

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. PRZEWOSKIEGO.

I. PRZYCZYNEK DO ANATOMII ŻYŁAKÓW KOŃCZYNY DOLNEJ.

O umiejscowieniu rozszerzeń woreczkowatych żyły podskórnej uda wielkiej

(*v. saphena magna*).

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Podał

Z. Sławiński.



Badając od lat dwu budowę żyłaków kończyny dolnej, doszedłem obecnie do pewnych wniosków, stwierdzających przeważnie wyniki badań nowszych innych autorów. W pewnym jednak kierunku spostrzeżenia moje nie są zgodne z dotychczasowymi poglądami i może pozwolą wprowadzić inne nieco zapatrywania na sprawę powstawania [patogenezy] omawianego cierpienia, co zamierzam podać wkrótce w obszerniejszej pracy. Tymczasem uważam za potrzebne zwrócić uwagę badaczy na jeden fakt niespodziewany, nie opisany dotychczas w dostępnej mi literaturze, a niełatwo dający się objaśnić.

W poszukiwaniach moich postępowałem w ten sposób, że na kończynie, dotkniętej żyłakami, wyseparowywałem początek żyły biodrowej zewnętrznej (*v. iliaca ext.*), żyłę udową (*v. femoralis*) poniżej ujścia żyły nożnicowej wielkiej (*v. saphena magna*) i sam pień żyły nożnicowej wielkiej, aż do kostki wewnętrznej oraz oddzielałem wszystkie odnogi żyły nożnicowej wielkiej, dotknięte rozszerzeniem. W dalszym ciągu bądź rozcinałem nożyczkami przednią ścianę żyły nożnicowej, udowej i biodrowej *in situ*, t. j. przed ich ostatecznym wyjęciem z trupa, lub też wyjmowałem je bez rozcinania i puszczając od góry strumień wody, badałem zrazu, jaki opór stawiają strumieniowi wody zastawki żyłne, a potem dopiero przecinałem wzdłuż, również po przedniej ścianie, sam pień żyły nożnicowej wielkiej.

Częstem jest stosunkowo zjawiskiem, że oprócz rozszerzeń w różnym stopniu odnog żyły nożnicowej wielkiej, na samym jej pniu spostrzega się rozszerzenie woreczkowate (*varix parietalis*, *sackartige Erweiterung*, *einseitige Aus-*

buchtung, renflement partiel, varice latérale) rozmaitej wielkości oraz w rozmaitej ilości [nie więcej nad 6]. Żyła nożnicowa wielka ulega wtedy zawsze ogólnemu rozszerzeniu cylindrycznemu (*ectasia simplex cylindrica*), niekiedy wraz z wydłużeniem całej żyły, co się uwydatnia w nieznacznej falistości jej przebiegu. Na tak zmienionej żyły owe żyłki woreczkowate mieszczą się przeważnie na jej ścianie wewnętrznej, znacznie rzadziej na zewnętrznej, nigdy zaś ich nie widziałem na przedniej lub tylnej ścianie żyły. Leżą one zwykle na udzie, na goleni zdarzają się rzadko; spłaszczone są w kierunku przednio-tylnym [t. j. największa ich powierzchnia leży równolegle do skóry i powięzi] i dosięgają rozmaitej wielkości. Rozszerzenia te uwydatniają się niekiedy w postaci drobnych uchyłków, widocznych zwłaszcza od wewnątrz, t. j. od strony światła żyły i wzrastając stopniowo, dosięgają rozmiarów orzecha laskowego i jeszcze znaczniejszych. Kształtują się one rozmaicie. Najczęściej sprawiają wrażenie miejscowego wypuklenia ograniczonego danej ściany żyły w postaci woreczka z dnem zaokrąglonem. Otwór, prowadzący do woreczka, równa się największemu jego [woreczka] przecięciu, niekiedy zaś bywa on daleko węższym i podobnym się wtedy staje do szyi kolby; od strony światła żyły widać w tym razie drobne, okrągławe okienko, prowadzące do rozszerzenia. Woreczki mają ściany w rozmaitym stopniu ścięnczale, od napełniania wodą łatwo się rozciągają, nabierając kształtu bardziej kulistego, przez co się wyraźnie uwydatniają na zgrubiałej i mniej podatnej ścianie samego pnia żylnego.

Uderza przytem stale zachowany stosunek takich rozszerzeń woreczkowatych do zastawek: położone są one zawsze pod zastawkami. Niekiedy jednak, mieszcząc się pod zastawkami, rozszerzają się one na terytoryum samych zastawek, lecz w takich razach ich najszerszy odcinek leży pod zastawkami, w okolicy zaś samych zastawek [na wewnątrz lub na zewnątrz od nich] mieści się odcinek znacznie węższy. Sprawia to wrażenie, że i wtedy umiejscowienie ogólne rozszerzeń woreczkowych nie ulega zmianie, a tylko dalszy wzrost, powiększenie się woreczka prowadzi do rozszerzenia następczego okolicy zastawek.

Według uznanej dotychczas teorii powstawania żyłaków kończyny dolnej, zwolennicy wpływów dynamicznych uważają za główny czynnik, wywołujący żyłaki, wzmożone ciśnienie krwi wewnątrz-naczyniowe, co najczęściej jest wywołane przez utrudniony jej odpływ. Z poglądu tego wypływało pojęcie, że rozszerzenie powstaje nad zastawkami, w miejscu o napiętem ciśnieniu. O. WEBER ¹⁾ np. mówi wyraźnie: „*Es entstehen zunächst an einzelnen Punkten, wo die Wand dicht oberhalb einer Klappe verdünnt ist, Ausbuchtungen, welche allmählich zunehmen und zu Tonnen—oder Knotenformen anwachsen, während sich zugleich die Wand hier und da durch eine Hyperplasie der Muskelhaut verdickt*“. RINDFLEISCH ²⁾ wyraża się w sposób następujący: „*Selbstverständlich bemerkt*

¹⁾ Chirurgie von PITHA u. BILLROTH. Bd. II. Abth. II. S. 123.

²⁾ Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre. Leipzig. 1886. S. 231.

man die Phlebectasie am frühesten an solchen Stellen, wo Klappen angebracht sind. Die Sinus dieser Klappen erweitern sich und verursachen kleine hnotige Auftreibungen des Venenrohrs, welche man bei oberflächlichem Verlauf der Venen schon durch die Hautdecken wahrnehmen kann“. Upoważniało to do przeświadczenia, że rozszerzenie (*varices*) żyłne winno się mieścić zawsze nad zastawkami, w okolicy ich zatok [t. zw. *Klappentasche*], gdzie normalna ściana żyły jest najcieńsza. Niepomierne tedy byłem zdziwiony, widząc, że w rozciętej, wzdłuż jej przedniej ściany, żyły nożnicowej wielkiej opisane powyżej rozszerzenia ścienne położone są w kierunku obiegu krwi stale pod zastawkami.

Dalsze jednak przypadki [32 na 12 trupach] stwierdziły tylko moje pierwotne spostrzeżenie. Owe uchyłki wewnętrznej lub zewnętrznej ściany rozszerzonej żyły położone są względem zastawek w takim stosunku, że niekiedy [4 razy] górny odcinek uchyłka przylega prawie bezpośrednio do zastawek, a wyrażając się ściśle — do miejsca połączenia zastawek na bocznej ścianie [same bowiem zastawki leżą na przedniej i tylnej ścianie] lub rozciąga się nawet nieco powyżej tego miejsca. Zwykle zaś w przeważnej liczbie [28] spostrzeganych przypadków rozszerzenie [mowa tu o górnym jego odcinku] mieści się około 1 ctm. poniżej, czyli pod zastawkami.

Następne ku obwodowi za rozszerzeniem zastawki leżą w różnej odległości; najmniejsza zanotowana odległość do następnej zastawki wynosi 2, największa 28 ctm., przecięciowo zaś przenosi ona 10 ctm.

Na 32 spotkane rozszerzenia woreczkowate 3 tylko leżały na odno gach reszta zaś na samym pniu żyły nożnicowej wielkiej.

Nadmienić tu muszę, że oprócz powyżej opisanych rozszerzeń ściennych woreczkowatych zdarzają się na żyły nożnicowej wielkiej również rozszerzenia ampułkowate, zajmujące cały obwód ściany żyły, nie zaś pewne tylko jej części. Trafiają się one mianowicie w pobliżu ujścia tej żyły do żyły udowej, leżą wtedy zawsze nad zastawkami, rozciągając cienkie w tem miejscu [zatoka zastawki] ściany żyły. Lecz od razu zastrzedz tu należy, że widzimy je tylko na żyły, nie dotkniętej rozszerzeniem ogólnem, cylindrycznem i t. p., na żyły z dokładnie działającymi, czyli dostatecznymi zastawkami.

Pomijam tymczasem dalsze szczegóły o budowie ścian, zastawek oraz rozszerzeń żyłakowatych; podam je razem z próbami objaśnienia przytoczonych powyżej spostrzeżeń w bardziej wyczerpującym opisie.

W dostępnej mi literaturze, jak już zaznaczyłem, nie spotkałem dotychczas wzmianki o takim umiejscowieniu rozszerzeń żylnych.

Jedynie w atlasie CRUVEILHIER'a ³⁾ pomieszczony jest rysunek, przedstawiający dotkniętą żyłakami żyłą nożnicową wielką wraz z odnogami. Na pniu wzdłuż rozciętym widać jeden żyłak ścienny, wielokomorowy (*varice multiloculaire*), położony tuż pod zastawkami. Ani w załączonym do atlasu obszer-

³⁾ J. CRUVEILHIER. Anatomie pathologique du corps humain. Paris 1835—1842. T. II. Livraison XXXV. Planche V, Fig 1 i 1^a.

nym tekście, ani też w późniejszych „wykładach“ ⁴⁾ nie wspomina jednak CRUVEILHIER o tem umiejscowieniu wzmiankowanych żyłaków.

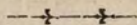
II. WIĄD RDZENIA U DZIECI

oraz kilka uwag o wiądzie rdzenia na tle syfilisu dziedzicznego.

Skreślił

L. D y d y ń s k i,

ordynator kliniki chorób nerwowych i umysłowych.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 51].

Bardzo ciekawe dane o dwóch przypadkach wiądu rdzenia we wczesnym wieku znajdujemy w pracy MENDEL'a ¹⁾. Pierwszy przypadek dotyczy owej 12-letniej dziewczynki, którą poprzednio opisał już REMAK. MENDEL obserwował następnie chorą w ciągu 10 lat i widział powolny rozwój choroby ²⁾.

Poczynający się zanik nerwów wzrokowych, skonstatowany już wtedy, w krótkim czasie doprowadził do zupełnej utraty wzroku. Bezład długi czas nie występował. Dopiero w 19 roku życia chorej wystąpił on z początku na nogach, przyczem tak szybko postępował, że w krótkim czasie pozbawił chorą możliwości chodzenia, a potem zjawiał się i w rękach, chociaż w znacznie słabszym stopniu. Jednocześnie z tem i zaburzenia czucia, które przedtem słabo były wyrażone—jedynie pod postacią obniżenia czucia dotykowego i bólowego na nogach — znacznie się wzmogły, w szczególności zaś znacznie osłabionem zostało czucie głębokie. Prócz tego zanotować należy niedowład obu nerwów odprowadzających (*n. abducentes*), zupełne porażenie czynności pęcherza i odbytnicy, częste kryzy gastryczne i pęcherzowe. Sfera psychiczna pozostała nienaruszoną.

Drugi przypadek przedstawia 21-letniego mężczyznę, u którego w 11 roku życia zaczęło występować osłabienie wzroku, dość szybko wzrastające, tak, że w ciągu paru lat nastąpiła zupełna utrata wzroku. Żadnych innych objawów choroby długi czas chory nie zauważał. Dopiero w ciągu ostatnich paru lat zjawily się bóle strzelające w nogach i zaburzenia w oddawaniu moczu. MENDEL konstatował u chorego: nierównomierność źrenic, brak oddziaływania, zanik obu nerwów wzrokowych, nieznaczny stopień bezładu na nogach, osłabienie czucia bólowego i głębokiego na nogach, brak odruchów kolanowych. Ojciec chorego przeszedł syfilis. U chorego wkrótce po urodzeniu pojawiła się wysypka na ciele, która znikła pod wpływem kąpieli rtęciowych.

⁴⁾ Traité d'anatomie pathologique générale. Paris. 1852. T. II.

¹⁾ MENDEL. Die hereditäre Syphilis in ihren Beziehungen zur Entwicklung von Krankheiten des Nervensystems. Festschr. f. LEWIN. 1895.

²⁾ Przypadek ten został również szczegółowo opisany przez HILDEBRANDT'a: Ueber Tabes dorsalis in den Kinderjahren. Inaugural-Dissertation. 1892.

Trzy lata temu w Berlińskim Towarzystwie Neuropatologicznem BLOCH ¹⁾ demonstrował 13-letniego chłopca, u którego już w 5-ym roku życia matka zauważyła znaczną nierównomierność źrenic. W 7-ym roku życia nagle wystąpiła niemożność zatrzymania moczu, w ostatnim roku miewał napady padaczkowe. Badanie przedmiotowe wykazywało: nierównomierność źrenic, lewa była znacznie szerszą od prawej, brak oddziaływania na światło, przy zachowaniem nieco oddziaływaniu na akkomodację, brak odruchów kolanowych, nieznaczne osłabienie czucia bólowego na nogach i słaby objaw ROMBERG'a; żadnych zaburzeń ze strony ruchowej nie zauważono. Ojciec chorego przechodził syfilis i zakażenie przeniósł na żonę.

Jeżeli teraz choć pobieżnie uprzytomnimy sobie przebieg choroby we wszystkich powyżej wskazanych przypadkach, to zwróci naszą uwagę parę okoliczności. Przedewszystkiem przekonywamy się, że w szeregu objawów wiądnicy rdzenia u dzieci nie widzimy ani jednego, który nie byłby dokładnie znany ogółowi lekarzy i nie był charakterystycznym dla wiądnicy rdzenia u dorosłych. Pewną osobliwość stanowi to, że niektóre z nich i prawie zawsze jedne i te same przeważają w obrazie choroby, inne zaś schodzą na drugi plan. Objawami dominującymi są właściwie te, które przy chorobie FRIEDREICH'a nie spotykają się nigdy i przez to ułatwiają bardzo postawienie dokładnego rozpoznania w każdym przypadku. Jednym z najczęstszych i najwcześniejszych zwiastunów choroby są zaburzenia w oddawaniu moczu. Objaw ten istniał we wszystkich powyżej przytoczonych przypadkach, które żadnej wątpliwości co do dokładnego rozpoznania nie nastroczały, brak zaś go było zupełnie w tych, któreśmy ze statystyki naszej wyłączyli. Również do wczesnych bardzo objawów należy zanik nerwów wzrokowych. Zmiany w nerwie wzrokowym były daleko posunięte we wszystkich przypadkach REMAK'a, w przypadku MENDEL'a, brakło ich tylko w przypadku BLOCH'a i naszym. W przypadku STRUEPPELL'a oftalmoskop wykazywał pewne nieznaczne zmiany na dnie oka—bladłość tarczy nerwu wzrokowego i zwężenie naczyń krwionośnych. Uderza również i ta okoliczność, że bezład, który u ludzi dorosłych stanowi najczęściej jeden z pierwszych objawów, zwracających na siebie uwagę chorego, w większości opisanych przypadków był prawie niedostrzegalny, w pozostałych zaś wyrażony był w stopniu słabym. W jednym przypadku, opisanym pierwotnie przez REMAK'a, a następnie przez MENDEL'a, minęło wiele lat, zanim objaw ten spotęgował się do takiego stopnia, że pozbawił chorą możności chodzenia. Okoliczność ta jest również bardzo ważną, gdyż w przypadkach wątpliwych posłużyć może do różniczkowania od choroby FRIEDREICH'a. Wczesny, szybko rozwijający się, we wszystkich kończynach wyrażony bezład przemawiać zawsze będzie za chorobą FRIEDREICH'a. Tak też było we wszystkich tych przypadkach, w których, jakśmy to widzieli, bardzo mało objawów przemawiało za wiądnicą rdzenia, a prawie wszystkie za chorobą FRIEDREICH'a.

¹⁾ BLOCH. Berliner Gesellschaft f. Psych. und. Nervenkr. 14 Dez. 1896. Neurol. Centralblatt. 1897.

Jeżeli się teraz zwrócimy do pytania, na jakim tle rozwinęły się przypadki władu rdzenia u dzieci, to zetkniemy się z faktem bardzo interesującym. Przekonywamy się mianowicie, że w etyologii wszystkich bez wyjątku przypadków istnieje syfilis dziedziczny. Wiemy dziś wszyscy dobrze, jak ważną rolę odgrywa syfilis nabyty w etyologii władu rdzenia u dorosłych. Tak poważni autorowie, jak: FOURNIER we Francyi, GOWERS w Anglii i ERB w Niemczech, robili odnośne poszukiwania statystyczne i wszyscy zgadzają się na to, że mniej więcej w 70—95% tabetyków rozwój choroby poprzedzał syfilis nabyty. Dla pozostałej liczby tabetyków wymieniane bywają najrozmaitsze momenty etyologiczne—przeziębienia, urazy, nadmierna praca, nadżycia płciowe i t. p.—rzadko zaś kiedy spotykamy wzmiankę o syfilisie dziedzicznym. Przypuszczamy, że dzieje się to jedynie dla tego, że na moment ten nie zwracano wogóle należytej uwagi. Przypadki władu rdzenia u dzieci wykazują, że moment ten może odgrywać bardzo wybitną rolę. Tłómaczy on nam również i tę okoliczność, dlaczego tak rzadkiem zjawiskiem jest wład rdzenia u dzieci.

Zarazek syfilityczny, jeżeli tkwi jeszcze w organizmie jednego z rodziców, objawia się u potomstwa w stopniu tak silnym, że płód albo przychodzi na świat w stanie już martwym, albo wkrótce po urodzeniu ginie. Przy życiu pozostają tylko bardzo nieliczne jednostki z oddziedziczonym syfilisem, u których ten ostatni nie wystąpił w tak ostrej formie, nie podkopał ich organizacji do takiego stopnia, ażeby ją uczynić niezdolną do dalszego rozwoju. Osobniki te rozwijają się przez pewien czas normalnie i dopiero później ukryty zarazek występuje na jaw w takiej postaci, która poddaje się swoistemu leczeniu i nosi wszystkie cechy cierpienia luetycznego, albo też — co znacznie rzadziej się zdarza — w postaci odrębnej t. zw. parasyfilitycznej, jaką jest wład rdzenia.

Możemy przytem śmiało powiedzieć, że istnieje pewna równoległość między natężeniem zarazka syfilitycznego u rodziców, a zdrowotnością ich młodego potomstwa. Im wcześniej od chwili nabycia syfilisu żeni się osobnik, dotknięty tą chorobą, tem więcej jest szans, że spłodzi niezdrowe dzieci. Powoli z biegiem lat siła jadu syfilitycznego słabnie, aż w końcu prawie zupełnie nie wpływa na potomstwo. Nasz przypadek znakomicie ilustruje powyżej wypowiedziane rozumowanie. Ojciec, syfilityk, w parę lat po zakażeniu żeni się; pierwszy zarodek już w drugim miesiącu swego wewnątrz-macicznego rozwoju ginie; późniejsze rozwijają się nieco dłużej i każdy następny nieco dłużej od poprzedniego; po pięciu poronieniach następuje ciąża z przebiegiem prawidłowym, lecz rodzi się dziecko, u którego w 5 lat po urodzeniu występują już pierwsze objawy groźnego cierpienia. Następnie przychodzi na świat troje dzieci już zupełnie zdrowych. Widzimy więc, jak zarazek syfilityczny u ojca powoli coraz więcej słabnął i w coraz słabszej formie objawiał się u potomstwa.

We wszystkich tych przypadkach, któreśmy powyżej przytoczyli, syfilis dziedziczny objawiał się w postaci władu rdzenia względnie we wczesnym bardzo wieku. Nasz chory jest najmłodszym ze wszystkich opisanych dotych-

czas tabetyków, gdyż pierwsze objawy wystąpiły u niego w 5-ym roku życia, u innych występowały one od 7—13 roku.

W literaturze jednak lekarskiej nie brak wskazówek, że wiażd rdzenia i w znacznie późniejszym wieku może się wywiązać na tle syfilisu dziedzicznego. GOWERS¹⁾ w swej pracy „Syphilis układu nerwowego“ wspomina o dwóch odnośnych przypadkach, obserwowanych przez siebie. Pierwszy dotyczy 17-letniego mężczyzny, który w dzieciństwie zdradzał bardzo wiele objawów syfilitycznych, i który w owym czasie, kiedy go autor badał, przedstawiał wyraźne objawy wiażd rdzenia—chwiejny chód, bóle strzelające w nogach, objaw ROMBERG'a i WESTPHAL'a; choroba wystąpiła dopiero przed rokiem. W drugim przypadku u 15-letniej dziewczynki z oznakami syfilisu dziedzicznego autor konstatował—brak odruchów kolanowych i objaw ARGYLL-ROBERTSON'a; żadnych innych objawów nie było i dziewczynka uważała się za zupełnie zdrową. FOURNIER²⁾ przytacza 4 podobne przypadki: w jednym z nich, u 30-letniej kobiety początek choroby na tle niewątpliwego syfilisu dziedzicznego datuje się dopiero od 20 roku życia. ADLER³⁾ na posiedzeniu Tow. Lek. w Wrocławiu przedstawił 20-letniego mężczyznę, u którego objawy wiażd rdzenia również na tle syfilisu dziedzicznego zaczęły ujawniać się dopiero w 18 roku życia. W tym czasie, kiedy autor obserwował chorego, zdradzał on już wyraźny stopień bezładu w kończynach dolnych wraz ze znacznym osłabieniem czucia głębokiego; źrenice były zwężone, na światło nie oddziaływały, odruchów kolanowych brakło, istniały parestezye, zaburzenia w oddawaniu moczu i bóle strzelające. Wreszcie w ostatnim czasie RAYMOND⁴⁾ i HOMEN⁵⁾ opisali przypadki wiażd rdzenia: pierwszy u 17-letniego, drugi u 22-letniego mężczyzny, oba na tle syfilisu dziedzicznego.

Wobec tylu przykładów rodzi się zupełnie słuszne przypuszczenie, że gdyby ogół lekarzy zwracał baczniejszą uwagę na syfilis dziedziczny, jako na możliwy moment etyologiczny nawet w przypadkach wiażd rdzenia u ludzi dorosłych, zredukowałyby się wtedy do *minimum* procent tych przypadków wiażd rdzenia, co do których żadnych absolutnie danych niema, aby rozwojowi choroby poprzedzał syfilis nabyty lub dziedziczny. To *minimum* zawsze istnieć będzie, bo najskrzętniejszym nawet poszukiwaniom w tym względzie na przeszkodzie stać będzie z jednej strony brak odpowiednich wiadomości u chorego, z drugiej zaś strony ten niewątpliwý fakt, że syfilis nabyty niejednokrotnie może przebiegać w formie łagodnej, skrytej, dla ludzi, którzy na siebie niewiele zwracają uwagi, zupełnie niespostrzegalnej.

1) GOWERS. Syphilis des Nervensystems. Berlin. 1895.

2) FOURNIER. Les affections parasiphilitiques. Paris. 1894.

3) Deuts. med. Woch. 1893.

4) RAYMOND. Tabes juvenile et Tabes héréditaire. Le Progrés Médical. 1897.

5) HOMEN. Kleiner Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage. Neurolog. Centralblatt. 1899.

Rzecz naturalna, że na takim zapatrywaniu na etyologię wiądu rdzenia patogenezą tej choroby niewiele wygrywa, utrwała się jednak to przekonanie, że niema wiądu rdzenia bez tła syfilitycznego. W słowach tych bynajmniej nie kryje się myśl, że wiądu rdzenia jest przejawem syfilisu. Być może prawdziwym w tym względzie panujący dziś w nauce pogląd, że syfilis stwarza tylko

Przypadki.	I.	II.	III.
Autor.	REMAK.	REMAK.	REMAK.
Wiek chorego.	12 lat.	14 lat.	16 lat.
Płeć.	Dziewczynka.	Chłopiec.	Chłopiec.
Dziedziczność nerwowa.	U brata była płasawica.	U matki <i>hemierania</i> .	U ojca wiądu rdzenia.
Dziedziczny syfilis.	U ojca syfilis.	U ojca syfilis.	U ojca syfilis.
Początek choroby.	W 9 roku życia.	Kilka lat temu.	w 13 roku życia.
Pierwsze objawy.	Zaburzenia w oddawaniu moczu i zanik nerwów wzrokowych.	Zaburzenia w oddawaniu moczu, zanik nerwów wzrokowych, bóle strzelające.	Zaburzenia w oddawaniu moczu, zanik nerwów wzrokowych.
Niedowład kończyn.	Pierwotnie nie było.	Nie było.	Nie było.
Bezład.	Zjawił się dopiero w 19 r. życia.	Nie było.	Bardzo nieznaczny.
Objaw ROMBERG'a.	Z początku nie było.	Nie było.	Był.
Bóle strzelające.	Były.	Były.	Nie było.
Uczucie opasywania.	Było.	Nie było.	Nie było.
Zawroty, bóle głowy.	Nie były.	Nie były.	Nie były.
Parestezye.	Były.	Nie było.	Nie było.
Zaburzenia czucia na nogach.	Obniżenie czucia dotykowego i bólowego.	Nie było.	Nieznaczne obniżenie czucia.
Odruchy kolanowe.	Nie było.	Nie było.	Nie było.
Zaburzenia wzrokowe.	Zanik nerwów wzrokowych.	Zanik nerwów wzrokowych.	Zanik nerwów wzrokowych.
Zaburzenia w oddawaniu moczu.	Były.	Były.	Były.
Powikłania.	—	—	—

grunt podatny, na którym inne czynniki okazują swój zgubny wpływ. Zazwyczaj wysuwa się na pierwszy plan dziedziczność nerwową. Z dołączonej do pracy naszej tablicy przekonać się można, że dziedziczność ta i w naszych przypadkach grała rolę wybitną.

IV.	V.	VI.	VII.
STRÜMPELL.	MENDEL.	BLOCH.	DYDYŃSKI.
13 lat.	21 lat.	13 lat.	8 lat.
Dziewczynka.	Mężczyzna.	Chłopiec.	Chłopiec.
Niema wzmianki.	Ojciec umarł wskutek <i>ramollitio cerebri</i>	Ojciec umarł na paraliż postępujący.	U ojca <i>tabes incipiens</i> .
U ojca syfilis.	U ojca syfilis.	U ojca syfilis.	U ojca syfilis.
W 11 roku życia.	W 11 roku życia.	W 7 roku życia.	W 5 roku życia.
Zaburzenia w oddawaniu moczu.	Zanik nerw. wzrokowych.	Zaburzenia w oddawaniu moczu.	Zaburzenia w oddawaniu moczu.
Nie było.	Nie było.	Nie było.	Nie było.
Nieznacznym.	Nie było.	Bardzo nieznacznym.	Nie było.
—	Nie było.	Bardzo słaby.	Bardzo słaby.
Nie było.	Były.	Nie było.	Były.
Było.	Nie było.	Nie było.	Nie było.
Nie były.	Były.	—	Nie było.
Nie było.	Nie było.	Nie było.	Były.
Nieznaczone obniżenie uczucia.	Nieznaczone wzmoczenie uczucia bólowego.	Nieznaczone obniżenie uczucia.	Nieznaczone obniżenie uczucia.
Nie było.	Nie było.	Nie było.	Nie było.
Początek zaniku nerwów wzrok.	Zanik nerwów wzrokowych.	Nie było.	Nie było.
Były.	Były.	Były.	Były.
Jednocześnie był bezwład postępujący.	—	Miewał napady padaczkowe.	—

III. PRZYPADEK

WĄTROBY RUCHOMEJ, CZYLI WĘDRUJĄCEJ

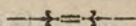
„*Hepar mobile v. migrans. Wanderleber*“

wraz z krótkim poglądem na obecny stan nauki o tem cierpieniu.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu lekarskiem w Kutnie dnia 6 maja 1899 r.].

przez

D-ra med. Edwarda Bernhardta [z Łęczycy].



[Dokończenie — Patrz Nr. 51].

Chcąc sobie zdać sprawę z przyczyn, mogących spowodować ruchomą wątrobę, należy sobie uprzytomnić, jakie czynniki wpływają na nadanie wątrobie jej zwykłego, normalnego, nieruchomego położenia w jamie brzusznej. Pod tym względem należy odróżnić czynniki bezpośrednio działające i pośrednio wpływ wywierające. Do bezpośrednio działających zaliczają się:

1) Węzadła, łączące wątrobę z przednią ścianą brzuszną i z przeponą, a więc *lig. suspensorium*, *lig. coronarium* i *lig. lateralia*.

Zdwojenia [duplikatury] otrzewnej, łączące wątrobę z sąsiednimi narządami, w jamie brzusznej położonymi, a więc: *lig. hepato-gastric*, *lig. hepat. duoden.*, *lig. hepat. colic.*, *lig. hepat. renale*.

3) Ścisły związek wątroby z dolną żyłą próżną, przytwierdzoną dość silnie do kręgosłupa.

Czynnikiem, pośrednio na położenie wątroby wpływającym, jest ciśnienie powietrza—tak to, któremu podlegają zawarte wewnątrz jamy brzusznej narządy, jak i wywierane na przewód trawieniowy przez normalne ściany brzuszne.

Co do tego, o ile nadwreżenie działania któregośkolwiek z przytoczonych powyżej czynników z osobna lub kilku razem może się przyczynić do wytworzenia wątroby ruchomej, zdania są podzielone.

Ponieważ wątrobę ruchomą przeważnie napotyka się u kobiet, gdyż na obserwowanych przed LANDAU'em [31] przypadkach, mężczyzn dotkniętych było tylko czterech, a we wszystkich obserwacjach LANDAU'a, i opublikowanych w 1885 r. przypadkach ROSENKRANZ'a, LANGENBECK'a, RICHELOT'a i moim wyłącznie tylko kobiety, nasuwa się mimo woli myśl, że jednym z najgłówniejszych powodów, przyczyniających się do powstawania wątroby ruchomej, muszą być ciąża i jej następstwa.

I tak, CANTANI (17), a za nim PIATELLI (18) widzą główną przyczynę w szarpaniu więzadeł wątroby, towarzyszącem zepchnięciu jej ku tyłowi przez macicę ciężarną.

MEISSNER (19) upatruje przyczynę w pewnej wrodzonej nieprawidłowości więzadeł wątrobowych, a mianowicie w istnieniu t. zw. *mesohepar*, na którem wątroba tak samo miałaby być zawieszoną, jak kiszki na *mesenterium*.

WINKLER (20) sądzi, że główna przyczyna leży w zmniejszeniu wewnątrz-brzusznego ciśnienia, towarzyszącemu t. zw. brzuchowi obwisłemu (*venter pendul., Haengebauch*), wytwarzającemu się bardzo często w następstwie kilkakrotnych ciąż. Zdanie MEISSNER'a co do istnienia w przypadkach wątroby ruchomej wrodzonego *mesohepar*, jako czynnika uspasabiającego, podzielają SUTUGIN (21), CHWOSTEK (22) KRANOLD (23), THIERFELDER (24) i WASILEW (25). Ten ostatni utrzymuje wszakże, że do wytworzenia się ruchomej wątroby, prócz istnienia wrodzonego *mesohepar*, potrzebnem jeszcze jest powiększenie wagi wątroby i wynikające ztąd spotęgowane pociąganie jej więzadeł. Tego samego zdania są jeszcze TEMPINI (26) i SCHWARZ (27). LANDAU (28) wreszcie upatruje wyłączną niemal przyczynę powstawania wątroby ruchomej w wytwarzaniu się t. zw. brzucha obwisłego. Taki brzuch obwisły rozwija się, zdaniem jego, u wielu bardzo kobiet w następstwie częstych ciąż, wskutek zmian chorobowych, zaszłych w miękkich ścianach brzusznych. Takie stałe zwątlenie i ścieńczenie ścian brzusznych wywołuje niedostateczność fizjologicznej ich funkcji, pozbawiając zawarte w jamie brzusznej wnętrzości ich spoidła i podpory.

Stosownie do większego lub mniejszego zepchnięcia wątroby napotyka się różne stopniowania jej ruchomości. Ogółem odróżnić można trzy stopnie, sformułowane przez LANDAU'a.

1) Umiarkowane opuszczenie z pochyleniem wątroby ku przodowi lub tyłowi (*descensus cum anteversione aut retroversione hepatis*).

2) Znaczne opuszczenie.

a) Z przesunięciem całej wątroby w bok na prawo.

α) Z przeważnym opuszczeniem prawego zraza, a podniesieniem lewego.

β) Z przeważnym opuszczeniem lewego zraza, a podniesieniem prawego.

b) Z przechyleniem wątroby ku przodowi lub tyłowi.

3) Położenie wątroby pionowe, albo skośne, z pozostawianiem prawego zraza wątroby w normalnem miejscu, albo z przesunięciem na prawo i opuszczeniem lewego zraza w dół jamy brzusznej.

Obok powyżej wymienionych czynników, bądź bezpośrednio, bądź pośrednio do powstawania wątroby ruchomej się przyczyniających, zwykle potrzeba jeszcze w największej ilości przypadków osobnej jakiej na razie działającej przyczyny okolicznościowej, połączonej bądź z gwałtownym, krótkim, lub ciągłym, długim, często się powtarzającym wstrząsem, bądź z nadmiernem działaniem tłoczni brzusznej. I tak obserwował LANDAU w jednym przypadku powstawanie ruchomej wątroby u młodej dziewczynki w kilka tygodni po podniesieniu z wielkim wysiłkiem fortepianu. U innej młodej dziewczynki znowu w cztery lata po powtarzających się peryodycznie w ciągu czterech lat, corocznie na wiosnę, i cztery miesiące trwających katarach, połączonych z nadzwyczajnem kichaniem. W przypadku ROSENKRANZ'a powstała ruchoma wątroba w trzy miesiące po wymiotach, które trwały bez przerwy 21 godzin. LANGENBECK'a chora na kilka tygodni przed wystąpieniem ruchomej wątroby

spadła ze schodów. SCHOTT (29) widział powstanie wątroby ruchomej u pewnej kobiety w kilka tygodni po dłuższy czas trwającym rozwolnieniu naprzemian z wymiotami.

Co do przebiegu i rokowania w wątrobie ruchomej, to, o ile się ona nie wikła z innymi sprawami chorobowymi, zazwyczaj nie wywołuje żadnych groźnych objawów i dla tego rokowanie daje dobre co do życia. W ostro powstałych formach, wskutek silnego urazu, co się wszakże nadzwyczaj rzadko zdarza, wątroba może nawet powrócić do normalnego swego położenia, wskutek wytworzonych zlepow perytonicznych między przeponą a wątrobą, sklejających je wzajemnie ze sobą. W zwykłych zaś przypadkach ruchomość pozostaje niezmienną.

Rozpoznawanie wątroby ruchomej powinno się opierać na następujących danych:

- 1) na obniżeniu jasnego płucnego odgłosu opukowego po za granice normalne ku dołowi na prawej stronie klatki piersiowej z przodu,
- 2) na braku tępości wątrobowej w normalnym miejscu,
- 3) na obecności dużego, ruchomego guza w jamie brzusznej,
- 4) na możności wykazania wymacywaniem guza, kształtu jego, odpowiadającego kształtowi wątroby,
- 5) na możności odprowadzenia guza na miejsce, normalnie przez wątrobę zajmowane w leżącym położeniu chorego, z wyjątkiem tych przypadków, w których ruchomość wątroby wikła się z cierpieniem, wywołującym znaczne powiększenie objętości i wagi wątroby.

Zdawało się, że, trzymając się przytoczonych dopiero co punktów wytycznych, omyłka w rozpoznaniu powinna być niemożliwą, a jednak fakt, że wątroba ruchoma tak rzadko bywa rozpoznana, dowodzi, że albo bywa przeoczona, albo z innymi stanami patologicznymi zmieszana. Okoliczność zaś, że w trzech, jako wątroba ruchoma, rozpoznanych przypadkach, a mianowicie P. MUELLER'a (30), A. SMITH'a (31) i W. LAGG'a, sekcyja rozpoznania nie potwierdziła, dowodzi, że mogą zachodzić trudności rozpoznawcze nawet tam, gdzie o rzeczonem cierpieniu myślano. W przypadku MUELLER'a sekcyja wykazała raka sieci, w przypadkach zaś A. SMITH'a i W. LEGG'a nowotwory nerkowe.

Utrudnione może być rozpoznanie jeszcze i tem, że dość często wątroba ruchoma wikła się z innymi stanami chorobowymi. I tak: na ośm przypadków, obserwowanych przez CHWOSTEK'a, w czterech tylko nie było żadnego powiększenia, pozostałe zaś cztery jednocześnie wikłały się z inną sprawą chorobową, a mianowicie z nerką wędrującą, ze śledzioną wędrującą, z ropniem wątroby i z przewlekłą żółtaczką. Z trzech przypadków WASILIEWA jeden tylko był niepowiększony, z pozostałych zaś dwóch jeden przebiegał z żółtaczką i obrzękiem kończyn, a drugi z malaryą. W przypadku LANGENBECK'a na rok przed powstaniem wątroby ruchomej robiona była na chorej operacyja przyszcycia ruchomej prawej nerki. Między choremi LANDAU'a, u jednego wikłała się wątroba ruchoma ze śledzioną wędrującą, u drugiej z nerką ruchomą. Przy-

padki KRANOLD'a i TRUSH'a były powikłane rakiem wątroby, mój nareszcie i ruchomą nerką i rakiem wątroby.

Wikłanie się wątroby ruchomej z ruchomością innych narządów, w jamie brzusznej zawartych, jak: nerki lub śledziony, które, jak uczy obserwacya, nie tak rzadko tej anomalii podlegają, niema w sobie nic dziwnego. Przeciwnie potwierdza tylko ogólne prawo, że następstwa tej siły działającej stoją w prostym stosunku do natężenia tej siły. Spodziewane zaś nie tak rzadko stosunkowo wikłanie się z rakiem wątroby ma, zdaniem mojem, doniosłe znaczenie, które nie powinno zostawać bez wpływu na wskazania terapeutyczne. Nie sądzę, żeby wywołane rakowatęm zwyrodnieniem mięszu wątrobowego powiększenie objętości i wagi całego narządu można uważać za przyczynę, wywołującą zapchnięcie wątroby z jej prawidłowego miejsca anatomicznego. Sprzeciwia się podobnemu przypuszczeniu stanowczo rzadkość przypadków wątroby ruchomej w stosunku do częstości obserwowanych raków wątroby. Naturalniejszem wydaje mi się rozumowanie, że zepchnięta ku dołowi jamy brzusznej wątroba, podlegając przez dłuższy przeciąg czasu ciągłemu szarpaniu, zewnętrznym uciskaniom i innym tego rodzaju drażnieniom, nieuniknionym w zwykłych warunkach powszedniego życia, w pewnych razach może uleść rakowatęmu zwyrodnieniu. Przypadek KRANOLD'a potwierdza pogląd ten jak najzupełniej. Chora jego lata całe znajdowała się w obserwacyi lekarskiej od chwili skonstatowania u niej wątroby ruchomej. Przez lata całe spostrzegane u niej objawy chorobowe, tak przedmiotowe, jak podmiotowe, wskazywały na istnienie prostej, niczem nie powikłanej ruchomości wątroby. Dopiero po kilku latach trwania takowej zaczęto spostrzegać większe natężenie napadów boleści, nie łagodniejących już w położeniu leżącym chorej, powolne twardnienie mięszu wątrobowego, stopniowe wytwarzanie się twardych guzowatości w wątrobie, coraz bardziej się powiększających i pociągających za sobą zwiększenie objętości i wagi całej wątroby. Później wystąpiły: żółtaczkę, obrzęki nóg, puchlina i śmierć wśród objawów ogólnego charlaetwa. Sekcyę potwierdziła istnienie raka wątroby. I w moim przypadku zupełnie analogicznym nie wątpię, że Chaja B... lata całe chodziła z opuszczoną ku połowi jamy brzusznej wątrobą. Znośne boleści, towarzyszące niepowikłanej wątrobie ruchomej, nie zwracały uwagi biednej chorej. Dopiero z chwilą rozwijającego się zwyrodnienia rakowatego w wątrobie bóle takiego nabrały natężenia, że chora zdecydowała się nareszcie szukać pomocy lekarskiej, niestety, wtedy już niemożliwej. Zresztą wpływ urazu, nie tyle ostrego, krótkiego, ile ciągłego, przewlekłego, choćby niezbyt silnego, na powstawanie nowotworów złośliwych dostatecznie jest znanem. Tak np. wiadomo, że bardzo częsty u skrytojędrnych (*kryptorchides*) jądro, zatrzymane w kanale pachwinowym, po pewnym przeciągu czasu wskutek ucisku i drażnienia, na jakie przy chodzeniu i innych ruchach jest wystawione, podlega zwyrodnieniu rakowatęmu. Związek ten między urazem a powstawaniem chorób wewnętrznych przedstawił w ostatnich czasach H. STERN (33) w osobnej pracy.

Powołując się co do powstawania raków po urazie na prace LOEWENTHAL'a (34), ZIEGLER'a (35) i GOCKEL'a (36), nie podaje wszakże procentowego sto-

sunku, jaki się daje spostrzegać we wzajemnej ich od siebie zależności. Odnosnie do rakowacenia wątroby ruchomej wynika, co następuje. Wyluczając z 31 przypadków, przed LANDAU'em obserwowanych, trzy, w których sekcyja rozpoznania wątroby ruchomej nie sprawdziła, spostrzegano wśród poczetu tych 28 przypadków wątroby ruchomej rakowate zwyrodnienie jej dwa razy, na 14 przypadków LANDAU'a i wraz z moim cztery przypadki, później zaś raz jeden. Wypadnie więc na 46 przypadków wątroby ruchomej zwyrodnień rakowatych trzy, czyli 6,5%, co przedstawia w każdym razie dość poważną szansę zapadnięcia na nieuleczalną, bezwzględnie śmiertelną chorobę. Żeby więc chorych, dotkniętych wątrobą ruchomą nie narażać na niebezpieczeństwo zachorowania na raka wątroby, powinna w każdym przypadku, im wcześniej, tem lepiej, po odprowadzeniu wątroby na jej właściwe miejsce, takowa odpowiednimi przyrządami mechanicznymi, jak np. gorsetami, przez LANDAU'a wymyślonymi, być podtrzymywana. A może tutaj niebawem chirurgia wkroczy ze swoją radykalną terapią. Już LANDAU podaje, że KISTER (38) proponował przysycie wątroby. Od 1885 r. wskutek wydoskonalenia tak techniki chirurgicznej, jak i metody aseptycznej i antyseptycznej, wszelki zabieg chirurgiczny, zwłaszcza tyjący się jamy brzusznej, zyskał na pewności i bezpieczeństwie. I rzeczywiście RICHELOT w przytoczonym przezemnie przypadku za pomocą hepatopeksyi, t. j. przysyciem wątroby do normalnego miejsca przyczepienia, chorą swoją raz na zawsze od cierpień uwolnił i od możliwego niebezpieczeństwa zapadnięcia na nieuleczalną chorobę uchronił.

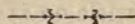
L I T E R A T U R A.

- 1) BIANCHI T. B. Historia hepatica seu theoria et praxis omnium morborum hepatis et bilis. T. I. II. — 2) BONNET. Traité des maladies du foie. Paris. 1822. St. 1841. — 3) FRERICHS Th. Klinik der Leberkrankheiten. 2 Band. Braunschweig. 1858. — 4) DA COSTA. Handbuch der speciellen medie. Diagnostik. Nach der 5-ten Aufl. der „Medical Diagnostic“ bearbeitet v. Dr HUGO. ENGEL und Dr CARL POSNER. Berlin. 1883. — 5) CANTANI. Ann. Universal. di Medicina 1866. — 6) MEISSNER. SCHMIDT's Jahrb. a) 1867. Nr. 1. b) Nr. 2. 1871. — 7) LEOPOLD. Archiv für Gynekol. 1874. — 8) BIETT. Le foie mobile. Thèse de Paris. 1876. — 9) LEGG St. Bartholom. Hospital. Rapports. 1877. — 10) LANDAU Léop. Die Wanderleber und der Haengebauch der Frauen. Berlin. 1885. — 11) ROSENKRANZ H. Zur Casuistik der Wanderleber. Berlin. klin. Woch. 1887. Nr. 38. pg. 715. — 12) LANGENBECK. Fall von Wanderniere und Wanderleber. a) Berl. klin. Woch. 1889. Nr. 13. 23 Sitzung der freien Vereinig. der Chirurgen. Berlin. von 11 Maerz. 1889. b) Berl. klin. Woch. 1891. N. 68. 35 Sitzung der freien Vereiu. der Chirurg. — 13) RICHELOT. Gaz. des Hôpitaux. 1894. N. 82. Ther. Mon. H. 1894. Nr. 8. — 14) DE SAUVAGES François. Boissier. Nossol. method. sistems morbor. classed. Amstalos. 1768. T. I. — 15) PORTAL Antoine. Cours d'anatomie medicale ou éléments de l'anatomie de l'homme. Paris. An. XII. 1804. T. V. Pg. 323. — 16) CANTANI. L. c. 17) CANTANI. L. c. 18) PIATOLLI Romolo. Fegato ambulante. Rivist. Clinie VII. P. 239. 1868. VIRCHOW. HIRSCH. Jahresbericht. 1868. Bd. IV. S. 142. — 19) MEISSNER. L. c. — 20) WINKLER. Zur Casuistik und Aetiologie der Wanderleber. Arch. f. Gynaek. Bd. IV. S. 104. 1872. — 21) SUTUGIS W. Zur Casuistik der Wanderleber. Arch. f. Gynäkol. Bd. VIII. S. 531. 1875. — 22) CHVOSTEK Fr. Ein Fall einer wandernden Leber. Wiener medic. Presse. 1876. Nr. 26, 27, 29, 30. Ein neuer Fall von Wanderleber. — 23) KRANOLD Julius. Zur Casuistik des Wanderleber. Med. Correspbl. für Württemberg. 14 Juni. 1884. Nr. 21, 22. — 24) THIERFELD. ZIEMSEN's Handbuch der spec. Pathol. und Therapie. 8 Bd. I Heft. 2 Aufl. S. 43. 1880. — 25) WASILIEW M. P.

Ectoppia hepatis et lienis. Aus der BOTKIN'sche Klinik. Petersburg. Med. Woch. 1876. Nr. 30. — 26) TEMPINI. Gazz. Lomb. T. II, XXXV. Nr. 30, 31, 32. 1875. s. SCHMIDT's Jahrbuch. Bd. 170. S. 142. — 27) SCHWARZ F. Zur Casuistik der Wanderleber. Wiener med. Blätter. 1883. Nr. 23, 24. — 28) LANELON L. L. c. — 29) SCHOTT Th. Zur Lehre von der Wanderleber. Deutsch. med. Ztschr. Bd. VIII. 1822. Nr. 21, 22. — 30) MUELLER P. Zur Diagnose der Wanderleber. Deutsche Arch. für klin. Med. Bd. XIV. H. 1, 1875. — 21) SMITH. Movable tumour in the abdomen, simulating movable kidney neeropsy displacement of liver. Lancet. April. I. 1883. — 32) TRUSH. A wandering liver. The obstetrical Gazette. Cincinnati. July. 1882. — 33) H. STERN. Uraz, jako przyczyna chorób wewnętrznych. Ergebn. der allg. Pathol. Herausgeb. von LUBARSCH u. OSTERTAG. III Jahrb. Ref. Czasopismo Lekarskie. 1898. N. 1. str. 35. — 34) LOEWENTHAL. Arch. f. klin. Chir. T. 49. Czas. Lek. I. str. 36. — 35) ZIEGLER. Münch. med. Woch. 1895. Czasop. Lek. 1899. Nr. 1. — 36) GOCHEL. Arch. f. Verdauungskr. II. 1896. Czas. Lek. 1899. — 37) KISBERT. G. [Madrid]. Ein Fall von Wanderleber. Hepar migrans. Hígado ambulante Berl. klin. Woch. 1884. 16 Juni Nr. 24.

STAN I POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 49].

Przynajmniej na sali pacjent szpitalny czuje się zupełnie zadowolonym wtedy, gdy mu jest ciepło; o zaduch mniejsza, wszak do zaduchu, może nieco lżejszego, przywykł on dostatecznie w domu. Inaczej rzecz się ma na kurytarzu: tu najwytrzymalszy zębami dzwonić musi, zarówno chory, odziany w szlafrok sukieny, jako też i lekarz, przyobleczony w płócienną kapotę; pan intendent, przechadzając się po kurytarzu w futrze, nie odczuwa pewnie chłodu i może nie zwraca uwagi na to, że chorzy prawie nie wyścibiają nosa z sali, a już zmuszeni przejść przez kurytarz biegną co hyżej do łóżka. Oczywiście pieców na kurytarzach albo niema, albo jest za mało; pewnem jest jednak, że mogłyby one być opalane mocniej lub po dwakroć na dobę; nadto powinnyby być termometry, które sprawdzałby sam intendent. O przewietrzaniu kurytarzy w zimie nikt nie myśli: poczęści same wietrzą się przez częste otwieranie drzwi; zresztą po co ostudzać już i tak dość jędrne powietrze na nich.

Nadzór nad utrzymaniem porządku i czystości należytej kąpieli szpitalnej jest obowiązkiem intendenta. W rzeczy samej jedna izba, mieszcząca w sobie wannę, poczekalnię i rozbieralnię, oczom widza przedstawia się jako brudna, cuchnąca nora, którą zazwyczaj biela raz tylko do roku, może dlatego, że tak czy owak prędko zabrudzić się musi.

Szczególniej wstępną ma wygląd kąpiel ogólna, przez którą przechodzą wszyscy prawie chorzy, wstępujący do szpitala; właściwie mówiąc, jest ona nie tyle czyszcem, ile piekłem prawdziwym, z którego chorzy oczywiście nie dostają się do raj.

Przy pewnem usiłowaniu możnaby nawet taki mizerny przybytek higieny uczynić poniekąd znośnym, a to za pomocą należytego przewietrzania i oczyszczenia izby po każdej kąpieli, wreszcie za pomocą częstszego, przypuśćmy raz na miesiąc, bielenia ścian i sufitu.

Może smutniejszy, niż w kąpieli, daje się spostrzegać obraz nadzoru nad ustępami. Co prawda, są one wadliwe we wszystkich szpitalach, zarówno skanalizowanych, jak i nieskanalizowanych, jednakże i tu i tam pewne zarządzenia higieniczne mogłyby choć poczęści zapobiedz złemu i udaremnić wielce szkodliwe nieraz skutki chwilowego nawet pobytu chorych w ustępie.

W szpitalach nieskanalizowanych powszechnym jest system dołowy z rurą wentylacyjną, zaopatrzoną w palnik gazowy, jako motor. O ile motor ten jest mocniejszy, o tyle wydalanie gazów z dołu ustępowego jest szybsze i większe. Jakkolwiek system ten ustępuje pierwszeństwa kanalizacji spławnej, nie mniej przeto może być dość dobrym przy umiejętnym eksploataowaniu. Tymczasem w szpitalach wychodki te straszliwie cuchną zarówno zimą, jak i latem, a każdy z sedesów, zięjący niesłychanym zaduchem, przypomina poniekąd trójnog wyroczni delfickiej. Nie wiele pomoże tu otwieranie okien w każdej porze roku, albo też smarowanie ścian smołą gazową lub dziegciem; przyczyny złego szukać należy w bezczynności lub niedostatecznej działalności motoru, t. j. palnika gazowego, co z uwagi na wszechpotężny kierunek oszczędnościowy w szpitalu zupełnie jest zrozumiałe. Nadto higiena uczy, że zawartość dołów powinna być przy tym systemie odwietrzana i odwaniana; pierwsze niezmiernie ważne w szpitalach ma na celu zniszczenie zarodków chorobotwórczych i łatwo osiąga się za pomocą żrącego wapna lub nieoczyszczonego kwasu solnego; drugie zaś zapobiega wywiązywaniu się cuchnących gazów, a to za pomocą koperwasu żelaznego lub nieoczyszczonego chlorku manganu. Zamiast przeto smarować ściany i tym sposobem powiększać zaduch, należałoby stosować z widoczną korzyścią przynajmniej jeden z wyżej wspomnianych sposobów.

Co się tyczy ustępów skanalizowanych, to w szpitalach są one nieco lepsze niż pierwsze, pozostawiają jednak wiele do życzenia z uwagi na brak wentylacji i ogrzewania. Co prawda, istnieją w nich piece, ale chyba tylko od parady; nigdy bowiem od chwili swego postawienia nie zaznały ognia. Pocóż palić w zimie, skoro i tak ciepło ucieknie przez otwarte okna. Tymczasem jest rzeczą oczywistą, że tenże sam piec może być dobrym ogrzewaczem i wcale niezłym wentylatorem. Czyż wobec takich warunków można dziwić się, że częstokroć ludzie, zdrowiejący po ciężkich chorobach, nabawiają się w cuchnących, a nadewszystko zimnych ustępach szpitalnych nowych cierpień, między innymi zapalenia płucnej.

Z powyższego widzimy, że nadzór nad ustępami, spoczywający w rękach intendenta, nieodzownie wymaga nie tylko znajomości, lecz izrozumienia niewzruszonych zasad higieny, inaczej bowiem niewinne napozór wykroczenia na tej srodze oplakane niekiedy pociągają za sobą skutki.

Nader ciekawe zjawiska widzieć się dają w dziale konserwacji budynków szpitalnych. Jak powiedziano wyżej, dział ten całkowicie spoczywa w rękach intendenta: pod jego okiem odbywają się wszelkie odnowienia i przeróbki; on sam wykazuje Radzie nieodzownie potrzebne roboty i zyskuje Jej upoważnienie bez żadnej przedniej kontroli. Skoro przyjrzymy się zblizka postępowaniu temu, to rychło dostrzeżemy na każdym kroku rażące błędy: nietyle istotna potrzeba, ile jakieś widzimi się jest najczęściej źródłem niepotrzebnych przeróbek; tymczasem całe mnóstwo braków pozostaje nietkniętem z roku na rok, jakby na urągowisko lekarzom, którzy przecieź żadnego głosu w sprawach szpitala nie mają. Dla poparcia słów powyższych moglibyśmy między innymi takie przytoczyć przykłady: w jednym ze szpitali sala operacyjna z biegiem czasu zyskała rozpaczliwy wygląd; gdy lekarz naczelny i ordynator zwrócili uwagę intendenta na popękany we wszystkich kierunkach piec oraz na odpadający całymi plastrami tynk ze ścian, tenże postanowił natychmiast zmienić w gabinecie lekarskim podłogę, która doskonale mogła służyć jeszcze kilka lat i więcej; dano wprawdzie podłogę nową i równie nikczemną, jak poprzednia stara, lecz, co najważniejsza, stało się zadość postanowieniu intendenta. Niewątpliwie odnowienie sali operacyjnej kosztowałoby drożej, niż podłoga w gabinecie; ściany wytrzymają jeszcze czas jakiś, a choćby cały nawet tynk odpadł, to jeszcze nic złego nie stanie się; wszak w tym samym szpitalu runął niedawno na sali chorych sufit na parulokciowej przestrzeni, a przecieź nic złego nikomu się nie stało. W innym

znowu szpitalu od szeregu lat dotkliwie daje się uczuć stały brak gazu na jednej z sal operacyjnych. Nie będziemy roztrząsali, czy przyczyna braku tego tkwi w niedostatecznym wymiarze rur, czy też w wadliwości gazomierza, dość, że przez długie lata nie umiano, czy też nie chciano zaradzić złemu. Biada lekarzowi, który zmuszony był częstokroć robić operację wieczorem lub w nocy; nie chce się wierzyć nawet, że wobec zaledwie pstrzącego się światła gazowego musiał uzbrajać całą służbę oddziałową w świeczki, słowem, męcząc niesłychanie wzrok, pracował wśród warunków gorszych, aniżeli w jakimś najuboższym domu, posiadającym jednak lampę naftową.

Najciekawszą, bądź co bądź, sprawą w dziale gospodarki szpitalnej jest coroczne odnawianie sal szpitalnych. Jakkolwiek robota ta odbywa się z rozporządzenia Rady Miejskiej, jednak dzieje się ona, a właściwie wlecze się pod okiem intendenta, który przecież mógłby tu wiele złego naprawić. Zazwyczaj Rada powierza odnawianie przedsiębiorcy. Coroczne odnawianie takie polega na wymyciu ścian malowanych farbą olejną, na pobieleniu ścian zaprawionych farbą klejową, dalej na odświeżeniu lamperyi, wreszcie na pomalowaniu podłóg, co zazwyczaj wykonywa służba szpitalna. Zaledwie godzi się nazwać robotę taką odnawianiem; jest ona raczej zamazaniem tylko starych brudów, a to dla zaspokojenia oczu. Rzeczywiście odnawianie odbywa się co kilka lat, mianowicie wówczas, gdy skrobie się całkowicie ściany, zaprawione farbą klejową, lub maluje się na świeżo ściany olejne. Mając na względzie powyższe szczegóły, zdawałoby się, że robota taka nie powinna trwać długo; tymczasem kampania ta trwa miesiące, właściwie, mówiąc przez całe lato i początek jesieni wszystkie szpitale są w straszliwym nieładzie wskutek owego oczyszczania; pozostali w szpitalu tylko ciężko chorzy bywają ustawicznie przerzucani z miejsca na miejsce, z jednej sali do drugiej, zresztą i na kurytarz; tu cierpliwie czekać muszą, dopóki nie wykończy się ich własna sala lub inna, w której mogliby pomieścić się jako tako.

Słowem, w całym tak zwanym odnawianiu widać ogromną powolność i dość wyraźne niedbalstwo. Prawie cała tu wina leży po stronie przedsiębiorcy robot i jego umowy z Radą Miejską; wskaże intendent ma prawo domagać się, o ile można, lepszego wykonania roboty oraz żądać energicznie szybszego wykończenia przy odpowiednim ułożeniu porządku tychże robot. Jeżeli przez rok cały odbywa się wędrownica chorych od szpitala do szpitala, a to z powodu braku łóżek, to może najpotężniej daje się ona we znaki podczas lata w epoce owych odnawień: wówczas chory tygodniami tuła się od bramy jednego szpitala do drugiego; wszędzie słyszy tylko zimną, beznadziejną odpowiedź „niema miejsca”; wreszcie jakby na jakie urągowisko otrzymuje od lekarza miejscowego za pośrednictwem felczera kartkę odmowną. Przyczyny tak dotkliwego braku łóżek w lecie szukać należy w jednoczesnem prawie rozpoczęciu odnawień we wszystkich szpitalach. Rzecz prosta, że przedsiębiorcom po zawarciu umowy z Radą Miejską nie chodzi o jak najlepsze i jak najszybsze wykonanie robot, lecz chodzi przede wszystkim o to, aby zyskać jak najwięcej, dlatego też przy wzmóżonym ruchu budowlanym, a więc wysokiej cenie robotnika, przedsiębiorca wykonywa odnawianie to z najmniejszą, o ile można liczbą i to najlichszych rzemieślników, tudzież ociąga się z robotą do schyłku lata, gdy robotnik staje się już tańszym. Gdyby Rada Miejska postanowiła odnawiać szpitale po kolei, a przedsiębiorcę zobowiązała ściśle ograniczonym czasem, wówczas nie byłoby prawdopodobnie tak wielkiego braku miejsc podczas lata. Niezawodnie również samo odnawianie zyskałoby i na jakości, gdyby Rada Miejska powierzała sprawę tę zarządowi każdego szpitala z osobna.

A więc przyglądając się raz jeszcze obowiązkom intendenta, musimy przyznać, że są one dość rozległe, wymagają koniecznie pewnej znajomości higieny, nadto są nieraz bardzo trudne wobec znacznego skrępowania przez Władzę

Wyższą. Za wszystkie błędy i braki w gospodarce szpitalnej niepodobna jest winić wyłącznie intendenta: przyczyna braków tych leży głębiej; on sam zaś częstokroć musi być tylko wykonawcą rozporządzeń, płynących z góry, a nie wyczerpujących dostatecznie istotnych potrzeb szpitala. Co się tyczy błędów, to jakkolwiek niejednemu z intendentów dobro szpitala może leżeć na sercu, nie mniej przeto robi on je wskutek nieznamomości głównych zasad higieny, dlategoż uważalibyśmy za słuszne i wielce pożądane, aby władza lekarza naczelnego rozciągała się całkowicie ponad obowiązki intendenta, aby tenże lekarz wobec Rady Miejskiej był jedynym rzecznikiem i obrońcą potrzeb i ulepszeń w dziale gospodarki szpitalnej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

118. Legueu. Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego (appendicitis).

Wyrostek robaczkowy, będący w stanie zapalnym, jest ogniskiem zakaźnym [septycznym] i toksycznym; pierwszym — bo, z początku umiejscowiony, rozejść się może po otrzewnej i sprowadzić jej zapalenie; drugim — bo produkty jego, dostawszy się do krwi, działają zgubnie na niektóre narządy i mogą nawet sprowadzić śmierć. Bezpośrednie i możliwie wczesne usunięcie wyrostka, uległego zapaleniu, staje się najlepszym środkiem dla uleczenia objawów obecnych i zapobieżenia przyszłym. Tymczasem ta prawda nie bez trudności się przyjęła. Dawno już prof. DIEULAFOY głosił o dobrodziejstwach wczesnego wykonywania tej operacji. Silny poparciem takiej powagi, bronił LEGUEU 2 lata temu zasadyszybkiej i stałej interwencji. Lecz wtedy było jeszcze wielu przeciwników tej zasady: po 1) internści, wierzący w skuteczność leczenia terapeutycznego, po 2) ci chirurdzy, którzy nie byli jeszcze przekonani o pożytku operacji poza ropieniem lub zapaleniem otrzewnej. Od tego czasu wiele się zmieniło: ilość faktów wzrosła i ujawniła niebezpieczeństwa wyczekiwania, a dobrodziejstwa operacji. Zasady DIEULAFOY, które z początku podniosły burzę, zostały przyjęte przez wszystkich, jako ostateczna formuła postępowania. Zasady te są następujące:

1) Zapalenie wyrostka robaczkowego należy do chirurgii; chory winien być operowanym pod grozą ciężkiego niebezpieczeństwa.

2) Leczenie wewnętrzne zapalenia wyrostka robaczkowego jest niewłaściwe, bo ani nie wstrzymuje sprawy zapalnej, ani nie zapobiega zapaleniu otrzewnej.

3) Każde zapalenie wyrostka winno być operowane wczesnie, t. j. jak najprędzej po rozpoznaniu.

Gdy wszyscy internści przejmą się temi prawdami, śmiertelność od tej choroby znacznie się zmniejszy. Dla wyjaśnienia wyżej powiedzianego autor kolejno rozpatruje:

- 1) wskazania do operacji przy wzmiankowanym cierpieniu,
- 2) technikę operacyjną i
- 3) powikłania oraz dalsze następstwa.

I.

Wskazania terapeutyczne. Zasada nakazuje w razie zapalenia wyrostka robaczkowego niezwłocznie przystąpić do operacji. Jednak, wobec wielkiej różnaitości przypadków operacja nie zawsze może się wydawać potrzebną, natomiast leczenie wewnętrzne odpowiedniejszem. Te dowody na korzyść wewnętrznego leczenia autor poddaje szczegółowej krytyce. Zapalenie wyrostka robaczkowego występuje w 4 odmianach:

- 1) ogólnego zapalenia otrzewnej (*peritonitis generalisata*),
- 2) kołokątnicowego (*abscessus pericoecalis*),
- 3) ostrego zapalenia wyrostka i
- 4) przebytego zapalenia wyrostka.

Postępowanie zmienia się zależnie od formy cierpienia.

1) W razie ogólnego zapalenia otrzewnej rozpoznanie nie zawsze jest łatwe z powodu zbijających z tropu objawów i postaci. Bywają przypadki przejściowe między prostym zapaleniem wyrostka a ogólnym zapaleniem otrzewnej: wtedy niepewność jest zupełnie usprawiedliwioną. Jest to argument, którego autor używa dalej dla obrony zasady wczesnego operowania przy ostrym lub ostrawem zapaleniu wyrostka, na razie jednak autor rozpatruje klasyczne jedynie formy zap. wyrostka. W przebiegu zapoznanego tego cierpienia, na trzeci dzień, czasem później, znajdujemy chorego z wyraźnym wzdęciem brzucha. Bolesność brzucha na ucisk powszechna, z przewagą jednak w okolicy podpepkowej i w obu dołach biodrowych. Całkowite wstrzymanie kału i gazów. Wymioty zielone o zapachu kałowym, ciepłota podniesiona do 38°, częściej niż do 39°, tętno małe, szybkie [do 140 i więcej] i niewyraźne. Chory jest zatrwożony i niespokójny, oddecha źle i szybko. Niekiedy jednak czuje się dobrze, lecz twarz ma tak charakterystyczny wygląd, iż od razu nasuwa określenie „*facies peritonealis*”. Do niedawna błędnie rozpoznawano w takich razach *occlusio intestinorum*, lecz szybkie tętno, podniesienie ciepłoty, wzdęcie i rozlana bolesność brzucha, oraz przebieg choroby nie mylą. Wahać się można jedynie co do miejsca powstania zapalenia otrzewnej. W danym przypadku i chirurgowie i interniści zgadzają się, iż operować trzeba—pierwsi, żałując, iż tak późno ich wezwano, drudzy, przyznając skromnie, iż nie mają już co do roboty. Operacja jest nagłą, życie chorego z każdą minutą straconą jest coraz więcej narażone. Wyniki laparotomii w tych warunkach są mało zachęcające, lecz winą jest tu zbyt późne oddanie chorego w ręce chirurgów. Natomiast 20% wyzdrowień jest wyłączną zasługą laparotomii. Wobec tak małego pożytku laparotomii w podobnych razach, wielu chirurgów zadawałniam się zastrzyknięciem surowicy i kofeiny, a JALAGUIER w trzech przypadkach uzdrowił nawet chorych. Wahanie w podobnych przypadkach jest tembardziej usprawiedliwione, iż nie wszystkie formy ogólnego zapalenia otrzewnej jednakowo się nadają do interwencji. Większa część wyzdrowień po laparotomii ma charakter rozlanego zapalenia otrzewnej ze zrostami lub też licznych ognisk otrzewnowych. Takim jest zdanie JALAGUIER'a, a analiza spostrzeganych faktów potwierdza je. Nadaje się jeszcze do operacji zap. otrzewnej o wielkich ogniskach otorbionych, zajmujących $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{2}$ jamy brzusznej. Przeciwnie, forma, opisana przez JALAGUIER'a pod nazwą septycznego rozlanego zap. otrzewnej, właściwa *intoxicatio peritonealis*, jest prawie nieuleczalną. JALAGUIER zaleca w razie rozpoznania tej formy wstrzymać się od wszelkiej interwencji. Lecz wszystkie te formy, różne co do rokowania, są niemożliwe klinicznie do określenia. Tymczasem JALAGUIER usiłował opisać zap. otrzewnej rozlane septyczne: tutaj niema meteoryzmu, ciepłota 37°, tętno niezliczalne, oddechanie prawidłowe o typie brzuszny, język wilgotny, czerwony na końcu i brzegach, twarz zatrwożona, ołowiano-żółtawa. Po otwarciu jamy brzusznej znajdujemy rozciągnięte pętlice jelitowe o naczyniach napelnionych, pływające w mętnym płynie surowiczym; ropy brak. Tej najcięższej formy nigdy nie można rozpoznać na pewno. Trzeba więc operować, gdyż ten sposób postępowania daje najwięcej widoków na uratowanie chorego. Wstrzykiwania surowicy i kofeina są wymienionymi środkami pomocniczymi, lecz laparotomia z następnem przemyciem otrzewnej jest dużo skuteczniejszą. Wyzdrowienia w tych warunkach są wyłączną zasługą laparotomii. Dla ilustracji powiedzianego autor przytacza następujący przypadek: stan ogólny chorego był ciężki

tętno nie wyczuwało się tak, iż autor obawiał się zejścia śmiertelnego na stole operacyjnym. Mimo to chory, operowany prawie z niechęcią przez autora, wyzdrowiał.

2) W razie ropnia kolokątnicowego rozpoznanie jest łatwe: obok klasycznych objawów w dole biodrowym znajdujemy pod spazmatycznie skurczonym mięśniem widoczne wzniesienie lub wyraźną ciastowatość. Chęłbotanie nie jest objawem koniecznym, gdyż występuje tutaj przy wielkich tylko ropniach. Stłumienie również może nie występować wskutek bliskości pętlic jelitowych. Zwlekanie aż do wystąpienia stłumienia pociąga za sobą najgorsze następstwa. Zdarzają się guzy, powstałe dzięki zrostom i *epiploitis periappendicularis*. Rozpoznanie kliniczne ich jest niemożliwym i nie zmienia zresztą sposobu postępowania, gdyż pośród zrostów kałdunkowych znajdujemy prawie zawsze przedziurawiony wyrostek, obok zaś ropień w miniaturze w okresie tworzenia się. Wszelki więc guz w okolicy dołu biodrowego w tych warunkach trzeba operować — na to zgadzają się i chirurdzy i interniści. Wyczekiwanie nie przynosi pożytku. Wprawdzie znane są liczne przypadki dawne, a pojedyncze dziś, w których taki ropień otwierał się do kątnicy; lecz wobec możliwości 1) przerwania się ropnia do jamy otrzewnej z następstwem tegoż, 2) ropni oddalonych, 3) ropni wątroby, 4) nacieczenia ściany kątnicy z następnym przedziurawieniem jej i utworzeniem przetoki (*fi-stula stercoralis*), nakoniec 5) zatorów śmiertelnych — trzeba przeciąć ropień, przez co sprawa ogranicza się i szybko postępuje ku wyzdrowieniu.

3) Co do sposobu leczenia ostrego zapalenia wyrostka, zdania są podzielone. Chirurgowie dzielą się w tej kwestyi na radykalnych i wyczekujących. Pierwsi operują jak najprędzej, drudzy wyczekują. Autor, należąc do pierwszych, rozpatruje dla wyjaśnienia sprawy wszelkie za i przeciw operacyi. Wyczekujący uzasadniają swe postępowanie tem, iż a) rozpoznanie z początku jest trudnem, b) leczenie terapeutyczne może sprowadzić rozejście się sprawy zapalnej i c) operacya na zimno mniej jest ciężką, niż na gorąco. Autor przeciwnie twierdzi, iż operacya jest wskazaną, gdyż 1) rozpoznanie jest możliwe w pierwszych godzinach, 2) wyczekiwanie grozi niebezpieczeństwem i 3) operacya na gorąco nie jest tak ciężką, jak twierdzą wyczekujący.

A. Z początku zapalenie wyrostka nie ma cech, nasuwających bezpośrednie rozpoznanie. Ból w dole biodrowym prawym bywa i w innych chorobach, szczególnie kobiecych. Wobec tego oportuniści wyczekują ukazania się objawów wyraźniejszych, radykalni zaś operują. Choć omyłki zdarzają się w razie wczesnego operowania, stanowią one jednak tak rzadkie wyjątki, iż nie można dla nich pozbawiać ogromnej większości chorych operacyi, ratującej im zdrowie i życie. Zresztą trudności rozpoznania nie są znowu tak wielkie. Objawy zwykle występują w ciągu 12—24 godzin. Prof. DIEULAFOX podzielił wszystkie formy na 3 działy. Do pierwszego należą przypadki z objawami wyraźnymi: żywymi bólami dołu biodrowego, szybkim podniesieniem ciepłoty, przyspieszeniem tętna, wczesnymi i częstymi wymiotami. Brzuch jest bolesny w różnych miejscach, ból jednak, naprężenie mięśni i nadczułość skórna najwięcej są wyrażone w okolicy wyrostka robaczkowego. Do drugiego działu należą przypadki o przebiegu łagodnym. Są one mniej łatwe do rozpoznania. Bóle w okolicy dołu biodrowego są słabe, gorączka mała lub żadna, wymiotów zwykle brak, zaparcie jest zwykłym. *Maximum* bólu w punkcie MAC BURNEY'a. W końcu dział trzeci stanowią skryte przypadki, w których nie brak głównych objawów, lecz obok nich występują inne: wymioty żółcią lub miazgą pokarmową, niekiedy rozwolnienie. W każdej jednak formie zapalenia wyrostka zawsze znajdujemy bolesną tróję: stały i wzrastający ból w okolicy wyrostka robaczkowego, naprężenie mięśniowe i nadczułość skórna. *Maximum* bólu odpowiada połowie

linii, łączącej pępek z przednim górnym kołcem biodrowym. Naczułość skórna wyraża się odruchowym, często bolesnym skurczem mięśni przy łaskotaniu. Dzięki temu połączeniu objawów można różniczkować zapalenie wyrostka od cierpienia, również wywołujących ból w dole biodrowym. Przy *colitis*, albo *enterocolitis*, bóle idą wzdłuż wstępnicy, poprzecznicy i zstępnicy, albo są rozlane. Kolka nerwowa zupełnie inny ma charakter. Niekiedy hysterya do złudzenia daje objawy zapalenia wyrostka. GLANTENAY przytacza przypadek, w którym pozornie chorego na zap. wyrostka operowano i znaleziono wyrostek zdrowy. Chorego operowano powtórnie i wycięto wyrostek, wciąż zdrowy dla oka nieuzbrojonego. Pod drobnowidzem znaleziono zarosnięcie bliznowe i zanikowe. Pomimo wycięcia wyrostka objawy powtórzyły się. Podobne przypadki są jednak nader rzadkie, choć zupełnie rzeczywiste, skoro jeden z nich doprowadził do wycięcia wyrostka. Poznać je można po braku gorączki i obecności innych objawów hysterycznych. W razie wątpliwości autor woli sam i zaleca innym operację nieużyteczną może, lecz nie ciężką, a często zapobiegającą wielkiemu niebezpieczeństwu, wynikającemu z nierozpoznania zapalenia wyrostka. U kobiet różniczkowanie pomiędzy zapaleniem wyrostka i zapaleniem przydatków jest często jeszcze trudniejsze. Omyłka jednak nie pociąga za sobą złych następstw, gdyż w każdym z wymienionych przypadków jest wskazana laparotomia, poczem można obejrzeć i wyciąć jajowody, albo wyrostek robaczkowy. Natomiast ważniejszym jest różniczkowanie między ostrem zapaleniem wyrostka a *pelveoperitonitis*, gdyż tu postępowanie w każdym z przypadków jest wręcz odmienne. Przy zapaleniu wyrostka objawy otrzewnowe występują wcześniej i silniej, niż w *pelveoperitonitis*: bolesność większa, wzdęcie brzucha i bezwład jelit wyraźniejsze, wymioty uporczywsze, twarz szybciej zmieniona, ciepłota podnosi się nagle. Różnice te nie są jednak nieomyślne. W razie niepewności rozpoznania skłonić się trzeba na rzecz operacji. Podczas ciąży zapalenie wyrostka występuje, zachowując zwykle swe objawy, co pozwala odróżnić je od zwykłych w ciąży wymiotów, niestrawności i kolki wątrobowej. Rozerwanie w przebiegu ciąży zewnętrzmacicznej ujawnia się objawami wewnętrznego krwotoku, różnymi od objawów zapalenia wyrostka. Zdarzają się i inne radsze trudności w rozpoznaniu i różniczkowaniu zapalenia wyrostka, naprz. w razie *situs inversus viscerum*. Lecz przypadki podobne dla swej rzadkości nie mają znaczenia. Wogóle można powiedzieć, iż zapalenie wyrostka rozpoznaje się w ciągu 24 godzin na zasadzie nagłego, wzrastającego bólu w prawej okolicy biodrowej, gorączki, przyśpieszenia tętna i zmiany stanu ogólnego — jest to zapalenie wyrostka ostre lub ostrawe. Rozpoznanie jest niekiedy trudnem w lekkich ostrych lub ostrawych przypadkach. Można wtedy wyczekiwać aż do ustalenia rozpoznania; zbyt długa jednak wątpliwość nasuwa konieczność operacji.

B. Interniści i chirurgowie-oportuniści, wiedząc, iż ostre zapalenie wyrostka może przejść bez śladu, są za leczeniem terapeutycznym, uznając operację za *ultimum refugium*. Leczenie to polega na zachowaniu zupełnego spokoju, dyecie płynnej, przyłożeniu pęcherza z lodem na brzuch i daniu wewnątrz wyciągu makowca w ilości 0,05. Środki przeczyszczające i ławatywy są surowo wzbronione, *derivantia* — zbyteczne. Wyniki u różnych statystyków są różne: SAHLI podaje 91%, BIERMER 98%, CHAUVEL 70% wyzdrowień. Dane CHAUVEL'a, jako najdokładniejsze, najwięcej zasługują na wiarę. Śmiertelność więc w tej chorobie, leczonej terapeutycznie, wynosi 30% —cyfra tak wysoka, jakiej nie daje żadna operacja, nie mówiąc o przypadkach zapalenia wyrostka, zbyt późno oddanych chirurgowi, a których liczba w ostatnich czasach znacznie wzrosła, co jest winą leczenia wewnętrznego.

Oportuniści chirurgowie zachowują się beczynnym wobec zap. wyrostka z obawy pogorszenia, starając się troskliwie czuwać nad stanem chorego, by w razie konieczności przystąpić do operacji. Pogląd ten jest błędnym, a czyn-

ność bezcelową dla trzech powodów: 1) w przebiegu tej choroby następują polepszenia; 2) pogorszenie występuje niekiedy niespodziane, nagle; 3) objawy pogorszenia nie są ani pewne, ani stałe. 1. Pozorne polepszenia, wpływając na odłożenie operacji, często sprowadzają śmierć. Zresztą polepszenie to dotyczy tylko części objawów, podczas gdy inne pozostają: tętno częste, brzuch wzdęty, ciepłota podprawkowa. 2. Wszelka czujność traci swe znaczenie wobec szybkości zmian. BERGER podaje przypadek, w którym w ciągu nocy wystąpiły objawy ogólnego zapalenia otrzewnej, przeciw któremu operacja była bezsilną. SEGOND przytacza przypadek zapalenia wyrostka u młodej kobiety w V miesiącu ciąży. Pozornie lekki w ciągu nocy pogorszył się tak, iż operacja nazajutrz w południe już nie mogła uratować chorej. Operacja, zrobiona natychmiast po rozpoznaniu choroby, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, uratowałaby chorą. 3. Co się tyczy objawów pogorszenia, to są one niepewne i niestałe. Niezgodność między częstością tętna a brakiem gorączki nie jest stałą. Bywają przypadki ogólnego zapalenia otrzewnej bez przyspieszenia tętna i podniesienia ciepłoty, chociaż po otwarciu jamy brzusznej znajdowano w podobnych razach ropę, lub, co gorsza, ciecz posokowatą. Podobnie zwodnicze są przypadki zapalenia wyrostka w dwa tempa: chory, pozornie zdrowy już, zapada po kilku dniach daleko ciężej i mimo operacji umiera. Nigdy więc nie można żałować, iż się zawczasie operowało, gdyż w ten sposób unikamy niebezpieczeństw wyczekiwania.

C. Oportuniści są przeciwni operowaniu na gorąco, gdyż jest ono jakoby niebezpieczniejszem od operowania na zimno, które daje tylko 1,65% śmiertelności. Mniemanie to jest błędne, gdyż operacja na gorąco, usuwając niebezpieczeństwo ogólnego zapalenia otrzewnej, jest łatwiejszą pod względem technicznym [brak zrostów]. Wszystkie przypadki, operowane w ciągu 4—10 godzin po wybuchu choroby, skończyły się wyzdrowieniem. Świadczą one, iż operowanie na gorąco nie tylko nie przedstawia niebezpieczeństw, ale przeciwnie, im wcześniej się operuje, tem pewniej spodziewać się można pomyślnego wyniku. Inny zarzut, robiony operowaniu na gorąco, dotyczy częstszego w tych przypadkach powstawania przepukliny wskutek jakoby drenowania. Lecz to ostatnie staje się koniecznym tylko w razie obecności ropy. Jeżeli więc będziemy operowali możliwie wcześniej, póki sprawa zapalna ogranicza się samym tylko wyrostkiem, to unikniemy konieczności drenowania. Zresztą drenowanie nie zawsze pociąga za sobą utworzenie przepukliny. Wielu chirurgów drenuje nawet po operacji na zimno, a mimo to przepukliny się nie tworzą.

Wnioski. Rozpoznanie zapalenia wyrostka jest łatwym nawet w pierwszych godzinach, wyczekiwanie — niebezpiecznym, operacja tem pewniejszą, im jest wcześniejszą: uznają to stopniowo nawet zwolennicy metody wyczekującej, którzy się o jej zdradliwości przekonali. Zasada ogólna wczesnej operacji staje się wprost nakazem w razie zapalenia wyrostka u kobiety w ciąży, gdyż wtedy grozi niebezpieczeństwo i matce i dziecku [śmierć od zatrucia, poronienie]. Zastosowanie ogólnej zasady jest różnym zależnie od okresu choroby, w jakim się jest wezwanym do chorego. W początku choroby trzeba operować z chwilą, kiedy objawy pozwolą na ustalenie rozpoznania. W przebiegu choroby operacja powinna być robioną możliwie najwcześniej. W końcu ostrego napadu, jeśli wszystkie objawy uległy polepszeniu, lepiej nie operować, lecz przeczekać 2—3 tygodnie aż do ustania choroby.

3. Wszyscy chirurgowie i znaczna część terapeutów zgadzają się, iż przebyte zapalenie wyrostka uprawnia do wycięcia pozostałego wyrostka robaczkowego. W praktyce jednak ze względu na nieznaczny procent (15—32%) nawrotów wielu wycina wyrostek dopiero w razie powtórzenia się napadu cierpienia. Postępowanie takie nie jest właściwem, gdyż zdarzały się przypadki śmierci chorych z nawrotem zapalenia wyrostka. Inni zwracają uwagę na charakter pierw-

szego napadu: jeśli był lekkim, radzą nie operować i odwrotnie. Lecz i to jest zawodne, gdyż po lekkim pierwszym napadzie choroby może nastąpić nawrót z zejściem śmiertelnem. Z tych względów autor radzi operować każdego chorego w ostrym lub ostrom okresie. Istnienie stałych bólów lub wzmaganie się ich za najłżejszym wpływem wskazuje na przewlekłe zapalenie wyrostka, a zarazem na niezwłoczną operację, jako środek uwolnienia się od niego.

II.

Operacja przy zap. wyrostka. Technika operacyjna jest różną zależnie od przypadku lub celu operacji [otworzenie ropnia lub wycięcia wyrostka robaczkowego]. 1. Przy ropnem zap. otrzewnej trzeba przystąpić do operacji możliwie najwcześniej, a samą operację ze względu na ciężki stan chorego robić możliwie najszybciej. Podczas operacji można zastrzyknąć surowicę, a gorącymi okładami i skrapianiem gorącą wodą starać się pobudzić siły chorego. Co się tyczy kierunku i miejsca cięcia, autor postępuje w sposób następujący: przy widocznym zapaleniu otrzewnej, a niepewnym wyrostkowym pochodzeniu jego, autor robi cięcie po kresie białej, a w razie rozpoznania zapalenia wyrostka dodatkowe cięcie w okolicy kątnicy. Jeżeli przeciwnie zapalenie wyrostka jest niewątpliwe, a zapalenie otrzewnej niepewne, postępuje odwrotnie. Cięcie długości 10 ctm. trzeba robić ostrożnie, by nie zranić stykających się z ścianą brzuszną, a rozdętych gazami jelit. Po otwarciu jamy otrzewnej wypływa cuchnąca ropa, pętlice są sklezione błonami fałszywymi. Przekonywamy się, iż doły biodrowe wypełnione są ropą; wtedy robimy w obu dołach biodrowych, a przynajmniej w prawym, jako pierwotnem ognisku, cięcie dodatkowe. Jeżeli znajdujemy wyrostek robaczkowy, wycinamy go. Następne przemycie fizyologicznym [0,7%] roztworem NaCl jest środkiem niewinnym, gdyż mało drażniącym otrzewną, a zarazem bardzo skutecznym, jako odkażający i zastępujący, dzięki wessaniu przez otrzewną, wstrzyknięcie surowicy lub takiegoż 0,7% roztworu NaCl. Po dokładnem przemyciu całej jamy otrzewnej [przyczem trzeba zwrócić uwagę na jamę DOUGLAS'a] zakładamy dren czy to włoskowaty z gazy, czy też z rurki. Autor łączy pierwszy z drugim: wstawia 2 duże dreny do rany lub ran okolicy dołów biodrowych. Od jamy brzusznej i jelit oddziela dreny kawałkami gazy jodoformowej i zamyka częściowo ranę 3—4 szwami, zabierającymi całą grubość ściany brzusznej. Przez 10 dni nic nie zmieniamy, poczem usuwamy gazę jodoformową, a dreny pozostawiamy aż do ustania ropienia. Cennym środkiem pomocniczym jest kilkakrotne wstrzykiwanie w żyły lub w tkankę podskórną 0,7% roztworu NaCl. Ogólna ilość wstrzykniętego w ten sposób płynu dochodzi do 2000,0.

2. W razie miejscowego guza w dole biodrowym cięcie długości 8—10 ctm. przeprowadzamy równoległe z łukiem POUPART'a i kilka ctm. nad nim do wysokości przedniego -górnego kolca biodrowego. Ścianę brzuszną przecinamy warstwami, niekiedy łatwo rozróżnianymi, niekiedy [w razie obrzęku i nacieczenia zapalnego] niemożliwymi do rozpoznania. Zbliżając się do otrzewnej, zdwajamy uwagę, by nie przeciąć stykającej się ze ścianą brzuszną, a zmienionej zapalnie kątnicy, jak to się zdarzyło autorowi. Po otwarciu jamy otrzewnej albo od razu spotykamy ognisko ropne, z którego ropa natychmiast wytryska — jest to przypadek prostszy, albo ognisko nie przylega do ściany. W pierwszym przypadku przedłużamy cięcie w celu ułatwienia odpływu ropy i jeżeli nie poszukujemy wyrostka, zakładamy dreny i częściowo [u kątów] zamykamy ranę. W drugim przypadku musimy przejść przez jamę otrzewnej. W celu uniknięcia tej operacji POIRIER przedłożył operację z tyłu, „*a posteriori*“, a mianowicie: po dojściu do otrzewnej, zamiast prze-

ciąć, oddzielamy ją od ściany brzusznej i jamy biodrowej. W ten sposób bez otwarcia jamy brzusznej dochodzimy do tylnej ściany kątnicy, poczem ropa ma swobodne wyjście, a operator może wyciąć wyrostek. Ponieważ jednak przy bezpośrednim dojściu przez jamę otrzewnej do ogniska ropnego odpływ jest zupełniejszy, a przytem resztę jamy otrzewnej można zabezpieczyć od ropy gazą wyjałowioną lub jodoformową, sposób więc POIRIER'a nie rozpowszechnił się.

Co się tyczy wyrostka robaczkowego w danym przypadku, jedni są za bezwarunkowym wycięciem, inni za pozostawieniem jego. W zasadzie wyrostek, jako źródło zapalenia i punkt wyjścia nawrotu, powinien być usunięty. Nawroty jednak są rzadkie. Zarzucają następnie, iż wskutek pozostawienia wyrostka tworzą się przetoki. Rzeczywiście jest to możliwem w razie częściowej zgorzeli wyrostka, lecz przetoki takie są krótkotrwałe i mogą również powstać wskutek zesliznięcia się węzła po wycięciu wyrostka. Przetoki, podobnie jak nawroty, są rzadkie. Jakkolwiek bądź możliwość ich zmusza do uznania w zasadzie konieczności wycinania wyrostka wśród ogniska ropnego, w praktyce jednak nie zawsze jest to łatwem, np. w razie licznych zrostów. Wtedy jedni szukają go bez względu na możliwość ogólnego zapalenia otrzewnej [wskutek rozerwania zrostów], inni natomiast zadawalają się otwarciem ropnia i założeniem drenu. Do ostatnich należy autor. Pouczony jednak przykładem i spostrzeżeniami innych, autor zamierza i zaleca poszukiwać wyrostek możliwie najostrożniej i w obrębie ogniska ropnego.

Wycięcie wyrostka wykonywa się prawie jednakowo na gorąco i na zimno. Tutaj autor uwzględnia przeważnie trudniejsze zresztą wycięcie na zimno. Przecięcie ściany. Są dwa sposoby: sposób ROUX'a i MAKSA SCHUELLER'a. Cięcie ROUX'a [klasyczne] idzie równoległe z więzmem pachwinowym i grzebieniem biodrowym, daje łatwiejszy dostęp do wyrostka, lecz przecina mięśnie ściany, zmniejsza jej odporność i usposabia do przepukliny. Cięcie M. SCHUELLER'a nie ma tej wady: idzie prostopadle wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego. JALAGUIER udoskonalił to cięcie w sposób przyjęty przez autora, mianowicie: robi się cięcie długości 10—12 ctm. wzdłuż m. prostego. Przedni listek pochwy tego mięśnia przecina się na nim samym, mięsień odciąga się ku wnętrzu, poczem przecina się tylną ścianę pochwy, a następnie otrzewną. Po operacyi mięsień wraca na swe miejsce i chroni od przepukliny. Cięcie to pozwala szukać wyrostka, a zarazem zbadać stan przydatków. P o s z u k i w a n i e w y r o s t k a w świeżych przypadkach jest łatwem wobec braku zrostów i zmian w położeniu. Jako punkt wyjścia, wybieramy wtedy kątnicę, od której idziemy do korzenia wyrostka swobodnego lub otoczonego miękkimi świeżymi zrostami. Co do sposobu POIRIER'a, to poszukiwanie wyrostka na zimno jest łatwem, jeśli wyrostek jest wolnym od zrostów, natomiast bardzo trudnem, często niemożliwem w razie dużych zmian w postaci i położeniu wyrostka i obfitości zrostów. Wobec tych trudności wielu [CLARKE, SMITH, REVILLIOD, QUÉNU] rzeka się wycięcia wyrostka, zadawalając się przewiązaniem i wycięciem sieci, odklejeniem zrostów i oswobodzeniem kątnicy. Mimo to wyzdrowienie w kilku nielicznych zresztą przypadkach nastąpiło. Wobec tego trzeba niebezpieczeństwa śmierci, by uprawnić chirurga do zaniechania wycięcia wyrostka. Wycięcie wyrostka. Jeżeli odnajdujemy wyrostek w ognisku ropnem, to wobec konieczności drenowania przewiążjemy go jedwabiem [lepiej katgutem] i obcinamy poniżej. Kikut przyżegamy. Jeśli ropy niema, trzeba kikut zamknąć starannie, by nie dopuścić zakażenia i móżdż zaszyć natychmiast ranę brzuszną. Na to są dwa sposoby. Jeden zwany *à manchette*, polega na utworzeniu kołnierza otrzewnowego wkoło kikuta: nacina się otrzewną na odległości blisko 1 ctm. od korzenia wyrostka, oddzielamy ją do korzenia, poczem przeci-

namy warstwę mięśniową i śluzową wyrostka, brzegi przypalamy i zszywamy lub wiążujemy. Potem zszywamy wolne brzegi mankieta otrzewnowego i wprawiamy je do drugiej warstwy szwu LEMBERT'a. Drugi sposób polega na zagłębieniu pozostałego kikuta w ścianie kątnicy. Autor robi to w sposób następujący. Przewiązuje kreczeczkę wyrostka robaczkowego i na korzeń jego nakłada 2 węzły jedwabne. Między tymi węzłami przeżega termokauterem, niszcząc jednocześnie błonę śluzową kikuta. Pozostaje wcisnąć za pomocą pincety kikut wgłąb ściany kątnicy i nałożyć 1—2 szwy katgutowe na otrzewną nad kikutem, poczem szwem piętrowym łączymy powłoki brzuszne. Drenowanie jest konieczne w razie obawy krwawienia lub zakażenia.

III.

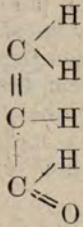
Powikłania. Następstwa operacji. Do dalszych powikłań operacji przy zapaleniu wyrostka należą: przetoki, nawroty i przepukliny. Przetoki pooperacyjne dzielą się na ropne, kałowe i niekiedy ropno-kałowe, występują częściej po operacjach na gorąco i pochodzą wtedy z kilku przyczyn. Ropne są najczęstsze, zdarzają się szczególnie w razach przecięcia ropnia biodrowego z pozostawieniem wyrostka. Ropienie wtedy podtrzymuje się albo wskutek obecności samego wyrostka, albo jakiego ciała obcego [igły, nitki, kamyczka wapiennego]. Niekiedy przetoka zarasta, w innych przypadkach konieczną jest interwencja, tem trudniejsza, iż nie wiemy przeważnie, z czem mamy do czynienia. Jeśli się nie zna początku choroby, można myśleć o gruźlicy lub promienicy. Wylączywszy te cierpienia, rozszerzamy przetokę i szukamy ciała obcego, któremu przypisać możnaby podtrzymywanie ropienia. Nie znalazłszy go, możemy, szczególnie jeśli przetoka jest ropno-kałową, za przyczynę przetoki uważać zapalenie wyrostka. Wtedy wycinamy wyrostek wraz z przewodem przetokowym. Przetoki kałowe pochodzą z połączenia rany z kątnicą, powstającego albo w chwili operacji, albo też później wskutek przedziurawienia się nacieczonej ściany kątnicy. Jeśli prawie wszystka zawartość kątnicy wychodzi przetoką; to mamy de czynienia z prawdziwym *anus praeternaturalis*. Operacja polega na oświetleniu brzegów, jeśli zaś to nie pomaga, na zszyciu kieszek okrężajacem (*enterorrhaphia circularis*) po laparotomii bocznej. Nawroty. Zwykle po przecięciu ogniska wyrostek, zniszczony ropieniem, wydziela się kawałkami, poczem chory zdrowieje. Zdarzają się jednak nawroty raz wczesne [2—3 mies. po chorobie], drugi—późniejsze [do lat 15]. Spieszne wycięcie wyrostka usuwa chorobę. Czasem zdarzają się przypadki pozornego nawrotu u osób, którym wycięto wyrostek. Przyczyną wtedy są zrosty między kątnicą a wstępnicą lub jelitami. Usunięcie tych zrostów sprawdza wyzdrowienie. Przypadki te, jako pochodzące od późnego zapalenia sieci, zwane są słusznie *postappendicitis epiploica*. Do powikłań dalszych należy również zamknięcie, albo zwężenie światła jelita, jako skutek przegięcia przez zrosty zapalne. Przepuklinę pooperacyjną spostrzegali w ilości 10—15% wszyscy chirurgowie, przytem częściej po operacji na gorąco. Okoliczność ta posłużyła za broń w ręku przeciwników operacji na gorąco. Autor jednak radzi operować jeszcze przed ropieniem, a wtedy unika się konieczności drenowania, a zatem i możliwości utworzenia przepukliny. Najmniej usposabiającem do przepukliny cięciem jest zrobione możliwie blisko więzła pachwinowego sposobem ROUX'a. Powinno być ono dostatecznie długie, a kąty rany trzeba następnie zszyć dla zmniejszenia szerokości rany. Leczenie przepukliny, powstałej w ten sposób, jest następujące: oddzieliamy od ściany brzusznej zrosniętę z nią jelita; wyrostek robaczkowy, jeśli jest, usuwamy; wycinamy całą przestrzeń blizny; następnie zszywamy brzegi rany potrójnym szwem piętrowym.

Justman.

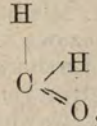
(L'oeuvre medico-chirurgical. Nr. 18).

119. Koch i Fuchs. O wyjątkowych własnościach akroleiny.

Akroleina należy do rzędu ciał, zwanych aldehydami. Wzór jej



podobny jest do wzoru formaliny



Zapach ma bardzo nieprzyjemny, wrze przy 52,5°, mocno redukuje i łatwo rozpuszcza się w wodzie. Najmocniejszy jej roztwór wodny jest 25%.

Autorowie używali do doświadczeń 1/4, 1/2, 1, 2 i 5% roztworów akroleiny; jednocześnie badano siłę bakteryobójczą odpowiednich roztworów formaliny, i przeprowadzono doświadczenia kontrolujące z działaniem wody przekroplonej na bakterye. Doświadczenia dotyczyły hodowli gronkowca złocistego, białego, lasecznika kątncy i lasecznika błękitnej ropy.

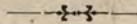
Z dołączonej przez autorów tablicy widać, że w słabych roztworach akroleina działa silniej, niż formalina, tylko 1/2% roztwór akroleiny zabija hodowle lasecznika kątncy powolniej, niż odpowiedni roztwór formaliny. Największą odporność na działanie obu pomienionych środków wykazują: gronkowiec biały, potem złocisty. 5%-owe roztwory akroleiny oraz formaliny zabijały wszystkie użyte do doświadczeń hodowle w przeciągu 2 minut.

Na zasadzie powyższych wyników autorowie uznają akrolein za silny środek odkażający w stosunku do bakteryi mniej odpornych.

(*Centrblt f. Bakter. Nr. 18, 19. S. 560. Bd. 26. 1899.*) *Maryan Hołub.*



Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1900 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1900 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Sprostowanie: W № 50 w art. kol. ABRAMOWICZA na str. 1320 wiersz 16 opuszczono wyraz „krótko“, powinno więc być: „z nich leczyło się krótko 19“.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów kartę tytułową i spis rzeczy do tomu XIX Gazety Lekarskiej za 1899 rok.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою Варшава, 18 Декабря 1899. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

OPUŚCIŁ PRASĘ:

Kalendarz Lekarski NA ROK 1900

(Wydawnictwo D-ra J. Polaka)

Treść stanowią: Kalendarz kościelny (wraz z imionami słowiańskimi), lista lekarzy warszawskich, skład osobisty urzędu lekarskiego, szpitali warszawskich, klinik i pracowni Uniwersytetu; lecznice, apteki i składy materiałów aptecznych podług ulic, przytułki dla rodzących, służba weterynaryjna, adresa izb feleczerskich; lista lekarzy prowincjonalnych, skład osobisty urzędów lekarskich gubernialnych, apteki i szpitale we wszystkich powiatach, spis lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach i miejscowościach klimatycznych za granicą.

Podręcznik terapeutyczny, zawierający w porządku alfabetycznym (według chorób) metody lecznicze i środki używane w poszczególnych chorobach oraz recepty.

Najwyższe dawki według farmakopei urzędowej z roku 1891, zamiana wag, porównanie skal ciepłomierza, dawkowanie wstrzykiwań podskórnych dla dorosłych i dzieci, wstrzykiwań mięszzowych, ławatyw, dawkowania leków wprowadzanych do worka łązniczy, do pochwy, do macicy, dawkowanie leków do wziewań, do pędzlowania gardła i krtani, do wdmuchiwań. Rozpuszczalność ważniejszych przetworów, ilość kropli w skrupule i gramie, kąpiele lecznicze. Tablica ciąży. Wymiary miednicy kobiecej. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży, tablica wyrzynania się zębów.

Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Skład chemiczny ważniejszych przetworów odżywczych (wyciągów, mączek, bulionów, kumysu i t. p.) i pokarmów. Przegląd leków najnowszych. Synonimy środków lekarskich (około 500). Tablica pogładowa ważniejszych wód mineralnych, Tablica okresu wylegania chorób zakaźnych. Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych. Dezynfekcja chemiczna. Aparaty dezynfekcyjne. Odwietrzania mieszkań. Wzory świadectw lekarskich, protokółów, oględzin policyjno- i sądowo-lekarskich.

Kalendarz oprawny jest w piękną sztuczną skórę, („crocodil“, „marocco“, „chagrin“), notatnik wkładany na każdy kwartał oddzielny, tak, iż całość składa się z pięciu części związanych gumą i z ołówka.

Cena Kalendarza wynosi **1 rubel 50 kop.** Za przesyłkę, sprowadzając wprost z redakcyi i załączając gotówkę lub przekaz pocztowy, nie dopłaca się nic.

ADRES: REDAKCYA „ZDROWIA“ ulica Ś-to Krzyska Nr. 25 w Warszawie.

Sprowadzać również można za pośrednictwem redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

OPUŚCIŁ PRASĘ

Kalendarz dla lekarzy - praktyków na rok 1900

D-ra Al. FRUCHTMANA

obejmujący działy następujące: część informacyjną (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, opłaty aktowe i stempłowe, listę lekarzy warszawskich i prowincjonalnych, listę akušerek, wykaz prywatnych zakładów leczniczych), notatnik do zapisywania adresów, część lekarską (najwyższe dawki dla dorosłych, dla dzieci, nowe środki lekarskie, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu leków do odbytnicy, do cewki moczowej i pęcherza, do łązniczy i ucha, do macicy i pochwy, tablicę rozpuszczalności niektórych przetworów chemicznych w wodzie, wysokoku, eterze i glicerynie, synonimy niektórych środków lekarskich, wykaz miejscowości kąpielowych i leczniczych, zatrucia, pierwsza pomoc w przypadkach nagłych, skład najbardziej używanych pokarmów, dyeta w rozmaitych cierpieniach, ilość pokarmów podawanych ssawcom, okresy wylegania chorób zakaźnych, oraz czas izolacyi uczących się w zakładach naukowych, wzrost i waga męzczyzn i kobiet, stopień rozwoju płodu w rozmaitych miesiącach, wymiary płodu dojrzalego, wzrost i waga zdrowego dziecka, tablicę ciąży), ogłoszenia.

Cena za egzemplarz Rb. 1.20, z przesyłką pocztową Rb. 1.40.

Nabywać można za pośrednictwem redakcyi czasopism lekarskich oraz księgarni **W-go E. WENDE** i **S-ka, Krakowskie-Przedmieście 9.**

Prywatny dom zdrowia dla chorych nerwowych ze ścisłym internatem.

Lublin. Dr. OLECHNOWICZ, Ordynator oddziału chorych nerwowych przy szpitalu
Ś-go Wincentego.

Prospekt na rok 1900.

GAZETA POLSKA

CODZIEN GAZETA.
Co tydzień książka.
COROCZNIE 52 TOMY.

Pismo codzienne

z Tygodniowym Dodatkiem Książkowym

wychodzi w Warszawie

przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

Codzień Felieton (nauka, sztuka, literatura, sprawy społeczne).

200 korespondentów w kraju i zagranicą.

Telegramy od korespondentów własnych i od Agencji.

Dział handlowo - ekonomiczny.

Bezpłatny

COROCZNIE

52 tomy

DARMO.

DODATEK

Odpowiedzi prenumeratom na wszelkie zapytania.

Każdy prenumeratork **Gazety Polskiej** otrzymuje jako bezpłatny do niej dodatek:

co tydzień książkę

CZYLI

Corocznie 52 Tomy książek bezpłatnie.

W roku 1900 wyjdą w dodatkach dzieła:

Henryka hr. Rzewuskiego, K. Chłędowskiego, A. Dygasińskiego, A. Gruszeckiego, W. Kosiakiewicza, Wal. Łozińskiego, Ostoi, Wł. Rejmonta, St. M. Roguskiego, St. Iwanickiego, W. Hugo, Walter-Scotta, Goethego i wielu innych pisarzy.

W wyborze dzieł dodatków bezpłatnych **Gazety Polskiej** biorą udział pp.

ZYGMUNT GLOGIER, KAZIMIERZ KASZEWSKI, IGNACY MATUSZEWSKI.

Cena „Gazety Polskiej” wraz z bezpłatnym dodatkiem 52 tomów książek rocznie.

w Warszawie:

Rocznie . . .	rb. 9 k.	60
Półrocznie . . .	„ 4 „	80
Kwartalnie . . .	„ 2 „	40
Miesięcznie . . .	„ kop.	80

Z przesyłką pocztową:

Rocznie	rb. 12
Półrocznie	„ 6
Kwartalnie	„ 3

Adres: Warszawa, Warecka Nr. 14.

Redaktor i Wydawca **Jan Gadomski.**



Am 6602
/ 47