), tymczasem masaż, a później elek-
tryzację miejscową jako wstęp do gimnastyki miejscowej.

Jakież było moje zdziwienie, gdy po kilku latach (po 6) ciż sami pań-
stwo ** zjawili się po raz drugi u mnie z 7-letnim chłopcem, twierdząc że pomimo
masażu i leczenia ogólnego nie chore lecz zdrowe kończyny rozwijają się n a d-
m i e r n i e; przytem prosili, żeby poradzić co dziecku na dziwny guz, który mu
się na napletku rozwijał.

Dostrzegłszy niezwykle, dziwaczne objawy u tego chłopca, z największą
trudnością wymogłem w końcu na rodzicach że go dla zrobienia operacji w szpi-
talu dzieciennym umieścili na kilka dni. W ten sposób tylko mogłem pokazać
chłopca licznemu gronu kolegów. O fotografowaniu dziecka, o przedstawieniu
go w Towarzystwie Lekarskiem ani mowy być nie mogło.

Chłopiec ten zupełnie normalnie rozwinięty pod względem umysłowym,
zdrowy zresztą, gdyż oprócz odry, innych chorób nie przechodził, przedstawia
obraz połowicznego zolbrzymienia po stronie lewej. Policzek, ucho, wyrostek

jego i w ten sposób mogę opowiedzieć moją dokumentem rysowanym poprzeć i ozdobić.



Nadmienie jeszcze, że na wszelkie proponowane przezemnie zabiegi operacyjne, matka dzieciny zgodzić się nie chciała.

Z tych moich, nielicznych wprawdzie, ale różnorodnych spostrzeżeń, wiele możemy odnieść korzyści, widząc w zestawieniu różne formy przerostów wrodzonych bardzo wybitnych i charakterystycznych.

Wrodzone zolbrzymienia prawie nigdy od dziedziczności nie zależą. Wszystkie tkanki biorą równomierny udział w przeroście, tylko grubość skóry nie zawsze równomiernie z innymi tkankami się powiększa, chociaż w mojem spostrzeżeniu 1-em np. wykryć można było wyraźny rozrost całej skóry (i na po-

wierzchni i co do grubości) napletka. Paznogie zazwyczaj są duże, mocne, ale więcej wszerz niż wzdłuż powiększone. Nadmiar potu na przerośniętych częściach niejednokrotnie był spostrzegany, ale zmian w uwłosieniu nie notowano.

Kości bywają zazwyczaj dłuższe i grubsze, szczególnie na wysokości nasad. Stawy dość kształtne, a więc na pozór niezmienionemi się być wydają.

Co do tętnic, to przedewszystkiem nie wymierzano porównawczo ich wielkości, w każdym razie WITTELSHÖFER, zgodnie z mojem zdaniem, wyraża przekonanie ¹⁾, że większe masy ciała muszą mieć większe tętnice jak o tem przekonywa unaczynienie nowotworów; nie należy więc dowodzić, że powiększenie naczyń jest pierwszą przyczyną zolbrzymienia. To samo dotyczy naczyń żylnych.

Zmysł dotykania w wielu przypadkach, a między niemi i w mojem spostrzeżeniu drugim, nie był zniesiony, równie jak czucie mięśniowe i ruchy. Nie możemy więc przypuszczać innych zmian w nerwach jak tylko zwiększenie ilości zakończeń czuciowych w skórze.

Jedna tylko z tkanek wyraźnie nad miarę innych przerasta zazwyczaj, a tą jest tkanka tłuszczowa. Wszystkie części kończyn przerośniętych najczęściej pełniejszymi, i więcej wałkowatemi się przedstawiają.

Ograniczone tłuszczaki bardzo często w postaci guzów obraz przerostu wklajają. Tak też było w przypadku spostrzeganym przez KRAJEWSKIEGO i przezemnie. Czasami takie guzy tłuszczakowate spotykano na częściach bardzo odległych od miejsca zajętego zolbrzymieniem wrodzonym. Zdaniem WITTELSHÖFER'a zjawisko to, jak również zdarzająca się tu czasem otyłość ogólna ma zależeć od wzmożenia normalnej przemiany materii, a pozorna przewaga tkanki tłuszczowej przy zolbrzymieniu zależy wprost od tego, że przerośnięty tłuszcz znacznie większe objętości zajmuje.

Zresztą zolbrzymienia takie żadnych zjawisk chorobowych nie wywołują i nie dolegają choremu.

¹⁾ Wittelshöfer. Ueber angeborenen Riesenwuchs etc. Archiv für. kl. Chirurg. T. XXIV, str. 69.
Przegl. chirurg.

Cytowany przeze mnie autor zebrał 46 przypadków zolbrzymienia wrodzonego kończyn i przytoczył je jaknajdokładniej. Do jego pracy odsełam ciekawych słuchaczy. Ilustruje ją tablica z 18-u figur złożona.

Przypadek 1 (mój) (obie kończyny lewe i napletek) przedstawiał się w postaci najzupełniej analogicznej z figurą 1-ą tej tablicy, która przedstawia chorą z ambulatorium BILLROTH'a z roku 1873.

Przypadek 3 (mój) przypomina zupełnie fig. 7-ą tej tablicy, a więc spostrzeżenie CURLING'a (med. chir. transactions. Vol. XXVIII).

W sprawozdaniu z oddziału chirurgicznego żydowskiego szpitala w Hamburgu za rok 1879 i 1880, LEISIRNK opisał przypadek wrodzonego zolbrzymienia kończyny górnej prawej u dziewczynki ośmioletniej. Na kończynie tej oprócz żyłaków, niejednokrotnie wycinanych, tworzyły się guzy torbielowate, które też były operowane, a pomimo to coraz to nowe w innych pojawiały się miejscach. Badanie drobnowidzowe tych guzów podał on w „*Bericht der Poliklinik des Frauen-Hülfes-Vereins*“, ale niestety sprawozdania tego odnaleźć dotąd nie mogłem, bo nawet sam autor nie zaznacza bliżej gdzie je pomieścił.

W przypadkach moich, jak równie tych, które WITTELSHÖFER, AHLFELD i inni cytują, nie chodzi naturalnie o nieznaczne stopnie zwiększenia danego organu lub kończyny, to bowiem wcale do patologii nie należy. Duże nosy, duże ręce, duże stopy i ręce stanowią nieraz cechę rodzinną u ludzi, są tedy dziedzicznymi właściwościami danego pokolenia. Nie myślimy brać tu w rachubę tego rodzaju zjawisk. Mówimy tylko o niezwyklej zniepodobniających przerostach wrodzonych.

Zdaje się, że w powstawaniu tego rodzaju zniepodobnień, ważną rolę gra jakieś zaburzenie w układzie nerwów naczyńnioruchowych. AHLFELD ¹⁾ powiada, że te płody, które się z jakichkolwiek bądź przyczyn w macicy nie poruszały, miewają zazwyczaj nadmiernie rozwiniętą tkankę tłuszczową. (*Hemicephali*, *Acardiaci* i t. d.). Dotąd nie dowiedziono czy zmiany w układzie nerwów troficznych mogą spowodować powstawanie przerostów wrodzonych.

¹⁾ AHLFELD. Die Missbildungen des Menschen, Leipzig 1880, str. 134.

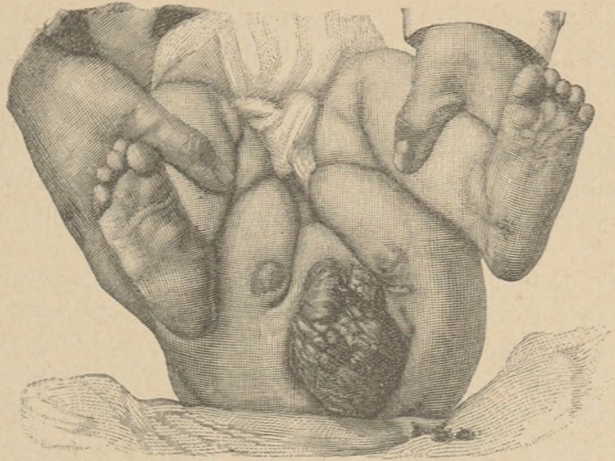
Powiększeniu może ulegć: 1^o) cała połowa ciała, 2^o) cała głowa, 3^o) pół głowy, 4^o) jedna kończyna, 5^o) jedna dłoń, stopa, kilka palców, jeden palec u ręki lub nogi, 6^o) jedno ucho, 7^o) jeden policzek, 8^o) język (*macroglossia*), 9^o) gruczoł tarczowy (*struma congenita*), 10^o) jedna sutka, 11^o) tylko macica, 12^o) tylko łechtaczka, 13^o) tylko prącie. Mnóstwo tego rodzaju spostrzeżeń zebrał AHLFELD w przytoczonej powyżej książce.

Co do kończyn, to nadmienić musimy, że zazwyczaj już przy porodzie dostrzedz można różnice w ich wymiarach. Potem najczęściej szybko i gwałtownie zolbrzymienie wzrasta, może więc spowodować bardzo znaczne zniepodobnienia, przypominające słoniowaciznę (*elephantiasis Arabum*). Przyczyny powstawania, jak mówią, są tu zupełnie pokryte grubą tajemnicą. Ani przypuszczenia syfilisu wrodzonego ani przyjmowanie za przyczynę pierwotnych cierpień układu naczyń krwionośnych lub chłonnych nie da się ogólnie do zjawisk tego rodzaju zastosować, ani dowieść racjonalnie. Powiększenia palców u rąk i nóg spostrzegamy zazwyczaj dość późno. Palce takie badał BÖHM ¹⁾ i PRZEWOSKI (w moim przypadku 2-im) a napletek olbrzymi badał ELSEMBERG (w moim przypadku 1-ym). Żaden z tych badaczy nie był w stanie znaleźć zmian, dających się wykazać pod drobnowidzem, oprócz zwykłego i ogólnego przerostu wszystkich tkanek. Wrodzone wola najczęściej bywają naczyniowe, rzadziej torbielowe.

Spostrzeżenie 4. Przed 6-ciu laty operowałem dziewczynkę mającą 1 rok i 3 miesiące życia, a mianowicie wyciąłem jej kolosalną łechtaczkę gruszkowatego kształtu wiszącą na szypule długości 5-iu centymetrów, grubości mego małego palca. Wielkość samego guza równała się wielkości małej pomarańczy. Guz był nierówny, poprzecinany brózdami, usiany żyłami zgrubiałemi, był siny, niebolesny i naprężał się przy krzyku. Badanie okazało w nim budowę podobną do włókniako-naczyniaków (*fibroangioma*). Matka twierdzi, że podczas porodu guz był mało co mniejszy niż przed samą operacją. Rysunek na następnej stronie jest kopiją fotografii, zdjętej przed operacją.

Mniejsze stopnie zolbrzymienia łechtaczki mogą nas na prowadzić na mylne przypuszczenie, że mamy tu do czynienia

¹⁾ BÖHM. Ueber Makrodactylie.



z płodem męzkim lub hermafrodytą, szczególnie wówczas, gdy wargi sromne, także powiększone, do rozdzielonej moszny staną się podobne.

d) Zolbrzymienie nabyte, symetryczne, przemijające.

W roku 1887 miałem sposobność spostrzegania wspólnie z kolegami PESZKIEM i DUDREWICZEM rzadkiej postaci zolbrzymienia nabytego, przemijającego. Obserwacja choroby przeprowadzona była ściśle aż do czasu ostatecznego zniknięcia choroby. Zresztą chorą znam i widuję teraz, a więc w 1893. Jest ona najzupełniej zdrową.

Spostrzeżenie I. Chora o której mówię, nazywa się Maryanna S..., żona woźnego. Miała wtedy lat 33. Przybywszy do nas po radę była w 4-ym miesiącu ciąży. Ciąża to płata z rzędu, a ciążę i porody poprzednio odbywały się najzupełniej prawidłowo. Teraz zastanowiło chorą nadmierne zwiększanie się obu piersi.

Kobieta mniej niż średniej tuszy, zdrowa zupełnie, stosunkowo silna, żadnych bólów ani cierpień nie doświadcza. Obie sutki przedstawiają się w postaci olbrzymich sferoidów z brodawkami wielkości dużego naparstka i z areolą niezbyt ciemną, ale tak dużą, jak reflektor zwykłego laryngoskopu. Na twardych i sztywnych dość piersiach dużą tacę można postawić. Skóra na nich normalna, tylko żyły nieco zgrubiałe. Gruczoł sam wymacać można i przekonać się że może nieco zaledwie większym jest niż bywa pod koniec ciąży, a więc, że bardzo mała część przerostu na karb obrzmienia fizyologicznego w gruczołe położoną być może. Piersi zaczęły się powiększać w 1-ym miesiącu ciąży i wzrastają z przerażającą szybkością, aż do samego porodu. Poród normalny. W dwa ty-

godnie po porodzie, przy dość obfitym pokarmie, piersi nagle poczęły się zmniejszać, a po miesiącu, zmniejszywszy się o $\frac{5}{6}$ poprzedniej objętości, przyjęły kształt nieco obwisły. Gruczoły mlecze nic ze swej wielkości nie straciły. Matka wykarmiła wybornie to swoje 5-te dziecko.

Leczenie polegało na podwiązaniu obu piersi kolosalnymi chustkami trójkątnymi i wcieraniu maści rtęciowej, przy jednoczesnem podawaniu do wewnątrz niewielkich dawek jodu.

Takich przypadków nie wiele jest znanych w literaturze ¹⁾. Nie będę ich tu przytaczał, bo uważam, że wyszedłbym po za ramy wykładu klinicznego, którego celem było przedstawienie szkicowe rozmaitych postaci zolbrzymienia wrodzonego i nabytego.

Postaci takich wyliczyć by można było więcej. Nie czynię tego, bo chciałem wykład mój oprzeć jedynie na materyałe, zebrany przezemnie osobiście. Opisywałem więc tylko to, co moje własne oczy widziały.

¹⁾ Archiv f. klin. Chirurgie r. 1892.

SZEŚĆ PRZYPADKÓW REZEKCJI STOPY podług WŁADIMIROW-MIKULICZA ¹⁾ DOKONANYCH Z POWODU GRUŻLICY KOŚCI STOPY.

Podał

M. Korzeniowski.

asystent oddziału.

Od czasu ogłoszenia przez MIKULICZA nowej metody osteoplastycznej rezekcji stopy upłynęło lat 12, a ilość operowanych podług niej przypadków doszła do 85 ²⁾. Zdawałoby się, że doświadczenie nabyte w ciągu tego czasu i wnioski. oparte na stosunkowo znacznym materiale kazuistycznym, po-

1) Prof. MIKULICZ tyłu i tak świetnymi pomysłami wzbogacił chirurgię operacyjną, iż mu wcale nie szkodzi dołączenie nazwiska d-ra WŁADIMIROWA do pomysłu, który choć samoistnie, lecz później powstał w jego głowie. Jeszcze w roku 1881 dr. KRAJEWSKI, referując w Kronice Lekarskiej (str. 592) artykuł prof. MIKULICZA, opatrzył referat swój przypiskiem, w którym zaznaczył, że WŁADIMIROW w roku 1872 opisał taką samą operację. Skromny jednak przypisek sprawozdawcy przebrzmiał bez wrażenia i trzeba było wystąpienia prof. SKLIFASOWSKIEGO na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Kopenhadze w roku 1884, aby złączyć te dwa nazwiska przy nadawaniu miana omawianej operacji. Mylnem jest również przeświadczenie prof. MIKULICZA, wypowiedziane w artykule o pierwszeństwie pomysłu, iż żaden chirurg nie naśladował WŁADIMIROWA przed publikacją MIKULICZA. Dr. KRAJEWSKI w omawianym przypisku z roku 1881 przytoczył, że drugą taką operację wykonał z dobrym skutkiem SAWOSTICKI w Moskwie dnia 31 października 1874 roku (Lietopis chir. obszcz. 1875 r.).

2) 73 przypadki obejmuje statystyka KOLHAAS'a (Beitr. zur Klin. Chir. Band VIII 1892 r.); 6 przypadków podano z kliniki prof. RYDYGIERA (Przegląd Lekarski Nr. 24, 27, 28, r. 1890.); 6 zaś, dokonanych w naszym oddziale, opisano w niniejszym artykule.

winni byli doprowadzić do należytej oceny sposobu WŁADIM. MIKULICZA. W rzeczywistości jednakże tak nie jest. Ci operatorowie, którzy zwrócili uwagę na funkcjonalne własności, otrzymanego tą drogą, kikuta i stosowali tę operację w celach ortopedycznych, z otrzymanych rezultatów zupełnie są zadowoleni [DOMBROWSKI ¹⁾, REUSEN ²⁾, CASELLI ³⁾, BRUNS ⁴⁾, MAC-CORMAC ⁵⁾, RYDYGIER ⁶⁾, GELLE ⁷⁾]. Ci zaś, którzy skale swych wymagań rozszerzyli i na radykalność tego zabiegu przy gruźliczych cierpieniach stopy, a nadzieje ich w tym kierunku nie zupełnie się sprawdziły, objawiają swe niezadowolenie. O ile niezadowolenie tego rodzaju łatwo jest zrozumiałem w każdym konkretnym przypadku, o tyle wypowiedziane sumarycznie grzeszy brakiem należytej podstawy. Gruźlica bowiem należy do tej kategorii cierpień, o doszczętnem usunięciu których w każdym poszczególnym przypadku, za pomocą jakiegokolwiek bądź metody czy to operacyjnej, czy terapeutycznej, dziś jeszcze nie może być mowy i pewną odsetkę nawrotów choroby należy uważać za zło nieuniknione, zależne od istoty samego cierpienia. Nie ulega wątpliwości, że metoda operowania w zdrowych tkankach, w celu doszczętnego usunięcia ognisk chorobowych, która służyła za punkt wyjścia dla różowych nadziei chirurgów, stosujących operację WŁADIMIR. MIKULICZA przy gruźlicy, ma dużo widoków powodzenia i dużo już święci tryumfów. Doświadczenie poucza nas wprawdzie, że i ta metoda nie wyklucza całkowicie możliwości powrotu sprawy chorobowej, jest ona jednakże najradykalniejszą ze wszystkich zabiegów operacyjnych, przedsięwziętych w celu usunięcia gruźliczego cierpienia kości stopy, bez pozabawienia chorego kończyny, daje niezaprzeczenie najlepsze rezultaty terapeutyczne nawet w tem ciężkiem cierpieniu, jak tego dowodzi dotychczasowa statystyka, a nadto jest łatwo wykonalną; dla tego też wszelkie zarzuty, czynione operacji

¹⁾ St. Petersburg. Medic. Wochenschrift 1886 r. Nr. 1—2.

²⁾ Centralbl. für Chir. Nr. 15 pg. 280, 1885 r.

³⁾ La riforma medica 1885 Nr. 5.

⁴⁾ Beitr. zur Klin. Chir. B. 8, 1892.

⁵⁾ Brit. med. Journ. 1888 r.

⁶⁾ Przegl. Lek. Nr. 24, 27, 28, 1890 r.

⁷⁾ Semaine medicale Nr. 4, 1891.

WŁADIM. MIKULICZA ze względu na niepewność rezultatu, należy uważać za niesłuszne i w rzędzie zabiegów, mających identyczne z nią wskazania, oddawać jej zawsze pierwszeństwo. Ze względu na ważność wyświetlenia ostatecznych rezultatów, jakich spodziewać się należy z zastosowania operacji WŁADIM. MIKULICZA, przy gruźlicy stopy, pozwalam sobie podać do powszechnej wiadomości opis 6 przypadków, w których na naszym oddziale wykonano tę operację. We wszystkich przypadkach wskazaniem do operacji była mniej lub więcej posunięta sprawa gruźlicza w kościach stępu.

Przypadek I ¹⁾. Lewicki Teofil, wyrobnik, mający lat 20, przybył na oddział chirurgiczny 17 Lipca 1885 roku. Przed 3-ma laty wykonał mu na tymże oddziale Dr. ORŁOWSKI wycięcie całej kości szczęiennej i części kości piętowej na stopie prawej z przyczyny gruźliczego cierpienia tych kości. Po zagojeniu ran operacyjnych, chory miał się stosunkowo dobrze i dopiero na kilka tygodni przed przybyciem do szpitala zaczął doznawać silnych bólów w tejże stopie. Na bliźnię wytworzył się mały ropień, który pękł dobrowolnie, a z powstałej w ten sposób przetoki wypływa nie wielka ilość ropy. W chwili zapisania się chorego do szpitala skonstatowano wielką bolesność i ograniczenie ruchów tak czynnych jak i biernych w stawie gołenio-stopowym prawym i obrzęk po obu stronach ścięgna Achillesa, szerzący się na oba malleoli. Nadto w okolicy dawnej blizny znaleziono nie wielką przetokę. W karcie szpitalnej z owego czasu nie znaleźliśmy nigdzie notatki, usprawiedliwiającej twierdzenie, iż „tętno u chorego wynosiło 115—120, język podsychał, ciepłota wieczorna stała bywała około 38°, 38,5°—40°C,“ jak to zanotowano w opisie dr. ORŁOWSKIEGO. W czasie zaś 10 dniowej osobistej obserwacji D-ra KRAJEWSKIEGO przed operacją ciepłota wieczorami nie przenosiła 38,2°C, a tętno 90, co się tłumaczyło zresztą zatokami ropnymi na stopie. Nadto uproszony kol. HEWELKE, zbadawszy płuca, znalazł tylko nieznaczne stłumienie odgłosu w prawym wierzchołku płuc. Ze względu, iż ogólny stan chorego był wcale nie zły, bóle zaś w chorej stopie nieznośne, zdecydowano się na wykonanie operacji WŁADIM. MIKULICZA, która zapewniała usunięcie wszystkich chorych części stopy równie dobrze, jak amputacja goleni, na którą chory nie zgodził się. Dnia 29—IX 1885 r. Dr. KRAJEWSKI dokonał operacji WŁADIM. MIKULICZA usuwając z kości stępu nieco więcej kości niż w sposobie typowym, gdyż powierzchnia przepiłtu przeszła przez kości klinowe i płatą kość śród stopia. Po zeszczeniu brzegów rany części miękkich i sfaldowania mostu na grzbiecie stopy, przez nałożenie po obu stronach szwów płytkowych, umieszczono z boków

¹⁾ Przypadek ten, podany przez D-ra ORŁOWSKIEGO w sprawozdaniu z oddziału za rok 1885 (Gaz. Lek. z r. 1886 str. 482), w naszym opisie wydać się może cokolwiek odmienny, zwłaszcza ze względu na stan ogólny i temperatury notowane u chorego przed operacją. Dla tego też zaznaczamy, iż chory znajdował się pod osobistą obserwacją D-ra KRAJEWSKIEGO tylko w ciągu jednego miesiąca i odpowiedzialność za ścisłość obserwacji tylko za ten okres czasu przyjmujemy, dopełniając dalszy ciąg przebiegu choroby z notatki D-ra ORŁOWSKIEGO.

z obu stron krótkie sączki i nałożono opatrunek przeciwnalny i grubą przednią gipsową szynę. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, bóle ustąpiły zaraz po operacji, a ogólny stan stanowczo się poprawiał. Rana zagoiła się *per primam* z wyjątkiem dwóch małych otworów, w które wprowadzono cienkie paski z gazy jodoformowej. Do chwili opuszczenia oddziału przez Dr. KRAJEWSKIEGO konsolidacji kostnej nie było, tak iż po odjęciu szyny można było poruszać stopą. Wiadomość o dalszym przebiegu czerpiemy z notatki Dr. ORŁOWSKIEGO. Otóż pod dnem 13 Stycznia 1886 roku, t. j. w 4 miesiące po operacji zanotowano, iż chory dostał bardzo obfitego krwiopłucia, które trwało dni 4. Odtąd prawdopodobnie ogólny i miejscowy stan chorego stopniowo się pogarszał, gdyż w marcu odnotowano: blizna na operowanej kończynie rozpada się, przetoki po sączkach powiększyły się i ropieją, konsolidacji pomiędzy kośćmi stopy i goleni nie ma, chory słabnie, a krwotoki płucne powtarzają się od czasu do czasu. Dnia 10—IV 1886 r., a więc w sześć miesięcy po operacji chory zmarł po obfitym płucnym krwotoku.

Przypadek II. Katarzyna N. lat 18, przybyła na oddział Dr. KRAJEWSKIEGO dnia 26—V, 1888 roku. Chora średniego wzrostu i węższej budowy, pochodzi z rodziny obciążonej dziedziczną gruźlicą. Cieszyła się dotąd dobrem zdrowiem. Przed 2 laty chora zauważyła obrzmienie wewnętrznej powierzchni prawego stawu golenio stopowego. Wkrótce dołączył się ból w tej okolicy, a po 7 miesiącach wytworzył się w tem miejscu ropień, który został otworzony przez felczera. Na miejscu przecięcia powstała przetoka, z której stale sączył się wodnisto-ropny płyn.

Obecnie na wewnętrznej powierzchni prawego stawu golenio-stopowego znajdujemy znaczne obrzmienie części miękkich, ciastowatej konsystencji. Obrzmienie to rozchodzi się z jednej strony na goleń, z drugiej na stopę. Około zewnętrznej kostki również znajduje się dosyć znaczne obrzmienie, a ucisk na samą kostkę jak również na kości stępu bardzo bolesny. Na środku opuchliny wewnętrznej znajdują się 3 otwory, drażące do kości i otoczone walikami nikłej, bladej ziarniny. Bóle nieznaczne, przy minimalnym jednakże ruchu w stawie skokowym stają się nieznośnymi. Chora nie może wcale stąpić na cierpiącą nogę. Badanie płuc dało rezultat ujemny. Rozpoznanie brzmiało: *Arthritis tuberculosa tibio-tarsalis dextr. et osteitis tuberculosa ossium tarsi.*

4 czerwca 1888 r. *Resectio* WŁADIM.-MIKUL. Cięcie typowe. Po odjęciu części chorobowo zmienionych, przyczem okazało się niezbędnem usunięcie całej kości sześciennej, tak iż powierzchnia przepiłw przeszła przez kości klinowe i podstawy 4 i 5 kości śródstopowej, przekonano się iż powierzchnie przepiłw kości goleni i pozostałej części stopy dobrze będą przylegać do siebie. Ranę pozostawiono na 24 godzin nie zeszytą, lecz szczerlnie wytamponowano ją gazą jodoformową w celu powstrzymania krwawienia mięszonego. Kończynę operowaną ułożono w szynie VOLKMANN'a.

5 czerwca. Gazę z rany usunięto i ostatnią zupełnie zaszyto szeregiem szwów węzłowych głębokich i powierzchownych. Po nałożeniu opatrunku jodoformowego, opatrzone kończynę przednią szyną gipsową, zachodzącą na podeszwową powierzchnię odpowiednio zgłębionych palców,

12 czerwca. Poruszeń gorączkowych przez ten czas nie było. Szwy zdjęto. *Prima intent'o*, oprócz małych ziarninujących powierzchni w miejscu sfaldowania przedniego płatu.

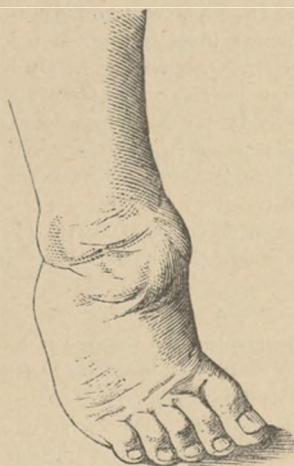


Fig. 1.

22 czerwca. Rana zupełnie zagojona. Konsolidacja kostna jeszcze nie nastąpiła. Nałożono na kończynę opatrunek gipsowy.

18 lipca. Gips zdjęto. Konsolidacja kostna zupełna.

28 lipca. Chora bardzo dobrze chodzi o kiju, żadnego bólu w operowanej kończynie nie czuje.

22 grudnia. Chora wypisała się i chodzi bardzo dobrze w butle MIKULICZA, lecz również dobrze chodzi i boso. Załączony rysunek (fig. 1) jest kopią fotografii zdjętej z operowanej kończyny przed samem wypisaniem chorej.

Przypadek III. — Bronisława A., lat 17 przybyła do szpitala 18 października 1890 r. Chora średniego wzrostu i dobrze zbudowana. Ogólny stan zdrowia zadawalniający. Przed trzema miesiącami wypisała się z naszego

oddziału, w którym leżała z powodu gruźliczego zapalenia prawego stawu golenio-stopowego. Z tej racy zrobiona tu była przez d-ra KRAJEWSKIEGO rezekcja chorego stawu sposobem HUETER'a ¹⁾. Rana zagoiła się *per primam* i po 4 tygodniach chora wypisała się ze szpitala z zupełnie swobodnymi ruchami w operowanym stawie, skarżąc się tylko na nieznaczny ból w operowanej kończynie w okolicy zewnętrznej kostki i pięty, zjawiający się podczas dłuższego chodzenia. Ponieważ w czasie pobytu chorej w domu ból ten znacznie się zwiększył, a bolesne miejsca poczęły brzęknąć, chora powtórnie przybyła na oddział.

Przy oględzinach chorej kończyny znaleziono okolicę zewnętrznej kostki obrzękłą. U wierzchołka tej kostki znajduje się niewielki chelboczający guzik, pokryty zcieńczałą skórą. Ruchy w stawie skokowym swobodne i niebolesne; przy ruchach zaś w stawie CHOPART'a chora skarży się na dotkliwy ból w stopie. Dnia 30 października 1890 roku zrobiono cięcie na miejscu chelboczającego guzika i po należytem rozszerzeniu rany, znaleziono kość piętową i sześcienną (*cuboides*) zajęte procesem gruźliczym. Zmienione części tych kości wyłuszczone i, w celu ułatwienia odpływu wydzieliny z rany, zrobiono kontraperturę u zewnętrznego brzegu stopy. Pomimo tej operacji rana nie miała tendencji do zagojenia się i wkrótce proces poczał się szerzyć dalej, potworzył się owrzodzenia blizny na grzbiecie stopy, a na zewnętrznej jej stronie zatoki

¹⁾ Sposób ten polega na otworzeniu stawu cięciem poprzecznym, przebiegającym po grzbiecie stopy od jednej kostki do drugiej, przyczem zostają przecięte mięśnie, nerw i *atr. tibialis antica*. Po ukończeniu operacji nerw i ścięgno zszywają się, lecz tętnica zostaje podwiązana. Notuję tu ten szczegół, gdyż był on miarodajnym przy dalszem postępowaniu z chora.

w kierunku kości piętowej i sześcienniej. Zatoki te parę razy były rozszerzane i łyżeczkowane. Chora znacznie podupadła na siłach. W grudniu zaproponowano jej amputację goleni, lecz nie zgodziła się na to i dopiero w marcu 1891 roku, widząc bezskuteczność czynionych dotąd zabiegów, przystąpiła na pierwotną propozycję. Dnia 6 marca 1891 roku przystąpiono do operacji. W celu przekonania się jak daleko rozszerzył się proces chorobowy na kości goleni i stopy, otwarto staw golenio-stopowy od przodu w kierunku, istniejącej tu, blizny po wyżej wymienionej, rezece. Otóż okazało się, iż zajął on już powierzchnie stawowe obydwóch kości goleni, kość skokową, zewnętrzną część kości piętowej i następnie począł już przechodzić na kości biorące udział w stawie CHOPART'a; z nich sześcienna znacznie była zmieniona przez proces chorobowy, podczas gdy w kości łódkowej tylko stawowa powierzchnia uległa zmianie. Miękkie części wewnętrznej strony stopy zupełnie nie były naruszone. Wskutek takich, bądź co bądź, dosyć jeszcze ograniczonych zmian w kościach odstąpiono od pierwotnego zamiaru amputowania chorej kończyny i powzięto myśl wykonania rezece WŁADIM.-MIKULICZA, o ile uda się odseparowanie mostu, zawierającego tętnicę piszczelową tylną, bez jej uszkodzenia. Ponieważ tętnica piszczelowa przednia była przecięta przy poprzedniej operacji, więc o typowym przewodzeniu cięć w częściach miękkich nie mogło być mowy. Sposób prowadzenia ich omówię obszerniej w ogólnych uwagach nad techniką operacji; tu tylko zaznaczę, iż wyseparowanie mostu z wewnętrznej strony stopy, przechodzącego następnie na podszewę, odpowiednio do przebiegu art. *tibialis posticae*, udało się bez zranienia tej tętnicy, niezbędnej dla odżywiania pozostawionej części stopy. Kości goleni odpielowano tuż nad kostkami, kości zaś stopy musieliśmy usunąć więcej, niż pierwotnie przypuszczaliśmy, z powodu iż cała kość sześcienna zajęta była przez proces gruzliczy. W powierzchni przepiłn znalazły się wszystkie trzy kości klinowe i podstawy 4, 5 kości śródstopowej. Ponieważ i te kości okazały się nie zupełnie zdrowymi, więc je wyskrobano. Następnie dopasowano powierzchnie kostnych przepiłn. Most z części miękkich ułożył się z tyłu stopy i nieco na wewnątrz, tworząc rodzaj ostrogi. Brzegi rany części miękkich zeszyto szwem węzełkowym i nałożono zwykły opatrunek jodoformowy. Unieruchomienie na początek osiągnięto jedynie przez nałożenie bandażu muślinowych krochmalnych. Nadto ponieważ kończyna, ułożona w zwykłej szynie VOLLKMANN'a, spoczywałaby na moście, w którym przebiegała tętnica piszczelowa tylna i podlegałaby wcale niepożądanemu i niebezpiecznemu uciskowi, więc, tym razem, zwykłe ułożenie kończyny zastąpiono przez zawieszenie jej w powietrzu za pomocą szyny, opatrzonej w kółka i przy-mocowanej do przedniej powierzchni goleni.

23 marca. *Prima intentio* na grzbietowej powierzchni stopy. Na wewnętrznej stronie jeden szew zropiał. Wszystkie szwy usunięto. Opatrunek zwykły jodoformowy. Szyna, na której kończyna wisiała, zastąpiono szyną gipsową na przedniej powierzchni goleni. Szyna ta zachodzi na palce i zagina się na podszewową ich powierzchnię.

5 kwietnia. Wydzielina nieznaczna; na bocznych powierzchniach około szwów niewielkie powierzchnie ziarninujące.

20 kwietnia. Na wewnętrznej powierzchni mała i krótka przetoka prowadząca do kości.

30 kwietnia. Przetoka zarosła.

11 maja. Rana zupełnie zablizniona.

23 maja. Konsolidacja kostna nie nastąpiła. Na kończynę nałożono gipsowy opatrunek, w którym chora chodzi.

26 czerwca. Gips zdjęto. Zrost kostny nie nastąpił. Ruchomość jednak pomiędzy pozostałą częścią stopy i golenią bardzo mała, tak iż chora bardzo dobrze chodzi w specjalnem obuwii podpierając się laską.

4 sierpnia. Chora wypisała się ze szpitala w specjalnem obuwii. Chodzi o kija, nie kulejąc prawie zupełnie, może chodzić i bez kija, lecz mniej pewnie.

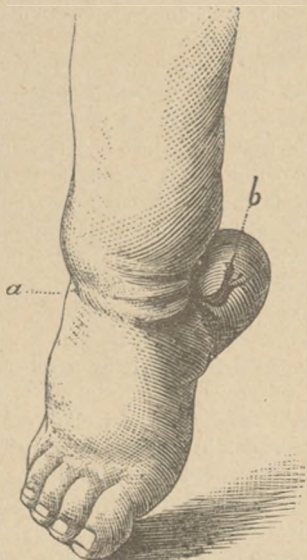


Fig. 2.

enio-stopowym. *Malleolus internus* wysunięty jest ku przodowi, tak że wierzchołek jego wyczuwa się tuż nad *tuberositas ossis navicularis*. *Malleolus externus* odsunięty w tył na 2—3 ctm. Ruchy w stawie nieco ograniczone i niebolesne. Okolice kości piętowej zgrubiła i obrzmiała. Miejsca obrzmiałe ciastowatej konsystencji. Chelbotania nigdzie wykryć nie można. W czasie chodzenia chory uczuwa dotkliwy ból w okolicy pięty, chodzi tylko przy pomocy kija, na którym silnie opiera się. Przy stąpieniu wewnętrzny brzeg chorej stopy dotyka podłogi, podczas gdy pięta i podeszwa wywrócone są na zewnątrz. Chory wieczorami gorączkuje (c. do 38,2 c.). W płucach żadnych zmian nie znaleziono. Badanie płwociny na laseczniki gruźlicze dało rezultat ujemny. Rozpoznanie: *Tuberculosis ossis calcanei pedis dextri, pes calcaneovalgus acquisitus* wskutek przebytej sprawy gruźliczej w kości skokowej. Ze względu na nienormalne ustawienie stopy postanowiono nie ograniczyć się na usunięciu kości piętowej, lecz wykonać rezekcję WŁADIM.-MIKULICZA.

5 lutego 1892 r. Cięcia typowe. Kości goleni odpilowano tuż nad stawowemi powierzchniami, kości zaś stopy po za stawem LISFRANC'a w celu uniknięcia wydłużenia kończyny, tak, iż powierzchnia przepłtu przechodziła przez podstawy wszystkich kości śródstopia. Z powodu obfitego krwotoku z powierzch-

Podług ostatnich wiadomości, z maja r. b., chora dotychczas cieszy się dobrem zdrowiem. Powrotu cierpienia nie ma. Konsolidacyi kości również nie ma. Załączony rysunek fig. 2 przedstawia operowaną kończynę w chwili wypisywania chorej ze szpitala. (Lit. a blizna; lit. b most zawierający art. fib. post.),

Przypadek IV.—Aleksander Chr., uczeń gimnazjum, lat 15, przybył na oddział 20 stycznia 1891 r. Chory średniego wzrostu i niezłej budowy, obciążony jest dziedzicznie gruźlicą. Wogóle cieszył się dobrem zdrowiem. Przed 3 laty na prawej stopie pod kostką wewnętrzną uformował się ropień, który po upływie kilku tygodni został otworzony przez miejscowego lekarza. Rana zabiła się dopiero po upływie 6 miesięcy. Od tego czasu prawa stopa przyjęła pozycję *pedis calcaneo valgi* i przedstawia się obecnie jakby zwichnięta w stawie go-

chni przepiłowanych kości rany odrazu nie zeszyto, lecz wytamponowano ją gaza jodoformową.

6 lutego. Ciepłota 38,2. Deligatio. Przez pomyłkę podano dnia poprzedniego opatrunkową gazę zmaczaną w roztynie sublimatu 1:500. Wskutek tego cały grzbiet stopy i skóra w bezpośrednim sąsiedztwie rany pokryła się licznymi pęcherzami, wypełnionymi ropną zawartością (*Eczema bullosum*). Pęcherze ponacinano i po obmyciu wysmarowano powierzchnię oparzenia waselineą. Z powodu tej komplikacji zaniechano zeszywania rany tego dnia i przystąpiono do tej drugiej części operacji dopiero:

9 lutego. Stan bezgorączkowy. Ranę zeszyto szeregiem szwów węzłowych i po odpowiednim ustawieniu palców ułożono kończynę w szynie VOLKMANN'a. Po tym pierwszym opatrunku chory gorączkował przez 4 dni. Raz nawet ciepłota dosięgła wieczorem do 39,4° C. Po użyciu ol. rycini temperatura opadła.

14 lutego. Opatrunek. Dokoła bocznych szwów na wewnętrznym i zewnętrznym brzegu kikuta ropienie. Brzegi rany w tych miejscach zaczerwienione. Kilka bocznych szwów zdjęto; brzegi rany w tych miejscach rozerwano. Okazało się przy tem, iż ropienie powstało w sfalowanej części przedniego mostu. W szpary, powstałe po rozerwaniu brzegów rany, wprowadzono po pasku gazy jodoformowej, następnie opatrunek zwykły.

21 lutego. Od poprzedniego opatrunku stan stale bezgorączkowy. Nowy opatrunek. Wszystkie szwy zdjęto. *Prima intentio* na całej powierzchni z wyjątkiem miejsc, gdzie poprzednio ranę rozerwano i które obecnie pokryły się ziarniną.

6 marca. Przy opatrunku okazało się, że pozostała nie zagojona jeszcze przetoka, znajdująca się na wewnętrznym brzegu kikuta i prowadzi jeszcze do kości. Kostny zrost jeszcze nie nastąpił. Opatrunek gipsowy z szyną na przedniej powierzchni kikuta.

24 kwietnia. Ponieważ przetoka dotychczas nie zagoiła się, więc wyskrobano ją ostrą łyżką.

3 czerwca. Przetoka zagojona. Zrostu kości jeszcze nie ma. Nałożono gipsowy opatrunek, w którym chory chodzi o kulach.

3 lipca. Opatrunek gipsowy zdjęto. *Callus* dostatecznie skonsolidował się. Chory poczyną chodzić bez gipsu.

20 lipca. Chory chodzi bardzo dobrze przy pomocy kija.

25 sierpnia. Chory chodzi bardzo dobrze w specjalnym obuwiu bez kija i w tym stanie wypisał się ze szpitala. Chory widziany w r. b. używa kończyny doskonale, powrotu cierpienia nie ma.

Przypadek V.—Aleksander Pyżanowski lat 23, przybył na oddział 13 września 1891 r. Chory średniego wzrostu i nieźle zbudowany. Pochodzi z rodziny zdrowej. Żadnych poważniejszych chorób nie przechodził. Przed 5 laty począł doznawać bólu w lewej stopie w okolicy kości łódkowej. W tem miejscu uformował się wkrótce ropień, który pękł i pozostawił po sobie przetokę. Przetoka po paru miesiącach zablizniła się. Przed 6 miesiącami poczęła brzęknąć i stała się bolesną zewnętrzną okolica stawu golenio-stopowego. Obecnie w miejscu tem znajdujemy chełboczący guz wielkości kurzego jaja; skóra, pokrywająca go, niezmienniona. U wewnętrznej kostki i na wewnętrznej powierzchni goleni znajdują się przetoki, prowadzące do rozmiękczonych kości. Ruchy w stawie golenio-

stopowym bardzo bolesne. Chodzenie zupełnie nie możliwe. Badanie płwociny i płuc dało rezultat ujemny. Tony serca nie jasne. Rozpoznanie: *Arthritis tuberculosa tibiotarsalis sinistra, Osteitis tuberculosa ossium cruris et tarsi*.

25 września. *Resectio* WŁADIM.-MIK. Cięcia typowe. Kości goleni odpilowano na 12 ctm. powyżej stawowych powierzchni, ponieważ niżej skóra i miękkie części zajęte były przez proces chorobowy. Z powodu znacznego posunięcia sprawy gruźliczej okazała się potrzeba usunięcia wszystkich kości stępu, tak iż powierzchnia przepilu kości na stopie przeszła poniżej stawu LISFRANC'a przez podstawy kości śródstopia. Z powodu znacznego krwawienia młazszowego ranę pierwszego dnia wytamponowano gazą jodoformową.

26 września. Ranę zeszyto i ułożono w szynie VOLKMANN'a.

29 września. Opatrunek. Około 2 szwów ropienie, szwy te usunięto.

5 października. Ropienie około wszystkich prawie szwów. Ciężota jednak nie przenosiła 38,4° C. Szwy usunięto. Rana w głębi skleila się. Brzegi rany na podszewie pokrytej grubym naskórkiem, trochę rozeszły się i granulują.

2 listopada. Zrost kostny nastąpił. Zbliżnienie rany jeszcze nie zupełne.

7 listopada. Na podszewie rana zupełnie zblizniona. Na wewnętrznej powierzchni 2 przetoki prowadzące do kości.

9 listopada. Chory miał krwotok płucny i kaszel; kończyny dolne obrzęknięte.

Od tej chwili stan chorego stale pogarszał się wskutek znacznie posuniętej dyskompensacji wady serca. W dniu 20 listopada zejście śmiertelne. Sekcyja wykazała zwięźlenie ujścia aorty, obrzęk płuc. W operowanej kończynie kości zrosły się, lecz proces gruźliczy rozwijał się w nich dalej.

Przypadek VI. — Marjanna M. lat 32 przybyła na oddział 1 lutego 1891 r. Chora dobrego wzrostu i wątłej budowy. Pochodzi, jak mówi, z rodziny zdrowej. Przed 6 laty cierpiała na gruźlicę skóry w okolicy prawego stawu łokciowego. Cierpienie to pod wpływem leczenia ustąpiło. Przed 3 laty wystąpiły gruzelki na nosie. W rok potem uformowało się obizknięcie i przetoka w okolicy zewnętrznej kostki lewej stopy. Wkrótce w miejscu tem uformował się ropień. Chora wstąpiła do szpitala Ś-go Łazarza, gdzie ropień ten otwarto, lecz wtedy już poczał formować się drugi w okolicy kostki wewnętrznej i pięty. Przepisano ją więc na nasz oddział. Obecnie na obydwóch policzkach czerwone smugi szerokości 1,5 ctm., powstałe wskutek gruźliczych zmian skóry. Skóra na chrząstkowej części nosa zgrubiała, zaczerwieniona i usiana gruzelkami. Na lewej pięcie podłużne zagłębienie, w środku którego otwór prowadzący do kości znacznie rozmiękczonej. Na obydwóch kostkach istnieją przetoki, drażące również do kości. Na podszewie prawej stopy kilka powierzchownych owrzodzeń wielkości dziesiątki. Rozpoznanie: *Tuberculosis ossium pedis sin. et cutis faciei*.

7 marca. *Resectio* WŁADIM.-MIKULICZA. Cięcia typowe. Kość stopy odpilowano w miejscu typowym. Ranę zeszyto odrazu szeregiem szwów głębokich i powierzchownych.

15 marca. Opatrunek. *Prima intentio*; część szwów zdjęto.

28 marca. Wszystkie szwy zdjęto.

2 kwietnia. Nałożono opatrunek gipsowy. Szyna na przedniej powierzchni kończyny.

23 kwietnia. Gips zdjęto. Konsolidacya kostna zupełna.

5 maja. Chora chodzi o kiju.

10 czerwca. Chora chodzi o kiju bez specjalnego obuwia. Przebywała dotąd w szpitalu wskutek nawrotów gruźlicy na twarzy i nosie, które kilkakrotnie były skrobane i w końcu zupełnie zagolły się.

Rozpatrując rezultaty, otrzymane w wyżej opisanych przypadkach, widzimy iż z pomiędzy sześciu chorych umarło dwóch. W obu jednak razach śmierć nie była następstwem operacji, lecz ogólnej gruźlicy w przypadku I-ym, a dyskompensacji wady serca w przypadku V-ym. W obu przypadkach powstały też i nawroty gruźlicy w operowanych kończynach. W pozostałych przypadkach zagojenie nastąpiło stosunkowo dosyć szybko i chorzy dotychczas przynajmniej wolni są od nawrotów choroby i bardzo zadowoleni ze swoich kikutów. W 3-ch przypadkach mogą chodzić bez żadnej protezy, a nawet bez kija, i tylko w przypadku 3-im, gdzie nie nastąpił zupełny zrost kostny proteza jest konieczną dla umożliwienia stąpania. Naszem zdaniem rezultaty powyższe są bardzo dobre; a porównane z rezultatami innych zabiegów, dokonywanych przy gruźlicy stopy, skłonią nas do przekładania operacji WŁADIM MIKULICZA nad wszelkie inne rezeekcyjne metody w tem cierpieniu stosowane. Wprawdzie i po tej operacji nawroty zdarzają się, lecz niewątpliwie nie tak często, a czas trwania gojenia stosunkowo krótki pozwoli chorym szybciej opuszczać sale szpitalne, tak zgubnie na gruźliczych chorych oddziaływające.

Wobec niewątpliwej przewagi, jaką ma operacja WŁADIM MIKULICZA nad wszelkimi innymi zabiegami, dziwić zapewne nie jednego będzie, iż nie znalazła ona szerszego zastosowania w życiu praktycznem u nas, że nie przeniosła się dotąd z klinik i większych oddziałów chirurgicznych stołecznych do szpitali prowincjonalnych i nie zastąpiła w nich bezmyślnych incyzji, powstających ropni i wyłyżeczkowań rozmiękłych kości stopy. Przyczyny tego zjawiska, mojem zdaniem, szukać należy w niedostatecznem spopularyzowaniu samej techniki operacyjnej w naszej literaturze medycznej. Ani prof. MIKULICZ w swym pierwszym artykule ¹⁾, ani dr. GABRYSEWSKI ²⁾ nie podają szczegółowo opisu techniki opera-

¹⁾ Przegląd Lekarski 1883 r. N. 36, 37.

²⁾ Przegląd Lekarski l. c.

cyjnej i odpowiednich rysunków, które, jak to wiemy z własnego doświadczenia, tak są przydatne w rozpowszechnieniu wszelkiej innowacji operacyjnej. Prof. MIKULICZ powołuje się na swój artykuł w Archiwie LANGENBECK'a i zbywa opis typowej techniki kilku wierszami. Dr. GABRYSZEWSKI omawia tylko oddzielne momenty operacji, uważając typowe jej wykonanie za rzecz powszechnie znaną. Niewątpliwie każdy fachowy chirurg zna obecnie technikę operacji WŁADIM. MIKULICZ'a, równie dobrze, jak operację PIROGOW'A, GRITTI i inne operacje osteoplastyczne. Ponieważ jednak chodzi mi o rozpowszechnienie tej operacji na prowincyi, ponieważ, będąc łatwo wykonalną, stanowi ona bardzo dobry nabytek dla lekarzy prowincjonalnych, a ich chorym może przynieść rzetelne korzyści, sądzę, iż dobrze uczynię, dopełniając ten brak w naszej literaturze i zatrzymując się chwilę nad techniką typowej operacji i jej modyfikacjami.

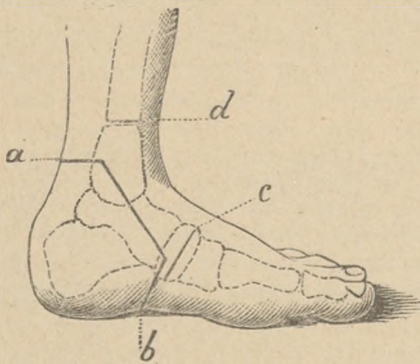


Fig. 3.

a cięcie poprzeczne, *b* cięcie strzemienne, obydwa połączone cięciami bocznymi. Z zewnętrznej strony stopy cięcia przebiegają zupełnie tak samo *d* miejsce przepiłtu kostek, *c*-przepił kości łódkowej.

Rozpoczyna się operację cięciem strzemiennym, przebiegającym przez podeszwę od wyrostka kości łódkowej do guza piątej kości śródstopowej. Cięcie to, jak i wszystkie inne, przenika aż do kości. Z każdej strony dodajemy następnie cięcia boczne, idące od końców tylko co opisanego strzemiennego do kostek; na koniec górne końce obu cięć bocznych łączymy za pomocą cięcia poprzecznego, przebiegającego z tyłu goleni.

Załączony rysunek (Fig. 3), będący kopią z podręcznika TILLMANNS'a, uprzystępnia zrozumienie powyższego opisu.

Po dokonaniu cięć w częściach miękkich, rozpoczynamy oddzielanie stopy od goleni przez otworzenie stawu goleniostopowego w płaszczyźnie poprzecznego cięcia *a*. Następnie oddzielamy więzy, łączące stopę z kostkami, a doszedłszy do

przedniej granicy powierzchni stawowej kości skokowej, odpreparowujemy części miękkie grzbietu stopy od jej szkieletu. Ta część operacji jest najdelikatniejszą, gdyż przy nieostrożnem postępowaniu można zranić tętnicę grzbietową—jedyną, która ma odżywiać pozostawioną część stopy. Dla tego też należy przy oddzielaniu części miękkich od kości ściśle trzymać się tych otatnich. Gdy przy tem separowaniu przejdziemy poza staw CHOPART'a, przepiłujemy w płaszczyźnie cięcia strzemiennego ¹⁾ kości łódkową i sześcienną. W ten sposób usuwamy całą część szkieletu stopy, odseparowanego od płata, pozostawiając w połączeniu z tym ostatnim śródstopie i palce. Nakoniec odpiłujemy powierzchnię stawową kości goleniowych wraz z obu kostkami i przystosowujemy do nich powierzchnie przepiłu kości stopy, tak iżby stopa stanowiła bezpośrednie przedłużenie goleni. Wskutek tego płat z części miękkich pofałduje się trochę na przedniej powierzchni kikutu. Na ranę, która będzie zwróconą ku tyłowi, nakładamy szew węzłowy, oraz sześć szwów płytkowych, z których dwa leżą ku tyłowi, dwa z boków i dwa ku przodowi fałdują przedni płat z części miękkich. Palce ustawiamy natychmiast w pozycji prostopadłej do osi kończyny. Kończymy zabieg przez natychmiastowe nałożenie opaski z krochmalnych bandażi i ułożenie kończyny w odpowiedniej szynie, którą prof. MIKULICZ zaleca nakładać od strony podeszwy z powodu, iż kończyna ma skłonność do zginania się w tę stronę. Oto jest opis operacji w tej formie, w jakiej podał ją prof. MIKULICZ.

W opisanych powyżej przypadkach odstępowaliśmy cokolwiek od tego typu, czasem zmuszeni rozprzestrzenieniem się procesu gruźliczego na inne kości stopy; w innych zaś razach w celu uniknięcia niedogodności, jakie wynikają ze zbytniego wydłużenia operowanej kończyny, o którym już wspomina prof. MIKULICZ ²⁾ i które wynosi od 2 do 4 ctm. W drugim naprz. naszym przypadku, wskutek zajęcia przez proces gruźliczy kości sześciennnej, zmuszeni byliśmy odpilać kości tak, iż w powierzchni przepiłu znalazły się wszystkie kości klinowe i podstawy IV-ej i V-ej kości śródstopowej. W przy-

1) Ostrze pily winno być skierowane od grzbietu stopy ku podeszwie.

2) Przegląd lekarski 1883 p. 156.

padku tym zagojenie i zrost kostny nastąpiły dość szybko, a kończyna wcale nie jest krótszą. To skłoniło nas do odpiłowywania jeszcze większych części kości stopy, o ile tego wymaga szerzenie się procesu gruzliczego, lub gdy chcemy uniknąć wydłużenia kończyny. W przypadku piątym naprzykład powierzchnia przepiłu kości stopy przeszła przez podstawy wszystkich kości śródstopia (Fig. 4).

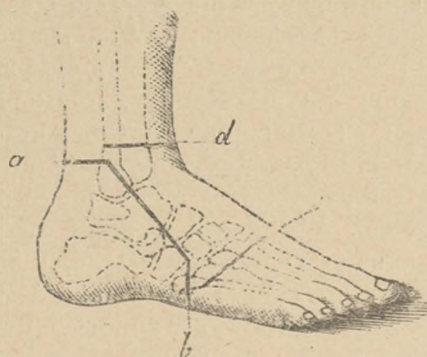


Fig. 4.

- a Cięcie poprzeczne z tyłu goleni.
- b Cięcie strzemienne.
- d Powierzchnia przepiłu kości goleni.
- c Powierzchnia przepiłu kości śródstopia; ta ostatnia na rysunku poprowadzona jest zbyt skośnie.

nionym stawie, ile od chodzenia takich chorych na palcach. Na wyłączeniu więc stawu tego chorzy nic nie tracą. Nadto należy mieć również na względzie, że staw ten, spełniając w tych razach nie zwyczajną dlań fizyologiczną funkcję, łatwo może uleść szwankowi wskutek rozciągnięcia się więzów na podeszwowej powierzchni. W następstwie zaś tego może powstać albo zupełna niesprawność kikuta, albo znaczne osłabienie w pewności stąpania bez odpowiedniej protezy. Chociaż w opisach rezekcyi WŁADIM. MIKULICZA nie spotykamy dotąd wzmianki, która uzasadniłaby powyższe nasze przypuszczenie, teoretycznie jest ono jednak bardzo prawdopodobne i winno być, podług mnie, uwzględniane.

Z powyższego widzimy, że kości stępu, zależnie od przypadku, odpiłowywane być mogą w różnych miejscach. Ponieważ zaś, przystępując do operacyi, nigdy nie możemy dokła-

Prof. MIKULICZ, a wraz z nim cały szereg innych operatorów, przypisuje wielkie znaczenie pozostawieniu w całości stawu LISFRANC'a. Obecność bowiem jego nadaje kikutowi, podług ich zdania pewną elastyczność w czasie chodzenia. Ponieważ jednak owa elastyczność przy stąpaniu miała miejsce i w cytowanych tylko co przypadkach, gdzie staw ten był usunięty, przypuszczam więc, iż zależy ona nie tyle od uginania się kikuta w pomie-

dnie oznaczyć, jak daleko proces chorobowy rozprzestrzenił się po kościach stopy i gdzie wypadnie je przepiłować, należy więc zmienić chronologiczny porządek, przy prowadzeniu cięć w częściach miękkich, z tej mianowicie racji, że powierzchnia przepiłku kości stopy musi zawsze znajdować się w płaszczyźnie cięcia strzemiennego. Uwzględniając powyższą okoliczność, wykonywamy omawianą tu operację na naszym oddziale w następujący sposób: najprzód prowadzimy cięcia boczne od miejsc typowych i łączymy ich końce górne cięciem poprzecznym na tyle goleni; następnie otwieramy staw goleniostopowy i po rozcięciu więzów, utrzymujących obydwie kostki, poczynamy separowanie płata grzbietowego dotąd, dopóki nie obnażymy zupełnie zdrowych kości. Wtedy dopiero łączymy końce cięć bocznych cięciem strzemiennem i w płaszczyźnie jego odpiłowujemy kości stopy.

Z trzeciego naszego przypadku widzimy, że most, łączący pozostałą część stopy z golenią, może zawierać tętnicę piszczelową tylną (*art. tibialis postica*), t. j. może być wykrojony z miękkich części na wewnętrznej powierzchni stopy. Pomysł ten należy uważać za nader udatny, gdyż liczba wskazań do operacji WŁADIM. MIKULICZA, przy posiłkowaniu się nim, może być znakomicie powiększoną, mianowicie o całą sumę tych przypadków, w których wskutek znacznego zniszczenia miękkich części grzbietowej powierzchni stopy, typowa operacja nie może być wykonana. Następnie mając do wyboru 2 płaty nie będziemy zmuszeni do wytwarzania w pewnych razach nader wązkich płatów grzbietowych, co już parę razy było przyczyną nieudania się operacji z powodu zranienia tętnicy w takim płacie i następnego zmartwienia kikuta stopy. Tego rodzaju ewentualność miała np. miejsce u RYDYGIER'a, a prawdopodobnie i u SORDINA'y. Zważywszy na koniec, że grzbietowa powierzchnia stopy, ze względu na powierzchowne swe położenie, częściej musi podlegać uszkodzeniom natury traumatycznej, aniżeli okolica kostki wewnętrznej, znajdująca się pod tym względem w warunkach o wiele dogodniejszych, należy przypuścić, iż tego rodzaju przypadki najczęściej kwalifikować się będą do rezekcji WŁADIMIROWA-MIKULICZA podług niżej opisanej modyfikacji. Gdy zwrócimy jeszcze uwagę na to, że pień tętnicy piszczelowej tylnej jest znacznie grubszy od przedniej, a rozgałęzienia pierwszej o wiele są liczniejsze,

to, będąc dalekim od naciągania faktów *pro domo sua*, przypuszczam, iż płat grzbietowy pod względem odżywiania znajduje się w gorszych warunkach, aniżeli płat wewnętrzny. W razach więc wątpliwych co do własności płata grzbietowego pod względem dostatecznego odżywiania, należy oddać pierwszeństwo płatowi wewnętrznemu. Że wątpliwości w tym kierunku powstać mogą, powołuję się tu na zdanie CHAUVEL'a ¹⁾, którzy rzadkość gangreny kikuta przy operacji WŁADIM. MIKULICZA stara się objaśnić większem unaczynieniem, jakie pociągają za sobą chroniczne sprawy zapalne i stawia pod znakiem pytania żywotność tegoż kikuta przy ranach postrzałowych, przy których unaczynienie pozostaje w granicach normalnych. Chociaż pogląd ten, na mocy obecnego doświadczenia, należy uznać za mylny, ponieważ wszystkie przypadki rezekcyi WŁADIM. MIKULICZA, wykonane w celach ortopedycznych i nie powikłane jakimkolwiek bądź procesem zapalnym, dały rezultat jak najlepszy, to jednak w niektórych przypadkach znacznego zniszczenia części miękkich na grzbiecie stopy wątpliwości takie powstać mogą.

Pomysł niniejszej modyfikacyi należy przyznać SORDINA ²⁾, który w drugim operowanym przez się przypadku pozostawił w płacie tętnicę piszczelową tylną.

Nie mogę jednakże dokładnie podać tu sposobu prowadzenia cięcia w miękkich częściach przez SORDINA'ę, ponieważ praca jego znana mi jest tylko z bardzo krótkiego i niedokładnego referatu, w którym jest tylko wzmianka, że w płacie, odżywiającem pozostałą część stopy, znajdowała się *art. tibialis postica*. Modyfikacja, którą poniżej podajemy, została wykonana przed tem, nim doszedł do naszej świadomości powyższy referat. W naszym przypadku cięcia poprowadzono w następujący sposób: poprzeczne cięcie od podstawy wewnętrznej kostki przebiegało nad samym stawem po przedniej powierzchni goleni aż do wewnętrznego brzegu ścięgna Achillesa. Od wewnętrznego końca tego cięcia [podstawa kostki wewnętrznej] poprowadzono cięcie boczne w kierunku linii prostej do wyrostka kości łódkowej. Od zewnętrznego końca cięcia po-

¹⁾ Revue de chir. 1887, str. 1010—1018.

²⁾ Centralbl. f. Chir. 1885, N. 3. p. 48.

przecznego [wewnętrzny brzeg ścięgna Achillesa] spuszczo-
no się prawie prostopadle na dół; w miejscu przejścia pięty

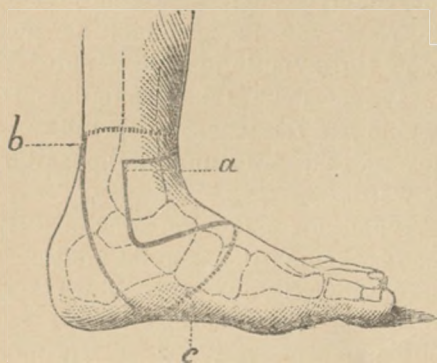


Fig. V

w podeszwę skierowano
się na zewnątrz; przytrzy-
mując się kierunku tętni-
cy podeszwowej i zоста-
wiając ją ku przodowi
dotarto do zewnętrznego
brzegu stopy i zakończono
cięcie na wysokości guza
V kości śródstopia. Na-
stępnie końce cięć bocz-
nych połączono cięciem
poprzecznym, przebiega-
jącym po grzbiecie stopy.
Załączony rysunek (fig. 5)
choć trochę grzeszy pod

względem ścisłości anatomicznej, ułatwia jednak zrozumienie
powyższego opisu.

Wypada mi jeszcze powiedzieć słów kilka o pooperacyj-
nem traktowaniu rany po rezekcji WŁADIM. MIKULICZA na na-
szym oddziale. Otóż postępowaliśmy, jak to widać z opisu
przypadków, w sposób dwojaki: albo zeszywaliśmy ranę od-
razu, albo dopiero na drugi dzień. Zależne to było od obfi-
tości mięszowego krwotoku. Jeśli był on nie znaczny, ze-
szywaliśmy ranę odrazu; przy bardziej obfitem krwawieniu
tamponowaliśmy ją gazą jodoformową na 24 godzin i dopiero
po upływie tego czasu zeszywaliśmy ranę zupełnie [sposób
ten zalecany był swego czasu przez BERGMANN'a]. Jednakże
doświadczenie nauczyło, iż przy metodzie BERGMANN'a nie
obywało się u nas bez ropienia, co, być może, należy posta-
wić w związku ze sposobem przygotowywania na oddziale na-
szym materiałów opatrunkowych przez siostrę miłosierdzia.
Z tego też tytułu obecnie zeszywamy zawsze ranę odrazu,
a przy więcej obfitem mięszowym krwotoku zostawiamy
w ranie sączki z obydwóch stron płatu grzbietowego dla wy-
prowadzenia tą drogą krwi, i wydzieliny. W celu utrzyma-
nia kikuta w należytem ustawieniu do osi goleni w początku,
do czasu zupełnego zabliźnienia się ran w częściach miękkich,
nakładamy zwykle grubą warstwę bandaży krochmalnych

i, tak opatrzoną, kończynę układamy w szynie VOLKMANN'a; gdy zaś rana zabiłżni się chociażby i niecałkowicie, obwijamy lekko okolice rany gazą i nakładamy szynę gipsową na przednią powierzchnię goleni i stopy. Szyna ta zachodzi na podszwową powierzchnię palców i utrzymuje je stale w położeniu prostopadłym do osi kończyny. Taką, tak zwaną dorsalną fleksję palców robimy zwykle *par force* jeszcze przed zeszyciem rany i utrzymujemy w tem położeniu z początku opaską, a później szyną gipsową.

Z sześciu opisanych tu przypadków w jednym zrost kostny nie nastąpił [przyp. 3], w dwóch [przyp. 1 i 5], nastąpiła miejscowa recydywa i następnie śmierć, nie mająca w przypadku 5 żadnej łączności z procesem gruźliczym stopy. Otóż co się tyczy pierwszego zejścia, to w kronikach rezekcyi WŁADIM. MIKULICZA nie należy ona do rzadkości. W odnośnej literaturze znalazłem około 12 przypadków tego rodzaju. Chociaż podobny rezultat nie należy do pożądaných, jednakże bezwarunkowo złym wogóle nazwać go nie można, ponieważ w wielu razach nie wpłynęło to ujemnie na funkcję otrzymanego kikuta i chorzy tacy w odpowiednim obuwiu chodzili bardzo dobrze. Miało to miejsce naprz. u nas, u BUTZ'a, KOCHER'a, KUEMMEL'a. Rozstrzygnąć trudno, dlaczego w pewnych razach nie następuje zrost kostny. Czy zależy to od wadliwego przystosowania do siebie powierzchni przepiłowanych kości, lub znacznego rozejścia się ich w skutek źle nałożonego opatrunku, czy też ma tu znaczenie więcej obfity krwotok z powierzchni przepiłowanych kości, utrudniający należyte zetknięcie się ich, wskutek formowania się znacznej ilości skrzepów; czy, наконец, odgrywają tu rolę pewne właściwości chorego organizmu. O ile błędy technicznej natury łatwe są w tych razach do uniknięcia, o tyle przeszkody ze strony własności samego organizmu chorego mogą być nader trudne do zwalczenia. Ponieważ ostatnia okoliczność nigdy nie może być przewidzianą, należałoby więc chorych po rezekcyi WŁADIM. MIKULICZA zmuszać do wczesnego posiłkowania się operowaną kończyną w opatrunku gipsowym, który winien być parę razy zmieniany, to bowiem, podług niektórych autorów, jak LANDERER, ma znakomicie wpływać na przyspieszenie i wytwarzanie się zrostów kostnych. Być może również, że, używany z powodzeniem parę razy przy omawianej rezekcyi, szew

kostny winien znaleźć z tejże przyczyny szersze niż dotychczas zastosowanie.

Co się tyczy drugiego zejścia — mianowicie recydywy miejscowej sprawy gruźliczej, to jest ona również częstem zjawiskiem, odnotowana jest bowiem 10 razy w dotychczasowych kronikach operacyi. Jeśli dołączymy do tego przypadki, w których wkrótce po operacyi nastąpiło zejście śmiertelne wskutek obostrzenia się gruźlicy płuc lub nastąpiły przerzuty w stawie kolanowym, zniewalające do amputacyi uda, procent zejść niefortunnych jeszcze się zwiększy. Zaznaczyć wypada, że wogóle wszystkie złe zejścia po tej operacyi tyczą się chorych na gruźlicę. Ze względu więc na możliwość powrotów cierpienia nawet przy rezekcyi WŁADIM. MIKULICZA należałoby przypadki ściślej indywidualizować, kwalifikując do niej te, gdzie proces chorobowy umiejscowiony jest tylko w kościach. Przy rozszerzaniu się bowiem jego na części miękkie, szczególnie te, które wypada pozostawić w płacie, nigdy nie możemy być pewni, że wszystkie zmienione tkanki zostały usunięte, a często gorliwości w tym kierunku staje na przeszkodzie blizkie sąsiedztwo naczyń, przebiegających w płatach.

Wszystkie podane tu przypadki operowane były przez Dr. KRAJEWSKIEGO, oprócz ostatniego, który sam operowałem. Czuje się też w obowiązku za to, jak również za łaskawe wskazówki przy pisaniu niniejszej pracy złożyć mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Przypadek stłuszczenia rogówki z peryodycznie powracającymi objawami podrażnienia.

Podał

W. KAMOCKI.

Ordynator Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

[patrz tablicę II].

Teofila B. 42 letnia wdowa po szewcu z okolic Siedlec, zgłosiła się do mnie 14 listopada 1892 r., żaląc się na peryodycznie powracające napady silnego bólu i pieczenia w oczach, którym towarzyszy mocny ból głowy. Oczy czerwienia się wówczas mocno, stają się nader wrażliwymi na światło i łzawią obficie; objawy podrażnienia trwają dzień lub dwa, po czem następuje dłuższa, około tygodnia trwająca przerwa, podczas której chora czuje się wolną od wszelkich dolegliwości ze strony oczu. Napad dotyka obojga oczu odrazu lub też kolejno; wydzielina śluzowa lub ropna nie zjawia się przy tem nigdy. Cierpienie trwa już od lat czterech, aż do ubiegłego lata jednak oczy nie przedstawiały jakoby żadnych zmian widocznych; w tym czasie dopiero chora miała zauważyć na obydwóch rogówkach białawe „błonki“ oraz dostrzedz pewne upośledzenie wzroku, czem zaniepokojona postanowiła zasięgnąć porady lekarskiej.

Chora jest matką trojga zdrowych dzieci, mieszka na wsi w dość lichych warunkach bytu; pomimo wątłej budowy była zawsze zdrową, za wyjątkiem częstych bardzo bólów gło-

wy, które ją od dzieciństwa dręczyły. Przedsięwzięte na moją prośbę przez kol. PUŁAWSKIEGO badanie wewnętrznych narządów nie wykryło w nich nic nieprawidłowego.

Badanie oczu wykazało co następuje:

Obwód obydwóch rogówek usiany jest powierzchownie leżąciami, drobnymi, kredowej białości nieprzezroczystymi plamkami, przypominającymi z pozoru znane złogi wapienne lub ołowiane osady. Chora twierdzi jednak stanowczo, że nie leczyła się nigdy na oczy i nie używała żadnych przymoczek, staranne zaś badanie przez lupę przy ogniskowym oświetleniu wykazuje, że wspomniane białe ogniska leżą już we właściwej tkance rogówkowej i pokryte są prawidłową warstwą nabłonkową. Większość tych zmętnień leży w odległości $1\frac{1}{2}$ —2 mm. od rąbka rogówki, pozostawiając zupełnie czyste pole w obrębie umiarkowanie rozszerzonej źrenicy; w prawem tylko oku leżą one w części na wysokości brzegu źrenicznego. Całość tworzy niezupełnie zamknięty pierścień, lub, ściślej mówiąc, wielokąt wpisany i współśrodkowy z obwodem źrenicy. Obie rogówki przedstawiają w głównych zarysach ten sam obraz, na lewej tylko plamki są więcej nasyczone, a nadto znajdujemy po stronie nosa nieco poniżej poziomej średnicy rogówki małe skrzydlik fałszywy ze słabo zaznaczoną dolną fałdą brzeżną, który jednak nie przekracza rąbka rogówki. Na fig. 1 usiłowaliśmy przedstawić przynajmniej położenie plamek na prawej rogówce, widzianych przez lupę.

Przy zastosowaniu dwuocznej lupy ZEHENDER—WESTIEN'a, wspomniane białe złogi rozłożone zostają na pojedyncze okrągławe plameczki, gęsto skupione, w otoczeniu których rogówka wydaje się jak gdyby zakurzona i okazuje mlecznej barwy zmętnienie. Skupienie takich plamek przypomina nieco rozwijającą się mleczną plamę (*tache laiteuse*) w sieci (*omentum*); podobieństwo to potęgują jeszcze liczne delikatne naczynka krwionośne, wdrażające od obwodu do tkanki rogówkowej i rozgałęziające się między ogniskami zmętnienia. Cały obwód rogówki aż do pierścienia, przez białe złogi utworzonego, jest unaczyniony i okazuje lekkie obłoczkowate zmętnienie, przez co rysunek tęczówki wydaje się nieco zatartym. Delikatne to zamglenie zaledwie widocznem jest dla gołego oka; przy użyciu lupy ZEHENDER—

WESTIEN'a siedliskiem jego okazują się najpowierzchniej-sze blaszki rogówki.

Ponad to nie dostrzegamy w oczach zewnątrznie nic nie-prawidłowego; łącznica jest zupełnie prawidłową, nastrzyk-nięcia okołorogówkowego brak zgoła.

Ostrość widzenia przy nieźborności krótkowzrocznej $\frac{1}{30}$ wynosi w prawym oku $\frac{1}{3}$ i prawie $\frac{1}{2}$ w lewym. Obraz wzier-nikowy dna oczu zupełnie prawidłowy.

Skreślony tu obraz był mi obcym zupełnie, niemniej i kilku kolegom, cieszącym się rozległym doświadczeniem, którym miałem sposobność chorą naszą przedstawić; napróżno też szukałem zrazu w dostępnej dla mnie literaturze opisu po-dobnej formy chorobowej. Nader powolny przebieg, brak ob-jawów zapalnych lub odczynowych, niemniej ograniczone wy-stępowanie zmiany chorobowej czyniły prawdopodobnem istnienie jakiejś sprawy degeneracyjnej w tkance rogówko-wej, której natura oczywiście nie mogła być wyjaśnioną na drodze li tylko klinicznego badania.

Powodowany chęcią wyświeatlenia nieznanej mi sprawy chorobowej i korzystając z obwodowego położenia rzeczonych zmętnień w rogówce, postanowiłem płasko prowadzonym no-żykiem GRAEFE'go zdjąć z powierzchni rogówki kilka po-wierzchniowych blaszek, zawierających te złogi dla poddania ich drobnowidzowemu badaniu.

Zanim jednak znalazłem się w możności dokonania za-mierzonej operacyi, chora uległa zaostreniu objawów podra-żnienia w obydwóch oczach: w obwodowych częściach oby-dwóch rogówek pojawiła się, niewidoczna w stanie spoczynku, nader gęsta sieć delikatnych naczynek krwionośnych, przed-stawiających pewne podobieństwo z łuszczkowatym unaczy-nieniem, a kredowobiałe zazwyczaj złogi w rogówce otrzyma-ły dzięki silnemu nastrzyknięciu lekki odcień żółtawy. Za-kropienie kokainy obok wewnętrznego użycia antipyryny spro-wadziło natychmiastowe i znaczne złagodzenie podmiotowych dolegliwości.

Po ustąpieniu objawów podrażnienia udało mi się, w zaza-czony powyżej sposób, otrzymać cieniutki skrawek z górnej części lewej rogówki; powstałe ztąd płaskie wgłębienie po-wierzchni rogówki zagoiło się bez znaczniejszego zapalnego

odczynu, natomiast ból, jaki się zjawiał po małej tej operacji, był nader gwałtowny.

Zdjętą część rogówki włożyłem natychmiast do słabego wysoku, wkrótce zaś potem, dodawszy gliceryny, poddałem badaniu w całości przy słabem powiększeniu: w miejscach odpowiadających białym złogom znalazłem w miąższu rogówki nieforemnie wielokątne lub okrągławe nagromadzenia grubych ziarn, silnie łamiących światło; też same ziarna, zawieszone w dodanym płynie, wypływały masami z powierzchni cięcia preparatu. Po dokładnem stwardnieniu odciętego płatka rogówki, zatopiłem go w parafinie i rozłożyłem na skrawki; niestety jednak tkanka okazała się zanadto skurczoną i nieprzydatną do więcej szczegółowego badania. Po silnie łamiących światło ziarnistych masach, tak obficie nagromadzonych przed zatopieniem, obecnie nie pozostało nawet śladu — wszystkie zostały rozpuszczone i wyciągnięte pod działaniem ksylolu. Na miejscu ich znalazłem tylko olbrzymio rozszerzone przestwory sokowe, zawierające gdzie niegdzie jądra ze szczątkami ciał komórkowych, których protoplazma okazywała grubooczkową siatkową budowę. Optyczne zachowanie się pomienionych ziarnistości oraz ich rozpuszczalność w ksylolu przemawiały za ich tłuszczową naturą; zawarte zaś były one prawdopodobnie w samej protoplazmie komórkowej. Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi i lepszego rozejrzenia się w morfologicznych stosunkach, ośmieliłem się zdjąć jeszcze dwa powierzchowne płatki ze zmienionej rogówki w dłuższych odstępach czasu; użyłem jednak tym razem dla stwardnienia płynu FLEMMING'a. Jak przypuszczałem z góry, otrzymały, wspomniane silnie światło łamiące, ziarnka od kwasu osmowego wyraźne czarne zabarwienie, przez co tłuszczowa ich natura stwierdzoną została.

Zanim jednak pomówimy obszerniej o zmianach drobnowidzowych, pragnę dokończyć krótkiego sprawozdania o dalszym przebiegu choroby. Po każdym z trzech przedsięwziętych na lewej rogówce rękoczynów występowały bardzo silne bóle, gojenie się jednak ranek następowało bez żadnych przypadłości, a nawet i znaczny z początku urazowy astygmatyzm wyrównał się po kilku miesiącach zupełnie. Wraz z rozpoznaniem tłuszczowego zwyrodnienia komórek rogówkowych, jako przyczyny zmętnienia rogówki, musiałem się wyrzec nadziei

rozjaśnienia tegoż przy zastosowaniu środków lekarskich; usunąć je można było oczywiście tylko na drodze operacyjnej. Ważniejszym jednak nad ten cel zadaniem wydawało mi się położenie tamy dalszemu szerzeniu się sprawy, co zresztą nie przedstawiało osobliwych widoków powodzenia. Wychodząc z przypuszczenia, że unaczynienie rogówki musi być jednym z ważniejszych momentów tej zagadkowej sprawy, postanowiłem dokonać sposobem próby na nietkniętem dotąd prawem oku obrzezania rogówki za pomocą żegadła galwanicznego (*perikeratotomia ignea*). Miałem przytem na celu wytworzenie głębokiej blizny biegnącej dokoła obwodu rogówki, któraby z czasem doprowadziła do zamknięcia światła naczyń rogówkowych, po części zaś nadto pragnąłem wpłynąć na innerwację rogówki. Nie myślę bynajmniej twierdzić, że chorą ulczyłem, wpływ jednak tego, poza przemijającym podrażnieniem, niewinnego rękoczynu był bezwarunkowo pomyślny; trzy tygodnie po operacji upłynęło dla oka w zupełnym spokoju i dopiero po tym czasie zjawiał się lekki, przez kokainę natychmiast poskromiony, napad podrażnienia. Wyraźnej, przynajmniej podmiotowo, poprawy doznała chora i w lewym oku: napady i tu stały się o wiele rzadszemi i łagodniejszymi; 26, I, 1893 usunęła się chora z pod dalszej obserwacji przy niezminionej ostrości widzenia w prawem oku i nieco zmniejszonej przez astygmatyzm urazowy w lewym.

W połowie maja r. b. ujrzałem chorą po raz drugi; oznajmiła mi, że od końca stycznia miała tylko dwa czy też trzy i to bardzo lekkie napady, podczas gdy dawniej nie bywała od nich wolną dłużej nad tydzień. Obiektywny stan prawego oka nie przedstawia widocznych zmian, na lewej rogówce pozostało tylko kilka odosobnionych białych plameczek, których poprzednie wycięcia nie dosięgły. Cały obwód rogówki jest lekko zamglony w sposób zaledwie dostrzegalny dla gołego oka; krzywizna jego jest prawidłową. Ostrość widzenia wynosi $\frac{5}{18}$ ze szkłem cyl.—30, $\frac{5}{15}$.

Zmiany drobnowidzowe. Jak już nadmieniliśmy, części tkanki rogówkowej, odpowiadające białym złogom, poczerniały wyraźnie pod wpływem kwasu osmowego, przy poprzedza-

jącem jednak zatopienie w parafinie traktowaniu ksylolem, zabarwione czarno ziarniste masy rozpuszczone zostały pomimo nader ostrożnego postępowania. Barwienie preparatów było również bardzo mozolnem, jak zwykle zresztą przy stosowaniu płynu FLEMMING'a; znośne zabarwienie otrzymywałem jedynie przy użyciu safraniny oraz poniekąd karminu alunowego.

Nabłonek rogówkowy przedstawia się zupełnie prawidłowo, wydaje się wszakże, jak gdyby nabłonek łącznicy w części był przeciągnięty w obręb przezroczystej rogówki poza jej rąbek; granica pomiędzy obydwoma rodzajami nabłonka na wielu preparatach jest bardzo wyraźna. Komórki podstawowe [Basalzellen] nabłonka rogówkowego są większe, foremniejsze i słabiej zabarwione; ku brzegowi rogówki pokrywają je na promieniowo przeprowadzonych skrawkach średnie warstwy łącznicowego nabłonka. Pomiedzy komórkami nabłonkowymi znajdujemy tu i owdzie pojedyncze ciała wędrujące; figury pośredniego podziału jąder występują nader nielicznie. Na kilku skrawkach spotkałem wałeczkowate wdrażenie nabłonka w leżącą pod nim rozpulchnioną tkankę rogówkową.

Błony Bowmana brak jest w całym obszarze zmętniałej rogówki; przy brzegu swoim ulega ona rozwłóknieniu i przechodzi w splatające się z sobą pod ostrym kątem pęczki [Fig. 2], podobnie jak błona Descemet'a w wiąz grzebieniasty. Pomiedzy pęczkami spostrzegamy liczne, po większej części owalne, nader blado zabarwione, ubogie w chromatynę jądra. Podobneż jądra znajdujemy miejscami pomiedzy resztkami błony Bowmana i nabłonkiem [fig. 3], niektóre zaś zdają się leżeć nawet w samej grubości błony podstawowej [fig. 3a]; obrazy takie powstają jednak prawdopodobnie dzięki kierunkowi cięcia, dotykającego tylko z boku ocalałej jeszcze wysypki błony Bowmana.

W pozbawionych przedniej błony podstawowej częściach rogówki uderza nas znaczne rozpulchnienie najpowierzchniejszych warstw jej; podobnież jak sama błona podstawowa ulegają rozwłóknieniu i pojedyncze blaszki rogówkowe, przechodząc w luźną tkankę bełeczkowatą (fig. 5), której pęczki włókniste łączą się bezpośrednio z powstałymi z rozszczepienia się błony Bowmana. Pomiedzy pęczkami znajdujemy po

części ściśle do nich przylegające te same nader blade jądra (fig. 5c), o których wspomnieliśmy już powyżej; posiadają one pojedyncze błyszczące jąderka i prawie zupełnie pozbawione są chromatyny. Tu i owdzie jednak dostrzegamy i nieliczne wyraźnie zabarwione owalne lub wrzecionowate jądra (fig. 5d) zupełnie podobne do prawidłowych stałych komórek rogówkowych. Wspomniane blade jądra leżą w oczkach beleczkowatej tkanki pojedynczo, lub, co zdarza się częściej, skupione są po kilka.

Blżej rąbka rogówki znajdujemy w powierzchniowych, tuż pod nabłonkiem leżących, warstwach tkankę zupełnie luźną, przypominającą tkankę łącznicową. Pęczki włókniste są o wiele delikatniejsze i odznaczają się falistym przebiegiem. Komórkowe pierwiastki zabarwione są wyraźnie i odpowiadają ciałkom tkanki łącznej lub wielojądrowym wędrującym komórkom. Naczynia włosowate o nader delikatnych ściankach znajdują się w obfitości.

Właściwe ogniska zwyrodnienia leżą również w powierzchniowych warstwach tkanki rogówkowej, niekiedy nawet bardzo blisko nabłonka. Na miejscu ich znajdujemy olbrzymio rozszerzone przestwory sokowe wypełnione pęcherzykowato wydętymi bardzo wielkimi komórkami. Treść tych komórek wydaje się na preparatach zamkniętych w balsamie kanadyjskim bardzo jasną i posiada wyraźną siatkowatą budowę, przypominającą budowę protoplazmy nabłonka gruczołów łojowych. Jądra po większej części dobrze są zachowane i zabarwione; niektóre z komórek wydają się wprawdzie pozbawione jąder, łatwo jednak zrozumieć, że przy względnie znacznych rozmiarach rzeczonych pierwiastków i cienkości skrawków (0,01 mm.) nie wszystkie jądra przez cięcie trafione być mogą. Nie można zresztą bynajmniej wyłaczyć możliwości nawet rozpadu w zwyrodniałych komórkach; dążą może do niego te właśnie, w których jądra okazują się mocno skurczone, bez wszelkiej widocznej budowy i nader wyraziście zabarwione. Trudno jest powątpiewać, że mamy tu do czynienia z tłuszczowem zwyrodnieniem komórek; byłoby wprawdzie rzeczą nader interesującą i ważną przechować czarno przez kwas osmowy zabarwione ziarna tłuszczowe również i na drobnowidzowych preparatach, okazało się to jednak niemożliwem do osiągnięcia przy zatapianiu w parafinie, nie mo-

głem się zaś odważyć na robienie cięć z wolnej ręki nawet po stwardnieniu w gumie z gliceryną z tak drobnego i nie bez niebezpieczeństwa otrzymanego preparatu, jakim były zdjęte cząstki tkanki rogówkowej.

Uległe tłuszczowemu zwyrodnieniu komórki skupione były po większej części w dużych gniazdach, tu i owdzie jednak znajdowaliśmy i pojedynczo leżące pomiędzy pęczkami i blaszkami rogówki. Tkanka rogówkowa w otoczeniu ognisk zwyrodnienia odznacza się rozpulchnieniem istoty zasadniczej i wielkiem bogactwem owalnych lub wrzecionowatych jąder (fig. 4), należących prawdopodobnie do stałych komórek rogówkowych. Ze względu na topograficzne stosunki umiejscowienia zdają się stłuszczone komórkowe pierwiastki odpowiadać również stałym komórkom rogówkowym; w kłopotcie byłbym natomiast dotąd zaliczyć wielokrotnie wspomniane blade, ubogie w chromatynę, nagie jądra. Użyty przeze mnie dla swej zawartości kwasu osmowego, jako odczynnik stwardniający, płyn FLEMMING'a nie pozwalał na zastosowanie delikatniejszych dyfferencyjnych sposobów barwienia, jak np. GAULE'go, HEIDENHAINA-BIONDI'ego i innych, chcę więc tylko raz jeszcze zaznaczyć, że pod względem wyglądu rzeczzone komórki różniły się stanowczo od zawartych w moich preparatach zarówno stałych komórek rogówkowych jako też i wędrujących ciałek; ponieważ jednak w tym razie *tertium non datur*, skłonny byłbym uważać je raczej za zmienione stałe komórki. Figur karyomitozy oprócz nielicznych, dających się dostrzedz w nabłonku, nie spotkałem bezwarunkowo nigdzie; zresztą brak chromatyny w jądrach i bladość ich przemawiają z góry raczej za obumieraniem niż za postępowymi zmianami. Tkanika ta przypominała poniekąd bliznowatą, chociaż w ciągu kilkomiesięcznego obserwowania nie dostrzegłem nigdy śladów owróżdzenia zarówno w stanie spoczynku jak i podrażnienia. Ponieważ jednak miałem przed sobą jeden tylko okres sprawy nadzwyczaj przewlekłej, ciągnącej się już lata całe, nie czuję się przeto uprawnionym do wyprowadzania z pojedynczego spostrzeżenia żadnych daleko sięgających wniosków.

Hypoteza GRAWITZ'a o tak zwanych „drzemających komórkach“ (*Schlummerzellen*) przeniesioną została świeżo przez

uczni^a jego KRUSE'go ¹⁾ i na grunt rogówki. Według tych autorów zjawiają się przy podrażnieniu i stanach zapalnych w rogówce jądra we włóknach, na granicach pozornie pozbawionych ścianach przestworów sokowych, oraz wewnątrz tych ostatnich w siatkowato ze sobą splecionych wyrostkach stałych komórek rogówkowych. Niektóre z opisanych i odrysowanych przez KRUSE'go obrazów (por. tegoż autora fig. 2 i 3 z naszą fig. 5) przypominają tak żywo widziane przez nas, że wydało mi się rzeczą właściwą wspomnieć tu o jego poglądzie, jakkolwiek obalonym już przez WEIGERT'a; dowodów przemawiających za teorią zmartwychwstania komórek oczywiście nie mogłem w moich preparatach wynaleźć.

Na zakończenia chcę jeszcze nadmienić, że na dwóch czy trzech preparatach dostrzegłem cienkie blade niteczki przebijające zachowaną jeszcze błonę Bowmana, które wdrażały między komórki nabłonka; pod błoną podstawową przebiegały one ukośnie, kierując się ku ograniczonemu skupieniu komórek, położonemu w powierzchownych blaszkach rogówki. Topograficzne stosunki położenia pozwalałyby mniemać, że mieliśmy przed sobą nacieczony punkt węzłowy podpodstawowego splotu nerwowego wraz z wychodzącymi z niego końcówkami włóknami nerwowymi, sposób stwardnienia jednak preparatu nie pozwalał nam o tem stanowczo wnioskować.

Po bliższem dopiero poznaniu anatomicznych zmian, towarzyszących opisanemu powyżej zmętnieniu rogówki, uwaga moja zwróconą została na artykuł CUIGNET'a p. t. *Kératites parenchymateuses graisseuses* w *Recueil d'ophtalmologie* za r. 1880 (str. 655 i nast.); nagłówek ten odpowiadał dość dokładnie istocie spostrzeganej przez nas sprawy, przestudyowawszy jednak starannie pracę CUIGNET'a, doszedłem do przekonania, że chodziło w niej o rzeczy najzupełniej odmienne. Jedyne (dokonane przez KELSCH'a) anatomiczne badanie miało za przedmiot rogówkę oka dotkniętego całkowitą amaurozą wskutek *leucoma adhaerens*, *Keratitis cretacea*, *iridochoroiditis dolorosa*, przy czem na drugim oku istniały objawy sympa-

¹⁾ A. KRUSE. Über Entwicklung, Bau und pathologische Veränderungen des Hornhautgewebes. VIRCHOW's Archiv Bd. 128 str. 251.

tycznego podrażnienia (l. c. *Observation* VI, str. 662); pierwotnem cierpieniem był ropień rogówki.

Mając poważne powody do powątpiewania o słuszności zapatrywania KELSCH'a i CUIGNET'a, pozwalam sobie przytoczyć protokół drobnowidzowego badania własnymi słowami KELSCH'a (l. c. str. 662 i nast.).

„La membrane est le siège d'un épaissement diffus et irrégulier. L'épithélium antérieur est a peu près partout conservé; sur certains points il est même hypertrophié; par contre on ne trouve plus que des vestiges de la membrane de Bowman; l'épithélium repose directement sur le feuillet propre de la cornée. En arrière, le revêtement épithélial fait défaut et le cristallin adhère à la lame élastique postérieure. C'est le feuillet propre qui présente les lésions caractéristiques.

Elles consistent: 1° Dans la multiplication des éléments de la cornée; 2° dans le gonflement des lames et dans l'apparence fibroïde revêtue par quelques unes d'entre elles; 3° dans la formation de quelques tractus vasculaires grêles et isolés; 4° enfin dans l'infiltration de ce tissu par une innombrable quantité de vésicules graisseuses.

L'épaississement de la cornée est dû a la tuméfaction des lames qui, dans les points les plus altérés, revêtent une apparence fibroïde, et à la multiplication des élémens cellulaires qui forment entre ces lames des traînées compactes et parallèles entre elles. La forme la plus ordinaire de ces élémens est celle de fuseaux allongés, pourvus de deux à quatre noyaux très petits; ces noyaux représentent sans doute le profil de cellules plates multiples interposées entre les lames de la cornée.

Le caractère spécifique de ces altérations, c'est l'interposition entre les rangées cellulaires et les lames cornéennes d'une masse de vésicules graisseuses: au centre du foyer morbide principal, elles sont répandues avec tant de profusion, qu'elles obscurcissent la préparation et masquent les parties fondamentales du tissu; elles sont généralement très petites, de dimensions inégales et à reflet jaunâtre. Plus on s'éloigne du foyer, plus elles deviennent clairsemées, et sur les confins de la zone d'altération, on les voit souvent groupées en petits amas fusiformes qui représentent exactement la configuration

d'élément normal de la cornée sur une coupe antéropostérieure, amas que l'on peut considérer par conséquent comme des cellules cornéennes graisseuses".

W powyższym opisie pozna niewątpliwie każdy wolny od uprzedzenia czytelnik obraz świeżej blizny rogówkowej; co się tyczy tak nazwanych pęcherzyków tłuszczowych, to nie wspomina KELSCH ani słowem o zachowaniu się ich względem kwasu osmowego, eteru, chloroformu i t. d.. Niepodobna zaprzeczyć z góry, że w rogówce dotkniętej tak ciężkimi zmianami mogłoby wystąpić i tłuszczowe zwyrodnienie, jako wsteczna przemiana; nie mogą jednak oprzeć się wątpliwości, że mniemane pęcherzyki tłuszczowe były może raczej kroplami koloidalnymi lub szklistymi, jakie już wielokrotnie opisywane były w bliznach rogówkowych.

Opierając się na powyższem badaniu twierdzi tymczasem CUIGNET w bardzo śmiały sposób, że większa część tak zwanych metalicznych osadów w rogówce polega na tłuszczowym jej zwyrodnieniu i przytacza jako dowód pięć innych historii chorób [bez mikroskopowego badania]. Rozbiór tych spostrzeżeń zaprowadziłby nas zbyt daleko; chcę tu zaznaczyć tylko, że we wszystkich tych przypadkach istniały przewlekłe cierpienia oczu, jako to przewlekłe i „konstytucjonalne“ zapalenie łącznicy, zapalenie brzegów powiekowych, wrastanie rzęs, zarosnięcie dróg łzowych, ślady naczyniowego, ropnego i wrzodziejącego zapalenia rogówki, zapalenie tęczówki, jagodówki i jaskra.

Krytyka poglądów CUIGNET'a nie jest naszym zadaniem; mieliśmy tylko na celu złożenie dowodu, że opisany przez nas przypadek różnił się stanowczo od spostrzeżeń CUIGNET'a zarówno pod względem klinicznym jak i anatomicznym.

Trudno natomiast zaprzeczyć podobieństwa pomiędzy naszym spostrzeżeniem, a opisany przez MANZ'a ¹⁾ przypadkiem „guziczkowatego zapalenia rogówki“. Obie rogówki 31-letniego, a od lat 10 podlegającego chorobie oczu, mężczyzny usiane były licznymi, ostro ograniczonymi zmętnieniami szarawej barwy, leżącymi w głębi nabłonka lub w najpo-

¹⁾ MANZ. Ein Fall von Knötchenbildender Hornhautentzündung. Wiener med. Wochenschr. 1891, Nr. 3 i 4.

wierzchniejszych warstwach rogówki. Barwa tęczyówki odpornej na działanie atropiny była lekko zmienioną, łącznica przeciwnie zupełnie prawidłową. Od czasu do czasu występowały napady silnego bólu i nadzwyczajnego światłowstrętu, przy czym ten lub ów szary guziczek przyjmował więcej nasyconą białą barwę i zbliżał się ku powierzchni rogówki, tworząc na niej w końcu wyraźną wyniosłość. Wówczas guziczek zostawał wydalony i pozostawiał po sobie małe zagłębienie z wąziutkim szarym rąbkim i szarem dnem; w okresie tym wystarczało proste dotknięcie igłą kataraktalną, mającego wypaść, guziczka, aby go natychmiast wydalić. Dobrowolne lub sztuczne usunięcie wystającego guziczka przerywało ból natychmiast. Badanie drobnovidzowe wydobywanych igłą maleńkich czopków serowatej konsystencji wykazało nagromadzenie drobnutkich kropelek tłuszczowych oraz stłuszczonych większych i mniejszych komórek, uważanych przez MANZ'a za nabłonkowe.

Wydalania ognisk zwyrodnienia nie spostrzegałem wprawdzie, położenie ich jednak w naszym przypadku było oczywiście o wiele głębszem. Nie chcąc bynajmniej zaprzeczać możliwości stłuszczenia samego nabłonka, pragnę tylko zaznaczyć, że tak znacznie powiększone zwyrodniałe komórki rogówkowe, jak odrysowane przez nas na fig. 4 przy badaniu w stanie odosobnionym, z łatwością mogłyby ująć za stłuszczone nabłonkowe. Delikatne podnabłonkowe naczynia krwionośne rogówki dawały się dostrzedz w przypadku MANZ'a tylko przy szczególnie sprzyjających warunkach oświetlenia; obecność ich wszakże stwierdzały niewątpliwe drobnutkie kropelki krwi, ukazujące się po wydobyciu guziczków.

Pragnąc wyczerpać wszystkie zawarte w literaturze dane, musimy wspomnieć o dawniejszym przypadku, opisanym przez MACKENZIE'go ¹⁾ jako „*intermittent Ophthalmia*,“ przez CANTON'a ²⁾ zaś, który go za MACKENZIE'M cytuje, jako stłuszczenie rogówki. 24-letni żółzowaty mężczyzna okazywał na brzegu obydwóch rogówek maleńkie zmętnienia, które w ciągu trzech

¹⁾ MACKENZIE. *Traité pratique des maladies de l'oeil*. Przekład WARLOMONT'a i TESTELIN'a. Wyd. IV. Tom II. str. 130.

²⁾ CANTON. *On the arcus senilis etc.* 1863, str. 58.

łat doszły do rozmiarów szerokich, od góry tylko niezupełnych, żółtawo-białych pierścieni. Co 6 lub 7 dni występował na jednym lub drugim oku napad, połączony z bólem i silnym nastrzyknięciem łącznicy, który po 30 godzinach zaczynał się zwolna sam przez się uspakajać. Naczynia łącznicy zdradzały dążność do wkraczania w obręb rogówki; przebieg był postępujący i nie poddawał się żadnemu leczeniu. Badanie drobnowidzowe nie było przedsiębrane.

OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

- Fig. 1. Prawa rogówka widziana przez lupę.
Fig. 2. Brzeg błony Bowmana; rozszczepia się ona i przechodzi w beleczkowatą tkankę, zawierającą w swych oczkach liczne blade jądra.
Fig. 3. Wysepka błony Bowmana; pomiędzy nią a nabłonkiem też same blade jądra wrzecionowate; *a* pozornie w grubości błony Bowmana leżące obłoczkowate jądro.
Fig. 4. Gniazdo stłuszczonych komórek, *a* przecięcie naczynia włosowatego.
Fig. 5. Luźna tkanka podnabłonkowa z obwodu rogówki; *a* pojedynczo leżące stłuszczone komórki; *b* jądra stałych komórek; *c* nagłe jądra pozbawione chromatyny; *d* stała komórka z turbinowatymi wyrostkami.
-

PRZYPADEK PĘKNIĘCIA MACICY PODCZAS PORODU

WYLECZONY NA DRODZE OPERACYJNEJ.

Podał

W. H. Krajewski.

Ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Ds. Jezus.

W Grudniowym zeszycie Odczytów klinicznych, wydawanych przez Red. Gaz. Lek., podałem opis dwóch, operowanych przeze mnie, pęknięć macicy podczas porodu i postarałem się umotywić wskazania, jakichbym się trzymał na przyszłość przy leczeniu tych ciężkich obrażeń. Obecnie pozwalam sobie podać historię nowego przypadku, który, mojem zdaniem, stwierdza raz jeszcze racjonalność uwag wygłoszonych w zacytowanym wyżej odczycie.

Dnia 19 Stycznia 1893 roku o godz. 8-ej wieczorem przybyła na mój oddział, z Pruszkowa, chora Marya Komorowska, lat 31 licząca, skierowana przez kol. GRZANKOWSKIEGO, któremu zawdzięczam historię przypadku, aż do chwili zapisania chorej na mój oddział. Przytaczam tu dosłownie opis kol. GRZANKOWSKIEGO:

„Marya Komorowska, lat 32, zameężna od lat 8-u, rodziła 3 razy dzieci donoszone, żywe, z których dwoje, (I, II zrzędu) żyje dotychczas, a jedno (III zrzędu) umarło, mając 2½ lat. Przebieg porodów był prawidłowy. Pierwszy poród trwał do 24 godzin, 2-i około 6 godzin, 3-i również tylko kilka godzin; zawsze odbywała się bez operacji. Przebieg połogów był również prawidłowy: nie gorączkowała i nie leżała nigdy dłużej nad 9 dni. Dzieci karmiła sama. Ostatni poród był przed dwoma laty i 8-u miesiącami. Ostatni peryod trwał od 25 do 30 Marca 1892 r. i niczem nie różnił się od poprzednich

peryodów, którym zazwyczaj towarzyszyły małe bóle w dole brzucha.

„Od połowy ciąży chora czuła ruchy płodu i przestała je odczuwać dopiero ostatniego dnia przed rozwiązaniem. Pierwszym objawem, rozpoczynającego się, porodu było odejście wód 13-go Stycz. o 5 po połud. Dwie i pół doby chora jeszcze chodziła, nie doznając żadnych bólów, przy ciągłym sączeniu się wód; 16 Stycz. położyła się do łóżka. Bóle porodowe rozpoczęły się 18-go po południu, były słabe i krótkotrwałe. W nocy z 18-go na 19-ty zjawily się słabe bóle w dole brzucha, po stronie lewej, rozszerzające się na lewe udo. Jednocześnie z pojawieniem się tego stałego bólu w lewym podbrzuszu były kilkakrotne choć nieobfite krwawienia z pochwy i podówczas poraz pierwszy wystąpiła czkawka.

„Nad ranem 19-go bóle porodowe całkiem ustały i dokucał chorej tylko ciągły ból w lewym podbrzuszu. Akuszerka wezwana do chorej 18-go około południa dała jej lewatywę, a w nocy z 18 na 19, widząc że chora słabnie, że bóle ustają, że z wodami okołopłodowymi wydziela się smółka, poradziła zawezwać lekarza.

„Po przybyciu na miejsce 19, o 12-ej w południe, znalazłem pacjentkę średniego wzrostu, nieźle zbudowaną i odżywianą, nie gorączkującą (T. 37.4) przy pulsie 96 miękkim.

„Na pierwszy rzut oka zwracał uwagę brzuch bardzo duży; na nim zarysowywały się dwa wypuklenia: jedno w podbrzuszu lewym, drugie w podżebrzu prawem. Miednica była ogólnie zwężona; wymiary jej. *Dist. Sp.* 24.5; *Distr. Crist.* 27.5; *Conj. ext.* 18.5. Przy obmacywaniu brzucha wyczuwałem dno macicy bardzo wysoko, odchylone ku prawemu podżebrzu; trzon ściągnięty ku górze przedstawiał się pod postacią czepka, usadowionego po nad rozciągniętym dolnym odcinkiem macicy.

„W trzonie wymacałem dużą część płodu, konsystencji jej jednak z powodu grubej warstwy mięśni oznaczyć nie mogłem.

„W wypuklającym się podbrzuszu lewym, bardzo boleśnym na dotyk, wystawała część płodu duża, twarda, która wymacywała się prawie pod podwłokami brzuszniemi. Przewężenie (*Contractionsring*) leżało powyżej pępka.

„Dolny odcinek macicy tak obciśle przylegał do płodu, że drobnych części tego ostatniego nie mogłem wymacać. Ani bicia serca płodu, ani ruchów nie udaje się stwierdzić. Przy badaniu wewnętrznem znalazłem szyję maciczną wygładzoną, otwór zewnętrzny rozwarty na $3\frac{1}{2}$ palca, wargi, okalające naokoło część przodującą obrzękłe i rozciągliwe. Pęcherza nie ma. Część przodująca, była przyparta do wejścia do miednicy o tyle, że do *promontorium* palcem dosięgnąć nie można, jakkolwiek poza spojenie łonowe palec zejść może. Na części przodującej pod obrzękłą skórą pokrytą włosami, wyczuwałem twardą szeroką kość i na przestrzeni wstawiającej się do wejścia do miednicy, nigdzie ani szwów ani ciemiączek nie wymacałem. Część przodująca przy lekkim dotykaniu nie cofała się ku górze i pozostawała silnie przyparta do wejścia do miednicy.

„Rozpoznałem *rupturam uteri incompletam in parametrio sinistro*.

„Co do płodu martwego, to tylko było pewnem, że mamy do czynienia z położeniem czaszkowem. Nieobecność szwów jakoteż ciemiączek na części, wstawionej do wejścia do miednicy, pozwalała przypuszczać odchylenie szwu strzałkowego ku *promontorium* i ustawienie się główki kością ciemieniową prawą w wejściu do miednicy. (Ustawienie główki ciemieniowej NAEGEL'ego).

„Znalazłszy rodzącą w tak ciężkim stanie, w wiejskiej chacie, sprowadziłem z sąsiedniego Pruszkowa, kol. SZTEJNA, na radę i zaproponowałem odwiezienie rodzącej do Warszawy do szpitala, motywując swoją radę tem, że przy trudnem, sztucznem rozwiązaniu możliwą byłoby rzeczą przeistoczenie pęknięcia niezupełnego macicy na zupełne, a w takim razie, wobec niemożliwości wykonania na miejscu laparotomii, chora byłaby narażoną na wielkie niebezpieczeństwo. Co więcej uważałem za przeciwwskazane wszelkie forsowne rękoczynny, a nawet wprowadzenie całej ręki do pochwy, ażeby położyć ręki, lub kilkomu palcami sięgającemi powyżej wejścia do miednicy dokładnie określić położenie płodu i części wypuklającej lewe podbrzusze. Ponieważ rodząca pozostawała przez 6 dni po odejściu wód z otwartym kanałem rodnym i była na opiece akuszerki, kobiety 70 letniej, nie mającej pojęcia o antyseptyce; ponieważ akuszerka ta badała wielokrotnie chorą,

należało więc przypuszczać możliwość wniesienia zarazków septycznych do kanału rodnego. Forsowne badania przeniosłyby wydzielinę pochwową i szyi macicznej wyżej do macicy, zaszczepiłyby zarazki septyczne głębiej i na większej przestrzeni, i pogorszyłyby rokowanie przy następczej operacji.

„Te motywy skłoniły mnie do zaniechania sztucznego rozwiązania na miejscu.

„Przy nieznacznej odległości od Warszawy (2 mile), podczas wyśmienitej sanny, uważałem za rzecz bezpieczniejszą przewiezienie rodzącej do szpitala i wykonanie tam sztucznego rozwiązania, mając zapewnioną natychmiastową pomoc w razie całkowitego rozdarcia macicy“.

Przybywszy na oddział natychmiast po zawiadomieniu o przywiezieniu chorej, zastałem ją, leżącą na noszach w sali operacyjnej i skonstatowałem co następuje:

Chora stosunkowo dobrze zbudowana i odżywiana, bardzo blada, niespokojnie kręci się na pościeli i stęka, narzekając na silne bóle w całym brzuchu, tętno prawie nienamacalne, 160 uderzeń na minutę, od czasu do czasu czkawka. Po uwolnieniu chorej od niezliczonej ilości płacht, kołder i spódnic, w jakie ją na drogę owinięto, przekonałem się, iż traci ogromną ilość krwi, która strumieniem wypływała ze szpary sromnej. Przy przenoszeniu na stół opatrunkowy i podczas obmywania chorej, płynęła literalnie struga krwi po posadzce sali operacyjnej. Ta obfitość krwawienia i rozpaczliwy stan, w jakim się wskutek tego znajdowała chora, nie pozostawił zbyt dużo czasu na zorientowanie się i poczynienie odpowiednich przygotowań. Szczęściem, pierwsze nie było trudnem: brzuch wzdęty, na dotyk bolesny; przy obmacywaniu w podżebrzu prawem wyczuwa się pośladki płodu po środkowej zaś linii drobne jego części; w podbrzuszu lewem łatwo się wymacuje miękkawy guz sięgający trochę wyżej pępka (macica). Badanie przez pochwę przekonywa nas, iż macica jest pustą, że zatem cały płód wypadł do jamy brzusznej, w bocznej zaś i tylnej ścianie kolosalne rozdarcie nie tylko trzonu i szyi, lecz i warg macicznych, aż do sklepienia pochwy. Ponieważ przygotowania do laparotomii, jak zresztą w każdym większym oddziale są naprzód poczynione, więc też bez straty czasu, po

należytem obmyciu brzucha i ostrożnem przepłukaniu pochwy rozczyłem sublimatu (1 : 2000) przeniesiono chorą na stół operacyjny, zachloroformowano ją i natychmiast przystąpiłem do wykonania laparotomii przy łaskawej pomocy kolegów: BITNERA, KARCZEWSKIEGO, KORZENIOWSKIEGO, DĄBROWSKIEGO, GRZANKOWSKIEGO, ŚWIĄTECKIEGO, w obecności kolegów STEINA, STANISZEWSKIEGO i SOBIERAŃSKIEGO.

Cięcie w smudze białej rozpoczyna się na 4 palce nad pępkiem i sięga spojenia łonowego. Po otworzeniu jamy brzusznej, wylewa się z niej wielka ilość krwi płynnej wraz ze skrzepami, wodami płodowemi, *meconium* etc. Płód zmacerowany leży całkowicie w jamie brzusznej z prawej strony, między kiszkami; po uchwyceniu za nóżki, wydobyłem go z łatwością i wtedy wykrytą została istotna przyczyna tak fatalnego przebiegu aktu porodowego: oto okazało się, iż główka wypadłego do jamy brzusznej płodu, jest kolosalnych rozmiarów: wymiar przednio tylny wynosił 16 ctm. wymiar zaś poprzeczny 15 ctm. ¹⁾; że jednym słowem z przyczyny wodogłowa (*hydrocephalus*) poród nie mógł skutecznici się siłami natury, wskutek czego doszło do pęknięcia macicy.

Po wydobyciu płodu, po sznurku pępkowym doszedłem do łożyska, leżącego w dole DOUGLAS'a też w obrębie jamy brzusznej i usunąłem takowe. Wszystko to dokonane zostało w parę minut, pośpiech był bowiem konieczny z powodu, iż krwotok z macicy nie ustawał ani na chwilę, a stan chorej był fatalny. Natychmiast po usunięciu płodu, wytoczyłem macicę na zewnątrz, a jeden z asystentów, wprowadziwszy rękę do dołu DOUGLAS'a, zacisnął szyję macicy i w ten sposób, choć tymczasowo, zatamowaliśmy krwotok.

Teraz dopiero mogłem się należycie rozejrzeć w wytworzonych przez rozdarcie stosunkach. Okazało się, iż rozdarcie przebiega na tylnej powierzchni macicy, rozpoczynawszy się pierwotnie w szyi i przeniknąwszy między oba listki lewego więzu szerokiego, rozprzestrzeniło się następnie na tylny listek tego więzu i tylną ścianę macicy, aż do samego dna; brzegi poszarpane nierówne, dziura w tylnym listku lewego więzu ogro-

¹⁾ Wymiary te wzięto na czaszce wysuszonej, a więc prawdopodobnie pierwotkowo musiały być większe.

mna, sam wiąz rozciągnięty skrzepami, wypełniającemi też cały dół biodrowy lewy. Tak z brzegów rozdarcia macicy, pomimo zaciśnięcia, jakoteż ze szpary w więzie, sączy się ciągle krew. Wobec tych danych nie pozostawało nic innego jak usunąć poszarpaną macicę. W tym celu odciąłem przedewszystkiem resztę nierozdartą lewego więzu szerokiego, dzieląc go na pęczki i chwytając, pozostające w jamie brzusznej, odcinki klampami. Z powodu wielkich zniszczeń jakie z lewej strony znalazłem, nie mogłem z tej strony zostawić ani jajników, ani jajowodów. Następnie odciąłem macicę od prawego więzu, zostawiając z tej strony jajnik wraz z jajowodem; odcinki zostające w brzuchu też pierwiastkowo pochwycilem w klampy. Nakoniec, naciąwszy otrzewną w *excavatio vesico uterina et rectouterina*, odseperowałem macicę od pęcherza i kiszki, aż do sklepienia i odciąłem ją od pochwy, poczynając od rozdarcia z lewej strony. Dla uniknięcia krwawienia, przed przecięciem chwytałem oddzielne części sklepień pochwy w klampy i nad nimi odcinałem macicę. W ten sposób po usunięciu jej w małej miednicy pozostał cały wianek klampów zaciskających brzegi otworu powstałego w pochwie. Wybrałem ten sposób postępowania zamiast stopniowego nakładania przewiązek, ze względu na konieczność jaknajszybszego załatwienia się z krwotokiem. Dopiero po usunięciu macicy i przekonaniu się, iż znikąd nie krwawi, przystąpiłem do nałożenia ligatur, przyczem wszystkie nitki pozostawiłem długie, a podwiązując klampy, nałożone na brzegi otworu w pochwie, chwytałem też w ligaturę i błonę śluzową. Po usunięciu wszystkich klampów rozpatrzyłem się w stosunkach, jakie się w miednicy wytworzyły: otóż *parametrium* lewe okazało się otwartem na znacznej przestrzeni, jama w niem wytworzona przechodzi bezpośrednio w otwór górny pochwy i komunikuje z podminowanym skrzepami lewym dołem biodrowym. Ponieważ otrzewnej z lewej strony pozostało za mało na to aby brzegi mogły być swobodnie zbliżone, zamknąłem tymczasowo ranę w małej miednicy serwetą sterylizowaną i przystąpiłem do oczyszczenia jamy brzusznej od skrzepów i płynu jaki się tam dostał wskutek rozdarcia. Czynność ta okazała się dość mozolną z powodu, iż skrzepy rozpełzły po całej jamie brzusznej, tak, iż wydobywać je trzeba było aż z pod przepony; gdy nareszcie załatwiłem się z tem możliwie dokładnie, usunąłem

serwetę z małej miednicy i spróbowałem czy się nie uda zbliżyć ze sobą brzegi rany otrzewnowej; ponieważ jednak okazało się przy próbie odgraniczenia w ten sposób jamy w *parametrium*, od jamy brzusznej, iżby się wytworzył mocno naprężony most z otrzewnej nad jamą *parametrii*, którą musiałbym od strony pochwy drenować; ponieważ, ze względu na bardzo prawdopodobną, prawie pewną, infekcyjność przypadku, nawet w najdogodniejszych warunkach, nie zdecydowałbym się na zupełne zamknięcie jamy brzusznej, więc też zupełnie zaniechałem zszywania otrzewnej, ranę zaś zaopatrzyłem w następujący sposób:

Wszystkie ligatury zciągnąłem do pochwy przez co brzegi otworu, powstałego w pochwie po usunięciu macicy, zostały zwrócone w stronę pochwy; następnie przez ranę brzuszną wprowadziłem do małej miednicy wielki worek MIKULICZA z gazy jodoformowej, którego dno ulokowałem tak, iż by pokrywało całą jamę w *parametrium*, pozbawioną otrzewnej, i otwór, prowadzący do pochwy; worek wypełniłem, dość szczelnie tamponując, pasami gazy jodoformowej, których końce wraz z brzegami worka wyprowadziłem przez dolny kąt rany brzusznej, na zewnątrz. Po takim zaopatrzeniu rany w małej miednicy, zamknąłem ranę brzuszną szeregiem głębokich i powierzchownych szwów. Na zakończenie przemyłem jeszcze raz ostrożnie pochwę roztworem sublimatu, a rozdzielwszy znajdujące się w niej ligatury na 2 pęczki (prawy i lewy), wsunąłem pomiędzy nie pas gazy jodoformowej, tak, iż by dotykał dna worka MIKULICZA, i wytamponowałem luźno całą pochwę takąż gazą, owijając w nią, leżące w pochwie, ligatury. Na ranę brzuszną nałożono aseptyczny opatrunek. Operacja od podania chloroformu do ukończenia opatrunku trwała $\frac{3}{4}$ godziny.

Po operacji wskutek znacznej zapaści i nitkowatego tętna musiano kilkakrotnie zastrzyknąć olej kamforowy i eter pod skórę; ułożono chorą w wygrzanem łóżku i otoczono ciepłymi kamionkami.

Następnego dnia, a więc 20 stycznia 1893 r. rano, chora czuje się stosunkowo nieźle, w nocy wymiotowała kilka razy, tętno 108, ciepłota 36.8°, ból w brzuchu niewielki, nawet przy ucisku. Już w drugiej dobie ustały wymioty; bóle, nieznaczne i ograniczone do dołu brzucha, ustają po obfitszem odejściu

gazów. Maksymalne podniesienie ciepłoty do $38,8^{\circ}$ nastąpiło 6-go dnia i trwało tylko dzień jeden, ustąpiło po podaniu oleju rycynowego i zmianie opatrunku, która miała miejsce 7-go dnia po operacji. Okazało się, iż rana brzuszna skleila się doraźnie, usunięto szwy powierzchowne i zmieniono przesiąkniętą wydzieliną pasy w worku Mikulicza, jakoteż tampon w pochwie.

Dnia 4 lutego ciepłota wciąż normalna, worek Mikulicza został zupełnie usunięty i zastąpiony sączkiem, przy przepłukiwaniu roztworem kwasu bornego rany brzusznej okazuje się, iż istnieje komunikacja z pochwą; przy zmianie tamponu w pochwie odeszło kilka ligatur.

Odtąd jama, pozostała po worku, stopniowo malała, ciepłota stale była normalną i chora zaczęła wstawać; gdy nagle 16-go lutego ciepłota podniosła się do $38,4^{\circ}$ i jednocześnie chora zaczęła doznawać bólu w lewej kończynie dolnej, która widocznie obrzękła; przy zmianie opatrunku okazało się, iż, wskutek znacznego zwężenia się otworu w pochwie, komunikacja między jamą pozostałą po worku Mikulicza a pochwą została przerwana. Przypuszczając zatrzymanie ropy, rozszerzyliśmy klampem otwór od strony pochwy, przyczem istotnie wylało się sporo ropy i komunikacja z jamą po worku Mikulicza wróciła. Ciepłota też zaraz następnego dnia opadła, a w kilka dni obrzęk kończyny znikł doszczętnie. Od tej chwili rozpoczyna się niezakłócony żadnym ewenementem okres zdrowienia. Ostatecznie chora opuściła szpital 20 kwietnia z zupełnie zagojoną raną w pochwie, i małą przetoką w dolnym kącie rany brzusznej, która się, podczas odwiedzania przez chorą ambulatorium szpitalnego, wkrótce zagoiła ¹⁾.

Trudno chyba o mniej pomyslnie warunki dla dobrego zejścia, jak przytoczone w powyższej historii choroby: 6 dni trwający poród (licząc od chwili odejścia wód), opieka starej, 70-letniej, wiejskiej akuszerki, która wielokrotnie bada chorą, podróż dwumilowa do miasta, podczas której pęknięcie

¹⁾ Szanownym kolegom KARCZEWSKIEMU i Czesławowi BITNEROWI, którzy prawie wyłącznie zajmowali się chorą, gdyż ja ją po operacji zaledwie parę razy widziałem, składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie za troskliwą i umiejętną opiekę, jaką otaczają chore laparotomizowane na moim oddziale, a której niezaprzeczenie przynajmniej w połowie zawdzięczam dobre rezultaty, jakimi mój oddział poszczycić się może.

staje się zupełnem, zmacerowany płód wpada do jamy brzusznej i powstaje szalony krwotok, doprowadzający chorą do krańcowej anemii. Oto szereg szkodliwości, którym podległa chora, jak widzimy bezkarnie. Że tak się stało, zawdzięczać to musimy w części wyśmienitemu zasobowi sił pacjentki, lecz chyba w niemniejszej części szybkości i rodzajowi przedsięwziętego rękoczynu chirurgicznego.

Już w poprzednim odczycie zaznaczyłem, iż w każdym przypadku pęknięcia macicy, w którym podejrzewamy istnienie zakażenia, należy usunąć całą macicę wraz z częścią pochwową, że usuwanie nierozdartego trzonu lub części rozdarcia z pozostawieniem reszty pod ligaturą, zaciskającą szyję, jest postępowaniem nieracjonalnem, nie czyniącem zadość kardynalnym wskazaniom, które nas do operacji skłaniają. Podówczas miałem na poparcie tego twierdzenia tylko różnicę zejść pomiędzy dwoma opisanymi przezemnie przypadkami, obecnie przybywa nowy i to dosadny dowód racjonalności onego twierdzenia. To też nie waham się twierdzić, iż większość chorych, które wyzdrowiały po laparotomii, połączonej z niezupełnem usunięciem rozdarcia, wyzdrowiałyby prawdopodobnie i bez usuwania macicy.

Na zakończenie kilka uwag z powodu oceny mego odczytu przez prof. MARS'a w 6-ym numerze „Przeglądu Lekarskiego“ z r. b. Przedewszystkiem pozwalam sobie podziękować szanownemu Profesorowi za pochlebne zdanie o mej pracy i zapewnić Go, iż serdecznie żałuję, że brak dostatecznego doświadczenia akuszerskiego nie pozwolił mi wyczerpać kwestyi wszechstronnie, to też nie myślałem nigdy narzucać mego zdania akuszerom, sądziłem tylko, że zainteresują ich uwagi, wypowiedziane przez fachowego chirurga, przywykłego do niesienia pomocy przy obrażeniach różnych organów jamy brzusznej, a ocena prof. MARS'a stwierdza to moje przypuszczenie.

Prof. M. w ocenie swej na str. 71 powiada, iż w drugim operowanym przezemnie przypadku: odejmowanie rączki i nóżki, było zbyt czynnem, gdyż uznaje się w położnictwie, że: „części drobne wypadłe nie przeszkadzają w żadnym zabiegu“. Widocznie w opisie inkryminowanego przypadku nie dość jasno wytłomaczyłem, jakie względy kierowały mną przy usuwaniu drobnych części wypadłych do pochwy. Nie mogłem w tym przypadku przypuszczać, iż macica tak szczelnie otacza części

wypadłe, iż napotkam trudności w usuwaniu ich przy pociąganiu od góry, gdyż obok wypadłych części płodu, mogłem przesunąć 2 palce przez ujście (str. 7 odczytu), nie ten też wzgląd skłonił mię do usuwania ich przed zamierzoną operacją, lecz obawa, że obecność ich przeszkadzać mi będzie do nałożenia elastycznego sznura, po wytoczeniu macicy z jamy brzusznej, że sznur ten, przewiązawszy części drobne płodu, uniemożliwi usunięcie go przez ranę zrobioną w macicy. Jak się okazuje z dalszego opisu operacji, nie mogłem w tym przypadku założyć sznura z powodu obszernego podminowania lewego więzu szerokiego i zbyt niskiego opuszczenia się płodu, nie mogłem jednak tego wiedzieć przed otworzeniem jamy brzusznej.

Dalej mówiąc o podanym przezemnie podziale pęknięć macicy, prof. M. powiada: „sądzę, iż w dobrze urządzonej zakładzie, jak niemniej i w praktyce prywatnej pod okiem położnika, macica pęknąć nie powinna i musimy przyjąć za zasadę, że pęknięcie macicy jest skutkiem błędu lub zaniedbania położniczego“. Że takby być powinno, nie ulega wątpliwości, faktem jest jednak, że dotychczas zdarzają się nieprzewidziane pęknięcia macicy w najlepiej urządzonej zakładach i tak na przykład: Prof. WINCKEL w swym podręczniku podaje, iż w ciągu jednego roku zdarzyły się na jego klinice aż 4-ry pęknięcia macicy. Dr. PISKAČEK ¹⁾ opisuje przypadek pęknięcia, który się wydarzył na wiedeńskiej klinice położniczej w 1885 roku, a dr. R. BRAUN v. FERNWALD ²⁾ opisuje przypadek pęknięcia macicy na klinice prof. G. BRAUN'a w Wiedniu w końcu 1892 roku. Dopóki podobne fakty zdarzać się będą, musimy się z nimi liczyć bez względu na to, czy są one skutkiem błędu lub zaniedbania, czy też nie i dla tego sądzę, iż podział, przezemnie podany, ma jeszcze dotychczas rację bytu.

Co się tyczy uwag prof. M. nad trudnością zatrzymywania krwotoku w głębi, po dostaniu się do niezupełnego rozdarcia za pomocą cięcia BARDENHEUER'a, to naturalnie dowodów pozytywnych przytoczyć nie mogę, gdyż cała propozycja była opartą na czysto teoretycznych wywodach; co najwyżej mógłbym

¹⁾ Dr. DISKAČEK. Beitrag zur Therapie und Casuistik d. Uterus ruptur str. 21.

²⁾ Centr. f. Gyn. 1893 r. N. 13.

twierdzić, iż operacja BARDENHEUER'a, dokonywana przeze mnie z powodu innych wskazań przekonała mię, iż dostęp do małej miednicy, jest dość obszerny, aby można było przypuścić możliwość proponowanego rękoczynu. Jeśli mówiłem o przecinaniu części macicy, leżącej poniżej rozdarcia po dokonaniu cięcia BARDENHEUER'a, przez otwór w ścianie brzusznej zrobiony, to tylko w związku z wydobywaniem przez toż cięcie płodu, tkwiącego w macicy, nie zaś z powodu iżby moja ignorancja akuszerijna sięgała aż tak daleko, abym nie wiedział o istnieniu takich rękoczynów, jak rozszerzenie mało rozwartego ujścia na tępo, balonem BRAUNA lub nożem od strony pochwy.

Nie myśląc wcale występować w obronie postępowania akuszerijnego w drugim opisanym przeze mnie przypadku, raz z powodu, iż uwagi prof. M. wydają mi się słuszne, powtóre ze względu, iż kolega, niosący pomoc, jako wykwalifikowany akuszer, sam zapewne skuteczniej obronę swą mógłby poprowadzić, muszę tu dotknąć kilku słowami przyczyn abstynencyi, jaka się daje zauważyć u młodych akuszerów przy potrzebie wykonania jakiegobądź rękoczynu w niepomyślnem otoczeniu i w przypadkach podejrzanym o zakażenie.

Mnie się zdaje, iż abstynencja ta narodziła się z chwilą, gdy przeświadczenie o konieczności antyseptyki dla powodzenia jakiegobądź rękoczynu, gdy poczucie o odpowiedzialności własnej za przypadki zakażenia, coraz bardziej ugruntowywały się w umysłach lekarzy. Położnik wezwany do niesienia pomocy w warunkach, w których stosowanie metody przeciwnigilnej jest niemożliwem, lub do przypadku, w którym już istnieje zakażenie, boi się wprost dokonać jakiegobądź rękoczynu, aby, w imię zasady *post hoc ergo propter hoc*, nie posądzono go, iż on się przyczynił do zakażenia chorej. Pod tym względem rozwinęła się wprost chorobliwa drażliwość osobista u niosących pomoc przy porodzie, a jednocześnie niczem nieusprawiedliwiona pochopność do posądzania innych. Dość jest wypowiedzieć przypuszczenie, iż jakiś ropień u położnicy rozwinął się na drodze przerzutowej, aby obrazić opiekującego się położnicą; z drugiej znów strony dość jest, aby położnica trochę gorączkowała, aby nagle naprzykład zmarła, żeby stugębna fama a nawet niepowołane pisemka brukowe nie roznosiły opowieści o zbrodniczych praktykach niewyćwiczonych jakoby w antyseptyce lekarzy, którzy szerzą zarazę

wśród chorych. Wobec utartego w Warszawie zwyczaju wzywania lekarza do porodu dopiero w razie konieczności, wobec faktu, iż bywa on zwykle poprzedzonym przez akuszerkę (nawet w domach bardzo inteligentnych), która uważa za swój obowiązek badać jaknajczęściej rodzącą, a zazwyczaj nie ma pojęcia należytego o antyseptyce, наконец, wobec tak często obecnie wentylowanej kwestyi o samozakażeniu, powinnyby się uspokoić drażliwość osobista i zmniejszyć pohop z jakim się rzuca podejrzenie na innych.

Tak jest, powinno by tak być, lecz niestety dotąd tak nie jest, ze szkodą dla rodzących, gdyż względy tej natury niewątpliwie onieśmielają szczególnie młodszymi położnikami i powstrzymują w wątpliwych przypadkach od wszelkiej czynniejszej interwencji.

Co się tycze przypadków, w których potrzeba wykonać rękoczyn akuszeryjny przy istnjącem niezupełnem rozdarcu macicy, to oprócz przytoczonych wyżej względów bardziej egoistycznej natury, istnieje inny wzgląd poważny, który zawsze, zda mi się, od czynnej interwencji powstrzymywać będzie, ilekroć położnik nie będzie rozporządzał na miejscu całym swym arsenalem, nie wyłączając możliwości dokonania laparotomii. Przy usuwaniu płodu, za pomocą jakiegobądź rękoczynu w podobnych przypadkach, grożą zawsze dwa wielkie niebezpieczeństwa: 1^o możemy rozerwać, dotychczas cały jeszcze listek otrzewny i przeistoczyć rozdarcie na zupełne; 2^o po usunięciu płodu może powstać szalony krwotok, powstrzymywany dotychczas jedynie obecnością płodu, lub jego części, między brzegami rozdarcia. Czyż łatwo się zdecydować w takim razie na rękoczyn, jeśli nie mamy pod ręką sposobów do opanowania wymienionych wyżej szkodliwości, występujących bezpośrednio po uskutecznieniu tego rękoczynu i bardzo często nie pozostawiających już wtedy dość czasu do zrobienia odpowiednich przygotowań, nawet jeśli się to dzieje w wielkiem mieście, a cóż dopiero mówić o prowincyi.

Naturalnie w dobrze urządzonych klinikach, w których obok sal porodowych istnieje specjalna sala do laparotomii, gdzie wszystko jest do niej przygotowane, tam, wzgląd powyższy przestaje istnieć. W prywatnej jednak, a szczególnie w prowincjonalnej praktyce, gdzie jedynym towarzyszem położnika, jest jego torba z położniczymi instrumentami z do-

datkiem trochy sublimatu, karbolu, sterylizowanej waty i jodoformowej gazy, tam o takiej gotowości do zaradzenia, występującym bezpośrednio po rękoczynie, niebezpieczeństwom dla rodzącej, mowić być nie może i to jest właśnie słusznym powodem do unikania rękoczynu natychmiastowego, ilekroć przewidujemy możliwość dokonania go później w lepszych dla rodzącej warunkach.

Wyżej opisany przypadek jest dobrą ilustracją do wypowiedzianych tu uwag, a osiągnięty rezultat dowodzi, że kol. GRZANKOWSKI dobrze zrobił, polecając przewieść chorą do Warszawy, wprawdzie podczas drogi pogorszyły się warunki, w jakich się chora znajdowała, lecz za to po przybyciu miała pomoc, na jaką w Pruszkowie zdobyćby się nie można było.

Przypuszczam, iż z czasem okoliczności się zmieniają, że akuszerowie oprócz swych zwykłych narzędzi, będą wozić ze sobą puszki ze sterylizowanymi materiałami opatrunkowymi i instrumentami niezbędnymi dla dokonania laparotomii, że będą wyjeżdżać na prowincję w towarzystwie swych asystentów i pomocników szpitalnych, tak, jak my to już dzisiaj robimy, a wtedy chore bez względu na miejsce, w którym się znajdują, będą korzystać w całym zakresie ze środków, jakimi rozporządzamy do walki z nieszczęściami, trapiącemi ludzkość.

REVUE DES JOURNAUX.

I. CHIRURGIE.

Dr. Józefowicz. Un cas d'intoxication aigue par l'acide phénique. Un enfant de 10 mois reçut un lavement, auquel on avait ajouté, par mégarde, une petite quantité de la solution à $\frac{1}{2}\%$ d'acide phénique. L'enfant s'évanouit immédiatement. Appelé auprès du petit malade, l'auteur trouva le tableau complet de l'intoxication par l'acide phénique: suppression de la sensibilité et des reflexes cutanés; respiration irrégulière, il n'y avait plus par minute qu'un soupir profond, stertoreux; ralentissement du pouls (environ 80 pulsations par minute), qui était assez plein, mais très dépressible; les pupilles contractées ne réagissaient point à la lumière; la cornée était insensible, la machoire inférieure pendante; les tons du coeur assez manifestes; la fontanelle tendue, ses battements imperceptibles. Après l'application de la respiration artificielle, des bains chauds, synapisés l'état de l'enfant s'améliora notablement. Cependant le lendemain on constata l'existence des signes d'une pneumonie légère, qui disparurent au bout de quelques jours. L'enfant guérit. (*Gazeta lekarska* № 6).

Dr. T. Faytt. Du Traitement local des brûlures. Dans la 1-re période, lorsqu'on a affaire à des tissus mortifiés, dont l'élimination spontanée dure plusieurs jours, l'auteur conseille d'employer un pansement antiseptique humide; plus tard, lorsque la plaie s'est déjà nettoyée et offre une surface bourgeonnante, le *silk protectiv* rendrait des grands services, en hâtant la cicatrisation et donnant des cicatrices molles et peu retractées. Ce pansement a l'avantage d'être moins douloureux que tous les autres. On applique le silk en 1 morceau, qui ne doit point dépasser les bords de la plaie; ou bien en bandelettes, à côté l'une de l'autre et non en tuiles.

Les premiers pansements étant très douloureux, il est bon de les faire dans la narcose ou dans un bain.

L'auteur rapporte 3 cas de brûlures (dont 2 très graves avec phénomènes généraux), où ce traitement a été suivi d'un résultat très satisfaisant. (*Gazeta lekarska* № 6 1893 r.).

Dr. W. Reiss. Contribution à l'étude de la pathogénie des brûlures. Les nombreuses théories sur les causes de la mort à la suite de la combustion ou de la brûlure ne prennent point en considération l'influence fâcheuse des corps empyreumatiques, qui se produisent en quantité considérable au moment de la combustion et sont incontestablement absorbés plus ou moins abondamment. Cette manière de voir détermina l'auteur à rechercher ces corps dans les excréments des malades (*resp.* brûlés).

R. examinait l'urine de ces sujets, partant de ce fait clinique bien connu, que l'état de ces malades s'améliore, lorsque l'anurie, accompagnant constamment les cas graves, disparaît; l'élimination d'une quantité plus considérable d'urine entraîne le poison, accumulé dans l'organisme.

Cette urine, injectée sous la peau des souris blanches ou des cobayes, provoquait déjà au bout de quelques minutes une grande somnolence et le coma, suivi bientôt de la mort.

Afin de déterminer dans quelle mesure ces propriétés toxiques de l'urine peuvent être attribuées à la présence des corps empyreumatiques, l'auteur exécuta l'expérience suivante: il chauffa 5 grammes de séralbumine dans une cornue fermée et fit passer les produits, ainsi obtenus, par la solution à 0,6% de sel marin, à laquelle il ajouta une certaine quantité de carbonate de soude; l'injection sous-cutanée de cette solution (3—5 divisions de la seringue de Pravaz) provoquait chez les animaux les mêmes symptômes, qui s'observaient à la suite de l'injection de l'urine des brûlés.

L'auteur remarqua que l'odeur de cette urine rappelait nettement celle de la pyridine; des réactions chimiques correspondantes permirent d'obtenir des substances, appartenant au groupe de la pyridine.

C'est précisément à ces corps que sont dues les propriétés toxiques de l'urine ainsi que les symptômes cliniques observés chez les brûlés. Cette hypothèse fut confirmée par des expériences sur l'action de la pyridine et de ses homologues sur les animaux; l'intoxication expérimentale, ainsi provoquée par l'introduction de ces substances dans l'organisme animal, était identique avec le tableau clinique de la brûlure. Cependant l'auteur n'attribue à l'action des corps empyreumatiques que les symptômes, qui ne se laissent pas expliquer par une complication quelconque du processus pathologique lui-même (septicémie, pyémie). (*Przegląd lekarski* №№ 6, 7).

Dr. R. Jasiński. L'europhène. Dans certains cas de suppurations rebelles, où des substances antiseptiques, comme l'iodeforme, le sublimé, le baume du Pérou etc., échouent complètement, on peut se servir avec succès de l'europhène. L'auteur rapporte 4 observations, dans lesquelles il a obtenu une cicatrisation prompte et durable, grâce à l'emploi de cette nouvelle substance antiseptique, dont il décrit les propriétés physiques et chimiques. L'europhène a été employé en poudre ou en suspension dans la glycérine. (*Gaz. lek. № 6 1893 r.*)

Dr. L. Szuman. Opération plastique sur une plaie cutanée de l'abdomen. de 22 ctm. de largeur sur 17 ctm. longueur, suivant la méthode de Thiersch et quelques remarques sur l'utilité de cette méthode dans le traitement de plaies étendues de la peau ou des muqueuses. L'auteur rapporte l'observation d'un malade, de 33 ans, qui se présenta avec une rétraction considérable de la cuisse gauche, fixée à la paroi abdominale par un tissu cicatriciel très solide. Ces adhérences s'étaient produites à la suite d'une brûlure à l'âge de 2 ans.

Section de la cicatrice et greffe cutanée au niveau de la plaie de la cuisse. Au bout de 3 semaines il restait encore une plaie enorme au niveau de la paroi abdominale. Transplantation de la peau, prise à la cuisse droite, suivant la méthode de Thiersch. Au bout d'une semaine *tous les lambeaux transplantés adhéraient parfaitement.* Au bout de 3 semaines les intervalles entre les lambeaux étaient couverts d'épiderme. (*Nowiny lekarskie № 3.*)

Dr. S. Bogdanik. De la résection du nerf sympathique dans l'épilepsie idiopathique. L'auteur partage l'avis d'Alexander, Barącz et Jaksch, qui affirment, que c'est la lésion involontaire du nerf sympathique, pendant la ligature de l'artère vertébrale, qui exerce une influence favorable sur l'épilepsie. Aussi eut-il l'idée de résequer le sympathique, sans lier l'artère vertébrale.

L'opération fut exécutée chez un garçon de 16 ans, sujet à des attaques épileptiques depuis 2 ans.

Après avoir découvert le ganglion moyen du côté gauche (*ganglion medium s. stellatum s. thyreoideum*), situé immédiatement à côté de l'artère thyroïdienne inférieure, l'auteur l'excisa avec les ciseaux. Le résultat de l'opération fut très satisfaisant. Le malade, qui, malgré l'emploi du bromure de potassium, avait tous les jours des attaques graves avec perte complète de connaissance, était guéri au bout de 3 semaines. B. est cependant très réservé dans les conclusions définitives, que l'on pourrait tirer de cette observation; il faudrait pour cela des faits plus nombreux et suivre le malade plus longtemps. Les accidents peuvent se

reproduire, si la régénération du nerf a lieu; du reste, peut-être, l'opération n'a-t-elle eu qu'un effet psychique.

En considérant la résection du nerf sympathique comme une tentative théoriquement justifiée, l'auteur remarque qu'elle ne concerne que les cas d'épilepsie idiopathique, dont on ne peut découvrir la cause. (*Przeegl. lek.* № 7).

Dr. Zawadzki et Dr. Solman. Contribution au traitement chirurgical des affections de l'estomac. L'abaissement progressif du chiffre de mortalité à la suite de la résection de l'estomac permet à espérer qu'on arrivera à des résultats bien plus satisfaisants encore. En effet, depuis la statistique, publiée par Winslow en 1885, et contenant 73% d'insuccès, nous trouvons dans les tables, dressées plus tard par Guinard, une mortalité de 58%, et enfin parmi les 41 opérés de Billroth et ses assistants il en mourut 22, ce qui fait environ 50%.

Pour ce qui concerne en particulier, le cancer du pylore, les résultats défavorables sont dus, d'après les auteurs, aux causes suivantes: 1) L'intervention retardée du chirurgien; 2) Le manque de précisions dans les indications à la résection et à la gastroentérostomie; 3) L'exécution défectueuse de la résection, au point de vue de la technique et de l'asepsie; 4) La fréquence des récidives.

A l'état actuel de la technique chirurgicale, il faut se borner à ne résequer, que lorsque la tumeur est petite, nettement limitée, dure, mobile, sans adhérences considérables aux organes voisins; lorsqu'il n'existe pas de métastases dans l'épiploon, les ganglions lymphatiques ou le foie; enfin lorsque le déperissement du malade est du plutôt à l'obstacle mécanique qu'à la vraie cachexie cancéreuse.

Parmi les indications à la résection du pylore les auteurs attirent l'attention sur le degré de la dilatation stomacale. Lorsque celle-ci est peu considérable, la fonction mécanique de l'estomac redevient normale, comme cela vient d'être démontré par Kaenschke et Th. Rosenheim. Mais dans les cas, où la limite inférieure de l'estomac dépasse 3—4 cm. au dessous de l'ombilic, lorsqu'en outre cette dilatation dure depuis longtemps, on ne doit pas espérer d'obtenir le rétablissement de la fonction mécanique normale de l'estomac. Dans les cas d'abaissement très considérable de la limite inférieure, les auteurs se borneraient à faire la gastroentérostomie, à l'endroit le plus déclive de l'estomac.

Ces considérations générales sont suivies de l'histoire du malade opéré par l'un des auteurs (Dr. Solman). La tumeur carcinomateuse, du volume d'une pomme, mobile et douloureuse, siègeait au niveau de l'ombilic un peu à droite. L'estomac descendait à 4 doigts au dessous de l'ombilic. Le malade a été préparé à l'opération pendant quelques jours, la veille au soir on lui lava l'estomac. L'ouverture de l'abdomen, sur le ligne blanche, confirma

le diagnostic du cancer pylorique; deux ligatures élastiques minces ont été appliquées, l'une sur le duodenum, l'autre sur l'estomac, à 2 cm. au delà des limites palpables de la tumeur. Après la section, passant à 1 cm. au delà du néoplasme, le lavage des 2 bouts et leur tamponnement à la gaze stérilisée, l'opérateur sutura d'abord les parois stomacales, en y laissant un orifice, correspondant au pourtour du duodenum, et fixa l'un à l'autre au moyen de sutures très rapprochées. Six ganglions lymphatiques ont dû être extirpés. L'opération avait duré 3 heures. Réunions de la plaie abdominale par première intention. L'état post-opératoire a été compliqué d'un abcès au niveau de la plaie déjà cicatrisée; celui-ci s'est ouvert spontanément le 12-me jour après l'opération et donna issue au pus, mélangé au contenu stomacal. Le 19-me jour on retira de cette fistule un fil de soie ainsi qu'une parcelle de tissu mortifié. Au bout de 7 semaines depuis l'opération la fistule se ferma. L'état du malade s'améliora d'une façon remarquable; son poids avait augmenté de 24, 2 klgr.

On examina à plusieurs reprises les matières fécales, ainsi que le contenu de l'estomac, qui avait repris ses fonctions mécaniques normales, mais ne renfermait point d'acide chlorhydrique. (*Kronika lekarska* № 4).

R. Barącz. Contribution expérimentale et clinique à la chirurgie gastro-intestinale. De la valeur de l'entéroanastomose au moyen de sutures avec plaques de Senn dans la chirurgie de l'estomac et de l'intestin. En se basant sur ses expérimentations personnelles et l'expérience clinique assez considérable des auteurs, dont presque tous les cas sont rapportés dans ce travail d'une manière assez détaillée, B. arrive aux conclusions suivantes:

1) La gastroenterostomie doit toujours être exécutée par le procédé de Senn; les recherches expérimentales et les faits cliniques prouvent, que ce procédé donne 24,5% de mortalité, tandis que la suture de Czerny-Lembert en donne 42 — 47%; en outre, en suivant la première de ces méthodes, on opère plus rapidement et on a une certaine garantie, que le contenu stomacal ne s'écoulera pas dans la cavité abdominale, l'affrontement des surfaces sereuses étant très considérable.

2) En présence d'un cancer du pylore, envahissant la face antérieure de l'estomac, ou en présence d'une infiltration carcinomateuse, qui ne s'étend pas aux tissus environnants, si le néoplasme est mobile, on peut, au lieu de la gastroenterostomie—opération uniquement palliative—faire, par le procédé de Senn, la gastroenterostomie, accompagnée de résection du pylore (gastroenterostomie au moyen de plaques incomplètement décalcifiées, résection du pylore, occlusion complète de l'estomac et du duodenum résequé). L'entérorrhaphie circulaire n'est pas applicable dans ces conditions à cause de l'éloignement considérable des lumières des viscères

résequés. Il reste encore à déterminer, si, en présence d'un cancer mobile du pylore, où la résection est indiquée d'une façon générale, cette méthode présente des avantages sur le procédé actuellement employé (Bowreman—Jeset). L'expérience, déjà acquise sur ce sujet, prouve que la valeur de la méthode de Senn est égale à celle de la méthode ancienne.

3) L'anastomose des intestins doit toujours être exécutée par le procédé de Senn, au moyen de plaques décalcifiées et a des avantages sur l'ancien procédé de sutures, en raison de la rapidité et de la sûreté de la réunion des 2 intestins.

4) En présence de rétrécissements considérables de l'intestin l'anastomose au moyen de plaques est indiquée.

5) En présence d'un néoplasme du cœcum qui ne peut pas être résequé, à cause de l'étendue de l'infiltration, il est indiqué de faire l'iléocolostomie au moyen de plaques.

6) En présence d'un néoplasme du cœcum, qui peut être résequé, la conduite de Senn est la plus rationnelle, c'est à dire la résection de l'intestin grêle et du cœcum, l'occlusion complète des bouts résequés et l'anastomose au moyen de plaques décalcifiées.

7) Si, après la résection de l'intestin, il y a inégalité considérable des lumières des 2 bouts, il faut au lieu de l'enterorrhaphie circulaire fermer complètement ces 2 bout par des sutures et anastomoser les intestins au moyen de plaques décalcifiées.

8) Comme la résection de l'intestin gangrené est souvent suivie d'inégalité des lumières des 2 conduits résequés, le procédé de Senn trouvera une large application dans ces cas. Il est difficile de se prononcer, s'il devra être appliqué après chaque résection de l'intestin grêle. Dans tous les cas ce procédé est aussi efficace, que l'enterorrhaphie circulaire et son exécution est beaucoup plus rapide.

9) Si au cours d'une laparotomie, faite pour fermer un anus artificiel, on constate des adhérences considérables difficiles à rompre, il est indiqué de faire l'enteroanastomose de l'anse afférente et de l'efférente par le procédé de Senn, avec occlusion des 2 bouts; les anses agglutinées sont laissées en place. La résection typique avec enterorrhaphie consécutive est dangereuse dans ces conditions; la rupture des adhérences expose les malades à une péritonite par écoulement des matières fécales dans la cavité péritonéale et au danger du choc, si l'opération dure trop de temps.

10) Outre la rapidité de l'exécution et la sûreté des adhérences obtenues, ce procédé a l'avantage d'exiger un petit nombre de fils, ce qui diminue les dangers de l'infection du péritoine. Les scarifications des surfaces sèches au niveau des plaques hâtent la production d'adhérences solides entre les intestins.

11) Les plaques d'os de boeuf, décalcifiées et préparées selon le précepte de Senn doivent entrer dans la trousse du chirurgien, aussi bien que la soie aseptique, les drains etc.

(*Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego*
Nr. 4, 1892 i Nr. 1, 1893.)

Dr. Świątecki. Un cas très rare de hernie du coecum, située du côté gauche. Un cultivateur, de 57 ans, se présenta dans le service de Ms. KRAJEWSKI à l'hôpital de l'Enfant Jesus, à Varsovie, avec une double hernie inguinale; depuis 5 jours celle du côté gauche était étranglée. Herniotomie; après la section de la peau on tomba sur un lipome sous-séreux; l'ouverture du sac herniaire donna issue à un liquide grisâtre, fétide. Dans la partie supérieure du sac, tout près de l'anneau on trouva une paroi intestinale flasque et gangrénée. Dans ces conditions, la herniolaparotomie étant indiquée, l'opérateur prolongea l'incision sur une étendue de 10 cm., parallèlement au ligament de POUPART, sectionna l'anneau à ciel ouvert et put constater, qu'il s'agissait d'une hernie du coecum, qui adhérait à presque tout le pourtour de l'anneau, tandis que l'appendice vermiculaire était immobilisé en arrière par des adhérences péritonéales.

Comme le malade était très affaibli, on ne put pas songer à la résection du coecum et on se décida à faire un anus contre nature, mais l'exécution en a été empêchée par l'impossibilité d'attirer l'intestin au dehors, car le meso-coecum était trop court. On fut donc forcé de faire une seconde incision du côté droit et parallèlement au ligament de Poupart. Le coecum, enveloppé de gaze iodoformée, fut transporté sous les parois abdominales de gauche à droite et fixé dans la plaie ainsi que la partie correspondante de l'ileum.

L'extirpation du sac herniaire a été compliquée d'une lésion accidentelle de la vessie, qui faisait partie de la paroi interne du sac. Cette blessure fut accompagnée de l'écoulement d'une certaine quantité d'urine dans la cavité péritonéale; immédiatement on fit la toilette du péritoine et on ferma la plaie extrapéritonéale de la vessie par une double rangée de sutures au catgut, qui fut protégée par une bandelette de gaze iodoformée. Le sac herniaire a été sectionné au delà de l'anneau; la plaie péritonéale suturée incomplètement, afin de permettre l'introduction d'une bandelette de gaze iodoformée dans la cavité abdominale.

Au 5-me jour la paroi gangrénée de l'intestin, suturée aux parois abdominales, s'est détruite; un drin fut placé dans le bout afferent et une feuille de silk attachée au moyen ducollodion à la ligne médiane de l'abdomen, afin d'éviter l'infection de la plaie gauche par les matières fécales, qui s'éliminaient par celle de droite. L'état post-opératoire du malade était des plus satisfaisant; il urinait spontanément.

C'est au bout d'un mois, qu'on procéda à la fermeture de l'anus contre nature par une 2-me laparotomie, que le malade supporta très bien. Les 2 plaies hypogastriques étaient complètement cicatrisées et il allait bientôt quitter l'hôpital, lorsque, 17 jours après l'opération, des symptômes d'occlusion intestinale commencèrent à se manifester lentement pour devenir incontestables 12 jours plus tard. Colotomie au niveau de l'anus contre nature cicatrisé. L'introduction du doigt dans l'intestin grêle permit de constater, que celui-ci était étranglé dans 2 endroits par des adhérences péritonéales, qui furent rompues au moyen du doigt, ce qui rétablit aussitôt la circulation des matières fécales.

Deux semaines s'étaient écoulées, lorsqu'on tenta une nouvelle laparotomie avec enterorrhaphie. Accidentellement on blessa une anse d'intestin grêle, fixée immédiatement au pourtour de la plaie; cette blessure ne dépassait guère 1 cm. et fut aussitôt suturée par le procédé CZERNY-LEMBERT.

Le lendemain de l'opération bon état général et local; le surlendemain, à la suite d'un mouvement brusque du malade, rupture de la plaie avec écoulement de matières fécales.

Au bout de 3 mois et $\frac{1}{2}$ il ne reste plus que 2 petites fistules stercorales, qu'on essaya de fermer par la voie chirurgicale. Insuccès complet, qui exigea une 4-me laparotomie; cette opération permit de constater, que l'une des fistules cutanées correspondait à l'anse intestinale, blessée accidentellement il y a 4 mois, l'autre— à l'anus contre nature suturé à la même époque. Cette dernière intervention a été suivie d'une suppuration au niveau de la plaie avec formation d'abcès et élimination d'un fil. La cicatrisation complète a été obtenue au bout de 3 mois. L'auteur attribue ces derniers accidents à l'état inflammatoire de la peau dû à l'irritation prolongée par les matières fécales.

Cette observation, très intéressante, est suivie par l'étude des conditions, qui favorisent la production des hernies du cœcum en général, et leur situation du côté gauche, en particulier. Nous trouvons en outre des données bibliographiques, concernant la présence de la vessie dans le sac herniaire et la blessure accidentelle de cet organe au moment de l'opération. L'auteur constate que la vessie avait été blessée dans tous les cas, où elle faisait partie de la paroi postérieure du sac herniaire; il croit en outre que la suture de la plaie, ainsi produite, est suffisante et ne conseille pas de resequer la paroi vesicale comme le veulent MONOS et DELAGENIÈRE.

Contrairement à l'opinion de LESZCZYŃSKI, l'auteur croit, qu'il faudrait remplir la vessie avant la herniotomie pour éviter plus facilement de la blesser par mégarde. (*Gazeta lek. N-ro 1, 2, 3*).

Dr. Borsuk. Un cas de blessure double du rectum, de la vessie et de l'S iliaque, compliquée de péritonite aiguë généralisée. Gué-

rison. La blessure des organes, ci-dessus mentionnés, eut lieu chez un homme, qui tomba de la hauteur du 1-er étage sur une perche et s'y trouva assis dans la position, dans laquelle on empalait autrefois les criminels. Après avoir délivré ce malheureux de cette situation horrible, on remarqua que la pointe de la perche était restée dans le corps du blessé. Le lendemain t° 39,5, ballonnement du ventre, douloureux à la pression.

Le cathétérisme vésical donna issue à 300 grm. environ d'urine sanguinolente, trouble, très fétide, mêlée à des gazes. Tout cela permettait de supposer, que la vessie était blessée, ainsi que son revêtement péritonéal, car il y avait des signes manifestes d'une péritonite généralisée. On constata au voisinage de l'anus du côté gauche l'existence d'une plaie qui s'ouvrait dans le rectum au dessus du sphincter. Après la section de tous les tissus, depuis la plaie jusqu'au rectum, on trouva une seconde plaie pénétrante bien audessus de la glande prostatique et allant dans la direction de la vessie. Laparotomie: une quantité considérable de liquide trouble s'écoula à l'ouverture de l'abdomen; l'S iliaque fut trouvé perforé en deux points, par un morceau de bois, resté en place, de 8 cm. de longueur, de la grosseur du petit doigt. La face postérieure de la vessie était également perforée; cette blessure fut tout d'abord suturée par une double rangée de sutures, ensuite on fit la résection cunéiforme de la portion blessée de l'S iliaque et on appliqua une suture en trois étages. Après la toilette de la cavité péritonéale, l'auteur ferma la plaie abdominale, en plaçant dans son angle inférieur un sac de Mikulicz.

L'opération avait duré 3 h. et $\frac{1}{2}$. On posa un cathéter à demeure et lavait la vessie 3 fois par jour avec la solution de sublimé (1 : 20,000).

Les suites opératoires étaient excellentes; la t° ne dépassait pas 37,5. Au bout de 4 semaines environ le malade quitta l'hôpital guéri complètement. (*Medycyna Nr. 4*).

Dr. Z. Jezierski. Blessure de l'intestin et de la vessie. Fistule intestino-vésicale. Anus artificiel. Un enfant de 8 jours, né avec une imperforation de l'anus, fut opéré par un individu ignorant, qui lui fit avec un rasoir une incision, allant du coccyx jusqu'au scrotum; cette plaie ne donna cependant pas issue aux matières fécales, qui commencèrent à s'éliminer par l'orifice urétral dès le jour de l'opération. 4 semaines s'étaient écoulées depuis l'opération et 2 semaines — depuis la cicatrisation complète de la plaie, lorsque l'enfant fut présenté à J., qui lui pratiqua, avec succès un anus artificiel. Pendant 4 jours l'urine était mélangée aux matières fécales, qui sortaient par l'anus; ce phénomène disparut au bout de 8 jours.

J. pense, que l'incision, faite par le paysan, blessa la vessie et le rectum, il en résulta une fistule intestino-vésicale, qui se

ferma spontanément, à la suite de l'opération exécutée par l'auteur ¹⁾. (*Gazeta lekarska* Nr. 3).

Dr. L. Wilk. Deux cas de réduction de hernies inguinales étranglées par l'anesthésie locale au moyen de l'éther. Dans deux cas d'étranglement de hernies inguinales l'auteur appliqua avec succès la méthode de FINKELSTEJN—l'anesthésie locale, provoquée par des pulvérisations d'éther. (*Kronika lek.* Nr. 5).

Dr. L. Szuman. Un cas de tumeur du rein droit due à des calculs des calices. Laparotomie. Ablation de la tumeur. Guérison. Guidé par des symptômes typiques, l'auteur diagnostiqua chez une femme une tumeur rénale suppurée et en fit l'extirpation complète au moyen d'une laparotomie. L'opération fut suivie d'un succès complet. (*Nowiny lek.* Nr. 1).

Dr. W. Bruner. Un cas d'abcès sous-diaphragmatique; de l'abcès et du pyopneumothorax sous-diaphragmatique en général. L'auteur avait en observation une femme, de 23 ans, chez laquelle les signes objectifs et subjectifs, ainsi que les commémoratifs permirent de diagnostiquer une pleurésie exsudative, qui s'est produite probablement à la suite d'une pneumonie récente. La résection de la 8-me côte donna issue à une très grande quantité de pus fétide; cependant il n'y eut point d'amélioration dans l'état de la malade, qui mourut au bout de 8 jours après l'opération. A l'autopsie on trouva une typhlité stercorale avec exulcération, une péritonite purulente diffuse et un abcès sous-diaphragmatique, qui, du vivant de la malade, donnait les signes d'une pleurésie. D'une façon générale le diagnostic de cette affection rencontre, dans la plupart des cas, des difficultés très grandes, ce qui est dû au manque de symptômes caractéristiques. Des petits abcès peuvent provoquer des symptômes redoutables, sans cependant être traduits par des signes physiques appréciables. Dans les cas d'abcès volumineux leur contenu remonte très haut, s'accumule dans la cavité thoracique et alors ce sont les symptômes de pleurésie ou d'emphysème pulmonaire, qui sont les plus manifestes. (*Medycyna* Nr. 6, 7).

¹⁾ Cette interprétation ne nous paraît pas exacte: si le paysan avait en effet blessé la vessie et le rectum, la plaie ne se serait pas cicatrisée; les matières fécales, mélangées à l'urine, s'élimineraient par la plaie. Dans le cas, rapporté par l'auteur, le rectum s'ouvrait probablement dans l'urètre (ainsi que cela arrive fréquemment); le canal réunissant était très étroit, et c'est la raison, pour laquelle il ne devint perméable aux matières qu'au bout de quelques jours. Evidemment, après l'opération faite par l'auteur, ce canal ne cessa point d'exister, mais il subit un rétrécissement tel, que les matières fécales ne passaient plus dans l'urètre. (Redaction).

tats obtenus ont été encore moins favorables, que ceux de BRAUN (sur 31 cas la masse injectée avait passé dans les veines de la cavité abdominale 18 fois ce qui fait 58%). Cependant ces expériences n'ont pas été suffisantes; elles n'ont fait, que prouver l'existence de veines collatérales plus grosses perméables à la masse injectée, tandis que les réseaux capillaires échappaient complètement à ces recherches. En partant de ce point de vue, TRZ. et KARP. sont arrivés à cette conclusion, que la question, à laquelle ils s'intéressaient, ne pouvait être résolue que par la voie physiologique; cependant il n'était guère possible de se servir des animaux pour la réalisation de ces expériences, car chez les animaux (lapins) les veines, celles du membre inférieur surtout, sont disposées autrement, que chez l'homme. Les auteurs furent donc forcés de faire leurs expériences sur le cadavre et voici comment ils procédaient. D'abord ils liaient l'artère iliaque externe, celle du côté droit généralement, l'artère hypogastrique et l'artère épigastrique inférieure au dessus du ligament de Poupart. Ensuite ils injectaient dans tout le système artériel, sauf les vaisseaux liés la masse pour injections de TEICHMAN. Ce n'est qu'après la coagulation complète de cette masse (au bout de 24 heures en moyenne), qu'on enlevait la seringue et découvrait l'artère iliaque ou la fémorale, la veine cave et la veine iliaque, celle-ci au niveau de la branche horizontale du pubis, ou bien la veine fémorale immédiatement au-dessous du ligament de Poupart. Ensuite on lavait soigneusement ces vaisseaux au moyen du sulfure de carbone et on plaçait des tubes dans l'une des artères, iliaque ou fémorale, et dans la veine cave inférieure. Le tube, situé dans l'artère, était adapté à un appareil, composé d'un grand entonnoir et d'un tube caoutchouc de 2 cm. de diamètre et 2 mètres de longueur et mis en communication avec un manomètre au mercure.

En faisant varier l'élévation de l'entonnoir, on pouvait modifier à volonté la pression du liquide qui allait s'écouler. En admettant la pression du sang dans l'artère fémorale égale à 120 mm. environ, les auteurs versaient le liquide sous cette même pression, afin de se rapprocher, autant que possible des conditions de la circulation chez le vivant. Avant de commencer l'expérience on lavait pendant un certain temps les vaisseaux au sulfure de carbone et ensuite, après avoir rempli le tube de térébenthine ou de pétrole on déterminait facilement la quantité de liquide, qui s'écoulait par seconde dans les artères. Le liquide, sortant de la veine cave inférieure par le deuxième tube, était recueilli dans un vase gradué et on mesurait également la quantité de liquide qui s'écoulait au dehors par seconde. Lorsque les chiffres obtenus dans quelques expériences successives avaient été égaux les uns aux autres, on liait la veine fémorale ou l'iliaque externe en la fixant fortement à une baignette en bois pour pouvoir au besoin rendre au vaisseau sa perméabilité sans altération de ses parois. Dans ces conditions on répétait de nouveau plusieurs fois la

même expérience, en frictionnant légèrement le membre et en faisant varier sa position. La quantité de liquide, qui s'écoulait dans les vaisseaux et en sortait dans la même unité de temps avant et après la ligature servait de base au jugement de la difficulté de la circulation à la suite de la ligature de la veine. En s'appuyant sur une longue série d'expériences très précises les auteurs arrivent à la conclusion suivante: l'afflux du liquide (*respective* du sang) dans le membre inférieur ne subit dans la majorité des cas point ou très peu de troubles à la suite de la ligature de la veine fémorale au niveau de la branche horizontale du pubis; lorsqu'une difficulté survient elle est bientôt compensée. Donc en pratique lorsqu'on n'arrive pas à arrêter une hémorrhagie de la veine fémorale par tamponnement ou par la ligature latérale, la ligature totale du vaisseau est indiquée et justifiée.

(*Przegląd lek.* Nr. 1, 2).

Dr. St. Strózewski. Trois cas d'„*ischias scoliotica*“. Un homme de 42 ans, syphilitique, fut atteint d'une sciatique droite, due, probablement, à la compression du nerf sciatique par une gomme. Au bout de 5—6 semaines il ne pouvait plus se tenir droit, s'inclinant vers le côté malade. A l'examen du sujet à l'hôpital (service du Dr. GAJKIEWICZ) on constata une courbure très considérable de la colonne vertébrale à convexité gauche dans la région lombaire, à convexité droite dans la région dorsale. Cependant la suspension du malade au moyen de l'appareil de MOCZUTKOWSKI permit de constater qu'il ne s'agissait point d'une affection de la colonne vertébrale, qui se redressait complètement. La scoliose était donc dans ce cas sous la dépendance de la douleur sciatique. Le traitement antisyphilitique produisit une amélioration considérable dans l'état du malade.

* * *

Un homme adulte, n'ayant pas d'antécédents morbides, fut atteint sans raison apparente, d'une sciatique gauche suivie, au bout de quelques semaines d'une courbure de la colonne vertébrale à convexité droite dans la région lombaire, à convexité gauche dans la région cervicale; le tronc du malade était incliné à droite (scoliose croisée). Deux semaines de traitement (bains chauds, galvanisation du nerf sciatique) ont suffi pour faire disparaître complètement les douleurs dans le membre malade et produire le redressement presque complet de la colonne vertébrale.

* * *

Dans la 3-me observation il s'agit également d'une scoliose croisée, due uniquement à l'existence d'une sciatique. (*Gazeta lek.* Nr. 6).

Dr. T. Drobnik. Du transport de la fonction des muscles dans les paralysies infantiles. Le pied bot, dû à la paralysie

des muscles extenseurs du pied, se rencontre assez fréquemment; l'auteur a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas, où la paralysie infantile n'avait frappé que quelques-uns des muscles, innervés par le nerf péronier, notamment: l'extenseur commun des orteils et le péronier antérieur tandis que le long extenseur du gros orteil et le jambier antérieur fonctionnaient d'une façon normale.

Il résulte de cette forme particulière de paralysie infantile un pied bot-varus-équin paralytique se distinguant par la position particulière du gros orteil, due à la contraction de son long extenseur. Le gros orteil prend alors la forme suivante: première phalange située perpendiculairement au premier métatarsien, phalange unguéale—perpendiculaire à la première.

Dans ces cas l'application de divers appareils orthopédiques ne rend que des services insignifiants, l'emploi d'une chaussure convenable, étant impossible à cause de la position vicieuse du gros orteil. Aussi l'auteur eut-il l'idée de remédier à cet inconvénient au moyen d'une opération, tendant à transporter l'action du long extenseur du gros orteil sur les tendons du long extenseur commun des orteils, afin d'obtenir le redressement du pied.

Cette opération fut exécutée chez une fillette de 7 ans, atteinte de paralysie du membre inférieur droit depuis l'âge de 2 ans.

Le pied était en varus-équin très prononcé, le talon relevé à 3—4 cm. au dessus du plancher, les fléchisseurs du genou contractés. Au niveau du bord supéro-externe du pied la peau, très épaissie, portait des traces d'une pression longtemps supportée. Le gros orteil, grâce à la contracture permanente de son long extenseur, était fixé dans la position ci-dessus décrite.

Cette contracture s'exagerait au moment de la marche et rendait impossible l'emploi d'une chaussure quelconque; tous les autres orteils étaient fortement fléchis sur la plante.

Section préalable du tendon d'Achille. Au bout de 4 jours l'auteur redressa le pied et appliqua un appareil plâtré circulaire, laissé en place pendant 10 jours, après quoi on procéda à l'opération elle-même. La section cutanée fut faite sur la limite du $\frac{1}{3}$ moyen et du $\frac{1}{3}$ inférieur de la jambe à 1 cm. et $\frac{1}{2}$ en dehors de la crête tibiale sur une étendue de 6 cm.; le tendon du long extenseur du gros orteil sectionné et suturé à celui du long extenseur commun. Après une immobilisation de 2 semaines environ le pied avait repris sa position normale, les orteils se redressaient volontairement, surtout au moment de la marche; sous l'influence du massage et de l'électricité la guérison faisait des progrès rapides, et l'enfant fut renvoyé à la maison.

En terminant, l'auteur ajoute, que dans les cas, où l'on ne pourrait pas sacrifier l'action totale d'un muscle quelconque, il faudrait faire une opération partielle, en divisant le tendon du

muscle fonctionnant et n'en prenant qu'une certaine partie pour la suturer au tendon du muscle paralysé. (*Gazeta lekarska* Nr. 5).

2. LARYNGOLOGIE.

Dr. A. Sokółowski. — Contribution à la possibilité du passage des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes. Le cas rapporté par l'auteur offre un très grand intérêt scientifique et pratique; il prouve jusqu'à l'évidence, combien il est important d'examiner au microscope toutes les tumeurs laryngées, même lorsqu'au point de vue clinique elles se présentent sous les apparences les plus bénignes. En procédant de la sorte, on serait en mesure parfois de diagnostiquer les néoplasies tuberculeuses, cancéreuses etc. à leur début, et on éviterait ainsi des surprises fort désagréables.

Un homme, âgé de 64 ans, a été opéré par l'auteur en 1887 pour un polype, siégeant sur la partie postérieure de la corde vocale gauche. Au bout de 4 ans il est revenu, se plaignant d'enrouement et de douleurs sourdes dans la partie gauche du larynx. Les lésions, constatées dans l'organe affecté (l'état général était bon, les ganglions non-infiltrés) permirent de conclure qu'on avait affaire à une tumeur maligne. Le néoplasme fut détruit au moyen du galvano-cautère. La récurrence eut lieu au bout de 8 mois; cette fois le malade se fit soigner par M. Heryng, qui lui enleva une partie de la tumeur au moyen de la curette de Krauze.

M. Lubliner examina la pièce au microscope, trouva la structure d'un adénome et en donna la description dans un article, intitulé „adenoma laryngis“¹⁾.

Lorsque le malade se présenta pour la 3-me fois chez M. Sokółowski, son état général avait considérablement empiré et le néoplasme gagné en étendue; en outre la mobilité de la moitié gauche du larynx était diminuée.

L'auteur s'intéressa vivement aux progrès qu'avait fait la maladie et se posa la question fort importante sur le caractère de la tumeur, extirpée par lui en 1887: était-elle en effet de nature bénigne, comme on avait le droit de le croire d'après l'examen clinique? le processus néoplasique, qui s'est développé plus tard, était-il indépendant du précédent, ou bien y avait-il une relation étroite entre les deux, c'est à dire y-a-t-il eu passage d'un processus primitivement bénin en un processus de nature maligne? Heureusement la pièce avait été conservée dans la collection des polypes opérés et son examen microscopique donna tous les caractères d'un adéno-carcinome. Lorsque le malade revint pour

¹⁾ Medycyna, Nr. 28, 1892.

la 4-me fois, demandant une opération radicale, on lui fit une laryngofissure avec extirpation des parties affectées, qui, examinées au microscope, présentaient les mêmes caractères d'adénocarcinome.

Selon Sokolowski, il ne s'agissait pas ici du passage d'une tumeur bénigne en tumeur maligne, comme on serait tenté de le croire. Le cancer s'est développé primitivement; mais avait pris une marche très lente. L'erreur de M. Lubliner est due à cette circonstance, qu'il avait basé son diagnostic sur l'examen d'une parcelle prise à la surface de la tumeur.

(*Gazeta lekarska* Nr. 1, 3).

Dr. W. Srebrny. Le galvanocautère dans le traitement de la tuberculose des voies respiratoires supérieures: quelques remarques sur la valeur du traitement local de la soi-disant phtyisie laryngée.

Les observations de l'auteur, qui se rattachent à l'emploi du galvanocautère dans la tuberculose des voies respiratoires supérieures, comprennent: 11 cas de phtyisie laryngée, 1 cas de tuberculose isolée de l'amygdale et 1 cas de lupus de la muqueuse des fosses nasales. Dans tous ces cas on obtint une amélioration locale plus ou moins durable. Avant de cautériser S. anesthésiait soigneusement l'organe affecté; il se servait habituellement du cautère aplati, qu'il enfonçait dans les tissus au fur et à mesure que les couches superficielles se détruisaient. Si après la chute de l'escarre la surface se présentait encore infiltrée ou ulcérée, l'auteur répétait la cautérisation, jusqu'à atteindre une profondeur suffisante à la production d'une cicatrice lisse. La douleur ainsi que la réaction inflammatoire à la suite de la cautérisation étaient peu accentuées. Loin d'être inférieure au curage du larynx, affecté de tuberculose, cette méthode galvanocaustique présente sur celle-là certains avantages, que voici: 1) après l'application du galvanocautère l'hémorrhagie est impossible, tandis qu'elle peut se produire à la suite du curage 2) la plaie du larynx, du pharynx ou du nez, due au curage, est exposée à l'infection, tandis que dans la méthode galvanocaustique tout le processus de la cicatrisation se passe sous l'escarre. Cependant l'auteur avoue que dans certains cas il préfère la méthode sanglante. Ce sont d'abord et avant tout les infiltrations des ligaments ary-épiglottiques, qui ne doivent pas être cauterisés à cause de leur tendance aux oedèmes redoutables; lorsque le péri-chondre et les cartilages du larynx sont envahis par le processus morbide, il est préférable et plus rationnel d'enlever complètement le cartilage affecté. Pour ce qui concerne l'exacerbation d'un processus tuberculeux, jusque là latent dans un organe quelconque, qui suivrait toute opération chez un tuberculeux (Verneuil), l'auteur n'a point trouvé de cas semblable dans la littérature. A la fin de son tra-

vail l'auteur arrive aux conclusions suivantes: 1) la question de la vie du malade ne dépend point de l'intervention dans une affection locale, mais du caractère de la maladie, la tuberculose à marche chronique donnera un résultat satisfaisant, au contraire la forme grave, envahissante se termine rapidement par la mort, malgré les succès opératoires les plus complets 2) Au point de vue fonctionnel la cicatrisation des ulcères et la disparition des infiltrations tuberculeuses du larynx sont suivies d'une amélioration ou d'un retablisement complet de la voix, d'une amélioration de la déglutition et de la respiration.

(*Medycyna* Nr. 2, 3, 4, 5).

Dr. W. Wróblewski. De l'application de la teinture d'iode dans les affections du pharynx et du nez.

L'auteur s'est servi pour la première fois de la t-re d'iode dans un cas très grave de plaie diphthéritique de l'arrière cavité des fosses nasales. Suivi d'un succès complet, ce traitement a été employé depuis dans diverses affections des voies respiratoires supérieures. Parmi les affections du nez c'est dans la rhinite atrophique et l'ozène, que l'auteur employa la t-re d'iode, dont les applications sont répétées à plusieurs reprises dans quelques jours d'intervalle, suivant l'impressionnabilité du sujet. L'efficacité du traitement se manifeste très rapidement. Dans 10 cas d'ozène soumis à la t-re d'iode, l'amélioration a été très remarquable; 2 d'entre eux peuvent être considérés comme relativement guéris. L'auteur fait cependant des réserves sur la stabilité de cette guérison.

Les écoulements sanguins, même très abondants, de l'arrière cavité des fosses nasales, dus à un ramollissement et un épaissement de la muqueuse, cèdent à quelques applications de t-re d'iode. Celle-ci est également employée avec succès dans les affections du pharynx, les pharyngites sèches en premier lieu. Viennent ensuite certaines affections chroniques rebelles à d'autres modes de traitement, ainsi que les pharyngites granuleuses. 3—4 applications de teinture d'iode dans 2 jours d'intervalle produisent déjà une amélioration considérable.

Sur 5 cas de *mycosis pharyngis leptotriciae*, traités par la teinture d'iode, deux fois le résultat fut complètement satisfaisant, une fois négatif; dans le 4-me cas amélioration remarquable après 3 frictions, le 5-me malade n'avait été observé que pendant très peu de temps.

L'auteur conseille d'employer la teinture d'iode au début de la diphthérie pharyngée, sans cependant l'avoir essayée lui-même. Pour ce qui concerne le larynx, l'iode ne doit pas y être appliqué par suite de la difficulté qu'on rencontre dans la localisation de son action.

Dans les phases avancées de certaines suppurations de l'antre d'Highmor, lorsque le grattage de ses parois et l'antisepsie rigoureuse restent insuffisants, Wróblewski fait des larges badigeonnages à la teinture d'iode jusqu'à la cessation complète de la suppuration.

En terminant, l'auteur ajoute, que la teinture d'iode est un médicament, qui peut donner des résultats fâcheux, lorsqu'on ne sait pas s'en servir; il recommande de *frictionner* le tissu malade au moyen d'un petit pinceau d'ouate hygroscopique, trempé dans la teinture d'iode; la quantité de liquide, prise en une fois, ne doit pas être trop grande, autrement on risque de provoquer des accidents désagréables, dus à ce que la teinture d'iode se repend sur une surface trop étendue; on est parfois, forcé de répéter la friction plusieurs fois en une séance. Il est bon d'anesthésier la muqueuse avant l'application de la teinture d'iode au moyen de la solution de cocaïne à 5%.

(*Gazeta lekarska* Nr. 10).

3. OPHTALMOLOGIE.

Dr. B. Wicherkiiewicz. Contribution aux moyens de découvrir la simulation de l'amblyopie unilatérale et de l'amaurose complète. Afin de découvrir la simulation de l'amblyopie unilatérale, l'auteur place un verre à convexité très forte au devant de l'oeil, qui voit bien. Si l'individu examiné, ayant les yeux ouverts et l'oeil normal muni du verre en question, voit encore, il fait preuve de simulation indubitable. Le succès de ce procédé dépend uniquement de la rapidité de son exécution pour ne point donner au malade le temps de s'orienter.

Afin de découvrir la simulation de l'amaurose complète et même de la perte de la perception des rayons lumineux, W. ferme avec 2 doigts de la main gauche les yeux du malade, tandis que la main droite dirige au moyen d'un miroir concave un faisceau lumineux d'abord sur l'oeil sain; on recommande au malade d'exprimer immédiatement la perception lumineuse par le mot *clair*. Après avoir répété cet exercice plusieurs fois l'auteur dirige parfois la lumière sur l'oeil prétendu amaurotique et le simulateur avouera presque toujours, qu'il perçoit la lumière aussi bien, que de l'autre oeil.

(*Nowiny lek.* N. 1).

Dr. E. Machek. De l'opération de la cataracte sans iridectomie. Afin d'évaluer les avantages de l'opération de la cataracte sans iridectomie, comparativement à celle de Graefe, l'auteur se décida à opérer un certain nombre de cataractes par ce nouveau procédé et voici les conclusions auxquelles il est arrivé,

cirée, le bandage, sont considérés par l'auteur comme les moyens agissant le plus sûrement et ayant une influence directe sur la cicatrisation de l'ulcère. Dans les cas, où le malade a des céphalalgies intenses, C. recommande le salicylate de soude, l'antipyrine, la phoenacétine. L'instillation de la solution de cocaïne est considérée comme défavorable à la cicatrisation de l'ulcère, par ce que la cocaïne exerce une influence fâcheuse sur la nutrition de la cornée, produisant la desquamation de son épithélium, la constriction vasculaire et retardant la production de nouveaux vaisseaux.

Le traitement chirurgical (galvanocaustique, opération de Saemisch) ne doit être mis en usage qu'avec beaucoup de précautions et alors seulement, que l'iodoforme et les compresses humides sont restées inefficaces.

(*Kronika lekarska* N. 2, 1893).

Dr. B. Ziemiński. Déformation de la pupille avec réaction irrégulière de celle-ci. Ce sont les cliniciens français, qui les premiers appelèrent l'attention sur une déformation de la pupille avec irrégularité de la réaction des différents segments de l'iris. Le caractère particulier de l'anomalie en question consiste en ce que la pupille devient irrégulièrement anguleuse, malgré l'absence complète d'obstacles mécaniques quelconques à la fonction de l'iris. Dans la majorité des cas la pupille est rétrécie ou bien légèrement dilatée. Depuis 1884 à 1893 l'auteur eut l'occasion d'observer 207 cas de cette anomalie chez des individus atteints d'affections graves du système nerveux. 168 fois il s'agissait de paralysie progressive incontestable. Ce symptôme du côté de la pupille doit être soigneusement recherché, car il est un indice indubitable d'une affection sérieuse du système nerveux et, pour la plupart des cas, un signe précurseur d'une atrophie du cerveau.

(*Przegl. lek.* N. 12).

4. ACCOUCHEMENT ET GYNÉCOLOGIE.

Dr. A. Mars. Accouchement chez une femme atteinte d'une maladie du coeur. Une femme de 21 ans, atteinte depuis peu de temps d'une insuffisance mitrale, suite d'endocardite, éprouvait dès le 3-me mois de sa 1-re grossesse des étouffements avec accélération des battements du coeur. Malgré un traitement approprié l'état de la malade empirait de plus en plus. Ce n'est que depuis le 9-me mois, au fur et à mesure que le fond de l'utérus descendait plus bas, que la malade commença à aller mieux.

Au moment de l'accouchement, qui avançait très lentement malgré des douleurs intenses, le poulx avait subi des changements sérieux: il devint filiforme et battait 120 fois par minute; l'oppression s'aggrava d'une façon notable. Après l'administration de X gouttes de teinture d'opium, les contractions utérines devinrent plus rares et moins douloureuses, le poulx (96 pulsations par minute) plus plein et le toucher vaginal démontra un progrès rapide du travail. A la 2-me période de l'accouchement réapparition de la suffocation, avec cyanose, faiblesse du poulx (130 puls. p. min.); on fit une application du forceps. Aussitôt après la terminaison de l'accouchement la femme fut soulagée.

Voici les conséquences tirées par l'auteur de cette observation: 1) chez toute primipare atteinte d'une maladie du coeur il faut s'attendre à une amélioration dans l'état de la circulation dès la descente de la tête dans l'excavation; 2) dans tous les cas de maladie du coeur, où la fonction de cet organe, pendant l'accouchement, est trop exagérée, on doit administrer de l'opium, afin de calmer et régulariser l'action du coeur. (*Przeegl. lek. Nr. 11*).

Dr. A. Rosner. Un cas de section césarienne. Une femme, accouchant à terme pour la 5-me fois, se présenta à la clinique du Prof. Madurowicz à la première période du travail avec une rupture prématurée de la poche des eaux. L'enfant était vivant en présentation du sommet, dirigé à gauche. Le bassin était absolument rétréci par une tumeur, siégeant dans la région de l'articulation sacro-iliaque gauche. Quant au diagnostic de cette tumeur, on hésitait entre un néoplasme et un abcès froid; cette dernière hypothèse était basée sur ce fait, que la malade avait eu une coxalgie il y a un an. (L'examen microscopique fait après l'opération démontra un sarcome fusicellulaire). La femme, qui était en travail depuis plus de 24 heures, était menacée d'une rupture de l'utérus. L'immobilité complète de la tumeur, située derrière le rectum et ayant des relations intimes avec l'os, s'opposait absolument à son refoulement au dessus du détroit supérieur, ainsi qu'à son extirpation par le vagin ou la laparotomie. On ne put pas non plus avoir recours à la ponction de la tumeur, qui avait une consistance dure et n'offrait point de fluctuation. On fut donc forcé de procéder à la section césarienne, suivie d'un résultat favorable aussi bien pour l'enfant que pour la mère. Ce cas offre certains points intéressants qui méritent d'être signalés: 1) l'impossibilité de déterminer la nature de la tumeur qui obstruait le bassin; 2) la rareté de l'indication à la section césarienne; cette opération n'avait été exécutée pour des sarcomes du bassin que dans 1,2% de tous les cas connus; 3) l'opération fut faite dans des conditions défavorables, car il existait chez la malade une distention exagérée du segment inférieur et, par suite, une menace de rupture utérine, en outre le rectum était rempli de matières fécales et on n'arrivait pas à le vider par

des lavements à cause de l'obstacle, présenté par la tumeur; 4) il se produisit à l'état puerpéral une occlusion intestinale; 5) au cours de la période post-opératoire la plaie s'est ouverte deux fois; l'une de ces complications, fut accompagnée d'un prolapsus d'une anse intestinale. (*Prześl. Lek. Nr. 9, 10*).

Dr. T. Solman. Utérus didelphe. Grossesse. Guidé par les commémoratifs et les données, recueillis à l'examen local l'auteur diagnostiqua une grossesse extrautérine chez une femme de 20 ans. Au cours de l'opération (laparotomie) on constata à côté de l'utérus gravidé (gauche) l'existence d'un second utérus de forme et de grandeur normale, muni d'une trompe et d'un ovaire droits. Ces deux utérus se réunissaient audessous de l'orifice interne. Au bout de 7 jours après l'opération la malade mourut à la suite d'une péritonite septique. L'autopsie démontra l'existence de deux utérus, s'ouvrant dans un vagin commun, leurs axes se croisaient presque à angle droit; chaque utérus possédait son col et ses orifices, les deux orifices externes étaient séparés par un espace de 8 mm. l'un de l'autre, au pour-tout de chacun des orifices on distinguait nettement les lèvres, surtout celles du côté droit. Comme cause principale de l'erreur de diagnostic l'auteur signale l'effacement du col de l'utérus gravidé et l'occlusion de son orifice externe.

On constata dans ce cas l'absence complète du rein gauche ainsi que de la capsule surrénale correspondante

(*Medycyna, Nr. 5, 6*).

Dr. C. Podgórski et dr. W. Harajewicz. Un cas d'ostéomalacie puerpérale, guéri par l'extirpation des ovaires. Une femme, âgée de 42 ans, fut obligée de passer au lit les 2 derniers mois de son onzième grossesse pour des douleurs dans le sacrum et les os du bassin. L'accouchement fut normal, la mère allaitait elle-même son enfant, mais ne put quitter le lit pendant les 2 mois, qui suivirent l'accouchement, à cause de fortes douleurs dans la région ci-dessus mentionnée. Les mouvements des jambes augmentaient les souffrances de la malade. Petit à petit son état s'améliora et enfin les douleurs disparurent complètement pour recommencer au bout de 15 mois, dans la seconde moitié de la grossesse suivante, terminée par un accouchement aussi facile, que le précédent. Cette fois les douleurs persistaient pendant un an après l'accouchement et forcèrent enfin la malade de s'adresser au médecin. À l'examen on constata une déformation de la colonne vertébrale et des os du bassin. Ces derniers sont mous et se laissent déprimer ainsi que les os des membres sous une pression modérée. Tous les os, excepté ceux de la face et du crâne, sont tellement douloureux, qu'une pression à leur niveau arrache des cris à la femme. Les douleurs du bassin et de la poitrine ne cessent pas de tourmenter la malade, même lorsqu'elle reste

couchée et tranquille. Aussi l'extirpation des ovaires fut-elle facilement acceptée par la femme, qui voulait à tout prix être débarrassée de ses souffrances.

Il est intéressant de noter, que la malade se sentit délivrée des douleurs, qu'elle éprouvait même à l'état de repos, immédiatement après son réveil du sommeil chloroformique. Le lendemain elle put exécuter des petits mouvements des jambes, sans en souffrir; la toux ne reveillait plus de douleurs dans la cage thoracique. Au bout de 1 mois et $\frac{1}{2}$ après l'opération les os reprirent leur dureté habituelle (la déformation persistait) et étaient indolores. Pendant son séjour à l'hôpital la malade ne recevait point de médicaments à l'intérieur.

D'après HARAJEWICZ le résultat de cette opération confirmerait l'opinion de FEHLING, qui rapporte la cause de l'ostéomalacie à des processus pathologiques encore inconnus, ayant leur siège dans les ovaires.

Dans le même article PODGÓRSKI décrit un cas presque analogue d'ostéomalacie chez une femme très mal nourrie et anémique; à cause de l'épuisement de la malade, il ne pouvait pas être question d'un traitement opératoire. On administrait pendant les 2 premières semaines des préparations ferrugineuses, arsenicales et les préparations au quinquina; ensuit on ajouta le fosfor (3 cuillerées à café par jour de la solution 0,01 — 0,04 sur 100 d'huile de foie de morue).

Au bout de 3 mois la guérison était presque complète. PODGÓRSKI préfère cette méthode de traitement à la méthode opératoire; la malade garde ses ovaires et n'est pas exposée aux dangers de l'opération.

(Przegl. lek. Nr. Nr. 2, 3).

Dr. H. Święcicki. Un cas de pseudohermaphrodisme externe. L'auteur a été appelé à déterminer le sexe d'un enfant de quelques jours, bien constitué d'ailleurs. Voici comment se présentaient les organes génitaux externes: deux grandes lèvres développées outre mesure, grosses et froncées, jointes à la parties supérieure et se reunissant du côté du rectum.

Dans la fente, limitée par ces lèvres, il n'existe point de petites lèvres, mais on aperçoit un appendice pénien de 2 cm. de longueur et incurvé de haut en bas. On ne voit point d'ouverture sur cet appendice; il n'y a qu'une petite dépression à sa face inférieure. A 1 cm. audessous de l'appendice il existe un tout petit orifice, qui laisse passer une sonde très fine jusqu'à une profondeur de quelques cm. Les parents de l'enfant affirment qu'il s'écoule de l'urine par cet orifice. Le toucher rectal ainsi que l'exploration bimanuelle ne donnent aucun résultat positif. D'après S. l'ouverture, située audessous de l'appendice pénien, ne se

rait autre chose que le sinus urogénital, où viennent s'aboucher la vessie et le vagin rudimentaire. Sans se prononcer d'une façon catégorique sur la signification de l'appendice, l'auteur est disposé à le considérer comme le clitoris et rapporte à l'appui les recherches embryologiques de NAGEL et ROSCULETZ.

(*Nowiny lek. N. 2*).

Dr. F. Neugebauer. Observation rare d'un déplacement traumatique de l'urètre de la femme et un cas d'atresie vaginale, acquis à l'état puerpéral avec hematocolpomètre consécutive. L'auteur a eu l'occasion d'observer une anomalie très rare des organes génitaux externes chez une femme vierge, de 21 ans, qui se plaignait de douleurs très vives au moment de la miction et d'envies trop fréquentes d'uriner, qui revenaient presque toutes les 2 heures. La malade fait remonter le début de ces accidents à un traumatisme, qu'elle avait reçu dans les parties génitales il y a 5 ans et à la suite duquel elle est restée au lit pendant 6 mois.

Voici comment se présentaient les malformations de la vulve: en écartant les petites lèvres on apercevait une surface rose et lisse où il n'existait point d'ouverture de l'urètre; à sa place on trouva un enfoncement léger en forme d'entonnoir, d'apparence cicatricielle; l'orifice de l'hymen faisait également défaut; dans la partie inférieure de l'espace, limité par les petites lèvres, on constata la présence d'une fente transversale de 2 — 3 mm. de largeur par laquelle s'écoulait l'urine. La sonde, introduite dans le vagin, passait facilement dans la vessie.

L'orifice vulvaire, ainsi oblitéré fut débridé par une section verticale et on aperçut alors sur la paroi antérieure du vagin l'orifice urétral, dont les dimensions et l'aspect étaient normaux. Quant à l'origine de cette anomalie, l'auteur admet, qu'au moment du traumatisme le canal de l'urètre se serait détaché de l'arc pubien et retracts ensuite, grâce à ses fibres musculaires propres. A la suite des lésions superficielles des petites lèvres et de leur voisinage, celles-ci se sont réunies. Facilitée par le repos absolu de la malade, cette réunion n'a pas été complète à cause de l'écoulement de l'urine et il en est resté une fente au point le plus déclive. Cette étiologie traumatique est justifiée par le caractère cicatriciel des tissus, constaté avant et pendant l'opération.

* * *

Dans la seconde observation, rapportée par l'auteur, il s'agit d'une femme, qui, à la suite d'un accouchement très laborieux, terminé par une application de forceps, resta 6 semaines au lit. La menstruation ne s'est pas rétablie, mais tous les mois la malade éprouvait des douleurs vives dans le ventre. A l'examen l'auteur constata l'existence d'une atresie du vagin, compliquée d'une hematocolpomètre.

Cette atrésie ne présentait point la lividité et la saillie de l'hymen oblitéré; elle était épaisse et avait 1 cm. de profondeur. Une incision cruciforme donna issue à 600 gr. de sang épais, couleur chocolat. Aussitôt le vagin fut lavé au sublimé (1 : 3000) et muni d'une bandelette de gaze iodoformée, trempée dans du sublimé. Des injections à l'acide borique ont été faites pendant quelques jours. Il n'y a pas eu la moindre élévation de température à la suite de ce traitement.

(*Kronika lekarska N. 3*).

Dr. T. Boryssowicz. Dilatation permanente de l'orifice extérieur de l'utérus par la ligature des parois latérales du segment inférieur du col. Ce procédé consiste à faire passer à travers les parois latérales du segment inférieur du col des fils de soie gros et forts, que l'on lie en noeud chirurgical, en serrant très fortement, afin de rendre impossible la nutrition des tissus, compris dans la ligature (ligature en masse).

On abaisse l'utérus en saisissant la lèvre antérieure (dans la position à la vache c'est la postérieure) par des pinces recourbées en crochet, on enlève ensuite la cuillère du vagin et introduit dans le canal cervical la sonde de Boryssowicz, employée pour les lavages intrautérins *). Cette sonde doit être placée de manière à dilater le canal cervical, en écartant sa paroi antérieure de la postérieure, afin de faciliter le passage de l'aiguille par le milieu du canal, sans perforation d'une des parois du col utérin. Tandis que l'opérateur fixe la sonde avec la main gauche, l'aide dirige le col à droite et écarte en même temps la paroi gauche du vagin avec une cuillère. Une grande aiguille de Hagedorn, munie d'un double fil de soie est alors enfoncée dans l'épaisseur du col de gauche à droite à $1\frac{1}{2}$ —2 ctm. audessus de l'orifice externe du col. L'opérateur doit diriger l'aiguille de manière à la faire passer entre les 2 branches de la sonde et la faire sortir du côté droit du col à un point symétrique au point d'entrée. Le trou de l'aiguille est mis au même niveau que les 2 bouts du fil; en tirant la sonde, on abaisse en même temps les fils qui passent entre ses 2 branches; ceci fait, on coupe les fils au niveau du trou de l'aiguille et de l'anse de la sonde et obtient de cette façon quatre fils séparés, passant deux à deux de chaque côté du col. Une ligature de chaque côté est nouée en noeud chirurgical, serré aussi fort que possible, les 2 autres fils sont éga-

*) La sonde de Boryssowicz pour les lavages intra-utérins se compose d'un tube, qui à la moitié de sa longueur se divise en 2 branches, formant une anse au niveau de l'extrémité utérine de la sonde. Chacune de ces branches présente au voisinage de l'anse un orifice, par lequel le liquide s'écoule dans la cavité utérine; elles sont séparées par un espace assez grand, assurant le reflux du liquide injecté.

loment liés et serrés, mais sans achever le noeud chirurgical et sans couper les bouts du fil, afin de pouvoir serrer le noeud plus fortement 3 jours après l'opération. Au bout de 12—16 jours, suivant l'épaisseur des tissus liés, les ligatures tombent spontanément, les bords de l'orifice sont cicatrisés, l'orifice utérin lui-même se présente sous forme d'une fente aux extrémités de laquelle, c'est à dire sur les cotés du col on aperçoit deux enfoncements, dûs à la pression exercée par les noeuds sur les tissus et communiquant à l'orifice externe du col la forme d'un biscuit.

(*Medycyna* Nr. 9).

Dr. C. Bitner. Des substances nouvelles employées dans le traitement des affections inflammatoires des organes génitaux de la femme. L'ichthyol, l'arystol et le tiol, introduits récemment dans la thérapeutique gynécologique et très chaleureusement recommandés par certains auteurs, sont loin d'être aussi efficaces, qu'on pourrait le croire, en lisant les observations, rapportées à l'appui.

Tous ces corps peuvent être, dans la majorité des cas du moins, remplacés par les anciennes méthodes de traitement avec plus d'avantage pour les malades.

L'auteur a comparé l'action des substances ci-dessus mentionnées et arrive aux conclusions suivantes:

L'ichthyol en solution forte (50%) agit dans les inflammations péri- et para-utérines récentes, qui ne sont pas de nature blennorrhagique.

Dans ces cas l'arystol rend très peu de services; celui-ci constitue un bon altérant dans les érosions de la portion vaginale. Le tiol n'est applicable que dans le catarrhe de la muqueuse utérine, mais agit plus lentement que l'ichthyol ou le curage.

Les injections chaudes, la glycérine *per se* ou jointe à l'iode de potassium, employées conjointement avec le massage, ne sont point inférieures à l'ichthyol et sont plus efficaces que l'arystol et le tiol.

L'auteur pense, que le médicament, vanté comme spécifique contre certaines affections, ne devrait être employé que seul ou en combinaison avec des substances indifférentes, et ce n'est, qu'après l'avoir essayé dans un nombre considérable des cas, qu'on pourrait se prononcer sur sa valeur. L'article est illustré par 28 observations personnelles de l'auteur. (*Gazeta lek.* Nr. 9).

5. SYPHILIDOLOGIE.

Z. Krówczyński. Un mot sur les inoculations de la sécrétion des chancres mous avec l'eau oxygénée.

Dr. Uhma. Expériences sur l'inoculation du pus des chancres mous, mélangé à de l'eau oxygénée à 8% ou 6%.

Dr. M. Świątkiewicz. Expériences sur l'action préservative de l'eau oxygénée dans l'inoculation de la sécrétion des chancres mous.

En se basant sur une série d'expériences, Kr. arrive à la conclusion, que l'eau oxygénée (8%), additionnée d'acide chlorhydrique dilué (0,5%), détruit, dans la plupart des cas, le virus des chancres mous, inoculé en un point scarifié, au bout de 3 minutes. Dans les cas, où l'eau oxygénée n'a pas détruit le virus, elle a considérablement retardé son action. K. est en outre convaincu, que l'eau oxygénée agit efficacement dans l'infection syphilitique. Pour justifier cette conviction il allègue le raisonnement théorique suivant: *il est plus difficile de détruire le virus du chancre mou, qui manifeste son action aussitôt après s'être mis en contact avec l'organisme, que le virus, produisant les altérations syphilitiques et agissant beaucoup plus lentement.*

Il résulte des expériences de Uhma qu'en dehors de l'organisme l'eau oxygénée détruit incontestablement les propriétés du virus du chancre mou.

ŚWIĄTKIEWICZ pense que l'eau oxygénée à 5% serait la plus conforme à l'usage pratique, puisque celle à 6% et 8% produit parfois des escarres. (*Medycyna Nr. 1, 11, 12*).

Dr. J. Funk. Du traitement de la blennorrhagie aigue chez l'homme. Le traitement de la blennorrhagie aigue de l'urètre peut être divisé en 1) traitement de la première infection blennorrhagique et 2) traitement des reinfections. Dans les cas, appartenant à la première catégorie, l'auteur applique avec succès le traitement abortif, mais seulement pendant les 2 premiers jours, lorsque la sécrétion muco-purulente est peu abondante. Cette méthode consiste en des badigeonnages répétés de la portion mobile de l'urètre avec la solution de nitrate d'argent (3—4%). Lorsque les phénomènes inflammatoires sont très prononcés, il est absolument impossible d'introduire des instruments quelconques dans le canal de l'urètre et il ne peut pas être question d'interrompre le cours de la maladie. Dans ces conditions l'auteur conseille de suivre la méthode expectative — repos au lit, bains chauds, compresses rechaufantes, sur la verge et le périnée, boissons abondantes, diète lactée et purgatifs légers. Au bout de 3—4 semaines de ce traitement l'écoulement devient peu abondant, visqueux, pauvre en gonocoques, et alors, malgré des interruptions dans le traitement et des excès, l'écoulement abondant, purulent ne réapparaît plus, la muqueuse urétrale acquiert une résistance relative aux gonocoques. Cette „résistance relative“ dure parfois des années entières et une nouvelle infection blennorrhagique ne produit plus dans ces conditions qu'un catarrhe léger. À la période de déclin des phénomènes inflammatoires, si la partie postérieure de l'urètre

n'est pas atteinte, l'auteur administre l'huile de santal (15 gouttes) 2—3 fois par jour, défend les bains chauds et restreint l'absorption des liquides; les blennorrhagies aiguës de l'urètre postérieur sont traitées par la méthode expectative. Celle-ci est appliquée également par F. dans le traitement des infections blennorrhagiques réitérées avec écoulement abondant, purulent; lorsque l'écoulement est peu abondant—le santal et le mélange de Ricord; dans les cas, où cette sécrétion ne diminue pas rapidement il emploie la solution de nitrate d'argent (1 : 4000) alternativement avec le mélange de Ricord. Lorsque la réinfection s'accompagne de symptômes légers, on peut employer le traitement abortif. (*Medycyna* Nr. 8).

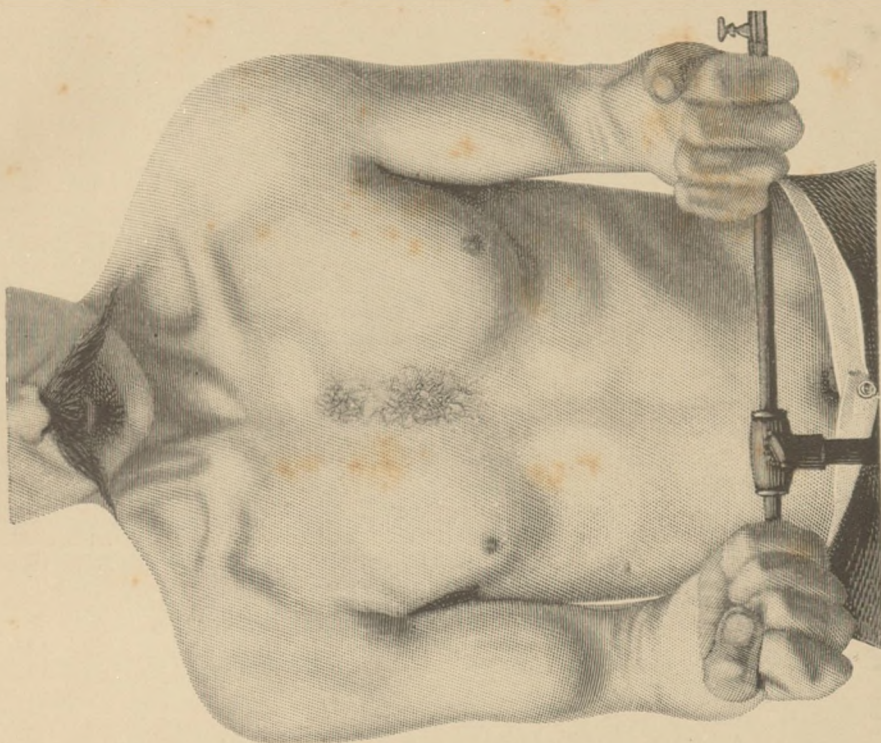


Fig. 2.

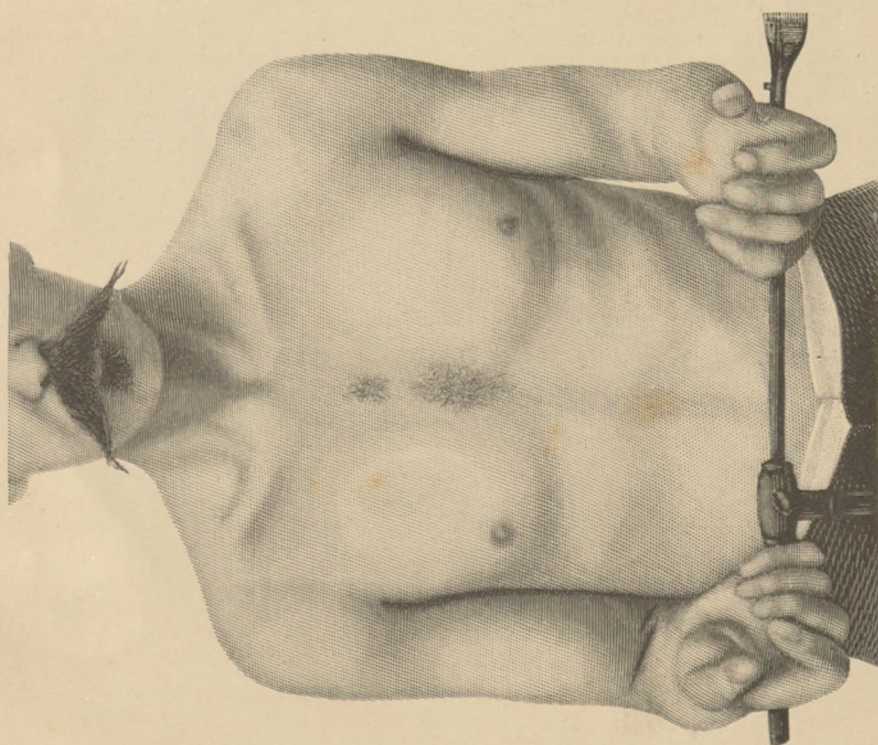
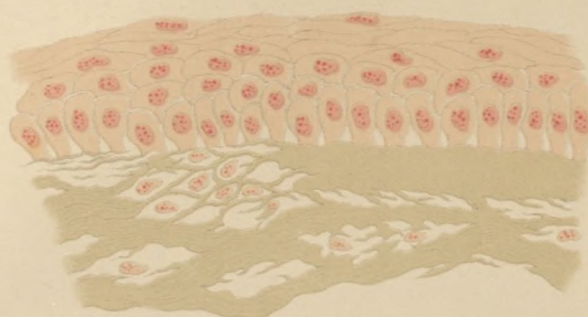


Fig. 1.

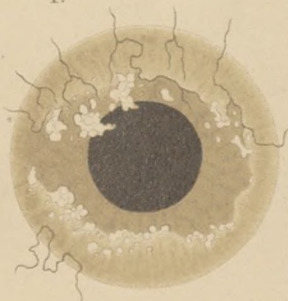
2.



3.



1.



4.



SOMMAIRE.

SPIS RZECZY.

	page		str.
Preface	I	Przedmowa	11
1. Dr. T. DUNIN. Du rapport de la médecine interne à la chirurgie	III	1. Dr. T. DUNIN. O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii	1
2. Dr. F. JAWDYŃSKI. Contribution à la chirurgie des voies biliaires. Neuf cas d'operations sur la vesicule biliaire	V	2. Dr. F. JAWDYŃSKI. Przyczyniek do chirurgii dróg żółciowych. Dziewięć przypadków operacyi na pęcherzyku żółciowym	9
3. Dr. A. KARCZEWSKI. Quelques cas de plaies pénétrantes de l'abdomen	IX	3. Dr. A. KARCZEWSKI. Kilka przypadków ran drążących brzucha	43
4. Dr. A. CIECHOMSKI. De la rupture du tendon de la longue portion de biceps brachial	XI	4. Dr. CIECHOMSKI. O zerwaniu ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia	65
5. Dr. R. JASIŃSKI. Des hypertrophies	XII	5. Dr. R. JASIŃSKI. Przerosty nabyte i wrodzone	83
6. Dr. KORZENIOWSKI. Six cas d'operation de WŁADIMIROFF-MIKULICZ XIII		6. Dr. M. KORZENIOWSKI. Sześć przypadków rezekecyi stopy podług WŁADIMIROWA-MIKULICZA	102
7. Dr. W. KAMOŃSKI. Un cas de dégénérescence graisseuse de la cornée avec phénomènes irritatifs intermittants	XIV	7. Dr. W. KAMOŃSKI. Przypadek stłuszczenia rogówki z periodycznie powracającymi objawami podrażnienia	120
8. Dr. W. H. KRAJEWSKI. Un cas de rupture de l'uterus pendant l'accouchement guéri par la méthode opératoire	XVIII	8. Dr. W. H. KRAJEWSKI. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu, wyleczony na drodze operacyjnej	133

Revue des journaux: 1) Chirurgie, pag. 1. 2) Laryngologie, pag. 15. 3) Ophtalmologie, pag. 18. 4) Accouchement et Gynécologie, pag. 20. 5) Syphilidologie, pag. 26.

NB. Z powodów od Redakcyi niezależnych portret D-ra Wł. Matlakowskiego będzie dołączony dopiero do następnego zeszytu „Przeglądu“.

W następującym zeszycie pomiędzy innemi ukażą się:

1. D-ra STEINHAUSA — O pasorzytniczem pochodzeniu raka.
2. D-ra SOKOŁOWSKIEGO — Kula w krtani.
3. D-ra ŚPIZIĄKA — Leczenie skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa.
4. D-ra BITNERA — Przyczyniek do chirurgicznego leczenia hypospadyi u kobiet.

Numer okazowy rozsyła się bezpłatnie.



BG 90509/1893/1/1

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

pismo poświęcone wyłącznie:

chirurgii, oftalmologii, otiatrii, laryngologii, aku-
szeryi, ginekologii, syfilidologii i dermatologii

wychodzić będzie zeszytami objętości 10 arkuszy druku w bez-
terminowych odstępach czasu (przypuszczalnie co kwartał).

Cena roczna: w Warszawie rs. 10

„ „ na prowincyi rs. 12

Cena pojedynczego zeszytu rs. 2 kop. 50.

Adres redakcyi: *Dr Krajewski, Aleja Jerozolimskie N. 66.*

We wszelkich sprawach, dotyczących administracyi pisma, jako to: wno-
szenia prenumeraty, reklamacyi, nabywania pojedynczych numerów zwracać
się należy pod adresem D-ra Karczewskiego, ulica Krucza N. 46.

„PRZEGLĄD CHIRURGICZNY“

revue consacrée exclusivement

à la chirurgie, ophthalmologie, otiatrie, laryngolo-
gie, accouchement, gynécologie, syphilidologie
et dermatologie

paraîtra en livraisons, contenant chacune 150 pages, sans termes
fixes (approximativement par trimestre).

Abonnements: Varsovie 10 rouble

„ Union postale 12 rouble

La livraison 2 rouble 50 cop.

Adresser les lettres, journaux et manuscrits à la Rédaction:

Dr Krajewski — Varsovie, Aleja Jerozolimska N. 66.

En ce qui concerne l'administration, on est prié de s'adresser à Dr Kar-
czewski — Varsovie, rue Krucza N. 46.

TRZEŻWOŚĆ

MIESIĘCZNIK ILUSTROWANY, ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA

WALKI Z ALKOHOLOWIZMEM „TRZEŻWOŚĆ”

I ABSTYNNENCKIEJ LIGI KOLEJOWCÓW

Pod red. JANA SZYMANSKIEGO.

Nr. 9-11

1930 R.

Prenumerata z przesyłką: roczna 6 zł., półroczna 3 zł., kwartalna 1.50.

Ogłoszenia 1 str. 100 zł., str. ½ 60 zł., ¼ str. 35 zł., ⅛ str. 20 zł.

Konto pocztowe P. K. O. Nr. 270.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: Warszawa, Żórawia 21—28. Telefon 26-21 (4—6).

TREŚĆ:

PROF. DR. AUGUST FOREL. — Aforyzm.

KS. FR. KWIATKOWSKI T. J. — Kazanie na zapoczątkowanie tygodnia trzeźwości w Krakowie.

OFICER REZERWY. — O bezpieczeństwo kraju.

PROF. DR. ODO BUJWID. — Alkohol a kultura.

BRONISŁAWA BOBROWSKA. — Niedola dziecka alkoholików.

DR. STANISŁAW TUBIASZ. — Na marginesie międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreźnie.

DR. TEOFIL BISAGA. — Posiedzenie Zarządu Międzynarodowego Związku Kolejarzy przeciwników alkoholu w Londynie.

DR. HENRYK ZAJĄCZKOWSKI. — Kartki z podróży. (Z portretem).

MIKOŁAJ SKIBA. — Ustawa i brak Ustawy.

HANNA NAŁĘCZ OSTROWSKA SZYMANSKA. — Ze Zjawisk Literackich.

IX POLSKI KONGRES PRZECIWALKOHOŁOWY W WILNIE. 7.8.XII.1930. — Program.

A.S. — Ruch abstynencki w Jugosławii.

OBRONA USTAWY PRZECIWALKOHOŁOWEJ. — Petycja Organizacji Kobięcych do p. Prezydenta Rzeczypospolitej.

MIKOŁAJ SKIBA. — Z wystawy przeciwalkoholowej T-wa Trzeźwość.

PROHIBICJA W WARSZAWIE.

KRONIKA. (Z portretem).



NOWOŚĆ

JAN REYTAN.

NOWOŚĆ

Z PAŁACU DO PRZYTUŁKU.

Z cyklu opowieści p. t. „Pamiętniki Trzosa”, spisanych wiernie z notatek zmarłego przyjaciela.

Słowem wstępnym poprzedził Jan Mazurkiewicz, prof. Uniw. Warsz.

str. 50 + 2 nl.

cena 1 zł. 50 gr.

Cena 1 zł. 50 gr.

KSIAŻKI NADEŚLANE

Płk. dr. med. Jan Nelken. Ostre upicie się i jego znaczenie sądowo-lekarskie. Warszawa, 1930. Str. 39. (Z oddziału Psychjatrzyckiego Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkołenia Sanitarnego i z Wojsk. Sądu Okr. Nr. 1 w Warszawie).

Ks. dr. Jan Cierniewski. Brońmy Ojczyzny! Studium Społeczne. Poznań, 1930, nakł. Związku Naucz. Abst. Str. 23, cena 50 gr.

Ks. K. Niesiołowski. Walka z alkoholizmem nakazem miłości bliźniego. Kazanie na 2 lutego. Poznań, 1930. Nakł. Zw. Ks. Ks. Abst.

Wychowawcy na usługach Akcji Katolickiej. Poznań, 1930. Str. 28. (Praca zbiorowa).

„Czy nasze dzieci będą szczęśliwe?” (Prof. Marja Romana Dedioła) i „Idea Abstynencka w Stowarzyszeniach Młodzieży Polskiej (Cz. Wolniewicówna). Poznań, 1930. Str. 12. Nakł. Katol. Zw. Abst.

La Lutte contre l'alcoolisme chez les étudiants des états baltiques, Finlande, Estonie, Lettonie et Lithuanie rédigé par Villem Ernits et Adolf Schilde. Tartu-Riga. 1928. Str. 59+VIII, liczne rysunki i mapka.

La Lutte contre l'alcoolisme chez les étudiants des états baltiques, spécialement en Finlande et Estonie réd. par Villem Ernits. Tartu, 1928. Str. 30 (z rys.).

Edward Rosset. Proletariat łódzki w świetle badań demograficznych. Warszawa, 1928. Str. 90. (Instytut Gospodarstwa Społecznego)

Kalendarz Królowej Korony Polskiej na r. p. 1931. Miejsce Piastowe. Nakł. Zakł. Wych. Tow. Św. Michała Archanioła. Str. 144. (poświęcony rocznicy powstania 1830-31 r., zawiera dużo rysunków).

Dr. M. Skokowska-Rudolfowa i dr. St. Sielicki. Sprawozdanie Statystyczne z działalności poradni przeciwgruźlicznych na terenie Rzeczypospolitej Pol. w r. 1928, Warszawa, 1930. Str. 84+4 nl.

Wydawnictwa Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet:

1) Instrukcja w sprawie zakładania przedszkoli. Warszawa, 1930. Str. 30.

2) Halina Krahelska. Praca młodocianych a opieka społeczna. Warszawa, 1930. Str. 29.

3) Marja Dąbrowska. Codzienna praca, W-a, 1930, Str. 36.

4) Instrukcja w sprawie zakładania żłobków dzieciennych. Warszawa, 1930. Str. 22.

Jan Bełcikowski. Warszawa Kobieta. (Biblioteka Nowej Cywilizacji). Warszawa, 1930. Str. 80.

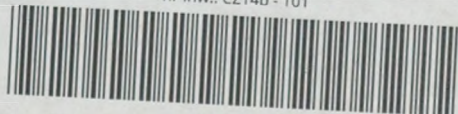
Państwowe Zakłady Badania Żywności i przedmiotów żywności. Sprawozdanie za r. 1927. Warszawa, 1930. Str. 14. (Wyd. Min. Spr. Wewn. — Depart. Służby Zdrowia).

Protokół Walnego Zebrania delegatów Związku Przeciwwenerycznego Warszawa, 1930. Str. 15.

J. Wiszniewski. Zespół t. zw. zapalenia miedniczek nerkowych u dzieci. Patogeneza, klinika i leczenie. (Polskie Monografie i Wykłady kliniczne z dziedziny Pedjatrji. Red. prof. dr. M. Michałowicz). Warszawa, 1930. Str. 93, cena 3 zł. 50 gr.

Dr. A. Wirszubski. Alkoholizm u Żydów. (odbitka z Medycyny Warszawskiej). Str. 5.

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: CZ14b - 101



BG 90508/1930/5/9-11

TRZEŹWOŚĆ

MIESIĘCZNIK ILUSTROWANY, POŚWIĘCOWY SPRAWIE WALKI
Z ALKOHOLIZMEM I ODRODZENIA NARODU.
ORGAN POLSK. T-WA WALKI Z ALKOHOLIZMEM „TRZEŹWOŚĆ”
I ABSTYNENCKIEJ LIGI KOLEJOWCÓW.

Pod Redakcją JANA SZYMAŃSKIEGO.

Nr. 9—11

WRZESIEŃ — LISTOPAD — 1930.

ROK V.

Od prof. A. Forela otrzymaliśmy następujący aforyzm,
napisany specjalnie dla „Trzeźwości”.

*L'abstinence des boissons
alcooliques rend l'homme libre. Comme
mon collègue Bunge l'a dit: „Les buveurs
modérés sont les séducteurs.” J'ai ajouté:
„Transformez les modérés en abstinents totaux, dans
30 ans il n'y aura plus d'ivrognes. Laissez par
contre boire modérément, dans 30 ans on
boira autant qu'aujourd'hui.”*

Dr. Auguste Forel

*L'abstinence des boissons alcooliques rend l'homme libre. Comme
mon collègue Bunge l'a dit: „Les buveurs modérés sont les séducteurs”
J'ai ajouté: „Transformez les modérés en abstinents totaux, dans 30 ans
il n'y aura plus d'ivrognes. Laissez par contre boire modérément, dans
30 ans on boira autant qu'aujourd'hui.”*

Dr. Auguste Forel.

Abstynencja czyni człowieka wolnym. Kolega mój Bunge powiedział: „Pijący
umiarkowanie są uwodzicielami”. Ja zaś dodaje: „Zmienie umiarkowanych na
abstynentów zupełnych — za lat 30 nie będzie pijaków. Pozwólcie natomiast pic
umiarkowanie — a za lat 30 będzie się pić tyleż, co i dziś.



Pamiętajmy więc o Bożym nakazie: „Pod tobą będzie żądza twoja, a ty nad nią panować będziesz”! Jeśli używasz napojów, nawet rozpalających, to **nie czyn tego nigdy nad miarę!** Pamiętaj o twej godności **człowieczej**, a jeszcze więcej o godności dziecka Bożego, **chrześcijanina**, nie czyn się obraną z rozumu istotą!

Pamiętaj o godności domu twojego katolickiego i nie czyn żeń jaskini pijaństwa! Nie gorsz biednych dzieci twoich, pomny na groźbę Jezusową o „kamieniu młyńskim i zatopieniu gorszyciela w głębokościach morskich”!

Bądź zawsze trzeźwym! — „Miejcie się na pieczy — przestrzegaj nas sam Boski Zbawiciel — aby kiedy serca wasze nie były obciążone opilstwem, ażeby na was z trzaskiem nie przypadł on dzień (ostateczny)” (Łuk. 21, 34). — „Nie mylcie się — woła już na pierwszych chrześcijan Paweł św. — „**pijanice nie posiadają królestwa Bożego**” (1 Kor. 6, 10).

5. Owszem bądź nawet, jeśli czujesz szczególnie Boże natchnienie, nawet całkowicie wstrzemięźliwym od napojów rozpalających, bądź całkowitym **abstynentem!**

Trzeźwość jest ścisłym obowiązkiem każdego chrześcijanina. Nikomu nie wolno przebierać należytej miary w używaniu trunków. Jeśli tę miarę przekroczy trochę, ma grzech powszedni, — jeśli ją przekroczy wiele, zwłaszcza aż do utraty rozumu, grzeszy ciężko.

Całkowita wstrzemięźliwość, zupełna abstynencja od napojów alkoholowych nie jest przez Kościół pod grzechem **nakazana**, jest jednak **bardzo zalecana**. Jest zalecana już z tego względu, że nawet drobne dawki **stale** używanego alkoholu są dla organizmu większą lub mniejszą trucizną, a **nie** przynoszą mu żadnego pożytku. Jeszcze więcej jednak zaleca Kościół św. całkowitą abstynencję jako **dobry sposób umartwienia**, — jako **dobry sposób wynagradzania** P. Bogu za pijaństwo innych, — jako skuteczny sposób **dobrego przykładu**, że przy silnej woli można się obejść bez napojów rozpalających. Nie mała to pociecha, gdy **drużyny harcerskie**, gdy **stowarzyszenia polskiej młodzieży** ślubują całkowitą abstynencję, albo przynajmniej wstrzemięźliwość zupełną od napojów rozpalających do 18 czy 20 roku życia. Takie zwycięstwo nad sobą przyczynia się niemało do zdrowia i do wyrobienia siły charakteru!

Zachodzi jednak wypadek, w którym **całkowita wstrzemięźliwość** od napojów alkoholowych **staje się ścisłym obowiązkiem**. Kto mianowicie czuje się człowiekiem tak słabej woli, że nie potrafi zachować miary w picu, ten powinien nie kosztować nigdy ani jednego kieliszka. To go dopiero uleczy i ocali.

6. Oby ten „Tydzień trzeźwości”, popierany przez najwyższych dostojników kościelnych i świeckich na obszarze całej Rzeczypospolitej wydał jaknajobfitsze owoce!

Obyśmy wszyscy nabrali jeszcze większego niż dotychczas wstrętu do nałogu pijaństwa, a zamiłowali jeszcze więcej niż dotychczas chrześcijańską trzeźwość, owszem nawet całkowitą wstrzemięźliwość!

Oby niejeden niewolnik tej, tak bardzo ludzką godność poniżającej namiętności porwał te zgubne pęta za naszą zachętą, modlitwą, przykładem.

Oby wszystkie towarzystwa trzeźwości i wstrzemięźliwości wzrosły w liczbę członków i współpracowników, a pisma ich w liczbę abonentów!

Oby już nie mówiono zagranicą: „pijany jak Polak” — lecz raczej: „jak Polak trzeźwy, pobożny i pracowity”!

Niech dobry Bóg, zjednany przez tę bezkrwawą Ofiarę, zanoszoną przed tron Jego w tym uroczystym dniu Matki N. na intencję „Tygodnia trzeźwości”, raczy błogosławić zbożnym poczynaniom naszym! Amen.

Ks. Fr. Kwiatkowski T. J.
Kraków.

O BEZPIECZEŃSTWO KRAJU.

Pióro bierzemy do rąk w głębokiej trosce — niemniej w poczuciu obowiązku. Chcielibyśmy czynnikom miarodajnym i opinii zwrócić uwagę na poważne niebezpieczeństwo, które zagraża instytucji, która jest ukochaniem całego narodu bez różnicy przekonań, i w której ręku spoczywa — w naszym położeniu szczególnie — byt i niezależność Ojczyzny. Chodzi nam o **stosunki w naszej armji**. Armja — to zawsze temat drażliwy, niemniej milczenie byłoby w tym wypadku słabą przysługą.

Że wojskowi zawsze mają — tradycyjną poprostu — **skłonność do kieliszka** — to rzecz wiadoma i zresztą zupełnie psychologicznie i socjologicznie zrozumiała. Nużąca w swej monotoności służba i silne zmęczenie fizyczne, wytwarzają naturalną potrzebę podniet. Gdy „esencja życiowa idzie w nogi”, zanika skłonność do umysłowego wysiłku i wytwarza się popęd do szukania podniet. Rolę tę tradycyjnie spełnia alkohol. Jest on uznanym przez ogół środkiem dla wytwarzania wesołości, serdecznego nastroju i „zalewania robaka” wszelkich trosk i kłopotów. Przytem ułatwia on niewątpliwie stosunki między ludźmi, co u wojskowych, przy tak zróżniczowanym systemie hierarchji i wzajemnej zależności — ogromną odgrywa rolę. To też nigdzie chyba używanie alkoholu nie należy tak bardzo do utrwalonych wzorów i norm społecznych, jak w armji. Bynajmniej nie tylko w naszej. Toć analogiczne przyczyny działają i w innych armjach. Oczywiście, że alkoholizm w wojsku przybierać musi bardzo różne rozmiary, zależnie od rozmaitych okoliczności.

Jak się przedstawia sprawa ta u nas? Piszący te słowa, odbywając swe ćwiczenia rezerwy, miał sposobność zetknięcia się bliższego z armją. Oczywiście tylko z niektórymi formacjami. Niema jednak żadnego powodu do przypuszczenia, że w innych jest lepiej. A jest źle! Tak źle, że **trzeba wołać na alarm** głosem doniosłym, by go usłyszeli ci, którzy mogą wpłynąć na ten stan rzeczy. Nie jest niestety niemożliwym taki wypadek, że młody porucznik przez dwa tygodnie z rzędu nie wychodzi ze stanu podchmienia, a przedmiot jego wykładu muszą mu wyjaśniać jego słuchacze. Albo, że dowódca plutonu zaprosi do siebie swoich podwładnych na pijatykę i potem stara się zatuszo-

wać ich wynikię z tego przekroczenia służbowe. Lubi, że wyższy oficer po nowych awanturach pijackich wyładowuje swą złość na bataljone i obraża oficerów w obecności szeregowców i wogóle podrywa swój i ich autorytet (za co później musi zostać ukaranym) takich przykładów można mnożyć bez końca. Inny skutek, to fakt, że **odporność fizyczna niesłuchanie się zmniejsza**. Piszący te słowa, dzięki przestrzeganiu abstynencji, sam świetnie wytrzymał znaczne bardzo trudy na manewrach, mimo nader wátłego zdrowia, a inni o atletycznej nieraz budowie i żelaznem — z natury — zdrowiu, nader często musieli wyprzęgać. I to rzecz groźna z punktu widzenia obrony kraju. Lecz są jeszcze większe niebezpieczeństwa, o których jeszcze będzie mowa. Sam fakt jednak, że żołnierz, który potrzebuje pełni swych sił, dobrowolnie je sobie niszczy przez alkohol, wskazuje na konieczność walki z tym wrogiem armji. Ale i to jeszcze nie są najgroźniejsze następstwa. Głośnym był swego czasu wypadek zdrady dwóch oficerów. Jeden z nich należał niegdyś do patrijotycznej, konspiracyjnej organizacji gimnazjalnej, Towarzystwa im. Tomasza Zana i był niewątpliwie gorącym Polakiem. I otóż taki człowiek przez alkohol (i związane z nim hulanki) doszedł do tego, że dla zdobycia sobie środków na dalsze pijaństwo dał się namówić do sprzedania ważnych papierów Niemcom, za co został wraz ze swym spółnikiem rozstrzelany. Ale nie trzeba aż świadomej zdrady. Powiedział pewien doświadczony wywiadowca, że **można wydobyć każdą tajemnicę**, o ile się tylko z daną osobą zasiądzie przy kieliszku. To też rozpijanie jest poprostu normalną, zasadniczą drogą zdobywania tajemnic wojskowych. Alkohol rozwiązuje przecież język. **In vino veritas**. Tylko, że czasem **veritas** może oznaczać zdradę ojczyzny.

A jak się przedstawia kwestja **zdolności bojowej**? Twierdzi się powszechnie, że alkohol jest konieczny jako podnięta przy trudnych imprezach. Łatwiej jest po pijanemu narażać życie, niż na trzeźwo. Temu nie będziemy zaprzeczać! Czy jednak po pijanemu będzie się tylko wtedy narażać, gdy to jest konieczne? Czy dobrym żołnierzem jest ten, który sobie kpi z ostrożności i szuka guzów? Prawdziwą odwagą, tą która nie zawiedzie nigdy, jest inne zupełnie nastawienie: świadoma, na zimno uczyniona ofiara swego życia dla ojczyzny. Nie doprowadzi ona do czynów bezsensownego brawurowania — ale każe się poświęcić wtedy, gdy to jest konieczne. Odwagą, zaczerpniętą z alkoholu, można niewątpliwie wywalczyć pewne sukcesy, a nawet zwycięstwa. Po pijanemu tchórz stać się może bohaterem. Ale po takich aktach „bohaterstwa” przychodzi podwójnie silna **reakcja**. Rozalkoholizowana armja może wygrać szereg bitew — ale musi w końcu przegrać wojnę. Ostatecznie chodzi tu przecież o wytrzymałość organizmów i nerwów nade wszystko. Pokazały to przykłady Rosji i Japonji w roku 1905 i — najsmutniej Niemiec. Bezprzykładne załamanie się moralne armji, która przez cztery lata odnosiła triumf za triumfem, było niewątpliwie w dużej mierze spowodowane alkoholem, który w wojsku niemieckiem urzędowo wydawano żołnierzom (i to w formie mocnych napojów destylowanych w przeciwieństwie do wojsk sprzymierzonych, które używały lekkiego wina, co oczywiście również nie jest pożądanem).

To, co mówiliśmy powyżej, odnosi się przedewszystkiem do samej wojny (pomijając kwestję zdrowia, która zawsze jest ważną). Ale

i w czysto **pokojowej stronie** stosunków wojskowych alkohol odgrywa rolę fatalną. Chodzi nam przedewszystkiem o skutki **kulturalno etyczne**. Kto był choć raz na zebraniu towarzyskiem przy kieliszku, ten zrozumie odrazu, co mamy na myśli. Ludzie zasadniczo kulturalni, rozumni i porządni—gdy zasiadą razem przy kieliszku, odrazu zatracają te cechy. Alkohol rozwiązuje języki zawsze ku rzeczom najgłupszym i najbardziej plugawym. Wszystkie szlachetniejsze aspiracje, uznawane nawet przez tych samym ludzi na trzeźwo, w atmosferze alkoholowej stają się przedmiotem drwin i naigrywań, a wszelka rozpusta i inne wybryki stają się czemś pozytywnie ocenianem. Kto się nie dostroi, przeciwko temu zwraca się cała, niezwykle w tym wypadku solidarna grupa. Ale olbrzymia większość dostraja się, choć wbrew protestom swego lepszego ja. Protesty te jednak z czasem słabną. Wytwarza się przekonanie o tem, że rozpusta i pijaństwo są rzeczą normalną i konieczną i dziwakiem jest ten, kto w tem udziału nie bierze. Etyka grupy wojskowej staje tu wpoprzek zasadom etycznym innej, szerszej grupy — do której i wojskowi należą (przynajmniej w Polsce): chrześcijaństwa. I jest rzeczą ciekawą, w jak naiwny sposób nieraz jednostki rozwiązują ten konflikt. Pewien porucznik powiedział na przykład, że on się zawsze poprawia około Wielkanocy. Wtedy idzie bowiem do spowiedzi. I dla niego kwestja ta jest rozwiązana. Nic nie przeszkadza mu w jego — zawodowym poproście — uprawiania rozpusty, pojętej, jako prawdziwy sport. Są jednak i gorsze typy tacy, którzy już doszli do tego, że nienawidzą czystości, która w nich jednak pewien niepokój budzi. Inni, a tych jest najwięcej, poproście nie wierzą w to, by człowiek mógł nie oddawać się rozpustcie, skoro niema możliwości legalnego zaspokojenia popędu. Zresztą i zasada wierności małżeńskiej w tych kołach nie jest bynajmniej czemś co bezwzględnie należy do przyjętego przez grupę wzoru obyczajowego. Zawsze alkohol jest tutaj tym uwodzicielem, który usuwa wszystkie hamulce, rolę, którą zresztą nietylko w wojsku odgrywa.

Byłoby niesłychaną niesprawiedliwością twierdzić, że wszyscy wojskowi mają skłonność do kieliszka i rozpusty. Niemniej alkohol **na-daje ton** całemu życiu armji. Wszędzie jest go pełno. Uroczystości wojskowe z reguły nie mogą się obyć bez alkoholu, a i ci, liczni na szczęście wojskowi, którzy poważnie patrzą na życie, albowiem mają wstręt do alkoholu i rozumieją jego szkodliwość, nie mogą się oprzeć **potędze zwyczaju**. Muszą oni też brać udział i co gorsze, „stawiać”. Bo skoro jeden „postawił”, muszą to po kolei uczynić i inni. Niema rady. „Honor” tego wymaga. Chociażby ze wstrętem patrzeli na butelkę. Zresztą po pierwszych kolejkach zdolność samodzielnego sądu na ogół jest już przyćmiona. A jeżeli nie masz pieniędzy? Mniejsza z tem. Kasyno czy Kantyna daje na kredyt. Ustawa przeciwalkoholowa tu nie dotarła jeszcze. Zadłużysz się po uszy? Zabraknie ci na załatanie budżetu? Trudno. „Honor” stawiania — to najwyższa z wszystkich konieczności życiowych. A potem, gdy niema wyjścia, a są różne pokusy? Silniejszy się oprze... słaby ulegnie. Sądy wojskowe mają zajęcie, a prasa sensację. **C'est la vie.**

Najgorzej jest niewątpliwie w **korpusie oficerskim**. I trzeba przyznać, że oficerowie rezerwy więcej niż łatwo przystosowują się do tych zwyczajów, — a nieraz nawet wnoszą większy jeszcze popęd do kielisz-

ka. Lepiej jest już w Korpusie podoficerów zawodowych. Ci są poważnie żonaci i mają mniej pieniędzy. Wśród szeregowych alkoholizm jest najmniejszy, nie dlatego, by ci mieli jakieś uświadczenie abstynenckie — bo o tego rodzaju akcji w wojsku jeszcze na ogół głucho — ale poprostu dla braku gotówki. Za żołd, wynoszący 2.50 zł. miesięcznie upijać się trudno, a z domu pieniądze mają najwyżej żołnierze... wyznania mojżeszowego. Ci zaś nie piją. Nie mniej żołnierz wynosi z wojska, dzięki przykładowi, idącemu z góry, najgłębsze przeświadczenie, że „czysta” monopolówka jest jednym z najwyższych ideałów życiowych.

Widzimy więc, że w armii **wychowuje się** systematycznie — choć nie świadomie — alkoholików. Sytuacja byłaby beznadziejną, gdyby nie to, że zapowiada się **nowe, lepsze pokolenie** przyszłych oficerów zawodowych. Szczególnie o szkole zawodowych podchorążych piechoty w Ostrowie (Ostrów Komorowo) słyży się radośniejsze wieści. Około 30% uczniów podobno tam nie używa alkoholu, a dobra połowa nie pali. I poziom moralny jest zupełnie inny, niż to było jeszcze kilka lat temu. Przeniesienie szkoły z Warszawy, gdzie blisko było do barów, a daleko na plac ćwiczeń, do zapadłej dziury, okazało się pod tym względem nader szczęściwem posunięciem. Czy jednak ci nowi młodzi oficerowie wniosą tyle samodzielnie ugruntowanych zasad, by przeciwstawić się zaśnieżniałym obyczajom alkoholowym.

Chodzi tu o wielkie rzeczy. Nie wolno nam się pocieszać tem, że w innych armjach nie jest lepiej. Polska w razie wojny może zwyciężyć jedynie przy **uruchomieniu wszystkich sił** i środków. Nam trzeba będzie nerwów żelaznych i heroizmu, ale nie pijanego. A przyszłe zwycięstwo trzeba już w czasie długoletniej pracy pokojowej przygotować. Nic nie utrudnia jej bardziej niż alkohol. To też **walka z alkoholem w armji musi się rozpocząć**, i to nie tak, by się zdawało, że się coś robi, ale na serjo, z pełną, właściwą wszelkim poczynaniom wojskowym, energją.

Czy jednak sprawa ta nie jest beznadziejną? Czy alkoholizm w wojsku, w myśl tego, co powiedzieliśmy powyżej, nie jest poprostu koniecznością? Otóż stanowczo nie. „Potrzeba” alkoholu nie jest potrzebą istotną, ale — mówiąc językiem socjologii, normą zwyczajową rozwiązywania pewnej sytuacji, opartą na przestarzałych założeniach, które dzisiejsza świadomość naukowa bezwzględnie odrzuciła. Przyjemność, którą daje alkohol, jest wyolbrzymiona przez łączące się z nim skojarzenia hedonistyczne. Ażeby przełamać alkoholizm trzeba: 1) przez celową **propagandę** pod hasłem postępu rozpowszechnić **nowe wzory obyczajowe**, a więc np. używanie orzeźwiających napojów bezalkoholowych. 2) trzeba się postarać, by w Kasynach i Kantynach prowadzono oprócz wody sodowej jeszcze i **dobre oranżady**, lemoniady naturalne i dobry sok owocowy. Najtrudniej zrobić początek i wywalczyć owym napojom prawo obywatelstwa i równorzędności quasi towarzyskiej, to jest uznanie ich za napój, którym można częstować gości, wychylać toasty itd. Toasty są na ogół dosyć bezsensownym zwyczajem, ale zawsze łatwiej zmodyfikować dawne formy, niż zupełnie z niemi zrywać. 3) Należy dorocznie urządzać **tydzień propagandy trzeźwości**. W szkołach wojskowych uświadczenie przeciwalkoholowe winno wejść w skład programu nauczania. W pułkach należy urządzać w czasie tygodnia propagandy pogadanki, i to przez cały tydzień osobno dla

ALKOHOL A KULTURA.

Wykład wygłoszony 6 lutego w sali Polskiej Y. M. C. A.
z powodu Tygodnia Trzeźwości w Krakowie.

W niniejszej pogawędce chcemy zdać sobie sprawę z tego, czym jest alkohol dla ogólnoludzkiej kultury. Naturalnie musimy określić sobie przedewszystkiem, co rozumiemy pod pojęciem kultury, gdyż w tym względzie możemy trafić na poglądy nieraz rozbieżne, rozumiejąc niejednokrotnie jako kulturę lub jej cechy, pewne poczynania, które raczej należy przypisać temu, co nazywamy cywilizacją, a co niewątpliwie nieraz ma wiele wspólnego. Cywilizacja bowiem może być początkiem kultury, ale nie będzie ona jej zakończeniem. Cywilizacja prowadzi za sobą uspołecznienie i przygotowanie do kultury, ale kultura jest dalszym ciągiem i zakończeniem procesu cywilizacyjnego i jego gruntownem pogłębieniem. Kultura czyni z człowieka należycie uświadomionego członka społeczeństwa, rozumiejącego delikatne odcienia etyki społecznej, odczuwającego bóle i braki, jakie nurtują ludzkość i stają na przeszkodzie powiększenia sumy jego i szczęścia i zadowolenia koniecznych potrzeb moralnych.

Ale jakąż rolę grać może w tym względzie alkohol? Czy może on być czynnikiem wpływającym na rozwój lub zahamowanie kultury?

Zamiast odpowiedzi postawimy pytanie, czy możemy uważać człowieka pijanego, lub choćby tylko podchmielonego za człowieka, o którym można powiedzieć, wskazując nań: oto okaz prawdziwie kulturalny. Cywilizacja wieków ubiegłych i staranie o powiększenie dobrobytu materialnego i moralnego dało nam taki właśnie obraz, jaki widzimy w postaci zataczającego się, głośno śpiewającego niby wesołka, który naprawdę wcale nie jest wesoły, ale robi wrażenie wesołego, gdyż jego władze umysłowe zostały stępione i nie jest on w możności odczuwać żadnych głębszych myśli ani pojęć, bo jego świadomość jest silnie przyćmiona.

Alkohol jest zatem czynnikiem wysoce przeciwnym kulturze i jako taki powinien być traktowany przez społeczeństwo naprawdę kulturalne.

Dlatego z chwilą, gdy to zostało należycie zrozumiane i ocenione w dojrzałych społeczeństwach, za jakie musimy w pierwszym szeregu uważać społeczeństwo Stanów Zjedn. Am. Półn. powstała myśl zwalczania używania napojów alkoholowych wszelkimi dostępnymi sposobami, przedewszystkiem zapomocą niedopuszczania go do stałego użytku codziennego, jak to miało dotąd miejsce. I obecnie jesteśmy świadkami niepospolitego w dziejach ludzkości czynu społecznego pierwszorzędniego znaczenia, czynu, który powinien znaleźć co najrychlej naśladowców pomiędzy społeczeństwami, chlubiącemi się tem, że mają starszą kulturę, które nie potrafiły jednak pozbyć się dotychczas tej prawdziwej klęski społecznej, nawet przeciwnie zyski z niej ciągną i wysokie sumy podatkowe na utrzymanie swego państwa z tego niezdrowego i niemoralnego źródła pobierają.

Prawda, że powstrzymanie nagle siłą państwową tego tak bardzo rozpowszechnionego używania napojów wysokowych pobudziło do szukania ubocznych dróg, dążących do ominięcia niemiłego dla wielu

zakazu. Powstały sposoby i metody sprowadzania napojów drogą nielegalną. Wytworzyły się osobne przedsiębiorstwa, wielce ryzykowne, ale zato i zyskowe, które drogą morską i lądową prowadzą przewóz i handel alkoholem. Często słyszymy z wiadomości dziennikarskich, jaką trudną jest walka z nadużyciem w tym kierunku. Ale nie widać u władz amerykańskich zniechęcenia, przeciwnie słyszymy, że środki walki mają być jeszcze bardziej zaostrzone i sumy wydatków na straż graniczne znacznie powiększone.

I nic nie pomogą natrząsania się i wyśmiewania z tej niby suchej Ameryki, np. przedstawienia teatralne, podczas których widzimy, jak się omija przepisy niepodawania wódki w zakładach i jadłodajniach: jak kelner częstuje gościa cygarem, które jest właściwie małym zbiornikiem wódki, albo nalewaniem wódki z pustej wewnątrz laski, która służy do przenoszenia alkoholu i wcale nie jest laską, służącą do podpierania. Nic nie pomogą takie wykpiwania rozumnych zarządzeń, dążących do prawdziwego podniesienia sumy zdrowia i kultury społeczeństwa. Wystarczy zresztą przeczytać sprawozdania dorocznej statystyki, dowodnie stwierdzające zwiększenie zdrowotności i zmniejszenie zachorowań spowodowanych przez zakaz używania alkoholu, ażeby zostać całkowicie przekonanym o wysokiej wartości kulturalnej i społecznej takich zarządzeń. Weźmy kilka cyfr ze sprawozdania umieszczonego w dziełku d-ra Handelsmana: Kompendjum higieny społecznej.

Zakaz używania alkoholu, czyli ustawa prohibicyjna została wprowadzoną w Stanach Zjedn. w r. 1918. W dwóch największych szpitalach w Nowym Jorku w r. 1917 było 5714 i 1875 alkoholików. Już w r. następnym cyfra ta spadła do połowy i utrzymywała się na coraz niższym poziomie z małemi zmianami w dalszych latach. Przypadków śmierci wskutek nadużycia alkoholu było w 1917 — 560, zaś w następnym 252, 1919 — 176, w 20 — 98, 1921 — 86. Powiększyła się tylko o kilkanaście przypadków liczba skonów z powodu zatrucia alkoholem denaturowanym, który jest ciężką trucizną, jeżeli zawiera alkohol metylowy, czyli spirytus drzewny. Używali go nałogowi pijacy, nie mogąc dostać zwykłej wódki. Ale na tem nie koniec. Są choroby, które łatwiej przychodzą u osób używających alkohol, jak np. zapalenie nerek. W r. 1916 — 17 umarło na tę chorobę 113 mieszkańców na każde 100.000, w większych miastach Stanów, gdy natomiast w r. 1920 — już tylko 90 mieszkańców. Podobnie liczba chorób umysłowych zmniejszyła się o 60%. Jest to dowodem bardziej spokojnego życia, mniej zdenerwowanego pod wpływem nieużywania alkoholu, co musiało po ciągnąć za sobą większą równowagę umysłową i odbiło się korzystnie na zdrowiu całej ludności. Jeszcze bardziej pouczającemi są cyfry ogólnego zmniejszenia się zachorowań, natomiast powiększenia się liczby zdrowych urodzeń. Śmiertelność bowiem w miastach Stanów Zjedn. zmniejszyła się o 10% gdy liczba urodzeń zwiększyła się o 8%. 37 towarzystw asekuracyjnych, które zawarły razem 80% ubezpieczeń na życie stwierdziły zgodnie, że rok 1919 był najzdrowszy w Stanach od czasu ich powstania, a więc w 2 lata po wprowadzeniu prohibicji.

W 6 największych miastach milionowych Stanów Zjedn., które w r. 1915 miały jeszcze dawny zwyczaj sprzedaży alkoholu, gdy w r. 1917 na 100.000 mieszkańców śmiertelność wynosiła w Chicago 14,8 to

w 1921 — 11,1, Baltimore 18,5 w 1921 13, N. Jork 14,6 w 1921 — 11,2, Filadelfia 16,9 w 1921 — 12,7, Pittsburg 18,6 w 1921 — 14,1, Boston 17,4 w 1921 — 13,5.

Nie można tych cyfr wyjaśnić inaczej, jak tylko w ten sposób, że nieużywanie alkoholu zapewniło większy spokój w rodzinie, lepsze pożywienie i wogóle lepsze warunki zdrowotne dla mieszkańców miast, którzy pieniądze na wódcę zaoszczędzone, mogli obrócić na lepsze warunki życiowe dla siebie i swoich rodzin.

Używanie napojów, zawierających alkohol jest tak dawnem, jak dawną jest historia człowieka na ziemi. W Biblii czytamy przecież, że Noe stał się pośmiewiskiem dla jednego ze swoich synów, gdy nieopatrznie wypił za dużo soku winogron, który był bardzo smacznym i nieszkodliwym napojem dopóki był świeżo wyciśnięty. Ale gdy dłużej stał po wyciśnięciu, uległ fermentacji pod wpływem drobniotkich komórek drożdżowych, o których istnieniu ani Noe, ani nikt wówczas jeszcze nie wiedział, ale które tak samo jak i dzisiaj to robią, zamieniały cukier na alkohol czyli spirytus. I w ten sposób powstał wyrób wina. Potem przekonano się, że jeżeli wysuszymy wykiełkowane ziarna jęczmienia lub innych zbóż, i poddamy je fermentacji, możemy otrzymać piwo, a wreszcie jeżeli tak otrzymany sfermentowany płyn poddamy gotowaniu w zamkniętym naczyniu, można otrzymać skoncentrowany spirytus czyli alkohol.

A może nawet jeszcze wcześniej nauczono się wyrabiać miód w podobny sposób. Stopniowo z biegiem czasu, otrzymywanie alkoholu i napojów z niego, uzyskiwało coraz więcej ulepszeń. Alkohol się cywilizował i otrzymywał coraz wyższą kulturę, był pozbawiony coraz lepiej różnych domieszek o nieprzyjemnym zapachu i smaku, stawał się coraz zdrowszym, jak to usilnie twierdzić usiłują fabrykanci tego szlachetnego trunku. Pojawiła się niezliczona liczba różnych win, piw, wódek, likierów, nalewek, jedna lepsza od drugiej. Kultura alkoholowych napojów przy pomocy nauki i właściwej sztuki zdobniczej stawała się coraz subtelniejszą, ku pożytkowi smakoszów i nieopatrznych zwolenników alkoholowego sportu. Bo przecież sportem prawdziwym było prześciganie się w ilości wypitego wina, piwa lub miodu naszych i nie tylko naszych przodków, bo to samo było i u innych narodów. A że przytem niejednego spotkał niemiły przypadek ciężkiego zachorowania, a nawet i śmierci, jak to opisuje tak pięknie w jednej ze swych powieści p. Kossak - Szczucka, to tylko przecież dowód niewytrzymałości głowy lub żołądka. O ilu przypadkach otrucia nadmiernie wypitym trunkiem my nic nie wiemy, ile nieszczęść i chorób było powodem nieświadomego wówczas nadużywania trunków—możemy się tylko domyślać^{*)}. A ile zbrodni i krzywdy popełniono w stanie opitym — o tem dziś tylko w przybliżeniu zaledwie możemy coś niecoś sądzić. Te dobre stare czasy napewno nie były tak idealne jak je sobie niejeden wyobraża i głównie z powodu nieznajomości skutków alkoholu. Przecież wódka uzyskała nazwę — *aqua vitae*, co znaczy po łacinie woda życia,

^{*)} Dużo mogą o tem powiedzieć opisy krajów dzikich, które otrzymywały wódkę jako pierwszy podarunek cywilizacji. Wyginęły dzięki niemu całe plemiona Afryki i Ameryki.

zdawało się bowiem bardzo długo wszystkim prawie ludziom, że ona do życia pobudza! Dziś należałoby nazwać ją aqua mortis to jest wodą śmierci, bo jeżeli nie odrazu, to powoli zbliża ona nas ku śmierci.

Ale może to wszystko nie prawda, może to przesada i alkohol wcale szkodliwym nie jest? Przecież trochę wina, piwa a nawet wódki dobrze działa na apetyt, na słaby żołądek, poprawia trawienie, dodaje humoru, pobudza do wesołości. Jak się obejść bez napojów przy naszych zebraniach towarzyskich? Czy wypada sprosić gości i nie postawić przed nimi paru różnych wódek przed przekąską, potem wina lub piwa przy jedzeniu, a wreszcie smacznych likierów przy czarnej kawie. Zebranie bez alkoholu to dopiero brak kultury! A potem, gdy po mrozie, zziębnięty do kości, wypiję kieliszek wódki, to wyraźnie czuję, jak mi ciepło rozchodzi się po kościach i doprawdy wtenczas wódka zdaje się być wodą życia.

Przyzwyczać się można do rzeczy najgorszych, nawet najobrzydliwszych. Z opowiadań podróżników dowiadujemy się o przygotowywaniu alkoholowych napojów przez ludy afrykańskie i niektóre wyspiarskie, zostające na niskim poziomie cywilizacji. Jeden z takich opisów podam w krótkości.

„Nazajutrz miało być przyjęcie na cześć nowoprzybyłych gości. Kobiety w obozie zajęły się przygotowaniem napoju, koniecznego w takich okolicznościach. W tym celu wszystkie kobiety zebrane dużą gromadą żuły ziarna ryżu ugotowane poprzednio i po dokładnem zżuciu wypływały całą zawartość ust do dużego koryta. Gdy koryto już się dosyć wypełniło, pozostawiono taką bryjkę do następnego dnia do fermentacji. Na drugi dzień napój tak przygotowany był rozdzielany pomiędzy uczestników uroczystości i ze smakiem wypijany. Miał on zapach i smak mocnego piwa lub wina”.

Bardzo to musiało smakować, ale trzeba na to także właściwego stopnia kultury. Należy jednak podziwiać spostrzegawczość tych pierwotnych ludzi, którzy zauważyli szczególną własność śliny ludzkiej, podobną do własności słoju, zamienia ona bowiem w cukier mękę ziarn zbożowych zwłaszcza rozgotowaną. Drożdże znów znajdują się prawie wszędzie i pod ich wpływem cukier przetwarza się w alkohol.

Jeżeli tedy pod wpływem przyzwyczajenia można pić podobne paskudztwo, o ileż łatwiej przyzwyczać się do napoju przygotowanego czysto, przytem istotnie posiadającego smak właściwy, a potem powodującego miłe odurzenie. Nie wiem, czy to odurzenie jest istotnie dla każdego tak miłe. Ale stałe przyzwyczajenie i tutaj pomaga. Jest to prawdziwa „kultura alkoholowa”, która dawno się do nas dostała i której dziedziczne ślady niejeden z nas w sobie nosi. Zakorzenione głęboko zwyczaje niełatwo dają się wykorzenieć. Ale pomimo tego wykorzenieć je trzeba, a przynajmniej należy dążyć do jaknajwiększego ich ograniczenia. Bo fałszem jest wierutnym, że wódka sprowadza apetyt i poprawia trawienie, przeciwnie, apetyt ona psuje, gdyż oddziaływa na zmniejszenie pobudzeń naturalnych, wynikających ze znieczulenia włókien nerwowych w ścianach żołądka przez wprowadzoną wódkę. Ta sama okoliczność oddziaływa niekorzystnie na stan błony, wyściełającej ściany żołądka, które pod wpływem alkoholu mogą nawet ulegać uszkodzeniu, zwłaszcza jeżeli alkohol jest bardzo mocny. Również nie jest prawdą,

że alkohol grzeje przy zamarznięciu. Nie grzeje on, lecz wywołuje uczucie ciepła zresztą chwilowe, a potem następuje znieczulenie na zimno, co może się wydawać na razie rozgrzaniem, jest natomiast zmniejszeniem wrażliwości nerwowej na zimno, po którym może tem łatwiej nastąpić zupełne zamarznięcie, jak się to często zdarza, gdy podпиты człowiek wyjdzie na silny mróz. Wówczas znieczulenie nerwowe może zajść tak daleko, że nieszczęśliwy ulega zamarznięciu. Widzieliśmy takie przykłady podczas ciężkiej zimy w Rosji, gdy włościanie jadąc z sianem, po wstąpieniu do karczmy dla rozgrzewki na wódkę, później na drodze bywali znajdowani bez życia wskutek zamarznięcia. Podobne doświadczenia zrobiono podczas marszów wojskowych. Nie używający wódki żołnierze byli daleko bardziej wytrzymali na zmęczenie, zwłaszcza jeżeli otrzymywali cukier, który jest najlepszym materiałem podtrzymującym siły podczas zmęczenia. Jak maszyna parowa dla swego ruchu potrzebuje węgla, podobnie tegoż węgla, tylko w postaci dla organizmu przydatnej, potrzeba dla wytworzenia pracy marszowej. Oczywiście na dłuższą metę cukier nie wystarczy, trzeba dla odnowy zużytych mięśni, nerwów i innych tkanek pokarmu, w którym znajduje się to wszystko, co podczas pracy zostało zużyte. A więc potrzeba i białka zwierzęcego lub roślinnego, które znajduje się w mięsie, chlebie, mleku, jajach, serze, grochu i fasoli, potrzeba również tłuszczu, a obok tych materiałów również maki i cukru.

Człowiek odżywiający się normalnie i pracujący odczuwa apetyt po pracy bez żadnej sztucznej podniety. Po wykonanej pracy przychodzi apetyt bez wódki, a jeżeli go niema, znaczy to, że człowiek nie jest zdrow i wtedy żadna wódka nie pomoże, raczej zaszkodzi.

A właśnie nieprawda powie niejeden. Byłem kiedyś bardzo zmęczony i wypilem kieliszek wódki. Zmęczenie jak ręką odjął! Zaraz zrobiło mi się dobrze i w tej chwili siadłem do obiadu, który mi doskonale smakował.

Nie będę się spierał, że tak było istotnie. Bardzo wiele robi wiara w coś, co nam ma zrobić dobrze. Wierzyliśmy temu kieliszкови wódkę, więc był dobry skutek, a resztę zrobiło przyzwyczajenie. Niedawno umarł Dr. Benedykt Dybowski jeden z najlepszych patriotów, wielki polski uczony, który został zesłany na Sybir za należenie do komitetu narodowego w powstaniu 63 roku. Był on pomocny naczelnikowi Rządu Trauguttowi i został razem z nim skazany na śmierć. Karę śmierci zamieniono mu na zesłanie do ciężkich robót na Syberję. Całe swe długie życie poświęcił on zwalczaniu alkoholu we wszelkiej formie. Nigdy nic nie pił i wszystkich przed pićm wina, piwa i wódki przestrzegał. A dożył w zupełnem zdrowiu do wieku tak późnego jaki trafia się rzadko. Miał bowiem lat 96. I do ostatnich chwil życia pracował, pisał piękne rzeczy dla swego narodu i całej ludzkości.

Przytem był wielkim zwolennikiem wprowadzenia dla użytku szkół jednego wspólnego, łatwego do wyuczenia się języka Esperanto. Pragnął bowiem szczęścia i dobrobytu nie tylko dla własnego narodu, ale dla całej ludzkości. I dużo takich i podobnych przykładów można przytoczyć na dowód, że używanie napojów alkoholowych jest nie tylko niepotrzebne, ale nawet szkodliwe. Już to samo, że alkohol działa znieczulająco na nerwy czucia i odbiera im normalną wrażliwość, po-

winno by wystarczyć do uznania go za szkodliwy. Nikt tak łatwo nie umiera z przeziębienia jak ludzie, którzy przy pracy lub po pracy używają alkoholu, zwłaszcza w postaci wódki. Bo też taki człowiek po wypiciu wódki nie czuje zimna i wystawia się na chłód dostaje potem zapalenia płuc i ciężko choruje albo i umiera, gdyż serce jego przez używanie wódki stało się bardziej osłabione. Zdarza się to szczególnie w latach pomiędzy 50 — 60 rokiem życia, gdy serce wogóle jest już bardziej osłabione i trzeba je oszczędzać.

Jakie napoje alkoholowe są najbardziej szkodliwe? Na to pytanie trzeba powiedzieć, że wszystkie, a więc i wino i piwo i tem bardziej wódka. Im mocniejszy jest trunek, tem jest on szkodliwszy. Ale naturalnie można upić się każdym z nich. Jeżeli zatem używamy alkoholu, należy wybrać najsłabszy i to w bardzo małej ilości. Można posmakować każdej nawet trucizny, jeżeli to komu sprawia przyjemność bez szkody, jeżeli używamy jej w bardzo małej ilości. Niewątpliwie odrobina w rodzaju szklanki piwa lub kieliszka wina dużej szkody na zdrowiu nie robi, jakkolwiek są ludzie bardzo wrażliwi, a co szczególna, są pewne momenty, których nawet trudno przewidzieć, gdy nawet wino lub piwo może zaszkodzić. Najszkodliwszą jednak jest wódka i napoje, zawierające więcej mocnego spirytusu.

Ale nie można nie powiedzieć, że są przypadki, gdy spirytus albo wódka mogą być bardzo pożyteczne. Taki przypadek zachodzi wówczas, gdy mamy ręce powalane zaraźliwą jakąś wydzieliną, np. ropą z rany. Naówczas najlepiej umyć ręce drobną ilością wódki albo słabego spirytusu. Różne zarazki taki niezbyt mocny ale i niezbyt słaby alkohol bardzo szybko niszczy. Ale nie należy sądzić, że to samo będzie w żołądku, bo tam, zanim spirytus dostanie do zarazków, zniszczy przedtem błonę, chroniącą powierzchnię żołądka. A najlepszą ochronę przed zarazkami stanowi ta właśnie błona.

Widzimy, z tego, że i ze spirytusu możemy wyciągnąć pożytek, jeżeli zastosujemy go rozumnie.

W życiu codziennem wystrzegajmy się używania napojów spirytusowych, pamiętając, co o ich powiedział nasz autor Żeromski w swej pracy — *Dramacie: Róża*.

Cokolwiek powstaje za sprawą wódki jest niskie, nieplodne, niecelowe, a najczęściej podle.

Prof. Dr. Odo Bujwid.

NIEDOLE DZIECKA ALKOHOLIKÓW.

Od lat 15-tu istnieje w Krakowie „Towarzystwo Przyjaciół Dzieci”. Jest ono niby sitem, przez które rok rocznie przechodzą gromady dzieci, skupiających się w Ogniskach, wyjeżdżających na kolonie, uczęszczających do klubów dziecięcych. Około 3000 dzieci przewinęło się przed oczyma wychowawców T-wa w ciągu dziesięciolecia. Materiał obfity i tem cenniejszy, że 60% tych dzieci znajduje stałą opiekę T-wa, które—

skutkiem tego — może lepiej wnikać w ich życie, śledzić fazy ich rozwoju. Obrazki, które przytoczę poniżej, są wynikiem tych obserwacji. Cechą ich najistotniejszą jest prawda. Nie są upiękzone niczem, lecz wzięte niejako „na migawkę”, tak jak je życie w swym surowym realizmie podało.

Jeśli się mówi o ofiarach alkoholizmu, to nazwa ta przysługuje przede wszystkim dzieciom alkoholików. One to dźwigają niezasłużenie przekleństwo nałogu rodziców. Im nie możemy powiedzieć: — sameś sobie winien! — Im w pierwszym rzędzie należy się ratunek społeczeństwa. Aby zaś czyn ratowniczy podjąć, trzeba poznać dokładnie tę niedolę dziecięcą. Zrozumiemy może wówczas, że czasu do stracenia niema, że dzień każdy jest zaniedbaniem, jest krzywdą.

Alkoholizm rodziców przejawia się u dzieci w różnych formach, pod różnemi postaciami. Można by dziedziców tego fatalnego spadku podzielić na trzy grupy. Do pierwszej należą wszyscy ci, których organizm nosi wybitne ślady nadużyć rodzicielskich — dzieci obciążone chorobą lub kalectwem, a więc dzieci — epileptycy, zezowate, niedorozwinięte, jakające się i t. d. Nie będę się zatrzymywała dłużej nad tą grupą. Fachowe wyjaśnienia lekarzy oświeciły już tę stronę zdrowia fizycznego. Chciałabym tylko podkreślić silniej, przypomnieć niezawinione cierpienia dzieci rodziców alkoholików. Chciałabym wywołać wspomnienie dzieci miotających się w drgawkach epileptycznych, dzieci padających ofiarą choroby wskutek nadwątłego organizmu, dzieci — matolek o bezmyślnem spojrzeniu, o wiecznie otwartych ustach i nieskoordynowanych ruchach, dzieci, które nie mają ani wdzięku ani poezji dzieciństwa, które nie dojdą nigdy do pełnego rozkwitu człowieczeństwa swego. Człowieczeństwo to zabili już w zarodku w dzieciach swych — rodzice alkoholicy.

Do grupy drugiej zaliczyłbym dzieci napozór wolne od zewnętrznych cech zwyrodnienia, skażone jednakże alkoholizmem rodziców. W czymże się to skażenie przejawia? Przede wszystkim dzieci te w olbrzymim odsetku są już same alkoholikami. Z jednej strony działa tu niewątpliwie odziedziczony pociąg do alkoholu, z drugiej demoralizujący wpływ otoczenia. Przeprowadziliśmy kiedyś ankietę, z której wynikało, że znikoma tylko ilość z pośród badanych dzieci nie pije, niema takich któreby nie znały smaku alkoholu, przeważna część używa napojów alkoholowych w miarę okazji, to zn. przede wszystkim podczas świąt i wszelkich uroczystości, które niestety — u nas w Polsce, tak w sferach uboższych, jak i zamożniejszych, mijają pod znakiem alkoholu. To też nic dziwnego, że większość dzieci nie rozumie, że można bawić się, święcić uroczystość jaką — bez wódki, a przynajmniej bez piwa.

Pięcioletnia dziewczynka, zapytana czy pila kiedy wódkę, odpowiada: — „piję i lubię, a mama też lubi!” — Czteroletniego malca ojciec zabiera z sobą do szynku i wlewa mu do ust łyk wódki. Mały krztusi się, oczęta wyłażą mu na wierzch, w gardle piecze, ale po powrocie do domu oznajmia matce z dumą: — Piłem z tatą gorzałkę, a jak będę duży, też będę pił! — Rzecz dziwna, dzieciak jakby nie widział łez matki, gdy ojciec przepija tygodniowy zarobek, jakby zapomniał o smutnym wieczorze wigilijnym, gdy tenże ojciec nawet opłatkiem się z nimi nie przełamał, bo siedział w szynku. Zacierają się te obrazy pod wpływem

zatrutych oparów alkoholu, które i tę dziecięcą duszyczkę ogarniać się zdają. Prawdopodobnie i ten jasnowłosy i niebieskooki cherubinek zatraci wrażliwość za krzywdę popełnioną na sobie samym i swych najbliższych!

Inny obrazek: ojciec, nałogowy alkoholik, wychodząc z szynku, pada martwy. Pozostaje wdowa z czworgiem drobnych dzieci w najskrajniejszej nędzy. A w umysłach dzieci tragiczny moment śmierci ojca skojarzy się nazawsze z obrazem nory pijackiej. Dziewczynka 6-letnia, która wówczas miała trzy lata, powiada stale, ilekroć przechodzi koło szynku, — a mój tata to, w karczmie, umarł!

Są na peryferjach naszego miasta domy, w których gnieździ się od suteryn aż do poddaszy najbiedniejszy proletarijat. W domach tych pełno dzieci. Bywa ich po 30 i 40, słyszałam o domu, w którym łącznie z niemowlętami jest sześćdziesiąt kilkoro. Można sobie wyobrazić, jakie żniwo zbiera tam choroba, jak trudno ją stamtąd wypłenić. Lecz czyż tylko choroba zagraża młodym istnieniom? Różni ludzie zamieszkują te domy — mrowiska, różne tam kwitną profesje i zawody. Obok uczciwych rzemieślników i wyrobników, obok wdów, wychodzących na cały dzień do pracy — sutenerzy i prostytutki, złodzieje i nożowcy. A wszystko to topi swoje troski, wżywa się w swoje radości w alkoholu, przez alkohol. I proszę sobie wyobrazić ten ludek dziecięcy, którego prawem niezaprzeczonem jest atmosfera świeża i czysta i ciepło serdeczne — wmieszany w bagno demoralizacji i rozpusty! Jakże prędko poznają tu dzieci złowrogą potęgę alkoholu! Ośmioletni Mietek opowiada, że ma wuja „co ludziom brzuchy rozpruwa”, — a przedtem musi zawsze sobie popić. Przychodzi też z mamą się bić i mama wtedy wychodzi bić się z nim na podwórze, żeby w domu wszystkiego nie porozbijał, a potem — jak się pogodzą — to piją na zgodę i jemu dają.

Dziecko przyzwyczaja się szybko do alkoholu. „Z początku piekło mnie, ale potem się przyzwyczaiłem” — opowiadają 8 — 10 letni malcy. A gdy takie niedożywione i bardzo nieodpowiednio żywione dzieci dostaną się na kolonję, gdzie mają wbród mleka, owoców, pieczywa — tego wszystkiego, co najbardziej smakuje normalnemu dziecku — to nieraz biedactwa te tęsknią za kieliszkiem wódki! I trzeba dużo czasu, dużo dobrej woli wychowawcy, trzeba długiego działania słońca i powietrza, aby nauczyć dziecko takiej zdrowej radości życia, aby zapomniało o smutnej podniecie, jaka się znajduje na dnie kieliszka, przez którą staje się jak ten wuj, co ludziom brzuchy rozpruwa, jak ta mama, co się z nim pogrzebaczem bije...

Staje mi żywo w pamięci dziewczynka o żółtej jak wosk twarzy, na której paliły się niesamowitym blaskiem duże czarne oczy, zawsze bezgranicznie smutne. Oczywiście, ojciec alkoholik — przepija wszystko, co zarobi, rodzinie nie daje nic. Matka — starsza, schorowana kobieta — zaledwie coś niecoś praniem zarobić może. W domu nęcza, smutek i na tem podłożu wyrasta łatwo zrozumiała nienawiść. Rodzina rozbija się na dwa wrogie obozy: matka z dziećmi i ojciec. Gnieźdzą się nadal razem, w nędznej izbie na poddaszu, ale rozdzielają „gospodarstwa”. Oprócz kuchennego piecyka zjawia się żelazny, na którym „pichci” sobie strawę — o ile jest trzeźwy — ojciec. Osobne zapasy żywności, osobny węgiel. Od czasu do czasu granica zostaje prze-

kroczone — jedna strona zabiera drugiej garść ziemniaków, kawałek węgla. I wtedy przerywa się ponure milczenie, sypią się przekleństwa, ohydne, ordynarne wyzwiska. W piekle tem wzrasta dziecko, takim jest jego „sielski-anielski” okres...

Czy sądzicie, Państwo, że tylko najbiedniejszy proletarjat zna to dno nędzy? Proszę posłuchać jeszcze jednego przykładu „z życia”. Człowiek z ukończoną szkołą wyższą rozpił się tak straszliwie, że na żadnej posadzie utrzymać się nie może. Mieszka w baraku dla bezdomnych, krewni dają mu od czasu do czasu z litości grosz jakiś, troje starszych dzieci dostaje się do zakładów. Pozostaje jednak w domu jeszcze troje młodszych, przytem matka jest ciężko chora na gruźlicę. Wszelkie próby wyszukania pracy i uratowania człowieka, a z nim całej rodziny — zawodzą wskutek nieszczęsnego nałogu. Dzieci były zaniedbane i bite przez nietrzeźwego ojca. Wreszcie na skutek polecenia lekarskiego dwóch chłopczyków dostaje się na zimowy sezon kolonji T-wa Przyj. Dzieci. Przyjechali obdarci, wynędzniali, apatyczni. Podczas gdy już w pierwszy wieczór inne dzieci bawiły się wesoło, skakały i szczebiotały — oni siedzieli nieruchomo na ławce z podwiniętymi nóżkami, nieczuli na wszelkie próby nawiązania kontaktu. Znali tylko jeden odruch — strachu. Jeśli wychowawczyni wyciągnęła rękę, aby pogłaskać którego z nich, lub zapiać mu fartuszek, malec przykucał i zasłaniał się obu rączkami. Po upływie dwóch miesięcy dzieci zmieniły się do niepoznania. Zrobiły się ufne, szczebiotliwe, oczy nabrały wyrazu, usta nauczyły się uśmiechać. Niestety, sezon się kończył, dzieci musiały wracać do Krakowa, do ojca — matka zmarła tymczasem.

I nazawsze wyryl mi się w pamięci obrazek z chwili przyjazdu, gdy z gromadki oczekujących na peronie rodziców wysunął się rosy mężczyzna o rozpitej twarzy i zdążał ku malcom. Na jego widok młodszy zaczął przeraźliwie płakać i kurczowo uczeplił się mojej ręki, starszy zbladł jak ściana i — nie spuszczaając ojca z oczu — cofał się powoli. A kiedy w parę dni później zabierało się malców do zakładu, w którym umieścił ich Wojewódzki Wydział Opieki Społecznej — jakże radośnie opuścili „dom”, brudną izbę, w której nie było nic, oprócz łóżka-barłogu i jednej ławy. Z ojcem nie chcieli się pożegnać, obojętni się tylko za „czakami” papierowemi, które sobie z kolonji przywieźli.

Przechodzę do trzeciej grupy — dzieci zazwyczaj starszych, które bądź to przez swe indywidualne właściwości psychiczne, bądź dzięki temu, że się dość wcześnie dostały w zdrowsze środowisko — pojmują potworność alkoholizmu. Więc np. podczas poufnej gawędki z wychowawczynią opowiadają chłopcy różne szczegóły z ciężkich przeżyć domowych, spowodowanych alkoholizmem rodziców. I któryś wybucha żywiołowo: — „Jak będziemy starsi, to zburzymy wszystkie szynki!” — „Z torbami pójdą szynkarze!” — dodaje drugi. Zdrowy odruch, powiecie Państwo. Bezsprzecznie. Ale czy zdajecie sobie sprawę, ile w nim gorzkości? Kosztem jak bolesnych doświadczeń zdobyły dzieci tę świadomość?

Jeden z chłopców, o którym mowa, jest synem kolejarza. Był to sumienny, porządny człowiek, rodzina cieszyła się względnym dobrobytem. I oto ten ojciec rodziny zaczyna pić. Charakter ma słaby, więc dał się namówić znajomym, potem żałuje, przeprasza żonę i po kilku

dniach znowuż to samo. Pije coraz więcej i coraz częściej, dzieci widzą ojca zataczającego się, bijącego matkę, dla której był przedtem tak dobry. Historia tak częsta, tak znana, że aż „banalna”! Epilog mniej codzienny, chociaż i taki się trafia. Kolejarz ów, namówiony przez towarzyszy hulanki, może w stanie nietrzeźwym, popełnia jakąś malwersację. Oczywiście traci posadę i dostaje się do więzienia. Matka czyni nadludzkie wysiłki, aby wyżywić dzieci. Na szczęście nadchodzi okres kolonijny i dwaj młodszy mogą wyjechać. Uderza nas zmiana w psychice dawniej żwawych, śmiałych chłopaków. Wzrok spuszczone, przygnębienie, apatja. Starszy mieni się na twarzy, gdy ktoś nieświadom tej tragedji, zapyta go o ojca. Zapewne, poznał on trującą moc alkoholu, ale poznanie to pozbawiło go na czas dłuższy świeżości i radości dziecięcej, pozbawiło wrodzonego, — a tak potrzebnego dziecku — uczucia szacunku dla ojca!

I jeszcze jeden obrazek. Rodzina dość liczna, ojciec nałogowy alkoholik, dzieci obarczone fizycznymi następstwami tego nałogu, wrażliwe wśród awantur pijackich ojca. Gospodarz — zniecierpliwiony ciągłymi skargami mieszkańców domu na niespokojnego lokatora, wypowiada mieszkanie. W rodzinie rozpacz. Matka, doprowadzona do ostateczności, wygania męża, który oddawna już przestał być żywicielem rodziny, którego ona ciężką pracą utrzymywać musi i pilnować nadto, by ostatnich gratów z domu nie wyniósł i nie przepił. Ale on nie chce ustąpić, wraca, w dalszym ciągu uważa się za głowę domu. Pewnego dnia zastaje szesnastoletnią córkę — nazwijmy ją Helą — przy szorowaniu podłogi. Dziewczynka wstała dopiero po ciężkiem zapaleniu nerek i ostatnim wysiłkiem kończyła robotę. Ojciec jednym kopnięciem przewraca szaflik, zalewa czystą już podłogę, potem kopie także córkę. Przychodzi drugi ciężki atak choroby. Na szczęście jest wiosna i dziewczynka wyjeżdża wkrótce na kolonję. W parę dni po jej przybyciu przeciągał przez wieś kondukt pogrzebowy. Gdy zbliżył się do kolonji, z pośród gromadki stojących w milczeniu dzieci ozwał się przyciszony głos: — Czemu to nie mego tatę chowają! — Był to głos Heli. I może się ktoś oburzyć na zwyrodnienie, na brak miłości przebaczącej wszystko — ja, która znam tę nędzę — nie potrafię.

Wszystkie te Hele, Manie, Kaziki, Mietki — obarczone z winy rodziców ciężkiem dziedzictwem choroby i charłactwa, ograbiona z radości i swobody dziecięcej, przeżywające dramaty, które i dorosłym wydałyby się nieraz za ciężkie, dzieci, w sercach których miejsce uczuć jasnych i prostych zajęła gorzka, cierpka nienawiść, złość i pogarda — wszystkie one są ciężkiem oskarżeniem społeczeństwa, które w ten sposób marnuje swój skarb największy — przyszłość Narodu. To nie jest tylko sprawą i nieszczęściem tej biednej praczki, tego rozpitego kolejarza, tego zdeklasowanego inteligenta — to sprawa nas wszystkich. I dopóki nie pojmię tego całe społeczeństwo, dopóki nie wystąpi do energicznej zorganizowanej walki z alkoholizmem, dopóki nie rozłoży opieki najczynniejszej nad niewinnymi ofiarami tej klęski społecznej — nad dziećmi, — dopóty nie możemy mówić o odrodzeniu naszym.

Bron Bobrowska. Kraków

3. Kongres ogólnoeuropejski w 1931 r.: a) czas i miejsce kongresu, b) program kongresu, c) wycieczki po kongresie.
4. Stanowisko ogółu kolejarzy wobec zagadnienia konieczności walki z alkoholizmem: a) wydanie serii międzynarodowych widowisk, celem jednania sympatyków, b) rozszerzenie drukiem odczytów i referatów, wygłaszanych na kongresach.
5. Wolne wnioski.

Delegaci wszystkich państw jednomyślnie zgodzili się na przyjęcie do Międzynarodowego Związku Jugosławii.

Zachodziła poważna obawa, że delegaci Rzeszy Niemieckiej, względnie Austrii, wystąpią z wnioskiem o urządzenie kongresu w Berlinie lub Wiedniu — gdy nadto delegat Finlandji oświadczył, że jest upoważniony do zaproszenia członków Związku na Kongres do Helsinky na rok 1933 — gdyż w tym roku Finlandja urządza u siebie powszechną wystawę krajową — delegat polski uważał za stosowne wystąpić z wnioskiem na urządzenie kongresu w 1931 r. w Warszawie, oświadczając równocześnie, że Pan Minister Komunikacji Rzeczypospolitej Polskiej przyrzekł objąć protektorat nad przyszłym kongresem.

Wniosek ten został natychmiast poparty przez francuzów, szwajcarów, wszystkich słowian oraz w końcu dla solidarności przez Niemców i Austriaków.

Po jednomyślnem przyjęciu tej uchwały delegat polski podziękował wszystkim głosującym w następujących słowach:

„W imieniu mej Ojczyzny, którą spotyka zaszczyt przyjęcia w 1931 r. pionierów wielkiej idei trzeźwości oraz w imieniu polskich kolejarzy abstynentów dziękuję zebranych z całego serca za jednomyślną i solidarną oświadczenie się w przedmiocie urządzenia przyszłego kongresu w Warszawie.

Zapewniamy, że wszystkich uczestników spotka jaknajgorętsze przyjęcie w Polsce oraz, że dołożymy wszelkich starań, by kongres przyniósł jaknajowocniejsze wyniki, a uczestnicy kongresu wywieźli z Polski jak najtrwalsze wspomnienia”.

Słowa te wywarły wielki aplauz wśród uczestników.

Czas odbycia kongresu w Polsce ustalono na 15, 16, 17, 18, 19 i 20 czerwca 1931 r. z tem, że punkt zborny uczestników kongresu będzie w Krakowie dnia 15/VI-1931 r. stąd nastąpi wycieczka do Zakopanego — w drodze powrotnej, po zwiedzeniu Katowic, do Warszawy w celu odbycia właściwego kongresu w Warszawie, gdzie nastąpi powitanie przez Pana Ministra Komunikacji oraz wygłoszenie 4 następujących referatów:

1. Wpływ alkoholu na zdrowie pracownika kolejowego.
2. Wpływ alkoholu na częstość wypadków kolejowych.
3. Wpływ odpowiednich zarządzeń władz kolejowych na zmniejszenie chorób wśród pracowników kolejowych, oraz ilości katastrof, wywołanych nadużywaniem alkoholu.
4. Trzeźwość a pokój światowy.

Referaty będą wygłoszone w następujących językach: 1) w polskim, 2) francuskim, 3) niemieckim, 4) esperanto.

Program szczegółowy wycieczek ustalili się później — w każdym razie przewidziane jest zwiedzenie Krakowa, Zakopanego, Katowic, Poznania, Gdyni i Wilna — zmiany są dopuszczalne.

Omawiany kongres będzie miał duże znaczenie propagandowe dla Polski. Przewidywana liczba uczestników wyniesie około 200 osób ze wszystkich krajów.

W następnym dniu t. j. 11/X-r. b. delegat polski wziął udział w krajowym kongresie angielskich kolejarzy, witając kongres w języku polskim, poczem dla celów propagandowych rozdał kilkadziesiąt broszur „Visit Poland” i „Zakopane” w języku angielskim, oraz „Guide Illustré des Chemins d'fer Polonais” w języku francuskim.

Należy przypuszczać, że obecność delegata polskiego w Londynie była pożyteczną z dwóch względów — z jednej strony udało się wyznaczyć Warszawę jako miejsce przyszłego kongresu. Z drugiej strony pokazanie kolejarzom obcym piękna naszego kraju może mieć duże znaczenie dla ruchu turystycznego.

Nieobojętnym jest nadto, że wrażenie, jakie uczestnicy wywiozła z naszego kraju może być żywą reklamą dla naszej państwowości i w niejednym może zadać kłam wrogiej nam propagandzie.

Dr. Teofil Bisaga,
Prezes Abst. Ligi Kolejarzy.

KARTKI Z PODRÓŻY.

I.

Leczenie alkoholików w kolonjach robotniczych.

Już oddawna w umysłach wielu lekarzy, jak i działaczy społecznych, interesujących się zwalczaniem alkoholizmu oraz jego lecznictwem, kiełkuje myśl, że leczenie przeciętnego alkoholika chronicznego, tak nadzwyczaj kosztowne ze względu na długotrwałość — nie powinno obciążać jedynie zdrowych członków społeczeństwa. Przeciętny nałogowy alkoholik, jakkolwiek wymaga leczenia zakładowego, to jednak zwykle może pracować i wprawdzie nie w tym stopniu, co człowiek zdrowy, jednakże prawie zawsze jest zdolny do dość wydajnej pracy. Słysznem jest żądanie, by pacjent taki, jeżeli nie w całości, to przynajmniej w znacznej części kosztu kuracji pokrywał swoją pracą. Jakkolwiek lekarz nie może inaczej patrzeć na chronicznego alkoholika, jak na człowieka chorego psychicznie i z tej racji — siłą rzeczy — oceniać nie nałogu alkoholowego z punktu widzenia moralności — staje się nie możliwe, to jednakże nie można zaprzeczyć istnienia pewnej odpowiedzialności społecznej, jaka ciąży na alkoholiku z powodu ulegania nałogowi. To poczucie odpowiedzialności społecznej u pacjentów jest czemś z punktu widzenia lekarskiego bardzo korzystnem i może służyć jako punkt zaczepienia i wyjścia do rozbudowy nowego światopoglądu i nowych właściwości psychicznych, strzegących pacjenta przed nawrotem choroby. To poczucie odpowiedzialności społecznej za swój nałóg i jego

ków alkoholizmu, gdzie można spodziewać się pomyślnych wyników leczniczych, jedynie po paroletnim pobycie pacjenta w zakładzie. W tych wypadkach jak z jednej strony trudno obciążać społeczeństwo tak znacznymi kosztami leczenia paroletniego człowieka najzupełniej zdolnego do owocnej pracy, tak i z drugiej strony pacjent po paroletnim pobycie w zakładzie, w którym nie pracowałby systematycznie, odzwyczailby się od pracy, przywykł do próżnowania i zatraciłby ten czynnik najsilniej utrzymujący człowieka w równowadze psychicznej, jakim jest systematyczna praca, nie mówiąc już o konsekwencjach materialnych. Kolonja robotnicza nie tylko daje gwarancje utrzymania swego pupila w pełnej zdolności do pracy, ale nawet często wyszkała go w jakimś rzemiośle, czy też uczy jedynie pracować systematycznie i owocnie, tak, że po dłuższym pobycie opuszczający ją pacjent nie traci, ale zyskuje na walorach jako pracownik i wychodzi doskonale przygotowany do nowego życia.

Zdaję sobie sprawę, że wprowadzenie tego typu, jako jedyne, z zakładów leczniczych dla alkoholików — przynajmniej jeżeli chodzi o zakłady społeczne — jest kwestją dość dalekiej przyszłości i wymaga dłuższego okresu ewolucji pojęć w stosunku do zagadnienia leczenia alkoholików — ewolucji, o której wyżej wspomniałem. Jeżeli chodzi o stosunki specjalnie u nas w Polsce, to taka kolonja dla alkoholików miałaby ogromne zastosowanie, gdyby została zorganizowana przy znajdującym się obecnie w budowie zakładzie dla alkoholików pod Grodnem, który będzie zakładem o charakterze ogólnie zagranicą stosowanych lecznic dla nerwowo chorych i nałogowców. Kolonja ta służyłaby jako zakład leczniczy dla specjalnie ciężkich przypadków, gdzie jedynie po paroletnim pobycie w zakładzie leczniczo-wychowawczym można spodziewać się pomyślnych rezultatów. Te specjalnie ciężkie przypadki obecnie są u nas oddawane do zakładów psychiatrycznych, które z natury rzeczy tych walorów przedewszystkiem wychowawczych nie posiadają.

II.

Wycinek z pamiętnika byłego alkoholika.

Zagadnienie, czy lekarz psychiatra, a specjalnie lekarz leczący alkoholików, powinien być abstynentem, zostało już dawno rozwiązane przez tej miary uczonych, jak Forel, Wlassak, Bleuler i inni, i to w tym sensie, że abstynencja takiego lekarza jest bezwzględny warunkiem jego zdolności leczenia alkoholików i że wprost w dużej mierze zależą od tego wyniki, jakie w swej pracy osiąga. Fakt ten zdawałoby się, powinien być dla każdego psychiatry sam przez się zrozumiały. Nałogowy alkoholik, pomimo dłużej nawet trwającej abstynencji, jest zawsze narażony na nawrót nałogu i aby go od tego nałogu uchronić, trzeba zbudować w nim wewnętrzną tamę psychiczną, zawsze czynną i gotową do odparcia pokusy. Taką wewnętrzną tamą jest właśnie nastawienie wrogie do alkoholu i alkoholizmu, które lekarz powinien starać się najrozmaitszymi sposobami w pacjencie rozwijać. Takie wrogie nastawienie wytwarza się jedynie wtedy, kiedy silnie zabarwiona uczuciowo grupa wyobrażeń z tej dziedziny, nabiera cech idei nadwartościowej dla całej

psychiki pacjenta, a wszelkimi jej właściwościami kształtowania swego całego światopoglądu, dopasowując go do uczuciowych tendencji tej nadwartościowej idei. Im silniejsze uda się lekarzowi wytworzyć w pacjencie idee nadwartościowe, których treścią jest nienawiść do alkoholu, tembardziej spełnione jest jego lecznicze zadanie i tem silniejsze są gwarancje trwałego wyleczenia pacjenta. Jakkolwiek z punktu widzenia zdrowego człowieka, niezagrożonego alkoholizmem i u którego kwestja alkoholizmu nie wzbudza żadnych silniejszych wzruszeń, światopogląd takiego wyleczonego alkoholika jest czemś przesadnym i nie-naturalnym, co może go nawet niemile razić — to dla lekarza światopogląd ten powinien być najzupełniej zrozumiałym i objawem jaknajbardziej pożądanym. Rozumowanie takie, jakie niestety jeszcze do tej pory dość często się spotyka, że pacjent powinien rozumieć, że alkohol jest zgubnym dla niego jako chorego, a nie szkodzi w umiarkowanej ilości zdrowemu lekarzowi, leczącemu go i to, że go ten lekarz używa nie powinno interesować pacjenta, ani mieć żadnego wpływu na stosunek jego do abstynencji — jest błędne i dla każdego myślącego psychiatry nie do przyjęcia. Analogje zaś, które często w takich razach są wysuwane, że np. pacjent chory na owrzodzenie żołądka nie może wymagać od leczącego go lekarza, by ten zachowywał ścisłą dietę i t. p., nie wytrzymują żadnej krytyki. Lekarz, który przekształca świadomość pacjenta, w myśl uprzednio opisanego wzbudzania w niej idei nadwartościowych, musi się następnie z rezultatami swej pracy liczyć. Musi sobie zdawać dokładnie sprawę, że pacjent tak i jego samego będzie osądzał z punktu widzenia tych idei nadwartościowych. Nie przesadnym i bezsensownym, ale zupełnie naturalnym i zrozumiałym winien wydawać się takiemu lekarzowi fakt, że ewentualne jego wykroczenia przeciw abstynencji będą przez pacjenta traktowane jako ciężkie przestępstwo, jako coś, co rujnuje nie tylko zaufanie, położone w tym lekarzu, ale czasami nawet i samą, moralnie przez niego budowaną, ideę abstynencji, co u takiego pacjenta może prowadzić nawet do nawrotu alkoholowej choroby.

Jako nadzwyczaj pod tym względem demonstracyjny przykład, chcę przytoczyć wycinek pamiętnika jednego z pacjentów sanatorium abstynenckiego Wittenau pod Berlinem.

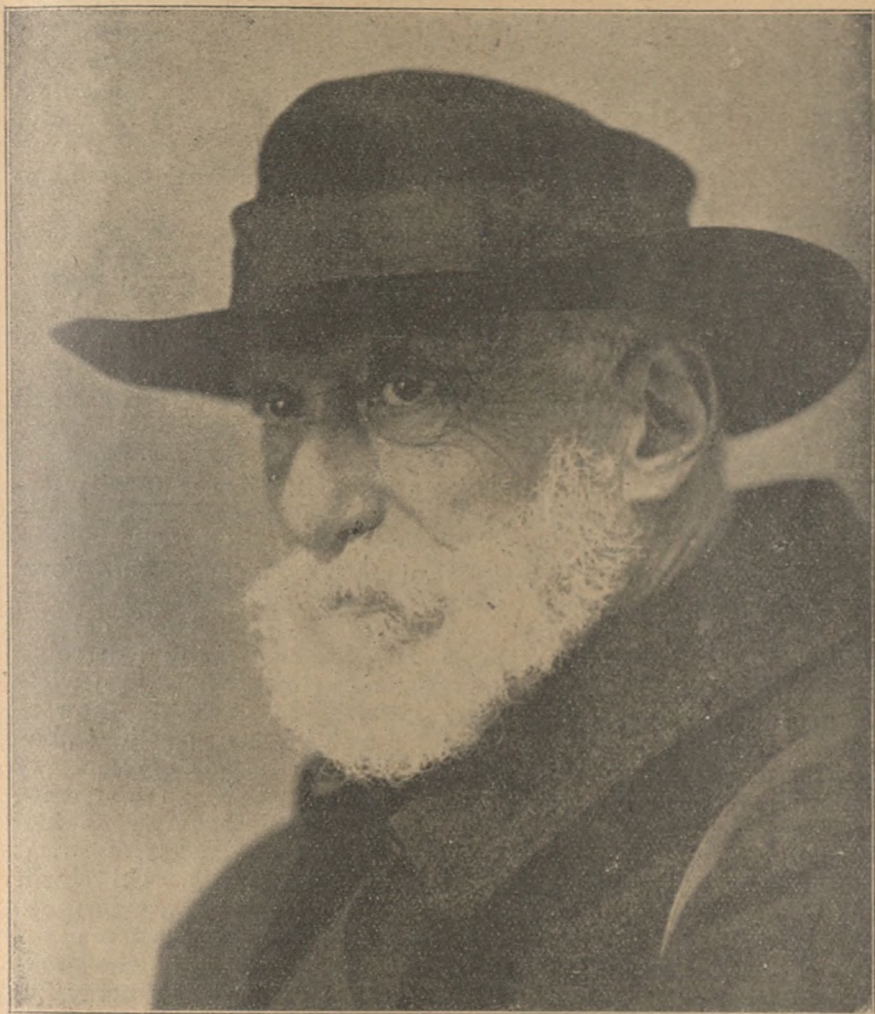
Pacjent lat 36, doktor filozofji, autor szeregu publikacji naukowych i literackich, typ człowieka bardzo inteligentnego, wybitnie uzdolnionego (prócz zdolności literackich posiada zdolności do muzyki i rysunków), może o nieco zbyt wybujałym życiu marzeniowem, oderwanem od życia codziennego, jednak mimo to człowiek bardzo dzielny, który o własnych siłach, bez pomocy rodziców zdołał osiągnąć wysokie wykształcenie. Zaczął pić w czasach akademickich, stosując się do panujących tam alkoholowych zwyczajów; później pił w wojsku, nie wkra-
czając jednakże jeszcze w granice chorobowego alkoholizmu. Dopiero po zwolnieniu z wojska, pod wpływem ciężkich przeżyć, tak materialnych, jak i moralnych, popadł w stan reaktywnej depresji, którą zaczął topić już bez umiaru w alkoholu. W przeciągu kilku miesięcy stoczył się na dno życia i w delirium tremens został dostarczony do zakładu. Po kilku tygodniach pacjent wrócił zupełnie do siebie, wykazywał duży krytycyzm i zrozumienie w stosunku do swojej alkoholowej choroby i wyrażał zamiary współdziałania w przyszłości w zwalczaniu społecznem

alkoholizmu. Zaczął też pisać pamiętniki, z których urywek w dosłownem tłumaczeniu przytaczam: „Mam chwałę Bogu, jeszcze rodziców, którym jeszcze dzisiaj mogę się ze wszystkiego zwierzyć. Brak jednak w stosunku do nich tego głębszego zaufania, jakie tylko może wzbudzić lekarz, dzięki swojemu fachowemu wykształceniu i dzięki swojej abstynencji. Gdybym jednak wiedział, że ten lekarz sam także, chociażby tylko sporadycznie sprzeniewierzał się abstynencji (jego dawniejsze życie nie interesuje mnie), popadłbym napewno świadomie, albo nieświadomie w dawny nałóg. Patrzyłbym na niego temi samemi oczami i z takim samym uczuciem, z jakim osądza złodziej swego sędziego, albo obrońcę, gdy wie, że tenże sam kiedyś popełnił kradzież. I w ten sposób, jestem pewien, każdy alkoholik odnosi się pod tym względem do swego lekarza”. Przytoczony wycinek z pamiętnika tego pacjenta, nie jest czemś sporadycznym i jedynie wyrazem indywidualnego ustosunkowania się tego pacjenta do lekarza go leczącego — ale jest obrazem typowego nastawienia ogółu pacjentów alkoholików do swych lekarzy. tylko że zwykle nastawienie to nie jest tak świadome i jasno formułowane, jak w tym przypadku, gdyż mamy tu do czynienia z człowiekiem wykształconym i wybitnie inteligentnym. Ze względu na wyżej przytoczone walory sformułowanie tego typowego nastawienia alkoholików do leczących ich lekarzy, zwróciłem specjalną uwagę na te wynurzenia i dlatego dziele się niemi, jak i nastroczającemi się na ten temat uwagami, z czytelnikami Trzeźwości.

III.

Wizyta w Aiglon.

Zwiedzając jeden z najpiękniejszych zakładów prywatnych w Szwajcarii dla nałogowców — Clinique Prenoin pod Genewą, miałem możność zetknięcia się z dr. Forelem. Kiedy w rozmowie spytałem go o zdrowie ojca jego, sławnego profesora Forel'a, zaproponował mi, żebym odwiedził profesora, który jakkolwiek ciężko chory, gdyż połowicznie sparaliżowany, tak żywo interesuje się sprawami związanymi z lecnictwem alkoholizmu, że przypuszczałnie zechce mnie z tego tytułu przyjąć. Porozumiewszy się telefonicznie z domem rodziców, dr. Forel oświadczył mi, że ojciec jego chętnie mnie przyjmie — wobec czego zaraz wyruszyłem w drogę do Aiglon. Aiglon jest to bardzo pięknie położona wioska szwajcarska u podnóża Alp, niedaleko Montreux. Znajduje się tam niczem nie wyróżniający się z pośród innych — chyba prostotą — domek profesora Forela. Serdecznie przyjęty przez żonę profesora, zostałem wprowadzony do pokoju, gdzie stanąłem przed sędziwym starcem. Profesor Forel niedawno obchodził 82-gi dzień urodzin i od paru lat jest przykuty ciężką chorobą do fotela. Profesor żywo dopytywał się o swoich znajomych z Polski: swego byłego asystenta prof. Piltza, p. Daszyńską-Golińską i innych. Później z dużym zainteresowaniem słuchał mego opowiadania o ruchu abstynenckim w Polsce, naszej ustawie przeciwalkoholowej i mającym powstać u nas zakładzie dla nałogowców. Co chwila przerywał mi mówiąc uradowanym głosem: „Ach jak to dobrze, jak to dobrze”, to znowu kiedy mówiłem o leczeniu alkoholików: „Tylko cierpliwości i jesz-



Prof. d-r August Forel.

cze raz cierpliwości, niech pan pamięta, że leczenie alkoholików jest jedną wielką szkołą cierpliwości". Następnie dopytywał się o nasze stosunki socjalne i wreszcie, jakie stanowisko zajmuje Polska wobec idei Paneuropy. I kiedy powiedziałem, że Polacy dążą do urzeczywistnienia idei stanów zjednoczonych Europy, starszy wybuchnął: „To głupstwo — nie stany zjednoczone Europy, ale całego świata — to tylko Briand wymyślił stany zjednoczone Europy, a myśmy powinni dążyć do zniesienia wszelkich granic między wszystkimi narodami i ludami, jakie istnieją". I profesor rozwinął mi pokrótce swój program socjalny (jest zwolennikiem zniesienia służby wojskowej, a wpro-

wadzenia ogólnej służby socjalnej i innych radykalnych reform społecznych) i zakończył maksymą, „Trzeba, żeby człowiek nauczył się żyć przez i dla radości pracy pożytecznej dla wszystkich”. Jak później dowiedziałem się od żony profesora, od paru lat ostatnich najbardziej absorbują prof. Forela zagadnienia socjalne — pisze artykuły, wydaje broszury, w których chce dociągnąć i dopasować życie społeczne do wielkiej miary własnej osobowości, wychodzącej ogromnem umiłowaniem pracy i ludzkości poza ramy narodowości, czy klasowości społecznej. Już po niedługim czasie zauważyłem, że profesor jest zmęczony, gdyż drżącym głosem parę razy powtórzył: „Tak ja już jestem zupełnie złamanym, słabym starcem, ruiną człowieka”. Nie chcąc dłużej przeciągać swej wizyty prosiłem, żeby zechciał choć parę słów napisać dla Trzeźwości, co uczynił chętnie, choć z trudem kreśląc lewą ręką aforyzm, powyżej zamieszczony. Pomimo moich protestów zatrzymano mnie jeszcze na podwieczorku, do którego zasiadli zwyczajem panującym w domu profesora Forela wszyscy domownicy, nie wyłączając pracowników z ogrodu i gospodarstwa domowego. Serdecznie żegnany wyjechałem z Aiglon pod głębokim wrażeniem tego jednego z największych współczesnych ludzi, którego życie jest jednym wielkim cyklem pracy twórczej dla dobra ludzkości — pracy wykraczającej poza miarę sił przeciętnego człowieka, gdyż prof. Forel pracował dziennie od szesnastu do ośmnastu godzin, jako lekarz psychiatra i uczony, a w okresach wypoczynkowych robił dalekie i uciążliwe podróże do niedostępnych lasów Columbji, by tam robić obserwacje naukowe nad życiem owadów, co było jednym z jego wielkich zamiłowań. Profesor Forel jest autorem licznych wysokowartościowych prac naukowych — niektóre z nich jak „O sugestji” i „Zagadnienia seksualne”, były drukowane w setkach tysięcy egzemplarzy i tłumaczone na szesnaście języków. Jednym z największych dzieł profesora Forela jest wprowadzenie przez niego zasady kompletnej abstynencji w leczeniu alkoholików. On dał inicjatywę i zorganizował pierwszy zakład dla alkoholików Elikon pod Zurychem. Od chwili wprowadzenia przez niego podanych zasad traktowania leczniczo-wychowawczego alkoholików, datuje się era skutecznego leczenia alkoholizmu chronicznego, które daje w krajach, gdzie jest dobrze zorganizowane — jak w Niemczech, Austrii i Szwajcarji — tak pomyślne rezultaty. Na zakończenie chcę tu przytoczyć słowa wielkiego pisarza francuskiego Romain Rolland, który napisał o Forelu z okazji jego 70-cio lecia: „Forel należy do tych wyjątkowych ludzi, którzy przynoszą zaszczyt swemu krajowi, nie tylko przez swoją światową sławę, lecz także przez prostotę swego życia, szlachetność charakteru, przez wielkie wymagania od samego siebie i nieustanną troskę o dobro ogółu. Ten dobry obywatel szwajcarski jest zarazem jednym z założycieli przyszłego świata, który się wzniesie z ruin i będzie przybytkiem połączonych narodów”.

Dr. Henryk Zajączkowski
(Bruksela).

USTAWA I BRAK USTAWY.

Już od dawna przywykliśmy słyszeć ze strony szynkarzy i ich różnych dostojnych obrońców, że obowiązująca w Polsce ustawa przeciwalkoholowa jest niewykonalna. To samo w przemówieniu swem w Senacie twierdził p. Wiceminister Skarżyński, ale w twierdzeniu tem mocno się omylił, gdyż w odniesieniu do ustawy przeciwalkoholowej nie można wogóle mówić o wykonalności lub niewykonalności, lecz tylko o tem, czy wykonanie jej zostało przez władze rządowe **dopilnowane** w mniejszym, lub większym stopniu. Pan Wiceminister omylił się także i w tem, że ustawa jest niewykonywana, ponieważ powszechnie wiadomo, że w zasadzie ustawa jest wykonywana, że ona bądź co bądź szynkarzy krępuje, że się z jej istnieniem liczą, pomimo że **dopilnowanie jej wykonania jest minimalne**.

Jak jednak dużą wartość ma ta ustawa najlepszy dowód w tem że nawet przy tak niesłychanie niedostatecznem jej dopilnowaniu, które dla Pana Wiceministra Skarżyńskiego jest równoznaczne z niewykonywaniem, istnienie jej ujawnia w różnych dziedzinach zupełnie wyraźne dodatnie skutki.

Nieocenioną wartość ustawy przeciwalkoholowej spostrzega się dopiero przy zaobserwowaniu niektórych faktów tam, gdzie takie ustawy zupełnie niema.

Niedawno wypadło mi przejeżdżać w nocy przez stację kolejową w Katowicach. Pociąg, przychodzący z Łodzi zatrzymał się daleko za peronem, prawie w polu. Do przedziału wszedł „tragarz” czyli „numerowy” lub może lepiej nosiciel Nr. 5, któremu zleciłem przeniesieć moje paczki do pociągu, odchodzącego do Bielska, a sam poszedłem naprzód, nie troszcząc się o los paczek, gdyż przywykłem, że „numerowy” kolejowy w całej Polsce jest człowiekiem bezwzględnie zasługującym na zaufanie, który każde przyjęte zlecenie na pewno doskonale wykona. — Gdy przyszedłem do pociągu odchodzącego do Bielska, numerowy z paczkami nie zdążył. Pociąg odjechał, peron zupełnie opustoszał; numerowego nie było. Szukam go po peronie, w korytarzach dworca, w poczekalniach. Nigdzie ani śladu numerowego i paczek. Wreszcie idę „na miejsce czynu” i tu przed wagonem, z którego wysiadłem znajduję moje paczki, stojące na torze w polu. Pomału zaniósłem je na dworzec, gdzie wreszcie natknąłem się na tragarza Nr. 5. Dopiero teraz zauważyłem, że człowiek ten jest zupełnie pijany. Oto przyczyna niesłychanego w dziejach kolejnictwa porzucenia paczek przez numerowego.

Szukam innego nosiciela. Po długiem dopytywaniu dowiaduję się, że numerowi są w swojej izbie. Niestety żadnego z nich nie mogłem zawołać do pracy, bo wszyscy ledwie trzymali się na nogach z powodu opilstwa. W sprawie tej byłem u urzędnika ruchu. W przejściu na peron do jego biura musiałem okazać bilet urzędnikowi kolejowemu, który także tę swoją służbę pełnił po pijanemu. Ten stan opilstwa urzędnika przeglądającego bilety stwierdził w mojej obecności urzędnik ruchu dnia 11.III 1930 o godz. 5.30 rano, a narzekając na pijaństwo powiedział, że „taki dzień na nich przyszedł”.

ZE ZJAWISK LITERACKICH.

(Przybyszewski. Boy. Wojciechowski. Żmichowska. Pamiętnik Warszawski. Borowy o Chestertonie).

„O ziemio polska, jakże bywasz niebezpieczna dla artysty! Brak umiaru, brak dyscypliny, brak kontroli samego siebie, miały się stać strasliwym niebezpieczeństwem”.

„Ludzie Żywi” Boy-Żeleński.

Wśród wielu niezmiernie ciekawych zjawisk twórczości literackiej ostatnich lat, uderzył mnie niedawno dziwny zbieg zestawień nazwisk najwybitniejszych przedstawicieli naszego piśmiennictwa: Przybyszewski, Kasprowicz, Wojciechowski. Wszyscy trzej pochodzą z Wielkopolski i wszyscy trzej głęboko ukochawszy ziemię rodzinną wyśpiewali, każdy na swój sposób, własne dusze, tak różnorodnie bogate i nad poziom przeciętny wyrosłe. „Życiorys własny robotnika” Jakóba Wojciechowskiego i „Moi Współcześni” Przybyszewskiego, to są książki, krzyczące prawdę życia na dwu rozstajnych drogach, które kroczą odmienne psychiki, a jednak pokrewne sobie tragizmem splecionych konfliktów życiowych.

Przybyszewski zagadnienia alkoholizmu nie zna — nie rozumie grozy klęski społecznej, jaką niesie za sobą alkohol. Trzeba to sobie dobrze uświadomić. Przybyszewski porusza sprawę alkoholizmu ze stanowiska jednostek chorych psychicznie i jest genialnym analitykiem psychozy alkoholowej. Niepodobna wprost czytać na chłodno następującej definicji nałogu alkoholowego: „Ale jest inny alkohol, zły, strasznie niebezpieczny — „vin triste” — który w arsenał Szatana zajmuje bardzo poczesne miejsce, alkohol ludzi, którzy przychodzą na świat obarczeni jakimś przekleństwem, ludzi, niezdolnych do życia bez tej fatalnej protezy, jaką jakiszkolwiek środek narkotyczny stanowi. I to właśnie, co dla drugich jest tylko chwilowem oszołomieniem, chwilowem spotęgowaniem sił nerwowych, nawet całkiem niepotrzebnem, bo normalny organizm nerwowy szuka tylko ujścia nadmiaru swych sił, dla tych ludzi staje się bardzo niebezpieczną protezą, bez której obejść się nie mogą i dla tych ludzi jedynie, ludzi urodzonych pod znakiem strasznego Saturna i trucielińskiego Księżyca, których dusze Szatan pławi w ciemnym morzu melancholji, szarpiącej tęsknoty i bezustannego, dławiącego smutku, alkohol staje się nałogiem”.¹⁾

„Moi Współcześni” przedstawiają bardzo dużo niezmiernie ciekawego materiału literackiego i po za alkoholizmem budzą zainteresowania wszechstronne. Czytanie ich można połączyć z zapoznaniem się z książką Boy'a „Ludzie Żywi”, gdzie znajdziemy studjum o Przybyszewskim, wyświetlające wiele rzeczy. Studjum to, o charakterze wyłącznie literackim, a pisane z właściwą Boy'owi lotnością, pozwala nam wysnuć pewne wnioski natury praktycznej i społecznej. I tu właśnie następuje to cudowne misterjum stapienia się literatury z życiem, dającej przekrój teorii, którą czytelnik może sobie rozjaśnić sno-

¹⁾ Przybyszewski: „Moi Współcześni” Tom II. str. 53.

pem światła, rzuconym z własnej duszy oraz z głębin praw i wymagań życia. Artyści są męczennikami swych dusz, nie mieszczących się w ramach realnego istnienia i ukazują nam w perspektywie własnych przeżyć wiry i przepaście, gdzie zginąć może życie każdego z nas. „Moich Współczesnych” zarówno jak i Boy’a „Ludzi Żywych” powinni przeczytać również i ci, którzy w alkoholizmie Przybyszewskiego widzą usprawiedliwienie dla własnego. Zobaczą, że „w zakulisowym życiu tak zwanej bohemy-cyganerii artystycznej, alkohol odgrywa wielką, ale przeważnie bardzo tragiczną rolę”. W innym miejscu znów czytamy: „Pod wpływem tego alkoholu dusza człowieka całkiem się przeobraża, wymienia się na inną, która oczywiście w człowieku bytować musiała, ale była trzymana na uwięzi przez duszę trzeźwą. I ot ten smutny alkohol, ten który był prawdopodobnie przyczyną strącenia aniołów do piekieł, wyważa tę duszę trzeźwą z zawias, odrętwia ją, a na arenę wkracza obca jakaś dusza, której istnienia nawetbyś nie przypuszczał, a skierowana z szatańską złośliwością w stronę drogi na której cycha na człowieka najcięższy Ból — zaprzepaszczenie i zagłada”. Zaznaczam jeszcze raz, że Przybyszewski nie orjentował się w zagadnieniu alkoholizmu — tem nie mniej, znając wspaniałe patologję psychiki ludzkiej z przedziwną wnikliwością daje nam obraz tragicznych cierpień duszy, trawionej alkoholizmem. I wszystkie wnioski, nasuwające się same przy czytaniu tych jedynych w swoim rodzaju kart, idą po linii protestu przeciw temu co schlebia i propaguje tolerancyjną pobłażliwość dla tego jednego z najbardziej rozpowszechnionych „uwodzicieli”, łapiącego w sidła odurzenia alkoholowego słabego, nieszczonego człowieka. Przybyszewski w liście do Alfreda Wysockiego¹⁾ sam pisze: „Dosyć się nabiedziłem na Bożym świecie. A zwłaszcza w tych latach, kiedy alkohol takie straszne harce w mym mózgu wyprawiał. Dziś, dzięki niesłychanej opiece i poświęceniu mej żony, od roku już jestem jasny i trzeźwy — i da Bóg, rozpocznę wreszcie nad tem pracować, do czego wszystko, com dotychczas napisał, było li tylko wstępem”. A w innym liście pisze: „Byłem ciężko chory przez parę tygodni, co jednakże może być mojem odrodzeniem, bom musiał całkiem przestać pić — siły zwolna powracają, pragnę pracować i w krótkim czasie zapomogę, o jaką cię proszę, ci zwrócę”²⁾. Boy przytacza słowa Juliusza Harta, charakteryzujące dom Przybyszewskich: „Ale nie brakło przytem godzin najczystsze go i najwyższego artystycznego skupienia, zwłaszcza gdy alkoholu nie stało”, a od siebie pisze: „Ci co znali Przybyszewskiego w Berlinie podnoszą do broczynną rolę Dagny w jego życiu. Był to jedyny okres, gdy pracował nad sobą; kapitałem, jaki nabył wówczas, żył potem całe życie. Pod wpływem Dagny alkoholizm jego trzymał się w pewnych granicach. Ona dystynkcją swoją dawała cechę godności temu cygańskiemu domowi i ratowała go nieraz z krytycznych sytuacji”. „I trzeba powiedzieć jedno: o ile w Berlinie, na obcym gruncie, w przymusie pracy i zarobku, alkoholizm jego trzymał się w pewnej mierze, o tyle w Polsce, wśród rozlewności ziomków, w tem życiu fantastycznym, improwizowanym, przechodził wszelką miarę. Odwożenie go w stanie nieprzytomności do domu, należało nieraz do codziennych czynności Dagny,

¹⁾ Boy: „Ludzie Żywi” Przypisy str. 254.

²⁾ Boy: „Ludzie Żywi” Przypisy str. 258.

z których wywiązywała się ze wzgardliwym nieco wdziękiem". Pamiętajmy, że pisze to Boy, który również nie wyczuwa doniosłości zagadnienia alkoholowego. A jaka wielka szkoda! Pisarz tej miary co on, przy swojej niezwyklej trafności i bystrości poglądów, przy wyjątkowym uzdolnieniu i zamiłowaniu do walki z przesadami, jak wdzięczne miałby pole, gdyby zechciał przyłączyć się do, tak niestety nielicznej, garstki inteligencji, walczącej o trzeźwą duszę narodu. Wszystkie cechy jego talentu polemicznego rozbłysłyby w całej pełni, gdyby rozpoczął walkę piórem w obronie idei trzeźwości.

„Życiorys Własny Robotnika”¹⁾ Jakóba Wojciechowskiego, otrzymał pierwszą nagrodę na konkursie Instytutu Socjologicznego w Poznaniu. Został napisany przez robotnika, który, przedstawiając ciężkie i tragiczne koleje swego losu, daje nam odczuć zupełną bezpośredniość przeżywanych przez siebie zdarzeń. Mało tego — widzimy wyraźnie jak po przez cały bieg życia piszącego swe wyznania biednego wyrobnika, dokonywa się nieustanna, krecia robota jego umysłu przetwarzającego na swój sposób, wedle swych uzdolnień, materiał myślowy i wypadki otaczającego go świata i wytwarzającego tą pracą własny światopogląd. Ten „wydziedziczony” umie myśleć — jest to jego cecha wrodzona — umie krytycznie patrzeć i samodzielnie oceniać wszystko. Są to cechy wielkich, twórczych umysłów. „Życiorys Własny Robotnika” Jakóba Wojciechowskiego jest książką nad którą społeczeństwo polskie powinno zadumać się poważnie i głęboko. Jest ona dokumentem tak strasznym, tak przemawiającym grozą prawdy istotnej, niekłamanej, że trzeba się odnieść do niej nie jak do książki mniej lub więcej tragicznej, lecz jak do przeraźliwej skargi bezdennej rozpacz, wydzierającej się z piersi człowieka męczonego od kolebki przez całe życie. Jednocześnie z naszym dziecięctwem, jednocześnie z naszym wiekiem dojrzałym, na naszej polskiej ziemi odbywała się codziennie ta sama krwawa tragedia dziecka, a potem młodzieńca, trawionego wewnętrzną gorączką wiedzy i niemożnością kupienia za parę groszy książki. A gdy raz za zarobione pieniądze kupił książkę „to zem dostał od matki tą książką kilka razy przez głowę, że przez jej wiedzy zem sobie książkę kupił i nawet mi te książkę chciała do ognia wrzucić, ale tego jednak nie popeliła i mi jej do ognia nie ciepła i ja to zem był tak rad ty książce jak Bóg dobry duszy”. Albo inny kawałeczek z tej strasznej książki: „I nadesed ten oczekiwany odpust świętego Wawrzyńca. I kiedy moja matka się na ten odpust wybierała, to zem musiał iść dzień przedtem do Dolska i kupić świeczków na ofiare dla świętego Wawrzyńca. I ja zem się matki prosił, ze mi ma dać lepi te sześćdziesiąt fenigów na zeszyty, bo już mi sie kończom i mówiłem, ze tutaj jesce jest tyle gospodarzy i końmi na odpust jeżdżom, a świeczków nie kupują, a my, co tu na ty wiosce są najbiedniejsi to kupujemy świeczki na ofiare. I to tak matke rozłościło, ze zem znou bicie dostał. Był to dzień dla mnie pamiętny, świętego Wawrzyńca...” A w następujący sposób zdobył możliwość uczenia się po polsku w niemieckiej szkółce: „I ja to zem już miał tyle oszczędzone, bo kiedy zem posed Domachowskiemu po gorzółce, to on mi za-

¹⁾ „Życiorys Własny Robotnika” Jakób Wojciechowski 1930. Poznań. Jan Jachowski, Księgarnia Uniwersytecka, str. 443.

wdy pięć fenigów dał za te droge, to zem je sobie tak oszczędzał, zem na szkolne rzeczy tele miał, ze zem je sam sobie móg kupić. A ta moja skarbonka to była tabakierka po nieboszczyku Wojtowiaku, dawniejszym właścicielu tego pomieszkania i to zem miał tak zachowaniem, ze nawet nikt o niej nie wiedział, jak ja tylko sam. I kiedy sie matka o tem dowiedziała, ze ja zem książkę dostał, to mnie sie pytała skąd ja te pieniądze na niom wzion, to zem jej powiedział, ze zem je uszparował a to znowu jak zwykle zem po głowie dostał, ze ją oszukuje, ale na tem sie skończyło i zem się też po polsku uczył i zem się też dobrze uczył".

Straszna nędza, ciemnota i alkoholizm ojca rodziny, tak jak u Finka, czyni je jeszcze beznadziejniejsze! „A najwięcej winy miała ta gorzółka, tak zawdy moja matka nam o tem powiadała“. „I też jednego razu to przyjechał Kustos tam z ty cegielni i przyniósł nam pozdrowienie od naszego ojca, i też mówił do matki, że się tak rozpiął, ze jeno te gorzoły patrzy, ze matka ma patrzeć, ze go lepi do domu ściągnie i to my już wnet zaufanie zgubili do naszego ojca, tak ze my już sie na niego nie spodziewali“. „Mój ojciec to się tyle starał, aby na gorzółkę wystarczyło, ale o nas to się mało starał“. I cytał podobnych rozsianych w grubym tomie „Życiorysu“ można przytaczać bez liku, a każda zda się jeszcze pełniejsza grozy i beznadziejności. Nikt się nie znalazł, ktoby jak Kasprowiczowi podał rękę i wyprowadził w świat lepszy. Nie mam słów na wypowiedzenie uczuć, które budzi ta książka. Faktycznie, czytając ją, uczestniczymy w stałym, przewlekłym zaprzepaszczaniu talentu człowieka, który jeszcze i teraz ginie, zatracając swe niewykorzystane, a niewątpliwie szerokie możliwości intelektualne. Opowiedzieć, streścić niepodobna tej książki — trzeba stronę po stronie przejść tę gólgotę gorączki uczenia się i trzeba na gwałt zrozumieć, że alkohol i nędza, trzymające w swych szponach biednego człowieka, to szatański wymysł, pętający kajdanami swe ofiary. Z kart tego pamiętnika powstaje kategoriyczny, twardy żołnierski nakaz walki z nędzą i alkoholem. Alkohol trzeba unieostępnąć, wyrwać z osiedli takiej biedoty, trzeba utrudniać, uniemożliwiać jego nabycie, toć przecie takie jasne, proste, tego wymaga elementarna znajomość stosunków życiowych. Zabrać go z wsi i przedmieść — pozostawić go tym co mają dużo pieniędzy, a mało perspektyw psychicznych do stracenia. Ludziom skostniałego w przesadach umysłu chciałabym zaaplikować parę stroniczek dziennie tej książki, gdyż wierząc, że mają jeszcze trochę serca, sądzę, iż otworzą im one oczy na klęskę, sprowadzoną przez łatwo dostępny wszystkim, przeklęty alkohol. O ziemio polska, jakże bywasz czasem bezlitosna dla biednego człowieka, łakącego światła!

Październikowy numer „Pamiętnika Warszawskiego“ pomiędzy innymi zawiera świetne studjum Jana Parandowskiego: „Anatol France“ — ciekawą i trafną charakterystykę twórczości Zofji Nałkowskiej.

Listopadowy przynosi nam artykuł A. Wyleżyńskiej napisany z głębokim pietyzmem pod tyt.: „Ofiarność pomnik sobie postawiła“, — są to dzieje Biblioteki Polskiej w Paryżu, będące jednocześnie wyrazem niezmordowanej, mrówczej pracy tych, co na emigracji, w niesły-

chanie ciężkich warunkach budowali Polskę, gromadząc materiały z przeszłości, by światu pokazać, ile jest sił żywotnych i nieśmiertelnych w umęczonym narodzie. Dłuższa praca Karola Szymanowskiego pod tyt.: „Wychowawcza rola kultury muzycznej” jest ujęta z tak ogólnego punktu widzenia, że i nie specjalista znajdzie dla siebie wiele ciekawych myśli. Wyszedł IV tom dzieł Żmichowskiej pod tyt.: „Narcyssa i Wanda”, zawierający listy Żmichowskiej do Wandy Grabowskiej. W listach ujawnia się w całej pełni wielki rozum pisarki, swe mi pojęciami i przekonaniem wyprzedzającej o jakieś lat kilkadziesiąt swoich współczesnych. Listy zaś Żmichowskiej do brata Erazma jeszcze nigdy nie drukowane, rozpoczyna właśnie wydawać Boy w listopadowym Pamiętniku Warszawskim. Jakaż wspaniała ocenę przeciętnej, szablonowej moralności znajdujemy już u młodziutkiej pisarki. Umie ona jako 19 letnia nauczycielka bystro analizować i właściwie oceniać „pozór” etyki i powierzchowność wygodnej cnoty, a gorącym sercem entuzjastki szukać istotnego piękna i głębokiej dobroci. Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę czytelników na pisarza angielskiego Chestertona, z którym zapoznaje nas w swej ładnej pracy Wacław Borowy¹⁾, Chesterton jest typem literata i myśliciela, niosącego nam w kaskadach śmiechu światopogląd trudny do zrealizowania, bo oparty na rozumnym opanowaniu wszelakich instynktów ludzkich. Przede wszystkim obchodzą mię na tym miejscu zagadnienia etyczne, a więc między innymi kwestji rodziny pragnęłabym trochę uwagi udzielić. Wypowiada on myśli i twierdzenia, nad którymi conajmniej warto się zastanowić w czasie obecnego, nerwowego, impulsywnego rozwiązywania problemów najważniejszych, a którym jednak należałoby poświęcić nieco chłodnej myśli, przenikającej dalszy bieg rozwojowy wypadków, poczętych częstokroć w anarchji instynktów. Chesterton zaś domaga się „twórczej siły w zakresie woli tak samo jak w zakresie umysłu”. „W duszy ludzkiej odzywają się najrozmaitsze głosy; zdrowe zarządzanie życiem polega na umiejętności powiedzenia sobie, że jedne z tych głosów mają większe znaczenie od innych, że konieczna jest wśród nich hierarchizacja i selekcja”. Myślę, że psychice współczesnego człowieka, w której hula wicher coraz to nowych instynktów wyzwalających się z podświadomości, przydałyby się rady angielskiego pisarza, domagającego się interwencji rozumu, przeprowadzającego selekcję wśród wydobywających się na powierzchnię świadomości pragnień i głosów. Nie wszystko bowiem, co się duszy ludzkiej uświadomi w wiecznym procesie wewnętrznego stawania się, może i powinno ujrzeć światło dnia. Chaos jest wrogiem życia i Chesterton myślą swą wydobywa stały ład dla rozbitków dzisiejszego przejściowego okresu. Należy zapoznać się z jego książkami, bo dają one wartości pozytywne i kształtujące duszę.

Hanna Nałęcz-Ostrowska Szymańska.

¹⁾ Wacław Borowy; Gilbert Keith Chesterton. Kraków. Nak. Krak. Spółka Wydawniczej 1929 r.

PROGRAM IX POLSKIEGO KONGRESU PRZECIWALKOHOLOWEGO W WILNIE

w dn. 7 i 8 grudnia 1930 r.

Sobota 6.XII.

godz. 20 Zebranie zapoznawcze Członków Kongresu w sali Hotelu „Georges”.

Niedziela 7.XII.

godz. 10.15 Nabożeństwo w Kościele Św. Jana. Kazanie wygłosi **J. E. Ks. Biskup Dr. Władysław Bandurski.**

„ 12.00 Otwarcie, wybór Prezydium i Przewodniczących Komisji — w Sali Śniadeckich Uniwersytetu Stefana Batorego.

„ 13.00 **Prof. Dr. Paweł Gantkowski.** (Poznań). Alkoholizm jako zaczątek rozstroju społecznego w świetle nauki i obserwacji życia codziennego.

„ 13.30 **Dr. R. Hercod.** Dyrektor Międzynarodowego Biura do walki z alkoholizmem w Lozannie. O znaczeniu międzynarodowego Kongresu w kraju, w którym się Kongres odbywa.

„ 14.00 Otwarcie Wystawy Przeciwalkoholowej.
Przerwa obiadowa.

„ 17.00 **Prof. Dr. Ludwik Puusepp.** (Tartu — Estonja). Wpływ alkoholizmu rodziców na układ nerwowy dzieci.

„ 17.35 **b. Posł. Marja Moczyłowska-Niekraszowa.** Walka z alkoholizmem w oświacie pozaszkolnej.

„ 18.10 **Dr. Marja Skokowska-Rudolfowa.** Rola kobiety w walce z alkoholizmem.

„ 20.00 Raut wydany przez miasto Wilno.

Poniedziałek 8.XII.

godz. 9.30 **P. Zofja Zaleska.** (Warszawa). Rola prasy w walce z alkoholizmem.

„ 10.05 **Prof. Dr. Jan Szmurło.** Alkoholizm a gruźlica.

„ 10.40 **Dr. Stefan Brokowski.** Alkoholizm w wieku szkolnym i metody walki z nim.

„ 11.10 **K O M I S J E.**

I. W Komisji Szkolnej:

1. **Dr. Jurjewiczówna.** Metoda wychowania w zasadach abstynenckich w szkole.
2. **Dr. Marjan Roszkowski.** Badanie statystyczne alkoholizmu dzieci i młodzieży szkolnej w Warszawie.
3. **P. Zofja Koskova.** (Warszawa). Alkoholologia w nauce o Polsce.
4. **Dr. Karol Kosiński.** Propaganda antyalkoholowa w szkołach.
5. **Dr. Karol Kosiński.** Wnioski w sprawie zwalczania alkoholizmu w szkolnictwie.

II. W Komisji Lekarskiej:

1. **Prof. Dr. S. Borowiecki.** (Poznań). Dziedziczenie u alkoholików.

2. **Dr. Stanisław Skalski.** (Łódź). Rola lekarza w walce z alkoholizmem.
3. **Dr. Abraham Wirszubski.** Opieka lekarska nad alkoholikami.
4. **Dr. Wacław Móravski.** Działalność Wileńskiego Oddziału Towarzystwa Eugenicznego w związku z akcją zwalczania alkoholizmu.
5. **Prof. Dr. Stanisław Władyczko.** Z działalności Towarzystwa „Mens” walki z alkoholizmem.
6. **Dr. Stanisław Deresz.** (Choroszcz). Leczenie poza zakładowe alkoholików.
7. **Dr. Tomasz Borysewicz.** W sprawie leczenia alkoholików.
8. **Dr. Juliusz Genzel.** O leczeniu alkoholików w Poradni Towarzystwa „Mens”.
9. **Jan Reytan.** (Warszawa). O niedostrzegalnym dla otoczenia stopniowym rozwoju zwyrodnienia psychicznego i o głównej przyczynie t. zw. przesunięcia się ośrodka energii osobistej u alkoholików.
10. **Prof. Dr. Stanisław Władyczko.** W sprawie Związku Polskiego Lekarzy Abstynentów.

III. W Komisji Ogólnej:

1. **Red. Jan Szymański.** (Warszawa). O prohibicji.
2. **Red. Jan Szymański.** (Warszawa). Prohibicja w Polsce.
3. **Mikołaj Skiba.** (Warszawa). Alkoholizm a gospodarka narodowa.
4. **Mikołaj Skiba.** (Warszawa). Walka z alkoholizmem wśród ukraińców.
5. **Ks. Kan. Możdżeń.** (Poronin). W jaki sposób przeprowadziliśmy prohibicję w Poroninie.
6. **Dr. Villem Ernits.** (Tartu — Estonja). Walka z alkoholizmem w Krajach Bałtyckich.
7. **P. Michał Brensztejn.** (temat zastrzeżony).
8. **Ks. Ignacy Kabłukow.** (Porzecze koło Grodna). Plakat i obrazek ścienny w walce z alkoholizmem.
9. **Edward Rosset.** Nacz. Wydz. Stat. mag. m. Łodzi. Alkoholizm a kwestja robotnicza.
10. **Mjr. Maksymiljan Ossowski.** Wnioski w sprawie alkoholizmu.

IV. W Komisji Kolejowej.

1. **Dr. Teofil Bisaga.** (Warszawa). Częstość wypadków nieszczęśliwych ruchu w związku z alkoholizmem.
2. **Dr. Aleksander Wińcz.** Propaganda antyalkoholowa w kolejnictwie za pomocą wystawy ruchomej.
3. **Inż. J. Szadzewicz.** W sprawie alkoholizmu wśród pracowników kolejowych.
4. **Z. Hryniewicz.** (temat zastrzeżony).
5. **Dr. T. Borysewicz.** Leczenie alkoholików kolejarzy.
6. **Inż. J. Szadzewicz.** Wnioski w sprawie walki z alkoholizmem w kolejnictwie.

V. Zebranie Duchowieństwa

w sprawie walki z alkoholizmem. Referaty wygłoszą:

Ks. Kan. Adam Kulesza

i **Ks. Dyrektor Tadeusz Galdyński**. (Poznań).

godz. 15.00 Obiad składkowy w sali górnej Hotelu „Georges”. Zwiedzanie miasta pod kierownictwem p. **Dziekana Prof. Ferdynanda Ruszczyca**.

„ **19.00** Posiedzenie plenarne Kongresu. **Kazimierz Kalinowski**. (Kraków). Truciciel ducha. Uchwalenie rezolucyj. Zamknięcie Kongresu.

Podczas Kongresu otwarta będzie w murach Uniwersytetu Stefana Batorego — Wystawa Przeciwalkoholowa, na której objaśnienie udzielać będzie Kierownik Wystawy p. **Mikołaj Skiba**.

Uczestnicy Kongresu otrzymają zniżki kolejowe.

W sobotę dn. 6.XII w przeciągu całego dnia i zrana dn. 7.XII będzie czynne na dworcu w Wilnie — Biuro Informacyjne Kongresu.

Pragnący uzyskać lokal zechcą zgłosić zawczasu swój przyjazd do Miejscowego Komitetu w Wilnie, — pod adresem: **Wilno, Uniwersytet p. Jan Latwis** — z podaniem, gdzie życzą sobie zamieszkać: hotel, mieszkanie prywatne, mieszkanie w Bursie i t. p.

Informacyj w sprawie Kongresu i Wystawy udzielają: Komitet Organizacyjny Kongresu: Warszawa, ul. Żórawia 21, m. 28, tel. 8-26-21 (4—6 po poł. do dn. 5.XII włącznie), w Wilnie: Miejscowy Komitet Organizacyjny, Uniwersytet, p. Jan Latwis, tel.: 3-48 (9—3 i 6—8).

REGULAMIN OBRAD KONGRESU.

1. Uczestnikiem Kongresu zostaje każdy po uzyskaniu karty uczestnictwa z zastrzeżeniem, że ściśle stosować się będzie do regulaminu Kongresu.
2. Ceny karty uczestnictwa — 2 zł. (dla młodzieży akademickiej i nauczycielstwa szkół powszechnych — 1 zł.).
3. Karta uczestnictwa uprawnia do udziału we wszystkich zebraniach Kongresu, do zabierania głosu w dyskusji, do zwiedzania wystawy przeciwalkoholowej i do korzystania ze zniżki kolejowej przy powrocie z Kongresu.
4. Plenarne zebranie Kongresu na wniosek Prezydium Komitetu Organizacyjnego dokonywa wyboru Prezydium Kongresu oraz Przewodniczących Komisji.
5. Zebrania odbywać się będą ze ścisłą punktualnością.
6. Liczbę przemówień powitalnych określa Prezydium. Czas przemówień powitalnych — 2 minuty.
7. Zebrania plenarne odbywają się bez dyskusji. Na ostatnim zebraniu dokona się uchwalenia, lub odrzucenia rezolucyj, opracowanych w Komisjach, ujętych w jedną redakcyjną całość przez Komisję Główną i przedstawionych ostatniemu plenarnemu zgromadzeniu Kongresu.
8. W dyskusji na posiedzeniach sekcyjnych i komisyjnych przemawiać wolno najwyżej 5 minut.
9. Niedopuszczalne jest przemawianie w sprawach, nienależących do tematu, poruszających sprawy osobiste i t. p., a w razie wywołania niepokoju Przewodniczący może winnych pozbawić głosu oraz prawa uczestniczenia w dalszych obradach Kongresu.

Kongres odbywa się w Wilnie w gmachu Uniwersytetu Stefana Batorego.

RUCH ABSTYNENCKI W JUGOSŁAWJI.

Praca abstynencka rozpoczęta została w końcu ubiegłego stulecia. W różnych dzielnicach państwa (wówczas rozłączonych) w różnym czasie powstają organizacje abstynenckie: w Bośni i Hercegowinie w 1893 r., w Serbji — 1903 r., w Chorwacji — 1911 r., w innych zaś prowincjach żywsza propaganda przeciwalkoholowa istnieje od chwili ukończenia wojny światowej.

Po zjednoczeniu wszystkich dzielnic w jednym państwie Jugosławji, zjednoczyły się w 1922 r. również wszystkie stowarzyszenia abstynenckie (z wyjątkiem „Sveta Vojska“, organizacji katolickiej, działającej na podłożu religijnym) i utworzyły „Jugoslovenski Savez Trezvenosti“ (Jugosłowiański Związek Trzeźwości). Jako osobny, autonomiczny organ J. S. T. funkcjonuje „Savez Trezvene Mladezi“, obejmujący koła młodzieży (głównie uczniowskie), członkowie, których liczą najmniej, niż 18 lat i wyrzekają się zwyczaju używania tytoniu. Oba związki są neutralne pod względem politycznym i religijnym. J. S. T. jest członkiem Międzynarodowego Związku Dobrych Templariuszy (I. O. G. T.).

Do obecnej chwili zdołano założyć 150 kół abstynenckich z 4000 członków, należących do J. S. T., oraz 400 grup abst. młodzieży z 36000 członków. (S. T. Ml.). Siedzibą J. S. T. jest Zagrzeb, a prezesem — prof. uniw. dr. Maszek; zarząd Związku Młodzieży jest w Belgradzie w rękach dr. M. Koštica, b. szefa wydziału w ministerjum sprawiedliwości. Istnieją trzy miesięczne pisma abstynenckie: „Novi Zivot“ — Zagrzeb, „Glasnik S. T. Ml.“ — Belgrad i „Trezvenost“ — Belgrad.

Jugosławja jest krajem winnic, to też tutejszy młody ruch przeciwalkoholowy w trudnej swej walce postawił następujące cele: krzewienie kultury bezalkoholowej, wykazanie narodowi, czem grozi mu terazniejsza kultura, nauczanie ludu, w jaki sposób zamieniać owoce na napoje bezalkoholowe, wychowanie ludu zwłaszcza młodzieży w duchu zupełnej abstynencji. Kwestja kultury bezalkoholowej jest specjalnie omawiana na łamach najlepszego pisma „Novi Zivot“.

W ostatnim czasie wprowadzono do państwowego prawa karnego specjalne kary dla pijaków, popełniających przestępstwa w stanie nietrzeźwym. Karze podlegać będzie też każdy, kto rozpaja młodzież, liczącą mniej niż 16 lat. Zabronione jest dostarczanie alkoholu do koszar żołnierskich, wskutek czego wojsko ma rzadką okazję do picia trunków.

Innych metod przeciwalkoholowych rząd dotychczas nie stosował, ale pomimo tego młody ruch przeciwalkoholowy jest pełen życia i daje gwarancję, że osiągnie dobre rezultaty w walce przeciw wrogowi ludzkości.

A. Ś.

Z „Internacia esperantista laborkomitato por senalkohola kulturo“.

ORGANIZACJE KOBIECE W OBRONIE USTAWY PRZECIWAŁKOHOLOWEJ.

W ostatnich miesiącach zaczęły się pojawiać w prasie coraz częściej wiadomości o nowych próbach obalenia ustawy przeciwalkoholowej i to w drodze dekretu P. Prezydenta Rzeczypospolitej. M. i Zjazd przedstawicieli Izb Przemysłowo-Handlowych, odbyty w Warszawie pod przewodnictwem b. ministra **Klarnera** powziął w tym kierunku uchwałę, występującą przeciw „t. zw. ustawie przeciwalkoholowej”.

Organizacje kobiece, które w marcu b. r. urządziły w Warszawie specjalną Konferencję w sprawie obrony ustawy przeciwalkoholowej (Trzeźwość Nr. 1 — 3 z r. 1930 str. 71 i 72), zaniepokojone wznowieniem akcji przeciw ustawie, po porozumieniu się wysłały do P. Prezydenta Rzeczypospolitej delegację specjalną dn. 22 października, delegacja ta prowadzona przez p. **Zofję Moraczewską** (przewodniczącą Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet) w składzie p. **Z. Guerquin** (wiceprzewodniczącą Narodowej Organizacji Kobiet), p. **Dr. Marii Skokowskiej-Rudolfowej** (przewodniczącą Wydziału Kobiecego T-wa „Trzeźwość”) i p. **Dr. A. Jurjewiczówny** (czł. Zarządu tegoż Wydziału) złożyła P. Prezydentowi petycję treści następującej:

Warszawa, dn. 1 października 1930 r.

DO PANA PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Panie Prezydencie!

Na Zjeździe Izb Przemysłowo-Handlowych w dniu 22 września r. b. w Warszawie między innemi uchwałami znalazł się wniosek o zmianę, w drodze dekretu Pana Prezydenta, ustawy z dn. 23.IV. 1920 r. o ograniczeniach w sprzedaży i spożyciu napojów alkoholowych.

Wiadomość o tej uchwale poruszyła ogół kobiet, dotkliwie odczuwających klęskę alkoholizmu, klęskę, godzącą w całość i dobrobyt rodzin, powodującą zubożenie ogółu społeczeństwa, rujnąjącą zdrowie i przyszłość młodzieży.

My, kobiety polskie, zrzeszone w Stowarzyszeniach i w Związkach, składamy w ręce Pana Prezydenta, jako Tego, który najwyższe dobro Narodu ma na względzie, gorącą prośbę, aby nie dopuścił do jakichkolwiek zmian w brzmieniu ustawy, będącej podstawą, na której opiera się cała praca i walka o trzeźwość narodu, o zdrowie fizyczne i duchowe młodego pokolenia.

Petycję podpisały: Zarząd Wydziału Kobiecego Pol. Tow. walki z alkoholizmem „Trzeźwość” **Dr. Skokowska-Rudolfowa**, **Dr. Jurjewiczówna**, **I. Chojnacka**, **Dr. Daszyńska-Golińska**, **Zofja Guerquin**, **J. Samulakówna**, **J. Jachimowiczówna**. Narodowa Organizacja Kobiet: **Józefa Szebeko**, Zarząd Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet: **Zofja Moraczewska**, Polska Liga Kobiet Pokoju i Wolności: **Dr. Budzińska-Tylicka**, Radna m. st. Warszawy, Klub Polityczny Kobiet Postępowych: **T. Męczkowska**, Centralne Tow. Org. i Kół. Roln., Wydział Kół Gospodyń Wiejskich: **Aniela Zdanowska**, Zarząd Główny Tow. Klubów Kobiet Pracujących: **Władysława Weychert-Szymanowska**, Główna Kwatera Żeńska Zw. Harcerstwa Polskiego: **Janina Kamińska**, Koło Mieszczanek przy Zw. Rzemieślników Chrześcijańskich w R. P.: **Jadwiga Pugetowa**, Stowarzyszenie Zjednoczonych Ziemianek: **Zofja Rogowska**, Koło Pracy Kobiet: **Helena Holska**, Pol. Stow. Kobiet z Wyższem Wykształceniem: **Dr. Jadwiga Biernacka**, Pol. Stow. Pielęgniarek Zawodowych: **J. Romanowska**, Zarząd Główny Koła Polek: **J. Browińska** i **J. Korudzka**, Zarząd Główny Komitetu Społ. Przysposobienia Kobiet do Obrony Kraju: **Hanna Cybulska**, Robotnicza Organizacja Samopomocy: Sekretarka **Dehnelowa**, Warszawski Klub Wioślarek: **Dr. Zabawska-Domosławska** i **J. Płoska**, Zrzeszenie Lekarek: Przewodnicząca **Dr. Garlicka**, Przewodnicząca Zjednoczonych Chrześcijańskich Towarzystw Kobietych we Lwowie:

Antonina Teodorowiczowa, Wydż. Kob. Pol. Tow. „Trzeźwość” w Krakowie; Maryanowa Dubiecka i Ela Oleska, Patronat — Oddz. w Krakowie; Róża Łubieńska, Tow. Przyjaciół Dzieci w Krakowie; Bronisława Bobrowska, Org. Przysposobienia Kobiet do Obrony Kraju w Krakowie; Z. Kwaśniewska, Zrzeszenie Słowianek w Krakowie; Marja Siedlecka, Koło Pań przy Zw. Legionistów w Krakowie; Aldona Boleślawiczowa, Katol. Zw. Polek w Krakowie; Teresa Sapiężyna, Stowarzyszenie Nauczycielek w Krakowie; Jadwiga Mayówna, Zarząd Centr. Krakowskiej Ligi Zdrowia; Janina Breyerowa, Zw. Pol. Urzędniczek Państwowych w Krakowie; Stefania Gór-ska, Katol. Zw. Polek w Poznaniu; Marja Rydlewska, Narodowa Org. Kobiet w Poznaniu; Helena Domagalska, Zjedn. Kat. Zw. Polek w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Warszawie i Wilnie — Helena Sołtanówna, Katol. Tow. Ochrony Kobiet w Poznaniu, Stow. b. uczenie liceum i gimn. N. S. Jezusa w Poznaniu, Czytelnia dla kobiet w Czarńkowie, Katol. Zw. Polek w Gnieźnie, Tow. Czytelń dla kobiet w Gostyniu i Wągrówcu, Katol. Stow. Polek w Grudziądzu, Jutrosinie, Mogilnie, Mikstacie i Strzałkowie, Katol. Koło Polek w Kościanie, Międzychodzie, Pleszewie, Rawiczu i Swarzędzu, Zw. Misyjny Polek w Śremie, Tow. Kobiet „Oświata” w Środzie, Katol. Koło Polek w Wolsztynie, Katol. Koło Pań we Wrześni, Czytelnia dla kobiet w Żninie, Kółko Abstyn. przy Stow. Młodych Polek w Rawiczu i Stow. Katol. Kobiet Pracujących w Pleszewie.

Pan Prezydent przyjął delegację bardzo łaskawie. Delegacja przedstawiła również konieczność zwrócenia uwagi na ściśle wykonywanie przepisów obowiązujących ustawy, a także na przykry fakt, że fundusz, ustawowo przeznaczony na walkę z alkoholizmem, nie jest wcale pełni wypłacany, a ostatnio wypłacanie jego zostało nawet całkowicie wstrzymane.

Z WĘDROWNEJ WYSTAWY PRZECIWAŁKOHOLOWEJ T-wa «TRZEŻWOŚĆ».

Zagożdżon, Sucha, Jedlnia 3.V.

Zagożdżon jest to w lasach ukryta osada Państwowej Wytwórni Prochu i Materiałów Kruszących, skupiająca liczne rzesze robotników. Rodzaj pracy przy niebezpiecznym materiale gwałtownie przypomina się o trzeźwość wszystkich osób zatrudnionych, a choćby tylko mieszkających na terenie wytwórni. W obliczu niebezpieczeństwa przypadkowego wybuchu, zagrażającego życiu setek osób i mogącego na nieobliczalne straty narazić Skarb Państwa, poza druty kolczaste, okalające teren wytwórni, nie można ani na chwilę dopuścić kogoś cierpiącego na niepoczytalność umysłową, jak niemniej nie można zezwolić, aby tutaj poczytalność umysłową mógł zmniejszać nieubłagany wróg prawidłowego funkcjonowania mózgu — alkohol. To też na terenie wytwórni w stosunku do zatrudnionych tam robotników panuje surowy rygor, ściągający nietrzeźwość. Dyrekcja Wytwórni posiada daleko idące środki egzekutywy, lecz przy tem dobrze zdaje sobie sprawę, że ponad zakaz i obawę przed karą od używania alkoholu, skuteczniej może powstrzymać uświadomienie. W tej myśli Dyrekcja sprowadziła do Zagożdżona na kilka dni wystawę, aby przy jej pomocy u ludności, zamieszkującej teren wytwórni, urobić przekonania konieczności odsunięcia się od alkoholu z własnej woli.

Przyjazd wystawy poprzedziła dobrze zredagowana odezwa, podpisana przez Dyrekcję Wytwórni. — Wystawa przez kilka dni była

urządzana w budynku szkolnym, a pozatem w poszczególnych wytwórniach odbywały się kolejno wykłady dla robotników podczas zmian pracy. Dość liczny udziałem słuchaczy cieszyły się wykłady z obrazami świetlnymi, urządzone w sali kasyna pracowników P. W. P. W dniu 3-go maja przychodziły na wystawę liczne grupy publiczności, wstępując do sali z odbywającej się obok bezalkoholowej zabawy ludowej. W tym samym dniu Dyrekcja P. W. P. umożliwiła wyjazd z wykładami do Suchej i Jedlni.

Wystawa przeciwalkoholowa w Zagożdżonie i wykłady w sąsiednich wsiach, przy całej życzliwości Dyrekcji P. W. P., nie byłyby się w pełni udała, gdyby nie zabiegi i doskonale zorganizowanie zebrania przez lekarzkę Wytwórni, p. Dr. Marję Hleb - Koszańską - Sacheur, która już na dłuższy czas przed przybyciem wystawy zajęła się ułożeniem programu, a w czasie jej trwania, nieustrudzenie dopilnowywała, aby nie brakło niczego, co mogłoby być ułatwieniem w pracy.

M. Skiba.

PIOTKTOAT P. PREZYDETA NZECZYPOLATDJ

Komitet Organizacyjny IX Pol. Kongresu Przeciw alkoholowego w Wilnie otrzymał z Kancelarii Cywilnej Prezydenta Rzeczypospolitej pismo z zawiadomieniem, że Pan Prezydent Rzeczypospolitej raczył przychylić się do prośby Komitetu i objął Protektorat nad Kongresem.

PROHIBICJA W WARSZAWIE.

Z powodu głośnego projektu Wiceprezydenta m. Warszawy, p. Tadeusza Szpotkańskiego o przeprowadzenie w Stolicy plebiscytu prohibicyjnego (Trzeźwość Nr. 6—8) Zarząd Główny Towarzystwa Trzeźwość odbył specjalne posiedzenie, na którym powzięta została przez obecnych jednomyślnie następująca uchwała:

„Towarzystwo Trzeźwość wypowiada się za przeprowadzeniem w stolicy i w całym państwie zasady prohibicji, będącej celem naszego ruchu abstynenckiego we wszystkich krajach; dotychczasowe wyniki w naszych gminach prohibicyjnych jak np. w Pruszkowie i Poroninie wskazują, że prohibicja wydaje znakomite wyniki przede wszystkim w postaci zmniejszenia liczby przestępstw, wzrostu dobrobytu i poprawy stosunków moralnych.

Niedostateczne uświadomienie społeczeństwa w Polsce o zagadnieniach alkoholizmu sprawia, że powinniśmy dążyć przede wszystkim do ścisłego wykonywania przepisów obowiązującej obecnie ustawy przeciwalkoholowej, dającej możność stopniowego wprowadzania prohibicji, która godzi przede wszystkim w szynki, będące rozsądnymi demoralizacji i nędzy.

O ile więc plebiscyt prohibicyjny w stolicy będzie dobrze i z należytą starannością przygotowany, staniemy po jego stronie z całą gotowością, udzielając najsiłniejszego poparcia.

Uchwałę powyższą podpisali: Dr. T. Bisaga, prof. Dr. Z. Daszyńska-Golińska, Dr. K. Jasielewicz, prof. Dr. J. Lewicki, Dr. M. Skokowska-Rudolcowa, Dr. St. Stypulkowski i red. J. Szymański.

W dziennikach warszawskich ukazał się następujący wywiad z Wiceprezydentem miasta p. Szpotańskim:

— Co skłoniło Pana Prezydenta do postawienia na porządku dziennym w Warszawie sprawy prohibicji?

— Informacje, które w tej sprawie posiada nasz Wydział Zdrowia Publicznego oraz jego opinia, która jest przeciw opinii rzeczoznawców, że „alkoholizm jest wielką klęską społeczną” i przyczyną „zwyrodnienia”. Dane statystyczne wykazują, że jedna trzecia chorych umysłowo zawdzięcza swą chorobę wódce, że 52 proc. alkoholików jest obciążonych nałogiem swym dziedzicznie, że w Niemczech blisko 42 proc. przestępców kryminalnych popełnia przestępstwo pod wpływem alkoholu, że wreszcie budżet, szczególnie proletariackiej rodziny, obciążony jest ogromnie wydatkami na alkohol. Według opinii Wydziału Zdrowia ludność Polski pije z roku na rok więcej wódki, zaś według Państwowej Szkoły Higieny 13 proc. badanych dzieci używa stale napojów alkoholowych. Ludność Warszawy wydała w roku 1929 na wódkę przeszło 72 milionów złotych. Niewątpliwie conajmniej połowa tego wydatku przypada na ludność robotniczą. Nie też dziwnego, że władze policyjne stolicy znajdują na ulicach rocznie do 10.000 osób zatrutych alkoholem.

Cytuję Panu te dane z uzasadnienia wniosku, z którym Wydział Zdrowia na moje polecenie wystąpił. Jednocześnie jednak ma Pan odpowiedź na swoje pytanie.

— A jak Panie Prezydencie ustosunkowuje się magistrat do całego tego zagadnienia?

— Artykuł czwarty ustawy o ograniczeniach w sprzedaży i spożyciu napojów wysokokowych, mówi, że zakaz sprzedaży alkoholu do spożycia może być uchwalony w granicach Warszawy przez Radę Miejską, na podstawie głosowania powszechnego. Uważałem więc, że obowiązkiem samorządu wobec danych naszego Wydziału, które panu przytoczyłem, jest dać możność wypowiedzenia się ludności w tej sprawie. Magistrat zebrał materiał dotyczący alkoholu i poinformował o tej sprawie mieszkańców. Teraz niech oni decydują. Na tem narazie kończy się rola samorządu. W tej chwili, zanim plebiscyt zostanie ogłoszony, mają głos związki, instytucje oświatowe, kulturalne, społeczne i t. d.

— Kiedy należy oczekiwać plebiscytu?

— Na to pytanie nie umiem panu w tej chwili odpowiedzieć. W każdym razie sprawa ta nie może być schowana pod zielone sukno.

— Zdaje się jednak, że z gmin polskich jedynie Pruszków wprowadził u siebie prohibicję?

— I podobno z doskonałymi rezultatami. Ale myli się pan. O ile wiem, ilość gmin, które zakazały sprzedaży alkoholu w Polsce, jest już dość znaczna; są to jednak prawie wyłącznie gminy ruskie w Małopolsce Wschodniej oraz kilka gmin na Podkarpaciu”.

„W każdym razie sprawa ta nie może być schowana pod zielone sukno” charakterystyczne te słowa p. Wiceprezydenta znalazły wspianą ilustrację w uchwale Magistratu m. Warszawy, który w wyniku całej sprawy „prohibicyjnej” w Warszawie postanowił... urządzić w stolicy wielką „ankietę” dotyczącą zagadnienia alkoholizmu. Specjalna Komisja pod przewodnictwem ławnika Magistratu **Dr. Bychowskiego** zajęła się sprawą opracowania planu tej ankiety, czego się podjął i co wykonał p. **Dr. Wroczyński**, naczelnik Wydziału Zdrowia Mag. m. Warszawy, były Generalny Dyrektor Służby Zdrowia. Zdaje się, że owo „zielone sukno”, o którym wspominał p. **Szpotański** nosi urzędową eufemiczną nazwę „ankiety”... dobrze wiedzieć... zielone sukno — to ankiet! Inaczej być nie mogło — przecie na wieść o inicjatywie p. Szpotańskiego i skutek huczka z tem związanego — p. Minister Skarbu, **Matuzewski** zaprosił do siebie p. Prezydenta miasta **Ślomińskiego** na konferencję w spra-



Dr. R. Hercod.

wie prohibicji — tak doniosła prasa stołeczna — treści rozmowy nie podano, ale wynik okazał się... zielony... ankiety. Panu Ministrowi Skarbu pośpieszyli w sukurs pracownicy gastronomiczni, którzy orzekli i ogłosili, że projekt przeprowadzenia plebiscytu prohibicyjnego w Warszawie jest projektem chybionym, bo:

„Zakaz sprzedaży alkoholu w soboty i niedziele uwidocznił, iż w naszych warunkach trudnem jest przestrzeganie i wprowadzenie w życie przepisów ustawy antyalkoholowej.

Stwierdzamy, iż projekt magistratu przeprowadzenia zakazu sprzedaży alkoholu na terenie stolicy — w wypadku gdyby się stał prawem — zniszczy 5 procent naszych zakładów, a co zatem idzie pozbawi pracy 6 — 7 tysięcy kelnerów, kuchmistrzów, subiektów, służby pomocniczej i t. p., nie licząc muzyków, co z rodzinami stanowi ponad 20 tysięcy nowych bezrobotnych.

Ponadto gastronomiccy stwierdzają na zasadzie swych długoletnich doświadczeń że „publiczność warszawska nie umie spożywać bez alkoholu”, a co za tem idzie rozwinie się sprzedaż potajemna falsyfikatów, produktów trujących i po wygórowanych cenach.

W konkluzji pracownicy zakładów gastronomicznych piszą:

„Prohibicja wprowadzi zmniejszenie dochodów Państwa, zwiększenie bezrobocia, zatrucia alkoholem, podrożenie tajnego alkoholu, demoralizację właścicieli za-

kładów, wreszcie postawi pracowników w krytycznem położeniu pod względem wywiązania się ze swych obowiązków.

Dlatego też jesteśmy przeciwni zakazowi sprzedaży napoi alkoholowych!"

Nic więc dziwnego, że szereg poważnych głów pocić się będzie z całą powagą nad zielonem suknem ankiety, aby uzasadnić rzecz już oddawna znaną im i innym uczonym, że alkoholizm jest największą klęską społeczną...

Inną albowiem jest rzeczą mądra i przewidująca ostrożność w stosowaniu prohibicji, a inną — taktyka strusia pakowania niemiłych i drażliwych spraw „pod sukno”.

KRONIKA

Nasz gość. **P. Dr. R. Hercod**, Dyrektor Międzynarodowego Biura dla walki z alkoholizmem, niestrudzony organizator Międzynarodowych Kongresów Przeciwalkoholowych, redaktor „Revue internationale contre l'alcoolisme” i dwutygodnika „L'abstinence” na zaproszenie Komitetu Organizacyjnego IX Polskiego Kongresu Przeciwalkoholowego przyjedzie do Wilna w celu wygłoszenia na Kongresie referatu: „O znaczeniu Międzynarodowych Kongresów Przeciwalkoholowych dla krajów, w których się one odbywają”. P. Dyrektor **Hercod** jest szczerym i zasłużonym przyjacielem Polski.

Górale na Zamku. Zespół teatru regionalnego przy Stowarzyszeniu Młodzieży Polskiej w Poroninie bawił w ciągu tygodnia w Warszawie, dając w cyrku przy ul.



Górale Poronińscy na Zamku (w środku Pan Prezydent Rzeczypospolitej).

PAŃSTWOWA SZKOŁA HIGJENY

Program zorganizowanego z inicjatywy i przy poparciu Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, w porozumieniu z Polskim Towarzystwem „TRZEŻWOŚĆ” V kursu alkoholologii
P. T.

„ALKOHOLIZM I JEGO ZWALCZANIE”

(24 — 29 listopada 1930 r.)

WYKŁADY.

	godz.
Wykład wstępny. Kaz. Kalinowski (Kraków)	1
Produkcja i skład chemiczny napojów alkoholowych. Doc. Dr. G. Szulc.	1
Działanie alkoholu na organizm ludzki. Dr. E. Wilczkowski.	4
Alkoholizm, a zwyrodnienie psychiczne. Prof. Dr. J. Mazurkiewicz.	1
Zagadnienie alkoholizmu w związku z gruźlicą. Dr. M. Skokowska-Rudolfowa	1
Alkoholizm a prostytutka i choroby weneryczne. Dr. H. Szczodrowski.	1
Lecznictwo alkoholików. Prof. Dr. P. Gantkowski.	1
Wpływ alkoholizmu na charakter. Ks. Prof. Dr. J. Ciemniwski.	1
Alkoholizm a matka i dziecko. Dr. M. Skokowska-Rudolfowa.	1
Alkoholizm a wychowanie fizyczne. Dr. A. Jurjewiczówna.	1
Alkoholizm a przestępczość i nieszczęśliwe wypadki. Sędzia J. Glass.	2
Wpływ alkoholizmu na charakter. Ks. Prof. Dr. J. Ciemniwski.	1
Alkohol a wychowanie fizyczne. Dr. A. Jurjewiczówna.	1
Metodyka nauczania alkoholologii. Dyr. B. Duchowicz.	2
Rola organizacji i instytucji społecznych w akcji przeciwalkoholowej. Dr. S. Stypułkowski.	2
Formy pracy zależne od środowiska. p. M. Moczydłowska-Niekraszowa.	2
Systemy walki z alkoholizmem. Dr. M. Kacprzak.	2
Umiarkowanie czy abstynencja. Prof. Dr. Z. Daszyńska-Golińska.	1
Zagadnienia alkoholizmu na terenie międzynarodowym. Dr. W. Chodźko.	1
Polska Ustawa Przeciwalkoholowa. Red. J. Szymański.	2
Walka z alkoholizmem w Polsce. Red. J. Szymański.	2

(Informacji udziela Sekretariat Państwowej Szkoły Higjeny — Chocimska 24, tel. 704-81.)

Stomatologium. P. Jankowski.

Stomatologium. P. Jankowski.

CUKIER

**To wódy
pijany**

Kobiety!

my możecie pod-

**pornić waszych
blizkich przeciw**

straszennu nalogowi!

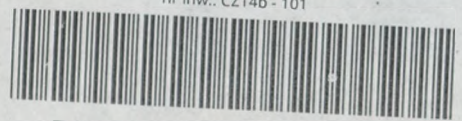


Przemysław

Przemysław

Druk Zakł. Druk. W. Piekarniaka, Ordynacka 3, tel. 644-59

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: CZ14b - 101



BG 90508/1930/5/9-11