

MEDYCYNA.

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 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O Leczeniu cuchnącego nieżytu nosa (ozaena) surowicą przeciwbłoniczą oraz słów kilka o leczeniu tego cierpienia wogóle. Podał Jan Szmurło. — **WYKŁADY KLINICZNE.** Przyczynki do patologii i leczenia ostrego zamknięcia światła kiszek. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 106. Stosunek zapalenia wyrostka robaczkowego do ciąży. 107. O nawrotach po operacyi kamieni żółciowych. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 26 czerwca r. b. — Sprawozdanie z XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Napisał St. Łagowski. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Szmurło — Sur le traitement de l'ozaene par le serum antidiphtherique et quelques mots sur le traitement de cette maladie en general.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Szmurło — Ueber die Behandlung der Ozaena mit antidiphtherischem Serum nebst einigen Bemerkungen über die Behandlung dieses Leidens im Allgemeinen.

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

O LECZENIU CUCHNĄCEGO NIEŻYTU NOSA

(OZAENA)

surowicą przeciwbłoniczą

oraz

słów kilka o leczeniu tego cierpienia wogóle.

Podał

JAN SZMURŁO.

(Rzecz, czytana na posiedzeniu Samarskiego Towarzystwa Lekarskiego w maju 1899 r.).

W roku 1897 w 40-ym numerze tygodnika „Wracz“ znalazłem artykuł d-ra ABŁOWA, który opisał przypadek wyleczenia cuchnącego nieżytu nosa surowicą przeciwbłoniczą. Do autora, który pełnił wówczas w gubernii Saratowskiej obowiązki lekarza, wyznaczonego do walki z przymiotem, przyprowadzono w jednej z wiosek dwunastoletnią dziewczynkę, od której zdala już czuć było przenikliwą woń, pochodzącą z nosa. Ponieważ u chorej najmniejszych śladów przebytego lub istniejącego przymiotu odnaleźć nie można by-

ło, autor, powodując się kształtem i budową nosa, przyszedł do wniosku, że ma do czynienia z ozeną pospolitą (*ozaena simplex*). Pamiętając o dodatnich wynikach, jakie otrzymywali niektórzy lekarze w podobnych przypadkach po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej, d-r ABŁOW postanowił spróbować tego środka w danym przypadku. Autor miał możność widzieć chorą po raz wtóry w dwa tygodnie po zastrzyknięciu surowicy i znalazł, że dawny nieznosny smród znikł zupełnie, tak że można było z dziewczynką rozmawiać, jak jej rodzina opowiadała, „twarz w twarz“, nie czując najmniejszego zapachu. Od tego czasu autor nie widział więcej chorej, biorąc wszakże pod uwagę zupełne usunięcie charakterystycznego zapachu, trwające dwa tygodnie od chwili zastrzyknięcia, uważa, iż ma prawo mówić w danym przypadku o zupełnym wyleczeniu ozeny.

Artykuł d-ra ABŁOWA, pierwszy, jak sam zaznacza, w rosyjskiej literaturze medycznej w kwestyi leczenia ozeny zastrzykiwaniami surowicy przeciwbłoniczej, oraz spostrzeżenia innych autorów, jak BELFANTI'ego, della VEDOVA'y, zalecających użycie tego środka w leczeniu cuchnącego nieżyty nosa, skłoniły mnie do wypróbowania go na chorych, których miałem możność obserwować w Samarskiem ziemskiem ambulatoryum gardlanem. Wynikami swych spostrzeżeń mam zaszczyt podzielić się z sz. kolegami.

Ozena należy do rzędu chorób stosunkowo nierzadkich. W tutejszem ambulatoryum gardlanem na ogólną liczbę 837 chorych było w przeszłym roku 9 przypadków ozeny czyli przeszło 1%. Takż sam mniej więcej procent wykazują dane statystyczne, otrzymane w innych ambulatoryach, tak np. w gardlanem ambulatoryum szpitala św. Ducha w Warszawie w r. 1890 na ogólną liczbę 1245 chorych wypadało 9 chorych na ozenę; w 1891 na 1200 chorych — 10 przypadków ozeny; w 1892 na 1075 — 7 przypadków ozeny. Stosunek chorych tego rodzaju do ogólnej liczby chorych na nos przedstawia się w wyżej wymienionem ambulatoryum w sposób następujący: W 1890 r. 221 : 9; w 1891 r. 254 : 10; w 1892 r. 242 : 7; w 1893 r. 197 : 7. Stosunek przeto procentowy do ogólnej liczby chorych na nos waha się między liczbami 4—5. Ten sam prawie procent otrzymamy w Samarze.

Ozena jestto jedno z najprzykrzejszych i najuciążliwszych cierpień nosa zarówno dla chorego, jak i dla jego otoczenia. Okropny, wprost nieznosny smród, którego źródłem jest nos chorego, zmusza innych do unikania towarzystwa chorego, do stronienia odeń. Osobiście spostrzegalem, inni autorowie również wspominają o tem, że mężowie niejednokrotnie porzucają żony, wszczynają sprawy rozwodowe, motywując żądanie rozwodu tem, że pożycie z kobietą, cierpiącą na ozenę, przechodzi ich siły. Łatwo przeto możemy sobie wystawić stan tych chorych, którzy, jak to należy zauważyć, rekrutują się przeważnie z pośród kobiet w okresie dojrzewania płciowego. Będąc w ciągłym osamotnieniu, widząc, jak inni stronią od nich, a nie rozumiejąc przyczyny stronienia wskutek braku powonienia, na jakie stale cierpią, zapadają one zwykle na silny rozstrój nerwowy. Dzięki temu rozstrojowi i tak upośledzane ich odżywianie staje się jeszcze gorszem, co jeszcze bardziej sprzyja spotęgowaniu cierpienia.

Środek przeto, któryby leczył ozenę, byłby istnem dobrodziejstwem dla nieszczęśliwych chorych i ich otoczenia. Przez jakiś czas przypuszczano, że środkiem tym będzie surowica przeciwbłonicza.

Wobec braku odpowiedniej biblioteki medycznej oraz specjalnych wydawnictw, poświęconych wyłącznie chorobom dróg oddechowych, nie jestem

w możliwości zaznaczyć Was, Szanowni Panowie, z literaturą leczenia ozeny pospolitej surowicą przeciwbłoniczą. Wspomnieć tu tylko muszę, że do leczenia tego cierpienia surowicą pierwsi uciekli się włoscy lekarze BELFANTI, della VEDOVA. Z otrzymanych wyników byli bardzo zadowoleni, i nie dziw, BELFANTI bowiem miał jakoby otrzymać w 90% przypadków zupełne wyzdrowienie. Gorąco zalecał następnie ten środek GRADENIGO, co wszakże nie przeszkodziło mu później rekomendować w leczeniu ozeny podskórny użyć preparatów jodu. Dalej próbował surowicy prof. MOURET z Montpellier, który opisał jeden przypadek leczenia tą metodą, MOLINIÉ, który podał do wiadomości 4 przypadki wyleczenia ozeny surowicą, i wielu innych. W rosyjskiej literaturze pierwszym był przypadek d-ra ABŁOWA, o którym wspominałem we wstępie. Profesor NIKITIN z Petersburga robi wzmiankę o dwóch przypadkach leczenia ozeny surowicą, stosowaną w ciągu całego roku.

W roku 1898 LOMBARD ogłosił wyczerpującą pracę o leczeniu ozeny surowicą. Liczba spostrzeżeń wynosiła 26. Leczenie stosował w ciągu 3—4 miesięcy, pomijając zupełnie inne metody. Ostateczne wyniki, do jakich doszedł, dadzą się streścić w sposób następujący: surowica przeciwbłonicza, być może, okaże się pożyteczną, jako środek usuwający woń nieprzyjemną, wyniki jednak są bardzo nietrwałe.

Po tej krótkiej wzmiance historycznej o nowej metodzie leczenia ozeny przechodzę do opisu własnych spostrzeżeń.

Przypadków, w których używałem surowicy przeciwbłoniczej, miałem pięć. Sposób postępowania mojego był następujący. Dokładnie zbadawszy stan chorego i rozpoznawszy zwyczajną ozenę, proponowałem chorym leczenie surowicą, na co ci zwykle chętnie się zgadzali. Poczem przystępowałem do zastrzykiwań, przyczem ukłucia robiłem zazwyczaj kolejno w ramię, w brzuch i znowu w ramię, zachowując możliwe środki ostrożności, dwa razy tygodniowo. Wszelkie inne środki, wskazane przy leczeniu ozeny, usuwałem, i dopiero po przejściu dwóch trzech tygodni, skoro wyniki dodatnie zastrzykiwań okazywały się zbyt małymi lub zupełnie nawet ich brakowało, stosowałem inne metody lecznicze.

Spostrzeżenie I. 31. IV 1900. Anna W., lat 13 licząca; chora od kilku miesięcy. Krwawienia z nosa i silny odór skłoniły matkę chorej do szukania pomocy w ambulatoryum szpitalnem. Badanie wykazało: budowa prawidłowa, odżywianie niezłe. Zewnętrzny wygląd nosa zupełnie normalny, nigdzie nie widać ani wklęśnięć, ani zagłębień, nozdrza dość wąskie, przy badaniu lusterkiem nosowem znajdujemy: obie jamy nosowe wypełniają duże, grube, śmierdzące strupy brudno zielonego koloru. Po ich usunięciu widać mocno czerwoną, lekko krwawiącą ścięnczałą błonę śluzową, szkielet muszel również ścięnczały; badając zgłębnikiem, nie znajdujemy wcale na kościach chropowatości, któreby mogły wskazywać martwicę kości, nigdzie również nie widzimy owrzodzeń. Z jam obocznych nie widzimy wypływającej ropy. Rozpoznanie: *ozaena simplex*. W prawe ramię zastrzyknięto 1000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej.

5. V. Odór z nosa znacznie słabszy, chociaż jamy nosowe wypełnione są strupami. Prawe ramię z lekka opuchło, skóra na niem zaczerwieniona. Miejsce ukłucia bolesne. Z opowiadania matki chorej widać, że córka jej po zastrzyknięciu gorączkowała. Chora skarży się na ból w stawie łokciowym i ramieniowym i płacze przy drugim zastrzyknięciu. Zastrzyknąłem w lewe ramię 1000 jednostek surowicy.

II. V. Odór znikł prawie zupełnie, strupy wszakże wypełniają po dawnemu obie jamy nosowe. Po ich usunięciu widzimy mocno czerwoną, jakby obrzmiałą, łatwo krwawiącą błonę śluzową. Zastrzyknąłem znowu 1000 jednostek surowicy w prawe nadbrzusze. Objawy miejscowe wystąpiły teraz znacznie słabiej, jakkolwiek ogólne niedomaganie i bóle głowy powtórzyły się i po drugim zastrzyknięciu.

17. V. Woń z nosa silniej się daje uczuwać. Strupy tworzą się bez przerwy. Wygląd błony śluzowej ten sam. Znowu zastrzyknąłem 1000 jednostek surowicy.

25. V. Odór prawie tak silny, jak na początku leczenia. Jamy nosowe pełne cuchnących, brudno zielonych strupów. Ponieważ chora na dalsze leczenie surowicą, wskutek jego bolesności i dość ciężkich ogólnych objawów, nie zgodziła się, przeto przeszedłem do przemywań nosa fizyologicznym roztworem soli kuchennej i, po usunięciu wydzieliny, do pendzlowań, połączonych z masażem błony śluzowej nosa, roztworem MANDLE'a (jod-jod kali w glicerynie) i zaleciłem chorej obficie smarować błonę śluzową nosa boro-mentolową wazeliną. Następnego dnia odór znikł, ilość strupów znacznie się zmniejszyła. Po dwóch tygodniach stan chorej był zupełnie zadawalający, smrodu nie było, a ilość wydzieliny zmniejszyła się do *minimum*.

Spostrzeżenie II. 31 maja zjawiała się do ambulatoryum Walentyna Z., lat 18 licząca, skarżąc się na nieprzyjemną woń z nosa; sama ona nie odczuwa żadnego zapachu, na odór z nosa zwrócili jej uwagę krewni i znajomi, którzy brzydzą się jej i stronią od niej. Chora wzrostu średniego, źle odżywiana, słaba, małokrwista, w płucach i sercu zmian nie znajdujemy. Nos siodełkowaty, nozdrza szerokie, kości nienaruszone, z nosa rozchodzi się nieznośny smród, wywołujący nieomal mdłości; jamy nosowe wypełniają szare strupy, strasznie cuchnące, po ich usunięciu widzimy mocno ścieńczałą, czerwoną błonę śluzową, szkielec muszel, również ścieńczały, znajduje się w stanie zaniku. Owrzodzeń, ani uszkodzeń kości nigdzie nie znajdujemy, tylna ściana gardzieli zaczerwieniona, sucha, ścieńczała. Zastrzyknąłem chorej 1000 jednostek surowicy i przemyłem nos z lekka roztworem fizyologicznym soli kuchennej.

Dnia następnego odór znacznie słabszy, na miejscu ukłucia skóra mocno zaczerwieniona i bolesna, chora skarży się na ból głowy, niedomaganie i łamanie w stawach. Codzienne przemywania fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Woń przykra znikła prawie zupełnie, błona śluzowa nosa soczystsza, grubsza.

W cztery dni po pierwszym zastrzyknięciu zrobiłem drugie w tej samej ilości w lewe ramię. Nos chorej przemywamy codziennie. Zastrzykiwania powtarzałem jeszcze kilka razy w 5-dniowych odstępach. Wszystkich zastrzyknięć zrobiłem pięć. Odór znikł, strupy wytwarzają się w nieznacznej ilości. Wobec tego, że codzienne wizyty w ambulatoryum były dla chorej zbyt uciążliwe, zaproponowałem jej, aby sama przemywała sobie w domu nos trzy razy dziennie roztworem soli kuchennej i sody i następnie pendzlowała błonę śluzową nosa wazeliną boro-mentolową. Chora chętnie się zgodziła na moją propozycję, obiecując ściśle się zastosować do danych jej wskazówek.

Po dwóch miesiącach chora przysłała znów do ambulatoryum, skarżąc się na ból gardła i kaszel. Badając wziernikiem krtaniowym, znalazłem na tylnej ścianie krtani niewielkie nacieczenie. Chorej zaleciłem arsenik z żelazem, dyetę posilną, miejscowo zastosowałem wcierania 25% roztworu kwasu mle-

cznego. Po dwutygodniowym leczeniu nacieczenie znikło, chora czuła się zdrową i przestała odwiedzać szpital. Widziałem ją jeszcze raz po czterech miesiącach.

Wygląd chorej stał się znacznie lepszym, utyla, w krtani nie widać najmniejszych śladów cierpienia, błona śluzowa nosa blado-różowa, prawie normalna, strupów nie widać, przykry odór znikł zupełnie. Chora uważa za zbyt częste codzienne przemywania nosa, oczyszcza go tylko dwa razy tygodniowo i uważa się za zupełnie zdrową.

Spostrzeżenie III. Katarzyna F. lat 27 licząca, żona robotnika kolejowego, przybyła 23 sierpnia, skarżąc się na zatkanie w nosie, na woń cuchnącą z nosa, trwającą już przeszło 3 miesiące. Zawsze czuła się zdrową, zamężna od lat 8, nie cierpiała na żadne wysypki, ani na wypadanie włosów, rodziła raz jeden dziecko zdrowe, jest nadzwyczaj nerwowa, cierpi na brak łaknienia. Rozdrażnienie nerwowe wzrosło w ostatnich czasach, ponieważ mąż nie cierpi jej, nie chce z nią żyć, grożąc, że wypędzi ją z domu, jeżeli się nie wyleczy.

Chora wzrostu średniego, prawidłowo zbudowana, skóra i błony śluzowe blade. Nos prawidłowy, bez żadnych zagłębień i uszkodzeń. Z nosa chorej rozchodzi się nadzwyczaj przenikliwy, wstrętny odór, który czuć na odległości kilku kroków. Obie jamy nosowe zatkane strasznie cuchnącymi, brudno zielonymi masami, po których usunięciu widać mocno zaczerwienioną błonę śluzową. Owrzodzeń nigdzie nie spostrzegamy. Tylne ściany gardzieli czerwona, sucha, błyszcząca. Rozpoznanie: *ozaena simplex*. Chorej zaproponowałem leczenie surowicą, na co chętnie się zgodziła. Zastrzyknąłem jej 1000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej.

31. VIII. Odór znacznie słabszy. Można z chorą rozmawiać bez przykrości, siedząc naprzeciwko niej. Chora opowiada, że następnego dnia, podczas wycierania nosa, wypadły ogromne kawały suchych strupów. Obecnie widzimy na błonie śluzowej suche strupy, chociaż w ilości stosunkowo nieznacznej. Chora uskarża się na łamanie w stawach, zwłaszcza zaś na ból w kończynie, w którą zastrzyknąłem surowicę. Błona śluzowa nosa bardzo czuła na dotyk. Chorej zastrzyknąłem powtórnie 1000 jednostek surowicy.

4. IX. Odór wzmógł się, aczkolwiek jest słabszy, niż przy pierwszym badaniu. Strupy wytwarzają się po dawnemu, błona śluzowa zaczerwieniona, nabrzmiała. Chorej zastrzyknąłem 1000 jednostek surowicy.

10. IX. Zmian w stanie chorej nie spostrzegłem. Odór z nosa również jest przykry i mocny, jak i na początku leczenia. W jamach nosowych pełno strupów. Postanowiłem jeszcze raz zastrzyknąć 1000 jednostek surowicy.

12. IX. Stan chorej bez zmian. Wobec ujemnych wyników leczenia surowicą przeszedłem do zwykłych metod leczenia nieżyty cuchnącego, t. j. jaknajczęstszego obfitego przemywania jam nosowych i następczego pendzlowania błony śluzowej nosa w połączeniu z lekkim masażem roztworem MANDLE'a i do pendzlowania tymże roztworem gardzieli i jamy nosogardzieli. Leczenie to stosowałem codziennie w ambulatoryum, oprócz tego chora robiła to samo jeszcze dwa razy dziennie w domu. Wynik takiego leczenia był pomyślny. Po kilku dniach przykry odór znikł zupełnie, a po tygodniu zmniejszyło się wytwarzanie strupów, błona śluzowa nosa pobladła, nabrała soczystości. Od tego czasu znikła woń cuchnąca zupełnie.

Spostrzeżenie IV. Klaudya F., córka poprzedniej chorej, przybyła do ambulatoryum 20 sierpnia. Z opowiadania matki widać, że strupy w nosie

poczęły się tworzyć przed 4 miesiącami, odór zaś cuchnący trwa od miesiąca. Budowa ciała słaba, delikatna, odżywianie złe, błony śluzowe blade, gruczoły nie wyczuwalne. Forma nosa prawidłowa, z nosa rozchodzi się nadzwyczaj przykra i silna woń, dająca się odczuwać z odległości kilku kroków.

W jamach nosowych pełno strupów, po których usunięciu widać czerwoną, ścięczałą, lekko krwawiącą błonę śluzową, owrzodzeń, obnażeń kości, wskazujących jej zniszczenie, nigdzie nie widać. Tylne ściana gardzieli przedstawia obraz suchego przewlekłego nieżytu. Za zgodą matki chorej zastosowałem leczenie surowicą, unikając, jak i w poprzednim spostrzeżeniu, wszelkich metod leczniczych. W prawe ramię zastrzyknąłem 500 jednostek surowicy.

29. VIII. Woń nieco słabsza. Ilość strupów nie zmniejszyła się. Chora uskarża się na ból w prawym ramieniu, na którym skóra mocno poczerwieniała. Zastrzyknąłem jej znów w lewe ramię 500 jednostek surowicy.

2. IX. Woń bez zmiany. Strupów w nosie nieco mniej, gdyż chora znaczną ich ilość, wycierając nos, wydalila; błona śluzowa nosa nieco soczystsza, jakby nabrzmiała. Znów zastrzyknąłem 500 jednostek surowicy.

8. IX. *Status i/lem.*

Wobec ujemnych wyników oraz silnej bolesności leczenia surowicą, przeszedłem do przemywań, jednocześnie zaleciwszy wewnątrz tran i jodek żelaza. Dziewczynka w krótkim czasie znacznie się poprawiła, utyła, przykry odór z nosa znikł zupełnie, ilość wydzieliny również się zmniejszyła.

Spostrzeżenie V. Marya Z. lat 20. Przybyła do ambulatorium szpitalnego, skarżąc się na częste krwotoki z nosa, przed miesiącem zauważyła, że wydzielina z nosa zwiększyła się i poczęła się zsycać w suche strupy, których nie była w możności usunąć. Wkrótce otaczający ją poczęli zwracać jej uwagę na przykry zapach z nosa. Chora wzrostu średniego, dobrze zbudowana, nieźle odżywiana. Nos szeroki, jamy nosowe szerokie, muszle dolne źle rozwinięte, cienkie, w stanie zaniku. W jamach nosowych pełno suchych szaro-zielonych strupów, z nosa rozchodzi się nieprzyjemny, przenikliwy odór. Po usunięciu strupów widać czerwoną, cienką, łatwo krwawiącą błonę śluzową. Owrzodzeń, ani rozpadu nigdzie nie znajdujemy. Na podstawie obrazu klinicznego rozpoznałem prosty nieżyt cuchnący nosa i zaproponowałem leczenie surowicą, na co chora się chętnie zgodziła. Zastrzyknąłem 1000 jednostek surowicy.

1. IX. Ilość strupów zmniejszyła się, błona śluzowa nabrzmiała, woń słabsza, krwawienia z nosa nie było od 3 dni. Znów zastrzyknąłem 1000 jednostek surowicy.

3. IX. Znów szła krew z nosa. W nosie pełno strupów, przykry odór bez zmiany. Zastrzyknąłem znów 1000 jednostek surowicy.

8. IX. *Status idem.* Chora nie chciała dalej się leczyć surowicą i nie pokazała się więcej w ambulatorium szpitalnem.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

H. ZEIDLER

PRZYCZYNNKI DO PATOLOGII I LECZENIA ostrego zamknięcia światła kiszek.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 36).

Przy stawianiu wskazań do operacyi w niedrożności kiszek ujawnia się wysoka wartość praktyczna powyżej przeprowadzonego podziału. Uwięźnięcia (*Strangulationes*, do których należą, jak się wyżej rzekło, także skręcenia naokoło osi, jak również niektóre postacie wPOCHWIENIA) wymagają natychmiastowej operacyi. Zmiany w pętlicy uwięźlejącej występują niekiedy tak szybko, że wszelka zwłoka kryje w sobie niebezpieczeństwo dla chorego. Przy zatkaniu zaś odżywianie kiszki jest mało upośledzone, zmiany w niej występują powolnie, wskutek czego możemy wyczekać i stosować tymczasem środki wewnętrzne, które tu częściej, niż przy uwięźniuciu, prowadzą do celu. Przez ten czas orientujemy się lepiej w danym przypadku, dochodzimy do ściślejszego rozpoznania, co dla rokowania jest bardzo ważne. Jak długo można zwlekać z operacją w przypadkach niedrożności z zatkaniem, na to dają jednomyslną odpowiedź NAUNYN i NOTH-NAGEL: nie dłużej nad dwie doby.

Czy wstrząs (*shock*) jest przeciwwskazaniem do operacyi? W przypadkach wstrząsu ze znacznym upadkiem czynności serca, z drobnem, zaledwie wyczuwalnem tętnem, z silnymi wymiotami i t. d., z objawami, które występują niekiedy już w pierwszych godzinach strangulacyi, nie należy, jak to niektórzy doradzają, czekać, aż te ostre objawy ustąpią. Jedynym środkiem przeciw takiemu wstrząsowi, który został wywołany przez samo uwięźnięcie, jest operacya. Nawet najgwałtowniejszy wstrząs nie stanowi przeciwwskazania do operacyi.

Od wstrząsu odróżnić należy zapaść (*collapsus*), która rozwija się w dalszym przebiegu choroby, jako następstwo bólów, wymiotów, bezsenności, niedostatecznego odżywiania, prawdopodobnie także samozatrucia, zakażenia otrzewny i porażenia kiszek. W zapaści widoki na zejście pomyślnie zabiegu chirurgicznego (w połączeniu jeszcze z chloroformowaniem) są bardzo małe, lecz ponieważ bez zabiegu widoki na wyzdrowienie są żadne, należy i tu operować.

Pytanie, czy w danym przypadku winno być wykonane cięcie brzuszne z odszukaniem i usunięciem niedrożności, czy też zrobiony odbyt sztuczny (*anus praeternaturalis*), nie może być rozstrzygnięte na mocy rozważań ogólnych. Jeszcze raz tu podnieść należy wysoką wartość praktyczną podziału niedrożności na uwięźnięcie i zatkanie. Przy wszelkich postaciach niedrożności strangulacyjnej należy zupełnie zarzucić nałożenie przetoki kiszkowej, gdyż wszystkie objawy zależne są tu nie od zatrzymania wypróżnień, lecz od samego uwięźnięcia, i mogą być usunięte li tylko ze zniesieniem uwięźnięcia. Przyłącza się tu jeszcze niebezpieczeństwo nieuniknionej zgorzeli lub nałożenia przetoki na uwięźlą (wzdętą) pętlicę. Przy niedrożności z zatkaniem może być wskazane zrobienie sztucznego odbytu, gdy przed operacją rozpoznane zostały siedlisko oraz charakter przeszkody; w tych razach przystąpić można do zabiegu radykalnego dopiero

po skończeniu ostrego napadu. Jeśli zaś postać anatomiczna i siedlisko przeszkody nie są dokładnie znane, należy zawsze wykonać cięcie brzuszne i odpowiednio do znalezionych zmian, większych lub mniejszych trudności dla usunięcia przeszkody, lepszego lub gorszego stanu ogólnego chorego i t. d., albo postępować radykalnie, albo też utworzyć paliatywną przetokę kiszkową, odkładając zabieg radykalny na później.

Bardzo ważna jest kwestya uśpienia. Tu również pamiętać należy o różnicy między osłabieniem czynności serca przy wstrząsie i zapaści. Uśpienie chloroformowe nie tylko nie pogarsza stanu serca zależnego od wstrząsu, lecz, przeciwnie nawet polepsza go: tętno zaledwie wyczuwalne przed operacją znacznie się poprawia w głębokiem uśpieniu. Przeciwnie w zapaści, rozwijającej się w końcowym okresie choroby, chloroform jest szkodliwy i niebezpieczny, nie da się jednak przy cięciu brzuszem i następczych rękoczynach na kiszki zastąpić przez miejscowe znieczulenie kokainą. Podobne zabiegi wymagają uśpienia po 1) w celu uniknięcia lub zmniejszenia szkodliwego wpływu odruchowego operacyi trzewowych na serce, po 2) dla zapobieżenia wypadnięciu wzdętych kisek w następstwie kurczenia tłoczni brzusznej. Należy tylko starać się zmniejszyć, o ile można, ilość podawanego chloroformu. Eter, który wskutek mniej szkodliwego działania na serce, często w takich przypadkach bywa używany, ma tę złą stronę, że drażni drogi oddechowe. Wobec tego uważa autor za niewłaściwe stosowanie eteru u chorych z niedrożnością kisek, skłonnych i bez tego do zapalenia płuc.

Przemywanie żołądka przed operacją przyczynia się w wysokim stopniu do dobrej narkozy, gdyż zapobiega wymiotom i aspiracyi zwymiotowanych mas, często zdarzającemu się powikłaniu uśpienia chloroformowego przy obfitych wymiotach kałowych.

Odszukanie przeszkody podczas operacyi jest często bardzo utrudnione wskutek silnego wzdęcia jelit. W podobnych przypadkach bardzo pożyteczne jest opróżnienie kisek przed przystąpieniem do dalszych zabiegów. Opróżnienie kisek autor radzi wykonywać za pomocą trójgrańca tej samej grubości, co przy wykonywaniu przekłucia opłucny.

Najczęstszem powikłaniem uwięźnięcia kisek jest zgorzel uwięźłego odcinka. Powikłanie to wymaga, rzecz naturalna rezekcyi. Lecz rezekcyja z następczem zeszcieniem końców kiski, jako zabieg, wymagający wiele czasu, nie może być wykonana w razie znacznego osłabienia chorego, zapaści i t. d. Z drugiej zaś strony typowe nałożenie sztucznego odbytu z rezekcją uległego zgorzeli odcinka i wszyciem końców kiski do rany brzusznej, wymaga prawie tyleż czasu, co rezekcyja z następczym szwem kiskowym. Jedynie racjonalnym zabiegiem w podobnych przypadkach jest zalecona przez RIEDEL'a dla uległych zgorzeli przepuklin wtórna wczesna rezekcyja (secundäre Frühresektion), którą można wykonać w ciągu kilku minut. Dopiero wówczas, gdy stan chorego po 1—2 dniach uległ poprawie, przystępujemy wtórnie do rezekcyi z zeszcieniem końców kiski.

Prócz zgorzeli rezekcyja kiski wskazana jest także w zwężeniach, prowadzących do niedrożności. W podobnych przypadkach należy również zadowolić się nałożeniem przetoki kiskowej powyżej zwężonego miejsca i dopiero wtórnie, gdy chory zupełnie poprawił się po ostrym napadzie, przedsięwziąć operacyę radykalną, t. j. rezekcyę ze złaczeniem końców kiski.

Nierzadko zdarzają się przypadki, w których siedlisko przeszkody nie może być podczas operacyi odnalezione, lub też przeszkoda nie może być usunięta.

W takich razach musimy ograniczyć się na zrobieniu przetoki kiszkowej na najbardziej wzdętym odcinku kiszek.

Z pośród powikłań, występujących po operacji, autor szczegółowiej zatrzymuje się na niedrożności, wywołanej porażeniem kiszek (*paralysis, insufficiencia muscularis intestini, pseudoileus*). Czynniki etiologiczne porażenia kiszek są bardzo rozmaite. Autor zajmuje się tym stanem o tyle, o ile wystąpił po operacji cięcia brzusznego³⁾. Po pomyślnem skończeniu operacji chory poprawia się, lecz w ciągu następnych dni nie odchodzą ani stolce, ani gazy, wzdęcie powoli zwiększa się, występują wymioty, tętno staje się drobnem, rozwija się zapaść. Objawy podrażnienia otrzewny albo są słabo wyrażone, albo zupełnie ich brak. Otrzymuje się znowu pełny obraz niedrożności. Przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy mocno rozdęte, zupełnie drożne pętlce oraz brak wszelkich objawów zapalenia otrzewny.

Zdaniem większości autorów, porażenie kiszek powstaje wskutek silnego odruchowego podrażnienia nerwów trzewowych (*nn. splanchnici*). Prócz tych bywają jeszcze przypadki, w których porażenie kiszek zależne jest od niedostateczności błony mięśniowej kiszek powyżej długotrwałej przeszkody. Przerosła błona mięśniowa przez czas długi pokonywa przeszkodę, dopóki nie nastąpi okres wyczerpania, niedostateczności. Rozwija się wówczas obraz niedrożności kiszek. Jeszcze inne objaśnienie powstawania porażenia kiszek (*pseudoileus*) podał REICHEL. Zdaniem tego autora, występowanie porażenia kiszek pozostaje zawsze w zależności od zakażenia otrzewny. Zdanie swoje REICHEL opiera na spostrzeżeniach klinicznych, jak również na doświadczeniach nad zwierzętami, które wykazały, że możliwe jest zakażenie otrzewny bez śladu zmian zapalnych. Dla przejścia czynnika zakażającego do jamy otrzewny są dwie drogi: z zewnątrz, podczas operacji i ze strony światła kiszek przez zmienioną wskutek uwięźnięcia ścianę кишки. Ta ostatnia droga tłumaczy także powstawanie porażenia kiszek z zakażeniem jamy otrzewny po bezkrwawem odprowadzeniu przepuklin. Na mocy doświadczeń REICHEL'a i wielu innych autorów, można przyjąć, że przy niedrożności kiszek powstaje bardzo często i bardzo wczesnie zakażenie jamy otrzewny, i że tylko ilość i rodzaj drobnoustrojów, które przedostały się do jamy brzusznej, warunkują różnice w obrazie klinicznym i anatomo-patologicznym lekkiego podrażnienia otrzewny, niedowładu lub bezwładu kiszek, rozlanego ropnego zapalenia otrzewny lub *sepsis peritonealis acutissimae*. Autor podaje dwa przypadki, w których bezwład kiszek w jednym zależał prawdopodobnie od zakażenia otrzewny, w drugim od bezwładu mięśni kiszek powyżej długotrwałej przeszkody.

Wobec porażenia kiszek jesteśmy zupełnie bezsilni. Nawet wytworzenie przetoki kiszkowej na najwięcej rozdętej pętlicy nie przynosi żadnego pożytku. Rokowanie zatem jest tu bardzo niepomyślne. Na jedną okoliczność jeszcze należy zwrócić uwagę: trzeba unikać podawania makowca, który tylko wzmacnia stan paretyczny kiszek. Autor też oddawna już nie stosuje makowca po cięciu brzuszem.

Do częstych powikłań pooperacyjnych zaliczyć należy jeszcze sprawy zapalne płuc, stanowiące nierzadko ostateczną przyczynę zejścia śmiertelnego. Mamy wówczas do czynienia albo z ogniskami nieżyłowego zapalenia, albo z typowem włóknikowem zapaleniem płuc. Zarówno jedno, jak drugie mogą, rozu-

³⁾ U nas pisał w tej kwestyi parę lat temu kol. GRUNDZACH. Przyp. sprawozd. MED. Nr. 37.

mie się, stanowić zupełnie przypadkowe powikłanie u chorych, wycieńczonych długotrwałą niedrożnością i operacją.

Uderzającą jednak jest częstość występowania spraw zapalnych w płucach po operacjach wskutek zamknięcia światła kiszki oraz uwięźnięcia przepuklin. PIETRZYKOWSKI dowiódł, że zapalenia te są pochodzenia zatorowego. W żyłach uwięźlej kreski wytwarzają się zakrzepy; po usunięciu inkarceracji powstają ztąd zatory w płucach, prowadzące do spraw zapalnych. Badania bakteriologiczne FISCHER'a i LEVY'ego wykazały w ogniskach pneumonicznych obecność lasecznika okrężnicy (*bact. coli commune*).

Jeszcze słów kilka o nawrotach niedrożności kiszki po usunięciu przeszkody. Zdarzają się one wogóle niezmiernie rzadko. Wyjątek stanowi tylko *volvulus flexurae sigmoideae*, który posiada bardzo wyraźną skłonność do nawrotów. Przyczynę tej skłonności upatrywać należy w zmianach kreski zgięcia esowatego, które polegają na ściągnięciu bliznowem (*peritonitis chronica mesenterialis*), zbliżającym do siebie obydwie końce tej pętlicy. Obydwie ramiona mogą stać się przez to zupełnie równoległymi. Pętlica taka, przymocowana u podstawy, a w pozostałej części wolna, robi bardzo łatwo obrót naokoło swej osi. Wskutek niezupełnego skręcenia powstają te często wspomniane w wywiadach odnośnych chorych zaparcia stolca z wzdęciem brzucha. Przy zupełnym zaś skręceniu powstaje już strangulacja pętlicy, która wskutek szybkiego rozdęcia utrwalona zostaje w stanie skręcenia. Operacja usuwa skręcenie, lecz nie usuwa momentu, sprzyjającego ponownemu powstawaniu skręcenia. Nawroty też po operacji bywają tu bardzo częste (ROSER, OBALIŃSKI, ROUX, BRAUN i t. d.). Skutkiem tego różni chirurdzy proponują różne zabiegi w celu zapobieżenia nawrotom, jak np. przysycie pętlicy do lewej bocznej ściany brzusznej, przysycie do ściany miednicy, wytworzenie szerokiej komunikacji między obydwoma ramionami pętlicy (*enteroanastomosis*), wycięcie całego zgięcia esowatego i t. d. Wobec małej liczby odnośnych spostrzeżeń nie można jeszcze obecnie wydać stanowczego sądu o wartości dopiero co wspomnianych sposobów zapobiegawczych.

(Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. T. 5. Zesz. 4 i 5. Str. 569—636).

S. Pechkranc.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

106. PINARD. **Stosunek zapalenia wyrostka robaczkowego do ciąży.** Autor podaje pewną liczbę spostrzeżeń wykazujących, że zapalenie wyrostka może się zdarzać u kobiet ciężarnych, pierwiastek i wieloródek, we wszystkich okresach ciąży.

Z powodu piorunującego przebiegu, jaki przybiera często ta choroba u ciężarnych, ważnym jest, według autora, rozpoznać ją jak można najwcześniej.

To wczesne rozpoznanie nie przedstawia wogóle wielkich trudności. Macica ciężarna, jak również i tak zwane sympatyczne objawy ciąży, nie zaciemniają podstawowych objawów zapalenia wyrostkowego. Szczególnie nie brak nigdy bólu i wrażliwości mięśniowej (*défense musculaire*).

Jeżeli macica jest odchylona w prawo i jeżeli kurczy się ona podczas ciąży, to należy pamiętać, że prawidłowe kurcze tego narządu są niebolesne. Wszelki przeto ból brzuszny powinien budzić uwagę u kobiet ciężarnych, nadewszystko gdy zjawia się on i umiejscawia w okolicy prawego dołu biodrowego.

Jeżeli ból ten nie jest następstwem kuczów macicy, t. j. jeżeli nie zagraża poronienie lub przedwczesny poród, to należy pomyśleć bezpośrednio o możliwości istnienia zapalenia wyrostka robaczkowego.

Co do wymiotów kobiety ciężarnej, to te mają także swe szczególne piętno, którego cechą jest to, iż nie towarzyszy im gorączka. Nawet w przypadku wymiotów uporczywych można stwierdzić przyspieszenie tętna, lecz ciepłota pozostaje zawsze prawidłową. Należy przeto niedowierzać podczas ciąży wszelkiej niestrawności, której towarzyszy gorączka i wymioty.

Co się tyczy zapalenia otrzewny u ciężarnych, to nie istnieje ono jako istotna jednostka chorobowa. W okresie, gdy nie znano zapalenia wyrostka robaczkowego, mówiono, że kobiety ciężarne umierały wskutek zapalenia otrzewny, wywołanego pęknięciem zrostów, macicy i t. d. Wiadomo dziś, że te pęknięcia i rozerwania nie zdarzają się nigdy, chyba wskutek urazów.

Z tego wynika, że rozpoznanie zapalenia wyrostka może być zrobione w większości przypadków podczas ciąży. Najważniejszą rzeczą jest myśleć o możliwości tego cierpienia.

(*La semaine médicale*. Nr. 10. 1900).

St. Roștan.

107. August HERRMANN. **O nawrotach po operacji kamieni żółciowych.** Na zebraniu przyrodników w Düsseldorfie NAUNYN w referacie swym o leczeniu wewnętrznem kamicy żółciowej wspominał o nawrotach tej choroby po wykonaniu operacji i przytoczył jeden tego rodzaju przypadek.

W miesiąc po opublikowaniu go autor doniósł o 7-iu takich przypadkach i z naciskiem zaznaczył, że wysoka, zaiste, wartość operacji kamieni żółciowych może być prawidłowo oceniona tylko w związku z rozbiorem zdarzających się po niej nawrotów.

Chirurdzy, o ile z najnowszych opracowań wnioskować można, już to pozostawiają ową kwestyę bez odpowiedzi, już też przechodzą nad nią nader pobieżnie. EWALD np. utrzymuje, że występowanie nawrotów kamicy po operacji nie jest jeszcze dowiedzione, a KEHR mniema, że uciążliwe objawy, jakie w rzadkich przypadkach na nowo po operacji powstają, w większej części zależą od zrostów, i pociesza tego rodzaju chorych tylko tem, że objawy owe dla ich życia nie są wcale niebezpieczne.

Możliwość pozostawienia kamieni podczas operacji przyjmują wszyscy niemal chirurdzy i ewentualność tę czynią zależną przeważnie od sposobu operowania.

Że chirurdzy tak mało wiedzą o nawrotach, zdaniem autora, przyczyną tego jest to, że chorzy, których chirurg niezbyt długo miał w swojej opiece, nie udają się więcej do niego, ale zasięgają znowu rady internistów.

Każdy z praktykujących w Karlsbadzie lekarzy mógłby opowiedzieć o wielu nawrotach, i autor jest przekonany, że liczba ich wzrastać będzie w stosunku do liczby wykonywanych operacji, jako też i w stosunku do długości czasu spostrzegania po operacji.

W roku ubiegłym autor miał 4 nowe przypadki takich nawrotów i czuł się w prawie podać je do wiadomości ogółu, raz dla tego, by kołom lekarskim postawić przed oczy istnienie tego faktu, powtórze dla tego, by napomknąć o pewnych towarzyszących owym przypadkom nader ciekawych szczegółach.

Przytoczone historye chorób wykazują, że w każdym z tych przypadków, po szczęśliwie przebytej operacji, występowały na nowo uciążliwe objawy podobne lub też prawie takie same, jak i przed operacją. W pierwszym przypadku wyjęte zostały 3 kamienie, o których wielkości chora nic powiedzieć nie umiała,

rana zagoiła się w ciągu trzech tygodni, a napad kolki wystąpił w tydzień potem.

W drugim przypadku operacja była wykonana dwa razy, i za drugim razem choremu pokazano 60 do 70 kamieni wielkości orzecha laskowego, rana zagoiła się w ciągu 7 tygodni, a pierwszy napad bólów zjawiał się w 3½ roku po operacji. W trzecim przypadku usunięto pęcherzyk żółciowy z dwoma kamieniami wielkości orzecha tureckiego i trzema wielkości grochu, a pierwszy napad kolki wystąpił w 8 miesięcy później. Nareszcie w 4-ym wycięto pęcherzyk żółciowy z 50 kamieniami, a napad zjawiał się w 3 lata.

W 3-im i 4-ym z wymienionych przypadków miał autor do czynienia z rzeczywistymi nawrotami, gdyż po napadach kolki nie tylko że znalezione zostały w stolcach kamienie, ale sam czas, jaki upłynął pomiędzy operacją a nowem tworzeniem się kamieni (w 3-im przypadku — 8 miesięcy, w 4-ym — 3 lata) nie pozwala przypuścić, by kamienie owe były kamieniami, pozostawionymi przez chirurgów.

W pierwszym i drugim przypadku nie było niezbitego dowodu na to, by one były istotnymi nawrotami, gdyż stolce chorych albo nie mogły być zbadane, albo też nie były badane. Okoliczność, że w pierwszym z owych przypadków napad kolki zjawiał się już w ciągu tygodnia po zagojeniu się rany, zdawała by się przemawiać za tem, że bóle zależały tu, być może, od powstałych po operacji zrostów, jednakże następne, obserwowane przez autora napady, odpowiadały typowym napadom kamicy z nagłym występowaniem i znikaniem. W drugim przypadku fakt, że chory 3½ roku po operacji nie miał wcale napadów, przeczy przypuszczeniu, by nowe napady zależały od zrostów lub też pozostawionych podczas operacji kamieni, natomiast dowodzi, że u tego chorego kamienie zaczęły się wytwarzać na nowo.

W końcu autor zwraca raz jeszcze uwagę na to, że w 3 i 4 przypadku wystąpiły nawroty pomimo wykonania najradykałniejszej operacji — wycięcia pęcherzyka.

(*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir. VI. B. 3. H. 1900*).

Stan. Łagowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 26 Czerwca r. 1900.

TREŚĆ: 1) M. BIRO — przedstawienie chorego, dotkniętego cierpieniem, najbardziej zbliżonem do tężca. 2) J. LUXENBURG — przedstawienie chorej z obrzękiem śluzowym. 3) A. SOKOŁOWSKI — przedstawienie okazu kamienia nerkowego, wydalonego przez cewkę. 4) Br. SAWICKI — przedstawienie chorego po wykonanej laminiektomii. 5) J. HALPERN — „O niektórych wskazaniach do wznawiania przeciwpriżmiotowego leczenia“. 6) A. CIĄGLIŃSKI — „Kilka słów o okładach z błota t. zw. fango di Battaglia“ (z demonstracją).

1) Kol. BIRO przedstawił chorego z cierpieniem, najbardziej zbliżonem do tężca, lecz pod wielu względami różniącym się od niego. 20-letni mężczyzna, stolarz, położywszy się wśród dnia na spoczynek, przebudził się z uczuciem utrudnionych ruchów twarzy, rąk i nóg. Obecnie skarży się na niemożność należytego otwierania ust i przeżuwania pokarmów, na niezdolność rąk do pracy. Wszystkie te objawy podczas zimna mają się pogarszać, podczas snu są słabsze. Pierwsze wysiłki wykonywania ruchów są najtrudniejsze, następne są łatwiejsze. Chory ma trawienie dobre, sen normalny, widzi i słyszy, jak sam utrzymuje, do-

brze. Przedtem był zawsze zdrow. Cierpienie to trwa od 19 dni. Na dwa tygodnie przed chorobą zadrasnął się on drzazgą w prawą dłoń. Pochodzi z rodziny zdrowej.

Badanie wykazało: chory dobrej budowy, należycie odżywiany, zwraca na siebie uwagę stałym, jakby na wpół uśmiechniętym wyrazem twarzy. Kąty ust ma nieco opuszczone; fałdy nosowargowe bardzo wydatne, szpary oczne nieco zwężone. Ruchy kończyn powolne, ociężałe, nasuwające przypuszczenie sztywności mięśni. Chory otwiera usta na szerokość 4 ctm. Mówi wyraźnie. Czoło marszczy dobrze, oczy przymyka należycie. Policzków nadąć mocno nie może. Łyka dobrze. Mięśnie kończyn i tułowia ma napięte. Kręgosług w części grzbietowej wydaje się zbyt wyprostowany, nie zmienia się przy zginaniu tułowia. Ruchy szyi prawidłowe, lecz powolne. Ta sama powolność charakteryzuje ruchy kończyn; przy ruchach znać potrzebę przewycięzania znacznego oporu. Brak objawów TROUSSEAU i CHWOSTEK'a. Pobudliwość mechaniczna mięśni nie wydaje się być zmienioną; skurcz jest może nieco powolniejszy, niż normalnie. Odruchy szczęki dolnej i kończyn górnych prawidłowe, odruchy kolanowe są może nieco żywsze; ślad objawu stopowego na obu kończynach. Oddziaływanie na prądy faradyczne i galwaniczne dobre. Żrenice dobrze oddziaływają na światło i na przystosowanie. Ruchy gałek prawidłowe. Słuch po stronie lewej nieco gorszy, niż po prawej, przewodnictwo kostne prawidłowe. Na kłąbiku dłoni prawej widać podłużną bliznę długości 3 ctm. W narządach wewnętrznych zmian wyraźnych nie wykryto. Chory nie gorączkuje. Tętno 58. W moczu białka ani też cukru nie wykryto.

Rozpoznanie tężca w danym przypadku staje się prawdopodobnem zwłaszcza ze względu na ranę, jaką chory zadał sobie drzazgą.

Kol. BIKO omawia dyagnostykę różniczkową tego cierpienia, uwzględniając obrazy po otruciu strychniną, histeryę, chorobę THOMSEN'a i paramyotonię, nadmienając, że w danym przypadku cierpienie ma obraz, najbardziej zbliżony do objawów tężca.

2) Kol. LUXENBURG przedstawił 19-letnią pannę, dotkniętą obrzękiem słuzowym. Wzrost chorej 134 ctm., waga (w ubraniu) 111 funtów. Chora ma ruchy powolne, ociężałe. Twarz stosunkowo duża, jakby nadęta, szczególnie górne powieki. Szyja krótka, szeroka, szczególnie w bocznym wymiarze. Nad obojczykiem miękkie poduszkowate wygórowania, toż samo na karku, gdzie skóra daje się ująć w grubą fałdę. Klatka piersiowa szeroka. Brzuch duży, wzdęty. Na udach widać sinawe plamy nieregularne, to znów w postaci rozszerzonych żył. Golenie niemal cylindrycznej formy, przypominające nogi słonią; skóra na nich połyskująca, żółtawa; przy ucisku jej tworzą się płaskie wgłębienia, znikające bardzo powoli. Stopy również niepomiernie obrzękłe. Owłosienie dobre. Górne kończyny drobne, nie obrzmiałe. Cała powierzchnia skóry szorstka, sucha. W narządach klatki piersiowej zmian nie wykryto. *Uterus infantilis, amenorrhoea ab origine*. Czucie i odruchy niezmienione. W moczu nieco białka i cukru, jednak nie stale. Chora skarży się na uczucie suchości w ustach, pragnienie, uczucie ściskania w gardle; łatwo się męczy; przy zmianie położenia ciała doświadcza bólu w krzyżu.

Choroba zaczęła się przed 6 laty od objawów jakoby ogólnej nerwicy. Chora została poddana leczeniu tyreoidyną.

3) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił okaz kamienia nerkowego, wydalonego przez cewkę. 36-letni mężczyzna od 3 lat doświadczał bólu w okolicy prawej

nerki. Przed kilku tygodniami wystąpił mocny napad bólu, trwający 3 dni. Trzeciego dnia krwiomocz, ból w cewce i wydalenie kamienia. Kamień ważył 0,4 grm., miał formę cylindryczną; długość wynosiła 1,6 ctm., szerokość 8 mm., wysokość 4 mm. Kamień składał się głównie z moczanów.

4) Kol. SAWICKI przedstawił 41-letniego mężczyznę, któremu przed rokiem z powodu uciskowych objawów przy gruźlicy kręgów wykonał laminektomię, usuwając łuki 11-go i 12-go kręgów grzbietowych oraz 1-go lędźwiowego. Na dwa lata przed operacją chory zaczął doświadczać bólów w nogach, na rok przed operacją przestał chodzić.

Badanie chorego przed samą operacją wykazało: *paraplegia* prawie zupełna; utrata czucia dotyku prawie do pępka; znaczne osłabienie uczucia bólu i niemożność umiejscowienia tegoż. Odruchy wzmożone. Chory nie gorączkował. W płucach zmian nie wykryto. Zaparcie stolca. Trudność oddawania moczu.

W 5 tygodni po operacji chory zakładał nogę na nogę, po 4 miesiącach chodził przy pomocy. Obecnie chodzi o jednym kijku. Czucia bądź powróciły do normy, bądź też znacznie się poprawiły.

5) Kol. HALPERN wygłosił rzecz p. t.: „O niektórych wskazaniach do wznawiania przeciwprzymiotowego leczenia“.

Praca ta była drukowana w „Medycynie“ (patrz Nr. 28 i 29).

W dyskusji kol. MARKUSFELD zaznacza, że, chociaż jest zwolennikiem leczenia z pauzami przymiotu w okresie utajonym, nie stawiałby jednak w związku powtarzania leczenia rtęcią z pojawieniem się u danego syfilityka objawów chorobowych nieprzymiotowej natury. Należy bowiem pamiętać, że nie wszystkie objawy chorobowe, spostrzegane u chorego na przymiot, są objawami parasyfilitycznymi; są nimi tylko te, pomiędzy którymi a przymiotem zachodzi zawsze i wszędzie taki stosunek, jaki bywa pomiędzy przyczyną a skutkiem.

Przymiot, osłabiając ustrój, może sprzyjać rozwojowi różnych spraw chorobowych (np. gruźlicy, jak to najczęściej bywa); tak samo i różne sprawy chorobowe, zakłócając równowagę czynnościową ustroju, mogą wywołać nawroty przymiotu. Wznawiając jednak w tych przypadkach leczenie przeciwprzymiotowe, należy zawsze pamiętać i o leczeniu tamtych spraw chorobowych.

Wobec powyższego kol. MARKUSFELD uważa poglądy kol. HALPERNA za zupełnie nieuzasadnione.

W odpowiedzi kol. HALPERN zaznacza, że należy szukać wskazań do wznawiania specyficznego leczenia w odpowiednich objawach życia ustroju, mając na względzie, że 1) w okresach utajonego przymiotu bywają okresy równowagi między jadem przymiotowym i czynnością obronną ustroju, przeciwskazujące specyficzne leczenie i okresy zakłócenia tej równowagi, wskazujące na to leczenie; 2) często objawy nieprzymiotowe są zwiastunami mających wystąpić nawrotów *resp.* obostrzeń sprawy przymiotowej; 3) objawy chorobowe, powstałe nie za sprawą przymiotu, lecz za sprawą innych wpływów, po dłuższym czasie w pewnych warunkach na tyle deprymują ustrój, że wywołują zakłócenia równowagi między jadem przymiotowym i czynnością obronną ustroju.

6) Kol. CIĄGLIŃSKI wypowiedział: „Kilka słów o okładach z błota t. zw. *fungo di Battaglia*“, przedstawivszy okaz tego błota.

Prelegent omówił wogóle, w jaki sposób otrzymują się różne błota, rozpałrzył ich skład, własności lecznicze, sposoby zastosowywania, nadmienając, że błoto t. zw. *fungo di Battaglia* ma nieco odmienne własności i zastosowanie jego jest nieco inne.

W dyskusyi kol. NUSBAUM nie sądzi, aby błoto to miało mieć jakieś nadzwyczajne własności i nie mogło być zastąpione przez wiele innych błot.

Kol. JASIEŃSKI zaś przypuszcza, że, być może, działanie tego błota można sprowadzić do własności ciepłikowych.

Na co kol. CIĄGLIŃSKI odpowiada, że błoto to sprowadził w celu wypróbowania, przyczem zaznacza, że próby robienia sztucznego błota *di Battaglia* nie powiodły się.

Aug. Łogucki.

Sprawozdanie Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(21—24 lipca r. b.).

Napisał

Stan. Łagowski.

Mamy przed sobą pięć numerów „Dziennika IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie“, wydawanego w czasie zjazdu codziennie pod redakcją doc. d-ra Jana RACZYŃSKIEGO. Dziennik ów zawiera zarówno sprawozdania z odczytów, które na posiedzeniach ogólnych i sekcyjnych były wygłoszone i przedyskutowane, jako też i streszczenia z prac, które z braku czasu lub nieobecności prelegentów spadły z porządku dziennego. Na ostatniej stronicy wydawnictwa redaktor, oddając je w ręce uczestników Zjazdu, odzywa się między innymi w te słowa: „jeżeli „Dziennik“ czemkolwiek zdołał wyróżnić się od innych podobnego rodzaju wydawnictw, to jest to zasługą i wynikiem niezmordowanej pracy pp. Sekretarzy, którym też za to na pierwszym miejscu gorące składam podziękowanie. Owocem i najlepszą nagrodą tej wspólnej pracy jest pamiątka po naszym zjeździe, ujmująca w jeden obraz jego naukową działalność i jego zewnętrzny przebieg, niezbity dowód istnienia i żywotności polskiej nauki, najlepsza odprawa na wszelkie zarzuty przeciwko potrzebie urządzania Zjazdów i trwałe świadectwo wobec naszych następców, żeśmy nie tracili czasu na próżno“.

Z korespondencji z Krakowa, zamieszczonej w Nr. 30 i 31, czytelnicy „Medycyny“ wiedzą już o przebiegu otwarcia i zamknięcia Zjazdu, jako też o treści przemówień na nich. W tem miejscu, na podstawie owej pozostałej po Zjeździe pamiątki, chcemy dać im obraz działalności pewnych poszczególnych sekcji, przy czem zwracać będziemy główną uwagę na prace, które, zajmując się omawianiem ze stanowiska współczesnej nauki częściej w praktyce napotykanych chorób, mogą dla lekarza-praktyka doniosły przedstawić interes.

Sekcja medycyny wewnętrznej łącznie z farmakologią, balneologią i hidroterapią.

Pierwsze posiedzenie poświęcone było zbiorowemu referatowi na temat: „O ile dotychczasowe badania nad kwasem moczowym tłomaczą zjawiska skazy moczowej“. Wygłoszono tu cztery odczytu.

a) D-r PRUSZYŃSKI „O powstawaniu i wydzielaniu kwasu moczowego oraz o wytwarzaniu się złożeń moczowych“.

Według zdania referenta różne są źródła powstawania kwasu moczowego:

1) rozpad nie tylko leukocytów, lecz i stałych komórek ustroju,

2) pokarmy, zawierające znaczną ilość nukleiny, *resp.* zasad purynowych (ksantyny i hypoksantyny),

3) droga syntetyczna, podobnie, jak to ma miejsce u ptaków i płazów.

Za tą ostatnią drogą tworzenia się kwasu moczowego w ustroju ssących przemawia najpierw karmienie zwierząt ssących znacznymi ilościami białka, przy czem wydziela się ogromna ilość kwasu moczowego, której nie towarzyszy odpowiedniego stopnia leukocytoza (zdanie przeciwne teorii HORBACZEWSKIEGO, podług której mamy ścisły związek pomiędzy leukocytozą a wydzieleniem się kwasu moczowego). Dalej, fakt osiągnięty przez badania SPILIER'a i WIENER'a, a mianowicie, że w ustroju zwierząt ssących pewne narządy rozkładają kwas moczowy, inne go znowu na drodze syntezy budują, nadto, że w jednym i tym samym narządzie u różnych zwierząt, a nawet u jednego osobnika mogą istnieć dwie sprawy równocześnie, synteza i rozkład kwasu moczowego.

Materyału do sprawy wydzielenia się kwasu moczowego, zdobytego w klinice pod wpływem teorii HORBACZEWSKIEGO, referent bynajmniej nie uważa za cenny. Nie mamy pewności, czy liczby, dotyczące ogólnej ilości azotu, *resp.* mocznika, dadzą się porównywać z ilością kwasu moczowego, ani też czy z ilości kwasu moczowego można jakiegokolwiek wyprowadzić wnioski. Stosunek zasad ksantynowych do kwasu moczowego dałby nam niewątpliwie pewne dane co do stopnia utleniania w ustroju, gdybyśmy posiadali dokładniejsze metody badania.

Tym brakiem metody można objaśnić niezgodność wyników co do obecności kwasu moczowego we krwi w stanach prawidłowych ustroju, jak również co do jego zawartości we krwi przy skażeniu moczanowem. Zastanawiając się nad trzema warunkami dla powstawania złogów kwasu moczowego: znaczną zawartością we krwi, upośledzonym wydalaniem i niedostatecznym spalaniem, uwzględniając prace: PFEIFER'a, ROBERTS'a, EBSTEIN'a, KIONKI i innych, referent dochodzi do przekonania, że odkładanie się kwasu moczowego w ustroju zależy przeważnie od złego utleniania, wskutek czego nagromadzony w nadmiernej ilości kwas moczowy wypada z roztworu, zwłaszcza w miejscach bardziej powolnego krążenia limfy, chrząstkach i ścięgnach, gdzie, czy jako ciało obce, czy jako jad wytwarza nekrozę i zapalenie reakcyjne.

Takim brakiem odpowiedniego utleniania można objaśnić, dla czego w cukrzycy nie spala się cukier w ustroju.

Można przypuszczać, że tak otyłość, jak oksaluria i uraturia występują na przemian u osób, dziedzicznie skażeniem moczanowem obciążonych, dla tego, że tkanki, *resp.* narządy nie spalają gliceryny (na wodę i kwas węglany) i gliceryna przeto łączy się z kwasami tłuszczowymi i przyczynia się albo do odkładania tłuszczu, albo zamienia się na kwas szczawiowy, albo też spala się niedostatecznie i daje szkielet akrylowy, który z mocznikiem tworzy kwas moczowy; kwas ów nagromadzać się może w ustroju wskutek tego, że w pewnych narządach (wątrobie) dalszemu nie ulega utlenianiu.

b) Następnie na temat skazy moczanowej wygłosił odczyt d-r T. DUNIN. Odczyt ów zawiera pięć tez:

1) Ścisła analiza krytyczna nie pozwala na przyjmowanie skazy moczanowej w tym sensie, jak to czynią autorowie francuscy.

2) Nie ma żadnego dowodu na to, aby w chorobach, o których mowa, przemiana materyi była zwolniona.

3) Wszystkie analizy moczu, w praktyce dokonywane, pod względem chemicznym są niedokładne, a to z powodu niedostatecznych badań moczu. Nie na-

leży więc zbyt pospiesznie czynić wniosków i zaliczać chorych do kategorii artrytyków, a lepiej w życiu indywidualnem chorego szukać przyczyny jego stanu chorobowego.

4) Przy dzisiejszych wiadomościach i o dyatezie atrytycznej prawie mówić nie możemy.

5) Nieznana jest rola, jaką odgrywa kwas moczowy w powstawaniu dny i kamicy nerkowej.

c) D-r A. SOKOŁOWSKI, umotywowawszy z punktu widzenia klinicznego związek, jaki zachodzi pomiędzy objawami ze strony dróg oddechowych a usposobieniem artrytycznem, opisuje następujące w tych drogach zmiany.

1) Górny odcinek dróg oddechowych; a) w gardzieli przy napadach dny ostre zapalenie napotykamy bardzo rzadko, przewlekłe dość często, a to pod postacią bardzo upartych zapaleń przerostowych i suchych; w etiologii obok dny odgrywają rolę i inne momenty (nadużycia tytoniu, napojów wysokowych i t. d.), b) w nosie częste nieżyty o postaci przerostowej; c) w krtani — zapalenia krtani i nader rzadko złogi artrytyczne w chrząstkach krtaniowych, dalej, częste katary krtani, osobliwie tylnej jej ściany (często przemijające chrypki), wreszcie zapalenia stawów nalewko-obrączkowych

2) Cierpienie oskrzeli. Katary oskrzeli występują dość często pod postacią katarów suchych, nieraz u dzieci (suchy kaszel, duszność i bóle w klatce piersiowej), katary występują peryodycznie i pociągają za sobą rozedmę; postacię ze zwiększonym wydzielaniem śluzu trafiają się rzadziej; dusznica oskrzelowa ma, podług autora, cechy dusznicy sercowej (zależnej od artrytycznego cierpienia naczyń), a nie czysto nerwowej, jak twierdzą niektórzy autorowie (BOUCHARD).

3) Suchoty płucne występują tu w postaci bardzo przewlekłej i charakteryzują się tem, że mamy przewagę objawów nie ze strony dróg oddechowych, lecz ze strony stanu ogólnego i innych narządów (ogólne osłabienie, objawy żołądkowo-kiszkowe, bóle artrytyczne i t. d.); b) sprawa ciągnie się całe lata bez gorączki przy zmianach w płucach stosunkowo dosyć rozległych; c) stan ogólny przeważnie lichey, u niektórych tylko wyjątkowo dobry; d) objawy przedmiotowe podobne, jak i w postaci suchot włóknistej; sprawa zazwyczaj pozostaje w okresie induracji, rzadko przechodzi w rozpad, przyczem chorzy zwykle kaszlą mało, a nawet nieraz wcale nie uskarżają się na objawy ze strony dróg oddechowych. Ostatecznie prelegent zaznacza ważne znaczenie tych postaci i potrzebę szczegółowych biochemicznych badań w tym zakresie.

d) D-r Wł. BIEGAŃSKI. Leczenie skazy moczanowej powstało już bardzo dawno, lecz dopiero w połowie XIX wieku nadano mu racjonalne podstawy. Nie ulegało ono żadnym zmianom aż do czasu prac HORBACZEWSKIEGO. Odtąd zaczęła się reforma, a dotyczyła ona przedewszystkiem dyetetyki. Wobec dowiedzionego przez HORBACZEWSKIEGO powstawania kwasu moczowego z nukleiny, stosunek pokarmów do produkcji kwasu moczowego przedstawił się w świetle tych badań inaczej. Badania DAPPER'a i PFEIFER'a dowiodły, że dyeta mięsna nie wpływa na zwiększoną produkcję kwasu moczowego, a za tem niema żadnej racjonalnej podstawy do ograniczania dowozu białka w skazie moczanowej. Dalej, całym szeregiem badań rozmaitych autorów dowiedziono, że alkalia nie wpływają właściwie na produkcję kwasu moczowego, lecz tylko ułatwiają jego rozpuszczalność. Poszukiwania ZERNER'a i NAIDEN'a zdają się przemawiać za tem, że to ułatwienie rozpuszczalności kwasu moczowego występuje na drodze pośredniej przez wstrzymanie rozkładu i powiększenie ilości zasadowego fosfora-

nu sodu, w którym sole kwasu moczowego tworzą prawdopodobnie związki podwójne. Wobec tego połączenia sodu z kwasami organicznymi i kwasem węglanym i węglany wapnia i magnezu zyskują dziś większe znaczenie w leczeniu skazy moczanej, sole zaś litu je tracą. Wszystkie nowsze środki, jako to: piperacyna, litydyna, urotropina, zachwalane przez wielu autorów, nie ziściły pokładanych w nich nadziei.

W dyskusji pierwszy zabrał głos prof. d-r KORCZYŃSKI: zapatruje się on na skazę moczową ze stanowiska klinicznego.

Pomimo że niema dotąd bezwzględnie ścisłych podstaw naukowych, upoważniających do przyjęcia skazy moczanej, ogólne jednak pojęcie tej skazy pozostać winno na razie w znaczeniu klinicznym dla tych przypadków, w których wwiady i badania kliniczne wykazują niewątpliwe oznaki nieprawidłowej przemiany połączeń białkowych. W tej samej grupie pomieścić należy przypadki rzeczywistej dny ze złogami artrycznymi w poszczególnych narządach, przypadki przedwczesnej miażdżycy tętnic, dla których innej przyczyny wykazać nie można, rozmaite postacie nerwobólów i zapalenia nerwów oraz kamicę nerkową, gdzie złogi zawierają przeważnie kwas moczowy i jego połączenia.

Dla klinicysty ważną rzeczą jest pamiętać o tem, że, nie wdając się w teoretyczną kwestyę wytwarzania się kwasu moczowego z rozmaitych źródeł, rozróżnić należy bardzo ściśle, że wydzielanie się kwasu moczowego nie jest równobrzmiące z wytwarzaniem się tegoż. Liczne spostrzeżenia kliniczne wykazują, że kwas moczowy tak samo, jak i inne sole, może ulegać zatrzymaniu w ustroju. Zatrzymanie to, prawdopodobnie zależne od tego, czy kwas moczowy znajduje się w stanie wolnym, czy też w związkach chemicznych mniej lub więcej ścisłych i w obecności ciał, sprzyjających wydalaniu go, jest ze stanowiska klinicznego bardzo ważne w tłumaczeniu objawów dny, Jak długo nie będzie inaczej uodwodnione, klinicysta musi wierzyć w pewien współdział mocznika i fosforanów zasadowych w zapobieganiu, by kwas moczowy nie zatrzymywał się w ustroju.

Co do leczenia, to prof. KORCZYŃSKI wielkie znaczenie przypisuje ruchliwemu życiu, usunięciu wszelkich napojów wyskokowych, unikaniu potraw mięsnych, osobliwie mięsa wołowego i wszelkich rosolów i bulionów, zawierających tak sporą ilość ciał wyciągowych, a natomist zaleca chorym swoim dyetę jarzynową z dodatkiem potraw mącznych. Ze środków i zabiegów leczniczych wierzy w działanie wód alkalicznych i kąpeli solankowych, błotnych, mułowych i siarczanych. Zupełne zabronienie potraw mącznych i cukru uważa za przesadę.

Prof. GLUZIŃSKI uznaje potrzebę przyjęcia pewnej nazwy celem porozumienia się, jak np. skazy moczanej, która to nazwa do niczego nie obowiązuje.

Aczkolwiek nie znamy dokładnie, jak i skąd się wytwarza kwas moczowy i jaki jest stosunek kwasu moczowego do dny — mimo to trzeba przyjąć zdanie francuskich badaczy, że w przemianie materii tkwi podstawa dla tej choroby.

Zmiany zapalne w krtani, oskrzelach, jako też i dusznica oskrzelowa trafiają się tu względnie dość często.

Co do leczenia, zaleca mleko i jarzyny, i nie zgadza się z NOORDEN'em, jakoby obojętnem było dla artrytyków, jakiego używają mięsa.

D-r CZARKOWSKI (Wilno) przytacza przypadek dny, w którym po bezskutecznym różnorodnym leczeniu, 15 iniekcji sperminy POEHL'a usunęły bóle, a po dwóch miesiącach chory uczuł się zupełnie zdrowym; po roku stan dobry, kwas moczowy przejściowo się pojawia, bólów jednak wcale niema.

Doc. d-r WIOZKOWSKI (Lwów) podziela zdanie prof. GLUZIŃSKIEGO. W szczególności podnosi przypadki neurastenii u artrytyków, która leczy się bardzo do-

brze w Karlsbadzi. Wody alkaliczne działają korzystnie, prowadząc diurezę, ten sam jednak skutek można osiągnąć i za pomocą środków moczopędnych. W praktyce prywatnej mógł się przekonać, że pojawianie się kwasu moczowego poprzedza cukrzycę.

D-r BIERNACKI zaznacza, że dawniej bardzo często rozpoznawano skazę moczową tam, gdzie obecnie rozpoznaje się histeryę lub neurastenię; jest przeciwny używaniu nazwy „skazy moczowej“, bo ta mimowoli zwraca uwagę na kwas moczowy. W chorobie tej są pewne zaburzenia w ustroju, a bóle powstają wskutek złego jego chemizmu.

D-r STANIEWICZ (Wilno) jest zdania, że nie ilość i jakość pokarmów, ale sposób życia i utrzymania równowagi fizyologicznej ustroju ma większe znaczenie. Jako przykład przytacza kupców rosyjskich, którzy dobrze i obficie się odżywiają, przejadają bowiem po 15000 rb. rocznie, lecz prowadzą życie czynne i piją do 30 szklanek herbaty dziennie. Ci na podagrę nie cierpią, ta wielka bowiem ilość wody przepłukuje ustrój dostatecznie.

D-r PRUSZYŃSKI ob staje nadal przy zapatrywaniach wygłoszonych w odczycie, w szczególności zaś podnosi konieczność przyjęcia tworzenia się syntetycznie kwasu moczowego w ustroju. Wreszcie podnosi niedostateczność dotychczasowych badań klinicznych.

D-r DUNIN nie uznaje związku pomiędzy mocznikiem a kwasem moczowym, w szczególności jest przeciwny przyjęciu nazwy skazy moczowej, uważa ją za wręcz szkodliwą, albowem ona nadaje pewien szablonowy kierunek leczeniu.

D-r SOKOŁOWSKI zaznacza względną rzadkość pojawiania się duszniczy oskrzelowej w przebiegu skazy moczowej.

Posiedzenie zakończyło się odczytem d-ra M. SIMONA (Wiesbaden) z dziedziny farmakologii p. t. „Kilka wskazań do użycia atropiny w medycynie wewnętrznej“.

W dyskusji nad tym odczytem d-r REJCHMAN nie zgadza się z prelegentem, jakoby atropina miała zmniejszać kwasotę żołądka, a choćby i zmniejszała, to tylko na bardzo krótki czas.

Prof. d-r KORCZYŃSKI jest również tego samego zdania. I w celach dyagnostycznych nie przypisuje atropinie większego znaczenia, przy czem wspomina o doświadczeniach, jakie DEHIO z Dorpatu przeprowadził nad atropiną celem różniczkowego rozpoznania przyczyn chorobowych w układzie nerwowym ośrodkowym, o ile to dotyczy chorób serca.

D-r KĘDZIOR nie przeczy pewnej wartości atropiny w duszniczy oskrzelowej, podnosi tylko jednak względną jej wartość. Spostrzegwał on dwa przypadki, w których w czasie napadów iniekcje atropiny zupełnie zawiodły, natomiast iniekcje morfiny działały korzystnie. I dłuższe podawanie atropiny nie wydało w tych przypadkach pożądanego skutku.

Co do użycia atropiny w celach dyagnostycznych, to d-r KĘDZIOR zauważył w jednym przypadku pewną jej wartość; dotyczyło to chorej ze zwolnionem tętnem — liczba tętna wahała się u niej pomiędzy 24 a 28 uderzeń na minutę, a po zastrzyknięciu 0,001 *atropini sulfur.* wcale się nie podniosła. Przyczyna zwolnienia tętna w danym przypadku zależała od stanu samego mięśnia sercowego (*Myocarditis chron. fibrosa*).

Drugie posiedzenie sekcji medycyny wewnętrznej odbyło się razem z sekcjami patologiczną i chirurgiczną, a miało za przedmiot kamice żółciową.

Pierwszy odczyt wygłosił prof. d-r BROWICZ na temat „Patogeneza żółtaczki“.

Podstawę żółtaczkę upatruje on w spotęgowanej czynności komórki wątrobowej zdrowej, normalnej, jakimkolwiek bądź sposobem podrażnionej — komórka owa wtedy pochłonać może większą ilość hemoglobiny i wytworzyć większą ilość żółci, a względnie barwnika żółci.

Komórka normalna wydała tę większą ilość żółci całkowicie do przewodu żółciowego międzykomórkowego, co tylko komórka zdrowa uczynić jest w stanie; ztąd, a po części także przez komórki ścian naczyń krwionośnych żółć dostaje się do krwi.

Moment mechaniczny, który przeszkadza odpływowi żółci, działa tylko pośrednio w powstawaniu żółtaczkę, uciskając śródwątrobowe gałązki żyłne i w ten sposób nadržając komórkom wątrobowym większą ilość hemoglobiny.

Droga, którą żółć dostaje się do krwioobiegu, są naczynia włosowate krwionośne śródzrądkowe, a w małej tylko części naczynia limfatyczne około grubszych przewodów żółciowych.

D-r KRAJEWSKI omawia najpierw teoryę, usiłując wytłomaczyć powstawanie kamieni żółciowych. Teorya starsza upatruje przyczynę w zwolnieniu przemiany materii, teorya nowsza pojmuje jako przyczynę zakażenie i następny niezbyt błony śluzowej pęcherzyka. Dalej zastanawia się nad badaniem, rozpoznawaniem i rokowaniem. Przy badaniu uwzględnić należy obok bardzo dokładnych wywiadów objawy takie, jak: ból, guz, żółtaczkę, gorączkę i odchodzenie kamieni ze stolcem. Przy rozpoznawaniu szczególniejszą uwagę zwracać należy na jakość guza, który ma kształt gruszkowaty, leży na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha, porusza się przy oddechu, wykonywa ruchy wahadłowe przy obmacywaniu. Tu pomocny bywa sposób KEHR'a, który radzi po silnym wdechu guz przytrzymać — jeżeli guz ten jest pęcherzykiem, to powinien przy silnym wydechu przesunąć się ku górze. Przy obmacywaniu pęcherzyka należy się starać wyczuć brzegi kamieni i pamiętać o językowatym płacie RIEDEL'a a także i o zrostach, jakie się tu bardzo często spotyka. Przy rokowaniu ważna jest bardzo gorączka, która tu występuje w dwóch głównie postaciach. Pierwsza postać, cechująca się wzniesieniem ciepłoty podczas napadu kolki i spadkiem do normy po napadzie, daje względnie dobre rokowanie, druga postać, cechująca się tem, że się utrzymuje w przerwach między bólami jako stan podgorączkowy, daje rokowanie gorsze. Prelegent wykonał 30 operacyi na drogach żółciowych i jest zwolennikiem cholecystotomii idealnej tak z wszyciem jako i bez wszycia pęcherzyka w powłoki.

D-r M. REICHMAN. O leczeniu kamicy żółciowej. Najmniej zdziałać jesteśmy w stanie w sprawie zadośćuczynienia wskazaniom przyczynowym, albowiem o warunkach i sposobach powstawania kamieni i złożeń żółciowych nie mamy dotychczas dokładnego pojęcia. Leczenie więc zapobiegawcze powinno być skierowane li tylko ku usuwaniu tych szkodliwych wpływów, jakie ułatwiają tworzenie się złożeń. Do nich należą: siedzący tryb życia, uciskanie wątroby przez gorset, paski, przewlekłe zaparcie stolca, wreszcie ciąża, która, rzecz prosta, nie może być przedmiotem interwencyi. Co do wskazań chorobowych, to tak zwane środki żółciopędne nie wiele tu przynoszą pożytku; większe już usługi oddają środki przeczyszczające, najważniejsze jednak ma znaczenie środek niedawno do lecznictwa wprowadzony, mianowicie oliwa, która winna być przyjmowana w ilości 100—150 g. na raz, autor zaleca ją i podczas napadu t. zw. kolki wątrobowej i w przestankach pomiędzy napadami. Po upływie tygodnia można mniejsze zalecać ilości. Jeżeli skurcz przewodów utrudnia przeciskanie się kamieni, to obok oliwy oddają nam czasem rzeczywiste usługi ciepłe długotrwałe

kąpiele, wstrzykiwania morfiny samej lub z atropiną, czopki z morfiną, eter, chloroform. Zapalenie pęcherzyka i przewodów żółciowych jest nieraz „samopomocą ustroju“, dążącą do wydalania kamieni na zewnątrz, pomyślny jednak obrót zdarza się rzadko, najczęściej sprawa ta sprowadza niebezpieczne następstwa takie, jak: ciągłą gorączkę, zaburzenia w trawieniu, długotrwałą żółtaczkę, wytwarzanie się zrostów, powstawanie przetok do narządów wewnętrznych. Przeciwno zapaleniu skutecznie działa spokój i dyeta wyłącznie mleczna; dobre jest też postawienie kilku pijawek w okolicy pęcherzyka żółciowego i okład lodowy. Skoro osty okres przejdzie, a pozostanie przewlekły stan zapalny, znakomite usługi oddaje woda karlsbadzka. W przypadkach, w których zapalenie trwa zbyt długo i pociąga za sobą wyżej wymienione niebezpieczne następstwa, a leczenie wewnętrzne pomimo długotrwałego stosowania nie przynosi żadnej ulgi, należy się uciekać do pomocy chirurgicznej. Bardzo często w przypadku zatrzymania się kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym musimy się również udawać do interwencji chirurga. Przeciw powstałym wskutek zapalenia i owrzodzenia zrostom, bliznom, zwężeniom, przetokom, leczenie wewnętrzne także, rzecz prosta, pomódz nie może.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Określenie cierpień usznych t. zw. zawodowych przedstawia często trudności, ponieważ zwykle działa jednocześnie kilka momentów szkodliwych. U maszynistów na kolejach, np. należy także uwzględnić przewlekłe cierpienia jamy nosogardzielowej i trąbek, a z drugiej strony wstrząśnienia błędnika przez jazdę i turkot. Zmiany, spotrzegane u służby pociągowej, rzadko dotyczą samego błędnika, co natomiast częściej bywa u kotlarzy. (D. M. Zg. 101. 99.).

= REICHARD opisuje 3 ciekawe przypadki miąższowego krwotoku żołądkowego. W pierwszym istniała przewlekła żółtaczką, zależna od zamknięcia przewodu żółciowego; lecz przy operacji kamieni nie znaleziono. W 8 dni po operacji, chory przy objawach bardzo ciężkiej bezkrwistości zmarł; żołądek i kiszki wypełnione były krwią, ale źródła krwotoku nie zdołano wykryć. W 2 pozostałych przypadkach wywiady stwierdziły napewno wrzód żołądka; były częste wymioty krwawe i bardzo znaczna bezkrwistość. U obu chorych dokonano operacji; znaleziono dużo krwi w żołądku, lecz nigdzie wrzodu. Badanie zwłok również nie wykryło źródła krwawienia. EWALD wspomina o podobnych przypadkach w swym po-

dręczniku chorób żołądka. (D. M. Zg. 101. 99).

= TURNER opisuje badania swe nad gruźlicą narządów płciowych u kobiet, dotkniętych gruźlicą płuc. Z 27 chorych znalazł gruźlicę narządów płciowych u 5. W jednym przypadku choroba mieściła się tylko w trąbkach, w dwóch — w trąbkach i trzonie macicy, w jednym prócz tego i w szyi, w jednym i w jajnikach. We wszystkich przypadkach była też gruźlica kiszek. Gruźlica trąbek daje obraz bardzo charakterystyczny: trąbka jest zgrubiała, rozciągnięta, powierzchnia jej białawo żółta. W kierunku ku macicy zgrubienie się zmniejsza. Miejsce zgrubiałe bywa siedliskiem mas serowatych z komórkami olbrzymimi i lasecznikami. Zapewne gruźlica trąbek rozpoczyna się u ich zewnętrznego końca i posuwa się ku macicy. Za życia u żadnej chorej nie było oznak cierpienia narządów płciowych. (D. M. Zg. 101. 99).

= KEEN opisuje operowany przez siebie przypadek wycięcia części wątroby skutkiem nowotworu. Pojedyncze guziki rakowe mieściły się wyłącznie w płacie lewym, który K. wyciął żegadłem. Po 5 miesiącach chory wyzdrowiał. Przedtem K. operował również z pomyślnym wynikiem dwóch cho-

rych (jeden żyje 2, drugi 8 lat). Dotąd znanych jest w literaturze 76 przypadków wycięcia wątroby. (Ann. of Surgery. 9. 99).

= Zdaniem SPAAK'a roztwór 2 części chloroformu w 100 cz. wody jest doskonałym środkiem wstrzymującym krwawienie po wyrwaniu zęba. (Jour. de Med. de Paris. 2/7. 99).

= GAILLARD zwrócił uwagę na pewne zaburzenia ze strony płuc, zjawiające się niekiedy u kobiet okresowo w czasie miesiączki. Zaburzenia te, mało dotąd znane, występowały u osobników nie obarczonych dziedzicznie, nie dotkniętych jakimiś poprzednimi cierpieniami jajników. Zaczyna się zazwyczaj od nieżyty oskrzelowego, czasem z dreszczykami i niedomaganiem ogólnym. Po upływie doby następuje duszność, oddech przyspieszony, napady silnego kaszlu. Plwocina, z początku pienista, staje się następnie obfitszą, gęstą, śluzową lub śluzo-ropiastą. Osluchiwanie wykazuje rżenia świszczące lub wilgotne, rozrzucone w obu płucach. Wszystko to trwa dotąd, póki wydzielina krwawa z narządów płciowych nie stanie się obfitą. Po 4-5 dniach gorączka ustaje, co jest dowodem powrotu do zdrowia. Leczenie polegać winno na usuwaniu przekrwienia płuc (bańki), podawaniu bromu lub morfiny. (Jour. de med. et chir. pratiq. 10/9. 99).

= BOSSI zajął się kwestyą fizjologicznego i patologicznego znaczenia dni, odpowiadających miesiączce, w czasie ciąży. Badania anatomiczne pęcherzyków GRAAF'a wykazały, iż owulacja niezupełnia ustaje podczas ciąży. Zdaniem Bossi'ego, czasowi miesięczkowemu podczas ciąży odpowiadają szczególne zjawiska: wzmożone rozdrażnienie nerwowe, częstsze tętno i oddechanie, chwilowe obrzęki, obrzmiewanie rozszerzonych żył, podniesienie ciepłoty w pochwie, zmiany ilości i ciężaru moczu, czasem nawet zjawienie się w nim białka. Na skórze powstają rumienie, a miejsca zabarwione występują wyraźniej. W wyższym stopniu, przechodzącym w stan chorobowy, okresom miesięczkowym towarzyszy rzucawka (eklampsyja) pochodzenia nerwowego lub wskutek białkomoczu, nastroj ponury, skłonność do poronienia, wzmożenie przepadłości rozmiękczenia

kości i t. d. (Münch. med. Woch. 19/9. 1899).

= LARTIGAN spostrzegł dwa przypadki licznych owrzodzeń zewnętrznych części płciowych i pochwy w dużej brzusznej. Wrzody zagoiły się po dwóch tygodniach. Hodowle z ropy owrzodzeń wykazały bardzo liczne laseczniki durowe. Zdaniem autora źródłem zakażenia był mocz, który, jak wiadomo, zawiera mnóstwo laseczników tyfusowych. (Lancet. 7/10. 99).

= W celu odtłuszczenia chorego, ważącego 147 kilogramów, DEBOVE polecił wyłączną dyetę mleczną. Podczas pierwszego miesiąca chory dostawał 2½ litra mleka dziennie, podczas drugiego 2 litry, podczas trzeciego po 1 litrze. Przy tem leczeniu chory stracił w ciągu dwóch pierwszych miesięcy 15 kilogramów wagi, w ciągu trzeciego miesiąca 5 kilogramów. Podczas 4 następných miesięcy chory dostawał po 1 litrze mleka dziennie, poczem waga ciała spadła do 105 kilogramów. Wówczas autor przepisał choremu następującą dyetę: jarzyny gotowane, sałaty i owoce, poczem chory stracił jeszcze 12 funtów. Chory przeto w ciągu niespełna roku stracił 53 kilogramy, waży bowiem obecnie 94 kilogramy. Chory ten, nie tylko schudł, lecz wrócił do zdrowia i zajęcia, (poprzednio leżał ciągle w łóżku). Semaine medicale. Nr. 10. 1900).

= WUNDERLICH zebrał z literatury dane o wynikach cięcia brzuszego w 500 przypadkach gruźlicy otrzewny. W 344 była gruźlica surowicza, w 136 włóknikowo-zlepna, w 20 ropna. Najpomyślniej przebiegała pierwsza postać, która dała 23,3% zupełnego powrotu do zdrowia; w postaci włóknikowej zakończyło się pomyślnie tylko 9,8%. (Arch. f. Gyn. T. 59).

= LANNOIS opisuje chorego 26-letniego pochodzącego z rodziny gruźliczej, który w 7-ym roku życia zachorował na wyciek z obudwu uszów. Płuca były zdrowe. W 13-ym roku życia dostał po raz pierwszy napadu padaczki, która powtarzała się co 6 tygodni. Lewe ucho autor znalazł zdrowe i suchem; w prawem ropienie trwało, błona bębenkowa była zniszczona. Po kilku tygodniach i to ucho się zagoiło, a słuch się poprawił znacznie. Jednocześnie ustały napady padaczki. (Lyon méd. 17/9. 99).

P.

Wiadomości bieżące.

— Redaktor Dziennika ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie zawiadamia nas, że ostatni numer Dziennika, jak również całe komplety otrzymają uczestnicy Zjazdu w krótkim przeciągu czasu za pośrednictwem księgarni Wende i S-ka. Zwłoka wrośyłaniu Dziennika nastąpiła nie z winy Redakcyi Dziennika.

— Liczba instytucyi pedagogiczno-filantropijnych w Petersburgu ma się zwiększyć jeszcze o jedną, pierwszą w swoim rodzaju, mającą się niebawem otworzyć w okolicach miasta. Będzie to ochronka dla dziewcząt sierot lekarzy imienia d-ra Karola SZYLLINGA. Od dawna dawał się czuć brak takiej instytucyi, wyłącznie przeznaczonej dla wychowania i początkowego kształcenia dzieci sierot, pozostałych bez środków po ojcach lekarzach. Inicytywa założenia ochronki należy do wdowy d-ra SZYLLINGA, zmarłego w Petersburgu w r. 1896. S. p. Karol SZYLLING, po ukończeniu w 1859 r. Wojenno-Medycznej Akademii w Petersburgu, służył początkowo w Nowgorodzie, a następnie w Petersburgu, gdzie od roku 1882 był nadwornym lekarzem Wielkiego Księcia Michała Mikołajewicza, od roku zaś 1894 pełnił obowiązki głównego lekarza 15-ej dywizyi kawaleryi. S. p. d-r SZYLLING był jednym z najbardziej popularnych lekarzy w Petersburgu. Szczególniej był on znany pośród biednej klasy ludności Stolicy, jako wyjątkowy dobroczyńca. Serdeczny i uczynny człowiek, śpieszył on zawsze z pomocą cierpiącym, nie robiąc różnicy między pacjentem, co mieszka w pałacu, i tym, co ma przytułek gdzieś na poddaszu. Chorzy, którzy nie mieli środków opłacać lekarzy, szli w godzinie przyjęć do d-ra SZYLLINGA, pewni,

że tu otrzymają i darmową poradę i nawet lekarstwo. Jak wielce popularny i ceniony wśród swoich pacjentów był d-r SZYLLING, można sądzić z tego, iż wkrótce po jego śmierci, pacyenci i wielbiciiele zmarłego, w dowód uznania i wdzięczności, zebrali z własnej inicytywy 15,000 rubli i wręczyli je wdowie Doktorowi na wzniesienie mu grobowca. Znając jednak poglądy nieboszczyka męża, pani SZYLLING nie zechciała wydać na ten cel tak znacznej sumy, postawiła mężowi grobowiec na własny koszt i za zgodą ofiarodawców przeznaczyła ów kapitał na założenie ochronki imienia d-ra Karola SZYLLINGA dla dziewcząt sierot lekarzy — bez różnicy wyznania i narodowości. Z inicytywy pani SZYLLING został zorganizowany Komitet, który na mocy zezwolenia Ministra spraw wewnętrznych, zbiera środki na urządzenie ochronki. Niedawno dla ochronki został nabyty dom w jednej z najlepszych ze względów klimatycznych okolic Stolicy — „Ozierki“ w stronie Finlandyi. Oprócz tego komitet posiada obecnie do 5000 rubli, zebranych drogą składek prywatnych, urządzania koncertów, odczytów i t. p. Środki komitetu są jeszcze jednak zbyt szczupłe, aby odrazu można było otworzyć ochronkę na szerszą skalę; to też Komitet, otwierając ochronkę dla kilku ledwie pupilek, będzie rozszerzał zakład w miarę zwiększania się funduszów. Jesteśmy pewni, że fundusze się znajdą, i że nasze społeczeństwo, szczególnie zaś lekarze nie odmówią swego poparcia tej dobrej sprawy.

Bliższych szczegółów o ochronce można się dowiedzieć u pani SZYLLING (adres: Petersburg, Ozierki, kolei Nadmorskiej, dom ochronki). Petersburg, 26 sierpnia 1900 r. *H. Karpowicz.*

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb. 50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej,

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożn. bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

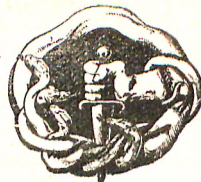
D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatoryum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'ind. méd. 21 Juin 1899: Dr. Lefort. „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbaeid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona.—Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensch. 1899 Nr. 1. Radaea dworu Prof. Dr. Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona.—Patentowany.

Literatura:

Radaea tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie.“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W Hoffmanna Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitszewskij pereulok dom Pugowkina.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHÁ

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalołów dyferytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczopłciowych, kamieni moczowych i żółciowych, rop, wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

D-RA JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobów, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnoski lekarskiej.