

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO 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: Złota Nr. 14

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** Przyczynek do kazuistyki zwichnięć bocznych przedramienia. Podał Ludwik Krause. Cięża zamocowana międzywłozadłowa lewa, płód donoszony, nieżywy, koellotomia, wyzdrowienie. Podał Franciszek Stępkowski. — **Wykłady kliniczne.** Rozpoznanie i różniczkowanie zwichnięcia i niedrożności kiszek. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 139. O pewnych nowych odkryciach, dotyczących się łasiecznika gruczłowego i o sprawie zapobiegania i leczenia tej choroby. 140. O przekłuciu lędźwiowym. **Odcinek.** Wybrzeża belgijskie. Podał E. Biernacki. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”  
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Krause — Contribution à l'étude des luxations latérales de l'avant-bras. 2) D-r F. Stępkowski — Grossesse extra-utérine. Intra-ligamentaire gauche. Fœtus mort et mort. Opération. Guérison.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Kr. Przedm. 7.

„Medycyna”  
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Krause — Beitrag zur Lehre von den seitlichen Verrenkungen der Vorderarms. 2) D-r F. Stępkowski — Intra-ligamentäre linksseitige extrauterine Schwangerschaft; reife, todte Frucht, Bauchschnitt. Heilung.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

## Przyczynek do kazuistyki zwichnięć bocznych przedramienia.

Podał

D-r Med. **LUDWIK KRAUSE** ordynator oddziału.

Stosunek kości przedramienia do kości ramieniowej jest tak ścisły, a więzy służące do przymocowania końców stawowych zwłaszcza więzy boczne tak są mocne i tak silnie napięte, że rzadkość powyższego uszkodzenia z łatwością wytłumaczyć sobie możemy. Tylko w samej rzeczy silny nadzwyczajny uraz przy spadnięciu ze znacznej wysokości, przejechaniu i t. d. spowodować może zwichnięcie boczne przedramienia bądź ku zewnątrz, bądź ku wewnątrz. Ze wszystkich postaci zwichnięcia przedramienia w ogóle najrzadziej zdarza się zwichnięcie boczne wewnętrzne; zależy to od tego, że brzeg wewnętrzny bloczka niżej się opuszcza, aniżeli zewnętrzny, i z tego powodu stanowi większą przeszkodę dla wywichnięcia przedramienia ku wewnątrz. Poniżej podaję opis dwóch takich przypadków, spostrzeganych przeze mnie i operowanych z powodu niemożności wprawienia wywichniętego przedramienia.

Pierwszy przypadek dotyczy 67-letniego chorego M. Cz. furmana z Węgrowa, przybyłego do szpitala dnia 25 sierpnia 1897 roku. Chory opowiada,

że przed tygodniem spadł z wozu i uderzył się silnie o kamień w prawą górną kończynę, zwłaszcza w okolicę stawu łokciowego. Natychmiast po wypadku ruszyć kończyną nie był w stanie z powodu silnego bólu. Nazajutrz cała ręka silnie spuchła, i wszelkie ruchy czynne były niemożliwe, zaś biernie sprawiała mu nadzwyczajne bóle. Przy badaniu okazało się: chory nieźle rozwinięty fizycznie, od czasu do czasu kaszle. Prócz rozedmy płuc w niewielkim stopniu w narządach wewnętrznych nic szczególnego nie ma. Kończyna górna prawa wisi jakby bezwładna wzdłuż ciała, nieco zgięta w stawie łokciowym, z bardzo znacznie wyrażoną *pronatio*, staw łokciowy bardzo silnie spuchnięty, przedramię i dłoń obrzękłe. Ruchy czynne zupełnie niemożliwe, z ledwością tylko chory w stanie jest podnieść kończynę w stawie barkowym. Ruchy biernie bardzo ograniczone, jedynie ruch przedramienia dosiebny (*pronatio*) z łatwością daje się wykonać i jest bardzo obszerny, zgięcie i rozgięcie przedramienia w stawie łokciowym w bardzo nieznacznym stopniu dają się wykonywać i są nadzwyczaj bolesne. Przy tak znacznem opuchnięciu stawu trudno było na razie orzec z jakim mianowicie uszkodzeniem mamy do czynienia. Opuchnięcie stawu zniknęło bardzo powoli, tak, że dopiero po jakich trzech tygodniach zaledwie można było wyczuć wyrostek łokciowy, znajdujący się bardzo blisko wyrostka wewnętrznego kości ramieniowej, zaś wyrostek zewnętrzny daleko wyraźniej uwydatniał się, aniżeli na kończynie lewej; główki kości promieniowej, ani też samej kości wyczuć nie można było. Ruchy czynne zupełnie zniesione, a biernie bardzo bolesne. Na zasadzie tych danych doszedłem do wniosku, że mam do czynienia ze zwichnieniem bocznem przedramienia postanowiłem jednak zbadać jeszcze dokładniej kończynę podczas uśpienia chloroformowego chorego, i w razie potwierdzenia rozpoznania wprowadzić zwichnienie. W tym celu zachloroformowałem chorego dnia 22 września do pełnej narkozy. Pokazało się, że w samej rzeczy mamy do czynienia ze zwichnieniem bocznem wewnętrznem przedramienia, i prócz tego mniej więcej na środku tylnej powierzchni stawu wyczuwa się niewielki odłamek kości, ruchomy, trudno jednak było stwierdzić, od jakiej części został oderwany. Wszelki rękoczyn, przedsięwzięty dla wprowadzenia zwichnienia pozostawał bez skutku, co zresztą łatwo dało się wytłumaczyć przedewszystkiem przeszkodą ze strony owego odłamka kości, znajdującego się tuż nad tylną górną powierzchnią bloczka, następnie nie małą przeszkodę stanowiły także zrosty, które przez tak długi czas w różnych miejscach zdołały się już utworzyć. W tym stanie rzeczy można było pomyśleć o doprowadzeniu kończyny, jeśli nie do stanu zupełnie prawidłowego, to przynajmniej do jakiegoś takiego stanu znośnego, tylko drogą operacyjną, na co chory chętnie się zgodził. Po próbie wprowadzenia zwichnienia nastąpił znów dość duży obrzęk stawu, który powoli po zastosowaniu okładów zimnych się zmniejszał.

Dnia 6-go października obrzęk znikł zupełnie, bolesność w stawie chory czuje tylko podczas ruchów biernych, ruchy czynne są niemożliwe.

Rozmiary stawu w porównaniu z rozmiarami stawu zdrowego są następujące:

#### STAW CHORY

|                                                  |         |
|--------------------------------------------------|---------|
| Obwód stawu                                      | 30 ctm. |
| Od <i>epicond. ext.</i> do <i>olecran.</i>       | 8,5 „   |
| Od <i>epicond. inter.</i> do <i>olecran.</i>     | 4,0 „   |
| Od <i>epicond. ext.</i> do <i>epicon. inter.</i> | 12,5 „  |

#### STAW ZDROWY

|                                                   |         |
|---------------------------------------------------|---------|
| Obwód stawu                                       | 26 ctm. |
| Od <i>epicond. ext.</i> do <i>olecran.</i>        | 6,0 „   |
| Od <i>epicond. inter.</i> do <i>olecran.</i>      | 5,0 „   |
| Od <i>epicond. ext.</i> do <i>epicond. inter.</i> | 11,0 „  |

Dnia 7-go października po zachloroformowaniu chorego wykonałem artrotomię sposobem BRUNS'a. Cięcie poprowadziłem na tylnej powierzchni stawu od dolnej powierzchni wyrostka zewnętrznego kości ramieniowej w poprzek przez wyrostek łokciowy do jego brzegu wewnętrznego; drugie cięcie idzie nieco na wewnątrz od wyrostka łokciowego równolegle do niego. Po otwarciu stawu ponad główką kości promieniowej i wypreparowaniu nerwu łokciowego przeciąłem wyrostek łokciowy za pomocą dłuta na wysokości cięcia skórniego. Po odciągnięciu ku górze przecięt w ten sposób wyrostka łokciowego wraz z przyczepem mięśnia trójgłowego mieliśmy przed sobą cały staw otwarty. Zauważyć się dało wtedy, że obie kości przedramienia przesunięte są na wewnątrz; wyniosłość główkowata kości ramieniowej swobodna, główka kości promieniowej znajduje się na środku bloczka, zewnętrzny brzeg kości łokciowej oparty jest o wewnętrzny brzeg bloczka; wyrostek wewnętrzny oddzielony jest od bloczka, tak iż między nimi znajduje się dość duża przestrzeń wolna. *Processus coronoideus ulnae* brak, znajduje się on na górnej tylnej powierzchni bloczka przyrośnięty do niego za pomocą tkanki łącznej. Wyrostek ów oddaliłem zupełnie a także zmuszony byłem wyciąć wyrostek wewnętrzny, gdyż stanowił on ogromną przeszkodę do odprowadzenia na swoje miejsce kości przedramienia. Nadawszy kościom przedramienia położenie prawidłowe, złączyłem odcięty wyrostek łokciowy z kością łokciową za pomocą drutu srebrnego, na skórę nałożyłem szew węzełkowy i tylko w obu kątach rany umieściłem niewielkie paski z gazy jodoformowej. Opatrunek nałożyłem przeciwnie do położeniu wyprostnem kończyny.

Chory zniósł operację bardzo dobrze, żadnych bólów nie doznawał, nie gorączkował, najwyższa ciepłota przez cały czas była rano  $36,7^{\circ}$ , a wieczorem  $37,3^{\circ}$ , przy pełnem dobrze rozwiniętem tętnie. Siódmego dnia po operacji zdjąłem opatrunek i usunąłem kawałki gazy jodoformowej z kątów rany, a 10 dnia zdjąłem szwy. Rana zagojona przez rychłozrost, a kąty rany pokryte zdrową ziarniną. W 3 dni później przy zmianie opatrunku zgąłem kończynę w stawie łokciowym prawie pod kątem.

Odtąd stosowano codziennie mięsienie, po którym ruchy kończyny wracały bardzo powoli, aż nareszcie w dniu wypisania chorego ze szpitala t. j. 20 grudnia doprowadzono do tego, że zginanie w stawie łokciowym odbywało się prawie do kąta prostego, wyprostowanie niezupełne, *pronatio* i *supinatio* bardzo ograniczone. Ruchy bierne dają się wykonywać nieco obszerniej; jest przeto nadzieja, że przy dalszem stosowaniu mięsienia i używaniu kończyny, ruchy czynne lepiej i obszerniej wykonywać się dadzą. Staw łokciowy jest nieco jeszcze zgrubiały; bolesności ani przy ruchach czynnych, ani przy biernych niema żadnej. Chory wogóle posługuje się ręką wcale dobrze.

Widziałem chorego po raz ostatni dnia 15-go sierpnia r. b. Mięsienia w dalszym ciągu, jak mu było zalecone, nie stosował, z powodu braku w mieście w którym przebywa, odpowiedniej osoby, zajmującej się tym ręko-czynem. W każdym razie włada on kończyną wcale dobrze. Przedramię zgina prawie do kąta prostego, wyprostowuje niezupełnie, *pronatio* i *supinatio* daje się wykonywać w stopniu bardzo ograniczonym. Wyrostek łokciowy znajduje się na swoim miejscu. Bólów żadnych nie doznaje.

Przypadek drugi dotyczy 6-letniego chłopca B. D. który przybył do szpitala dnia 16 maja r. b. Trzy tygodnie temu chory upadł i uderzył się silnie w prawy staw łokciowy, który spuchł i chory, żadnych ruchów wykonać nie był w stanie. Masaż stosowano od pierwszej chwili; obrzmienie wprawdzie

się zmniejszyło, bóle również, lecz ruchów samoistnie tą ręką wykonywać nie mógł, a musiał sobie pomagać ręką zdrową. Przy badaniu chorego w szpitalu zauważono: staw łokciowy prawy dość silnie obrzękły, tak, iż dokładne badanie kończyny okazuje się niemożliwym, zwracał już jednak uwagę nadzwyczaj wyraźnie wydający się wyrostek zewnętrzny kości ramieniowej. Ruchy czynne w stawie łokciowym nadzwyczaj ograniczone. Przy wykonywaniu ruchów biernych zauważyć się daje nadzwyczaj obszerny ruch dosiebny (*pronatio*), zgięcie możliwe, lecz niezupełne, wyprostowanie kończyny ograniczone. Po kilkunastu dniach obrzęk bardzo się zmniejszył, i wtedy zmiany w stawie dokładniej określić było można, mianowicie: nasada dolna ramienia nieco zgrubiała, wyrostek zewnętrzny bardzo wystaje tak, że się zdawało, iż część główki kości promieniowej została odłamana i przyrosła do niego; pod wyrostkiem mamy miejsce puste i wyraźne wklęsnięcie, główka kości promieniowej wyczuwa się więcej na wewnątrz i ku przodowi. Wyrostek łokciowy znajduje się tuż przy wyrostku wewnętrznym kości ramieniowej i stanowi jakby dalszy ciąg wewnętrznej powierzchni ramienia. Wyrostek wewnętrzny zaledwie wyczuwalny. Dołek nadrolkowy tylny z powodu zgrubienia nasady kości ramieniowej i lekkiego obrzęku stawu wyczuć się nie daje. Ująwszy jedną ręką ramię a drugą ręką przedramię przy możliwie wyprostowanej kończynie można wykonać wyraźny ruch boczny ku wewnątrz.

Wobec powyższych danych nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mieliśmy do czynienia ze zwichnieniem przedramienia bocznem wewnętrznem zupełnem. Rozpoznanie to w zupełności potwierdza przytoczona poniżej fotografia zdjęta za pomocą promieni ROENTGEN'a przez d-ra Mikołaja BRUNERA, któremu za tę mozolną pracę, jaką sobie przy tem kilkakrotnie zadawał, składam w tem miejscu serdeczne podziękowanie.

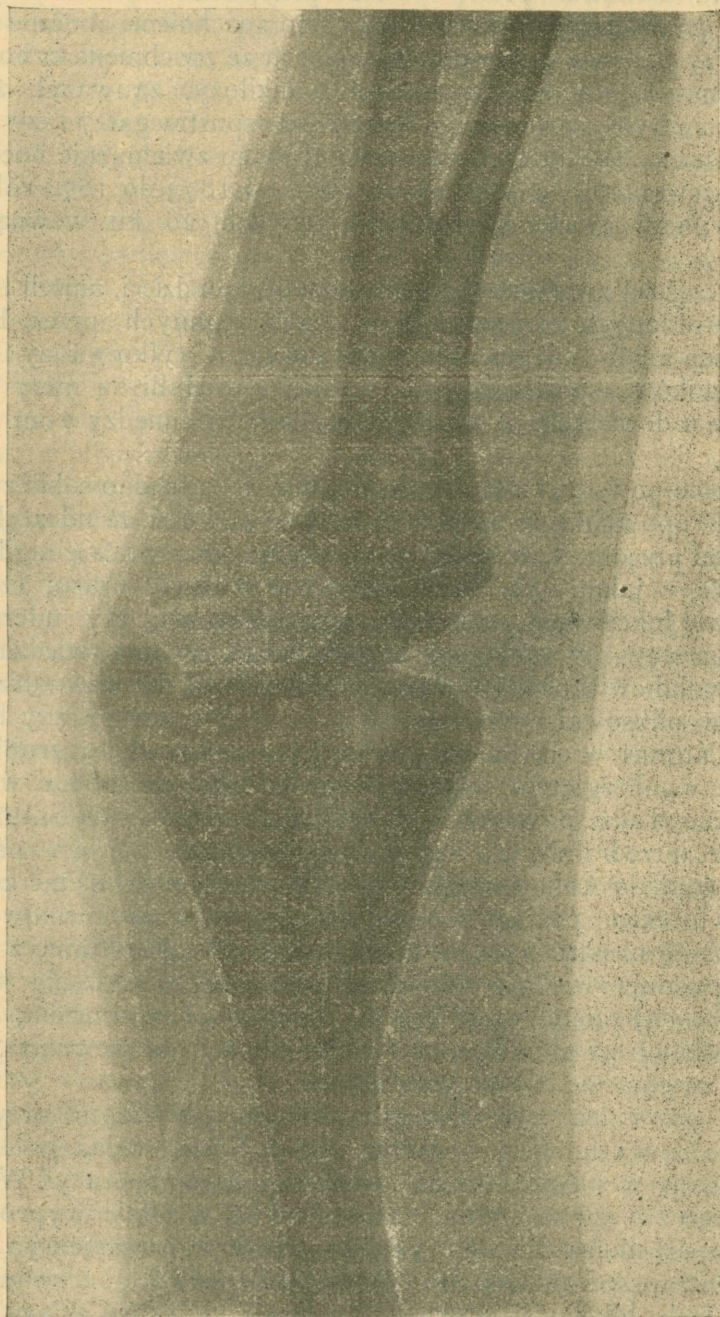
Dnia 18 czerwca zachloroformowałem chorego w celu wprowadzenia zwichnienia, a gdy to się nie dało, przystąpiłem do artrotomii. Operację wykonałem sposobem powyżej przytoczonym z tą tylko różnicą, że cięcie skóry poprowadziłem nie prosto od wyrostka zewnętrznego do wewnętrznego, lecz sposobem TRENDELENBURG'a nieco łukowato. Po otwarciu stawu okazało się: żadnego złamania nigdzie nie ma, kości przedramienia nic nienormalnego nie przedstawiają, kość promieniowa cała, główka również, i znajduje się pod bloczkiem ku wewnątrz i nieco ku przodowi; kość łokciowa znajduje się tuż przy wyrostku wewnętrznym. Nadawszy końcom przedramienia położenie prawidłowe, zakończyłem operację w sposób wyżej podany.

Przebieg pooperacyjny był idealny. Ciepłota przez cały czas była prawidłowa, wahała się między  $36,9^{\circ}$  i  $37,5^{\circ}$ . Bólów żadnych chory nie doznawał. Siódmego dnia po operacji zdjęto opatrunek, reakcyi żadnej naokoło rany nie było, paski muslinu jodoformowego wprowadzone do kątów rany usunięto. Dziewiątego dnia po operacyi wyjęto szwy, rana zagojona przez rychłozrost. W kilka dni później zaczęto stosować masaż. Ruchy w stawie łokciowym powoli wracały do stanu prawidłowego, a w dniu wypisania chorego ze szpitala, 24 lipca chory wszelkie ruchy wykonywał dobrze.

Zwichnienie przedramienia boczne wogóle może być niezupełne lub zupełne, wewnętrzne lub zewnętrzne. Zwichnienie niezupełne nie tak rzadko się zdarza; jeżeli w niewysokim występuje stopniu, może wcale nie być rozpoznane, a przyjmowane za stłuczenie stawu łokciowego. Takie zwichnienie bardzo często samo przez się przy gwałtowniejszym jakimś ruchu lub też podczas badania bezwiednie zostaje wprowadzone. Zwichnienie zupełne wymaga



bezw warunkowo czynnego zabiegu z naszej strony i dla tego konieczne jest rozpoznanie. Jest ono jednak tylko możliwe, jeżeli mamy możliwość badania chorego natychmiast po wypadku, w przeciwnym razie przedstawia ono nie-



źmierne trudności z powodu obrzęku, dochodzącego nieraz do kolosalnych rozmiarów. Zmuszeni jesteśmy wtedy czekać czasami dość długo, póki obrzęk się nie zmniejszy; wtedy zazwyczaj o wprawieniu zwichnienia mowy być nie

może i uciekać się musimy do operacji, jak to miało miejsce w spostrzeganych przez nas przypadkach.

Co się tyczy kierunku, w jakim zwykle następuje zwichnienie boczne, to zdaniem jednych spostrzegaczy, ma ono zwykle miejsce ku wewnątrz, według drugich zaś ku zewnątrz. HAHN <sup>1)</sup> na 21 przypadków zwichnień przedramienia bocznych wewnętrznych widział raz tylko zwichnienie boczne zewnętrzne. HUETER <sup>2)</sup> przy badaniu 5 stawów łokciowych ze zwichnieniem bocznym, wyciętych w klinice LANGENBECK'a z powodu ankilozy, zauważył, że u wszystkich zwichnienie było zewnętrzne. VOLKMANN spostrzegł 7 razy zwichnienie boczne zewnętrzne. SPRENGEL <sup>3)</sup> spostrzegł jedno zwichnienie boczne wewnętrzne i jedno zewnętrzne, a w klinice w Halli od 1873 do 1879 roku spostrzegano 32 przypadki zwichnień bocznych, z tych 20 ku wewnątrz a 12 ku zewnątrz.

Daleko częściej zwichnienie boczne zdarza się u dzieci, aniżeli u dorosłych. Z wyżej przytoczonych 21 przypadków, spostrzeganych przez HAHN'a zwichnienie boczne miało miejsce 18 razy u dzieci, a tylko 3 razy u dorosłych, a z 32 przypadków, spostrzeganych w klinice w Halli, 4 razy zwichnienie miało miejsce u dorosłych, a 28 razy u osobników między 2-im i 16-ym rokiem życia.

O sposobie powstawania zwichnienia bocznego trudno sobie zdać sprawę. Chory zwykle opowiada, że spadł z pewnej wysokości, że uderzył się w staw o twardy jakiś przedmiot, że został przejechany, lecz prawie nigdy odpowiedzieć nie może, w jakim była stanie kończyna w chwili urazu; czy była ona zgięta w stawie łokciowym, czy była wyprostowana, czy uderzenie miało miejsce w sam staw, w ramię czy w przedramię, o tem wiedzieć nie może. DENUCE wywołał zwichnienie boczne przedramienia ku wewnątrz w ten sposób, że mocno ufixował ramię i naciskał na górny zewnętrzny brzeg przedramienia. TRIQUET w chwili, gdy ramię było umocowane, zrobił silny ruch dosiebny na wpół zgiętem przedramieniem i tym sposobem wywołał zwichnienie boczne. Także powstaje ono, według doświadczenia SCHÜLLER'a przy hiperekstensyi przedramienia z następczem bocznym zgięciem przedramienia ku zewnątrz (*radiale Abknickung*). Powstaje wtedy zwichnienie kości łokciowej ku tyłowi, łokieć pociąga za sobą główkę kości promieniowej, gdyż *lig. exter. annular.* są nienaruszone, a boczny ucisk na przedramię z zewnątrz na wewnątrz powoduje zwichnienie boczne. Silne odprowadzenie ku zewnątrz (*radiale Abduction*) zgiętego pod kątem prostym przedramienia, przy jednoczesnem naciskaniu na główkę kości promieniowej ku wewnątrz, także może powodować zwichnienie boczne wewnętrzne.

Sposób powstania zwichnienia w naszym pierwszym przypadku, najzupełniej daje się wytłumaczyć według teoryi SCHÜLLER'a, jeżeli zwrócimy uwagę na zmiany w stawie, jakieśmy znaleźli podczas operacji. W chwili spadnięcia chorego z wozu kończyna znajdowała się w stanie wyprostnym, chory całą siłą oparł dłoń o ziemię, nastąpiła wtedy hiperekstensya przedramienia, zwichnienie przedramienia ku tyłowi i jednocześnie oderwanie wyrostka dziobiastego kości łokciowej, który się usadowił na górnej tylnej powierzchni bloczka, odsunięcie tego ostatniego nieco ku tyłowi i na wewnątrz, co znów spowodowało oderwanie jego od wyrostka wewnętrznego — zmiany znalazio-

<sup>1)</sup> HAHN. Schmidt's Jahrb. T. 120, str. 88.

<sup>2)</sup> HUETER. Arch. Langenb. T. 8.

<sup>3)</sup> SPRENGEL. Centr. f. Chirur. 1880. Nr. 9.

ne podczas operacji. Następnie albo chory całym ciężarem swoim upadł na zewnętrzną powierzchnię przedramienia, które posunęło się ku wewnątrz, lub też w jakikolwiek sposób nastąpiło wtórne zgięcie boczne przedramienia ku zewnątrz, stąd zwichnienie boczne wewnętrzne. Właściwie więc mieliśmy w tym przypadku postać zwichnienia, którą możnaby także nazwać zwichnieniem tylnobocznym wewnętrznym. Jestto postać, która według MALGAIGNE'a rzadko bardzo się zdarza. Sam on ją spostrzegł 4 razy.

W drugim przypadku trudno orzec, w jaki sposób powstało zwichnienie. Wystarczyło tu silne uderzenie w zewnętrzny odcinek stawu przy zgięciu przedramienia, gdyż u dzieci zwichnienie boczne nie tak trudno powstaje.

Zwichnienie boczne lub tylnoboczne prawie zawsze bywa powikłane oderwaniem jakiegokolwiek występu kości, bądź wyrostka dziobiastego łokcia, bądź wyrostka wewnętrznego lub zewnętrznego kości ramieniowej, a nawet przedniego brzegu główki kości promieniowej. Powikłanie to właśnie jest przyczyną, że wprowadzenie zwichnienia bocznego prawie nigdy lub bardzo rzadko się udaje. Najrzadziej zdarza się odłamanie wyrostka dziobiastego kości łokciowej. Powstaje ono przeważnie przy zwichnieniu przedramienia ku tyłowi, a także przy zwichnieniach bocznych. BARDENHEUER <sup>4)</sup> podobne powikłanie spostrzegł w zwichnieniu przedramienia. Przy artrotomii wyciął odłamek zrosty, torebkę, wprowadził zwichnienie i zeszył główkę kości promieniowej z wyniosłością główkowatą. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, a sprawność kończyny doskonała. Zeszycie to zaleca on wykonywać zawsze w podobnym przypadku.

Daleko częściej jako powikłanie zwichnienia bądź tylnego, bądź bocznego lub tylnobocznego zdarza się odłamanie wyrostka zewnętrznego lub wewnętrznego kości ramieniowej. W przypadkach zwichnienia bocznego zewnętrznego, spostrzeganych przez HUETER'a <sup>5)</sup>, zawsze miało miejsce odłamanie wyrostka wewnętrznego, co również stwierdził 3 razy BARDENHEUER <sup>6)</sup> przy wycięciu stawów łokciowych z powodu zastarzałych zwychnień bocznych zewnętrznych. Tenże autor podobne powikłanie spostrzegł u 7 chorych: 2 razy miało miejsce wywichnięcie przedramienia ku tyłowi i ku zewnątrz, 2 razy ku zewnątrz zupełne zwichnienie, a 3 razy niezupełne. Także NICOLADONI <sup>7)</sup> spostrzegł 4 razy zwichnienie boczne zewnętrzne z odłamaniem wyrostka wewnętrznego, zaś SPRENGEL <sup>8)</sup> zwichnienie boczne wewnętrzne z odłamaniem wyrostka wewnętrznego, a LESSER <sup>9)</sup> zwichnienie boczne wewnętrzne niezupełne z odłamaniem wyrostka zewnętrznego. W przypadku, przez nas spostrzeganym, jakśmy wyżej widzieli, odłamany był prócz wyrostka dziobiastego łokcia i wyrostek wewnętrzny kości ramieniowej. Widzimy więc, że różne wyrostki mogą się odłamać w różnych postaciach zwichnienia i nie zawsze jednolienne wyrostki stosownie do postaci zwichnienia. Może się odłamać wyrostek wewnętrzny w zwichnieniu zewnętrznym, wyrostek wewnętrzny w zwichnieniu wewnętrznym, a także wyrostek zewnętrzny w zwichnieniu wewnętrznym, co zależy od mechanizmu zwichnienia. Przeważnie odłamanie wyrostka powstaje z powodu gwałtownego szarpnięcia odpowiedniego więz,

<sup>4)</sup> BARDENHEUER. Die Verletzungen der oberen Extremitäten. Deut. Chirur. 1888.

<sup>5)</sup> HUETER. L. c.

<sup>6)</sup> BARDENHEUER. L. c.

<sup>7)</sup> NICOLADONI, Ueber incomplete Luxation belder Vorderarmkn. nach aussen. (Wien, med. Woch. 1876. Nr. 23, 24, 26, 27).

<sup>8)</sup> SPRENGEL. L. c.

<sup>9)</sup> LESSER. Ein Fall von unvollstän. Laterallux. im Ellbogengel. (Centr. f. Chirur. 1881. Nr. 16).

przyczepiającego się do danego wyrostka, może jednak powstawać z powodu bezpośredniego wtórnego uderzenia w ten lub ów wyrostek już po powstałym zwichnieniu.

Co się tyczy metody otwarcia stawu, to właśnie w tych przypadkach, w których idzie o wprawienie zwichnienia, najodpowiedniejszą wydaje mi się metoda TRENDELENBURG'a <sup>10)</sup>. Pozwala ona szeroko otworzyć staw, i co także ważne jest dla lekarza, pozwala doskonale określić położenie zwichniętych kości i sprawdzić rozpoznanie, jakie było przed operacją zrobione. Aut or kładzie nacisk, aby cięcie skóry było łukowate, gdyż wtedy cięcie wyrostka łokciowego i torebki stawowej nie leżą w jednej linii ze skórą, przez co zrośnięcie lepiej następuje; mamy wtedy jakoby podskórne złamanie wyrostka łokciowego. Do przecięcia wyrostka lepiej jest, zdaniem TRENDELENBURG'a używać dłuta, chociaż VÖLKER bardzo dobrze posilkuje się pilą.

---

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAURA W SZPITALU EWANGIELICKIM  
W WARSZAWIE.

---

## Ciąża zamaciczna międzywieszadłowa lewa, płod donoszony, nieżywy, koeliotomia, wyzdrowienie.

Podał

FRANCISZEK STEPKOWSKI.

---

Dziwnym zbiegiem okoliczności w roku zeszłym w przeciągu kilku miesięcy w oddziale ginekologicznym kol. NEUGEBAURA były aż trzy przypadki ciąży zamacicznej donoszonej, przyczem jeden z żywym płodem. Wogóle ciąża zamaciczna donoszona jest rzadkiem zjawiskiem, a szczególnie z żywym płodem.

Każdy prawie przypadek ciąży zamacicznej donoszonej, zwłaszcza gdy była operowana, przedstawia wiele stron interesujących dla chirurga-ginekologa odnośnie stosunku guza do macicy, zachowania się płodu, wyczuwalności drobnych jego części, umiejscowienia łożyska, zmian anatomo-patologicznych w nim, krwotoków przy wyluszczeniu go z otaczających tkanek i t. d. Sądzę zatem, że i przypadek poniżej opisany powinien zasługiwać na uwzględnienie.

Kal. Józ., lat 30, przybyła do szpitala 15. II. 1897 r. Zameężna od 7 lat. Pierwsza miesiączka w 18 roku przez 3—4 dni co 28 dni bez boleści. Przed 5 laty rodziła jedno dziecko na czasie; przed 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> laty poroniła w drugim miesiącu ciąży. Po tem poronieniu miesiączka była obfita przez cały rok po 10—12 dni co 2 tygodnie; następnie uregulowała się i przyjęła dawny swój typ. Ostatnia miesiączka była około 10 stycznia 1897 r. W lutym silne boleści w dole brzucha i krzyżu, które przykuły chorą do łóżka aż do czerwca. W maju zauważyła pierwsze ruchy dziecka. W lipcu chora przybyła do naszego ambulansu i tu, po zbadaniu pod chloroformem, rozpoznano ciążę

---

<sup>10)</sup> TRENDELENBURG. Ueber die temporäre Resection des Olecranon und ihre Benutzung zu Reposition etc. (Centr. f. Chlur., 1880. Nr. 52).



zamaciczną. Ostatni raz czuła ruchy płodu w połowie września. W dniu 15 listopada chora zapisała się na nasz oddział w celu poddania się operacji.

Obecnie od 2 tygodni uskarża się na silne bóle w dole brzucha i odchody krwawe.

Chora średniego wzrostu, wątłej budowy, blada, układy kostny i mięśniowy prawidłowo rozwinięte. Narządy wewnętrzne zdrowe. Bładość dostępnych badaniu błon śluzowych. W położeniu poziomem chorej widoczny jest guz w jamie brzusznej na 6 ctm. ponad pępkiem, nieprawidłowej postaci; większą przestrzeń zajmuje w jamie brzusznej po stronie lewej, niż prawej; twardy, swobodnie dający się poruszać na prawo i na lewo. Guz ten przypuszczalnie postaci nieprawidłowego owalu w dolnej swej części z prawej strony tworzy występ po nad *lig. Pouparti*, który przy dotknięciu jest twardy i bolesny. Z lewej zaś strony w jamie miednicy wyczuwa się twarda kula, wielkości główki płodu donoszonego. Z boków guza jak również i nad guzem jest odgłos bębenny, jednakże pas tego odgłosu jest większy z prawej strony. Na wysokości pępka obwód brzucha wynosi 84 ctm., poniżej 91 ctm.; od *scrob. cordis* do pępka 15, od pępka do *symph.* 19; od *scrob.* do *symph.* 34 ctm. Tonów serca płodu przez ściany brzuszne wysłuchać nie można. Również żadnych drobnych części płodu nie można wyczuć z powodu mocnego napięcia guza. Badanie przez pochwę wykazuje część pochwową prawidłowo rozwiniętą, umieszczoną na prawo i ku górze, ujście zewnętrzne rozwarłe o tyle, że swobodnie przepuszcza koniec wskaziciela; przez tylne sklepienie badający palec wyczuwa z lewej strony chęłbotanie w guzie; przy uciskaniu guza od góry fala potrąca o palec spoczywający na sklepieniu pochwy. Zgłębnik wchodzi do jamy macicy na  $9\frac{1}{2}$  ctm.; zdaje się, że ta twarda i bolesna przy dotknięciu wyniosłość guza z prawej strony nad więzadłem *POUPART'a* jest właśnie trzonem i dnem macicy, przemieszczonej przez guz ku górze i na prawo.

Najwięcej prawdopodobnem było, że guz ów w jamie brzusznej jest to płód donoszony, co wskazywały wywiady i wynik badania. Była to zatem ciąża zamaciczna z płodem prawdopodobnie donoszonym, obumarłym. Powiadam donoszonym, ponieważ ostatnia miesiączka była około 10 stycznia, ruchy płodu chora poczuła w maju, zatem dzień porodu wypadłby około 17—20 października; ostatni raz ruchy dziecka czuła w połowie września; w początkach zaś października wystąpiły bóle i odchody krwawe, prawdopodobnie więc bóle porodowe (*fausses couches*).

Z takim rozpoznaniem przystąpiono do operacji 18. XI. 1897 r. Cięcie ścian brzusznych w smudze białej na 3 ctm. powyżej pępka. Zauważono zrosty w postaci nitek, łączących otrzewną ścienną z otrzewną, pokrywającą guz. Po otwarciu jamy brzusznej ukazał się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, pokryty otrzewną. Macica była tak ściśle przyrośnięta do guza z prawej strony, że odseparowanie jej okazało się rzeczą niemożliwą z powodu zbyt mocnych zrostów łączących ją z guzem. Była to właśnie owa wyniosłość guza z prawej strony, tak bolesna przy dotknięciu. Po oddzieleniu zrostów, łączących guz z pętlami kiszek, o ile to było możliwem, i od sieci, otworzono worek płodowy szerokiem cięciem, przyczem wypłynął z niego płyn czekoladowy w ilości 150 grm. W worku okazał się płód zwrócony pośladkami ku górze i na prawo, a główką na lewo i ku dołowi, grzbietem zaś ku przodowi. Po przewiązaniu i przecięciu pępowiny wydobyto płód nieżywy. Ponieważ łożysko nie okazywało żadnej skłonności do oddzielenia się, więc wycięto je wraz ze ścianami worka, o ile to było możliwe, pozostałą zaś

część worka wszyto do dolnego kąta rany brzusznej. Następnie przeprowadzono pasek gazy wyjałowionej przez dno worka do pochwy i jamę brzuszną zaszyto trzypiętrowym szwem jedwabnym.

Plód donoszony, zmacerowany; naskórek schodzi całymi płatami; pomiędzy skórą głowy, pokrytej ciemnymi włosami 1 ctm. długości, a kośćmi czaszki jest jakiś płyn galaretowaty. Podbródek spoczywa na piersiach, kończyny zgięte w stawach; najwięcej wystającą częścią były pośladki. Łożysko usadowione z lewej strony worka było silnie z nim zrośnięte. Z powierzchni przekroju łożyska 2 ctm. grubości wypływa krew płynna w nieznacznej ilości; długość łożyska 12 ctm., szerokość 10 ctm. Długość pępowiny 16 ctm.; *insertio velamentosa*. Światło naczyń łożyskowych zatkanie skrzepami krwi. Guz był pokryty otrzewną t. j. siedział pomiędzy listkami więzu szerokiego.

Przebieg po operacji był bardzo pomyślny, i chora wypisała się ze szpitala zupełnie zdrową w pierwszych dniach stycznia 1898 r.

Mając na względzie dane opisane powyżej, przychodzę do wniosku, że w naszym przypadku była ciąża jajowodowa prawdopodobnie w rozszerzonej części trąbki (*ampulla*), że, jak wywiady wykazują, już we wczesnym okresie nastąpiło pęknięcie pomiędzy listkami więzu szerokiego, i że aż do końca ciąża rozwijała się jako taka t. j. międzywieszadłowa. Maciczny koniec jajowodu na przestrzeni  $1\frac{1}{2}$ —2 ctm. był widoczny, następnie ginał w ścianach worka płodowego. Jajnik prawy powiększony przedstawiał cechy drobnotorbielowego zwyrodnienia, jajowód prawy zdaje się niezmieniony. Macica prawidłowo ukształtowana, dość znacznie powiększona.

Niekiedy samo rozpoznanie ciąży zamacicznej natrafia na silne przeszkody. Jednakże dziś w większości przypadków jesteśmy w stanie rozpoznać ją na zasadzie starannie zebranych wywiadów, określenia wielkości macicy i wyniku badania drobnowidzowego wyskrobin macicy. W razie obecności guzów macicy, jajników lub innych złośliwych nowotworów w jamie brzusznej rozpoznanie ciąży zamacicznej bywa znacznie utrudnione. Zwykle do 5—6 miesiąca w ciąży zamacicznej powiększanie się brzucha bywa jednostronne, przeciwnie w ciąży macicznej do 4 miesiąca nie bywa powiększenia brzucha.

Rozpoznanie postaci ciąży zamacicznej w razie dojścia jej do końca nie tylko przed operacją, lecz często nawet podczas operacji przedstawia wiele trudności. W naszym przypadku rozpoznaliśmy ciążę zamaciczną lecz o jej postaci nic orzec nie można było. Nie posiadamy w tym razie przed operacją prawie żadnych wskazówek rozpoznawczych: czy to ciąża śródwieszadłowa, czy w jamie otrzewny rozwijająca się, czy ciąża w początkowym rogu macicy lub w dwurogiej macicy, czy też wreszcie jest ona śródmiąższowa. Jednakże gdy ciąża zamaciczna nie jest daleko posunięta i jeszcze nie pękła, przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego jest poniekąd możliwe. Najczęściej przyjmujemy ciążę śródmiąższową tam, gdzie właściwie jest ciąża w dwurogiej macicy lub międzywieszadłowa. W ciąży jajo wodowej miejsce przyczepu więzu obłego znajduje się pomiędzy macicą a workiem płodowym. W ciąży zaś w początkowym rogu więz obły będzie nazewnątrz od worka płodowego.

W ciąży śródmiąższowej *lig. rotundum* jest również nazewnątrz od guza lecz różnica jest ta, że w ciąży w początkowym rogu połączenie worka płodo-

wego z macicą będzie w okolicy ujścia wewnętrznego a w ciąży śródmiażsowej worek zlewa się z kątem lub dnem macicy.

Jajowód w ciąży śródmiażsowej, według RUGE-SIMON'a, odchodzi z góry od worka płodowego, a w ten sposób z przeciwnej strony będzie odchodził znacznie niżej, w ciąży zaś w początkowym rogu odwrotnie: jajowód po stronie chorej będzie odchodził niżej, niż po stronie zdrowej.

---

## WYKŁADY KLINICZNE.

---

H. NOTHNAGEL.

### ROZPOZNANIE I RÓŻNICZKOWANIE ZWĘŻENIA I NIEDROŻNOŚCI KISZEK.

---

(Ciąg dalszy —Zob. Nr. 37).

Sprawa rozpoznania różniczkowego niedrożności kiszek ma wielkie znaczenie dla lekarza-praktyka, zarówno chirurga, jak i internisty. Ważność jej wynika przede wszystkim z groźnego stanu chorego, następnie stąd, że przypadki te wymagają uplanowanej i szybkiej interwencji lekarskiej, wreszcie stąd, iż nastęrcza ona więcej nadzwyczajnych i niekiedy wprost niezwalczonych trudności, aniżeli każdy inny dział dyagnostyki różniczkowej.

W każdym poszczególnym przypadku lekarz powinien zadać sobie trzy następujące pytania: 1) czy wogóle przyczyną choroby w danym przypadku jest zwężenie lub zamknięcie кишки? 2) w którym odcinku przewodu pokarmowego sprawa się umiejscowiła? 3) jakiej natury anatomicznej jest dana sprawa? Czasami rozpoznanie zwężenia kiszek jest wprost niemożliwe, to znów nastęrcza większe lub mniejsze trudności i może być zrobionem z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem.

#### I. Rozpoznanie zwężenia i zamknięcia światła кишки wogóle

##### A. Rozpoznanie zwężenia.

Stanowczo pewne rozpoznanie zwężenia кишки można zrobić w dwóch warunkach: jeżeli, wobec opisanych powyżej zaburzeń ze strony kiszek, można ręką dojść do zwężenia w odbytnicy, lub gdy na powierzchni brzucha widać te naprężenia tępcowe кишки i żywe ruchy robaczkowe, o których kilkakrotnie była mowa. Odwrotnie, rozpoznanie jest wręcz niemożliwe, jeżeli zwężenie przepuszcza dostatecznie zawartość кишки.

Zaparcie stolca, samo przez się, nie daje prawa do rozpoznania zwężenia, gdyż może ono zależeć od rozmaitych przyczyn; wobec jednak danych anamnestycznych może wzbudzić podejrzenie, zwłaszcza gdy wystąpiło nagle bez ostrego nieżyty, wpływów psychicznych, neurastenii i t. p. Podejrzenie nabiera już pewniejszej podstawy, jeżeli poprzedzała je sprawa, która mogła wywołać zwężenie, jak np. dysenterya, tyfus brzuszny, gruźlica kiszek, rozlane lub ograniczone zapalenia otrzewny (*perityphlitis*, *pericystitis fellea*, zapalenie narządów płciowych kobiecych), mogące spowodować zaciśnięcie i załamanie кишки; wprowadzone przepukliny zewnętrzne, połknięte ciała obce. Jeżeli zaparcie stolca jednocześnie towarzyszą takie objawy, jak osłabienie ogólne, małopokrwistość, wychudnięcie, nie mające dokładnej przyczyny, to natychmiast powinna powstać myśl o zwężeniu rakowatym. Jeżeli lekarz zważy wszystkie te momenty, to przynajmniej rzadziej zdarzy się

traktowanie zlekka pozornie niewinnego zaparcia stolca: każde podejrzenie lekarza wypadnie na korzyść chorego. Z dziedziny przypuszczeń rozpoznawanie wkracza w granice prawdopodobieństwa, jeżeli zaparciu towarzyszą ataki kolki, pamiętać jednak należy, że w nawykowym zaparciu stolca samo nagromadzenie kału w kiszki może wywołać kolkę. Jeszcze większej dozy prawdopodobieństwa rozpoznawanie nabiera wtedy, gdy zzewnątrz udaje się wyczuć guzy nowotworowe lub natury zapalnej, przemieszczone narządy brzuszne, guzy zależne od wPOCHWlenia, więzy wrzekome po przewlekłym zapaleniu otrzewny, stare przepukliny zewnętrzne. Wygląd kału, domieszki krwi i ropy mogą być ważnymi wskazówkami pomocniczymi. Z drugiej znów strony należy pamiętać, że objawy te (pomijając wciąż patognomoniczne napężenie i żywe ruchy kiszki) mogą powstać i bez zwężenia światła kiszki. Trzeba przeto nadzwyczaj wystrzegać się łatwych omyłek.

#### B. Rozpoznanie zamknięcia.

Nawet najdoświadczeńszemu klinicyście zdarzyło się popełnić groźne następstwa, a jednak nieuniknione błędy w rozpoznaniu zamknięcia kiszki, a to nie tylko w przypadkach nierozwiniętej choroby, lecz nawet w razie istnienia pozornie typowych jej objawów. Błędy dyagnostyczne można popełnić w dwojaki sposób: 1) mamy przed sobą szereg mniej więcej wyraźnych objawów, rozpoznajemy zamknięcie, dalszy jednak przebieg, zabieg operacyjny lub autopsja nauczają, że sprawa była zupełnie innej natury, 2) lub też odwrotnie: objawy niektóre sprowadzają uwagę naszą w inną stronę, i niedrożność zostaje przeoczona.

Rozpoznanie opiera się głównie na miejscowych objawach kiszkowych, pochodzących z niedrożności, a więc: zupełne wstrzymanie gazów i stolca, wzdęcie, wymioty, wymioty kałowe. Największą wartość rozpoznawczą posiadają niezaprzeczenie wymioty kałowe, musimy jednak przyznać, że nie posiadają one patognomonicznego znaczenia, ponieważ występują w wielu innych stanach. Tak więc wymioty kałowe przedewszystkiem zależeć mogą od porażenia kiszki (t. z. *dynamischer Ileus*). W każdym więc przypadku powyższego objawu lekarz powinien pomyśleć o porażeniu kiszki i zważyć wszystkie przyczyny, które je mogą wywołać, jako to: uraz tępy brzucha, poprzednie operacje chirurgiczne w jamie brzusznej a nawet byłe przepukliny, które mogą być tylko pozornie wprawione, przyczem przeszkoda w zawartości może istnieć dalej. Po drugie, spostrzegano wymioty kałowe czysto histerycznego, a nawet wprost nerwowego pochodzenia, co jednak zupełnie nie wyłącza możliwości niedrożności kiszki z innego powodu u histeryków lub neurasteników. Wreszcie wymioty kałowe zależeć mogą od przetok żołądkowo-przecznicowych i jelito-okrężnicowych. W tym przypadku środkiem rozpoznawczym służyć może płyn zabarwiony, wprowadzony do żołądka, lub wysokie zabarwione obojętne irygacje do kiszki grubej. SCHOLZ w klinice KRAUS'a wtłaczał w tych przypadkach powietrze do odbytnicy; z łatwością wtedy nadymała się okrężnica esowata, zstępująca i kątnica (*coecum*). Powietrze z kiszki grubej do żołądka wchodzi z głośnym szmerem, a po pewnym czasie może nastąpić odbijanie z zapachem kału. Zwykłe wymioty pokarmami, zaparcie stolca i wzdęcie same nie dają prawa do powyższego rozpoznania, nawet gdyby wystąpiły nagle i razem, rozpoznawczej wartości nabierają dopiero w określonej oprawie klinicznej. Niejednokrotnie wspomniane widoczne napężenie kiszki i żywe ruchy robaczkowe obok objawów okluzyi dowodzą tylko, że niedrożność powstała ze zwężenia przewlekłego.

W tem miejscu należy przypomnieć starą regułę, którą należy zapamiętać raz na zawsze, mianowicie, aby w takich przypadkach zawsze zbadać dokładnie

wszystkie wrota przepuklinowe, jak również i odbytnicę. Niezachowanie tego przepisu niejednokrotnie już pomściło się srodze na lekarzu.

Następujące sprawy dały powód do traktowania ich jako ostre zamknięcie kiszki: urazy (*contusiones*), zapalenia, zabiegi operacyjne na jądrach, odbytnicy, kolka nerwowa i kamicowa bez zatkania światła kamieniem żółciowym, kolka ołowiana i inne bóle kiszkowe, a zwłaszcza t. z. *colica flatulenta* i ostre otrucie arszenikiem. Odwrotnie, przypuszczano zapalenie opon mózgowych na mocy bredzenia, zaparcia i wklęsłości brzucha, w rzeczywistości zaś objawy te zależały od niedrożności jelita cienkiego, rozpoznawano również błędnie cholerę azjatycką, co podczas panowania epidemii może się bardzo łatwo przytrafić. Stolce ryżowe, brak wzdęcia i bólu w okresie początkowym (gdyż jedynie ostre przypadki okluzyi bolesnej mogą być mieszane), a wreszcie i badanie bakteriologiczne rozstrzygają wątpliwości.

Największe trudności w rozpoznaniu nastęrcza zapalenie otrzewny, tembardziej, że wikałono bardzo często niedrożność. W takich razach należy przedewszystkiem zbadać, czy sprawa jest świeża, czy też trwa już kilka dni, i, wychodząc z tego założenia, oceniać poszczególne objawy. Silny ból towarzyszy obu sprawom, znamienne jest atoli dalsze jego zachowanie się. Jeżeli ból trwa dalej i przyłącza się do tego bolesność rozlana po całym brzuchu przy dotknięciu, jeżeli chory leży nieruchomo, wystrzegając się wszelkiego ruchu, to stan ten przemawia za zapaleniem otrzewny. Oczywiście, zapalenie otrzewny może powikłać niedrożność, lecz nigdy przed upływem 24—48 godzin; należy jednak dodać, że w zapaleniu otrzewny również może być brak bólu wskutek ucisku, lecz przeważnie wrażliwość na ucisk przemawia za zapaleniem. Wzdęcie brzucha może niekiedy ułatwić rozpoznanie, niekiedy jednak ogromnie je utrudnia. Jeżeli wzdęcie rozwija się na samym wstępie jako objaw miejscowy, jeżeli można za pomocą wzroku, dotyku i słuchu rozpoznać ograniczoną wzdętą naprężoną część kiszki, to śmiało wyłączyć można zapalenie otrzewny, a przyjąć skręcenie lub wewnętrzne uwięźnięcie kiszki. Ocena wzdęcia rozlanego natomiast jest nader trudna, ponieważ zdarza się ono w obu sprawach i utrudnia badanie. W tych razach należy za pomocą wzroku, słuchu i dotyku dokładnie zbadać, czy niema jeszcze oznak ruchów kiszkowych. Absolutny i rzeczywisty ich brak dowodzi z wielkiem prawdopodobieństwem sprawy zapalnej otrzewny i porażenia kiszki. „Tę ciszę grobową zakłóca jedynie ból“ — powiada SCHLANGE. Lecz zupełnej pewności nigdy niema. Tężcowe naprężenie, a nawet wciągnięcie powłok brzusznych zdarza się tak samo w zapaleniu otrzewny, jak i w wewnętrznym uwięźnięciu—objawy te przeto nie mają wartości rozpoznawczy. Wysięk płynny bywa uważany za objaw, właściwy zapaleniu otrzewny; lecz i tu należy być bardzo oględnym, gdyż z jednej strony w wewnętrznym uwięźnięciu, a głównie przy skręceniu powstaje w jamie brzusznej, skutkiem zastoju żylnego w kreskach, obfity przesiek krwawy, maskujący płynny wysięk otrzewny, z drugiej znów strony wysięk nie zawsze da się stwierdzić fizycznie.

Gorączkę słusznie uważa się za cenny objaw zapalenia otrzewny, lecz i on nie jest bezwarunkowo pewny, gdyż zapalenie może powikłać niedrożność i stać się powodem omyłki, to znów ostre rozlane posocznicze zapalenie otrzewny może mieć przebieg bezgorączkowy, a nawet ciepłota może być niższa, niż prawidłowa. Dlatego to powiększona ciepłota może mieć znaczenie rozpoznawcze tylko w okresie początkowym i przemawia wtedy za zapaleniem otrzewny. Obecność indykana w moczu lub brak jego może tylko niekiedy rozstrzygnąć wątpliwość. W rozlanym ostrym zapaleniu otrzewny rzadko go niema w moczu. Jeżeli więc nie znajdujemy go w obecności objawów okluzyi, to przemawia to przeciw zapaleniu a za niedrożnością kiszki grubej. Niezaprzeczona zaś obecność jego zdarza się tak przy



niedrożności jak i zapaleniu otrzewny. Co się tyczy ruchów robaczkowych, to autor nie może zgodzić się z ogólnie przyjętem zdaniem, że w ostrem zapaleniu otrzewny, zawsze następuje porażenie kiszek. Zdarzają się bowiem przypadki zwężenia niedrożności kiszek z naprężeniem i żywymi ruchami kiszek, pomimo obecności ostrego ropnego zapalenia otrzewny. Wstrzymanie się widocznych przedtem ruchów także nie dowodzi następczego zapalenia; mogą one się wstrzymać wskutek nadmiernego wyprężenia кишки lub wskutek porażenia lub niedowładu kiszek jako wyniku toksyn bakteryjnych, działających na ścianę кишки. Wreszcie ruchów robaczkowych może być brak również w ostrem skręceniu i wewnętrznem uwięzieniu, jak i w zapaleniu otrzewny. Nakoniec należy uwzględnić niektóre momenty przyczynowe, wskazujące wprost zapalenie otrzewny, np. ostre sprawy wrzodziejące żołądka i kiszek.

Powyższy szkic dowodzi, iż istotnie przy obecnym stanie wiedzy rozstrzygnięcie kwestyi, czy sprawa zależy od zapalenia, otrzewny czy też od niedrożności кишки, w pojedynczych przypadkach jest wprost niemożliwe.

II. Rozpoznanie miejsca zwężenia i zamknięcia. Rozstrzygnięcie pytania, w którym miejscu кишки znajduje się przeszkoda, posiada nietylko znaczenie teoretyczne, lecz i praktyczną wagę przy obecnym udoskonaleniu chirurgii kiszek; jest jednak rzeczą nader zawiłą. Wogóle trzeba przyznać, że rozpoznanie siedliska sprawy przewlekłej jest łatwiejsze i pewniejsze, niż w sprawie ostrej. Pytanie zwykle formułuje się w ten sposób: czy siedlisko znajduje się w jelicie cienkim, czy w kiszce grubej, a jeżeli w ostatniej, to w którym odcinku? Wartość rozpoznawcza poszczególnych objawów w tym kierunku jest następująca.

Na pierwszym planie stoją objawy, dające się wykryć za pomocą fizycznego badania brzucha, a mianowicie wzdęcie i zmiana kształtu brzucha, wywołane nagromadzeniem się płynów, a głównie gazów w pętlach kiszek. Czasami brak tych objawów zupełnie, lecz w pewnych warunkach brak ten może przemawiać za zwężeniem dwunastnicy lub górnej części pustnicy (*jejunum*), ponieważ wtedy niema wzdęcia kiszek, natomiast często mamy objawy rozstrzeni żołądka. Ogólne nadmierne wzdęcie brzucha nie daje żadnych wskazówek w tym względzie, natomiast duże znaczenie posiada mniejwięcej ograniczone wzdęcie. W celu przedstawienia ważności tego objawu autor załącza 20 rysunków zdjętych z natury. Wogóle można powiedzieć, że położenie кишки wzdętej odpowiada prawidłowemu jej położeniu; położenie również ma większe znaczenie rozpoznawcze, niż rozmiary кишки. LEICHTENSTERN zwraca uwagę, że pętla кишки grubej, wzdęta wskutek zwężenia, dają się nieraz przy wymacywaniu w całości objąć i przesunąć, dzięki dłuższej krezce. W zwężeniu кишки grubej w okolicy esowatej mamy wzdęcie górnej części brzucha i boków (*Flankenmeteorismus*), częściowe więc wzdęcie кишки grubej dowodzić może zwężenia poniżej. Trzeba jednak dodać, że u osób z obfitym pokładem tłuszczowym podskórnym trudno jest wzdęcie rozpoznać, a także, że zdarzają się różne wrodzone lub nabyte nieprawidłowości w położeniu kiszek; wzdęta kiszka może również sama zmienić swe położenie, co dotyczy głównie okrężnicy esowatej, która może się przesunąć aż na prawą stronę dolnej części brzucha. Wzdęcie boków i górnej okolicy brzucha może pochodzić z rozszerzenia jelita cienkiego; tego rodzaju przypadki autor sam spostrzegał. O ile łatwe jest odróżnienie wzdęcia кишки grubej od wzdęcia cienkiej w zwężeniu przewlekłym, o tyle w ostrem zamknięciu szybko rozwijające się wzdęcie, dochodzące do niepomiarowych rozmiarów, czyni rozpoznanie wprost niemożliwym. Kiszki tłoczą się najnieprawidłowiej, bezładnie, i tylko niekiedy wyczuwalny guz dać może pewne wskazówki.

(D. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

---

139. I. FERRAN. O pewnych nowych odkryciach, dotyczących się lasecznika gruźlicy, i o sprawie zapobiegania i leczenia tej choroby. Autor dawniej już wyraził pogląd, że lasecznik KOCH'a w pewnych warunkach może przekształcać się w inną postać, mającą cechy saprofityczne a jednak posiadającą zdolność wywoływania w ustroju gruźlicy typowej. Uderzyła autora ta okoliczność, że sprawy gruźlicze odznaczają się przebiegiem nader rozmaitym i ponieważ zjawiska tego niepodobna objaśnić większą lub mniejszą odpornością osobniczą, twierdzić więc trzeba, że taka odporność wzmożona polega raczej na zakażeniu łagodnym i uodporniającem postacią saprofityczną lasecznika gruźliczego. Dotąd dalsze badania autora miały na celu wykrycie tej nowej, nieznanej dotąd postaci lasecznika. Jako materiał służyły płuca krów, dotkniętych gruźlicą i płwocina chorych na gruźlicę. Aczkolwiek odnośnie hodowle czyste trudno było otrzymać, jednakże autor zauważył, że w hodowlach zanieczyszczonych innymi drobnostrojami znajdował się kilkokrotnie lasecznik mały, cienki, obdarzony ruchami i bardzo podobny do gruźliczego. Lasecznik ten udało się w końcu otrzymać w hodowli czystej; nie rozpuszcza on żelatyny; kolonie — przypominają *bac. colli*, *typhi abdominalis* i *b. pyocyaneus*, lecz rosną wolniej i są mniej żółte. Kolonie młode, które rozwijają się w głębi odżywki, przy słabem powiększeniu posiadają kształt soczewki podwójnie wypukłej. Lasecznik omawiany jest nieco cieńszy i prawie tak długi, jak okrzężnicowy. W hodowlach buljonowych długość lasecznika jest bardzo zmienna, prócz tego jest on nieco grubszy, niż na innych hodowlach. Zwykle rozwija się pod postacią błonki na powierzchni odżywki, może rozwijać się i bez dostępu powietrza. Na surowicy końskiej rozwija się nieco trudniej w początkach i tworzy nie tylko błonkę na powierzchni, lecz rośnie i w głębszych warstwach odżywki. I tu ma wygląd prętka, układającego się na preparacie na podobieństwo laseczników KOCH'a, albo też w postaci kępek, złożonych z długich, poplątanych nici. Barwi się łatwo zasadowymi barwnikami anilinowymi, lecz, barwiony za pomocą metody KOCH'a, traci barwnik. Lasecznik ten posiada pewne własności charakterystyczne, mianowicie, hodowle na surowicy płynnej pod wpływem dostępu powietrza już po 78 godzinach wydzielają woń, przypominającą nasienie (*sperma*), dla tego też został nazwany *bac. spermigenes*. Obecności tego lasecznika należy przypisać tę okoliczność, że płwocina suchotników niektórych i płuca krów, dotkniętych gruźlicą, pozostawione na otwartem powietrzu, ulegały częstokroć pewnego rodzaju fermentacji i wydelały woń bardzo zbliżoną do woni nasienia (*sperma*). Ta własność wytwarzania sperminy pozwala utożsamiać omawiany lasecznik z laseczkiem gruźliczym KOCH'a, zwłaszcza że lasecznik KOCH'a udało się raz autorowi zamienić w *bacil. spermigenes*. Dodać należy, że surowica, pochodząca z mułów, koni i osłów, uodpornionych przeciw gruźlicy, wywierała silne działanie aglutynacyjne na *bacil. spermigenes*.

Jadowitość hodowli lasecznika, zależnie od podłoża, jest zmienna i przejściowa. Hodowle buljonowe świeże, zastrzyknięte pod skórę, wywołują miejscowo obrzmienie krótkotrwałe; jeżeli zaś wstrzykiwać je kilkakrotnie w przerwach od 1-go do 5-ciu dni, to naokoło obrzmienia pierwotnego tworzą się małe ogniska zapalne, które przypominają wilka (*lupus*). Wykwity owe goją się w większości przypadków, zdarza się jednak, że następuje obrzmienie gruczołów chłonnych, które prowadzi do gruźlicy ogólnej. Ropa wzięta z tych gruczołów i zaszczepiona pod skórę świnki morskiej powoduje śmierć zwierzęcia i typowy obraz gruźlicy. Przemiana w typo-

wego lasecznika gruźlicy, zdaje się, zależy od działania zabójczego *b. spermigen* na leukocyty: jeżeli, mianowicie, jest on w stanie łatwo wywoływać ropienie, to następuje przemiana w lasecznika gruźlicy, jeżeli zaś po zaszczepieniu go spotykamy tylko obrzęk, to i przemiana powyższa nie udaje się. Szczególnie są jadowite hodowle na surowicy końskiej, zwłaszcza zastrzyknięte do otrzewny, zastrzyknięte zaś pod skórę nie sprawiają ropienia, lecz obszerne obrzęki. Jeżeli jednak zwierzę nie padnie, to nie staje się ono po takim zaszczepieniu gruźliczem. Próby uodpornienia świnek morskich przeciw *bac. spermigenes* za pomocą swoistej antytoksyny nie powiodły się. Nie da się jednak zaprzeczyć ten fakt, że toksyny *bacil. spermigen.* uodparniają przeciw gruźlicy istotnej. Zdaje się tylko, że działanie zapobiegawcze toksyn omawianego lasecznika musi poprzedzać wytworzenie się pewnej ilości ropy gruźliczej, innemi słowy poprzednio musi uleść zniszczeniu pewna ilość leukocytów. Zupełnie takie same wyniki otrzymał autor z toksynami laseczników KOCH'a, które (laseczniki) doprowadzał do stanu saprofity. Lecz w tych razach pomimo nieulegającego wątpliwości wpływu leczniczego toksyny zwierzęta giną wskutek wyniszczenia pomimo wyleczenia z gruźlicy. Zjawisko to autor objaśnia sposób następujący. Wyniszczenie, towarzyszące gruźlicy, nie zależy od własności toksycznych lasecznika gruźliczego, lecz stanowi skutek wessania się rozpadających się komórek tkanki. To też dopóki narządy ustroju nie utracą swej siły wydzielniczej i niszczącej jady wytworzone, dopóty ustrój znajduje się w stanie równowagi i opiera się skutecznie czynnikom trującym. Zwykła więc toksyna pochodząca i z *bac. spermigenes*, i z laseczników KOCH'a, znajdujących się w stanie saprofitycznym, powstrzymuje sprawę gruźliczą, nie jest ona natomiast w stanie zapobiedz postępowi wyniszczenia. Jedynie tylko toksyna, otrzymana z hodowli w płynnej surowicy wobec obfitego dostępu powietrza, posiada wybitne własności uodporniające i lecznicze i to tem większe, im więcej sperminy wytwarza się w danej hodowli. Na czem więc polega ta różnica w działaniu? Na podstawie prac i doświadczeń POEHL'a nad działaniem fizyologicznem sperminy, autor mniema, że spermina, zawarta w toksynach *bacil. spermigen.*, w sposób nam dotąd nie znany, niszczy te związki trujące, które są sprawcami wyniszczenia.

Surowicę nowootrzymaną autor poleca gorąco do leczenia gruźlicy. W dawkowaniu trzeba jednak zachować pewną ostrożność. Dotąd stosują ją w ten sposób, że zaczynają od wstrzykiwania jednej kropli w 1 ctm. szśc. wody przekroplonej z dodatkiem  $\frac{1}{2}$  kwasu karbolowego. Co 4 dni powiększa dawkę, dochodzi do 1—2 ctm. szśc. i ogranicza się do jednej lub dwóch takich dawek w tygodniu. Baczny tylko należy, aby dawka nie pociągała za sobą odczynu ogólnego (dreszcze, gorączka i t. d.), gdyż w takim razie należy ilość surowicy zmniejszyć.

W końcu autor jeszcze raz zaznacza, że lasecznik KOCH'a i *bacil. spermigenes* są identyczne, ponieważ: 1) lasecznik ten wywołuje gruźlicę i nabiera wszelkich cech laseczników KOCH'a, jeśli tylko posiada odpowiednią siłę zakażającą. 2) Jeżeli hodowle na odpowiednim podłożu stoją na powietrzu i tracą gazy gnilne, wtedy nabierają one zapachu drożdży. 3) W hodowlach wytwarza się spermina, którą znajdujemy i w hodowlach lasecznika KOCH'a, doprowadzonego do stanu saprofitycznego. 4) Surowica zwierząt wysoko uodpornionych (*hyperimmunisirten*) wywiera działanie aglutynacyjne na hodowle obudwu laseczników. 5) Laseczniki te są do siebie nadzwyczaj podobne, jeżeli tylko są hodowane na surowicy płynnej. 6) *Bacil. spermigenes* posiada działanie swoiste zapobiegawcze i lecznicze przeciw gruźlicy. Słowem, obydwie laseczniki wytwarzają te same związki aromatyczne toksyny ich wywierają jednakowe działanie i obydwie posiadają wielkie podobieństwo morfologiczne.

(*Wiener klin. Wochschr.* Nr. 28. 1898).

K. Z.

140. A. HEYDENREICH. O przekłuciu lędźwiowem. Ze względu na niebezpieczeństwo, z jakim bywa połączone przekłucie lędźwiowe, zabieg ten należy do bardzo poważnych, a więc w razach tylko ostatecznych należy się doń uciekać. Najwymowniej dowodzi tego kazuistyka. H. BRAUN przytacza cały szereg przypadków, gdzie po przekłuciu nastąpiły bóle miejscowe i kurcze w dolnych kończynach. RIEKEN i FUERBRINGER stwierdzili silne podrażnienie prawej nogi wskutek prawdopodobnego uszkodzenia korzenia nerwowego. JEMMA i BRUNO przytaczają taki objaw, jak ból głowy, który się zjawiał ku końcowi przekłucia. Z dwóch chorych BULL'a jeden po wypuszczeniu 4cm. sz. płynu dostał sinicy i doznał silnego niepokoju, a drugi zmarł w ośm i pół godziny po zabiegu. Chory KROENIG'a dostał bicia serca, został bez tchu i pomimo zastosowania sztucznego oddechania zmarł po upływie 2 godzin. Przy badaniu zwłok znaleziono pęknięcie tętniaczka drobnej gałązki jednej z tętnic rowka SYLWIUSZA. Inny chory tegoż autora zmarł po upływie trzech minut, prawdopodobnie wskutek nagłego wylewu krwi do jednej z jam mózgowych. FUERBRINGER twierdzi, iż stracił kilku chorych z guzami mózgu niezadługo po wykonaniu przekłucia, zaś inni dwaj jego chorzy na zmarli uremję: jeden w godzinę, drugi—we dwie po przekłuciu. Śmierć nastąpić może nie tyle wskutek samego przekłucia, ile wskutek różnorodnych manipulacyj, z którymi bywa połączony sam zabieg. Tak twierdzi przynajmniej BRAUN, który spostrzegł śmierć dziecka po upływie pięciu minut, nie wydostawszy ani kropli płynu. Wprawdzie podobnego rodzaju chorzy z objawami mózgowymi i tak są narażeni na nagłą śmierć, bez względu na to, czy przekłucie zostało wykonane, czy nie, niemniej atoli śmierć może być następstwem bezpośredniem samego zabiegu, a to wskutek nagłego zmniejszenia ciśnienia na ośrodki nerwowe.

Mając to na względzie, należy ciśnienie zmniejszać nie gwałtownie i szybko, lecz stopniowo, a więc płyn wypuszczać kroplami.

Co się tyczy orzeczenia stanowczego, czy przekłucie lędźwiowe zawsze bywa skuteczne, czy nie, to pod tym względem zdania autorów są podzielone. LENHARTZ stosował przekłucie w przypadkach ciężkiej blednicy z silnymi bólami głowy i obrzękami. Z 24 spostrzeganych przez się przypadków L. znalazł w 18 powiększenie ciśnienia płynu rdzenio-pajęcznego, sięgające 300—500. milim. wody (podług QUINCKE'go ciśnienie przekraczające 150 mil. wody uważać należy za stan chorobowy). Skutek był zadawalniający: zmniejszenie ciśnienia poprawiło stan ogólny i usunęło bóle głowy. OPPENHEIM przedstawił w Towarzystwie lekarskim w Berlinie 22-letniego młodzieńca, który od 5 roku życia cierpiał na obustronne zapalenie ropne ucha średniego. Chory miewał napady bólu głowy, wymiotów i podwójnego widzenia. Chód miał niepewny. Przy badaniu wziernikiem znaleziono zapalenie obydwóch brodawek nerwu wzrokowego, zupełny zanik wzroku w oku prawem, wyraźne zmniejszenie siły wzroku lewego oka, porażenie zewnętrznej gałązki nerwu okoruchowego lewego i t. d. Wykonane przez BERGMAN'a u tegoż chorego przekłucie dało następujący wynik.

Po wypuszczeniu 66 grm. przezroczystego płynu bóle głowy chwilowo się wzmogły, wkrótce jednak ustąpiły zupełnie, a z nimi i reszta objawów, z wyjątkiem utraty wzroku na prawe oko; natomiast siła wzroku lewego oka znacznie się powiększyła. Gdy OPPENHEIM przedstawiał chorego ten ostatni już od półtora roku wrócił do swego zajęcia. O. sądzi, że miał do czynienia z zapaleniem surowiczem opon mózgowych. Na temże posiedzeniu GOLDSCHIEDER, von LEYDEN, KROENIG, FRAENKEL komunikowali przypadki uzdrowienia chorych na „*meningitis serosa*“ po przekłuciu lędźwiowem. LEYDEN wykonywał przekłucie u dziecka z wodogłowieciem sześć razy w ciągu 3 miesięcy z pomyślnym skutkiem.

Z punktu widzenia rozpoznawczego należy zauważyć, iż często płynu wcale nie wydostajemy. Zdarza się to wtedy, gdy na drodze stanął nerw, lub wreszcie gdy natrafiliśmy na gęstą ropę. Płyn otrzymany bywa przezroczysty, zawiera małą ilość białka (podług QUINCKE'go 0,2—0,5%) i niewiele białych ciałek krwi.

W stanach chorobowych płyn bywa mętnawy, krwawy i ropny. Z pośród pasorzytów, znalezionych w płynie, NETTER wymienia paciorkowca pokrewnego pneumokokom typowe pneumokokii dypłokoki międzykomórkowe WEICHELBAUM'a. Tenże autor uważa te trzy postacie za odmianę jednego i tego samego typu. W przypadkach zapalenia gruczłowego opon płyn bywa przezroczysty lub mętny i nie zawsze zawiera laseczники KOCH'a. FUEBRINGER znalazł lasecznika KOCH'a w 70%, LENHARTZ 21 razy na 46 przypadków. Bądź co bądź, trudno sobie wyrobić ściśle jakiekolwiek pojęcie o wartości przekłucia lędźwiowego. Jest to zabieg bez wątpienia poważny, nie pozbawiony niebezpieczeństwa dla chorego, przeto nie należy go traktować zbyt lekko. Jako środek leczniczy ma on pewne znaczenie, lubo w wielu przypadkach okazał się bezsilnym.

(*Semaine médicale. Nr. 43. 1898 r.*).

Marek Koenigstein.

---

## ODCINEK.

---

### Wybrzeża belgijskie.

Podał E. BIERNACKI.

---

Zwiedziwszy w dalszym ciągu swych wędrówek po morzach wybrzeża belgijskie<sup>1)</sup>, pragnę w niniejszym artykule wypowiedzieć o nich kilka uwag, a zarazem szczegółowiej omówić kilka zagadnień z „talassoterapii“, jakich już raz dotykałem. Wybrzeża te, — względnie ich dwie główne stacje kąpielowe — Ostenda i Blankenberghe, już oddawna są znane dobrze publiczności polskiej, nb. publiczności zamożniejszej, dawniej, niż ulubiony w ostatnich latach Kołobrzeg. A nawet w tym roku, z powodu omijania kąpeli niemieckich, napływ polaków na strand belgijski był wybitniejszy, niż kiedykolwiek. Czy jednak tak się rzeczy ukształtują i na lata następne, to jest, czy kuracyusze nasi, żądni pobytu na brzegu morskim, przeważnie zaczną jeździć na wybrzeża belgijskie, zamiast jak dotąd, na niemieckie, trudno przesądzać. Bądź co bądź, znaczne utrudnienie stanowi wielka odległość (30—40 godzin jazdy z Warszawy do Ostendy i Blankenberghe na Berlin, Kolonję, Bruksellę i Bruges) i związane z tem znacznie wyższe koszta podróży (około 100 rubli drugą klasą bez rzeczy w obie strony), niż do wybrzeży niemieckich.

Ostenda już od wielu lat ma opinię najświetniejszego miejsca kąpielowego, może dopiero w ostatnich latach zaczyna ją nieco przyćmiewać holenderskie Scheveningen. Rzeczywiście, gdzieindziej, a przedewszystkiem w uzdrowiskach niemieckich nie zobaczy się tak wspaniałego szeregu hotelów i will, ani tak doskonalej, wyłożonej tafelkami, kilkukilometrowej długości promenady na brzegu morza, jak w Ostendzie. Nie zobaczy też się i tej świetnej, barwnej publiczności, jaka w godzinach popołudniowych zasiada w kursalu lub też spaceruje po tej promenadzie:

---

<sup>1)</sup> Por. E. BIERNACKI. Z wycieczki po wybrzeżach niemieckich. „Medycyna“ Nr. 39 i nast. 1896 r. Lębawa, jako kurort morski, „Medycyna“ Nr. 36. 1897.

zwanej na miejscu „digue de mer“. Na samym piasku morskim, do którego schodzi się z promenady po dość licznie urządzonych schodach, życie kąpielowe mniej się koncentruje—wbrew temu, co widzimy np. na Sylcie: przeszkodą jest samo morze, które podczas przyływu podchodzi aż do digue. Szerszy zaś, zachodni koniec brzegu morskiego zajęty jest na znacznej przestrzeni przez budki kąpielowe, i tylko stosunkowo niewielka przestrzeń roi się przez kilka godzin podczas odpływu od jasnych tualet i kolorowych parasolek. Nie mało kąpielowiczów rozprasza się i po samym mieście, złączonem bezpośrednio z digue'ą i hotelami sezonowymi.

Widok na morze jest rozległy i zajmujący; jak wogóle w stacyach morskich mamy i tu długi pomost, wychodzący w morze (estacade), na końcu którego, siedząc w „café“, można dowoli używać przy dźwiękach gitar powietrza morskiego i różnych napojów. Obok tego mamy w głównej ulicy, wychodzącej prostopadłe z digue, takie wystawy jubilerskie, jakie nawet w stolicach europejskich znaleźć trudno, a w kursalu i w różnych zakładach szereg wielkomiejskich przyjemności: koncerty i bale, i dobry teatr paryski, i pierwszorzędną lżejszą muzę (w la Scala), i Café de la terrasse z kapelą damską — „perles du Danube“ i t. d. i t. d. Pełno, gwarno, wesoło na każdym kroku.

Wszystko to jest przyjemne, ale nie powiem, żeby było zawsze pociągające. Przynajmniej my mieszczenie, ludzie nieraz dobrze znużeni gwarem miejskim i mający aż nadto różnych przyjemności miejskich, wyjeżdżając nad morze dla odpoczynku, wzmocnienia układu nerwowego, pożądamy zwykle, i tu nawet potrzebne zmiany wrażeń, wrażeń ze strony natury, odmiany dla oczów i słuchu. Tu zaś w Ostendzie trafiamy na takie same wielkie miasto, z jakiego uciekamy, na miasto w którym komfort i elegancja jest bardziej skoncentrowana na ograniczonej przestrzeni, i które ostatecznie świeżych, orzeźwiających wrażeń niewiele daje. Powiedziałbym, że w Ostendzie samo morze jakoś jest przytłoczone przez miasto i mniej ściąga ku sobie uwagę, niż w innych skromniejszych miejscowościach. Rzeczywiście, nawet pewne czysto zewnętrzne warunki odciągają publiczność nie raz na dłużej od brzegu morskiego.

Na digue, oprócz kursalu i kilku restauracyi w pierwszorzędnych hotelach, nie ma zupełnie miejsc i zakładów, gdzieby można dłużej posiedzieć, przeczytać parę gazet i t. p. Na to potrzeba zejść do miasta, gdzie znajdzie się dosyć „café“, cukierni. W samem mieście też zawsze można znaleźć dużo kąpielowej publiczności.

Człowieka pracy, znużonego mieszkańca wielkiego miasta, nie zabawi Ostenda dłużej, niż kilka dni. Doskonale w niej sezon, natomiast, przebędą ci, którzy miasto wielkie mniej znają, zieleni, ciszy mają aż nadto, np. zamożniejsze obywatelstwo, mieszkańcy mniejszych miast. Będą się bawić i ci dobrze, którzy, nie wiele albo nic nie robiąc rok cały, nie mogą się obejść nawet na krótko bez wrażeń wielkomiejskich, następnie i ci, którzy lubią... wrażenia hazardu. W tym kierunku Ostenda zadawalnia niemal tak dobrze, jak i Monte Carlo. Nie tylko w kursalu, ale i w mieście nie brak miejsc, rozmaitych „cercles privés“ i publicznych, gdzie kwitnie bakkarat, karty, rzadziej ruletka. Graczów zawodowych zjeżdża też do Ostendy na sezon niemało.

Mniej okazji w ostatnim kierunku przedstawia, i wogóle skromniejsze jest Blankenberghe, do którego dojechać można z Ostendy w godzinę tramwajem parowym. Blankenberghe urządzone jest podobnie, jak Ostenda: tak samo na wzniesionym brzegu (diunach) „digue de mer“ już nie taka dobra, jak w Ostendzie, tak samo w środku tej promenady kursal, a na prawo i na lewo od niego szereg hotelów i will, zapewne, nie takich paradnych, jak w Ostendzie. Nareszcie i tu tak sa-



mo miasto jest połączone bezpośrednio z częścią kąpielową. Ożywienia i tu nie brak, a nawet na wielu ruch i życie na digue robi wrażenie sympatyczniejsze, niż w Ostendzie. Rzeczywiście, tu życie kąpielowe jest na ogół bardziej skoncentrowane na samej digue, niż w Ostendzie, czemu sprzyja obecność licznych „cafés“ i restauracji na brzegu morza, wbrew temu, co jest w Ostendzie. Przyjemności różnego rodzaju w Blankenberghe także nie brak. Zapewne, wszystko tu nie jest na ogół w tak pierwszorzędny styl, jak w Ostendzie, ale też i Blankenberghe jest znacznie tańsze. Kto chce mieszkać w Ostendzie na samej digue, w jednym ze wspaniałych hotelów (Continental, Littoral, Splendid i t. d.) lub will, względnie mieć mieszkanie z widokiem na morze, musi się dobrze zaopatrzyć w pieniądze i przygotować na wydatek kilkudziesięciu franków dziennie. I dopiero w samym mieście, w węższych uliczkach znaleźć można pensjony, obliczone na przeciętną kieszeń (8 – 12 franków na dobę mieszkanie i życie). Natomiast w Blankenberghe za niewielkie pieniądze można mieszkać w hotelach nadbrzeżnych. Wogóle ceny Blankenberghe zbliżone są, nawet są nieraz niższe od cen miejsc kąpielowych niemieckich. Chętnie też tam przyjeżdża na sezon dużo rodzin niemieckich z Westfalii i z innych miejscowości, i w Blankenberghe słysząc języka niemieckiego niemal tyle, co francuskiego.

W odległości kilku kilometrów na wschód od Blankenberghe leży mniejsza miejscowość kąpielowa Heyst-sur mer, także licznie odwiedzana przez Niemców; pomiędzy Ostendą i Blankenberghe, w odległości paru kilometrów od ostatniego, bardzo mała, mająca tylko lokalne znaczenie Wenduine. Tutaj, zarówno jak w Heyst, jeszcze taniej, niż w Blankenberghe. Na zachód od Ostendy znajduje się także szereg miejscowości kąpielowych: w odległości 2 – 3 kilometrów Mariakerke, w odległości 6—8 Middelkerke, parę kilometrów za ostatniem złożone ledwie z kilku hotelów i will Westende, nareszcie większe Nieuport. Wszystkie te miejscowości połączone są z Ostendą tramwajem parowym; z Ostendy do krańcowego Nieuport droga trwa godzinę, mniej więcej równie długo, jak na wschód do Blankenberghe. Oprócz tego do Mariakerke i Middelkerke chodzą tramwaje elektryczne, tak że ze stacji kolejowej w Ostendzie można się dostać (razem z rzeczami) do Mariakerke w 12—15 minut, a do Middelkerke w pół godziny. Jazda tramwajem elektrycznym jest bardzo przyjemna, choć niekiedy skutek braków konstrukcyi nieregularna; linia idzie brzegiem morza, dunami, gdy tramwaj parowy biegnie za niemi, tak że widoku morza niema. Kto chce udać się prosto do Nieuport, ten nie potrzebuje jechać na Ostendę, ale, jadąc z Brukseli, przesiada się w Gandawie na linię kolejową, prowadzącą do Nieuport.

Nieuport jest bardzo schludną miejscowością kąpielową, oddaloną od miasteczka tej samej nazwy o kilka kilometrów. Jest to miejscowość dosyć młoda i dotychczas nawiedzana przedewszystkiem przez rodziny belgijskie. Jest tu już kursal, szereg ładnych hotelów i will, ceny niższe niż w Blankenberghe. Życie płynie bardzo spokojnie, może nawet za jednostajnie. Pewną niewygodę stanowi okoliczność, że podczas odpływu morze odchodzi bardzo daleko, dalej niż w Ostendzie i Blankenberghe. Przy Nieuport wpada do morza Izara a liczne mosty i śluzy w pobliżu miasteczka mogą służyć za cel ciekawej wycieczki.

Middelkerke jest większe od Nieuport, choć także niedawne. Obecnie urządzana dopiero jest digue na sposób promenady w Ostendzie i innych belgijskich miejscowościach kąpielowych. W Middelkerke zbiera się już parę tysięcy osób, nawet i dosyć cudzoziemców. Jest to miejscowość, że tak powiem, już niezależna od Ostendy i posiada własne rozrywki i przyjemności, naturalnie w daleko skromniejszym zakresie, niż Ostendzkie. Utrzymanie tańsze.

Kto chce mieć „atmosferę” Ostendzką a nie chce wydawać dużo pieniędzy, dla tego bardzo wygodne jest Mariakerke. Mariakerke składa się ledwie z kilku hotelów i will na brzegu morza, i mieszkań we wsi, po za dunami. Już za 6—8 franków dziennie można tu mieć bardzo porządne utrzymanie (pension) i mieszkanie z widokiem na morze (np. hotel de Belle Vue). Niema tu ani kursalu, ani żadnych rozrywek, ale jest pod bokiem Ostenda, do której można sobie jeździć 2—3 razy dziennie tramwajem albo chodzić piechotą brzegiem morza. Spacer ten jest bardzo wygodny i przyjemny, bo Ostendzka digue dochodzi aż za Mariakerke. Pełno więc zawsze spacerujących pomiędzy Ostendą i Mariakerke, masa cyklistek i cyklistów, dla których równiółko wyłożona digue przedstawia doskonały tor, a obok kawalkady na osłach i koniach, dążące z Ostendy do Mariakerke i napowrót.

Mariakerke przedstawia jeszcze tę dogodność, że łatwiej tu dostać się do kabiny kąpielowej, a przynajmniej, nie potrzeba na nią tak długo czekać, jak w Ostendzie. W Ostendzie, gdzie jest ledwie kilkaset budek na kilka lub kilkanaście tysięcy kąpiących się, stac zane są niemal bójki o kabiny: nie trudno zostać nawe okradzionym z pieniędzy lub cennych rzeczy, jeśli się je bierze z sobą do kąpieli. To też dosyć osób z Ostendy przyjeżdża umyślnie rano dla kąpieli do Mariakerke. Niema, zapewne, i tu wzorowego porządku w prowadzeniu kąpieli. Ale wogóle nie należy oczekiwać na wybrzeżach belgijskich tego porządku i sumienności, jaką spotykamy w uzdrowiskach niemieckich. W Ostendzie i gdzieindziej panują zwyczaje już trochę „inne”: już tu łatwiej o „omyłki” w rachunkach restauracyjnych, o wyzysk i chciwość i t. p. Zirytować dobrze mogą chmary dzieciaków rybackich, ledwie odrosłych od ziemi i żebrzących o „un sou”, lub też rotty bosych game-nów, pędzących z całych sił po bokach tramwaju elektrycznego i... wywracających kozły, w celu zarobienia „un sou”. Po za tem mogą być, zresztą, dla wielu przyjemnymi francuskie formy życia, jakie panują w uzdrowiskach belgijskich, i ta swoista uprzejmość, jaka powiedziałbym, niemal organicznie jest związana z dźwiękami mowy francuskiej.

Tyle co do warunków życiowych. Co do warunków naturalnych — ważnych we względzie leczniczym — to te są na całym wybrzeżu belgijskim wogóle bardzo dobre. Przypomnę, że siła lecznicza morza polega na dwóch czynnikach — kąpieli powietrznej i kąpieli morskiej. Otóż powietrze wszędzie tu jest doskonałe, panują tu niemal stale wiatry od strony morza, przynoszące z niezmiernych przestrzeni oceanu czyste, orzeźwiające powietrze. Kąpiel zaś w Ostendzie czy w Blankenberghe jest właśnie taka, jaką wytwarza ocean, a nigdy, a przynajmniej wyjątkowo, morze zamknięte, *resp.* Bałtyk: bardzo często silne fale wody z zawartością wyżej 3‰ soli, grunt piaszczysty, równy i twardy. W Mariakerke podczas odpływu, kiedy morze odchodzi na paręset metrów, natrafia się na grunt nierówny i śliski; najlepszą zaś jest kąpiel podczas przypływu. Kąpiele na wybrzeżach belgijskich są równie dobre, jak na Sylcie lub Norderney. Natomiast nie należy szukać tu i oczekiwać malowniczości, jaką odznacza się wiele uzdrowisk na Bałtyku. Piasek i woda z jednej strony, z drugiej liczne fermy pośród pól, wysadzonych drzewami — oto cały krajobraz. Oprócz małych parków w Ostendzie nigdzie ani śladu lasu, który na brzegu morskim stanowi jeszcze większą przyjemność, niż na kontynencie. I digue wszędzie pusta, bo wiatry morskie nie pozwalają rozwinąć się roślinności.

Na pobyt letni nadają się przeto wszystkie te miejscowości, jak wogóle miejscowości nad oceanem, daleko mniej, niż prześliczne uzdrowiska Bałtyku (Rugia, Heringsdorf, Zoppot i t. d.). Natomiast są to miejscowości le c z n i c z e tak samo, jak

uzdrowiska niemieckie na wyspach morza Północnego (Sylt, Norderney i t. d.) Dwa lata temu na podstawie broszury Hiller'a rozbieierałem szczegółowo na tem miejscu czynniki lecznicze morza i omawiałem wskazania do powietrza i kąpiei morskich<sup>2)</sup>. Nerwice stanowią najpoważniejszą kategorię pośród tych wskazań: podnieść należy, że chyba najdzielniejszym środkiem przeciwko niedomodze płciowej u mężczyzn—o ile ta nie zależy od poważnych ośrodkowych zmian anatomicznych—są kąpiele morskie na morzu niemieckiem. Doskonale poprawiać się mogą na powietrzu morskiem nieżyty nosowe (u skrofulicznych), *bronchiectasiae*, *bronchitis putrida*, dalej stany tępej przeróbki materyi, może nawet początkowe postaci gruźlicy. W każdym razie rozwinięta gruźlica płucna nie nadaje się do powietrza oceanowego, wogóle jak stany silnego wyniszczenia, charłactwa czy wskutek przewlekłych cierpień serca, czy też nerek, nowotworów i t. d. W ostatniego rodzaju przypadkach przede wszystkim obowiązuje zasada oszczędzania, a tej nie czyni zadość pobyt na brzegach oceanu, kiedy się wzmagają sprawy utleniania i przeróbki materyi, kiedy ludzie z narządami zdrowymi mimo wzmożonego łaknienia łatwo tracą po kilku tygodniach pobytu parę funtów na wadze. Zapewne i gruźlica płucna i stany charłactwa mogą ulegać poprawie na brzegu morskim, ale na brzegu południowym, na Rivierze, na wybrzeżach Adryatyku. Brzegi południowe nie wchodzą jednak w dyskusję.

Zaznaczyć należy fakt — o czem się znowu teraz przekonałem — że dla dzieci małych, paroletnich daleko mniej odpowiednie są wietrzne wybrzeża belgijskie, jak wogóle wybrzeża oceanowe, niż Bałtyk. Dzieci w Ostendzie, czy Blankenberghe jest masa; ale niektóre z nich tracą łaknienie i siły, zamiast odzyskiwać jedno i drugie, jak to bywa z dorosłymi.

Stale, jako wskazanie do talassoterapii, powtarzana jest anemia. W tym względzie należy się porozumieć. Ciężkie stany anemiczne, jak np. blednica ze znacznem rozwodnieniem krwi, białaczka, małokrwistość złośliwa na ogół nie mogą być leczone na wybrzeżach oceanu, z tych samych powodów, jak stany charłactwa, przewlekłe cierpienia nerek i t. p. W leczeniu ostrej blednicy czy małokrwistości złośliwej tak samo obowiązuje zasada oszczędzania, wypływająca zarówno z empirycznych, jak i czysto naukowych danych; najpożyteczniejszy będzie zwykle spokój, na co słusznie tak znaczny nacisk kładł DUNIN. O kąpielach morskich z silną falą u tych osłabionych chorych chyba mowy być nie może; ale dla niektórych z nich może okazać się pożytecznym pobyt na morskiem powietrzu, spokojne przebywanie, (leżenie na piasku morskim). Ryzykownem wydaje mi się wysyłanie na powietrze morza Niemieckiego ciężkiej małokrwistości i białaczki; ale co do blednicy, to posiadam wskazówki, że przypadki przewlekłej blednicy, łatwo powracającej, nie dochodzącej do zupełnego wyleczenia przy leżeniu w łóżku i przyjmowaniu żelaza, mogą ulegać znakomitej poprawie i wyleczeniu przy spokojnem przebywaniu na brzegu morza Niemieckiego, a więc równie dobrze w uzdrowiskach belgijskich, jak na Sylcie lub Norderney. Jeżeli jednak, koniecznie chodzi o pobyt anemików na brzegu morskim, to zawsze odpowiedniejszym będzie dla większości przypadków (dla przypadków bardziej ostrych) łagodny Bałtyk, niż morze Niemieckie.

Istnieje jednak inna kategoria przypadków, rozpoznawanych dotychczas dosyć powszechnie (nawet i w Niemczech), jako anemia, a które anemią we współczesnem znaczeniu bynajmniej nie są. Pytanie to podnosiłem w dyskusyi nad świe-

---

<sup>2)</sup> Z wyleczki po wybrzeżach niemieckich, Loc. cit.

żym odczytem LUXENBURGA, który u całego szeregu osób hysteroneurastenicznych, wyglądających blado, nawet nieraz bardzo blado, bynajmniej nie znajdował zmian anemicznych we krwi, ani śladu rozwodnienia krwi, nawet przeciwnie, niekiedy dążność do wzmożenia liczby ciałek czerwonych (*hyperglobulia*). Wszystko to mogę potwierdzić na podstawie osobistych badań, jak wogóle fakt zaznaczony przez LUXENBURGA, że w nerwicach czynnościowych bynajmniej nie jest rzeczą częstą (przeciwnie rzadką) anemia, jak to dotychczas przyjmowano. Otóż tych białych chorych nerwicowych przeważna większość lekarzy, nie znających badania krwi, rozpoznaje, jako anemików, i ich objawy histero-neurasteniczne bierze za „właściwe” objawy anemii, gdy, przeciwnie, ta ich bledność, (której dotychczas nie umiemy z zupełną pewnością objaśnić) jest tylko jednym z objawów nerwicy. Ci biali histero-neurastenicy całymi miesiącami biorą preparaty żelaza, oni to stanowią przeważający kontyngens pacjentów wysyłanych do wód żelazistych, jak u nas przeważnie do Krynicy jedno i drugie zwykle z niewielkim albo z żadnym wynikiem. Pobyt tych chorych u źródeł żelazistych o tyle, zdaje się, bywa pożyteczny, o ile miejscowości te leżą w okolicach górzystych: górskie okolice mogą wywierać i wywierają nieraz wpływ pożyteczny w nerwicach czynnościowych.

Natomiast ci pozorni anemicy bardzo często doskonale się czują na wybrzeżach morskich, doskonale znoszą kąpiel z silnemi falami, zyskują łaknienie i jędrność ciała, jednym słowem wracają do domu z wybitną poprawą. Mam tego własne dowody i wskazówki i mniemam że zalecanie „anemii” do talassoterapii przeważnie oparte jest na doświadczeniu zdobytem na tego rodzaju przypadkach. Wpływ pożyteczny wybrzeży morskich na takich białych zarówno jak na dobrze wyglądających histero-neurasteników nasuwa wielu myśl, że dzieje się to tylko wskutek sugestyi, i sam podnosiłem to w artykule z przed dwu lat. Obecnie wobec pojmowania, iż histero-neurastenia jest tylko wtórnym zbiorem objawów nerwowych wskutek działania na układ ośrodkowy produktów nieprawidłowego utleniania ustrojowego, przypuszczam, że powietrze i kąpiele morskie działają pomyślnie w tych stanach patologicznych przede wszystkim nie przez sugestję, ale przez wpływ znaczny na sprawy spalania ustrojowego, przeróbki materji, jaki niewątpliwie wywierają,

Tyle powiedzieć można co do wskazań talassoterapii. Nie mogę jednak zataić że omówienie powyższe nie usuwa tych trudności i niepewności, jakie przy kwalifikowaniu pojedynczych stanów chorobowych i pojedynczych przypadków powstawać mogą. Pozostaje jeszcze dużo pytań do wyjaśnienia, dużo do empirycznego i naukowego spostrzegania. W ostatnich czasach powstaje np. kwestya zastosowania leczniczego dłuższych podróży morskich<sup>3)</sup>. Istnieją chorzy, przeważnie histero-neurastenicy, którzy wbrew temu, co się powszechnie zdarza, najlepiej czują się na statku, i szybko się poprawiają w tych warunkach. Znam sam jedną ciężką histero-neurasteniczkę, która nigdy tak dobrze się nie czuła, jak podczas jednodniowego pływania po morzu Śródziemnem. W tym kierunku dotychczas mało istnieje literackiego materiału i nawet empirya nie jest w stanie podać bardziej określonych wskazówek.

O ile osobiście spostrzegałem i poznawałem, mogę na zakończenie niniejszego artykułu to powiedzieć, że lecznicze zastosowanie morza dla nas, mieszkańców kontynentu, wydaje mi się obszerniejszem i większego znaczenia, niż stosowanie, miejscowości górzystych.

<sup>3)</sup> Porównaj fejleton Th. KLEIN'a. Die Seereise als Heilmittel. Münchn. medicin. Wochenschrift Nr. 30, 1898 r.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= WERNICKE opisuje postać dychawicy u neurasteników oraz histeryków, zależną od czynnościowego osłabienia obydwóch nerwów przeponowych; różni się ta postać od dychawicy oskrzelowej bardziej krótkotrwałymi atakami, brakiem duszności wydechowej, opuszczenia przepony brzusznej, rozszerzenia płuc i wykrztuszania z oskrzeli; podczas napadu, trwającego kilka minut, usta są szeroko otwarte, nozdrza rozszerzone, głowa odrzucona ku tyłowi, przepona jest nieruchoma, mięśnie oddechowe pomocnicze silnie pracują. Dychawicę tę leczy W. z bardzo dobrym wynikiem

prądem galwanicznym różnego napięcia przykładając elektrodę dodatnią do karku, ujemną zaś na nerwie pod mięśniem dźwigaczem klatki przednim (*scalenus anterior*). (Semaine méd. 22. VI. 98),

= Podług ARNOZAN'a leczenie wyciągiem płuc jest wskazane w przewlekłych sprawach ropnych w okolicy płuc z ogniskami, komunikującymi się z powietrzem zewnętrznym. A. stosuje wyciąg płucny wewnątrz w dawce 10 ctm. szść *pro die*, lub podskórnie w dawce 1 ctm. szść. W sześciu, leczonych tą metodą przypadkach, wyniki otrzymał autor dobre (Rev. intern. de therap. V. 98).

## Wiadomości bieżące.

— Kol. Bolesław JAKIMIAK mianowany został ordynatorem szpitala na Pradze.

— „Przeglądu Chirurgicznego“ pod redakcją d-ra W. H. KRAJEWSKIEGO wyszedł zeszyt I tomu IV i zawiera: 1) Życiorys ś. p. kol. Romana JASIŃSKIEGO z bardzo udatnym portretem zmarłego przedwcześnie kolegi. Życiorys skreślony przez kol. Br. SAWICKIEGO; 2) D-ra S. CIECHANOWSKIEGO: Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców; praca z zakładu anatomii patologicznej uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (pod kierunkiem prof. BROWICZA); 3) D-ra B. KADERA praca p. t. Krzywa szyja pochodzenia mięśniowego (dokończenie); 4) D-ra L. GURANOWSKIEGO — Przypadek podwójnego przewodu słuchowego.

— W tych dniach otrzymaliśmy Zeszyt V i VI Wydawnictwa podręczników chirurgicznych, nakładem Kasy MIANOWSKIEGO wychodzącego. Zeszyt V zawiera tłumaczenie HUETER-LOSSEN'a — wykład chirurgii szczegółowej (zeszyt 3) i choroby chirurgiczne głowy — dokoń-

czenie; choroby chirurgiczne szyi, tułowia i kręgosłupa. Zeszyt VI zawiera tłumaczenie BILLROTH-WINIWARTER'a — wykład chirurgii ogólnej (zeszyt 2); o ranach prostych ciętych części miękkich — dokończenie; o ranach klótych, o stłuczeniach, o ranach ze stłuczenia i ranach dartych; o prostych złamaniach kości. O powikłanych złamaniach kości i o ropieniu kości. Cena zeszytu kop. 50.

— D-r Emanuel MACHEK, lekarz ordynujący (prymaryusz) oddziału chorób ocznych w szpitalu lwowskim, mianowany profesorem zwyczajnym okulistyki w uniwersytecie we Lwowie.

— W Norwegii ma powstać prawo, zabraniające palenia tytoniu osobom, które nie ukończyły 16 lat życia.

— W Londynie Asyhun Board zaprowadza wielce pożyteczną nowość, a mianowicie utworzenie szkół szpitalnych tj. szkół dla dzieci odosobnionych z powodu chorób zaraźliwych ze szkół ogólnych. Podobnie odrębne szkoły mają powstać dla dzieci przychodzących do zdrowia, lecz osłabionych, dla umysłowo mniej rozwiniętych, wreszcie dla dzieci oddawanych do domu poprawy.

Do dzisiejszego numeru dołącza się katalog dzieł wydanych przez kasę D-ra J. MIANOWSKIEGO.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski

Доволено Цензурою. Варшава, 3 Сентября 1898 г. Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Małowiecka 8.