

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 17.

Warszawa d. 12 (25) Kwietnia 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 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 wysypkach skórnych, swędzących wieku dziecięcego. Przez J. Majkowskiego. (Dokończenie). — O leczeniu kamicy żółciowej. Skreślił S. Mintz. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. Otyatria. Położnictwo. (Dokończenie). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 17 marca r. b. — Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 marca do 14 kwietnia r. b. — Program narad nad higieną miast i wsi w Warszawskim Towarzystwie Higienicznym w dniu 27 — 28 kwietnia r. b. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Majkowski — Sur des exanthèmes prurigineux chez les enfants. 2) D-r S. Mintz — Sur le traitement de la cholélithiase.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

## „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Majkowski — Ueber juckende Hautausschläge bei Kindern. 2) D-r S. Mintz — Ueber die Behandlung der Cholelithiasis.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

### O wysypkach skórnych, swędzących wieku dziecięcego.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa  
Lekarskiego Radomskiego.

Przez

**J. Majkowskiego.**

(Dokończenie — Patrz Nr. 16).

**Świerzbiączka Hebry** (*prurigo Hebrae*).

Choroba ta rozpoczyna się w wieku bardzo  
wczesnym, bo w pierwszym roku życia. Najprzód

pokazują się tylko wykwitły pokrzywki lub ognika i występują nagle, po bardzo nieznacznych podrażnieniach skóry, np. po ukąszeniu pchły, lub też bez żadnej przyczyny.

Właściwe pierwotne wykwitły świerzbiączki bywają spostrzegane później — w 2 lub 3 roku życia — jako drobne grudki (*papulae*) — wielkości ziarnka prosa, blade lub bladoczerwone, twarde i bardzo silnie swędzące. Pojawiają się one w uporezywych nawrotach i na uprzywilejowanych miejscach skóry, a mia-



nowicie: na powierzchniach wyprostnych kończyn dolnych i górnych, z zupełnym pominięciem przegubów stawowych, które pozostają, przez cały czas choroby, całkiem wolne od wykwitów. W dalszym ciągu spostrzegamy w miejscach zajętych chorobą: znaczne zgrubienie i chropowatość warstwy rogowej, ciemniejsze zabarwienie skóry, oraz rozległe, ciastowato twarde obrzmienie skóry, dowodzące nacieczenia głębszych jej tkanek.

Powyższe objawy są następstwem zmian anatomicznych głównie w warstwie rozróżcezy (*rete Malpighi'i*) i warstwie brodawkowej skóry, a polegających na obrzęku surowicznym i nagromadzeniu ciałek białych w szpary limfatyczne i przestrzenie międzykomórkowe. Znaczniejszych zmian zapalnych przy świerzbiączce nie bywa, oprócz niekiedy uderzająco obfitego nagromadzenia komórek eosynofilowych w szparach chłonnych skóry (JADASSOHN<sup>2</sup>).

Świerzbiączka należy do najuporczywszych chorób skórnych. Rozróżniamy dwa stopnie jej rozwoju: świerzbiączkę łagodną (*prurigo mitis*), która jest uleczalną i św. złośliwą (*pr. agria v. ferox*), trwającą zwykle przez całe życie. Pierwsza forma spotyka się u nas dość często — być może dla tego, że i ognik rozpoznany bywa niekiedy za uleczalną świerzbiączkę. Świerzbiączka złośliwa, któraby trwała przez całe życie, nie często u nas daje się spostrzeżać.

Wysypki wtórne powstają przy świerzbiączce często i obficie — nawet na oddalonych częściach ciała. Tak np. zasługuje na wzmiankę szczególny rodzaj pryszczycy, wydarzający się tylko przy świerzbiączce i rybiej łusce (*ichthyosis*), który zajmuje wyłącznie tylko policzki twarzy i odgranicza się na obwodzie ostrą linią od bocznych części nosa, warg i brody, nigdy na nie nie przechodząc. Zaś tak zw.

pryszczycy świerzbiączkowej (*ekz. pruriginosum* — *Hebra-Kaposi*) jest niczem innym, jak mocno swędzącą, wtórną pryszczycą, u chorych na świerzbiączkę.

Rozpoznanie świerzbiączki może tylko w pierwszym okresie choroby przedstawiać niejakie trudności (patrz wyżej: ognik); w późniejszych zaś cały obraz choroby zbyt jest wymowny, aby się pomylić w rozpoznaniu. Sama już różnica, jaka zachodzi pomiędzy chropowatą, twardą, ostrą — jak tarka skórą, na powierzchniach wyprostnych kończyn — a zupełnie gładką i miękką w przegubach stawowych, tak jest uderzającą, że rzeczywiście typowa świerzbiączka może być rozpoznana, jak to niektórzy utrzymują, nawet w ciemności, przez samo dotykanie ręką.

Etiologia i patogenesa świerzbiączki zupełnie nam są nieznanne. W niektórych przypadkach dziedziczność zdaje się być niewątpliwą. Szkoła wiedeńska (HEBRA-KAPOSI) zawzięcie broni samoistności świerzbiączki — i rzeczywiście niepodobna obecnie zaprzeczyć nologicznej odrębności tej choroby. Lecz z drugiej strony — pokrewieństwo anatomo-patologiczne i kliniczne pomiędzy pokrzywką, ognikiem i świerzbiączką, tak jest widocznie, że zestawienie ich w jedną grupę wysypek pokrzywkowych (*urticarielle Dermatosen*), jak to czyni JADASSOHN<sup>3</sup>), wydaje mi się zupełnie uzasadnionem i praktycznem.

Ze względu na to, że różnice, pomiędzy trzema omówionymi wysypkami polegają głównie na stopniu natężenia objawów chorobowych, z czego wynika i podobieństwo wskazań leczniczych — jak równie i dla zwięzłości niniejszego wykładu, zamierzam wspólnie t. j. w jednym rozdziale omówić:

Leczenie pokrzywki, ognika i świerzbiączki.

Wskazania przyczynowe. Najczę-

<sup>2</sup>) NEISSER und JADASSOHN. Krankheiten der Haut. 1901. S. 292 w dziele zbiorowem p. t. Handbuch d. praktischen. Medicin Ebstein u. Schwalbe.

<sup>3</sup>) L. c. S. 271 i nast.



stsza u dzieci *urticaria ab ingestis* wymaga szybkiego oczyszczenia żołądka i kiszek, przez *vomitivum* lub kalomel — po  $\frac{1}{2}$  — 1 grana, co 2 godz. a potem odpowiedniej diety i środków, powstrzymujących sprawy rozkładowe w przewodzie pokarmowym. Do tych ostatnich należy: kalomel — w dawkach po  $\frac{1}{10}$  —  $\frac{1}{8}$  —  $\frac{1}{4}$  grana — 3 razy dziennie, przez 2—3 dni, i ichtalbina od 1—3 i 5 granów — 3 razy dziennie — do dłuższego użycia<sup>4)</sup>. Najpewniejszymi jednak środkami odkażającymi narząd pokarmowy, długo jeszcze pozostaną środki wypróżniające i odpowiednia dieta.

Obecność pasorzytów wewnętrznych — glist i zewnętrznych — pcheł i pluskiew (*pupura pubicosa* — jako następstwo ukąszenia), wymaga zarządzenia odpowiednich środków.

Leczenie przyczynowe świerzbiączki = 0, gdyż całkiem nie znamy przyczyny tej choroby. Zdarzyć się mogą przypadki, w których i przyczyna pokrzywki i ognika nie da się wysledzić — i wtedy pozostaje uczynić zadanie: 1) wskazaniom, wynikającym ze stanu ogólnego, 2) wskazaniom, z powodu nadmiernej pobudliwości skóry i układu nerwowego, i 3) wskazaniom objawowym t. j. ze strony wykwitów i swędzenia.

Wskazanie pierwsze — jako wchodzące w zakres ogólnego lecznictwa — możemy tu pominać.

Wskazaniu drugiemu, a poniekąd i trzeciemu najlepiej odpowie użycie kąpeli słonych, a jeszcze lepiej słono-siarczanych (Busko i Solec).

Trzecie najważniejsze wskazanie objawowe, dotyczące wykwitów i swędzenia, ma główne znaczenie przy ogniku i świerzbiączce, gdyż pokrzywka zwykle sama prędko ustępuje, a na swędzenie przy pokrzywce wystarcza-

ją zwykle środki podręczne, domowe — jako to: zwilżanie, pendzlowanie lub pocieranie sokiem cytrynowym lub octem winnym, wodą kolońską lub spirytusem, z następczem zapudrowaniem. (tlenek cynku 10—20% + talk).

Przy częstych nawrotach i uporczywym swędzeniu wykwitów ognika, wypadnie się niekiedy uciec do środków wewnętrznych — a mianowicie: antypiryny<sup>5)</sup> lub fenacetyny, i do silniejszych środków naskórnych, mogących podziałać na zakończenia nerwów czuciowych — jako to: 1—2% spiryt. salicylowy, mentolowy etc. Przestrzedz tu wypada przed użyciem kwasu karbolowego, który, jakkolwiek jest najpewniejszym znieczulającym środkiem, przy nienaruszonym naskórku, to jednak w praktyce dziecięcej, nie powinien być używanym, z powodu silnie drażniącego wpływu, mogącego wywołać pryszczycę a nawet zgorzel skóry.

Przy wielkiej drażliwości i cienkości skóry oraz przy świeżych starciach naskórka, przez drapanie, a także przy następczym rumieniu, stosowniej będzie używać środków chłodzących, a więc: często obmywać lub pendzlować *liq. Burorii* (1 : 9), *solut. ac. borici* (3%), *liniment. exsiccant.* Pick'ii<sup>6)</sup>, z dodaniem tlenu cynku, lub też użyć maści chłodzących<sup>7)</sup> i t. p.

Przy ogniku i wtórnej pryszczycy, ograniczonej do niezbyt wielkiej przestrzeni, świetne może oddać usługi szczelny opatrunek watowy lub posmarowanie klejem cynkowym UNNA'Y<sup>8)</sup>, gdyż to najpewniej zabezpieczy od

<sup>5)</sup> Rp. Antipir. 1,50 Aq. dest. Syr. gumos. aa 15,00 MDS. Wieczorem łyż. kaw.

<sup>6)</sup> Rp. Glycerin 2,0, gum. tragacan. 5,0 Aq. destill. ad 100,0 Misc. terendo ut f. liniment. S. Zewn. — do pendzlowania.

<sup>7)</sup> Rp. Lanolin. anhydr., Vaselin. alb., liq. Burorii aa 10,0 M f. Ung. D. S. Zew.

<sup>8)</sup> Rp. Zinci oxydat alb., Gelatin. albae aa 15,0, Glycerin. 25,00, Aq. destill. 45,00 M. D. S. Klej cynkowy. Sposób użycia: rozpuszcza się klej, przez wstawienie słoika szklanego z klejem w gorącą wodę — posmarować pendzlem miękkim — położyć na to cienką warstwę waty lub gazy — na to popendzlować klejem i dać uschnąć lub zabandażować gazą. Opatrunek zmywa się wodą b. łatwo.

<sup>4)</sup> Ichtalbina rozpada się w kiskach na ichtyol i białko. Ichtyol ma być, według Unna'y najlepszym tonikum dla naczyń krwionośnych kiszek i skóry. Unna'y Terapia ogólna chorób skóry, tłumaczenie polskie J. Grabowskiego i Żukowskiego. 1902. St. 176.



drapania, sprawi lekki ucisk i utrzyma jednostajną ciepłotę, o co właśnie najwięcej chodzi przy uporeczywych swędzących wykwitach.

W celu zmniejszenia swędzenia i przyśpieszenia rezorbeyi wykwitów, z korzyścią mogą być użyte kąpiele siarczane naturalne lub sztuczne (ostatnie najpraktyczniej przez dodanie 2—5 łyżek stołowych *sol. Vlemingx* na kąpiel), zwłaszcza u dzieci starszych, jak również Tumenol, który posiada własności dziegci, bez jego ujemnego, drażniącego wpływu. Tumenol przepisuje się jako *tinctura tumenoli* (5—10%) lub z maścią cynkową. W tymże celu zaleca się także maść cynkowa, z dodaniem 3—5% siarki.

Nie należy zaniedbywać kontroli nad paznogciami dziecka. Krótkie obcinanie i czyste utrzymywanie rąk i paznogi — a w potrzebie obwijanie szczelnie całej ręki — są to bardzo ważne środki zapobiegające.

Przy leczeniu świerzbiączki, mogą wystąpić na pierwszy plan wskazania ogólne, zmierzające do poprawy odżywiania i ukrwienia, utrzymania równowagi nerwowej i walki z limfatyzmem, zolzami i krzywicą, co na ogólnych zasadach leczniczych wytrwale i systematycznie powinno być przeprowadzane, chociaż widocznego wpływu na wysypkę nie wywiera.

Najgłówniejszą rolę przy leczeniu świerzbiączki, odgrywają środki naskórne, a mianowicie środki odnowę skóry przyspieszające t. j. t. zw. *śr. łuszczące (keratolytica)*, na przemian z rozmiękczającymi. Do pierwszych, których zadaniem jest podrażnienie warstwy ródrczej (*rete Malp.*) i brodawkowej należą: siarka,  $\beta$ -naftol (lepiej i bezpieczniej używać w praktyce dziecięcej jego nietrujący surogat — epika-

rynę), resoreyna, kwas salicylowy i dziegieć; do drugich, zmierzających do rozmiękczenia i oddalenia zgrubiałej warstwy rogowej, należą: kąpiele, mydła przetłuszczone i maście łagodzące. Kąpiele — z celem rozmiękczenia powinny mieć ciepłotę obojętną lub nieco wyższą od obojętnej i trwać długo.

Powyższe środki powinny być stosowane wytrwale i podług ściśle przepisanej i wykonanej metody, gdyż tylko tym sposobem świerzbiączka łagodna może być wyleczona, a złośliwa poprawiona. Oto wzory trzech, wypróbowanych przezemnie metod:

1) dla dzieci małych — 1—2 lat mających, bez lub z nieznacznem podrażnieniem skóry:

a) kąpiele co drugi dzień, z użyciem mydła przetłuszczonego — ciepłoty obojętnej.

b) Po kąpieli — przy znacznem swędzeniu: posmarowanie maścią z tumenolem 3—5%; a po jakimś czasie maść z epikariną 3—5%, do której można dodać nieco później tyleż siarki.

Powyższą kurację należy prowadzić przez 3—4 tygodnie — poczem następuje pauza w leczeniu.

2) dla dzieci starszych — 3—6 lat, z grubym, odpornym naskórkiem i bez znaczniejszej wtórnej pryszczycy: przez 3—4 dni maść łuszcząca z 5% i wyżej siarki i 3—4% rezorcyny<sup>10)</sup>, wieczorem, ręką lub pędzlem ze szczeciny dokładnie wcierana; poczem 3 dniowa pauza, bez zmieniania bielizny, a od 7 lub 8 dnia serya kąpieli z mydłem przetłuszczenem lub siarkowem. W drugim, trzecim a ewentualnie i 4 tygodniu powtórzenie tej samej procedury, z tą samą maścią lub silniejszą.

3) dla dzieci jeszcze starszych, 6—12 lat — można użyć znaną maść WILKIN-

<sup>9)</sup> Rp. Tumenol 2,50—5,0, Spir. vini, Aether sulf. Glicer aa q. s. ad 50,00 MDS. Smarow. pędzelkiem.

Rp. Tumenol 2,50—5,0, Ung. Zinc. Wilson. ad 50,0. Mf. Ung.

Rp. Tumenol 2,50—5,0, Zinc. oxyd. alb. 5,0—10,0, Ol. olivar. prov. q. s. ad 50,0 M.D.S. Zewnęć. — pędzlow.

<sup>10)</sup> Rp. Sulfur. depur. 2,50—4,00, Resorein albis. 1,50—2,00, Vaseline. flav. q. s. ad 50,0. Mf. Unq. D.S.



SON'a<sup>11)</sup> (bez kredy) przez dni 3—4 — następnie pauza przez dni 3—4 — poczem kąpiele jak pod N. 2. Maść Wilkinsona jest prawdziwym panaceum w niektórych razach zadawnionej świerzbiączki — nawet przy jednoczesnej wtórnej — byleby suchej pryszczycy.

Jednakowoż — przy istniejących wysypkach wtórnych — a w szczególności przy t. zw. pryszczycy świerzbiączkowej (*ekz. pruriginosum*), należy je, przed rozpoczęciem właściwego leczenia świerzbiączki, usunąć lub przynajmniej zmiękczyć, a osiągnąć to można, zazwyczaj dość łatwo, przez szczelny opatrunek jedną z maści przeciwpryszczycowych (*ung. diachyli Hebrae*, *ung. zinci*) z obandażowaniem, lub przez zastosowanie kleju cynkowego (patrz wyżej), pasty Lassar'a i t. p.

Przy sprawach następczych ropnych (*pyodermiae*) — jako to: strupniach (*impetigo*, *ecthyma*), owrzodzeniach, czyrakach wskazane będą: okłady z płynu Burow'a lub roztworu rezorcyny 1—2% pod ceratką, kąpiele z użyciem mydła przetłuszczonego, kąpiele z dodaniem *kali hypermanganici* ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki od kawy kryształów tej soli na kąpiel), z następczym opatrunkiem stałym — najlepiej za pomocą kleju cynkowego (patrz wyżej).

Przy większych zbiorowiskach ropy, wskutek zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*): przedewszystkiem zasada: *ubi pus, ibi evacua* — a potem opatrunek antyseptyczny — byleby nie karbol lub jodoform!

#### 4. Świerzba (*scabies*) — od scabere drapać.

Świerzba jest zaraźliwą, silnie swędzącą chorobą skóry, wywołaną przebywaniem w niej świerzbowca (*acarus scabiei*). Jest to okrągły, żółtawo-biały, maleńki (wielkości małego ziarenka piasku), rozdzielno-pleciowy pajęczek. Jego osobnik męzki krótkim cieszy się żywiołem, gdyż w tydzień po zapłodnieniu samicy umiera.

Za to, raz zapłodniona samica, czynniejszą odgrywa rolę. Wgryza się ona w naskórek i kopie w nim łukowaty, ślepo w warstwie śluzowej skóry kończący się kanał — czyli t. zw. galerię, składając w niej poza sobą 40—50 jajek, z których, po 4 tygodniach, powstają dojrzałe płciowo młode pajęczki. Te, wydostawszy się na powierzchnię skóry, dobrowolnie lub przez wydrapanie ich z galerii paznokciami chorego, szybko się poruszają, zapładniają i stają się nowymi rozsadnikami zarazy. Z tego wynika, że od zarażenia się świerzba do znaczniejszego rozwoju choroby upłynąć musi 6—10 tygodni.

Proces rozradzania się świerzbowca wywołuje z początku bardzo nieznaczny odczyn ze strony skóry — a mianowicie: powstają, pomiędzy dolną ścianą galerii a warstwą brodawkową skóry, drobne pęcherzyki, wypełnione przezroczystą limfą — i te, jako prosówka świerzbowca (*miliaria scabiosa*) stanowią pierwotne wykwity świerzby. Znajdujemy je w zwykłym umiejscowieniu galerii — najwyraźniej na wewnętrznych powierzchniach palców u rąk, bez śladu zapalnego odczynu skóry.

W dalszym ciągu powstają naskórze zmiany wtórne — a przyczyną ich jest drapanie i samozarażanie, tak przez roznoszenie pasorzyta w inne okolice ciała, jako też przez otwarcie wrot pasorzytom ropotwórczym do wnिकania w głąb skóry.

Rozpoznanie polega na momencie etiologicznym, t. j. zarażeniu się, na wynalezieniu galerii, co u dzieci, z powodu delikatnej skóry, łatwiej się udaje niż u dorosłych, a najłatwiej: na wewnętrznym brzegu stopy, w okolicy kostek goleniowych (*malleol. crur. extern. et inter.*) i na spodniej powierzchni dużego palca u nóg, gdzie galerie są najwyraźniejsze i najdłużej przechowiają się nieuszkodzone. Pamiętać należy, że galerie i wysypki idą ślad w ślad za świerzbowcem, nie więc dziwnego, że nawet twarz ssącego dziecka uleż może zarażeniu przez zetknięcie się przy ssaniu z zarażoną sutką karmiącej. Zre-

<sup>11)</sup> Rp. Sulfur. dep. Ol. Rusci (ol. fagi) aa 7,50, Sapon. virid. Vasel. flav. aa 15,0 M. f. Ung.



szłą naczulność nerwowa i wygórowana pobudliwość dróg odruchowych u dziecka sprawia, że drapie się ono z niezem niepohamowaną zajadłością, roznosi więc zarazę na twarz i głowę — miejsca, które u dorosłych nigdy świerzbie nie ulegają.

Wydobycie świerzbowca szpilką nie jest trudne i stanowi dowód oczywisty.

Świerzba u dzieci odznacza się najwyższą ze wszystkich wysypek swędzących, wielopostaciowością wykwitów (*polymorphia*).

Pomimo powyższych cech charakterystycznych, zajęć może niekiedy trudność w rozróżnieniu świerzby od świerzbiączki HERBY. Lecznictwo ta ostatnia jest tak typową chorobą, że tylko w jej początkowym, t. j. pokrzywkowym i ognikowym okresie możnaby się pomylić. Zresztą, przy wątpliwem rozpoznaniu, należy zastosować leczenie przeciwswierzbowe; chory nie na tem nie straci a sprawa niebawem się wyjaśni na zasadzie „*ex juvantibus*“.

Leczenie. Dla zapobieżenia zarażeniu należy unikać bliskiej i dłużej trwającej styczności z dotkniętymi lub podejrzanymi o świerzbę, a przedewszystkiem spanie w jednym łóżku, gdyż ciepło łóżka pobudza do drapania i uwalniania świerzbowca z jego kryjówek, na powierzchnię skóry i sprzyja jego dalszym wędrowkom.

Wskazania lecznicze są następujące:

1) zabić świerzbowca i wszystkie jego zarodki, 2) wyleczyć pierwotne i wtórne wysypki, a w szczególności pryszczyce świerzbowcową.

Co do pierwszego posiadamy dwa rodzaje środków, zabijających świerzbowca. Pierwszy stanowią *antiscabiosa sensu strictiori*: balsam peruwiański i styraks, które, nie drażniąc skóry działają napewno, byleby były w odpowiedniej ilości użyte. Drugi *antiscabiosa keratolytica* i tu należą: siarka, dziegieć, naftol, epikarina etc., które zabijając świerzbowca i przyspieszając łuszczenie i odnowę skóry, eliminują pasorzyta, lecz — jako drażniące skórę, mogą być w praktyce dziecięcej, w wyjątkowych tylko razach —

i to u dzieci starszych — używane. Oprócz tego pamiętać należy, że niektóre z tych środków, jak naftol i dziegieć działają trująco (powstać po nich może: *albuminuria*, *haemoglobinuria*, *nephritis*).

Za najpewniejszą i najbezpieczniejszą metodę leczenia świerzby u dzieci poczytuję następującą:

1) Jeżeli skóra jest mocno zanieczyszczona, pokryta strupami, to najprzód powinna być oczyszczona, za pomocą letniej kąpeli lub obmycia wodą letnią, z mydłem przetłuszczonem lub migdałowem. Przy silniejszych zapalnych objawach ze strony skóry, lepiej jest nie kąpać a starać się oczyścić ciało za pomocą 1—2% roztworu rezorcyny lub oliwy z wodą wapienną lub cynkiem. Można także przystąpić odrazu do użycia właściwych *antiscabiosa* t. j. balsamu peruwiańskiego i styraksu<sup>12)</sup>. Weierać należy najprzód miejsca predylekcyjne, bardzo dokładnie i energicznie, za pomocą flaneli lub gąbki — dla otworzenia galeryi, a następnie całe ciało — ręką. Zamiast powyższej mieszanki użyć można bals. peruw. w maści<sup>13)</sup>. Bielizny przez czas weierania zmieniać nie należy. (Balsam peruw. i styraks mają tę niedogodność, że plamią bieliznę). Kąpiel dopiero po 3 dniach (zatem 7 dnia), nie gorąca 27° R. i nie za długo — 15 min., z mydłem przetłuszczonem. Po kąpeli należy suto zapudrować skórę — a w razie znaczniejszej pryszczyce, posmarować miękkim pędzlem *liniment. essiccant. Puck'ii*, do którego dodać można cynku 10% lub bals. peruw. 5%.

Przeciwno swędzeniu i pryszczyce można także użyć z korzyścią tumenolu w maści cynkowej (patrz wyżej) — 2-3 razy dziennie smarować i pudrować.

<sup>12)</sup> Rp. Bals Peruv., Styrae. liq., Ol. Olivar aa 10,0 — 15,0—20,0 MDS. Codziennie wetrzeć dokładnie 1/3 części, za pomocą flaneli lub gąbki.

<sup>13)</sup> Rp. Balsam peruv. 15--30,00, Resorbin 50,0 m. f. Ung. D.S. Na 3 razy — dla 1—2 let. dziecka.



Po skończonej kuracyi, nie zapomnieć o gruntownej dezynfekcyi bielizny, do czego dostatecznym będzie wygotowanie w ługu.

### 5. Wszawica (*pediculosis*).

Istnieją trzy rodzaje pasorzytów wszawych: *pediculi capitis*, *p. pubis*, *p. vestimentorum*.

W pedyatryi tylko wszawica głowy budzi większy interes, a to dla tego, że przytrafia się dość często i w rodzinach zamożnych — a nawet wysoko postawionych — najczęściej u dziewczynek i, powodując wysoko rozwinięte zmiany miejscowe, a nawet ogólne, nie budzi zazwyczaj podejrzania na istotną a tak pospolitą, przyczynę choroby.

Spostrzegamy tu silne swędzenie i moknącą — a nawet ropną pryszczycę tyłogłowa i karku, która powoduje przykre sklejanie się włosów, obrzmienie sąsiednich gruczołów, a nawet samozarażenia ropne (*pyodermiae*) na oddalonych miejscach ciała.

Niemieccy autorowie nie zaniedbują dotąd wspominać podaniowo, przy opisywaniu wszawicy głowy, o t. zw. kołtunie polskim (*plica polonica*). Na szczęście słusznie możemy dziś zaprotestować przeciwko temu nawykowemu przepisywaniu, z dawniejszych książek, bajeczek o tej niby wyłącznie polskiej chorobie. Od czasu jak kol. H. DOBRZYCKI<sup>14)</sup>, po gruntownem zbadaniu kwestyi kołtunowej (1875 r.), wykreślił tę chorobę z nozologii, przestała ona nieodwołalnie istnieć nie tylko dla nas lekarzy, ale i dla — choćby najmniej ukształconej publiczności. Kołtuny — jeżeli się jeszcze kiedy zdarzą, to bywają bez skrupułu obeinane, a ich pośredniczka i towarzyszką wszawica głowy leczona *lege artis* tak u nas, jak i na całym świecie.

<sup>14)</sup> H. DOBRZYCKI Kołtun ze stanowiska histologii i poszukiwań doświadczalnych „Medycyna“ 1875. Nr. 4 i nast.

H. DOBRZYCKI. O kołtunie, pospolicie plica polonica zwanym, z 24 drzeworytami w tekście. Praca uwieńczona nagrodą konkursową imienia hr. E. Tyzenhauza, przez Towarz. lek. Wileńskie. Warszawa 1877. 8-ka. str. 300.

Wytępienie pasorzytów ignid otrzymujemy przez gruntowne natarcie głowy *cum oleo petrae* z dodaniem oliwy, dla zmniejszenia zapalności nafty i balsamu peruwiańskiego, dla zapachu; z następczem obwiązaniem głowy flanelą lub cecatką na całą noc. Nazajutrz zrana należy dobrze obmyć głowę. Procedurę powyższą powtórzyć trzeba 3 razy — a potem jeszcze po tygodniu i po 2 — ponowić.

Gnidy, które nieraz w wątpliwych przypadkach, rozświetlają rozpoznanie, wytępić trzeba doszczętnie, co najpewniej osiąga się, przez częste czesanie gęstym grzebieniem, umoczonym w gorącym occie, a w razach uporeczywych w *acet. sabadillae*.

Pryszczycyca zwykle ginie sama — na zasadzie „*cessante causa, cessat effectus*“. W razie uporeczywości użyć można mieszanki tumolu 10% lub dziegieciu 10% z oliwą, bez obawy podrażnienia, gdyż pryszczycyca owłosionej części głowy nie są tak drażliwe, jak na innych miejscach ciała.

Krótkie obeinanie włosów wcale nie jest potrzebne do wyleczenia wszawicy głowy — nawet u dziewcząt, — i u nich właśnie wystrzegać się tego należy, gdyż abstrahując od względów kosmetycznych, włosy zmieniają niekiedy po obeięciu swój pierwotny kolor, i z tego powodu wyniknąć może — poniekąd słuszna pretensya do lekarza.

## O LECZENIU KAMICY ŻÓŁCIOWEJ.

Skreślił

S. MINTZ.

(Dokończenie — Patrz Nr. 16).

Niezawsze jednak wewnętrzne leczenie kamicy żółciowej bywa skutecznem. W przypadkach uporeczywych, w których przetwory farma-



ceutyczne i wody mineralne nie dają pomyślnych wyników, interwencja chirurgiczna wchodzi w swoje prawa. Nie należy tylko w podobnych przypadkach zbyt długo ociągać się z wezwaniem pomocy chirurga, nie trzeba czekać, aż silne wyniszczenie i upadek sił zredukują do minimum szanse zabiegu operacyjnego. Słyszeliśmy niedawno z ust chirurga zarzut, że ogół terapeutów za małym darzy zaufaniem celowość i skuteczność przedsięwziętych przy kamicy żółciowej zabiegów operacyjnych. Zarzut ten rzeczywiście jest uzasadniony, ale w drugą znowu ostateczność wpadają ci chirurdzy, którzy, wcale nie wierząc w leczniczą moc wód karlsbadzkich, kamice żółciową wyłącznie za własną uważają dziedzinę.

Pogląd RIEDEL'a, iż kamienie żółciowe należy usuwać, dopóki one jeszcze pozostają w pęcherzyku żółciowym, jest zbyt krańcowym. Nie każdy przypadek stwierdzonej kamicy żółciowej powinien być przedmiotem leczenia chirurgicznego. Leczenie kamicy dopiero wówczas na właściwe wejście tory, gdy z jednej strony chirurg oceni dokładnie leczniczą wartość wód mineralnych i niektórych leków aptecznych, skutecznie działających w kamicy żółciowej, zaś z drugiej terapeuta pozna zdobycze nowoczesnej chirurgii w tej dziedzinie. Chirurg i terapeuta, często rozporządzając odmiennym materiałem klinicznym, wspólnymi siłami powinni wypracować wskazania i przeciwwskazania do zabiegów operacyjnych w kamicy żółciowej.

Wskazania do zabiegów operacyjnych w kamicy podzielić można na bezwzględne i względne. Bez względne są wskazania tam, gdzie leczenie wewnętrzne z góry żadnej nie rokuje nadziei. Tu należą ciężkie powikłania kamicy, jak przedziurawienie do jamy otrzewnej, ropień wątroby, ropień podprzeponowy i zrosty pęcherzyka resp. przewodów z sąsiednimi narządami (odźwiernikiem, dwunastnicą, poprzecznicą lub wyrostkiem robaczkowym), wywołujące wskutek przemieszczenia i przegięcia tych na-

rzędów bądź to nieustające bóle, bądź to inne ciężkie przypadłości, podkopujące ustrój chorego. U jednej z moich pacjentek, pani P. z przewlekłym zatkaniem przewodu żółciowego i *cholangit. suppur.*, dopiero uporeczywe wymioty skłoniły w wysokim stopniu wycieńczoną chorą do operacji, która też wykonana została w sierpniu zeszłego roku przez prof. KEHR'a w Halberstadzie. Na stole operacyjnym znaleziono: przetokę pomiędzy pęcherzykiem a poprzecznicą, kamień wielkości orzecha laskowego w przewodzie żółciowym wspólnym (*in parte retroduodenal.*), zmieszana z ropą żółc w przewodzie wątrobowym (*d. hepat.*), wreszcie przegięcie dwunastnicy wskutek zrostów zapalnych. W tym przypadku zwężenie dwunastnicy było bezpośrednią przyczyną nieustających wymiotów. Chora zmarła w dwa tygodnie po operacji przy objawach silnej zapaści.

Względne wskazania do zabiegów operacyjnych w kamicy istnieją tam, gdzie leczenie wewnętrzne daje jeszcze mniejsze lub większe szanse. Dopiero gdy terapia wewnętrzna okazuje się bezsilną, należy przystąpić do operacji. Zbyt długo jednak nie należy w tych przypadkach zwlekać z wezwaniem pomocy chirurgicznej. Doradzać operację trzeba wówczas, gdy ogólny stan chorego daje nadzieję na pomyślny wynik pooperacyjny.

Jako względne następujące uważam wskazania:

1). *Hydrops vesicae felleae*. Wodniak pęcherzyka żółciowego, spowodowany zatkaniem przewodu pęcherzykowego przez kamień lub pozostałość po przejściu kamienia zwężeniem bliznowym przewodu, niezawsze wymaga leczenia chirurgicznego. Cierpienie często ustępuje pod wpływem kąpeli, jodku potasu lub wód mineralnych, w uporeczywych jednak przypadkach trzeba wykonać cholecystotomię, a nieraz dodatkową cysticotomię.

2) *Empyema vesicae felleae* (*Cholecystitis suppurativa*). Po stwierdzeniu u chorego ropnego



zapalenia pęcherzyka żółciowego nie należy zbyt długo ociągać się z interwencją chirurgiczną, jakkolwiek i tu zdarzają się wypadki wyzdrowienia po zastosowaniu leczenia konserwatywnego. Wyzdrowienie, rozumie się, względne, tłumaczyć można w ten sposób, że ustaje zatkanie przewodu dzięki przesuwaniu się kamienia do dwunastnicy lub wpadaniu z powrotem do pęcherzyka. Wskutek powstałej drożności zawartość ropna pęcherzyka znajduje swobodne ujście do przewodu kiszkiowego.

Bardzo pouczający przypadek otoku ropnego pęcherzyka żółciowego, ilustrujący możliwość tego rodzaju samowyleczenia, spostrzegłem przed 8 laty. Przypadek dotyczył chorej Brz., kobiety niezamożnej, która zwróciła się do pewnej instytucji dobroczynnej o wsparcie na wyjazd do Karlsbadu. Zapytany o zdanie odpowiedziałem po zbadaniu chorej, że wyjazd jej do Karlsbadu nie na wiele się przyda, gdyż jest to przypadek *cholecyst. calcul. suppur.*, wymagający interwencji chirurgicznej (Powiększony, naprężony pęcherzyk żółciowy sięgał aż do linii pępkowej poziomej. Chorą straciłem wówczas z oczu, a ponownie widziałem ją przypadkowo po roku na oddziale d-ra ODERFELD'a, dokąd sprowadziły chorą gwałtowne, często powtarzające się napady kolki wątrobowej. Na stole operacyjnym pęcherzyk okazał się małym, nie zawierał ani ropy, ani też kamieni żółciowych, natomiast istniały silne zrosty pęcherzyka z dwunastnicą i poprzecznicą. Operacja polegała na przecięciu zrostów.

W niektórych spostrzeganych przezemnie przypadkach niewątpliwego ropnia pęcherzyka żółciowego leczenie wewnętrzne uwięzione zostało pomyslnym skutkiem. W kilku innych musiała być wykonana operacja (cholecystotomia). Pierwszy z tych operowany był przed 10 laty (26 kwietnia 1893 r.) przez ś. p. d-ra JAWDYŃSKIEGO. Operacyjne leczenie otoku ropnego pęcherzyka polega na wykonaniu cholecystotomii albo cholecystectomii (doszczętne wycięcie pę-

cherzyka). Ostatnia operacja, dokonana po raz pierwszy w r. 1882 przez LANGENBUSCH'a, znalazła gorącego zwolennika w KEHR'ze. Cholecystotomia ma tę wyższość, że najwięcej zabezpiecza pacjenta od nawrotu choroby. Wycięcie pęcherzyka jest wskazane tam, gdzie ściany jego wskutek długotrwałej sprawy zapalnej uległy głębszym zmianom.

3) *Cholangitis suppurativa et infectiosa*. To, co się mówiło o wskazaniach operacyjnych w *cholecystitis suppur.*, stosuje się w równej mierze do *cholangit. suppur.*, a jeszcze więcej do *angiochol. infect.* Jeśli przy obecności kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym występują objawy ropnego lub septycznego (fièvre intermittente CHARCOT'a) zapalenia przewodu, to należy doradzać operację, jeśli leczenie wewnętrzne, w ciągu 1 — 2 tygodni stosowane, pozostaje bez skutku. Wyżej już wspomniałem o dobrych wynikach, jakie otrzymałem od jodku potasu w 2 przypadkach *cholang. infect.* Przypomnę tu raz jeszcze, że kamień, który utkwił w przewodzie żółciowym i służy jako ognisko zakażenia dróg żółciowych, nie zawsze zdradza swą obecność przez stałą żółtaczkę. To też sprawy pyemiczne w ustroju niewiadomego pochodzenia (*cryptogene Pyaemie*) częstokroć zależą od ukrytego w fałdach błony śluzowej przewodu żółciowego kamyka. W 2 przypadkach udało mi się pomimo braku żółtaczki rozpoznać obecność kamienia w przewodzie jako źródło występujących od czasu do czasu dreszczy, gorączki i potów, w jednym na zasadzie wywiadów, w drugim *per exclusionem*. U jednego z tych chorych, p. P., w kilka miesięcy później wystąpiła uporeczywa żółtaczka, której nie udało się usunąć za pomocą wód karlsbadzkich (chorego przez czas letnich miesięcy leczyłem w Otwocku wspólnie z kol. ZYLBERMAN'em). U tego chorego dokonał prof. v. EISELBERG w Królewcu d. 20.11.1900 r. choledochotomię z pomyslnym wynikiem.

Drugi pacjent, p. N. z Łodzi, uchodził przez czas dłuższy za chorego malarycznego i leczony



był bezskutecznie dużemi dawkami chininy. Z wywiadów dowiedziałem się, że napady występowały w nieprawidłowych odstępach czasu. Badanie przedmiotowe nie wykazało obrzmienia śledziony. Nie można było również w innych narządach wykryć punktu wyjścia dla napadów gorączki o charakterze pyemicznym. Chorego widziałem w sierpniu zeszłego roku i wtedy wypowiedziałem przypuszczenie, że mamy do czynienia z *angiochol. infect.* spowodowaną obecnością kamienia w przewodzie. Po kilku tygodniach u chorego wystąpiła żółtaczka, a w październiku spotkałem go w Karlsbadzie, dokąd przyjechał na kilkutygodniową kurację. O dalszych losach tego chorego nie wiem.

Pozwolę sobie przytoczyć z własnych spstrzeżeń jeszcze jeden przypadek *cholang. calcul. infect.*. Przypadek ten dotyczył pani H., kobiety 44-letniej, która od lat kilkunastu 2 — 3 razy do roku zapadała na t. z. „kurecz żołądka“. W ostatnich 3 latach napady występowały częściej, zawsze jednak bez żółtaczki i bez gorączki. W roku 1895 wysłałem panią H., jako chorą na kamień żółciową na kurację do Karlsbadu. W końcu listopada 1897 r. po raz pierwszy napadowi kolki towarzyszyły wstrząsające dreszcze, podwyższona do 39,5 ciepłota i silne poty. Na 3-ci dzień po napadzie można było zauważyć lekkie ikteryczne zabarwienie łącznie oka oraz ciemniejszy kolor moczu. Od owego czasu podobne napady powtarzały się co 3 — 5 dni, przyczem okres gorączki nie trwał nigdy dłużej nad kilka zaledwie godzin. Chora za moją poradą poddała się operacji, którą wykonał prof. MIKULICZ we Wrocławiu 27. XII 97 r. Pęcherzyk okazał się zrośniętym z przednią ścianą brzuszną. W tym przypadku nie wykonano choledochotomii, lecz ograniczono się do cholecystotomii. Z pęcherzyka wydobyto sporo większych kamieni, następnie ranę sączkowano i tamponowano. W ciągu pierwszych 2 tygodni po operacji przez przetokę wydzielano się wciąż sporo żółci. Dopiero 15. I wypróżnienia po raz pierwszy były zabarwione.

Rana zaczęła się szybko zmniejszać. W dniu 31 stycznia p-ni H. w dobrym stanie zdrowia opuściła klinikę prof. MIKULICZA.

Wyżej już była mowa o tem, że zapalenie ropne lub septyczne przewodów, spowodowane obecnością zakażonych kamyków żółciowych, wymaga po większej części interwencji chirurgicznej. Jeżeli internista w podobnych przypadkach chce wypróbować skuteczność środków wewnętrznych, to próby te bądź co bądź nie powinny zbyt długo trwać, gdyż zachodzi *periculum in mora*. Zdarzają się, co prawda, rozpaczliwe przypadki *cholang. supp.* lub *infect.*, w których lekarz po wyczerpaniu możliwych środków wewnętrznych jedyny ratunek widzi w zabiegu chirurgicznym, a które pomimo to kończą się wyzdrowieniem bez operacji. Są to jednak przypadki wyjątkowe, w których kamienie wydzielają się przez przetokę między drogami żółciowymi a przewodem kiszgowym. Nie możemy ani na taką ewentualność z góry liczyć, ani też przewidzieć, czy przedziurawienie w pożądanym nastąpi kierunku. Nieświadomi rzeczy uogólniają takie wyjątki i wcale niesłusznie przytaczają je jako dowody zbytniej poehopności chirurgów do zabiegów operacyjnych w chorobach dróg żółciowych. Tym bądź co bądź rzadkim przypadkom każdy z nas przeciwstawić może cały szereg innych, gdzie brak zgody na interwencję chirurgiczną chorzy przypłacili śmiercią, której operacja zapobiedz by mogła.

4) Przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego. (*Chronischer Choledochusverschluss*) nie powikłane gorączką, jeszcze więcej uprawnia terapeutę do wypróbowania leczenia wewnętrznego przed oddaniem chorego w ręce chirurga. Nawet w uporezywych przypadkach dłuższe leczenie wodami mineralnemi, zwłaszcza kilkutygodniowa kuracja na miejscu w Karlsbadzie nieraz bardzo dobre daje wyniki. Jeżeli jednak leczenie wewnętrzne, w ciągu kilku miesięcy stosowane, okazuje się bezskutecznem, to należy usunąć uwięzły w prze-



wodzie żółciowym kamień za pomocą operacji, albowiem od długotrwałej żółtaczki grozi choremu wycieńczenie i marskość wątroby (*cirrhosis biliaris*), a u ludzi wiekowych groźne powikłanie, mianowicie rak dróg żółciowych. Wyżej przytoczyłem przypadek zamknięcia przewodu żółciowego wyleczony po choledochotomii dokonanej przez prof. KÖRTE'go.

5) Przewlekłe, często powtarzające się zapalenie pęcherzyka.

Jeśli powyższe postacie kamicy żółciowej należą bądź co bądź więcej do dziedziny chirurgii niż terapii wewnętrznej, albowiem często po bezowocnych próbach leczenia wewnętrznego zachodzi potrzeba zabiegu operacyjnego, to o przewlekłe, recydujące zapalenie pęcherzyka zacięty toczy się spór między terapeutami i chirurgami, gdyż jedni i drudzy uważają je za własną dziedzinę.

Należy tu jednak zaznaczyć pewien zwrot, jaki w ostatnich czasach nastąpił w poglądach chirurgów na tę sprawę. Wybitni chirurgowie, mający ogromne doświadczenie w chirurgii dróg żółciowych, jak KEHR i KÖRTE, zredukowali do minimum wskazania do zabiegu chirurgicznego w rzeczonyj postaci kamicy żółciowej. Zdaniem KEHR'a, inne tu są wskazania u ludzi biednych niż u bogatych, mianowicie u ludzi niezamożnych, których nie stać na kosztowną kurację karlsbadzką a którym częste napady przeszkadzają w zajęciu zawodowem, wskazana jest operacja, natomiast osoby, którym nie zbywa na środkach materialnych, mogą szukać ulgi w kuracji karlsbadzkiej. W dyskusyi, jaka się wywiązała niedawno w berlińskim towarzystwie lekarskiem z powodu odczytu KÖRTE'go, ROSENHEIM zaznaczył, iż nie woda karlsbadzka, lecz leczenie dyetyetyczne i zachowanie spokoju, t. z. Ruhecur (leżenie w łóżku) są najważniejszymi czynnikami w leczeniu *cholecyst chron.*, gdyż napady kolki przy przewlekłym, powtarzającym się zapaleniu pęcherzyka zależą przeważnie od zrostów zapalnych. Dalej bacznią uwagę należy zwracać na

stan żołądka, zwłaszcza na jego sprawność mechaniczną, często upośledzoną wskutek zrostów zapalnych między pęcherzykiem żółciowym resp. przewodami a żołądkiem lub dwunastnicą.

Jeszcze przedtem na ważność leżenia takich chorych w łóżku zwrócił uwagę lekarz karlsbadzki v. ALDOR. Oprócz leżenia w łóżku aż do czasu zupełnego wyleczenia ostatni zaleca swym chorym gorące kataplazmy na okolicę pęcherzyka żółciowego (od g. 7. do 12-stej i od 2 do 7-ej) i dość duże dawki wód karlsbadzkich (od 700 cm. do 1,5 litra *pro die*). Jeżeli zważymy, że z jednej strony leczenie wewnętrzne w przewlekłej postaci zapalenia pęcherzyka i pokrywającej ją otrzewny daje dość dobre wyniki, a że z drugiej strony leczenie chirurgiczne nie ubezpiecza chorego od nawrotu (czy kamienie po operacyi ponownie się tworzą, czy też nawroty, jak sądzi KEHR, zależą zawsze od pozostających w fałdach dróg żółciowych a niespostrzeżonych podczas operacyi kamieni, to przecież postaci rzeczy nie zmienia) i wytwarza t. z. zrosty pooperacyjne, to musimy dojść do wniosku, że w przewlekłym zapaleniu pęcherzyka tylko wyjątkowo musimy się uciec do interwencyi chirurgicznej.

Zupełnie zbyt cennym jest leczenie chirurgiczne w przypadkach ostrego zapalenia pęcherzyka i ostrego zatkania przewodu żółciowego wspólnego, jak również w przypadkach często powtarzającej się żółtaczki z odchodzeniem drobnych kamieni.

Zakończę rzecz całą ponownem przypomnieniem, że terapia wewnętrzna w kamicy żółciowej niema bynajmniej na celu usuwania z dróg żółciowych obecnych w nich kamieni, lecz leczenie spraw zapalnych pęcherzyka resp. przewodów i otaczającej otrzewny.

#### LITERATURA.

- 1) CHARCOT. Leçons sur les maladies du foie. Paris. 1877.
- 2) RIEDEL. Ueber den zungformigen Fortsatz der Leber. Berlin. klin. Woch. 1888.



- 3) Tenze. Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit. Berlin, 1892.
- 4) NAUNYN. Verhandlungen d. Congr. für innere Med. Leipzig. 1892.
- 5) Tenze. Klinik der Cholelithiasis. Leipzig. 1892.
- 6) KÖRTE. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. 1892. N. 40.
- 7) DMOCHOWSKI i JANOWSKI. Dwa przypadki ropnego zapalenia dróg żółciowych. Gazeta Lekarska. 1893. N. 51 i 52.
- 8) KEHR. Ein Rückblick auf 209 Gallensteinoperationen etc. Arch. f. klin. Chir. Bd. 53, H. 2. r. 1896.
- 9) Tenze. Die chirurgische Behandlung d. Gallensteinkr. Berlin. 1896.
- 10) RIEDEL. Die chirurgische Behandlung d. Gallensteinkr. Handbuch d. spec. Path. u. Ther. v. Penzold u. Stinzing. Bd. IV. 1896
- 11) GILBERT et FOURNIER. Du rôle des microbes dans la genèse des calculs biliaires. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1896. N. 13.
- 12) DUNIN. O leczeniu kamicy żółciowej za pomocą jodku potasu. Gazeta Lekarska. 1896. N. 22.
- 13) DOMINICI. Des angiocholites et cholecystites suppurées. Thèse de Paris. 1897.
- 14) MIGNOT. L'origine microbienne des calculs biliaires. Arch. gén. de méd. 1898.
- 15) GILBERT et FOURNIER. Pathogénie de la lithiase biliaire. Presse med. 1898. N. 41.
- 16) GILBERT. Note pour servir à l'histoire de la théorie microbienne de la lithiase biliaire. Arch. gén. de médecine. 1898.
- 17) RIEDEL. Zur Pathogenese und Diagnose des Gallensteinkolikanfalles. Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie. Bd. III. H. 2. r. 1898.
- 18) KEHR, EILERS i LUCKE. Bericht über 197 Gallensteinoperationen aus den letzten 2<sup>3</sup>/<sub>4</sub> Jahren. Arch. f. klin. Chir. 1899. Bd. 58. H. 3.
- 19) NAUNYN. Ueber die Vorgänge bei der Cholelithiasis, welche die Indication zur Operation entscheiden. Mitteilungen aus den Grenzgebieten etc. Bd. IV. 1899. H. 1.
- 20) HERMANN. Beiträge zur Frage: Ist die Cholelithiasis intern oder chirurgisch zu heilen? Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Ch. Bd. IV. H. 2. r. 1899.
- 21) RIEDEL. Zur Debatte über die Gallensteinfrage etc. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1899. Bd. IV. H. 4.
- 22) NAUNYN. Schlusswort zur gleichen Discussion. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1899. Bd. IV. H. 1.
- 23) QUINCKE und HOPPE-SEYLER. Die Krankheiten der Leber. Nothnagel's specielle Pathologie u. Therapie. 1899.
- 24) MIECZKOWSKI. Zur Bakteriologie des Gallenblaseninhaltes unter normalen Bedingungen und bei Cholelithiasis. Mitteilungen. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. VI. 1900.
- 25) HERMANN. Ueber Recidive nach Gallensteinoperationen. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. VI. 1900.
- 26) MIYAKE. Zur experimentellen Erzeugung der Gallensteine mit besonderer Berücksichtigung des bakteriellen Verhaltens der Gallenwege. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. VI. H. 4 und 5 r. 1900.
- 27) EHRET und STOLZ. Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis. Mitteilungen. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1900. Bd. VI. H. 3 i 1901 Bd. VIII. H. 1—2 und 4—5.
- 28) Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung. Würzburger Abhandlungen. 1901.
- 29) EHRET und STOLZ. Zur Lehre des entzündlichen Stauungsicterus bei der Cholelithiasis. Mitteilungen. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Ch. 1902. Bd. X. H. 1—2.
- 30) v. ALDOR. Die innere Behandlung der Gallensteinkrankheit. Archiv für Verdauungskrankheiten. 1902. Bd. VIII. H. 6.
- 31) KEHR. Ein Rückblick auf 720 Gallensteinlaparotomien, unter besonderer Berücksichtigung von 90 Hepaticusdrainagen. XII Jahresbericht der Kehr-Rohden'schen Privatklinik in Halberstadt. 1902.
- 32) R. TRIPIER et J. PAVIOT. Pathogénie péritonitique de la „colique hépatique“ et des crises douloureuses épigastriques. La Semaine médicale. 1903. N. 4.



## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

### OTYATRYA.

Prof. SCHWARTZE. **O rozpoznawczem znaczeniu przekłucia łądzwiowego w otyatrii.**

Na zjeździe internistów w Wiesbaden w r. 1891, QUINCKE, mówiąc o wodogłowi po raz pierwszy wspominał o nowym zabiegu leczniczym, któremu nadał miano przekłucia łądzwiowego, a który polegał na przekłuciu kanału rdzeniowego w okolicy łądzwiowej. Nazwa powyższa została ogólnie przyjęta, chociaż zdaniem S. daleko słuszniej byłoby przekłucie takie, nazywać przekłuciem kanału rdzeniowego (Spinalpunction).

W dyskusji nad odczytem QUINCKE'go, BAUMLER zwrócił uwagę na możliwość zastosowania tego zabiegu leczniczego przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych. QUINCKE w pierwszej swej pracy ogłoszonej w Berl. klin. Woch. z r. 1891, podaje że „stosował przekłucie łądzwiowe w celu zmniejszenia nadmiernego ciśnienia w bocznych komorach mózgu“ i zaznacza w dalszym ciągu że „przekłucie, jako zabieg leczniczy jest wskazane przy zwiększonym ciśnieniu płynu mózgodzeniowego tak samo jak przekłucia innych jam surowicznych“.

O rozpoznawczem znaczeniu omawianego zabiegu, które w późniejszym, czasie wystąpiło na pierwszy plan i zyskało w otyatrii zastosowanie, QUINCKE w pierwszej swej pracy wspomina tylko mimochodem i wyraża się w ten sposób: „nie wahałbym się wykonać przekłucia łądzwiowego w danym przypadku i w celach rozpoznawczych. W ten sposób możnaby stwierdzić, czy wogóle istnieje wzmożone ciśnienie płynu mózgodzeniowego, lub też czy tylko jest wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe lub wreszcie czy istnieją krwotoki oponowe“.

Literatura o tym nowym zabiegu znacznie tymczasem wzrosła, szczególnie od roku 1895 i posiadamy już mniej więcej 30 większych prac dotyczących danego przedmiotu. Ogólny wynik

powyższych prac daje się streścić w ten sposób, że większość autorów, jak również i sam QUINCKE, przysła do przekonania, że wynik zabiegu tego, zarówno przy gruźliczem jak i surowiczem zapaleniu opon mózgowych przeważnie był tylko przemijający. Przekłucie łądzwiowe jest zatem zabiegiem, o ile się zdaje, nie przedstawiającym niebezpieczeństwa dla chorego, lecz za to nie zawsze pewnym środkiem zapobiegawczym przy objawach wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Nieliczni tylko autorzy wierzą w trwałe działanie lecznicze przekłucia łądzwiowego.

Natomiast przekłucie łądzwiowe zyskało sobie ogólne uznanie jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu spraw chorobowych wewnątrzczaszkowych.

W klinice autora w Halli stosowano od r. 1895 przekłucie łądzwiowe w celach rozpoznawczych w przypadkach ropnego zapalenia ucha środkowego z powikłaniami wewnątrzczaszkowymi, i starano się upewnić o istnieniu wątpliwego rozlanego ropnego zapalenia. opon mózgowych i uniknąć ewentualnie niepotrzebnej operacji. Otrzymanie płynu mózgodzeniowego o składzie prawidłowym umożliwiała z drugiej strony rozpoznanie różniczkowe danego powikłania i jednocześnie pozwalało na postawienie wskazania do innych rękoczynów chirurgicznych (zakrzep zatoki poprzecznej, ropień mózgu).

Wyniki otrzymane w klinice SCHWARTZE'go ogłosił w r. 1897 w Münch. med. Wochen. asystent kliniki LEUTERT. Dotyczyły one ogółem 12 przypadków. Od tego czasu przekłucie łądzwiowe częściej było stosowane i wyniki zostały zestawione w pracy BRAUNSTEIN'a ogłoszonej w Arch. für Ohrenheilkunde T. 54. Wyniki otrzymane przez SCHWARTZE'go i zawarte w pracy BRAUNSTEIN'a dają się streścić w sposób następujący: 1) Na pewno stwierdzony ujemny wynik przekłucia łądzwiowego, t.j. otrzymanie prawidłowego przezroczystego płynu rdzeniowego przy ropnem zapaleniu ucha środkowego



z powikłaniem wewnątrz-czaszkowym, wyłącza stanowczo istnienie rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych. 2) Wynik dodatni (zmętnienie zależne od leukocytów i mikroorganizmów) dowodzi w tych samych okolicznościach istnienia rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych lub zapalenia opon mózgodzeniowych. W ostatnim wypadku znajdziemy w płynie mózgodzeniowym *meningococcus intracellularis*. 3) Zmętnienie opalizujące płynu mózgodzeniowego, bez jednoczesnego powiększenia ilości leukocytów wskazuje z wielkim prawdopodobieństwem na powikłanie ropnego zapalenia ucha środkowego, gruźlicą opon nawet i w tych przypadkach, w których nie znajdujemy w płynie mózgodzeniowym łaseczników Koch'a. 4) Doświadczenie zdobyte przez autora dowodzi, że przy zakrzepie zatoki poprzecznej istnieje znacznie zwiększona ilość płynu mózgodzeniowego. 5) Przekłucie lędźwiowe nie przedstawia przy odpowiednio wyrobionej technice i przy zaniechaniu aspiracji żadnego niebezpieczeństwa dla chorego.

Z powyższego wynika, że przekłucie lędźwiowe stanowi dla otyatry znakomity środek pomocniczo-rozpoznawczy i może śmiało stanąć w jednym rzędzie z innymi oddawna wypróbowanymi metodami badania i powinno być częściej stosowane w celach rozpoznawczych. (Ze zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy w Hamburgu w r. 1901).

#### HINSBERG. O leczeniu i rozpoznawaniu zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego.

Autor omawia w swej pracy ograniczone zapalenie opon mózgowych na zasadzie spostrzeżeń własnych i zebranych z literatury. Objawy ograniczonego zapalenia opon mózgowych mogą być takie same, jak przy zapaleniu rozlanem lub też jeżeli ropienie ogranicza się do opon rdzeniowych i tylnej jamy czaszkowej, to wtedy przytomność będzie zachowana i nie będzie wogóle objawów mózgowych, natomiast wystąpią objawy zapalenia opon rdzeniowych, jak bóle karku, krzyża i kończyn, nadezłość, zaburzenia pęcherza i stolca. Czasami sprawa zapalna szerzy się napadowo w postaci pojedynczych ataków podrażnienia opon mózgowych, pomiędzy zaś oddzielnymi napadami, spostrzegamy okresy wolne od wszelkich objawów. Innym razem występują objawy ogniskowe i nasuwają przypuszczenie

o istnieniu ropnia mózgowego. W jednym przypadku spostrzeganym przez autora trwały po operacji doszczętej i szerokiem otworzeniu błędniaka wskutek obumarcia ślimaka, brodawka zastoinowa i bóle krzyża, jako jedyne objawy, wskazujące na istnienie ogniska ropnego wewnątrzczaszkowego. Ponieważ w przypadku tym można było wyłączyć zakrzep zatoki poprzecznej, ropień mózgu i rozlane zapalenie opon mózgowych, przeto rozpoznano ograniczone zapalenie opon mózgowych, umiejscowione w okolicy otworu słuchowego wewnętrznego. Sekcja rozpoznanie takie potwierdziła. W drugim przypadku gwałtowne bóle głowy wskazywały na istnienie ogniska chorobowego w jamie czaszkowej; był to początkowy okres zapalenia opon mózgowych w następstwie urazowego ropnego zakrzepu zatoki poprzecznej z zejściem śmiertelnym wskutek wystąpienia rozlanego zapalenia opon.

Autor zwraca uwagę na trudności, napotykane przy rozpoznawaniu ograniczonego zapalenia opon mózgowych i sądzi, że nie powinniśmy zbyt pochopnie chorego podejrzanego o *meningitis*, uważać za straconego, gdyż wiele objawów (a może i wszystkie) rozlanego zapalenia opon mózgowych, może zależeć od ograniczonego zapalenia opon. Odnośnie rozpoznawczego znaczenia przekłucia lędźwiowego, autor jest zdania, że ujemny wynik, t.j. przezroczysty i jałowy płyn, czyni istnienie rozlanego zapalenia opon nieprawdopodobnem, nie jest jednak dowodem, że nie mamy do czynienia z ograniczonym ogniskiem. Nieznaczne zmętnienie i obecność bakterii nie przemawia za nieuleczalną sprawą, gdyż można je stwierdzić zarówno przy ograniczonych ogniskach ropnych jak i przy rozlanem zapaleniu. Silne ropiaste zmętnienie dowodzi istnienia rozlanego zapalenia opon, prawdopodobnie nieuleczalnego, i w tym razie wszelkie rękożyny chirurgiczne są przeciwwskazane. Zabieg chirurgiczny będzie również przeciwwskazany, jeżeli stwierdzimy zupełnie rozwinięty obraz zapalenia opon mózgodzeniowych ze wszystkimi lub prawie wszystkimi klasycznymi objawami, a więc z wyraźną sztywnością karku, z wciągnięciem powłok brzusznych, ze stałą i wysoką gorączką, ewentualnie z drgawkami i objawami porażennymi. Pojedyncze objawy i stwierdzenie obecności bakterii w płynie otrzymanym przy przekłuciu, są zdaniem autora, wskazaniem do



natychmiastowej operacji pierwotnego ogniska ropnego w uchu środkowym, przyczem należy o ile możności szeroko obnażyć oponę twardą, aby mózg się przekonać o jej stanie i szukać ewentualnego zapalenia zatoki lub ropni mózgowych.

Jeżeli opona twarda okaże się zewnętrznie niezmienną, to można chwilowo pozostawić ją w spokoju i dopiero w razie trwania objawów należy ją przeciąć. Natomiast należy oponę twardą natychmiast przeciąć, jeżeli okaże się zmartwiałą, lub też jeżeli silne napięcie i brak tętnienia wskazywać będzie, że pod oponą znajduje się ognisko ropne.

Przy takim postępowaniu zdarzać się będą naturalnie i przypadki z zejściem niepomysłnem, a mianowicie wtedy, gdy sprawa chorobowa będzie już zbyt daleko posuniętą lub też w przypadkach ropotoku usznego, w których nagminne zapalenie opon lub zapalenie grążlicze było uważane za zapalenie opon pochodzenia usznego. Autor w dalszym ciągu swej pracy przytacza dwa własne spostrzeżenia, w których grążlicze zapalenie opon mózgowych uważane było za ropień mózgu, i trzy spostrzeżenia w których także zapalenie uważane było za ropne zapalenie opon mózgowych. W końcu autor podaje wskazówki, które pozwolą nam uniknąć podobnych błędów rozpoznawczych.

(*Zeit. für Ohrenh.* T. 38. Z. 1 i 2. 1901 r.).

D-r Walther SCHULZE. **Przyczynę do nauki o zapaleniu opon mózgowych pochodzenia usznego, na podstawie spostrzeżeń z kliniki w Halli.**

Autor na podstawie 31 przypadków rozlanego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego, niepowikłanych innymi chorobami wewnątrzczaszkowymi, zestawil szczegółową symptomatologię tego cierpienia i zastanawia się nad możliwością wyleczenia ropnego zapalenia opon. Do względnie częstych porażen zalicza autor porażenia nerwu twarzowego, porażenia kończyn, przeważnie górnej kończyny, mięśni przełyku i języka. Jeszcze częściej niż porażenia występowały w przypadkach spostrzeganych przez autora objawy podrażnienia nerwów jak skurcze, włóknikowate drgania mięśni, kurecze oddzielnych grup mięśniowych, przeważnie w obrębie nerwu twarzowego i kończyn; ogólne drgawki natomiast rzadko (tylko w jednym przypadku,

i to przed samą śmiercią). Łódkowate wciągnięcie brzucha, notowane we wszystkich podręcznikach jako objaw charakterystyczny, autor spostrzegł tylko w jednym przypadku. To samo odnosi się do sztywności w karku, która w przypadkach autora dotyczących ropnego zapalenia opon mózgowych występowała nie zbyt często. Wynika stąd, że objaw ten posiada tylko podrzędne rozpoznawcze znaczenie i może również dobrze występować przy innych powikłaniach wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego jak np. przy ropniach mózgowych. Zbożenia w działalności pęcherza moczowego i kiszek, występowały bardzo często. Badanie moczu na cukier i białko nie było systematycznie robione, to też autor pod tym względem nie wyprowadza wniosków i sądzi, że przy istnieniu tych nieprawidłowych składników w moczu, prawdopodobnie zajęta bywa przy ropnem zapaleniu opon mózgowych czwarta komora mózgu. Względnie często spostrzegano nieprawidłowości w unerwieniu zewnętrznych mięśni oka i w 9 przypadkach okolica zrazu ciemieniowego pokryta była wyсіkiem.

U czterech chorych zanotowano podwójne widzenie. Objaw ten należy do wczesnych objawów i może mieć znaczenie dla rozpoznania. Prawie u wszystkich chorych istniały zbożenia w mięśniach unerwionych przez nerw okoruchowy, prawie zawsze można było stwierdzić nieprawidłowości w zachowaniu się źrenic. Pogląd ogólnie przyjęty w podręcznikach jakoby w początkowych okresach ropnego zapalenia opon mózgowych, źrenice były zwężone i dopiero potem się rozszerzały nie we wszystkich przypadkach został stwierdzony -- niekiedy zachowanie źrenic było odwrotne, t.j. z początku znacznie rozszerzone i dopiero pod koniec zwężone. W niektórych przypadkach spostrzegano wyraźne zmiany w wielkości źrenic. Należy również zwracać uwagę na nierówność źrenic, gdyż nierówne źrenice bardzo często występują przy ropnem zapaleniu opon i nierówność taka wraz ze zbożeniami w oddziaływaniu źrenic, stanowi jeden z ważnych objawów przy rozpoznawaniu powikłań wewnątrzczaszkowych. Oddziaływanie źrenic na światło i akomodację jest już w bardzo wczesnym okresie bardzo leniwe, czasami zaś jest ono jedynym objawem ze strony źrenic. Opadnięcie



powieki spostrzegano tylko w trzech przypadkach i to zawsze po stronie przeciwnej zajętego ucha.

O zachowaniu się dna oka zdania są podzielone. Gdy KNIES uważa *neuritis optica* za jeden z najwybitniejszych objawów zapalenia opon, KÖRNER i inni zmiany dna oka przy niepowikłanem ropnem zapaleniu opon mózgowych zaliczają do rzadkości. HANSEN na 14 przypadków niepowikłanego zapalenia opon, stwierdził w 8 zmiany chorobowe dna oka, autor zaś na 15 przypadków tylko w 6. Wynika stąd, że w większości przypadków dna oka nie jest prawidłowe. Wobec jednak znanego faktu, iż zmiany dna oka również często występują przy ropniach mózgowych i zakrzepach zatoki poprzecznej, jak i przy ropnem zapaleniu opon, to nie można pod względem rozpoznania różniczkowego wyciągać wniosków z wyniku otrzymanego przy badaniu dna oka. Zaznaczyć wypada ciekawy fakt, że w przypadkach z zajęciem dna oka, zawsze zajęta była sprawą chorobową górna powierzchnia mózgu.

Zmiany w oddychaniu na 31 przypadków zanotowano u 20 chorych. Oddech był bądź przyspieszony, bądź nierównomierny, wreszcie u 8 chorych spostrzegano oddech o typie CHAZNE-STOKES'a. Wszystkie przypadki spostrzegane przez autora przebiegały z gorączką. Gorączka różniła się jednak co do wysokości i przebiegu w poszczególnych przypadkach. Dreszcz może występować w początkowych okresach choroby lub też w dalszym przebiegu. Wysoka gorączka występująca zaraz po dreszczu wskazuje na rozlane zapalenie ropne miękkich opon mózgowych. Autor rzadko spostrzegał dreszcz w początkowych okresach i w przebiegu choroby. Występowanie dreszczy lub też jego brak można sobie wytłumaczyć, tą okolicznością, że materiał zakaźny może powoli wnikać do przestrzeni podoponowych i stopniowo rozwija się rozlane zapalenie, gdy w innych przypadkach, jak przy zapaleniu opon powstałem z pęknięcia ropnia, opony mózgowe odrazu zostają zalane dużą ilością zarazków. Rodzaj zarazka nie ma tu prawie żadnego znaczenia, gdyż dreszcze spostrzegano zarówno przy zakażeniu paciorkowcami jak i przy zakażeniu diplokokkami. Może jawidowitość bakterii ma jakiś wpływ rozstrzygającej. Prawie w połowie przypadków gorączka by-

ła stałą i wysoką, aż do zejścia śmiertelnego. Prócz tych przypadków z wysoką i ciągłą gorączką w bardzo krótkim czasie zakończonych śmiercią, spostrzegano przypadki przebiegające z gorączką o typie nieregularnym bądź przepuszczającym, bądź nieprawidłowo zwalniającym. Chociaż w zwykłych warunkach wysoka ciepłota jednocześnie występuje z innymi objawami zapalenia opon, to jednak zdarza się, że lekkie wieczorne podniesienie ciepłoty na dłuższy czas wyprzedzają wystąpienie wyraźnych objawów zapalenia opon. Na okoliczność tę należy zwracać baczną uwagę w przypadkach po operacji na wyrostku sutkowym, nie przedstawiających zboczeń w gojeniu się rany. Tętno wogóle odpowiada ciepłocie, a więc jest przyspieszone, chociaż w 6 przypadkach autor już przy istniejącej gorączce spostrzegał zwolnienie tętna. Tętno nieregularne prawie stale występowało w końcowych okresach choroby.

U 9 chorych autor spostrzegał wyprysk warg, w kątach ust i u wejścia do nosa. W jednym przypadku pęcherzyki podobne były do bąbelicy i w zawartości znajdowały się te same bakterie (diplokokki), które wykazano w ropie pochodzącej z opon i w płynie mózgodzeniowym, otrzymanym przy przekłuciu łądźwiowem. W większości przypadków spostrzegano wymioty. W 10 przypadkach wymioty pojawiły się w bardzo wczesnym okresie wraz z wystąpieniem innych objawów mózgowych a nawet wcześniej, kiedy wcale nie podejrzewano jeszcze zapalenia opon mózgowych.

Bóle głowy są objawem stałym, różnią się tylko co do chwili wystąpienia, rodzaju i natężenia, jak również co do czasu trwania. Większość chorych określa bóle głowy jako nadzwyczaj gwałtowne i nieznośne, niektórzy do takiego stopnia, że uderzali głową o ścianę, a jeden z bólu gryzł kołdrę. U niektórych chorych bóle istniały już przed wstąpieniem do kliniki i przed operacją, a później rozwijające się zapalenie opon mózgowych nie wpływało na gwałtowność i umiejscowienie bólów. Już z góry były podejrzane takie przypadki, w których po operacji bóle nie ustępowały, ani się nie zmniejszały.

Czasami bóle z początku rozszerzające na całą głowę, po wystąpieniu gwałtownych objawów mózgowych ograniczały się do jednej połowy głowy, innym razem ból umiejscowiony



z początku w okolicy ucha, rozszerzał się na całą głowę. Zwykle natężenie bólu było od początku do końca jednakowe, czasami jednak ból zmieniał się co do natężenia. Wogóle zdaje się, że umiejscowienie i natężenie bólu zależy od umiejscowienia i rozległości sprawy chorobowej. Przy bólach w okolicy potylicowej i karku, zwykle zajęta była tylna jama czaszkowa, przy bólach zaś czoła najczęściej siedliskiem choroby była duża półkula mózgu i stronie największej bolesności odpowiadał największy wysięk.

Z wyjątkiem dwóch chorych, którzy zachowali przytomność aż do śmierci, reszta miała przytomność zamrozoną. Od lekkich postaci zamroczenia, aż do zupełnej utraty przytomności, istniały różne stopnie. Z początku chorzy oddziaływali jeszcze na nawoływania i dawali odpowiedzi na pytania i powoli dopiero stan się pogarszał i kończył się zupełną utratą przytomności. Jedenastu chorych przed wystąpieniem zupełnej utraty przytomności wykazywało niepokój, i bred, inni znów byli zupełnie apatyczni w śpiączce i tylko od czasu do czasu budzili się z głośnym krzykiem i jękiem. Trudno ze stopnia nieprzytomności wnioskować o ilości i umiejscowieniu wysięku ropnego, gdyż w dwóch powyższych przypadkach, w których przytomność aż do śmierci była zachowaną, zajęta była w jednym tylko podstawa mózgu, a w drugim powierzchnia górna. Prawdopodobnie zależy to od bardzo subtelnych zmian w tkance mózgowej, niewidzialnych dla gołego oka.

Zawrót głowy spostrzegał autor w 16 przypadkach. Częste występowanie zawrotów zależy bezwątpienia od częstego zajęcia błędnika, które też służy za drogę, po której ropna sprawa szerzy się na opony mózgowe. U tych 16 chorych 11 razy miał autor do czynienia z chorobą błędnika, która wywołała zapalenie opon mózgowych, i która też była główną przyczyną zawrotów. W 5 przypadkach błędnik okazał się niezajętym, możliwą jest jednak rzeczą, że przyczyną zawrotów w tych przypadkach były zmiany błędników niedostrzegalne makroskopowo lub też zmiany tych części mózgu, które pośrednio mogą wywoływać zawrót głowy.

W 6 przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych nie było zawrotów głowy. W niektórych przypadkach zawroty głowy występowały bardzo wcześnie, i to w takim okresie choroby,

w którym nie myślano jeszcze zupełnie o istnieniu zapalenia opon mózgowych, należy zatem przyjąć, że zawroty zależne były wyłącznie od choroby błędnika. Badanie słuchu wykazywało we wszystkich przez autora spostrzeganych przypadkach daleko posunięte zajęcie błędnika. Wykazanie zajęcia błędnika, ma zdaniem S. doniosłe znaczenie rozpoznawcze, szczególnie w tych przypadkach, w których przedtem błędnik nie był zajęty. Wskazuje ono, że sprawa ropna na opony szerzyła się drogą błędników, i że prawdopodobnie sprawa chorobowa umiejscowiona będzie w tylnym dole czaszkowym. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ropniem mózdzku i ropnem zapaleniem opon mózgowych w tylnym dole czaszkowym powinno w tych razach być rozważane i w każdym razie większe będzie prawdopodobieństwo zajęcia opon wobec ustalonego faktu na drodze statystycznej, wykazującej że sprawy ropne w błędnikach częściej przechodzą na opony mózgowe.

Objawy kliniczne spostrzegane przy ropnem zapaleniu opon ulegają wielkim wahaniom. Przedewszystkiem jeden z najważniejszych objawów — gorączka. Jeżeli w przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych, typ gorączki będzie przepuszczający i w dodatku jeszcze wystąpią dreszcze, to bardzo łatwo przyjąć sprawę za ropnicę. Prócz tego i przy stałej gorączce jeżeli nie uwzględnimy choroby ucha, mogą się zdarzać omyłki rozpoznawcze. Gorączka w przebiegu ropnych spraw ucha i po operacjach na wyrostku zawsze będzie wzbudzać podejrzenie na powikłania wewnątrzczaszkowe, szczególnie wtedy, jeżeli uda się wyłączyć zatrzymanie ropy lub powikłania ze strony rany pooperacyjnej. Stan tętna, porażenia i podrażnienia nerwów, jak również i wymioty, nie są stałymi objawami przy ropnem zapaleniu opon mózgowych i mogą również występować i przy ropniu mózgowym, ropnicy i posocznicy pochodzenia usznego. Do najpewniejszych i najstałszych objawów zaliczyć należy zamroczenie przytomności. Pojedyncze zatem objawy nie posiadają cech znamienych dla ropnego zapalenia opon mózgowych i tylko jednoczesne wystąpienie szeregu objawów pozwala na postawienie takiego rozpoznania w wybitnych przypadkach. Słusznie też twierdzi SCHWARTZE, że tylko utrata przytomności z jednoczesnym wystąpieniem kureczów toni-



cznych i kłonicznych w kończynach, lub połowiczne porażenie, czynią rozpoznanie niewątpliwe. Zdarzają się wprawdzie przypadki, w których na pierwszy rzut oka można rozpoznać ropne zapalenie opon. Pomijając jednak takie typowe przypadki, przyznać musimy, że rozpoznanie ropnego zapalenia opon mózgowych, na zasadzie objawów klinicznych, często jest niezmiernie trudne. Trudności rozpoznawcze będą jeszcze większe w przypadkach ropnego zapalenia opon, pochodzenia usznego, gdyż jak wiadomo, już sama sprawa ropna jest w stanie wywołać objawy podobne do mózgowych.

Nietylko bowiem u dzieci, lecz i u dorosłych nagromadzona w jamie bębenkowej ropa, może wywoływać obraz chorobowy podobny do zapalenia opon mózgowych, który jednak znika, po wypuszczeniu ropy. Należy również zauważyć, że ropne zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego, najczęściej powstaje wskutek spraw ropnych w błędniku. W początkowych okresach trudno jednak z całą stanowczością stwierdzić, czy sprawa ogranicza się do błędników, czy też już zajęła opony mózgowie. Rozpoznanie zaś początkowych okresów zapalenia ma doniosłe znaczenie, gdyż wtedy tylko możemy jeszcze pomódz choremu, gdy oczekiwanie na zupełny jasny obraz choroby może mieć tylko znaczenie naukowe.

Granica pomiędzy ropieniem błędnikowym a podrażnieniem opon *resp.* ropnym zapaleniem opon mózgowych nie da się tak łatwo ustalić. Wogóle wprowadzenie nazwy podrażnienie opon wskazuje na niepewność naszego rozpoznania. W przypadkach, w których nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z powikłaniem wewnątrzczaszkowym, bardzo często określenie natury powikłania napotyka na trudności i nie da się wyjaśnić wyłącznie na podstawie obserwacji klinicznej. Odnosi się to szczególnie do przypadków o przebiegu przewlekłym, w których rozpoznanie przeważnie da się postawić nie tyle na podstawie istniejącego zbioru objawów, ile *per exclusionem*. Bardzo często obraz kliniczny prowadzi do błędnego rozpoznania i niepotrzebnych operacji, jak np. otwierania zatoki poprzecznej i szukania ropni mózgowych, jak również do zaniechania koniecznych operacji w przypadkach, w których mylnie przyjmujemy istnienie rozlanego zapalenia opon mózgowych.

Autor nie podziela poglądu tych autorów, którzy twierdzą, że można rozpoznać ropne zapalenie opon mózgowych, wyłącznie na zasadzie objawów klinicznych. Rozpoznanie często bywa utrudnione przy istniejących jednocześnie ropniach mózgowych i zakrzepach zatok. To też wprowadzenie przekłucia łędźwiowego należy uważać za ogromny postęp w dyagnostyce. Wyniki otrzymane w klinice SCHWARTZ'ego i podane w pracach LEUTERT'a i BRAUNSTEIN'a (patrz wyżej), autor dopełnia cennymi uwagami. Odnosić ujemnego wyniku przekłucia łędźwiowego tezy podane przez BRAUNSTEIN'a nie uległy zmianie. Wynik dodatni był dotychczas uważany za wystarczający dowód istnieniu ropnego zapalenia opon mózgowych. Dowodem takim miała być zwiększona ilość leukocytów, nie żądano przytęm wykazania kokków i bakterii. Na zasadzie dalszych spostrzeżeń okazało się jednak, że pogląd taki jest niesłuszny, i że dla ustalenia pewnego rozpoznania, wykazanie bakterii jest rzeczą niezbędną.

Badania bakteryologiczne płynu mózgodzeniowego dokonano w 25 przypadkach i tylko w 4 przypadkach nie stwierdzono bakterii. Ujemny ten wynik można sobie wytłumaczyć tem, że zapalenie opon w chwili wykonania przekłucia było jeszcze względnie świeże, ilość leukocytów, jako wyraz zapalenia była wprawdzie powiększoną, lecz nie udało się wykryć bakterii w miejscu dość odległym od pierwotnego ogniska chorobowego.

Tłumaczenie takie znajduje niejako potwierdzenie w tem, że w dwóch z powyższych przypadków, przy drugim przekłuciu stwierdzono bakterie. Prócz tego zanotować wypada, że w trzech przypadkach, w których nie wykazano bakterii, ropne zapalenie opon mózgowych, powstało po ropniu mózgowym. Przebieg po pęknięciu ropnia jest zwykle tak piorunujący, że następuje śmierć, zanim zdola się rozwinąć rozlane zapalenie opon mózgowych. Lecz i z drugiej strony, ropa zawarta w ropniu otorbionym może nie zawierać bakterii.

Dla wykazania bakterii w płynie mózgodzeniowym, konieczne jest zbadanie świeżego preparatu a nie hodowli. Hodowle często dają wyniki niepewne, gdyż płyn mózgodzeniowy posiada własności wstrzymujące rozwój bakterii, a może nawet własności zabijające bakterie, tak



że w przypadkach, w których w barwionym preparacie znajdowano bakterie, hodowle pozostawały jałowe. Autor przytem zwraca uwagę, że barwienie bakterii płynu mózgodzeniowego za pomocą spirytusowych roztworów błękitu metylenowego nawet w przeciągu 15 minut, często nie wystarcza i radzi dla otrzymania dostatecznego zabarwienia preparaty barwić dłużej, t.j. 30—45 minut. Zmętnienie płynu mózgodzeniowego wskazuje na istnienie stanu zapalnego opon mózgowych, wylęcza jednak z wielkiem prawdopodobieństwem rozlane ropne zapalenie opon, obecność bakterii w płynie mózgodzeniowym natomiast jest niezbitym dowodem rozlanego zapalenia opon mózgowych.

W czterech przypadkach, zapalenie opon mózgowych było urazowego pochodzenia; w dwóch przypadkach zranione zostały opony, w pierwszym przypadku błoną okienka okrągłego i w jednym wskutek otwarcia okienka owalnego przy operacji. Utrzymywano, że zapalenie opon mózgowych może powstać wskutek samej operacji. Otóż w przypadkach, w których zapalenie opon mózgowych natychmiast powstaje po operacji można myśleć o operacji jako przyczynie tylko w tych razach, jeżeli najdokładniejsze badanie makroskopowe i mikroskopowe nie wykaże drogi, po której ropienie przedostało się na opony, i prócz tego należałoby anatomicznie dowieść, że rzeczywiście zapalenie opon powstało dopiero po operacji. Kliniczne objawy istniejące przed operacją nie zawsze są dość wybitne, aby wskazywały na utajoną postać zapalenia opon mózgowych. Może więc zapalenie opon już przedtem istnieć, na co wskazywać będą bóle głowy i zawroty, a wystąpienie zaraz po operacji może być rzeczą czysto przypadkową.

W nowszej literaturze opisują przypadki, w których jakoby wstrząśnienie czaszki przy operacji, wykonywanej dłutem miało być przyczyną powstawania ropnego zapalenia opon mózgowych. Prawdziwość takiego twierdzenia nie została zdaniem autora dotąd dowiedziona, i nie dowodzą tego bynajmniej przypadki przytoczone przez KÖRNER'a. Należałoby przytem wobec zarzutów stawianych w tym względzie dłutom, dowieść, że przy używaniu innych narzędzi, jak np. fraizy, przypadki takie się nie zdarzają. Przyjmując przyczynowy związek pomiędzy operacją

a ropnym zapaleniem opon mózgowych, bardzo często bierze się zdaniem S. post, za *propter hoc*.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że operacja wykonana przy już istniejącem ropnem zapaleniu opon mózgowych, bardzo często pogarsza stan chorego, a może nawet i przyspiesza jego zgon. W każdym razie nie udało się dotąd uratować chorego z zupełnie rozwiniętym ropnem zapaleniem opon mózgowych.

Jak obecnie należy się zachować pod względem terapeutycznym, wobec stwierdzonego ropnego zapalenia opon mózgowych?

Daleko prościej rzecz się miała dawniej, gdy rokowanie w każdym przypadku zapalenia opon było zupełnie beznadziejne; dawniej jednocześnie z rozpoznaniem wydawano wyrok śmierci, i nie starano się bynajmniej o leczenie zapalenia opon ani też podstawowego cierpienia ucha. Przekłucie łędźwiowe umożliwia nam pewne rozpoznanie zapalenia opon i możemy przez to ściślej określić charakter powikłania wewnątrzczaszkowego, i co za tem idzie, decydować się na rękoczyn chirurgiczny, lub też zaniechać operacji. Dziś powiększona ilość leukocytów w płynie mózgodzeniowym, nie powinna nas wstrzymywać od zabiegu chirurgicznego. Nawet mikroskopowo stwierdzone powiększenie ilości leukocytów nie powinno nas skłaniać do zasadniczego odmawiania operacji w przypadkach, w których stan ucha i stan ogólny chorego operacji takiej wymagać będzie.

Kwestyi, czy przekłucie łędźwiowe może wywierać dodatni wpływ na przebieg choroby, autor nie podejmuje się rozstrzygnąć.

Jak z jednej strony dawniej uważano każdy przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych za stracony i odmawiano wszelkiej interwencji chirurgicznej, tak z drugiej strony dziś wobec znanych, acz nielicznych dodatnich wyników operacji, wpadają niektórzy w drugą ostateczność, a mianowicie radzą zawsze operować. Stanowisko takie ma jeszcze pewne uzasadnienie w klinikach, i zapewne uda się niekiedy uratować chorego w przypadkach rozpaczliwych, chociażby przy takim szablonowem postępowaniu, i teraz większość przypadków zakończy się śmiercią. Pogląd, że operacja nie zaszkodzi, a przy szczęśliwym zbiegu okoliczności, wiele pomódz może, nie powinien mieć w tych razach



zastosowania. Tak jak wogóle w medycynie tak i tu powinna być uwzględniona zasada *primum non nocere* i ścisła indywidualizacya. Choć istnieją przypadki niewątpliwie stwierdzonego klinicznie i drogą przekłucia łądźwiowego, zapalenia opon mózgowych, wyleczonych bez operacyi lub drogą operacyjną, to jednak nie jesteśmy w stanie ustalić szematu mogącego mieć ogólne zastosowanie. Operacya może tylko wtedy dać wyniki pomyślne, jeżeli będziemy wstanie w każdym przypadku przesłedzić drogę, po której zakażenie się szerzyło i ogniska te usunąć. Próby chirurgów szerokiego obnażania opon mózgowych w przypadkach urazowych dały zawsze wyniki ujemne. Nie możemy sobie obiecywać lepszych wyników przy zapaleniu opon pochodzenia usznego, gdyż drogi zakażenia są tu daleko liczniejsze i bardziej ukryte, a stosunki anatomiczne są dla operacyi daleko trudniejsze, aniżeli w postaciach urazowych. Z powyższego wynika, że wobec istnienia ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego, nie posiadamy stałych prawideł i wskazówek ściśle nasze postępowanie określających. Jasną jest rzeczą, że w niektórych przypadkach wątpliwych co do rozpoznania, nie wolno nam będzie czekać z operacją, w innych znów zależeć będzie od osobistego zapatrywania lekarza i jego sumienia, czy wolno mu będzie ryzykować operację czy też operacyi zaniechać.

Nie ulega wątpliwości, że z postępem badań anatomo-patologicznych, doświadczenia klinicznego i udoskonalonej techniki, będzie można daleko częściej niż dotychczas uzyskać wyleczenie ropnego zapalenia opon mózgowych.

Dopóki jednak nie mamy ścisłych, na anatomicznej i klinicznej podstawie opartych wskazań, dopóty operacyjne leczenie już rozwiniętego rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych będzie przeciwwskazaniem.

(Arch. f. Ohrenh. T. 57. Zeszyt 4. r. 1902 i T. 58. Zeszyt 1. r. 1903).

G.

## POŁOŻNICTWO.

Niektóre nowsze prace o gorączce połogowej.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 13)

### E. BUMM. O chirurgicznym leczeniu gorączki połogowej.

Rozwój nauki o odkażaniu nie wpłynął na zmniejszenie ilości gorączek połogowych w tym stopniu, jak to można było przypuszczać na zasadzie rezultatów, osiągniętych przez antyseptykę na innych polach medycyny.

Choć śmiertelność w zakładach położniczych zmalała do 0,1—0,3% i istnieją dobrze urządzone zakłady, w których z szeregu 1000 a nawet 2000 położnic ani jedna nie umarła skutkiem posocznicy, w domach prywatnych najcięższe przypadki gorączki połogowej pojawiają się jeszcze zbyt często, a w niektórych miejscowościach śmiertelność z gorączki połogowej pozostała bez zmiany i jest tak wielka, jak przed 50 laty.

Liczne tego stanu rzeczy są przyczyny, a przedewszystkiem: niedostateczna umiejętność akuszerki, zbyt powierzchowna aseptyka i antyseptyka, nadmierna ilość zabiegów operacyjnych, usposabiających do zakażenia z powodu obrażeń następczych. Zauważyć wszakże należy, że ścisłe przeprowadzenie antyseptyki przy porodach, szczególnie w domach prywatnych jest o wiele trudniejsze, aniżeli przy zwykłych operacjach chirurgicznych, albowiem poród trwa dłużej, odbywa się często w niezwykle niepomyślnych warunkach, a do ran kanału rodowego dotykają się nieudolnione lub nieczyste ręce akuszerki.

Wobec więc częstości gorączek połogowych z jednej strony, a z drugiej wobec bezsilności antyseptyki w połogu jak i ogólnego leczenia dziwić nie może, że myśl akuszerów zwróciła się ku wynalezieniu metody chirurgicznego postępowania w celu polepszenia wyników leczniczych.

Najprostszym zabiegiem chirurgicznym, podejmowanym w gorączce połogowej, jest skrobanie. Operacyą tę zwykle łączą wraz z wewnątrz-macicznymi przeplukiwaniami, a często stosują z szablonową zaciętością, chociaż najprostszym ten zabieg bynajmniej nie jest niewinnym



rękoczynem, lecz przeciwnie poważnym i niebezpiecznym. Po łyżeczkowaniu ciepłota chorej podnosi się wysoko i gorączka połogowa przyjmuje przebieg niepomyślny nawet wtedy, gdy zabieg ten został wykonany technicznie bez zarzutu, a macica nie została przedziurawiona.

Przypadki spostrzegane przez BUMM'a najzupełniej usprawiedliwiają zdanie, że łyżeczkowanie w przypadkach paciorkowcowego zakażenia błony śluzowej macicy jest błędem lekarskim. Nasze obecne pojęcia o odkażeniu nie pozwalają przypuszczać, aby skrobanie i przepłukiwanie dezynfekcyjne usunąć mogły wszystkie zarazki z jamy macicy. Co więcej; wiemy, że 80% zakażeń paciorkowcowych w położu ulega samodzielnemu wyleczeniu, sam ustrój bowiem wpływa na wytworzenie wału ochronnego w błonie doczesnej w postaci drobno-komórkowego nacieczenia, dzięki skupieniu się leukocytów i okoliczność ta kładzie tamę dalszemu szerzeniu się zarazków, sprzyja odpadaniu bł. doczesnej zmarzwiałej i usianej bakteriami. łyżeczka tymczasem niszczy ten wał i toruje nowe drogi dla drobnoustrojów do otwartych naczyń krwionośnych i chłonnych. W ten sposób powstaje często po skrobaniu zapalenie otrzewny posocznice, w przypadkach zaś cięższych rozpad skrzepów z objawami ropniczymi, w najpomyślniejszym razie paciorkowcowe zapalenie wewnętrzne (*endophlebitis streptococcica*) z objawami *phlegmasia alba*.

Nie tylko przy gorączce paciorkowcowej, ale i w przypadkach gnicia w jamie macicy pozostałych resztek łożyska, jaja płodowego poronieniach, błon płodowych, skrzepów i t.p., łyżeczkowanie nie powinno być stosowane z powodu obawy zakażenia żylnego. Zadaniem leczenia w tych przypadkach jest usunąć rozkładające się i gnijące ciała. W ten sposób znosimy przyczynę wchłaniania się do ustroju produktów rozpadu, ponieważ bakterie gnilne mogą tworzyć swe ciała trujące jedynie w tkance obumarłej. Wydalanie jednak tych obumarłych tkanek nie powinno się odbywać ze szkodą chorej, a zatem najwłaściwiej zabieg ten wykonywać za pomocą palca, który usunie zawsze większe kawałki, mniejsze zaś i drobne drogą biegu naturalnych procesów po kilku dniach wydalają się same. Postępując w ten sposób, unikamy niebezpieczeństwa zaniesienia drobnoustrojów do żył,

szczególne paciorkowców, które obok bakterii gnilnych znajdować się mogą. Niezmiernie pod tym względem pouczający jest przypadek opisany przez BUMM'a, w którym wydobyto palcem 12-go dnia po porodzie resztki łożyska, a następnie macicę wyskrobano i przemyto. Badanie drobnowidzowe i szczepienia wykazały liczne pałeczki i koki, a obok nich w nieznacznej ilości pojedyncze paciorkowce. W trzy godziny po łyżeczkowaniu pojawiły się dreszcze, a ciepłota podniosła się do 39,8, kiedy przed zabiegiem wahała się między 38,3 — 38,6°. Chora zmarła przy objawach ropnicy, a badanie zwłok wykryło rozpad posocznicy skrzepów w miejscu przyklejenia łożyska, skrzepy zaś sięgały do żyły obłej. (*v. cova. inf.*). Gdyby się jednak ograniczono do opróżnienia macicy tylko za pomocą palca, prawdopodobnie nie powstałoby zakażenie żył.

Kiedy przepłukiwania macicy i łyżeczkowanie pozostaje bez skutku, a zakażenie umiejscowione jest jeszcze w macicy, wtedy już tylko można myśleć o wyluszczeniu macicy. Operacja ta ma na celu przeszkodzenie dalszemu szerzeniu się zakażenia posoczniczego. Ponieważ jednak sprawy gnilne w macicy i połogowy nieżyt paciorkowcowy mogą samodzielnie zakończyć się wyzdrowieniem, tylko te przypadki wymagają doraźnej operacji, w których mamy do czynienia z uszkodzeniami macicy w czasie porodu i poronienia lub z głęboko sięgającą zgorzelą, uwarunkowaną przez zmarzwiałe mięśniaki i przez zbyt długie zatrzymanie w jamie macicy części płodu i resztek łożyska. Tego rodzaju przypadki dają dobre wyniki przy leczeniu operacyjnym, zachodzi jednak pytanie, czy zwykle ręczne opróżnienie macicy i następcze przepłukiwanie dezynfekcyjne nie doprowadziłyby również do wyników pomyślnych?

Wyluszczenie macicy w przypadkach posocznicy połogowej rzadko kiedy wywiera dobroczynny wpływ na przebieg choroby i dla tego zabieg ten rzadko bywa wskazany. Większość tego rodzaju operacji była dokonana przez lekarzy amerykańskich i często, o ile pozwalają opisy tych przypadków wnioskować, bez głębszego zastanowienia. Pomyślnie zaś zejścia przypisać można łagodnej postaci zakażenia posoczniczego. BUMM wyluszczał trzykrotnie macicę przy posocznicy paciorkowcowej; we wszystkich jednak przypadkach nastąpiła śmierć wkrótce



po operacyi, a badanie zwłok wykazało zapalenie otrzewny miedniczej i poczynające się ropienie kikutów pooperacyjnych, niezależnie od metody postępowania operacyjnego: pochwowego czy brzuszego.

Bądź co bądź, operacja macicy przeciwskazaną jest w tych przypadkach, w których paciorkowiec daje się wykryć we krwi i istnieją objawy miejscowe sprawy zakaźnej w okolicy macicy. Operacja przy tak już posuniętej posocznicy sprowadza wtórne zakażenie powierzchni ran i przyspiesza zejście śmiertelne (przypadki SIPPEL'a, FEHLING'a, BUMM'a).

Pozostaje jeszcze rozpatrzyć zabiegi operacyjne, dokonywane przy umiejscowieniu posocznicy połogowej po za macicą.

Zakażenie błony śluzowej jajowodów prowadzi do utworzenia posoczniczego otoku ropnego (*pyosalpinx*), który się często wikła ropniami w jajniku. Przy tych sprawach powstaje zapalenie zlepane, za pomocą którego wyżej wymienione twory patologiczne wraz z sąsiednimi tkankami łączą się w jeden guz przydatków. Tego rodzaju guz, znajdując się obok lub po za macicą, przemawia za umiejscowieniem się i ograniczeniem sprawy zakaźnej, a wtedy operacja natychmiastowa nie da się niczem wytłomaczyć. Wszelki zabieg operacyjny zniszczyłby lecznicze działanie natury, a po przerwaniu lub pęknięciu zrostów doprowadziłby do posoczniczego zapalenia otrzewny. A zatem, racjonalnem będzie postępowanie lecznicze wyczekujące, a wyluszczenie guzów przydatków tylko wtedy wskazaniem, kiedy nie ulegną wessaniu i zablźnieniu po kilku miesiącach.

Również niebezpiecznem jest wycięcie zropiałych torbieli w przebiegu gorączki połogowej.

Co się tyczy posoczniczego zapalenia otrzewny, dotąd wszystkie próby operacyjnego leczenia (przecięcie ściany brzusznej, przepłukiwania jamy brzusznej, zakładanie sączków) w przypadkach rozległego lub ogólnego zapalenia otrzewny kończyły się niepomyślnie, jedynie w początkowem stadyum choroby BUMM spostrzegł poprawę i wyzdrowienie. Atoli, wobec trudności rozpoznawczych i konieczności wyluszczenia macicy, jako źródła zakażenia, po otwarciu jamy brzusznej zabiegi operacyjne są zbyt

trudne, a dla chorej zbyt ciężkie, aby się na nie łatwo odważyć.

Jeżeli przy ogólnem zapaleniu otrzewny udaje się osiągnąć wynik pomyślny przez zwykłe przecięcie ściany brzusznej i założenie sączków, zejście takie należy do nadzwyczajnych rzadkości jak to wskazują próby, czynione na ludziach, i popierają doświadczenia na zwierzętach. Zwykłe przecięcie ściany brzusznej i sączkowanie okazało się zabiegiem skutecznym, ale w przypadkach otorbionych ropni otrzewny, o ile zdołano uniknąć utworzenia jamy brzusznej, nie dotkniętej jeszcze sprawą zapalną.

Ropnie tkanki przymacicznej wtedy powinny podlegać leczeniu chirurgicznemu, kiedy zakażone tkanki uległy rozmiękczeniu i ropa wykryć się daje. Przecięcia ropni, przeto, wykonywane być winny dopiero wtedy, kiedy wytworzy się znaczny i łatwo dostępny guz ropny, powstający z połączenia tysiącznych ognisk ropnych w tkance przymacicznej. Samo otwarcie ropnia jednak niewystarcza, a powinno być łączone z przeciwcieciem w celu lepszego przepłukiwania jamy ropnia i ścieku ropy.

Ponieważ zatoki łożyskowe łączą się z żyłami nasiennymi, a te ostatnie bywają niekiedy jedynymi siedliskami ognisk ropnych, pomimo że punktem wyjścia cierpienia jest miejsce przyklejenia łożyska, a sprawa zakaźna w niem już zanikła tak dalece, że nawet drobnowidzowo nie można wykazać łączności cierpienia w żyłach nasiennych z pierwotnem ich źródłem. Wycięcie w takich przypadkach chorobowo zmienionych odcinków żył wystarcza dla usunięcia z ustroju źródła posocznicy.

Rozpoznanie cierpienia daje się ustalić za pomocą wycięcia w uspieniu chorej *ly. infund. pelv.* jako twardej powróseł z boku kręgosłupa. Wycięcie dolnej części żyły nasiennej aż do okolicy *art. mesent. inf.* ze strony jamy brzusznej nie przedstawia szczególnych trudności technicznych; górny odcinek żył łatwo mógłby być dostępny przy szerokiem cięciu lędźwiowem.

W. A. FREUND pierwszy wykonał wyżej opisaną operacyę (1 przyp.), BUMM zastosował ją w trzech przypadkach. Pierwsze próby jednak, zakończyły się niepomyślnie, pomimo to operacya wycięcia żył jako ostatni zabieg i próba le-



czenia chorych bezwarunkowo skazanych na śmierć jest usprawiedliwiona.

(*Samml. zwang. Abh. Graefe's aus. d. Gebiete der Frau. u. Geburt. Bd. VI.*)

Dr. SOLT (Liflandya). **Ergotyna jako środek zapobiegawczy i „swoisty“ przy leczeniu gorączki połogowej.**

W ostatnim dziesięcioleciu poświęconowiele prac omówieniu postępowania zapobiegawczego i leczniczego przy gorączce połogowej. Zalecane jednak zabiegi po większej części mogą być stosowane jedynie w klinikach; w praktyce zaś prowincjonalnej mało albo wcale nie są użyteczne.

Na czele środków zapobiegawczych powszechnie stawiane jest badanie zewnętrzne.

Lekarz prowincjonalny rzadko śledzić może poród od początku, a wzywany zwykle późno musi z konieczności zaniechać badania zewnętrznego, kiedy macica jest zbyt wrażliwą, albo zbyt obkurzoną koło płodu, prócz tego często zmuszony jest zbadać rodzącą wewnątrz dla wyraźnego określenia, czy ma pozostać przy chorej czy też może pozostawić ją na opiece akuszerki.

Rękawiczki w położnictwie nie mogą liczyć na rozpowszechnienie ze względu na to, że sprowadzają trudności sztuczne przy badaniu i operowaniu. Badanie przez kışkę prostą znowu jest nieprzyjemne dla chorej, a następnie zanieczyusza rękę, która następnie musi być użyta do operacji lub badania wewnętrznego. Szprycowania pochwy przed porodem są zbyt ciężkie, ponieważ pochwa zdrowej ciężarnej wolną jest od drobnoustrojów chorobotwórczych, a wydzielina pochwa posiada własności bakterycydy (MENGE, KRÖNIG). Szprycowania w położeniu w rękach akuszerki mają często opłakany skutek, sprowadzając gorączkę w końcu pierwszego tygodnia u chorych niebadanych, gdy tymczasem statystyka A. DOEDERLEIN'a i E. WINTERNITZ'a jasno dowodzi, że jama macicy zdrowej położnicy jest wolną od drobnoustrojów prawie bez wyjątku. Najważniejszym więc środkiem dla lekarza-praktyka pozostaje mycie rąk, wyjaławianie narzędzi i dezynfekcja zewnętrznych części płciowych.

Co się tyczy rąk te najlepiej wyjaławiać się dają za pomocą metody ALFELD'a, polegającej na starannem myciu rąk mydłem w wodzie go-

rażej przegotowanej, a następnie w wysoku i zawsze za pomocą szczotki wygotowanej.

Dla leczenia gorączki połogowej istnieje wiele środków, sposobów i metod. Niemniej jednak żadna z nich nie zdobywa gorących zwolenników, a co więcej, podnoszą się głosy i to poważne przeciwko leczeniu miejscowemu.

Chorą macicę można sobie przedstawić jako otwartą jamę ropnia, którego otwór leży ku dołowi, a ściany nie mają skłonności do zlepiania się, i przytem jamę, do której powietrze zewnętrzne niema przystępu. Jama macicy ma tę jeszcze stronę dodatnią, że umięśnienie bogate jej ścian pozwala na skurcze, dzięki czemu wszelkie obce ciała np. ropa, kawałki zmartwiałej tkanki łatwo wydalać się mogą. Ta ostatnia okoliczność świadczy najlepiej przeciwko wprowadzaniu zatykań z gazy do jamy macicy i szprycowaniom wewnątrz-macicznym. Przypomnieć tu się godzi, że wogóle przepłukiwania jamy ciała w ostatnich czasach zostały niezmiernie ograniczone, a Maurice CAZIN mniema, że współczesni chirurdzy zarzucili zupełnie przepłukiwanie jamy oplucnej. To, samo da się powiedzieć o przepłukiwaniach jamy brzusznej przy operacjach na macicy i jej przypadkach na zasadzie prac OTT'a, WASTEN'a i innych.

Ani przyżegania, ani skrobanie ani oparzenie (*vaporisatio*) jamy macicy nie są w stanie usunąć lub zniszczyć drobnoustrojów chorobotwórczych, które przenikły głęboko w ścianę macicy. Obok tego należy podkreślić, że wszelki zabieg miejscowy podrażnia chorą, sprowadza bóle, chorą przygnębia i osłabia ustrój dla walki z zakażeniem, co staje się jeszcze więcej zrozumiałem, gdy chora musi być uszpięta za pomocą chloroformu dla wykonania zabiegu.

Wstrzykiwania podskórne wzbudziły początkowo nadzieje wielkie. Tu przedewszystkiem wspomnieć należy o surowicy MARMOREK'a i ROGER-CHARRIN'a. Rezultaty stosowania tych dwóch surowie rozwiały pierwotne nadzieje, i przez nowsze prace środki te zostają zarzucone jako bezskuteczne. Objawienie takiego stanu rzeczy jest łatwym, ponieważ gorączkę połogową sprowadzają nie jakieś szczególne drobnoustroje, lecz różne rodzaje i gatunki paciorkowców, gronkowców, gonokoków, *bacilli coli*, bakterye gnilne i t. d.



Wstrzykiwania podskórne *ol. terebinthinæ* są nadzwyczaj bolesne (FOCHIER, ŚWIĘCICKI, JORDAN, SWITALSKI), a przytem jest do pewnego stopnia niebezpiecznem wywoływać sztuczne ropienie u chorych słabych i gorączkujących.

Pominąwszy milezieniem innego rodzaju jeszcze wstrzykiwania podskórne (pilokarpiny, kreozotu, olejku kamforowego, soli kuchennej) wewnętrzne (roczynów sublimatu) i wcierania skórne (*ung. cinereum*, *ung. CREB'e*), przejdziemy do rozpatrzenia środków wewnętrznych.

Z tych znane są powszechnie wszelkiego rodzaju środki przeciwgorączkowe, oprócz których zalecają niektórzy autorowie: *lg. ferrisquischlorati*, *hydrargyrum bijodatium*, *nukleinum* (JOY, HOFBAUER).

W wielkiem użyciu jest wyskok, zalecany przez BREISKY'ego i RUNGE'go obok leczenia za pomocą kąpeli. Wyskok w małych dawkach podnosi ogólny stan chorych i działa podniecająco. Stale jednak podawany lub w wielkich dawkach osłabia ustrój chory, a prócz tego wzbudza odrazę, nie mówiąc już o przypadkach nałogu opilstwa, powstałego dzięki wyteżonej kuracyi wyskokowej. Obecnie zaznacza się wszędzie kierunek przeciwko stosowaniu alkoholu.

W końcu przejdziemy do leczenia za pomocą sporyszu i wyciągami z niego, do leczenia zbyt niedostatecznie i pobieżnie uwzględnionego, co widocznem jest nawet w podręcznikach, w których sporysz zalecanym bywa jedynie przeciwko krwotokom porodowym, bezwładowi macicy, niedostatecznemu zwijaniu macicy w położu.

Już BARNES, BUMM (1893 r.), ABEGG zwracali uwagę na skuteczność sporyszu nie tylko jako środka wzbudzającego skurcze macicy, ale i jako przeciwdziałającego wessaniu się jądów organicznych. Nawoływania te jednak przeszły niepostrzeżenie pod fałdą co raz to nowych powstających metod leczniczych, gdy tymczasem wpływ sporyszu na przebieg położu jest ze wszech miar dodatni.

Nie wszystkie preparaty sporyszowe mogą być zalecane. Sam sporysz działa niepewnie, a kornutyna KROHL'a łatwo się rozkłada i jest zbyt droga. Za to ergotyna odpowiada wszystkim wymaganiom terapeutycznym, a główne jej działanie farmakologiczne polega na wzbudzaniu skurczów macicy. Te ostatnie w położu powinny być silne i skurczowe, a w tym celu

najlepsze oddają usługi małe dawki ergotyny. Pod wpływem takich dawek skurcze rozpoczynają się na zewnętrznym obwodzie macicy jak również w przydatkach i rozszerzają się w kierunku jamy macicy. Dzięki temu prąd ciecicy w naczyniach chłonnych zwraca się ku jamie macicy, a wraz z nim zarazki chorobotwórcze i jady przez nie wykształcane. Skurcz macicy dalej przyspieszają odpływ odchodów położowych z macicy i wydzielanie zmar twiałych tkanek. Następny rozkurez mięśnia macicy nie odpowiada rozmiarowi skurczu, a przeto wehlanianie zwrotne nie może być brane pod uwagę, tym więcej że części płynne, które łatwiej wehlaniane być mogą, spływają natychmiast w czasie skurczu. Części zaś stałe, zmartwiałe tkanki, nie mogą zbyt długo zatrzymywać się w kanale szyi, albowiem obce ciała łatwiej sprowadzają skurcze macicy przez podrażnienie szyi macicy, aniżeli wtedy, kiedy znajdują się w jamie macicy. Dla tych względów BECKMANN przy *metritis dissecans* ostrzega przed zabiegami miejscowymi, a zaleca natomiast sporysz i postępowanie wyczekujące obok wielkich dawek wyskoku.

Podezas więc podawania ergotyny wehlanianie produktów chorobowych z miejsc zakażeniem dotkniętych odbywa się powolniej, a prócz tego ergotyna jako środek zapobiegawczy ochrania macicę od zakażenia zzewnątrz: kroczą, pochwy, odbytnicy.

HAGER zaleca ergotynę głównie w celu przeszkodzenia wehlonienia przez ustrój tkanek uległych zropieniu. Stosując ergotynę w tym celu we wszystkich sprawach zapalnych, połączonych z ropieniem, i wszędzie, gdzie tego rodzaju sprawom towarzyszyły objawy ropnicy lub posocznicy, a to zamiast wyskoku, u wszystkich chorych już po dwóch, trzech dniach widoczną się stawała poprawa ogólnego stanu.

Ergotyna działa jako środek toniczny i wzmacniający (*roborans*) i ułatwia zwyciężką walkę ustroju z czynnikami chorobotwórczemi, które wehlaniane w coraz mniejszej ilości pozwalają ustrojowi na wytworzenie odpowiedniej ilości antytoksyn i aleksyn dłu zubożenia toksyn, wytworzonych przez drobnoustroje.

SOLT stosował ergotynę we wszystkich przypadkach, w których połów ze względu na tętno i ciepłotę przybierał charakter nieprawidłowy, systematycznie aż do chwili zupełnego



wyzdrowienia położnicy. Postępując w ten sposób w 30 przypadkach nie miał ani jednego zejścia niepomysłnego.

Co się tyczy szprycowań, te S. u rodzących stosował jedynie przed i po operacji, a położnicę chore były szprycowane jedynie tylko podczas badania, którego zwykle nie powtarzał.

Po porodzie prawidłowym i dobrowolnym każda położnica otrzymywała 6 proszków sporyszu po 0,6 w ilości 2 — 3 proszków dziennie.

Gdy zaś chodziło o leczenie systematyczne, wtedy stosował S. ergotyne według następujących formułek: *Rp. Ergotini, Aq. destil aa 5,0. trae amarae 15,0 D.S. 3* razy dziennie od 10—20 kropli lub *Rp. Ergotini 5,0. Aq. Menthae 20,0 Ds.*

Powyżej streszczona praca kończy się zdaniem: „Dr. SCHRADER zaleca przy leczeniu gorączki połogowej spokój i makowiec, ja zaś mógłbym zalecić spokój i ergotyne“.

(*Therap. Monat. 1902. Luty*).

Bronisław Szymański.

Dr. J. WERNITZ. (Odessa). **W sprawie leczenia posocznicy.**

Autor podnosi z uznaniem myśl zasadniczą leczenia spraw ostrych posocznicych za pomocą wprowadzenia do ustroju możliwie wielkiej ilości cieczy, krytykuje wszakże, dotychczas używane, sposoby stosowania tej metody (wlewania podskórne, lawatywy jednorazowe lub stosowane co pewien określony przeciąg czasu), jako niebezpieczne przy słabej działalności serca.

Poleca natomiast sposób własny, polegający na wlewaniu cieczy do odbytnicy za pomocą irygatora HEGARA, które odbywa się powoli, pod słabym ciśnieniem, przez czas dłuższy (przynajmniej przez godzinę) i często zostaje powtarzane. Podnoszenie, względnie opuszczanie irygatora umożliwia regulowanie ciśnienia, które stale winno być niewielkie i nie powinno wywoływać objawów podrażnienia ani wogóle być odczuwane przez chorą. Na początku każdego wlewania wchłanianie cieczy zwykle bywa nieznaczne, natomiast wydzielają się z jelit wzdętych gazy i kał (zanieczyszczoną w ten sposób wodę irygatora należy zastąpić świeżą); w miarę jednakże dłuższego trwania zabiegu wchłanianie staje się coraz znaczniejszem, tak że w rezultacie w ciągu godziny do ustroju można wprowadzić pół do jednego litra cieczy, Wzmacnia się przytem znacznie ilość moczu wydzielanego,

dochodząca niekiedy 5 — 6 litrów na dobę; wreszcie występują poty obfite, które, będąc jedynie wynikiem przepelnienia ustroju cieczą, różnią się zasadniczo od potów, występujących samoistnie podczas rozmaitych spraw ostrych gorączkowych, i bynajmniej nie działają, jak tamte, osłabiająco na serce ani na stan ogólny chorych. Ciepłota przytem opada często do normy, a jeżeli po ukończeniu wlewania na nowo się podnosi, odbywa się to powoli i bez dreszczu wstrząsającego. Prócz tego wszystkiego uwolnienie jelit od rozdymających je gazów znosi wpływ zły wzdęcia na czynność przepony, a przez nią — i serca. Główną zaletę metody stanowi okoliczność, że ustrój otrzymuje ciecz tutaj drogą naturalną — przez wchłanianie ze śluzówki jelit pod nieznacznym ciśnieniem, dzięki czemu ma możność brać w każdej chwili tylko tyle, ile może znieść osłabione w swej czynności serce. W miarę wzmacniania się czynności serca wzmacnia się i wchłanianie cieczy wlewanej.

Autor przychodzi do wniosku, że metoda wlewań, w ten sposób stosowana, czyni zadość wszystkim wskazaniom, podawanym przez naukę przy leczeniu zatruc wogóle. Ustrój, wylugowany w ten sposób, nadzwyczaj szybko przychodzi do stanu prawidłowego.

Autor przytacza kilka wypadków z praktyki własnej, w których chore z zakażeniem posocznicyem połogowym i z rokowaniem bezwzględnie niepomysłnem zostały uratowane jedynie dzięki wlewaniom, w sposób powyższy stosowanym, gdy wszelkie inne próby leczenia zawiodły.

Autor widzi we wlewaniach dzielny środek w walce z wszelkimi sprawami posocznicych i wogóle — zakażeniami, jak również przy wszelkich zatruciach głównie przy mocznicy i drgawkach porodowych, i gorąco zaleca swą metodę.

(*Centralblatt für G. N. 6 i 23 1902*).

Stefan Rechniowski.

I. KLITIN. **Zmiany histologiczne macicy poporodowej w przypadkach ostrej posocznicy paciorkowcowej przy zastosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej oraz bez niej.**

Celem doświadczeń autora, czynionych na królikach, było wypróbowanie skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej w tych przypadkach chorobowych, które ze względu na szybki przebieg, zejście śmiertelne oraz brak objawów



umiejscowienia odpowiadają ostrej posocznicy połogowej. Ażeby wywołać tego rodzaju sprawę chorobową, w której leczenie miejscowe żadnego prawie pożytku nie przynosi i kiedy najlepiej można wypróbować wartość surowicy przeciwpaciorkowcowej, autor użył do zakażenia bulionowej hodowli paciorkowca pochodzenia posoczniczego, której 0,4—0,5 ctm. sz. zabijało królika w ciągu 12—16 godzin.

Dla określenia różnic w działaniu zarazka zależnie od miejsca i sposobu zakażenia, autor wprowadzał hodowlę do miejsc rozmaitych: do rogu macicy, do samej macicy, do pochwy, pod skórę grzbietu; zmieniał też sposób zakażenia — to wceierając hodowlę w błonę śluzową macicy, uprzednio podrapaną igłą, to wstrzykując do tkanki łącznej podskórnej, lub do naczyń krwionośnych. Dla kontroli badań autor równolegle zwierzęta leczone i nieleczone, zaznajomiwszy się uprzednio z normalną budową macicy królika. Surowica przyrządzona sposobem MARMOREK'a była zastrzykiwana w godzinę po zakażeniu, w ilości 2 ctm. sz. Wynik badań autora był następujący:

Hodowla, wprowadzona do rogu macicy lub do naczyń krwionośnych, wywoływała niezależnie od czasu zakażenia po porodzie zmiany jednakowe: obfitość ognisk rozpadowych w błonie śluzowej i w tkance mięśniowej oraz wypełnienie ich paciorkowcami, łuszczenie się śródbłonka naczyń, rozciągnięcie ich przez masy ziarniste, zawierające mnóstwo paciorkowców; słabo wyrażony odczyn zapalny lub brak jego zupełny. Prawie takie same zmiany o mniejszym tylko natężeniu, wywoływało wczesne zakażenie przez pochwę lub przez tkankę łączną podskórną; przy późniejszym zakażeniu widocznym było w niektórych miejscach zwyrodnienie szkliste mięśni oraz mniejsza ilość paciorkowców. Po zastosowaniu surowicy, niezależnie od czasu zakażenia po porodzie zauważono zupełny brak ognisk rozpadowych, szybsze i bardziej prawidłowe zwijanie się macicy, znaczne przekrwienie naczyń, większe nacieczenie drobnokomórkowe tkanek, bardzo małą ilość paciorkowców, przedstawiających przytem postaci inwolucyjne: odosobnione kokki rozmaitej wielkości, słabo barwiące się i przytem nie na niebiesko (błękitem metylenowym, sposobem GRAM'a) lecz na czerwono. Tak zmienione co do kształtu i własności

chemicznych paciorkowce, grupowały się w tkankach zwierząt leczonych naokoło mniej lub więcej znacznych skupień białych ciałek krwi.

Ten fakt chemiotaksyi dodatniej zdaniem autora (a także BORDER'a i innych) służy dowodem osłabienia jadowitości zarazka. W związku z tem zapewne znajduje się fakt, że zwierzęta leczone zawsze żyły dłużej od nieleczonych.

(*Wrac. 1901. N. 24 i 25*).

**J. HRYNIEWICZ. Dwa przypadki gorączki połogowej, leczone surowicą przeciwpaciorkowcową.**

W pierwszym z opisanych przez H. przypadków, pierwiastka piątego dnia po porodzie dostała gorączki (40,0°) i dreszczy. Badanie dokonane w 2 dni później, wykryło: Ciepłotę 41,4°, tętno 120, ból głowy, brzuch wzdęty, niezbyt bolesny, macica skurezona, nieco bolesna, sklepienia niezajęte, odchody obfite, cuchnące. Zastosowano lód na brzuch, sporysz i przemyto pochwę karbolem; dreszcze nie ustały. Na drugi dzień ciepłota 41,5°, tętno 120, stan poprzedni; zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy (więcej autor nie miał), wieczorem tegoż dnia ciepłota 37,5°; dreszczy niema. Następnego dnia rano ciepłota 37,1°, tętno 90, odchody niecuchnące; bóle znikły prawie zupełnie. Odtąd stan chorej szybko zaczął się polepszać.

Również szybki spadek ciepłoty po zastrzyknięciu 10 ctm. sz. surowicy, nastąpił w drugim przypadku z zatrzymaniem w macicy łożyska i bardzo cuchnącemi odchodami. W obydwóch przypadkach na miejscu wstrzykiwań utworzyły się stwardnienia, w pierwszym przypadku wielkości pięści dziecięcej, niebolesne, które wessało się pomimo stosowania masażu dopiero po dwóch miesiącach; w drugim przypadku stwardnienie trochę bolesne, wielkości jaja kurzego, które znikło również po dwóch miesiącach.

(*Wraczebnaja gazeta. 1901. N. 44*).

**L. LIBOW. Kilka spostrzeżeń co do zastosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej w chorobach połogowych.**

Po zastosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej w ośmiu przypadkach gorączki połogowej, autor zauważył spadek ciepłoty, poprawę stanu ogólnego i w najcięższych nawet przypadkach wyzdrowienie, jak np. w przypadku zapalenia macicy z krwotokiem, zapaleniem żył udowych, zapaleniem wysiękowym opłucny i po-



drażnieniem opon mózgowych. Żadnych ujemnych objawów pobocznych po zastrzyknięciu surowicy nie było. Autor zwykle zastrzykiwał 30 ctm. sz. surowicy i w razie potrzeby, następnego dnia lub później, dodawał jeszcze 20 ctm. sz. Jednocześnie stosował on leczenie miejscowe (przemywania macicy lub pochwy) i ogólne w postaci leków podniecających, wzmacniających lub znieczulających, zależnie od przypadku.

Jako przykład może służyć przypadek następujący: pierwiastka dziewiątego dnia po porodzie dostała dreszczy i gorączki. Badanie wykryło: dno macicy na 3 palce nad spojeniem ł-

nowem, ujście przepuszcza dwa palce, odehody ropiaste, ciepłota 40,5°, tętno 120. Zastrzyknięto 30 ctm. sz. surowicy, przemyto macię, zalecono lód na brzuch, sporysz i wino. Po 24 godzinach ciepłota 39,8°, tętno 120. Zastrzyknięto jeszcze 20 ctm. sz. surowicy i przemyto macię. Po dwóch dniach ciepłota 37,4°, tętno 90, maciecia kureczy się dobrze. Po 12 dniach nastąpiło wyzdrowienie.

(*Wraczebna gazeta. 1901. N. 44.*)

R. Szerypo.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 marca r. b.

TREŚĆ 1) B. SAWICKI — a) przedstawienie chorej po dokonaniu przeszezepieniu ścięgna, b) przedstawienie chorej z licznymi kostniakami. 2) F. MALINOWSKI — przedstawienie chorej z t. zw. „jododerma”. 3) K. RZĘTKOWSKI — „Ciśnienie tętnicze w stanie zdrowia i choroby”. 4) J. MALINIAK — „O obecności wiciowców w zawartości żołądka”.

1) Kol. B. SAWICKI: a) przedstawił chorą, która cierpiała na wrodzone porażenie spastyczne stopy wskutek skurczu *m. extensoris digitorum communis* i *m. extensoris hallucis longi*. Stopa miała charakter t. zw. *pes calcaneus*. S. przeniósł ścięgno *m. extensoris dig. communis* i połowę przyszył do ścięgna *m. flexoris digitorum, communis*. Przepołowiwszy ścięgno *m. extensoris hallucis longi* przyszył jego połowę do okostnej na dolnej powierzchni kości łódkowatej. Wynik leczenia zadawalniający.

b) Kol. S. przedstawił chorą pannę lat 17, z licznymi kostniakami na obu kościach ramieniowych i na miejscu lewego połączenia krzyża z miednicą. S. podnosi, iż cierpienie to chora odziedziczyła, bo istnieje ono u wielu członków z tej samej rodziny, głównie u mężczyzn. S. przedstawił roentgenogramy z chorej.

2) Kol. F. MALINOWSKI przedstawił chorą z t. zw. „jododerma”.

Chora od 4 lat przyjmuje wewnątrz jod z powodu cierpienia gruźliczego okostnej. Obecnie skóra całej prawie brody jest czerwona i nacieczona. Na brzegach nacieczenia widać wzniesienia wielkości grochu, czerwone, bolesne przy ucisku, miękkie ze strupkami po środku. Pod strupkami z otworów wypływa wodnistopropna ciecz. Mówca wyłączył *lupus vulgaris* i wykwiły syfilityczne.

3) Kol. K. RZĘTKOWSKI odczytał rzecz p.t. „Ciśnienie tętnicze w stanie zdrowia i choroby”.

W dyskusji kol. MIKLASZEWSKI zwraca uwagę na to, że tytuł odczytu nie odpowiada jego treści, mówca bowiem uwzględnia tylko ciśnienie krwi w naczyniach obwodowych i nie poruszył sprawy ciśnienia w naczyniach, położonych głęboko, a jak wiadomo, pierwsze bynajmniej nie jest sprawdzianem drugiego (doświadczenia FRANCOIS - FRANCKA, SCHUELLER'a i innych). Płyny zwiększają ciśnienie przez swą masę. Pra-



ca mięśniowa w pierwszym okresie podnosi ciśnienie, w drugim je obniża.

Kol. PAWIŃSKI przypomina, iż należy odróżniać ciśnienie krwi od napięcia naczyniowego, które bynajmniej nie idą do siebie równolegle. P. podnosi ważność uwzględniania całego obrazu klinicznego, jaki chory przedstawia. Dalej P. wspomina o znaczeniu ośrodka naczynioruchowego, i zmian miażdżycowych w drobnych tętnicach i wpływów toksycznych. W końcu podnosi doniosłość i charakter samopomocy w cierpieniu układu krwionośnego.

Kol. CIĄGLIŃSKI przypomina o wpływie pobudzenia na rozmnożenie napięcia tętniczego.

W odpowiedzi mówca zaznacza, iż w od-czycie swym stał wyłącznie na gruncie klinicznym i że przy obecnym stanie nauki o ciśnieniu tętniczem, trudno jest odróżniać termin „ciśnienie“ tętnicze od napięcia naczyniowego.

4) Kol. J. MALINIĄK odczytał rzecz p. t. „O obecności wiciowców w zawartości żołądka“.

Mówca przypomina, że dotychczas ogłoszono 11 przypadków raka żołądka, w których znaleziono wiciowce. Zdaniem COHNHEIM'a obecność ich posiada znaczenie dla rozpoznania i dla rokowania. Dalej M. mówił o rozpoznawaniu pasorzyta, na mocy stwierdzenia jego ruchu lub charakterystycznego wyglądu: ciało owalne, opatrzone na przednim końcu 4—5 biczycami, z tyła krótkim wyrostkiem. Ruchy ameboidalne często są oznaką obumierania. Mówca zaleca uwagę i cierpliwość w odszukiwaniu tych drobnoustrojów z zawartości żołądka osób rako-watych.

W dyskusji GRUNDZACH wspomina, iż sam parokrotnie widywał wiciowce przy raku żołądka, zwykle znajdowały się one w spokoju.

Prezes DUNIN podaje, iż w swych badaniach tworów tych nie spotykał nigdy.

*St. Kopczyński.*

## Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława.

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

Przewidywania nasze sprawdziły się: ospa oraz tyfus wysypkowy zaczęły się pokazywać w różnych punktach miasta. Dzięki energicznemu środkom zapobiegawczym tyfus wysypkowy nie rozszerzył się ani w więzieniu przy ul. Długiej 52, ani w biurach kolei Nadwiślańskiej (Przeskok N. 2), skąd mieliśmy po jednym przypadku. Tylko w domu N. 5 przy ul. Kałuszyńskiej tyfus wysypkowy zagnieździł się i wraz z niektórymi mieszkańcami, którzy szukali schronienia u swoich krewnych, przeniesiony został na Kamionkowską i Pelcowiznę. Ospa również pojawiała się obficie w różnych dzielnicach, najwięcej przypadków mieliśmy z placu

Wyścigów Konnych, skąd wszyscy przybyli nie mieli ospy szczepionej.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 78 (m. 42, k. 36), przybyło 105 (m. 48, k. 57), w liczbie z okolic podmiejskich osób 12 (m. 3, k. 9); wypisało się 64 (m. 32, k. 32), dwie chore przewieziono do innych szpitali; zmarło chorych 10 (m. 4, k. 6); pozostało na miesiąc następny 107 (m. 54, k. 53).

Tyfus wysypkowy zajął w miesiącu sprawozdawczym pierwsze miejsce i odznaczał się przebiegiem ciężkim; wysypka występowała bardzo obfita i w kilku przypadkach nawet na twarzy, co rzadko spotykać można. Chorych



przybyło 28 (m. 17, k. 11) z następujących domów i ulic: Kaluszyńska 5 (jedenastu chorych); Kamionkowska 25, Pelcowizna, Kawęczyńska 6, Ostrowska 8, Solec 66, Smocza 50, Jerozolimka 137, Łucka 35 (dwa przypadki), S-to Jerska 18, Ogrodowa 35, Środkowa 16, Przeskok 2, Długa 52 (więzienie), wieś Gacie, w. Janów, pow. Warszawskiego (2 przypadki). Trzy przypadki zakończyły się niepomyślnie.

Drugie miejsce zajęła oспа, której przybyło przypadków 19 (m. 9, k. 10). Czterech chorych (m. 2, k. 2) nieszczepionych zmarło. Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Plac Wyścigów konnych (5 chorych), Widok 1, Ordynacka 5, Tamka 17, Rybaki 7, Krucza 13, Leszczyńska 14, Pańska 28, Wolność 3, Nowy-Zjazd 1, Stara 2, Grzybowska 41 i 74, Czerniakowska 74 i z Grodziska.

Liecznie róża zajęła równolegle miejsce z ospą: chorych przybyło 19 (m. 7 k. 12), z następujących domów i ulic: Marszałkowska 79, Hoża 68, Elektoralna 35, Chłodna 32, Ogrodowa 45, Szeroki Dunaj 3, Podwałe 32, Krucza 19, Dzielna 43, Nowo-wolska 2, Nowolipki 92, Jerozolimka 86, Bugaj 9, Koszykowa 32, Kacza 12, Żytnia 30, Łucka 6, wieś Cząstków pow. Warsz. i w. Lubno, pow. Łęczyckiego. Przypadku śmierci nie było.

Płonica stopniowo się zmniejsza, lecz przebieg jej jest dość ciężki. Przybyło chorych 7 (m. 2. k. 5) z następujących ulic i domów: Krakowskie Przedmieście 11, Chmielna 72, Zielna 8 (dwa przypadki), Nizka 54 (dwa przypadki) i w.

Willanów. Jeden przypadek u 10-letniej dziewczynki zakończył się śmiertelnie.

O d r y mieliśmy przypadków 5 (m. 1, k. 4); wszystkie zakończyły się pomyślnie. Chorzy przybyli z domów i ulic: Nowolipki 55, Przyokopowa 13, Browarna 14, Białostocka 25 i wieś Czechowice.

Z innych chorób zakaźnych zanotowaliśmy: g r y p y przypadków 4 (m. 2, k. 2) z ulic: Leszno 102, Wolska 40, Elektoralna 2, Chmielna 64; b ł o n i c y jeden przypadek z więzienia przy ul. Dzielnej; tyfusu brzusz nego przypadków 5 (m. 2, k. 3): z hotelu angielskiego przy ul. Wierzbowej, Pawia 61, Krucza 18, ze wsi Czyste (2 przypadki); z a k a ż e n i a k r w i jeden przypadek, zakończony śmiertelnie; z a p a l e n i a płuc włóknikowego 2 przypadki (Górczewska i w. Czyste); z a p a l e n i e gardła (*angina follicularis*) 2 przypadki.

Chorzy w miesiącu sprawozdawczym przebyli w szpitalu 2945 dni szpitalnych (m. 1552 + k. 1393), czyli o tysiąc dni więcej, niż w miesiącu ubiegłym. Zmarło chorych 10 (m. 4, k. 6); badań pośmiertnych dokonano w 2 przypadkach.

O d s e t k a śmiertelności wynosi 5,46.

Szczepień ospy ochronnej przyjęło się 17.

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się wydano 11 (m. 4, k. 7).

*Roman Gutowski*

Lekarz miejscowy szpitala.

## Program narad nad higieną miast i wsi w Warszawskim Towarzystwie Higienicznym w dniu 27—30 kwietnia r. b.

27 kwietnia o godz. 11 rano.

Zagajenie posiedzenia przez przewodniczącego w Radzie Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wybór delegacji do rozpatrzenia zadań gospodarczo miejskich pod względem higienicznym.

Przemówienie przedstawicieli z prowincyi.  
Referat d-ra CIEPŁCHOWSKIEGO: O zadaniach Towarzystwa Higienicznego pod względem higieny ludu.

Referat d-ra HEWELKEGO: O nadzorze sanitarnym obywatelskim.



*27 kwietnia o godz. 5 po południu.*

Sala 1<sup>1)</sup> (gospodarz d-r CHEŁCHOWSKI).

D-r KLARNER z Bełżyce: O najpilniejszych potrzebach sanitarnych prowincyi i sposobach ich załatwienia.

D-r GRODECKI z Kowna: Najpilniejsze potrzeby sanitarne naszych miasteczek.

Odczytanie wniosków Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego o najpilniejszych potrzebach sanitarnych prowincyi.

Adw. RAKOWIECKI: Obecny stan higieny chaty włościańskiej (na podstawie ankiety).

D-r DOBRZYCKI: Typ chaty higienicznej włościańskiej.

Sala 2 (gospodarz d-r JAKOWSKI, sekretarz d-r LANDSTEIN).

D-rzy PALMIRSKI, KOZICKI i ŻEBROWSKI: O surowicach leczniczych: przeciwbłoniczej, przeciw paciorkowcowej i przeciw tężcowej.

D-r GAŁECKI: O surowicy przeciw tuberkulicznej.

D-r Jerzy BRUNER: Szczepionki przeciw dżumowe i przeciw choleryczne.

Sala 3 (gospodarz d-r JAWORSKI, sekretarz d-r SZYMAŃSKI).

Projekt prawideł postępowania bezgnilnego podczas ciąży, porodu i połogu. Referat zbiorowy. Odczyta d-r S. CYKOWSKI.

D-r J. JAWORSKI: Przyczynki do metody praktycznego wyjaławiania rąk. Praca doświadczalna.

D-rzy K. JASIELEWICZ i J. JAWORSKI: Szkoła babek wiejskich. O najwłaściwszym typie akuszerki dla prowincyi.

D-r BORYSSOWICZ: W sprawie podniesienia poziomu wykształcenia akuszerskiego lekarzy prowincjonalnych.

D-r Fr. NEUGEBAUER: O wczesnem rozpoznaniu i właściwem leczeniu pewnych cierpień kobiecych.

*28 kwietnia o godz. 10 rano.*

Sala 1 (gospodarz d-r CHEŁCHOWSKI).

D-r Wł. BIEGAŃSKI (ref. Częstochowsk. Tow. Lek.). O pomocy leczniczej dla ludu wiejskiego.

<sup>1)</sup> Sala 1, 2 i 4-ta mieszczą się na pierwszym piętrze Warszawskiego Muzeum przemysłu i handlu, sala 3-cia na parterze tegoż gmachu (Krakowskie-Przedmieście 66).

D-r FIDLER i KĘDZIERSKI: O pomocy leczniczej na wsi.

D-r MICHAŁOWSKI z Żelechowa: Pomoc lecznicza ludności wiejskiej.

Sala 2 (gosp. d-r JAKOWSKI, sekr. d-r LANDSTEIN).

D-r Feliks DRECKI z Kalisza: O rozpoznaniu szczepienia ospy ochronnej, oraz zapewnieniu personelu i materji szczepiennej. Historia szczepienia ospy w powiecie Kaliskim w ostatniej ćwierci wieku.

D-r Zygmunt MICHAŁOWSKI z Radzyna: O szczepieniu ospy w miastach i gminach i o zapobieganiu chorobom zakaźnym w ogólności.

D-r St. SKAŁSKI z Radomia: O szczepieniu ospy i zapobieganiu chorobom zakaźnym w miastach i gminach.

D-r TCHÓRZNICKI: O przygotowaniu krowianki.

D-r GUTOWSKI: Wpływ szczepienia krowianki na przebieg ospy.

D-r STĘPNIEWSKI: Etiologia ospy.

Sala 3 (gosp. Michał BIAŁOBRZEWSKI).

M. BIAŁOBRZEWSKI: O organizacji badania produktów spożywczych w miastach, z uwzględnieniem praw obowiązujących.

KŁOSOWSKI — magister farmacyi z Zamościa: Urządzenie pracowni analitycznych przy aptekach.

D-r SZULC z Żyrardowa: Cel i metodyka statystyki sanitarnej. Żyrardów pod względem sanitarno-statystycznym.

G. TOŁWIŃSKI: O potrzebie zakładania stacji meteorologicznych na prowincyi.

D-r WERNIC: O stanie i potrzebach sanitarnych Kalisza.

D-r ZALESKI: Obecny stan Płocka pod względem sanitarnym.

*28 kwietnia o godz. 5 po południu.*

Sala 1 (gosp. d-r MĘCZKOWSKI).

D-r MĘCZKOWSKI: O szpitalnictwie prowincjonalnem.

D-r Zygmunt KRAMSZTYK: O szerzeniu się jaglicy wśród ludności wiejskiej.

D-r SZWAJCER: Typ małego szpitala wiejskiego.

D-r IDZIKOWSKI: O małym szpitalu wiejskim.



Sala 2 (gosp. d-r JAKOWSKI, sekr. LANDSTEIN).

D-r GANZ: O dezynfekcyi.

D-rzy KORZON i TURSKI: O dezynfekcyi parą.

D-r NENCKI: Dezynfekcyja mieszkań.

Sala 3 (gosp. M. BIAŁOBRZEWSKI).

M. BIAŁOBRZEWSKI: O stanie higienicznym wód do picia w Królestwie Polskiem (na podstawie ankiety).

Edward SZENFELD: O sposobach zaopatrzenia małych miast i osad w dobrą wodę do picia.

PRUSINOWSKI, magist. farmacyi z Kalisza: Zaopatrzenie małych miast w dobrą wodę do picia.

D-r Jerzy BRUNER: Wartość bakteriologiczna badania wody.

*29 kwietnia o godz. 10 rano.*

Sala 1 (gosp. d-r CHEŁCHOWSKI).

D-r MACIESZA z Płocka: O szerzeniu zasad zdrowotności wśród szerszego ogółu.

Marya SZYMONOWICZOWA z Miąg: Inicyatywa w sprawach higieny na wsi.

D-r TCHÓRZNICKI: Czystość skóry u dziatwy szkolnej w Warszawie.

D-r THEMERSON z Płocka: Organizacyja kąpieli w szkołach początkowych.

Sala 2 (gosp. d-r JAWORSKI).

D-r J. IDZIKOWSKI: W sprawie organizacyi pomocy akuszerzyjnej na prowincyi.

D-r M. ZWEJGBAUM: W sprawie stałej pomocy akuszerzyjnej dla ubogiej ludności miast i miasteczek.

D-r S. ZABOROWSKI: W sprawie operacyjnej pomocy położniczo-ginekologicznej w zastosowaniu do praktyki prowincjonalnej.

D-r S. KURTZ: W sprawie pomocy akuszerzyjnej przy fabrykach na prowincyi.

D-r G. CHODAKOWSKI: O przytułkach położniczych przy szpitalach na prowincyi. Przepuszczalny budżet i kosztorys.

D-rzy B. KORYBUT-DASZKIEWICZ i W. ŻÓRAWSKI: O stosowaniu kąpieli u noworodków w pierwszych dniach życia. Opis zmodyfikowanego sposobu ratowania od pozornej śmierci noworodków i dzieci starszych. Przedstawienie zdjęć fotograficznych ze stosowania tego sposobu.

Sala 3 (gosp. M. BIAŁOBRZEWSKI).

D-r MICHAŁOWSKI z Żelechowa: Oczyszczanie ulic i domów w małych miastach.

PRUSINOWSKI, magist. farm. z Kalisza: O usuwaniu nieczystości i ścieków.

Inż. RYMKIEWICZ: Mumifikacyja odpadków i wypróżnień, jako system asenizacyi.

*29 kwietnia o godz 5 po południu.*

Sala 1 (gosp. CHEŁCHOWSKI i MĘCZKOWSKI).

Sformułowanie wniosków w sprawie najpilniejszych potrzeb higienicznych i leczniczych małych miast i wsi.

Sala 2 (gosp. JAKOWSKI).

Sformułowanie wniosków w sprawie szczepień ochronnych.

Sala 3 (gosp. M. BIAŁOBRZEWSKI).

Sformułowanie wniosków w sprawie asenizacyi miast i osad, zaopatrzenia w wodę i badania produktów spożywczych.

*30 kwietnia o godz. 10 rano.*

Posiedzenie gospodarzy narad.

*30 kwietnia o godz. 1 po południu.*

Ogólne posiedzenie uczestników narady; zatwierdzenie wniosków.

Posiedzenie delegacyi do rozpatrzenia sprawy gospodarstwa miejskiego pod względem sanitarnym odbywać się będą w sali N. 4 w godzinach oznaczyć się mających na I-em posiedzeniu delegacyi w d. 27 kwietnia o godzinie 1-ej po południu.

Uwagi. Odczyt każdy trwać ma nie więcej nad minut 20, przemówienie w dyskusyi—5 minut. W razach wyjątkowych nieznaczne przedłużenie może mieć miejsce za zgodą zebranych.

Pp. członkowie proszeni są o dowiadywanie się codziennie w biurze Towarzystwa (obok sali 4-iej) o ewentualnych zmianach programu, zwiedzaniu zakładów i t. p.

W wieczór d. 26 kwietnia sale Towarzystwa będą otwarte dla uczestników zarówno warszawskich, jak i przybyłych z prowincyi.

W d. 28 o godzinie 9-iej wieczór odbędzie się wieczera składkowa uczestników narad. Składka oznaczoną została na rubli trzy. Życzący sobie wziąć udział w wieczery raczą zgłosić się (listownie) do biura Towarzystwa.



Wszelką korespondencję w sprawie narad adresować należy do Rady Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego na ręce Wice Prezesa D-r POLAKA.

Wszyscy uczestnicy narad i wogóle członkowie rzeczywisci Towarzystwa Higienicznego

będą mogli zwiedzać bezpłatnie Wystawę Higieniczną, która urządzoną zostanie w salach Ratuszowych na czas od 24 kwietnia do 9 maja.

Za Prezesa Rady Towarzystwa Higienicznego

*J. Polak.*

Sekretarz Rady *Wł. Palmirski.*

## Wiadomości bieżące.

— Otwarcie wystawy higieniczno - dydaktycznej w salach ratusza odbędzie się d. 24 b. m.

— W dniu 29 b. m. o godz. 11 rano w szpitalu Żydowskim na Czystem odbędzie się konkurs na posadę ordynatora nadetatowego w oddziale chorób nerwowych w tymże szpitalu.

— Kol. Adam LANDE praktykujący dotychczas przez sezon letni w Zakładzie przyrodolecznictwem w Nowem Mieście nad Pilicą objął kierownictwo lekarskie Zakładu wodoleczniczego w Chojnach pod Łodzią. Zakład ten urządzony według wszelkich nowoczesnych wymagań higieny (posiada bowiem kanalizację, wodociąg, water-klozety, ogrzewanie centralne i oświetlenie elektryczne) prowadzony będzie na zasadach racjonalnej terapii fizykalnej i dyetycznej.

— Dnia 29 i 30 maja r. b. odbędzie się w Wisbadenie Zjazd niemieckiego towarzystwa. Przewodnictwem Zjazdu objął prof. KÖRNER z Rostoku.

— Kol. T. ŁAPIŃSKI został mianowany ordynatorem etatowym w szpitalu Jana Bożego w Warszawie.

— W Medyolanie postanowiono wybudować specjalny szpital-przytułek dla cierpiących na przepukliny. Szpital ten dla uczczenia pamięci prof. Edwarda BASSINIEGO ma nosić jego nazwisko.

— „La semaine médicale“ wyrażając w dalszym ciągu swoje niezadowolenie z powodu organizacji Zjazdu międzynarodowego w Madrycie, zapowiada że nie będzie zupełnie drukować sprawozdań z tegoż Zjazdu.

## Od Administracyi.

*Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi*

*o każdym niedoręczonym numerze.*