

GAZETA LEKARSKA.

I. Z ODDZIAŁU DOKTORA CHEŁCHOWSKIEGO W SZPIT. DZ. JEZUS.

PRZYPADEK ŻÓŁTACZKI ZAKAŻNEJ (CHOROBY WEIL'A).

Podał

T. Gryglewicz.

Żółtaczką zakaźną jest chorobą rzadką. W literaturze ogłoszono około 150-u przypadków tego cierpienia. W naszej literaturze, o ile mi wiadomo, posiadamy opis jednego przypadku przez dra DUNINA ¹⁾, opis małej epidemii w więzieniu Kaliskim przez dra BR. WOJCIECHOWSKIEGO ²⁾ i ubocznie wspomina o tej chorobie dr CHEŁCHOWSKI ³⁾. Pokrewny przypadek ogłosił dr PUŁAWSKI ⁴⁾. Ani zakres, ani istota żółtaczki zakaźnej, czyli tak zwanej choroby WEIL'a, nie są jeszcze dokładnie zbadane i dlatego sędzę, że ogłoszenie przypadku tej choroby może się na coś przydać.

M. S., lat 23, student politechniki, przybył do szpitala dn. 14. XI. 1901 r. wieczorem.

Chory z wielką trudnością siada na łóżku, z wysiłkiem przypomina sobie, kiedy i jak zachorował, skarży się na ogólną niemoc, gorączkę, ból głowy, dotkliwy ból pod lewym obojczykiem, brak apetytu, ból mięśni.

Choroba powstała nagle 13. XI. Przez cały dzień czuł się dobrze, miał apetyt, o godz. 5-iej po południu jadł podwieczorek i nie przypuszczał zupełnie, że wieczorem ulegnie obłożnej chorobie. O godz. 6-iej [13. XI.] po południu wyszedł podczas słoty i przemoczył nogi. O godz. 8-iej [13. XI.] wieczorem dostał dreszczy, bólu głowy, wymiotów, silnej gorączki; ciepłota podniosła się raptownie do 41° C.; chory musiał położyć się natychmiast do łóżka i zaczął bredzić.

¹⁾ BRODOWSKI i DUNIN T. Przypadek t. zw. chorob. zakaźnej WEIL'a, zakończony śmiercią. Gaz. Lek. 1888. VIII. 779.

²⁾ BR. WOJCIECHOWSKI. O kilku przypadkach „choroby z zaej WEIL'a“. Now. Lek. 1892. str. 8.

³⁾ K. CHEŁCHOWSKI. Z kazuistyki t. zw. hemisystolii. Gaz. Lek. 1893 str. 288.

⁴⁾ PUŁAWSKI. Żółtaczką złośliwą z zejściem pomyślnem. Gaz. Lek. 1890. str. 527.



Lekarz, który go wtenczas widział, obawiał się ciężkiego mózgowego cierpienia. Dn. 14. XI. chory pozostał w domu i ciężki stan jego nie polepszył się. Ogólna niemoc, zamglenie świadomości, od czasu do czasu bredzenie, ból głowy, nudności z odbijaniem nie ustawały. Wieczorem chorego przywieziono do szpitala.

Wykroczeń w dyecie, nadużyć *in baccho et in venere* nie było; dzieckiem przechodził szkarlatynę; trzy lata temu poddawał się operacji wycięcia żebra z prawej strony — wskutek ropnego zapalenia opłucnej, które wystąpiło po przeziębieniu; dwa lata temu przechodził tyfus brzuszny i leżał koło 5-iu tygodni.

Wzrost średni, budowa i odżywienie dobre, barwa skóry nieco żółtaczkowa, żółte zabarwienie łącznie bardzo wybitne, język obłożony szarawym nalotem, wilgotny. Tętno 108, Ciepłota 38,6° C.

W płucach i sercu nie znaleziono nic nieprawidłowego.

Wątroba powiększona i bolesna przy ucisku. Tępość jej ku górze prawidłowa, na lewo przekracza lewą linię sutkową, ku dołowi na linii środkowej ciała na dwa poprzeczne palce nad pępkiem, na prawej linii sutkowej wysuwa się z pod łuku żebrowego na szerokość dwóch palców poprzecznych. Dolny brzeg wątroby nie daje się wyczuć. Odporność w podżebrzu znacznie wzmożona.

Śledziona: górny brzeg na 7-ym żebrze; ku przodowi dzieli ją od tępości wątroby jasny ton opukowy tylko na szerokość 1-go palca poprzecznego; pod łukiem żebrowym wystaje na trzy poprzeczne palce, wyczuwalna, miękka, nieco bolesna.

Zresztą brzuch nie przedstawia nic osobliwego.

Dotkliwy ból przy ucisku pod lewym obojczykiem. Mięśnie kończyn mało wrażliwe na ucisk.

Mocz przezroczysty, ciemno-żółtej barwy, kwaśny, o ciężarze właściwym 1,023, zawiera białka 1‰, nie daje odczynu G_{MALIN}'a. Osad mały, białawy zawiera białe ciała [8—10 w jednym polu widzenia], wałeczki szkliste i nabłonek płaski w nieznacznej ilości.

Rozpoznano: *Icterus infectiosus*.

Na drugi dzień po badaniu ogólny stan chorego trochę się polepszył, następnego jednak dnia znów się pogorszył. Bólu głowy, przypadłości gastrycznych, bre lzenia nie było i nie powtórzyły się one już więcej, zato wzmogła się ogólna niemoc i wystąpiły nadzwyczaj dotkliwe bóle w okolicach, unerwionych przez 1-szy lewy nerw międzyżebrowy (*n-vus intercostalis sinister I*), prawy nerw pośredkowy (*n-vus medianus dexter*) i w lewym mięśniu kapturowym (*m. cucullaris*). Bóle te były tak dotkliwe, że często nie pozwalały choremu spać w nocy.

Subiektywne poczucie chorego polepszyło się dopiero na 8-y dzień choroby, kiedy zaczęły słabnąć bóle, które w trzy dni potem zupełnie znikły. Obfite poty 8-go i 10-go dnia choroby, nieznaczne w ciągu kilku dni następnych. Ogólne jednak wyczerpanie pozostało i ciepłota nie spadała do normy [patrz. krzywą ciepłoty]. Chory nawet nie próbował podnieść się z łóżka. Pierwszy

raz wstał 20-go dnia choroby, kiedy ciepłota spadła trochę niżej normy. Od tego czasu nastąpił okres zdrowienia.

Żółte zabarwienie gałek ocznych było wyraźne do 10-go dnia choroby, potem znikło zupełnie.

Stolec wciąż był zaparty. Do 20-go dnia choroby, t. j. okresu zdrowienia stolca bez środka przeczyszczającego nigdy nie było. Kał był zabarwiony na żółto przez cały ciąg choroby.

Mocz zawierał ślady białka do 14-go dnia choroby.

Wątroba i śledziona pozostawały bez zmiany do 20-go dnia choroby, t. j. do nastąpienia okresu zdrowienia, przytem można było wyczuć od czasu do czasu dolny gładki, miękki brzeg wątroby. Od 20-go dnia choroby wątroba i śledziona zaczęły się zmniejszać, w dzień jednak wypisania chorego ze szpitala [23-ci dzień choroby] śledziona była jeszcze dość znacznie powiększona i wyczuwalna.

Od 5-go dnia choroby w ciągu dni 6-iu można było wyczuć powiększoną prawą nerkę, nieco bolesną przy ucisku.

Nie będę się rozwodził nad rozpoznaniem różniczkowem w danym przypadku, zastąpi to sam opis choroby i dołączona karta temperatury. Mieliśmy tu i bardzo wysoką gorączkę z bredzeniem, trwającą tydzień, i żółtaczkę bez zatkania dróg żółciowych, i obrzmienie wątroby i śledziona, i zajęcie nerek, — słowem, wszystkie istotne objawy tak zwanej choroby WEIL'a ¹⁾. Brakowało jedynie bolesności mięśni kończyn, zwykle niezmiernie silnej w tych przypadkach. Nasz chory miał te bóle tylko w pierwszych dniach i to nie tak wybitne. Natomiast można było u niego stwierdzić wybitne zajęcie mięśnia kapturowego i paru pni nerwowych. Zamiast powrotów choroby, zdarzających się nieraz w tem cierpieniu, mieliśmy tylko parę krótkotrwałych skoków ciepłoty.

W etyologii żółtaczki zakaźnej spotykamy wzmianki autorów o masowem zapadaniu na tę chorobę ludzi, którzy się kąpali o jednym czasie w jednej i tej samej zanieczyszczonej ściekami rzece. Inni autorowie wskazują, że pewne zajęcia, jak oto: rzeźników, robotników pracujących przy kloakach, ściekach i kanałach usposabiają do zapadania na tę chorobę i dlatego autorowie ci uważają za siedlisko zarazy mięso i nieczystości kloaczne. Żadnego z tych momentów przyczynowych nie udało się znaleźć u naszego chorego.

Badanie bakteryologiczne w tej chorobie przeprowadził BRODOWSKI i DUNIN [l. c. z wynikiem ujemnym], JAEGER i BANTI.

JAEGER ²⁾ podczas małej epidemii między żołnierzami, którzy się kąpali w Dunaju, miał dwa przypadki śmiertelne i z organów wewnętrznych, ze krwi

¹⁾ Po proteście CHAUFFARD'a, który przytoczył własne i innych autorów francuskich opisy tej choroby wcześniejsze, niż ogłoszony przez WEIL'a, trudno już zachowywać dla tej choroby nazwę: „choroba WEIL'a“; właściwiej będzie zastąpić ją nazwą: „żółtaczka zakaźna“ (*icterus infectiosus*).

²⁾ JAEGER cytowany w Real-Encyclopädie. Wydanie III. (WEIL'sche Krankheit. FRAENKEL A.).



i moczu trupów, a także z wody Dunaju, wyhodował laseczniki, które nazwał „*bacillus proteus fluorescens*“. Jednocześnie w tej samej okolicy panował pomór na ptactwo i na trupach ptaków JAEGER znajdował powiększenie wątroby i śledziony i otrzymywał z nich hodowlę tegoż *bacillus proteus fluorescens*.

BANTI ¹⁾ otrzymał przez nakłucie wątroby u chorego inny gatunek laseczników.

W opisanym tu przypadku na barwionych preparatach krwi żadnych drobnoustrojów nie widziałem.

W opisanej przez BR. WOJCIECHOWSKIEGO [l. c.] epidemii w więzieniu Kaliskiem, wywołanej zapewne przez zanieczyszczoną wodę do picia, p. PRUSIŃSKI, magister farmacyi, znalazł w tej wodzie larwy jakoby wnętrznika *distoma hepaticum*.

CHAUFFARD ²⁾ twierdzi, że stale w żółtaczce zakaźnej, jak i w innych postaciach żółtaczki gorączkowej, po spadku ciepłoty ilość wydzielanego moczu i mocznika, niezmiernie zmniejszona podczas trwania gorączki, nieraz znakomicie się zwiększa (*crise polyurique et polyurétique*). Jednocześnie i toksyczność moczu wybitnie wzrasta. CHAUFFARD buduje na tem całą teorię zatrzymania mocznika, pierwiastków toksycznych ustroju wskutek zajęcia nerek i wydalania ich przełomowego po ustaniu choroby.

E. MÜNZER ³⁾, badając przemianę azotową w jednym przypadku żółtaczki zakaźnej z uwzględnieniem ilości przyjmowanego w pokarmach i wydalanego przez kał azotu, nie mógł stwierdzić takiego zachowania się moczu.

W przypadku moim i ja chciałem przekonać się o zachowaniu się mocznika. Określać mogłem tylko dobową ilość mocznika; azotu w kale i pokarmach nie określałem; przytem 3-ci i 4-ty, a także 21-szy i 22-gi dzień choroby pozostał bez obserwacji pod tym względem [patrz krzywą ciepłoty]. Chory w ciągu 13-tu dni choroby, licząc od przybycia do szpitala, wskutek braku łaknienia i przesadnej obawy zjedzenia czegokolwiek posilniejszego, pozostawał na dyecie ścisłej i dostawał codziennie tylko trzy kubki kleiku [kubek=koło 200 ctm. sz.]; wody pił niewiele; stolce były nieregularne, przeważnie zaparte. W ciągu pierwszych dni badania w tym względzie pod koniec trwania głównych przypadłości chorobowych [od 5-go do 8-go dnia choroby włącznie] ani ilość moczu nie uległa zmniejszeniu, ani też ilość mocznika nie spadła zbyt nisko [przeciętnie na dobę 21,110 grm.; patrz. krzywą ciepłoty]. Przez następne 10 dni stanu podgorączkowego i jednostajnej ścisłej diety wydzielał średnio na dobę 20,248 grm. Ani więc rażącego zwiększenia ilości moczu, ani też mocznika po ustaniu gorączki w tym przypadku nie stwierdziłem.

Dodać jednak zaraz muszę, że w oddziale naszym w paru przypadkach żółtaczki gorączkowej spostrzegano niezmiernie obfite wydzielanie moczu po

¹⁾ BANTI. Dtsch. med. Wchsehrft. 1895. Nr. 31, 40, 44, 50. Tamże polemika.

²⁾ CHARCOT-BOUCHARD. Traité de Médecine. T. III. 1892. str. 751—758.
BOUCHARD. Traité de Pathologie générale T. V. 1901. str. 75—80.

³⁾ Cytowany w Real-Encyclopädie. Wydanie III. WEIL'sche Krankheit.

ustaniu gorączki. Takież niezmiernie powiększenie ilości moczu w okresie zdrowienia zaznacza i dr PUŁAWSKI [l. c.], używając nawet nazwy „*diabetes insipidus*“.

W dostępnej mi literaturze żółtaczkii zakaźnej znalazłem bardzo mało danych o zachowaniu się krwi. O nieznacznym zwiększeniu ilości białych ciałek krwi wspominają DUNIN [l. c.], PUŁAWSKI [l. c.], LEICK ¹⁾.

W moim przypadku dwa razy określałem ilość i jakość białych ciałek krwi. Badanie wykazało leukocytozę neutrofilową ze zmniejszeniem ilości ciałek eozynochłonnych. 3-go dnia choroby ilość białych ciałek krwi w jednym mm. sz. = 13865; preparaty barwione triacydem EHRLICH'a, a także eozyną i błękitem metylenowym okazały się wolnymi od drobnoustrojów; neutrofilów było 95%, małych limfocytów 2,86%, dużych limfocytów 1,43%, eozynofilów 0,71%. 6-go dnia choroby w jednym mm. sz. krwi 14553 białych ciałek; neutrofilów było 97,28%, małych limfocytów 2,33%, dużych limfocytów 0,39%, eozynofilów nie znalazłem.

II. O ZNIECZULANIU W SZPITALU LUDOWYM.

Podał

Józef Idzikowski.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 5].

Metodą, której do opisu obecnie przystępuję i którą stosuję od dwóch przeszło lat w szpitalu ludowym w Woskresieńsku (30), polega na kombinacji możliwie najmniejszych ilości wydchanego chloroformu ²⁾ z również najmniejszymi ilościami wprowadzanej podskórnie kokainy [płynu SCHLEICH'a]. Jest to więc narkoza chloroformowa, poparta spółzawodniczącem, *resp.* regulującym, działaniem kokainy. Małe ilości wprowadzanych do organizmu trucizn obok logiczności podstaw ich fizyologicznego współdziałania zdają się poważnie zalecać tę metodę wszędzie, gdzie zachodzą jakiegokolwiek wątpliwości co do bezpieczeństwa narkozy głębokiej, osobliwie zaś w szpitalach małych, gdzie bezpieczeństwo to na każdym kroku jest zagrożone. Mając też wzgląd głównie na pracę lekarzy tych szpitali, postaram się szczegółowo przedstawić sposób stosowania tej metody i wyniki przeze mnie otrzymane.

Jak zwykle po oczyszczeniu w przeddzień kanału pokarmowego zapomocą oleju rącznikowego, soli angielskiej lub lawatywy, — w dzień operacji rano, jeżeli chory miał być operowany pierwszy, a rano i w południe, jeżeli musiał dłużej czekać na swą kolej, nie odmawiano mu filiżanki lub dwóch herbaty, ka-

¹⁾ LEICK. Dtsche med. Wehscrift. 1897. Nr. 44 i 47.

²⁾ Sposób ten zacząłem stosować znacznie wcześniej, niż zjawił się wspomniany artykuł BLOCH'a. Muszę jednak wyznać, że w ostatecznym udoskonaleniu metody zapożyczyłem z czasem niektóre z wskazówek tego autora, mianowicie. przemowę do chorego, operowanie, o ile można, „d'une main légère“ i t. p.

walka chleba białego i sucharków, a to w tym celu, by żołądek nie pozostawał zbyt długo czczym. Po przygotowaniu wszystkiego i wszystkich, t. j. chorego, operatora i pomocników do operacji, przystępowano do wyjaśnienia choremu w kilku słowach sposobu znieczulenia. Zwracano się do niego, mianowicie, w te słowa: „Zadamy wam kropel nasennych; będziecie jednak tylko drzeć, będziecie czuli, że są obok was ludzie, ale bólu czuć nie będziecie; nie mówcie ani słowa, chyba że przypadkiem uczujecie ból, wtedy powiecie: „boli“ — nic więcej; wtedy damy wam jeszcze kilka kropel nasennych“. Słowa te wymawiano wyraźnie, z przestankami, patrząc w oczy choremu, by mógł dokładnie je zrozumieć i zapamiętać. Natychmiast po tem przystępowano do nastrzyknięcia linii cięcia płynem SCHLEICH'a, zwykle Nr. 2 ¹⁾ trzymając się ściśle jego wskazań, osobiście zaś, by bolesność ograniczyć tylko do pierwszego przekłucia. Robiono wstrzykiwania z początku powierzchowne, nie dochodząc do warstwy tłuszczowej, przy czem każde następne przekłucie miało miejsce w obrębie poprzedniego. Tym sposobem otrzymano białą smugę w kierunku zamierzonego cięcia, jeżeli cięcie miało być wykonane na skórze zdrowej [herniotomia, cięcie łonowe, wyluszczenie guzów i t. p.], lub też biały krąg, otaczający miejsce, uległe zapaleniu [ropnie, flegmony zastrzały i t. p.]. Zależnie od wielkości cięcia na wytworzenie smugi lub kręgu używano od 6-ju do 15-tu ctm. sz. płynu. Tyleż następnie wprowadzano w warstwy głębsze przez 2—3 odpowiednie wkłucia. Natychmiast po nastrzyknięciu pola operacyjnego przystępowano do chloroformowania, zadając kroplami 2 ctm. sz., poczem, nie zdejmując maski, zaraz przeprowadzano cięcie bez jakiegokolwiek reakcyi ze strony tkanek, bez bolesności. Chloroform ponownie kroplami nalewano przy każdym ruchu ze strony chorego, zdradzającym wrażliwość, jak poruszanie tułowia lub kończyn, wzdryganie się a tem bardziej, gdy chory mówił: „boli“. Należy wyznać, że to ostatnie rzadko miało miejsce, a nigdy nie wydobywało się z piersi chorego, jako krzyk lub jęk świadomy, nie traciło charakteru umówionego hasła.

Skupienie uwagi chorego na słowie „boli“ zwykle było tak silne, że w kilku przypadkach wywołało coś w rodzaju „*automatisme cérébrale*“ (*sit venia verbi!*) ²⁾. Jeden z chorych nie tylko wkrótce po ocknięciu, lecz przez cały pierwszy dzień, znajdując się w stanie lekkiego odurzenia [po 10,0 chloroformu; patrz Nr. 26 przepuklin], na zapytanie: „boli“? odpowiadał: „boli“ i zaraz po tem na pytanie: „nie boli“? odpowiadał: „nie boli“. Inny [№ 35] podczas operacyi każdorazowo dawał jedną i tę samą odpowiedź: „boli“, gdy zaś przyszedł do świadomości, upewniał że żadnego bólu nie czuł. Znalazł się i taki [„chochoł“, wychodźca z gub. Połtawskiej, awanturnik wiejski № 42], który podczas całej operacyi śpiewał i kończył wesołą piosenkę wyrazem „bołyt“, powtarzając go kilkakroć w takt rozpoczętej melodyi. Stąd wnioskować można, że, jeżeli nawet istniał w takich czasach ból jakiś, to nie dochodził do świadomości,

¹⁾ Używałem prawie zawsze kokainy. Do eukainy uciekałem się — u ssawców — zaledwie kilka razy, więc o jej wartości nie mogłem powziąć jasnego pojęcia.

²⁾ Do „warunków lekkiej kokainizacyi [narkotyzacyi]“ w celu badań hipnotyzerskich nad panią M. E. uciekał się prof. BELLIN [patrz jego „Hypnotyzm“, Charków 1898 r.].

przygnębionej i ześrodkowanej na wyrazie „boli“, tudzież skupionej z wysiłkiem myśli, aby wyrazu tego nie zapomnieć i użyć w razie potrzeby.

Przypadki, w których stosowałem powyższą metodę [„chloroformowo-kokainową“] znieczulenia, dotyczą głównie operacji t. zw. klasycznych, a zarazem typowych w praktyce ludowej, ze względu na wielką przysługę, jaką wyświadczają ludowi już to przez przywrócenie zdolności do pracy, już przez zabezpieczenie od przedwczesnej śmierci. Do takich należą niewątpliwie: *herniotomia*, *sectio alta*, usuwanie nowotworów, nieprawidłowości wrodzonych, ciał obcych z tkanek i t. p.

Zgodnie też z rodzajem operacji układałem w odpowiedni szereg swoje spostrzeżenia, przy czym uwzględniam te tylko dane, które mogą mieć tą lub inną łączność ze znieczuleniem oraz mogą wyjaśnić jego znaczenie.

[Patrz tablicę na str. 144 i n.].

Jeżeli zważymy, że wszyscy prawie wymienieni chorzy — to albo więcej niż średnio dobrze zbudowani mężczyźni [prócz jednego—robotnika ze składu wódczanego, patrz Nr. 33—i kilku stale osiadłych włościan, pozostali należą do przesiedleńców, zwykle wyróżniających się budową i wzrostem], albo dobrze rozwinięte i odżywione dzieci, przy tem pierwsi przyzwyczajeni do napojów wysokowych, ostatnie zaś po większej części dziedzicznie w tym samym kierunku uodpornione,—to będziemy musieli wyznać, że ilości zużywanego chloroformu wypadły niezwykle niskie.

Średnio na każdą herniotomię zużywano go 8,4 grm. przy trwaniu operacji przez 46,8 minut, na jedną godzinę więc średnio wypadłoby tylko 10,8 narkotyku. Co więcej, wyrobiłem sobie przekonanie, że ilości te możnaby sprowadzić do jeszcze niższych przy bardziej umiejętnem i zręcznem chloroformowaniu, co nie zawsze udawało się osiągać w moich przypadkach wobec pewnej ospałości i niedostatecznej energii chloroformującego [felczera].

Następująca tabliczka daje możność zestawienia ilości zużywanej w powyższych przypadkach kokainy [w płynie SCHLEICH'a] z ilościami, wskazanymi dla odpowiedniego wieku w farmakopei [austriackiej i niemieckiej].

Wiek	Dawka podług farmakopei	Zużywano średnio	w przypad- kach
od 2— 4 lat	0,005	0,02	3
„ 5— 7 „	0,01	0,02	2
„ 8—10 „	0,0125	0,02	2
„ 11—13 „	0,025	0 034	3
„ 14—18 „	0,0375	0,04	2
„ 19—25 „	} 0,05	} 0,048	7
„ 26—40 „			9
„ 41—55 „			15
„ 56—70 „			9

Widać z tego, że średnio dawka kokainy u dorosłych nie przekraczała najwyższej; w samej rzeczy zaś w 11-tu przypadkach na 53 dochodziła do 0,06 [w 30,0 II płynie SCHLEICH'a] t. j. do najwyższej dawki podług farmakopei rosyjskiej. Zato u dzieci stosowano znacznie silniejszą, czterokrotnie nieraz

przenosząc odpowiednią dawkę farmakopei, a pomimo to nie wywołującą jakichkolwiek zaburzeń. Okoliczność ta zdaje się przemawiać za regulującym działaniem chloroformu na działanie kokainy, stosowanej nawet w dużych ilościach. Z drugiej strony — trwanie znieczulenia do 60-iu minut [wyłącznie miejscowe znieczulenie płynem SCHLEICH'a trwa nie dłużej niż 45 min.] wskazuje na inną właściwość, mianowicie, na wybitne współdziałanie tych dwóch narkotyków, o czem była mowa *a priori*. Przedłużanie operacji ponad 60 minut wymagało większych ilości chloroformu—od 12,0 do 20,0 [patrz № 4,—pomimo podskórnej dawki morfiny]. Tylko w dwu przypadkach to współdziałanie było niewystarczające, nie było w stanie usunąć bolesności przy szwie skórnym: w jednym — miała miejsce herniotomia obustronna, trwająca aż 85 m. [choremu zastrzyknięto — w jedną i drugą pachwinę—całą ilość płynu SCHLEICH'a № II. ¹⁾ t. j. 0,1 kokainy i zadano 15,0 chloroformu]; w drugim—najprawdopodobniejszą przyczyną niepowodzenia była nieuwaga chloroformującego [p. Nr. 26]. W 4-ch przypadkach silne wypieranie kiszek wskazywało na niedostateczne osłabianie ciśnienia brzuszno, co, jak wiadomo, przy dużych przepuklinach nieraz ma miejsce nawet w głębokiej narkozie chloroformowej. Zato w pozostałych 26-iu przypadkach przepuklin większych niż pięć [na ogólną liczbę 53 opisanych powyżej] parcie brzuszne przeszkodą w operowaniu nie było. Ocenic to musi każdy, kto rozumie, z jak wielkim niebezpieczeństwem dla chorego połączone jest usilne wprowadzanie wypieranych jelit, kilkakroć zwiększające możność zakażenia jamy brzusznej. Wymioty słabe miały miejsce tylko w 6-iu przypadkach [i w jednym — po operacji], nigdy przytem nie dochodziły do takiego nasilenia, aby zmuszały do przerwy operacji dłuższej nad $\frac{1}{2}$ —1 minuty.

Pooperacyjny stan chorego nie pozostawiał nic do życzenia. Chory budził się zaraz po skończeniu operacji i zdjęciu maski—po zwykłym wytarciu twarzy serwetką. Z przyjemnością można było za każdym razem stwierdzać, że wygląd chorego, jego stan psychiczny były tak pełne ożywienia, jakby wcale nie uciekano się do odurzenia. Zmian w tętnie, oddechu, ciepłocie ani razu nie zauważono—tak w dniu operacyjnym, jak i później.

Gojenie szło więcej niż zadowalająco: tylko w dwu przypadkach miało miejsce ropienie głębokie, a w trzech krople ropy zauważono w szwach; w pozostałych zaś—rychłe sklejenie się brzegów rany i tworzenie się blizny nie zatrzymywało chorych, przysyłanych nieraz o wiorst 100—120, nawet z przepuklinami uwięzniętymi, więc wycieńczonych [patrz np. Nr. 8], dłużej nad dni 21. Z pomiedzy 53-ch operacji 30, jak zaznaczono wyżej, były wykonane na przepuklinach większych niż pięć ²⁾, a pomimo to gojenie średnio [z wyłączeniem dwóch przypadków z ropieniem głębokiem] trwało tylko 14,4 dni. [D. n.].

¹⁾ Choremu zastrzyknięto 50,0 płynu; w takiej mianowicie ilości przegotowanej wody [100,0 wody gotuje się dotąd, póki ilość ta nie zmniejszy się do połowy] rozpuszczam cały proszek Nr. II—zgodnie z pierwotną radą SCHLEICH'a.

²⁾ Stosunek ten — 30 : 53—zależny od warunków miejscowych [w szpitalach „ziemskich“ gub. Ufimskiej i „sielskich“ gub. Orenburskiej przepukliny rzadko bywają operowane], występuje tu bardziej jaskrawo, niż gdzie indziej. W oddziale prof. TRZEBICKYEGO równa się 15 : 60, a w szpitaliku „ziemskim“ ROMANINA = 7 : 41.

Imię i nazwisko, stan, wiek, za- mieszkanie	Rodzaj przepukliny i jej zawartość	Wielkość	Dzień ope- racji	Operacya	Ilość chloroformu	Ilość płynu Schleich'a	Trwanie operacyi	Powikłania	Gojenie		U W A G I
									Przebieg	po dniach	
1. S. D., wieś- niak, z gub. Ufimskiej, 44 l.	Pachwinowa, pra- wa, uwięźnięta; sieć	głowa mężczyz.	12. VI. 1898	Bassini; wszysto kikut siec; zgru- biały worek wyjęto	16,0	30,0	65 m.	Trudności przy oddzie- laniu sieci i worka	rychło- zrost; ropienie w szwach	19	Alkoholik (przed odurzeniem — pod skórę $\frac{1}{8}$ morfiny). Uwięźnięcie od dni 11. Waga rezeko- wanej sieci — $1\frac{1}{2}$ f.
2. S. M., wieś- niak, 55 l., z g. Ufimskiej	Pachwinowa pra- wa: uwięźnięte jelito	dwie pięści	3. VII. 1898	Bassini; worek wy- cięto	10,0	20,0	45 m.	Jeden raz słabe wy- mioty pod- czas opera- cyi	rychło- zrost	16	Uwięźnięcie d. 3. VII. w polu przy robotce
3. W. P., wieś- niak, 18 l., z g. Ufimskiej	Mosznowa prawa, wolna. Jelito.	pięść	24. VIII. 1899	Bassini j. wyżej	8,0	20,0	50 m.	Dwa razy słabe wy- mioty pod- czas opera- cyi	rychło- zrost	15	Kilkakrotnie uwięz- ła przy pracy
4. G. K., wieś- niak, 40 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa lewa podwójna: sieć uwięźnięta w wor- ku wewnętrznym, a jelito wolne w worku zewnętrż- nym	głowa mężczyz.	27. VIII. 1899	Bassini amputacya siec; wycię- cie obu wor- ków	20,0	30,0	70 m.	Trudności przy oddzie- laniu sieci	ropienie głębokie	47	Alkoholik (pod skó- rę $\frac{1}{8}$ gr. morfiny). Uwięźnięcie „od miesiąca“
5. A. G., wieś- niak, 21 l., z g. Ufimskiej	Pachwinowa pra- wa, wolna. Jelito	jajo kurze	30. VIII 1899	Bassini	8,0	20,0	42 m.	—	rychło- zrost	14	W listopadzie 1900 r. został przyjęty do wojska
6. Z. B., syn wieśniaka, 5 l. z g. Orenburs.	Mosznowa lewa wrodzona wolna. Jelito	jajo kurze	21. IX. 1899	Bassini; wy- cięto część worka	6,0	10,0	45 m.	—	rychło- zrost	11	Zauważono przepu- kline, gdy dziecku było 15 tygodni. Ojciec alkoholik

7. W. G., wieśniak, 17 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa prawa wrodzona wolna. Jelito	pięć	30. IX. 1899	Bassini;	12,0	20,0	55 m.	Jeden raz słabe wymioty w początku operacji	rychłozrost	13	
8. P. N., wieśniak, 20 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa prawa; uwięźnięte jelito i część steci	dwie pięści	4. X. 1899	Bassini; <i>amputatio steci</i>	15,0	20,0	65 m.	—	rychłozrost	21	Uwięźnięcie od 7-u dni. Silne wycieńczenie choroba i daleką drogą (110 wiorst): odleżyny na 8 dzień pobytu w szpitalu. Rodzice piłą napoje wyskokowe
9. R. P., syn wieśniaka, 3 l., z g. Orenburs.	Mosznowa lewa wrodzona. Jelito	jajo kurze	11. X. 1899	Bassini; wycięto część worka	6,0	10,0	35 m.	—	rychłozrost	10	—
10. T. O. syn wieśniaka, 10 l. z g. Orenburs.	Pachwinowa lewa wrodzona wolna. Jelito	pięć	18. X. 1899	Bassini; wycięto część worka	8,0	20,0	40 m.	—	rychłozrost	17	—
11. T. W., wieśniak, 53 l., z g. Orenburskiej	Pachwinowa lewa wolna. Jelito w 2-ach workach i 3-im uchyłku	głowa mężczyz.	25. XI. 1899	Bassini; wycięto wszystkie worki	12,0	30,0	55 m.	—	rychłozrost	20	Alkoholik (podskórnie 1/8 gr. morfiny). Pracował w kamieniołomach (góry Urałskie)
12. T. Ch. wieśniak, 39 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa lewa wolna. Jelito	pięć	25. XI. 1899	Bassini	8,0	20,0	40 m.	—	rychłozrost	13	Służył 5 l. w kawalerii. Przepuklina zjawiała się dopiero dwa lata temu przy ćwiczeniach gimnastycznych.
13. R. B., wieśniak, 48 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa lewa wolna. Jelito	dwie pięści	3. XII. 1899	Bassini	9,0	20,0	45 m.	—	rychłozrost	14	Ciężko pracował

Imię i nazwisko, stan, wiek, za- mieszkanie	Rodzaj przepukliny i jej zawartość	Wielkość	Dzień ope- racji	Operacya	Ilość chloroformu	Ilość płynu Schleich'a	Trwanie operacyi	Powikłanie	Gojenie		U W A G I
									przebieg	po dniach	
14. A. P., wieś- niak, 57 l., z g. Ufńskiej	Pachwinowa lewa wolna. Jelito i część sieci	głowa dziecka	3. XII. 1899	Bassini; sieci nie odcięto	8,0	30,0	50 m.	Sieć wli- nięta się wraz z kiszka	rychło- zrost	18	Przepuklina była wielką przeszkodą w pracy
15. G. Z., wieś- niak, 21 l., z g. Ufńskiej	Mosznowa prawa wolna. Jelito	pięć	1. II. 1900	Bassini	6,0	20,0	40 m.	—	rychło- zrost	11	Pracował w kamie- niotomach od 15 r. życia
16. J. S., wieś- niak, 70 l., z g. Ufńskiej	Pachwinowa pra- wa wolna. Jelito	głowa noworod- ka	10. II. 1900	Bassini	5,0	30,0	45 m.	Jeden raz słabe wy- mioty pod- czas ope- racyi	rychło- zrost	15	Kaszel starczy
17. M. T., wieś- niak, 60 l., z g. Orenburskiej	Pachwinowa pra- wa wolna. Jelito	głowa noworod- ka	15. II. 1900	Bassini	8,0	30,0	42 m.	—	rychło- zrost	16	Pracował w kamie- niotomach
18. M. G., wieś- niak, 44 l., z g. Orenburskiej	Mosznowe wolne; w prawej jelito i sieć (w uchyłku), w lewej — jelito	głowa noworod- ka; pięć	29. II. 1900	Bassini; <i>amputacja</i> sieci. Bassini	15,0 30,0	30,0 20,0	85 m.	Trudności przy wpro- wadzaniu jelita (par- cie brzuszne) Bolesność przy zasz- waniu skóry	rychło- zrost rychło- zrost	18	Puchlina jądra pra- wego
19. P. K., ko- bieta, 52 l., z g. Orenburskiej	Biodrowa prawa wolna; jelito, tłuszcz czak	jajo ku- rze	29. II. 1900	—	6,0	10,0	40 m.	—	rychło- zrost	19	Przymiot
20. J. P., syn wiesniaka, 10 l. z g. Orenburs.	Mosznowa lewa wolna. Jelito	pięć	29. II. 1900	Bassini. Wycięto ca- ły worek	6,0	10,0	45 m.	—	rychło- zrost	16	5. III. zauważono obrzęk lewego ją- dra, który znikł 9. III. Ojciec alkoholik.

21. T. W., (patrz Nr. 11)	Pachwinowa lewa wolna, nawrotowa. Jelito	pięści	17. III. 1900	Bassini	12,0	20,0	50 m.	—	rychło- zrost	16	Po wyjściu ze szpi- tala po pierwszej operacji natych- miast wziął się do pracy.
22. J. I., wieś- niak, 56 l., z g. Orenburskiej	Pachwinowa pra- wa wolna. Jelito	dwie pięści	17. III. 1900	Bassini	8,0	20,0	45 m.	—	rychło- zrost	13	Pracował w ka- mieniolamach.
23. D. K., wieś- niak, 34 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa prawa wolna. Jelito	jajo kurze	17. III. 1900	Bassini <i>Castratio</i>	12,0	20,0	45 m.	Poruszenie tułowia przy amputacji sznurka na- stennego	rychło- zrost	14	<i>Carcinoma testis deserti.</i>
24. D. R., wieś- niak, 25 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa prawa wolna. Jelito	dwie pięści	20. III. 1900	Bassini	8,0	20,0	35 m.	—	rychło- zrost	15	W dzieciństwie ja- koby otrzymał ude- rzenie kopytem w pachwinę.
25. A. C., wieś- niak, 55 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa prawa wolna. Jelito	główka noworod- ka	20. III. 1900	Bassini	6,0	30,0	45 m.	—	rychło- zrost	15	Pracował w ka- mieniolamach.
26. J. B., wieś- niak, 44 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa prawa wolna. Jelito i część sieci	dwie pięści	24. III. 1900	Bassini <i>amputatio sietci</i>	10,0	25,0	50 m.	Bolesność przy szwie skórnym	ropienie w sta- wach	21	Brał udział w ob- rządzeniu Karsu jako artylerzysty.
27. D. D., wieś- niak, 58 l., z g. Orenburskiej	Pachwinowa prawa wolna. Jelito	dwie pięści	5. V. 1900	Bassini	8,0	20,0	40 m.	—	rychło- zrost	13	—
28. J. P., syn wieśniaka, 6 l., z g. Ufmskiej	Mosznowa prawa wolna wrodzona. Jelito	pięść	5. V. 1900	Bassini; wycięto część worka	5,0	10,0	35 m.	—	rychło- zrost	8	Ojciec alkoholik.
29. N. T., syn wieśniaka, 4 l. z g. Orenb.	Mosznowa lewa wolna wrodzona. Jelito	jajo kurze	9. VI. 1900	Bassini; wycięto część worka	6,0	10,0	42 m.	Jeden raz słabe wymio- ty w począt- ku operacji	rychło- zrost	11	—

Imię i nazwisko, stan, wiek, za- mieszkanie	Rodzaj przepukliny i jej zawartość	Wielkość	Dzień ope- racji	Operacja	Ilość chloroformu	Ilość płynu Schleich'a	Trwanie operacji	Powikłania	Gojenie		U W A G I
									Przebieg	podział	
30. P. T., wieś- niak, 45 l., z g. Orenburskiej	Mosznowa lewa wolna. Jelito	główka noworod- ka	9. VI. 1900	Bassini	8,0	20,0	40 m.	—	rychło- zrost	13	Stryj poprzedniego chorego [Nr. 29].
31. G. G., syn wieśniaka, 12 l. z g. Orenb.	Mosznowa prawa wolna. Jelito	pięść	9. VI. 1900	Bassini; wycięto ca- ły worek	5,0	20,0	40 m.	—	rychło- zrost	12	—
32. A. B., ko- breta, 40 l., z g. Orenburskiej	Nadpępkowa wolna. Jelito i część sieci. Wrota przepusz- czają trzy palce	głowa 3. l. dzie- cka	20. VI. 1900	Laparo- tomia. Sieci nie odcięto	12,0	30,0	65 m.	Silne wypie- ranie kiszec	rychło- zrost	17	Siec nie była prze- rośnięta i wprowa- dzona przez worek więcej we wrotach nie pokazała się.
33. A. G., ro- botnik, 27 lat, z g. Ufmskiej.	Pachwinowa lewa wolna. Jelito.	jajo kurze	27. VI. 1900.	Bassini	12,0	20,0	50 m.	Cztery razy wymioty śla- be podczas operacji	rychło- zrost	14	Pracuje w składzie wódezanym [mono- polowym]. Pas nie usuwał bólów. Zwłoteżenie ścian brzusznycch.
34. J. N., wieś- niak, 22 l., z g. Orenburskiej.	Mosznowa lewa wolna. Jelito.	pięści	7. VII. 1900	Bassini	6,0	20,0	48 m.	—	rychło- zrost	12	Pracował w kamie- niolamach.
35. T. P., wieś- niak, 50 l., z g., Orenburskiej.	Mosznowa lewa wolna. Jelito.	główka noworod- ka	7. VII. 1900	Bassini	8,0	30,0	40 m.	—	rychło- zrost	17	Służył w wojsku [1874--1881 r.]. W czynnej armii nie był
36. T. P., patrz № 35.	Pachwinowa pra- wa wolna. Jelito.	dwie pięści	11. IX. 1900	Bassini	6,0	20,0	55 m.	Trudności przy wpro- wadzaniu ki- szec.	rychło- zrost. Ropienie w szwach	16	—

37. N. R., wieśniak, 60 l., z g. Ufmskiej.	Mosznowa prawa wolna. Jelito i części sieci.	główna noworodka	13. X. 1900	Barker	7,0	25,0	40 m.	—	rychłozrost	20	—
38. D. P., wieśniak, 70 l., z g. Orenburskiej.	Mosznowa lewa wolna. Jelito.	główna noworodka	20. X. 1900	Barker	5,0	25,0	50,0	—	rychłozrost	14	—
39. J. T., wieśniak, 25 l., z g. Orenburskiej.	Mosznowa prawa wolna. Jelito.	dwie pięści	1. XII. 1900	Barker	8,0	20,0	42 m.	—	rychłozrost	12	—
40. H. R., basz- kir, 32 l., z g. Ufmskiej.	Mosznowa prawa wolna. Jelito.	dwie pięści	1. XII. 1900	Bassini	10,0	20,0	50 m.	Jeden raz słabe wymioty po operacji.	rychłozrost	13	Mocz oddawał w ciągu pierwszych dni tylko przez kateder.
41. A. K., wieśniak, 25 l., z g. Ufmskiej.	Mosznowa prawa wolna. Jelito i części sieci.	główna noworodka	6. XII. 1900	Barker; <i>amputatio</i> sieci	12,0	25,0	60 m.	—	rychłozrost	13	—
42. F. S., wieśniak, 42 l., z g. Samarskiej.	Mosznowa prawa wolna. Jelito.	dwie pięści	15. XII. 1900	Barker	6,0	25,5	45 m.	—	rychłozrost	16	Alkoholik [podskórnie 1/8 morfiny]. Przepuklina zaczęła rozwijać się po upadku z konia.
43. P. K., wieśniak, 28 l., z g. Ufmskiej.	Mosznowa lewa wolna. Jelito; tłuszczaki na wewnątrz i zewnątrz worka.	główna noworodka	19. I. 1901	Baker usunięcie wraz z workiem tłuszczaków.	10,0	25,0	58 m.	—	rychłozrost	13	Alkoholik [podskórnie 1/8 gr. morfiny].
44. P. S., syn wieśniaka, 12 l., z g. Orenburskiej.	Mosznowa prawa wolna wrodzona. Jelito.	pięść	3. II. 1901	Bassini; wycięto część worka.	8,0	20,0	50 m.	—	rychłozrost	12	—
45. P. D., wieśniak, 44 l., z g. Orenburskiej.	Pachwinowa prawa wolna. Jelito.	jajo kurze	3. II. 1900	Barker	5,0	10,0	35 m.	—	rychłozrost	10	—

Imię i nazwisko, stan, wiek, za- mieszkanie	Rodzaj przepukliny i jej zawartość	Wielkość	Dzień ope- racji	Operacja	Ilość chloroformu	Ilość płynu Schleith'a	Trwanie operacji	Powikłanie	Gojenie		U W A G I
									Przebieg	po dniach	
46. J. P., wieś- niak, 59 l., z g. Orenburskiej.	Pachwinowa pra- wa wolna. Jelito.	dwie pięści	23. II. 1901	Barker	5,0	20,0	35 m.	—	ropienie głębokie	46	Przeżyzna ropienia był prawdopodob- nie wąglik na pra- nem biodrze; zna- czne wycieczenie.
47. A. P., gór- nik, 29 l., z g. Orenburskiej.	Mosznowa prawa wolna. Jelito. <i>Hy- drocele testis et fi- niculâ spermatic.</i>	główka nowo- rodka	23. II. 1901	Bassini; usunięto część worka radykałna op. <i>hydrocele</i> m. Bloch'a	12,0	25,0	60 m.	—	rychło- zrost	14	Praoował przez 6 lat w Kargalins- kich [kopalnie mie- dzi].
48. M. K., wieś- niak, 35 l., z g. Ufmskiej.	Pachwinowa lewa wolna. Jelito. Thuseczaki w szyj- ce worka.	dwie pięści	23. II. 1901	Barker	10,0	25,0	60 m.	Silne wypie- ranie kiszek	rychło- zrost	14	Przywieziony 22. II. z uwięźniętą od 7-tu godzin przepu- kliną; <i>tażis</i> po ka- pieli, i t. p.
49. M. K., wieś- niak, 41 l., z g. Orenburskiej.	Mosznowa lewa wolna. Jelito.	pięść	2. III. 1901	Barker	7,0	20,0	45 m.	—	rychło- zrost	13	Przepuklina istnia- nia od 7-tu lat. Od lipca 1900 r. ohorował przez 3 mies. na zapalenie wyrostka robaczo- kowego (blizny).
50. A. P., syn wieśniaka, 13 l., z g. Ufm- skiej.	Mosznowa prawa wolna wrodzona. Jelito.	pięść	2. III. 1901	Bassini; wycięto część worka	6,0	20,0	35 m.	—	rychło- zrost	12	—
51. T. C., wieś- niak, 60 l., z g. Orenburskiej.	Mosznowa prawa wolna. Jelito.	dwie pięści	8. V. 1901	Barker	8,0	30,0	50 m.	—	rychło- zrost	12	—
52. M. T., syn wieśniaka, 2 l., z g. Ufmskiej.	Mosznowa lewa wolna wrodzona. Jelito.	jajo gęsie	8. V. 1901	Barker; wycięto część worka	6,0	10,0	45 m.	—	rychło- zrost	10	Dobrze odżywione dziecko. Ojciec al- koholik.

ODCINEK.

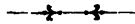


O niektórych środkach zaradczych przeciwko szerzeniu się przymiotu i chorób wenerycznych.

Napisal

A. Wyslouch,

członek „Société international de prophylaxie sanitaire et morale“ w Brukseli.



I.

Trzy są plagi, które nie tylko nas, ale i całą Europę najbardziej obchodzą, a temi są: alkoholizm, gruźlica i przymiot łącznie z grupą chorób wenerycznych. Jest to prawdziwa tryada klęsk społecznych, na które czas najwyższy zwrócić uwagę. Nie możemy się uskarżać na nieczyuność naszą pod pierwszymi dwoma względami, ale co do walki z przymiotem, to chyba nie możemy się równać z naszymi europejskimi sąsiadami. A walka ta jest tej natury, że aby uzyskać jaki pozytywny rezultat, potrzeba współdziałania jak najszerszych warstw społecznych. Z tego powodu rozpatrzmy pokrótce, jakie skutki pociągają za sobą dwie najważniejsze i najbardziej rozpowszechnione z tej grupy chorób, t. j. przymiot i rzeżączka. Za przewodników weźmiemy sobie dwóch znakomitych specjalistów w Europie, profesorów FOURNIER'a z Paryża i NEISSER'a z Wrocławia.

II.

FOURNIER, traktując syfilis jako niebezpieczeństwo społeczne, rozpatruje je z czterech punktów widzenia, a mianowicie:

1. Szkody indywidualne, które powoduje osobnikowi choremu.
2. Szkody zbiorowe (kolektywne), których jest przyczyną dla rodziny.
3. Skutki dziedziczne, które pozostawia, a osobliwie śmiertelność wśród dzieci.
4. Zwyrrodnienie, jak się FOURNIER wyraża, zbędkarcenie gatunku i rasy.

Oto jego dowody.

Pierwszego punktu nie uważamy za właściwe szerzej tu poruszać.

Co do 2. Krótko się załatwimy ze szkodami, których przyczynę stanowi przymiot dla rodziny. Skutki są znane każdemu, a mianowicie: zarażenie żony przez męża, częste wskutek tego rozstania się małżonków, ruina materyalna wskutek niezdolności do pracy męża i ojca.

Co do pierwszego punktu, udzielenia przymiotu żonie przez męża, to jest to wypadek częstszy, niżbyśmy mogli przypuszczać. W Paryżu na 100 kobiet syfilityczek, 19, a zatem 1/5, najniewinniej dostaje syfilisu od męża. Jest to procent olbrzymi i lekceważyć tego nie można. Bo zważmy, że tu w grę wchodzi już nie tylko zdrowie żony, ale i przyszłych pokoleń, a wszak wiadomo, że dziedziczność i po ojcu i po matce (*l'hérédité mixte*) jest daleko straszniejszą



w skutkach. O ile zaś smutnym jest horoskop dla rodziny, której głowa była dotknięta przymiotem, niech świadczy następująca statystyka. Na 100 wypadków przymiotu w trzecim okresie choroby, 51 objawia się przed 10-ym rokiem po zarażeniu się, a 49, to jest połowa, już później. Tak więc niewinnie żona i dzieci płacą kiedyś, okupują swą czarną dolą jakiś jeden fałszywy, młodzięczy może jeszcze krok, swego ojca i męża! Jak często czytamy po gazetach ogłoszenia w rodzaju np. następującego: „miłosierdziu publiczności poleca się nieszczęśliwa rodzina bez środków do życia, składająca się z ojca sparaliżowanego i pięciorga słabowitych dzieci, z których jedno głuchonieme“¹⁾. Możliwe na pewno powiedzieć, że pierwszą przyczyną takiego nieszczęścia był syfilis.

Co do 3. Potrąciliśmy tylko co o kwestyę dziedziczności; pora już zastanowić się nad tem. Zapewne na szczęście bywają wypadki, że po ojcu syfilityku rodzą się dzieci względnie zdrowe, ale cóż się dzieje częściej, zwłaszcza gdy przymiot leczony był niedostatecznie? A oto co bywa: a) poronienie wskutek syfilisu; b) niedonoszenie płodu już w ostatnich miesiącach ciąży; c) śmierć noworodka zaraz po urodzeniu; d) śmierć dziecka w pierwszych tygodniach po urodzeniu.

A wypadki te nie są sporadyczne, owszem zdarzają się, że tak powiem, całemi seryami. Oto przykład. Prof. FOURNIER leczył matkę dobrze zbudowaną, ale syfilityczką i zamężną też za syfilitykiem, która 12 razy poroniła; później wydała jednak na świat czworo nędznych dzieci, z których troje wkrótce zmarło, a los czwartego, małego rachitycznego starca, został niewiadomym — prawdopodobnie poszedł za rodzeństwem. Dalej FOURNIER widział osobiście 90 kobiet zamężnych, zarażonych przymiotem przez mężów; wszystkie w pierwszym roku choroby zaszły w ciążę; z jakim-że rezultatem? Oto 50 poroniło, 38 wydało na świat dzieci, które wnet pomarły, — a tylko dwie porodziły dzieci, które pozostały przy życiu! Cyfry te są aż nadto wymowne. Nie przypuszczamy, aby w Warszawie skutki przymiotu były inne, niż w Paryżu.

Co do 4) Co się tyczy przymiotu jako ważnego czynnika zwyrodnienia rasy, to dosyć będzie zaznaczyć tu główne typy dziedzicznego przymiotu. Tak więc;

- a) Jedni noszą to fatalne piętno na pewnych tylko narządach, jako to: zębach, czaszce, nosach, oczach, uszach i t. p. (*dystrophiae*).
- b) Inni odpowiadają całym ustrojem, np. zgrzybiałość u dzieci (*sénilitéé infantile*), dziecięcość u starszych (*enfantilisme*), tak dobrze znany rachityzm.
- c) Nakoniec, acz rzadko, dziedziczny przymiot może się wyrazić w noworodkach — potworkach.

Niema więc przesady w tem twierdzeniu, że przymiot jest poważnym czynnikiem zwyrodnienia. Dość spojrzeć na całe zastępy psychopatów, ograniczonych, idiotów, neuropatów, histeryków, neurasteników, epileptyków, głuchoniemych i t. p., aby się o tem przekonać.

Jeszcze jedno pytanie. Bardzo szczęśliwie, że wiele z wymienionych wypadków wyłącza płodność, ale w razie przeciwnym, jakiz jest los dzieci? Otóż jest to faktem stwierdzonym, że przymiot dziada może się odbić na wnuku (*hérédité dystrophique seconde, syphilis héréditaire lointaine*). I co gorsza, że ta dziedziczność powtórna zamiast przybrać formy łagodniejsze, zachowuje niekiedy tę samą intensywność, tę samą siłę. Oto przykład. Obserwacya dra GIBERT'a: czworo dzieci zrodzonych z ojca zdrowego i matki, dotkniętej przymiotem dziedzicznym, wszystkie czworo rachityczne w wysokim stopniu, z nich jedno idyota. Obserwacya dra CAUBER'a: mąż zdrowy, żona dotknięta przymiotem dziedzicznym cztery razy zachodzi w ciążę z następującym rezultatem: je-

¹⁾ Kurjer Codzienny. 1901

dno poronienie, dwoje dzieci nieżywych, jedno żywe, ale potwór. Kończymy zatem ogólną uwagą, że jak przymiot, tak i przymiot dziedziczny oddziałują na płód w sposób jak najbardziej szkodliwy¹⁾.

III.

A nie tylko przymiot. Jest jeszcze inna choroba, lekceważona zwykle do niedawna, może przez wielu i dzisiaj, a tą jest rzeżączka. Jak często definiowano ją z uśmiechem na ustach, jako taki sobie maleńki tryperek. Otóż, jest to choroba poważna, fatalna nieraz w skutkach. Dość powiedzieć, że niektórzy [prof. KROMAYER z Halli] uważają ją za nieuleczalną. Prof. NEISSER twierdzi, że nie biorąc w rachubę sztucznej bezpłodności, około 50% wszystkich małżeństw bezdzietnych zawdzięcza rzeżączce niemożność odrodzenia się w dzieciach; mężczyznom przypada w tej liczbie 45% w udziale. A zatem pod tym względem rzeżączka góruje nawet nad przymiotem.

Dalej, zarówno jak i przymiotu, tak i ofiarą rzeżączki padają często niewinni i to w postaci bardzo ciężkiej. Oto dzieci, przy rozwiązaniu chorej matki mogą na zawsze pozostać ślepiemi, jeżeli wypadkiem zarazek (*gonococcus*) dostanie się do oczu (*blennorrhoea neonatorum*). Tymczasem rzeżączka po ospie jest we wszystkich krajach chorobą najbardziej rozpowszechnioną. Mamy przed oczami statystykę miasta Wrocławia; okazuje się, że na 1000 studentów, 87 choruje tam na rzeżączkę.

Zdaniem NEISSER'a jest pewnem, że w każdym większym mieście znajduje się cała armia, licząca tysiące i dziesiątki tysięcy mężczyzn i kobiet ciężko zapadłych na zdrowiu i nie mogących pracować, którzy swe cierpienia zawdzięczają rzeżączce²⁾. Czyż ten związek kultury ze wstrętnymi chorobami nie jest nad wyraz smutnym?

IV.

Zatrzymaliśmy się nieco dłużej nad rozważaniem skutków przymiotu i rzeżączki, chcąc choć raz otwarcie wypowiedzieć i wykazać te konsekwencye, które choroby weneryczne za sobą pociągają. Gdyby szeroka publiczność była dostatecznie o nich poinformowana i oceniała je jak należy, uważalibyśmy to jako ważny krok naprzód w dziele walki z temi chorobami, bo samoobrona w tym względzie i samozachowanie, skuteczniejszymi są tu daleko od wszystkich możliwych środków lekarskich i administracyjnych.

Czas najwyższy, abyśmy pomyśleli o tem. Oto mały przykład, pierwszy z brzegu. „Kuryer Poranny“ w numerze 39 r. z. (wyd. tygodn.), zamieścił następującą notatkę: „w 11 szpitalach cywilnych w ciągu tygodnia od 1—7 b. m. (września) przyjęto 519 chorych; najwięcej, bo 87 było przypadków przymiotu, 38 gruźlicy, 22 reumatyzmu i t. d.“. Po prostu wierzyć się nie chce; tak więc we wskazanym tygodniu dwa razy więcej było przymiotu niż gruźlicy.

O ile nie lekceważą chorób wenerycznych za granicą widać już z tego, że jako skutek konferencji Brukselskiej utworzono w tym mieście w 1899 r. Towarzystwo do walki z przymiotem (*Société internationale de Prophylaxie sanitaire et morale*), do którego i ja mam honor należeć. W Paryżu w marcu bieżącego roku zawiązano podobne Towarzystwo, acz na innych oparte zasadach. Czyby u nas Towarzystwo Hygieniczne nie uważało za możliwe utworzyć dla badania chorób wenerycznych osobnego wydziału, jaki mamy np. dla gruźlicy?

¹⁾ Prof. dr A. FOURNIER. Danger social de la Syphilis. [Rapports préliminaires, publiés par le dr DUBOIS-HAVENITH, Bruxelles 1899] str. 1—35.

²⁾ Prof. dr NEISSER. Danger social de la Blennorrhagie [po niemiecku]. Rapports prélimin. str. 1—28.

V.

Obaczymyż teraz, jaka jest częstość przymiotu i chorób wenerycznych w Warszawie. Z góry jednak oświadczam, że pod tym względem nader mało powiedzieć możemy; nie nasza w tem wina. Ze wstydem przyznać się trzeba, że daleko więcej i pewniejszych danych mamy o miastach zagranicznych, niewielkich nawet, aniżeli o naszym najznacniejszym grodzie.

Dr Fr. GIEDROYĆ w broszurce: „Prostytutki jako źródło chorób wenerycznych w Warszawie“, niewiele udziela nam danych o rozpowszechnieniu tych chorób u nas, co zresztą przyznaje sam szanowny autor. Znajdujemy tam pewną liczbę cyfr absolutnych, świadczących o liczbie takich chorych w trzech szpitalach warszawskich, i tyle. Oczywiście, że z tego niewiele wnioskować można. Dlatego ważniejszą jest dla nas uwaga autora, ogólne jego wrażenie, jako lekarza specjalisty, że „wogóle choroby te pochłaniają coraz więcej ofiar przynajmniej w tych sferach ludności, które są zmuszone szukać pomocy w szpitalach publicznych” i że „choroby weneryczne są bardzo w Warszawie rozpowszechnione”¹⁾. Dalej notujemy za nim rezultat wykazu popisowych z roku 1879—1880 (Sprawozd. Depart. Lekar.), który jest dla nas bardzo niepomysłny. Okazuje się, że pod względem liczby nieprzyjętych do wojska z powodu przymiotu w późnym tylko okresie choroby, pierwsze trzy miejsca w Państwie Rosyjskiem zajmują trzy gubernie Królestwa Polskiego, a mianowicie: Łomżyńska, Kaliska i Siedlecka; szóste miejsce zajmuje Piotrkowska, dziesiąte Płocka, jedenaste Warszawska, i trzynaste Suwalska, czyli że na 13 gubernii, w których znaleziono największą liczbę popisowych syfilityków, się d m przypada na Królestwo Polskie²⁾. Następnie wnioskować można o stopniu rozpowszechnienia przymiotu wśród ludności z tego, jak szybko bywają zarażone prostytutki nowozacienne, bo ostatecznie źródłem ich choroby jest męska ludność danej miejscowości. Otóż w Warszawie proces zarażenia idzie bardzo szybko: prostytutki dostają przymiotu najpóźniej w trzecim roku swojej kariery i to w ogromnej większości, bo 93,72% ogólnej ich liczby³⁾, a zatem zarażają się nawet nieco prędzej, niż w o tyle większym Petersburgu (93%).

Skromny wynik tych wiadomości, które zdołalibyśmy zebrać dla Warszawy, przedstawia się w następujących cyfrach:

	Ilość syfil. i wen. mężczyzn, kob. i dzieci w szpitalach warszawsk.	Ogół. chorych w szpitalach warszawskich	% syfilit.	Ilość mieszkańców m. Warszawy	% syfil. i wener. na ogół mieszkańców
1895	5791	38334	15,1	553643	1,04
1896	5676	37750	15,0	583888	0,97
1898	6052	38424	15,7	645848	0,93
1899	5885	40546	14,5	686010	0,85

1) Str. 74 i 75

2) Str. 76.

3) Str. 32 i 40.

Oczywiście, że pewna liczba wypadków choroby, objętych temi cyframi, powinna odejść na ludność zamiejską, leczącą się w Warszawie. Tablica ta dowodzi jednak, jak potrzebne są w naszym mieście szpitale, lecznice i ambulatorya dla syfilityków i weneryków, jeżeli ogromny, bo 15% wszystkich chorych, szukających porady w szpitalach, stanowi kategoria tych ostatnich. Ten 15-ty procent uważamy za bardzo wysoki, ze względu na to, że do szpitala św. Łazarza udają się ci tylko, którzy są niejako zmuszeni do tego, wyczerpawszy poprzednio wszystkie inne środki. W rzeczywistości chorych było niewątpliwie więcej. Dość powiedzieć, że stosunek syfilityków do weneryków w naszej tablicy jest jak 2 do 3-ch; liczba tych ostatnich stanowczo za niska.

Dla porównania weźmy np. już nie milionowe stolice, do których Warszawa jeszcze nie może mieć pretensyi, chyba tylko pod względem szerzenia się przymiotu, ale mniejsze, a tak ruchliwe Drezno. Rezultat dla Warszawy będzie bardzo niepomysłny:

w roku 1895 było:

	W szpitalach miejskich syfilit. i wen.	Ludność	% na ogół ludności
Warszawa	5791	553643	1,04
Drezno ¹⁾	1041	349063	0,29

A zatem w Dreźnie mniej niż trzecia część chorych szuka porady w szpitalach, aniżeli w Warszawie. Trzeba przypuszczać, że i mniej choruje.

Jeżeli dodamy teraz tych wszystkich, którzy udawali się do lekarzy prywatnie, a także w ambulatoryach i lecznicach, to otrzymamy następujące cyfry:

	Ilość syfilit. i wener.	Ogół chorych leczących się w War- szawie	% syfil. i weneryk. na ogół chorych	% syfil. na ogół mieszkań
1895	21271	141830	15	3,84
1896	23532	116288	20,2	4,03
1898	23116	183116	12,6	3,58
1899	24155	200235	12,0	3,52

Popełnilibyśmy błąd, gdybyśmy z cyfr tych chcieli wnosić, że liczba przypadków przymiotu zmniejsza się w Warszawie. Procenty ilości chorych dowodzą tylko, że w innych cierpieniach więcej ludzi szuka porady lekarskiej, niż jeszcze niedawno (w r. 1899 udzielono prawie dwa razy więcej porad niż w roku

¹⁾ Statystyka dra WERTHER'a. GALEWSKY. Beiträge zur Prostitutionsfrage aus den Königreich Sachsen.

1896), liczba zaś syfilityków i weneryków wcale się nie zmniejsza. Wskazuje na to procent tych chorych na ogół mieszkańców, który uważamy za bardzo wysoki.

Jeszcze smutniej przedstawia się stan rzeczy w tablicy pana MESSAROSZA, za lata 1890—1894¹⁾.

	Procent weneryków	‰ syfilityków	Suma
Warszawa	10,04	1,80	11,84
Odessa	5,05	3,96	9,01
Moskwa	3,51	3,99	7,50
Petersburg	1,35	1,17	2,52

Tak więc Warszawa według niego zajmuje naczelné miejsce (?). Nie wiem skąd są wyjęte te cyfry i o ile im wierzyć można; prawdopodobnie z danych, które pozostały dla nas niedostępnymi. Gdyby jednak były wiarogodne, to aż strach pomyśleć, żeby w Warszawie było stosunkowo prawie pięć razy tyle syfilityków i weneryków, co w dwumilionowym Petersburgu.

Na zakończenie wyjmujemy jeszcze kilka cyfr, dotyczących się weneryków (nie syfilityków) z tablicy p. HERCENSZTEIN'a²⁾:

	Warszawa	Odessa	Petersburg
1889	13504	5238	8977
1890	15341	5172	9784
1891	12333	4920	8179
1892	9119	5692	7459

Nie wdając się w krytykę tych cyfr, zaznaczamy tylko że na lata 1889—1891 absolutna liczba weneryków w Warszawie równa się sumie takiejże liczbie tych chorych w portowej Odessie i stołecznym Petersburgu!

Oto jak się przedstawia stan naszego miasta pod względem frekwencji przymiotu i chorób wenerycznych. [C. d. n.].

¹⁾ P. I. MESSAROSZ. K woprosu o rasprostranienii siflisa w Rossii. Wiestnik obszczestw. Gigieny, sudebn. i prakt. Medicyny 1896 g. ijul.

²⁾ GERCENSZTEJN. O bolnicznom prizrienii wenerikow. Wiest. Obszcz. Gig. sudebn. i prakt. Med. 1895. Dekabr.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



1. Schmieden. Doświadczenia kliniczne nad zastosowaniem „wioformu“.

Na klinice SCHEDE'go w Bonn przedsięwzięto liczne doświadczenia nad zastosowaniem wioformu, czyli jodochloroksychinolinu. Wyniki były nadzwyczaj pomyślne. Używano przeważnie gazy wioformowej; w niektórych zaś przypadkach (rany, które nie mogą być bandażowane) proszku wioformowego. Gazę przygotowuje się w następujący sposób: rozrabia się 10 grm. wioformu w 50 grm. alkoholu; do tej gęstawej mieszaniny dodaje się roztwór 10 grm. cukru i 25 grm. gliceryny w 500 grm. wody; dolewa się powoli, mieszając ustawicznie. Mieszanina ta wystarcza na dziesięć rolek bandaża (12 cm. szer., 5 m. dług.). Bandaże nasiąkają dokładnie wioformem (wyciska się je kilkakrotnie), poczem należy je suszyć w ciągu 12-u godzin, tak wszakże, aby pozostały cokolwiek wilgotne; układa się je w przeznaczoną do tego serwetę (wioform pozostawia żółte plamy) i wyjaławia na równi z innymi opatrunkami. Opatrunek, przygotowany w ten sposób jest zupełnie wystarczający co do procentu wioformu i wcale nie kosztowny. Wioform jest dotychczas pierwszym antyseptykiem, który można wyjaławiać, nie rozkłada się bowiem w wysokiej temperaturze. Doświadczenia TAVEL'a udowodniły również wielką odporność tego środka na odczynniki chemiczne. Oto są najważniejsze zalety kliniczne wioformu:

1. Działanie przeciwbakteryjne, specjalnie przeciwgruźlicze. W obecnym stanie chirurgii środek antyseptyczny jest jedynie środkiem pomocniczym obok głównych, jakimi są: szerokie nacięcia, dreny, przeciwotwory itp.

Przypada mu zatem w udziale rola powstrzymywania rozkładu obumarłych tkanek, ropy i płynu wsiąkającego w tampon. W tym kierunku oddaje gaza wioformowa niesłychane usługi. np. po rezeceji stawu biodrowego pozostawiano opatrunek w ciągu $\frac{1}{2}$ —2 tygodni, poczem tampon znajdowano bezwonny, przepuszczalny i prawie w zupełności nie zrośnięty z ziarniną. Ta ostatnia cecha jest ważną bardzo zaletą wioformu, gdyż umożliwia długie pozostawianie opatrunku; w chwili usunięcia tegoż — rana jest już tak dalece podgojona i ziarnina tak rozrośnięta, że tampon można zastąpić mniejszym. Jodoformu używają obecnie na klinice SCHEDE'go jedynie przy ograniczonych ogniskach gruczołowych.

2. Nie wywołuje zatrucia.

Pomimo, że po niektórych operacjach, np. rezecejach ściany klatki piersiowej, wkładano do 10 rolek bandaża w celu wypełnienia jamy, nie zauważono nigdy zatrucia wioformem, jako też nikt nie okazywał idyosynkrazji. Bardzo długi czas zostawiano wioformowe tampony przy amputacjach kiszki stolcowej, zapaleniach szpiku kostnego, flegmonach i t. p., zawsze z jaknajlepszym wynikiem.

3. Jest bezwonny.

Cecha ta, stnowiąca olbrzymią zaletę wioformu ujawnia się mianowicie przy syfilisie, nie tylko bowiem sam wioform nie wydziela przykrej woni, ale już po paru opatrunkach usuwa przykry specyficzny zapach ran syfilitycznych, i sprzyja tworzeniu ziarniny. Bezwonność wioformu jest szczególnie ważną przy opatrunkach na twarzy, w okolicy nosa i ust.

4. Nie wywołuje przyszczycey.



Wioform nie tylko nie powoduje zapaleń skóry, lecz przeciwnie, ma własności wysuszające i znajduje szerokie zastosowanie przy gojeniu uporczywych i swędzących zapaleń skóry; ponieważ zaś nie niszczy nawet w zaczątku znajdującej się ziarniny, przeto doskonale oddaje usługi przy wrzodach odleżynowych.

5. Zachowanie, sprzyjające tworzeniu się ziarniny.

Pod opatrunkiem wioformowym nadzwyczaj szybko wzrasta ziarnina. Nawet powierzchnie, pokryte płatkami THIERSCH'a, goiły się wybornie pod wioformem.

6. Trudno się rozkłada.

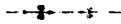
Własność ta, stwierdzona już laboratoryjnie przez TAVEL'a, jest niesłychanie pożyteczna przy operacjach aseptycznych, np. przy przymocowaniu nerki. Tampon, podpierający nerkę, może pozostać aż do jej przyrośnięcia, co ułatwia przyrastanie tejże we właściwym miejscu.

7. Własności tamowania krwotoku posiada wioform na równi z jodoformem.

Na zakończenie stwierdza autor, że na klinice SCHEDE'go wioform wyrugował prawie doszczętnie jodoform, którego posiada zalety, nie posiadając stron ujemnych, zatem poleca go uwadze lekarzy szpitalnych.

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 61 Z. 5—6.*) A. Ciechomski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



19. Braun. Rezekcja bliznowatego zwężenia przełyku.

W 1891 roku przybyła do szpitala w Królewcu 19-letnia dziewczyna, cierpiąca na zwężenie przełyku, spowodowane połknięciem kwasu siarczanego. W chwili pierwszego badania wprowadzenie sondy napotkało na trzykrotną przeszkodę, a mianowicie: na 20 ctm. w odległości od zębów, dalej na wysokości podziału tchawicy i wreszcie bezpośrednio przed wejściem do żołądka. Wprowadzanie sondy było czasem połączone z bólem i wielkimi trudnościami, czasem niemożliwe zupełnie, niekiedy zaś udawało się wprowadzić zgłębnik dość gruby. Chora mogła przełykać jedynie płyny, bardzo rzadko zaś miękkie pokarmy stałe i to jedynie przesuwając je w przełyku ręką. Ponieważ w ciągu 4-ch miesięcy po przybyciu chorej do szpitala nie osiągnięto żadnego polepszenia na drodze zachowawczej, przystąpiono przeto do operacji. Po stronie wewnętrznej lewego mięśnia mostko-sutko-obojęzycznego przeprowadzono aż do mostka cięcie długie na 8 ctm. i otworzono przełyk w miejscu, gdzie sonda wskazywała zwężenie, poniżej chrząstki obrączkowej. Okazała się blizna, ukośna, po nad którą ściana przełyku tworzyła kieszonkę; przystąpiono do całkowitego usunięcia blizny i kieszonki, poczem brzegi braku zaszyto katgutem, zwracając uwagę, aby górny i dolny brzeg błony śluzowej dokładnie przystawały do siebie. Brzegi podłużnego cięcia przełyku przymocowano do skóry, a do żołądka wprowadzono zgłębnik grubości małego palca, po uprzednim rozszerzeniu dwóch pozostałych głębszych blizn zapomocą świeczek. Brzegi około zgłębnika wyłożono gazą jodoformową. Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny: po miesiącu chora łykała nawet twarde pożywienie. Cierpienie dotychczas nie powróciło.

Przy tej sposobności autor podaje historie chorób, zaczerpnięte z angielskich lub szwedzkich czasopism, a dotyczące 3-ch podobnych przypadków.

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, T. 61, Z. V i VI).

Andrzej Ciechomski.

20. A. Nehr Korn. Tymczasowa kolostomia przy przewlekłej dyzenterii.

Autor opisuje przypadek przewlekłej dyzenterii z bardzo ciężkim przebiegiem, który cechowały głównie bardzo częste i obfite krwotoki kiszkowe. Żadne środki lekarskie, stosowane *per os et per rectum*, nie skutkowały: krwotoki z kiszek, silne rozwolnienie, parcie, bóle brzucha nie ustępowały, i chory wskutek rozwijających się groźnych objawów niedokrwistości, był blizkim śmierci.

Wówczas CZERNY postanowił wykonać kolostomię z lewej strony brzucha, gdyż objawy kliniczne [wyczuwalne kielbasowate zgrubienie, wrażliwe na ucisk, w miejscu, odpowiadającym zgięciu esowatemu; ukazywanie się przez odbyt świeżej, niezmięnionej krwi, pomimo braku owrzodzeń na błonie śluzowej odbytnicy] wskazywały na zajęcie dolnego odcinka okrężnicy. Przebieg pooperacyjny był znakomity: krwotoki kiszkowe zupełnie ustąpiły. Miejscowe leczenie po operacji polegało na codziennem przemywaniu okrężnicy przez odbyt sztuczny rozcieńczonym roztworem kwasu salicylowego, przyczem udawało się bez wszelkich trudności wprowadzić do okrężnicy około 1½ litra tego roztworu, podczas gdy przed operacją chory nie znosił ilości większych nad 300—400 ctm. sz. płynu, wprowadzanego *per rectum*. W ciągu kilku następnych tygodni chory znacznie się poprawił i w 3½ miesiąca po pierwszej operacji zostało dokonane usunięcie *ani praeter naturam*. Od tego czasu chory ma się wyśmienicie.

Operacja w tym przypadku miała na celu zabezpieczenie schorzałemu odcinkowi kiszek możliwego spokoju, oraz osiągnięcie możności bezpośredniego oddziaływania na zajętą część kiszek, co przed operacją, jak już wyżej mówiliśmy, było niemożliwe do przeprowadzenia.

Zabiegi operacyjne przy przewlekłej dyzenterii były dotychczas bardzo rzadko wykonywane. Pierwszy zalecił kolostomię przy tem cierpieniu STEPHAN z Amsterdamu. Na mocy istniejącego materiału operacyjnego i rozważań teoretycznych ustalić można następujące 2 wskazania do interwencji chirurgicznej: 1) jeżeli pomimo wszelkich środków terapii wewnętrznej krwotoki nie ustępują, skutkiem czego ogólny stan chorego szybko się pogarsza, albo też jeżeli bóle kiszkowe, wydymania opierają się wszelkiemu leczeniu wewnętrznemu i znacznie wycieńczają chorego; 2) jeśli stosowanie środków wewnętrznych staje się niemożliwym, gdyż ustrój chorego ich nie znosi, szczególnie gdy kiszki nie zdolne są zatrzymać dostatecznie obfitych wlewań płynów.

Stosownie do umiejscowienia cierpienia kiszkowego wskazane są rozmaite zabiegi operacyjne. Prawostronna *colostomia*, wzgl. *coecostomia* może być wykonana tam, gdzie przyjmujemy cierpienie całej okrężnicy. Nałożenie sztucznego odbytu ma wtedy na celu pozostawienie na pewien czas okrężnicy w stanie spokoju, gdyż sprawa gojenia w tych warunkach łatwiej dochodzi do skutku. Przekładamy wykluczenie oddzielnych odcinków okrężnicy lub części jej, zawartej między kątnicą a zgięciem esowatym, przez entero-anastomozę, bez nałożenia sztucznego odbytu, wówczas, gdy przy laparotomii możemy z dostateczną pewnością, na mocy oglądania i obmacywania, umiejscowić cierpienie w środkowych odcinkach okrężnicy. Lewostronna kolostomia pozostaje dla tych przypadków, w których zgięcie esowate już przed operacją może być uważane za *locus morbi*, przyczem główny cel operacji polega tu na uprzy-

stąpieniu dolnego odcinka kiszkii grubej dla miejscowego stosowania środków lekarskich.

Na zakończenie dodamy, że w większej części przypadków przewlekłej dyzenteryi zabieg operacyjny kończył się pomyślnie, pomimo że ogólny stan chorych w czasie operacji był opłakany.

(*Deutsche med. Wochenschr.* 1902. Nr. 1).

Pechkranc.

21. Speck. O wpływie światła i kąpeli zimnych na przyspieszanie przemiany materyi.

Do niedawna jeszcze lecznictwo zajęte było wyszukiwaniem środków, któreby pobudzały organizm do energicznej przemiany materyi. Wychodząc z zasady, że tylko regularny przebieg spraw utleniania może być rękojmnią zdrowia, upatrywano przyczynę rozmaitych stanów chorobowych w krążących w krwi wytworach niedostatecznego utleniania. Dwom zabiegom zwłaszcza przypisywano potężny wpływ na przyspieszanie przemiany materyi: zimnym kąpielom oraz t. zw. kąpielom powietrznym i działaniu światła. Kąpiele oczywiście mają wywierać swój skutek, oddziaływając na ciepłotę ciała. Wiadomo jest, że temperatura zwierząt ciepłokrwistych utrzymuje się mniej więcej na jednej wysokości dzięki dwóm czynnikom: regulacji chemicznej, czyli zmianie energii utleniania w organizmie stosownie do wielkości utraty ciepła i regulacji fizycznej, czyli wahaniom w oddawaniu ciepła stosownie do wytworzonej w ciele przez sprawy chemiczne ilości ciepła. Liczne badania autora wykazywały, że najforsowniejsza praca mięśniowa, przy której podnosi się ośmiokrotnie spożytkowanie tlenu, może podnieść ciepłotę ciała co najwyżej o 1° C i to na czas bardzo krótki. Wynika z tego, że wysokiej temperatury przy stanach gorączkowych w żaden sposób nie podobna stawiać w związku z tem nieznacznem wzniesieniem się utleniania, jakie dotychczas stwierdzono. Natomiast regulacja fizyczna może wywierać znaczny wpływ na temperaturę. Stwierdziły to liczne, dokonane przez autora, pomiary ciepłoty podczas zimnych kąpeli [20—22° C.]: wskutek skurczów naczyń skórnych i zmniejszenia się oddawania ciepła, ciepłota [mierzona pod językiem] wznosiła się, ażeby potem spaść znacznie [1—1½° C.] po kąpeli. Przy forsownem wciągnięciu do płuc przez czas dłuższy wielkich ilości powietrza ochładza się powierzchnia płuc i ciepłota opada niezwolecznie o kilka podziałek stopnia, podczas gdy przy wolnem i ograniczonym oddychaniu ciepłota podnosi się niezwolecznie. Do tych samych wyników doprowadziły autora poszukiwania nad wchłanianiem tlenu i wydzielaniem kwasu węglowego, które wykonał na samym sobie: otóż cyfry, otrzymane bezpośrednio po zimnej kąpeli nago, oraz następnie po ogrzaniu się [w ubraniu], wykazały różnice tak minimalne, że należało je położyć na karb przypadkowej działalności mięśni [drżenie]. Gdyby chemiczna regulacja ciepła posiadała wpływ tak znaczny, jaki jej powszechnie przypisują, to ciepłe kąpiele, podwyższając ciepłotę ciała, musiałyby zwalniać sprawę utleniania w organizmie. Do tych samych wyników doszedł WINTERITZ, to samo wykazały również i doświadczenia na zwierzętach ciepłokrwistych. Doświadczenia EYKMANNA nad wartością kalorymetryczną pokarmów, nad spożytkowaniem tlenu i wydzielaniem kwasu węglowego u mieszkańców krajów podzwrotnikowych doprowadziły go do wniosku, że nawet tak potężny czynnik, jak różnice w temperaturze podzwrotnikowej i północnej, nie jest w stanie wywrzeć najmniejszego wpływu na sprawę utleniania w organizmie. Wynika z tego, że zewnętrzne ochładzanie ciała czy to zapomocą zimnych kąpeli czy to zapomocą kąpeli powietrznych, jest środkiem zupełnie bezsilnym w przyspieszaniu spraw utleniania. Regulacja ciepłoty jest tylko czynnością układu nerwowego naczynioruchowego i niema nic wspólnego z przemianą materyi.



Co się tyczy światła, to podczas gdy w świecie roślinnym zawarta w fa-
lach świetlnych energia rozszczepia pewne stałe związki chemiczne, to według
badań najnowszych na ustrój zwierzęcy nie wywiera ono żadnego wpływu (bez-
pośrednio. Ociemniali lub zamknięci w ciemnych więzieniach pozostają lata całe
pozbawieni światła bez żadnej szkody dla organizmu. Nawet za pośrednic-
twem nerwów wzrokowych nie wywiera światło żadnego wpływu na sprawę
utleniania. W całym szeregu doświadczeń, wykonywanych to z zamkniętymi
oczami, to spoglądając na jaskrawo oświetlone powierzchnie z zachowaniem je-
dnakowych warunków nie znajdował autor żadnych zmian w utlenianiu, ani
w szybkości, tętna. Należy więc chłodniej zapatrywać się na światło, jako na
uniwersalny środek leczniczy.

Według autora, wszystkie dotychczasowe badania w tym kierunku musia-
ły prowadzić do błędnych wyników, ponieważ nie wykluczały najważniejszego
fizycznego czynnika w przemianie materii: nierówności w czynności mięśniowej.
Najnieznaczniejszy ruch mięśniowy [podnoszenie ramienia, niewidzialny
skurcz bez pracy i t. d.] podnosi już cyfry utleniania. Więc tylko czynność
tkanki kurczliwej zdolna jest przyspieszać przemianę materii. W ostatnich
czasach w działalności przetworów gruczołu tarczowego na przemianę materii
dopatrywano się dowodu, że możliwy jest bezpośredni wpływ na sprawę utlenia-
nia za pomocą środków chemicznych bez udziału tkanki kurczliwej. Lecz i tu-
taj wpływ ten daje się sprowadzić do wzmożonej czynności mięśniowej. Wi-
doczne jest to z osłabienia czynności mięśniowej w cierpieniach, zależnych od
utruty substancji gruczołu tarczowego, jak obrzęk śluzowy, charłactwo po
wyjęciu wola oraz ze wzmożonej czynności mięśniowej w chorobie BASEDOW'a,
przy której ostatnio stwierdził HIRSCHLAFF nadmierne wytwarzanie się sub-
stancji gruczołu tarczowego i jednocześnie zwiększanie przemiany materii.
Posiadamy więc w czynności mięśniowej środek daleko tańszy, dogodniejszy,
łatwiej zastosowalny i pewniejszy, aniżeli wszelkie przetwory sztuczne.

(*Zeitschrift für klinische Medicin. 1901. T. 43. Z. 5 i 6.*)

Władysław Sterling.

Wiadomości bieżące.

— Kol. KRZYŻE mianowany został kuratorem szpitala na Pradze, a kol. PILTZ
ordynatorem tegoż szpitala.

— W Towarzystwie lekarzy lwowskich wybrano na r. 1902 na prezesa dra
SOŁOWIJA a na wiceprezesa dra JASIŃSKIEGO.

— W Paryżu zawiązało się stowarzyszenie z celem walczenia wszelkimi
środkami przeciw śmiertelności dzieci (*Ligue contre la mortalité infantile*). Pre-
zesem wybrano dobrze zapisanego w kwestjach ochrony dzieci senatora THEOPILA
ROUSSEL, wiceprezesem P. STRAUSS'a senatora i BUDIN'a prof. akuszeryi w Paryżu.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою Варшава, 24 Января 1902. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka S.



SANATOGEN

26—2

Środek wzmacniający.

Tonicum, zupełnie nie drażniące.

pp. Lekarzom próbki i broszury wysyła bezpłatnie reprezentant

p. Bierthümpfel,

WARSZAWA, Marszałkowska 136.

Fabrykanci: BAUERBACH & C-o

Berlin S. O. 6.

0—36 Sanatorium międzynarodowe
Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Graubünden.

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrektor Sanatorium Malvilliers).

Sanatorium pierwszorzędne z komfortem i z najnowszymi urządzeniami higienicznymi. Położenie piękne, słoneczne i od wiatrów zabezpieczone. Wielkie halle zwrócone na południe. Staranna opieka. Leczenie według zasad Brehmera i Dettweilera.



Prospekty gratis przesyła dyrektor zakładu lub właściciel

A. Hirsch.

NAŁĘCZÓW

zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych (z wyjątkiem umysłowych). W sezonie zimowym ceny niższe (od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Dyrektor Dr. A. Puławski,

0—25

Lekarz zakładu Dr. B. Malewski.

OGŁOSZENIE.

Ponieważ p. Dr. Klemens Dębicki ustąpił z zajmowanej posady Kierownika i Lekarza zakładowego w Iwoniczu, przeto wszelkie sprawy załatwia tylko podpisana

**Dyrekcya Zakładu zdrojowo-kapielowego
w Iwoniczu.**

