

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. T. Dunin Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucnej, oraz kilka uwag o zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej. — II. J. Minkiewicz. Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrzędu wzrokowego. (Dalszy ciąg). — III. R. Jasiński. Listy o opatrywaniu ran — *Dział sprawozdawczy.* 49. Józef Romanit. Przyczynek do leczenia operacyjnego ciężkich postaci przykurzeń i zeszywnień w stawie udowym. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedź. — Dodatek. — Ogłoszenia.

## I. Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucnej, oraz kilka uwag o zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej.

Podał

**Dr Teodor Dunin**

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem).

Głównym celem mojego dzisiejszego odczytu jest zwrócenie uwagi Sz. Panów na możliwe uproszczenie leczenia ropnych wysięków opłucnej. Wprzód jednak pozwałam sobie powiedzieć parę słów w kwestyi zastosowania lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej. W sprawie tej przed dwoma laty <sup>1)</sup> już raz zabierałem głos, dotychczas jednak nie znalazłem naśladowców i sposób ten nie zdołał się u nas upowszechnić, pomimo że w Niemczech wyrugował wszystkie inne przyrządy. Ten wzgląd ośmiela mię do zwrócenia na niego jeszcze raz uwagi Szanownych Panów.

Ograniczając się ściśle do wybranego tematu, winienem oświadczyć, że nie mam dziś bynajmniej zamiaru rozbierać znaczenia i wskazań dla czynnej interwencji przy leczeniu wysięków opłucnej. Ten przedmiot postaram się innym razem obszerniej rozwinąć, dziś zaś przypuszczam na chwilę, że jesteśmy w zupełnej zgodzie, co do potrzeby wypuszczania wysięków opłucnej; idzie tylko o to, jak mamy operować?

Wiadomo Szanownym Panom, że pierwszy promotor przekłócia klatki piersiowej, Trousseau <sup>2)</sup>, używał w tym celu prostego trójgrańca, w czem naśladują go niektórzy nowsi autorowie, jak Lichtheim <sup>3)</sup>, Heitler <sup>4)</sup> i inni. Z tem wszystkiem

<sup>1)</sup> O zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej (Medycyna Nr. 41 i 45. 1880 r.).

<sup>2)</sup> Clinique médicale. 1872.

<sup>3)</sup> Ueber die operative Behandlung der pleuritischen Exsudate. (Odczyty Volkman'a Nr. 43).

<sup>4)</sup> Die Behandlung der Pleuritis und ihrer Producten (Wiener Klinik, T. II. H. 5).

przyrządy ssące, a głównie przyrząd Dieulafoi i Potain'a wyrugowały zupełnie prosty trójgraniec z użycia i panowały powszechnie aż do ostatniej prawie chwili, kiedy znalazły współzawodnika w lewarze.

Rozpatrzmy Szanowni Panowie, któremu z trzech wymienionych sposobów istotnie pierwszeństwo oddać należy.

Wiadomo Sz. P., że w zwykłych warunkach w klatce piersiowej istnieje ciśnienie ujemne, które Donders, a za nim i Rosenthal<sup>1)</sup> obrachowują na 10 do 30 mm. Przyczyna tego faktu do dziś dnia jest sporna i dla nas w tej chwili obojętna, dość że jej następstwem jest rozciągnięcie płuca poza prawidłowe granice sprężystości, rozciągnięcie, które również wyraża się ciśnieniem + 10 do 30 mm. Hg. w stosunku do zapadłego (atelektatycznego) płuca. Z chwilą, kiedy się zbiera wysięk w worku oplucnej, zjawiska się zmieniają. Pierwszem następstwem tego będzie ucisk płuca, jako przedstawiającego najmniej oporu; zamiast płuca, napełnionego powietrzem, w oplucnej znajdować się będzie płyn, inne zaś stosunki i warunki ciśnienia będą te same. Teoretycznie więc biorąc, małe wysięki, uciśkające li tylko samo płuco, nie zmieniają wcale warunków ciśnienia w jamie oplucnej. Jeżeli płynu zbierze się tyle, że uciśnie płuco w zupełności, wtedy ujemne ciśnienie znika zupełnie i wysięk pozostaje wyłącznie pod ciśnieniem atmosfery, t. j. ciśnienie jego równa się 0 mm. Hg. W miarę jak płynu zbiera się więcej, wywiera on ucisk na same ścianki klatki piersiowej, a mianowicie odpycha serce, przeponę, rozszerza samą klatkę piersiową i wypukła przestrzenie międzybrowe, jednym słowem napręża tkanki, które na zasadzie swej sprężystości starają się powrócić do pierwotnego położenia. To ich oddziaływanie przeciw sile starającej się je rozciągnąć sprawia, że wywierają one ciśnienie na wysięk, który obecnie pozostaje już pod ciśnieniem dodatnim. Badania nad ciśnieniem, pod jakim wysięk pozostaje w klatce piersiowej, aczkolwiek nieliczne, potwierdzają to rozumowanie; jakoż Leyden<sup>2)</sup> znalazł, że równa się ono od 0 do +40 mm. Hg. przed wypuszczeniem, następnie spada tak, że ku końcowi wypuszczania równa się -2 do -42 mm. Hg.. Na zasadzie tych danych łatwo wyprowadzić wskazania do użycia przyrządu do wypuszczania. I tak, prosty trójgraniec robi tylko otwór w klatce piersiowej, nie wywierając żadnego wpływu ssącego, t. j. nie zmniejszając oporu dla odpływu cieczy. Oczywiście wysięk w tym razie wtedy tylko wypływać będzie, jeżeli znajdować się będzie pod ciśnieniem dodatnim, t. j. jeżeli już będzie dość znaczny, tak, że wywrze ucisk na sprężyste ścianki klatki piersiowej. Tak więc małych wysięków wypuszczać nie można prostym trójgranicem. Co się zaś tyczy dużych, to wypływać one będą przez trójgraniec dopóty tylko, dopóki pozostawać będą pod ciśnieniem dodatnim; z chwilą, kiedy ciśnienie w nich dojdzie do 0 mm., płyn przestanie wypływać. Ponieważ jednak, jak to badania Leyden'a wykazują, ciśnienie w wysiękach przy ich wypuszczaniu staje się z postępem operacji stale ujemnem i raz jeden tylko przy końcu równało się +4 mm., oczywiście więc z tego wypada, że prostym trójgranicem nigdy wszystkiego płynu wypuścić nie jesteśmy w stanie. Prócz tego, ponie-

<sup>1)</sup> Hermann. Handbuch der Physiologie. T. IV. C. 2. 1882.

<sup>2)</sup> Charité-Annalen z 1878 r., spraw. w Centrblt. f. die med. Wissensch. Nr. 37. 1878 r..

waż ciśnienie dodatnie na wysięk o tyle będzie większe, o ile sprężyste ścianki klatki piersiowej bardziej uciskać go będą, łatwo przeto pojąć, że tam, gdzie ścianki już skutkiem stanu chorobowego są, że tak powiem, rozciągnięte do *maximum*, ciśnienie dodatnie będzie bardzo małe i trójgraniec, nawet przy istnieniu dużych wysięków, tylko bardzo małą ich część wypuścić będzie w stanie. Taki przypadek ma miejsce przy rozedmie płuc, gdzie klatka piersiowa nawet przy wdechu rozciągnięta jest prawie do *maximum*. We wszystkich tych więc przypadkach, w których ciśnienie na wysięk jest zbyt małe, aby pokonać opór atmosfery, należy ten ostatni znieść zupełnie albo zmniejszyć, zważywszy że nie mamy sposobu powiększyć ciśnienia w samym wysięku; jednym słowem należy zastosować przyrząd ssący.

Tych ostatnich mamy dwa rodzaje, albo takie, które znoszą prawie w zupełności opór atmosfery, t. j. dają ujemne ciśnienie 760 mm. Hg., jak np. powszechnie znane przyrządy Potain'a i Dieulafoi, albo takie, które znoszą opór atmosfery tylko częściowo, t. j. lewary. Z tego, cośmy powyżej przytoczyli o ciśnieniu w klatce piersiowej, wypada, że aby płyn wypłynął w zupełności, winien pokonać elastyczność płuca, która przeszkadza powietrzu rozszerzyć je i zająć w worku opłucnej miejsce płynu. Ten opór równa się do 30 mm. Hg.; odpowiednio do tego i Leyden przy swoich wymiarach znalazł, że ciśnienie ujemne w wysiękach nie bywa nigdy większe nad 40 mm. Hg.. Tak więc zarówno rozumowanie, na fizjologicznych danych oparte, jak i doświadczenie w przypadkach patologicznych pouczają nas, że nie mamy potrzeby znosić oporu całej atmosfery, ale tylko jej części, równającej się ciśnieniu 40 mm. Hg.. Ponieważ zaś, jak wyżej powiedziano, przyrządy ssące działają z siłą 760 mm. Hg., wywierają więc działanie ssące 19 razy większe, aniżeli tego do opróżnienia najmniejszego wysięku potrzeba. Taki nadmiar siły ssącej nie może być bez szkody; jakoż płuco uciśnięte rozszerza się zbyt szybko i naczynia jego napełniają się krwią, co powoduje czasami śmierć skutkiem obrzęku płuc (Dieulafoi)<sup>1)</sup>, śmiertelne krwotoki (Frantz)<sup>2)</sup>, a czasami zemdlenie lub nawet śmierć skutkiem bezkrwistości mózgu. Nawet najwięksi zwolennicy aspiracyi nie ukrywają tych niebezpieczeństw, jakie przy zbyt pospieszonym wypuszczaniu płynów wydarzyć się mogą i starają się zapobiedz temu, już to przerywając od czasu do czasu wypływ, już też nie wypuszczając nigdy więcej nad 1000 centm. sześć. (Dieulafoi). Prócz tego siła ssąca we wszystkich tych przyrządach jest bardzo zmienna i — jak tego dowiódł Schmidt<sup>3)</sup> — w przyrządzie Potain'a podczas jednej i tej samej operacyi waha się od — 380 do 0 mm. Hg. Nie więc dziwnego, że w ostatnich czasach starano się wprowadzić w Niemczech w użycie lewar, który nietylko praktycznie, jako prostszy, ma wyższość, ale odpowiada i teoretycznym wymaganiom. Jakoż ponieważ mamy znieść opór atmosfery, równający się co najwyżej 40 mm. Hg. i ponieważ do wypełnienia lewara używamy wody 13,5 razy lżejszej od rtęci, użyć nam więc wypada rurki, mającej  $40 \times 13,5$

<sup>1)</sup> Gazette hebdomadaire. 1877 r..

<sup>2)</sup> Ziemssen. Handbuch der spec. Path. und. Therapie T. IV, C. I. 1875.

<sup>3)</sup> Berl. klin. Woch. Nr. 52. 1881.

= 540 mm., t. j.  $\frac{1}{2}$  metra. Jeżeli więc weźmiemy rurkę długości mniej więcej  $\frac{3}{4}$  do 1 metra, to jest taką, która od łóżka chorego sięgać będzie do ziemi, to z jej pomocą będziemy w stanie opróżnić jamę opłucnej w zupełności i w każdym razie. Lewar więc działa z siłą mniej więcej 10 razy słabszą, aniżeli przyrządy ssące i dlatego nie powodując tak nagłego rozszerzenia płuca, nie staje się nigdy przyczyną złych następstw, o jakich mówiliśmy wyżej. Prócz tego siłę jego działania możemy ściśle zastosować do potrzeby, t. j. do ciśnienia wysięku i w tym celu należy koniec wolny rurki podnosić tylko tak wysoko, aby płyn swobodnie wypływał, a w miarę jak płyn będzie wypływał, *resp.* ciśnienie się zmniejszało, rurkę opuszczać należy ku dołowi. Tym sposobem otrzymamy niemal matematycznie jednostajny wypływ wysięku, co oczywiście niemożliwym jest w przyrządach ssących. Wreszcie ma lewar tę samą zaletę, co i powyżej opisane przyrządy, t. j. nie dopuszcza powietrza do jamy opłucnej, a to na tej zasadzie, że chociaż w opłucnej istnieje ciśnienie ujemne, to jednak równoważy się ono słupem wody w rurce, tak, że ostatecznie otrzymujemy ciśnienie w końcu rurki równe atmosferycznemu.

W użyciu lewar stokroć jest praktyczniejszy od wszystkich innych przyrządów. Zamiast skombinowanych i drogiej przyrządów mamy prostą igłę, zakończoną kauczukową rurką, to wszystko wypełniamy słabym roztworem kwasu karbolowego, dolny koniec rurki zamykamy już to kranem, już to uciskadłem, już wreszcie palcami; wpychamy igłę w klatkę piersiową, opuszczamy rurkę ku dołowi, otwieramy kran i cała manipulacja jest skończona. W takim kształcie używali lewara pierwsi jego wynalazcy, t. j. *Girgensohn i Riesel*<sup>1)</sup>. Wszelako igła ma swe niedogodności, a mianowicie, raz że ostry jej koniec może zranić płuco, a po drugie, że w razie zatkania nie ma możliwości jej przetkania i wtedy operację przerwać należy. Dlatego *Hampeln*<sup>2)</sup>, postępował w ten sposób, że na rurkę trójgrzańca obciągał rurkę kauczukową, takową przebijał sztyletem i wtedy dopiero wypełniał płynem. Po wepchnięciu trójgrzańca w bok, wyciągał ostrze i rurkę kauczukową nasuwał wyżej na pochewkę, tak, że otwór zupełnie zostawał zasłonięty. W razie zatkania komórki, przebijał znowu rurkę kauczukową sztyletem wypychał skrzep i sztylet z temi samemi ostrożnościami wysuwał. Zamiast tego niewygodnego sposobu ja zastosowałem do lewaru trójgrzańca *Pottain'a*, przez co w każdej chwili rurkę można oczyścić bez żadnych trudności. Jeżeli, jak to mówilem *Sz. P.*, trójgrząniec ma wyższość nad prostą igłą, to jednak wetknięcie jego sprawia choremu więcej bólu i dlatego też w ostatnich czasach kazałem sobie przyrządzić igłę z kranikiem i boczną rurką, tak jak w trójgrzańcu *Pottain'a* i do tej igły zastosowałem tępe przepychadło. Tym sposobem mam igłę, którą w każdej chwili mogę przeczyszczyć. Co się tyczy zranienia płuca, to sądzę że obawy tu są więcej teoretyczne, aniżeli praktyką usprawiedliwione. Istotnie *Sz. P.*, płuco zawsze pokryte jest przy wysiękach opłucnej dość znaczną ilością włóknika, który je chroni dostatecznie od uszkodzeń i dlatego przy ostrożnem

1) Deutsche Medicinische Wochenschrift, Nr. 11. 1880 r..

2) Die Behandlung seroser und eitriger pleuritischer Exsudate. 1879.

użyciu igły można nie obawiać się szkodliwych następstw. Zresztą samo nawet uszkodzenie płuca jest rzeczą zgoła niewinną.

Oprócz powyższych korzyści, lewar ma jeszcze tę wyższość nad przyrządem P o t a i n'a, że z łatwością użyty być może do przeplukiwań jamy opłucnej; (przyrządu D i e u l a f o i w tym celu wcale używać nie można). Kiedy bowiem wlewanie płynu do opłucnej za pomocą przyrządu P o t a i n'a jest bardzo kłopotliwe i nawet niebezpieczne z powodu łatwości dostania się powietrza, to przy użyciu lewara dość jest założyć na wolny koniec rurki lejek szklany i rurkę podnieść do góry, a płyn sam wchodzić będzie. Podnosząc lejek do żądanej wysokości, możemy miarkować ciśnienie dowolnie, jeżeli zaś płyn wypuścić chcemy, dość jest rurkę na dół opuścić. Te wszystkie wyższości lewara sprawiły, że upowszechnia się coraz bardziej w Niemczech, jak to świadczy obszerna literatura tego przedmiotu z 2-óch ostatnich lat; sam też osobiście miałem możność się przekonać, że na klinice w Bonn wyłącznie tym sposobem wypuszczają wysięki opłucnej. Ja sam używałem go od lat dwóch we wszystkich przypadkach przekłócia klatki piersiowej, jakie wykonywałem w szpitalu; wielu też kolegów miało sposobność się o jego doskonałości przekonać. (D. n.)

## II. SPOSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

### CHOROBY PRZYRZĄDU WZROKOWEGO

Napisał

D-r **Jan Minkiewicz** (z Tyflisu).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45).

#### D. ZRANIENIA GAŁKI OCZNEJ.

a) R o z e r w a n i e r o g ó w k i, w y p a d n i ę c i e t ę c z ó w k i. Dnia 23. II. chłopczyk, niemiec, syn kolonisty, bawiąc się łukiem, trafił strzałą w wewnętrzny kąt lewego oka swojej siostry, wskutek czego rozerwaną została w tem miejscu rogówka na długość prawie 1 ctm.; przez ranę wypadła tęczęwka i uwięzła między brzegami rany. Widząc chorą w tydzień po przypadku, znalazłem rogówkę w pobliżu rany zbielałą, zadymioną; nastrzyknięcie naczyń dało się widzieć li tylko w pobliżu rany. Zaleciłem środek przeczyszczający, zimny okład i wkraplanie *Laudanum liquid. Sydenh.* (Bobu Kalabarskiego nie było jeszcze wtedy w Tyflisie). Dnia 3-go przypaliłem wypadniętą część tęczęwki kamieniem piekielnym. Stopniowo owa część wypadnięta zmniejszała się, nareszcie zupełnie znikła razem z nastrzyknięciem naczyń. Wkraplano ciągle rozczyn azotanu srebra. Żrenica straciła swoją prawidłową formę, ale wzrok chorej nie ucierpiał.

b) R o z e r w a n i e r o g ó w k i i t ę c z ó w k i o d ł a m k i e m k a p i s z o n a; i r i d e k t o m i j a b e z s k u t k u. Woźnica, Tatar, bawił się w drodze pistonami; jeden z nich wskutek uderzenia pękł i odłamek jego trafił w lewe oko, przebił rogówkę z zewnętrznej strony i tęczęwkę. Chory w drodze przy-

kładał ciągle zimne okłady. Powróciwszy do Tyflisu, zgłosił się do mnie. Dnia 24. IX. r. 1863, znalazłem obrzmienie brzegu powiek, mocne zapalenie łącznicy i białkówki z zewnętrznej strony. Na rogówce w bliskości obwodu, od zewnątrz wystaje blizna, zawierająca w sobie część tęczówki. Na skutek zwięzienia tęczówki źrenica nie istnieje; mocne łzawienie. Chory tem okiem nic nie widzi. Dokonałem iridektomii i po tem lekkimi ruchami igły zaciemkowej w kierunku blizny spróbowałem odszukać obce ciało, lecz bezskutecznie. Zewnętrzna dolna część rogówki przezroczysta, zewnętrzna zaś górna mętnawa. Nowa źrenica dość znaczna, ale chory nic nie widzi. Środki też same. Dnia 27 rogówka mniej mętna i to tylko w pobliżu blizny; zewnętrzna połowa soczewki mętna, wewnętrzna zaś przezroczysta; źrenica szersza; chory nic nie widzi; obrzmienie brzegów powiek, ropienie łącznicy; pięć wypróżnień. Proszków zaniechano, dyjeta słaba, zimne okłady. Krew wynaczyniona do jamy przedniej znika powoli. Stosowałem wkraplanie rozczyń azotanu srebra i od czasu do czasu dawałem środki rozwalniające (*Infus. laxat. Vindob.*). Dnia 17-go ku wieczorowi były 3 wypróżnienia. Dnia 25 czerwoność łącznicy powiek i gałki ocznej nieznaczna; wynaczynienie krwi do komórki przedniej i ból w oku mniejszy. Chory nic nie widzi. Przystawiono 12 pijawek do lewej skroni. *Calomelani grjj.*—*Extr. bellad. gr.*  $\frac{1}{6}$ ; 3 proszki do północy. Zimny okład. Dnia 26 obrzmienie błony śluzowej powiek i gałki ocznej. Dnia 8. X. obrzmienie powiek szczególnie wolnego brzegu górnej powieki, zapalenie łącznicy powiekowej i gałki mniejsze. Rogówka w pobliżu blizny zadymiona. Chory słabo odróżnia światło, czego przed operacją nie było. Zalecono wkraplać rozczyń jednego grana siarczanu atropiny w połowie uncyi wody. W takim stanie chory odjechał.

c) Jeszcze jeden następujący przypadek zranienia gałki ocznej obserwowaliśmy u dziewczynki, Izraelitki, którą podczas zabawy chłopcy, strzelając z łuku, trafił małą strzałą w górną wewnętrzną część prawej gałki. Strzała przebiła rogówkę; tęczówka zaraz wypadła. Pomimo energicznego leczenia zapalenie tak się silnie rozwinęło, że powstało *panophthalmitis*, zakończone zropieniem gałki i utworzeniem się ropnia w oczodole. Ropień otworzono od dołu w kącie zewnętrznym. Gałka oczna zanikła.

d) Tu należy także przypadek tak mocnego uderzenia okolicy skroniowej lewej i gałki ocznej z tejże strony u mężczyzny, że powstał krwotok wewnątrzgałkowy. Krew wylana szczególnie zebrała się w komórce tylnej; w przedniej zaś krwi było niedużo, sięgała bowiem zaledwie do dolnej granicy źrenicy; wewnątrz zaś krew całkowicie zakrywała źrenicę, która miała barwę ciemno-czerwoną. Chorego widziałem nazajutrz po przypadku, nie widział on nic; zaleciłem silne środki rozwalniające, pijawki do okolicy oczodołu. Widząc chorego w kilka dni powtórnie, spostrzegłem, że barwa krwi wylanej zmieniła się. stała się mniej ciemną. Chory odbiera wrażenie światła, które mu się wydaje czerwono-żółtawem. Stopniowo chory przy użyciu środków przyspieszających wessanie coraz lepiej widział, czy zaś zupełnie odzyskał wzrok i czy wylana krew całkowicie uległa wessaniu, nie mogę powiedzieć, gdyż chory później się nie pokazał.

18. Żadnych nowotworów gałki ocznej osobiście nie miałem w swojej praktyce w oznaczonym czasie; asystowałem przy wyluszczeniu gałki ocznej u kolegi T., dokonaniem przez D-ra Reicha. Koledze T. przytrafiło się nieszczęście, iż był ranionym na polowaniu wskutek nieostrożności spółtowarzysza.

### E) R O G Ó W K A.

19. Oprócz wyżej podanych zranień rogówki jednocześnie z uszkodzeniami innych tkanek gałki ocznej, obserwowaliśmy zranienie samej tylko rogówki u dziewczynki, u której została ona przecięta scyzorykiem wskutek nieostrożności. Po zranieniu wypadł mały odcinek tęczy. Wskutek natychmiastowego użycia rozczywnu atropiny tęcza weszła na powrót do komórki przedniej, poczem pozostała mała blizna, przeszkadzająca widzeniu.

20. Udzielając przed rokiem 1859 w „Tygodniku Lekarskim“ sprawozdań z leczenia chorób ocznych i dokonanych operacyj na oczach, obszernie rozpisywałem się o skutkach oberznięcia rogówki przy *keratitis pannosa*, w łuszcze i o skutkach zeszkrobывania plam rogówki. Staralem się tam wyjaśnić, w jaki właśnie sposób działają te operacje. Teraz przytoczę opis przypadków, w których używałem samego oberznięcia rogówki, lub w połączeniu z zeszkrobывaniem.

Oberznięcie rogówki kilkakrotnie było dokonywane. Oto są te przypadki: a) Topograf, 17 lat mający, z usposobieniem zolzowatem wszedł do szpitala wojskowego tyfliskiego 15 Lutego 1863, z objawami nieżytego zapalenia spojówki lewej gałki ocznej, a przytem był ostry nieżyt oskrzeli i stan gorączkowy. Choroba trwa od 3 dni. Przepisano: Rp. *Tartari emetici gr. jj. D-ti liquiritiae ℥vj.* Dnia 16. II. powieki obrzmiałe; znaczne ropienie, *chemosis*, źrenica nieforemna. Przepisano pigułki z kalomelu; *inf. belladonae* do okładów, na około oka przystawiono 12 pijawek: *collyrium ex arg. nitrico gr. jjj—~~ssj~~*, ciepłe nożne kąpiele. Dnia 19. II. stan cokolwiek lepszy, ropienie mniejsze. *Ung. mercuriale cum extr. belladonae.* Dnia 24. II., przekrwienie naczyń łącznicy bardzo znaczne, ropienie zaś i obrzmienie powiek mniejsze, światłowstręt nieznaczny. *Inf. cicutaepro fomento.* wkraplanie azotanu srebra. Dnia 26. II. *synechia anterior*, zapalenie łącznicy; gruczołki Meibom'a ulegają zapaleniu. Taka była historia choroby tego młodego człowieka. Widząc go dnia 27. II. po raz pierwszy, znalazłem na zewnętrznym obwodzie lewej rogówki, poniżej średnicy nie plamkę, ale raczej bliznę, powstałą od zrośnięcia w tem miejscu tęczówki z rogówką, skutkiem czego źrenica przybrała kształt podłużny. Naczynia łącznicy i tkanki podłącznicowej znacznie szersze, przekrwione, zygzakowate, szczególnie na dolnej połowie; tu przechodzą one na rogówkę; łzawienie. Tegoż dnia dokonałem połowicznego oberznięcia rogówki; przy tem starałem się wyciąć nie samą tylko błonę śluzową, ale i podśluzową. Po operacji zimny okład; dnia 6. III. rana łącznicy zablizniona. Nastrzyknięcie naczyń rogówki mniejsze; chory widzi cokolwiek wyraźniej, zapalenie zaś łącznicy gałki oka i powiek trwa dalej, lubo w mniejszym stopniu. Dnia 10. III. przyłączył się jęczmień na lewej dolnej powiece i także przyczynił się do podtrzymania zapalenia spojówki tego oka. Dnia 24. III. zapalenie łącznicy, również i lewej gałki znówu się wzmogło

światłowstręt i ropienie w nocy znaczne. *Ung. mercur. cum extr. belladonae*. Dnia 25. IV., zapalenie rogówki. *Vesicans* poza uchem. D. 26. IV. rogówka pociemniała. *solut. atropini sulfurici*. D. 28. IV. Bóle w gałce ocznej; przystawiono 6 pijawek do skroni. D. 29. IV. *calomelani gr. j.* co trzy godziny po proszku, *vesicans* na skronie. D. 31 IV. rozmięczenie rogówki; *solut. atropini sulfurici* D. 5. V. niewielkie polepszenie. Ból mocny w okolicy przewodu łzowego. Chorego zabrali do domu.

b) Oberznięcie obu rogówek całkowite w skutek łuszczki (*pannus*). Po zabliznieniu ran unaczynienie rogówki zmniejszyło się, poczem chory począł wyraźniej widzieć.

c) Całkowite kilkakrotne oberznięcie lewej rogówki u chorej cierpiącej na jaglicę spojówki powiek lewych, na *keratitis pannosa* i wypadnięcie tęczówki w górnozewnętrznej części rogówki, między środkiem jej a obwodem. Światłowstręt był tak silny, że z trudnością tylko można było obejrzyć oko, łzawienie ciągle, chora widzi tylko przed sobą białawą mgłę z ciemną plamką, nie odróżnia nawet ruchów palców przed okiem; odróżnia tylko mniejsze lub większe natężenie światła. Przez operację zaleciłem ciepłe kąpiele nożne. D. 6. VIII. 1864, zachloroformowałem chorą, oberznięłem wokół rogówkę. Po operacji wkropiłem roztwór siarczanu atropiny. Opatrunek naciskający; *inf. laxativi* ʒj. Dnia 7 lekkie ropienie; bardzo umiarkowane bóle w ranie. światłowstręt zmniejszył się tak dalece, że byłem w stanie dokładniej obejrzyć rogówkę. Powierzchnia rogówki szorstkawa, mętna, bledsza niż dnia poprzedniego. Chora nie widzi owej czarnej plamki na białem tle. Wkraplanie i opatrunek taki sam. Dnia 8 bóle zupełnie prawie ustaly, światłowstręt słabszy, bez łzawienia. Wyraźnej różnicy co do widzenia nie było. Środki też same. Dnia 10 nudności. (chora w 2 miesiącu ciąży); 2 gr. *oxalatis cerii* na dobę; wystąpiły przytem objawy działania atropiny. Zaniechano jej użycia. Rana spojówki się goi. Spojówka białkówek bledsza. Rogówka mniej szorstka, bardziej przezroczysta. Brzegi powiek obrzmiałe, ale chora otwiera je swobodniej; zauważyła nadto, że widnokrąg, który dawniej wydawał jej się mocno białym i ograniczonym, z latającemi muszkami, zamienił się na daleko obszerniejszy; zdaje się jej, jak gdyby gęsta sinawa mgła rozpostarła się przed nią. Chora odróżnia barwę ręki i białego rękawka z odległości łokcia i to lepiej, jeśli patrzy ku wewnątrz i ku dołowi. Wkraplanie azotanu srebra; 3 gr. szczawianu ceru. Dnia 12 chora odróżnia barwę sukni żółtą, niebieską i czerwoną. Zrana wkraplano rozczyń azotanu srebra, a wieczorem smarowano powiekę górną maścią złożoną: z gliceryny ʒj, *mercur. praecip. rubri gr. j.* do wewnątrz zaś 8 gr. szczawianu ceru na dobę. D. 2. IX. rozpocząłem zasypywanie kalomelu i wkraplanie rozcieńczonego *laud. liq. Sydenh.*. Dnia 3. IX. zbadawszy wieczorem stan chorej, znalazłem, że chora światło świecy widzi wyraźniej, ale samego płomienia jeszcze nie odróżnia, widzi moją rękę, odróżnia barwy białą i czarną. Dnia 5. IX. nowe prawie całkowite oberznięcie i lekkie zeskrobanie rogówki. Opatrunek naciskowy. Dnia 8. IX. wkraplanie *laud. liq. Sydenh.*, przypalono wypadniętą tęczówkę i wtarto ową masę glicerynową. D. 29. IX. łącznica znacznie bledsza, rogówka bardziej przezroczysta. Chora przez wewnętrzno-górną część odróżnia płomień świecy, ale widzi go we mgle, przez środek rogówki widzi najgorzej. Chora zauważyła, że przez zewnętrzną część



rogówki zaczyna widzieć, ale z trudnością odróżnia jasne barwy. Dnia 30. IX. zeskrobanie rogówki i całkowite oberznięcie rogówki. Opatrunek naciskowy. D. 3. X. rozczyn azotanu srebra. Chora w połowie Października wyjechała do Kutaisu w następującym stanie: odróżniała barwy sukien, nawet osób koło niej przechodzących, odróżniała bruk, ale drobnych kamieni dostrzedz nie mogła; przez wewnętrzną górną część rogówki widziała czysty płomień świecy, nie tak wyraźnie przez część zewnętrzną; wogóle widzi wyraźniej i środkowe zamglenie w polu widzenia mniejsze. Z anamnezy chorej wiadomo, że w 8 roku życia dostała zapalenia lewego oka, odznaczającego się mocnym światłowstrętem i skurczami powiek; zapalenie to potem nieraz powracało. W 16 roku po zapaleniu rogówki prawej, owrzodzeniu jej i wypłynięciu cieczy, chora straciła prawe oko i wzrok. Lewe oko cierpi od roku.

d) Zeskrobywanie i oberznięcie rogówki u Haspara, Persa, u którego oddawna  $\frac{2}{3}$  rogówki wewnętrzno-dolne były nieprzezroczyste (*leucoma*). Tęczówka zrósnięta z tylną jej powierzchnią, wskutek czego źrenica była podobna do źrenicy kociej. D. 20. X. 1863 r. zeskrobałem część bielma bez żadnego oddziaływania. Chory nazajutrz widział lepiej aż do dnia 22. po użyciu zaś rozczyuu azotanu srebra pokazało się dość znaczne oddziaływanie. D. 24. X. blizna zagoiła się, przytem chory widział gorzej niż przez pierwsze dwa dni po operacyi, ale lepiej w ogóle niż przed operacją. D. 29. X. oberznałem wokół rogówkę i zaleciłem zimny okład; oddziaływanie było umiarkowane. U tego chorego po kompletnem ustaniu objawów zapalenia łącznicy i rogówki, powstałego po operacyach dawno zrobionych, widziałem po raz pierwszy dehiscencyję, odpadanie zewnętrznych warstw rogówki, które się zagoiło po użyciu lekkiego rozczyuu azotanu srebra.

e) Groniakowe zwyrodnienie kuliste prawego oka. Kuliste oberznięcie rogówki. Ormiańskie dziecko, 4 lata mające, przywieziono do mnie dnia 1 Kwietnia r. 1863 z miasta Teławu, z zupełnie zniszczonem lewem i groniakowato-zwyrodnionem prawem okiem. Był to groniak kulisty. Dolna część rogówki zgrubiała, twarda, biała; górna mocno zmętniała. Naczynia krwionośne przechodzą z obwoda jej ku środkowi w znacznej ilości. Dziecko odróżnia nietylko światło od ciemności, ale i przesuwanie rąk przed okiem prawem. Historyja tego dziecka jest następująca; mając trzy lata, cierpiało na płonicę, poczem powstawały ropnie w gruczołach limfatycznych pod szyję i zapalenie obudwu oczu, które od początku wskutek światłowstrętu były stale zamknięte. Cała uwaga leczącego i rodziców była zwróconą na pierwsze cierpienie, na drugie zaś żadnej niedawano baczości. Kiedy chory otworzył oczy, pokazało się, że lewe oko było całkowicie zniszczone, prawe zaś w stanie wyżej opisanym. W tym stanie, zdaniem mojem, możliwe były dwie operacje, które cokolwiek mogły poprawić stan chorego: oberznięcie i zeskrobanie rogówki. Ale że dziecko jeszcze nie było w stanie oznaczyć, którą częścią rogówki lepiej widzi i że zeskrobanie czasami pociąga za sobą dość mocne zapalenie, postanowiłem poprzestać na oberznięciu, które też wykonałem 3 Kwietnia. D. 4. IV. oddziaływanie miejscowe słabe; napad gorączkowy w nocy; zalecono przykładanie odwaru nasienia lnianego z makowcem do oka. Dnia 5. IV. w nocy

pokazała się odra, po przejściu której dziecko zabrano do domu. Chory powiadał, że lepiej odróżnia światło świecy.

f) Łuszczyca (*pannus*) obu rogówek, mających formę stożkowatą, u dziewczyny. Oberznięcie na jednym oku częściowe, na drugim zaś całkowite było dokonane d. 30. VIII. (D. n.)

### III. LISTY O OPATRYWANIU RAN

przez

**R. Jasńskiego.**

byłego asystenta klinik chirurgicznych.

#### VI.

W przeszłym roku Ernest Fischer, docent chirurgii w Strassburgu, ogłosił badania swoje nad nowym, bardzo tanim środkiem opatrunkowym, mianowicie nad proszkiem naftaliny. Badania te dały mu tak zadowalające wyniki, że na 11-tym zjeździe Towarzystwa chirurgów niemieckich [czuł się upoważnionym do bardzo gorącego zalecania naftaliny.

Nie wspominałbym tak szczegółowo o tym środku, gdyby nie ta okoliczność, że, o ile wiem, znalazł on u nas zastosowanie w ręku kolegi Modrzejewskiego, oraz w oddziałach chirurgicznych Matlakowskiego i Peszkego, a z drugiej strony, że przezemnie samego w dość licznych przypadkach zastosowany bardzo dobre dał wyniki. Naftalina (*naphthalinum*) jest ciałem białym, krystalicznym, wzoru  $C_{10}H_8$ , które dotąd niedostatecznie znane było nie tylko lekarzom, ale nawet może i chemikom. Ciało to, które tak jakoś nie umiało sobie wyrobić odpowiedniej reputacji, tworzy się wszędzie, gdzie paleniu ulegają ciała organiczne, obfitujące w wodę. Naftalinę zawiera np. dym tytoniowy, dym komina lub parowozu: przechowywanie mięsa za pomocą wędzenia zależy po części od działania naftaliny. Znaleźć ją można w wielkiej ilości w rurach gazowych, ułatwia się ona przy każdej temperaturze, topi się przy  $79,2^{\circ} C.$  wrze przy  $214^{\circ} C.$ , ciężar gatunkowy ma mniej więcej 1,1. Nie rozpuszcza się ani w wodzie, ani w wydzielinach ran, ani w alkaliach, ani w słabych kwasach. Za to rozpuścić ją można w gorącym wyskoku, w gorącym stężonym kwasie siarczanym, wreszcie w tłustych i lotnych olejach. Przy  $150^{\circ} C.$  osadza się w postaci cienkich blaszek, para wodna z łatwością ją porywa i dla tego niezbyt trudno wykryć można ślady naftaliny w moczu, kale i t. d. zapomocą destylacji, osiada bowiem na ścianach zimnego naczynia. Tejej przymioty pozwalają nam stosować naftalinę w celu dezynfekcji sal szpitalnych w ten sposób, że garnek napełniony wodą, do której domieszano większą, lub mniejszą ilość naftaliny, stawiamy w pokoju i w jakikolwiek sposób go ogrzewamy. Naftalina wkrótce wraz z parą wodną przenosi się w powietrze, a ztąd na ścianach, podłodze i suficie osiada. Gaz ułatwiającej się naftaliny o ile szybko miesza się z powietrzem, o tyle łatwo dyfunduje do płynów tak, że te ostatnie wkrótce okazują wyraźny zapach naftaliny.

Czysta naftalina ma lekki odcień różowawy, którego jednak nie należy brać za jedno z barwą czerwoną, spotykać się dającą w nieczystej naftalinie, lub w zanieczyszczonym kwasie karbolowym. Spotykana w handlu, *Naphthalinum albissimum*, zawiera domieszkę fenolu.

Schultz ze Strassburga podaje następującą próbę, służącą do wykrycia tej domieszki. Małą ilość naftaliny traktujemy bardzo rozcieńczo-

nym lugiem sodowym, ogrzewamy do zawrzenia, studzimy i cedzimy. Fenole, jeżeli takowe istnieją w danym przetworze, znaleźć powinniśmy rozpuszczonemi w filtracie. Ten ostatni trzeba więc zlekka zakwasić i dodać do niego wody bromowej, utworzy się wówczas trójbromek fenolu, który przedstawia się w postaci zmiętnienia, lub białego osadu, stosownie do ilości. Fischer za najlepszą uważa naftalinę, pochodzącą z fabryki Ohlgart et Comp. w Kehl w Badenskiem. Jeden kilogram jej kosztuje tam 1-e markę, a przypominamy, że ma ona ciężar gatunkowy 1,1.

Cennik Koehler'a z Moskwy opiewa, iż funt naftaliny kosztuje 55 kop., kwasu salicylowego 3,75. a jodoformu 8,40 kop.

Środek, o którym mówimy, nie posiada żadnych trujących własności względem człowieka i wyższych zwierząt, niszczy jednak organizmy niższe roślinne, zarówno jak i zwierzęce. Doświadczenia kliniczne, w Strassburgu u Lucke'go poczynione, przekonywują, że rany opatrywane naftaliną mają piękny wygląd, który się pojawia nawet w zanieczyszczonych poprzednio ranach, wrzodach gołeniowych, owrzodzeniach szankrowych, rakowych i t. d.. Naftalina nie tworzy żadnych strupów z wydzieliną rany, niepowstrzymuje więc wypływu takowej. Żadnych też podrażnień miejscowych nie wywołuje. Naftalinę stosować należy na rany, rozpadające się nowotwory, wreszcie przy operacjach w kiszce prostej, pochwie i innych jamach, dalej przy zgorzeli, zanieczyszczonej ziarninie i t. d., zawsze w postaci proszku, który w wielkiej ilości bezkarnie sypać możemy. Używają też roztworów naftaliny w eterze do przestrzykiwania przetok, maści z waseliną do opatrywania zablizniającej się ziarniny, wreszcie pałeczek z żelatyny lub masła kakaowego. Zdaje się, że opatrywanie ran tym środkiem chroni takowe od róży. W leczeniu chorób skórnych przed kilkudziesięciu laty używali tego środka Rossignon, Emeri, Verel i inni. W ostatnich czasach Fuerbringer zaleca go przeciw świerzbie (*Berliner Klinische Wochschr.* 1882. Nr. 10).

Anschütz w Królewcu próbował naftaliny i twierdzi, że środek ten może oddać wielkie usługi w chirurgii polowej, gdzie brak wody, nagromadzenie rannych, niedostateczna liczba lekarzy, wreszcie brak czasu dostatecznego do nałożenia porządnego opatrunku Lister'a warunkują konieczność stosowania jaknajprostszej metody. Metoda opatrywania proszkami antyseptycznemi jest bez zaprzeczenia najprostszą, z radością więc witać należy każdy tani, łatwy do nabycia i prawdziwie przeciwnilny proszek. Anschütz postępował w ten sposób: ranę lub wrzód obmywał słabym roztworem fenolu i przy każdym opatrunku posypywał ją warstwą naftaliny na 1 ctm. grubą, jamy po ropniach wypełniał aż po brzegi tym proszkiem i to wszystko pokrywał 10% pakułami naftaliuowemi. Jeden kilogram juty ze wszystkich stron oblać należy przed samem użyciem roztworem następującego składu:

<i>Naphtalini</i>	. . . . .	100 grm.
<i>Aetheris sulph.</i>	. . . . .	400 grm.
<i>Alcoholi</i>	. . . . .	400 grm.

W ten sposób napojone pakule należy roztargać, aby otrzymać miękki, elastyczny wyborny materiał opatrunkowy.

Autor, o którym mówię, widział się zmuszonym zmieniać często opatrunek tam, gdzie wydzielina ran była obfita. Druga ujemna strona naftaliny jest według Anschütz'a ta, że kryształki jej kaleczą ziarninę i wywołują lekkie krwawienie, wreszcie, że naftalina często tworzy mocny strup, zatrzymujący wydzielinę. Byłoby to istotnie wielką wadą, jednakże dotąd przy użyciu naftaliny nie zdarzyło się ani mnie, ani Matlakowskiemu widzieć podobnych wydarzeń, jeżeli opatrunek pokrywalismy materją nieprzemakalną. Środek ten wypróbowany też został przez Diakowa, który zawsze dobre otrzymał wyniki i gorąco go poleca.

Wszystkie środki opatrunkowe, o których mówimy, najsmielej polecić można każdemu, kto tylko zechce, lub zmuszonym będzie dotknąć się do rany. Dziś dowodzenie ważności antyseptyki byłoby rzeczą niemal śmieszną. Kolosalny postęp w chirurgii wywołany metodą Lister'a polega głównie na tem, że nastąpił zwrot w całym kierunku, zwrot ku fizjologicznemu zapatrywaniu się na sprawę gojenia, oraz na jej powikłania. O ile zwrot ten w chirurgii opłacił się już sownie, polepszając w nieprawdopodobny sposób statystyczne cyfry wszystkich sal operacyjnych, o tyle w medycynie wewnętrznej z każdym niemal dniem przyczynia się on do rugowania resztek empirycznych tradycyi zabytków. Zeby słów moich, tak ściśle na ton zagranicznych sprawozdań nastrojonych, nie uważać za wytwór fantazyi, oszołomionej imponującemi odgłosami z zachodu, należy rozumieć je w ten sposób, w jaki na nieszczęście nie wielu dotąd u nas pojmuje całą metodę przeciwnilną. Zdaje mi się, że treść niniejszych listów moich dostarczy już wiele danych, na których by można było oprzeć bardzo surową krytykę tego, co się u nas dzieje. Dziwny los dał mi sposobność poznania wszystkich prawie oddziałów chirurgicznych w Warszawie i dla tego poczuwam się w prawie i niemal w obowiązku, pisać to, co piszę.

Miałem też nieraz sposobność być świadkiem narzekania ze strony prowincjonalnych chirurgów, narzekania, tyczących się zawodów i zawiedzionych nadziei co do metody Listerowskiej. Wobec tych wszystkich okoliczności najlepiej zrobię, powtarzając słowa Bergmann'a, wypowiedziane przez niego w przeszłym miesiącu na zjeździe niemieckich przyrodników w Eisenach (18—22 Września 1882). „Chirurgija terazniejsza nie jest już wcale sztuką, a tem mniej rzemiosłem, stała się tem, czem jest w istocie, jedynie dzięki metodzie przyrodniczej i dzięki pracy przyrodników.“

Nie gaza listerowska, nie fenol, jodoform, lub naftalina stanowią wartość metody przeciwnilnej. Świetne wyniki i cały bieg tegoczesnej nowej, że tak powiem, chirurgii zależy od ściśle naukowego kierunku w całym postępowaniu z chorym. Dla tego to dziwnem mi się wydaje zdanie wielu powag współczesnych, które twierdzą, iż możliwą jest rzeczą przy małej stosunkowo liczbie lekarzy otrzymywać aseptyczny przebieg ran na wojnie. Zaopatrzenie żołnierza w ten lub ów środek przeciwnilny wcale nie jest zadosyćczynieniem wymaganiom metody. Żołnierz ten, a jak się pokazuje, nie jeden też lekarz nawet, nie potrafią sobie zdać sprawy ze wskazań, które dany przypadek przedstawia, a od których cały rezultat zawsze zależeć musi. Rana, którąby prawdziwy Listerczyk zagoił *per primam intentionem*, może przybrać w ręku chirurga-laika przebieg jaknajfatalniejszy, pomimo że ten ostatni opatry ją np. kilkunastoma warstwami gazy Listerowskiej, osłonką, makintoshem i dezynfekowanym katgutem.

Zdaje mi się rzeczą prawie niepodobną do wykonania wyłożyć teoretycznie wszystkie najdrobniejsze szczegóły metody przeciwnilnej. Należałoby wyłożyć całą anatomję przedewszystkiem, a potem całą szczegółową patologję chirurgiczną; dość wspomnieć, że już porządne założenie sączka wymaga gruntownej znajomości anatomii topograficznej. Jako dowód przytoczę drenowanie stawu kolanowego. Pirógow, zwiedzając w 1870 roku szpitale Alzacji i Lotaryngii, zwrócił uwagę na liczne przypadki ran postrzałowych kolana, przebiegające niezmiernie pomyślnie, a przebieg ten objaśnił trzema warunkami: 1-o) wielkością i kształtem kuli Chassepot; 2-o) niezbyt silnem obrażeniem kości; 3-o) kierunkiem przednio tylnym kanału postrzałowego. Ostatnia wojna rossyjsko-turecka wykazała, że pierwszy i ostatni punkt najważniejszą grają rolę.

Kołodnina na danych powyższych oparł skończoną teorię drenowania stawu kolanowego. Dotąd posługiwaliśmy się metodą Petit'a, polegającą na dwóch bocznych półksiężycowatych cięciach, mających na celu dokładne

opróżnienie stawu kolanowego z ropy i wszyscyśmy nieraz narzekali na rezultat mniej pomyślny, niżby go się spodziewać należało przy zachowaniu wszelkich szczegółów postępowania przeciwnilnego. Warunki anatomiczne stawu kolanowego pozwalają na przeprowadzenie grubego sączka przez staw ten w kierunku prostopadłym od przodu ku tyłowi. P i r o g o w w anatomii swojej wykazuje, że przy zgięciu kolana, istnieje dość znaczna przestrzeń wolna pomiędzy wcięciem międzykłykciowym uda, wyniosłością międzykłykciową goleni (*convexitas illa exarationis intercondyloideae femoris non est contigua et insertionibus ligamentorum cruciatorum sejungitur. Anatomie topographica str. 71*). W dziele swem nie przyznaje on wprawdzie wielkiego znaczenia tej okoliczności, ale podczas wojny francuzko-pruskiej za jej pomocą tłumaczył S i m o n' o w i możliwość przedmiotowego postrzału kolana na wylot bez złamań kości. Opierając się na powyższych danych i poparłszy je licznymi pracami na trupach, K o ł o m n i n zbudował następującą metodę. W górnym trójkącie dołu podkolanowego wykonywamy cięcie takie, jak do podwiązania tętnicy podkolanowej, z tą tylko różnicą, że je prowadzimy w  $\frac{1}{3}$  z e w n ę t r z n e j tej okolicy, a więc w przestrzeni, zawartej między nerwem strzałkowym (*nervus peroneus*) a żyłą podskórną tylną, nerwem goleniowym i naczyniami podkolanowymi. Dochodzimy w ten sposób do tkanki tłuszczowej, pokrywającej zewnętrzną część więzła stawowego podkolanowego, oraz mięśni do niej przylegających (brzusiec zewnętrzny mięśnia łydkowego, mięsień podeszwowy i podkolanowy. Wówczas chodząc na grzbiecie, zginamy mu kolano pod kątem prostym i prowadzimy drugie cięcie na wewnątrz i poniżej rzepki, cięcie przenikające do stawu. Przez to nowe cięcie wprowadzamy mocne, wygięte kleszczyki w kierunku od wewnątrz i od przodu na zewnątrz i ku tyłowi, dopóki nie oprą się o kłykieć zewnętrzny. Wówczas trzymając się ciągle powierzchni wewnętrznej tego kłykcia, pchamy kleszczyki dalej ku tyłowi, prześwidrowywując nimi więzy skrzyżowane. Palec wprowadzony do rany podkolanowej z łatwością koniec sączków wyczuje i poda im sączek, który już tylko ku przodowi wyciągnąć należy.

Skomplikowana ta na pozór operacja jest w istocie bardzo łatwą, przynajmniej równie łatwą jak dyagonalne drenowanie kolana, przez torebkę mięśni wyprostnych. Takich nowych ulepszeń metody przeciwnilnej pojawia się bardzo wiele, można powiedzieć, że każdy prawie chirurg przejęty prawdziwą ideą antyseptyki z każdym niemal rokiem wprowadza tego rodzaju nowe metody. Tą tylko drogą postępując, możemy twierdzić, iż istotnie kierujemy się metodą L i s t e r a.

Postępy na tem polu z każdym dniem się mnożą i wątpić nie można, iż w krótkim czasie do zadziwiających rezultatów są w stanie doprowadzić. Chirurgowie, mając dziś na swych barkach daleko większą odpowiedzialność za wyniki operacji, muszą koniecznie zgodzić się na ten wzrost wymagań, gdyż w wielu, bardzo wielu przypadkach towarzysze ich są w stanie dowieść im, że nieprawidłowy przebieg rany był dowodem niewłaściwego z nią postępowania; to też chirurgowie z dziwną zaciętością krytykować zaczęli nie tylko drugich, lecz i siebie samych, a idąc tą drogą daleko zjść można. Dowodem tego np. F e h l e i s e n, asystent B e r g m a n n' a, który przypuszczając, że róża, pojawiająca się nieraz pod opatrunkiem przeciwnilnym, musi zależeć od swego zarazka, wytrzymującego ataki środków przeciwnilnych, począł badać krew wziętą z sąsiedztwa miejsc przez zajętych i znalazł w niej bakteryje, które istotnie od wszystkich innych się różnią. Udało mu się bakteryje owe zebrać w epruwetki, chodować, a wnuki ich zaszczipione na twarzy chorego, mającego złośliwy nowotwór, wywołały różę, a z nią i zniknięcie owego guza. Zdaje się, że trudno osiągnąć większe zwycięstwo, które sprowadza najsmielsze nasze marzenia w dziedzinę rzeczywistości.

Dr. Ernest Fischer. Ueber den Wundverband mit Naphtalin. Langenbeck's Archiv für Chirurgie XXVIII Bb. II Heft, oraz

Berliner Klinische Wochenschrift 1881. Nr. 48.

Berliner Klinische Wochenschrift 1882. Nr. 8.

Anschuetz. Resultate einiger Versuche mit dem Naphtalinverbannde. (Contrib. f. Chirur. 1882. Nr. 32).

P. J. Djakonow. O pierewiazkie ran naftalinom. (Wracz 1882. Nr. 39).

v. Bergmann. Ueber die gegenwärtigen Verbandmethoden und ihre Stellung zur Antiseptik. (Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Eisenach 18—22 Września. 1882. Originalbericht d. Deutschen Medizinzeitung Nr. 41).

Kołomnin. Nowyje sposoby leczenia granulacjonnych i gnojnych wospalenij sustawow. Pieriednie zadnij drenaż kolennawo soczlenienija. (Trudy Oszczestwa Russkich Wraczej w S. Pietierburgie. Rok 48. Zeszyt III. 1882).

Jules Boeckel. Fragments de chirurgie antiseptique 1882 (wyczerpane w handlu).

Georges Poinso. Etudes statistiques sur la méthode de Lister. Bordeaux 1882.

Richard Volkmann. Die moderne Chirurgie. (Sammlung Klinischer Vorträge. 1882 Nr. 221. Mowa, którą miał na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Londynie d. 8 Sierpnia 1881, ze wszech miar zasługująca na uwagę.

Pirrogoff. Anatomie topographica sectionibus per corpus congelatum (Fasc. 4. A., Tab. 7., fig. 4.; Fasc. 4 B. Tab. 11, fig. 3 i 4).

## DZIAŁ SPRAWCZDAWCZY.

**49. Józef Rosmanit. Przyczynek do leczenia operacyjnego ciężkich postaci przykurczeń i zeszywnień w stawie udowym.** (*Zur operativen Behandlung der schweren Formen von Contracturen und Anchylosen im Hüftgelenk. Archiv f. klin. Chirurgie. XXVIII. Tom 1882, I zeszyt, str. od 1—72*).

Antor pomija w swojej pracy przyczyny (złamanie szyjki, zwiechnienie, zapalenie) i anatomiczne siedlisko przykurczenia (powięź, mięśnie, torebka, kości), mimochodem wspomina o lżejszych operacjach, od których zwykle rozpoczyna się leczenie tych stanów chorobowych, a mianowicie o:

a) wyciąganiu (*extensio*),

b) wyprostowaniu nagłym (*brisement forcé*),

c) operacji Winiwartera, czyli tak zwanej *fascioplastica*; przedmiotem właściwym rozprawy są operacje poważniejsze, do których jedynie przystępujemy dopiero wtedy, kiedy wymienione wyżej operacje zawodzą; tu należą: a) prosta osteotomija, b) osteotomija klinowa i c) wypilowanie.

Zpomiedzy lżejszych operacyj wyżej wyliczonych opiszemy tu w krótkości sposób Winiwarter'a, gdyż nie przypominamy sobie, abysmy o nim napotkali wzmiankę w pismach polskich. Wskazanie dla niej jest bardzo ograniczone, a mianowicie jest ona odpowiednią wtedy, gdy powodem przykurczenia jest skurczona, zmieniona powięź szeroka (*fascia lata*); Froriep, Busch i inni dowiedli, że po przecięciu mięśni, znajdujących się na stronie zgięcia stawu udowego bynajmniej nie ustępuje przykurczenie (*in flexione*) i że dopiero po przecięciu powięzi szerokiej i blaszek międzymięśniowych udaje się wyprowadzić udo z wadliwego położenia, oczywiście jeśli przyczyna przykurczenia nie spoczywa w samym stawie. W takich właśnie przypadkach wskazaną jest operacja Winiwartera, która nie jest niczem innym tylko Dieffenbach'ow-

skim sposobem operowania *ectropion*. Gdybyśmy wprost w poprzek przecięli nateżoną i skurczoną powięź, to oczywiście najprościej osiągnęlibyśmy cel nasz, lecz w zamian mielibyśmy szeroką poprzeczną ranę, powstałą przez rozjeście się brzegów przeciętej skóry i powięzi; rana ta gojąc się przez ropienie spowodowałaby napowrót przykurczenie. Dlatego też *Winiwarter* robi cięcie w kształcie litery **V** na zewnętrzno-przedniej okolicy uda, poniżej więzu *Poupart'a*, na zewnątrz od naczyń i nerwu. Wielkość kąta zależy od obszaru bliznowatej massy i od wieku osobnika. Po przecięciu skóry i powięzi próbuje się, czy się nie uda kończyny wyprostować, w razie gdyby niewystarczało przecięcie powięzi, należy nadciąć skrócone mięśnie. Przy tem wyprostowaniu płąt trójkątny pozostaje nieruchomo od góry, brzegi rany się rozchodzą powstaje rana kształtu  $\nabla$ ; wtedy naciąga się brzegi z boku i zeszywa, przyczem powstaje blizna w postaci litery **Y**.

Historija osteotomii jest w krótkości następująca. W 1826 r. **Rhea Barton** w Filadelfii w skutek ankilozy pod kątem prostym powstałej po zapaleniu stawu udowego, zrobił krzyżowe cięcie części miękkich na krętarzu wielkim, a następnie przepiłował kość cienką piłeczką między obu krętarzami. W 4 lata później **Rodgers** w New-York'u wykonał piłką łańcuszkową pierwsze wypiłowanie klinowe u 47-letniego mężczyzny z powodu zeszywnienia w położeniu odsiebnem po zapaleniu stawu; oba przypadki zakończyły się pomyślnie, mimo to nie znalazły one długo naśladowców; dopiero w 1856 r. **Mayer** z Wuerzburg'a ogłosił 20 rozmaitych osteotomij z 1 †, co stanowi rezultat jak na owe czasy świetny. Po roku 1850 wprowadził **Langenbeck** nowe udoskonalenie operacji, o której mowa tym krokiem naprzód było podskórne przepiłowanie kości; W 1854 r. **Brainard** z Chicago wynalazł osobny perforator kostny, za pomocą którego sposobem podskórnym robił w kości kilka przedziurawień, a osłabiwszy w ten sposób wytrzymałość kości, łamał ją w kilka dni po przedziurawieniu; doświadczenia z początku dokonane na zwierzętach przez **B. przeniósł Panoast** (1859 r.) na człowieka przy ankiлоzie kostnej kolana,

W 1869 r. **Lewis Sayre** z New-York'u podał nowy sposób, mający na celu nietylko usunięcie kalectwa, lecz zarazem i przywrócenie czynności przez utworzenie nowego stawu. W tym celu postąpił w następujący sposób: podłużne cięcie części miękkich, podokostnie do okola odseparowywał szyjkę chirurgiczną kości tuż nad krętarzem małym; następnie przepiłowywał piłką łańcuszkową kość na  $\frac{1}{2}$  cala powyżej małego krętarza, starając się przeciąć kość cięciem wklęsłym ku dołowi; potem drugim cięciem już prostopadłym do osi obrótnywał dolną część przepiłowanego uda; w ten sposób miał na celu, aby dolny koniec nie ześlizgiwał się po górnym, lecz w nim wytworzył sobie nową panewkę. **Sayre** operował w ten sposób 2 chorych, a sekcya dokonana na jednym z nich w rok po operacji stwierdziła do pewnego stopnia teoretyczne przypuszczenie autora.

Daleko ważniejszą pod względem praktycznym okazała się metoda **William'a Adams'a** z Londynu. Metoda jego ma na celu przepiłowanie szyjki i sposobem podskórnym, a to dla sprawienia jak najmniejszego obrażenia części miękkich i zmniejszenia przez to niebezpieczeństwa rozdziału kości. Operacja szybko upowszechniła się między lekarzami angielskimi tak, że już w r. 1871 ogłosił **A. 7** przypadków operowanych według swojej metody. Za pomocą długiego tenotoma tuż ponad dużym krętarzem zrobił cięcie, idące odrazu do kości; po wyjęciu noża, wprowadził do kanału wąską piłeczkę na przednią powierzchnię szyjki udowej i przepiłował ją z przodu ku tyłowi; w 5 minut kość była przerznięta, krwawienie było bardzo małe, a ruchy kończyną możliwe na wszystkie strony; *extensio*; wynik doskonały. Oczywiście możliwość tej operacji nie-

porównanie prostszej i mniej niebezpiecznej od sposobów *Rhea Barton'a* i *Sayre'a* zależy głównie od tego, czy u danego chorego istniała szyjka, którą mamy przepiłować. W tym względzie rzecz można, iż szyjka pozostaje w normalnem położeniu i jest prawidłowych wymiarów przy zesztynieniu, powstałym w skutek zapalenia goścowego, ropnicowego i traumatycznego; co się zaś tyczy zapaleń grzybowatych, które stanowią prawie wyłącznie źródło ankilozy, to *A.* rozróżnia 2 stopnie; w jednych razach szyjka chociaż skrócona, na tyle jednak jest długą, że ją jeszcze można przepiłować; w drugich, gdzie ropienie trwało długo, gdzie wychodziły kawałki obumarłej kości i t. d., operacja jest niewykonalną. Przepiłowanie z a w s z e powinno być zrobione p r o s t o p a d l e d o o s i s z y j k i, a nigdy skośnie; i dlatego przy silnej addukcyi i zgięciu, przy którym między miednicą i szyjką pozostaje bardzo mały kąt, operacja jest bardzo trudną lub nawet niemożliwą do wykonania. Obok doboru nadających się przypadków powinien chirurg szczególnie dbać o niedopuszczenie do rany powietrza, oraz o jak najmniejsze poszarpanie części miękkich naokoło kości przy manipulowaniu piłeczką.

W tych przypadkach, gdzie massa kostna otacza staw dokoła i końce stawowe prócz wadliwego ustawienia są nadto bardzo zmienione, operacja *Adams'a* jest trudną do wykonania; zamiast niej *Gant* wykonał (1872 r.) trzykrotnie przepiłowanie w taki sam sposób, lecz poniżej małego krętarza; postępując według tej nowej metody, unika on cięcia kości w części jej chorej lub zmienionej, nadto przepiłowywa poniżej przyczepienia mięśnia lędźwio-udowego, który najbardziej sprzeciwia się wyprostowaniu kończyny po przepiłowaniu nad krętarzem.

Nową modyfikację tego sposobu wprowadził *Volkman* w 1873 r., którą opisał jako *osteotomia subtrochanterica*. Ponieważ nieraz po przepiłowaniu szyjki natrafia się na wielkie trudności przy wyprostowaniu ankilotycznej kończyny z powodu skurczenia i zmian w torebce i w częściach miękkich dokoła stawu, a w razie niedojścia do skutku zrostu kostnego na miejscu przepiłowania wytwarza się nowe wadliwe położenie ksobne, przeto *V.*, aby temu wszystkiemu zaradzić, proponuje, nie zważając na stan stawu, przepiłować kość poniżej przeskód dla redukcji, wszystko jedno czy kostnych, czy włóknistych. W tymże roku wykonał *V.* pierwszą osteotomię podkrętarsową klinową u 18-letniego chorego z powodu przykurczenia w stanie zgięcia i addukcyi, powstałego wskutek *Luxatio femoris spontanea* po *Osteomyelitis acuta diffusa*; drugą następnego roku u 15-letniej dziewczynki przy ankilozie pod kątem prostym, powstałej wskutek zapalenia ropnego w stawie udowym. W pierwszym przypadku nastąpiło wyzdrowienie bez kropli ropy i bez gorączki (najwyższa była 37°5; w drugim trwała przez 4 dni nieznaczna gorączka).

Zamiast piły używał *V.* dłuta, za pomocą którego wybijał klin z podstawą tylną-zewnętrzną; lepiej jest wydłutowywać klin, zamiast prostego przebicia kości, gdyż przy tem ostatniem po wyprostowaniu zgiętej kończyny powierzchnie kostne z jednej strony odstają od siebie, powstaje przez to mniejsza lub większa szpara, która może być przeszkodą dla zrosnięcia się obu kawałków rozpiłowanej kości. Cięcie skórne prowadzi się wzdłuż kości na zewnętrzno-tylnej stronie krętarza wielkiego, okostną oddziela się ku przodowi i ku tyłowi, razem na  $\frac{2}{3}$  obwodu kości; poczem wybija się klin dłutem, a wreszcie łamie się pozostały od wewnątrz kostny mostek.

Oczywiście po zrosnięciu się obu części przeciętej kości noga pozostaje sztywną, lecz w położeniu wyprostnem, przez co nadzwyczaj utrudnione jest siedzenie.

Aby temu zapobiedz wprowadził *Volkman* nowe ulepszenie, mające na celu wytworzenie nowego stawu, a mianowicie, przebiwszy w wyżej podany sposób kość udową, usuwa kawałek za kawałkiem za pomocą dłuta szyjkę, a na-



stepnie główkę k. udowej dopóty, aż nie oczyszczy wgłębienia panewki; ponieważ jednak w tak wyciosanej panewce nie mógłby się pomieścić gruby koniec górny przepiłowanej na wysokości krętarzy kości udowej, przeto dłutem ociosywa go dopóty, dopóki nie ściennieje tak, aby swobodnie mógł poruszać się w sztucznej panewce. Leczenie następcze polega na wyciąganiu (*extensio*) przy pomocy obciążenia 10—15 kilogr.

Co się tyczy wskazań, to osteotomija jest wskazaną szczególnie w przypadkach ciężkich, zastarzałych w położeniu ksobnem i przy silnym zaniku kończyny; wydłutowanie całej szyjki i główki wymaga dobrego zachowania mięśni, które mają w przyszłości poruszać odnowioną kończyną. Noga nie powinna być zbyt skróconą, okolica stawowa zbyt bliznami zmieniona, skóra zbyt zrosła z kością.

Osteotomija jest operacyją główną, nadającą się dla chorych niższych klas i praktyki szpitalnej; wydłutowanie zaś wskazanem jest w pewnych tylko razach, a zwłaszcza przy ankilozie obustronnej stawu udowego, dalej tam, gdzie niewiadomo napewno, czy sprawa zapalna wygasła w zupełności czy nie, dalej w przypadkach ankilozy połączonej ze znacznym zesunięciem się główki na zewnątrz i ku górze, jak to bywa przy *coxitis*.

Sumując razem rozmaite metody tylko co wyluszczone, możemy je zebrać w trzy grupy: 1) osteotomija prosta: a) szyjki, b) poniżej krętarza, 2) osteotomija klinowa i 3) wypiłowanie.

Odpowiednio do tych grup zestawili autor odnośne przypadki rozproszone w literaturze w czterech tablicach. W pierwszej zebrał 35 przypadków osteotomii prostej szyjki udowej; z nich 26 było wykonanych sposobem A d a m s'a; z tych 35 przypadków 4 †, śmiertelność więc = 11,33%; przebieg częstokroć był bez ropienia; wynik w ogromnej większości przypadków pomyślny; najmłodszy chory miał 4 lata, najstarszy 42; przyczyną w większości przypadków było zapalenie grzybowate stawu; zeszywnienie w przeważnej liczbie przypadków było kostne, 2 razy tylko oznaczono je jako włókniste. W chwili operacyi nie było ropienia i przetoki się już pozagajały oddawna. Przeważnie były przykurczenia w położeniu zgięcia; w przypadkach L u n d'a i J o n e s'a osteotomija była wykonaną na obu kościach udowych; w 2 przypadkach (B r y a n t'a i M a u n d e r'a) było zwichnienie patologiczne główki na powierzchnię zewnętrzną kości biodrowej, raz zaś było zwichnięcie traumatyczne (M a c e w e n). W 4 przypadkach musiano po osteotomii przedsięwziąć jeszcze tenotomiję (*adductor longus* i *rectus femoris* 3 razy, *sartorius* 1 raz). W 5 przypadkach osiągnięto ruchomość (1 B r o d h u r s't, dwa J e s s o p'a, 1 S a n d'a i 1 L u n d'a); w innych osiągnięto zrosnięcie (*ankylosis*) w położeniu wyprostnem; prawie we wszystkich przypadkach operowana kończyna okazała się nader dobrą do chodzenia, nie mówiąc o tem, że usunięto deformacyję.

W II tablicy autor podał w zestawieniu 34 przypadki osteotomii prostej poniżej krętarza. Z tych w 2 robiono sposobem otwartym, w 7 sposobem podskórnym, w 25 sposobem przeciwnym; z tej liczby 34 przypadków zmarło 3 †, właśnie z pomiędzy owych siedmiu operowanych sposobem podskórnym, co daje 8,82% śmiertelności. Prawie wyłącznie miano do czynienia z ankilozą kostną, po większej części w skutek *coxitis*; 3 razy wskazaniem do operacyi było zwichnienie na dziurę owalną (M a i s o n n e u v e, B e r g m a n n i B r u n s); w 1 przypadku (B r y a n t) zeszywnienie było obustronne. Kość w pewnej części przypadków przepiłowaną była między obu krętarzami, w większości zaś przypadków poniżej małego krętarza. Częstokroć zanotowano, że przepiłowano kość niezupełnie, a pozostały mostek łamano. W dwóch przypadkach sama osteotomija nie wystarczyła do wyprostowania kończyny, tak że musiano przeciąć m. ksobny długi i nateżacz powięzi szerokiej (przyp. B a k e r'a), lub ten ostatni mięsień

i krawiecki (przyp. *H o l m e s'a*). Z wyjątkiem jedyne go przypadku *R h e a - B a r t o n'a* otrzymano zawsze zrośnięcie kostne i wynik co do czynności kończyny był dobry.

W III tablicy *R o z m a n i t* pomieścił 29 przypadków osteotomii klinowej; 9 z nich było wykonanych w okresie przedantyseptycznym z 2 † (*N u s s b a u m K n o r r e*); pozostałe 20 przypadków leczone były przeciwgnilnie, a z nich 17 wykonano sposobem *V o l k m a n n'a*. Śmiertelność wogóle wynosi = 6,9%. W 4 przypadkach osiągnięto ruchomość; w przypadku *R o d g e r s'a*, który wykonał, jak wiadomo pierwszą osteotomię klinową, chory mógł nogę oddalać od drugiej, przybliżać i zginać do 90°, i ruchomość ta trwała jeszcze po upływie 3 lat; w większości przypadków od razu umyślnie miano na celu spowodowanie ankiлоzy w położeniu wyprostnem lub cokolwieczek zgiętem, a to dlatego, aby zapewnić choremu tem większy pożytek z kończyny operowanej. Skrócenie zazwyczaj było nieznaczne.

W IV tablicy mamy zestawione 21 przypadków resekcji dokonanej z powodu wadliwego zeszywnienia w stawie udowym; większość operacyj dokonaną była przed wprowadzeniem metody przeciwgnilnej, ztąd wysoka cyfra śmiertelności 6 †, z tego trzy przypadki śmierci z ropnicy. W 4 przypadkach w chwili robienia osteotomii istniało jeszcze próchnienie w okolicy ankiłotycznego stawu. W 2 przypadkach było zwiechnienie na k. biodrową, w 1-ym na *foramen ovale*; w przypadku *B r u n s'a* było zwiechnienie podwójne: na lewej stronie *l. perinealis*, na prawej *l. obturatoria*. W 10 wypadkach wypłowiano główkę, szyjkę i krętarz, w 5-ciu tylko główkę. W 11 przypadkach osiągnięto ruchomość w sztucznie przywróconym stawie; chory *H o l t'a* mógł w 3 miesiące po operacji poruszać kończyną we wszystkie strony. *V o l k m a n n*, który, jakśmy zaznaczyli, robił swoje operacje dłutem, otrzymał we wszystkich swoich 6 przypadkach ruchomość w stawie.

Nader doniosłej wagi jest stosowanie przy leczeniu następczem wyciągania za pomocą ciężaru.

*Wł. Matlakowski.*

*Archiv für Klin. Chir. T. XXVIII, Z. 1.*

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* Dnia 16 b. m. nastąpiło w Warszawie otwarcie pięciu przytułków dla rodzących. Jak wiadomo na początku r. b. wskutek wezwania p. Prezydenta miasta Warszawy utworzonym został w Towarzystwie Lekarskiem komitet, któremu poruczono opracowanie pewnych kwestyj szpitalnych, wymagających naglącej reformy, jak: kwestyi żywienia chorych w szpitalach, kwestyi przytułków dla rodzących, kwestyi szpitala dla chorych na choroby zakaźne i t. d.. Do komitetu tego wybrano kolegów: *K l i n k a*, *M a r k i e w i e z a*, *N e n c k i e g o*, *O r ł o w s k i e g o* i *R o g o w i e z a*, oraz *B a r a n o w s k i e g o*, który poprzednio już był wybrany przez Towarzystwo jako delegat do podkomitetu obywatelskiego, mającego obmyśleć źródła funduszków, potrzebnych do przeprowadzenia reform.

Ze względu na stan Instytutu Położniczego, połączonego z Kliniką Akuszerijną, oraz oddziału położniczego w szpitalu żydowskim, będący niżej wszelkiej krytyki z powodu znacznej śmiertelności położnic i ciągłego grasowania epidemij gorączki połogowej, naglącem było utworzenie małych zakładów położniczych rozrzuconych po różnych częściach miasta, aby dać schronienie i pomoc odpowiednią kobietom niezamożnym i uchronić je od wyzyskiwania przez akuszerki. Kolega *R o g o w i e z* wypracował więc projekt utworzenia na początek pięciu takich przytułków (w miarę potrzeby liczba ta ma być zwiększoną) na wzór już istniejących oddawna zagranicą i w Petersburgu. Projekt ten został przyjęty i wprowadzony w wykonanie przez Radę miejską dobroczynności publicznej, fundusze zaś w ilości 10000 rs. potrzebne na urządzenie i czasowe utrzymanie tych zakładów złożył p. *S t a n i s ł a w K r o n e n b e r g*, Prezes dróg żelaznych Terespol-

skiej i Nadwiślańskiej. Z przyszłym rokiem przytułki te utrzymywane będą z funduszków miejskich.

Przytułki te mieszczą się w następujących miejscowościach: Prz. Nr. 1 — Leszno 66 (ord. lek. Biegański). Prz. Nr. 2 — Prosta 2 (ord. pani Dobrska), Prz. Nr. 3 — Nowo-Wielka 5 (ord. D-r med. Kondratowicz). Prz. Nr. 4 — Praga, Targowa 150A (ord. lek. Gromadzki) Prz. Nr. 5 (dla Izraelitek) — Muranowska 10, (ord. lek. Rubinsztein).

Lokale, w których mieszczą się przytułki, są obszerne, utrzymane we wzorowej czystości, przy każdym jest oddzielna sala dla rodzących, oddzielne pokoje dla położnic. Przy każdym zakładzie a kuszerka mieszka stale. Zachowanie czystości i przepisów antyseptycznych ma być wszędzie ściśle przestrzegane. Do przytułków mają prawo zgłaszać się kobiety w ostatnich dniach ciąży lub w czasie rozpoczęcia porodu, bez różnicy stanu i wyznania. Za pobyt w przytułku, opiekę lekarską, pomoc przy porodzie, żywność i usługę nie płać nic. Żadnych kwalifikacji i meldunków nie wymaga się, nawet, jeżeli chora sobie tego życzy, może nie wyjawiać swego nazwiska.

Widzimy więc, że Przytułki te mają zadanie czysto filantropijne i powinny się stać wielce pożyteczną instytucją dla niezamożnej ludności naszego miasta; zasługują więc na szerokie poparcie. Lekarze powinni starać się rozpowszechnić o nich wiadomość między swemi biednemi pacjentkami i przede wszystkim starać się przeciwważyć wpływ niechętnych akuserek, z których niektóre już dziś — jak słyszeliśmy — ogłaszają między nieoświeconą klasą ludności, że z przytułków tych wszystkie położnice będą odsyłane jako mamki do szpitala Dzieciątka Jezus, że wychodzącym z przytułków będą dawać żółte książeczki i inne tym podobne nedorzeczności. Niewątpimy, że w niedługim czasie ludność niezamożna, przekonawszy się o istotnym stanie rzeczy, pozbędzie się przesądów i nieufności, jak zwykle do wszystkiego co nowe i dobre, i zrozumie całą pożyteczność tych zakładów. Z naszej strony uważamy za obowiązek wyrazić uznanie dla wszystkich, którzy przyczynili się w czemkolwiek do wprowadzenia w życie tych dobroczynnych instytucyj, które stanowią przykład, że można przecież wprowadzać pożyteczne reformy.

— W zeszłym tygod. bawił w Warszawie D-r Rydygier, właściciel prywatnego zakładu leczniczego w Chełmie (Prusy Wschodnie), znany jako jeden z najpłodniejszych pisarzy w literaturze lekarskiej polskiej, oraz jako głośny operator, który wykonał (d. 16. XI. 1880) drugie wycięcie rakowato zwyrodniałego odźwiernika żołądka (pierwsze wykonał P é a n d. 9. IV. 1879). Rydygier, jak wiadomo, był wybrany przez wydział jako pierwszy kandydat na profesora kliniki chirurgicznej we Wszechnicy Jagiellońskiej. Sympatycznego kolegę grono lekarzy tutejszych przyjmowało d. 15 b. m. zbiorową wieczorą.

— W d. 18 b. m. obchodzono uroczyste jubileusz 25-letniego pełnienia obowiązków sekretarza stałego tutejszego Towarzystwa lekarskiego przez D-ra Szokalskiego. Uroczystość ta rozpoczęła się wieczorem wobec bardzo licznego grona lekarzy w sali posiedzeń Towarzystwa odpowiedniemi przemówieniami Prezesa Towarzystwa i wręczeniem jubilatowi dyplomu na członka honorowego, podpisanego przez wszystkich członków obecnych na uroczystości. Jednocześnie odsłonięto portret olejny jubilata pędzla P. Horowitza, kupiony ze składek członków. Portret ten ma być zawieszonym stale w sali posiedzeń. Następnie kol. K o ś m i Ń s k i wymownemi słowy wypowiedział historję życia jubilata, podnosząc Jego zalety jako uczonego, profesora, sekretarza stałego i zarządzającego kasą wsparcia wdów i sierot pozostałych po zmarłych lekarzach. Po podziękowaniu przez jubilata za okazanie mu tytu dowodów uznania, zebrani członkowie w liczbie przeszło 80 udali się na wspólną wieczorę, podczas której liczni mówcy podnosili ponownie zasługi D-ra Szokalskiego, jako sekretarza stałego Towarzystwa, jako zarządzającego wszystkiemi interesami i całym majątkiem Towarzystwa, jako profesora, jako człowieka obywatela, który zawsze poświęcał własne interesa dla dobra społeczeństwa i t. d. Jako stałą pamiątkę odbytego jubileuszu zanotować musimy zebranie z dobrowolnych składek kilkuset rubli na założenie projektowanych oddawna, a tak potrzebnych pracowni naukowych przy Towarzystwie lekarskiem i ofiarowanie rs. 150 przez Redakcyję naszego pisma za najlepszą pracę, mającą za treść określenie znaczenia naukowych prac jubilata, a przede wszystkim prac jego okulistycznych.

*Paryż.* Krążają się tu około wyjednania u Rady miejskiej uchwały założenia miejskiego Muzeum higieny. Na początek mają w niem znaleźć pomieszczenie przedmioty wystawiane przez miasto Paryż na różnych wystawach, a ostatnio i na wystawie higienicznej w Genewie. Propo-

nują także, aby przy Muzeum była i sala, w którejby mogły się odbywać peryjodycznie odczyty z różnych działów higieny, naturalnie odczyty bezpłatne.

— Zmarł tu 23. X. r. b. Kamil Józef Davaine, członek akademii lekarskiej, sławny badacz w dziedzinie chorób pasorczytacyjnych, w szczególności zarazka czarnej krosty.

*Berlin.* Prof. Virchow, który chorował na ostre zapalenie nerek, przyszedł do zdrowia i rozpoczął już wykłady.

— W ubiegłym roku szkolnym było zapisanych na wydziale teologicznym 306 słuchaczy, na prawnym 1011, na lekarskim 464, na filozoficznym 1113, razem 2894 studentów.

*Bern.* Obchodzone tu 50-letni doktorski jubileusz prof. Valentin'a.

*Bonn.* Zmarł tu d. 26. X. r. b. prof. Obernier dyrektor politechniki lekarskiej. Zapisał on dom, ruchomości i 50000 marek miastu Bonn, przeznaczając je na wybudowanie i utrzymanie muzeum.

*Praga.* Dotychczasowy docent prywatny D-r Petrina mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

*Petersburg.* Ma tu być wkrótce otwarty Państwowy urząd zdrowia, na wzór istniejących w Berlinie, Londynie, Brukseli.

### ODPOWIEDŹ.

Szanownej Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. Zwracamy uwagę Sz. Redakcyi, że na żadne wyroki wydawane w tajemnicy i zaocznie, to jest bez nas o nas, zgodzić się nie możemy; sprawę więc uważamy za skończoną.

### OGŁOSZENIE KONKURSU.

Stosownie do postanowienia, powziętego przez współwłaścicieli Gazety Lekarskiej na wieczery, wydanej w d. 18 b. m. i r. na cześć prof. Szokalskiego z powodu 25-letniego pełnienia przez niego obowiązków sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, ogłasza się niniejszem konkurs na rozprawę: „O naukowem znaczeniu prac prof. Szokalskiego“. Rozprawa powinna odpowiadać następującym warunkom:

- 1) winna mieć *minimum* 3 arkusze druku,
- 2) winna uwzględnić wszystkie prace drukowane prof. Szokalskiego,
- 3) w końcu rozprawy powinien być dołączony dokładny spis bibliograficzny wszystkich Jego prac, wraz ze wskazaniem źródeł,
- 4) ma być podany krótki rys życia Profesora;
- 5) ostatni termin nadsyłania prac jest d. 18 Listopada 1883 r.. Rozprawy mają być przysyłane pod adresem Redakcyi Gazety Lekarskiej. Do rękopismu powinna być dołączoną zapieczętowaną koperta, zawierająca nazwisko autora i opatrzona takim samym godłem, jakim oznaczony będzie rękopism;
- 6) rękopism uwieńczonej rozprawy staje się własnością Gazety Lekarskiej, a w razie nie wydrukowania jej w ciągu roku, autor może zażądać zwrotu swojej pracy.

Sędziami konkursu będą: prof. Hoyer, redaktor Gazety Lekarskiej D-r Gajkiewicz, wydawca tejże Gazety D-r Kondratowicz i 2 zaproszonych oftalmologów warszawskich. W jednym z numerów Gazety Lekarskiej będzie wydrukowaną ocena i motywy, które przeważąły zdanie sędziów na korzyść uwieńczonej pracy. Autor najlepszej rozprawy otrzyma od Redakcyi Gazety Lekarskiej rubli sto pięćdziesiąt.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla prenumeratorów na prowincyi: „Spis rzeczy zawartych w T. LXXVII. Pamiątnika Warszawskiego Tow. Lekarskiego“.

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою. Варшава 11 Подбѣра 1882 г. Друк К. Ковалевскаго Крѳлевска Nr. 23.

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. T. Dunin Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucnej, oraz kilka uwag o zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej. — II. J. Minkiewicz. Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrzędu wzrokowego. (Dalszy ciąg). — III. R. Jasiński. Listy o opatrywaniu ran — *Dział sprawozdawczy.* 49. Józef Romanit. Przyczynek do leczenia operacyjnego ciężkich postaci przykurzeń i zeszywnień w stawie udowym. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedź. — Dodatek. — Ogłoszenia.

## I. Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucnej, oraz kilka uwag o zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej.

Podał

**Dr Teodor Dunin**

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem).

Głównym celem mojego dzisiejszego odczytu jest zwrócenie uwagi Sz. Panów na możliwe uproszczenie leczenia ropnych wysięków opłucnej. Wprzód jednak pozwałam sobie powiedzieć parę słów w kwestyi zastosowania lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej. W sprawie tej przed dwoma laty <sup>1)</sup> już raz zabierałem głos, dotychczas jednak nie znalazłem naśladowców i sposób ten nie zdołał się u nas upowszechnić, pomimo że w Niemczech wyrugował wszystkie inne przyrządy. Ten wzgląd ośmiela mię do zwrócenia na niego jeszcze raz uwagi Szanownych Panów.

Ograniczając się ściśle do wybranego tematu, winienem oświadczyć, że nie mam dziś bynajmniej zamiaru rozbierać znaczenia i wskazań dla czynnej interwencji przy leczeniu wysięków opłucnej. Ten przedmiot postaram się innym razem obszerniej rozwinąć, dziś zaś przypuszczam na chwilę, że jesteśmy w zupełnej zgodzie, co do potrzeby wypuszczania wysięków opłucnej; idzie tylko o to, jak mamy operować?

Wiadomo Szanownym Panom, że pierwszy promotor przekłócia klatki piersiowej, Trousseau <sup>2)</sup>, używał w tym celu prostego trójgrańca, w czem naśladują go niektórzy nowsi autorowie, jak Lichtheim <sup>3)</sup>, Heitler <sup>4)</sup> i inni. Z tem wszystkiem

<sup>1)</sup> O zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej (Medycyna Nr. 41 i 45. 1880 r.).

<sup>2)</sup> Clinique médicale. 1872.

<sup>3)</sup> Ueber die operative Behandlung der pleuritischen Exsudate. (Odczyty Volkman'a Nr. 43).

<sup>4)</sup> Die Behandlung der Pleuritis und ihrer Producten (Wiener Klinik, T. II. H. 5).

przyrządy ssące, a głównie przyrząd Dieulafoi i Potain'a wyrugowały zupełnie prosty trójgraniec z użycia i panowały powszechnie aż do ostatniej prawie chwili, kiedy znalazły współzawodnika w lewarze.

Rozpatrzmy Szanowni Panowie, któremu z trzech wymienionych sposobów istotnie pierwszeństwo oddać należy.

Wiadomo Sz. P., że w zwykłych warunkach w klatce piersiowej istnieje ciśnienie ujemne, które Donders, a za nim i Rosenthal<sup>1)</sup> obrachowują na 10 do 30 mm. Przyczyna tego faktu do dziś dnia jest sporna i dla nas w tej chwili obojętna, dość że jej następstwem jest rozciągnięcie płuca poza prawidłowe granice sprężystości, rozciągnięcie, które również wyraża się ciśnieniem + 10 do 30 mm. Hg. w stosunku do zapadłego (atelektatycznego) płuca. Z chwilą, kiedy się zbiera wysięk w worku oplucnej, zjawiska się zmieniają. Pierwszem następstwem tego będzie ucisk płuca, jako przedstawiającego najmniej oporu; zamiast płuca, napełnionego powietrzem, w oplucnej znajdować się będzie płyn, inne zaś stosunki i warunki ciśnienia będą te same. Teoretycznie więc biorąc, małe wysięki, uciśkające li tylko samo płuco, nie zmieniają wcale warunków ciśnienia w jamie oplucnej. Jeżeli płynu zbierze się tyle, że uciśnie płuco w zupełności, wtedy ujemne ciśnienie znika zupełnie i wysięk pozostaje wyłącznie pod ciśnieniem atmosfery, t. j. ciśnienie jego równa się 0 mm. Hg. W miarę jak płynu zbiera się więcej, wywiera on ucisk na same ścianki klatki piersiowej, a mianowicie odpycha serce, przeponę, rozszerza samą klatkę piersiową i wypukła przestrzenie międzybrowe, jednym słowem napręża tkanki, które na zasadzie swej sprężystości starają się powrócić do pierwotnego położenia. To ich oddziaływanie przeciw sile starającej się je rozciągnąć sprawia, że wywierają one ciśnienie na wysięk, który obecnie pozostaje już pod ciśnieniem dodatnim. Badania nad ciśnieniem, pod jakim wysięk pozostaje w klatce piersiowej, aczkolwiek nieliczne, potwierdzają to rozumowanie; jakoż Leyden<sup>2)</sup> znalazł, że równa się ono od 0 do +40 mm. Hg. przed wypuszczeniem, następnie spada tak, że ku końcowi wypuszczania równa się -2 do -42 mm. Hg.. Na zasadzie tych danych łatwo wyprowadzić wskazania do użycia przyrządu do wypuszczania. I tak, prosty trójgraniec robi tylko otwór w klatce piersiowej, nie wywierając żadnego wpływu ssącego, t. j. nie zmniejszając oporu dla odpływu cieczy. Oczywiście wysięk w tym razie wtedy tylko wypływać będzie, jeżeli znajdować się będzie pod ciśnieniem dodatnim, t. j. jeżeli już będzie dość znaczny, tak, że wywrze ucisk na sprężyste ścianki klatki piersiowej. Tak więc małych wysięków wypuszczać nie można prostym trójgranicem. Co się zaś tyczy dużych, to wypływać one będą przez trójgraniec dopóty tylko, dopóki pozostawać będą pod ciśnieniem dodatnim; z chwilą, kiedy ciśnienie w nich dojdzie do 0 mm., płyn przestanie wypływać. Ponieważ jednak, jak to badania Leyden'a wykazują, ciśnienie w wysiękach przy ich wypuszczaniu staje się z postępem operacji stale ujemnem i raz jeden tylko przy końcu równało się +4 mm., oczywiście więc z tego wypada, że prostym trójgranicem nigdy wszystkiego płynu wypuścić nie jesteśmy w stanie. Prócz tego, ponie-

<sup>1)</sup> Hermann. Handbuch der Physiologie. T. IV. C. 2. 1882.

<sup>2)</sup> Charité-Annalen z 1878 r., spraw. w Centrblt. f. die med. Wissensch. Nr. 37. 1878 r..

waż ciśnienie dodatnie na wysięk o tyle będzie większe, o ile sprężyste ścianki klatki piersiowej bardziej uciskać go będą, łatwo przeto pojąć, że tam, gdzie ścianki już skutkiem stanu chorobowego są, że tak powiem, rozciągnięte do *maximum*, ciśnienie dodatnie będzie bardzo małe i trójgraniec, nawet przy istnieniu dużych wysięków, tylko bardzo małą ich część wypuścić będzie w stanie. Taki przypadek ma miejsce przy rozedmie płuc, gdzie klatka piersiowa nawet przy wdechu rozciągnięta jest prawie do *maximum*. We wszystkich tych więc przypadkach, w których ciśnienie na wysięk jest zbyt małe, aby pokonać opór atmosfery, należy ten ostatni znieść zupełnie albo zmniejszyć, zważywszy że nie mamy sposobu powiększyć ciśnienia w samym wysięku; jednym słowem należy zastosować przyrząd ssący.

Tych ostatnich mamy dwa rodzaje, albo takie, które znoszą prawie w zupełności opór atmosfery, t. j. dają ujemne ciśnienie 760 mm. Hg., jak np. powszechnie znane przyrządy Potain'a i Dieulafoi, albo takie, które znoszą opór atmosfery tylko częściowo, t. j. lewary. Z tego, cośmy powyżej przytoczyli o ciśnieniu w klatce piersiowej, wypada, że aby płyn wypłynął w zupełności, winien pokonać elastyczność płuca, która przeszkadza powietrzu rozszerzyć je i zająć w worku opłucnej miejsce płynu. Ten opór równa się do 30 mm. Hg.; odpowiednio do tego i Leyden przy swoich wymiarach znalazł, że ciśnienie ujemne w wysiękach nie bywa nigdy większe nad 40 mm. Hg.. Tak więc zarówno rozumowanie, na fizjologicznych danych oparte, jak i doświadczenie w przypadkach patologicznych pouczają nas, że nie mamy potrzeby znosić oporu całej atmosfery, ale tylko jej części, równającej się ciśnieniu 40 mm. Hg.. Ponieważ zaś, jak wyżej powiedziano, przyrządy ssące działają z siłą 760 mm. Hg., wywierają więc działanie ssące 19 razy większe, aniżeli tego do opróżnienia najmniejszego wysięku potrzeba. Taki nadmiar siły ssącej nie może być bez szkody; jakoż płuco uciśnięte rozszerza się zbyt szybko i naczynia jego napełniają się krwią, co powoduje czasami śmierć skutkiem obrzęku płuc (Dieulafoi)<sup>1)</sup>, śmiertelne krwotoki (Frantz)<sup>2)</sup>, a czasami zemdlenie lub nawet śmierć skutkiem bezkrwistości mózgu. Nawet najwięksi zwolennicy aspiracyi nie ukrywają tych niebezpieczeństw, jakie przy zbyt pospieszmem wypuszczaniu płynów wydarzyć się mogą i starają się zapobiedz temu, już to przerywając od czasu do czasu wypływ, już też nie wypuszczając nigdy więcej nad 1000 centm. sześć. (Dieulafoi). Prócz tego siła ssąca we wszystkich tych przyrządach jest bardzo zmienna i — jak tego dowiódł Schmidt<sup>3)</sup> — w przyrządzie Potain'a podczas jednej i tej samej operacyi waha się od — 380 do 0 mm. Hg. Nie więc dziwnego, że w ostatnich czasach starano się wprowadzić w Niemczech w użycie lewar, który nietylko praktycznie, jako prostszy, ma wyższość, ale odpowiada i teoretycznym wymaganiom. Jakoż ponieważ mamy znieść opór atmosfery, równający się co najwyżej 40 mm. Hg. i ponieważ do wypełnienia lewara używamy wody 13,5 razy lżejszej od rtęci, użyć nam więc wypada rurki, mającej  $40 \times 13,5$

<sup>1)</sup> Gazette hebdomadaire. 1877 r..

<sup>2)</sup> Ziemssen. Handbuch der spec. Path. und. Therapie T. IV, C. I. 1875.

<sup>3)</sup> Berl. klin. Woch. Nr. 52. 1881.

= 540 mm., t. j.  $\frac{1}{2}$  metra. Jeżeli więc weźmiemy rurkę długości mniej więcej  $\frac{3}{4}$  do 1 metra, to jest taką, która od łóżka chorego sięgać będzie do ziemi, to z jej pomocą będziemy w stanie opróżnić jamę opłucnej w zupełności i w każdym razie. Lewar więc działa z siłą mniej więcej 10 razy słabszą, aniżeli przyrządy ssące i dlatego nie powodując tak nagłego rozszerzenia płuca, nie staje się nigdy przyczyną złych następstw, o jakich mówiliśmy wyżej. Prócz tego siłę jego działania możemy ściśle zastosować do potrzeby, t. j. do ciśnienia wysięku i w tym celu należy koniec wolny rurki podnosić tylko tak wysoko, aby płyn swobodnie wypływał, a w miarę jak płyn będzie wypływał, *resp.* ciśnienie się zmniejszało, rurkę opuszczać należy ku dołowi. Tym sposobem otrzymamy niemal matematycznie jednostajny wypływ wysięku, co oczywiście niemożliwym jest w przyrządach ssących. Wreszcie ma lewar tę samą zaletę, co i powyżej opisane przyrządy, t. j. nie dopuszcza powietrza do jamy opłucnej, a to na tej zasadzie, że chociaż w opłucnej istnieje ciśnienie ujemne, to jednak równoważy się ono słupem wody w rurce, tak, że ostatecznie otrzymujemy ciśnienie w końcu rurki równe atmosferycznemu.

W użyciu lewar stokroć jest praktyczniejszy od wszystkich innych przyrządów. Zamiast skombinowanych i drogiej przyrządów mamy prostą igłę, zakończoną kauczukową rurką, to wszystko wypełniamy słabym roztworem kwasu karbolowego, dolny koniec rurki zamykamy już to kranem, już to uciskadłem, już wreszcie palcami; wpychamy igłę w klatkę piersiową, opuszczamy rurkę ku dołowi, otwieramy kran i cała manipulacja jest skończona. W takim kształcie używali lewara pierwsi jego wynalazcy, t. j. Girgensen i Riesel<sup>1)</sup>. Wszelako igła ma swe niedogodności, a mianowicie, raz że ostry jej koniec może zranić płuco, a po drugie, że w razie zatkania nie ma możliwości jej przetkania i wtedy operację przerwać należy. Dlatego Hampel<sup>2)</sup>, postępował w ten sposób, że na rurkę trójgrzańca obciągał rurkę kauczukową, takową przebijał sztyletem i wtedy dopiero wypełniał płynem. Po wepchnięciu trójgrzańca w bok, wyciągał ostrze i rurkę kauczukową nasuwał wyżej na pochewkę, tak, że otwór zupełnie zostawał zasłonięty. W razie zatkania komórki, przebijał znowu rurkę kauczukową sztyletem wypychał skrzep i sztylet z temi samemi ostrożnościami wysuwał. Zamiast tego niewygodnego sposobu ja zastosowałem do lewaru trójgrzańca Potain'a, przez co w każdej chwili rurkę można oczyścić bez żadnych trudności. Jeżeli, jak to mówilem Sz. P., trójgrząniec ma wyższość nad prostą igłą, to jednak wetknięcie jego sprawia choremu więcej bólu i dlatego też w ostatnich czasach kazałem sobie przyrządzić igłę z kranikiem i boczną rurką, tak jak w trójgrzańcu Potain'a i do tej igły zastosowałem tępe przepychadło. Tym sposobem mam igłę, którą w każdej chwili mogę przeczyszczyć. Co się tyczy zranienia płuca, to sądzę że obawy tu są więcej teoretyczne, aniżeli praktyką usprawiedliwione. Istotnie Sz. P., płuco zawsze pokryte jest przy wysiękach opłucnej dość znaczną ilością włóknika, który je chroni dostatecznie od uszkodzeń i dlatego przy ostrożnem

1) Deutsche Medicinische Wochenschrift, Nr. 11. 1880 r..

2) Die Behandlung seroser und eitriger pleuritischer Exsudate. 1879.



użyciu igły można nie obawiać się szkodliwych następstw. Zresztą samo nawet uszkodzenie płuca jest rzeczą zgoła niewinną.

Oprócz powyższych korzyści, lewar ma jeszcze tę wyższość nad przyrządem P o t a i n'a, że z łatwością użyty być może do przeplukiwań jamy opłucnej; (przyrządu D i e u l a f o i w tym celu wcale używać nie można). Kiedy bowiem wlewanie płynu do opłucnej za pomocą przyrządu P o t a i n'a jest bardzo kłopotliwe i nawet niebezpieczne z powodu łatwości dostania się powietrza, to przy użyciu lewara dość jest założyć na wolny koniec rurki lejek szklany i rurkę podnieść do góry, a płyn sam wchodzić będzie. Podnosząc lejek do żądanej wysokości, możemy miarkować ciśnienie dowolnie, jeżeli zaś płyn wypuścić chcemy, dość jest rurkę na dół opuścić. Te wszystkie wyższości lewara sprawiły, że upowszechnia się coraz bardziej w Niemczech, jak to świadczy obszerna literatura tego przedmiotu z 2-óch ostatnich lat; sam też osobiście miałem możność się przekonać, że na klinice w Bonn wyłącznie tym sposobem wypuszczają wysięki opłucnej. Ja sam używałem go od lat dwóch we wszystkich przypadkach przekłócia klatki piersiowej, jakie wykonywałem w szpitalu; wielu też kolegów miało sposobność się o jego doskonałości przekonać. (D. n.)

## II. SPOSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

### CHOROBY PRZYRZĄDU WZROKOWEGO

Napisał

D-r **Jan Minkiewicz** (z Tyflisu).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45).

#### D. ZRANIENIA GAŁKI OCZNEJ.

a) R o z e r w a n i e r o g ó w k i, w y p a d n i ę c i e t ę c z ó w k i. Dnia 23. II. chłopczyk, niemiec, syn kolonisty, bawiąc się łukiem, trafił strzałą w wewnętrzny kąt lewego oka swojej siostry, wskutek czego rozerwaną została w tem miejscu rogówka na długość prawie 1 ctm.; przez ranę wypadła tęczęwka i uwięzła między brzegami rany. Widząc chorą w tydzień po przypadku, znalazłem rogówkę w pobliżu rany zbielałą, zadymioną; nastrzyknięcie naczyń dało się widzieć li tylko w pobliżu rany. Zaleciłem środek przeczyszczający, zimny okład i wkraplanie *Laudanum liquid. Sydenh.* (Bobu Kalabarskiego nie było jeszcze wtedy w Tyflisie). Dnia 3-go przypaliłem wypadniętą część tęczęwki kamieniem piekielnym. Stopniowo owa część wypadnięta zmniejszała się, nareszcie zupełnie znikła razem z nastrzyknięciem naczyń. Wkraplano ciągle rozczyn azotanu srebra. Żrenica straciła swoją prawidłową formę, ale wzrok chorej nie ucierpiał.

b) R o z e r w a n i e r o g ó w k i i t ę c z ó w k i o d ł a m k i e m k a p i s z o n a; i r i d e k t o m i j a b e z s k u t k u. Woźnica, Tatar, bawił się w drodze pistonami; jeden z nich wskutek uderzenia pękł i odłamek jego trafił w lewe oko, przebił rogówkę z zewnętrznej strony i tęczęwkę. Chory w drodze przy-

kładał ciągle zimne okłady. Powróciwszy do Tyflisu, zgłosił się do mnie. Dnia 24. IX. r. 1863, znalazłem obrzmienie brzegu powiek, mocne zapalenie łącznicy i białkówki z zewnętrznej strony. Na rogówce w bliskości obwodu, od zewnątrz wystaje blizna, zawierająca w sobie część tęczówki. Na skutek zwężenia tęczówki źrenica nie istnieje; mocne łzawienie. Chory tem okiem nic nie widzi. Dokonałem iridektomii i po tem lekkimi ruchami igły zaciemkowej w kierunku blizny spróbowałem odszukać obce ciało, lecz bezskutecznie. Zewnętrzna dolna część rogówki przezroczysta, zewnętrzna zaś górna mętawa. Nowa źrenica dość znaczna, ale chory nic nie widzi. Środki też same. Dnia 27 rogówka mniej mętna i to tylko w pobliżu blizny; zewnętrzna połowa soczewki mętna, wewnętrzna zaś przezroczysta; źrenica szersza; chory nic nie widzi; obrzmienie brzegów powiek, ropienie łącznicy; pięć wypróżnień. Proszków zaniechano, dyjeta słaba, zimne okłady. Krew wynaczyniona do jamy przedniej znika powoli. Stosowałem wkraplanie roztworu azotanu srebra i od czasu do czasu dawałem środki rozwalniające (*Infus. laxat. Vindob.*). Dnia 17-go ku wieczorowi były 3 wypróżnienia. Dnia 25 czerwoność łącznicy powiek i gałki ocznej nieznaczna; wynaczynienie krwi do komórki przedniej i ból w oku mniejszy. Chory nic nie widzi. Przystawiono 12 pijawek do lewej skroni. *Calomelani grjj.*—*Extr. bellad. gr.*  $\frac{1}{6}$ ; 3 proszki do północy. Zimny okład. Dnia 26 obrzmienie błony śluzowej powiek i gałki ocznej. Dnia 8. X. obrzmienie powiek szczególnie wolnego brzegu górnej powieki, zapalenie łącznicy powiekowej i gałki mniejsze. Rogówka w pobliżu blizny zadymiona. Chory słabo odróżnia światło, czego przed operacją nie było. Zalecono wkraplać roztwór jednego grana siarczanu atropiny w połowie uncyi wody. W takim stanie chory odjechał.

c) Jeszcze jeden następujący przypadek zranienia gałki ocznej obserwowaliśmy u dziewczynki, Izraelitki, którą podczas zabawy chłopcy, strzelając z łuku, trafił małą strzałą w górną wewnętrzną część prawej gałki. Strzała przebiła rogówkę; tęczówka zaraz wypadła. Pomimo energicznego leczenia zapalenie tak się silnie rozwinęło, że powstało *panophthalmitis*, zakończone zropieniem gałki i utworzeniem się ropnia w oczodole. Ropień otworzono od dołu w kącie zewnętrznym. Gałka oczna zanikła.

d) Tu należy także przypadek tak mocnego uderzenia okolicy skroniowej lewej i gałki ocznej z tejże strony u mężczyzny, że powstał krwotok wewnątrzgałkowy. Krew wylana szczególnie zebrała się w komórce tylnej; w przedniej zaś krwi było niedużo, sięgała bowiem zaledwie do dolnej granicy źrenicy; wewnątrz zaś krew całkowicie zakrywała źrenicę, która miała barwę ciemno-czerwoną. Chorego widziałem nazajutrz po przypadku, nie widział on nic; zaleciłem silne środki rozwalniające, pijawki do okolicy oczodołu. Widząc chorego w kilka dni powtórnie, spostrzegłem, że barwa krwi wylanej zmieniła się. stała się mniej ciemną. Chory odbiera wrażenie światła, które mu się wydaje czerwono-żółtawem. Stopniowo chory przy użyciu środków przyspieszających wessanie coraz lepiej widział, czy zaś zupełnie odzyskał wzrok i czy wylana krew całkowicie uległa wessaniu, nie mogę powiedzieć, gdyż chory później się nie pokazał.

18. Żadnych nowotworów gałki ocznej osobiście nie miałem w swojej praktyce w oznaczonym czasie; asystowałem przy wyluszczeniu gałki ocznej u kolegi T., dokonaniem przez D-ra Reicha. Koledze T. przytrafiło się nieszczęście, iż był ranionym na polowaniu wskutek nieostrożności spółtowarzysza.

### E) R O G Ó W K A.

19. Oprócz wyżej podanych zranień rogówki jednocześnie z uszkodzeniami innych tkanek gałki ocznej, obserwowaliśmy zranienie samej tylko rogówki u dziewczynki, u której została ona przecięta scyzorykiem wskutek nieostrożności. Po zranieniu wypadł mały odcinek tęczy. Wskutek natychmiastowego użycia rozczywnu atropiny tęcza weszła na powrót do komórki przedniej, poczem pozostała mała blizna, przeszkadzająca widzeniu.

20. Udzielając przed rokiem 1859 w „Tygodniku Lekarskim“ sprawozdań z leczenia chorób ocznych i dokonanych operacyj na oczach, obszernie rozpisywałem się o skutkach oberznięcia rogówki przy *keratitis pannosa*, w łuszcze i o skutkach zeszkrobывania plam rogówki. Staralem się tam wyjaśnić, w jaki właśnie sposób działają te operacje. Teraz przytoczę opis przypadków, w których używałem samego oberznięcia rogówki, lub w połączeniu z zeszkrobывaniem.

Oberznięcie rogówki kilkakrotnie było dokonywane. Oto są te przypadki: a) Topograf, 17 lat mający, z usposobieniem zolzowatem wszedł do szpitala wojskowego tyfliskiego 15 Lutego 1863, z objawami nieżytego zapalenia spojówki lewej gałki ocznej, a przytem był ostry nieżyt oskrzeli i stan gorączkowy. Choroba trwa od 3 dni. Przepisano: Rp. *Tartari emetici gr. jj. D-ti liquiritiae ℥vj.* Dnia 16. II. powieki obrzmiałe; znaczne ropienie, *chemosis*, źrenica nieforemna. Przepisano pigułki z kalomelu; *inf. belladonae* do okładów, na około oka przystawiono 12 pijawek: *collyrium ex arg. nitrico gr. jjj—~~ssj~~*, ciepłe nożne kąpiele. Dnia 19. II. stan cokolwiek lepszy, ropienie mniejsze. *Ung. mercuriale cum extr. belladonae.* Dnia 24. II., przekrwienie naczyń łącznicy bardzo znaczne, ropienie zaś i obrzmienie powiek mniejsze, światłowstręt nieznaczny. *Inf. cicutaepro fomento.* wkraplanie azotanu srebra. Dnia 26. II. *synechia anterior*, zapalenie łącznicy; gruczołki Meibom'a ulegają zapaleniu. Taka była historia choroby tego młodego człowieka. Widząc go dnia 27. II. po raz pierwszy, znalazłem na zewnętrznym obwodzie lewej rogówki, poniżej średnicy nie plamkę, ale raczej bliznę, powstałą od zrośnięcia w tem miejscu tęczówki z rogówką, skutkiem czego źrenica przybrała kształt podłużny. Naczynia łącznicy i tkanki podłącznicowej znacznie szersze, przekrwione, zygzakowate, szczególnie na dolnej połowie; tu przechodzą one na rogówkę; łzawienie. Tegoż dnia dokonałem połowicznego oberznięcia rogówki; przy tem starałem się wyciąć nie samą tylko błonę śluzową, ale i podśluzową. Po operacji zimny okład; dnia 6. III. rana łącznicy zablizniona. Nastrzyknięcie naczyń rogówki mniejsze; chory widzi cokolwiek wyraźniej, zapalenie zaś łącznicy gałki oka i powiek trwa dalej, lubo w mniejszym stopniu. Dnia 10. III. przyłączył się jęczmień na lewej dolnej powiece i także przyczynił się do podtrzymania zapalenia spojówki tego oka. Dnia 24. III. zapalenie łącznicy, również i lewej gałki znówu się wzmogło

światłowstręt i ropienie w nocy znaczne. *Ung. mercur. cum extr. belladonae*. Dnia 25. IV., zapalenie rogówki. *Vesicans* poza uchem. D. 26. IV. rogówka pociemniała. *solut. atropini sulfurici*. D. 28. IV. Bóle w gałce ocznej; przystawiono 6 pijawek do skroni. D. 29. IV. *calomelani gr. j.* co trzy godziny po proszku, *vesicans* na skronie. D. 31 IV. rozmięczenie rogówki; *solut. atropini sulfurici* D. 5. V. niewielkie polepszenie. Ból mocny w okolicy przewodu łzowego. Chorego zabrali do domu.

b) Oberznięcie obu rogówek całkowite w skutek łuszczki (*pannus*). Po zabliznieniu ran unaczynienie rogówki zmniejszyło się, poczem chory począł wyraźniej widzieć.

c) Całkowite kilkakrotne oberznięcie lewej rogówki u chorej cierpiącej na jaglicę spojówki powiek lewych, na *keratitis pannosa* i wypadnięcie tęczówki w górnozewnętrznej części rogówki, między środkiem jej a obwodem. Światłowstręt był tak silny, że z trudnością tylko można było obejrzyć oko, łzawienie ciągle, chora widzi tylko przed sobą białawą mgłę z ciemną plamką, nie odróżnia nawet ruchów palców przed okiem; odróżnia tylko mniejsze lub większe natężenie światła. Przez operacyją zaleciłem ciepłe kąpiele nożne. D. 6. VIII. 1864, zachloroformowaawszy chorą, oberznałem wokół rogówkę. Po operacyi wkropiłem roztwór siarczanu atropiny. Opatrunek naciskający; *inf. laxativi* ʒj. Dnia 7 lekkie ropienie; bardzo umiarkowane bóle w ranie. światłowstręt zmniejszył się tak dalece, że byłem w stanie dokładniej obejrzyć rogówkę. Powierzchnia rogówki szorstkawa, mętna, bledsza niż dnia poprzedniego. Chora nie widzi owej czarnej plamki na białem tle. Wkraplanie i opatrunek taki sam. Dnia 8 bóle zupełnie prawie ustaly, światłowstręt słabszy, bez łzawienia. Wyraźnej różnicy co do widzenia nie było. Środki też same. Dnia 10 nudności. (chora w 2 miesiącu ciąży); 2 gr. *oxalatis cerii* na dobę; wystąpiły przytem objawy działania atropiny. Zaniechano jej użycia. Rana spojówki się goi. Spojówka białkówki bledsza. Rogówka mniej szorstka, bardziej przezroczysta. Brzegi powiek obrzmiałe, ale chora otwiera je swobodniej; zauważyła nadto, że widnokrag, który dawniej wydawał jej się mocno białym i ograniczonym, z latającemi muszkami, zamienił się na daleko obszerniejszy; zdaje się jej, jak gdyby gęsta sinawa mgła rozpostarła się przed nią. Chora odróżnia barwę ręki i białego rękawka z odległości łokcia i to lepiej, jeśli patrzy ku wewnątrz i ku dołowi. Wkraplanie azotanu srebra; 3 gr. szczawianu ceru. Dnia 12 chora odróżnia barwę sukni żółtą, niebieską i czerwoną. Zrana wkraplano rozczyń azotanu srebra, a wieczorem smarowano powiekę górną maścią złożoną: z gliceryny ʒj, *mercur. praecip. rubri gr. j.* do wewnątrz zaś 8 gr. szczawianu ceru na dobę. D. 2. IX. rozpocząłem zasypywanie kalomelu i wkraplanie rozcieńczonego *laud. liq. Sydenh.*. Dnia 3. IX. zbadawszy wieczorem stan chorej, znalazłem, że chora światło świecy widzi wyraźniej, ale samego płomienia jeszcze nie odróżnia, widzi moją rękę, odróżnia barwy białą i czarną. Dnia 5. IX. nowe prawie całkowite oberznięcie i lekkie zeskrobanie rogówki. Opatrunek naciskowy. Dnia 8. IX. wkraplanie *laud. liq. Sydenh.*, przypalono wypadniętą tęczówkę i wtarto ową masę glicerynową. D. 29. IX. łącznica znacznie bledsza, rogówka bardziej przezroczysta. Chora przez wewnętrzno-górną część odróżnia płomień świecy, ale widzi go we mgle, przez środek rogówki widzi najgorzej. Chora zauważyła, że przez zewnętrzną część

rogówki zaczyna widzieć, ale z trudnością odróżnia jasne barwy. Dnia 30. IX. zeszkrobanie rogówki i całkowite oberznięcie rogówki. Opatrunek naciskowy. D. 3. X. rozczyn azotanu srebra. Chora w połowie Października wyjechała do Kutaisu w następującym stanie: odróżniała barwy sukien, nawet osób koło niej przechodzących, odróżniała bruk, ale drobnych kamieni dostrzedz nie mogła; przez wewnętrzną górną część rogówki widziała czysty płomień świecy, nie tak wyraźnie przez część zewnętrzną; wogóle widzi wyraźniej i środkowe zamglenie w polu widzenia mniejsze. Z anamnezy chorej wiadomo, że w 8 roku życia dostała zapalenia lewego oka, odznaczającego się mocnym światłowstrętem i skurczami powiek; zapalenie to potem nieraz powracało. W 16 roku po zapaleniu rogówki prawej, owrzodzeniu jej i wypłynięciu cieczy, chora straciła prawe oko i wzrok. Lewe oko cierpi od roku.

d) Zeskrobywanie i oberznięcie rogówki u Haspara, Persa, u którego oddawna  $\frac{2}{3}$  rogówki wewnętrzno-dolne były nieprzezroczyste (*leucoma*). Tęczówka zrósnięta z tylną jej powierzchnią, wskutek czego źrenica była podobna do źrenicy kociej. D. 20. X. 1863 r. zeszkrobałem część bielma bez żadnego oddziaływania. Chory nazajutrz widział lepiej aż do dnia 22. po użyciu zaś rozczyuu azotanu srebra pokazało się dość znaczne oddziaływanie. D. 24. X. blizna zagoiła się, przytem chory widział gorzej niż przez pierwsze dwa dni po operacyi, ale lepiej w ogóle niż przed operacją. D. 29. X. oberznałem wokół rogówkę i zaleciłem zimny okład; oddziaływanie było umiarkowane. U tego chorego po kompletnem ustaniu objawów zapalenia łącznicy i rogówki, powstałego po operacyach dawno zrobionych, widziałem po raz pierwszy dehiscencyję, odpadanie zewnętrznych warstw rogówki, które się zagoiło po użyciu lekkiego rozczyuu azotanu srebra.

e) Groniakowe zwyrodnienie kuliste prawego oka. Kuliste oberznięcie rogówki. Ormiańskie dziecko, 4 lata mające, przywieziono do mnie dnia 1 Kwietnia r. 1863 z miasta Teławu, z zupełnie zniszczonem lewem i groniakowato-zwyrodnionem prawem okiem. Był to groniak kulisty. Dolna część rogówki zgrubiała, twarda, biała; górna mocno zmętniała. Naczynia krwionośne przechodzą z obwoda jej ku środkowi w znacznej ilości. Dziecko odróżnia nietylko światło od ciemności, ale i przesuwanie rąk przed okiem prawem. Historyja tego dziecka jest następująca; mając trzy lata, cierpiało na płonicę, poczem powstawały ropnie w gruczołach limfatycznych pod szyję i zapalenie obudwu oczu, które od początku wskutek światłowstrętu były stale zamknięte. Cała uwaga leczącego i rodziców była zwróconą na pierwsze cierpienie, na drugie zaś żadnej niedawano baczości. Kiedy chory otworzył oczy, pokazało się, że lewe oko było całkowicie zniszczone, prawe zaś w stanie wyżej opisanym. W tym stanie, zdaniem mojem, możliwe były dwie operacje, które cokolwiek mogły poprawić stan chorego: oberznięcie i zeszkrobanie rogówki. Ale że dziecko jeszcze nie było w stanie oznaczyć, którą częścią rogówki lepiej widzi i że zeszkrobanie czasami pociąga za sobą dość mocne zapalenie, postanowiłem poprzestać na oberznięciu, które też wykonałem 3 Kwietnia. D. 4. IV. oddziaływanie miejscowe słabe; napad gorączkowy w nocy; zalecono przykładanie odwaru nasienia lnianego z makowcem do oka. Dnia 5. IV. w nocy

pokazała się odra, po przejściu której dziecko zabrano do domu. Chory powiadał, że lepiej odróżnia światło świecy.

f) Łuszczyca (*pannus*) obu rogówek, mających formę stożkowatą, u dziewczyny. Oberznięcie na jednym oku częściowe, na drugim zaś całkowite było dokonane d. 30. VIII. (D. n.)

### III. LISTY O OPATRYWANIU RAN

przez

**R. Jasńskiego.**

byłego asystenta klinik chirurgicznych.

#### VI.

W przeszłym roku Ernest Fischer, docent chirurgii w Strassburgu, ogłosił badania swoje nad nowym, bardzo tanim środkiem opatrunkowym, mianowicie nad proszkiem naftaliny. Badania te dały mu tak zadowalające wyniki, że na 11-tym zjeździe Towarzystwa chirurgów niemieckich [czuł się upoważnionym do bardzo gorącego zalecania naftaliny.

Nie wspominałbym tak szczegółowo o tym środku, gdyby nie ta okoliczność, że, o ile wiem, znalazł on u nas zastosowanie w ręku kolegi Modrzejewskiego, oraz w oddziałach chirurgicznych Matlakowskiego i Peszkego, a z drugiej strony, że przezemnie samego w dość licznych przypadkach zastosowany bardzo dobre dał wyniki. Naftalina (*naphthalinum*) jest ciałem białym, krystalicznym, wzoru  $C_{10}H_8$ , które dotąd niedostatecznie znane było nie tylko lekarzom, ale nawet może i chemikom. Ciało to, które tak jakoś nie umiało sobie wyrobić odpowiedniej reputacyi, tworzy się wszędzie, gdzie paleniu ulegają ciała organiczne, obfitujące w wodę. Naftalinę zawiera np. dym tytoniowy, dym komina lub parowozu: przechowywanie mięsa za pomocą wędzenia zależy po części od działania naftaliny. Znaleźć ją można w wielkiej ilości w rurach gazowych, ulatnia się ona przy każdej temperaturze, topi się przy  $79,2^{\circ} C.$  wrze przy  $214^{\circ} C.$ , ciężar gatunkowy ma mniej więcej 1,1. Nie rozpuszcza się ani w wodzie, ani w wydzielinach ran, ani w alkaliach, ani w słabych kwasach. Za to rozpuścić ją można w gorącym wyskoku, w gorącym stężonym kwasie siarczanym, wreszcie w tłustych i lotnych olejach. Przy  $150^{\circ} C.$  osadza się w postaci cienkich blaszek, para wodna z łatwością ją porywa i dla tego niezbyt trudno wykryć można ślady naftaliny w moczu, kale i t. d. zapomocą destylacyi, osiada bowiem na ścianach zimnego naczynia. Tejej przymioty pozwalają nam stosować naftalinę w celu dezynfekcyi sal szpitalnych w ten sposób, że garnek napelniony wodą, do której domieszano większą, lub mniejszą ilość naftaliny, stawiamy w pokoju i w jakikolwiek sposób go ogrzewamy. Naftalina wkrótce wraz z parą wodną przenosi się w powietrze, a ztąd na ścianach, podłodze i suficie osiada. Gaz ulatniającej się naftaliny o ile szybko miesza się z powietrzem, o tyle łatwo dyfunduje do płynów tak, że te ostatnie wkrótce okazują wyraźny zapach naftaliny.

Czysta naftalina ma lekki odcień różowawy, którego jednak nie należy brać za jedno z barwą czerwoną, spotykać się dającą w nieczystej naftalinie, lub w zanieczyszczonym kwasie karbolowym. Spotykana w handlu, *Naphthalinum albissimum*, zawiera domieszkę fenolu.

Schultz ze Strassburga podaje następującą próbę, służącą do wykrycia tej domieszki. Małą ilość naftaliny traktujemy bardzo rozcieńczo-

nym lugiem sodowym, ogrzewamy do zawrzenia, studzimy i cedzimy. Fenole, jeżeli takowe istnieją w danym przetworze, znaleźć powinniśmy rozpuszczonemi w filtracie. Ten ostatni trzeba więc zlekka zakwasić i dodać do niego wody bromowej, utworzy się wówczas trójbromek fenolu, który przedstawia się w postaci zmiętnienia, lub białego osadu, stosownie do ilości. Fischer za najlepszą uważa naftalinę, pochodzącą z fabryki Ohlgart et Comp. w Kehl w Badenskiem. Jeden kilogram jej kosztuje tam 1-e markę, a przypominamy, że ma ona ciężar gatunkowy 1,1.

Cennik Koehler'a z Moskwy opiewa, iż funt naftaliny kosztuje 55 kop., kwasu salicylowego 3,75. a jodoformu 8,40 kop.

Środek, o którym mówimy, nie posiada żadnych trujących własności względem człowieka i wyższych zwierząt, niszczy jednak organizmy niższe roślinne, zarówno jak i zwierzęce. Doświadczenia kliniczne, w Strassburgu u Lucke'go poczynione, przekonywują, że rany opatrywane naftaliną mają piękny wygląd, który się pojawia nawet w zanieczyszczonych poprzednio ranach, wrzodach gołeniowych, owrzodzeniach szankrowych, rakowych i t. d.. Naftalina nie tworzy żadnych strupów z wydzieliną rany, niepowstrzymuje więc wypływu takowej. Żadnych też podrażnień miejscowych nie wywołuje. Naftalinę stosować należy na rany, rozpadające się nowotwory, wreszcie przy operacjach w kiszce prostej, pochwie i innych jamach, dalej przy zgorzeli, zanieczyszczonej ziarninie i t. d., zawsze w postaci proszku, który w wielkiej ilości bezkarnie sypać możemy. Używają też roztworów naftaliny w eterze do przestrzykiwania przetok, maści z waseliną do opatrywania zablizniającej się ziarniny, wreszcie pałeczek z żelatyny lub masła kakaowego. Zdaje się, że opatrywanie ran tym środkiem chroni takowe od róży. W leczeniu chorób skórnych przed kilkudziesięciu laty używali tego środka Rossignon, Emeri, Verel i inni. W ostatnich czasach Fuerbringer zaleca go przeciw świerzbie (*Berliner Klinische Wochschr.* 1882. Nr. 10).

Anschütz w Królewcu próbował naftaliny i twierdzi, że środek ten może oddać wielkie usługi w chirurgii polowej, gdzie brak wody, nagromadzenie rannych, niedostateczna liczba lekarzy, wreszcie brak czasu dostatecznego do nałożenia porządnego opatrunku Lister'a warunkują konieczność stosowania jaknajprostszej metody. Metoda opatrywania proszkami antyseptycznemi jest bez zaprzeczenia najprostszą, z radością więc witać należy każdy tani, łatwy do nabycia i prawdziwie przeciwny proszek. Anschütz postępował w ten sposób: ranę lub wrzód obmywał słabym roztworem fenolu i przy każdym opatrunku posypywał ją warstwą naftaliny na 1 ctm. grubą, jamy po ropniach wypełniał aż po brzegi tym proszkiem i to wszystko pokrywał 10% pakułami naftaliuowemi. Jeden kilogram juty ze wszystkich stron oblać należy przed samem użyciem roztworem następującego składu:

<i>Naphtalini</i>	. . . . .	100 grm.
<i>Aetheris sulph.</i>	. . . . .	400 grm.
<i>Alcoholi</i>	. . . . .	400 grm.

W ten sposób napojone pakule należy roztargać, aby otrzymać miękki, elastyczny wyborny materiał opatrunkowy.

Autor, o którym mówię, widział się zmuszonym zmieniać często opatrunek tam, gdzie wydzieliną ran była obfita. Druga ujemna strona naftaliny jest według Anschütz'a ta, że kryształki jej kaleczą ziarninę i wywołują lekkie krwawienie, wreszcie, że naftalina często tworzy mocny strup, zatrzymujący wydzielinę. Byłoby to istotnie wielką wadą, jednakże dotąd przy użyciu naftaliny nie zdarzyło się ani mnie, ani Matlakowskiemu widzieć podobnych wydarzeń, jeżeli opatrunek pokrywalismy materją nieprzemakalną. Środek ten wypróbowany też został przez Diakowa, który zawsze dobre otrzymał wyniki i gorąco go poleca.

Wszystkie środki opatrunkowe, o których mówimy, najsmielej polecić można każdemu, kto tylko zechce, lub zmuszonym będzie dotknąć się do rany. Dziś dowodzenie ważności antyseptyki byłoby rzeczą niemal śmieszną. Kolosalny postęp w chirurgii wywołany metodą Lister'a polega głównie na tem, że nastąpił zwrot w całym kierunku, zwrot ku fizjologicznemu zapatrywaniu się na sprawę gojenia, oraz na jej powikłania. O ile zwrot ten w chirurgii opłacił się już sownie, polepszając w nieprawdopodobny sposób statystyczne cyfry wszystkich sal operacyjnych, o tyle w medycynie wewnętrznej z każdym niemal dniem przyczynia się on do rugowania resztek empirycznych tradycji zabytków. Zeby słów moich, tak ściśle na ton zagranicznych sprawozdań nastrojonych, nie uważać za wytwór fantazyi, oszołomionej imponującemi odgłosami z zachodu, należy rozumieć je w ten sposób, w jaki na nieszczęście nie wielu dotąd u nas pojmuje całą metodę przeciwnilną. Zdaje mi się, że treść niniejszych listów moich dostarczy już wiele danych, na których by można było oprzeć bardzo surową krytykę tego, co się u nas dzieje. Dziwny los dał mi sposobność poznania wszystkich prawie oddziałów chirurgicznych w Warszawie i dla tego poczuwam się w prawie i niemal w obowiązku, pisać to, co piszę.

Miałem też nieraz sposobność być świadkiem narzekań ze strony prowincjonalnych chirurgów, narzekań, tyczących się zawodów i zawiedzionych nadziei co do metody Listerowskiej. Wobec tych wszystkich okoliczności najlepiej zrobię, powtarzając słowa Bergmann'a, wypowiedziane przez niego w przeszłym miesiącu na zjeździe niemieckich przyrodników w Eisenach (18—22 Września 1882). „Chirurgija terazniejsza nie jest już wcale sztuką, a tem mniej rzemiosłem, stała się tem, czem jest w istocie, jedynie dzięki metodzie przyrodniczej i dzięki pracy przyrodników.“

Nie gaza listerowska, nie fenol, jodoform, lub naftalina stanowią wartość metody przeciwnilnej. Świetne wyniki i cały bieg tegoczesnej nowej, że tak powiem, chirurgii zależy od ściśle naukowego kierunku w całym postępowaniu z chorym. Dla tego to dziwnem mi się wydaje zdanie wielu powag współczesnych, które twierdzą, iż możliwą jest rzeczą przy małej stosunkowo liczbie lekarzy otrzymywać aseptyczny przebieg ran na wojnie. Zaopatrzenie żołnierza w ten lub ów środek przeciwnilny wcale nie jest zadosyćczynieniem wymaganiom metody. Żołnierz ten, a jak się pokazuje, nie jeden też lekarz nawet, nie potrafią sobie zdać sprawy ze wskazań, które dany przypadek przedstawia, a od których cały rezultat zawsze zależeć musi. Rana, którąby prawdziwy Listerczyk zagoił *per primam intentionem*, może przybrać w ręku chirurga-laika przebieg jaknajfatalniejszy, pomimo że ten ostatni opatry ją np. kilkunastoma warstwami gazy Listerowskiej, osłonką, makintoshem i dezynfekowanym katgutem.

Zdaje mi się rzeczą prawie niepodobną do wykonania wyłożyć teoretycznie wszystkie najdrobniejsze szczegóły metody przeciwnilnej. Należałoby wyłożyć całą anatomję przedewszystkiem, a potem całą szczegółową patologję chirurgiczną; dość wspomnieć, że już porządne założenie sącza wymaga gruntownej znajomości anatomii topograficznej. Jako dowód przytoczę drenowanie stawu kolanowego. Pirógow, zwiedzając w 1870 roku szpitale Alzacji i Lotaryngii, zwrócił uwagę na liczne przypadki ran postrzałowych kolana, przebiegające niezmiernie pomyslnie, a przebieg ten objaśnił trzema warunkami: 1-o) wielkością i kształtem kuli Chassepot; 2-o) niezbyt silnem obrażeniem kości; 3-o) kierunkiem przednio tylnym kanału postrzałowego. Ostatnia wojna rossyjsko-turecka wykazała, że pierwszy i ostatni punkt najważniejszą grają rolę.

Kołodnina na danych powyższych oparł skończoną teorię drenowania stawu kolanowego. Dotąd posługiwaliśmy się metodą Petit'a, polegającą na dwóch bocznych półksiężycowatych cięciach, mających na celu dokładne



opróżnienie stawu kolanowego z ropy i wszyscyśmy nieraz narzekali na rezultat mniej pomyślny, niżby go się spodziewać należało przy zachowaniu wszelkich szczegółów postępowania przeciwnilnego. Warunki anatomiczne stawu kolanowego pozwalają na przeprowadzenie grubego sączka przez staw ten w kierunku prostopadłym od przodu ku tyłowi. P i r o g o w w anatomii swojej wykazuje, że przy zgięciu kolana, istnieje dość znaczna przestrzeń wolna pomiędzy wcięciem międzykłykciowym uda, wyniosłością międzykłykciową goleni (*convexitas illa exarationis intercondyloideae femoris non est contigua et insertionibus ligamentorum cruciatorum sejungitur. Anatomie topographica str. 71*). W dziele swem nie przyznaje on wprawdzie wielkiego znaczenia tej okoliczności, ale podczas wojny francuzko-pruskiej za jej pomocą tłumaczył S i m o n' o w i możliwość przedniotylnego postrzału kolana na wylot bez złamań kości. Opierając się na powyższych danych i poparłszy je licznymi pracami na trupach, K o ł o m n i n zbudował następującą metodę. W górnym trójkącie dołu podkolanowego wykonywamy cięcie takie, jak do podwiązania tętnicy podkolanowej, z tą tylko różnicą, że je prowadzimy w  $\frac{1}{3}$  z e w n ę t r z n e j tej okolicy, a więc w przestrzeni, zawartej między nerwem strzałkowym (*nervus peroneus*) a żyłą podskórną tylną, nerwem goleniowym i naczyniami podkolanowymi. Dochodzimy w ten sposób do tkanki tłuszczowej, pokrywającej zewnętrzną część więzła stawowego podkolanowego, oraz mięśni do niej przylegających (brzusiec zewnętrzny mięśnia łydkowego, mięsień podeszwowy i podkolanowy. Wówczas chodząc na grzbiecie, zginamy mu kolano pod kątem prostym i prowadzimy drugie cięcie na wewnątrz i poniżej rzepki, cięcie przenikające do stawu. Przez to nowe cięcie wprowadzamy mocne, wygięte kleszczyki w kierunku od wewnątrz i od przodu na zewnątrz i ku tyłowi, dopóki nie oprą się o kłykieć zewnętrzny. Wówczas trzymając się ciągle powierzchni wewnętrznej tego kłykcia, pchamy kleszczyki dalej ku tyłowi, prześwidrowywując niemi więzy skrzyżowane. Palec wprowadzony do rany podkolanowej z łatwością koniec sączków wyczuje i poda im sączek, który już tylko ku przodowi wyciągnąć należy.

Skomplikowana ta na pozór operacja jest w istocie bardzo łatwą, przynajmniej równie łatwą jak dyagonalne drenowanie kolana, przez torebkę mięśni wyprostnych. Takich nowych ulepszeń metody przeciwnilnej pojawia się bardzo wiele, można powiedzieć, że każdy prawie chirurg przejęty prawdziwą ideą antyseptyki z każdym niemal rokiem wprowadza tego rodzaju nowe metody. Tą tylko drogą postępując, możemy twierdzić, iż istotnie kierujemy się metodą L i s t e r a.

Postępy na tem polu z każdym dniem się mnożą i wątpić nie można, iż w krótkim czasie do zadziwiających rezultatów są w stanie doprowadzić. Chirurgowie, mając dziś na swych barkach daleko większą odpowiedzialność za wyniki operacji, muszą koniecznie zgodzić się na ten wzrost wymagań, gdyż w wielu, bardzo wielu przypadkach towarzysze ich są w stanie dowieść im, że nieprawidłowy przebieg rany był dowodem niewłaściwego z nią postępowania; to też chirurgowie z dziwną zaciętością krytykować zaczęli nietylko drugich, lecz i siebie samych, a idąc tą drogą daleko zjść można. Dowodem tego np. F e h l e i s e n, asystent B e r g m a n n' a, który przypuszczając, że róża, pojawiająca się nieraz pod opatrunkiem przeciwnilnym, musi zależeć od swego zarazka, wytrzymującego ataki środków przeciwnilnych, począł badać krew wziętą z sąsiedztwa miejsc przez zajętych i znalazł w niej bakteryje, które istotnie od wszystkich innych się różnią. Udało mu się bakteryje owe zebrać w epruwetki, chodować, a wnuki ich zaszczipione na twarzy chorego, mającego złośliwy nowotwór, wywołały różę, a z nią i zniknięcie owego guza. Zdaje się, że trudno osiągnąć większe zwycięstwo, które sprowadza najsmielsze nasze marzenia w dziedzinę rzeczywistości.

Dr. Ernest Fischer. Ueber den Wundverband mit Naphtalin. Langenbeck's Archiv für Chirurgie XXVIII Bb. II Heft, oraz

Berliner Klinische Wochenschrift 1881. Nr. 48.

Berliner Klinische Wochenschrift 1882. Nr. 8.

Anschuetz. Resultate einiger Versuche mit dem Naphtalinverbande. (Contrib. f. Chirur. 1882. Nr. 32).

P. J. Djakonow. O pierewiazkie ran naftalinom. (Wracz 1882. Nr. 39).

v. Bergmann. Ueber die gegenwärtigen Verbandmethoden und ihre Stellung zur Antiseptik. (Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Eisenach 18—22 Września. 1882. Originalbericht d. Deutschen Medizinzeitung Nr. 41).

Kołomnin. Nowyje sposoby leczenia granulacjonnych i gnojnych wospalenij sustawow. Pieriednie zadnij drenaż kolennawo soczlenienija. (Trudy Oszczestwa Russkich Wraczej w S. Pietierburgie. Rok 48. Zeszyt III. 1882).

Jules Boeckel. Fragments de chirurgie antiseptique 1882 (wyczerpane w handlu).

Georges Poinso. Etudes statistiques sur la méthode de Lister. Bordeaux 1882.

Richard Volkmann. Die moderne Chirurgie. (Sammlung Klinischer Vorträge. 1882 Nr. 221. Mowa, którą miał na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Londynie d. 8 Sierpnia 1881, ze wszech miar zasługująca na uwagę.

Pirrogoff. Anatomie topographica sectionibus per corpus congelatum (Fasc. 4. A., Tab. 7., fig. 4.; Fasc. 4 B. Tab. 11, fig. 3 i 4).

## DZIAŁ SPRAWCZDAWCZY.

**49. Józef Rosmanit. Przyczynek do leczenia operacyjnego ciężkich postaci przykurczeń i zeszywnień w stawie udowym.** (*Zur operativen Behandlung der schweren Formen von Contracturen und Anchylosen im Hüftgelenk. Archiv f. klin. Chirurgie. XXVIII. Tom 1882, I zeszyt, str. od 1—72*).

Antor pomija w swojej pracy przyczyny (złamanie szyjki, zwiechnienie, zapalenie) i anatomiczne siedlisko przykurczenia (powięź, mięśnie, torebka, kości), mimochodem wspomina o lżejszych operacjach, od których zwykle rozpoczyna się leczenie tych stanów chorobowych, a mianowicie o:

a) wyciąganiu (*extensio*),

b) wyprostowaniu nagłym (*brisement forcé*),

c) operacji Winiwartera, czyli tak zwanej *fascioplastica*; przedmiotem właściwym rozprawy są operacje poważniejsze, do których jedynie przystępujemy dopiero wtedy, kiedy wymienione wyżej operacje zawodzą; tu należą: a) prosta osteotomija, b) osteotomija klinowa i c) wypilowanie.

Zpomiedzy lżejszych operacyj wyżej wyliczonych opiszemy tu w krótkości sposób Winiwarter'a, gdyż nie przypominamy sobie, abysmy o nim napotkali wzmiankę w pismach polskich. Wskazanie dla niej jest bardzo ograniczone, a mianowicie jest ona odpowiednią wtedy, gdy powodem przykurczenia jest skurczona, zmieniona powięź szeroka (*fascia lata*); Froriep, Busch i inni dowiedli, że po przecięciu mięśni, znajdujących się na stronie zgięcia stawu udowego bynajmniej nie ustępuje przykurczenie (*in flexione*) i że dopiero po przecięciu powięzi szerokiej i blaszek międzymięśniowych udaje się wyprowadzić udo z wadliwego położenia, oczywiście jeśli przyczyna przykurczenia nie spoczywa w samym stawie. W takich właśnie przypadkach wskazaną jest operacja Winiwartera, która nie jest niczem innym tylko Dieffenbach'ow-

skim sposobem operowania *ectropion*. Gdybyśmy wprost w poprzek przecięli nateżoną i skurczoną powięź, to oczywiście najprościej osiągnęlibyśmy cel nasz, lecz w zamian mielibyśmy szeroką poprzeczną ranę, powstałą przez rozjeście się brzegów przeciętej skóry i powięzi; rana ta gojąc się przez ropienie spowodowałaby napowrót przykurczenie. Dlatego też *Winiwarter* robi cięcie w kształcie litery **V** na zewnętrzno-przedniej okolicy uda, poniżej więzu *Poupart'a*, na zewnątrz od naczyń i nerwu. Wielkość kąta zależy od obszaru bliznowatej massy i od wieku osobnika. Po przecięciu skóry i powięzi próbuje się, czy się nie uda kończyny wyprostować, w razie gdyby niewystarczało przecięcie powięzi, należy nadciąć skrócone mięśnie. Przy tem wyprostowaniu płąt trójkątny pozostaje nieruchomo od góry, brzegi rany się rozchodzą powstaje rana kształtu  $\nabla$ ; wtedy naciąga się brzegi z boku i zeszywa, przyczem powstaje blizna w postaci litery **Y**.

Historija osteotomii jest w krótkości następująca. W 1826 r. **Rhea Barton** w Filadelfii w skutek ankilozy pod kątem prostym powstałej po zapaleniu stawu udowego, zrobił krzyżowe cięcie części miękkich na krętarzu wielkim, a następnie przepiłował kość cienką piłeczką między obu krętarzami. W 4 lata później **Rodgers** w New-York'u wykonał piłką łańcuszkową pierwsze wypilowanie klinowe u 47-letniego mężczyzny z powodu zeszywnienia w położeniu odsiebnem po zapaleniu stawu; oba przypadki zakończyły się pomyślnie, mimo to nie znalazły one długo naśladowców; dopiero w 1856 r. **Mayer** z Wuerzburg'a ogłosił 20 rozmaitych osteotomij z 1 †, co stanowi rezultat jak na owe czasy świetny. Po roku 1850 wprowadził **Langenbeck** nowe udoskonalenie operacji, o której mowa tym krokiem naprzód było podskórne przepilowanie kości; W 1854 r. **Brainard** z Chicago wynalazł osobny perforator kostny, za pomocą którego sposobem podskórnym robił w kości kilka przedziurawień, a osłabiwszy w ten sposób wytrzymałość kości, łamał ją w kilka dni po przedziurawieniu; doświadczenia z początku dokonane na zwierzętach przez **B. przeniósł Pancoast** (1859 r.) na człowieka przy ankiilozie kostnej kolana,

W 1869 r. **Lewis Sayre** z New-York'u podał nowy sposób, mający na celu nietylko usunięcie kalectwa, lecz zarazem i przywrócenie czynności przez utworzenie nowego stawu. W tym celu postąpił w następujący sposób: podłużne cięcie części miękkich, podokostnie do okola odseparowywał szyjkę chirurgiczną kości tuż nad krętarzem małym; następnie przepiłowywał piłką łańcuszkową kość na  $\frac{1}{2}$  cala powyżej małego krętarza, starając się przeciąć kość cięciem wklęsłym ku dołowi; potem drugim cięciem już prostopadłym do osi obrótnywał dolną część przepilowanego uda; w ten sposób miał na celu, aby dolny koniec nie ześlizgiwał się po górnym, lecz w nim wytworzył sobie nową panewkę. **Sayre** operował w ten sposób 2 chorych, a sekcya dokonana na jednym z nich w rok po operacji stwierdziła do pewnego stopnia teoretyczne przypuszczenie autora.

Daleko ważniejszą pod względem praktycznym okazała się metoda **William'a Adams'a** z Londynu. Metoda jego ma na celu przepilowanie szyjki i sposobem podskórnym, a to dla sprawienia jak najmniejszego obrażenia części miękkich i zmniejszenia przez to niebezpieczeństwa rozdziału kości. Operacja szybko upowszechniła się między lekarzami angielskimi tak, że już w r. 1871 ogłosił **A. 7** przypadków operowanych według swojej metody. Za pomocą długiego tenotoma tuż ponad dużym krętarzem zrobił cięcie, idące odrazu do kości; po wyjęciu noża, wprowadził do kanału wąską piłeczkę na przednią powierzchnię szyjki udowej i przepiłował ją z przodu ku tyłowi; w 5 minut kość była przerzniętą, krwawienie było bardzo małe, a ruchy kończyną możliwe na wszystkie strony; *extensio*; wynik doskonały. Oczywiście możliwość tej operacji nie-

porównanie prostszej i mniej niebezpiecznej od sposobów *Rhea Barton'a* i *Sayre'a* zależy głównie od tego, czy u danego chorego istniała szyjka, którą mamy przepiłować. W tym względzie rzecz można, iż szyjka pozostaje w normalnem położeniu i jest prawidłowych wymiarów przy zesztynieniu, powstałym w skutek zapalenia goścowego, ropnicowego i traumatycznego; co się zaś tyczy zapaleń grzybowatych, które stanowią prawie wyłącznie źródło ankilozy, to *A.* rozróżnia 2 stopnie; w jednych razach szyjka chociaż skrócona, na tyle jednak jest długą, że ją jeszcze można przepiłować; w drugich, gdzie ropienie trwało długo, gdzie wychodziły kawałki obumarłej kości i t. d., operacja jest niewykonalną. Przepiłowanie z a w s z e powinno być zrobione p r o s t o p a d l e d o o s i s z y j k i, a nigdy skośnie; i dlatego przy silnej addukcyi i zgięciu, przy którym między miednicą i szyjką pozostaje bardzo mały kąt, operacja jest bardzo trudną lub nawet niemożliwą do wykonania. Obok doboru nadających się przypadków powinien chirurg szczególnie dbać o niedopuszczenie do rany powietrza, oraz o jak najmniejsze poszarpanie części miękkich naokoło kości przy manipulowaniu piłeczką.

W tych przypadkach, gdzie massa kostna otacza staw dokoła i końce stawowe prócz wadliwego ustawienia są nadto bardzo zmienione, operacja *Adams'a* jest trudną do wykonania; zamiast niej *Gant* wykonał (1872 r.) trzykrotnie przepiłowanie w taki sam sposób, lecz poniżej małego krętarza; postępując według tej nowej metody, unika on cięcia kości w części jej chorej lub zmienionej, nadto przepiłowywa poniżej przyczepienia mięśnia lędźwio-udowego, który najbardziej sprzeciwia się wyprostowaniu kończyny po przepiłowaniu nad krętarzem.

Nową modyfikację tego sposobu wprowadził *Volkman* w 1873 r., którą opisał jako *osteotomia subtrochanterica*. Ponieważ nieraz po przepiłowaniu szyjki natrafia się na wielkie trudności przy wyprostowaniu ankilotycznej kończyny z powodu skurczenia i zmian w torebce i w częściach miękkich dokoła stawu, a w razie niedojścia do skutku zrostu kostnego na miejscu przepiłowania wytwarza się nowe wadliwe położenie ksobne, przeto *V.*, aby temu wszystkiemu zaradzić, proponuje, nie zważając na stan stawu, przepiłować kość poniżej przeskód dla redukcji, wszystko jedno czy kostnych, czy włóknistych. W tymże roku wykonał *V.* pierwszą osteotomię podkrętarsową klinową u 18-letniego chorego z powodu przykurczenia w stanie zgięcia i addukcyi, powstałego wskutek *Luxatio femoris spontanea* po *Osteomyelitis acuta diffusa*; drugą następnego roku u 15-letniej dziewczynki przy ankilozie pod kątem prostym, powstałej wskutek zapalenia ropnego w stawie udowym. W pierwszym przypadku nastąpiło wyzdrowienie bez kropli ropy i bez gorączki (najwyższa była 37°5; w drugim trwała przez 4 dni nieznaczna gorączka).

Zamiast piły używał *V.* dłuta, za pomocą którego wybijał klin z podstawą tylną-zewnętrzną; lepiej jest wydłutowywać klin, zamiast prostego przebicia kości, gdyż przy tem ostatniem po wyprostowaniu zgiętej kończyny powierzchnie kostne z jednej strony odstają od siebie, powstaje przez to mniejsza lub większa szpara, która może być przeszkodą dla zrosnięcia się obu kawałków rozpiłowanej kości. Cięcie skórne prowadzi się wzdłuż kości na zewnątrz-tylnej stronie krętarza wielkiego, okostną oddziela się ku przodowi i ku tyłowi, razem na  $\frac{2}{3}$  obwodu kości; poczem wybija się klin dłutem, a wreszcie łamie się pozostały od wewnątrz kostny mostek.

Oczywiście po zrosnięciu się obu części przeciętej kości noga pozostaje sztywną, lecz w położeniu wyprostnem, przez co nadzwyczaj utrudnione jest siedzenie.

Aby temu zapobiedz wprowadził *Volkman* nowe ulepszenie, mające na celu wytworzenie nowego stawu, a mianowicie, przebiwszy w wyżej podany sposób kość udową, usuwa kawałek za kawałkiem za pomocą dłuta szyjkę, a na-

stepnie główkę k. udowej dopóty, aż nie oczyszczy wgłębienia panewki; ponieważ jednak w tak wyciosanej panewce nie mógłby się pomieścić gruby koniec górny przepiłowanej na wysokości krętarzy kości udowej, przeto dłutem ociosywa go dopóty, dopóki nie ściennieje tak, aby swobodnie mógł poruszać się w sztucznej panewce. Leczenie następcze polega na wyciąganiu (*extensio*) przy pomocy obciążenia 10—15 kilogr.

Co się tyczy wskazań, to osteotomija jest wskazaną szczególnie w przypadkach ciężkich, zastarzałych w położeniu ksobnem i przy silnym zaniku kończyny; wydłutowanie całej szyjki i główki wymaga dobrego zachowania mięśni, które mają w przyszłości poruszać odnowioną kończyną. Noga nie powinna być zbyt skróconą, okolica stawowa zbyt bliznami zmieniona, skóra zbyt zrosła z kością.

Osteotomija jest operacyją główną, nadającą się dla chorych niższych klas i praktyki szpitalnej; wydłutowanie zaś wskazanem jest w pewnych tylko razach, a zwłaszcza przy ankilozie obustronnej stawu udowego, dalej tam, gdzie niewiadomo napewno, czy sprawa zapalna wygasła w zupełności czy nie, dalej w przypadkach ankiлоzy połączonej ze znacznem zesunięciem się główki na zewnątrz i ku górze, jak to bywa przy *coxitis*.

Sumując razem rozmaite metody tylko co wyluszczone, możemy je zebrać w trzy grupy: 1) osteotomija prosta: a) szyjki, b) poniżej krętarza, 2) osteotomija klinowa i 3) wypiłowanie.

Odpowiednio do tych grup zestawili autor odnośne przypadki rozproszone w literaturze w czterech tablicach. W pierwszej zebrał 35 przypadków osteotomii prostej szyjki udowej; z nich 26 było wykonanych sposobem A d a m s'a; z tych 35 przypadków 4 †, śmiertelność więc = 11,33%; przebieg częstokroć był bez ropienia; wynik w ogromnej większości przypadków pomyślny; najmłodszy chory miał 4 lata, najstarszy 42; przyczyną w większości przypadków było zapalenie grzybowate stawu; zeszywnienie w przeważnej liczbie przypadków było kostne, 2 razy tylko oznaczono je jako włókniste. W chwili operacyi nie było ropienia i przetoki się już pozagajały oddawna. Przeważnie były przykurczenia w położeniu zgięcia; w przypadkach L u n d'a i J o n e s'a osteotomija była wykonaną na obu kościach udowych; w 2 przypadkach (B r y a n t'a i M a u n d e r'a) było zwichnienie patologiczne główki na powierzchnię zewnętrzną kości biodrowej, raz zaś było zwichnięcie traumatyczne (M a c e w e n). W 4 przypadkach musiano po osteotomii przedsięwziąć jeszcze tenotomiję (*adductor longus* i *rectus femoris* 3 razy, *sartorius* 1 raz). W 5 przypadkach osiągnięto ruchomość (1 B r o d h u r s't, dwa J e s s o p'a, 1 S a n d'a i 1 L u n d'a); w innych osiągnięto zrosnięcie (*ankylosis*) w położeniu wyprostnem; prawie we wszystkich przypadkach operowana kończyna okazała się nader dobrą do chodzenia, nie mówiąc o tem, że usunięto deformacyję.

W II tablicy autor podał w zestawieniu 34 przypadki osteotomii prostej poniżej krętarza. Z tych w 2 robiono sposobem otwartym, w 7 sposobem podskórnym, w 25 sposobem przeciwnym; z tej liczby 34 przypadków zmarło 3 †, właśnie z pomiędzy owych siedmiu operowanych sposobem podskórnym, co daje 8,82% śmiertelności. Prawie wyłącznie miano do czynienia z ankilozą kostną, po większej części w skutek *coxitis*; 3 razy wskazaniem do operacyi było zwichnienie na dziurę owalną (M a i s o n n e u v e, B e r g m a n n i B r u n s); w 1 przypadku (B r y a n t) zeszywnienie było obustronne. Kość w pewnej części przypadków przepiłowaną była między obu krętarzami, w większości zaś przypadków poniżej małego krętarza. Częstokroć zanotowano, że przepiłowano kość niezupełnie, a pozostały mostek łamano. W dwóch przypadkach sama osteotomija nie wystarczyła do wyprostowania kończyny, tak że musiano przeciąć m. ksobny długi i nateżacz powięzi szerokiej (przyp. B a k e r'a), lub ten ostatni mięsień

i krawiecki (przyp. Ho l m e s'a). Z wyjątkiem jedyne go przypadku R h e a - B a r t o n'a otrzymano zawsze zrośnięcie kostne i wynik co do czynności kończyny był dobry.

W III tablicy R o z m a n i t pomieścił 29 przypadków osteotomii klinowej; 9 z nich było wykonanych w okresie przedantyseptycznym z 2 † (N u s s b a u m K n o r r e); pozostałe 20 przypadków leczone były przeciwgnilnie, a z nich 17 wykonano sposobem V o l k m a n n'a. Śmiertelność wogóle wynosi = 6,9%. W 4 przypadkach osiągnięto ruchomość; w przypadku R o d g e r s'a, który wykonał, jak wiadomo pierwszą osteotomię klinową, chory mógł nogę oddalać od drugiej, przybliżać i zginać do 90°, i ruchomość ta trwała jeszcze po upływie 3 lat; w większości przypadków od razu umyślnie miano na celu spowodowanie ankiлоzy w położeniu wyprostnem lub cokolwieczek zgiętem, a to dlatego, aby zapewnić choremu tem większy pożytek z kończyny operowanej. Skrócenie zazwyczaj było nieznaczne.

W IV tablicy mamy zestawione 21 przypadków resekcji dokonanej z powodu wadliwego zeszywnienia w stawie udowym; większość operacyj dokonaną była przed wprowadzeniem metody przeciwgnilnej, ztąd wysoka cyfra śmiertelności 6 †, z tego trzy przypadki śmierci z ropnicy. W 4 przypadkach w chwili robienia osteotomii istniało jeszcze próchnienie w okolicy ankiłotycznego stawu. W 2 przypadkach było zwiechnienie na k. biodrową, w 1-ym na *foramen ovale*; w przypadku B r u n s'a było zwiechnienie podwójne: na lewej stronie *l. perinealis*, na prawej *l. obturatoria*. W 10 wypadkach wypłowiano główkę, szyjkę i krętarz, w 5-ciu tylko główkę. W 11 przypadkach osiągnięto ruchomość w sztucznie przywróconym stawie; chory H o l t'a mógł w 3 miesiące po operacji poruszać kończyną we wszystkie strony. V o l k m a n n, który, jakśmy zaznaczyli, robił swoje operacje dłutem, otrzymał we wszystkich swoich 6 przypadkach ruchomość w stawie.

Nader doniosłej wagi jest stosowanie przy leczeniu następczem wyciągania za pomocą ciężaru.

Wł. Matlakowski.

*Archiv für Klin. Chir. T. XXVIII, Z. 1.*

## Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dnia 16 b. m. nastąpiło w Warszawie otwarcie pięciu przytułków dla rodzących. Jak wiadomo na początku r. b. wskutek wezwania p. Prezydenta miasta Warszawy utworzonym został w Towarzystwie Lekarskiem komitet, któremu poruczono opracowanie pewnych kwestyj szpitalnych, wymagających naglącej reformy, jak: kwestyi żywienia chorych w szpitalach, kwestyi przytułków dla rodzących, kwestyi szpitala dla chorych na choroby zakaźne i t. d.. Do komitetu tego wybrano kolegów: K l i n k a, M a r k i e w i e z a, N e n c k i e g o, O r ł o w s k i e g o i R o g o w i e z a, oraz B a r a n o w s k i e g o, który poprzednio już był wybrany przez Towarzystwo jako delegat do podkomitetu obywatelskiego, mającego obmyśleć źródła funduszków, potrzebnych do przeprowadzenia reform.

Ze względu na stan Instytutu Położniczego, połączonego z Kliniką Akuszerijną, oraz oddziału położniczego w szpitalu żydowskim, będący niżej wszelkiej krytyki z powodu znacznej śmiertelności położnic i ciągłego grasowania epidemij gorączki pługowej, naglącem było utworzenie małych zakładów położniczych rozrzuconych po różnych częściach miasta, aby dać schronienie i pomoc odpowiednią kobietom niezamożnym i uchronić je od wyzyskiwania przez akuszerki. Kolega R o g o w i e z wypracował więc projekt utworzenia na początek pięciu takich przytułków (w miarę potrzeby liczba ta ma być zwiększoną) na wzór już istniejących oddawna zagranicą i w Petersburgu. Projekt ten został przyjęty i wprowadzony w wykonanie przez Radę miejską dobroczynności publicznej, fundusze zaś w ilości 10000 rs. potrzebne na urządzenie i czasowe utrzymanie tych zakładów złożył p. Stanisław K r o n e n b e r g, Prezes dróg żelaznych Terespol-

skiej i Nadwiślańskiej. Z przyszłym rokiem przytułki te utrzymywane będą z funduszków miejskich.

Przytułki te mieszczą się w następujących miejscowościach: Prz. Nr. 1 — Leszno 66 (ord. lek. Biegański). Prz. Nr. 2 — Prosta 2 (ord. pani Dobrska), Prz. Nr. 3 — Nowo-Wielka 5 (ord. D-r med. Kondratowicz). Prz. Nr. 4 — Praga, Targowa 150A (ord. lek. Gromadzki) Prz. Nr. 5 (dla Izraelitek) — Muranowska 10, (ord. lek. Rubinsztein).

Lokale, w których mieszczą się przytułki, są obszerne, utrzymane we wzorowej czystości, przy każdym jest oddzielna sala dla rodzących, oddzielne pokoje dla położnic. Przy każdym zakładzie a kuszerka mieszka stale. Zachowanie czystości i przepisów antyseptycznych ma być wszędzie ściśle przestrzegane. Do przytułków mają prawo zgłaszać się kobiety w ostatnich dniach ciąży lub w czasie rozpoczęcia porodu, bez różnicy stanu i wyznania. Za pobyt w przytułku, opiekę lekarską, pomoc przy porodzie, żywność i usługę nie płać nic. Żadnych kwalifikacji i meldunków nie wymaga się, nawet, jeżeli chora sobie tego życzy, może nie wyjawiać swego nazwiska.

Widzimy więc, że Przytułki te mają zadanie czysto filantropijne i powinny się stać wielce pożyteczną instytucją dla niezamożnej ludności naszego miasta; zasługują więc na szerokie poparcie. Lekarze powinni starać się rozpowszechnić o nich wiadomość między swemi biednemi pacjentkami i przede wszystkim starać się przeciwważyć wpływ niechętnych akuserek, z których niektóre już dziś — jak słyszeliśmy — rozgłaszają między nieoświeconą klasą ludności, że z przytułków tych wszystkie położnice będą odsyłane jako mamki do szpitala Dzieciątka Jezus, że wychodzącym z przytułków będą dawać żółte książeczki i inne tym podobne niedorzeczności. Niewątpimy, że w niedługim czasie ludność niezamożna, przekonawszy się o istotnym stanie rzeczy, pozbędzie się przesądów i nieufności, jak zwykle do wszystkiego co nowe i dobre, i zrozumie całą pożyteczność tych zakładów. Z naszej strony uważamy za obowiązek wyrazić uznanie dla wszystkich, którzy przyczynili się w czemkolwiek do wprowadzenia w życie tych dobroczynnych instytucyj, które stanowią przykład, że można przecież wprowadzać pożyteczne reformy.

— W zeszłym tygod. bawił w Warszawie D-r Rydygier, właściciel prywatnego zakładu leczniczego w Chełmie (Prusy Wschodnie), znany jako jeden z najpłodniejszych pisarzy w literaturze lekarskiej polskiej, oraz jako głośny operator, który wykonał (d. 16. XI. 1880) drugie wycięcie rakowato zwyrodniałego odźwiernika żołądka (pierwsze wykonał P é a n d. 9. IV. 1879). Rydygier, jak wiadomo, był wybrany przez wydział jako pierwszy kandydat na profesora kliniki chirurgicznej we Wszechnicy Jagiellońskiej. Sympatycznego kolegę grono lekarzy tutejszych przyjmowało d. 15 b. m. zbiorową wieczera.

— W d. 18 b. m. obchodzono uroczyste jubileusz 25-letniego pełnienia obowiązków sekretarza stałego tutejszego Towarzystwa lekarskiego przez D-ra Szokalskiego. Uroczystość ta rozpoczęła się wieczorem wobec bardzo licznego grona lekarzy w sali posiedzeń Towarzystwa odpowiedniem przemówieniem Prezesa Towarzystwa i wręczeniem jubilatowi dyplomu na członka honorowego, podpisanego przez wszystkich członków obecnych na uroczystości. Jednocześnie odsłonięto portret olejny jubilata pędzla P. Horowitza, kupiony ze składek członków. Portret ten ma być zawieszonym stale w sali posiedzeń. Następnie kol. Kośmiński wymownemi słowy wypowiedział historję życia jubilata, podnosząc Jego zalety jako uczonego, profesora, sekretarza stałego i zarządzającego kasą wsparcia wdów i sierot pozostałych po zmarłych lekarzach. Po podziękowaniu przez jubilata za okazanie mu tytu dowodów uznania, zebrani członkowie w liczbie przeszło 80 udali się na wspólną wieczera, podczas której liczni mówcy podnosili ponownie zasługi D-ra Szokalskiego, jako sekretarza stałego Towarzystwa, jako zarządzającego wszystkiemi interesami i całym majątkiem Towarzystwa, jako profesora, jako człowieka obywatela, który zawsze poświęcał własne interesa dla dobra społeczeństwa i t. d. Jako stałą pamiątkę odbytego jubileuszu zanotować musimy zebranie z dobrowolnych składek kilkuset rubli na założenie projektowanych oddawna, a tak potrzebnych pracowni naukowych przy Towarzystwie lekarskiem i ofiarowanie rs. 150 przez Redakcyję naszego pisma za najlepszą pracę, mającą za treść określenie znaczenia naukowych prac jubilata, a przede wszystkim prac jego okulistycznych.

*Paryż.* Krzątają się tu około wyjednania u Rady miejskiej uchwały założenia miejskiego Muzeum higieny. Na początek mają w niem znaleźć pomieszczenie przedmioty wystawiane przez miasto Paryż na różnych wystawach, a ostatnio i na wystawie higienicznej w Genewie. Propo-

nują także, aby przy Muzeum była i sala, w którejby mogły się odbywać peryjodycznie odczyty z różnych działów higieny, naturalnie odczyty bezpłatne.

— Zmarł tu 23. X. r. b. Kamil Józef Davaine, członek akademii lekarskiej, sławny badacz w dziedzinie chorób pasorczytniczych, w szczególności zarazka czarnej krosty.

*Berlin.* Prof. Virchow, który chorował na ostre zapalenie nerek, przyszedł do zdrowia i rozpoczął już wykłady.

— W ubiegłym roku szkolnym było zapisanych na wydziale teologicznym 306 słuchaczy, na prawnym 1011, na lekarskim 464, na filozoficznym 1113, razem 2894 studentów.

*Bern.* Obchodzone tu 50-letni doktorski jubileusz prof. Valentin'a.

*Bonn.* Zmarł tu d. 26. X. r. b. prof. Obernier dyrektor politechniki lekarskiej. Zapisał on dom, ruchomości i 50000 marek miastu Bonn, przeznaczając je na wybudowanie i utrzymanie muzeum.

*Praga.* Dotychczasowy docent prywatny D-r Petrina mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

*Petersburg.* Ma tu być wkrótce otwarty Państwowy urząd zdrowia, na wzór istniejących w Berlinie, Londynie, Brukseli.

---

### ODPOWIEDŹ.

Szanownej Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. Zwracamy uwagę Sz. Redakcyi, że na żadne wyroki wydawane w tajemnicy i zaocznie, to jest bez nas o nas, zgodzić się nie możemy; sprawę więc uważamy za skończoną.

---

### OGŁOSZENIE KONKURSU.

Stosownie do postanowienia, powziętego przez współwłaścicieli Gazety Lekarskiej na wieczery, wydanej w d. 18 b. m. i r. na cześć prof. Szokalskiego z powodu 25-letniego pełnienia przez niego obowiązków sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, ogłasza się niniejszem konkurs na rozprawę: „O naukowem znaczeniu prac prof. Szokalskiego“. Rozprawa powinna odpowiadać następującym warunkom:

- 1) winna mieć *minimum* 3 arkusze druku,
- 2) winna uwzględnić wszystkie prace drukowane prof. Szokalskiego,
- 3) w końcu rozprawy powinien być dołączony dokładny spis biblijograficzny wszystkich Jego prac, wraz ze wskazaniem źródeł,
- 4) ma być podany krótki rys życia Profesora;
- 5) ostatni termin nadsyłania prac jest d. 18 Listopada 1883 r.. Rozprawy mają być przysyłane pod adresem Redakcyi Gazety Lekarskiej. Do rękopismu powinna być dołączoną zapieczętowaną koperta, zawierająca nazwisko autora i opatrzona takim samym godłem, jakim oznaczony będzie rękopism;
- 6) rękopism uwieńczonej rozprawy staje się własnością Gazety Lekarskiej, a w razie nie wydrukowania jej w ciągu roku, autor może zażądać zwrotu swojej pracy.

Sędziami konkursu będą: prof. Hoyer, redaktor Gazety Lekarskiej D-r Gajkiewicz, wydawca tejże Gazety D-r Kondratowicz i 2 zaproszonych oftalmologów warszawskich. W jednym z numerów Gazety Lekarskiej będzie wydrukowaną ocena i motywy, które przeważąły zdanie sędziów na korzyść uwieńczonej pracy. Autor najlepszej rozprawy otrzyma od Redakcyi Gazety Lekarskiej rubli sto pięćdziesiąt.

---

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla prenumeratorów na prowincyi: „Spis rzeczy zawartych w T. LXXVII. Pamiątnika Warszawskiego Tow. Lekarskiego“.

---

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою. Варшава 11 Подбѣра 1882 г. Друк К. Ковалевскаго Крѳлевска Nr. 23.