

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etiologii ropnego zapalenia wątroby. Przez d-ra W. Florkiewicza. Przyczynek do nauki o leczeniu złamań rzepki i wyrostka łokciowego za pomocą szwu kostnego. Przez D-ra W. Stankiewicza (Dokończenie). Obecny stan kwestyi o nadmiernem wydzielaniu i nadmiernej kwaśności soku żołądkowego. Streścił Dr. med. H. Pacanowski.—**Streżczenia i wyciągi.** (3). Oleczeniu przymiotu. (Dokończenie). 4 Nowy sposób drenowania pęcherza, po cięciu nadłonowem.—**Krytyka i Bibliografia.** Rocznik Medycyny Krajowej. D-ra J. Rogowicza.—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

UWAGI I SPOSTRZEŻENIA z zakresu etiologii ropnego zapalenia wątroby (*hepatitis suppurativa*).

Podane przez D-ra Władysława Florkiewicza.

Za sprawą stosunków anatomicznych, jakie istnieją pomiędzy wątrobą łączną z jej podwójnym układem doprowadzających naczyń krwionośnych, a innemi narządami ustroju, działalność tego największego z gruczołów zależną jest szczególnie od wpływów, jakie nań wywierają sprawy narządów oddechu, krążenia i trawienia, tak, iż wszelkie donioslejsze zmiany w zakresie spraw pomienionych, powodują odpowiednie zboczenia anatomiczne i czynnościowe w wątrobie. Jakoż spostrzeżenia na chorych wykazują nam, że pomiędzy chorobami tego narządu nierównie częściej od pierwotnych pojawiają się sprawy patologiczne następne, będące wynikiem zaburzeń w narządach, z którymi wątroba pozostaje w związku i że stan tej ostatniej może dosyć często służyć nawet za miarę doniosłości zaburzeń w odnośnych narządach. Pomienione warunki etiologiczne są też niewątpliwie powodem, że w ogólności choroby wątroby, występujące tak pod postacią zaburzeń w ukrwieniu i wydzielaniu, jak i wyrodzeń anatomicznych zmieniających budowę narządu, należą do bardzo częstych spraw patologicznych ustroju. Odmiennie pod tym ostatnim względem, przedstawiają się jednak dwie ważne choroby wątroby, mianowicie: zapalenie ropne i zanik ostry tegoż narządu, które jak zgodnie wykazują autorowie kompetentni, i jak każdy z nas z biegiem czasu przeświadczonym zostaje, spostrzegane bywają bardzo rzadko, nawet w pośród bogatego materiału klinicznego.

Etiologii pierwszej z wymienionych spraw patologicznych zamierzam poświęcić kilka uwag następnych będących w związku ze spostrzeżeniami mojemu.

Patologia rozróżnia dwie postacie ropnego zapalenia wątroby: do pierwszej zaliczają się przypadki, które zdarzają się w naszym podniebiu umiarkowanym; do drugiej zaś przypadki strefy gorącej, które tam wyłącznie stanowią jedną z częstych chorób endemicznych, mianowicie w pewnych okolicach. Najistotniejszą różnicę pomiędzy pomienionemi dwiema postaciami ropne-

go zapalenia wątroby, stanowią warunki etiologiczne, w jakich i przez jakie powstają takowe.

I. Na podstawie dosyć już obfitego materiału klinicznego, zebranego i opracowanego przez autorów, ropnie wątroby zdarzające się w strefie umiarkowanej, przedstawiają się prawie wyłącznie jako sprawy chorobowe następcze, których punktem wyjścia bywa zwykle jeden z następujących momentów etiologicznych:

1) obrażenia mechaniczne wątroby, a mianowicie: rany zadane ciałem przedostającym się od zewnątrz, lub uszkodzenia spowodowane przez uderzenie, upadek lub ugniecenie, przyczem jednak należy mieć na pamięci, że ropnie traumatyczne wątroby wcale nie często wytwarzają się po obrażeniach, owszem, kazuistyka pomieszczona w pracach autorów wiarogodnych, poucza, że obrażenia ciężkie, że rany głębokie, stosunkowo dosyć rzadko prowadzą do ropnego zapalenia wątroby ¹⁾.

2) Sprawy rozpadowe w narządach stykających się z wątrobą, a mianowicie: a) owrzodzenia przewodu żółciowego wspólnego (*duct. choledoch.*) wytworzone skutkiem tyfusu brzuszego, kamyków żółciowych, bąblowca lub nadmiernego rozszerzenia się małych przewodów żółciowych, przy długotrwałem zatkaniu przewodu wspólnego; b) wrzód dziurawiący żołądka; c) rak tegoż narządu; d) rak trzustki i t. p.

3) Zakrzepy i zatory w naczyniach krwionośnych wątroby, a mianowicie:

a) zakrzepy w żyłę wrotnej (*v. portae*) w okresie rozmiękczenia i rozpadu ropnego (*pylephlebitis suppurativa*). Punktem wyjścia takiej sprawy, są zwykle owrzodzenia w narządach z którymi początkowe gałązki żyły wrotnej pozostają w związku bezpośrednim,

b) zatory w gałązkach tętnicy wątrobowej (*art. hepat.*) do której przedostają się cząstki rozpadowe wytworzone w pewnych chorobach płuc i serca, albo nawet pochodzące z narządów odległych przy współdziale dróg krążenia małego;

c) zatory w gałązkach żył wątrobowych (*ven. hepat.*), które według pewnych autorów powstają w ten sposób, że cząstki chorobotwórcze przedostają się na drodze krążenia wstecznego, z żyły próżnej zstępującej do żył wątrobowych. Ten sposób powstawania ropni przerzutowych wątroby nie jest jednak dostatecznie wykazany ani przez doświadczenie, ani przez badania anatomopatologiczne.

4) Zakażenie krwi ropne (*ichorrhæmia*) samo przez się bez pośrednictwa zatorów tętniczych i żylnych, podane zostało przez VIRCHOWA jako przyczyna powstawania ognisk ropnych w wątrobie. KLEBS na podstawie poszukiwań nad zmarłymi skutkiem ran postrzałowych, uważał tego rodzaju ogniska jako ropnie przerzutowe, spowodowane przez pasożyt gnilny (*micrococcus septicus*), który znajdował w ranach.

¹⁾ Podczas wypadków 1863 r. miałem sposobność spostrzegać dwa razy pomyślny przebieg ran wątroby, z wytworzeniem się przetok żółciowych. Jeden z tych przypadków leczony w Kruszyńcu pamięta, jak sądzę, kol. Stanisław MARKIEWICZ.

5) Autorowie kompetentni jak FRERICHs, BAMBERGER, wykazali, iż w podniebiu umiarkowanym zdarzają się przypadki ropnego zapalenia wątroby, w których badanie kliniczne i anatomiczne nie są w stanie wykryć żadnej z wymienionych wyżej przyczyn powstania choroby. Moment etiologiczny odnośnych przypadków określili oni przez nazwę „z przyczyn nierozpoznanych“ zastrzegając jednak, że wynik ujemny badania nie upoważnia do uznania choroby za sprawę pierwotną wątroby, albowiem przyczyna istotna, mogła być już przeminać bez śladu albo też nie zostać wykrytą.

II. Zapalenia ropne wątroby, które występują w krajach gorących, przedstawiają w pewnej mierze postać odmienną, a mianowicie pod względem etiologicznym różnią się wydatnie. Według podręcznika patologii historyczno-jeograficznej HIRSCHA, w strefie podzwrotnikowej Azji i Afryki, oraz w Egipcie górnym, przypadki tej choroby bywają tak częste, iż stanowią tamże 5% śmiertelności ogólnej. Występują one najliczniej nie w najgorętszej porze roku lecz wówczas, gdy po dniach gorących następują noce zimne. Podlegać mają chorobie przeważnie Europejczycy, którzy nie żywią się na sposób krajowców, jedzących umiarkowanie i przeważnie pokarmy roślinne, lecz podobnie jak w ojczyźnie swojej używają wiele mięsa i napojów wysokowych. Ponieważ podzwrotnikowe ropne zapalenia wątroby komplikują się niekiedy z dysenterią i sekcyę stwierdzają obydwie te choroby, przeto niektórzy lekarze krajowcy, a za nimi i autorowie europejscy uważali też ropne zapalenia wątroby, jako sprawy następce, powstające na skutek przedostawania się cząstek rozpadowych lub gazów gnilnych z żył kiszkii prostej do żyły wrotnej. Niemniej jednak FRERICHs i HIRSCH wykazali na podstawie licznych spostrzeżeń, że ropne zapalenia wątroby przebiegają najczęściej bez dysenterii, że gdy ta komplikacya ma miejsce, to dysenteria występuje zwykle dopiero podczas zapalenia wątroby, że w pewnych okolicach pomimo licznych przypadków dysenterii nie zdarzają się wcale ropnie wątroby, a wreszcie, że w przypadkach strefy gorącej, anatomia patologiczna nie wykazała nigdy zakrzepów w żyłach będących w związku z kiszka prostą, które znajdują się zwykle, gdy ropnie wątroby wytwarzają się wskutek zakrzepów w układzie żyły wrotnej.

Jako przyczynę ropnych zapaleń wątroby w krajach gorących podawano także zakażenie zimniczne, z czem jednakże nie zgadza się fakt wykazany także przez autorów wyżej wymienionych, iż w wielu okolicach nawiedzanych przez ciężkie postacie malaryi, nie znane są ropne zapalenia wątroby. Jakkolwiek i w krajach gorących zdarzać się mogą przypadki następce tej choroby, powstałe z tych samych przyczyn co i u nas, ostatecznie jednak owe ropnie wątroby, przedstawiają się jako choroba pierwotna, idiopatyczna, do której mogą wprawdzie usposabiać i zakażenie zimniczne i dysenteria, którą jednakże właściwy dopiero czynnik etiologiczny jest w stanie wywołać. Tym skutecznym czynnikiem zdają się być nagle zmiany wysokiej ciepłoty powietrza i nadmierne używanie napojów wysokowych, albowiem według spostrzeżeń lekarzy miejscowych, te dwie przyczyny wwołują zwykle ropnie wątroby. Przypadki idiopatyczne tej choroby, według wymienionego wyżej podręcznika patologii historyczno-jeograficznej HIRSCHA, zdarzać się też mają dosyć często

i w Europie południowej, a mianowicie w Andaluzji, w Sycylii, na Malcie, na wyspach Jońskich i t. d. a chociaż nie występują tam tak gromadnie jak w krajach podzwrotnikowych, jednak niezmiernie częściej, niż zapalenia wątroby następce, zdarzające się w naszym podniebiu umiarkowanym.

Skreśliłem nieco obszerniej etiologię ropnego zapalenia wątroby dla tego, że spostrzeżenia które mam podać, pod tym właśnie względem przedstawiają pewne właściwości, na które chciałbym zwrócić następnie uwagę.

Nie zamierzając opisywać szczegółowych zmian anatomicznych choroby, ani kreślić jej obrazu klinicznego obejmującego rozliczne przypadki, sposoby przebiegu i zejścia, ani podawać metod jej leczenia, jako przedmiotów zaobszernych do pomieszczenia w granicach zadania podjętego w pracy niniejszej, ograniczam się w odnośnych kwestiach do zaznaczenia jedynie: 1) że przy ropnym zapaleniu wątroby, wytwarza się albo ropień pojedynczy, którego rozmiary bywają różne, albo liczne zwykle po całym narządzie rozrzucone ropnie małe; 2) że jakkolwiek w każdej z tych dwóch postaci klinicznych, o których powyżej była mowa, zajść może bądź jedna bądź druga zmiana anatomiczna, najczęściej jednak przy zapaleniach ropnych w podniebiu umiarkowanym znajdują się liczne ogniska małe, a przy zapaleniach w strefie gorącej pojedyncze ropnie wielkie, i to prawdopodobnie z tej przyczyny, że pierwsza z tych postaci jest chorobą wtórną i przerzutową, druga zaś pierwotną, idiopatyczną; 3) że obrazy kliniczne obydwóch tych postaci ropnego zapalenia wątroby są dosyć podobne; 4) że czas trwania choroby jest różny, odpowiednio do rodzaju zmian anatomicznych jakie zachodzą w wątrobie oraz przebiegu jaki przyjmują ropnie; 5) że choroba jest zawsze groźną dla życia, a rokowanie jeżeli nie bezgłędnie niepomysłnem to bardzo wątpliwem; 6) że wyzdrowienie może nastąpić w takich jedynie przypadkach, w których ropień niewielkich rozmiarów ulega wessaniu lub otorbieniu, co zdaniem autorów kompetentnych zdarza się niezmiernie rzadko, albo też w których ropa przetoruje sobie drogę na zewnątrz przez skórę albo przez jeden z narządów sąsiednich, lub gdy ropień staje się dostępnym interwencji chirurgicznej, a siły chorego są dostateczne do przetrwania wyczerpującej i przewlekłej niemocy; 7) że jakkolwiek zachodzą niewątpliwie przypadki wyzdrowienia bądź siłami natury, bądź przy pomocy sztuki, zwykle jednak ropne zapalenia wątroby kończą się śmiercią.

Pomiędzy spostrzeżeniami zebranymi w zakresie mej działalności lekarskiej posiadam opisy trzech przypadków ropnego zapalenia wątroby. W dwóch spostrzeganych w szpitalu, istota sprawy chorobowej została wykazaną anatomicznie przez sekcję zwłok, w trzecim obserwowanym w praktyce prywatnej, rozpoznanie oparte na całokształcie obrazu patologicznego, nie mogło być stwierdzone anatomicznie. Pomienione spostrzeżenia nie są wprawdzie wyczerpującymi, mianowicie pod względem anatomo-patologicznym z powodu warunków w jakich zostały zebrane, niemniej jednak mogą one stanowić pewien przyczynek naukowy i praktyczny i dla tego opiszę je nieco obszerniej.

(d. c. n.)

PRZYCZYNEK DO NAUKI

o leczeniu złamań Rzepki (*fractura patellae*) i Wyrostka łokciowego (*olecranon*) za pomocą szwu kostnego.

Przez D-ra Władysława Stankiewicza

Chirurga Szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 2).

Powołując się na pracę D-ra BOGDANIKA w roku 1885 w Przeglądzie Lekarskim umieszczoną, niespodziewaliśmy się, iż w niedługim czasie przypadek przezeń operowany posłuży nam do rozjaśnienia kwestyi natury zrostu między odłamkami rzepki po złaczeniu ich drutem metalowym. Otóż w Nr. 44 tegoż pisma z r. 1886 znajdujemy wiadomość, iż pacyent w mowie będący umarł na zapalenie płuc w półtora roku po dokonanej operacyi na rzepce, która po śmierci została wyjętą i starannie zbadaną. Okazuje się, iż odłamki zrosnięte były bardzo dokładnie, ale nie zapomocą tkanki kostnej jak się należało spodziewać; cieniutka bowiem warstwa je łącząca była tkanką włóknistą w której ciałek kostnych nie wykryto. Pomimo to zrost był bardzo silny, gdyż przy najmocniejszym rozciąganiu, odłamków niemożna było rozerwać. Ponieważ spojenie drutem odłamków stawia je w idealnych warunkach pod względem zrostu kostnego, przeto Autor przypuszcza, że w tym przypadku może wiek pacyenta (65 lat) był tego przyczyną, gdyż trudno podzielić zdanie niektórych chirurgów, iż przy złamaniu poprzecznem rzepki zrost kostny nastąpić niemoże. Rezultat rzeczzonego zbadania jest bardzo ważny, gdyż mamy tylko wyjątkowe okazy śledzenia złamanej rzepki po śmierci; bardzo słusznie przeto Autor twierdzi, iż wszelkie upewnienia o otrzymaniu zrostu kostnego odłamków za życia jest tylko przypuszczeniem, które dopiero przy autopsyi może być sprawdzonem.

Nadmieniłem powyżej, iż do otrzymania zadawalniającego rezultatu leczenia złamań rzepki metodą bezkrwawą, potrzeba nietylko pilności chirurga ale i wytrwałości ze strony pacyenta. Na dowód tego przedstawiam Szanownym Kollegom P. M. lat 68, który d. 6 Sierpnia r. z. złamał lewą rzepkę skutkiem upadnięcia. Ze względu na podeszły wiek pacyenta, tudzież zapewnione jego utrzymanie przy rodzinie, postanowiłem go leczyć metodą zwykłą za pomocą mego przyrządu, polegającego na ogipsowaniu kończyny wraz z miednicą w położeniu silnie wyprostnem, wycięciu okienka na kolanie i zbliżeniu odłamków zapomocą pętli kauczukowej. Sposobu tego używam od lat 5 z dobrym rezultatem. Po 2-eh miesiącach odłamki zrosły się bardzo dobrze za pomocą tkanki włóknistej, która utworzyła pasek wąski, zaledwie dający się wyczuć palcem, doskonale je spajający. Pacyent opuścił szpital z aparatem gipsowym na całą kończynę z zaleceniem noszenia go ciągle aż do dalszej dyspozycyi. Pragnąłem tak wyprostowaną kończynę utrzymać przynajmniej jeszcze przez 2 miesiące dla utrwalenia dokładnego zrostu odłamków. Tymczasem odwiedzając pacyenta po miesiącu zastałem przyrząd zdjęty, a na kolano zastosowane okłady ciepłe z żywokostu, zalecone przez domową doktorkę. Dzięki tylko silnemu zrostowi od-

łamek odstęp pomiędzy nimi nie wiele się powiększył. Z trudnością przyszło mi namówić pacyenta do noszenia opatrunku gipsowego jeszcze przez miesiąc.

Złamanie wyrostka łokciowego.

Rola fizyologiczna wyrostka łokciowego przy prostowaniu kończyny górnej, jak również warunki anatomiczne tegoż sprawiają, iż objawy funkcyjne przy jego złamaniu wielce są podobne do objawów złamania rzepki, a leczenie obudwu polega na tej samej podstawie i jednakową metodą daje się skutecznie. Jakkolwiek leczenie kończyny górnej łatwiej i prędzej da się przeprowadzić, to jednak zbliżenie odłamków złamanych wymaga tu równej staranności jak i przy leczeniu złamań rzepki. Tak samo należy utrzymać kończynę w położeniu wyprostnem przez czas dość długi, a odłamek górny zbliżyć i doprowadzić do możliwego zetknięcia z dolnym, a po uzyskaniu dobrego i silnego zrostu wprawić kończynę do powrotu normalnych ruchów w całej ich rozciągłości. Zrost jednak pożądaný nie zawsze da się osiągnąć, a od tego zależy powrót siły i władzy, który dla ludzi ręczną pracą na życie zarabiających jest warunkiem niezbędnym, nakładając na chirurga obowiązek wywiązania się jak najsumienniejsz z powierzonego mu zadania. Wszelka więc metoda, zapewniająca w tych warunkach wyleczenie doskonale i szybkie, winna mieć pierwszeństwo, tembardziej jeśli przy zastosowaniu innej rezultat leczenia się opóźnia lub niedostatecznym zapowiada. Za metodę taką poczytuję złączenie odłamków drutem, które wykonane już niejednokrotnie przez chirurgów angielskich, wydało jaknajpomyślniejsze rezultaty i skłoniło mnie do zastosowania tego sposobu u chorego, będącego przedmiotem niniejszej obserwacji.

Ludwik Bocheński, lat 48, ślusarz warsztatów Drogi Żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej, przybył na kurację do oddziału zewnętrznego szpitala Ewangelickiego d. 26 Maja 1886 r. Opowiada, iż dnia poprzedniego poślizgnął się i upadł gwałtownie na łokieć lewy, przyczem uczuł bardzo silny ból z trzasknięciem połączony, a gdy się podniósł nie był w stanie z powodu bólu wykonać najmniejszego ruchu w łokciu. Badając kończynę znalazłem ją w położeniu półwyprostnem, przytrzymaną drugą ręką, okolica łokcia mocno spuchnięta, skóra na całej powierzchni tylnej zasiniona. Pacjent bardzo drażliwy, skarży się na ból przy najmniejszym dotknięciu i nie daje się nakłonić do próby jakiegokolwiek ruchu w łokciu. Przy badaniu tylnej powierzchni łokcia wyczuwa się dobrze odłamek wyrostka łokciowego, pociągnięty ku górze przez mięsień trójkłowy ramienia, a nadto obfity wylew krwi pomiędzy odłamekami. Odstęp między odłamekami wynosi około 3 ctm.

Mamy więc tu wyraźne złamanie poprzeczne wyrostka łokciowego, między podstawą jego a wierzchołkiem, skutkiem bezpośredniego uderzenia tegoż przy upadnięciu chorego. Zastosowałem w tym przypadku łupkę na stronę wewnętrzną dla utrzymania kończyny w położeniu wyprostnem a lód na okolice złamania. Po tygodniu obrzęk zupełnie zniknął; mogłem tedy założyć przyrząd stały, polegający na zastosowaniu łupki na stronie wewnętrznej utrzymującej kończynę w położeniu silnie wyprostnem i zbliżeniu odłamków za pomocą ściśle założonej opaski. Pomimo zupełnego wyprostowania i unieruchomienia człon-

ka przez trzy tygodnie, przekonałem się po upływie tego czasu, iż odstęp między odłamkami wynosi 2 ctm., i zrostu żadnego nie ma. Chory niepokoił się swym stanem i domagał usilnie jaknajprędszego wyleczenia, a że dotychczasowe postępowanie nie dawało mi rękojmi otrzymania prędkiego i dokładnego zrostu, tak koniecznego przy zawodowej pracy pacyenta, postanowiłem połączyć odłamki drutem, co też wykonałem d. 22 Czerwca przy pomocy koll. d-rów KRUSZEWSKIEGO, M. BRUNNERA i RAUMA.

Operację wykonałem w taki sam sposób jak przy złamanej rzepce. Cięcie podłużne długości 6 ctm., przez środek odłamków, którem obnażyłem je jako też otworzyłem staw. W stawie żadnych skrzepów ani błon włóknikowych nie znalazłem, powierzchnia jego miała wygląd zupełnie prawidłowy. Powierzchnie odłamków były nierówne, górnego odłamka wklęsnięta, pokryta skrzepami i błonami zapalnymi, które zeszkrobałem a powierzchnie obu odłamków nożycami kostnymi wyrównałem. Przez odłamek górny i dolny przeprowadziłem jeden drut srebrny, poczynając na 1 ctm. od brzegu złamania a wychodząc na granicy chrząstki i powierzchnie odłamków ściśle zbliżyłem przez skręcenie drutu, który krótko obciąłem i na płask do kości przybiłem. Drut użyłem o połowę cieńszy aniżeli przy operacji na rzepce, zbliżenie bowiem odłamków nieprzedstawiało trudności. Przez staw przeprowadziłem cienki dren na poprzek, brzegi rany skórnej zeszyłem a przemywszy dobrze roztworem 1‰ sublimatu, założyłem opatrunek na okolicę operowaną i całą kończynę unieruchomiłem na deszczulce od wewnątrz nałożonej. Operacja wraz z zachloroformowaniem trwała pół godziny.

W przebiegu pooperacyjnym niemam nic nadzwyczajnego do zanotowania żadnej reakcji gorączkowej ani zapalnej niebyło; ciepłota ciała ani razu nie podniosła się wyżej 37,6 C., pacjent nie doznawał żadnego bólu, jedyną niedogodność sprawiało mu wyprostowanie kończyny. Zmiana pierwsza opatrunku nastąpiła 12 dnia po operacji; opatrunek suchy zupełnie, wyjęcie szwów i drenu; przy drugim opatrunku także po 12 dniach znalazłem ranę zupełnie zagojoną. W 10 dni potem, czyli 34 po operacji zdjąłem deszczulkę i zacząłem wykonywać ruchy bierne. Z powodu lęklivosti pacyenta z początku szło to bardzo leniwie, powoli jednak sam się ośmielił i w chwili opuszczenia szpitala d. 28 Sierpnia, mógł prostować kończynę prawie zupełnie a zginać z łatwością pod kątem ostrym. Zrost odłamków zupełny bez wszelkiej nierówności, staw kształtu prawidłowego bez żadnego obrzmienia, ruchy dobrowolne, swobodne i siła kończyny stale zwiększająca się.

Pacjent wrócił do swych zajęć i od tego czasu pracuje jak dawniej, chociaż z początku z pewną ostrożnością z powodu prędszego męczenia się kończyny.

Jak dziś Szanowni kolledzy widzicie prostowanie i zgięcie kończyny w niczem nie różni się od ręki prawej; siła kończyny operowanej wróciła do stanu normalnego i pacjent przy pracy niedoznaje żadnych śladów po przebytem złamaniu i wykonanej wskutek tego operacji.

Przypadek powyższy stwierdza nasze poglądy co do wyższości leczenia tego rodzaju złamań za pomocą szwu kostnego, a nadto wskazuje kiedy takowy właściwie powinien być zastosowanym; w zwyczajnych bowiem warunkach

gdzie zbliżenie odłamków da się łatwo uskuteczyć a zrost dobry normalnie postępuje metoda bezkrwawa najzupełniej wystarcza, w przeciwnych zaś uciec się należy do zbliżenia odłamków zapomocą szwu, co przy zachowaniu ścisłej antyseptyki wykonywa się bezpiecznie, dając zrost dokładny i wyleczenie doskonałe w stosunkowo najkrótszym czasie.

OBECNY STAN KWESTYI

O nadmiernem wydzielaniu i nadmiernej kwaśności soku żołądkowego.

Streścił Dr. med. **Henryk Pacanowski.**

Kilka zaledwo lat minęło od czasu, jak REICHMAN ogłosił ¹⁾ 2 przypadki nadmiernego wydzielania soku żołądkowego o wysokim stopniu kwaśności, gdy już literatura przedmiotu tego dotycząca, stała się dość liczną, a odnośne poszukiwania rzuciły niejake światło na pomienione zaburzenie. Początkowo został jedynie stwierdzony fakt, iż istnieją stany chorobowe, cechujące się obecnością trawiącego soku w żołądku nie zawierającym pokarmu. Zjawiska tego na razie wytłumaczyć nie umiano i dla tego, jak to się dzieje zazwyczaj, zaliczano je do rzędu czynnościowych zaburzeń żołądka. Dziś wszelako udało się już wysnuć pewne bardziej racjonalne wnioski, które w niedalekiej zapewne przyszłości pozwolą też osiągnąć korzyść praktyczną.

Z tego względu uważam za właściwe przedstawić w ogólnym zarysie stan obecny niniejszej kwestyi, jako uzupełnienie tego, co już do pewnego stopnia na innem miejscu uskutečniłem ²⁾.

Jeden z najbardziej zasłużonych badaczów na polu patologii żołądka, von den VELDEN, zauważył słusznie, iż dotychczas nic nie wiemy ani o ilości soku, który się wydziela podczas aktu trawienia danego pokarmu, ani o czasie ustawiania wydzieliny. To tylko wiadomo, że z chwilą, gdy miazga opuściła żołądek, czy to skutkiem przejścia do dwunastnicy, czy też uległszy wessaniu, czynność wydzielnicza gruczołów żołądkowych ustaje w zupełności. Tym sposobem zboczenie w wydzielaniu soku żołądkowego nastąpi wówczas, skoro tenże sok pojawi się w czasie niewłaściwym t. j. po ukończeniu trawienia lub też z rana na czczo, i taki tylko stan nazywać można nadmiernem wydzielaniem.

Z drugiej znów strony von den VELDEN zaznacza, że i dotychczasowe pojęcia nasze o stopniu kwaśności soku żołądkowego są niedokładne; nie posiadamy bowiem dość ścisłych metod określania tegoż. Czyniono wprawdzie odnośne poszukiwania, lecz takowe polegały zwykle na oznaczaniu stopnia kwasności nie soku, a miazgi pokarmowej, co było zresztą powodem znacznych różnic, zależnych od okresu trawienia, od jakości i ilości spożytego pokarmu, wreszcie od indywidualności danego osobnika. Dla osiągnięcia przeto jakichkolwiek wyników VELDEN ³⁾ zalecił sposób, już o wiele da-

¹⁾ Gaz. Lek. 1882. Nr. 26 i 1883. Nr. 44.

²⁾ Kron. Lek. 1886. Nr. 10—12 (Nerwice żołądka).

³⁾ Volkmann's Samml. klin. Vorträge. Nr. 280.

wniej przez GLUZIŃSKIEGO i JAWORSKIEGO ⁴⁾ podany, a polegający na obserwowaniu stopniowej przemiany białka jaj kurzych, wprowadzonego do żołądka z rana na czczo.

W tym celu VELDEN wykonał kilka doświadczeń na sobie oraz na 2 młodych zdrowych osobnikach: W 1½ godziny po spożyciu białka z 2 jaj kurzych i jednocześnie wypiciu 100 c. sz. wody, VELDEN wydobywał treść żołądkową przy pomocy zgłębnika. Zazwyczaj płyn był przezroczystym, niekiedy zawierał resztki skrzepłego białka, dawał wyraźny odczyn na pepton, a stopień kwasności przesączu wynosił 0,13⁰/₀, i zależał jedynie od kwasu solnego.

Jeśli więc dla żołądka prawidłowego przyjmujemy stopień kwasności 0,13⁰/₀ to otrzymana przy zachowaniu wymienionych poprzednio warunków cyfra wyższa, będzie do pewnego stopnia dowodem zaburzenia wydzielniczego t. j. nadmiernej kwasności treści, *resp.* soku żołądkowego.

Z powyższego wynika, iż właściwie rozróżnić należy dwie sprawy: z jednej strony nadmierne wydzielanie (*Hypersecretio*), z drugiej nadmierną kwasność (*Hyperaciditas*). Wprawdzie częstokroć obadwa zjawiska występują jednocześnie, i dla tego uważano je dawniej za nieodłączne. Obecnie wszelako dają się napotkać przypadki bądź tylko pierwszej, bądź wyłącznie drugiej kategorii, a główna zasługa rozdzielenia obu spraw, należy się właściwie VELDEN'owi.

Co się tyczy nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, to wszystkie dotychczas opisane spostrzeżenia RIEGEL ⁵⁾ podzielił na 2 grupy: do pierwszej zalicza on przypadki ostre, do drugiej przewlekłe.

W przypadkach ostrych nadmierne wydzielanie soku trwa zazwyczaj krótko i uwydatnia się pod postacią napadów, powtarzających się peryodycznie, w pewnych odstępach czasu, mniej lub więcej długich; napadom towarzyszą często wymioty obfite, niezależne od przyjęcia pokarmu; w przerwach zaś pomiędzy napadami dany osobnik nie doznaje żadnych przypadłości ze strony żołądka. Oprócz zaliczonych tu przez RIEGEL'a przypadków nagle powstającej zgagi (*acutes Sodbrennen*), tego rodzaju napady występują przy zaburzeniach w sferze mózgu lub rdzenia kręgowego, zaburzeniach nie tylko anatomicznych, ale i czynnościowych. Najlepiej poznano dotychczas napady przy wia d z i e (*Tabes dorsalis*). Dalej, ROSSBACH ⁶⁾ opisał chorobę swoistą, podobną do migreny, którą nazwał *Gastrovynsis*. Zjawia się ona u ludzi oddanych wytężającej pracy umysłowej i rozpoczyna się gwałtownym bólem głowy oraz wymiotami, trwającami dopóty, póki żołądek nie pozbędzie się całkowicie swej zawartości. Podobny stan, zwany przez ROSENTHAL'a *Gastrovia juvenilis*, rozwijać się może i u dzieci, uczęszczających do szkoły.

We wszystkich tych przypadkach, oprócz nagromadzenia się w żołądku znacznej ilości soku, który zostaje zwymiotowanym, ROSENTHAL, ROSSBACH, SAHLI i inni stwierdzili też jednocześnie wysoki stopień kwasności tych wymiocin, dochodzący nawet do 0,3 - 0,4⁰/₀ kwasu solnego. Podmiotowo nadmier-

⁴⁾ Przegl. Lek. 1885. Nr. 3 - 6.

⁵⁾ *Ztschr. f. klin. Med.* T. XI. Str. 1.

⁶⁾ *D. Archiv f. klin. Med.* T. 35. Str. 383.

na ta kwasność uwydatniała się uczuciem palenia w gardzieli i ustach, jakby po przyjęciu mocnego kwasu.

Przechodzę teraz do drugiej grupy RIEGEL'A, obejmującej przypadki przewlekłe w których sprawa chorobowa nie objawia się napadami i długimi przerwami względnego lub zupełnego zdrowia, lecz w których trwa ustawicznie. Tu możemy już ściślej odróżnić przypadki nadmiernego wydzielania od przypadków takiejże kwasności.

Główna zasługa bliższego zbadania nadmiernego przewlekłego wydzielania soku żołądkowego należy się GLUZIŃSKIEMU i JAWORSKIEMU. Winniśmy ważne to odkrycie przez naszych rodaków dokonane, podnieść tembardziej, że z powodów od nich niezależnych, zostało ono przez autorów niemieckich pominięte milezieniem ⁷⁾. GLUZIŃSKI i JAWORSKI już w r. 1884 ⁸⁾ zwrócili uwagę na istnienie zwykłego nadmiernego wydzielania soku w znaczeniu opisanem później przez RIEGEL'A, oraz na t. zw. nieżytkwaśny jako oddzielną postać chorobową, występującą na tle niedowładu (*atonia*) żołądka.

W wymienionej postaci nieżytu, obok istnienia w żołądku na czczo soku, GLUZIŃSKI i JAWORSKI zauważyli też nadmierną kwasność miazgi pokarmowej. Najbardziej charakterystycznymi według nich składnikami treści żołądkowej są zabarwione żółcią strzępy śluzowe; przesącz (filtrat) bywa bezbarwnym. Mimo wszakże obecności dzielnego soku żołądkowego, który w próbówce doskonale trawi białko, pokarmy zatrzymują się zbyt długo w żołądku, skutkiem czego produkty trawienia nagromadzają się i wessaniu nie ulegają.

Podobne przypadki opisał następnie RIEGEL, który zawsze stwierdzał obecność rozszerzenia żołądka. Upatruje od źródło tego stanu chorobowego w nadmiernem wydzielaniu kwaśnego soku czyli w zaburzeniu chemizmu, którego następstwem bywa dopiero niedowład ścian żołądka. Natomiast GLUZIŃSKI i JAWORSKI, obok powyższego momentu przyczynowego, poczytują niedowład pierwotny jako warunek jednoczesny i współrzędny dla wywołania rozszerzenia.

Do objawów podmiotowych GLUZIŃSKI i JAWORSKI ⁹⁾ zaliczają: silne bóle napadowe, wzmagające się najczęściej po jedzeniu, niekiedy występujące także w nocy; dalej zgagę i palenie oraz bolesność przy obmacywaniu żołądka. RIEGEL dodaje, iż łaknienie bywa zachowanym, pragnienie wzmożonem; badanie zaś wymiocin lub wydobytej treści wskazuje, iż białko ulega strawieniu w zupełności, części zaś mączkowate pozostają prawie niezmienionymi.

GLUZIŃSKI i JAWORSKI na zasadzie swych bardzo licznych i sumiennie przeprowadzonych poszukiwań doszli do ciekawego zaiste wniosku, iż nieżytkwaśny żołądka bywa formą chorobową o wiele częstszą nawet od nie-

⁷⁾ Już po napisaniu artykułu niniejszego znalazłem w Nr. 52 *Wien. med. Woch.* z r. z. dokończenie pracy JAWORSKIEGO p. t. „O związku objawów podmiotowych z wynikami przedmiotowego badania żołądka”, w której autor wygłasza zupełnie nowe i oryginalne poglądy na rozwój nieżytku żołądka w ogóle. Praca ta jest nader ciekawą tak ze względu na swą treść jakoteż i na polemikę z RIEGEL'em i NOORDEN'em; nie będę jej wszelako rozpatrywał bliżej, ponieważ ukaże się prawdopodobnie w języku polskim.

⁸⁾ Przegl. Lek. 1884. Nr. 16—18.

⁹⁾ Przegl. Lek. 1886. Nr. 49 i 50.

żytu ze zmniejszoną ilością kwasu solnego. To też szablonowe zalecanie tego kwasu (i ewent. pepsyny) nie ma zdaniem ich istotnej wartości, gdyż wskazanie opartem być musi na poprzednim zbadaniu czynności wydzielniczej żołądka.

Zupełnie niezależnie od GLUZIŃSKIEGO i JAWORSKIEGO von den VELDEN doszedł do wniosków mniej więcej identycznych, które streścił w odczycie wygłoszonym w r. 1885 na zjeździe lekarzy niemieckich w Strassburgu, a opartym na 3 spostrzeżeniach własnych.

W pierwszym spostrzeżeniu (45-letni nauczyciel) choroba rozpoczęła się nagle przed 4 laty po sutym objedzie, silnym bólem głowy i wymiotami. Kilkakrotne badanie zgłębnikiem na czczo wykazało, iż żołądek prawie zawsze był próżny; z wyjątkiem zaś pory rannej można było o każdej niemal dnia porze wydobyć bądź czysty sok, bądź miazgę pokarmową.

Płyn wydobyty lub wymiociny były zwykle bezbarwne, rzadko zabarwione żółcią, dawały wyraźny odczyn na kwas solny, kwasu mlecznego zaś wykryć nie można było; stopień kwasności wynosił 0,12^o%. Ani peptonu, ani syntonyiny nie zawierały. Włóknik i białko kurze ulegały w próbowce strawieniu nawet na zimno już po upływie godziny. Wyraźne rozszerzenie żołądka stwierdzić się nie dało, lecz jedynie niedowład.

Drugi przypadek dotyczył 48-letniego kapitalisty, który oddawna dopuszczał się nadużyć dyjetetycznych. Cierpienie rozpoczęło się stopniowo 1½ roku temu w sposób nieznaczny. Wymiotom, pojawiającym się w skąpej ilości zwykle na krótko przed obiadem, towarzyszyły bóle w dołku, mdłości, zawroty głowy i poty. Żołądek badany naczczo 9 razy, okazał się 6 razy zupełnie próżnym; trzykrotnie zaś zawierał tylko nieznaczną ilość soku. Stopień kwasności soku wynosił 0,1^o% i zależał wyłącznie od kwasu solnego. Rozszerzenia żołądka, w przypadku tym nie było.

Wreszcie trzeci chory VELDEN'a cierpiał niewątpliwie na wrzód żołądka ponieważ przed 3 laty były wymioty krwawe i kuracya w Karlsbadzie sprawiła polepszenie.

Porównyując streszczone tu 3 przypadki, VELDEN zaznacza, iż mimo istnienia u wszystkich chorych bardzo zbliżonych do siebie objawów, a w szczególności nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, zachodzi wielka różnica pod względem etyologicznym. W pierwszym, choroba powstała z ostrego nieżytu żołądka, w drugim był nieżyt przewlekły, w trzecim wrzód żołądka. O przypadku ostatnim pomówię niżej, co zaś do pierwszych dwóch, to jak widzieliśmy, ilość procentowa kwasu solnego nie przekraczała granic prawidłowych.

Z powyżej skreślonego opisu przekonywamy się, że w całej tej sprawie mamy do czynienia tylko z jednym charakterystycznym objawem, właściwym rozmaitemu co do swej przyrody cierpieniom żołądka, objawem powodującym określone przypadłości chorobowe. VELDEN przeto zasadnie odmawia zjawisku temu cechy samodzielnej choroby żołądka.

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

(3). 0 leczeniu przymiotu. Referaty i dyskusye na V-tym kongresie dla medycyny wewnętrznej w Wiesbaden 1886 r. (*Dokończenie zob. Nr. 2*).

Przyczyna złych rezultatów wycięcia leży w tem: że operowano nie dość radykalnie, że nie wyluszczano już zajętych gruczołów, że często operowano za późno t. j. wyczekiwano—dla ugruntowania dyagnozy — na kompletny rozwój stwardnienia, przez co jad dostał się już do naczyń chłonnych i do krwi. Dla tego—wychodząc z zasady — że wycięcie już dla samego leczenia miejscowego bardzo pomyslnie daje szansy, należy próbować tego środka wszędzie, gdzie tylko umiejscowienie stwardnienia na to pozwala. Nie nawet nie można zarzucić zniszczenia każdego miejsca zarażenia np. przez jak najwcześniejsze wypalanie skoncentrowanym kwasem karbolowym, nie czekając pewnej dyagnozy (SIGMUND). W tych nawet przypadkach, w których się to robi zaraz w pierwszych dniach choroby, nie możemy pomimo to być pewni niepojawienia się przymiotu, gdyż, obok przypadków, w których zarazek długi czas na miejscu pozostaje, zdarzają się inne, w których dość szybko przechodzi do gruczołów chłonnych,—a jeszcze w innych następuje prawie natychmiastowe zakażenie krwi i wtedy wszelki zabieg leczniczy na pierwotny objaw choroby, musi być bezskutecznym. Na wyjątkowo szczęśliwe wypadki, w których po rzeczywistym stwardnieniu i obrzmieniu gruczołów, nie wystąpiło ogólne syfilityczne zakażenie, rachować nie należy (Neisser ani w swoim materyale, ani w literaturze nie znalazł podobnego przypadku). Jakkolwiek zatem przez wycięcie nie osiągamy radykalnego wyleczenia, to czy przez to nie otrzymamy przynajmniej osłabienia choroby w dalszym jej przebiegu? Lecz i na to pytanie nie jesteśmy w stanie rozstrzygająco odpowiedzieć wobec tak rozmaitego przebiegu i nasilenia choroby.

Doświadczenia, które miały na celu zniszczenie zarazka przez zastrzyknięcie soli rtęciowych w miejscach jego początkowego posuwania się (*Weissflog*) t. j. w okolicę między prąciem a gruczołami chłonnymi, są teoretycznie usprawiedliwione i zasługują na dalsze praktyczne wypróbowanie.

II. Czy przymiot ustrojowy powinien być zwalczany środkami leczniczymi? i

III. Jaki plan postępowania należy ułożyć przy zamierzonym leczeniu?

Obecnie prawie powszechnem jest zdanie, że rtęć i jod są skutecznymi lekami na przymiot. Spornemi jednak są następujące pytania:

1^o co do terminu, w którym leczenie rtęcią zaczętem być winno.

2^o co do sposobu aplikacji i czasu trwania kuracyi—i

3^o co do nasilenia kuracyi.

Przed rozbiorem powyższych pytań, przytacza NEISSER smutne fakta, poczerpnięte z własnego doświadczenia, a odnoszące się do późnych i ciężkich form przymiotu, tak często spotykanych w krajach, w których przymiot weale lub bardzo źle bywa leczonym (jak w Polsce, Rosyi, Chinach; — *endemię Radesyge* i t. d.). Dla tych powodów — a także, opierając się na faktach, dowodzących, że energiczne leczenie rtęcią osłabia i usuwa możność sukcesyjnego przekazywania zarazy, przychodzi NEISSER do wniosku, że *rtęć jest wybornym środkiem przeciwprzymiotowym i to nie tylko przeciwko czasowo występującym objawom, lecz i na samą istotę choroby. Głównym celem leczenia jest: zapobieżenie objawom późnym i przeprowadzenie choroby do zupełnego wyleczenia—a nie w stan utajenia.*

Co do 1-go pytania: Czy ogólne leczenie powinno być przedsiębrauam zaraz, po postawieniu pewnego rozpoznania: „stwardnienie, przymiot” (FOURNIER), czy też dopiero po pojawieniu się ogólnych objawów? Pytanie to, podług NEISSERA, dotąd nierozstrzygnięte i nie da się stanowczo rozstrzygnąć. Neisser więc jest skłonny do natychmiastowego leczenia.

Co do 2 i 3-go. *Twierdzenie Fournier'a: Leczenie powinno być długo-trwałem*

(2—4 lat) i powinno być przeprowadzonym bez względu na to, czy istnieją lub nieistnieją objawy choroby—jest słuszne. Albowiem chociaż, w pewnym danym czasie, nie mamy objawów, to jednak choroba istnieje i po pewnym krótszym lub dłuższym czasie na nowo się ujawni. Przymiot bowiem jest chorobą chroniczną i jako taka chronicznie (długotrwanie) powinna być leczona, tembardziej, że to leczenie przy należytej ostrożności i indywidualizowaniu jest nieszkodliwem. Nie powinno być ono prowadzone ciągle, lecz w przestankach. Lekkie leczenie wewnętrzne nie jest odpowiedniem; lecz energicznie działające metody czyli tak zwane kuracjami głównymi powinny być stosowane naprzemian z metodami lekkimi czyli t. zw. kuracjami podrzędnymi. (Nebencur).

Wartość lecznicza pojedynczych przetworów rtęci i ich energija stoi podług KOEBNERA w stosunku odwrotnym do ich szybkości, z jaką wydalają się z organizmu. Jednakowoż nie jesteśmy w stanie na zasadzie tego ustanowić obecnie, jak to czyni Bockhart, skali dla różnych środków.

Pierwsze leczenie powinno być możliwie energiczne (dobrze wykonane i długo prowadzone wcierania, lub iniekcje kalomelu, u dzieci plaster rtęciowy Unny). Podobnie energiczne, główne kuracjami powinny być w 1-ym do 4-go roku corocznie powtarzane, w połączeniu z kąpielami, wodami mineralnymi i leczeniem napotnem. Obok tego należy zalecać w pierwszych 2 latach łagodne kuracjami przez podskórne wstrzykiwanie prędko przechodzących soli rtęciowych, wewnątrz *Hg tannicum oxydulatum*, *protojoduret* lub *sublimat* z solą kuchenną w mleku. Powyższe środki zalecają się i po ustąpieniu wszelkich objawów, z uwzględnianiem ogólnego stanu chorego i cięższych powrotów choroby.

Dla otrzymania działania rtęci na pewne okolice ciała (*regionaere Wirkung*) najwłaściwiej będzie stosować wszystkie metody: naskórną, podskórną i wewnętrzną, aby osiągnąć i podzielać na soki różnych miejscowości i wszystkich gruczołów limfatycznych.

Energiczne leczenie miejscowe powinno być jednocześnie prowadzone.

Neisser zastrzega się przeciw wszelkim posądzoniam o zamiar szematyzowania w leczeniu,—owszem wypowiada on konieczność indywidualizowania w każdym pojedynczym przypadku.

Powyżej wyłożony sposób leczenia może być w praktyce wykonany, jeżeli choremu z góry wypowiemy przepowiednię jego choroby.

Szczególne znaczenie mają przy pierwszej i następnych głównych kuracjach miejsca kąpielowe: Akwisgran, Wiesbaden *) i t. p. Tamtejsze kąpiele i picie wody mineralnej — jak równie picie odwarów i kuracjami napotne mają znaczenie pomocniczych środków przy kuracji rtęciowej (pobudzenie wymiany materji, obfite użycie wody słonej znacznie ułatwia rozpuszczalność soli rtęciowych).

Jod jest niezbędnym środkiem dla form mięczakowych, lecz obok niego potrzeba przeprowadzić i leczenie rtęciowe. Doza jodu wynosić powinna przeciętnie 2 grammy dziennie, — można jednak podwyższyć do 12 gramów, a nawet wyżej, używając przy tem dużo mleka. Haloidy jadu nie wiele się różnią między sobą. Jodoform w roztworze eterycznym lub emulsji olejowej zastrzyknięty pod skórę przebywa dłużej w organizmie (*Accumulatio*). W peryodzie świeżym choroby jod nie jest pożytecznym, tylko przy przypadłościach newralgicznych jod i w tym peryodzie będzie doskonałym środkiem łagodzącym.

Neisser kończy swój odczyt słowami: „Jakkolwiek powyższe tezy co do leczenia przymiotu, są—według mego przekonania — dostatecznie uzasadnione, to jednak proszę je brać tylko za to, czem właściwie one być powinny t. j. głównymi wytycznymi punktami w dyskusji i do których także mają się odnosić nasze terapeutyczne próby i doświadczenia w najbliższych latach.“

*) U nas Busko.

Dyskusya. WEBER (New-Jork) podaje metody leczenia przymiotu używane w Ameryce. Ogólne leczenie przedsiębrane bywa powszechnie zaraz po postawieniu pewnej dyagnozy — i to za pomocą jodu rtęci, który przez 1½ — 2 lat i dłużej zadawanym bywa w pigułkach. Podczas przestanków zaleca się także we wszystkich peryodach choroby *Kali i Natr. jodatum*. Niektórzy dają jednocześnie z temi środkami sublimat w wodnym roztworze i utrzymują, że w pewnych uporeczywych objawach skórnych i błon śluzowych lepsze otrzymują rezultaty, niż z leczenia jednym tylko środkiem. Nieliczni — a między temi WEBER — zalecają wcierania podług SIGMUND'A. Od tego czasu skutki kuracyi bywają lepsze. Podskórne wstrzykiwania i Dekokt Zitmana małą cieszą się wziętością. W trzeciorzędnych wrzodziejących formach bywa zalecanem *kali jodatum* aż do 20 gramów dziennie (VAN BUREN, SEQUIN), lecz większość lekarzy nie jest przekonaną o potrzebie tak wysokich dawek. Rozmaite płynne wyciągi mają znaczenie szczęśliwie skombinowanych środków przeczyszczających.

VON ZIEMSEN (Monachium): Na oddziale wewnętrznym Monachijskiego szpitala obecnie stosują się wyłącznie wstrzykiwania peptonu rtęci z zupełnem zadowoleniem lekarzy. ZIEMSEN usilnie zaleca wstrzykiwania cyanku rtęci. Bez wątpienia wstrzykiwania podskórne zajmą w przyszłości pierwsze miejsce w praktyce prywatnej. Pomyślne rezultaty otrzymał ZIEMSEN przy formach późnych z jednoczesnego użycia wstrzykiwań i Jodu do wewnątrz.

SCHUSTER (Aachen) robi zarzut KAPOSÍ'EMU: wydzielanie rtęci przez moczu i kał nie odbywa się w przestankach lecz ciągle i kończy się w 6 — 8 miesięcy najpóźniej po skończonej kuracyi. Twierdzenie VAIDY i PASCHKIS'A, którzy znajdowali rtęć jeszcze po 7 i 13 miesiącach polegały na tem, że w przypadkach przez nich badanych rtęć została wchłoniętą przez płuca razem z powietrzem sal krótko przed badaniem moczu.

Ponieważ powroty choroby wtedy się pojawiają, gdy rtęć z organizmu ustąpiła, przeto słusznie zaleca prof. NEISSER leczenie przestankowe, które powinno być ponawiane zaraz po ukończonej wydzieleniu się rtęci z organizmu. (Badanie moczu i kału mogą tu dostarczyć potrzebnych wskazówek).

ZIEMSEN (Wiesbaden): W miejscach kąpielowych otrzymamy zawsze najlepsze rezultaty lecznicze, gdyż chorzy mogą się tam w zupełności oddać ścisłej i regularnej kuracyi. ZIEMSEN zaleca bardzo długie kuracje (do 3 i 5 miesięcy trwające) wcieraniami (do 15 gramów dziennie) bez szkody. Wielkie kondylomy i gummata wycina nożem, o ile miejsce na to pozwala. Przy leczeniu gumatów płucnych dopomaga użyciem tranu i t. p.

LEUBE (Würzburg): Wczesne leczenie przymiotu, przed okazaniem się drugorzędnych objawów, dawało, według jego 13-letniego doświadczenia najlepsze skutki.

EDLEFSEN (Kiel) podziela w zupełności zdanie LEUBE'GO. W obec twierdzenia ZIEMSEN'A robi uwagę, że podskórne wstrzykiwania dają szybkie rezultaty, lecz energiczne wcierania nierównie pewniej zabezpieczają od powrotów. Podskórne użycie kalomelu i w tym kierunku dobrze działa. Dotąd zastrzykiwano za małe dozy soli rtęciowych.

EDLEFSEN próbował przy formach późnych najprzód samego *Kali jodat.*, i jeżeli to nie przynosiło prędkiego rezultatu, to dodawał wcierania z doskonałym skutkiem. Radzi on wielką ostrożność w zadawaniu wielkich dawek jodu potassu, gdyż bez wątpienia istnieje różna wrażliwość na ten srodek. Niekiedy drogi oddechowe tak silnie bywają tym środkiem podrażnione, że przy gwałtownych nieżytych krtani, powstają objawy zwiężenia tak, że nastrocza się myśl *tracheotomii*.

BÄUMLER (Freiburg) zaleca stanowczo leczenie zapobiegawcze, zanim okażą się drugorzędne objawy, a to dla tego, że już w peryodzie wylęgania może-

my zniszczyć pewną ilość osobników zarazkowych, które rozmnożone łatwiej dostaną się do różnych tkanek organizmu i takowe zakażą. Wszakże starannie przeprowadzona kuracja rżęciowa nie jest szkodliwą.

Kali jodatum przy leczeniu wczesnych objawów jest bezskuteczne. BÄUMLER podziela słuszność przestrogi, którą wypowiada EDLESEN, co do heroicznych dawek tego środka w trzeciorzędnych przypadłościach. Zwykle wystarcza 3 gramy na dzień. W przeciwnym razie należy postępować ostrożnie i dochodzić tylko do tej dozy, która okaże się skuteczną. (BÄUMLER zaczyna od 0,5 grama 3 razy dziennie, podczas jedzenia z wielką ilością wody). Przy leczeniu przymiotu nie można dość wielkiego kłaść nacisku na dobre hygieniczne warunki i obfite żywienie.

DOUTRELEPONT (Bonn) rzadko kiedy wycinał stwardnienia, a to z powodu spóźnionego terminu, w którym chorzy się zgłaszali. Leczenie zapobiegawcze nie dawało mu dobrych rezultatów. Niekiedy, po lekkich wprawdzie drugorzędnych objawach, powstawały nieprzyjemne mięczakowe formy. Z pośród środków używanych do wstrzykiwań, które wypróbował, żaden nie zasługuje na szczególne wyróżnienie. *Kali jodatum* zaleca przy przymiocie trzeciorzędnym i przed wystąpieniem drugorzędnych objawów, a także i wtedy, gdy lecznie rżęcią z powodu *Stomatitis* musi być wstrzymanem. Główną jego metodą są wcierania—dalej idą wstrzykiwania kalomelu.

SCHUMACHER (Akwiśgran) jest przeciwnym leczeniu przestankowemu. Przymiot może być wyleczony po pierwszej kuracji. Dla zapobieżenia późnym formom należy kuracją po roku powtórzyć. (Różnica zatem polega tylko na długości pauzy). Przed ożenieniem należy zalecić kuracją naw t wtedy, kiedy żadnych niema objawów.

KAPOSI (ostatnie słowo) zastrzega swoje stanowisko unitarystyczne, które NEISSER nieco przeinaczył, w sposób następujący: Te pierwotne objawy, które mają charakter typowego stwardnienia, regularnie powodują ogólny przymiot,—jednakowoż zdarzają się stwardnienia typowe, po których chory nie dostaje przymiotu, jak znowu — i po wybitnie miękkich szankrach może nastąpić przymiot. Również może powstać przymiot po wszelkich rodzajach pierwotnego zajęcia, które nie należą ani do typu stwardnień, ani do typu miękkich owrzdzeń, a nawet może nie być w miejscu zarażenia żadnej zmiany—a jednak możliwym jest powstanie ogólnego przymiotu. (*Syphilis d'emblée*). Dla tych powodów nie może pogodzić się KAPOSI z próbami poronnego leczenia przez zniszczenie lub wycięcie stwardnienia, ani też apróbować wczesnego ogólnego leczenia, w celu zapobieżenia ogólnej zarazie. NEISSER (słowo ostatnie) odkłada dalszą dyskusję nad różnicami w zapatrywaniach pomiędzy nim i KAPOSI'M do późniejszej sposobności.

(*Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis 1886 4 Heft 1 Hälfte S. 638 u. folg.*).

J. Majkowski.

4. Nowy sposób drenowania pęcherza, po cięciu nadłonowym, podał DEMONS, na posiedzeniu paryskiej Akademii medycznej 25 Maja ubiegłego roku. Po wyjęciu kamienia wprowadził on do pęcherza przez cewkę moczową rurkę z czerwonego kauczuku, długości 90 centymetrów. Uchwyciwszy koniec tej rurki w pęcherzu, przez ranę nadłonową wprowadził ją na zewnątrz. W ten sposób rurka kauczukowa tworzy pętlę, której oba końce zanurzone są w szklannej kaczce, umieszczonej pomiędzy udami pacjenta. Część rurki znajdująca się w pęcherzu opatrzona jest w kilka otworów, tak jak dren zwyczajny. Całkowita ilość wydzielanego moczu stale odchodziła przez dolne ramię kauczukowej pętlicy (t. j. to które przechodziło przez cewkę moczową), ani jedna kropla nie odeszła przez część rurki przechodzącą po nad spojeniem łonowym, przez ranę pooperacyjną. 5-go dnia odcięto tę górną część rurki i zastąpiono ją przez rurkę znacznie cieńszą, której dolny koniec wsunięto w światło pozostałej jeszcze w pęcherzu części drenu. I tę cieńszą rurkę jednak jako niepotrzebną

usunięto na 7 dzień, poczem rana nadłonowa szybko zarosła, nie pozostawiając żadnej przetoki. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires. Juillet 1886*). K. Zagórski.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Rocznik Medycyny Krajowej wydawany staraniem i nakładem D-ra J. ROGOWICZA Vice-prezesa Towarzystwa lekarskiego Warsz. b. Redaktora „Medycyny” Rok IX. 1887. Część I-sza:

Przegląd piśmiennictwa Lekarskiego za II-gie półrocze r. 1885. Stron XVI i 126
i Część II-ga kalendarzowa.

Na pożyteczne to i jedyne w swoim rodzaju wydawnictwo (które dawniej rocznikiem Medycyny Polskiej się nazywało), rokrocznie zwracaliśmy uwagę kolegów ojczystem piśmiennictwem się interessujących. W roku bieżącym tym to jest konieczniejsze, iż w terminie wydawania rocznika zaszła zasadnicza zmiana. Tomik który obecnie mamy przed sobą obejmuje przegląd piśmiennictwa tylko za drugie półrocze 1885 r. (a nie za rok cały jak to dawniej miało miejsce, mianowicie: od 1-go Lipca jednego roku, do 1-go Lipca roku następnego) a to dla tego, iż zamiarem wydawcy jest naprzyszłość obejmować cały rok kalendarzowy t. j. od Stycznia do Stycznia, tak, iż następny rocznik pojawi się w końcu roku bieżącego za rok 1886. Taka zmiana jest wielce uzasadnioną raz, że będzie przedstawiała rok jako całość a nie drugą połowę poprzedniego i pierwszą następnego; a powtórę, że rok czasu na dokładne streszczenie i kompletne uregulowanie wszystkich prac jakie się w języku polskim z dziedziny nauk lekarskich gdziekolwiek w ciągu danego roku pojawiły, wcale nie jest za dużo. Ostatni ten warunek naturalnie będzie o tyle możebny, o ile autorowie sami wydawcę Rocznika w swe prace pomieszczane nie w pismach peryodycznych, lecz w postaci oddzielnych dzieł i broszur zaopatrywać będą. Obecny rocznik albo ściślej półrocznik, zawiera streszczenie 98 prac, na które się złożyło 73 autorów. Prace te rozmieszczonemi zostały jak dawniej w IX działach. Najliczniejszymi jak zwykle były prace z dziedziny chorób wewnętrznych, oraz chirurgii. W opracowaniu rocznika wzięli udział: M. JAKOWSKI, T. DUNIN, Wł. MĄCZEWSKI, Wł. SZTEYNER, J. ROGOWICZ, W. KAMOCKI, T. ŻERA i St. RYBICKI, wszystko pracownicy gruntownie pod względem naukowym przygotowani i znani ze swej biegłości sprawozdawczej. Część ta zaopatrzoną została 4-ma przedmowami, których odczytanie polecić śmiemy kolegom z uwagi, iż one dokładnie określają cel oraz przedstawiają historję rozwoju wydawnictwa. Część II-ga kalendarzowa, temż samemi odznacza się co i dawniej zaletami. Zawiera ona oprócz wykazu lekarzy, części kalendarzowej i licznych tabelek, mnóstwo pożytecznych dla lekarza wiadomości. Pod tym względem rocznik ma już tak ustaloną opinię, iż wszelkie pochwały byłyby zbytecznemi.

Wiadomości bieżące krajowe.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 18 Stycznia 1887 r. o godz. 6½ wieczorem.

I. KRAMSZTYK Zygmunt. O związku łuszczki z jaglicą.

II. KAMOCKI. O leczeniu operacyjnem oderwania siatkówki.

III. BUJWID. Wyniki szczepień wścieklizny metodą Pasteur'a

Z powodu ciężkiej choroby Redaktora i Wydawcy „Medycyny” D-ra G. Fritschego, wszelkie Korrespondenye treści naukowej należy adressować: do Redakcyi Medycyny, gdyż korrespondenye imienne odpiecztęowywanemi nie będą.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. FRITSCH. Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N. 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Варшава, 1 Января 1887 г.—Чтением Michala Ziemiękiewicza
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).