

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka słów i doświadczeń w sprawie jednoczesnego stosowania szaruchy i kąpieli siarczanych, podał J. D. Grabowski. (Dalszy ciąg). — **Kazuiŝtyka.** Wypadnięcie macicy i pochwy zupełne. Odjęcie szyi macicznej nadpochwowe. Zeszycie pochwy przodowej i tylnej. Wyzdrowienie. Podał Aleksander Jaworowski. — **Ichtyol** w leczeniu zapalenia nieżyłowego gardzieli. Podał E. Sonnenberg. — **Streszczenia i Wyciągi.** 67. Przyczynek do „naturalnej” odporności względem cholery azjatyckiej. 68. O zapaleniu otrzewnej. 69. Nerwobóle pochodzenia przymiotowego. — **Bibliografia i krytyka.** Choroby kiszek, omówił Henryk Pacanowski. (Dalszy ciąg). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r J. D. Grabowski—Etude expérimentale sur l'emploi simultané des frictions mercurielles et des bains sulfureux. 2) D-r A. Jaworowski—Prolapsus complet de l'inté-
rus et du vagin, amputation sus-vaginale du col, colporrhaphie antérieure et postérieure, guérison. 3) D-r E. Sonnenberg — Ichtyol dans le traitement de l'angine catarrhale.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. D. Grabowski—Einige Experimente über die gleichzeitige Anwendung von Unguentum cinereum und Schwefelbädern. 2) D-r A. Jaworowski—Prolapsus uteri et vaginae completus. Abtrennung der Cervicalportion. Vordere und hintere Colporrhaphie. Heilung. 3) D-r E. Sonnenberg — Behandlung der Angina catarrhalis mit Ichthyol.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5.

Kilka słów i doświadczeń w sprawie jednoczesnego stosowania szaruchy i kąpieli siarczanych

podał J. D. Grabowski

b asystent kliniki dyagnostycznej Uniwersytetu Warszaw., lekarz zdrojowy w Busku.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 22).

Oprócz powyższych doświadczeń, przeprowadzonych w Busku na ludziach, robiłem w tym samym kierunku i inne—następujące:

Korzystając z uprzejmości prof. GLUZIŃSKIEGO i jego asystenta doc. BECK'a, wykonałem w pracowni patologii ogólnej, wszechnicy jagiellońskiej kilka doświadczeń na kotach zupełnie zdrowych, różnych, którym chemicznie czysty siarek rtęci w zawiesinie oliwy (1:10) zastrzykiwałem w mięśnie lędźwiowe. Dla porównania skutków zastrzyknąłem jednemu kalomel, drugiemu żółty tlenek rtęci (*hydrarg. oxydat. fl.*), a trzem pozostałym czarny siarek rtęci. Ze względu na ilość czystej rtęci, zawartej w tych trzech przetworach, różnice są tu bardzo nieznaczne (tlenek rtęci ma 92%, siarek 86,5%, kalomel 84% czystej rtęci), przyczem siarek rtęci zajmuje miejsce pośrednie pomiędzy żółtym tlenkiem, a kalomelem.

I-szy kot, użyty do doświadczenia, ważył 2050 grm.; w narkozie eterowej zastrzyknięto symetrycznie w mięśnie lędźwiowe dwie całe strzykawki PRAVaz'a zawiesiny oliwnej żółtego tlenku rtęci (0,1 na kilo wagi). Po 4-ch godzinach biegunka, wymioty, oddech przyspieszony; kot leży w klatce prawie bezwładny; nazajutrz rano niespokojny, nie je, nie pije; dość obfite ślinienie, kilka rzadkich wypróżnień, bezmocz. Następnego rana zdechł—żył niecałe 2 doby.

Ogłędziny pośmiertne: *stomatitis acuta*, *colitis haemorrhagica*, *nephritis parenchymatosa haemorrhagica*.

II gi kot, ważący 3520 gramów, w tych samych warunkach dostał 0,35 kalomelu. Wieczorem rzadki stolec; nazajutrz biegunka, wymioty, brak łaknienia; trzeciego dnia biegunka większa, obfite ślinienie, bezmocz. W nocy zdechl — żył 2 $\frac{1}{2}$ dnia.

Badanie pośmiertne: *stomatitis acuta*, *gastro-enteritis acuta*, *colitis haemorrhagica ulcerosa*; *nephritis parenchymatosa acuta*.

I szy i II-gi na miejscu iniekcji okazują rozległą — około 2 ctm. szerokości i 7 długości — wrzcionowatą zgorzel mięśnia z odczynem zapalnym dookoła; pośrodku ogniska tu i owdzie resztki zastrzykniętych przetworów rtęci.

III-ci kot ważył 2060 grm.; w takich samych jak wyżej warunkach zastrzyknięto 0,2 siarku rtęci. Po dwu dniach zupełnego zdrowia zmniejszone łaknienie i pragnienie, biegunka nieznaczna; lekkie zaczerwienienie dziąseł i brzegów języka. Po 5 dniach otruty chloroformem.

W narządach wewnętrznych, z wyjątkiem lekkiego, ostrego nieżytu jelita grubego, badanie pośmiertne zmian żadnych nie wykazało. Pęcherz zawierał 23 ctm³. moczu z bardzo nieznaczną ilością białka.

IV-ty kot ważył 3020 grm.; wstrzyknięto 0,3, a po dwu dniach znów 0,3, czyli 0,6 siarku rtęci (0,2 pro kilo). Apetyt zmniejszony, kilka obrzednich wypróżnień. Dopiero po drugim zastrzyknięciu białkomocz nieznaczny, a 8-go dnia wykazałem rtęć w moczu. Mało jadł, z wyjątkiem mleka nic nie przyjmował; ogromnie wychudzonego po 18-tu dniach obserwacji dobito chloroformem. Kol. doc. BECK łaskawie mi zakomunikował wynik pośmiertnego badania, które sam wykonał: z jamy ust wylewa się obficie ślina, dziąsła mocno zaczerwienione; na brzegach języka po obu stronach głębokie owrzodzenia, pokryte masą brudno-zielonkawą; błona śluzowa jelita grubego zaczerwieniona; nerka była tylko jedna; wybitny obraz choroby BRIGHT'a, przechodzącej w stan przewlekły (nerka pstra).

V-ty kot ważył 2 klgr; zastrzyknięto 0,6 siarku rtęci (0,3 pro kilo) w zawiesinie oliwnej. W ciągu miesiąca czasami biegunka, czasem brak łaknienia, jednak w ogóle cieszył się niezłym zdrowiem, a w każdym razie żył, choć stracił na wadze 270 grm. Powtórzone znów 0,6 HgS (czyli *summa summarum* kot dostał 0,6 siarku rtęci na kilo wagi). Po dwu dniach biegunka i zaczerwienienie błony śluzowej jamy ust; po 4-ch dniach ciężar ciała 1600 grm. (stracił więc $\frac{1}{3}$ pierwotnej wagi); silne rozwolnienie, ślinienie, zupełny brak łaknienia; na języku po stronie lewej ograniczone zaczerwienienie, na miejscu którego po 8-iu dniach wyraźne owrzodzenie. W 10 dni po powtórnej zastrzyknięciu ciężar kota wynosił 1200 grm. (stracił więc 40% pierwotnej wagi), przytem tak osłabł, że mu się niewiele należało. Kol. BECK zachloroformował go na śmierć i znalazł co następuje: na języku i dziąśle po lewej stronie głębokie i rozległe owrzodzenia, pokryte szarym wysiękiem; około wrzodów błona śluzowa mocno zaczerwieniona, zresztą cała jama ust miernie przekrwiona; w kiszce grubej powierzchowne owrzodzenia, błona śluzowa pokryta w wielu miejscach wysiękiem krwawym. *Nephritis*. Pęcherz wypełniony moczem, zawierającym dużo białka.

Dodam jeszcze, że u kotów, którym zastrzykiwano siarek rtęci, znajdowano przy badaniu pośmiertnem w mięśniach na miejscu wykonanych zastrzyknięć drobne ogniska z resztkami siarku rtęci, od których wzdłuż włókien mię-

snych rozchodziły się ciemne smugi tegoż samego przetworu; mięsień nie okazywał zgorzeli lub wybitnego odczynu.

Widzimy tedy, że siarek rtęci, zarówno wcierany w skórę jak i zastrzyknięty w mięsień, ulega wchłonięciu i wywołuje zmiany swoiste prawdopodobnie dzięki temu, że żyjąca komórka rozkłada go pomału z wytworzeniem następnie pewnych bardziej złożonych połączeń organicznych, w postaci których może krążyć w ustroju i być z niego wydalanym. Po wcieraniach siarku rtęć w moczu występuje później, niż po wcieraniu szaruchy; objawy rtęcicy są łagodniejsze. Gdy zastrzyknięty w mięsień decygram kalomelu lub żółtego tlenku rtęci zabija kilo kota pośród gwałtownych objawów ostrej rtęcicy w ciągu dwu dni, — podwójna, potrójna, a nawet sześć razy większa dawka siarku rtęci nie wywołuje śmierci nawet po kilkudziesięciu dniach (chłonięcie przytem odbywa się bardzo nierówno), jakkolwiek powoduje analogiczne zmiany, podkopuje organizm w tym samym kierunku, doprowadzając w końcu zwierzę do ostatecznego wyniszczenia. (Śmierć dwu ostatnich kotów niewątpliwie byłaby nastąpiła).

Stąd wniosek ogólny, że siarek rtęci nie jest obojętnym przetworem rtęciowym, że w gruczołach skóry lub w mięśniu nie gra roli chemicznie obojętnego obcego ciała, jak np. sproszkowany węgiel, że rozłożony ulega wchłonięciu i wywołuje zmiany swoiste, — tylko że w mniejszych ilościach przedstawia się do krwiobiegu, niż rtęć, użyta jako szarucha, lub też kalomel albo żółty tlenek rtęci, zastrzyknięte w mięsień. Stąd też i działanie jego musi być łagodniejsze i gdyby zamiana rtęci metalicznej na siarek rtęci odbywała się w kąpielach siarczanych całkowicie, t. j. dotyczyła całej ilości zużytej rtęci, mielibyśmy niewątpliwie dowody osłabienia działania szaruchy.

W kąpielach siarczanych najlepiej można się przekonać, że, pomimo największych usiłowań wtarcia w skórę zamierzonej ilości szaruchy, musi jej cokolwiek pozostać na powierzchni: okolica skóry, niczem napozór nie różniąca się od każdego innego miejsca, w które nie wcierano, gdzie nożem prawie nie zeskrobać się nie dało, — po kąpeli przybiera barwę brudną, szarawą, popielatą; jeżeli zaś wcieranie niestarannie, niedokładnie wykonano, jeżeli stosunkowo sporo szaruchy pozostawiono na skórze, barwa ta jest mocno szara. Można tedy z pozostawienia na skórze większej lub mniejszej — ale zawsze nieznacznej — ilości szaruchy mieć kryterium złego lub dobrego wtarcia.

Jakkolwiek dawne przypuszczenia i nowsze badania WELANDER'a²⁾ i jego naśladowców zmuszają do rachowania się z możliwością wchłonięcia większych ilości szaruchy, pozostawionych na powierzchni skóry, — to jednak nie da się zaprzeczyć, że chłonięcie ich i skutek leczniczy jest daleko słabszy i powolniejszy, niż po dobrem wtarcu w skórę takich samych ilości; jak również, że ilości szaruchy, pozostałe na skórze po dobrem wtarcu, są tak małe, że w leczeniu przymiotu chyba żadnej roli dodatkowej odgrywać nie mogą, a same przez się bezwarunkowo by nie starczyły.

Wreszcie, jeżeli mówimy o wcieraniach szaruchy, jeżeli dążymy do jaknajstaranniejszego wbicia, wtłoczenia jej w gruczoły skóry, to temsamem wyłączamy pokładanie nadziei w leczniczą wartość pozostałych na powierzchni

²⁾ WELANDER, na zasadzie licznych doświadczeń, przypisuje rozsmarowaniu szaruchy na powierzchni skóry równą, a nawet większą możność chłonięcia rtęci, niż przez samo wcieranie szaruchy. Referat z pracy WELANDER'a znajdzie czytelnik w „Medycynie“ z r. 1893 N-r 25 str. 545. (Przyp. Red.).

skóry drobnych ilości szaruchy, które po wcieraniu prawie całkowicie przylegają do bielizny i po paru dniach noszenia dostają się do pralni; pozostawiona na skórze rtęć jest więc zgóry przeznaczona na stracenie.

Nieskończenie tedy małą ujmą będzie w leczeniu wcieraniami, jeżeli tę drobną ilość zmyje, zupełnie usunie kąpiel jako taka, co jednak np. w dobrze mi znanych warunkach leczenia w Busku miejsca nie ma: chorzy w kąpielu się nie obmywają dostatecznie i wychodzą z niej z resztkami zmienionej szaruchy na skórze. Przy tej sposobności dodam: że wcieranie bywa uskuteczniane w kilka godzin po kąpielu, a więc chory przez pozostałą część doby — około 20 godzin — korzysta z frykcyi całkowicie, prawie tak samo, jakgdyby poza zakładem leczenie było prowadzone i niczem „nie zobojętniane“; że dopiero przed samem wcieraniem zostaje dokładnie wymyte letnią wodą i mydłem miejsce, do wtarcia przeznaczone, na którym w zwykłej kolei przed pięcioma dniami robiono poprzednie wcieranie; że czas trwania i ogólnie stosowana ciepłota kąpeli nie powoduje znacniejszego przewiewu skórno, a temsamem nie może być przyczyną wydalania rtęci, przez wcieranie w gruczoły skóry wtłoczonej.

Choćbyśmy nawet brali w rachubę to minimalne zmniejszenie ilości metalicznej rtęci *resp.* osłabienie działania, zależne od wytworzenia łagodniej działającego siarku rtęci, to czy można godzić się z wygłaszanem tu i owdzie zdaniem, aby w kąpielach siarczanych stosowano preparaty rtęci podskórnie? Przypuszczam, że nie: jeżeli leczeniu szaruchą — ze względu na pewność i równość działania, jak również na brak nieprzyjemnych, czasami groźnych, a niekiedy śmiertelnych powikłań, występujących wskutek zastrzykiwań — nadajemy stanowczą przewagę nad tymi ostatnimi poza leczeniem u zdrojowisk, to te same względy musimy mieć na widoku i wśród stosowania kąpeli siarczanych. Wyjątkowe przeciwwskazania, a właściwie przeszkody do stosowania wcierań z powodów osobistych chorego lub bardzo rozległych zmian na skórze w okolicach, najlepiej nadających się do wcierania ze względów anatomicznych, wszędzie uwzględniane być muszą i bywają wśród leczenia wcieraniami.

W sprawie zaś chłonięcia rtęci po wcieraniach szaruchy mogę powiedzieć tyle, że niejednokrotnie u chorych nieleczonych przedtem rtęcią, a którym ją dopiero po raz pierwszy w Busku stosowałem, wykazywałem ją w moczu nazajutrz, t. j. nie później, niż to ma miejsce bez kąpeli siarczanych.

Drugi fakt jest niemniej ważny. Prowadząc w Busku w ciągu lat siedmiu leczenie kilkuset chorych szaruchą obok codziennych kąpeli siarczanych, wyliczyłem, że tylko 8% nie dostało wyraźnego zajęcia błony śluzowej jamy ustnej. Z 32-ch osób, leczonych przezemnie rtęcią po raz pierwszy w Busku, tylko 3 nie dostały żadnych objawów zatrucia, pomimo przeszło 20 wcierań (zwykle stosujemy 3—4 grm., a wyżej 5 grm. nigdy nie zaleciłem). Te objawy rtęciocy występują często już po kilku dniach i dochodzą nieraz szybko do znacznego zajęcia jamy ustnej, niekiedy połączonego z białkomoczem, zmuszającego czasami do czasowego lub zupełnego zaprzestania wcierań. Kol. SULMIERSKI, z którym niejednokrotnie rozważaliśmy te fakta, zupełnie podziela moje w tym względzie uwagi, a zapytany w tej sprawie kol. MAJKOWSKI zakomunikował mi łaskawie co następuje: *stomatitis*, a nawet *salivatio* zdarzają się u moich chorych Busku bardzo często, — tak często, że oddawna mnie to zastanawiało, gdyż *a priori* czego innego się spodziewałem. Z tego to powodu dawki szaruchy ciągle zniżałem i mam to przekonanie, że jeszcze i nadal

powinny uległ obniżeniu. Gdyby mi przyszło wyrazić w liczbach wydarzającą się rțęcicę, to zaliczając tu i najlżejszą jej formę, jak *gingivitis*, *stomatitis*, niezawodnie dostaje jej 80—90% — czyli, że procent ten wynosi prawie to samo, co i w mojem obliczeniu. Wiem też, jak dużo wydaje codziennie buska apteka rozmaitych środków ściągających, przez innych kolegów do pendzłowania działel przeznaczonych; jest to także do pewnego stopnia miarą natężenia i częstotci występowania objawów rțęcicy srod leczonych kąpielami siarczanemi.

Zarówno opisane wyżej doświadczenia z siarkiem rțęci, jak i uwagi, dotyczące leczenia rțęcią i chłonięcia jej w jednym z najzasobniejszych w siarkowódor zdrojowisk, prowadzą do tego, że jednoczesne stosowanie wcierań i kąpeli siarczanych nie posiada tych złych stron, jakie w tem połączone.m leczeniu gotowielmy upatrywać, jeżeli będziemy przywiązywali zbyt wiele wagi do powstającego siarku rțęci i wynikających stąd skojarzeń myśli, a za mało wnikali w fakta, które, pomimo owego siarku rțęci, dzieją się w ustroju chorego. W poruszonej sprawie nadzwyczaj trafnie wyraża swoje zdanie KAPOSI, zaznaczając, że fakt nierozpuszczalności siarku rțęci należy brać *cum grano salis*, gdyż wchłanianiu potrzebnych dla chorego ilości rțęci nie może on stać na przeszkodzie; że chłonięcie siarkowodoru w kąpeli, *resp.* zamiana rțęci w szarusze na siarek rțęci, musi się odbywać na niezmiernie małą skalę, gdyż w przeciwnym razie u osób nieleczonych rțęcią, u których ona nie wiąże pochłoniętego siarkowodoru, gaz ten wielce trujący łączyłby się z hemoglobina, a wtedy kąpiele siarczane wywoływałyby u nieleczonych rțęcią gwałtowne i ciężkie objawy zatrucia, — których jednak nie widzimy. (D. n)

KAZUISTYKA.

Wypadnięcie macicy i pochwy zupełne. Odjęcie szyi macicznej nadpochwowe. Zeszytie pochwy przodowe i tylne. Wyzdrowienie.

Podał Aleksander Jaworowski.

(Przypadek demonstrowany przed i po operacyi w Tow. Lek. Lubelskiem).

Przypadki wypadnięcia macicy nie należą do rzadkich cierpień, podobnie jak i doszczętnie wyleczenie przy pomocy zabiegów operacyjnych; przypadek jednakże spostrzegany przezemnio może być uważany za wyjątkowy z powodu niezwykłej wielkości wypadłych części i to skłania mnie do podania krótkiego opisu.

Chora Ag. K. 30-letnia, niezamężna, — jak utrzymuje, nigdy nie rodziła; zajmowała się zawsze ciężką pracą fizyczną, której przypisuje swoje cierpienie, datujące od lat 5-iu. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 16-ym roku życia, przychodziło prawidłowo; od pół roku jednak nie miesiączkuje, traci natomiast stale potrosze krwi z owrzodzeń pochwy i części pochwowej.

W ciągu tych 5-iu lat miała kilkakrotnie zakładane wianki maciczne różnego kształtu — bezskutecznie. Macica kolosalnie powiększona we wszystkich wymiarach, tworzy wraz z przerosłą pochwą guz ogromny, wystający z części płciowych zewnętrznych i sięgający $\frac{1}{3}$ dolnej części uda. Długość macicy wynosi 23 ctm., obwód zaś w najgrubszym miejscu 41 ctm. Całą część pochwową i dolny albo raczej górny odcinek pochwy, przylegający do części pochwowej, zajmują obszerne i głębokie owrzo-

dzenia, łatwo i ciągle krwawiące. Reszta błony śluzowej pochwy mocno przerosła, wyglądu skórzastego.

Odprowadzenie macicy całkiem niemożliwe. Wobec tego wyluszczenie całkowite macicy wydawało się prawie nieuniknionem. Mając jednak na uwadze możliwość opadania pęcherza i jelit (po usunięciu macicy), oraz przestrożę Pozzi'ego, który doradza wycięcie macicy tylko wyjątkowo w tych przypadkach, w których niemożliwe jest odprowadzenie i utrzymanie narządów wypadłych przy pomocy zeszcyciu krocza i pochwy, postanowiliśmy ograniczyć się do powyższej operacji łącznie z amputacją szyi macicznej, po uprzednim wygojeniu owrzodzeń.

Przy użyciu kąpeli, ichtyolu, pyoktaniny, jodoformu etc., w ciągu trzech miesięcy owrzodzenia podgoiły się znacznie, obwód największy macicy zmniejszył się do 33 ctm., długość do 15 ctm., pomimo to odprowadzenie okazało się niemożliwym. Do zupełnego wygojenia dawnych i nowo powstałych owrzodzeń trzeba było 5-iu miesięcy, przyczem obwód macicy zmniejszył się do 28 ctm. W tym stanie, po długich i uciążliwych manipulacjach (poprzednio zawsze bezskutecznych) udało się nareszcie kol. ZAGÓRSKIEMU odprowadzić macicę na miejsce. Przez następnych dni kilka wydzieliał się z pochwy płyn wodnisto-krwawy dosyć obficie, chora jednak bólów żadnych nie doznawała, macica utrzymywała się na swoim miejscu. 10-go dnia po odprowadzeniu macicy, ukazał się z pochwy odpływ ropiasty, stan jednak ogólny dobry, bezgorączkowy. Na 22-gi dzień zjawily się (wśród dobrego dotąd zdrowia) dreszcze, gorączka i silne bóle w dolnej połowie brzucha, gdzie wyczuwać się dawała znacznej wielkości guzowatość okrągława, nader bolesna. Następnego dnia C. 39,5, T. 120, bóle bardzo silne w całym brzuchu, który nie znosi najbliższego dotknięcia. Wydzielina z pochwy ropna, bardzo obfita. W innych narządach zmian żadnych. W dwa dni później gorączka się zmniejszyła, bóle złagodniały, wydzielina z macicy posokowatoropna, nadzwyczaj cuchnąca; 7-go dnia stan bezgorączkowy, wydzielina jednak takąż sama. Po 4-ch dniach względnie dobrych, występują jeszcze raz dreszcze, gorączka i silne bóle, przy zmniejszonej wydzielinie, ale tylko w ciągu jednej doby.

Zwężenie ujścia macicznego do największego stopnia wskutek zbliznowacenia, zmusiło mnie do krwawego rozszerzenia go zapomocą cięcia krzyżowego, przewód zaś szyi udało się rozszerzyć rozszerzadłem ELLINGER'a o tyle, że można było wytamponować jamę macicy gazą jodoformową, pod wpływem której nareszcie wydzielina się zmniejszyła i straciła swój posokowaty charakter. W celu zmniejszenia objętości macicy, której długość wynosiła 15 ctm., gdy wszelkie objawy zapalne ustąpiły, zastosowałem galwanizację wewnątrzmaciczną ujemną.

W 4 dni potem zjawiała się miesiączka, której chora już blisko 1½ roku nie miała, dosyć obfita, w ciągu dni 5-iu. Powiększoną macicę wyczuwa się przez ściany brzuszne daleko mniej wyraźnie, wydzielina skąpa. W 22 dni przyszła następna miesiączka, również dosyć obfita, bez bólów, w trzy dni po drugiej galwanizacji. Po 10-iu posiedzeniach długość macicy zmniejszyła się do 10 ctm., odpływ z macicy ustąpił całkowicie, utrzymanie jednak macicy na miejscu niemożliwe.

Po odbyciu trzeciej miesiączki, w d. 18 września r. z. dokonałem amputacji nadpochwowej szyi macicznej, przy łaskawej pomocy kol. ZAGÓRSKIEGO, DOBRUCKIEGO, CZERWIŃSKIEGO i JANKOWSKIEGO, przyczem odjęto 5 ctm. szyi; szwów nałożyłem 4 z przodu, 3 z tyłu i po 2 boczne. Oddzielanie błony śluzowej od przedniej powierzchni części pochwowej przedstawiało dosyć znaczne trudności z powodu znacznego zbliznowacenia. Zdjęcie szwów po 12-tu dniach, rychłozrost; przy nadymaniu się chorej pochwa wypada, macica jednak nie wychodzi. Oczekiwanie na następną miesiączkę odwlokło drugi akt operacji prawie do dwóch miesięcy, tak, że dopiero 7 listopada mogłem wykonać kolporafię przednią i tylną. Wykonałem je na jednym posiedzeniu

(sposobem HIGUIER-HEGAR'a) przy pomocy tychże kologów. Z przodu nałożyłem szew dwupiętrowy katgutowy, z tyłu jedwabny węzłkowy. Rychłozrost, szwy zdjęte po 12-tu dniach i tegoż dnia w miesiąc po poprzedniej przyszła miesiączka. 7 grudnia długość macicy 6 ctm.

Obecnie po upływie 6-iu miesięcy długość macicy taż sama, położenie tak pochyłe jako też i macicy zupełnie prawidłowe, chora zatem może być stanowczo uważana za wyleczoną z ciężkiego kalectwa.

Podobny do mego, tylko nieco mniejszy rozmiarami przypadek opisał kol. ZWEIF-BAUM (Gaz. Lek. 1884 r. Nr. 39), przyczem otrzymał wynik dodatni, ze zmniejszeniem długości przewodu macicy z 12 na 7 ctm.

Ichtyol w leczeniu zapalenia nieżytowego gardzieli.

Nieżytowe zapalenia gardzieli należą do codziennych niemal cierpień. Niema tygodnia, aby lekarz, zwłaszcza praktykujący na prowincyi, nie widział kilku tego rodzaju przypadków.

W marcu roku zeszłego, gdym wyczytał w jednej z gazet zagranicznych lekarskich wiadomość, podaną następnie w N-rze 19 „Medycyny”¹⁾, o stosowaniu przez HERZ'a przy anginach z doskonałym wynikiem płukania ichtyolowych, postanowiłem ten środek wypróbować.

W tym celu zacząłem stosować ichtyol u robotników fabrycznych, gdyż ci ostatni najlepiej (w praktyce prywatnej) nadają się do prób tego rodzaju, mogą bowiem być kilka razy dziennie spostrzegani przez lekarza.

Pierwszą osobą, leczoną przezemnie ichtyolem, była 30-letnia robotnica fabryki. Było to 27 marca r. z. Chora skarżyła się na silny ból gardła i utrudnione polykanie. Przy oglądaniu znalazłem mocne zapalenie gardzieli ze znacznym obrzmieniem migdałków i miękkiego podniebienia. Zaleciłem częste płukanie 2% roztworem ichtyolu i kazałem chorej przyjść do mnie po kilku godzinach. Gdy przyszła, oświadczyła, że czuje znaczną ulgę i że może z łatwością polykać, przyczem zauważyłem, że obrzmienie i zaczerwienienie w znacznej części się zmniejszyło. Gdy przyszła jeszcze w kilka godzin później, po raz trzeci—obrzęku prawie ani śladu nie było.

Drugi przypadek dotyczy (w tydzień później) 20-letniej robotnicy. Silny ból gardła, mocne zaczerwienienie i obrzmienie całej jamy gardzielowej i łuków podniebiennych. Leczenie: płukanie 2½% roztworem *Amm. sulph. ichthyolici*. Chorą obserwowałem kilka razy w ciągu dnia; za każdym razem widziałem zmniejszanie się obrzmienia; po 24 godzinach płukania—powrót do zdrowia.

Przypadek trzeci: żona fabrykanta, około 40 lat mająca. Od 5 dni chora na gardło. Kolega, który ją leczył, wyczerpał wszystkie środki, używane w takich razach, ale bezskutecznie: stan chorej się nie poprawiał. Wezwany do chorej znalazłem: silne zaczerwienienie i obrzmienie migdałków, łuków podniebiennych, języczka, podniebienia miękkiego i tylnej ściany gardzieli; gruczoły podszczękowe znacznie powiększone i bolesne; na migdałkach białawy wysięk w postaci drobnych plamek. Chora skarży się na silny ból gardła, nie może polykać, ani nawet mówić z powodu lekkiego szczękocisku; utrudnione oddychanie, lekka gorączka. Słowem: *Angina catarrhalis acuta*, *Tonsillitis acuta* w wysokim stopniu. Zaproponowałem chorej, tytułem próby, płukanie 3% roztworem ichtyolu, mając zamiar, gdyby ten zawiódł, zrobić kilka cięć. Lecz po kilku godzinach płukania stan chorej nadspodziewanie do tego stopnia się polepszył, że chora mogła już już coś mówić, przyczem ból prawie że całkiem ustąpił. Nazajutrz chora czuła się zupełnie dobrze.

Przypadek czwarty. Od 2 dni silna *Angina catarrh. ac.* Po 12—15 godzinach płukania 2½% ichtyolu—wynik znakomity.

Zachęcony tymi świetnymi wynikami, stosowałem już ichtyol przy każdym zapaleniu gardzieli. Od czasu, jakem go po raz pierwszy zastosował — upłynął już rok;

¹⁾ „Medycyna” N-r 19. 1893 r.

przypadków stosowania go w nieżytowym zapaleniu gardzieli liczę około 40. Ichtyol nigdy mnie nie zawiodł i okazywał się zawsze skutecznym, prawie specyficznym. To też na zasadzie tych spostrzeżeń polecam go kolegom, jako pewny i niezawodny środek w leczeniu *Anginae catarrh. acutae*. Używam ichtyolu — jak wyżej wspominałem — w roztworze 2%—2½%—3%, przyczem zalecam choremu płukać gardło jaknajczęściej: co 10—15 minut.

Zgierz, 21 Maja 1894 r.

E. Sonnenberg.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

67. KLEMPERER G. Przyczynek do „naturalnej“ odporności względem cholery azjatyckiej. Wielu ludzi posiada „naturalną“ odporność przeciw zakażeniu cholery, bo nawet podczas najcięższej epidemii nie zapada na nią znaczna liczba osób, wystawiających się co chwila na niebezpieczeństwo; według KOCH'a połowa ludzi posiada odporność wrodzoną. Zjawisko to objaśniano wpływem soku żołądkowego na bakterye, t. j. przeciwnie działaniem kwasu solnego. Doświadczenie jednak lat ostatnich wykazało, że odporność względem cholery nie jest w związku z czynnością żołądka, u wielu bowiem zupełnie zdrowych ludzi znajdowano przez pewien przeciąg czasu bardzo obfite ilości żywych wibryonów, istniejących w kiszkiach bez żadnej szczególnej szkody dla ustroju, lub wywołujących zaledwie niewielkie rozwołnienie. Znane jest również doświadczenie, jakie sam na sobie uczynił PETTENKOFER. Wynika stąd, że winny znajdować się w samych kiszkiach urządzenia ochronne, nie pozwalające na wtargnięcie do ustroju wibryonów lub ich jadu. W rzeczy samej w każdym protokole sekcji można zauważyć wzmiankę o tem, że nabłonek kiszkowy znaleziono uszkodzony na znacznej przestrzeni; niekiedy łuszczy się on całymi płatami. Nasuwa się zatem przypuszczenie, że właśnie nabłonek kiszkowy posiada zdolność ochrony ustroju przeciw wibryonom cholery.

Potwierdzają to i doświadczenia na zwierzętach. Wiadomo, jak trudno jest świnki morskie zakazić cholera przez kiszki; oprócz zubożenia soku żołądkowego i powstrzymania ruchów robaczkowych kiszki, należy wprowadzić nadzwyczaj wielkie ilości hodowli czystej i jadowitej, aby zniszczyć owo działanie ochronne kiszki. Ciekawe jest również, że droga ze krwi i z otrzewnej do kiszki jest dla wibryonów prawie niedostępna.

Tego samego dowiódł autor co do królików; przez kiszki zdrowe niepodobna ich zakazić; a przy zakażeniu śmiertelnym wewnątrzylnem niepodobna było ani za życia, ani po śmierci znaleźć w płynnych wypróżnieniach wibryonów cholerycznych. Psów również nie można zakazić przez kiszki. DENYS i SLUYTS robili nawet takie doświadczenia, że podwiązywali u psa pętlę kiszki cienkiej w dwóch miejscach i wprowadzali do pętli hodowlę cholery bez żadnej szkody dla zwierzęcia. K. zauważył przy zakażeniu wewnątrzylnem psów, że w kale pojawiły się wibryony tylko u tych zwierząt, które ginęły; u przychodzących do zdrowia wibryonów nie było.

Na zasadzie doświadczeń nad ludźmi i zwierzętami dochodzi K. do wniosku następującego: błona śluzowa kiszki jest zabezpieczona przeciw jadom wibryonów; tylko nadmiar jadu przerywa ten mur obronny i wtedy dopiero jad, dostając się do ustroju, wywiera nań swe zgubne działanie.

Na czem-że polega odporność ścian kiszki? Z początku nasuwa się myśl o bakterjobójczym lub antytoksycznym wpływie krwi. U człowieka jednak siła antytoksyczna krwi jest nieznaczna, bakterjobójcza zaś wystarcza przeciw umiarkowanym ilościom wibryonów. U psa bakterjobójcza siła jest bardzo wyraźna, nie może jednak ona wystarczyć przeciw olbrzymim ilościom bakterji; u morskiej świnki jest ona nieznaczna. A zatem własności krwi grają tu rolę zaledwie drugorzędą, na pierwszym zaś planie należy postawić komórki nabłonkowe, wypełniające zadanie obrony dzięki szczególnemu składowi chemicznemu.

W celu łatwiejszego oryentowania się, posiłkował się K. teorią EHRlich'a o elekcyjnych własnościach barwników. Jak wiadomo, z t. zw. mieszaniny trzybarwnikowej pewne składniki tkanek łączą się zawsze tylko z jednym barwnikiem. Późniejsze badania dowiodły, że własność elekcyjna barwników polega na rozma-

itym chemicznym charakterze ciał białkowych komórki: kwaśna nukleina jądra przyciąga alkaliczną zielen metylową, alkaliczne białko ciała komórki — kwaśną fuksynę. Zjawisko to polega prawdopodobnie poprostu na tworzeniu się soli.

Badając systematycznie nabłonki kiszek człowieka, wołu, psa, morskich świń i królików, przekonał się autor, że jądra komórek okazują stale powinowactwo do barwnika alkalicznego z mieszaniny trzybarwnikowej EHRlich'a, t. j. barwią się zielono, a zatem wchodzi w ich skład ciało kwaśne. Ciało to zostało wyosobnione przez LILIENTHAL'a i na podstawie rozbioru elementarnego zaliczone do grupy nuklein; wykazuje ono pod względem chemicznym bardzo wyraźny charakter kwaśny. Ponieważ jądra komórek nabłonkowych w kioskach barwią się zielono, a nukleina, znajdująca się w związku z innymi ciałami białkowymi, przyjmuje w tychże warunkach zabarwienie niebiesko-fioletowe, więc należy wnioskować, że nukleina w jądrach powyższych znajduje się w stanie wolnym; za potwierdzenie tego należy uważać, że woda wapienna strąca na zimno nukleinę z komórek nabłonkowych kiszek.

Z powyższego wynika, że nabłonek kioskowy, wydzielający sok alkaliczny, zawiera jednocześnie wewnątrz ciała wyraźnie kwaśne.

Po stwierdzeniu okoliczności powyższej w innym też świetle zjawia się odporność nabłonka kioskowego względem cholery. Wiadomo, jak wrażliwe są wibryony cholery na wolne kwasy, jeśli giną w 1⁰/₁₀₀-ym roztworze kwasu solnego; niedawno zaś KOSSEL dowiódł, że kwas nukleinowy wolny działa jeszcze bardziej bakterycydojęco na cholere. Pozostaje tylko dowieść, jakim sposobem nukleina zawarta w komórkach działa na wibryony i czy działa na nie nukleina zobojętniona.

W tym celu szczepił K. do dokładnie zobojętnionej nukleiny cholere i po pewnym czasie robił płytki: wibryony rosły z początku, później ilość ich zmniejszała się, a po 24 godzinach wszystkie próby były jałowe.

Takie same próby nukleiny, świeżo zaszczone cholere, wprowadzano świnkom morskim do otrzewny; po krótkiej chorobie wszystkie wyzdrowiały; po sześciu dniach znów wprowadzono im świeże hodowle cholery do otrzewny i wszystkie okazały się odporne na zakażenie, gdy zwierzęta, którym wprowadzono z początku czystą nukleinę zobojętnioną, a po sześciu dniach cholere, wszystkie padły. Alkaliczne roztwory nukleiny nie posiadają siły bakterycydojęcej. Wynika stąd, że obojętny roztwór nukleiny z jąder nabłonka kioskowego zabija powoli bakterie, a jad ich zmienia w ten sposób, że własności jego toksyczne znikają, uodparniające zaś zachowują się.

Wibryony cholery, rozmnażając się w kioskach, wydzielają jad, który zostaje wessany przez nabłonek i pozbawiony przez nukleinę swych własności jadowitych. Z takim rozumowaniem zgadza się okoliczność, że ludzie i zwierzęta, u których przez kiski przeszły w znacznej ilości wibryony, nie wywołując poważniejszego cierpienia, posiadają w swej krwi znaczne ilości ciał uodparniających przeciw cholere.

Po tem wszystkiem można powiedzieć, że naturalna odporność ludzi i zwierząt względem cholery azyatyckiej polega w znacznej części na tem, że jad wibryonów, rozwijających się w świetle kiszek, zostaje podczas wessania zamieniony przez nukleinę na ciało uodparniające. Nie należy jednak zaprzeczać, że uodparniająca i bakterycydojęca własność krwi stanowi tu dużo. Oprócz tego istnieją w błonie śluzowej kiszek ciała rozpuszczalne w eterze, zdaje się o własnościach aromatycznych, silnie bakterycydojęce; wreszcie kwaśny fosforan potasu nie mniej dzielnie zabija wibryony, jak kwas solny.

Pomimo tak silnej obrony występuje jednak zakażenie cholere; przyczyną tego jest zamieranie komórek, po którym, zgodnie z zasadami chemii, kwaśna nukleina rozpuszcza się w alkalicznej zawartości kiszek i przestaje wtedy wywierać wpływ swoisty. Życie komórki jest pierwszym warunkiem kwaśnego odczynu nukleiny, a zatem i odporności. Zakażenie poprzedza śmierć komórek. Zresztą wielce jest prawdopodobne, że sam jad wibryonów, zebrany w wielkiej ilości na małej przestrzeni nabłonka, jest w stanie nekrotyzować jego komórki.

(*Deut. Med. Woch. 1894. N. 20*).

Al. Żurkowski.

68. FREDERIK TREVES. **O zapaleniu otrzewnej.** Z punktu widzenia anatomiczno-patologicznego *peritonitis* będzie sprawą zapalną otrzewnej; nie można jednakże twierdzić, aby wszelkie objawy, przypisywane zapaleniu otrzewnej, jedynie zależne

były od zapalenia błony surowiczej. Jeżeli ktoś umiera na *peritonitis*, to zmiany, znajdujące w jamie brzusznej, nie wyjaśniają dostatecznie przyczyny śmierci. Po-
glądy na sprawy zapalne uległy w ostatnich czasach znacznym zmianom; gdy bo-
wiem dawniej uważano zapalenie za główną przyczynę nieszczęścia, za wroga
ludzkości, dziś bardzo często widzimy w zapaleniu zbawienny środek, zapomocą
którego ustrój broni się od urazu, od zakażenia i zatrucia. Wiadomo, że odczyno-
we zapalenie płuc i stawów może w tych narządach wstrzymać rozwój laseczników
gruźliczych i uczynić zarazki te nieszkodliwymi; wprowadzie przytem giną pewne
części ciała, jest to jednak zanik częściowy, korzystnie wpływający na utrzymanie
całości. Tak samo nie należy uważać zapalenia otrzewnej za nieszczęście „bez-
celowe”; zgubne bowiem działanie zależy przeważnie od przyczyny, wywołującej
zapalenie otrzewnej. Tylko przez wytworzenie się zapalenia otrzewnej ustrój
stawia opór zgubnemu wpływowi bodźca drażniącego; zapalenie takie w gruncie
rzeczy nie dąży do zniszczenia otrzewnej, lecz do uratowania ustroju. Objawy,
spostzegane przy zapaleniu otrzewnej, są bardzo zbliżone do objawów, wynikłych
z zatrucia. Chory leży w łóżku w stanie zapaści, z zapadniętymi policzkami
i oczami. Wielki niepokój maluje się na jego twarzy i objawia się w jego ru-
chach. Ręce są zimne i wilgotne, język wygląda tak, jak u człowieka umiera-
jącego z pragnienia. Chorego męczy ciągła skłonność do wymiotów, oddech
utrudniony i przerywany słabo słyszalnym stękanem i jękami, wygląd twarzy
sinawy i blado-ziemisty. Chory, umierający na zapalenie otrzewnej, robi wra-
żenie osobnika, ukąszonego przez żmiję lub też otrutego w inny sposób; trudno
jednak sobie wystawić, aby zapalenie otrzewnej, trwające wszystkiego kilka dni,
mogło wywoływać tak ciężkie objawy ogólne. Wyniki, otrzymywane przy sek-
cyach, również nie odpowiadają ciężkim objawom, spostrzeganym za życia; widzimy
w tych przypadkach nieznaczne nastryknięcie błony surowiczej i utratę połysku
na jej powierzchni; błona surowicza jest tylko lepka i widać gdzieśdelikatne
zrosty; w innych znów przypadkach znajdujemy 1—2 łyżek stołowych zielona-
wej ropy naokoło kiszki ślepej i nieznaczna ilość ropiastych kłaczek w wysięku,
umiejscowionym w dolnych częściach brzucha.

Jako dowód, że zapalenie otrzewnej oddziałuje zgubnie na ustrój raczej
wskutek zatrucia, niż wskutek zapalenia, służyć może i ta okoliczność, że najgor-
sze rokowanie dają te przypadki, w których najmniej znajdujemy zmian zapalnych,
a przeciwnie rokowanie jest najlepsze w przypadkach, przebiegających z obfitem
ropieniem. Wreszcie bezskuteczność chirurgicznego leczenia potwierdzać się
zdaje mniemanie, że zapalenie otrzewnej zabija ustrój wskutek ogólnego zatrucia
krwi, a nie wskutek miejscowego zapalenia błony surowiczej.

Leczenie polega na otworzeniu i drenowaniu jamy brzusznej. Leczenie takie,
skuteczne w gruźliczym i ropnym zapaleniu otrzewnej, nie ma absolutnie żadnej
wartości w zapaleniu otrzewnej pochodzenia połogowego i gnilnego.

Dla wyjaśnienia tego dziwnego faktu, niektórzy autorowie wskazują na wpływ
zmian w układzie nerwowym przy zapaleniu otrzewnej. Otrzewna rzeczywiście
zajmuje odrębne stanowisko pomiędzy błonami surowiczymi. Jeżeli np. obie błony
opłucne znajdują się w stanie silnego zapalenia, nigdy nie spostrzegamy przytem
tak wybitnych i ciężkich objawów ogólnych, jak to zwykliśmy widzieć przy suro-
wicz-ropnym zapaleniu otrzewnej. Różnice, zależne od wielkości tych błon suro-
wicznych, nie tłumaczą nam dostatecznie tego odmiennego przebiegu. Możliwe
twierdzić, że ciężki przebieg nie tyle zależy od zmian chorobowych opłucnej lub
otrzewnej, lecz od zmian czynnościowych narządów, przez owe błony surowicze
pokrytych, lub jeszcze bardziej, porównyując zapalenie to z zapaleniem opon móz-
gowych. Lecz i to ostatnie porównanie nie jest odpowiednie. Zupełnie jest rze-
czą jasną, że człowiek musi umrzeć, jeżeli zniesione są czynności jego mózgu, nie
idzie za tem jednak, aby również musiał umierać, jeżeli istnieje pewna przeszkoda
w czynnościach narządów brzusznych, tembardziej, że przy zapaleniu otrzewnej nie
spostrzegamy nigdy wstrzymania odpływu żółci lub bezmoczu. W śmiertelnych
przypadkach zapalenia otrzewnej, kończących się zwykle śmiercią w przeciągu 4
dni, znajdujemy następujące objawy chorobowe: ciągły ból, częste wymioty, kom-
pletne zaparcie stolca i niemożność przyjmowania pokarmów. Wieluż to jednak
ludzi doskonale znosi przez 4 dni wszystkie powyżej wymienione przypadłości.
Przypomnijmy sobie tylko zmiany czynnościowe, spostrzegane przy ostrem zatruciu

ołowiem, które zwykle kończą się pomyślnie, a przy których jednak objawy ze strony trzew brzusznych, są daleko cięższe i znacznie dłużej trwają, niż w przypadkach śmiertelnie przebiegającego zapalenia otrzewnej.

Otrzewna przedstawia następujące odrębności godne zaznaczenia: 1) Ogólna jej powierzchnia jest w przybliżeniu równa powierzchni całej zewnętrznej powłoki ciała. 2) Własności chłonięcia posiada otrzewna ogromne. 3) Odporność na bakterie posocznicowe i ich produkty posiada otrzewna bardzo małą. 4) Otrzewna nie wszędzie posiada jednakową uciążliwość (*vulnerabilitas*); szczególnie wrażliwą i skłoną do rozszerzenia zapalenia jest jej część, pokrywająca kiszki cienkie, bardzo odporną jest natomiast otrzewna ścienna. 5) Chociaż w otrzewnej nie znajdujemy nerwów czuciowych, to jednak musimy przyjąć, że otrzewna posiada wielką wrażliwość i możność przenoszenia bodźców na ośrodki nerwowe; w przeciwnym razie nie mogliśmy sobie wytłumaczyć występowania wstrząsu.

Zaznaczyć wypada wielką wrażliwość otrzewnej przy wstrzykiwaniach jodu do wielkich wodosteków jądrowych, a zadziwiająca bezbolesność przy podwiązaniu worka przepuklinowego.

Jeżeli dotykamy zupełnie zdrową otrzewną u chorych nieusypianych zapomocą chloroformu, np. podczas kolotomii, lub przy usuwaniu pasków gazy jodoformowej, to chorzy odczuwają ból; jeżeli zaś otrzewna jest chorobowo zmieniona, wtedy wrażliwość jest zmniejszona lub zupełnie zniesiona, np. przy operacjach wykonywanych w dwóch tempach.

Najmocniej drażni otrzewną wnikanie niektórych bakterii; często zdumieni jesteśmy przy zajęciach wyrostka robaczkowego nieproporcjonalnie wielkim bólem w stosunku do małej okolicy, zajętej przez przedziurawienie.

6) Dziwną i niewyjaśnioną jest kwestya ciśnienia wewnątrzbrzuszego. Właściwie jama brzuszna w ścisłym znaczeniu tego słowa nie istnieje; jest ona tylko potencjonalną. T. sądzi, że przy napięciu otrzewnej może powietrze wnikać do tej potencjonalnej jamy przez nieotwartą błonę surowiczą. Jeżeli zapomocą szczypczyków zrobimy w otrzewnej ledwie dostrzegalny otvorek, to już i wtedy pętla kiszki, która ściśle przylegała do otrzewnej, opadnie i przyczyni się do jednoczesnego utworzenia rzeczywistej jamy. Takie zmiany warunków ciśnienia, wywołane w tak prosty sposób, nie są bez wpływu na wrażliwe tkanki i cienkościenne naczynia ściany brzusznej. Mając to na uwadze, możnaby sobie wytłumaczyć dodatnie wyniki laparotomii przy gruźlicy otrzewnej.

Jeszcze dwa punkty, odnoszące się do ciśnienia wewnątrzbrzuszego, zasługują na wzmiankę. Siła ciężkości nie zawsze zdaje się działać w nieotwartym brzuchu, gdyż płyny nie zawsze opadają do najniższej położonych części brzucha, nawet wtedy, gdy nie są otorbione przez zrosty. Prócz tego przy przekłuciach lub pęknięciach samowolnych kiszki, zawartość tychże nie zawsze wnika do jamy brzusznej. Dokładne badania pośmiertne wykazują, że nie zawsze wypuklająca się błona śluzowa wstrzymuje wnikanie zawartości, lecz że ciśnienie wewnątrzbrzuszne odgrywa też pewną rolę.

7) Doświadczenia wykazały, że otrzewna może posiadać w pewnym stopniu własności samouodparniające wobec zakażenia posocznicowego. Dane kliniczne przemawiają również za tem: np. doskonały przebieg po długotrwałych laparotomiach, przy których wyrostek robaczkowy z powodu często powtarzających się zapaleń otrzewnej został wycięty, przyczem masy ropiaste podczas rękoczynu rozlały się w jamie brzusznej, jak również wyniki laparotomii przy sprawach ropnych narządów płciowych u kobiet.

(*The Medical Press. Luty 94 r.*).

G.

69. **OBOLEŃSKI. Nerwobóle pochodzenia przymiotowego.** Autor przedstawia dwóch chorych, którzy budzą żywe zainteresowanie tak pod względem praktycznym jak i naukowym. U obu tych chorych krytyczny rozbiór i zestawienie objawów chorobowych pozwoliło wcześniej rozpoznać przyrodę cierpienia, a tem samem wcześniej je uleczyć.

Chory R. 36 lat liczący, przybył do kliniki z przyczyny ciągłego bólu w okolicy 3 i 4 międzyżebra lewego, a w części i prawego. Ból ten zwiększa się ku wieczorowi, największego nasilenia dosięga w nocy, a rano się zmniejsza. Wywiady dostarczyły następujących danych: w marcu 1886 r. chory pierwszy raz bez wiadomej przyczyny doznał bólów w okolicy 3 i 4 międzyżebra prawego z przodu. Bóle te

we dnie słabe, na noc się wzmagają, lecz nie były zbyt silne. Po 2½ letnim trwaniu na jesieni 1889 roku znacznie się wzmożyły, —nietylko się wzmożyły w natężeniu, ale i rozszerzyły się w kierunku ku kręgosłupowi i na prawą górną kośćczybę. Napady bólu trwały zwykle od 7 godziny wieczorem do 10 rano tak, że chory spędzał noce bezsennie. Żadna zmiana położenia nie sprowadzała ulgi. Tylko silne uciskanie bolesnego miejsca lub uderzanie pięścią usuwały na chwilę cierpienia. Pod wpływem bólów i bezsennych nocy chory silnie osłabł. Najróżnorodniejsze metody lecznicze, stosowane w różnych szpitalach i klinikach, pozostały bez skutku. W tym stanie przybył chory do kliniki autora. Z wywiadów jeszcze dowiedziano się, że chory jest żonaty i ma dwoje dzieci zdrowych, że przed 20 laty miał szankra twardego i że w ostatnich czasach skutkiem różnych przeżyć rodzinnych stał się nerwowym, rozdrażnionym.

Przedmiotowe badanie wykazało wychudnienie chorego i niedokrwistość ogólną. Gruczoły szyjowe i pachwinowe powiększone; w narządach wewnętrznych nie znaleziono nic nieprawidłowego. Ucisk na 2-ie, 3-cie i 4-te prawe międzyżebro jest bolesny, przyczem wyraźnie stwierdzić można punkty bolesne na brzegu mostka, w środku między linią pachową przednią i sutkową i w bliskości kolumny kręgosłupowej. Te same punkty stwierdzić można i po lewej stronie, lecz ból przy ucisku jest mniejszy, aniżeli po prawej stronie.

Wykluczwszy w przypadku tym cierpienie skóry i mięśni (gościec), autor rozpoznał nerwoból międzyżebrowy prawo- i lewostronny, a to na mocy następujących danych. Szczególnie ważnymi pod względem rozpoznania były punkty bolesne VALLEIX'a w miejscach odpowiadających wyjściu nerwów z kanału kostnego, ze ścięgna mięśniowego. Powtórne charakterystyczne było zwiększenie bólu przy mniejszym, zmniejszenie przy większym ucisku. Również charakterystyczny dla nerwobólu był napadowy typ bólów, a choć w powyższym przypadku zupełnych przerw nie było, ból jednak we dnie był słaby.

Należało jednak określić przyrodę lub charakter cierpienia z punktu widzenia anatomicznego a zwłaszcza przyczynę, która wywołała chorobę lub ją podtrzymywała. W tym względzie autor zaznacza, że badanie w przypadku powyższym nie wykryło danych, któreby przemawiały za anatomicznymi zmianami w pniach nerwowych z charakterem np. zapalenia nerwów, gdyż nie znaleziono 1) objawów odczynu zwyrodnienia; 2) zmian troficznych w mięśniach; 3) zbroceń czuciowych skóry. Może więc być tylko mowa o czynnościowym zbroceniu, o tak zwanym funkcjonalnym nerwobólu, a ten może być wywołany przez cierpienia mózgu i mlecza, przez ucisk guzów w bliskości leżących, przez sprawy zapalne w sąsiednich tkankach i narządach.

W innych przypadkach może nerwoból powstać na drodze odruchowej przy cierpieniach macicznych u kobiet, przy nerce wędrującej; największa jednak część nerwobólów powstaje w następstwie zaziębienia (nerwobóle gościecowe), zbroczenia w odżywianiu, tak zwanej dyskrazji pod wpływem zarazka zimnicy, przymiotu lub też w następstwie zbroczenia w narządach krwiotwórczych, jak np. blednicy, białaczki lub nakoniec histeryi, neurastenii i t. p. Który z powyższych momentów był przyczyną nerwobólu—w przypadku opisanym nie łatwo rozstrzygnąć. Na pewno można było twierdzić, że nie istnieje cierpienie mlecza i jego opon, cierpienie okostnej żeber i kręgów, cierpienie naczyń (np. tętniak), któreby też mogło drogą ucisku wywołać nerwoból międzyżebrowy. Nie pozostawało nic innego, jak przypuścić, że źródło cierpienia tkwi w sferze zbroceń w narządach krwiotwórczych lub w skazie krwi, w szczególności w otruciu ustroju przez jakieś ciało trujące. O bładaczce i białaczce nie mogło być mowy. Należało przeto przypuścić, że źródłem nerwobólu jest jakaś dyskrazja.

Czy nerwoból międzyżebrowy nie był pochodzenia zimniczego? Wiadomo, że nerwobóle zimnicze zdarzają się często. Mają one tę wspólną cechę, że silne bóle występują napadami. Lecz napady pochodzenia zimniczego występują w różnych porach dnia, często towarzyszą im dreszcze, gorączka; zdarzają się i napady nocne, po których znówu szereg napadów dziennych i wieczornych; słowem napady nerwobólów zimniczych nie są tak stałe, nie tak ściśle ograniczone do nocy. Napady pochodzenia zimniczego poprzedza bardzo często gorączka przepuszczająca; chory mieszka lub wprzód mieszkał w okolicy zimniczej.

Tego wszystkiego nie można było stwierdzić u chorego. Oprócz tego nie znaleziono powiększonej śledziony; zmiana miejscowości i leczenie zapomocą arszeniku i chinu pozostało bez skutku. Wszystko razem zatem sprzeciwia się przypuszczeniu nerwobólu pochodzenia zimniczego. Wykluczwszy pochodzenie zimnicze nerwobólu, wypadało myśleć o pochodzeniu przymiotowym cierpienia. W tym względzie posiadamy w dotychczasowej literaturze bardzo skąpe wiadomości. W znanych podręcznikach patologii i terapii nie znajdujemy albo nic, albo bardzo niedokładne wiadomości o nerwobólu międzyżebrowym pochodzenia przymiotowego. W dziełach poświęconych chorobom nerwowym a specjalnie w rozdziałach o nerwobólu międzyżebrowym znajdujemy zaledwie wzmianki, że zdarza się on w następstwie przymiotu (SEELIGMUELLER, SÉE), lecz żaden z autorów nie podaje charakterystycznych cech dla nerwobólu międzyżebrowego pochodzenia przymiotowego. Tylko LANCERAUX wspomina, że nerwobóle pochodzenia przymiotowego nie posiadają szczególnych cech, odróżniających je od nerwobólów innego pochodzenia, i dla tego przy rozpoznaniu należy się opierać na wywiadach i na zwiększeniu natężenia bólu w nocy. Łatwo sobie wobec tego przedstawić trudności przy rozpoznawaniu nerwobólów pochodzenia przymiotowego.

Staranne jednak badanie chorego, którego historię choroby podaliśmy, i drugiego chorego, o którym niżej, — przekonywa, że znajdujemy w przypadkach tych dostateczne podstawy do rozpoznania przymiotowego pochodzenia nerwobólu. Za takim pochodzeniem przemawiają: 1) wywiady, z których się dowiadujemy, że chory przechodził przymiot; 2) powiększone twarde gruczoły na szyi i w pachwinach; 3) i co zdaniem autora jest najważniejsze — wzmożenie bólów podczas nocy; 4) obustronny nerwoból, gdy nerwobóle innego pochodzenia są jednostronne; 5) brak odczynu wyrodnienia pomimo długiego trwania choroby. Wszystkie te znaki przy braku innych przyczynowych momentów wystarczają w wielu przypadkach do rozpoznania nerwobólu pochodzenia przymiotowego.

Wobec takiego przypuszczalnego rozpoznania choroby u chorego, wypadało zastosować leczenie przeciwprzymiotowe, a jednocześnie rokować pomyślnie. I w rzeczy samej po 18 dniowym leczeniu zapomocą zastrzykiwań kalomelu, obok innych środków, skierowanych wprost przeciw nerwobólowi (przypalenie żegadłem PAQUELIN'a, gorące kąpiele i strumień galwaniczny) bóle w zupełności ustały.

I w drugim podobnym przypadku nerwobólu międzyżebrowego, pochodzenia przymiotowego, chory od 8½ lat doznawał ciągłych bólów po obu stronach klatki piersiowej; były one jednak we dnie znośne, a dopiero wieczorem i w nocy do tego stopnia się wzmagaly, że pozbawiały chorego snu. Obok tego chory skarżył się na duszność i bicie serca w czasie wolnym od napadów, a w nocy na bóle w głowie, w kończynach i w okolicy mostka. Wszelkie dotychczasowe leczenie (kąpiele, elektryczność, pryszczydła i jodek potasu) pozostało bez skutku.

Przedmiotowe badanie wykazuje bolesność przy ucisku na 1, 2, 3, 4, 5, 7-me międzyżebra tak z prawej jak i lewej strony, przyczem stwierdzić można punkty bolesne w miejscach odpowiadających wyjściu gałęzi nerwowych. Lekki ucisk zwiększa, silny zmniejsza ból. Czućie skórne prawidłowe; ucisk na same mięśnie nie spowodował bólu. W obec braku objawów zapalenia opłucnej, cierpień mleczną, kręgosłupa, żeber i t. p. rozpoznano nerwoból międzyżebrowy.

Dalsze badanie wykazuje obok tego zgrubienie kości czołowej w okolicy guzów czołowych, kręgów i mostka w miejscach umocowania 1-ego i 2-ego żebra. Gruczoły chłonne obrzmiały i twarde. Badanie klatki piersiowej wykazuje istnienie tętniaka łuku aorty. Tętnice skroniowe i promieniowe twarde.

Jeszcze na wzmiankę zasługuje to, że chory zaprzecza, by kiedykolwiek przechodził przymiot.

Pierwsze pytanie, jakie się nasuwa przy rozpoznaniu tego przypadku, jest, czy nie istnieje związek przyczynowy między tętniakiem aorty a nerwobólem międzyżebrowym. Lecz nerwoból międzyżebrowy zdarza się przy tętniaku aorty zstępującej a nie łuku aorty, bywa zwykle jednostronny, a prócz tego 8-letnie istnienie tętniaka spowodowałoby i inne ważne do rozpoznania objawy ze strony kręgosłupa. Z drugiej strony badanie chorego dostarcza dosyć danych do innego zupełnie objaśnienia przyczyny i pochodzenia nerwobólu u chorego; są nimi: zgrubienia w okolicy guzów czołowych, kręgów, żeber w miejscu połączenia z mostkiem; bóle

w tych miejscach szczególnie w nocy się objawiające: dalej powiększenie gruczołów chłonnych na szyi, pod pachą i w pachwinach. Wszystkie te przypadłości nasywały myśl, że przyczyną cierpienia był przymiot, a to tem bardziej, że nerwoból miał cechy właściwe nerwobólowi pochodzenia przymiotowego, jak: wieloletnie trwanie, symetryczność, brak objawów zwyrodnienia, napady nocne bólu. Przyjmując przymiotowe pochodzenie nerwobólu, tem samem staje się prawdopodobnem także pochodzenie tętniaka aorty i stwardnienia tętnic, tembardziej, że chory nigdy nie przechodził gościca, nie oddawał się pijaństwu i t. p.

Przyjmując takie pochodzenie nerwobólu międzyżebrowego, wypada, że rokowanie jest pomyślne i że głównem wskazaniem leczniczem przyczynowem będzie swoiste leczenie rtęciowe, a objawowem—leki przeciwnerwobólowe, które też zostały zastosowane. I w rzeczy samej już w kilkanaście dni po wcieraniach szaruchy stwierdzono znaczne zmniejszenie, a następnie ustanie tak bólów międzyżebrowych jak i czołowych i innych. Chory w niespełna 3 tygodnie opuścił szpital, czując się zupełnie zdrowym i wolnym od bólów.

Trafność rozpoznania i w tym przypadku została stwierdzona przez znakomite wyniki, osiągnięte zapomocą leczenia rtęciowego. Że całą skuteczność leczniczą przypisać należy rtęci, wynika stąd, że chory już poprzednio bezskutecznie przyjmował arszenik i leczył się elektrycznością.

Jeszcze jeden szczegół zasługuje na uwagę, t. j. bezskuteczność jodku potasu, w wielkiej ilości przez chorego wyżytego. Może ona być objaśniona tylko indywidualnymi warunkami chorego, które też i u innych chorych na przymiot niekiedy spostrzegamy.

(Berl. Klin. Woch. N. 7 i 8. 1894).

F. Arnstein.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

TH. ROSENHEIM.

Choroby kiszek

(*Krankheiten des Darms. Wien und Leipzig 1893*). Str. 604.

Omówił Henryk Pacanowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 22).

Rozdział dwunasty poświęcił R. *nerwicom kiszek* oraz opadnięciu kiszek (*Enteroptosis*).

Czysto nerwowo zaburzenia kiszek, jakkolwiek nader liczne i różnorodne, mało dotychczas są znane i wyjaśnione. Dopiero w ostatnim czasie poświęcono im więcej uwagi, tak, iż dziś ograniczono w znacznej mierze liczbę przypadków, w których bez krytycyzmu należytego rozpoznawano nieżyty kiszek.

Kiszki oplata ogromna sieć nerwów współczulnych, wychodzących ze splotów trzewowego i aortalnego—jako splot kręzkowy górny i dolny, oraz ze splotu podbrzusznego—jako splot hemoroidalny. Nerwy te pozostają w stosunku do ośrodków mózgowo-rzędzeniowych za pośrednictwem nerwu błędnego. Prócz tego w samych ścianach kiszek istnieją dwie sieci zwojowe: *plexus myentericus* AUERBACH'a i *plexus entericus* MEISNER'a.

Jakkolwiek bliższe szczegóły, dotyczące oddziaływania układu nerwowego na wieloraką czynność kiszek, są zupełnie jeszcze niezbadane, niemniej przeto zboczenia chorobowe w działalności nerwów kiszkowych dają się ująć w pewne grupy stałe. Na podobieństwo innych nerwów w ustroju, można i nerwice kiszkowe podzielić na: ruchowe, czuciowe i wydzielnicze, z których każda objawia się bądź pod postacią podrażnienia, bądź depresji.

Nerwice kiszek rzadko kiedy ograniczają się do jednej tylko sfery nerwowej, lecz przeważnie występują jako nerwica złożona (ruchowo-czuciowa, ruchowo-wydzielnicza, czuciowo-wydzielnicza i t. p.). Zdarza się również, że mamy jednocześnie

istnienie nerwicy obok organicznego cierpienia kiszek (nieżyt). Nerwice mogą być samoistne, pierwotne, lub też są wynikiem wpływów zwrotnych, np. przy chorobach mózgu, rdzenia, narządów płciowych i t. d.

I. Nerwice ruchowe.

Biegunka nerwowa polega na przyspieszeniu ruchów robaczkowych, które wydalają kał płynny w krótkich odstępach czasu. Nie zawsze atoli płynność wypróżnień dowodzi wzmożenia perystaltyki. Przy upośledzonej zdolności chłonniczej kiszek kał bywa również miękki, pomimo że perystaltyka nie zostaje przyspieszona. Płynność kału zależeć może i od tego, że istnieje wzmożone wydzielanie soku kiszkowego; to czynnościowe zboczenie gruczołów bywa zapewne zjawiskiem nierzadkiem w ciężkich nerwicach (histerya).

Przyspieszenie perystaltyki niekoniecznie przejawiać się musi wypróżnieniami płynnymi; w niektórych przypadkach spostrzegano częstsze oddawanie stolców gęstych, zbitych. Tu przypuścić należy ograniczanie się podrażnienia li tylko do dolnego odcinka кишки grubej.

Pojęcie „biegunki nerwowej“ nie można zatem, jak z powyższego wynika, ujmować w ramy nazbyt ciasne. Nie bezwzględna liczba wypróżnień, nie jakość ich rozstrzyga, lecz zboczenie od tego, co dla danego osobnika było dotychczas stanem normalnym pod względem częstości oddawania stolca.

Biegunka nerwowa, opisana po raz pierwszy przez TROUSSEAU, występuje i u ludzi zupełnie zdrowych, nie nerwowych, pod wpływem niektórych bodźców pokarmowych, które nie są jeszcze w stanie wywołać prawdziwego nieżytu. Ma tu niejako znaczenie idyosynkrazya; widzimy np. krótkotrwałe, przemijające szybko biegunki po spożyciu pokarmu kwaśnego, cukru mlecznego, piwa i t. p.

U innej grupy ludzi, u t. zw. neurasteników, nerwy kiszkowe oddziałują silniej, niż zwykle, na bodźce rozmaite, zarówno pokarmowe jako też psychiczne. Niekiedy znów podrażnienie nerwów kiszkowych wychodzi z innych narządów (żołądka, macicy, narządów płciowych męskich, rdzenia kręgowego, mózgu i t. d.). ROGER opisał gwałtowne napady biegunki przy wzdzie (analogia z *crises gastriques*).

Rozpoznanie biegunki nerwowej jest wogóle trudne. I dziś jeszcze lekarze tak często zwykli identyfikować pojęcie biegunki z nieżytem, co jest zupełnie błędne, że tylko ściśle rozważenie wyników dokładnego badania chorego może na właściwe tory wprowadzić. Biegunka raz bywa objawem najwydatniejszym; innym razem mamy obok niej cały szereg objawów ze strony innych sfer układu nerwowego.

Kurcz kiszek (*Enterospasmus*). Podrażnienie nerwów ruchowych w kiszkach przejawiać się może nie tylko jako biegunka, ale i pod postacią kurczu. W stanie prawidłowym ruchy kiszek odbywają się w ten sposób, że podczas czynności mięśni podłużnych ustaje czynność mięśni okrężnych i odwrotnie. Natomiast gdy obadwa te rodzaje mięśni działać będą jednocześnie, wtedy nie powstanie fala ruchowa postępująca, lecz stan spastyczny, ograniczający się do jednego tylko odcinka kiszek na większej lub mniejszej przestrzeni. Wówczas światło кишки ulega zwężeniu i zamiast posuwania się naprzód, zawartość pozostaje w danym miejscu nieruchomo.

Kurcz na całej długości kiszek cienkich przejawia się bardzo charakterystycznym spłaszczaniem brzucha łódkowatym, np. w pierwszym okresie zapalenia opon na podstawie mózgu, w razie ucisku na most i rdzeń przedłużony, lub też przy kolce ołowiowej. O wiele częstszy bywa kurcz częściowy, spostrzegany głównie w kiszkach grubych u neurasteników i histeryczek (przy cierpieniach macicy).

Najwyraźniejszym objawem kurczu kiszek jest zaparcie stolca, t. zw. spastyczne. Po upływie kilku, a nawet kilkunastu dni wydalą się wreszcie z trudnością kał w postaci cienkich wałeczków lub też małych kulek. Stan ten daje się rozpoznać, rzecz prosta, wówczas tylko, skoro można z pewnością wyłączyć zwężenie кишки pochodzenia organicznego.

Drugim objawem są bóle, najczęściej w okolicy pępka i w lewym dolnym odcinku brzucha, ustępujące dopiero po dostatecznym wypróżnieniu. Ruchy czynne ciała i uciskanie zzewnątrz powiększają ból. Sam akt oddawania stolca bywa bolesny, ponieważ niejednokrotnie przyłącza się i kurcz zwieracza odbytu.

Obok kurczu może istnieć stan niedowładu, mianowicie powyżej zwężonej spastycznie części kiszek, skutkiem czego spostrzegamy rozdęcie jej gazami i kałem.

Najczęstszom powikłaniom kurczu bywa niezbyt kiszek grubych (*colitis*). Przy takim zjednoczeniu nerwicy i zapalenia niepodobna określić, który z tych stanów był pierwotny, a który następuje. Prawdopodobnie u osobników obarczonych nerwowo, przez dłuższy czas spożywających pokarmy drażniące i dotkniętych niedowładem kiszek, stopniowo przyłącza się stan kataralny. Nerwica opisana występuje częściej u kobiet, najwięcej w porze nocnej.

Niepokój robaczkowy kiszek występuje bądź napadowo, bądź mniej lub więcej stale (*tormina nervosa*) i jest analogiczny z takimże niepokojem żołądka, któremu dość często towarzyszy. Chorzy skarżą się czasem na uczucie ściągania lub bólu w brzuchu, szczególnie podczas aktu trawienia; daleko częściej doznają tylko przelotowania w brzuchu, które staje się słyszalnym nawet dla otoczenia. Najwięcej zjawia się stan ten w zależności od miesiączki, ciąży i niektórych pokarmów. Główny udział przyjmują kisзки cienkie i dla tego nie występuje tu biegunka; przeciwnie, stolce bywa nawet mocno zaparte, co dowodzi, że kisзки grube znajdują się równocześnie w stanie niedowładu.

Kurcz odbytnicy (*Proctospasmus*), bez istnienia szczeliny odbytu, występuje samoistnie u osobników bardzo wrażliwych, nerwowych, histerycznych, po przebiegniach, podnieceniu płciowem; u tabetyków; przy zakażeniu bagiennem; wreszcie jako nerwica zwrotna z narządów położonych w obrębie miednicy małej; sprawy zapalno w kiszkach grubych, cierpienia pęcherza, gruczołu krokowego, macicy (skrzywienia) i t. p. Choroba należy do rzadkich. Napady kurczu trwają kilka minut do kilku godzin. Oddawanie kału bywa utrudnione lub nawet niemożliwe. Ból może być umiarkowany lub bardzo gwałtowny. Okolica odbytu jest tak bolesna, że badanie palcem czy wzornikiem staje się prawie niewykonalnem.

Niedowład kiszek (*Atonia intestinorum*) polega na zakłóceniu stosunku między istniejącą energią kiszek a wykonywaną przez nie pracą. Kisзки nie są w stanie wydalić swej zawartości w pewnym określonym czasie. Klinicznie niedowład nerwowy wyraża się na wyko w e m **zaparciem stolca** i zależy od zaburzeń w unerwieniu kiszek. Ale zdarzyć się może, iż sam aparat mięśniowy kiszek bywa wadły, przy zachowaniu prawidłowego unerwienia; będzie to w takim razie niedorozwój wrodzony, bądź co bądź rzadki.

Częstość aktu wypróżnienia zależy od rodzaju pożywienia. Przy pokarmach przeważnie roślinnych, np. u klasy wyrobniczej, stolce bywają częstsze i obfite; u ludzi żyjących się więcej pokarmami białkowatymi, wypróżnienie bywa skąpsze i więcej zaparte. Dużo zresztą zależy od indywidualności: gdy u jednego kilka wypróżnień dziennie jest stanem normalnym, u innego znów zdarza się jedno wypróżnienie w ciągu kilku dni bez wywołania jakiegokolwiek przypadku. Perystaltyka kiszkowa odbywa się pod wpływem nader złożonego mechanizmu i, obok samej zawartości kiszek, pozostaje w zależności od czynników różnorodnych, jak np. warunki krwioobiegu oraz wpływy mózgu, rdzenia i nerwu współczulnego. Nagła bezkrwistość lub nagłe przekrwienie żylnie wywołać mogą wzmoczenie perystaltyki, gdy przeciwnie zastój żylny przewlekły ją osłabia.

W powstawaniu niedowładu zazwyczaj nie jedna przyczyna działa, lecz kilka momentów współcześnie. Najprzód może on być wrodzonym lub odziedziczonym. O wiele częściej jednak występuje dopiero w wieku późniejszym, przyczem mają znaczenie następujące momenty usposabiające: nieodpowiednia dycta, wyłącznie mięsna lub wyłącznie roślinna (wegetaryanizm), niedostateczny dowóz płynów; nieregularny sposób życia, np. w podróżach, przy zbyt niu nawale zajęć, co nie pozwala zadość uczynić nawykowemu opróżnianiu się o pewnej stałej porze; siedzący rodzaj życia, usposabiający do zastojów żylnych w narządach brzusznych; do pewnego stopnia wiotkość muskulatury brzusznej, np. u kobiet po częstych porodach; wpływy moralne; otyłość; zaburzenia cyrkulacyjne ogólne (ze strony płuc, serca, wątroby) lub miejscowe, np. przy tyłozgięciu macicy, przy noszeniu mocno uciskających pasów i gorsetów; choroby ośrodków nerwowych: wiał, guzy mózgu, zapalenie opon, zapalenie przewlekłe rdzenia; histerya i neurastenia; w końcu rekonwalescencya po chorobach zakaźnych (tyfusie, cholera, dysenterji).

Niektóre objawy ogólne, napotymano przy niedowładzie kiszek, chciano kłaść na karb samozakażenia ustroju. Jest to pojęcie błędne. BOUCHARD wykazał, że jedynie przy zatrzymaniu kału płynnego następuje wessanie produktów trujących do krwi,

nie zaś przy zaparciu nawykowym, zależnem od dłuższego przebywania twardych mas w kiszce grubej.

ROSENHEIM stanowczo przeczy zdaniu niektórych, jakoby niedowład był zależny tylko od wyczerpania aparatu nerwowego kiszek. Już powyżej przytoczone momenty jasno wskazują, jak różnorodne tu są przyczyny i jak wiele zależy od indywidualności danego osobnika. Stosownie do tego trzeba też wybrać leczenie. Jeśli człowiek otyły, z zastojami brzuszными, czuć się będzie dobrze po kuracyi w Maryenbadzie, Kissingen lub Tarasp, to neurastenikowi pomoże zmiana miejsca pobytu, wodolecznictwo, gimnastyka i t. p.

Bezwład kiszek bywa zwykle częściowy t. j. dotyczy jednego tylko odcinka. Bezpośrednie porażenie takie nastąpić może skutkiem zmian w ścianie кишки: przepojenia płynem surowiczym, nacięku lub zwyrodnienia muskulatury (np. po wprowadzeniu uwięźniętej przepukliny). Dalej bywa porażenie jednego odcinka kiszek drogą zwrotną, np. przy zropieniu gruczołu pachwinowego, *hydrocele*; ale zdarza się to bardzo rzadko. Nakoniec bezwład wywołać mogą nerwice ogólne, choroby ośrodków nerwowych i umysłowe. Kolosalne nagłe wzdęcie brzucha u histeryczek (porażenie kiszek całkowite) należy do zjawisk dość częstych.

Niekiedy atonia kiszek przejść może w bezwład zupełny; odbywa się to bardzo powoli, po latach wiolu. Wówczas żadne środki przeczyszczające już nie działają; następuje upadek odżywiania; w końcu dochodzi do zatkania kałowego.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Prof. RIBBERT. Rak i gruźlica. Dwie te postacie chorobowe niezbyt często w jednym i tem samym miejscu spostrzegać się dają. Wyjątek tu stanowi skóra, na której nieraz widzimy połączenie wilka z rakowcem. Autor usiłuje na mocy poszukiwań swych wykazać związek przyczynowy, istniejący pomiędzy temi cierpieniami. Badając mikroskopowo raka gardzieli, języka, wargi dolnej, powieki dolnej, dziąseł i prącia, R. we wszystkich preparatach wykazał obecność komórek olbrzymich i na ten punkt główną zwraca uwagę. Laseczników gruźliczych R. nie mógł wykryć w swoich preparatach. Już BAUMGARTEN w pracach swych wykazał, że komórki olbrzymie powstać mogą w trądzie, promienicy, przymocie, również wskutek działania innych pasorzytów, a nawet ciał obcych. Odnośnie do nabłonków rakowca BAUMGARTEN jest zdania, że nie są one w stanie wywołać tworzenia się komórek olbrzymich. R. dochodzi do wniosku, że gruźlica w pewnej części przypadków raka jest bodźcem do bujania tkanek łącznej podnabłonkowej, co stanowi ważny

punkt wyjścia w powstawaniu raka. (Münch. med. Woch. N-r 17. 1894). L.

= Bracia CAVAZZANI stwierdzają, że wycięcie trzustki nie wywołuje u psów moczołwki cukrowej; jeśli ta ostatnia się zjawia, to zależy to od uszkodzenia gałązek współczulnych, idących do *plexus coeliacus* i *hepaticus*. (Arch. it. di clin. med. 1893. III.). SCHABAD zaś na zasadzie przypadku, spostrzeganego w klinice, w którym znaleziono marskość trzustki, i opierając się na doświadczeniach na zwierzętach, przychylił się do zdania MINKOWSKIEGO, że wycięcie całej trzustki wywołuje moczołwkę cukrową i dowodzi, że ta ostatnia zjawia się wskutek osłabionego utleniania cukru, mającego miejsce głównie w trzustce, obdarzonej własnościami glikolitycznymi. (Z. f. kl. Med. XXIV. 12).

= DAIBER ostrzega, że moczu obfity w indykan, zarówno jak moczu osób, które brały chlorał, daje ciemny osad z odczynnikiem NYLANDER'a (alkaliczny roztwór winianu bizmutu) zupełnie jak glukoza; stąd źródło błędów. (Corresp.-blatt f. Sch. Aerzte 1894 N. 2).

Wiadomości bieżące.

— Epidemia cholery, która podczas kilku zimowych miesięcy r. b. zupełnie w Warszawie wygasła, w drugiej połowie marca na nowo wybuchła i nie przestaje od tego czasu coraz bar-

dziej się rozwijać, zarówno w mieście, jak i w okolicach jego. Na uwagę zasługuje przytem fakt, że gdy w latach zeszłych istniały po większej części tylko pojedyncze ogniska cholery-

czne, przeważnie w dzielnicach miasta nie skanalizowanych i nie posiadających wodociągów, to obecnie przypadki cholery azyatyckiej spotykamy we wszystkich prawie punktach miasta. Wszystkich chorych od 23 marca do 31 maja przybyło do szpitala Dz. Jezus 112, z których zmarło 52, wyzdrowiało 40, pozostaje na dalszej kuracji—20. Z początku chorzy prawie wyłącznie przybywali z Ochoty za rogatkami Jerozolimskimi, gdzie niedawno podobno urządzono barak prowizoryczny, tak, że obecnie prawie wszyscy chorzy, przybywający do szpitala, pochodzili z Warszawy lub Pragi.

Najważniejszym ogniskiem i prawdopodobnie rozsądnikiem cholery w Warszawie jest wieś Ochota, która dostarczała dotychczas 43 chorych, z Warszawy zaś przybyło 55, z Woli 11, i po 1-nym chorym ze wsi Koło, Młociny, Groty i Pruszków.

Co się tyczy chorych miejscowych, to pochodzili oni z następujących ulic i domów: Żelazna 44 i 48, Nowy-Swiat 6, Ogrodowa 44, Przemysłowa 31, Stawki 43 (4 przypadki) i 45 (2 przypadki), Miedziana 14 i 7 (5 przypadków), Plac Krasiński 1, Wolska 57, Targowa 42, Żąbkowska 4, Ślizka 6 i 22, Pawia 81 (2 przypadki), Moskiewska 3, Olszowa 8, Karmelicka 3, Przystanek statków parowych nad Wisłą, Łucka 25, Sosnowa 3, Furmańska 4, Browarna 20, Miła 24, Pańska 86, Długa 41, Hoża 11, Grzybowska 18 i 78, Brukowa 1, Krochmalna 13, Gęsia 6, Widok 14 (2 przypadki), Solec 62 i 35 (2 przypadki), Wola (2 przypadki), Tarczyńska 2 i 20 i Elektoralna 12.

Prócz tych znanych chorych, zdarzają się przypadki cholery, które nie są bliżej znane, z powodu, iż chorzy bali się udawać do szpitala. Przebieg choroby jest w ogóle bardzo ciężki i gwałtowny, a śmiertelność znaczna.

Jakkolwiek pochodzenie tych ognisk i przyczynowy ich związek jest ciemny, *a priori* wszakże trzeba przypuszczać, że rozsądnikiem

pierwszych przypadków w mieście była wieś Ochota, której mieszkańcy codziennie na zarobek do Warszawy przychodzą. Wobec tego, prócz innych zaradczych środków, do życzenia by było, aby na miejscu urządzić stały barak dla cholerycznych z należytą opieką lekarską, a chorych bezwarunkowo wcale do miasta nie sprowadzać.

Z prawdziwem zadowoleniem wspominamy, że zapadły na cholere kol. Kajetan SZCZENIOWSKI, podczas pełnienia obowiązków lekarskich w Ochocie, obecnie przyszedł zupełnie do zdrowia. J. Sz.

— W dniu 3 czerwca r. b., współpracownik naszego pisma, kol. Michał SADOWSKI po obronie rozprawy pod tytułem: „Przyczynę do kwestyi o utracie odporności u żab względem karbunkułu“ uzyskał w uniwersytecie tutejszym stopień doktora medycyny.

— VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Zapowiedziano dotychczas następujące wykłady i zdania sprawy: W sekcji chorób skórnych i wenerycznych: D-r ELSBERG: O chorobach skórnych pochodzenia nerwowego. D-r CHRZANOWSKI: Wyniki leczenia kiły metodą ŁUKASIEWICZA. D-r FINGER: Temat zastrzeżony. D-r GARSZTKA: O wpływie influenzy na kiłę. D-r DEMBIŃSKI: O przerzutach gonokoków. Tenże: O leczeniu wstrzykiwaniami rtęci, referat. D-r REISS: Temat zastrzeżony. D-r SZADEK: Stan zdrowia matek płodzących z kiłowymi ojcami dzieci zakażone; do dyskusyi. Tenże: Czy wsteczne zakażenie się takich matek od płodu jest możliwe? D-r UHMA: Wstrzykiwania sublimatu metodą BACCELLI'ego.

— Wydawany w Petersburgu „Chirurgiczeskij wiestnik“ w zeszycie marcowym wprowadził rubrykę p. t. „Przegląd literatury chirurgicznej polskiej“, motywując potrzebę takiego przeglądu bogactwem bieżącej literatury polskiej w kwestjach chirurgicznych.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, uprasza wszystkich Członków tejże Kasy o przybycie na ogólne zebranie, odbyć się mające we Wtorek, dnia 12 czerwca r. b. o godzinie 7½ wieczorem w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała N-r 7), w celu wysłuchania publicznego zdania sprawy z działań Komitetu Kasy Wsparcia za rok 1893, stosownie do przepisów § 13 obowiązującej ustawy.

Oddzielne imienne zaproszenia do Członków rozsyłane nie będą; przeto Komitet uprasza Redakcje innych pism peryodycznych miejscowych o powtórzenie tego ogólnego zaproszenia.

Członek Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

D-r Rogowicz.