

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Niedomoga mięśni wskutek stwardnienia tętnic. Podał Władysław Biegański.—**Wykłady kliniczne.** O operacji otwarcia przewodu żółciowego wspólnego w ścisłem znaczeniu (Choledochotomia).—**Streszczenia i wyciągi.** 52. Przystankowe zaburzenie chodu przy chorobach naczyń. 53. Przypadek spędzenia płodu przez zastrzyknięcie wody gorącej. Śmierć nagła wskutek zatoru tętnicy płucnej. 54. O zapaleniu opłucnej skrytego pochodzenia (kryptogenetische). 55. O zatruciu jodofarmem. 56. Tuberculosis herniosa. 57. Przyczynek do badania choroby Glénard'a i raka żołądka za pomocą bezpośredniego wdmuchiwania powietrza do żołądka. 58. O nawykowym zaparciu stolca i jego leczeniu za pomocą obfitych ławatyw z oliwy. 59. W kwestyi śmiertelności noworodków w pierwszych czterech tygodniach życia.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Niedomoga mięśni wskutek stwardnienia tętnic.

Podał Władysław Biegański,
lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

Stwardnienie tętnic należy do chorób niezmiernie różnorodnych w swych przejawach. Niema narządu, niema nawet tkanki w ustroju ludzkim, gdzieby stwardnienie tętnic nie mogło spowodować mniej lub więcej rozległych spustoszeń w budowie anatomicznej, a jeszcze więcej w czynności tkanek ustrojowych. Łatwo to pojąć, jeżeli weźmiemy tylko na uwagę ścisłą i bezpośrednią zależność budowy anatomicznej i czynności tkanek od dostatecznego dopływu krwi (odżywczego materiału) do tychże tkanek. Przez zwężoną, stwardniałą tętniczkę przepływać będzie w danej jednostce czasu mniej krwi, aniżeli w prawidłowych warunkach, czynność więc pewnej tkanki, unaczynionej zajętą tętniczką, musi wskutek tego szwankować. Ilość krwi dopływającej może być jeszcze wystarczającą dla zapotrzebowań mniejszych, przy spokoju, lub zmniejszonej czynności pewnego narządu, lecz przy wzmożonym zapotrzebowaniu, wzmożonej czynności, sztywna, stwardniała tętniczka nie jest w stanie się rozszerzyć i dostarczyć odpowiedniego materiału odżywczego, czynność więc pewnej tkanki odbywa się wtedy niedostatecznie. Otóż ta niedostateczność czynności, przy wzmożonym zapotrzebowaniu jest wielce właściwą dla sprawy stwardnienia tętnic. Francuscy autorowie (CHARCOT, GRASSET, HUCHARD) już oddawna zauważyli to ważne, a właściwe stwardnieniu tętnic zboczenie czynności i opisali dość dokładnie ten rodzaj niedomogi czynnościowej dla rozmaitych narządów, mianowicie serca, mózgu, nerek i t. d.

Najmniej jednak znaną, chociaż może nie najrzadszą, pozostała do dziś dnia niedomoga czynnościowa mięśni dowolnego ruchu. Wprawdzie CHARCOT dość dawno już opisał pewien rodzaj zaburzenia chodu, nazwanego przez niego *claudication intermittente*¹⁾. Zaburzenie to, podług opisu CHARCOT'a, polegało na tem, że chory przez pewien przeciąg czasu (10—15 minut) chodzi zupełnie prawidłowo, następnie doznaje nagle osłabienia w mięśniach

¹⁾ W naszej literaturze istnieje w tym przedmiocie krótki referat z odczytu CHARCOT'a, pomieszczony przez BIERNACKIEGO w Gazecie Lekarskiej z r. zeszłego.

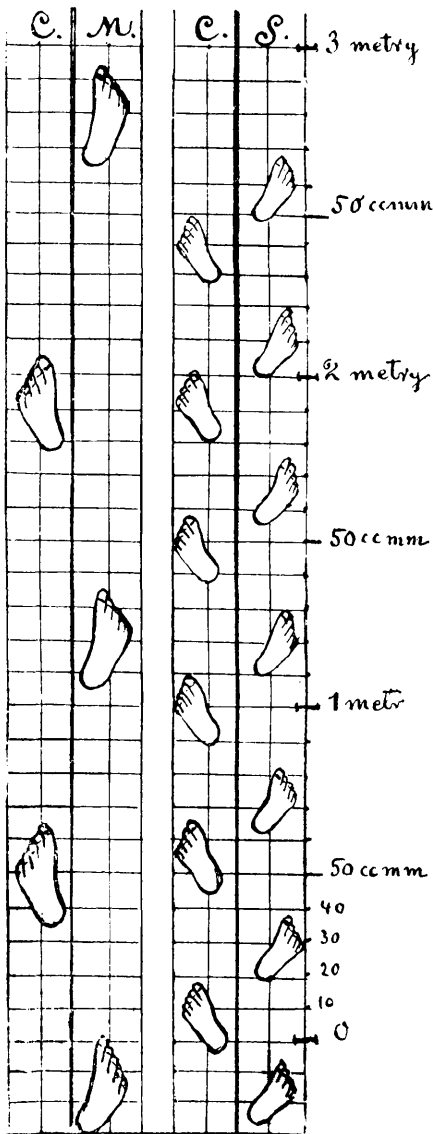
kończyn dolnych, wskutek czego chód staje się niemożliwym i zmusza chorego do odpoczynku. Po odpoczynku mniej więcej długotrwałym, sprawność nóg wraca, lecz tylko na krótki przeciąg czasu i t. d.. Stan ten CHARCOT tłumaczył następstwem upośledzonego odżywiania mięśni wskutek stwardnienia tętnic i zakrzepu krwi, uważał go zaś jako nieomylną zapowiedź starczej zgorzeli kończyn. Nazwa *claudication intermittente* (przestankowe chromanie) nadana była tej sprawie przez analogię z podobnem cierpieniem, spotykanem i dobrze znanem u koni.

Spostrzeżenie CHARCOT'a przez długi czas pozostało unikatem i nie zwróciło wcale uwagi na siebie. To też, kiedy przed kilku laty spotkałem u chorych szpitalnych w pewnym stopniu podobne objawy, sądziłem, że mam do czynienia z nieznanem i nie spostrzeganem jeszcze zjawiskiem, i jako takie, opisałem go w moim podręczniku Dyagnostyki różniczkowej. Spostrzegane przeze mnie objawy, pomimo niezaprzeczonego podobieństwa, przedstawiały jednak pewną wyraźną różnicę od objawów opisanych przez CHARCOT'a. Przedewszystkiem chory CHARCOT'a okazywał zaburzenie właściwe chodu tylko po pewnem znużeniu, po 10 lub 15 minutach chodzenia, w początku zaś chód był zupełnie prawidłowy; tymczasem w spostrzeganym przeze mnie przypadkach chód od samego początku przedstawiał wyraźne osłabienie siły mięśniowej, pewne właściwości, rzucające się odrazu w oczy. Chorzy moi tylko w leżącym położeniu wykonywali z całą dokładnością wszystkie ruchy nogami, lecz kiedy zaczęli chodzić, odrazu chód stawał się trudnym, że tak powiem, ociężałym, a po pewnym czasie zupełnie niemożliwym. Chód tych chorych przypominał chód człowieka na lodzie. Stopy rozstawione, kroki drobne, unoszenie stopy od podłogi nieznaczne, wskutek tego wyraźne jakby suwanie nogami. Kolana nieco zgięte i dość sztywne. Ze znanych chodów patologicznych, chód arteryosklerotyczny najbardziej zbliżony jest do chodu spastycznego. Opisanie chodu słowami jest rzeczą oczywiście trudną i niedostatecznie rzecz przedstawiającą. Toteż oddawna przemyślałem nad tem, jakby chód ten obrazowo, graficznie przedstawić. Ostatecznie zatrzymałem się na następującym sposobie. Nacieralem choremu podeszwy mocno kredą i kazałem mu chodzić po malowanej podłodze sali szpitalnej. Ślady chodu pozostawione na podłodze przez chorego, były dokładnie mierzone i następnie przenoszone na rysunek ²⁾). Tym sposobem zebrałem kilkanaście rysunków, przedstawiających chód prawidłowy i patologiczny; z tych dwa tutaj załączam (patrz str. 259): jeden przedstawia chód prawidłowy młodego 21-letniego mężczyzny wzrostu 160 ctm. (C. M.), drugi chód 80-letniego starca (C. S.), wzrostu 153 ctm., który przedstawiał wiele cech chodu arteryosklerotycznego. Nie było tu jednak wyraźnego w innych przypadkach suwania nogami, chociaż szybkie znużenie i wyczerpanie dość wyraźnie występowało, a rozległe stwardnienie tętnic rzecz całą tłumaczyło.

Przyglądając się powyższym rysunkom, widzimy, że w prawidłowych warunkach chód bywa tego rodzaju, że wewnętrzny brzeg pięt obu stóp stawiany bywa na jednej prostej linii, którą dla krótkości nazwę linią kierunku chodu (na rysunku grubo oznaczona). Stopy stawiane są ukośnie, kąt utwo-

²⁾ Ten sposób graficznego przedstawienia chodu znalazłem tylko w jednej pracy MORITZ'a: Cerebellare Ataxie nach einer Kopfverletzung. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1892. Nie ma zaś o tem wzmianki w pracy MARX'a: Machina zwierzęca. 1874 r.

rzony wewnętrznym brzegiem stopy a linią kierunku chodu wynosi średnio od $30-42^\circ$. Odległość stóp od siebie po każdej stronie, t. zw. rzeczywista długość kroku przenosi prawie w trójnasób długość samej stopy. Na rysunku II-gim widzimy odwrotnie, że stopy są rozstawione, wewnętrzny brzeg pięt odstaje z każdej strony od linii kierunku chodu na 5 cm., a od pięty drugiej



stopy na 10 cm.. Stopy stawiane są mniej ukośnie, więcej równolegle; wewnętrzny brzeg stopy z linią kierunku chodu stanowi kąt $10-20^\circ$. Nakoniec kroki są drobne: odległość stopy od stopy na każdej stronie mało co więcej przenosi długość samej stopy. Mówiłem już, że chód chorego, u którego zdjęty był rysunek, nie przedstawiał zupełnie typowego obrazu chodu arteriosklerotycznego, brakuje tutaj wyraźnego winnych przypadkach suwania nogami. Długość rzeczywista kroku zmniejszałaby się wtedy znakomicie, ślad nie przedstawiałby wyraźnego odbicia stopy. Na razie jednak nie mam lepszego okazu dla zdemonstrowania, a zresztą, najgłośniejsze cechy tego chodu są tu dość wyraźnie zachowane.

Wszystkie cechy chodu arteriosklerotycznego dadzą się wytłómaczyć osłabieniem czynności mięśni. Przez rozstawienie stóp chory instyktownie powiększa podstawę i przez to utrzymuje zagrożoną przez osłabienie mięśni równowagę ciała. Małe kroki i suwanie nogami pochodzą w części z tegoż źródła, w części zaś są następstwem słabej siły skurczowej mięśni. A zatem już od początku w samym chodzie występują wybitnie objawy osłabienia czynności mięśni. W miarę dalszego chodu, stopy coraz więcej rozstawiają się, kroki są coraz mniejsze, a nakoniec chory dochodzi do tego, że staje z rozstawionymi stopami, nogi drżą pod nim i chory mimowoli szuka rękami oparcia dla

utrzymania się w równowadze. Jeżeli taki chory posiedzi jakiś czas, odpocznie, to znów chód staje się możliwym, ma jednak wciąż powyżej wymienione cechy i możliwym jest również tylko na pewien przeciąg czasu, poczem następuje znużenie, utrata równowagi i t. d.. Chory taki i stać długo nie może; wyczerpanie w stojącej postawie bardzo prędko występuje, jeżeli każemy mu zbliżyć stopy do siebie; z rozstawionymi stopami stoi dłużej. Przy użyciu laski i chód i postawa stojąca w jednym miejscu są ułatwione,

jednak dłuższy chód ($\frac{1}{2}$ godziny na przykład) wyczerpuje siły chorego i zmusza go do odpoczynku.

Przy dalszem badaniu chorego nie znajdujemy żadnych zmian w czynności układu nerwowego. Cucie na kończynach jest w zupełności zachowane, ruchy bierne i czynne z łatwością wykonalne, odruchy zaś ścięgniste są nieco wzmożone. Same mięśnie przedstawiają pewien stopień zaniku w nieznacznym stopniu, niema nigdy jednak drgań włókienkowych. Przy obmacywaniu mięśni wyraźną jest w pewnych miejscach bolesność dość mocna na ucisk. Pobudliwość mięśni na mechaniczne bodźce jest wzmożoną, ucisk mięśni przy obmacywaniu, lub opukiwaniu mięśnia młoteczką powoduje wyraźny skurcz tegoż. Z objawów podmiotowych zasługuje na uwagę ból, uczuwany przez chorego w mięśniach goleni lub biodra powyżej kolana podczas dłuższego chodzenia; ból ten podczas odpoczynku przechodzi. Chory również uskarża się na ciągłe uczucie zimna w stopach, i w rzeczy samej z łatwością przekonać się można, że stopy są przy dotykaniu zawsze zimne; nie znajdujemy jednak nigdy sinicy na stopach, przeciwnie, w pewnych przypadkach spostrzegać można wyraźną dla oka błądźliwość skóry. Badanie mięśni elektrycznością, dokonane w jednym przypadku przez ELZHOLZ'a ³⁾, wskazało że istnieje wyraźne osłabienie odczynu na prąd stały i przerywany. Odczynu zwyrodnienia ELZHOLZ nie znajdował wcale.

Powyżej opisany obraz chorobowy wyróżnia się od podanego przez CHARCOT'a, głównie stałością i szybszem występowaniem wyczerpania i znużenia mięśniowego. W przypadkach CHARCOT'a wyczerpanie mięśniowe dolnych kończyn występowało dopiero po dość długotrwałym chodzie, początek chodu był zawsze prawidłowy i w niczem nie ujawniał mającego wkrótce wystąpić znużenia i wyczerpania pracy mięśniowej. Przeciwnie, w naszych przypadkach już pierwsze kroki chorego świadczyły o osłabieniu skurczów mięśni dolnych kończyn. Innemi słowy, nasze przypadki przedstawiały stan jakby spotęgowany tejże sprawy. Która z tych postaci jest częstszą, trudno powiedzieć. Postać opisaną przeze mnie spotykałem dość często u moich chorych szpitalnych; podobnych wybitnych przypadków, o ile mnie pamięć nie zawodzi, spostrzegałem około dziesięciu, kiedy tymczasem prawdziwego przestankowego chromania widziałem tylko przypadek jeden. Możliwą jest rzeczą, że chorzy z objawami przestankowego chromania, jako z mniej uciążliwym cierpieniem, rzadziej zasięgają porady lekarskiej, i wskutek tego nie tak często ich widzimy w naszych szpitalach. Dopiero, kiedy sprawa się spotęguje, kiedy chód chorego stanie się stale ociężałym i trudnym, chory udaje się do szpitala, i to wtedy najczęściej z powodu innych objawów chorobowych; utrudnienie zaś chodu chory uważa jako następstwo starości i nie zwraca nań wielkiej uwagi. Sprawa niedomogi mięśniowej zwykle pomału się rozwija, chory do niej przywyka, jako do koniecznego następstwa wieku lub ogólnego osłabienia chorobowego. To też, chcąc bliżej zapoznać się z tą sprawą, należy jej szukać, a wtedy przekonamy się, że jest to stan dość częsty u ludzi wiekowych, z ogólnem stwardnieniem tętnic.

Nietylko jednak mięśnie kończyn dolnych ulegają niedomodze przy stwardnieniu tętnic. Te same objawy wyczerpania czynnościowego spoty-

³⁾ ELZHOLZ. Ueber intermittierende Gehstörung bei Gefässerkrankung. Wien. Med. Woch. 1892.

kamy i w mięśniach kończyn górnych i wogóle we wszystkich mięśniach dowolnego ruchu. Dodać wprawdzie musimy, że kończyny dolne najczęściej ulegają powyżej opisanym właściwym zaburzeniom, z innymi mięśniami zdarza się to o wiele rzadziej. Fakt ten prawdopodobnie znajduje się w związku z przeważającą pracą, jaka jest udziałem mięśni kończyn dolnych w życiu fizyologicznem. To też niedomoga mięśniowa kończyn górnych przy stwardnieniu tętnic jest zjawiskiem wogóle rzadkiem i dotychczas w literaturze niema nigdzie opisanego odpowiedniego spostrzeżenia ⁴⁾. Z tego więc względu uważam za rzecz stosowną opisanie na tem miejscu ciekawego przypadku, jaki obecnie mam w leczeniu.

A. Sz., lat 59, kupiec, izraelita, pochodzi z rodziny odznaczającej się długowiecznością. Matka chorego umarła, mając lat blisko 80, ojciec umarł w 74 roku życia. O przyczynie śmierci swych rodziców chory nie umie powiedzieć. Z trzech braci, jeden umarł w 65 roku życia, przy objawach połowicznego porażenia z utratą mowy, drugi umarł, mając lat blisko 70, przy objawach zniechęcenia i ogłupienia starczego, a trzeci został zabity wypadkowo w młodym wieku. Z trzech sióstr jedna żyje jeszcze, mając lat 62, a dwie umarły w wieku 80 i 65 lat życia. Chory jest człowiekiem familijnym, miał 7-ro dzieci, z których umarła tylko jedna córka w 30-ym roku życia, przy objawach guza w mózgu; jedna z córek cierpi na obłąkanie od kilku lat, reszta zaś rodzeństwa zupełnie zdrowa. Sam chory odznaczał się zawsze wybornem zdrowiem, nigdy obłożnie nie chorował, prowadził zawsze czynne, ruchliwe życie. Zapobiegliwością, a poczęści skąpstwem, dorobił się dość znacznego majątku. Trunków nigdy nie nadużywał. Pierwsze objawy obecnej choroby datują od lat kilku, występowały chwilowo zawroty głowy przy zajęciu w sklepie. Zdarzało się to jednak rzadko, raz na miesiąc, a nawet rzadziej, i przemijało tak szybko, że chory nie zwracał wcale uwagi na te zawroty i nie przychodziło mu nawet na myśl zasięgnąć w tym względzie porady lekarskiej. Przed pół rokiem mniej więcej po raz pierwszy w bóżnicy podczas nabożeństwa poczuł nagle osłabienie nóg, nogi zaczęły mu drżeć, nie mógł ustać i zmuszony był usiąść. Po wypoczynku kilkuminutowym osłabienie przeszło pozornie bez śladu. Ten sam wypadek powtórzył się potem jeszcze kilkakrotnie, zawsze podczas długotrwałego stania w bóżnicy; chory przypisywał osłabienie czczości (wychodził naczczo do bóżnicy), i wysokiej ciepłocie, jaka tam panowała.

Przed dwoma miesiącami wystąpiły bez żadnej widocznej przyczyny gwałtowne zawroty głowy, powtarzające się co kilkanaście minut, połączone z uczuciem nudności i wymiotami. Stan ten okazał się tak dokuczliwym, że chory musiał porzucić zwykłe zajęcie, pozostał w mieszkaniu i wezwał lekarza. Pomimo jednak stosowanych środków, zawroty nie przechodziły, a wymioty powtarzały się kilkakrotnie na dzień. W tym właśnie czasie widziałem poraz pierwszy chorego. Po ścisłem zbadaniu przyszedłem do przekonania, że zawroty te są następstwem prawdopodobnie stwardnienia tętnic mózgowych i dlatego też zaleciwszy odpowiednie higieniczne środki, przepisałem choremu pełne dawki jodku potasu. Poprawa co do zawrotów i wymiotów wystąpiła wkrótce, a po dwóch tygodniach chory nie uskarżał się już

⁴⁾ W drugim przypadku ELZHOLZ'a jest wzmianka o osłabieniu mięśni kończyn górnych, autor jednak stanu tego nie opisuje dokładniej, zwracając głównie uwagę na zachowanie się chodu.

wcale ani na zawroty, ani na nudności. Zato w całej pełni wystąpiły dziwne dla chorego i otaczających napady osłabienia. Po dobrze przespanej nocy chory budził się zupełnie zdrowym, wstawał więc, mając zamiar zejść do sklepu i wrócić do zajęcia, lecz kiedy się ubrał i spożywał już śniadanie, nagle uczuwał jakies dziwne osłabienie w mięśniach całego ciała. Podczas tego napadu ręce słabły mu do takiego stopnia, że nie mógł utrzymać szklanki z mlekiem, ani rozłamać bułki; równocześnie uczuwał dość znaczny ból w rękach, mniej więcej w górnej części obu przedramion. Uczucie osłabienia jest wtedy tak mocne, że chory nie może nawet siedzieć i natychmiast kładzie się na kanapie, i w takim położeniu przebywa kilka lub kilkanaście minut, poczem napad przechodzi i chory znowu może wstać, chodzić i czuje się zdrowym. Podczas napadu niema ani zawrotu głowy, ani zamroczenia świadomości. Napady te powtarzają się kilkanaście razy dziennie, niekiedy podczas chodzenia po pokoju, i wtedy nogi zaczynają mu drżeć, uczuwa ból w górnej części goleni, nie jest w stanie utrzymać się na nogach, coprędzej dosuwa się do kanapy i kładzie się. W takim położeniu osłabienie w kilka minut przemija. Chory zauważył, że napady również występują i w postawie siedzącej, jeżeli tylko chory pisze, lub dużo mówi. Przeciwnie zaś, pozostawanie w spokoju, w łóżku przez cały dzień usuwa w zupełności napady. Ogólnie chory czuje się wysmienicie, apetyt ma wyborny, umysł świeży, nic mu nie dolega.

Powyżej opisane napady, pomimo stosowania rozmaitych środków, wciąż trwają do dnia dzisiejszego bez żadnej wyraźnej zmiany.

Badając szczegółowo obiektywnie chorego, znajdujemy co następuje: mężczyzna szczupły, średniego wzrostu, siwiejący. Granice płuc prawidłowe, szmer oddechowy pęcherzykowy bez rżerzeń. Granice stłumienia serca powiększone w wymiarze podłużnym, tony serca czyste; wyraźne jednak i mocne zastrzenie drugiego tonu nad aortą. Powierzchnowe tętnice ciała miażdżycowato zwyrodniałe. Tętno 80 na minutę, dość pełne. Ze strony wątroby i śledziony żadnych wyraźnych zmian, czynność kanału pokarmowego prawidłowa. Mocz czysty, w ilości około 1200 cen., nie zawiera ani białka, ani cukru. Ze strony nerwów czaszkowych żadnych zmian. Żrenice równe, oddziałują na światło i akomodację, wzrok dobry, mowa prawidłowa, pamięć dobra, umysł dość bystry. Otaczający zapewniają mnie, że głowę do interesów ma jak dawniej znakomitą, udziela swym zięciom ciągle rad i wskazówek w interesach handlowych. W rozmowie jednak ze mną zauważyłem pewne przygnębienie, które zresztą łatwo wytłomaczyć można było długotrwałą chorobą, która chorego niepokoiła, oraz beczynnością, na jaką wskutek częstych napadów osłabienia był skazany. Ruchy czynne i bierne rąk i nóg w zupełności zachowane, tylko siła skurczowa mięśni rąk wyraźnie zmniejszona, w obu rękach jednakowo, uścisk dłoni z obu stron jednakowo słaby. Chód prawidłowy pozornie, chociaż i tu zauważyć można rozstawienie stóp przy chodzeniu i małe kroki. Czucie na rękach i nogach w zupełności zachowane. Odruchy skórne zachowane, ścięgniste nieco wzmożone, z obu stron jednakowo. Takie samo wzmożenie odruchów ścięgniętych zauważyć można i na górnych kończynach. Ucisk palcami łydek i przedramion bolesne, uderzenie szybkie brzegiem stetoskopu w mięśnie goleni i przedramion wywołuje szybko występujące skurcze w palcach i napiętku. Wyraźnego zaniku mięśni zauważyć nie można. Stopy i ręce ciągle zimne, nie zsiniałe jednak, również rozszerzenia żył nie widać. Oddawanie moczu i kału prawidłowe.

Wobec takich objawów rozpoznanie sprawy chorobowej było dość trudne. Obiektywne badanie przekonywało nas, że mamy do czynienia z ogólnym stwardnieniem tętnic i że ze strony układu nerwowego nie znajdujemy żadnych zmian. Pozostawało więc jedno możliwe wyjście z trudności rozpoznawczych, mianowicie powiązanie zagadkowych objawów osłabienia mięśniowego z niewątpliwie istniejącym stwardnieniem tętnic. Dokładnie zebrana anamneza utwierdzała mnie w tem przekonaniu. Dla mnie obecnie nie ulega już wątpliwości, że w tym przypadku mam do czynienia z niedomogą mięśni dowolnego ruchu wskutek stwardnienia tętnic, z niedomogą rozległą, gdyż obejmującą znaczny obręb mięśni górnych i dolnych kończyn. Niedomoga ta występuje w postaci napadowej, przestankowej, podczas wzmożonej czynności układu mięśniowego.

W końcu w kilku słowach wspomnieć jeszcze musimy o wyjaśnieniu bezpośredniej przyczyny niedomogi mięśniowej. CHARCOT w swoich przypadkach przypuszczał istnienie zakrzepu krwi w zwyrodniałej tętnicy biodrowej. Oboczny krwiobieg, jaki w tych razach się rozwinął, był wystarczającym dla umiarkowanej czynności kończyny, w czasie jednak wzmożonej czynności, przy długotrwałem chodzeniu, odżywianie mięśni stawało się niedostatecznem i następowało wyczerpanie. Nie przeczę, że w pojedynczych przypadkach podobne istnienie obustronnego zakrzepu jest możebnem, nie można jednak żadną miarą tej przyczyny uogólniać. W żadnym ze spostrzeganych przez siebie przypadków nie mogłem znaleźć podobnego zakrzepu. Tętno w tętnicach wszędzie dało się wyczuć i trudno przytem przypuścić zakrzep, występujący z obu stron w jednym czasie i w jednym i tym samym odcinku tętnicy. Objawy bowiem są dziwnie jednakowe w obu kończynach, nie spotykamy zwykle objawów niedomogi mięśniowej w jednej tylko kończynie, czego należałoby się spodziewać, tłumacząc objawy niedomogi zakrzepem krwi w tętnicach. Prędzej objawy te wytłumaczyć można niedostatecznym dopływem krwi wskutek zwężenia i zwyrodnienia tętniczek. Przez zwężone, zwyrodniałe tętniczki dopływa pewna zmniejszona ilość krwi, dostateczna dla odżywiania mięśni, znajdujących się w spokoju lub podczas umiarkowanej czynności. Jeżeli jednak czynność mięśni wzmagą się, to ilość dopływającej tą drogą krwi jest niedostateczna, w następstwie czego szybko występuje wyczerpanie mięśnia. Nie mogę się również zgodzić ze zdaniem CHARCOT'a, że powyżej opisana niedomoga jest zapowiedzią starczej zgorzeli. Nie widziałem w przypadkach przez siebie spostrzeganych ani razu starczej zgorzeli, chociaż niektóre z tych przypadków spostrzegałem przez rok czasu lub więcej.

WYKŁADY KLINICZNE.

F. TERRIER. *Revue de Chirurgie* N. 11. 10 Listopada 1892 r.

O operacyi otwarcia przewodu żółciowego wspólnego w ścisłem znaczeniu.

(Choleldochotomia).

W pracy swej ogłoszonej w sprawozdaniach 6-go Kongresu chirurgów francuskich z roku 1891, autor wyróżnia dwojakiego rodzaju choleldochotomię, czyli operacyę otwarcia przewodu żółciowego wspólnego, zależnie od dwóch różnych celów: 1) gdy chodzi o wyjęcie obcego ciała, najczęściej kamienia, rozcina się przewód, t. zw. choleldochotomia w znaczeniu ścisłym; 2) operacya ma za zadanie utworzenie przetoki prze-

*

wodu żółciowego—choledochostomia. W pracy niniejszej autor zestawia dotychczas ogłoszone przypadki operacji pierwszego rodzaju, w ich liczbie jeden własny—poddaje je ocenie i rozbiorowi, ażeby wypracować wskazania do operacji, omówić szczegóły jej techniki i w końcu zalecić ją jako racjonalną i uwieńczoną rezultatami pomyślnymi „operację z wyboru” — gdy chodzi o obecność kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym.

Z 17 zestawionych przypadków, 14 skończyło się wyzdrowieniem, 3 śmiercią ¹⁾. Sądząc z częstszej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, kamicy żółciowej, należało a priori oczekiwać większej ilości przypadków omawianej operacji u kobiet. Cyfry autora potwierdzają to w zupełności: kobiet operowano 15, mężczyzn 2. Większość operacji wykonaną była na pacjentkach w wieku lat 30—60. W większości przypadków główną przypadłością, na zasadzie której rozpoznawano kamień w przewodzie żółciowym wspólnym, bywały oddawna istniejące w prawem podżebrzu bóle —kolka wątrobowa. Istnienie tego objawu w dwu razach datowało od lat 23. W innych razach objaw był świeższym, aż do czasu trwania od 8-iu i 2-ich miesięcy. W 13 przypadkach miała miejsce żółtaczka. W wielu razach istniała ona oddawna, w innych była objawem świeżym w stosunku do kolki wątrobowej. Raz powracała ona kilkakrotnie, to znowu była stałą i potęgowała się jedynie w czasie napadów kolki, nareszcie w innych razach pojawiała się jedynie w czasie tych napadów. W przypadku autora, z początku była kolka bez żółtaczki, ta zaś pojawiła się raptownie i zupełnie niezależnie od napadów kolki i była już potem objawem stałym. Gorączkę notowano 5 razy. Obecność kamieni w wypróżnieniach stwierdzono 2 razy, wielu jednak nie badało kału w tym kierunku. Dwa razy zanotowano wolny dopływ żółci do światła kiszek, po większej części kał był zupełnie odbarwiony. Trzy razy rozpoznano rozciągnięcie pęcherzyka, w trzech innych razach powiększenie wątroby; sądząc a priori należało się tego, zdaniem autora, spodziewać o wiele częściej. Dwa razy istniała przetoka żółciowa, raz była ona sztucznie wytworzoną przez poprzednio wykonaną cholecystotomię, w drugim przypadku powstała samoistnie wskutek sprawy zapalnej w pęcherzyku. Nakoniec, w wielu razach autorowie notują silne wycieńczenie i osłabienie pacjentów.

Autor zaleca cięcie pionowe wzdłuż brzegu zewnętrznego mięśnia prostego brzucha. Cięcie to długości 10—12 centymetrów, umożliwia dokładne zbadanie dolnej powierzchni wątroby. Odnalezienie pęcherzyka żółciowego w wielu razach przedstawiało znaczne trudności. Zależały one po części od zrostów dolnej powierzchni wątroby z narządami sąsiednimi, z siecią wielką i okrężnicą poprzeczną, czasami nawet z żołądkiem. Główną jednak przeszkodą w odnalezieniu pęcherzyka był jego zanik, stwierdzony aż w 10-ciu przypadkach. Zrosty dolnej powierzchni wątroby z narządami sąsiednimi zależą od przewlekłych zapaleń dróg żółciowych; bliznowate ściąganie tkanki prowadzi do zaniku pęcherzyka. Odnalezienie pęcherzyka ułatwia następne odszukanie przewodu żółciowego wspólnego. Wielu operatorów (8) przed otwarciem tego ostatniego wykonywa operację przedwstępną, polegającą bądź na rozcięciu pęcherzyka (6) (cholecystotomia), bądź na wycięciu go zupełnem (2) (cholecystectomy). W większości tych przypadków (7) pęcherzyk lub przewód pęcherzykowy zawierał kamienie — stąd wskazanie do ich usunięcia. Następnie cholecystotomia zostaje zakończona jako cholecystostomia t. j. wytworzenie stałej przetoki żółciowej (raz jeden), lub też rana w pęcherzyku zostaje zaszyta (trzy razy) (cholecystendysis). Nakoniec w dwóch przypadkach cholecystotomię zakończono prostem założeniem drenu i wytamponowaniem pęcherzyka gazą jodoformową. Z pomiędzy ośmiu przy-

¹⁾ Operatorami, którzy mieli więcej niż jeden przypadek, wszystkie zaś z zejściem pomyślnem byli: THORNTON (3 prz.), COURVOISIER (3 prz.) i KUESTER (2 prz.).

padków, w których wspomniane rękoczyny, wykonane na pęcherzyku, komplikują i czynią bardziej poważną całą operację, dwa zakończyły się śmiercią (jedna cholecystotomia i jedna cholecystotomia bez szwu). Stwierdzenie obecności kamieni w przewodzie wspólnym oraz odnalezienie kierunku samego przewodu musi w większości przypadków być dokonane przez obmacanie. Przewód mniej lub więcej dostatecznie izolowany, należy przed rozcięciem unieść ku górze zapomocą palca wprowadzonego w otwór Winsłowa. W wielu razach zrosty i głębokie położenie przewodu zmuszają do prowadzenia cięcia w kierunku wyczuwanego kamienia, poniekąd na oślep. Kilkakrotnie zauważono rozszerzenie przewodu przed lub dopiero po rozcięciu. Niektórzy chirurdzy przed rozcięciem przewodu i w celu uniknięcia tego zabiegu, starają się bądź odsunąć kamień w kierunku kiszki lub pęcherzyka, bądź też go rozgnieść. Sądząc z opisów, ani jedno, ani drugie nie dawało pomyślnych wyników, energicznie zaś wykonana choledocholitotrypsja sprowadziła w jednym przypadku zapaść, tak iż próba musiała być zaniechana. W 9-ciu opisach nie powiedziano nic o miejscu, w którym leżały kamienie żółciowe. Pomimo tego, iż mogą one tkwić pod wątrobą, około przewodu pęcherzykowego, o wiele częściej (5 razy) notowano je około ujścia przewodu do dwunastnicy. W przypadku autora kamień leżał w odcinku przewodu zawartym w główce trzustki na poziomie *diverticuli Vateri*.

Cięcie przewodu prowadzą autorowie ponad kamieniem, w kierunku podłużnym; raz ponad trzema kolejno leżącymi kamieniami poprowadzono trzy kolejne cięcia. Jeżeli kamień jest wielki i silnie do ścian przylega, posługują się niektórymi igłą do skruszenia go na drobniejsze kawałki i elewatorem do wyjęcia, — w większości jednak przypadków, wyjęcie daje się skutecznie łatwo i bez narzędzi. Na ranę w przewodzie po wyjęciu kamienia w 15 przypadkach nałożono szwy, 2 razy wytamponowano ranę gazą jodoformową i założono dren: wytworzyły się przetoki żółciowe, które się jednak z czasem zagoiły. Przed zaszyciem przewodu autor zaleca przesondowanie go w obydwóch kierunkach za pomocą świeczki z oliwką (N. 9, 10). Na ranę w przewodzie jedni nakładają szew węzełkowy jednopiętrowy, jedwabny, drudzy szew dwupiętrowy jedwabny (z tych pierwszy przerywany, drugi ciągły, zajmując tym ostatnim sieć wielką), na koniec trzeci kładą szew głęboki katgutowy i szew powierzchowny jedwabny. Dwupiętrowy szew nałożono w 8 razach, jednopiętrowy w 6-ciu, raz dokonano zamknięcia rany przewodu zapomocą odseparowania otrzewnej ściennej i wszycia jej w ranę (Jordan Lloyd). Po większej części, nie pokładając zupełnego w szwach zaufania, chirurdzy umieszczają pod wątrobą dren, pasek gazy jodoformowej, lub tampon z gazy. Dwa razy tylko, po nałożeniu szwu dwupiętrowego na przewód wspólny, jama brzuszna została szczelnie zamknięta. W jednym z tych przypadków były pewne powikłania—oba zakończyły się jednak wyzdrowieniem. Pomimo to, autor, idąc za zdaniem większości, zaleca drenowanie zapobiegawcze.

Pozostaje na koniec rozprzeć się w bezpośrednich i pośrednich wynikach operacji. Trzy zejścia śmiertelne nastąpiły bardzo szybko po operacji, przy objawach wstrząsu lub zapaści. Chory autora zmarł na trzeci dzień po operacji. Wylewu żółci do jamy otrzewnowej, ani śladów jej zapalenia nie było. Autor zwraca uwagę na względnie niepomyślne wyniki operacji u mężczyzn i sądzi, że zależą one, być może, od zmian w mięszu wątroby, wywołanych przez alkoholizm. W większości przypadków autorowie nie wspominają o objawach zapalenia otrzewnej. Dreny zostają usunięte 5-go lub 6-go dnia, żółtaczką znika zwykle 14—19 dnia. Dwa razy zanotowano pierwsze żółciowe zabarwienie kału na 7 i 8-y dzień, raz powiedziano, że pierwszy zaraz stolec już był zabarwionym. Po większej części operowane wracają do zdrowia na 13—19 dzień, wstają zaś przeciętnie po upływie 3 tygodni.

O odleglejszych następstwach operacji wspomina tylko sześciu autorów. THORNTON widział jedną ze swych chorych po upływie dwóch lat: była ona zupełnie zdrową; RUDOLF FRANK w 5 miesięcy. KUESTER i BLAND SUTTON w 6 miesięcy nie zauważyli u swych chorych powrotu dawnego cierpienia. Godnym uwagi we wszystkich tych razach jest, stwierdzony podczas operacji zanik i ściągnięcie pęcherzyka. U jednej z dwóch chorych KUESTER'a kolka wątrobowa powróciła po upływie 5-iu miesięcy. Dopiero po kuracji w Karlsbadzie, w czasie której chora oddała 2 kamienie, cierpienie ustało ostatecznie. Zdaniem autora, w przypadku tym drobne niewyczuwalne podczas operacji kamyki były powodem powrotu cierpienia.

K. R.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

52. ELZHOLZ. **Przestankowe zaburzenie chodu przy chorobach naczyń.** Już w roku 1856 CHARCOT w *Société de Biologie* przytoczył opis spostrzeżenia właściwego przestankowego zaburzenia chodu przy zakrzepie w tętnicy biodrowej i istnieniu obocznego krwiobiegu. Zaburzenie to polegało na tem, że chory podczas długotrwałego chodzenia, po upływie 10—15 minut uczuwał ból i osłabienie w dolnych kończynach, poczem następowała absolutna niemożliwość dalszego chodzenia i chory zmuszony był odpocząć. Po odpoczynku dłuższym chory był w stanie dalej chodzić, lecz tylko pewien krótki przeciąg czasu, poczem znów następował ból i osłabienie i potrzeba natychmiastowego odpoczynku. Spostrzeżenie to CHARCOT tłumaczył wyczerpaniem szybkim czynności mięśni wskutek niedostatecznego dopływu krwi i uogólnił swój przypadek w tym zakresie, że podobne zaburzenie chodu zdarzyć się może przy rozległym stwardnieniu tętnic, bądź samoistnie występującem, bądź jako następstwo cukrzycy. Spostrzeżenie CHARCOT'a pozostało do ostatniego czasu nie sprawdzonem; sam CHARCOT w ostatnich swych odczytach skarżył się, że żaden lekarz nie zwrócił uwagi na to właściwe zaburzenie chodu, bądź co bądź dość często występujące. Przytoczywszy spostrzeżenie CHARCOT'a, autor opisuje dwa przypadki z oddziału prymaryusza NEUSSER'a w Wiedniu, z których jeden przedstawił nawet na posiedzeniu Wiedeńskiego „Doktorenkollegium“. Oba przypadki dotyczyły mężczyzny w schyłkowym wieku, z których pierwszy miał objawy uremiczne wskutek marskości nerek, drugi zaś oprócz rozległego stwardnienia tętnic nie przedstawiał żadnych zmian patologicznych. W obu przypadkach chód przedstawiał pewne stałe zaburzenie. Chory chodził z rozstawionymi stopami, suwając nogami i robiąc małe kroki. Dłuższy chód u tych chorych stawał się niemożliwym; nogi poczęły drżeć i chory zmuszony był usiąść i odpocząć. Po dokładnym opisie tego zaburzenia chodu autor szczegółowo rozbiera wszystkie sprawy chorobowe, jakieby mogły powodować podobne zmiany. Mówi więc o bezładzie mózdkowym, o zapaleniu rdzenia, o wiaździe, o zapaleniu nerwów i w rezultacie dochodzi do przekonania, że przypadków jego nie można podciągnąć pod żadną z powyższych chorób, że zaburzenie chodu w jego przypadkach jest zupełnie niezależne od jakichkolwiek zmian w układzie nerwowym; jedynie wytłómaczyć je można zaburzeniem w odżywianiu samych mięśni. Nie znalazł autor żadnych zmian ani ruchowych ani czuciowych w kończynach dolnych. Badanie prądem elektrycznym przekonało go, że niema odczynu zwyrodnienia, lecz zato znalazł osłabienie oddziaływania na prąd stały i przerywany.

W rezultacie autor przychodzi do przekonania, że zaburzenie chodu jakie spostrzegał w swoich przypadkach, najbliższej odpowiada tego rodzaju zaburzeniu, jakie opisał CHARCOT pod nazwą *Claudication intermittente*. Przypadki jego jednak nie odpowiadały w zupełności opisowi CHARCOT'a, objawy bowiem były tu więcej stałe. Przeglądając dalej odpowiednią literaturę, autor jeszcze znalazł wzmiankę o tego rodzaju zaburzeniu chodu w Dyagnostyce BIEGAŃSKIEGO. Opis BIEGAŃSKIEGO w zupełności odpowiada objawom, jakie spostrzegał w swoich przypadkach, spotykał bowiem to samo stałe osłabienie chodu, potęgujące się od czasu do czasu aż do stanu zupełnego zawieszenia czynności, bez żadnych zmian wła-

ściwych ze strony układu nerwowego. Powyższemi spostrzeżeniami CHARCOT'a i BIEGAŃSKIEGO wyczerpuje się cała literatura tego przedmiotu, i dlatego autor uważał za stosowne przytoczyć swoje spostrzeżenia, jako przyczynek do symptomatologii stwardnienia tętnic, choroby również częstej, jak i rozmaitej w swoim klinicznym przebiegu. (*Wiener Med. Woch. Nr. 49 i 50. 1892*). W. B.

Z Medycyny Sądowej.

53. E. v. HOFMANN. **Przypadek spędzenia płodu przez zastrzyknięcie wody gorącej. Śmierć nagła wskutek zatoru tętnicy płucnej.** Zastrzykiwanie płynów do narządu rodnego, w zamiarze spędzenia płodu, może śmierć spowodować już to przez dostanie się powietrza do żył; już to przez wdrażenie płynu do jamy brzusznej i wywołanie zapalenia ropnego wnętrza i samego mięszu macicy, gdy płyn posiadał własności zakażające; wreszcie wskutek żrącego działania płynu lub wysokiej jego ciepłoty. Pouczający przypadek tego ostatniego rodzaju autor spostrzegł. 22-letnia niezamężna kobieta nagle zmarła, według podania akuszerki w chwili, gdy też akuszerka zabierała się do zbadania jej palcem przez pochwę maciczną.

Przy rozbiorze zwłok znaleziono: oba płuca miernie rozdęte, silnie ukrwione, wszędzie powietrze zawierające; dolne zrazy płuc na przekroju wydzielały obficie ciecz krwistą i pianistą, którą zawierały także i oskrzela. W głównych pniach tętnic płucnych krew gęsta w znacznej ilości; w najdrobniejszych rozgałęzieniach tych tętnic znajdowały się tu i owdzie odbarwione drobne skrzepy krwi, które z pojedynczych gałązek można było wygniatać jakby z kiszki. Serce krew ciemną, płynną zawierało. Macica wielkości głowy dziecka, jasno-fioletowej barwy, od przodu gładka, od tyłu zlepiona z listkiem ściennym otrzewnej zapomocą wątych łączno-tkankowych przyczepień. Po otwarciu macicy, znaleziono w niej całe jajo płodowe, wielkości pięści, z łożyskiem przyczepionem na prawo i od przodu, pokrywającym zupełnie wewnętrzne ujście macicy. $\frac{1}{3}$ część dolna tego jaja przedstawiała się odbarwioną, więcej zbitą, jakby ugotowaną, gdy pozostałe $\frac{2}{3}$ górne były blade, barwy mięsnej i niezmienione. Wymienione zmiany ujawniały się i na wewnętrznej powierzchni szyi macicznej. Lewa połowa jaja łatwo dająca się oddzielić, pokrywająca je błona doczesna zawinięta (*decidua reflexa*) i przylegająca do macicy doczesna prawdziwa (*d. vera*), były zmętniałe i zgrubiałe, jakby ugotowane. Błona doczesna zawinięta z prawej strony, powyżej ujścia wewnętrznego macicy, była rozdarta, przez co w tem miejscu łożysko zostało obnażone, które również jak wewnętrzna powierzchnia doczesnej zawiniętej i osłony jaja płodowego, na przestrzeni połowy dłoni były jakby ugotowane i czarniawym zbitym skrzepem krwi pokryte. Po otwarciu jaja płodowego okazało się, że w tem miejscu i na takiejże rozległości i kosmówka (*chorion*) przedstawiała się jakby ugotowaną, a pomiędzy nią i niezmienioną, bardzo cienką owodnią (*amnion*) znajdowała się warstwa w nitki ciągnącego się i zlekka krwawo zabarwionego śluzu. Wewnętrzna powierzchnia kosmówki w sąsiedztwie tak zmienionej części osłony jaja płodowego, była w kształcie plam mocno krwawo nasyconych i wybroczynami krwi wielkości ziarna konopnego usiana. Zapłodek nienaruszony. Naczynia krwionośne tej części łożyska, która wyglądała jakby ugotowana, jako też żyły odpowiedniego miejsca ściany macicznej, w całej jej grubości aż do więzadeł szerokich, były wypełnione skrzepami krwi, wyglądającymi jakby ugotowane; skrzepy te można było wygniatać z naczyń krwionośnych jak zawartość z kiszki. Pochwa maciczna pusta, nienaruszona, jej błona śluzowa biała, miękka, jednakże nabłonek wszędzie był zmętniały, białawy. W niektórych większych gałęziach żył miednicy małej z prawej strony, znaleziono skrzepy krwi jakby ugotowane; inne żyły tylko ciemną krew płynną zawierały.

Z tego jasno się okazuje, że zastrzyknięto płyn krzepnięcie krwi wywołujący, i zrazu sądzono, że użyto do tego płynu żrącego. Badanie jednak chemiczne, dokonane nawet na tych częściach ubrania, które się przedstawiały przemoczonymi, nie wykazało nigdzie ani sublimatu, ani też kwasu winnego, wysokoku, garbnika, chlorniku żelaza, ani wreszcie kwasu karbolowego. Wobec tego całkiem ujemnego wyniku pozostaje jedno tylko przypuszczenie, że płyn zastrzyknięty swoją wysoką ciepłotą wymienione zmiany wywołał, t. j., że był gorącym.

Orzeczenie: Ze zmian znalezionych w płucach okazuje się, że denatka wskutek zatkania (*embolia*) drobnych gałązek tętnic płucnych, przez uniesione prą-

dem krwi jej skrzepy, i z obrzęku (*oedema*) płuc, zmarła. Skrzepy krwi pochodziły z rozległego krwi zakrzepu w żyłach rozszerzonych wskutek ciąży, w dolnym odcinku macicy i jego sąsiedstwie się znajdujących. Skrzepnięcie to krwi jedynie tylko nastąpić mogło wskutek dostania się od zewnątrz do macicy i jej naczyń, krew ścinającego płynu. Gdy zaś tylko płyny żrące lub gorące takie zmiany wywołać mogą, i gdy badanie chemiczne żadnego żrącego ciała wykazać nie zdołało; przeto pozostaje jedno tylko przypuszczenie, że użyto w tym przypadku wody gorącej. Woda prawdopodobnie wprost przez ujście maciczne do jej wnętrza zastrzyknięta była; jednakże i pochwa maciczna nie była od jej działania zabezpieczoną. Zastrzyknięcie to oczywiście było dokonaniem w celu spędzenia płodu. Możliwość, że śmierć nie nastąpiła zaraz po dokonaniu zastrzyknięcia, lecz dopiero po jakimś czasie później, nie jest bezwzględnie wykluczona.

(*Friedreichs Blätter f. gerichtl. Med.* 1892. Hft. 1. Intern. klin. R. Nr. 5. 1893) R.

54. HUEGUENIN. O zapaleniu opłucnej skrytego pochodzenia (*kryptogenetische*).

Pod tem mianem autor rozumie wszystkie te postacie zapalen opłucnej zarówno z wysiękiem surowiczym jak i ropnym, które poprzednio uważano za pierwotne, samoistne, reumatyczne lub nareszcie powstałe wskutek zaziębnienia, jednym słowem wszystkie te postacie, co do pochodzenia których istniały lub istnieją dotąd znaczne wątpliwości. W swoim czasie zaziębnienie, jako przyczyna zapalenia opłucnej, grało bardzo poważną rolę. W chwili jednak znacznych postępów w rozwoju nauki o drobnoustrojach, zaziębnienie jako przyczyna wielu chorób, a między niemi i zapalenia opłucnej, zeszło na plan drugorzędny. Jednakże w ostatnich znów czasach, na zasadzie ścisłych badań doświadczalnych oraz spostrzeżeń klinicznych, zaziębnienie jako przyczyna zapalen opłucnej znów zaczęło w pewnych razach odzyskiwać swoje pierwotne prawa, zwłaszcza, że sami bakteriologowie spotykają się z wysiękami surowiczymi, w których ani zapomocą badań drobnowidzowych, ani zapomocą hodowli, ani zapomocą szczepień zwierzętom najmniejszego śladu drobnoustrojów wykazać nie są w stanie. H., aby wyświetlić sprawę zapalen opłucnej z wysiękiem, pochodzenie których jest mniej lub więcej skrytem, dzieli je na następujące kategorie:

- 1) Wysięki, drogi do powstania których znajdują się w jamie gardzieli.
- 2) Wysięki zależne od nieznanego jeszcze jadu gośćca stawowego.
- 3) Wysięki warunkowane obecnością na skórze wrzodzieńców lub wąglików.
- 4) Wysięki zależne od drobnoustrojów, znajdujących się na błonie śluzowej jamy ustnej, nosa i gardzieli. W tej kategorii autor zwraca uwagę i na zapalenia opłucnej urazowego pochodzenia.

5) Wysięki tegoż samego pochodzenia, co i zapalenie płuc. Wysięki takie powstają często zamiast zapalen płuc.

6) Wysięki powstałe wskutek zaziębnienia i nie zawierające w sobie zupełnie bakterii. Wysięki takie autor nazywa jałowemi, dla odróżnienia od wysięków w pięciu kategoriach wyszczególnionych, w których zawsze bakterie znajdowano.

Rozpatrując każdą z tych kategorii oddzielnie, autor w pierwszej zwraca szczególną uwagę na dwa cierpienia w narządach jamy gardzielowej: *angina lucunaris* i *peritonsillitis abscedens*. Jak wiadomo, przy tych sprawach chorobowych znajdujemy gronkowca złocistego ropnego. Rozpatrując odpowiednią literaturę, autor w 12 przypadkach *tonsillitis* połączonego z rozmaitemi innemi sprawami zapalnymi, 4 razy spotyka zapalenie opłucnej. Szczegółowiej opisuje przypadek zapalenia FRAENCKL'a, gdzie za życia zapalenie to uważanem było za pierwotne i dopiero badanie pośmiertne wykazało, że pierwotne siedlisko choroby było w gardzieli, na co za życia zupełnie nie była zwróconą uwaga. Dalej, przytacza autor swoje własne spostrzeżenie, gdzie w kilka dni po otworzeniu się ropnia w migdałku zauważono znaczny wysięk w opłucnej. W danym przypadku, pomimo tego, że wysięk był surowiczy, znaleziono w nim gronkowca złocistego ropnego. Zakażenie opłucnej następuje prawdopodobnie w ten sam sposób, w jaki powstają ropnie pozagardzielowe, pozaprzełykowe, a także zapalenie śródpiersia. Zakażenie szerzy się drogą gruczołów i naczyń limfatycznych, dostaje się do gruczołów śródpiersia, poczem zapaleniu ulega opłucna śródpiersiowa, a następnie i ścienna.

Każdemu z lekarzy praktyków, według zdania autora, może się wydarzyć, że niezauważy nieraz nieznacznego ropnia w migdałku i będącego w związku z tem

cierpieniem zapalenia opłucnej, nawet ze znacznym wysiękiem, poczyta za sprawę pierwotną, niewiadomego pochodzenia. Tymczasem jestto tylko zapalenie wtórne. Omawiając zapalenie opłucnej, jako częstsiwy objaw goścca stawowego, autor ma na względzie nie te wysięki, które występują przy pełnym obrazie goścca stawowego, lecz te, które początkowo występują skrycie, jako niewiadomego pochodzenia, trwają czas jakiś i dopiero w następstwie, przez zjawiające się powikłania ze strony stawów i serca, swoją istotną naturę zdradzają. Dokładniej rzecz tę zbadał FIEDLER dopiero w roku 1890. Za drogę, którędy dostaje się zakażenie i powstaje zapalenie opłucnej, FIEDLER uważa błonę śluzową gardzieli, często silnie zaczerwienioną i obrzmiałą przed mającym się rozwinąć gośccem stawowym (*angina rheumatica*). Według HUEGUENIN'a każde na pozór pierwotne zapalenie opłucnej, zwłaszcza obustronne, a tembardziej powikłane zapaleniem osierdzia, powinno być podejrzanem jako mające związek z gośccem stawowym.

Zapalenie opłucnej przy wrzodziakach i wąglikach, zdawałoby się, nie powinno zasługiwać na miano zapalenia skrytego pochodzenia, wobec trudnego do przeoczenia sposobu wnikięcia zarazka. Jednakże dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę na związek pomiędzy temi cierpieniami. Pisano w tym przedmiocie nie wiele. Autor zwraca uwagę na pracę ROSENBACH'a i MARFAN'a. W wysiękach przy zapaleniach opłucnej tego rodzaju, zarówno surowicznych jak i ropnych, znajdowano gronkowca ropnego złocistego. Zarazek może się dostać do opłucnej albo drogą krwi, albo też, zwłaszcza przy wąglikach na karku, drogą gruczołów limfatycznych. Zapalenia opłucnej, zaliczone przez autora do czwartej kategorii, według niego najwięcej zasługują na miano zapaleń opłucnej skrytego pochodzenia. Tego rodzaju zapalenia powstają u osobników, mających stale lub czasowo na swojej błonie śluzowej jamy ust, nosa lub gardzieli albo kokki zapalenia płuc FRAENCKL'a, albo też ropne gronkowce lub paciorkowce. Do pewnego czasu bakterye te pozostają nieszkodliwemi dla ustroju, lecz z chwilą kiedy płuca lub opłucna zostaną uszkodzone przez jakiekolwiek bodźce, lub wskutek przewlekłego lub ostrego nieżyty oskrzeli, nabłonek rzęskowy nie wypełnia swej roli dostatecznie, bakterye wnikają przez płuca do opłucnej i powodują jej zapalenie. Autor przypuszcza i w tych kategoriach zapaleń opłucnej możliwość przedostawania się zarazka drogą gruczołów limfatycznych. W piątej kategorii zapaleń opłucnej skrytego pochodzenia autor rozbiera te zapalenia opłucnej, które znajdują się w genetycznym związku z zapaleniami płuc. Zwraca przy tem uwagę, aby nie brać ich za jedno z zapaleniami opłucnej przerzutowemi. Związek zaś z zapaleniami płuc upatruje taki, że np. w jednym domu dwóch ludzi zachorowuje na zwykłe zapalenie płuc, a trzeci za zapalenie opłucnej, i w wysięku przy tem zapaleniu powstałym, znajdujemy koki zapalenia płuc.

Z klinicznej strony takie zapalenia opłucnej charakteryzują się tem, że powstają często podczas epidemii zapalenia płuc, mają ostry początek, poprzedzają je silne dreszcze, bóle są dotkliwe, objaw tarcia występuje bardzo wyraźnie, kaszel nieznaczny, plwociny bardzo mało, krwi ona nie zawiera wcale. Zarazek dostać się może do opłucnej temż samemi drogami, co i przy poprzedzającej kategorii. Co się tyczy ostatniej kategorii zapaleń opłucnej skrytego pochodzenia, to one według autora nie mają nic wspólnego z zakażeniem w ścisłem tego słowa znaczeniu. Każdy lekarz, mający wiele do czynienia z chorymi na płuca, musiał zauważyć, że szybkie ostudzenie krwi na powierzchni ciała ma nieraz poważne następstwa nie tylko dla błon śluzowych lecz i dla opłucnej. Powstałe wskutek zaziębienia wysięki są zwykle surowicze i nie zawierają w sobie zupełnie żadnych drobnoustrojów. Ta nieobecność właśnie wszelkich bakteryi nasunęła wielu autorom myśl istnienia zapaleń opłucnej „*a frigore*“. Wysięki takie powstają najczęściej u ludzi już chorych przedtem i często przyspieszają zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne wykazuje wtedy: liczne zmiany gruźlicze w płucach i innych narządach i obfity wysięk surowiczy w opłucnej, nie zawierający zupełnie żadnych drobnoustrojów. Wysięk ten zależy od świeżej lub dawnej gruźlicy opłucnej, lecz pomimo nader dokładnych poszukiwań tak poważnych badaczy, jak np. BAUMGARTEN'a, FRAENCKL'a, EHRLICH'a i in., laseczników gruźliczych zupełnie nie zawiera. Laseczники znajdowano tylko przy wysiękach ropnych, które są zależne jednak już nie od gruźlicy opłucnej, lecz od małych w niej przedziurawień, przez które z płuc przedostają się do jamy opłucnej serowate masy wraz z lasecznikami oraz gronkowcami i paciorkowcami ropnemi.

Nieobecność wszelkich drobnoustrojów w gruźliczych ale surowiczych wysiękach, dała pochop do wygłaszania zupełnie, zdaniem autora, niesłusznych mniemań, że wszelkie, niezawierające drobnoustrojów wysięki są zawsze gruźliczego pochodzenia, a dalej, że wszelkie wysięki „*a frigore*” są zawsze gruźlicze. 4 są zniżane w płucach nie mające bezpośredniego związku z gruźlicą: stara, wyleczona gruźlica wierzchołkowa płuc, z przewlekłymi zapalnymi zmianami w opłucnej, które wytworzyły obfity nieraz wysięk surowiczy, resztki zapalnych spraw w płucach wszelkiego rodzaju, stare zmiany w opłucnej obok zmian w sercu lub nerkach, lub też po złamaniu żeber, albo też nakoniec przy istniejącym nowotworze lub syfilisie płuc i opłucnej. Przy istniejącej za życia u danego osobnika jednej z podobnych spraw chorobowych, według zdania HUEGUENIN'a, tak nazywane zaziębienie jest bodźcem nader szkodliwym. Autor twierdzi dalej, że po dokładnem zbadaniu chorego, w 25—30% przypadków zapalenia opłucnej można określić, czy sprawa zapalna wzięła swój początek z listka płucnego opłucnej, czy też ze ściennego.

Przy wysiękach „*a frigore*” zwykle sprawa zapalna rozpoczyna się z listka ściennego. Na zasadzie danych otrzymanych przez innych autorów oraz na zasadzie własnych spostrzeżeń, HUEGUENIN przypuszcza, że przy szybkim przejściu ustroju z bardzo wysokiej ciepłoty do bardzo niskiej, w powierzchownych częściach ciała pewna część czerwonych ciałek krwi w naczyniach ulega rozpadowi, wskutek czego wytwarzają się pewne materje o niewiadomym składzie, które stać się mogą nowym bodźcem zapalnym dla zmienionej już przedtem opłucnej.

W końcu pracy niniejszej autor zwraca jeszcze uwagę na zapalenia opłucnej, towarzyszące tryprowemu gościcowi stawów. Bakteryologicznie wysięki przy tego rodzaju zapaleniach dotąd jeszcze nie zostały zbadane, według zaś autora niewątpliwie powinny być zaliczone do zapaleń wtórnych, wywołanych ropniami kokami. Kwestya wysięków w opłucnej, zawierających w sobie laseczники tyfusu brzuszego, oczekuje dotąd bliższego wyjaśnienia.

(*Corr. Blatt. für Schweizer Aerzte. Nr. 3 i 4. 1893*). M. Sadowski.

55. DREESMANN. O zatruciu jodoformem. Autor na podstawie własnych obserwacji i spostrzeżeń innych klinicystów utrzymuje, że u osobników starych, bardzo osłabionych lub też skłonnych do cierpień umysłowych, łatwo mogą wystąpić ciężkie objawy zatrucia jodoformem, nawet po stosowaniu go w małej ilości. Przy leczeniu jodoformem ran w bliskości błon śluzowych, są większe obawy zatrucia, niż przy ranach, będących w większej od tychże błon odległości. Objasnić to można tem, że jodoform zapomocą wydzielin rany dostaje się do błon śluzowych i ulega tam wchłonięciu. Nieraz, pomimo ostrożnego stosowania jodoformu, zatrucie występuje w przypadkach, których nie można podciągnąć pod żaden z wymienianych; tłumaczy się to kumulacyjnem działaniem jodoformu. Objawy zatrucia występują wówczas nagle i z wielką gwałtownością. Przy stosowaniu jodoformu należy uważać na pierwsze objawy zatrucia, jako to: bezsenność, sny niespokojne i zaburzenie działalności serca; następnie dołączają się zaburzenia psychiczne.

Po zauważeniu pierwszych objawów otrucia, jodoform należy usunąć. Przy leczeniu ludzi starych autor radzi jodoform zastąpić kreoliną lub lizolem. W przypadkach zaś, w których jodoformu nie mogą zastąpić wspomniane środki antyseptyczne, jak np. przy ropniach lub cierpieniach stawów pochodzenia gruźliczego, należy wykonywać wstrzykiwania mleczanki jodoformowej w małych dawkach i w dłuższych odstępach czasu. Autor obserwował w swoim oddziale 3 przypadki otrucia jodoformem, z których w jednym, u chorej na zapalenie gruźlicze stawu kolanowego, po 10-iu zastrzyknięciach jej do stawu mleczanki jodoformowej w przeciągu 3-ch miesięcy, co razem wyniosło 16,0 jodoformu, wystąpiły nagle silne zaburzenia psychiczne. Otrucie nie ustępowało, pomimo zaniechania jodoformu. Wskutek tego, po 4-ch miesiącach od objawienia się otrucia, wykonano wycięcie stawu kolanowego, w którym podczas operacji znaleziono złóg jodoformowy wielkości pestki wiśni. Po operacji objawy zatrucia zniknęły w zupełności. Zatrucie wspomniane wystąpiło tu zapewne z powodu kumulacyjnego działania jodoformu, gdyż chora nie przedstawiała warunków, sprzyjających zatruciu; przemawia za tem również złóg, znaleziony w stawie.

(*Beiträge z klin. Chir. Bd. 9. H. 1*). H. U.

56. BRUNS. Tuberculosis herniosa. Autor pracę swą opiera na 12-tu przypadkach gruźlicy przepuklin pachwinowych i biodrowych, opisanych w literaturze, i jednego, obserwowanego przez siebie. Gruźlica występowała zwykle po dłuższym istnieniu przepuklin. Siedm razy wyłącznie worek był zajęty, trzy razy worek razem z zawartością, w 3-ch zaś pozostałych przypadkach cierpieniu uległa jedynie zawartość. Z cyfr wspomnianych autor wnioskuje, że przy jednoczesnym zajęciu worka i zawartości jego, gruźlica początkowo umiejscawia się w worku, następnie zaś przechodzi na jego zawartość. W 7-miu przypadkach gruźlica oprócz przepukliny rozlana była i na otrzewnej; w jednym choroba nie przechodziła po za granice przepukliny; co do pozostałych przypadków, niewiadomo czy cierpieniu uległa i otrzewna, czy też tylko przepuklina. Z tych powodów autorowi wydaje się prawdopodobnym, że gruźlica przepuklinowa jest następstwem ogólnej gruźlicy otrzewnej. LEJARS i JONNESCO przeciwnie, uważają omawiane cierpienie przepukliny za pierwotne cierpienie w ustroju. Autor zdanie swe przeciwne popiera tem, że dotychczas stwierdzono tylko jeden przypadek omawianego cierpienia przepukliny wobec zdrowej otrzewny, i że przy rozlanej gruźlicy otrzewny obecna przepuklina niezawsze jest gruźliczo zmieniona. Przeciw samoistności omawianego cierpienia przemawia to, że gruźlica przepukliny daje się po większej części zauważyć u suchotników, u których przy rozbiórce zwłok znaleziono przewlekłe cierpienie płuc i objawy gruźlicy prosówkowej otrzewny i worka przepuklinowego, które śmierć wywołały. Gruźlica przepukliny czasami żadnych objawów nie daje; niekiedy występuje bolesność, objawy zapalne, lub też oznaki zaciśnięcia przepukliny. Tylko przy wytworzeniu się dużych ognisk serowatych można to cierpienie przepuklin rozpoznać. (*Beitr. z. klin. Chir. Bd. 9. H. 1*). H. U.

57. K. POŁTOWICZ. Przyczynek do badania choroby Glénard'a i raka żołądka za pomocą bezpośredniego wdmuchiwanego powietrza do żołądka. Autor starał się zbadać, o ile pomyślne wyniki otrzymuje się przy rozdymaniu żołądka zapomocą wdmuchiwanego powietrza przy badaniu narządów brzusznych, zwłaszcza przy rozpoznawaniu t. zw. choroby GLÉNARD'a.

Choroba GLENARD'a polega na opuszczeniu się ku dołowi trzewiów brzusznych i objawia się już to przez opadnięcie oddzielnych narządów niezależnie od innych (*gastro-entero-nephro-hepato-splenoptosis*), już to przez jednoczesne opuszczenie się kilku a nawet wszystkich narządów w jamie brzusznej położonych. Przyczyny tej choroby należy szukać w nadmiernem rozluźnieniu się ścian brzusznych; w zwiększeniu się ciśnienia wewnętrznego, co się spotyka u żarłoków, pijaków, a nadewszystko u ciężarnych kobiet, wreszcie przy urazach, wysiłkach, podźwiganu się, podnoszeniu ciężarów i t. p.. Najczęściej spotykamy się z opuszczeniem żołądka, przy jednoczesnym jego rozszerzeniu, a także z jednoczesnym opadnięciem kiszek, przedewszystkiem zgięcia prawej okrężnicy. We wszystkich przypadkach autor stosował wdmuchiwanie powietrza jako środek rozpoznawczy i otrzymywał zawsze doskonałe wyniki, stwierdzone bądź to przez operację, bądź przez skuteczność leczenia. Żołądek rozdyma się zapomocą zgłębnika żołądkowego.

Podług autora, daleko lepszym jest używanie zgłębnika o małej średnicy (11 mm.), który łatwo daje się wprowadzić nawet chorym nie przyzwyczajonym, lub bardzo wrażliwym; zgłębnik grubszy, używany zwykle do przemycania żołądka, jest w tych przypadkach nieodpowiednim. Rozdęcie nie powinno być doprowadzonym odrazu do maximum, gdyż wtedy granice nie zarysowują się dość wyraźnie. Pierwsza ilość wdmuchniętego powietrza powinna mniej więcej odpowiadać $\frac{1}{5}$ pojemności płuc, co odpowiada mniej więcej 700 ctm. sześć. powietrza, przyczem pierwsze wdmuchnięcie gazu należy wykonać gwałtownie, a wtedy tylko górna i dolna granica żołądka uwydatnią się wyraźnie jako dokładne linie. Na tem prawdopodobnie polega wyższość wdmuchiwanego powietrza wprost ustami nad wszystkimi innymi sposobami rozdymania żołądka (gazy wytworzone sztucznie w żołądku, balon kauczukowy i t. p.).

Sposób rozdymania żołądka przy jednoczesnym wymacywaniu, autor stosował także przy guzach i głównie przy raku żołądka, przyczem z łatwością mógł określać siedlisko nowotworu, stosunek do sąsiednich narządów, wreszcie ruchomość i nadawanie się do operacji.

Co się tyczy opadania narządów gruczołowych jamy brzusznej, to z tych najczęściej spotkać się można z opuszczaniem lub całkowitem obsuwaniem się nerki, co z łatwością daje się stwierdzać wymacywaniem, stosując sposób badania wyrobiony przez GLENARD'a t. zw. „*le procédé du pouce*“, sposób, który autor radzi używać przy wszystkich badaniach nerki opadniętej, ruchomej lub wędrującej.

Opuszczenie się wątroby i śledziony zdarza się rzadziej i z łatwością wykrywa się opukiwaniem i wymacywaniem.

Na zakończenie autor poświęca słów kilka leczeniu choroby GLENARD'a, przy czem na pierwszym planie stawia noszenie pasa skórzanego, który zmniejszając pojemność jamy brzusznej, przeszkadza wypadaniu trzewiów i zwiększa ciśnienie tłoczni brzusznej. Jako środki pomocnicze autor radzi regulowanie stolców, ułatwianie wydzielin przewodu pokarmowego zapomocą alkalii, wody Vichy; poprawienie trawienia przez stosowanie odpowiedniej diety, wreszcie, antyseptykę przewodu pokarmowego zapomocą przemywania żołądka, lub środków farmaceutycznych, z których najpewniej działa salicylan bizmutu.

(*Dissertation inaugurale. 1892. à l'Université de Lausanne*). F. S.

58. FLEINER. **O nawykowym zaparciu stolca i jego leczeniu zapomocą obfitych ławatyw z oliwy.** Autor odróżnia dwie postaci nawykowego zaparcia: atoniczną i skurczową (spastyczną). Pierwsza jest następstwem osłabienia ruchu robaczkowego kiszek i zdarza się najczęściej w wieku podeszłym, jakkolwiek spostrzegać się daje i u ludzi młodych, prowadzących życie siedzące. W postaci tej nadmierne rozdęcie przez gazy niektórych odcinków kiszek i wypełnienie ich masami kałowymi, doprowadzić mogą niekiedy do zupełnego porażenia. Przy dłuższem trwaniu może nastąpić powikłanie, jako nieżył kiszek grubych, zdradzający się obecnością śluzu w kale. Brzuch jest wzdęty, równomiernie lub też w niektórych tylko miejscach, kał twardy, suchy, w postaci mniejszych lub większych brył. Postać skurczowa zdarza się przeważnie u ludzi nerwowych, neurasteników, hipochondryków i u kobiet dotkniętych cierpieniami narządów płciowych. Za punkt wyjścia ma ona кишки grube, w których dzięki stałemu skurczowemu stanowi niektórych ich odcinków, zatrzymują się masy kałowe, zupełnie tak, jak to ma miejsce i przy kolce ołowiowej. Charakterystycznym dla tej postaci jest wydzielanie się kału w postaci małych twardych kulek, lub wydłużonych kawałków grubości palca lub ołówka. Wikłać się może i ta postać nieżytem kiszek grubej. Istnieją także formy mieszane, w których dolna część kiszek grubych jest w stanie skurczenia, górne zaś części są w stanie bezwładu i ulegają rozszerzeniu przez masy kałowe i gazy. Rozróżnianie opisanych postaci ma ważne znaczenie ze względu na leczenie. W postaci atonicznej, otrzymujemy dobre wyniki przy stosowaniu odpowiedniej diety (miód, owoce, chleb razowy, kapusta), ławatyw z wody chłodnej, krótkich kąpiei nasiadowych, mięsienia i faradyzacji brzucha. Niekiedy uciekamy się do środków czyszczących, jak *cascara* i t. p.. W postaci skurczowej postępowanie takie tylko szkodę przynieść może, gdyż drażniąc kishkę, skurcz jej zwiększamy.

Pożytecznemi tutaj są środki narkotyczne, zwłaszcza belladona, ciepłe aromatyczne irygacje z rumianku, mięty. Często jednakże wszystkie te środki zawodzą. Posiadamy wówczas w ławatywach z oliwy środek skutecznie działający zarówno w postaci atonicznej jako i skurczowej i mieszanej. Autor używa kanki podobnej do kanki pochwowej, z dużym tylko otworem; wprowadza ją przy położeniu leżącym z podniesioną miednicą nie głęboko do kiszeki stolcowej i wlewa 400 do 500 grm. oliwy, co wymaga 15 do 20 minut czasu. Wkrótce po przyjęciu ławatywy odchodzą gazy, a po kilku lub kilkunastu godzinach zjawia się stolec bez bólu, (o ile oliwa była czystą), w którym zauważyć możemy około połowy ilości wprowadzonej oliwy, pozostała część oliwy wydziela się dopiero po upływie kilku lub kilkunastu dni. Stosujemy taką ławatywę dopóty, dopóki kiszeki zawartości się nie pozbędą, co następuje zazwyczaj po 3-ch lub 4-ch ławatywach. Od tej chwili stosujemy już ławatywy mniejsze, po 200 do 300 grm., co kilka dni. Oliwa powinna być czysta, a kanka i irygator dobrze utrzymane i myte alkoholem i wodą. Według autora, ławatywy z oliwy oddają wielkie usługi nie tylko przy nawykowym zaparciu, lecz i przy zapaleniu kiszek błoniastem, przy zapaleniu kiszeki ślepej i przy zaburzeniach kiszek towarzyszących cierpieniom żołądka. Przy istnieniu spraw zapalnych lub owrzodzeń w kiszce grubej autor radzi dodawać 1 do 2 grm. kwasu salicylowego.

(*Berl. klin. Woch. Nr. 3 i 4. 1893*). W. B.

59. W kwestyi śmiertelności noworodków w pierwszych czterech tygodniach życia. J. EROESS z Buda-Pesztu, zwracając uwagę na wielką bardzo śmiertelność noworodków w ciągu pierwszych czterech tygodni życia, wynoszącą około 10% dzieci żywo urodzonych według statystyki miast wielkich, podnosi niewłaściwość rubryki „wrodzonej watości“ — *debilitas congenita* — wskutek której jakoby 4,61% średnio noworodków umiera. W niektórych miastach figuruje ona w statystyce jako przyczyna śmierci 10% noworodków, w innych ledwie 1% wynosi, a w ogólnej statystyce zmarłych w ciągu pierwszych czterech tygodni życia 54,24% ma wynosić owa wrodzona watość. W wielu wykazach statystycznych podają ją nawet częstokroć jako przyczynę śmierci dzieci rocznych, a nawet starszych do lat 5. Wrodzona watość odnosi się właściwie tylko do dzieci niedonoszonych, które już w pierwszych godzinach lub dniach swego życia zwykle umierają, i do przedwcześnie urodzonych zwykle umierających przed upływem dwóch tygodni. Sekcyje na noworodkach wykonywane wykazują zawsze prawie jako przyczynę śmierci jakąś chorobę wrodzoną, a częściej daleko nabytą w pierwszych dniach życia. Ustrój słabo rozwinięty łatwiej ulega chorobie i trudniej ją zwalczyć jest w stanie. Jestto kwestya ważna z tego względu, że jeżeli znaczna bardzo ilość noworodków nie z powodu wrodzonej watości umiera, ale z powodu chorób nabytych w pierwszych dniach życia, staraniem naszem być winno tak przez higieniczne przepisy, jak i właściwe leczenie zmniejszyć tę nadmierną śmiertelność noworodków. Badania autora, przedsiębrane w klinice акушерной w Buda-Peszcze wykazały w istocie, że noworodki daleko częściej podlegają chorobom, aniżeli to zwykle przyjmujemy. Dokładne mierzenie ciepłoty ciała wszystkich noworodków wykazało, że jest ona częstokroć podniesioną do 38, 39, a nawet 40° u dzieci pozornie zupełnie zdrowych. Dokładniejsze dopiero badanie pozwoliło najczęściej wykryć przyczynę gorączki już to w cierpieniach pępka i sznurka pępkowego (u połowy wszystkich gorączkujących), już to przewodu pokarmowego, jamy ustnej i innych. Autor potwierdza dawniejsze spostrzeżenie EPSTEINA, że przemywanie jamy ustnej u noworodków usposabia do powstawania owrzodzeń i pleśniawek. Po zaprowadzeniu pewnych zmian w zachowaniu dzieci niedonoszonych (ogrzewanie zapomoca butelek i t. p.), śmiertelność tychże w klinice zmniejszyła się znacznie.

(*Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. XXXV i Arch. f. Gynäkologie Bd. XLIII. I. K.*)

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— GILL zaleca, zamiast wlewać roztworów soli do żył przy silnych krwotokach, ławatywy z wody słonej ogrzanej; sposób ten jest o wiele łatwiejszym i ma zupełnie odpowiadać celowi. (B. M. J. 93).

— DUBREUIL zauważył, że chorzy ze złamaniem rzepki poprzecznej (bez zerwania rozciągnięta) mogą chodzić, trzymając nogę wyprostowaną, bez zginania jej w kolanie. Dzieje się to dzięki *M. vastus int.*, który licznymi włóknami przyczepia się do przedniej wewnętrznej powierzchni rzepki i podczas skurczu (wyprostowania nogi) umacnia jej odłamki tak, iż chód staje się możliwym. (Sém. med. 38.—92).

— RAYMOND spostrzegł pewną postać zaniku postępującego mięśni u chorych na przymiot. W jednym przypadku, zakończonym śmiercią, wystąpił początkowo w mięśniach kończyny górnej ból z niedowładem i zanikiem; następnie sprawa przeszła na

bark, kark i klatkę piersiową. Choroba podobną była do opisanej przez ARAN-DUCHENNE'a, w której jednak ból nie występuje. Sekcja wykazała: zapalenie opon rdzeniowych i rdzenia rozlanego, szczególnie w istocie szarej rogów przednich, których wielkie komórki uległy zanikowi. Najwydatniejsze zmiany były w okolicy tętniczek rdzenia (*periarthritis luetica*). Postać opisana jest prawie nieuleczalną; rtęć i jodek potasu nie dawały wyniku. (G. d. hop. 16.—93).

— CORNIL opisał w jednym przypadku zmiany, zachodzące w mięśniaku macicy podczas ciąży. U pewnej kobiety, o której ciąży nie wiadomo, rozwinął się w ciągu 3-ich miesięcy guz macicy, wielkości głowy dorosłego człowieka. PÉAN znalazł przy operacji guz w ścianie macicy, której jama zawierała płód 4-miesięczny. Guz był rozmiękły i usiany drobnymi jamami, napełnionymi opalizującym płynem śluzowym. Wśród tkanki mięśniowej leżały ogniska zmar-

twiałe. Płyn zawierał ciałka bezbarwne, z ziarnistością tłuszczową, włókna mięsne przerosłe, tłuszczowo-zwyrodnione lub zmartwiałe, których jądra już się karminem nie barwiły. Owe zmartwiałe ogniska guza powstały skutkiem ucisku sąsiednich zdrowych włókien mięsnych. Tą drogą, jak sądzi autor, cały mięśniak mógłby w dalszym ciągu, po porodzie, uleść zanikowi (G. d. hop. 17.—93).

— Badania krwi w trądzie. WI-NIARSKI, z inicjatywy prof. DEHIO w Dorpacie, dokonał poszukiwań w 16 przypadkach trądu z rozmaitych okresów choroby, i otrzymał wyniki następujące: Trąd w postaciach wcześniejszych i cięższych, nie powoduje jakichkolwiek poważnych zmian we krwi; natomiast, przy dalszym rozwoju choroby i rozszerzaniu się jej na całe ciało, występują tak znaczne zmiany krwi, jakie się napotyka zwykle w najcięższych formach niedokrewności samoistnej. Ciałka bezbarwne spoprzega się w ilości zwykłej; przeważają wśród nich wszelako leukocyty wielojądrowe. Co się tyczy krążków czerwonych, to zachowują one wogóle wielkość prawidłową, jakkolwiek można dostrzedz pomiędzy nimi i wzmózoną ilość mikrocytów. (S. P. m. W. 39.—92).

— W Tow. Med. Wewn. w Berlinie JOSEPH przedstawiał przypadek ostro przebiegającej rozsianej zgorzeli. 27-letni chory, który przed kilku laty oparzył sobie tylną powierzchnię ręki kwasem siarczanym, obudził się nagle w nocy, z powodu uczucia silnego żęmbienia w kończynie górnej; w jednym miejscu skóra była zupełnie białą i znieczuloną. W kilka dni później J. zauważył inną plamę, zabarwioną pośrodku na zielono-żółto i otoczoną obwódką czerwoną. Zwolna powierzchowna warstwa skóry opadła i utworzyły się na obu miejscach blizny w postaci fałszywych keloidów. Chory czuł się przytem zdrowym i nie był obciążonym nerwowo. Podobne temu przypadki spostrzegano dotychczas jedynie u histeryczek, a KAPOSI poczytuje je nie za właściwą zgorzel skóry, lecz za półpasiec zgorzelinowy, jakkolwiek w miejscach, świeżo sprawą zajętych, nie zauważono nigdy pęcherzyków wypryskowych. (D. m. Z. 14.—93).

— W Berl. Tow. Med. Wewn. POSNER okazał a meby, znalezione w osadzie moczowym obok wałeczków i nabłonka nerkowego, u chorego na krwawomocz. Były one podobne do *amoeba dysenterica*. Podobnego faktu w strefie naszej jeszcze nie spostrzegano dotychczas, natomiast BAELZ znalazł w Tokio (Japonia) u dziewczynki, dotkniętej gruźlicą narządów moczowych, takie same ameby w moczu. Pacjent, o którym mowa, nigdy Berlina nie opuszczał. (D. m. W. 7.—93).

— W Tow. lek. berl. GEISSLER przedstawił trzy przypadki raka, odznaczające się tem, iż nowotwory powstały na gruncie podrażnienia i zapalenia przewlekłego. Pierwszy chory pracuje od lat 20-tu w fabryce smoły; macza tylko ręce w smole, gdy całe ciało jego jest wystawione na działanie pary smołowej. Na rękach widać liczne guziczki podobne do wągrów; w niektórych dostrzedz można w pośrodku punkt sinocarny, z którego daje się wycisnąć wałeczkowa, kaszankowata masa. Na obu przedramionach przyszyca przewlekła. Najbardziej typowy obraz okazuje moszna, na której powierzchni przedniej widocznym jest guz grzybowaty wielkości jabłka; dolny brzeg guza i szypuła usiane są licznymi brodawkowymi wzniesieniami, które, zlewając się, ów guz wytworzyły. Dolna powierzchnia guza owrzodziła.

Drugi chory skałeczony został przed dwudziestu kilku laty w lewą kość licową odłamkiem granatu, który pacjent sam sobie zaraz wyciągnął. Mała ranka zabiłżniła się niebawem, lecz po 2 latach otworzyła się ponownie i powstał nowotwór wrzodziejący, który w 12 lat później został wycięty. Wkrótce guz zjawił się nanowo tak, iż musiano przystąpić do wycięcia całej szczęki górnej i kości licowej. Po upływie roku rozszerzył się dalej, aż na podniebienie twarde.

Trzeci przypadek jest równie charakterystycznym. 58-letni chory zwichnął lekko stopę przed 30-tu blisko laty. Po penzlowaniach jodyną pozostała moknąca powierzchnia, bez skłonności do zagojenia, na której od roku zaczął wyrastać nowotwór; musiano przystąpić do amputacji goleni. (D. m. W. 7.—93).

— RIVAUD postąpił w myśl BOUCHARD'a, podług którego mieszanina kilku środków antyseptycznych wzmacnia działanie odkażające, bez jednoczesnego zwiększania własności trujących. R. połączył na tej zasadzie roztwór wysokowy salolu i naftolu, i nazwał środek ten *salinaftolem*. Może on zastąpić skutecznie sublimat i kwas karbolowy i stosować się daje zarówno zewnątrznie, jak i wewnątrznie. Do nosa, ust, gardzieli, cewki i oka wystarczy łyżeczka na litr wody; na skórę, do pochwów oraz celem odkażania narzędzi i naczyń bierze się łyżkę na litr wody. (Jour. de Med. 48.—92).

— STRIESOWER utrzymuje, że salicylan sodu i salol nie tylko przyspieszają wydalanie kamieni żółciowych, lecz nawet powstrzymują ich wytwarzanie się. Z chwilą wprowadzenia do terapii preparatów salicylowych, zaniechał on przy kamicy użycia wody karlsbadzkiej, a jako środek zaś ból uśmierzający stosuje zamiast morfiny, antypirynę. Postępowanie autora jest następujące: w początku napadu

kolki daje 0,6 antypiryny, w przerwach zaś wolnych od bólu, salol lub salicylan sodu po 0,6 trzy do czterech razy dziennie. Dawka ta zwykle wystarcza do przerwania napadu i choroby nie skarżą się na obciążenie w całym ciele i osłabienie, jakie zazwyczaj po użyciu morfiny występuje. Napady przy takim leczeniu powtarzają się rzadziej. (D. m. Z. 96—92).

— WATKINS podaje pogląd swój na patologię i leczenie usposobienia krwotocznego (*haemophilia*), oparty na dokładnych badaniach. Wszelkie choroby, w których istnieje niedostateczna ilość soli alkalicznych, zwłaszcza wapniowych w ustroju, prowadzą do usposobienia krwotocznego, a to skutkiem powolnej lub niedostatecznej koagulacyjnej własności krwi. Zachodzi również fakt przeciwny, że w tych stanach, w których istnieje usposobienie krwotocznego wskutek niedostatecznego krzepnięcia krwi, występuje zarazem brak owych soli. Na zasadzie powyższej autor stosuje z dobrym wynikiem sole wapniowe w połączeniu ze środkami wzmacniającymi (kwas fosforowy, strychnina, żelazo). Z chwilą zaprzestania tego leczenia, pojawiają się krwawienia na nowo (N. Y. med. J. 7—92).

— Dwaj lekarze japońscy OMORI i IKEDA, którzy nigdy granic swego kraju nie przekroczyli, podają wyniki ze 100 owaryotomii, z 5-ma tylko zejściami śmiertelnymi. Zasługuje na uwagę częstość torbieli skórzastych (24%). Dzieciwiec raz operacja powikłana była ciążą; tylko jedna z tych ciężarnych zmarła i jedna poroniła. (C. f. Gyn. 50—92).

— RAYMOND przedstawiał w paryskim Tow. Lek. Szpit. 36-letniego mężczyznę, który skutkiem zatrucia ołowiowego i przyczyn natury moralnej stał się hysterikiem. Pewnego razu, nocą dostał na ulicy napadu drgawek i przywieszonym został do szpitala. Zauważono zupełne znieczulenie całej skóry i wszystkich dostępnych błon śluzowych, zupełną utratę zmysłu smaku i węchu, tak, iż chory znoślił się z światem zewnętrznym jedynie przy pomocy wzroku i słuchu, ale i to niezupełnie, ponieważ pole widzenia było zwężone. Gdy zamykano mu oczy i zatykano uszy, chory natychmiast zasypiał; budził się zaś, skoro otwierano mu oczy lub wołano go po imieniu. Nie był on w stanie żadnego wykonać ruchu, jeśli go nie kontrolował wzrokiem; idąc, musiał spoglądać na swe nogi. Gdy zatkan mu uszy, nie był w stanie mówić. Kazano mu głośno liczyć, następnie nagle zatykano uszy, wtedy natychmiast liczyć przestawał; po odjęciu rąk od uszu zaczynał na nowo liczyć głośno, lecz wymawiał cyfry o wiele dalsze, ponieważ w czasie przerwy liczył po cichu, myśląc. (G. d. hop. 19—93).

— PEISER badał porównawczo wpływ wodoru amylenu i wodoru chloralu na

wydzielanie azotu. Okazało się, iż chloral wzmacnia w znacznym stopniu rozpad białka, gdy amylen przeciwnie posiada własność oszczędzania białka. Różnica ta ma poważne znaczenie praktyczne, gdyż należy dać pierwszeństwo wodorowi amylenu w przypadkach, gdzie wskazaniem jest użycie przez czas dłuższy środków nasennych, jako też w tych chorobach, w których następuje zwiększony rozpad białka, np. w gorączkach, niedokrewności, gruźlicy, moczowce i pewnych zaburzeniach trawienia. (Fortschr. d. Med. 1—93).

— LEYDEN świeżo ogłosił interesujący i praktycznie ważny przypadek rzeżączkowego zapalenia rdzenia. Okazuje się, iż rzeżączka, poczytywana zwykle za sprawę lekką, jest przeciwnie, chorobą mogącą spowodować najpoważniejsze następstwa. Spostrzegano także na jej tle nerwoból kulzowy i *Neuritis multiplex*. Jaką drogą powstają sprawy rzeżączkowe w układzie nerwowym, nie jest jeszcze wiadomym. Należy przypuścić tu działanie toksyczne, na podobieństwo porażień błonicowych. (Z. f. kl. M. T. 21).

— TOEDTEN spostrzegł przypadek marskości wątroby u dziecka dwuletniego, któremu rodzice dawali przez czas dłuższy piwo w obfitej ilości. Przy tej sposobności autor, przeglądając protokoły sekcji w monachijskim instytucie patologicznym za czas 9-letni, znalazł 14 przypadków marskości wątroby u dzieci. Prawie zawsze była to marskość przerostowa, z żółtaczką, puchliną brzuszną i obrzękiem śledziony. Z przyczyn zanotowano: zapalenie otrzewnej, zimnicę, przymiot, alkoholizm, choroby dróg żółciowych (Münch. med. Abhandl. Z. 6).

— W akademii turyńskiej FOA mówił o „pasorzyście raka” (*coccidium*). Mieści się on w protoplazmie komórki rakowej. Preparaty utrwalane były w płynie HERMANNA, skrawki barwione w mieszaninie safraniny i hematoksyliny, następnie w słabym roztworze „orange”. Jądra komórek barwiły się safraniną, protoplazma — za pomocą „orange”, a pasorzyty — hematoksyliną. (D. m. W. 7—93).

— SOBERNHEIM opisuje przypadek hematorporfirynury. Dotychczas zjawisko to spostrzegano jedynie po użyciu sulfonalu, w przypadku zaś S. środka tego nie stosowano. Był to chory na tyfus brzusny, którego mocz miał barwę ciemno purpurową. W obrębie prostego mięśnia brzucha znaleziono guz, który przyjęto za wylew krwawy (*haematoma*), gdyż wraz ze zniknięciem tegoż, ustało niezwykle zabarwienie moczu. Przypuszczano tedy, iż ono zależało zapewne od przemiany barwnika krwi. Jakkolwiek mocz był później jasnym, można było w nim jeszcze po kilku tygodniach wykazać obecność hematorporfiryny. Z wywiadów

atoli okazało się w następstwie, iż od wielu już lat mocz chorego odznaczał się niezwykłą barwą, zatem przypuścić należy, iż istniała tu sprawa przewlekła, która pod wpływem tyfusu uległa nasileniu (D. m. Woch. 24—92).

— EGGER, lekarz w Arosa w Szwajcaryi (stacya klimatyczna górską niedaleko Davos — P. Spr.), przytacza fakty, obalające utarty w podręcznikach pogląd, jakoby w górach daleko częściej występowały u suchotników krwotoki płucne, niż na równinie. Tymczasem zdanie to opartem jest na podstawach nader wątpliwych, a powstało stąd, iż niekiedy podczas wchodzenia na góry, oraz podróży balonami spostrzegano krwiotłucie. BOUGUER, następnie SAUSSURE objaśniali to wpływem powietrza rozrzedzonego na narządy oddechowe. Jednakże wkrótce dowiedzionem zostało, iż takie zmniejszone ciśnienie nie może działać na jedną wyłącznie część ciała, lecz na wszystkie tkanki w równej mierze, zatem nie może spowodować pęknięcia naczyń płucnych. Błędny pogląd wszelako utrzymywał się ciągle. Wprawdzie lekarze w Davos usiłowali obalić go, lecz cyfry ich nie były dość przekonującymi. Z tego powodu EGGER postanowił nowe zebrać dane, używszy z jednej strony cyfr Dra NOLDA

w Montreux i cyfr szpitala w Bazylei, z drugiej zaś 1622 przypadków leczonych w Davos i 172 własnych autora. Z chorych leczonych w górach: nigdy nie płuło krwią 57%, a płuło krwią 43%; z tych ostatnich miało krwiotłucie tylko przed przybyciem w góry 35,5%, także podczas pobytu w górach 5,5%, tylko w górach 2%. Z chorych w Montreux i szpitalu bazylejskim nie miało krwiotłucia 65%, miało 35%; z tych ostatnich płuło krwią tylko przed przybyciem do Montreux lub szpitala 23,5%, w czasie pobytu tamże i przedtem 5,5%, tylko w Montreux lub szpitalu 6%. Cyfry te będą jeszcze wymowniejsze, jeśli zważymy, iż chorzy pozostawali w szpitalu zazwyczaj czas krótszy, niż w klimacie górskim; prócz tego chory łatwiej przekroczy zalecenie lekarza po za obrębem szpitala. Ogólny wynik zatem przemawia na korzyść pobytu w górach: na 100 suchotników, którzy na równinie krwią pluli, wystąpił tenże objaw w górach u 13,5%; na 100 zaś, plujących krwią przed przybyciem do Montreux lub do szpitala, był objaw ten i tutaj u 19%. Na 100 suchotników zjawilo się krwiotłucie po raz pierwszy w górach u 2%; zaś po raz pierwszy w szpitalu lub w Montreux u 5,7%. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 93).

Wiomości bieżące.

— Czytamy w czasopiśmie p. t.: „Bulletin officiel de l'Academie Parisienne des Inventeurs“ i t. d., zeszyte październikowym r. z., iż „architekt tutejszy p. J. Świecianowski, zajęty jest opracowaniem modelu ruchomego łóżka, przeznaczonego dla cierpiących na bezsenność. Pierwotny pomysł do budowy podobnego łóżka, podał D-r BARANOWSKI, prof. warszawskiego uniwersytetu, a pierwsze próby wypadły bardzo pomyślnie i t. d.“ O ile nam wiadomo, rozwiązanie danej kwestyi polega na zastosowaniu mechanizmu zegarowego, do podtrzymania ruchów łóżka. Ruchy są wahadłowe, o niezna- cznem odchyleniu, spokojne, ciche i nie częste, bo około 48 wahnięć na minutę wynoszące. W swoim czasie udzielimy więcej szczegółów o „łożku dla cierpiących na bezsenność“, ograniczając się obecnie na powyższej wzmiance. Jeśli pomysł i wykonanie onego wytrzymają próbę doświadczenia, będzie to w każdym razie ważny nabytek dla terapii bezlekarstwowej.

— Z polecenia władzy rozciągnięto szczególniejszą kontrolę nad składami gałganów. Właściciele składów zobowiązani zostali do zaopatrzenia się w kamery dezynfekcyjne działające parą. Składy, które w ciągu miesiąca nie speł-

niały powyższego polecenia, mają być zamknięte. Szkoda, że polecenie to dotyczy tylko gałganiar- ni w obrębie guberni warszawskiej. Warto by je uczynić obowiązującym w całym państwie.

— Znany ginekolog wiedeński, Prof. Spaeth, który na skutek utraty wzroku usunął się z katedry w r. 1885, kończy 25-go Marca 70-ty rok życia.

— W New-Yorku głodomor Jacques (francuz) ukończył post 50-dniowy. Ubyło mu przez ten czas na wadze 32 funty, natomiast długość ciała powiększyła się o 1¼ cala. Fakt ten stwierdzono i podczas poprzednich jego doświadczeń głodowych. Skoro zaczyna jeść na nowo, ów przyrost znika. (S. P. m. W.9. — 93).

— D-r TAPPEINER w Meranie, który pierwszy dowiódł doświadczalnie zaraźliwości gru- żlicy, obchodzi w r. b. jubileusz 50-letni. Miao- sto Meran ma zamiar wystawić mu pomnik.

— Stwierdzono doświadczalnie, iż zarodniki cholery długi czas pozostają zdolnemi do życia w lodzie, stąd użycie tegoż z wody zanieczysz- czonej jest połączone z niebezpieczeństwem. Ministerium tedy w Prusach wydało odpowiedni cyrkularz, aby władze poinformowały ogół w tej kwestyi. (D. m. Z. 22. — 93).

REDAKTOR i WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi: Oboźna Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава 17 Марта 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29

Cena numeru pojedynczego kop. 15.