

GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI CHEMICZNO-BAKTERYOLOGICZNEJ SZPITALA DZIECIĘCEGO
W WARSZAWIE.

Kilka uwag w sprawie doświadczeń nad sterylizacją noży chirurgicznych.

Podał

Dr Ludwik Zembruski,
ordynator oddziału chirurgicznego.

O ile współczesna sterylizacja materiałów opatrunkowych i narzędzi chirurgicznych wogóle odpowiada całkowicie swemu zadaniu, o tyle w szczególności wyjaławianie narzędzi ostrych jak oto: noży i nożyczek, dalekiem jest dotychczas jeszcze od doskonałości. Metody, któremi posiłkujemy się obecnie do odkażania noży chirurgicznych, jedno z dwojga, albo czynią zadość zasadom aseptyki, lecz sprowadzają tępość narzędzi, albo też okazują się praktycznymi pod względem technicznym, t. j. zachowania ostrości noży, a zato nie są w stanie zadowolić wymagań współczesnej aseptyki.

Do sposobów pierwszej kategorii zaliczyć należy gotowanie oraz sterylizację zapomocą pary i gorącego powietrza. Wszystkie te zabiegi sprowadzają jednak stępienie noży, *resp.* nożyczek, które wskutek tego stają się nieodpowiednimi do użytku. Nie pomagają tutaj ani dodawanie sody, ani owijanie ostrzy wata; nadto odkażanie zapomocą gorącego powietrza przy 150°—180° wymaga około dwóch godzin czasu.

Do metod drugiej kategorii należą usiłowania, wkraczające właściwie w dziedzinę antyseptyki, a mianowicie, odkażanie noży w takich płynach, jak spirytus 55°—60°-owy, spirytus mydlany, karbol, formol i t. p. Sposoby powyższe nie wpływają wprawdzie ujemnie na ostrość noży, lecz albo nie odpowiadają swemu celowi pod względem bakteriologicznym, t. j. nie dają

absolutnej pewności odkażenia [jak to stwierdziły badania GERSON'a, SCHUMBURG'a i innych], albo też wymagają dla swego przeprowadzenia tak wiele czasu [np. zapomocą pary formalinowej], że okazują się wysoce niepraktycznymi.

W zesz. I-ym t. 77 pisma „*Archiv f. klin. Chirurgie*“ wydrukowana została praca GROSSE'go, w której autor podaje opis przyrządu do sterylizacji noży [własnego pomysłu]. Przyrząd ów ma odpowiadać obu ważnym zadaniom, t. j. noże ulegają w nim jakoby zupełnemu odkażeniu, a przytem nie tracą nic pod względem swej ostrości. Sterylizator GROSSE'go nie jest wcale skomplikowany, składa się bowiem z wielkiej szklanej „próbówki“, zatykanej korkiem zwyczajnym, zaopatrzoną w łańcuszek, który łączy się z drutem, spiralnie okręconym wokoło samej próbówki. Do wnętrza tej ostatniej wsuwa się stalową podstawkę z ułożonymi na niej szeregiem nożami i po zatkaniu korkiem, cały przyrząd umieszcza się w parze wodnej bieżącej, w położeniu poziomem. Czynnikiem odkażającym w przyrządzie ma być ta niewielka, minimalna ilość pary wodnej, którą zawiera powietrze we wnętrzu próbówki, a która przy ochłodzeniu, skraplając się, osiada tylko na wewnętrznej powierzchni próbówki, noże zaś pozostają suchymi. To ostatnie zjawisko tłumaczy się różnicą w stopniu nagrzewania się szkła i metalu. Umieszczony w środowisku pary o 100° C, resp. 98° C, przyrząd ten najpóźniej po 10-u minutach ma sprowadzać zupełną jałowość noży. GROSSE dowodzi, że gronkowce giną w nim po 3-ch minutach, a zarodniki węglików po 8-u minutach.

Rzekomy fakt, że drobnoustroje i tak odporne zarodniki, jak np. węglkowe giną po 8 — 10 - minutowem przebywaniu w ogrzanej do 98° powietrzu, zawierającym ślady pary, jak to dowodzi GROSSE, wydał mi się mało przekonującym. Wiadomo bowiem z licznych doświadczeń bakteriologicznych, że najodporniejsze z pomiędzy zarodników węglików wytrzymują nawet 12 minut w parze 100° i to bieżącej, czyli swobodnie wypływającej do atmosfery pod zwykłym ciśnieniem. Postanowiłem zatem sprawdzić doświadczenia GROSSE'go z oryginalnym przyrządem jego pomysłu w pracowni chemiczno - bakteriologicznej szpitala Dziecięcego, przy łaskawym udziale kol. SZERYPY, zarządzającego pracownią. Wykonaliśmy ogółem 95 doświadczeń z lasecznikami węglików (*b. anthracis*), z gronkowcami, paciorkowcami, lasecznikami czerwonego kartofla (*b. mesentericus ruber*) i tężca (*b. tetani*). Do doświadczeń posiłkowaliśmy się bądź zwykłymi nożami chirurgicznymi, bądź też blaszkami z nowego srebra w postaci cienkich listewek, mających długości 10 — 12 ctm., a szerokości 1 ctm. Noże okazały się mniej praktycznymi z tego względu, że wokoło nich w bulionie tworzyły się osady, przedstawiające połączenia soli żelaza, które, jak to i GROSSE zauważył, symulowały męty, zależne od rozwoju drobnoustrojów. Wprawdzie można męty tego rodzaju usunąć przez dodanie do pożywki bulionowej kilku kropel kwasu solnego, lecz z drugiej strony noże, a szczególnie ich ostrza tak rdzewieją i niszczą się po parodniowym przebywaniu w bulionie, że postanowiliśmy po kilku próbach posiłkować się w myśl GROSSE'go płytkami z nowego srebra. Płytki takie, w istocie, nie dają żadnych osadów i nie niszczą się tak szybko, a pod względem fizykalnym [przewodnictwa cie-

plą] różnią się tak nieznacznie od stali, że ta mała różnica nie mogła wywie-
rać wpływu widocznego na przebieg doświadczeń.

Noże, a raczej ich ostrza lub płytki nowosrebrne zakażone hodowlą dro-
bnoustrojów, umieszczaliśmy w przyrządzie GROSSE'go na różny przeciąg czasu,
poczynając od 3-ch minut, potem na 5, 8, 10, 12, aż do 30-u minut, a nawet
dłużej, zależnie od rodzaju drobnoustrojów i ich odporności. Z przyrządu po
dokonanej w ten sposób sterylizacji próbnej przenosiliśmy noże, *resp.* blaszki
nowosrebrne w całości do bulionowych pożywek na przeciąg dni 4-ch do 6-u.
Nadmienię przytem, że w całej prawie seryi doświadczeń trzymaliśmy się ści-
śle wskazówek autora, w niektórych zaś tylko razach czyniliśmy pewne, acz-
kolwiek nieznaczne, zmiany. Tak np. GROSSE przed zakażeniem wyjaławiał
listewki nowosrebrne na płytkach PETRI'ego w sterylizatorze powietrznym,
my zaś prócz tego sposobu posiłkowaliśmy się płomieniem gazowym lub goto-
waniem, wreszcie najczęściej zamiast oblewania listewek hodowlą bulionową,
jak to czynił autor, pocieraliśmy je hodowlami agarowemi. Co zaś do szkla-
nej próbówki, to po skończonem doświadczeniu odkażaliśmy ją razem z przy-
rządem korkowym i podstawką w parze bieżącej, a przed następnem doświadcze-
niem umieszczaliśmy zazwyczaj przyrząd w sterylizatorze powietrznym. Celem
porównania stosowaliśmy oczyszczanie zakażonych noży spirytusem mydlanym
i eterem, poczem przenosiliśmy je wprost do bulionu. Każda hodowla, która
braną była do doświadczenia, podlegała zawsze badaniu kontrolującemu. Nie-
kiedy noże i płytki potarte lub oblane hodowlą wysuszaliśmy wpierw w termo-
stacie, w innych razach umieszczaliśmy bezpośrednio w przyrządzie GROSSE'go,
co pozostawało bez żadnego wpływu na wyniki badań.

Przyrząd GROSSE'go, zawierający na podstawie noże lub płytki zakażone,
i szczelnie zatknięty korkiem, ustawialiśmy w zwykłym sterylizatorze do nar-
zędzi, na t. zw. koziółku z drutu, nad poziomem gotującej się wody, w parze
mającej 98° do 98,5°, co stwierdzaliśmy przy pomocy termometru, umieszczone-
go w pokrywie sterylizatora. Chwila, od której rozpoczynaliśmy liczyć począ-
tek sterylizacji była ta, kiedy rtęć w termometrze dosięgła 98°. Po wydoby-
ciu przyrządu ze sterylizatora można było po chwili zauważyć, że
w istocie wewnętrzna powierzchnia szkła pokrytą bywała w paru miejscach
skroploną parą, ale zaledwie w postaci leciutkiej rosy, noże natomiast i płytki
były zawsze zupełnie suche.

Wyniki doświadczeń, które na tem miejscu podaję w zarysach ogólnych,
były następujące:

1) Noże, wzięte wprost z szafki z narzędziami, zawierały na sobie, jak
się okazało po przeprowadzeniu stosownych badań¹⁾, laski mało charaktery-
styczne, ziarniki [koki], a nawet gronkowce.

2) Noże, wzięte wprost z szafy i umyte czystemi rękami zapomocą waty
wyjałowionej, najpierw spirytusem mydlanym, następnie eterem, okazały się ja-
owymi.

¹⁾ t. j. przez otrzymywanie hodowli i następane badanie pod mikroskopem.

3) Noże, umieszczone w przyrządzie GROSSE'go wprost z szafy bez uprzedniego oczyszczania na przeciąg 5-u minut, ulegały odkażeniu.

4) 25 doświadczeń wykonaliśmy z lasecznikiem wąglika (*bacillus anthracis*), przyczem posiłkowaliśmy się hodowlami świeżymi i starymi z zarodnikami. Z doświadczeń tych wynika, że lasecznik wspomniany wyrostł na pożywce bulionowej po 30- a nawet 45-minutowej sterylizacji.

U w a g a: nóż, zakażony wąglikiem i umieszczony w parze bieżącej, ulegał odkażeniu po upływie 8-u — 10-u minut. Prócz tego, noże wyjałowione i następnie zakażone hodowlą l. wąglika, poczem umyte dokładnie spirytusem mydlanym i eterem, bezpośrednio przeniesione do bulionu, okazały się jałowymi w dwóch przypadkach, w jednym zaś wyjałowieniu nie uległy.

5) Na paciorkowce (*streptococcus pyogenes*) przypadło 23 doświadczeń. Z tych ostatnich wynika, że paciorkowce ginęły niekiedy już po 5-u minutach w przyrządzie GROSSE'go, zwykle zaś dopiero po 10-minutowej sterylizacji.

Noże jałowe, zakażone hodowlą paciorkowca i oczyszczone zapomocą spirytusu mydlanego i eteru, ulegały odkażeniu bez zastosowania sterylizacji.

6) Z gronkowcami (*staphylococcus*) przerobiliśmy 17 doświadczeń i okazało się, że w niektórych razach drobnoustroje te ginęły po 15-minutowej sterylizacji, w innych razach po 10-u minutach, albo nawet po 5-u, zależnie, oczywiście, od stopnia wytrzymałości hodowli.

Noże wyjałowione, zakażone gronkowcami, myte następnie spirytusem mydlanym i eterem, umieszczone następnie w bulionie, wogóle okazały się jałowymi, prócz jednego razu, w którym nie otrzymaliśmy w ten sposób odkażenia.

7) Na lasecznika tężca (*bacillus tetani*) przypada 6 doświadczeń, przyczem posiłkowaliśmy się hodowlą słabą. Wynik był taki, że lasecznik ten nie zginął nawet po 30-minutowej sterylizacji w przyrządzie GROSSE'go.

Prócz powyższych, wykonaliśmy jeszcze kilka doświadczeń identycznych z lasecznikiem czerwonego kartofla (*b. mesentericus ruber*) więcej przez ciekawość, aniżeli ze względów praktycznych. Oczywiście bowiem, jeśli w przyrządzie GROSSE'go nie ginęły nie tylko po 10-u minutach, ale nawet po 15-u i 30-u minutach laseczniki tężca i wąglika, to z góry należało przypuszczać, że tem bardziej nie zginie l. czerwonego kartofla, którego zarodniki odznaczają się znacznie większą odpornością. I w samej rzeczy, lasecznik ten nie ginął nawet po godzinnej sterylizacji.

Wobec otrzymanych przez nas wyników, a niezgodnych z tymi, do których doszedł sam GROSSE, przyrządu jego bezwzględnie polecać, naszym zdaniem, nie podobna, ponieważ nie daje gwarancyi istotnego odkażenia noży w przeciągu czasu przeciętnego, który zwykliśmy poświęcać procedurze ste-

rylizacyjnej narzędzi chirurgicznych i materiałów opatrunkowych. Stwierdziliśmy bowiem, że w przyrządzie GROSSE'go giną mało odporne drobnoustroje po 10-u, a nawet po 5-u minutach, lecz zarazki i zarodniki, odznaczające się znaczną odpornością wyrastały zwykle na podłożu bulionowem nawet po $\frac{1}{2}$ -godzinnej sterylizacji.

Sam GROSSE doradza swój przyrząd dla narzędzi niezbyt zakażonych i nie przeczy potrzebie uprzedniego mechanicznego ich oczyszczenia. Przekonaliśmy się jednak, jak to widać z powyższego, że i mechaniczne oczyszczenie, np. przy pomocy spirytusu mydlanego i eteru, niezawsze też usuwa zarazki doszczętnie z noży, a tem bardziej może się okazać niedostatecznem w stosunku do nożyczek, ze względu na zamki tych ostatnich. Z drugiej strony, niezrozumiałem się wydaje, co za różnicę może stanowić dla sterylizacji zakażenie noży w mniejszym lub większym stopniu? Zdaje się, że najważniejszą chyba jest w tym razie złośliwość, *resp.* odporność zarazka, a nie jego ilość. Nie o to tu jednak właściwie chodzi, lecz o ten fakt, przez nas skonstatowany, że wbrew przekonaniu GROSSE'go, niektóre drobnoustroje i to bardziej złośliwe, z którymi chirurgowie mogą mieć do czynienia podczas swych zabiegów, nie giną w jego przyrządzie nie tylko po 10-u minutach, lecz i po znacznie dłuższym czasie. Zapewne, we wzorowo urządzonych salach operacyjnych, t. zw. aseptycznych, posiadających zupełnie osobne pomieszczenie i oddzielny komplet narzędzi, przyrząd GROSSE'go może oddać usługi, w każdym jednak razie, sterylizację należałoby stosować w nim dłużej aniżeli 10 minut. W braku zaś podobnych urządzeń, jak i do celów poliklinicznych, ambulatoryjnych i t. p., przyrząd omawiany nie jest odpowiedni.

W przypadkach, w których mamy do czynienia z ranami zakażonemi w wyższym stopniu, a szczególnie wrzasku podejrzenia na obecność laseczniaka węgla lub tężca, nie pozostaje tymczasem nic innego, jak tylko natychmiastowe po zabiegu wygotowywanie, narówni z innemi narzędziami, noży i nożyczek, rezygnując na razie z ich dłuższej użyteczności.

Co się dotyczy strony technicznej noży, odkazanych sposobem GROSSE'go, to przekonaliśmy się, że ten rodzaj sterylizacji nawet w ciągu 20-u i więcej minut bynajmniej na stan ostrzy wpływu ujemnego nie wywiera.

II. Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu eklampsji porodowej.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy Instytutu Położniczego w Warszawie.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. w dniu 22.V. 1906 r.].

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 43].

Kolega **GASZYŃSKI**, również w roku 1902 ogłosił w „Medycynie“ jedenaście przypadków eklampsji porodowej.

Autor przebiega kilka teorii o powstawaniu tego cierpienia, mówi o leczeniu zapobiegawczem, potępia używanie morfiny i innych narkotyków. Kładąc nacisk na leczenie zasadnicze, autor twierdzi, iż ono musi się odbywać w dwóch kierunkach: należy usunąć źródło toksyn, oraz same toksyny, we krwi nagromadzone.

Do spełnienia pierwszego zadania służy szybkie ukończenie porodu, im prędzej bowiem ukończymy poród i płód usuniemy, tem prędzej ustroj pozbędzie się źródła toksyn; za „znakomity środek“ pomocniczy do uskutecznienia powyższego uważa autor metreuryzę, czyli wprowadzenie zwykłego kolpeuryntera do macicy.

Omawiając kwestyę usunięcia toksyn ze krwi, autor zaznacza, iż w sprawie podołania temu zadaniu „jesteśmy w warunkach daleko gorszych“. O wartości weneseky wyraża się dość powściągliwie, gdyż, mówi dalej, aczkolwiek przez wenesekę możemy wprawdzie usunąć pewną ilość toksyn z ustroju, to jednakże jednocześnie usuwamy najcenniejszy dla organizmu materiał, jakim jest krew. To też autor jest zwolennikiem stosowania w eklampsji t. zw. przepłukania ustroju fizjologicznym roztworem soli po wydobyciu płodu.

Będąc zwolennikiem przedewszystkiem możliwie szybkiego ukończenia porodu, autor we wszystkich własnych dziesięciu przypadkach, zarówno u pierwszastek, jak i u wieloródek, zawsze wprowadzał balon do macicy, poczem dokonywał zasadniczo obrotu na nóżki.

W zależności od leczenia, jakiego autor użył, przypadki autora można podzielić na 4 grupy:

w trzech tedy przypadkach autor ograniczył się wyłącznie do rozwiązania;

w trzech innych, po dokonaniu rozwiązania, użyto samych wlewań solnych; do tej grupy zaliczyć należy jeden jeszcze przypadek, gdzie wlewanie zastosowano śród przygotowań do rozwiązania;

w trzech następnych przypadkach po operacyjnem rozwiązaniu dokonano wenesekcji i wlewań;

wreszcie raz jeden rozpoczęto leczenie od upustu i wlewania, potem zaś dopiero przyspieszono rozwiązanie na drodze operacyjnej.

Ocenę praktycznej wartości wprowadzania do macicy zwykłego kolpeuryntera w celu otrzymania większego, *resp.* dostatecznego otwarcia ust macicy celem dokonania tych, lub innych zabiegów operacyjnych — podaje na innym miejscu pracy niniejszej.

Za szybkim rozwiązaniem gorąco wypowiada się i BUMM.

Ogłoszona przez niego w roku 1903 kazuistyka obejmuje 112 przypadków eklampsji, przez autora spostrzeganych i do samego końca przeprowadzonych.

Nie posiadając dotąd pewnego środka do wyleczenia eklampsji, musimy, zdaniem BUMM'a, używać narkotyków w tych razach, gdy przy ich współdziałaniu może być dokonane szybkie, bez bólu i bez podrażnienia chorej rozwiązanie; to samo stosuje się do przypadków eklampsji porodowej.

Natomiast w przypadkach ciężkich, powikłanych utratą przytomności i bezwładnością, gdy napady wybuchają w ciąży lub w samym początku porodu, morfina raczej pogłębi tylko jeszcze śpiączkę i może przyspieszyć porażenie czynności serca i płuc.

Nie zachwyca autora również upust krwi i wlewania solne, mające pozostałą w organizmie krew rozcieńczyć, aż do pozbawienia jej charakteru trującego. Obok morfiny i zabiegów, zwiększających pocenie się, użył autor w 9-u ciężkich przypadkach zespołu upustu krwi z wlewaniem solnemi, lecz wynik był wysoce niepomysłny: ilość moczu nie powiększyła się, objawy mózgowe nie ustąpiły; z tych dziewięciu chorych zmarło sześć. Bliższego opisu tych przypadków, ze szczegółowem przytoczeniem warunków, w jakich omawiany zespół stosowano, w pracy BUMM'a nie znajdujemy.

Nie odmawiając wartości upustu dla krążenia i oddechu u chorych pełno-krwistych, z zaczynającą się sinicą, BUMM twierdzi, iż na sprawę usunięcia przejawów eklampsji zarówno upust, jak i przepłukiwanie organizmu rozczywnami soli kuchennej wpływu nie mają. To też na mocy spostrzeżeń z lat ostatnich, autor oczekuje dobrych wyników od natychmiastowego uwolnienia zawartości macicy i wierzy, iż przy takim sposobie postępowania lekarskiego znakomicie zmniejszy się śmiertelność matek.

Z drugiej strony, autor nie przeczy, iż w tych przypadkach, gdzie zatrucie doprowadziło do ciężkich zmian nekrotycznych w wątrobie i nerkach, gdzie powstały wylewy do mózgu, gdzie śpiączka jest długotrwałą i nastąpiło ciężkie porażenie czynności płuc — nawet i rozwiązanie nie okaże żadnej pomocy.

Wreszcie, w jednym z ustępów swojej pracy, BUMM przyznaje w odpowiednich przypadkach pierwszeństwo cięciu cesarskiemu pochwowemu przed cięciem brzuszem.

Poglądy, wręcz przeciwne zasadniczym twierdzeniom BUMM'a wypowiedział w roku 1904 KROEMER.

Autor ten zaznacza, iż PFANNENSTIEL, stosując wyczekująco-zachowawcze leczenie w eklampsyi, z liczby trzydziestu kilku swoich chorych, spostrzeganych od roku 1889 do 1902, nie stracił ani jednej. Również i w klinice giseńskiej w ciągu lat 3-eh, przy tym sposobie postępowania lekarskiego nie zmarła ani jedna chora. Z liczby spostrzeganych w owej klinice ostatnimi czasy 50-u przypadków eklampsyi, KROEMER przytacza 2 nadzwyczajnie ciężkie przypadki, podając szczegółowy opis ich przebiegu i leczenia.

W pierwszym — u pierwiastki — z małym otwarciem macicy, zastosowano: przepłukanie żołądka, upust krwi, gorącą kąpiel [od 36 — 40° C], zawijanie w koce, kąpiel elektryczną, lód na głowę; po pewnym czasie rozszerzono ujście macicy przyrządem Bossi'ego i wydobyto płód po uprzedniej perforacyi. Po porodzie użyto podskórnych wlewań solnych i głębokich wlewań do kiszek; powtórzono następnie przemycie żołądka. Autor jest przekonany, iż usunięcie zawartości macicy w powyższym przypadku zupełnie nie grało roli czynnika, mającego ocalić życie chorej, i jest pewien, iż pacjentka zmarłaby, gdyby stosowanie środków, zmierzających do „ulżenia nerkom“ i do **o d t r u c i a** organizmu, choć na krótko było przerwane.

W drugim przypadku — również u pierwiastki — wystąpiła eklampsya na 3 tygodnie przed końcem ciąży. Oprócz kąpeli, koców, upustu i głębokich wlewań do kiszek zastosowano przed porodem wlewania solne pod skórę, założono kolpeurynter do pochwy. Po pewnym czasie założono balon do macicy, przemyto żołądek i wreszcie w uspieniu eterowem, na 3-ci dzień trwania choroby, wydobyto płód kleszczami.

Uważając eklampsję za wynik zatrucia organizmu matki, autor żąda stosowania wspomnianych zabiegów, mających na celu usunięcie jadu przez pobudzenie wydzielania się potu, przemywanie żołądka i kiszek, wreszcie — przez upust, infuzye i transfuzye. Na usunięcie zawartości macicy w eklampsyi autor patrzy, jako na pewną tylko część leczenia i twierdzi, iż rozwiązanie, zastosowane bez leczenia ogólnego, nie wystarczy [samo przez się] do ocalenia chorej. Przeprowadzona celowo oszczędzająca, zachowawcza metoda daje, zdaniem autora, najwspanialsze wyniki i musi pozostać normą postępowania lekarskiego; że w wyjątkowych razach należy wystąpić czynnie — o tem nikt nie wątpi, choć autor, jak dotąd, ani razu nie był zmuszony do stosowania cięcia cesarskiego pochwowego.

Narkotyków w klinice w Gisenie w zasadzie nie stosują; natomiast — wobec stanu manjakałnego chorych — są tam stosowane małe dawki hyoscyny.

Czy powyższą, wielce złożoną metodę leczniczą, stosowano w całej rozciągłości i w mniej ciężkich przypadkach eklampsyi, *resp.* w każdym bez wyjątku przypadku tego cierpienia, czy też posiłkowano się tylko pewnymi, poszczególnymi — praca KROEMER'a nie wyjaśnia.

W roku 1904 ogłosiłem moją **k a z u i s t y k ę**, obejmującą 23 przypadki eklampsyi, spostrzegane przeze mnie w roku 1902, 1903 i części 1904 w Warszawskim Instytucie położniczym.

Śmiertelność matek w tem cierpieniu, obserwowana przeze mnie we wspomnianym Instytucie od roku 1895, dochodziła w poszczególnych latach do 40, a nawet 60 i więcej %. To też, objąwszy w roku 1902 stanowisko ordynatora etatowego, zmieniłem dotychczasowy sposób postępowania lekarskiego przy omawianem cierpieniu, polegający przedewszystkiem na obfitem podawaniu morfiny i chloralu, w pewnych razach — na przyspieszeniu rozwiązania i t. d.

Wychodząc z powszechnie znanego i prawie powszechnie uznawanego założenia, iż eklampsja stanowi swoiste samozatrucie organizmu, zacząłem zasadniczo stosować wenesekcyę i wlewania solne, usilnie zalecane przez wielu autorów obcych, którzy mieli spostrzegać przypadki nawet bardzo ciężkich drgawek, wyleczonych dzięki używaniu wspomnianej metody. Do pracy w zaznaczonym kierunku przystąpiłem wraz z gronem kolegów, tem skwapliwiej, iż od roku 1886, czyli ukończenia się kadencji KUNIEWICZA, zjawiała się po raz pierwszy możność korzystania z całkowitego materiału Instytutu.

Chore moje podzieliłem na dwie kategorie. Do pierwszej zaliczyłem 19 chorych, z których 18 przybyło do kliniki bez otwarcia macicy lub z otwarciem minimalnem, a więc na 1 — 1½ palca. Wrazie zjawiającego się ponownie choćby jednego napadu drgawek i wrazie napiętego tętna chorej, dokonywałem we wszystkich tych przypadkach przedewszystkiem upustu. Po odseparowaniu *venae medianae* lub niekiedy jednej z żył na grzbiecie ręki, jeżeli odnaleźć *v. medianam* było trudno, przecinałem żyłę ukośnie, ujawszy ją szczypcami; krwi upuszczałem od 200,0—500,0, średnio około 2-ch szklanek; na przeciętą żyłę stosowałem zwykły opatrunek uciskający. Po upuszczeniu zaraz wlewałem podskórnie od razu 800,0 — do 1000,0 fizyologicznego roztworu soli kuchennej, poczem chorą zawijano w koce, na głowę zaś kładziono worek z lodem. W kocach pozostawiano chorą tak długo, dopóki nie otrzymano dogodnych warunków do nieszkodliwego przyspieszenia rozwiązania, co zwykle następowało po kilku, a niekiedy kilkunastu godzinach. Przez czas pozostawiania chorych w kocach, zmienianych co 4 — 6 godzin, powtarzano co czas pewien wlewania solne w ilości od 400,0 do 600,0 *pro dosi*, pod skórę.

Zwracano baczną uwagę na zbytne rzucanie się chorej w kocach, co wskazywało na wzmagające się bóle porodowe; wtedy, nie zwłócząc, przystępowano do badania wewnętrznego, *resp.* do operacyi.

Następujący przypadek dowodzi, że przestroga ta nie jest zbyt cenna: mianowicie, po usunięciu koców znaleziono tym razem wśród bioder urodzoną główkę płodu, aczkolwiek chorą — pierwiastkę — zawinięto w koce przy bardzo małym otwarciu ust macicznych, i nie zdążono przetrzymać w kocach nawet kilku godzin.

Macicę, przy rozpoczętej już akcji porodowej, znajdowałem *sub eclampsia* prawie stale w skurczu; to też po pewnym czasie otrzymywałem odpowiednie mniej więcej warunki do stosownych zabiegów operacyjnych. Przewodzącą część płodu, wobec tak wzmózonej pracy porodowej, znajdowałem najczęściej ustaloną we wchodzie lub w próżni miednicy małej.

Wobec powyższych danych zastosowałem: kleszcze sześć razy, wyciskanie płodu sposobem KRISTELLER'a trzy razy, *extractionem foetus* — po urodzeniu się pośladków siłami natury — w trzech przypadkach; w pięciu chore urodziły same i zaledwie tylko w dwu można było dokonać obrotu płodu na nóżki.

Co się tyczy otwarcia macicy—do użycia instrumentu Bossi'ego nie byłem ani razu zmuszony; natomiast już przy otwarciu na trzy palce z całą swobodą nakładałem kleszcze na główkę we wchodzie się znajdującą lub tylko mocno do wchodu miednicy małej przyciśniętą i ani razu nie miałem pęknięcia szyjki, sięgającego wyżej niż do sklepienia: były to więc pęknięcia *portionis vaginalis*, które spotykamy i przy normalnym porodzie.

Śmiertelność dzieci była prawie przeciętna, w podręcznikach podawana.

Ilość wypuszczanego moczu u wszystkich prawie chorych była bardzo mała, nierzadko ani kropli; w moczu stale znajdowano białko od $4\frac{1}{2}\%$ do 8% .

Po rozwiązaniu nie układano chorej w koce przynajmniej w ciągu pierwszej doby, w obawie przeoczenia atonii macicy, dobrze zresztą zwykle skurczonej; od dnia drugiego aż do czasu odzyskania przytomności chorą znowu zawijano. Przez cały okres poporodowy, dopóki tętno chorej było przyspieszone i drobne, i nadal stosowano wlewania solne w ilości do 1000,0 *pro die* pod skórę, z chwilą zaś odzyskania przytomności podawano sól *per anum* co 2 godziny szklanekę roztworu.

Pożywienie stanowiło przeważnie mleko; poza tem postępowanie było zwykłe. W razie rozkładania się w pochwie odchodów, używano [w obawie łatwiejszego zatrucia chorej] do przepłukiwań pochwowych słabego roztworu *Kalii hypermanganici* zamiast sublimatu.

Do kategorii drugiej zaliczyłem trzy chore, przywiezione do kliniki z otwarciem zupełnem lub prawie zupełnem i jedną jeszcze o wybitnie mniej ciężkim przebiegu cierpienia. W tych czterech przypadkach upustu nie stosowałem; natomiast u trzech chorych wobec dostatecznego otwarcia macicy zaraz przystąpiłem do rozwiązania: w dwu nałożyłem kleszcze, u jednej chorej płód wydalono sposobem KRISTELLER'a. Po rozwiązaniu i wyciśnięciu odklejonego łożyska nie starałem się w tych przypadkach o utrzymanie stałego skurczu macicy, przeciwnie nie zapobiegałem nieco większemu odpływowi krwi, a wszystko to w tym celu, by sztuczny upust zastąpić naturalnym. Poza tem postępowanie moje z tą kategorią chorych podczas porodu i położu w niczem nie różniło się od postępowania z chorymi kategorii pierwszej.

Dodać tutaj muszę, iż stosowanie weneseceji po rozwiązaniu uważam w zasadzie za zupełnie zbytęczne, skoro bowiem przez upust chcemy usunąć pewną ilość toksyn z ustroju i otrzymać zmniejszenie ciśnienia, to cel powyższy wypełni [choć niekiedy może w mniejszej mierze] krwawienie, jakie przy porodzie występuje. Z tego względu sędzę, iż można dokonywać weneseceji po porodzie tylko wtedy, kiedy pomimo rozwiązania tętno i nadal pozostaje napięte. Jak ponęca doświadczenie, przypadki takie są bardzo rzadkie.

W żadnym z 23-ch moich przypadków nie użyłem morfiny i chloralu, nie chciałem bowiem dodawać nowego jadu już zatrutemu organizmowi.

W sprawie przebiegu cierpienia uwydatniłem, co następuje: upust krwi prawie wcale nie wpływał na zmniejszenie liczby napadów drgawek, okres trwania poszczególnych napadów wogóle nie był krótszy; natomiast — dzięki upustowi i wlewaniom — tętno chorych z wyjątkiem, oczywiście, 3-ch przypadków śmiertelnych, nie stawało się słabsze, nie zjawiały się rżenia, istniejące zaś już nie powiększały się, nie występowała też groźna sinica twarzy.

Po rozwiązaniu tylko u 5-u chorych nie powtórzyły się napady; niekiedy zaś liczba napadów po porodzie dochodziła do 33, a nawet 40, odpowiednie chore jednak przy życiu zostały. Ilość moczu po porodzie bywała stosunkowo wprost olbrzymią.

Z liczby trzech chorych, które zmarły, u dwu ciepłota ciała sięgała 39,4° i 39,8, czego nigdy nie spotykałem u chorych, które wyzdrowiały; jedna ze wspomnianych dwu chorych była jedyną z liczby 23-ch, u której był poród bliźniaczy i łożysko stosunkowo duże. Trzecia chora zmarła prawdopodobnie wskutek usypiania przedoperacyjnego po podaniu zaledwie kilku kropel chloroformu; przypuszczenie to wydaje mi się zupełnie słusznem wobec wybitnie ciężko upośledzonej w danym razie czynności serca chorej.

Inne szczegóły o każdej chorej umieściłem w dwu odpowiednich tablicach; dodam tylko, iż wśród 23-ch chorych 21 było pierwiastek i 2 wieloródki. W pracy mojej zaznaczyłem, iż niema lekkich przypadków eklampsji, ponieważ pozornie lekko przebiegający przypadek może zakończyć się śmiercią. Na dowód powyższego mógłbym przytoczyć przypadek, nie objęty moją kazuistyką, a spostrzegany przeze mnie również w Instytucie. Wobec zaledwie kilku napadów drgawek i zadowalającego stanu ogólnego w przytoczonym przypadku nie stosowano żadnych zabiegów leczniczych, tymczasem chora wśród pozornie wyborowego przebiegu cierpienia nagle podczas napadu drgawek zadusiła się. Od tej pory przestałem dzielić przypadki eklampsji na ciężkie i lekkie.

Każdy przypadek eklampsji, jako przypadek ciężkiego cierpienia, musi być leczony od pierwszej chwili. Jak dotąd — nie posiadamy żadnego radykalnego środka, czy zabiegu, będącego w stanie zawsze eklampsję przerwać lub przebieg jej uczynić mniej ciężkim, a więc mniej niebezpiecznym; nawet względnie wczesne rozwiązanie niezawsze do celu prowadzi. To też na dotknięty tem cierpieniem ustrój musimy od chwili pierwszych przejawów choroby działać systematycznie całym szeregiem zabiegów, ich kombinacją.

Szereg ten składa się z upustu krwi, wlewania fizyologicznego roztworu soli kuchennej, zawijania chorych w koce, możliwie wczesnego rozwiązania i t. d. Dominujące jednak, bo najwięcej celowe znaczenie ma obok wstrzykiwania roztworu soli — upust krwi; zasadniczo wszędzie też od niego zacząć powinniśmy leczenie. W tych tylko [zresztą wyjątkowych] przypadkach, kiedy możemy w sposób zupełnie nieszkodliwy chorą natychmiast rozwiązać, zastępujemy sztuczny upust krwi naturalnym. Wspomniane zabiegi racjonalnie stosowane, a mające na celu przedewszystkiem uwolnienie zatrutej krwi

choć z części substancji trujących, podnoszą siłę samoobrony organizmu w walce z zatruciem, stanowiąc ciągłą pomoc z zewnątrz. W tych warunkach organizm może, jak poucza doświadczenie, skutecznie walczyć z zatruciem pomimo nieznikania groźnych przejawów cierpienia, walczyć zaś może dlatego, iż ogólny stan ustroju nie pogarsza się — co właśnie stanowi kwintesencję dodatniego wpływu opisanej metody postępowania lekarskiego. Wobec zaś powyższego ze spokojem możemy wyczekać czas pewien na wytworzenie się warunków możliwie nieszkodliwego, bo możliwie do fizyologicznego zbliżonego przyspieszenia rozwiązania.

W przypadkach z wybitnie upośledzoną działalnością serca [znaczna sinica twarzy, obrzęk płuc, mnóstwo rzeżeń] rozwiązanie dokonać należy bez uspienia chloroformowego w obawie o nagłą śmierć chorej. Istotnie: założenie kleszczy, wymóżdżenie, wydobycie płodu za nóżki — zabiegi trwające niekiedy bardzo krótko, nie koniecznie wymagają uspienia; pewną trudność nastęrczyć może tylko dokonanie obrotu; gdyby jednakże okazało się, iż wobec dogodnych wogóle warunków do wykonania obrotu brak uspienia nieco przeszkadza, a to wskutek odruchowego kurczenia się macicy po wprowadzeniu do niej ręki, nie zawahałbym się raczej dokonać przedziurawienia płodu, gdyż w podobnych wyjątkowo ciężkich przypadkach prawie niepodobna liczyć na zachowanie życia dziecka, natomiast uniknąć mogę wielkiego niebezpieczeństwa, jakie dla matki stanowi uspienie.

Tak przedstawia się w piśmiennictwie kwestya wenesekcyi i wlewań przeciw eklampsyi.

W sprawie pomocy położniczej zarówno wśród autorów, których prace rozpatrzyłem, jak i obecnie prawie powszechnie wypowiedane jest zdanie, iż w leczeniu eklampsyi porodowej na pierwszym miejscu postawić należy jeśli już nie natychmiastowe, to przynajmniej możliwie wczesne i szybkie ukończenie porodu; z chwilą bowiem usunięcia zawartości macicy zostanie usunięte i źródło toksyn, eklampsyę wywołujących. Nie sądźmy jednak, aby już i znacznie dawniej nie było zwolenników wysoce czynnego postępowania w eklampsyi, choć inne wtedy panowały poglądy o istocie tego cierpienia. Pomijając autorów obcych, znajdujemy w pracy MIŁOSZA, umieszczonej w Tygodniku Lekarskim warszawskim z roku 1855, zdanie następujące: „Szybkie rozwiązanie dziecko i matkę ocaliło nieraz; stąd rada u jednych bezwarunkowa, u drugich warunkowa, aby poród sztuczny bezzwłocznie uskutecznić“. Nie brak jednak i stanowczych przeciwników powyższych twierdzeń: wystarczy przypomnieć CHARPENTIER'a i TWEEDY'ego.

[C. d. n.]

III. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 43].

Śmierć nastąpiła w kilku przypadkach po upływie 12-u godzin, 2-ch—4-ch dni, w kilku zaś po 3-ch—4-ch tygodniach, a nawet w spostrzeżeniu CIECHOMSKIEGO po 6-u miesiącach. Jedno tylko zejście śmiertelne możnaby wiązać z wykonaniem operacyi, mianowicie przy dwuczasowej cholecystostomii chory zmarł skutkiem zgorzeli woreczka przed otworzeniem tegoż; gdyby operacya była wykonana jednocześnie, może być bardzo, że uratowałaby chorego. W przypadkach kamicy, powiklanej rakiem pęcherzyka, śmierć nastąpiła po upływie 2-ch—3-ch miesięcy po operacyi i operacya nie miała żadnego wpływu na zejście niepomyślne.

Wszystkie zatem zejścia śmiertelne odnoszą się do przypadków bardzo ciężkich; chorzy wyniszczeni długotrwałem cierpieniem, zatruciem organizmu skutkiem wstrzymania odpływu żółci, ze zmianami w wątrobie i trzustce, a także skutkiem posocznicy, rozwiniętej w całej pełni do operacyi, zbyt późno byli poddawani leczeniu chirurgicznemu.

Wycinanie pęcherzyka żółciowego w zestawieniu mojem wykonano u nas 14 razy z 3-a wynikami niepomyślnymi.

W przypadku prof. KOSIŃSKIEGO [sposzrz. 1] *cholecystectomy* była stosowana skutkiem długotrwałej sprawy ropnej w woreczku; chora zmarła po upływie 40-u godzin po operacyi przy objawach ropnego zapalenia otrzewnej. Jest to jedna z pierwszych operacyi, wykonanych u nas na drogach żółciowych.

Drugi przypadek [sposzrz. 10] wycięcia pęcherzyka żółciowego, zakończony śmiercią, dotyczył chorej 62-letniej, wyniszczonej mocno cierpieniem, trwającem już 10 lat. Chora zmarła 3-go dnia po operacyi przy objawach zapaści. Badanie pośmiertne wykazało ograniczone zapalenie otrzewnej, które powstało skutkiem wylewania się zakażonej żółci przez uszkodzony *ductus hepaticus*.

W 3-im przypadku [sposzrz. 16], dotyczącym 75-letniej staruszki, po wycięciu woreczka żółciowego śmierć nastąpiła w kilka dni, przyczyna jej jednak nie jest zaznaczona.

Nie będę się tu zatrzymywał nad historią rozwoju cholecystostomii i cholecystektomii i nad wskazaniami do nich, które szczegółowo opracowali: MATLAKOWSKI, DROBA, SZUMAN i inni, zwrócić tu jednak muszę uwagę na pewne zmiany w technice operacyjnej, wprowadzone przez naszych chirurgów. Już w r. 1887 ZIELEWICZ, natrafiwszy na znaczne zrosty pęcherzyka żółciowego, skutkiem czego nie mógł go wyciąć, ułatwił sobie sprawę przez podwiązanie *ductus cystici* i przecięcie go, przez co pęcherzyk bez trudu można było przyszyć do ściany brzucha; tym sposobem oszczędził chorej niemilego dodatku przetoki żółciowej. ZIELEWICZ, podając opis operacji wykonanej przez siebie, dodaje: „czy według tej metody już kto przedemną operował, nie jest mi wiadomo, w każdym razie rzecz warta dalszych doświadczeń“. RYDYGIER ¹⁾ w roku następnym w notatce: „W sprawie chirurgii dróg żółciowych“ objaśnia, że sposób postępowania ZIELEWICZA już był przed nim proponowany przez CAMPAIGNAC'a (*Journ. hebdom. t. II. 1829*). Nie zmniejsza to jednak zasługi naszego chirurga, który nie wiedząc nic o operacji wymyślonej przez CAMPAIGNAC'a, sam starał się przez podobną operację ułatwić przyszywanie pęcherzyka oraz uwolnić chorą od przetoki żółciowej.

W roku 1903 na jednym z posiedzeń Warsz. Tow. Lek. [30-go czerweca] BR. SAWICKI mówił o przypadku wycięcia pęcherzyka żółciowego swoją metodą [sposotr. 91], którą postaram się przedstawić według słów autora.

W przypadkach, mówi SAWICKI, w których pęcherzyk żółciowy jest mało zmieniony, pozostawiam go, wszywając w ścianę brzuszną i drenując sączkiem gumowym. Natomiast stale usuwam pęcherzyk żółciowy tam, gdzie znajduję na jego śluzówce owrzodzenia lub bliznowate przewężenia, zwłaszcza na przejściu pęcherzyka w przewód pęcherzykowy. W tych ostatnich przypadkach postępuję w taki sposób. Po uwolnieniu pęcherzyka od zrostów, przecinam dolną ścianę jego, a wrazie potrzeby i dolną ścianę przewodu pęcherzykowego. Usunąwszy kamienie chwytam szczypcami brzezi powłoki otrzewnej pęcherzyka i oddzielam od niej ścianę tegoż aż do *ductus cysticus*. W większości przypadków udaje się tym sposobem na tępo wyłuszczyć cały pęcherzyk bezkrwawo. Po usunięciu pęcherzyka pozostaje tylko rozcięta jego pochwa otrzewna. Teraz zaszywam szwem jedno- lub dwupiętrowym część dośrodkową otworu w pochwie, pozostawiając niezaszytą część obwodową. W tem miejscu przyszywam brzezi otworu do otrzewnej ściennej i wprowadzam do wnętrza pochwy pasek gazy jodoformowej. W podobny sposób postępuję i tam, gdzie wypadnie przedrenować przewód wątrobowy. W takim razie sączek wypuszczam na zewnątrz przez obszytą na nim pochwę pęcherzyka. W niektórych razach wyłuszczenie pęcherzyka w powyższy sposób nie udaje się. Dotyczy to tych właśnie przypadków, w których ściana pęcherzyka jest bardzo krucha i rwie się łatwo. Wtedy, jeżeli to możliwe, obcinam część pęcherzyka, w pozostałej zaś części usuwam przy pomocy noża lub nożyczek śluzówkę, a dalej postępuję jak wyżej.

¹⁾ RYDYGIER. Przegląd Lekarski. 1888 r. N. 4, str. 60.

SAWICKI ograniczył się tylko do komunikatu w Tow. Lek. w Warszawie, nie uważał za odpowiednie podania więcej szczegółowego opisu sposobu postępowania dla szerszego koła chirurgów i doczekał się, że w trzy lata potem w r. 1906 prof. WITZEL w piśmie „*Zentralblatt f. Chir.*“ N. 32 ogłosił artykuł: „W sprawie wyłuszczenia pęcherzyka żółciowego“, w którym zwraca uwagę na warunki czysto anatomiczne, znacznie ułatwiające usunięcie pęcherzyka. Woreczek żółciowy jest otoczony luźną tkanką łączną, pozwalającą na zwiększenie się jego objętości podczas wypełniania go żółcią; ta właśnie luźna tkanka łączna ułatwia wyłuszczenie. Przy wyłuszczeniu WITZEL postępuje podobnie jak SAWICKI, różnica tylko polega na tem, że WITZEL zaszywa pochwę całkowicie ponad kikutem i *ductu cystico*, SAWICKI zaś zaszywa tylko część pochwy, resztę wszywa w ranę brzuszną i tamponuje lub drenuje, co, według zdania SAWICKIEGO, jest bezpieczniejsze, a gojenia nie przedłuża wiele.

WITZEL prawdopodobnie nie odczytuje protokołów posiedzeń Tow. Lek. Warszawskiego, o komunikacie zatem SAWICKIEGO w r. 1903 nic nie wiedział; na drodze badań przyszedł do tych wniosków, co i SAWICKI i ogłosił nową metodę wyłuszczenia pęcherzyka żółciowego, która od 3-ich lat jest już znana u nas; metoda ta będzie nosiła zapewne nazwę metody WITZEL'a, właściwie zaś powinna pozostać metodą SAWICKIEGO.

Tak mało dbamy o własne dorobki naukowe i zawsze damy się wyprzedzić obcym!

Wracam jednak do wyników naszych zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej.

Cholecystoenterostomia, stosowana przez nas 11 razy, dała 4 zejścia śmiertelne, wszystkie spostrzegane przez OBALIŃSKIEGO. W jednym przypadku [spoztrz. 19] śmierć nastąpiła drugiego dnia po operacji skutkiem rozpoczynającego się rozlanego zapalenia otrzewnej, zapalenia płuc, a także ropnego zajęcia przewodów żółciowych. Operacja zatem była wykonana wobec rozwiniętego *cholangitidis purulentae*.

W drugim spostrzeżeniu [№ 20] zejście śmiertelne nastąpiło 4-go dnia po operacji skutkiem *cholaemiae, cirrhosis hepatis*, krwotoków do kiszek, wyniszczenia.

Trzeci chory zmarł w kilka miesięcy po operacji [spoztrz. 21]; w tym przypadku był guz trzustki, który uciskał *ductum choledochum*. Nakoniec czwarty wynik niepomyślny nastąpił po 12-u dniach po operacji skutkiem wyniszczenia chorego, spowodowanego przez nowotwór trzustki i żołądka.

Dwa ostatnie zatem spostrzeżenia nie powinny być brane w rachubę przy ocenianiu wyników po zespoleniu pęcherzyka żółciowego z jelitem.

Wogóle materyał nasz dotyczący cholecystoenterostomii nie pozwala na wyprowadzenie wniosków co do wartości, dodatnich i ujemnych stron samego zabiegu.

Toż samo stosuje się do *choledochotomii*, której wykonaliśmy siedm z 3 zejściami śmiertelnymi.

Z dwóch spostrzeżeń KRAJEWSKIEGO w jednym śmierć nastąpiła skut-

kiem posocznicy, a w drugim—skutkiem nowotworu złośliwego. W spostrzeżeniu zaś GABSZEWICZA chora zmarła po 24-ch dniach z przyczyny zmian w trzustce.

Tylko 2 spostrzeżenia są opisane szczegółowo, GABSZEWICZA i moje, o pozostałych zaledwie mamy luźne wzmianki.

W celu ułatwienia sączkowania dróg żółciowych, które odgrywa tak wielką rolę wobec żółci zakażonej, DĘBOWSKI z Wilna podał swój sposób drenowania w r. 1899 w piśmie „*Centralblatt f. Chirurgie*”. N. 40, p. 1081—1083 (*Zur Drainage der Gellenwege*).

Ku zmartwieniu mojemu pracy tej nie mogłem odszukać w języku polskim, może nawet jej niema.

Celem uniknięcia załamywania się przewodów żółciowych przy drenowaniu i zwężeniu ich światła DĘBOWSKI proponuje zastosowanie osobnego przyrządu. Przyrząd ten składa się z dwóch długich półcylindrów, na których końcach znajdują się krótkie poprzeczne rurki metalowe, zaopatrzone w dreny gumowe. Dreny te wprowadza się w przecięty przewód, jeden w kierunku ku *duodenum*, a drugi—ku *d. hepatico*; wtedy z 2-ch półcylindrów D. tworzy jeden cylinder i utrzymuje w tej pozycji zapomocą odpowiedniej zasuwki. Czy w rzeczy samej tego rodzaju dren stanowi ułatwienie, trudno mi orzec, należałoby go zastosować w szeregu przypadków i, opierając się na wynikach, wydać sąd o nim.

Jeżeli dołączyć do przytoczonych powyżej wyników niepomyślnych trzy przypadki śmierci, podane przez KADERA, po zabiegach chirurgicznych na drogach żółciowych w kamicy [bez uwzględnienia jednak samego zabiegu], to otrzymamy, że na 132-ch chorych operowanych zmarło 31, t. j. niemal 23,5%. Odsetka ta jest niezmiernie wielka, zmniejszy się jednak, jeżeli odliczymy nowotwory złośliwe, które zajmują pokaźną liczbę. Nie można również jedną miarę przystosowywać do różnorodnych powikłań w kamicy żółciowej: inną odsetkę dadzą przypadki *cholecystididis septicae*, a inną *empyema vesicae felleae*; znacznie lepsze wyniki da *cholecystitis calculosa*, aniżeli też sama sprawa, wikłana przez ropne zajęcie dróg żółciowych; gorsze bez porównania rokowanie mamy wobec szerzenia się sprawy zapalnej na części otaczające, co powodować może zgorzel woreczka, zapalenie otrzewnej niekiedy śmiertelne, liczne zrosty, przedziurawienia kiszek i t. d.. Dlatego też ogólna tak wysoka liczba zejść niepomyślnych po zabiegach chirurgicznych na drogach żółciowych nie powinna nas zniechęcać. Należy jednak zrobić obrachunek, czy tak wysoka odsetka śmiertelności zależała od nas, jako wykonawców. Szczegółowe rozpatrzenie materiału nie ujawniło winy chirurgów.

Wykazanie tak smutnych wyników jest dla mnie tylko dowodem, że do rąk chirurgów dostawał się materiał bardzo ciężki, przypadki niezmiernie długo trwające, z daleko posuniętymi zmianami, tak w drogach żółciowych, jak i narządach sąsiednich, chorzy częstokroć wyniszczeni przez posocnicę, cholemię, chorzy, którym nawet mistrzowsko dokonana operacja nie mogła podtrzymać dogasającego życia, czego wymowną ilustracją jest spostrzeżenie GABSZEWICZA.

Rozpatrując całe tak szczupłe nasze piśmiennictwo odnośne, pomimowoli nasuwa się pytanie, dlaczego u nas w tak małym zakresie stosuje się leczenie chirurgiczne w kamicy żółciowej. Czy mamy wogóle mało chorych na kamicy żółciową, czy też chirurdzy niezbyt dostatecznie uświadamiali internistów o wynikach zabiegów chirurgicznych i nie umieli wzbudzić zaufania do operacji, czy też poglądy naszych internistów na sprawę kamicy tak różnią się od poglądów chirurgów, i dlatego podczas leczenia główny nacisk interniści kładą na środki wewnętrzne i tylko w wyjątkowo ciężkich przypadkach, kiedy już chory nie ma nic do stracenia, kierują go do chirurga.

Sprawa podobna była już poruszana w prasie rosyjskiej w 1905 r. przez KUZNIECOWA ¹⁾, który zwrócił uwagę na bardzo małą liczbę operacji, gdyż DJAKONOW do r. 1903 zebrał zaledwie 46 przypadków operowanych i ogłoszonych przez chirurgów rosyjskich. KUZNIECOW upatruje przyczynę tej wstrzeźliwości w operowaniu w mniejszem rozpowszechnieniu się kamicy w Rosyi, oraz w odmiennem zapatrywaniu się praktyków rosyjskich na sprawę kamicy, a szczególnie na wskazania do interwencji chirurgicznej.

U nas w r. 1893 JAWDYŃSKI ²⁾ wspomina, że przypadki operacji na drogach żółciowych należą do wielkich rzadkości; „niewątpliwie jednak, dodaje, w miarę jak lekarze wewnętrzni poznajamiać się będą z coraz świetniejszymi wynikami chirurgii dróg żółciowych, i liczba przypadków operowanych wzrastać będzie”. Wzrastanie to jednak szło bardzo wolno aż do ostatnich lat, gdyż za cały okres niemal 20-letni od roku 1887, w którym ogłoszono pierwsze spostrzeżenia, do chwili obecnej posiadamy zaledwie wiadomości o 132-ch chorych.

Jakkolwiek przypuszczenie to, że u nas jest mniej chorych na kamicy żółciową, może być prawdopodobne, nie sędzę, aby była zbyt znaczna różnica pomiędzy odsetką chorych na kamicy żółciową u nas i u Niemców na przykład, których, według RIEDL'a, około 2000000 cierpi na kamienie żółciowe. Nasi anatomo - patolodzy spotykają często na sekcjach kamienie żółciowe, u każdego 5-go—10-go trupa znajdują się kamienie, chociaż nie jest to jeszcze dowodem, aby dany osobnik miał objawy kamicy. Interniści nasi również jednogłośnie świadczą, że kamica żółciowa u nas nie należy do rzadkości. W szpitalach widzimy chorych z kamicy żółciową, nie stanowią oni wyjątków, rzadko jednak tylko trafiają na oddziały chirurgiczne.

Schorzenia dróg żółciowych u nas na przykład w Warszawie wogóle mało były uwzględniane w wykazach statystycznych; niema nawet w wykazach urzędowych działu cierpień wątroby i dróg żółciowych, wszystko zapisywało się w dziale: *cholelithiasis, icterus, gastroduodenitis*. Z tych wykazów przytaczam kilka danych:

w roku 1900 z ogólnej liczby 32377-u chorych w szpitalach warszawskich

¹⁾ KUZNIECOW. K woprosu o chirurgiczieskom lecenii zabolewani żółecznych putiej. Russkij Wracz. 1905. N. 5, 6, 7.

²⁾ JAWDYŃSKI. Przyczynak do chirurgii dróg żółciowych. Przegląd Chirurgiczny. 1893, str. 12.

leczyło się skutkiem wyżej wymienionych cierpień 814-u, wyzdrowiało 669-u, zmarło 92-ch;

w roku 1902 ogólna liczba wynosiła 32565, a w niej chorych z *cholelithiasis*, *icterus*, *gastroduodenitis* było 957-u, z pomiędzy których wyzdrowiało 760-u, zmarło 123-ch;

w roku 1904 z 35816-u chorych było 279-u pod wskazaną rubryką, wyzdrowienie zaznaczono w 216 przypadkach, a śmierć w 32-ch.

Z 3-ch lat z ogólnej liczby 100758-u leczyło się chorych wskazanej kategorii 2050, z pomiędzy nich wyzdrowiało 1636-u, zmarło 247.

Na 100000 zatem leczonych w szpitalach warszawskich mieliśmy 200) chorych z cierpieniem wątroby lub dróg żółciowych. Jeżeli przypuścić, że za ledwie połowa zależała od kamicy żółciowej, to otrzymamy 1000 chorych, co stanowi 1%; przypuścimy, że z tej liczby za ledwie czwarta część nadawała się do leczenia chirurgicznego, to w samej Warszawie mielibyśmy w szpitalach naszych za wskazane trzy lata 250 operacji. Tymczasem jakże daleko jesteśmy od rzeczywistości.

Liczby te jednak nie są ściśle, gdyż nikomu nie było potrzebne wykazanie częstości kamicy żółciowej u nas, w każdym razie dają one pojęcie, że kamica żółciowa nie należy nawet w praktyce szpitalnej do rzadkości, że mała liczba operacji nie jest usprawiedliwiona zbyt małym rozpowszechnieniem cierpienia.

Już pierwsze prace chirurgów polskich w zakresie leczenia na drodze operacyjnej kamicy żółciowej oprócz dokładnego opisu operacji odnośnych podawały umotywowane wskazania do zabiegów chirurgicznych. Tak, ZAGÓRSKI, MATLAKOWSKI, JAWDYŃSKI, BUKOWSKI gorąco sprawą tą się zajmowali, lecz, chociaż prace ich budziły zainteresowanie i wywoływały dyskusje na posiedzeniach Towarzystw lekarskich, nie zdołały jednak wpoić przekonania, aby chirurg częściej miał do czynienia przy kamicy żółciowej. Liczba operowanych przez nich przypadków za ledwie dosięgała 15-u, nie mogła też imponować wielce internistom, którzy często bardzo widzieli wyniki dodatnie w kamicy żółciowej bez udziału chirurgów.

W r. 1899 DROBA występuje z materiałem operacyjnym prof. OBALIŃSKIEGO, obejmującym 20 spostrzeżeń. Materiał to już wcale pokaźny, pozwała on DROBIE na krytyczne rozpatrzenie wskazań do operacji i ocenienie wartości samych zabiegów. DROBA sądzi, że przy wcześniejszem stosowaniu operacji „liczba ogólnej śmiertelności operowanej kamicy żółciowej zejdzie tak nisko, że przekona do siebie internistów, od których współdziałania bardzo wiele w tej sprawie zależy.

Na IX-ym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w 1900 r. sprawa leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej weszła na porządek dzienny. W tej kwestyi ze strony chirurgów zabierali głos KRAJEWSKI i SZUMAN.

KRAJEWSKI przedstawił wtedy wyniki własnych operacji, dokonanych na 30-u osobnikach. Tak stosunkowo bogaty materiał dał możność KRAJEWSKIEMU wypowiedzenia szeregu uwag co do samych zabiegów na drogach żółciowych, jak i wskazań do tychże przy kamicy. Operować należy według

KRAJEWSKIEGO tam: 1) gdzie jest obawa, że zakażenie będzie się coraz bardziej rozszerzało, 2) gdzie leczenie wewnętrzne nie pomaga, 3) gdzie jest kompletne zamknięcie woreczka, 4) gdzie są zrosty woreczka z otoczeniem, 5) gdzie jest przebiecie dróg żółciowych. Nie powinno się operować: 1) wobec ostrego zamknięcia przewodu wspólnego, 2) wobec słabych i rzadko się powtarzających zapaleń woreczka, 3) wobec skutecznych napadów kolki.

Szkoda wielka, że KRAJEWSKI pracy swojej nie ogłosił drukiem, a skąpe dane czerpać musimy tylko z Dziennika Zjazdu.

SZUMAN miał na owe czasy 13 przypadków operowanej przez siebie kamicy żółciowej i przychodzi do przekonania, że wobec bezsilności środków wewnętrznych nie należy czasu tracić na długie ich próbowanie ¹⁾.

W pięknie obróbjonej pracy swojej „Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych ²⁾”, w streszczeniu komunikowanej również na IX-ym Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich, SZUMAN przedstawia współczesny stan chirurgii dróg żółciowych z uwzględnieniem całkowitej literatury polskiej; nie tylko go zajmują wskazania do operacji, metody operowania, ale także sprawa powstawania kamicy oraz zmiany anatomo-patologiczne.

W następnej swej pracy „Kilka uwag o rozgraniczeniu wskazań do cholecystostomii i do wycięcia pęcherzyka żółciowego” ³⁾. SZUMAN już nie powraca wogóle do kwestyi wskazań, lecz stara się udowodnić, że w kamicy żółciowej:

1) najczęściej wystarczy otworzenie i sączkowanie pęcherzyka żółciowego,

2) w cięższych przypadkach usuwać należy pęcherzyk wraz z *d. cystico* według KEHR'a i sączkować *d. hepaticum*,

3) wobec niedrożności przewodu wspólnego skutkiem zarośnięcia (*atresia choledochi*), wycinanie pęcherzyka jest przeciwwskazane,

4) wobec zanikłego pęcherzyka wykonywać choledochostomię z sączkowaniem,

5) cholecystektomię stosować, gdy pęcherzyk jest schorzały lub gdy mamy długotrwałą przetokę śluzową pooperacyjną.

KADER jeszcze w roku 1900 nawoływał do wczesnego operowania, uznając za racjonalny zabieg chirurgiczny już po 3-im napadzie.

W roku 1903 na XIII-ym Zjeździe chirurgów polskich KADER mówił o „Chorobach wątroby i dróg żółciowych”; starał się wtedy ustalić wskazania do operowania w kamicy. Według niego, należy przystępować do operacji: 1) po pierwszym napadzie, jeśli wystąpiły objawy zakażenia, albo wobec długotrwałych silnych bólów i żółci (cholaemia);

2) wobec żółtaczk, trwającej dłużej niż 3 miesiące, nawet w braku ostrych podrażnień;

1) Dziennik IX-go Zjazdu, N. 5, str. 143. 1900.

2) Nowiny Lekarskie. 1901, str. 78, 160, 429, 495, 569.

3) Przegląd Chirurgiczny. 1903.

3) wobec często powtarzających się silniejszych kolek bez żółtaczki, bez obrzęku lub ropienia w woreczku żółciowym;

4) wobec objawów często powtarzającego się zamknięcia przewodu wątrobowego i wspólnego;

5) wobec małego, ale twardo dającego się wyczuć woreczka ze względu na niebezpieczeństwo wytworzenia się raka.

Opierając się na statystykach KEHR'a, KOERTE'go, RIEDL'a, radzi KADER w przypadkach wątpliwych operować i to w ostrych z powodu niebezpieczeństwa zakażenia, w przewlekłych dla uniknięcia powstania raka. KADER zwraca uwagę na tę okoliczność, że interniści zapóźno odsyłają chorych do chirurgów, i dlatego też odsetka śmiertelności tych przypadków jest tak wielka. „Powodem tego stanu rzeczy jest to, że wskazania internistów i chirurga z sobą się nie zgadzają, internista i chirurg powinni działać wspólnie, a nie przeszkadzać sobie, powinni się dopełniać, ale zastąpić się nie mogą. Co do siebie, to operowałyby po 2-im lub 3-im napadzie; tam gdzie się życie waha, powinno się nawet zdobyć na laparotomię, choćby próbną”¹⁾.

Takie są desiderata dzielnego współczesnego chirurga polskiego, lecz czy znalazły one oddźwięk u internistów naszych, czy wpłynęły na zmianę ich poglądów co do wskazań. Jeżeli nawet pod wpływem tych rozpraw nastąpiła pewna zmiana w zapatrywaniach internistów, to nie ujawniła się ona w pracach naszych chirurgów, gdyż od czasu XIII-go Zjazdu upływa trzeci rok, a my w piśmiennictwie naszym posiadamy zaledwie jedną kazuistyczną pracę GĄBSZEWICZA „Przypadek kamieni w przewodzie żółciowym wspólnym“, kilka demonstracji chorych w Towarzystwach lekarskich [COHNA, KADERA i ZIEMBICKIEGO], oraz wzmiankę o dwóch przypadkach, operowanych przez KRYŃSKIEGO. Być bardzo może, że znalazłoby się więcej odpowiednich przypadków, lecz o nich nie mamy żadnych wskazówek.

Krótki ten rys rozwoju chirurgii dróg żółciowych u nas wykazuje, że jakkolwiek niema pośród nas KEHR'ów, ROBSON'ów, MATO'ów, to jednak usilnie pracowaliśmy nad przyswojeniem sobie operacji, które znalazły uznanie u innych, i nie omieszkaliśmy uświadamiać szerokich kół lekarskich o współczesnym stanie tej gałęzi nauki; w pracach naszych znaleźć można odbicie całego ruchu naukowego w tym kierunku.

Chirurdzy polscy, opierając się tak na swoim własnym doświadczeniu, jak i na wynikach dodatnich otrzymanyh przez obcych, nie ominęli żadnej sposobności, aby przekonać internistów o skuteczności leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej, w tym też celu na licznych posiedzeniach i zjazdach lekarskich poruszali tę sprawę.

Usiłowania ich jednak przez długi przeciąg czasu nie mogły zmienić poglądów internistów na sprawę leczenia kamicy żółciowej, a stąd też mała nader liczba chorych była operowana.

[C. d. n.].

¹⁾ Przegląd Lekarski. 1903. N. 41, str. 587—588.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

248. Fiori. O chirurgicznym leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego w okresie ostrym.

Konieczność operowania podczas początkowego okresu zapalenia wyrostka robaczkowego stała się sprawą już przesądzoną podczas Zjazdu chirurgów niemieckich w 1905 r. Ów początkowy pierwszy okres zapalenia kończy się po 72-u godzinach od zachorowania, zdaniem zaś niektórych już 3-a doba powinna być zaliczona do okresu 2-go. Śmiertelność po operacjach w ciągu pierwszych dwóch dni wynosi 0 — 18%, w ciągu 3-go dnia do 36%. Większość chirurgów radzi powstrzymanie się od operacji, począwszy od 3-ej doby aż do ukończenia 6-u tygodni choroby z uwagi na owe 36% śmiertelności.

Autor operował w tym roku 10 przypadków zapalenia wyrostka w okresie między 3 — 17-ym dniem choroby. Jakkolwiek wszystkie przypadki były ciężkie, mimo to skończyły się pomyślnie z wyjątkiem jednego, w którym śmierć nastąpiła z przyczyny niewyjaśnionej nawet podczas badania pośmiertnego.

Autor stanowczo występuje przeciwko postępowaniu wyczekującemu w 1-ym okresie ostrego zapalenia wyrostka. Zdaniem jego, ognisko ropne nie ogranicza się, lecz przeważnie rozlewa się i daje przerzuty, wreszcie może nastąpić przedziurawienie wyrostka do narządów sąsiednich; są to wszystko niebezpieczeństwa, którym w zupełności zapobiega operacja w pierwszym okresie. W 2-im okresie warunki są pokrewne: wprawdzie po 1-ym napadzie groźnym mogą przyjść następce coraz słabsze, ale również możliwe jest, a nawet prawdopodobniejsze, że nawroty będą groźniejsze i że wreszcie przyjdzie chwila, gdy wypadnie żałować powstrzymania się od operacji; wobec ognisk ropnych lub przedziurawienia wyrostka należy, zdaniem autora, bezwarunkowo wyszukać i usunąć chory wyrostek. Rany bezwarunkowo nie należy zeszywać, gdyż nawet przy najbardziej ograniczonych zapaleniach zwykle nacieczenie surowicze może przybrać charakter ropny. W przypadkach, gdzie wyrostek jest bardzo zmieniony, a zrostów niema, autor umieszcza operowaną część kiszki w ranie i otacza ją gazą wyjałowioną. Na ostatek autor wykazuje, że w tym dziale ostatnimi czasy chirurgia zrobiła znakomite postępy, co w zupełności stwierdza statystyka przypadków autora i Biondi'ego.

(Zentr. f. Chir. 1906 Nr. 41).

A. Ciechomski.

249. A. Rittershaus. Zatory i zakrzepy naczyń kręgowych.

1) Mężczyzna 71-letni, mający wyraźną miażdżycę naczyń, od dłuższego czasu miewał bóle brzucha i wymioty; wreszcie nastąpiło nagłe pogorszenie i chory przy objawach niedrożności (*ileus*) poddał się operacji. Znaleziono zgorzel odcinka dolnego jelita cienkiego z obfitem wynaczynieniem. Zejście śmiertelne. Na sekcji stwierdzono liczne zatory gałęzi tętniczych kręzki oraz miażdżycę aorty.

2) Mężczyzna 46-letni z daleko posuniętą wadą zastawkową, zmarł wskutek niedomogi serca; na 3 dni przed śmiercią począł skarżyć się na ból w dolnej lewej połowie brzucha. Sekcja wykryła zator tętnicy krękowej dolnej i mało wybitne zmiany błony śluzowej okrężnicy zstępującej i esowej: wynaczynienia podsurowicze i przekrwienie.

Do chwili obecnej opisano około stu przypadków zatorów i zakrzepów naczyń krezkowych. Sprawa ta z małymi wyjątkami powstaje na tle zaburzeń w układzie krwionośnym. Tętnica krezkowa górna ulega zatkaniu bez porównania częściej, niż dolna.

Choroba rozpoczyna się nagłym, ostrym bólem w brzuchu; poczem następuje wzdęcie brzucha ogólne, rzadziej ograniczone, odbijanie, mdłości, wymioty krwawe lub kałowe, gromadzenie się płynu wolnego w jamie otrzewnej; ciepłota spada poniżej normy przy tętnie małym i szybkim; wypróżnienia krwawe, lub wprost krwawienia z kiszki nie w każdym przypadku się zdarzają. Rozpoznanie naogół jest trudne; ułatwić je może wystąpienie objawów zatoru innych naczyń [np. w płucach]. W dalszym przebiegu chory ginie najczęściej przy objawach zapalenia otrzewnej wskutek zgorzeli jelita. Wyleczenie możliwe jest o tyle, o ile następuje tylko częściowe zamknięcie światła tętnicy, dzięki czemu istnieje możność wytworzenia krążenia obocznego i zachowania kiszki przy życiu. Rokowanie pogarsza podeszły zazwyczaj wiek chorego.

SPRENGEL rozróżnia dwa rodzaje zmian w kiszce; mianowicie przy zatkaniu razem tętnicy i żyły ma następować zgorzel bezkrwista, przy zamknięciu światła samej tętnicy, lub samej żyły — zawał krwawy (*infarctus haemorrhagicus*); w pierwszym razie mają występować od razu objawy niedrożności i wczesne zapalenie otrzewnej; w drugim — przedewszystkiem krwawienia, a dopiero później niedrożność i zapalenie otrzewnej. Praktyka nie potwierdza tego, bardzo być może z tego względu, iż zamknięcie tętnicy i żyły nigdy prawie nie powstaje jednocześnie; najpierw mamy zator w tętnicy, a dopiero później w żyłę; to też widzimy zawały przy zamknięciu światła obu naczyń.

Zator naczyń daje zwykle obraz bardziej burzliwy, niż zakrzep, powstający przeważnie powoli. U osób starszych, cierpiących na miażdżycę tętnic, mogą się powtarzać w ciągu szeregu lat mało wybitne zaburzenia kiszkowe, zależne od zakrzepów naczyń krezkowych (*„anämische intermittierende Dysperistaltik“*).

Co się tyczy zakrzepu żylnego, to daje on te same objawy, co i tętnicy, z tą może różnicą, iż częstsze i obfitsze są przy nim krwawienia kiszkowe.

Leczenie — zwykle bezowocne — polega na wykluczeniu chorego odcinka jelita.

(*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XVI, Z. 3, 1096*).

E. Leivenstern.

250. A. Sippel. Odkazanie rąk i przestrzeganie czystości przy cięciu brzuszem.

Pierwszy warunek doprowadzenia rąk do czystości, to unikanie zanieczyszczenia ich przez ropę; to też gdy do operacji „brudnych“ używamy rękawiczek gumowych, do czystych jesteśmy w stanie odkazić ręce należycie. Autor oczyszcza swe ręce w sposób następujący, zmieniając nieco metodę FUEBRINGER'a: 3 minuty szcztokowania w wodzie gorącej z mydłem, oczyszczenie paznokci, powtórne przez 5 minut mycie w wodzie z mydłem, splukanie w wodzie bieżącej, obmywanie w ciągu 3-ch minut w alkoholu 80%-ym, wreszcie tyle minut w 1%-ym sublimacie. Z jednego płynu do drugiego należy przenosić ręce mokre, dzięki czemu wyzyskuje się własność alkoholu energicznego łączenia się z wodą w mieszaninę jednolitą w tym celu, iż płyn przedostaje się w głąb naskórka i wymywa go dokładnie.

Oczyszczanie powłok brzusznych odbywa się u S. w sposób następujący: wieczorem przed operacją zgolenie włosów i kąpiel ciepła z mydłem, wytarcie skóry terpentyną, a potem eterem nalany na watę jałową; szorować skórę na-

leży w różnych kierunkach, by trafić lepiej do wszystkich jej fałd, czyniąc to tak długo, póki tłuszcz z naskórka nie zetrze się doszczętnie; wtedy sublimat [1^o/₁₀₀] nalany na skórę zwilża ją jednolicie, wreszcie nakłada się kompres sublimatowy [1^o/₁₀₀] na całą noc. Zdejmuje się go bezpośrednio przed operacją na stole, a skórę raz jeszcze — tak samo jak wieczorem — oczyszcza się terpentyną, eterem i sublimatem. Podczas operacji kładzie się na brzuch grube prześcieradło z przecięciem, odpowiadającym ranie skórnej i przyszywa się je do brzegów cięcia skórniego, w ten sposób niemożliwe jest obsuwanie się prześcieradła i zanieczyszczanie rany przez zetknięcie z narządami płciowymi, udami, wreszcie — pępkiem [który, jak wiadomo, nie łatwo daje się dokładnie oczyścić]. Obawę swoją przed pępkiem posiwa S. tak daleko, że gdy cięcie wypada przedłużyć ponad pępek, ujmuje dookoła niego skórę w fałdę i zaszywa [na czas operacji] nad nim.

Powłoki brzuszne [łącznie ze skórą] zaszywa się katgutem trzymany w kwasie chromowym.

Przed zaszyciem brzucha polewa S. jamę otrzewnej obficie roztworem soli i zostawia w niej około litra tego płynu. Przy takim postępowaniu od roku 1894 nie miał autor ani jednego zejścia śmiertelnego po laparotomii wskutek zakażenia rany, a pierwszy opatrunek zdjęty z brzucha dnia 17-go po operacji jest zarazem ostatnim.

(*Deutsche Med. Woch.* 1906, Nr. 37).

E. Lewenstern.

WIADOMOSCI TERAPEUTYCZNE.

58. Omorol składa się z 10^o/₁₀₀-ego srebra i z ciała proteinowego. Jest to proszek żółtawy, wrażliwy na światło, nierozpuszczalny w wodzie, a rozpuszczalny w cieczach alkalicznych, białkowatych, w surowicy, w roztworze fizyologicznym soli kuchennej i t. d. Działa antyseptycznie i bakteryobójczo. Żrącego działania nie wywiera. Wskazany w leczeniu cierpień zakaźnych błony śluzowej jamy nosowogardzielowej, łącznicy oka, narządów moczowopłciowych i różnych owrzodzeń. W dyfteryście stosuje się go miejscowo [penzelkiem, wacikiem lub wdmuchiwaniami] co 1—2 godzin i jako płukanie 3^o/₁₀₀-owym roztworem w roztworze fizyologicznym soli kuchennej. Na owrzodzenia jako proszek lub 5^o/₁₀₀—20^o/₁₀₀-a maść. W tryprze zastrzykiwanie 2^o/₁₀₀-owego roztworu wodnego.

W. G.

59. Jodofan [aldehyd monojododiodki benzolu: C₆H₅I. (OH)₂. HCOH]. Proszek żółtoczerwony, bez zapachu i bez smaku, nierozpuszczalny. Działa wskutek rozszczepienia się jodformolu. Jako *desinficiens* i *antisepticum* używany do opatrywania ran i owrzodzeń (*ulcus molle*, *eczema*, *panaritium*, *furunculosis*, *vulnera*) w proszku lub maści [20^o/₁₀₀]. Nie wywołuje objawów zatrucia.

W. G.

60. Histosan, połączenie gwajakolu z białkiem kurzem [*triguajakol-albuminat*: C₇₂H₁₀₉(C₆H₄OCH₃)₃N₁₅SO₂₂]. Jest to proszek brunatny, o słabo aromatycznym zapachu i smaku, łatwo rozpuszczalny w wodzie i dlatego wygodny do stosowania [w syropie, mleku]. Wskazany, jak gwajakol, w cierpieniach płuc. Może być długo podawany, gdyż apetytu nie psuje, nie staje się wstrętnym przy dłuższem braniu. Dawka: 3 — 4 razy dziennie po 0,5. W. G.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcji Ginekologicznej d. 28-go września 1906 r.

1) J. JAWORSKI przedstawił 19-letnią kobietę z podwójną przedzieloną pochwą (*vagina septa*) i z podwójną macicą (*uterus duplex s. septus*).

Kobieta ta przed 4-ma miesiącami poroniła płód bliźniaczy $2\frac{1}{2}$ - miesięczny. Poronienie mogło być warunkowane, według zdania J., albo małą podatnością i rozciągliwością przegrody macicznej, albo nieznaczną pojemnością jednej z jam macicy. Celem uchronienia kobiety tej na przyszłość od ewentualnych poronień, JAWORSKI uważa za wskazaną operację usunięcia przegrody zarówno pochwowej, jak i macicznej i zamierza ją dokonać.

Operacji takiej dokonał z dobrym wynikiem dla następnych ciąży SCHROEDER, a opisał ten przypadek M. RUNGE.

2) STANKIEWICZ CZESŁAW przedstawił 32-letnią kobietę, u której w 5 tygodni po cięciu brzuszem i usunięciu przydatków gruczolich, w dolnej połowie blizny doraźnie zagojonych powłok brzusznych utworzyło się owrzodzenie około 2 ctm. długości i 1 ctm. szerokości, o brzegach niezupełnie równych, cokolwiek wzniesionych, o dnie pokrytem szarawą ziarniną.

Rozpoznało gruclicę powłok brzusznych; badanie mikroskopowe potwierdziło to rozpoznanie.

Mówca przedstawił usunięte jajowody, oraz preparaty drobnowidzowe.

S. przedstawił jednocześnie fotografie spostrzeganych przez siebie dwóch podobnych przypadków: a) u 14-letniej dziewczyny po cięciu brzuszem z powodu gruczicy otrzewnej i sieci b) u 30-letniej kobiety po usunięciu macicy i przydatków dotkniętych gruclicą.

W końcu mówca zwraca uwagę na uciążliwe powikłanie, którego powodem stała się drewniana podpórka pod barki, używana w położeniu TRENDLENBURG'a, a zdaniem S. zupełnie zbyteczna. U przedstawionej chorej na drugi dzień po zabiegu zauważono niedowład niemal wszystkich mięśni kończyn górnych. Kol. KOPCZYŃSKI rozpoznał sprawę, jako toksyczno-traumatyczne porażenie splotu barkowego [chloroform + ucisk o krawędź podpórki].

3) Tenże przedstawił torbiel jajnikową międzywiązadłową, wielkości mandarynki, która pomimo nadzwyczajnej cienkości ścian i mocnego zespolenia z otoczeniem, wymagającego przy wyluszczeniu prawie stałego użycia nożyczek, została usunięta bez pęknięcia.

4) MONSIORSKI Z. opowiedział dalsze losy przypadku, referowanego na majowym posiedzeniu, jako *haematocele retrouterinum spontane in vaginam ruptum*.

W kilka tygodni po opróżnieniu krwisteku znaleziono w pochwie duży guz, który rozrastał się ku górze i wkrótce wyczuwał się przez ścianę brzuszną w okolicy pachwinowej lewej. Przy cięciu brzuszem znaleziono guz, złożony z pojedynczych kulek, wielkości od ziarnka grochu do wiśni, wypełniający jamę DOUGLAS'a, zagłębienie pęcherzowo-maciczne, oraz obejmujący całe lewe przydatki i dający przerzuty w sieci. Badanie drobnowidzowe wykazało budowę raka gruczolowatego (*adenocarcinoma*) [demonstracja preparatu mikroskop.].

5) Tenże przedstawił jajowód, wycięty z powodu ciąży jajowodowej, pękniętej do przestrzeni międzywiązadłowej.

6) J. JAWORSKI wypowiedział odczyt: „O stosowaniu drożdży sterylizowanych w ginekologii“. Odczyt *in extenso* został wydrukowany w № 41 „Gazety“.

7) Zabierając głos w tej sprawie, JERZY BRUNNER zaznaczył, że dokonał kilku doświadczeń z preparatem zyminy z jednej z aptek warszawskich.

Zymina ta, badana pod mikroskopem, zawiera pojedyncze komórki drożdży, dobrze zachowane; hodowle na agarze dały wynik dodatni, przyczem rozwinęły się kolonie drożdży; zymina ta jednak nie powoduje fermentacji alkoholowej. Jest więc to przetwór drożdży nie zabitych, lecz nieczynnych. B. rozpatruje istotę działania zyminy, stosowanej w lecznictwie, przyczem nie przypuszcza, aby przetwór ten miał działać bakteryobójczo, gdyż mikroby, a zwłaszcza gonokoki gnieźdzą się wśród tkanki, gdzie żadnym wpływem bakteryobójczym ulegać nie mogą. Przypuścić raczej należy działanie chemotaktyczne na leukocyty i wzmaganie ich fagocytarnych czynności.

Hipotezę tę B. opiera na doświadczeniu, które wykonał na świnie morskiej. Do opłucnej zwierzęcia zastrzyknięto zawiesinę zyminy; po 24-ch godzinach płyn opłucny zawierał olbrzymią liczbę makro- i mikro-fagów, które wykazały *in vitro* wyraźną fagocytozę względem hodowli gronkowców. Jedno doświadczenie, naturalnie, nie rozwiązuje sprawy, w każdym razie kwestya ta, jak sądzi B., w danym kierunku powinna być badana.

Z powodu uwag kol. BRUNNERA, JAWORSKI oświadcza, że u swoich chorych stosował okazane przez siebie preparaty z zyminy dra ALBERT'a, które wyrabia królewska apteka w Dreźnie, — że preparaty z drożdży sterylizowanych, czyli z t. zw. zyminy poddawane bywają badaniu: 1) na zawartość wody, 2) na siłę fermentacyjną, 3) na siłę trawienną, 4) na obecność zarodków, *resp.* żywych komórek drożdżowych, 5) na siłę bakteryobójczą.

Już pod względem cech makroskopowych pałeczki z zyminy i pudru dra ALBERT'a różnią się od przetworów innych fabryk, J. jednak nadmienia, że siła enzymu drożdżowego ulegać może dużym wahaniom, nawet pod wpływem czynników otaczających fizycznych: ciepła, zimna, zanieczyszczenia. Może te okoliczności nie były bez wpływu ujemnego na preparat, który badał kol. BRUNNER. Co do hipotezy działania leczniczego drożdży, którą stawia kol. B., zdaniem JAWORSKIEGO zasługuje ona najzupełniej na uwagę i na dalsze badania, które mogłyby to przypuszczenie, t. j. fagocytarne działanie drożdży potwierdzić.

JAWORSKI sądzi, że w celu potwierdzenia fagocytarnego działania drożdży, możnaby powtórzyć eksperyment, wykonywany w Instytucie PASTEUR'a, z surowicami leczniczymi. Wprowadzenie do przedniej komory oka królika pewnej ilości danej hodowli bakterji, wywołuje mętlenie rogówki, słabą leukocytozę, dodanie surowicy leczniczej [ewentualnie przeciwbłoniczej, paciorkowcowej], którą w tym razie zastąpićby można drożdżami sterylizowanymi, wywołuje silny rozwój fagocytozy, t. j. pęcznienie leukocytów wskutek pochłaniania bakterji.

Na zakończenie JAWORSKI odczytał kilka wniosków, przez siebie sformułowanych, w sprawie operowania raka macicy, które mają być dyskutowane na przyszłym posiedzeniu.

M. Rytko.

Wiadomości bieżące.

— „Tygodnik Lekarski” lwowski [№ 44] donosi, iż X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich ma się odbyć „nieodwołalnie” we Lwowie w r. 1907. Na przewodniczącego wydziału gospodarczego tego Zjazdu powołała nieustająca delegacya zjazdów docenta dra WŁADYSŁAWA BYLICKIEGO.

— Członkowie [15] „Sądu koleżeńkiego” wybrani na zgromadzeniu ogólnem „Stowarzyszenia lekarzy polskich” odbyli posiedzenie organizacyjne, na którym wy-

brali na prezesa sądu kol. H. NUSBAUM, na zastępcę kol. B. JAKIMAKA, a na sekretarza kol. J. WINIARSKIEGO.

— W Sławiańsku w dowód podziękowania prof. S. S. ZALESKIEMU za jego działalność w podniesieniu tej miejscowości leczniczej, zarząd miejski, lekarze i mieszkańcy postanowili swoim kosztem ufundować Instytut kliniczny dla chorób przemiany materji i dyrektorem jego zamianować prof. S. S. ZALESKIEGO [który kiedyś był prof. chemii lekarskiej w Tomsku].

— Wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego nadał „*veniam legendi*“ z zakresu medycyny wewnętrznej dr. JÓZEFOWI LATKOWSKIEMU i dr. ERWINOWI MIĘSOWICZOWI. Oba tym kolegom, współpracownikom naszej „Gazety“, redakcja z tego powodu przesyła niniejszem okolicznościowe powinszowanie.

— W Niemczech z dniem 1-go stycznia 1907 wchodzi w zastosowanie prawo, zabraniające wyrobu, sprowadzania i sprzedaży zapalek z białego fosforu.

— Ponieważ bytność prof. BIER'a w Konstantynopolu z powodu cierpienia sultana i jego córki ma się przeciągnąć jeszcze przez miesiąc listopad, sultan więc za pośrednictwem ambasadora tureckiego w Berlinie zaprosił żonę BIER'a i dzieci do Konstantynopola, gdzie kazał dla nich przygotować mieszkanie.

— Docent prywatny w Wiedniu dr. HOLZKNECHT, zaskarżony przez chorego o wywołanie ciężkich oparzeń w okolicy krzyżowej podczas leczenia łuszczycy promieniami ROENTGEN'a, skazany został przez sąd na zapłacenie skarżącemu 35232 koron, jako odszkodowanie.

— Prof. ADAMKIEWICZ twierdzi, jak wiadomo, że komórki rakowate nie są pochodzenia nabłonkowego, jak mniemał VIRCHOW, lecz zwierzęcego. Komórki te zaszczipione zwierzętom do mózgu mają się mnożyć i tworzyć ogniska metastatyczne, gdy w tychże warunkach komórki nabłonkowe postawione obumierają. Z natury tych komórek rakowych A. wysnuł wniosek, iż mogą być one zabite sztucznie, więc rak może być uleczony. Pasożyt raka wydziela toksynę, która fizjologicznie zbliżoną do wodzianu amonu trójmetylo - winylowego. $[C_2H_3Az(CH_3)_3HO]$. A że istoty żywe zostają zabite przez swe produkta wydzielnicze [cząłowiek przez CO_2 , drobnoustroje przez swe toksyny], ADAMKIEWICZ wyrozumował, że i *coccidiae* raka nie oprą się wpływowi wymienionego środka, który zobojętniony kwasem cytrynowym i nasycony kwasem fenylowym jest podstawą „*kankroiny*“. W Akademii lekarskiej paryskiej na posiedzeniu dnia 23-go października r. b. prof. ADAMKIEWICZ dowodził, iż zabite sztucznie kankroiną komórki rakowate znikają, a przestrzenie przez nie zajęte wypełniają się drobnymi komórkami, przekształcającemi się z czasem w tkankę łączną, i to przytaczał jako dowód wyleczalności raka pod wpływem kankroiny. Obecny jednak na temże posiedzeniu LANCEREAUX przypomniał, iż zanik komórek epitelialnych nie jest dowodem anatomicznym wyleczenia raka, bo już dawniej BILLROTH zauważył, iż niektóre chore z rakiem sutek umierają w okresie, gdy w guzie jest tylko tkanka łączna, a nadto, iż zazwyczaj wysepki komórek nabłonkowych składających raka, otoczone są pasmami tkanki łącznej, która rozrastając się i naciskając na te wysepki, powoduje ich zanik tak, że i bez kankroiny nowotwór rakowaty składa się czasami tylko z tkanki łącznej. Również i prof. RECLUS wyraził się powątpiewająco o wyleczalności raka przy pomocy kankroiny.

— Nagrodę NOBEL'a 200000 franków otrzymał prof. GOLGI, rektor uniwersytetu w Pawii, znany z badań nad budową układu nerwowego.

— Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich ma zaszczyt zawiadomić Szanownych Kolegów, że ze wszystkimi interesami i zapytaniami należy się zwracać do niżej podpisanych Prezesa i Sekretarza Zarządu, tymczasowo w ich prywatnych mieszkaniach.

Prezes, Teodor Dunin, Chmielna 34.

Sekretarz, Szczęsny Bronowski, Żórawia 33.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor, Dr Wł. Gajkiewicz.