

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 35.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowski, Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu. (Napisał S. Kossobudzki. (Ciąg dalszy). — Spastyczne zwożenie przełyku i padaczka odruchowa. Napisał d-r med. Ludwik E. Bregman. (Dokończenie). — **WYKŁADY KLINICZNE.** Wskazania do leczenia operacyjnego zapalenia okołokątniczego. — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 29. Nowa oznaka pierwszego okresu gruźlicy płuc. 30. Nowy sposób określania granic płuca. 31. Okresowe wymioty wskutek samozatrucia u dzieci. 32. Badanie ciśnienia krwi w celach rozpoznawczych w nerwicach urazowych. — Z **WARSAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 26 marca r. b. — Z **Towarzystw lekarskich zagranicznych.** — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 marca do 14 kwietnia r. b. — **DRÓBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Kossobudzki — Le traitement de la phtisie pulmonaire par le cinnamomiate de soude. 2) D-r L. Bregman — La stricture spastique de l'oesophage et épilepsie réflexe.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Kossobudzki — Die Behandlung der Lungenschwindsucht mit Natrium cinnamomienn. 2) D-r L. Bregman — Die spastische Verengerung des Schlundrohres und reflektorische Epilepsie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu.

Napisał

Szymon Kossobudzki.

b. lekarz ziemski w gub. Orłowskiej.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 15).

2 kwietnia zapisał się do szpitala z prawidłową ciepłotą, umiarkowanym kaszlem, skąpą śluzową płwociną i dużą utratą wagi ciała (134 f.). Trzeba jednak zauważyć, że spędził w domu cały post wielki, podczas którego biedniejsza ludność prawosławna wielkorosyjska litelarnie głodzi się. Znaleziono stępienie odgłosu opukowego na całej przestrzeni lewego płuca, w dolnych częściach osłabiony oddech z rżęczeniami średniobańkowymi trzeszczącemi i subkrepitacyami w nieznacznej ilości; drżenie osłabione. Dano kodeinę, bromoform z olejkiem cynamonowym.

4. IV. Zbadano krew — białych ciałek 8,000, czerwonych 390,000 czyli 1 : 488. Zastrzykiwanie hetolu po 0,1.

12. IV. Stan ogólny dobry. Ciężota prawidłowa. Nie kaszle i nie poci się. Na wadze zyskał 7 1/2 f. *In fossa supra spinam et supraclavic. sinistra* oddech z odcieniem oskrzelowym, z tyłu niżej nieokreślony osłabiony, niknący ku dołowi.

30. IV. Ogólny stan coraz lepszy. Na wadze znowu zyskał 5 f. Nie poci się i nie kaszle. Ciężota mniej więcej prawidłowa, raz tylko miał wieczorem 38,0 i trzy razy po 37,8. Na całej przestrzeni lewego płuca odgłos stępiiony, oddech w dolnych częściach prawie zniesiony, wyżej bardzo osłabiony, w górnej części oskrzelowy, rzężeń niema. Drżenie niżej zniesione, wyżej osłabione. Serce przesunięte ku stronie prawej. Widzimy więc, że u chorego stopniowo, powoli wytworzył się wysięk w lewej opłucnie. Od 19. IV. zaczęto zastrzykiwać po 0,2 hetolu, innych środków zaniechano.

10. IV. Przez dwa dni z rzędu ciężota wieczorna bez widocznego powodu podnosiła się do 38,2 — zresztą prawidłowa. Stan przedmiotowy bez zmiany. Nie poci się, nie kaszle. Łaknienie dobre, niewielka duszność i obrzęk stóp. Czynność serca wzmożona; serce przesunięte znacznie na prawo. W dole podobojczykowym na miejscu zastrzykiwań stopniowo wytworzyło się twarde, grudkowate nacieczenie, wypełniające dół i trochę wrażliwe na ucisk. Z powodu odnawiania szpitala został wypisany.

Przez czas pewien leczony był ambulatoryjnie.

20. V. Duszność, tępość na całym lewym płucu; u wierzchołka oddech oskrzelowy, niżej oddechu nie słychać, rzężeń nie ma. W lewym dole podobojczykowym nierówne, twarde guzowatości, pokryte skórą z siniakami.

8. VII. Duszność. W lewym dole nadgrzebieniowym odgłos wypukowy trochę jaśniejszy, niż poprzednio, — ale jeszcze tępy; oddech oskrzelowy. Poniżej zupełna tępość, brak oddechu i drgania. Z przodu tępość zupełna na całej przestrzeni płuc. W dole nad i podobojczykowym oddech oskrzelowy, niżej oddechu nie słychać. Serce uderza mocno i często. Tęny czyste. Akcent na aorcie. Obrzęk stóp. Ciężota 37,6. Wygląd dobry.

17. VII. Wszedł do szpitala. Stan ten sam. Duszność. Wierchołek serca na *l. mammil. dextr.* Nie kaszle, nie poci się. Podano tran po łyżce dziennie i *Tra Convall. maj.* z *Tra Valer. aeth.* 3 razy dziennie po 20 kropel; zastrzykiwanie hetolu po 0,1.

1. VIII. Przekłucie próbne z tyłu między 8 i 9 żebrem; otrzymano płyn surowiczy.

3. VIII. Przyrządem DIEULAFOY wypuszczono 130 ctm. sz. surowiczego, żółtawego płynu z lewej opłucny.

Więcej wypompować nie udało się wskutek zepsucia się przyrządu. Tymczasowo zalecono mięsienie lewej połowy klatki piersiowej maścią z 10% *Vasogenum iodatum.*

W kilkanaście dni później wypuszczono 2300 ctm. płynu. Duszność się zmniejszyła znacznie, obrzęk stóp w kilka dni ustąpił, wierzchołek serca przesunął się na *l. parastern. dextr.*

Przez cały czas robiono zastrzykiwania do 8. IX. po 0,1; 8—10 IX po 0,2; 10—18 IX po 0,3, 18—31 po 0,4; 21—25 IX po 0,2, 25—30 przerwa, od 30—IX do 6 X po 0,4.

We wrześniu byłem na urlopie, i chory był pod opieką felczera.

9. X. W linii pachowej tylnej między 6—7 żebrem przekłucie i wyciągnięcie 2900 ctm. sz. płynu surowiczego. Można było wypuścić jeszcze więcej, ale chory zaczął doświadczać bólu w okolicy serca.

23. X. Oddycha lekko. Kaszlu prawie niema. Nie poci się. Łaknienie dobre. Wierzchołek serca na lewym brzegu mostka. Lewa połowa klatki piersiowej mniejsza, niż poprzednio. Na całym płucu poniżej obojczyka i grzebienia łopatki przytępienie, drżenie do 20 żebra, niżej nie ma go. Oddech u góry pęcherzykowy, niżej nieokreślony.

5. XI. Nie kaszle i nie poci się. Przez tydzień zyskał na wadze. $6\frac{1}{2}$ f. Oddycha swobodnie.

23. XI. Tępość serca do *l. sternal. sinistra*. W górnej części lewego płuca odgłos wypukowy jaśniejszy, niż poprzednio. Słychać oddech pęcherzykowy zaostrozony bez rzężeń; z tyłu w dolnym płacie już się wysłuchuje słaby oddech pęcherzykowy i od czasu do czasu tarcie opłucny.

Strzykawką DIEULAFOY'a wyciągnięto 2600 ctm. sz. mętnawego, surowiczego płynu, w którym było dużo włókniaka i białych ciałek krwi. Płyn ten, zastrzykiwany zwierzętom pod skórę, ropienia nie wywoływał.

Przy końcu wyciągania płynu chory zaczął odczuwać ból w lewym boku. Następnego dnia można było stwierdzić obecność w jamie opłucny powietrza; * przy ruchach tułowia słychać było pluskanie pozostałego jeszcze płynu.

W grudniu waga $153\frac{1}{2}$ f. Wygląd dobry, łaknienie doskonałe, ani potów, ani duszności, tylko uczucie pewnego nieokreślonego ciężaru w okolicy serca. Zastrzykiwano ciągle dalej.

W styczniu wypisał się w stanie doskonałym. Odgłos wypukowy z przodu do 4 żebra znacznie jaśniejszy, niż poprzednio, niżej odgłos podobny do bębnowego, w samym dole stępienie. Z tyłu do dolnego brzegu łopatki odgłos trochę stłumiony, niżej stępienie. Oddech pęcherzykowy osłabiony — bez rzężeń. Z przodu przy oddychaniu słychać metaliczny dźwięk padającej kropli

W marcu roku 1899 znowu przyszedł do szpitala, ponieważ zjawił się mocny kaszel, przyczem w płwocinie pokazały się żyłki krwi.

Mimo to jest zdrow i tylko ma ciężkość w okolicy serca. Nie poci się. Znajdono z przodu od obojczyka do 4 żebra nieznaczne stępienie, niżej wyraźniejsze. Z tyłu nieznaczne stępienie na całym płucu, ale u dołu mocniejsze. Prawa granica serca dochodzi do *l. stern. sin.* Wierzchołek serca na miejscu prawidłowym.

Z prawej strony granice płuca trochę obniżone, odgłos wypukowy zmian nie przedstawia. Z prawej strony oddech mocny pęcherzykowy, z lewej w okolicy nadobojczykowej oddech pęcherzykowy osłabiony, pod obojczykiem — do 2 żebra w zewnętrznej części — to samo, bliżej do mostka — z odcieniem oskrzelowym.

Niżej oddech osłabiony pęcherzykowy. Z tyłu -- *in fossa supra spinam* oddech pęcherzykowy osłabiony, na wysokości grzebienia oddech przypomina oskrzelowy. W tem miejscu słychać trochę dźwięcznych rzężeń. Niżej oddech osłabiony. Dźwięku padającej kropli nie słychać. Nie kaszle zupełnie. Ciepłota prawidłowa.

*) Podobno zdarzenie opisał J. MINKIEWICZ w Gaz. Lek. 1899, VI. 649 i 697.

Odjeżdżając 11 lipca 1899 roku, zostawiłem go w szpitalu. Przez czas 4-razowego pobytu w szpitalu (333 dni) wziął w 287 zastrzykiwaniach 50,25 *natr. cinn.*

Nr. 21. E. P. włościanka lat 20.

25. XI. 1897 roku zapisała się do szpitala w kilka tygodni po pierwszym porodzie z powodu bólów w dolnej części brzucha. Znaleziono zapalenie przy i okolomaciczne i zarządzone odpowiednie leczenie, między innymi podano jodek potasu. Ciepłota była prawidłowa. 5 dnia wieczorem ciepłota podniosła się do 38°, a po kilku jeszcze dniach do 39°. W dolnej tylnej i przedniej części prawego płuca znaleziono stępienie i trzeszczenia z nieokreślonym oddechem. Do tego dołączył się kaszel; wątroba była wymacalna z pod łuku żebrowego i bolesna przy ucisku. W przeciągu dwóch tygodni ciepłota wieczorami bywała wyżej 38°, niekiedy 39°, rano albo trochę podniesiona albo prawidłowa. Trzeszczenia znikły, na ich miejsce zjawily się wilgotne grubobankowe rżenia; oddech pęcherzykowy.

Wypisała się 21. XII. z gorączką, wychudzeniem i brakiem sił; rozpoznano *broncho-pneumoniam tbc.*

12. VI. 1898. zapisała się ponownie ze względu na silne osłabienie, wyniszczenie i powtarzające się krwioplucie. Mocny kaszel, brak łaknienia, nocne poty. Stępienie na prawym wierzchołku, drganie wzmożone, wdech zaostrozony z wielką ilością trzeszczeń, wydech z odcieniem oskrzelowym.

14. VII. Czerwonych ciałek znaleziono 2 1/2 miliona, białych 6800. Ciepłota w. 39,3.

15. VII. Ciepłota 39; białych ciałek po zastrzyknięciu 0,1 *Natr. cinnam.* 13600.

Podano kodeinę z chininą.

16. VII. Ciepłota mocno podwyższona.

17. VII. Białych ciałek 20000.

19. VII. Ciepłota spadła.

20. VII. Białych ciałek 8000.

22. VII. Białych ciałek 10000. Ciepłota prawidłowa.

24. VII. Z prawej strony od tyłu u dołu słycać szmer tarcia opłucny.

25. VII. W godzinę po zastrzyknięciu białych ciałek 8000.

30. VII. Wygląd lepszy, kaszel słabszy.

31. VII. Wieczorem ciepłota wyżej 39°, rano prawidłowa.

2. VIII. Ciepłota wieczorem wyżej 38, rano prawidłowa.

3. VIII. Podano chininę z żelazem w proszkach.

Od tego czasu ciepłota nie podnosiła się tak, że 19. VIII chora mogła się wypisać w stanie znacznego polepszenia, utyła, nabrała dobrego wyglądu, kaszel nieznaczny, rżenia nie słycać. W ciągu 33 dni w 18 zastrzyknięciach wzięła 1,8 hetolu.

6. X. 1898 r. ponownie weszła do szpitala.

Przez długi czas miała się nieźle, w ostatnich czasach zdarzył się bardzo silny krwotok płucny.

Odżywianie średnie, kaszel nie zbyt mocny, niewielkie stępienie na prawym wierzchołku, gdzie słycać trochę wilgotnych rżeń. W dolnej części prawego płuca i w środkowym zrazie z przodu słycać sporo średnio pęcherzykowych rżeń. Płwocina gęsta, grudkowata z domieszką krwi. Czerwonych ciałek 4,200,000, białych 10400.

Zastrzykiwania hetolu po 0,1, kodeina i *Extr. fl. Hydrast. Canad.*

10. X. Białych ciałek 11200.

22. X. Wygląd lepszy, kaszel mniejszy. Plwocina grudkowata, domieszka krwi. Rzężeń znacznie mniej. Hetol po 0,2.

25. X. Po zastrzyknięciu przez czas pewien czuła osłabienie w odpowiedniej ręce.

5. XI. Nie gorączkuje. Niekiedy poci się w nocy. Plwocina z krwią. Hetol po 0,3, kodeina i tran.

23. XI. Dwa razy brano plwocinę do badania, ale nie znaleziono laseczników; plwocina zawiera bardzo dużo ciałek ropnych, miejscami czerwone i jakieś diplokoki i paciorkowce.

Ogólny stan bardzo dobry. Utyła, na twarzy rumieniec. Kaszle bardzo mało, nie poci się w nocy. Na wadze zyskała 8 funtów. Zastrzykiwano po 0,4 hetolu.

29. XI. Nagle ciepłota podskoczyła: silne bóle w brzuchu.

Olej rącznikowy; zastrzykiwania wstrzymano. Waży więcej o 3 funty.

30. XI. Rano ciepłota prawidłowa — wieczorem 38,2.

1. XII. Ciepłota prawidłowa. Na prawym wierzchołku nie ma stępień, rzężeń tutaj nie słyhać. W tylny-dolnej i średniej przedniej części prawego płuca słyhać trochę wilgotnych rzężeń.

4 XII. Ciepłota wieczorem 38°, potem prawidłowa.

6. XII. Zaczęto zastrzykiwać hetol po 0,4.

Przez czas gorączkowania straciła na wadze 4 funty.

10. I. 1899 wypisała się ze szpitala, zyskując znowu 1½ funta. Ciepłota prawidłowa, kaszlu prawie niema, nie poci się; plwocina bez krwi. W płucach żadnych rzężeń nie słyhać, oddech pęcherzykowy prawidłowy. Wygląd doskonały, policzki różowe. Przez czas pobytu w szpitalu (96 dni) dostała w 91 zastrzykaniach 28,7 hetolu.

Do szpitala znów zapisała się 11. V. 1900, głównie z powodu dolegliwości ze strony narządów rodnych, jako to: bóle w dole brzucha, w krzyżu i białe upławy w nieznacznym stopniu. Brak miesiączki, macica mała w niewielkim umocowanym tyłopochyleniu. Przez cały czas pobytu w domu miała się zupełnie dobrze, nie pocila się, nie kaszlała, plwociny prawie nie odpława. Dwa razy tylko zdarzyło się, że przez czas krótki w plwocinie była krew. W płucach zmian żadnych. Ciepłota prawidłowa. Schudła dosyć znacznie, bo kiedy 10. V. ważyła 137½ f., obecnie tylko 118 f. Leczenie zwrócono przeciw cierpieniu narządów płciowych.

17. V. Skarży się na ból w boku. Wieczorem 38,5°.

18. V. Ciepłota 37° — 37,9°.

19. V. Ciepłota podniosła się. Wieczorem bardzo mocny krwotok, chora odpławała czystą, trochę pieniącą się krew. W górnej części lewego płuca słyhać wielko i średnio-bańkowe rzężenia. Kodeina i *Extr. fluid. Hydrast. Canad.* 37,0° — 38,1°.

21. V. Krwioplucie nieznaczne, 36,9° — 37,2°.

22. V. Krwioplucia i kaszlu niema. Ciepłota prawidłowa; czuje się osłabioną; zbladła bardzo.

24. V. Znowu się pokazało trochę krwi. W lewym wierzchołku trochę średnio-pęcherzykowych rzężeń. Ciepłota prawidłowa.

25. V. Ciepłota 36,6 — 37,9

26. V. Ciepłota prawidłowa. Zastrzykiwania hetolu po 0,05. Na wadze zyskała 1 funt.

1. VI. Ciepłota prawidłowa. Hetol po 0,05 co drugi dzień.

3. VI. Ciepłota $37,5^{\circ}$ — $37,9$, później znów zupełnie prawidłowa.

8. VI. Ciepłota $37,7^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$. Stan ogólny i miejscowy doskonały. Rzężeń nie słycać. Plwocina skąpa bez krwi.

9. VI. $38,0$ — $38,0$.

10. VI. 36 — $38,4$, później prawidłowa.

Wahania te zdarzały się bez najmniejszego powodu, przy najlepszym stanie ogólnym i bez żadnych zmian miejscowych.

19. VI. Zyskała na wadze 4 funty. Wygląda dobrze.

29. VI. Wyjeżdżając, zostawiłem ją w doskonałym zdrowiu, utyla, opaliła się, ponieważ ciągle spacerowała po lesie; łaknienie doskonałe; kaszlu, potów niema. Zmian miejscowych żadnych. Przez czas od 11. V. do 19. VI wzięła w 21 zastrzyknięciach 1,05 hetolu.

Łącznie przez cały czas obserwacji od 25. XI. 1897 roku do 29. VI. 1899 r. przebyła w szpitalu 205 dni, w których ciągu dostała 130 zastrzyknięć, zawierających 31,55 cynamonianu sodu.

W kwietniu r. b. miałem o niej wiadomość, że się ma doskonale.

Nr. 23. K. G. włościanka l. 27; zapisała się do szpitala 7. II. 1898 r.

Mocny kaszel, w nocy poty. Miewała krwioplucie. Wychudzenie, błądźliwość skóry i śluzówek. Słabe stępienie nad prawym wierzchołkiem, trochę krepitacyi i subkrepitacyi. Ciepłota prawidłowa.

Hetol po 0,1 co dzień, kodeina po 0,02, 3 razy dziennie, tran po 15,0 codzień.

22. II. Waży $107\frac{1}{2}$ f.

25. II. W plwocinie znaleziono laseczniki gruźlicze w niewielkiej ilości.

1. III. Waży 114 f.

8. III. Waży 115 f.

16. III. Wygląd lepszy, zdrowszy. Kaszel bardzo słaby, łaknienie doskonałe, potów w nocy niema. Rzężeń żadnych nie słycać. Stępienie pozostało. Ciepłota przez cały czas prawidłowa. Wypisuje się z poprawą. W przeciągu 27 dni dostała 2,7 hetolu pod skórę. Do połowy 1899 roku miała się zupełnie dobrze.

Nr. 24. D. włościanka l. 40, bratowa Nr. 19 chora od r. 1897.

W czasie mej nieobecności leżała w szpitalu we wrześniu i na początku października r. 1898.

W ciągu 36 dni w 25 zastrzyknięciach dostała 5,0 hetolu. Przez cały czas ciepłota raz jeden tylko wieczorem wynosiła $37,8^{\circ}$. Chora bardzo wychudzona z dusznością, kaszlem i krwiopluciem. Wypisała się z polepszeniem.

Ponownie weszła 8. III. 1899 r. z powodu dwóch mocnych krwotoków w ostatnich czasach.

Wychudzenie, nocne znaczne pocenie się, mocny kaszel.

Ciepłota wieczorem dochodzi do 39° . Waży $95\frac{1}{2}$ f.

Z prawej strony stępienie z przodu do 3 żebra, z tyłu do grzebienia łopatki. Oddech nieokreślony z trzeszczeniami, rzężeniami średnio-pęcherzy-

kowemi i suchemi. Z lewej strony rozsiane rzężenia suche. Podano proszek DOWER'a i tran. Prócz tego zastrzykiwania surowicy *) po 2 ctm. sz.

18. III. Surowica po 3 ctm. Ciepłota 38° — $38,5^{\circ}$.

21. III. Surowicę odstawiono, jako nie wywierającą najmniejszego wpływu. Waga $96\frac{1}{2}$ funta.

23. III. Ciepłota wieczorem $39,2^{\circ}$.

26. III. Hetol po 0,1.

28. III. Na wadze zyskała pół funta.

Od 2 marca do lipca ciepłota wieczorem nie przenosiła $38,4^{\circ}$.

24. IV. Ciepłota o 8 rano 37° , o 9 zastrzyknięto 0,1 hetolu; o 9 i pół rano $37,5^{\circ}$, o 10 i pół — $38,6^{\circ}$, o 1 i pół — $38,2^{\circ}$, o 6 wieczorem $37,8^{\circ}$.

25. IV. Waga ta sama. Godz. 8 rano $37,2^{\circ}$, o 10 zastrzyknięto 0,1 hetolu; o 11 i pół — $37,2^{\circ}$, o 12 i pół — $38,7^{\circ}$, o 6 wieczorem $38,3^{\circ}$.

27. IV. O 8 rano 37° , o 10 zastrzyknięto 0,1 hetolu, o 11 — $38,3^{\circ}$, o 1 — $38,3^{\circ}$, o 6 wieczorem $38,0^{\circ}$.

Wzięto płwocinę do zbadania: na szkiełku pośród dużej ilości białych ciałek znaleźć można kilka laseczników niezwykle małych i cienkich. Kaszel słabszy, w nocy niema potów, łaknienie dobre, wygląd lepszy; zmiany wypukowe te same, rzężenia prawie znikły. Od miesiąca już nie dostaje tranu, który jej sprawiał wstręt. Ciepłota przez kilka dni z rzędu bywa prawidłowa.

2. V. Na wadze straciła funt.

5. V. Mocny kaszel. Ciepłota prawidłowa. W lewym płucu przy kaszlu i oddychaniu słychać obfite wilgotne rzężenia. Hetol po 0,05 i tran z troponem (10,0).

7. V. Godz. 8 rano 37° , o 9 zastrzyknięcie 0,05 hetolu, o $9\frac{1}{2}$ — $37,4^{\circ}$, o 11 rano $38,2^{\circ}$, o 6 wieczorem $37,3^{\circ}$.

8. V. Godz. 8 rano $37,3^{\circ}$, o 9 zastrzyknięcie, o $9\frac{3}{4}$ — $37,5^{\circ}$, o $10\frac{3}{4}$ — $37,9^{\circ}$, o $12\frac{1}{4}$ — $37,6^{\circ}$, o 6 wieczorem $37,4^{\circ}$.

9. V. Tranu nie znosi, wymioty; straciła na wadze $3\frac{1}{2}$ funta. Godz. 8 rano — $37,2^{\circ}$, o 9 zastrzyknięcie, o 11 rano — $38,0^{\circ}$, o 6 wieczorem — $38,2^{\circ}$.

10. V. Godz. 8 rano — 37° , o 9 zastrzyknięcie, o $9\frac{1}{4}$ — $38,5^{\circ}$, o 10 — 39° , o $11\frac{3}{4}$ — $38,6^{\circ}$, o 6 wieczorem $37,5^{\circ}$.

Od 12. V. ciepłota zaczęła robić duże skoki, wieczorem dochodzi do 39° , a z rana także bywa podwyższona.

25. V. Mocne klucie i ból przelatujący w prawym boku przy mocniejszym odetchnięciu, przy kaszlu, a nawet przy obmacywaniu. Duszność. Z przodu pod prawym obojczykiem oddech zbliżony bardzo do oskrzelowego i trochę rzężeń wilgotnych. Suche bańki, maść gwajakolowa.

*) Na zjeździe w Rzymie SCARPA (25) podał sposób leczenia gruźlicy, polegający na wypuszczeniu surowiczego wysięku z opłucny suchotnikiem i zastrzykiwaniu tu pod skórę tegoż płynu. Wyniki miał bardzo dobre. Korzystając z tego, że chory Nr. 19, bardzo dobrze się mający pod względem zasadniczego cierpienia, miał wysięk surowiczy, spróbowałem w dwóch przypadkach zastrzykiwać tego płynu wysiękowego. Po ustaniu się płynu zebrałem przezroczystą warstwę do wyjąłowanego naczynia, a przypuszczając w płynie obecność toksyn gruźliczych, spróbowałem utlenić je w myśl doświadczeń HIRSCHFELTER'a (26) w celu otrzymania antytoksykcyjnej oksytuberkuliny. Do utleniania użyłem wody utlenionej. W ten sposób otrzymana surowica po kilku miesiącach nawet nie zmieniła swoich własności, nie traciła przejrzystości, nie uległa rozkładowi. Przekonaawszy się, że zwierzętom szkody nie przynosi, ropienia ani nawet miejscowego odczynu nie sprawia, użyłem tej surowicy w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy. Wyniki ujemne; wogóle surowica ta nie wykazywała żadnego działania. Dawki największe po 3 ctm. co dzień.

26. V. Wypisuje się z ciepłotą podwyższoną, zmianami miejscowemi takimi samemi, z jakimi się do szpitala zapisała. Klucie w boku ustąpiło. Kaszel mniejszy. Duszność. Waga ciała bez zmiany. Polepszenie, jakiego z początku doznała, nie trwało długo.

W ciągu 115 dniowego przebywania w szpitalu (z dwoma powrotami) w 83 zastrzyknięciach dostała 9,7 hetolu. Doniesiono mi, że w pół roku potem zmarła.

(C. d. n.).

SPASTYCZNE ZWĘŻENIE PRZĘŁYKU i padaczka odruchowa.

(Odczyt wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim na posiedzeniu z dn. 5 Lutego 1901 r.)

Napisał

D-r med. Ludwik E. Bregman.

Ordynator szpitala Starozakonných w Warszawie.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 15).

Chory wzrostu dość wysokiego, silnej budowy ciała. Stan odżywiania jest niezły, w każdym razie o wiele lepszy, aniżeli w podobnych warunkach oczekiwać należało. Skóra i błony śluzowe dobrze zabarwione, nie anemiczne. Płuca, serce zdrowe. Badanie brzucha wykazuje stosunki prawidłowe. Bolesności nigdzie nie ma, zwłaszcza niema jej „w dolku“, poniżej mostka. Badanie układu nerwowego nie wykazuje wybitnych znamion jakiegokolwiek cierpienia ogólnego. Kręgosłup niebolesny; odruchy kolanowe umiarkowane, odruchy z podniebienia, gardzieli, łącznicy zachowane. Ręce, język, powieki nie drżą. Wszystkie zmysły są prawidłowe.

Wprowadzając zgłębnik miękki lub twardy do przełyku, napotykamy przeszkodę, m. w. w odległości 47 ctm. od zębów siecznych. Przeszkoda ta nie jest jednak absolutna i daje się raz z mniejszą, drugi raz z większą łatwością przewyciężyć. Najłatwiej się to udaje przy pomocy samego chorego, który przytem stosuje ten sam sposób, jak i przy przepychaniu jedzenia, a mianowicie, mocno się wydyma, a potem przy silnym udziale tłoczni brzusznej się zżyma: powtarzając akt ten kilka, nieraz to i więcej razy z rzędu, udaje mu się wreszcie celu swego dopiąć. Przeprowadzanie zgłębnika nie jest bolesne, ani razu przytem nie pokazała się krew, ani ślady jakiegokolwiek tkanki.

Gdy wprowadzamy zgłębnik do przełyku i, nie mijając przeszkody, wlewamy przez lejek pewną ilość wody, to przy opuszczeniu lejka cała ta ilość powraca, przyczem z początku znaleźć w niej można domieszki jedzenia, i woda jest zmieszana z cieczą gęstą ciągnącą się — zawartością przełyku, a przy próbach następnych woda wraca coraz czystsza lub zupełnie czysta. Największa ilość wody, którą tym sposobem do przełyku wprowadzić możemy, dosięga u naszego chorego 400 ctm., przy większej jeszcze ilości chory uczuwa rozsadzanie piersi i nie jest w stanie powstrzymać się od zwrócenia jej częściowo przez zgłębnik, a w największej części obok niego wprost przez usta.

Przystępując do badania przelyku zgłębnikiem, zawsze prawie wydobyć z niego możemy mniejszą lub większą ilość cieczy biało-żółtawej, gęstej, ciągnącej się z zawieszonymi kawałkami śluzu, w której nigdy nie znaleźliśmy kwasu solnego, zawsze zaś otrzymywaliśmy wyraźną reakcję na kwas mleczny. Taki sam wygląd miała ciecz, którą, jak w wywiadach wspomnieliśmy, chory samowolnie co kilka godzin oddawał. W cieczy tej, zwłaszcza w porcy oddanej zrana, znajdowały się często resztki ostatniej strawy chorego, raz jeden zauważyliśmy silny zapach siarkowodoru.

Gdy po przemyciu przelyku sposobem powyżej wskazanym udawało nam się wprowadzić zgłębnik do żołądka, to przekonywaliśmy się, że zawartość tego ostatniego jest szczelnie oddzielona od zawartości przelyku. Z przelyku powracała czysta woda, z żołądka wydobywaliśmy niezmienną jeszcze kawę — śniadanie, spożyte przez chorego o godzinę wcześniej. (Dośw. EINHORN'a). Zawartość przelyku dawała odczyn obojętny, nie zawierała wolnego kwasu solnego a natomiast kwas mleczny, ciecz żołądkowa była wyraźnie kwaśna i wykazywała kwas solny, reakcyi zaś na kwas mleczny nie dawała.

Dowodniej jeszcze przekonywa nas o szczelnem zamknięciu wpustu doświadczenie RUMPEL'a z dwoma zgłębnikami: jeden wprowadzamy do żołądka, następnie drugi do przelyku. Wlewamy wodę do zgłębnika żołądkowego, żołądek się wypełnia, dolna granica jego wypukuje się na linii pępkowej, przy opuszczeniu lejka cała ciecz wraca przez tenże sam zgłębnik, ani kropli przez zgłębnik przelykowy. Następnie wlewamy wodę przez ten ostatni: pomimo otwarcia wpustu przez drugi zgłębnik, wydobyć możemy z powrotem całą ilość wlanej wody — oczywiście wpust zamknął się szczelnie naokoło zgłębnika i nic do żołądka nie przepuszczał.

Nadmienić jeszcze należy, że chory sam przy wyjmowaniu zgłębnika z żołądka w momencie przejścia przez wpust doznaje uczucia „jakby się tam coś zamknęło“.

Wreszcie, podobnie jak w kilku innych przypadkach, i u naszego chorego drożność wpustu w kierunku przeciwnym, t. j. z żołądka do przelyku, wydaje się również utrudniona. Chory nigdy nie wymiotował, chociaż nieraz usiłował to uczynić, zwłaszcza, gdy zmuszony popijać strawę wielką ilością wody, czuł przepełnienie, „rozsadzanie“ żołądka.

Po tem wszystkim wątpić nie możemy, że u chorego naszego ma miejsce szczelne zamknięcie dolnej części przelyku natury nie organicznej, lecz czynnościowej. Zwężenie organiczne wyłączamy dla następujących powodów:

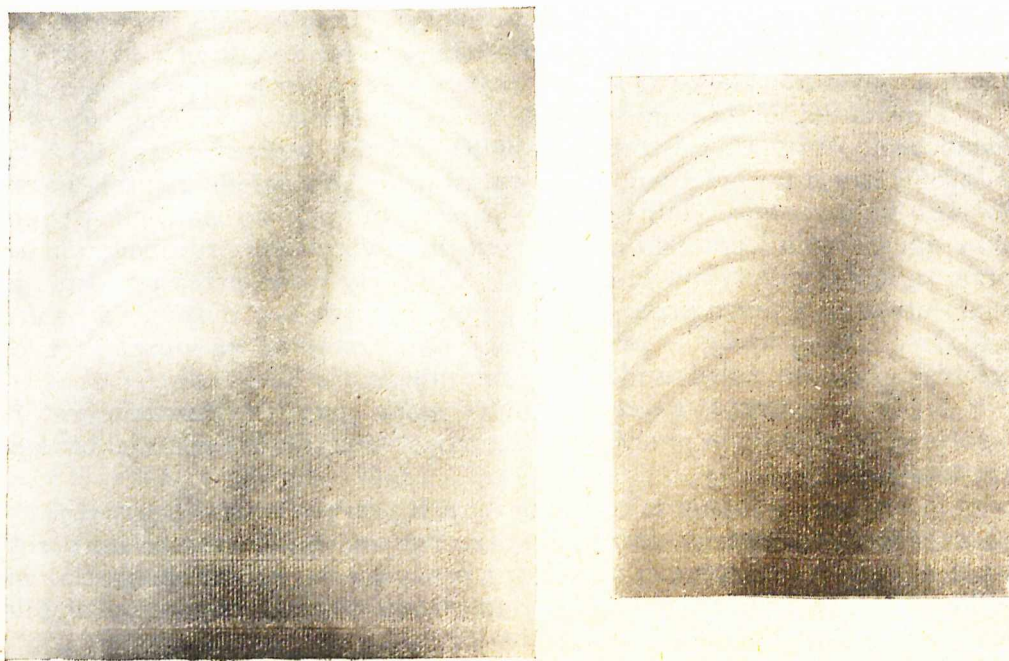
- 1) długie trwanie (od 15 lat) i stopniowe pogarszanie się cierpienia, a pomimo to niezły stan odżywiania chorego;
- 2) możliwość przejścia do żołądka najgrubszym nawet zgłębnikiem.
- 3) brak w wywiadach jakiegokolwiek przyczyny, któraby zwężenie organiczne przelyku spowodować mogła.

Po nad miejscem zwężonym znajduje się, jak z danych powyżej przytoczonych wnioskować możemy, jama, *resp.* worek, mogący pomieścić około 400 ctm. sz. wody, którego ściany uległy przewłokiemu nieżyłtowi i wydzielają dużą ilość gęstego, śluzowego płynu.

Jama ta nie jest niczem innym, jeno rozszerzonym wtórnie, wskutek nagromadzenia się przed zamkniętym wpustem pokarmów i napojów, przelykiem. Uchylek przelyku (*diverticulum*) wyłączyć możemy na podstawie następujących prób, kilkakrotnie i z jednakowym zawsze wynikiem na chorym przerobionych:

1) możności wprowadzania zgłębnika do żołądka po poprzednim wypełnieniu jamy pokarmem. Worek uchyłkowy uciskałby w stanie wypełnionym na przelyk i uniemożliwił wprowadzenie zgłębnika;

2) doświadczenie z dwoma zgłębnikami, z których jeden opatrzony w pewnej odległości od końca okienkami wprowadzamy do żołądka, drugi do przelyku, *resp.* do owej jamy. Woda włana do tego ostatniego, przechodzi przez okienka pierwszego do żołądka. Przy uchyłku pozostawałaby ona w worku uchyłkowym, nie mając bezpośredniej styczności ze zgłębnikiem żołądkowym.



Wreszcie, w celu naocznego przekonania się o stanie przelyku u naszego chorego, poddaliśmy go badaniu przy pomocy promieni ROENTGEN'a. Diagramy, otrzymane w mojej pracowni, mam zaszczyt przedstawić Szanownym Panom. Na jednej przelyk wypełniony 5% zawiesiną bizmutu (*bismuthum subnitricum*) w wodzie: widzimy ogromne, równomierne, cylindryczne niemal rozszerzenie zaostrające się ku dołowi. Na drugiej — w przelyku dwa zgłębniki wypełnione śrutem, z których jeden przy usiłowaniu wprowadzenia go do żołądka podwójnie zagięty: dolne końce obu zgłębników widoczne m. w. w miejscu, odpowiadającym spiczastemu końcowi rozszerzonego przelyku.

Jak powstał spastyczny skurecz przelyku? Jakie są jego przyczyny? Na pytania te przypadek nasz nie daje tak samo odpowiedzi, jak i wszystkie inne

podobne, w literaturze opisane¹⁾. Wiemy tylko, że cierpienie to powstało samoistnie, bez żadnej poprzedzającej choroby lub szkodliwości (urazu, otrucia i t. p.), że w przeciągu 15 letniego trwania stopniowo się pogarsza, tak że prawidłowe żywienie się staje się dla chorego coraz trudniejszym. Przytem przekonywamy się ze zdumieniem, że ani wywiady, ani badanie przedmiotowe nie dają jakiegokolwiek podstawy do przyjęcia ogólnej nerwicy — histeryi lub neurastenii, jako tła, na którymby się cierpienie czynnościowe miejscowe rozwinąć mogło. Jedynie pod względem obarczenia rodzinnego mamy pojedynczy zresztą fakt — siostra idiotka, świadczący o usposobieniu neuropatycznym.

Spastyczne zamknięcie wpustu doprowadziło z biegiem czasu do następczego rozszerzenia przelyku z przewlekłym nieżytem jego błony śluzowej, które uczyniły cierpienie naszego chorego bardziej jeszcze dokuczliwem. O wiele poważniejsze jednak i groźniejsze zarazem jest drugie powikłanie u niego spostrzegane, które na specjalną uwagę naszą zasługuje, a mianowicie napady utraty przytomności. Charakter tych napadów, powstawanie ich i całe zachowanie się chorego dowodzą niemal z pewnością, że są to napady natury padaczkowej. Utrata przytomności i pamięci jest zupełna, trwa zwykle krótko, następuje nagle lub częściej jeszcze zostaje poprzedzona „aurą“ ogólną (drętwienie ciała, drżenie). Pomimo kilkomiesięcznej obserwacji i codziennego prawie wprowadzania zgłębnika nie udało mi się wprawdzie być świadkiem takiego napadu, ale to samo świadczy poniekąd już przeciw histerycznemu ich pochodzeniu, gdyż wiemy, jak skwapliwi są histerycy w demonstrowaniu lekarzom swych różnych przypadłości. Z drugiej strony naocznie przekonać się mogłem o następstwach napadu, widząc raz chorego wkrótce po napadzie z oparzoną twarzą i guzem na czole (chory, tracąc przytomność upadł na piec): wiadomo, że takie skaleczenia, będąc dowodem nagłej i zupełnej utraty przytomności, przemawiają w razach wątpliwych za padaczką a przeciw histeryi. Zresztą uważam za konieczne jeszcze raz powtórzyć, iż ani w przeszłości chorego, ani w jego stanie obecnym nie wykrywa się żadnych znamion tej ostatniej nerwicy.

Ustalając w przypadku naszym rozpoznanie napadów [padaczkowych, nie możemy zarazem zaprzeczyć im charakteru padaczki odruchowej, biorącej początek z podrażnienia, ze spastycznego skurczu wpustu.

1) Napady mają miejsce li tylko w czasie przepychania stawy przez skurczony wpust i wtedy zwłaszcza, kiedy, według słów chorego, skurcz jest najsilniejszy i pokonanie go połączone jest z największym wysiłkiem. 2) Napady pojawiły się po wieloletnim trwaniu cierpienia miejscowego, które, działając jako stały szkodliwy bodziec obwodowy, spowodować mogło ostatecznie zmiany pobudliwości ośrodków. 3) Wreszcie nie znajdujemy ani w przeszłości chorego, ani w jego sposobie życia jakiegokolwiek innej przyczyny, któraby nam powstanie padaczki wytłomaczyć mogła (przypoty, alkoholizm, choroby zakaźne, uraz i t. d.). Jakkolwiek bądź zatem ostrożni będziemy w pojmowaniu padaczki odruchowej, sądzę, iż w przypadku naszym związek patogenetyczny cierpienia przelyku z napadami nie może ulegać za-

1) Kilkakrotnie skurcz powstał po wielkim przestraszeniu lub zmartwieciu. Imo podawano przyczyny są: brak ruchu, przeciążenie pracą, nadmierne używanie zimnych napojów oraz pierwsze miesiączkowanie, angina, influenza, anemja i t. d. Groszlik spostrzegł zwięźenie spastyczne przelyku przy infekcyi moczowej. Po zastosowaniu w pęcherzu azotanu srebra zwięźenie znikło.

przeczeniu, a ponieważ w literaturze pomimo skrzętnych poszukiwań nic podobnego nie znalazłem, zdaje mi się, że jest on ze wszech miar godny uwagi Sz. Panów.

Bylbym rad, gdyby mi się udało do argumentów, przytoczonych powyżej na korzyść odruchowego powstania padaczki u naszego chorego, dodać jeszcze jeden, najbardziej przekonywający, stosując się do znanej formuły: „*cessante causa cessat effectus*”, ale wobec całego dotychczasowego przebiegu, wobec doświadczenia innych autorów, niemocy naszej terapii wewnętrznej, a ryzykowności i wątpliwej skuteczności interwencji chirurgicznej²⁾ przyznać muszę otwarcie, iż *quoad sanationem completam* mało żywię nadziei. Być może że dłuższe i systematycznie prowadzone żywienie *per rectum* da jakie pomyślne wyniki, to też, ponieważ warunki domowe chorego ku takiemu leczeniu się nie nadają, poradziłem mu umieszczenie się w szpitalu³⁾ Prócz tego wobec napadów, którym chory ulega, konieczne jest podawanie systematyczne soli bromowych, na sam skurcz środek ten, jak się wielokrotnie przekonano, żadnego wpływu nie wywiera.

WYKŁADY KLINICZNE.

O. LANZ.

Wskazania do leczenia operacyjnego zapalenia okołokątniczego.

W sprawie leczenia zapalenia okołokątniczego autor na mocy własnego doświadczenia przyłącza się do poglądów chirurgów amerykańskich, którzy przystępują do operacji pierwszego dnia choroby. Nakaz chirurgów amerykańskich pozostaje wszakże najczęściej tylko pobożnym życzeniem, gdyż, nie mówiąc już o tem, że nie zawsze możliwem jest w ciągu pierwszej doby z bezwzględną pewnością rozpoznać cierpienie, wiele przypadków zapalenia okołokątniczego wstępuje po raz pierwszy pod obserwacyę lekarską, jako nawroty choroby. Autor jest nawet tego zdania, że lekarzom tylko wyjątkowo rzadko udaje się widzieć pierwszy napad, gdyż ten polega, być może, na udziale wyrostka robaczkowego w jakimś cierpieniu kiszek natury ogólnej (*enteritis, typhus*). Sprawa chorobowa w kiszkiach goi się o wiele szybciej, niż w wyrostku, w którym, dzięki mniej pomyślnym warunkom, niezbyt, owrzodzenie, ulegają niezupełnej przemianie wstecznej, a pozostałe zmiany, wskutek jakiegoś wykroczenia w dyecie lub postępu sprawy zapalnej, prowadzą przy obrzmieniu błony śluzowej wyrostka do spraw retencyjnych, i oto wybucha t. zw. pierwszy napad. W wielu przypadkach mamy do czynienia z przewlekłym zapaleniem wyrostka, a to, co nazywamy napadem, jest tylko wyrazem obostrzenia sprawy chorobowej. Do takie-

²⁾ Choromu DAUBER'a zrobiono gastrostomię według metody Writza i próbowano odżywiać go przez rurkę, wprowadzoną do żołądka. Po 7-tu dniach, ponieważ żołądek źle znosił obecność rurki, autor przeszedł do odżywiania przez odbytnicę, ale i to ostatnio stosował tylko przez dni 8. Ostatecznie wszystko zostało po dawnemu. RUMPEL proponuje operacyę radykalną — wycięcia wpustu.

³⁾ Uwaga przy korekcie. Leczenie to zastosowano w szpitalu Ewangelickim w oddziale kol. H. KUCIARZEWSKIEGO, któremu za zaopiekowanie się chorym serdecznie dziękuję. Chory znosił je źle, czuł się bardzo osłabionym, tak że po niespełna dwóch tygodniach musiano sposobu tego zaniechać. Skurcz przełyku pozostał bez zmiany.

go zapatrywania doszedł autor na mocy licznych oględzin *in vivo* (*intra operationem*).

Usunięcie wyrostka w ciągu pierwszego dnia choroby zaleca się dla tego, że nigdy nie można przewidzieć, jaki obrót weźmie sprawa, w jakim stanie jest wyrostek, czy zdolny jest do samoobrony, czy też przeciwnie ulegnie po krótkim czasie zgorzeli i pęknięciu. Z usunięciem zaś wyrostka wszelkie obawy ustają. Operacja sama przez się nie powinna budzić żadnych obaw, jeśli tylko chirurg zadosyć uczyni wymaganiom aseptyki.

Trudniej jest rozstrzygnąć kwestyę wskazania do operacji, gdy chirurg wezwany jest po upływie pierwszej doby. W tym czasie interwencya chirurgiczna może być niebezpieczniejsza, niż sama choroba. ROUX, SONNENBURG i inni coraz bardziej wstrzymują się od zabiegu w tym okresie choroby, operując tylko w razie obecności objawów groźnych. Miarodajne tu jest uwzględnienie całokształtu objawów: stanu ogólnego, gorączki, tętna i objawów miejscowych. Jeśli wszystkie objawy, zarówno jak rezystencya w dole biodrowym po kilku dniach ustępują, to należy wstrzymać się od zabiegu operacyjnego, a zadowolnić się bezwzględną dyetą, spokojem, lodowymi okładami oraz małemi dawkami morfiny i makowca; przetwory makowca maskują, niestety, rozwój sprawy chorobowej, wywołując zmniejszenie wrażliwości i bębnicę. Gdy jednak wysięk w dalszym przebiegu zwiększa się, gorączka nie ustaje, występują dreszcze, chory ma zły wygląd, albo też sprawa nanowo się obostrza, wówczas należy ropień otworzyć. Tu powstaje nowe pytanie: czy mamy zadowolnić się otworzeniem ropnia, czy też wykonać operacyę radykalną, t. j. usunąć zarazem schorzały wyrostek robaczkowy.

Autor nie podziela poglądu SONNENBURG'a, który, jak wiadomo jest zwolennikiem operacji radykalnej; zgadza się on na wycięcie wyrostka tylko wówczas, gdy ten przedstawia się pomyślnie i łatwo może być wycięty. Przeciw usunięciu wyrostka w ostrym okresie przemawiają: trudności techniczne, krwawienie, niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny przy oddzielaniu zrostów oraz możliwość późniejszego powstania przepukliny brzusznej. Postępowanie według KOCUBIŃA, który radzi wykonać operacyę radykalną w kilka dni po otwarciu ropnia, autor również uważa za niebezpieczne. Zdarza się niekiedy, że nacieczenie trzyma się uporczywie przez kilka miesięcy, że jeden nawrót następuje po drugim, tak, że wytwarza się prawdziwy *status perityphiliticus*. W podobnych przypadkach należy, chcąc nie chcąc, zdecydować się na operacyę, chociaż ta w takich razach jest zwykle trudna wskutek znacznych zmian, nacieków, zrostów wyrostka i kątnicy z pętlcami kiszki, miednicą, ścianą brzuszną i t. d.

Łatwiejsze znów jest postawienie wskazania do operacji przy zagrażającym ogólnem zapaleniu otrzewny, które najczęściej nie jest już, jak się o tem autor niejednokrotnie przekonał, tylko „zagrażające“, lecz faktycznie istniejące. W przeważnej większości przypadków nie ma się w tych razach nic do stracenia, choć, z drugiej strony, przyznać należy, że i operacya rzadko tylko uwięczona zostaje dobrym skutkiem. Zwlekanie z operacyą w przypadkach ogólnego zapalenia otrzewny nie da się usprawiedliwić, gdyż bardziej przewlekły przebieg, doprowadzający do wytworzenia licznych ropni, które można bezpiecznie jeden po drugim pootwierać, zdarza się rzadko. Pamiętać także należy o tem, że leczenie następcze w tego rodzaju przypadkach, polegające na starannych zmianach opatrunku, na wlewaniach i transfuzjach, jest również ważne, a nawet ważniejsze, niż sama operacya, wskutek czego tej ostatniej podjąć się należy tylko wówczas, gdy liczyć można, że wszystkie te zabiegi będą mogły być wykonane

z jak największą skrupulatnością. Podczas samej operacji należy mieć na względzie, że właśnie w tym okresie otrzewna jest szczególnie wrażliwa na podrażnienie urazowe, spowodowane przez samą operację, wskutek czego zaleca się możliwie unikać zupełnej ewentracji i połączonego z nią niebezpieczeństwa wstrząsu (shok).

O ile w okresie zapalnym wskazania do zabiegu operacyjnego są zawile i niezupełnie zdecydowane, o tyle znów proste są wówczas, gdy napad minął. Każdemu choremu, we wszystkich przypadkach, po pierwszym, nawet lekkim napadzie radzi autor pozbyć się swego wyrostka robaczkowego. Doświadczenie nauczyło autora, że bardzo często nie jesteśmy w stanie ocenić nawet w przybliżeniu stanu wyrostka. Faktem jest, że wyleczenie anatomiczne raz tylko dotkniętego wyrostka jest wyjątkiem. Ażeby dowieść tego bardzo ważnego twierdzenia, przytacza autor wszystkie operowane przez siebie a froid w ciągu ostatniego roku przypadki, podając zarazem rysunki (kolorowe) otrzymanych preparatów.

Wprawdzie nie we wszystkich przypadkach usunięcie wyrostka zapobiega wszelkim możliwym następstwom choroby, lecz zaprzeczyć się nie da, że im mniej wybuchów zapalnych miało miejsce w okolicy kątnicy i jej sąsiedztwie, tem mniejsze i słabsze są pozostałe po nich blizny i zrosty. A więc operować jak najwcześniej, w ciągu pierwszych 24 godzin, a gdy termin ten minął, usilnie doradzać choremu, ażeby po wygaśnięciu sprawy zapalnej pozbył się swego schorzałego wyrostka. Wszak niebezpieczeństwo, jakie pociąga za sobą wycięcie wyrostka robaczkowego a froid, sprowadza się do niebezpieczeństwa wskutek uspienia: na wielką liczbę operacji radykalnych autor nie miał ani jednego niepomyślnego wyniku. Słusznie też nazywa on tę operację prawdziwym klejnotem chirurgii nowoczesnej.

(Odbitka z *Correspondenz-Blatt f. Schw. Aerzte* 1901, Nr. 1, Str. 1—25). S. Pechlranec.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

29. ROUSSEL. **Nowa oznaka pierwszego okresu gruźlicy płuc.** W pracy swej, tyczącej się pewnej liczby mało znanych objawów początkowego okresu gruźlicy płucnej, takich jak odruchy: czysto—mięśniowy (skurcz piersiowego większego wskutek opukiwania tego mięśnia), nerwowo — mięśniowy (zgięcie przedramienia wskutek skurczu mięśnia dwugłowego, gdy się opukuje większy piersiowy), powstrzymujący (względna nieruchomość połowy tułowia, odpowiadającej obrażeniu płuca), i t. d., autor podaje do wiadomości nie opisaną jeszcze dotąd oznakę pierwszego okresu gruźlicy, polegającą na tem, że, gdy się lekko opukuje piersi końcem średniego lub wskazującego palca zgiętego hakowato (opukiwanie paznogiowe), wywołuje się mniej lub więcej znaczny ból. Ból ten jest wyraźny nadewszystko w okolicy podobojczykowej, na powierzchni pasa, ograniczonego z góry obojczykiem, z dołu trzecim lub czwartym żebrem, na wewnątrz kończy się na 3—4 centymetry przed linią pośrodkową; na zewnątrz okolica bolesna rozprzestrzenia się często na ramię, aby się połączyć z pasem nadczułości, zajmującym dół nadgrzebieniowy łopatki; rzadziej dół podgrzebieniowy bywa również wrażliwy na opukiwanie.

Różne względy doprowadziły autora do przekonania, iż w danym przypadku zjawiska bólowe mieszczą się nie w skórze, lecz w mięśniach. Istotnie

bowiem, ucisk, szczypanie, a nawet skręcanie samych tylko powłok nie jest bolesne; co więcej, opukiwanie wywoływało zawsze ból silniejszy w przestrzeniach międzyżebrowych, niż na samych żebrach, pomimo obecności, w tym ostatnim wypadku, bezpośrednio przylegającego kostnego podłoża. Stowem, to umiejscowienie nadczułości było przypuszczeniem, lecz pewne spostrzeżenie poparło je nadzwyczaj przekonująco.

Autor leczył młodą kobietę, mającą w prawym szczyście niewątpliwe oznaki gruźlicy płuc w pierwszym okresie (oddech zaostrozony, wydech wydłużony, wyraźne przytępienie, zmniejszenie drgań klatki piersiowej). Otóż, jakkolwiek chora ta, będąc historyczką, dotknięta była zupełnem połowicznym znieczuleniem całej prawej połowy ciała do tego stopnia, iż można było przebić igłą fałdę skóry bez wywołania nawet uczucia dotknięcia, lekkie bezpośrednio opukiwanie, wykonane według sposobu autora, wywoływało silny ból w okolicy podbojczykowej i w dole nadgrzebieniowym prawej strony.

Ta nadczułość zależy według autora albo od zapalenia nerwu albo od zapalenia mięśni wskutek rozprzestrzenienia się.

(*La semaine médicale* Nr 49 1900)

St. Koslan.

30. E. WIASZ. **Nowy sposób określania granic płuca.** Badając czucie skórne za pomocą cyrkla WEBER'a, autor zauważył, iż podczas mowy, szczególnie w chwili wymawiania zgłosek, zawierających spółgłoski *t* lub *d*, pewne części przestrzeni międzyżebrowych wyraźnie się wypuklają. Wytworzone w ten sposób wypukłości są szczególnie widoczne z przodu w drugiej, trzeciej i czwartej przestrzeniach międzyżebrowych obok linii sutkowej i przymostkowej; z tyłu, między liniami pachową i łopatkową, i wreszcie wzdłuż górnych brzegów wątroby i śledziony.

Te międzyżebrowe wypuklenia, zależne widocznie od ruchów rozszerzania się płuc, występują tylko pod wpływem głośnej mowy. Dla tego też są one mniej wyraźne w przypadkach puchliny brzusznej, ucisku płuca, porażenia głosi, silnej duszności i t. d.

Autor mógł się przekonać, z drugiej strony, że wysięki oplucny mogą wywoływać takie same ruchy faliste, które mogą w ten sposób służyć do ustalenia granic tych wylewów i wątroby.

Zjawisko, o którym mowa, wytwarza się we wszelkich położeniach ciała, ale najwyraźniej występuje ono przy położeniu chorego na plecach, boku lub brzuchu, zależnie od części, jaką chcemy badać; każe się wtedy choremu wymawiać wyrazy bardzo wyraźnie, tak, aby w przestankach mowy tułów nie zachowywał tego pośredniego między wdechem a wypoczynkiem położenia, jakie przyjmuje on zwykle, gdy się mówi prędko.

Jeżeli w tych warunkach bada się uważnie jedną po drugiej przestrzenie międzyżebrowe, to w wielu z nich stwierdza się przy każdym wydaniu uczłonkowanego dźwięku występowanie podłużnych, mniej lub więcej obszernych wypukleń. Rozumie się samo przez się, że należy się wystrzegać mieszać te falowania z prostymi skurczami mięśni, które się mogą wytwarzać w tych samych miejscach.

Autor sądzi, że ten sposób badania będzie mógł oddać usługi w klinice, nadewszystko dla zupełnie ścisłego określenia linii, odgraniczającej płuca od wątroby i śledziony.

(*La semaine médicale.* Nr. 22. 1900).

St. Koslan.

31. J. P. C. GRIFFITH. **Okresowe wymioty wskutek samozatrucia u dzieci.** Pod nazwą wymiotów okresowych lub powtórnych zestawiono dosyć różne

fakty, z których jedne należą do obrębu żołądkowych napadów wiatru, gdy inne są wyrazem czystych nerwic żołądkowych lub nawet zazależą wyraźnie od zaburzeń trawienia. Otóż, według autora, spotyka się w dzieciństwie szczególną postać powtórnych wymiotów niepowstrzymanych, występujących w odstępach nieprawidłowych i zależnych od napadów samozatrucia. Autor spostrzegł 4 przypadki tego rodzaju u dzieci w wieku od 5 do 9 lat (3 chłopców i 1 dziewczynka) i mógł wyszukać wiele podobnych faktów w piśmiennictwie lekarskim.

U chorych tych wymioty nie zależały od żadnego zaburzenia trawienia i nie towarzyszyły im bóle, będące właściwością żołądkowych napadów wiatru, nerwic żołądka i nadkwasoty. Występowały one samowolnie, bez widocznej przyczyny, to raptownie, podczas zupełnego zdrowia dziecka, to po krótkotrwałym wogóle okresie przedwstępnym, polegającym na uczuciu ogólnego niedomagania z brakiem łaknienia, lekkim obłożeniu języka i, niekiedy, bólu głowy.

Rozpoczęty napad może trwać wiele dni (to dni w jednym przypadku). Wymioty, z początku pokarmowe, stają się następnie surowiczno-śluzowe, a w końcu krwawe. Towarzyszy im niekiedy zaparcie i gorączka, i doprowadzają one prędko do mniej lub więcej znacznego wycieńczenia. Zwykle napad ustępuje nagle, i zdrowienie bywa wtedy szybkie; może jednak nastąpić i śmierć wskutek zapaści, jakto miało miejsce w dwóch spostrzeganych przez autora przypadkach.

Autor sądzi, iż przyczyną tych okresowych wymiotów jest stan samozatrucia przez leukomaiiny, pochodzące z mało jeszcze znanych zaburzeń przemiany wewnątrz-ustrojowej. I, istotnie, mógł on stwierdzić u tych chorych pewne objawy, potwierdzające to przypuszczenie, takie, jak indykanomocz, swędzenie skóry i, w jednym przypadku, wystąpienie bólów stawowych bezpośrednio po napadzie wymiotów. (*La semaine médicale* Nr. 47, 1900.) *St. Roslan.*

32. H. STRAUSS. **Badanie ciśnienia krwi w celach rozpoznawczych w nerwicach urazowych.** Przez szereg prac różnych autorów stwierdzone zostało, że ciśnienie krwi w przypadkach nerwic czynnościowych na ogół jest wzmożone. Objaw ten powstać może, oprócz tego, pod wpływem wielu innych warunków: palenia tytoniu, podniecenia psychicznego, bólu. Autor zajął się odnośnym badaniem w przypadkach nerwic czynnościowych, w których rozpoznanie z tyłoma trudnościami jest połączone, szczególnie zaś dla odróżnienia od symulacji. Użyta została metoda tonometryczna GAERTNERA. Wynik badania był dodatni: gdy u zdrowych osobników cyfra ciśnienia waha się między 90 i 100 mm., przekracza ona znacznie te granice u chorych nerwicowych. Ze względu na wiele możliwych pobocznych wpływów badanie w jednakowych warunkach parokrotnie powtórzone zostało u tych samych chorych i zawsze z tym samym wynikiem. Ten ostatni warunek — powtórne badanie — uważa autor za nieodzowny i jedynie miarodajny. Rzecz prosta, należy mieć na względzie wszelkie zmiany wogóle, wpływające na wzmożenie ciśnienia (stwardnienie naczyń, zapalenie nerek, otrucie ołowiem i t. p.).

Oprócz tego, okazały powyższe badania usługę przy stwierdzaniu bólu *resp.* punktów bolesnych. Przy uciskaniu tych ostatnich, ciśnienie wzmagało się. Dane te, mające cechy obiektywnych, nabiorą dużej doniosłości, o ile dalsze pożądane badania stwierdzą je. Stosunkowo mała ilość badanych przez autora przypadków tłumaczy się chęcią dobrania możliwie identycznych przypadków co do stanu ogólnego, wieku chorych i t. p.

(*Newr. Ctbl.* Nr. 3. 1901).

Luzenburg.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 26 marca r. b.

TREŚĆ: 1) S. ENDELMAN -- przedstawienie okazu typowego zaśniadu krwawego. 2) A. KARCEWSKI -- przedstawienie chorej, dotkniętej krzywą szyją pochodzenia mięśniowego. 3) St. KOPCZYŃSKI -- przedstawienie chorej z zaburzeniami ruchowymi o ciemnej etiologii. 4) J. LUXENBURG -- przedstawienie chorej, dotkniętej obrzękiem śluzowym i leczonej pastylkami tyreoidyny. 5) C. BARSCZEWSKI -- „Czego wymaga klinika od radioskopii i radiografii“?

1) Kol. ENDELMAN przedstawił przypadek typowego zaśniadu krwawego. Przedstawione jajo płodowe urodziła 30-letnia kobieta. Ostatnia prawidłowa miesiączka 7 miesięcy temu. 4 tygodnie temu dość znaczny krwotok. Dnia 20 marca r. b. przy bardzo słabym krwotoku i słabych bólach wypadło z pochwy jajo płodowe, formy owalnej, długości $9\frac{1}{2}$ ctm., szerokości 6 ctm. Po rozcięciu błon płodowych wylało się z jaja około 10 ctm. sz. krwawo zabarwionego płynu. W jamie płodowej E. znalazł płód długości 5 ctm. Na całej wewnętrznej powierzchni łożyska znajdują się guzowate wzniesienia różnej wielkości (od orzecha laskowego do dużej śliwki) w części gładkie, w części natomiast pokryte drobnymi ziarnkami żółtawego koloru. Pomiedzy owymi guzowatościami, przedstawiającymi podkosmówkowe krwawiaki, znajdują się mniej lub więcej głębokie zakłębienia. Wielkość płodu w danym przypadku odpowiadała końcowi drugiego miesiąca ciąży, gdy wielkość jaja płodowego — końcowi czwartego miesiąca ciąży. W podobnych przypadkach, jak zresztą i E. o tem się przekonał, w kosmkach naczyń nigdy nie było.

2) Kol. A. KARCEWSKI przedstawił przypadek krzywej szyi pochodzenia mięśniowego (*caput obstipuum musculare*).

Dziewieczyna lat 15, z wybitną asymetrią twarzy, a mianowicie, prawa połowa twarzy jest wogóle większa, niż lewa. Głowa (przed operacją) nachylona ku barkowi i nieco ku przodowi. Broda jest zwrócona ku prawej stronie i ku górze. Na szyi z lewej strony wyczuwa się część mostkową mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego pod postacią grubej, twardej i niepodatnej taśmy, szerokości 1 ctm. Lewy obojęczyk o 2 ctm. dłuższy, niż prawy, nieco nieprawidłowy. Odcinek piersiowy kręgosłupa przedstawia wybitne skrzywienie w lewo, co uwydatnił rentgenogram. Operacji dokonano 12. III. r. b. sposobem MIKULICZA. Zrobiono cięcie podłużne z lewej strony szyi pomiędzy częścią mostkową a obojęczykową mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego długości około 8 ctm. Po przecięciu skóry i platysma, obnażono przyczepy obu części wspomnianego mięśnia i odcięto je od mostka i obojęczyka. Potem odseparowano dolne końce mięśnia aż powyżej części wspólnej i tu odcięto. Ranę zaszyto całkowicie szwem endermicznym z fil de Florence. Rychłozrost. Chorej zalecono odpowiednią gimnastykę.

3) Kol. KOPCZYŃSKI St. przedstawił rzadki przypadek zaburzeń ruchowych o ciemnej etiologii.

Chora lat 30 panna, wieśniaczka z pod Łomży. Od 10 roku życia zaczęła doznawać stopniowo zwiększającego się drżenia i skurczów w lewej ręce. Przedtem była zupełnie zdrowa. Za obarczeniem neuropatycznym chorej nic nie przemawia. Brak również wszelkich znamion histeryi tak w wywiadach, jak i w badaniu przedmiotowym. Chora czuje się zupełnie zdrową i obiektywnie żadnych innych zaburzeń ani w narządach wewnętrznych, ani w dziedzinie czucia, ruchu lub odruchów wykazać nie można, prócz tego, że lewa kończyna górna wykonywa wciąż najrozmaitsze ruchy. Nie są to ruchy płasawiczne, nie jest to atetoza,

nie jest również ruch rytmiczny lub drżenie „zamiarowe“ (Intentionszittern), lecz mieszanina wszystkich tych postaci ruchu z przewagą pierwiastka płasawicy. Np. przy wyciągniętej kończynie widać następujące ruchy: paluch co kilka sekund z nierównym natężeniem rozgina się, bywa odprowadzany lub zginany, a jednocześnie cała kiść co kilka sekund rozgina się i zwraca ku zewnątrz, jak gdyby pod działaniem skurczów klonicznych *m. extensoris carpi radialis*. Przy zgięciu przedramienia znów inne mięśnie biorą udział w tych ruchach, zwłaszcza zginacze, choć co raz widać skurcz kloniczny w *m. supinator longus*. Przy dotknięciu palcem nosa, cała ręka wykonywa chaotyczne ruchy, przypominające nieco drżenie „zamiarowe“, lecz z różnymi, nieprawidłowymi rozmachami. Odruchoń ścięgniętych na dotkniętej kończynie nie można było wywołać. Oprócz tego, gdy chora otwiera usta, widać po stronie lewej lekkie skurcze kloniczne w mięśniach, okalających po tej stronie jamę ustną. Wpływ woli na te ruchy pozostaje bez skutku. Zimno, afekt zwiększają je. Podczas snu zupełnie ustają.

Biorąc pod uwagę 1) stopniowe występowanie tych zaburzeń ruchowych bez widocznego wpływu momentów psychicznych, 2) brak wszelkich danych, przemawiających za histeryą, 3) obecność drgań na twarzy, KOPCZYŃSKI wyłącza w danym przypadku histeryę, o której możnaby było najpierw pomyśleć, tembardziej, że i terapia suggestyjna pozostała bez skutku. Uśpić chorej mówcy nie udawało się. Wobec tego K. przypuszcza w danym przypadku cierpienie organiczne. Podobne zaburzenia ruchowe mogą się zjawić w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego (cerebrale Kinderlähmung). K. przypomina o demonstrowanym przez niego w roku zeszłym przypadku hemiatetozy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego. Tu jednak za tem cierpieniem nic nie przemawia. Natomiast przypuszczać można jakieś niewielkie ognisko stwardnienia, umiejscowione mniej więcej w *nucleus lentiformis* lub w *bulbamus opticus*, które, podług teorii MONAKOWA, drażni drogi czuciowe, biegnące do kory mózgowej, a ztąd pośrednio drogi piramidalne, biegnące do ręki i do twarzy, i wywołuje opisane zaburzenia ruchowe. Że podobne stwardnienia lub *encephalitis non purulenta circumscripta* nawet w wieku późniejszym są możliwe, za tem, zdaniem prelegenta, przemawiają liczne badania, między innymi spostrzeżenie kol. DYDYŃSKIEGO, który w roku zeszłym przedstawił 10 letniego chłopca z organicznym niedowładem połowicznym, rozwijającym się stopniowo w ciągu kilku miesięcy bez innych ogólnych lub ogniskowych objawów ze strony mózgu.

4) Kol. LUXENBURG przedstawił chorą, dotkniętą obrzękiem śluzowym (*myxo-oedema*) i okazaną już raz na posiedzeniu Towarzystwa w dniu 26. VI. 1900 roku, t. j. przed rozpoczęciem leczenia. Chora poddana została leczeniu pastylkami z tyreoidyny (angielskie po 0,3), począwszy od 1/2 pastylki dziennie, stopniowo przechodząc do większych dawek. Najwyższa wynosiła 9 1/2 pastylki. Ogółem chora wyżyła 1600 pastylek. Już po kilku dniach zaczęły ustępować objawy podmiotowe (uczucie suchości w ustach, ściskanie w gardle i t. p.), i przedmiotowo stwierdzono zmiany na lepsze. Po 2 1/2 miesiącach kończyny nabrały formy normalnej, obrzęk skóry ledwie dostrzegalny, owłosienie na grzbiecie niemal zupełnie znikło. Chora zaczęła się pocić. Tętno dawniej 90 obecnie 125—140 uderzeń na minutę. W moczu stale nieco białka i cukru, niekiedy cylindry szkliste. Znaczne zmniejszenie dawek tyreoidyny sprowadzało pogorszenie się stanu. L. pokazał fotografie z czasu przed i po leczeniu, uwidoczniając znaczne różnice w wymiarach pojedynczych członków i w wyglądzie ogólnym.

5) Kol. BARSZCZEWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Czego wymaga klinika od radioskopii i radiografii“?

Badanie za pomocą promieni X stanowi dziś nowy dział w dyagnostyce fizycznej obok opukiwania i wysłuchiwania. Metoda ta, ażeby posiadała charakter ścisły, kliniczny, powinna odpowiadać trzem warunkom:

1) Lekarz za pomocą promieni X powinien móc tak badać swego chorego, jak się bada np. serce przez wysłuchiwanie go w różnych punktach lub płuca przez opukiwanie ich na całej powierzchni klatki piersiowej.

2) Warunki badania chorego powinny być ściśle określone, jak pozycja chorego, ustawienie rurki CROOKES'a i położenie kliszy. To umożliwi innemu lekarzowi odtworzenie podobnego badania.

3) Lekarz powinien mieć możliwość szybkiego orientowania się co do guzów, ukrytych w głębiach ustroju, lub ciał obcych, dzięki prześwietlaniu lub zdjęciom radiograficznym.

Pierwszemu wymaganiu zadosyć uczynić może przyrząd, który demonstrował prelegent na dużej tablicy. Drugi punkt uwzględnić może zaprowadzenie ścisłych pomiarów choćby według metody radiometrycznej d-ra GUILLEMINOT'a, asystenta prof. BOUCHARD'a. Metoda ta polega 1) na oznaczeniu punktu dowolnie wybranego na powierzchni badanej okolicy pacjenta sposobem planimetrycznym, 2) na oznaczeniu kierunku promieni X, padających na ten wybrany punkt, za pomocą zbudowanego w tym celu kątomierza — radiogoniometru. Przyrząd ten a zarówno i punkty anatomiczne wytyczne dla czaszki, tułowia, kończyn górnych i dolnych oraz linie współrzędne z osiami rzędnych i odciętych dla tych okolic ciała demonstrował prelegent na wielkich tablicach. W celu określania guzów w głębi ciała ludzkiego, zdaniem prelegenta, niezbędne są zdjęcia stereoskopowe wobec zastosowanych do nich obliczeń matematycznych graficznych lub stereometrycznych. Dalej wspominał prelegent o przyrządach sygnalizujących, które, będąc wprowadzone do ran postrzałowych przy zetknięciu się z kulą, igłą i t. d. dają znać o tem za pomocą telefonu, mikrofonu, igły galwanoskopowej lub poprostu dzwonka elektrycznego. Prelegent przedstawił jeden typ takiego zgłębnika sygnalizującego, a prócz tego liczne radiogramy, wykonane w własnej pracowni, różnych przypadków chirurgicznych, jak złamania, zwichnięcia, nowotwory kości, ciała obce w czaszce, w klatce piersiowej, dalej z dziedziny medycyny wewnętrznej: tętniaki, wysięki opłucny, zgęszczenia płuc i t. p.

St. Koczyński.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu wolnego związku chirurgów w Berlinie d-r HAHN przedstawił dwa bardzo ciekawe preparaty wrzodu dwunastnicy. Jeden z tych preparatów pochodził od kobiety 26-letniej. W dwunastnicy w odległości 22 ctm. od odźwiernika znaleziono owrzodzenie, posiadające wszelkie cechy wrzodu okrągłego. Zjawisko to jest względnie rzadkie, wiadomo bowiem, że wrzody dwunastnicy znajdują się zwykle w pobliżu odźwiernika. Na krótko przed śmiercią chora miała niezmiernie obfity krwotok kiszkowy, wskutek którego zmarła. Badanie zwłok wykazało przerwanie się wrzodu do tętnicy głównej. Pęknięcie dna wrzodu dwunastnicy spowodowała znajdująca się tam szczecina i, jak przypuszcza mówca, stała się ona przyczyną wrzodu i dwunastnicy i tętnicy głównej (?). Objawy cierpienia istniały zaledwie dni czternaście. Chora twierdziła, że zawsze cieszyła się dobrem zdrowiem, bólów zaczęła doznawać przed dwoma tygodniami.

mi, a na trzy dni przed wstąpieniem do kliniki miała kilkakrotne krwawienia, które wywołały ostrą małokrwistość, stwierdzoną w szpitalu. Jak nadmieniono, zmarła wskutek gwałtownego krwotoku.

Preparat drugi jest nie mniej ciekawy. Przed kilku dniami do oddziału chorób dziecięcych przyniesiono dziecko, liczące półtora dnia wieku i zawinięte w pieluchy przesiąknięte krwią. Według słów matki, krew pochodziła z odbytu. Zbadano dokładnie okolice odbytu, odbytu i prostnicę, o ile to było możebne, lecz źródła krwotoku nie wykryto, krew zaś wciąż się wydobywała. W ciągu doby dziecko zmarło. Badanie zwłok wykazało co następuje. W dwunastnicy w pobliżu odźwiernika znajdował się wrzód pierścieniowaty, który posiadał wszelkie cechy, właściwe wrzodowi okrągłemu żołądka. W pewnym miejscu wrzodu widać było wystający pień tętniczy, który stanowił źródło krwotoku. Nieco głębiej wykryto drugi taki sam wrzód, lecz mniejszy od poprzedniego. W danym przypadku zasługuje na uwagę ta okoliczność, że wrzód okrągły istniał już pierwszego dnia po urodzeniu. Należy sądzić, że powstał on jeszcze w życiu płodowym. W obu tych przypadkach badanie anatomo-patologiczne nie wykryło przyczyny, która mogłaby spowodować powstanie wrzodów: nie znaleziono najmniejszych oznak ani przymiotu, ani chorób zakaźnych.

D-r CRAMER wygłosił ciekawy odczyt w towarzystwie lekarskiem w Getyndze p. t. „Kilka uwag o odczynie współczulnym“ (sympatische Reaktion). Jednocześnie przedstawił chorego, u którego w roku 1888 istniały typowe objawy t. zw. nerwicy urazowej. Obecnie badanie stwierdziło porażenie zupełne i zanik wybitny *m. serrati antici* i części mostkowo-żebrowej mięśnia wielkiego piersiowego (*m. pectoralis major*), co poczytywano za pozostałość wspomnianej nerwicy. Natomiast nie było najmniejszych objawów zaburzeń psychicznych. Poza tem w prawej nodze chory doznaje czegoś w rodzaju nerwobólu nerwu kulszowego, a jedna mała część mięśnia zanikłego jest niezmiernie wrażliwa na ucisk. Jeżeli mianowicie nacisnąć tę okolice, to prócz objawu osobniczego (ból) występują pewne zjawiska podmiotowe: przyspieszenie tętna i rozszerzenie źrenic. Wiadomo, że ten objaw MANNKOPF'a nie jest bezwzględnie pewny i stały, posiadamy zaś niezmiernie mało danych, które przemawiałyby na korzyść tego objawu, jako środka pomocniczego do wykrycia istnienia bólu. Mówca przytacza cały szereg badań, wykonanych na zdrowych i chorych, dla wyjaśnienia tej ciemnej kwestyi. Uklucie szpilką w ramię lewe na 75 przypadków tylko w siedmiu nie wywołało rozszerzenia źrenic. Z pośród tych siedmiu osób było trzech paralityków z nieruchomością zupełną źrenic, dwóch cierpiących na padaczkę ze znacznym upośledzeniem inteligencji i wrażliwości, wreszcie u dwóch pozostałych nie wykryto przyczyny braku odczynu współczulnego. Na zasadzie powyższego można byłoby mniemać, że u większości ludzi odczyn współczulny powstaje już po bardzo nieznaczących bodźcach bólowych, pomimo to jednak nie należy poczytywać go za stały odczynnik na uczucie bólu. Doświadczenia dalsze CRAMER'a stwierdziły, że rozszerzenie źrenic nastąpić może wprost pod wpływem bodźców psychicznych, mianowicie, jeżeli chorzy tylko wyobrażają sobie, że mają doznać uczucia bólu. Wystarczy powiedzieć takiemu osobnikowi: „Teraz kluje“, a natychmiast źrenice rozszerzają się bez względu na to, że szpilka nie dotknęła nawet skóry. Takie doświadczenia udają się nawet u takich osób, których nigdy nie kluto; udało się ono również u jednego z asystentów CRAMER'a, który te doświadczenia sam robił na innych, wiedział doskonale, o co chodzi, i był znany, jako osobnik bardzo trudno pobudliwy. Zasługuje na zaznaczenie, że i ból psychiczny, np. słuchanie opowiadania o śmierci, jest w stanie wy-

wolać wzmiankowany objaw. Wszystkie doświadczenia były kontrolowane przez kilka osób, możliwość więc pomyłki musi być stanowczo wyłączona. A zatem odczyn źreniczny współczulny wcale nie stanowi objawu pewnego dla wykrycia istnienia uczucia bólu u chorych, którzy ulegli wypadkowi, ponieważ przypuszczać należy, iż można go wywoływać dowolnie. Wbrew niedawnemu doniesieniu HIRSCHL'a, który twierdzi, iż w przypadkach zwyrodnienia części szyjowej nerwu współczulnego odczynu odnośnego nie udaje się wywołać, CRAMER stwierdził go dwa razy nawet po obu stronach wycięciu części szyjowej nerwu współczulnego.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Królewcu d-r HAMMERSCHLAG przedstawił chorego, którego leczono wstrzykiwaniami podskórnymi żelatyny z powodu upartego krwawienia z nerek. Cierpienie to trwało kilkanaście miesięcy bez żadnej widocznej przyczyny; krwawienia były obfite i niezmiernie wycieńczyły chorego. Badanie za pomocą cystoskopu wyjaśniło, że krew odpływała z moczowodu prawego, i że w części górnej pęcherza znajduje się jakiś twór, lecz przyrody jego nie udało się określić. Rozpoznano zapalenie miedniczki krwotoczne bloniate (*pyelitis haemato-membranacea*), być może, zależne od kamieni nerkowych, aczkolwiek w moczu nie zdołano wykryć żadnych złogów. Wypробowano cały szereg środków, tamujących krwawienie, lecz bez najmniejszego skutku; to samo było po wstrzyknięciu do pęcherza 10^o/₁₀₀-go roztworu żelatyny w wodzie słonej. Wtedy zastrzyknięto ten sam roztwór pod skórę okolicy górnej klatki piersiowej; prawda, że powstały bardzo silne objawy podrażnienia miejscowego i ogólnego (jakiego rodzaju? przyp. sprawozd.), lecz krwawienie już drugiego dnia znikło. Od tego czasu upłynęło już trzy miesiące, a stan zdrowia chorego nie pozostawia nic do życzenia.

Bardzo ożywione rozprawy wywołał w towarzystwie lekarskiem wrocławskim odczyt d-ra SCHOLTZ'a pod tytułem: O działaniu promieni RÖNTGEN'a na skórę i zastosowanie ich do leczenia chorób skóry. Sposób działania promieni katodalnych na skórę może być albo przewlekły, połączony z obfitem wypadaniem włosów, albo silny z ostrymi objawami zapalnymi i nacieczeniem skóry, wzniesieniem się naskórka, tworzeniem się strupa, a w końcu, po dalszem naswietlaniu, zgorzelą skóry i tkanki łącznej podskórnej. Owrzodzenia mogą występować nawet 8 lub 14-go dnia po działaniu na skórę. Gojenie się tych owrzodzeń jest bardzo powolne i może trwać 6—8 tygodni, a nawet i kilka miesięcy. Drobne rozszerzenia naczyń mogą być usunięte za pomocą żegadła. Bez względu na to, że włosy wypadły, wewnętrzna pochwłka korzenia włosa pozostaje, woreczki zaś ulegają bardzo małym zmianom, dla tego też włosy zwykle odrastają. Można temu zapobiedz przez powtarzanie zabiegu od czasu do czasu. Jest to okoliczność ważna w leczeniu owłosienia nadmiernego (*hypertrichosis*). Wszystkie zmiany, zaznaczone wyżej, zachodzą w skórze bez bólu. Przypuszczają, że rolę główną w leczeniu promieniami RÖNTGEN'a gra pozafoletowa część widma (promienie pozafoletowe). Elektryczność, jako taka, nie posiada żadnego znaczenia, gdyż mogłaby ona działać tylko na powierzchnią okolicę skóry. Prawdopodobnie chodzi w tych razach o wpływ na nerwy odżywcze. UNNA przypuszcza, że i tkanka podskórna nie pozostaje bez zmiany; prawdopodobnie oświetlenie promieniami RÖNTGEN'a powoduje obrzmiewanie pęczków tkanki łącznej i t. p. GASSMANN upatruje objawy zapalne i obfity przyływ krwi do niej. W każdym bądź razie nie mamy tu do czynienia z czynnikami żrącymi, ponieważ w głębi tkanki powstają zmiany zasadniczo różne. Zastosowanie lecznicze tego nowego sposobu ogranicza się do następujących chorób skóry: *lupus*, *lupus eryth-*

malodes, cierpienia skóry, pokrytej włosami części czaszki, *hypertrichosis*, *navvi*, *navvi pilosi*, *eczema*, *psoriasis*, *alopecia areata*. Leczenie wilka, połączone z codziennem energicznym naświetlaniem zajętej okolicy, daje wyniki przeważnie dobre nawet i pod względem kosmetycznym, tylko leczenie powinno trwać długo. Zdaje się, że ta metoda nie wyprze używanych dawniej, gdyż jedynie pod względem kosmetycznym daje ona wyniki lepsze. Co się tyczy parcha, *trichophytia capillitii*, *sycosis*, *folliculitis*, to promienie RÖNTGEN'a posiadają tę przewagę, że leczenie odbywa się bez bólu, bez usypiania chorego, dalej usuwa się włosy bardzo dokładnie, natomiast metoda ta posiada jedną złą stronę, mianowicie, że wewnętrzna pochewka korzenia włosa, zawierająca zwykle dużo drobnoustrojów, pozostaje na miejscu. Do innych braków tej metody zaliczyć należy długotrwałość leczenia i możliwość owrzodzeń. Przyległe części skóry powinny być pokryte papierem ołowianym.

W rozprawach prof. NEISSER zaznacza, że stosowanie promieni RÖNTGEN'a wymaga wielkiej ostrożności, ponieważ trudno zapobiedz zgorzeli głębokich części skóry. Istnieją przypadki, w których zgorzeli uległa część kości goleniowej. Mówca przypuszcza, że wyniki najlepsze powinno dawać leczenie wilka błon śluzowych i figówka pochodzenia nie pasorzytniczego. Co do objawów podrażnienia, to doświadczenia stwierdziły, że to, co WEIGERT poczytywał za podrażnienie, w rzeczy samej jest pierwszą częścią objawów zniszczenia.

K. Z.

O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława

za czas od 14 Marca do 14 kwietnia r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 78 (m. 43, k. 35); przybyło od 14 marca do 14 kwietnia chorych 106 (m. 55, k. 51); wypisało się 83 (m. 41, k. 42); zmarło 26 (m. 17, k. 9); pozostało na miesiąc następny chorych 75 (m. 40, k. 35).

Ogólna liczba chorych była znacznie większa, niż w ubiegłym miesiącu, głównie z powodu znacznieszego znowu wzrostu ospy, której przybyło 48 nowych przypadków (28 w lutym), oraz częstszego występowania róży a także tyfusu wysypkowego.

Z 48 chorych na ospę świeżo przybyłych było mężczyzn 34, kobiet 14, z których znaczna większość była nieszczepiona. Przebieg choroby był bardzo ciężki, a śmiertelność znaczna. Zmarło chorych 15 (m. 11, k. 4), z których 13 było nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Aleje Jerozolimskie 63, Złota 43, Skierniewicka 5, Leszno 71, 54 i 23, Tarczyńska 5 (4 przypadki), Stawki 61, Widok 24, Piękna 48 (2 przypadki), Wspólna 16, Krucza 5, Kanonia 14, Wolność 15, Pawia 64, 53 (2 przypadki), Niska 63, Młynarska 3, Chłodna 60, Krakowskie Przedmieście 33 i 26, Radzymińska 10, Maryensztat 5, Marszałkowska 75, Freta (Przytułek) 2 przypadki, Nowomiejska 5, Elektoralna 20, Żąbkowska 11, Aleksandrowska 6, Krucza 12 (2 przypadki), Łucka 21, Grzybowska 24, Krochmalna 8, Nowolipie 9, oraz Pelcowizna, Saska Kępa, Modlin, i Gorlica (Austria).

Drugą rubrykę zajęła róża, której mieliśmy przypadków 18 (m. 4, k. 14) z których dwa z powodu powikłań zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Topiel 10, Wronia 24, Górczewska 11, Nowy Świat 95, Leszno 71, Wiejska 1, Mokotowska 4, Freta 13, Krakowskie Przedmie-

ście 28, Wspólna 23, Leszno 11, Chmielna 120, Muranowska 12, Czerniakowska (Przytułek).

Znacznie więcej zanotowano tyfusu wysypkowego, przypadków 9 (m. 5, k. 4), z których jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic: Furmańska 11, Krochmalna 16, Wspólna 26, Dzielna 28, 23, 26 (2 przypadki), Śliska 33.

W jednej mierze trzymał się tyfus brzuszny, którego zanotowano przypadków 5 (m. 2, k. 3) z ulic: Fortowa 7, Ogrodowa 69, Żytnia 18, Wola (2 przypadki).

Z innych chorób gorączkowych mieliśmy: 5 przypadków odry; 4 — zapalenia płuc włóknikowego; 2 — biegunki krwawej oraz jeden przypadek szkarlatyny (Sadowa 12).

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych było 14 (m. 4, k. 10).

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława wydano 12 (m. 5, k. 7).

Rewakcynacyi dokonano 43 (m. 18, k. 25).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2601 (m. 1333, k. 1268).

Śmiertelność miesięczna wynosi 14,1%.

J. Szwaјcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— U 23-letniej panny pewien chirurg 6 miesięcy temu wyciął z okolicy pachwinowej lewej twór, który określił, jako gruczol tuberkuliczny. Rana się zagoiła, lecz blizna po 6 tygodniach — 3 dnia po opuszczeniu przez chorą łóżka — pękła, i dotąd co miesiąc z przetoki tam powstałej z bólem wydziela się krew peryodowa. Przetoka wpuszcza zgłębnik na 3 cale głębokości w kierunku jamy miednicy. Szyja maciczna skierowana na prawo, dno macicy, skośnie leżącej, unieruchomione po stronie prawej. GIBSON, przypuszczając, że przetoka pachwinowa prowadzi do lewego jajowodu, usunął go przez cięcie 3 cali długości równoległe do wiązu POUPART'a. Prawostronne przydatki maciczne prawidłowe. Lewego jajnika nie znaleziono, albo był on skryty wśród zapalnych zrostów, albo też 6 miesięcy temu lekarz wyciął ektopiczny jajnik lewy, biorąc go mylnie za gruczol tuberkuliczny. Trąbka widocznie utkwiała w ranie. Nie znaleziono najmniejszego śladu gruźlicy. Spostrzeżenie to bardzo pouczające przypomina spostrzeżenie amerykańskie, gdzie lekarz u 12-letniej panny wyciął jakoby zropiały gruczol pachwinowy. W 7 lat później badanie drobnowidzowe tego gruczolu ujawniło, że było to jądro, u wrzekomego obojnika, mylnie za pannę wychowanego,

wycięte. W drugim spostrzeżeniu GIBSON'a 27-letnia kobieta 2½ roku po wycięciu obu jajowodów i jajników regularnie dotąd miesiączkuje. (Glasgow Med. Journal, August. 1900. — ref. Brit. Gyn. Journal. Nov. 1900. pg. 125).

— Gazeta „Lyon Médical“ 1900 przytacza proces, wytoczony towarzystwu tramwajowemu w San Francisco z powodu uszkodzenia pewnej panny przy wykolejeniu się tramwaju. 6 lekarzy ekspertów stwierdziło w jamie brzusznej guz wielkości orzecha kokosowego, lecz byli różnego zdania co do istoty guza. Jedni uważali go za nowotwór jajnika, inni za guz macicy. Skarżąca twierdziła, że guz powstał wskutek urazu przy owem wykolejeniu się tramwaju, obrońcy towarzystwa twierdzili, że dolegliwości, na które skarżąca narzeka, zależą poprostu od samego guza i nie mają nic wspólnego z jakimś urazem. W następstwie niespodziewany fakt zdecydował kwestyę sporną: panna na czasie urodziła żywe dziecko, guz zginął.

F. N.

— ROHDEN zaleca gorąco leczenie gruźlicy wcieraniami mydła formalinowego. Używa 20—30 grm. tego mydła i wciera je metodycznie, w podobny sposób jak rtęć w przymiocie. U osób z delikatną skórą należy po 1—2 godzinach obmywać skórę. Leczenie to oka-

zało się pomyślnem w gruźlicy płuc, krtani, kości, stawów, w wilku. Mydło przygotowywa się w sposób następujący: mydła potasowego 37,5 grm., wody przekroplonej 10 grm. i formaliny 2,5 grm. Ilość formaliny można zwolna podnosić do 10⁰/₁₀. (Ztschr. f. Tub. T. 1).

— WYBAUW badał wymiary serca u małokrwistych i otrzymał wyniki następujące: często napotyka się zmiany mięśnia sercowego, warunkujące rozszerzenie serca; z drugiej strony serce bywa przemieszczone ku górze skutkiem podniesienia się przepony. Przyczynę rozszerzenia serca upatrywać należy w przepracowaniu mięśnia. Niekiedy jedynym objawem tego cierpienia bywają bóle w okolicy żołądka. (Jour. med. de Bruxelles. 15. 3. 1900).

— SCHENKOLD podaje swe badania nad wydzielaniem się w moczu tyfusowych laseczników LEBERTH'a. Na 17 przypadków ciężkiego tyfusu brzusznoego E. znalazł w 5 ruchliwe laseczniki, a mianowicie w tych tylko razach, gdy był bialkomocz. Wydzielanie się ich w moczu odbywa się niezależnie od występowania różyczki. Laseczniki odznaczają się wielką żywotnością. Nawet w okresie zdrowienia można je znaleźć w moczu. (D. Arch. J. kl. Med. T. 64).

— Zdaniem POSNER'a, gruźlica narządów moczopłciowych istnieje o wiele częściej, niż to się powszechnie mni-

ma. Na zasadzie 1300 badań zwłok, dokonanych w instytucie VIRCHOW'a, P. znalazł gruźlicę tę w 5⁰/₁₀ wszystkich sekcyi, a u 30⁰/₁₀ chorych gruźliczych. (Brit. med. Jour. 26. 5. 1900).

— LE CLERC opisuje przypadek odry u chłopca 11 letniego, u którego jednocześnie z pojawieniem się wysypki wystąpiły objawy zapalenia wyrostka robaczkowego, które znikły wraz ze zniknięciem wysypki. MERKLEN spostrzegł to samo podczas influenzy, LATAGUER podczas ospy wietrznej i odry. (Jour. de med. et de chir. prat. 25. 4. 1900).

— CARWARDINE opisuje pomyślnie operowany przypadek pęknięcia wątroby. Chory 25 letni przyciśnięty został do ściany przez spadający ciężar około 500 kilo wagi. Po 3¹/₂ godzinach przywieziono chorego do szpitala w stanie bardzo ciężkim. Tępość wątroby nieco zwiększona. Bóle mieściły się głównie w okolicy wątroby. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, iż była ona wypełniona krwią płynną i skrzepami. Autor wymacał pęknięcie na dolnej powierzchni wątroby, idące od pęcherzyka ku tyłowi i dzielące wątrobę niemal na 2 połowy. Pęknięcie to zatamponowano, jamę otrzewny przemyto roztworem soli. Wyzdrowienie nastąpiło po 2 miesiącach. (Lancet. 12. 5. 1900).

P.

Wiadomości bieżące.

— W początku z m. do prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego nadeszło zaproszenie od Komitetu gospodarczego Zjazdu przyrodników i lekarzy czeskich, odbyć się mającego w końcu maja r. b. w Pradze. Zaproszenie to, odczytane na posiedzeniu Tow. Lekarskiego w dniu 5 marca, podpisał prezes Zjazdu profesor HLAVA i sekretarz jeneralny zjazdu d-r VESELY. Wyraża ono w serdecznych słowach życzenie, by koledzy nasi licznie zechcieli uczestniczyć w Zjeździe, czy to jako członkowie rzeczywiści, czy też jako goście. Z Krakowa otrzymujemy wiadomości,

że tam utworzył się komitet z prof. WICHERKIEWICZEM na czele, zadaniem którego będzie pośredniczyć, tak przed zjazdem, jak i podczas obrad zjazdowych, pomiędzy wszystkimi lekarzami polskimi a komitetem gospodarczym Zjazdu czeskiego. Sądzymy, że koledzy z Warszawy i z kraju, zamierzający udać się do Pragi, korzystając zechcą z ofiarowanego nam wszystkim pośrednictwa komitetu krakowskiego, tak celem otrzymania objaśnień, jak i celem uzyskania właściwych kart, zapewniających uczestnictwo w Zjeździe.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводило Ценарполю, Варшава, 5 Ауптан 1901 г.

Druk K. Kowalowskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.