

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 Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek duru brzuszno-ego z zejściem śmiertelnem 9-go dnia choroby w następstwie zapalenia otrzewny, spowodowanego prawdopodobnie zropieniem gruczołów krezkowych, a nie przedziurawieniem kiszek. Podał F. Arnstein. — O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek. Podał Ignacy Grundzach. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Oesophagoskopia i jej wartość kliniczna. — **Streszczenia i wyciągi.** 79. O użyciu przyszczydeł. 80. O wchłanianiu i wydalaniu żelaza w ustroju ludzkim i zwierzęcym. 81. Wartość opukiwania czaszki dla rozpoznania czerpni chirurgicznych mózgu. 82. O zapaleniu opon mózgowych surowiczym i ostrym wodogłowiu. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenia z dnia 29 Marca i 5 Kwietnia. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny”. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Arnstein — Un cas de fièvre typhoïde avec terminaison mortelle le 9-ième jour de la maladie à cause de péritonite comme suite de suppuration des glandes mésentériques 2) Dr. S. Grundzach — Certains troubles moteurs de l'estomac et des intestins: gastroplogie et entéroplogie.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r F. Arnstein — Ein Fall von Abdominaltyphus mit tödtlichem Ausgang am 9-ten Tage der Krankheit in Folge von Bauchfellentzündung, wahrscheinlich durch Vereiterung von Mesenterialdrüsen verursacht. 2) D-r S. Grundzach — Ueber gewisse Bewegungsstörungen des Magens und der Därme Gastro- und Enteroplegie.

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

Przypadek duru brzuszno-ego z zejściem śmiertelnem 9-go dnia choroby w następstwie zapalenia otrzewny, spowodowanego prawdopodobnie zropieniem gruczołów krezkowych, a nie przedziurawieniem kiszek.

podał **F. Arnstein** lekarz w Kutnie.

Zapalenie otrzewny należy do dosyć rzadkich powikłań duru brzuszno-ego, zdarza się ono bowiem podług ZUELZERA¹⁾ nie częściej, niż w 1 do 2% przypadków. Najczęściej powstaje ono w następstwie przedziurawienia kiszek, rzadziej wskutek głęboko, aż do błony surowiczej sięgającego owrzodzenia kiszek, zropienia gruczołów krezkowych, lub sprawy ropnej w którymkolwiek z narządów w jamie brzusznej położonych: wątroby, śledziony itd. Z tego powodu sądzę, że przypadek poniżej opisany, a przezemnie spostrzegany, jako

1) Realencyclopädie der gesammten Heilkunde Eulenburger Tom I.

należący prawdopodobnie do ostatniej kategorii, zasługuje na podanie go do wiadomości.

M. A. rzeźniczka, 36-letnia mężatka w dniu 2 marca r. b. wróciwszy w południe z miasta, poczuła dreszcze, łamanie w członkach i nieznaczny ból głowy; przed wieczorem, czując się coraz gorzej, położyła się do łóżka i zażyła oleju rycynowego, po którym w nocy miała kilka wypróżnień. Nazajutrz rano wstała, wyszła na miasto, skąd powróciwszy w południe, zmuszona była położyć się do łóżka skutkiem ciągle powtarzających się dreszczy, ogólnego osłabienia i bólu głowy.

Przez 2 następne dni wstawiała z łóżka, krzątała się koło domu, skarżąc się jednak na ból głowy i osłabienie.

W dniu 6 marca, a piątego dnia choroby wezwany, znalazłem ciepłotę ciała 39° , tętno około 110, język obłożony, na końcu i brzegach malinowo-zaczerwieniony, lecz wilgotny, brzuch mało wzdęty; wyraźnie bolesny w dole biodrowym, gdzie też wyczuwa się charakterystyczne przelewanie; śledziona powiększona, wyczuwa się z pod żeber; chora nieco apatyczna, skarży się na ból głowy w okolicy czołowej i ogólne osłabienie. Po kalomelu w dużej dawce nastąpiło obfite cuchnące wypróżnienie.

Dnia 7. III. (6-ty dzień choroby) ciepłota ciała $39,4^{\circ}$, tętno 110, język nieco podsychający, na skórze brzucha dosyć obfita różyczka; brzuch mało wzdęty, silnie bolesny po całej prawej stronie; chora zupełnie przytomna skarży się na silny ból po prawej stronie brzucha, nudności i ogólne osłabienie; wieczorem ciepłota $38,8^{\circ}$ w nocy silny ból w brzuchu, bezsenność, 2 razy wymioty.

Dnia 8. III. (7-my dzień choroby). Ciepłota ciała $39,5^{\circ}$, tętno około 120, język podsychający, obfita wysypka na piersiach i brzuchu; w płucach liczne wilgotne i suche rżenia, cały brzuch wzdęty, silnie bolesny, rozwołnienie nieznaczne, śledziona bardzo duża, mało bolesna, chora przytomna, bardzo osłabiona, senna, skarży się na silny ból w całym brzuchu; po południu dreszcze, wieczorem ciepłota ciała $40,2^{\circ}$, tętno 130; w nocy chora nie spała, jęczała wskutek bólu w brzuchu, kilkakrotnie wymiotowała.

Dnia 9. III. (8-y dzień choroby). Nad ranem dreszcze, ciepłota ciała $39,1^{\circ}$ (po dużej dawce chininy) tętno około 120 drobne; chora bardzo osłabiona, bredzi; brzuch silnie wzdęty, bolesny przy najmniejszym poruszeniu i ucisku, szczególnie po prawej stronie; od 24 godzin przeszło nie ma wypróżnienia; od 12 godzin chora nie oddawała moczu. Po ławatywie obfite płynne cuchnące stolce i oddanie moczu. Wieczorem ciepłota ciała $49,2^{\circ}$, tętno przeszło 120, chora bredzi i jęczy, ma czkawkę.

Dnia 10. III. (9-ty dzień choroby). Ciepłota ciała $39,8^{\circ}$, tętno przeszło 120, drobne i nieregularne, chora w pół przytomna, upadek sił znaczny; język suchy, brzuch mocno wzdęty, czkawka. W nocy chora zakończyła życie.

W przypadku opisanym zastanowić nas musi przyczyna tak szybkiego zejścia śmiertelnego. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że śmierć nastąpiła skutkiem powikłania duru brzuszego przez rozlane zapalenia otrzewny. Co jednak spowodowało to powikłanie? Brak oględzin pośmiertnych nie pozwala naturalnie na stanowczą pod tym względem odpowiedź. Wszelako przedziurawienie kiszek, owa najczęstsza przyczyna zapalenia otrzewny w durze brzuszny, może być w naszym przypadku z wielkim prawdopodobieństwem wyłączona. Przeciwno temu bowiem przemawia brak krwotoku kiszkowego w przebiegu choroby, stopniowy, a nie nagły rozwój objawów zapa-

lenia otrzewny, wczesny stosunkowo okres choroby, w jakim się objawiło zapalenie otrzewny, brak objawów zapaści, jakie zwykle towarzyszą przedziurawieniom kiszek.

Możliwe jest zapalenie otrzewny w durze brzuszny w następstwie głęboko, aż do błony surowiczej sięgającego owrzodzenia kiszek bez jej przedziurawienia, lecz i to jest w naszym przypadku mało prawdopodobne wobec braku z jednej strony wybitniejszych objawów ze strony kiszek (nieznaczne rozwolnienie, brak krwotoku), a z drugiej wobec objawów bardziej rozlanego zapalenia otrzewny, gdy zapalenie otrze wny, towarzyszące głęboko sięgającym owrzodzeniom kiszek, byłoby więcej ograniczone.

Po wyłączeniu z wielkiem prawdopodobieństwem obu powyższych źródeł zapalenia otrzewny, wikłającego w naszym przypadku dur brzuszny, wydaje mi się za to wielce prawdopodobnem powstanie zapalenia otrzewny w następstwie sprawy ropnej w jednym z narządów, położonych w jamie brzusznej, najprędzej zropienia którego z gruczołów krezkowych i przerwaniu się ropnia do jamy otrzewny.

Za tem źródłem powstania zapalenia otrzewny przemawiałyby silne bóle w brzuchu, szczególnie po prawej stronie, na jakie się chora już we wczesnym okresie choroby uskarżała, i kilkakrotne w ciągu ostatnich kilku dni powtarzające się dreszcze.

Czy tylko w ten, a nie inny jeszcze sposób da się wytłumaczyć powstanie zapalenia otrzewny w naszym przypadku, nie śmiem stanowczo twierdzić; w każdym razie sędzę, że przypadek nasz duru brzuszego, powikłany zapaleniem otrzewny bez przedziurawienia kiszek, należy do dosyć rzadkich, a zatem zasługujących na podanie do wiadomości.

O PEWNEJ POSTACI ZABURZEŃ RUCHOWYCH ŻOŁĄDKA I KISZEK

zwanej

GASTROPLEGIA i ENTEROPLEGIA.

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

IGNACY GRUNDZACH.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 17).

Muszę się, Szanowni Panowie, dłużej nieco zatrzymać na etiologii i istocie cierpienia, wypadnie mi bowiem z konieczności dotknąć fizjologii teoretycznej i doświadczalnej. Podam za EULENBURG'iem to, co fizjologia prawidłowa i patologiczna wie o sprawie „wstrząśnienia“, „wstrząsu“, zwanego z angielska „shock'iem“.

Niewątpliwie, cała sprawa bezwładu żołądka i kiszek to — „shock“, pooperacyjny i urazowy. Ale „shock“ to tylko wyraz, dla jednego wiele, dla drugiego mało, lub nic nie mówiący. „Shock“ (ang. uderzenie, wstrząśnienie, napad) podług EULENBURG'a, streszczającego wszystko, co wiemy

o tej sprawie, jest to odruchowe porażenie działalności serca i płuc, wywołane działaniem silnego bodźca nerwowego. Śmierć może nastąpić bez dostatecznych zmian anatomicznych lub chemicznych. Jakkolwiek zwykle shock występuje natychmiast, bywa i tak, że okres utajenia trwa 2 do 4 godzin, po czym następuje powolne wyczerpywanie się działalności nerwowej w ciągu doby; dlaczego tak się dzieje, nie wiemy.

FISCHER¹⁵⁾ odróżnia dwie postacie: torpidną i eretyczną.

Dotknięty pierwszą postacią (torpidną) leży spokojnie, obojętnie, twarz bywa zapadnięta, sfałdowana, nozdrza rozszerzone, Oczy nie posiadają blasku, są zapadnięte, okrażone szerokimi ciemnymi kołami, do połowy je pokrywają powieki. Żrenice rozszerzone słabo oddziałują, spojrzenie wyraża obojętność lub zapatrzenie wdał. Skóra i błony śluzowe widoczne bywają marmurowo białe, na rękach i wargach lekko sinawe, ciepłota obniżona: ciepłomierz wykazuje o $1\frac{1}{2}^{\circ}$ niżej normy, pod pachą, o 1° —w odbytnicy. Ciepłota 35° uważana jest za bezwarunkowo groźną. Na czole i skroniach widoczne są duże krople potu. Wrażliwość czuciowa na całym ciele bywa znacznie zmniejszona, na silne bodźce bólowe chorzy odpowiadają zaledwie leniwym, uchylającym je ruchem. Dobrowolnie chory nie poruszy żadnym członkiem, a kończyna podniesiona pada, jak martwa. Jednakże przy zebraniu wszystkich sił po wielu namowach udaje się wywołać dobrowolne ruchy bardzo krótkie i bardzo zresztą słabe. Tętno zaledwie wyczuwalne, częste, nieprawidłowe, nierówne, tętnice zwężone, mało napięte, tony serca często nieprawidłowe i przerywane. Przytomność bywa zachowana, chory odpowiada powoli, lecz rozumnie. Chorzy się skarżą na uczucie zimna, omdlewania, mają „martwe kończyny”. Narządy zmysłowe (z wyjątkiem czucia skór nego) działają dobrze. Oddech bywa nieprawidłowy: głębokie i długie wdechy następują nieraz po krótkich, częstych i zaledwie słyszalnych. Czasami oddechanie zupełnie ustaje na dłuższy przeciąg czasu, co wysoce niepokoi otoczenie. Stan ten podobny jest do *cholera asphyctica* (bez stolców).

Druga postać—eretyczna. Chorzy się rzucają na wszystkie strony, jęczą, krzyczą głośno i skarżą się na okropne uczucie strachu, połączone z utrudnieniem oddechania, i na uczucie unicestwienia. Rzucają się jak opętani szałem. Przytomność i tu jest zachowana, ale cała myśl, cała świadomość pochłonięta jest straszliwymi mękami. Tętno małe, trudne do zliczenia, oddech częsty i powierzchowny, błony śluzowe blade, ale twarz czerwona; czoło gorące, a żrenice wąskie. Skóra kończyn nie zawsze bywa zimna. Chorzy stale wymiotują masy śluzowe, mają męczące zwracania, piekące pragnienie. Ruchy wykonywają ze znaczną siłą i drżeniem widocznym; kończyny czasem całe drżą silnie, chory dygocze, jak we wstrząsającym dreszczu. Mięśnie twarzy kurczowo się ściągają, ruchy mimiczne są częste.

Postać torpidna jest cięższa, rozwija się ona z drugiej, gdy występuje pogorszenie. Odwrotnie, przejście w postać drugą—eretyczną oznacza zawsze poprawę tego ciężkiego zaburzenia ustrojowego. Postać eretyczna trwa minuty lub kilka godzin, torpidna zaś—trwać może dnie całe. W obydwu postaciach nastąpić może śmierć wśród objawów najgłębszego wyczerpania nerwowego, a oględziny pośmiertne nie wykrywają żadnych zmian w ważniejszych narządach. Niektórzy badacze (GRÖNINGEN) nie uznają postaci eretycznej, uważając ją jedynie jako okres odczynowy jedynej postaci, jaką G. uznaje jako

¹⁵⁾ Ueber den Shock. Volkmanns klin. Vorträge. 1870. Nr. 10. cyt. u Eulenburga.

„shock“, t. j. torpidnej; postać zaś eretyczną nazywa — *delirium nervosum s. traumaticum*.

Inaczej mówiąc, objawy te wskazują w shocku: szybką utratę sił, upośledzenie działalności serca, nieznaczne obniżenie ciepłoty, nieprawidłową działalność oddechową, zachowanie przytomności obok osłabienia czynności rdzeniowych: ruchowych, czuciowych i odruchowych.

Shock występuje po ciężkich porodach, kruszeniu kamieni, cewnikowaniu. Rzadko występuje on po ucisku klatki piersiowej, częściej przy ucisku moszny. Mocny ucisk jąder wywołać może shock, kończący się śmiercią w ciągu kilku godzin; samo uderzenie w jądra wywołuje często omdlenie. Po t. zw. zawijaniach FRICKE'go może wystąpić shock albo w początku zaraz—za silny ucisk, albo później—gdy zacisną górne obroty (FISCHER). Czasem zwichnienie palców i zgniecenie ich, utrata kończyn, obszerne zgniecenia kości i części miękkich częściej wywołują shock. To samo stosuje się do obszernych oparzeń i odmrożeń.

Shock występuje tem łatwiej, im ustrój bardziej jest wycieńczony złem odżywianiem, małokrwistością, krwotokami lub wiekiem starczym, a dalej, im ustrój mniej jest odporny np. usposobiony neuropatycznie lub upadły na duchu jak np. u żołnierzy zwyciężonej armii.

Najczęściej wywołują shock zranienia tułowia, tym więc należy poświęcić bliższą uwagę. Stosuje się to do złamań kręgosłupa i zranienia narządów jamy brzusznej. Shock nie zależy wyłącznie od znizzenia ciepłoty narządów jamy brzusznej, jak długi czas sądzono, gdyż „zwierzęta z obnażonemi trzewami padają już przy ciepłocie ciała 30°, 29°, gdy zwierzęta, których mięśnie kończyn wyłączono z wytwarzania ciepła, można oziębiać do 20°, 18° i 16° bez szkody. Jest to dowód, że w pierwszym przypadku zwierzęta nie giną wskutek obniżenia ciepłoty, lecz, że niższa ciepłota jest tylko jednym z czynników, wywołujących odruchowe ośrodkowe porażenie krążenia i oddechania, które pod nazwą shocku sprawdzają śmierć“ (słowa SAMUEL'a). Znane jest powszechnie doświadczenie GOLTZ'a—rozkurczowe osłabienie serca, wywołane uderzeniem w brzuch żaby. Uderzenie w brzuch człowieka wywołuje, jak wiadomo, omdlenie. GUTSCH dowiódł, że dotykanie i lekki ucisk kiszek, żołądka i jajnika żaby wystarcza, aby odruchowo wywołać wstrzymanie ruchów serca na 3 do 6 sekund. Im dłużej otwarta jest jama brzuszna, tem łatwiej wywołać owe odruchy. Co do oddechania, cierpi ono w tych razach jeszcze widoczniej, niż serce, staje się niedostateczne i ustaje jeszcze przed wstrzymaniem ruchów serca. U ssących również wszelkie urazy otrzewny zniżają widocznie ciśnienie krwi. Zachowanie energii nerwowej jest o wiele ważniejsze dla uprzedzenia shocku, niż dbałość o ciepłotę, jakkolwiek bynajmniej nie należy sobie lekceważyć tego czynnika.

Przy rozpoznawaniu shocku odróżnić należy: t. zw. wstrząśnienie mózgu, omdlenie i zapaść. We wstrząśnieniu mózgu (uraz, uszkodzenie czaszki) widzimy stale brak przytomności, jest to najważniejszy i najtrwalszy objaw; w shocku zaś—przytomność zupełną obok obojętności i apatii. W shocku mamy zadziwiający stosunek między głębokiem upośledzeniem wszystkich czynności wegetatywnych a pełnią przytomności. W shocku tętno jest zaledwie wyczuwalne, nieprawidłowe, nierówne, bardzo częste, we wstrząśnieniu zaś mózgu—leniwe, powolne, prawidłowe. Nietylko więc różne cierpią narządy, ale i przyczyny często są różne, a objawy, jak widzimy, wcale nie zgodne.

Omdlenie łatwo odróżnić: jest przy tem chwilowy brak przytomności. Stan ten szybko przemija, i inne przyczyny je wywołują. Dzwonienie w uszach, zawrót głowy, zaciemnienie pola widzenia poprzedzają omdlenie; tętno bywa prawidłowe, a oddech spokojny.

Bardziej przypomina shock zapaść daleko posunięta. Zapaść jest to nagle powstałe osłabienie serca z następstwami tegoż. Szczególnie rozpoczynające się konanie, okres zniżania się gorączki i zwolnienia tejże, jak również przełom w chorobach gorączkowych mogą wywoływać zapaść. Chory leży blady, „wsunięty w siebie“, nie daje prawie znaku życia, podobny raczej do trupa, często zimny, jak lód, z tętnem ledwie wyczuwalnem, słabym oddechem i pokryty jest zimnym potem; wysokie osłabienie i uczucie strachu przy wysokiej lub niskiej ciepłocie ciała. Zapaść, powstała z gorączki, odróżnimy łatwo od shocku urazowego. Pod względem patologicznym musimy uznać za identyczne osłabienie czynności krążenia i oddechania, dochodzące aż do porażenia. Różnica polega na tem, że w shocku mamy porażenie nerwowe, w zapaści — gorączkę jako źródło stanu chorobowego. Tam, gdzie zapaść jest skutkiem długotrwałych rozwolnień, wymiotów, wyczerpania, silnych krwotoków (z gorączką lub bez niej), nie może być mowy o shocku.

Istotę wstrząsu możemy objaśnić, uprzytomniwszy sobie drogę powstawania wstrząsu urazowego. Jaką drogą ucisk moszny lub silne targanie kiszek może wywołać porażenie natychmiastowe działalności serca i płuc, osłabienie rdzenia? Staje się to jedynie na drodze porażenia odruchowego (*Reflex-paralyse*). Silne podrażnienie nerwów czuciowych, przeniesione szybko do narządów ośrodkowych, wywołuje depresję rozmaitych ośrodków nerwowych: krążenia, oddechania, czuciowych i ruchowych ośrodków rdzeniowych. Jest rzeczą wiadomą i wielokrotnie dowiedzioną, że przez silne drażnienie nerwów czuciowych czynności rdzenia ulegają w wysokim stopniu osłabieniu, a nawet mogą być sprowadzone do zera. Stosuje się to i do czynności ośrodkowych i do pośredniczących w sprawie odruchów.

Z powyżej podanych doświadczeń wynika również, że nerwy czuciowe ten sam wpływ wywierają na ośrodek krążenia i oddechania. Nie można wszystkich objawów wstrząsu tłumaczyć jedynie porażeniem nerwów naczynioruchowych wogóle, a takichże nerwów przewodu pokarmowego w szczególności, gdyż nie objaśnilibyśmy w ten sposób porażenia oddechania, a także i dlatego, że doświadczenia GUTSCH'a dowodzą, iż dotykanie i gniecień kiszek wywołuje odruchowo bezruch serca i nieomogę oddechania, znacznie wcześniej, aniżeli występuje porażenie nerwów naczynioruchowych kiszek. Wreszcie trudnoby się zgodzić na taką nieczułość innych ośrodków nerwowych: uraz, który jest w stanie odruchowo porazić nerwy naczyniowe, nie może pozostać bez wpływu na inne nerwy i ośrodki.

Z najnowszych prac można tu wspomnieć o doświadczeniach HÖBER'a¹⁶⁾, który się przekonał, że 1) wstrzyknięcie drażniącego płynu do jamy brzusznej wywołuje (u królików) obniżenie ciepłoty w odbytnicy i zmniejszenie ciśnienia krwi, 2) wstrzyknięcie płynu do jamy opłucnej wywołuje to samo w mniejszym stopniu i z mniejszą prawidłowością, 3) wskutek zastrzyknięcia krwi do narządów głębiej położonych, powierzchowne (skóra) stają się blade, bezkrwiste, 4) rozszerzenie naczyń brzusznych w części zależy od pa-

¹⁶⁾ Ueber d. experimentellen Shock durch Reizung d. serösen Häute. Praca wykonana w Instytutach fizjologicznych Erlangen i Zürichu. Archiv f. Experimentelle Pathologie und Pharmacologie, B. 40. H. 3 14. 1897.

raliżu warstwy mięśni naczyniowych, w części na drodze odruchowej nerwu błędnego i trzewowego od zmniejszonego ciśnienia krwi, 5) ciepłota ciała obniża się wskutek zwiększonego wytwarzania i oddawania ciepła przez jamę brzuszną otoczeniu, 6) wszystkie te objawy porównać można do objawów shocku, przedziurawienia kiszek, skręcenia i t. p.; do objawów tych zaliczamy obniżenie ciepłoty ciała, błądność skóry, częste i drobne tętno.

Jak widzimy, zarówno EULENBURG, którego zestawienie obszernie, niemal dosłownie, podałem, jak HÖBER, nie przytaczają danych co do zachowania się w shocku przewodu pokarmowego. Nadto EULENBURG pomiędzy przyczynami, wywołującymi wstrząs, nie wylicza laparotomii, jakkolwiek mówi o odpowiednich doświadczeniach, zranieniach brzucha i t. p.

BOUVERET¹⁷⁾, mówiąc o przyczynach i istocie gastroplegii, wyraża się w sposób następujący: „*commotion des centres et des nerfs du sympathique abdominal*“.

Pisząc¹⁸⁾ o bezwładzie żołądka, wyraziłem się, że jest to „shock operacyjny lub urazowy, a więc podziałanie na ośrodki, sploty i nerwy, wchodzące w skład nerwu współczulnego brzuszego, a wskutek tego ich porażenie i bezwład tych narządów, jakimi nerw sympatyczny rządzi, lub jakie reguluje“.

W nowem dziele NOTHNAGEL'a¹⁹⁾ znajdujemy niezmiernie interesującą i nową teorię powstawania bezwładu kiszek. Podaję ją tutaj niemal dosłownie. „Podług obecnych poglądów fakty te objaśnić sobie możemy silnem podrażnieniem odruchowem nerwu hamującego ruchy przewodu pokarmowego, mianowicie nerwu trzewowego czyli brzuszego, *n. splanchnici*, (stanowiącego, jak wiadomo, część nerwu współczulnego i łączącego się ze spletem słonecznym *plexus solaris*. Przyp. autora). Silny bodziec dośrodkowy dąży od zakończeń nerwowych, znajdujących się w pobliżu kiszek lub otrzewny lub w samych kiszkiach i otrzewnie. Dodać należy, że ten sam bodziec, który odruchowo podrażnia nerw trzewowy, wywołuje, zupełnie jak w doświadczeniu GOLTZ'a, zwanem „Klopfversuch“, jednocześnie i osłabienie działalności serca, obraz kliniczny ostrej zapaści. I w ten sposób powstaje zbiór objawów, który klinicznie zbliżony jest do ostrej mechanicznej niedrożności, połączonej z objawami uwięźnięcia. Ścisłe biorąc, nie mamy do czynienia właściwie z prawdziwym paraliżem kiszek w zwykłym znaczeniu tego wyrazu, lecz — z bezruchem, czyli z brakiem ruchów robaczkowych, który jednakże wywołuje te same skutki czynnościowe, co i bezwład właściwy tego narządu. REICHEL w sprzeczności z takim poglądem na zasadzie doświadczeń wyraził się, że ograniczony paraliż kiszek po herniotomiach i laparotomiach z wysokiem prawdopodobieństwem zależy od ograniczonego zakażenia“.

Tyle — NOTHNAGEL o istocie cierpienia. Jak widzieliśmy, stara się on sprowadzić wszystko do porażenia nerwu trzewowego, co jest wysoce prawdopodobne, tem bardziej, że w pewnych postaciach ograniczonego bezwładu kiszek, zajmując go np. jedną lub kilka pętli kiszkiowych, LEICHTENSTERN w czasie badania pośmiertnego znajdował, nie jak zwykle, rozcięcie pętli przez gazy lecz przeciwnie — czasami pętlę, będącą jakoby w stanie skurczu elastycznego. Dowodziłoby to zdania NOTHNAGEL'a, że nie mamy tu utraty kurczliwości,

¹⁷⁾ L. c.

¹⁸⁾ L. c.

¹⁹⁾ L. c.

lecz jedynie brak ruchów wskutek odruchowego podrażnienia nerwów hamujących.

Co się tyczy żołądka, mechanizmu powstawania jego bezwładu bliżej nie znamy. Prawdopodobna droga biegnie szlakami nerwu trzewowego i splotów brzusznych, a może i nerwu błędnego, odgrywającego tak wielką rolę w unerwieniu żołądka.

*

Leczenie tego ^{*}cierpienia powinno, rzecz prosta, ^{*}zacząć się od tego, aby na cierpiący narząd nie wkładać ciężarów, którym z natury cierpienia nie jest w stanie podolać. Bezwzględny spokój narządu pod względem czynnościowym jest nie tylko koniecznym w celu wyrównania już istniejących zaburzeń nerwowych, ale i niezmiernie ważnym w celach zapobiegawczych. Cóż się bowiem dzieje z pokarmami, napojami i lekami? Wszystko to ani się wchłania, ani przedostaje do kiszek, rozciąga i osłabia jeszcze więcej chory narząd, fermentuje i gnije, a po pewnym czasie powoli lub odrazu zostaje wyrzucone nazewnątrz (zwracania, wymioty), co chorego wyczerpuje. *Primum non nocere*. Nie dajmy więc ani wody, ani lodu, ani koniaku. Pozwolimy jedynie usta zwilżać lub wypłukiwać dla ulżenia straszному pragnieniu, które chorego trapi.

2) W celu ulżenia pragnieniu ważniejsze jeszcze będzie stosowanie małych lecz częstych ławatywek z wody z dodatkiem wina, koniaku i eteru w celu podniecenia działalności serca.

3) Należy stosować wlewania podskórne roztworu fizyologicznego soli kuchennej, wstrzykiwania podskórne eteru lub olejku kamforowego. Środki te wypełnią zarazem inne wskazanie, wzmocnią mianowicie siły chorego, podtrzymają i pobudzą utraconą energię nerwową, co stanowi istotę „shocku”.

4) Czy to w przypadkach wstrząsu urazowego, czy operacyjnego właściwe będzie stosowanie pęcherzy lodowych: jednego na dołek, drugiego na brzuch.

5) Jeżeli wstrząs wywołany jest przez ucisk bandaża moszny, stany zapalne i t. p. należy, rzecz prosta, szkodliwości owe usunąć, co będzie wskazaniem przyczynowym.

6) Zupełnie racjonalne będzie stosowanie prądów elektrycznych (stałych lub przerywanych) w celu pobudzenia ośrodków i nerwów przewodu pokarmowego. W przypadkach operacyjnych można jedną elektrodę zastosować na dołek sercowy, drugą zaś wprowadzić do odbytnicy.

7) W przypadkach parezy lub paraliżu kiszek ostatnimi czasy poczęto stosować małe drażniące ławatywki np. z 10 gm. gliceryny (CAMPBELL) dla wywołania wiatrów i stolców; wynik ma być pomyślny.

8) Wreszcie, w każdym przypadku gastroplegii pooperacyjnej ze zwracaniem, wymiotami i t. d. niezwłocznie przepłukać należy żołądek czystą wodą lub lepiej jeszcze lekkim roztworem np. kwasu bornego (5—10 na 1000), tymolu (1 na 1000), kwasu salicylowego, wodoru chloralu i t. p. Zabieg ten jest zupełnie nieszkodliwy, nawet po gastroenterostomii (HAHN), wywołuje natychmiastową poprawę, a po pewnym czasie — wyzdrowienie. To samo spostrzegano nieraz po obfitych wymiotach samoistnych.

Przepłukiwanie żołądka w tych razach nie tylko stanowi środek leczniczy, lecz, jak już wspominałem, wysoce ułatwia rozpoznanie istoty cierpienia.

*

*

*

kłego odcienia bębnekowego w mniejszym lub większym stopniu. Pierwszy chory, u którego autorzy stwierdzili dane, otrzymane na trupach, był to młody człowiek, cierpiący na ciężką padaczkę w następstwie powikłanego złamania kości czołowej. U chorego tego znaleziono przy opukiwaniu zwiększoną tępość w całej okolicy czołowej, odpowiadającej uszkodzeniu kostnemu. Dokonano trepanacji i znaleziono stary wylew krwi, zajmujący ściśle okolice, w której opukiwanie odkryło najwyraźniejszą tępość.

U drugiego chorego z prawostronnem porażeniem połowicznym i niemotą w następstwie upadnięcia na prawą stronę potylicy autorowie znaleźli przy opukiwaniu nietylko zmiany w miejscu podległem uderzeniu, lecz i w lewej okolicy ciemieniowej i w dalszym przebiegu stwierdzili stopniowe zmniejszenie się stępienia w miarę tego, jak zaczęły ustępować objawy porażenia.

W przypadku gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dziewczynki 7-letniej autorzy za życia zapomocą opukiwania stwierdzili, że zmiany chorobowe przeważały w prawej połowie, gdzie odgłos był absolutnie tępy, gdy po drugiej stronie znaleziono pewien stopień odgłosu bębnekowego. Oględziny pośmiertne w zupełności potwierdziły wyniki badania fizycznego czaszki.

Nakoniec autorowie rozpoznali za pomocą opukiwania czaszki ropień mózgu na trupie człowieka, który zmarł w zapaści od nieokreślonego cierpienia mózgu.

(*La Semaine Médicale*, Nr. 17. 1898).

F. Arnstein.

82. L. d'ASTROS. **O zapaleniu opon mózgowych surowiczem i ostrem wodogłowie.** W przebiegu chorób zakaźnych, jak zapalenie płuc, grypa, dur, zakażenia przewodu pokarmowego i t. d., występują niejednokrotnie u dzieci objawy mózgowe o charakterze niekiedy bardzo niepokojącym. Badanie pośmiertne podobnych przypadków daje wyniki najróżnorodniejsze. W wielu razach nie wykrywamy żadnych zmian widocznych. Pomiedzy takimi przypadkami a przypadkami, w których znajdujemy wysięk ropny, istnieje cały szereg przejść, poczynawszy od prostego przekrwienie mózgu i opon do obrzęku opony miękkiej i mniej lub więcej obfitego wysięku surowiczego w przestrzeni podpajęcznej lub w komorach. Pod względem patogenetycznym wszystkie te postacie zależą od bakteriemii lub toksynemii, na niejednakowy zaś obraz anatomo-patologiczny składa się kilka przyczyn. Przede wszystkim należy wziąć pod uwagę trwanie sprawy chorobowej. W przypadkach, w których po śmierci nie znajdujemy zmian anatomicznych, przebieg był szybki lub piorunujący, zajęcie mózgowia było tak silne, iż śmierć nastąpiła, zanim odpowiednie zmiany zdołały się wytworzyć. Lecz w ten sposób nie wszystko da się wytłomaczyć, gdyż znane są przypadki, w których pomimo bardzo krótkiego trwania w czasie badania pośmiertnego znajdowano wysięk ropny, podczas gdy w innych z przebiegiem znacznie dłuższym wysięku nie znajdowano. Objaśnienia szukać należy w naturze czynników, które bezpośrednio podziały na opony mózgowe. Wysięk ropny jest następstwem zakażenia miejscowego, t. j. powstaje pod wpływem drobnoustrojów, które przedostały się do opon, i które zawsze wykryć się dają w wysięku. Są to najczęściej paciorkowce, pneumokoki, laseczniki EBERTH'a. Tę same jednak drobnoustroje znajdujemy i w wysięku surowiczym. Oczywiście, różny charakter wysięku zależy może od niejednakowych ilości i złośliwości drobnoustrojów. Rzecz prosta, iż hipotezy tej nie należy uogólniać do wszystkich odczynów ustroju; również błędem byłoby mniemanie, iż pewnym zmianom anatomicznym towarzyszą odpowiadające im pod względem natężenia objawy kliniczne. Jako dowód, przytoczyć można dwa przypadki duru brzuszego z powikłaniami mózgowymi, w których na oponie miękkiej znaleziono czyste hodowle laseczników EBERTH'a. W pierwszym przypadku objawy mózgo-

we były tak wyraźne, iż zapalenie opon mózgowych rozpoznano za życia. Przy badaniu zwłok znaleziono wysięk surowiczy. W drugim zaś wysiękowi ropnemu odpowiadały za życia objawy bardzo nieznaczne.

W niektórych zakażeniach, zwłaszcza przewodu pokarmowego, powikłania mózgowe zdają się zależeć od samej toksynemii bez napadu drobnoustrojów na opony mózgowe. Dotyczy to prawdopodobnie pewnej ilości zapaleń surowiczych. Badanie bakteryologiczne wysięku oczywiście daje wynik ujemny.

Nie mniej ważne jest umiejscowienie wysięku, który może zajmować przestrzeń podpajęczą lub komory. Według QUINCKE'go od umiejscowienia wysięku zależy jego charakter. Wysięk podpajęczy obfituje w komórki i jest mniej lub więcej ropny, podczas gdy w komorach wysięk jest przezroczysty. Zapalenie opon korowe, powiada on, najczęściej bywa pochodzenia drobnoustrojowego, a zapalenie drobnoustrojowe najczęściej jest korowe. Przeciwnie wysięki pochodzenia nie drobnoustrojowego najczęściej spotykamy w komorach mózgowych, gdzie i prawidłowe wydzielanie płynu jest znaczniejsze. Wywody te uznać można tylko w ogólnych zarysach. Wśród przyczyn, wpływających na umiejscowienie wysięku ważną rolę gra wiek chorego. U dzieci do 6 miesięcy wysięk zajmuje częściej komory. Zależy to od warunków rozwoju mózgu. W życiu płodowym odżywianie mózgu odbywa się za pośrednictwem naczyń komór, podczas gdy krążenie korowe rozwija się znacznie później, w miarę jak czynności kory zaczynają przeważać nad niższymi czynnościami mózgu. Ta właściwa niemowlętom przewaga cyrkulacyjna i czynnościowa okolic komorowych czyni je podatniejszymi na wpływy szkodliwe, doprowadzające niekiedy do wysięku t. j. wodogłowia. Podobnie jak zapalenia opon, wodogłowie występować może w przebiegu najrozmaitszych chorób zakaźnych. Początkowe objawy, jak niepokój naprzemian z odrętwieniem, zgrzytanie zębami, rozszerzenie lub nierówność źrenic, zez i t. d., a nawet pierwszy napad drgawek, nie dostarczają żadnych danych, świadczących, iż sprawa umiejscawia się w komorze. Objawy charakterystyczne występują dopiero później. Są nimi: wypuklenie wielkiego ciemiączka, rozszerzenie żył, rozejście się kości czaszki, powiększenie wymiarów głowy. Inne objawy, jak drgawki, przykurczenia, śpiączka i t. d. zawsze są bardzo wyraźne. Zwykle choroba kończy się śmiercią, w niektórych jednak razach wodogłowie, zaczawszy się w postaci ostrej, przechodzi następnie w postać przewlekłą (*hydrocephalie acquise à debut aigu*). Wyzdrowienie również jest możliwe, pozostają jednak często zaburzenia inteligencji lub wzroku.

Z punktu widzenia etiologicznego na wodogłowie ostre należy zapatrywać się, jako na następstwo różnych spraw pochodzenia zakaźnego, zachodzących w komorach mózgowych. Jeżeli zaś spotykamy je rzadko, to pochodzi to stąd, iż wysięk w komorze w przebiegu cierpienia mózgu zebrać się może wtedy tylko, gdy cierpienie to nosi charakter podostry, tak iżby dość było czasu na zebranie się wysięku. Cierpienia te bywają następujące: 1) zapalenia zatok zakaźne lub septyczne; w tych razach wysięk jest następstwem zaburzeń w krążeniu wskutek zatkania zatok opony twardej, 2) bezpośrednie zakażenie komór ze zmianami zapalnymi opon lub ścian komór; w tych razach zawartość komór jest mętna, niekiedy ropna; 3) wreszcie wodogłowie może być wynikiem nadmiernego wydzielania płynu surowiczego ze spłotów naczyniowych (*plexus choroidei*) bez jakichkolwiek zmian zapalnych (*meningite séreuse ventriculaire*). Do tej ostatniej kategorii należy przypadek spostrzegany przez autora. Co się tyczy leczenia, to przedewszystkiem wykonać należy przekłucie łędźwiowe, nie zawsze jednak prowadzi ono do celu,

zwłaszcza gdy niema komunikacji pomiędzy komorami mózgowymi, a przestrzenią podpajęczą. Pozostaje wtedy przekłucie ciemniaczka. Autor radzi je wykonywać dopiero wtedy, gdy ostre objawy minęły. Wogóle bardzo na zabieg ten liczyć nie można.

(*Rev. mens. des mal. de l'enfance. Październik. 1897.*)

F. Sachs.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 marca r. b.

TREŚĆ: 1) GURANOWSKI — przedstawienie przypadku podwójnego przewodu słuchowego zewnętrznego. 2) SZTEYNER — przedstawienie chorego, dotkniętego mięsakiem czarnym. 3) CIECHOMSKI — Przyczynek do kazalstyk ropni wątroby pochodzenia urazowego.

1) Kol. GURANOWSKI przedstawił odlew gipsowy i fotografie stereoskopowe przypadku podwójnego przewodu słuchowego zewnętrznego u mężczyzny 29-letniego, który się zgłosił z powodu nagłej utraty słuchu w uchu prawem. Badanie wykazało, że zarówno otwór zewnętrzny, jak i przewód chrzęstny przedzielony jest przegrodą, przebiegającą skośnie od tyłu i góry ku przodowi i dołowi, a będącą jakby przedłużeniem skóry i chrząstki muszli usznej. Kanał przedni długości około 7 mm. jest ślepy, kanał tylny jest właściwym przewodem słuchowym. Gdy usunięto zebrany woszczek, przyczynę głuchoty, błona bębenkowa okazała się prawidłową; muszla uszna nie przedstawia zniekształceń. Na uwagę zasługuje rzadkość przypadku.

2) Kol. SZTEYNER przedstawił mężczyznę 35-letniego, dotkniętego od dwóch lat mięsakiem czarnym wielkości śliwki, zajmującym łącznicę i chrząstkę powieki górnej oka prawego. Na łącznicy powieki dolnej i na dolnej fałdzie przejściowej są dwa małe guzy tejże natury, a poniżej ucha wyczuć można powiększony gruczoł chłonny.

3) Treść odczytu kol. CIECHOMSKIEGO jest następująca. Ropnie urazowe wątroby należą do rzadkości. Skutki samego uszkodzenia mają postać trojaką: obok rozerwania mięszu wątroby ulega rozdarciu jej osłona, mięsz pęka bez uszkodzenia osłony, powstaje w mięszu wylew krwawy jedno lub kilkoogniskowy. Tu mówca opisał dwa spostrzegane przez siebie przypadki, poczem przeszedł do uwydatnienia cech rozpoznawczych ropni wątroby w ogólności, a dla łatwiejszego wytłomaczenia porównywał cechy te z objawami spostrzeganymi po każdym pęknięciu wątroby. Do objawów stałych należy *shock*, krwotok wewnętrzny, ból w okolicy wątroby, promieniujący w okolicę barku prawego, do niestałych — żółtaczka, wymioty, cukromocz. Ważnym zabiegiem rozpoznawczym jest przekłucie próbne, wczesne bowiem stwierdzenie obszernego wylewu krwawego stanowi wskazanie do operacji, ponieważ wylew taki całkowicie wessać się nie może, a prędzej, czy później zamienia się na ropień. Podczas rozpoznania należy mieć na względzie ropień wątroby pochodzenia nieurazowego, ropień podprzeponowy, bąblowca wątroby i ropne zapalenie otrzewny ograniczone po przedziurawieniu przewodów żółciowych. Pęknięcia wątroby płytkie, choćby długie i kilkakrotne, mogą przebiegać skrycie, nie pociągając za sobą poważniejszych następstw. Leczenie ograniczyć tu należy na środkach ogólnych i miejscowych, zabezpieczających od powikłań uszkodzenia. Pęknięcia głębsze wraz z rozdarciem osłony i nieodłącznym krwotokiem wewnętrznym stanowią wskazanie do otworzenia jamy brzusznej

w celu zatamowania krwotoku, ranę wątroby można zszyć całkowicie lub przyszyć do otrzewny ściennej, wyłączając z jamy otrzewny. Wreszcie mówca roztrząsnął różne sposoby postępowania operacyjnego w przypadkach ropni wątroby, opisał dokładnie sposób otwierania zwykłego ropnia wątroby i przytoczył zaczerpnięte z literatury opisy przypadków ropni wątroby urazowych.

Prof. BRODOWSKI sądzi, iż ropień wątroby może powstać bez wątpienia po urazie, trzeba jednak, by się doń przyłączyło zakażenie. Aczkolwiek w warunkach sztucznych można wywołać ropienie za pomocą związków chemicznych, to jednak w warunkach pospolitych przyczyną ropienia bywa tylko zakażenie. W przypadkach, opisanych przez kol. C., niema dowodu, by to były ropnie: płyn był mętnawy, czerwonawy, zawierał czerwone i białe ciała krwi, hodowle dały wynik ujemny; dlatego też prof. B. sądzi, iż były to jamy powstałe po wylewie krwi, podobnie jak w mózgu, gdy po wylewie krwi powstaje wskutek zgorzeli jama; wylew krwi może zamienić się na ropę, a może być tylko zastąpiony ropą. W przypadkach przytoczonych ściany jam nie miały wyglądu ścian ropni, pomimo iż sprawa była długotrwała; jamy te były prawdopodobnie wynikiem po części urazu, po części wylewu krwi. Twierdzenie, by ropień wątroby był następstwem zropienia bąblowca jest niesłuszne, do zropienia bowiem jest niezbędne zakażenie, wreszcie prof. B. zwraca uwagę, że ropień wątroby nie może być przyczyną marskości.

Kol. C. zaznacza w odpowiedzi, że uważał się za uprawnionego do rozpoznania ropnia, skoro w płynie wypuszczonym znaleziono ciała ropne, a nadto towarzyszyła sprawie gorączka, której po wylewie krwi nie bywa. Prawdopodobnie w przypadkach opisywanych dołączyło się zakażenie, niewiadomo tylko, jaki pasorzyt je wywołał. Kol. C. prostuje uczyniony zarzut, jakoby twierdził, iż ropień wątroby może być przyczyną marskości; twierdził to o wylewach krwi, a znalazł wiadomości o tem w pracach poważnych.

Prof. BRODOWSKI twierdzi, że i po wylewach krwi bywa gorączka, zależna od wessania wytworów rozpadu. To, że znaleziono w płynie „ciałka ropne“, niczego nie dowodzi: ciała ropne jako leukocyty wielojądrowe nie posiadają żadnych cech swoistych, i znalezienie ich pod drobnowidzem nie upoważnia nas do utrzymywania, iż płyn badany jest ropą. Na twierdzenie, by wylewy krwawe mogły być przyczyną marskości wątroby, prof. B. nie zgadza się.

Kol. SZTEYNER zwraca uwagę, iż w wykazie z literatury mówca nie wspomniał o przypadku ropnia podprzeponowego spostrzeganym przez MATLAKOWSKIEGO.

Kol. GRUNDZACH pyta, czy tylko w dwóch przypadkach ropni wątroby pochodzenia urazowego ropień przedostał się do jamy opłucny, tembardziej, że dzieje się to często z ropniami, wywołanymi przez kamienie żółciowe.

Kol. CIECHOMSKI sądzi, że fakt zdarza się zapewne częściej, nie zwracał jednak nań uwagi, bo go to bezpośrednio nie interesowało.

Posiedzenie z dnia 5 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER — przedstawienie przypadku *polymastiae*. 2) MINTZ i M. BRUNER — przedstawienie przypadku uchyłku przelyku i zdjęcia jego za pomocą promieni ROENTGEN'a. 3) GRUNDZACH — O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek zwłaszcza występujących po laparotomii.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił chorą 28-letnią, dotkniętą *polymastia*. Posiada ona cztery sutki, dwie ukształtowane i położone prawidłowo z prawidłowemi brodawkami i jeszcze dwie mniejsze położone powyżej pierwszych, przy samych pachach i pozbawione brodawek. Jedni uważają objaw ten za atawistyczny, inni

sądza, że tu niema atawizmu, lecz sprawa polega na przeistoczeniu gruczołów łojowych skórnych. Chora uskarża się na mlekotok z prawej sutki, trwający bez przerwy i wywołujący przemakanie odzieży, nawet spódnicy. Objaw ten powtarza się po każdej ciąży, a było ich sześć, i uniemożliwia karmienie. Szczególnie jest w danym przypadku umiejscowienie, gdyż mlekotok dotyczy wyłącznie sutki prawej. Posiadamy niezawodne środki w celu usunięcia mlekotoku obustronnego jak kamforę, antypirynę, w danym jednak przypadku nie można ich stosować, bo zginąłby pokarm w sutce lewej, a chora chce koniecznie karmić. Prawdopodobnie skończy się jednak na tem, że trzeba będzie dziecko odstawić. Wskutek bezustannego podrażnienia utworzyła się pryszczycza i *intertrigo*.

2) Kol. MINTZ przedstawił mężczyznę 47-letniego, u którego rozpoznał uchyłek przełyku; po wypiciu 200 cm. sz. płynu chory czuje, że cała ilość pozostała w przełyku. Zgłębnik gąłkowaty zatrzymuje się w odległości 28 cm. od zębów siecznych. Płyn można wydostać napowrót. Kol. BRUNER Mikołaj przedstawił kryptogram tego uchyłku zdjęty po wypiciu przez chorego mieszaniny bizmutowej. Na kopii widać, że serce jest przesunięte nieco na prawo, co stwierdzono i przy opukiwaniu. Zależy ono, zdaniem kol. B., od rozedmy płuc, kol. M. jednak sądzi, że i stały ucisk wywierany przez wypełniony uchyłek nie jest tu bez znaczenia. Kol. M. uważa, że wobec wielkiej trudności przechodzenia do żołądka pokarmów nawet płynnych wskazana jest gastrostomia.

3) Odczyt kol. GRUNDZACHA jest w całości umieszczony w naszym piśmie. W dyskusyi kol. SZTEYNER zauważył, że porażenia pooperacyjne zdarzały się dawniej częściej z powodu podawania chorym opium, co niewątpliwie mogło grać dużą rolę. Od czasu gdy LAWSON TAIT zaprzestał podawania narkotyków, a gdy przeciwnie zaczęto stosować środki czyszczące, porażenia zdarzają się rzadziej. Inną przyczyną porażen mogła być dyeta pooperacyjna, forsownie bowiem podtrzymywano siły, dawano lód i wino bez miary i kontroli; stąd powstawało przepełnienie przewodu pokarmowego. W ostatnich czasach MAC COSH leczy nawet zapalenie otrzewny ogólne gnilne w ten sposób, że, wykonawszy operację, zastrzykuje do kiszki dla uniknięcia porażenia roztwór siarczanu magnezu i daje kalomel wewnątrz. Wyniki otrzymane przezeń są znacznie lepsze od poprzednich.

Kol. GRUNDZACH w odpowiedzi zgadza się na pożytek środków czyszczących i zaznacza, że jeśli teraz s hock występuje rzadziej, to zapewne i dlatego, że wogóle chirurgowie operują wcześniej, gdy ustrój chorego nie jest jeszcze wyczerpany, a oprócz tego starają się przed operacją wzmacniać siły chorego, uprzedzając w ten sposób występowanie groźnych powikłań.

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCyny“.

Szanowny Redaktorze!

Przekłucie ściany brzusznej śmiało nazwać można powszednim zabiegiem chirurgii prowincjonalnej. Każdy lekarz na prowincyi ma po kilka i kilkanaście przypadków rocznie, nadających się do przekłucia ściany brzusznej, a śmielszy do noża — nawet i więcej. Powikłanie zaś tego rodzaju, o jakim pisze kol. ODERFELD, („Medycyna“ Nr. 11 r. b.) bywa nie częste, jednak do unikatów nie należy.

W końcu roku ubiegłego dwa razy spostrzegalem u jednej i tej samej chorej, że po wypuszczeniu płynu z brzucha wypadła sieć przy usuwaniu pochewki trój-

grańca. Ukłucie robiłem po środku linii przeprowadzonej między pępkiem i lewą *spina os. ilei. sup.* Za pierwszym razem naczynie sieci było nalane i grube, za drugim (we dwa miesiące) sieć była względnie blada, naczynia drobne. W pierwszym przypadku po podwiązaniu wypadniętej sieci i odcięciu części wiszącej wszyłem do rany kikut ze względu na brak aseptyki przewiązki, w drugim zaś wypadniętą część sieci, podwiązawszy, obciąłem i, nie wszywając, załamałem *collodium*. Następstw żadnych nie było, pomimo iż sieć przymocowano do ściany brzusznej.

Literatura rzeczywiście nie podaje opisów przytoczonego powikłania, jak słusznie zauważył kol. ODERFELD, ale za to podręczniki uczą, jak sobie radzić w takim wypadku.

Oto, co KOENIG mówi: (T. II, str. 518, rosyjskie wydanie z 1887 r.) „W rzadkich przypadkach spostrzegano wypadnięcie niewielkich kawałków sieci przez otwór po przekłuciu ściany brzusznej, kawałki te odprowadzać można na świeżo, gdy wypadają w chwili usuwania rurki trójgrańca; w przeciwnym zaś razie łatwo o śmiertelne zapalenie błony obrzusznej i t. d.“.

Przepraszam, że tak późno usupełniam kazuistykę kolegi ODERFELDA, ale dopiero w tych dniach ją przeczytałem.

Łuck, w kwietniu r. b.

A. Wojnicz.

W odpowiedzi na powyższy list kolegi WOJNICZA uprzejmie proszę o zamieszczenie następujących słów kilku: w artykule moim „Rzadkie powikłanie przekłucia ściany brzusznej“ nie miałem bynajmniej na myśli wypadnięcia sieci. Jest to powikłanie wcale nie rzadkie, i jako o takim dziś chyba nie ma co pisać. W przypadku moim mówiłem o wypadnięciu oddzielnych naczyń sieci, a o tem ani KOENIG, ani żaden inny podręcznik nie wspomina; jest to zatem powikłanie bardzo rzadkie i pod względem rozpoznawczym budzące pewne wątpliwości. W moim przypadku dopiero drobnowidz wykazał pochodzenie owych naczyń.

H. Oderfeld.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= NEISSER spostrzegał pryszczycę warg, która nie ustępowała przez kilka miesięcy pomimo stosowania przeróżnych środków, po usunięciu zaś używanego do płukania ust odolu znikła. Autor spostrzegał inne trzy przypadki, gdzie również po usunięciu środków do płukania ust lub proszku do zębów pryszczycza znikła. Pryszczycę tę zależą podług N. od eterycznych olejków, wchodzących w skład odolu i t. p. środków. (Therap. Mon. H. 2. 98).

= Idąc za radą LANDAU'a, który przed niejakim czasem zalecał ooforynę na dolegliwości okresu przekwitowego, spróbował AALFELD tego środka u kobiet, dotkniętych chorobami skórnymi w okresie przekwitowym. Dawał dzien-

nie po 2 do 15 tabliczek (*tablettae*) półgramowych i przekonał się o skuteczności ooforyny w trądziku czerwonym (*acne rosacea*) i wyprysku (*herpes*). Również przekonał się autor o skuteczności ooforyny w chorobach skórnych, mających domniemany związek z narządem rodonym u kobiet, jak w trądziku pospolitym (*acne vulgaris*), łupieżu na głowie (*pityriasis capitis*) z wypadaniem włosów, wągrach na skórze, tudzież w jednym przypadku świerzbiączki (*prurigo*). (Therap. Monatshefte. Marzec 1898).

= COOKMAN. Do leczenia powierzchownego oparzenia nadaje się bardzo dobrze kwas pikrynowy, natomiast arystol działa nader skutecznie w oparzeniach wszystkich trzech stopni, poczynają-

jąc od prostego rumienia (*erythema*), a kończąc na oparzeniach trzeciego stopnia. W oparzeniach powierzchownych używa COOKMANN arystolu w postaci proszku, w oparzeniach zaś, sięgających głębiej, maści 10% po dezynfekcji, w danym razie po otwarciu pęcherzy. W oparzeniach drugiego i trzeciego stopnia posypuje się brzegi arystolem, a samo oparzenie opatruje 10% maścią arystolową, zmieniając opatrunek co trzy dni. (Therap. Monatshefte. Marzec 1898).

== LANDAU. Organoterapia terapeutyczna opiera się na nauce BROWN-SEQUARD'a o wewnętrznym wydzielaniu gruczołów, które COMBE dzieli na odtrutkowe (*antitoxiques*) i ożywiające (*vivifiantes*). Do pierwszych należą: grasicca (*glandula thymus*), używana w wolu i chorobie BASEDOW'a, przydatek mózgu (*hypophysis cerebri*) przeciw akromegalii i padaczce, nadnercze przeciw chorobie ADDISON'a, moczowce zwyczajnej, nerki przeciw zapaleniu nerek, moczniczy i padaczce, wątroba przeciw marskości wątroby i żółtaczce złośliwej, trzustka przeciw moczowce cukrowej. Gruczołami zaś ożywiającymi są: jądra, jako środek wzmacniający układ nerwowy, jajniki w dolegliwościach okresu przekwitowego, blednicy z ustaniem miesiączki i rozmięczeniu kości, gruczoł krokowy przeciw przerostowi gruczołu równomiennego, śledziona w charłactwie zinniczym a w postaci eurytrołu przeciw małokrwistości i blednicy, szpik kostny przeciw małokrwistości złośliwej i białaczce prawdziwej i rzekomej. Wynik doświadczeń leczniczych z tymi przetworami jest z wyjątkiem gruczołu tarczowego bardzo niepewny; nie można przeto dotychczas uważać organoterapii za rzetelne wzbogacenie arsenału terapeutycznego. (Münch. med. Wochenschrift. 49. 1897).

== Na 69 zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Brunświku W. THORN miał odczyty statystyce raka macicy. Na 10500 kobiet, dotkniętych chorobami narządu płciowego, znaleziono 226 dotkniętych rakiem macicy = 2%, z pomiędzy których 50 razy znaleziono stan dopuszczający jeszcze operację. Dokonano operacji 71: 62 wyłuszczenia przez pochwę i 9 amputacji SCHROEDER'a. Z pomiędzy 62 operowanych pierwszej kategorii zaledwie 5 po upływie 5 lat nie podlegało jeszcze recydywie, z pomiędzy zaś 9 drugiej kategorii 4 po upływie 5 lat jeszcze nie wyka-

zywały recydywy. (Heilkunde. 1897. October, p. 49).

== FRANKÉ przedstawił na zjeździe chirurgów w Berlinie rzadki bardzo przypadek gruczolaka, wypełniającego prawie całe światło odźwiernika i zajmującego $\frac{1}{4}$ żołądka. Wywoływał on ze strony żołądka nieznaczne dolegliwości bez wymiotów, wychudnięcie, lecz nie charłactwo, brak wolnego kwasu solnego, kwas zaś mleczny często wykryć było można. Operację wykonano w 2-ch etapach, najpierw gastroenterostomię, a po 6 tygodniach dopiero usunięto guz z dobrym skutkiem. (Beilage z Centr. f. Chir. 1897. Nr. 28).

== CHAUVEL na zasadzie spostrzeżeń COILLET'a uznaje konieczność natychmiastowego zabiegu chirurgicznego wobec drażących ran brzucha. W przypadkach, gdzie rany są małe, co się najczęściej spotyka, niepodobna jest z początku z całą pewnością stwierdzić przedziurawienia kiszki, jednakże zabieg chirurgiczny potrzebny jest nawet wtedy, jeżeli istnieje tylko przypuszczenie przedziurawienia. (Progres Méd. Nr. 40. 97).

== W celu wykazania działania kąpiele i gimnastyki z oporem na muskulaturę serca, SCHOTT posługuje się fotografiami ROENTGEN'a, na których jasno się uwidatnia, że po gimnastyce i kąpielach cień serca (Herzschatten) wyraźnie się zmniejsza. U 8½-letniego chłopca przed gimnastyką szerokość cienia serca na wysokości 3-go żebra wynosiła 9,7 cm. na wysokości 4-go — 12,3 cm. Po 15-to minutowej gimnastyce z oporem cień na wysokości 3-go żebra 8,8, na 4-ym — 11,7 cm. Podobny wynik dało doświadczenie z 14-letnią dziewczyną, pozostającą w kąpiele sprudlowej o 31° w ciągu 10 minut. Przed kąpielą, największy poprzecznik serca wynosił 11,1 cm., po kąpiele 10,3. W obu przypadkach doświadczenie prowadzone było w możliwie jednakowych warunkach co do położenia chorego i oddalenia rurek röntgenowskich. (Deut. Med. Woch. Nr. 7).

== DIEDONNÉ podaje wyniki szczepień ochronnych i leczenia dżumy surowicą HAFKIN-YERSIN'a. Z 26-iu chorych leczonych w 1896 r. w Kantonie, zmarło 7,6%, ze 141 leczonych w r. 1897 w Bombaju zmarło 49%; zwykła odsetka śmiertelności w dżumie wynosi 80—90%. O wiele lepsze wyniki dały szczepienia ochronne, mianowicie w mieście Dimaou wśród 2297 szczepionych śmiertel-

ność wyniosła 1,6%, wśród 6033 nieszczepionych 24,6%. Z 11362 osób szczepionych w Indjach zachorowało tylko 12. Autor dochodzi do wniosku, że szczepienie ochronne, choć nie zabezpiecza przed dżumą, jednak czyni przebieg choroby bardzo łagodnym i dla tego obowiązkowem powinno być dla personelu lekarskiego. (Münch. med. Woch. Nr. 6. 98).

— BARUCH spostrzegł chorą, u której

po zastosowaniu wewnątrzmacicznego przyżegania parą (metoda SNIEGIROW'a) z powodu krwotoków macicznych, nastąpił zanik macicy i zamknięcie światła kanału jej ze wszystkimi objawami przedwczesnego pokwitania. Autor wyprowadza stąd wniosek, że sposób SNIEGIROW'a jest niebezpieczniejszy, niż wyłyżczkowanie macicy. (Cntrbl. f. Gynäk. Nr. 5. 98).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— VIII zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. W dalszym ciągu zgłosili się dotychczas następujący prelegenci z odczytami: 23) Dr. M. RAJCHMAN z Warszawy: „O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu“. 24) Doc. d-r NOWAK i LEMBERGER z Krakowa: „Badania histologiczne i chemiczne nad kwestyą, czy istnieje zwyrodnienie tłuszczowe organów, czy też mamy tylko do czynienia z nacieczeniem tłuszczowem“. 25) Doc. d-r NOWAK i d-r PIOTROWSKI z Krakowa: „Zmiany w błonie śluzowej macicy w różnych stanach chorobowych tak organów jak i macicy“. 26) D-r B. BUSZCZYŃSKI z Krakowa: „Najnowsze badania nad meteorami i gwiazdami spadającymi“. 27) D-r SĘDZIAK z Warszawy: „Zaburzenia krążeniowe przy cierpieniach centralnego nerwowego systemu“. 28) D-r BIEGAŃSKI z Częstochowy: „Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia“. 29) D-r KIJEWSKI z Warszawy: „O resekcyi płuc“. 30) D-r KAMOCKI z Warszawy: „O pochodzeniu barwnika melanotycznych mięsaków oka“. Nadto zgłosili się z tematami d-rzy DYDŃSKI, KRAJEWSKI i SAWICKI z Warszawy (tematy zastrzeżone).

— Kol. Witold SZUMLAŃSKI został mianowany zarządzającym ambulatorium szpitala na Pradze.

— Kol. A. RAPPEL został mianowany ordynatorem szpitala starozakonnych w Warszawie.

— Docent D-r Rudolf TRZEBICKI mianowany został profesorem nadzwyczajnym w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Prospekt Domu Zdrowia „D-ra K. Dobrskiego“.

— Kurs pierwszy wydziału lekarskiego w Uniwersytecie w Odesie ma być otworzony w początku roku szkolnego 1899—1900.

— Krakowskie Towarzystwo ratunkowe wręczyło prof. OBALIŃSKIEMU, jako swemu ustępującemu prezesowi, adres w dowód wdzięczności i uznania za długoletnie wzorowe i pożyteczne przewodnictwo w temże Towarzystwie.

— Rada miasta Paryża poleciła wystawić statuę prof. CHARCOT'a przy wejściu do Salpetriere.

— W roku 1897 było lekarzy: we Francyi 26,000; w Niemczech 24,393, w Anglii 18,936.

— W roku przyszłym Zjazd internistów niemieckich odbędzie się w Karlsruhe.

— Kol. Alfred SOKOŁOWSKI, w celu uczczenia pamięci zmarłej w tych dniach małżonki swojej s. p. Zenobii Sokołowskiej, przeznaczył wkład swój Nałęczowski w sumie rs. 6000 Kasie wdów i sierot po lekarzach pozostałych. Odsetki z sumy tej mają być wypłacane jednej z wdów, obarczonej dziećmi, zwłaszcza potrzebującymi się kształcić.

— Zmarli. W Wilnie d-r Hipolit JUNDZIE, prezes Towarzystwa lekarskiego Wileńskiego, znany w szerokich kołach lekarz i obywatel.