

GAZETA LEKARSKA.

I. PLASTYKA BŁONY ŚLIZOWEJ JAMY UST SPOSOBEM M. OBERST'A.¹⁾

Podał

Dr Roman Barącz [ze Lwowa].

— 3 —

Znaczne ubytki błony śluzowej jamy ust prowadzą zawsze bliznowate skurczenie policzka [szczękościsk mechaniczny], utrudniające w wysokim stopniu otwieranie ust. Szczególnie ciężkie bywają objawy szczękościsku mechanicznego, skoro ubytek taki zajmuje całą przestrzeń błony śluzowej i sięga aż do obu dziąseł, jak to ma miejsce po wyluszczeniu nowotworów. Skurczenie bliznowate bywa tu czasami tak znaczne, że, pomimo używania od czasu do czasu rozwieracza, obie szczęki bywają prawie nieruchome, a nawet dochodzi czasami do przemieszczenia zębów.

Celem zapobieżenia szczękościskowi mechanicznemu podano też różne sposoby meloplastyki.

Metody najbardziej znane są następujące.

1) Metoda GUSENBAUER'a.

GUSENBAUER²⁾ poleca pokryć ubytek błony śluzowej płatem szypułkowym, wziętym ze skóry twarzy i odwróconym skórą ku wewnątrz i pokryć ubytki w policzku, stąd powstałe, płatami bocznymi ze skóry szyi lub brody z równoczesną cheiloplastyką. W jednym przypadku, w ten sposób operowanym, a dotyczącym młodego chłopca ze skurczeniem bliznowatym błony śluzowej po zgorzeli wskutek nadużycia kalomelu, wynik pod względem ruchomości szczęki i czynności był dobrym, jednak pod względem kosmetycznym wiele pozostawiał do życzenia.

2) Metoda J. ISRAEL'a.

ISRAEL³⁾ zastąpił znaczny ubytek błony śluzowej jamy ust i skóry twarzy bardzo długim płatem, wziętym z okolicy niepokrytej włosami zdala od miejsca

¹⁾ Według wykładu, wygłoszonego na IV-tym zjeździe polskich chirurgów w Krakowie w lipcu, 1892.

²⁾ CARL GUSENBAUER. Ueber ein neues Verfahren der Stomatoplastik zur Heilung der narbigen Kieferklemme. v. LANGENBECK's Archiv. Bd. 21, str. 527.

³⁾ I. ISRAEL. Ueber einige plastische Operationen. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1887, 2, str. 85 i ISRAEL. Eine neue Methode der Wangenplastik. Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir. Beilage zum Centralbl. f. Chirurg. 1887. Nr. 25, str. 37.

ubytku, t. j. z bocznej części szyi i okolicy nadobojczykowej, sięgającym aż do obojczyka. Nasada szypułki tego płatu znajdowała się poniżej kąta szczęki dolnej na granicy porostu włosów. Płat odpreparowany odwinął ISRAEL i wszył przednią częścią w ubytek tak, że powierzchnia naskórka była zwróconą do jamy ust; brzeg górny i dolny tegoż płatu zeszył z odpowiednimi brzegami rannymi błony śluzowej. Po 17 dniach pokrył ubytek skóry policzka tylną częścią tegoż płatu, t. j. powierzchnią ziarninującą na zewnątrz zwróconą, zeszkrobał, przeciął szypułę, płat odwinął i przyszył do przedniej części tegoż; górny i dolny brzeg przyszył do brzegów ubytku po odświeżeniu tychże brzegów. Trzeci akt operacji polegał na utworzeniu kąta ust z błony śluzowej wargi górnej i dolnej; czwarty wreszcie polegał na zamknięciu szpary w tylnej części przemieszczonego płatu. Wynik był dobry.

3) Metoda HAHN'a.

E. HAHN [Berlin] ¹⁾ postąpił w podobny sposób po wyluszczeniu raka policzka. HAHN wyciął, celem pokrycia znacznego ubytku w policzku, wielki płat ze skóry klatki piersiowej, odwrócił go, wszył w ubytek, a po wrośnięciu przeciął szypułę, odwrócił płat i wszył go w część przednią tego tak, że tak policzek, jak i jama ust pokryte były naskórkiem. HAHN operował w ten sposób 4 razy z dobrym skutkiem.

4) Metoda KRASKE'go.

KRASKE [Freiburg] ²⁾ pokrył w 2 przypadkach ubytek policzka płatem, wziętym z bezpośredniego sąsiedztwa, który odpreparował tylko na $\frac{1}{2}$ ctm. przed brzegiem ubytku, zwrócił go powierzchnią naskórkową ku jamie ust, wszył w ubytek i bezpośrednio potem pokrył powierzchnię ranną płatu i ubytku następczego za pomocą przeszczepienia kawałków skóry podług THIERSCH'a. Metoda ta daje się zastosować z korzyścią tylko wtedy, jeżeli od strony skroniowej, albo wreszcie od strony ucha, albo od strony szczęki dolnej pozostał rąbek błony śluzowej; tylko w tych razach daje się bowiem płat zastępczy odwinąć, bez znacznego napięcia naczyń.

Jak z powyższego widzimy, wszystkie powyżej opisane sposoby meloplastyki polegają na pokryciu ubytku błony śluzowej płatem skórnym szypułkowym, wziętym z sąsiedztwa, a zwróconym powierzchnią naskórka ku jamie ust. Trzy sposoby, jak z powyższego się okazuje, są bardziej skomplikowane i wymagają więcej zabiegów; przy ostatnim sposobie dają się pokryć tylko mniejsze ubytki błony śluzowej. Wszystkie powyższe sposoby pozostawiają znaczne zeszpecenie twarzy, jak to ma miejsce wobec nowotworów złośliwych, zajmujących i skórę twarzy.

Do pokrycia ubytków samej błony śluzowej polecił WOELFLER ³⁾ na XVII zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1888 przeszczepianie błony śluzowej ludzkiej,

¹⁾ Ibidem.

²⁾ Ueber eine neue Methode der Wangenplastik, 61 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln. September. 1888. Centralblatt f. Chir. 1888. str. 889.

³⁾ A. WÖLFLE. Ueber die Technik und den Werth der Schleimhaut-Uebertragungen. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1888, 2, str. 167.

wziętej z innych części ciała lub błony śluzowej wziętej z innych młodych osobników lub wreszcie ze zwierząt.

Skrawki błony śluzowej takie same, jak przy przeszczepianiu skóry sposobem THIERSCH'a, brał WOELFLER najpierw z macicy wypadniętej (*prolapsus uteri*) i z wypadniętej odbytnicy (*prolapsus recti*). Te przyrastały do ran ziarninujących. Szczególnie nadawała się się do przeszczepiania błona śluzowa młodych osobników. Później użyto błony śluzowej zwierzęcej, oraz błony śluzowej żołądka żaby, przelyku gołębia i królika, błony śluzowej pęcherza z królika. Przeszczepialność błony śluzowej zwierząt na ubytki błony śluzowej ludzkiej stwierdził WOELFLER stanowczo. Przeszczepianie błony śluzowej wykonał WOELFLER w 7 przypadkach z dobrym wynikiem, a mianowicie w 3 przypadkach plastyki błony śluzowej cewki moczowej po uretrotomii zewnętrznej, w 2 przypadkach plastyki powiek, w jednym przypadku plastyki nosa i w jednym przypadku meloplastyki.

Postępowanie WOELFLER'a wydaje mi się bardziej skomplikowanem z powodu trudności uzyskania stosownego materiału; zresztą użyto go tylko przy jednej meloplastyce.

W r. 1890 ogłosił wreszcie M. OBERST ¹⁾ nowy sposób pokrywania ubytków błony śluzowej jamy ust za pomocą płatów, wziętych z błony śluzowej sąsiedniej, t. j. z wargi górnej i dolnej, wychodząc z zapatrywania, że błona śluzowa policzka, wargi górnej i dolnej nadaje się z powodu swej podatności najbardziej do tego celu. OBERST poszedł za przykładem B. LANGENBECK'a, który już 30 lat przedtem użył przy plastyce ust błony śluzowej wargi górnej do obrąbienia nowo utworzonej wargi dolnej.

Metoda OBERST'a, którą poniżej, opisując mój przypadek, podaję, zasługuje ze wszech miar na pierwszeństwo przed wyżej opisanymi sposobami, szczególnie zaś jeżeli chodzi o pokrycie ubytków samej błony śluzowej po wyluszczeniu nowotworów jamy ust.

Mój przypadek był następujący.

Dnia 25. I. 1892 zgłosiła się do mnie Justyna Szew..., licząca lat 21, wieśniaczka z Turzyłowa, podając, że przed rokiem zauważyła na błonie śluzowej policzka lewego w środku mały guz, wielkości grochu, powoli wzrastający aż do obecnych rozmiarów. W ostatnich czasach guz ten rozrósł się tak znacznie ku jamie ust, że chora nie może zbliżyć do siebie obu szeregów zębów, gdyż wypustki guza sterczą pomiędzy zębami.

W y w i a d y wykazują: ojciec i matka chorej są zdrowi, ma czworo rodzeństwa młodszego, wszyscy są zdrowi. W rodzinie chorej nigdy podobnej choroby nie zauważono.

B a d a n i e wykazuje: kobieta wzrostu średniego, o czerstwej cerze twarzy, miernie zbudowana i odżywiona. Policzek lewy wystaje znacznie z powodu

¹⁾ M. OBERST. Zur Behandlung der Wangenschleimhaut-Defecte. Deutsche medicin, Wochenschrift. 1890, Nr. 5, str. 81.

²⁾ v. LANGENBECK. Deutsche Klinik. 1885.

obręku w tymże, kształtu i wielkości jąja gęsiego [porównaj fig. 1]. Guz ten jest nieruchomy, z kośćmi twarzy zrosnięty. Powierzchnia guza jest pokryta skórą prawidłową, nad guzem z trudnością w fałdę ująć się dającą. Guz ten przy obmacywaniu jest sprężysto-twardy, miejscami płatowaty, w okolicy *fossae caninae* wydaje się być silnie z kością zrosnięty. Po otwarciu ust sterczą ku wewnątrz pomiędzy zębami nieregularne wypustki guza, wielkości orzecha laskowego i włoskiego. Przy dokładniejszym badaniu palcem okazuje się, że wypustki te wychodzą jedynie z błony śluzowej policzka, przyczem od dołu i przodu guz daje się obejść palcem, od tyłu i góry zaś dla braku miejsca skutecznie tego nie można.

Fig. 1.



Rozpoznanie: *Sarcoma buccae*.

D. 26. I. 1892 przystąpiłem do operacji w uspianiu chloroformowo-eterowem przy laskawej pomocy D-ra GŁUZIŃSKIEGO i D-ra ZIONA, przyczem przygotowałem narzędzia do ewentualnej resekcji szczęki górnej. Po ujęciu kąta lewego ust w 2 większe kleszcze PÉAN'a, poprowadziłem cięcie od kąta ust aż do nasady wyrostka licowego i wyluszczyłem część zewnętrzną nowotworu od skóry, z którą dość silnie był on zrosnięty. Następnie okuliłem go cięciem od jamy ust. Przy oddzielaniu nowotworu od trzonu szczęki górnej, z którą był zrosnięty, naddał się nowotwór, dlatego po odjęciu głównej masy tegoż

wyskrobałem części pozostałe przy trzonie szczęki łyżką ostrą, przyczem otworzyłem jamę HIGHMOR'a. Jama HIGHMOR'a okazała się wolną od nowotworu, natomiast znaczna wypustka szła ku dołowi klinowo-podniebiennemu (*fossa speno-palatina*) i pod łuk licowy. Wypustkę tą usunąłem po oddłutowaniu znacznego kawałka łuku licowego. Krwotok był dość obfity; wstrzymano go podwiązkami z katgut. Mięsień żwacz (*masseter*) ocalono. Dół klinowo-podniebienny przypalono termokauterem.

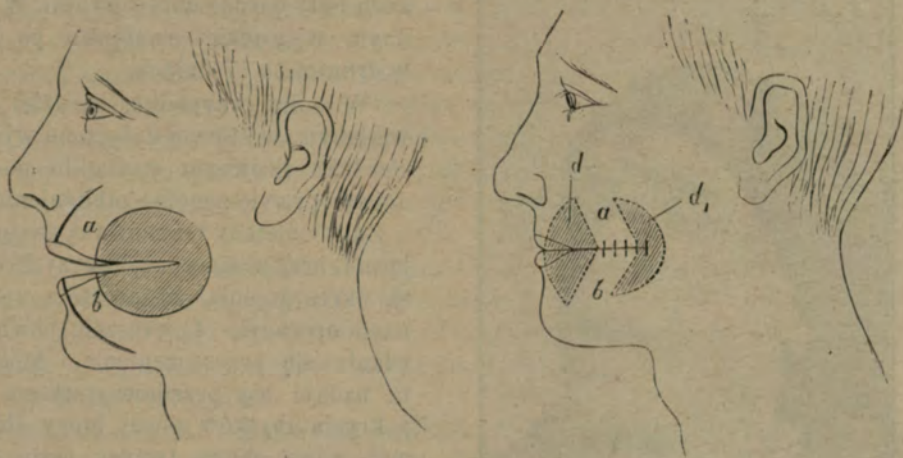
Teraz przystąpiono do plastyki błony śluzowej policzka.

W tym celu utworzyłem z sąsiedniej, przed ubytkiem położonej, części błony śluzowej, należącej przeważnie do wargi górnej i dolnej, po 2 płyty z podstawami zwróconemi ku górze i ku dołowi około 3½ ctm. szerokie [porównaj drzeworyt fig. 2 a i b], które aż do nasad odluszczyłem nożem od podstawy [tkanki podskórnej], przesunąłem na środek ubytku, rozprostowałem i zeszyłem starannie na wolnych brzegach ze sobą [por. drzeworyt fig. 2 a i b] za pomocą szwu ku-

śnierskiego, pogłębionego, z cieniutkiego jedwabiu. Jamę HIGHMOR'a i dół klinowo-podniebienny wytamponowałem długimi pasmami gazy jodoformowej, wyprowadzonemi przez usta. Ranę skórną zeszyłem zupełnie szwem materacowym i kuśnierskim, przyczem! za pomocą szwów pogłębionych z cieniutkiego

Fig. 2.

Fig. 3.



jedwabiu zeszyłem ze sobą oba płyty. W ten sposób pokryłem znacznieszą środkową część ubytku, miejsca zaś przed i poza ubytkiem położone [porów. drzeworyt fig. 3 *d* i *d*) pozostawiłem gojeniu się przez ziarninę. Nałożyłem opatrunek uciskowy z gazy jodoformowej od zewnątrz i od wewnętrznej strony policzka. Operacja trwała 1½ godziny; chora po operacji była dość znacznie osłabioną.

Wieczorem tegoż dnia nakarmiłem chorą za pomocą zgłębnika żołądkowego, od następnego zaś dnia pozwoliłem przyjmować pokarmy płynne za pomocą rurki szklanej. Jamę ust poleciłem przestrzykiwać starannie przed i po jedzeniu rozczyntem nadmanganianu potasu.

Przebieg był zupełnie pomyślny.

Dnia 9. II. 1892 usunięto tampony z jamy HIGHMOR'a i dołu klinowo-podniebiennego.

Dnia 13. II. 1892 stan następujący: rana skórną zupełnie zablizniona, chora otwiera usta i szczęki tak, że palec wskazujący swobodnie wsunąć się daje [por. fig. 4]. Rana z przodu ubytku, pozostawiona gojeniu się przez ziarninę, zablizniona. Pareza nieznaczna lewej połowy twarzy. Mowa chorej zupełnie wyraźna. Oszpecenie twarzy jest bardzo nieznaczne, ogranicza się do dołka widocznego w środku policzka i jest zupełnie niezależne od samej plastyki, tylko od powikłań operacji w tym przypadku, t. j. od wydłutowania wyrostka licowego.

Usta otwarty rozwieraczem KOENIG'a na 1½ ctm. oddalenia zębów od siebie. Polecono robić mięsienie twarzy i rozszerzanie ust korkiem, pomiędzy zęby wkładanym.

W 2 miesiące po operacji chora ma się — według doniesienia listownego — zupełnie dobrze i rozwiera szczękę na 2 ctm. oddalenia zębów siecznych od siebie.

Fig. 4.



OBERST operował w ten sposób 2 chorych z nowotworami rakowymi błony śluzowej jamy ust; w obu przypadkach były bardzo dobre wyniki. W jednym wygojenie nastąpiło po 20, w drugim po 17 dniach.

W moim przypadku, bardziej powikłanym, w którym dołączono wycięcie łuku licowego, nastąpiło po 19 dniach prawie zupełne zablźnienie.

Zalety metody OBERST'a są następujące: 1) brak zeszpecenia twarzy, 2) krótki okres gojenia, 3) prostota wykonania operacji, 4) wreszcie pewność udania się przeszczepienia. Metoda ta nadaje się przede wszystkim do pokrycia ubytków samej błony śluzowej, gdzie skóra twarzy może być utrzymana, jak to ma miejsce po wyluszczeniu nowotworów, wychodzących z jamy ust, do pokrycia ubytków po wrzodach gruźliczych i syfilitycznych. Przed 3 laty obserwowałem następujący pod względem anatomo-patologicznym nadzwyczaj ciekawy przypa-

dek, w którym przez zastosowanie nieznannej wówczas metody OBERST'a mógłbym być uniknąć skurczenia bliznowatego policzka, jakie nastąpiło.

R. W., 9-letnia dziewczynka zauważyła przed rokiem narośl brodawkową na błonie śluzowej policzka prawego. Wkrótce potem powstały nowe narośle. Lekarz, do którego matka chorej udała się o poradę, wyskrobał narośle i przypalił termokauterem. Mimo to brodawki odrosły, wskutek czego chora poddała się nowemu podobnemu zabiegowi. Ponowne odrośnięcie brodawek.

Chorą widziałem po roku od początkowych objawów choroby. B a d a n i e wykazało: dziewczynka niedokrwista, o bladej błonie śluzowej warg. Błonę śluzową policzka prawego, począwszy od 2-go aż do ostatniego zęba trzonowego, zajmują małe, twarde guziki, tuż obok siebie ułożone, od 2—5 mm. nad powierzchnią błony śluzowej wzniesione, na końcach przeświecające, zlewające się z sobą w jedno płaskie obrzmienie o powierzchni nierównej, robiące wrażenie przy dotyku jednego płaskiego, twardego nowotworu. Wobec bezskuteczności dwóch pierwszych zabiegów i wobec szybkiego rozrastania się nowotworu na części sąsiednie, przystąpiłem do wyluszczenia tegoż, ułożywszy chorą w uspieniu według sposobu Rosé'go. Dla ułatwienia sobie dostępu do nowotworu przecięłem poli-

czek od kąta ust na 5 ctm. w tył przez całą grubość tegoż. Po wstrzymaniu obfitego krwotoku z rany, okroiłem nowotwór dokoła cięciem owalnym i wyciąłem go nożyczkami możliwie głęboko. Obfity krwotok wstrzymano, podwiązując z osobna każde krwawiące naczynie. Część tylną rany wytamponowałem gazą jodoformową, przednią zeszyłem. Ranę skórną zeszyłem dokładnie.

Badanie skrawków nowotworu, stwardzonego w absolutnym wysoku, wykazało: guziki na przekroju białawe, twarde, gładkie; pod drobnowidzem jest widoczne utkanie łącznotkankowe z nielicznymi, rozsianymi kępkami drobnych, okrągłych komórek. Rozpoznanie anatomiczne: *papillomata multiplicia*.

W przypadku tym nastąpiło trwale wyleczenie, jednak z dość znacznym szczykościskiem mechanicznym z powodu twardej, niepodatnej blizny na błonie śluzowej. Bez wątpienia ruchomość policzka byłaby większą i otwieranie ust byłoby znacznie łatwiejszem, gdybym był zastosował nieznaną wówczas metodę OBERST'a.

O plastyce za pomocą przeszczepienia skóry z sąsiednich części ciała naturalnie w podobnych przypadkach myśleć nie można ze względów kosmetycznych.

W każdym razie wymienione powyżej przezemnie zalety metody OBERST'a stawiają ją wyżej od metody WOELFLER'a, która zmusza nas do wyszukiwania odpowiedniego materiału.

Metoda OBERST'a dałaby się wreszcie z korzyścią zastosować także przy ubytkach błony śluzowej jamy ust, połączonych z ubytkami skóry policzka; ubytki skóry możnaby wtedy zastąpić płatami wziętymi z sąsiedztwa.

II. Z DZIEDZINY CHIRURGII DRÓG ŻÓLCIOWYCH.

Podał

Ryszard Bukowski.

— 2-3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 26].

Badanie za pomocą dotyku winno być zawsze uzupełnione przez sondowanie (*catheterisatio*). To ostatnie polega na wprowadzeniu różnych świeczek do przewodów żółciowych, bądź dla rozpoznania przyczyny niedrożności, bądź w celu leczenia istniejących zwężeń. Aby określenie było zupełne, dodać potrzeba, iż niezbędnym warunkiem zabiegu jest uprzednie rozcięcie pęcherzyka żółciowego. Wszelkie zatem badanie za pomocą sondy przez otwór zrobiony trójgrańcem, lub przez istniejącą przetokę nie jest właściwie rękoczynem, jaki rozumiemy pod nazwą „sondowanie dróg żółciowych“. Już pierwszy PETIT, a po nim PARKES ¹⁾, WILLET ²⁾, ZAGÓRSKI, ROSÉ ³⁾, FONTAN ⁴⁾ i wielu innych zwróciło

¹⁾ A case of Cholecystotomy. Amer. Jour. of. med. scien. 1885. str. 179.

²⁾ Complete obstruction of the common bile-duct-Cholecystotomy, biliary fistula; markend improvement. Brit. med. Jour. 13 nov. 1886.

³⁾ Die conservativen Chir. des Gallenblase und das Sondiren der Gallenwege. Congr. 1890.

⁴⁾ Travaux présentés à la Soc. de chir.—Rev. de chir. 1891. str. 651.

uwagę na konieczność wykonania tego zabiegu, dla którego jednak ściślejse prawidła znajdujemy dopiero w pracy TERRIER'a i DALLY'ego ¹⁾. Trudność sondowania wyjaśni nam w zupełności niektóre warunki, jakie spotykamy w prawidłowym stanie pęcherzyka i przewodów żółciowych. Poznanie ich jest konieczne i streścić się daje w następujących punktach. 1) Otwór, prowadzący do szyjki, nie znajduje się w najniższym miejscu pęcherzyka, lecz w większości przypadków w lewej ścianie; prawa zaś tworzy rodzaj zagłębienia (*ampula*), które bywa rozszerzone do znacznych rozmiarów przez znajdujące się kamienie i przedstawia rodzaj ślepego worka (*cul-de-sac*). 2) Szyjka, kierując się ku górze i ku tyłowi, tworzy prawie pod kątem prostym dwa zgięcia, w których z zewnątrz pomieszczony jest gruczoł limfatyczny [niekiedy uznawany za kamień w przewodzie]. 3) Wewnątrz szyjki, prócz mniej ważnej zastawki tuż przy wejściu, znajdują się dwie inne półksiężycowej formy, umieszczone wprost naprzeciw siebie i przedstawiające niezwalczoną przeszkodę przy sondowaniu prawidłowego przewodu. 4) Reszta małych zastawek, prócz nieco większej na miejscu połączenia przewodu pęcherzykowego z żółciowodem, nie zasługuje na uwagę. 5) Żółciowód jest to kanał błoniasty bez zastawek, łatwy do przebycia w całej długości z wyjątkiem otworu na brodawce VATER'a. Jeżeli dodamy do tego bardzo wąskie światło przewodu pęcherzykowego, dostępne zaledwie dla nitkowatej świeczki (*bougie filiforme*), to już *a priori* wnioskować łatwo, że sondowanie prawidłowych dróg żółciowych jest niezmiernie trudne i po większej części niewykonalne. TERRIER i DALLY przeprowadzili 20 doświadczeń na trupach i zaledwie 5 razy ominęli przeszkody, nie uszkodziwszy ścianek przewodu; z sześciu zaś prób, przezemie wykonanych, jedna tylko przy użyciu cienkiej metalowej sondy dała wynik dodatni. CALOT (*l. c.*) i ROSÉ (*l. c.*) twierdzą, że u starszych osobników i u dzieci zabieg ten jest daleko łatwiejszy.

Sondowanie przewodów żółciowych, rozszerzonych wskutek wielokrotnych przejść kamieni, dałoby się skutecznie bez tak wielkich trudności, gdyby znów temu nie przeszkadzały zmiany chorobowe, jakie zwykle powstają w ściankach pęcherzyka i kanałów. HARTMANN (*l. c.*) wykazał wiele interesujących szczegółów, odnoszących się do tego przedmiotu; na przedstawianych przez niego patologicznych preparatach widzimy: że kamienie żółciowe, wpływając bezpośrednio na formę pęcherzyka, zmieniają nietylko sam otwór przewodu, lecz jednocześnie i jego umiejscowienie; że światło kanału, rozszerzone aż do uwięźniętego kamienia, niknie prawie zupełnie poniżej przeszkody; że wreszcie kilka kamieni, umieszczonych w pewnych odstępach, nadaje niekiedy inny kierunek przewodowi, lub też wytwarza ściennie zrosty, które, pomimo usunięcia przyczyny zatoru, czynią kanał całkowicie nieprzepuszczalnym. Wobec tak zawitych warunków chyba zbyt jednostronnymi wydają się poglądy DELAGÉNIER'a, WINIWARTER'a, KROENLEIN'a, MEREDITH'a i innych, którzy radzą używać tylko kateterów i zgłębników metalowych, lub też ROSÉ'go, wprowadzającego jedynie świeczki elastyczne (*cathéter noir français à bouton olivaire de petit calibre*). Mniej może jeszcze zasłu-

1) Du cathétérisme des voies biliaires. Rev. de Chir. 1891 i 1892.

gują na uwagę prawidłą, podane przez FONTAN'a, który skutecznie cały zabieg za pomocą cienkiej sondy metalowej z wielką krzywizną i, wprowadzając ją pionowo po ścianie pęcherzyka aż do otworu szyjki, skręca koniec, trzymany w ręku, najpierw na prawo, a następnie silnie w tył i ku górze. Podobne sondowanie wymagałoby nie tylko wielkiej wprawy, lecz jednocześnie pewności, że przewody żółciowe są wolne i ścianki ich zupełnie gładkie. Sumując wszystko, com dotąd powiedział, dojszć wypada do następujących wniosków: 1) Patologicznie zmienione przewody żółciowe dają się sondować znacznie łatwiej, aniżeli prawidłowe. 2) Niektóre postacie pęcherzyka i kanałów, będące następstwem stanów chorobowych, wykluczają zupełnie możliwość dokonania zabiegu. 3) Sondowanie należy przedewszystkiem dopełniać za pomocą instrumentów miękkich i cienkich (*bougie en baleine, en gomme, filiforme, tortillée, olivaire, coudée*), wrażliwe zaś, gdy to się nie udaje, używać z wielką ostrożnością tępych metalowych [katetry metalowe o wielkiej krzywiznie, świeczki ULTMANN'a, BÉNIQUÉ'go, świeczki metalowe z krótkim miękkim przewodnikiem DELAGÉNIER'a i t. d.]. 4) Zostawianie świeczek *à demeure* nie powinno mieć miejsca ze względu na groźne następstwa, jakie wywołać może. Chory FONTAN'a ¹⁾ wkrótce po zastosowaniu tego sposobu zmarł, przy objawach zapalenia otrzewnej, a sekcyja wykazała ognisko ropne w okolicy pęcherzyka i przewodów. 5) Sondowanie, podane przez PARKES'a (*l. c.*), który utworzył jamę brzuszną i pod osłoną palców przepchnął świeczkę do kiszki (*cathéterisme forcé*) jest bardzo niebezpieczne i nie we wszystkich przypadkach możliwe.

Już na początku rozdziału wspomniałem, że sondowanie stosować należy bądź w celach rozpoznawczych podczas operacji lub przy istniejących przetokach, bądź jako zabieg terapeutyczny po dokonaniem rozcięcia pęcherzyka. Kwestya niedrożności jest rzeczą pierwszorzędnej wagi, ponieważ od niej zależy wykonanie tego lub innego rękoczynu; jeżeli przewody są przepuszczalne, postępowanie nasze niczem prawie nie będzie skrępowane, w przeciwnym jednak razie poznanie miejsca i rodzaju przeszkody staje się koniecznym warunkiem dla wyboru metody operacyjnej. Ponieważ jednak niemożność wprowadzenia świeczki do przewodów żółciowych nie jest jeszcze niezbitym dowodem ich niedrożności, następny więc rękoczyn pozostanie w bezpośrednim związku z rozstrzygnięciem pytania, czy niedrożność jest pewna i nieuleczalna, czy pewna, lecz uleczalna, czy nakoniec wątpliwa. Wówczas nie tylko kierować się należy sondowaniem i badaniem ręcznym, lecz rozpatrzyć szczegółowo wszystkie dane, jakie otrzymamy z wywiadów, objawów i przebiegu sprawy chorobowej i, w niedających się rozpoznać przypadkach, zawsze uważać przewód jako nieprzepuszczalny.

Określenie charakteru przeszkody za pomocą sondy nie zawsze bywa dokładne; przy niedrożności, wywołanej kamieniem, wątpliwość zdarza się rzadko, zwężenia jednak zapalne i bliznowate, lub też spowodowane przez ucisk nowotworem, choć dają odrębne uczucie oporu, wymagają jeszcze potwierdzenia za pomocą innych środków rozpoznawczych, a szczególnie badania ręcznego.

¹⁾ Rev. de Chir. 1892. str. 157.

Sondowanie, jako zabieg leczniczy, stosowany w celu przywrócenia drożności przewodu, ma niepoślednie znaczenie nie tylko przy zwężeniach bliznowatych, lecz również przy zatkaniu kamieniem. W pierwszym razie WINIARTER¹⁾ otrzymał wynik zupełnie zadawalający po trzytygodniowym leczeniu, w drugim pomódz nam może bądź normalne sondowanie przez czas dłuższy [przypadki ROSÉ'go (*l. c.*), DELAGÉNIÈRE'a²⁾], bądź jednorazowe przepchnięcie uwięźniętego kamienia [przypadki WILLET'a (*l. c.*), FONTAN'a (*l. c.*), bądź nawet tylko jego poruszenie [przypadek PETIT'a]. Przy ucisku przewodów przez nowotwór sąsiednich narządów wszelkie próby są zwykle bezskuteczne [KAPPELER³⁾], a choćby nawet czasem się udały [przypadek ZAGÓRSKIEGO *l. c.*], to, wobec ciągłego wzrostu złośliwego guza, chyba na bardzo krótko stan chorego poprawić by mogły.

Nakoniec jeszcze na kilka szczegółów zwrócić by należało uwagę, a mianowicie: a) rękoczyn najłatwiej stosować przy bocznem cięciu ścian brzusznych (*in. lateralis*); b) w razie daremnych prób, wstrzyknąć do pęcherzyka nieco sterylizowanej oliwy, która ułatwić może wprowadzenie sondy [FONTAN]; c) ze względu na silne bóle, a nawet omdlenia (*syncope*), występujące często przy sondowaniu, zabieg powinien być bardzo delikatny i nigdy zbyt długi.

Usunięcie uwięźniętego kamienia z przewodu pęcherzykowego (*la choledolithotritie*) stanowi w wielu przypadkach rękoczyn niezmiernie trudny, który skutecznie możemy, bądź wyjmując kamień w całości łyżeczką, szpadlem, pincetą z haczykami, bądź miażdżąc go uprzednio za pomocą małego litotryba, pincety PÉAN'a, igły i t. d.. ROSÉ (*l. c.*) usunął raz kamień, wpuszczając do pęcherzyka mocny strumień wody [1% roztwór chlorku cynku]. Wszystkie te jednak sposoby przy głęboko i mocno wkliniowanych kamieniach nie prowadzą zwykle do celu tem bardziej, że z obawy uszkodzenia lub rozdarcia ścianek przewodu należy je uskuteczniać z wielką ostrożnością. Jeżeli pęcherzyk żółciowy przed otwarciem nie został przyszyty do ścian brzusznych, cały rękoczyn wykonać się daje łatwiej, pod kontrolą palców, w przeciwnym razie nie tylko jest trudniejszy, lecz i bardzo niebezpieczny. Wymownym tego dowodem jest przypadek RICHELOR'a⁴⁾, który, miażdżąc kamień pincetą, wywołał śmiertelny krwotok do jamy otrzewnej. Chora zmarła w godzinę po operacyi, a dokonana sekcya wykazała, że schwyciono nie kamień, lecz inkrustowaną ściankę przewodu i rozdarło ją wspólnie z tuż przebiegającą prawą gałęzią tętnicy wątrobowej.

W trudnych przypadkach uwięźnięcia próbować możemy cholelitytrypsyi, polegającej na zmiżdżeniu kamienia przez ścianki przewodu i przepchnięciu odłamków do kiszki lub pęcherzyka. Operacyi tej po raz pierwszy dokonał z pomyślnym wynikiem LAWSON-TAIT⁵⁾ za pomocą kleszczyków, obleczonych w miękką powłoczkę (*pince rembourrée*). THORNTON i HEUSNER⁶⁾ radzą

1) Berl. klin. Woch. 1888 n. 43.

2) Rev. de Chir. 1892. p. 163.

3) Corresp. Blatt. f. Schw. Aert. 1887. n. 17.

4) Rev. de Chir. 1892. str. 397.

5) Brit. med. Jour. 1884. str. 67.

6) Voigt. Zur Chir. der Gallenblase. Dent. med. Woch. 1890. n. 34.

wprowadzić przez ścianki przewodu ostrą igłę, za pomocą której dałoby się najpierw rozlupać kamień, a następnie dopiero skruszyć go sposobem LAWSON-TAIR'a. Oba te jednak zabiegi, stosowane bądź na przewodzie pęcherzykowym (*cholecystolithotrypsia*), bądź na żółciowodzie [*cholechoolithotrypsia*], uważane być winny jako niezbyt dokładne, a co najważniejsze—jako niebezpieczne. Nie mają one zresztą dziś wielkiego znaczenia wobec racjonalnej metody rozcięcia żółciowodu — choledochotomii.

Cholechochotomia. Operacja, poraz pierwszy wykonana przez KUEMMEL'a ¹⁾, polega na rozcięciu ścianek żółciowodu w celu wydobycia kamienia lub ciała obcego i następczem zeszytciu zranionego przewodu. W poprzednich rozdziałach poznaliśmy sposoby, skierowane bądź ku usunięciu tej przeszkody, bądź ku utworzeniu nowej drogi dla przebiegu żółci; gdy zaś pierwszy z nich niezawsze się udawał, a drugi w razie zmian w ścianach pęcherzyka był niemożliwy do wykonania, z obawy cholemii zadawano się zwykle prostą cholecystostomią i zostawiano na stałe przetokę, która całą masę żółci wydzielala na zewnątrz. Ta jedyna ucieczka przy nowotworach staje się jednak ciężkiem kalculem dla tych, którzy wskutek zatoru, wywołanego kamieniem, zmuszeni są miesiać, a nawet i lata bezustannie myśleć o przetoce. W tych więc razach bezpośrednio usunięcie przeszkody nie tylko jest wskazane, lecz obowiązujące. Niestety, zaledwie 18 zebranych dotąd przypadków nie pozwala dokładnie określić ani warunków, ani prawideł postępowania; są to zaledwie pierwsze próby, które, choć uwieńczone świetnym wynikiem [83,2% wyzdrowień], prawdziwe korzyści później dopiero wykazać mogą. Nie mówiąc o różnorodności spotykanych powikłań, już samo głębokie położenie przewodu czyni zabieg niezmiernie trudnym i nie zawsze według nakreślonych praw wykonalnym. Po otwarciu jamy brzusznej, zdaje się, najracjonalniej będzie pęcherzyk otworzyć i dokładnie oczyścić; w przypadkach, w których tego pierwotnie nie dokonano, lub starano się go wyluszczyć [KUEMMEL (*l. c.*)—REHN ²⁾], odszukanie kamieni i rozcięcie ścianek przewodu połączone było z wielkimi trudnościami. Następnie należy odszukać przeszkodę bądź za pomocą sondowania, co rzadko jest możliwe, bądź za pomocą dotyku. Ponieważ próby przepchnięcia i zmiażdżenia zwykle się nie udają, po dokładnej więc izolacji przewodu unosimy go ku górze palcem włożonym do rozziwu WINSLOW'a i rozcinamy bezpośrednio na miejscu kamienia. Z przyczyny wzrostów i głębokiego położenia przewodów i ten manewr nie zawsze jest możliwy i wówczas działamy prawie na ślepo [THORNTON *l. c.*]. Cięcie zwykle prowadzi się jedno podłużne, a w wyjątkowych tylko przypadkach [HOCHENEGG *l. c.*] kilka, odpowiednio do miejsc, gdzie znajdują się kamienie. Te ostatnie, jeżeli przez utworzone cięcie wydobyć się nie dadzą, kruszymy za pomocą igły i usuwamy kawałkami. Należy tu zauważyć, że siedliskiem kamieni jest przedewszystkiem dolny odcinek kanału blisko główki trzustki lub samej dwunastnicy, rzadziej miejsce połączenia przewodu pęcherzykowego i żółciowodu, nigdy zaś część środkowa. [TAIR w jednym przypadku wydobyl kamień

¹⁾ Zur Chir. der Gallenblase. Deut. med. Woch. 1890. n. 12.

²⁾ Verhand. der deut. Gesell. f. Chir. 20 Congr. 1891. str. 143—148.

przez cięcie w dwunastnicy]. Po usunięciu przeszkody dopełniamy przez otwór sondowania, aby przekonać się o drożności przewodu i kończymy nasz zabieg zeszcyciem rozciętej ściany, co z powodu ciągłego przeciekania żółci przedstawia duże trudności i w wielu razach nie mogło być wykonane z całą dokładnością. Szew nakłada się zwykle jednopiętrowy [4—8 szwów], czasem dwupiętrowy LEMBERT'a, czasem [THORNTON, COURVOISIER] obszywano kanał częścią sieci wielkiej. Wreszcie po dokonaniu normalnej lub, co mniej odpowiednie, idealnej cholecystotomii zawsze prawie wstawiano sączek lub zwitek gazy jodoformowej do miejsca przewodu i zaszywano jamę brzuszną. W przypadku THORNTON'a (*l. c.*) przedrenowano prócz tego jamę DOUGLAS'a; HEBUSNER (*l. c.*), aby przeszkodzić spływaniu żółci, unosił ku górze miednicę i kończył chorego, a REHN (*l. c.*) tylko i KUESTER ¹⁾ zupełnie zaszyli jamę brzuszną. Przebieg w pierwszym razie był zupełnie pomysłny, lecz KUESTER w skutek krwotoku i przeciekania żółci przez szwy w ścianie brzusznej musiał 11-go dnia powtórnie otworzyć jamę otrzewnej. W jednym przypadku COURVOISIER ²⁾ po zaszcyciu przewodu, nie będąc pewnym wydobycia wszystkich kamieni, zakończył operację utworzeniem przetoki pęcherzykowo-kiszkowej (*cholecystoenterostomia*). O takiej niekiedy konieczności mówił WINIWARDER na 20 zjeździe chirurgów w Berlinie. Prócz tego trzy razy wyluszczone całkowicie pęcherzyk [KUEMMEL (*l. c.*)], REHN (*l. c.*) i STUTSGAARD ³⁾.

Do bardzo ciekawych ze względu na formę rękoczynu i przebieg należą przypadki HOCHENEGER'a i BLAND-SUTTON'a: pierwszy z nich, po zrobieniu trzech cięć w ściankach głęboko leżącego przewodu, nie nałożył ani jednego szwu i zadowolił się tylko tamponacją; żółć wyciekała przez ścianki brzuszne w przeciągu 6 tygodni, poczem przetoka bez żadnych powikłań zupełnie się zagoiła; drugi, korzystając z licznych zrostów, odgraniczających pęcherzyk i przewód od jamy otrzewnej, założył tylko sączek, który pozostawał w ranie do czasu zarośnięcia żółciowodu [16 dni]. W obu razach zamknięcie żółciowodu pozostawiono siłom natury (*choleldochotomia sine sutura*). Z przebiegu pooperacyjnego we wszystkich 18 przypadkach, z których trzy tylko zakończyły się śmiercią [KUEMMEL — zapad; JORDAN LLOYD — zapalenie płuc; TERRIER — daleko posunięta sprawa wątroby], na szczególniejszą uwagę zasługują: 1) Czasami objawy perytonealne w pierwszych dniach po operacji [wzdęcie, wymioty. 2) Bądź obfite, bądź skąpe, ale stałe prawie wyciekanie żółci przez sączek. 3) Powiększenie się niekiedy na 3 lub 4 dzień żółtaczki, która jednak zawsze zniknęła w przeciągu trzech tygodni. 4) Zjawianie się zabarwionych wypróżnień zwykle 8—10 dnia. W jednym tylko przypadku zabarwienie wystąpiło od razu. 5) Zawsze bezgorączkowy przebieg i wyzdrowienie zupełne po 3 lub 4 tygodniach.

Autorowie nie podają dokładnych szczegółów co do trwałości wyleczenia; ze wzmianek tylko dowiedzieć się możemy, że THORNTON widział swą chorą

¹⁾ Verhandl. der Deutch. Gesell. für Chir. 20 Congr. 1891.

²⁾ Casuist. stat. Beitr. z. Pat. u. Chir. der Gallenwege. Leipzig. 1890.

³⁾ Communie. de Copenhague par TERRIER à la Soc. de chir.—Rev. d. Chir. 1893. fev. str. 844.

w znakomitym stanie w dwa lata po operacji, FRANK po 5 miesiącach, KUESTER po 6, BLAND-SUTTON po 9. Ciekawszą jest druga chora KUESTER'a, u której w 5 miesięcy powtórzyły się napady kolki wątrobowej i po przeprowadzeniu leczenia w Karlsbadzie, znaleziono dwa kamienie w wypróżnieniach. W tak więc krótkim przeciągu czasu jest możliwy zupełny powrót żółciowodu do prawidłowego stanu.

Przy postawieniu wskazań z góry zastrzedz muszę, że wybór operacji zależy nie tylko od stanu dróg żółciowych, lecz także i od woli lekarza, który przy kamiennym zatorze żółciowodu również dobrze skierować może żółć do kanału pokarmowego przez prostą choledochotomię, jak przez połączenie pęcherzyka z kiszka. Bezpośrednio stosować ją możemy przy niedrożności żółciowodu, wywołanej li tylko o kamieniem, lecz wykonać jesteśmy zmuszeni w szeregu tych przypadków, gdzie jednocześnie pęcherzyk żółciowy jest mały, patologicznie zmieniony, zanikły, otoczony zrostami, głęboko położony; słowem, gdzie z niego żadnej korzyści osiągnąć się nie daje. Przeciwwskazaniem są: bliznowate zwężenia żółciowodu; ucisk jego nowotworem i wreszcie te stany, w których wyjęcie głęboko wsuniętego kamienia byłoby niemożliwe do wykonania.

Prócz 18 wyżej przytoczonych przypadków, są jeszcze 4 świeże RIEDL'a, o których brak mi bliższych szczegółów i dlatego nie podaję ich do ogólnego rachunku.

Modyfikacja powyższego zabiegu, polegająca na utworzeniu stałej przetoki zewnętrznej przez wszycie brzegów rozciętego przewodu w ścianki rany brzusznej, czyli właściwie *choledochostomia*, liczy w literaturze dopiero 4 przypadki, które ze względu ciekawych szczegółów choć w krótkim streszczeniu przytoczyć sobie pozwolę.

Wzmianki o znacznem rozszerzeniu żółciowodu, co stanowi konieczny warunek wykonania tego rękoczynu, spotykamy już dawniej: SCHUEPPEL ¹⁾ na przykład wspomina o żółciowodzie, którego długość wynosiła 13 ctm., a średnica 5 ctm., MURCHISON ²⁾, gdzie do przewodu można było swobodnie wprowadzić palec, ROBINSON i TRAFFELMANN ³⁾ nareszcie, gdzie rozszerzenie równało się wielkości żołądka. Tu jednak nie znajdujemy żadnej wzmianki o przebiegu i objawach cierpienia, co dla nas jest ważniejsze i na większą zasługuje uwagę.

W pierwszym przypadku prof. HELFERICH'a ⁴⁾ była to kobieta lat 23, zamężna, która po odbytem porodzie dostała żółtaczki, a w 9 miesięcy potem zauważyła guz w jamie brzusznej, duży i niezmiernie bolesny na dotyk. Początkowo nie miesiączkowała, następnie zaś zjawił się silne napady kolki, krwawienia maciczne, krwawe wymioty, upadek sił i t. d. Wypróżnienia zawsze gliniaste, mocz ciemny. Badanie wykrywa: wątroba znacznie podniesiona ku górze, pod nią pęcherzyk żółciowy twardy i mały, a niżej jeszcze guz wielkości główki, okrągły, równy, wyraźnie chęłbocący, sięgający prawie do spojenia łonowego. Związku z macią nie znaleziono; rozpoznanie — torbiel trzustki (*cysta pancreatis*). Podczas operacji przszyto torbiel do ściany brzusz-

¹⁾ Vidé DENUCE, str. 63.

²⁾ Ibidem.

³⁾ Vidé INGATOW. Chirđrg. Wiestnik. 1891.

⁴⁾ Inaug. Diss. v. R. SEYFERT. Zur. Pat. der Gallengänge. Cyste des d. chol. operat. behandelt. Gr eifswald. 1888.

nej i rozcięto; wewnętrzne ściany guza gładkie; wydobyty płyn nieco kleisty, ciemno-zielonego koloru. Następnie ciągle krwawienia z jamy torbieli w końcu miesiąca były przyczyną śmierci chorej. Przy sekcji stwierdzono, że torbiel utworzyła się z części znacznie rozszerzonego żółciowodu, w którym znaleziono trzy otwory, prowadzące do kiszki, pęcherzyka i przewodu wątrobowego i że źródłem krwawienia była obszerna rana w samej torbieli i w przewodzie w bliskości kiszki.

Drugi przypadek D-ra AHLFELD'a ¹⁾ dotyczy 20-letniej kobiety, przedtem zdrowej, choć nieco niedokrwistej, u której od roku wystąpiły objawy żółtaczki i powiększenie brzucha. Przy badaniu znaleziono w jamie brzusznej duży guz z wyrażeniem chębotaniem, ściśle połączony z wątrobą i ku dołowi opuszczający się aż do więzów POUPART'a. Związek z macicą nie istnieje, wypróżnienia jasne, w moczu barwniki żółci, ciągła gorączka. Rozpoznanie: białowies wątroby, uciskający przewody (*cystis hydatida hepatis*). Przy operacji przyszyto torbiel do ścian brzusznych i rozcięto. Wobec czystej żółci, która stanowiła całą zawartość, zmieniono rozpoznanie i przyjęto guz za rozszerzony pęcherzyk żółciowy. Z rany przez wstawione sączki wyciekała ciągle znaczna ilość żółci i chora siódmego dnia przy objawach zapadu umarła. Na sekcji stwierdzono, że torbiel jest mocno zrosnięta ze wszystkimi sąsiednimi narządami, że z trzech znalezionych wewnątrz otworów dolny prowadził bezpośrednio do dwunastnicy, a z górnych jeden do przewodu wątrobowego, a drugi, poczynający się rodzajem ślepego worka, do niezmiernie skurczonego i pęstego pęcherzyka. I tu więc było to znaczne rozszerzenie żółciowodu (*dilatatio cystica permagna duc. choledochi*).

Trzeci przypadek prof. YVERSEN'a ²⁾. Kobieta, lat 59, chora oddawna; pół roku temu wystąpiła żółtaczka, napady kolki i odtąd w wypróżnieniach często znajdowano kamienie. Od dwóch miesięcy pogorszenie: ciągła gorączka, wymioty, upadek sił i t. d. Badanie wykryło twardy guz w jamie brzusznej—laparotomia. Tym guzem okazał się lewy zraz wątroby, przyrośnięty do ściany brzusznej, żołądka, sieci i usłany na powierzchni mnóstwem guziezków wielkości okrągłego grochu. Znajdujący się pod wątrobą pęcherzyk wielkości jabłka, oddzielono od zrostów z sąsiednimi narządami, przyciągnięto do ściany brzusznej i z trudnością do niej przyszyto. Z obawy pęknięcia ścian pęcherzyka przymocowano jednocześnie do otworu brzusznej i lewy płat wątroby. W trzy dni później otwarto pęcherzyk, z którego wyciekła duża ilość niezmiernie cuchnącego płynu i mnóstwo różnej wielkości kamieni. Sączek, opatrunek, śmierć na drugi dzień przy objawach upadku sił. Sekcja: otwarta i przyszyta jama okazała się rozrzerzonym żółciowodem, a nie pęcherzykiem; powierzchnia jego wewnętrzna silnie zmieniona i cała owrzodzona; otwór dolny, zatknięty kamieniem, prowadził do kanału, mającego 3 cm długości i otwierającego się do kiszki [reszta nierozszerzonego żółciowodu]; wszystkie kanały wątrobowe rozszerzone lejkowato, gździeniędziej w formie pęcherzyków i wypelnione ropą; guzikowate narosty na powierzchni wątroby są to również rozszerzone przewody wątrobowe, wreszcie przewód pęcherzykowy, przepuszczający mały palec, 3 cm długi, prowadzi do skurczonego pęcherzyka, który wielkością nie przewyższa laskowego orzecha.

Czwartym wreszcie jest przypadek WINIWARTEK'a ³⁾, który u 50-letniej chorej, wyniszczonej, z bardzo bolesnym guzem w okolicy wątroby postawił rozpoznanie: *Cholelithiasis et cancer vesicae felleae*. Przy operacji wyciął cały rakowaty pęcherzyk z dwunastoma kamieniami, resekował część wątroby, a rozszerzony żółciowód otworzył i przyszył do ścianek brzusznych. Po 6 tygodniach chora umarła od przerzutów nowotworu do płuc i wątroby. Jaką właściwie była przyczyna, wskazująca rozcięcie przewodu i utworzenie przetoki, autor nie objaśnia.

¹⁾ Inaug. diss. v. S. KONITZKY. Marburg. 1882. Ein Fall von hochgradiger cystische Erweiterung des d. choledochus.

²⁾ K. POULSEN—Copenhagen. Om den kirurgiske Behandling of Cholelithiasis Nordkist-Med. Arkiv-Arg. 1892. n. 16. str. 21.

³⁾ Vide. Annual. de la Soc. méd. Chirurgicale de Liège. Jouv. 1892. n. 1. str. 21, a także Rev. de Chir. Fevr. 1893.

Statystyka operacyi, jak widzimy, nie bardzo zachęcająca; zdaje się jednak, że rozszerzeniu żółciowodu towarzyszy zwykle zakażenie dróg żółciowych, które tak fatalnie wpływa na przebieg i zejście. Przyczyna rozszerzenia również zupełnie zostaje niewyjaśnioną; powiedzieć tylko możemy, że w osnowie jej nie leżą kamienie, ponieważ w dwóch pierwszych przypadkach wcale ich nie znaleziono. Wreszcie ze wszystkiego wnosić należy o trudności rozpoznania, którego nawet przy operacyi postawić się nie udało i dopiero sekcya zdołała wykazać prawdziwą przyczynę choroby.

Wspomnieć tu jeszcze muszę o jedynej operacyi, dokonanej przez SPRENGEL'a ⁴⁾ — *Choledochoenterostomia*, a właściwie *Choledocho-duodenostomia*, czyli utworzeniu przetoki między żółciowodem i dwunastnicą. W przypadku z objawami niedrożności, wywołanej kamieniem, zrobiono laparotomię i przepchnięto znaleziony w żółciowodzie kamień do dwunastnicy; gdy jednak po pewnym czasie stan chorej się nie poprawiał, otworzono powtórnie jamę brzuszną i z powodu kamienia, silnie wklinowanego w przewód pęcherzykowy, zrobiono cholecystektomię. Niestety, wówczas dopiero znalazł się inny kamień w przewodzie wątrobowym (*d. hepaticus*), który po przesunięciu do żółciowodu tak silnie w nim uwiązł, że wydobyć go było niepodobna. W obec braku pęcherzyka i przy dość rozszerzonych ściankach żółciowodu pozostawała tylko jedna droga — utworzenie połączenia z kiszka, co też uskuteczono według metody cholecystoenterostomii. Chora wyzdrowiała.

Operacya, niezmiernie ciekawa i rzadka, wskazaną byłaby jedynie w tym razie, gdy przy stałej niedrożności przewodu pęcherzykowego zjawia się jednocześnie niepokonane zwężenie żółciowodu. Bliznowate jednak i nowotworowe zwężenia rozwijają się zawsze przewlekłe, a ostre zapalne, nie dając żadnego ujścia wytwarzanej żółci, wywołałyby chyba tak szybkie zatrucie, że wszelka nasza chęć pomocy byłaby spóźnioną.

Przedstawivszy cały szereg rękoczynów, stosowanych przy cierpieniach dróg żółciowych, postarajmy się teraz krytycznie rozpatrzyć otrzymane wyniki i wykazać, czy operacya odpowiada swojemu zadaniu i jak wiele na nią liczyć możemy. Przy ciężkich objawach sprawy chorobowej, prawie zawsze groźnych dla życia chorego, tem więcej zalet zyskuje chirurgiczny rękoczyn, im jest prostszy i mniej niebezpieczny, im prędzej przywrócić zdoła prawidłowe warunki bytu. Teoretyczne jednak dowodzenia o pożytku lub szkodzie bez statystycznych danych nigdy przekonać nas nie zdołają; te zaś ostatnie o tyle zyskują na wartości, o ile ściślej przy ich zestawieniu brać na uwagę będziemy, nie tylko charakter cierpienia, lecz, co nie mniej ważne, wiek, czas trwania i ogólny stan chorego podczas stosowania zabiegu. To też statystyka DÉPAGE'a, który w tym razie wszystko pomija, może mieć dla nas tylko względną wartość. Według niego, cholecystostomia daje 15% śmiertelności na 72 operowane przypadki cholecystotomia *idealis* 50% na 6 i cholecystektomia 10% na 22. Ja zdołałem zebrać do obecnej chwili 371 operowanych przypadków i, opierając się na nich, po-

⁴⁾ Verhandl. der Deut. Gesell. f. chir. 20 Congr., a także Rev. de Chir. 1891, str. 929.

zwolę sobie wyprowadzić niektóre wnioski o tyle dokładne, o ile w historii chorób uwzględniono wszystkie potrzebne mi dane.

Przedewszystkiem wiek i płeć manifestują się bardzo wybitnie: więcej niż $\frac{1}{3}$ przypada na dziesięciolecie między 40 i 50 rokiem życia; następującym co do częstości jest wiek między 30—40 i 50—60, dzieci i starców reprezentuje zaledwie kilka przypadków. Co do płci—kobiety stanowią kolosalną przewagę: na 371 przypadków—255 jest kobiet i 45 mężczyzn [71 razy płeć nie oznaczona]. Nie mniej ciekawe są i inne szczegóły, odnoszące się do objawów i przyczyny cierpienia: 1) Tylko w 23 przypadkach zanotowano zupełny brak guza w jamie brzusznej, u reszty chorych obecność jego nie podlegała żadnej wątpliwości, a wielkość przeciętnie równała się pomarańczy. W przypadku ROUX'a znaleziono guz najmniejszy, bo zaledwie wielkości orzecha włoskiego, w kilku znów innych sięgały one aż więzu POUPART'a [TERRIER, TERRILLON, SKLIFASOWSKI, AHLFELD], lub zajmowały większą część jamy brzusznej [ERDMANN, POLIAKOW, HELFERICH]. 2) W 93 przypadkach żółtaczka była stałą, zależną od niedrożności żółciowodu bądź wskutek kamieni 69, bądź nowotworów 21, bądź wreszcie blizn zapalnego pochodzenia 3. Przy innych cierpieniach dróg żółciowych przeważnie nie występowała nigdy; tam zaś, gdzie ją obserwowano, zjawiała się albo czasowo po przejściu napadu kolki wątrobowej, albo w stanach przewlekłych, jako następstwo zapalenia ścianek przewodów. 3) Gorączka (*fièvre hépatique* CHARCOT), występująca przy zupełnem zatrzymaniu żółci, była zawsze objawem niezmiernie poważnym; na 62 obserwowanych przypadków — 25 zakończyło się śmiercią, co stanowi bardzo duży procent śmiertelności [40] i powinno być bezwarunkowo brane na uwagę. 4) Jeszcze gorzej wpływają na rokowanie krwawienia z kiszek, jamy ustnej, nosa i t. d.; niedrożność żółciowodu towarzyszyła wszystkim 15 przypadkom, z których tylko jedyna chora FONTAN'a ¹⁾ po zrobionej cholecystostomii i przepchnięciu kamienia wyzdrowiała. Z historii tych chorych dowiedzieć się można, że skłonność do krwotoków rozwijała się zwykle w pół roku po wystąpieniu pierwotnych objawów i wyjątkowo tylko w przypadku SOCIN'a zjawily się krwawienia już po dwóch miesiącach. 5) Z 20 przypadków, operowanych wskutek nowotworów przeważnie trzustki, 10 zakończyło się śmiercią zaraz lub w kilka dni po dokonaniu zabiegu; reszta chorych przeżyła zaledwie kilka tygodni, niekiedy kilka miesięcy, a najwyżej rok jeden [chora KAPPELER'a]. Najodpowiedniejszy w tych razach zabieg, utworzenie przetoki pęcherzykowo-kiszkowej (*cholecystoenterostomia*), stosowano zaledwie 7 razy; innym zaś chorym robiono zwyczajną cholecystostomię, bądź z powodu stanu ogólnego, niepozwalającego na bardziej zawiły rękoczyn, bądź wskutek niedokładnego rozpoznania przyczyny cierpienia. 6) Największa liczba chorych zmarła wskutek wstrząsu (*shock*) lub zapadu (*collapsus*) 17 i zapalenia otrzewnej 12. Z główniejszych przyczyn, wywołujących oba powikłania, zanotować należy: późny wiek chorego, daleko posuniętą sprawę chorobową, ciężkie warunki, spotkane przy wykonaniu operacyi, wylanie się żółci do jamy otrzewnej, wreszcie ogólne wyniszczenie i rakowate charłactwo. W tej grupie pomieszczone są również przypadki, które

¹⁾ Rev. de Chir. 1892, str. 161.

operowano już przy objawach zapalenia otrzewnej [KUESTER¹⁾], lub też gdzie znaleziono bądź obszerny ropień między wątrobą i siecią [QUÉNU, KOCHER²⁾], bądź ropnie w samej wątrobie [YVERSEN³⁾]. 7) W innych przypadkach przyczyną śmierci były: gruźlica [TAIT, YVERSEN, KLINGEL], zator lub zapalenie płuc [JORDAN LLOYD, COURVOISIER], ostre zapalenie nerek i mocznicza [MEREDITH], pozostawienie kamieni w żółciowodzie [PARKES], przecięcie żółciowodu [KEEN], krwotok z wątroby zranionej szwem metalowym [VINCENT], ropień około przewodów po zastosowaniu sondowania [FONTAN], rozerwanie tętnicy wątrobowej [RICHELOT], przerzuty rakowe w mózgu [HEUSNER], w płucach [WINIWARTER], w niektórych wreszcie przyczyna nie jest oznaczona.

Poznawszy choć nieco warunki, przy których dokonano operacji, przyjrzyjmy się cyfrom, które nam dokładniej wyjaśnią i częstość stosowania różnych rękoczynów i odpowiadającą im liczbę śmierci i wyzdrowień.

W szczególach tabliczka przedstawia się, jak następuje:

	liczba przypadków	śmierci	% śmiert.
1) <i>Cholecystostomia</i>	217	35	16,1%
2) <i>Cholecystotomia idealis</i>	33	4	12,1
3) <i>Cholecystectomy</i>	80	8	10,0
4) <i>Cholecystoentherostomia</i>	18	5	27,7
5) <i>Choledochotomia</i>	18	3	16,6
6) <i>Choledochostomia</i>	4	4	100,0
7) <i>Choledochoenherostomia</i>	1	"	"
Razem	371	59	15,9

Jak się spodziewać należało, największy procent śmiertelności 27,7%, spostrzegamy przy utworzeniu przetoki pęcherzykowo-kiszkowej, którą wykonywano najczęściej wskutek ucisku żółciowodu przez złośliwy nowotwór trzustki lub sąsiednich narządów. Wynik podobny słusznie objaśnić możemy nie tyle trudnością i niebezpieczeństwem samego rękoczynu, ile rodzajem cierpienia, które zmusza chorych w okresie rakowatego charłactwa poddać się, bądź co bądź, ciężkiej i sprawiającej tylko czasową ulgę operacji. Rozcięcie żółciowodu z następczem jego zeszcieniem (*choledochotomia*) należy również do bardzo ciężkich zabiegów, bądź z powodu głęboko położonego narządu, bądź licznych zrostów, zwykle tu spotykanych, bądź wreszcie niebezpieczeństwa wylania się żółci do jamy otrzewnej, czemu nigdy, jak wiadomo, przeszkodzić nie jesteśmy w stanie. Zresztą na 18 operowanych przypadków trzy śmiertelne zejścia nie wyjaśniają nam jeszcze dostatecznie powikłań, na jakie chory może być tutaj narażonym. Rozpatrzmy teraz najczęściej stosowany rękoczyn rozcięcie pęcherzyka—cholecystostomię, która daje napozór 16% śmiertelności. Dla operacji w gruncie rzeczy najłatwiejszej do wykonania i najmniej niebezpiecznej dla chorego jest to bez zaprzeczenia za duży procent, aby nie zwrócił naszej uwagi. Cyfra jest rze-

1) LANGENBECK's Arch. Bd. XXXVI.
 2) Deut. med. Wochen. 1890.
 3) Cité par POULSEN. Rev. de Chir. 1892. str. 898.

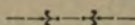
czywiście zbyt wielka, lecz nie osłabi ona ani wartości, ani znaczenia rękoczynu, jeżeli wnikiemy tylko w warunki i przyczynę jej powstania. Rozcięcie pęcherzyka żółciowego stosujemy nie tylko w celu zupełnego wyzdrowienia, lecz w przeciwieństwie do innych metod operacyjnych i w tych ciężkich przypadkach, w których, spodziewając się śmierci, zaledwie czasową ulgę rokować możemy choremu. To też najcięższe przypadki i najgorsze warunki, wśród których operować jesteśmy zmuszeni, spotykamy przeważnie w grupie cholecystostomii. 1) Stosunek osób starszych po latach 55 wynosi tutaj 1:9, podczas gdy przy innych metodach operacyjnych sięga zaledwie 1:20, a nawet 1:40. 2) Przed stosowaniem choledochotomii tą drogą tylko operowano ciężkich chorych z niedrożnością żółciowodu i z objawami daleko posuniętej choleмии; procent ich do ogólnej liczby operowanych za pomocą cholecystotomii dosięga blisko 22. 8) Tu wreszcie odnoszą się niemal wszystkie przypadki gorączki, ciężkich krwotoków z narządów wewnętrznych i liczni chorzy w stanie rakowatego charłactwa, z już rozwiniętym zapaleniem otrzewnej lub z objawami ropnia wątroby i około pęcherzyka. Usuńmy tylko grupy chorych z krwotokami i rakowatych, a procent śmiertelności dosięgnie zaledwie 6,5%. Wobec tej cyfry, choćby nawet operacja przynosiła tylko czasową ulgę choremu, zyskuje już zupełne prawo obywatelstwa, które tem więcej jej się należy z powodu licznych przypadków zupełnego wyleczenia. O niej jednej powiedzieć możemy, że jest to najłatwiejszy, najracjonalniejszy i najwięcej zasadniczy rękoczyn przy wszystkich wogóle cierpieniach dróg żółciowych. Procent śmiertelności przy zupełnym wycięciu pęcherzyka stosownie do ważności zabiegu nie można uważać za zbyt wielki, idealna zaś cholecystotomia przy odpowiedniejszym wyborze przypadków da niezaprzeczenie znacznie lepsze wyniki.

Przy końcu niniejszego rozdziału chcę zwrócić jeszcze uwagę na niektóre szczegóły, odnoszące się do samego zabiegu. 1) W ostatnich czasach, dzięki liczным wskazówkom, rozpoznanie stało się łatwiejszem, zyskało wiele na ścisłości, w pierwotnych jednak przypadkach znajdujemy liczne w tym kierunku szczyrby, i tak: w 70 przypadkach zupełnie nie oznaczono rozpoznania, w 14 było wątpliwem, a w 36 przyjmowano pęcherzyk żółciowy za różnorodne guzy jamy brzusznej. 2) Bardziej szczegółowe opisanie stanu pęcherzyka, grubości jego ścian i t. d. spostrzegamy zaledwie w niektórych pracach i dlatego żadnych sąd wniosków wyprowadzić nie można. 3) Kamienie w pęcherzyku żółciowym i przewodach spotykano w 300 blisko przypadkach bądź pojedynczo, bądź całemi secinami [PAGE, KLINGEL]; największy kamień znalazł w pęcherzyku Roux [wielkość jaja gołębiego], a uwięziony w przewodzie pęcherzykowym — SKLI-FASOWSKIJ [7½ gram.]. 4) Zupełny niekiedy brak kamieni objaśnić możemy tylko przepchnięciem się ich do kiszki przed operacją. W przypadku naprzykład THIRIAR'a ¹⁾ znaleziono pęcherzyk i przewody zupełnie puste, pomimo że chora cierpiała na silne i częste napady kolki wątrobowej, po przejściu której zawsze w wypróżnieniach bywało po kilka nawet kamieni. 5) Nic również pe-

¹⁾ Presse med. de Belge. XVIII.

wnego nie da się powiedzieć o chorych, którzy po operacji wyzdrowieli zupełnie; giną oni zwykle z oczu i tylko niektórym chirurgom udawało się widzieć swych operowanych po kilku nawet latach w stanie zupełnie zadawalającym. O niektórych z nich będę miał jeszcze sposobność słów kilka powiedzieć, tu zaś zrobię tylko uwagę co do przetok, pozostałych po rozcięciu pęcherzyka. Z przypadków dokładniej opisanych widzimy, że większość przetok goi się zwykle sama w przeciągu kilku tygodni [5—12] do 6 miesięcy; w pojedynczych obserwacjach zablizniały się dopiero po roku, dwóch, a nawet trzech. W tym jednak ostatnim razie chorzy rzadko czekają tak długo i szukają zwykle wcześniej ratunku w innym chirurgicznym zabiegu. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



83. Max Schlifka. O mięsieniu gruczołu krokowego.

Sprawy zapalne w tylnej części cewki moczowej, a zwłaszcza rzeźączkowego pochodzenia, prowadzą bardzo często do przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego ze wszystkimi jego przykrymi dla chorego objawami, zarówno ze strony narządów moczopłciowych, jak i układu nerwowego. Rozwój powyższej sprawy w gruczole krokowym, zmiany anatomiczne, towarzyszące temuż rozwojowi, dane, na jakich opieramy nasze rozpoznanie, szereg objawów cechujących to cierpienie, wreszcie leczenie, dotychczas w takich przypadkach stosowane, stanowią treść pierwszej części pracy, poczem autor przechodzi do tematu oznaczonego w nagłówku.

Roku zeszłego THURE BRADT i EBERMANN pierwsi ogłosili spostrzeżenia swoje nad działaniem mięsienia przy cierpieniach gruczołu krokowego, przyczem EBERMANN, stosując je przy przeroście tego gruczołu z następczą atonią pęcherza moczowego, nie widział zbawiennego skutku. Według autora, wskazaniem do mięsienia są objawy nerwowe, towarzyszące zapaleniu gruczołu krokowego, szczególnie zaś uporczywe parcie na mocz. Wyniki, jakie otrzymał ze stosowania tego zabiegu, były nadspodziewanie dodatnie. Polepszenie istotne chorzy uczuwali zwykle już po 5 lub 6 posiedzeniu: jeżeli poprzednio oddawali mocz około 25 razy w ciągu dnia i 3—5 podczas nocy, to później stopniowo czynność ta powracała do stanu prawidłowego; inne zaburzenia nerwowe, zarówno jak i *prostatorrhoea*, wymagały dłuższego leczenia; już podczas mięsienia napięcie i obrzmienie gruczołu z wolna zmniejszało się, a palec masujący mógł wyczuwać w miększym gruczole twarde, mięśniowe pęczki.

Samo mięsienie polegało na łagodnym lub mocniejszym uciskaniu i pociąganiu wzdłuż obu zrazików; chory leży na wznak lub w położeniu *à la vache*, które niewątpliwie jest mniej męczące dla lekarza. Chorzy z początku uczuwają tylko parcie na mocz obok znacznego nieraz bólu, rychło jednak przyzwyczajają się do tego zabiegu; czasami wypływa z cewki podczas mięsienia jedna lub więcej kropel mętnego, śluzowego płynu, dającego przy badaniu drobnowidzowem obraz właściwy *prostatu- lub spermatorrhoeae*.

Mięsienie było dokonywane przez autora co drugi dzień po kilka minut, a następnie, przy polepszeniu, raz na tydzień.

Jako dopełnienie przytacza autor historię chorób czterech pacjentów swoich, którym mięsienie gruczołu krokowego już to całkowicie usunęło objawy chorobowe, już też przyniosło trwałe polepszenie.

Nie odmawiając znaczenia innym zabiegom, stosowanym przy przewlekłym zapaleniu gruczołu krokowego, jako to: leczeniu miejscowemu, wpływowi moralnemu lekarza na neurasteników, leczeniu ogólnemu, chłodnym nasiadówkom i t. d., uważa autor mięsienie jako nieoceniony środek, którego wpływ zbawienny spostrzegać się daje głównie przy zaburzeniach nerwowych, a szczególnie przy parciu na moc.

Jako metoda nowa poleca się uwadze lekarzy, rozporządzających odpowiednim materyałem.

(*Wiener med. Wochenschr.* Nr. 20 i 21. 1893).

W. Żurakowski.

84. Steintal. Usunięcie macicy za pomocą cięcia krzyżowego.

Jakkolwiek technikę wycięcia przez pochwę macicy, dotkniętej rakiem, doprowadzono do możliwej doskonałości, to jednak dobry wynik tejże operacji, trwający dłużej nad lat 5, FRITSCH oblicza na 36%, berlińska klinika ginekologiczna zaledwie na 25%. Okoliczność ta przestrasza autora i zmusza go do wypróbowania innego sposobu—do operowania od tyłu, przez cięcie krzyżowe, które też miał sposobność stosowaniu 2 razy.

W przypadku pierwszym u 52-letniej, dobrze zbudowanej i odżywionej kobiety, znaleziono w pochwie długiej i wiotkiej guz kalafiorowaty, wielkości orzecha włoskiego, rozpadający się i osadzony na tylnej wardze macicy. Ta ostatnia, nieco powiększona, trzyma się wysoko i nie daje się ściągnąć nawet po uspieniu chorej.

Operację wykonano w położeniu na boku. Cięcie od stawu krzyżo-biodrowego do wierzchołka kości ogonowej. Po oddzieleniu okostnej tymczasowo odpiłowano kość ogonową wraz z 2 dolnymi kręgami kości krzyżowej, unikając obrażenia nerwów, wychodzących z 3-go otworu krzyżowego. Po przecięciu powięzi miednicy i mięśnia unoszącego odbyt, na tępo przedostano się do fałdy DOUGLAS'a. Przedziurawiono otrzewną i przez ten otwór wydobyto macicę; po podwiązaniu szerokich więzów z góry ku dołowi i oddzieleniu części szyjowej od pęcherza, odcięto cały narząd od sklepień pochwy. Te ostatnią, jak również i otrzewną zaszyto katgutem, jamę wypełniono gazą jodoformową. Przebieg pooperacyjny dość pomyślny. Po roku chora była w stanie jak najlepszym.

W drugim przypadku 53-letnia, wyniszczona kobieta była operowana w ten sam sposób, z tą jednak różnicą, iż po podwiązaniu i odcięciu więzów szerokich otrzewną zaszyto natychmiast i wtedy dopiero oddzielono i usunięto macicę. Wyzdrowienie nastąpiło w 2 miesiące. Jak i w poprzednim przypadku, metoda ta zastosowana była głównie dlatego, że macicy nie można było ściągnąć, a pochwa była wązka, dziewicza.

Jako wskazanie do tej operacji autor wymienia przedewszystkiem niemożność ściągnięcia macicy, a to na skutek skurczenia się więzów szerokich, czy to przez sprawy zapalne, czy też przez nacieczenie nowotworowe. Oczywiście warunki takie są przeciwwskazaniem do operowania przez pochwę.

(*Deut. med. Wochen.* 1893. Nr. 21. str. 501).

A. Leśniowski.

85. G. Lindemann. Przypadek wyleczonego wgłobienia (*intus-susceptio*).

Jedenastoletni chłopczyk dostał nagle wymiotów i bólów w brzuchu; wezwany lekarz stwierdził obecność w lewym podżebrzu guza; guz stopniowo powiększał się i przedłużał ku dołowi. Piątego dnia choroby odesłano chłopca na oddział chirurgiczny, gdzie autor znalazł stan następujący: pacjent wychudzony, ciepota prawidłowa, tętno 80, wzrok zamglony; wargi suche, język obłożony, brzuch nieco wzdęty. Lewe podbrzusze na dotyk bolesne; na przebiegu kiszki esowatej wyczuwa się twarde, w górnych częściach okrągławy guz, który w kierunku ku dołowi grubieje i opuszcza się do małej miednicy. Przy badaniu dwu-

ręcznym przez odbytnicę guz sprawia wrażenie kielbasy zgiętej w postaci półksiężyca, którego jeden róg sięga okolicy kiszki ślepej, drugi zaś znika pod lewym łukiem żebrowym, dolny biegun wgłobienia wyczuć się nie daje. Wysokie wlewanie do kiszki nie wpływało na zmianę guza; żołądek przy przepłukaniu znalazł się pustym.

Wieczorem tegoż dnia dokonano laparotomii. Cięcie w smudze białej. Po wydobyciu kiszki cienkich na zewnątrz ujrano guz mocno zgięty, naprężony i pofalowany, szczególnie na wewnętrznej stronie obwodu. Szyjka, t. j. dośrodkowy koniec wgłobienia, znajdowała się pod łukiem żebrowym lewym w bliskości linii pośrodkowej, zaś dolny koniec, t. j. odśrodkowy w prawym dole biodrowym. Wgłobienie składało się wyłącznie z okrężnicy. Zrostu kiszki wgłobionej z pochwą nie było. W przeciągu pół godziny dokonano wyprowadzenia kiszki wgłobionej za pomocą ruchów, jakie stosują przy dojeniu mleka. Przy oglądaniu niezwykle długiej okrężnicy znaleziono w odcinku jej, stanowiącym najgłębszą część wgłobienia, zgorzel ściany kiszki, wielkości 5-cio-fenigowej moaety, w pobliżu zaś jej, na wewnętrznej ścianie jelita, można było wyczuć guzik wielkości laskowego orzecha, co autor poczytuje za przyczynę wgłobienia.

Oslabienie pacjenta wstrzymało autora od wykonania resekcji wspomnianego odcinka kiszki; poprzestał więc na umocowaniu go na zewnątrz jamy brzusznej.

Nazajutrz stan chorego znacznie lepszy, ruch robaczkowy kiszki dość żwawy, wiatry odchodzą, wymiotów niema; zgorzel powiększa się. Trzeciego dnia usunięto zmartwiałą tkankę. Dziewiątego dnia przyłączyło się zapalenie opłucnej. Osmnastego usunięto za pomocą żegadła pętlicę kiszki, znajdującą się na zewnątrz i utworzono sztuczny odbyt. Dwudziestego pierwszego dnia chory dostał nagle bólów w brzuchu, z podwyższeniem ciepłoty i powiększeniem śledziony; wrzekomy tyfus trwał około 16-tu dni i ogromnie osłabił chorego tak, że dopiero pod koniec 3-go miesiąca od pierwszej operacji przystąpiono do zamknięcia sztucznego odbytu z pomyślnym wynikiem.

Przeglądając literaturę odnośną do danego przypadku, autor zauważył, że śmierć po laparotomiach, stosowanych w celu wyprowadzenia wgłobionej kiszki, następowała zwykle w kilkanaście godzin po zabiegu chirurgicznym; jako średnią uważa autor 16 godzin. Zejście śmiertelne przy wszelkich innych operacjach kiszkowych wypadło znacznie później, średnio w 3½ dni. Autor zatem przypuszcza, że wstrząs, spowodowany wyciąganiem i szarpaniem wgłobionej kiszki, wraz z jej resekcją musi mieć tutaj nader doniosłe znaczenie, na zasadzie zaś swego przypadku skłania się na stronę podziału operacji i radzi wycięcie kiszki wykonać już na drugim posiedzeniu.

(*Deut. med. Wochen.* Nr. 16. 1893).

W. Żurkowski.

86. Emil Berggrün. Bakteryologiczne badania przy *vulvo-vaginitis* młodych dziewcząt.

Autor, asystent oddziału prof. MONTI'ego w Wiedniu, zbadał 31 przypadków rzeczonej choroby u dziewcząt, zgłaszających się do ambulatorium wiedeńskiej polikliniki. U każdej dziewczynki przeprowadzał ściśle badanie bakteryologiczne, bezpośrednio oglądając pod drobnowidzem wydzielinę z cewki moczowej i z pochwy, następnie przeprowadzając uciążliwe badanie ścisłą metodą WERTHEIM'a [hodowla na surowicy krwi ludzkiej] i łatwiejszą metodą WINKLER'a [hodowla na białku ptasiem]. Obie te metody służą do wykazania NEISSER'owskich gonokoków i do odróżnienia ich od podobnych do nich diplokoków. W razie nieobecności gonokoków poszukiwał autor ropnych bakterii za pomocą KOCH'owskiej metody hodowli na płytkach. Prócz tych bakteryologicznych badań starał

się autor w każdym przypadku o znalezienie przyczynowego momentu zakażenia, badając w tym celu matki dzieci, a także i ich ojców, o ile na to materyał zezwalał.

Na zasadzie swych badań dzieli on rzeczoną sprawę chorobową na trzy działy: 1) *Vulvitis blenorragica*, przypadków 14 na 31, przy której wszelkimi metodami znajdował typowe gonokoki, a zakażenie następowało przez matkę [spanie w jednym łóżku z zakażoną matką, wspólne użycie tegoż samego irygatora, gąbki i t. p.], co najczęściej się zdarzało, lub też przez inną chorą dziewczynkę, lub przez ojca zakażonego. Ten rodzaj jest najczęstszym. 2) *Vulvitis catarrhalis* [10 przypadków], przy której nie znaleziono ani gonokoków, ani ropnych bakterii, zajmuje co do częstości drugie miejsce, zdarza się u dziewczątek niedokrwiwstych, zolizowatych i odznacza się niezwykłą uporczywością co do leczenia, gdyż polega z jednej strony na konstytucjonalnem usposobieniu, z drugiej zaś, jak autor *quand-même* utrzymuje, na zakażeniu jakimiś bakteriami; swoistych wprawdzie nie wykrył, lecz fakt epidemicznego występowania tej odmiany cierpienia w szkołach, pensjonatach i szpitalach przemawia za ich zakażoną przynrodą. 3) *Vulvitis purulenta* odznacza się obecnością w wydzielinie licznych gronowców i paciorkowców, NEISSER'owskich zaś gonokoków niema zupełnie. Przyczyna zakażenia: nieczystość, urazy, samogwałt brudnymi palcami lub przedmiotami zanieczyszczonymi. Tego rodzaju przypadków zbadał autor siedm.

Na zakończenie zwraca BERGGRUEN uwagę na konieczność przeprowadzenia czystych hodowli; samo bowiem oglądanie preparatów pokrywkowych nie wystarczy do rozpoznania ścisłego. O terapii nie wspomina autor wcale.

(Archiv. f. Kinderheilkunde. 1893. Nr. 5 i 6)

L. Wolberg.

87. E. Levy. Przypadek ropnia, zawierającego gazy.

VELPEAU w 1858 opisał pełne cuchnących gazów ropnie sutki, jakie później spostrzegali: LAVALLÉE, SAEXINGER i ENDERLÉ w okresie populogowym, SCHREIBER w wątrobie i LUEBKE przy zapaleniu stawu kolanowego. Jako przyczynek do omawianej tu sprawy, autor przytacza następujący przypadek: u kobiety, dotąd zawsze zdrowej, w kilka dni po trzecim pomyślnym porodzie wytworzył się olbrzymi ropień, który ogarnął prawe podbrzusze i górną trzecią część prawego ucha. Prócz wyraźnego chębotania przy obmacywaniu można było wyczuć trzeszczenie i pluskanie. Przed utworzeniem ropnia przekłuto go za pomocą trójgrańca, aby wprowadzić gazy, w nim znajdujące się, do odpowiedniego zbiornika. Badanie, wykonane przez prof. HOPPE-SEYLER'a, wykazało, że gazy owe zawierają 47% CO₂, 20% H i 32% N. Tlenu nie wykryto. Z góry zatem przypuszczać można, że drobnoustroje ropnia zaliczyć należy do beztlenowców (*anaërobicæ*). Z ropy LEVY otrzymał na płytkach z agar-agar przy ciepłocie 37° C. hodowle, w których, prócz małej ilości *streptoc. pyog.*, znaleziono gromady beztlenowców, wielce podobnych do tych, które znajdowano najczęściej w śledzionie (*Milzbrandbacillus*). Były to ziarniste masy, otoczone płaczącami się pomiędzy sobą niteczkami i tworzące jakby oddzielne kolonie; te ostatnie wyraźnie poprzegradzane były przestrzeniami (*vacuolæ*), zawierającymi gaz. Przy badaniu drobnowidzowem przekonano się, że każda kolonia składa się z bardzo krótkich, nieruchomych pałeczek, w postaci nitek, złożonych z 30 członeczków, bardzo wydatnych pod działaniem zwykłych barwników. Drobnoustroje te na agar-agar żyły bardzo krótko. Co do przebiegu pooperacyjnego wypada dodać, że ciepłota natychmiast po dokonany zabiegu obniżyła się, wydzielina nie była zbyt obfita, a po trzech tygodniach chora wyzdrowiała; utworzenie ropnia, a więc działanie zabójcze tlenu na laseczniki także sprzyjało szybkiemu gojeniu się rany.

Ostatnimi czasy ARLOING, przecinając ropień oczodołu, w następstwie urazu powstały, zauważył w nim znaczną ilość gazu. Hodowle, otrzymane z ropy, ujawniły obecność lasecznika podobnego do—*vibrio septicus*; wstrzyknięcie hodo-

wli szczurom i świnkom morskim wywołało u zwierząt tych rozednę podskórną. Autor jest przekonany, że ARLOING miał tu do czynienia z opisanym powyżej lasecznikiem.

(*Deutsche Zeitschrift f. Chirurg.*).

K. Niedzielski.

88. G. B. Schmidt. O częściowem wycięciu wątroby.

GLUCK i PONFICK dowiedli na drodze doświadczalnej, że wycinania znacznych części wątroby można dokonać bez uszczerbku dla organizmu, i że po pewnym czasie narząd ów może odrodzić się, *resp.* powrócić do pierwotnego rozmiaru ¹⁾. To upoważniło niektórych chirurgów do usuwania odosobnionych guzów wątroby za pomocą rękoczynów chirurgicznych.

Do owej chwili chirurgia wątroby stała na niskim poziomie, ograniczając się jedynie na otwieraniu ropni i bąblowców, jeśli nie brać pod uwagę operacyi nad pęcherzykiem żółciowym: tłómaczy się to po części obawą obfitych krwotoków lub zakażenia jamy otrzewnej żółcią, po części zaś brakiem ściśle określonych wskazań wobec trudności rozpoznania.

LANGENBUCH pierwszy ogłosił operowany przez siebie przypadek syfilomatu wątroby, ważącego 370 grm.: związał szypułę guza, przeciął ją pod podwiązką, kikut wpuścił do jamy brzusznej i zaszył ranę powłok całkowicie; wieczorem tegoż dnia mocne krwawienie na miejscu podwiązki zmusiło go do powtórnego otworzenia jamy brzusznej i ujęcia krwawiących naczyń; chora wyzdrowiała.

WAGNER operował w podobny sposób duży, szypułowaty syfilomat, którego punktem wyjścia była dolna powierzchnia wątroby; chora zmarła wskutek krwotoku wtórnego.

Przypadek LAUENSTEIN'a podobny do poprzedniego tak co do rozpoznania, jak i postępowania chirurgicznego; wynik ujemny nastąpił dwunastego dnia po operacyi wskutek posocznicy.

TILLMANN'S, znalazłszy guz wielkości jaja kurzego, a nie będąc pewnym jego histologicznej natury, wsiął go do rany brzusznej; badanie drobnowidzowe wykazało, że guz jest pochodzenia syfilitycznego; T. zniszczył go za pomocą żegadła.

HOCHENEGG, wycinając zrakowaciały pęcherzyk żółciowy, jednocześnie usunął rakowaty guz wątroby, wielkości pięści dziecka.

ALBERT operował szypułowaty gummat.

LUECKE wyciął raka wątroby.

W trzech ostatnich przypadkach operowano metodą zewnątrz-otrzewnową.

SKLIFASOWSKIJ usunął guz wątroby, który po dokładnem zbadaniu okazał się włóknikiem (*fibro-myoma lipomatodes, sarcomatodes*).

Wreszcie KEEN wyciął *cysto-adenoma* wątroby. Dwa ostatnie przypadki zakończyły się pomyślnie; rany wątroby nie wszywano w ranę brzuszną ²⁾.

Autor zwraca uwagę, że szypułowate guzy wątroby często prowadzą do błędnego rozpoznania; z pomiędzy 9-ciu przytoczonych przypadków w 3-ch tylko rozpoznano guz wątroby, w pozostałych skłaniano się raczej do guzów żołąd-

¹⁾ W roku 1890 ROSNER na klinice RYDYGIERA przerobił doświadczenia PONFICK'a na 11-u królikach i 1-ym psie; u 6-ciu zwierząt, jakie pozostały przy życiu, odrodzenia się wątroby nie spostrzegat. Wynik ujemny doświadczeń tych ogłosił na zjeździe chirurgów w Krakowie.

(*Przyp. sprawozd.*)

²⁾ R. BUKOWSKI w szpitalu św. Ducha w Warszawie, wycinając pęcherzyk żółciowy z powodu sprawy nowotworowej, zmuszony był wyciąć część mięszu wątroby; krwawienie, stąd powstałe, zatamował jedynie za pomocą grubych, jedwabnych podwiązek, któremi obkładał oddzielne części mięszu. Przypadek zakończył się wyzdrowieniem.

(*Przyp. sprawozd.*)

ka, poprzeczniczy, trzustki, krezki, a raz nawet do nerki wędrującej. W przypadku autora zaszła również omyłka rozpoznawcza.

Chora, 37 lat licząca; w rodzinie kilka osób gruźliczych; mąż chorej zdrów; raz poroniła w 7 miesiącu; z pięciorga dzieci dwoje zmarło bardzo wcześnie; wysypki na skórze nie miała. Od ostatniego porodu przed 8 miesiącami czuje się wciąż słabą, chudnie, doświadcza bólów w brzuchu, poci się w nocy, ma zaparcie stolca; stolce często z przymieszką krwi; wymiotów i kaszlu nie ma; na miesiąc przed przybyciem do szpitala wyczuła w brzuchu ruchomy guz wielkości jaja.

Przy badaniu okazało się: z tyłu, w dolnym lewym zrazie płucnym tępość, obejmująca przestrzeń wielkości dłoni. W brzuchu na wysokości pępka znajduje się guz, leżący poprzecznie, mający długości 11 ctm, szerokości 5 ctm; kształt guza walcowaty, powierzchnia jego nierówna, konsystencya twarda; przy oddechaniu guz przesuwa się ku dołowi, również łatwo daje się przesuwać w obie strony, a nawet w prawą okolicę lędźwiową. Odgłos opukowy wyraźnie tępy; górna granica tępości prawie zlewa się z tępością wątroby. Po wypełnieniu kiszki grubej kwasem węglanym zauważono, że guz przesunął się cokolwiek na prawo, a tępy odgłos jego zyskał odcień bębnowy. Na zasadzie powyższych objawów rozpoznano guz poprzeczniczy, prawdopodobnie charakteru gruźliczego.

Niebawem przystąpiono do laparotomii, przeprowadzono cięcie 13 ctm. długie—w linii środkowej; oczom operującego przedstawił się widok niespodziewany; guz ogarnął dolny odcinek lewego zrazu wątroby; powierzchnia jego usiana białawymi zagłębieniami; granica pomiędzy prawidłową wątrobą i guzem — wyraźna; żadnych zrostów z sąsiednimi narządami i przerzutowych guzików nie znaleziono; poprzecznicza zupełnie wolna. Autor wy dobył guz nazewnątrz i zeszywszy otrzewną ścienną z otrzewną trzewową, wykluczył go w ten sposób z jamy brzusznej; następnie nałożył podwiązkę elastyczną na podstawę nowotworu i odciął go poniżej podwiązki, miąższowe krwawienie zatamowano żegadłem. Drugi szereg szwów — przez powierzchowne warstwy miąższu wątroby i przez skórę — umocował dno rany.

Badanie drobnowidzowe wykazało, że guz był syfilomatem. Przebieg pooperacyjny był jak najpomyślniejszy.

Autor w zakończeniu zgadza się jedynie na całkowite wycięcie guza i zewnętrzno-otrzewnowe traktowanie szypuły jego.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 8. 1893).

Witold Żurkowski.

Wiadomości bieżące.

— D-r AUFRECHT badał mocz w 32 przypadkach porodu. 1) w okresie wystąpienia bólów, 2) bezpośrednio po porodzie i 3) w razie jakichkolwiek zmian w moczu w 24 godziny po porodzie. U żadnej z rodzących przed porodem nie wykryto białka, natomiast po porodzie w 14 tylko przypadkach nie było białkomoczu, w 5-ciu zaś białka było od 1—2‰, w 5-ciu od ¼—1‰ i w 8-miu mniej niż ¼‰. Nie znaleziono jednak nigdzie wałeczków, a w jednym tylko przypadku czerwone ciąłka krwi. W 24 godziny po porodzie we wszystkich przypadkach białko znikło. Czynność porodowa zatem jest przyczyną powstawania białkomoczu, zapewne dzięki zastojowi w układzie żylnym. Stąd autor dochodzi do wniosku a) odnośnie do sprawy położowej: 1) należy badać mocz na białko przed porodem, 2) w razie wykrycia go należy pilnie śledzić przebieg porodu i 3) przy wystąpieniu eklampsji podczas bólów rozwiązanie należy możliwie przyspieszyć; b) odnośnie do patologii nerek: 1) białkomocz może wystąpić bez tworzenia się wałeczków [są to dwie sprawy niezależne od siebie]; 2) wałeczki są wytworem nie przesiąkającego włóknika krwi, lecz zapalnego podrażnienia nabłonka nerkowego. (*Centralblatt für klinische Medicin*, Nr. 22. 1893).

L. W.

— Od D-ra STRZYŻÓWSKIEGO z Piotrkowa, kuratora tamtejszych szpitali, otrzymaliśmy komunikat następujący: Przy szpitalach w Piotrkowie, w dziedzińcu, w oddzielnem zabudowaniu, została urządzoną i w dniu 27 czerwca wypróbowaną kamera dezynfekcyjna. Aparat, wykonany i dostarczony przez fabrykę „Sielec“ pod Sosnowicami, firmy Fitzner i Gampfer, może funkcjonować przy ciśnieniu 5 atmosfer, podnosząc ciepłość w kamerze do 115°—120° stopni C.. Suszarni oddzielnej nie wymaga, gdyż przedmiot z kamery w postaci suchej może być otrzymanym, a to w ten sposób, iż wewnętrzna ściana kamery wysłaną została kilku systematami cienkich zamkniętych rur, do których, po przerwanu komunikacyi pary z wnętrzem aparatu, też parę się wprowadza i ciepłość aparatu do pożądaney wysokości i na wymagany czas podnosi. Poprzednio wodę, ze skroplonej powstałą pary, z aparatu się usuwa. Urządzenie to zmniejsza czas i pracę, mniej także wymaga paliwa; oddzielne bowiem pod suszarnią palenisko staje się zbędnem. Naturalnie, że ten lub ów przedmiot od razu może być traktowany na sucho przy ciepłocie wysokiej. Przedmioty wprowadzają się i usuwają się przy pomocy kółek na szynach. Wodę do napełnienia zbiornika, jak dotąd, trzeba nosić; w obecnej bowiem chwili na skomunikowanie ze zbiornikiem nieco oddalonej studni funduszu braknie. I ten brak z czasem zapewne się zapelni. Kamera o wiele przewyższa objętością tę w Warszawie, która funkcjonuje przy alei Jerozolimskiej Nr. 99.

— „Zarząd Towarzystwa biblioteki uczniów wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie“, nadesłał nam list następujący:

Szanowna Redakcyo Gazety Lekarskiej!

Zwracamy się z prośbą do Szanownej Redakcyi o łaskawe umieszczenie w jednym przynajmniej numerze swego pisma następującego ogłoszenia:

Zmuszeni nieusumiennością dłużników, postanowiliśmy tą drogą przypomnieć tym wszystkim, którzy do Towarzystwa naszego kiedyś należeli i tak łatwo zapomniać potrafili o rzetelności i dotrzymaniu zobowiązania honorowego, że Towarzystwo biblioteki uczniów wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiej istnieje, że z rokiem każdym wzrasta i że należytemu rozwojowi przeszkadza nierzetelność i brak poczucia obowiązku byłych dłużników, których zaległości wynoszą obecnie 3137 złr. 18 ct., jak również spora liczba dzieł wypożyczonych. Niechaj to będzie ostatnia delikatna odezwa do nich i upomnienie, poczem nazwiska nierzetelnych ogłosić będący zmuszeni. Nie wiemy, czy milem będzie tym wszystkim, którzy dzisiaj zajmują wybitne stanowiska w społeczeństwie, gdy odczytają imiona swoje w rzędzie nierzetelnych dłużników, ludzi, którzy łatwo zapominają już nie o poczuciu wdzięczności, ale o wypełnianiu obowiązku względem Towarzystwa, któremu po części zawdzięczają dyplomy swoje.

Kto wie, jak kosztowne są studia medycyny, jak drogie są dzieła lekarskie, ten uzna całą doniosłość i znaczenie istnienia naszego Towarzystwa i potępi tych niesumiennych, którzy dzisiaj zasobni w środki, nie zwróciwszy zaciągniętego długu, pozostali obojętnymi dla instytucyi, której mają bardzo wiele do zawdzięczenia.

Za Zarząd,

M. Nartowski [zast. bibliotekarza].

— Z powodu 70-lecia urodzin HERRMANN'a v. HELMHOLTZ'a okuliści wydali „Festschrift“, na którą złożyły się prace: z autorów niemieckich: SAEMISCH'a, MANZ'a, HOBB'a, KNAPP'a, Ks. KAROLA TEODORA BAWARSKIEGO, LEBER'a, SEHWIGGER'a; z autorów francuskich: MEYER'a, JAVAL'a, CHIBRET'a, PAREUT'a, PANAS'a, GAYET'a, LANDOLT'a; z autorów angielskich: GUNN'a, NETTLESHP'a, BERRY'go; z włoskich: REYMOND'a z Turynu.

— **Zmarli:** w Berlinie prof. ZEULZER; w Paryżu ceniony dermatolog VIDAL.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO.

Nowe tematy:

1) Zbadać zmiany anatomiczne przy sprawach zapalnych, przebiegających na błonie śluzowej, wysięłającej jamę HIGHMORA'a.

- 2) Przeprowadzić badania bakteriologiczne krwi u suchotników.
- 3) Na zasadzie własnych poszukiwań podać najprostsze sposoby dezynfekcyi przy chorobach zakaźnych.
- 4) Wpływ pożywienia, pracy fizycznej, afektów i innych czynników, działających na karmiącą na wydzielany przez nią pokarm. [Analizy chemiczne i drobnowidzowe].

Tematy pozostawione z roku zeszłego:

- 5) Jakość i ilość bakterii chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.
- 6) Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowanie przez filtry piaskowe na zawartość bakteryi i skład chemiczny wody rzecznej.
- 7) Zbadać chemicznie niektóre produkty trujące jednego z grzybków chorobotwórczych.
- 8) Zbadać anatomicznie i fizyologicznie unerwienie krtani.
- 9) Sprawdzić, czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalone z ustroju przy chorobach zakaźnych.
- 10) Zbadać histologiczną budowę jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałd i kanałów drugorzędnych.
- 11) Wpływ resekcyi różnej długości odcinków kiszek w różnych miejscach na wchłanianie białka, tłuszczów i wodorów węgla.
- 12) Porównanie wpływu diety białkowej różnego pochodzenia [mięso, mleko, jajka, rośliny strączkowe i t. d.] na wydzielanie białka w moczu w przebiegu chronicznego zapalenia nerek.
- 13) O wchłanianiu tłuszczu i materyi białkowych w przewodzie pokarmowym niemowląt z mleka sterylizowanego w porównaniu z mlekiem kobiecym.
- 14) Fermentacya w żołądku prawidłowym i patologicznym [badanie chemiczne i bakteriologiczne].
- 15) Wykazać granicę kąta maksymalnego, a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka: a) przy unieruchomionej miednicy, b) przy unieruchomionych stopach. Wykazać, jaki udział przy takim skręceniu przyjmuje każda z części kręgosłupa i oznaczyć dla każdej hamulce skręcenia.
- 16) Zbadać sprawę trawienia młodej celulozy roślinnej, produktu przy tem tworzące się i wyprowadzić stąd wnioski co do wartości pożywej celulozy roślinnej [jarzyny, szpinak i t. d.].
- 17) Przeszczepialność raka i naukowe objaśnienie tego zjawiska.
- 18) Czy zniszczenia w płucach u suchotników zależą od działania wyłącznie tylko lasecznika Koch'a?

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 marca 1894 roku.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z powyższych 18-tu tematów wyznacza się nagrodę Rs. 300. Takich nagród na rok 189³/₄ jest siedm. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ [ulica Niecała Nr. 7] z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały

D-r Brodowski.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 24 Іюня 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr 29.