

GAZETA LEKARSKA

I. Kilka uwag o rzadziej spotykanej zawartości worka przepuklinowego.

1. *Hernia processus vermiformis. Appendicitis herniosa.*
2. *Hernia umbilicalis diverticuli Meckeli.*
3. *Hernia inguinalis sin. tubae Fallopieae.*

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 30].

Jeżeli wyrostek robaczkowy w worku przepuklinowym ulega zapaleniu lub też obostrzeniu uprzednio istniejącego zapalenia, otrzymujemy wtedy tak zwane *appendicitis herniosa*, na którą to postać chorobową w ostatnich czasach zwrócono baczniejszą uwagę. W pracach swoich liczni badacze, jak CHARNOIS¹⁾, BARIETY²⁾, FLEISCH³⁾, FR. NEUGEBAUER⁴⁾, TACKE⁵⁾, VÉSIGNIÉ⁶⁾, WASILJEW⁷⁾ i inni, starali się uwzględnić anatomię patologiczną omawianej

1) CHARNOIS. Des hernies du coecum, compliquées d'appendicite. 1894.

2) BARIETY. Des hernies de l'appendice coecal, compliquées d'appendicite. 1895.

3) FLEISCH. Perityphlitis im Bruchsack. Inaug. Diss. 1895.

4) FRIEDRICH NEUGEBAUER. Radikaloperation rechtseitiger Brüche und Appendicitis. Centr. f. Chir. 1901. N. 16.

5) TACKE. Epityphlitis im Bruchsack. Beiträge z. klin. Chir. 1901. T. 29.

6) VÉSIGNIÉ. Contribution à l'étude des hernies de l'appendice et du coecum. Thèse de Paris. 1903.

7) WASILJEW. Appendicit w pachowych gryżach u mężczyzn. Russkij Chirurģiczeskij Archiw 1904 zes. 3—4.

sprawy, przebieg jej, rozpoznanie, rokowanie i leczenie. Strona anatomo-patologiczna i etyologia zapalenia wyrostka robaczkowego w przepuklinach (*appendicitis herniosa*) dostatecznie są opracowane, rozpoznanie jednak sprawy napotyka poważne trudności. Wogóle niezmiernie trudno określić obecność wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym. Jeżeli *processus vermiformis* jest przyrośnięty do worka przepuklinowego, to według KOELLIKER'a¹⁾ bóle, pojawiające się w dolnej części brzucha z prawej strony, pewne zgięcie w prawym stawie biodrowym przedstawiać mogą objawy, przemawiające za wspomnianym zrostem.

Jakkolwiek na zasadzie całego materiału kazuistycznego możnaby ugrupować pewne objawy i opierając się na nich próbować rozpoznać zapalenie wyrostka robaczkowego w przepuklinie, jednak będą to tylko próby, a ścisłe rozpoznanie, na co zgadzają się wszyscy badacze, jest niemal niemożliwe.

WASILJEW zebrał w dostępnej mu literaturze 63 przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego w przepuklinach pachwinowych i zaznacza, że w wielu bardzo razach nawet podczas operacji nie można było się zorientować, z jaką sprawą mamy do czynienia. W 2-ch zaledwie spostrzeżeniach *appendicitis* rozpoznano przed operacją; obydwa te przypadki miały przebieg przewlekły; na mosznie znajdowały się przetoki, które znacznie ułatwiły rozpoznanie.

W naszych spostrzeżeniach w pierwszym przypadku, kiedy mieliśmy możliwość badać chorą, wystąpiły na pierwszy plan objawy zapalenia tkanki łącznej ściany brzucha przy braku objawów ze strony jamy brzusznej, w drugim zaś dominujące miejsce zajęły objawy zaciśnięcia kiszek, a o obecności w przepuklinie zmienionego wyrostka robaczkowego można się było przekonać tylko podczas operacji. W jednym i drugim przypadku zatem nie mieliśmy żadnych wytycznych danych, na zasadzie których mogliśmy przypuszczać sprawę zapalną wyrostka robaczkowego.

Wszystkie znane nam spostrzeżenia pozwalają na stwierdzenie, że sprawa zapalenia wyrostka robaczkowego w przepuklinach—*appendicitis herniosa*—przebiegać może pod dwiema postaciami: ostrą i przewlekłą. Jeżeli osobnik, obdarzony przepukliną wolną, dającą się z łatwością odprowadzić, pod wpływem odpowiednich bodźców szkodliwych, jak: urazu, wysiłków fizycznych, zaburzeń kanału pokarmowego i t. p., nagle uczuwa, że przepuklina znacznie się powiększyła, stała się bolesną i nie daje się odprowadzić, a jednocześnie w dolnej części brzucha, a nawet w całej, jak chce tego FLEISCH, występują bóle, niekiedy promieniujące w dolną kończynę, jeżeli w worku przepuklinowym wyczuć się dają trzeszczenia, świadczące o świeżych zlepkach zapalnych, jeżeli wcześniej występuje gorączka wysoka oraz ciężkie objawy ogólne, ze strony zaś kanału pokarmowego niekiedy wymioty, jednak bez za-

1) Prof. TH. KOELLIKER: Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt. Centralbl. f. Chir. 1901. N. 31.

parcia stolca, to możemy przypuszczać, że w worku przepuklinowym znajduje się wyrostek robaczkowy, który uległ zapaleniu.

Dalszy szereg objawów zależy od zmian chorobowych, jakie zachodzą w samym wyrostku robaczkowym w przepuklinie. Jeżeli wyrostek ulegnie zgorzeli lub przedziurawieniu, wywołać może zropienie worka przepuklinowego i tkanki otaczającej, jak to miało miejsce w jednym z naszych spostrzeżeń; przy braku zaś odpowiednio zabezpieczających zrostów ze strony jamy otrzewnej sprawa septyczna, rozgrywająca się w worku, przejść może dalej na otrzewną i wywołać nawet rozlane jej zapalenie, jak to stwierdzić można w spostrzeżeniu BRIANÇON'a, dotyczącem 2-letniego dziecka, zmarłego przy objawach otrzewnowych skutkiem zaciśnięcia kiszki w przepuklinie: badanie pośmiertne wykazało, że w przepuklinie *processus vermiformis* uległ przedziurawieniu [pestka od wiśni], powodując zajęcie worka i otrzewnej wolnej.

Wszystkie te jednak objawy nie są swoiste dla omawianej sprawy: spotkać je możemy również przy zaciśnięciu kiszki w przepuklinie. Nawet obecność wypróżnień na początku rozwoju cierpienia nie może stanowić decydującego objawu, gdyż, jeżeli uwięźnięcie kiszki nastąpi dosyć wysoko, to z dolnego odcinka jelit będzie się wydzielał zebrany tam kał; również nastąpić to może przy uwięźnięciu sieci, jajowodów, jajników i t. d.

Dlatego też często bardzo, niemal w $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków, przy tego rodzaju burzliwych objawach i wobec guza, nagle powstałego w okolicy pachwinowej, sprawa była przyjmowana za przepuklinę z uwięźniętą kiszką, na zasadzie czego przystępowano do operacji, podczas której dopiero przekonano się, że zaciśnięcia kiszki niema, a objawy gwałtowne zależały od zapalenia wyrostka robaczkowego oraz worka przepuklinowego.

Przy przewlekłej sprawie bardzo szczegółowe wywiady obok krytycznego zestawienia danych, znalezionych przy badaniu chorego, w niektórych razach mogą naprowadzić na myśl, że w worku przepuklinowym znajduje się uległy zapaleniu wyrostek robaczkowy. Stąd też w 2-ech przypadkach przy obecności przetok kałowych na mosznie rozpoznano sprawę.

Nie w każdym przypadku jednak przy przewlekłej sprawie dochodzi do wytworzenia przetok: niekiedy zapalenie przewlekłe wyrostka może doprowadzić do wytworzenia się w okolicy pachwinowej guza twardego, bez wszelkich objawów ze strony otrzewnej; guz podobny był przyjmowany za nowotwór, jak o tem świadczą spostrzeżenia BECKEL'a i WASILJEW'a.

BECKEL u 63-letniego chorego znalazł w prawym kanale pachwinowym nie dający się odprowadzić guz, który w ciągu ostatnich kilku miesięcy znacznie się powiększył i sprawiał bóle choremu. BECKEL, przypuszczając, że ma do czynienia z rakiem sznurka nasiennego, wyciął guz wraz z jądrem, otworzył otrzewną i wyciął nawet część kiszki, przyrośniętej do guza. Badanie szczegółowe guza wykazało, że rzekomy sznurek nasienny jest mocno zmienionym wyrostkiem robaczkowym, sprawa zaś nie była nowotworowa, lecz zapalna.

Spostrzeżenie WASILJEW'a dotyczy 53-letniego mężczyzny, który od 18-u lat miał prawostronną wolną przepuklinę pachwinową. Po wysiłku fizycznym

przed 3-ma miesiącami utworzył się nagle u chorego guz w pachwinie, wielkości jaja gęsiego, który stale się utrzymywał pomimo wysiłków chorego, aby go odprowadzić do jamy brzusznej; guz ten jednak nie był bolesny. WASILJEW, przyjmując sprawę za nowotwór sznurka nasiennego, wyciął guz całkowicie, usunąwszy jednocześnie i *processus vermiformis*, który można było rozpoznać na przedniej powierzchni guza. Tak wyrostek robaczkowy, jak i cały guz były mocno zrosnięte z workiem przepuklinowym. Badanie drobnowidzowe wyciętego guza stwierdziło, że guz był pochodzenia zapalnego, punktem wyjścia zaś całej sprawy był *processus vermiformis*.

Gross ¹⁾ podaje spostrzeżenie, dotyczące 41-letniego mężczyzny, który miał od 26-u lat prawostronną przepuklinę pachwinową. Chory ten przebył *epididymitis gonorrhoeica et funiculitis*, czego następstwem było zgrubienie sznurka nasiennego. Chory nosił pasek przepuklinowy. Zwolna wystąpiły bóle i zapalne obrzmienie w okolicy pachwinowej i zgrubiałego sznurka nasiennego. Rozpoznano gruźlicę. Przystąpiono do usunięcia całego guza, otworzono otrzewną, usunięto *processus vermiformis*, sznurek nasienny, mocno z nim zrosnięty, oraz jądro. Więcej szczegółowe badanie wykazało, że to nie była sprawa gruźlicza, a punktem wyjścia był wyrostek robaczkowy bardzo zgrubiały i zmieniony i że ten wyrostek w 2-ch miejscach uległ przedziurawieniu, jak objaśnia autor, skutkiem ucisku, spowodowanego przez pasek przepuklinowy.

Przypadki podobne nie są pojedyncze; z małymi tylko wyjątkami rozpoznawano cierpienie. Nie bacząc na stan wyrostka robaczkowego, począwszy od zmian kataralnych, jak to widzimy w spostrzeżeniach NEUGEBAUER'a, aż do wytworzenia się wielkiego guza z ogniskami ropnymi, jak np. w przypadku WASILJEW'a, nie rozpoznawano sprawy. Przypuszczam jednak, że zwiększający się materiał kazuistyczny pozwoli w niektórych razach na rozpoznanie.

Zwrócić tu jeszcze muszę uwagę, że nie tylko stan zapalny wyrostka robaczkowego może wywołać szereg objawów, o których wspominaliśmy powyżej przy ostro przebiegającej sprawie. Objawy takie mogą również występować przy uwięzieniu w przepuklinie wyrostka, co doprowadzić może do przedziurawienia, a nawet zgorzeli całego wyrostka.

BARTH ²⁾ wykonał operację u 80-letniej staruszki skutkiem uwięźniętej prawostronnej przepukliny udowej; w worku przepuklinowym znalazł tylko wyrostek uwięźnięty, mocno zmieniony.

¹⁾ GROSS H. Ein Fall von Appendicitis perforativa im inguinalen Bruchsack. Operation. Heilung.—Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. XLVII, p. 260. Centralblatt. f. Chir. 1898. N. 19, p. 515.

²⁾ A. BARTH. Ueber Brucheingklemmung des Processus vermiformis. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1902. T. LXIII, p. 149.

I. VAN DAM ¹⁾ przytacza z kliniki prof. LANZ'a w Amsterdamie podobne spostrzeżenia uwięźnięcia wyrostka robaczkowego w przepuklinie.

SENDER zaś, jak już wspominałem wyżej, widział taką sprawę u 5-tygodniowego chłopca.

MACCOULARD ²⁾ podaje przypadek uwięźnięcia wyrostka w przepuklinie udowej u 78-letniej kobiety oraz przytacza 5 innych spostrzeżeń z literatury francuskiej.

W naszym piśmiennictwie lekarskim nie posiadamy zbyt wielu prac, dotyczących przepuklin wyrostka robaczkowego i ich powikłań. W 1894 r. 18-go maja na posiedzeniu Sekcyi Lwowskiej Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich ZIEMBICKI ³⁾ „okazał wyrostek robaczkowy, wycięty z powodu rozpoczynającej się zgorzeli jego w przepuklinie uwięźłej. Pętla jolita nie okazywała jeszcze żadnego śladu zmian patologicznych, a wyrostek robaczkowy przedstawiał wybitne objawy rozpoczynającej się zgorzeli”.

Tyle mówi sprawozdanie z posiedzenia. Brak wszelkich szczegółów, tak dotyczących objawów, rodzaju przepukliny, sposobu postępowania i t. d., jak również dalszego przebiegu cierpienia.

Na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w r. 1898 BORSUK ⁴⁾ przedstawił chorego, któremu wykonał wycięcie kiszki ślepej. Chory ten oddawna miał prawostronną przepuklinę mosznową odprowadzalną, a oprócz tego miewał napady bólu w prawym dole biodrowym, co objaśniano zapaleniem kiszki ślepej. Raz chory zauważył, że przepukliny odprowadzić nie może, przyczem bóle w brzuchu się wzmogły i wystąpiły wymioty. BORSUK wtedy znalazł: stan bezgorączkowy, brzuch wzdęty, wymioty, brak zaparcia stolca; wrota przepuklinowe przepuszczały 2 palce, przepuklina zaś sama ciastowatej konsystencji, odgłosu tępego. BORSUK doszedł do wniosku, że ma do czynienia z przypadkiem uwięźnięcia w przepuklinie sieci; wykonał *hernio-laparotomiam* i znalazł w worku przepuklinowym *caecum* niewięźnięte, z przedziurawionem dnem oraz wyrostek robaczkowy z gangrenowanymi, który przyrósł do jądra i był otoczony ropniem. B. wyciął kishkę ślepą z pomyślnem zejściem. Chory zatem niejednokrotnie przebywał *appendicitis* w jamie brzusznej; naraz sprawa przeniosła się do worka przepuklinowego wraz z całym *caecum*, które miało wyraźne *mesocoloecum*.

1) I. VAN DAM. Incarceratie van den processus vermiformis. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1905. N. 9. Zentralblatt f. Chir. 1905. N. 50, p. 1372.

2) MACCOULARD. Etranglement herniaire de l'appendice et appendicite herniaire. Arch. prov. de Chir. T. XV. 1906. N. 4. Zentralbl. f. Chir. 1906. N. 27, p. 749.

3) ZIEMBICKI. Zgorzel wyrostka robaczkowego w uwięźniętej przepuklinie. Przegląd Lekarski. 1894. N. 27, str. 394.

4) Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1898. Z. I, str. 250—1.

Nakoniec L. KRAUSE¹⁾ w 1901 r. ogłosił następujące spostrzeżenie. W 1901 r. do szpitala przywieziono chorego, 55 lat liczącego, z objawami uwięźniętej przepukliny udowej. Chory ten przed 1/2 rokiem uczył ból w prawej pachwinie; stwierdzono wtedy przepuklinę. Dolegliwości jednak chorego zupełnie ustąpiły po zastosowaniu paska. W ostatnich czasach dwa napady, ból dotkliwy, wymioty, brak wypróżnień oraz pojawienie się guza, którego już po ostatnim napadzie odprowadzić do jamy brzusznej nie można było.

KRAUSE na zasadzie objawów, znalezionych u chorego, rozpoznał przepuklinę udową oraz zapalenie tkanki podskórnej i prawdopodobnie zgorzel tej tkanki oraz worka przepuklinowego. Przy operacji znaleziono: wszystkie tkanki mocno naciekle ropą, zgorzel worka przepuklinowego, w worku zaś wyrostek robaczkowy, którego dolna część na przestrzeni 4-ch ctm. przeszła w zgorzel; wyrostek do obwodu przyrośnięty nie był.

Wycięcie worka przepuklinowego i uległych zgorzeli części, tamponowanie jamy gazą. Powstała przetoka kałowa, która jednak wkrótce się zagoiła.

Mieliśmy więc, powiada KRAUSE, w worku przepuklinowym biodrowym wyrostek robaczkowy, którego duża część przeszła w zgorzel. Do powstania owej zgorzeli przyczyniło się po części uwięźnięcie wyrostka, a także prawdopodobnie zbyt gwałtowne próby, przedsięwzięte w celu odprowadzenia przepukliny uwięźlejącej.

Nie sądzę, aby to były wszystkie, spostrzegane przez nas, przypadki. Być bardzo może, że pomimo starannych poszukiwań przeoczyłem jaką pracę. Przy tak obfitym materiale, jakim rozporządzamy w szpitalach, bezwątpienia zdarzały się przypadki przepuklin wyrostka robaczkowego, i każdy z chirurgów naszych mógłby dorzucić kilka słów do uwag moich, lecz ten materiał dotąd, niestety, nie został zużytkowany. Może też moje spostrzeżenia pobudzą innych chirurgów do ogłoszenia swoich przypadków.

[C. d. n.].

¹⁾ L. KRAUSE. Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków w przepuklin jelita grubego. 1. Hernia par glissement. 2. Hernia cruralis processus vermicularis. *Medycyna*. 1901, N. 28 i 29, str. 609, 635.

II. Materyały do statystyki i etyologii raka.

Część II. Wynik ankiety.

Podali

S. Serkowski i J. Maybaum [Łódź].

[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

Podając powyżej wyniki ankiety, zastrzedz musimy się, że jednorazowa ankieta z 15-go stycznia 1904 roku nie może być dla wielu względów ścisłą, a wnioski z niej zupełnie pewnymi. Wiadomo bowiem, że duża odsetka raka narządów wewnętrznych [18,42%—według HANSEMANN'a] wcale nie bywa rozpoznaną. Dalej ankieta jednodniowa objąć może natomiast pewną liczbę chorych z błędnem rozpoznaniem, tembardziej, że, jak mówi M. REJCHMAN ¹⁾, najwprawniejszy nawet klinicysta nie może zawsze w danej chwili rozstrzygnąć, czy ma do czynienia z rakiem, czy z inną jakąś chorobą; być może też, że jedni i ci sami chorzy podani byli do statystyki równocześnie przez kilku lekarzy. Rzeczywiście, przyznać też trzeba, że dzień 15-y stycznia 1904 r., jako piątkowy, dla ankiety nie był odpowiedni. O wiele dokładniejszą oczywiście być musi statystyka przypadków w szpitalach, gdy rozpoznanie choroby stwierdzone zostało podczas operacji lub sekcji, ale z drugiej strony szpitalna statystyka nie obejmuje wszystkich, lecz tylko część chorych z danej miejscowości.

Z porównania danych statystycznych, przytoczonych przez nas z piśmiennictwa [„Gazeta Lek.” 1904, str. 183 i 184], statystyki SCHÜRZ'a ²⁾, M. REJCHMANA i obecnej naszej ankiety, widzimy:

¹⁾ Przyczynek do statystyki chorych na raka. Gaz. Lek. 1904. N. 38.

²⁾ Deut. med. Woch. 1901. N. 31.

1) co do umiejscowienia i płci:

**Statystyka
M. Rejchmana.**

Rak narządów trawienia napotyka się przeszło 3 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet.

Rak narządów trawienia, podobnie jak raki innych narządów, napotyka się najczęściej u ludzi powyżej 50-go roku życia.

Z narządów trawienia najczęściej rakowi ulega żołądek, a potem przełyk.

**Niemiecka ankieta
z r. 1900.**

Wpływ płci ma znaczenie tylko do 60-go roku życia, przyczem przeważa liczba chorych kobiet; po 60-ym roku przypadki raka są jednakowo częste, po 70-ym wzrastają znów u kobiet.

Nasza ankieta.

Rak narządów trawienia zdarza się u mężczyzn częściej niż u kobiet, natomiast rak wogóle u kobiet częściej niż u mężczyzn; przyczem najczęściej z narządów trawienia ulega rakowi żołądek, później przełyk, odbytnica, kiszki, najrzadziej język.

2) co do wieku:

Statystyka M. Rejchmana.

Poniżej 30-go roku życia liczba kobiet, chorujących na raka narządów trawienia jest prawie równą liczbie mężczyzn, dotkniętych tą samą chorobą.

Poniżej 30-go roku życia rak narządów trawienia najczęściej umiejscawia się w odbytnicy.

Nasza ankieta.

Najmłodszymi chorymi na raka byli mężczyźni w wieku 22-letnim do 27-letnim; liczba ich stanowi zaledwie 1,9% chorych na raka wogóle.

3) co do rozpowszechnienia:

**Statystyka
M. Rejchmana.**

Liczba chorych na raka narządów trawienia, obserwowanych w ambulatoryum dra REJCHMANA, wzrosła w ostatnim dziesięcioleciu o 38,53% w porównaniu z dziesięcioleciem poprzednim.

Statystyka w Niemczech (WATSDORF).

Rak wzrasta w Niemczech z roku na rok; liczba zezjęć śmiertelnych z powodu raka wzrasta w stosunku znacznie wyższym, niżby to odpowiadało przyrostowi ludności; na raka choruje przeciętnie więcej ludzi w młodym wieku, niż poprzednio.

Statystyka w Niemczech (MAEDER).

W Saksonii, Badenii i Prusach liczba chorych na raka wzrasta z dniem każdym.

4) co do dziedziczności i zaraźliwości:

Niemiecka ankieta
1900.

Dziedziczność przyznawano w 17%, zaprzeczano w 83% przypadków, zarażenie się rakiem stwierdzono w 3,6% najczęściej między małżonkami, rzadziej pomiędzy choremi, a pielęgnującymi je osobami.

Holenderska ankieta
1900.

Co do dziedziczności, względnie rodzinności raka odpowiedziano twierdząco 18,1%; możliwość przeniesienia choroby z jednej osoby na drugą—10,82% przypadkach raka.

Nasza ankieta.

Na dziedziczność i rodzinność wskazuje 129 na 465 przypadków raka, jest też 21 opisów przypadkowego zarażenia się.

5) co do zawodu i umiejscowienia:

Niemiecka ankieta.

Zawód nie odgrywa żadnej roli, przedstawiciele wszystkich zawodów chorują na raka; tylko umiejscowienie jego bywa uprzywilejowane: u rolników i praczek skóra, u trudniących się przemysłem drzewnym gruczoły, u kapitalistów narządy moczopłciowe i piersi, u kelnerów i służących narządy płciowe.

Nasza ankieta.

Przedstawiciele wszystkich zawodów chorują na raka: rak żołądka w sferach fizycznie pracujących prawie tak samo często się zdarza, jak i u osób, prowadzących siedzący tryb życia. Co do kobiet, odpowiedzi „zajmuję się gospodarstwem” dotyczą największej liczby chorych na raka, ale te odpowiedzi nie dają pojęcia o mieszkaniowych, zdrowotnych i socjalnych warunkach życia chorych. Notowano rak skóry najczęściej u rolników, rak nosa najczęściej u robotników i wyrobników. Za mało mamy danych, by stwierdzić wyraźny wpływ przymiotu i urazu.

Wyniki danej ankiety mają tę niższosc w porównaniu z ankietami niemieckimi i holenderskimi, że gdy ostatnie opierają się na 20-u tysiącach spostrzeżeń, my mieliśmy dane z 465-u spostrzeżeń, a po rozsegregowaniu tego materiału na miejscowości podług zajęć, płci, umiejscowienia chorobowego i t. d. wypada w każdej rubryce po kilka, kilkanaście spostrzeżeń, co jest stanowczo za mało do uogólnień. W odpowiedziach ankiety, naszym zdaniem, zbyt mało znaleźliśmy uwag i spostrzeżeń w sprawie pasożytniczej etyologii nowotworów, oraz nie było notowanych spostrzeżeń, dotyczących złośliwych nowotworów, przebiegających z podniesioną ciepłotą, wreszcie zbyt mało było wskazówek o warunkach ogólnych danej miejscowości, gleby, wilgoci i t. p.

Niezawodnie jednak nasza ankieta, jako jeden z etapów walki z tem strasznym cierpieniem, będzie pobudką i bodźcem do dalszych prac w sprawie etyologii i statystyki raka.

Dziękujemy najserdeczniej wszystkim sz. kolegom, którzy tak chętnie i łaskawie odpowiedzieli na kwestyonaryusz naszej ankiety.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

202. Lydia Rabinowitsch. Stosunek gruźlicy ludzkiej do bydłej.

Autorka, przerobiwszy szereg badań nad własnościami biologicznymi różnych odmian prątków gruźliczych, wyhodowanych od dzieci, chorych na gruźlicę, przeważnie kiszek, oraz zrobiwszy przegląd odpowiedniej literatury, przychodzi do następujących wniosków: 1) możliwość zakażenia ludzi gruźlicą [perlicą] bydłą jest dowiedziona; stopnia niebezpieczeństwa nie można dotychczas określić. 2) Walka z perlicą [gruźlicą bydłą] leży nie tylko w interesie gospodarstw wiejskich, lecz również w interesie ludzkości ze względu na grożące niebezpieczeństwo zarażenia się. 3) W walce z gruźlicą jako cierpieniem nagminnym należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na ogólną, a głównie na płucną gruźlicę. Przytem winniśmy zwrócić uwagę, czy pierwotne zakażenie u ludzi zostało wywołane prątkami pochodzenia ludzkiego, czy też zwierzęcego.

(Berl. klin. Woch. 1906. N. 24).

Wretowski.

203. Courmont. O pochodzeniu kiszkowym gruźlicy płucnej.

Autor na podstawie licznych badań nad gruźlicą i sposobem przedostawania się laseczników KOCH'a do płuc przychodzi do wniosku, że kurz, zanieczyszczony lasecznikami gruźliczymi, nie dlatego jest szkodliwym dla organizmu, że kurzem tym oddychamy, lecz dlatego, że go połykamy. Już CHAUVÉAU w r. 1868 dowodził, że gruźlica płucna jest pochodzenia kiszkowego, a sprzyjającymi temu warunkami jest z jednej strony doskonała samoobrona naszych dróg oddechowych, z drugiej zaś strony nie mniej doskonała przepuszczalność błony śluzowej kiszek.

NICOLAS i DELCOS w r. 1902 dowiedli, że laseczniki KOCH'a, połknięte przez psa, już w samym początku trawienia znajdują się w mleczku (*chylus*) przy braku najmniejszych śladów uszkodzenia błony śluzowej kiszek.

RAVEUEL w r. 1903 potwierdził te wyniki, dodając przytem, że trawienie tłuszczów ułatwia wchłanianie laseczników; w r. 1903 F. BEHRING dowodził też, że zarazek gruźliczy nigdy nie przenika do naszego organizmu przez kanał oddechowy, lecz zawsze przez kanał pokarmowy i że zarazka tego szczególniej trzeba się obawiać u dzieci, bo według jego zdania zarazek ten przenika do organizmu w wieku dziecięcym, pozostaje dość długo w stanie ukrytym i rozwija się dopiero w wieku późniejszym; dlatego też zdaniem BEHRING'a

zapobieganie gruźlicy powinno polegać na unikaniu mleka i pokarmów, zanieczyszczonych lasecznikami gruźliczymi. COURMONT, zgadzając się z pierwszym zdaniem BEHRING'a, zupełnie nie zgadza się z drugim, zwłaszcza co się tyczy dzieci. COURMONT i inni, jak CALMETTI i GUERIN, w r. 1905 po całym szeregu doświadczeń na kozach np. przyszli do wniosku, że 1) na skutek wprowadzania laseczników do organizmu młodych zwierząt zjawia się u nich cierpienie gruczołów kregkowych i w wyjątkowych przypadkach tylko następuje gruźlica płucna, 2) u dorosłych zaś zjawia się gruźlica płuc z gruźlicą gruczołów śródpiersiowych bez zmian w kiszki i w gruczołach kregkowych. To samo jest w organizmie ludzkim: gruźlica brzuszna u dziecka, płucna u dorosłego przy tym samym sposobie przenikania zarazka do organizmu, mianowicie przez kiszki, bo u dzieci doskonałą zaporą ochronną są gruczoły kregkowe, u dorosłych zaś zapora ta jest słabsza; ze względu na to wprowadzanie laseczników do organizmu dla płuc jest więcej niebezpieczne u dorosłych, niż u dzieci.

Robiono wiele doświadczeń w tym kierunku, np. dawano młodym zwierzętom wewnątrz atrament, węgiel; cząsteczki te z łatwością przenikały przez błonę śluzową kiszki i zatrzymywały się w gruczołach kregkowych, nie przedostając się zupełnie do płuc. Przy tych samych doświadczeniach u dorosłych cząsteczki tych sybstaneyi, nie zatrzymując się w gruczołach kregkowych, powodowały pylicę płucną, szczególnie w szczytach płucnych. Jeżeli zwierzęta dorosłe wdychały węgiel, to cząsteczki tego węgla przenikały do pęcherzyków płucnych; jeżeli przy tem wdychaniu przełyk był przewiązany, to nie znajdowano pylicy węglowej w płucach; tymczasem w przypadku, gdy przełyk był wolny, a po tracheotomii zatamponowano jedno z dużych oskrzeli, to tylko po stronie wolnych oskrzeli w pęcherzykach płucnych znajdowano cząsteczki węglowe, lecz pylica węglowa w ciągu 24-ch godzin rozwijała się z obu stron w tkance płucnej.

A więc gruźlica i pylica płucna, jeślinie zawsze, to w ogromnej większości przypadków jest pochodzenia kiszkowego. Autor wyprowadza zatem wnioski następujące:

- 1) Walka z używaniem mleka krów tuberkulicznych.
- 2) Dezynfekcyja mieszkania i bielizny chorych na gruźlicę.
- 3) Walka z kurzem, np. zamiataniem na sucho i t. d.
- 4) Przestrzeganie chorych na gruźlicę, ażeby nigdy nie polykali swej plwociny.
- 5) Przestrzeganie, aby suchotnicy płukali usta i gardło za każdym razem po wydaleniu plwociny, a także przed każdym posiłkiem.

Polykając plwocinę, chory ciągle sam się zaraża: laseczniki, wydostając się z płuc z plwociną, przy polykaniu tej ostatniej — przez kiszki, system limfatyczny i krwionośny dostają się do płuc, stwarzając nowe ogniska gruźlicze. COURMONT stosuje te przepisy u siebie w szpitalu w Lyonie, w przekonaniu, że w ten sposób przedłuża życie wielu chorym na gruźlicę, innym znów ułatwia leczenie się.

(Lyon médical. 1906. Maj).

Z. Michałowska.

204. M. Berliner. W sprawie leczenia kataru siennego (Heufieber).

Autor w 2-ch przypadkach kataru siennego, leczonych poprzednio rozmaitymi sposobami oraz pollantyną bezskutecznie, stosował z powodzeniem elektryzację stałym prądem, przykładając elektrody z przeciwnych stron w najwrażliwszych okolicach przegrody nosowej. Już po kilku dniach znać

było widoczną poprawę, po kilkunastu [12 — 14] napady ustępowały zupełnie. Zachęcony dobrymi wynikami, B. zastosował ten sposób jeszcze w 4-ch przypadkach i również otrzymał poprawę. Wobec tego autor uważa, że w leczeniu kataru siennego powinniśmy zwrócić baczniejszą uwagę przedewszystkiem na zmniejszenie wrażliwości nerwów, przebiegających w nosie, i w tym celu poleca wyżej wspomnianą elektroterapię miejscową.

(*Deutsch. med. Woch. 1906. N. 13*).

T. W.

205. Gerber. Laryngokopia subglottica.

Wiadomo, iż przy zwykłym badaniu laryngoskopem niektóre części krtani są wcale niewidoczne lub też widoczne są więcej lub mniej niedokładnie, mianowicie: 1) dolna czyli krtaniowa powierzchnia nagłośni, 2) *ventriculi Morgagni*, 3) tylna ściana krtani i górnej części tchawicy, wreszcie 4) t. zw. *regio subglottica*, znajdująca się pod strunami głosowymi — miejsce ważne, gdyż tu powstają niektóre sprawy chorobowe, jak *laryngitis subglottica*, *scleroma*; różnego rodzaju guzy, podobnie jak i nowotwory złośliwe (*carcinoma*), mogą brać początek w tej okolicy i przez dłuższy czas ukrywać się przed okiem lekarza. W celu oglądania tych miejsc GERBER przygotował małe lusterko formy owalnej, przymocowane pod kątem 135° do bardzo długiej zagiętej rączki. Zagięta część rączki ma około 9-u ctm. długości; lusterko zaś 10 młm. długości i 8 młm. szerokości. Na rączce w bliskości miejsca połączenia jej z lusterkiem jest nieznaczne wygięcie, odpowiadające nagłośni. Po dokładnem znieczuleniu 15%—20%-ową kokainą *aditus laryngis* i samych strun głosowych lewą ręką wprowadza się naprzód zwykle, możliwie większe lusterko krtaniowe, a następnie prawą ręką małe lusterko [wyżej opisanej formy], t. zw. „podgłośniowe”, prowadząc je naprzód do szpary głosowej; następnie należy choremu polecić westchnąć i przy głębokim wydechu przeprowadzić lusterko przez szparę głosową w celu zbadania dolnej, podstrunowej powierzchni strun głosowych, przy czem z pewną ostrożnością można poruszać lusterkiem w kierunku podłużnym lub poprzecznym. Przedtem, nim lusterko przeszło przez szparę głosową, można było dokładnie obejrzeć dolną powierzchnię nagłośni, tylną ścianę krtani i górnej części tchawicy. Autor zaznacza, iż przy pewnej wprawie badającego i przyzwyczajeniu jego oka do obrazu w lusterku „podgłośniowym” powyższe badanie nie nastęrcza większych trudności, w pewnych zaś sprawach chorobowych może oddać wielkie usługi.

(*Archiv f. Laryngol. 1906. T. XVIII*).

W. Polański.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

48. *Cerolina* jest wyciągiem alkoholowym drożdży. Już w starożytności drożdże były używane w celach leczniczych. HIPOKRATES i DIOSKORIDES

wspominają w swych pismach o zastrzykiwaniach drożdży w cierpieniach narządów płciowych kobiecych i o używaniu ich do opatrywania ran. Zachowały się one dotąd w medycynie ludowej [Północna Francya, Anglia]. Naukowo zaczęto je badać w ostatnich latach ubiegłego stulecia i skuteczność ich działania przypisywano zrazu fagocytozie komórek drożdżowych, to potem wydzielającemu się przy fermentacji kwasowi węglowemu i alkoholowi, to znów zawartym w drożdżach enzymom, a mianowicie, gdy przekonano się o skuteczności suchych przetworów drożdży; obecnie część działania drożdży przypisują kwasom tłuszczowym, część tylko, gdyż zapewne kwasy te nie są jedynym czynnikiem działającym. Doświadczenia, przez różnych badaczy powtarzane, pokazały, iż drożdże i ich przetwory działają niszcząco na streptokoki. Najlepiej środek ten stosować jako cerolinę, którą w handlu sprzedają w postaci pigulek [à 0,1 środka działającego]. Dorosłym daje się dziennie przecięciowo 6 pigulek. U dzieci łatwiejsze do użycia są pastylki ceroliny z cukrem mlecznym [à 0,025 ceroliny i 0,225 cukru], które proszkuje się i zarabia mlekiem lub innym jakim płynem. Z dobrym skutkiem używano cerolinę w cierpieniach skóry, wywołanych ropotwórczym łasecznikiem (*acne, folliculitis, furunculosis*) i w cierpieniach narządów płciowych kobiecych (*endometritis catarrhalis et gonorrhoeica, vaginitis gonorrhoeica*), w tym ostatnim razie pod postacią świeczek (*bougies*) z żelatyną lub czopków z masłem kakaowem [à 0,05 ceroliny]. Cerolina ma jeszcze tę dobrą stronę, iż znosi zaparcie stolca.

W. G.

49. Sophol — chemicznie formonuklein-srebro — zawiera 22% srebra. Proszek biało-żółtawy, łatwo w wodzie rozpuszczalny. Działa silnie bakterjobójczo i mimo dużej zawartości srebra nie drażni zupełnie: jak pokazały doświadczenia na zwierzętach, sophol drażni 12,5 razy mniej, niż protargol, a 62,5 razy mniej, niż azotan srebra; 9%-owy roztwór sopholu drażni mniej, niż 0,05% lapisu. Sophol już w silnem rozcieńczeniu [1 : 5500] wstrzymuje rozwój bakterji: *staphylococcus aureus* i *bacillus pyocyaneus*. Z korzyścią stosowany jest w zapaleniach łącznicy oka z obfitą wydzieliną (*conjunctivitis catarrhalis, follicularis*), w *blepharo-conjunctivitis, blepharitis, dakryocystitis* i jako profilaktyk w *ophthalmo-blennorrhoea gonorrhoeica neonatorum*. Po większej części używa się sophol w roztworze 2 — 5%-owym. Roztwór sopholu powinien być zawsze na zimno przygotowywany i świeży. Unikać należy zetknięcia z metalowymi przedmiotami. Przechowywać go najlepiej w brunatnem szkle.

W. G.

50. Guajacetina [połączenie brenz-katechiny z kwasem monooctowym] przedstawia się jako proszek biały, bez woni, gorzkiego smaku, łatwo rozpuszczalny w wodzie. MARKBREITER używa go u osób, dotkniętych gruźlicą płuc, w dawce 5 grm. 3 razy dziennie. Silnie pobudza łaknienie, zmniejsza kaszel, poty, gorączkę. Dobre wyniki widziano także z guajacetiny w cierpieniach żołądka i kiszek, połączonych z objawami gnicia i rozkładu.

W. G.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 22-go maja 1906 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 30].

3) Prawie wszyscy, przez prelegenta rozpatrzeni autorowie, na pierwszym miejscu w leczeniu eklampsji kładą możliwie wczesne, możliwie szybkie, niekiedy wysoce forsowne rozwiązanie chorej, wychodzą bowiem z założenia, iż, usuwając płód i łożysko, wydalają tem samem i źródło toksyn, eklampsyę wywołujących. Wobec powyższego zwolennicy czynnej interwencji położniczej stosują upust i wlewania już po rozwiązaniu. Takie traktowanie zalecał w roku 1895 LANPHEAR; w myśl powyższych zasad postąpił również BOND w roku 1899. GLOCKNER [1901] podaje, iż w klinice lipskiej zastosowano upust po możliwie wczesnym rozwiązaniu w 33-ch przypadkach, zaś w pewnej ich liczbie dodano do tego i wlewania solne. Użycie morfiny stanowiło tu niemal wyjątek.

Wreszcie w roku 1902 ogłoszono 6 jednakowo leczonych przypadków: 3 z kliniki praskiej RUBEŠKI w opracowaniu OSTROČILA i 3 własne kol. GĄSZYŃSKIEGO. W obu tych grupach spostrzeżeń, unikając morfiny, na czele leczenia postawiono możliwie wczesne, niekiedy forsowne przyspieszenie rozwiązania chorej na drodze operacyjnej, poczem dopiero posilkowano się upustem i wlewaniem. Użycie zespołu tego w klinice praskiej w trzech zaledwie przypadkach na 92 chore, zaś u kol. GĄSZYŃSKIEGO w trzech przypadkach na jedenaście — posiada cechę próby i stanowi wprost przygodny sposób postępowania lekarskiego.

Wyrażając się wogóle dość powściągliwie o wartości weneseckiej, kol. GĄSZYŃSKI w zasadzie jest zwolennikiem możliwie wczesnego rozwiązywania i wysuniętych przez niego „na plan pierwszy” następczych wlewań solnych.

Z powyższych przypadków najwcześniejszy przypada w Pradze Czeskiej na rok 1893, u kol. GĄSZYŃSKIEGO — na rok 1898.

4) W przeciwstawieniu do prawie powszechnie przyjętych poglądów, jedynie FERRÉ i CYKOWSKI za zasadnicze zabiegi w leczeniu eklampsji porodowej uważają wenesecką i wlewania solne.

FERRÉ oświadcza, iż temu właśnie zespołowi zawdzięcza ocalenie życia swoich chorych; prelegent uważa zespół ów za jedyny zabieg leczniczy w eklampsyi, zarówno podczas ciąży, jak i przy porodzie występującej, jaki w zasadzie w każdym przypadku, od pierwszej chwili wybuchu cierpienia, n a t y c h m i a s t zastosowanym być powinien.

Prelegent wychodzi z założenia, iż, jak dotąd, nie możemy utrzymywać z całą pewnością, że wyłącznie łożysko i płód stanowią źródło toksyn, eklampsyę wywołujących. Być może, są one jednym z ognisk, wytwarzających trucizny. Skoro jednak zgadzamy się prawie wszyscy, iż te trujące substancje, bez względu na ich genezę, krążą we krwi matki, to cóż może być słusniejszego nad żądanie, ażeby na tę właśnie zatrutą krew bezpośrednio, bo przez upust i wlewania, przedewszystkiem podziałać? Nie zastąpimy upustu krwawieniem, towarzyszącym rozwiązaniu, gdyż dokonanie n a t y c h m i a s t o w e g o, [o takie zaś tylko chodzić może] rozwiązania w olbrzymiej większości przypadków jest ze względu na stan miękkich dróg porodowych nie-

możliwe, jeśli, rzecz prosta, nie chcemy narazić matki i dziecka na jawne niebezpieczeństwo.

Różnica w postępowaniu FERRÉ'go i prelegenta polega na tem, iż podczas kiedy FERRÉ ogranicza się prawie wyłącznie do upustu i wlewań, prelegent, podobnie jak MERLETTI, dodaje do nich i przyspieszenie rozwiązania, na które patrzy, jako na uzupełnienie owego zespołu.

Ze jednak bez przyspieszenia rozwiązania niekiedy obejść się można, za dowód posłużyć może pięć chorych z kazuistyki prelegenta, które urodziły same i wszystkie przy życiu zostały.

Prelegent przyspiesza poród po kilku, a niekiedy po kilkunastu godzinach od chwili zastosowania upustu i pierwszych wlewań — w sposób nieszkodliwy, bo możliwie do fizjologicznego zbliżony, co niezawsze mogą powiedzieć o sobie zwolennicy szybkiej, forsownej interwencji położniczej.

Dokonywanie upustu po rozwiązaniu uważa C. w zasadzie za zupełnie zbyteczne i zachowuje je dla tych wyjątkowych przypadków, w których tętno i po rozwiązaniu stale nadal napięte pozostaje.

Śród 23-ch przypadków prelegenta zdarzył mu się taki tylko jeden.

Z pomiędzy autorów, których prace w odczycie rozpatrzono, FERRÉ pierwszy w leczeniu eklampsyi odrzucił wszelkie narkotyki; obywa się bez nich i prelegent.

5) Dokonywanie upustu i wlewań przed rozwiązaniem, stosowane dotąd w pojedynczych zaledwie przypadkach, w opracowaniu C. zyskało wartość istotnej metody leczniczej; to też ogłoszone przez C. 19 przypadków, objętych pierwszą kategorią jego spostrzeżeń, stanowią w tym kierunku do roku 1904 jedyną metodyczną kazuistykę w piśmiennictwie polskiem i, o ile C. sądzić może ze znanej mu literatury, poza paru przypadkami FERRÉ'go, również i w obcym.

6) Śród zabiegów operacyjnych, jakimi mamy rozwiązanie przyspieszyć, najczęstszym, bo w znakomitej większości przypadków do użycia odpowiednim, jednocześnie zaś zupełnie nieszkodliwym, a we wszelkich warunkach pobytu chorej wykonalnym — będzie nałożenie kleszczy; zalecane ogólnie dokonywanie obrotu, poza niewielką, ściśle ograniczoną grupą przypadków — nie wytrzymuje krytyki.

7) Połączenie upustu, wlewań i następczego nieszkodliwego rozwiązania nazwał C. „kombinacją“ zabiegów; podobnego określenia nie spotkał prelegent w żadnej ze znanych mu prac.

Używając powyższej metody, otrzymał C., w porównaniu z dawniejszymi 60, czy choćby tylko 40% śmiertelności matek z eklampsyi w Warszawskim Instytucie Położniczym, znacznie niższą, bo zaledwie 13% sięgającą odsetkę.

To też usilnie jeszcze raz poleca metodę tę uwadze szanownych kolegów.

HALPERN podnosi, że związek, jaki istnieje między stanem narządów płciowych a eklampsyą, najczęściej objaśniają zatruciem krwi, nie mając na to prawie żadnych dowodów, gdy tymczasem nawet pojedyncze przypadki bez zatrucia przemawiają bardzo przeciwko takiemu objaśnieniu. Objaśnienie odruchami z patologicznych narządów ma wogóle na względzie odruchy, wywołane bólem i t. p. objawami uświadomionymi. Tymczasem najzupełniej odpowiadają wszystkim faktom tylko odruchy pod wpływem funkcji i odżywiania patologicznych narządów. Wiadomo, iż każdy moment bądź normalnego, bądź patologicznego odżywiania tkanek drażni w pewien sposób zakończenia nerwów czuciowych w owych tkankach niezależnie od tego, czy wywołuje to ból i t. d., czy też nie, dostarczając niejako systematowi nerwowemu wiadomości o stanie tkanki; to podrażnienie, którego analogię posiadamy w zmysle mięśniowym przy koordynacji ruchów, rozprzestrzenia się w systemacie nerwowym, to dochodząc do uświadomienia w postaci bólu i t. d., to wywołując tylko pewien

tonus systematu nerwowego. Przy normalnym stanie narządów *tonus* ten wyraża się ogólnem uczuciem zdrowia, przy patologicznym zaś zachodzą wahania w inercyacyi. Otóż sprawa odżywiania i funkcyi narządów płciowych działa nienormalnie na taką niezliczoną liczbę zakończeń nerwów czuciowych w tych narządach i ustawiczość tego drażnienia do tego stopnia niepokoi systemat nerwowy, iż bardzo łatwo o zaburzenia w rozmaitych odruchach. Tym to sposobem drażnienia — często ukryte — zakończeń nerwów czuciowych wywołują odruchy, powodujące pigmentacye, zmiany w siatkach i t. d.; tym też sposobem, przeważnie u pierwiastek [u nich najcięższa eklampsya] z powodu mniejszego przygotowania zaburzenia w układzie nerwowym sięgają poza zwykłe granice. Dlatego od usunięcia płodu nie można jeszcze oczekiwać usunięcia eklampsyi, gdyż nie usunięto stanu patologicznego narządów płciowych, a ten stan patologiczny nie przestaje niepokoić systematu nerwowego; dlatego też, choć oprócz usuwania płodu, jako przyczyny, zwiększającej to niepokojenie systematu nerwowego, najodpowiedniejszym jest leczenie eklampsyi środkami, działającymi na nerwy, to jednak nie można żądać od nich zupełnego usunięcia objawów, gdyż drażnienie systematu nerwowego przez patologiczne życie tkanek nie ustaje. Eklampsya, *laryngospasmus* i t. d. przy *rhabdomyositis* wskazują również na wspomniany mechanizm powstawania eklampsyi: póki odżywianie i funkcyja tkanki kostnej są normalne, podrażnienie zakończeń nerwów czuciowych, w tkance tej znajdujących się, jest normalne, każdy zaś moment patologicznego odżywiania i funkcyi chorej tkanki kostnej drażni patologicznie systemat nerwowy niezależnie od tego, czy wywołuje ból, czy też nie, i to ustawiczne patologiczne podrażnienie sumuje się i daje zaburzenia w systemacie nerwowym.

STANISZEWSKI zaznacza, że prelegent nie wspominał najnowszej literatury w kwestyi przyczyn drgawek porodowych i ich leczenia. ZWEIFEL uważa za przyczynę drgawek niedostateczne utlenianie białka we krwi, czego następstwem jest znaczna ilość kwasu mlecznego we krwi i w urynie matek, w sznurku pępkowym płodów i we krwi łożyska. Pierwotnem miejscem powstawania tego kwasu jest płód, pierwsze więc wskazanie przy leczeniu — przyspieszenie porodu. W leczeniu morfinę odrzuca stanowczo, zgadza się na stosowanie chloroformu podczas zabiegu operacyjnego. Z uznaniem odzywa się o upustach krwi i następczych wlewaniach roztworu soli.

Największego skutku oczekiwać należy według ZWEIFEL'a od stosowania wdychań tlenu, z powodu jednak powierzchownego oddychania u eklamptyczek ma zamiar stosować oddychanie sztuczne [na modłę stosowaną u zwierząt], aby w ten sposób usunąć niedostateczne utlenianie białka.

STANISZEWSKIEMU C. odpowiada, że w „*Archiv für Gynaecol.*“ z roku 1904 została ogłoszona praca ZWEIFEL'a p. t. „*Zur Aufklärung der Eklampsie*“, C. jednak nie powoływał się na nią dlatego, iż wenesekcyi i wlewaniom poświęcono tam stosunkowo niewiele miejsca.

HALPERNOWI C. odpowiada, że o podrażnieniu odruchowem, mającem za punkt wyjścia samą macicę, pracę porodową i ranę w macicy poporodowej, stanowiącem jeden z czynników, eklampsję wywołujących, wspominał już w roku 1893 CHARPENTIER, jak to C. w swym odczycie podał. Ma ono jednak posiadać znaczenie drugorzędne.

Posiedzenie kliniczne d. 29-go maja r. b.

I. STARKIEWICZ przedstawił chorego z tętniakiem aorty wstępującej, bez tętna w całej niemal górnej połowie ciała. Chory od lat 5-u czuł wzrastające osłabienie, od roku dostaje błysków i mroczków przed oczyma, zawrotów głó-

wy, chwilowych omdleń, nieraz po kilkakroć w ciągu dnia; miewa duszność i bicie serca przy chodzeniu. Przy badaniu stwierdzono brak zupełny tętna w obydwóch tętnicach promieniowych, obydwóch ramieniowych, pachowych, podobojczykowych, żuchwowych zewn., skroniowych. Tętno w t. szyjowych wspólnych początkowo wyczuwało się słabo, w następnych dniach przeważnie wcale się nie wyczuwało. Tętno w t. udowych słabe, w stopowych niewyczuwalne. Na plecach, z obydwóch stron, na przestrzeni od X międzyżebra do $\frac{1}{2}$ łopatki zauważono spłoty tętnic dodatkowych, wyraźnie tętniących po sztucznem podnieceniu chorego.

Badaniem fizykalnem oraz rentgenoskopią stwierdzono tętniaka aorty wstępującej z wypukleniem workowatym w górnej części, zwróconem na lewo. Obok tego znaleziono nierówność i nieruchomość zwrotną źrenic na światło, oraz porażenie lewej struny głosowej. Cięższych objawów anemii mózgowej [nudności, wymiotów, dzwonienia w uszach] chorego nie miewał, omdlenia w ostatnim czasie zdarzają się rzadko; ziębienia, drętwienia kończyn również nie doznaje. Zjawiska chromania przestankowego w kończynach górnych po miernych wysiłkach fizycznych nie udawało się wywołać. Ciśnienie krwi w palcach rąk, badane tonometrem GAERTNER'a, stosunkowo dość wysokie, przeciętnie około 50 mm. rtęci. Różnice na poszczególnych palcach wynoszą do 20—30 mm.

II. BRUZIŃSKI J., podawszy na wstępie historję powstania szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi, opisał szczegółowo oddzielne pawilony dla chorych i pomieszczenie izolacyjne, przedstawił organizację pomocy ambulatoryjnej, podział pracy między lekarzy, registrację chorych, organizację służby ¹ i ² i ³ i dozorczyń, dyetę chorych, wreszcie naczelny kierunek szpitala.

III. PINKUS STANISŁAW wypowiedział odczyt p. t. „Teorya i praktyka w stosowaniu pokarmów przetrawionych“.

Wyniki nowszych badań PAWLÓW'a, STARLING'a, BAYLISS'a, DELÉZENNE'a, COHNHEIM'a, LANDSTEINER'a z dziedziny fizjologii trawienia przekształcają cały ten dział. Pierwszy wykazał ciągłość pobudzeń nerwowych, wywołujących produkcję fermentów w poszczególnych narządach; drugi dowiódł, że nerwy nie są wyłącznymi drogami tych podrażnień, lecz że każdy z narządów trawiących wytwarza substancje, działające specyficznje na czynność narządu, z kolei po nim działającego [SECRETIN, HORMONES].

Badania te i inne, związane z niemi, ujawniły niezmierną złożoność procesów metabiologicznych, ich fizyologiczną celowość. Jednocześnie ujawniły one niedostateczność dotychczasowych metod badania, mających określać wartość pokarmów podług ilości białka, wodorów węgla i tłuszczów, jakie zawierają. Okazało się bowiem, że oprócz tego i oprócz stopnia wchłaniałości pokarmu należy uwzględnić całą pracę mechaniczną i chemiczną, zużywaną przez organizm w dążeniu do przyswajania pokarmu bądź to jako części „bioplazmy“, bądź to jako materiału zapasowego.

Specyalne badanie w dziedzinie dyetetyki SIVÉN'a, CHITTENDEN'a i FRAZER'a dowiodły, że ilości pokarmów, postawione przez szkołę niemiecką jako *minimum*, dają się jeszcze znacznie obniżyć bez szkody dla organizmu. SPECK i TOLIN wykazały, że w przemianie materji należy rozróżniać przemianę t. zw. tkankową [endogeniczną — wewnętrzną] i energetyczną [eksogeniczną]. W chorym organizmie, w którym ta ostatnia jest sprowadzona do *minimum*, zaś praca, i wymiana materji w tkance wycięża się poza miarę normalną, eksogeniczna winna być popierana i oszczędzana.

To samo prawie dotyczy i sztucznego odkarmiania niemowląt.

[D. n.].

Ign. Landstein.

Wiadomości drobne.

— THAYER'a [z Ameryki] metoda obmacywania brzucha, zdaniem BENEDIKT'a, który ją wypróbował, może oddać duże usługi w badaniu narządów brzusznych [zwłaszcza guzów], a niekiedy nawet i macicy z przydatkami. Odbywa się ona nie leżąc, lecz siedząc. Badany siedzi, stopy ma do siebie zupełnie zbliżone, kolana możliwie najdalej od siebie oddalone, łokcie wyprostowane, a ręce oparte na łydkach lub kolanach. W tej pozycji górna część klatki piersiowej ulega rozszerzeniu, ruchy przepony są swobodne, a ściany brzucha nienapięte. Badający siedzi poza badanym, jedną kończyną dolną ma zwieszoną, a drugą zgiętą w kolanie, które opiera o okolicę krzyża lub lędźwi. W razie bólu między chorego a kolano wsuwa się poduszczkę. Stopę zgiętej kończyny dolnej badający opiera na swoim kolanie drugiej kończyny lub podsuwa pod nią. Badany oddycha spokojnie, a badający ciepłymi rękami maca powierzchownie lub głęboko po całym brzuchu.

— Wiadomo iż w niektórych porach roku trudno dostać lodu; otóż wtedy korzystać można z tego, iż niektóre sole, rozpuszczając się w wodzie, silnie obniżają jej ciepłotę. Jeśli wziąć $\frac{1}{2}$ funta mieszaniny chlorku amonowego [salmiak] i azotanu potasu lub $\frac{3}{4}$ funta tychże soli i siarczanu sodu, wsypać je do pęcherza i nalać $\frac{1}{3}$ litra zimnej wody, to ciepłota roztworu spada do -5° i dopiero po zetknięciu się ze skórą ludzką przez 15—20 minut podnosi się do 10° . Jeśli z początku oziębienie jest za silne, te pęcherz można owinać w płótno lub flanelę.

W. G.

Wiadomości bieżące.

— W Szpitalu Ewangelickim Warszawskim zamianowano lekarzem ambulatoryum chorych na gardło, nos i krtań kol. RONTALERA. Mamy nadzieję, iż wkrótce tamże otwartym będzie i oddział szpitalny dla tych chorych, oddział, który już był prawie gotów dla ś. p. WRÓBLEWSKIEGO. O potrzebie takiego oddziału zbytecznym jest mówić, gdyż 2-ch zdań pod tym względem być nie może. Oddział ten obsadzony będzie zapewne drogą konkursu, do którego stanie więcej kandydatów, niż do innych, gdyż odbywać się będzie w języku polskim.

— Dzieło kol. SOKOŁOWSKIEGO, wydane w naszych „Wydawnictwach“, wyszło w tłumaczeniu niemieckim p. n. „*Klinik der Brustkrankheiten*“ nakładem HIRSCHWALD'a w Berlinie, w 2-ch tomach i kosztuje 32 marki.

— Uniwersytet Greifswaldzki, założony w r. 1456 przez burmistrza tego miasta, RUBENOW'a, a więc najstarszy z uniwersytetów pruskich, obchodzi 450-ą rocznicę założenia. Z tej okazji wyszedł oddzielny № [31] „*Deutsch. med. Woch.*“, wypełniony pracami profesorów tegoż uniwersytetu [BLEIBTREU, FRIEDRICH, GRAWITZ, LOEFFLER, MINKOWSKI, SCHIRMER, ULENHUTH i in.].

— W Prusach od 1-go stycz. do 30 czerw. r. b. zachorowało na nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 1661 osób, z tych zmarło 745. Na Szlązku zachorowało 897 [zmarło 407], w prowincyi Nadreńskiej zachorowało 266 [zmarło 149]. Najsilniejsza epidemia była w okręgu Opolskim [Oppeln]: zachorowań 704, śmierci 354.

— W Paryżu następcą GUYON'a mianowano profesora kliniki chorób moczowych ALBARRAN'a, a następcą BROUARDEL'a profesora medycyny sądowej THOINOT'a.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.