

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Obozna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych? Podał Leonard Leszczyński. (Ciąg dalszy). — **Kazuistyka.** Przypadek przepukliny smugi białej. Operacya Wyzdrowienie. Podał S. Mintz. — **Wykłady kliniczne.** O zaburzeniach w trawieniu przy rozmaitych przepuklinach, zwłaszcza przy przepuklinach smugi białej. — **Streszczenia i wyciągi.** 23. O odżywianiu i trawieniu po zupełnem wycięciu żołądka. Oesophagoenterostomia u człowieka. 24. Nerw wydzielniczy żołądka. Przyczynek do teoryi sprawności wydzielniczej żołądka. 25. O leczeniu łuszczycy. — **Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie.** — List otwarty D-ra Władysława Biegańskiego. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr. L. Leszczyński — Faut il donner la préférence au bromure d'éthyl ou au pental pour les narcoses de courte durée? 2) D-r S. Mintz — Un cas de l'hernie de Linea alba. Opération. Sanation.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Leszczyński — Soll Bromäthyl oder Pental zu kurzdauernden Narkosen verwendet werden? 2) D-r S. Mintz — Ein Fall von Hernia der Lineae albae. Operation. Heilung.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str. 5.

Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych?

Podał **LEONARD LESZCZYŃSKI.**

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 3).

Pozbawionym dwóch pierwszych kardynalnych wad eteru bromowego, zdaje się, jest drugi środek narkotyczny, pental, posiadający przytem wszystkie zalety eteru bromowego. O nim obecnie pomówimy słów kilka.

PENTAL.

Pental nazwę swą otrzymał w roku 1888 od MERING'a ze względu na wzór C_8H_{10} . Znany dawniej pod mianem amyleny, otrzymany został jeszcze w 1844 roku jako preparat chemiczny przez CAHOURS'a i opisany przez VAL-LARD'a. Na znieczulające działanie amyleny pierwszy zwrócił uwagę SNOW w 1856 r., stosując go do usypiań chorych przy wyjmowaniu zębów (zwykła kolej wszystkich środków znieczulających). W roku następnym znajdujemy już wiele bardzo przychylnie odzywających się komunikatów i zachwytów

nad nowym środkiem, zwłaszcza przy operacjach krótkotrwałych; w tymże 1857 r. BILLROTH dokonał amputacji goleni w narkozie amylenowej. Kilka przypadków narkozy niefortunnej i przypadki śmierci (SNOW—dwa śmiertelne) przy usypianiu ostudziły bardzo zachwyty zapalonych zwolenników do tego stopnia, że o amylenie wkrótce zapomniano. Niepomyślne przypadki złożono na karb nieczystości preparatu, który wtedy otrzymywano z alkoholu amyłowego, działając nań chlorkiem cynku, kwasem siarczanym i tlenkiem fosforu. Amylen tą drogą otrzymany rzeczywiście zanieczyszczony jest różnymi izomerami i polimerami amyleny oraz samym alkoholem amyłowym. Zdaje się jednak, że i tu większą rolę odgrywała niedokładna znajomość działania amyleny, a stąd i nieumiejętność stosowania go i zbyt wielkie żądania jakie niektórzy zapaleńcy stawiali amylenowi. Wzmiankę o doświadczeniach przeprowadzonych z amylenem na zwierzętach przez TOURDES'a znajdujemy u HUSSEMAN'a⁴⁵⁾ tej treści:

„Próby wziewania u zwierząt wykazały wyższość amyleny nad innymi środkami znieczulającymi, może być on bowiem znoszony przez czas długi, o ile wziewanie od czasu do czasu przerywać będziemy, by ułatwić wydzielanie amyleny przez płuca. Jeśli jednak krew przesycić amylenem, następuje śmierć zwierzęcia. Znieczulenie występuje w kilka minut albo stopniowo, albo po drgawkach klonicznych i tonicznym, przyczem zwierzęta często głośno krzyczą. Po odstawieniu środka zwierzęta przychodzą do siebie w 1—3 minut, oddech jednak długo zachowuje charakterystyczny zapach amyleny. Znieczulenie jest zupełne jak przy użyciu innych środków znieczulających i połączone ze zwolnieniem układu mięśniowego“.

Powyższy obraz narkozy owym nieoczyszczonym amylenem niczem prawie w głównych zarysach nie różni się od objawów narkozy amylenem czystym czyli pentalem, jakie ja, zarówno jak inni, otrzymywałem w doświadczeniach na zwierzętach.

Amylen czysty otrzymany został przez MERING'a w 1888 r. przez ogrzewanie wodanu amyleny (dwumetyetylkarbinolu) z kwasami organicznymi (cytrynowym lub szczawiowym) jako jeden z izomerów amyleny, mianowicie β -izomery amyleny albo trzymetyetylen. Czystemu związkowi temu z powodu empirycznego wzoru C_5H_{10} nadał MERING nazwę pentalu i wypróbował działanie jego na zwierzętach, polecił wyrób fabryce Kahlbaum'a w Berlinie, skąd dziś jedynie pentale się otrzymuje.

Pentale fabryki Kahlbauma, wydawany zwykle w buteleczkach po 10 gm. zawierających (na objętość = 16 cm. sz.), przedstawia się jako zupełnie przezroczysty, bezbarwny płyn o odczynie obojętnym i dość ostrym, charakterystycznym zapachu, przypominającym nieco benzynę i cokolwiek olej gorczyczny. W wodzie jest nierozpuszczalny, łatwo miesza się z alkoholem, eterem, chloroformem i olejami; smak ma prawie obojętny, ciężar gatunkowy 0,638—0,678, prawie jak eter siarczany; lotność jak i eteru bromowego 38°; łatwo zapala się, stąd ostrożność zalecana jest w obec światła przy stosowaniu pentalu do narkozy wieczorem. Pentale należy do ciał trwałych, nie rozkłada się tak, jak eter bromowy pod wpływem światła, powietrza i wilgoci i tą to własnością znacznie przewyższa eter bromowy, gdyż może być długo i wszędzie przechowywany i jest zawsze możliwy do użycia.

⁴⁵⁾ Rieth, Ueber Pentalnarkose. Beltr. zur Chirurgle Bruns. T. X. S. 190.

Pierwszą wiadomość o stosowaniu pentalu u ludzi podał HOLLÆNDER^{45a)} na zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Halli w 1891 r.; znajdujemy tam statystykę 200 przypadków i zachwyt nad pentalem. W następnym roku zjawia się już obszerniejszy artykuł tegoż HOLLÆNDER'a⁴⁶⁾ ze statystyką 900 przypadków narkozy przy krótkich operacjach chirurgicznych. ROGNER⁴⁷⁾ pierwszy stosuje pental przy małych operacjach dentystrycznych, jak otwarcie ropni i wyłyżeczkowanie, przypalanie żegadłem PAQUELIN'a, wycięcie wrosłego paznokcia i t. p.; nie podaje on statystyki przypadków operowanych, lecz wyraża zachwyt wielki nad pentalem w słowach: „Cito, tuto et jucu nde“. PHILIPP⁴⁸⁾ poleca pental jako nieszkodliwy środek usypiający dla dzieci na zasadzie spostrzeżeń zebranych w szpitalu dziecięcym w Berlinie. W końcu nawet pentalem zastępował on chloroform i nie zauważył żadnego szkodliwego wpływu ani na działalność serca ani na nerki; dokonywał on operacji trwających i po godzinie i notuje zupełny brak objawów, występujących po chloroformie; zwraca uwagę, iż pental może wystawić oddech na niebezpieczeństwo i stąd nie radzi go stosować przy tracheotomii. Artykuły te są hymnem pochwalnym na cześć pentalu. Pod ich wpływem wielu innych lekarzy i dentyстів zaczęło stosować pental dość często, brak jednak doświadczenia, a raczej obznajmienia się należytego z przebiegiem usypiania spowodowały w krótkim czasie pewne rozczarowanie wskutek kilku przypadków śmierci i kilkunastu z ciężkimi, grożącymi życiu objawami zaduszenia. Wszystkie prawie te przypadki, jak poniżej przy statystyce wykażę, miały miejsce w 1892 i 1893 roku i pochodziły z powodu wadliwego lub niewłaściwego stosowania pentalu do wdechań.

Głosy rozczarowania wywołały bardzo pożądane pewne ostrożności przy stosowaniu pentalu, bardzo cenne prace doświadczalne nad jego działaniem oraz pewne ograniczenie w stosowaniu go przez lekarzy i niektórych dentyстів, więcej doświadczonych i obeznanych z przebiegiem narkozy. Wynikiem tego zwrotu jest zupełny prawie brak w literaturze od 1893 roku do obecnej pory śmiertelnych i owych zatrważających przypadków narkozy przy stosowaniu pentalu, a udoskonalona technika usypiania daje nam dziś możliwość otrzymania doskonałej, bezpiecznej narkozy przy użyciu bardzo a bardzo niewielkich ilości pentalu w porównaniu z narkozami z roku 1891 (2 do 8 gm. zamiast 8 do 20 gm.).

Stosowanie pentalu zupełnie prawie podobne jest do usypiania eterem bromowym; dla tego też nie będę powtarzał tu całego wyżej przytoczonego szematu narkozy prawidłowej, a ograniczę się na wykazaniu niektórych wybitniejszych jej chwil i zalet. Do wielkich zalet pentalu należy możliwość usypiania nim nawet i po obfitym obiedzie bez obawy następnych wymiotów. Wobec faktu, że pental jest przeszło dwa razy lżejszy od eteru bromowego (C_5H_{10} —0,638, C_2H_5Br —1,445), ilości pentalu użytego do polania maski na wagę podawane są mniejsze, ilość zaś cm. sześciennych prawie jednakowa. Do polania maski szczególnie przystającej do twarzy używam jednorazowo 1½ do 2 gm. pentalu. Zwykle 3 do 6 gm. pentalu polane w dwóch, trzech dawkach na taką maskę najzupełniej wystarcza do otrzymania dostatecznej narkozy. Ilość pentalu potrzebna do wywołania narkozy zależna jest jednak od

^{45a)} HOLLÆNDER. Therapeutische Montsh. 1891. X.

⁴⁶⁾ Deut. med. Wochenschrift. 18. VIII. 1892.

⁴⁷⁾ Wiener. med. Press: 20. XII. 1891.

⁴⁸⁾ Arch. f. klin. Chir. T. XLV. Z. 1. 1892.

wieku i indywidualności usypianego osobnika. Nie przeczę, że przy masce powyżej wskazanej znaczna ilość pentalu uchodzi w powietrze i że z większą oszczędnością materiału można otrzymać dobre uśpienie przy pomocy maski i przyrządu JUNKER'a ($1\frac{1}{2}$ do 3 gm.), ta jednak okoliczność, że maska kauczukowa JUNKER'a znacznie przytłumia głos chorego przy liczeniu, służącym dla mnie za wskazówkę przebiegu narkozy, skłania mnie więcej na stronę maski zwyczajnej, wyżej opisanej. Wprawdzie powietrze wdechane przez usypianego powinno zawierać przynajmniej 15% pentalu, aby spowodowało utratę świadomości i znieczulenie, jednakże pokrywanie maski ceratką dla większego stężenia pary pentalu uważam za zbyt uczynne, a nawet grożące niebezpieczeństwem. Przykrycie ciepłą dłonią polanego miejsca maski powoduje aż nadto dostateczne nasycenie powietrza pentalem. Samo uśpienie pod wpływem pentalu następuje nieco wolniej, niż pod wpływem eteru bromowego. Usypiany, wygłaszając liczby kolejne przy każdym oddechu, dochodzi w liczeniu do dwudziestu i wtedy zaczyna albo przyspieszać liczenie, lub też powtarzać liczby po 2—3 razy, następnie i poddawane głośno przez lekarza liczby powtarzać przestaje. Pora maskę usunąć i przystąpić do operacji. Chorego wtedy znajdujemy w stanie zupełnej nieświadomości i znieczulenia, powieki na wpół otwarte, źrenice nieco rozszerzone, lub prawie bez zmiany. odruch przy dotykaniu rogówki zupełnie zachowany. Tętno w większości przypadków nieco zwolnione staje się przy głębokiej narkozie szybkim i drobnym; oddech, w pierwszych chwilach usypiania równy, powolny, w miarę występującej narkozy przyspiesza się nieco, następnie znowu staje się wolny i mniej głęboki, a przy głębokiej narkozie nawet zupełnie powierzchowny.

Często w niezbyt głębokim uśpieniu chory reaguje na głos lekarza, na przykład otwiera usta podług wymagania, z zachowaniem zupełnego znieczulenia i nieświadomości czynu. Mięśnie szczęk (*masseter* i *temporalis*) są w pierwszej chwili nieco naprężone, nigdy jednak w takim stopniu jak przy eterze bromowym.

Zbyt silnie występujący szczękocisk, a za nim wkrótce i *opistotonus* wskazują zbyt głębokie, groźne uśpienie, powstałe czy to wskutek zbyt długiego, częstego podawania pentalu, czy też, co częściej bywa, wskutek zbyt obfitego polewania maski (5—10 gm. na raz, jak w początkach czyniono) i utrudnienia dostępu powietrza. Zbyt stężona para pentalu działa wtedy energiczniej, powodując uśpienie szybsze, ale wywołuje przy tem często groźne objawy zaduszania. Chory, zbliżając się do 10—12, przestaje już liczyć; jeśli wtedy natychmiast nie odsunąć maski, a pozwolić choremu odetchnąć pentalem jeszcze 2—3 razy, to prócz znacznego szczękocisku zauważymy szerokie otwarcie powiek, występujące w miarę coraz głębszej narkozy i kurczowe ruchy źrenic, rodzaj oczopląsu; dalej występuje *opistotonus* mniej lub więcej silny, a przy zbyt głębokim uśpieniu unieruchomienie zwróconych w górę, rozszerzonych i nie oddziaływających źrenic, skurcz mięśni klatki piersiowej i wstrzymanie oddechu, a za niem i sinica. Wstrzymanie oddechu w okresie wdechu wśród drgawek tonicznych robi wrażenie jakby wstrzymania wskutek skurczu grupy mięśni wdechowych klatki piersiowej. Silnego zwięzienia źrenic, występującego według moich i SACKUR'a spostrzeżeń u królików w bardzo głębokim uśpieniu, u ludzi nie spostrzegałem. Owe groźne objawy zaduszania ustępują zwykle po stosowaniu natychmiastowem sztucznego oddechania, chyba że miara pentalu została przebrana. Zwykle groźne te objawy przy niepra-

widłowem usypianiu występują dopiero w pół minuty lub później po usunięciu maski, a więc w czasie operacji.

Ważny wpływ na przebieg prawidłowy usypienia ma zwracanie uwagi na równość oddechu chorego przy usypianiu. Głębokie wdechy, czy to przy chloroformie, czy eterze bromowym, czy pentalu powodują zwykle następce zatrzymanie oddechu, a przy stosowaniu zwłaszcza stężonej pary pentalu, wobec przesycenia krwi nadmiarem energicznie i szybko działającego narkotyku, grożą nawet objawami zaduszenia. Dla tego też usypianemu nakazać należy oddech nie głęboki, lecz zwyczajny, równy, czemu znakomicie pomaga liczenie.

Czasami przy zbyt obfitem polewaniu maski pentalem i utrudnieniu dostępu powietrza chory zaraz w początku objawia jakiś niepokój, być może pod wpływem występującego snu lub widziadeł, i wtedy zaczyna krzyczeć lub rzucać się nieświadomie i tem uniemożliwia dalsze usypianie. Uspokojenie chorego i rozpoczęcie usypiania nie wielkimi ilościami pentalu doprowadzi do spokojnej i dostatecznej narkozy. Zbyt obfity dostęp powietrza przy usypianiu pentalem albo wywołuje narkozę bardzo późno z objawami silnego pobudzenia, lub też wcale jej nie wywołuje pomimo znacznego zużycia pentalu.

Jako kontrolę narkozy HATTYASY⁴⁹⁾ wskazuje źrenice, które w miarę występowania narkozy stopniowo się rozszerzają. Nieczułość skóry występuje dosyć wcześnie i trwa 2 do 3 minut po usunięciu maski. Dla mnie liczenie, wskazujące utratę świadomości, a następnie przy głębszej narkozie i zanik słuchu jest doskonałą i przy pentalu oznaką. Za drugą oznakę usypienia zwłaszcza u dzieci, gdzie liczenia trudno wymagać, służy dla mnie oddech, który, jak wyżej wskazałem, w miarę występowania usypienia przyspiesza się znacznie, a następnie przechodzi w wolny, a dalej i w powierzchowny; za trzecią — otwarcie powiek, zwiększające się również w miarę występowania usypienia. Przy głębokiem usypieniu występuje czasami oczopląs, a zawsze utkwienie nieruchomych, reagujących jeszcze na dotyk źrenic w jeden punkt, zwykle nieco ku powiece górnej.

Prawidłowo prowadzone usypienie można przedłużać dowolnie, do godziny i więcej, dolewając w miarę budzenia się chorego niewielkie ilości pentalu na maskę.

W mej praktyce przy operacjach w jamie ustnej, gdzie koniecznie potrzebne jest usunięcie maski na czas dłuższy, równomierne podtrzymywanie narkozy pentalem wobec szybkiego budzenia się chorego jest niemożliwe i nie znalazło zastosowania, natomiast przy operacjach drobnych na innych częściach ciała, jak otwarciu zatok ropnych, sekwestrotoniach i wyłyżeczkowaniu, mniejszych amputacjach, wycięciu niewielkich nowotworów i innych niewymagających rozluźnienia mięśni rękoczynach, podtrzymywać usypienie pentalem możemy dowolnie, zwłaszcza stosując je zapomocą przyrządu JUNKER'a. Wtedy kontrolą narkozy będą źrenice i oddech prawidłowy.

PHILIPP⁵⁰⁾ dokonywał bardzo wiele operacji w szpitalu dziecięcym w usypieniu pentalem, a pomiędzy innemi i operacje trwające po godzinie; największą ilość zużytego pentalu podaje na 180 gm.; żadnych następstw szkodliwych nie zauważył. BREUER i LINDNER⁵¹⁾ dokonywali również wiele dość długo trwających operacji pod pentalem. COOK⁵²⁾ stale od lat kilku stosu-

⁴⁹⁾ Wien. med. Presse. 24. VII. 1892.

⁵⁰⁾ Arch. f. klin. Chir. T. 45. Z. 1.

⁵¹⁾ Wien. med. Woch. 1892. Nr. 1.

⁵²⁾ The Lancet. 1896. S. 711. Dick.

je pental z dostępem powietrza i wykonywa operacye trwające po pół godziny i więcej.

Króliki moje znosiły bezkarnie dwugodzinną narkozę po 3—6 razy, gdy po dwugodzinnej narkozie chloroformem lub eterem bromowym padały we 24 do 50 godzin.

Sny, nieodłączny objaw narkozy eterem bromowym, przy pentalu występują nader rzadko i w bardzo niewyraźnej postaci; chorzy zwykle nie pamiętają, by im się coś śniło, a wrażenia swoje z zasypiania opowiadają zupełnie podobnie do wrażeń osób chloroformowanych: o jakichś podróżach w przestrzeni i t. p.

Przebudzenie i powrót do przytomności po pentalowaniu odbywa się nieco powolniej niż po uspianiu eterem bromowym. Chory ma oczy otwarte, patrzy nieruchomo, nie poznając otoczenia, po chwili wraca do przytomności, nie mając najmniejszej świadomości o bólu i rękoczynach dokonanych w czasie snu. Budzić chorego nie należy, lecz uważać trzeba przy operacyi w jamie ustnej, by krew nie spływała do znieczulonego jeszcze przewodu oddechowego; w 5—8 minut po odjęciu maski wraca chory zwykle do przytomności, uskarżając się jedynie czasem na zawroty głowy i niewielkie osłabienie, a w 15—20 minut powraca do stanu prawidłowego i jest w stanie oddać się zwykłym zajęciom codziennym.

Z ubocznych objawów, prócz wyżej wymienionych powstających wskutek nieprawidłowego usypiania pentalem, nie wiele mam do zanotowania. HARRYASY i ROSE przytaczają wymioty, jako nader rzadki, nieprzyjemny uboczny objaw tej narkozy; ja na 120 przypadków wymioty spostrzegałem raz jeden u osobnika (jak sam twierdził) nader skłonnego do wymiotów, pomimo że usypiałem chorych nawet w krótkim bardzo czasie po przyjęciu pokarmów. Szczękościsk i naprężenie mięśni przy prawidłowem usypianiu jest tutaj mniejsze, niżli przy eterze bromowym, zupełnego jednak rozluźnienia mięśni i tutaj otrzymać nie można. Zawroty głowy, osłabienie, czasami drżenie kończyn, w miarę wydalania pentalu z ustroju przez płuca, szybko ustępują.

Jak ważną rolę w pomyślnym przebiegu narkozy gra umiejętność pentalowania i doświadczenie, po tem, co powyżej przytoczone, mówić, zdaje mi się, więcej nie trzeba. W praktyce mej na 120 przypadków usypiania pentalem miałem i ja w początkach stosowania go kilka przypadków powikłań: 4 razy zanotowałem krzyk bezwiedny, 2 razy silne pobudzenie, 6 zbyt głębokie uspienie ze szczękościskiem, tężcem i oczopląsem, z tych 3 razy z zatrzymaniem oddechu i sinicą szybko występującą. Sztuczny oddech zupełnie usuwał po 30 sekundach stan groźny. Od roku 1895 do tej pory nie mam zanotowanego ani jednego powikłania uspiania pentalowego, zmieniłem bowiem wadliwy sposób usypiania i od tej też pory przebiega ono idealnie spokojnie.

Przeglądając odnośną literaturę, zauważyłem, że połowa nieszczęśliwych przypadków śmierci pod pentalem i wszystkie prawie z groźnymi objawami zaduszania miały miejsce u osób usypianych wadliwie. Tak np. w dwóch przypadkach śmierci podanych przez SICK'a ⁵³⁾ na maskę z pokrywą ceratową wylano odrazu 10 gm. pentalu. HÆGLER ⁵⁴⁾ podaje wiele przypadków silnego pobudzenia i jeden typowy zbyt głębokiego zapentalowania: na maskę

⁵³⁾ Deutsch. med. Woch, 1893. Nr. 13.

⁵⁴⁾ Corresp. f. Schweitzer Aerzte. 1892. Nr. 22.

wylał od razu 10 cm. sz. pentalu; po 90 sekundach otrzymał obraz następujący: bezwład ramion, oczy otwarte, sztywno w górę utkwione, źrenice szeroko rozwarte, odruch rogówki jeszcze zachowany, tętno dobre. Nagle wystąpiło utrudnienie oddechania i silna sinica, wreszcie zatrzymanie oddechu w okresie wdechu, tętno przestało być wyczuwalne. Zastosowano natychmiast sztuczne oddechanie, poczem we dwie minuty oddech powrócił, a po kilku minutach chory powrócił do stanu prawidłowego bez żadnych dalszych następstw. FRÆNKEL ⁵⁵⁾ opisuje także typowe obrazy, powstające po stosowaniu na raz znacznych ilości pentalu; wylewał on na raz jeden 10 do 20 cm. sz. na maskę i utrzymuje, że narkozy były dobre. Wystąpienie uśpienia poznawał on po rozszerzonych źrenicach. Jego chory, jak sam podaje, nie przedstawiał obrazu śpiącego spokojnie, „sondern ein wie vom Tetanus befallener“. Oczy szeroko otwarte, pojedyncze grupy mięśni w napadach skurczów, czasami i *opistotonus*. Podobne objawy podaje RÖSE ⁵⁶⁾ i skłania się więcej do eteru bromowego, widocznie lepiej będąc z nim obznajmionym. BREUER i LINDNER ⁵⁷⁾ mający przeszło 400 spostrzeżeń stosowania pentalu w dziecięcej praktyce szpitalnej, podają (z początków stosowania) również jeden ciężki przypadek zapentalowania 4-ma gramami pentalu bez dostatecznego dostępu powietrza. U zdrowej dziewczyny po 50 sekundach narkozy wystąpiło zatrzymanie oddechu, brak tętna, rozszerzenie źrenic *ad maximum*, zanik odruchu rogówki. Zastosowano sztuczne oddechanie, i po paru minutach powróciła zupełna przytomność i stan prawidłowy. Przychodzą do oni wniosku, że nader ważne jest stosowanie pentalu z dostatecznym dopływem powietrza.

(C. d. n.).

KAZUISTYKA.

Przypadek przepukliny smugi białej. Operacja. Wyzdrowienie.

Podał S. MINTZ.

W dzisiejszym numerze „Medycyny“ Sz. Czytelnicy znajdą streszczenie obszernej pracy KUTTNER'a o wpływie przepuklin na powstawanie zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Praca ta uwalnia mię od szczegółowego rozbioru patogenety, rozpoznawania i leczenia przepuklin smugi białej, wszystko to bowiem przytoczone zostało w poniższym streszczeniu. Ja pragnąłbym tylko przez opis jednego przypadku, w którym zalecona przezemnie operacja usunęła w zupełności ciężkie objawy niestrawności, zwrócić uwagę kolegów na cierpienie, które pomimo swej doniosłości praktycznej, mało znalazło uwzględnienia w naszym piśmiennictwie ekarskim.

Odnosnie do przepuklin smugi białej dziś jeszcze w całości warto powtórzyć zdanie RICHTER'a z przed 100 laty: „Często tego cierpienia nie rozpoznajemy wcale, wywoływane zaś przez nie objawy chorobowe innym przypisujemy przyczynom.

⁵⁵⁾ Oest. Ung. Vierteljahrschrift. f. Zahnheilkunde 1892, VIII. 2.

⁵⁶⁾ Verhandl. der Deutsch. odontol. Gesellsch. 1892. 1892. IV. Z. 1. S. 29.

⁵⁷⁾ Wien. med. Presse. 1891. Nr. 51.

Podobny błąd rozpoznawczy chory przypłaca zdrowiem, nieraz nawet życiem. To też w każdym przypadku dolegliwości żołądkowych należy się przekonać, czy nie ma ukrytej przepukliny, która stanowi źródło danego cierpienia żołądka. Nie do uwierzenia, jak często niejasne, uporczywe i na pozór nieuleczalne przypadłości łatwo tłumaczyć i leczyć, skoro się wykrywa ich istotną przyczynę, t.j. przepuklinę smugi białej“. Co prawda, często tylko przypadkowo znajdujemy przepukliny smugi białej u osób, które o jej istnieniu zgoła nic nie wiedzą, a którym ona żadnych dolegliwości nie sprawia. To też błędem byłoby twierdzić, że każdą przepuklinę smugi białej bezwarunkowo uważać należy za źródło istniejących przypadłości żołądkowych, albowiem te ostatnie zależeć mogą od samoistnego cierpienia żołądka i nie mieć żadnego związku ze stwierdzoną przepukliną. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że w całym szeregu przypadków przepuklina smugi białej wywołuje ciężkie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, a nieraz daje powód do fatalnych omyłek rozpoznawczych. Pomijam tu ostre uwięźnięcie przepukliny, nie dającej się odprowadzić. W takim bowiem wypadku gwałtowne objawy (silne bóle, wymioty, zaparcie, wzdęcie i t. d.) łatwo naprowadzają lekarza na właściwą drogę. Natomiast peryodyczne, w krótszych lub dłuższych odstępach czasu występujące bóle w okolicy żołądka lub wątroby, jak również stałe bóle w dołku, wzmagające się po każdym jedzeniu, rzeczywiście stać się mogą źródłem błędów rozpoznawczych. Przy kolkach w okolicy wątroby, połączonych z mdłościami i wymiotami, często pohopnie i nieoględnie rozpoznajemy kamicy żółciową, zapominając, że te same objawy zależeć mogą od przemijającego uwięźnięcia przepukliny ścian brzusznych. Tam, gdzie nie ma żółtaczki, gdzie pęcherzyk nie jest wymacalny, wątroba nie jest powiększona i bolesna, rozpoznanie pozostaje przez czas dłuższy niepewne i dopiero dłuższe spostrzeganie rozstrzygnąć może wątpliwość na korzyść jednego lub drugiego cierpienia. Obecnie mam w leczeniu chorego rzeźnika, który po dwóch napadach kolki w okolicy wątroby przyszedł do mnie z gotowem rozpoznanem kamicy żółciowej. Przy badaniu znalazłem u niego o 2—3 palce poniżej prawego łuku żeberowego boczną przepuklinę ścian brzusznych, bolesną przy ucisku. Z wywiadów dowiedziałem się, iż podczas napadu ból zaczyna się w tem właśnie miejscu, gdzie wykryłem przepuklinę, a dopiero stąd rozpromienia się na okolicę wątroby i prawą łopatkę. Żółtaczki chory nie miał, brzeg wątroby nie wyczuwa się. Otóż w tym przypadku przepuklina prawdopodobnie stanowi przyczynę kolki. Mówię „prawdopodobnie“, gdyż na stanowcze wyłączenie kamicy potrzebne jest dłuższe spostrzeganie.

O ile przy bólach napadowych rozpoznanie różniczkowe wahać się może między kamicy żółciową a przepukliną smugi białej, o tyle znowu ta ostatnia przy bólach stałych nieraz daje powód do fałszywego rozpoznania wrzodu lub nerwicy żołądka. Do tej właśnie kategorii odnosi się spostrzegany przeze mnie przypadek.

Bd. A. z Grodna, w wieku lat 36, zgłosił się do mnie z powodu silnych bólów w okolicy żołądka. Cierpienie trwa już przeszło pół roku, powstało z przyczyn choremu nieznanych. Przedtem nigdy na żołądek nie chorował. Oprócz bólu uskarża się na odbijania i osłabienie. Pomimo dobrego łaknienia chory w ostatnich dniach z obawy przed bólami, występującymi niezwłocznie po jedzeniu, stałych pokarmów wcale nie przyjmuje, poprzestając wyłącznie na płynach, które przyjmuje w ilościach bardzo małych. Badanie przedmiotowe nie wykazuje nic nieprawidłowego ani w płucach, ani też w sercu lub nerkach. Żołądek nie rozszerzony. Na linii środkowej, między wyrostkiem nieczykowskim a pępkiem znajduje się guzik płaski i miękki, nieruchomy, wielkości śliwki, przy dotyku dość bolesny; odgłos nad nim stłumiony. Guzik ten chory miał zauważyć sam jeszcze przed pół

rokiem, nie przypomina jednak sobie, w jakich warunkach guzik powstał. Zdaniem chorego, guzik nieraz się zmniejsza, nie udało mi się jednak ani razu zauważyć powiększenia guzika podczas kaszlu lub schylania się chorego.

Dodam jeszcze, że chory nie miał nigdy ani wymiotów krwawych ani też czarnych stolców i że przeprowadzone przed zgłoszeniem się do mnie systematyczne leczenie przypuszczalnego wrzodu żołądka nie odniosło żadnego skutku.

Wzmiankowałem już, że granice żołądka znalazłem prawidłowe. Wewnętrzne badanie żołądka nie wykazało również żadnego zboczenia w mechanizmie lub chemizmie żołądka.

Silne bóle żołądkowe w danym przypadku zależały, mojem zdaniem, od przepukliny smugi białej. Choremu zaproponowałem operację, na którą chętnie się zgodził. Operację wykonał kol. ODERFELD w dniu 5 grudnia 1896 r. w szpitalu starozakonnych. Po przeprowadzeniu cięcia długości 6 cm. przez środek guza znaleziono w smudze białej otworek, przepuszczający koniec palca. Przez otworek ten wystawała zawartość jamy brzusznej w postaci wyczuwalnego guzika. Po otwarciu worka przepuklinowego znaleziono część sieci, którą resekowano; wycięto również część worka przepuklinowego. Szew nałożono 3 piętrowy. Rano zagoiła się przez rychłozrost. Bóle w okolicy żołądka po operacji znikły bez śladu.

WYKŁADY KLINICZNE.

L. KUTTNER.

O zaburzeniach w trawieniu przy rozmaitych przepuklinach, zwłaszcza przy przepuklinach smugi białej.

O ile dawniej, przed wynalezieniem dokładnych sposobów badania czynności żołądka, każdą niestrawność uważano za zależną od zmian anatomicznych w żołądku, o tyle obecnie, po wydzieleniu nerwicy żołądka w oddzielną grupę zauważyć można przesadę w kierunku przeciwnym—zbytnią pohopność do rozpoznawania cierpienia żołądka na tle nerwowem. Brak objawów organicznego cierpienia żołądka nie upoważnia nas jeszcze do rozpoznania nerwicy tego narządu *per excludendum*, dopóki nie możemy wyłączyć u chorego cierpienia innych narządów, które na drodze odruchowej wywołuje objawy niestrawności. Zależność niestrawności od chorób narządów wewnętrznych dobrze nam jest znana, natomiast mniej znany wpływ chorób chirurgicznych, zwłaszcza przepuklin, na powstawanie zaburzeń żołądkowych.

Wiadomo, że przy większych przepuklinach pachwinowych i udowych powstać mogą dolegliwości niestrawnościowe rozmaitego natężenia w zależności od wielkości, zawartości i zachowania się przepukliny, t. j. od tego, czy ta ostatnia łatwo się daje odprowadzić, czy nie. Często jednak się zdarza, na co właśnie zwrócił uwagę LINDNER, że u chorych, uskarżających się na rozmaite objawy niestrawności, przy dokładnem badaniu znajdujemy małe przepukliny udowe zaledwie wielkości wiśni. Chorzy tej kategorii leczą się przez dłuższy czas na nieżyty żołądka lub kiszek, wszelkie zaś na pozór bardzo racjonalne środki lecznicze pozostają u nich bez skutku, dopóki dokładne wymacywanie obrączki udowej nie wykryje obecności przepukliny. Cierpienie to prawie wyłącznie dotyka kobiet

w średnim lub podeszłym wieku, po częstych porodach, natomiast o wiele rzadziej napotyka się u kobiet młodych, nierodzących. Objawy przedmiotowe mogą być nieznaczne (brak łaknienia, wzdęcie i t. d.), nieraz zaś niespodzianie, albo też po wysiłku fizycznym występują w okolicy żołądka silne kolki, którym towarzyszą mdłości, ściskanie, uczucie pełności, ból głowy, bicie serca i omdlewanie. Napady te występują w krótszych lub dłuższych odstępach czasu i bywają rozmaitego natężenia. Po skończeniu napadu chore czują silne zmęczenie, lecz dość prędko mogą przyjmować pokarmy, a nawet mają wyborne łaknienie. Badanie chemiczne żołądka nie wykazuje żadnych nieprawidłowości, natomiast często wykrywamy opadnięcie i niedowład żołądka. Przy badaniu takich chorych znajdujemy wyraźnie rozszerzoną obręczkę udową, albo też małą przepuklinę udową, nieraz zaś stwierdzamy w tem miejscu obecność małego guza, mającego wszystkie własności tłuszczaka. Podczas napadu znajdujemy w worku przepuklinowym zawsze małą pętlicę albo niewielki kawałek sieci, które łatwo dają się odprowadzić, przyczem słychać szmer charakterystyczny. Bóle więc napadowe u tych chorych zależą od uwięźnięcia małych przepuklin udowych, które zwykle samo przechodzi, a dopóki trwa, dopóty wywołuje rozmaite zaburzenia żołądkowe.

Zdaniem LINDNER'a przy szeroko otwartym kanale pachwinowym mogą również powstać rozmaite dolegliwości ze strony żołądka. Przy kaszlu, wydymaniu się, podnoszeniu ciężarów i t. d. pętlica kiszek zostaje ściśnięta przez obręczkę wewnętrzną, jakkolwiek z zewnątrz nic wymacać nie można. W większości przypadków wystarcza nałożenie odpowiedniego paska, jeżeli zaś ten ostatni nie prowadzi do celu, to należy operować.

Również ważne jak te klasyczne przepukliny są dla klinicysty przepukliny ścian brzusznych, t. j. przepukliny przedniej ściany brzusznej, nie występujące w trzech typowych miejscach (pachwina, udo i pępek). Od tych przepuklin pod względem etyologii i znaczenia klinicznego odróżniać należy wypadanie narządów brzusznych, fałszywie jako *hernia ventralis* określane. Ostatnie powstaje wskutek rozszerzenia mięśni prostych, spowodowanego przez silne rozciąganie ścian brzusznych (po częstych porodach, po zanikaniu puchliny wodnej i t. d.). Cierpienie to odnieść należy do rozdziału o przemieszczeniu trzewiów brzusznych i o t. zwanym brzuchu obwisłym.

Odróżniamy przepukliny boczne i środkowe ścian brzusznych. Pierwsze napotykają się o wiele rzadziej i znajdują się prawie zawsze obustronnie w linii sutkowej, dochodzą do wielkości jajka kurzego, nieraz są o wiele mniejsze, w wyjątkowych zaś przypadkach bardzo duże. LINDNER wspomina o przypadku, w którym guz przepuklinowy sięgał od łuku żebrowego do wejścia małej miednicy i od przedniej linii pachowej do linii średniej. Rozpoznawanie małych przepuklin bocznych ma ważne znaczenie praktyczne, a to nie tylko, że małe częściej się napotykają niż duże, lecz że małe częściej dają powód do uwięźnięcia, a nawet bez uwięźnięcia mogą wywołać silne zaburzenia ze strony żołądka. Dla rozpoznania ważny jest kierunek, w jakim przenikają przez ściany brzuszne, mianowicie w kierunku ukośnym od góry i z zewnątrz ku dołowi i do wewnątrz. Operacja doszczętna jest zawsze wskazana.

O wiele większe znaczenie kliniczne mają przepukliny środkowe, inaczej zwane przepukliny smugi białej. W ścisłym związku z temi przepuklinami stoją napotykane w tej okolicy tłuszczaki, mające za punkt wyjścia tkankę łączną podotrzewną, a często zapomocą szypuły z tkanki łącznej i naczyń krwionośnych łączącą się bezpośrednio z otrzewną. Te t. z. *herniae adiposae* pod względem

etyologii, objawów oraz leczenia tyle mają wspólnych cech z prawdziwymi przepuklinami smugi białej, że klinicznie nie można ich od tych ostatnich oddzielić.

Przepukliny smugi białej nie są bynajmniej tak rzadkie, za jakie zwykle się je uważa. Często znajdujemy je u ludzi pracujących fizycznie, zwłaszcza u górników. Przepukliny te również jak tłuszczaki podotrzewnowe napotykamy przeważnie w górnej połowie *l. albae*, w bliskości wyrostka mieczykowatego, nad pępkiem, albo najczęściej tuż nad pęcherzem. Często występują (zarówno przepukliny, jak tłuszczaki) jednocześnie w kilku miejscach na *l. alba*, albo też kombinują się z przepuklinami klasycznymi. Ze spostrzeżeń autora, LINDNER'a, LENNHOF'a i BOHLAND'a wynika, że przepukliny smugi białej częściej występują u mężczyzn, niż u kobiet. W przypadkach KUTTNER'a wiek wahał się pomiędzy 20 i 50 r. Tylko wyjątkowo znajdujemy je u dzieci w pierwszych latach życia. Zwykle dochodzą one do wielkości grochu lub orzeszka, rzadziej bywają większe. Zauważyć wypada, że przepukliny smugi białej wskutek silnych wymiotów, a nieraz nawet już po przyjęciu pokarmów powiększają się i zmieniają postać, co nie ma miejsca przy tłuszczakach podotrzewnowych.

Co się tyczy zawartości przepuklin, to wykonane w ostatnich czasach operacye obaliły pogląd dawniejszych autorów, którzy uważali je za przepukliny żołądkowe w mniemaniu, że zawierają one pewną część żołądka. W większości przypadków sieć stanowi zawartość tych przepuklin, sama lub w połączeniu z kiszka. CLOCQUET, FOUCHER, KIRMISSON i TERRIER znajdowali, każdy w jednym przypadku, część *lig. falciformis* i zarośniętą albo jeszcze otwartą żyłę pępkową.

Etyologia. Odróżniamy 4 przyczyny powstawania przepuklin smugi białej: 1) wadę wrodzoną, 2) wrodzoną słabość powięzi *lig. albi* oraz zanik mięśni przy wychudnieniu, 3) powstawanie przepuklin w związku z tłuszczakami podotrzewnowymi i 4) uraz. Pierwszą przyczynę uważać należy za bardzo rzadką. Tylko COOPER wspomina o dwóch przypadkach, w których przepuklina była następstwem wadliwego zarośnięcia smugi białej. Dalej ważną rolę w powstawaniu przepuklin ścian brzusznych, zdaniem ROTH'a, odgrywa wrodzona słabość powięzi smugi białej. Autor ten przytacza liczne przypadki u ssawców i dzieci, u których wskutek długiego krzyku, silnego kaszlu, nadymania się i t. d. wytworzyły się przepukliny *l. albae*. Nie ulega wątpliwości, iż przy wrodzonej słabości powięzi wzmożone działanie tłoczni brzusznej przyczynić się może do powstawania przepuklin, ale po większej części dotyczy to miejsc typowych, bardzo rzadko zaś linii białej. KUTTNER pomimo bogatego materiału poliklinicznego w szpitalu Augusty (w Berlinie) ani razu nie widział przepukliny *in epigastrio* u dzieci. Powstawaniu przepuklin smugi białej, podług WIRZL'a i NICHUES'a, ma jeszcze sprzyjać szybkie wychudnienie, ale jest to mało prawdopodobne. U licznych chorych na żołądek i dotkniętych gruźlicą KUTTNER nie zauważył nigdy przepukliny w nadbrzuszu, pomimo silnego wychudzenia chorych. Odwrotnie Lucas CHAMPIONNIÈRE utrzymuje, że właśnie osoby otyłe są skłonne do przepuklin i że u nich chudnięcie nie tylko nie wywołuje przepuklin, lecz przeciwnie utrata tłuszczu może je wyleczyć z istniejącej przepukliny.

Największe jednak znaczenie przypisać należy urazowi, zarówno dla przepuklin prawdziwych, jak dla tłuszczaków podsurowicznych. Pamiętać jednak należy, że w większości przypadków przepuklina występuje nie bezpośrednio, albowiem wskutek urazu następuje rozerwanie tkanki łącznej, przez wytworzoną szczelinę wydostaje się na razie cokolwiek tłuszczu podotrzewnowego, nieraz kawałek otrzewny lub sieci, a dopiero później, przy odpowiedniej przyczynie okolicznościowej, gdy ciśnienie wewnątrzbrzuszne powiększa się (przy wymiotach, silnym ka-

szlu lub kichaniu), przepuklina występuje więcej na zewnątrz, a chory dopiero wtedy dowiaduje się o jej istnieniu. Z drugiej strony uraz sam może być tylko przyczyną okolicznościową. Dotyczy to małych tłuszczaków podotrzewnowych, które wskutek urazu zostają wyciśnięte ze starego kanału, a opróżnione przez tłuszczak miejsce zajmuje sieć lub pętlica kiszek. Tłuszczak pociąga za sobą lejkowato otrzewną, stanowiąc w ten sposób przyczynę powstawania przepukliny.

Objawy. Przepukliny smugi białej mogą pozostać przez czas dłuższy ukrytymi, tak że tylko przypadkowo wykrywamy je nieraz przy systematycznym badaniu chorego, dotkniętego innem zupełnie cierpieniem. Mogą też przepukliny długo nie wywoływać żadnych objawów chorobowych, dopóki nagle wskutek urazu lub jakiegoś wysiłku fizycznego nie wystąpią silne dolegliwości. Wogóle przebieg cierpienia rozmaicie się przedstawia, tak że niemożliwe jest narysować jednolity obraz chorobowy.

Jako hipotezę uważać można te przypadki, w których występują napady kolki. Bóle zjawiają się zazwyczaj po wysiłku fizycznym, kaszlu, jedzeniu, nieraz bez widocznej przyczyny. Siedliskiem bólu bywa miejsce ściśle określone, odpowiadające przepuklinie, skąd rozpromienia się do okolicy żołądka, kręgosłupa, łopatek, ramion, nieraz nawet do кишки prostej i pęcherza. Charakterystyczną cechą tej kolki jest zmienność w natężeniu bólu w zależności od położenia chorego. Przy leżeniu chorego nawznak bóle po większej części zupełnie znikają, wzmagają się natomiast przy schylaniu się chorego. Ból na drodze odruchowej sprowadza nudności i wymioty. Chory podczas napadu kolki wstrzymuje się od przyjmowania pokarmów. Przy leżeniu chorego nawznak przez kilka godzin lub dni bóle zwykle przechodzą.

Od powyżej nakreślonego typu bywają najrozmaitsze zboczenia. Wskutek podrażnienia otrzewny lub uwięźnięcia wybuchnąć może najstraszniejszy napad kolki. Chory rzuca się w łóżku od niezwykle silnego bólu, tętno staje się małe i częste, oddech przyspieszony, kończyny ziębną.

W niektórych razach, zwłaszcza przy długotrwałym cierpieniu napady kolki zdarzają się prawie codziennie, przyczem wymioty mogą się stać niepowstrzymanymi w prawdziwym tego wyrazu znaczeniu.

Powyższym ciężkim postaciom przeciwstawić można postaci iżejsze, w których przepukliny wywołują stałe bóle nieznacznego natężenia, brak łaknienia, mdłości, odbijania, wymioty, zaparcie stolca, nieraz nawet zaburzenia w ogólnym stanie chorego. W ostatnim razie występuje obraz histeryi, neurastenii, hipochondryi i t. d.

Przechodząc do objawów przedmiotowych, zaznaczyć musimy, że nieraz już gołym okiem, zwłaszcza przy leżeniu chorego nawznak, spostrzegamy na smudze białej miejsce wygórowane, skórą prawidłową pokryte. Najpewniejszych jednak wyników dostarcza nam wymacywanie, które wykonywać należy zarówno w położeniu chorego nawznak, jak w położeniu stojącym przy nachylonej ku przodowi górnej połowie ciała, ewentualnie po jedzeniu. Podczas kaszlu wymacywany guz staje się większy i twardszy. Często również stwierdzamy obecność t. z. *Spritzphänomen* LITTEN'a. Objaw ten polega na tem, że trzymając rękę na przepuklinie w położeniu poziomem chorego podczas kaszlu, czujemy jakby uderzenie fali o rękę, uczucie, które bardzo przypomina *frémissement hydatique* przy bąblowcu wątroby. Objaw ten, zdaniem LENNHOFF'a, zależy od tego, że podczas kaszlu przez szczelinę w smudze białej przedostaje się część jelit, a ich zawartość uderza o rękę badającego.

Ważne dane otrzymujemy również zapomocą opukiwania. Odgłos bębenkowy przepukliny świadczy, że ostatnia zawiera część jelit, natomiast stłumienie przemawia za tem, że w worku przepuklinowym znajduje się tłuszcz lub część sieci, może jednak jednocześnie znaleźć się część kiszek.

Badanie wewnętrzne żołądka po większej części wykazuje chemizm prawidłowy. BOHLAND w 22% wszystkich przypadków znajdował nadkwaśność; to samo stwierdził autor w jednym przypadku. Czynność ruchowa żołądka często okazuje się upośledzoną. W każdym przypadku przepukliny smugi białej należy dokładnie badać żołądek, albowiem objawy niestrawności zależeć mogą od samoistnego cierpienia żołądka.

Rozpoznanie na zasadzie powyższych objawów oraz badania przedmiotowego nie przedstawia trudności. Należy tylko w każdym przypadku kolki obok typowych miejsc dla przepuklin badać również smugę białą. Zresztą nie tylko kolka, lecz wogóle bóle, zjawiające się przy schylaniu się, podczas kaszlu, kichania, śmiechu, wreszcie po przyjmowaniu pokarmów powinny zwrócić naszą uwagę na możliwość istnienia przepukliny smugi białej.

Przy rozpoznaniu różniczkowem mają znaczenie: wrzód okrągły, rak oraz rozszerzenie żołądka, dalej nerwica żołądka, kolka żółciowa lub nerkowa. Tam, gdzie niema typowych objawów wrzodu okrągłego (stały ból, krwotoki), gdzie ból występuje w pewnych odstępach czasu, zależy od jakości i ilości pokarmu, jak również od położenia ciała, należy pamiętać, że wrzód jest chorobą młodego wieku przeważnie panien dotkniętych błędnicą, natomiast przepukliny smugi białej znajdujemy po większej części w wieku średnim i przeważnie u mężczyzn. Brak objawów niestrawności w chwilach wolnych od bólu, a również dłuższe przerwy pomiędzy napadami przemawiają także za przepuklinami. Łatwo odróżnić przepuklinę smugi białej od raka i rozszerzenia żołądka. Co się tyczy gastralгии na tle nerwowem, to cechują ją: niezależność bólów od przyjmowania pokarmu, znikanie ich przy ucisku, mięsieniu i elektryzacji, wreszcie objawy przemawiające za histerią lub neurastenią.

Dla kolki wątrobowej w razie braku żółtaczk i niemożliwości wymacania pęcherzyka żółciowego charakterystyczny jest ból przy ucisku okolicy pęcherzyka oraz sąsiedniego brzegu wątroby. Rozpromienianie się bólu do jądra i żołądki jak również charakterystyczne zmiany w moczu pozwalają z łatwością odróżnić kolkę nerkową od przepuklin.

Po wykryciu guza przepuklinowego należy jeszcze rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z prawdziwą przepukliną, czy też z tłuszczakiem podotrzewnowym. Sprawa ta, co prawda, ma bardziej znaczenie teoretyczne, niż praktyczne, gdyż tłuszczaki smugi białej wywołują te same objawy i wymagają tego samego leczenia co przepukliny. Rozpoznanie różniczkowe jest wprost niemożliwe, jeżeli worek przepuklinowy zawiera sieć, gdyż możność odprowadzenia nie wyłącza tłuszczaka podotrzewnowego i odwrotnie. Inaczej rzecz się przedstawia tam, gdzie przepuklina zawiera część kiszek: duży i miękki guz, odgłos bębenkowy, możność całkowitego lub częściowego odprowadzenia, charakterystyczny szmer w chwili odprowadzenia, wreszcie objaw LITTEN'a (*Spritzphänomen*) przemawiają za prawdziwą przepukliną.

Rokowanie. Niebezpieczeństwo dla życia występuje tylko w razie uwięźnięcia lub wikłającego cierpienie zapalenia otrzewny.

Leczenie. Leczenie konserwatywne, polegające na nakładaniu odpowiednich gorsetów, bandaży lub pasków może być stosowane tylko w tych przypadkach, w których przepukliny łatwo można odprowadzać. Peloty nie powinny być wy-

pukłe, gdyż przez stały ucisk rozszerzają one tylko obrączkę przepuklinową. Nieodpowiednie również są peloty wklęsłe. Wogóle leczenie zachowawcze po większej części nie prowadzi do celu, a wobec zupełnego bezpieczeństwa zabiegu chirurgicznego należy operować przepukliny, o ile wywołują stale dolegliwości ze strony żołądka.

Po operacji chory powinien przez kilka tygodni leżeć w łóżku, a w pierwszych dniach stosuje się przetwory makowca. Dyeta musi być płynna.

Operacja zwykle doszczętnie usuwa dolegliwości, bywają jednak wyjątki z tego pravidła. Tak w siedmiu przypadkach WITZL'a i w jednym WERNHER'a zaburzenia trwały w dalszym ciągu po operacji; również na pięć przypadków autora operacja w jednym pozostała bez skutku.

Nawroty cierpienia wogóle rzadko się zdarzają. Aby im zapobiedz, chory powinien wystrzegać się zbyt wielkich wysiłków fizycznych, podnoszenia ciężarów i t. d. Górnikom powinno być wzbronione dalsze zajęcie w kopalniach. W razie nawrotu wskazana jest operacja powtórna.

(Mitt. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 1. Z. 5).

S. Mintz.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

23. C. SCHLATTER. **O odżywianiu i trawieniu po zupełnem wycięciu żołądka. Oesophagoenterostomia u człowieka.** Badania czynności żołądka oraz badania nad przemianą materii w ustroju dowiodły, że przy zaniku żołądka kiszki przejmują zastępczo rolę tego ostatniego bez szkody dla ogólnego odżywiania. Fakt ten od niedawna dopiero nam znany świeżo został potwierdzony przez śmiałą a szczęśliwie dokonaną operację, o której notatkę znajdujemy w 50-tym numerze „Therap. Wochenschr.“. (Praca oryginalna drukowana była w „Corresp. Bl. f. Schw. Aerzte. Nr. 23, r. 1897).

Na zebraniu lekarzy szwajcarskich przedstawił SCHLATTER 56-letnią chorą, u której z powodu raka wyciął cały żołądek, a następnie przyszył do dolnej części przełyku pętlicę cienkich kiszek, przez co została przywrócona przerwana przez wycięcie żołądka komunikacja przewodu pokarmowego. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, rana zagoiła się przez rychłozrost. W trzy tygodnie po operacji chora mogła już przyjmować stałe pokarmy, na wadze zaś przybyło jej w ciągu dwóch miesięcy 4400 gm. Po wykonaniu operacji trzeba było pamiętać o wyrównaniu wszystkich czynności wyciętego żołądka. Rola żołądka jako zbiornika została zastąpiona przez podawanie chorej pokarmów w małych ilościach, czynność zaś mechaniczna przez dostarczanie tylko takich pokarmów, które w zwykłych warunkach szybko i łatwo opuszczają żołądek. Chora przyjmowała codziennie 1 litr mleka, 2 jajka, 200 gm. mięsa, 200 gm. kleiku jęczmiennego lub owsianego, jedną szklankę herbaty, 2 bułki i 15 gm. masła. Pomimo braku pepsyny i kwasu solnego trawienie pokarmów oraz przyswajanie ich przez ustrój odbywało się prawidłowo, jak o tem świadczyły badania chemiczne i mikroskopowe kału oraz powiększenie wagi ciała. Rolę pepsyny przejęła trypsyna, zaczyn zaś sernikowy (lab-ferment) został zastąpiony przez zaczyn wydzielany przez błonę śluzową kiszek cienkich i przez trzustkę. Ścisłe badania wykazały również, iż brak kwasu solnego pozostał bez wpływu na przebieg gnicia prawidłowego, odbywającego się w kisz-kach. Ciekawą jest rzeczą, iż chora pomimo braku żołądka kilka razy wymiotowała.

wała. Autor upatruje w tym fakcie dowód, że wymioty są pochodzenia ośrodkowego i że mogą być wywoływane na drodze odruchów nie tylko z żołądka, lecz również z innych narządów. Autor dochodzi do wniosku, że żołądek jest tylko narządem ochronnym dla kiszek, albowiem usuwa lub zmniejsza szkodliwe własności pokarmów.

S. Mintz.

24. J. SCHNEYER. **Nerw wydzielniczy żołądka. Przyczynek do teorii sprawności wydzielniczej żołądka.** Autor wykonał cały szereg doświadczeń na psach dla zbadania sprawy, jaki właściwie nerw gra główną rolę przy wydzielaniu soku żołądkowego. Przy podrażnieniu nerwu błędnego zapomocą prądu przerywanego otrzymywano płyn, oddziaływający kwaśno i mający własności trawienne; podrażnienie *nervi splanchnici* nie wywoływało wydzielania soku żołądkowego. Po uprzednim przecięciu nerwu błędnego drażniono ośrodkowy i obwodowy koniec tegoż; tylko przy podrażnieniu obwodowego odcinka nerwu błędnego otrzymano wydzielanie soku. Za nerw więc wydzielniczy żołądka przyjąć należy nerw błędny, a mianowicie włókna idące w kierunku odśrodkowym.

Autor jednocześnie sprawdzał teorię wydzielania soku żołądkowego HAYEM'a. Ten ostatni przypuszczał, że żołądek wydziela płyn obfitujący w chlorki, które przez wprowadzenie pokarmów do żołądka, ulegając sprawom fermentacyjnym, przechodzą w kwas solny wolny. Autor przekonał się, zarówno jak i HAYEM, że po długotrwałem głodzeniu psów przy podrażnieniu nerwu błędnego płyn otrzymany oddziaływa słabo kwaśno lub też obojętnie i nie zawiera wolnego kwasu solnego, natomiast w wielkiej ilości chlorki, sądzi jednak wbrew HAYEM'owi, że brak wolnego kwasu solnego jest tu objawem nie fizyologicznym lecz patologicznym, t. j. następstwem wyniszczenia ustroju przez post długotrwałą. W myśl tego przypuszczenia autor, chcąc utrzymać zwierzęta przy siłach, dawał im wyłącznie ławatywy odżywcze z mleka, żółtka, soli i kilku kropel *tincturae opii*. Po 48 iu godzinach drażnił nerw błędny i otrzymał wtedy w żołądku płyn, mający wszystkie własności soku żołądkowego, t. j. zawierający kwas solny a nie chlorki. Autor sądzi, że podrażnienie błony śluzowej żołądka wywołuje przenikanie chlorków ze krwi do ściany żołądka, komórki zaś gruczołowe, przez które chlorki przechodzą, przetwarzają je na wolny kwas solny.

(*Zeitschrift für klinische Medicin* T. XXXII. Z. 1 i 2).

Maurycy Hertz.

25. V. JANOWSKÝ. **O leczeniu łuszczycy.** Autor opiera niżej wyłożone poglądy na wieloletniem doświadczeniu kliniczem. Wewnętrznie zaleca arsenik: u dzieci w postaci wody Levico, Roncego lub Gubera, 2—3 łyżeczek dziennie lub w pigułkach po 1 miligramie, u dorosłych lepiej skutkuje *sol. Fowleri* od 2 do 20 kropli dziennie, stopniowo powiększając. Pigułki z kwasu karbolowego podług metody KAPOSI'ego okazują wiele nieprzyjemnych, ubocznych skutków i działają słabiej od arseniku. Wielkie dawki *kal. jod.* (2—40 gramów dziennie) dają dobre wyniki, zwłaszcza w ostrej postaci łuszczycy. *Tabulettae thyreoidini* i *thyroiodini* nie wywierają istotnego działania na chorobę.

Nacieczenia i zgrubienia skóry najłatwiej ulegają rozmiękczeniu pod wpływem częstych kąpieli i przy użyciu *spir. saponat. kalin., ung. acid. salicylic.* (1,50:50) lub *empl. saponat. salicylic.* (10%). Na wykwity i nacieczenia twarzy najlepiej działa, tak u dzieci jak i dorosłych, *ung. praecipitat. alb.* Najdzielniejszym przeciwłuszczycowym środkiem jest chryzarobina (3:30 *traumaticini*), która co 2-gi lub 3-ci dzień ma być stosowana. W najnowszych czasach bardzo dobre dawał wyniki roztwór następujący: Rp. *picis lithanthrac.* 10, *benzol.* 20, *aceton.* 70. Kwas pyrogallusowy może być używany tylko z wielką ostrożnością; maść 5%—10% lub roztwór tego środka w traumatycznie zupełnie wystarcza. Inne przeciwłuszczycowe środ-

ki, jako to: naftol, hydroksylamin, arystol, galaktofenol i antrarobina nie okazały się skutecznymi. Jako sprawdzian pomyślnego działania tych środków powinny służyć zmiany w obwódce okalającej wykwity łuszczycowe, a mianowicie jeżeli obwódka blednie, to użyty środek działa pomyślnie, jeżeli zaś pozostaje czerwoną, to należy szukać innych skuteczniejszych środków.

(Lékařské Rozhledy. 1897. Nr. 6. *Dermatologisches Centralblatt*. 1897. Nr. 3).
J. M.

Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 1).

Chirurgia.

BRAATZ. Leczenie ran zakaźnych.

Postępowanie chirurgiczne przy ranach zakażonych powinno odbywać się podług zasad aseptyki a nie antyseptyki; lecząc podług aseptyki w 210 przypadkach rany zakażone otrzymał BRAATZ dobre wyniki; użycie środków przeciwnilnych jest tembardziej niewłaściwe, że środki te wywołują same przez się obumieranie tkanek i ropienie. Jodoformu używa B. tylko przy sprawach gruźliczych.

Le DENTU. Środki przeciwnilne.

Do leków klasycznie przeciwnilnych zaleca Le DENTU formol i parachlorfenol. D. stosuje formol w roztworze 5% do 50%; siła przeciwnilna tych roztworów jest dwa razy silniejsza od równoznacznych roztworów sublimatu. W roztworze 5% narzędzia odkażają się bez ich uszkodzenia. Przy ranach zakaźnych używa D. roztworu formolu do przemywań okładów wilgotnych. Działanie parachlorfenolu jest pięć razy silniejsze niż karbolu, lecz środek ten niszczy narzędzia; wskutek wchłaniania moczu staje się czarny.

CRÉDÉ. Leczenie ran solami srebra.

Z pomiędzy wszystkich soli srebra cytrynian srebra (itrol) odpowiada wszelkim wymaganiom żądanym od środków przeciwnilnych przy leczeniu ran. CRÉDÉ poszukiwał długi czas takich preparatów srebra, które wprowadzone do krwiobiegu byłyby w stanie zwalczać zakażenie ogólne, i odnalazł w pewnym przetworze srebra metalicznego preparat rozpuszalny w wodzie i w płynach zawierających białko. Po wcieraniu tego środka w postaci maści przez 15 do 30 minut srebro przedostaje się do krwiobiegu i działa jako antytoksyna. Maść powyższą w ilości od 1 do 3 gm. stosownie do wieku chorego wcierał CRÉDÉ przy zapaleniu naczyń chłonnych, zapaleniu tkanki łącznej, posocznicy, płonicy, błonicy. Zazwyczaj jednego dnia odbywało się pierwsze wcieranie, dwa wcierania na drugi dzień rano, a już po 5 do 30 godzinach występowało korzystne działanie: poprawa stanu ogólnego, obniżenie ciepłoty ciała i zmniejszanie się spraw zakaźnych miejscowych; prędką poprawa występowała nawet w przypadkach bez nadziei wyleczenia.

PREOBRAŻENSKIJ zaznacza, że daleko ważniejsze od leków swoistych jest dokładne drenowanie ran zakażonych i opatrunek dobrze wchłaniający wydzieliny.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE. Wyniki doszczętnego leczenia przepuklin brzusznych.

L. C. wykonał 650 operacji doszczętnych przy przepuklinach brzusznych; śmiertelność 1 : 150 i 23 powroty cierpienia. Leczenie tylko wtedy jest doszczętne, gdy całkowicie usuwamy sieć, o ile tylko możemy ją osiągnąć, gdy wycinamy nie

tylko cały worek przepuklinowy, ale i całą tę część powłok, która ma skłonność do ponownego wypuklania się.

MURPHY. Szew naczyń.

M. podaje wyniki pięciu przypadków zeszywania zranionych wielkich naczyń. Zeszywanie rany w naczyniu powinno być dokonywane przy ranach podłużnych i wtedy, gdy ciągłość naczynia do połowy zachowana została; przy znaczniejszych uszkodzeniach należy naczynie wyciąć na przestrzeni jednego centymetra, wykonać wgłobienie i złączenie szwem przeciętych końców naczynia. Zamiast czasowego, w chwili nakładania szwu, zupełnego zaciśnięcia szczypczykami lub przewiązania naczynia, co wywołuje uszkodzenie błony wewnętrznej naczynia, radzi M. doprowadzić pod naczynie nitkę i zapomocą niej przycisnąć naczynie w kierunku uciskającego palca. NITZE przedstawił przyrząd ułatwiający nakładanie szwu na naczynia.

CALOT. O leczeniu choroby Pott'a i ciężkich przypadkach bocznego skrzywienia stosu pacierzowego.

Zważywszy, że dotychczas stosowane opatrunki unieruchamiające przy skrzywieniach kręgosłupa nie są w stanie zapobiec dalszemu tworzeniu się garbu, zaleca CALOT swój sposób postępowania, polegający na tem, że przed nałożeniem opatrunku gipsowego wykonywa wyprostowanie kręgosłupa; znosząc tym sposobem ucisk w chorej części, zapobiedz można szerzeniu się niszczącej kręgi sprawy chorobowej. Wyprostowanie, o ile tylko można, powinno być dokonane jednorazowo, a następnie nałożony być powinien opatrunek gipsowy ustalający kręgosłup w położeniu wyprostowanym. Wyprostowanie można w przypadkach niezadawnionych wykonać w przeciągu kilkunastu sekund, wyciągając kręgosłup z siłą 30 do 80 kg. i uciskając jednocześnie rękami z dwóch stron z boków wyrostków ciernistych. W razie niemożliwości zupełnego wyprostowania jednorazowo można ograniczyć się do częściowego wyprostowania z następnem ustaleniem w lepszym położeniu, a po kilkunastu miesiącach można ponownie dalsze wyprostowanie wykonać. Do zadawnionych garbów, gdy nastąpił zrost kości, powyżej podany sposób nie może być stosowany, należy raczej przystąpić do leczenia operacyjnego. CALOT utrzymuje, że przestrzeń wytworzona między kręgami po ich wyprostowaniu zostaje wypełniona nowotworzącą się tkanką kostną, wyrastającą z rozłączanych części trzonu kręgów, o czem przekonał się zapomocą prześwietlania. Z liczby 204 wyprostowań w 5 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, dwukrotnie wytworzyły się ropnie; w niektórych przypadkach istniejące w chwili operacji ropnie uległy wessaniu; lepiej zazwyczaj przed operacją ropnie usunąć. Przy istniejących porażeniach wyprostowanie jest raczej wskazane niż przeciwwskazane. Zrost kostny wytwarza się po kilkunastu, ośmnastu nieraz dopiero miesiącach. Dzięki owej metodzie CALOT otrzymywał zupełne wyprostowanie małych garbów i poprawę położenia w przypadkach zadawnionych.

JONNESCO z 13 wyprostowań podług CALOT'a w 4 przypadkach otrzymał zejście śmiertelne. Małe garby można wyprostować bez usypiania, większe tylko po uspieniu chorego; podczas nakładania opatrunku gipsowego nie należy chloroformować. Zamiast ucisku rękami woli J. stosować inne środki mechaniczne wyciągowe.

REDARD jest zwolennikiem wyprostowania, ale tylko w przypadkach świeżych. Po wyprostowaniu bóle zazwyczaj ustępują, a ogólny stan się poprawia. O trwałości wyleczenia sąd byłby jeszcze przedwczesny.

DOLEGA przy leczeniu bocznych skrzywień kręgosłupa zaleca: 1) ogólną i specjalną gimnastykę w połączeniu z mięsieniem, 2) zawieszanie, 3) metodyczne wyprostowanie, 4) stale noszone opatrunki, *resp.* przyrządy unieruchamiające.

BERGMANN. Chirurgia mózgu przy nowotworach.

W rozwoju chirurgii mózgu ważne znaczenie mają rozpowszechnione w ostatnich czasach operacje próbnego otwarcia czaszki. Operacje powyższe wielce ułatwione zostały dzięki stosowaniu narzędzi obmyślanych przez DOYEN'a. Operacje nowotworów mózgu należą do niebezpiecznych wskutek licznych powikłań w przebiegu pooperacyjnym; oprócz krwotoków i zakażenia na uwagę zasługuje cały szereg powikłań, mianowicie wstrząs, padaczka pooperacyjna, wypadnięcie mózgowia, porażenie połowiczne. BERGMANN zaleca, abyśmy starali się poznać przyczyny tych powikłań, wyszukać sposoby unikania ich i usuwania zaszłych zmian pooperacyjnych, wtedy postęp w chirurgii mózgu będzie prawdziwy. Dotąd znanych jest BERGMANN'owi 27 przypadków pomyślnego wyniku po usunięciu nowotworów mózgu; w przypadkach tych siedliskiem nowotworu był zawsze niemal zawój środkowy mózgu; w przypadkach tych i rozpoznanie może być dokładniejsze niż w innych. Nowotwory mózdzku są również dosyć łatwe do rozpoznania, lecz nie nadają się do leczenia operacyjnego. DOYEN pomyślnie usunął w jednym przypadku nowotwór u podstawy mózgu w środkowej jamie czaszkowej.

OPPENHEIM zaznacza trudności rozpoznawania nowotworów mózgu; złe wyniki operacji zależą częstokroć od wadliwego rozpoznania.

DOYEN przedstawia narzędzia ułatwiające trepanację czaszki; w przeciągu kilkunastu minut można zrobić kilka małych otworów, a złączywszy je, otrzymać jeden duży otwór; do piłowania służy elektryczna piła rotacyjna.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE zaznacza, że w przypadkach padaczki JACKSON'a istnieją zazwyczaj zmiany w odległych ośrodkach ruchowych, że nowotwory kości czaszki często wywołują padaczkę i że ważne znaczenie przy rozpoznawaniu ma nie tylko padaczka ale i porażenia oraz kurcze.

JONNESCO. O czasowej hemikraniektomii.

JONNESCO trepanował czaszkę narzędziami DOYEN'a w 7 przypadkach z powodu małogłowie, głupowatości, idyotyzmu, padaczki; w żadnym z powyższych przypadków nie nastąpiło zejście śmiertelne, a w kilku przypadkach poprawa.

KOCHER zwraca uwagę, że przy operacjach w mózgu blizny pooperacyjne nigdy nie wywołują padaczki; utrzymuje on, że padaczkę wogóle wywołuje nie sam przez się przyrost blizny, lecz przybytek ilościowy płynu mózgodzeniowego i jego rozwodnienie. Z 15 operacji KOCHER'a przy padaczce urazowej w 6 nastąpiło zupełne i trwałe wyzdrowienie. Z pomiędzy nowotworów najlepsze wyniki otrzymać można przy torbielach mózgu; konieczne w tych przypadkach jest drenowanie aż do chwili zupełnego zablźnienia.

JONNESCO. Dwustronne całkowite wycięcie części szyjowej nerwu współczulnego w celu leczenia *exophthalmus* przy wolu i padaczki.

Dotąd przy padaczce wykonywano tylko częściowe wycięcie nerwu współczulnego, mianowicie górnej części (ALEKSANDER), lub środkowej (BOGDANIK), albo też wykonywano tylko same przecięcie nerwu (JACKSCH). JONNESCO pierwszy wykonał w 24 przypadkach całkowite dwustronne wycięcie nerwu współczulnego, i otrzymał pomyślne wyniki przy chorobie BASEDOW'a i przy padaczce. Przy chorobie BASEDOW'a zmniejsza się po operacji wysunięcie gałki ocznej, zwalnia się tętno, a wole zmniejsza się lub znika; przy padaczce otrzymał J. w kilku przypadkach trwałe wyleczenie, w innych zmniejszenie częstości napadów i poprawę stanu umysłowego. Częściowe wycinanie nerwu uważa JONNESCO za niewłaściwe, nie wystarcza bowiem do wywołania głębszych zmian w krążeniu krwi i w przewodnictwie odruchowym, a tylko przy tych zmianach poprawa jest możliwa.

ZIEMACKI. O leczeniu nowotworów złośliwych zapomocą wstrzykiwań surowicy.

W 22 przypadkach żadnej nie otrzymano poprawy, a w kilku zauważono stanowcze pogorszenie.

KACZANOWSKI stosował przy **owrzodzeniach gruzliczych** wyłęczekowanie, z następczem posypaniem rany warstwą nadmanganianu potasu; w 30 przypadkach otrzymał przy tym sposobie leczenia zupełne zabliznienie.

HOLLAENDER. O przyżeganlu zapomocą gorącego powietrza szczególnie przy wilku zwyczajnym.

Zapomocą odpowiedniego przyrządu można zastosować na daną przestrzeń skóry prąd powietrza suchego ogrzanego do 300° i tym sposobem przyżegać owrzodzenia zgorzelinowe, owrzodzenia swoiste wilka i zatrzymywać krwawienie; wskutek działania powietrza gorącego nastąpi zupełne zwęglenie chorych tkanek; blizny po odpadnięciu strupa są o wiele gładsze i kształtniejsze niż po stosowaniu żegadła **PAQUELIN'a**. **HOLLAENDER** zaleca powyższy sposób postępowania szczególnie w zastarzałych i rozległych postaciach wilka, a na dowód przedstawia liczne fotografie.

SCHULTZE mówił o **leczeniu wilka twarzy** zapomocą doszczętnego wycięcia owrzodzenia z następczą transplantacją podług **THIERSCH'a**. Powyższy sposób zaleca **SCHULTZE** w tych nawet przypadkach, gdy wilk zajmuje rozległą przestrzeń na twarzy, powiekach, nosie, uszach.

MÉNARD. O zachowawczem i operacyjnem leczeniu zapalenia stawu biodrowego.

MÉNARD podaje wyniki leczenia zachowawczego 650 przypadków zapalenia stawu biodrowego. W 261 przypadkach t. zw. suchej postaci zapalenia stosowano w lżejszych przypadkach wyciąganie, w ciężkich zupełne unieruchomienie, w okresie rekonwalescencji dzieci chodziły w opatrunkach unieruchamiających. W 108 przypadkach cierpienia stawu z ropniami opadowymi stosowano wstrzykiwania kamforowo-naftalinowe; z tej liczby w 94 nastąpiło wyleczenie po 2 do 10 wstrzykiwaniach. Z liczby 146 przypadków z przetokami w 35 nastąpiło wyleczenie samoistne, w innych musiano dokonać operacji rezekcyi stawu. Z 74 operowanych u 34 wyleczenie zupełne, w 14 wyleczenie z przetokami, trzy zejścia śmiertelne.

ZABŁUDOWSKI. Uwagi o leczeniu mięsieniem.

Z. zaznacza, że bardzo byłoby pożądane, aby mięsienie było wykonywane tylko przez samych lekarzy. Dobre wyniki mięsienia otrzymać można w obwodowych zaburzeniach w krążeniu, zastoinach krwi żyłnej i limfy, w miażdżycy, w zaparciu stolca, w opadnięciu trzewiów, przyrostach, pozostałościach po ropniach okątniczych, w bliznowatych zwężeniach odźwiernika, w cierpieniach hemoroidalnych, chorobach gruczołu krokowego, w wielu postaciach chorób kobiecych. Unikać należy wczesnego stosowania mięsienia w uszkodzeniach stawów (*distorsio*) i złamaniach kości; w tych przypadkach właściwiej początkowo stosować opatrunki unieruchamiające; pod tym ostatnim względem przeciwnego zdania t. j. zwolennikiem mięsienia w złamaniach był **L. CHAMPIONNIÈRE**, który otrzymał nadto pomyślne wyniki stosując wczesne mięsienie w złamaniach obojczyka, ramienia, łokcia, kości promieniowej.

LEVY. O ulepszeniach w Roentgenotechnice.

Współczesne ulepszenia przyczyniły się do bardzo znacznego uwydatnienia otrzymanych obrazów przy skróceniu trwania prześwietlania. **LEVY** wynalazł nader czułe klisze, a dzięki im otrzymuje fotografie klatki piersiowej przy prześwie-

tlaniu w przeciągu 30 sekund. Klisze LEVY'ego są cztery razy czulsze od dotąd stosowanych.

LORENZ przedstawia bezkrwawe wprawienie zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego.

List otwarty D-ra Władysława Biegańskiego.

Szanowny Redaktorze!

Z powodu uwag kol. BIERNACKIEGO nad mojem dziełem p. t. „Zagadnienia ogólne z teorii nauk lekarskich“, uwag, które zostały pomieszczone w Nr. 4 „Medycyny“, uważam za konieczne podać następujące sprostowanie. Kol. BIERNACKI mówi, że dzieło VERWORN'a „Allgemeine Physiologie“ nasunęło autorowi plan i układ „Zagadnienia“. Otóż tutaj nadmienić muszę, że tak nie jest, że plan mej pracy powstał inaczej. Jeszcze w 1892 r. powziąłem myśl opracowania podstaw medycyny praktycznej. Zadanie, które podjąłem się opracować, rozdzieliłem na trzy części: 1) podstawy rozumowania lekarskiego, 2) pogląd teoretyczny na istotę choroby i 3) podstawy postępowania praktycznego (etyka lekarska). Przedewszystkiem przystąpiłem do opracowania części pierwszej i wydałem w 1894 r. „Logikę Medycyny“. Już we wstępie do „Logiki Medycyny“ pomieściłem krótkie i pobieżne uwagi nad pojęciem choroby, nad specjalizacją w dziedzinie medycyny i t. p. Pobieżne te uwagi zawierały to, co miałem następnie wyłożyć obszernie w części drugiej. Na początku roku 1895 przystąpiłem do pracy nad częścią drugą zamierzonego zadania. Punktem wyjścia całej tej pracy było określenie choroby, podane przez CHAŁUBIŃSKIEGO, orzekające, że choroba jest zaburzeniem czynności. Z tego określenia logicznie już wynikały inne zagadnienia. Jeżeli choroba jest zaburzeniem czynności, to czemże jest czynność? Na to pytanie możnaby odpowiedzieć, że czynność jest przejawem życia. A czemże jest życie, pytałem dalej i tym sposobem powstał ogólny plan dzieła, które miało zawierać kolejno trzy najważniejsze pytania: co to jest życie? co to jest czynność? co to jest choroba? Te trzy pytania wyczerpują całość zagadnień biologicznych w zakresie przemnie postawionym. Odpowiedź na pytanie pierwsze jest zawarta w II, III, IV, V i VI rozdziałach, rozdział VII stanowi odpowiedź na pytanie drugie, a rozdziały VIII i IX obejmują pytanie trzecie. Rozdziały X i XI o śmierci i o leczeniu, są właściwie dodatkiem do zagadnienia o chorobie, a rozdział I o komórce — dodatkiem, uzupełniającym zagadnienia o życiu.

Początkowo w pracy mej nie miałem wcale zamiaru pomieszczenia zagadnień metodologicznych. Myśl opracowania tych zagadnień przyszła mi później w trakcie, kiedy przystąpiłem do szczegółów. Spostrzegłem wtedy, że rozstrzygając zagadnienia o życiu, o czynności, o chorobie, mimowoli muszę zacząć o ogólne zagadnienia teorii poznania, mianowicie: o materię i siłę, o przyczynowość, celowość. I dlatego też dla uprzyętnienia wykładu postanowiłem w krótkości wyłożyć oddzielnie główne zasady teorii poznania. Taką była geneza układu mojego dzieła.

Co się tyczy dzieła VERWORN'a, to korzystałem z niego bardzo dużo przy opracowaniu rozdziałów, traktujących o życiu. Cytuję też bardzo często tego autora, którego dzieło podobnie jak i kol. B. uważam za znakomity utwór naukowy i literacki. Nie trzymałem się jednak poglądów VERWORN'a niewolniczo; czerpiąc

i z inn'ych źródeł, musiałem dopełniać nieraz jego poglądy, które jako reformatorskie trącą niejaka kranцовością. Tak naprzykład, nie mogłem przyjąć określenia życia, podanego przez VERWORN'a, obejmującego tylko przemianę materii, lecz stosownie do poglądów H. SPENCER'a i biologów francuskich, musiałem je dopełniać przez wprowadzenie do określenia takich przejawów jak przystosowanie i wzrost z rozmnażaniem i dziedzicznością.

Zresztą nie mogę się zgodzić z kol. BIERNACKIM na to, jakoby dzieło VERWORN'a miało ten sam cel i ten sam zakres, co i moje zagadnienia. Dzieło VERWORN'a jest właściwie fizyologią komórki, jest nauką o życiu komórki. Autor, jak sam wspomina w przedmowie, chce pchnąć fizyologię na nowe tory, chce ją zreformować i przenieść punkt ciężkości z wyczerpanej już prawie dziedziny fizyologii narządów na dziewiczy jeszcze grunt fizyologii komórki. Ma to być „Cellularphysiologie“, jak autor podkreśla, w przeciwstawieniu do obecnej „Organphysiologie“. Cel więc VERWORN'a był jasno określony, dzieło jego nie sięga ani do narządu, ani do choroby, traktuje tylko o życiu w najprostszych jego przejawach. Tymczasem cel mojej pracy był inny. Ja miałem na myśli teorię choroby, a zagadnienia o życiu traktuję właściwie jako wstęp do zagadnień o chorobie, o czym zresztą bardzo wyraźnie wspominam w przedmowie.

Fakt ten, że i ja w „Zagadnieniach“ i VERWORN w swej „Ogólnej fizyologii“ poruszamy na wstępie zagadnienia z teorii poznania, wynika najpierw ze wspólnego kierunku całej nauki, która dzisiaj znajduje się pod wpływem hasła powrotu do filozofii, a powtórę jest koniecznem następstwem poruszanych w tekście zagadnień. Kto tylko poruszy ogólne zagadnienia jakiegokolwiek nauki, musi z konieczności natrafić na zagadnienia teorii poznania. Nie podobna pisać o istocie choroby, żeby nie natrafić na sprawę celowości, nie podobna pisać o życiu, nie wspominając o witalizmie, o czynności i narządzie, nie potracając o zagadnienia dotyczące materii i siły.

VERWORN zresztą, rozbierając tylko szczegółowo życie prawidłowe, ogranicza uwagi swoje z teorii poznania do jednego, najważniejszego wprawdzie, zagadnienia o rzeczywistości. Ja z konieczności musiałem poruszyć jeszcze i celowość i pojęcie siły. Jest jeszcze bardzo wyraźna różnica i w rozstrzyganiu tych zagadnień. VERWORN w teorii poznania dochodzi do poglądów kranцовego idealizmu, ja zaś stoję na gruncie krytycznym neokantyzmu.

Te powyższe różnice uważałem za stosowne obszerniej wyłuszczyć, gdyż w uwagach kol. BIERNACKIEGO za mocno zaakcentowane jest podobieństwo moich „Zagadnień“ do ogólnej fizyologii VERWORN'a, a słaby tylko nacisk położono na różnice. Czytelnik więc, nie znając dzieła VERWORN'a, mógłby sądzić, że moje „Zagadnienia“ są tylko naśladownictwem głośnej pracy fizyologa niemieckiego.

Racz przyjąć Szanowny Redaktorze i t. d.

Częstochowa, 28. I. 98.

Wł. Biegański.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= C. BINZ (Bonn) objaśnia małą skuteczność obecnie używanych metod leczenia odmrożeń¹tem, że dotąd używane środki, najczęściej maście, nie przenikają naskórka i dlatego autor zaleca chlor jako ciało lotne w postaci maści z chloru wapnia: Rp. *Calcariae chlorat.* 1,0 *Ung. parafin.* 9,0 *Mf. ung. subtil.* D. in. *vitro fusco.* S. W miejsca czerwone i bolesne wcierać wieczorem lekko w ciągu 5 minut i pokryć materyą nieprzepuszczalną lub włożyć rękawiczkę. Maść powinna posiadać wyraźny zapach chloru wapnia i dlatego musi być zrobiona na parafinie, która chroni ten środek od utleniania więcej niż tłuszcz lub wazelina. (Dermatologisch. Centrbl. 1896 Nr. 3).

J. M.

= MUELLER znalazł w wydzielinie łącznicy przy jaglicy laseczніка, który pod względem morfologicznym i hodowli zachowuje się analogicznie do laseczніка grypy. Lasecznik znajdował się również w drobnowidzowych preparatach wyciętej łącznicy. W 25-iu przypadkach zapaleń łącznicy innego pochodzenia M. laseczніка nie znalazł. (Wien. klin. Woch. Nr. 42. 97).

= Ponieważ surowica przeciwbłonicza sprzyja oddzielaniu się błon patologicznych REVILLIOD zaczął stosować ją w dychawicy oskrzelowej i otrzymał w trzech przypadkach zupełne wyzdrowienie, w czterech zaś polepszenie. Dawka jednorazowa wynosiła 10,0, stosowana zaś była w coraz większych odstępach czasu w miarę polepszania stanu chorego. Ilość dawek wynosiła 3—10, a czas trwania leczenia od dni pięciu do tyłuż miesięcy. (Semaine méd. Nr. 50. 97).

= W nowej klinice akuszerskiej BUM'a w Bazylei pomimo uwzględnienia i wypełniania pod każdym względem najściślejszych wymagań aseptyki położniczej liczba położnic gorączkujących nie zmniejszyła się w porównaniu z latami poprzednimi i wynosiła 22%. Aby wyjaśnić powód gorączki, B. badał szczegółowo każdą gorączkującą położnicę, zaliczając do nich i te, u których miało miejsce jednokrotne nawet podwyższenie ciepłoty do 38°, i otrzymał wyniki następujące: w 16% ze 170 leczonych gorączka zależna była od chorób ubocznych, (gruźlica, zapalenie płuc itd.) w 29% przyczyny gorączki nie było mo-

żna wykazać, w 55% gorączka zależała od zaburzeń w narządach płciowych, a mianowicie w 22-ch przypadkach od zakażenia paciorkowcami, w jednym — lasecznikiem okrażnicy, w jedenastu — rzeżączką, w 58-iu od samozatrucia ustroju wytworami gnilnymi, w trzech od zapalenia sutek. Za pomyslny bardzo wynik stosowanej aseptyki uważa B., że we wszystkich przypadkach zakażenia paciorkowcami objawy pozostały miejscowymi i przebieg był łagodny, oraz że zarażenie paciorkowcami było stosunkowo w bardzo nieznacznej ilości przypadków. (Centrbl. f. Gynäkol. Nr. 45. 97).

= KLIMA znalazł u 11-letniego chłopca glistę *ascaris megalocephala*, zamieszkującą w cienkich kiskach osłów i koni. Tenże autor spostrzegł u 13-letniego ucznia *taeniam serratum* zazwyczaj znajdującą się w cienkich kiskach u psów. Jej wągiel *cysticercus pyriiformis* gnieździ się w wątrobie, płucach i sieci u królików i zajęcy. (Čas. lék. č. Nr. 8 i 31 97. r. S. Kos.

= ROBIN leczy różę rozpylaniem sublimatu w roztworze wodnym 1‰ na chore miejsca; otwór pulweryzatora powinien być umieszczony w oddaleniu 35 cm.; zabieg trwa pół godziny, od 6—8 razy dziennie przez pierwsze dwa dni, następnie rzadziej. Z 77-u chorych leczonych tą metodą nie umarł żaden, a czas trwania choroby był skrócony do 4—6 dni. (Lyon. méd. 14. XI. 97).

= LICHTWITZ i SABRAZES stosowali ortoform w chorobach krtani i otrzymali świetne wyniki wgruzlicy krtani; ortoform uspakajał ból na dobę i dłużej nawet, wówczas gdy kokaina, morfina, gliceryna karbolowa nie działały. Po wycięciu migdałów rana posypana ortoformem nie boli w przeciągu 1—2 godzin. (Münch. Med. Woch. 30. XI. 97).

= RENZI stosuje z powodzeniem prąd elektryczny stały bardzo silny (30—50 elementów) w leczeniu surowiczego zapalenia opłucny. W celu zapobieżenia uszkodzeniu tkanek obwija zakończenia przewodników watą, zmoczoną w roztworze zasadowym dla biegun dodatniego, a kwaśnym dla ujemnego. (Sem. méd. Nr. 57. 97).

= WINTERNITZ leczy otluszczenie metodą fizyko-termiczną. Ponieważ nałmienne ćwiczenia powodują utratę biał-

ka ustroju z jednoczesnem gorączkowym podniesieniem ciepłoty, wskutek czego może się zjawiać azoturya, białkomocz i t. d., W. stosuje przed ćwiczeniem mięśniowem zabiegi wodolecznicze zimne w celu wywołania obniżenia ciepłoty; przy następującem bezpośrednio ćwiczeniu ciepłota dochodzi do liczb prawidłowych, przyczem na każdą utraconą kalorię spala się koło 10,0 tłuszczu. Druga metoda polega na stosowaniu zabiegów powodujących silne poty (łaźnia, suche zawijania) w przeciągu 5—10 miut, a następnie zimnej kąpieli w przeciągu 3—5 minut. Zapomocą tej metody W. otrzymywał utratę 20—25 kgr. wagi w przeciągu kilku tygodni, podczas których dyeta była dowolna. (Wien. med. Ges. Pos. 9. XII. 67).

= Zdanie, że mięśniaki macicy przestają rosnąć, a nawet zmniejszają się w okresie pokwitania jest podług KOTTMANN'a niesłuszne. Z zebranych 416-u historii chorób przypadków operowanych w klinice berneńskiej autor wyprowadza wnioszek, że w 25% okres pokwitania nie wywiera żadnego wpływu na rozwój mięśniaków, a stosunkowo często sprzyja ich rozwojowi. (Arch. f. Gyn. T. 54).

= REED zaleca azbest jako materiał opatrunkowy, odznacza się on bowiem miękkością, znaczniejszemi własnościami wchłaniającemi niż wata, nie drażni zupełnie rany, a wreszcie nader łatwo się wyjaławia; należy go pomieścić na płytce, oblać alkoholem i zapalić, po czem azbest jest w zupełności jałowy. (Cincin. Obstetr. Soc.).

= KAUFMANN znalazł w czasie badania pośmiertnego zmarłej nagle 79-letniej kobiety gruzlicę nadpochwowej części szyi macicy, rozprzestrzeniającą się aż do wewnętrznego ujścia macicy. Makroskopowy wygląd owrzodzeń upoważniał do rozpoznania raka i jedynie drobnowidzowe badanie wykazało typowe gruzelki zawierające laseczники gruzlicze. Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów: 1) była to pierwotna gruzlica, reszta bowiem narządów, nie wyłączając jajników i trąbek nie była porażona gruzlicą; 2) makroskopowy wygląd mógł spowodować omyłkę rozpoznawczą za życia. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn. T. 37. H. I).

= AUDEBERT spostrzegł u 38-letniej wieloródki silny ślinotok w pierwszym miesiącu ciąży; ilość dobową śliny wy-

nosiła około litra. Ponieważ szybko wystąpiły zaburzenia trawienia, brak snu i znaczne wyniszczenie, chora poddała się zbadaniu. A. znalazł znaczne tyłozgięcie macicy i odprowadził ją; natychmiast ślinotok się zmniejszył i ustał zupełnie po trzech dniach. Przebieg ciąży do końca był prawidłowy. (Gaz. hebdom. de méd. Nr. 58. 97).

= FREY zaleca zastrzykiwanie wysoku w tkankę graniczącą z guzami promienicowemi; środek ten nie działa wprost leczniczo, lecz sprzyja ścisłemu ograniczeniu nowotworów, ułatwiając tem samem ich wyłuszczenie. (Sem. méd. Nr. 58. 97).

= MAKSIMOWICZ zaleca stosowanie naftolu— α zamiast β , jest on bowiem mniej jadowity, a zarazem posiada silniejsze własności przeciwnie. M. przepisuje naftol w roztworze oleju rącznikowego w następującej postaci: Rp. *Napht. α -3,0 Chloroformi 0,1 Ol. Menthae pip. 0,1, Ol. ricini 100,0 Ds.* dzieciom od lat 3—10 łyżkę od herbaty, starszym łyżkę deserową. (Gaz. des. hôpit. Nr. 140. 97).

= W celu ochrony płodu od dziedzicznego przymiotu zaleca PINARD zażywanie podczas całkowitego trwania ciąży jedno z następujących lekarstw w dawce jednej łyżki stołowej po obiedzie i śniadaniu: 1) Rp. *kal. jod. 100,0, hydrarg. bijod. 0,1, syr. spl. 300,0;* 2) *kal. jod. 10,0; hydrarg. bijod. 0,1, aq. menthae 20,0, aq. dest. 250,0.* (Gaz. des hôpit. Nr. 139. 97).

= TRIBOULET i COYON, poszukując lasecznika ACHALINE'a w pięciu przypadkach ostrego goścca stawowego, znaleźli go jedynie w dwóch, we wszystkich zaś znaleźli bakterię odrębną w postaci dwuziarnika, wielkości 1,5—2 cm.; hoduje się on najlepiej bez dostępu powietrza na bulionie mięsnym i surowicy z wysięku brzuszego, gorzej na mleku, barwi się tioniną i innymi barwnikami, nie odbarwia zaś metodą GRAM'a. Ponieważ przypadki goścca, w których obok dwuziarnika znaleziono i lasecznika ACHALME'a były powikłane, autorzy przypuszczają, że lasecznik ten nie jest przyczyną goścca stawowego w postaci czystej, lecz powoduje tylko powikłania przy gośccu. (Soc. med. des hop. pos. 27. XII. 97).

= Za wewnątrzmaciczną kolpeuryzą w celu przyspieszenia porodu przemawiają GRAEFE i FRAENKEL. Ostatni przytacza przypadek, w którym wprowadził kolpeurynter pierwiastce przy otwarciu ujścia wielkości grosza i już po pół go-

dzinie wydobyl dziecko donoszone dobrze rozwinięte, nie uszkadzając zupełnie miękkich części rodnych. (Ztschr. f. prakt. Aerzte Nr. 19. 97).

== ACHALME znalazł we krwi dwóch zmarłych wskutek powikłań gościa stawowego oraz u sześciu chorych na ostry gościec stawowy swoistą bakterję bądź samą, bądź wraz z innymi bakterjami. Bakteryja ta podobna z wyglądu do lasecznika wąglika wykonywa bardzo powolne ruchy, barwi się barwnikami anilinowymi, metodą WEIGERT'a lub GRAM'a; hoduje się na mleku czystem, lub zmieszaniem do połowy z bulionem przy cieple 37°, wytwarzając przytem kwas mleczny i mieszaninę o zapachu kwasów octowego, masłowego i propionowego. Po dodaniu do 10 cm. sz. hodowli 2-ch kropli 10% roztworu salicylanu sodu hodowle przestają się rozwijać. (Annal. Pasteur. XI. 97).

== W czterech przypadkach ostrego gościa stawowego u dzieci zastosował SOKOLOW promienie RÖNTGEN'a, wystawiając dotknięte stawy na działanie promieni w przeciągu 10 — 20 minut. Już po pierwszym posiedzeniu obrzęk i bóle znacznie się zmniejszyły, a po następnych (*maximum* 4 ekspozycje) nastąpiło zupełne wyzdrowienie. (Semaine méd. Nr. 57. 97).

== LUBARSCH badał rdzeń pacierzowy u 19-tu zmarłych na raka i znalazł zwyrodnienie pęczków tylnych i bocznych u 7-iu z rakiem żołądka (z 10 badanych), u 2 z rakiem jelit (z 3 badanych) i u 2 z rakiem innych narządów (z 6 badanych); W większości przypadków żadnych objawów choroby rdzenia *intra vitam* nie było. Zmiany te L. przypisuje zmianom krwi bądź wpływowi wytworów rozpadu raka, wreszcie w przypadkach raka żołądka samozatruciu wskutek zaburzeń trawienia. (Ztschr. f. klin. Med. T. 31).

== PRUVOST opisuje przypadek podwójnej macicy u 25-letniej kobiety, która rodziła pięć razy. Płody rozwijały się naprzemian to w prawej, to w lewej macicy; przy każdym porodzie z nieciążarnej macicy została wydalana błona doczesna. Miesiączkowanie trwało zazwyczaj przez trzy dni, a po jednym dniu przerwy ponownie trzy dni. (Revue internat de méd. Nr. 14. 97).

== HILBE podaje 100 przypadków wycięcia macicy przez pochwę, dokonanych w klinice w Halli. Wskazaniem do operacji były: 74 nowotwory, 22 wypadnięcie macicy, 2 razy przewlekłe zapalenie macicy, 2 razy choroby przydatków Śmiertelność wynosiła 2%. (Inaug. Diss. 1897).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— W Nowym Yorku wszystkie biblioteki publiczne mają być połączone w jedną pod dykcją d-ra BILLINGS'a, który postanowił, iż książki wracające po wypożyczeniu do biblioteki będą odkazane zapomocą pary formaldehydowej.

— Właściwa komisya badająca pojawienie się trądu w Turkestanie i w państwach Buchar i Chiwy przekonała się, iż w krajach tych jest 583 trędowatych, dla których projektuje założenie osobnego schroniska w okolicy Taszcentu.

— Akademia Nauk w Paryżu przyznała na ostatnim posiedzeniu nagrodę 10,000 franków profesorowi ROENTGEN'owi w Würzburgu za jego prace o nowych promieniach świetlnych i ich zastosowaniu do medycyny.

-- Zmarli. WOŁSKI Zygmunt lat 32, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego. Po uzyskaniu dyplomu lekarskiego w 1891 r. został asystentem kliniki ginekologicznej przy tymże uniwersytecie. Od 1894 r. praktykował w Łoźnie gub. Mohylewskiej; zmarł 27 stycznia r. b. w Rydze.

— W dniu 29 b. m. w Warszawie d-r LANDAU Daniel, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego, w 48 roku życia.