

GAZETA LEKARSKA

I. Przyczynęk do statystyki raka w ogóle, a raka maciecy w szczegółości.

Podał

Józef Jaworski.

[Odczyt, wygłoszony w Sekcyi Ginekologicznej w dniu 20.XII. 1905 r. i na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Tow. Lek. w dniu 30.I. 1906 r.].

W latach ostatnich zarówno w literaturze lekarskiej, jak i w zebraniach naukowych, na zjazdach lekarskich, poświęcono dużo prac chorobie, rakiem zwanej.

To ogólne zainteresowanie się świata lekarskiego, nawet szerszych kół ogółu, staje się zrozumiałem w obec stwierdzenia z jednej strony, że choroba ta wydarza się coraz częściej, a ulega jej z biegiem czasu coraz więcej osób młodszych, mniej niż 40 lat wieku liczących, z drugiej zaś, że medycyna i dzisiaj z małymi wyjątkami w obec raka jest bezsilną, że rozpoznanie choroby tej omal zawsze oznacza wyrok śmierci. Te okoliczności tłómaczą znane zjawisko, że nawet rządy państw oświeconych bardzo gorliwie zajęły się sprawą badań nad szerzeniem się i leczeniem choroby raka.

Nie dawniej, jak w r. 1902 Komisyja budżetowa parlamentu niemieckiego zawotowała żadaną przez rząd sumę na badania nad rakiem. Z funduszu tego już w r. 1903 urządzono w szpitalu Charité w Berlinie osobny instytut, na który nadto ofiarowano prywatnie 150 tysięcy marek. W tym samym roku, w Heidelbergu założono z funduszków prywatnych, które wyniosły 250 tysięcy marek, instytut do badania raka; rząd zaś badeński zapewnił zakładowi temu środki utrzymania. Otwarcie instytutu w specjalnym gmachu nastąpić ma jesienią r. b., a jednocześnie odbędzie się tamże I-szy międzynarodowy Zjazd kankrologów. W Londynie Towarzystwo lekarzy i chirurgów ofiarowało 2500000 franków na fundusz, t. zw. Cancer Research Fond, w celu badania szerzenia się i zapobiegania chorobie raka. Instytuty w celu badania raka istnieją także w Frankfurcie i w Budapeszcie. Oprócz instytutów, a nie-

kiedy obok nich, istnieją stowarzyszenia, komitety, zawiązywane celem gromadzenia materyałów do etyologii i statystyki raka.

Jednym z najpierw powstałych był Komitet w Berlinie, zawiązany przez prof. LEYDEN'a, z którego współudziałem poczęto wydawać także specjalne pismo, p. n. *Zeitschrift f. Krebsforschung*. Znany jest także w Niemczech Komitet badania raka Towarzystwa lekarzy Turynii pod przewodnictwem PFEIFFER'a. Podobne Komitety istnieją po wielu miastach Ameryki Północnej.

Oprócz wzmiankowanych instytucji, mających więcej zadania teoretyczne, istnieją specjalne szpitale, lub oddziały rakowatych. Do dawniejszych z nich należy londyński szpital — Cancer hospital na przedmieściu Brompton, położony naprzeciwko znanego szpitala dla suchotników — Consumption hospital. Cancer hospital, który lata ubiegłego, podczas bytności mojej w Londynie, zwiedziłem, zawiera 80 łóżek. Znajdują się tutaj chorzy na różne postaci raka, a nawet, spotyka się chorych z guzami łagodnymi, czem zapewne tłómaczyć można nieraz dobre wyniki leczenia, o których zarząd szpitala ogłasza.

W berlińskim Charité otwarto niedawno osobny oddział rakowatych.

W Moskwie, w roku 1903, powstał szpital rakowatych kosztem 400 tysięcy rubli, ofiarowanych przez kupców MOROZOWYCH. Szpital ten, otrzymał zasiłek rządu w sumie 50-u tysięcy rubli i przeszedł pod zarząd uniwersytetu.

W Pradze czeskiej istnieje Komitet, złożony z profesorów wydziału lekarskiego czeskiego i z lekarzy praktyków, który postawił sobie za cel założenie sanatorium dla rakowatych.

W długim szeregu instytucji pominąć nie mogę i naszego szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie, który od chwili założenia, t. j. od r. 1591, jako szpital „Gnojników“, to jest w gnoju porzuconych, jak napisano w edykcje erekcyjnym, także rakowatych przygarniał, a i do dziś to czyni.

Jeżeli zainteresowanie się w ogóle szerzeniem się choroby raka i jej zapobieganiem ostatnimi czasami coraz wzrasta, to szczególnie da się to powiedzieć o raku macicy. Badania nad rakiem macicy zajmują nie tylko ginekologów, ponieważ pewne postaci raka tego rzucają światło na szerzenie się raka, jak np., powstanie owrzodzenia rakowatego tylko skutkiem przylegania (*contact infection*), występowanie raka u obojga małżonków (*cancer à deux*), występowanie ognisk rakowatych przez zaszczepienie odpiwającymi częściami raka (*Impfmetastasen*); powtórne, badania te mają znaczenie ogólne, dowodzą bowiem uleczalności raka drogą operacyjną.

Szczególniej w Niemczech już dawniej zaczęto gromadzenie statystyki raka macicy, a SCHROEDER wypracował znaną zasadę obliczania liczby przypadków raka macicy z ogólnej liczby raków różnych narządów. Poszukiwania te dalej prowadzili GÜSSEROW, w ostatnich czasach DÜHRSSSEN, a głównie BARTSCH. WINTER z Królewca podjął akcyę zapobiegawczą przeciwko chorobie raka macicy. Dodam, że sprawa raka macicy była programową na ostatnim Zjeździe międzynarodowym ginekologów w Rzymie; poświęcono jej także dużo rozpraw na Zjeździe ginekologów niemieckich w Gissen.

Przed paru miesiącami zaproponowałem] Sekcyi Ginekologicznej, przy naszym Towarzystwie Lekarskiem istniejącej, opracowanie tej sprawy, wzięwszy na siebie podanie statystyki raka macicy. Poszukiwania moje dla porównania oprócz musiałem i na ogólnej statystyce śmiertelności na raka, co mnie właśnie daje możność i na posiedzeniu klinicznym przedstawić sz. kolegom te zestawienia liczbowe, ujęte w tablice.

Czynię to w tem przekonaniu, że wszelkie zestawienia statystyczne z dziedziny nauk lekarskich bywają nieraz cennym probierzem postępu medycyny z jednej, a jej braków z drugiej strony.

Przed rozpatrzeniem zestawień liczbowych zastanowię się nad źródłami, z których statystykę śmiertelności na raka czerpać można.

Najdokładniejsze dane przedstawiają bezwątpienia przypadki, spostrzeżane w szpitalach, szczególnież te, w których rozpoznanie stwierdzone zostało bądź przez operację, bądź przez badanie pośmiertne. Statystyki szpitalne oprócz tego posiadają i te zalety, że określają śmiertelność na raka w stosunku do ogólnej liczby zgonów w szpitalu, a także — jakie narządy najczęściej ulegają zwyrodnieniu rakowemu.

Natomiast wadami statystyk tych bywa, że nie obejmują wszystkich przypadków, leczonych w szpitalu na raka, ponieważ, zazwyczaj, większość chorych z powodu przewlekłości cierpienia i bezskuteczności leczenia wypisuje się przed zgonem ze szpitala. Nadto — acz znane zdanie LEUBE'go, że np. rak żołądka zdarza się wszędzie i zawsze u ludzi zamożnych, dobrze odżywianych, niezupełnie jest słuszne, — to przyznać jednak trzeba, że ludzie biedni, właśnie w szpitalach szukający porady, rzadziej na raka zapadają, a tem samem statystyki szpitalne nie obejmują ogółu w danej miejscowości na raka chorych, lecz tylko chorych z pewnej warstwy ludności.

Statystyki urzędów państwowych, miejskich, jak wiadomo, opierają się na danych ze świadectw śmierci, wydawanych przez lekarzy. Wprawdzie możliwe są tutaj błędy rozpoznawcze, szczególnież, gdy świadectwo wypisuje nie lekarz, który przez czas dłuższy obserwował i leczył chorego, lecz lekarz przygodny, ale dane z tego źródła posiadają tę wielką wartość, że dotyczą wszystkich zmarłych w danej miejscowości, a tem samem w każdym razie określają ściśle *minimum* wszystkich zmarłych na raka.

Cenne dane dla statystyki śmiertelności na raka podają Towarzystwa Ubezpieczeń na życie, jak np. Towarzystwo Ubezpieczeń New-York; szkockie Towarzystwo pomocy dla wdów; znane w Niemczech — Goethaer-Lebensversicherungsbank i inne.

Dane do statystyk zachorowań na raka pochodzą ze szpitali i w ogóle zakładów leczniczych, a także z praktyki prywatnej lekarzy.

Dla uniknięcia, aby jeden i ten sam chory przez kilku lekarzy do statystyki nie był podany, wprowadzono jednodniowe spisy chorych.

Taką drogą powstały znane statystyki zbiorowe raka jednego dnia, mianowicie 15.X. 1900 r. dla Niemiec i Holandyi zebrane. Obie statystyki te zostały wydane razem staraniem Komitetu badania raka, utworzonego w Berlinie pod przewodnictwem LEYDEN'a

Statystyki, otrzymywane zapomocą kwestyjonaryuszy, drogą ankiet, zawierają dużo ważnych danych, odnośnie etyologii, stopnia rozpowszechnienia w stosunku do zaludnienia, sposobu życia, zajęcia i t. p.

W kwestyjonaryuszach takich oprócz płci, siedliska raka, wieku, uwzględniane zwykle bywają stosunki dziedziczne i rodzinne, żywienie, używanie wysiłku, wywiady co do urazu, wpływ ciąży na szybkość rozwoju raka, szczególniejszego, wpływ wyniszczających chorób ustrojowych, jak: gruźlicy, przymiotu, wpływ poprzednich cierpień danego narządu [zwłaszcza macicy, żołądka], przy raku odbytnicy [hemoroidy, przetoki, polipy].

Przed kilku laty inspektor szpitali warszawskich rozesłał kwestyjonaryusz w sprawie zachorowań na raka, a przed dwoma laty MAYBAUM i SERKOWSKI zarządzili jednodniowy spis chorych na raka w Królestwie Polskiem. Wyników ankiet tych dotychczas nie podano do druku.

Rozpatrując statystyki śmiertelności na raka w różnych krajach, z różnych źródeł pochodzące, na wielkich liczbach oparte, przychodzimy do szeregu wniosków, z których pierwszym i najważniejszym jest, że liczba chorych na raka stopniowo i ciągle się zwiększa nie tylko w stosunku do wzrostu ludności, lecz i bezwzględnie.

Szczególniej pod tym względem pouczającą jest statystyka WILLIAMS'a dla Anglii, obejmuje bowiem długi okres czasu lat 56.

Podług statystyki tej śmiertelność na raka w przeciągu 56-u lat w Anglii powiększyła się przeszło o cztery razy, mianowicie na 1 milion mieszkańców na raka umarło:

W roku	1840	177
"	1850	279
"	1860	343
"	1870	424
"	1880	502
"	1890	676
"	1896	764

Podług statystyki jednego z wielkich Towarzystw asekuracyjnych niemieckich ¹⁾ śmiertelność na raka w Niemczech wzrosła bezwzględnie:

Z liczby 358032 ubezpieczonych w latach 1881—1889 zmarło 8,244‰.

" 460469 " " 1890—1898 " 10,137‰.

Podług Goethaer-Lebensversicherungsbank'u:

z 42522 ubezpieczonych w r. 1875 zmarło na raka — 61, t. j. 1,43‰;

z 92732 " " 1899 " — 219, t. j. 2,36‰.

W Prusach podług ANGERER'a ²⁾ na 10000 mieszkańców zmarło na raka:

W r. 1877	2,66
" 1896	5,53

¹⁾ ROBERT BEHLA. Deut. med. Zeit. 1900.

²⁾ V. ANGERER. Handbuch der praktischen Chirurgie. Herausgeg. v. BERGMANN, BRUNS i MIKULICZ. Stuttgart. 1902. T. II.

Rozpatrując inne statystyki wszystkich krajów Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, zarówno urzędowe, jak i zbierane przez pojedynczych autorów, lub instytucje społeczno-lekarskie, wszędzie widzimy stały, stopniowy wzrost śmiertelności na raka nie tylko w stosunku do wzrostu ludności, lecz i bezwzględnie. Nie przytaczam tych zestawień liczbowych w obec tego, że znaczna ich większość była drukowaną w „Gaz. Lek.” w starannie ułożonym referacie zbiorowym przez S. SERKOWSKIEGO i J. MAYBAUMA ¹⁾, nie dawniej, jak w r. 1904.

Nim podam odnośne cyfry, które zebrałem i zestawilem według danych Wydziału i Archiwum statystycznego m. Warszawy, nadmienić pragnę, choćby w paru słowach, o materiale statystycznym w ogóle, jaki do badań w tym kierunku u nas znaleźć można. Pragnąc oprzeć wywody naukowe na statystyce zachorowań lub śmiertelności na daną chorobę, zdawałoby się, że najpewniej znaleźć można dane odpowiednie w sprawozdaniach Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, która je czerpie z wykazów, układanych w szpitalach przez lekarzy. Tymczasem okazuje się, że nasze wykazy pod wpływem przeróbek kancelaryjnych zmieniają fizyonomię wprost do niepoznania. W obchodzącej na przykład nas sprawie, w sprawozdaniach Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej wprost nie znajduję rubryki „rak”. Istnieje natomiast rubryka ogólna: nowotwory łagodne i złośliwe.

Drugim źródłem są sprawozdania o ruchu ludności miasta Warszawy ²⁾, układane [od r. 1887] podług wzoru, opracowanego na Kongresie międzynarodowym statystycznym w Budapeszcie. Umieszczane w nich wiadomości nabrały większego stopnia dokładności od czasu wyjednanania w d. 21 marca 1881 r. postanowienia o wprowadzeniu w mieście Warszawie nowych przepisów, dotyczących wydawania świadectw na grzebanie zmarłych i porządku zbierania danych statystycznych o śmiertelności. Wskutek wprowadzenia wyżej wymienionych przepisów statystyka śmiertelności od r. 1882 nabrała cechy większej dokładności. Statystyka ta jednak w porównaniu z innemi, szczególnie z niemieckimi, pozostawia i obecnie wiele do życzenia, a wina tego, zdaniem mojem, leży głównie po stronie lekarzy, przedewszystkiem lekarzy miejskich, którzy zapominając o znaczeniu naukowem w ogóle statystyki, nieraz dowolne lub nieprawdziwe rozpoznanie na świadectwach wypisują.

[D. n.].

¹⁾ S. SERKOWSKI i J. MAYBAUM. Materiały do etyologii i statystyki raka. Gaz. Lek. 1904.

²⁾ Ruch ludności m. Warszawy za okres 20-letni (1882—1901), opracowany przez Sekcję statystyczną Magistratu m. Warszawy. 1902.

Sprawozdanie o ruchu ludności miasta Warszawy za rok 1902.

Sprawozdanie o ruchu ludności miasta Warszawy za rok 1903.

Sprawozdanie o ruchu ludności miasta Warszawy za rok 1904.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

— + — + —

Metoda Bier'a w obecnej fazie swojego rozwoju.

Podał

Wacław Dobrowolski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 10].

HEINE z 19-u przypadków powikłanego cierpienia ropnego ucha średniego otrzymał 9 zupełnych wyleczeń. Liczba ropnych zapaleń ucha, leczonych przez STENGER'a metodą BIER'a, wynosi:

11 przypadków ostrego ropienia bez powikłań

7 " " " " " " " " z powikłaniami.

O przypadkach przewlekłych, przezeń leczonych, autor nie mówi obszerniej, ze względu na krótkotrwałe stosunkowo obserwacje. Do wywołania przekrwienia autor posługiwał się przyrządami ssącymi, które na ograniczonej przestrzeni oddziałują silniej, aniżeli opaska uciskająca, umieszczona na szyi. W razie obecności ropnia podokostnego, pierwszym zabiegiem było otwarcie jego cięciem o 2 — 3-ch ctm. długości i odluszczenie okostne aż do obwodu zewnętrznego otworu usznego, poczem cienkim drutem autor otwierał wyrostek sutkowy, *resp. antrum*; o ile zaś taka przetoka już istniała, to poddawana była tylko wyłęczkowaniu. W wytworzony w ten sposób otwór w kości zakładano luźno paski gazy, a dopiero wtedy na skórę przystawiano bańkę BIER'a, która była usuwana dopiero po upływie 3-ch godzin, o ile wcześniej nie wypełniła ją całkowicie wydzielina z rany [krew, ropa i ciecz surowicza]. Następnego dnia opatrunek zostaje zmieniony i znów bańka na 1 — 2 godziny. Te zabiegi powtarza się codziennie, aż wreszcie rana kostna wypełni się dobrą ziarniną, *resp.* bańka przestanie wysysać jakąkolwiek ciecz i ustanie wydzielina z ucha zewnętrznego. I w przypadkach, w których ropień jeszcze się nie utworzył, należy przeprowadzić najpierw kanalik do *antrum*, dalsze zaś leczenie, jak i poprzednio. Ropienie trwa *maximum* 6 — 8 dni; wyzdrowienie następuje średnio po upływie 3½ tygodnia. Za przeciwwskazanie do użycia metody BIER'a w ostrych ropieniach ucha średniego uważa STENGER obecność wybujałości adenoidalnych w gardle (*Rachenwucherungen*). W konkluzji autor przepowiada metodzie BIER'a w zakresie swojej specjalności dużą przyszłość.

Z dziedziny chorób oczu [zapalnych] BIER wyleczył swoją metodą 2 przypadki ostrego zapalenia woreczka łzowego. Obflitsze w tym względzie dane znajdujemy w świeżo ogłoszonej pracy RENNER'a, który, nawiasem mówiąc, nigdy nie stosował przekrwienia u ludzi, którzy przekroczyli lat 40, a to z obawy wytworzenia gruntu, podatnego dla rozwoju jaskry (*glaucoma*), a również ze względu na możliwość wynaczynień do mózgu, przy nieznacznej choćby miażdżycy tętnic, [jakkolwiek KEPLER stosował przekrwienie i w takich razach bez żadnych poważniejszych zaburzeń]. Wykonywane przezeń próby dotyczyły tylko tych przypadków, w których było wykluczone ostre cierpienie *tractus uveae* (*iritis, iridocyclitis, iridochorioiditis acuta*). Przedewszystkiem więc leczył tą metodą *keratitis parenchymatosa* w 5-u przy-

padkach. Po 2—4-ch tygodniach leczenia, codzień po 6 — 12 godzin, nastąpiła znaczna poprawa. Zato w przypadkach *ulcus serpens*, *ulcus eczem. phlyctaenulosum*, *ulcus catarrhale*, w zmętnieniach rogówki bez jednoczesnego rozwoju naczyń nie można było dostrzedz wyraźnej poprawy. Bądź co bądź jednak RENNER przypuszcza, że metoda BIER'a w dziedzinie chorób ocznych ma przed sobą przyszłość.

Stosowane przez BIER'a przekrwienie zastoinowe głowy w licznych przypadkach gruźliczego i ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych dawało zazwyczaj polepszenie samopoczucia, a w jednym tylko przypadku nastąpiło polepszenie istotne.

HEULE zaleca zastój żylny w ostrym niezycie nosa.

W 2-ch przypadkach ostrego zapalenia przyuszniczy wynik był stosunkowo pomyślny, jak również przy wtórnym zakażeniu gruczołów chłonnych. Zato we wszystkich 6-u ropniach dziąseł (*parulis*) zejście było bardzo dobre.

HOCHHAUS stosował przekrwienie zastoinowe w chorobach gardła i szyi u dorosłych i dzieci, które łatwiej znosiły opaskę gumową na szyi, niż dorośli; autor zanotował liczne przypadki wyleczeń zapalenia gardła (*angina*); mniej pomyślne okazały się przypadki róży. Próbował też leczyć w ten sposób błonicę gardzieli [25 przyp.], lecz, wobec jednoczesnego zastrzykiwania surowicy swoistej, trudno wyprowadzić wnioski co do działania metody BIER'a w tych razach.

Dzięki wytrwałym badaniom KLAPP'a, zostały dokładnie wypracowane szczegóły techniczne i wskazania do użycia suchych baniek oraz t. p. przyrządów ssących w ostrych zapaleniach i ropniach. Po nieznacznem [celem uniknięcia bolesności] rozcieńczeniu powietrza, bankę przystawia się dziennie na $\frac{3}{4}$ godziny, robiąc co 5 minut przerwę 3-minutową. W ten sposób leczono w poliklinice BIER'a bardzo pomyślnie czyraki, wąglik, dymienie, ostre ropnie, zapalenia sutki, nacieki, świeżo zakażone i dawne rany, masy ziarninowe z ziarniną błądą, ukąszenia owadów, zastrzały, zanokcice, ropowice dna jamy ustnej — ogółem przeszło 600 przypadków. W wielu z nich działało wyłącznie przez nasysanie, w innych zaś, o ile została stwierdzoną obecność ropnia, dołączano do tego małe nacięcia. Przy wyłącznem stosowaniu baniek czyraki goiły się po 5-u dniach, wąglik po 10 — 15-u. DANIELSEN w ten sam sposób leczył 43 przypadki czyraków, z których w 25-u, znajdujących się w okresie początkowym, nie dopuścił do ropienia; czas leczenia wynosił 1 do 4 posiedzeń. Tam zaś, gdzie już zebrало się nieco ropy, otwierał małym nakłuciem i stosował banki 3 — 5 razy, poczem następowało zupełne wyleczenie. W 5-u przypadkach wąglika, po uprzednich małych nakłuciach, ropa znikala już po 5-u posiedzeniach, a tylko zagojenie powstałego braku skóry wymagało około 2-ch tygodni czasu; na 19 zastrzałów w 12-u otrzymał wyleczenie zupełne tylko zapomocą przyrządu ssącego i opaski, w 5-u dokonano jeszcze nakłucia, w 2-ch zaś leczenie to okazało się bezkutecznem. W jęczmyku i ropniu jamy ustnej wystarczało 2—3-krotnego zastosowania małych kielichowatych baniek do zupełnego wyleczenia; również szybko wyleczył w ten sposób 2 zakażone rany głowy.

PRYM zastosował przyrząd ssący do leczenia ostrych spraw zapalnych migdałków w ten sposób, że migdałek poddawano zabiegowi w ciągu 5-u minut, poczem następowała przerwa; podczas jednego posiedzenia powtarzano to kilkakrotnie, a, o ile pozwalały warunki zewnętrzne, posiedzeń codzień było kilka. Otrzymane tą drogą wyniki były bardzo dobre w ostrem i przewlekłem zapaleniu gardła, któremu niekiedy towarzyszyło tworzenie się błon; bezkutecznem zaś okazało się leczenie przerostu migdałków u dzieci.

STICH, który leczył metodą BIER'a około 150 przypadków rozmaitych ostrych spraw ropnych, twierdzi, iż, w wielu zastrzałach siła działania przy-

rządów ssących była daleko większa, aniżeli zwykle [pod opaską] przekrwienie zastoinowe. Wogóle zaś autor ten przypisuje wielką wartość leczniczą nowej metodzie, w bardzo bowiem nielicznych [stosunkowo] przypadkach spotkał go zawód; ostrzega jednak, jak i wielu innych, że wymagalną jest tu bezwarunkowo nadzwyczaj ścisła kontrola i duża wprawa.

EVERSMANN, stosując bańki suche w ropiejących ranach skórnych *post laparotomiam*, otrzymał daleko lepsze wyniki, niż przy innych metodach.

Tenże EVERSMANN, używając specjalnego wziernika pochwowego ze szkła mlecznego z boczną rurką dla wypompowywania powietrza, otrzymał bardzo dobre wyniki w zapaleniu błony śluzowej macicy z silnemi upławami, oraz w przypadkach bolesnych wysięków w jamie DOUGLAS'a. Każde posiedzenie trwało początkowo 30 minut najpierw co parę dni, a potem codziennie.

FRANKL i WECHSBERG również zalecają tę metodę w zapaleniu macicy i jej błony śluzowej.

KROEMER, który postępował analogicznie z EVERSMANN'em, reasumuje swoje wnioski w sposób następujący: metoda omawiana nadaje się do zastosowania: 1) w ostrych stanach zapalnych narządów płciowych celem umiejscowienia ogniska zakażenia, szczególnie w okresie połogowym; 2) celem leczenia objawów niepomyślnych po przewlekłych sprawach zapalnych: a) do osiągnięcia czynno-biernego przekrwienia [rozmiękczenie zwężeń i blizn, wchłanianie nacieków i t. d.], b) celem usunięcia przekrwienia biernego, ale wówczas w połączeniu ze skaryfikacją.

Cukrzycowe czyraki i wągliki goją się, jakkolwiek nie tak szybko, jak zwykle, lecz w każdym razie pod bańkami szybciej, niż przy innych zabiegach, co, oprócz BIER'a, stwierdził też GRUBE, tymczasem zaś COLLEY na podstawie wielce niepomyślnych wyników w 2-ch własnych przypadkach tego ciepienia, radzi być bardzo a bardzo ostrożnym. KLAPP, jak i wielu dentyistów, otrzymał na tej drodze znakomite wyniki przy przetokach zębowych.

Jako paradigma dla „*Saugverfahren*“ uważa BIER leczenie ostrego połogowego zapalenia sutki [porówn. KROEMER]. Przy wszelkich ropniach należy pamiętać, że po otwarciu ich przez ukłucie na $\frac{1}{2}$ — 1 cm. długości, należy za każdym razem wyssać bańką ropę bardzo dokładnie; następnie, w ostrych zapaleniach celem uniknięcia bólów i znacześniejszych krwawień, powietrze w przyrządach powinno być na tyle tylko rozrzedzone, aby bańki jedynie trzymały się na miejscu, a więc przeciwnie niż w gruźlicy.

Porównyując przy ostrych ropieniach wartość leczniczą przyrządów ssących i zwykłego przekrwienia po nałożeniu opaski, autor zaznacza wyższość pierwszej metody na podstawie następującej:

1) usuwa ona jak najdokładniej ropę i sprządza skuteczny, oczywiście znacznie odmienny typ przekrwienia;

2) jest środkiem zupełnie bezpiecznym nawet w rękę nieudolnego i niedoświadzonego, czego nie można powiedzieć o przekrwieniu pod opaską.

Jak było wspomniane już poprzednio, BIER w cierpieniach niezakaźnych zaleca zazwyczaj, choć nie absolutnie zawsze, przekrwienie czynne, wywołwane zapomocą gorącego powietrza. Dotyczy to w pierwszym rzędzie przewlekłego gośca stawowego. Średni czas trwania zabiegu wynosi dziennie 1 godzinę, *maximum* 2 — u osobników wyjątkowo silnych w razie jednoczesnego znacznego zajęcia wielu stawów; zazwyczaj zaś stosują zabieg do jednego stawu, który najpoważniej ucierpiał. Po upływie kilku tygodni lub miesięcy takiego leczenia następuje przerwa, trwająca 1 do 4-ch tygodni, w czasie której na chory staw stosuje się okład PRIESSNITZ'a, lub też jakkolwiek inny środek, wywołujący energiczniejsze przekrwienie. W okresie obostrzeń, szczególnie

w małych stawach, BIER otrzymywał dobre wyniki po zastosowaniu przekrwienia zastoinowego po 10 do 22 godzin na dobę, przyczem raz lub dwa dziennie obrzęk był usuwany przez mięsienie i ułożenie na wzniesieniu. W ciężkim przewlekłym gościec stawowym, obejmującym liczne stawy, BIER tak postępuje: stawy barkowy, biodrowy i kolanowy leczy gorącym powietrzem, zaś łokciowy, napięstkowy, palcowe, a często i stopowe — przekrwieniem zastoinowym. W razie silnych zeszywnień korzystnem jest działanie przyrządów ssących; pamiętać jednak należy, że w tej kategorii cierpień szkodliwe są zarówno zbyt silne ruchy, jak i długotrwałe unieruchomienie. Wogóle jednak, jak sam BIER przyznaje, proponowana przezeń metoda nie okazała w tych razach wyraźnego wpływu dodatniego na przebieg choroby: tylko w 3-ch przypadkach dosyć ciężkiego gościa przewlekłego otrzymał wynik, bliski wyleczenia.

HABS, BUM, LAQUEUR w *arthritis deformans* nie widzieli żadnej prawie poprawy pod wpływem jak czynnego, tak i biernego przykrwienia. O wiele lepsze wyniki dało leczenie stawów, zeszywniałych wskutek urazu lub rzeźączki, zapomocą gorącego powietrza; to samo twierdzą BLECHER i SUDECK po użyciu przyrządów ssących, głównie ortopedycznych.

Igonitis crepitans ulegało wybitnej poprawie pod działaniem tychże czynników.

KLAPP otrzymywał zupełnie zadowalające wyniki, działając gorącym powietrzem na skrzywienie boczne kręgosłupa (*scoliosis*), w którym, ze względu na ogrzewanie znacznej powierzchni ciała, każde posiedzenie nie trwało dłużej nad 20 minut, poczem bezpośrednio wykonywano odpowiednie ćwiczenia gimnastyczne (*Turnübungen*).

Dalej, BIER stwierdził dodatnie działanie czynnego przekrwienia na zwykle [t. j. podskórnej] świeże złamania kości, a również na uszkodzenia części miękkich, prowadzące do znaczniejszych wynacznień, a więc przedewszystkiem w świeżych wykręceniach stawów (*distorsio*).

Przekrwienie czynne w postaci środka, znakomicie ułatwiającego wchłanianie, zaleca BIER w obrzękach najrozmaitszego pochodzenia, głównie zaś po świeżo zagojonych złamaniach, a następnie — w wylewach do stawu. KLAPP i SCHAFFER wyleczyli pomyślnie 60 przypadków ostatniego rodzaju.

WIEDMANN opisuje, że z 30 takichże przypadków, leczonych w taki sam sposób przez MARTIN'a, zupełnie wyzdrowiało 80%.

Jakkolwiek ten środek nie zabezpiecza stawu od nawrotów, lecz w każdym bądź razie posiada tę wyższość nad innymi, że chory staw nie podlega przymusowej bezczynności, a przeciwnie, może być w ruchu. BIER np. z powodzeniem leczył ambulansowo *hydrops genus*. Również pomyślnie można tą metodą leczyć krwawe wylewy do stawu.

Na słoniowatość gorące powietrze oddziaływa bardzo słabo. W przypadkach BIER'a, dopóki chory leżał lub też bardzo mało się ruszał, rzeczywiście widoczną była pewna poprawa; z chwilą jednak rozpoczęcia czynniejszego używania kończyny, wszystko wracało do poprzedniego stanu.

W wielu przypadkach nerwobólów, w których już wyczerpane były wszelkie środki, prócz operacyi, przekrwienie czynne dawało wyniki po prostu świetne, jak oto: przy *neuralgia trigemini*, *lumbago*, *ischias*.

Nieskuteczne w tych razach przekrwienie zastoinowe, okazało się zato dobroczynnem we wszelkiego rodzaju bólach głowy, szczególnie u niedokrwiłystych.

Również 2 przypadki płasawicy zakończyły się pomyślnie pod działaniem zastoju w padaczcze zaś nie okazał on żadnego wpływu. W dziedzinie chorób naczyń gorące powietrze, twierdzi BIER, jest środkiem bardzo skutecznym. Dowiodło tego leczenie zylaków, które malały i ujawniały poprawę. Najbar-

dziej atoli wskazanym jest ów zabieg w stanach następujących żyłaków, np. w zakrzepach, które jednak zaczyna się leczyć w ten sposób dopiero w okresie przemian wstecznych, zwykle przez godzinę dziennie; obecność owrzodzeń nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu. [Usilnie zaś odradza BIER stosowania tegoż na zakrzepy głębszych żył, np. udowej, przed upływem 6-u miesięcy po nastąpieniu skrzepnięcia].

Nie zawiódł BIER'a ten zabieg i w przypadkach zagrażającej starczej i cukrzycowej zgorzeli: chore kończyny powróciły do stanu zadowolającej używalności; w tych razach jednak należy być z zabiegiem nadzwyczaj ostrożnym z obawy możliwych oparzeń, tembardziej że wrażliwość odnośnych miejsc skóry jest bardzo obniżona. To też BIER zaczynał tu zawsze od bardzo słabego ciepła, zatrzymując się ostatecznie na 90°, i to o ile chory nie uskarżał się na najmniejsze choćby dolegliwości. Twórca metody tłumaczy sobie jej działanie w tych cierpieniach w dwu kierunkach: z jednej strony ożywiony obieg krwi zapewne rozpuszcza chorobowe wybujałości *intimae*, ułatwiając przez to ich wchłanianie, z drugiej zaś strony naczynia zaczynają silnie funkcjonować pod wpływem mocnej podniety gorąca.

RITTER otrzymał pomyślnie wyniki przy leczeniu odmrożeń zarówno czynnym jak i biernym przekrwieniem.

W ostatnich czasach gorące powietrze zyskało rozpowszechnienie w terapii chorób kobiecych [wysięki przy — i okołomaciczne, inne przewlekłe zapalenia], w chorobach oczu, uszu, nosa i wewnętrznym.

Jak widać z tego krótkiego szkicu, metoda BIER'a, jako środek leczniczy, zatacza coraz to szersze kręgi, przenika do coraz to nowych gałęzi medycyny, jakkolwiek odzywają się tu i owdzie głosy niechętne. Gdy BIER przed 14-u mniej więcej laty zaczął torować drogę swej metodzie, prawie powszechnie pomawiano go — co najmniej — o dziwactwo; tymczasem badania lat ostatnich dały niezbite dowody, że myśl jego nie tylko nie była szkodliwą [a to już dużo znaczy], lecz w wielu przypadkach oddała ludzkości istotną przysługę. *Gutta cavat lapidem...*

L I T E R A T U R A.

- 1) BIER. Hyperämie als Heilmittel. Wyd. drugie. 1905.
- 2) ULLMANN. Drei Fälle von Hodentuberkulose, wesentlich gebessert durch Biersche Stauung. Wien. klin. Woch. N. 47. 1905.
- 3) RENNER. Ueber Biersche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten. Münch. med. Woch. N. 2. 1906.
- 4) WASSERMANN. Behandlung der Lungentuberkulose mittels passiver Hyperämie. Wien. med. Woch. N. 43. 1905.
- 5) DANIELSEN. Ueber die Bedeutung der Bierschen Stauungsbehandlung akuter Entzündungen für die chirurg. Poliklinik und den praktischen Arzt. Münch. med. Woch. N. 48. 1905.
- 6) STICH. Zur Behandlung acuter Entzündungen mittels Stauungshyperämie. Berl. klin. Woch. N. 49 i 50. 1905.
- 7) KEPPLER. Zur Behandlung entzündlicher Erkrankungen von Kopf und Gesicht mit Stauungshyperämie. Münch. med. Woch. N. 45, 46 i 47. 1905.

- 8) HIRSCH. Ueber die Behandlung der Arthritis gonorrhoeica mit Bierscher Stauung. Berl. klin. Woch. N. 39. 1905.
- 9) HOCHHAUS. Ueber die Behandlung akuter Halsaffektionen mittels Stauungshyperämie. Ther. der Gegenwart, paždziernik. 1905.
- 10) RANZI. Behandlung von eitrigen Prozessen durch Stauung und Saugung nach Bier. Wien. med. Woch. N. 47. 1905.
- 11) PRYM. Ueber die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen mittels Saugapparaten. Münch. med. Woch. N. 48. 1905.
- 12) KLAPP. Die Mobilisierung der skoliotischen Wirbelsäule mit einer aktiven Methode. Münch. med. Woch. N. 48. 1905.
- 13) KROEMER. Das Biersche Stauungsverfahren in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gynäkologie. N. 4. 1906.
- 14) EVERSMAAN. Die Biersche Stauung in der Gynäkologie. Zentr. f. Gynäkol. N. 48. 1905.
- 15) EVERSMAAN. Die Klappsche Saugbehandlung bei eifernden Hautwunden. Zentralbl. f. Gyn. N. 4. 1906.
- 16) FAURE. La méthode de BIER. La Presse méd. N. 7. 1906.
- 17) STÄNGER. Die Biersche Stauung bei akuten Obreiterungen. Deutsche med. Woch. N. 6. 1905.
- 18) COLLEY. Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung akut eitriger Prozesse mit Bierscher Stauungshyperämie. Münch. med. Woch. N. 6. 1906.
- 19) HERHOLD. Anwendung der Stauungshyperämie bei akuten eitrigen Prozessen im Garnisonslazarett Altona. Münch. med. Woch. N. 6. 1906.
- 20) MINDES. przyczynek do techniki wywoływania przekrwienia biernego metoda BIER'a. Tygodn. Lek. N. 5. 1906.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

73. Maks Buch. Enteralgia i kolka.

I. O mezogastralgii; przyczynek do wyjaśnienia pojęcia enteralgii. Kolka dotychczas jest przyjmowana za nerwoból splotów kręzkowych nerwu współczulnego i identyfikowana z enteralgią, jakkolwiek pojęcia te nie są synonimami, gdyż z pojęciem kolki związane jest zawsze wyobrażenie o nienormalnej czynności ruchowej kiszek.

NOTHNAGEL nazywa kolką „bolesne pobudzenie nerwów ścian kiszek, które wyraża się w postaci silnego tonicznego skurczu, albo też przezeń bywa wywoływane“; enteralgią zaś — „te bóle w obrębie kiszek, przy których niema tonicznego skurczu kiszek, które również nie są pochodzenia zapalnego, a są raczej pochodzenia czysto nerwowego“. Jednakże NOTHNAGEL'owi nie udało się dać wyrazistego obrazu klinicznego enteralgii. W niektórych bowiem podawanych przezeń za enteralgię przypadkach istnieje znaczna wrażliwość uciskowa kiszek, gdy w innych — wrażliwości tej niema zupełnie. O ile więc dla przypadków pierwszej kategorii termin *enteralgia* jest najzupełniej usprawiedliwiony, dla przypadków drugiej nie jest on właściwy, gdyż nerwoból nie jest tu umiejscowiony w kiszkiach.

Już dawniej autor dowiódł, że 1) w nerwobólach n. współczulnego, podobnie jak w nerwobólach nerwów mózgodzeniowych, chore sploty tego

nerwu zawsze są czułe na ucisk, oraz, że 2) w większości przypadków gastralgii ból jest umiejscowiony nie w samym żołądku, a w leżących w tyle spłotach n. współczulnego, mianowicie w *plexus coeliacus* i w samym pniu pogranicznym. Podobnież i w ogromnej większości przypadków bólów śródbrzusza z łatwością można się przekonać, że nerwoból nie jest umiejscowiony w kiszkiach, a w spłotach n. współczulnego, leżących na kręgosłupie, ucisk bowiem na nie wywołuje ból bardzo podobny lub identyczny z bólem, odczuwanym przez danego chorego, a często też i właściwe mu promieniowania; dowodzi to, że bóle te wraz z właściwymi sobie objawami pobocznymi polegają na chorobliwym stanie pobudzenia spłotów dolnego odcinka n. współczulnego lędźwiowego (*plex. aort. i hypogastr. sup.*), umiejscowionych na lewej powierzchni kręgosłupa. Niekiedy jednak i same pnie pograniczne okazują chorobliwą pobudliwość, często bowiem bolesna jest na ucisk i prawa lub nawet wogóle cała powierzchnia kręgosłupa.

Bólu nie można tłómaczyć przyciśnięciem chorobliwie pobudliwego żołądka lub kiszki do kręgosłupa, gdyż zazwyczaj mocny uścisk na boczne części brzucha nie jest bolesny, nawet wtedy, gdy udaje się osiągnąć końcami palców tylnej jego ściany. Podobnież można wykluczyć nadczułość skóry, muskulatury i t. d.

Aorta dzieli się widelkowato zwykle na przedostatnim kręgu lędźwiowym na *arteriae iliacae comm. Pl. aorticus* ciągnie się do rozwidlenia aorty i dlatego dolny koniec jego leży na wysokości pępka, lub nawet pod pępkiem. W widelkowatości tej na ostatnim kręgu lędźwiowym leży *pl. hypogastr. sup.* Pępek leży zwykle na wysokości przedostatniego lub między przedostatnim a trzecim z końca kręgiem lędźwiowym. *Plex. hypogastr. sup.* leży przeto nieco poniżej pępka. Wyjątkowo tylko wskutek wysokiego dzielenia się aorty lub zbyt niskiego położenia pępka spłot ten może okazać się na wysokości lub nawet powyżej pępka. Wogóle jednak można przyjąć za zasadę, że bóle z lewej strony kręgosłupa ponad pępkiem należy odnieść do *pl. aort.* lub lewego pnia pogranicznego, umiejscowione zaś pod pępkiem — do *plex. hypogastr. sup.*, jednakże tylko w obrębie śródbrzusza, ponieważ bóle w *hypogastrium* umiejscowione są w spłotach miednicowych.

Ponieważ nie same tylko spłoty nerwowe, lecz i łączące je pnie pograniczne ulegają nerwobólowi, przeto autor proponuje terminologię topograficzną. Gdy więc bóle górnego odcinka n. współczulnego lędźwiowego poprzednio już nazwał epigastralgią, nerwoból dolnego odcinka wraz z *plex. aort. i hypogastr. sup.* oznacza nazwą mezogastralgii, nerwoból zaś n. współczul. miednicowego — hipogastralgią.

Jeżeli n. współczulny lędźwiowy dotknięty jest na obu stronach, ból mezogastralgiczny zajmuje linię środkową. Przy jednostronnym nerwobólu ból lokalizuje się częściej z lewej strony, stosownie do położenia *pl. aorticis*, mianowicie pod postacią 4 ctm. szerokiego bolesnego pasa w głębi brzucha wzdłuż linii środkowej, lub też w postaci ograniczonego bolesnego punktu, który leży albo tuż obok, albo w oddaleniu 2—3 ctm. od linii środkowej. Przy głębokim ucisku w miejscach tych napotyka się zawsze wypukłość kręgową i wywołuje mniej lub więcej silny ból, lub też powiększa już istniejący. Szeroki umiarkowany ucisk na brzuch może powodować zmniejszenie się bólów nerwalgicznych, ponieważ zmniejsza przekrwienie odnośnej części n. współczulnego lędźwiowego; analogiczne zjawisko widzimy w innych nerwobólach.

Natężenie bólu jest bardzo rozmaite.

Można rozróżniać trzy postaci mezogastralgii: 1) Często chorzy skarżą się na bezustanne, prawie przykre uczucie lub lekki ból w *mesogastrium*, który wskutek pewnych nieznacznych powodów, rzadziej bez nich, nasila się do ciężkich napadów. Gdy podczas napadów jedynie tylko którykolwiek ze spłotów

(*aortic., hypogastr. sup., coeliacus*) jest bolesny, podczas silniejszych napadów ból rozszerza się na wiele innych splotów, przyczem zachodzą liczne bolesne promieniowania w rozmaite, nieraz znacznie oddalone, sploty sympatyczne i do nerwów mózgodzeniowych. I w ostatnim przypadku jednak promieniowanie odbywa się we włóknach n. współczulnego, domieszanych do nerwów mózgodzeniowych. 2) Znacznie rzadziej napady występują peryodycznie po tygodniach i miesiącach zdrowia i trwają kilka dni do kilku tygodni: z najdrobniejszego powodu pojawiają się: ból, nudności, wymioty, odbijania, zaparcie stolca, słowem zjawia się stan podrażnienia, obejmujący bardzo różnorodne włókna n. współczulnego lędźwiowego. U niektórych pacjentek okres taki występuje regularnie podczas *menses*. Tutaj należą też peryodyczne wymioty LEYDEN'a i prawdopodobnie *crises gastriques* tabetyków. 3) Bez żadnych zwiastunów pośród najzupełniejszego zdrowia występuje nagle silny napad, który po kilku godzinach słabnie, pozostawiając tylko na pewien czas pewną wrażliwość śródbrzusza.

Ścisłe biorąc, między trzema temi postaciami niema żadnych zasadniczych różnic. I w pierwszej bowiem postaci prawie ciągły stan przykrego uczucia w okolicy śródbrzusza znika niekiedy na kilka dni pod wpływem radosnego nastroju, czyli, że i tu mamy peryodyczność, tylko, że okresy są długie, pauzy zaś krótkie i rzadkie. W przypadkach drugiej postaci można zauważyć, że w domniemanych pauzach zdrowia, chorzy nie są w istocie zupełnie zdrowymi: często zdarzają się lekkie bóle brzucha i inne zaburzenia. W przypadkach trzeciej grupy przy bliższym zbadaniu w okresie zdrowia również znajdujemy nieprawidłowości ze strony n. współczulnego, jak np. nadkwaśność [wzmoc. pobudl. nn. sekrecyjnych] obok zaparcia stolca i astenii żołądka.

Wszystkim więc trzem postaciom wspólna jest stała, często dziesięć lat trwająca nadmierna pobudliwość n. współczulnego lędźwiowego, okazująca krótsze lub dłuższe remisje peryodyczne, podczas których stan chorobowy bywa słabo wyrażony, oraz peryodyczne zaostrzenia, podczas których zarówno włókna czuciowe, jak również i inne rodzaje włókien tego nerwu znajdują się w stanie stałego chorobliwego pobudzenia, tak, że najmniejszy powód wystarcza, aby wywołać napad mezo-epigastralgiiczny. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w bladaczce, peryodyczne remisje mogą być bardzo krótkotrwałe i niezupełne, tak, że można mówić o *status neuralgicus* n. współczulnego lędźwiowego.

Przyczyny, wywołujące okres bolesnej pobudliwości, są rozmaitej natury. Najczęściej obwiniane są wzruszenia, zwłaszcza zmartwienia, lecz także przestraszach, wstyd, publiczne niepowodzenia, wreszcie przeciążenie umysłowe, zwłaszcza gdy jest skombinowane z niepowodzeniem, zmartwieniem i t. d. Są jednak przyczyny charakteru urazowego. Tu należą: przeciążenie tłoczni brzusznej przy ciężkich podźwignięciach, uderzenia w brzuch, wreszcie przekrwienia jamy miednicowej i brzusznej podczas *menses*. Charakter bólów często zbliżony jest do kolki, aczkolwiek nigdy prawie podczas napadu nie dają się zauważyć oznaki wzmoczonej czynności kiszek. Silniejszy napad połączony jest z ogólnem osłabieniem, wskutek czego chorzy leżą w łóżku zwykle w zgiętej pozycji i jęczą cicho lub głośno narzekają. Jedni instynktownie unikają wszelkiego ucisku na brzuch, inni, przeciwnie, próbują przez silny ucisk skrócić napad i w tym celu, leżąc na brzuchu, przyciskają obie pięści do punktu bolesnego. Ból powiększa się wtedy, jednakże napady znacznie się skracają. Ból jest nierównomierny, tępy, jątrzący, i na podobieństwo silnego bólu zęba okazuje stałe zmiany w swem natężeniu. Po większej części przyłączają się do niego i inne bóle, mianowicie bóle kłujące lub strzelające, przeskakujące podczas napadu z jednego splotu do drugiego, z *meso-* do *hypo-* lub *epigastrium*, do klatki piersiowej, zwłaszcza wzdłuż lewego brzegu mostka, do okolicy serca,

do szyi, lub odwrotnie. Wszystkie te bóle poruszają się w nerwie współczulnym. Niekiedy też występuje strzelające promieniowanie do najrozmaitszych pni nerwowych mózgowo-rdzeniowych, jak do nóg, rąk, głowy, oczu i t. d. Częściej jednak promieniowania te określane bywają jaką ciągnące, uciskające, lub wzmagają ból nerwów, już poprzednio istniejący. Tak u niektórych chorych równocześnie z napadem mezo- lub epigastralgi wzmagają się ból głowy, u innych znów bóle te występują kolejno. U chorych, cierpiących na bóle krzyża i grzbietu, bóle te wzmagają się podczas napadu.

Niekiedy ból mezogastraliczny odczuwany bywa jako palący. Podczas remisji palenie to bywa nieznaczne, podczas napadów jednak staje się niewymownie silnem i rozszerza wzdłuż linii środkowej ku górze i ku dołowi, niekiedy od ostatniego kręgu lędźwiowego, aż do szyi. Lekkie zaostrzenia tego bólu występują u niektórych osób po przyjęciu posiłu i mogą być łatwo przyjęte za zgagę. W przypadkach, w których istnieje jakoby zgaga obok achlorhydrii, występuje nie zgaga, a tylko paląca postać bólu gastralicznego; autor spostrzegł ją zarówno przy achlorhydrii, jak i przy hiperchlorhydrii. Palenie to umiejscowione jest w *epigastrium*, gdy prawdziwa zgaga — w okolicy za mostkowej i szyjnej.

Zwykle nerwobólem dotknięty jest nie jeden tylko splot, a parę lub kilka; zwłaszcza często łączy się nerwoból *pl. aortici* z nerwobólem *pl. coeliaci*.

Zarówno przebieg, jak napady i objawy mezo- i epigastralgi są nader do siebie podobne. Są jednak i różnice. Charakter bólów w epigastralgi jest częściej dręczący, uciskający, jakkolwiek przytem niema skurczu żołądka, co widocznem jest stąd, że napad nie kończy się odbijaniem i że tenże ból udaje się wywołać lub wzmóżyć sztucznie przez ucisk na górny odcinek n. współczul. lędź. W epigastralgi częściej odbywają się promieniowania do klatki piersiowej, szyi i do górnej części grzbietu, tymczasem w napadzie mezogastralicznym ból promieniuje do kończyn dolnych, krzyża i części lędźwiowej grzbietu. Nie jest to jednak prawidłem. Dalej napad epigastraliczny częściej komplikuje się przez kurcz żołądka, co widać po męcząco-cisnącej formie bólu i wielokrotnem odbijaniu w końcu napadu, w napadzie zaś mezogastralicznym zdarza się to wyjątkowo. Wogóle, w napadzie mezogastralicznym nie daje się zauważyć szczególniejszej czynności patologicznej ani kiszek, ani żołądka; nie widać ani wciągania, ani wzdęcia brzucha.

Niekiedy okresowi mezogastralicznemu towarzyszą oznaki pobudzenia ruchowych i czuciowych włókien kiszkiowych [przyspieszone, jakkolwiek nie bolesne, ani wolne stolce, przytem parcie na stolec]. Zdarza się również przyspieszone wydzielanie moczu z parciem na moc, tak, że i tu mamy hiperestezję nerwów czuciowych pęcherza z odruchowym pobudzeniem nerwów ruchowych. Dają się też zauważyć niekiedy zaburzenia w wydzielniczej czynności nerek [mocz czerwonny i skoncentrowany], w wydzielaniu potu i t. d., co także należy odnieść do zaburzeń w czynności n. współczulnego. Niektórym chorym dokuczają nudności, brak apetytu, zadyszka, uczucie pasa, nadształłość skóry [typu *HEAD'a*], skurcz kiszki prostej i *Sromani*, niekiedy wreszcie atonia kiszek.

Stan żołądka i kiszek, aczkolwiek wtórny, posiada ważne znaczenie dla przebiegu bólu n. współczulnego. Tworzy się bowiem łatwo *circulus vitiosus*, którego przerwanie często jest pierwszym warunkiem wyleczenia. Zaparcie stolca wskutek atonii lub skurczu kiszek jest skutkiem chorobliwego pobudzenia n. współczulnego; jednak zastój kałowy prawdopodobnie na drodze odruchowej podtrzymuje i wzmagają podrażnienie odcinka lędźwiowego tego nerwu. Dlatego usunięcie zaparcia stolca na drodze dyetetycznej posiada ważne znaczenie dla leczenia cierpienia zasadniczego. Toż samo można powiedzieć o hiperchlorhydrii i astenii żołądka.

Ból dolnego odcinka nerwu współczulnego lędźwiowego jest bardzo częstym cierpieniem, któremu co do częstości prawdziwa kolka kiszkowa bardzo mocno ustępuje. Jeżeli zaś NOTHNAGEL i BOAS „prawdziwą nerwową enteralgję“ uważają za bardzo rzadką, to wynika to z tego, że bardzo wiele przypadków bólu n. współczulnego lędźwiowego autorowie ci przyjmują za istotną kolkę kiszkową.

II. O bólu brzucha na tle miażdżycy tętnic. Gdy miażdżycy tętnic wielu pojedynczych narządów, jak naczyń serca, nerek, mózgu i kończyn, posiada już swój odrębny ostro zarysowany, charakterystyczny obraz kliniczny, miażdżycy tętnic brzusznych dotychczas nie została opracowana. Niektórzy wątpią nawet, czy wogóle może istnieć zbiór objawów, charakterystyczny dla arteriosklerozy brzusznej. Tymczasem istnieje on i nawet wyróżnia się swą przejrzystością i łatwością rozpoznania.

Jednym z najstałszych objawów miażdżycy tętnic brzusznych i zarazem najważniejszym [ponieważ przedewszystkiem objaw ten zmusza chorych do szukania porady lekarskiej], jest napad bólów epigastralicznych. Objaw ten dawno już znano, lecz uważano za charakterystyczny jedynie dla tętniaków średniego i dolnego odcinka aorty brzusznej. Tymczasem zdarzają się przypadki miażdżycy tętnic brzusznych połączone z napadami bólów brzucha, jakkolwiek w przypadkach tych niema najmniejszego śladu tętniaka, ani też wogóle jakichkolwiek obiektywnych zmian na aorcie.

Bóle tego rodzaju POTAIN starał się objaśnić stanem zapalnym aorty brzusznej i nawet próbował ustanowić obraz kliniczny dla „*aortite abdominale*“. Należy tu jednak zaraz zaznaczyć, że miażdżycy tętnic jamy brzusznej bynajmniej nie ogranicza się do aorty, a bardzo często obejmuje też i wychodzące zeń tętnice. Badania HASENFELD'a dowiodły, że w *aorta abdom.* i w *art. iliacae comm.* może być bardzo znaczna skleroza, tętnice zaś trzewowe mogą być dotknięte mniej silnie; naodwót, miażdżycy może być silnie wyrażona tylko w tętnicach trzewowych, w aorcie zaś, tętnicach kończyn i mózgowych jest nieznaczna. Niekiedy znów istnieje ogólna miażdżycy wszystkich tętnic, przyczem jednak tętnice trzewowe są zupełnie wolne. Wogóle można powiedzieć, że miażdżycy niaznacznego i średniego natężenia, dająca się wykryć tylko pod mikroskopem, napotyka się dość często w tętnicach trzewowych. Silniejsze zmiany miażdżycowe są tu o wiele radsze, niż w aorcie, tętnicach kończyn i mózgowych. W drobnych tętnicach kiszkowych miażdżycy spotyka się bardzo rzadko.

1. Prosty arteryosklerotyczny ból brzucha. U starszych osób w wiek lat 40—50 pojawiają się napady silnego bólu brzucha, zlokalizowanego przeważnie powyżej pępka, rzadziej pod pępkiem. Napady te posiadają charakter bólów gastralicznych; trwają parę lub kilka minut, rzadziej 1—2 kwadrans lub dłużej. Występują to bardzo często, czasem kilka razy na dzień, to znacznie rzadziej. Bezpośredniemi przyczynami napadów są wysiłki cielesne [nawet chodzenie lub wchodzenie na schody], u niektórych chorych także przejście do poziomego położenia ciała, wreszcie niekiedy wrzucenia. U chorych takich znajdujemy zawsze oznaki miażdżycy tętnic obwodowych lub serca [powiększenie], nigdy jednak nie spostrzegamy oznak braku wyrównania. Na *aorta abdom.* żadnych widocznych zmian zauważyć się nie daje; zawsze jednak istnieje wydatna wrażliwość uciskowa aorty. Ból pojawia się też i przy ucisku na prawo i na lewo od aorty na stos kręgowy, a więc na sploty i pnie pograniczne n. współczulnego i jest identyczny lub podobny do bólu samoistnego. Pod wpływem teobrominy [1,5 — 2 grm. dziennie], diuretyny [3 — 4 grm. dz.] lub *Tinct. strophanthi* [po 5 — 8 kropel 3 razy dz.] w ciągu kilku dni napady znacznie łagodnieją lub zupełnie się przerywają. Leżenie w łóżku powiększa te korzystne wyniki. Wybitny ten efekt nie pojawia się w żadnych

innych formach bólu brzucha i jest patognomoniczny dla arteriosklerotycznego bólu brzucha.

2. Arteriosklerotyczny ból brzucha z marskością nerek. Oznaki ogólnej sklerozy występują tu znacznie silniej, niż w grupie pierwszej. Obecne są też objawy marskości nerek na tle miażdżycy [*polyuria* z niskim ciężarem gatunkowym moczu]. Poza ten obraz ten sam, co powyżej.

3. Epigastralgia, jako objaw częściowy prawdziwych dusznicowych lub też rzekomo-dusznicowych napadów typu „*aortite thoracique*“ HUCHARD'a.

U chorych poprzednich dwóch grup zdarzają się niekiedy nieznacznego natężenia prawdziwe lub rzekome napady dusznicowe, występują one jednak w okresach wolnych od napadów arteriosklerotycznego bólu brzucha i nie mają z nim żadnego związku, a są jedynie częściowym objawem ogólnej miażdżycy. W niniejszej grupie rzecz ma się odwrotnie. Tutaj napad epigastralgiczny stoi w ścisłym związku z napadem dusznicowym.

Grupa ta rozpada się na dwie podgrupy: 1) Ból epigastralgiczny towarzyszy napadom prawdziwej dusznicy bolesnej, przyczem do tego stopnia występuje na plan pierwszy, że ból o lokalizacji zamostkowej może być przyjmowany za jego iradiację, dopóki ścisłe badanie nie pokaże, że ma się do czynienia z prawdziwą sklerozą tętnic wieńcowych. 2) Ból epigastralgiczny skombinowany jest z bólami pozamostkowymi, zależnymi od miażdżycy aorty piersiowej t. j. z *aortite thoracique* HUCHARD'a.

Objawy arteriosklerozy brzusznej. Jedynym charakterystycznym i zarazem stałym objawem miażdżycy tętnic brzusznych jest ból brzucha, występujący w postaci napadów, to samoistnie, to w połączeniu z prawdziwymi lub rzekomymi napadami dusznicowymi, wywołwany przez wysiłki cielesne lub położenie poziome ciała i dający się przerwać na krótszy lub dłuższy czas przez użycie diuretyny lub strofantu. Pacjenci są po większej części ludzie starsi nad lat 50.

Przy badaniu znajdowane bywają zawsze oznaki mniej lub więcej silnie wyrażonej miażdżycy tętnic innych części ciała, jak oto: tętnic obwodowych, kończyn [peryodyczne chromanie], mózgu [zawroty głowy], serca, nerek.

Zmiany na aorcie brzusznej znajdowane bywają często, lecz bynajmniej niezawsze. Nie rzadko bywa ona powiększoną, niekiedy nawet znacznie, tak, że w *epigastrium* staje się widocznym silne tętnienie. W wielu razach podczas napadu tętnienie to, jak również subiektywne bolesne odczucie jego, wzmagają się. Objaśnia się to skurczem najmniejszych tętnic kiszkiowych i spowodowanym przezeń zastojem w aorcie. Ręka w rękę z powiększeniem aorty idzie też i nienormalna jej ruchomość, wskutek czego może ona być z łatwością przesunięta na bok. Niekiedy zmienione jest i umiejscowienie aorty, ponieważ, powiększając się wszcz i wzdłuż, wygina się ona na bok, bifurkacja zaś przesuwa się ku dołowi. Zmiany na aorcie niezawsze jednak pociągają za sobą arteriosklerotyczny ból brzucha.

Stałym zato objawem jest wrażliwość aorty i jednego lub obu pni pogranicznych na ucisk. Jeżeli ból brzucha odczuwany jest na jednej stronie, to na tej samej stronie pień pograniczny jest bardziej bolesny. Przy ucisku na punkt, wskazywany jako miejsce samoistnego bólu, spotyka się zawsze stos kręgowy i wywołuje się ból bardzo podobny do samoistnego, jak również towarzyszące im promieniowania. Niekiedy umiarkowany ucisk wywołuje przyjemne uczucie, silniejszy jednak stale sprowadza ból. Wskutek wrażliwości *pl. aortici* i pni pogranicznych często przykry jest dla chorych nawet ucisk przepaski. Ani skóra, ani muskulatura brzucha nie jest bolesną. Gdy wrażliwość uciskową n.

współczulnego jest znaczna, nawet kichaniu, kaszlowi, a zwłaszcza nadymaniu przy stolcu towarzyszy ból epigastraliczny.

Bezpośrednie przyczyny napadów są identyczne z przyczynami napadów dusznicowych: wysiłki cielesne, pozycja grzbietowa, wzruszenia psychiczne. Niekiedy napad występuje bezpośrednio po przyjęciu posiłku; wobec tego często bywa rozpoznawany okrągły wrzód żołądka [który nb. może być niekiedy spowodowany przez arteriosklerozę]. Przy różniczkowaniu należy wziąć pod uwagę fakt, że ból na tle miażdżycy przy ucisku na spłoty n. współczulnego niejednokrotnie zmniejsza się, i że daje się usunąć przez podawanie diuretyku lub strofantu. W środkach tych mamy drogocenny czynnik rozpoznawczy.

Jeżeli cierpienie jest wysokiego stopnia, napady mogą być bardzo częste, 10 — 15 razy na dzień, trwają po kilka minut, ból umiejscowiony jest prawie zawsze w jednym miejscu i napad pojawia się bez żadnej przyczyny. Ta częstota napadów prawie nie zdarza się w innych cierpieniach.

Zwykle napad trwa kilka minut do 1/2 godziny. Charakter bólu to palący, to kłujący, miażdżący, jęczący lub ściskający, lecz nigdy ból nie jest podobny do kolki. Ból lokalizuje się zawsze na linii środkowej lub w jej bliskości. Na wysokości napadu niejednokrotnie przyłączają się bolesne promieniowania, zwłaszcza do grzbietu, często jednak w podżebrza, kark i ciemię. W miejscach tych można niekiedy znaleźć punkty bolesne na ucisk. W prawdziwych lub rzekomych napadach dusznicowych ból promieniuje do głowy, zębów, do jednego lub obu ramion.

Zaburzenia ze strony narządów trawienia wogóle bywają nieznaczne i w okresach wolnych od napadu chorzy czują się nieźle. Niekiedy tylko zdarza się zaparcie stolca umiarkowanego stopnia, znikające zawsze po diuretyku lub strofancie i odpowiedniej diecie. Wydzielnicza czynność żołądka, o ile bywała badana, okazywała się zawsze normalną.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to należy pamiętać, że nerwowa *gastralgia* i *pseudoangina (neurasthenia)* zdarza się prawie wyłącznie u osób mających mniej niż lat 40, gdy miażdżycza tętnic brzusznych—u osobników 40—50 — 60-letnich, do tego czasu najczęściej zdrowych. Napady bólów na tle neurastenii nie przechodzą po diuretyku i strofancie.

III. Patogeneza i leczenie arteriosklerotycznego bólu brzucha. Bóle, towarzyszące tętniakom aorty brzusznej, objaśniane bywają przyczynami natury mechanicznej, mianowicie rozciąganiem i szarpaniem okrażających aortę spłotów. Bólów brzucha na tle miażdżycy nie podobna tłumaczyć w ten sposób, ponieważ w ogromnej większości odnoszonych przypadków niema ani tętniaka, ani nawet rozszerzenia aorty. NOTHNA-GEL więc tłumaczy bóle arteriosklerotyczne, jako kolki naczyniowe. Opracowaną przez siebie teorię kolki kiszki autor ten w całości przeniósł na naczynia.

Niektóre dane przemawiają jakoby za takim pojmowaniem. Stwierdzono doświadczalnie, że mechaniczne i chemiczne podrażnienia aorty wywołują skurcz naczyń trzewowych, gdy tymczasem też same przyczyny, działając bezpośrednio na naczynia trzewowe, efektu tego nie wywołują. Otóż w przypadkach sklerotycznych stanów aorty niejednokrotnie można wykazać skurcz naczyń trzewowych z podniesieniem ogólnego ciśnienia krwi. Nie dowodzi to jednak, że skurcze naczyniowe odczuwane bywają w postaci bólu. Jakkolwiek fizjologia mięśni gładkich i poprzecznie prążkowanych nie jest jednakowa, to jednak należy wziąć pod uwagę, że nawet najsilniejsze fizjologiczne napięcie mięśni szkieletu, pomimo nadzwyczajnego ucisku na ich zakończenia nerwowe, nie sprowadza bólu. W skurczach patologicznych napięcie to jest znacznie słabsze, ból zaś pojawia się wtedy tylko, jeżeli współcześnie istnieje chorobliwa

pobudzalność nerwów bólowych kurczącego się mięśnia, w odnośnych przypadkach bowiem zawsze mamy pewien stopień hiperalgezyi masy mięśniowej, czego nigdy nie udało się wykryć dla kiszek i naczyń.

Wprost zaś przeciw teorii kolki naczyniowej przemawia znany fakt, że w ostrem doświadczalnym zatruciu nikotyną, mamy stale skurcz naczyń kiszkowych, przyczem jednak bólów kolkowych niema zupełnie. Dowodzi to, że skurcz tętnic kiszkowych sam przez się bynajmniej nie warunkuje bólu kolkowego.

Niektórzy autorowie objaśniają bóle niedokrwieniem kiszek. Przeczą temu jednak doświadczenia KADERA, z których wynika, że przy strangulacji naczyń zachodzi niedowład odnośnego odcinka кишки, a więc o bólu wskutek peristaltyki [o kolce] nie może tu być mowy. Bóle pochodzą od rozszerzenia kiszek gazami i wysiękiem.

Inną więc musi być geneza arteriosklerotycznego bólu brzucha.

Nie ulega wątpliwości, że napadom jego niejednokrotnie towarzyszą skurcze naczyń trzewowych. Opisano przypadki, w których podczas napadów spostrzegano rozszerzenie aorty brzusznej, wzmożone jej tętnienie, wzmożoną czynność serca, przyczem objawy te znikaly równocześnie z końcem napadu. Da się to objaśnić jedynie tylko skurczem drobnych naczyń trzewowych, oraz spowodowanym przezeń gwałtownym zastojem w aorcie. Podczas napadu napięcie arteryi kolosalnie wzrasta i równolegle z wahaniami napięcia powiększa się i zmniejsza ból. Skurcz naczyń najczęściej przytem sprowadza skurcz kieszek [wciąganie brzucha], co jest skutkiem tonicznego pobudzenia nerwów ścian kieszek, t. j. włókien n. współczulnego

POTAIN i TEISSIER zrobili spostrzeżenie, że w przypadkach arteriosklerozy brzusznej aorta jest bardzo czuła na ucisk; autorowie ci tłómaczyli to stanem zapalnym naczyń, napady zaś bólów uważali za bóle zapalne aorty. Głównymi objawami tej „*aortite abdominale*“ mają być: wrażliwość na ucisk, powiększenie, zmiana umiejscowienia lub nienormalna ruchomość naczyń. Podobnie KAUFMANN i PAULI uważają wrażliwość uciskową za wyraz stanu zapalnego ścian aorty.

Ponieważ aorta brzuszna aż do swego rozwidlenia okrążona jest *pl. aortico* n. współczulnego lędźwiowego, przeto należałoby wyjaśnić, co właściwie jest miejscem bólu: nerw ten, czy też ściana naczyń? Przy badaniu okazuje się stale, że nie tylko aorta, ale i oba pnie pograniczne [które nb. leżą bezpośrednio na stosie kręgowym], lub przynajmniej jeden, a często także *pl. hypogastr. sup.* są bolesne, w tym samym, co *pl. aorticus*, albo nawet w większym stopniu, przyczem bolesność ta zwiększa się podczas napadów i zmniejsza lub znika w czasie wolnym od nich. Jeżeli rozszerzona aorta jest ruchoma, to przemieszczenie jej samo przez się nie jest bolesne.

Fakt, że wrażliwość na ucisk nie ogranicza się na aorcie, ale dotyczy też jednego lub obu pni pogranicznych, czyni bardzo prawdopodobnem, że miejscem bólu nie jest ściana naczyń, że nie jest to ból zapalny, i że aorta dlatego tylko wydaje się bolesną, że nosi na sobie *plex. aorticus*. Przy dokładnem badaniu odnośnych przypadków okazuje się, że arteriosklerotyczny ból brzucha jest niewątpliwym nerwobólem n. współczulnego lędźwiowego, warunkowanym przez stan podrażnienia tegoż.

Należy teraz zapytać, w jaki sposób miażdżycza może być przyczyną nerwoból nerwu współczulnego lędźwiowego.

Nerwobóle nerwów mózgodzeniowych są obecnie przyjmowane za zapalenie nerwów (*neuritis*). Pogląd ten należy zastosować i do n. współczulnego, z doświadczeń bowiem okazało się, że nieczułe w stanie normalnym pnie pograniczne i sploty lędźwiowe stają się bolesnymi, jeżeli przez silne i trwałe podrażnienia doprowadzić je do stanu zapalnego, lub przynajmniej do prze-

krwienia. Chodzi więc o to tylko, czy miażdżycza naczyń trzewowych pociąga za sobą te warunki.

Dla *pl. aorticus* dowód ten z łatwością można przeprowadzić. Wiadomo, że przylega on ściśle do aorty. Wiadomo również, że miażdżycza zaczyna się najczęściej z *tunica externa* i że *periarteriitis* jest stałym lub przynajmniej bardzo zwykłym zjawiskiem w miażdżycy tętnic wogóle, a nawet, jak to stwierdzają badania anatomo-patologiczne, i w miażdżycy aorty brzusznej.

Nie ulega wątpliwości, że przy istniejącej *periarteriitis aortae* stan zapalny przechodzi na *pl. aorticus* i jest przyczyną nerwobólu. Tyczy się to i innych splotów, jak *ganglia semilunaria*, *plex. coeliacus* i *gangl. mesent. sup.*, ponieważ sploty te obejmują początki odchodzących od aorty tętnic (*art. coeliacae, a. mesent. sup.*), a wiadomo, że miejsca te ulegają szczególnie silnym zmianom miażdżycowym.

Fakty te objaśniają jednak tylko część przypadków. Dla tych zaś, w których ból i wrażliwość na ucisk umiejscowione są w pniach pogranicznych, a na aorcie i *pl. hypog. sup.* zmiany są bardzo nieznaczne, należy szukać innych przyczyn. Otóż przez analogię do innych pni nerwowych, możemy oczekiwać, że w przypadkach powyższych w pniach pogranicznych i splotach n. współczulnego obecne są zmiany zapalne wskutek sklerozy ich *vasa nervorum*.

Z drugiej strony znów wiemy, że rozprzestrzeniona miażdżycza naczyń trzewowych wskutek zniesienia ich elastyczności prowadzi do zastojów w aorcie i podniesienia w niej ciśnienia. Jeżeli naczynia splotów nerwowych są przytem nieuszkodzone, to bezwarunkowo musi wytwarzać się w nich stałe oboczne przekrwienie, które staje się przyczyną hiperalgezyi. Rozszerzenie zaś kongestyjne musi znów wtórnie doprowadzić do sklerozy.

Dane powyższe pozwalają nam dość dokładnie pojąć arteriosklerotyczny ból brzucha. Ze napad bólu występuje przedewszystkiem po wysiłkach cielesnych, tłómaczy się tem, że czynność serca zwiększa się wtedy, a niealastyczne wskutek sklerozy naczynia zachowują to samo światło, gdy tymczasem w normalnych warunkach właśnie te naczynia przez odpowiednie rozszerzenie się regulują ciśnienie krwi. Wskutek tego musi nastąpić oboczne przekrwienie naczyń splotów nerwowych i istniejąca skrycie, uwarunkowana stałym przekrwieniem, hiperalgezya ich zamienia się w widoczny nerwoból. Jeżeli do tego dołączy się skurecz naczyń kiszkiowych, ciśnienie jeszcze bardziej wzrasta i nerwoból osiąga swego najwyższego natężenia. Ponieważ jednak wszelki ból wywołuje odruchowe pobudzenie nerwów rozszerzających naczynia na obwodzie ciała, mianowicie skóry i muskulatury, przeto ciśnienie krwi pomimo trwającego wciąż podrażnienia zwolna słabnie i napad kończy się.

Działanie wzruszeń psychicznych na naczynia kiszkiowe jest całkowicie podobne do działania wysiłków cielesnych, jakkolwiek mechanizm fizyologiczny jest tu nieco inny. Pod wpływem wzruszeń psychicznych oprócz kołatania serca pojawia się też skurecz naczyń w trzewach brzusznych i w płucach wraz z silnym podniesieniem ciśnienia krwi. Skurecz ten jednak stale ustępuje wkrótce miejsca rozszerzeniu naczyń, wskutek czego w miażdżycy tętnic trzewowych pod wpływem wzruszeń psychicznych należy oczekiwać silnych, lecz krótkotrwałych napadów.

Trudniej jest objaśnić mechanizm, zapomocą którego powstaje napad przy przejściu do położenia poziomego. Przyczyny mogą tu być rozmaite.

Napady bólu dusznicowego wywoływane są tym samym mechanizmem i temi samymi przyczynami, co arteriosklerotyczny ból brzucha.

L e c z e n i e. Bardzo cennym środkiem w leczeniu arteriosklerotycznego bólu brzucha jest *d i u r e t y n a*. Zazwyczaj nie tylko przerywa ona okres

bólów, ale nawet często po zaprzestaniu jej stosowania napady w ciągu dłuższego czasu nie powtarzają się. Tylko w daleko posuniętych postaciach cierpienia napady po odstawieniu tego środka znowu wkrótce pojawiają się. Takie samo działanie posiada i czysta teobromina w dawkach mniejszych 1,5—2 gm. dziennie; jednak diuretyna zasługuje na pierwszeństwo z powodu swej łatwej rozpuszczalności. Prawie ten sam wpływ korzystny ma i *Tra strophanthi* w dawkach po 4—6—8 kropel, a podług ENGELHARDT'a i kofeina.

Preparaty jodowe dawno już używane są przeciw miażdżycy, wiadomo bowiem, że sole jodowe rozszerzają naczynia i przez to poniżają ciśnienie krwi. Jodek sodu lepszy jest od jodku potasu.

Działanie jodu liczni autorowie uważają za korzystne w miażdżycy. Podług uznanej obecnie teorii THOMA'y, sprawa arteriosklerotyczna przychodzi do skutku przez rozszerzenie naczyń, — i rozszerzenie naczyń ma ją doprowadzić do wyleczenia. Przeciwnieństwo to okaże się wtedy tylko wyjaśnionem, jeżeli przyjąć, że stale wzmożone ciśnienie krwi w miażdżycy powodowane jest nie tylko przez miażdżycowe stężenie tętnic, ale i przez skurcz czynny naczyń sztucznie wywołany [adrenalina], jak to sądzą niektórzy. Wtedy wskazane byłoby środki, poniżające patologicznie wzmożone napięcie naczyń do normy; wówczas wywoływane przez skurcz w małych naczyniach rozszerzenie i wtórna skleroza pni głównych istotnie ograniczałyby się i powstrzymywały. Być może, że diuretyna i strofant posiadają takie właśnie działanie.

Spokój, zwłaszcza leżenie w łóżku i tu, jak we wszystkich cierpieniach miażdżycowych, działa bardzo korzystnie. Bardzo dobrze robią też gorące lub ciepłe okłady na brzuch. W niektórych przypadkach, zwłaszcza u osób ze skłonnością ku otłości i posiadających nienaruszone tętnice sercowe, zdaje się być bardzo pożytecznym umiarkowany ruch, np. w postaci szwedzkiej gimnastyki leczniczej. To samo można powiedzieć i o kąpielach nauheimskich.

Dyety nie należy ograniczać, jeżeli tylko niema podejrzenia na *ulcus ventriculi*. Jednakże i typowa kuracja przeciw *ulc. ventr.* może na miażdżycę brzuszną podziać tylko korzystnie, zwłaszcza w połączeniu z diuretyną lub strofantem. Poza tem należy dyetę przystosować do stanu żołądka i kiszek.

Z przypadków autora okazuje się, że pod wpływem leczenia w wielu razach następuje mniej lub więcej stała poprawa arteriosklerotycznego bólu brzucha, a nawet zniknięcie jego nawet na lat kilka.

(*Archiv f. Verdauungskrankheiten*. 1903, 1904. Tom IX. X).

St. Janczurowicz.

74. Lennander. O leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej.

Pomyślny wynik leczenia ostrego zapalenia otrzewnej w pierwszym rzędzie jest uwarunkowany przez wczesne i możliwie drobiazgowo rozpoznanie, a następnie przez wczesnie wykonaną operację w miarę możliwości w okresie przed przedziurawieniem, jeśli już nie przed nastąpieniem rozlanego zapalenia otrzewnej, to przynajmniej przed porażeniem kiszek. Przy wszelkiej zaś operacji powinniśmy dążyć do usunięcia przyczyny, która spowodowała wybuch ostrego zapalenia otrzewnej. O ile znajdziemy się już wobec porażenia kiszek, wówczas musimy wybrać jeden z następujących zabiegów: 1) *enterotomia* [w jednym miejscu lub kilku] z opróżnieniem jelita w czasie operacji, 2) *typhlo* — i *enterostomia* w postaci skośnych przetok i 3) w przypadkach podejrzanych rezekcya 0,5—1, *maximum* 2 m. кишки porażonej.

Przy zapaleniu otrzewnej wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego z niedowładem кишки ślepej i sąsiedniej części krętnicy, należy albo wytworzyć podczas operacji skośną przetokę кишки ślepej, lub też przesunąć naprzód ku

ranie brzusznej ścianę кишки ślepej, tak, aby ona była dostępną dla wytworzenia skośnej przetoki bez uśpienia, jak tylko po operacji nastąpią objawy bezwładu kiskowego. Najłagodniejszym zabiegiem do usunięcia ropy, szczególnie przy świeżem zapaleniu ropnem otrzewnej pośrołku jamy brzusznej, t. j. wokoło krezki кишки cienkiej, jest przepłukiwanie ciepłym [około 40°] 0,9%-owym roztworem soli kuchennej pod nieznacznem ciśnieniem przy wolnym zupełnie odpływie. Zakażone, w ostrem zapalniu będące powierzchnie otrzewnej należy drenać, co zawsze można dokonać bez wszelkich przeszkód na obwodzie jamy brzusznej, gdzie często daje się odgraniczyć cały odcinek zakażony od zdrowej jamy otrzewnej. Podczas operacji, dokonywanych z powodu ostrego zapalenia otrzewnej, zawsze powinien być przygotowany oddzielny asystent, który zastrzykuje sztuczną surowicę do żyły, co autor zaleca stosować we wszystkich przypadkach, w których zachodzi konieczność ewentracji całego jelita cienkiego. W okresie leczenia następczego należy wyżyć wszystkie siły, aby żołądek i кишки mogły jak najprędzej powrócić do swych czynności normalnych; w tym względzie dobrym, wypróbowanym środkiem są przemywania odbytnicy, okężnicy i żołądka, jak również *enterostomia*; podskórne zastosowanie skutecznego środka przeczyszczającego może okazać wielkie usługi. Działanie strychniny, fysostigminy i atropiny na kiskę jest jeszcze zbyt mało znane, aby można nakreślić ściśle wskazówki, dotyczące ich stosowania. Autor używa strychniny celem podniesienia działalności serca i na zasadzie własnych obserwacji przypuszcza, że w pewnych razach korzystnie działają dawki fysostigminy po $\frac{1}{2} + 1$ mg., raz lub dwa dziennie, na 15—30 min. przed przemyciem kiszek przy ich niedowładzie, lub gdy objawy ich bezwładu zaczynają znikać. W zwalczaniu porażenia kiszek najpotężniejsze są środki mechaniczne opróżniania przewodu kiskowego i żołądka. W *appendicitis-peritonitis* z rozpoczynającym się porażeniem jelit znakomitym środkiem jest wczesna *typhlostomia*. Dalej, aby wynagrodzić tę utratę wody, jaką organizm poniósł podczas choroby, koniecznem jest podawanie jej dorosłemu w ilości 1200—2000 ctm. sz. na dobę; jeśli tylko można, to lepiej dokonać tego zabiegu przez skośną przetokę кишки ślepej lub przez odbytnicę, aniżeli pod skórę lub do żyły. Oznaczoną ilość wody można stopniowo zwiększać we wszystkich tych przypadkach, gdzie stan ogólny i działalność serca uległa poprawie, a ilość moczu i wydzielina otrzewnej wzrosły proporcjonalnie do ilości podanej wody. Jeżeli zjawiają się pewne dane po temu, że najważniejszym momentem cierpienia jest niedowład naczyń, unerwionych przez nerw trzewny (*n. splanchnicus*), wówczas należy wlewać do żyły 1—2,5 l. sztucznej surowicy, raz lub dwa na dobę—*doses massives* [LEJARS]; autor, który często uciekał się do tego zabiegu, jest przekonany, że takie wlewanie we właściwym czasie może uratować nawet życie. Przez odbytnicę dobrze jest karmić chorego tylko cukrem gronowym; jednocześnie można przez przetokę w kiszce ślepej dawać znaczną ilość pokarmu peptonizowanego. W ciągu kilku dni można odżywiać chorego podskórnie: bez wszelkich trudności można mu dać w ten sposób na dobę 100—200 g. *ol. olivar.*, 160 g. cukru gronowego i 40 g. wysoku [2 l. roztworu soli kuchennej z 8% ami cukru gronowego i 2% ami wysoku]. W okresie leczenia następczego wszelkich ropnych zapaleń otrzewnej należy brać pod uwagę zrosty i załamania kiszek pod ostrymi kątami. Ważnem w tym względzie jest powstrzymanie się od natychmiastowego podawania pokarmów *per os*. Jeżeli podaje się na raz bardzo ciężkostrawne pokarmy, lub zbyt wielkie ilości napojów albo płynnych pokarmów, to кишки nie są w stanie przepchnąć tego transportu przez wszystkie owe przeszkody. Powstają zastój, rozciągnięcie i objawy niedrożności jelit (*miserere*); przy lekkostrawnych zaś pokarmach i napojach w niewielkich ilościach u większości chorych zrosty stopniowo zanikają. I w późniejszym okresie po opera-

cyi z powodu ostrego zapalenia otrzewnej wyleczony chory powinien pamiętać o regularnych codziennych wypróżnieniach i spożywaniu lżejszych pokarmów.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg.* 1906 T. 51, Z. 1).

W. Dobrowolski.

75. Graser. Uwagi w sprawie leczenia ostrego zapalenia okątniczego (*perityphlitis acuta*).

Autor zastanawia się nad niewielką stosunkowo statystyką wzmiankowanego cierpienia, dosięgającą 100 przypadków, w czem własnych spostrzeżeń 15. Z pośród tej setki mianem lżejszego cierpienia można określić 46 przypadków, które w zupełności zakończyły się wyzdrowieniem; z liczby pozostałych 54-ch cięższych w 40 dokonano operacji, z których było 9 zejść śmiertelnych, z 14-u zaś nieoperowanych zmarło 3. Uwzględniając przypadki, w których rozpoznanie nie było bezwzględnie pewnem, otrzymamy z ogólnej cyfry odsetkę śmiertelności 10%, jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę wyłącznie cięższe przypadki, to śmiertelność wyniesie 20%. Własne zaś operacje autora, dokonane w tych przypadkach w ostatnim 4-leciu, dały 22% zejść śmiertelnych. Ze świeżo ogłoszonej statystyki REHN'a widzimy z liczby 450 przypadków 19,1% śmiertelności. Przytoczone liczby, zdaniem autora, bynajmniej nie są pocieszające, należy całą siłą dążyć do możliwie największego zredukowania tak wysokiej odsztki zejść niepomyślnych. Przyczyna takiego faktu, pomijając przypadki z wyraźną obecnością ropnia, polega na niesłuchaniu wielkiej różnicy pomiędzy objawami klinicznymi a dokładnem rozpoznaniem anatomicznem stanu wyrostka robaczkowego i otrzewnej. Autor na przykład przez czas długi podzielał powszechnie przyjęte twierdzenie, że w większości przypadków tworzą się zlepy (*Verklebungen*), zanim wyrostek pęknie lub dojdzie do stanu, kiedy zawartość zakaźna będzie mogła przezeń przenikać. Tymczasem zaś właśnie przy wczesnych operacjach wskutek pierwszego napadu bardzo rzadko widzimy sklejenia; dosyć często daje się widzieć przezroczysty wysięk surowiczy, który może być nawet jałowy, lecz również często bywa już w pierwszych dniach obfita ilość ropy bez błonki ochronnej lub odgraniczenia—te dane są stwierdzone przez najrozmaitszych operatorów. Dlatego też musimy przyjąć, że początek stanowi zazwyczaj umiejscowione, lecz nie odgraniczone podrażnienie otrzewnej, które prowadzi do wysięku surowiczego lub przesięku, ulegającego dopiero wtórnie zakażeniu i zropieniu. W większości przypadków sklejenia powstają dopiero później. Musimy dalej przyjąć, że pierwsze objawy kliniczne najczęściej posiadają piętno więcej rozlane, a dopiero później ujawnia się dokładniejsze umiejscowienie. Nic zatem dziwnego, że uwzględnianie wyników badania miejscowego w okolicy krętniczko-kątniczej (*ileocecal*), tak łatwo może nas w błąd wprowadzić. Przesięk, jako spowodowany ciałami chemicznymi, jest pierwotkowo jałowy, z chwilą jednak, gdy wyrostek zaczyna przez się przepuszczać bakterye, przesięk ulega ciężkiemu zakażeniu. Z tego właśnie powodu, twierdzi GRASER, często można spostrzegać tak nagłe pogorszenie, nawet jeśli nie nastąpiło nagłe przedziurawienie z następczem wylaniem się większej ilości zawartości. Autor operował wiele przypadków, w których mocno napięty, o zmienionej barwie wyrostek pływał w ropie, jakkolwiek nie można było w nim znaleźć żadnego otworu. O ile operuje się w tym okresie, zwykle udaje się chorego utrzymać przy życiu; jednak okres ten trwa krótko, przechodząc w okres posokowatego rozpadu. Wprawdzie i wtedy ustrój może niekiedy opanować chorobę, jeżeli tworzą się sklejenia, w których ropa zostaje zatrzymaną i wchłanianie jądów ulega zahamowaniu, większość jednak chorych, nie doczekawszy się utworzenia zamkniętego ropnia, ginie już przedtem pod działaniem siły zakażenia i zatrucia. A zatem, im wcześniej przystępuje

się do operacji, tem lepszem jest rokowanie. 90 przypadków, operowanych przez REHN'a przed utworzeniem się wolnej ropy, zakończyło się bardzo pomyślnie. Autorowi udało się przez wczesną operację [po 36-u godzinach] uratować i doprowadzić do zupełnego wyzdrowienia 3-ch chorych z wolnem posokowatym zapaleniem otrzewnej i przedziurawieniem wyrostka; gdy tymczasem niedawno utracił chorych, u których warunki anatomiczne wcale nie były gorsze od poprzednich, a tylko operacja została dokonana dopiero 3-go dnia. Termin wczesnej operacji rachują zwykle do 48 u godzin [od chwili napadu], autor zakreśla go tylko 36-u godzinami. Jego zdaniem szanse operacji, z niewielkimi wyjątkami, są najgorsze 3-go i 4-go dnia; później się zwiększają, ponieważ najzłośliwsze przypadki kończą się śmiercią 3-go lub 6-go dnia, ci zaś chorzy, którzy ten termin przeżyją, ujawniają zwykle pewną skłonność do wytworzenia otorbionej, jednej jamy ropnej, lub kilku nawet jam takich. W końcu swej pracy autor stawia szereg postulatów:

1. Dzisiejsza średnia śmiertelność od *perityphilitis* jest zbyt wielka;
2. niemożliwym jest dokładne rozpoznanie anatomiczne stanu wyrostka robaczkowego i otrzewnej na podstawie badania klinicznego;
3. we wszystkich cięższych przypadkach najlepszym zabiegiem jest natychmiastowa operacja pierwszego lub najpóźniej drugiego dnia;
4. przy takiej wczesnej operacji spotyka się często sprawę, umiejscowioną w samym wyrostku, którego usunięcie na drodze operacji jest łatwe i zwykle przy dobrej technice bezpieczne;
5. już 3-go dnia w wielu razach operacja jest znacznie trudniejsza, szanse o wiele niepomyślniejsze, ponieważ właśnie otrzewna jest poważnie zajęta, zatrucie wyraźne, do czego dołącza się porażenie kiszki;
6. nawet w przypadkach najłżejszych zawsze należy być gotowym do operacji, która natychmiast powinna być wykonaną, skoro znika chwilowe polepszenie lub następuje jakiegokolwiek pogorszenie;
7. jeden objaw niepomyślny znaczy więcej, niż dziesięć pomyślnych;
8. w przypadkach, w których nie można wykonać natychmiast operacji, najlepiej zupełnie zaprzestać podawania pokarmów *per os*;
9. leki przeczyszczające należy bezwarunkowo odrzucić;
10. opium należy podawać dopiero wtedy, gdy jasnym jest stopień ciężkości choroby;
11. wśród objawów, wskazujących na cięższe cierpienie, na szczególną uwagę zasługuje rozlana wrażliwość na ucisk i także napięcie mięśni brzusznych.

(Münch. med. Woch. 1906. N. 4).

W. Dobrowolski.

76. Rostowcew. O nagminnym charakterze zapalenia okątniczego (*perityphlitis*).

Rozpatrując się w literaturze zapalenia wyrostka robaczkowego, szczególnie w ciągu lat ostatnich, widzimy, że przyczynę domniemanej nagminności i stopniowego wzrastania ilościowego przypadków tego zapalenia upatrywano we wpływie rozmaitych chorób zakaźnych, a głównie influency, na stan wyrostka, w powstawaniu nowych warunków życia społecznego, wreszcie w nagminnej własności tego cierpienia. Przytaczane przez poszczególnych autorów zazwyczaj pojedyncze przypadki na poparcie tych lub innych hipotez i kombinacji czerpano z własnej praktyki autorów lub zapożyczano z literatury, przyczem głównie opierano się na analogii z innymi chorobami. Dopiero w ostatnich czasach ogłoszone zostały wyniki odnośnych zestawień statystycznych, które atoli, zdaniem autora, ujawniają jednostronność i wielkie braki.

A więc Rostowcew sam zebrał odpowiednie dane liczbowe z 11-u szpitali miejskich robotniczych w Petersburgu i ułożył tablice porównawcze za czas 1890—1902 r. I otóż, okazało się, że w żadnym roku nie można stwierdzić wyraźnego przyrostu przypadków śmiertelnych zapalenia okątniczego. Stosunek procentowy zmarłych na *perityphlitis* do ogólnej śmiertelności pozostaje prawie jednakowy, ponieważ wahania od średniej liczby—0,37%—istnieją też i w innych cierpieniach, których nikt nie zalicza do nagminnych. Przy porównywaniu, w każdym roku oddzielnie, ilości chorych w 11-u szpitalach wskutek *perityphlitis* z ogólną liczbą chorych, w tymże roku tam przebywających, również nie zobaczymy w żadnym z nich osobliwego przyrostu chorych na zapalenie okątnicze: średnia liczba wynosi 0,34% wszystkich chorych. Nawet jeżeli, dla większej dokładności, będziemy porównywać odpowiednie miesiące w ciągu owych kilkunastu lat, dojdziemy do tego, co i poprzednio, wyniku. Wreszcie, autor rozpatrywał stosunek influeney do zapalenia wyrostka i stwierdził, że w Petersburgu podczas epidemii influeney liczba przypadków *appendicitidis* bynajmniej nie wzrastała. Oczywiście, autor nie wyklucza tego, że w pojedynczych, zresztą rzadkich przypadkach, influenza, po wywołaniu stanu nieżyłotowego w przewodzie pokarmowym, pośrednio może oddziaływać na stan wyrostka robaczkowego. Bądź co bądź, rola ta bywa bardzo wyjątkowa.

Reasumując wyniki całej swojej pracy, autor dochodzi do wniosków, że :

1) wbrew twierdzeniu licznych lekarzy, nie można zauważyć w ostatnich latach groźnego przyrostu przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego; pewien przyrost jest pozornym i zależy od lepszego poznania tego cierpienia *resp.* od udoskonalonej dyagnostyki;

2) zestawienia statystyczne obalają teorię o nagminnej naturze zapalenia okątniczego;

3) znaczenie influeney w etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego jest żadne, a co najwyżej—bardzo nieznaczne: te nadzwyczaj rzadkie przypadki, w których można było uznać influencę za przyczynę zapalenia okątniczego, nikną w ogólnej masie, nie będąc w stanie dać obrazu stopniowego przyrostu lub wybuchów nagminnych tego zapalenia. To samo da się powiedzieć o wartości etyologicznej pozostałych chorób zakaźnych dla zapalenia okątniczego.

(Mitt. aus des Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XV. Z. 5).

W. Dobrowolski.

77. Korach. Appendicitis larvata.

Mianem „*appendicitis larvata*“ EWALD określił postać przewlekłe nawrotowego zapalenia okątniczego o przejawach następujących: u pewnej liczby osób, cierpiących na dolegliwości żołądkowo - kiszkowe, które przebiegają pod postacią niestrawności, nadkwaśności, przewlekłego wrzodu żołądka lub kurczowego zaparcia i nie ustępują pomimo mniej lub więcej długotrwałego leczenia, znajdują się cechy przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, jakkolwiek ani wywiady, ani skargi chorego nie wskazują na obecność tej choroby. „W takich przypadkach“, powiada EWALD, „zapomocą zabiegu operacyjnego udaje się od razu uwolnić chorego od jego cierpień“.

Autor zajmuje w tej sprawie stanowisko wiele krytyczne. Przedewszystkiem dyagnostyka *perityphlitis chronicae recidivantis* nie posiada dotychczas żadnych pewników klinicznych. Na przykład, bolesność punktu MAC BURNEX'a wtedy ma wartość dla rozpoznania przewlekłego zapalenia okątniczego, jeżeli istnieje stale i jest ściśle ograniczoną do wiadomej okolicy, jeżeli, dalej, można wykluczyć zwykłą przeczulicę skóry, kurcz kieszki ślepej, zmiany chorobowe moczowodu i choroby płciowe. Z drugiej znowu

strony może oczywiście istnieć przewlekłe zapalenie okątnicze bez jednoczesnej bolesności punktu MAC BURNEY'a, jeżeli, dajmy na to, wyrostek został przesunięty ku tyłowi, lub ku górze, albo w końcu na dół. Bywa też często przy *perityphlitis chronica*, że przez ucisk na punkt MAC BURNEY'a chory odczuwa ból w nadpepczu lub w symetrycznym miejscu po stronie lewej. Podobne trudności nasuwa określenie guza, wyczuwalnego w okolicy kiszki ślepej, lub odporności; okazuje się bowiem, iż zależy to może wcale nie od *perityphl. chron.*, a tylko od skurczu kiszki ślepej, lub zgrubienia krezki, albo wreszcie od obrzękłego gruczołu chłonnego krezki. Już o wiele cenniejszym [od dwu poprzednich] objawem rozpoznawczym wydaje się autorowi wyczuwanie wyrostka robaczkowego, wrażliwego na ucisk, atoli pod warunkiem, że wielokrotne i w różnym czasie dokonywane badanie prowadzi do jednego i tegoż wyniku. Wówczas dopiero, zdaniem autora, można z zupełną pewnością rozpoznać przewlekłe utajone cierpienie wyrostka. Po ustaleniu ostatecznym tego faktu przy współrzednem istnieniu poprzednio wspomnianych zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, należy zorientować się co do wzajemnego związku pomiędzy obiema chorobami. Niektórzy autorowie z EWALD'em na czele upatrują tu związek przyczynowy, na tej głównie podstawie, że *cessante causa* [t. j. po odpowiednim zabiegu operacyjnym] zazwyczaj też *cessat effectus*; alisci okazuje się, że niezawsze tak bywa. KORACH zaś twierdzi, że przy *appendicitis larvata*, w olbrzymiej większości przypadków, mamy do czynienia z przypadkową zapalenia wyrostka robaczkowego lub zapalenia okątniczego z chorobami przewodu żołądkowo-kiszkowego, pochodzenia bądź organicznego, bądź nerwicowego [nadkwaśność, przewlekły wrzód żołądka, nieżyt okrężnicy, kolka z wiatrów (*colica flatulenta*), kurczowe zaparcie stolca (*obslipatio spastica*), nerwobóle trzewowe i nerwice czuciowe, histerya trzewowa]. Jeśli taki pogląd jest słuszny, to nie należy śpieszyć z operacją u chorych z *appendicitis larvata*, ponieważ przewlekłe nawrotowe zapalenie okątnicze samo przez się, w przeciwstawieniu do *residual-perityphlitis*, nadzwyczaj rzadko domaga się operacji ze względu na stosunkową swą łagodność. Autor opisuje 5 własnych spostrzeżeń omawianego cierpienia, w których operacja bynajmniej nie doprowadziła do wyników idealnych, lub nawet usprawiedliwiających zastosowanie zabiegu krwawego. Na zasadzie tych spostrzeżeń autor wywnioskował, że istota *appendicitidis larvatae* składa się z dwóch czynników: 1) przewlekłego cierpienia organicznego i 2) nerwicy trzewowej — ta ostatnia głównie na podłożu histeryi lub hysteroneurastenii. Co do wewnętrznego związku przyczynowego obu czynników, to można wypowiadać tylko przypuszczenia hipotetyczne. Wprawdzie niekiedy udaje się przez usunięcie jednego czynnika usunąć też „uno ictu“ cały obraz chorobowy, w większości jednak przypadków nadzieje te zawodzą.

Appendicitis larvata należy do kategorii trudno uleczalnych nerwic mieszanych, jak *asthma bronchiale* i *colica mucosa*.

(Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XV. Z. 5).

W. Dobrowolski.

78. Oberndorfer. Przyczynki do anatomii patologicznej przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

W ciągu kilku ostatnich lat autor dokonał przeszło 600 oględzin postmiernych w celu dokładnego zbadania wyrostka robaczkowego. Otóż, okazało się, że w znacznej większości przypadków u osób starszych ponad lat 20 wyrostek przedstawiał w swej budowie poważne uchylenia od normy, głównie

w warstwie podśluzówki i błony mięsnej, normalny zaś wyrostek stanowił po prostu rzadki wyjątek. Wobec takiego wyniku badania sekcyjnego, pomimowoli nasuwa się przypuszczenie, iż przyczynę tych zmian muszą stanowić poprzednie stany zapalne tegoż wyrostka. Że zaś rozwój tych zmian na wyrostkach daje się stale widzieć w typowej postaci, jakkolwiek te narządy nie dawały nigdy jakichkolwiek objawów klinicznych, przeto łatwo znów wynioskować, że omawiane zmiany anatomiczne mogą zależeć li tylko od zapaleń przewlekłych, przebiegających skrycie. Badając właśnie te przewlekłe sprawy zapalne, gnieźdzące się w wyrostku, autor doszedł do szeregu następujących wniosków:

1) Obok ostrego dyfterytycznego i wiodącego do martwicy zapalenia wyrostka, nadzwyczaj często występuje przewlekłe śródmiąszone jego zapalenie.

2) To ostatnie zależy od przenikających do światła wyrostka bakterii lub ich toksyn.

3) Przewlekłe śródmiąszone zapalenie wyrostka robaczkowego rozpoczyna się od obrzęku grudek chłonnych i wzmoczonego w nich gromadzenia się komórek (*cellulatio*), czego wyrazem jest zwiększony odpływ limfocytów przez drogi chłonne. Do tych zmian w układzie chłonnym dołącza się bujanie młodych komórek łącznotkankowych w wewnętrznych warstwach podśluzówki — śluzówka początkowo nie przyjmuje udziału w sprawie zapalnej.

4) Wzmiankowane bujanie tkanki łącznej prowadzi zwolna do znacznego zgrubienia wewnętrznej części podśluzówki; następująca bliznowata marskość tkanki łącznej wywołuje z jednej strony oddzielanie się podśluzówki od warstwy mięsnej, przyczem powstała w ten sposób wolna przestrzeń wypełnia tkanka tłuszczowa, z drugiej zaś strony powoduje ucisk i zanik śluzówki.

5) Najpospolitszym okresem końcowym tej sprawy bujania i bliznowacenia w podśluzówce bywa zarośnięcie wyrostka robaczkowego. Tworząca się przytem ośrodkowa tkanka łączna składa się z resztek śluzówki, której gruczoły przedewszystkiem giną, i stwardniałej (*sclerotisch*) wewnętrznej podśluzówki.

6) Sprawa zarastania nie dochodzi do tego stadium, jeżeli światło wyrostka zawiera zgęstniałe masy lub t. zw. kamienie kałowe, przez co spadnięcie ścian zostaje wykluczone; zaś podśluzówka ulega zgrubieniu, śluzówka — zanikowi, jej gruczoły częściowo zostają zachowane, lub też giną wskutek ucisku.

7) Przy przewlekłym śródmiąszym zapaleniu wyrostka zawsze występuje wybitne zwiększenie ilości pierwiastków prężnych, szczególnie w umiśnieniu, przez co zostają zastąpione zwyrodniałe pierwiastki kruczliwe.

8) Zwyrodnienie komórek mięsnych polega na zwykłym zaniku, stłuszczeniu, często bardzo na zwyrodnieniu barwikowym.

9) W okresach końcowych sprawy twardnienia niemal jako prawidło daje się widzieć wyraźne uszeregowanie jąder w postaci równoległego uwarstwienia, które, być może, stanowi przejaw „ułożenia spoczynkowego komórek mięsnych“ (*Ruhestellung der Muskelzellen*).

10) Zarówno zawartość wyrostka, najczęściej kałowa, jak i kamienie kałowe składają się zazwyczaj z przetworów wydzieliny i złuszczenia samej śluzówki wyrostka. Dalszą istotną część składową tworzą bakterie. Grudki kałowe (*Kothpartikel*) zdarzają się tylko wyjątkowo.

(*Mitteil. a. d. Grenzg. d. Med. u Chir. T. XV, Z. V.*)

W. Dobrowolski.

79. Gunkel. W sprawie wczesnego operowania przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

W ciągu jednego roku autor operował 45 przypadków tego cierpienia, a mianowicie: 20 razy w ciągu 48-u godzin choroby, 16 razy w okresie wolnym od napadów, i 9 razy w późnym okresie. Z liczby pierwszych 36-u nie umarł żaden chory, zaś z ostatnich 9-ciu umarło 5-ciu, czyli przeszło 50%. Wśród owych 9-u u 4-ch było rozlane ropne zapalenie otrzewnej, istniejące już od 2-ch dni, z tych 4-ch umarło troje, jeden po bardzo długiej chorobie wyzdrowiał; u pozostałych 5-u były otwierane ograniczone ropnie, z nich 2-ch zmarło wskutek powikłań [liczne ropnie wątroby i ropień podprzeponowy]. Co się dotyczy pierwszych 20-u przypadków, operowanych w ciągu pierwszych 48-u godzin, wszystkie, jak powiedziano, wyzdrowiały, jakkolwiek w 5-iu przypadkach istniało rozlane ropne zapalenie otrzewnej [przy otwarciu jamy brzusznej ropa wyciekała bez uciskania], w 5-iu otorbiona jama z ropą przy przedziurawionym wyrostku i w 4-ch ropniak wyrostka robaczkowego. Porównyując wszystkie te dane statystyczne, autor zadaje sobie pytanie: czy należy wszystkich chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego poddawać operacji zaraz w początku choroby? Że w ciężkich przypadkach, szczególnie przy rozlanem zapaleniu otrzewnej, tylko wczesna operacja daje pewne szanse wyzdrowienia, na to zgadzają się wszyscy. Aliści objawy kliniczne nie zawsze dają lekarzowi możność rozpoznania z bezwzględną pewnością, czy dany przypadek zalicza się istotnie do ciężkich. Często bowiem wszystkie objawy okazują się zwodnicze: przedmiotowych objawów rozlanego zapalenia otrzewnej—przyspieszone tętno, gorączka, napięcie i wzdęcie brzucha, wymioty—może wcale nie być, pomimo przedziurawienia do wolnej jamy otrzewnej, albo nawet już rozwiniętego jej zapalenia. Objawy podmiotowe—ból, wrażliwość na ucisk, stan ogólny, którymi niektórzy autorowie kierują się przy wyborze wczesnej operacji, indywidualnie są bardzo różne. Wobec tego autor uważa za najodpowiedniejsze leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego operacją wczesną, t. j. wykonaną w ciągu 48-u godzin od początku napadu. Jeżeli bowiem operacji ulegnie nawet lekki pod względem zmian anatomicznych przypadek, to chory nie na tem nie straci: wszak wczesna operacja w takim razie będzie dlań radykalną, zabezpieczając go od ewentualności nawrotu, być może, już cięższej postaci, jeśli nie śmiertelnej.

(Münch. med. Woch. 1906. Nr 4).

W. Dobrowolski.

80. Lanz. Appendicostomia.

Autor miał do czynienia z 1286 przypadkami zapalenia wyrostka robaczkowego, resp. z *perityphlitis appendicularis* i *peritonitis* [przy ogólnej cyfrze 710 operacji wycięcia tegoż wyrostka], w których nigdy nie było zejścia śmiertelnego; tak pomyślny wyniki zabiegu operacyjnego autor przypisuje nietyłe szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, ile w pierwszej linii ostrożnemu w e w ł a ś c i w y m c z a s i e postawieniu wskazania. Zupełnie bezpieczną *cæteris paribus* jest, jego zdaniem, tylko wczesna operacja i operacja *à froid*. Na *acme* choroby zabieg chirurgiczny jest wogóle niebezpieczniejszym, niż wyczekiwanie. Lecz i tu, jak w każdym prawie są pewne wyjątki: a więc m o ż n a w pewnych przypadkach, przy więcej podostrym przebiegu cierpienia, spokojnie wydobyć wyrostek nawet 2-go, 3-go dnia, lub i później, a przy objawach groźnych t r z e b a niekiedy operować i *à chaud*. Lecz jeśli tylko charakter napadu nie zmuszał do chwytania za nóż, to w każdym razie bezwarunkowo lepiej na wysokości napadu zachować się spokojnie i wyczekująco.

Co się dotyczy ostrożnego, postawionego we właściwym czasie wskazania, to autor w tym względzie kensekwentnie trzymał się zasad następujących:

1) jeśli tylko można, wykonywać wczesną operację 1-go lub 2-go dnia napadu;

2) podczas napadu przystępować do operacji tylko w razach wyjątkowych na zasadzie *indicationis vitalis*, lecz wówczas ograniczać swój zabieg do otwarcia ropnia, *resp.* drenowania otrzewnej;

3) wysięk, który nie ulega wchłonięciu, a więc jest ropnym, opróżniać, mianowicie z tego względu, że późniejsze wycięcie wyrostka robaczkowego da się skutecznie o wiele łatwiej, niż w przypadkach, w których wysięk jest pozostawiony wchłonięciu, *resp.* organizacyi;

4) po napadach lekkich, bez wysięku, w przypadkach osobiście obserwowanych, operować natychmiast, jak tylko chory uwolni się od napadu i znów sił nabierze;

5) w przypadkach z szybko [w ciągu kilku dni] znikającym wysiękiem przystępować do zabiegu najwcześniej po upływie jednego miesiąca;

6) w razie powolnego zanikania nacieku operację radykalną można wykonać dopiero po upływie 3-ch miesięcy od napadu.

(*Münch. medic. Wochenschr.* 1906, Nr 4)

W. Dobrowolski.

81. Wendel. O leczeniu raka przełyku promieniami Röntgen'a.

Po bezskutecznych próbach EINHORN'a leczenia tego cierpienia promieniami RÖNTGEN'a, EINHORN i jednocześnie EXNER zaczęli stosować *radium* w ten sposób, że umieszczano go w specjalnie przyrządzonych kapslach i wprowadzano do rakowatej części przełyku, gdzie pozostawał przez czas pewien. Obaj badacze doszli do stosunkowo dobrych wyników—oczywiście, niema mowy o wyleczeniu, w każdym bądź razie zwężenie w kilku przypadkach stało się znów drożne nawet dla pokarmów stałych. Pomimo to WENDEL zwrócił się jeszcze do promieni RÖNTGEN'a, aby się osobiście przekonać, czy wyniki, osiągnięte przez EINHORN'a i EXNER'a zapomocą radu, nie uda się osiągnąć również metodą RÖNTGEN'a. W tym celu zastosował promienie X przez wprowadzony do przełyku wziernik u 52-letniego chorego, który już od kilku miesięcy cierpiał na utrudnione w wysokim stopniu łykanie nawet płynów, zależne od głębokiego umiejscowienia w przełyku owrzdzielącego guza rakowatego. Oprócz rentgenizacyi [posiedzenie trwało 5 — 10 minut i wykonywane było mniej więcej co drugi dzień] choremu codziennie robiono zastrzykiwianie wewnątrzmięśniowe w postaci: *Chinin. hydrochloric.* 0,4 *Natrii arsenicosi* 0,01 *Aq. destill.* 1,0 [według GEORGE C. SEVEREANU]. Pod wpływem takiego leczenia w ciągu 19-u dni chory znów zaczął łykać pokarmy stałe, dobrze przeżute, wagi przybyło mu 3 funty, wziernik przełykowy można było przesunąć głębiej o 3 ctm., niż przed rozpoczęciem leczenia, wreszcie owrzdzenia zostały zagojone. Jak długo trwał ten stan, autor nie może powiedzieć, gdyż po owych 19-u dniach więcej już swego pacyenta nie widział. Na zasadzie tej obserwacyi autor wnioskuje, że promienie RÖNTGEN'a mogą dawać dodatnie wyniki w przypadkach guzów złośliwych, tam oczywiście, gdzie już niema mowy o operacyi, a pozostaje jedynie wybór możliwie najlepszego środka łagodzącego (*palliativum*).

(*Münch. med. Woch.* 1905. Nr. 51).

W. Dobrowolski.

82. N. Berardinone. O szczególnem zapaleniu gruczołów chłonnych, podczas zapalenia wyrostka robaczkowego.

Autor spostrzegął u chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego jednostronne zapalenie gruczołów chłonnych, umiejscowione w okolicy pachwinowej,

powyżej więzu Poupart'a, w bliskości zewnętrznego otworu kanału pachwinowego. W wątpliwych razach zapalenie to, podług autora, może rozstrzygnąć kwestyę rozpoznania. Począwszy od drugiego dnia choroby powiększone gruczoły już się wyczuwać dają; po upływie 48-iu godzin od początku choroby powiększenie gruczołów dochodzi do *maximum*. Wielkość ich waha się pomiędzy wielkością ziarnka grochu a wiśni; postać ich jest okrągła; konsystencya twarda i elastyczna. W ciągu całego czasu powiększania się gruczołów są one bolesne. W tych razach, gdy zapalenie wyrostka robaczkowego samo przez się wywołuje silne bóle, lub gdy gruczoły nie są bardzo powiększone, gruczoły owe wywołują tylko uczucie ucisku; gdy zaś wyrostek robaczkowy sam przez się nie wywołuje silnych bólów lub gdy gruczoły są bardzo powiększone, wtedy sprawiają one silne bóle choremu. Im silniej jest wyrażone miejscowe zapalenie narządu, tem mniej są powiększone gruczoły, i odwrotnie. Autor objaśnia ostatni fakt w następujący sposób: gdy nacieczenie zajmuje dużą przestrzeń, to uciska albo zatyka drogi chłonne, co przeszkadza rozprzestrzenieniu się zapalenia na gruczoły chłonne; gdy zaś nacieczenie ogranicza się tylko do wyrostka robaczkowego, to drogi chłonne pozostają swobodnymi, i nie przeszkadza krążeniu limfy i tym sposobem rozprzestrzenieniu się zapalenia na gruczoły chłonne.

W ciągu całego czasu trwania choroby powiększone gruczoły nie zmniejszają się. Gdy tylko chory wstępuje na drogę wyzdrowienia, gruczoły zaczynają się zmniejszać, bóle również zaczynają stopniowo ustępować, i po jakimś czasie pozostaje tylko nieznaczna wrażliwość gruczołów przy ucisku; w końcu i ta wrażliwość znika. Przy powtórnym zapaleniu wyrostka gruczoły znowu się powiększają, jednakże w mniejszym stopniu, niż przy pierwszym. W 6-u spostrzeganych przypadkach autor tylko raz jeden nie zauważył opisanego zapalenia gruczołów. Był to bardzo lekki przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego. W jednym znowu przypadku, po powtórnym zapaleniu wyrostka robaczkowego, gruczoły wcale nie były powiększone.

(*Riforma med.* 11 Listopada 1905).

A. Papierny.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

20. Leczenie raka namokiem liści fiołkowych.

Rok temu, lekarz angielski GORDON spostrzegał chorego z rakiem języka; chory ten, nie chcąc poddać się operacji, rozpoczął leczenie namokiem fiołków. Po 3-ech miesiącach tej kuracji na miejscu guza istniał tylko nieznaczny brak tkanki i twarda blizna. Od tego czasu GORDON zebrał 47 przypadków raka języka, odbytnicy, macicy, w których uciekano się do namoku liści fiołkowych: na podstawie tego materiału autor przypisuje wymienionemu środkowi pewną wartość leczniczą. Przetwór ten bywa przyrządzany w sposób następujący: 50 liści fiołka ogrodowego, świeżo zerwanych, oblewa się pół litrem wrzącej wody i maceruje przez 12 godzin. Otrzymuje się w ten sposób płyn zielonkawy, którego połowę stosuje się wewnętrznie na jedną lub kilka dawek, gdy reszta namoku służy do okładów lub innych zabiegów miejscowych. Takie leczenie, codziennie powtarzane, trwa kilka miesięcy. Można, zresztą, bez obawy użyć większej ilości płynu lub namoku więcej skoncentrowanego,

choć dawki zbyt silne mogą spowodować różne przypadłości, jak brak łaknienia, biegunkę, wzmocnienie bólów, wysypki, duszność, omdlenie. Działanie namoku fiolkowego ujawnia się w ogóle przez znaczne osłabienie bólów, jak również smrodliwoci wydzielin guza; jednocześnie rozmiary guza ulegają zmniejszeniu, niekiedy nawet jakoby sam guz ginie zupełnie, a przynajmniej zatrzymuje się w swym rozwoju.

Inny lekarz, PEARCE GOULD, w podobnych przypadkach, leczonych tą metodą, nie otrzymał wyników dodatnich.

(*La Semaine médicale. 1906. N. 8.*)

W. Dobrowolski.

21. Jodową benzynę [1 : 1000] poleca L. HEUSNER [z Barmen] do odkażania rąk przy operacjach. Operator i asystenci mają każdy do swojego użytku około 300 ctm. sz. tego rozczyntu, którym myją ręce zapomocą szczotek w ciągu 5-u minut, poczem płyn odkażający zmienia się, myje się nim ręce po raz drugi, a następnie smaruje się je wazeliną jodową [2 : 1000]. Tak samo postępuje się i z polem operacyjnym, tylko zamiast szczotek używa się do tego tamponów z gazy. Czasami do mycia miejsc bardzo wrażliwych benzynę można zmieszać do połowy z olejem wazelinowym i do tej mieszaniny dodać jodu, tak samo 1 : 1000.

Podobno jod w ten sposób użyty nie drażni skóry, a brunatne zabarwienie skóry łatwo znika; do benzyny zaś najdrażliwsza skóra przyzwyczajają się w ciągu 2-ch do 3-ch tygodni. Wyjałowienie zupełne skóry przy tym sposobie otrzymuje się w 77-u przypadkach na 100; przy innych sposobach odkażania — w 52 na 100.

ODCINEK 1).

W sprawie najmłodszych kolegów.

Spory szmat czasu upłynął od chwili faktycznego zawieszenia działalności wyższych naszych uczelni. Całe zastępy młodzieży przerwały swoje prace naukowe, przestały się przygotowywać do obranych zawodów, a kraj o d d w ó c h lat nie korzysta z młodych sił, któreby godnie mogły stanąć do pracy. Strata to dla kraju naszego ogromna. Setki całe młodych pracowników, przyrodników, technologów, lekarzy i t. d. nie może kończyć rozpoczętych studiów, a niektórym z nich brak zaledwie kilku egzaminów. Konjunktury polityczne jakoś nie zapowiadają zbyt rychłego rozpoczęcia nauk w uniwersytecie i politechnice, a jeżeli to nawet nastąpi, to przy najpomyślniejszym przebiegu sprawy zaledwie pod koniec roku bieżącego. Tymczasem zastępy tych młodych ludzi nie powinny zginąć, kraj ich niezbędnie potrzebuje, społeczeństwo też w tych trudnych dla nas warunkach bytowania winno przedsięwziąć wszystko, aby jak najwięcej świeżych i dzielnych sił zachować.

Niezbyt wiele jednak dotąd, niestety, zrobiono w tym kierunku.

1) W kwestyi poruszanej w niniejszym odcinku otrzymaliśmy i drugą pracę, podpisaną „Niepatentowany”. Drukujemy tylko jedną, wezśniej nadciślaną (*lied.*).

Nam idzie przede wszystkim o młodych lekarzy, którzy nie mogli ukończyć ostatecznych egzaminów, którzy nie posiadają dyplomów uniwersyteckich, nadających im prawo praktyki i służby krajowi w swoim zawodzie.

Długa i ciężka wojna na Dalekim Wschodzie powołała licznych lekarzy, a stąd też i u nas przeredziła nieco szeregi pracowników lekarskich. Ale choć niewielki procent z nich zginął na wojnie bądź to od chorób, bądź też od kuli, i choć działania wojenne już dawno skończone, jednak powrót lekarzy do swoich siedzib odbywa się nader wolno. Miejsca ich dotąd nie mogli zająć młodsi koledzy, gdyż nastąpiła przerwa w ich studiach, stąd też uczuwać się daje u nas pewien brak ludzi do pracy na niwie lekarskiej, szczególnie w stosunkach szpitalnych.

Z pomiędzy 57-u studentów V-go kursu wydziału lekarskiego, którzy przystąpili do ostatecznych egzaminów w uniwersytecie Warszawskim przed rokiem, kilku tylko mogło wyjechać za granicę i tam kończyć rozpoczęte studia. Według naszych informacji, jeden znajduje się w Krakowie na wszechnicy, dwóch we Lwowie, jeden w charakterze pomocnika lekarza w Kochanówce pod Łodzią, około 10-u w Warszawie, a reszta rozrzucona po kraju, a nawet po całym państwie rosyjskiem. Wszyscy ci ludzie obecnie nie mają możliwości ukończenia wydziału lekarskiego. Bezsprzecznie pewna odsetka z nich ku wielkiemu żalowi może zmarnieć, może zginąć dla medycyny, lecz naszym staraniem powinno być ograniczenie tego procentu do *minimum*.

Pierwsze potrzeby życia rozpędziły po świecie naszą młodzież lekarską, za chlebem wyruszyli na posterunki choleryczne do Rosyi, za chlebem podążyli zająć zastępczo miejsca lekarzy w ziemstwach, u nas zaś dla nich brakło miejsca. Obecnie część ich powraca, ale w Warszawie utrzymać się nie może. W mieście naszym warunki pobytu nie należą do łatwych, przy obecnym stanie ekonomicznym w obec znacznego zubożenia kraju całego trudno będzie niezmiernie o wyszukanie pracy odpowiedniej, a młodzież lekarska w większości nie posiada zasobów materialnych.

Kilkunastomiesięczna przerwa w studiach lekarskich bynajmniej nie wpływa dodatnio na ugruntowanie wiadomości lekarskich, zdobytych na naszym uniwersytecie, który, jak to powszechnie wiadomo, nie odznacza się doбором wybitnych sił naukowych i luminarzy medycyny. Młodzież nasza lekarska zaledwie wynosiła z uniwersytetu niezbędne wskazówki, niekiedy bardzo niedokładne i mgliste; braki te starała się po ukończeniu „s t u d y ó w” uzupełnić w szpitalach warszawskich pod kierunkiem więcej doświadczonych i odpowiednio naukowo przygotowanych starszych kolegów. Niektóre też oddziały szpitalne dotąd u nas odgrywały niepoślednią rolę, stanowiły jakby dalszy ciąg uniwersytetu i wypełniały to, czego słuchacze nie mogli zdobyć na klinikach. Jeżeli w czasach spokoju i prawidłowego biegu rzeczy w biurokratycznym mniemaniu oddziały szpitalne miały dla młodszych kolegów ważne znaczenie, to w chwili obecnej, w czasie zamętu i zamknięcia specjalnych wyższych uczelni, działalność ich powinna być zdwojona. Ci z ordynatorów szpitalnych, którzy się czują na siłach, powinni udzielić gościnności młodszym kolegom, wziąć się do pracy energicznie i uczyć ich z całym zapalem.

Korzyść stąd będzie podwójna, młodzież lekarska z jednej strony nie zapomni studiów teoretycznych, z drugiej zaś, odbywając systematycznie praktyczne zajęcia, znajdzie zastosowanie teorii przy łóżku chorego. Jeżeli nawet przypuścić, że młodzi koledzy niezbyt wiele wzbogacą się wiadomościami teoretycznymi, to z pewnością przygotowują się do praktyki lekarskiej, a w każdym razie staną gotowi do ostatecznego egzaminu w odpowiedniej chwili.

O ile wiemy, niektórzy z ordynatorów warszawskich już przyjęli na swoje oddziały takich wolontaryuszów; niechajże ten przykład znajdzie licznych naśladowców!

Nie dosyć jednak przygarnąć do siebie młodź lekarską i dać jej odpowiednie zajęcie; nie wszyscy powrócą z zasobami pieniężnymi, a nawet twierdzić można na pewno, że tych nierozporządzających zbytnio środkami materyalnymi będzie znaczna odsetka. Chociaż ludzie ci spełniać będą obowiązki dosyć ciężkie w szpitalach, lecz Rada Miejska bynajmniej nie zatroszczy się o to, aby w jakikolwiek sposób wynagrodzić pracę ich, powołując się, naturalnie, na chroniczny brak środków. Ordynatorzy zatem w miarę możliwości powinni pomagać swoim współpracownikom, bądź to posiłkując się nimi w praktyce prywatnej jako pomocnikami, bądź też zachęcając do referowania odnośnych prac lekarskich, chociaż z tego ostatniego źródła nie można spodziewać się zbyt wielkich dochodów. Piszemy tu, że ordynatorzy powinni pomagać „w miarę możliwości”, gdyż nie jeden ordynator pomimo całej swojej wiedzy i wielkiej pracy niekiedy ma bardzo małe dochody i zaledwie może egzystować. Aby młody adept medycyny mógł skutecznie pomagać ordynatorowi, musi posiadać już pewne wykszolenie, co wymaga dłuższego lub krótszego czasu, a stąd też pomoc materyalna, okazana przez ordynatorów, nie może mieć miejsca natychmiast. Mając to na względzie, poruszamy tu jeszcze jedną kwestyę. Lekarze warszawscy przyszli z pomocą rodzinom tych kolegów, którzy byli wezwani na Daleki Wschód. Otóż obecnie część pewna tych lekarzy „wojskowych” powróciła i zajęła już poprzednie swoje stanowiska; niektórzy z nich nawet zwracają zapomogi, udzielone ich rodzinom. Czyby Komitet, rozporządzający tymi funduszami, nie uznał za odpowiednie udzielać z tych właśnie sum pożyteczne młodszym kolegom, którzy będą pracowali w szpitalach i zaledwie po upływie kilku miesięcy będą w możności przystąpienia do egzaminów¹⁾?

Rzucamy myśl tę w nadziei, że znajdzie ona posłuch u tych ludzi, którzy już dotąd wykazali wielką uczynność i gotowość pomagania drugim.

Lekarz.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcji chirurgicznej z d. 12.XII. 1905 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 10].

KARCZEWSKI przytacza przypadek ciała obcego w przełyku. W d. 3-im grudnia r. z. K. został wezwany wieczorem do szpitala Dz. Jezus do chorej, u której w gardzieli jakoby utkwiała szpilka. Chora z okolicy Sochaczewa, jak się okazało, dnia poprzedniego wprowadziła sobie do gardła w niewiadomym celu szpilkę do włosów. Chora na zadawane pytania bełkotała jakieś wyrazy, których nie można było rozumieć. Była to kobieta lat 30-u, prawidłowej budowy i odżywienia. Z ust jej wystawał drut żółty grubości zapalki, długości około 12-u ctm. Drut ten, wystając na zewnątrz około lewego kąta ust, leżał ukośnie na podstawie języka i ginął w gardzieli z prawej strony. Końca drutu palcem nie można było dosięgnąć. Oddech był prawidłowy, połykanie zupełnie niemożliwe. Przystąpiono do prób wyjęcia drutu, które jednak okazały się bezowocnymi, pomimo najróżnorodniejszych sposobów, z jakimi się do tego zabierano, zachowując naturalnie możliwą ostrożność. Nazajutrz K. powtórzył raz jeszcze te same próby, najpierw

¹⁾ Wiemy z pewnego źródła o umieszczeniu studentów 5-go kursu jako lekarzy miejscowych w kilku szpitalach na prowincyi. Czyby więc i inne szpitale prowincjonalne nie poszły za tym przykładem? (Red.).

bez, a następnie przy użyciu narkozy, przyczem głowa chorej opuszczona była ku dołowi. Badanie laryngoskopowe wykazało, że drut tkwi w przedniej ścianie gardzieli z prawej strony krtani. Widząc, że wszelkie usiłowania wydobycia drutu drogą naturalną nie doprowadzają do celu, KARCZEWSKI postanowił wykonać nacięcie gardzieli boczne. Dotarłszy do gardzieli cięciem ukośnem przy brzegu przednim mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, K. na klampie, wprowadzonym przez usta, naciął ścianę boczną i z łatwością wydobyl drut na zewnątrz. Drut zgięty był kolankowato, tworząc haczyk długości około 6-u ctm. Kolanko drutu oparło się w prawej zatoce gruszkowatej (*sinus pyriformis*), koniec zaś haczyka utkwił w błonie śluzowej tylnej ściany gardzieli. Każde pociąganie drutu spowodowało rozginanie się haczyka, wskutek czego wzmagalo się jego zaklinowanie. Odzyskawszy po operacji możność mówienia, chora opowiedziała, że 1-go grudnia połknęła przypadkowo z chlebem gwóźdź, który utkwił w gardzieli. Próbując długo i nadaremnie usunąć go, chora wreszcie sporządziła sobie haczyk ze szpilki [chłopskiej] do włosów i usiłowała nim ciało obce usunąć. Haczyk ten utkwił również w gardzieli. Ponieważ chora stanowczo twierdziła, że gwóźdź jeszcze pozostał i że go „czuje“, K. powtórnie otworzył ścianę gardzieli, rozprószył szew i zbadał gardziel palcem, — na gwóźdź jednak nigdzie nie natrafił. Nie stwierdzono też ciała obcego i zapomocą zgłębnikowania przełyku. Z powodu poszarpania brzegów rany w gardzieli, szwu już nie nałożono, lecz wprowadzono do żołądka sondę, przez którą postanowiono karmić chorą. Fotogram rentgenowski również nie stwierdził istnienia gwóźdźcia w gardzieli, zresztą chora na drugi dzień oświadczyła, że klucie w gardle, zależne jakoby od obecności ciała obcego, już ustąpiło. Obecnie przebieg gojenia się rany odbywa się na ogół prawidłowo. [C. d. n.]

L. Zembruski.

Wiadomości drobne.

— W Akademii nauk w Paryżu na posiedzeniu 19-go lutego r. b. R. ODIER z Genewy wygłosił odczyt o leczeniu złośliwych nowotworów wstrzykiwaniami fermentu glikolitycznego. Wychodząc z zasady, uznanej przez wielu anatomopatologów, że złośliwość i zdolność do wzrostu nowotworów znajduje się w prostym stosunku do ilości glikogenu zawartego w nich, ODIER wstrzykiwał zwierzętom z odnośnymi nowotworami mieszaninę wyciągów z trzustki, wątroby i mięśni; wynikiem tych prób było zmniejszanie się nowotworów. Histologiczne badania wykazały, że mięsaki, raki i gruczolaki traciły po takim leczeniu swój glikogen. ODIER sądzi, że podobne leczenie można spróbować u ludzi, dotkniętych złośliwymi nowotworami. Teoretycznie to leczenie może się okazać pożyteczne i w cukromorzu. Badanie zdolności glikolitycznej krwi może mieć znaczenie rozpoznawcze; ewentualny brak glikolitycznego fermentu dowodziłby pewnego usposobienia do nowotworów; wstrzykiwanie fermentów glikolitycznych miałyby w tych przypadkach znaczenie zapobiegawcze.

Wiadomości bieżące.

— Przy Warszawskim Towarzystwie Hygienicznym utworzono nowy wydział: higieny życia domowego. Na prezesa tego wydziału wybrano kol. CHODĘCKIEGO, na sekretarza pannę GEBETHNERÓWNĘ.

— Towarzystwo Hygieniczne Warszawskie krząta się obecnie około zbudowania domu na własne potrzeby. Posiada już plac przy ulicy Karowej, a w bieżącym sezonie urządza szereg zabaw i widowisk celem zebrania pewnej kwoty pieniężnej na rozpoczęcie budowy domu. A może znajdzie się jaki warszawiak, posiadający potrzebę takiego bułanku na pomieszczenie między innymi i muzeum higienicznego, i ofiarą pieniężną da początek i przykład innym!

— Oddział Lubelski Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego zakłada muzeum higieniczne, którego zadaniem będzie odtworzenie poglądowe całokształtu urzędzeń zdrowotnych miasta Lublina i gubernii lubelskiej. Zbiory muzealne będą przystępne dla ogółu i kierownicy muzeum udzielać będą zwiedzającym wszelkich wyjaśnień, przyczyniając się tą drogą do szerzenia wiedzy higienicznej wśród szerokich mas ludności. Wobec ogromu podjętego zadania i ograniczonych środków, zarząd oddziału zwrócił się do wszystkich mieszkańców gubernii lubelskiej z prośbą o nadsyłanie odpowiednich okazów.

— Z nadesłanego sprawozdania z działalności Towarzystwa kolonii letnich w Warszawie za rok 1905, dowiadujemy się, iż liczyło ono członków rzeczywistych 346, a zwyczajnych 485, razem 831 (w r. 1904 było ich 792). Zakwalifikowano do wyjazdu dzieci 5346, a wysłano na kolonie bezpłatne tylko 2613, t. j. 48,9%, a na kolonie płatne 199, razem 2812 dzieci (w r. 1904 wysłano 3237). W r. 1905 dzieci przebywały na 11-u koloniach wiejskich i 1-ej leczniczej w Ciechocinku; z tych 11-u Towarzystwo utrzymywało swoim kosztem 8, a 4 — osoby prywatne. Na dzieci, które znajdowały się na koloniach utrzymywanych przez Towarzystwo, wydatkowano rb. 35965 kop. 45 (na 1 dziecko wypada rb. 15 kop. 81, a w koloniach prywatnych rb. 2 kop. 2). Przejrzawszy listę członków, z przykrością wyznajemy, iż dopatryliśmy się w niej za mało lekarzy.

— Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, jako podarunek jubileuszowy dla Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego postanowił posłać plakiet srebrny z podobizną KAROLA MARCINKOWSKIEGO, dłuta artysty-rzeźbiarza WŁADYSŁAWA MARCINKOWSKIEGO, a koszta pokryć ze składek członków wydziału.

— „Nowiny Lekarskie“ do Nr. 3-go dołączyły jako nadwycieczny dodatek tablicę 25-ą albumu wybitnych lekarzy polskich, przedstawiającą podobiznę ROBERTA REMAKA (1815—1865). Czytamy tam o nim, iż urodził się w Poznaniu, słuchał medycyny w Berlinie, a już w r. 1847 pragnęła Akademia lekarska w Wilnie mianować go profesorem fizjologii, co niedoszło do skutku z powodu, iż REMAK był wyznania starozakonnego. I w Berlinie robiono mu z tego samego powodu trudności. Dopiero za wstawieniem się SCHÖNLEIN'a został REMAK w 1847 r. docentem, a w r. 1859 profesorem w Berlinie. Prace swe z dziedziny fizjologii, neurologii i embryologii ogłaszał R. po łacinie, po niemiecku i po polsku. Z tych ostatnich są zacytowane: „Uwagi nad wskazaniami do wyniszczenia wyrosli rakowych i nierakowych“ i „O budowie nerwów i zwojów nerwowych“.

— Lwowskie Towarzystwo Hygieniczne zamierza założyć filię w Krakowie.

— Według ustawy krajowej w Galicyi na jednego lekarza miejskiego nie powinno przypadać więcej niż 15000 mieszkańców. Tymczasem we Lwowie według obrachunku przypada 1 na 25000. W Krakowie służba miejska zdrowia składa się także tylko z 4-ch lekarzy. W obu tych miastach jest ich więc za mało i dlatego pisma lekarskie galicyjskie nawołują do reorganizacji w myśl obowiązującej ustawy.

— Lekarze węgierscy, delegaci na Kongres lekarski międzynarodowy do Lizbony, zaproponują, aby XVI-y także Kongres odbył się w Budapeszcie w r. 1909. Rząd węgierski przeznaczyłby w takim razie 100000 koron na koszta urządzenia Kongresu, a magistrat miasta również 100000 koron.

— Do legislatury stanu Ohio został wniesiony projekt prawa, pozwalającego lekarzom w pewnych okolicznościach przyspieszać śmierć chorym.

— Znany okulista ks. bawarski LUDWIK FERDYNAND mianowany został przez króla hiszpańskiego honorowym inspektorem sanitarnym armii hiszpańskiej.

— Nowo zbudowany szpital wojskowy w Kolumbii będzie nosił nazwę WALTERA REED'a, któremu nauka zawdzięcza dowiedzenie faktu, iż żółtą febrę przenoszą Moskity.

— Na heidelberski Instytut badania raka złożono już sumę 680000 marek.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.