

# GAZETA LEKARSKA.

## I. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD WSTRZYKIWANIAMMI SOKU JĄDROWEGO. (Metoda Brown-Séquard'a).

[Rzecz, czytana na VI Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie d. 18 Lipca 1891].

Podał

**A. Puławski,**

lekarz miejscowy szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

W r. 1889 BROWN-SÉQUARD na posiedzeniu Towarzystwa bijologicznego, którego jest prezesem, ogłosił wyniki swoich spostrzeżeń nad wstrzykiwaniem podskórnym płynu z rozartych jąder zwierzęcych<sup>1)</sup>. Działanie tego płynu miało być wysoce tonizującym i podniecającym układ nerwowy, jak tego BROWN-SÉQUARD na samym sobie doświadczył. Punktem wyjścia tych doświadczeń była hipoteza o pewnym swoistem znaczeniu narządów płciowych, mianowicie jąder, dla ustroju. Narządy te w stanie czynnym, oprócz wytwarzania pierwiastków potrzebnych do zachowania gatunku, mają, według BROWN-SÉQUARD'a, inne jeszcze zadanie: wytwarzanie pewnych substancyj [zresztą nieznanych], które, dostając się do krwiobiegu, służą do utrzymywania ośrodków mózgowo-rdzeniowych na pewnej wysokości napięcia (*tonus*). Dowodów bezpośrednich na poparcie swojej teoryi BROWN-SÉQUARD nie podaje: ani o przesiąkaniu nasienia do krwi, ani o działaniu tegoż na ośrodki nerwowe nic dotąd nie wiemy. Ale istnieją, według BROWN-SÉQUARD'a, fakty pośrednie, świadczące o tem, iż gruczoły płciowe dwojakie mają zadanie: rozrodcze i energijotwórcze. Fakty te, powszechnie zresztą znane, sprowadzają się do jednego najglówniejszego: kastracyja, patologiczny lub fizjologiczny [wskutek starości] zanik jąder powodują osłabienie i zniedołężnienie całego ustroju. Owo zniedołężnienie w danym razie, według BROWN-SÉQUARD'a, ma zależeć od tego, że ustrój pozbawionym zostaje pierwiastków tonizujących i podniecających, dostarczanych przez gruczoły płciowe.

Trudno przesądzać obecnie, o ile hipoteza BROWN-SÉQUARD'a ostoi się wobec ścisłej krytyki i obserwacyi. Ma ona za sobą dużo prawdopodobieństwa.

<sup>1)</sup> Expérience démontrant la puissance dynamogénique chez l'homme d'un liquide extrait de testicules d'animaux. [Arch. de physiol. V. S. T. I. str. 651].

Z jednej strony mamy już obecnie, oprócz odwiecznych tradycji, naukowe dowody, że kastracja powoduje cały szereg zaburzeń psychicznych i nerwowych: mam tu na myśli świeżo ogłoszone spostrzeżenia Weiss'a<sup>2)</sup>. Z drugiej zaś strony, takie dwoiste znaczenie gruczołów: wydzielnicze i energijotwórcze, nie jest, zdaje się, wyłączną cechą gruczołów płciowych. Kto wie, czy niektóre inne twory gruczołowe nie posiadają analogicznych własności. Tak sądzić możnaby z tego, że ustrój, w jakikolwiekby sposób tych tworów pozbawiony, ulega bardzo ważnym zmianom, prowadzącym do charłactwa i fizycznego upadku [*cachexia strumipriva* po wyluszczeniu gruczołu tarczowego, *diabetes* — po wycięciu trzustki].

BROWN-SÉQUARD nie poprzestał na hipotezie, która, jako objaśnienie pewnej grupy zjawisk, jest dość zrozumiałą i logiczną. Znakomity fizjolog i uczony z dziedziny spekulacji wkroczył w dziedzinę praktyki i sztuki lekarskiej. Już oddawna zajmowało go pytanie, czy się nie uda inną drogą dostarczyć ustrojowi pierwiastków, których mu brakuje wskutek bezczynności albo nieudolnego, niedostatecznego funkcyjonowania jąder. „Gdyby można starcom wstrzykiwać bez niebezpieczeństwa nasienie do żył—mówił jeszcze w r. 1869 na jednym ze swoich wykładów w Paryżu — otrzymalibyśmy prawdopodobnie znaczne polepszenie sił osłabionych“<sup>3)</sup>.

W 6 lat później robi BROWN-SÉQUARD pierwsze doświadczenia w tym kierunku, wstrzykując starym psom płyn jądrowy. Na wiele doświadczeń w jednym przypadku udało mu się wywołać pożądane objawy „odmłodzenia“<sup>4)</sup>. Wreszcie w r. 1889, jak to mówiliśmy wyżej, na mocy doświadczeń nad samym sobą BROWN-SÉQUARD donosi światu, że energijotwórcze działanie narządu płciowego daje się w znacznej mierze zastąpić przez wstrzykiwania podskórne odpowiednio przygotowanych jąder zwierzęcych. Te próby, na samym sobie dokonane, zwróciły uwagę świata całego na doniosłość nowej metody. Oto BROWN-SÉQUARD, starzec 70-letni, ulegający już powszechnym prawom natury, po pierwszym już wstrzyknięciu (*le lendemain du jour de la première injection*) emulsji z rozartych jąder świnki morskiej, według własnego świadectwa, czuje się odmłodzonym. „Zaszła we mnie—cytuję dosłownie— radykalna zmiana i posiadam dowody aż nadto dostateczne, ażeby twierdzić, że odzyskałem przynajmniej te siły, jakie posiadałem przed wielu laty“<sup>5)</sup>. Dzięki wstrzykiwaniom, BROWN-SÉQUARD pracuje bez zmęczenia kilka godzin z rzędu, dobrze sypia i wypróżnia się bez pomocy środków mechanicznych. Co więcej „*d'autres forces*

---

<sup>2)</sup> Zaburzenia psychiczne i nerwowe po wyluszczeniu jąder. [Wien. med. Presse. 1890. Nr. 22—25. Streszczenie w *Medycynie*. 1891. Nr. 6].

<sup>3)</sup> S'il était possible d'injecter sans danger du sperme d'un vigoureux animal dans les veines d'un vieillard, on obtiendrait probablement une amélioration notable des puissances affaiblies de cet individu [l. c. p. 653].

<sup>4)</sup> De très nombreuses expériences... une seule a bien montré l'influence considérable que des testicules d'un jeune animal peut avoir sur un vieux chien (ibid.).

<sup>5)</sup> Un changement radical eut lieu en moi et j'eus des motifs plus que suffisants pour dire que j'avais gagné au moins toute la force, que je possédais il y a de nombreuses années [ibid.].

*non perdues mais diminuées se sont notablement améliorées* [l. c. str. 657]. Te „inne siły“ o których BROWN-SÉQUARD dyskretnie wspomina, dotyczą, jak się здаje, czynności płciowych dzielnego starca.

Doniesienie swoje kończy BROWN-SÉQUARD życzeniem, aby i inni fizjologowie, będący w wieku podeszłym, powtórzyli [rozumie się na sobie samych] jego doświadczenia i wykazali, o ile wyniki, otrzymane przez niego, zależały lub nie od jego osobistej idyjosynkrazyi. Posypały się rzeczywiście ze wszech stron spostrzeżenia i „doniesienia tymczasowe“, ale, niestety, z towarzyszeniem dziennikarskiego humbugu. „Nie poznawszy nawet mych prac, powiada z żalem sam BROWN-SÉQUARD <sup>6)</sup>, bez znajomości najelementarniejszych zasad nowej metody, wielu lekarzy, a raczej lekarskich partaczy (*médicastes*) i szarlatanów wyzyskiwało gorące pragnienia wielu osobników, narażając ich często na wielkie niebezpieczeństwo“. Ojczyzną tych operatorów były przeważnie Stany Zjednoczone; o doświadczeniach, naturalnie, zawsze pomyślnych zawiadamiano ogół za pośrednictwem reporterskich artykułów.

Znaleźli się jednak i lekarze poważni, którzy w pismach lekarskich komunikowali swoje spostrzeżenia. I tym zarzuca BROWN-SÉQUARD, że nie dość ściśle badali wyniki wstrzykiwań [„*Malheureusement les effets produits n'ont pas été rigoureusement étudiés*“ mówi BROWN-SÉQUARD, l. c.]. Nie mniej przeto uważa je za dostateczne dla dowiedzenia, że wyniki, przez niego opisane, są rzeczywiste, a nie urojone. <sup>7)</sup> Wyniki te, jak je charakteryzuje BROWN-SÉQUARD w jednym z późniejszych artykułów <sup>8)</sup>, dadzą się uogólnić w ten sposób, że płyn z rozartych jąder, wstrzyknięty pod skórę, potęguje działalność układu nerwowego, a przede wszystkim mlecza pacierzowego (*augmente considérablement les puissances d'action des centres nerveux et spécialement celles de la moëlle épinière*). Wzmoczenie to siły nerwowej można zauważyć nietylko bezpośrednio po wstrzyknięciu, ale i długi czas potem, stąd pojęcie o siłotwórczym działaniu płynu (*Il s'agit bien là d'une augmentation de force, d'une dynamogénie et non du simple effet d'une excitation*).

Na czem polega klinicznie owo spotęgowanie działalności układu nerwowego, widzieliśmy ze spostrzeżeń BROWN-SÉQUARD'a na samym sobie. Inni obserwatorowie idą o wiele dalej. Widzą znikanie bólów przy goścu <sup>9)</sup>, poprawę odżywiania przy charłactwie zimniczem <sup>10)</sup>, gojenie się owrzodzeń przy trą-

<sup>6)</sup> Du rôle physiologique et thérapeutique d'un suc extrait de testicules d'animaux d'après nombre de faits observés chez l'homme. [Arch. de phys. V série. T. I. p. 739].

<sup>7)</sup> Malgré l'insuffisance de détails dans toutes les observations publiées jusqu'ici, malgré nombre de critiques que l'on a incontestablement le droit d'adresser à la plupart d'entre elles, il en ressort néanmoins et d'une manière évidente [?], que le suc testiculaire employé, a produit sur les centres nerveux les effets dynamogéniques, que j'ai observé sur moi même. [Ibid. p. 746].

<sup>8)</sup> Exposé de faits nouveaux à l'égard de l'influence sur les centres nerveux d'un liquide de testicules d'animaux. [Arch. de phys. V série. 1. Sécund. str. 443].

<sup>9)</sup> Więzień 75-letni od 8 lat miał bóle w nogach, które się zwiększały w czasie niepogody, chodził o kiju. Po drugim wstrzyknięciu... porzuca kij i ma ogromne łaknienie. To samo było z innym 60-letnim więźniem po pierwszym wstrzyknięciu. [przyp. A. SZIKSZAY'a, cyt. B. SA. w Arch. de phys. 1890. str. 640].

dzie i to nie jednokrotnie <sup>11)</sup>, leczą cukrówkę <sup>12)</sup>, uwiąd rdzenia <sup>13)</sup> i... suchoty płucne <sup>14)</sup>),

BROWN-SÉQUARD, który z wielkim krytycyzmem gromił szarlatanów amerykańskich za to, że nazywali jego płyn eliksirem życia (*elixir of life*) z całą skrupulatnością podaje wyniki stosowania płynu jądrowego we wszystkich wymionionych wyżej cierpieniach przez lekarzy poważnych. Liczba takich spostrzeżeń, zebranych przez BROWN-SÉQUARD'a, dochodzi do trzystu <sup>15)</sup>.

Chociaż wyjątkowo na liście chorych, którym pomagały wstrzykiwania, spotykamy tabetyków, obłąkanych, dotkniętych trędem, gośćcem i... gruźlicą, to jednak większość tych szczęśliwych, to neurastenicy, impotenci psychiczni, hipochondrycy i pragnący wstrzymać ulatującą bezpowrotnie młodość starcy. Ta większość dziwnie dobrze oddziaływa na wstrzykiwania. Niektórzy doznają polepszenia, omal nie wyzdrowienia po kilku, ba, nawet po jednym wstrzyknięciu. Pomagają nietylko wstrzykiwania podskórne ale i bezbolesne i bezpieczniejsze wstrzyknięcia do odbytnicy <sup>16)</sup>. Co więcej, BROWN-SÉQUARD przytacza fakt, że jakiś młody lekarz paryzki swojej żonie, osłabionej przez krwotoki płucne, wstrzyknął pod skórę własną spermę nierozcieńczoną, zebraną podczas spółkowania *dans un préservatif en baudruche aseptisé*. W pięć godzin (*si*) nastąpiło znakomite polepszenie, tak, że owa pani mogła pojechać na Wystawę <sup>17)</sup>. „*Noch einen Schritt weiter*, powiada FÜRBRINGER — zdając sprawę ze swoich spostrzeżeń nad metodą BROWN-SÉQUARD'a <sup>18)</sup>—*und die Brücke zur horribeln Applicatio seminis humani per os ist geschlagen*“.

Łatwo zrozumieć z tego, co dotychczas powiedziałem, że dla wyrobienia sobie należytego pojęcia o metodzie BROWN-SÉQUARD'a, do czego mnie, jak i wielu innych, mogło zachęcać rozgłosne imię jej twórcy, niepodobna poprzestać na samej tylko literaturze przedmiotu <sup>19)</sup>. Spostrzeżenia samego BROWN-SÉQUARD'a, lubo napisane z nieporównanym talentem literackim, budzą podejrzenia

<sup>10)</sup> Przypadki LAURENT'a [ibid.] str. 443.

<sup>11)</sup> Przypadki SUZOR'a [ibid.] str. 645.

<sup>12)</sup> ROZCZYNNIN [p. niżej].

<sup>13)</sup> BROWN-SÉQUARD sam kilka przypadków przytacza [ibid.].

<sup>14)</sup> Wskazówki w pracy ZIENIECA [p. niżej].

<sup>15)</sup> *L'exposé des effets produits chez l'homme par des injections sous-cutanées et des injections rectales d'un suc retiré des testicules d'animaux vivant ou venant de mourir*. Jest to broszura, napisana przez BROWN-SÉQUARD'a, obecnie wyczerpana, z której sprawozdanie znajduje się w *Gaz. Hebd.*, 1890. Nr. 25.

<sup>16)</sup> *Nouveaux faits relatifs à l'influence sur les centres nerveux de l'homme d'un liquide extrait de testicules d'animaux*. [*Arch. de phys.* V Ser. T. sec. str. 646].

<sup>17)</sup> Ibid. str. 644. Komunikowane BROWN-SÉQUARD'owi przez D-r GLEY'a. B-S robi uwagę, że należałoby się przekonać, czy nasienie *in natura*, nierozcieńczone, nie jest szkodliwe w postaci wstrzykiwań podskórnych. Zresztą żadnej krytyki!

<sup>18)</sup> „Zur Würdigung der BROWN-SEQUARD'schen Behandlung der Impotenz“. *Verein für inn. Med. in Berlin Sitzung vom 15 Juni. 1891*. [*Deut. Med. Zeit.* 1891. Nr. 50].

<sup>19)</sup> W polskiej literaturze posiadamy bardzo pracowite — szkoda, że za mało krytyczne — zestawienie literatury naszego przedmiotu, dokonane przez D-ra POLIKIERA p. t.: „O poszukiwaniach BROWN-SÉQUARD'a nad działaniem płynu jądrowego oraz jajnikowego i o sperminie. [*Kron. Lek.* 1890. Nr. 11 i 1891. Nr. 1].

subiektywizmu, zakrawają mocno na samopoddawanie. Prace innych autorów są nieraz tak pobieżne, a we wnioskach tak optymistyczne i niewolniczo odtwarzające poglądy BROWN-SÉQUARD'a, że zaufania wzbudzać nie mogą. Pozostawała mi tedy „jedyna, trudna rzeczywistość droga, jak słusznie mówi UNVERRICHT<sup>20)</sup>, na jakiej w medycynie klinicznej można zebrać błogie owoce — droga trzeźwej klinicznej obserwacji“. Tą drogą postanowiłem właśnie zapoznać się z metodą BROWN-SÉQUARD'a. Doświadczenia swoje [w miesiącu Wrześniu i Październiku r. z.] wykonałem przeważnie na chorych szpitalnych [w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie]. Materiał szpitalny wydał mi się najodpowiedniejszym, tak ze względu na możliwość ściślejszej obserwacji, jak i dlatego, że chorzy szpitalni, jako ludzie nieoświeceni i nie czytający pism peryjodycznych, o metodzie BROWN-SÉQUARD'a nie słyszeli; mogłem więc łatwiej wyłączyć sugestyję, pierwiastek niepożądaną w tego rodzaju doświadczeniach.

O nieszkodliwości metody miałem przekonanie z doświadczeń BROWN-SÉQUARD'a, który bardzo szczegółowo opisał wszelkie wrażenia i następstwa wstrzykiwań na samym sobie. Materiału do wstrzykiwań dostarczał mi łaskawie kol. BUJWID, współuczestnik moich spostrzeżeń, za co Mu niniejszem składam serdeczne podziękowanie, ile że to przygotowywanie materiału, to najzmuniejsza a zarazem najważniejsza część obserwacji.

Materiał do wstrzykiwań był trojakiemu rodzaju: 1) emulsja z rozrartych jąder, przepuszczona przez filtr kaolinowy CHAMBERLAND'a [14 wstrzykiwań]; 2) także emulsja, filtrowana przez płótno [27 wstrzykiwań]; 3) nasienie, przepuszczone przez filtr CHAMBERLAND'a [2 wstrzykiwania]. Dla kontroli kilka razy wstrzykiwałem mleko wyjałowione, o czem wspomnę później. Zwierzęta, z których brano materiały, były: byk [nasienie z pęcherzyków nasennych], wieprz, świnki morskie, króliki.

Kastracja była wykonywaną zwykłym sposobem przy zachowaniu ścisłej aseptyki. Żadne z operowanych zwierząt nie padło. Jądra wieprza były wyjęte natychmiast po zabiciu tegoż. W podobny sposób otrzymano nasienie byka. Do rozcierania i rozcieńczania miąższu jąder używano wyjałowionej wody, lub wyjałowionego fizjologicznego roztworu soli kuchennej [takie roztwory były najmniej bolesne]. Emulsja, filtrowana przez płótno, miała wygląd różowy, prędko mętniała, zawierała ciała krwi, tłuszcz, nieco nitek nasennych; przepuszczona przez filtr CHAMBERLAND'a była zupełnie bezbarwną, przezroczystą, jak woda, nie zawierała żadnych organizowanych pierwiastków, długo nie ulegała zmętnieniu. Roztwór taniny dawał lekkie zmętnienie; odczynu na cukier i pepton nie było. Płyn do wstrzykiwania przenoszono z pracowni kol. BUJWIDA w wyjałowionych i zalutowanych rurkach szklanych. Wstrzykiwano go w godzinę do czterech po przygotowaniu. Obserwowaliśmy chorych 12, którym wykonano wogóle 43 wstrzykiwań. W to nie wchodzi kilka wstrzykiwań, wykonanych dla kontroli z mleka wyjałowionego.

---

<sup>20)</sup> „Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej.“ Odczyty kliniczne, wydawane przez Red. Gaz. Lek. Ser. I. od. 12.

Materyjał kliniczny składał się z dwóch kategorii: 1-0 chorzy szpitalni, którzy wszyscy [z wyjątkiem jednego] nie rozumieli, w jakim celu są im robione wstrzykiwania [9]; 2-0 chorzy prywatni, inteligentni, z których dwaj wiedzieli o rozgłaszanych dodatnich wynikach metody [literat i lekarz], jeden cokolwiek o niej słyszał [żyd, szklarz]. Według rozpoznania chorób, chorzy dzielili się na: 1-0) *marasmus senilis*, trzy przypadki [w jednym była *hemiplegia*, w drugim *stupor*, w trzecim *gastritis chronica*]; 2-0) *tabes dorsalis*, dwa przypadki [w jednym bóle, w drugim objawy neurasteniczne]; 3-0) *arthritis deformans*; 4-0) *nephritis*; 5-0) *impotentia virilis*, dwa przypadki; 6-0) *enuresis nocturna*; 7-0) *neurasthenia (dyspepsia nervosa)*; 8-0) rekonwalescencyja po tyfusie. Chorzy z wyjątkiem marantyków, którzy mieli po 70 lat, i chorego na *enuresis noct.*, który miał lat 20, byli w wieku średnim [od 25 — 45].

Oto w krótkości historia naszych spostrzeżeń:

**Spostrzeżenie. I.** P. F., zecer, lat 71, leży w szpitalu od 28. III. 1890. Przybył do kliniki terapeutycznej z powodu porażenia połowicznego prawego, któremu uległ przed 3-ma miesiącami. Od 24. VI. 1890 r., leży na sali № 30 pod moją obserwacją. Odżywianie mierne. Wybitna miażdżycza tętnic obwodowych. Zniechęcenie ogólne, płaczliwość, osłabienie inteligencji, niekiedy *incontinentia alvi*. Osłabienie w prawej połowie ciała, większe w kończynie górnej niż w dolnej. Chód utrudniony, bezładny nie ma. Czucie zachowane. Odruch kolanowy w kończynie chorej wzmożony. Chory uskarża się na ból w skroni lewej (*neuralgia supraorbitalis*). Z tejże strony zjawia się niekiedy pryszczycza (*eczema*). Stan bezgorączkowy, tętno 80—90, niekiedy arytmiczne. Od 10. X. — 12. XI wykonano 9 wstrzykiwań emulsji BROWN-SÉQUARD'a [4 razy emulsja filtrowana na filtrze CHAMBERLAND'a w ilości od 5 — 14 szprycek PRAVAZ'a na raz, 4 razy emulsję filtrowaną przez płótno w ilości 2 — 4 szprycek PRAVAZ'a, raz — nasienie byka, filtrowane na filtrze CH., w ilości 6 szprycek PRAVAZ'a].

Chory znosił wstrzykiwania [w skórę brzucha] bardzo dobrze. Ból po wstrzyknięciu zwykle był umiarkowany. Na drugi dzień na miejscu wstrzyknięcia znajdowałem stwardnienie nieco bolesne, które po kilku dniach zniknęło. Niekiedy skóra w danym miejscu była zaczerwieniona. Raz tylko [22. X.] po wstrzyknięciu 3-szprycek emulsji z jąder królika, filtrowanej przez płótno, chory we trzy godziny dostał silnego dreszczu, ciepłota ciała podniosła się do 38° C., przyczem tętno wynosiło 96 uderzeń na minutę. Chory był pobudzony, dużo mówił. Ku wieczorowi wystąpiły poty. Na drugi dzień ciepłota spadła do 36,4°C.. W miejscu wstrzyknięcia stwardnienie nieco bolesne, które po kilku dniach rozeszło się bez ropienia. Wpływ wstrzykiwań na ogólny stan był następujący: ciepłota ciała utrzymywała się w granicach normalnych, t. j. bywała zwykle niżej 37° C. [36,4°], tętno słabe, dość częste [80 — 90], pozostawało takim ciągle. Przez pewien czas arytmija znikła, ale zjawiała się jeszcze przed ukończeniem seryi wstrzykiwań. Chory mniej często miał mimowolne wypróżnienia, ale nie trzeba zapominać, że przez cały czas wstrzykiwań na chorego była zwróconą baczniejszą uwaga: pytano się go częściej, niż zwykle, wobec innych chorych o wszystkie szczegóły zachowania się i widocznie żenowało go przyznawanie się do swoich ułomności; jednym słowem, przypuszczam, że wola musiała tu grać pewną rolę.

Siła w kończynach i chód pozostały bez zmiany. Bóle w skroniach nie ustępowały. Ani poprawy w wyglądzie, ani w zachowaniu się chorego nie zauważyłem żadnej. Wstrzykiwania robiłem w ciągu całego miesiąca. W kilka miesięcy potem chory zmarł wskutek nowego napadu apoplektycznego.

**Spostrzeżenie II.** W. J., lat 68, wyrobnik, bez szczególnego cierpienia organicznego miał uwiad starczy, zupełny upadek odżywiania i sił. Pod względem psychicznym uderzała nadzwyczajna apatyja, *stupor*, z którego nic nie mogło wyprowadzić chorego. Leżał po większej części zwinęty w kłębek, na zapytania odpowiadał przytomnie, ale sam nigdy pytań nie zadawał nikomu. Jadł, pił i ruszał się zupełnie automatycznie, spał normalnie. Zapytany uskarżał się na bóle w klatce piersiowej. Wypróżnienia, o ile go nie pilnowano i nie prowadzono do ustępu, oddawał pod siebie. Leżał w szpitalu od 28. VIII. do 30. XI. Chory zmarł wskutek charłaczego zapalenia płuc (*pneumonia cachecticorum*). Na sekcyi, oprócz sprawy w płucach, nic szczególnego nie znaleziono. Od 9. X. do dnia 9. XI. wykonano 8 wstrzykiwań [4 razy emulsyję filtrowaną przez filtr CHAMBERLAND'a w ilości od 5 — 10 szprycek PRAVAZ'a, 4 razy emulsyję filtrowaną przez płótno, w ilości od 2 — 4 szprycek PRAVAZ'a]. Miejscowo otrzymywano umiarkowanie bolesne stwardnienia. Raz w 2 godziny po wstrzyknięciu [2 szprycki z emulsyi jąder królika filtrowanej przez płótno], zjawił się dreszcz wstrząsający, podniesienie ciepłoty do 38,2° C., tętno 100. Chory nieco się ożywił, utrzymywał, że ma się lepiej. We 12 godzin potem ciepłota spadła do normy. W ciągu całego czasu wstrzykiwań najmniejszej zmiany w chorym nie zauważyłem: *stupor*, osłabienie, oddawanie stolca pod siebie pozostawały bez zmiany. Żadnych również chory nie zdradzał podmiotowych polepszeń.

**Spostrzeżenie III.** J. M., lat 58, stróż tramwajowy, leżał w szpitalu od 23 Listopada 1889 r. z powodu władu rdzenia. Sprawa trwa oddawna; od pół roku bezład tak się wzmógł, że chory łóżka nie opuszcza. Zanik mięśni na kończynach dolnych. Odżywianie znacznie podupadło. Choremu w wysokim stopniu dokuczają bóle w kończynach dolnych, mające charakter bólów strzelających, błyskawicznych. Bóle uśmierza tylko morfina. Zrobiono ogółem 4 wstrzykiwania [2 razy emulsya z jąder króliczych, filtrowana na filtrze CHAMBERLAND'a, po 10 szprycek naraz, 2 razy emulsya z jąder świnek morskich, filtrowana przez bibułę szwedzką, po 2—4 szprycki na raz]. Dwa razy po wstrzyknięciu [raz emulsya filtrowana przez filtr CH., raz — przez bibułę], otrzymano dreszcz wstrząsający, trwający przez godzinę, podniesienie ciepłoty do 39° C., poczem poty i powrót ciepłoty do stanu prawidłowego. Po ostatniem wstrzyknięciu, którego następstwem był dreszcz, chory stanowczo wymówił się od dalszych prób. Zmarł d. 11 Listopada wśród objawów postępującego marazmu.

**Spostrzeżenie IV.** J. J., lat 52, oficjalista wiejski, od lat wielu cierpi na *arthritis deformans*. Oprócz stawów kończyn górnych i dolnych, sprawa zajęła stawy zuchwowe. Choremu dokuczają bóle, zaparcie stolca, brak łaknienia, leży w szpitalu od kilku miesięcy bez polepszenia. Wykonano 4 wstrzyknięcia [raz nasienie z byka, filtrowane przez filtr CHAMBERLAND'a — 5 szprycek, 2 razy emulsyję z jąder króliczych, filtrowaną przez bibułę, po 2 — 4 szprycki, raz takąż emulsyję z jąder świnki morskiej — 2 szprycki]. Po pierwszem wstrzyknięciu chory podmiotowo czuł się lepiej: bóle mniej mu dokuczały, miał lepszy apetyt, spał dobrze i prosił sam o drugie wstrzyknięcie. Następne wstrzykiwania już podobnego skutku nie miały. Po 3-iem wstrzyknięciu [emulsya jąder króliczych, filtrowana przez bibułę] wystąpił dreszcz i gorączka, jak u poprzednich chorych. Po 4-tem — stwardnienie na skórze brzucha nie uległo wessaniu. Utworzył się dość duży ropień, wielkości rubla srebrnego; po przecięciu wypłynęło dużo cuchnącej, płynnej ropy. Rana zagoiła się dość szybko. Żadnej zmiany w stanie chorego wstrzykiwania nie sprawiły. Wypisał się on ze szpitala w Maju r. b., aby udać się do Buska.

**Spostrzeżenie V.** J. J., lat 28, włościanin, przybył do szpitala z objawami niestrawności: odbijania, bóle w okolicy żołądka, osłabienie, łaknienie zmienne. Przy badaniu okazało się, że chory jest dotknięty neurasteniją, której najwa-

źniejszym objawem była niestrawność nerwowa [mianowicie: *hyperaciditas*]. Zrobiono 3 wstrzykiwania [raz — emulsja z jąder królika — 2 szpryki; raz — emulsja z jąder świnki morskiej — 2 szpryki i raz — nasienie byka — 5 szprycek]. Po drugim wstrzyknięciu dreszcz, podniesienie ciepłoty do  $38^{\circ}$  C. Infiltrat dość bolesny. Żadnych zresztą przedmiotowych zmian po wstrzykiwaniach nie zauważyłem. Co się tyczy objawów podmiotowych, te były różne. Po pierwszym wstrzyknięciu chory czuł się lepiej; mniej mu dokuczaly bóle; miał lepsze łaknienie. Po drugim [po którym były dreszcze, gorączka] czuł się gorzej i prosił, aby mu dalszych wstrzykiwań nie robić. Później jednak dał się namówić na trzecie wstrzyknięcie. Potem żadnego ani dodatniego, ani ujemnego skutku nie widziałem. Chory ten po 6-io-tygodniowym leczeniu, które polegało na podawaniu bromu w dużych ilościach i letnich kąpielach, wypisał się ze szpitala ze znaczną poprawą.

**Spostrzeżenie VI.** Z. J., lat 76, woźny, przybył do szpitala z objawami przewlekłego nieżytu żołądka — bez podejrzenia nowotworu. Ogólne osłabienie, brak łaknienia, ból głowy, nastrój hypochondryczny. Wykonano mu jedno wstrzyknięcie emulsji z jąder króliczych, przefiltrowanej na filtrze CHAMBERLAND'a, w ilości 4 szprycek PRAVAZ'a. Chory miał ból dotkliwy przy wstrzykiwaniu. Przez cały dzień następny żadnego podmiotowego, ani przedmiotowego wpływu wstrzykiwań nie widziałem. Podmiotowe uczucie musiało być dość przykre, bo chory, z obawy dalszych wstrzykiwań, wypisał się ze szpitala.

**Spostrzeżenie VII.** K. J., lat 20, technik, cierpi obok pewnych objawów nerwowych [ból głowy, bezsenność, niepokój] na *enuresis nocturna* od dzieciństwa. Wstrzyknięto 2 szpryki przefiltrowanej emulsji z jąder wieprzowych. Wstrzyknięcie było bardzo bolesne, nacieczenie trwało długo. Żadnego widocznego wpływu na ciepłotę, tętno, ogólny stan nie było. Mimowolne oddawanie moczu trwało w dalszym ciągu. Chory nie życzył sobie dalszych prób. Zimne kąpiele i atropina w ciągu kilku tygodni wpłynęły pomyślnie na cierpienie tego chorego.

**Spostrzeżenie VIII.** D. Ł., lat 55, wyrobnik, przybył z objawami niedokrwistości, osłabienia, z niewielkimi obrzękami. Od kilku miesięcy cierpi na krwotoczne zapalenie nerek (*nephritis haemorrhagica*). Zrobiono 4 wstrzykiwania emulsji z jąder królika w ilości od 2 — 4 szprycek. Wstrzykiwania znosił dobrze. Żadnej zmiany nie zanotowano. Po kilku tygodniach wypisał się ze szpitala bez poprawy.

**Spostrzeżenie IX.** C. J., lat 29, flis, leżał w szpitalu od 21 Października do 10 Listopada z powodu tyfusu wysypkowego. Zdrowienie było bardzo powolne, mianowicie uderzał brak łaknienia. Wstrzyknięto 2 szpryki przefiltrowanej emulsji z jąder królika. W 2 godziny dreszcz, ciepłota  $38^{\circ}$  C., tętno 100. Na drugi dzień rano ciepłota  $37^{\circ}$  C.. Nacieczenie dość bolesne trwało przez dni 5. Ponieważ żadnego dodatniego upływu nie widziałem, przeto z obawy gorączki i cięższych objawów u chorego, jeszcze wycieńczonego chorobą, dalszych prób zaniechałem.

[D. n.]



Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA WE. MATLAKOWSKIEGO W SZP. DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

## II. O NIEDROŹNOŚCI JELIT

WSKUTEK OBECNOŚCI W JAMIE BRZUSZNEJ t. zw. DIVERTICULUM MECKELII.

Napisał

**Hipolit Oderfeld,**

asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 37].

Niedrożność jelit, spowodowana przez wyrostek MECKEL'a, co do liczby należy do rzadkich postaci. LEICHTENSTERN, który posiada najbogatszą statystykę niedrożności, podaje, że na 100 przypadków zamknięcia światła kiszek na wyrostek MECKEL'a przypada 5,21%. Co do wieku, to zdarza się ona we wszystkich, z liczebną przewagą w wieku dojrzałym. Kobiety i mężczyźni w równej prawie mierze zapadają na tę chorobę.

Jak często wogóle u ludzi znajduje się wyrostek MECKEL'a, mogący być przyczyną niedrożności, to pod tym względem nie znalazłem nigdzie żadnej wzmianki. Liczba ta nie musi być wielką, skoro D-r PRZEWOSKI<sup>1)</sup>, który wykonał kilkanaście tysięcy sekcji, przypomina sobie zaledwie kilka przypadków. Dodawszy do tego jeszcze kilka przeoczonych, liczba wypadnie, na szczęście, niewielka.

\*

\*

\*

Pomijając przypadki CAZIN'a w liczbie 23, dokładnie opisanych, oraz TREVES'a i LEICHTENSTERN'a, którzy nie podali opisu zebranych przez się przypadków, udało mi się zebrać z literatury ostatniego dziesiątka lat kilkanaście przypadków niedrożności wskutek wyrostka MECKEL'a, których historję w krótkości przytaczam.

I. Przypadki G. HAMILTON'a<sup>2)</sup>.

a) 6-cio-letni chłopiec, od sześciu dni chory. H. zastał go prawie w stanie konania. Bezwzględnie, t. j. siódmego dnia, laparatomija: pętlica kiszek owinęła się naokoło kolbowato wzdętego wyrostka MECKEL'a, uciskając i siebie i sam wyrostek. I wyrostek i pętlica kiszeki blizkie gangreny. Śmierć.

b) Mężczyzna lat 33, od 6-ciu dni zaparcie i ból w okolicy pępka. Brzuch mało wzdęty. W prawym dole biodrowym stępienie i zwiększona rezystencja. Wymioty kałowe. Laparotomija 6-tego dnia: wyrostek MECKEL'a przyrośnięty do pępka. U podstawy wyrostka kieszka przegięta (*Knickung*).

c) Chłopiec, 8 lat. Od 4-ch dni zaparcie stolca, nagle bóle i wymioty. W 6 godzin już prawie upadek sił. W 18 godzin po zachorowaniu laparotomija. Znalaziono pierścien z wyrostka MECKEL'a, przyrosłego obwodowym końcem do kręzki, a w pierścieniu uciśniętą kieszkę. *Resectio diverticuli. Sanatio.*

II. SCHRAMM. Chłopiec, lat 9, zachorował nagle przed 6-ciu dniami przy objawach ostrej niedrożności. Laparotomija: wyrostek długi na 4 ctm., wychodzący

1) Ustna wiadomość.

2) Lancet, October, 6. 1888.

z kiszki cienkiej na jakie 30 ctm. od zastawki BAUHIN'a. Obwodowy koniec wyrostka, zaopatrzony sznurkiem długim na 4—5 ctm., był przyrośnięty do podstawy wyrostka, otaczając kışzkę jakby tasiemką. Wycięcie kawałka kiszki, z której wychodził wyrostek [wraz z nim]. Wyzdrowienie.

III. VAN DER WEHR <sup>1)</sup>. Mężczyzna, lat 22, zachorował nagle; objawy niedrożności; operowany na 7-my dzień. Strangulacja kiszki przez wyrostek MECKEL'a, wychodzący z kiszki cienkiej w odległości 1 metra od zastawki BAUHIN'a i przyrośnięty do kiszki ślepej. Wycięto wyrostek. Upadek sił. Śmierć.

IV. BERGER <sup>2)</sup>. Mężczyzna lat 22. Na 13-ty dzień choroby laparotomija. Niedrożność wskutek strangulacji i skręcenia kiszki pod wyrostkiem MECKEL'a. Wyrostek przecięto. Śmierć w 36 godzin.

V. BARVEL <sup>3)</sup>. Młody chłopiec, operowany wskutek ostrej niedrożności, na 6-ty dzień choroby. Znalaziono ucisk [?] kışzek przez taśmę, idącą od dolnej części kiszki biodrowej do pępka. Taśma ta okazała się wyrostkiem MECKEL'a. Zapalenie otrzewnej. Śmierć.

VI. CLUTTON <sup>4)</sup>. Chłopiec 10-cio-letni. Na 4-ty dzień choroby laparotomija. Wyrostek MECKEL'a wolny i kolbowato wzdęty owinął się naokoło pętlicy kışzek i przyrósł. Wycięcie wyrostka. Wyzdrowienie.

VII. M. GILL. Mężczyzna 30 lat. Ostre zamknięcie, które wystąpiło przed 9-iu godzinami. Chory w stanie znacznego upadku sił. Laparotomija. Ręka, wprowadzona do jamy brzusznej, nic nie wyczuła, wskutek czego przedłużono cięcie, a wzdęte kışzki same się wywałyły. Wyrostek MECKEL'a przyrośnięty do pępka. Przy podstawie wyrostka kışzka skręcona. Po przecięciu wyrostka, ta ostatnia sama się wyprostowuje. Wyrostka nie wycięto, aby nie przedłużać operacji. Na drugi dzień znów wymioty, bóle, upadek sił. Po *laxans, salinum*, wypróżnienie i wyzdrowienie.

VIII. THOMAS HARRIS <sup>5)</sup>. Mężczyzna, lat 22, zachorował nagle przy objawach niedrożności jelit. Laparotomija. Zapalenie otrzewnej. Śmierć. Od końca wyrostka MECKEL'a szedł skręcony powróz, długości 1½ cala do kręzki dolnej części kiszki. Przez utworzony w ten sposób otwór przeszła pętlica kışzek i została uwięźniętą. Oprócz tego znalaziono skręcenie samego wyrostka naokoło własnej osi, co spowodowało jego pęknięcie i wylanie się kału do jamy brzusznej z śmiertelnem zejściem.

IX. REHN <sup>6)</sup>. Kobieta w 7-ym miesiącu ciąży, po obfitem wypróżnieniu, dostała nagle silnych bólów w brzuchu, które pierwotnie za bóle porodowe uważano. Nazajutrz objawy się pogorszyły — zaparcie zupełne. REHN widział chorą na drugi dzień i rozpoznał zapalenie otrzewnej, oraz poród w biegu. Ciepłota 39° C. W 4 godziny po skończonym porodzie laparotomija. Z jamy brzusznej wypływa dużo ropno-krwawej cieczy; kışzki cienkie w nader powikłany sposób przez wyrostek MECKEL'a uwięźnięte. Przemyto żołądek, poczem opróżnienie kışzek i polepszenie. Wieczorem dreszcze i śmierć. Zapalenie otrzewnej.

X. LEISRINK <sup>7)</sup>. Max H., lat 10. Od urodzenia otwór w pępku, który zarósł dopiero w 3-im roku życia, pozostawiając maleńką przetokę, przez którą sączył się płyn żółtawy. Zresztą pacjent był zawsze zdrow, skarżył się tylko na częste bóle w brzuchu. Obecna choroba zaczęła się 14 dni temu od objawów nie-

1) New York Med. Record. 1888. Styczeń.

2) Bulletin et Mémoire Chir. de la société Méd. de Paris. Tome II. 1885

3) Britisch Med. Journal. 1883. Januar.

4) Lancet. Maj. 1884.

5) Brit. Med. Journal. 22. V. 1887.

6) Centralblatt für Chir. Nr. 30. 1887.

7) Arch. für Chir. Bd. 28.

drożności. Z początku stosowano lawatwy i *purgantia* [1]. Ciągłe wymioty, w końcu kałowe. Makowiec. Wreszcie laparotomija; śmierć tegoż dnia. Wycięto 14 ctm. кишки cienkiej. Przy sekcji znaleziono wyrostek MECKEL'a długości 9 ctm., wychodzący z кишки cienkiej na 70 ctm. powyżej *valv. ileo-coecalis*. Wyrostek ma zupełnie własności кишки; szerokość 2 ctm., u podstawy grubszy o 1 centymetr.

XI. POPPERT<sup>1)</sup>. Mężczyzna, lat 27, dotąd zupełnie zdrowy, zachorował nagle bez widocznej przyczyny na ostrą niedrożność kiszek: wymioty, zaparcie, *meteorismus* i t. p.. Na 5-ty dzień choroby wstąpił do kliniki. W dwa dni potem zrobiono enterostomię. Na 4-ty dzień po tej operacji pierwszy stolec *per anum*. Stan chorego znakomicie się poprawił, tak, iż 14-ego dnia zeszyto przetokę. W 5 dni potem nastąpiły objawy utrudnionego krążenia kału, wskutek czego otworzono przetokę napowrót. Nagle w 2 tygodnie potem, jakoby po jakimś błędzie w dyjcie, objawy ostrej niedrożności wystąpiły w całej pełni, tak, iż wykonano laparotomię, przy której znaleziono ograniczone w dolnym odcinku zapalenie otrzewnej, a jako przyczynę niedrożności wyrostek MECKEL'a, który, idąc od кишки cienkiej, szedł ku dołowi, ku tylnej ścianie brzusznej. Dokładnego przyczepu końca obwodowego nie można było określić, wskutek zasłonięcia go przez кишки silnie wzdęte. Tym sposobem powstała szpara, przez którą przeszła pętlica kiszek i została uwięzniętą. Chory wyzdrowiał.

Prócz tych przypadków wiadomo mi o istnieniu dwóch jeszcze przypadków JALLAND'a (*Lancet. July. 6. 1889*), lecz dotychczas, niestety, numeru wspomnianego pisma nie mogłem otrzymać.

Rozpoznawanie niedrożności wskutek wyrostka MECKEL'a z natury rzeczy redukuje się do rozpoznawania niedrożności wogóle. Nie zanotowano dotychczas ani jednego przypadku, w którymby rozpoznanie to postawiono za życia, *resp.* przed otwarciem jamy brzusznej. I nic dziwnego: nie posiadamy pod tym względem ani jednego punktu oparcia; takie cechy, jak nagły początek, szybki przebieg, silny odczyn ze strony całego ustroju i t. p., są wspólną cechą wielu form niedrożności. Zdanie<sup>1)</sup>, które CAZIN 30 lat temu wygłosił, do dziś dnia jeszcze posiada swą moc w całej pełni.

Ten jeden postępowanie należy zaznaczyć, że nauczyliśmy się do pewnego stopnia rozpoznawać całe grupy niedrożności, mające wiele cech wspólnych, które aczkolwiek zależne są pod względem anatomicznym od najróżnorodniejszych przyczyn, jednak dają się ująć w pewne ramy, wysnute z doświadczenia. Nas w tej chwili zajmuje grupa niedrożności, zależnych od uwięźnięcia przez „taśmy i twory“ [TREVES]; do tej grupy należy i niedrożność wskutek wyrostka MECKEL'a. Przypadki, tutaj odnoszące się, przedstawiają wiele podobieństwa z przepuklinami uwięźniętymi: miejscem uwięźnięcia jest prawie zawsze, z małymi wyjątkami, kieszka cienka. Według TREVES'a, charakterystykę tej grupy stanowi:

a) Początek nagły [70%].

b) Ból jest jednym z pierwszych objawów. Jest on ogromnie dokuczliwy, w dalszym przebiegu nieco słabnie.

1) Arch. für Chir. Tom 39.

2) „Le temps n'est pas encore venu, où chaque variété d'iléus pourra être classée d'après ses symptômes. Ceux de cette espèce présentent bien quelque points particuliers, spéciaux; mais ces caractères ne sont ni constants ni absolument propres à l'étranglement diverticulaire“.

3) L. c. str. 372.

c) Brak zupełny umiejscowionej bolesności z początku choroby; w dalszym przebiegu może ona stać się więcej umiejscowioną.

d) Wymioty stanowią objaw bardzo wczesny, często przybierają większe rozmiary; w 60% stają się kałowe; choremu ulgi nie przynoszą.

e) Zaparcie stolca zupełne. Za pomocą ławatyw można tylko opróżnić kiszki grube.

f) Szybko występujący odczyn ze strony układu nerwowego, jak: upadek sił, pragnienie silne, zmniejszenie wydzielania moczu i t. p..

g) Brak zupełny parcia.

h) Wzdęcie brzucha nieznaczne, powiększa się dopiero w przebiegu choroby, najwyraźniej w *epigastrium* i w okolicy pępka.

i) Nadzwyczaj rzadko przytrafiająca się zwiększona rezystencja lub stępienie w ograniczonym miejscu.

j) Kontury kiszek nie zarysowują się zazwyczaj [jest to objaw przewlekłego uwięźnięcia].

Czas trwania choroby wynosi przeciętnie 5 dni.

W istocie, dzięki tym danym, jesteśmy w możności z pewnem prawdopodobieństwem określić siedlisko oraz charakter przeszkody. Wszystkie tu należące postaci niedrożności mają przebieg gwałtowny pozostawione samym sobie, a kończą się zazwyczaj śmiertelnie. Niedrożność wskutek wyrostka MECKEL'a jeszcze bardziej od innych dąży do takiego zakończenia, ponieważ, jak już wspomnieliśmy, i sam wyrostek szybko traci swą żywotność i może uleść obumarciu nie raz wcześniej, niż uciśnięta kiszka.

Chciałbym w tem miejscu zwrócić uwagę na dwie okoliczności, mające, mojem zdaniem, pewne rozpoznawcze znaczenie specjalnie dla omawianej postaci niedrożności. Już wyżej wspomniałem, że wyrostek MECKEL'a, jako wada rozwojowa, często się zdarza u osobników, posiadających inne wady rozwojowe, jak warga zajęcza i t. p..

Otóż, jeśli spotkamy chorego z niedrożnością jelit, któryby przypadkowo posiadał jakąkolwiek z podobnych wad, natenczas obecność ich może naprowadzić na myśl współistnienie i takiego zboczenia, jakim jest wyrostek MECKEL'a.

Nie chcę przez to powiedzieć, żeby w danym przypadku niedrożność była w zależności od wyrostka, gdyż może on nieraz przez całe życie zachować się jak najobojętniej, a niedrożność może zależeć od jednej z wielu innych znanych przyczyn.

Drugą okolicznością, mającą już daleko większą wartość rozpoznawczą, stanowi dokładna anamneza z niemowlęcych lat chorego: jeśli się dowiemy, że chory miał w dzieciństwie przetokę pępkową, że z tej przetoki sączyła się ciecz podobna do zawartości kiszkowej, że z czasem przetoka zamknęła się sama przez się, to natenczas istnienie wyrostka MECKEL'a u danego osobnika jest prawie pewnem, gdyż przetoka owa nie była niczem innym, jak niezamkniętym *ductus omphalo-mesentericus*, czyli wyrostkiem MECKEL'a. W podobnym przypadku nie możemy również określić, o ile niedrożność zależy od wyrostka lub innej jakiej przyczyny. W przypadku LEISING'a, w którym chory do trzeciego roku życia miał taką przetokę, ja bym stanowczo przypuścił, że znajdziemy i wyrostek MECKEL'a. Nie-

stety, autor cytowany nie nam o swoich refleksjach przedoperacyjnych nie wspomina.

Zadanie, jakie mamy przy łożu chorego, dotkniętego niedrożnością jelit, będzie wypełnionem, jeśli zdołamy z pewnem prawdopodobieństwem określić siedlisko choroby, oraz jej mechaniczny charakter. Tej zasady trzymają się prawie wszyscy nowocześni klinicyści, pozostawiając rozpoznanie dokładniejsze otwarciu jamy brzusznej.

Kwestyja leczenia operacyjnego niedrożności należy do najtrudniejszych. Zdania klinicystów nie są jeszcze zgodne w wielu punktach, i jeśli sposób postępowania ich w wielu razach jest jeszcze odmiennym, to zauważyć można, że w ostatnich czasach poglądy zbliżają się coraz bardziej. Jeszcze 40 lat temu (TUENDEL<sup>1)</sup>) utrzymywał, że u chorego z niedrożnością jelit winniśmy mieć na względzie, jeśli idzie o uratowanie chorego, nietyle o usunięcie wprost przeszkody, ile o umożliwienie swobodnego krążenia kału, i co za tem idzie, za idealną operację uważał sztuczny odbyt. Tego samego żądali NÉLATON i MAISONNEUVE. Pogląd ten dziś już prawie nie ma zwolenników. Operacja nałożenia sztucznego odbytu, aczkolwiek pod względem technicznym łatwiejsza od laparotomii, ma jednak tyle ujemnych stron, że zastosowanie jej należy pozostawić dla wyjątkowych przypadków. Najprzód, jest to operacja, działająca na oślep: nigdy nie możemy mieć przy niej pewności, że uchwyciliśmy pętlicę kiszki, leżącą powyżej przeszkody; dalej, nie uwzględnia ona wcale współistnienia kilku przeszkód, jak to miało np. miejsce w jednym z przypadków BERGMANN'a. Najważniejszą jednak ciemną stroną jej stanowi to, że pozostawia ona uwięzione miejsce *in statu quo*, i, co za tem idzie, pozostawia je nadal w coraz bardziej niekorzystnych warunkach odżywiania, wskutek czego pomimo umożliwionej cyrkulacji kału w większości przypadków następuje obumarcie uciśniętych części, ich rozerwanie, ze wszystkimi następstwami wylania się zawartości kiszki do jamy brzusznej. To też KUEMMEL uważa enterostomię za operację zupełnie bezcelową, przynajmniej w przypadkach niedrożności ostrej. Te ostatnie postacie, a one nas najbardziej w tej chwili zajmują, nie są niczem innym, jak u więzionymi wewnątrz przepuklinami; i jeśli dziś nie ma chyba chirurga, któryby nie uważał herniotomii, ewentualnie herniyo-laparotomii, za jedyne racjonalne postępowanie przy uwięzionych przepuklinach, to dziwić się tylko wypada, że ostre wewnętrzne uwięzienia nie doczekały się jeszcze tego losu. Na szczęście chorych i pod tym względem nauka uczyniła znakomity postęp.

Chcąc streścić w krótkości obecny stan nauki o tej kwestyi, mógłbym to uczynić w następujących słowach: należy robić laparotomię we wszystkich przypadkach ostrej niedrożności, bez względu na siedlisko i rodzaj uwięzienia, zadawalniając się rozpoznaniem istnienia przeszkody mechanicznej, a należy robić możliwie jaknajwcześniej. Na potwierdzenie tego zdania musiałbym przytoczyć nazwiska prawie wszystkich wybitniejszych klinicystów.

Na wczesne wykonanie laparotomii wszyscy bez wyjątku kładą główny nacisk, przypisując późnej operacji tę niezadawalniającą statystykę wyzdrowień,

<sup>1)</sup> POPPERT. Archiv für Chir. Bd. 39.

jaką nauka posiada. Przy późnej laparotomii widoki jej powodzenia zmniejszają się do *minimum*, z powodu ogólnego septycznego zakażenia [WAHL], a zatem stanu ustroju, który z trudnością znosi tak poważny rękoczyn, jakim jest laparotomija, i następujących zmian w uciśniętych kiszka, prowadzących do przedziurawienia tych ostatnich z wylaniem się kału, co zawsze kończy się śmiercią chorego.

Czy operować w tym okresie? Odpowiedź na to pytanie jest jeszcze trudniejszą. Wielu autorów [KUEMMEL, POPPERT] uważa interwencyję chirurgiczną za przeciwwskazaną. Jeśli jednak uwzględnimy, że chorzy, w tym okresie się znajdujący, pozostawieni samym sobie, lub leczeni środkami wewnętrznymi, są bezwarunkowo straconymi; jeśli przypomnimy sobie znane przypadki, jak np. głośny przypadek MIKULICZA, który znalazł kartofle w jamie brzusznej, a pomimo to chorzy zupełnie wyzdrowieli: to wyda się naturalnem, że w tych razach interwencyja chirurgiczna, *resp.* laparotomija, może być jedyną nadzieją ratunku.

Lekarz winien tylko uprzedzić otoczenie chorego o małych widokach powodzenia. Nowsi autorzy, jak GROENINGEN <sup>1)</sup>, uważają operacyję za przeciwwskazaną tylko wtedy, gdy chory na nią się nie zgadza.

Wracając do niedrożności, zależnej od wyrostka MECKEL'a, powiedzieć należy, że laparotomija w tych razach jest jeszcze bardziej, że się tak wyrażę, wskazaną, z powodu, że przy uwięzieniach tego rodzaju następują nadzwyczaj szybko zaburzenia odżywcze nie tylko w samej kiszce uciśniętej, lecz w samym wyrostku uciskającym, który jako narząd złożonej budowy bardzo szybko podlega tym samym sprawom patologicznym, co i kiszka, jeszcze bardziej zwiększając niebezpieczeństwo przedziurawienia, jak to miało miejsce w przypadku HARRIS'a. Przy wykonaniu laparotomii za zasadę uważać należy, by po oswobodzeniu kiszki z uwięźnięcia, koniecznie wycinać cały wyrostek u podstawy, gdyż w przeciwnym razie, pozostawiony w jamie brzusznej, może stać się powtórnie przyczyną niedrożności. W przypadku Mc. GILL'a, w którym wyrostek pozostawiono, na drugi dzień po operacyi wystąpiły powtórnie objawy niedrożności; zależały one z wielkim prawdopodobieństwem od lekkiego uwięźnięcia, które oswobodziło się samo przez się. Nie należy w tych razach zadowolić się przecięciem wyrostka, jak BERGER, gdyż, chcąc zaszyć oba otwory powstałe wskutek tego, więcejbyśmy na to poświęcić musieli czasu, niż przy obcięciu wyrostka u samej podstawy; nadto wyrostek choćby skrócony mógłby wskutek zrostu z sąsiednimi kiszkaami być również przyczyną niedrożności.

---

W zakończeniu niech mi wolno będzie złożyć serdeczne podziękowanie D-rowsi MATLAKOWSKIEMU za zachęcenie mnie do napisania tej pracy oraz za pomoc okazaną mi przy zbieraniu literatury. Miło mi również podziękować kol. DZIERŻAWSKIEMU, który, zajmując się statystyką leczenia niedrożności jelit, był mi pomocnym przy zbieraniu odpowiednich przypadków.

---

<sup>1)</sup> Centralblatt für Chir. Nr. 12. 1891.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie dnia 29 Kwietnia r. b.

Kol. MUTERMILCH odczytał pracę swoją pod tytułem „Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy“. Praca ta była już drukowaną w Gazecie Lekarskiej [№ № 30 — 32].

Następnie kol. ТНЕМЕ mówiło cięciu cesarskiem z pomyslnem zejściem dla matki i dziecka. Operacyję tę wykonał ТНЕМЕ na kobiecie 36-letniej, która miała znaczne zniepodobnienie układu kostnego, *scoliosis*, zwężenie krzywicowe miednicy, zwłaszcza w wymiarze przednio-tylnym; osoba ta przechodziła zapalenie stawu udowego prawego, skutkiem czego powstało przykurczenie kończyny, utrudniające dostęp od przodu do części płciowych. Ciężarna przybyła do zakładu ginekologicznego 7 Listopada 1890 r. z rozpoczętym porodem, po odejściu wód płodowych od kilku godzin; operacyję zaraz wykonano, po należytem zdezynfekowaniu rodzącej. Cięcie ścian brzusznych w linii białej około 16 ctm. długości; po wydobyciu macicy na zewnątrz kol. ТНЕМЕ nałożył na szyję macicy podwiązkę elastyczną, następnie zrobił cięcie przez przednią ścianę macicy w linii środkowej od dna, aż niemal do szyi. Po wydobyciu żywego dziecka usunięto z łatwością łożysko wraz z błonami, opaskę elastyczną, założoną na szyję maciczną, rozluźniono i nałożono na ściany macicy szew z jedwabiu. Szew piętrowy, kuśnierski: 1-sze piętro — warstwa mięsna tuż nad błoną doczesną; 2-gie piętro — warstwa mięsna w środku grubości ścian macicy; 3-cie piętro — szew surowiczo-surowiczy. Następnie ТНЕМЕ oczyścił jamę brzuszną, usunął zupełnie opaskę z szyi macicy i zeszył ściany brzuszne. Operacyja trwała godzinę. Przebieg pooperacyjny i położowy był bardzo dobry i prawidłowy. W 18 dni po operacyi chora wstała z łóżka, a 21-go wypisała się z zakładu. W dalszym ciągu kol. ТНЕМЕ przytacza rys historyczny tej operacyi, wskazania do niej, sposoby wykonywania i statystykę. Aby cięcie cesarskie dało pomyslnie wyniki, mówca wskazuje na następujące warunki: a) operacyję należy wykonywać w samym początku porodu; b) rodząca nie powinna być zakażoną; c) bicie serca płodu winno być prawidłowe; d) operator i jego pomocnicy powinni przestrzegać ściśle antyseptykę.

KRYSIŃSKI zwraca uwagę na zbyt długi czas, w którym szyja macicy była zaciśnięta opaską elastyczną; okoliczność ta wywiera wielki wpływ na przebieg następczy.

ТНЕМЕ przy dokonywaniu operacyi miał na względzie tę okoliczność; opaska była nałożona przed otworzeniem macicy, rozluźniona po jej skurczeniu, t. j. szyja była zaciśnięta około 5 minut.

KONDRATOWICZ zapytuje, czy była wykonana dezynfekcyja jamy macicy. Radzą usunąć strzępy *deciduae*, gdyż te łatwo ulegają zakażeniu. Szew kuśnierski, jaki nakładał na macicę ТНЕМЕ, nie wydaje się K. odpowiednim; szew węzłkowy daleko jest lepszym, gdyż można ściślej zaciągnąć ranę.

ТНЕМЕ dezynfekcyi wnętrza macicy nie wykonywał na tej zasadzie, że zakażenia z zewnątrz nie obawiał się, gdyż zachowywał niezmierną czystość, a samozakażenie *deciduae* nie może nastąpić. Szew kuśnierski w tym przypadku dostatecznie silnie utrzymywał brzegi rany.

KRYSIŃSKI. O przepłukiwaniu macicy w danym razie w celach dezynfekcyi mowy być nie może, gdyż macica była zaciśnięta, jednak należało zastosować wytarcie jamy. Rodzaj szwu jest rzeczą obojętną, byleby tylko szwy dobrze był nałożony. Niebezpieczeństwo może wyniknąć również od działania chlorformu, dlatego też należy baczyć przy *sectio cesarea*, aby czas trwania operacyi był możliwie krótki.

THIEME zgadza się z KR., że chloroform może wywierać swój wpływ, jednak wielu wykonywało tę operację w ciągu tak długiego czasu bez niebezpieczeństwa dla operowanych.

KONDRATOWICZ nie mówił o przepłukiwaniu macicy, a tylko o wytarciu jej ścian tamponami z gazy jodoformowej. Nie mamy pewności, że nie może nastąpić zakażenie w danym przypadku; należało zwrócić uwagę na tę okoliczność, że rodząca przybyła do zakładu po odejściu wód.

THIEME uważa za zbyt znaczne drażnienie ścian macicy tamponami: najlepszym dowodem jest rezultat properacyjny.

KRYSIŃSKI. Rezultat pooperacyjny nie jest dowodem, że zakażenia nie było. Powinniśmy usuwać wszystko, co może spowodować zakażenie.

ZWEIGBAUM zapytuje, w jakim kierunku i jakiej rozciągłości było przeprowadzone cięcie macicy, bo sprawozdawca o tem w swym odczycie nie wspominał. SAENGER słusznie zwraca uwagę na to, że podłużne cięcie macicy nie powinno wypaść nisko, czyli nie powinno zająć dolnego odcinka macicy; jest to bowiem miejsce, gdzie otrzewna mniej ściśle, aniżeli na dnie i na trzonie macicy, przystaje do warstwy mięsnej, mając pod sobą luźną tkankę podsurowiczą, łatwiej więc tu po cięciu i zeszcyciu rany mogą się przytrafić niepożądane powikłania [jak obfitsze krwawienie, wynaczynienia, ropienie wśród luźnej tkanki i t. d. l.]. Cięcie więc macicy powinno się rozpoczynać wysoko już w odległości 9 ctm. poniżej dna macicy, ażeby, biegnąc ku dołowi, skończyć się jeszcze ponad dolnym odcinkiem macicy. W razie potrzeby powiększenia cięcia, należy je przedłużyć ku górze, w kierunku do dna, nigdy zaś ku dołowi, w dolnym odcinku macicy.

THIEME. Cięcie szło w linii środkowej, zaczynając od dna macicy, a kończyło się mniej więcej na 6 ctm. nad szyją.

SZTEYNER występuje w obronie szwu kuśnierskiego, przypominając, że obecnie chirurdowie do zeszcycia żołądka, jelita i pęcherza moczowego [RYDYGIER] używają szwu kuśnierskiego, raz dlatego, że się znacznie prędzej nakłada, przez co operacja trwa krócej, dalej, że w razie rozciągnięcia, *resp.* powiększenia kurczliwego narządu, np. pęcherza, a zapewne i macicy, szew kuśnierski nie ulega rozciągnięciu, jak oddzielne szwy węzłkowe, pomiędzy którymi odstępów wówczas się powiększają. Aby szwu kuśnierskiego nie można było dobrze zakończyć, na to się nie zgodzi nikt, kto choć raz w ten sposób zeszczywał. Dezynfekcyjja wnętrza macicy, jak wogóle używanie antyseptyków tam, gdzie można aseptycznie operować, jest niepotrzebne, a nawet może być szkodliwe. Nakoniec przypomina z polskiej literatury przypadek ŚWIĘCICKIEGO, który wnętrza macicy nie dezynfekował, operował aseptycznie ze skutkiem pomyślnym i unikał wszelkich zbyt znacznych mechanicznych obrażeń.

KONDRATOWICZ. Inaczej się rzecz przedstawia przy nakładaniu szwu na pęcherz moczowy, żołądek lub jelita, a zupełnie inaczej na macicę. Przy zmniejszaniu się macicy następuje rozluźnienie szwu, dlatego też, jeżeli mamy szew węzłkowy, rozluźnienie to nie może nastąpić na całej przestrzeni. Rodząca przybyła do zakładu po odejściu wód płodowych, dlatego nie może być uważaną za aseptyczną.

KRYSIŃSKI nie zgadza się ze SZTEYNEREM, aby nie wycierać jamy macicy, gdyż to jest potrzebne do usunięcia strzępów *deciduae*; tembardziej w danym przypadku należało wycierać tamponami jamę, gdyż zakażenie już mogło nastąpić.

NATANSON A. Przemawia również za usunięciem *deciduae* podczas operacji. Znajdowano w błonie śluzowej macicy gonokoki, dlatego też nie można wykluczyć tak zwanego samo-zakażenia.



Posiedzenie 5 Maja 1891 r.

Bujwid mówił „O doświadczeniach na zwierzętach z tuberkuliną“. Praca ta drukowaną była w Gazecie Lekarskiej № 30 b. r.

W dyskusyi nad tą kwestyją przyjmowali udział koledzy: PRUSZYŃSKI, KRYSIŃSKI i SOKOŁOWSKI. Zapytywano o sposób otrzymywania owej tuberkuliny i jaki to jest produkt.

Bujwid odpowiada, że szczegóły otrzymywania tuberkuliny podał już raz w Gazecie Lekarskiej, tutaj dodaje, że podłoża agarowe wyciąga za pomocą wody, wyjaławia je i filtruje; z hodowli czystych bakteryj gruźliczych mało tuberkuliny można otrzymać, więcej — z podłoża. Produkt swój, nazwany tuberkuliną, otrzymuje albo z hodowli bulijonowych, albo agarowych. Hodowle z bulijonu glicerynowego, po 6-tygodniach bujnie rozrośnięte i czyste, wyjaławia, ogrzewając trzykrotnie przy 100° C., następnie filtruje przez filtr PASTEUR'a, wyparowuje w ciągu 48 godzin i otrzymuje płyn mętnawy, gęstości syropu; zlewa ten płyn i wyjaławia go. Hodowle agarowe wytrawia wodą wyjałowioną, stawia na lód na 24 godzin i otrzymuje żółtawy płyn przezroczysty, który zlewa oddzielnie do naczynia, a agar wrzuca do jednej wielkiej kolby i na całą masę agaru nalewa wodę, następnego dnia zlewa i to powtarza trzykrotnie. W ten sposób otrzymany wyciąg wyjaławia, filtruje przez filtr PASTEUR'a, wyparowuje i wyjaławia, jak poprzednio. Płyn, otrzymany przez Bujwida, jest podobny do płynu Koch'a z wyglądu i działania na zwierzętach. Rozbioru chemicznego tuberkuliny B. nie robił i nie wie, jakie miejsce zajmuje tuberkulina w szeregu ciał chemicznych. Doświadczenia dopiero rozpoczyna i dlatego na wiele kwestyj nie jest w stanie odpowiedzieć.

Kol. STANKIEWICZ przedstawił dziewczynkę 3-letnią, u której usunął z klatki piersiowej w okolicy sutki guz ciemno-czerwony, skutkiem znacznego rozwoju naczyń, wielkości sutki 12-letniej dziewczyny. Obawiając się krwotoku silnego, St. początkowo podciął naokoło skórę, podprowadził katgut gruby i związał go z obu stron, pozostawiając małą przestrzeń, aby mogła się odżywiać skóra; zabieg ten nie doprowadził do pożądanego wyniku, przeto S. odciął guz. W budowie guza znalazł niesłychany rozwój tętnic, a mało żył.

Posiedzenie 19 Maja 1891 r.

LESZCZYŃSKI odczytał pracę: Nowy sposób operowania wgłobienia jelit. L. podaje przypadek, w którym *ileum* weszło w *colon*, przeszło całą długość kiszki grubej i wypadło przez otwór stolcowy. Po otwarciu jamy brzusznej zrosty okazały się nader silnymi. L. część wgłobioną przewiązał, odciął, a następnie zeszył kiszkę. Po 7—8 dniach część przewiązana wyszła z kałem. Dotąd wycinali i część wpochwioną kiszki i pochwę. Pozostawienie takiej części kiszki możebne jest tylko w kiszkach grubych.

W dyskusyi kol. JAWDYŃSKI oświadcza, że w roku zeszłym kol. ROSENAL przedstawił przypadek, operowany w ten sam sposób, jak to zrobił LESZCZYŃSKI; rozpoznanie wgłobienia było zrobione podczas laparotomii. Przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem i opis był pomieszczony w Gazecie Lekarskiej.

KRAMSZTYK JULJAN. W sprawie sztucznego żywienia niemowląt. Nowy przyrząd do sterylizowania mleka.

SOXLETH podał sposób przygotowania mleka krowiego dla niemowląt za pomocą wyjałowienia w kąpeli wodnej. Wyjałowienie dokładne pozbawia mleko zarazków i utrzymuje je w tym stanie, aż do wprowadzenia do żołądka dziecka. Mleko, przygotowane przez SOXLETH'a, nie psuje się w ciągu kilku tygodni. Użycie przyrządu jednak jest dosyć kłopotliwe, szczególnie u ludzi biednych,

a części składowe łatwo się niszczą. Mówca pokazał przyrząd i objaśnił jego użycie.

ESCHERICH podał inny przyrząd do wyjałowienia mleka. Wyjałowienia dokonywa się w kociołku, hermetycznie zamkniętym, na kąpeli wodnej w ciągu 30—40 minut. W pokrywie kociołka znajduje się filtr z waty wełnianej, przez który wchodzi powietrze do aparatu w miarę ubywania mleka, dno zaś opatrzone jest w kranik, za pomocą którego wypuszcza się wyjałowione mleko do odpowiednich flaszek. Dla ogrzania mleka zanurzają flaszki w wodę gorącą. Ciepłotę mleka można w przyrządzie ESCHERICH'a doprowadzić do 98° C.; nawet po kilku tygodniach mleko pozostające w aparacie nie przyjmuje odczynu kwaśnego. Oprócz tych istnieje jeszcze wiele innych przyrządów. Cała wartość wyjałowienia mleka polega na tem, aby wyjałowione mleko utrzymać przez długi czas w tym stanie. SOXLETH wyjaławia mleko w małych porcjach; w zakładach sterylizacyjnych wyjaławiają je w zbyt znacznych ilościach. KRAMSZTYK radzi zatykać butelki z mlekiem wyjałowionem korkami z waty, a nie papierem pergaminowym.

ANDERS przedstawia aparat HUEPPIUS'a podobny do przyrządu ESCHERICH'a, od którego różni się tem, że mleko gotuje się nie w kąpeli wodnej, a na płycie azbestowej. Zwraca uwagę na stronę ujemną aparatów sterylizacyjnych, że mleko ma woń nieprzyjemną, i że dzieci nie chcą pić takiego mleka.

KRAMSZTYK zaznacza, że nie zawsze występuje zapach nieprzyjemny mleka po wyjałowieniu, zależy to najprawdopodobniej od rozkładu cukru, dzieci zaś, które żywił KR., chętnie mleko wyjałowione spożywały.

ANDERS dowodzi, że nieprzyjemny zapach zawsze istnieje, chociaż nie ma przypalenia mleka. Sterylizacja masowa nie wydaje mu się odpowiednią.

Na temże posiedzeniu kol. HEIMAN odczytał obszerną pracę „O h y g i e n i e u c h a.”

Posiedzenie 26 Maja 1891 r..

Kol. HERYNG przedstawił chorego, który od 2 lat uskarża się na silne bóle głowy, rozpoczynające się w skroni, z charakterem napadów. Przed 6 miesiącami ból w oku lewym, *exophthalmus* i na oko to chory nagle zaniewidział. Z lewej połowy nosa wyciek cuchnący od kilku lat, a od pół roku krwotoki. Za muszlą średnią w głębi nosa—guz mało ruchomy, łatwo krwawiący. H. sądzi, że ma do czynienia z nowotworem, wychodzącym z zatoki klinowej lub z kości sitowej.

Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorą, która przed 8 laty przebyła szkarlatynę, poczem wystąpiły obrzęki znaczne i bóle w stawach, co ją zmuszało do pozostawania w łóżku niemal przez rok cały. Po upływie 3 lat bóle w stawach ustąpiły. Jako następstwa cierpienia pozostały: *ankylosis* szczęki dolnej i *luxatio pathologica* tejsze; szczeka ta jest w niedorozwoju; *ankylosis articul. carpo-radialis* ręki lewej i znaczne zniepodobnienie tego stawu. Inne stawy uległy mniejszym zmianom.

Kol. RYBICKI odczytał streszczenie pracy swojej p. t.: „Uwagi o szczepieniu zapobiegawczem przeciw wściekliznie”. Jest to obszerna praca, oparta głównie na statystyce, zebranej w ciągu lat kilkunastu z całego Królestwa Polskiego. Kol. R., opierając się na cyfrach, przychodzi do wniosku, że metoda PASTEUR'a u nas nie przyniosła korzyści, ale wywołała większy procent śmiertelności, aniżeli przed jej stosowaniem. We Francji również śmiertelność skutkiem wścieklizny wzrosła od czasu wprowadzenia metody PASTEUR'a.

W dyskusji nader żwawej Kol. BUJWID staje w obronie metody PASTEUR'a, opierając się na faktach kontrolowanych: twierdzi, że daje ona rezultaty zadowalające; znane są spostrzeżenia, w których zwierzęta, a nawet ludzie po przebyciu napadu wścieklizny przychodzili do zdrowia. Stwierdzono zatem formę

łagodniejszą wścieklizny, przy której może nastąpić wyzdrowienie. W swoich doświadczeniach B. nie widział, aby wstrzykiwania ochronne sprowadzały śmierć skutkiem wścieklizny; zarodek wścieklizny może być wprowadzony do ustroju nietylko bez szkody, ale wytwarza nawet odporność w nim. B. nie może polegać na statystyce pamięciowej, jaką się posiłkował RYBICKI; w tych razach opierać się należy na patologii doświadczalnej, a nie na statystyce. Znacznie powiększony procent śmiertelności zależy od tego, że obecnie daleko większa ilość przypadków dochodzi do naszej wiadomości.

Posiedzenie 2 Czerwca 1891 r.

Kol. JASIŃSKI przedstawił 21-letnią chorą, która od 11 lat skutkiem *ankylosis* stawu kolanowego zmuszoną była chodzić na kulach. J. wykonał wycięcie tego stawu; szwu kostnego nie nakładał; po 10 dniach zdjął pierwszy opatrunek, nałożył gips, a następnie stosował mięsienie i gimnastykę. Rezultat zabiegów bardzo dodatni: nastąpił zrost niezupełnie kostny z zachowaniem ruchów do pewnego stopnia.

STANKIEWICZ pokazał chorą z *mastitis interstitialis diffusa*; chora 30-letnia przed 15-miesiącami odbyła poród, karmiła w ciągu roku całego, a po odstawieniu dziecka powstało zapalenie piersi.

Prof. BRODOWSKI. Nie ulega wątpliwości, że choroba jest w związku z karmieniem dziecka. *Mastitis interstitialis* jest sprawą następczą, jako skutek zmian w mięszu. Sprawa w tym przypadku trwa jednak dalej, gdyż są ogniska boleńsze. Zachodzi obawa, czy sprawa ta nie da już początku nowotworowi złośliwemu.

STANKIEWICZ zwraca uwagę, że przeciw nowotworowi przemawia obrzmienie raptowne piersi, ruchomość całej sutki, brak zajęcia gruczołów chłonnych i wygląd dobry chorej.

KRYSIŃSKI przypuszcza również, że w danym razie mógł się już rozwinąć nowotwór i radzi usunięcie guza szczególnie teraz, gdyż osoba badana posiada obecnie znaczny zapas sił.

JAWDYŃSKI zaznacza, że sprawa ta robi wrażenie *carcinoma fibrosum*, gdyby nie przebieg szybki: etjologija, nieruchomość skóry i zagłębienia naokoło brodawki przemawiają za nowotworem; ruchomość guza wskazuje tylko, że nie ma zrostów z mięśniem. J. ma wątpliwość, czy już dziś nie należy uważać sprawy tej za nowotwór. Wobec tych zmian, jakie zaszły w gruczole, najodpowiedniejszym byłoby usunięcie tej piersi.

STANKIEWICZ nie miał zamiaru wszczynać tej kwestyi, gdyż chora na operację się nie zgadza. Rozpoznanie swojego obecnie jest pewien i nie widzi jeszcze potrzeby usuwania całego gruczołu.

STANKIEWICZ mówił o „złamaniu rzepki i leczeniu“. Mówca zastanawia się nad kwestyją, dlaczego przy leczeniu złamań rzepki jedni starają się zbliżyć odłamki, inni zaś bez żadnych opatrunków, tylko za pomocą mięsienia otrzymują wyniki dodatnie. Jeżeli przy złamaniu rzepki boczne części rozciągną mięśnia wyprostnego są rozerwane, to odłamki się rozchodzą i wtedy mięsienie nie przynosi korzyści. Wszystko zatem zależy od rozciągnięć, idących od ścięgna mięśnia wyprostnego, krzyżujących się z boku rzepki i przyczepiających się do kości piszczelowej; jeżeli te rozciągną się całe, to przy złamaniu rzepki, odłamki się nie rozchodzą i wyleczenie może nastąpić nader szybko pod mięsieniem. Na poparcie tego kol. STANKIEWICZ demonstrował złamanie rzepki na trupie z rozerwaniem owych rozciągnięć i bez rozerwania.

JAWDYŃSKI mówił: „Z kazuistyki przepuklin“. Praca ta drukowaną będzie w Gazecie Lekarskiej.

JASIŃSKI gorąco przemawia za wycięciem kiszki przy zgorzeli zaciśniętej pętlicy; *anus praeternaturalis* daje bardzo złą statystykę. Zejście dobre po wycięciach kiszki zależy od ścisłego stosowania antyseptyki, a także i od tej okoliczności, że chirurgija zyskała sobie zaufanie terapeutów, którzy przy przepuklinach wczesniej wzywają do operacji.

JASIŃSKI jednocześnie przedstawił preparat wyciętej pętlicy kiszki cienkiej 15 ctm. długości, która znajdowała się w worku przepuklinowym; w przypadku tym nastąpiło wyzdrowienie.

JAWDYŃSKI. Antyseptyka nie zmniejsza procentu śmiertelności; w tych rachach dobór przypadków tylko wpływa na polepszenie statystyki.

STANKIEWICZ. Niezawsze jest czas na wykonanie wycięcia kiszki przy zgorzeli części zaciśniętej; chirurg wtedy powinien wykonać *anus praeternaturalis*.

SZTEYNER podziela zdanie JAWDYŃSKIEGO i STANKIEWICZA; zejście pomyślane przy *anus praeternaturalis* nie jest znów tak rzadkie.

## Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Upraszam Szanownego Redaktora o umieszczenie w Gazecie po raz drugi, a zarazem i ostatni, kilku uwag, tyczących się pracy D-rów MIZERSKIEGO i NENCKIEGO: „O oznaczaniu zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym“.

1) D-rzy M. i N. w odpowiedzi na mój list przyznają, że pierwszy z podanych przez nich sposobów na tej samej opiera się zasadzie, co metody SEEMANN'a i BRAUN'a, niemniej jednak sądzą, że ich sposób przewyższa metody S. i B. praktycznymi zaletami. Nie rozumiem, w jaki sposób zamiana ługu sodowego na węglan sodu wpływa na czystość, szybkość i ścisłość metody. Nawet dokładniejsze obeznanie się ze szczegółami metody, zalecane mi przez jej autorów, nie może mię o powyższych zaletach przekonać, choćby dlatego, że metoda M. i N. żadnych nowych szczegółów nie zawiera. Natomiast sędzę, że przez powyższą modyfikację D-rów M. i N. metoda SEEMANN'a traci na praktyczności; albowiem przy alkalizowaniu  $\frac{1}{10}$  normalnego roztworu ługu sodowego jedna próba przesącza 10 ctm. sześć. mogłaby nam służyć do oznaczania kwaśności, a jednocześnie i do ilościowego określania kwasu solnego, co w celach praktycznych bardzo jest ważnem, gdyż nieraz musimy się ograniczyć na kilkunastu tylko centymetrach sześciennych zawartości żołądkowej.

2) O metodzie BRAUN'a znalazłem wzmiankę u LEUBE'go. W poprzednim liście mówiłem wyraźnie, że ta ostatnia na tej samej opiera się zasadzie, co metoda SEEMANN'a, a więc przez to samo, wbrew twierdzeniu D-rów M. i N., za oryginalną uważać jej nie mogłem.

3) Twierdzenie moje, że metoda SEEMANN'a, ze względu na fosforany kwaśne, nie nadaje się do ilościowego oznaczania kwasu solnego w żołądku, D-rzy M. i N. uważają za bezzasadne wobec tego, że „przyczyną kwaśności soku żołądkowego nie są kwaśne sole nieorganiczne, ale kwas solny“. Niech mi wolno będzie przypomnieć D-rom M. i N., że w zwykłych warunkach nie mamy do czynienia z czystym sokiem żołądkowym, lecz z zawartością żołądkową po próbnem śniadaniu lub próbnym obiedzie. Kwaśność zaś zawartości żołądkowej zależy może od kwasu solnego, kwasów organicznych i fosforanów kwaśnych  $\text{CO}_3\text{H}_2\text{K}$  [istnieje nawet specjalna, przez LEO podana, metoda do ilościowego określania fosforanów kwaśnych w zawartości żołądkowej]. W doświadczeniu D-rów M. i N. R rzeczywiście odnosi się wyłącznie do kwasu solnego, ale pochodzi to z tego, że do analizy brali fosforany zasadowe.

4) Twierdzenie moje, że drugi sposób M. i N. jest ten sam, którym się WINTER posługuje do określania wolnego kwasu solnego, zdaniem D-rów M. i N., jest mylne i pochodzi z niedostatecznego obeznania się ze szczegółami ich metody, jak również metody WINTER'a. Właśnie o obeznaniu się z metodą WINTER'a dało mi prawo mówić o identyczności obu metod. W powyższej pracy D-rów M. i N. czytamy: „drugi sposób polega na oznaczeniu chloru, raz w soku żołądkowym, zobjętnionym

za pomocą NaHO dla związania wolnego kwasu solnego, drugi raz w soku, pozbawionym HCl, przez wyparowanie HCl na kąpieli wodnej. Na tej samej zasadzie polega sposób WINTER'a ilościowego określania wolnego HCl.

W przytoczonym na tem samym miejscu przykładzie jest, co prawda, mowa już nie tylko o odparowaniu, ale i ogrzaniu pozostałości, aż do wydzielenia się węgla. Tym sposobem rzeczywiście określamy całkowity kwas solny, ale tak samo postępują HAYEM i WINTER. Cała różnica polega na tem, że HAYEM i WINTER, uważając ilościowe określanie kwasu solnego za bardzo ważne, oznaczają ilość chloru w 3 miseczkach: w jednej (a) po zobojętnieniu, a raczej zalkalizowaniu za pomocą węglanu sodu, w drugiej (b) po odparowaniu, w trzeciej (c) po odparowaniu i zwęgleniu, zaś D-rzy M. i N. tylko w dwóch miseczkach, ale zupełnie w ten sam sposób, co WINTER w miseczkach a i c.

Pierwsza modyfikacja D-rów MIZERSKIEGO i NENCKIEGO polega na zamianie w sposobie SEF. MANN'a ługu sodowego na węglan sodu, zaś druga modyfikacja odwrotnie — na zamianie w metodzie WINTER'a węglanu sodu na ług sodowy.

5) Niektóre odmienne własności fizjologiczne i chemiczne wolnego i utajonego HCl upoważniają nas do przyjęcia tego podziału. Przy wyparowaniu wodnego roztworu kwasu solnego [mniej więcej tego samego stężenia, co w żołądku] na kąpieli wodnej, trzymane nad kąpielią niebieskie papierki lakmusowe czerwienieją, papierki z congo niebieszczeją, zaś dodana do miseczki, po zupełnem odparowaniu, woda przekroplona nie oddziaływa kwaśno. Z drugiej strony utajony przez odparowywanie nie ulatnia się. Inne różnice zanadto są znane, aby tu o nich mówić.

Dodam jeszcze, że jedynym celem mego poprzedniego listu była chęć wyjaśnienia prawdy. Wyrażenia D-rów M. i N., jak: „brak ścisłego rozumowania“, lub „niedokładne obeznanie się z przedmiotem“, uważam za niestosowne w polemice naukowej.

Z prawdziwym szacunkiem  
S. Mintz.

### SZANOWNY REDAKTORZE!

Z powodu wzmianki, jaką wyczytałem w Nr-ze 37 Gazety Lekarskiej o odczycie moim p. t.: „O ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na ich leczenie“, mam zaszczyt prosić Cię o łaskawe umieszczenie kilku słów w celu sprostowania ogólnikowych poglądów Sprawozdawcy, a jednak niezgodnych z rzeczywistością. Kolega Recenzent zarzuca mojemu odczytowi: 1-o) że nie wywołał dyskusji żadnej, 2-o) że ograniczał się prawie wyłącznie do wyliczania zdobyczy na polu dyjagnostyki, 3-o) że zbyt mało miejsca poświęcał terapii, 4 o) że wogóle mało obudził zajęcia.

Po 1-sze. W Dzienniku Zjazdu wyraźnie zaznaczono, iż „dyskusja została odłożoną“ [Nr. 3, str. 4] na moje własne żądanie z powodu referatu, jaki miałem w tym samym dniu w sekcji medycyny teoretycznej, a wszczętą być nie mogła z powodu braku czasu, który zaledwie wystarczał na odczytanie innych referatów, pomimo iż wiele prac spadło z porządku dziennego.

Po 2-gie. Że część dyjagnostyczna w moim odczycie była obszernie traktowaną, to wynikało z tego, iż pierwotnie referat, stosownie do brzmienia tematu, miał być podzielony na 2 części: a) krytyka ostatnich postępów w rozpoznawaniu chorób żołądka, b) [na podstawie tej ostatniej] krytyka metod leczniczych. Gdy jednak prawie w ostatniej chwili nieprzewidziane okoliczności nie pozwoliły udać się na Zjazd referentowi części drugiej, obowiązkiem moim było przyjąć na siebie sprawozdanie części terapeutycznej, co musiało wpłynąć na zwiększenie objętości pracy i na pozorną nieproporcjonalność jednej części do drugiej.

Po 3-cie. Że terapii zbyt mało miejsca nie poświęciłem, to najlepszym dowodem jest to, iż uwzględniłem wszystkie sporne kwestyje, dotyczące leczenia chorób żołądka, nawet i te, o których kolega Recenzent wspomina, o czem się zresztą każdy przekonać może ze sprawozdań, umieszczonych w Dzienniku Zjazdu, w pismach lekarskich, a nadewszystko w Nowinach Lekarskich, które treść prac przedstawionych na Zjeździe z godną naśladowania starannością i bezstronnością przedstawiły.

Po 4-te. Jak referat mój mało obudził zajęcia, za dowód niech posłuży ta okoliczność, iż po wypowiedzeniu onego otrzymałem od Prezesa Sekcji medycyny wewnętrznej z ramienia Komitetu Gospodarczego, prof. KORCZYŃSKIEGO, zaszczytną propozycję umieszczenia mej pracy w odczytach klinicznych, pod Jego redakcją wychodzących.

Warszawa, 12. IX. 1891.

Pruszyński.

## O D P O W I E D Ź,

W odpowiedzi na list kol. PRUSZYŃSKIEGO, napisany „w celu sprostowania ogólnikowych poglądów sprawozdawcy, a jednak niezgodnych z rzeczywistością“, racz przyjąć, Szanowny Redaktorze, następujące wyjaśnienie:

1) Kol. P. rzeczywiście zapowiedział, że pragnie, aby dyskusja nad jego referatem była odłożona, nikt jej jednak ani bezpośrednio po odczycie, ani na posiedzeniach następujących nie wszczynął.

2) Nikt z obecnych nie wiedział o tem, że referat kol. P. jest właściwie połową referatu, któregośmy z ciekawością oczekiwali. Sąd recenzenta odnosił się naturalnie nie do połowy tegoż referatu, tylko do jego całości.

3) Nawet z „najbezsronniejszych“ pism lekarskich nie można nabrać przekonania, aby kol. P. do statecznie uwzględnił nowoczesną terapię chorób żołądka, mianowicie pewne jej kwestyje sporne. Przynajmniej słuchacze kolegi P. tego wrażenia nie odnieśli.

4) Zaszczyt, jakiego dostąpił odczyt kol. P., nie może być miarą zajęcia, jakie w słuchaczach obudził. Praca kol. P., jako dobrze opracowany szkic dyjagnostyki chorób żołądka, może być z korzyścią umieszczona w seryi odczytów klinicznych. Zwracam przytem uwagę, że prof. KORCZYŃSKI uczynił swą zaszczytną propozycję koledze P. nie jako „prezes sekcji medycyny wewnętrznej z ramienia Komitetu gospodarczego“, lecz jako „wydawca“ odczytów.

A. Puławski.

## Wspomnienie pośmiertne.

— W dniu 9 b. m. zmarł w Warszawie w 34-ym roku życia, wskutek gruźlicy płuc, D-r MARYSIŁIJAN HOPFENBLUM. Ukończywszy w roku 1882 uniwersytet tntejszy, został asystentem kliniki terapeutycznej i z zapalem oddał się dalszym studjom. Pracowitym był bardzo, o czem świadczy nader płodne Jego współpracownictwo w „Kronice Lekarskiej“, którą, pomimo rozwiniętej już choroby płuc, zasilał w ciągu lat kilku sumiennemi referatami. Skromny, zacny i uczynny, zaskarbił sobie zmarły przyjaźń i szacunek wśród kolegów i licznych znajomych, których wiadomość o przedwczesnym Jego zgonie do głębi wzruszyła.

M. Z.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

**Sprostowanie.** W ostatnim numerze w sprawozdaniu z szóstego zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie, str. 738 wiersz 17 od dołu zamiast: kol. Z. rozróżnia dwa rodzaje wymiotów i t. d., należy czytać: kol. Z. rozróżnia trzy rodzaje wymiotów: nerwowe, odruchowe i t. d. O dwa wiersze niżej po słowach: Co do leczenia, opuszczono: wymiotów nerwowych. W temże sprawozdaniu na tejsze stronnicy 5 wiersz od dołu należy czytać tak: zmniejszenie pojemności żołądka, jako przyczyna zwracania płynów i t. p.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава, 6 Сентября 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 29.