

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO 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: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek. Podał Ignacy Grundzach. — Streszczenia i wyciągi. 75. Cierpienia zastawki dwudzielnej pochodzenia kurczowego. 76. I. Uwagi, dotyczące błędnicy i jej leczenia. II. Najnowsze poglądy na powstawanie błędnicy. 77. Badania nad chemizmem trawienia u ssawców. 78. Opóźnione wapnienie kości czaszkowych. — Odcinek. W sprawie organizacyi pomocy lekarskiej w gminie. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. marzec r. b. — Drobie, sze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr. S. Grundzach — Certains troubles moteurs de l'estomac et des intestins: gastroplogie et enteroplogie.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr S. Grundzach — Ueber gewisse Bewegungsstörungen des Magens und der Därme: Gastro- und Enteroplogie

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

O PIWNEJ POSTACI ZABURZEŃ RUCHOWYCH ŻOŁĄDKA I KISZEK

zwanej

GASTROPLEGIĄ i ENTEROPLEGIĄ.

Odczytał na posiedzeniu Tow. Lekarskiego Warsz. w dniu 5 Marca 1898 r.

IGNACY GRUNDZACH.

Szanowni Panowie!

Zamierzam zająć uwagę Waszą na chwil kilka sprawą, która może zainteresować każdego lekarza, zarówno internistę, jak chirurga, dotyczy ona bowiem w równym stopniu t. zw. medycyny wewnętrznej, jak i chirurgii, poruszając pytania z dziedziny fizjologii prawidłowej i patologicznej, dyagnostyki i terapii. Pojęcia o niej w części dopiero się krystalizują, tak że postać kliniczna, zwana gastroplegią czyli bezwładem tego narządu, dopiero teraz się wyłania z szeregu zbliżonych doń, na pozór bliźniaczo podobnych, spraw chorobowych.

Status nascendi owej sprawy chorobowej w ogólnej literaturze lekarskiej, jej świeżość w naszej skłoniła mię, aby poraz trzeci zabrać głos w tej sprawie, tem bardziej, że kilku cennymi uwagami opatrzona została ona niedawno w li-

teraturze niemieckiej. Dwukrotnie przedmiot ten poruszałem w „Medycynie“, ale po raz pierwszy w naszym Towarzystwie.¹⁾

Rad będę, jeżeli przedstawieniem sprawy uda mi się wywołać krytykę Szanownych Panów, wyświetlenie bowiem tej sprawy, jej bodaj kazuistyczne zbogacenie wysoce jest pożądane.

Byłoby również wysoce pożądane, aby mi się udało zachęcić do badań w tym kierunku, gdyż tylko dokładne badanie kliniczne każdego odpowiedniego przypadku pozwoli go zaliczyć do właściwej kategorii, a badania doświadczalne fizyologiczne pozwolą uzasadnić etiologię cierpienia i wyjaśnić drogi jego powstawania.

W celu lepszego uwydatnienia przedmiotu, poruszanego przeze mnie, pozwolę sobie odróżnić dwie postacie tego cierpienia. W jednej z nich mamy zaburzenia kiszkowe, w drugiej — żołądkowe. Często bywają formy mieszane, a obraz kliniczny, rzecz prosta, bywa wówczas bardziej zawiśnięty, rozpoznanie — trudniejsze i często błędne.

Zacznę od postaci klinicznej bardziej uznanej, jakkolwiek u wielu wybitnych autorów nieśmiało lub sceptycznie zaznaczonej — bezwładu kiszek czyli paraliżu kiszek pochodzenia odruchowego, powstałego wskutek urazu lub zabiegów operacyjnych w jamie brzusznej.

Bezwład kiszek, jaki powstaje np. po pęknięciu kiszek, w zapaleniu otrzewny, w kamicy żółciowej i nerkowej, jako skutek przewlekłego zwężenia kiszek, i t. d. pomijam w tem miejscu zupełnie.

Bezwład kiszek, zwany enteroplegią, paraliżem, w lżejszych postaciach parezą lub „atonie grave de l'intestin“ jest cierpieniem, które, jak wyżej wzmiankowałem, zjawiać się może wskutek urazu np. uderzenia w brzuch lub po laparotomiach. Występuje on nieraz już w kilka godzin po urazie lub laparotomii, a objawia się tem, że chory stolca i wiatrów nie oddaje, brzuch miewa w wysokim stopniu wzdęty, wymiotuje; działalność płuc i serca bywa znacznie upośledzona, występuje duszność, oddech krótki i przyspieszony, tętno częste, słabe, nieraz nitkowate, ciepłota ciała — zwykle prawidłowa lub niższa od prawidłowej, mocz — skąpy lub bezmocz zupełny; w ciężkich przypadkach stan zapaści, zimny pot na całym ciele i śmierć wskutek upośledzonej działalności serca i naczyń.

Stan taki, jak widzimy, zupełnie zbliżony pod względem objawów do mechanicznej niedrożności kiszek lub zapalenia otrzewny, może w pomyślnych przypadkach w ciągu 3 do 10 dni uleść nagłej lub stopniowej poprawie, która się objawia odejściem obfitych wiatrów i stolców, zmniejszeniem wzdęcia, poprawą działalności płuc, serca i t. d. Jak już wyżej zaznaczyłem, stan ten może się kończyć i śmiercią.

Postać tę opisują dawniejsi klinicyści i chirurdowie, jako *ileus paralyticus*, ale u przeważnej części z pośród nich panował pogląd, że tylko pewien odcinek kiszek ulega bezwładowi ruchowemu. Zdaniem tych badaczy, w odcinku tym zatrzymuje się zawartość, a nie mogąc się dalej posuwać na skutek bezwładu, stanowi mechaniczną przeszkodę dla górnych (fizyologicznie biorąc) odcinków kiszek i wywołuje obraz kliniczny niedrożności.

¹⁾ O bezwładzie żołądka i kiszek, zwłaszcza po laparotomii. Medycyna. Nr. 9. 1895. Kilka słów o bezwładzie żołądka i przeplukiwaniach tego narządu po laparotomii. Medycyna Nr. 19 tegoż roku. Odpowiedź na artykuł kol. G. WAWELBERGA. W sprawie przemiany żołądka po laparotomiach. Medyc. Nr. 19.

HENROT, cytowany w nowem i pięknem dziele NOTHNAGEL'a²⁾, w którym znajdujemy cały rozdział poświęcony tej sprawie p. t. *Paralysis et insufficientia muscularis intestini*, nazywa postacie te „*pseudo-occlusio intestinorum*“ i „*pseudo-incarceratio*“, podając przytem dość obszerną etiologię tego cierpienia.

Do szeregu odruchowych postaci paraliżu zaliczane bywają przypadki, jakie opisuje np. TREVES³⁾: dziecko zachorowało wśród objawów niedrożności, mianowicie: zaparcie stolca; wzdęcie znaczne, ciągle wymioty i zapaść; rozpoznano uwięźnięcie przepukliny, znaleziono bowiem w okolicy pachwinowej guz twardy, bardzo wrażliwy na ucisk, nie dający się wprowadzić do jamy brzusznej. Okazało się, że nie była to przepuklina, lecz nie opuszczone do worka jądro, będące przytem w stanie zapalnym. Okłady lodowe usunęły to cierpienie wraz z bezwładem kiszek.

Dalej, jak podaje NOTHNAGEL, spostrzegano enteroplegię w zapalnych stanach *hydrocoele*, po urazie worka jądrowego (moszny), po operacji guzów hemoroidalnych, w stanach zapalnych i ropniach okolicy pachwinowej lub worka przepuklinowego, a nawet powłok brzusznych. Autor ten sam spostrzegał objawy bezwładu kiszek u chorej, której (przy wadzie serca) wypuszczono z jamy brzusznej za pomocą przekłucia przeszło 6 litrów płynu.

Znane są przypadki bezwładu kiszek, powstałe wskutek silnego urazu brzucha (upadnięcie na brzuch, zgniecenie brzucha), w których chorzy giną wśród objawów pozornej niedrożności, a badanie pośmiertne nie wykrywa żadnych zmian anatomopatologicznych, któreby śmierć tłómaczyły. Co do tych przypadków N. nie chce rozstrzygać, czy tylko powłoki brzuszne czy też i trzewa brzuszne ulegają w tych przypadkach bezpośrednio urazowi,

MARTIN⁴⁾ w rozdziale o chorobach jajników, ich leczeniu operacyjnem i powikłaniach pooperacyjnych robi wzmiankę o „niedowładzie kiszek, połączonym z wzdęciem brzucha“ i sądzi, że w tych przypadkach skłonność do atonii kiszek zależy od ilości przebytych porodów, rozciągnięcia ściany brzusznej przez gazy t. t. p. „Stan ten szybko występuje, tętno przyspiesza się bez podniesienia ciepłoty ciała, występują wymioty żółciowe i po długiej agonii—śmierć. Jeżeli się uda wzmocnić кишки (mięsienie, faradyzacja), następują stolce, tętno się wzmacnia, wymioty ustają i powrót do zdrowia odbywa się bez przeszkody“.

Zdaje mi się, że jakkolwiek słusznie podkreśla MARTIN znaczenie wiotkich ścian brzucha w powstawaniu bębnicy wskutek zmniejszonego ciśnienia wewnątrzbrzuszego, wiotkość tu nie stanowi głównej przyczyny powstawania enteroplegii pooperacyjnej; przyczyny tej MARTIN nie wymienia.

Pozzi⁵⁾ zwraca uwagę na to powikłanie i radzi je odróżniać od innych klinicznie podobnych, jak np. od zapalenia otrzewny i niedrożności mechanicznej.

W roku 1895 w Londyńskiem Tow. Ginekologicznem rozprawiali na ten sam temat SHAW, ALBAN DORAN, HORROCKS, ROUTH, SKENE KEITH, GIBBONS i HERMAN, mówiono o różnych powikłaniach po operacjach brzusznych ginekologicznych, a więc o niedrożności, zapaleniu otrzewny i t. zw.

²⁾ Die Erkrankungen d. Darms et d. Peritoneum. Wlen. 1896. Część druga.

³⁾ Cyt. u NOTHNAGEL'a.

⁴⁾ Podręcznik chorób kobiecych. 1887.

⁵⁾ Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1892.

(niesłusznie) „atonii kiszek pooperacyjnej“. Jedyne SKENE KEITH słusznie nazywa tę postać parieżą lub paraliżem kiszek.

Z dzieł specjalnych, poświęconych chorobom przewodu pokarmowego, wspomnę o dziele ROSENHEIM'a ⁶⁾, który przytacza w rozdziale o paraliżu kiszek pracę HENROT'a, mówi więc o odruchowej formie paraliżu, o zapaleniu otrzewny, powikłaniem bezwładem i t. p., ale nie wspomina wcale o powikłaniu po operacjach brzusznych, jak to czyni NOTHNAGEL w najnowszym, a wspomnianem już dziele.

REICHEL ⁷⁾, który z wielką rezerwą zaznacza to powikłanie, uważa wbrew zdaniu innych, że jest to jednakże przeważnie sprawa zakaźna, o czym niżej.

MURPHY ⁸⁾ z Chicago odróżnia trzy postacie „ilei“: 1) *ileus adynamicus* czyli paraliż kiszek, 2) *ileus dynamicus* czyli kurcz kiszek na pewnej przestrzeni, np. ołowiany i 3) *ileus mechanicus*. Nazwy te rzecz dostatecznie wyjaśniają. Do pierwszej kategorii zalicza M. postacie odruchowe, jakie widzimy czasem w kolce wątrobowej lub nerkowej, przy ucisku na jajniki i t. p.

Nie mam w tej chwili ani zamiaru, ani możliwości wyczerpania danych z literatury. Te, jakie zaznaczyłem, mogą służyć jako dowód, że parieża i bezwład kiszek odruchowy, a szczególnie pooperacyjny, jest już obecnie cierpieniem coraz bardziej uznawanem, jakkolwiek przez niektórych autorów nieśmiało zaznaczanem. Przyczyny tego wahania łatwo zrozumieć. Wobec ogólnie panujących w nauce naszej poglądów bakteryologicznych, zataczających coraz szersze koło, obejmujących coraz to nowe dziedziny i wypierających zwycięsko dawne poglądy, mimowoli zjawia się powątpiewanie, gdy chodzi o sprawę, będącą powikłaniem po laparatomii, a nie mającą z bakteryologią nic wspólnego. Istnienie tej postaci, maskującej zapalenie otrzewny i niedrożność kiszek, bynajmniej nie ułatwia zadania chirurgom, utrudnia je raczej, gdyż zwiększa trudności rozpoznania różniczkowego. Błąd w rozpoznaniu w danym razie może pociągnąć fatalne następstwa. Z drugiej strony wiemy dobrze, a uczy nas tego chirurgia jamy brzusznej, że powikłania takie, jak zranienie kiszek, zapalenie otrzewny i niedrożność mechaniczna są pierwszorzędnej wagi i przede wszystkim też bywają przez chirurgów uwzględniane. Powtórnie wykonana laparotomia bynajmniej nie zawsze wykrywa zmiany anatomopatologiczne, zdolne wyjaśnić naturę cierpienia. Często nic się nie wykrywa, a wówczas dopiero przychodzimy do przekonania, że był to jedynie bezwład przewodu pokarmowego. Że otwarcie powtórne jamy brzusznej tak ciężko chorego grozi zazwyczaj jego życiu i śmierć przyspiesza, zbytecznem byłoby dodawać.

REICHEL utrzymuje, że jest to zbyt wygodna tarcza, którą w potrzebie chirurg osłaniać się może. R. sądzi, że chirurg w razie śmierci operowanego chorego przy objawach zapaści i t. p., powinien sobie raczej powiedzieć, że prawie zawsze jest ona wynikiem zakażenia z jamy otrzewny, nawet wówczas jeżeli nie znajdziemy przy badaniu pośmiertnem ani śladu ropienia; zakażenie bowiem może wystąpić wkrótce po operacji i wywołać posocznicę.

Ścisłe spostrzeganie chorych, przemijanie tego stanu paralitycznego i doświadczenia na zwierzętach pozwalają jednakże w tej sprawie wyłączyć

⁶⁾ Die Krankheiten d. Darms. Wien. Leipzig. 1893.

⁷⁾ Lehrbuch d. Nachbehandlungen nach Operationen. Wiesbaden. 1897.

⁸⁾ Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 1897.

współudział drobnowustrojów chorobotwórczych i jedynie na drodze fizjologii patologicznej sprawę wyjaśnić zarówno w przypadkach wyleczonych, jak w śmiertelnych.

Rozpoznanie bezwładu kiszek nie zawsze należy do zadań łatwych. Dla odróżnienia od zapalenia otrzewny można się czasem posługiwać stanem ciepłoty ciała, która w bezwładzie bywa prawidłowa lub obniżona, nigdy zaś podwyższona, jakkolwiek znane są zapalenia otrzewny, przebiegające z niską ciepłotą.

Bolesność brzucha na ucisk zazwyczaj mamy w niedrożności i zapaleniu otrzewny. Objaw ten niekiedy z trudnością zbadać się daje z powodu opatrunku brzucha i czasem zawodzi.

Bólów samoistnych zwykle w bezwładzie kiszek nie bywa, a znajdujemy je w niedrożności i zapaleniu otrzewny. Lekkie postaci paretyczne, kończące się pomyślnie oddaniem stolców i wiatrów, odróżnimy z łatwością.

Ważną i godną uwagi jest, zdaniem mojem, okoliczność, że bezwład kiszek występuje zazwyczaj wkrótce, a nieraz tuż po operacyi lub urazie, gdy powikłania inne zwykle występują znacznie później. Drugą okoliczność stanowi to, że bezwład ten występuje tem łatwiej, im więcej stan ogólny chorego przed zabiegiem operacyjnym pozostawiał do życzenia. Krwotoki, wycieńczenie, osłabienie, wiek późny i t. p. czynniki odgrywają ważną rolę w przygotowaniu podkładu dla stanu paralitycznego. Wszystko to budzić powinno czujność chirurga.

O drodze powstawania tego bezwładu, jego patogenezie i leczeniu wspomnę później, omówiwszy poprzednio zaburzenie ruchowe innego narządu, mianowicie — żołądka.

*

*

*

Dziwić nas nie powinno, że pod względem przyczynowym, zarówno jak pod innymi względami, znajdziemy zupełną analogię z przewodem jelitowym. Żołądek jest tylko częścią przewodu pokarmowego, nieco pod względem budowy swojej zmodyfikowaną, a w pewnym okresie zarodkowym niczem się się jeszcze od reszty nie różni. I tu więc uraz brzucha i laparotomia stanowią najczęstsze źródło bezwładu. Nie można wątpić, że istnieją postaci mieszane, w których cały przewód żołądkowo-jelitowy ulega bezwładowi, albo też ulega mu w stopniu nierównym tak, że na plan pierwszy występuje albo cierpienie żołądka, albo cierpienie kiszek. Rzecz prosta, że obraz kliniczny może się w ten sposób wikłać; jednakże objawy cierpienia żołądkowego są tak wybitne, że poświęciwszy im nieco więcej uwagi, lekarz bez wielkich trudności rozpozna bezwład żołądka, jeżeli to cierpienie wysunie się na plan pierwszy.

Gastroplegią czyli bezwładem żołądka (*gastroplegia*, *gastroparalysis*, *paralysis ventriculi*) nazywamy za BOUVERET'em⁹⁾, który, o ile mi się zdaje, pierwszy użył tej właściwej nazwy, cierpienie, polegające na tem, że żołądek nagle lub w krótkim przeciągu czasu zatracą całkowicie czynność ruchową na czas pewien lub bezpowrotnie. Cierpienie to nie należy do częstych, a przynajmniej często opisywanych, właściwie zrozumianych i dokładnie zbadanych.

Cierpienie to, jako postać kliniczna, wywalcza sobie prawo obywatelstwa w patologii, jakkolwiek BAMBERGER w wybornem dziele swoim z roku 1864,

⁹⁾ *Traité des maladies de l'estomac*, Paris, 1893.

opisując rozstrzeń żołądka, między przyczynami tejże podaje: „bywa ona skutkiem paraliżu po silnych wstrząśnieniach ciała“. Jak o wielu rzeczach, i o tej uwadze często zapominało.

BOUVERET oświecił tylko w sposób należyty cierpienie, które pod innemi nazwami było przez pewnych badaczy spostrzegane. Jak mało dotąd cierpienie to było uwzględniane, dowodem inne podręczniki chorób żołądka, odnoszące się do czasów nowszych. Z wyjątkiem wzmianki w dziele DEBOVE'a i REMOND'a¹⁰⁾ o rozstrzeniach, powstałych w sposób ostry po urazie i laparotomiach, nigdzie nie znajdujemy ani słówka o tym przedmiocie, a są tam nazwiska takich badaczy, jak JAWORSKI z polskich —, EWALD, BOAS i ROSENHEIM — z autorów niemieckich.

Z autorów, którzy przed BOUVERET'em cierpienie to zaznaczali lub opisywali, wspomnieć należy o ERDMANIE, który opisał przypadek bezwładu żołądka pochodzenia urazowego (upadnięcie nawznak ze znacznej wysokości) i nazwał go błędnie ostrą rozstrzenią żołądka. Dalej KOEBERLE opisał tę postać, jako występującą po laparotomiach. GROSS należy również do autorów, którzy widzieli przypadki tego rodzaju. HUNTER podał jeden z najciekawszych przypadków, który „*ad oculos*“ dowiódł możliwości powstawania bezwładu żołądka po laparotomii. H. podczas wykonywania operacji w jamie brzusznej stwierdził, że żołądek był wielkości prawidłowej; po upływie dni dziesięciu objawy „rozstrzeni“ były już bardzo wyraźne, a oględziny pośmiertne, wykonane nazajutrz przekonały, że żołądek zajmował większą część jamy brzusznej.

W roku 1895 opisałem przypadek bezwładu żołądka i kiszek, powstałego po laparotomii, wykonanej przez TYRCHOWSKIEGO i BORYSSOWICZA z powodu krwotoku w ciąży zamacicznej. Szczegółów tego przypadku nie przytaczam w tem miejscu. Przypadek ten różni się od wszystkich opisanych dotąd tem, że codziennie wykonywałem badanie zawartości, jaką chora zwracała. Badanie to pozwoliło mi stwierdzić nie tylko stan paralityczny błony mięśniowej żołądka, lecz z dużem prawdopodobieństwem przypuścić także w podobnego rodzaju przypadkach zaburzenia chłonicze i wydzielnicze. Przypuszczenie swoje co do zaburzeń wchłaniania opieram na tem, że w tych razach zawartość płynna przebywać może w ilości kilku litrów po 5—6 dni i dłużej, nie ulegając wchłanianiu i powodując skąpe wydzielanie moczu, lub bezmocz. Zawartość ta albo zostaje wypłukana za pomocą zgłębnika, albo też po przejściu stanu paralitycznego samoistnie naraz wydalona przez zwymiotowanie. Co się tyczy wydzielania soku żołądkowego w podobnych przypadkach, z literatury nic o tem nie wiemy. O ile mię badanie mego przypadku przekonywało, żołądek naszej chorej w ciągu kilku dni trwania bezwładu nic zgoła nie wydelał. Ani razu bowiem badanie zawartości żołądka kobiety młodej, poprzednio zdrowej, nie wykryło ani śladu kwasu solnego wolnego lub związanego. Znajdywałem natomiast obficie kwas mleczny, powstały z fermentacji cukru (słodkie wino szampańskie) przy udziale olbrzymiej ilości drożdży, zajmujących przy badaniu drobnowidzowem całe pole preparatu. Gnicie, kilkakrotnie przez autorów stwierdzone (acz gołosłownie), do pewnego stopnia również za tem przemawia. Przyszłe badania, zdaje mi się, przypuszczenie to potwierdzą.

¹⁰⁾ Traité des maladies de l'estomac.

Do pokrewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka zaliczyłbym również przypadki, w których po nagłym, a nadmiernym wypełnieniu zdrowego żołądka, następuje stan paretyczny, kończący się trwałą rozstrzenią żołądka. Z tego rodzaju przypadki spostrzegałem. Jeden z nich (opisany) skończył się śmiercią nagłą wskutek najprawdopodobniej porażenia serca (badanie pośmiertne), drugi z nich — rozstrzenią. Boas ¹¹⁾ opisuje podobny przypadek.

Już wówczas wspomniałem o tem, że Boryssowicz spostrzegał w pół roku potem przypadek bezwładu żołądka. W pracy swojej ¹²⁾ B. pisze: „bezwład żołądka i kiszek (gastro-enteroplegia), trwający przez pierwsze 6 dni po operacji (operowano torbiel skórzastą ze skręconą szypułą), sprawił niezmiernie rozdęcie kiszek i rozszerzenie żołądka, przepełnionego płynami, przyjmowanymi w znacznej ilości podczas trwania bezwładu tak, że powłoki brzuszne uległy nadzwyczajnemu rozciągnięciu. Po obfitych wypróżnieniach stolcowych i jeszcze obfitszych wymiotach, gdy bezwład przewodu pokarmowego przeminął całkowicie, przystąpiłem do zdjęcia szwów i t. d.“ i dodaje, że słabe zrosty powłok brzusznych uległyby pęknięciu, gdyby nie to, że nie pośpieszono się ze zdjęciem szwów. Wzmianka ta pozwoli uważać opisany przez B. przypadek za ten sam, o jakim w pierwszej pracy wspomniałem, gdyż B. tego nie zaznaczył.

HAHN ¹³⁾ w roku 1894-ym w odczycie swoim poruszył przedmiot, który uważam jako przyczynek do sprawy, w tej chwili nas obchodzącej. Nie nazwawszy cierpienia, doradza jednak HAHN w każdym przypadku operacji na żołądku, a szczególnie gastroenterostomii, wczesne przeplukanie żołądka i mówi: „nie uwierzcie Panowie, co za posokowate masy, zwłaszcza przy pierwszym przeplukaniu żołądka, bywają wydalone z tego narządu“. DİNTE, REICHSTEIN i WAWELBERG ¹⁴⁾ również spostrzegali takie przypadki.

Przechodząc do opisu objawów cierpienia, zauważyć muszę, że charakter ich bywa mniej lub więcej ciężki, ale i ciężkie mogą przeminąć, lżejsze natomiast mogą się wzmódz i skończyć śmiercią. Objawy te są następujące, jak już w pierwszym artykule moim o tej sprawie zaznaczyłem:

1) Wzdęcie okolicy żołądka, wogóle górnej części brzucha. Objaw ten stwierdzamy przy pomocy oglądania, obmacywania, opukiwania wraz z wysłuchiowaniem. W przypadkach pooperacyjnych z pewną trudnością zbadać się to daje z powodu opatrunku brzucha. Przy jednoczesnym bezwładzie kiszek znajdziemy cały brzuch olbrzymio wzdęty (*tympunitis*), ogólną bębnicę jako skutek zanikania napięcia i kurczliwości błony mięśniowej, która ustępuje parciu gazów, nie znajdujących zwykłego, fizyologicznego oporu dla swojej prężności.

2) Zbieranie się w żołądku zawartości, która się doń dostała ale wydalić się nie może. Zbierają się więc w żołądku pokarmy i napoje, leki przyjęte, ślina, śluz, żółć, ropa i krew. Obecność zawartości stwierdzamy, wstrząsając z lekka ścianę brzuszną w okolicy żołądka lub poruszając zlekka ciałem chorego obok jednoczesnego wysłuchiwania okolicy dołka. Może się zdarzyć, że badanie to będzie utrudnione z powodu wysokiego na-

¹¹⁾ Acute Magendilatation. Deut. Med. Woch. 1894. Nr. 8.

¹²⁾ W sprawie szwu powłok brzusznych uwagi kilka. Medycyna. 1895. Nr. 25.

¹³⁾ Berlin. klin. Woch. 1894. Nr. 48.

¹⁴⁾ W sprawie przemywania żołądka po laparotomii. Medycyna. 1895. Nr. 19.

pięcia ściany brzusznej, robiącego wrażenie poduszki gumowej, powietrzem wypełnionej.

3) Silna fermentacja lub gnicie nagromadzonej zawartości jest objawem niezawodnym, wynikającym z pozostawiania na miejscu płynów w środowisku o ciepłocie ciała. Łatwo pojąć, jakie rozmiary przyjąć może fermentacja w żołądku, jeżeli zważyć, że żołądek znajduje się w bezwzględny spoczynku, ruchów żadnych nie wykonywa i, jak przypuszczam na zasadzie swoich badań, nic nie wchłania i nic nie wydziela.

4) Często występują zwracania nieobfite zawartości. Odbijania, które wymagają czynnego udziału błony mięśniowej żołądka, zazwyczaj nie bywa. Zwracania te opisuje BOUVERET; powstają one wówczas, gdy żołądek wypełni się znacznie i zaczyna odgrywać rolę zbiornika—worka, dającego się rozciągać do tego stopnia, że wypełnić może znaczną część jamy brzusznej. Tłocznia brzuszna naówczas wyrzuca część zawartości bez żadnego czynnego udziału żołądka przy otwartym wpuszcie. Zdarza się, że chorzy po kilku dniach (3—6) zwymiotowują naraz olbrzymie ilości nagromadzonych płynów, poczem wszystkie objawy znikają. Sam fakt zwymiotowania naraz znacznych ilości płynu jest dowodem powróconej, odzyskanej energii mięśniowej, którą wcześniej możemy choremu przywrócić, jeżeli obciążony narząd uwolnimy od zalegającej zawartości zapomocą zgłębnika (HÄHN).

5) Uczucie pełności i rozpierania w dolku lub brzuchu.

6) Zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów.

7) Wydzielanie i wydalanie moczu zmniejsza się lub ustaje na czas pewien.

8) Tętno bywa przyspieszone i nitkowate.

9) Oddech krótki, powierzchowny i przyspieszony.

10) Ciepłota ciała zwykle obniżona, wreszcie

11) Objawy zapaści, grożącej życiu: trupia bledność skóry i błon śluzowych widocznych i zimny pot na całym ciele.

Widzimy tu tyle objawów, które (z wyjątkiem żołądkowych) możnaby łatwo przypisać zapaleniu otrzewny lub mechanicznej niedrożności, że dziwić nas nie będzie, iż istotnie te właśnie cierpienia bywają w tych razach najczęściej rozpoznawane. Jednakże dokładne spostrzeganie chorego, krytyczny rozbiór objawów, a szczególnie badanie zwracanej zawartości powinno naprowadzać na drogę ścisłego rozpoznania, mającego dla sprawy leczenia pierwszorzędną wagę.

Przebieg i zejście. Przebieg cierpienia, rzecz prosta, zależy od przyczyny, która je wywołała, dalej od ogólnego stanu chorego (przebytych krwotoków, małokrwistości, wycieńczenia i t. d.), od tego, czy przyczyna trwa dalej lub też została usunięta.

Bezwład kiszek, powstały odruchowo z powodu sprawy zapalnej w mosznie, znika po usunięciu cierpienia, jakkolwiek może być połączony z groźnymi objawami ze strony kiszek (NOTHNAGEL).

Co się tyczy bezwładu żołądka pochodzenia urazowego i pooperacyjnego, przebieg bywa prawie zawsze ostry, czas trwania cierpienia wynosi dni kilka do kilkunastu.

Zejście bywa dwojakie: po kilku lub kilkunastu dniach następuje nagle poprawa przy objawach takich, jak odbijania, zwymiotowanie naraz

ogromnej ilości (do kilku litrów) sfermentowanej lub zgniłej zawartości, odejście stolca i wiatrów, poczem następuje poprawa miejscowa i ogólna.

W braku badań odpowiednich trudno orzec stanowczo, czy przejście tego stanu pozostawia stale ślady w postaci trwalej rozstrzeni żołądka. Przypuszczać należy, że często pozostawia; w moim przypadku nastąpiła trwała poprawa, pozostała zaledwie skłonność do rozdęcia żołądka i kiszek.

W innych przypadkach występuje zapaść i śmierć wśród objawów wyczerpanej czynności oddechania i krążenia krwi. W przypadku ERDMAN'a (uraz) bezwład trwał 12 dni, HUNTER'a (laparotomia)—10 dni, moim—3 dni, BORYSOWICZA—6 dni, poczem z wyjątkiem przypadku HUNTER'a następowało wyzdrowienie.

Rozpoznanie. W przypadkach pochodzenia urazowego rozpoznanie nie przedstawia wielkich trudności, zarówno jak w przypadkach pochodzenia odruchowego, jakkolwiek i tu należy wziąć pod uwagę możliwość zapalenia otrzewny, przedziurawienia kiszek i t. p.

W przypadkach, powstałych po cięciu brzuszem, winniśmy również wyłączyć zapalenie otrzewny, stany septyczne i mechaniczną niedrożność rozmaitego rodzaju.

BOUVERET, jak zresztą żaden ze znanych mi autorów, który zaznacza to podobieństwo powyższych spraw chorobowych do bezwładu przewodu pokarmowego, nie podaje rozpoznania różniczkowego.

Dla odróżniania tych spraw chorobowych należałoby, o ile mi się zdaje, posługiwać się badaniem rozmiarów żołądka, a dalej, co najważniejsza, badaniem zwracanej, wymiotowanej lub wypłukiwanej zawartości żołądka.

Badanie to może nam dostarczyć cennych danych, na jakie pragnąłbym zwrócić uwagę Szan. Panów. Przedewszystkiem pozwoli nam ono odróżnić t. zw. wymioty kałowe od zawartości sfermentowanej, jaką chorzy zwracają lub wymiotują w bezwładzie żołądka. W zawartości kałowej, którą często choć nie zawsze, rozpoznajemy za pomocą zmysłu powonienia, możemy wykryć wytwory gnicia białka — fenol, indol i skatol, a w zawartości niekałowej lecz z kiszek pochodzącej—żółć i sok trzustkowy. Obecność soku trzustkowego poznajemy za pomocą sztucznego trawienia białka (w termostacie) i krochmalu w przesączu zalkalizowanym. Badanie to pozwoli nam odróżnić zawartość, która się dostała do żołądka z kiszek, od zawartości żołądka *sensu strictiori*. W każdym odpowiednim przypadku żołądek należy przepłukać, przynosimy bowiem w ten sposób niewątpliwą ulgę choremu, często leczymy go tym zabiegiem, a zawsze ułatwiamy sobie dalsze spostrzeganie i sprawę wyjaśniamy.

Zawartość żołądka w gastroplegii będzie zawsze odczynu kwaśnego, zawierać będzie kwasy organiczne (mleczny, octowy, masłowy, kozłkowy i t.p.), nie będzie trawiła białka w przesączu zalkalizowanym, zawierać będzie drobnoustroje (np. grzybki drożdżowe i czworniaki), cząstki pokarmowe niestrawione, nie będzie posiadała ani wyglądu, ani zapachu kałowego.

Widzimy więc, że, poświęciwszy trochę uwagi temu badaniu, uda się odróżnić bezwład żołądka od niedrożności ostrej i zapalenia otrzewny.

Oprócz badania zawartości żołądka, zwracanej lub wymiotowanej, dla odróżnienia bezwładu żołądka od ostrej niedrożności i zapalenia otrzewny kierować się można często stanem bolesności brzucha podmiotowej i przedmiotowej (na ucisk). W bezwładzie brzuch zwykle jest bezbolesny. Badanie

bolesności brzucha na ucisk jest utrudnione z powodu opatrunku, a dalej w pewnych przypadkach zapalenia otrzewny brzuch również bywa, zdaniem niektórych autorów, bezbolesny.

Co się tyczy ciepłoty ciała, bywa ona zwykle w zapaleniu otrzewny podwyższona. Nie zawsze jednak, znane są bowiem septyczne sprawy zapalne, przebiegające z prawidłową lub obniżoną ciepłotą. Fakt ten sprawił, że niektórzy badacze (np. REICHEL) z wielką oględnością i sceptycyzmem uznają istnienie samoistnego paralitycznego stanu kiszek po laparotomii, przypisując raczej cierpienie ostremu septycznemu zapaleniu otrzewny, którego jednakże nie potwierdzają oględziny pośmiertne. Mówi się naówczas o zatruciu krwi, o tem, że sprawa nie była ropna lecz septyczna, że z powierzchni otrzewny wyhodować można prątki chorobotwórcze; pozwolę sobie jednakże powołać się tu na zdanie wyżej podanych autorów, a między nimi NOTHNAGEL'a, który również uznaje tę postać chorobową, jako od bakterii zgoła niezależną. Od siebie gotów jestem przypuścić, że nawet wyhodowanie prątków na sztucznym podłożu nie przekona nas o tem, że śmierć nastąpiła z zakażenia. Sądzę, że mogą być przypadki takie, w których nieliczne prątki chorobotwórcze zostają przez ustroj pochłonięte i zwalczone bez szkody dla ustroju, znalezienie więc ich po śmierci nie jest dowodem istnienia sprawy septycznej. W wielu narządach, komunikujących się ze światem zewnętrznym, weźmy choćby jamę ustną lub przewód pokarmowy, posiadamy legiony drobnoustrojów, między którymi są chorobotwórcze: gronkowce, paciorkowce, dwuziarniaki, lasecznik okrężnicy i wiele innych, które w pewnych tylko warunkach stają się szkodliwe. Dopiero staranne zbadanie krwi, naczyń i gruczołów chłonnych, wątroby, śledziony, szpiku kostnego i t. d. mogłoby nas o istnieniu zakażenia przekonać. Przy istniejącym bezwładzie żołądka nawet owych wątpliwości mieć nie możemy, bo sprawa ta niema nic wspólnego ze sprawami septycznymi. Sposób powstawania zarówno bezwładu kiszek, jak żołądka, postaram się niżej szczegółowo rozebrać.

Mówiąc o rozpoznaniu, nadmienić muszę, że t. zw. wymiotów pooperacyjnych do tej kategorii ryczałtowo bynajmniej zaliczać nie wolno. Wymioty owe, tak niefortunnie nazywane, nic nas bowiem ta nazwa nie objaśnia, mogą być skutkiem rozmaitych przyczyn. Wymioty po operacjach, wykonanych pod chloroformem, są wyrazem działania chloroformu lub też ciał z niego w ustroju powstałych, na ośrodki wymiotne i zakończenia obwodowe nerwów błony śluzowej nosa, gardzieli, krtani, przełyku i żołądka, wreszcie wyrazem jakiejś szczególnej wrażliwości ustroju.

Wymioty zaś (lub zwracania) po operacjach brzusznych mogą być wyrazem: 1) zatrucia chloroformowego, jak wyżej, a dalej 2) wyrazem rozwijającej się ostrej niedrożności kiszek, 3) zapalenia otrzewny, 4) wreszcie parazy lub paraliżu żołądka i kiszek. Brać więc za jedno wymiotów pooperacyjnych z bezwładem pooperacyjnym nie można, popełniłoby się bowiem gruby błąd logiczny. Nie powinna nas dziwić okoliczność, że w zwykłych wymiotach chloroformowych przepłukanie żołądka jest często pożyteczne, mamy bowiem dla innych ciał trujących pod tym względem zupełną równorzędność objawów.

Jak ważne jest rozpoznanie, widoczne to jest choćby z tego względu, że chodzi tu o rozstrzygnięcie pytania, stanowiącego nieraz o życiu chorego: „Czy należy czekać i leczyć chorego środkami, stanowiącemi naszą broń tera-

peutyczną, czy też jąć się noża i wykonać powtórna laparotomię?“ Sprawa to pierwszorzędnej wagi, gdyż z jednej strony szkoda w tych razach bardzo drogiego czasu, z drugiej zaś — niewłaściwie (w przypadkach bezwładu) wykonana operacja przyspiesza śmierć chorego z wielkiem prawdopodobieństwem, graniczącem niemal z pewnością. I nic dziwnego, zostaje bowiem obaloną zasada, której się święcie trzyma chirurgia: „w pierwszym wstrząśnieniu nigdy nie operować, ale stan ten przeczekać“. Ale, jak zobaczymy, to „pierwsze wstrząśnienie“ może niestety trwać bardzo długo. REICHEL podaje, że stan wstrząśnienia, jak wiadomo, powstaje zwykle w ciągu 24 godzin po operacji i nie należy w nim operować, i dodaje, że po upływie doby, jeżeli śmierć nie nastąpiła, zjawia się stan osłabienia, który trwa tydzień lub dłużej i sprowadza w końcu śmierć, przyczem na stole sekcyjnym albo nic nie znajdujemy godnego uwagi albo jedynie powikłania: zapalenie płuc opadowe, nieżyty kiszki i t. p. Dalej radzi REICHEL odróżniać stan wstrząśnienia od krwotoku, po którym należy operować, a wskazówkę, z czem mamy do czynienia, czerpać należy ze stanu psychicznego, który w przypadkach krwotoku mniejszym ulega zaburzeniom.

*

*

*

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

75. BARIÉ Cierpienia zastawki dwudzielnej pochodzenia kurczowego.

Obok wad zastawkowych, spowodowanych zmianami wsierdza, medycyna współczesna znacznie rozszerzyła zakres chorób serca przez zwrócenie uwagi na cierpienia tego narządu, nie będące wynikiem anatomicznych zmian w zastawkach. Tu należy rozszerzenie serca w następstwie niektórych przewlekłych cierpień oskrzeli i płuc (GOURAND, PARROT), zaburzeń czynnościowych pochodzenia żołądkowego lub wątrobowego (POTAIN-BARIÉ), w następstwie ciąży i t. p.

Obok niedomykalności prawdziwych skutkiem zmian we wsierdzu opisano niedomykalności względne czyli czynnościowe t. j. bez zmian w zastawkach.

Lecz i to rozszerzenie zakresu chorób serca okazało się nie wystarczające. Niektórzy autorzy zaczęli przypisywać ważne znaczenie pewnym cierpieniom serca pochodzenia kurczowego. Ten ze wszech miar ciekawy rodzaj chorób serca, dotyczący zastawki dwudzielnej, stanowi przedmiot niniejszego wykładu.

LAENNEC w swym „Traité de l'auscultation“ opisał stan skurczu serca u hipochondryków w połączeniu ze szmerem podmuchowym i mrukiem kocim. Lecz dopiero PETER pierwszy opisał zwężenie lewego otworu żylnego pochodzenia kurczowego. Kiedy autor był internem w oddziale tegoż, często słyszał wygłaszane przez niego zdanie, że objawy fizyczne, towarzyszące zwężeniu otworu żylnego lewego u młodych kobiet chorych na blednicę, są zwodnicze, i że u tego rodzaju chorych nie ma właściwie choroby serca, że objawy wysłuchowe zginą wraz z wyleczeniem blednicy.

Pogląd ten był później wielokrotnie przez niego stwierdzony, tak, że w ostatnim tomie jego „Leçons de clinique médicale“ (1893) czytamy: „u tego rodzaju

chorych zdwojenie drugiego tonu znika z ustąpieniem blednicy, nie ma więc prawdziwego zwężenia otworu, i, jeżeli DUROZIEZ znajdował tak często zwężenie otworu żylnego lewego u kobiet, to dla tego, że widział analogiczne przypadki, i, gdyby dalej śledził za swemi choremi przekonałby się o zniknięciu zwężenia, które tylko zależało od zwyczajnego skurczenia otworu“. Analogiczne przypadki ogłosili następnie REVILLOD (Genewa), PICOT, CUFFER i inni.

Przechodząc do niedomykalności zastawki dwudzielnej pochodzenia kurczowego, autor zaznacza, że już STOKES przypuszczał jej możliwość bez zmian anatomicznych, a tylko skutkiem kurczu.

BAMBERGER podzielał również ten pogląd.

Niedawno de RENZI spostrzegał ciekawy przypadek, dotyczący kobiety 23-letniej, która od 3 lat skarżyła się na ból w okolicy serca, i u której przy wstąpieniu do szpitala znaleziono obrzęk nóg, duszność i sinicę, a przy wysłuchiowaniu serca stwierdzono podmuch skurczowy u wierzchołka serca. Z początku przypuszczano organiczne cierpienie serca, lecz gdy u chorej wykryto wyraźne objawy histeryi, a z drugiej strony serce, wątroba i śledziona okazały się niepowiększone, a mocz wolny od białka, rozpoznano cierpienie serca pochodzenia histerycznego, co potwierdziła dalsza obserwacja.

Nakoniec ROYER podał kilka przypadków niedomykalności zastawki dwudzielnej pochodzenia nerwowego. Oto są główne fakty, które posłużyły do przyjęcia pewnych cierpień zastawki dwudzielnej pochodzenia kurczowego. Zobaczymy teraz, jakie objawy towarzyszą wadom zastawki dwudzielnej pochodzenia kurczowego, i jaki jest mechanizm, mający objaśnić ich powstanie.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że objawy, charakteryzujące wady zastawki dwudzielnej pochodzenia kurczowego, najczęściej spostrzega się u chorych nerwowych, u chorych na histeryę. U chorych tych, szczególnie kobiet, znajdujemy bardzo często objawy blednicy. Większa część chorych skarży się na bicie serca i bóle w okolicy serca. Badając serce, zauważyć można, że szmery są dobitne, a przy wysłuchiowaniu znajdujemy już to podmuch skurczowy u wierzchołka (niedomykalność), już rozkurczowy lub przedskurczowy, na koniec niekiedy stwierdzamy zdwojenie drugiego tonu, a nawet pomruk koci (zwężenie).

Objawy te wysłuchowe są zresztą bardzo zmienne, już to razem występujące, już zmieniające jedne drugie; na koniec szmery te w pewnych okresach zupełnie giną, szczególnie, gdy chorzy spoczywają.

Chorzy ci, jako nerwowi, miewają współcześnie o objawy skurczów naczyń, skąd pochodzi drętwienie u nich palców, ziębienie nóg a nawet objawy fałszywej dusznicy bolesnej. Choroba może trwać czas nieokreślony, lecz nigdy prawie nie występują objawy ogólne, towarzyszące chorobom serca. Rokowanie jest przeto wogóle dobre, lecz podług REVILLOD'a nie zawsze, gdyż, jeśli kurcz jest stały, może w następstwie spowodować zmiany anatomiczne i organiczne cierpienie serca.

Wady zastawki dwudzielnej pochodzenia kurczowego dają zatem te same objawy fizyczne, co i wady pochodzenia organicznego; różnią się jednak wielką zmiennością szmerów patologicznych, brakiem objawów ogólnych i pomyślnością rokowania. Dodać jeszcze należy, że w etiologii nie znajdujemy ani gośca, ani płonicy, ani też żadnej choroby zakaźnej, prowadzącej organiczne wady serca. Cierpienie jest, zdaje się, częstsze u kobiet, cierpiących na blednicę, mężczyźni nie są jednak wyłączeni, jak tego dowodzą liczne spostrzeżenia.

Mechanizm wad zastawkowych bez zmian anatomicznych jest bardzo prosty; zostają one wywołane przez skurcz serca. Żadna jednak sprawa patologii serca nie jest mniej rozjaśniona, niż sprawa kurczu serca, i gdy niektórzy autorzy, a między nimi KREYSIG, BEAU i HUCHARD, przyjęli oddawna kurcz tętnic wieńcowych, kurcz serca podlega jeszcze dyskusji. Dane jakie pod tym względem posiadamy, są jeszcze niepewne.

Przyjawszy kurcz serca, w jaki sposób objaśnić powstanie już to zwężenia, już niedomykalności zastawki dwudzielnej? Stworzono dotąd trzy teorie, mające objaśnić powstanie wad zastawkowych skutkiem kurczu; żadna jednak z nich nie jest należycie uzasadniona i dla tego ograniczamy się tylko wzmianką o ich istnieniu.

Sprawa zwężenia i niedomykalności zastawki dwudzielnej pochodzenia czysto nerwowego wymaga jeszcze dokładniejszych badań; fakty znane muszą być potwierdzone przez nowe, dłuższy czas trwające spostrzeżenia. Stwierdziwszy u chorego objawy fizykalne zwężenia lub niedomykalności zastawki dwudzielnej, należy wykazać naprzód, że nie zostały one wywołane przez zwykłe przyczyny zapalenia wsierdza, a następnie stwierdzić, że po chwilowym niejednokrotnym ich znikaniu i pajawianiu się ostatecznie znikają po pewnym czasie, nie wywoławszy nigdy ciężkich zaburzeń w ogólnym stanie zdrowia.

Pozostaje jeszcze w sprawie tej poruszyć jeden punkt t. j. skurcz wtórny serca. Obok zaburzeń ze strony serca pod wpływem kurczu pierwotnego, o którym wyżej była mowa, niektórzy klinicyści sądzą, że w przebiegu organicznych chorób serca powstaje niekiedy wtórny skurcz pod wpływem takich przyczyn, jak wzruszenie, zmęczenie, nadwyrężenie fizyczne i t. p., sprowadzający ważne zaburzenia, jak duszność, bicie serca, ból, i t. p., dołączające się chwilowo do pierwotnego cierpienia. Tego rodzaju zjawisko spostrzega się codziennie u chorych na serce, lecz jego pochodzenie nie da się objaśnić wyłącznie kurczem serca; jest ono bardziej złożone i zależne od wielu innych przyczyn.

(*La Semaine Médicale* Nr. 15. 1898).

F. Arnstein.

76. I. E. ROMBERG. Uwagi, dotyczące blednicy i jej leczenia.

II. GRAWITZ. Najnowsze poglądy na powstawanie blednicy.

I. Po licznych pracach, dotyczących blednicy i jej leczenia, ogłoszonych w latach ostatnich, zdaje się, iż nie można nawet oczekiwać nowych zdobyczy na tem polu bez zastosowania nowych sposobów badania. Jednakowoż dużo punktów domaga się jeszcze ścisłego potwierdzenia, opartego na liczbach; dotyczy to zwłaszcza stosunku ilościowego krążków krwi i skutków leczenia żelazem. Jako przyczynek do poznania tych stosunków, autor ogłasza swoją pracę, opartą na spostrzeżaniu 117 przypadków w klinice lipskiej.

K. VIERORDT i REINERT dowiedli, iż liczba krążków i zawartość hemoglobiny we krwi podlega znacznym wahaniom w różnych porach dnia, mianowicie, iż przed obiadem odnośne wartości są wyższe. Brak jednak badań nad tem, jakie wartości należy uważać za prawidłowe w pewnych godzinach dnia. W tym celu autor zbadał krew 55 kobiet, w wieku od 16—24 lat, pozornie zupełnie zdrowych, w godzinach rannych, pomiędzy 9 a 11 godz., i otrzymał przeciętnie 4651000 czerwonych krążków, 88,8% hemoglobiny; wartości skrajne leżały pomiędzy 4192000 i 6264000 dla krążków i 81 a 98 dla hemoglobiny. Ważnem jest, w iż 25 przypadkach autor otrzymał 90% hemoglobiny i 32 razy 5000000 krążków lub więcej.

Z zestawienia badań stu przypadków blednicy widać, że przeciętna ilość czerwonych krążków stale się zmniejsza w miarę zmniejszania się ilości hemoglobiny, powtóre—że zawartość hemoglobiny jest bardziej zmniejszona, niż liczba

czerwonych krążków. Przy rozpatrywaniu zaś poszczególnych badań widać, iż przy jednakowych odsetkach hemoglobiny liczba krążków może być wielce różna. Zjawisko to starano się rozmaicie objaśnić: GRAEHER widzi w takich przypadkach powikłanie małokrwistością, v. NOORDEN przypuszcza, że nieodpowiedniość ta występuje najbardziej rażąco u osobników młodych dobrze odżywianych, zapadłych na blednicę po raz pierwszy, po części zaś widzi w tem wpływ rasy, wieku, zajęcia. Na mocy własnych badań autor doszedł do wniosku, iż przyczynę zmienności; omawianego stosunku należy szukać w osobniczych własnościach tworzenia krwi, dotychczas jeszcze dostatecznie nie poznanych. Inne wpływy jako to: odżywianie, mieszkanie i t. p. mogą w pewnych warunkach mieć także swe znaczenie, jednakże nie najważniejsze.

Autor przytacza jeden przypadek, w którym przy wyraźnych objawach blednicy znaleziono 68% hemoglobiny i 6360000 czerwonych krążków; prócz tego znaczne rozszerzenie serca i chwilami osłabienie jego działalności. Pod wpływem żelaza wzmocniło się serce, ilość hemoglobiny podniosła się do 85%, a liczba krążków zmniejszyła się do 5208000. Następnie spostrzegł 3 przypadki, w których objawy podmiotowe i przedmiotowe przemawiały za wyraźną zmianą we krwi; badania jednak wykazały pozornie zupełnie prawidłowy jej skład. Dalszy przebieg wyjaśnił to osobliwe zjawisko. Pod wpływem leczenia żelazem objawy blednicy ustępowały, a zawartość we krwi hemoglobiny stopniowo się podnosiła i doszła do 96 lub 98%. Mielśmy więc tu nie blednicę przy prawidłowym składzie krwi, lecz blednicę u osób, których krew w stanie prawidłowym zawiera więcej hemoglobiny, niż przeciętnie.

Sprawa leukocytozy w blednicy była dotychczas traktowana w literaturze po macoszemu. U wymienionych 55 osobników zdrowych otrzymano dla stanów prawidłowych przeciętnie liczbę 9068. W blednicy nie zauważono zasadniczych zboczeń pod tym względem: wszędzie otrzymywano liczby, leżące w granicach stanu prawidłowego; uderza tylko to, iż w stanach cięższych liczba ciałek białych jest mniejsza o jedną trzecią. To samo mamy, w stopniu jeszcze wyraźniejszym, w małokrwistości złośliwej. Przyczyna tego zjawiska jest dotychczas niewiadoma: być może, iż jest to zmniejszenie się ilości ciałek bezwzględne lub też stosunkowe, zależne od pełnokrwistości wodnicowej (*plethora hydraemica*). Że pełnokrwistość taka może mieć miejsce w rozmaitych cierpieniach, dowiedli STINTZING, GUMPRECHT i Katarzyna BARANOFF, czy jednak bywa ona w blednicy — niewiadomo; na jedno wszakże trzeba się zgodzić, iż w blednicy skupia się w ciele nadmierna ilość wody, czego dowodem są obrzęki na kostkach i ogólny wygląd nabrzmiały — znamienne objawy blednicy.

Nagromadzenie wody w ustroju w blednicy jest przyczyną zjawiska, na które zwracał uwagę v. NOORDEN i REINERT, mianowicie, że w początku leczenia obniża się waga ciała, pomimo iż wygląd i ogólny stan chorych nie przemawiały zupełnie za chudnięciem skutkiem blednicy. Jednocześnie z obniżeniem się wagi znika nabrzmiałość twarzy, obrzęki na kostkach, i cera się poprawia. Autor upatruje w tem związek przyczynowy i twierdzi, że waga spada tylko skutkiem wydzielania się nazewnątrz wody, zebranej w ustroju.

Fakt pełnokrwistości wodnicowej możnaby przyjąć, gdyby ogólnie dało się stwierdzić spostrzeżenie RAEHLMANN'a, mianowicie przekrwienie tętnic i żył siatkówki, błądność krwi w nich przepływającej, zwłaszcza żył, przez które można dojrzeć tętnicę lub ciemny brzeg tarczy, i widoczne tętnienie naczyń. Niektóre z tych zmian można spostrzegać dość często, lecz rozszerzenia naczyń siatkówki

autor w swoich przypadkach nie widział ani razu. Z przytoczonych w rozprawie badań prof. HESS'a wynika, że lekkie zmiany tarczy w blednicy należą do objawów dość częstych, znaczniejsze zaś występują nader rzadko. Na 28 badań znaleziono 19 razy nieprawidłowy stan tarczy: zatarte granice, zabarwienie lub mniej więcej wyraźne nabrzmienie tarczy. Zasługuje na uwagę nie jednakowe zajęcie obydwu połów tarczy i często spostrzegane zajęcie jednego tylko oka. Podmiotowych objawów ocznych lub mózgowych brak było zupełnie. Z pośród innych objawów ocznych autor spostrzegał w blednicy raz nieruchomość źrenic i raz nadmierną ich szerokość, które przeszły pod wpływem leczenia żelazem. Nie ulega wątpliwości, że objawy te zależą od blednicy. Autor objaśnia powstawanie tych zmian w sposób następujący: skutkiem odmiennego stanu krwi w blednicy następuje tego rodzaju zmiana ścian naczyń lub tkanek, otaczających naczynia, iż, większa ilość płynów występuje z nich nazewnątrz. Niejednakowy stopień zajęcia obydwóch oczu zależy od miejscowych indywidualnych skłonności. Nie są to więc sprawy natury zapalnej, jednakże granicę pomiędzy nimi a zapaleniem byłoby trudno przeprowadzić.

Co się tyczy stanu narządów wewnętrznych w blednicy, to autor zwraca uwagę na rozszerzenie serca. Na ogólną liczbę 117 przypadków miał 8, w których można było stwierdzić rozszerzenie serca z zupełną pewnością. W żadnym z nich nie dało się dociec innej przyczyny tego objawu, prócz blednicy. Uderzającym jest, że tylko w jednym przypadku powiększenie serca ustąpiło zupełnie, w drugim zmniejszyło się, gdy w sześciu innych, pomimo polepszenia pod innymi względami, stan serca nie zmienił się wcale. Należy tedy przyjąć, iż rozszerzenie serca powstaje pod wpływem blednicy, ustępuje jednak daleko wolniej od zmian we krwi, a nawet wątpliwem jest, czy stale przechodzi.

Wreszcie zbadał autor porównawczo wpływ rozmaitych przetworów żelaza, które, zdaniem jego, jest swoistym dla blednicy środkiem. W tym celu wybrał 2 przetwory jako przedstawicieli dwóch grup, a mianowicie organicznego—karniferynę i nieorganicznego—*ferrum carbonicum sacchar.*

Pewną niewielką ilość przypadków traktowano ferratyną. Karniferyna zawiera żelazo w tak silnem połączeniu, jak hemoglobina. Dziś nie może być już mowy o tem, że pewne przetwory żelaza nie wchłaniają się, gdyż badania KUNCHEL'a, HALL'a, QUINCKE'go i HOCHHAUS'a dowiodły tego niezbicie.

Dotychczas jednak nie wiemy, które przetwory bywają wchłaniane w większej ilości, a które w mniejszej, nie wiemy nic także o ich sile leczniczej, która może być zupełnie niezależna od stopnia wchłaniania; QUINCKE nawet przypuszcza, że bardzo być może, iż są przetwory żelaza, które ustrój mógłby przyswajać łatwiej, a które pomimo to mogłyby stać niżej od innych pod względem terapeutycznym.

Autor leczył 50 przypadków karniferyną, 47 przypadków — *ferr. carbonic. sacchar.* i 12 przypadków ferratyną—w zupełnie identycznych warunkach. Dawki były tak obliczone, aby każda z nich zawierała jednakową ilość żelaza, a mianowicie: *carnifer.* (30% zawartości Fe) dawano 0,6 gr., *ferr. carbonic. sacchar.* (10⁰/o) — 1,8 gr.; *ferratin.* (6—7⁰/o) — 3,0 gr.

Pod wpływem leczenia karniferyną zawartość hemoglobiny podniosła się o 11,3; liczba krążków o 449,273; pod wpływem ferratyny hemoglobina—o 7,9⁰/o, liczba krążków o—427,650. Pomijając przypadki, leczone ferratyną, jako nieliczne widzimy, że karniferyna i *ferr. carbonic. sacchar.* wywierają zupełnie jednakowy wpływ na krew; co się tyczy leczenia blednicy, to chodzi tu najwyraźniej o to, aby dać żelazo, a nie o to, w ja-

kiej postaci. Dużo już o tem mówiono, ale nigdy jeszcze nie stwierdzono cyframi. Ujemnego wpływu na żołądek autor nie widział ani razu, być może dla tego, że żelazo dawano w proszku. Od nawrotów blednicy nie zabezpieczał żaden środek. Co do sposobu działania, to wogóle widać, że ciężkie przypadki poprawiają się zawsze prędzej i lepiej od lżejszych, niezależnie od tego, czy blednica jest pierwszorazową, czy nawrotną, czy też nawykową. Zawartość hemoglobiny podnosi się tem szybciej, im mniej jej było początkowo. Zjawiska tego dotychczas objaśnić nie można. Liczba krążków wzrasta niekiedy szybciej od hemoglobiny (wytwarzają się krążki ubogie w hemoglobinę), następnie wolniej (stosunki się wyrównują), lub też niekiedy liczba krążków wogóle się zmniejsza, mianowicie w przypadkach z nadmierną ilością krążków przy rozszerzeniu i osłabieniu serca. Zdarza się także, iż liczba ich waha się kilkakrotnie podczas leczenia. Wogóle w leczeniu blednicy spotykamy znaczne różnice, zależne od indywidualności.

(*Berl. Klin. Wochenschr.* N. 25, 26, 27. 1897).

W. Knappe.

II. Dotychczasowe poglądy na powstawanie blednicy są podług autora jednostronne i niewystarczające. Dla wyjaśnienia kwestyi porównywa on badania krwi w blednicy i innych stanach anemicznych.

Ilość ciałek czerwonych nie jest zmniejszona w blednicy. Sucha substancja krwi jest zmniejszona tak samo, jak i w małokrwistości; wogóle tu jednak ilość suchej substancji jest większa, niż w innych anemiach z równą ilością hemoglobiny.

Sucha substancja surowicy jest w blednicy prawie zupełnie prawidłowa. Stosunek surowicy do masy krążków (prawidłowo objętość ich jest równa) zmienia się w blednicy—surowica stanowi do 60—70% i więcej. Mamy więc w blednicy nadmiar osocza (*Polyplasmie*), czerwone zaś ciałka są tylko napęczniałe wskutek nasiąkania płynem. Na zasadzie powyższych danych autor uważa za nieuzasadniony pogląd na blednicę, jako na chorobę krwi.

Zwiększenie ilości osocza dowodzi prędzej zaburzenia w wytwarzaniu limfy gdyż jednocześnie znajdujemy zwiększenie ilości płynu w tkankach narządów (p. wyżej ref. z pracy ROMBERG'a). Przemawia zatem także fakt zauważony przez NOORDEN'a, iż z chwilą poprawy stanu ogólnego, ilość moczu się zwiększa, bez względu na ilość przyjmowanych napojów. Wszystkie objawy pozwalają mniemać, iż w blednicy jest upośledzona czynność naczyń—regulowanie wymiany płynów między naczyniami i tkankami; skutkiem tego jest nagromadzenie osocza we krwi i zastój limfy w tkankach. W szpiku kostnym zastój ten wpływa niekorzystnie na tworzące się krążki, nasiąkają one płynem i wskutek tego są uboższe w hemoglobinę. Istotę blednicy stanowi więc nerwica nerwów naczynioruchowych. Od innych postaci małokrwistości blednica różni się wielką ilością objawów nerwowych, a to dlatego właśnie, że mamy tu do czynienia z ogólną nerwicą czynnościową—jednym z jej objawów są charakterystyczne zmiany krwi. Za takim poglądem na blednicę przemawia jeszcze ta okoliczność, że może ona powstać pod wpływem czynników czysto psychicznych. Wielką częstość tej choroby w okresie pokwitania u dziewcząt objaśnia autor szczególnem usposobieniem nerwów naczynioruchowych w tym okresie do zmian chorobowych i przytacza jako analogiczne występowanie innych nerwic (płasawicy, choroby BASEDOW'a) tylko w określonym wieku i u określonej płci.

Co się tyczy wpływu zbyt obfitej lub niedostatecznej wewnętrznej wydzieliny narządów płciowych na powstawanie blednicy, to, zdaniem autora, będzie to mo-

żna mówić o nim wtedy, gdy wyjaśni się wpływ tego czynnika na powstawanie innych nerwic właściwych płci żeńskiej.

(*Fortschr. d. Med.* Nr. 3. 1898).

J. Maliniak.

77. M. i H. LABBÉ. **Badania nad chemizmem trawienia u ssawców.** Doświadczenia, wykonane przez autorów, podzielić można na dwie grupy. Pierwsza obejmuje ssawców zdrowych w wieku od 9 dni do 27 miesięcy, druga dzieci, dotknięte krzywicą oraz zaburzeniami trawienia, w wieku od 1 do 23 miesięcy. Cel doświadczeń polegał na określeniu stosunku wzajemnego rozmaitych składników prawidłowego soku żołądkowego ssawców oraz zbroceń, wywołanych przez stany patologiczne. Dzieci, nie mające jeszcze roku, otrzymywały w charakterze próbnego śniadania 50 gm. mleka kobiecego (ilość mleka określano za pomocą ważenia dzieci przed i po nakarmieniu), dzieciom zaś starszym dawano 100 grm. mleka krowiego. Po upływie pół godziny u dzieci pierwszej, zaś godziny u dzieci drugiej kategorii, za pomocą pompki małego kalibru wydobywano zawartość żołądka w ilości 20—25 cm. sz.

Wyniki 18 doświadczeń, podjętych na dzieciach zdrowych, streścić można w sposób następujący. Kwaśność ogólna, bardzo nieznaczna u noworodków (0,345 na 1000) szybko się podnosi w ciągu pierwszych miesięcy i następnie wzrasta stale z wiekiem, nie dorównywając jednak znajduwanej u dorosłych. Ilość kwasu solnego związanego również wzrasta z wiekiem, lecz jeszcze u dziecka 27-miesięcznego (1,46 na 1000) jest ona mniejsza, niż u dorosłego (1,68). U wszystkich bez wyjątku dzieci brak było wolnego kwasu solnego. Być może, iż brak wolnego kwasu zależy od natury pożywienia. Ponieważ mleko jest dla dziecka pokarmem doskonałym, przeto wszystkie chlorki soku żołądkowego zostają zużytkowane w sprawie trawienia, i wolny kwas solny nie wytwarza się wcale. Ten brak wolnego kwasu zdaje się przeczyć teorii bakteryobójczego działania soku żołądkowego u dziecka. Lecz CZERNY dowiódł, iż wydzielanie się kwasu solnego trwa nawet po przejściu pokarmu do dwunastnicy. Wynika stąd, iż sok żołądkowy wywierać może działanie bakteryobójcze przy pustym żołądku. Ponieważ kwaśność ogólna wzrasta z wiekiem szybciej, niż ilość kwasu solnego związanego, przeto musi ona zależeć przeważnie od kwasów organicznych. Peptonu nie wykryto ani razu u noworodków do piętnastego dnia życia; w pierwszych miesiącach znajdowano ślady, wreszcie począwszy od jedenastego miesiąca znajdowano pepton we wszystkich badanych przypadkach.

Z kolei rozpatrzmy chemizm trawienia żołądkowego u dzieci, dotkniętych krzywicą. Dzieci tej kategorii zbadano 12. Wszystkie składniki soku żołądkowego znajdowano u nich w ilości większej, niż prawidłowo, z wyjątkiem kwasu solnego związanego. Wolny kwas solny znaleziono w 4 przypadkach. Pepton wykryto u wszystkich dzieci tej grupy; kwaśność ogólna stale bywała zwiększona. Obecność tych objawów żołądkowych w krzywicy nawet po ustąpieniu biegunki dowodzi stałego zakłócenia czynności odżywczych. Zakłócenie to poprzedza zmiany w kościach. Zgadza się to z zapatrywaniem na krzywicę, jako na następstwo przewlekłego niezżytu żołądka i kiszek u ssawców.

Wreszcie z dziesięciu doświadczeń nad dziećmi, dotkniętymi biegunką, lecz wolnymi od krzywicy, wynika, iż ilość kwasu solnego związanego jest zmniejszona, często zaś wykryć można wolny kwas solny. Natomiast, i tem omawiana grupa różni się od poprzedniej, kwaśność ogólna również jest mniejsza.

Z ogólnych wniosków, które autorzy wyprowadzają ze swych doświadczeń, zaznaczmy następujące:

Sok żołądkowy prawidłowy u dzieci poniżej lat dwóch stale pozbawiony jest podczas trawienia kwasu solnego wolnego.

Kwas solny związany stale powiększa się z wiekiem. Kwaśność ogólna nieznaczna u noworodków, wzrasta bardzo szybko w ciągu pierwszych miesięcy, następnie podnosi się wolniej, równoległe z kwasem solnym związanym.

W krzywicy znajdujemy: zwiększenie ilości chloru, związanego z zasadami mineralnymi, zmniejszenie zaś związanego z zasadami organicznymi, zwiększenie kwaśności ogólnej, przedwczesne wystąpienie kwasu solnego wolnego.

U noworodków, dotkniętych biegunką, chemizm trawienia bardzo jest zmieniony. Najczęściej znajdujemy zmniejszoną ilość chłorków organicznych, zmniejszoną kwaśność ogólną, wreszcie wolny kwas solny.

(*Revue mens. des mal. de l'enfance. Wrzesień 1897.*)

F. Sachs.

78. FÜRST. **Opóźnione wapnienie kości czaszkowych.** Od czasów ELSAESSER'a zwykliśmy upatrywać przyczynę opóźnionego wapnienia kości czaszkowych (*craniotabes*) w krzywicy, bądź to wczesnie nabytej, bądź też wrodzonej, lub dziedzicznie przekazanej. Nie ulega jednak kwestyi, iż są dzieci, u których niema najmniejszej podstawy do przypuszczenia wrodzonej krzywicy, a mimo to mają czaszki zaraz po urodzeniu tak miękkie i giętkie, iż stanowią jedynie powłokę z grubej skóry z pojedynczemi wysepkami kostnemi, z szerokimi szwami błoniastymi i niezmiernie dużemi ciemiączkami. Zapewne przyczynia się do tego przeważnie brak soli wapiennych w pożywieniu matki.

Nie brak też przypadków, w których, oprócz rozmiękczenia kości czaszkowych, nie znajdowano żadnych zgoła objawów krzywicy, ale przypadki te są jednak rzadkie, w ogólności rozmiękczenie kości czaszkowych jest początkowym objawem krzywicy.

Rozmiękczenie kości czaszki wklajają: wodogłowie, drgawki i kurcz głośni. Wodogłowie niema właściwie związku przyczynowego z krzywicą. Łączy je wspólny objaw, rozmiękczenie i ścięńczenie kości czaszkowych — całkowite i wtórne w wodogłowie, pierwotne zaś i częściowe w krzywicy. Zdarza się jednak w wodogłowie spostrzegać czaszki charakterystyczne dla krzywicy, co niezmiernie utrudnia rozpoznanie.

Często spotykamy się w krzywicy czaszki z drgawkami ogólnymi, szczególnie z kurczem głośni (*laryngospasmus*) i tężyczką (*tetania*). Niektórzy utrzymują, iż nerwice te stanowią samodzielne choroby, przypadkowo z krzywicą się łączące, zdarzają się one bowiem u dzieci, krzywicą nie dotkniętych. Trudno jednakże zaprzeczyć, iż krzywica czaszki szczególnie sprzyja ich powstaniu i zajmuje porównywalne miejsce w liczbie momentów przyczynowych. Świadczy o tem brak nieraz jakichkolwiek danych przy badaniu pośmiertnem zwłok dzieci, usprawiedliwiających nagły ich zgon w napadzie kurczu głośni lub tężyczki.

W krzywicy czaszki znajdujemy częściej kurcz głośni, aniżeli tężyczkę. Nieprawidłowy stan ciśnienia w jamie czaszkowej wywołuje zapewne ucisk na mózg i rdzeń, powodujący owe groźne powikłania.

Leczenie upośledzonego kostnienia czaszki winno być oparte na stosunkach fizjologicznych. Należy przyspieszyć zamianę chrząstki na tkankę kostną, pomódz solom wapiennym osiąść na miejscach odwapnionych. Znakomite wyniki otrzymywał autor przy posługiwaniu się proszkiem przeciwkrzywicowym (*forr. carb. sacch. Calc. carb. Calc. phosph.*). Fakt, iż miejsca miękkie na czaszce z biegiem czasu twardeją, kostnieją, świadczy o tem, iż część tych soli wchłania się i wraz z krwią dostaje się do kości odwapnionych, by na nich osiąść. **Jeszcze lepsze wyniki**

osiąga autor przez karmienie dzieci 6—8 miesięcznych sucharkami *OPEL*'a, nader starannie przygotowanymi z mąki pszennej, mleka zgęszczonego i soli pożywnych. Już po upływie 3—4 miesięcy kostniały odwapnione części czaszki, i ginęły niebezpieczne powikłania ze strony układu nerwowego.

Fosforu autor stosować nie mógł, albowiem dzieci zniechęcały się od niego, lub też po pewnym czasie występowały: brak łaknienia, nies trawność, biegunka.

Żaden jednak z powyższych środków nie skutkuje należycie, jeśli nie zachować pewnych higieniczno-dyetycznych prawideł. Unikanie mączki, nie zmienionej w dekstrynę, pielęgnowanie skóry, obfite dostarczanie powietrza świeżego, żywienie mlekiem, jajami, rosółem, kaszką i t. p. oto szereg pomocniczych środków. Mleka wyjałowionego unika autor w obawie wystąpienia choroby *BARLOW*'a.

(*Centr. f. Kind.* 97. Nr. 7).

M. Kraushar.

ODCINEK.

W sprawie organizacyi pomocy lekarskiej w gminie.

Wszystkie projekty, z jakimi spotykałem się dotąd w prasie, mające na celu zabezpieczenie zdrowia ludu przez danie mu przedewszystkiem pomocy lekarskiej, grzeszą podług mnie jednostronnością i wyglądają na budowę, wzniesioną bez fundamentów. Że pomoc lekarska, oparta jedynie na utworzeniu kilku nowych posad lekarskich i szpitalików, nie przyniesie, według mego zdania, żadnej korzyści bez gruntownej zmiany dotychczasowych warunków bytu naszego ludu, postaram się poniżej, chociaż nie zbyt wymownie, dowieść. Celem zaś mego wystąpienia, jest chęć zwrócenia powszechnej uwagi na to, co należałoby w pierw uczynić, aby pomoc lekarska, zanim się zorganizuje mogła przynieść ludowi spodziewaną korzyść.

Każdy lekarz, przez dłuższy czas praktykujący pomiędzy ludem, wie bardzo dokładnie, co w czasie dłuższej choroby pomoże choremu chociażby najodpowiedniejsze, najracjonalniejsze i rzeczywiście posiadające własności uzdrawiające lekarstwo. W izbie ciemnej, zatechłej, przepełnionej wyziewami kwaszonej kapusty, zmieszanym i z odchodami królików i innych dwu i czworonożnych współlokatorów, w brudnej koszuli, na brudnem łóżku leży jeden, a w czasie panujących chorób zakaźnych i kilku chorych, pozostawionych, szczególnie w czasie pilnych robót w polu, bez żadnej opieki. Trzeba nigdy nie widzieć takiego obrazu, aby mózł sądzić, że dla uzdrowotnienia naszego ludu wiejskiego, dość będzie urządzenia na powiat jakiegoś oddziału szpitala, zarządzanego przez lekarza, mającego obowiązkowe wyjazdy do powiatu; obsadzenia kilku punktów w powiecie przez felczerów, jednej akuszerki na powiat—czyli wogóle zaopatrzenia ludu w arsenał flaszek z lekarstwami. Nie, tego więcej, niż za mało! Nareszcie już raz publicznie trzeba wyznać, że siła uzdrawiająca chorego, nie mieści się we flaszcze napełnionej lekarstwem, chociażby przepisane przez zagranicznego profesora.

Mając ten ostatni wzgląd na uwadze, i chcąc rzeczywiście wpłynąć na polepszenie stanu zdrowotnego ludności wiejskiej, trzeba uczynić go odporniejszym, nauczysz go, jak korzystać z czystego powietrza, wody i światła—tych tak obficie rozlanych a tak wszechpotężnych czynników przyrody.

Lud nasz (gdybyż tylko lud) żyje w warunkach najniehigienicznych, nie przez zamięłowanie brudu, ale dla tego, że niema świadomości, jak potężnym czynnikiem, utrzymującym w pełnem zdrowiu każdego, jest światło i czystość w całym tego słowa znaczeniu. Tych to właśnie czynników należy najpierw dostarczyć ludowi, i sędzę, że wszelki nakład uczyniony w tym kierunku sownie się opłaci. Jak tego dokonać, jakich na to użyć środków w danej chwili, nie moja rzecz decydować, ja pragnę tylko wskazać te podstawowe braki i niedostatki bytu ludu naszego, bez polepszenia których nie umiem sobie wyobrazić organizacji służby zdrowia dla ludu i mieszkańców osad.

Przypuszczam, że, opodatkowawszy ludność wedle skali nowowprowadzonej w gubernii płockiej, pozyskałoby się kapitał, za który należy przedewszystkiem poprawić wszystkie studnie w całym kraju. Dzisiejszy bowiem sposób zaopatrywania się ludności w wodę do picia służy tylko do roznoszenia chorób. Wstrętne czerpanie wody ze studzien naczyniami, przynoszonymi z domu, za pomocą tak nazwanych kulek powinno być w drodze prawodawczej stanowczo wzbronione.

Nazywając takie czerpanie wody wstrętnem, użyłem wyrażenia zbyt łagodnego, bo proszę sobie wyobrazić, co się wprowadza do zbiornika wody (studni) naczyniem, które przed chwilą stało w izbie, na brudnej podłodze, w oborze lub chlewie, a przy tem niesione jest do studni za ucho brudnymi rękami.

W drodze prawodawczej należałoby także przestrzegać, aby w nowo budowanych domach mieszkalnych były urządzone dostatecznej wielkości okna, które możnaby w każdej chwili otwierać, nie mówiąc już o zakazie, wzbraniającym drugą połowę domu obracać na pomieszczenie żywego inwentarza, co obecnie bardzo często się praktykuje. Dzisiaj przy parcelacji większych majątków i budowaniu nowych domów przepis ten mógłby być zastosowany łatwo. Tymczasem przy kolonizacji warunki mieszkaniowe naszego ludu zamiast się polepszać, rok za rokiem zmieniają się na gorsze.

Nowy kolonista, kupując ziemię bez budynków, najpierw z dawniejszych dworskich zabudowań kleci pomieszczenia na inwentarz, a sam najczęściej przez kilka lat mieszka razem ze swoim dobytkiem albo też w dole wykopanym w ziemi i pokrytym także ziemią. Zdaje mi się, że wytworzenie pewnego stałego typu domu mieszkalnego i budynków włościan, nabywających większe majątki działkami, za potrąceniem kosztu budowy tychże sposobem amortyzacyjnym wraz z ziemią, nie obciążałoby wiele nowonabywcy, a dla banku włościańskiego nie przedstawiloby niewykonalnych trudności.

Nadzór nad tem, aby wyżej wspomniane budynki były z całą dokładnością wznoszone wedle przepisanego typu, winien być włożony na instytucje od zebrania gminnego niezależne, bo wójt gminy, jako urzędnik wybieralny, pragnąc pozostać dłużej na urzędzie, który często tylko jedynie daje mu podstawę bytu, nie zechce narażać się swoim wyborcom przez dopilnowanie przepisów, nie zawsze przypadających mu do gustu.

Postępując coraz dalej w kierunku poprawienia warunków zdrowotnych ludu, należałoby w każdej większej wsi z funduszków, zebranych drogą ogólnego opodatkowania, wybudować łaźnię, kąpiel w niej winna być przymusowo opłacana przez wszystkich mieszkańców włości, niezależnie od tego, czy kto z niej korzysta lub nie. Darmowe kąpiele nie przyciągną włościan, tak jak nie przyciągnęły górników, którzy dopiero wtenczas zaczęli uczęszczać do kąpeli z całą rodziną, (o co właśnie chodzi) kiedy za nią musieli wносить obowiązkową, chociaż bardzo drobną opłatę.

W każdej większej wsi, szczególnie oddalonej od kościoła parafialnego, powinien być wybudowany dom przedpogrzebowy, coś w rodzaju kapliczki, w której możnaby pomieszczać nieboszczyków, zamiast trzymać ich po kilka dni w izbie, zamieszkaney przez rodzinę nieboszczyka, której członkowie, szczególnie w czasie panujących chorób zakaźnych, są nieraz obłożnie chorzy.

Zaprowadziwszy w ciągu chociażby kilku lat te udogodnienia, należy dopiero, zdaniem mojem, pomyśleć o organizacyi służby lekarskiej, zaczynając, ma się rozumieć, od najpilniejszego, a mianowicie od wykształcenia zastępu „wiejskich babek“ w myśl przepisu b. komisji rządowej z dnia 12 (24) sierpnia 1859 roku za Nr. 3743. 29060, a który obecnie jest w zupełnem zaniedbaniu. Kobieta nawet wiejska, byle trochę inteligentna (a o takie znowu nie tak trudno), nauczywszy się w instytucie przestrzegania czystości przy porodzie i rozpoznawania nieprawidłowych przypadków, odda z pewnością nieobliczone usługi otoczeniu, które wyłożyło kilkadziesiąt rubli na jej wykształcenie. Gdyby przy tem obznajmić taką „babe“ ze szczepieniem ospy, coby się dało skutecznie bez wielkich trudności, oszczędzono by zmuśnogo posyłania koni do miasta powiatowego do felczera, którego teraz trzeba sprowadzać do szczepienia ospy.

Zaprowadziwszy wyżej wymienione ulepszenia na wsiach i mając zapewniłoby stały ich rozwój, jak to już raz wspominałem, możnaby dopiero pomyśleć o wprowadzeniu do gmin stałych lekarzy, kierując się przytem nie wymysłanemi przy zielonym stoliku fantazyami, ale warunkami opartymi na badaniu życia tak ludu, jako też lekarzy. Lekarz, poświęcający się wiejskiej praktyce, powinien mieć zabezpieczony chociaż średnio dostatni byt materyalny, tak, aby dochody z praktyki, nie stanowiły głównej podstawy jego utrzymania. Zupełnie niepojętym mi się też wydaje projekt lekarzy towarzystwa lubelskiego, przeznaczający lekarzowi w swej szczodrośliwości 500 rs. rocznej pensyi („Prawda“ Nr. 11 z r. b.). Czyżby obowiązki, włożone na lekarza, pragnącego dać odpowiednią pomoc lekarską ludności 3-ch gmin (okrąg sądowy około 25 tys. dusz), tak radykalnie zmieniły wszystkie jego fizyologiczne potrzeby, że nawet żołądek własny (jeżeli nie ma rodziny) nie odczuwałby tych potrzeb, które są udziałem także lekarzy lubelskich? Lekarz głodny, bez butów, bez możności kupienia sobie książki i narzędzia, chyba nie jest ideałem niczym, a tembardziej nie powinien nim być dla towarzystwa lekarskiego. Według mego przekonania, lekarz, aby mózdz spełnić rzetelnie swój ciężki obowiązek w gminie, powinien, jak każdy inny pracownik, mieć przez swoich pracodawców (gminy) zabezpieczony byt teraźniejszy, a także i na starość oraz na wypadek kalectwa. Gdyby zaś wszystkie okręgi gminne obowiązkowo ubezpieczały swoich lekarzy, zapewne towarzystwa ubezpieczeń nie stawiałyby im uciążliwych warunków.

Ja, stawiając wyżej przytoczone żądania co do zabezpieczenia bytu lekarzy, nie mówię *pro domo sua*, bo kandydatem na posadę lekarza okręgowego nie jestem, pragnąłbym tylko na mocy 25-letniego doświadczenia, w ciągu którego codziennie stykałem się i stykam z niedolą naszego ludu, i widząc jego potrzeby, dać mu takich lekarzy, którzy mogliby pozyskać zupełne zaufanie swoich pacjentów.

Lud nasz leczy się, mogę powiedzieć, nawet dość chętnie, kosztów na leczenie nie szczędzi, ale tylko u tych lekarzy, którzy potrafili pozyskać jego zaufanie.

Organizując więc pomoc lekarską dla ludu, trzeba nie zapominać doświadczenia, jakie zdobyliśmy w czasie ostatnio panującej u nas cholery. Przez nakazanie lekarzom stosowania wymyślonych dla zabicia przecinka KOCH'a środ-

ków osłabiono zaufanie do lekarzy wogóle, których lud, zamiast za zbawców, po-
czytywał za nieprzyjaciół, a nawet zabójców. Takiego niepożądanego wyniku
przy wprowadzeniu nowej organizacji lekarskiej należy za jaką bądź ceną uni-
knąć zabraniając lekarzom należenia do jakichkolwiek komisji wykonawczych.
Lekarz powinien tylko zwracać uwagę organów wykonawczych na usunięcie zau-
ważonych nieporządków, ale nigdy przy wprowadzaniu wskazówek w czyn nie
być obecnym.

Jeżeli mam być szczerym, radziłbym na przyszłość tak zorganizować służbę
lekarską w gminie, aby się obywać bez pomocy felczerów, co przy dostatecznej
liczbie lekarzy u nas dałoby się zapewne skutecznie.

Z mego doświadczenia mogę powiedzieć, że działalność samodzielna felcze-
rów zawsze niedostateczna, najczęściej okazywała się pod każdym względem
szkodliwa.

Podając tutaj w zarysie warunki, po wypełnieniu których dopiero należało-
by się zająć organizacją pomocy lekarskiej w ścisłym tego słowa znaczeniu, nie
ludzę się, abym sprawę tak ważną wyczerpał do dna; nie wątpię, że wprowadzenie
nawet powolne i stopniowe wskazanych ulepszeń napotka rozliczne przeszkody,
ale zrażać się niemi nie należy, pamiętając, że zaprowadziwszy między ludem
zamilowanie czystości, wpłyniemy dodatnio na fizyczny i moralny rozwój całych
przyszłych pokoleń, co powinno wszystkim leżeć bardzo na sercu.

A. P.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. marzec r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 68 (m. 41, k. 27); przybyło w marcu
109 (m. 57, k. 52); wypisało się 89 (m. 52, k. 37); zmarło 10 (m. 4, k. 6) pozostaje
na miesiąc następny chorych 78 (m. 42, k. 36).

Ogólna liczba chorych była większa, niż w lutym, głównie z powodu powię-
kszenia się odry, róży, oraz pojawienia się nanowo płonicy. Nader smutnym obja-
wem jest, iż dominującą chorobą w dalszym ciągu jest ospa, która wciąż szerzy
się nie przestaje i to względnie w bardzo szerokich rozmiarach. Z niektórych
ulic jak: Browarna, Krucza, Czerniakowska przybywało nawet po kilka osób z je-
dnej rodziny, lub z jednego domu. Chorzy z ognisk tych, rozumie się, byli nie
szczepieni.

Wszystkich przypadków ospy mieliśmy 32 (m. 18, k. 14) po większej czę-
ści u dorosłych. Śmiercią zakończyło się przypadków 5 (m. 1, k. 4) u osób nie-
szczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Browarna 17 (3 przypadki), No-
wolipki 46, Nowy-Świat 55, Orła 12, Krucza 21 i 7, (2 przypadki), Czerniakowska
116 i 42, Zielna 41, Wspólna 7 (2 przypadki), Solna 16, Młynarska 3 (2 przypadki),
Pańska 28, Marszałkowska 110, Elektoralna 18, Agrykoła Dolną 24 i 31, Nowe-
Miasto 11, Plac Warecki 3, Radzymińska 69, Śliska 53, Miła 37, Mylna 9, Zakro-
czymska 11, Stalowa 31, oraz z miast: Tomaszów, Białystok i Petersburg.

Drugą rubrykę, znacznie większą, niż w miesiącu ubiegłym, stanowiła odra,
której mieliśmy przypadków 22 (m. 10, k. 12) u dorosłych i starszych dzieci; wszy-
stkie zakończyły się pomyślnie. Chorzy przybyli z ulic: Z ochrony Mikołajewskiej
(Zakroczymska 1) chorych 11 (m. 6, k. 5), z domu poprawczego przy szpitalu Dz.
Jezus 2 (m. 1 k. 1); Mazowiecka 11, Mokotowska 43, Czerniakowska 24, Francisz-
kańska 2, Chłodna 56, Plac Krasińskich 8, Twarda 12.

Więcej również, niż w lutym, było róży, chorych 18 (m. 11, k. 7), z których 2 przypadki z powodu powikłań zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzą z ulic: Niska 63 i 75, Żelazna 73, Twarda 26 i 66, Bracka 4, Chłodna 21 i 3, Nowolipie 60, Długa 29, Grochowska 10, Instytutowa 4, Mokotowska 9, Nowogrodzka 29, Rymarska 8, Wiejska 8, Leszczyńska 17 i wieś Świdrygały.

Na nowo się pojawiła płońca, której zanotowaliśmy przypadków 6 (m. 5, k. 1) z przebiegiem dosyć ciężkim, pomyślnie zakończonym. Chorzy przybyli z ulic: Aleje Ujazdowskie 17, Erywańska 5, Namiestnikowska 3, (3 przypadki) i Św. Krzyżka 5. Nie przestaje się szerzyć tyfus wysypkowy i to tylko w dzielnicach żydowskich. Trzy zanotowane u nas przypadki (Pańska 80, Muranowska 13 i Kupiecka 12) zakończyły się pomyślnie.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy 4 przypadki biegunki krwawej, 2 — tyfusu brzuszego (Nowomińska 52 i Nowolipie 6); 5 — zapalenia płuc krupowego; 3 — zapalenia gardła, oraz po jednym przypadku: choleryny (Żelazna 69), nosacizny (wieś Odolany), karbunkułu (m. Radom), gruźlicy i zimnicy.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 3 przypadki nieżytu kiszek, 2 — nieżytu płuc, oraz po jednym przypadku: neurastenii, wrzodów goleni i oparzenia.

Biletów odnośnych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 19 (m. 11, k. 8).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 24.

J. Szwańcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= AJELLO i DRAGO badali różnego wieku zarodniki węglik i przekonali się, że zarodniki po 10-u latach są jeszcze jadowite, choć znacznie osłabione, po 13-u zaś jadowitość ich znika zupełnie. (Gaz. d. Osped. Nr. 3. 98).

= Poszukując lasecznika gruźlicy w świecie roślinnym, znalazł MOELLER bakterję zupełnie podobną doń pod względem morfologicznym i ze sposobu barwienia w tymoteuszu. Czy jest to rzeczywiście lasecznik gruźlicy, wykażą dalsze badania autora. (Dtsch. med. Ztg. 17. II. 98).

= Ponieważ przewiązanie trąbek lub rezekcya nie zapobiega zawsze możliwości zajścia w ciążę, z czasem bowiem drożność trąbek powraca, radzi RUEHL przy rezekcji przyszywać maciczny koniec trąbek do przedniego sklepienia. (Centrbl. f. Gynäk. Nr. 8. 98).

= Zdanie lekarzy co do jałowości zdrowych płuc i oskrzeli jest sprzeczne; niedawno DUBOCK oświadczył, że w narządach oddechowych stale znajdują się

bakterye, doświadczenia bowiem wykazują, że bakteryjne choroby mogą występować wskutek jedynie zmiany warunków odżywiania lub zmniejszonej odporności narządów. Obecnie MUELLER na podstawie doświadczeń na królikach kotach i morskich świnkach, gdzie stale znajdował jałowe zupełnie płuca, zbija zdanie D., twierdząc, że występowanie chorób bakteryjnych pod wpływem zmniejszenia odporności ustroju zależy od przenikania do płuc bakteryi, znajdujących się stale w jamie gardzieli. (Münch. med. Woch. Nr. 49. 97).

= Po nakłuciu brzuszmem w celu wypuszczenia płynu z jamy brzusznej często bardzo płyn sączy się przez zrobiony otwór, co powoduje pryszczycę. Aby uniknąć tego zaleca GUMPRECHT następujący opatrunek: przycisnąwszy otwór małym aseptycznym tamponem, pokrywa się ostatni dwiema fałdami skóry, które się łączy plastrem lepkiem. Otwór pod takim opatrunkiem szybko się zasklepia, a po 2—3 dniach opatrunek odpada. (Semaine med. Nr. 9. 98).

= **SALTER** badał trujące własności potu chorych na gruźlicę, zapalenie krupowe płuc, błonicę i doszedł do wniosku, że zawiera on jady bakteryjne. Doświadczenia polegały na zastrzykiwaniu podskórnem potu świnkom morskim i królikom zarówno zdrowym, jak i dotkniętym daną chorobą. U świnek morskich, zarażonych gruźlicą, występował po zastrzyknięciu 3—7 cm. sz. potu suchotników taki sam odczyn, jak po zastrzyknięciu tuberkuliny, zdrowe zaś świnki na zastrzyknięcie nie oddziaływały; po zastrzyknięciu $\frac{1}{2}$ —1 ctm. sz. potu chorej

na zapalenie płuc świnki morskie i króliki zapadały w taki sam sposób, jak po zastrzyknięciu hodowli pneumokoków. Pot ludzi zdrowych, zastrzyknięty podskórnie w ilości 60—100 ctm. sz., lub dożyły w ilości 50 cm. sz. nie powodował objawów chorobowych. Z doświadczeń swych wyprowadza autor praktyczny wniosek, że nie należy zapobiegać poceniu się suchotników, wraz z potem bowiem zostają wydalone z ustroju szkodliwe dlań wytwory bakteryi. (*Lancet*. Nr. 3881, 98).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— W Warszawie powstała nowa instytucja, mająca na celu opiekę nad chorymi, a mianowicie „Towarzystwo opieki nad nieuleczalnymi chorymi”. Ustawa tego Towarzystwa uzyskała zatwierdzenie władzy w roku zeszłym. Towarzystwo ma zakładać i utrzymywać przytułki dla nieuleczalnych chorych i lecznice dla chorych przychodzących, oraz udzielać bezpłatnej pomocy lekarskiej w domu. O ile pozwoła na to fundusze, Towarzystwo będzie opatrywało w pieniądze, odzież i t. d. ubogich chorych. Składka członków rzeczywistych wynosi rs. 10, założycieli 150 rs. jednorazowo.

— Towarzystwo lekarzy wileńskich wybrało specjalną komisję, która ma za zadanie obmyśleć, w jaki sposób należałoby uczcić pamięć zmarłego niedawno honorowego prezesa tegoż towarzystwa **D-ra TITIUSA**.

— **Kol. Stanisław KLEIN**, dotychczasowy ordynator kliniki terapeutycznej, mianowany został ordynatorem szpitala starozakonnych w Warszawie.

— Docentem chirurgii we Lwowie mianowany został **d-r BARĄCZ**, w Krakowie zaś profesorem dermatologii **D-r REISS**.

— Zjazd lekarzy kolejowych, pracujących w Państwie Rosyjskiem, ma się odbyć w Petersburgu w dniu 18 maja r. b.

— Spalanie trupów w Niemczech coraz to więcej się rozpowszechnia. Do istniejących już trzech krematoryów (Gotha, Heidelberg i Hamburg) doliczyć trzeba 4-te w Jenie, a nieza długo ma być otwarte i 5-te w Nauheimie. We Włoszech istnieją 24 krematoria, w Ameryce 22, w Anglii 3, we Francji 2, w Szwecyi 2, w Danii 1 i w Szwajcaryi 1.

— Podczas wystawy powszechnej w Paryżu w r. 1900 będzie wybudowany oddzielny gmach, w którym odbywać się będą wszelkie odczyty i zjazdy naukowe.

— Bawarskie ministerium spraw wewnętrznych ostrzega publiczność, że w metalowych świstawkach, używanych jako zabawka dla dzieci, znajduje się do 86% ołowiu; podobnież i wiele zabawek w rodzaju naczyń kuchennych, zawiera dużą odsetkę ołowiu. Wobec dużej liczby zabawek sprowadzanych i do nas z zagranicy, należałoby stale na powyższą okoliczność zwracać uwagę przy wyborze dla dzieci zabawek.

— Na katedrę akuszerji i ginekologii we Lwowie kandydatami są koledzy: **ŚWIECICKI** i **MARS**, dalej **kol. NEUGEBAUER** oraz koledzy **ROSNER** i **BYLICKI**.

— Wakuje miejsce dla lekarza wolno-praktykującego w Stołbcach (gub. Mińska); dochód roczny około 1500 rs. Wiadomość u aptekarza Rubinsztejna w tejże miejscowości.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowości lekarskich” księgarni **G. Senewalda** Nr. 4 za miesiąc kwiecień.

WYDAWCA **Dr. L. Guranowski**.

REDAKTOR odpowiedzialny **Dr. H. Dobrzycki**.

Доводено Цензурою. Варшава, 3 Апрель 1898 г.

Druk **K. Kowalewskiego**. Warszawa, Mazowiecka 8