

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 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O zapaleniu ścięgna i pochewki ścięgniastej głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia (tendovaginitis capitis longi m. bicipitis). Podał S. Goldflam. — O wynikach przecinania zwiężeń cewki moczowej sposobem Maisonneuve'a. Podał L. Zembrzuski. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 110. O tak zwanem płodობjstwie leczniczem. — **STRESZCZENIA ZBIOROWE.** Encephalitis purulenta. Ułożył A. Wizel. — Sprawozdanie z XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Napisał St. Łagowski (Ciąg dalszy). — List otwarty do Redakcyi „Medycyny”. — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r S. Goldflam**—Sur l'inflammation du tendon et de la gaine tendineuse du chef long du biceps du bras. 2) **D-r L. Zembrzuski** — Sur les résultats de l'uréthrotomie d'après la méthode de Maisonneuve.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — R10 Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r S. Goldflam** — Ueber die Entzündung der Sehne und der Sehnenscheide des langen Kopfes des biceps humeri. 2) **D-r L. Zembrzuski** — Ueber die Resultate der Urethrotomie nach Maisonneuve.

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

O ZAPALENIU ŚCIĘGNA

I POCHEWKI ŚCIĘGNIASTEJ GŁOWY DŁUGIEJ MIĘŚNIA DWUGŁOWEGO RAMIENIA.

(*tendovaginitis capitis longi m. bicipitis*).

Podał

S. GOLDFLAM.

Zwykła to rzecz w klinice rozpoznanie zapalenia stawu barkowego (*omarthritis*). Jednakże, przy bliższem rozpatrzeniu się w odnośnych przypadkach, zdaje się wychodzić na jaw fakt, że w pewnej części — być może nie najmniejszej — sprawa wcale nie jest zapaleniem stawu, lecz raczej pochwy ścięgniastej długiej głowy mięśnia dwugłowego. Moje doświadczenie opiera się na 20 przypadkach, które spostrzegąłem w ostatnich latach.

Cierpienie powstaje ostro, zazwyczaj w ciągu nocy zjawia się ból, najczęściej bardzo dotkliwy, w okolicy stawu barkowego. Chorzy umiejscawiają go w przedniej okolicy stawu, często ból promieniuje wzdłuż mięśnia dwugłowego do przegubu łokciowego, niekiedy i dalej wzdłuż łokciowego brze-

gu przedramienia aż do napięstka i palców, w kierunku zaś ku górze aż do łopatki. Ból ten wzmagą się zwłaszcza w nocy, zakłóca sen, powiększa się przy usiłowaniach ruchu, zarówno czynnego, jak biernego, w obrębie stawu barkowego; chorzy też unikają wszelkich ruchów odnośnych i utrzymują, że wcale poruszać ramieniem nie są w stanie. Ból i bezwładność ramienia skłaniają chorych już do wczesnego szukania pomocy lekarskiej.

Przy badaniu daje się stwierdzić, że chory bark zazwyczaj jest opuszczony ku dołowi w porównaniu ze stroną zdrową, a ramię wiotko zwisa wzdłuż klatki piersiowej. W niewielu tylko przypadkach można spostrzedz obrzmienie przedniej okolicy stawu barkowego w miejscu, odpowiadającym guzikom kości ramieniowej (*tubercula*). Przy obmacywaniu okazuje się, że bolesna jest jedynie okolica rowka bicipitalnego (*sulcus intertubercularis*), zaś reszta okolicy stawu i od strony jamy pachowej nawet na dość mocne uciskanie pozostaje niewrażliwą. Jakkolwiek guziki kości ramieniowej są i normalnie na ucisk wrażliwe, to jednak nigdy nie występuje tak wybitna bolesność, jak w omawianych przypadkach. Ze siedliskiem bólu jest właśnie okolica rowka między guzikami, przekonać się można z tego, że przy rotacji ramienia na zewnątrz punkt bolesny przesuwa się o jakie 2 ctm. na zewnątrz.

Jeśli chorzy przewyciężą obawę poruszania ramieniem, to okazuje się, że czynne ruchy w stawie barkowym są możliwe, chociaż odbywają się powoli, z widocznym wysiłkiem, oraz nadmiernym udziałem mięśni barku i tułowia, rozległość tych ruchów jest ograniczona, zwłaszcza przy pierwszych próbach. Zaznaczyć trzeba, że ruchy dokonywają się tu w samym stawie, nie zaś przy pomocy przemieszczenia jedynie łopatki. Gdy ruchy przekraczają pewną miarę, występuje ból, który jest przyczyną ich ograniczenia. Lecz jeśli chory jest w stanie ból przetrzymać, to okazuje się, że nawet najrozleglejsze ruchy są możliwe. Zwykle chorzy pomagają sobie w ten sposób, że chore ramię podtrzymują zdrową ręką, lecz często udaje im się już po kilku próbach obywać się bez tej pomocy. Niektóre ruchy są szczególnie trudne i bolesne, mianowicie wyprostowanie z rotacją na wewnątrz w stawie barkowym, abdukcya, podnoszenie i opuszczanie ramienia. Przytem ból występuje tylko w pewnych fazach ruchu, tak np. przy podnoszeniu ramienia w chwili, kiedy ramię zbliża się do linii pionowej, przy opuszczaniu ramienia ku końcowi tego ruchu. Podnoszenie ramienia odbywa się w sposób charakterystyczny: chorzy przechylają głowę i górną część tułowia w stronę zdrową, mocno napinają mięśnie pasa barkowego i tułowia i, zgiąwszy przedramię, ramię, zbliżone do tułowia i obrócone na zewnątrz, powoli unoszą w płaszczyźnie strzałkowej do poziomu, następnie nagłym ruchem, który przypada na chwilę najsilniejszego bólu, jakby pchnięciem, ustawiają ramię w linii pionowej. W tej pozycji ból ginie i ramię może wykonywać dowolne ruchy obrotowe. Przy opuszczaniu ramienia, tułów i głowa przechylają się w stronę chorą, ramię powoli opuszcza się w płaszczyźnie strzałkowej, nadmierne napięcie mięśni trwa tak długo, dopóki ramię nie zbliży się do klatki piersiowej, poczem słabnie, i kończyzna ruchem sprężynowym opada ku tułowiu; ból występuje w tym ostatnim okresie ruchu. Opisane zaburzenie ruchowe przypomina tak zwane przytkające palce; można je obserwować tylko w przypadkach typowych, natomiast występuje ono niewyraźnie w przypadkach lekkich i po przejściu w stan przewlekły. Daleko trudniejsze i boleśniejsze jest podnoszenie ramienia w pozycji odsiebnej.

Zarówno jak czynne, tak i bierne ruchy w stawie barkowym są wykonalne, nawet najrozleglejsze, przytem ból jest mniejszy, a można go i całkiem uniknąć, jeśli silnie podtrzymywać ramię; występuje on w tych samych okresach ruchu, co przy ruchach czynnych.

Dłoń badającego, oparta na stawie barkowym, odczuwa przy ruchach biernych trzeszczenie, które, jak to wyraźnie stwierdzić można, powstaje w okolicy rowka między guzikami. Jest to uczucie tarcia, trzasku, skrzyknięcia, dającego się często pochwycić i uchem. Najłatwiej wywołać to zjawisko, jeśli przy zbliżeniu do tułowia ramieniu użyć zgiętego przedramienia jako dźwigni i wykonywać ruchy obrotowe, zwłaszcza zaś na zewnątrz.

Opisane objawy wskazują wprost, że w tych przypadkach mamy do czynienia z cierpieniem długiego ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, a mianowicie pochwy jego w rowku bicipitalnym, sam zaś staw barkowy pozostaje nietkniętym. Ścisły związek anatomiczny, w jakim długie ścięgno *m. bicipitis* pozostaje w stosunku do stawu barkowego, czyni zrozumiałem, że objawy stanu zapalnego obu tych tworów są do siebie podobne, że więc zapalenie ścięgna mięśnia dwugłowego może symulować zapalenie stawu barkowego. Jednakże przy bliższem badaniu zazwyczaj nietrudno bywa zrobić właściwe rozpoznanie, jeśli przyjąć pod uwagę, że ból w *tendovaginitis* zarówno samoistny, jak i wywołany, odczuwany bywa na ograniczonej przestrzeni okolicy stawu ramieniowego, który odpowiada rowkowi bicipitalnemu, że obrzmienie, jeśli istnieje, obejmuje tylko tę okolice, że niemożność wykonywania ruchów w stawie barkowym jest tylko pozorna, że pierwsze ruchy odbywają się w pewien charakterystyczny sposób. Raz udało mi się u jednego szczupłego chorego wyczuć zgrubienia na długiem ścięgnię *m. bicipitis*.

Możliwym jest, aby podrażnienie zapalne ze ścięgna przeszło *per continuitatem* na błonę maziową stawu barkowego; w moich przypadkach jednak tego nie spostrzegalem.

Przy różniczkowem rozpoznaniu należy jeszcze przyjąć pod uwagę zapalenie *bursae subdeltoideae* i *subacromialis*. Lecz już sama lokalizacya tych tworów jest inna, obrzmienie jest elastyczne, napięte, chlebocące, w *bursitis acromialis* powierzchowne, ból o wiele nie jest taki gwałtowny, a przy rotacyi ramienia na wewnątrz i zewnątrz nie zmienia miejsca, wreszcie zaburzenie czynnościowe nie jest tak znaczne.

Silny ból, pozorne porażenie w obrębie stawu barkowego mogą przy powierzchownem badaniu naprowadzić na rozpoznanie zapalenia nerwów, zwłaszcza, że już dość wczesnie zjawia się zanik mięśniowy. Brak bolesności przy ucisku na splot ramieniowy i nerwy ramienia, brak właściwego porażenia, zaburzeń czucia i t. d. powinny uchronić od błędu.

Długi przebieg ścięgna mięśnia dwugłowego w kanale, po części kostnym, oraz przemieszczenia, jakim ono ulega przy wszelkich ruchach w stawie barkowym, o czem się na trupie, jeszcze zaś lepiej na zwierzęciu przekonać można, są to czynniki, sprzyjające powstawaniu niezbyt rzadkiego cierpienia tego narządu. Jeśli się kurczy mięsień dwugłowy, czyli zbliżają się jego miejsca przyczepu, wtedy skraca się kurczliwa część mięśniowa, jak to widać u muskularnych szczupłych osób, lecz ścięgno przytem nie ulega przemieszczeniu lub tylko bardzo nieznacznemu; gdy skurcz mija, wtedy brzusiec mięśnia wydłuża się, punkty przyczepów oddalają się; w obu razach ścięgno nie ulega przemieszczeniu lub tylko nieznacznemu, i tem się objaśnia uderzający fakt, że w *tendovaginitis bicipitis* zginanie i wyprostowanie przed-

ramienia są niebolesne. Lecz przy wszystkich ruchach w stawie barkowym, przy których mięsień dwugłowy nie bierze czynnego udziału, lecz tylko bierze, że tak powiem, napina się lub wiotczeje, co zależy od położenia główki kości ramieniowej względem punktu przyczepu długiego ścięgna na wardze chrzęstnej łopatki, ścięgno to lub też pochwa ścięgnista ulega przemieszczeniu. Dzięki t. zw. tonusowi mięśniowemu, przy ruchach w stawie barkowym, które sprowadzają napinanie się mięśnia dwugłowego, ścięgno opuszcza się ku dołowi, przy ruchach, które są połączone ze zwiotczeniem mięśnia, ścięgno przesuwają się ku górze. Gdy rozległość ruchu w stawie barkowym dosięgła pewnego stopnia, wtedy dalszy ruch odbywa się przy pomocy łopatki, i ścięgno nie ulega już więcej przemieszczeniu; to tłumaczy, że w *tendovaginitis* po przekroczeniu pewnego okresu ruchu, np. przy podnoszeniu ramienia, ból przestaje być odczuwany.

Ostry okres trwa kilka dni do kilku tygodni. W dalszym przebiegu bóle łagodnieją, ruchy stają się swobodniejsze. Nie rzadko zdarza się, że już dość wcześnie występuje nieznaczny, lecz widoczny zanik mięśnia naramiennego, rzadziej dwugłowego i innych mięśni barku; jest to zanik wskutek nieczynności, z nieznacznym ilościowym obniżeniem pobudliwości elektrycznej, który przemija w miarę powrotu normalnej sprawności kończyny, co w najlepszym razie wymaga paru tygodni, a niekiedy i kilku miesięcy. Widziałem po latach zaniedbany przypadek. Zejściem zwykłym jest wyzdrowienie, chorzy odzyskują prawidłową sprawność kończyny; ani razu nie widziałem unieruchomienia (*ankylosis*), co jest przeciwieństwem zwykłym zejściem zapalenia stawu barkowego (*omarthritus*). Przypadki, przeze mnie spostrzegane, były w przeważnej większości ostre lub też przewlekłe, powstałe z ostrych; czy istnieją przypadki pierwotnie przewlekłe, powiedzieć nie umiem.

Chorzy należeli przeważnie do klasy pracującej, i, być może, iż nadmierne wysiłki fizyczne grały tu pewną rolę. Niektórzy wskazywali na przeziębienie, w kilku przypadkach zdawało się, że cierpienie powstało na gruncie dny. Z reumatyzmem stawowym nie miało ono nigdy związku, stawy wogóle bywały niedotknięte, to samo dotyczy i reumatyzmu mięśniowego; przetwory salicylowe okazały się bez skutku. Chorzy, mężczyźni zarówno jak i kobiety, należeli do ludzi w średnim wieku.

Wobec częstotliwości omawianego cierpienia uderza fakt, że tak mało w literaturze jest o nim wzmianek. W. von NOORDEN¹⁾ dwa odnośne przypadki uznał za godne ogłoszenia. W przypadku BRACKEL'a²⁾ u 71-letniej kobiety zapalenie surowiczo-włóknikowe powstało wskutek sforsowania kończyny; wzdłuż rowka bicipitalnego wyczuwała się wyniosłość chełboczająca, trzeszczenia na miejscu guzowatości przy ruchach przedramienia; wyzdrowienie po przecięciu i założeniu sączka. Przypadek MEISNER'a³⁾ skończył się wyzdrowieniem po nałożeniu opatrunku gipsowego.

W podręcznikach chirurgii, w rozdziałach o zapaleniu stawu barkowego bywa zaznaczany współudział ścięgna i pochwy ścięgnistej mięśnia dwugłowego. Przy *arthritis deformans* pisze VOGT⁴⁾: „zdarzają się przypadki, w któ-

1) Berl. klin. Woch. 1893, str. 840.

2) Virch. u. Hirsch. Jahrb. 1887. T. II. Str. 428.

3) Virch. u. Hirsch. 1888. T. II. Str. 456.

4) Die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremitäten, Deutsche Chirurg. Lief. 64. Str. 258.

rych zaburzenie czynnościowe w obrębie mięśnia dwugłowego w ciągu długich miesięcy tak dalece występuje na pierwszy plan, że, zwłaszcza wobec umiejscowionej wrażliwości na ucisk w okolicy rowka bicipitalnego, można sądzić, iż ma się do czynienia z cierpieniem jedynie odnośnego ścięgna i pochwy ścięgnistej“. Cały przebieg w moich przypadkach, zupełne wyzdrowienie wskazują, że nie mieliśmy do czynienia ze zniepodabniającym zapaleniem stawu barkowego, lecz z cierpieniem odrębnym, samodzielnym. Zresztą i VOGT'a uwagi nie uszedł fakt, że zapalenie długiego ścięgna mięśnia dwugłowego może występować samodzielnie, skoro przy *arthritis pannosa* powiada (tamże s. 249): „Takie (rozdarcia ścięgna *bicipitis* wskutek hiperekstensyi i rotacyi, albo nadwężenia z powodu forsownej pracy mięśniowej, ze szczególnym udziałem mięśnia dwugłowego) uszkodzenia, dotyczące wyłącznie ścięgna i pochwy ścięgnistej mięśnia dwugłowego, należy raczej pojmować jako *tendovaginitis*, ponieważ często reszta torebki stawowej zupełnie nie uczestniczy w sprawie“. Pod względem rokowania jest przecież bardzo ważną rzeczą rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z czystą *tendovaginitis bicipitis*, czy też z częściowym przejawem zapalenia stawu barkowego, albowiem to ostatnie prowadzi najczęściej do unieruchomienia, gdy pierwsza przechodzi w wyzdrowienie.

W ostrym okresie wskazany jest przede wszystkim spokój, dotkniętej kończyny, następnie wilgotne okłady na dotkniętą okolicę. Wobec znacznego bólu, spowodowanego sprawą podaje się *antirumatica*, *antinervina*, takie jak antypiryna, fenacetyna, salipiryna, niestety bez wielkiego pożytku. Lepszy skutek daje się osiągnąć od miejscowych, drażniących skórę środków, jak maści lapisowej, wezykatoryi. Po minięciu ostrego okresu, a przede wszystkim po przejściu sprawy w przewlekłą, masaż dobre oddaje usługi także kąpiele słone, ruchy czynne i bierne w barku.

O wynikach przecinania zwężeń cewki moczowej sposobem Maisonneuve'a.

Podał

L. ZEMBRUSKI.

Mając zamiar poświęcić słów kilka sprawie wyników, jakie daje cięcie cewki wewnętrzne sposobem MAISONNEUVE'a, zauważę na wstępie, że w pracy niniejszej mieć będę na względzie nie tylko wyniki leczenia ostateczne, lecz głównie i przede wszystkim wyniki, towarzyszące przecięciu cewki bezpośrednio. Wyniki bowiem ostateczne nie zawsze są znane dość dokładnie. Przyczyną braku materiałów odnośnych tkwi, jak się łatwo domyśleć, w tem, że większość chorych, którym wykonano uretrotomię wewnętrzną, znika nam z oczu lub też zaniedbuje zupełnie leczenie następce. Powtórę, wyniki ostateczne nie mogą wyrokować o stronach dodatnich lub ujemnych samego rękoczynu, wykonanego sposobem MAISONNEUVE'a, a to dla tego, że zabieg ten jest niejako aktem wstępnym leczenia następczego za pomocą systematycznych rozszerzeń cewki zgłębnikami.

Te właśnie zabiegi następcze stanowią leczenie właściwe, któremu uretrotomia tak wewnętrzna, jako też i zewnętrzna torują zaledwie drogę. Probiezmem zaś wartości tego lub owego sposobu krwawego rozszerzenia cewki mogą być jedynie wyniki, bezpośrednio po zabiegu spostrzegane.

Materyału do pracy niniejszej dostarczyły mi: 1) spostrzeżenia własne, czynione w lecznicy d-ra SOLMANA w Warszawie i 2) spostrzeżenia odnośne kilku Szanownych Kolegów chirurgów z Warszawy oraz z różnych miejscowości Królestwa. Tym Szanownym Kolegom, którzy z całą gotowością i uprzejmością zebrali i dostarczyli mi swe własne spostrzeżenia odnośne, składałam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Przecięciu zwężenia cewki sposobem MAISONNEUVE'a mogą towarzyszyć pewne powikłania, raz większe, drugi raz mniejsze, na których zasadzie wyrokować możemy o wyniku ujemnym lub dodatnim samego zabiegu. Dodatni będzie wynik w tym razie, jeśli spostrzegamy zupełny brak powikłań, lub też, jeśli mamy do czynienia z pewnymi objawami następczymi niekorzystnymi, lecz jednak nie groźnymi, które przez częstość, z jaką się powtarzają, zaliczyć można do szeregu zjawisk niemal zwykłych. Tak np. z objawów ogólnych spostrzegamy często nieznaczne podniesienie ciepłoty, a z miejscowych — umiarkowane krwawienie, trwające zazwyczaj nie dłużej nad 3—4 godziny po zabiegu, jako też zapalenie cewki, po usunięciu cewnika szybko ustępujące.

Wyniki ujemne, po przecięciu cewki wewnętrznem występujące, są to wyniki, którym towarzyszą objawy miejscowe i ogólne nieraz bardzo burzliwe, mogące, zdaniem niektórych, doprowadzić nawet do zejścia śmiertelnego.

Notowano również w piśmiennictwie kilka przypadków powikłań poważnych podczas zabiegu, a zależnych od zepsucia się narzędzi. Tak, np. znane mi są przypadki, w których nastąpiło oderwanie w pęcherzu świeczki nitkowatej od przewodnika, tak że wypadało przystępować bezzwłocznie do cięcia nadłonowego lub kroczonego, ażeby świeczkę z pęcherza wydobyć.

Nad powikłaniami tego rodzaju dłużej zastanawiać się nie będę, są to bowiem przypadki bardzo rzadkie, świadczące o niedokładnościach i wadach samych narzędzi. Fakty podobne mogą natomiast służyć jako wskazówki pouczające dla chirurgów, że przed użyciem narzędzie każde dokładnie obejrzone i wypróbowane być winno.

Rzekome niebezpieczeństwa, które występują po uretrotomii wewnętrznej, odstręczyły wielu chirurgów od tego sposobu postępowania i zwróciły to ostatnie na drogę uretrotomii zewnętrznej, liczącej najwięcej zwolenników wśród chirurgów niemieckich. Mojem zdaniem jednak, chęć wyrugowania uretrotomii wewnętrznej z użycia w zupełności i zastąpienia jej przez uretrotomię zewnętrzną nie jest usprawiedliwiona. Wprawdzie, istnieją zwężenia cewki, w których jedynie uretrotomia zewnętrzna wykonana być może, lecz znaczniejsza jest liczba zwężeń, nadających się do cięcia wewnętrznego.

Do powikłań niebezpiecznych, mogących towarzyszyć uretrotomii wewnętrznej *resp.* sposobem MAISONNEUVE'a wykonywanej, należą: 1) krwotoki z cewki, 2) wysoka gorączka, 3) ropnie, ropnica i posocznica, 4) zacieki moczowe.

Powikłań powyższych w znacznej bardzo części uniknąć można, zachowując pewne stałe zasady, które pozwalają nam na stawianie nieco lepszych rokowań w tej mierze.

Krwotoki z cewki po uretrotomii wewnętrznej (mam na myśli tylko sposób MAISONNEUVE'a) zdarzają się najczęściej bezpośrednio po zabiegu, chociaż spostrzegano również krwotoki wtórne. Jak jednych, tak i drugich można do pewnego stopnia uniknąć, jeśli podczas zabiegu, a mianowicie przy samym przecinaniu trzymać się będziemy jaknajściślej pośrodku górnej *resp.* przedniej ściany cewki. Wprowadzony następnie do pęcherza cewnik elastyczny oliwkowaty Nr. 19—Nr. 20 skali CHARRIÈRE'a najlepiej uchroni chorego od krwotoku wtórnego przez pewien ucisk, który wywiera na ścianę cewki. Z tego też względu uważam za niezupełnie odpowiednie postępowanie niektórych chirurgów, polegające na zabiegu następującym: po przecięciu cewki, operujący wyjmując przewodnik i odśrubowuje go od świeczki, natomiast przykręca do tej ostatniej konduktor metalowy, po którym dopiero wprowadza do pęcherza cewnik miękki z otworem na wierzchołku. Po pierwsze, parokrotne wprowadzanie i wyjmowanie na przemian narzędzi przez świeżo przecięte zwężenie jest dla rany czynnikiem drażniącym i do krwawienia usposabiającym, po drugie cewnik miękki nie wywiera dostatecznego ucisku na ściany cewki i wobec tego nie stanowi tak dobrej ochrony przed krwawieniem, szczególnie następczem, jak cewnik pół twardy, elastyczny. Gdyby zaś pomimo wszelkich zabiegów z naszej strony krwawienie groźniejsze wystąpiło, to należy mu zapobiedz przez ułożenie wysokiego członka, obłożenie okolicy cewki lodem, wprowadzenie do odbytnicy wypełnionego kolpeuryntera i t. p. Wreszcie jeśli zabieg wykonany był na części cewki wiszącej, to usługi pewne oddać może opaska obejmująca członka i uciskająca umiarkowanie cewkę z zewnątrz.

Z 17 przypadków, które spostrzegałem w lecznicy d-ra SOLMANA, krwawienie obfitsze po uretrotomii wewnętrznej wystąpiło raz jeden u chorego 52-letniego otyłego, pletoryka i dość niespokojnego. Po zaleceniu choremu spokojnego leżenia w łóżku, krwawienie szybko ustąpiło bez zastosowania innych zabiegów z naszej strony. Prof. KOSIŃSKI wykonał do r. 1881-go 103 uretrotomie wewnętrzne sposobem MAISONNEUVE'a (do chwili obecnej liczba ich przekroczyła zapewne cyfrę 200) i w żadnym przypadku powikłania w postaci groźnego krwawienia nie spostrzegał. D-r STANKIEWICZ w 104 przypadkach uretrotomii wewnętrznej nie spostrzegał ani razu krwawienia większego. D-r SZTEJNER na 15 uretrotomii miał w jednym przypadku u 71-letniego starca obfitsze krwawienie, które dość prędko ustąpiło. D-r RAUM w 5 przypadkach krwotoku nie spostrzegał ani razu. D-r DOBRUCKI (Lublin) na 6 przypadków przytacza jeden, w którym krwawienie do pęcherza trwało 24 godziny, tak że wyplukiwano sporo skrzepów. Po 24 godzinach krwawienie ustąpiło zupełnie bez następstw niepomysłnych dla chorego. Z innych chirurgów d-rzy CZAPLICKI, WRZEŚNIEWSKI i ZALESKI, powikłań w postaci krwotoków z cewki nie spostrzegali. A zatem w żadnym z przytoczonych przypadków krwawienie nie stało się groźnym dla ustroju, który sam do pewnego stopnia zwalczył za każdym razem to powikłanie, po zabiegu powstałe.

Jeszcze rzadszem powikłaniem po cięciu cewki sposobem MAISONNEUVE'a jest wysoka gorączka, dosięgająca 39°—40°, mogąca nawet, jak twierdzą niektórzy, doprowadzić do zejścia śmiertelnego. Gorączka owa, będąca typem t. zw. gorączki uretralnej, powstaje wkrótce po zabiegu lub częściej na drugi, a czasami na 3—4 dzień, poprzedzana bywa wstrząsającymi dreszczami, a nieraz towarzyszą jej bóle głowy oraz bolesność mięśni tułowia

i kończyn. Pod wpływem jednak chininy, salolu i obfitej ilości napojów obojętnych lub z lekka alkalicznych gorączka w parę dni ustępuje zupełnie, rzadko tylko przechodząc w stan podchroniczny. W żadnym z przypadków, którymi rozporządzam, gorączka uretralna nie wystąpiła w powyższej groźnej postaci i tembardziej do zejścia śmiertelnego nie doprowadziła. Zwykle nawet przebieg bywał bezgorączkowy, a ciepłomierz nie wskazywał nigdy więcej nad 38° — $38,5^{\circ}$ przy bardzo łagodnych innych objawach ogólnych. Podług badań najnowszych, gorączka uretralna zależy jedynie od wnikania do ustroju pierwiastków zakaźnych, jako to: drobnoustrojów ropotwórczych, *bacterium coli* i t. p. Pierwiastki owe przedostają się do krwiobiegu przez ranę w cewce bądź z pęcherza lub cewki, znajdujących się niejednokrotnie przy zwężeniach w stanie zapalnym, bądź też z narzędzi, niedostatecznie wyjałowionych, a użytych do zbadania chorego lub wykonania zabiegu krwawego. Gorączce uretralnej zapobiedz możemy po części pod względem profilaktycznym. W istocie, od czasu wprowadzenia ścisłej aseptyki wyniki pod tym względem poprawiły się znacznie, pomimo, że odkażenie pola operacyjnego czyli samej cewki, a szczególnie odcinka jej, znajdującego się powyżej zwężenia, napotyka na trudności nieprzewycięzione i w praktyce skutecznym się nie daje. Ztąd wypada, że pod względem gorączki uretralnej uretrotomia zewnętrzna nie daje i nie może dać większych gwarancji od uretrotomii wewnętrznej. Im w większym stopniu zapalenie pęcherza lub cewki towarzyszy zwężeniu tej ostatniej, tem większem też staje się prawdopodobieństwo gorączki uretralnej jak po uretrotomii wewnętrznej, tak też zarówno i po zewnętrznej. Że narzędzia wszelkie, mające być użyte do wykonania uretrotomii w ogólności, oraz ręce operującego powinny być odkażone podług wszelkich zasad chirurgii współczesnej, o tem zbytecznym jest nawet wspominać.

Przy ścisłym przestrzeganiu zasad aseptyki ropnice i posocznice po zabiegach chirurgicznych znikły prawie zupełnie.

To samo da się powiedzieć i odnośnie do uretrotomii wewnętrznej, a mianowicie, powikłania tego zabiegu ropniami, ropnicą i posocznicią zdarzają się obecnie wyjątkowo rzadko.

Bardzo poważnem powikłaniem uretrotomii wewnętrznej ze względu na rokowanie są t. zw. zacieki moczowe; szczęściem są one zjawiskiem bardzo rzadkiem i częściej spostrzegane bywają u chorych ze zwężeniami cewki jeszcze przed wykonaniem uretrotomii w zaniedbanych przypadkach. Nacieczenie moczowe, doprowadzające do zgorzeli tkankę podskórną oraz skórę i głębiej położone narządy, szerzy się z początku najczęściej od cewki ku tyłowi w stronę moszny i krocza, czemu sprzyjają warunki anatomiczne. Ażeby uniknąć tego bardzo nieprzyjemnego powikłania, należy podczas uretrotomii wewnętrznej przecinać tylko górną ścianę cewki. W samej rzeczy, odkąd poczęto trzymać się zasady powyższej i wykonywać cięcie cewki wewnętrznej sposobem MAISONNEUVE'a, nacieczenia moczowe po uretrotomii stały się rzadkością nadzwyczajną. Cewnik, który wprowadzamy po zabiegu do pęcherza i pozostawiamy na stałe 24—48 godzin, chroni również ranę skutecznie od zetknięcia się z moczem. Naturalnie zwracać należy tylko baczną uwagę na to, ażeby po uretrotomii cewnik, pozostawiony na komornem, nie wypadł, a w razie zatkania się otworu w nim, wypada uciec się do przestrzykiwań, ażeby zapewnić swobodny odpływ moczu z pęcherza.

Podobnie jak w poprzednim razie, tak również pod względem występowania zacieków moczowych nie widzę wyższości uretrotomii zewnętrznej

nad wewnętrzną. Wszakże i po cięciu zewnętrznem pozostawiamy cewnik na komornem, unikając przez to powikłań powyższych. Nawiasem wspomnę, że niewytlomaczonem mi się wydaje, dla czego REINHARD w trzech opisanych przez siebie przypadkach uretrotomii zewnętrznej odważył się nie założyć cewnika na stałe i to po dokonanej zarazem uretrorafii. Mocz wypływał wprost przez ranę pomiędzy szwami, a pomimo to powikłania żadne nie wystąpiły, a po 3—5 tygodniach nastąpiło zabliznienie prawie zupełne u wszystkich trzech chorych. Czy trwałe otrzymano wyniki, o tem autor nie wspomina zupełnie.

Rozpatrując materyał, zgromadzony przeze mnie, przekonałem się, że w żadnym z przypadków uretrotomii wewnętrznej (sposobem MAISONNEUVE'a) powikłań w postaci ropnicy, posocznicy, zacieków moczowych, a tembardziej róży (przed którą przestrzega VAUTRIN) nikt z nas nie spostrzegal. Ogółem na 260 przypadków uretrotomii wewnętrznej (17 spostrzeganych przeze mnie osobiście, a 243 nadesłanych łaskawie przez Kolegów) powikłania poważne wystąpiły tylko w 3 przypadkach i to w postaci jedynie krwotoków, czyli zaledwie w 1% przypadków. A zatem w świetle naszej statystyki cięcie cewki wewnętrzne sposobem MAISONNEUVE'a przedstawia się nader korzystnie

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

110. PINARD. **O tak zwanem płodobójstwie leczniczem.** Jakkolwiek poruszona przez autora kwestya wchodzi nie w zakres czystej akuszeryi, lecz bardziej socjologii lub moralności, to jednak ze względu, iż lekarz praktyk często się z nią spotyka i poniekąd sam rozwiązywać musi, nie od rzeczy będzie zapoznać się z poglądem, wypowiedzianym o niej przez PINARD'a.

Pytanie, do którego rozwiązania lekarz może być powołany, zawiera się całkowicie w przypadku następującym

Kobieta nie może urodzić siłami natury wskutek zwężenia miednicy; płód jest donoszony i żywy; zabieg, uważany przez lekarza za konieczny, wskazany i niezbędny w danym przypadku, jest mu zabroniony albo przez samą rodzącą lub też przez jej otoczenie; narzucają mu zabieg inny, a zabieg ten wymaga śmierci dziecka.

Co należy czynić w podobnym przypadku?

Dla rozstrzygnięcia tego pytania należy koniecznie zbadać, czy prawo życia i śmierci nad dzieckiem (*jus vitae necisque*) należy lub może należeć, w pewnych okolicznościach, prawnie lub naukowo: 1) do ojca; 2) do matki; lub też 3) do lekarza.

Z przytoczonych u rozmaitych autorów zdań i z panujących przekonań wynika: że, jakkolwiek nie można się oprzeć na niczem, coby przyznawało ojcu prawo życia lub śmierci nad dzieckiem, to jednak obecnie istnieje ogólne mniemanie, iż ojciec posiada to prawo i, używając go, ma na widoku jedynie ratunek matki; że, według niektórych akuszerów, matka w chwili porodu posiada prawo życia i śmierci nad swem dzieckiem; prawo to opiera się na prawie przyrodzonym i powinno być stosowane tylko w przypadku samoobrony; że, według wię-

kszości współczesnych akuszerów, lekarz jest obowiązany być wykonawcą interesów matki, a, wskutek sprawowania swego zawodu, posiada prawo życia i śmierci nad dzieckiem.

Autor, ze swego punktu widzenia, nie zgadza się z temi przekonaniem. Według niego akuszerya operacyjna winna być ściśle zachowawcza, gdyż wobec dzisiejszych zdobyczy na polu antyseptyki i aseptyki śmiertelność stała się wyjątkiem przy porodach sztucznych i rzadkością przy porodach samodzielnych.

Dla tego to autor na ścianach swej kliniki wypisał zdanie: „Embryotomia na żywym dziecku już się przeżyła“.

Taki jednak sposób pojmowania rzeczywistej roli akuszera nie wszyscy jeszcze przyjmują. Tradycyjne przekonanie trwa i opiera się w swej reakcji na argumente, iż operację na rodzącej powinno się wykonywać wtedy tylko, gdy ta ostatnia zgadza się na nią.

Moralna jednak prawność tego aforyzmu jest zupełnie fałszywa. Nie idąc już bowiem dalej, nie można tu przedewszystkiem znaleźć żadnego podobieństwa między położeniem kobiety, mogącej urodzić tylko przy pomocy zabiegu operacyjnego, a położeniem jakiegokolwiek istoty ludzkiej, czy to mężczyzny, czy kobiety, która wskutek choroby lub przypadku podlega również operacji. Tam wchodzi w grę dwie istoty, tu tylko jedna, która może odwołać się do swej woli i wolności i nie zgodzić się na proponowaną przez chirurga operację.

Szanując osobistą swobodę każdego, należy jednak pamiętać, że swoboda polega na robieniu wszystkiego, oprócz tego, co może komukolwiek szkodzić. Jeżeli tak jest, to czyż można pozwolić, aby matka mogła nie zgodzić się na wykonanie jej operacji, która jedynie pozwoli na zachowanie dziecka przy życiu, powołując się na możliwe niebezpieczeństwo tego zabiegu i pod pozorem, że, zabijając dziecko, narazi się ją na mniejsze niebezpieczeństwo? Jeżeli tak, to daje się w ten sposób kobiecie prawo przerywania swej ciąży, kiedy zechce, t. j. prawo poronienia, daje się jej prawo do trzebieńia, do nieobcowania cielesnego z mężem, ponieważ będzie ona mogła zawsze powołać się na możliwe niebezpieczeństwo przy porodzie. Prowadzi to, ani mniej ani więcej, jak tylko do zaniżenia rodzaju ludzkiego.

Autor sądzi, że uśpienie chloroformowe jest jedynym środkiem do użycia w przypadku, gdzie, pomimo wszystkiego, przy koniecznej operacji, kobieta nie zgadza się na nią z jakichkolwiek bądź pobudek.

Autor nie pojmuje również tego wrzekomego poszanowania swobody osobistej, wskutek którego niektórzy akuszerzy twierdzą, iż przed wykonaniem operacji na rodzącej lekarz obowiązany jest zawsze powiedzieć o niej chorej i otrzymać od niej pozwolenie na jej wykonanie.

Postępowanie takie jest nierozumne. Bo czyż przed nałożeniem kleszczy ma lekarz wziąć łyżki, instrumenty i wytłomaczyć chorej, że je wprowadzi jej w ciało? Czy ma w ten sam sposób postąpić i z perforatorem i pokazać chorej, iż najpierw przebije główkę jej dziecka, a potem zmiażdży ją kranioklastem? Lub czy ma jej powiedzieć, że rozszepi jej miednicę i otworzy jej brzuch? W ten sposób do cierpień i mąk nieszczęsnej, nieświadomej i nie wiedzącej chorej doda się jeszcze nowe.

Przed przystąpieniem do jakiegokolwiek operacji najlepiej powiedzieć chorej, iż, ponieważ nie może urodzić sama, należy jej pomóc, i właśnie lekarz zrobi jej to. Dla wypowiedzenia zdrowego sądu i dla prawego wyrokowania trzeba być biegłym, a w podobnym przypadku może takim być tylko akuszer.

Jeżeli prawo życia i śmierci mogłoby do kogokolwiek należeć, to mogłoby przypaść w udziale jedynie tylko lekarzowi. Wtedy z tej strony rozważana kwestya powinna być postawiona w ten sposób: czy lekarz ma prawo zabić dziecko, w przypuszczeniu, iż, postępując w ten sposób, uratuje matkę?

Autor, ze strony prawnej i faktycznej nie waży się odpowiedzieć na to pytanie przecząco, a to z następujących powodów:

Przedewszystkiem uważa, że potworne jest roztrząsanie wartości z punktu widzenia ekonomicznego i socyalnego życia matki i życia dziecka, a następnie:

1) Lekarz nie powinien nigdy zabijać. Każdy lekarz, który z rozmysłem zabija, nie jest lekarzem.

2) Żaden akuszer nie może twierdzić, iż, poświęcając dziecko, t. j. robiąc embryotomię, uratuje matkę.

Na dowód autor podaje następujące cyfry: od 1892 r. w klinice autora embryotomia (na dzieciach nieżywych) była wykonana 81 razy. Z tego 72 kobiety wyzdrowiały, 9 zmarło, czyli śmiertelność była 11,5%.

Z drugiej strony wyniki, zebrane przez BAR'a co do zachowawczego cięcia cesarskiego, wykazują, że na 170 operowanych — 159 wyzdrowiało, i na 161 dzieci, których los był znany, 152 żyło. Czyli śmiertelność 6,41% dla matek i 5,59% dla dzieci.

Ponieważ jednak może ktoś powiedzieć, że są to same wybrane przypadki, autor podaje ze swej własnej, zupełnej i ściślej statystyki, zebranej z przypadków, gdzie pomoc przy wadliwościach miednicy była ściśle zachowawcza, iż na 100 kobiet, którym wykonano cięcie brzuszne, 88 wyzdrowiało, 12 zmarło, i powtarza, że w swej klinice BAUDELOCQUE operował wszystkie przypadki i walczył we wszystkich okolicznościach o zachowanie życia.

Tak więc, według autora, akuszer nie ma prawa, ani moralnie, ani prawnie, ani naukowo robić embryotomi na żywym dziecku.

Poświęcenie dziecka dla uratowania matki jest legendą, która powinna zniknąć.

Prawo życia i śmierci nad dzieckiem nie należy do nikogo, ani do ojca, ani do matki, ani do lekarza.

Prawo dziecka do życia jest prawem niewygasłym i świętem, którego mu żadna siła wydrzeć nie może.

Prawo wyboru operacyi należy jedynie do lekarza.

A akuszer powinien być lekarzem we wszystkich swych czynach, t. j. powinien zawsze i wszędzie unikać wywoływania chorób i usiłować zachowywać życie powierzającym mu się lub powierzonym istotom.

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Janvier. 1900.*)

St. Rostan.

Streszczenia zbiorowe.

Encephalitis purulenta.

Podług Oppenheim'a, Körner'a, Macewen'a, Bergmann'a, Ziehen'a i in.

ulożył

Adam Wizel.

Zapalenie ropne mózgowia jest cierpieniem, obchodzącym nie tylko neuropatologów, ale również chirurgów, otyatrów i rinologów, to też specjaliści ostatniej kategorii zajmują się niem w dobie współczesnej z równym zapałem, jak

i neuropatologowie. Gdzie się kończą zadania i cele neuropatologii, a gdzie się zaczynają zadania i cele chirurgii, otyatrii i rinologii, trudno ściśle określić, w sprawie ropni mózgowia specjalności te wzajemnie o siebie zahaczają, to też nauka współczesna o ropniach mózgowia stanowi owoc wspólnych poszukiwań rozmaitych specjalistów.

Etiologia ropni mózgowia jest powszechnie znana. Wywołują je zawsze drobnoustroje ropne: najczęściej *streptococcus pyogenes* i *staphylococcus pyogenes aureus*, rzadziej *staphylococcus pyogenes albus et citreus*, a wówczas zawsze w połączeniu ze *staphyl. pyogenes aureus*. Prócz tych znajdowano w pojedynczych przypadkach rozmaite inne: *pneumococcus* FRAENKEL'a, *bacillus pyogenes foetidus*, *bacillus pyocyaneus*, *micrococcus pyogenes tenuis* i in.

Ropnie mózgowia dzielą się na przerzutowe (emboliczne czyli metastatyczne) i na przeniesione z sąsiedztwa (*fortgeleitete*).

Przerzutowe najczęściej bywają następstwem spraw ropnych lub gnilnych w płucach. Tu wymienić należy takie choroby, jak *bronchitis putrida*, *gangraena pulmonum*, *empyema pleurae*, jamy pochodzenia gruźliczego. O wiele rzadziej ropnie przerzutowe zawdzięczają swe pochodzenie sprawom ropnym w innych narządach (*pericarditis purulenta*, *peritonitis purulenta*, ropień w narządach brzusznych) oraz ropieniu w kościach, stawach i tkance podskórnej kończyn. Dodać tu jeszcze należy, iż ropnie mózgowia przerzutowe zjawiają się niekiedy wskutek spraw ropnych, wikłających rozmaite choroby zakaźne (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*, dur, płonica, róża, influenza i t. p.), wreszcie przyczyną ich może być ropnica.

Ropnie mózgowia, przeniesione z sąsiedztwa, dzielą się na dwie kategorie: 1) jedne z nich powstają skutkiem urazu, powodującego zranienie czaszki lub pokrywających ją miękkich części (są to t. zw. ropnie pochodzenia urazowego), 2) drugie powstają wskutek próchnienia kości czaszkowych i spraw ropnych w jamach obocznych czaszki. W tym przypadku ropnie mózgowia najczęściej wikłają sprawy chorobowe w narządzie usznym, a z tych znów najczęściej zapalenie ropne przewlekłe ucha środkowego.

Do dwóch powyższych kategorii dodać jeszcze należy ropnie t. zw. samoiśne. Ropnie te są przez wielu uczonych kwestyonowane, zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, iż zdarzają się one istotnie i że powstają dzięki bezpośredniemu przenikaniu do mózgu drobnoustrojów rozmaitych chorób zakaźnych.

Patogeneza ropni mózgowia bywa rozmaita: w tych przypadkach, w których mamy do czynienia z raną głowy, drążącą do samego mózgu, zarazek ropny przenika bezpośrednio do rany mózgowej. Gdy rana nie dosięga mózgu i dochodzi jedynie do opony miękkiej, wówczas sprawa ropna przechodzi na mózg w dwójaki sposób: 1) drobnoustroje ropne mogą się dostać do mózgu z opony miękkiej za pośrednictwem dróg limfatycznych, 2) ropa, zniszczywszy oponę miękką, przedostaje się do tkanki mózgowej. Gdy rana jest jeszcze bardziej powierzchowna i dochodzi jedynie do opony twardej, zachodzi wówczas sprawa następująca: ta ostatnia pewien czas stanowi silną opokę przeciwko drobnoustrojom, prędzej jednak czy później podlega ona ropieniu, ropa ją niszczy, i wten czas sprawa już szerzy się na oponę miękką.

Ale prócz powyższego istnieje inny jeszcze sposób przenikania zarazka do mózgu. Ma on miejsce w przypadkach ropni mózgowia, zjawiających się wskutek obrażenia miękkich jedynie części, pokrywających głowę, bez jednoczesnego uszkodzenia opon i kości czaszkowych. W tych razach wchodzi w grę pośrednictwo żył i naczyń limfatycznych. Wiadomo, iż żyły skóry, okostny i samych

kości łączą się za pomocą licznych anastomoz z żyłami opon i samego mózgu. Nadto, tak tętnicom, jak i żyłom towarzyszą naczynia limfatyczne, które w opnie miękkiej tworzą siatkę. Otóż wskutek tych ścisłych połączeń pomiędzy żyłami i naczyniami limfatycznymi skóry a żyłami wnętrza mózgu drobnoustroje mogą łatwo z powierzchni głowy przeniknąć do mózgu.

Co się tyczy patogenezы ropni pochodzenia usznego, to i te niejednako-wo powstają. W jednych przypadkach ropienie z ucha środkowego, *resp.* z kości skalistej przechodzi na mózg *per contiguitatem*. W innych znów drobnoustroje dostają się do mózgu za pośrednictwem żył lub naczyń limfatycznych, towarzyszących żyłom, tętnicom i nerwowi słuchowemu.

Co się wreszcie tyczy ropni przerzutowych, to w tych razach oczywiście zarazek dostaje się do mózgu drogą emboliczną.

Z danych anatomo-patologicznych nadmienić należy, że ropnie w fazie zupełnego rozwoju składają się niemal wyłącznie z ropy z niewielką domieszką zniszczonej tkanki mózgowej, że, będąc początkowo nieodgraniczonymi, później zazwyczaj otarbiają się, że kształt mają zwykle nieforemny, że pod względem wielkości wahają się w granicach od rozmiarów drobnowidzowych aż do tworów, mających 8 ctm. długości, że tkanka, otaczająca ropień, bywa zwykle nacieczona płynem surowicznym, że odpowiednia półkula mózgowa bywa powiększona, zawoje na niej spłaszczone i brzozy wygładzone. Ropnie mózgowia najczęściej sadowią się nie w korze, lecz w istocie podkorowej, ulubionem zaś ich miejscem jest *centrum semiovale* i mózdzek. Przeniesione z sąsiedztwa bywają zwykle pojedyncze, przerzutowe — liczne.

Symptomatologia. Pod względem symptomatologii przyjęto rozpatrywać trzy kategorie objawów: 1) objawy ogólne: t. j. zależne od samego ropienia, 2) objawy mózgowe ogólne, 3) objawy mózgowe ogniskowe.

Prócz tej ogólnej symptomatologii, autorowie podają jeszcze symptomatologię szczegółową, uwarunkowaną przebiegiem oraz etiologią ropnia mózgowego, t. j. owem zasadniczem cierpieniem, które ropień mózgowia wywołało.

Zacznijmy od symptomatologii ogólnej.

Do objawów zależnych od samego ropienia w mózgu należą: gorączka, dreszcze, poty, wychudnienie, zaburzenia żołądkowe.

Gorączka nie jest objawem stałym. Niekiedy brak jej zupełnie, a wówczas, gdy jest, może być zależna od choroby zasadniczej lub od powikłania. Czasami zdarza się w przebiegu ropnia, że ciepłota staje się nawet subnormalną. W większości jednak przypadków w pewnych okresach choroby (zwłaszcza we wstępnym i końcowym) ciepłota się podnosi. W przypadkach, przebiegających ostro, gorączka zawsze jest obecna.

Objawy mózgowe ogólne nie przedstawiają nic swoistego, są to zwykłe objawy zwiększonego ucisku wewnątrz-mózgowego. Należą tu: bóle głowy, wymioty lub nudności, zawroty głowy, zwolnienie tętna, a niekiedy i oddechu, *neuritis optica* lub — rzadziej — brodawka zastoinowa, drgawki ogólne i zaburzenia psychiczne.

Objawy mózgowe ogniskowe zależą oczywiście od umiejscowienia ropnia.

Ropień w zrazie skroniowym wywołuje następujące zaburzenia. *Primo*, wywołuje on skrzyżowaną głuchotę, t. j. głuchotę po stronie przeciwnej, niż ropień mózgowia. Co do tego objawu wszakże, to zauważyć należy, iż dotąd nie został on jeszcze pozytywnie stwierdzony. Okoliczność, powodująca trudność

stwierdzenia tego objawu, polega na tem, że zazwyczaj *otitis* bywa obustronna, tak iż niezmiernie trudno powiedzieć, co w danym przypadku wywołuje głuchotę: ropień czy zapalenie ucha.

O wiele donioślejsze są zaburzenia mowy, występujące przy ropniach w zrazie skroniowym. Naturalnie, zaburzenia te istnieją jedynie w razie umiejscowienia ropnia w lewym zrazie skroniowym. Zaburzenia mowy bywają następujące: 1) afazya czuciowa korowa (*surditas verbalis*), gdy ropień niszczy ośrodek mowy WERNICKE'go, 2) rozmaite postaci afazyi przewodnictwa, gdy ropień niszczy drogi asocjacyjne, łączące ośrodek ten z innymi okolicami kory (parafazya, afazya optyczna, afazya akustyczno-optyczna i in.).

Głuchota wyrazowa rzadko bywa odosobniona, ropień bowiem zazwyczaj siedzi jednocześnie, i to nawet większą częścią swoją, w białej istocie, gdzie niszczy drogi asocjacyjne.

Do wymienionych powyżej objawów należy dodać objawy pośrednie, zależne z jednej strony od ucisku, wywieranego przez ropień na sąsiednie części mózgu, z drugiej — od rozwijającego się dokoła ropnia obrzęku i rozmiękczenia. Do objawów tych należą: *hemianopsia*, *hemihyphaesthesia* i *hemiparesis* po przeciwnej stronie, niedowład nerwu okoruchowego, drgawki połowiczne.

Ropień, umiejscowiony w zrazie potylicznym, daje tylko w pojedynczych przypadkach objawy ogniskowe, do tych należą: *hemianopsia* skrzyżowana, a niekiedy częściowa ślepotą duchową.

Ropień, umiejscowiony w pasie ruchowym, daje z jednej strony objawy podrażnienia (drgawki o typie padaczki JACKSON'a), z drugiej — objawy paralityczne (pod postacią *hemiplegiae progressivae*).

Ropień, umiejscowiony w zrazie czołowym, powoduje tylko wtedy objawy ogniskowe, gdy siedzi w tylnej części zrazu (objawy takie same, jak przy umiejscowieniu ropnia w pasie ruchowym). Zachodzi tu działanie ropnia na zawoje ośrodkowe lub drogi przewodniczące za pomocą ucisku, obrzęku lub rozmiękczenia otaczającej tkanki.

Ropień, umiejscowiony w mózdzku, powoduje następujące objawy: 1) bezład (ataksya) mózdkowy, stanowiący jedyny pewny bezpośredni objaw ogniskowy. Pamiętać jednak należy, że cierpienie labiryntu może wywołać takie same zaburzenie koordynacji. Przy wolno rosnących ropniach może nie być bezładu mózdkowego, 2) zawroty głowy i wymioty (zazwyczaj występują wcześniej, niekiedy wszakże brak ich zupełnie), 3) objawy pośrednie, zależne od ucisku ropnia mózdkowego na most, opuszkę i nerwy mózgowie. Należą do nich: *hemiparesis aut hemiplegia homolateralis aut contralateralis*, rzadziej *paraparesis omnium extremitatum* lub *paraparesis inferior*, wreszcie szereg objawów, zależnych od ucisku, wywieranego na jądra i korzenie od 5—12 nerwów mózgowych.

Do symptomatologii ropni mózdkowych dodać jeszcze należy: sztywność w karku, która dochodzi niekiedy do stopnia *opisthotonus*, oraz miejscową bolesność czaszki przy opukiwaniu.

Mówiliśmy wyżej, że na symptomatologię ropni mózgowia znaczny wpływ wywiera przebieg oraz etiologia. Musimy więc w tem miejscu wpływ ten w krótkości rozpatrzyć.

Przebieg ropni mózgowia bywa rozmaity: w jednych przypadkach jest on bardzo ostry, tak iż choroba w kilka dni prowadzi do śmierci, w innych jest on przewlekły, przyczem choroba trwać może kilka lat, a nawet parę dziesiątków lat.

W przypadkach ropnia autorowie odróżniają trzy, a niektórzy cztery nawet okresy. Są to okresy następujące: 1) okres wstępny, 2) okres utajonej choroby, 3) okres jawnej choroby, 4) okres końcowy.

Okres wstępny nie zawsze daje się uchwycić: choroba może się rozwijać całkiem niepostrzeżenie. Innym razem początek choroby cechuje się burzliwymi objawami, jak ból głowy, wymioty, zaburzenia psychiczne, gorączka, przyspieszenie lub zwolnienie tętna, sztywność w karku, nierówność źrenic, drgawki. Okres ten trwać może od kilku godzin do kilku dni.

Jeżeli choroba przebiega ostro, wówczas okres wstępny przechodzi odrazu w okres jawnego cierpienia, i śmierć nastąpić może w kilka tygodni, najwyżej w 2—3 miesiące.

W znacznej liczbie przypadków po wstępnym okresie następuje okres utajonej choroby. Utajenie bardzo rzadko bywa zupełne, zazwyczaj widzimy te lub inne objawy (ból głowy, zawroty, wymioty, gorączka, zaburzenia psychiczne i t. p.), mimo to jednak w okresie tym przeważa pomyślny stan zdrowia, *lucida intervalla* są długie, a przedewszystkiem brak danych, któreby przemawiały za tem, że choroba postępuje. Okres ten może trwać od kilku miesięcy do kilku, do kilkunastu, a nawet do 20 lat.

Prędzej jednak czy później, choroba wstępuje w okres jawny, bądź wskutek rozszerzenia się sprawy ropnej w mózgu, bądź wskutek powstania znacznych zmian (obrzęk, rozmiękczenie) w okolicy ogniska ropnego, bądź wreszcie wskutek przedarcia się ropnia do komór lub opon. Okres ten jest krótki i trwa od kilku dni do kilku tygodni, poczem niespostrzeżenie przechodzi w okres końcowy. Niekiedy jednak okres ten występuje burzliwie, co się zdarza wówczas, gdy ropień przedziera się do komór lub opon.

Musimy teraz z kolei przejść do rozpatrzenia wpływu, wywieranego na symptomatologię ropni mózgowia przez zasadnicze cierpienie, powodujące ropień. Objawy ropnia zmieniają się stosownie do tego, jaki czynnik etiologiczny wywołał ropienie w mózgowiu.

Zacznijmy od ropni pochodzenia urazowego. Ropnie te bywają dwójakiego rodzaju: 1) ostre czyli świeże i 2) przewlekłe czyli późne. Pierwsze są powierzchowne, korowe, drugie — zwykle się znajdują mniej lub więcej głęboko w mózgu.

Co do tych pierwszych, to zauważyć należy, że rzadko bywają one czyste, zazwyczaj towarzyszy im *meningitis suppurativa diffusa*. Odróżnienie dwóch tych spraw wcale nie jest łatwe, gdyż objawy kliniczne tu i tam są nader zbliżone do siebie. BERGMANN zwraca uwagę na następujący punkt rozpoznawczy: *leptomeningitis purulenta* rozwija się zwykle wcześniej i szybko, nieraz wprost burzliwie, gdy tymczasem utworzenie się powierzchownego ropnia wymaga pewnego czasu, tak iż rzadko pojawia się on przed drugim tygodniem od chwili urazu. Prócz tego, ważny jest we względzie rozpoznania następujący jeszcze fakt: jakkolwiek i w zapaleniu rozlanem opon istnieją objawy ogniskowe, w ropniu jednak objawy te od pierwszej zaraz chwili występują na pierwszy plan i stanowią ciągle najistotniejszą część symptomatologii. Następnie, ważna jest jeszcze i ta okoliczność, że sprawa w *meningitis diffusa* postępuje o wiele szybciej, niż w ropniu, w przebiegu tego ostatniego zdarzają się krótkie remisje i intermisje.

O wiele łatwiej rozpoznać ropnie późne, tutaj bowiem pomiędzy momentem urazu a początkiem choroby mózgowej istnieje okres utajonego cierpienia, mogący trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy i nawet lat. O symptomatologii tych późnych ropni nic szczególnego powiedzieć nie można. (D. n.).

Sprawozdanie Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(21—24 lipca r. b.).

Napisał

Stan. Zagowski.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 38).

Sekcja pediatryczna.

Gospodarz sekcji prof. JAKUBOWSKI, powitawszy zgromadzenie, wyraża zadowolone, że pedyatria na obecnym Zjeździe została wydzielona od medycyny wewnętrznej, a to tem bardziej, że po raz pierwszy pedyatria na zjazdach należy obradować będzie jako osobna sekcja.

D-r Józef BRUDZIŃSKI (Paryż). O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. W poglądach klinicznych, powstałych na gruncie teorii o wpływie bakterji, zauważyć można dwa kierunki. Pierwszy z nich (BAGINSKY i jego szkoła) znaczenie bakterji z punktu widzenia infekcji zewnętrznej sprowadza do *minimum*, a przypisuje główne znaczenie przekarmianiu; nadmierne ilości mleka w przewodzie pokarmowym, nie mogąc być należycie przetrawione, podlegają pod wpływem zwykłych bakterji rozkładowi, co wytwarza produkty amoniakalne. Produkty te przez podrażnienie błony śluzowej wywołują ostre zapalenie żołądka i kiszek z jego różnorodną symptomatologią (fermentacja amoniakalna, alkaliczna), a według CZERNY'ego zatrucie typu kwasowego. Drugi kierunek, nie zaprzeczając powyższemu, stara się wykazać, iż znaczna część tych cierpień powstaje wskutek działania pewnych bakterji obcych. Według ESCHERICH'a, BOOHER'a i innych, bakterje te obce (*streptococcus*, *proteus* i t. d.) dostają się z pokarmu, powietrza, jamy ustnej i t. d.

Wogóle, jak dotąd, nie można przeprowadzić ścisłej zależności między postacią kliniczną a czynnikami bakteryologicznymi. CZERNY uważa, iż ostre zapalenie żołądka i kiszek w wieku niemowlęcym należy uważać za chorobę zakaźną ogólną, która, jako taka, powinna być oddzielona od tych cierpień przewodu pokarmowego, które pozostają umiejscowione w samym przewodzie. Tym postaciom CZERNY nadaje miano dyspepsji. Francuski klinicysta MARFAN dzieli zaburzenia przewodu pokarmowego u niemowląt na *gastroenteritis*: 1) *dyspeptica*, 2) *infectiva*, 3) *toxica*, 4) *secundaria* (po różnych chorobach, jak odrze, zapaleniu płuc i t. d.).

Pomimo braków, jakie istnieją w tem nowem pojmowaniu zaburzeń z punktu widzenia bakteryologicznego, znaczenie jego jest nie tylko teoretyczne, ale i praktyczne—to ostatnie odbiło się na leczeniu chorób przewodu pokarmowego u niemowląt (dieta wodna, podawanie drożdży, kefiru, serwatki i t. d.) i wywołało zmianę całego systemu szpitalnictwa dla dzieci (zniesienie sal ogólnych, oddzielne szafki z utensyliami i t. d.).

D-r MARYAN ROSZKOWSKI. Przyczynek do nauki o odkażaniu przewodu pokarmowego u dzieci nadtlenkiem wapna (goritem). Nadtlenek wapna (CaO_2) przedstawia się w postaci proszku biało-żółtawego nie rozpuszczalnego w wodzie o smaku osuszającym. Doświadczenia prof.

M. NENCKIEGO, J. ZALESKIEGO i KARUZASA stwierdziły, że pod wpływem żółci, soku żołądkowego i trzustkowego z nadtlenka wapna wydziela się wolny tlen, który *in statu nascendi* posiada własności odkażające. Z doświadczeń, jakie prelegent przeprowadził z tym środkiem u dzieci, dochodzi on do wniosków:

1) CaO_2 działa nader skutecznie w *dyspepsia acida*, gdzie mamy podwójne działanie: wapna i tlenu.

2) W przypadkach kataru kiszek u dzieci CaO_2 wywiera niewątpliwie wpływ odkażający, o czym przekonać się można na podstawie określenia indykanu i kwasów eterosiarczanych, jako też i na podstawie objawów klinicznych.

3) Przy stosowaniu CaO_2 w 49 przypadkach w dwóch tylko z nich były wymioty, które po zmniejszeniu dawki ustępowały, innych ubocznych działań nie zauważono.

4) Stosowany preparat CaO_2 powinien zawierać przynajmniej 80 ctm. sz. tlenu, w przeciwnym razie działanie jego jest mało skuteczne.

D-r Jan LANDAU (Kraków). O sztucznem karmieniu noworodków. Mówca rozróżnia trzy rodzaje sztucznego pokarmu:

1) Mączki, grzanki i im podobne przetwory.

2) Różne rodzaje mleka zwierzęcego.

3) Konserwy mleka; potem przechodzi kolejno pojedyncze metody sztucznego karmienia.

W dyskusji d-r RACZYŃSKI zaznacza, że co do podziału chorób przewodu pokarmowego u dzieci, trzyma się poglądu CZERNY'ego.

Prof. d-r JAKUBOWSKI nadmienia:

1) że do powikłań, występujących w przebiegu chorób kiszkiowych na tle drobnoustrojów, należy także zapalenie błony śluzowej pęcherza. Cierpienie to napotyka się częściej u dziewcząt, gdyż przy zanieczyszczaniu się prątki *bact. coli comm.* u nich łatwiej przez krótką cewkę moczową do pęcherza dostać się mogą.

2) Spodziewać się należy, że gorit zajmie poczesne stanowisko w rzędzie środków, używanych do zwalczania chorób kiszkiowych i zastąpi tak rozpowszechnione i przez dawnych pediatrów cenione używanie wody wapiennej, którą w porze letniej przy sztucznem żywieniu dzieci wielu lekarzy dodaje do mięszanek mlecznych w małej ilości, nawet dla dzieci zdrowych w celach zapobiegawczych.

3) Przy sztucznem żywieniu dzieci najodpowiedniejszym byłoby stosowanie mleka oślego, lecz, jak wykazały dotychczasowe próby, koszt wyrobienia go są bardzo duże, i one to głównie utrudniają rozpowszechnienie się tego sposobu żywienia.

D-r Jan PRZYCHODZKI (Radom) przy zalecaniu wody wapiennej dochodził nawet w rozpaczliwych przypadkach do świetnych wyników; należy ją podawać pół na pół z mlekiem i nie częściej, niż co dwie godziny łyżkę, a w miarę zmniejszania się ilości wypróżnień dodawać mleka więcej.

D-r. OFFENBERG (Mińsk) zaznacza, że w zaburzeniach przewodu pokarmowego wymioty udaremniają dość często wprowadzanie jakichkolwiek leków. W jednym takim przypadku dziecko, przy znacznym już upadku sił, spostrzegłszy na stole sól kuchenną, zaczęło ją chciwie jeść. Wymioty natychmiast ustały, a równocześnie i dziecko przestało domagać się soli. Otóż, czy środek, instynktownie przez dziecko żądany, nie mógłby być dobrym lekiem przeciwko wymiotom u dzieci?

D-r GERTLER (Kraków) zapytuje, czy nie jest możliwe, aby paciorkowce, które ESCHERICH przy niezbytach kiszkiowych znajdował w wydzielinach błony

śluzowej i kępkach PAJER'a, dostawały się do ogólnego krwiobiegu i wywoływały powikłania narządów oddechowych u dzieci, cierpiących na te katary?

D-r Jul. KRAMSZTYK zwraca uwagę na ważność podziału chorób przewodu pokarmowego u dzieci i przyjmuje klasyfikację MARFAN'a.

Co do nadtlenu wapna, nie wątpi, że jest to preparat odkażający, lecz trudność dostania dobrego preparatu i możliwość wywoływania przez niego wymiotów są przeszkodą do wprowadzenia go w użycie.

W sprawie sztucznego żywienia niemowląt sądzi, że, ponieważ sterylizacja mleka nie dała oczekiwanych wyników, to istnieje raczej skłonność do powrotu do żywienia naturalnego.

D-r KORYBUT-DASZKIEWICZ do proponowanej przez d-ra KRAMSZTYKA klasyfikacji uważa za stosowne włączenie pominiętej przez niego *enteritis follicularis*, jako jednostki bezwzględnie i klinicznie i anatomo-patologicznie odrębnej od dysenterji. Należy ona do może najłatwiej dających się rozpoznać postaci. Przeciwnie, postawienie ścisłej granicy pomiędzy *dyspepsia* a *gastroenteritis* jest nieraz niesłychanie trudne, a jednak rozstrzygnięcie tej sprawy jest rzeczą ważną i wartą odpowiedniego opracowania.

D-r ROSZKOWSKI, wyrażając uznanie dla pracy d-ra BRUDZIŃSKIEGO, zwraca uwagę na pominięcie między bakterjami bakterji, wywołujących biegunkę zieloną (*bacillus viridis*), która występuje epidemicznie, bakterje zaś owe wtedy znajdywać można w mleku pewnych obór w wodzie studziennej. W odpowiedzi d-rom OFFENBERGOWI i KRAMSZTYKOWI nadmienia, że nie uważa goritu, jako specjalnego środka na wszystkie sprawy kiszkowe, lecz tylko na te, o których wspomniał w odczycie.

W końcu zabiera głos d-r RACZYŃSKI. Uważa on za najlepszą klasyfikację CZERNY'ego, jednakże nie jest ona odpowiednią, gdyż podział na *dyspepsia* i *gastroenteritis* nie odpowiada warunkom realnym. Nazwa *gastroenteritis* powinna być nazwą zbiorową dla wszystkich zaburzeń. Z tego względu więcej na uznanie zasługuje klasyfikacja MARFAN'a.

Podział, wspomniany przez d-ra ROSZKOWSKIEGO, jest zbyt, zdaje się, skomplikowany, a środek, zalecony przez niego do dezynfekcji przewodu kiszkowego u dzieci, może i oddaje rzeczywiste usługi w *dyspepsia acida* według nomenklatury autora, lecz środki dezynfekcyjne, wogóle, nie zdają się wywierać tak zbawionego wpływu w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Większe znaczenie chyba posiada opróżnienie żołądka i kisek (*grand lavage* autorów francuskich).

Działalność pedyatrow może duzo zrobić, agitując za karmieniem niemowląt piersią matki. Wiele kobiet nie karmi nie dla tego, że nie mogą, lecz że nie chcą, lub tego nie rozumieją. We Francji są specjalne fundusze dla biednych matek, chcących karmić swe dzieci. W tym kierunku powinniśmy pójść i my, jest to zaszczytne zadanie dla pedyatrow i źródło prawdziwej filantropii dla społeczeństwa.

D-r Jul. KRAMSZTYK: O rumieniu nawrotującym podobnym do płonicy (*Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans*). Autor opisuje trzy przypadki choroby ostrej, gorączkowej u dzieci, w których nie tylko wysypka, bardzo dla płonicy charakterystyczna, ale i inne objawy chorobowe, ogólne i miejscowe, są tak ludzaco podobne do szkarlatynowych, że nie tylko z początku choroby, ale nawet po jej ukończeniu można uważać ją za szkarlatynę. Dopiero drugi, a zwłaszcza następne nawroty zmuszają do zmiany pierwotnego rozpoznania.

Postać ta znana jest we Francyi i Niemczech, w pismach, poświęconych chorobom skórny, nie liczne jej opisy znaleźć możemy, natomiast w podręcznikach chorób dzieci wzmianek o niej niema. Autor sądzi, że wydarza się ona częściej, ale zawsze (zwłaszcza jeżeli przebieg jej na jednym ogranicza się napadzie) rozpoznawana bywa jako szkarlatyna.

Dyskusya. D-r SMIGIELSKI (Witebsk), CZARKOWSKI, ROSENBLATT (Kraków), WASILEWSKI (Kowal): FILATOW w dyagnostyce i semiotyce chorób dziecięcych zwraca uwagę, że nigdy nie można dyagnozować szkarlatyny, skoro gardziel nie jest zajęta, bo prawdziwa szkarlatyna zawsze jest połączona ze znacznym zapaleniem gardzieli.

D-r ROSZKOWSKI obserwował w swojej praktyce przypadek z wysypką zupełnie podobną do szkarlatyny. Po raz pierwszy wysypka wedle słów matki wystąpiła po zjedzeniu ryby wędzonej. W 8 miesięcy później u tegoż dziecka wystąpiła także wysypka również po zjedzeniu ryby wędzonej. Przytem gorączka, wymioty prędko przemijające, badanie moczu białka nie wykazało.

D-r KRAMSZTYK wyraża zadowolenie, że i inni koledzy obserwowali podobne przypadki.

Prof. d-r JAKUBOWSKI. Wyniki leczenia surowicą przeciwbłoniczą. W przebiegu błonicy % śmiertelności wynosił 46%, a w dławcu 52%. Obecnie od lat pięciu wszystkie przypadki błonicy są leczone surowicą, a % śmiertelności wynosi 8,2, gdy w dławcu błoniczym 35,6%. Skutki więc leczenia błonicy są bardzo dobre. Co do dławca, rozróżnia prof. JAKUBOWSKI trzy okresy:

1) Okres, w którym wykonywano tracheotomię, a procent śmiertelności wynosił wtedy 61.

2) Okres obejmuje tracheotomie i intubacje (od 1891—1894 r.), a procent śmiertelności 62.

3) Okres obejmuje wyłącznie intubacje i następcze tracheotomie (wprowadzenie surowicy), procent śmiertelności 35.

Surowica jest bezwarunkowo środkiem skutecznym i stanowczo skuteczniejszym, aniżeli wszystkie inne środki, dotychczas używane, a przez to procent śmiertelności obniżony.

D-r F. ŚWIEŻYŃSKI (Wilno). 24 przypadki intubacji. Autor w ciągu roku zebrał 24 przypadki dławca, w którym stosował intubację, przyczem przypadków śmierci miał 6 czyli 25%, z tych 4 wskutek zapalenia płuc, 1 wskutek powikłania szkarlatyną i 1 przy objawach porażenia serca. Rurkę intubacyjną pozostawiał najdłużej w ciągu 11 dni, najkrócej w ciągu 3, przecięciowo 6, przyjmując pod uwagę, że dzieci codziennie były pozostawiane bez rurki około 5 do 8 godzin. Surowica była stosowana we wszystkich przypadkach, aczkolwiek często w ilości niedostatecznej. Na podstawie swojej obserwacji odniósł wrażenie, że:

1) samo wykonywanie intubacji jest zabiegiem dostępnym dla każdego bez wyjątku lekarza, a zarazem zabiegiem, który nie wymaga specjalnych przygotowań i warunków, czego o tracheotomii powiedzieć nie można;

2) że intubację można wykonać znacznie wcześniej, niż tracheotomię, a więc w lepszym ogólnym stanie chorego, gdyż rodzice na nią łatwiej się zgodzą;

3) że dzieci intubowane wymagają bardzo ścisłego i umiejętnego dozoru, wskutek czego stosowanie intubacji w praktyce prywatnej, a bardziej jeszcze w praktyce prowincjonalnej natrafia na wielkie trudności;

4) że jedynym poważnym zarzutem, czynionym intubacji, jest tylko usposobienie do tworzenia się obszernych odleżyn, a następnie zwężeń krtani;

5) że pierwszym objawem występowania odleżyn jest szybsze, niż dni poprzednich, występowanie objawów asfiktycznych;

6) że intubacja, jako zabieg bardziej naturalny, łatwiej znoszona jest, niż tracheotomia, i

7) że intubacja i tracheotomia mogą być uważane li tylko jako zabiegi wzajemnie się dopełniające, lecz nigdy pierwszy nie wyłącza drugiego i nigdy w zupełności wyrugować go nie może.

D-r E. BERNHARD (Łęczycza). Dławiec i błonica w świetle najnowszej nauki. Mimo, że od czasów odkrycia lasecznika LOEFFLER'a powszechnie utrzymują, że dławiec i błonica mają w nim wspólną przyczynę, to jednak do pewności w tej mierze jeszcze bardzo daleko. Klinicznie obie choroby różnią się od siebie znacznie, a do wytłomaczenia tych różnic nie wystarcza przypuszczenie, jakie uczynił RITTER, że dławiec rodzimy jest najczystsza postacią sprawy błoniczej. Sprzeciwiają się temu:

1) Rzadkość dławca rodzimego, a częstość epidemii błonicy.

2) Fakt, że nie we wszystkich postaciach dławca rodzimego daje się odnaleźć lasecznik LOEFFLER'a.

3) Ujemny często wynik szczepień i

4) Odkrycie swoistego prątka dławcowego, ogłoszone w roku 1887 przez HEYDER'a.

Nazwą dławca należy się posługiwać dla określenia rodzimego błoniastego dławca. Nazwa dławiec błonicy powinna wyjść z użycia i być zastąpiona przez „błonica krtani“, a „kaszel dławcowy“ przez „kaszel stenotyczny“.

(C. d. n.).

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCINY“

Szanowny Redaktorze!

Wszyscy się zgadzają, że walka skuteczna przeciwko gruźlicy może być podjęta tylko li przy szerokiem współdziałale ogółu. W tym celu należy przede wszystkim zapoznać ogół z ważnością kwestyi, przekonać o niebezpieczeństwie choroby, by rozbudzić instynkta samozachowawcze, pouczyć, jak się jej zapobiega i wreszcie wskazać, jakimi środkami leczniczymi nauka rozporządza.

Szerzenie się gruźlicy jest tak ściśle związane z wieloma brakami ustroju te-
raźniejszego, że należałoby do gruntu wiele rzeczy zmienić, by módz szeroko tę walkę prowadzić.

W takich razach najlepiej zacząć od rzeczy najbliższych.

Gdy źródłem szerzenia się gruźlicy jest sam chory, należy pobyt jego wśród zdrowych uczynić nieszkodliwym za pomocą odpowiednich urządzeń w domu lub też przez umieszczenie chorego w szpitalu lub sanatorium. A że choroba najłatwiej ustępuje, gdy się leczy chorego w zakładzie specjalnym, dążyć należy przede wszystkim do otwierania takich zakładów.

Nawoływanie do składek na sanatoria byłoby pierwszym krokiem w tej akcji.

Uważałbym za konieczne dla zapoznania ogółu z kwestyą wydanie odezwy w postaci kilkunastu krótkich tez, twierdzeń, któreby zawierały w streszczeniu całą naukę o gruźlicy, a więc zdania o istocie choroby, o jej przyczynach, o zapobieganiu i leczeniu, i jako dodatek bezpłatny załączyć do wszystkich istniejących w kraju i za granicą pism polskich. W ten sposób mogłoby się rozejść około pół miliona egzemplarzy, i jako rzecz nowa, zwrócić na siebie uwagę czytelników. Specjalne książki, broszury, najlepiej nawet napisane, lub artykuły w gazetach niechętnie przez ogół nasz bywają czytane lub też się odczytują z niewielką uwagą.

By zrozumiałym być, załączam, jako próbę, arkusz z 21 tezą o gruźlicy.

1) Gruźlica jest bardzo rozpowszechnioną chorobą: na 50 osób żyjących jedna ma gruźlicę. W Królestwie Polskiem chorych na gruźlicę jest przypuszczalnie 150,000¹⁾, (w Galicyi?, w W. Ks. Poznańskiem?) w Warszawie 11000.

2) Gruźlica jest najczęstszą przyczyną śmierci człowieka: $\frac{1}{7}$ część wszystkich zmarłych stanowią chorzy na gruźlicę. W Królestwie Polskiem umiera z gruźlicy rocznie: 25000 osób, (w Galicyi?, w W. Ks. Poznańskiem?), w Warszawie 1800 osób; w całej zaś Europie gruźlica rocznie zabiera przeszło jeden milion osób.

3) Gruźlica najwięcej zabiera ofiar w wieku od lat 16—50, zwłaszcza zaś w wieku najbardziej produkcyjnym od 20—40 lat (w tym wieku gruźlica stanowi $\frac{1}{3}$ część wszystkich przypadków śmierci).

4) Gruźlica ze wszystkich narządów najczęściej poraża płuca; gruźlica płuc (właściwe suchoty) stanowi $\frac{9}{10}$ wszystkich przypadków cierpień gruźliczych.

5) Gruźlica jest chorobą zaraźliwą; przyczyna jej — odrębny grzybek, pasorzyt, t. zw. lasecznik gruźliczy Koch'a, znajdujący się w wydzielinach choroego (plwocinie, kale, ropie) i w mleku, maśle, mięsie chorych zwierząt.

6) Gruźlicą się zarażają ludzie: a) przez powietrze za pomocą wdechania zawieszonych w powietrzu laseczników razem z wyschlą lub świeżą, dopiero co po kaszlu rozpyloną plwociną suchotnika i b) przez wprowadzenie do organizmu zarażonych produktów spożywczych (głównie mleka od krów gruźliczych). Plwocina suchotnika jest najczęstszem źródłem zarażenia.

7) Lasecznik gruźliczy sam przez się nie może wywołać gruźlicy. Do tego niezbędne jest jeszcze usposobienie dziedziczne lub nabyte.

7) Usposobienie do gruźlicy nabyte powstaje pod wpływem rozmaitych przyczyn, osłabiających organizm, a) czasowo, np. wyniszczające choroby, wstrząśnienia moralne lub b) osłabiających stale, jak np. nieprzyjazne warunki życiowe.

9) Najwdzięczniejszy grunt dla rozwoju gruźlicy stanowią: nędza, mieszkanie niezdrowe, skupienie ludności, złe odżywianie i ciężka praca. Najbardziej szkodliwe jednak jest niezdrowe mieszkanie.

10) Gruźlica, szerząc się głównie pomiędzy niezamożną klasą ludności i napastując ludzi w kwiecie ich wieku, rujnuje dobrobyt rodziny, jej byt materialny.

11) W celu zapobiegania gruźlicy należy skierować usiłowania: a) ku podniesieniu fizycznego wychowania młodzieży, b) ku poprawie warunków zdrowotnych mieszkań ludności uboższej, c) dążyć do zaprowadzenia szerokich reform sanitarnych w miastach i wszędzie, gdzie jest większe skupienie ludności,

¹⁾ Podług obliczeń d-ra DUNINA.

d) powiększyć nadzór nad produktami spożywczymi, e) odosabniać jednostki chore i zabezpieczać zdrowych przed stykaniem się z płwociną gruźliczą.

12) Gruźlica — jak głosi nauka — jest chorobą uleczalną.

13) Medycyna dotychczas nie zna środków aptecznych przeciwko gruźlicy.

14) Medycyna uznaje za najwłaściwsze i najkorzystniejsze dla chorych gruźliczych leczenie czystem powietrzem (wolnem od kurzu, bakteryi gruźliczych i ropnych) i odpowiedniem żywieniem.

15) Takie leczenie gruźlicy powinno być prowadzone systematycznie, z pedantyczną surowością i najłatwiej może być uskutecznione w zakładach leczniczych zamkniętych, w t. zw. sanatoryjach, umyślnie w tym celu budowanych.

16) Wyniki leczenia gruźlicy w sanatoryjach są takie: $\frac{1}{3}$ część chorych wyzdrowiewa zupełnie i $\frac{1}{3}$ część znacznie się poprawia, tak, że $\frac{2}{3}$ ludzi dawniej chorych, staje się znów do pracy zdolnymi.

17) Leczenie gruźlicy w sanatoryjach, budowanych w naszym klimacie, daje wyniki również pomyślne, jak i w miejscowości górzystej, w klimacie ciepłym lub nad brzegiem morza; leczenie się w naszych sanatoryjach ma tę przewagę, że organizm nie potrzebuje się przystosowywać do nowych warunków klimatycznych.

18) Sanatoria w klimacie naszym dla chorych gruźliczych powinny być budowane w miejscowości suchej, wśród ogrodów rozległych lub w lesie sosnowym, powinny być zasłonięte od wiatrów szkodliwych (północnych) i znajdować się w pobliżu miast.

19) Chory na gruźlicę powinien w sanatorium oddychać powietrzem czystem przez cały dzień i noc, odżywiać się odpowiednimi pokarmami, zachowywać zalecony spokój fizyczny i wogóle znajdować się pod ciągłym dozorem i kierunkiem lekarza, mającego na względzie nie tylko leczenie, lecz i higieniczne wychowanie chorego.

20) Sanatoria przynoszą i tę korzyść ogółowi, że, usuwając chorych od zdrowych, bronią tych ostatnich od zarażenia gruźlicą, wychodzących zaś z sanatoryów wdrażają do życia higienicznego.

21) Gruźlica, będąc najczęstszą przyczyną śmierci człowieka, szerząc się we wszystkich warstwach społecznych i grożąc przez swą zaraźliwość osobom zdrowym, jest w rzeczy samej niebezpiecznym wrogiem ludzkości, wielkiem złem społecznym, z którym do walki należy przystąpić najspieszniej i prowadzić ją najenergiczniej. W walce tej solidarnie działać powinni lekarze, władze i ogół społeczeństwa naszego²⁾.

D-r J. O.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= CARDILE opisuje przypadek rzeźączkowego zapalenia płucny. Kobieta 23-letnia po pierwszym spółkowaniu dostała rzeźączki. Po 10 dniach nastąpił dreszcz i gorączka z przebiegiem przepuszczającym, trwająca 10 dni. Po

upływie 5 dni względnego zdrowia gorączka ponowiła się, i wystąpiły bóle w prawej połowie klatki piersiowej oraz kaszel. Autor znalazł wysięk w prawej płucnie, a w wydobytym płynie surowicznym (800 c. sz.) gonokoki.

²⁾ Powyższy projekt kol. J. O., który co do istoty samych przepisów (też) powinien, zdaniem naszym, uleść pewnym uzupełnieniom, polecamy uwadze Towarzystwa Higienicznego. (Redakeya).

Badanie narządów płciowych wykryło rzeżączkę pochwy. (Clin. med. ital. wrzes. 99).

= STILL na zasadzie licznych badań zwłok starał się wykryć pierwotne wrota zakażenia gruźlicą u dzieci. 1) Najczęstszą drogę przedstawiają płuca (138 razy na 269 przypadków gruźlicy); 2) zakażenie przez drogi pokarmowe zdarza się dwa razy rzadziej (63 razy); po 5-ym roku życia częstość zakażenia staje się większą, u młodszych dzieci zaś bywa znacznie mniejszą. Z tego S. wnosi, iż mleko nie stanowi zwykłego źródła gruźlicy u drobnych dzieci, być może—dzięki gotowaniu tegoż. Pierwotne zajęcie uszu znalazł autor w 15-tu przypadkach (7%), z których w 13 dziecko zaraziło się przed drugim rokiem życia. (Brit. med. Jour. 19. 8. 99).

= KRONHEIMER opisuje rzadki przypadek samoistnej przetoki żołądkowej u 45-letniej kobiety, cierpiącej od lat 5 na bóle, wymioty i wychudzenie. Kilka miesięcy przed przybyciem swem do szpitala zauważyła w dołku obrzmienie twarde, poczem utworzyła się przetoka w podżebrzu lewym, z której wydzieliał się kwaśny pokarm, nie stale, lecz okresowo, zależnie od skurczów żołądka. Badanie pośmiertne wykryło wrzód na przedniej ścianie żołądka, zrośnięty z przednią ścianą brzuszną, oraz rozlane zapalenie otrzewny. (Deut. Ztschr. f. Chir. T. 53).

= Chorzy na blednicę nie mogą niekiedy przyjmować żelaza skutkiem zaburzeń w przewodzie pokarmowym. W takich przypadkach należy, zdaniem JOLLASSE'a, wprowadzać żelazo w lawatywach. J. stosował 0,1—0,6 cytrynianu żelaza, 3 razy dziennie. Po 3 do 10 tygodni chorzy powracali do zdrowia. Jedynym powikłaniem są silne bóle, których nie usuwa nawet dodatek nalewki makowca. (Lyon méd. 22. 10. 99).

= RYERSON opisuje dwa przypadki oślepienia błyskawicą. W pierwszym rozwinęła się zaćma u 25-letniej kobiety, w drugim zapalenie nerwów wzrokowych u 50-letniej. U pierwszej chorej ślepotą powstała zwolna; po dokonaniu operacji chora wyzdrowiała. U drugiej ślepotą wystąpiła natychmiast po wypadku; źrenice były rozszerzone i nie oddziaływały na światło; łącznica, białkówka i powieki były przekrwione; *neuroretinitis* w słabym stopniu i brak wrażeń świetlnych. Po dwóch miesiącach chora również wyzdrowiała. (Ctbl. f. prak. Augenheilk. grudzień. 99).

= SALVANI i COMANDINI dokonali w 6 przypadkach przekłucia z następnym wdmuchnięciem powietrza, celem leczenia gruźliczego wysiękowego zapalenia otrzewny. W 5 przypadkach skutek był pomyślny. Zazwyczaj ilość wprowadzonego powietrza odpowiadała ilości wypuszczonego płynu. (Clinica med. ital. listop. 99). P.

Komitet, zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia d-ra J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z fundacyi Stanisława Rotwanda i Hipolita Wawelberga, zatwierdzonej przez władzę rządową, przyznał w dniu 19 września 1900 r. W-mu Aleksandrowi Jabłonowskiemu nagrodę imienia Adolfa Pawińskiego w kwocie rubli sześćset za dzieło p. t. „Polska XVI wieku pod względem geograficzno-statystycznym“, Warszawa 1897, jako za najlepszą z prac, odnoszących się do historii polskiej, ogłoszonych drukiem w języku polskim w ciągu lat 1897, 1898 i 1899 przez tutejszych poddanych.

Wice Prezes Komitetu *Konrad Dobrski*.

Członek Komitetu Sekretarz *Feliks Kucharzewski*.

Od Redakcyi i Administracyi.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty za rok 1900 i o uregulowanie zaległych rachunków.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава, 14 Сентября 1900 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

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 Lecznicy 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 ambulatorjum 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'indop. méd. 21 Juin 1899: Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

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

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Radea 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-Glinitzowski perulo dom Pugowkina.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczowo-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

D-ra JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

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