

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z Kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

I. GRUŹLICA MOCZOWODÓW I MIEDNICZKI *)

PRZEZ

drów Noël'a Hallé i Bolesława Motz'a.

I. ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Rozmieszczenie i umiejscowienie zmian gruźliczych w moczowodach i miedniczkach. Postaci i typy anatomiczne.

W poprzedniej pracy opisaliśmy różne zmiany gruźlicze w moczowodzie i miedniczce, postaramy się obecnie ustalić za pomocą danych statystycznych ich rozmieszczenie i umiejscowienie oraz ostatecznie oznaczyć typy i postaci anatomiczne gruźlicy moczowodów i miedniczki. Za podstawę posłużą nam okazy z muzeum Neeker'a (100) oraz spostrzeżenia, zebrane w rozprawie Fischer'a (56).

1. *Zmiany jedno- i obustronne.* Zmiany po stronie jednej na zwłokach znajdujemy conajmniej 2 razy częściej niż zmiany

*) Ustęp z pracy, która jednocześnie została wydrukowaną w Annales des org. gén.—urin.

po obu stronach (89 zmian po jednej stronie na 42 — obu-stronnych).

Zmiany obustronne mogą być jednakowe i w tym samym stopniu, częściej wszakże różnią się co do czasu i stopnia ciężkości: podczas gdy moczowód i miedniczka po jednej stronie uledez może głębokiemu owrzodzeniu, po drugiej gruzlica świeża wywołuje tylko zmiany powierzchowne rozsiane.

W gruzlicy po jednej stronie—druga nerka i moczowód mogą być zdrowe zupełnie (39 przyp.). Często rozwijają się tam zmiany niegruzlicze (17): zapalenie ropne z ropniami prosowatymi, zapalenie miedniczki i moczowodów z rozstrzenią ich, kamica, wreszcie zwyrodnienie skrobiowate.

Kładziemy nacisk na częstość występowania gruzlicy po jednej stronie, gdyż skoro tak się dzieje w ostatecznym okresie choroby, o ileż więcej przypadków jednostronnej, a zatem chirurgicznej gruzlicy spotykamy w początkach choroby.

2. *Rozmieszczenie zmian.* Zmiany, obejmujące cały przewód moczowy, są, oczywiście, częstsze, niż zmiany ściśle ograniczone (70 : 30). Te ostatnie umiejscawiają się głównie w miedniczce, w kielichach, w moczowodzie na górnem u dolnego i górnego ujścia.

3. *Postaci zmian.* a) *Moczowód.* Najczęstszą postacią, znajduwaną na zwłokach, jest rozlane i całkowite nacieczenie gruzlicze, głównie w okresie daleko posuniętego rozmiękczenia: owrzodzenie może ciągnąć się od miedniczki do pęcherza. Rzadziej spotykamy świeże nacieczenie serowate umiejscowione w kilku miejscach z początkiem owrzodzenia powierzchownego.

Moczowód jest twardy, wyprostowany z grubemi ścianami, bądź zwężony częściowo i zatkany przez złogi serowate, bądź też rozszerzony skutkiem owrzodzeń głębokich; spotykamy tę postać zwykle na zwłokach dorosłych w $\frac{2}{3}$ przypadków mniej więcej. Wyjątkowo spotykamy 2 okresy nacieczenia masowego ograniczonego: w początkach nacieczenie wypukłe, w okresie rozmiękczenia z głębokimi jamami.

b) Drugą postacią, rzadszą, jest gruźlica moczowodów z ograniczonymi, powierzchownymi zmianami na śluzówce, moczowód jest zawsze rozszerzony z gruzelkami lub owrzodzeniami, rozsianymi na powierzchni wewnętrznej lub też tylko z gruzelkami albo owrzodzeniami. Zazwyczaj równocześnie występują i gruzelki i owrzodzenia bądź rozsiane, bądź też zlewające się w ogniska, wreszcie idące wzdłuż całego moczowodu. Typ ten stwierdzić można na $\frac{1}{4}$ części zwłok.

c) Trzecią postacią anatomiczną, zasługującą na zaznaczenie, jest zapalenie moczowodów zlepane. Pod tą nazwą opisują różne postaci, dotąd nie wyosobnione należyście: zwężenie i zatkanie skutkiem mas serowatych, zatkanie bliznowe obrączkowe ograniczone, zatkanie łączno-tkankowe, niekiedy z zapaleniem okołomoczowodowym. Ta ostatnia postać zawsze jest następstwem przeistoczenia serowato-torbielowatego nerek i zdarza się najczęściej — jest to postać właściwa gruźlicy moczowodu, zdarza się często (15%).

d) Cyfry niżej podane wykażą ważność oraz częstość zmian u ujść i około moczowodu, opisanych wyżej.

Nie biorąc pod uwagę licznych spostrzeżeń, dotyczących zmian dawnych, gdzie owrzodzenie ujścia jest następstwem owrzodzeń głębokich pęcherza, na 100 przypadków naszych w 28 znaleźliśmy godne uwagi zmiany. W 13 przypadkach ujście moczowodu było jedynym umiejscowieniem owrzodzeń pęcherza, w 9 przypadkach szerokie owrzodzenie pęcherza, zniszczenie zupełne ujścia moczowodów i ich przebiegu w ścianie pęcherza spowodowało wytworzenie się lejka, który był ośrodkiem i miejscem największego natężenia zmian. W 6 przypadkach wreszcie wśród głębokich owrzodzeń pęcherza moczowód, zachowany aż do ujścia, sterczał w postaci sznurka wyraźnego.

W pierwszych 22 przypadkach w moczowodzie i nerce odpowiedniej znaleziono dawne i obszerne zmiany gruźlicze, w 6 ostatnich nerka odnośna i moczowód były zdrowe.

e) Zapalenie okołomoczowodowe zdarza się często, prawie

nigdy go nie brak w postaciach ciężkich i głębokich gruźlicy moczowodów w okresie owrzodzenia przy nacieczeniu masowem.

Postaci włóknisto-tłuszczowe i zrosty zdarzają się rzadziej. Spostrzegaliśmy 14 przypadków wyraźnych, w których moczowód był zniszczony i w których znajdowano go w postaci sznurka ciągnącego się od nerki do pęcherza. Na 14 przypadków tego rodzaju zrost z naczyniami biodrowymi znaleźliśmy w 3 przypadkach do żyły głównej 2 razy, do tętnicy głównej 1 raz, dwukrotnie moczowód wraz z powiększonymi gruczołami chłonnymi tworzył jedną masę, dwukrotnie zrostął się z mięśniem przylędźwiowym i nerwami miednicy. W 2-ch wreszcie przypadkach spostrzegaliśmy ropnie okołomoczowodowe ograniczone lub rozlane, niewątpliwie pochodzące z moczowodu, częściej moczowód zlewa się ze ścianą ropnia zimnego tylnego, pochodzącego z nerek lub kości.

Miedniczka. Takież same zmiany znajdujemy w miedniczkach i kielichach. Przeważa na zwłokach nacieczenie masowe serowate, zwykle na całej przestrzeni miedniczki komunikujące się z jednej strony z jamami w nerce, z drugiej z nacieczeniem gruźliczem moczowodów. Rzadziej zmiany są ograniczone do jednego lub paru kielichów lub ramion miedniczki. Wyjątkowo znajdowaliśmy owrzodzenia kielichów przy zdrowej śluzówce miedniczek aż do szyjki, gdzie wyraźnie rozpoczynały się zmiany w moczowodzie.

Zmiany początkowe, umiejscowione i ograniczone do śluzówki miedniczki i kielichów, na zwłokach spotykamy rzadziej, znaleźć je można w przypadkach wczesnego wycięcia nerki. W przypadku ogłoszonym przez Fischer'a w gruźlicy nerki stwierdzono jedno tylko owrzodzenie w miedniczce, podczas gdy moczowód był zdrowy.

W okresie ostatnim zmian zadawnionych zapalenie gruźlicze miedniczek jak i moczowodu występuje w dwóch postaciach. Owrzodzenie stopniowo i głęboko niszczy ściany miedniczki, rozszerzonej skutkiem tego i łączącej się z jamami w nerkach i moczowodem również rozszerzonych lub też w kie-

lichach i miedniczce rozwija się zwężenie, które może wywołać zupełne zamknięcie światła bliznowe. Całkowite zamknięcie światła zdarza się zawsze w przeistoczeniu torbielowatemu nerki i występuje równocześnie z zatkaniem moczowodu.

Zwrócić wreszcie musimy uwagę, że zapalenie okołomiedniczkowe zlepane, przerostowe i włóknisto-otłuszczające jest zwykłym następstwem długotrwałej gruźlicy miedniczek. Zaznaczamy tu fakty te, nie popierając ich danymi cyfrowymi, gdyż nierozzerwalnie łączą się z gruźlicą nerek, którą zajmujemy się później.

Wogóle co do okresów, przebiegu i ciężkości różnych postaci gruźlicy miedniczek i moczowodów można ustalić schemat następujący:

A. *Okres początkowy.* Miedniczka i moczowód rozszerzone, zachowują swą postać, giętkość i ruchliwość; ściany są ledwo nieznacznie zgrubiałe; na śluzówkach znajdujemy gruzelki rozsiane lub zlewające się oraz owrzodzenia powierzchniowe. Jest to zapalenie gruźlicze powierzchowne z rozszerzeniem, bez zmian okołomiedniczkowych.

B. *Szczyt choroby.* Moczowód i miedniczka powiększone i twarde, ściany zgrubiałe, światło zachowuje się rozmaicie. Nacieczenie masowe głębokie z dążnością do zserowacenia. Wokoło zmiany zapalne: zapalenie gruźlicze głębokie ze stwardnieniami, nacieczeniem serowatym i zmianami na obwodzie.

C. *Zejsście. Zmiany końcowe:* zniszczenie skutkiem owrzodzenia lub zarośnięcia. W pierwszej postaci jamy rozszerzone wysłane warstwą serowatą, pod którą znajdujemy nowoutworzoną warstwę włóknistą i włóknisto-tłuszczową, bez śladu dawniejszej budowy ścian, zmiany na obwodzie: przerost tkanki łącznej i tłuszczowej, jest to zapalenie owrzodzające miedniczki i moczowodu destrukcyjne, głębokie z zapaleniem okołomoczowodem. W drugiej postaci zupełne zatkanie może być następstwem kurczenia się tkanki bliznowej po owrzodzeniach głębokich. Moczowód gruby zatkany z marskością tkanki okołomoczowodowej, lub też następstwem zabliznienia zmian

powierzchnowych śluzówki bez owrzodzenia głębokiego ścian: moczowód mały zatkany bez zmian obwodowych.

Wspomnieć wreszcie musimy, że, aczkolwiek zwykle na całej przestrzeni narządu wydzielniczego znajdujemy zmiany spólczesne i jednakowego rodzaju, dość często znajdujemy też na tym samym moczowodzie zmiany w różnych okresach: powierzchowne i głębokie, początkowe i końcowe, rozszerzenie i zwężenie, dzięki czemu mamy nowe typy mieszane i przejściowe. (e. d. n.).

II. Przekrwienie jako środek leczniczy.

STRESZCZENIE ZBIOROWE

podał

Wacław Biehler.

I. CZĘŚĆ OGÓLNA.

Każdy pracujący organ znajduje się w stanie przekrwienia; przekrwienie to jest tem większe, im większa jest praca danego narządu (na przykład w okresie wzrostu i odradzania się tkanki). Przy każdym odczynie musi być przekrwienie; w każdym ognisku chorobowym jest zawsze przekrwienie, nigdy zaś bezkrwistość — przekrwienie to stanowi samoobronę organizmu. Mając to na uwadze, Bier starał się dopomóc organizmowi w zwalczaniu chorób, wywołując sztuczne przekrwienie różnymi sposobami.

Chodzi tu zawsze o wywołanie miejscowego przekrwienia. Część ciała, do której więcej krwi napływa i którą większa ilość krwi przemywa, będziemy nazywali czynnie przekrwioną, zaś biernie przekrwioną nazwiemy część ciała wtedy, gdy jej naczynia krwionośne są więcej napełnione krwią przez zmniejszenie odpływu żylnego. Wogóle można nazwać, jak to pokazały liczne badania drobnowidzowe oraz różnorodne do-

świadczenia na zwierzętach, *czynne* przekrwienie *tętniczem*, a *biernie* przekrwienie — *żylnem*; z tego znowu wynika, że tak jedno, jak drugie można stosować w tych samych przypadkach, nie popełniając przytem zbyt wielkiej pomyłki.

Do wywołania czynnego miejscowego, to jest tętniczego przekrwienia służą najrozmaitsze środki; najlepszym jest ciepło. Stosuje się ciepło już od wieków. Organizm broni się od ciepła przez nadmierne pocenie się i przez przemywanie ogrzanej części ciała prędko płynącą krwią tętniczą, która działa jakby prąd ochładzający. Ciepło wywołać można najrozmaitszymi sposobami: albo różnorodnymi okładami, albo promienistym ciepłem, lub też ogrzanym piaskiem lub, nakoniec, gorącym powietrzem.

Największy stopień ciepła znosi się przy ogrzaniem powietrza, gdyż powietrze źle przepuszcza ciepło, zawiera nieznaczną pojemność ciepła; oprócz tego i pocenie się ochrania od zgorzeli. Czynne przekrwienie następuje przy ciepłocie $80-100^{\circ}$ C (granica tolerancyi takiej ciepłoty zależy od każdego osobnika oddzielnie). Co się zaś tyczy pocenia się, to przy $45-50^{\circ}$ C zaczyna się pocenie, przy $60-70^{\circ}$ C powiększa się, a ginie już prawie że zupełnie przy $80-90^{\circ}$ C. Dalej Krause zauważył, że ciepłota ogrzewanej części ciała podnosi się o $\frac{1}{2}$ stopnia, najwyżej o stopień. Tętno przyśpiesza się o 8—15 uderzeń, oddech o 3—5 oddechów resp. wddechów.

Tutaj należy nadmienić, że trzeba odróżniać działanie ciepła na cały organizm od działania tylko na część jego.

Inaczej przedstawia się rzecz, gdy wsadzimy chorego całego po szyję do ciepłej kąpieli powietrznej lub do kąpieli z piasku—inaczej, gdy się tylko podda działaniu ciepła jedną część ciała. W pierwszym przypadku ogromna ilość krwi odchodzi do skóry, tak że głębsze części ciała zawierają jej mniej; w drugim zaś przypadku jest dosyć krwi, aby przekrwic całą część ciała przez całą grubość.

Do stosowania ogrzanego powietrza wynaleziono masę najrozmaitszych przyrządów. Opiszę tylko najprostszy i przez to najpraktyczniejszy, polecany przez Bier'a. Bierzemy do tego zwyczajną drewnianą skrzynkę, ścianki której są nasiąknięte szkłem wodnem i pokryte płótnem też nasiąkniętem szkłem wodnem, aby tym sposobem ochronić skrzynkę od pęknięcia wskutek ciepła i od zapalenia się. Stosownie do

chorej części ciała zawiera taka skrzynka jeden lub dwa otwory, któreby swobodnie przepuszczały resp. obejmowały chorą część ciała. Gdy już umieściliśmy chorą część ciała w tej skrzynce, wtedy zamykamy otwory pozostałe naokoło takowej wata azbestową, która się nie zapala. U góry skrzynki znajdują się jeden lub dwa otwory, które stosownie do potrzeby mogą być zmniejszone lub zwiększone. U góry znajduje się też i termometr.

Wygodniejszą dla chorego i dla użytku jest skrzynka z pokrywką ruchomą z wycięciami pokrytymi wołokiem, które obejmują chorą część ciała. Skrzynka powinna być szczelnie zamknięta, gdyż w przeciwnym razie ogrzane powietrze ułatniałoby się przez szczeliny między ciałem a ściankami skrzynki z ogromną szybkością—co wywołałoby znowu ze swej strony bolesne oparzenia.

Otwór do wpuszczania ogrzanego powietrza powinien się znajdować u dołu skrzynki lub też z boku, a toadla tego, aby też i ogrzewać dolne powietrze w skrzynce. Do tego otworu wstawia się krótką żelazną rurkę o średnicy odpowiadającej kominkowi, który wprowadza ciepłe powietrze ogrzane za pomocą podstawionej na przymocowanej do niego nóżce lampy spirytusowej lub gazowej — to jest tak zwany kominek Quincke'go. Ciepło w skrzynce można regulować, suwając kominek po rurce, lub nawet stawiając go w pewnej odległości od ostatniej. Prąd powietrza jest na tyle silny, że i w tym przypadku ogrzeje dostatecznie skrzynkę.

Aby uchronić chorą część ciała od bezpośredniego działania ogrzanego powietrza, co mogłoby wywołać ból, a nawet oparzenie, należy przed otworem wewnątrz skrzynki umieścić deszczułkę nasiąkniętą szkłem wodnym i pokrytą płótnem też nasiąkniętym szkłem wodnym; deszczułka ta wstrzymuje i kieruje prąd ogrzanego powietrza.

Przyrządy Bier'a odznaczają się wielką prostotą. Każdy stolarz i ślusarz zrobią z łatwością takowe według wskazówek. Ma to ogromne znaczenie praktyczne, gdyż leczenie czynnem przekrwieniem stosuje się przeważnie w chorobach przewlekłych; każdy chory będzie wielce zadowolony, gdy za niewielkie pieniądze będzie miał swój własny, odpowiadający wszelkim jego wymaganiom, przyrząd. Oprócz tego można temu przyrządowi nadać najrozmaitsze kształty i porobić stosowne udogodnienia, potrzebne dla chorej części ciała, która

czasami jest nader bolesną i wykrzywioną. Nigdy nie należy zaczynać posiedzenia przedtem, dopóki chory nie leży zupełnie wygodnie. Jeżeli oparcia o brzegi skrzynki nie wystarczają, to można przeprowadzić lejczyki przez porobione w pokrywie otwory dla podtrzymywania chorej części ciała i przez to jeszcze więcej udogodnić położenie takowej.

Niektórzy autorowie radzą przed stosowaniem czynnego przekrwienia owijać wata lub bandażem chorą część ciała, aby tym sposobem ochronić od oparzeń i zarazem rozprzestrzeniać równomiernie ciepło na wszystkie cząstki chorej części ciała. Bier się z tem wcale nie zgadza i nigdy niczem nie obwija chorych części ciała przy stosowaniu czynnego przekrwienia. Utrzymuje on, że materyały używane do owinięcia nasiakają potem i tym sposobem będzie oddziaływało ciepło wilgotne, a nie potrzebne silne czynne przekrwienie.

Ma się rozumieć, że ten aparat Bier'a został w najrozmaitszy sposób zmodyfikowany. Opisywać tych przyrządów nie będę, gdyż zaprowadziłyby to nas zadaleko.

Przy stosowaniu przyrządu Bier'a zauważano czasami oparzenia, które prędko się goiły. Ciepło nigdy nie powinno być bolesnem lub nieprzyjemnem, gdyż w przeciwnym razie mogłoby to wywołać uboczne objawy. Co się zaś tyczy tych ostatnich, to zauważono u osób bezkrwistych ból głowy, zmęczenie, zdenerwowanie, czasami nawet omdlenie. Aby temu zapobiedz, nte należy posiedzenia zbyt przedłużać; wystarcza, by posiedzenie trwało pół godziny dziennie—najwyżej godzinę.

Bardzo rzadko zdarza się w praktyce taki osobnik, który wcale nie znosi czynnego przekrwienia, chociażby się zachowywało wszelkie ostrożności; takich tym sposobem leczyć, ma się rozumieć, nie można. Są to wyjątki nader rzadkie. Oprócz tego należy pamiętać, aby nie stosować tego sposobu leczenia u kobiet w czasie miesiączki, gdyż takowa dosyć często staje się wtedy ogromnie obfitą i bolesną. U niektórych kobiet zauważono, że miesiączka nastąpiła zawczasie, u innych znowu później, niż należało (wskutek leczenia). (c. d. n.).

III. Przewlekły zanikowy nieżył nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAL

D-r JAN SĘDZIAK

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa Laryngologicznego w r. 1905).

(*Ciąg dalszy*).

Według Dunn'a — nawet zupełna regeneracya zanikłej błony śluzowej jest możliwą — twierdzenie w każdym razie co najmniej śmiałe.

Wszyscy ci autorowie zgadzają się na jedno, że wyleczenie nieżyty przewlekłego nosa jest jedynie możliwe dzięki wielkiemu zapasowi cierpliwości ze strony zarówno lekarzy, jak i chorych podczas leczenia tego cierpienia.

Leczenie to przedewszystkiem powinno być długiem — trwać nie tygodnie, lecz miesiące, a nawet lata (Moure, Jurasz, Wright, Grosskopf).

Mojem zdaniem — wyleczenie zanikowego nieżyty nosa jest możliwe, lecz w każdym razie tylko względne, pod którem to rozumiem ustąpienie najważniejszych objawów tj. cuchnienia i wydzieliny, niekiedy z poprawieniem węchu.

Co się natomiast tyczy regeneracyi zanikłej błony śluzowej, jakoteż kości nosa, uważam to za niemożliwe.

Leczenie zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny — powinno być dwojake: miejscowe i ogólne; ostatnie, mojem zdaniem, jest bardzo ważne i w każdym przypadku, gdzie tylko stan ogólny jest niedostateczny, powinno być stosowaniem.

Stosunkowo pomyślne wyniki, jakie w moich przypadkach tego cierpienia otrzymywałem, należy bezwątpienia przypisać jednoczesnemu stosowaniu obu tych metod tj. ogólnego i miejscowego, tem więcej, że w wielu razach ogólne leczenie jest jednocześnie przyczynowem, (np. przy konstytucjonalnem pochodzeniu zanikowego nieżyty nosa).

Tego samego zdania są między innymi Kyle, Schestakow, Grosskopf, Mazarotto etc.

Bardzo ważnem jest stosowanie od dzieciństwa systematycznie metod zapobiegawczych tj. ogólnego leczenia.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w ten sposób możemy uniknąć wystąpienia tej sprawy chorobowej w późniejszym wieku.

Tak więc, zaczynając od pierwszych dni życia — należy stosować największą, najracyonalniejszą higienę, a więc odpowiednie odżywianie, gimnastykę, jakoteż inne sporty, czyste powietrze, unikanie zbytnej pracy umysłowej itp.

Jako bardzo odpowiednie dla dzieci uważam stosowanie tranu, jakoteż preparatów jodowych (Syr. ferri jodati per se, lub jeszcze lepiej w połączeniu z tranem ana, następnie pigułki Blancard'a etc.), wreszcie solanki jodowe (Ciechocinek, Iwonicz, Hall, Kreuznach), przy objawach zolzów, jakoteż przy podkładzie zwłaszcza syfilitycznym siarczane kąpiele (Busk, Solec, Trenczyn, Schinznach, Baden).

Jednocześnie miejscowe objawy tego konstytucjonalnego usposobienia, przedewszystkiem zaś wyrosłe adenoidalne, jakoteż przerosłe migdałki podniebienne i językowy powinny być również wyleczone, naturalnie na drodze chirurgicznej.

Jeżeli sprawa zanikowa w nosie (nieżyt suchy) już istnieje — leczenie ogólne również jest wskazaniem, a więc przedewszystkiem wspomniane już powyżej środki i metody leczenia (preparaty jodowe, tran, kąpiele jodowo-słone etc).

Kąpiele morskie też gorąco są w tem cierpieniu zalecane przez Friedrich'a. Autor ten utrzymuje, że wilgotny kli-

mat morski wywiera wpływ dodatni na suchość, jakoteż tworzenie się strupów w nosie.

Thomas R. French zaleca poprostu czyste powietrze, oraz codziennie zimne kąpiele, które są zwłaszcza wskazane u osobników neurastenicznych.

W przypadkach niedokrwistości wzgl. blednicy u młodych dziewcząt również dobrze działają kąpiele żelaziste (Krynica, Francensbad, Elster, S-t Moritz), w razie zaś otyłości—Marienbad, wreszcie u osobników nerwowych powietrze górskie (Szwajcarya, a u nas Zakopane).

Ze środków farmaceutycznych—oprócz wyżej wymienionych (jod i żelazo) używają się jeszcze w tem cierpieniu z mniejszem lub większem powodzeniem: arsenik, następnie jod z fosforem (K yle), wreszcie Heyden'a kreozotal (Maza-rotto) — 3 razy dziennie po 24—30 kropel w syropie, lub z tranem.

Przechodzę obecnie do *środków i metod* stosowanych *miejsowo* w leczeniu zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny.

Liczba środków tych jest kolosalna!

Przedewszystkiem, co się tyczy metod, używanych w tem cierpieniu—wszystkie one, począwszy od najdawniejszych przestrzykiwań nosa, a skończywszy na najnowszych podskórnych zastrzykiwaniach surowicy, używają się w leczeniu zanikowego nieżyty nosa i każda z nich ma swoich zwolenników i przeciwników.

Co się tyczy przedewszystkiem *przestrzykiwań* nosa czy to za pomocą „douche Weber'a,” czy też podwójnej angielskiej szprycy—jest to najdawniejsza i do dziś najczęściej stosowana metoda lecznicza w tem cierpieniu. Może ona jednakże stać się niebezpieczną—zwłaszcza, gdy jest niewłaściwie stosowana, a to przedewszystkiem z powodu możliwości dostania się płynu resp. wydzieliny nosowej do ucha ze wszystkimi następstwami, jakoto ropieniem, głuchotą etc.

Tem więcej jest to możliwe, że dla dokładnego oczyszczania jam nosowych z przylegających zazwyczaj ściśle do

ścianek jam nosowych strupów zmuszeni jesteśmy używać znacznej siły, oraz wielkiej ilości płynu (Raugé zaleca 20—50 litrów!).

Dla uniknięcia tych szkodliwych następstw (Michel, Grosskopf), należy pamiętać przy stosowaniu tej metody o 2 kardynalnych rzeczach:

- 1) szpryca powinna być trzymana poziomo t. j. w kierunku dolnego przewodu nosa;
- 2) zawsze należy przestrzykiwać od strony zwężonej jamy nosa resp. wypukłej przegrody nosa, wreszcie
- 3) używać niezbyt silnego strumienia i odpowiedniej ciepłoty płynu (letni).

Greville, Mac Donald, oraz Hamilton radzą leżącą pozycję ze zwieszoną głową, co jest jednakże zbyt cenne.

Na klinice Schwartz'ego w Halle używają przestrzykiwań nosa od tyłu tj. od strony jamy nosogardzielowej.

To samo zaleca też Moure, oraz Jurasz (specjalna szpryca z wielu otworami na końcu zakrzywionym).

Z drugiej znowu strony jest niezmiernie ważną rzeczą utrzymanie w czystości jamy nosowej, jest to bowiem podstawą leczenia zanikowego nieżyty nosa (Klemperer).

Cel ten jednakowoż można osiągnąć inną drogą — bezpieczniejszą: np. za pomocą t. zw. kąpielii nosowych, które polegają na wlewaniu do jam nosowych za pomocą zwykłej łyżeczki, lub jeszcze lepiej t. zw. koneweczki (B. Fraenkel) jednego z niżej wymienionych płynów przy jednoczesnym wygłaszaniu: ee, w celu uniknięcia przedostania się płynu do gardła wzgl. krtani. I tu również ważną jest rzeczą odpowiednia ciepłota płynu użytego do kąpielii nosowej (t. zw. letni).

Kiesselbach zaleca rozpoczynać od 18° R i dochodzić do 14° R.

(c. d. n.).

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Chirurgia.

255. M. Borchardt (Berlin). **O ranach serca i le-**
czeniu tychże. (Samml. klin. Vortr. N-r 411—12, 1906).

Od czasów Hippokrates'a i Galen'a do dni ostatnich prawie lekarz i laik uważał za dogmat nieomylny, że każde zranienie serca skończyć się musi śmiercią poszkodowanego. wąpiące zaś o tem nieco głosy pojedyncze, zanotowane gdzieniegdzie w różnych odstępach czasu, przebrzmiewały zazwyczaj bez echa. Zwrot w pojęciach, zapoczątkowany w 5 i 6 dziesiątku lat ubiegłego stulecia, dzięki niespożytym w owocach swych pracom Jamain'a i Zanetti'ego, zapanaował na dobre od chwili ogłoszenia wyników doświadczeń na zwierzętach żywych, z czem Bode zapoznał ogół lekarski, i słynnej operacyi Rehn'a na człowieku.

Bode pouczył przedewszystkiem, że krwotok w przypadkach ran niedrażących serca*) jest mniejszym, niż w obec ran drażących, że rany małe mogą same zagoić się, że kierunku rany klutej czy ciętej, wbrew twierdzeniu autorów dawnych, nie ma znaczenia w sprawie rozejścia się brzegów otworu sztucznego i natężenia krwotoku; mięśniowe pęczki narządu płaczą się w nim nawzajem tak ściśle i kłębią tak mocno, iż o wyosobnionym urazie jakimś, np. o przecięciu poprzecznem pęczka oddzielnego, nie może być mowy. Stopień krwawienia zależy również od okresu, w jakim uraz nastąpił, i rany cięte, otrzymane w momencie skurczu, krwawią żywiej, niżli w rozkurczu. Po nad to wszystko najważniejszą rolę odgrywa tu rozległość rany. Rany bardzo niewielkie krwawią systolicznie tylko, średnie—w czasie skurczu i rozkurczu, w przypadkach ran ziejających szeroko krew wali bez przerwy z wnętrza serca,

*) Patrz referat mój: Bode. Doświadczenia nad ranami serca. Gazeta Lekarska. N-r 2, 1898. Oryginał pomieszczony w czasopiśmie «Beiträge zur klin. Chirurgie. 14 Band. 1 Heft. 1897.

choć i w tym razie niebrak różnic widocznych odnośnie do pojedynczych odcinków serca. Dzięki budowie anatomicznej krwotok więc z komory lewej nie tyle jest niebezpiecznym, co z prawej; na skutek skurczu krzyżujących się włókien mięsnych rany ta ostatnia zwięza się podczas systole, a zwięzenie to staje się, oczywiście, tem wybitniejsze, im grubszą bywa warstwa mięśni. Do najniebezpieczniejszych, stale śmiercią kończących się, urazów, należą rany drażące przedsionków.

Z uwagi na obraz kliniczny, towarzyszący sprawie, autor rozróżnia w omawianiu ran serca trzy kategorie główne: 1) Ranni, o których Riedinger wyraził się nader trafnie: Sie sterben nicht, sie sind schon tot (Mort foudroyante francuzów). Tu należą rozległe rozdarcia serca, zależne od urazów tępych, zgniecenia, rany od pocisków wielkich i t. p. Na szczęście, urazy takie są dość rzadkie.

W przypadkach kategorii 2) ranny poprawia się zwykle po przejściu objawów wstrząsu, z omdlenia budzi się, niekiedy wstaje i idzie nawet czas jakiś. Niebawem jednak pogorszenie występuje znowu i w kilka godzin lub dni następuje śmierć. Objawy takie stwierdzono, między innymi, w tragicznym wypadku z Elżbietą Austryacką w Genewie; uderzona w okolice serca trójgranicem żelaznym, cesarzowa zrobiła jakieś 80 czy 100 kroków do pomostu, wsiadła na okręt, poczem zemdląła; w czas jakiś przyszła do siebie, wkrótce jednak wydała ostatnie tchnienie. Przyczyna śmierci w takich, jeśli wyrazić się można, przypadkach podostrych, zależy często od krwotoku, trwającego bez przerwy, lecz nie zawsze. Morgagni pierwszy dał wyjaśnienie trafne, wiążąc fakt zejścia niepomyślnego z uciskiem serca przez krew, do osierdzia wylewającą się. Twierdzenie to poparło wielu badaczy, między innymi i Conheim. W warunkach tych przed zupełnem zatrzymaniem się mięśnia sercowego następuje chwila, w której ten ostatni kurczy się jeszcze, lecz krew do obiegu nie przedostaje się wcale. Conheim, wstrzykując do osierdzia oliwę, zauważył wraz z rosnącym tamże napięciem upadek ciśnienia krwi w tętnicach; naodwrot, w żyłach to ostatnie wzmagają się, prowadząc do zastoju. Jeżeli teraz, w obec coraz większego śródosierdziowego ciśnienia, przedsionki zamkną się, krew do komórek nie przedostaje się i cyrkulacja ustaje na dobre, choć mięsień sam czas jakiś może pracować jeszcze. Jeśli osierdzie opróżnić prędko, stosunki prawidłowe mogą wrócić; w razie przeciwnym,

działalność serca zamiera na zawsze pod wpływem ucisku (Herztamponade).

3) Do rzadkich należą te przypadki, w których krwotoku większego niema wcale, a rana bywa małą i powierzchowną z pozoru. W stanie ogólnym następuje poprawa, miejscowo rana goi się doszczętnie. I w tym, wszelako, stanie rzeczy rannemu grozi niebezpieczeństwo bardzo wielkie, a nieznamość faktów opłacono niejednym życiem ludzkim w przeszłości. Jeden ruch nieostrożny, zbyt nagle podniesienie się z łóżka, nadęcie podczas wypróżnień, wywoływało śmierć w okamgnieniu: zamykający ranę czop krwawy wyleci lub rozpuści się, nastąpi obfite krwawienie wtórne, któremu ustrój nie może dać rady i nie da.

Jeżeli w przypadkach grupy tej nastąpi nawet „wyzdrowienie” ostateczne, nie jest to przecie nigdy powrót do normy; na oględzinach pośmiertnych i drogą wiwisekcji przekonano się nieraz, iż powstawanie nowych włókien mięsnych, restitutio ad integrum nie ma tu miejsca. Rana i krwotok pociąga za sobą zagładę mięśni, rozrost tkanki łącznej — eliminację złogów i na terenie danym wytwarza się blizna zamieszczająca, blizna małej, zresztą, wartości. Wynik może być lichszym jeszcze, gdy zabliznienie owo staje się częściowem tylko, wewnątrz zaś istnieje jama, wypełniona krwią. W warunkach tych powstają zwykle tętniaki serca. Blizna taka pęka, oczywiście, bardzo łatwo, wywołując zejście niepomyślne nazajutrz lub w dni kilka po wypisaniu się pacyenta ze szpitala.

W okresie późniejszym zejście to zależeć może od wpływu infekcyi (pericarditis, empyaema, sepsis) lub wady serca następczej. Z faktów tych wyciągnąć należy dwa wnioski; po pierwsze: blizny serca tworzą stale locum minoris resistentiae, po wtóre: ranni w narząd ten powinni pozostawać czas dłuższy pod dozorem lekarza.

Rozpoznanie, nie zawsze łatwe, opiera się na cechach, przemawiających za krwotokiem wewnętrznym, uciskiem serca, oraz na zmianach w intonacyi uderzeń tętna.

Tu należą: niedokrewność, wzmagająca się szybko, niepokój wielki, pot zimny, wymioty i tętno marne. Gdy krew wylewa się na zewnątrz, zwracamy uwagę na obecność w niej piany i wymiary stłumienia opukowego. Stłumienie to rośnie w oczach, wzmagają się nadto duszność i sinica, obok spadku ciepłoty ad minimum. Niezwykle ciche i coraz słabsze tony

serca milkną, wreszcie, zupełnie. Tonom tym towarzyszą niekiedy rozmaicie opisywane szmery.

Zabiegi operacyjne w przypadkach, będących w mowie, są zdobyczą 19-go stulecia, o dawniejszych bowiem próbach i operacjach wspominać nie warto. Punktem wyjścia ku czynnej interwencji chirurga była ta, stwierdzona na pewno, okoliczność, że część, przynajmniej, zejść złych zależy nie od krwotoku, lecz t. zw. tamponady mięśnia sercowego. Pierwszy Rose dokonał cięć osierdzą celem wypuszczenia cieczy uciśkającej. W r. 1896, całkiem niezależnie od siebie, Farina i Rehn wykonali u człowieka próbę zaszcicia krwawiącego serca. Pacjent pierwszego z chirurgów tych zmarł po operacyi, chory drugiego wyzdrowiał (rana kłuta komory prawej), choć stan był rozpaczliwy i operowano późno—w 48 godzin po wypadku.

Wyjaśnione przez Luszkę stosunki anatomiczne opiewają, co następuje: po obu stronach z tyłu, po za stawem mostkoobojczykowym, przebiega zagięcie opłucny w ten sposób, że listek prawy, kierując się ku dołowi, przecina linię środkową i podchodzi do lewego brzegu mostka, na 1—2 ctm. powyżej wyrostka mieczykowatego, poczem zbacza na prawo i dosięga kostnego końca VIII-go żebra. Po stronie lewej linia zagięcia idzie wzdłuż lewego brzegu mostka aż do 4-go międzyżebra, potem od mostka oddala się i krzyżuje skośnie z 5, 6 i 7 chrząstką żebrową, w obec czego część ich środkowa pozostaje przez opłucną niepokryta. Po za górnym odcinkiem mostka opłucne obie pozostawiają przestrzeń wolną, na wysokości 2-ej chrząstki żebrowej stykają się i krzyżują nawet. Na wysokości chrząstki 4-ej rozsuwają się znów od siebie, tworząc przestrzeń międzyopłucnową dolną; przestrzeń ta ma wygląd trójkąta, którego wierzchołek znajduje się na wysokości chrząstki powyższej, a podstawa, zwrócona ku dołowi, odpowiada podstawie wyrostka mieczykowatego. Kostną ścianę trójkąta tworzy mostek i końce mostkowe 5, 6 i 7-ej chrząstki żeber. Brzegi płuc obu przebiegają w niewielkim dystansie od zmarszczki opłucnowej. Wycinek serca odpowiada zatem po stronie lewej kawałkowi chrząstki 4-ej, ku wewnątrz zaś—5-ej i 6-ej. Komórka prawa stanowi część większą przedniej powierzchni serca, przedsionek prawy sterczy nad mostkiem na prawo nieco, lewy — trochę wyżej. Tętnice i żyły wieńcowe pokrywa mostek częściowo. Co się tyczy serca sa-

mego, z chirurgicznego punktu widzenia odróżniamy powierzchnię narządu mostkową i kostnochrzęstną. Pierwsza, pokryta mostkiem, odpowiada całej niemal komorze prawej, przedsionkowi prawemu wraz z uszkiem oraz większej części komory lewej; druga—chrząstkom 3—6 żebra, przyczem część górną tejże pokrywa płuco, gdy dolną, niepokrytą zajmuje wierzchołek komórki prawej, dolna połowa przegrody i szczyt lewej komórki.

Dla obnażenia serca posiadamy obecnie z 15 metod kostnowytwórczych, z których większość wypróbowano na trupach. Za najwłaściwszą z metod tych autor uważa sposób Wehr'a, zmodyfikowany przez Lorenz'a, który operuje w sposób następujący: od prawego brzegu mostka, tuż nad przyczepem 4-ej prawej chrząstki żebrowej prowadzi się cięcie półkoliste przez skórę i mięśnie aż do kości, poprzecznie przez mostek do brzegu górnego chrząstki 4-go lewego żebra, na szerokość 2-ch palców od brzegu lewego mostka ku dołowi nad 4, 5, 6 i 7-em żebrem, potem—nad podstawą wyrostka mieczykowatego aż do prawego brzegu kości mostkowej. Po odpowiednim pogłębieniu cięcia w międzyżebrzu 3-em podwiązuje się tętnicę sutkową; po za naczyniami leży teraz opłucna, zasłonięta cienką śródpiersiową powięzią. Obie palcem oddziela się ostrożnie i przecina skośnie obnażoną 4-tą chrząstkę i odsuwa ku górze; z kolei odsuwa się opłucnę z żeber dolnych i mostka, ten ostatni rozcinamy piłką. Drogą obrównania brzegów kostnych lub zdlutowania tychże teren operacyjny można sobie powiększyć w każdej chwili. Gdy chcemy obyć się bez rezekcyi mostka, opłucnę odseparować wypadnie do lewego brzegu kości tej, żebra przeciąć, dokonać zwichnięć w lewych spojeniach chrząstek z mostkiem, płat odwrócić i, podminowawszy sternum, teren powiększyć odpowiednio. Sposób ten lepszym jest jeszcze, serce bowiem odsłania się zupełnie i szczeni opłucnę, unikając komplikacji niepożądaney bardzo.

Niekiedy, w przypadkach nie cierpiących zwłoki, rozszerza się wprost istniejąca już ranę kłutą lub ciętą serca i wycina częściowo mostek lub żebra. W obec groźby upływu krwi niema co liczyć się z brakiem kawałków żeber. Po przedostaniu się do broczącej rany serca nie stosujemy żadnego ściskania narzędziem ostrem, w ten sposób bowiem szarpie się tylko mięsień sercowy.

W przypadkach rany wielkiej tamponujemy na razie palcem; najlepiej zaszywać jedwabiem, szwem węzełkowym, igłą cienką, zajmując epi- i myocardium, nie raniąc endocardium. Serce podtrzymuje się ręką własną lub pomocnika. Wszystko zależy, oczywiście, od techniki i wprawy operującego; skoro nałoży się pierwszy szew najtrudniejszy, reszta idzie łatwiej. Należy starać się zawiązywać nitki podczas rozkurczu, wśród skurczu podwiązka może przerznąć.

Zaszycie rany udało się wszystkim prawie. Tam, gdzie otrzymano zejście niepomyślne, pewna odsetka operowanych zmarła skutkiem zbyt wielkiego upływu krwi na stole operacyjnym lub wkrótce po zabiegu, większość jednak — w następstwie infekcyi. Celem zażegnania powikłań (pericarditis lub pleuritis purulenta) niektórzy nie zamykają osierdzia, lecz, po zaopatrzeniu w tampon lub dren, przyszywają to ostatnie do mięśni. I ten, wszelako, sposób nie daje rękojmi; nadto, na skutek ocierania się serca o tampon, wzrasta wciąż ilość wydzieliny i niebezpieczeństwo zastoju, a wynik osiągamy niepożądany zupełnie. Najlepiej też jest osierdzie zaszyć i zaopatrzyć ranę w dren cienki.

Przechodząc do rodzaju przypadków i wskazań, autor wyszczególnia: a) dość częste ukłucia igłą celem samobójstwa. Im wcześniej igłę taką wyciągnie się, tem dla chorego lepiej i sprawność serca mniej cierpi. Igłę widoczną wyciągać należy zwolna, w przypadkach mniej jasnych posiłkujemy się fotografią Roentgen'a. Dalej, b) rany cięto-klute, gdzie nóż, wbity do serca, pozostał w ranie.

Według opinii Rydygiera, sterczące w ranie narzędzie wyciągać można wtedy dopiero, gdy pod ręką posiada się wszystko, niezbędne do nałożenia szwu. R. radę swą opierał jednak więcej na faktach z historyi, niż na momentach ściśle naukowych.

Istotnie.... Epaminondas, tebańczyk, żył dotąd, dopóki ostrze oszczepu tkwiło mu w sercu; gdy, podniecony wieścią, że i pod Mantinę tryumf nie zawiódł go, że wróg ucieka z pola walki, włócznie wyciągnął i skonał z krwotoku. I Julian Apostata skonał również, wyrwawszy z serca żeleźce i krzycząc: zwyciężyłeś, Galilejczyku! Śmierć prędką cesarzowej Elżbiety przypisują powszechnie natychmiastowemu wyciągnięciu z rany pilnika, powołując się na fakt tej treści, że ks. de Berry z tkwiącym w sercu sztyłem żył 4 godziny jeszcze

po zamachu. A jednak, wszystkie przykłady te nie są przekonujące.

A naprzód, nie brak spostrzeżeń, gdzie, pomimo szybkiego wyjęcia z rany narzędzia śmierci, poszkodowani żyli jeszcze czas dłuższy. Powtórę, przy wątpliwej tamponacyjnej działalności swej, to ostatnie utrudnia pracę wyczerpanego narządu, rozdziera mięsień ostrzem swem coraz więcej, nie mówiąc już o niebezpieczeństwie infekcyi. Instrument należy wyciągnąć z rany zawsze i operować bezzwłocznie, otwierając osierdzie. Uwaga ta dotyczy również bezzwzględnie c) ran postrzałowych. Z 8 przypadków takich w 3-ch operowano z powodzeniem zupełnie. Tam, wreszcie, gdzie d) ciała obce (igły lub kule) zaginęły w sercu, lepiej, jak doświadczenie uczy, zaniechać zbytecznych poszukiwań w nadziei, że przedmioty te mogą się wgoić bez następstw.

Własny przypadek autora dotyczy 12-letniego chłopca, który spadł z drzewa i nadział się na pręt kraty żelaznej. Dostawiony do szpitala w 2 godziny po urazie, miał długą na 4 ctm. ranę szarpano-miażdżoną w 5-em międzyżebżu w kierunku linii sutkowej. Sądząc z objawów, przypuszczano obok urazu serca uszkodzenia trzewów oraz przepony. Autor przeprowadził przez istniejącą już ranę długie aż do linii pachowej cięcie skośne i wyrezekował część 6-go żebra, poczem przekonał się, że opłucna zranioną była na przestrzeni rozległej, a nacieczony krwią dolny zraz płuca pozostawał w stanie całkowitej zapaści. Ponieważ u wnęki tegoż krwawiło obficie, wycięto duży kawałek 5-go żebra, w okolicy wnęki znaleziono ryse, po odepchnięciu zaś płuca ku ścianie bocznej klatki piersiowej — otwór w osierdziu. To ostatnie rozcięto, usunięto skrzepy, poczem udało się, rozszerzywszy pole operacyjne na tępo, wydobyć serce, miotające się, niby ryba, wyjęta z wody, i zaszyć długą na $1\frac{1}{2}$ ctm. ranę komory lewej, która przebiegała na powierzchni tylnej, tuż pod linią graniczną z przedsiemką; 4-ma szwami węzełkowymi opanowano krwotok zupełnie. Po ułożeniu serca na właściwem miejscu i starannej toalecie osierdzia, jamę tegoż zamknięto katgutem z pozostawieniem otworu, przez który założono pasek gazy. Opłucnę wytamponowano i ranę powłok zaszyto z pozostawieniem dwóch otworów. Laparotomia, wykonana dodatkowo, nie wykryła w jamie brzusznej żadnych urazów.

Nazajutrz po operacyi, z uwagi na niepokojący stan

ogólny, autor powyjmował tampony, z po za których wylało się około $\frac{3}{4}$ litra cieczy surowiczej. Chory poprawił się odrazu; chorował, zresztą, długo na szereg powikłań. Ostatecznie — wyzdrowiał zupełnie, dziś pracuje, czuje się dobrze, jak o tem przekonano się niedawno po upływie $1\frac{1}{2}$ roku od zabiegu.

Zestawieniem odnośnej literatury wszechświatowej, zawierającej 83 operowanych spostrzeżeń, autor kończy swą, ze wszech miar ciekawą i pouczającą, pracę.

K. Niedzielski.

Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

256. Schickele. **O złośliwości zaśniadu groniastego.** (Archiv f. Gynaekologie. Tom 68, zeszyt 1, 1906).

U młodej dwiętnastoletniej dziewczyny miesiączka nie zjawiała się od dziesięciu tygodni.

Macica dochodziła do pępka, obadwa jajniki przedstawiały nowotwory wielkości kułaka, na przedniej ściance pochwy znajdował się guzik niebieskawy wielkości orzecha. Guzik ten okazał się nabłoniakiem kosmówkowym. Usunięto macicę zupełnie z przydatkami przez pochwę. Chora po upływie dwóch lat jest jeszcze zupełnie zdrową.

W macicy znalazły się gronka z zaśniadu groniastego, nowotwory jajników okazały się luteinowemi torbielami.

Drobnowidzowych danych, czy zaśniad groniasty jest złośliwy, czy też łagodny, dotychczas nie posiadamy. Dla tego należy każdy zaśniad groniasty traktować jako złośliwy, należy po usunięciu zaśniadu groniastego dobrze wyskrobać macicę i zbadać to, co się wyskrobało; wyskrobanie należy po upływie 2—4 tygodni powtórzyć. Dalej autor omawia sposób leczenia i wskazania do operacji.

Złośliwe zaśniady groniaste spotyka się bardzo rzadko. Dotychczas opisano tylko 4 przypadki. *W. B.*

257. Leopold. **Przyczynek do operacyjnego leczenia półogowego zapalenia otrzewny i ropnicy.** (Archiv f. Gynaekologie. Tom 68, zeszyt 1, 1906).

Chirurgiczne leczenie połogowego zapalenia otrzewny daje znacznie lepsze wyniki, niż leczenie innymi sposobami.

Autor detalicznie opisuje wyniki operacyjne, otrzymane przez niego: 1) z 5 przypadków ostrego ogólnego zapalenia otrzewny wyzdrowiały zupełnie trzy osoby; dwie umarły, gdyż przystąpiono do operacji zapóźno; 2) przypadek ropnicy, połogowego ropnego zapalenia żył, który zakończył się śmiercią, gdyż operowano zapóźno; 3) z pięciu przypadków umiejscowionego zapalenia otrzewny wszystkie wyzdrowiały; do operacji autor przystępował między 19 a 49 dniem po porodzie.

W ostrem połogowym zapaleniu otrzewny nie należy przeoczyć stosownej chwili do operacji; na początku choroby można przez laparotomię tylko pomódz choremu, ale nigdy zaszkodzić. I w pewnych przypadkach gorączki połogowej pochodzenia żylnego, nigdy nie można zawczasie operować. Już po upływie 19 dni od początku choroby autor znalazł, że były przepelnione ropą żyły: nasienna i nerkowa, nawet i żyła główna. W umiejscowionem zapaleniu otrzewny należy odnaleźć i wyseparować ogniska ropne.

W. B.

258. Artault de Vevey. **Leczenie kamicy żółciowej kwasem olejowym.** (Revue de therapeut. medicochirurgale. 1 i 15 kwiecień 1906).

We wszystkich przypadkach kamicy żółciowej radzi autor stosować leczenie kwasem olejowym, a tylko wtedy, gdy to leczenie okaże się bezskutecznem, przystąpić do operacji. Leczenie kwasem olejowym ma te prerogatywy, że z 10 przypadków wylecza zupełnie 9, gdy zaś operacja, nie mówiąc już o różnych dolegliwościach, wcale nie chroni od ponowienia się sprawy. Daje się kwas olejowy w kapsułkach po 0,5, które wcale nie wzbudzają wstępu i żadnego odbijania się, gdy kwas olejowy jest świeży i chemicznie czysty. Jeżeli się chce otrzymać dobre wyniki, to trzeba mieć preparat chemicznie czysty, przezroczysty, blado-żółty. Ma się rozumieć, że należy zachować i stosowną dyetę. Oliwa i substancja podobna do niej: kwas olejowy działają leczniczo i zapobiegawczo w postaci lawatyw na bóle kolkowe i to tak prędko, że o jakimkolwiek bądź wessaniu jeszcze i mowy być nie mogło; powtóre, działają te lawatywy mechanicznie, jak to dowiedziono na przykład przy kolce nerkowej, gdzie lawatywa olejowa działa na skurcze sąsiednich organów. Przy wessaniu się, dając ten środek przez usta, otrzymujemy ten sam wynik dzięki temuż samemu mechanizmowi, gdzie kwas

olejowy przez miejscowe podrażnienie wywołuje wydzielanie się żółci i przez to jakby zmywa kamienie. Trwałe wyzdrowienie powodują oliwa i kwas olejowy jakoby przez to, że wywołują zwiększenie ilości kwasów żółciowych, które zawierają w roztworze cholestearynę.

W. B.

259. **Cecikas. O leczniczym działaniu rozpuszczalnej Digitoksyny.** (Revue de médecine. Listopad 1905).

Autor stosował digitoksynę w czterech przypadkach, w których digitalis i inne moczopędne środki wcale nie działały na wodną puchlinę. Otrzymał on świetne wyniki, co się w zupełności zgadza z tem, co otrzymali inni autorowie, którzy też stosowali digitoksynę rozpuszczalną. Działa digitoksyna równomiernie, wskutek czego można działanie jej łatwo kontrolować. Dawka dzienna wynosi 3 mg. Najlepiej dawać digitoksynę rozpuszczoną w glicerynie; działania skupionego nie zauważono. Właściwie należy stosować digitoksynę pod postacią zastrzyknięcia podskórnego, wywołuje ono przytem ból nieznaczny; w każdym razie zastrzyknięcie podskórne nie szkodzi i znosi się dobrze. Działanie digalenu czyli tak zwanej rozpuszczalnej digitoksyny nie ma najmniejszej własności trującej i wcale nie oddziaływa na tętnice serca lub mózgu, jak to czynią inne jady sercowe. Działa digitoksyna rozpuszczalna przez wywołanie skurczu w splocie trzewnym, a szczególnie w powierzchniowych i mięśniowych tętnicach.

W. B.

260. **Perrone. Zapalenie wyrostka i dur.** (Revue de chirurgie. Listopad 1905).

Autor opisuje trzy bardzo charakterystyczne przypadki zapalenia wyrostka podczas przebiegu, ewentualnie w okresie wyzdrowienia duru i robi następujące wnioski. Wyrostek robaczkowy, jak i inne części jelit, mogą być siedliskiem duru. Pomimo tego bezwątpienia spotyka się zwyczajne zapalenie wyrostka podczas przebiegu, ewentualnie w okresie zdrowienia duru, wcale nie wywołane przez dur, który w tym przypadku może najwyżej odegrać rolę czynnika usposabiającego do zachorowania wyrostka. Ten rodzaj zapalenia wyrostka robaczkowego, już dawno opisany przez Dieulafoy pod nazwą zapalenia wyrostka przydurowego, spotyka się, według mniemania autora, znacznie częściej, niż się wogóle zdaje i przebiega w większej części przypadków niespostrzeżony. Rozpoznanie czasami względnie łatwe, jeżeli zapalenie wyrostka zjawia się w okresie zdrowienia duru ze swymi zwykłymi objawami,

jako to: ból w miejscu Mac-Burney, wymioty i gorączka; w innych przypadkach, w szczególności, gdy zjawia się zapalenie wyrostka podczas przebiegu duru, rozpoznanie postawić bardzo trudno i łatwo pomieszać je z przedziurawieniem kiszki. Ważnym objawem dla postawienia rozpoznania różniczkowego jest ciepłota — podwyższenie ciepłoty przemawia za zapaleniem wyrostka, obniżenie za przedziurawieniem jelit. Gdy postawiono rozpoznanie to lub tamto, należy natychmiast operować, gdyż wtedy rokowanie w zapaleniu wyrostka wcale nie jest tak poważnym, jak w przedziurawieniu kiszki. W bardzo ciężkich przypadkach należy operować pod miejscowem znieszczeniem kokainą. Wynik w opisanych przez autora trzech przypadkach był, dzięki operacyi, dobry. Drobnowidzowe badanie wyrostka robaczkowego nie pokazało żadnych zmian durowych.

W. B.

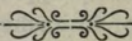
Kronika bieżąca.

—jw— *Choroby epidemiczne w Warszawie.* Wciąż liczne są przypadki odry, kokluszu; rzadziej występuje szkarlatyna; od kilku dni zachodzą zachorowania na włóknikowe zapalenie płuc.

Zmarli. D-r Kamil Bereza, lekarz powiatu plockiego i wiceprezes Plockiego Towarzystwa Lekarskiego, dnia 6 lipca r. b. w Płocku, w wieku lat 54.

D-r Filip Owskiannikow, wybitny histolog, profesor uniwersytetu petersburskiego, dnia 11 czerwca r. b. w Petersburgu, w 79 roku życia.

Manuel Garcia, nauczyciel śpiewu, wynalazca lusterka (wziernika) krtaniowego, w Londynie w początkach lipca r. b., w wieku lat 101.



Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.