

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O leczeniu ostrej rzerzączki u mężczyzn. Podał Dr. J. Funk.—**Wykłady kliniczne.** A. Peyer. Zaburzenia nerwowe kiszek na tle neurastenii (płciowej) u mężczyzn. Streścił H. Pacanowski.—**Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z d. 14 lutego 1893 r.—**Odcinek.** Leczenie cholery w Berlinie i Hamburgu. Służba zdrowia w Rumunii.—**Streszczenia i wyciągi.** 30. Leczenie chirurgiczne zapaleń okołokatniczych. Nowe dane do chirurgicznego leczenia zapalenia okołokatniczego. 27 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. 31. Przyczynek do nauki o krwi. 32. Oksalurya pokarmowa. 33. O szczególnej formie zapalenia płuc zrazikowego o suchotników, wywołanej przez aspirowanie zawartości jam gruźliczych.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

O leczeniu ostrej rzerzączki u mężczyzn.

Podał Dr. J. Funk.

Rzerzączką lub tryprem (*gonorrhoea*) nazywamy zapalenie wywołane przez gonokoki NEISSERA. Wyhodowane na podłożu sztucznym, wywołują gonokoki na powierzchni błon śluzowych zapalenie ropne; wstrzyknięte zaś wgłąb tkanek, powodują bolesne nacieczenia zapalne bez ropienia ¹⁾, rzadziej z wytworzeniem ropni.

Obraz i przebieg spraw tryprowych przedstawia znaczne różnice zależne od umiejscowienia; różnic tych nie wyjaśnia należycie ani budowa nabłonka, ani mniejsze lub większe zaopatrzenie tkanki w nerwy czuciowe. Tryper cewki męskiej należy do najgwałtowniejszych. Po upływie 3 dni od zakażenia powstaje w cewce męskiej lekkie palenie i zjawia się skąpa, śluzo-ropna wydzielina. Okres ten „wstępny“ trwa 2 dni, niekiedy dłużej lub krócej, poczem rozwija się typowy nieżyt ropny; objawy zapalne wzmagają się gwałtownie w ciągu pierwszych 8—10 dni, następnie zaś zwolna słabną. Po upływie mniej więcej 4 tygodni wydzielina staje się znów śluzoropną, skąpą, i w pewnych warunkach zniknąć może bez leczenia. Ten przebieg „naturalny“ trypra ulega licznym zboczeniom pod wpływem cierpień ogólnych, złych warunków życiowych, nieodpowiedniego zachowania się chorych i nieodpowiedniego leczenia. Pamiętać należy, że gonokoki nie tylko posuwają się z łatwością po powierzchni błon śluzowych, ale dostać się mogą do najgłębszych warstw nabłonka, wgłąb tkanki łącznej, między pęczki mięśniowe i t. d. (BUMM, DINKLER, FRISCH, WERTHEIM).

Każdy ostry ropny nieżyt cewki, powstały w 3 dni po spółkowaniu, zależy od zakażenia gonokokami.

¹⁾ Wstrzykiwania gonokoków do tkanki podskórnej (Wertheim); zapalenie tryprowe przyjądrzy.

Leczenie ostrego trypra cewki podzielimy na: 1) leczenie pierwszego zakażenia tryprowego i 2) leczenie ponownych zakażeń. Usprawiedliwienie tego podziału znajdzie czytelnik niżej.

Leczenie pierwszego zakażenia tryprem.

Idealem leczenia trypra, jak i każdej choroby zakaźnej, jest i będzie leczenie poronne. Stoi ono niewątpliwie na pierwszym planie, jest łatwym do wykonania, daje wyborne wyniki, zakres tylko działania jego jest ograniczony. Z zupełnem powodzeniem możemy leczyć poronnie sprawy tryprowe cewki tylko w ciągu pierwszych dwóch dni, t. j. w okresie wstępnym trypra, przy skąpej śluzo-ropnej wydzielinie i prawie zupełnym braku bólu. Metoda, której od lat paru używam, jest bardzo łagodna, łatwa, dla ogółu lekarzy przystępna. Po oddaniu przez chorego moczu i przemyciu części przedniej cewki, wprowadzam aparat penzłowy ULTZMANA srebrny Ch. 18, posmarowany gliceryną (nie zaś tłuszczem). Doszedłszy do końca części wiszącej cewki (*pars pendula*), wyjmuję przewodnik i wprowadzam penzel o twardym włosiu, zwilżony 3—4% roztworem lapisu, i aparat wraz z penzlem wyprowadzam z cewki, zataczając nim linię węzową o kilkunastu obrotach; tym sposobem penzluję całą część wiszącą cewki, wygładzając fałdy błony śluzowej i ścieram z powierzchni jej nalot złożony ze śluzoropy i gonokoków. Doszedłszy do środka części wiszącej, nabieram powtórnie penzlem roztworu lapisu. Ten sam rękoczyn powtarzam na trzeci dzień. Podczas przerwy i przez kilkanaście następnych dni chory przestrzykuje sobie cewkę mieszkanką RICORDA 3—4 razy dziennie ²⁾).

Zwracam też uwagę na antyseptykę żołądki i napletka, na zmianę bieliżny — inaczej łatwo nastąpić może samozakażenie ³⁾ gonokokami.

Postępowanie opisane leczy prawie bez wyjątku *cito, tuto et jucunde* — nie często jednak przybywa chory w tak wczesnym okresie trypra, częściej daleko już z wydzieliną ropną, t. j. na 3-ci dzień i później. Co czynić w podobnych przypadkach?

Zdarza się, i to dość często, że w 3-im lub 4-ym dniu trypra, pomimo wydzieliny ropnej, niema prawie bólu przy oddawaniu moczu lub naprężeniu, niema obrzęku zapalnego skóry, ciepłota ciała jest prawidłowa i chory czuje się dobrze. W podobnych przypadkach stosuję również penzlowania i niemal stale z zupełnym skutkiem. Tylko przebieg sprawy bywa tu nieco odmienny: wypływ zmniejsza się znakomicie już po pierwszym penzlowaniu, nie ginie jednak przed upływem 2—3 tygodni. Penzlowanie powtarzam tu jeszcze dwa razy, a prócz wstrzykiwań (RICORDA) podaję santal wewnątrznie. Na tych to przypadkach przekonałem się, że 3% roztwór lapisu dwukrotnie zastosowany, nie niszczy w tych warunkach gonokoków; po upływie kilku dni jeszcze znajdowałem je w wydzielinie. A zatem nawet 3% roztwór lapisu nie jest, ściśle biorąc, środkiem poronnym dla trypra cewki męskiej; zmienia on prawdopodobnie tylko podłoże w sposób dla rozwoju gonokoków niedogodny ⁴⁾).

²⁾ Za każdym razem po 2—3 półstrzykawek, jedna po drugiej. Pierwsze wstrzykiwanie chory powinien wykonać w obecności lekarza.

³⁾ Balanoposthitis należy leczyć jaknajstaranniej.

⁴⁾ Gdy otwór cewki jest zbyt wązki, lub gdy chory nie zgadza się na wprowadzenie narzędzi, stosuję w okresie wstępnym trypra, tak gorąco przez szkołę Neis-

Przy rozwiniętych objawach zapalnych, bólu, obrzmieniu błony śluzowej i t. d., nie ma mowy o przerwaniu trypra; nie próbowałem tego i nie radzę nikomu próbować.

Ból przy postępowaniu opisanem jest nieznaczny, chorzy chętnie poddają się powtórnemu penzlowaniu. Zalecam zwykle ciepłą wannę i spokój do dnia następnego, mleko za napój, zaś ostre przyprawy i wyskok usuwam najmniej na miesiąc.

Słuszne, przeciw leczeniu poronnem skierowane zarzuty dotyczą sposobów starych, np. wstrzykiwania mocnych roztworów lapisowych pełną strzykawką. Dawne leczenie poronne wywoływało gwałtowny odczyn zapalny z obfitą ropną, lub krwawo-ropną wydzieliną; ów odczyn to właśnie bywał niekiedy przyczyną ciężkich powikłań.

Po penzlowaniach jednak odczynu zapalnego niema wcale, lub w nieznanym bardzo stopniu, widocznie skutkiem tego, że parę tylko kropeł roztworu lapisowego rozprowadzamy na znacznej, a z góry nakreślonej przestrzeni błony śluzowej.

Gdy metoda poronna rozpowszechni się, a wiadomość o skuteczności jej przejdzie do szerszych kół, nauczą się i chorzy szukać jaknajwcześniejszej pomocy przy tryprze; mały przyrząd ULTZMANNA powinien znajdować się w ręku każdego lekarza prowincjonalnego.

Powtarzam raz jeszcze, że przy rozwiniętych objawach zapalnych wprowadzanie jakichkolwiek narzędzi do cewki bezwarunkowo jest niedozwolone.

Przy rozwiniętym w pełni tryprze cewki nie posiadamy obecnie środka, któryby istotnie leczył chorobę. Badanie dotkniętych tryprem jajowodów, rogówek etc. dowiodło, że gonokoki często przechodzą z nabłonka do tkanki łącznej; wiadomo zaś, że tryper cewki męskiej może wywołać nacieczenia i następne blizny w całej grubości błony śluzowej i w ciele jamistym cewki. Nie znamy jeszcze środka, któryby niszczył gonokoki w głębi tkanek.

Nie zdając sobie sprawy z tych warunków, stosuje niejedyn lekarz w okresie obfitego ropienia środki balsamiczne, lub wstrzykiwania soli metalicznych. Postępowanie podobne nie prowadzi do celu. Mniejsza, że bardzo często pomimo tych środków ropa wydziela się obficie; gorzej bywa, gdy wydzielina zmniejsza się, lub zniknie.

Istnieje bowiem antagonizm pewien między sprawą tryprową cewki przedniej, a zajęciem cewki tylnej i głębszych narządów płciowych: gruczołu krokowego lub przyjądrzy. Ile razy sprawa tryprowa zajmie gruczoł krokowy lub przyjądrze, wydzielina cewki przedniej znika, aby powrócić, skoro tylko cierpienie głębszych narządów przeminie. Tu przyroda sama uczy nas, jak należy głębsze narządy płciowe chronić od zakażenia, a to jest głównym celem przy leczeniu trypra. Przekonałem się, że powstrzymywanie obfitej wydzieliny tryprowej jakimikolwiek środkami usposabia do przerzutów trypra na głębsze narządy.

serowską zalecane wstrzykiwania roztworów lapisu (1:4000—1:3000). To samo czynię niekiedy przy tryprach o bardzo łagodnym przebiegu, gdy leczenie poronne jest już spóźnione. Roztwór lapisu zmniejsza szybko w tych warunkach ilość wydzieliny i zawartych w niej gonokoków. Zdarzało mi się jednak widzieć jeszcze po miesiącu podobnego leczenia ostry wybuch sprawy tryprowej.

Tak przeto, niemożność zniszczenia gonokoków w głębi tkanki i znany antagonizm między cierpieniem cewki przedniej a zajęciem głębszych narządów płciowych, zmusza nas do szukania środka na innej drodze. Pieczę o usunięcie gonokoków z głębi tkanek musimy zostawić siłom przyrody.

Na tem miejscu kilka słów wyjaśnienia. W przypadkach trypra, leczonych w okresie pełnego rozwoju wstrzykiwaniami i balsamem, dość będzie błahego wykroczenia ze strony chorego, lub przerwy w leczeniu, aby wpływ ropny z poprzednią wrócił siłą. W przebiegu źle leczonego trypra naliczymy nieraz kilka (i kilkanaście!) podobnych powrotów; chory obraca się w błędnem kole, równie daleki od wyleczenia po upływie miesięcy, jak w pierwszych dniach trypra. Wydzielina ropna przy ostrych powrotach zawiera legiony gonokoków.

Inaczej bywa, gdy zostawimy sprawę tryprą cewki naturalnemu przebiegowi. Z rzadkimi wyjątkami, już po kilkunastu dniach wydzielina ropna zmniejsza się widocznie; po upływie zaś 3—4 tygodni staje się skąpą, śluzo-ropną i zawiera coraz mniej gonokoków. Rzecz bardzo ważna: dość jest, aby raz jeden tylko tryper przebył opisane przemiany bez interwencji lekarskiej, a wydzielina obfita ropna nie powróci, pomimo przerw w leczeniu i wykroczeń. Oczywiście więc, przy odpowiedniem postępowaniu nabywa błona śluzowa cewki pewnej względnej odporności przeciw gonokokom; nie są one w stanie wywołać po raz wtóry ostrego zapalenia ropnego. Owa „odporność względna“ trwa nieraz bardzo długo, nawet lata całe, wskutek czego i powtórne zakażenie gonokokami nie wywoła po latach gwałtownego zapalenia ropnego, lecz tylko śluzo-ropny, łagodny nieżyt. Stąd też ponowne zakażenia gonokokami noszą inne cechy i wymagają innego leczenia. Oczywiście i wyjątków nie brak; każdy lekarz spotyka ponowne trypry z obfitą ropną wydzieliną, zwłaszcza też, gdy wiele lat upłynęło od pierwszego zakażenia.

Jak należy postępować, aby możliwie szybko osiągnąć „odporność względną“? Do najważniejszych czynników należy tu: spokój (przy gwałtownych objawach leżenie w łóżku w ciągu dni paru), kąpiele ciepłe, okłady Pysnicowskie na prącie i międzykrocze, obfity napój, dyeta mleczna, łagodne środki czyszczące; przy pobudzeniu płciowem—środki kojące.

Gdy ostre objawy ustąpiły, działają dobrze nacierania lub zawijania zimne, latem kąpiel rzeczna.

U osobników wątłych, starszych, wpływ ropny nie ustępuje tak łatwo. Przy ścisłem badaniu znajdziemy w podobnych przypadkach nieraz cierpienie ogólne (jak np. gruźlicę dziedziczną) albo nieprawidłowy skład moczu (*uraturia*, *oraluria*). Łatwo też przechodzi tryper u tych chorych na część tylną cewki, przyjądrza i t. d.

Tylko leczenie ogólne, przyczynowe może tu coś zdziałać; zalecimy pobyt na wsi lub w górach, leczenie wodą, nabiał, żelazo, dobre wino, alkalia przy uraturyi. Przestrzegam usilnie przed wczesnem leczeniem zapomocą narzędzi u tej kategorii chorych.

Ale, jak powiedziałem, są to wyjątki; zwykle zaś, po upływie 3-ch tygodni wydzielina staje się skąpą, lepka, ubogą w gonokoki. Rozpoczynamy wtedy drugi, czynny okres leczenia.

Zanim lekarz rozpocznie okres czynny leczenia, powinien sprawdzić, czy

tylna część cewki jest zdrową ⁵⁾). Ból przy natężeniu członka jest przeciwwskazaniem dla leczenia czynnego; nieznaczne zaś palenie przy oddawaniu moczu nie ma znaczenia.

Daję w tym okresie olejek santalowy po 15 kropel w kapsułkach, 2—3 razy dziennie przed jedzeniem; jednocześnie wzbraniam kąpeli ciepłych, a ilość przyjmowanych płynów ograniczam do 3, najwyżej 4 szklanek na dobę. Ten ostatni warunek stanowi o powodzeniu. Często wydzielina już po kilku dniach takiego leczenia znika bez użycia innych środków, zwykle jednak daję po dniach paru łagodny środek miejscowy (np. mieszanekę RICORDA). Santal jest środkiem specyficznym dla trypra cewki, lecz tylko w okresie „względnej odporności” i przy umiejętnym stosowaniu. Podany zawczasie, przy obfitszej wydzielinie, działa słabo, chwilowo, lub żadnego nie wywiera wpływu; najlepiej w podobnym przypadku przerwać stosowanie santalu na 7—14 dni ⁶⁾). Muszę nadmienić, że łagodny katar części tylnej, którego jedynym objawem jest śluz w drugiej porcyi moczu, nie stanowi przeszkody dla stosowania santalu; nie posiadamy też przy łagodnym katarze części tylnej lepszego nad santal środka. Gdy objawy trypra ustąpią, podajemy santal i wstrzykiwania ściągające dalej w ciągu 14—20 dni, zmniejszając z wolna dawkę.

Ostre ropne trypry części tylnej leczymy według wyżej opisanej metody wyczekującej; tylko środki kojące, jak *cannabis*, lulek, czopki kokainowe mają tu większe znaczenie. Zbyt wczesne leczenie zapomocą narzędzi spowodza w tych przypadkach nieraz powikłania ze strony przyjądrzy i t. d.

Leczenie ponownych zakażeń tryprowych.

Przebieg ponownych tryprów nigdy prawie nie bywa burzliwy, najczęściej zaś zupełnie łagodny. Leczenie też ponownych tryprów jest inne, różne od wyżej opisanego. Wstrzykiwania soli metalicznych, wczesnie zastosowane, przerywają często sprawę tryprową w zawiązku, grają więc tu rolę środka poronnego. Właśnie też, leczenie ponownych tryprów, których liczba w praktyce przeważa, wyrobiło taką popularność całej falandze środków zewnętrznych.

Stosuję zwykle przy ponownych tryprach o skąpej wydzielinie od pierwszej chwili santal i mieszanekę RICORDA, gdy zaś wydzielina nie dosyć szybko ustępuje, daję roztwory lapisu (1:4000) i mieszanekę RICORDA naprzemian, po parę razy w ciągu doby. Któż nie widział wyleczenia tych łagodnych postaci ponownego zakażenia w ciągu dni kilku? Miałem przypadki, poparte badaniem bakteryologicznem, które ustąpiły przed upływem doby.

Trypry ponowne, z obfitą wydzieliną ropną leczę, jak i pierwsze zakażenie, metodą wyczekującą, następnie santalem i wstrzykiwaniami. U osobników wreszcie, którym pierwszy tryper mocno dokuczył, leczę zakażenie ponowne metodą poronną, ile razy to jest możliwe, t. j. w pierwszym lub drugim dniu przy łagodnych objawach.

Tak więc, z trzech metod leczenia trypra cewkowego (przyżegania poronne—leczenie wczesne wstrzykiwaniami—leczenie wyczekujące) każda posia-

⁵⁾ Chory oddaje mocz ranny do 2 szklanek v. butelek, druga połowa moczu ma być czysta.

⁶⁾ Innych środków balsamicznych nie stosuję, drażnią bowiem przewód pokarmowy.

da właściwy sobie zakres działania, po za którym nie tylko nie przynosi użytku, ale nawet szkodzić może.

Tryprzy u małych chłopców leczymy według tych samych zasad. Muszę jednak przypomnieć, że nierównie częściej, niż sprawę tryprową, znajdujemy u małych chłopców następujące cierpienie: chłopczyk skarży się na mocny ból przy oddawaniu moczu; otwór cewki jest zaczerwieniony, obrzmiały, sklejony; skóra dookoła otworu pokryta zasychającą w strupki wydzieliną. Jednak błona śluzowa cewki jest zdrowa, trypra tu niema, jest tylko *impetigo* u otworu cewki, a przyczyną jego nieczystość, robactwo, zwłaszcza *pediculi capillitii*.

WYKŁADY KLINICZNE.

A. Peyer. Zaburzenia nerwowe kiszek na tle neurastenii (płciowej) u mężczyzn.

(*Wiener Klinik, Rok 1893. Zeszyt I*).

Streścił Henryk Pacanowski.

Rozprawa niniejsza stanowi poniekąd ciąg dalszy pracy tegoż autora „o nerwicach żołądka na tle chorób narządów płciowych męskich“, ogłoszonej w zbiorze wykładów klinicznych VOLKMANNA (Nr. 356).

Choroby kiszek grają w praktyce tak samo ważną rolę, jak i choroby żołądka, nie ustępując zresztą miejsca tym ostatnim pod względem swej częstości. Szczególniej dotyczy to nerwic ruchowych t. j. biegunki i zaparcia nerwowego.

Nauka o nerwicach kiszek przechodziła zupełnie takie samo fazy, jak i nauka o nerwicach żołądka. Nie tak to dawne czasy, gdy za jedynego cierpienia nerwowe kiszek poczytywano: wzdęcie histeryczne oraz kolkę ołowiową. Wszystkie inne choroby zależały od zmian błony śluzowej, gruczołów i muskulatury kiszek. Dopiero doświadczenie kliniczne pokazało, że znaczna liczba zбоceń opartą była nie na zmianach anatomicznych, lecz zależała od chorób nerwów kishkowych, była wyrazem spraw odruchowych.

PEYER nie rozpatruje w swej pracy w s z y s t k i c h nerwic kishkowych, lecz te tylko, które założą od neurastenii, które są jednym z jej przejawów. O przedmiocie tym istnieją dotąd w literaturze dane nader skąpe.

Materyał PEYERA opiera się na 900 spostrzeżeniach. Pierwotną przyczynę choroby stanowią nadużycia płciowe (samogwałt i spółkowanie przerywane), których najczęstszem następstwem bywają zmiany zapalne przewlekłe w części krokowej cewki (*pars prostatica urethrae*). Drugim, rzadszym czynnikiem bywa r z e r z ą c z k a przewlekła cewki lub jej ślady. Wreszcie, w najrzadszych przypadkach nie mamy innej przyczyny, prócz dziedzicznego obarczenia nerwowego, lub też t. zw. neurastenii zawodowej.

Splot podbrzuszy (*plexus hypogastricus*) unerwia gruczoł krokowy. Jestto unerwienie nadwzyczaj obfite, zawierające liczne zwoje i ciała Pacini'ego. W razie podrażnienia owych obwodowych zakończeń nerwowych przez sprawy zapalne przewlekłe błony śluzowej, następuje przeniesienie tegoż podrażnienia na cały obszar nerwu współczulnego; powstają nerwice odruchowe, zależne od cierpienia gruczołu krokowego i znane pod nazwą neurastenii płciowej. Jeżeli zaś owo podrażnienie, wychodzące z gruczołu krokowego, działa na układ nerwowy osłabiony, wyczerpany przez nadużycia, natenczas wpływ szkodliwy jeszcze bardziej się wzmacnia.

PEYER dzieli nerwice kiszkowe na 3 grupy: 1) ruchowe, 2) czuciowe, 3) wydzielnicze.

1. Nerwice kiszek ruchowe.

Biegunka nerwowa czyli odruchowa (*Diarrhoea nervosa*). Lat temu 10, PEYER opisał, na zjeździe lekarzy kantonu Schaffhausen, ciekawe przypadki „przewlekłego nieżytu kiszek“, opierające się wszelkim zwykłym zabiegom leczniczym i dyetetycznym. Wyzdrowienie, które raz nastąpiło po wypaleniu owrzodzenia na szyi macicznej, drugi raz po ogólnem wzmocnieniu wycieńczonej chorej, trzeci raz po uloczeniu nasioniotoku, skłoniło PEYERA do poglądu, iż podstawą cierpienia we wszystkich owych przypadkach nie był nieżyt, lecz chorobliwe unerwienie kiszek.

W literaturze jeden tylko TROUSSEAU w swej „*Clinique medicale*“ wzmiankuje o biegunce nerwowej, bez nieżytu, skutkiem wpływów psychicznych. Dawno już wprawdzie wiadomą była biegunka ostra pochodzenia nerwowego, lecz biegunki odruchowej przewlekłej, jako nerwicy samoistnej, nikt dotychczas nie opisywał.

Kiszki posiadają samoistny ośrodek dla ruchów robaczkowych, leżący między warstwą mięśniową podłużną i okrężną, t. zw. *Plexus myentericus*. Nioznaczne zaburzenia cyrkulacyjne w kiszkach, niedokrewność lub przekrwienie miejscowo, drażnią spłot ten i wzmagają ruchy robaczkowe.

Zzewnątrz wchodzą do kiszek gałązki nerwu błędnego i nerwu trzewiowego. Pierwszo wspierają ruchy kiszkowe, doprowadzając bodźce zewnętrzne aż do *plexus mesentericus*; drugie kierują przeważnie sprawami naczyńioruchowymi, a drażnienie ich działać może na kiszki bądź bezpośrednio, bądź na drodze zaburzeń w krążeniu krwi.

W ten sposób tłumaczy się biegunka ze strachu: pobudzenie mózgu przechodzi na ośrodek naczynio-ruchowy i wywołuje zboczenia cyrkulacyjno w kiszkach, powodując biegunkę. Jeśli tego rodzaju podrażnienia nerwów kiszkowych trwają czas długi, to i perystaltyka może na długo pozostawać w stanie nadmiernego pobudzenia, i oto mamy biegunkę przewlekłą, nerwową.

Podobnie jak z mózgu, bodziec wyjść może także z innych narządów, zawierających włókna współczulne, szczególnie z narządów płciowych. To właśnie źródło odruchowe bywa dla kiszek najczęstszem. Tissot spostrzegał młodego człowieka, który po każdym samogwałcie miewał biegunkę. PEYER widywał podobne przypadki.

Najczęściej przyjmuje się biegunkę nerwową za nieżyt przewlekły. Różnice są następujące: 1) W nieżycie bywa zwykle biegunka, naprzemian z dłuższem zaparciem, co w biegunce nerwowej rzadko się napotyka. 2) Najczęściej nieżyt kiszek występuje jednocześnie z taką sprawą w żołądku. 3) W nerwicy bywają silne parcia (*tenesmi*), rozszerzające się aż do kolan, oraz uczucie palenia w odbycie. 4) W nieżycie wypróżnienia składają się z mas cuchnących, źle strawionych pokarmów, ze śluzem zmieszanych; w nerwicach odchodzi tylko nieco śluzu z gazami. 5) Nieżyt ustępuje pod wpływem energicznego leczenia dyetetycznego i miejscowego, co na nerwice żadnego nie okazuje wpływu. 6) Bardzo charakterystycznie wpływają na nerwice bodźce psychiczne: rozrywki, zajęcia umysłowe, przeświadczenie o niemożności oddania w danej chwili stolca (np. w towarzystwie, w podróży) powstrzymują biegunkę, nawet przy nieprawidłowym sposobie życia. Przeciwnie znów, biegunka przyjść może nagle, np. na widok wychodka. 7) Dyagnostycznie ważnem dla nerwicy jest nagle zjawianie się biegunki, bez żadnej widocznej przyczyny, i nagle ustanie jej bez pomocy lekarskiej; częściej występuje przy zmazaniach (polucyach).

W rozpoznaniu różniczkowem, wykluczyć należy także wrzód nieżytowy, Tu bywa krew w stolcach (bez guzów krwawnicowych), charakterystyczne masy śluzowe w formie grudek przezroczystych. Ropa wówczas tylko ma pełną wartość roz-

*

poznawczą, gdy istnieją wrzody w kioskach grubych lub odbytnicy. Bóle bywają rozmaitego stopnia lub wcale ich nie ma. W razie bólu stałego, umiejscowionego, zwiększającego się pod lekkim naciskiem, mamy podrażnienie otrzewnej.

Gruźlicę kiozek wyłączyć łatwo, gdyż zazwyczaj bywa jednocześnie gruźlica płuc lub krtani. Długie lata trwająca biegunka, bez objawów ze strony narządów oddechowych, pozwala wykluczyć gruźlicę.

Zoły kiozek t. j. zserowacenie gruciołów PEYER'A i samotnych, zdarza się zwykle u dzieci; przytem i inne grucioły zewnątrzne ciała bywają obrzmiałe. Zrosztą, PEYER u dzieci niezmiernie rzadko spotykał biegunkę nerwową.

O dysenterji przewlekłej pouczą nas wywiady. Z wyrodnieniu mączkowatemu kiozek towarzyszą najczęściej także zmiany w innych narządach. Przy glistach napotykamy jąja ich w kale.

Choroby ośrodków norwowych powodować mogą również biegunkę nerwową. Niekiedy trudno je odróżnić od nerwie zwykłych, ponieważ i one wywołują bezsilność płciową, polucye i t. p.

Z powyższego widzimy, iż rozpoznanie biegunki nerwowej opierać się musi częstokroć na wyłączeniu innych chorób oraz na wynikach leczenia.

W r. 1884-ym MÖBIUS ogłosił pracę „o osłabieniu trawienia nerwowem“; opisuje on ludzi pozornie zdrowych, mających łaknienie dobro, nie doznających zaburzeń w trawieniu, którzy mimo to chudną dość szybko. Stoleo miewają prawidłowe, lecz bardzo obfite, z czego MÖBIUS wnosi, iż znaczna część pokarmów wychodzi niewessana. Zjawisko to ustępuje wraz z poprawą stanu ogólnego. Można by tu przypuścić wzmożone wydzielanie soku kiozkowego, analogicznie z potami lub poliurią nerwową, oraz jednocześnie zwiększoną perystaltykę, skutkiem której miazga pokarmowa zostaje za szybko w kioskach przosuwana, lecz nie wydalana na zewnątrz. PEYER wnosi zatem, iż w tego rodzaju przypadkach mamy coś podobnego do opisanej przezeń biegunki nerwowej.

Zaparcie nerwowe skutkiem przewlekłych zbiezeń płciowych. Ze wszystkich chorób kiozkowych pochodzenia odruchowego, najczęstszą i najbardziej znaną jest zaparcie przewlekłe. Pod nazwą tą pojmuemy szereg spraw najrozmaitszych, których podstawa anatomiczna najczęściej bywa nieznaną i gdzie siły wydalające kiozek (tłocznia brzuszna i perystaltyka) są niedostateczne. Kurczliwość mięśni brzusznych rzadko bywa tak osłabioną, ażeby w sprawie tej grać mogła rolę poważną; jedyną zatem właściwą przyczynę zaparcia stanowi brak dostatecznych ruchów robaczkowych, zależny od wadliwego unerwienia kiozek.

Toż samo podrażnienie przewlekłe nerwu trzewiowego, które wywołuje biegunkę, doprowadzić może w dalszym ciągu do wyczerpania kiozek, do niedowładu. Zaparcie trwa niekiedy 10—14 dni.

Uderzającym jest fakt, iż u neurasteników płciowych zaparcie nie wywołuje owych przykrych dalegliwości, jakie spostrzegamy np. w zaparciach u kobiet przy cierpieniach narządów płciowych. Po akcie wypróżnienia nie doznają oni tego uczucia zadowolenia, jak to bywa normalnie. Zapewne więc nerw trzewiowy utracą swą pobudliwość i samo uczucie parcia na stolec bywa zmniejszonem.

Wiel poczytuje częste zmazania, występujące przy zaparciu, za następstwo tegoż zaparcia; pogląd ten podziela dziś wielu lekarzy. Lecz, zdaniem PEYER'A, bywa wprost odwrotnie: zaparcie uważać trzeba za wynik zbiezeń płciowych. Tak samo i bóle głowy, zawroty, zły humor i t. p. nie są następstwem zaparcia, lecz zjawiskiem współrzednem, zależnem od jednej przyczyny t. j. od pierwotnego cierpienia płciowego.

Rozpoznanie rodzaju zaparcia bywa często utrudnionem, gdyż mamy tu jakby

błędne koło. Jeśli bowiem utraty nasienia stanowią pierwszą przyczynę neurastonii i zaparcia, to z drugiej strony, to ostatnio wzmagają utraty nasienia.

Niekiedy, choć rzadko, biegunka nerwowa i zaparcie nerwowe występują naprzemiennie; stan taki trwać może miesiące całe. W zaparciu nerwowym najłagodniejsze nawet środki wypróżniające wywołują nieraz tak gwałtowną biegunkę, iż chory waha się przyjąć je powtórnie.

Z innych norwie ruchowych, PEYER spostrzegał: niedowład odbytnicy oraz jej zwieraczy, kurcz zwieraczy; dalej niepokój robaczkowy kiszek, zwykle jednocześnie z nerwicami żołądka. Ograniczone kurcze spastyczne kiszek spostrzegał już dawno LALLEMAND, ale przypisywał je drażnieniu błony śluzowej przez pokarmy niestrawione. PEYER jednak uważa stan ten za nerwowy, ponieważ brak tu zmian w wyglądzie stolców. Najczęściej skurcz taki występuje stało w jednym i tem samym miejscu. W pewnym przypadku PEYER'A, chory doznawał kilka razy dziennie głośniejszych przelewów w kiszkaach, idących z góry aż do bolesnego miejsca w pobliżu grzebienia kości biodrowej lewej; chory czuł w miejscu tem przeszkodę, którą określał sam jako zwężenie; nagle przeszkoda ta znikła i odchodziły gazy niecuchnąco.

Wzdęcia kiszek trafia się u neurasteników płciowych rzadko w stopniu większym, natomiast bywa częściej uczucie umiarkowane, o wzdęcia i pełności, które choremu niezbyt dokucza. U innych zdarzają się często i obfite wiatry, głośnie, podobne do odbijań historycznych. Niekiedy chory skarży się na wzdęcie, które bywa jednak uczuciem czysto podmiotowym, ponieważ okiem tego nie stwierdzamy. (D. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie dnia 14 Lutego 1893 r.

I. Ulepszona proteza po rezeceyi szczęki.

Kol. LESZCZYŃSKI przedstawił chorą po rezeceyi szczęki górnej, dokonanej przez kol. GABSZEWICZA, a u której kol. L. zastosował protezę szczęki sztucznej, skombinowanej z zasadą obturatorów BRANDT'A. Kombinacya ta polega na dodaniu balonika w części protezy wchodzącej do jamy, pozostałej po szczęcie rezecewanej. Balonik ten nasadzony jest na rurkę, przechodzącą w kauczuku protezy ku przodowi i zakończoną kranikiem nad przednimi zębami sztucznymi. Przez rurkę tę wprowadza się powietrze do balonika, który, rozszerzając się, wypełnia jamę, wypukłą zapadniętą policzek i podtrzymuje protezę na swoim miejscu, nie drażniąc przytem tkanek sąsiednich.

II. Przypadek jąkania wskutek kurczu zamykającego głośni.

Kol. OETUSZEWSKI przedstawił młodego chłopca, 15 lat liczącego, podlegającego bardzo rzadkiej formie jąkania, nieuwzględnianej dotychczasowo w pracach niemieckich autorów. Zbiegiem okoliczności, kol. O. miał sposobność widzieć już kilkakrotnie tego rodzaju chorych. Wszystkie te formy objaśnić łatwo kurczem zamykającym głośni, charakteryzują się więc tem, że przed rozpoczętym wyrazem, w jego środku, a nawet między oddzielnymi zgłoskami, chory nie może wydobyć głosu, często nawet szeptu, nie może więc absolutnie mówić, pomimo pracy organów artykulacyjnych; może jednakowoż, podczas tego rodzaju pauzy (niemoty) zupełnie swobodnie wdychać i wydychać. Rzadkie te formy nie zgadzają się z obrazami zwykłego jąkania, które, jak wiadomo, dzielimy na jąkanie artykulacyjne (samo lub spółgłoskowe) i oddechowe. Omawiane formy jąkania bywają zazwyczaj mylnie uważane przez laryngologów jako *aphonia spastica*, co przytrafiło się także kol. O., który przed siedmiu laty przedstawił w Tow. Lek. klasyczny przypadek jąkania jako afonię.

Pacjent kol. O. jest mało rozwinięty pod względem umysłowym, podlega zaś wadzie jąkania od lat pięciu. W rodzinie podobno jąka się brat jego. Często mówi parę słów bez żadnej przerwy, innym znów razem przed wyrazem, w środku jego, a nawet przy próbie wymawiania jakiegobądź zgłoski, występuje charakterystyczna, nieraz kilka sekund trwająca pauza, podczas której chory oddycha prawidłowo, praca zaś organów artykulatoryjnych jest bezskuteczną. Jako ruch towarzyszący (*Mitbewegung*), mamy u chorego charakterystyczne mlaskanie językiem, które robi w celu skrócenia nad wyraz nieprzyjemnej przerwy. Tego rodzaju współruchy, jak wiadomo, nie tylko w niczem nie pomagają, lecz przeciwnie, utrudniają właściwe leczenie. Według zdania kol. O., tego rodzaju formy jąkania dają warunkowo złe rokowanie. Pomimo tego kol. O. ma zamiar chorego poddać leczeniu i wynik otrzymany zakomunikować.

III. Sprawozdanie z wycieczki nad Wołgę podczas epidemii cholery w r. 1892.

Kol. FABIAN, który podczas cholery roku zeszłego, przez czas dłuższy przyjmował czynny udział w akcji ratunkowej nad Wołgą, po krótkim wstępie z dziedziny historii cholery wogóło, wypowiedział szereg uwag co do biologicznych warunków zarazki i wartości środków zapobiegawczych i leczniczych, jakie mu spostrzeżenia własne nastęrczyły. W Cesarstwie epidemie cholery zwykle zaczynały się szerzyć wzdłuż rzeki Wołgi, od ujścia w górę. Przyczyny zjawiska tego, według mówcy, są następujące: 1) Rzeka Wołga, jakkolwiek w ciągu całego roku odznacza się znaczną głębokością i wartością prądu w głównem korycie, tworzy jednakże wskutek wylowów i następnego cofania się wód, szczególnie na brzegu lewym (prawy jest więcej wyniosły) mnóstwo zwężeń, załamów i stojących olbrzymich kałuż, w których przy wysokiej temperaturze i obfitości odpadków organicznych, znajdują się wszelkie warunki pomyślne dla rozwoju mikrobów (podobnie jak w delcie Gangesu). Jako potwierdzenie tego faktu należy uważać zjawisko, że cholera głównie grasowała na lewem niskim wybrzeżu. 2) Ludność wybrzeży Wołgi, zajmująca się przeważnie dostawą zboża ze stepów do portów rzecznych, jest koczującą, nędznie odżywianą i niemającą najmniejszego pojęcia o czystości.

Od Wołgi, naturalnemi drogami komunikacyjnymi t. j. dopływami rzeki i kolejami, cholera rozchodzi się po całym państwie; wobec olbrzymiego obszaru, o powstrzymaniu raz wybuchłej epidemii mowy być niemożo. Na wieść o cholercie w Baku, pierwsza myśl o akcji zapobiegawczej wyszła z Towarzystwa lekarskiego w Niżn. Nowogrodzie: wypracowany przez Towarzystwo regulamin, zatwierdzony następnie przez ministerium, nie wszedł jednak w wykonanie. Dopiero ześrodkowanie władzy w rękach jednego człowieka, w osobie dyrektora komunikacji, dało rezultaty pomyślne. Przy stosowaniu środków zapobiegawczych nad Wołgą, kierowano się ideą zarażliwości cholery i miano na celu dwa zadania: 1) podnieść odporność ustroju zapomocą dostarczania biedakom pracy i żywności; w tym celu przedsięwzięto wiele robót publicznych, i 2) ograniczyć możliwość zetknięcia się z zarazą. W tym celu Wołgę, Kamę, Wiatkę i ich wybrzeża podzielono na 52 okręgi; w każdym z nich znajdował się t. z. barak choleryczny, mający na celu izolację i leczenie chorych na cholere. Każdy barak składał się z dwóch budynków *ad hoc* wzniesionych, jeden dla chorych na cholere, drugi dla podejrzanych. Personel lekarski baraku składał się z dwóch lekarzy, sióstr miłosierdzia i felczorów. Wanna, komora dezynfekcyjna, znaczny zapas środków dezynfekcyjnych, apteka, pralnia i trupiarnia były nieodłącznym dopełnieniem każdego baraku. Obfitość jadła i napojów znaczna. Lekarze po za regulaminem mieli nieograniczoną władzę w baraku, w rzeczach ważnych tylko bezpośrednio znosili się drogą telegraficzną z dyrektorem komunikacji.

Co się tyczy charakteru epidemii, to z początku i na końcu była ona bardzo złośliwą: śmiertelność wynosiła 57—62%; w środku (Sierpień i połowa Września) łagodniejszą: śmiertelność 30—31%.

Leczenie. Według regulaminu zalecano kalomel, mieszaninę *T-rae Convallar.*, *Valerian.*, *Nuc. vom.*, enteroklizy z naffaliny i tanniny, wreszcie lipodermoklizy, do których rozsyłano odpowiednie szpryce (tu mówca zwraca uwagę, że w okresie zapasści do wstrzykiwań podskórnych należy używać przyrządów o znacznej sile tłoczącej, gdyż opór podskórny jest duży). Przesyłano do każdego baraku także funt

nalawki makowca, z wyraźnem jednak zastrzeżeniem, żeby użycie opium ograniczyć do *minimum*.

Kol. FABIAN makowca nie stosował wcale. Ze środków aptecznych podawał choremu najprzód kalomel *in plena dosi*, a następnie salol w dużych dawkach (1,0 niekiedy do 6 razy na dobę) lub salicylan bismutu. Przy zapaści, kamforę wewnętrzuje i podskórnie. Ważną rolę w programie leczenia u kol. F. odgrywała hydroterapia. Każdemu choremu przodewszystkiem aplikowano kąpiel ciepłą, po kąpieli obwijano w prześcieradło sucho i kładziono do łóżka. Przy objawach zapaści, w miejsce suchego prześcieradła stosowano koce wilgotne, poczem powtórnie kładziono chorego do kąpieli letniej, w której oblewano go zimną wodą, szczególnie okolicę brzucha. W okresie zapaści, wszelkie usiłowanie wywołania potów u chorego jest marną, jeżeli zaś możliwe jest osiągnięcie rozszerzenia naczyń skórnych, to ono przychodzi do skutku tylko zapomocą zimnej wody: im zapaść jest większą, tem woda winna być zimniejszą; oblewania należy uskuteczniać szybko, następnie chorego okryć ciepło i dać mu ciepły napój w obfitości. Krótkim poglądem historii hydroterapii w cholery zakończył kol. F. swoje przemówienie.

ODCINEK.

Leczenie cholery w Berlinie i Hamburgu.

Ze sprawozdań z rozpraw, toczonych w towarzystwach lekarskich w Berlinie i Hamburgu w końcu roku zeszłego, okazują się, że zeszłoroczna epidemia cholery w lekarskich sferach niemieckich nie przyczyniła się do złagodzenia chaosu, jaki panuje w poglądach lekarzy co do wartości rozmaitych metod i środków lekarskich w leczeniu cholery. P. GUTTMANN w Berlinie (*Verein für innere Medizin*) uważa za jedyne postępy w leczeniu cholery stosowanie wstrzykiwań podskórnych $\frac{2}{3}$ procentowego roztworu soli kuchennej, natomiast odradza wstrzykiwań wewnątrz-żylnych; o salolu i kroolinie mówi całkiem nieprzychylnie. Zrosztą, leczenie cholery jest leczeniem zapaści (*collapsus*) w ogólności; wskazania i loki są też same. Wnioski te oparto się na 30 przypadkach cholery, w których 13 zakończyło się śmiercią.

Heyse (tamże) mocno przemawia za wlewaniem do wnętrza żył roztworu 0.6% soli kuchennej, ciepłoty 42° C., z dodatkiem 10 do 15 *alcoholi absoluti* na 2 litry roztworu. Na raz wlewać się ma 1½ do 2 litrów. Po wykonaniu jednorazowej infuzji wewnątrz-żylną dalsze doprowadzanie cieczy do ciała chorego ma się dokonywać zapomocą wstrzykiwań podskórnych. Nadto, dobry skutek miały (w Hamburgu) kąpiele ciepłe 35° C. Z loków okazał się skutecznym tylko kalomel 0,1 do 0,2. Opium zasługuje na zupełne odrzucenie. Enemy z roztworu taniny, *in studio algido* są bez wartości, wymywanie żołądka jest wprost niebezpieczne. Przeciw wymiotom radzi H. występować zapomocą zimnej kawy, zimnej limonady z kwasu solnego, mleka mrożonego, kokainy podskórnie 0,02 i jednocześnie znieczulając nią tylną ścianę gardzieli; płukania gardła zimną wodą; napoje musujące, woda solcierska, koniak wzniecają wymioty u cholerycznych. Trzeba baczyć na to, aby chory leżał w suchej i dobrze wygrzanej pościoli. WOLFFERT (tamże) uzasadnia swój pogląd na leczenie cholery spostrzeżeniami robionemi na trupie jeszcze w 1859, mianowicie w przypadkach szybko przebiegających. Znajdował on znaczne nastrzyknięcie całego przewodu pokarmowego i rozgęzienie żyły krózkowej górnej (*V. mesenterica superior*), a w pniu jej zakrzepę. Po za miejscem przejścia zchonej żyły około dwunastnicy i trzustki światło jej bywało próżne. Musiało zatem zachodzić tu zaciśnienie (*strangulatio*) żyły pomienionej wskutek kurczowego ściągnięcia dwunastnicy i jej przyparcia do trzustki. Wskutek tej strangulacji żyły trzewowej występuje przosiek do wnętrza kiszek i t. d. Stąd następcza się wskazano, by usunąć przyczynę owego zaciśnienia żyły, a więc znieść kurcz dwunastnicy. Do tego celu prowadzi użycie opium, przyczem W. zapewnia, że makowiec prędko budzi uczucie ciepła w całym ciele i poty. W dalszym ciągu każe dawać płyny, a szczególnie napoje gazowe. J. BECHER (tamże) przemawia również za opium i wyraża wątpliwość co do wyników wlewania wewnątrz-żylnego. SIMMONDS (w Hamburgu, Związek lekarzy hamburskich) wyraża mniemanie, że znajdowano przezeń zmiany

dyfterytyczne w dolnym odcinku kieszek grubych wypada poczytywać za następstwo działania kalomelu. FRAENKEL (tamże) podobnież przypadki, mianowicie dwa, w których chorzy przyjmowali duże dawki kalomelu, wprost oznacza nazwą zapalenia kieszek rzęciowego. RATJEN (tamże) zdaje sprawę ze spostrzeżeń robionych w barakach przy szpitalu Maryi; leczono tam 258 cholerycznych, z których zmarło 118. Wlewania do żył i podskórne robiono tylko *in stadio ulgido*, ogółem u 126 chorych, z których zmarło 78, wyzdrowiało 48; niezauważono przytem, by pożytek wlewań wewnątrz-żylnych był większy niż podskórnych. Z pomiędzy 85 chorych, u których się rozwinął stan komatyczny, wyzdrowiało 37. Bardzo korzystne się okazały enemy z ciepłego roztworu taniny, które wraz z ciepłymi kąpielami 35° C. całą niemal terapię stanowiły. Wstrzykiwania podskórne kamfory okazały się bezskuteczne. Z dobrym skutkiem we wszystkich okresach choroby dawano kalomel w dawce 0,05, przeciw wymiotom stosowano lód, mrożony szampan.

St. M.

Służba zdrowia w Rumunii.

(wyciąg z korespondencji).

Szanowny nasz kolega Dr. ŁUKASZEWSKI, zamieszkały w Jasach, nadesłał nam opis stanu ochrony publicznej zdrowia w Rumunii. Z opisu tego, który w całości w piśmie naszym zamieszczony być nie może, podajemy kilka faktów i cyfr, mogących zainteresować naszych czytelników. Publiczna służba zdrowia w Rumunii, według zapewnienia kol. Ł. jest wzorowo—przynajmniej na papierze—i według najnowszych wymagań nauki, urządzona. Najwyższą władzą sanitarną w kraju jest „rada wyższa“, na której czele stoi „dyrektor jeneralny“, posiadający prawie atrybucye ministerjalne. Radzie podlega 4 inspektorów głównych, mających obowiązek 2 razy do roku zwiedzać w danych okręgach wszystkie instytucje lecznicze, szpitale, ochrony i t. d. Czynność ta jest bardzo sumiennie spełniana, a szczegółowe sprawozdania z każdego objazdu ogłaszane są w dzienniku urzędowym. To samo się tyczy inspekcji weterynaryjnej. Kraj cały podzielony jest na 32 obwody, każdy obwód na powiaty (ogólna liczba powiatów 227). Są lekarze obwodowi i powiatowi, ale dla braku lekarzy w kraju (ogółem 613 lekarzy i 105 weterynarzy), zaledwie połowa posad powiatowych jest obsadzona. Wogóle, stan publicznej służby zdrowia na prowincyi ma być opłakany. Płaca lekarzy obwodowych wynosi 600 franków, a powiatowych 450 fr. miesięcznie. W kraju całym jest 190 szpitali z 5800 łózkami. W r. z. parlament uchwalił budowę nowych 15 szpitali obwodowych, z których każdy na 30 łózek. Na budowę każdego takiego szpitala przeznaczono 120000 fr., a na wewnętrzne jego urządzenie 15000 fr. Nadto, jednocześnie sejm zawotował budowę 2 domów dla obłąkanych (5 azylów już istnieje) kosztem 700000 fr. Przyjęty też został w zasadzie wniosek jednego z posłów, by wybudować 98 szpitali wiejskich, każdy na 22 łózek. Co rok ma stanąć takich szpitali 20. Na pokrycie kosztów budowy i utrzymania tych projektowanych szpitali podwyższonym ma być podatek gruntowy o 1% i opłata od patentów i odkupu wódczanego o 1/10%. Nadto, skarb państwa ma dać 1 milion franków. We wszystkich obecnie istniejących szpitalach leczenie jest zupełnie bezpłatne; pomieszczenie w nich znajdują wszyscy, bez względu na narodowość i wyznanie. W Rumunii są dwie wszechnice. Na wydziale lekarskim w Jasach jest 100 słuchaczy, w Bukaroszczie 300. Cza-

St. M.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

30. a) A. von BERGMANN (Ryga). Leczenie chirurgiczne zapaleń okołotątniczych.
b) SONNENBURG. Nowe dane do chirurgicznego leczenia zapalenia okołotątniczego (*perityphlitis*).

c) A. PONCET et M. JABOULEY. 27 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego.
a) Z długiego odczytu autor wyprowadza w końcu następujące wnioski: Należy ściśle rozróżniać nazwy: *typhlitis* i *perityphlitis*; najlepiej jednak zupełnie usunąć ostatnią nazwę (*perityphlitis*). Przypadki, jako *perityphlitis* rozpoznane, a kończące

się wyzdrowieniem bez zabiegu operacyjnego, są właściwie zapaleniem kiszki ślepej (*typhlitis*) lub też dotyczą ostrych nasileni przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, przebiegającego bez przedziurawienia. W każdym nietypowym przypadku zapalenia kiszki ślepej narkoza chloroformowa może ułatwić i uzupełnić rozpoznanie. Po możliwie zaś szybkim rozpoznaniu winien następować bezwzględnie zabieg operacyjny. Doszczętnie usunięcie wyrostka odbywać się winno tylko w przerwach pomiędzy dwoma nawrotami choroby.

(*St. Petersburger med. Woch.* 1892. Nr. 41).

6) Na mocy własnych 50 operowanych przypadków, autor podaje wskazówki i zmiany w postępowaniu lekarskiem.

Przy obecnym stanie wiedzy, nie można rozpoznać tych spraw chorobowych w wyrostku robaczkowym, które wywołują następnie jego przedziurawienie i zapalenie otrzewnej. Wyraźne za to objawy daje owo zapalenie otrzewnej z przedziurawienia powstające, z pomiędzy nich zaś najpierwszym jest ból w brzuchu, nagle podczas zupełnego zdrowia lub po krótkim niedomaganiu występujący. Ból, zrazu napadowy, promieniuje z okolicy pępka lub prawego dołu biodrowego na cały brzuch, wkrótce atoli skupia się w okolicy kiszki ślepej. Jednocześnie gorączka, częstokroć z poprzedzającymi dreszczami, wymioty, rozwolnienie, niekiedy zaś zaparcia, przedstawiają objawy dnia pierwszego. Następne przypadłości wywołuje powstające zapalenie dookoła wyrostka robaczkowego: bolesność przy dotyku w okolicy kiszki ślepej, wzdęcie brzucha, niekiedy już na początku bardzo znaczne; zjawiska opukowe i dotykowe umiejscowionego wysięku, przymtem nagły, znaczny upadek sił. Gorączka jest nietypowa, szybkie jej nasilenia dowodzą pogorszenia sprawy miejscowej. Wskutek pęknięcia otorbionego wysięku powstaje rozlane zapalenie otrzewnej, z wzmożoną bolesnością, znacznym wzdęciem, nasileniem gorączki lub też odrazu występującą zapaścią bez znacznej bolesności, bredzenie i szybka śmierć. Ważnym czynnikiem rozpoznawczym są i wywiady, iż osobnik wogóle dotychczas zdrowy, nie cierpiący na kamienie nerkowe lub żółciowe, doznawał co pewien czas napadów bólu w prawym dole biodrowym.

Rozmiary wysięku w otrzewnej zależą od rodzaju i ilości płynu, który przez przedziurawiony wyrostek robaczkowy przedostał się do otrzewnej; następnie, od rozmiaru i rodzaju zrostów już istniejących, lub też szybko powstających dookoła tegoż wyrostka. Niekiedy po 24 godzinach wysięk jest już ropny, czego dowodzi i natężenie gorączki, częściej jednak z domieszką kału, niekiedy gnilny lub posokowy.

Dalszy przebieg choroby może być rozmaitym. Faktem jest niewątpliwym, iż wiele przypadków zapalenia dookoła wyrostka robaczkowego przechodzi bez operacji. W takich razach, mniej lub więcej otorbiony, wysięk ropny lub rozpadowy może przedziurawić kiszkę, poczem ropa niepostrzeżenie wydzieli się razem z kałem. Zejście podobne zdarza się częściej, niż dotychczas przypuszczano. Częstszym następstwem jest stwardnienie wysięku, powstające przez wessanie jego części płynnych. Takiego pochodzenia zdają się być przypadki, w których małe kamyki kałowe pośród twardej blizny leżące, wypadkowo przy sekcji znajdowano. Na podobny przypadek natrafił autor niedawno przy operacji.

Zdarza się jednak, iż zawartość ropni takich może całe lata nie uleść wessaniu. Pouczające bardzo są przykłady, podane przez SCHEDE'GO i WARTZ'A. W jednym przypadku przypuszczano raka kiszki ślepej, operacja zaś wykazała, iż oddawna istniejący ropień dookoła wyrostka robaczkowego przez ciągle powiększanie się wywołał nagłe zagięcie kiszki i zamknięcie jej światła. W dwu innych przypadkach rozpoznano guz miednicy (*osteosarcoma*); były to zaś dawne ropnie okołokiszkowe z niezmiernie zgrubiałymi ścianami. Znane są przykłady, iż ropnie podobne po 10, 20 nawet latach otwierały się do jamy otrzewnej i powodowały jej zapalenie zakaźne ostre z zejściem śmiertelnym.

Dowodzi to, jak wątpliwe jest wyleczenie samoistne. Stąd też autor twierdzi, iż wyraźne objawy dziurawiącego zapalenia otrzewnej stanowią wskazanie do operacji. Chociaż wielka część zapaleń wyrostka robaczkowego może przejść dobrowolnie, to jednak, wobec zmiennego przebiegu choroby, rokowanie zawsze jest niepewnem i dopiero operacja zmienia je na lepsze.

W wątpliwych razach można naprzód wykonać tylko przecięcie ścian brzusznych. Łatwo wtedy poznać zwolna rosnący ropień i otworzyć go po kilku dniach.

Przy ocenie wartości zabiegu operacyjnego, nie przedstawiającego niebez-

pieczenistwa, należy wyłączyć przypadki powikłane przez ogólne zakażenie (*sepsis*). W ogólnej liczbie przypadków autora, 9 przypadków powikłanych zapaleniem otrzewnej wyraźnie septycznym, zakończyły się śmiercią, z pozostałej zaś liczby (40), jeden tylko chory umarł po operacji.

Co do samego sposobu operowania dane są następujące:

Raz jeden, autor operował po upływie doby, w 19 przypadkach po 3—8 dniach, w pozostałych zaś przypadkach jeszcze później. Ropę zawsze odnajdywano.

Dawniej operował S. bardzo ostrożnie. Ropień po obnażeniu otwierał żegadłem Paquelin'a, robiąc dla ujścia ropy otwór mały; jamę ropnia wypełniał gazą jodoformową, którą 2 razy dziennie zmieniał. Był to jednak sposób leczenia długotrwały i niepewny co do wyników. Części nekrotyczne w ropniu, pozostające kamyki kałowe, połączenia ze światłem kiszki przeszkadzały szybkiemu utworzeniu trwałej blizny. Obecnie autor otwiera ropnie wzmiankowane cięciem szero-kiem i stara się dokładnie obnażyć wyrostek robaczkowy, co często nie łatwym jest w przypadkach zastarzałych, wobec licznych zrostów.

Dalsze postępowanie zależy od danego przypadku. Najracyonalniejszym jest doszczętne usunięcie wyrostka, możliwie wysoko. Wyleczenie zupełne może wtedy nastąpić po 2 tygodniach. Są to jednak przypadki rzadkie. Zwykle, nawet przy wczesnej operacji (np. na 2-gi dzień), wyrostek tak jest pozrastanym z częściami otaczającymi, iż nie sposób go oddzielić. Zapewne przewlekłe zapalenie wyrostka, poprzedzające przedziurawienie, a przebiegające bez żadnych lub wobec nieznacznych objawów klinicznych, wywołują owe silne zrosty. Wtedy poprzestać należy na częściowym usunięciu wyrostka, lub też pozostawić naturze zupełne jego wydalenie. Tym sposobem wydziela się najczęściej zajęty wyrostek w całości; jest to jednak możliwe tylko przy rozległym otwarciu jamy ropnia.

Narówni z dokładnem zbadaniem *resp.* z usunięciem wyrostka, postawić należy dokładne oczyszczanie jamy ropnia, jej zagłębień i ropni opadowych. Zadanie to ułatwia cięcie skórne, używane przez autora, prowadzone łukowato (jak do podwiązania tętnicy biodrowej) od *spina sup. ant.* do środka więzu Poupart'a, możliwie blisko kości. Przy takim cięciu trudniej powstają przepukliny, niż w bliźnach, na linii środkowej brzucha położonych. Przez to cięcie można niekiedy dojść łatwo bez uszkodzenia otrzewnej (odsuwając ją od powięzi mięśnia biodrowego) do bardzo głębokich ropni, położonych na tylnej ścianie kiszki ślepej i okrężnicy (t. zw. ropnie paratyfliczne). Ropnie opadowe tą drogą też są łatwo dostępne. Mają tu one umiejscowienie bardzo typowe, mianowicie, albo ku dołowi, po zewnętrznym brzegu mięśnia lędźwiowego do więzu Poupart'a, albo częściej ku górze, ponad grzebieniem kości biodrowej, aż do brzegu wątroby lub okolicy nerki. W razie znaczniejszej ilości ropy w tem miejscu, należy wykonać przeciw otwór przy zewnętrznym brzegu mięśnia czworobocznego lędźwi.

(*Deutsch. med. Woch. 1893. Nr. 3*).

c) Coraz mniej jest zwolenników dawnych nazw: „*typhlitis*” i „*perityphlitis*”, za to, w miarę ilości operacji i sekcji, co raz więcej przypadków łączymy z nazwą zapalenia wyrostka robaczkowego. Większość rozlanych ropnych zapaleń otrzewnej, nieznanego dawniej pochodzenia, powstaje, jak to obecnie wiemy, skutkiem przedziurawienia, zgorzeli wyrostka robaczkowego lub zakażenia w nim powstałego. Postać cierpienia zależy głównie od stosunku wyrostka do otrzewny. Najczęściej wyrostek jest wolny, ruchomy, mniej lub więcej skreślony, z bardzo rozmaitem co do kierunku położeniem wierzchołka; niekiedy posiada wyrostek własną kreskę, która go łączy z tylną ścianą, czyli na całej prawie powierzchni jest pokryty przez otrzewną.

Przypadki przez autora obserwowane, względnie do zajęcia otrzewnej podzielone są na 2 grupy: 1) postacię wewnątrz i 2) zewnątrz-otrzewnowe. Obie przebiegać mogą w postaci ostrej lub przewlekłej. Po szczegółowym opisie klinicznym i anatomo-patologicznym spotykanych przypadków, autorzy przychodzą do wniosku, iż można w nich odnaleźć jedyny łącznik, mianowicie anatomiczny: powstanie cierpienia z zapalenia wyrostka robaczkowego; pozatem, przyczyna samego zapalenia, jego natężenie, umiejscowienie, bardzo są rozmaite.

Przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego najczęściej jest obecność w nim kamyka kałowego. W wielu atoli razach ciała obcego w wyrostku wykryć nie można; znajduje się tylko ropień i nacieczenie tkanek. Zpśród drobnoustrojów,

bacillus coli spotyka się prawie stale; zmienione jego własności zakaźne zależą w tym razie od zupełnie nieznanых przyczyn.

Położenie i stosunek zajętego wyrostka względem otrzewnej, kiszki ślepej i dołu biodrowego warunkuje umiejscowienie ograniczonego zapalenia otrzewnej.

Autorowie, przemawiając za jaknajszybszą operacją w każdym przypadku, przypisują liczne niepomysłne zejścia u swoich chorych zbyt późnej interwencji chirurgicznej. Jako powody do operacji uważać należy: możliwość przejścia zapalenia otrzewnej w postać rozlaną, skrócenie przebiegu sprawy chorobowej, powstrzymanie ropienia, gorączki, bólów, zaburzeń w trawieniu. Operacja zawsze usuwa skutki cierpienia, jako to: zapalenie otrzewnej, ropnie około-kiszkowe, zrosty, częstokroć i samą przyczynę: siedlisko zapalenia ostrego lub przewlekłego, przedziurawiony lub zmartwiały wyrostek. Zabieg chirurgiczny wywiera przeto skutek nie tylko doraźny, lecz usuwa zarazem możność nawrotów.

Jednoczesne usunięcie doszczętne wyrostka aut. wykonywają wtedy tylko, gdy łatwo go znaleźć; odszukiwanie bowiem niezwykle położonego wyrostka, w razie np. umiejscowionego ropnia, może spowodować zakażenie całej jamy otrzewnej. W takich razach wystarcza tylko przecięcie ropnia.

Wnioski praktyczne z całej pracy dadzą się ułożyć jak następuje:

W przypadkach pozaotrzewnowego zapalenia wyrostka rob., tak ostrych jak i przewlekłych, należy wykonać jaknajwcześniej cięcie w miejscu wyraźnego chębotania. Pożądaniem jest odszukanie i wycięcie wyrostka.

W zapaleniach zaś wewnątrz-otrzewnowych, przy zajęciu otrzewnej rozlaną, wskazana jest wczesna laparotomia, przemycie jamy otrzewnowej, opróżnienie jamy miednicy, zwykle pełnej płynu, drenowanie przez pochwę u kobiet, u mężczyzn przez jamę odbytnico-kulszową (*cavum ischio-rectale*).

Ropnie otrzewnowe otorbione przecina się bezpośrednio. Wyrostek należy usunąć wtedy, gdy zabiegi, do jego odszukania stosowane, nie grożą zakażeniem otrzewnej.

Oprócz tego, zawsze należy odciąć wyrostek robaczkowy w przypadkach powstającego się zapalenia, bez względu, czy się znajduje kamień, czy też nie.

(*Revue de chir.* 1892. Nr. 17). Z. S.

31. Dr. S. FELSENTHAL. Przyczynę do nauki o krwi.

Poszukiwania zmian we krwi dzieci prowadził autor w Szpitalu BAGIŃSKIEGO w Berlinie, w niektórych ostrych chorobach zakaźnych (zapalenie płuc krupowe, błonica, szkarlatyna, odra, tyfus brzuszny), a także w chorobach ogólnych ustrojowych (*anaemia infantum pseudoleukaemica*, krzywica). Przy badaniach histologicznych posługiwał się autor metodą EHRLICHA, a do obliczania ilości ciałek krwi używał przyrządu THOMA-ZEISS'a. Za normę u dzieci przyjmuje autor dla ciałek czerwonych 4—4½ milionów, dla leukocytów 8000—9000, nie podaje jednak normalnego stosunku rozmaitych form leukocytów względem siebie.

Wyniki tych badań są następujące:

I. Zapalenie płuc włóknikowe. We wszystkich trzech obserwowanych przypadkach, autor znalazł leukocytozę, przemijającą wraz z ustaniem sprawy chorobowej. Przy krytycznym spadku temperatury również „krytycznie” zmniejszała się liczba leukocytów, w jednym przypadku zmniejszenie takie nastąpiło przed przełomem choroby. Ilość ciałek czerwonych wynosiła zawsze 4 do 4½ milj.; ilość leukocytów u szczytu sprawy chorobowej, wynosiła od 16000 do 20000, była więc 2 do 2½ razy większą od normalnej.

Stosunki procentowe rozmaitych form leukocytów były następujące:

	przy najwyższej temp. po przesileniu		
	w 1	i 2	przyp.
limfocytów małych i dużych	20,4%	18,1%	52,1%
prześciowych komórek z wgłębionym jądrem	10,3	5,0	4,8
wielojądrowych komórek	69,3	76,0	37,3
eozynofilowych komórek	—	—	5,8

Widzimy zatem, że przy najwyższej temperaturze, komórek eozynofilowych wcale niema, że przy leukocytozie w wieku dzieciennym, jak i w dojrzałym, zwiększenie ilości leukocytów zależy głównie od zwiększenia ilości komórek wielojądrowych.

II. W błonicy (8 przyp.) ilość leukocytów była znacznie powiększoną, stosunek ich do ciałek czerwonych wynosił 1:210. Stosunki rozmaitych form leukocytów względem siebie są prawie też same, co przy zapaleniu płuc krupowem. Leukocytoza przemija wraz z ustaniem objawów zapalnych.

III. W szkarlatynie (6 przyp.) leukocytoza wykazać się dawała przez cały czas trwania gorączki, zapalenia gardła, wysypki, i znikła wraz z ustaniem tych objawów. Ilość ciałek czerwonych była zawsze normalną, ilość leukocytów 2 do 4 razy większą od normy. To zwiększenie ilości leukocytów było spowodowane zawsze przez zwiększenie ilości komórek wielojądrowych. Godnem uwagi było zachowanie się ciałek eozynofilowych. Ilość ich znacznie się powiększała przy trwaniu wysypki i zmniejszała po jej zniknięciu, dając następujące liczby procentowe: 4%, 3,5%, 5%, nawet 11%, a jeden raz tylko 1,5%.

IV. Tyfus brzuszny (2 przyp.). Ilość leukocytów ani na początku choroby, ani u jej szczytu, ani w okresie zdrowienia nie przewyższyła nigdy liczby 7000. Ilość ciałek czerwonych była raz wyższą po nad normę ($6\frac{1}{4}$ milj.), raz normalną, a w okresie zdrowienia zawsze nieco zmniejszoną. Główną część składową leukocytów stanowiły wielojądrowe komórki (75—80%), ilość eozynofilowych była nieznaczna (0,5—0,8%).

W odrze (8 przyp.), nigdy autor nie znalazł leukocytozy, raczej zmniejszenie niż powiększenie ilości leukocytów, przy ilości ciałek czerwonych zawsze normalnej. Fakt, że w odrze, w przeciwieństwie do szkarlatyny, niema leukocytozy, mógłby może w przypadkach wątpliwych posłużyć, jako pomocniczy środek do rozpoznania tych chorób. Prócz zaznaczonej różnicy, występuje jeszcze jedna: ilość ciałek eozynofilowych jest przy szkarlatynie znacznie powiększona, w odrze zaś dosięga zaledwie 1%. Co do innych form leukocytów, to komórki wielojądrowe stanowiły główną ich masę, limfocyty małe i duże stanowiły 10—20%, komórki przejściowe z wgłębionem jądrem 5—8%.

Z przytoczonych faktów, autor dochodzi do następujących wniosków:

- 1) nie we wszystkich ostrych chorobach zakaźnych występuje leukocytoza.
- 2) Tam, gdzie leukocytoza ma miejsce, istnieje czasem stosunek prosty, pomiędzy krzywą temperatury i ilością leukocytów (pneumonia crouposa).
- 3) Antagonizmu między białemi i czerwonymi ciałkami krwi niema: powiększenie ilości pierwszych nie wywołuje zmniejszenia ilości drugich.
- 4) W zapaleniu płuc krupowem, na szczycie gorączki niema we krwi ciałek eozynofilowych; w szkarlatynie występują w zwiększonej ilości.

Leukocytozę przemijającą, podczas przebiegu chorób ostrych zakaźnych, autor objaśnia przez rozmnażanie się leukocytów w samej krwi podczas jej krążenia, oraz przez wstępowanie do krwiotoku znacznej ilości leukocytów, nowo wytworzonych w organach krwiotwórczych.

Z chorób ustrojowych, rozpatruje autor *anaemiam infantum pseudoleukaemicam* i krzywicę.

W Niemczech pierwszy opisał *an. inf. pseud.* Jaksch (1889 Wiener klin. Wochenschrift). Charakterystycznemi objawami dla tej postaci chorobowej są: woskowa błądźliwość skóry, znaczne powiększenie śledziony, mniejsze—wątroby, z zejściem w krzywicę lub gruźlicę. Autor spostrzegł 3 przypadki. We wszystkich badania krwi wykazały oligocytemię, oligochromemię i leukocytozę. W jednym przypadku ilość ciałek czerwonych wynosiła $2\frac{1}{2}$ milj., leukocytów po nad 30000. W ciałkach czerwonych znajdowano jądra z figurami karyokinetycznemi. Bywały też po 2 jądra, połączone ze sobą wazkim pasieczkiem, przy niezmięnionej wielkości ciałek czerwonych, a także przy postaci 2—3—5 do 6 razy zwiększonej. Położenie jąder było pośrodkowe, albo przyscienne—jak gdyby miały zamiar wnet opuścić swe ciało czerwone. W jednym przypadku, F. spostrzegł normoblasty z podzielonem jądrem i 4 jądra wolne. Co się tyczy leukocytów, to pośród nich przeważały limfocyty małe i duże (41—44—60%), wielojądrowe (30—42—50%), komórki z wgłębionem jądrem stanowiły 3—7—10%, eozynofilowe komórki 1,5 do 2%, zawsze z 2 jądrami i znaczną ilością ziarenek.

W krzywicy, badał autor krew w 12 przypadkach u dzieci, między 9 miesiącem i 2 latami życia. Ilość ciałek czerwonych była normalną lub prawie normalną (3995000—5092000). W ciężkich przypadkach czerwone ciała zawiera-

ły jądra. Ilość leukocytów była zawsze zwiększoną; stosunek ich do ilości ciałek czerwonych wynosił od 1:120 do 1:90. Ilość hemoglobiny była zawsze zmniejszoną. Co do leukocytów, to stosunki procentowe rozmaitych ich form przedstawiały się w następujący sposób:

limfocyty małe i duże	68%	57%
komórki z wgłębionem jądrem	4,5	3,2
„ wielojądrowe	16,4	38,3
„ eozynofilowe	11,1	1,5

Limfocyty więc stanowią w krzywicy główną masę leukocytów.

(*Archiv für Kinderheilkunde* T. XV str. 78). Ig. M.

32. ABELES. **Oksalurya pokarmowa.** Pod tą nazwą rozumie się wydzielanie szczawianu wapnia z moczem, skutkiem wprowadzania do ustroju kwasu szczawowego lub jego soli, wraz z pokarmami i napojami. Człowiek zdrowy wydziela, podług FÜRBRINGERA, 0—20 miligr. szczawianów dziennie, co dowodzi, że oksalurya jest zjawiskiem normalnem i istnieje bez przyjmowania szczawianów z pokarmami. W podręcznikach wymieniają zazwyczaj cały szereg pokarmów, zawierających kwas szczawiowy: szpinak, młoda marchew, pasternak, pietruszka, seler, groch zielony, kapusta, szparagi, pieprz, pomarańcze, winogrona, jabłka, herbata. Gdyby rzeczywiście zawarty w tych roślinach kwas szczawiowy cały lub w części wydzielal się przez nerki, to dziwnem się wydaje, dla czego ludzie, spożywający ich dużo, jak to bywa zwyczajem w pewnych okolicach, nie chorują częściej na podrażnienie dróg moczowych i tworzenie się złożeń. Otóż A. sądzi, że kwas szczawiowy, zawarty w pokarmach, związany z wapniem, pozostaje dla ustroju obojętnym, ponieważ nie przechodzi w krew, lecz tylko przechodzi przez kanał pokarmowy. Szczawian wapnia nie rozpuszcza się w słabych kwasach, a więc omija żołądek i opuszcza ustrój z kałem. A. wykonał doświadczenia następujące: 1) określał ilościowo zawartość szczawianów w pokarmach; 2) badał mocz ludzi zdrowych po spożyciu tych pokarmów; 3) karmił niemi zwierzęta. Wyniki: 1) dzienne wydzielanie kwasu szcz. u zdrowych waha się w granicach, podanych przez FÜRBRINGERA; 2) oksalurya alimentarna nie istnieje; 3) szczawian wapnia, wprowadzony z pokarmem, jest dla ustroju obojętnym, jako sól nierozpuszczalna; inne zaś sole szczawowe, rozpuszczalne, zamieniają się w kanale pokarmowym na szczawian wapnia; 4) do wywołania oksaluryi potrzeba większej ilości rozpuszczalnych soli szczawowych, niż ta, która się zawiera w naszych pokarmach; 5) przy wstrzyknięciu podskórnem wystarcza bardzo mała ilość obojętnego szczawianu sodu do wywołania przemijającej oksaluryi. Z tych faktów wynika, iż nie trzeba zabraniać chorym na oksaluryę, lub na cierpienia dróg moczowych, pokarmów, zawierających kwas szczawiowy. (W. kl. W. 19—92).

33. CH. BAUMLER. **O szczególnej formie zapalenia płuc zrazikowego u suchotników, wywołanej przez aspirowanie zawartości jam gruczliczych.**

Autor, na zasadzie spostrzeżeń klinicznych i badań pośmiertnych, opisuje nową formę zapalenia płuc zrazikowego u suchotników. U osobników, nieraz dobrej nawet budowy i dobrego odżywiania, z nieznaczną jamą gruczliczą, po wysiłku fizycznym lub po nadużyciach in Baccho, przy objawach nieraz obfitego krwiopłucia, podniesionej znacznie ciepłoty, upadku sił, utrudnionego oddechu, a nawet i objawów mózgowych, powstaje zapalenie płuc zrazikowe, jako następstwo aspirowania zawartości jam gruczliczych, zwłaszcza komunikujących z większemi oskrzelami. Z objawów, najwięcej zasługujących na uwagę przy rozpoznaniu tej formy zapalenia płuc, autor wylicza: nagłe wystąpienie obfitego krwiopłucia, zwłaszcza po pewnych wysiłkach fizycznych, szybkie podniesienie się bezpośrednio potem ciepłoty i rozlane, wyraźne objawy nieżytowe w najdrobniejszych oskrzelach, połączone z ciągle wzrastającą dusznością i sinicą. Rokowanie w tej formie zapalenia płuc zawsze jest niedobre, leczenie mało skuteczne, i dla tego autor radzi największą zwracać uwagę na tak zwanych wyleczonych suchotników, z małemi zmianami nieraz u wierzchołka, lecz mających stale w płwocinie laseczniaki gruczlicze. Takim chorym należy zalecić powstrzymywanie się od wszelkich wysiłków znaczniejszych, jako to: tańce, wchodzenie na zbyt strome i wysokie góry. Zalecać należy również, powstrzymywanie się od wszelkich nadużyć, mogących wywołać krwiopłucie. (Deut. Med. Woch. Nr. 1, 1893). M. S.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ORTNER opisuje gruźlicę płuc, jako zakażenie mieszane. Na 61 przypadków znalazł: 31 świeżych i starszych zapaleń bronchopneumonicznych przy gruźlicy ziarenkowej przewlekłej, 5 przypadków zapalenia płuc serowatego, 1 świeżego zapalenia płuc krupowego (przy gruźlicy szczytu), 15 zwykłej gruźlicy ziarenkowej (*granularis*) i 9 przypadków prosówkowej ostrej i przewlekłej. W tych wszystkich przypadkach zapalenia płuc O. znalazł histologicznie prawdziwy wysięk włóknikowy, a bakteryologicznie — mikrokok, zajmujący stanowisko pośrednie między diplokokiem zapalenia płuc, a paciorkowcem ropnym, który nazwał *micrococcus pneumoniae*. W ogniskach bronchopneumonicznych istniał ten sam mikrokok, natomiast w guziczkach gruźliczych i w ogniskach serowatych lasecznik gruźliczy. O. sądzi, że sam lasecznik gruźliczy nie jest przyczyną zmian zapalnych w płucu przy gruźlicy płucnej, lecz, że bronchopneumonia zostaje wywołaną tylko przez ów mikrokok; lasecznik gruźliczy zaś doprowadza zakażoną pneumonicznie tkankę do zserowacenia. (W. m. Pr. 5—93).

= URBANTSCHTSCH stwierdził wzajemny stosunek pomiędzy obudwoma uszami. Po tenotomii *M. stapediae*, oraz po przecięciu *M. tensoris tympani* z wyciągnięciem młotka, słuch poprawia się nie tylko po stronie operowanej, lecz i po przeciwnej. (D. m. W. 5—93).

= LE DANTEC znalazł, iż jad strzał z zatrutych u mieszkańców Nowych Hebryd składa się z ziemi błotnistej, zawierającej mikroby chorobotwórcze: *vibrio septicus* i lasecznik tężca. (Sem. med. 5—93).

= SCHOR znalazł w moczu laseczniaka, wytwarzającego gazy, przy nieżycie pęcherza. Przypadek dotyczył chorego z zapaleniem rdzenia uciskowem. Mocz miał zapach siarki; odczyn był słabo kwaśnym; w osadzie mnóstwo koków i laseczników, z których jeden po wyhodowaniu wytwarzał gaz węglany. S. nazwał go *coccobacillus aërogenes vesicae*. (Ctbl. f. Bakt. 21—92).

= DUHOVRKAN zaleca przeciw tasiemcowi połączenie wyciągu paproci z chloroformem. Ostatni pozwala zmniejszyć ilość dawki paproci, która, jak wiadomo, powoduje nieraz objawy zatrucia. 1,2 Extr. filicis rozpuszcza się w 3 razy większej ilości chloroformu, dodaje się równą na wagę ilość olejku rycinowego i pół kropli olejku krotonowego. Mieszaninę tę dzieli się na 12 kapsułek, z których każda zawiera po 0,1 wyciągu paproci. (Ther. Mon. 12—92).

= GARCIA DIAZ opisuje przypadek przewlekłego zatrucia kokainą, dotyczący człowieka starego, który skutkiem bólów przy nieżycie pęcherza, robił coraz większe wstrzykiwania podskórne kokainy. Po kilku miesiącach wystąpiły zaburzenia psychiczne, z powodu czego chory zaprzestał dalszych iniekcji; niebawem jednak zaczął doznawać silnych nerwobólów, napadów melancholii i odebrał sobie życie. (D. m. Z. 10—93).

= WALLER opisał poród bliźniętami w dwóch przerwach. 38 letnia kobieta, która odbyła 6 porodów, urodziła po raz siódmy dziecko donoszone. Badanie wykryło obecność drugiego jeszcze płodu, lecz z powodu ustania bólów W. zaniechał interwencji doraźnej. W 6 dni później znalazł główkę przoduującą, ujęcie wiotkie i zupełny brak bólów. Kleszczami wydobyl drugie, również donoszone dziecko. Mleko i odchody połogowe zjawily się dopiero po drugim porodzie.

PASCHAM donosi o kobiecie 28 letniej, po raz 5-ty rodzącej, u której po urodzeniu dziecka donoszonego, wyszedł niebawem płód drugi, odpowiadający 5-mu lub 6-mu miesiącowi ciąży. Ów płód niedojrzały miał własne łożysko i błony. W macicy nie stwierdzono oznak dwurożności, lub innych zбочeń. Miesiącza ustala na 5 miesięcy przed porodem. (Br. m. J. 93).

= WHITE wykonał operacje u dwóch zgrzybiałych starszszek: 1) 87 letniej pannie wyciął nabłoniak lewego policzka; rana zagoiła się szybko, a recydywy po upływie pół roku nie było. 2) Kobiecie 83 letniej amputował przed 3 laty rękę. (Br. m. f. 92).

SMITH operował pomyślnie torbiel jajnika u kobiety 78 letniej. (Lancet 92).

AUDEBRET znalazł kobietę 81 letnią miesiączkującą; peryod zjawił się w 13 roku życia. (Gaz. hebdom. 92).

= WEISS opisał rzadki przypadek zanku u 5 letniego chłopca, który przed 2 laty spadł z kamiennych schodów. Nic napozór nie uszkodził, jednak nastąpił utrudniony chód kończyny prawej. W. znalazł zanik całej tej kończyny, która pokryta była skórą siną, cienką, napiętą; ruchy były utrudnione. Miednica po stronie prawej i czaszka po lewej były aplastyczne. Bezwiadów nie było, czucie zachowane. (I. kl. R. 5—93).

= SCHREIBER opisał przypadek bezmoczny, 21 dni trwający, który nastąpił po poprzedniej poliurii. Podejrzewano czasowe zatkanie moczowodów kamieniami. (D. m. W. 24—92).

= DESPAGNET okazywał w Par. T. L.

oko 35 letniego mężczyzny który w napa-
dzie szału drżącego wyrwał je sobie, we-
tknąwszy palec głęboko w oczodół. Wy-
rywany był nerw wzrokowy prawie w całości
(ok. 5 cm.). Jama oczna wyglądała jakby po
wyluszczeniu gałki. W Tyrolu podczas walk
zapaśnicy wyrrywają czasem oko przeciwnikowi,
wsadzając palec wielki od strony skroni. (D.
m. Z. 8—93).

= ALBARRAN wykonał symfizeotomię u
mężczyzny, z powodu nabłoniaka pęcherza mo-
czowego, a to celem umożliwienia wycięcia no-
wotworu w całości. Część wycięta była 6 cm.
długą, 4 cm. szeroką. W 4 miesiące później
pacjent czuł się zupełnie zdrowym i mógł za-
trzymywać mocz przez 3 godziny. (Gaz. d. hop.
10—93).

= Na zjeździe lekarzy liflandzkich, Prof.
DEHIO wygłosił odczyt o zwolnieniu tę-
tna w rekonwalescencji (*Bradycar-
dia*). Już dawniej dowiedział on, iż objaw ten,
towarzyszący niektórym chorobom serca (wa-
dy aorty, stwardnienie tętnic wieńcowych), jest
wyrazem wyczerpania narządu ruchowego ser-
ca, nie zaś podrażnienia włókien nerwu błę-
dnego; po iniekcjach atropiny bowiem, która
poraża gałązki sercowe tego nerwu, tętno nie
zostaje przyspieszonym. Co do ostrych chorób
zakaźnych, D. przekonał się, iż zwolnienie tę-
tna jest tu objawem osłabienia serca. Wzru-
szenia cielesne i umysłowe, które u ludzi zdro-
wych wywołują nieznaczne tylko przyspiesze-
nie ruchów serca, powodują u rekonwalescen-
tów o wiele częstsze tętno, a to skutkiem
wzmózonej pobudliwości serca. Atropina nie
wpływa na przyspieszenie zwolnionego tętna
u tych chorych zatem, to ostatnie zależy od
chorobliwego podniecenia automatycznego na-
rządu ruchowego serca. Czy zwolnienie tętna,
powstaje skutkiem zmian zapalnych w mięśniu
sercowym, czy też skutkiem toksyn, rozstrzy-
gnąć trudno. (S. Pet. m. Woch. 2—93).

= FRIEDRICH badał moczopędnę
własności moczownika u królików, któ-
rym go wprowadzał przez otworzony pęcherz.
Po wstrzyknięciu 5 grm. w roztworze wod-
nym, zauważył zwiększenie ilości moczu, wte-
dy nawet, gdy obniżał ciśnienie krwi przy po-
mocy chloralu; zapewne więc moczownik działa
drażniaco na nabłonek nerkowy. (Pest. m.—
Chir. Pres. 34—92).

= GLASER badał w klinice JAKSCH'a
wpływ wysokości na moczu u ludzi zdro-
wych, młodych. Natychmiast po wypiciu wy-
skoku, mocz stawał się bezbarwnym, ciężar wła-
ściwy spadał do 1003—1005; lecz po 6—7
godzinach wszystko powracało do stanu nor-
malnego. Przytem pojawiała się w moczu
zwiększona ilość leukocytów, cylindry i kry-
ształki szczawianu wapnia oraz kwasu mocz-
owego. Po dłuższym nadużyciu wysokości, mocz
przybierał wygląd ropny. Kryształki soli za-
leżały zapewne od zmienionej przemiany ma-
teryi, a być może, i od zmienionych warunków
rozpuszczalności tych soli w moczu. G. za-
uważył wpływ kumulacyjny wysokości po dłu-
żej trwającym jego użyciu. (D. m. Woch.
43—91).

= TOEPPER badał stosunek składni-
ków azotowych w moczu przy raka-
ku. MUELLER i KLEMPERER dowiedli, że
za pomocą pokarmu, który utrzymuje w ró-
wnowadze azotowej człowieka zdrowego, nie-
podobna utrzymać w takiejże równowadze cho-
rego na raka. U zdrowych t. zw. materye wy-
ciągowe w moczu zawierają $\frac{3}{4}\%$ całego azo-
tu, wydzielanego z moczem; u chorych na ra-
ka 13—23%. Przy mięsaku, gruźlicy, przy-
miocie, białaczce ilość ta wynosi nie więcej nad
3%. Otóż, zwiększenie wydzielania owych ma-
teryi wyciągowych odbywa się kosztem mo-
cznika i nie zależy od rodzaju i ilości przy-
jmwanych pokarmów. (Wien. kl. Woch. 3—
92).

= SCHOEPPNER w Reichenhall zaleca
z dobrym skutkiem *oleum pini pumilionis* do
wziewań. Jestto izomer olejku terpentynowe-
go, przyjemnego zapachu i podobny z wyglądu
do wody. Przenika do najdrobniejszych oskrze-
li, wywołując w nich obrzmienie, bledłość
i zwiększenie wydzieliny. Dawany wewnątrznie,
po 5—8 kropel 3 razy dziennie, ulega w żo-
łądku i kiszczkach wessaniu i wychodzi z ustroju
głównie przez nerki, w małej zaś części przez
płuca. (D. m. W. 4—93).

= HITSCHMANN pierwszy spostrzegł, iż
salofen, stosowany w gościecu stawowym,
wydziela się przez skórę z potem,
w postaci małych, polyskujących kryształków.
Zdaje się, że także fenacetyna, antyfebryna
i salicylan sodu w podobny sposób przechodzą
przez skórę. (W. kl. W. 49—92).

Wiadomości bieżące.

— Zgodnie z przepisami, wypracowanemi
przez Radę Medyczną Ministerium Spraw We-
wnętrznych i przesłanemi p. Oberpolicijastrowi
Miasta Warszawy przy Okólniku Departa-

mentu Medycznego, wszystkie większe war-
szawskie zakłady wód mineralnych zaczęły po-
sługiwać się wodą destylowaną przy wyrobie
wody sodowej i selcerskiej. Dawniej zadawał-

niano się użyciem wody destylowanej jedynie przy fabrykacji wód mineralnych w ściślejszem tego słowa znaczeniu. Wobec znanych braków większości naszych studzien, a jeszcze więcej, wobec grożącej epidemii, pożądanem byłoby, aby urząd lekarski i komisye sanitarne przestrzegały z całą surowością wykonania powyższych przepisów, zwłaszcza przez drobne fabryki, które nie wiele zwracają uwagi na wymagania higieny.

— Środki zapobiegawcze, przedsięwzięte zeszłej jesieni przez rozmaite Państwa z powodu cholery, wpłynęły paraliżująco na ogólny ruch ekonomiczny. W przewidywaniu ponownego wybuchu epidemii z wiosną, odzywają się w Europie głosy, żądające z jednej strony porozumienia się mocarstw, w kwestyi ustanowienia o ile możności jednolitego postępowania zapobiegawczego przeciw szerzeniu się cholery, z drugiej—abyby ograniczenia w stosunkach międzynarodowych nie przekroczyły granic tego, co nauka dziś uznaje za dozwolone. Z tej wychodząc zasady, Austro-Węgry wystąpiły z inicjatywą zwołania konferencji międzynarodowej, na której ma być także mowa o żegludze rzecznej i kwarantannach morskich. Zjazd odbędzie się w Dreźnie. (W. m. Pr. 7—93).

— 12-ty Kongres Medycyny Wewnętrznej w Wiesbaden odbędzie się między 12 a 15 Kwietnia pod przewodnictwem prof. IMMERMANA z Bazylei. Tematów postawiono dwa: o cholery (ref. RUMPF i GAFFKY) i o nerwicach urazowych (STRUEMPELL i WERNICKE). Prócz tego zapowiedzieli wykłady: ZIEMSEN (o iniekcjach męzskich w chorobach migdałków), ADAMKIEWICZ (rak i jego leczenie), JAKSCH (chemia krwi), MERING (czynność żołądka), FLEINER (leczenie niektórych objawów podrażnienia i krwotoków żołądka), POLLATSCHEK (czy wody Karlsbadzkie działają wypróżniająco?), KOEPPE (badanie krwi w górach).

— 5-ty Kongres Tow. Ginekol. Niem. odbyć się ma od 25—27 Maja w Wrocławiu. Poruszone będą tematy: o cięciu łonowym i o operacjach narządów dodatkowych macicy.

— 15-ty Zjazd Tow. Balneol. odbędzie się w Berlinie od 10—14 Marca.

— Francuskie Tow. elektroterapeutyczne urządzi po raz pierwszy wystawę w Kwietniu r. b. w Paryżu.

— 7-my Kongres chirurgów francuskich odbędzie się w Paryżu 3 Kwietnia, pod przewodnictwem LANNELONGUE'a.

— W Indjach Wschodnich liczą obecnie do 100,000 chorych na trąd, z których tylko 5000 jest umieszczonych w odpowiednich przytułkach.

— Ceny kwasu karbolowego podnoszą się coraz więcej, w miarę zbliżania się wiosny, a z nią obawy cholery. W Londynie, głównym rynku dla tego środka, utworzył się syndykat, który ustanawia ceny dowolne.

— W ostatniem półroczu zimowem wszechnice szwajcarskie liczyły 2521 słuchaczy, pomiędzy którymi były 242 kobiety, jako studentki, i 190, jako wolne słuchaczki. Najwięcej było ich na wydziałach filozoficznych (254), dalej idą lekarskie (164) i prawne (8).

— W Stanie newyorskim wydało prawo, mające na celu zapobieganie szerzeniu się gruźlicy. Każdą krowę, podejrzaną o gruźlicę, należy zabić natychmiast, a właściciel jej otrzymuje odpowiednie wynagrodzenie od władzy (B. M. J. 93).

— W Afryce południowej odbył się pierwszy zjazd lekarski, na którym postanowiono wydawać tam pierwsze pismo lekarskie. (B. M. J. 93).

— W początku r. b. było w Wielkiej Brytanii 30759 lekarzy, z których zmarło 631; liczba nowoprzybyłych wynosi 1345. (Lancet 93).

— Z ogłoszonego przez Radę miejską w Monachium sprawozdania widać, że użycie mięsa psiego szybko się rozpowszechnia pośród uboższych mieszkańców. Dało to powód do łowienia psów na wielką skalę. Najwięcej używają tego mięsa liczni, przebywający w Monachium robotnicy włoscy. (B. M. J. 92).

— Niejaka pani G a r e t t ofiarowała John Hopkins University pół miliona dolarów na urządzenie szkoły lekarskiej dla kobiet.

— Tow. Med. i Chir. w Bordeaux przeznaczyło 1000 fr. nagrody za najlepszą pracę o chirurgicznem leczeniu raka żołądka.

— W Marsylii wybuchła epidemia, której przezorna rada sanitarna tego miasta nie mianuje cholera, lecz „chorobą z objawami cholearycznymi“. Dotąd zanotowano 11 zejść śmiertelnych.

— W Hamburgu z pośród uczniów szkół miejscowych, których liczba wynosi do 68000, zmarło w czasie epidemii 432 (0,6%).

— 17 b. m. znany epidemiolog prof. HIRSCH w Berlinie obchodził 50 letni jubileusz doktorski.