

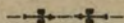
GAZETA LEKARSKA.

I. O leczeniu złośliwych nowotworów odbytnicy (z przedstawieniem chorych i preparatów).

Podał

L. Rydygier.

[Według wykładu, wygłoszonego na XI Zjeździe chirurgów polskich].



Jeżeli mimo licznych prac, ogłoszonych w ostatnim czasie o raku odbytnicy i dyskusji wyczerpujących w Towarzystwach różnych narodowości odbytych, postanowiłem o tym przedmiocie mówić i na naszym Zjeździe, to dwie przeważnie przyczyny do tego mię skłoniły: Pragnąłem, żeby i nasze stanowisko w kwestyi leczenia raka odbytnicy zostało zbiorowo zaznaczone. Wszakże wiemy, że może nigdzie w chirurgii zdania nie podzieliły się tak wedle narodowości, jak właśnie w tej kwestyi: FRANK z Dublina powiada wprost, że wskazanie do operacyi raka odbytnicy zależy więcej od narodowości chirurga, niż od stanu chorego: we Francyi wykonywa się przeważnie rektotomię, w Anglii kolostomię, a w Niemczech *castratio recti*. Może my właśnie, wychowani w różnych szkołach, zdołamy, nieuprzedzeni, wskazać średnią drogę — zawsze najpewniejszą — i przyczynić się do dalszego wyrównania różnic zdań, które w ostatnich czasach już i tak coraz bardziej do siebie się zbliżają.

Niech tylko wyrazem naszego stanowika nie będzie zapatrywanie, ogłoszone niedawno temu w pracy dra A. GRÜNBAUMA [Gazeta Lekarska Nr. 16 1900]. Znajdujemy tam np. takie błędne zdania: „Otóż praktyka dowiodła, że . . . nawroty . . . zachodzą prawie bez wyjątku w tak krótkim czasie, że mimowoli, musimy sobie zadać pytanie: co właściwie zyskał chory, poddając się tak ciężkiej operacyi“? . . . „pozostawanie strasznego kalectwa“ . . . „przypadki moje w znacznej części tak są charakterystyczne, a ostateczne ich wyniki tak są przekonujące, że . . . trudno nie przyjsć do wniosku, iż uskutecznienie u odnośnych chorych radykalnej operacyi żadnej realnej nie przynosi im korzyści“ . . .

„Przez wcześniejsze usunięcie już istniejącego tworu złośliwego nie zabezpieczamy chorego od możliwości powtórnego jego rozwinięcia“ . . . „że pojawienie się nawrotów u chorych odnośnych ma miejsce bez względu na czas,

w którym operacja wykonana została, a całkowite wyzdrowienie stanowi tu nadzwyczaj rzadki wyjątek“...

„Mojem zdaniem pojawienie się nawrotów... zależy nie od sposobu i czasu, w którym operacja wykonana została... Fakt, że omawiane twory złośliwe zjawiają się najczęściej na tle dziedzicznym“...

Druga przyczyna, która mnie skłoniła do podjęcia tego tematu jest ta, że chciałbym, aby nasze rozprawy w tem tu zebraniu przyczyniły się do tego, ażeby przecież nareszcie u ogółu lekarzy bez wyjątku przyjęła się ta zasada niezmiernie ważna i doniosła, że skoro chory skarży się na dolegliwości w odbytnicy, to trzeba koniecznie w każdym przypadku zbadać ją palcem. Zasada ta powinna tak wsiąknąć w umysł każdego lekarza, że powinien prawie odruchowo przy uzalaniu się chorego na dolegliwości w *rectum* zacząć szykować palec do badania.

Wszakże dzisiejsze nasze rozprawy wykażą, spodziewam się, że rak odbytnicy nie przedstawia gorszych widoków do stałego wyleczenia trwałego od raków innych okolic, byle chorzy wcześniej zgłosili się do operacji i chirurg chciał i umiał możliwie radykalnie operować. Wczesna zaś operacja zależy od wczesnego rozpoznania; to zaś ostatnie najczęściej od wczesnego zbadania odbytnicy palcem albo, powiedzmy dosadniej — od mniejszego lub większego wstrętu lekarza do powalania sobie palca kałem! Nie przeczę, że czasem chorzy tak mało na siebie uważają i tak mało są wrażliwi na ból, w rzadszych zaś przypadkach początkowo dolegliwości rzeczywiście tak są nieznaczne, że nawet inteligentniejsi chorzy nie zwracają na nie uwagi; to jednak twierdzą stanowczo, że w stosunkowo bardzo licznych przypadkach widzę co roku chorych, leczących się nieraz już kilka miesięcy, a czasem i blisko rok u lekarzy, którzy ich ani razu *per rectum* nie badali. Nieszczęśliwe te hemoroidy, któremi się w takich razach najczęściej chorzy i lekarze ludzą i oszukują. Niestety, pochodzą takie przypadki grubo zaniedbane nieraz od lekarzy skądinąd wcale tegich. Precz więc nareszcie z tą opieszałością i z tym wstrętem do zbadania odbytnicy palcem!

Nie będę się rozwodził nad rozpoznaniem raka odbytnicy, które w przeważnej liczbie przypadków jest łatwe, a przejdę wprost do leczenia tego cierpienia.

Niestarczyłoby nam czasu, gdybym chciał wyczerpnąć ten przedmiot, ograniczę się dlatego do kilku ogólnych, ważniejszych lub wątpliwych zagadnień.

1) Kiedy można podejmować jeszcze radykalną operację, a kiedy należy poprzestać na paliatywnym zabiegu?

Zasadniczo i ogólnikowo odpowiedzieć łatwo: We wszystkich przypadkach, gdzie mamy uzasadnioną nadzieję, że uda nam się nowotwór w granicach zdrowych wyciąć i wszystkie gruczoły zajęte wydalić, należy się podjąć radykalnej operacji. W poszczególnych przypadkach nasuną nam się rozliczne trudności w rozstrzygnięciu pytania, czy możemy w danym razie mieć tę nadzieję lub nie.

Jedno stanowczo możemy powiedzieć: przypadki, w których stwierdzamy przerzuty, np. w wątrobie, nie nadają się do radykalnej operacji.

Natomiast przy zrostach z narządami sąsiednimi panuje niepewność i dzieli się zdania: Dla jednych zrosty z pęcherzem, prostatą, macicą stanowią już stanowczo przeciwskazanie do operacji radykalnej, dla innych nie, albo nie zawsze. Stąd to pochodzi ta ogromna różnica w stosunku radykalnych operacji do paliatywnych w różnych klinikach. Podam tu tylko kilka dat z cennej pracy VOGEL'a z kliniki SCHEDE'go:

Wykonali radykalnych operacji:

1.	SCHEDE	80,3%
2.	BERGMANN	80 %
3.	W Getyndze [KOENIG-HILDEBRAND]	78,3%
4.	W Marburgu [WENDEL]	75,4%
5.	W Freiburgu [KRASKE]	73 %
6.	W Heidelbergu [CZERNY-LÖWINSOHN]	71,1%
7.	W Wrocławiu [MIKULICZ-CZESCH]	60,6%
8.	CHRISTEN	55,8%
9.	W Zurichu [KRÖNLEIN-STIERLIN]	50 %
10.	W Gryfii [HELFERICH-WEBER]	48 %
11.	W Rostoku [MADELUNG-SCHNEIDER]	47,2%

Ze swej kliniki nie mogę podać stosunku w liczbach, gdyż nie wykonałem ani jednej operacji paliatywnej, więc chyba powiedziałbym, że operowałem 100% radykalnie. Liczbowo byłoby to słusznie, nie odpowiadałoby jednak dokładnie rzeczywistości. Ponieważ kliniki nasze w Austrii z powodu zazwyczaj małej liczby łóżek w porównaniu z klinikami niemieckimi wybierać muszą materiał odpowiedni do celów dydaktycznych i naukowych, odsyła się nieodpowiednie przypadki do szpitalów. Stosunku tych nieprzyjętych — czasem nawet w księgach nie zapisanych — przypadków podać nie umiem, ogólnikowo tylko powiedzieć mogę, że posuwam granice wskazań do radykalnej operacji bardzo daleko.

Rozumie się, że stosownie do mniej lub więcej szeroko zakreślonych granic dla radykalnej operacji, będą i bezpośrednie wyniki po operacji — procent śmiertelności — i liczba radykalnych wyleczeń korzystniejsze lub mniej korzystne.

Jeżelibym miał swoje zdanie wypowiedzieć, czy i o ile zrosty z sąsiednimi narządami stanowią przeciwskazanie do operacji radykalnej, to powiedziałbym, że zrosty z ścianami kostnymi miednicy stanowczo wykluczają radykalną operację, zrosty zaś z pęcherzem, prostatą i macicą tylko względnie. Wiele zależy w takim przypadku od ogólnego stanu chorego, a nie mniej od tego, jak daleko i głęboko miejscowo te zrosty sięgają. W domu zdrowia kol. GWIAZDOMORSKIEGO operowałem chorego, któremu znaczną część prostaty razem z *carcinoma recti* przy resekcji *modo* KRASKE wyciąć musiałem, a który mimo to przeszło 1½ roku żył bez recydywy i to nie tylko wegetował, ale używał życia w całej pełni [chodził na polowanie i t. d.]. Po operacji recydywy żył jeszcze dalsze trzy lata, a więc ogółem po pierwszej operacji 4½ roku.

Gdyby jednak zajęcie prostaty tak głęboko sięgało, że trzeba by wyciąć kawał cewki, lub gdyby rak przechodził na pęcherz tak, że nie obeszłoby się bez obrażenia moczowodów, natenczas mamy naturalnie stanowcze przeciwskazanie do operacji radykalnej, choćby stan ogólny chorego był względnie dobry.

Z drugiej zaś strony przy złym stanie ogólnym i nieznaczne przejście raka na części sąsiednie wstrzyma nas od operacji radykalnej.

Nawet wiek chorego ma niepośledni wpływ na rozstrzygnięcie tego pytania: Z jednej strony bardzo późny wiek z jego małą odpornością nie zachęci nas do podejmowania tak ciężkiej operacji. Z drugiej strony wiek stosunkowo bardzo młody wstrzyma nas także przy dalszem posunięciu sprawy od radykalnej operacji, gdyż wiemy z doświadczenia, że raki, powstające już w tym wieku, są bardzo skłonne do rycydyw.

Tak więc i w rozstrzygnięciu tej kwestyi, jak tytu innych w naszej nauce, należy indywidualizować w każdym przypadku, a niemalą rolę odgrywa doświadczenie i usposobienie chirurga. Pole to, pozostawione osobistemu zapatrywaniu chirurga, staje się tem szersze, że często nawet w narkozie nie jesteśmy w stanie rozstrzygnąć na pewno, jak daleko przeszedł już rak na narządy sąsiednie i w jakim stopniu je zajął.

2) Jak należy przygotować chorego do radykalnej operacji raka odbytnicy?

I tu zdania są podzielone. Większość żąda jak najdokładniejszego oczyszczenia przewodu pokarmowego: zaleca więc podawanie środków przeczyszczających przez kilka a nawet kilkanaście dni, wskazując na doświadczenie, że nieraz wprost zdumiewające masy kału zalegają powyżej zwężenia rakowatego, które po jego usunięciu przez operację posuwają się na dół i zakazają ranę lub szew jelitowy rozrywają, jeżeli przed operacją nie zostały wydalone. HOCHENEGG, przeciwnie, występuje w ostatnich czasach przeciwko podawaniu środków przeczyszczających, twierdząc, że przez to traci się tylko niepotrzebnie czas, osłabia się chorego, a co najgorsza, rozpuszcza się twarde *scy-bala* i potem po operacji leje się rzadki kał, który łatwiej ranę zakazi, niż twarde *scy-bala*.

Żeby pole operacyjne oczyścić i zdezynfekować, jak na innych miejscach, o tem tutaj ani marzyć nie możemy. Wszelkie zabiegi, podejmowane w tym kierunku, pozostaną zawsze niedostatecznymi. Niektórzy ludzili się, że zapomocą środków wewnętrznych zdołają przewód pokarmowy do pewnego stopnia odkazić i zalecali w tym celu naftol, magnez, salicyl, i t. p. środki. Ponieważ to są rzeczy nieszkodliwe, więc można je podawać, jeżeli na tem czasie nie tracimy. Rzetelniejszą usługę odda nam w tym względzie odpowiednie uregulowanie diety: dyeta mleczna i potrawy, z których mało kału powstaje.

Ażby jeszcze dokładniej dolny odcinek przewodu pokarmowego opróżnić i same owrzodzenie rakowate oczyścić, zaleca się przepłukiwanie odbytnicy przez kilka dni przed operacją, lekkimi płynami antyseptycznymi, jak: wodą borową lub wodą utlenioną (*Wasserstoffsuperoxyd*). Stanowczo odradzam przepłukiwać

odbytnicy bezpośrednio przed operacją już na stole operacyjnym, jak to niektórzy radzą, gdyż woda, użyta do przepłukania, całkowicie nie odpłynie i nieraz w czasie operacji w najkrytyczniejszej chwili zacznie do rany otwartej się wylewać. Przestrzegam również przed używaniem silniejszych antyseptyków, a mianowicie sublimatu—choćby w słabym roztworze: mimo rozcieńczenia może czasem nastąpić zatrucie, a dokładniej dezynfekcyi i w ten sposób nie otrzymamy, bo przecież o dokładnej dezynfekcyi odbytnicy i rozpadającego się owrzodzenia rakowatego z jego nierówną powierzchnią i zatokowatymi brzegami i takim sposobem ani marzyć nie możemy, choćbyśmy poprzednio nawet owrzodzenie ostrą łyżeczką wyskrobali—czego się także nie zaleca ze względu na stosunkowo znaczną utratę krwi i możliwe przedziurawienie kruchych ścian.

Najpewniej bez zaprzeczenia zapewnia antyseptykę w czasie operacji i niemniej po jej wykonaniu przedwstępna kolostomia, wykonana na kilka dni przed operacją, jak to zalecali POLLOSSON, ADAMS i bardzo gorąco SCHEDE. Podnoszą jednak poważne zarzuty przeciwko takiemu postępowaniu, a mianowicie: 1) opóźnia się o kilkanaście dni wycięcie raka; 2) trzeba wykonać trzy operacje: kolostomię, wycięcie raka i na końcu zamknięcie otworu kolostomijnego—z pewnością rzecz w ogóle nie obojętna, a tem mniej u tak osłabionych chorych; 3) kolostomia w lewej pachwinie może utrudnić znaczniejsze ściągnięcie jelita esowatego po wycięciu raka. Mimo tych zarzutów VOGEL w wymienionej już swej pracy tak gorąco broni tego postępowania i na bogatym materiale kliniki SCHEDE'go tak przekonywająco wykazuje jego zalety, że z pewnością w niektórych przypadkach sposób ten zasługuje na zastosowanie.

Ja go używam w zmienionej postaci, przez co unikam w znacznej części zarzutów, czynionych postępowaniu SCHEDE'go. Nie robię kolostomii w lewej pachwinie, a ponad pępkiem w linii środkowej, otwierając *colon transversum*; w ten sposób nie utrudniam wcale późniejszego ściągnięcia choćby najdłuższego kawała jelita esowatego. Nie przecinam jelita i nie wszywam dwu jego końców w ranę ścian brzusznych, jak SCHEDE i wszyscy robią, ale otwieram tylko cięciem podłużnym w *taenia longitudinalis* poprzecznicę i wszywam prostopadle w ranę brzuszną, przez co tworzę rodzaj syfonu, który nie przepuszcza kału do dolnego odcinka jelita, a przeciwnie zmusza go do wypływania wprost na zewnątrz. Wskutek tego późniejsze zamknięcie sztucznego otworu stolcowego staje się daleko łatwiejszem, — trzecia operacja mniej niebezpieczną.

Przedwstępne założenie kolostomii zaleca się przedewszystkiem w przypadkach istniejącego *ileus*; dalej, wtenczas, jeżeli z góry przewidzieć możemy, że nie uda nam się wszyć górnego odcinka jelita po odcięciu bardzo wysoko sięgającego raka w otwór stolcowy, a przeciwnie, będziemy musieli założyć *anus sacralis*. Osobiście wolę *anus inguinalis*, niż *anus sacralis*.

Przedwstępną kolostomię robię też we wszystkich przypadkach raka na granicy jelita esowatego a odbytnicy tam, gdzie otrzewna w jamie DOUGLAS'a przechodzi na jelito. Są to nierzadkie przypadki wązkie raków, pierścieniowato zaciskających tu jelito, a znajdujących się całkiem wewnątrz otrzewnowo powyżej załamka DOUGLAS'a. Raki te operuję *per laparotomiam* i po wycięciu zajętego od-

cinka, zeszywam jelito. Szew, w tej głębokości w miednicy bardzo trudny, nie może być założony z zwykłą dokładnością i pewnością. Dlatego staram się, żeby po jego założeniu kał tą drogą wcale nie przechodził i to jest przyczyną, dlaczego w tych przypadkach zawsze robię przedwstępną kolo-stomię.

3) Jaki z licznych sposobów operowania raka odbytnicy zasługuje na pierwszeństwo?

Tylko przy pomocy licznych tablic, któremi przy wykładzie na Zjeździe rozporządzałem, a których reprodukcya byłaby zbyt kosztowna, możnaby tę kwestyę szczegółowo omówić; tutaj podam więc po krótku tylko, że mamy rozmaite drogi do wycięcia raka odbytnicy, a mianowicie:

1) Droga naturalna, 2) kroczoza, 3) około-krzyżowa, 4) krzyżowa, 5) skombinowana brzuszno-kroczoza lub brzuszno-krzyżowa.

Wybór sposobu operowania zależy od miejsca usadowienia i rozległości nowotworu. Jeden sposób nie wystarcza na wszystkie przypadki, jak HOCHENEGG twierdzi. Temu sposobowi damy pierwszeństwo, który w danym przypadku dozwala:

- 1) najdokładniej usunąć nie tylko guz, ale i zajęte gruczoły,
- 2) najwięcej zapewnia przebieg aseptyczny,
- 3) najbardziej ułatwia zatamowanie dokładne krwotoku.

Jedną tylko uwagę zrobię co do stosowania rozmaitych sposobów, nie wliczając ich nawet: Potępiam stanowczo sposób wycinania raka odbytnicy drogą naturalną po rozszerzeniu zwieracza, chociażby rak był bardzo mały i nie zajmował całej ściany odbytnicy naokoło. Wiemy przecież, że naczynia limfatyczne przebiegają w ścianach odbytnicy naokoło, tworząc gęstą sieć. Jakim sposobem można tu mieć, nie mówię już pewność, ale choćby nadzieję, że może się udać wycięcie raka z części ściany bez pozostawienia zarodków jego w tuż przylegających naczyniach limfatycznych. O wydobyciu gruczołów, zajętych przez takie okienko w ścianie, naturalnie nie można marzyć. Niestety, znajduję jeszcze w najnowszych wydaniach niektórych rozpowszechnionych podręczników sposób ten w niektórych przypadkach zalecany, ponieważ jest łatwy do wykonania. Że jest łatwy, nie przeczę, ale nie mniej jest pewnem, że jest do niczego i nie powinien nigdy znaleźć zastosowania. Wszakże nikomu dziś się ani nie śni wycinać np. z gruczołu sutkowego choćby najmniejszego raka!

Jakibądź sposób operowania wybierzemy, przy samem wykonaniu powinny nami kierować następujące

zasady ogólne:

1. Należy się trzymać w pewnem oddaleniu od guza, a nie, jak KÖNIG i QUÉNU nawet jeszcze radzą, blisko niego. Najlepiej prowadzić cięcie na zewnątrz od *fascia propria recti* WALDEYER'a, pamiętając, że pomiędzy nią a odbytnicą przebiegają liczne naczynia limfatyczne z okolicy odbytu i znajduje się znaczna część gruczołów limfatycznych. Nie powinniśmy prócz tego zapominać o gruczołach sakralnych i innych, wyżej położonych.

2. Nie należy nigdy przy wyluszczeniu odbytnicy zbyt mocno ciągnąć za dolny jej koniec. Ściany jelita, zajęte rakiem, są tak kruche, że bardzo łatwo nadzierają się: powstaje dziura i posoka wylewa się na świeżą ranę. QUÉNU ma rację, jeżeli żąda, żeby zajęte *rectum*, jako worek wypełniony posoką, wyluszczać w całości, wystrzegając się otwarcia. Dlatego wszystkie sposoby, które tego nie uwzględniają, nie zasługują na stosowanie, jak np. pierwotny sposób DIEFFENBACH'a z rozcięciem odbytnicy ku tyłowi. Z tej samej przyczyny zaleca się przed odcięciem odbytnicy wraz z guzem założenie podwójnej podwiązki, a jeżeli robimy *exstirpatio recti*—zaszcycie samego odbytu. Gdzie tylko możemy, wyciągamy *rectum* razem z guzem tak daleko na dół, że przed odcięciem guza przymocujemy kilku szwami ściany odbytnicy powyżej miejsca, mającego uleźć przecięciu, do skóry zewnętrznej.

3. Gdyby się górnego odcinka odbytnicy nie udało ściągnąć aż do prawidłowego otworu stolcowego, co mi się nigdy w moich przypadkach nie wydarzyło, wtenczas wolałbym założyć *anus praeternaturalis inguinalis*, niż *sacralis*, tyle zachwalany przez HOCHENEGG'a, a to z następujących przyczyn: a. *Anus inguinalis* jest dla chorego łatwiejszy i dogodniejszy do oczyszczenia i zaopatrywania. b. Łatwiej zapomocą odpowiedniego sposobu operowania [przecignięcie pomiędzy na tępo rozdzielonemi włóknami mięśnia, skośne przecignięcie] urządzić sztuczny odbył pachwinowy tak, że chory może stolec wstrzymać i oddawać prawidłowo (*continentia alvi*), niż przy otworze stolcowym, założonym w okolicy krzyżowej. c. Wypadanie jelita (*prolapsus*) i zwężenie rzadziej się zdarza przy pierwszym sposobie, niż przy drugim. d. W przypadkach, w których zrobiliśmy przedwstępnie kolostomię, nie potrzebujemy usuwać tego otworu, operacja dodatkowa odpada. e. Nareszcie w razie nawrotu miejscowego, co po tak rozległych wycięciach nie rzadko się zdarza, otwór stolcowy w pachwinie funkcjonuje bez przerwy, a po założeniu otworu stolcowego w okolicy krzyżowej możemy być zmuszeni do robienia kolostomii, następowo, kiedy po wybijaniu raka na miejscu pierwotnem wystąpi znaczne utrudnienie w oddawaniu stolca.

4. Powstawaniu *incontinentiae alvi* po wycięciu zwieracza zapobiegamy sposobem GERSUNY'ego, skombinowanym z moim *resp.* WILLEMS'a lub WITZEL'a.

Tak postępując, podniesiemy powoli zaufanie do tej operacji nie tylko lekarzy, ale i chorych, chociażbyśmy nie wyliczyli—jak to mylnie HOCHENEGG czyni—śmiertelności na 5, ani 8%, ale jaką w rzeczywistości jest — około 15—20%. Natomiast cieszyć się będziemy, że otrzymamy 25—30% radykalnych wyleczeń, byle nam wcześniej przysyłano chorych tych, niż to się dotychczas dzieje.

A więc nie zaniedbywać badania odbytnicy palcem!

II. Z ODDZIAŁU DRA MED. A. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH PRZY SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

DALSZE DWA PRZYPADKI WIELOLICZNYCH SAMOISTNYCH MIĘSAKÓW BARWNIKOWYCH SKÓRY.

Podał

Dr Robert Bernhardt,

lekarz szpitala św. Łazarza w Warszawie.

— + —

Już po wykończeniu mojej ostatniej pracy ¹⁾ miałem możność spostrzeżenia jeszcze dwu przypadków wielolicznych samoistnych mięsaków barwnikowych skóry typu A) Kaposiego. Przypadki te zasługują na wzmiankę—jeden z powodu bardzo rzadkiej, o ile mi wiadomo, dotychczas nieopisanej lokalizacji na żołądź, prąciu i mosznie, drugi wskutek słabego zabarwienia guzów mięsakowych.

P r z y p a d e k I-szy. 86-letni Moszek G., z zawodu faktor, zapisał się na oddział 3. XI. 1901 r. [Księgi głównej Nr. 5635]. Pacjent nawet w przybliżeniu nie umie określić od kiedy datuje się niniejsze cierpienie. Podaje on 3 miesiące, choć należy przypuścić, iż sprawa trwa co najmniej 5 lat i że rozpoczęła się na lewej stopie. Na stan swego zdrowia pacjent zwrócił uwagę dopiero przed 2-ma—3-ma miesiącami, a to z powodu bólu pod palcami stóp, występującego jednak tylko przy chodzeniu. W ostatnich czasach odczuwa też nieznaczny ból przy ruchach palców lewej ręki.

Moszek G. poważniejszych chorób nie przechodził. Przed rokiem cierpiał na zatrzymanie moczu—[starcze powiększenie gruczołu krokowego]. Leczył się; obecnie oddaje mocz swobodnie.

Pacjent jest dosyć czerstwym, ruchliwym i gadatliwym staruszkiem o prawidłowej budowie ciała i względnie niezłym odżywieniu. Na policzkach i nosie — *couperouse*. Łysy. Błony śluzowe mają wygląd normalny.

Zmiany patologiczne mieszczą się, jak zwykle, na kończynach. Skóra palców i grzbietu lewej stopy jest znacznie zgrubiała, twarda, napięta, barwy od czerwono-sinej do ciemno-stalowej. Liczba guziczków jest dosyć znaczna, zwłaszcza na palcach. Dosiegają one wielkości pestki wiśniowej, a zabarwienie mają ciemno-stalowe. Guziczki siedzą pojedynczo lub też zbierają się w niewielkie gromady. Na podeszwie zmiany są mniej rozległe, a guziczki po większej części bardzo płaskie. W okolicy stawu golenio-skokowego i na pięcie skóra uległa takim zmianom, jak i na grzbiecie stopy. Liczba guziczków

¹⁾ Gazeta Lekarska. 1901 r. Nr. 38, 39, 40.

dochodzi tutaj do 15-tu. Goleń—nieco obrzękła. W dolnej jej połowie skóra jest ciemniejsza i twardsza, niż zwykle, guziczków jednak nie widać. Na przedniej powierzchni stawu kolanowego znajdują się 4 dosyć płaskie ciemno-czerwone guziczki, wielkości ziarna fasoli oraz jedna takiejże barwy plamka. Zupełnie analogicznym, lubo mniej rozległym, zmianom uległa prawa kończyna dolna.

Najwięcej ucierpiała skóra palców, zewnętrznego i wewnętrznego brzegu stopy oraz pięty, podczas gdy na grzbiecie stopy jest względnie niewiele zgrubiała i tylko nieco ciemniejsza od normalnej. Tutaj też jeszcze zauważyć można liczne, drobne, w kształcie smug i gwiazdeczek rozszerzenia powierzchownych naczyń skóry. Guziczków jest wogóle niewiele, a mieszczą się przeważnie na palcach. Skóra łąki i uda—bez widocznych zmian.

Co się tyczy kończyn górnych, to najrozleglejsze zmiany spostrzegamy na lewej. Cała lewa ręka jest powiększona i niekształtna. Zgrubiała twarda skóra palców jest silnie napięta i posiada barwę od ciemno-czerwonej do czerwono-sinej. Ruchy palców są nader ograniczone i dosyć bolesne. Liczba guziczków jest bardzo znaczna. Skóra grzbietu ręki jest również zgrubiała, lecz nie tak twarda i ciemna. Na niej widać już to różnej wielkości plamy, już to oddzielne guziczki. W takiż sposób zmieniona jest skóra dłoni. W okolicy stawu nadgarstkowego znajduje się zaledwie kilka drobnych guziczków.

Prawa ręka, jak powiedziano, jest względnie mało zmieniona. Skóra palców i grzbietu ręki jest zaledwie nieco ciemniejsza i twardsza od normalnej. Tu i owdzie widać kilka ściśle odgraniczonych, ciemno-czerwonych plam. Na przedramieniu również mieści się jedna plamka, wielkości przekroju wiśni.

Przechodzę teraz do opisu zmian skóry narządów płciowych. Na powierzchni żołędzi prącia widać kilka plamek barwy czerwono-sinej, kształtu okrągłego lub nieprawidłowego, które miejscami zlewają się ze sobą. Spoiistość ich jest nieco znaczniejsza od otaczających części zdrowych. Dokoła żołędzi, wzdłuż brzegu rowka zażołodnego bez przerwy niemal ciągnie się czerwono-sinypas, szerokości około 0,5 ctm. Takież zabarwienie posiada samo dno i brzegi rowka. Resztki napletka są znacznie zgrubiałe [zwłaszcza w częściach bocznych], twarde, barwy od czerwono-sinej do stalowej. Przy wymacywaniu napletka wyczuwamy w głębi skóry liczne, drobne, ściśle odgraniczone guziczki. Takież zmiany spostrzegamy na skórze prącia w częściach, przylegających do napletka.

Co się tyczy moszny, to tutaj przede wszystkim zwraca uwagę szew, który w kształcie wysokiego [do 1 ctm.] wału biegnie od prącia do krocza. Spoiistość jego jest bardzo znaczna, zaś barwa waha się między sino-czerwoną a ciemno-stalową. Po obu stronach szwu niekiedy widać oddzielne ciemno-stalowe guziczki, dosięgające wielkości pestki wiśniowej. Na przedniej powierzchni lewej połowy moszny mieści się gładka plama, wielkości rubla srebrnego, spoiistości dosyć znacznej. Na powierzchni tylnej moszny znajdują się liczne plamy, które niekiedy zlewają się na dosyć znacznej przestrzeni. Barwa ich zazwyczaj bywa ciemno-stalowa, niektóre jednak są niemal czarne. W innych miejscach moszny widać tu i owdzie kilka oddzielnych ciemno-czerwonych płaskich guziczków, wielkości fasoli, które siedzą na pozornie zdrowej skórze.

Skóra innych miejsc ciała jest niezmienną.

Ze strony narządów wewnętrznych znaleziono umiarkowaną rozemę płuc. Nieznaczne stwardnienie tętnic. Przepuklina pachwinowa lewa. Gruczoł krokowy znacznie powiększony, nie tylko boczne, lecz i zraz środkowy. Mocz w ilości 1300 ctm. sz., mętnawy, kwaśny, zawiera ślady białka. W osadzie: śluz, dosyć dużo leukocytów, umiarkowana ilość nabłonków pęcherzowych, kryształki kwasu moczowego i szczawianu wapnia, trochę moczanów.

Przy histologicznem badaniu skóry, wyciętej z napletka, wykryłem takie zmiany, jakie opisałem przy „rozlanem zgrubieniu skóry”. Na szczególną wzmiankę zasługują rozległe wynaczynienia i niezmierna obfitość rudego barwnika, który znajduje się w skórze poza komórkami w kształcie dużych bryłek i ziarenek.

P r z y p a d e k II-gi. Herszel R. 70 lat, piekarz, zapisał się na oddział 10. XI. 1901 r. [ks. gł. Nr. 5774].

Choroba trwa 5—6-ju lat. Zmiany wystąpiły najpierw na prawej stopie, potem na lewej, na rękach powstały stosunkowo niedawno.

Pacjent niskiego wzrostu, chudy, osłabiony, anemiczny, o ziemistej barwie skóry. Pokładu tłuszczowego prawie niema. Mięśnie bardzo wiotkie. Układ kostny prawie rozwinięty.

Skóra palców i grzbietu obu stóp jest zmieniona w sposób zwykły. Spozstrzegamy tutaj także zgrubienie i zabarwienie skóry, także guziczki, jakie już niejednokrotnie opisywałem. W danym jednak razie wielkość guzów niekiedy dochodzi do znacznych rozmiarów. Tak np., z dolnej i zewnętrznej powierzchni 4-go palca prawej stopy wyrasta guz, wielkości pomarańczy, o powierzchni owrzdziałej, barwy ciemno-czerwonej, spoistości włóknistej. Guz siedzi na szerokiej, krótkiej szypule. Na wewnętrznym brzegu tejże stopy znajduje się również dość duży, owrzdziały guz, wielkości orzecha włoskiego. Najciekawsze jednak są guzy [w liczbie 4], które widzimy w okolicy stawów golenio-skokowych. Kształtem i spoistością nie różnią się od innych, jednak zabarwienie ich jest odmienne. Jeden z nich posiada słabe, blade-różowe zabarwienie, reszta co do koloru nie różni się od otaczającej zdrowej skóry. Te ostatnie guziczki są zatem niezabarwione [przynajmniej klinicznie]. Kilka takich samych guziczków widać także na goleni lewej.

Skóra palców i grzbietu lewej ręki jest nieco ciemniejsza i twardsza, niż zwykle.

Guziczków—niewiele. Niektóre z nich posiadają czerwono-sinawy kolor, inne znowu są niezabarwione. Na grzbiecie ręki, bliżej jej zewnętrznego brzegu, widać 4 okrągłe, lekko wciągnięte, słabo zabarwione blizny, wielkości przekroju ziarna grochu polnego. Blizny te widocznie powstały wskutek wessania się guziczków mięsakowych. Skóra prawej ręki jest na pozór niezmienną. Na palcach jednak widać kilka drobnych guziczków, po większej części niezabarwionych. Jeden taki guziczek mieści się również na skórze [dolnej] czwartej części przedramienia.

Gruczoły pachwinowe prawe są umiarkowanie powiększone, lewe bardzo nieznaczne.

W narządach wewnętrznych poważniejszych zmian nie wykryto. Mocz normalny.

W celu badania drobnowidzowego, wyciąłem niezabarwiony guziczek z okolicy prawego stawu skokowego. Budowa tego wrzecionowato-komórkowego mięsaka niczem się nie różni od zwykłej. Nie znalazłem w nim ani wycyzyniń, ani barwnika, co też i zgadza się z kolorem tego guza.

Największe zainteresowanie wzbudzają jednak stwierdzone w tym przypadku zmiany w kościach.

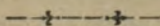
Chory, jak powiedziałem, miał na prawej stopie kilka dużych owrzodzonych guzów, które przeszkadzały mu przy chodzeniu, a nadto stąpanie było utrudnione wskutek silnych bólów, pod palcami. Ponieważ obecnie z doświadczenia wiem, iż w takich razach spodziewać się należy rozległych zmian mięsakowych w kościach, przeto zaproponowałem pacjentowi zabieg chirurgiczny. Po otrzymaniu zezwolenia ze strony chorego, dr KRAUZE dokonał operacji wyluszczenia prawej stopy d. 28 I. 1902 r. Jak się okazało, skóra palców i przedniej połowy grzbietu stopy była znacznie zgrubiała i przekształcona w jednolitą czerwono-brunatną, miękką tkankę. W skórze podeszwy—liczne guziczki, przechodzące również na tkankę podskórną. Mięśnie, ścięgna i więzy niezmienione. Kości drugiego członka I-go palca, drugiego i trzeciego członka pozostałych uległy zupełnemu zniszczeniu. Zamiast kości widać tutaj ciemno-czerwoną lub czerwono-brunatną, miękką masę mięsakową. Stosunkowo mniej ucierpiały kości pierwszych członków palców. Kora ich jest bardzo cienka i o tyle miękka, iż można ją łatwo krajać nożem; jamy szpikowe są bardzo obszerne i zajęte przez tkankę, w zupełności podobną do wyżej opisanej. Ciała kości śródożną są zmienione w taki sam sposób. Kora ich uległa znacznemu ścięczeniu, zaś w szpiku widać jużto rozlaną tkankę mięsakową, jużto oddzielne, w kształcie okrągłych guziczków ogniska. Te ostatnie mieszczą się też w nasadach pomienionych kości. Co do stępu, to i tu również znajdujemy ogniska mięsakowe w gąbczastej substancji kości. Stosunkowo najwięcej zmienione są kości klinowe, w niewielkim zaś tylko stopniu członkowata i sześcienna (*os cuboideum*). Kość skokowa i piętowa są normalne. Stawy, prócz palcowych, pozostały bez widocznych zmian.

III. W SPRAWIE DOKONYWANIA EMBRYOTOMII

U W A G K I L K A.

Napisał

Józef Jaworski.



W Nrze 12-ym „Gazety Lekarskiej“ r. b. kol. FR. MIECZYŃSKI zamieścił artykuł p. n.: „Kilka uwag krytycznych w sprawie dokonywania embryotomii“.

Autor wypowiedział pewne twierdzenia, które ze względu na ważność przedmiotu zasługują na więcej szczegółowy rozbiór i dokładniejsze omówienie.

Zacznijmy od wniosków: 1-o odcięcie główki, mówi autor, jest operacją zupełnie zbyteczną, a ze względu na trudności, jakie się zdarzają przy usuwaniu samej główki, niebezpieczną. Otóż przyznać trzeba, że istotnie z u p e ł n e oddzielenie główki od tułowia, stworzyć może niekiedy nieprzewyżczone trudności przy następnem jej wydobywaniu. Dlatego niektórzy akuszerowie doradzają tylko przełamanie kręgosłupa, nie zaś zupełne obezglowienie. Z naszych akuszerów, MADUROWICZ żąda, aby z główką pozostała w łączności część płodu, aby nigdy nie oddzielać doszczętnie główki od tułowia, ale zawsze zostawić sobie dość długi pas części miękkich, za który możnaby utrzymywać główkę we wchodzie, aby do jamy miednicy nie uciekła. KRASSOWSKI zaś mówi: jeżeli udało się przełamać kręgosłup, a skóra przytem nie została rozerwaną, to niema potrzeby przerywać zupełnie łączności tułowia z głową, ponieważ tem połączeniem, chociaż słabem, posilkować się możemy dla ustalenia główki, pozostałej w miednicy. A zatem o d c i ę c i e główki rzeczywiście może bardzo utrudnić, o czem sam się przekonałem, następane jej wydobywanie. Rozkawalenie jednak płodu w części szyjowej kręgosłupa, przypaszczam, że i nadal wykonywane będzie w tych przypadkach, gdzie właśnie szyjka, a nie boczek płodu, dostępną bywa dla ręki operatora.

Drugi swój wniosek autor w ten sposób streszcza: „najłatwiejszem i najbezpieczniejszem jest wykonanie wypaproszenia, przecinając kręgosłup w części piersiowej nożycami [nie hakiem]; należy naśladować, t. zw. *evolutionem spontaneam*, co udaje się zawsze bez rozdzielania całego tułowia i bez zbytecznego rozkawiania“.

Co do punktu tego, wspomnieć o tem uważam za właściwe, że otwarcie jamy piersiowej lub brzusznej, albo obu razem i wydalenie zawartości tych jam, stanowi osobny sposób dokonywania embriotomii; jak znów przecięcie kręgosłupa w części szyjowej (*decapitatio, detruncatio*), lub w grzbietowej (*spondylo-tomia*), także są oddzielnymi sposobami tej operacji. SIMPSON był pierwszym, który wskazał, że wystarcza dla wydobywania płodu wykonać samą *spondylo-tomiam*, lub też można łączyć ją z otwarciem i wypaproszeniem każdej z wymienionych jam, albo obu razem.

Przechodząc obecnie do niektórych twierdzeń szczegółowych autora, przede wszystkim nadmienię, że przy wykonywaniu tak trudnej operacji, jaką jest embriotomia, nakreślać ogólnych zasad nie podobna, gdyż w każdym poszczególnym przypadku zastosowywać się wypada do okoliczności. Z drugiej jednak strony, to jedno zawsze na uwadze mieć trzeba, aby koniecznie unikać wszystkiego, co samą operację przedłużyć, wikłać, a nawet niekiedy utrudniać może. Do takich rękoczynów należy odejmowanie wypadłej obrzękniętej rączki, co autor sam wykonywa i zdaje się zalecać innym. Naprzód, wypadła rączka okazać się może bardzo pożyteczną: wszak po przecięciu kręgosłupa wykonywamy albo obrót na pośladki, albo właśnie ciągniemy za rączkę na zewnątrz wysuniętą, naśladując dobrowolny obrót (*evolutio spontanea*). Rączka wówczas zawsze wyświadcza nieocenioną przysługę, a wprost okazać się może niezbędną,

gdy dziecko wstawia się do wyjścia *conduplicato corpore*. Z tych powodów pomimo, że w akuszeryach znajdujemy dział p. n.: „Brachiotomia“, jednak dziś ogromna większość akuszerów nie tylko ogranicza wskazania do nadzwyczajnych przypadków w wykonywaniu tej operacji, lecz wprost zaprzecza temu, aby wogóle istniały do niej jakiegokolwiek wskazania. MADUROWICZ brachiotomii, jako operacji niepotrzebnej, nie stosował w swej klinice. Toż samo prof. TYRCHOWSKI również jej nie zalecał. KRASSOWSKI wprost mówi, że tak znacznego zgrubienia rączki, aby była przeszkodą do wykonania obrotu, lub innych rękoczynów, nigdy mu nie zdarzyło się widzieć i kto wie, czy to jest możliwem, a dalej—twierdzi—„bez względu na to, że odjęcie rączki [odcięcie, lub wyluszczenie] nie łatwo uskutecznić się daje—co główna, jest ono nie racjonalnem, gdyż nawet bardzo wysokie odjęcie rączki uwięzłej w jamie miednicy bynajmniej nie ułatwi operatorowi wprowadzenia ręki do jamy macicznej“. Dalej wiem, że w tych kilku niemieckich klinikach, jako szkołach, które sam znam, operacja ta—brachiotomia—wykonywaną, ani zalecaną nie bywa.

W najnowszych wydawnictwach, jak, np. *Encyclopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie* [prof. M. SAENGER i prof. O. v. HERFF, Leipzig, 1900], znajdujemy w tej sprawie zdania, odmawiające tej operacji wszelkiej zasady. Zaznaczwszy pożytek z wypadłej rączki po dokonaniu rozdwojenia kręgosłupa przy zaniechaniem położeniu poprzecznem, autor artykułu, p. n.: *Brachiotomie*, w ten sposób się wyraża: „*Die Brachiotomie schadet, ohne im Geringsten etwas zu nützen*“ [str. 185]. Dziś odejmowanie rączki, dla ułatwienia wykonania obrotu, lub rozkawalenia płodu, powszechnie zaniechanem zostało. Ja osobiście nigdy nie byłem zmuszony uciekać się do tej operacji. Zazwyczaj przy wypadłej, bardzo obrzękłej rączce, wystarczało mi, przy głębszem uspieniu chloroformowem, odciągnięcie rączki wypadłej do spojenia łonowego, aby przedostać się do macicy ręką, pomimo na razie nieprzewyciężonej, a ostatecznie pozornej przeszkody; a nie dalej, jak 16. II. r. b., w obecności kol. KURTZA [chloroform] dokonałem pomyślnie dla matki i dziecka takiego ciężkiego obrotu przy wypadłej i b. obrzękłej rączce.

Autor uwag o embryotomii, jest zwolennikiem wogóle krwawych operacji w akuszeryi. Użycie haka do przerwania kręgosłupa jest według niego „rękoczynem groźniejszym nawet od prób późnego obrotu“. Lepsze w tym celu, powiada, są „mocne nożyczki“.

Pomimo, że różnymi czasy proponowano do użycia w celu rozłączania kręgosłupa i narzędzi ostrych w postaci umyślnie zbudowanych nożyc, jednak zawsze przeważał pogląd, że najwłaściwiej, gdyż najbezpieczniej, w tym razie operuje się przyrządami tępemi. Pogląd ten dotychczas przetrwał, a wyrazem jego jest zdanie w najnowszym dziele SAENGER'a i HERFF'a, na które już wyżej się powoływałem. W artykule, p. n.: *Decapitation*, po opisie sposobu użycia nożyc SIEBOLD'a i noża, w postaci sierpa SCHULTZEGO, czytamy między innymi takie zdanie: „*beide Methoden erfordern geübte Operateure und sind für die Hand derselben wegen der Schärfe der Instrumente nicht ungefährlich*“ [str. 245]. KRASSOWSKI o użyciu, zawsze odpowiednio zbudowanych nożyczek [P. DUBOIS, SIEBOLD'a i t. p.] mówi:

„sposób ten, aczkolwiek pozornie prosty, wymaga więcej ostrożności, niż inne“. Zresztą, siła, przy użyciu haka w postaci klucza BRAUN'a, bynajmniej nie jest większą niż ta, której potrzeba przy stosowaniu każdego innego dekapitatora. Dla uniknięcia uszkodzeń macicy i uprzedzenia ucisku na nią podczas pociągnięć, wywieranego przez główkę i ramię, trzeba tylko tak postępować, aby siła pociągania przechodziła nie na macicę, lecz na rękę kontrolującą. W tym celu podczas pociągania wystarcza zapomocą ręki kontrolującej uciskać i niejako unosić ku górze część płodu przodującą. Co najważniejsze, że rozdzielenie, a właściwie zwichnięcie hakiem kręgosłupa, wykonywa się nie przez pociąganie, lecz przez obrót haka około osi podłużnej. Ten obrót w nowszym przyrządzie ZWEIFEL'a, nazwanym *Trachelorrhaktorem*, a używanym w klinice w Lipsku, dokonywa się nawet zapomocą osobnego mechanizmu [kółko zębate] u rękojeści. Ja osobiście, oraz kilku kolegów, znamy z przed kilkunastu laty przypadek embryotomii, nader ciężkiej i wobec przeciwwskazania przedsięwziętej, gdyż przez C. V. 5,5, gdzie pomimo tego, że operowało długo i kolejno kilku lekarzy, uszkodzeń w macicy, ani w przewodzie rodnym, absolutnie nie stwierdzono, a to między innymi i dzięki temu, że przy operacji używano prawie wyłącznie tępego haka i korneanga.

Przechodzę do ostatniego punktu uwag. Autor „nie wchodzi w opisywanie wskazań do rozkawalenia płodu“. Wykładnikiem jednak tych wskazań jest poniekąd liczba dokonanych embryotomii, którą autor określa cyfrą 30.

Trzydzieści embryotomii w ciągu siedmiu lat, to liczba, zaprawdę, wielka!

Nie mogę rozpatrywać wskazań, jakie autor w każdym poszczególnym przypadku stawiał, gdyż w artykule brak historii tych przypadków. Przez porównania liczbowe muszę jednak dojść do wniosku, że wskazania te były szeroko przez autora pojmowane. Wogóle to można powiedzieć, że operacja embryotomii zawsze niejako współzawodniczyła z operacją obrotu. Gdy w wiekach średnich obrót na nóżki został zupełnie zapomniany, uważano embryotomię jako jedyny sposób ukończenia porodu „przy wszystkich“ nieprawidłowych położeniach płodu. W XVII-ym wieku obrót na nóżki wznowiono, a dlatego dwaj lekarze ówczesni, MITTELHAEUSER i DEISCH za częste wykonywanie embryotomii pozyskali w historii akuszeryi sławę Herostratową, a drugi nawet bardzo przykre przewisko. Historia orzekła, iż nadużywali oni operacji embryotomii ze szkodą matek i dzieci, ponieważ w ciągu długiego czasu kresu, pierwszy dokonał 90-ciu, a drugi 55-ciu embryotomii.

Dziś wskazania do embryotomii sprowadzono do *minimum*. Biorę statystykę Warsz. Instytutu Położniczego. Tutaj przybywają przypadki najcięższe z miasta i nawet dalekich okolic po mniej lub więcej nie udanych próbach ukończenia porodu, przedsiębranych przez babki, akuszerki, a niekiedy i lekarzy.

Według prof. TYRCHOWSKIEGO — [Instytut Położniczy w Warszawie. Pamiętn. Warsz. Tow. Lek. r. 1897] w latach: 1861—1883, t. j. w ciągu 22-eh lat, na 6000 kobiet rodzących, wykonano 25 razy embryotomię.

Przytoczę jeszcze kilka cyfr innych operacji, które rzucają pewne światło na sprawę nas obchodzącą. Obrót na nóżki wykonano—256 razy; *repositio feniculi umbilicalis*—46; *repositio prolapsae manus*—36.

Tak więc, w ciągu 22-u lat, na 6000 rodzących wykonano 25 razy embryotomię.

O samym materiale klinicznym, między innymi, prof. TYRCHOŃSKI w ten sposób się wyraża: Instytut położniczy dostawał niejako z drugiej ręki znaczną liczbę kobiet rodzących, które przybywały wśród długiej i ciężkiej pracy porodowej, często poddawane już próbom operacyjnym; zwożono nie tylko z miasta, ale często z kilkamilowej odległości, kobiety ciężko i nienormalnie rodzące, którym na miejscu nie zdołano podać potrzebnej i umiejętnej pomocy [str. 1038, 1039].

Pewnym wskaźnikiem, ogólnie rzecz biorąc, potrzeby wykonywania embryotomii, a także pewnym dowodem, że przypadki tutaj spotykane, co do ciężkich powikłań i znacznego zaniedbania bywają podobne do wydarzających się w praktyce wiejskiej, są również cyfry już z nowszego czasokresu, kiedy nawet metoda przeciw i bezgnilna w położnictwie znalazła i u nas powszechne zastosowanie. Według T. FEDOROWA [Materiały k woprosu o terapii rodow przy uzkom tазie. Dysseriacya 1891] w latach: 1885—1889 w Warszawskim Instytucie Położniczym z 33,7% dokonanych w ogóle operacyi położniczych, na 847 przypadków ścieśnionej miednicy, przypada na embryotomię, oraz laparotomię tylko—1,4%. Z rozwiązanych kobiet zapomocą embryotomii zachorowało 6 [75%], umarło—3 [37,5%].

Autor uwag o embryotomii w zakończeniu czyni przypuszczenie, że jeżeli sposób, w jaki postępuje w zaniedbanych położeniach nie zjedna sobie opinii jedynego i wzorowego, to przynajmniej artykuł ten przyczyni się do tego że kwestya embryotomii poddana zostanie krytyce, z czego skorzystają rozpoczynający praktykę lekarze, którzy naprózno szukają właściwych wskazówek, co do embryotomii w podręcznikach.

Przypuszczenie autora zupełnie słuszne.

Kolega MIECZYŃSKI przysłużył się, że podniósł tę sprawę, a uczynił dobrze, iż na podstawie tak licznych spostrzeżeń wypowiedział pewne uwagi. Krytycyzm jego ujawnił się w tem, że sam nie uważa wniosków swych za ostateczne, za pewniki. Bo też wszelki szablon, jednaki zawsze schematyzm, bywa w postępowaniu leczniczem zgubny, a w naśladownictwie może okazać się nawet niebezpiecznym.

Moje zdanie w poruszonej sprawie jest następujące: że embryotomia, jako operacya nietypowa, może, a nawet powinna być modyfikowana w każdym poszczególnym przypadku, względnie do wymiarów miednicy, ułożenia, rozmiarów i stanu płodu, stanu macicy i samej chorej i t. p.

Jako wytyczne punkty w sposobie operowania uważam: aby, wogóle, zawsze unikać rozdwojenia płodu w części szyjowej, ewentualnie, wykonywać tylko takie niezupełne rozdwojenie, które pozostawia łączność zapomocą części miękkich—głowy z tułowiem, aby nigdy nie robić właściwego obezglowienia, odcięcia główki; aby otwierać jamę piersiową lub brzusznią, albo obie razem, z następnem wydaleniem zawartości, oraz rozdzwajać zawsze w części grzbietowej kręgosłup, t. j. wykonywać *spondylotomiam*; aby nigdy nie robić odjęcia rączki; aby używać tępych narzędzi, jako to: haka BRAUN'a, korceanga długie-

go; nie wyklucza to jednak, szczególnie, kto do tego przywykł, użycia w pewnych przypadkach i specjalnych nożyc; aby stawić ściśle wskazania różniczkowe, co do wykonania w każdym odnośnym przypadku: zabiegu krótkiego i względnie łagodnego, jakim bywa obrót, albo operacji długiej, nierzadko ciężkiej, krwawej i często niebezpiecznej, jaką jest embryotomia.

STRESZCZENIA ZBIOROWE

Leczenie chirurgiczne choroby Bright'a.

Podał

Stanisław Pechkranc.

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 23].

Przeglądając przytoczone przez ISRAEL'a historie choroby, widzimy, że w niektórych z nich zanotowany jest zupełny brak białka i wałeczków, w innych przy nieobecności białkomoczu w osadzie występowały liczne wałeczki szkliste, ziarniste i nabłonkowe, inne wreszcie cechowało napadowe występowanie obfitych krwotoków nerkowych lub kolek. Niektóre z tych zbroceń zdarzają się, aczkolwiek rzadko, w przebiegu choroby BRIGHT'a, innych wreszcie prawie wcale dotychczas nie spotykaliśmy [kolki nerkowej]. Brak białkomoczu zdarza się nie tylko przy przewlekłym śródmiąższowym zapaleniu nerek (*cirrhosis renum*), lecz i przy ostrej chorobie BRIGHT'a. Krwotoki występować mogą nie tylko w przebiegu ostrego, podostrego i przewlekłego zapalenia (*nephritis haemorrhagica acuta, subacuta et chronica*), lecz także przy t. zw. marskości nerek, zarówno w razie obostrzenia sprawy zapalnej, jak i bez obostrzenia. Wiadomo również, że krwotoki tu nierzadko pochodzą z jednej tylko nerki.

Uderza kategoryczne twierdzenie wspomnianych chirurgów, że bywają zapalenia nerek jednostronne. Z takim twierdzeniem zgodzić się można, mówi SENATOR, jedynie o tyle, o ile jest mowa o jednostronnem zapaleniu nerek wskutek jednostronne, miejscowo działającej przyczyny, choroba zaś BRIGHT'a, powstająca z przyczyn ogólnych, wskutek działania krążących we krwi jądów, nie może być jednostronna, „chyba gdy istnieje tylko jedna nerka“ [SENATOR]. Mniej stanowczo w tym względzie wyraża się KLEMPERER, uważając, że ta kwestya nie da się jeszcze obecnie ostatecznie rozstrzygnąć. Z tego, że po wycięciu jednej nerki mocz przez długi czas obserwacji był zupełnie prawidłowy, nie można jeszcze stanowczo wywnioskować, że druga nerka była zdrowa, gdyż i przy zapalnym stanie nerki mocz może być zupełnie prawidłowy. Nie jest niemożliwym, że sprawa zapalna może przez długi czas być jednostronna i dopiero po upływie kilku lat przejść i na drugą nerkę. Do takiego poglądu rzeczywiście skłaniają zarówno spostrzeżenia ISRAEL'a, jak i EDEBOHLS'a. Zupełnie jednak pewny dowód jednostronności dać może jedynie badanie [makro- i mikroskopowe] obu nerek *post mortem*.

Drugie niezwykle zjawisko, z którym spotykamy się w opisach zapalenia nerek przez chirurgów, jest ból, występujący napadowo, kolka nerkowa, zupełnie podobna do kolki przy kamieniach nerkowych. ISRAEL twierdzi, że przy dwustronnem zapaleniu nerek kolka może być jednostronna, dalej, że krwotoki nerkowe przebiegać mogą z kolkami lub bez nich, wreszcie że krwawienie nie jest przyczyną kolki. Kolka nerkowa w przebiegu spraw zapalnych nerek — jest to coś niezwyklego, zupełnie *novum* dla internistów; dlatego też SENATOR, CASPER, PEL i inni sądzą, że w tych przypadkach, w których była kolka, musiała istnieć jakaś inna przyczyna, która ją wywołała. Wszak często widzimy silnie wyrażone ostre zapalenie nerek, albo obostrzenie sprawy przewlekłej, a jakoś nie zdarza się nam spostrzegać owych silnych bólów napadowych, choć przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy silne przekrwienie: kolosalne obrzmienie nerki z zabarwieniem sino-czerwonym, oraz ogromnie rozciągniętą i napiętą torebkę nerkową.

Na mocy otrzymanych przez siebie wyników ISRAEL twierdzi, że w każdym przypadku kolki nerkowej lub krwiomoczu w nerkach zachodzi sprawa zapalna, którą on uważa za przyczynę tych objawów. ISRAEL zatem nie wierzy, ażeby przy zdrowych nerkach mogły występować wspomniane zaburzenia i stanowczo odrzuca ich angio-neurotyczne pochodzenie. Ponieważ kwestya ta posiada wielką doniosłość zarówno teoretyczną, jak i praktyczną, warto więc bliżej jej się przyjrzeć i wszechstronnie oświetlić.

Dawniejsze spostrzeżenia, w których nie było dokonane dokładne badanie makro- i mikroskopowe i które właśnie dały powód do stworzenia nazwy: *essentielle Nierenblutung* [obok wielu innych esencjalnych cierpień dawniejszej medycyny: *febris essentialis*, *ascites essentialis* i t. d.], możemy tu zupełnie pominąć milczeniem, jako nic nie mówiące. Atoli w nowszej literaturze znajdujemy pewną liczbę spostrzeżeń, w których najskrupulatniejsze badanie drobnowidzowe nerek przy omawianym syndromie nie zdołało w nich wykryć najłżejszych zmian anatomicznych. Należą tu spostrzeżenia SCHEDE'go, KLEMPERER'a, HARRIS'a, ROVSING'a i inn. SENATOR wylicza 7 takich spostrzeżeń, w których badaniu drobnowidzowemu poddana została albo cała nerka, albo tylko wycięty kawałek. Z tej liczby wyłączyć należy te przypadki, w których zbadano tylko jeden wycięty kawałek nerki. Pozostaną wówczas dwa spostrzeżenia [KLEMPERER'a i SCHEDE'go], którym nie zgoła zarzucić nie można. Tym dwóm spostrzeżeniom ISRAEL przeciwstawia liczne swoje przypadki ze stwierdzonemi zmianami zapalnymi nerek. Powołuje się nadto na cały szereg spostrzeżeń innych autorów: HOFBAUER'a (*glomerulonephritis*), POUSSON'a [w 2-ch przypadkach rozległe, przewlekłe, śródmiąższowe zapalenie nerek], POIRIER'a (*nephritis chronica*), DESMONS'a [rozlana sprawa śródmiąższowa], PÉAN'a, ROVSING'a, SCHEDE'go i innych. Na mocy tych danych ISRAEL sądzi, że, zamiast tworzyć specjalną teorię angio-neurotyczną dla 2-ch przypadków krwiomoczu, lepiej będzie tymczasowo wpisać je do rubryki niezrozumiałych.

Oświetlenie omawianej kwestyi byłoby niekompletne, gdybyśmy razem z SENATOR'em nie poddali rozbirowi przypadków ISRAEL'a. Otóż w 2-ch przypadkach oględziny pośmiertne wykazały wyraźne przewlekłe zapalenie nerek. Z pozostałych 12-tu, mowa o stanie nerek jest tylko w 7-iu przypadkach: 5 z nich badano jedynie makroskopowo, a w 2-ch poddano prócz tego badaniu drobnowidzowemu wycięty kawałek nerki. Przy badaniu gołem okiem ani jeden przypadek nie przedstawiał nic szczególnego, przy badanych zaś drobnowidzowo przypadkach cięcie nerkowe nie stwierdziło sprawy zapalnej. Co się tyczy pozostałych 5-iu przypadków, to w jednym, przy obecności w moczu kryształów kwasu moczowego, jedna brodawka była białą zabarwiona, w drugim istniała *perinephritis*, w trzecim — nerka ruchoma, w czwartym — oznaki *pyelitis*

[w tym przyp. po 2-ach latach wystąpiły obrzęki], wreszcie w piątym znaleziono na dolnym biegunie nerki klin blado-żółty [być może, pochodzenia syfilityczego].

Przy wczytywaniu się w pracę ISRAEL'a trudno jest w samej rzeczy obronić się myśli, że znalezione przezeń zmiany anatomiczne zostały znacznie przecenione. Ten, kto wie, jak często znajdujemy na trupach ludzi, którzy za życia nie mieli żadnych objawów zapalenia nerek, ograniczone ogniska starych spraw zapalnych, które już dawno wygasły, nie nadzwyczajnego w zmianach, znalezionych podczas operacji przez ISRAEL'a, upatrywać nie będzie; owszem, dziwić się będzie, że starano się te małoznaczne zmiany uznać za tło anatomiczne krwotoków i kolek nerkowych. Przy rozważaniu tej kwestyi nasuwa się jeszcze jedna wątpliwość. Przypuśćmy, że przy badaniu, czy to makroskopowem podczas operacji, czy też drobnowidzowem, znaleziono ograniczone ognisko zapalne. Czyż obok tego nie mogło istnieć w nerce jakieś przeoczone, niewidoczne ani na powierzchni, ani na przekroju, ognisko gruźlicze, albo kamień? Że przypuszczenie takie jest zupełnie uzasadnione, tego dowodzą fakty. BRAATZ wykonał cięcie nerki w jednym przypadku nefralgii i nie znalazłszy nic nieprawidłowego, zeszył nerkę i odprowadził. Wynik zabiegu był doskonały, atoli po 3-ach latach dolegliwości chorego powtórzyły się, co zniwoliło BRAATZ'a do wycięcia nerki. Tu znaleziono w górnym biegunie zmarszczonej nerki ropień serowato-gruźliczy obok świeżych ognisk gruźliczych, a w dolnym biegunie stare wyleczone ognisko, które widocznie było przyczyną dawniejszych dolegliwości. Tak samo rzecz się ma ze złogami w nerkach, które łatwo mogą być przeoczone podczas operacji nawet przy bardzo sumiennym badaniu. Jak ostrożnym wogóle należy być tu z wnioskowaniem, dowodzą następujące dane.

Na Zjeździe chirurgów w r. 1900 BARTH zalecił, jako sposób wykrycia kamieni na stole operacyjnym, obmacywanie obnażonej nerki i miedniczki. Zdaniem BARTH'a, w razie ujemnego wyniku tego badania nie należy wykonywać rozszczepienia nerki, które stanowi zabieg bądź co bądź poważny. Słusznie na to ISRAEL odparł, że tym sposobem da się stwierdzić obecność kamieni zaledwie w połowie przypadków kamicy nerkowej. ZONDEK posuwa się jeszcze dalej i twierdzi, że nawet po rozszczepieniu nerki obecność małego kamyczka, ukrytego gdzieś w nerce, nie może być stanowczo wyłączona. Między kielichami nerki są takie, które bezpośrednio otwierają się do miedniczki, jak również inne, które dają jedno lub parę odgałęzień. Jeśli uwzględnić, że kielichy komunikują z miedniczką zapomocą względnie długiego i b. wąskiego kanału, to jasnym jest, że na rozszczepionej nerce niepodobna często sondowania przeprowadzić w ten sposób, ażeby można było powiedzieć, że każdy kielich został przesondowany. Również przy obmacywaniu rozszczepionej nerki, które wobec wrażliwości mięszu nerek winno być przeprowadzone z możliwą ostrożnością, kamyczek, tkwiący w jakimś małym kielichu, bardzo łatwo ujęć może uwagi, szczególnie gdy nerki są powiększone, a kamień sadowi się u jednego z biegunów. Nie ulega żadnej wątpliwości, że taki mały kamień wywołać może kolki i krwotoki zupełnie tak samo, jak większy złóg, znajdujący się w miedniczce nerkowej. Mimoходом tu zauważymy, że kolka i krwawienie wystąpić mogą nie tylko przy obecności kamieni, lecz i przy piasku nerkowym, szczególnie w razie obecności ostrych kryształów szczawianu wapnia. Tą okolicznością możnaby wytłómaczyć te objawy w jednym przypadku ISRAEL'a i w jednym przypadku KORTEWEG'a.

W kwestyi zmian anatomicznych, znalezionych przez ISRAEL'a i innych w nerkach przy kolkach i krwotokach nerkowych, wolno jeszcze zapytać, czy zmiany te [ograniczone lub bardziej rozległe ogniska zapalne, dotyczące często jednej nerki] uważać należy za pierwotne, powstałe z przyczyn ogólnych, czy też za wtórne, uwarunkowane przyczynami miejscowemi? Badania topograficz-

ne nerek, podjęte przez ZONDEK'a, wykazują, że kielicy pozostają w takim samym stosunku do miedniczki, jak ta do moczwodu: tak tu, jak i tam znajdujemy przy ujściu fizyologiczne zwężenie światła. Jest to zupełnie zrozumiałem, gdyż kielichy przedstawiają pierwotne miedniczki, należące do pierwotnych nerek (*reniculi*), z których składa się późniejsza nerka. Otóż, jeśli w jednym takim kielichu powstaje krwawienie, które się częściej powtarza, to jasnym jest, że w należącym do niego odcinku tkanki nerkowej rozwija się sprawa zapalna, która przy dłuższym trwaniu podrażnienia objąć może większe obszary. A zatem, jeśli po rozszczepieniu nerki kamień nie został wykryty, a w wyciętym kawałku tkanki stwierdzone zostały zmiany zapalne, to nie jest wykluczona możliwość, że zmiany spowodowane zostały przez ukryty kamień.

W kilku przypadkach ISRAEL'a przyjęcie zapalenia nerek oparto nie na wynikach badania samych nerek, lecz na badaniu osadu moczu, przyczem za wielkie znaczenie przypisane zostało obecności wałeczków szklitych, które ISRAEL uważa za oznakę zapalenia nerek. Obecność wałeczków w moczu przy braku białka trudno uważać za objaw zapalenia nerek, gdyż wałeczki znajdujemy niekiedy przy zupełnie zdrowych nerkach, albo też przy najłżejszych postaciach podrażnienia nerek, które łatwo same przez się kończą się wyzdrowieniem. KLEMPERER znajdował wałeczki często przy znacznej zawartości indykanu w moczu, mianowicie przy niezżytach kiszek, często także przy zapaleniu okołokątniczym, przy znacznym cukromoczu, u chorych na kamicę nerkową po masażu wibracyjnym nerek i t. d.

Jeśli tedy zachować wypada, jak tego dowodzą wyłożone powyżej dane, wielką ostrożność w ocenianiu znaczenia patogenetycznego różnych, znajdujących w nerkach, zmian przy *nephralgia haematurica*, to tem surowszą miarę przykładać należy do teorii angio-neurotycznej, bronionej głównie przez LANCE-REAUX i KLEMPERER'a. Pomijając już możliwość przeoczenia małego kamienia, ogniska gruźliczego, nowotworu, niewielkiej dyzlokacji nerek, należy w tych razach, w których nawet w wyciętej nerce nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych, pamiętać o tem, że ujście miedniczki do moczwodu może, nawet w warunkach fizyologicznych, być tak wązkim, że obrzęk zapalny błony śluzowej miedniczki wystarczyć może do zatamowania, zupełnego lub częściowego, odpływu moczu i wywołania kolki nerkowej. A zatem w danym konkretnym przypadku przyjąć można angio-neurozę tylko wtedy, gdy poddaliśmy szczegółowemu badaniu nie tylko nerkę, lecz i miedniczkę nerkową aż do ujścia do moczwodu, już nie mówiąc o badaniu moczwodu na całym jego przebiegu. Nie wykluczoną jest także, jak przypuszcza CASPER, możliwość powstawania kolki nerkowej wskutek skurczu moczwodu u osób nerwowych.

Na jedną jeszcze okoliczność chcielibyśmy tu zwrócić uwagę. Kolka nerkowa występuje niekiedy nie po tej stronie, gdzie są kamienie, lecz po drugiej. Jeśli operuje się po stronie bólu, to, nie znajdując tu kamieni, gotowiśmy przyjąć nefralgię bez tła anatomicznego. podczas gdy i ból i towarzyszący mu niekiedy bezmocz zależne są od kamieni w drugiej nerce. Tak było w przypadkach LEONTE'go i ALBARRAN'a [cyt. u KORTEWEG'a], gdzie kamienie znaleziono przy badaniu pośmiertnym w drugiej, nieoperowanej nerce.

Reasumując wszystkie dane powyższe, dochodzimy do następujących wniosków: 1) w wielu razach znajdowane przy krwotokach oraz kolkach nerkowych zmiany anatomiczne nerek stanowią prawdopodobnie zmiany przypadkowe lub wtórne, nie pozostające z rzeczonem cierpieniem w żadnym związku przyczynowym; 2) angio-neurotycznej przyrody kolki i krwiomoczu, jak dotąd, odrzucić nie można.

[D. n.].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 6. i 20. V. r. b.

W. Męczkowski wygłosił odczyt p. t.: „W sprawie świadectw lekarskich w przypadkach cierpień urazowych [wstęp oraz zakończenie większej pracy p. t. „O symulacji objawów nerwowych“].

Dla zachowania obiektywizmu w świadectwach lekarskich lekarz powinien przedewszystkiem zbadać dokładnie chorego, nie dając się naprzód powodować takim czynnikiem, jak współczucie dla chorego, a zwłaszcza nieuzasadniony sceptycyzm. Świadectwo nie może się ograniczyć na orzeczeniu—nerwica urazowa—bez określenia stopnia ciężkości. Dlatego też musi być zaznaczone rokowanie, istnieją bowiem różne postaci cierpień urazowych pod względem uleczalności. W świadectwie winien być ustalony związek cierpienia z urazem i określony stopień zdolności do pracy. W tej ostatniej kwestyi lekarz napotyka na duże trudności, nie zawsze bowiem jest w stanie przewidzieć następstwa danego uszkodzenia, zresztą nie zna zazwyczaj tak dokładnie rodzaju zajęcia poszkodowanego, aby mógł wyrokować co do zdolności do tej pracy. Praktyczniej przeto, zdaniem prelegenta, byłoby zaprzestać oznaczania zdolności do pracy w odsetkach, a poprzestać na dokładnem przedstawieniu stanu chorobowego. W dalszym ciągu rozstrząsa prelegent kwestyę symulacyi. Rozpoznawanie symulacyi jest często wynikiem niedostatecznej znajomości cierpień nerwowych, a zwłaszcza nerwic. Tem prawdopodobnie objaśnia się fakt, iż dawniej bardzo często [25—30%] rozpoznawano symulacyę u badanych chorych pourazowych, gdy ostatnimi czasy większość autorów przyjmuje znacznie mniejszą odsetkę [3—4—10%]. Pamiętać nadto należy, że w następstwie urazu powstają niekiedy cierpienia organiczne (*sclerosis multiplex, syringomyelia, tumor cerebri* i t. d.), które rozwijają się powoli i przez długi czas mogą być niedostępne dla rozpoznania. Udawanie przez chorego pojedynczych objawów nie jest jeszcze dowodem nieistnienia choroby. Praktyczniej byłoby, zdaniem prelegenta, zaznaczać tylko w świadectwach, czy badany zdolny jest do pracy, pomijając kwestyę symulacyi. O wiele częstszem niż udawanie jest powiększanie, przesada, agrawacya objawów chorobowych przez chorych pourazowych. Lecz zjawisko to jest naturalne, wypływa z natury nerwicy i z okoliczności, towarzyszących sprawom o odszkodowanie [brak zaufania do lekarzy, szereg powtarzanych badań lekarskich i t. d.]. Na zakończenie prelegent podaje szereg uwag, jak należy postępować z symulantami, a także porusza parę pytań praktycznych z dziedziny nerwic urazowych [możliwie prędkie zakończenie sprawy o odszkodowanie oraz praca dla dotkniętych nerwicą urazową—jako środki lecznicze].

Nad odczytem W. Męczkowskiego wywiązała się ożywiona dyskusya, która się przeciągnęła i na następne posiedzenie. W dyskusyi zabierali głos DUNIN, KAMOCKI, RYCHLIŃSKI, SOKOŁOWSKI, CIĄGLIŃSKI, KĘPIŃSKI, GEPNER [syn], ORŁOWSKI, DOBRSKI, wreszcie prelegent. Wszyscy mówcy podnosili zgodnie, iż ekspertyzy lekarskie u nas w sądach odbywają się w najzupełniej nieodpowiednich warunkach, o ścisłem badaniu zwłaszcza organów wewnętrznych [z przemówienia SOKOŁOWSKIEGO], narządu wzroku [KĘPIŃSKI, KAMOCKI] mowy być nie może, tembardziej, że badanie musi być prowadzone *ex tempore*. Wszyscy mówcy nawołują do reformy w tym względzie. Pierwsze kroki powinny być poczynione przez lekarzy, którzy często występują w charakterze biegłych. KAMOCKI sądzi, iż reforma nastąpić może jedynie z ra-

mienia sądu, lekarze w tym względzie oficjalnie nie wiele mogą zdziałać, odmawianie ekspertyzy wypadłoby tylko na niekorzyść poszkodowanych. Niektórzy mówcy [RYCHLIŃSKI, SOKOŁOWSKI] radzą zwracać uwagę na świadectwa lekarzy kolejowych i domowych, a zwłaszcza szpitalnych, brak bowiem wywiadów staje się nieraz przyczyną błędów w rozpoznaniu, co mówcy popierają odpowiednimi przykładami. Lekarze powinni wymagać pewnego czasu do sformułowania swego sądu i, o ile tego rozpoznanie wymaga, żądać poddania chorego dłuższej obserwacji w szpitalu. Z przemówień wszystkich mówców przebijała myśl, iż lekarze w wypadkach nerwic pourazowych winni postępować z nadzwyczajnym taktem, znajomością rzeczy i ogłębnością, pamiętać na to, że występuje jako przedstawiciele nauki lekarskiej; w wypadkach wątpliwych raczej powinni orzec „nie wiem”, niż orzec nieściśle, co przyczynia się do zachwiania powagi orzeczeń lekarskich wobec sądu [RYCHLIŃSKI popiera to zdanie odpowiednimi przykładami].

W kwestyi określenia zdolności do pracy, mówcy zgadzają się z prelegentem, iż określanie jej w odsetkach nie powinno mieć miejsca. KĘPIŃSKI sądzi, iż specjalnie co do uszkodzeń wzroku, przy określaniu zdolności do pracy kierować się trzeba rodzajem zajęcia poszkodowanego, takie bowiem uszkodzenie wzroku, które w pewnej gałęzi przemysłu, czy rzemiosła czyni poszkodowanego niezdolnym do pracy, w innych zajęciach nie stanowi najmniejszej przeszkody. KAMOCKI jest zdania, iż tymi względami kierować się tu nie należy, a jedynie stać na gruncie fizyologicznym w każdym wypadku—o ile czynności narządu wzroku ucierpiały. GEPNER popiera zdanie KĘPIŃSKIEGO.

Obszernie omawianą była w dyskusyi kwestya symulacji. Mówcy zgadzają się z prelegentem, iż rozpoznawanie symulacji bywa za częste i wpływa raczej z nieznanymi przedmiotami. Uzasadniają to w swych przemówieniach obszernie CIĄGLIŃSKI i RYCHLIŃSKI. KĘPIŃSKI wyraża jednak zdanie, iż co się tyczy narządu wzroku, to doszedł do wniosku na zasadzie swego doświadczenia, iż 75% oskarżających się na uszkodzenie wzroku wskutek wypadku są to symulanci; potwierdzają to zdanie KAMOCKI i GEPNER.

Co do natury nerwic pourazowych RYCHLIŃSKI przytacza historyczny rozwój pojęć w tym zakresie i przemawia za czynnościową naturą nerwic pourazowych (*neurasthenia, hysteria, hysteroneurasthenia*), zaznaczając jednak, iż pomimo wielu prac wybitnych uczonych zgody w tym względzie dotąd nie osiągnięto. R. uważa, iż u nas zanadto rozpowszechniony jest, nie mający już w świecie naukowym zwolenników, pogląd OPPENHEIM'a.

CIĄGLIŃSKI przypuszcza, że w większej części tak zwanych ciężkich postaci nerwic mamy do czynienia z pewnymi drobnymi zmianami anatomicznymi samej tkanki mózgo-rdzeniowej [doświadczenia SCHMAUS'a, CHIPAULT'a i inn. i zmiany, stwierdzone u ludzi przy badaniach pośmiertnych przez GULL'a, BASTIANE'a i WHITE'a]. Z faktów klinicznych, przemawiających za podobnem przypuszczeniem, CIĄGLIŃSKI przytacza—odruchową nieruchomość źrenic i zanik nerwów ocznych, objawy spotykane przez C. i GEPNERA [ojca] u poszkodowanych, przedstawiających skądinąd typowy obraz t. zw. nerwicy urazowej. C. spotykał również wcześniejsze występowanie arteriosklerozy po urazie.

GEPNER [syn] spotykał również nieruchomość odruchową źrenic i zwyrodnienie nerwów ocznych w związku z urazem, lecz spotykał te objawy bardzo często w ambulatoriach u ludzi, nie uległych urazowi [przymiot, alkoholizm]. DUNIN zaznacza, iż widział przypadki nerwic pourazowych bez objawów źrenicowych, wymienionych przez C.; z drugiej strony badając źrenice z zasady prawie u wszystkich swych chorych, doszedł do wniosku, iż nieruchomość odruchowa źrenic zdarza się często i bez wszelkiego urazu; zdaniem D. jest to stygmat przymiotu. CIĄGLIŃSKI zaznacza, iż specjalnie na objaw ten zwracał uwagę i spostrzeżenia swe poczynił w warunkach, najzupełniej ścisłości obser-

wacyi odpowiadających: stwierdził związek z urazem, związku z przymiotem nie stwierdził.

CIĄGLIŃSKI nie twierdzi również, by wszystkie przypadki nerwic pourazowych były pochodzenia anatomicznego, nie zaprzecza czynnościowej natury, sądzi jednak, iż w postaciach ciężkich nerwic pourazowych zmiany anatomiczne występują [zdanie BECKER'a].

Pod względem leczenia nerwic pourazowych wszyscy mówcy zgadzają się, że nerwicy nie można leczyć, należy ją tylko badać, stwierdzać i odszkodowywać a zdrowie samo powróci; tylko odszkodowywać należy jednorazowym płaceniem kapitału a nie corocznem płaceniem renty [zdanie CIĄGLIŃSKIEGO i odrębne zdanie KĘPIŃSKIEGO] z corocznie powtarzaniem badaniem. To ostatnie bynajmniej nie wpływa na szybkie usunięcie choroby.

J. Brudziński.

WIADOMOŚCI DROBNE.



— Idąc za przykładem CURSCHMANN'a, który z powiększenia się liczby białych ciałek we krwi przy sprawach zapalnych kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego, mógł z całą pewnością rozpoznawać istnienie ropy w wysięku, DÜTZMANN wypróbował tę metodę dyagnostyczną w całym szeregu przypadków ginekologicznych i przyszedł do przekonania, że powiększenie się liczby białych ciałek we krwi do 30—35 tysięcy wykazuje na pewno, że ropa znajduje się w narządach, dotkniętych zapaleniem lub, że nastąpiło zropienie wysięku. A były to przeważnie przypadki wysięku okołomacicznego, w których badaniem klinicznym nie można było powziąć zupełnej pewności o tem, czy wysięk już uległ zropieniu, a tem mniej czy wysięk, na pozór twardy, nie zawiera gdzieś w głębi ogniska ropnego. Badanie kurszmanowskie nie tylko dawało kategorię odpowiedź na te pytania [stwierdzoną natychmiast przez operację], lecz jeszcze często ujawniało każde świeże zatrzymanie się odpływu ropy w ropniach już otwartych.

(*Centralblatt f. Gynaek.* 1902. № 14).

Z.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku podwójny zeszyt [4 i 5 Seryi XIV] odczytów klinicznych, zawierający pracę L. BERNARD'a p. t. „Kryoskopia i jej zastosowanie w klinice“, w tłumaczeniu z francuzkiego, dokonaniem przez dra K. RZĘTKOWSKIEGO. Cena odczytu w odrębnym sprzedazy kop. 60.

— W Odesie zawiązało się „Towarzystwo Dermatologiczne“. Na przewodniczącego wybrano dra WDOIOWSKIEGO.

— Panująca obecnie w Londynie epidemia ospy, odznaczająca się dużą odsetką śmiertelności, co przypisują temu, iż szczepienie ospy w Anglii nie jest przymusowem, powołała do życia kilka towarzystw ubezpieczeń od ospy. Każdy, opłacający około 57 kop. ubezpiecza się na rok, a mianowicie: na wypadek śmierci z ospy spadkobiercy jego otrzymują około 900 rb. a na wypadek wyzdrowienia ubezpieczony dostaje około 9 rb.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.